SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ 2019

Tập 2

NHÀ XUẤT BẢN THANH NIÊN

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ - TẬP 2

Đồng hành cùng bạn
Vượt cạn an toàn

Chủ biên TS BS Hoàng Thị Diễm Tuyết

Ban cố vấn

TS BS	Hoàng Thị Diễm Tuyết	Giám đốc
BS CKII	Huỳnh Xuân Nghiêm	Phó Giám đốc
ThS BS	Phan Thị Hằng	Phó Giám đốc
DS	Huỳnh Thị Ngọc Hạnh	Phó Giám đốc
PGS TS BS	Vũ Thị Nhung	Cố vấn chuyên môn
GS TS BS	Nguyễn Duy Tài	Cố vấn chuyên môn
PGS TS BS	Huỳnh Nguyễn Khánh Trang	Trưởng khối Sản Trưởng khoa Sản Bệnh
BS CKII	Nguyễn Đăng Quang	Trưởng khối Phụ Trưởng khoa Cấp cứu Hồi sức tích cực chống độc
BS CKII	Phạm Thị Hải Châu	Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp
BS CKII	Nguyễn Thúy Nga	Trưởng phòng Tổ chức cán bộ
BS CKI	Nguyễn Bảo Trị	Phó phòng Kế hoạch tổng hợp
BS CKI	Ngô Trần Minh Thiện	Phó phòng Kế hoạch tổng hợp
DS	Đoàn Thị Ngọc Hân	Nhân viên khoa Dược

NHÀ XUẤT BẢN
Chịu trách nhiệm xuất bản
Giám đốc - Tổng biên tập:
Biên tập:

Số Quyết định NXB:
Số ĐK KHXB:
Ngày tháng năm 20
ISBN:
In xong và nộp lưu chiểu tháng /20

Ban biên soạn

BS CKII	Nguyễn Đăng Quang	TK	Cấp cứu-Hồi sức tích cực-Chống độc
ThS BS	Hồ Viết Thắng	PK	Cấp cứu-Hồi sức tích cực-Chống độc
BS	Huỳnh Văn Tuyến		Cấp cứu-Hồi sức tích cực-Chống độc
BS CKII	Võ Nguyễn Kim Tuyên		Cấp cứu-Hồi sức tích cực-Chống độc
BS	Hoàng Thanh Tuấn		Cấp cứu-Hồi sức tích cực-Chống độc
ThS BS	Nguyễn Đình Vũ	TK	Chẩn đoán hình ảnh
BS CKI	Nguyễn Thị Thu Tuyết		Chẩn đoán hình ảnh
ThS BS	Phạm Võ Thùy Linh		Chẩn đoán hình ảnh
BS	Nguyễn Thị Ngọc Hân		Chẩn đoán hình ảnh
BS	Quách Thị Hồng		Chẩn đoán hình ảnh
BS	Giang Hoài Vân		Chẩn đoán hình ảnh
BS CKI	Nguyễn Thị Ngọc Yến		Chẩn đoán hình ảnh
BS CKI	Trần Văn Luân		Chẩn đoán hình ảnh
BS	Nguyễn Thị Hoàng Oanh		Chẩn đoán hình ảnh
BS CKII	Lê Kim Bá Liêm	TP	Chỉ đạo tuyến
ThS BS	Nguyễn Lan Phương		Chỉ đạo tuyến
BS CKII	Phạm Quốc Hùng	TP	Công tác xã hội
BS CKI	Huỳnh Ngọc Phương Thủy		Dinh dưỡng - Tiết chế
ThS BS	Huỳnh Giang Châu	TK	Giải phẫu bệnh - Tế bào - Di truyền
BS CKI	Nguyễn Vạn Thông	PK	Giải phẫu bệnh - Tế bào - Di truyền
BS CKII	Đặng Lê Dung Hạnh	TK	Hậu phẫu
BS CKII	Vương Trọng Hiếu	PK	Hậu phẫu
BS CKI	Lê Phạm Phương Khanh		Hậu phẫu
BS CKII	Lương Bạch Lan	TK	Hậu sản A
BS CKII	Trần Thị Mỹ Phượng	PK	Hậu sản A
BS CKI	Nguyễn Thị Ngọc Thơ		Hậu sản A
BS CKII	Huỳnh Thị Thúy Mai	TK	Hậu sản B
ThS BS	Quách Hoàng Ân	PK	Hậu sản B
BS CKI	Nguyễn Thị Sa Giang		Hậu sản B
BS CKII	Lý Thái Lộc	TK	Hiếm muộn
BS CKI	Vũ Đình Tuân	PK	Hiếm muộn

BS CKI	Lê Nguyễn Trọng Hiền		Hiếm muộn
BS	Trần Thị Thanh Thúy		Hiếm muộn
BS	Nguyễn Thị Vy Phương		Hiếm muộn
BS	Lê Huỳnh Hảo		Hiếm muộn
ThS	Mai Kim Châu		Hiếm muộn
ThS	Nguyễn Nữ Hải Long		Hiếm muộn
CN	Tăng Kim Hoàng Văn		Hiếm muộn
BS CKII	Nguyễn Tấn Phát	TK	Kế hoạch hóa gia đình
BS CKII	Lý Thanh Xuân	PK	Kế hoạch hóa gia đình
BS CKI	Dương Hoàng Anh		Kế hoạch hóa gia đình
BS	Lê Hiền Liên		Kế hoạch hóa gia đình
BS CKII	Phạm Thị Hải Châu	TP	Kế hoạch Tổng hợp
BS CKI	Nguyễn Bảo Trị	PP	Kế hoạch Tổng hợp
BS CKI	Ngô Trần Minh Thiện	PP	Kế hoạch Tổng hợp
BS CKI	Lê Thị Phương Trang		Kế hoạch Tổng hợp
BS	Trịnh Thị Kim Thảo		Kế hoạch Tổng hợp
BS	Lê Quan Thịnh		Kế hoạch Tổng hợp
BS CKII	Nguyễn Vũ Mỹ Linh	TK	Khám bệnh A
ThS BS	Nguyễn Trần Bảo Chi	PK	Khám bệnh A
BS CKII	Hoàng Thị Thanh Thảo	PK	Khám bệnh A
BS CKI	Nguyễn Thị Hải Yến		Khám bệnh A
BS CKI	Lê Hoàng Gia		Khám bệnh A
ThS BS	Huỳnh Thụy Thảo Quyên		Khám bệnh A
ThS BS	Hồ Phạm Phương Ngân		Khám bệnh A
ThS BS	Mai Thị Phương		Khám bệnh A
ThS BS	Đặng Ngọc Trà Mi		Khám bệnh A
ThS BS	Đỗ Thị Tuyết Nga		Khám bệnh A
BS CKI	Nguyễn Ngọc Thoại		Khám bệnh A
BS CKI	Lương Ngọc Lan		Khám bệnh A
BS CKI	Nguyễn Thị Hảo		Khám bệnh A
BS CKI	Bùi Thị Kim Tuyền		Khám bệnh A

BS CKII	Võ Thị Mỹ Hạnh	TK	Khám bệnh B
ThS BS	Phạm Thị Ý Yên	PK	Khám bệnh B
ThS BS	Trần Thị Bảo Châu		Khám bệnh B
ThS BS	Lê Thị Lục Hà		Khám bệnh B
BS CKI	Lưu Hồng Vân	PK	Kiểm soát nhiễm khuẩn
BS CKII	Hồ Thị Thu Thảo	TK	Phẫu thuật - Gây mê hồi sức
BS CKI	Nguyễn Hữu Nguyên	PK	Phẫu thuật - Gây mê hồi sức
BS CKI	Trương Thị Thùy Trang	PK	Phẫu thuật - Gây mê hồi sức
ThS BS	Đào Thị Bích Phượng		Phẫu thuật - Gây mê hồi sức
ThS BS	Nguyễn Thị Kim Hà		Phẫu thuật - Gây mê hồi sức
BS	Nguyễn Quốc Trung		Phẫu thuật - Gây mê hồi sức
BS CKI	Đoàn Kỳ Đức Minh		Phẫu thuật - Gây mê hồi sức
BS CKI	Đặng Đình Khoa Huân		Phẫu thuật - Gây mê hồi sức
BS	Nguyễn Trung Thành		Phẫu thuật - Gây mê hồi sức
BS CKII	Nguyễn Thị Kim Anh	TK	Phụ ngoại - Ung bướu
BS CKII	Hoàng Thị Thu Huyền	PK	Phụ ngoại - Ung bướu
BS CKI	Lê Ngọc Hải Yến		Phụ ngoại - Ung bướu
BS CKI	Nguyễn Thành Tâm		Phụ ngoại - Ung bướu
BS CKI	Phạm Thị Yến		Phụ ngoại - Ung bướu
ThS BS	La Gia Hiếu		Phụ ngoại - Ung bướu
BS CKI	Đào Duy Quang		Phụ ngoại - Ung bướu
ThS BS	Trương Quang Hưng		Phụ ngoại - Ung bướu
ThS BS	Nguyễn Vũ Hà Phúc		Phụ ngoại - Ung bướu
BS CKII	Đặng Ngọc Yến Dung	TK	Phụ nội - Nội tiết
BS CKII	Nguyễn Thị Minh Tâm	PK	Phụ nội - Nội tiết
Ths BS	Trần Thị Thúy An		Phụ nội - Nội tiết
ThS BS	Phan Thị Hằng	PGĐ	Quản lý chất lượng
BS CKII	Trần Thị Thanh Thủy	TP	Quản lý chất lượng
PGS TS BS	Huỳnh Nguyễn Khánh Trang	TK	Sản bệnh
BS CKII	Nguyễn Thị Anh Phương	PK	Sản bệnh
ThS BS	Phạm Minh Khôi Nguyên	PK	Sản bệnh

BS CKI	Trần Thị Ngọc Tâm		Sản bệnh
BS CKI	Ngô Thanh Hà		Sản bệnh
BS CKI	Hà Nguyễn Quỳnh Hương		Sản bệnh
BS	Bùi Quang Tùng		Sản bệnh
ThS BS	Lê Xuân Tiên		Sản bệnh
BS CKI	Khưu Thị Ngọc Hương		Sản bệnh
BS CKII	Đặng Thị Hiện	TK	Sanh
ThS BS	Nguyễn Xuân Vũ	PK	Sanh
BS CKI	Trương Thị Ánh Tuyết	PK	Sanh
ThS BS	Ngô Thị Thanh Thảo		Sanh
BS CKI	Võ Thanh Danh		Sanh
BS CKI	Trần Thụy Minh Nguyệt		Sanh
BS CKI	Nguyễn Thị Lựu		Sanh
BS CKI	Nguyễn Thị Tuyết Anh		Sanh
BS	Nguyễn Long Phước		Sanh
BS	Nguyễn Phương Nam		Sanh
BS	Trần Thị Bích Lộc		Sanh
BS CKII	Bùi Thị Thủy Tiên	TK	Sơ sinh
BS CKI	Trương Anh Đào		Sơ sinh
BS	Lê Thị Mộng Linh		Sơ sinh
BS	Nguyễn Thị Hồng Thắm		Sơ sinh
BS CKII	CKII Nguyễn Thúy Nga	TP	Tổ chức Cán bộ
ThS BS	Đoàn Thị Bé Hùng	TK	Xét nghiệm

Ban thư ký	BS CKI Ngô Trần Minh Thiện
	ThS BS Nguyễn Lan Phương
Chỉnh sửa bản in và hiệu đính	TS BS Hoàng Thị Diễm Tuyết
	BS CKII Huỳnh Xuân Nghiêm
	BS CKII Phạm Thị Hải Châu
	CV Vũ Thị Phương Thảo
Ban hậu cần	HS Trần Thị Tư
	CN Cao Thành Trung
	CN Hoàng Minh Tùng

MỤC LỤC

CHƯƠNG 6: PHỤ KHOA

106. Chẩn đoán và điều trị áp-xe phần phụ 16
107. Chẩn đoán và điều trị Thai ngoài tử cung 23
108. Chẩn đoán và điều trị viêm sinh dục trên 31
109. Chẩn đoán và điều trị đau vùng chậu mạn 35
110. Chẩn đoán và điều trị khối u buồng trứng 38
111. Tầm soát ung thư cổ tử cung 48
112. Viêm âm đạo do nấm 54
113. Viêm âm đạo do vi khuẩn 62
114. Chẩn đoán và điều trị viêm âm đạo do Trichomonas vaginalis 66
115. Chẩn đoán và điều trị bệnh lý viêm cổ tử cung cấp 70
116. Chẩn đoán và điều trị U xơ cơ tử cung 77
117. Chẩn đoán và điều trị Lạc nội mạc tử cung 83
118. Chẩn đoán và điều trị sẩy thai liên tiếp 91
119. Chẩn đoán và điều trị thai ở sẹo mổ cũ 102
120. Chẩn đoán và điều trị tăng sinh nội mạc tử cung 111
121. Sàng lọc và điều trị chlamydia đường sinh dục 116
122. Chẩn đoán và điều trị thai đoạn kẽ 121
123. Chẩn đoán và điều trị Lạc tuyến trong cơ tử cung 127
124. Chẩn đoán và điều trị Polyp nội mạc tử cung 132
125. Chẩn đoán và điều trị Vô kinh (Amenorrhea) 138
126. Tiếp cận xuất huyết tử cung bất thường ở phụ nữ tuổi sinh sản không mang thai 146
127. Chẩn đoán và điều trị rối loạn tiền mãn kinh - mãn kinh 154
128. Chẩn đoán và điều trị loãng xương 160
129. Chẩn đoán và điều trị sa tạng chậu nữ 169
130. Chẩn đoán và điều trị Tiểu không kiểm soát ở phụ nữ 181
131. Đánh giá và chuẩn bị trước mổ phụ khoa 200

132. Phác đồ kháng sinh dự phòng trong phẫu – thủ thuật sản phụ khoa..211
133. Chẩn đoán và điều trị thai trứng 215
134. Chẩn đoán và điều trị Ung thư buồng trứng 220
135. Chẩn đoán và điều trị Ung thư cổ tử cung 234
136. Chẩn đoán và điều trị ung thư nội mạc tử cung 240
137. Chăm sóc xử trí các biến chứng của hoá trị 249
138. Chẩn đoán và điều trị bệnh lý nguyên bào nuôi tân sinh liên quan đến thai kỳ 269
139. Chăm sóc hậu phẫu 282

CHƯƠNG 7: NHŨ

140. Khám vú 289
141. Nhũ ảnh 292
142. Chọc hút tế bào vú bằng kim nhỏ 295
143. Sinh thiết kim lõi 298
144. Đau vú (Mastodynie) 300
145. Vú tiết sữa (Galactorrhée) 302
146. Núm vú tiết dịch không sữa 304
147. Bệnh thay đổi sợi bọc của vú 306
148. Bệnh lý lành tính của núm vú 310
149. Biến dạng vú 313
150. Các bệnh lý khác ít gặp 314
151. Siêu âm vú 316
152. Chụp cộng hưởng từ vú 318
153. Tắc tuyến sữa 320
154. Chẩn đoán và điều trị Viêm vú – áp xe vú 322
155. Chẩn đoán ung thư vú và điều trị ung thư vú giai đoạn sớm 0, i, ii, iiia (t3n1m0) 330

MỤC LỤC

CHƯƠNG 8: HIẾM MUỘN

156. Chụp X-Quang buồng tử cung – vòi trứng với thuốc cản quang (HSG) 340
157. Tăng Prolactin ở bệnh nhân hiếm muộn 343
158. Phác đồ điều trị vô kinh 348
159. Tiếp cận nhẹ trong thụ tinh ống nghiệm 349
160. Kích thích buồng trứng đa noãn với phác đồ dài cho IVF 358
161. Phác đồ GnRH agonist 363
162. Kích thích buồng trứng trong IUI 365
163. Hội chứng quá kích buồng trứng 370
164. Phác đồ GnRH antagonist 372
165. Lạc nội mạc tử cung và hiếm muộn 377
166. Tổn thương ống dẫn trứng 380
167. Buồng trứng đa nang (PCOS) và hiếm muộn 383
168. Tiếp cận bệnh nhân vô sinh nam 387
169. Điều trị nội khoa vô sinh nam 398
170. Chuẩn bị nội mạc tử cung trong chuyển phôi 401
171. Hiếm muộn do không rụng trứng 404

CHƯƠNG 9: KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

172. Dụng cụ tránh thai trong tử cung 408
173. Triệt sản nam 422
174. Tránh thai khẩn cấp 426
175. Thuốc viên tránh thai kết hợp 430
176. Thuốc viên tránh thai chỉ có Progestin 437
177. Thuốc tiêm tránh thai 444

178. Thuốc cấy tránh thai 452
179. Phá thai 460
180. Phá thai nội khoa 9-12 tuần.....489
181. Phác đồ xử trí thai ngừng tiến triển, sẩy thai tam cá nguyệt I 495
182. Triệt sản nữ 504
183. Tư vấn kế hoạch hóa gia đình 510

CHƯƠNG 10: CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

184. Siêu âm song thai 517
185. Siêu âm tiêu chuẩn và siêu âm hình thái học TCN I.....526
186. Siêu âm khảo sát hình thái học sớm (16 – 18 tuần) 530
187. Siêu âm hình thái học tam cá nguyệt II 536
188. Siêu âm tiêu chuẩn thai TCN II và III 545
189. Siêu âm doppler màu sản khoa 547
190. Siêu âm đánh giá thai bám vết mổ cũ 556
191. Siêu âm đánh giá khối u buồng trứng theo IOTA 560
192. Siêu âm bơm nước lòng tử cung 565

BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Chương 6

PHỤ KHOA

106 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ÁP-XE PHẦN PHỤ

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Áp-xe phần phụ là khối viêm ở vùng chậu liên quan đến vòi trứng, buồng trứng, và có thể đến các cơ quan khác như ruột, bàng quang. Áp-xe phần phụ thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và điển hình là do viêm nhiễm đường sinh dục trên.

1.2. Dịch tễ

- Thường gặp ở phụ nữ độ tuổi từ 15 đến 45.
- Có nhiều bạn tình.
- Sau các thủ thuật xâm lấn như đặt vòng, nạo thai, nạo sinh thiết tầng …

1.3. Nguyên nhân

- Liên quan đến tình trạng nhiễm trùng ngược dòng từ âm đạo, cổ tử cung.
- Chlamydia trachomatis và Neisseria gonorrhoeae được cho là tác nhân gây viêm nhiễm đường sinh dục trên tạo điều kiện cho tình trạng nhiễm trùng ngược dòng thứ phát.
- Vi khuẩn phân lập được rất đa dạng: Gr âm, Gr dương, hiếm khí, kị khí.
- Các tác nhân thường gặp là: Escherichia Coli, Mycoplasma, Streptococus, Staphylococus, Haemophilus, Bacteroides, Peptostreptococus, Clostridium…
- Bệnh nhân có dụng cụ tử cung phân lập được Actinomyces israelii.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

2.1.1. Cơ năng:

- Đau vùng chậu, đau 1 bên nhiều hơn.
- Sốt > 38,3°C.
- Dịch âm đạo đục hôi.

2.1.2. Thực thể:

- Dịch mủ ở âm đạo hoặc từ kênh cổ tử cung.
- Đau khi lắc cổ tử cung.
- Khám âm đạo kết hợp tay trên tay dưới có thể thấy khối căng đau dính ở 1 hoặc 2 bên hố chậu hoặc mặt sau tử cung.
- Vỡ khối áp-xe sẽ dẫn đến viêm phúc mạc và sốc nhiễm trùng nếu không điều trị kịp thời.

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: độ nhạy cao (70 – 80%). Siêu âm bụng mỗi 3 ngày và thưa hơn nếu tình trạng lâm sàng cải thiện.
- Soi tươi dịch mủ thấy nhiều bạch cầu.
- Xét nghiệm máu: Bạch cầu trung tính tăng, CRP, PCT tăng.
- Phân lập lậu cầu, Chlamydia có thể dương tính.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- U BT xoắn, vỡ u BT, ung thư BT, u xơ tử cung có cuống hoại tử, thai ngoài tử cung…
- Các u khác trong vùng chậu: u ruột, tắc hoại tử ruột, viêm ruột thừa, u bàng quang, u thận …

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nội khoa

Điều kiện:

- Huyết động học ổn định không có dấu hiệu vỡ khối áp-xe.
- Lâm sàng cải thiện khi điều trị kháng sinh.
- Đường kính khối áp-xe < 7 cm.
- Đáp ứng với điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch.
- Chưa mãn kinh.

Lựa chọn kháng sinh phổ rộng, phối hợp kị khí, hiếu khí.

Lựa chọn đầu tay:

- Cefoxitin (2 g tiêm mạch mỗi 6 giờ) VÀ doxycycline (100 mg uống mỗi 12 giờ).
- Clindamycin (900 mg pha trong 100ml NaCl 0,9% truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ) VÀ gentamicin (3-5 mg/kg tiêm bắp mỗi ngày).
- Ampicillin (2 g tiêm mạch mỗi 6 giờ) VÀ clindamycin (900mg pha trong 100ml NaCl 0,9% truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ) VÀ gentamicin (3 - 5 mg/kg tiêm bắp mỗi ngày).
- Ampicillin-sulbactam (3 g tiêm mạch mỗi 6 giờ) VÀ doxycycline (100 mg uống mỗi 12 giờ) VÀ Metronidazol 500mg TTM mỗi 8 giờ.

Lựa chọn thứ 2:

- Levofloxacin (500 mg IV mỗi ngày) VÀ metronidazole (500 mg IV mỗi 8 giờ).
- Imipenem-cilastatin (500 mg truyền tĩnh mạch mỗi 6 giờ).
- Piperacillin+ Tazobactam 4,5g x 3-4/ ngày (truyền TM).
- Ticarcillin+ Acid Clavulanic 3,2g x 3-4 lần/ ngày (truyền TM).

Đánh giá sau 24-48 giờ. Trong trường hợp sau 24 giờ bệnh diễn tiến nhanh → hội chẩn sớm để xử lý kịp thời.

Thất bại với điều trị kháng sinh khi:

o Tiếp tục sốt hoặc sốt tăng lên.

o Tiếp tục đau vùng chậu hoặc đau tăng lên.

o U to hơn hoặc không giảm.

o Bạch cầu không giảm, tiếp tục cao, CRP, PCT* tăng.

o Dấu hiệu nghi ngờ nhiễm trùng huyết (Phụ lục 2).

4.2. Điều trị phẫu thuật

Tùy theo kinh nghiệm của phẫu thuật viên có thể dẫn lưu khối áp-xe qua ngả âm đạo dưới hướng dẫn của siêu âm, nội soi ổ bụng hoặc mở bụng hở.

Chỉ định:

- Mổ cấp cứu:
  - o Có dấu hiệu vỡ khối áp xe.
  - o Có dấu hiệu viêm phúc mạc.
  - o Có dấu hiệu nhiễm trùng huyết.

o Đường kính khối áp-xe ≥ 7cm, gây đau.

- Mổ chương trình:
  o Không đáp ứng kháng sinh hoặc đáp ứng kém.
  o Đường kính khối áp-xe ≥ 7cm, không đau.
  o Bệnh nhân mãn kinh có khối áp xe phần phụ (cần khảo sát di căn ở vùng chậu và ổ bụng).

Nguyên tắc:

- Phá ổ mủ, làm sạch, cắt lọc khối áp-xe, rửa và dẫn lưu ổ bụng.
- Cấy kháng sinh đồ + gửi GPBL mô cắt lọc
- Cắt 2 ống dẫn trứng, tử cung nếu bệnh nhân đủ con lớn tuổi.
- Kháng sinh được tiếp tục trước trong và sau mổ, tốt nhất nên dùng
- kháng sinh trước mổ 2 tiếng.

4.3. Điều trị ngoại trú

Bệnh nhân xuất viện, điều trị ngoại trú khi:

o Hết sốt 24 – 48 giờ, các xét nghiệm trở về bình thường, hết đau bụng.
o Tuân thủ điều trị và tái khám.

Kháng sinh đường uống được khuyến cáo cho điều trị tiếp tục sau khi xuất viện, kéo dài đủ 2 tuần:

o Levofloxacin (500 mg uống 1 lần/ ngày) VÀ metronidazole (500 mg uống 2 lần/ ngày).
o Ofloxacin (400 mg uống 2 lần/ ngày) VÀ metronidazole (500 mg uống 2 lần/ ngày).
o Amoxicillin-clavulanate (625mg uống 3 lần/ ngày hoặc 1000mg uống 2 lần/ ngày).
o Clindamycin (450 mg uống 4 lần/ ngày) VÀ doxycycline (100 mg uống 2 lần/ ngày).
o Metronidazole (500 mg uống 2 lần/ ngày) VÀ doxycycline 100 mg uống 2 lần/ ngày).

V. BIẾN CHỨNG

5.1. Biến chứng gần

- Vỡ áp-xe: là biến chứng nguy hiểm, có thể gây viêm phúc mạc toàn thể, sốc nhiễm trùng, tử vong, cần phẫu thuật cấp cứu.
- Nhiễm trùng huyết: là biến chứng nặng, cần điều trị tích cực.

5.2. Biến chứng xa

- Vô sinh.
- Viêm đau vùng chậu mãn tính.
- Thai ngoài tử cung.

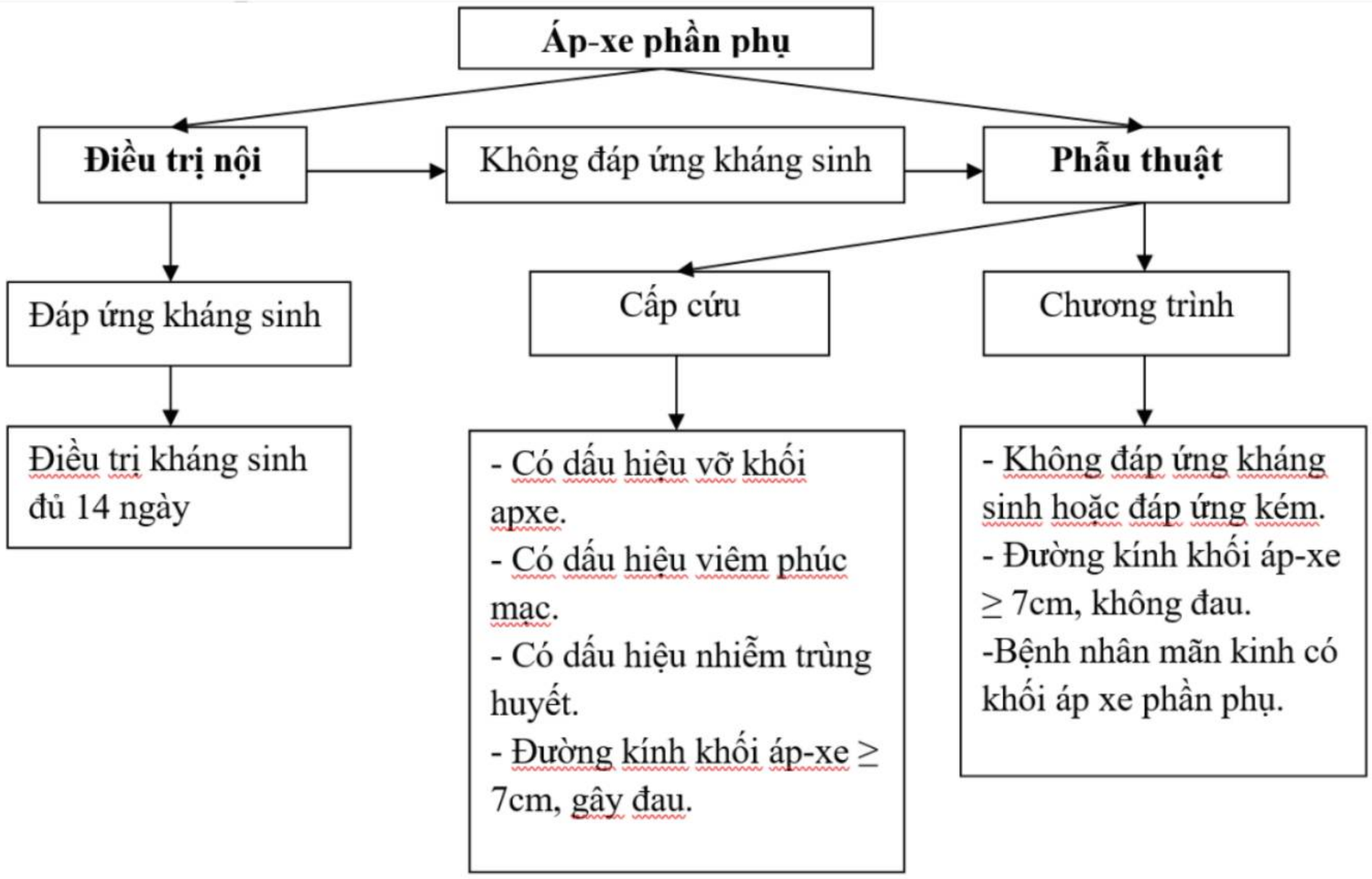
VI. LƯU Ý

- Dụng cụ tử cung và áp-xe phần phụ: Đa số khuyến cáo ghi nhận nên giữ nguyên DCTC trong khi điều trị kháng sinh và theo dõi sát. DCTC nên tháo sau 48 - 72 giờ nếu lâm sàng không cải thiện. Tư vấn bệnh nhân biện pháp ngừa thai phù hợp trong thời gian tới.
- Hậu mãn kinh và áp-xe phần phụ: Tỉ lệ ung thư cao thường kèm với áp-xe trên phụ nữ hậu mãn kinh.
- Có thai và áp-xe: 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 phẫu thuật còn tùy thuộc vào độ an toàn của phẫu thuật và ở những thời điểm tuổi thai thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barbara LH, Karen D.B (2012) Tubo-ovarian Abscess. Williams Gynecology, 2e.
2. Richard H Beigi MD MSc (2019) Management and complications of tubo-ovarian abscess. Up To Date.
3. CDC (2015) Pelvic Inflammatory Disease.
4. Published Gollaboration with the American College of Obstetricians and gynecologists, Seventh Edition, (2014) Sexually transmitted diseases.
5. Berek and Novak's Gynecology, (2012) Tuboovarian Abscess.

PHỤ LỤC 1
LƯU ĐỒ ĐIỀU TRỊ ÁP XE PHẦN PHỤ



PHỤ LỤC 2
DẤU HIỆU NGHI NGỜ NHIỄM TRÙNG HUYẾT

- Điểm suy đa tạng (SOFA) > 2; hoặc
- Nghi ngờ có ổ nhiễm trùng và có 2 trong 3 tiêu chuẩn:
  Nhịp thở > 22 lần/phút;
  Huyết áp tâm thu < 100 mmHg;
  Glassgow < 13 điểm.

PHỤ LỤC 3
THANG ĐIỂM SOFA
(SEQUENTIAL ORGAN FAILURE ASSESSMENT SCORE)

Hệ thống	**Điểm**				
	0	**1**	**2**	**3**	**4**
Hô hấp PaO_2/FiO_2 mmHg (kPa)	≥ 400 (53.3)	< 400 (53.3)	< 300 (40)	< 200 (26.7) Có hỗ trợ hô hấp	< 100 (13.3) Có hỗ trợ hô hấp
Đông máu Tiểu cầu, $10^3/\mu l$	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Gan Bilirubin, mg/dl (µmol/l)	< 1.2 (20)	1.2 - 1.9 (20 - 32)	2.0 – 5.9 (33 - 101)	6.0 – 11.9 (102 – 204)	> 12.0 (204)
Tim mạch	MAP ≥ 70 mmHg	MAP < 70 mmHg	Dopamine <5 hoặc Dobutamine (liều bất kỳ*)	Dopamine 5.1-15 hoặc epinephrine ≤ 0.1 hoặc norepinephrine ≤ 0.1*	Dopamine > 15 hoặc epinephrine > 0.1 hoặc norepinephrine > 0.1*
Hệ thần kinh trung ương Điểm hôn mê Glassgow	15	13 - 14	10 - 12	6 - 9	< 6
Thận Creatinin mg/dl (µmol/l) Lượng nước tiểu, ml/ngày	< 1.2 (110)	1.2 – 1.9 (110 – 170)	2.0 – 3.4 (171 – 299)	3.5 – 4.9 (300 – 440) < 500	> 5.0 (440) < 200

*MAP: huyết áp động mạch trung bình, * liều Cathecholamine được cho theo µg/kg/phút trong ít nhất 1 giờ*

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG

107

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Thai ngoài tử cung (TNTC) là hiện tượng trứng thụ tinh làm tổ ngoài buồng tử cung. Đây là cấp cứu thường gặp nhất trong ba tháng đầu thai kỳ.

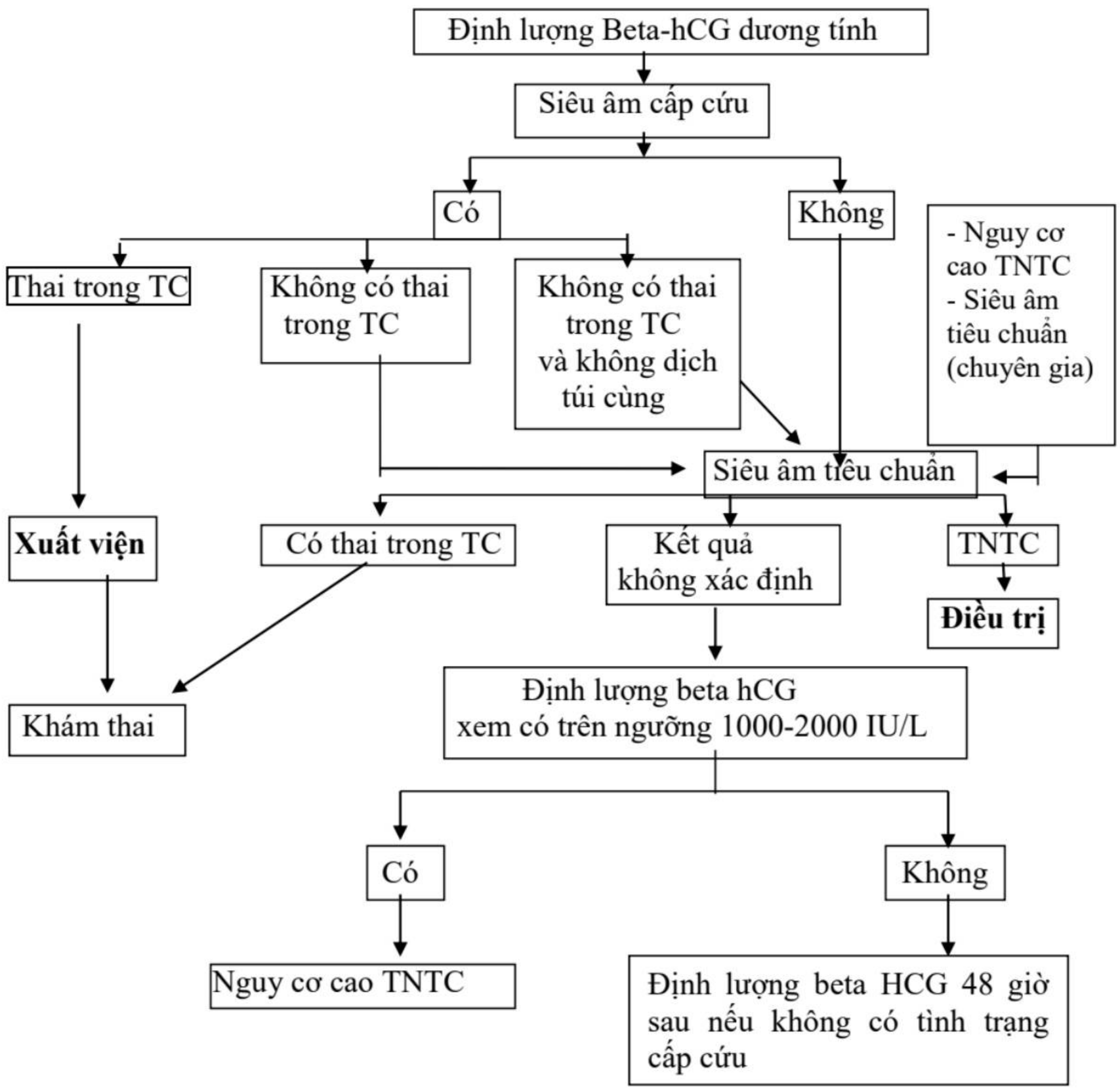
1.2. Yếu tố nguy cơ

- Trên 50% không có yếu tố nguy cơ.
- Thai ngoài tử cung 1 lần → tái mắc 10%, 2 lần → tái mắc 25%.
- Tiền sử tổn thương vòi trứng.
- Viêm vùng chậu.
- Phẫu thuật vòi trứng hay vùng chậu.
- Hiếm muộn (do ống dẫn trứng).
- Thuốc lá.

II. CHẨN ĐOÁN

- Tiền sử: các yếu tố nguy cơ thai ngoài tử cung. Tuy nhiên, hơn 50% các trường hợp thai ngoài tử cung không phát hiện được yếu tố nguy cơ.
- Triệu chứng lâm sàng tùy thuộc vào thai ngoài tử cung vỡ hay chưa, triệu chứng lâm sàng thường gặp: trễ kinh, đau bụng và ra máu âm đạo.
- Thai ngoài tử cung vỡ: triệu chứng xuất huyết nội với đau bụng và phản ứng thành bụng kém với các mức độ khác nhau của rối loạn huyết động học (tùy vào lượng máu mất).

- Thai ngoài tử cung chưa vỡ: triệu chứng lâm sàng mơ hồ, cần khám và thăm dò cẩn thận với các bệnh nhân ra huyết và/hay đau bụng ở ba tháng đầu thai kỳ, các thăm dò được sử dụng.
- Huyết tụ thành nang: giống thai ngoài tử cung chưa vỡ.
- Thai trong ổ bụng: đau bụng, rối loạn tiêu hóa, ra huyết âm đạo ít.
- Thai ở cổ tử cung: xuất độ 1/9000-1/12000 (ACOG 2014), chẩn đoán dựa trên mô học, 2 tiêu chuẩn cần thiết: sự hiệu diện các tuyến cổ tử cung đối diện vị trí bám của bánh nhau và một phần hay toàn bộ bánh nhau ở vị trí bên dưới chỗ vào của động mạch tử cung / dưới nếp gấp phúc mạc tử cung.



2.1. Định lượng beta hCG máu

- Chẩn đoán xác định thai.
- Thường beta hCG thấp trong TNTC, tuy nhiên không có ngưỡng cắt và beta hCG một lần không có giá trị chẩn đoán vị trí thai.
- Định lượng beta hCG nhiều lần cách nhau mỗi 48 giờ thường được sử dụng.
- Trong thai kỳ bình thường, nồng độ beta hCG ban đầu càng cao thì nồng độ tăng sau 48 giờ càng thấp:
  + Nồng độ beta hCG ban đầu 1500 IU/L tăng 49% sau 48 giờ.
  + Nồng độ beta hCG ban đầu 1500-3000 IU/L tăng 40% sau 48 giờ.
  + Nồng độ beta hCG ban đầu >3000 IU/L tăng 33% sau 48 giờ.
- Beta hCG tăng hay giảm hay bình nguyên đều có thể gặp trong TNTC.

2.2. Siêu âm ngả âm đạo

- Hình ảnh túi thai trong lòng tử cung sẽ loại trừ TNTC (lưu ý → hình ảnh thai giả).
- Ngưỡng beta hCG 1000-2000 IU/l: cho phép thấy thai trong tử cung, nếu không → khả năng TNTC.
- Trong một số trường hợp thai không xác định vị trí, không có các dấu hiệu lâm sàng của TNTC và bệnh nhân mong con, có thể xem xét theo dõi nồng độ beta hCG trong huyết thanh đến 3500 IU/l. Nếu beta hCG > 3500 IU/L và không thấy túi thai trong tử cung → nguy cơ cao thai ngoài tử cung. Nên siêu âm hội chẩn hoặc nhập viện xác định vị trí thai.
- Hình ảnh TNTC trên siêu âm rất thay đổi: hình ảnh túi thai với Yolksac có hay không có phôi và tim: khẳng định TNTC. Hình ảnh lòng tử cung trống kèm khối phản âm ở phần phụ, ứ máu tai vòi hay dịch cùng đồ.

2.3. Nạo sinh thiết lòng tử cung

- Khi không xác định vị trí thai.

2.4. Trong trường hợp khó xác định vị trí thai

- MRI, nội soi ổ bụng chẩn đoán và điều trị.

2.5. Xét nghiệm thường quy

- GS, Rh. PT, APTT, Fibrinogen, Huyết đồ, SGOT, SGPT, Ure, Creatinin, X quang phổi, tổng phân tích nước tiểu...

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Theo dõi diễn tiến tự nhiên

- Thai ngoài tử cung có thể tự khỏi do thoái hóa hay sẩy qua loa vòi, tuy nhiên TNTC cũng có thể vỡ khi beta hCG thấp.
- Chỉ theo dõi tự nhiên khi SA không xác định vị trí thai, beta hCG < 1000 IU/Lvà đang giảm, không triệu chứng lâm sàng, huyết động học ổn định, không dịch ổ bụng (siêu âm) theo dõi tới khi beta hCG < 5 IU/L.

3.2. Điều trị ngoại khoa

- Chống chỉ định hay BN từ chối điều trị nội.
- Điều trị nội thất bại.
- Huyết động học không ổn định.
- So với mổ hở: phẫu thuật nội soi ổ bụng có nhiều ưu điểm hơn: chi phí thấp, thời gian mổ ngắn, nằm viện ít, ít mất máu, ít đau, phục hồi nhanh, ít dính hơn.
- Cắt ống dẫn trứng: bệnh nhân không muốn có con thêm, TNTC tái phát trên cùng ống dẫn trứng, tổn thương nặng ống dẫn trứng, chảy máu không kiểm soát, khối thai trên 5cm. Các trường hợp khác nên bảo tồn ống dẫn trứng.

3.3. Điều trị nội khoa với MTX (Methotrexate)

- Thành công trên 94% nếu chọn lựa phù hợp.
- Đánh giá điều trị dựa vào beta hCG.

3.3.1 Tiêu chuẩn điều trị MTX

- Huyết động học ổn định.
- Bệnh nhân chấp nhận theo dõi sau điều trị.
- Beta hCG < 5000 - 10.000 IU/L.
- Không có tim thai trên siêu âm.
- Không có chống chỉ định MTX.

3.3.2 Chống chỉ định MTX

Chống chỉ định tuyệt đối

+ Bằng chứng suy giảm miễn dịch.
+ Giảm trung bình tới nặng hồng cầu, bạch cầu hoặc tiểu cầu.
+ Dị ứng với methotrexate.
+ Bệnh lý phổi cấp, tiến triển.
+ Loét dạ dày cấp.

Suy gan thận

+ Đang cho con bú.
+ Tình trạng huyết động không ổn định.
+ Thai ngoài tử cung vỡ.
+ Không có khả năng theo dõi tiếp.

Chống chỉ định tương đối

+ Thấy được tim thai trên siêu âm đầu dò ngả âm đạo.
+ Nồng độ hCG cao lúc đầu >10.000UI/l.
+ Khối thai ngoài lớn hơn 4cm quan sát trên siêu âm đầu dò ngã âm đạo.
+ Từ chối truyền máu .

3.3.3 Thăm dò trước điều trị

- Huyết đồ (bình thường).
- Nhóm máu, Rh.
- Chức năng gan, thận (bình thường).
- Định lượng beta hCG máu.
- Siêu âm ngã âm đạo.

3.3.4 Phác đồ MTX

- Phác đồ đơn liều: Ưu tiên cho trường hợp Beta hCG<5000 UI/L
  + Tiêm bắp 1 liều methotrexate 50 mg/m^2 vào ngày 1
  + Đo nồng độ hCG theo 2 cách:

  Ngày 4 và ngày 7:
  - Nếu giảm >15% giữa ngày 4 và ngày 7, đo nồng độ hCG hằng tuần cho tới khi âm tính.
  - Nếu giảm < 15% giữa ngày 4 và ngày 7, lặp lại liều methotrexate tiêm bắp 50 mg/m^2 và định lượng hCG lặp lại vào ngày 14.

Ngày 1 và ngày 7:

- Nếu hCG giảm 25% giữa ngày 1 và ngày 7, đo nồng độ hCG hằng tuần cho tới khi âm tính.
- Nếu hCG giảm < 25% giữa ngày 1 và ngày 7, lặp lại liều methotrexate và định lượng hCG lại vào ngày 14.
- Nếu hCG không giảm sau 2 liều, xem xét phẫu thuật. MTX tối đa 3 liều.

- Nếu nồng độ hCG bình nguyên hoặc tăng trong quá trình theo dõi, xem xét điều trị methotrexate cho trường hợp thai ngoài tử cung dai dẳng (giống phác đồ điều trị bệnh lý nguyên bào nuôi).
- Phác đồ 2 liều: xem xét đối với các trường hợp beta hCG 5000 - 10.000 IU/L.
- Tiêm bắp 1 liều methotrexate 50 mg/m^2 vào ngày 1.
- Tiêm bắp liều thứ 2 methotrexate 50 mg/m^2 vào ngày 4.
- Đo nồng độ hCG vào ngày 4 và ngày 7:

  + Nếu giảm >15%, đo nồng độ hCG hằng tuần cho tới khi âm tính.
  + Nếu giảm <15%, lặp lại liều methotrexate tiêm bắp 50mg/m^2 vào ngày 7 và kiểm tra lại nồng độ hCG vào ngày 11.
  + Nếu nồng độ hCG giảm >15% giữa ngày 7 và ngày 11, tiếp tục theo dõi hằng tuần cho tới khi âm tính.
  + Nếu giảm <15% giữa ngày 7 và ngày 11, lặp lại liều tiêm bắp methotrexate 50 mg/m^2 vào ngày ngày 11 và kiểm tra lại nồng độ hCG vào ngày 14.
  + Nếu hCG không giảm sau 4 liều, xem xét phẫu thuật.

- Nếu nồng độ hCG bình nguyên hoặc tăng trong quá trình theo dõi, xem xét điều trị methotrexate cho trường hợp thai ngoài tử cung dai dẳng (giống phác đồ điều trị bệnh lý nguyên bào nuôi).
- Phác đồ đa liều: xem xét với trường hợp beta hCG ban đầu 5000 -10000 UI/L kết hợp với siêu âm và lâm sàng:

  + Tiêm bắp methotrexate 1 mg/kg vào ngày 1, 3, 5, 7; xen kẽ với acid folinic 0,1 mg/kg tiêm bắp vào ngày 2, 4, 6, 8.
  + Đo nồng độ hCG trong những ngày sử dụng methotrexate và tiếp tục phác đồ cho đến khi hCG giảm 15% so với lần đo trước đó

+ Nếu giảm > 15%, ngưng dùng methotrexate và định lượng nồng độ hCG hằng tuần cho tới khi âm tính (có thể chỉ cần 1, 2, 3 hoặc cả 4 liều).
+ Nếu hCG không giảm sau 4 liều, xem xét phẫu thuật.
+ Nếu nồng độ hCG bình nguyên hoặc tăng trong quá trình theo dõi, xem xét điều trị methotrexate cho trường hợp thai ngoài tử cung dai dẳng.

3.4. Theo dõi sau điều trị

Mỗi tuần:

+ Định lượng beta HCG máu đến khi <5 IU/L.
+ Siêu âm ngả âm đạo.
+ Can thiệp ngoại khoa bất cứ khi nào nếu: đau bụng nhiều, đề kháng thành bụng, xuất huyết nội, siêu âm ước lượng máu mất trên 100ml.
+ Theo dõi tác dụng phụ MTX: buồn nôn, đau bụng, giảm bạch cầu, tăng men gan, rụng tóc...
+ Trường hợp beta HCG <1000 IU/L trước điều trị thì sau 48 giờ sau chích MTX bệnh nhân có thể xem xét xuất viện điều trị ngoại trú (tái nhập viện trong ngày) nếu lâm sàng ổn định.
+ Bệnh nhân Rh âm tính cần làm thêm Rh của chồng, nếu kết quả là Rh dương thì cần chích Anti D 300mcg (TB) nếu muốn sanh con.

3.5. Thai ngoài tử cung ở các vị trí khác tai vòi

- Thai đoạn kẽ và thai vết mổ cũ (theo phác đồ riêng).
- Thai cổ tử cung.
  + Cắt tử cung nếu xuất huyết không kiểm soát hay thai ở tam cá nguyệt hai, ba.
  + Không nong nạo ngay vì khả năng chảy máu ào ạt hay thủng tử cung.
  + MTX tại chỗ hay toàn thân, có thể kết hợp với nong và nạo sau đó.
  + Có thể hạn chế chảy máu: thắt động mạch tử cung, thuyên tắc động mạch tử cung.
- Thai trong ổ bụng:
  + Phẫu thuật cần chuẩn bị đề phòng chảy máu và bánh nhau thường để lại, chích MTX sau đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG (2018) Bulletin 193: Tubal Ectopic Pregnancy
2. F Gary Cunningham (2001). Ectopic Pregnancy. Williams Obstetrics, part 1. 21st edition, pp 883-905.
3. Resad P.Pasic (2002). Ectopic Pregnancy. A Practical manual of Laparoscopy: A Clinical Cook book, pp 157-170.
4. Jonathan S. Berek (2002). Ectopic Pregnancy. Novak's Gynecology. 13th Edtion, pp 510-534.
5. John a Rock.(2003). Ectopic Pregnancy- Operative Gynecology.Te Linde's; chap 18, pp 411-462.
6. Gary H. Lipscomb, M.D., Vanessa A. Givens, M.D., Norman L. Meyer, M.D., and Derita Bran, R.N (2004) Ectopic Pregnancy. Previous ectopic pregnancy as a predictor of failure of systemic methotrexate therapy. VOL. 81, NO. 5
7. Heather Murray, et al...(2005) Ectopic Pregnancy-Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy 905-912
8. ASRM Practice Committee . Medical treatment of ectopic pregnancy Vol. 86, Suppl 4, November 2006
9. Banz et al. Laparoscopic management of Ectopic Pregnancy during a 9 – year period. Fertility and Sterility 2010;94:2780-2. Vol.94, No. 7, December 2010
10. Norah M. van Mello, M.D.,et al. Ectopic Pregnancy: how the diagnostic and therapeutic management has changed. Fertil Steril 2012;98:1066-73
11. Aviad Cohen, M. D., et al. Second-dose methotrexate in ectopic pregnancies : the role of beta human chorionic gonadotropin. Fertil Steril 2014;102:1646-9
12. Amanda Cotter MD, Luis Izquiendo MD, Fernando Heredia MD, (2002). Abdominal pregnancy. The Fetus.net; 10-22-11
13. Sao Paulo (2002). Calcifred Abdominal pregnancy with eighteen year of evolution: case report. Med. J. vol. 118. n6 Sao Paulo Nov 2000

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM SINH DỤC TRÊN 108

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Viêm vùng chậu (viêm sinh dục trên) là tình trạng viêm nhiễm đường sinh dục trên của phụ nữ, bao gồm: viêm nội mạc tử cung, viêm vòi trứng, áp-xe vòi trứng – buồng trứng và viêm phúc mạc chậu.

1.2. Tác nhân gây bệnh

- Là những loại vi khuẩn lây lan qua đường tình dục, chủ yếu là Neisseria gonorrhoeae và Chlamydia trachomatis.
- Vi sinh vật có mặt trong âm đạo: Gardnerella vaginalis, Haemophilus influenza, các loại trực khuẩn gram âm đường ruột và Streptococcus agalactiae.
- Cytomygalovirus (CMV), Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum.

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Tiền căn có viêm vùng chậu trước đây.
- Có nhiều bạn tình, không sử dụng bao cao su.
- Có tiền căn nhiễm với bất kỳ tác nhân gây bệnh nào. 10 - 40% phụ nữ viêm CTC do Chlamydia hoặc lậu cầu không được điều trị sẽ bị PID cấp.
- Bạn tình có viêm niệu đạo.
- Tuổi trẻ 15 - 25.

II. CHẨN ĐOÁN

Tùy theo tác nhân gây bệnh, tùy theo mức độ nhiễm trùng mà triệu chứng lâm sàng trong viêm vùng chậu rất đa dạng: có thể không triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ, không đặc hiệu (chảy máu âm đạo bất thường, giao hợp đau, khí hư âm đạo) hoặc nhiễm trùng với những thể nặng. Điều này gây khó khăn cho việc chẩn đoán.

Tiêu chuẩn chẩn đoán (theo CDC 2015):

Tiêu chuẩn chính: BN trẻ trong độ tuổi hoạt động tình dục, có nguy cơ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục, có đau vùng chậu mà không tìm ra nguyên nhân gây bệnh khác. Khi khám vùng chậu có ≥ 1 biểu hiện sau:

- Đau khi lắc cổ tử cung hoặc
- Đau tử cung hoặc
- Đau phần phụ

Tiêu chuẩn phụ:

- Sốt > 38.3^{0}C (Nhiệt độ miệng).
- Khí hư nhầy mủ cổ tử cung bất thường.
- Có nhiều bạch cầu khi soi tươi dịch âm đạo với nước muối sinh lý.
- Tăng tốc độ lắng máu .
- Tăng CRP.
- Kết quả xét nghiệm viêm cổ tử cung có N. gonorrhoeae hoặc C. trachomatis.

Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm:
  + Nhuộm gram tìm N. gonorrhoeae.
  + Test miễn dịch tìm Chlamydia trachomatis
- CTM: BC tăng nghi ngờ quá trình viêm (56% trường hợp PID có công thức BC bình thường).
- CRP, PCT.
- Siêu âm.
- Nội soi bụng chẩn đoán.
- βhCG: Kết quả âm tính loại trừ thai ngoài tử cung.
- Tổng phân tích nước tiểu.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Liên quan đến thai kỳ: Thai ngoài tử cung, dọa sẩy thai, sẩy thai tự nhiên, sẩy thai không trọn, thai trong tử cung kèm xuất huyết nang hoàng thể.
- Liên quan đến bệnh lý phụ khoa: Khối u BT xoắn, u BT vỡ, nang BT xuất huyết, lạc NMTC.

- Nguyên nhân ngoài đường sinh dục:
  + Tiêu hóa: Viêm ruột thừa, viêm ruột, viêm túi thừa, hội chứng ruột kích thích.
  + Tiết niệu: Nhiễm trùng đường tiểu, sỏi thận.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc chung

- Chủ yếu là điều trị nội khoa với kháng sinh phổ rộng.
- Tất cả các phác đồ điều trị phải hiệu quả với N. gonorrhoeae và C. trachomatis.
- Điều trị càng sớm, càng có cơ may tránh được các di chứng về sau.
- Thể nhẹ, có thể điều trị ngoại trú.
- Thể bệnh nặng, phải nhập viện điều trị nội trú.

4.2. Tiêu chuẩn điều trị nội trú

- Chưa loại trừ các bệnh lý cấp cứu ngoại khoa (viêm ruột thừa...).
- Áp-xe phần phụ.
- Đang mang thai.
- Bệnh nặng, buồn nôn, nôn ói hoặc sốt cao.
- Không tuân theo hoặc không dung nạp các loại kháng sinh đường uống.
- Không đáp ứng lâm sàng với điều trị ngoại trú.

4.3. 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 24 - 48 giờ triệu chứng lâm sàng cải thiện.
  - Cefoxitin 2g TM mỗi 6 giờ + Doxycyclin 100mg uống mỗi 12 giờ. Ngưng kháng sinh tĩnh mạch sau 48 giờ triệu chứng lâm sàng cải thiện, chuyển sang kháng sinh uống Doxycycline 100mg 1v x2 lần/ ngày dùng cho đủ 14 ngày.
  - Hoặc Clindamycin 900 mg truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ + Gentamycin 3-5 mg/kg tiêm bắp 1 lần/ngày. Sau 48 giờ triệu chứng lâm sàng cải thiện, chuyển kháng sinh uống Clindamycin 450mg x 4 lần/ ngày hoặc Doxycycline 100mg 1v x2 lần/ ngày dùng đủ 14 ngày..

- Hoặc Ampicillin/ sulbactam 1.5g tĩnh mạch mỗi 6 giờ + Doxycyclin 100mg uống mỗi 12 giờ (Hiệu quả trong điều trị C. trachomatis, N. gonorrhoeae và vi khuẩn kỵ khí trên bệnh nhân áp-xe phần phụ).

4.4. Điều trị ngoại trú

Lựa chọn 1

- Ceftriaxone 250mg TB liều duy nhất + Doxycyclin 100mg x 2 lần/ngày uống trong 14 ngày.
  (+/-) Metronidazole 500mg x 2 lần/ ngày uống trong 14 ngày.
- Hoặc Cefoxitin 2g TB liều duy nhất+ Doxycycline 100mg x 2 lần/ ngày trong 14 ngày.
  (+/-) Metronidazole 500mg x 2 lần/ ngày uống trong 14 ngày.
- Hoặc Cephalosporin thế hệ 3 khác (ceftizoxime hay cefotaxime) + Doxycyclin 100mg x 2 lần/ngày uống trong 14 ngày.
  (+/-) Metronidazole 500mg x 2 lần/ ngày uống trong 14 ngày.

Lựa chọn 2

- Levofloxacin 500mg uống 1 lần/ ngày.
- Hoặc ofloxacin 400mg x 2 lần/ ngày.
- Hoặc moxifloxacin 400mg uống 1 lần/ ngày.
  (+) Metronidazole 500mg x 2 lần/ ngày uống trong 14 ngày.

V. THEO DÕI

- BN sẽ cải thiện lâm sàng sau điều trị 3 ngày đầu tiên. Nếu triệu chứng lâm sàng không cải thiện sau 72 giờ điều trị ngoại trú, cần nhập viện, đánh giá phác đồ điều trị và làm thêm chẩn đoán.
- Tất cả BN được chẩn đoán PID do Chlamydia hoặc Gonorrheae phải được XN lại 3 tháng sau điều trị. Nếu kết quả âm tính, họ phải được XN lại 12 tháng sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG. Sexually Transmitted Disease. Obstretrics and Gynecology. 2014:265-276.
2. 2. CDC, Pelvic Inflammatory Disease (PID), STD treatment Guideline 2015.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐAU VÙNG CHẬU MẠN

109

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Đau vùng chậu mạn được định nghĩa là tình trạng đau vùng chậu không đặc hiệu kéo dài hơn 6 tháng, có đáp ứng hoặc không với thuốc giảm đau (các thuốc narcotics và các thuốc NSAIDs).

1.2. Tần suất

- Là một vấn đề phụ khoa thường gặp nhất và ảnh hưởng rất lớn đến phụ nữ ở độ tuổi sinh sản, chiếm 10% số phụ nữ khám phụ khoa ngoại trú.
- Là nguyên nhân của 10% - 35% các trường hợp phẫu thuật nội soi và chiếm 12% số trường hợp cắt tử cung tại Hoa Kỳ.
- Các bệnh lý phụ khoa chiếm 90% các trường hợp đau vùng chậu mạn.
- Dạng bệnh kế tiếp gây đau vùng chậu mạn đứng sau bệnh lý phụ khoa là bệnh dạ dày ruột như hội chứng đại tràng dễ bị kích thích.

1.3. Nguyên nhân

1.3.1. Phụ khoa

- Bệnh lý viêm vùng chậu.
- Lạc nội mạc tử cung vùng chậu.
- Dây dính vùng chậu.
- Giãn cơ sàn chậu, yếu cơ nâng đỡ sàn chậu do sanh đẻ.
- U nang buồng trứng.
- Viêm ống dẫn trứng.
- Cổ tử cung chít hẹp gây bế kinh.

1.3.2. Bệnh hệ thống

- Trầm cảm.

1.3.3. Cơ xương khớp

- Đau cơ psoas.
- Tiền căn gãy xương chậu.
- Đau thành bụng: VMC, cơ thành bụng.

1.3.4. Tiết niệu

- Viêm bàng quang.
- Co thắt bàng quang.

1.3.5. Tiêu hóa

- Hội chứng đại tràng kích thích.
- Viêm ruột.
- Táo bón.
- Thoát vị bẹn thể nhẹ.

1.3.6. Một số ít trường hợp không tìm được nguyên nhân

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Bệnh sử

- Tiền căn viêm vùng chậu trước đó.
- Tiền căn nội ngoại khoa, xã hội, lạm dụng tình dục.
- Hỏi kỹ đặc điểm của đau:
  + Vị trí, tính chất, hướng lan, cường độ (lưu ý có liên quan đến chu kỳ kinh hay không).
  + Các yếu tố làm tăng giảm cơn đau: thay đổi về cường độ thời gian từng cơn hay liên tục, khi đi lại nhiều làm việc nặng đau tăng, khi nghỉ ngơi đau ít hơn.

2.1.2. Triệu chứng cơ năng

- Đau: có thể mơ hồ, không nổi bật.
- Khí hư: không nhiều, không đặc hiệu.
- Ra máu: có thể ra máu bất thường trước và sau khi hành kinh hoặc rong kinh.
- Có triệu chứng của đường ruột hay đường niệu không.

2.1.3. Triệu chứng thực thể

- Dấu hiệu sinh tồn.
- Khám bụng xem độ mềm mại vùng chậu hay có điểm đau chói, có u hay khối thoát vị không.
- Khám mỏ vịt xem khí hư.
- Khám âm đạo bằng tay phối hợp nắn bụng để phát hiện:

+ Sờ, lắc tử cung và hai phần phụ, đánh giá độ mềm mại của vùng chậu.
+ Có thể tử cung di động hạn chế khi lay động.
+ Có thể có khối cạnh tử cung, ấn đau, ranh giới không rõ do vòi tử cung dính với buồng trứng thành một khối.

2.2. Cận lâm sàng

- CTM, CRP, VS.
- Test thai.
- Siêu âm đầu dò âm đạo.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Test Chlamydia và lậu cầu.
- CT scan, MRI và các khảo sát hình ảnh học vùng bụng và thận.
- Nội soi chẩn đoán trong những trường hợp khó khăn.

III. ĐIỀU TRỊ

- Tùy nguyên nhân sẽ có hướng điều trị khác nhau.
- Những trường hợp khó khăn cần nội soi chẩn đoán.
- Lưu ý vấn đề điều trị tâm lý cho bệnh nhân: bác sĩ phụ khoa cần bỏ thời gian để tìm hiểu và cải thiện triệu chứng của bệnh nhân. Những trường hợp gây rối loạn tâm lý nặng thì chuyển chuyên khoa tâm thần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. CDC. 2015 STD Treatment Guidelines . Pelvic Inflammatory Disease
2. Fred Howard MD , Robert L Barbieri MD, Sandy J Falk MD. 2012 Uptodate Treatment of chronic pelvic pain in women
3. ACOG September 2015. Pelvic Inflammatory Disease
4. RCOG May 2012. Green–top Guideline No. 41.The InitialManagement of Chronic. Pelvic Pain
5. Paul D. Chan, M.D, Susan M. Johnson, M.D. Gynecology and Obstetrics 2008 Edition. New Treatment Guidelines
6. Thomas J Bader MD, Nguyen Duy Tai MD. Obstetrics / Gynecology, Updated 3 rd Edition. Sản phụ khoa - Những điều cần biết. Chương 12 - Đau vùng chậu mạn.

110 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ KHỐI U BUỒNG TRỨNG

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

U nang buồng trứng là những u có vỏ bọc ngoài, bên trong chứa dịch, có thể gặp ở mọi lứa tuổi, phát sinh từ các thành phần cấu trúc buồng trứng bình thường hay từ những di tích phôi thai của buồng trứng. U nang buồng trứng có thể gây rối loạn kinh nguyệt, gây khó chịu tại chỗ, làm giảm chức năng sinh sản, đôi khi gây suy nhược cơ thể hoặc có thể gây tử vong do ung thư.

1.2. Tần suất mắc

- Trong độ tuổi sinh sản, phần lớn u thực thể của buồng trứng là lành tính (80-85%), và nguy cơ ác tính sẽ tăng dần theo tuổi. Nguy cơ ác tính của khối u buồng trứng ở tuổi mãn kinh là 29 – 35 %.
- Khối u buồng trứng được chia 02 loại: u cơ năng và u tân sinh .

  U cơ năng: nang noãn bào, nang hoàng thể, nang hoàng tuyến.

  U tân sinh: lành tính, ác tính (u tế bào biểu mô, u tế bào mầm, u tế bào đệm sinh dục, u các loại tế bào khác).
- Trước tuổi dậy thì: 80% là u tế bào mầm, trong đó 10 – 50% là u ác tính.
- Trong tuổi sinh sản: Khoảng 90% là lành tính, trong đó 75% là u cơ năng, 25% là u thực thể trong đó bao gồm u lành, u ác tính, u lạc nội mạc, tỉ lệ hóa ác khoảng 10%.
- Tuổi mãn kinh: 95% u buồng trứng là loại tế bào biểu mô, 50% hóa ác, và nguy cơ hóa ác tăng theo tuổi.

1.3. Yếu tố nguy cơ ác tính

- Tuổi: nguy cơ ung thư buồng trứng tăng theo tuổi.
- Yếu tố dịch tễ: béo phì, hành kinh sớm, chưa sinh con, vô sinh nguyên phát, lạc nội mạc tử cung.
- Những người mang đột biến gene BRCA1, BRCA2
- Tiền căn gia đình: K buồng trứng, K vú, K NMTC, K đại trực tràng, K tụy.

1.4. Phân loại

Dựa theo nguồn gốc mô học.

1. Bướu mô đệm biểu mô

   Bướu dịch trong (lành tính, giáp biên ác, ác tính).

   Bướu dịch nhầy (lành tính, giáp biên ác, ác tính).

   Bướu dạng NMTC (lành tính, giáp biên ác, ác tính).

   Bướu tế bào sáng (ác tính).

   Bướu tế bào chuyển tiếp (bướu Brenner) (lành tính, giáp biên ác, ác tính).

   Bướu mô đệm-biểu mô(Adenosarcoma, bướu hỗn hợp Mullerian ác tính).

2. Bướu tế bào mầm

   U quái

   U quái trưởng thành (lành tính).

   U quái không trưởng thành (ác tính).

   U nghịch mầm (ác tính).

   U túi noãn hoàng(ác tính).

   U tế bào mầm hỗn hợp(ác tính).

   Choriocarcinoma (Carcinoma đệm nuôi).

   Embryonal carcinoma (Carcinoma phôi).

3. Bướu mô đệm dây sinh dục

   Bướu tế bào vỏ (lành tính).

   Bướu sợi bào (lành tính).

   Bướu tế bào mỡ (lành tính).

   Bướu sợi vỏ bào (lành tính).

   Bướu tế bào hạt (ác tính).

   Bướu tế bào Sertoli-Leydig(ác tính).

4. Ung thư di căn đến buồng trứng

   Từ đại tràng, dạ dày, mật-tụy, vú.

II. TRIỆU CHỨNG

2.1. Lâm sàng

- Thường không có triệu chứng, và phát hiện tình cờ hay qua tầm soát.
- Nếu có triệu chứng thì u đã quá to hoặc có biến chứng, thường là giai đoạn trễ của ung thư buồng trứng: bụng to dần, đau bụng, bụng lình phình, báng bụng, ăn không ngon, rối loạn đi tiểu, sụt cân, xuất huyết sau mãn kinh, tiêu máu.
- Khám thực thể có thể sờ được khối u vùng hạ vị, cạnh phải hoặc trái với rãnh ngăn cách với tử cung.

  Biến chứng của khối u buồng trứng
- Biến chứng cấp: xoắn – xuất huyết trong nang – vỡ nang – nhiễm trùng (hiếm gặp).
- Biến chứng bán cấp: bán xoắn – nứt u.
- Biến chứng khác: chèn ép cơ quan lân cận, thoái hóa ác tính.
- Biến chứng sản khoa: u tiền đạo – ngôi bất thường – sanh non – xoắn u thời kỳ hậu sản.

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Siêu âm

Siêu âm đầu dò âm đạo có giá trị hữu ích nhất khi đánh giá khối u vùng chậu, độ nhạy 92%(88-95%) ,độ đặc hiệu 83%(77-88%).

Siêu âm bụng hỗ trợ một số thông tin khi khối u to quá khả năng đo của siêu âm đầu dò, đánh giá tình trạng dịch ổ bụng hoặc tình trạng lan tràn ổ bụng nếu có hoặc trong một số trường hợp không thể siêu âm đầu dò AĐ.

Siêu âm doppler nhìn chung không cho thấy việc cải thiện có ý nghĩa độ đặc hiệu của chẩn đoán nhưng khi kết hợp SA ngả AĐ có thể cải thiện độ nhạy , đặc biệt là trong các trường hợp phức tạp do SA doppler đánh giá được mạch máu khối u.

2.2.2. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác như CT scan, MRI không cải thiện độ nhạy và độ đặc hiệu so với SA ngả AĐ,không được xem là xét nghiệm hình ảnh học đầu tay cho việc đánh giá các u nang buồng trứng. Thường được chỉ định khi siêu âm không thể mô tả rõ ràng bản chất và nguồn gốc khối u hoặc khi nghi ngờ ung

ung thư buồng trứng , trong đó MRI được ưa chuộng hơn. CT Scan dùng để phát hiện dịch báng ổ bụng, di căn mạc nối lớn, phúc mạc bụng, hạch sau phúc mạc, di căn các tạng ổ bụng, các tình trạng tắc nghẽn tiết niệu, có khả năng phát hiện các vị trí ung thư nguyên phát bao gồm cả ruột và đại tràng. PET CT không được ủng hộ sử dụng thường quy trong việc đánh giá ban đầu khối u buồng trứng, thường dùng để đánh giá di căn.

2.2.3. Chất chỉ điểm khối u

- CA12.5 chỉ tăng trong khoảng 50% các trường hợp ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn sớm và tăng trong khoảng 80% trường hợp ung thư biểu mô xâm lấn. CA 125 cũng tăng trong lạc nội mạc tử cung, viêm nhiễm vùng chậu, u xơ, viêm túi thừa, viêm ruột hoặc rối loạn chức năng gan. Thường dùng để theo dõi điều trị và diễn tiến hơn là chẩn đoán.

  Độ nhạy thay đổi từ 61-90%, độ đặc hiệu từ 71-93%, giá trị tiên đoán dương từ 35-91% , giá trị tiên đoán âm từ 67-90%.

  Độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán dương của CA 125 ở phụ nữ mãn kinh cao hơn so với phụ nữ tiền mãn kinh.

  Ngưỡng CA 125 ở phụ nữ tiền mãn kinh là 200 U/ml, ở phụ nữ mãn kinh là 35U/ml.

  Được chỉ định khi khối u buồng trứng nghi ngờ ung thư.
- HE 4 - Human Epididymis Protein 4

  Độ nhạy 78%; độ đặc hiệu 95%; giá trị tiên đoán dương 80%; và giá trị tiên đoán âm 99%.

  Được chỉ định khi khối u buồng trứng nghi ngờ ung thư.
- ROMA test :

  Thuật toán này dùng HE 4 kết hợp với CA 125 và tình trạng kinh nguyệt để tính nguy cơ ác tính của buồng trứng

  Phụ nữ tiền mãn kinh : Độ nhạy 74.8% và độ đặc hiệu 76.5% .

  Phụ nữ mãn kinh :có độ nhạy 92,3% và độ đặc hiệu 75% .

  Được chỉ định khi khối u buồng trứng nghi ngờ ung thư.

Một số chất chỉ điểm khác

- BhCG : Carcinoma phôi, Carcinoma đệm nuôi.
- AFP: u túi noãn hoàng.
- LDH: U nghịch mầm.

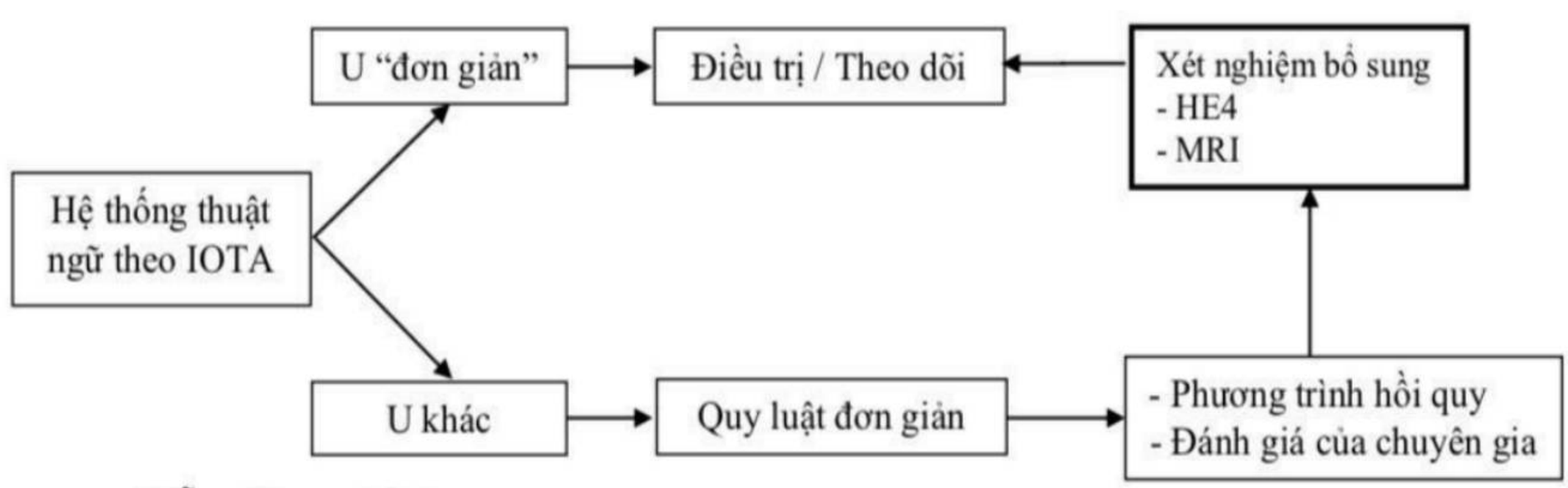
Các dấu hiệu sinh học này được chỉ định khi BN trẻ dưới 40 tuổi có khối u buồng trứng nghi ngờ ung thư.

- Inhibin: u tế bào hạt.
- Khối u buồng trứng nghi ngờ do di căn từ nơi khác: CEA (nghi ung thư đại trực tràng), CA19.9 (nghi ung thư đại trực tràng và tụy), CA153 (nghi ung thư vú).

III. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào LS và SA ngả AĐ theo IOTA. Theo RCOG, ACOG có nhiều phương thức để tiên đoán khả năng lành ác của khối u buồng trứng trên lâm sàng nhưng hiệu quả tốt nhất vẫn là mô hình phương trình hồi quy 2 của IOTA và quy tắc đơn giản của IOTA vì có độ nhạy và độ đặc hiệu cao (độ nhạy 92% và 93% , độ đặc hiệu 83% và 81% tương ứng).

Sơ đồ tiếp cận khối u buồng trứng theo IOTA



Diễn giải quy trình:

- Dựa trên đánh giá u buồng trứng bác sĩ siêu âm sẽ đánh giá khối u xem có thuộc 1 trong 5 loại u của mô tả đơn giản.
- Trường hợp không thoả tiêu chí của u "đơn giản" sẽ áp dụng quy luật đơn giản để nhận định loại u thuộc loại nguy cơ cao hoặc thấp.
- Trường hợp u không áp dụng được quy luật đơn giản thì sẽ được chuyên gia đánh giá (các bác sĩ hội chẩn hoặc bác sĩ lâm sàng có kinh nghiệm siêu âm phụ khoa) hoặc áp dụng phương trình hồi quy 2 của IOTA.
- Một số trường hợp đặc biệt khó (7-10%, khi đó phương trình hồi quy cho tỉ lệ nằm chung quanh điểm cắt) thì có thể yêu cầu thêm các xét nghiệm bổ sung như HE4 hoặc MRI.

MÔ TẢ ĐƠN GIẢN *Nhận diện được 50 – 60% u buồng trứng*		
Mô tả	*Tính chất giải phẫu bệnh*	*Chẩn đoán*
- Nang phản âm trống - Đơn thùy - Kích thước ≤ 10cm	Nang cơ năng Nang dịch trong	98.8%
- Nang phản âm hỗn hợp - Đơn thùy - Có bóng lưng - Phụ nữ trước mãn kinh	U bì	100%
- Nang phản âm kém đồng nhất - Phụ nữ trước mãn kinh	U lạc nội mạc	99.5%
- Nang đơn thùy - Bờ đều	Nang lành tính	98.6%
- Nang có mạch máu nuôi từ trung bình trở lên (color score 3) - Dịch ổ bụng - Mãn kinh - Tuổi > 50 với CA 125 > 100mUI/ml	Khối u ác tính	93.2

PHƯƠNG TRÌNH HỒI QUI *Chỉ số nguy cơ ác tính: LR 2 (Logistic regression) với điểm cắt 10% (độ nhạy: 89%, độ đặc hiệu: 80%)*		
Các biến đo lường	1	Tuổi
	2	Dịch báng bụng
	3	Mạch máu bên trong nhú
	4	Đường kính lớn nhất của phần đặc
	5	Bờ trong u không đều
	6	Có bóng lưng

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- U xơ Tử cung.
- Abcess phần phụ, ứ dịch tai vòi.
- U mạc treo ruột.
- U sau phúc mạc.

V. ĐIỀU TRỊ

5.1. Mục tiêu điều trị

- Đề phòng biến chứng xảy ra.
- Tỉ lệ tái phát thấp.
- Chẩn đoán và điều trị sớm ung thư buồng trứng giúp cải thiện khả năng sống còn của bệnh nhân.

5.2. Nguyên tắc phẫu thuật

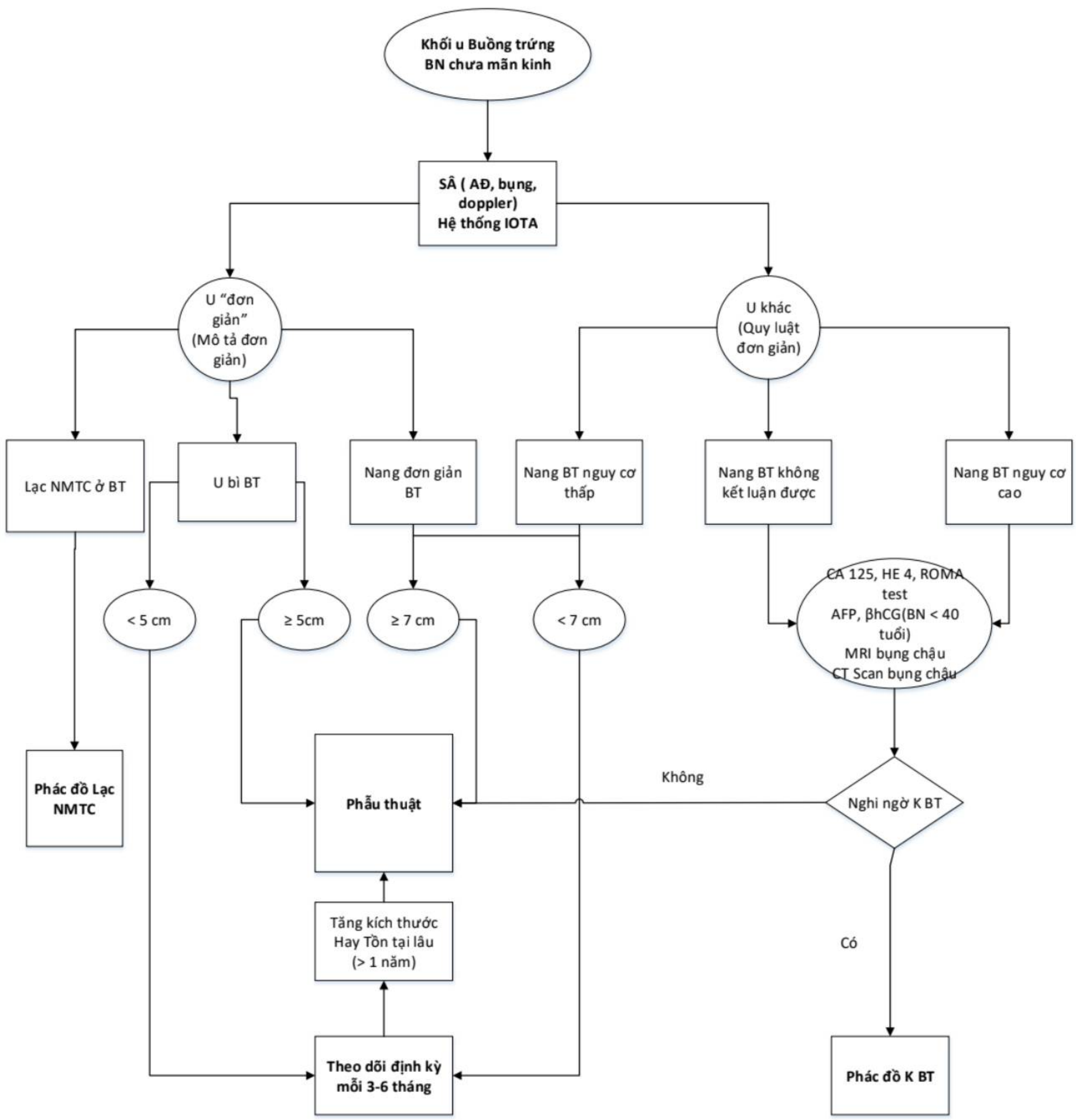
- Nếu u lành: Có thể phẫu thuật qua nội soi ổ bụng hay mở bụng nhưng phải thám sát các cơ quan trong ổ bụng, phúc mạc.
  Phẫu thuật bóc khối u BT, cắt BT hay phần phụ tùy trường hợp.
  * Nếu nghi U ác:
- Phẫu thuật bảo tồn chức năng sinh sản: cắt trọn phần phụ bên có bướu + Bilan K.
  Bilan K:
  + Đường mổ: dọc rốn vệ.
  + Tế bào học dịch ổ bụng: lấy dịch báng trong ổ bụng hoặc đổ 100ml nước muối sinh lý rửa ổ bụng rút tối thiểu 40ml dịch ở túi cùng, rãnh đại tràng 2 bên, vùng dưới hoành 2 bên.
  + Thám sát ổ bụng một cách có hệ thống: thám sát , gan, vòm hoành, mạc nối lớn, các cơ quan trong ổ bụng.
  + Phải nhìn thấy được toàn bộ phúc mạc. Sinh thiết bất kỳ bề mặt phúc mạc hoặc chỗ dính nghi ngờ. Nếu không có vị trí nghi ngờ thì sinh thiết phúc mạc ngẫu nhiên từ vùng chậu, rãnh đại tràng, phúc mạc dưới cơ hoành.
  + Sinh thiết mạc nối lớn, buồng trứng đối diện nơi nghi ngờ bất thường.
  + Có thể làm sinh thiết lạnh để hỗ trợ điều trị.
  Phẫu thuật triệt để: Thám sát ổ bụng chậu + cell block / Tế bào học dịch ổ bụng + Cắt trọn phần phụ có u + tử cung toàn bộ + phần phụ còn lại + mạc nối lớn + sinh thiết các tổn thương nghi ngờ + Nạo hạch chậu và hạch cạnh động mạch chủ bụng khi có chỉ định + cắt ruột thừa trong ung thư biểu mô buồng trứng dạng nhầy + cắt các cơ quan bị xâm lấn nếu được .

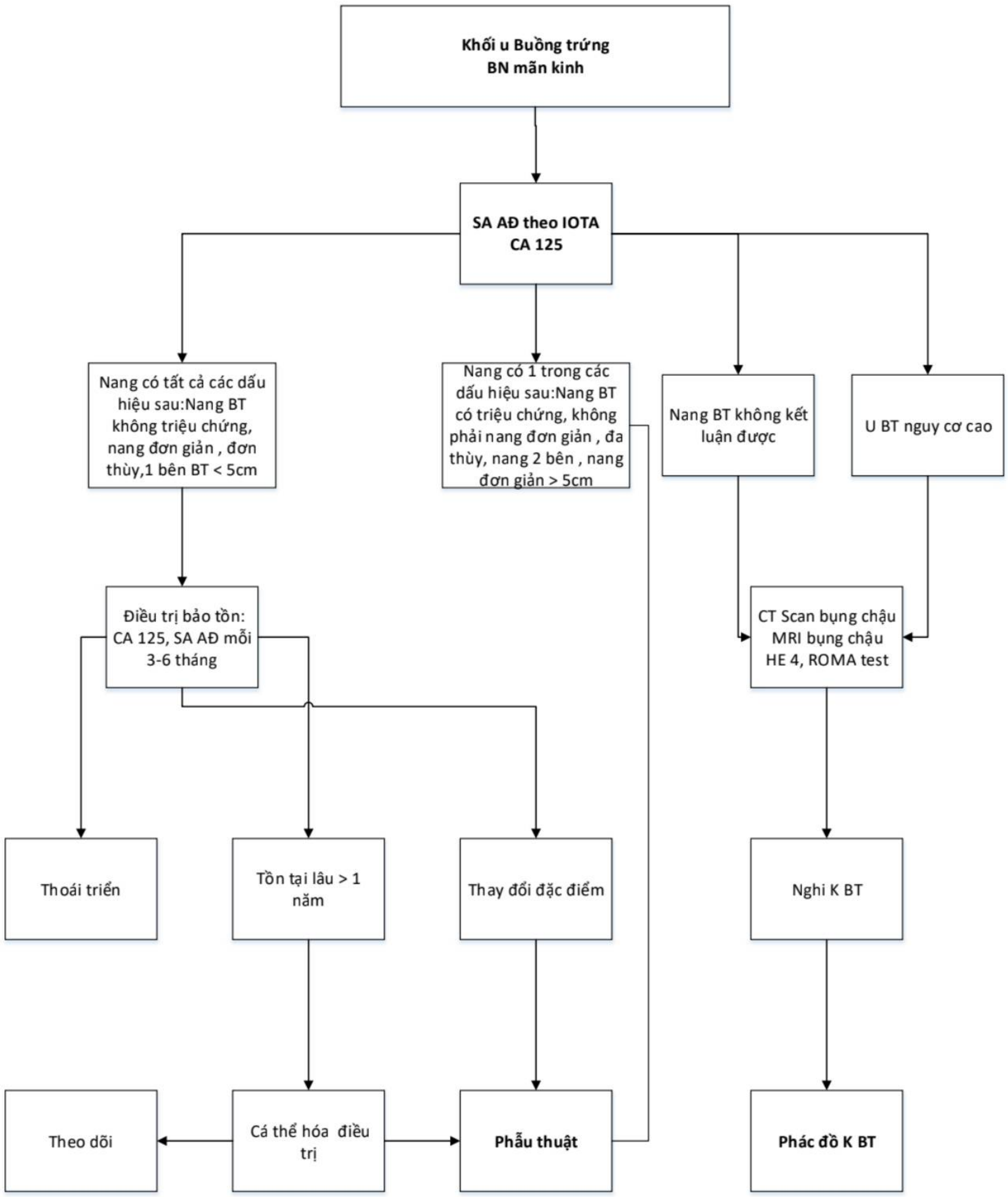
PTV nên ghi nhận các dấu hiệu sau trong tường trình phẫu thuật:

- Mức độ lan rộng của bệnh trước khi phẫu thuật giảm tổng khối bướu ở vùng chậu, ổ bụng giữa và ổ bụng trên.
- Số lượng và kích thước bướu còn sót lại trong cùng 1 vị trí.
- Phẫu thuật hoàn toàn hay không hoàn toàn. Nếu không hoàn toàn thì phải ghi nhận kích thước còn lại của các sang thương lớn và số lượng toàn bộ các sang thương.

SƠ ĐỒ XỬ TRÍ KHỐI U BUỒNG TRỨNG

(Theo hướng dẫn của RCOG/ ACOG)




Khối u Buồng trứng
BN mãn kinh
SA AĐ theo IOTA
CA 125
Nang có tất cả các dấu hiệu sau:Nang BT không triệu chứng, nang đơn giản , đơn thùy,1 bên BT < 5cm
Nang có 1 trong các dấu hiệu sau:Nang BT có triệu chứng, không phải nang đơn giản , đa thùy, nang 2 bên , nang đơn giản > 5cm
Nang BT không kết luận được
U BT nguy cơ cao
Điều trị bảo tồn: CA 125, SA AĐ mỗi 3-6 tháng
CT Scan bụng chậu
MRI bụng chậu
HE 4, ROMA test
Thoái triển
Tồn tại lâu > 1 năm
Thay đổi đặc điểm
Nghi K BT
Theo dõi
Cá thể hóa điều trị
Phẫu thuật
Phác đồ K BT

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế. U nang buồng trứng. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa. 2015

Tiếng Anh

2. Royal College of Obstetricians and Gynecologists, "Management of ovarian cysts in Postmenopausal women", RCOG- green-top guideline No.34. July 2016
3. Royal College of Obstetricians and Gynecologists, "Management of suspected ovarian masses in Premenopausal women", RCOG-green-top guideline No.62. 2011
4. American College of Obstetricians and Gynecologists , "Management of adnexal masses", ACOG- practice bulletin No.174
5. American College of Obstetricians and Gynecologists, "Ovarian and Adnexal Disease", ACOG- practice bulletin No.50
6. Hoffman , Schorge . "Pelvic mass" in Williams Gynecology 2012 , 246-280

111 TẦM SOÁT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

I. GIỚI THIỆU

1.1. Đại cương

- Ung thư cổ tử cung (UTCTC): khối u ác tính ở cổ tử cung.
- Ung thư cổ tử cung là một trong bốn loại ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ trên toàn thế giới, và là ung thư đứng hàng thứ hai ở phụ nữ tại các quốc gia đang phát triển.
- Tầm soát UTCTC với mục đích phát hiện sớm những tế bào bất thường của cổ tử cung để theo dõi và điều trị kịp thời nhằm tránh để cho các tổn thương tiền ung thư diễn tiến thành UTCTC. 93% UTCTC có thể phòng ngừa bằng cách tiêm ngừa và tầm soát UTCTC định kỳ.

1.2. Tần suất mắc

Năm 2015 hiệp hội ung thư Mỹ (ASC) ước tính có 12.900 trường hợp UTCTC mới và 4.100 trường hợp tử vong vì bệnh này.

Theo Globocan và tổ chức y tế thế giới (WHO) năm 2015 tính tần suất UTCTC 7,9%, có khoảng 530.000 trường hợp mới mắc bệnh và khoảng 270.000 trường hợp tử vong.

Mỗi năm nước ta có khoảng 5000 trường hợp mới UTCTC, có khoảng 2500 -2700 trường hợp tử vong vì UTCTC.

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Nhiễm HPV nhóm nguy cơ cao, bao gồm 14 nhóm (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68), trong đó 50-65% trường hợp UTCTC do nhiễm virus HPV 16, 15% do HPV 18. Nhiễm các nhóm còn lại (nguy cơ thấp) không gây UTCTC.
- Các yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm HPV và UTCTC:

+ Có nhiều bạn tình.
+ Quan hệ tình dục sớm (≤ 18 tuổi).
+ Đa sản (≥ 4 lần).
+ Hút thuốc .
+ Người suy giảm miễn dịch.
+ Tiền sử bị nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục (Clamydia, HIV, Herpes…).
+ Sử dụng thuốc ngừa thai kết hợp trên 5 năm (Theo hội nghiên cứu ung thư học tại Anh thì sử dụng thuốc ngừa thai phối hợp trên 5 năm thì tăng nguy cơ UTCTC so với nhóm không sử dụng).
+ Tiếp xúc với DES (Di-ethylstilbestrol).
+ Tiền sử gia đình có người bị UTCTC.

II. PHÁC ĐỒ TẦM SOÁT UTCTC

Phòng ngừa UTCTC bằng cách phát hiện các tổn thương tiền ung thư, điều trị sớm những tổn thương này thì sẽ không tiến triển sang ung thư. Vì thế, đã có nhiều phương pháp được thực hiện để tầm soát những tổn thương này bao gồm quan sát cổ tử cung: VIA (Visual Inspection using Acetic acid), phương pháp chẩn đoán tổn thương cổ tử cung bằng mắt thường sau khi bôi Acetic acid 3%-5% lên cổ ngoài CTC. VILI (Visual Inspection using Lugol's iodine): Phương pháp chẩn đoán tổn thương cổ tử cung bằng mắt thường sau khi bôi dung dịch Lugol's iodine lên cổ ngoài CTC. VILI chính là test Schiller.

2.1. Tế bào học CTC

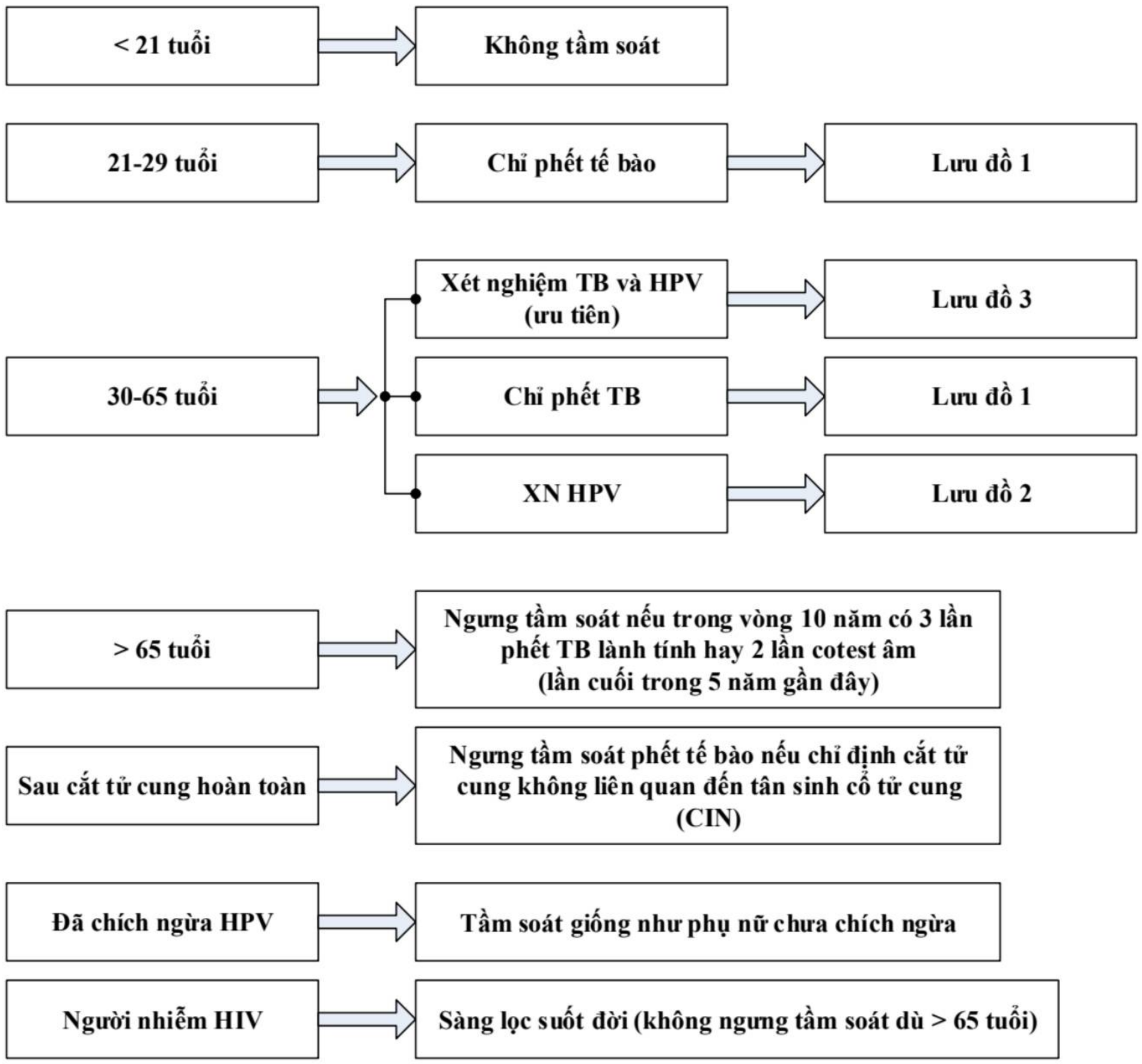
- Pap truyền thống : Trong quy trình Pap truyền thống, tế bào CTC được trải trên lam kính và các tế bào bất thường của CTC bong ra trong quá trình thu thập mẫu khi khám phụ khoa sẽ được nhân diện sau khi nhuộm và quan sát dưới kính hiển vi. Độ nhạy chỉ khoảng 70%.
- Pap nhúng dịch (liquid-based): Các kỹ thuật này cung cấp mẫu tế bào đồng nhất, ít tạp chất và hình ảnh nhuộm tốt hơn, tạo điều kiện dễ dàng cho người đọc. Dù độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn so với Pap cổ điển nhưng vẫn còn tỷ lệ âm tính giả đến 24%.

2.2. Xét nghiệm HPV

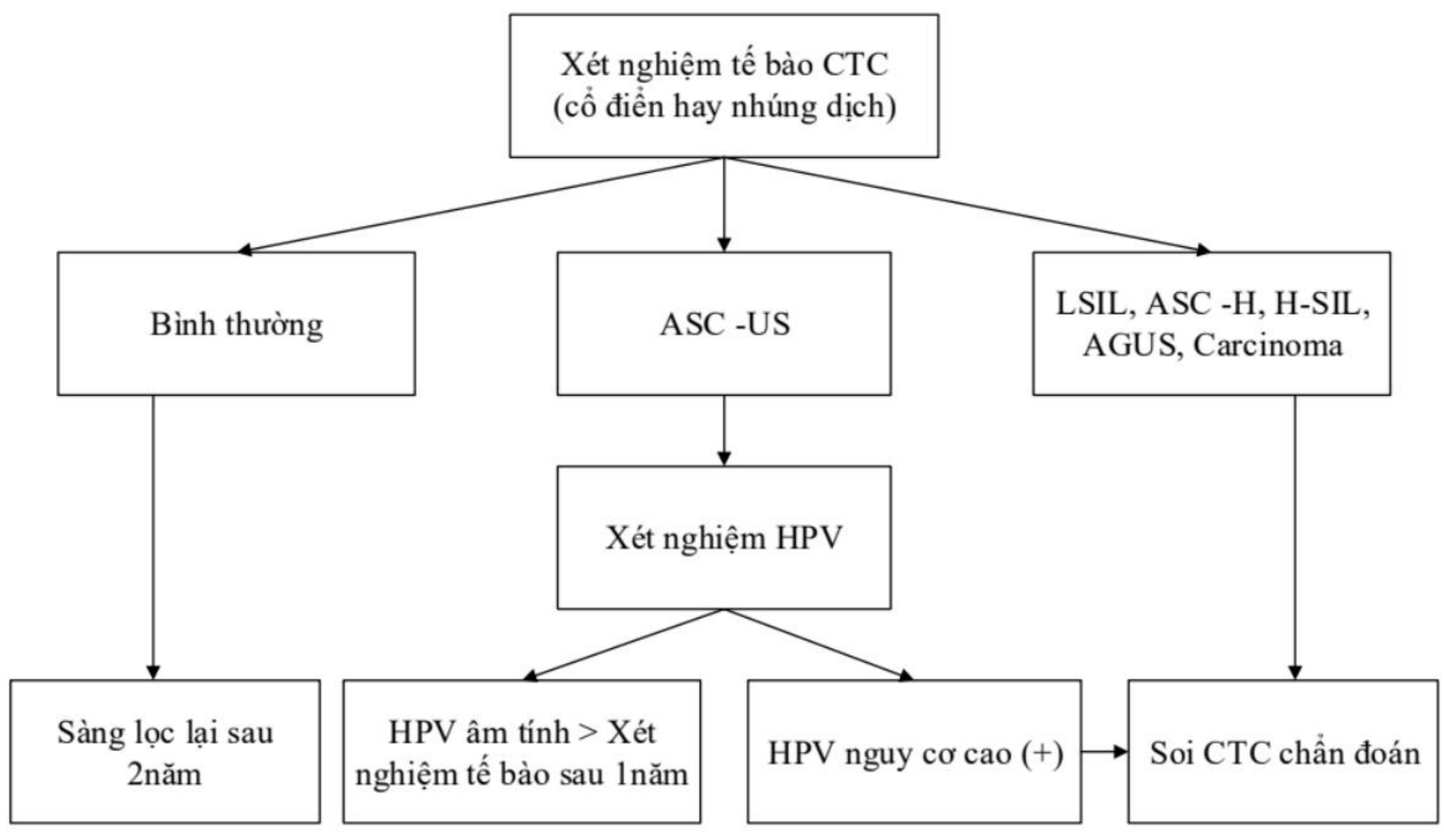
- Xét nghiệm HPV Cobas : đối với phụ nữ nhiễm HPV kết quả sẽ dương tính với HPV nhóm 16 và/hoặc HPV nhóm 18 và/hoặc 12 nhóm HPV nguy cơ cao khác (nhóm 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68).
- Xét nghiệm HPV Aptima: phát hiện gen E6/E7 RNA thông tin của 14 chủng HPV nguy cơ cao, kết quả dương tính chỉ ra người phụ nữ đang nhiễm HPV trong tình trạng hoạt động. Đối với phụ nữ nhiễm HPV kết quả sẽ dương tính với HPV nhóm 16 và/hoặc nhóm 18/45 và/hoặc 11 nhóm HPV nguy cơ cao khác (nhóm 31, 33, 35, 39, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68).

Viết tắt:

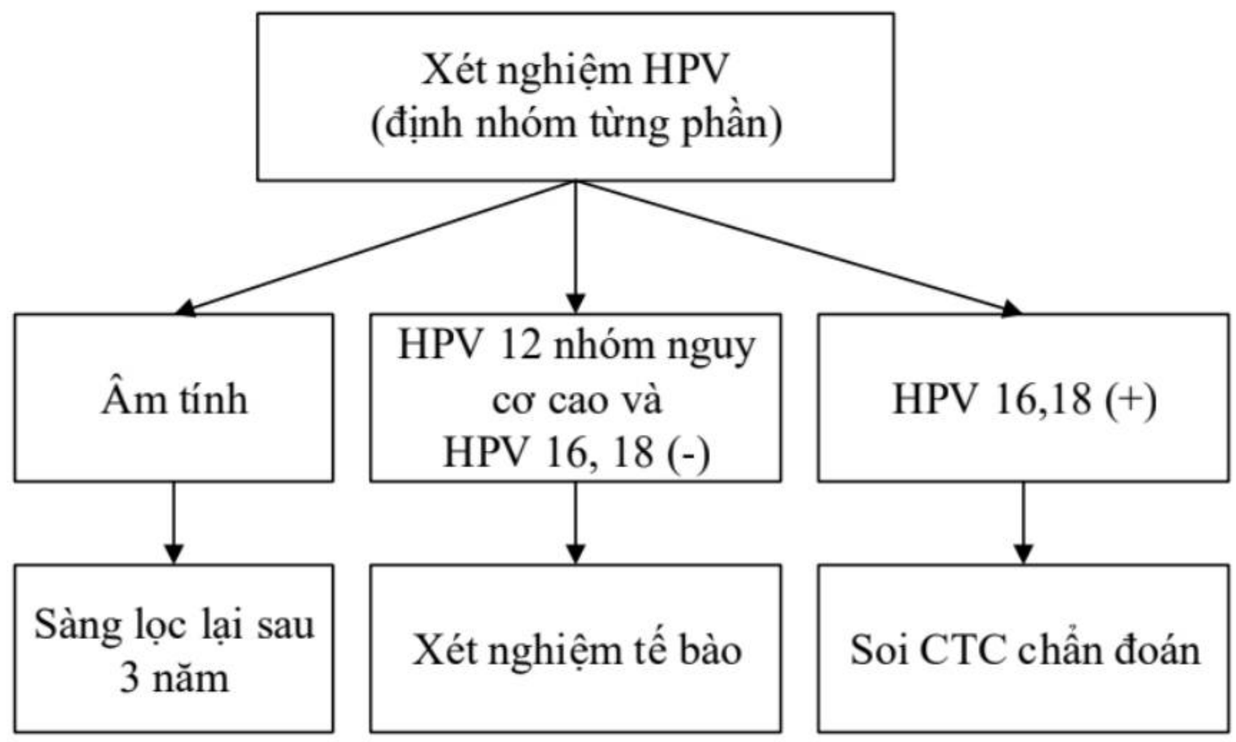
- HPV (Human Papilloma Virus);
- ASC-US (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significane): tế bào gai không điển hình chưa xác định rõ ý nghĩa;
- ASC-H (Atypical Squamous Cells of Un determined Significance, in which a high grade squamous intraepithelial lesion cannot be excluded): tế bào gai không điển hình, chưa có thể loại trừ tổn thương mức độ cao;
- LSIL Low- Grade Squamous Intraepithelial Lesion): tổn thương tế bào gai mức độ thấp;
- AGUS (Atypical Glandular cells of Undertermined Significance): tế bào tuyến không điển hình nhưng chưa xác định rõ ý nghĩa;
- HSIL (High grade Squamous Intraepithelial Lesion): Tổn thương tế bào gai mức độ cao;



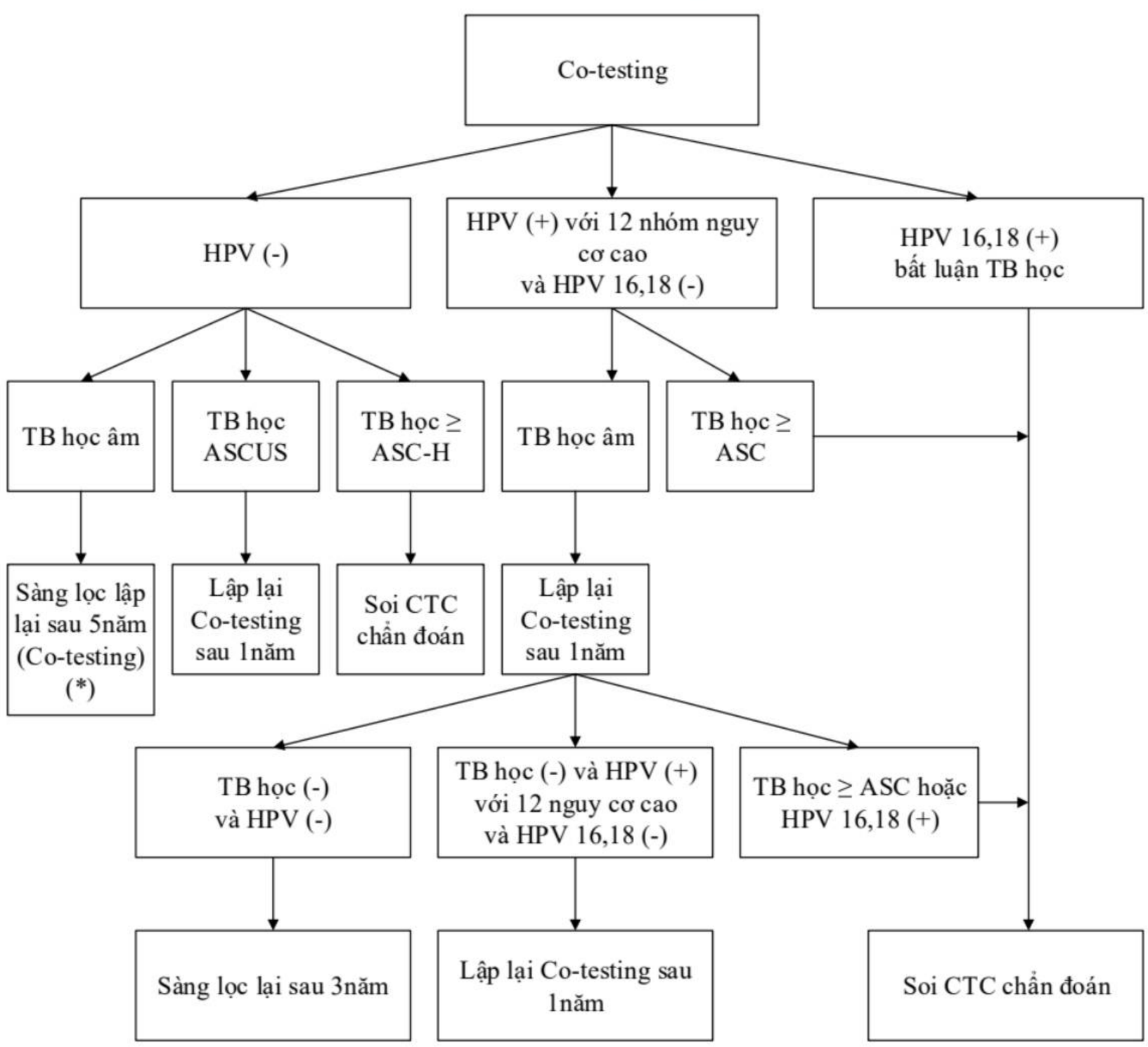
LƯU ĐỒ 1: Sàng lọc dưa vào xét nghiệm TB học cổ tử cung



LƯU ĐỒ 2:
Sàng lọc dựa vào xét nghiệm HPV đơn thuần (định nhóm từng phần)



LƯU ĐỒ 3:
Sàng lọc dựa vào bộ đôi xét nghiệm HPV và tế bào học (Co-testing)



Ghi chú: (*): bệnh nhân có thể yêu cầu xét nghiệm tế bào (TB) và HPV sớm hơn 5 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Hướng dẫn tầm soát ung thư cổ tử cung năm 2014 của Bệnh viện Hùng Vương.
2. Kế hoạch hành động quốc gia về dự phong và kiểm soát ung thư cổ tử cung giai đoạn 2016-2025.

Tiếng Anh

2. ACOG Practice Bulletin No 157 Summary: Cervical Cancer Screening and Prevention Obstetric & Gynecology, 127, 185-187.
3. ACOG Practice Bulletin No. 140: management of abnomal cervical cancer sceening test result and cervical cancer precursors Obstetric Gynecology 122,1338-67.
4. Sara Feldman. Screening for cervical cancer 2018. Uptodate 21.6, vol.86, No. 6, p 563-564.
5. Afsan DR, Aktar K, Khan T, et al.Conventional Pap smear and liquid based cytology for cervical cancer screening – a comparative study. J cytol Octo- Dec: 167-172.
6. Bolick DR, Hellman DJ. Labor implementation and efficacy assessment of the thinprep cervical cancer screening system. Acta Cytol 1998;42: 209-213.
7. Thomas C. Wright, Mark H. Stoler et al. Primary cervical screening with human papillomavirus: End of study results from ATHENA study using HPV as the first-line screening test. November 2014.
8. Cervical cancer, Estimated Incidence Mortality and Prevalence. World-wide in 2012.(Globocan).

112 VIÊM ÂM ĐẠO DO NẤM

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

- Viêm âm đạo là một hội chứng lâm sàng, đặc trưng bởi sự thay thế chủng vi khuẩn Lactobacillus bình thường trong âm đạo bởi những vi khuẩn kỵ khí như Prevotella sp, Mobiluncus sp, Mycoplasma hominis, Gardnerella….Trong đó viêm âm đạo do nấm chiếm gần 1/3 các trường hợp viêm âm đạo.
- Nhiễm nấm âm đạo không được coi là nhiễm trùng cơ hội và không được xem là bệnh lây lan qua đường tình dục.

1.2. Tần suất mắc

- Candida spp có trong dịch âm đạo của 20 - 50% phụ nữ khỏe mạnh, không triệu chứng.
- Viêm âm đạo do nấm phổ biến ở người lớn:
  + 50% sinh viên nữ trong độ tuổi 25 từng mắc 1 lần.
  + 75% phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ từng mắc 1 lần.
  + 45% phụ nữ từng mắc 2 - 3 lần.
- Viêm âm đạo do nấm ít gặp ở phụ nữ đã mãn kinh.
- 10- 20 % phụ nữ bị viêm âm hộ âm đạo do nấm tái phát.

1.3. Sinh bệnh học

- 80 - 92% các trường hợp do Candida albicans .
- Một vài nghiên cứu ghi nhận có sự gia tăng tần suất mắc các chủng Candida spp khác, đặc biệt là C. glabrata có thể do:
  + Việc sử dụng thuốc không cần kê toa.
  + Sử dụng nhóm azoles kéo dài.

1.4. Yếu tố nguy cơ

- Đái tháo đường: kiểm soát đường huyết kém, ĐTĐ type 2 có khuynh hướng nhiễm non-albicans Candida spp.
- Kháng sinh: 1/4 - 1/3 phụ nữ có khuynh hướng nhiễm nấm âm đạo trong khi hoặc sau khi dùng kháng sinh phổ rộng.
- Tăng nồng độ Estrogen: thuốc ngừa thai dạng uống (đặc biệt khi thành phần Estrogen cao), có thai, liệu pháp Estrogen.
- Ức chế miễn dịch: sử dụng corticosteroids, nhiễm HIV.
- Dụng cụ ngừa thai: bọt âm đạo, màng ngăn âm đạo, dụng cụ tử cung. Thuốc diệt tinh trùng không liên quan đến nhiễm nấm âm đạo
- Yếu tố di truyền (sẽ đề cập sau).
- Hành vi: Mặc dù viêm âm đạo do nấm xuất hiện trên phụ nữ độc thân và Candida có thể có trong dịch âm đạo bình thường, không có nghĩa là nấm không lây truyền qua đường tình dục. Nghiên cứu cho thấy:
  + Có sự gia tăng tần suất nhiễm nấm âm đạo ở thời điểm người phụ nữ bắt đầu quan hệ tình dục đều đặn.
  + Bạn tình của phụ nữ nhiễm nấm có khả năng nhiễm nấm cao gấp 4 lần bạn tình của phụ nữ không nhiễm.
  + Bạn tình của phụ nữ nhiễm nấm nhiễm cùng chủng nấm với người phụ nữ đó.
- Không có bằng chứng đủ mạnh cho thấy có mối liên quan giữa viêm âm đạo do nấm và:
  + Thói quen vệ sinh.
  + Mặc quần chật.
  + Quần lót bằng sợi tổng hợp.

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

2.1. Ngứa

- Ngứa âm hộ - âm đạo.
- Đôi khi có cảm giác nóng hoặc tiểu rát hoặc giao hợp đau.
- Âm hộ và niêm mạc âm đạo viêm đỏ.

2.2. Huyết trắng

- Màu trắng đục.
- Vón cục, lợn cợn đóng thành mảng giống sữa đông.
- Bám thành âm đạo.

III. CHẨN ĐOÁN CẬN LÂM SÀNG

3.1. pH âm đạo

- pH 4 - 4.5.

3.2. Soi tươi huyết trắng

- Thấy có sợi tơ nấm hoặc bào tử nấm.
- Dễ thấy hơn nếu nhỏ thêm 1 giọt KOH 10% vào bệnh phẩm.
- Có thể âm tính đến 50% các trường hợp.

3.3. Cấy nấm

- Cần thiết để chẩn đoán xác định, tránh điều trị quá mức trên những trường hợp có triệu chứng lâm sàng điển hình nhưng pH âm đạo bình thường và soi huyết trắng bình thường.
- Cho biết chủng của nấm, giúp lựa chọn đúng thuốc kháng nấm
- Nên được thực hiện trên những bệnh nhân có triệu chứng dai dẳng hoặc tái phát vì có khả năng những bệnh nhân này nhiễm non-albicans kháng với azoles.

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

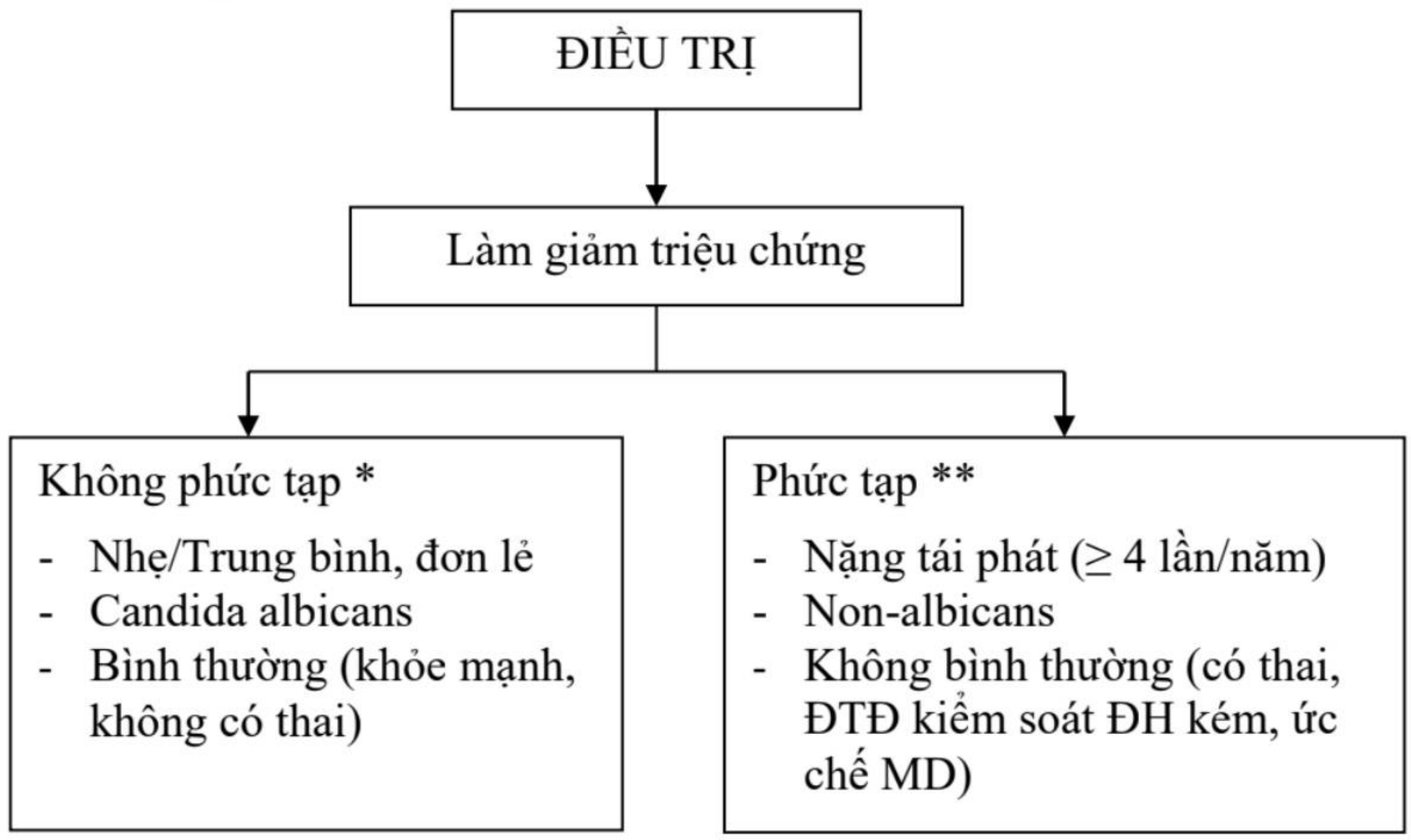
- Những trường hợp có triệu chứng nhưng pH âm đạo bình thường:
  + Phản ứng quá mẫn.
  + Dị ứng.
  + Viêm da do tiếp xúc.

V. VIÊM ÂM ĐẠO DO NẤM TÁI PHÁT

- Nhiễm ≥ 4 lần/năm.
- 5-8% phụ nữ.
- Do tái nhiễm từ 1 chủng nấm tồn tại trong âm đạo.
- Cấy nên được thực hiện để chẩn đoán xác định và để phát hiện những chủng nấm ít gặp.

- Chỉ 1 số ít trường hợp có yếu tố nguy cơ rõ như kiểm soát đường huyết kém, suy giảm miễn dịch.
- Đa số trường hợp có thể có liên quan với bất thường miễn dịch niêm mạc âm đạo và yếu tố di truyền như kháng nguyên nhóm máu Lewis, gen đa hình đặc biệt.
- Viêm tái phát có liên quan với giảm nồng độ Manose Binding Lectin (MBL) và tăng nồng độ interleukin-4 (do biến thể của 2 gen đa hình đặc biệt).
  + Phản ứng trực tiếp của MBL với C.albicans giúp cơ thể kháng nấm, khi giảm MBL dễ nhiễm tái phát.
  + Interleukin-4 ngăn đáp ứng kháng Candida thông qua đại thực bào, khi tăng IL-4 làm ngăn phản ứng đề kháng tại chỗ.
- Vấn đề lây truyền qua đường tình dục vẫn còn bàn cãi. Phần lớn nghiên cứu không ủng hộ việc điều trị cho bạn tình.
  + Nghiên cứu 54 phụ nữ viêm tái phát, ½ bạn tình nam được điều trị Ketoconazole, 200 mg/ngày trong 5 ngày, không khác biệt trong tỷ lệ tái phát của 2 nhóm.
- Nhiễm HIV

VI. ĐIỀU TRỊ



* Bệnh nhân phải có đầy đủ các tiêu chuẩn trên

** Bệnh nhân chỉ cần có 1 trong các tiêu chuẩn trên

VII. ĐIỀU TRỊ VIÊM KHÔNG PHỨC TẠP

THUỐC ĐẶT ÂM ĐẠO	LIỀU LƯỢNG	CÁCH DÙNG
Clotrimazole	100 mg	1 viên/ngày x 7N 2 viên/ngày x 3N
Miconazole	100 mg	1 viên/ngày x 7N
	200 mg	1 viên/ngày x 3N
	1200 mg	1 viên duy nhất
Nystatin	100,000 UI	1 viên/ngày x 14N
Terconazole	80 mg	1 viên/ngày x 3N
Tioconazole	6.5% thuốc mỡ	1 liều duy nhất (5g)
Butoconazole	2% kem	1 liều duy nhất (5g)
THUỐC UỐNG		
Fluconazole	150 mg	1 liều duy nhất
Itraconazole	100mg	1 viên x 2/ngày x 3N HOẶC 2 viên x 2/ngày

- Thuốc kháng nấm đường uống và đặt âm đạo có tỷ lệ lành bệnh bằng nhau, > 80% (thử nghiệm lâm sàng).
  + Khuyến cáo: liều đơn Fluconazole 150 mg uống (Grade 2A).
- Thuốc uống làm giảm triệu chứng chậm hơn thuốc đặt từ 1-2 ngày. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy bệnh nhân thích thuốc uống hơn, vì tính tiện lợi của nó.
- Tác dụng phụ:
  + Thuốc đặt có thể gây nóng, rát tại chỗ
  + Thuốc uống có thể gây buồn nôn, nhức đầu, nổi mẫn, bất thường chức năng gan thoáng qua.
- Không có thuốc hay đường dùng nào là ưu việt nên việc lựa chọn thuốc và đường dùng tùy thuộc:
  + Giá tiền
  + Ý thích của bệnh nhân
  + Chống chỉ định

- Fluconazole.
  + Đường uống tiện lợi hơn.
  + Giữ nồng độ điều trị trong dịch âm đạo ít nhất 72 giờ.
  + Tác dụng phụ ít và nhẹ.
  + Rẻ hơn các loại thuốc đặt.
- Chỉ ghi nhận kháng azole trên 1 trường hợp viêm âm đạo do C.albicans.

VIII. CHẨN ĐOÁN CẬN LÂM SÀNG

8.1. Viêm âm đạo nặng

- Không dùng liều ngắn ngày.
- Fluconazole uống 150 mg mỗi 72g 2-3 liều (tùy độ nặng).
  Hoặc:
- Thuốc kháng nấm đặt âm đạo mỗi ngày/7N.

8.2. Viêm âm đạo do nấm Non-albicans

- Điều trị tùy thuộc chủng nấm.
- C. Glabrata: boric acid 600 mg đặt âm đạo mỗi ngày/14 N.
- Nếu thất bại: 17% Flucytosine, 5 g mỗi đêm/14 N.
- C. krusei: boric acid 600 mg đặt âm đạo mỗi ngày/14 N hoặc Clotrimazole 2% cream/7-14 N.
  Hoặc Miconazole.
  Hoặc Terconazole.

8.3. Viêm âm đạo do nấm tái phát

- Tấn công: 3 liều Fluconazole 150 mg mỗi 72g.
- Duy trì: Fluconazole 150 mg mỗi tuần/6 tháng.
  Lựa chọn
- Tấn công: 10-14 N thuốc azole đặt âm đạo.
- Duy trì: 6 tháng (VD: Clotrimazole 500 mg mỗi tuần/6 tháng).

IX. ĐIỀU TRỊ VIÊM AĐ DO NẤM TÁI PHÁT

- Điều trị viêm âm đạo do nấm tái phát rất khó khăn.
- Nên loại trừ hoặc làm giảm những yếu tố nguy cơ (kiểm soát đường huyết, dùng thuốc ngừa thai liều thấp..).

- Chưa có thử nghiệm lâm sàng nào so sánh các phác đồ điều trị với nhau.
- Có nhiều khuyến cáo:
  + Điều trị mỗi đợi tái phát như phác đồ ngắn (viêm không phức tạp)
  + Điều trị mỗi đợt tái phát với phác đồ dài (7 - 14 N thuốc đặt/3 liều Fluconazole 150 mg/72g) (Grade 2C).
  + 10-14 N thuốc đặt/uống, sau đó, Fluconazole 150 mg uống mỗi tuần/6 tháng [Infestious Diseases Society of America].
  + Phụ nữ viêm âm đạo tái phát nên cố gắng loại trừ hoặc làm giảm yếu tố nguy cơ. Điều trị: tấn công Fluconazole 150 mg mỗi 72g 3 liều, duy trì 150 mg Fluconazole mỗi tuần trong 6 tháng (Grade 2B).
- Nhiều nghiên cứu quan sát cho thấy điều trị viêm tái phát với liều duy trì trong 6 tháng đều cho kết quả cấy âm tính.
- Lựa chọn tốt nhất là Fluconazole uống mỗi tuần trong 6 tháng.
- Tuy nhiên, điều trị duy trì chỉ dự phòng tái phát trong thời gian uống thuốc (NC 387 PN).
- Đối với những trường hợp thời gian tái phát ngắn:
  + Cấy để xác định chẩn đoán.
  + Tấn công: 3 liều Fluconazole.
  + Duy trì: Fluconazole trong 1 năm.
- Không có bằng chứng cho thấy thiếu Lactobacillus trong dịch âm đạo của phụ nữ bị viêm tái phát.
- Một số nghiên cứu cho thấy ăn yogurt hoặc bổ sung viên chứa Lactobacillus acidophilus ngã âm đạo làm giảm tái phát triệu chứng viêm do nấm. Tuy nhiên, những nghiên cứu này cỡ mẫu rất nhỏ, phương pháp không chuẩn, những liệu pháp này chưa được công nhận.

X. ĐIỀU TRỊ VIÊM AĐ DO NẤM Ở THAI PHỤ

- Chỉ định điều trị: làm giảm triệu chứng.
- Viêm âm đạo do nấm không liên quan với kết cục thai kỳ xấu.
- Liều: Imidazole đặt âm đạo trong 7 ngày (Clotrimazole, Miconazole).

Hoặc: Nystatin 7-14 ngày (Grade 2C)

- Chống chỉ định dùng azole đường uống trong 3 tháng đầu thai kỳ.
- Bất thường ở thai (bất thường hộp sọ, mặt, xương, tim) sau khi dùng liều cao trong 3 tháng đầu thai kỳ: 400-800 mg/ngày.
- Tuy nhiên, uống 150 mg Fluconazole liều duy nhất trong 3 tháng đầu thai kỳ chưa thấy có liên quan đến bất thường thai (NC nhỏ).

XI. ĐIỀU TRỊ VIÊM AĐ DO NẤM Ở PHỤ NỮ CHO CON BÚ

- Nystatin không qua sữa.
- Fluconazole qua sữa, tuy nhiên Hiệp Hội Nhi khoa Hoa Kỳ cho phép sử dụng Fluconazole khi cho con bú, chưa ghi nhận tác dụng phụ trên em bé.
- Không có thông tin về việc sử dụng Butoconazole, Clotrimazole, Ticonazole, Terconazole trên phụ nữ đang cho con bú, tuy nhiên sự hấp thu trong toàn cơ thể sau khi đặt thuốc ngã âm đạo rất thấp, nên việc sử dụng thuốc đặt âm đạo để trị nấm trên phụ nữ cho con bú là hợp lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Diseases Characterrized by Vaginal Discharge. Dec 17, 2010/Vol. 59/ RR-12
2. 2. Jack D Sobel, Robert L Barbieri, Vanessa A Barss. Candida vulvovaginitis. Up to date Sep 2012.
3. 3. Jessica C. Njoku, Dalal Gumeel, Elizabeth D. Hermsen. Antifungal Therapy in Pregnancy and Breastfeeding. Current Fungal Infection Report. June 2010, Volume 4, Issue 2, pp 62-69.
4. 4. The Cochrane Collaboration. Topical treatment for vaginal candidiasis in pregnancy. 2013
5. 5. Jackie Sherrard, Gilbert Donders, David White, Jorgen Skov Jensen. European Guideline on the Management of Vaginal Discharge. 2011.

113 VIÊM ÂM ĐẠO DO VI KHUẨN

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Nhiễm khuẩn âm đạo (BV) là một trong những nguyên nhân phổ biến gây khó chịu đường sinh dục của người phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Tình trạng này xảy ra khi có sự mất cân bằng của những vi sinh vật bình thường thường trú ở âm đạo với sự suy giảm Lactobacillus và sự phát triển quá mức của những vi khuẩn khác. Phần lớn những vi khuẩn được phát hiện là Gardnerella vaginalis, Prevotella, Porphyromonas, Bacteroides, Peptostreptococcus, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum và Mobiluncus.

1.2. Tần suất mắc

- 40 - 50% ở phụ nữ có hội chứng tiết dịch ở âm đạo.

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Sử dụng thuốc kháng sinh.
- Thay đổi hormone do mang thai, cho con bú, hoặc thời kỳ mãn kinh.
- Thụt rửa âm đạo.
- Sử dụng chất diệt tinh trùng.
- Quan hệ tình dục.
- Nhiễm trùng.

II. TRIỆU CHỨNG

50 - 75% nhiễm khuẩn âm đạo thường là không có triệu chứng. Để chẩn đoán nhiễm khuẩn âm đạo thường có 3 trong 4 triệu chứng theo tiêu chuẩn của Amsel:

- Khí hư: có mùi hôi, màu trắng xám, đồng nhất, dính đều vào thành âm đạo.
- Test Sniff dương tính: (thử nghiệm mùi cá ươn với KOH 10%).

- pH âm đạo > 4.5.
- Có sự hiện diện của tế bào Clue khi nhuộm Gram. Ngoài ra có thể có các triệu chứng sau:
  + Ngứa âm hộ.
  + Viêm nề âm hộ.
  + Đau khi giao hợp.

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Đối với phụ nữ không có thai

- Dùng một trong các phác đồ sau đây:
  + Metronidazol 2g (hoặc Tinidazol 2g, Secnidazol 2g) uống liều duy nhất, hoặc.
  + Metronidazol 500 mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày hoặc.
  + Clindamycin 300 mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày.
- Khuyến cáo không nên điều trị cho bạn tình của bệnh nhân nhiễm khuẩn âm đạo.
- Có thể dùng kèm thuốc đặt âm đạo hoặc gel bôi âm đạo có chứa Metronidazol và Clindamycin.

3.2. Đối với phụ nữ mang thai

- Không khuyến cáo sàng lọc nhiễm trùng âm đạo đối với tất cả các phụ nữ mang thai, bởi vì không có bằng chứng điều trị nhiễm trùng âm đạo không triệu chứng sẽ làm giảm nguy cơ sinh non.
- Nên điều trị nhiễm trùng âm đạo không triệu chứng ở phụ nữ mang thai khi có kế hoạch chấm dứt thai kỳ. Điều trị trước mổ có thể làm giảm nguy cơ nhiễm trùng hậu sản.
- Điều trị nhiễm trùng âm đạo có triệu chứng ở phụ nữ mang thai nhằm làm giảm triệu chứng:
  + Metronidazol 500 mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày [9,10].
  + hoặc Clindamycin 300 mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày.
- Không tìm thấy bất kỳ mối quan hệ giữa việc tiếp xúc Metronidazol trong tam cá nguyệt đầu của thai kỳ và dị tật bẩm sinh. Theo CDC không có chống chỉ định tuyệt đối cho việc sử dụng Metronidazol trong tam cá nguyệt đầu tiên.
- Có thể bổ sung lactobacillus sau đợt điều trị viêm âm đạo [12,13].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (Ban hành kèm theo Quyết định số 4620/QĐ-BYT ngày 25/11/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

Tiếng Anh

2. 2Abiola C Senok, Hans V, Marleen T, The Cochrane Library, "Probiotics for the treatment of bacterial vaginosis", 7 Oct 2009.
3. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists, Number 72, 2006 May;107(5):1195-1206: Vaginitis.
4. Bacterial Vaginosis (BV), Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
5. Burtin P1, Taddio A, Ariburnu O, Einarson TR, Koren G, Safety of metronidazole in pregnancy: a meta-analysis. Am J Obstet Gynecol (AJOG). 1995 Feb;172(2 Pt 1):525-9
6. Jack D S, Robert L B, Vanessa A B, UptoDate 2014, Bacterial vaginosis.
7. Kenyon C, Colebunders R, Crucitti T. The global epidemiology of bacterial vaginosis: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2013; 209:505.
8. Schwebke JR. Asymptomatic bacterial vaginosis: response to therapy. Am J Obstet Gynecol (AJOG) 2000; 183:1434.
9. Schwebke JR, Desmond RA. Tinidazole vs metronidazole for the treatment of bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol (AJOG) 2011; 204:211.e1
10. Workowski KA, Berman S, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010.
11. Paul Nyirjesy, MD, management of persistent vaginitis, ACOG, VOL. 124, NO. 6, DECEMBER 2014.
    10.1002/14651858.CD006289.pub2
    Xie HY, Feng D, Wei DM, Mei L, Chen H, Wang X, Fang F. Probiotics for vulvovaginal candidiasis in non-pregnant women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 11. Art. No.: CD010496. DOI: 10.1002/14651858.CD010496.pub2

13. Senok AC, Verstraelen H, Temmerman M, Botta GA. Probiotics for the treatment of bacterial vaginosis.Cochrane Database of Systematic Reviews2009, Issue 4. Art. No.: CD006289. DOI: 10.1002/14651858.CD006289.pub2
14. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Publishedby Lippincott Williams & Wilkins. Management of Persistent Vaginitis. VOL. 124, NO. 6, DECEMBER 2014,1135-1145.

114 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM ÂM ĐẠO DO TRICHOMONAS VAGINALIS

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Viêm âm đạo do Trichomonas vaginalis là bệnh lý lây truyền qua đường tình dục do nhiễm ký sinh trùng Trichomonas vaginalis, còn gọi là trùng roi. Trùng roi có thể sống ở da trong nhiều giờ, trong băng vệ sinh, sẽ lây truyền khi có sự tiếp xúc trực tiếp, hoặc lây truyền gián tiếp qua nước rửa, nước bể tắm, bể bơi. Ở nam giới T.vaginalis cũng thường ký sinh ở niệu đạo, đôi khi gặp trong túi tinh và tiền liệt tuyến.

1.2. Tần suất mắc

Hằng năm có khoảng 7,4 triệu người mắc mới theo thống kê tại Hoa Kỳ năm 2013. Xuất hiện ở 20 - 25% phụ nữ độ tuổi từ 16 - 35.

1.2. Tần suất mắc

Quan hệ tình dục không an toàn, quan hệ với nhiều bạn tình.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng: 10-50% không có triệu chứng

- Huyết trắng nhiều, màu vàng hay xanh loãng, có bọt, có mùi hôi.
- Giao hợp đau.
- Có thể ngứa, tiểu rát.
- Trường hợp nặng: có dấu hiệu trái dâu tây: âm đạo và cổ tử cung có những điểm xuất huyết nhỏ, lấm tấm.

2.2. Cận lâm sàng

- Soi tươi dịch tiết âm đạo: trùng roi di động và nhiều bạch cầu.
- Clue cell có thể (+) vì có thể kết hợp với Bacteria vaginalis.
- Trichomonas vaginalis là bệnh lây truyền qua đường tình dục nên xét nghiệm tìm các bệnh lý lây qua đường tình dục khác như: lậu, HIV, giang mai, Chlamydia trachomatis.

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc: Điều trị cho cả người bệnh và bạn tình.

3.2. Đối với phụ nữ không có thai

- Dùng một trong các phác đồ sau đây:
  + Metronidazol 2g hoặc Tinidazole 2g uống liều duy nhất.
    Tinidazole có nhiều ưu điểm: đạt được nồng độ trong máu cao, phân bố tốt đến hệ niệu, thời gian bán huỷ dài và ít tác dụng phụ về đường tiêu hoá hơn Metronidazole, nhưng về giá thành thì cao hơn nhiều.
  + Metronidazole 500 mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày.
  + Đặt âm đạo Metronidazole 250mg/ngày trong 10 ngày.
- Không sử dụng thức uống có cồn trong vòng 24 giờ sau uống Metronidazole, và trong 72 giờ sau Tinidazole.
- Tránh quan hệ trong giai đoạn điều trị, đến khi người bệnh đã hoàn tất liệu trình điều trị và cải thiện hoàn toàn triệu chứng cũng như đã điều trị cho bạn tình.
- Hỗ trợ tạo acid môi trường âm đạo bằng acid lactic hoặc bổ sung thêm nguồn trực khuẩn Lactobacillus có lợi cho môi trường âm đạo.

3.3. Đối với phụ nữ mang thai

- Trichomonas vaginalis liên quan đến vấn đề sanh non, vỡ ối non, thai nhẹ cân ở phụ nữ mang thai.
- Liều: Metronidazole 2g uống liều duy nhất.
  hoặc Metronidazole 500mg 2 lần/ ngày uống trong 7 ngày.
- Theo Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, Metronidazole chỉ dùng sau 3 tháng đầu thai kỳ hoặc thay bằng bôi gel Metronidazole. Theo CDC, không có bằng chứng về việc sử dụng Metronidazole trong thai kỳ gây ảnh hưởng bất lợi cho thai nhi nên thai phụ có thể sử dụng 2g Metronidazole liều duy nhất ở bất kỳ tuổi thai nào. Tuy nhiên, để đảm bảo tính hiệu quả và an toàn, các bác sĩ lâm sàng nên cân nhắc nguy cơ và lợi ích của việc điều trị cũng như tư vấn cụ thể với bệnh nhân trước khi sử dụng Metronidazole trong thai kỳ.
- Đối với phụ nữ cho con bú: Metronidazole có thể ảnh hưởng đến vị sữa mẹ nên ngưng cho con bú trong 24 giờ sau sử dụng thuốc.

- Không sử dụng Tinidazole trong nhóm phụ nữ mang thai. Đối với phụ nữ cho con bú trì hoãn việc cho bú 72 giờ sau dùng Tinidazole.

3.4. Đối với trường hợp tái nhiễm hoặc nhiễm dai dẳng Trichomonas vaginalis

- Gặp ở những người không tuân thủ điều trị hay không điều trị cho bạn tình, hoặc có khoảng 4-10% bệnh nhân đề kháng Metronidazole, 1% trường hợp đề kháng Tinidazole.
- Có thể sử dụng phác đồ Metronidazole 2g hoặc Tinidazole 2g uống mỗi ngày trong 7 ngày.

3.5. Đối với bệnh nhân nhiễm HIV

- Khoảng 53% phụ nữ nhiễm HIV có nhiễm Trichomonas vaginalis và liên quan đến viêm vùng chậu. Điều trị T. vaginalis ở người nhiễm HIV liên quan đến kiểm soát bệnh nền. Do đó ở tất cả người nhiễm HIV khuyến cáo tầm soát thường qui và điều trị dự phòng ít nhất là mỗi năm 1 lần.
- Liều dùng: Metronidazole 500mg 1viên x 2 lần/ ngày trong 7 ngày.

IV. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG

- Sau điều trị 2 tuần, xét nghiệm lại bệnh phẩm âm đạo để khẳng định là đã khỏi bệnh hay chưa. Kiểm tra bằng soi tươi dịch tiết âm đạo.
- Bệnh nhân nhiễm trùng roi 92-100% điều trị khỏi với phác đồ trên. Nhưng cảnh báo về nguy cơ tái nhiễm cao trong 3 tháng đầu (khoảng 17%).
- Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với người có nhiễm trùng roi âm đạo, hoặc không giao hợp trong thời gian điều trị để hạn chế lây nhiễm trong cộng đồng nhất là ở những trường hợp nhiễm không triệu chứng (40% nhiễm không triệu chứng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. PGS.TS. Nguyễn Thị Xuyên, PGS.TS. Trần Hậu Khang. 2013. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục: Bộ y tế.

Tiếng Anh

1. Centers for Disease Control and Prevention. Trichomoniasis. 2015. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines.
2. Sherrard J, Ison C, et al. 2014. United Kingdom national guideline on the management of Trichomonas vaginalis 2014. International journal of STD & AIDS. Int J STD AIDS, 25, 541-9.
3. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists, Number 72, May 2006: Vaginitis. Obstet Gynecol, 107, 1195-1206.

115 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ VIÊM CỔ TỬ CUNG CẤP

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Viêm cổ tử cung đề cập đến tình trạng viêm nhiễm ở cổ tử cung (CTC). Tình trạng viêm nhiễm ảnh hưởng chủ yếu đến lớp tế bào biểu mô trụ nhưng cũng có thể ảnh hưởng đến lớp tế bào biểu mô lát ở CTC. Nguyên nhân của viêm cổ tử cung có thể là do nhiễm trùng hoặc không nhiễm trùng và có thể cấp tính hoặc mãn tính. Viêm cổ tử cung cấp tính thường do nhiễm trùng (ví dụ: chlamydia, lậu cầu), mặc dù phần lớn trường hợp không xác định được nhiễm trùng đặc hiệu. Viêm cổ tử cung mạn tính thường không do nhiễm trùng.

Hơn 20% các bệnh nhân viêm CTC sẽ diễn tiến thành viêm sinh dục trên, có thể để lại di chứng lâu dài: vô sinh, thai ngoài tử cung, đau vùng chậu mạn tính.

Ngoài các triệu chứng như tiết dịch âm hoặc chảy máu âm đạo, viêm CTC do nhiễm trùng quan trọng vì nhiễm trùng có thể lan lên trên và gây nên viêm nội mạc tử cung hoặc bệnh lý viêm vùng chậu (PID). Di chứng của PID gồm đau vùng chậu mạn tính, vô sinh và tăng nguy cơ thai ngoài tử cung. Mầm bệnh có thể truyền qua đường tình dục. Ngoài ra, viêm CTC cũng có liên quan đến tăng đáng kể nguy cơ nhiễm HIV-1.

Ở phụ nữ mang thai, viêm CTC có thể gây nên những biến chứng cho thai phụ và trẻ sơ sinh, bao gồm sinh non, nhẹ cân, nhiễm trùng bào thai, bánh nhau, nước ối, màng rụng hoặc màng ối.

1.1. Tần suất

Tỷ lệ viêm CTC thay đổi tùy theo dân số và tiêu chuẩn chẩn đoán. Tại các phòng khám bệnh lây truyền qua đường tình dục, viêm CTC có thể chiếm 30-45% tổng số bệnh nhân. Hoạt động tình dục là yếu tố nguy cơ chính và cũng là yếu tố nguy cơ cho nguyên nhân nhiễm trùng.

1.2. Tác nhân

Hai tác nhân gây bệnh thường gặp nhất là Neisseria gonorrhoeae và Chlamydia trachomatis. Viêm CTC do Chlamydial thường gặp hơn lậu cầu, và cả hai chủ yếu ảnh hưởng đến biểu mô trụ ở cổ tử cung.

Herpes simplex virus và Trichomonas vaginalis chủ yếu ảnh hưởng đến biểu mô lát ở CTC, và rất ít gặp.

Bệnh lao liên quan đến cổ tử cung gặp một tỷ lệ nhỏ ở phụ nữ bị nhiễm lao nội mạc tử cung.

Mycoplasma genitalium cũng có thể là một mầm bệnh quan trọng; một báo cáo phân tích tổng hợp những phụ nữ bị nhiễm M. genitalium ở CTC tăng nguy cơ viêm CTC đáng kể.

Vi khuẩn âm đạo (BV) và Streptococci nhóm A cũng là nguyên nhân gây viêm CTC cấp tính. BV có thể được tìm thấy cùng với một tác nhân gây viêm CTC khác.

Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, cytomegalovirus và streptococci tán huyết nhóm B không gây viêm CTC đơn độc mà thường kèm nhiễm vi khuẩn, vi rút, nấm, ký sinh trùng.

Human papillomavirus không liên quan đến viêm CTC, nhưng nó có thể gây tân sản trong biểu mô CTC. Tuy nhiên những sinh vật liên quan đến viêm CTC có thể là nguyên nhân gián tiếp trong tân sinh cổ tử cung (ví dụ: U. urealyticum)

Nguyên nhân không nhiễm trùng: trong những trường hợp không xác định được nhiễm trùng, viêm CTC có thể do kích ứng cơ học hoặc hóa học. Các nguồn gây kích ứng cơ học bao gồm chấn thương do các dụng cụ phẫu thuật hoặc dị vật (ví dụ: pessary, tampon, nắp CTC, hoặc bao cao su). Nguồn kích ứng hóa học có thể do tiếp xúc với latex, thụt rửa âm đạo, chất diệt tinh trùng hoặc kem tránh thai.

Các sản phẩm thương mại cũng có thể chứa các thành phần gây kích ứng da như là povidone-iodine, thuốc gây tê tại chổ hoặc surfactants, bột.

Những nguyên nhân không nhiễm trùng ít gặp hơn bao gồm liệu pháp xạ trị hoặc những bệnh lý nhiễm trùng hệ thống như là bệnh Behçet hoặc lichen planus. Ở những phụ nữ bị thiếu hụt estrogen, viêm âm đạo tróc vảy có thể gây viêm CTC, trong nhiều trường hợp có thể có dịch mủ chảy ra từ CTC và âm đạo.

Những trường hợp viêm CTC hiếm gặp liên quan đến sự thiếu hụt plasminogen bẩm sinh là kết quả của những tổn thương ligneous của CTC, viêm CTC, ung thư tế bào nhỏ và ung thư hạch.

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Có nhiều bạn tình hoặc không dùng bao cao su khi quan hệ tình dục với người bị nhiễm lậu hay chlamydia.
- Bạn tình mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Không có triệu chứng lâm sàng nổi bật.
- CTC viêm đỏ, lộ tuyến, phù nề, dễ chảy máu khi chạm.
- Có nhiều dịch tiết màu vàng, xanh ở CTC.
- Thường kèm triệu chứng của viêm niệu đạo.

2.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm vi trùng học dịch tiết lấy từ kênh CTC, có thể cấy dịch tiết từ lỗ tiểu, tuyến Skene, tuyến Bartholin, CTC.
- Nhuộm Gram dịch tiết: thấy có song cầu Gram âm hình hạt cà phê trong tế bào bạch cầu đa nhân → gợi ý nguyên nhân do lậu cầu.
- EIA (Enzyme immunoassays) xét nghiệm Chlamydia: nhạy 55-70%, đặc hiệu 98%.
- Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán lậu và Chlamydia dựa vào xét nghiệm DNA: PCR (Polymerase chain reaction) hoặc LCR (Ligase chain reaction) → đắt tiền, các mẫu bệnh phẩm có thể từ: cổ tử cung, nước tiểu (nhạy 99%, đặc hiệu 99%).

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Mục tiêu

- Giảm triệu chứng.
- Ngăn ngừa bệnh lý đường sinh dục trên .
- Ngăn ngừa lây truyền bệnh sang bạn tình.

3.1.1. Điều trị theo kinh nghiệm

Theo CDC, những bệnh nhân bị viêm CTC nên được điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm tại thời điểm phát hiện bệnh mà không nên đợi kết quả xét nghiệm, đặc biệt nếu bệnh nhân không có điều kiện theo dõi tiếp tục.

Nguy cơ nhiễm trùng qua đường tình dục (STI) cao: đối với những phụ nữ viêm CTC trong nhóm này, nên điều trị theo kinh nghiệm bao gồm cả lậu cầu và chlamydia. Phác đồ điều trị theo kinh nghiệm tối thiểu phải có điều trị nhiễm chlamydia, đặc biệt đối với phụ nữ dưới 25 tuổi. Các yếu tố nguy cơ của nhiễm chlamydia là dưới 25 tuổi, tiền sử nhiễm chlamydia trong vài tháng trước, có mới hoặc có hơn một bạn tình và sử dụng bao cao su không liên tục.

Nguy cơ STI thấp: Thậm chí đối với những phụ nữ không có nguy cơ cao mắc STI, liệu pháp kháng sinh theo kinh nghiệm cho cả chlamydia và lậu là hợp lý nếu bệnh nhân ở những vùng có tỷ lệ mắc bệnh lậu hoặc nhiễm chlamydia cao.

Tóm lại, bệnh nhân và bạn tình nên kiêng quan hệ tình dục cho đến khi điều trị kết thúc (7 ngày sau khi điều trị đơn liều hoặc sau khi hoàn thành liệu trình 7 ngày). Điều trị, theo dõi và quản lý tình trạng viêm nhiễm của bạn tình phụ thuộc vào kết quả của các xét nghiệm.

3.2. Điều trị các nhiễm trùng đặc hiệu

3.2.1. Bệnh lậu

- Lựa chọn hàng đầu: Ceftriaxone 250 mg tiêm bắp liều duy nhất + Azithromycin 1g uống liều duy nhất.
- Lựa chọn thứ 2 (nếu Ceftriaxone không có sẵn): Cefixime 400 mg uống liều duy nhất + Azithromycin 1g uống liều duy nhất.
  Fluoroquinolones và doxycycline không phải là lựa chọn thay thế phù hợp vì tăng kháng thuốc và cũng không điều trị azithromycin uống một mình.

- Nếu bệnh nhân bị dị ứng với Penicillin.
  Gentamycin 240 mg tiêm bắp liều duy nhất + Azithromycin 2g uống liều duy nhất.
- Nếu Azithromycin không có sẵn hoặc người bệnh dị ứng với azithromycin thì dùng Doxycyclin 100 mg uống 2 lần/ ngày x 07 ngày thay thế Azithromycin.
  Chú ý:
- Đề nghị bạn tình khám và điều trị.
- Nếu xét nghiệm lậu cầu (+) → tư vấn xét nghiệm tầm soát Chlamydia, HIV, giang mai.
- Khi bệnh nhân có thai: Dùng phác đồ trên, nhưng cân nhắc khi dùng Doxycyclin.

3.2.2. Chlamydia (theo CDC và WHO 2018)

- Lựa chọn 1:
  + Azithromycin 1g uống liều duy nhất , hoặc
  + Doxycyclin 100 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày.
- 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), hoặc
  + Ofloxacin 300 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống).
  Chú ý:
  + Đề nghị bạn tình khám và điều trị.
  + Nếu xét nghiệm Chlamydia (+) → tư vấn xét nghiệm Lậu, HIV, VDRL.
  + Khi bệnh nhân có thai (WHO 2018)
  Azithromycin 1g uống liều duy nhất, hoặc
  Amoxillin 500 mg x 3 lần/ngày (uống), hoặc
  Erythromycin 500 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống).

3.2.3. Herpes simplex virus

- Lựa chọn điều trị bao gồm:
- Acyclovir 400 mg uống 3 lần mỗi ngày hoặc 200mg uống 5 lần mỗi ngày trong 7 đến 10 ngày.
- Famciclovir 250 mg uống 3 lần mỗi ngày trong 7 đến 10 ngày.
- Valacyclovir 1000 mg uống 2 lần mỗi ngày trong 7 đến 10 ngày.

3.2.4. M. genitalium

Nếu M.genitalium được phát hiện qua xét nghiệm, việc điều trị có thể phức tạp do thiếu bằng chứng lâm sàng ở phụ nữ. Kháng doxycycline là phổ biến và kháng azithromycin cũng được ghi nhận và liên quan đến thất bại lâm sàng. Tuy nhiên nếu nghi ngờ hoặc không thể loại trừ được, bệnh nhân nên được điều trị ban đầu với azithromycin 1gr đường uống. Thất bại điều trị có xu hướng tăng, tài liệu nghiên cứu về M. genitalium của NAAT khuyên rằng khi thất bại nên điều trị kịp thời với moxifloxacin, 400 mg mỗi ngày 1 lần trong 7 đến 10 ngày).

3.2.5. Vi khuẩn (BV) (xem bài Viêm âm đạo do vi khuẩn) và T. vaginalis

(xem bài Viêm âm đạo do Trichomonas)

IV. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG

- Không quan hệ tình dục trong trong thời gian điều trị và bạn tình được điều trị đầy đủ.
- Nên dùng bao cao su khi quan hệ tình dục khi đã hết triệu chứng.
- Tái khám sau 7 ngày điều trị.
- Xét nghiệm kiểm tra lại ngay sau điều trị không cần thiết, trừ khi: không giảm triệu chứng, không tuân thủ điều trị, quan hệ tình dục trong thời gian điều trị, bạn tình chưa điều trị.
- Sau khi đã điều trị đầy đủ, xét nghiệm vi khuẩn dương tính ít khi do thất bại điều trị, thường do tái nhiễm (không điều trị bạn tình, bạn tình mới bị nhiễm bệnh).
- Nên xét nghiệm kiểm tra lại PCR sau 3 tháng điều trị (hoặc bất cứ khi nào tái khám trong vòng 12 tháng).
- Bạn tình có quan hệ tình dục với người bệnh trong vòng 60 ngày nên được giới thiệu khám tầm soát các bệnh lây truyền qua đường tình dục do các tác nhân chlamydia, lậu, trichomonas.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2015), Viêm âm đạo, trang 133

Tiếng Anh

1. WHO (2017) Treatment of Chlamydia trachomatis Infection.
2. ACOG (2018) Committee Opinion Dual Therapy for Gonococcal Infections.
3. CDC (2015) Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, Vol.64, pp.53-68.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ U XƠ CƠ TỬ CUNG

116

I. GIỚI THIỆU

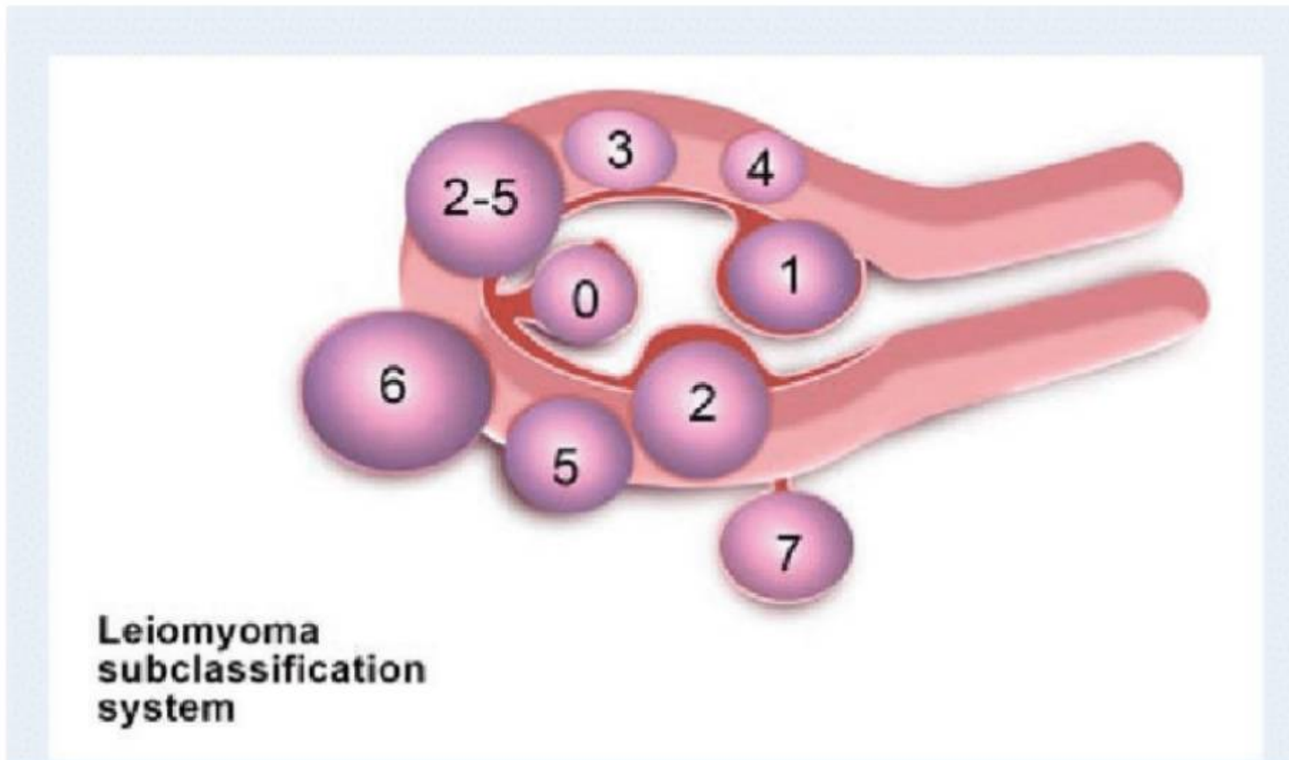
1.1. Định nghĩa

- U xơ cơ tử cung (UXCTC) là một tân sinh lành tính ở tử cung bao gồm các "nguyên bào cơ sợi" sắp xếp vô trật tự do sự phát triển quá mức của sợi cơ trơn và mô liên kết ở tử cung.
- Đa phần UXCTC không có triệu chứng, số ít gây ra xuất huyết tử cung bất thường, đau và chèn ép vùng chậu, cũng có thể ảnh hưởng khả năng sinh sản.
- Các thụ thể của estrogen (ER) và của progesterone (PR) được tìm thấy nhiều trên các sợi cơ của UXCTC hơn là trên các sợi cơ bình thường của tử cung. Như vậy cả hormone steroids - estrogen và progesterone đều có ảnh hưởng lên sự phát triển của UXCTC. Nếu bị cắt nguồn steroids, hầu hết các UXCTC sẽ có khuynh hướng thoái triển.

1.2. Vị trí

- Dưới niêm.
- Trong cơ.
- Dưới thanh mạc.
- Cổ tử cung và dây chằng rộng.

1.3. Phân loại UXCTC theo vị trí (FIGO 2011)



S (**S**ubmuscosal) - dưới niêm	0: có cuống nằm hoàn toàn trong lòng tử cung
	1: < 50% trong cơ tử cung
	2: ≥ 50% trong cơ tử cung
O (**O**ther) - khác	3: tiếp xúc nội mạc, 100% trong cơ tử cung
	4: hoàn toàn nằm trong cơ tử cung
	5: dưới thanh mạc, ≥ 50% trong cơ tử cung
	6: dưới thanh mạc, < 50% trong cơ tử cung
	7: dưới thanh mạc, có cuống
	8: vị trí khác (cổ tử cung, các cơ quan quanh tử cung..)
H (**H**ybrid leiomyomas) - Tiếp xúc đồng thời niêm mạc và thanh mạc	Thể hiện bằng 2 con số. Theo qui ước, con số đầu thể hiện liên quan đến niêm mạc, và con số thứ hai thể hiện liên quan đến thanh mạc. VD: 2-5 Dưới niêm và dưới thanh mạc (< 50% nằm trong lòng tử cung và < 50% lồi ra dưới thanh mạc)

1.4. Tần suất

- UXCTC thường xuất hiện ở tuổi sinh sản, tần suất 12 - 25%.

1.5. Yếu tố nguy cơ

- Chủng tộc: phụ nữ da đen.
- Tiền căn sản phụ khoa: dậy thì sớm và tiền căn tiếp xúc diethylstil-bestrol (DES).
- Rối loạn chuyển hóa: béo phì, hội chứng buồng trứng đa nang, tăng lipid máu, tăng huyết áp…
- Các yếu tố di truyền: một số gene (MED12, HMGA2,CYP1A1, CYP1B1) và các bất thường nhiễm sắc thể (Trisomy 12, một số đảo đoạn và mất đoạn) có mối liên quan đến sự hình thành và phát triển UXCTC.
- Tiền sử gia đình: mẹ hay chị em gái ruột bị UXCTC.

II. TRIỆU CHỨNG

2.1. Lâm sàng

- Xuất huyết tử cung bất thường: là triệu chứng thường gặp nhất.
- Đau.
- Chèn ép vùng chậu (niệu quản, bàng quang, trực tràng...).
- Ảnh hưởng sinh sản: giảm khả năng thụ thai, sẩy thai, ảnh hưởng kết cục xấu của thai kỳ: nhau bong non, thai chậm tăng trưởng, sinh non.
- Xoắn và thoái hóa UXCTC.
- Khám thấy tử cung to chắc, trường hợp nhân xơ dưới niêm sa ra âm đạo khám có thể nhìn thấy nhân xơ qua đặt mỏ vịt.

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm là xét nghiệm đầu tay có giá trị chẩn đoán UXCTC cao, độ nhạy 95 -100%.
- Siêu âm Doppler.
- Siêu âm bơm nước lòng tử cung giúp chẩn đoán u xơ dưới niêm hoặc sang thương trong lòng tử cung.
- MRI là phương thức tốt để chẩn đoán phân biệt UXCTC với các bệnh lý khác (adenomyosis, sarcoma, khối u vùng chậu), cho phép chẩn đoán chính xác vị trí và kích thước.

III. ĐIỀU TRỊ

- Chỉ định điều trị: điều trị UXCTC được đặt ra nhằm mục đích giải quyết vấn đề chính như: xuất huyết tử cung bất thường, chèn ép, đau hoặc ảnh hưởng tới kết cục sinh sản.
- Việc điều trị UXCTC nên được cá thể hóa điều trị dựa trên những yếu tố sau: triệu chứng, kích thước, vị trí u, tuổi, kế hoạch sinh sản và tiền căn sản khoa, tác dụng phụ của từng phương pháp.

3.1. Điều trị theo dõi

- UXCTC không triệu chứng: không điều trị, chỉ cần theo dõi.

3.2. Điều trị nội tiết

- Thuốc ngừa thai phối hợp.

- Các loại Progestins:
  + Progestins đường uống: tùy theo mức độ xuất huyết và nhu cầu có con có thể điều trị từ ngày 16 - 25, hoặc từ ngày thứ 5 tới ngày 25 của chu kỳ, hoặc liên tục trong 3 - 6 tháng.
    ▪ Lynestrenol 5mg: 1 viên x 2 lần (uống)/ngày.
    ▪ Norethisteron 5mg: 1 viên x 2 lần (uống)/ngày.
    ▪ Dydrogesteron 10 mg: 10-30 mg/ngày.
    ▪ Nomegestrol acetate 5mg: 1 viên 1 lần (uống)/ngày.
  + Dụng cụ tử cung chứa nội tiết (LNG-IUS): cho hiệu quả tốt trong điều trị cường kinh.
  + Progestins đơn thuần dạng chích như Medroxyprogesterone acetate_MPA, hay dạng que cấy dùng điều trị triệu chứng nhẹ ở những người muốn kết hợp ngừa thai.
- Chất đồng vận GnRH (GnRHa) chỉ định khi:
  + Muốn giảm thể khối u tạm thời, nhằm thay đổi phương thức phẫu thuật.
  + Muốn giải quyết tạm thời tình trạng chảy máu liên quan đến UXCTC, nâng đỡ tổng trạng trước phẫu thuật.
  + Một số chỉ định thường gặp:
    ▪ Làm giảm thể tích khối u trước mổ cắt tử cung ngả âm đạo, trước soi buồng tử cung với nhân xơ ≥ 5 cm.
    ▪ Có thể sử dụng trước phẫu thuật 1-3 tháng để làm giảm lượng máu mất và mổ dễ hơn.
    ▪ Bệnh nhân có chống chỉ định với phẫu thuật.
  + Liều sử dụng: tiêm dưới da hoặc tiêm bắp, 4 tuần một lần, có thể tiêm tối đa 4-6 lần. Tác dụng phụ là gây triệu chứng giống mãn kinh và làm giảm mật độ xương. Một số chế phẩm: Goserelin (Zoladex), Triptorelin (Diphereline)...
- GnRH đối vận (GnRH-anta)
  + Có tác dụng lâm sàng giống GnRH đồng vận, ưu điểm là dùng được đường uống và có thể sử dụng dài.
- Thuốc điều hòa thụ thể progesterone có chọn lọc (SPRMs)
  + SPRMs có thể làm giảm thể tích khối u và cải thiện triệu chứng xuất huyết tử cung bất thường.

+ SPRMs có thể gây biến đổi mô học ở nội mạc tử cung, biến đổi này phục hồi hoàn toàn sau khi ngưng thuốc.
+ Ulipristal acetate (UPA)
  ▪ Uống UPA 5 mg, mỗi ngày 1 viên x 3 tháng một đợt.
  ▪ Trước khi điều trị và trong thời gian điều trị cần làm xét nghiệm men gan mỗi tháng một lần, nếu AST và/hoặc ALT tăng gấp 2 lần cần ngưng thuốc.
  ▪ Sau 13 tuần, ngưng thuốc và xét nghiệm lại men gan 2 -3 tuần sau.
  ▪ Nếu men gan bình thường, cho uống tiếp đợt 2 sau khi nghỉ thuốc 2 tháng, liều lượng và theo dõi như trên.
  ▪ Nếu cần thiết, có thể cho uống đến 4 - 8 đợt, mỗi đợt cách nhau 2 tháng.
  ▪ Những đợt sau, chỉ xét nghiệm men gan trước và sau mỗi đợt điều trị.
  ▪ Tác dụng phụ của UPA: nhức đầu, đau bụng, căng ngực, dày NMTC, có thể liên quan đến tổn thương gan nhưng chưa đủ chứng cứ.
+ Mifepristone: 5-10 mg/ngày, uống, cách dùng tương tự như UPA.

3.3. Điều trị ngoại khoa

- Xu hướng hiện nay là hạn chế chỉ định phẫu thuật, kể cả đa nhân xơ tử cung hay nhân xơ to, vì đã có nhiều loại thuốc giúp điều trị nội khoa hiệu quả.
- Có thể cân nhắc điều trị phẫu thuật trong một số trường hợp sau:
  + Xuất huyết tử cung bất thường điều trị nội thất bại.
  + UXCTC dưới niêm.
  + Có biến chứng chèn ép.
  + UXCTC hoại tử, nhiễm trùng, điều trị nội khoa thất bại.
  + UXCTC to nhanh, nhất là sau mãn kinh.
  + Kết hợp bệnh lý khác: KCTC, K NMTC, tăng sinh NMTC, sa sinh dục.
  + Vô sinh, sẩy thai liên tiếp.
- Chọn phương pháp phẫu thuật để bóc nhân xơ hay cắt tử cung có thể bằng mổ bụng hở hay nội soi, qua ngả bụng hay ngả âm đạo

3.4. Khác

- Thuyên tắc động mạch tử cung.
- Tiêu hủy UXCTC bằng nhiệt.
- Tiêu huỷ UXCTC bằng sóng cao tần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ y tế (2019). Hướng dẫn lâm sàng xử trí u xơ cơ tử cung

Tiếng Anh

2. SOGC (2015). The Management of Uterine Leiomyomas. SOGC clinical practice guideline. No. 318, February 2015

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

117

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) là bệnh lý liên quan đến sự xuất hiện của các tuyến nội mạc tử cung và mô đệm ở một vị trí khác ngoài tử cung.

1.2. Tần suất

- Thường xảy ra ở bệnh nhân trẻ: 30 – 40 tuổi.
- 5 - 10% phụ nữ trong tuổi sinh đẻ.
- 20 - 50% phụ nữ vô sinh.
- 71 - 87% phụ nữ có đau vùng chậu mạn.

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Chủng tộc: tỷ lệ mắc bệnh ở phụ nữ da trắng và châu Á cao hơn phụ nữ da đen và gốc Tây Ban Nha.
- Chỉ số khối cơ thể thấp.
- Cấu trúc đường sinh dục bất thường và tắc nghẽn hành kinh.
- Vô sinh.
- Tiếp xúc kéo dài với estrogen nội sinh: có kinh sớm (trước 11 tuổi), mãn kinh muộn, có kinh nhiều, kinh kéo dài, chu kỳ kinh ngắn (< 27 ngày).

II. TRIỆU CHỨNG

Phụ nữ bị lạc nội mạc tử cung, 80% có triệu chứng đau, 25% vô sinh và 20% có u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng.

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Triệu chứng điển hình là đau: đau bụng kinh, đau vùng chậu không theo chu kỳ, đau lưng hay khó chịu ở bụng, đau vùng chậu mạn tính, tiểu đau, tiêu đau, đau khi giao hợp. Triệu chứng theo chu kỳ kinh: đau chân, đau thần kinh hông, ra máu hậu môn, tiểu máu, khó thở, đau sau cổ (LNMTC ở ngực).
- Vô sinh.
- Không có triệu chứng, chỉ phát hiện tình cờ với một bệnh lý khác.

2.1.2. Triệu chứng thực thể

- Khám âm đạo căng đau, có thể thấy các nốt ở túi cùng sau, vách trực tràng âm đạo, khối u phần phụ, sự kém di động của cổ tử cung và tử cung khi lắc.

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Siêu âm:

- Là phương tiện đầu tiên được sử dụng để chẩn đoán LNMTC. Siêu âm có thể phát hiện lạc tuyến ở cơ tử cung, bàng quang, trực tràng, u lạc tuyến buồng trứng: độ nhạy 64 – 91%, độ chuyên 89 – 98%.

2.2.2. Cộng hưởng từ (MRI): Chỉ định khi

- Nghi ngờ lạc tuyến sâu (phúc mạc) (độ nhạy là 38% và độ chuyên là 74%).
- U LNMTC to và chưa rõ bản chất.

2.2.3. Xét nghiệm các dấu ấn sinh học

Định lượng CA125 trong máu

- Độ nhạy: 28%, độ chuyên 90%. CA125 thường tăng trong LNMTC trung bình – nặng.
- Không thực hiện thường quy trong chẩn đoán LNMTC. Xét nghiệm CA125 khi u vùng chậu (u buồng trứng, u LNMTC ở buồng trứng) nghi ngờ khả năng ác tính.

Định lượng HE4: chỉ định khi u LNMTC chưa loại trừ khả năng ác tính.

2.2.4. Soi bàng quang, soi đại tràng: khi nghi ngờ LNMTC thâm nhiễm bàng quang, ruột.

2.2.5. Nội soi ổ bụng

- Nội soi ổ bụng kết hợp sinh thiết là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán LNMTC.
- Đánh giá giai đoạn theo ASRM.

III. CHẨN ĐOÁN

- Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán LNMTC là nội soi ổ bụng với sinh thiết và giải phẫu bệnh lý.
- Chẩn đoán lâm sàng: dựa vào bệnh sử, khám lâm sàng và đánh giá hình ảnh học.

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Viêm vùng chậu mạn tính.
- Bệnh đường tiêu hóa.
- Đau bụng cấp: thai ngoài tử cung, viêm vùng chậu cấp, vỡ nang hoàng thể hoặc nang buồng trứng, xoắn phần phụ.

V. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị: dựa vào vấn đề chính và nhu cầu của bệnh nhân: đau, hiếm muộn, khối u lạc nội mạc tử cung.

Bệnh nhân không có triệu chứng, được tình cờ phát hiện LNMTC trong lúc phẫu thuật (vì 1 lý do khác) không cần can thiệp thêm về nội lẫn ngoại khoa.

1.3. Yếu tố nguy cơ

Điều trị nội khoa bao gồm: giảm đau nonsteroidal, thuốc ngừa thai, gonadotropin-releasing hormone (GnRH) analogues, và aromatase inhibitors. Vì không có dữ liệu hỗ trợ một điều trị hoặc kết hợp điều trị nào hơn những điều trị còn lại, do đó việc chọn lựa điều trị dựa vào mức độ nặng của triệu chứng, nhu cầu của bệnh nhân, tác dụng phụ của thuốc, hiệu quả của điều trị , nhu cầu ngừa thai, chi phí.

Thuận lợi:

- Tránh tổn thương các cơ quan vùng chậu trong quá trình phẫu thuật
- Tránh nguy cơ hình thành dính sau mổ.
- Điều trị lạc nội mạc thâm nhiễm mà không quan sát được trong quá trình phẫu thuật.

Bất lợi:

- Tác dụng phụ của thuốc.
- Tỉ lệ tái phát cao sau ngưng điều trị.
- Không hiệu quả trên dính đang tồn tại.
- Không hiệu quả trên u lạc nội mạc.
- Không hiệu quả trên hiếm mộn.
- Các điều trị liên quan ức chế rụng trứng, ngăn cản có thai trong quá trình điều trị.

Chú ý điều trị nội khoa không cải thiện chức năng sinh sản, giảm u lạc nội mạc, hoặc điều trị biến chứng của lạc nội mạc thâm nhiễm sâu chẳn hạn như hẹp niệu quản.

Giảm đau, kháng viêm non- steroid (NSAIDs):

- Nhiều tác dụng phụ.
- Điều trị gián đoạn, không phù hợp cho điều trị liên tục.
- Đáp ứng với đau bụng kinh nguyên phát hơn LNMTC, thường dùng với thuốc ngừa thai phối hợp hoặc liệu pháp nội tiết khác trong giai đoạn đầu điều trị.

Thuốc ngừa thai kết hợp (COCs):

- Đơn giản, rẻ tiền, dễ dung nạp, giảm nguy cơ ung thư buồng trứng, ung thư NMTC.
- Không dùng quá 3 tháng nếu không hiệu quả.
- Khuyến cáo nên dùng liên tục hơn là theo chu kỳ.

Liệu pháp progestin: Progestins uống không ảnh hưởng mật độ xương, dễ dung nạp hơn Danazol.

- Norethindrone Acetate
    - Liều: 5 - 20 mg mỗi ngày.
    - Duy trì mật độ xương.
    - Tác dụng phụ: làm giảm HDL, tăng LDL và TG.

Dienogest:

• Hiệu quả giảm đau vùng chậu và thống kinh như GnRH đồng vận, có thể là chọn lựa điều trị lâu dài.

• Liều 2mg mỗi ngày.

- Depot medroxyprogesterone acetate (DMPA):

• Hiệu quả giảm đau ở ¾ bệnh nhân.

• Liều 150mg tiêm bắp mỗi 3 tháng. Có khả năng gây ức chế buồng trứng nên không dùng cho bệnh nhân mong có thai. Dùng lâu dài làm giảm mật độ xương.

- Dụng cụ tử cung phóng thích progestin:

• Trên 50% bệnh nhân đau vùng chậu nhẹ và trung bình đáp ứng điều trị sau 6 tháng.

• Thuận lợi: có thể dùng liên tục 5 năm, nồng độ tập trung tại chỗ nên ít tác dụng phụ toàn thân, không ảnh hưởng mật độ xương và lipid máu. Tuy nhiên tỷ lệ lệch vòng là 5% và viêm nhiễm vùng chậu là 1.5%.

• Không ức chế buồng trứng.

- Etonogestrel implant: hiệu quả điều trị đau tương đương DMPA, không ảnh hưởng mật độ xương và lipid máu.

GnRH đồng vận:

• Là chọn lựa thứ 2 khi không đáp ứng liệu pháp nội tiết khác (COCs hoặc progestins) hoặc tái phát triệu chứng sau điều trị.

• Nên kết hợp liệu pháp bổ sung ngay từ đầu nhằm giảm các tác dụng phụ của thiếu hụt estrogen và phòng ngừa loãng xương.

• Liệu pháp GnRH đơn thuần: thời gian điều trị tối đa là 6 tháng.

• Kết hợp liệu pháp bổ sung với điều trị GnRH: thời gian điều trị tối đa là 12 tháng (kết hợp điều trị bổ sung với progestins đơn thuần hoặc estrogen liều thấp và progestin mỗi ngày). Sau 12 tháng, COCs là lựa chọn điều trị tiếp tục.

Chất ức chế men thơm hóa (Aromatase inhibitor):

• Tỷ lệ giảm estrogen máu cao nên có nhiều tác dụng phụ khi điều trị lâu dài.

• Liều dùng: Anastrozole 1 mg/ngày hoặc Letrozole 2.5mg/ ngày.

5.2. Điều trị ngoại khoa

- Chỉ định: bệnh nhân đau vùng chậu không đáp ứng điều trị nội, từ chối điều trị hoặc có chống chỉ định điều trị nội khoa.
- Cần hội chẩn khi chỉ định phẫu thuật u LNMTC ở buồng trứng. Bệnh nhân hiếm muộn có liên quan đến u LNMTC ở buồng trứng, thời điểm phẫu thuật tốt nhất là khi nào bệnh nhân muốn có thai.
- Đối với bệnh lý LNMTC có ảnh hưởng đến ruột, bàng quang, niệu quản thì nên cân nhắc:
  + Chụp MRI trước khi phẫu thuật.
  + Điều trị GnRH 1 đợt 3 tháng trước khi phẫu thuật.
- Phẫu thuật:
  • Mổ bảo tồn (giữ lại tử cung và 2 phần phụ):
    + Phẫu thuật lấy đi hoặc đốt tổn thương, gỡ dính phục hồi cấu trúc giải phẫu.
    + Cắt thần kinh trước xương cùng có khả năng làm giảm đau vùng chậu liên quan LNMTC.
  • Mổ tận gốc(cắt tử cung và 2 phần phụ): những bệnh nhân LNMTC thâm nhiễm sâu đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm đặc biệt và kết hợp đa chuyên khoa nếu cần.

5.3. Điều trị liên quan đến hiếm muộn (phác đồ hiếm muộn)

- LNMTC liên quan đến hiếm muộn: cá thể hóa khi điều trị, phải được tư vấn bởi bác sĩ chuyên khoa hiếm muộn.
- Cân nhắc giữa 2 chỉ định: phẫu thuật hoặc hỗ trợ sinh sản, dựa vào các yếu tố: yêu cầu của bệnh nhân, tuổi, thời gian hiếm muộn, dự trữ buồng trứng, đau vùng chậu nặng, lạc tuyến trong cơ tử cung, u
- LNMTC ở buồng trứng, tiền căn phẫu thuật u LNMTC.
- Đồng vận GnRH được khuyến khích sử dụng 1 đợt trước phẫu thuật hoặc hỗ trợ sinh sản.

5.4. Điều trị liên quan đến u lạc nội mạc (phác đồ u buồng trứng)

VI. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG

6.1. Theo dõi

Khám định kỳ và siêu âm mỗi 6 tháng. Tuy nhiên nếu u LNMTC ở buồng trứng tăng kích thước, thời gian theo dõi gần hơn (mỗi 3 tháng).

6.2. Theo dõi điều trị nội khoa

Điều trị nội khoa giảm 75 – 90% các trường hợp đau do LNMTC.

Tùy từng liệu pháp với các tác dụng phụ của điều trị nội như: đau đầu, chóng mặt, buồn nôn, tăng cân, sạm da, chảy máu bất thường, vô kinh, tính androgenic. Các rối loạn do giảm estrogen như: nóng bừng mặt, khô âm đạo, giảm ham muốn tình dục, đau đầu, giảm mật độ xương.

Điều trị nội với progestin uống: xét nghiệm HDL, LDL, TG, chức năng gan khi trị liệu trên 6 tháng. Nếu bệnh nhân có nguy cơ tăng HDL, LDL, TG, SGOT, SGPT, Bilirubin máu thì nên xét nghiệm trước và sau trị liệu 3 tháng.

6.3. Theo dõi điều trị ngoại khoa

- Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật:
  - 2 năm: 5 - 25%.
  - 5 năm: 40 - 50%.
- COCs liên tục hoặc progestin uống 6 -24 tháng sau phẫu thuật là lựa chọn đầu tiên để giảm tỷ lệ tái phát. 1 chọn lựa khác là dụng cụ tử cung phóng thích progestin, đồng vận GnRH.
- Nội tiết thay thế được chỉ định sau khi cắt 2 phần phụ ở phụ nữ trẻ nhằm đem lại lợi ích sức khỏe toàn diện mà vẫn giảm thiểu nguy cơ tái phát. Thời gian điều trị nội tiết thay thế kéo dài đến tuổi mãn kinh tự nhiên của phụ nữ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Tạ Thị Thanh Thủy (2018), "Quan điểm mới trong chẩn đoán và điều trị u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng, tập 18, số 1, tr 14-17.
2. Vũ Thị Nhung (2018), "Lạc tuyến trong cơ tử cung có khác gì với lạc nội mạc tử cung", Thời sự y học chuyên đề sức khỏe sinh sản, tập 18, số 1, tr 2-7.

Tiếng Anh

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (2010), "Management of endometriosis", Practice bulletin No 114, p:223-36.
2. Human Reproduction (2005), "ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis", Volume 20, Issue 10, Pages 2698–2704.
3. Journal of obstetrics and gynaecology Canada (2010), "Endometriosis: Diagnosis and Management", Volume 32, Number 7.
4. Uptodate (2019), Endometriosis: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis, https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis, last updated: Jan 20, 2019.
5. Uptodate, Endometriosis: Management of ovarian endometriomas, https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-management-of-ovarian-endometriomas, last updated: Dec 15, 2017.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SẨY THAI LIÊN TIẾP 118

I. GIỚI THIỆU

Sẩy thai liên tiếp là một trong những chủ đề khó trong y học sinh sản, bởi vì đa số trường hợp là không rõ nguyên nhân, bên cạnh đó chẩn đoán dựa trên y học chứng cứ và phác đồ điều trị rất hạn chế.

1.1. Định nghĩa

- Sẩy thai liên tiếp được định nghĩa là ≥ 2 lần (theo ASRM Hoa Kỳ) hoặc ≥ 3 lần (theo Hiệp Hội Hoàng Gia Anh) sẩy thai sớm, mà không bao gồm những trường hợp thai trứng, thai ngoài TC hay thai sinh hóa. Theo ASRM, sau lần sẩy thứ hai là đã phải có những thăm dò lâm sàng, và sau lần sẩy thứ 3 thì phải có những nghiên cứu về dịch tễ học.
- Thai sinh hóa: Được định nghĩa có βhCG > 25 IU/l nhưng không bao giờ tiến triển đến giai đoạn thấy được túi thai trước khi bị sẩy ra ngoài.
- Sẩy thai lâm sàng (clinical miscarriage): βhCG > 25 IU/l, thấy được túi thai và tuổi thai từ 6-20 tuần trước khi bị sẩy.

  Thai ngoài TC: βhCG > 25 IU/l, phát hiện được thai ở vị trí ngoài TC.
- Trước đây: ≥ 3 lần sẩy thai liên tiếp trước 20 tuần.
- Hiện nay: ≥ 2 lần sẩy thai liên tiếp trước 24 tuần

1.2. Tần suất mắc

- Sẩy thai lần 1: 15-25% số phụ nữ có thai.
- Sẩy thai lần 2: 5%.
- Sẩy thai lần 3: 1%.

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Nguy cơ sẩy thai sau 2 lần sẩy liên tiếp: 17-25%.
- Nguy cơ sẩy thai sau 3 lần sẩy liên tiếp: 25-46%.

II. TIẾP CẬN THEO NGUYÊN NHÂN

2.1. Di truyền

Phác đồ khảo sát di truyền cho các trường hợp sẩy thai liên tiếp như sau:

- Xét nghiệm chẩn đoán di truyền mô nhau thai:
  + Karyotype mô gai nhau: tỷ lệ xét nghiệm thất bại cao.
  + FISH, QF - PCR: chẩn đoán lệch bội 13, 18, 21, X, Y.
  + Array CGH CNV-seq: chẩn đoán lệch bội, các bất thường cấu trúc không cân bằng và các vi mất/ lặp đoạn có kích thước > 400 Kb.

  Nếu có bất thường về số lượng NST trên mô thai liên tiếp trên 2 lần, PGT-A nên được tư vấn lựa chọn bên cạnh mang thai tự nhiên.
- Xét nghiệm NST đồ thường quy cho cả vợ, chồng.
  + Nếu có bất thường về cấu trúc NST ở cha và mẹ, có thể thực hiện PGT-SR (nếu có điều kiện) hoặc cho bệnh nhân có thai và theo dõi. Trong trường hợp chưa có PGT, cần có một chương trình quản lý thai nghén thật tốt để không bỏ sót.

2.2. Hội chứng antiphospholipid

- Antiphospholipid antibody syndrome (APS) được chứng minh là hội chứng duy nhất trong nhóm gây rối loạn đông máu có ảnh hưởng xấu đến thai kỳ.
- 5-15% phụ nữ bị sẩy thai liên tiếp nhiều lần bị APS.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán: (gồm 1 tiêu chuẩn lâm sàng và 1 tiêu chuẩn cận lâm sàng).
  + Lâm sàng:

  Thai kỳ:

  + ≥ 1 sẩy thai không rõ nguyên nhân ≥10 tuần.
  + ≥ 1 lần sanh non ≤ 34 tuần kèm TSG nặng/ hoặc sản giật/ hoặc suy nhau thai.
  + > 3 lần sẩy thai trước 10 tuần (sau khi đã loại trừ các nguyên nhân giải phẫu học, nội tiết từ mẹ, loại trừ những nguyên nhân di truyền từ cha và mẹ.

  Thuyên tắc mạch máu

- *Cận lâm sàng*
  + IgG/IgM anticardiolipin (aCL). IgG hoặc IgM trong huyết thanh với nồng độ trung bình hoặc cao.
  + Lupus anticoagulant (LA) phát hiện được trong huyết thanh ít nhất 2 lần, cách nhau 12 tuần.
  + IgG/IgM antiβ2 glycoprotein (anti-β2GPI).
- *Điều trị:*
  + Kết hợp aspirin và Heparin giảm tỉ lệ sẩy thai lên tới 54%.
  + Aspirin 81mg/ngày bắt đầu khi có thai, thậm chí trước khi có thai bởi vì có hiệu quả sớm trong giai đoạn phôi làm tổ.
  + Enoxaparin 40mg/ngày (tiêm dưới da) nên bắt đầu khi có thai trong lòng tử cung và kéo dài đến tam cá nguyệt thứ ba.
  + Chống chỉ định Enoxaparine: Tiền căn XH giảm TC, dị ứng thuốc, viêm nội tâm mạc, suy thận, tăng HA không kiểm soát được.
  + Cũng có thể dùng unfractioned Heparine (lọ 25000 IU/5ml). Tuy nhiên trong trường hợp này cần có sự phối hợp với chuyên khoa Huyết học để bảo đảm an toàn cho bệnh nhân.
  + Dùng prednisone không có tác dụng cải thiện tình trạng có thai và sanh sống; lại làm tăng nguy cơ cao HA trong thai kỳ và đái tháo đường trong thai kỳ.

2.3. Yếu tố giải phẫu

2.3.1. Dị dạng tử cung bẩm sinh

- Tỉ lệ tử cung dị dạng ở nhóm sẩy thai liên tiếp: 1,7-37,6%. Tỉ lệ tử cung dị dạng xuất hiện ở những phụ nữ bị sẩy thai ở tam cá nguyệt thứ hai nhiều hơn ở tam cá nguyệt thứ nhất.
- Siêu âm vùng chậu đánh giá cấu trúc tử cung là cần thiết đối với phụ nữ bị sẩy thai. Nếu nghi ngờ tử cung bất thường cần chẩn đoán bằng siêu âm ba chiều (± siêu âm bơm nước lòng tử cung) hoặc nội soi buồng tử cung kết hợp nội soi ổ bụng.
- Dị dạng TC chia làm 2 loại:
  +Những bất thường từ ống Muller: Phẫu thuật can thiệp thường không hiệu quả: TC đôi, 2 sừng, 1 sừng.
  +Những bất thường do khối u tân sinh bẩm sinh hay mắc phải: U xơ TC, polype lòng TC, dính lòng TC.

Bất thường giải phẫu	Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu
TC hai sừng, TC chột,TC đôi	Không can thiệp
Vách ngăn tử cung	Nội soi buồng TC cắt vách ngăn
Dính buồng tử cung	Nội soi buồng TC tách dính
Polyp buồng TC	Nội soi buồng TC cắt polyp
Nhân xơ dưới niêm >=50% lòng TC <50% lòng TC	 Nội soi buồng TC cắt nhân xơ Nội soi ổ bụng cắt nhân xơ

2.3.2. Hở eo tử cung

- Chẩn đoán thường dựa vào tiền căn sẩy thai ở tam cá nguyệt thứ hai với triệu chứng vỡ ối tự nhiên hoặc xoá mở cổ tử cung mà không có cảm giác đau.
- Những phụ nữ có tiền căn sẩy thai ở tam cá nguyệt thứ hai và nghi ngờ cổ tử cung suy yếu (khoét chóp cổ tử cung, nong cổ tử cung…) có chỉ định siêu âm xác định chiều dài kênh cổ tử cung vào tuần thứ 12-13.
- Nếu chiều dài kênh cổ tử cung ≤ 25mm thì nên được khâu eo tử cung.

2.4. Yếu tố nội tiết

Rối loạn nội tiết chiếm 8 - 12% các trường hợp sẩy thai liên tiếp.

2.4.1. Thiếu hụt pha hoàng thể

- Khi hoàng thể không tiết progesteron nồng độ đủ cao hoặc thời gian quá ngắn.
- Bổ sung progesteron cho những trường hợp sẩy thai nhiều lần là có lợi.
  + Đường uống: dydrogesterone 10mg x 2 lần/ngày.
  + Đặt âm đạo: micronized progesterone 200mg x 2 lần/ngày.
  + Tiêm bắp: progesterone 50mg/ngày.
- Sử dụng progesterone cho những trường hợp sẩy thai riêng lẻ (sporadic miscarriage) không hiệu quả. Tuy nhiên trong những trường hợp sẩy thai liên tiếp ≥ 3 lần, điều trị progesterone theo kinh nghiệm cho thấy có một số hiệu quả nhất định.

2.4.2. Suy giáp

- Nếu suy giáp không được điều trị có thể làm tăng kết cục xấu thai kỳ: sẩy thai, sanh non, nhẹ cân, cao huyết áp thai kỳ. Những bệnh nhân sẩy thai nhiều lần nên điều trị bằng levothyroxine để duy trì nồng độ TSH dưới 2,5 mIU/mL.

2.4.3. Rối loạn dung nạp đường

- Rối loạn dung nạp đường được xem như một nguyên nhân trực tiếp dẫn đến sẩy thai liên tiếp và dị tật thai. Do vậy cần được tầm soát và điều trị tốt trước khi mang thai.

2.4.4. Tăng prolactin

- Tăng prolactin cũng được chứng minh làm tăng nguy cơ sẩy thai. Điều trị đồng vận dopamin (bromocriptine) ở những bệnh nhân sẩy thai nhiều lần giúp cải thiện kết cục thai kỳ.

2.5. Nhiễm trùng

- Những tác nhân thường gặp ở cổ tử cung như Listeria monocytogenes, Ureaplasma urealyticum, Toxoplasma gondii, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes virus... có thể gặp trong các trường hợp sẩy thai ngẫu nhiên. Hiện chưa có bằng chứng cho thấy nhiễm trùng âm đạo gây sẩy thai nhiều lần, do vậy không cần thiết tầm soát thường quy.

2.6. Yếu tố miễn dịch

- Vai trò của yếu tố tự miễn trong sẩy thai liên tiếp vẫn còn nhiều mâu thuẫn. Và hiện nay chưa có biện pháp phòng ngừa hữu hiệu.

2.7. Thiếu hụt yếu tố đông máu di truyền

- Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy có mối liên hệ giữa rối loạn đông máu do di truyền và sẩy thai giai đoạn muộn (và thai lưu), có thể là do huyết khối mạch máu tử cung-nhau thai. Những phụ nữ sẩy thai muộn tam cá nguyệt thứ hai nên được xét nghiệm: yếu tố V Leiden, yếu tố II (prothrombin) và protein S, protein C.
- Tầm soát bệnh lý thiếu hụt yếu tố đông máu di truyền chưa được khuyến cáo bắt buộc trên những bệnh nhân sẩy thai liên tiếp.

2.8. Không rõ nguyên nhân

- Khoảng 75% trường hợp sẩy thai liên tiếp không rõ nguyên nhân sẽ có thai mà không cần phải can thiệp điều trị. Tuy nhiên, tiên lượng xấu tỉ lệ với số tuổi người mẹ và số lần sẩy thai.

- Khả năng có thai bình thường trong những lần có thai sau là 50-60% tùy thuộc vào tuổi mẹ và số lần sanh.
- Mặc dù chưa có phương pháp điều trị nào được chứng minh hiệu quả. Những trường hợp sẩy thai liên tiếp nên được tư vấn tâm lý và hạn chế rượu, thuốc lá, chất gây nghiện.
- Gần đây, nhiều tài liệu cho thấy tác dụng có lợi của Enoxaparine (Lovenox) tiêm dưới da trong những trường hợp sẩy thai liên tiếp. Tuy nhiên chưa có kết luận trên những nghiên cứu lớn, chưa có những bằng chứng khoa học mạnh mẽ chứng minh tác dụng có lợi của Lovenox trong những trường hợp này.

TÓM LẠI:

Trước một trường hợp sẩy thai liên tiếp, cần có những thăm dò đầy đủ sau đây:

1. Xét nghiệm di truyền mô gai nhau/mô thai (CNV-seq) + Karyotype vợ, chồng.
2. Siêu âm TC và 2 BT, chú ý buồng TC, các dị tật ống Muller và các tổn thương tân sinh của TC.
   Trong trường hợp khó xác định, cần làm thêm siêu âm bơm nước lòng TC hay MRI, soi BTC chẩn đoán.
3. Anti cardiolipine: IgG, IgM; Lupus anticoagulant.
4. TSH, FT4.
5. Prolactin.
6. Đường huyết đói hoặc test dung nạp đường, Hb A1C.

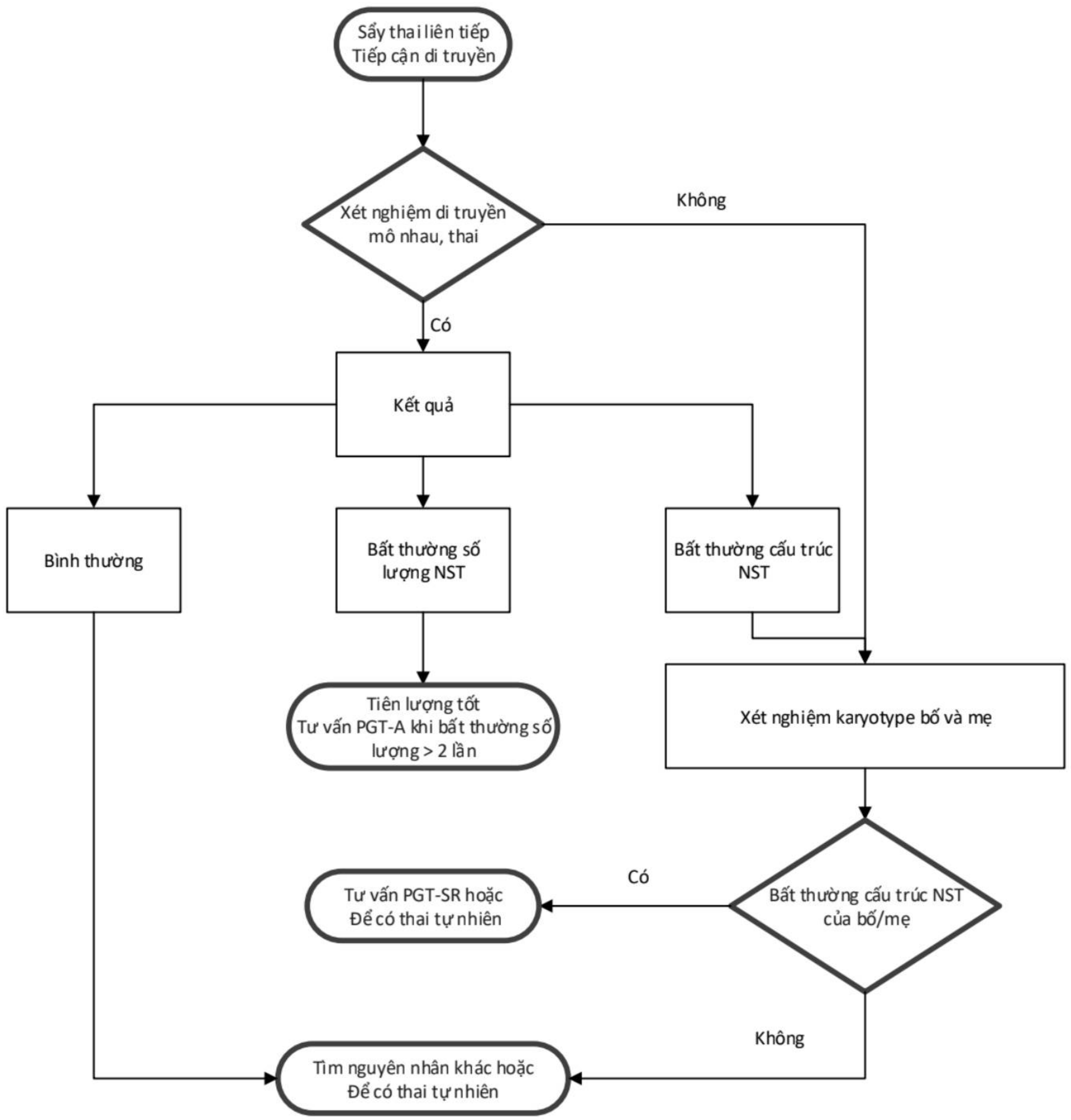
Việc thăm dò chi tiết hơn theo từng nhóm nguyên nhân được thực hiện theo lưu đồ bên dưới.

Nếu tất cả những thăm dò trên bình thường, có thể nghĩ đến một trường hợp sẩy thai liên tiếp không rõ nguyên nhân.

TÓM TẮT NGUYÊN NHÂN GÂY RA SẨY THAI LIÊN TIẾP

Nguyên nhân	Tỉ lệ %	Tầm soát	Bằng chứng khoa học ủng hộ	Bằng chứng khoa học còn tranh cãi	Không khuyến khích
Di truyền	2-5	Chuyển đoạn cân bằng			
Hội chứng aPL	8-42	- Lupus anticoagulant - Anti cardiolipin IgG và IgM		IgG hay IgM anti-annexin A, anti factor XII, anti prothrombin, IgA aPLs	ANA, kháng thể kháng tuyến giáp
Giải phẫu học	1,8-37,6	- HSG. - Sonohysterogra-phy.	Bất thường TC bẩm sinh	- UXTC. - Polype lòng TC	Hở eo TC
Nội tiết- chuyển hóa		- Prolactin. - TSH,FT4 - HbA1c, Test 75g đường. - Progesterone cuối chu kỳ hoặc sinh thiết NMTC.	Đái tháo đường không ổn định, bệnh lý tuyến giáp-Prolactin	- Đa nang BT và kháng insulin. - Progesterone cuối chu kỳ	
Nhiễm trùng		Không		Nhiễm khuẩn ÂĐ, viêm CTC	
Yếu tố nam		Không		Bất thường DNA tinh trùng	
Tâm lý		Không		Tác động tâm lý trên tính tiếp nhận của TC	
Tự miễn dịch		Không			
Môi trường-Nghề nghiệp-Thói quen		Bệnh sử			

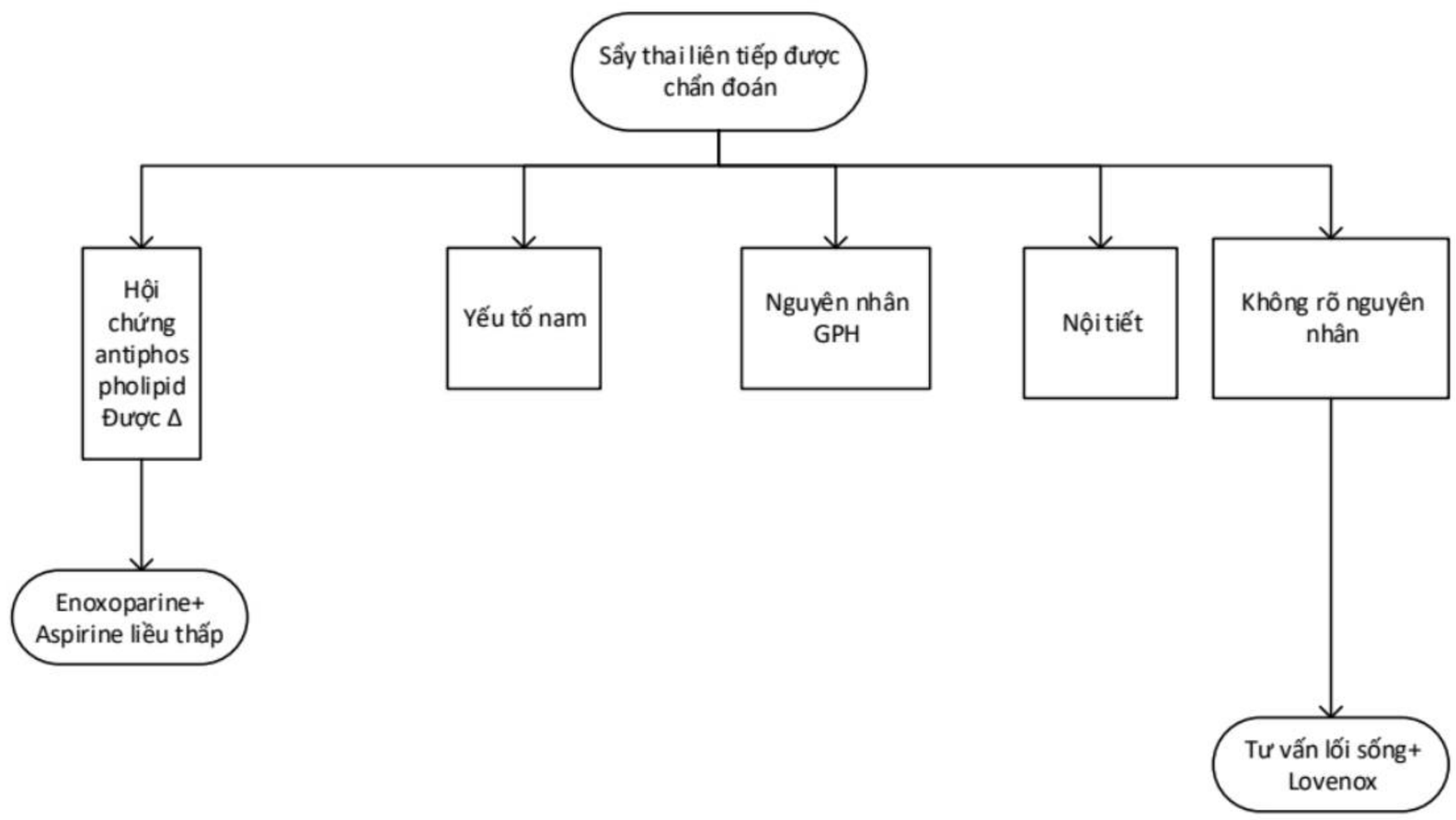
LƯU ĐỒ THĂM DÒ THEO TỪNG NHÓM NGUYÊN NHÂN

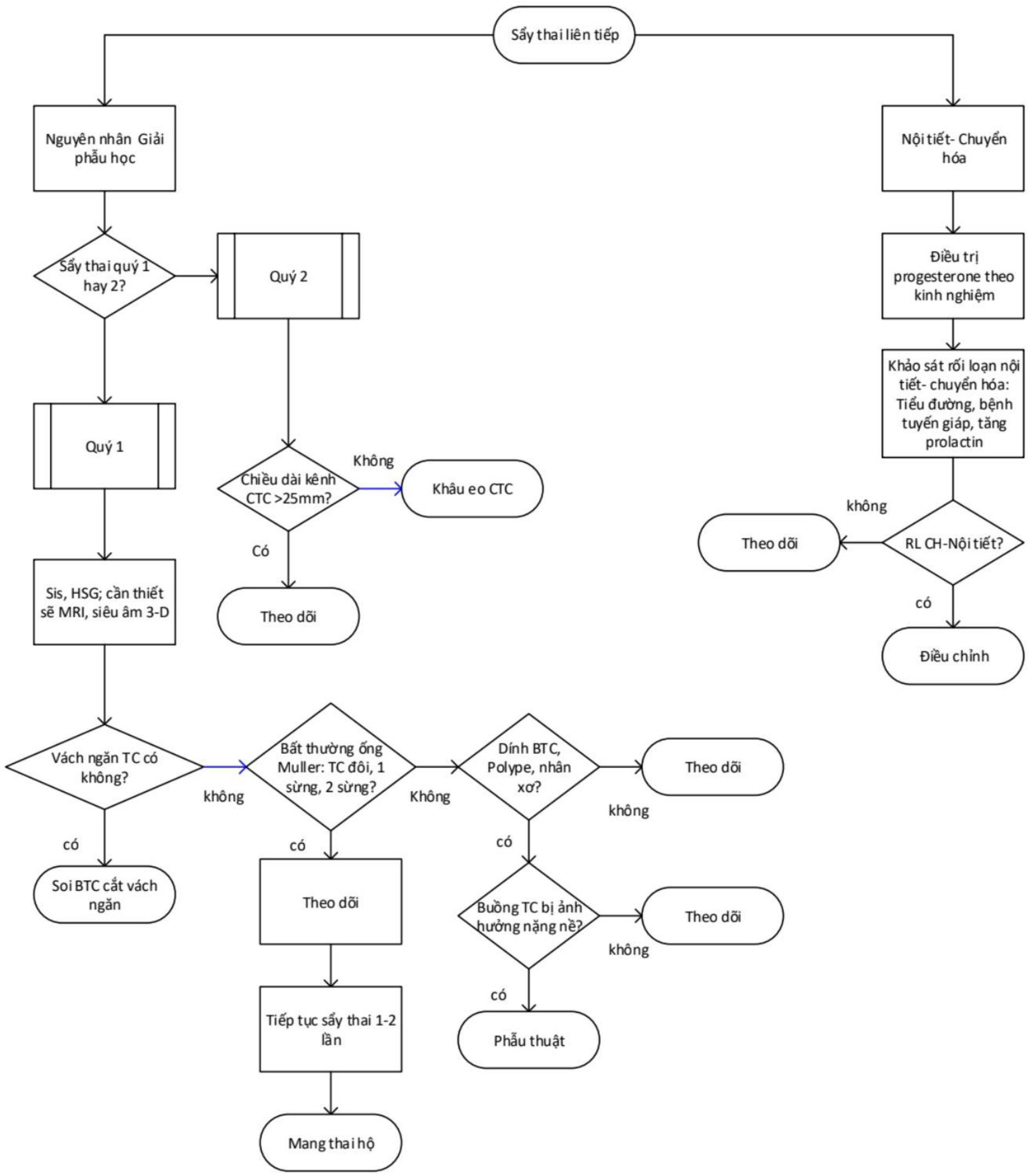


THĂM DÒ VÀ ĐIỀU TRỊ SẨY THAI LIÊN TIẾP

Phase

THĂM DÒ VÀ ĐIỀU TRỊ SẨY THAI LIÊN TIẾP




Sẩy thai liên tiếp
Nguyên nhân Giải phẫu học
Nội tiết- Chuyển hóa
Sẩy thai quý 1 hay 2?
Quý 2
Điều trị progesterone theo kinh nghiệm
Khảo sát rối loạn nội tiết- chuyển hóa: Tiểu đường, bệnh tuyến giáp, tăng prolactin
Quý 1
Chiều dài kênh CTC >25mm?
Không
Khâu eo CTC
không
Theo dõi
RL CH-Nội tiết?
Có
Theo dõi
có
Sis, HSG; cần thiết sẽ MRI, siêu âm 3-D
Điều chỉnh
Vách ngăn TC có không?
Bất thường ống Muller: TC đôi, 1 sừng, 2 sừng?
Dính BTC, Polype, nhân xơ?
Theo dõi
không
Không
không
có
có
có
Soi BTC cắt vách ngăn
Theo dõi
Buồng TC bị ảnh hưởng nặng nề?
Theo dõi
không
có
Tiếp tục sẩy thai 1-2 lần
Phẫu thuật
Mang thai hộ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Recurrent Miscarriage, Investigation and Treatment of Couples (Green-top Guideline No. 17), RCOG 2011.
2. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: A committee opinion. Fertil Steril 2012.
3. Rai R, Regan L. Recurrent miscarriage. Lancet 2006.
4. Kwinecka-Dmitriew B, et al. Frequency of chromosomal aberrations in material from abortions. Ginekol Pol 2010.
5. McNamee K. Recurrent miscarriage and thrombophilia: An update. Curr Opin Obstet Gynecol 2012.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No.118: Antiphospholipid syndrome. Obstet Gynecol 2011.
7. Prevention of recurrent miscarriage for women with antiphospholipid antibody or lupus anticoagulant (Review). Cochrane 2007.
8. Fosca A. F. Di Prima, et al. Antiphospholipid Syndrome during pregnancy: the state of art. Journal of Prenatal Medicine 2011.
9. Sugiura-Ogasawara M, et al. Uterine anomaly and recurrent pregnancy loss. Semin Reprod Med 2011.
10. Bailey-Minimally invasive surgical options for congenital and acquired uterine factors associated with recurrent pregnancy loss. Women Health 2015.
11. Heather Hume. Ultrasound-indicated cerclage/ Shirodkar vs. McDonald. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine 2012.
12. Progestogen for preventing miscarriage. Cochrane 2013.
13. Gris JC, et al. Low-molecular weight heparin versus low-dose aspirin in women with one fetal loss and constitutional thrombophilic disorder. Blood 2004.

119 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THAI Ở SẸO MỔ CŨ

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Thai ở sẹo vết mổ là một dạng TNTC do thai làm tổ ở vết sẹo mổ trên cơ tử cung. Đây là dạng bệnh lý hiếm gặp nhất của TNTC và thường gây ra hậu quả sẩy thai sớm, nhau cài răng lược, vỡ tử cung.

1.2. Tần suất mắc

- 1/1800 - 1/2216 trên tất cả thai kỳ. Tần suất đang ngày càng gia tăng.
- Tỉ lệ thai VMC ở phụ nữ có tiền căn mổ lấy thai trước là 0,15%.

1.3. Yếu tố nguy cơ

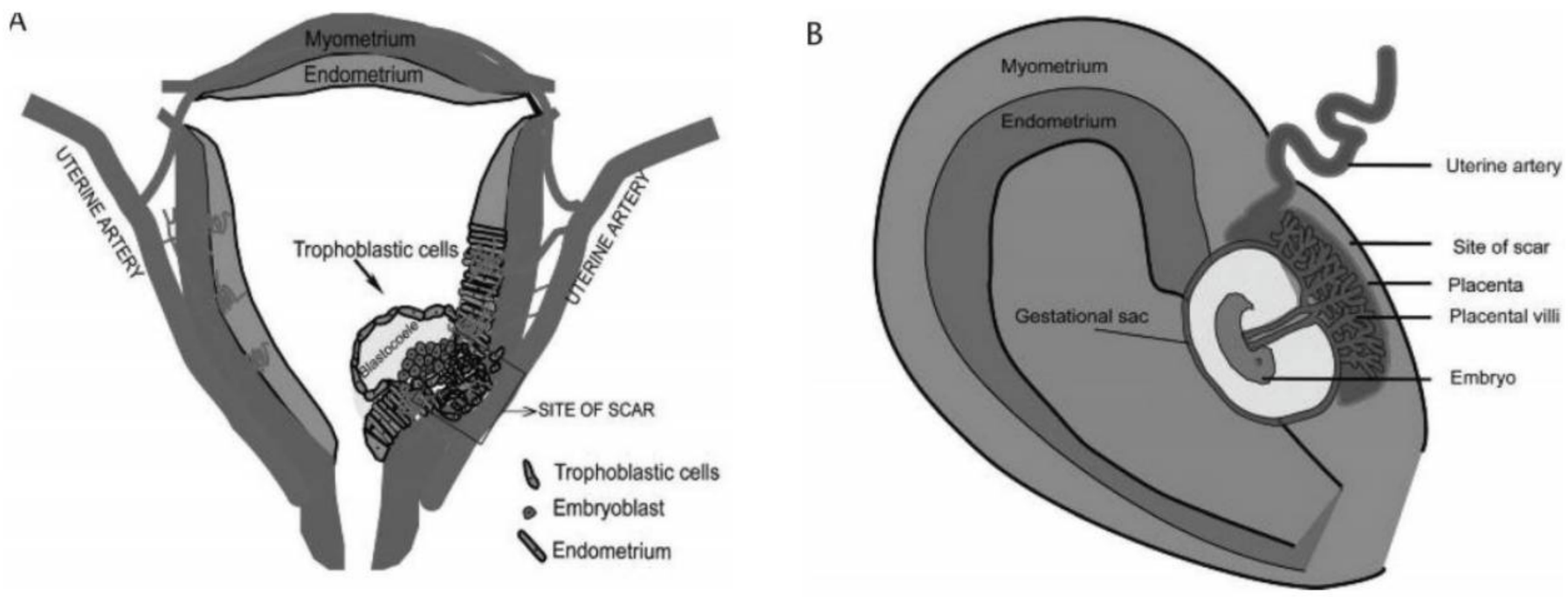
- Tiền căn nong và nạo lòng tử cung trước đó.
- Tiền căn nhau bám bất thường (nhau tiền đạo, nhau cài răng lược).
- Tiền căn bóc nhau bằng tay.
- Thai ngoài tử cung.
- Thụ tinh trong ống nghiệm.
- Các phẫu thuật liên quan đến cơ tử cung như mổ lấy thai, bóc nhân xơ, may tái tạo tử cung.

II. PHÂN LOẠI

Vial và cộng sự đã đề nghị hai hình thái phát triển khác nhau của thai ở sẹo mổ cũ:

- Loại I: Phôi bám vào sẹo mổ, phát triển về phía eo hoặc buồng TC. Thai có thể sống và lớn lên, có khi đến đủ tháng nhưng nguy cơ vỡ tử cung, chảy máu đe dọa tính mạng của bệnh nhân cao nếu điều trị chờ đợi. Nếu chúng ta không có những hình ảnh siêu âm xác định từ 3 tháng đầu thai kỳ thì khó phân biệt với trường hợp nhau tiền đạo cài răng lược vào VMC.

- Loại II: Bám sâu vào khuyết sẹo mổ, phát triển về phía bàng quang và ổ bụng. Loại này thiên về nguy cơ vỡ tử cung sớm trong tam cá nguyệt đầu.



Hình 1: Phân loại thai ở vết mổ cũ

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Trễ kinh.
- Đau bụng.
- Xuất huyết âm đạo bất thường.
- Lưu ý: hơn 50% bệnh nhân không có triệu chứng và phát hiện thai bám VMC tình cờ qua siêu âm khi khám thai. Do đó, chẩn đoán chính xác thai bám VMC có thể chậm trễ do không có triệu chứng và dấu hiệu chuyên biệt cảnh báo.

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Định lượng β-hCG máu

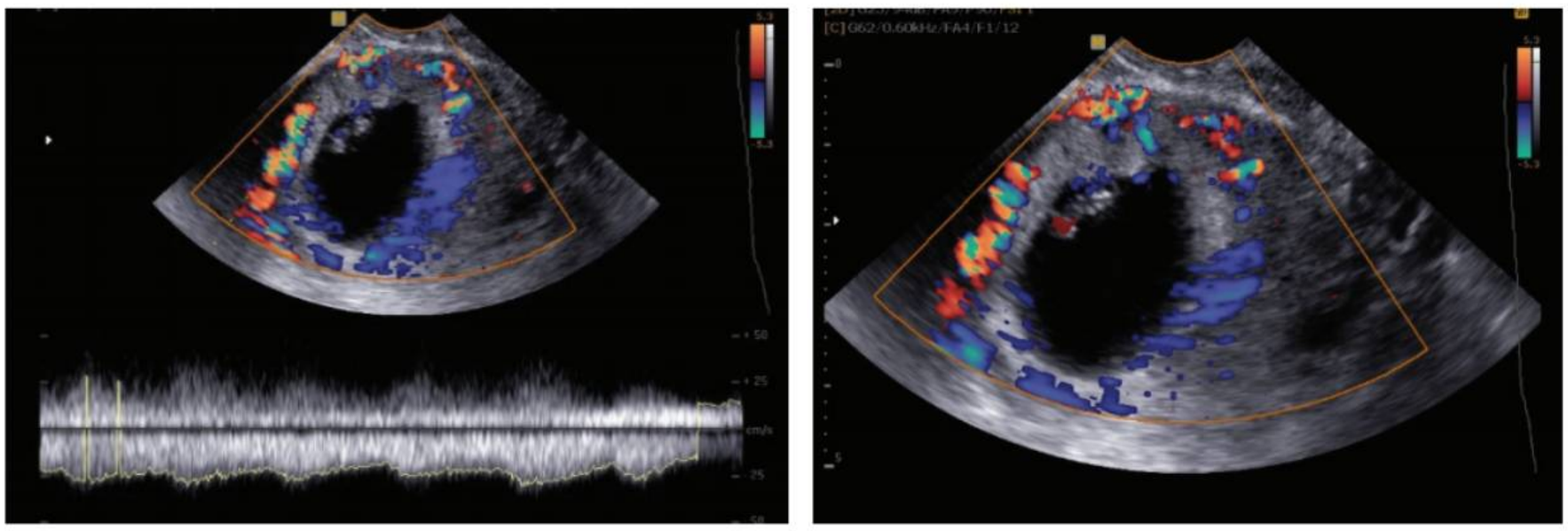
- Dương tính.
- Lưu ý: trong trường hợp âm tính cũng cần đánh giá thêm về lâm sàng.

3.2.2. Siêu âm ngã âm đạo

- Là phương tiện hàng đầu trong chẩn đoán.

- Tiêu chuẩn đánh giá:
  + Lòng tử cung (đoạn đáy tử cung) và đoạn kênh cổ tử cung trống.
  + Túi thai/bánh nhau nằm ở thành trước tử cung và trên lỗ trong cổ tử cung.
  + Lớp cơ tử cung giữa túi thai/bánh nhau và bàng quang mỏng (<5mm # trong 2/3 trường hợp) hoặc biến mất.
  + Không có dấu hiệu trượt túi thai.
  + Lỗ trong cổ tử cung đóng.
  + Tăng tưới máu xung quanh túi thai ở vị trí vết mổ cũ (Doppler xung có vận tốc đỉnh cao > 20cm/s, trở kháng thấp PI < 1 hoặc RI < 0.5 hoặc S/D < 3)..

Hình 2: Khoảng cách từ túi thai đến bàng quang



Hình 3: Tăng sinh mạch máu có vận tốc cao kháng trở thấp

Lưu ý:

- Độ nhạy của chẩn đoán thai bám vết mổ cũ là 86,4% (95% CI 76,3 - 90,5%).
- Giá trị của tiêu chuẩn đánh giá thai bám VMC (nêu trên) sẽ giảm dần nếu thai lớn vì trong trường hợp túi thai chiếm gần hết lòng tử cung (thai > 9 tuần lúc này túi thai có xu hướng ra khỏi vết mổ) dẫn đến khó phân biệt vị trí nguyên thủy của túi thai.
- Khi thai > 9 tuần, chúng ta cần xem lại kết quả siêu âm cũ.
  + Nếu kết quả siêu âm cũ thể hiện được hình ảnh thai bám VMC (thai nằm trong VMC) → Chẩn đoán thai bám VMC.
  + Nếu kết quả siêu âm cũ không thể hiện được hình ảnh thai bám VMC → Không chẩn đoán thai bám VMC mà phải đánh giá nhau cài răng lược sớm.
- Nếu bề dày lớp cơ từ túi thai đến thành bàng quang > 5mm thì không chẩn đoán là thai bám vết mổ cũ mà chỉ là túi thai nằm thấp trong lòng tử cung (mặc dù thai bám VMC có 1/3 trường hợp thai bám VMC thật sự có bề dày >5mm) → Đánh giá nhau cài răng lược sớm.
- Lưu hình và đo khoảng cách bờ dưới túi thai so với VMC (trong trường hợp túi thai không nằm trong VMC) để tiện việc theo dõi trong những lần khám thai kế tiếp.
- Giúp quan sát rõ túi thai và tương quan với sẹo mổ lấy thai.
- Kết hợp với siêu âm qua thành bụng cho thấy hình ảnh của tử cung, phần phụ và đo được khoảng cách giữa túi thai và bàng quang. Qua đó cũng đo được độ dày lớp cơ tử cung giữa bàng quang và túi thai.

3.2.3. Siêu âm Doppler màu

- Tăng khả năng chẩn đoán của siêu âm ngả âm đạo bằng việc đánh giá lưu lượng dòng máu, kháng lực và chỉ số mạch đập quanh túi thai.
- Hình ảnh mạch máu quanh túi thai → phân biệt giữa thai sống tại sẹo mổ lấy thai với thai chết trong tử cung.

3.2.4. Chụp cộng hưởng từ (MRI)

- Hỗ trợ cho siêu âm trong chẩn đoán thai ở VMC.

- Dùng cho các trường hợp siêu âm ngả âm đạo và Doppler màu không kết luận được.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Thai ở đoạn eo tử cung.
- Thai ở cổ tử cung.
- Sẩy thai đang tiến triển.
- U nguyên bào nuôi.

5. Điều trị

- Điều trị tối ưu phụ thuộc vào nhiều yếu tố như kích thước thai, nồng độ βhCG, mong muốn có thai về sau, tình trạng huyết động học của bệnh nhân.
- Nguyên tắc điều trị: lấy hoặc hủy khối thai trước khi vỡ và bảo tồn khả năng sinh sản. Tùy theo mức độ khẩn cấp của diễn biến bệnh mà có các biện pháp điều trị phù hợp:
  + Nếu bệnh nhân có chảy máu ồ ạt cần can thiệp phẫu thuật cấp cứu, có khả năng phải cắt TC để cầm máu hoặc cắt TC là lựa chọn sau cùng khi các phương pháp điều trị khác thất bại và tính mạng bệnh nhân đang bị đe dọa.
  + Nếu tình trạng bệnh nhân ổn định, không xuất huyết, hoặc ra máu lượng ít thì có nhiều phương pháp điều trị.

5.1. Điều trị nội khoa: Điều trị MTX

5.1.1. Chỉ định

Thai < 12 tuần, huyết động học ổn định, không có chống chỉ định dùng MTX.

5.1.2. Xét nghiệm cận lâm sàng

- Xét nghiệm huyết học đánh giá tình trạng đông máu, thiếu máu, số lượng bạch cầu, tiểu cầu, hồng cầu.
- Xét nghiệm sinh hóa máu đánh giá chức năng gan, thận: urê, creatinin, SGOT, SGPT.
- Định lượng β-hCG.

5.1.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Đầu dò âm đạo có bộ phận hướng dẫn kim chọc hút tự tạo.
- Kim chọc hút trứng.
- Bơm tiêm 10ml, 2 trois voies có dây.
- Thuốc MTX 01 lọ 50mg thể tích 2ml được nạp vào ống tiêm 5ml.

5.1.4. Hướng dẫn điều trị MTX

Tùy theo tuổi thai, có 2 cách xử trí khác nhau:

- Thai ≤ 6 tuần: Tiêm MTX 50mg/1ml vào túi thai.
- Thai > 6 tuần đến ≤ 12 tuần: Tiêm 1/2 MTX vào phôi thai và 1/2 vào vị trí nhau bám.

Sau tiêm MTX:

- Nếu có chảy máu tại vị trí đâm kim, chèn gạc âm đạo và lấy gạc 24 giờ sau.
- Bệnh nhân nằm nghỉ 15 phút tại phòng thủ thuật và theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Sau thủ thuật, bệnh nhân được theo dõi sát trong 24 giờ đầu để phát hiện kịp thời xuất huyết nội nếu có.

Theo dõi điều trị

- Tư vấn sau tiêm MTX
  + Không dùng thuốc thuộc nhóm thuốc kháng viêm không steroid.
  + Không uống rượu.
  + Kiêng quan hệ tình dục trong thời gian theo dõi điều trị.
  + Thông báo các tác dụng không mong muốn của thuốc nếu có.
- Theo dõi βhCG và kích thước khối thai
  + Ngày 1 (ngày tiêm MTX tại chỗ): Thử βhCG trước khi tiêm.
  + Sau tiêm MTX vào khối thai, thử lại βhCG vào các ngày:
  + Ngày 7:
    • βhCG giảm ≥ 25%, SA không thấy khối máu tụ tại vị trí nhau bám hoặc kích thước khối máu tụ < 3cm → xuất viện.
    • βhCG tăng hoặc giảm ít hơn 25% → theo dõi tại khoa, thử lại βhCG ngày 10.
  + Ngày 10:
    • βhCG tăng hoặc giảm ít hơn 15 % so với ngày 7 → chích MTX toàn thân, thử lại βhCG mỗi tuần.
    • βhCG giảm ≥15% so với ngày 7, không tạo khối máu tụ hoặc kích thước khối máu tụ <3cm → xuất viện.
  + Với các bệnh nhân chích MTX liều 2:
    • βhCG giảm ≥25% sau 1 tuần, SA không thấy khối máu tụ tại vị trí nhau bám hoặc kích thước khối máu tụ <3cm → xuất viện. Nếu khối máu tụ > 3cm nhưng ổn định sau 2 lần khám cách nhau 1 tuần → xuất viện.

• βhCG giảm ít hơn 25% sau 1 tuần, xem xét tiêm MTX liều thứ 3. Tối đa 3 liều.

+ Tất cả các bệnh nhân xuất viện đều được hẹn tái nhập viện để thử βhCG và siêu âm mỗi tuần.

5.1.5. Tiêu chuẩn xuất viện

- βhCG 1 lần ≥ 25% và khối máu tụ < 3cm hoặc ≥3cm nhưng ổn định sau 2 lần khám.
- Trong thời gian theo dõi hay sau điều trị nội khoa, nếu βhCG âm tính nhưng khối máu tụ có kích thước > 3cm hay sau điều trị nội khoa nhưng triệu chứng có thể còn tiếp tục chảy máu, đôi khi chảy máu nhiều, bệnh nhân được lấy khối máu tụ tại phòng mổ bằng hình thức nong cổ tử cung đến số 20-22 và gắp mô dưới hướng dẫn của siêu âm.

5.1.6. Tiêu chuẩn ngừng theo dõi

- βhCG < 5mUI/ml
- Siêu âm: Kích thước túi thai không còn quan sát thấy tại vị trí VMC.

5.1.7. Theo dõi các biến chứng

- Xuất huyết nội, sốt sau tiêm MTX tại chỗ.
- Chèn bóng do xuất huyết nhiều.
- Truyền máu.
- Hình thành khối máu tụ tại VMC.
- Phẫu thuật cầm máu bảo tồn tử cung hoặc cắt tử cung.
- Tác dụng phụ của MTX: theo dõi sự xuất hiện của lở miệng, tiêu chảy, tăng men gan, rối loạn chức năng thận, giảm bạch cầu trong quá trình điều trị.

5.2. Điều trị ngoại khoa

5.2.1. Phẫu thuật

- Các trường hợp huyết động không ổn định, xuất huyết nhiều có choáng hay không, hoặc thai >12 tuần, lớn tuổi đủ con cần can thiệp phẫu thuật mở bụng.
- Cắt bỏ khối thai và bảo tồn TC nếu được hoặc cắt TC hoàn toàn do nguy cơ chảy máu nhiều.
- Phẫu thuật thường rất khó khăn vì khối nhau có thể xâm lấn bàng quang và cần được chuẩn bị máu, dịch truyền cần thiết.

5.2.2. Dưỡng thai

- Nếu bệnh nhân không muốn chấm dứt thai kỳ và có bằng chứng túi thai phát triển hướng vào lòng tử cung (loại 1 theo Vial và cộng sự), điều trị theo dõi có thể được xem xét.
- Đánh giá bề dày cơ thành trước tử cung tới thai bám vết mổ cũ tối thiểu.
- Tư vấn nguy cơ và lợi ích của chấm dứt thai kỳ nếu tiếp tục theo dõi.
- Thai kỳ phải được theo dõi sát bằng hình ảnh đều đặn.
- Ngay cả khi sanh mổ chủ động, chảy máu nhiều có thể xảy ra với nguy cơ cắt tử cung. Ở bệnh nhân lựa chọn theo dõi, mổ cấp cứu phải được thực hiện ngay không chậm trễ khi có bất cứ dấu hiệu nào chỉ điểm vỡ tử cung.

5.2.3. Nạo buồng tử cung

- Không nên là điều trị đầu tiên vì có nguy cơ thủng tử cung và xuất huyết ồ ạt.
- Hút dưới siêu âm trong những thường hợp chọn lọc với thai ≤7 tuần có 1 phần nhau bám VMC và bề dày cơ tử cung tại VMC ≥3,5mm.
- Chèn bóng ống cổ tử cung: để kiểm soát chảy máu rỉ rả sau thủ thuật hút thai. Sử dụng sonde Folley đặt nhẹ nhàng vào cổ tử cung rồi bơm căng bóng bằng 30ml nước muối sinh lý chèn tại chỗ trong 12 giờ.

5.2.4. Ngừa thai

Ít nhất 12-24 tháng sau điều trị, không sử dụng DCTC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2015). Chửa ở vết mổ. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, 141-142
2. Nguyễn Thị Minh Tâm (2015). Hiệu quả của MTX trong điều trị thai bám VMC ≤12 tuần tại bệnh viện Hùng Vương, luận án chuyên khoa II.

Tiếng Anh

1. Daniel A. Osborn, Todd R. Williams, and Brian M. Craig, Cesarean Scar Pregnancy: Sonographic and Magnetic Resonance Imaging Findings, Complications, and Treatment . Journal of Ultrasound in Medicine September 2012 31:1449-1456
2. Elizabeth A, Bahar M, Mindy M (2010). Cesarean delivery scar ectopic pregnancy. Ultrasound Quartely 26(2): 107-109.
3. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R (2003). First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. Ultrasound Obstet Gynecol 21: 220–227.
4. Rotas MA, Haberman S, Levgur M (2006). Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis and management. Obstet Gynecol 107:1373-1381.
5. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL (2004). Cesarean scar pregnancy: issues in management. Ultrasound Obstet Gynecol 23: 247-253.
6. Timor-Tritsch, I. E., Monteagudo, A., Cali, G., Vintzileos, A., Viscarello, R., Al-Khan, A., Zamudio, S., Mayberry, P., Cordoba, M. M. and Dar, P. (2014), Cesarean scar pregnancy is a precursor of morbidly adherent placenta. Ultrasound Obstet Gynecol, 44: 346–353. doi:10.1002/uog.13426
7. Vial Y, Petignat P and Hohlfed P (2000). Pregnancy in a cesarean scar. Ultrasound Obstet Gynecol 16: 592-593.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH NỘI MẠC TỬ CUNG

120

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa và Phân loại

Định nghĩa: Tăng sinh NMTC là sự gia tăng cả về số lượng lẫn mật độ các thành phần của lớp NMTC gồm các ống tuyến và mô đệm.

Phân loại theo WHO (2014):

- Tăng sinh NMTC không có tế bào không điển hình.
- Tăng sinh NMTC có tế bào không điển hình (TBKĐH).

1.2. Tần suất mắc

- Tăng sinh NMTC không có TBKĐH: 142/100000 phụ nữ-năm.
- Tăng sinh NMTC có TBKĐH: 56/100000 phụ nữ-năm.

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Tuổi trên 45.
- Béo phì, vô sinh, hội chứng buồng trứng đa nang, u BT sản xuất estrogen.
- Sử dụng Tamoxifen, điều trị nội tiết estrogen đơn thuần.
- Gia đình bị K đại tràng, đái tháo đường, THA.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

2.1.1. Triệu chứng cơ năng

Xuất huyết tử cung bất thường: rong kinh, cường kinh, xuất huyết giữa kỳ kinh.

2.1.2. Triệu chứng thực thể: không có triệu chứng đặc hiệu

- Âm đạo có ra máu chảy từ lòng TC.
- Có thể phát hiện đi kèm cùng u buồng trứng (loại tăng tiết hormone), buồng trứng đa nang, tăng sinh tuyến thượng thận.

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Siêu âm

Bề dày NMTC > 8 mm ở giai đoạn đầu chu kỳ, >12 mm ở giai đoạn hai chu kỳ, hoặc ≥ 5 mm ở người mãn kinh không điều trị nội tiết thay thế.

2.2.2. Các xét nghiệm khác: công thức máu, xét nghiệm nội tiết... được chỉ định tùy theo từng trường hợp cụ thể

2.2.3. Nội soi buồng tử cung và sinh thiết NMTC:

Nội soi buồng tử cung giúp hướng dẫn nạo sinh thiết chính xác trong những trường hợp tăng sinh khu trú, polyp lòng tử cung.

2.2.4. Nạo sinh thiết tầng: Tăng sinh NMTC là chẩn đoán của giải phẫu bệnh nên nạo sinh thiết giúp chẩn đoán rõ ràng dạng tăng sinh.

III. ĐIỀU TRỊ

Dựa vào tuổi, kết quả giải phẫu bệnh, lâm sàng và mong muốn có con của bệnh nhân (xem lưu đồ).

3.1. Nhóm tuổi sinh sản

3.1.1. Tăng sinh không có TBKĐH

- Progestins:

+ Norethindrone acetate (Primolut) 10 - 15 mg/ngày. ACOG khuyến cáo có thể uống mỗi ngày hoặc uống theo chu kỳ 12 - 14 ngày/tháng. Tuy nhiên, RCOG 2016 đề nghị không nên uống theo chu kỳ vì cho hiệu quả kém hơn trong việc thoái triển bệnh so với uống progestogen liên tục hoặc DCTC chứa levonorgestrel (B).

+ Micronized progesterone 100 - 200mg/ngày

+ Depot medroxyprogesterone acetate 150mg tiêm bắp mỗi 3 tháng.

+ DCTC chứa levonorgestrel (Mirena): đối với bệnh nhân muốn ngừa thai, có thể duy trì kéo dài đến 5 năm nếu BN hoàn toàn dung nạp được với các tác dụng phụ của DCTC và vẫn còn mong muốn ngừa thai.

- Có thể sử dụng thuốc ngừa thai phối hợp.

3.1.2. Tăng sinh có TBKĐH

- Cắt tử cung có chỉ định đối với bệnh nhân không muốn điều trị nội khoa và không muốn sinh thêm con.

- Bệnh nhân còn muốn sinh con hoặc có chống chỉ định của phẫu thuật:
  + BN phải được tư vấn về nguy cơ ác tính và nguy cơ tiến triển thành ung thư NMTC.
  + Trước điều trị cần đánh giá loại trừ ung thư NMTC xâm lấn hoặc BN đang mắc ung thư buồng trứng đi kèm.
  + Các thuốc có thể sử dụng: megestrol acetate 160mg/ngày, Depot medroxyprogesterone acetate 150mg tiêm bắp mỗi 3 tháng, DCTC chứa levonorgestrel hoặc thuốc ngừa thai phối hợp.
  + Khi không còn nhu cầu có con, cần phẫu thuật cắt TC hoàn toàn ngay (C) do nguy cơ tái phát cao.
- Hủy nội mạc TC không được khuyến cáo vì không đảm bảo hủy được hoàn toàn lớp NMTC và tình trạng dính lòng TC gây khó khăn cho việc theo dõi bằng GBP (C).

3.2. Nhóm tuổi mãn kinh và quanh mãn kinh

BN lứa tuổi tiền mãn kinh: Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn kèm cắt bỏ buồng trứng cần được cá thể hóa. Tuy nhiên, vòi trứng hai bên nên được cân nhắc cắt bỏ khi tiến hành cắt tử cung hoàn toàn vì có thể làm giảm nguy cơ ung thư buồng trứng. (D)

BN lứa tuổi mãn kinh: Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn + 2 phần phụ.

IV. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG

- Theo dõi bằng sinh thiết NMTC:
  + Đối với tăng sinh NMTC không có TBKĐH: nạo STT kiểm tra mỗi 6 tháng.
  + Đối với tăng sinh NMTC có TBKĐH: nạo STT kiểm tra mỗi 3 tháng
- Tùy vào mức độ thoái triển, tồn tại hay phát triển thêm của bệnh lý mà phác đồ theo dõi sẽ khác nhau (xem lưu đồ).
- Tăng sinh NMTC không có TBKĐH có nguy cơ tiến triển thành ung thư NMTC trong vòng 20 năm ít hơn 5% và đa số các trường hợp sẽ tự thoái triển trong quá trình theo dõi (B).
- Đối với phụ nữ muốn có con, sau điều trị nên chờ cho đến khi bệnh thoái triển thể hiện qua ít nhất một kết quả nạo STT kiểm tra trước khi chuẩn bị có con.

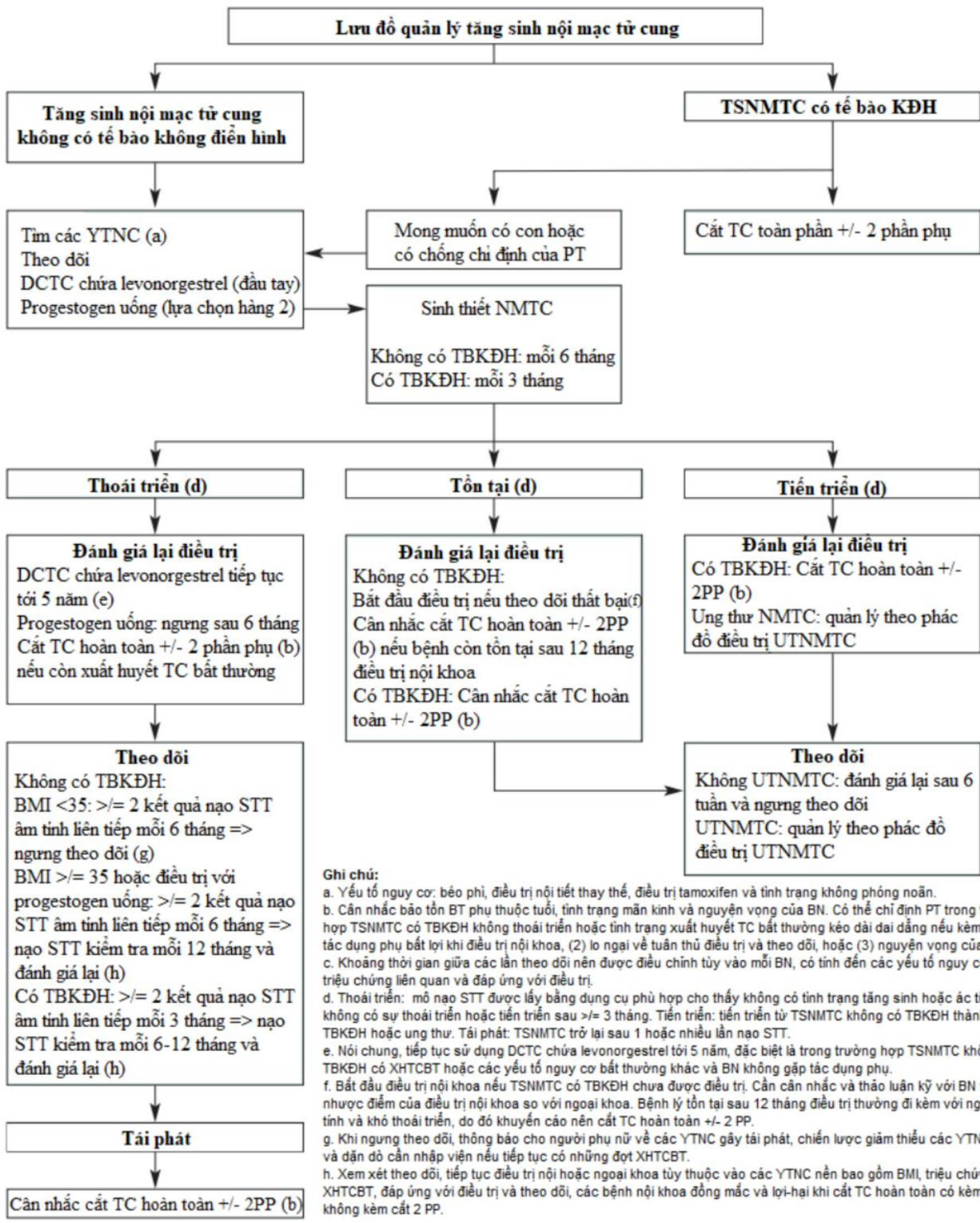
TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Sản phụ khoa – Những điều cần biết (2012). Tăng sinh nội mạc tử cung và Ung thư nội mạc tử cung. Trang 172-175
2. Vũ Thị Nhung, "Cập nhật thông tin về Tăng sinh và Tân sinh trong biểu mô nội mạc tử cung: Định nghĩa, chẩn đoán và cách xử trí", Thời sự Y học, chuyên đề Sức khỏe Sinh sản, tập 16, số 2, tháng 8/2016, trang 2-5.

Tiếng Anh

1. Management of Endometrial Hyperplasia. Green-top Guideline No. 67 RCOG/BSGE Joint Guideline. February 2016. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) and the British Society for Gynaecological Endoscopy (BSGE).
2. Susan DR et al: Incidence of endometrial hyperplasia. Am J Obstet Gynecol. 2009 Jun; 200(6): 678.e1–678.e6. doi: 10.1016/j.ajog.2009.02.032
3. ACOG. Endometrial Intraepothelial Hyperplasia. Committee Opinion. 05/2015
4. Robert LG et al: Classification and diagnosis of endometrial hyperplasia. Uptodate. 11/2014



Ghi chú:

a. Yếu tố nguy cơ: béo phì, điều trị nội tiết thay thế, điều trị tamoxifen và tình trạng không phóng noãn.

b. Cân nhắc bảo tồn BT phụ thuộc tuổi, tình trạng mãn kinh và nguyện vọng của BN. Có thể chỉ định PT trong trường hợp TSNMTC có TBKĐH không thoái triển hoặc tình trạng xuất huyết TC bất thường kéo dài dai dẳng nếu kèm theo (1) tác dụng phụ bất lợi khi điều trị nội khoa, (2) lo ngại về tuân thủ điều trị và theo dõi, hoặc (3) nguyện vọng của BN.

c. Khoảng thời gian giữa các lần theo dõi nên được điều chỉnh tùy vào mỗi BN, có tính đến các yếu tố nguy cơ nền, các triệu chứng liên quan và đáp ứng với điều trị.

d. Thoái triển: mô nạo STT được lấy bằng dụng cụ phù hợp cho thấy không có tình trạng tăng sinh hoặc ác tính. Tồn tại: không có sự thoái triển hoặc tiến triển sau >/= 3 tháng. Tiến triển: tiến triển từ TSNMTC không có TBKĐH thành có TBKĐH hoặc ung thư. Tái phát: TSNMTC trở lại sau 1 hoặc nhiều lần nạo STT.

e. Nói chung, tiếp tục sử dụng DCTC chứa levonorgestrel tới 5 năm, đặc biệt là trong trường hợp TSNMTC không có TBKĐH có XHTCBT hoặc các yếu tố nguy cơ bất thường khác và BN không gặp tác dụng phụ.

f. Bắt đầu điều trị nội khoa nếu TSNMTC có TBKĐH chưa được điều trị. Cần cân nhắc và thảo luận kỹ với BN về ưu và nhược điểm của điều trị nội khoa so với ngoại khoa. Bệnh lý tồn tại sau 12 tháng điều trị thường đi kèm với nguy cơ ác tính và khó thoái triển, do đó khuyến cáo nên cắt TC hoàn toàn +/- 2 PP.

g. Khi ngưng theo dõi, thông báo cho người phụ nữ về các YTNC gây tái phát, chiến lược giảm thiểu các YTNC (nếu có) và dặn dò cần nhập viện nếu tiếp tục có những đợt XHTCBT.

h. Xem xét theo dõi, tiếp tục điều trị nội hoặc ngoại khoa tùy thuộc vào các YTNC nền bao gồm BMI, triệu chứng XHTCBT, đáp ứng với điều trị và theo dõi, các bệnh nội khoa đồng mắc và lợi-hại khi cắt TC hoàn toàn có kèm hoặc không kèm cắt 2 PP.

Nguồn: Management of Endometrial Hyperplasia. Green-top Guideline No. 67 RCOG/BSGE Joint Guideline, p28-29. February 2016.

121 SÀNG LỌC VÀ ĐIỀU TRỊ CHLAMYDIA ĐƯỜNG SINH DỤC

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

- Chlamydia trachomatis là một vi khuẩn ký sinh nội bào bắt buộc của tế bào biểu mô trụ.
- Chlamydia là bệnh lây truyền qua đường tình dục (STD) phổ biến có thể lây nhiễm cho cả nam và nữ. Bệnh có thể dễ dàng chữa khỏi. Nếu không điều trị có thể gây ra tổn thương vĩnh viễn, nghiêm trọng đến cơ quan sinh sản của phụ nữ bao gồm viêm vùng chậu cấp, thai ngoài tử cung và vô sinh.
- Là tác nhân gây viêm cổ tử cung và viêm sinh dục trên.
- Thường không có triệu chứng.

1.2. Tần suất mắc

- Chlamydia trachomatis là vi khuẩn gram âm lây truyền chủ yếu qua đường tình dục thường gặp nhất với 1,5 triệu ca mắc năm 2015 tại Mỹ. Con số này có thể cao hơn vì nhiễm chlamydia thường không triệu chứng.
- Nguyên nhân thường gặp gây viêm dính vùng chậu (1 năm nhiễm không điều trị thì khoảng 10% diễn tiến viêm vùng chậu), gây vô sinh, thai ngoài tử cung, đau vùng chậu mạn tính, sẹo xơ dính tai vòi do kết quả của quá trình viêm và phản ứng miễn dịch. Tỷ lệ vô sinh sau 1 đợt viêm nhiễm vùng chậu là 8%, sau nhiễm lần 2 là 18%, lần 3 là 38%.
- Những phụ nữ tham gia tầm soát và điều trị chlamydia có tỷ lệ viêm vùng chậu thấp hơn 56% so với nhóm không tầm soát. Giảm tỷ lệ thai ngoài tử cung.

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Có bạn tình mới hoặc có nhiều bạn tình.
- Bạn tình mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Có tiền căn mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục trước đó.
- Có tiền căn nhiễm Chlamydia trachomatis trước đó.
- Mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục và quan hệ không dùng bao cao su.

II. TRIỆU CHỨNG

2.1. Lâm sàng

- Ra huyết trắng hay xuất huyết âm đạo khi chạm vào (do tăm bông khi khám hay sau giao hợp).
- Cổ tử cung có nhiều dịch tiết màu vàng hay màu xanh đọng ở lỗ cổ tử cung.
- Cổ tử cung có thể viêm đỏ, phù nề, chảy máu.
- Cảm giác nóng rát khi tiểu.

2.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm PCR (NAAT) được xem là phương pháp hiệu quả nhất trong việc sàng lọc và chẩn đoán nhiễm chlamydia so với nuôi cấy hoặc miễn dịch.

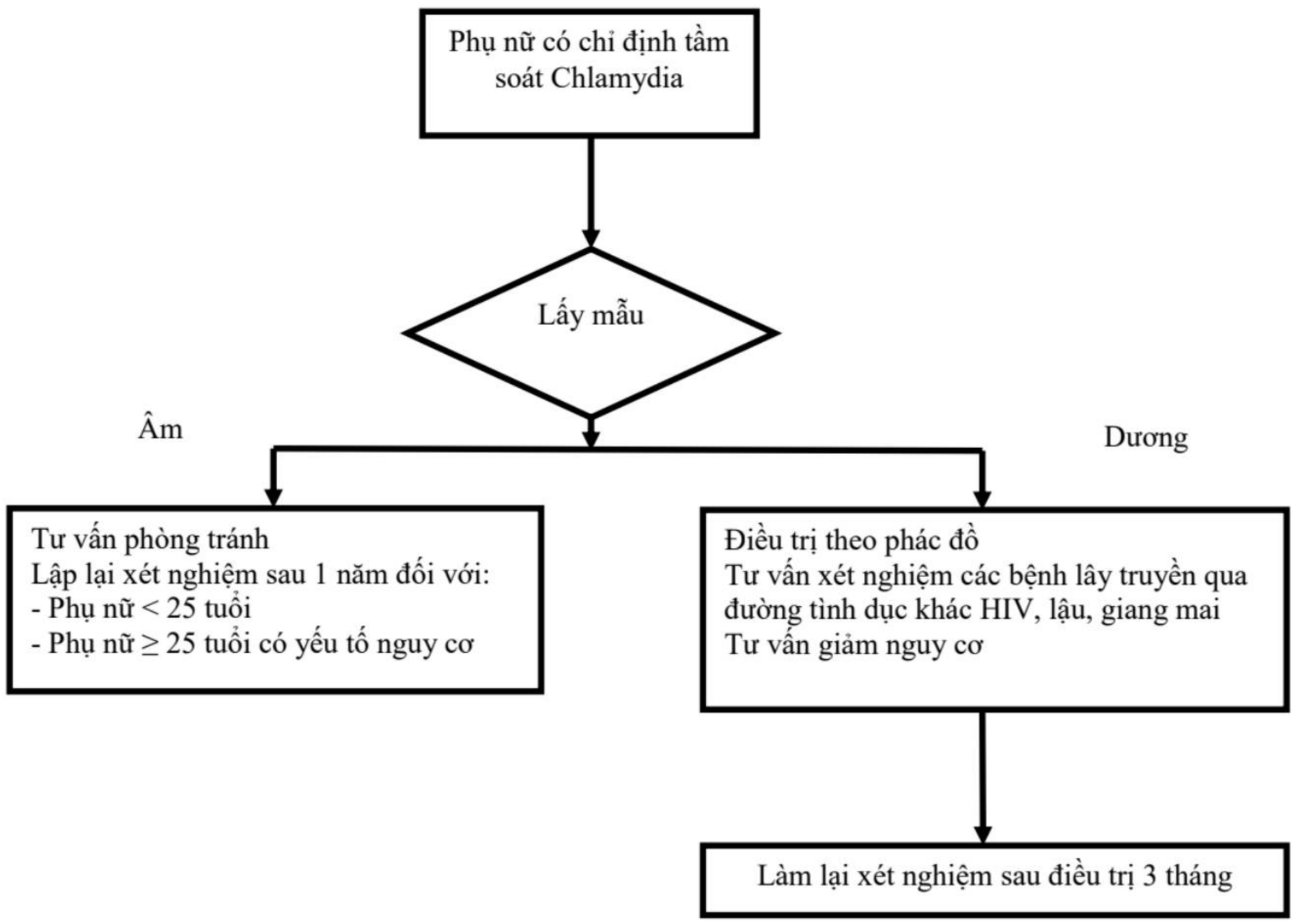
Cách lấy mẫu:

- Ghi tên tuổi thai phụ lên ống (loại xét nghiệm dịch tiết âm đạo).
- Lấy que gòn (tay người lấy bệnh phẩm chỉ được chạm vào phần nắp que lấy mẫu) đưa vào trong âm đạo (hơn ½ que) xoay 1-2 vòng.
- Có thể lấy mẫu ở kênh CTC hoặc nước tiểu đầu dòng.
- Lấy mẫu ở âm đạo bằng que gòn được khuyến khích vì thuận tiện có thể tự lấy mẫu tại nhà và khả năng chẩn đoán tương tự lấy mẫu ở kênh CTC.
- Đưa que gòn trở lại trong ống đựng. Kiểm tra tên tuổi trên ống. Gửi đơn vị Di truyền – khoa GPB-TB-DT. Trường hợp không chuyển mẫu được ngay trong ngày, lưu trữ mẫu ở tủ mát (4°C).

III. CHẨN ĐOÁN

Chỉ định tầm soát:

- Phụ nữ < 25 tuổi đến khám phụ khoa định kỳ tầm soát mỗi năm 1 lần.
- Phụ nữ ≥ 25 tuổi có yếu tố nguy cơ tầm soát mỗi năm 1 lần.
- Phụ nữ đang mang thai:
  - o Xét nghiệm tầm soát chlamydia ở lần khám thai đầu tiên cho toàn bộ thai phụ.
  - o Thai phụ có yếu tố nguy cơ sàng lọc lại ở 3 tháng cuối thai kỳ.
- Tư vấn với phụ nữ có yếu tố nguy cơ trước khi thực hiện thủ thuật nạo phá thai hoặc phá thai nội khoa.



IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Điều trị cho khách hàng và cho bạn tình.
- Tránh giao hợp cho đến khi điều trị đủ (7 ngày sau uống liều duy nhất hay điều trị đủ 7 ngày).

4.2. Sử dụng kháng sinh

4.2.1. Phác đồ đề nghị

- Azithromycin 1g 1 lần duy nhất (nhóm B cho phụ nữ mang thai).
- Hoặc Doxycyline 100mg ngày uống 2 lần mỗi lần 1 viên trong 7 ngày (không dùng cho phụ nữ mang thai).

4.2.2. Phác đồ thay thế

- Erythromycin 500mg uống 4 lần một ngày trong 7 ngày.
- Hoặc Levofloxacin 500mg uống 1 lần một ngày trong 7 ngày.
- Hoặc Ofloxacin 400mg uống 2 lần 1 ngày trong 7 ngày.

4.2.3. Phụ nữ mang thai

- Azithromycin 1g 1 lần duy nhất (nhóm B cho phụ nữ mang thai).
- Hoặc Erythromycin 500mg uống 4 lần một ngày trong 7 ngày.

V. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG

5.1. Theo dõi

- Tầm soát sau 3 tháng sau khi điều trị nhiễm chlamydia vì tỷ lệ tái phát cao (20% tái phát trong vòng 1 năm).
- Phụ nữ nhiễm chlamydia nên được tầm soát các bệnh lý lây truyền qua đường tình dục khác như lậu, giang mai, HIV đồng thời khuyến khích tiêm ngừa viêm gan B và HPV.
- Bạn tình nên được điều trị khi có quan hệ trong 60 ngày gần đây, quan hệ tình dục có bao cao su là biện pháp phòng ngừa an toàn và hiệu quả.
- Tất cả các thủ thuật xâm lấn vào buồng tử cung khi đang bị viêm CTC do chlamydia nên được trì hoãn đến khi đã được kiểm soát.
- Nên sàng lọc thường quy những phụ nữ có nguy cơ cao trước khi tiến hành thủ thuật nạo phá thai hay phá thai nội khoa.
- Tất cả các phụ nữ mang thai nên được tầm soát chlamydia 3 tháng cuối nếu có nguy cơ cao vì nhiễm chlamydia liên quan đến nguy cơ sinh non và sinh nhẹ cân cũng như viêm kết mạc, viêm phổi sơ sinh.

5.2. Tiên lượng

- Nguyên nhân thường gặp gây viêm dính vùng chậu gây vô sinh, thai ngoài tử cung, đau vùng chậu mạn tính, sẹo xơ dính tai vòi do kết quả của quá trình viêm và phản ứng miễn dịch.

- Những phụ nữ tham gia tầm soát và điều trị chlamydia có tỷ lệ viêm vùng chậu thấp hơn 56% so với nhóm không tầm soát. Giảm tỷ lệ thai ngoài tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn sử dụng kháng sinh (ban hành kèm Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/03/2015)

Tiếng Anh

1. Centers for Disease Control and Prevention (2015) Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines, pp. 60-90.
2. Centers for Disease Control and Prevention (2012) Sexually transmitted disease surveillance 2011. Atlanta, Georgia.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THAI ĐOẠN KẼ

122

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Thai ở đoạn kẽ là một dạng thai ngoài tử cung do thai nằm ở đoạn ống dẫn trứng chạy trong lớp cơ của tử cung.

1.2. Tần suất mắc

- Thai đoạn kẽ chiếm 2 - 4% thai ở ống dẫn trứng và khoảng 1/ 2500 - 5000 trẻ sinh sống.
- Tuy ít gặp nhưng tỷ lệ tử vong mẹ cao khoảng 2- 2,5%, cao gấp 7 lần so với thai ở vị trí khác trên ống dẫn trứng.

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Tương tự thai ngoài tử cung nói chung.
- Sử dụng các biện pháp hỗ trợ sinh sản cũng làm tăng nguy cơ thai ngoài tử cung, đặc biệt thai ở vị trí không điển hình như thai đoạn kẽ, ổ bụng, cổ tử cung, một thai trong tử cung và một thai ngoài tử cung.
- Cắt ống dẫn trứng cùng bên.
- Khối u làm biến dạng tử cung.

II. CHẨN ĐOÁN

Phân biệt thuật ngữ thai đoạn kẽ với thai sừng là thai trong tử cung ở tử cung 1 sừng bẩm sinh, hay trên 1 sừng của tử cung 2 sừng hay tử cung có vách ngăn. Thai ở góc tử cung là thai trong tử cung nhưng nằm cao lệch về một góc tử cung.

2.1. Lâm sàng

- Trễ kinh - Đau bụng - Xuất huyết âm đạo bất thường.
- Lưu ý: do đoạn kẽ có thể giản nở nên bệnh nhân có thể không có triệu chứng gì trước khi vỡ và nơi đây có sự nối thông mạch máu giữa động mạch tử cung và động mạch buồng trứng nên chảy máu rất nhiều khi vỡ.

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Định lượng β-hCG máu: Thường tăng cao

2.2.2. Siêu âm ngã âm đạo

- Timor – Trisch và cộng sự đã hệ thống hóa thành ba tiêu chuẩn chẩn đoán:(độ đặc hiệu 88-93%, độ nhạy 40%).
  - Buồng tử cung trống.
  - Túi thai nằm cách rời xoang nội mạc tử cung ít nhất 1 cm.
  - Lớp cơ tử cung mỏng bao quanh khối thai <5mm.
- Tác giả Ackeman mô tả thêm dấu hiệu đường kẽ là đường phản âm chạy từ nội mạc tử cung tới khối thai, với độ nhạy 80%, độ đặc hiệu 98%.

2.2.3. Siêu âm Doppler màu

- Tăng khả năng chẩn đoán của siêu âm ngả âm đạo bằng việc dùng kết hợp giúp chẩn đoán thai đoạn kẽ sớm bằng hình ảnh tưới máu với trở kháng thấp xung quanh túi thai.

2.2.4. Chụp cộng hưởng từ (MRI)

- Boudel và cộng sự đưa ra 3 tiêu chuẩn chẩn đoán trên cộng hưởng từ:
  - Túi thai nằm lệch khác thường.
  - Mô cơ tử cung bao quanh khối thai với độ dày <5mm.
  - Dấu hiệu đường kẽ nối nội mạc tử cung với khối thai.

2.2.5. Chẩn đoán trong phẫu thuật

- Trong lúc phẫu thuật thai đoạn kẽ được xác định khi thấy tử cung to bất đối xứng ở 1 góc tử cung và khối thai nằm bên ngoài dây chằng tròn, đẩy dây chằng tròn vào trong và ra trước.
- Thai đóng ở góc tử cung thì nằm trong dây chằng tròn, đẩy dây chằng tròn ra ngoài và lên trên.

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Điều trị nội khoa

- Chỉ định: bệnh nhân được chẩn đoán thai đoạn kẽ, tuổi thai ≤ 9 tuần, khối thai đường kính ≤ 5cm, có khối cơ tử cung bao quanh túi thai > 2/3, không dịch ổ bụng, β-hCG < 100.000 UI/ml, huyết động học ổn định, không có chống chỉ định dùng MTX.
- Làm các xét nghiệm cận lâm sàng:
  - Xét nghiệm huyết học: TPTTBM, GS, Rh
  - Xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận: urê, creatinin, SGOT, SGPT.
  - Định lượng β-hCG.
- Thực hiện
  - Kháng sinh dự phòng 1 liều trước thủ thuật 30 phút, 1 lọ Augmentin 1,2g TMC.
  - Siêu âm để chọn đường tiếp cận.
  - Hầu hết các trường hợp có thể thực hiện qua đường âm đạo.

  Nếu trường hợp khoảng cách giữa khối thai và vòm âm đạo ≥ 10cm khả năng tiếp cận đường âm đạo khó khăn chúng ta chọn đường bụng.

  Dưới hướng dẫn siêu âm đi kim qua cơ tử cung tiếp cận túi thai, hút dịch ối, bơm 25mg MTX vào phần thai, 25mg vào vị trí nhau bám trong trường hợp rõ ràng phần thai, nhau, ối hoặc bơm 50mg MTX vào khối thai.
  - Sau tiêm MTX: nếu có chảy máu tại vị trí đâm kim, chèn gạc âm đạo và lấy gạc 4 giờ sau, nằm nghỉ 15 phút tại phòng thủ thuật và theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tình trạng đau bụng. Sau thủ thuật, theo dõi sát trong 24 giờ đầu để phát hiện kịp thời xuất huyết nội nếu có.

  Theo dõi điều trị:
- Theo dõi βhCG và kích thước khối thai:
  - Ngày 1 (ngày tiêm MTX tại chỗ): Thử β-hCG trước tiêm.
  - Ngày 7: Thử β-hCG, Siêu âm.

    β-hCG giảm ≥ 15%, SA không thấy khối thai hoặc kích thước < 3cm → xuất viện tạm.

β-hCG tăng hoặc giảm ít hơn 15% → tiêm bắp MTX liều 2. Theo dõi tại bệnh viện.

Nếu khối thai > 5 cm: thất bại, chuyển mổ.

• Tiếp tục cho ngày 14, 21 theo phác đồ trên.

• Tất cả các bệnh nhân xuất viện đều được hẹn tái nhập viện để thử β-hCG và siêu âm mỗi tuần cho đến khi β-hCG âm tính .

• Số liều MTX tối đa được sử dụng: 03 liều.

• Khi βhCG < 5mUI/ml, số bệnh nhân có kích thước khối thai ≥ 5cm được hẹn nhập viện phẫu thuật nội soi xẻ góc lấy khối máu tụ, khâu bảo tồn cơ tử cung.

- Tiêu chuẩn ngừng theo dõi:

• β-hCG < 5mUI/ml.

• Siêu âm: kích thước khối thai < 3cm.

Thất bại

Xuất huyết nội do thai ngoài tử cung vỡ.

3 liều MTX mà không đủ tiêu chuẩn xuất viện điều trị ngoại trú.

Khối thai > 5cm sau tiêm MTX.

Xử trí tai biến

Thai đoạn kẽ vỡ cần phẫu thuật cấp cứu cầm máu xẻ sừng bảo tồn cơ tử cung hoặc xén góc tử cung.

Truyền máu.

Tác dụng phụ của Methotrexate trong quá trình điều trị: theo dõi sự xuất hiện của lở miệng (tư vấn chăm sóc răng miệng, dùng thuốc giảm đau, thuốc bôi niêm mạc miệng như Kamistad- gel N), tiêu chảy (bù nước điện giải, hướng dẫn chế độ ăn đạm cao, ít béo, rau, mềm, dể tiêu, chia nhiều bửa nhỏ), tăng men gan (thuốc hỗ trợ giảm men gan), giảm bạch cầu (thuốc kích bạch cầu, kiểm soát nhiễm trùng).

Tư vấn sau điều trị nội khoa

• Không dùng thuốc thuộc nhóm thuốc kháng viêm không steroid

• Kiêng quan hệ tình dục trong thời gian theo dõi điều trị.

• Thông báo các tác dụng không mong muốn của thuốc nếu có, theo dõi sự xuất hiện của lở miệng, tiêu chảy, tăng men gan, rối loạn chức năng thận, giảm bạch cầu trong quá trình điều trị.

- Lượng βhCG có thể trở về âm tính sau thời gian khá lâu.
- Khả năng vỡ khối thai ngay cả khi βhCG < 5 mIU/ml.
- Siêu âm: hình ảnh khối thai có thể tồn tại lâu.
- Hướng dẫn biện pháp tránh thai sau điều trị.
- Nguy cơ vỡ tử cung ở lần có thai sau.
- Cân nhắc chỉ định mổ sanh chủ động ở lần có thai sau.

3.2. Điều trị ngoại khoa

- Chỉ định: trong trường hợp vỡ khối thai chảy máu, choáng, bệnh nhân muốn phẫu thuật ngay, không đủ điều kiện điều trị nội khoa, điều trị nội thất bại.
- Điều trị: tùy tình trạng khối thai, mong muốn có con
  - Xẻ góc lấy khối thai may bảo tồn cơ tử cung + cắt ODT cùng bên.
  - Xén góc tử cung + cắt ống dẫn trứng + triệt sản ống dẫn trứng đối diện.
  - Cắt tử cung chỉ áp dụng cho thai đoạn kẽ có kích thước quá lớn, chảy máu nhiều và bệnh nhân đủ con hay có kèm với những bệnh lý phụ khoa khác cần cắt tử cung.
- Tư vấn sau phẫu thuật:
  - Lượng βhCG: nguy cơ sót tế bào nuôi.
  - Nguy cơ vỡ tử cung ở lần có thai sau.
  - Cân nhắc chỉ định mổ sanh chủ động ở lần có thai sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. I. E. Timor-Tritsch, et al., Sonographic evolution of cornual pregnancies treated without surgery. Obstet Gynecol, 1992. 79(6): p. 1044-9.
2. Marialuisa Framarino-dei- Malatesta et al, Transabdominal ultrasound guided injection of Methotrexate in the treatment of ectopic interstitial pregnancy. Journal of clinical ultrasound, vol 42, no. 9, 2014.
3. N. Bourdel, Interstitial Pregnancy. Ultrasonographic diagnosis and contribution of MRI. A case report. Gynecol Obstet Fertil, 2007. 35(2): p. 121-4.
4. P. Cassik, et al., Factors influencing the success of conservative treatment of interstitial pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol, 2005. 26(3): p. 279-82.
5. T. E. Ackerman, et al., Interstitial line: sonographic finding in interstitial (cornual) ectopic pregnancy. Radiology, 1993. 189(1): p. 83-7.
6. T. Hafner, and al., The effectiveness of non- surgical management of early interstitial pregnancy: a report of ten cases and review of the literature. Ultrasound Obstet Gynecol 1999; 13: 131-136.
7. T. Tulandi and D. Al-Jaroudi, Interstitial pregnancy: results generated from the Society of Reproductive Surgeons Registry. Obstet Gynecol, 2004. 103(1): p. 47-50.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LẠC TUYẾN TRONG CƠ TỬ CUNG

123

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Lạc tuyến trong cơ tử cung (Adenomyosis) là bệnh xảy ra khi tế bào nội mạc tử cung (NMTC) hiện diện ở cơ tử cung. Tương tự như LNMTC, các tế bào này cũng chịu ảnh hưởng của nội tiết tố trong chu kỳ kinh nguyệt của người phụ nữ.

1.2. Tần suất

- Bệnh thường gặp ở phụ nữ 40 - 50 tuổi. Thường xảy ra kết hợp với nhân xơ tử cung và lạc nội mạc tử cung.
- Tỷ lệ 20 - 35%.
- Lạc tuyến trong cơ tử cung thường đi kèm với các bệnh lý khác như: nhân xơ tử cung (50%), lạc nội mạc tử cung (11%), polyp nội mạc tử cung (7%).

1.3. Cơ chế bệnh sinh

- Cơ chế bệnh sinh của Adenomyosis vẫn còn nhiều bàn cãi. Một số giả thuyết về bệnh sinh được kể đến là:
  - Thuyết tổn thương và tái tạo mô: sự co bóp tử cung sẽ gây tổn thương nhỏ ở lớp tiếp giáp giữa NMTC và cơ tử cung. Do đó tế bào đáy lớp nội mạc sẽ len vào những khe hở để xen sâu vào giữa các sợi cơ tử cung.
  - Tổn thương tử cung: mổ sanh, nạo hút thai, mang thai làm phá vỡ ranh giới giữa NMTC và cơ tử cung.

1.4. Yếu tố nguy cơ

- Tuổi: 40 - 50 tuổi.
- Đa sản.
- Tiền sử phẫu thuật ở tử cung.
- Hút thuốc lá.
- Thai ngoài tử cung.

- Trầm cảm và sử dụng thuốc chống trầm cảm.
- Điều trị Tamoxifen.

II. TRIỆU CHỨNG

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Xuất huyết tử cung bất thường. Trong đó cường kinh là thường gặp nhất với tỷ lệ 60%.
- Thống kinh (chiếm tỷ lệ 25%): thường bắt đầu trước khi hành kinh, kéo dài suốt thời gian hành kinh và không chấm dứt hoàn toàn sau sạch kinh.
- Đau khi giao hợp, đau vùng chậu mạn tính.
- Hiếm muộn.

2.1.2. Triệu chứng thực thể

- Khám: tử cung to, hình cầu, mật độ cứng chắc, di động kém, chạm đau.

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm ngã âm đạo được lựa chọn đầu tiên trong đánh giá tử cung lớn, đau vùng chậu và/chảy máu tử cung bất thường với độ nhạy 72%, độ chuyên 81%.
- MRI: được sử dụng trong những trường hợp cần phân biệt giữa adenomyosis khu trú và không giới hạn rõ với u xơ tử cung và trong những trường hợp cần chẩn đoán chính xác để xử trí. Nếu dự kiến phẫu thuật bảo tồn trong trường hợp adenomyosis hoặc nhân xơ tử cung, MRI thường được thực hiện để hỗ trợ cho kế hoạch phẫu thuật. Trong một tổng quan của 23 bài báo, độ nhạy 77%, độ chuyên 89% so với 72 và 81% của siêu âm.

III. CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán dựa vào bệnh sử, khám lâm sàng và cận lâm sàng. Hiện nay, đặc biệt với siêu âm và cộng hưởng từ giúp chẩn đoán có độ chính xác rất cao.
- Chẩn đoán xác định Adenomyosis là sinh thiết tử cung và kiểm tra bằng giải phẫu bệnh.

IV. ĐIỀU TRỊ

Triệu chứng do Adenomyosis gây ra sẽ giảm hay biến mất khi mãn kinh. Việc điều trị dựa trên vấn đề chính của bệnh nhân, bao gồm điều trị nội và ngoại khoa. Điều trị ngoại khoa triệt để với cắt tử cung hoặc thuyên tắc động mạch tử cung được lựa chọn cho những phụ nữ đã đủ con, không có kế hoạch mang thai trong tương lai. Điều trị nội khoa giúp giảm các triệu chứng của bệnh, tuy nhiên tổn thương vẫn tồn tại và triệu chứng thường tái phát trong vòng 6 tháng sau khi ngưng điều trị.

4.1. Điều trị nội khoa

Giảm đau, kháng viêm non- steroid (NSAIDs):

- Điều trị triệu chứng đơn thuần, có hiệu quả trong điều trị các triệu chứng thống kinh.
- Có nhiều tác dụng phụ, không sử dụng điều trị lâu dài, có thể phối hợp với các phương pháp điều trị nội tiết khác trong trường hợp khẩn.

Thuốc ngừa thai kết hợp (COCs):

- Đơn giản, rẻ tiền, dễ dung nạp.
- Lựa chọn COCs liều thấp, dùng liên tục vừa giảm tác dụng phụ, vừa hiệu quả điều trị thống kinh do lạc tuyến trong cơ tử cung trong 2/3 trường hợp.

Liệu pháp progestin:

Dạng uống: Progestins uống không ảnh hưởng mật độ xương, dễ dung nạp hơn Danazol.

- Norethindrone Acetate
  - Liều: 5-20 mg mỗi ngày, uống liên tục.
  - Tác dụng phụ: làm giảm HDL, tăng LDL và TG. Xét nghiệm HDL, LDL, TG, chức năng gan khi trị liệu trên 6 tháng. Nếu bệnh nhân có nguy cơ tăng HDL, LDL, TG, SGOT, SGPT, Bilirubin máu thì nên xét nghiệm trước và sau trị liệu 3 tháng.
- Dienogest:
  - Hiệu quả giảm đau vùng chậu và thống kinh như GnRH đồng vận, có thể là chọn lựa điều trị lâu dài.
  - Liều 2mg mỗi ngày.

- Dạng tiêm: Depot medroxyprogesterone acetate (DMPA):
  - Hiệu quả giảm đau ở ¾ bệnh nhân.
  - Liều 150mg tiêm bắp mỗi 3 tháng.
  - Có khả năng gây ức chế buồng trứng nên không dùng cho bệnh nhân mong có thai. Dùng lâu dài làm giảm mật độ xương.
- Dụng cụ tử cung phóng thích progestin:
  - Trên 50% bệnh nhân đau vùng chậu nhẹ và trung bình đáp ứng điều trị sau 6 tháng.
  - Hiệu quả hơn COCs trong điều trị xuất huyết tử cung bất thường, nên thường được chỉ định.
  - Thuận lợi: có thể dùng liên tục 5 năm, nồng độ tập trung tại chỗ nên ít tác dụng phụ toàn thân, không ảnh hưởng mật độ xương và lipid máu. Tuy nhiên tỷ lệ lệch vòng là 5% và viêm nhiễm vùng chậu là 1.5%
  - Không ức chế buồng trứng.
  - GnRH đồng vận:
  - Rất hiệu quả điều trị giảm đau trong bệnh lý lạc tuyến trong cơ tử cung, tuy nhiên có nhiều tác dụng phụ liên quan đến sự thiếu hụt estrogen.
  - Liệu pháp đồng vận GnRH đơn thuần: thời gian điều trị tối đa là 6 tháng. Việc điều trị lâu dài nên kết hợp liệu pháp bổ sung để giảm tác dụng phụ của thiếu hụt estrogen. Tuy nhiên, với chi phí điều trị tăng cao, nên chọn lựa điều trị ở những phụ nữ đã không đáp ứng với các biện pháp điều trị nội khoa khác.

Chất ức chế men thơm hóa (Aromatase inhibitor):
  - Tỷ lệ giảm estrogen máu cao nên có nhiều tác dụng phụ khi điều trị lâu dài.
  - Liều dùng: Anastrozole 1 mg/ngày hoặc Letrozole 2.5mg/ngày.

4.2. Điều trị ngoại khoa

Cắt tử cung là phương pháp điều trị triệt để bệnh tuyến cơ tử cung. Vì bệnh chỉ giới hạn trong tử cung nên cổ tử cung hoặc buồng trứng có thể được bảo tồn. Ngoài ra, những trường hợp điều trị nội khoa không đáp ứng, có thể chọn lựa các phương pháp điều trị khác như:

- Thuyên tắc động mạch tử cung: chỉ nên áp dụng ở phụ nữ đã đủ con hoặc không muốn có con vì có nguy cơ tắc các nhánh cấp máu cho buồng trứng hoặc các vùng cơ tử cung lành, có thể dẫn tới vô kinh, thậm chí vô sinh sau tắc mạch.
- Dùng sóng siêu âm cao tầng dưới hướng dẫn của MRI: chỉ áp dụng tốt cho các loại Adenomyosis nghèo mạch máu nuôi. Thủ thuật không làm chảy máu, không để lại sẹo, không ảnh hưởng đến sức khỏe sinh sản, giúp bảo tồn tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Tạ Thị Thanh Thủy (2018), "Quan điểm mới trong chẩn đoán và điều trị u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng, tập 18, số 1, tr 14-17.
2. Vũ Thị Nhung (2018), "Lạc tuyến trong cơ tử cung có khác gì với lạc nội mạc tử cung", Thời sự y học chuyên đề sức khỏe sinh sản, tập 18, số 1, tr 2-7.
3. HOSREM (2017), "Điều trị nội khoa bệnh lý lành tính tử cung", 2017, Y học sinh sản, tập 44, tr: 8-22

Tiếng Anh

1. F. A. Taran,1 E. A. Stewart,2 and S. Brucker (2013). Adenomyosis: Epidemiology, Risk Factors, Clinical Phenotype and Surgical and Interventional Alternatives to Hysterectomy
2. Journal of obstetrics and gynaecology Canada (2010), "Endometriosis: Diagnosis and Management", Volume 32, Number 7.
3. Nagandla K, Idris N, Nalliah S, Sreeramareddy CT, George SRK, Kanagasabai S (2014). Hormonal treatment for uterine adenomyosis. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 11, p 1-9.
4. UpToDate 3, "Uterine adenomyosis", https://www.uptodate.com/contents/ Uterine adenomyosis, last updated: Apr 04, 2019.

124 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ POLYP NỘI MẠC TỬ CUNG

I. GIỚI THIỆU

Polyp nội mạc tử cung (Polyp NMTC) là sự phát triển quá mức các tuyến và mô đệm nội mạc tử cung. Polyp NMTC có thể là 1 hoặc nhiều polyp, kích thước từ vài milimet đến vài centimet, cấu tạo có cuống hoặc không có cuống và có thể phát triển ở bất kỳ vị trí nào trong buồng tử cung.

Tỷ lệ mắc bệnh polyp NMTC khoảng từ 7,8% đến 34,9% tùy theo từng khu vực.

Polyp NMTC có thể không có triệu chứng và khi có triệu chứng xảy ra thường gây chảy máu tử cung bất thường và có thể gây vô sinh hoặc sẩy thai. Polyp NMTC thường là bệnh lành tính. Bệnh ác tính ít gặp, khoảng 0% đến 13%. Polyp NMTC có khả năng tự thoái triển ở 25% bệnh nhân, đặc biệt là những polyp nhỏ dưới 10mm.

II. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

Các yếu tố nguy cơ của polyp NMTC bao gồm tuổi, cao huyết áp, béo phì, sử dụng thuốc tamoxifen.

- Tuổi: tỷ lệ mắc polyp NMTC tăng theo độ tuổi trong nhóm độ tuổi sinh sản.
- Béo phì: BMI ≥30 có tỷ lệ polyp NMTC (55%), những phụ nữ khác (15%).
- Tamoxifen: tăng nguy cơ bị polyp NMTC, nguy cơ 2% - 30%.
- Có mối liên quan giữa polyp NMTC và các bệnh lý phụ khoa lành tính như nhân xơ tử cung, polyp cổ tử cung và lạc nội mạc tử cung.
- Mối liên quan giữa liệu pháp nội tiết thay thế (E+P) và polyp NMTC chưa được ghi nhận rõ ràng. Sử dụng progesteron có hoạt tính kháng estrogen cao cũng như các thuốc tránh thai đường uống có

tác dụng làm giảm sự tăng sinh polyp NMTC. Sử dụng các dụng cụ tử cung giải phóng levonorgesterel để điều trị polyp NMTC cũng như làm ngăn chặn sự phát triển của chúng đang được nghiên cứu.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Xuất huyết âm đạo bất thường: 64 – 88% trường hợp polyp NMTC. Tính chất: thường giữa chu kỳ, rỉ rả hoặc cường kinh.
- Có thể kèm theo thiếu máu.
- Một số trường hợp không có triệu chứng, được phát hiện tình cờ khi khảo sát khám định kỳ hoặc khám vì nguyên nhân khác.

3.2. Cận lâm sàng

a. Nạo sinh thiết nội mạc tử cung

b. Chẩn đoán hình ảnh:

- Siêu âm đầu dò đường âm đạo là lựa chọn đầu tiên để đánh giá các bệnh lý phụ khoa với độ nhạy 86%, độ đặc hiệu 94%.
- Siêu âm bơm nước lòng tử cung có độ nhạy 95%, độ đặc hiệu là 92%. Ưu điểm của siêu âm bơm nước lòng tử cung là có khả năng khảo sát được khoang tử cung, cấu trúc tử cung. (xem thêm phụ lục 1).

c. Nội soi buồng tử cung có độ nhạy 99% và độ đặc hiệu 100%.

* Chẩn đoán xác định tính chất lành tính hay ác tính polyp NMTC cần dựa trên đánh giá mô học sau khi đã sinh thiết (hoặc can thiệp cắt bỏ) khối polyp.

3.3. Chẩn đoán phân biệt

- Polyp NMTC có thể chẩn đoán nhầm với u xơ tử cung dưới niêm, có thể phân biệt bằng phương pháp siêu âm bơm nước lòng tử cung hoặc nội soi lòng tử cung. Nội soi buồng tử cung cho chẩn đoán chính xác nhất.
- Ngoài ra cần phân biệt polyp NMTC với các bệnh lý tăng sinh nội mạc tử cung, ung thư nội mạc tử cung.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- 95% polyp NMTC là lành tính. Polyp NMTC có triệu chứng nên được cắt bỏ ở tất cả độ tuổi. Mục đích của cắt polyp là làm giảm triệu chứng và phát hiện sớm tình trạng ác tính.
- Điều trị polyp NMTC không có triệu chứng liên quan đến khả năng gây ác tính của polyp và có chỉ định cắt bỏ polyp trong điều trị vô sinh.

4.2. Chỉ định điều trị

4.2.1. Phụ nữ trước mãn kinh

- Polyp có triệu chứng: phẫu thuật cắt polyp kể cả đang trong chu kỳ kinh nguyệt.
- Polyp không có triệu chứng: phẫu thuật cắt polyp khi
  + Kèm theo yếu tố nguy cơ tăng sinh nội mạc tử cung hoặc ung thư.
  + Polyp kích thước trên 1,5 cm.
  + Đa polyp.
  + Polyp NMTC thò ra ngoài CTC.
  + Vô sinh.

4.2.2. Phụ nữ sau mãn kinh

- Khuyến cáo phẫu thuật cắt bỏ tất cả polyp NMTC. Ở độ tuổi sau mãn kinh, polyp NMTC có khả năng gây ác tính cao trong khi đó những rũi ro do phẫu thuật cắt polyp thấp. Nên chuẩn bị estradiol tại chổ trước khi thực hiện phẫu thuật.

4.2.3. Phụ nữ với polyp tái phát

- Phẫu thuật cắt polyp được thực hiện theo chỉ định như những trường hợp bị polyp lần đầu.

4.3. Phương pháp điều trị

4.3.1. Điều trị nội khoa

- Dụng cụ tử cung chứa Levonogestrel, có thể ngừa tái phát polyp NMTC.

4.3.2. Điều trị ngoại khoa

- Nội soi buồng tử cung cắt polyp được chỉ định cho hầu hết các trường hợp.

Ưu điểm của phương pháp này là ít xâm lấn, hiệu quả cao, thời gian nằm viện ngắn.

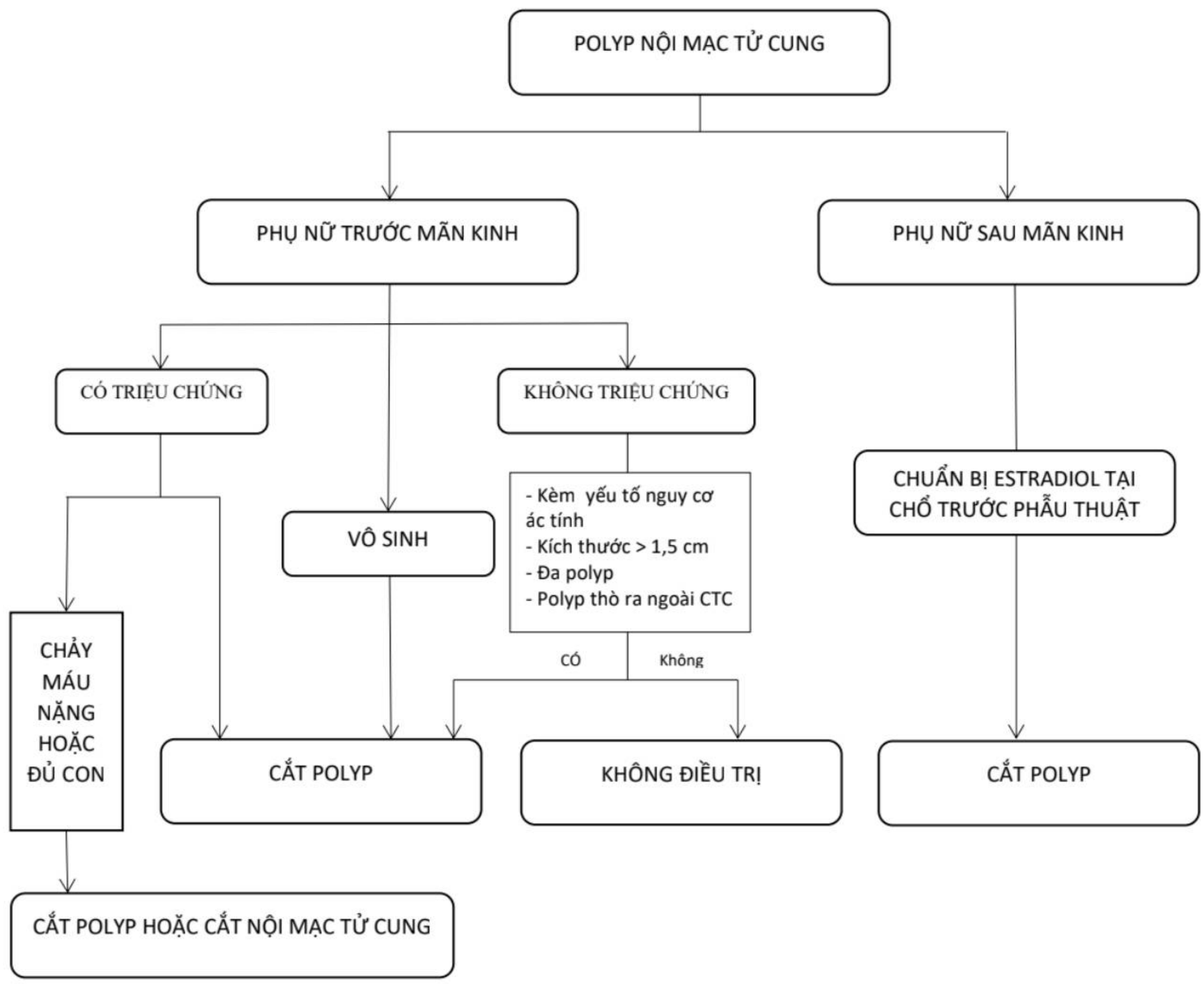
- Cắt bỏ nội mạc cũng là một chọn lựa cho những phụ nữ hết tuổi sinh sản.
- Cắt tử cung trong những trường hợp không thể thực hiện soi buồng tử cung.

4.4. Tiên lượng sau điều trị ngoại khoa

- Việc cắt bỏ polyp có thể cải thiện triệu chứng chảy máu tử cung bất thường là 75 – 100% ở nhóm phụ nữ có biểu hiện triệu chứng.
- Tỷ lệ tái phát sau cắt polyp là 2,5% - 3,7%, tuỳ thuộc vào thời gian theo dõi, số lượng và loại polyp. Lưu ý: tăng sản nội mạc tử cung, phụ nữ hiếm muộn và điều trị lâu dài với Tamoxifen.
- Tỷ lệ mang thai sau cắt polyp cải thiện từ 43% - 80%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Association of Gynecologic Laparoscopy (www.AAGL.org) AAGL Practice Report: Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Endometrial Polyps
2. The Norwegian Society of Obstetrics and Gynecology in 2015, Endometrial polyps
3. Uptodate, Endometrial polyps, Apr 04, 2019



PHỤ LỤC 1:
CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH CỦA SIÊU ÂM BƠM NƯỚC LÒNG TỬ CUNG

1. Chỉ định

- Xuất huyết bất thường từ tử cung nghi do bất thường nội mạc hoặc khối choáng chỗ lòng tử cung.
- Khảo sát lòng tử cung để chẩn đoán nhân xơ lòng tử cung, polyp và dính buồng tử cung.
- Những bất thường trong lòng tử cung khu trú hay lan toả phát hiện trên siêu âm ngã âm đạo thường quy.
- Bất thường bẩm sinh tử cung.
- Vô sinh: khảo sát nội mạc TC, buồng TC, thông thương ống dẫn trứng (gián tiếp).
- Sẩy thai liên tiếp: nội mạc, dị dạng tử cung,..
- Những trường hợp hạn chế khảo sát nội mạc tử cung qua siêu âm 2D thường quy.

2. Chống chỉ định

- Siêu âm bơm nước lòng tử cung không thực hiện trên bệnh nhân có thai hoặc nghi ngờ có thai → do đó thủ thuật này nên thực hiện trong giai đoạn nang noãn của chu kỳ kinh nguyệt, sau khi sạch kinh đến trước khi rụng trứng.
- Nếu chu kỳ kinh nguyệt bình thường (28 ngày), không nên thực hiện thủ thuật sau ngày thứ 10 của chu kỳ kinh nguyệt. Nếu chu kỳ kinh nguyệt dài thì thực hiện thủ thuật tránh giai đoạn chế tiết (14 ngày trước khi có kinh chu kỳ tiếp theo, hoặc siêu âm 2D thường quy đánh giá nội mạc trước thủ thuật).
- Không thực hiện ở bệnh nhân đang viêm nhiễm vùng chậu hoặc đau vùng chậu nghi ngờ do viêm nhiễm vùng chậu.
- Không làm ở những trường hợp nghi ngờ bệnh lý ung thư nội mạc tử cung, cổ tử cung vì có nguy cơ phát tán tế bào ung thư vào phúc mạc 7%-25% → cần xem xét các trường hợp tiền mãn kinh, mãn kinh, cần nạo sinh thiết tầng để loại trừ bệnh lý ác tính trước khi làm SIS.
- Xuất huyết âm đạo nhiều và có dụng cụ tử cung không có chống chỉ định, tuy nhiên điều này có thể hạn chế việc quan sát rõ lòng tử cung. Nếu cần thiết thì tháo dụng cụ tử cung trước khi thực hiện thủ thuật.
- Nhân xơ tử cung to, chít hẹp cổ tử cung làm khó khăn trong quá trình đặt sonde vào lòng tử cung.

125 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VÔ KINH (AMENORRHEA)

I. GIỚI THIỆU

Vô kinh có thể thoáng qua, gián đoạn hay vĩnh viễn do rối loạn chức năng của vùng hạ đồi, tuyến yên, buồng trứng, tử cung, hoặc âm đạo. Vô kinh sinh lý gồm tiền dậy thì, thai kỳ, cho con bú, mãn kinh. Vô kinh bệnh lý xảy ra ở 3-4% phụ nữ tuổi sinh sản, bao gồm vô kinh nguyên phát và vô kinh thứ phát.

Vô kinh nguyên phát: không có kinh nguyệt khi 13 tuổi và không có các dấu hiệu phát triển hệ sinh dục thứ phát, hoặc không có kinh nguyệt khi 15 tuổi mặc dù có dấu hiệu phát triển hệ sinh dục thứ phát.

Vô kinh thứ phát: bệnh nhân đã từng có kinh, lần này không có kinh trong một thời gian tương đương với 3 chu kỳ (đối với bệnh nhân chu kỳ kinh đều trước đó) hoặc 6 tháng (đối với bệnh nhân có chu kỳ kinh không đều).

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân vô kinh: bất thường giải phẫu đường sinh dục, những rối loạn chức năng, bệnh lý vùng hạ đồi, tuyến yên, buồng trứng, các bệnh lý nội tiết (bảng 1). Tất cả nguyên nhân gây vô kinh thứ phát đều có thể là nguyên nhân của vô kinh nguyên phát.

Cơ quan/ hệ thống	Bẩm sinh, di truyền	Mắc phải
Sinh dục dưới	- Vách ngăn âm đạo - Bất sản âm đạo - Bít màng trinh	
Tử cung	- Bất sản ống Muller - Hội chứng kháng Androgen - Thiếu 5α-reductase, XY	- Chít hẹp cổ tử cung - Hội chứng Asherman (dính buồng tử cung)
Buồng trứng - Bất sản tuyến sinh dục - Suy buồng trứng sớm -Rối loạn phóng noãn mãn tính	- 46XY- SRY⁻ - Loạn sản tuyến sinh dục: hội chứng Tuner, 47XXX - Suy buồng trứng nguyên phát - Hội chứng buồng trứng đa nang	Phẫu thuật, nhiễm trùng, tự miễn, hóa trị, xạ trị… Stress tâm lý, béo phì, hoạt động thể lực quá mức
Vùng hạ đồi	- Hội chứng Kallmann - Suy sinh dục do rối loạn vùng hạ đồi vô căn.	Stress tâm lý Hoạt động thể lực quá mức Rối loạn dinh dưỡng Bệnh lý mãn tính U não, nhiễm trùng, chấn thương đầu, chiếu xạ sọ…
Tuyến yên	- Thiểu sản tuyến yên - U tuyến yên tiết Prolactin	Hội chứng Sheehan U tuyến yên, chiếu xạ sọ, chấn thương đầu…
Bệnh lý nội tiết	- Thiếu 17α-hydroxylase (CYP17) - Thiếu 17-20 lyase - Tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh	Bệnh lý tuyến giáp, tuyến thượng thận, hội chứng Cushing, đái tháo đường không kiểm soát ổn, u buồng trứng…
Dậy thì muộn	Dậy thì muộn sinh lý	

Trong đó, các nguyên nhân thường gặp là:

Vô kinh nguyên phát:

- Hội chứng Turner: 43%.
- Bất sản ống Muller: 15%.
- Buồng trứng đa nang: 7%.
- Thiếu hụt GnRH (hội chứng Kallmann, Suy sinh dục do rối loạn vùng hạ đồi vô căn): 5%.
- Vách ngăn ngang âm đạo: 3%.
- Suy tuyến yên: 2%.

Vô kinh thứ phát:

- Hội chứng buồng trứng đa nang: 28%
- Rối loạn chức năng hạ đồi do tâm lý, dinh dưỡng, tập thể dục quá mức: 15.5%.
- Rối loạn chức năng hạ đồi vô căn: 18%.
- Dính buồng tử cung: 7%.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Tiền sử

- Phụ khoa: đặc điểm kinh nguyệt (hành kinh lần đầu, chu kỳ kinh), biện pháp ngừa thai (chú ý thuốc ngừa thai).
- Sản khoa: có băng huyết (hội chứng Sheehan).
- Bệnh lý nội khoa: đái tháo đường, Cushing, nhược giáp, thuốc đang dùng.
- Ngoại khoa: chú ý các thủ thuật, phẫu thuật phụ khoa.

3.2. Triệu chứng lâm sàng

3.2.1. Triệu chứng cơ năng

Hỏi bệnh sử chú ý bệnh nhân có phát triển đủ các giai đoạn của dậy thì không (phát triển lông mu, lông nách, tuyến mồ hôi, tuyến vú), tiền căn gia đình dậy thì muộn, chiều cao của bệnh nhân so với các thành viên trong gia đình, có triệu chứng của cường androgen hay nam hóa không, thói quen tập thể dục, thuốc đang uống (heroin, methadone, danazol, progestin, metoclopramide, thuốc chống trầm cảm…), stress, thay đổi cân nặng hay đang bị bệnh lý khác (với các triệu chứng: vú tiết sữa, nhức đầu, mắt nhìn mờ, mệt mỏi, đa niệu, chứng khát nhiều) khô âm đạo, mất ngủ, giảm ham muốn tình dục.

3.2.2. Triệu chứng thực thể

BMI, huyết áp (hội chứng Cushing, PCOS), hình dáng ngoài, đặc tính sinh dục thứ phát, vú tiết sữa, rậm lông, nam hóa, kiểm tra cơ quan sinh dục.

3.3. Cận lâm sàng

- Siêu âm phụ khoa.
- hCG, FSH, prolactin (PRL), TSH, estradiol (E2), FT4.

- Karyotype.
- Những xét nghiệm khác tùy thuộc vào kết quả khám lâm sàng hay kết quả xét nghiệm cơ bản như:
- Testosterone, DHEAS, LH, đường huyết đói, HbA1C.
- MRI tuyến yên (khi prolactin > 50ng/ml).

3.4. Tiếp cận chẩn đoán (theo sơ đồ)

Điều trị theo nguyên nhân, ngăn ngừa biến chứng, chú ý đến khả năng sinh sản của bệnh nhân:

- U buồng trứng tiết Androgen: phẫu thuật.
- Suy buồng trứng sớm: nội tiết thay thế (HRT).
- PCOS: tùy mục đích điều trị (điều trị cường androgen, vô sinh) và phòng ngừa biến chứng (tăng sinh NMTC, béo phì, rối loạn chuyển hóa).
- Hội chứng Asherman (vô kinh thứ phát do tổn thương buồng tử cung): soi buồng tử cung gỡ dính và kích thích nội mạc tử cung với estrogen. Có thể đặt DCTC hay bóng trong buồng tử cung để tránh tái phát.
- Bít màng trinh: tiểu phẫu.
- Nữ hóa tinh hoàn: cắt tuyến sinh dục + HRT.
- Hội chứng Turner: HRT.
- Rối loạn ăn uống: tư vấn tâm lý.
- Rối loạn chức năng vùng hạ đồi: duy trì cân nặng và thay đổi lối sống.
- U tuyến yên: Bromocriptin, phẫu thuật.
- Tăng Prolactin: Dopamin agonist.
- Bệnh lý tuyến giáp: điều trị chuyên khoa.

V. MỘT SỐ HỘI CHỨNG

5.1. Hội chứng Turner

Hội chứng Turner cổ điển là 45X, chỉ có 1 nhiễm sắc thể X, kiểu karyotype cổ điển này thấy trong 45% các trẻ gái có hội chứng Turner. Một phần lớn các trẻ còn lại không có kiểu karyotype kinh điển như trên, nhiễm sắc thể X chỉ bị mất đoạn một phần. Mức độ quan trọng của mất đoạn có liên quan đến độ nặng của biểu hiện kiểu hình.

Đặc điểm:

- Trẻ thấp bé với buồng trứng suy thoái rất sớm.
- Tóc mọc thấp, lỗ tai đóng thấp, mắt sụp, cổ to bè và ngực rộng.
- Hàm dưới ngắn. Vòm họng cong, cao và hẹp.
- Bàn chân dẹt, móng tay và chân nhỏ hẹp.
- Phù tay và chân, đặc biệt là khi mới sinh.

5.2. Hội chứng Kallmann

Là bệnh lý gây ra bởi sự phát triển không đồng nhất về di truyền (trong đó 5 gen đã được ghi nhận liên quan đến sinh bệnh học của hội chứng Kallmann là: KAL1, FGFR1, FGF8, PROKR2, PROK2), sự thiếu hụt GnRH làm cho GnRH không di cư vào vùng dưới đồi trong giai đoạn phôi thai gây trạng thái suy sinh dục.

Đặc điểm về sinh sản:

- Dậy thì không hoàn toàn, không dậy thì.
- Vô kinh, kém phát triển đặc tính sinh dục thứ phát.
- Vô sinh.

Đặc điểm ngoài sinh sản:

- Mất khứu giác, giảm khứu giác.
- Có thể kèm: bất thường xương, thận, mù màu, sứt môi, chẻ vòm hầu

5.3. Người nữ 46XY, SRY$^-$

Nguyên nhân của tình trạng này là do đột biến mất gen trên nhiễm sắc thể Y. Mất gen SRY làm cho tuyến sinh dục sơ khai không thể biệt hóa thành tinh hoàn. Thêm vào đó, các gen kiểm soát buồng trứng cũng ở trạng thái bất hoạt. Tuyến sinh dục bị bất sản hoàn toàn.

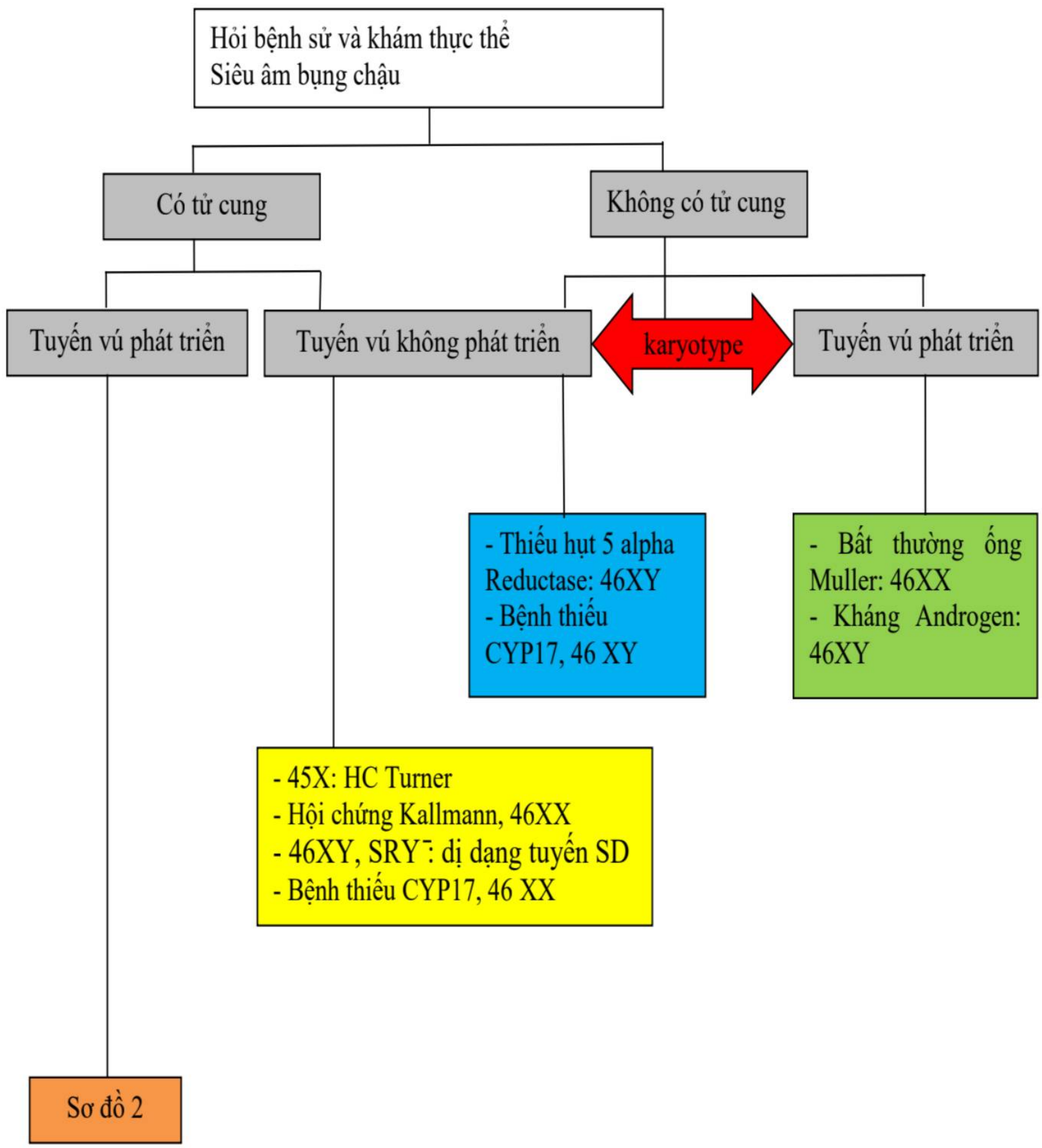
Đặc điểm:

Đứa bé 46XY, SRY$^-$ có đầy đủ các đặc trưng của cơ quan sinh dục ngoài và đường sinh dục trong là nữ, chỉ có tuyến sinh dục là bất sản, dẫn đến không phát triển các đặc tính sinh dục thứ phát, cũng như ở vào trạng thái vô kinh nguyên phát.

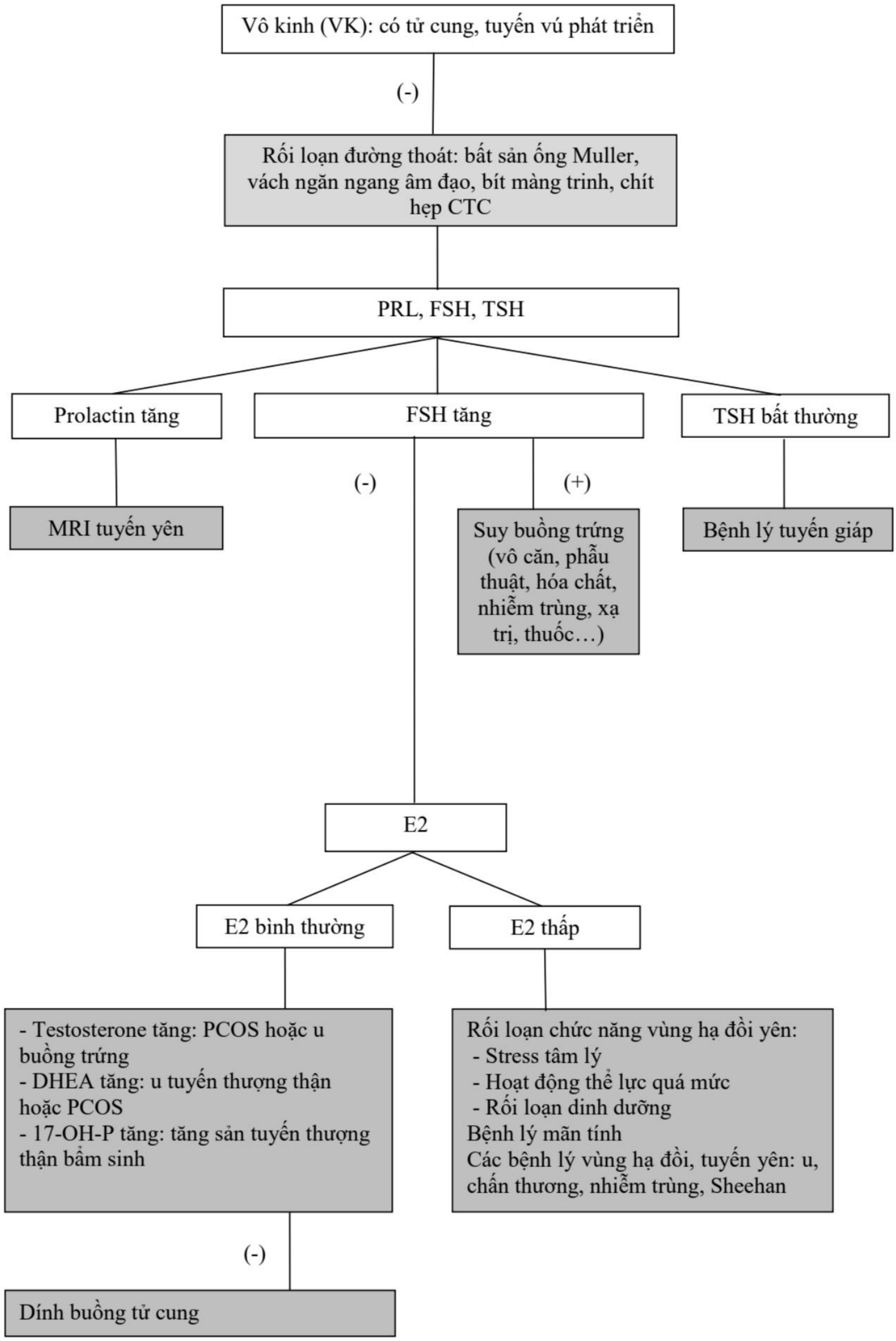
TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Tài (dịch). Vô kinh. Sổ tay Sản Phụ Khoa. Nhà Xuất bản Y Học, 2014, tr 51-52.
2. Birmingham, Alabama (2008). "Current evaluation of amenorrhea". The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine.
3. Uptodate. Evaluation and management of primary amenorrhea, https://www.uptodate.com/contents/evaluation and management of primary amenorrhea, last updated: Mar 21, 2018.
4. Uptodate. Evaluation and management of secondary amenorrhea, https://www.uptodate.com/contents/evaluation and management of secondary amenorrhea, last updated: Mar 21, 2018.
5. Valentina Chiavaroli, Ebe D'Adamo, Laura Diesse, Tommaso de Giorgis, Francesco Chiarelli and Angelika Mohn (2011). Primary and Secondary Amenorrhea.
6. Wendy J. Schillings, Howard D. McClamrock (2007). Amenorrhea. Berek & Novak's Gynecology, 14th Edition.

Sơ đồ 1: Tiếp cận chẩn đoán vô kinh



Sơ đồ 1: Tiếp cận chẩn đoán vô kinh



126 TIẾP CẬN XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG Ở PHỤ NỮ TUỔI SINH SẢN KHÔNG MANG THAI

I. GIỚI THIỆU

Xuất huyết tử cung bất thường (AUB – Abnormal uterine bleeding) là một thuật ngữ nói về chảy máu kinh bất thường về lượng máu kinh, số ngày hành kinh hoặc tính chu kì, là than phiền thường gặp, chiếm khoảng 1/3 số bệnh nhân đến khám phụ khoa.

1.1. Định nghĩa

Theo định nghĩa của FIGO 2018:

Đặc điểm	Bất thường
Chu kỳ kinh	Vô kinh nhiều tháng
	Chảy máu kinh không thường xuyên (>38 ngày)
	Chảy máu kinh thường xuyên (< 24 ngày)
	Kéo dài > 8 ngày
	Không đều (khoảng dao động giữa chu kỳ ngắn nhất đến dài nhất: ≥ 8 -10 ngày)
Thể tích (Được xác định bởi bệnh nhân)	Kinh ít
	Chảy máu kinh nặng (*)

Xuất huyết giữa chu kì kinh *(Intermenstrual bleeding):*	Ngẫu nhiên	
	Chu kì (có thể đoán trước được)	Đầu chu kì
		Giữa chu kì
		Cuối chu kì

Xuất huyết do Progestin ± Estrogen (thuốc viên tránh thai, DCTC co levonorgestrel, miếng dán hoặc tiêm, que cấy tránh thai)	Có

(*) chảy máu kinh nặng theo định nghĩa của NICE 2007: lượng máu kinh mất nhiều, ảnh hưởng đến thể chất, tinh thần, xã hội, chất lượng cuộc sống của người phụ nữ

1.2. Nguyên nhân

AUB có thể do nguyên nhân tại chỗ và/hoặc bệnh hệ thống và/hoặc liên quan đến thuốc. Những nguyên nhân thường gặp nhất ở phụ nữ không mang thai là bệnh lý cấu trúc lành tính ở tử cung (nhân xơ tử cung, polyp NMTC, adenomyosis) hoặc do ác tính, rối loạn phóng noãn, rối loạn đông máu. Có thể có nhiều nguyên nhân gây ra xuất huyết tử cung bất thường trên cùng một bệnh nhân.

Bất thường cấu trúc **(PALM)**	Không bất thường cấu trúc **(COEIN)**
➢ **P**olyp ➢ Lạc tuyến trong cơ tử cung (***A**denomyosis*) ➢ U xơ tử cung (***L**eiomyoma*) ➢ Ác tính và tăng sản NMTC (***M**alignancy and hyperplasia*)	➢ Bệnh lý đông máu *(**C**oagulopathy)* ➢ Rối loạn chức năng phóng noãn *(**O**vulatory dysfunction)* ➢ Bệnh lý NMTC *(**E**ndometrial)* ➢ Do điều trị *(**I**atrogenic)* ➢ Không phân loại được *(**N**ot otherwise classified)*

Hình 1: Hệ thống phân loại PALM-COEIN xuất huyết tử cung bất thường ở phụ nữ tuổi sinh sản không mang thai.

1.3. Tần suất mắc

AUB rất thường gặp, tỉ lệ 3% - 35%. Khảo sát trên phụ nữ Mỹ tuổi từ 18 – 50, tỉ lệ hiện mắc là 53/1000. AUB ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, khả năng sinh sản và việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

II. KHÁM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

2.1. Lâm sàng

1.1.1. Xác định nguyên nhân ra huyết tử cung bất thường

- Hỏi bệnh sử, khám lâm sàng (phụ khoa và toàn thân) để tìm nguyên nhân thực thể.
- Chẩn đoán xuất huyết tử cung do rối loạn chức năng chỉ được xác định sau khi loại trừ các nguyên nhân thực thể.

1.1.2. Xác định lượng máu mất

- Đánh giá dựa vào lâm sàng, có thể kết hợp với công thức máu (Hb, Hct).

2.2. Cận lâm sàng

- Huyết học: công thức máu, chức năng đông máu, Ferritin huyết thanh.
- Sinh hoá máu: đường huyết đói, ALT, AST, ure, Creatinin.
- Nội tiết: FSH, prolactin máu, progesterone, chức năng tuyến giáp, ßhCG.
- Hình ảnh học: siêu âm phụ khoa, MRI.
- Khác: phết tế bào cổ tử cung khi không ra huyết, nạo sinh thiết tầng, soi CTC và/hoặc bấm sinh thiết, nội soi buồng tử cung, siêu âm bơm nước lòng tử cung.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Nguyên nhân: (phụ lục 1)

3.2. Chẩn đoán phân biệt: (phụ lục 2)

Khám phụ khoa xác định nguồn gốc chảy máu là từ tử cung hay từ tổn thương CTC, âm đạo, âm hộ, niệu đạo, trực tràng.

IV. ĐIỀU TRỊ: TÙY NGUYÊN NHÂN

Mục tiêu của trị liệu ban đầu là để kiểm soát chảy máu, điều trị thiếu máu (nếu có) và phục hồi chất lượng cuộc sống.

Nguyên tắc điều trị: Quản lý xuất huyết tử cung bất thường ở phụ nữ tuổi sinh sản không mang thai với nguyên nhân lành tính dựa trên những yếu tố sau:

- Nguyên nhân xuất huyết.
- Mức độ xuất huyết (thiếu máu, ảnh hưởng tới sinh hoạt hàng ngày) Các triệu chứng và vấn đề liên quan (đau vùng chậu, vô sinh).
- Nhu cầu ngừa thai và kế hoạch mang thai.
- Bệnh nội khoa đi kèm.
- Yếu tố nguy cơ tiềm ẩn đối với bệnh lý huyết khối tĩnh mạch và/hoặc huyết khối động mạch.
- Mong muốn của bệnh nhân (điều trị nội hay ngoại khoa, thời gian điều trị ngắn hay dài).

Các thuốc có thể sử dụng:

NSAIDs:

- Ibuprofen 600 – 800mg/ 6 – 8 giờ (uống)/ 5 ngày.
- Mefenamic acid 500mg, 1 viên * 3 uống/5 ngày.
- Diclofenac 50 mg, 1 viên * 3 uống / 5 ngày.

Tranexamic acid:

- Tranexamic acid 500mg 1g (uống)/ 6 – 8 giờ *5 ngày.

V. HORMON LIỆU PHÁP: (XEM LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ - PHỤ LỤC 3)

Các thuốc có thể sử dụng:

Progestin: uống ngày thứ 16 của vòng kinh, mỗi ngày 10mg, uống trong 10 ngày hoặc từ ngày kinh thứ 5*20 ngày, uống trong 3 vòng kinh liền.

- Dydrogesterone 10 mg (Duphaston), 1 viên *2 uống.
- Norethisterone 5 mg (Primolut), 1 viên * 2 uống.
- Lynestrenol 5 mg (Orgametril), 1 viên * 2 uống.

Các loại thuốc ngừa thai: (ưu tiên thuốc chứa 35 µg ethinyl estradiol) 1 viên * 2 uống * 3 ngày, sau đó ngày uống 1 viên, uống liên tục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Sở y tế TP Hồ Chí Minh Bệnh Viện Từ Dũ (2015), Phác đồ điều trị sản phụ khoa 2015, Nhà xuất bản Đại học Quốc Gia Thành phố Hồ Chí Minh, trang 141-143.

Tiếng Anh

1. Hacker Neville F, Gambone Joseph C, Hobel Calvin J, Hacker and Moore's Essentials of Obstetrics and Gynecology. Philadelphia, PA: Saunders, 2010, Elsevier.
2. Marret H, Fauconnier A, Chabbert-Buffet N, et al. (2010), Clinical practice guidelines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before menopause, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 152 (2), pp. 133-137.
3. Malcolm G. Munro, Hilary O.D. Critchley, Ian S. Fraser. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. FIGO SPECIAL ARTICLE. October 2018.
4. Linda D. Bradley, MD; Ndeye-Aicha Gueye, MD. The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2016
5. Uptodate 2019. Approach to abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-age women.
6. Uptodate 2019 Management of abnormal uterine bleeding

PHỤ LỤC 1:
ĐÁNH GIÁ VÀ CHẨN ĐOÁN CÁC NGUYÊN NHÂN XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG Ở PHỤ NỮ TUỔI SINH SẢN KHÔNG MANG THAI

Kiểu xuất huyết	Các dấu hiệu lâm sàng đi kèm	Chẩn đoán		Đánh giá
		Nguyên nhân thường gặp	Nguyên nhân ít gặp hơn	
Chu kì kinh đều, lượng máu kinh nhiều hay kéo dài	Tử cung lớn hơn bình thường hay có khối u	U xơ tử cung		Siêu âm vùng chậu SIS hoặc soi buồng tử cung (nếu nghi ngờ bệnh lý buồng tử cung)
	Thống kinh Tử cung to	Adenomyosis		Siêu âm vùng chậu, MRI nếu cần
	Tiền căn gia đình có rối loạn đông máu Triệu chứng của bệnh lý đông máu Điều trị thuốc kháng đông	Rối loạn đông máu		Kiểm tra chức năng đông máu
	Yếu tố nguy cơ của bệnh lý ác tính ở tử cung		Ung thư NMTC hoặc sarcoma tử cung	Siêu âm phụ khoa, sinh thiết NMTC, MRI nếu cần
Chu kỳ kinh đều nhưng xuất huyết giữa chu kì kinh		Polyp NMTC		Siêu âm vùng chậu SIS hoặc nội soi buồng tử cung
	Yếu tố nguy cơ bệnh lý ác tính ở tử cung		Ung thư NMTC hoặc sarcoma tử cung	Siêu âm phụ khoa, sinh thiết NMTC, MRI nếu cần
	Tiền sử gần đây có làm thủ thuật ở tử cung hoặc cổ tử cung, đặc biệt nếu khám thấy có dấu hiệu nhiễm trùng		Viêm NMTC mạn tính Viêm loét cổ tử cung	Sinh thiết NMTC Điều trị kháng sinh, sinh thiết nếu cần
Chu kỳ kinh không đều, tần suất có thể nhiều hơn hoặc ít hơn kinh bình thường và lượng máu kinh, số ngày hành kinh có thể thay đổi		Rối loạn phóng noãn		
	Rậm lông và/hoặc mụn trứng cá và/hoặc béo phì	PCOS		Testosterone toàn phần và/hoặc các androgen khác
	Tiết sữa	Tăng prolac		Prolactin máu

		tin máu		
	- Tăng hoặc giảm cân gần đây - Cảm giác nóng lạnh thất thường - Tiền căn gia đình có bệnh lý tuyến giáp	Bệnh lý tuyến giáp		Chức năng tuyến giáp (FT4, TSH)
	Yếu tố nguy cơ bệnh lý ác tính tử cung		Ung thư NMTC hoặc sarcoma tử cung	Siêu âm phụ khoa, Sinh thiết NMTC, MRI nếu cần
Chảy máu kinh không đều hoặc nặng ở bệnh nhân có sử dụng thuốc tránh thai hoặc dụng cụ tử cung		AUB do điều trị		

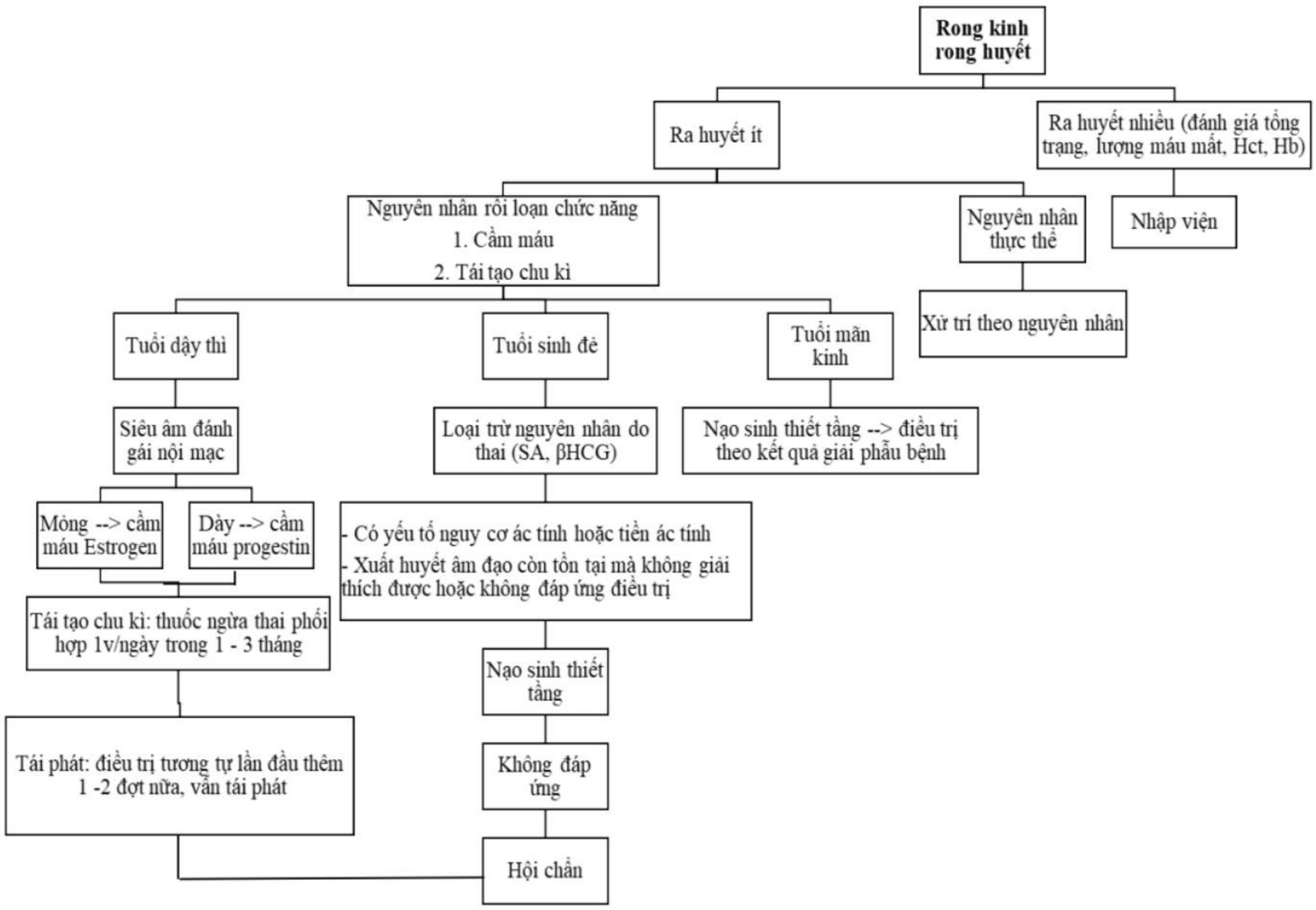
PHỤ LỤC 2:
NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP CỦA CHẢY MÁU ĐƯỜNG SINH DỤC Ở NỮ

Trẻ sơ sinh	**Tuổi sinh sản**
Sự sụt giảm estrogen	Rối loạn phóng noãn Thai kì Ung thư Polyps, nhân xơ tử cung, adnomyosis Nhiễm trùng Rối loạn nội tiết (PCOS, bệnh lý tuyến giáp, tăng prolactin máu) Bệnh lý đông máu Sử dụng thuốc (thuốc tránh thai)
Trước dậy thì	
Dị vật Chấn thương, bao gồm lạm dụng tình dục Nhiễm trùng Sa niệu đạo Sarcoma botryoides U buồng trứng Dậy thì sớm	**Tiền mãn kinh**
Dậy thì- Dậy thì sớm	Không rụng trứng Polyp, nhân xơ tử cung, adenomyosis Ung thư
Rối loạn phóng noãn (vùng hạ đồi chưa trưởng thành) Bệnh lý đông máu (bleeding diathesis) Stress (do tâm lý, tập thể dục) Thai kì Nhiễm trùng	**Mãn kinh**
	Polyp NMTC Ung thư Liệu pháp nội tiết hậu mãn kinh

Adapted from: APGO educational series on women's health issues. Clinical management of abnormal uterine bleeding.

Association of Professors of Gynecology

PHỤ LỤC 3:


Rong kinh rong huyết
Ra huyết ít
Ra huyết nhiều (đánh giá tổng trạng, lượng máu mất, Hct, Hb)
Nguyên nhân rối loạn chức năng
1. Cầm máu
2. Tái tạo chu kì
Nguyên nhân thực thể
Nhập viện
Tuổi dậy thì
Tuổi sinh đẻ
Tuổi mãn kinh
Xử trí theo nguyên nhân
Siêu âm đánh gái nội mạc
Loại trừ nguyên nhân do thai (SA, βHCG)
Nạo sinh thiết tầng --> điều trị theo kết quả giải phẫu bệnh
Mỏng --> cầm máu Estrogen
Dày --> cầm máu progestin
- Có yếu tố nguy cơ ác tính hoặc tiền ác tính
- Xuất huyết âm đạo còn tồn tại mà không giải thích được hoặc không đáp ứng điều trị
Tái tạo chu kì: thuốc ngừa thai phối hợp 1v/ngày trong 1 - 3 tháng
Nạo sinh thiết tầng
Tái phát: điều trị tương tự lần đầu thêm 1 -2 đợt nữa, vẫn tái phát
Không đáp ứng
Hội chẩn

127 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TIỀN MÃN KINH - MÃN KINH

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Tiền mãn kinh thường bắt đầu khoảng 4 năm trước kỳ kinh cuối cùng, và đi kèm với một số thay đổi sinh học có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người phụ nữ. Giai đoạn này đặc trưng bởi vòng kinh không đều và những thay đổi nội tiết dẫn đến bốc hỏa, rối loạn giấc ngủ, thay đổi tâm tính, khô âm đạo. Ngoài ra, thay đổi chuyển hóa lipid và loãng xương cũng bắt đầu xuất hiện.

Mãn kinh: Sự mất kinh vĩnh viễn trong 12 tháng do chấm dứt quá trình chiêu mộ nang noãn, lựa chọn và phát triển nang noãn dù có tăng nồng độ các hormone FSH, LH. Độ tuổi trung bình là 51,4 và có thể được quy định trước trong bộ gene di truyền của từng cá thể.

1.2. Yếu tố ảnh hưởng đến tuổi mãn kinh

- Di truyền.
- Chủng tộc.
- Hút thuốc lá.
- Cắt tử cung chừa 2 phần phụ.
- Khác: đái tháo đường type 1, tiền sử phơi nhiễm trong tử cung với diethylstilbestrol (DES).

II. TRIỆU CHỨNG

2.1. Lâm sàng

- Thiếu hụt estrogen gây ra phần lớn các triệu chứng, dấu hiệu, và di
- chứng của thời mãn kinh.
- Không triệu chứng.
- Rối loạn kinh nguyệt: 10% phụ nữ ngưng ra kinh nguyệt đột ngột Vận mạch không ổn định: Bốc hỏa, thường gặp nhất, khoảng 80% các trường hợp.

- Teo sinh dục: giao hợp đau, khô teo âm đạo, rối loạn đi tiểu.
- Rối loạn khí sắc: mệt mỏi, lo âu, đau đầu, mất ngủ, trầm cảm và kích thích, thường gặp hơn trong thời kỳ tiền mãn kinh.
- Thay đổi nhận thức: giảm trí nhớ, mất tập trung.
- Tăng cân (vùng bụng dưới, mông và đùi).
- Loãng xương: khi BMD (Bone Mineral Density = mật độ khoáng hóa xương) ≤ 2.5 SD so với trị số trung bình ở người trẻ khi đo mật độ xương trục. Thiếu chất xương là khi BMD thấp hơn trị số trung bình từ 1.0 – 2.5 SD.
- Đau khớp.
- Khác: đau vú, migraine, bệnh lý tim mạch, thoái hóa khớp, thay đổi về da, cân bằng nội môi.

2.2. Cận lâm sàng

- FSH tăng, LH tăng.
- BMD thực hiện ở phụ nữ mãn kinh và < 65 tuổi khi: tiền sử nội khoa dễ gãy xương, < 57 kg, dùng thuốc hay bệnh lý gây mất xương, tiền sử cha mẹ gãy xương hông, đang hút thuốc, nghiện rượu, viêm khớp dạng thấp.
- Lipid máu: HDL giảm, LDL tăng.

III. CHẨN ĐOÁN

Phụ nữ khỏe mạnh, > 45 tuổi:

- Chẩn đoán tiền mãn kinh dựa trên những thay đổi về chu kỳ kinh có kèm hay không kèm triệu chứng: bốc hỏa, rối loạn giấc ngủ, trầm cảm, khô âm đạo.
- Chẩn đoán mãn kinh khi có ít nhất 12 tháng không kinh mà không có nguyên nhân khác. Không cần dựa vào nồng độ FSH cao để chẩn đoán.

Phụ nữ từ 40 – 45 tuổi:

- Chẩn đoán tương tự như phụ nữ >45 tuổi, tuy nhiên phải lưu ý loại trừ những nguyên nhân gây rối loạn kinh nguyệt (đánh giá nội tiết: hCG, prolactin, TSH). Có thể xét nghiệm FSH để chẩn đoán.

Phụ nữ <40 tuổi:

- Có triệu chứng mãn kinh, gồm không hay không thường xuyên hành kinh và FSH huyết thanh > 40 mIU/mL, đo 2 lần (cách nhau ít nhất 01 tháng) → suy buồng trứng sớm.

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Những nguyên nhân gây thay đổi chu kỳ kinh:
  + Cường giáp.
  + Có thai.
  + Tăng prolactin/ máu
- Bốc hỏa không điển hình, đổ mồ hôi đêm có thể do thuốc, thiếu canxi, hoặc một số bệnh lý ác tính.

V. ĐIỀU TRỊ

- Cung cấp thông tin và tư vấn về mãn kinh.
- Thay đổi lối sống: cung cấp calcium và vit D theo nhu cầu (calcium ≥ 1200mg, vit D 800 UI/hàng ngày), tập thể dục thường xuyên, giảm nguy cơ té ngã, giữ cân nặng hợp lý, ngưng hút thuốc, giảm rượu bia.
- Mục đích: làm giảm các triệu chứng bốc hỏa, loãng xương, teo sinh dục, và có thể trong rối loạn tâm thần.
- Nguy cơ: Estrogen làm tăng nguy cơ tăng sinh và ung thư NMTC, ung thư vú. Đối với phụ nữ còn tử cung, khi sử dụng estrogen, nên được phối hợp progestin để phòng tăng sinh và ung thư NMTC.
- Tác dụng phụ: Buồn nôn, xuất huyết âm đạo bất thường, đau đầu và căng ngực.
- Khởi đầu bằng 17-beta estradiol (Grade 2C). Tất cả các loại và đường dùng của estrogen đều có cùng hiệu quả điều trị triệu chứng vận mạch, nhưng đường qua da (transdermal) có ít nguy cơ thuyên tắc mạch và đột quỵ.
- Micronized progesterone là progestin được lựa chọn hàng đầu vì hiệu quả ngăn tăng sinh NMTC, không ảnh hưởng chuyển hóa và không làm tăng nguy cơ ung thư vú và bệnh mạch vành (Grade 2C).

- 1) Estrogen liên hợp (Premarin 0.625 mg, estradiol 0.1 mg) vào ngày 1- 25 của tháng và Provera (Medroxyprogesterone) 10 mg vào những ngày 13- 25. 2) Estrogen liên hợp liên tục hàng ngày (Premarin, estradiol, estrogen qua da 0.05 mg) và Provera 2.5 mg. 3) Raloxiphene (Evista). 4) Gapapentin, thuốc chống trầm cảm (paroxetine), và venlafaxine (Effexor) cũng đã được sử dụng thành công để điều trị cơn bốc hỏa. Ngoài ra còn có miếng dán âm đạo và miếng dán qua da.
- Điều trị loãng xương hiệu quả nhất là bisphosphonate. Là nhóm thuốc ức chế hủy xương, gồm Alendronate (FOSAMAX 70 mg/tuần; 10 mg/ngày), Risedronate, Ibandronate, đường uống, thời gian điều trị từ 3 đến 5 năm, luôn bổ sung đầy đủ canxi và vit D trong suốt quá trình điều trị.
- Thảo dược: Sản phẩm từ đậu nành, isoflavones, thảo dược St John, và rễ rắn đen có thể hữu ích trong điều trị ngắn hạn các triệu chứng vận mạch hoặc trầm cảm.
- Không khuyến cáo sử dụng liệu pháp nội tiết để phòng ngừa một số bệnh mạn tính như loãng xương, bệnh mạch vành, sa sút trí tuệ (Grade 2B).

VI. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG

- Thời gian điều trị: Liệu pháp estrogen ngắn hạn là việc sử dụng estrogen từ 2 - 3 năm, thường không quá 5 năm.
- Theo dõi:
  + Nguy cơ ung thư vú với liệu pháp estrogen-progestin không tăng cho tới 4 năm. Tuy nhiên bất thường nhũ ảnh thường thấy ở cả liệu pháp estrogen và liệu pháp estrogen-progestin.
  + Khuyến cáo khám nhũ và chụp nhũ ảnh định kỳ với phụ nữ sử dụng liệu pháp nội tiết, ngay cả việc sử dụng ngắn hạn.
- Ngưng điều trị:
  + 40 – 50% phụ nữ sử dụng liệu pháp hormon có thể ngưng sau 1 năm.
  + 65 – 75% có thể ngưng sau 2 năm.
- Tuân thủ vẫn còn là một vấn đề quan trọng với HRT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

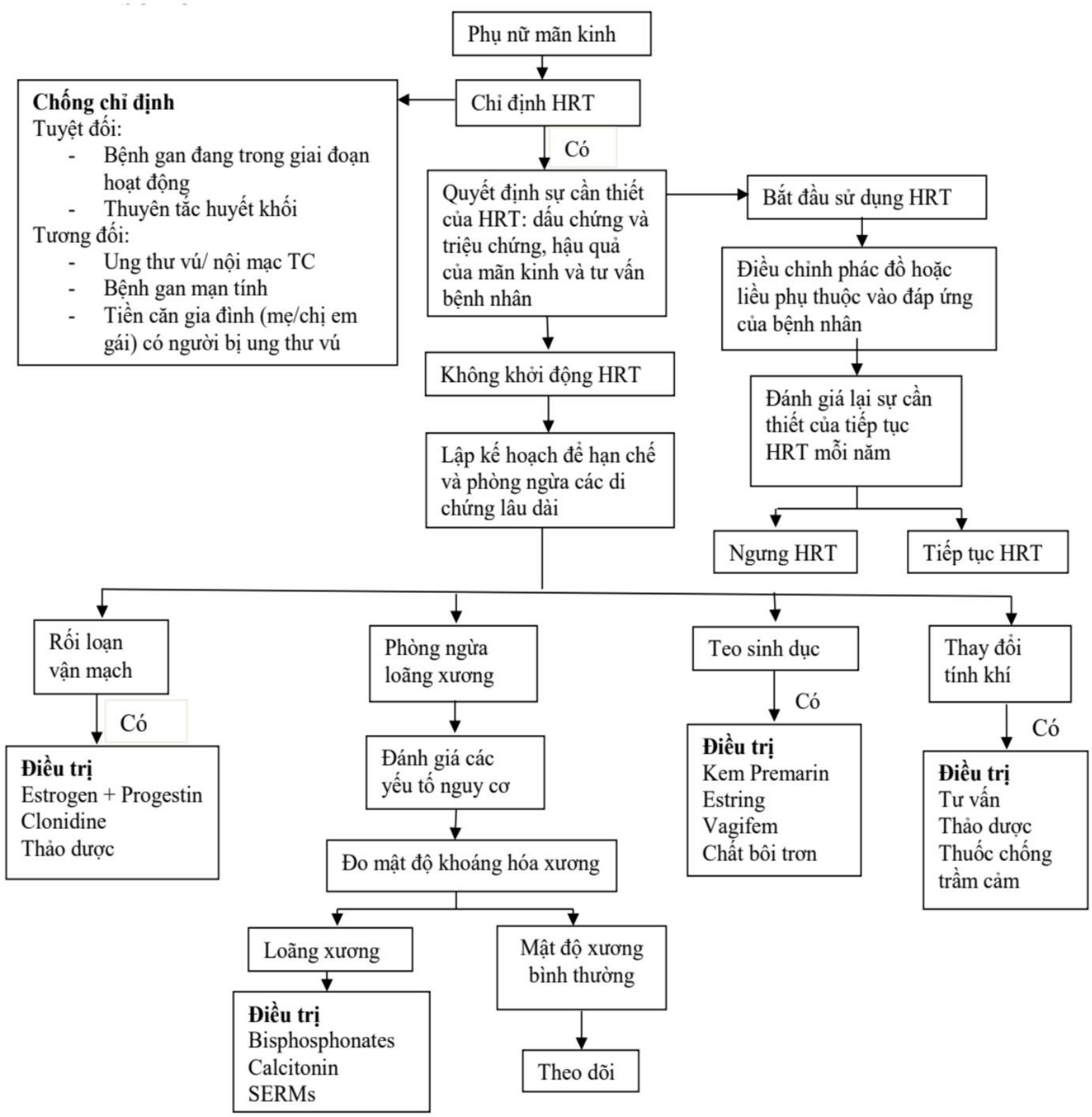
Tiếng Việt

Nguyễn Duy Tài (Biên dịch). Mãn kinh và liệu pháp hormone thay thế. Sổ tay Sản phụ khoa. Nhà xuất bản Y học. 2014.

Tiếng Anh

1. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Reproductive endocrinology and Infertility. Menopause. 363-370.
2. North American Menopause Society. The 2012 hormone therapy position statement of: The North American Menopause Society. Menopause 2012; 19:257.
3. Robert F Casper, Robert L Barbieri, et al. Clinical manifestations and diagnosis of menopause. Uptodate 2015.
4. Kathryn A Martin, William F Crowley, et al. Treatment of menopausal symptoms with hormone therapy. Uptodate 2015.
5. Menopause: diagnosis and management. NICE guidelines. 2015.

SƠ ĐỒ



FSH = Follicle stimulating hormone

LH = Luteinizing hormone

HRT = HORMONE REPLACEMENT THERAPY

SD = STANDARD DEVIATIONS

BMD = BONE MATERIAL DENSITY

Bisphosphonates: thuốc ức chế hủy xương = alendronate (FOSAMAX 70 mg/week; 10 mg/day) ± Vit D, Risedronate, Zoledronic acid, uống, thời gian điều trị từ 3 đến 5 năm, luôn bổ sung đầy đủ Ca va Vit D trong suốt quá trình điều trị.

128 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LOÃNG XƯƠNG

I. GIỚI THIỆU

1.1. Đại cương

Định nghĩa: Loãng xương (Osteoporosis) là tình trạng rối loạn chuyển hóa của xương dẫn đến tổn thương độ chắc của xương đưa đến tăng nguy cơ gẫy xương. Độ chắc của xương bao gồm sự toàn vẹn cả về khối lượng và chất lượng của xương.

- Khối lượng xương được biểu hiện bằng
  + Mật độ khoáng chất của xương (Bone Mineral Density – BMD)
  + Khối lượng xương (Bone Mass Contant – BMC).
- Chất lượng xương phụ thuộc vào
  + Thể tích xương.
  + Vi cấu trúc của xương (thành phần chất nền và chất khoáng của xương).
  + Chu chuyển xương (tình trạng tổn thương vi cấu trúc xương, tình hình sửa chữa cấu trúc xương).
- Phân loại loãng xương
  + Loãng xương người già: loãng xương tiên phát. Loãng xương xuất hiện ở cả nam và nữ, thường trên 70 tuổi với tỷ lệ nữ so với nam 2/1.
  + Loãng xương sau mãn kinh: là loãng xương xuất hiện sau tuổi mãn kinh trong vòng 6 hoặc 8 năm, làm nặng hơn tình trạng loãng xương do tuổi ở phụ nữ do giảm đột ngột oestrogen khi mãn kinh. Tổn thương loãng xương nặng ở phần xương xốp do đó thường thấy các biểu hiện ở cột sống như lún đốt sống, gù, còng, gẫy đầu dưới xương quay.

+ Loãng xương thứ phát : loãng xương liên quan đến những bệnh lý, những yếu tố có thể gây ra hậu quả loãng xương, bệnh loãng xương sẽ trở nên nặng nề hơn, sớm hơn, nhiều biến chứng hơn…nếu người bệnh có thêm một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ.

1.1. Đại cương

- Loãng xương và gãy xương có tỉ lệ lưu hành cao ở châu Á. Dự đoán đến năm 2050, 51% tổng số trường hợp gãy cổ xương đùi trên thế giới sẽ xảy ra ở Châu Á, với tổng cộng 3,2 triệu trường hợp gãy xương mỗi năm.
- Trong tổng số các trường hợp gãy xương trên thế giới, 17% là ở Đông Nam Á và 29% ở Tây Thái Bình Dương, so với 35% ở Châu Âu.
- Tần suất loãng xương ở Việt Nam (theo nghiên cứu của BS Hồ Phạm Thục Lan và cộng sự) là 29% ở nữ và 10% ở nam trên 50 tuổi.

1.3. Yếu tố nguy cơ

Tất cả phụ nữ sau mãn kinh và nam giới trên 50 tuổi cần đánh giá nguy cơ loãng xương.

- Suy giảm mật độ xương là yếu tố nguy cơ hàng đầu.
- Cao tuổi: tuổi càng cao nguy cơ gãy xương càng tăng. Cứ 10 tuổi là tương đương với 2,2 lần tăng nguy cơ gãy xương.
- Trọng lượng cơ thể thấp: BMI ≤ 18.5 Kg/m^2 có nguy cơ gãy xương tăng 1,8 lần ở người có BMI ≥ 18.5 Kg/m^2.
- Dùng corticosteroid: Prednisolone ≥ 5 mg/ngày hoặc chế phẩm tương đương ≥ 3 tháng.
- Đang hút thuốc.
- Phụ nữ đã cắt hai buồng trứng.
- Uống rượu bia: ≥ 3 đơn vị rượu/ngày (1 đơn vị rượu= 40 ml rượu mạnh hoặc 150 ml rượu vang hoặc 300-350ml bia).
- Tiền sử gia đình có cha, mẹ bị gãy khớp háng hoặc bản thân bị gãy xương sau 50 tuổi.
- Thiếu canxi: người có liều lượng canxi cung cấp từ thực phẩm <400mg/ngày.
- Những nguyên nhân thứ phát gây gãy xương.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

Loãng xương là một bệnh diễn tiến âm thầm, không triệu chứng lâm sàng điển hình, chỉ biểu hiện khi có biến chứng:

- Đau xương, đau lưng cấp và mạn tính.
- Biến dạng cột sống: gù, vẹo cột sống, giảm chiều cao do các thân các đốt sống bị gãy.
- Đau ngực, khó thở, chậm tiêu...do ảnh hưởng đến lồng ngực và thân các đốt sống.
- Gãy xương: các vị trí thường gặp là gãy đầu dưới xương quay, gãy cổ xương đùi, gãy các đốt sống (lưng và thắt lưng); xuất hiện sau chấn thương rất nhẹ, thậm chí không rõ chấn thương.

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Xét nghiệm chẩn đoán

- Đo mật độ xương (BMD): phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép (DXA): tại vị trí cổ xương đùi và/ hoặc cột sống thắt lưng.
  + Xác định chẩn đoán loãng xương.
  + Đánh giá nguy cơ loãng xương.
  + Theo dõi thay đổi khối lượng xương do bệnh lý hoặc điều trị.

2.2.2 Các thăm dò xem xét làm thêm khi nghi ngờ có loãng xương thứ phát hoặc để chẩn đoán phân biệt

- Định lượng PTH (Parathyroid hormone): tăng trong cường cận giáp trạng.
- Phosphatase kiềm: tăng trong bất động kéo dài, gãy xương mới, bệnh Paget, các bệnh về xương khác.
- Điện di Protein: nghi ngờ đa u tủy.
- Phospho máu: giảm trong bệnh nhuyễn xương.
- Cortisol buổi sáng: hội chứng Cushing.
- Estradiol: nghi ngờ thiểu năng sinh dục ở nữ.
- TSH, FT3, FT4: nghi ngờ cường giáp.
- Nước tiểu:
  + Tổng phân tích nước tiểu: đánh giá nguyên nhân thứ phát loãng xương.
  + Điện di protein: khi nghi đa u tủy.

+ Canxi niệu 24 giờ: xác định tình trạng tăng canxi niệu; nếu thấp gợi ý thiếu vitamin D, nhuyễn xương, kém hấp thu do ruột non.

- X quang xương: ngực và thắt lưng hoặc vị trí khác tùy vào triệu chứng lâm sàng.
  + Ít có giá trị để đánh giá mật độ xương.
  + Có thể chỉ định: để xác định hoặc loại bỏ gãy lún cột sống, gãy xương khác; hoặc loại trừ bệnh lý khác như Paget, ung thư.
- Cộng hưởng từ (MRI): cột sống ngực hoặc thắt lưng hoặc vị trí khác tùy theo lâm sàng.
  + Có giá trị đánh giá mật độ xương, tuy nhiên giá thành cao và không dùng thường quy để đánh giá mật độ xương (BMD).
  + Có thể chỉ định loại trừ các bệnh lý khác gây gãy xương hoặc gãy cột sống, đặc biệt là các bệnh lý ác tính.
- Sinh thiết xương: thường không cần thiết, song có thể xem xét chỉ định khi nghi ngờ ác tính.

2.2.3. Các xét nghiệm thường qui khi điều trị

- Xét nghiệm máu
  + Công thức máu: gợi ý thiếu máu do kém hấp thu, bệnh lý ác tính hoặc thâm nhiễm tủy xương.
  + Canxi máu (ion đồ): cần thiết khi bắt đầu dùng các thuốc chống hủy xương hoặc tăng đồng hóa. Loại trừ các tình trạng: tăng canxi máu trong loãng xương thứ phát như cường cận giáp, bệnh ác tính của xương và giảm canxi máu trong hội chứng kém hấp thu, thiếu vitamin D.
  + Glucose, HbA1C: tầm soát đái tháo đường.
  + Chức năng gan: ALT, AST, Albumin.
  + Chức năng thận: urê, creatinin.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Bất toàn tạo xương hay xương thủy tinh (Osteogenesis Imperfercta –OI).
- Các loãng xương thứ phát như ung thư di căn xương, các bệnh ác tính của cơ quan tạo máu (đa u tủy, bệnh bạch cầu cấp...).

IV. CHẨN ĐOÁN

Đo mật độ xương bằng máy đo độ hấp thu năng lượng tia X kép (DXA): để chẩn đoán xác định, phát hiện nguy cơ bị bệnh, dự báo nguy cơ gãy xương và theo dõi điều trị loãng xương. Được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán loãng xương hiện nay. Mật độ xương đo bằng máy DXA thường được đo tại một số vị trí chính như khớp háng, cổ xương đùi, xương cột sống và xương toàn thân. Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), chỉ có BMD ở cổ xương đùi được dùng để chẩn đoán loãng xương. Tuy nhiên, hiện nay có xu hướng dùng BMD ở cột sống và khớp háng như là giá trị bổ sung cho chẩn đoán loãng xương. BMD toàn thân không được dùng cho chẩn đoán loãng xương.

4.1. Chỉ định đo mật độ xương

- Tất cả phụ nữ ≥ 65 tuổi.
- Phụ nữ < 65 tuổi và có một trong các yếu tố nguy cơ gãy xương sau đây:
  - Trọng lượng cơ thể thấp BMI < 18,5.
  - Tiền căn gãy xương sau 50 tuổi.
  - Thiểu năng tuyến sinh dục, cường giáp tiến triển, cường vỏ thượng thận, và cường phó giáp.
  - Thói quen sinh hoạt: thường ăn thức ăn có ít canxi hoặc vitamin D hay thiếu cả hai; ít vận động và ít tập thể dục, nghiện rượu, hút thuốc.
  - Mắc bệnh mãn tính hoặc sử dụng các thuốc có ảnh hưởng tiêu cực trên chuyển hóa xương (≥ 7,5mg predisone hoặc chế phẩm tương đương trong ≥ 3 tháng)

4.2. Chống chỉ định

- Phụ nữ đang mang thai.
- Làm lấp lánh đồ xương, làm các xét nghiệm có chất cản quang trong vòng 3 ngày (chống chỉ định tương đối).

4.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương theo (WHO NĂM 1994) cho phụ nữ sau mãn kinh và nam giới trên 50 tuổi

Đo bằng phương pháp DXA tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi	BMD so với người khỏe mạnh
Bình thường	≥ -1 SD
Thiểu xương (osteopenia)	< -1 SD đến < -2,5SD
Loãng xương (osteoporosis)	≤ -2.5 SD
Loãng xương nặng	≤ -2,5 SD và có ≥ 1 lần gãy xương

V. ĐIỀU TRỊ

5.1. Mục tiêu điều trị

- Giảm nguy cơ gãy xương và tái gãy xương.
- Ngăn chặn tình trạng mất chất khoáng trong xương, cài thiện khối lượng xương và làm tăng khối lượng xương.
- Giảm nguy cơ tử vong.

5.2. Đối tượng cần được xem xét điều trị

Phụ nữ sau mãn kinh ≥ 50 tuổi khuyến cáo dùng thuốc khi có một trong các tình huống sau:

- Gãy đốt sống hoặc cổ xương đùi (không bắt buộc phải đảm bảo tiêu chuẩn về giá trị T–score).
- T–score ≤ -2,5 SD (giá trị T-score đo ở cổ xương đùi và / hoặc cột sống ≤ -2,5 SD sau khi loại từ các nguyên nhân thứ phát).
- T–score từ -1 đến <-2,5 SD, kèm nhiều yếu tố nguy cơ (dùng corticosteroid, gia đình có gãy xương do loãng xương, có nguy cơ té ngã cao, BMI thấp, hút thuốc lá, uống rượu).

5.3. Các phương pháp điều trị không dùng thuốc (bao gồm dự phòng và điều trị)

- Chế độ ăn uống: bổ sung nguồn thức ăn giàu canxi (theo nhu cầu của cơ thể: từ 1000-1200mg hàng ngày, từ các nguồn: thức ăn, sữa và dược phẩm) kèm vitamin D 800 IU/ngày. Tránh các yếu tố nguy cơ: thuốc lá, cà phê, rượu, tránh thừa cân.
- Chế độ sinh hoạt: tăng cường vận động, ít nhất 3 lần/ tuần, mỗi lần 30 phút. Tăng cường dẻo dai cơ bắp, tránh té ngã.

Nhóm tuổi	Canxi mg/ngày	Vitaimin D IU/ngày
Từ 19 đến 30 tuổi (thai nghén/ cho con bú)	1.000	800
Từ 31 đến 50 tuổi	1.000	600
Từ 51 đến 70 tuổi (nam)	1.000	600
Từ 51 đến 70 tuổi (nữ)	1.200	800
> 70 tuổi	1.200	800
Người loãng xương	1200	1.000 đến 2.000

5.4. Thuốc điều trị loãng xương: Nhóm thuốc chống hủy xương

- Nhóm bisphosphonates:
  + Alendronat: 70mg uống mỗi tuần 1 viên. Chú ý uống thuốc vào buổi sáng, bụng đói, không được nằm trong 30 phút.
  + Risedronat: 35mg uống mỗi tuần hoặc 150mg uống mỗi tháng. Chú ý uống thuốc vào buổi sáng, bụng đói, sau khi uống thuốc không được nằm trong 30 phút (với viên 35mg) hoặc 60 phút (với viên 150mg).
  + Ibanddronat: 150 mg uống mỗi tháng. Chú ý uống thuốc vào buổi sáng, bụng đói, sau khi uống thuốc không được nằm trong 60 phút.
  + Zolendronat: 5mg truyền tĩnh mạch mỗi năm, có hiệu quả điều trị, giảm tỉ lệ gãy xương và giảm tỉ lệ tử vong.
- Nhóm hormone và các thuốc giống hormone:
  + Thuốc điều hòa chọn lọc thụ thể estrogen (SERM): Raloxifene 60mg uống hàng ngày.
  + Thuốc estrogen hay estrogen và progesterone. (xem phác đồ Chẩn đoán và điều trị tiền mãn kinh, mãn kinh) Cần thận trọng với các tác dụng phụ của thuốc (tăng nguy cơ thuyên tắc mạch và ung thư).

VI. THEO DÕI, QUẢN LÝ SAU ĐIỀU TRỊ

- Bệnh nhân cần được điều trị lâu dài và theo dõi sát để đảm bảo sự tuân thủ điều trị. Nếu không tuân thủ điều trị, sẽ không có hiệu quả điều trị.
- Có thể sử dụng một số markers chu chuyển xương để hỗ trợ chẩn đoán, tiên lượng gãy xương, tiên lượng tình trạng mất xương và theo dõi điều trị.
- Đo khối lượng xương (phương pháp DXA) mỗi 2 năm để theo dõi và đánh giá kết quả điều trị.
- Thời gian điều trị phải kéo dài từ 3-5 năm (tùy mức độ loãng xương). Sau đó đánh giá lại tình trạng bệnh và quyết định bước điều trị tiếp theo.

VII. PHÒNG BỆNH

- Loãng xương là bệnh có thể phòng ngừa:
- Cung cấp chế độ ăn đầy đủ canxi, vitamin D và các dưỡng chất cần thiết chung cho cơ thể trong suốt cuộc đời, theo nhu cầu của từng lứa tuổi và tình trạng cơ thể.
- Duy trì chế độ vận động thường xuyên giúp dự trữ canxi cho xương, tăng sự khéo léo, sức mạnh cơ, sự cân bằng để giảm khả năng té ngã và gãy xương.
- Hạn chế một số thói quen xấu: hút thuốc lá, uống nhiều rượu, cà phê, ít vận động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2014) " Loãng xương", Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh lý cơ xương khớp, trang 169, ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014.
2. Qui trình kỹ thuật đo chẩn đoán loãng xương của bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2017(http://benhviendktinhquangninh.vn/quy-trinh-tham-do-chuc-nang/quy-trinh-ky-thuat-do-chan-doan-loang-xuong.1700.html)

Tiếng Anh

1. Bolland MJ et al." Effective osteoporosis treatment on mortality in eight randomized placebo – controlled trials." J Clin Endocrinol Metab. 2010;95;1174-1181.
2. IOF guidelines 2010 http://www.Osteofound.org/osteoporosis/treatment.html and APLAR guideline 2010.
3. Nation Osteoporosis Foundation (2013). " Clinician 's guide to prevention ang treatment of osteoporosis".
4. Nation Insitutes of Health (2011), "Dieatary supplement fact sheet: calcium",http://ods.od.nih.gov/factsheet/Calcium-HealthProfessional/ (10/09/2013)

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SA TẠNG CHẬU NỮ 129

I. GIỚI THIỆU

1.1. Đại cương

Sa các tạng trong vùng chậu (POP = pelvic organ prolapse), là sự tụt xuống của tử cung, bàng quang, trực tràng, thành trước, thành sau âm đạo… 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.

1.2. Tần suất mắc

Thống kê trên gần 17.000 phụ nữ còn tử cung, có khoảng 14,2% sa tử cung, 34,3% sa bàng quang, 18,6% sa trục tràng.

1.3. Yếu tố nguy cơ

Bất thường về cấu trúc sàn chậu , dẫn truyền thần kinh – cơ, bệnh lý mô liên kết.

Các yêu tố gây tăng áp lực ổ bụng thường xuyên (lao động nặng, ho mãn tính, mang nịt bụng thường xuyên).

Sang chấn sản khoa (rặn khi cổ tử cung (CTC) chưa trọn, sanh thủ thuật sang chấn, rách tầng sinh môn không hồi phục đúng mức.

Mãn kinh và tuổi già.

II. PHÂN LOẠI VÀ PHÂN ĐỘ SA TẠNG VÙNG CHẬU

2.1. Phân loại và phân độ sa tạng vùng chậu

Vị trí giải phẫu so với thành AĐ	Tạng chậu sa và phân loại		
Thành trước *(ngăn trước)*	Sa BQ: trung tâm, bên, kết hợp		Sa niệu đạo (NĐ)
Vòm âm đạo *(ngăn giữa)*	Túi sa ruột non (RN): trước, sau	Sa TC	Sa Mỏm cắt (MC)
Thành sau *(ngăn sau)*	Túi sa TrTr: cao, giữa, thấp		Sa trực tràng- Khối lồng trong TrTr-HM
Tổn thương nút SC	Tổn thương cơ thắt trong và ngoài HM		

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

2.2. Phân độ sa theo hệ thống POP-Q (phụ lục)

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Khám lâm sàng

- Đặt mỏ vịt, khám âm đạo và trực tràng, khám vùng chậu.
- Cho bệnh nhân làm nghiệm pháp Valsava (rặn, ho ..)
- Khám đánh giá có sa bàng quang, sa tử cung hay trực tràng không, đánh giá mức độ sa tạng chậu theo phân độ POPQ.

3.2. Cận lâm sàng

Khảo sát niệu động học

- Cân nhắc thực hiện với bệnh nhân có bệnh lý các tạng chậu thuộc ngăn trước có thêm Tiểu không kiểm soát khi gắng sức (TKKSKGS), sa BQ.
- Ở BN có bệnh lý các tạng chậu thuộc ngăn giữa và dưới, xem xét 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.

MRI động học tống phân: xem xét thực hiện với bệnh nhân có rối loạn chức năng tống phân, sa thành sau âm đạo nhiều.

Siêu âm 3D sàn chậu: 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, Siêu âm đo nước tiểu tồn lưu.

3.3. Chẩn đoán xác định

Bệnh sử, khám lâm sàng, cận lâm sàng xác định nguyên nhân

3.4. Mức độ sa tạng chậu theo thang điểm POP-Q

(phụ lục)

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nội khoa

4.1.1. Chỉ định

- Trong các trường hợp sa các tạng độ 1-2, chưa có biến chứng hay chưa ảnh hưởng chất lượng sống của bệnh nhân.

4.1.2. Điều trị

- Thay đổi thói quen ăn uống, sinh hoạt phù hợp, giảm hoạt động làm tăng áp lực ổ bụng. thay đổi thói quen như tư thế ngồi khi đại tiện, hạn chế các chất kích thích (trà, cà phê).

- Thay đổi thói quen ăn uống, sinh hoạt phù hợp, giảm hoạt động làm tăng áp lực ổ bụng. Thay đổi thói quen như tư thế ngồi khi đại tiện, hạn chế các chất kích thích (trà, cà phê).
- Sử dụng nội tiết estrogen tại chỗ (dạng viên đặt âm đạo hay kem 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 (phụ lục).

4.2. Ngoại khoa

4.2.1. Nguyên tắc: Phục hồi lại các cấu trúc và chức năng sinh lý cơ quan bị sa của sàn chậu.

4.2.2. 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 cặn kẽ.

4.2.3. 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.

4.2.4. 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 ÂĐ/NS ổ bụng/mổ hở (repaire of paravaginal defect) khi sa BQ bên độ 1-2, may gấp nếp cân BQ-CTC khi sa BQ thể trung tâm độ 1-2.
- 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.

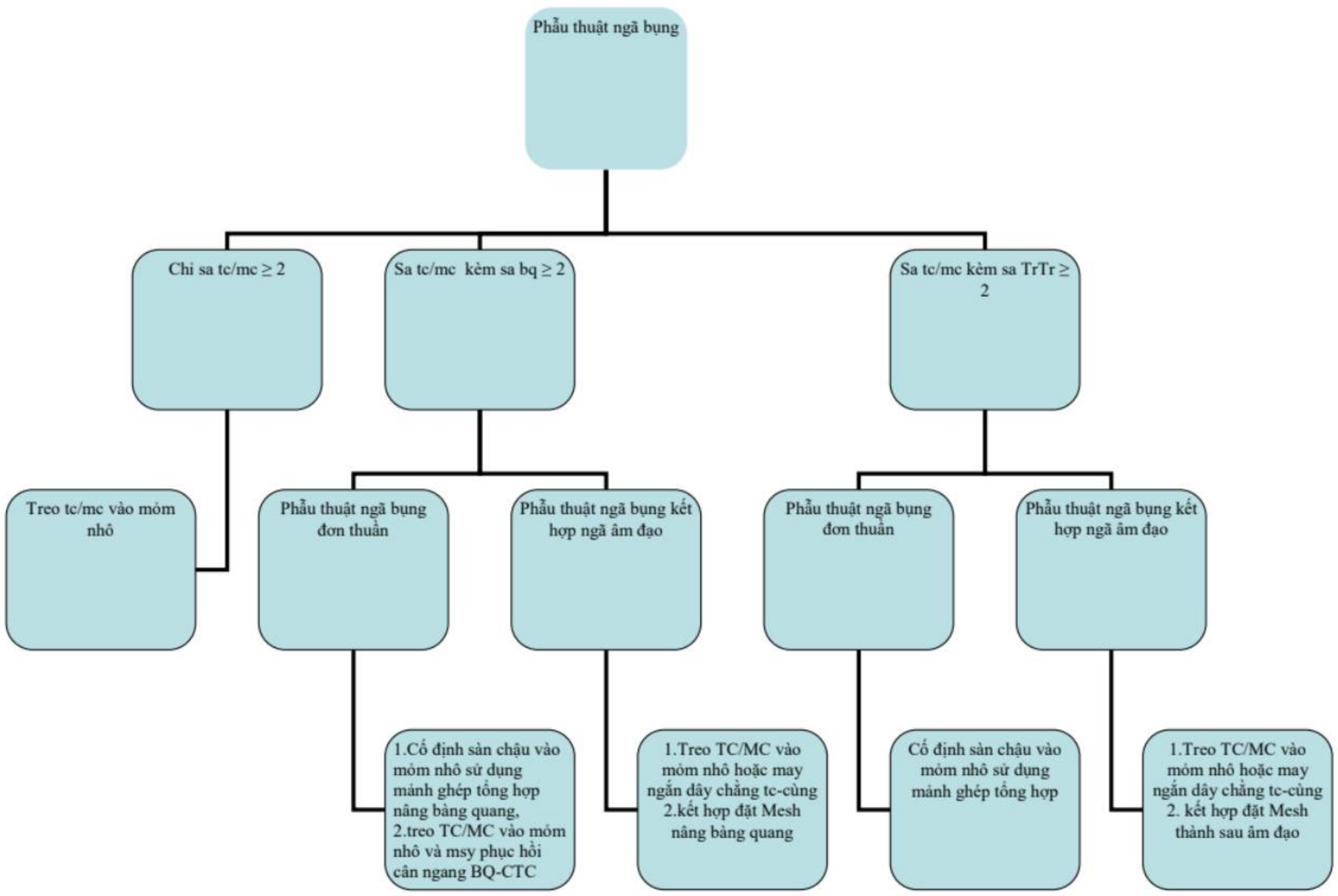
c. Sa TC, mõm cắt:

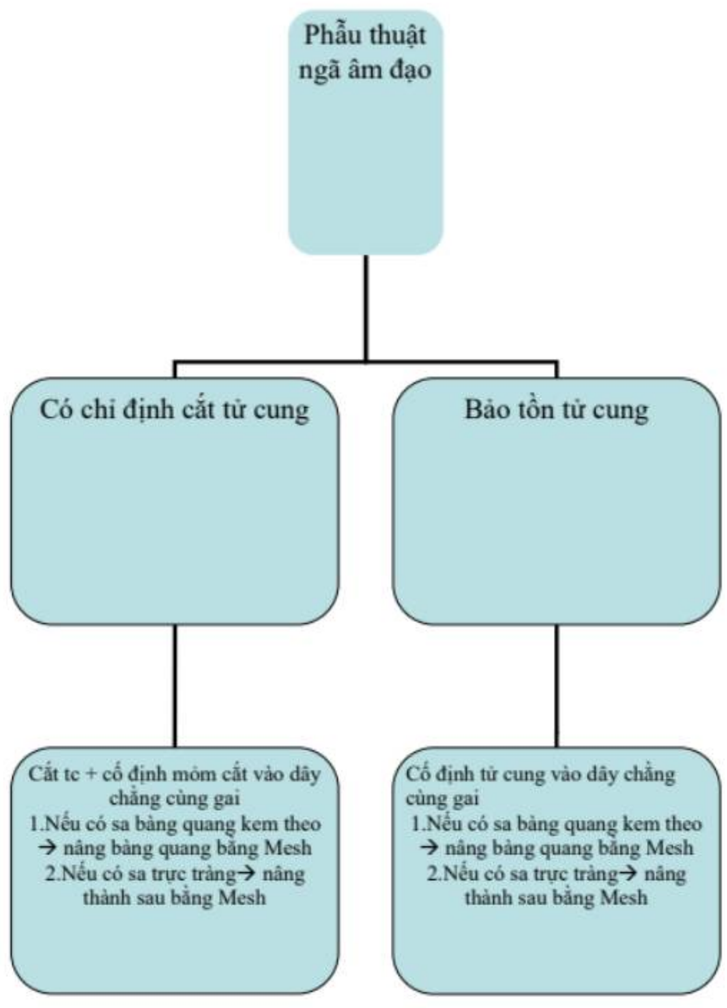
- Cố định TC/MC vào mỏm nhô bằng chỉ không tan hoặc mảnh ghép tổng hợp.
- Cố định TC/MC vào dây chằng cùng – gai bằng chỉ không tan hoặc mảnh ghép tổng hợp.
- May ngắn dây chằng TC cùng hai bên bằng chỉ không tan (may trong phúc mạc).
- Cố định MC vào dây chằng TC – cùng.
- Cắt tử cung và cố định mỏm cắt.

4.2.5. Chỉ định và chống chỉ định đặt mảnh ghép tổng hợp:(phụ lục)

4.2.6. Cắt tử cung

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 SC (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 (chi tiết, tham khảo).





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. Tejada Cabrera, M., A. Lopez Cano, and A. Munoz Benvenuty, Anal incontinence: evaluation of the anal sphincter by endoscopic ultrasound. Rev Esp Enferm Dig, 2005. 97(5): p. 375-6.
5. G. Vignoli, Advanced diagnostic testing for female pelvic floor dysfunctions. UROGYNAECOLOGIA INTERNATIONAL JOURNAL, 2009. 23(1): p. 5-43.
6. Hagen, S., et al., A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse. International Urogynecology Journal, 2009. 20(1): p. 45-51.
7. Rosenbaum, T.Y. and I. Ben-Dror, [The role of physical therapy in the treatment of female sexual dysfunction]. Harefuah, 2009. 148(9): p. 606-10, 657.
8. RICHARD REID, Recto enterocele repair : past problems and new horizons. Pelviperineology - A multidisciplinary pelvic floor journal, March, 2007. 26(1).
9. 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.
10. 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.
11. 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.

12. 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.
13. 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/.
14. Sung, V.W., et al., Graft Use in Transvaginal Pelvic Organ Prolapse Repair: A Systematic Review.
Obstetrics & Gynecology, 2008. 112(5): p. 1131-1142.
15. Onwude, J.L., Genital prolapse in women. Clin Evid (Online), 2007. 2007(3).
16. 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.
17. Committee Opinion no. 513: vaginal placement of synthetic mesh for pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol, 2011. 118(6): p. 1459-64.
18. 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.
19. Peter L Rosenblatt, Laparoscopic surgery for repair of pelvic floor defects, UpToDate 19.3, Editor. Sep 2011.

PHỤ LỤC 1:
ĐÁNH GIÁ SA TẠNG CHẬU THEO POP-Q

Phân loại POP-Q gồm có 9 giá trị được trình bày trên bảng 3x3 theo quy ước quốc tế như sau:

Aa	Ba	C
Gh	Pb	Tvl
Ap	Bp	D

Các giá trị được tính bằng đơn vị centimet.

Giá trị của số đo phản ánh vị trí của nó so với màng trinh: nằm trên màng trinh sẽ mang giá trị là âm, nằm dưới màng trinh thì mang giá trị dương. Mặt phẳng của màng trinh được quy ước là 0.

- *Sáu số đo đại diện cho thay đổi mốc giải phẫu:*

- Điểm Aa: là điểm nằm trên đường giữa của thành trước âm đạo, cách lỗ niệu đạo ngoài 3 cm. Đây là điểm tương ứng với vị trí của nếp niệu đạo – bàng quang. Khoảng giới hạn của điểm Aa là từ -3 đến 3 cm.
- Điểm Ba: là điểm tương ứng với vị trí xa nhất của phần thành trước âm đạo nằm trong khoảng từ điểm Aa đến túi cùng trước âm đạo hoặc mỏm cắt âm đạo. Giá trị của điểm Ba phụ thuộc nhiều nhất vào độ sa của thành trước. Nếu không sa thì điểm Ba sẽ có giá trị là -3 cm, và khoảng giới hạn giá trị của điểm Ba là từ -3cm đến + tổng chiều dài âm đạo.
- Điểm Ap: là điểm nằm trên đường giữa của thành sau âm đạo, cách màng trinh 3cm. Theo định nghĩa, khoảng giới hạn vị trí của điểm Ap là -3 đến 3 cm.
- Điểm Bp: là điểm tương ứng cho vị trí xa nhất của thành sau âm đạo nằm trong khoảng từ điểm Ap đến túi cùng sau âm đạo hoặc mỏm cắt âm đạo. Giá trị của điểm Bp phụ thuộc nhiều nhất vào độ sa của thành sau. Nếu không sa thì điểm Bp sẽ có giá trị là - 3cm, và khoảng giới hạn giá trị của điểm Bp là từ - 3cm đến + tổng chiều dài âm đạo.
- Điểm C: là điểm thấp nhất của cổ tử cung. Trong trường hợp đã cắt tử cung, điểm C tương ứng với mỏm cắt âm đạo.

- Điểm D: là điểm thuộc vòm sau âm đạo ở người phụ nữ vẫn còn tử cung. Nó đại diện cho mức bám của dây chằng tử cung cùng vào mặt sau cổ tử cung. Điểm D được xem là điểm để đánh giá độ suy yếu trong việc treo tử cung của dây chằng tử cung cùng. Điểm D không thể xác định nếu đã cắt bỏ tử cung.

- *Ba số đo khoảng cách bao gồm:*

- Khoảng gh (genital hiatus – khe niệu dục): khoảng cách từ điểm giữa của lỗ niệu đạo ngoài đến mép sau màng trinh.
- Khoảng pb (perineal body – thể hội âm): khoảng cách từ mép sau màng trinh đến trung điểm của lỗ hậu môn.
- Chiều dài âm đạo (total vaginal length): là độ sâu lớn nhất của âm đạo trong cm khi điểm C được đưa về vị trí giải phẫu bình thường.

Theo hệ thống POP-Q, sa tạng chậu được chia thành 5 độ:

Độ 0: không có sa sinh dục. Các điểm đều ở trên mức - 3.

Độ I: điểm thấp nhất trên màng trinh > 1 cm.

Độ II: điểm thấp nhất trên hoặc dưới màng trinh < 1 cm.

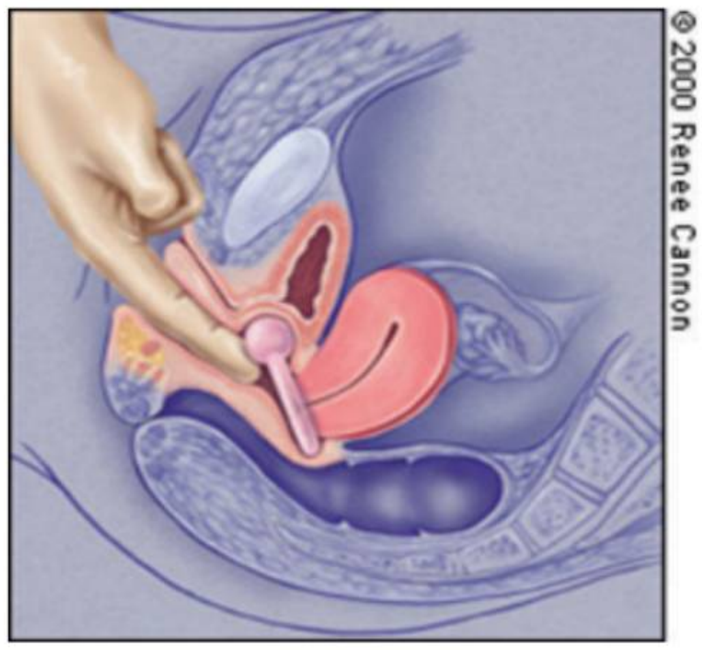
Độ III: điểm thấp nhất dưới màng trinh > 1 cm nhưng < (tvl-2).

Độ IV: điểm thấp nhất dưới màng trinh > (tvl-2).

Khám lúc bệnh nhân nằm với tư thế sản phụ khoa và khi thực hiện nghiệm pháp Valsava.

PHỤ LỤC 2:
VÒNG NÂNG PESSARY

Chỉ định:
TKKS khi gắng sức
Sa tạng chậu đi kèm TKKS



Chống chỉ định
Viêm âm đạo, viêm vùng chậu
Xuất huyết âm đạo chưa rõ nguyên nhân
Bệnh lý đông cầm máu
Viêm loét âm đạo do thiểu dưỡng (tương đối)
Bệnh lý ung thư cổ tử cung
Lọai vòng: ring hoặc ring có bóng lồi

Đánh giá bệnh nhân trước khi đặt
Khám: Tình trạng sa tạng, mức độ sa theo POPQ, ghi nhận các rối loạn đường tiểu đi kèm,đánh giá thang điểm PERFECT
Tình trạng viêm nhiễm tại chỗ, thiểu dưỡng âm đạo.
Các xét nghiệm: siêu âm, pap'smear, nước tiểu 13 thông số.
Tư vấn và cung cấp thông tin về việc sử dụng vòng nâng cho bệnh nhân. Sử dụng estrogen tại chỗ trong 2 tuần và hẹn ngày đặt vòng.
Đánh giá lại và lựa chọn type và size vòng nâng thích hợp cho bệnh nhân với nguyên tắc chọn kích thước to nhất đạt mục đích điều trị và bệnh nhân cảm thấy dễ chịu.

Đặt vòng nâng Pessary
- Bàng quang trống, tư thế Trendelenburg
- Nhẹ ngàng đẩy khối sa lên
- Đánh lại chắc chắn về loại và size vòng.
- Bôi trơn vòng bằng gel hoặc dầu kháng sinh
- Đặt nhẹ nhàng cho bệnh nhân.
- Trong 15 phút đánh giá bệnh nhân sau đặt: cho bệnh nhân làm phương pháp Valsava, đi lại nếu rơi vòng chọn size lớn hơn hoặc bệnh nhân khó chịu, đau, đổi kích thước nhỏ hơn.
- Sau khi đặt vòng cho bệnh nhân đi tiểu và đánh giá nước tiểu tồn lưu. Không có tình trạng ứ động nước tiểu tồn lưu cho bệnh nhân về, và hẹn tái khám

Lịch hẹn tái khám

- Tái khám 2 tuần sau đặt vòng. Sau đó 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng.

Biến chứng

- Loét thành âm đạo.
- Nhiễm trùng âm đạo.

Xử trí khi có loét thành âm đạo: tháo vòng, cho bệnh nhân sử dụng estrogen tại chỗ 2 - 4 tuần và tái khám thay đổi kích thước hay loại vòng nâng. Điều trị viêm âm đạo với Metronidazole uống hoặc tại chỗ khi có viêm nhiễm âm đạo.

PHỤ LỤC 3:
CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH 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, ÂĐ, CTC chưa điều trị dứt.
- Hoặc tiền căn tổn thương tiền ung thư âm hộ, ÂĐ, CTC đã điều trị dứt kèm nhiễm HPV type nguy cơ ung thư cao kéo dài đến nay đã được xác định.
- Ung thư cơ quan sinh dục, đường tiêu hóa và tiết niệu dưới.
- Hiện tại hoặc tiền sử xạ trị vùng bụng chậu.
- Hiện tại viêm nhiễm sinh dục chưa điều trị.

Chống chỉ định tương đối đặt mảnh ghép tổng hợp đặt ra do nguy cơ lộ mảnh ghép trong các trường hợp sau:

- Cắt TC kèm theo lúc mổ.
- Vết thương ở niệu đạo, bàng quang, trực tràng trong lúc mổ.
- Niêm mạc ÂĐ còn quá ít để che phủ mảnh ghép.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TIỂU KHÔNG KIỂM SOÁT Ở PHỤ NỮ

130

I. GIỚI THIỆU

1.1. Đại cương

Tiểu không kiểm soát (TKKS) là tình trạng rỉ nước tiểu không chủ ý.

1.2. Phân loại các dạng tiểu không kiểm soát ở phụ nữ

Thống kê trên gần 17.000 phụ nữ còn tử cung, có khoảng 14,2% sa tử cung, 34,3% sa bàng quang, 18,6% sa trực tràng.

Gồm 5 loại chính: TKKS khi gắng sức, tiểu gấp không kiểm soát, TKKS hỗn hợp, TKKS do tràn đầy, TKKS chức năng.

- Tiểu không kiểm soát khi gắng sức: tình trạng rỉ nước tiểu không kiểm soát đi kèm với thay đổi áp lực hay vận động (hoạt động thể thao, ho, hắt hơi).
- Tiểu gấp không kiểm soát: tình trạng rỉ nước tiểu không chủ ý, liên quan tính chất đột ngột, gấp, cảm giác mắc tiểu cần phải đi tiểu ngay mà không kềm được.
- Tiểu không kiểm soát hỗn hợp: rỉ đột ngột khi ho, hắt hơi, cười, hoạt động thể lực.
- Tiểu không kiểm soát tràn đầy: suy kém co cơ Detrusor, bàng quang căng dãn quá mức gây ra tình trạng rỉ nước tiểu, tắc nghẽn đường ra của bàng quang.
- Tiểu không kiểm soát do chức năng: mất nhận thức, tổn thương thần kinh.

1.3. Tần suất mắc

- TKKS được xem là bệnh lý nhạy cảm đối với người phụ nữ nên việc thống kê sẽ khó chính xác. Theo ACOG khoảng 25% phụ nữ trẻ, 44 – 57% phụ nữ trung niên và sau mãn kinh, và 75% phụ nữ lớn tuổi bị TKKS.

- Tiểu không kiểm soát khi gắng sức chiếm tỷ lệ cao nhất trong bệnh lý tiểu không kiểm soát, chiếm 75%.
- Tiểu gấp chiếm tỷ lệ dao động trong khoảng 30% nhóm tiểu không kiểm soát.

1.4. Nguyên nhân

- Bất toàn cơ thắt niệu đạo: mất chức năng cơ thắt, cấu trúc nâng đỡ cổ bàng quang bất thường.
- Niệu đạo di động quá mức, mất tính ổn định.
- Hoạt động quá mức cơ Detrusor : nguyên nhân tự phát, chấn thương thần kinh.
- Túi thừa niệu đạo.
- TKKS thoáng qua do nhiễm trùng tiểu, táo bón, đái tháo đường, đa niệu, suy tim, hạ canxi máu, viêm teo âm đạo.
- Sử dụng thuốc: lợi tiểu, kích thích Cholinergic.
- Tiểu không kiểm soát do tràn đầy: nhược cơ Detrusor.

1.5. Yếu tố nguy cơ

- Tuổi: tần suất mắc tăng dần theo tuổi (7% ở độ tuổi 20-40, 17% ở độ tuổi 40-60, 23% ở nhóm tuổi 60-80, 32% ở nhóm tuổi trên 80). Tỷ lệ TKKS tăng đáng kể ở nhóm phụ nữ trên 60 tuổi.
- BMI > 30.
- Mãn kinh, tiền mãn kinh.
- Mang thai: khoảng 15% TKKS sau sanh.
- Mang thai, sanh ngã âm đạo (tăng nguy cơ 8%), sanh con trên 4000gram.
- Bệnh lý tắc nghẽn hô hấp mãn tính: COPD, Hen.

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán bao gồm: Tiền sử, tiền căn sử dụng thuốc, bệnh sử, khám lâm sàng, đánh giá độ nặng.

2.1. Tiền sử

- Nghề nghiệp: làm việc nặng, khuân vác, hay các hình thức làm việc có liên quan tới tăng áp lực ổ bụng.

- Sử dụng thuốc: lợi tiểu (furosemide, bumetamide, spironolactone), ức chế calci (nifedipine, nicardipine), ức chế men chuyển (enalapril, captopril, lisinopril, losartan), ức chế alpha adrenergic.
- Nội ngoại khoa: các bệnh lý về hô hấp, ho mãn tính, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, tiền sử chấn thương, mổ thần kinh, cột sống.

2.2. Bệnh sử

Dựa vào bảng 3IQ (The Three Incontinence Questions) (phụ lục 3): xác định loại tiểu không kiểm soát, xác định nguồn gốc, yếu tố khởi phát, thời gian và mức độ trầm trọng của tiểu không kiểm soát.

Nhật ký đi tiểu (Phụ lục 2): Là cơ sở để bác sỹ biết dạng thức cũng như mức độ TKKS. Nó giúp theo dõi, đánh giá hiệu quả điều trị. Ghi lại thời gian đi tiểu tự chủ, thời gian són tiểu, són tiểu gấp. Thực hiện từ 3 - 7 ngày.

2.3. Khám lâm sàng

- Đặt mỏ vịt, khám âm đạo và trực tràng, khám vùng chậu.
- Thử nghiệm ho.
- Khám xem có sa bàng quang, sa tử cung hay trực tràng không. Nếu có thì đánh giá mức độ sa tạng chậu theo phân độ POPQ (Phụ lục 1).
- Stress test: khám khi bàng quang có nước tiểu (tối thiểu 300ml). Bệnh nhân có thể nằm hoặc đứng, cho bệnh nhân ho và quan sát, nước tiểu bắn ra ngay khi gắng sức hoặc khi ho qua lỗ niệu đạo thì là tiểu không kiểm soát khi gắng sức. Độ nhạy 65-70%, độ đặc hiệu 67 - 76%.

2.4. Đánh giá độ nặng

Đánh giá độ nặng tiểu không kiểm soát khi gắng sức theo thang điểm SIUI (The Severity Index for Urinary Incontinence_ Phụ lục 4).

Đánh giá độ nặng tiểu không kiểm soát khi gắng sức theo SIUI (The Severity Index for Urinary Incontinence) sử dụng để đánh giá ban đầu cũng như theo dõi điều trị.

Tính chất	Điểm
Bạn thường bị són tiểu bao lâu một lần	
Không bao giờ	0
Ít hơn 1 lần trong 1 tháng	1
Hơn 1 lần trong 1 tháng	2
Hơn 1 lần trong 1 tuần	3
Mỗi ngày	4
Lượng nước tiểu mỗi lần són tiểu	
Vài giọt	1
Một ít	2
Nhiều	3

Tính điểm= điểm câu 1 x điểm câu 2

1-2 điểm = Nhẹ 8-9 điểm = Nặng

3-6 điểm = Trung bình > 9-12 điểm = Rất nặng

2.5. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu.
- Đo nước tiểu tồn lưu bằng siêu âm hoặc máy scan bàng quang.
- Niệu động học.

Bao gồm:

▪ Niệu dòng đồ: giúp dự đoán mức độ bế tắc đường tiểu dưới.

▪ Đo nước tiểu tồn lưu.

▪ Áp lực đồ bàng quang: khảo sát chức năng của cơ chóp bàng quang trong giai đoạn tống xuất và hiệu quả của sự tống xuất nước tiểu.

Chỉ định:

▪ Khi có chỉ định phẫu thuật.

▪ Sau phẫu thuật thất bại.

▪ Triệu chứng TKKS nặng kéo dài.

▪ Mất cảm giác bàng quang.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Nhiễm trùng tiểu.
- Rối loạn tâm thần, trầm cảm.
- Đa niệu (đái tháo nhạt).

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị cơ bản: áp dụng cho tất cả bệnh nhân có TKKS

- Thay đổi lối sống: hạn chế các chất kích thích (trà, cà phê, rượu bia).

  Giảm cân ở đối tượng BMI > 30: giảm 7-10 kg hoặc > 5% trọng lượng cơ thể cải thiện mức độ són tiểu.
- Tập cơ sàn chậu: (Bài tập Kegel)

  Bài tập co thắt có 2 dạng:

  • Dạng 1 - co thắt nhanh áp dụng: cho đối tượng TKKS do gắng sức ưu thế.

  • Dạng 2 - co chậm và giữ chắc: cho đối tượng tiểu gấp ưu thế

  Bài tập co chậm giúp cải thiện độ bền của cơ, bài tập co nhanh và mạnh giúp tạo thành phản xạ co cơ khi có một sự tăng áp lực ổ bụng đột ngột, chẳng hạn ho và hắt hơi.

  Tập tại phòng tập mỗi tuần/ lần.

  Bệnh nhân tự tập tại nhà theo hướng dẫn tối thiểu 15-20 tuần. Thực hiện 3 đợt / ngày, mỗi đợt tối thiểu hơn 15 lần co cơ.

  Đánh giá sức cơ theo PERfect trước và sau khi tập 1 tháng
- Liệu pháp phản hồi sinh học có kích thích điện cơ.

  Chỉ định: đối tượng không thể co cơ vùng sàn chậu cần sử dụng kích thích điện để co đúng.
- Chống chỉ định:
  - Bệnh nhân đặt máy tạo nhịp.
  - Có vết thương hở miệng tại vị trí đặt điện cực.
  - Có thai.
  - Nghi ngờ ung thư CTC..
  - Bệnh nhân tâm thần, không hợp tác

  Nguyên lý: đưa một dòng điện thấp vào để kích thích sự co cơ sàn chậu. Kích thích điện cơ sàn chậu có hai tác động: co cơ sàn chậu và ức chế sự co thắt ngoại ý của cơ Detrusor.

4.2. Điều trị nội khoa

- Nội tiết tại chỗ: estrogen

  Chỉ định: đối tượng tiền mãn kinh, mãn kinh ở tất cả bệnh nhân TKKS khi gắng sức và hỗn hợp.

  Dưới dạng bôi: hàng ngày trong hai tuần sau đó 2 lần mỗi tuần

  Dưới dạng đặt âm đạo: viên đặt 10mcg/ ngày, trong 2 tuần, sau đó 2 lần/ tuần. Có thể sử dụng trong 3 tháng nếu bệnh nhân có biểu hiện cải thiện.

- Vòng nâng Pessary (Phụ lục 5)

  Chỉ định

  ▪ TKKS khi gắng sức.

  ▪ Sa tạng chậu đi kèm TKKS.

  Chống chỉ định

  ▪ Viêm âm đạo, viêm vùng chậu.

  ▪ Xuất huyết âm đạo chưa rõ nguyên nhân.

  ▪ Bệnh lý đông cầm máu.

  ▪ Viêm loét âm đạo do thiểu dưỡng (tương đối).

  ▪ Bệnh lý ung thư cổ tử cung.

  Nguyên lý: Vòng nâng kiểu cơ bản hay cải tiến với bóng lồi, tác dụng như một tấm nâng giữ phần đỉnh tạng sa trở về vị trí ban đầu trong trường hợp có sa tạng, hay giữ ổn định cổ bàng quang, tăng cường sự vững chãi của niệu đạo. Vòng nâng có thể lấy ra mỗi ngày, mỗi tuần hoặc 1 tháng, tùy vào điều kiện của người bệnh và khả năng chăm sóc của cơ sở điều trị, tối đa là 3 tháng. Vệ sinh và sử dụng estrogen tại chỗ sẽ hạn chế các biến chứng do vòng nâng.

- LASER âm đạo (Phụ lục 6)

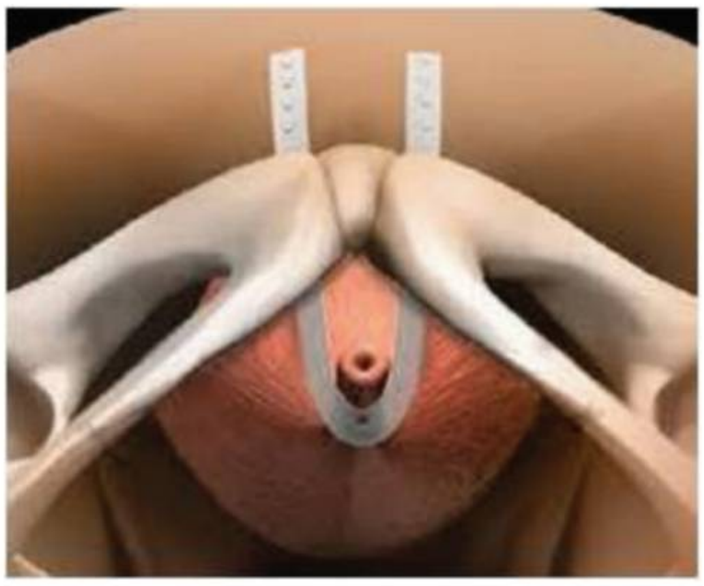
  Chỉ định: TKKS khi gắng sức nhẹ, trung bình hay ở những bệnh nhân có triệu chứng nặng không cải thiện với điều trị nội, nhưng trì hoãn chưa muốn phẫu thuật.

  Thực hiện: 1 tháng/ lần trong 3 tháng đầu. Tái điều trị sau 6 tháng tới 12 tháng.

  Nguyên lý: Laser Erbium YAG là một thủ thuật không phẫu thuật, xâm lấn tối thiểu được dùng để tăng cường chức năng của mô liên kết bên trong thành âm đạo, cải thiện sự nâng đỡ của sàn chậu và giảm bớt các triệu chứng rối loạn chức năng vùng sàn chậu.

4.3. Điều trị ngoại khoa

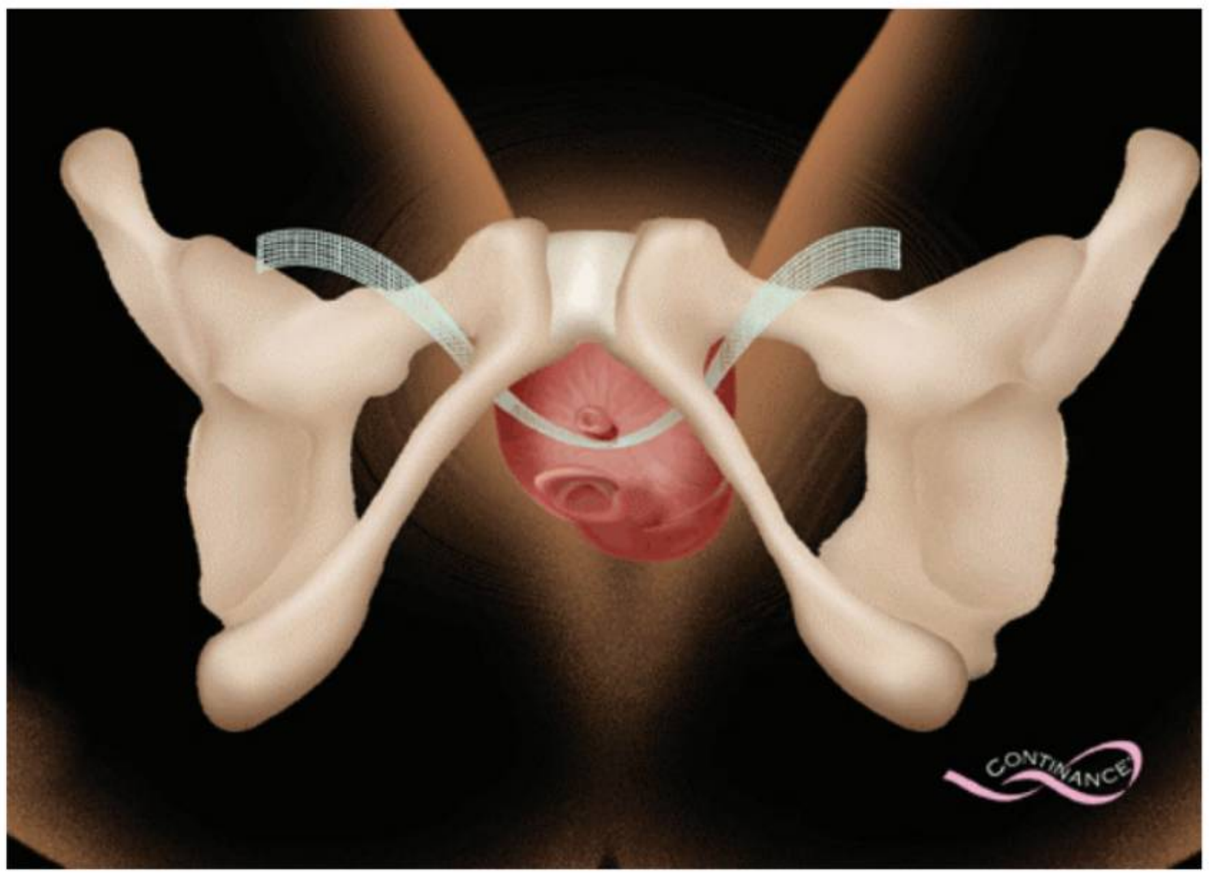
- Kỹ thuật TVT: đặt dải băng sau khớp mu



Nguyên lý: sử dụng dải băng treo chất liệu Polypropylen để nâng đỡ niệu đạo. Hiệu quả TVT từ 80-95%. Tại Việt Nam báo cáo tỷ lệ thành công là 92,8%.

Biến chứng:

- Thủng bàng quang (2-11%) do đó luôn phải soi bàng quang sau phẫu thuật.
- Xuất huyết nặng (2-4%) định nghĩa là mất trên 200ml trong mổ hoặc có khối máu tụ sau mổ.
- Tiểu khó, bí tiểu sau mổ (1.9 - 9.9%).
- Loét mòn (0.5 – 1.3%) Lộ mảnh ghép âm đạo, lộ mảnh ghép bên mặt niệu đạo, bàng quang.
- Đau: hậu quả của phản ứng viêm.
- Một số biến chứng nặng khác: thủng mạch máu lớn, thủng ruột nguyên nhân do thao tác thực hiện tuy rất hiếm nhưng vẫn có.
- Kỹ thuật TOT: đặt dải băng qua lỗ bịt.



Nguyên lý: dải treo xuyên lỗ bịt tôn trọng nguyên tắc ít xâm hại cũng dùng vật liệu Polypropylen nhưng xuyên kim qua vùng an toàn của lỗ bịt. TOT hạn chế tai biến hơn là TVT. Theo nghiên cứu tỷ lệ thành công khoảng 79.2 - 96%.

Biến chứng:

- Thủng bàng quang (0.4 - 1.5%) thấp hơn nhiều so với TVT.
- Rách niệu đạo hiếm gặp chỉ báo cáo vài trường hợp.
- Chảy máu nặng trong cuộc mổ (2 - 3%).
- Thủng âm đạo (0.3 - 1%).
- Loét mòn (0.2 – 1.5%).
- Rối loạn tiểu sau mổ (2 - 6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Nguyễn Trung Vinh (2015) "Điều trị bảo tồn sa tạng chậu", Sàn chậu học, Nhà Xuất bản Y học.
2. Nguyễn Văn Ân (2015) "Điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức bằng phương pháp dải treo niệu đạo giữa" Sàn chậu học, Nhà Xuất bản Y học, tr. 353-66.

Tiếng Anh

1. Hoffman, Barbara L., et al. (2016) Williams gynecology. McGraw Hill Professional.
2. Ogrinc UB, Senčar S, Lenasi H. (2015) "Novel minimally invasive laser treatment of urinary incontinence in women. Lasers in surgery and medicine"; 47(9):689-97.
3. National Institute for Health and Care Excellence. (2013) "Urinary incontinence in women: management. Clinical guideline [CG171]".
4. Pardo JI, Solà VR, Morales AA. (2016) "Treatment of female stress urinary incontinence with Erbium-YAG laser in non-ablative mode" . European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology; 204:1-4.
5. Practice Bulletin No. 155 (2015): Urinary Incontinence in Women. Obstetrics & Gynecology.;126(5):e66-e81.
6. Ghoniem, G et al. (2007) "Evaluation and outcome measures in the treatment of female urinary stress incontinence: International Urogynecological Association (IUGA) guidelines for research and clinical practice" International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction vol. 19,1 5-33.
7. Sencar S, Bizjak-Ogrinc U. Laser treatment of Urinary incontinence in women.
8. Tähtinen, Riikka M., et al. (2016) "Long-term impact of mode of delivery on stress urinary incontinence and urgency urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis." European urology 70.1: 148-158.
9. Versi E, Harvey M-A. Efficacy of an external urethral device in women with genuine stress urinary incontinence. International Urogynecology Journal. 1998;9(5):271-4.

PHỤ LỤC 1:
ĐÁNH GIÁ SA TẠNG CHẬU THEO POP-Q

Phân loại POP-Q gồm có 9 giá trị được trình bày trên bảng 3x3 theo quy ước quốc tế như sau:

Aa	Ba	C
Gh	Pb	Tvl
Ap	Bp	D

Các giá trị được tính bằng đơn vị centimet.

Giá trị của số đo phản ánh vị trí của nó so với màng trinh: nằm trên màng trinh sẽ mang giá trị là âm, nằm dưới màng trinh thì mang giá trị dương. Mặt phẳng của màng trinh được quy ước là 0.

- *Sáu số đo đại diện cho thay đổi mốc giải phẫu:*
  - Điểm Aa: là điểm nằm trên đường giữa của thành trước âm đạo, cách lỗ niệu đạo ngoài 3 cm. Đây là điểm tương ứng với vị trí của nếp niệu đạo – bàng quang. Khoảng giới hạn của điểm Aa là từ -3 đến 3 cm.
  - Điểm Ba: là điểm tương ứng với vị trí xa nhất của phần thành trước âm đạo nằm trong khoảng từ điểm Aa đến túi cùng trước âm đạo hoặc mỏm cắt âm đạo. Giá trị của điểm Ba phụ thuộc nhiều nhất vào độ sa của thành trước. Nếu không sa thì điểm Ba sẽ có giá trị là -3 cm, và khoảng giới hạn giá trị của điểm Ba là từ -3cm đến + tổng chiều dài âm đạo.
  - Điểm Ap: là điểm nằm trên đường giữa của thành sau âm đạo, cách màng trinh 3cm. Theo định nghĩa, khoảng giới hạn vị trí của điểm Ap là -3 đến 3 cm.
  - Điểm Bp: là điểm tương ứng cho vị trí xa nhất của thành sau âm đạo nằm trong khoảng từ điểm Ap đến túi cùng sau âm đạo hoặc mỏm cắt âm đạo. Giá trị của điểm Bp phụ thuộc nhiều nhất vào độ sa của thành sau. Nếu không sa thì điểm Bp sẽ có giá trị là -3cm, và khoảng giới hạn giá trị của điểm Bp là từ -3cm đến + tổng chiều dài âm đạo.
  - Điểm C: là điểm thấp nhất của cổ tử cung. Trong trường hợp đã cắt tử cung, điểm C tương ứng với mỏm cắt âm đạo.

- Điểm D: là điểm thuộc vòm sau âm đạo ở người phụ nữ vẫn còn tử cung. Nó đại diện cho mức bám của dây chằng tử cung cùng vào mặt sau cổ tử cung. Điểm D được xem là điểm để đánh giá độ suy yếu trong việc treo tử cung của dây chằng tử cung cùng. Điểm D không thể xác định nếu đã cắt bỏ tử cung.

- *Ba số đo khoảng cách bao gồm:*

- Khoảng gh (genital hiatus – khe niệu dục): khoảng cách từ điểm giữa của lỗ niệu đạo ngoài đến mép sau màng trinh.
- Khoảng pb (perineal body – thể hội âm): khoảng cách từ mép sau màng trinh đến trung điểm của lỗ hậu môn.
- Chiều dài âm đạo (total vaginal length - tvl): là độ sâu lớn nhất của âm đạo trong cm khi điểm C được đưa về vị trí giải phẫu bình thường.

Theo hệ thống POP-Q, sa tạng chậu được chia thành 5 độ:

Độ 0: không có sa sinh dục. Các điểm đều ở trên mức - 3

Độ I: điểm thấp nhất trên màng trinh > 1 cm.

Độ II: điểm thấp nhất trên hoặc dưới màng trinh < 1 cm.

Độ III: điểm thấp nhất dưới màng trinh > 1 cm nhưng < (tvl-2).

Độ IV: điểm thấp nhất dưới màng trinh > (tvl-2).

Khám lúc bệnh nhân nằm với tư thế sản phụ khoa và khi thực hiện nghiệm pháp Valsava.

PHỤ LỤC 2:
NHẬT KÝ ĐI TIỂU

Ghi chú nhật ký đi tiểu nhiều nhất có thể, tốt nhất ghi chú hơn 2 ngày/ tuần.

- Mỗi ngày ghi nhận bạn đã uống gì, ước lượng thức uống khi bạn uống (ml, ly, cốc).
- Sử dụng bình để ước lượng lượng nước tiểu mà bạn tiểu ra. Ghi nhận lượng nước tiểu vào bảng nhật ký.
- Nếu có són tiểu, đánh dấu vào cột tương ứng.
- Mỗi lần bạn đi tiểu, hãy ghi nhận kí tự tương ứng vào bảng nhật ký để mô tả mức độ gấp rút của quá trình khi đi tiểu:

  A: Không có cảm giác mắc tiểu, đi tiểu vì có lý do khác cần vào nhà vệ sinh.

  B: Tôi có thể trì hoãn việc đi tiểu mà ko sợ són tiểu.

  C: Tôi có thể trì hoãn việc đi tiểu trong khoảng thời gian ngắn nữa thôi.

  D: Tôi không thể trì hoãn việc đi tiểu, phải vội vã đi tiểu để không bị rỉ nước tiểu ra.

  E: Tôi bị són tiểu trước khi kịp vô nhà vệ sinh.

Ví dụ Ngày 1

Giờ	Vào	Ra	Són tiểu	Tiểu gấp
7:00		300ml		D
8:00	Trà 1 tách 200ml			
9:00				
10:00	Nước 200ml			
11:00		30ml	x	
12:00				
13:00				
14:00				
15:00				
16:00				
17:00				
18:00				
19:00				
20:00				
21:00				
22:00				
23:00				

PHỤ LỤC 3:
BẢNG 3IQ (The Three Incontinence Questions)

Sử dụng các bảng câu hỏi ngắn 3IQ (The Three Incontinence Questions) để đánh giá và phân loại.

1- Trong vòng 3 tháng nay, bạn có bị rỉ nước tiểu không kiểm soát không

a. Có (hỏi tiếp các câu kế)

b. Không (không hỏi tiếp)

2 - Suốt 3 tháng qua, bạn bị són tiểu khi: (có thể đánh nhiều câu trả lời)

a. Khi hoạt động thể lực: ho, hắt hơi, nâng vát, tập thể dục.

b. Khi bạn đột ngột mắc tiểu cần tiểu ngay nhưng không kịp đi vào nhà vệ sinh.

c. Rỉ nước tiểu mà không có cảm giác mắc tiểu hay không hoạt động thể lực.

3 - Trong 3 tháng qua, bạn thường són nước tiểu nhiều nhất khi :

a. Thực hiện hoạt động thể lực: ho, cười, hắt hơi, nâng vát, tập thể dục. Khi đột ngột mắc tiểu nhưng không kịp đến nhà vệ sinh.

b. Không cảm giác mắc tiểu và không hoạt động thể lực.

c. Són tiểu như nhau khi hoạt động thể lực và khi mắc tiểu dột ngột mà

d. không kịp đi vào nhà vệ sinh.

Câu hỏi thứ 3: đáp án (a) là tiểu không kiểm soát chiếm ưu thế, (b) là tiểu gấp, (d) dạng hỗn hợp, (c) gợi ý nguyên nhân khác.

Trong quá trình hỏi bệnh, khai thác về nhu cầu sử dụng băng lót, số lượng, thời gian thay băng lót để đánh giá về mức độ TKKS.

Hoffman, Barbara L., et al. Williams gynecology. McGraw Hill Professional, 2016.

TABLE 23-2. The Three Incontinence Questions (3IQ)

1. During the last 3 months, have you leaked urine (even a small amount)?
   a. Yes (continue questions)
   b. No (questionnaire completed)
2. During the last 3 months, did you leak urine: (mark all that apply)
   a. When you were performing some physical activity, such as coughing, sneezing, lifting, or exercise?
   b. When you had the urge or feeling that you needed to empty your bladder, but you could not get to the toilet fast enough?
   c. Without physical activity and without a sense of urgency?
3. During the last 3 months, did you leak urine most often: (mark only one)
   a. When you were performing some physical activity, such as coughing, sneezing, lifting, or exercise?
   b. When you had the urge or feeling that you needed to empty your bladder, but you could not get to the toilet fast enough?
   c. Without physical activity and without a sense of urgency?
   d. About equally as often with physical activity as with a sense of urgency?

The response to question 3 with (a) or (b) indicates stress-predominant or urgency-predominant incontinence, respectively, whereas (d) indicates mixed and (c) suggests another cause of incontinence.

PHỤ LỤC 4:
SIUI (The Severity Index for Urinary Incontinence)

TABLE I. Questions Used to Assess the Degree of UI in Women

How often do you experience urinary leakage?
1. Less than once a month
2. A few times a month
3. A few times a week
4. Every day and/or night

How much urine do you lose each time?
1. Drops
2. Small splashes
3. More

The severity index is created by multiplying the results of questions 1 and 2.

In the three-level severity index, responses to the second question are first aggregated into drops (1) and more (2), and then multiplied with the frequency, resulting in the following index values (1–8):

1–2 = slight
3–4 = moderate
6–8 = severe

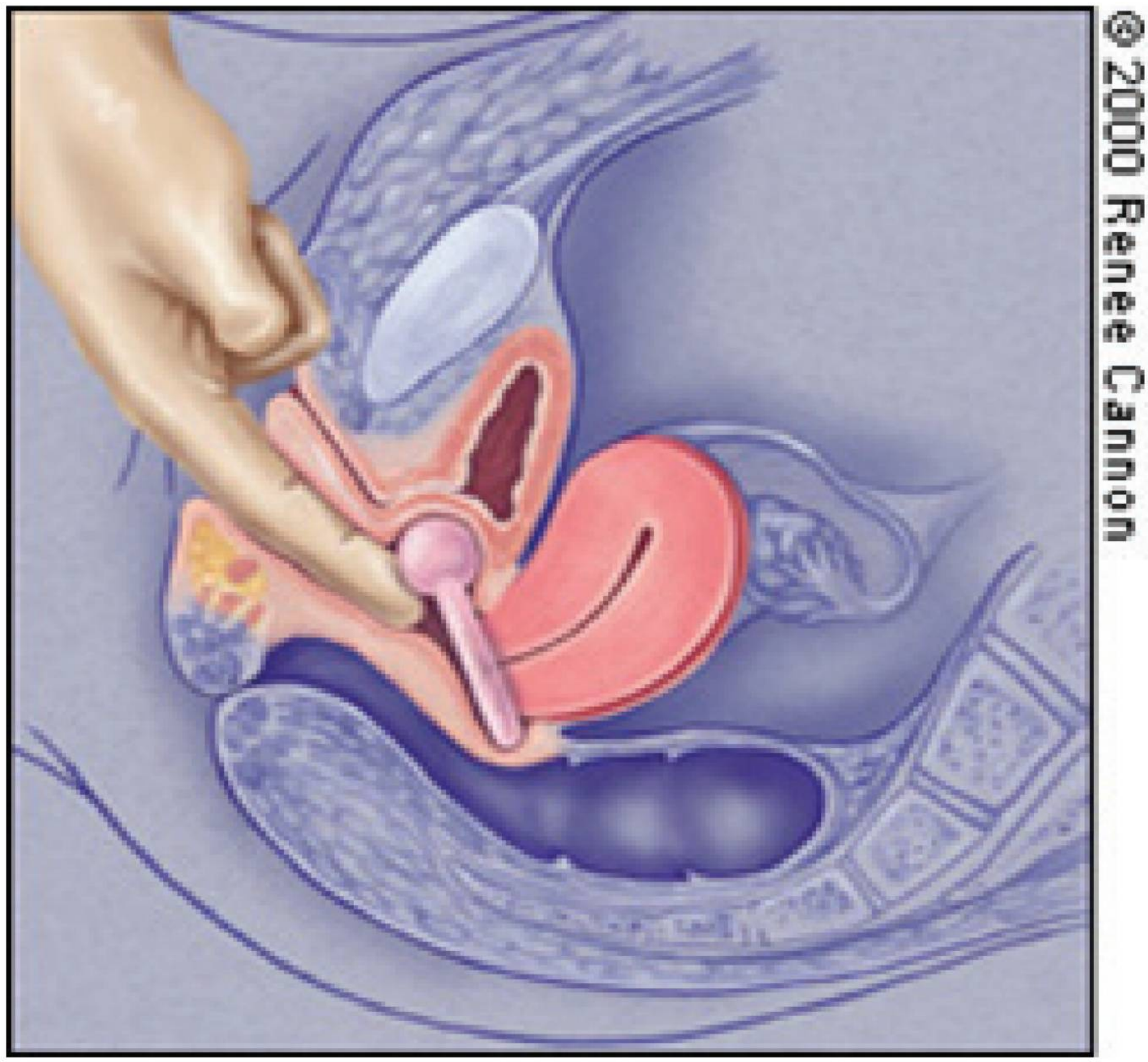
The four-level severity index is based on the following index values (1–12):

1–2 = slight
3–6 = moderate
8–9 = severe
12 = very severe

For statistical purposes in follow-up studies, we recommend adding the value 0 (zero) for those who become continent.

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/%28SICI%291520-6777%282000%2919%3A2<137%3A%3AAID-NAU4>3.0.CO%3B2-G

PHỤ LỤC 5:
VÒNG NÂNG PESSARY



1. Đánh giá bệnh nhân trước khi đặt

- Khám: Tình trạng sa tạng, mức độ sa theo POPQ, ghi nhận các rối loạn đường tiểu đi kèm, đánh giá thang điểm PERFECT, tình trạng viêm nhiễm tại chỗ, thiểu dưỡng âm đạo.
- Các xét nghiệm: siêu âm, pap'smear, nước tiểu 13 thông số.
- Tư vấn và cung cấp thông tin về việc sử dụng vòng nâng cho bệnh nhân. Sử dụng estrogen tại chỗ trong 2 tuần và hẹn ngày đặt vòng.
- Đánh giá lại và lựa chọn loại và kích thước vòng nâng thích hợp cho bệnh nhân với nguyên tắc chọn kích thước to nhất đạt mục đích điều trị và bệnh nhân cảm thấy dễ chịu.

2. Đặt vòng nâng Pessary

- Bàng quang trống, tư thế Trendelenburg.
- Nhẹ ngàng đẩy khối sa lên.
- Đánh lại chắc chắn về loại và kích thước vòng.
- Bôi trơn vòng bằng gel hoặc dầu kháng sinh.
- Đặt nhẹ nhàng cho bệnh nhân.
- Trong 15 phút đánh giá bệnh nhân sau đặt: cho bệnh nhân làm phương pháp Valsava, đi lại nếu rơi vòng chọn kích thước lớn hơn hoặc bệnh nhân khó chịu, đau, đổi kích thước nhỏ hơn.
- Sau khi đặt vòng cho bệnh nhân đi tiểu và đánh giá nước tiểu tồn lưu. Không có tình trạng ứ đọng nước tiểu tồn lưu cho bệnh nhân về, và hẹn tái khám.

3. Lịch hẹn tái khám

- Tái khám 2 tuần sau đặt vòng. Sau đó 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng.

4. Biến chứng

- Loét thành âm đạo.
- Nhiễm trùng âm đạo.

Xử trí khi có loét thành âm đạo: tháo vòng, cho bệnh nhân sử dụng estrogen tại chỗ 2-4 tuần và tái khám thay đổi kích thước hay loại vòng nâng. Điều trị viêm âm đạo với Metronidazole uống hoặc tại chỗ khi có viêm nhiễm âm đạo.

PHỤ LỤC 6:
LASER EBRIUM YAG

1. Cơ chế Laser Ebrium YAG

Laser Erium YAG là một thủ thuật không phẫu thuật, xâm lấn tối thiểu được dùng để tăng cường chức năng của mô liên kết bên trong thành âm đạo, cải thiện sự nâng đỡ của sàn chậu và giảm bớt các triệu chứng rối loạn chức năng vùng sàn chậu, làm trẻ hoá âm đạo có thể thay thế các phẫu thuật xâm lấn trong tương lai, mà vẫn cho kết quả tốt và an toàn trong trị liệu.

Cấu trúc thành âm đạo gồm: biểu mô, mô liên kết, cơ, ngoại mạc và cân. Laser Er-YAG bước sóng 2940nm, đạt đỉnh cao nhất của quang phổ hấp thu nước, và được hấp thu hoàn toàn trong vài milimet mô. Khi phát tia các sóng tia tạo sự quang nhiệt sâu 0.5 mm bên dưới bề mặt niêm mạc âm đạo. Tia hoạt động nối tiếp liên tục tới niêm mạc thành âm đạo, tạo ra sự phân bổ nhiệt gây tăng nhiệt độ bên trong mô âm đạo và không gây cắt đốt. Các sợi collagen đáp ứng với sự tăng nhiệt độ thích hợp bằng cách co cơ, các sợi cơ trở nên ngắn và dày hơn.

2. Chỉ định

- Tiểu không kiểm soát khi gắng sức nhẹ, trung bình.
- Tiểu không kiểm soát nặng không cải thiện với điều trị nội, nhưng trì hoãn chưa muốn phẫu thuật.
- Bệnh nhân Tiểu không kiểm soát đi kèm các bệnh lý nội khoa.

3. Chống chỉ định

- Bệnh nhân đang có nhiễm trùng tiểu, hay các bệnh lý viêm nhiễm.
- Bệnh nhân bị ung thư đường sinh dục.
- Bệnh nhân bị khối u sinh dục (buồng trứng, tử cung) có chỉ định phẫu thuật hay u gây chèn ép niệu quản, bàng quang.
- Bệnh nhân có dị dạng hay dò đường niệu sinh dục.

4. Tác dụng ngoại ý

- Bệnh nhân sẽ có một số tác dụng ngoại ý ghi nhận được như: phù nề, đau buốt, vết bỏng nông, đau nhẹ, tăng tiết dịch đường âm đạo.

5. Chuẩn bị trang thiết bị vật dụng

Máy Laser fotona Erium YAG
Đầu chiếu tia các loại chuyên dụng theo máy
Bàn khám phụ khoa
Mỏ vịt, gòn sát khuẩn
Lidocain cream
Đèn khám phụ khoa
Nước muối sinh lý
Kềm tim
Kính đeo chuyên dụng cho bác sỹ và bệnh nhân

6. Các bước tiến hành trị liệu laser

- Tư vấn liệu trình laser, lợi ích, tác dụng ngoại ý, ký đồng thuận.
- Chuẩn bị dụng cụ: bàn khám phụ khoa, mỏ vịt, gòn, nước muối sinh lý, máy laser fotona Erium YAG.
- Bệnh nhân được dặn đi tiểu, làm vệ sinh sạch âm hộ trước bằng xà bông.
- Nằm tư thế phụ khoa
- Sát trùng âm hộ âm đạo cổ tử cung bằng nước muối sinh lý.
- Đặt mỏ vịt chuyên dụng.
- Máy laser đã được người phụ mở máy chuẩn bị.
- Bước 1: thiết lập chương trình gynecology -Incontilase (điều trị TKKS khi gắng sức), chọn chế độ Incontilase 1. Đưa đầu dò PS03-GA vô âm đạo, phát tia dọc chiều dài âm đạo, mặt vát phát tia nằm ở vị trí thành trước âm đạo từ 10 - 2h. Di chuyển nhẹ nhàng, phát tia dạng xung.
- Bước 2: thay đầu dò R11- GC cho phép phát tia 360 độ. Chỉnh chế độ Incontilase 2 Phát tia dọc chiều dài âm đạo.
- Bước 3: thay đầu dò PS 03, chỉnh chế độ Incontilase 3. Phát tia vùng âm đạo dạng xung.
- Trong quá trình thực hiện, bác sĩ hỏi bệnh nhân tình trạng đáp ứng trong khi phát tia có biểu hiện hay cảm giác đau, nóng, rát, khó chịu...
- Rút đầu dò ra, tháo mỏ vịt.
- Ghi nhận hồ sơ, dặn dò bệnh nhân tái khám ngay khi có vấn đề bất thường: ra huyết, đau, bỏng rát, sưng, phù nề...
- Hẹn lịch tái khám cho bệnh nhân.

131 ĐÁNH GIÁ VÀ CHUẨN BỊ TRƯỚC MỔ PHỤ KHOA

I. MỤC TIÊU

- Đánh giá và chuẩn bị trước mổ phụ khoa giúp điều chỉnh tốt nhất các bất thường sức khỏe trước mổ, hướng dẫn bệnh nhân những gì có thể sẽ xảy ra trong cuộc mổ cũng như sau mổ.
- Chuẩn bị kỹ trước mổ giúp giảm hậu quả, bệnh nhân hồi phục nhanh, giảm thời gian nằm viện và tạo sự thỏa mãn cho bệnh nhân.
- Phẫu thuật viên cần khai thác tiền sử và khám lâm sàng để phát hiện những bất thường về sức khỏe ảnh hưởng xấu trong lú.
- Xem xét lại chỉ định mổ lựa chọn những phương pháp thay thế cuộc mổ nếu cần.
- Những trường hợp mổ cấp cứu cần đánh giá nhanh chóng trước mổ để có những xử trí phù hợp trong và sau mổ.

II. ĐỒNG THUẬN VÀ NHỮNG MONG MUỐN CỦA BỆNH NHÂN

- Nên giải thích kỹ cho bệnh nhân hiểu những nguy cơ và lợi ích của phẫu thuật cũng như những phương pháp điều trị thay thế, kể cả chỉ theo dõi đơn thuần không can thiệp. Những phẫu thuật có nhiều kết cục và ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống (như phẫu thuật sa tạng chậu), phẫu thuât viên nên tìm hiểu và giải thích kỹ những mong muốn của bệnh nhân.
- Thời gian mổ và thời gian hồi phục sau mổ cũng phải được giải thích kỹ, điều này giúp bệnh nhân dễ dàng chấp nhận và những triệu chứng ngay sau mổ.
- Phẫu thuật viên phải chắc chắn rằng bệnh nhân đã hiểu rõ và muốn thực hiện phẫu thuật. Những giải thích này phải ghi trong hồ sơ bệnh án trên tờ đồng ý phẫu thuật.
- Bảng đồng thuận trước mổ phụ khoa đính kèm.

III. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC MỔ

Đánh giá trước mổ nên tập trung tìm kiếm những vấn đề có thể ảnh hưởng xấu tới trong và sau mổ. Phẫu thuật viên dùng các thông tin này để chuẩn bị cho cuộc mổ và kế hoạch chăm sóc cũng như phòng ngừa biến chứng sau mổ.

3.1. Bệnh sử: bệnh sử trước mổ bao gồm các tiền sử chung như: tình trạng bệnh, tiền sử phẫu thuật, nội khoa, dị ứng và các vấn đề sau:

- Tình trạng bệnh lý phải phẫu thuật.
- Tình trạng bệnh lý và các yếu tố nguy cơ làm tăng biến chứng chu phẫu.
- Tiền sử bản thân hay gia đình hay các nguy cơ huyết khối, dùng thuốc kháng đông, aspirin, clopidogel.
- Tiền sử bản thân hay gia đình có các biến chứng liên quan tới vô cảm.

3.2. Bệnh lý kèm theo: những bệnh nhân có bệnh lý hay nghi ngờ có bệnh lý kèm theo phải được gửi khám và tư vấn chuyên khoa phù hợp về khả năng chịu đựng phẫu thuật cũng như theo dõi sau mổ.

3.3. Khám thực thể: Trước khi phẫu thuật phụ khoa, phẫu thuật viên nên khám kỹ vùng chậu. Trong một số trường hợp, nên khám lại vùng chậu sau khi vô cảm.

Một số thăm khám sâu hơn tùy thuộc vào lý do phẫu thuật. Ví dụ, trước khi phẫu thuật ung thư, nên khám các hạch ở những vị trí ung thư có thể di căn. Hơn nữa, khám thực thể còn nhằm đánh giá khả năng chịu đựng phẫu thuật và vô cảm của bệnh nhân.

ĐÁNH GIÁ TRƯỚC MỔ, BỆNH LÝ PHỤ KHOA KHÔNG PHỨC TẠP, KHÔNG CÓ TIỀN CĂN BẤT THƯỜNG

Bệnh nhân phụ khoa có bệnh lý phụ khoa không phức tạp và không và không có tiền căn y khoa hay phẫu thuật bất thường ảnh hưởng đến kết cục phẫu thuật nên tuân theo các bước đánh giá trước mổ sau đây.

1. Kiểm tra lại bệnh sử.
2. Hoàn tất thăm khám lâm sàng.
3. Làm hematocrit hoặc hemoglobin nếu > 6 tháng tuổi.
4. Điện tâm đồ nếu > 40 tuổi.
5. Kiểm tra ure huyết và đường huyết nếu > 65 tuổi.
6. Kiểm tra có thai hay không nếu trong độ tuổi sinh sản, hoạt động tình dục và không dùng biện pháp tránh thai hoặc sử dụng biện pháp tránh thai không đảm bảo tính hiệu quả.
7. Kiểm tra các bệnh lây qua đường tình dục (chlamydia, lậu, giang mai, viêm gan, và bệnh suy giảm miễn dịch (HIV)) nếu nghi ngờ hoặc ghi nhận phơi nhiễm.
8. Kiểm tra nhóm máu và tầm soát nếu có khả năng mất máu nhiều hơn lượng máu mất ít do phẫu thuật.

ĐÁNH GIÁ TRUỚC MỔ, BỆNH LÝ PHỤ KHOA PHỨC TẠP, KHÔNG CÓ TIỀN CĂN BẤT THƯỜNG

1 bệnh nhân có bệnh lý phụ khoa phức tạp và không có tình trạng sức khoẻ hoặc tiền căn phẫu thuật bất thường mà có thể ảnh hưởng đến kết cục cuộc phẫu thuật nên tuân theo các buớc đánh giá truớc mổ sau đây (bệnh lý phụ khoa bất thường bao gồm tiền căn phẫu thuật vùng bụng/chậu mà có bằng chứng hoặc liên quan của các bệnh lý viêm dính vùng chậu, khối u, hoặc nang với kích thước làm phẫu thuật khó khăn; nghi ngờ hoặc có bằng chứng giải phẫu bệnh ung thư; tình trạng viêm nhiễm đường sinh dục; chảy máu cấp tính hoặc mạn tính từ đường sinh dục, biểu hiện rõ bất thường nhiều trên công thức máu).

1. Kiểm tra lại bệnh sử.
2. Hoàn tất thăm khám lâm sàng.
3. Xét nghiệm cần thiết cho bệnh lý phụ khoa không phức tạp.

4. Công thức máu toàn phần khi nghi ngờ hay có bằng chứng viêm nhiễm vùng chậu, xuất huyết hay thiếu máu.
5. Thời gian prothrombin (PT), thời gian hoạt động từng phần thromboplastin (APTT), và có thể đánh giá hoạt động của tiểu cầu (PFA-100) hoặc thời gian máu chảy với xuất huyết hoặc thiếu máu.
6. Chức năng gan và chức năng thận với nghi ngờ viêm gan hoặc bệnh lý đường niệu.
7. Nhóm máu và phản ứng chéo trong trường hợp đánh giá máu mất nhiều trong phẫu thuật, nếu không thì chỉ cần nhóm máu và tầm soát.
8. Thăm khám tiền mê.

ĐÁNH GIÁ TRƯỚC MỔ, CÓ BỆNH LÝ PHỤ KHOA PHỨC TẠP HOẶC KHÔNG, CÓ TIỀN CĂN BẤT THƯỜNG

1 bệnh nhân có hoặc không có bệnh lý phụ khoa phức tạp và có tình trạng sức khoẻ hoặc tiền căn phẫu thuật bất thường đưa đến nguy cơ cho cuộc phẫu thuật (tình trạng sức khoẻ hoặc vấn đề phẫu thuật bất thường bao gồm bệnh lý tim, mạch máu, hô hấp, niệu, tiêu hoá, nội tiết, thần kinh và chỉnh hình, cũng như thuốc điều trị cho các bất thường này). Những bệnh nhân này nên được đánh giá tuần tự theo các bước sau đây:

1. Kiểm tra lại bệnh sử.
2. Hoàn tất thăm khám lâm sàng.
3. Xét nghiệm cần thiết cho bệnh lý phụ khoa không phức tạp.
4. Xét nghiệm cần thiết cho bệnh lý phụ khoa phức tạp.
5. Thời gian prothrombin (PT) và INR đối với bệnh nhân có tiền căn thuyên tắc mạch hoặc thuyên tắc phổi dùng warfarin.
6. Yếu tố V Leiden, đột biến gen prothrombin 20210A, kháng đông, lupus tán huyết và kháng thể kháng phospholipid trong những bệnh nhân nghi ngờ hội chứng tăng đông.
7. Chứng năng gan, chức năng thận, điện giải và/ hoặc đường huyết trong những bệnh nhân có bệnh lý niệu, gan, hoặc nội tiết; dùng thuốc lợi tiểu; đối với những bệnh nhân sốt không rõ nguyên nhân; với bệnh lý nội tiết, bao gồm đái tháo đường, hạ đồng huyết, bệnh lý tuyến giáp, hoặc bệnh lý tuyết thượng thân, tuyến yên; hoặc có tiền căn điều trị hoá hoặc xạ trị gần đây.

8. Điện tâm đồ cho những bệnh nhân nghi ngờ bệnh lý tim mạch.
9. Tham vấn tiền mê.
10. Kiểm tra tiền căn sử dụng thuốc tim mạch, hô hấp, nội tiết, niệu, và tiền căn phẫu thuật đã đề cập trước đó.

3.4. Cận lâm sàng:

Các xét nghiệm thường quy:

1. Thời gian xét nghiệm: nếu không có sự thay đổi về lâm sàng, các kết quả xét nghiệm trong vòng 1 tháng trước mổ cho kết quả an toàn.
2. Các xét nghiệm:
   - Công thức máu, nhóm máu, Rh.
   - Chức năng thận: Ure (BUN), creatinin.
   - Ion đồ.
   - Glucose máu.
   - HIV, HBsAg
   - Chức năng gan: AST, ALT, bilirubine TP, TT, GT.
   - Chức năng đông máu: PT, aPTT, fibrinogen.
   - Tổng phân tích nước tiểu.
   - ECG.
   - X quang ngực.
   - Siêu âm tim khi bệnh nhân > 60 tuổi.
   - Xét nghiệm thai (định lượng βhCG): tất cả các bệnh nhân trong độ tuổi sinh đẻ.
   - AFP, CA125, HE4, định lượng βhCG (trường hợp u buồng trứng)
   - D Dimer – INR (nhóm nguy cơ cao : đái tháo đường, cao huyết áp, béo phì).
   - Pap's: bệnh nhân có quan hệ tình dục. Soi cổ tử cung tùy trường hợp.
   - Xét nghiệm kiểm tra viêm sinh dục – Soi nhuộm huyết trắng: khi bệnh nhân có triệu chứng hay yếu tố nguy cơ, nên làm xét nghiệm và điều trị. Những bệnh nhân có viêm âm đạo nên điều trị trước mổ.
   - Các xét nghiệm khác – Các xét nghiệm khác (hình ảnh học vùng chậu: CT Scan, MRI…) chỉ nên thực hiện khi có chỉ định.

- Các xét nghiệm chuyên khoa: tùy thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng và các bệnh lý kèm theo.

4. Chuẩn bị trước mổ: bao gồm những chuẩn bị ở bệnh phòng và ở phòng mổ

- Hướng dẫn sử dụng các loại thuốc cần thiết trước mổ (nếu có) theo tinh thần khám tiền mê: kháng đông…
- Điều chỉnh tình trạng thiếu máu.
- Phòng ngừa tình trạng nhầm lẫn bệnh nhân, vị trí và loại phẫu thuật.
- Tư vấn bệnh nhân ngưng thuốc lá, uống rượu trước 4 tuần phẫu thuật (nếu có).

5. Phòng ngừa nhiễm trùng vết mổ

- Kháng sinh dự phòng (theo phác đồ kháng sinh dự phòng). Trường hợp ca mổ khó có thể tổn thương ruột hay nhiễm trùng thì ngày trước mổ cho kháng sinh Metronidazol 0.5g truyền TM trước mổ 30 phút và làm vệ sinh vị trí mổ: sử dụng kháng sinh trước khi rạch da theo bài phác đồ kháng sinh dự phòng, tắm rửa bằng xà phòng (vùng mổ, rốn, khe, nếp gấp (háng), lau sơn móng tay chân, tháo nữ trang), làm vệ sinh vùng phẫu thuật nên sử dụng phương pháp cắt lông và thực hiện trong ngày phẫu thuật.
- Rửa âm đạo: bằng dung dịch povidone-iodine đơn thuần hay kết hợp bôi gel povidone-iodine.

6. Chuẩn bị ruột

- Chế độ ăn:

  Ngày trước phẫu thuật: ăn bình thường tới bữa tối trước 23 giờ, sau đó nhịn ăn uống. KHÔNG CẦN CHUẨN BỊ RUỘT CƠ HỌC.

  Ngày phẫu thuật: truyền Glucose 5 % tại khoa (trừ bệnh nhân đái tháo đường).
- Trường hợp mổ nghi dính ruột, tổn thương ruột, thì chuẩn bị ruột và kháng sinh uống. Bao gồm uống 2 chai Fleet Soda (Monobasic Natri Phosphat 7,2g/15ml và Dibasic Natri Phosphat 2,7g/15ml) như sau: khi có lịch mổ uống 1 chai với 250ml nước, tiếp tục uống thêm 1,25 lít nước. Đến 2 giờ sau uống tiếp 1 chai với 250ml nước

(#1 ly nước đầy) có thể uống nước càng nhiều càng tốt. Hoặc Fortrans 1 gói pha với 1500ml nước uống, uống 750ml lúc nhận lịch mổ và uống lúc 21 giờ phần còn lại. Trường hợp bệnh nhân không uống được Fleet Soda thì bơm 2 tube Fleet Enema (Monobasic Natri Phosphat 19g/118ml và Dibasic Natri Phosphat 7g/118ml) lúc 18 giờ trước ngày mổ và 23 giờ trước ngày mổ. Nếu bệnh nhân không ra phân nhiều thêm thụt tháo lúc 4 giờ sáng ngày mổ.

- Mổ ngã âm đạo vì sa sinh dục: khi có lịch mổ bệnh nhân ăn cháo, súp. Tới ngày trước phẫu thuật nhịn hoàn toàn chỉ uống nước đường. Fleet Enema (Monobasic Natri Phosphat 19g/118ml và Dibasic Natri Phosphat 7g/118ml) bơm lúc 8 giờ và 12 giờ trưa ngày trước phẫu thuật.
- Mổ bán khẩn: thức ăn đặc → mổ sau 6 giờ, bình thường (ăn lỏng: cháo, súp) mổ sau 4 giờ.
- Mổ bán khẩn, mổ khẩn nếu nhịn ăn không đủ 6 giờ chích Zantac 50mg 1 ống (TB) tại khoa trước chuyển bệnh (trước mổ 60 phút).

7. Phòng ngừa viêm nội tâm mạc nhiễm trùng

Theo phác đồ kháng sinh dự phòng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology. ACOG practice bulletin Perioperative Pathways: Enhanced Recovery After Surgery Vol.132, No. 3. Obstet Gynecol September 2018.
2. Eason E, Wells G, Garber G, et al. Antisepsis for abdominal hysterectomy: a randomised controlled trial of povidone-iodine gel. BJOG 2004; 111:695.
3. Habib G, Hoen B, Tornos P, et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009): the Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) and the International Society of Chemotherapy (ISC) for Infection and Cancer. Eur Heart J 2009; 30:2369.
4. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. Am J Surg 2002; 183:630.
5. Manley S, de Kelaita G, Joseph NJ, et al. Preoperative pregnancy testing in ambulatory surgery. Incidence and impact of positive results. Anesthesiology 1995; 83:690.
6. Ramm O, Gleason JL, Segal S, et al. Utility of preoperative endometrial assessment in asymptomatic women undergoing hysterectomy for pelvic floor dysfunction. Int Urogynecol J 2012; 23:913.
7. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. Circulation 2007; 116:1736.

TS. BS Hoàng Thị Diễm Tuyết

BẢNG CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ TRƯỚC MỔ

1. Bà (cô) đã trải qua cuộc phẫu thuật lần nào chưa? Có Không
- Nếu có: Khi nào? Ở đâu trên cơ thể?.....
- Trong mỗi trường hợp phẫu thuật được gây mê hay gây tê?.....
- Bác sĩ có báo cho bà (cô) vấn đề đặc biệt nào hoặc một biến chứng nào trong mỗi trường hợp phẫu thuật không? Có Không

2. Bà (cô) có dị ứng với thuốc nào không? Có Không
- Nếu có: Loại nào và thể hiện ra sao?.....
- Có dị ứng với loại thức ăn nào không? Có Không
- Nếu có: Loại nào và thể hiện ra sao?.....

3. Bà (cô) có hen suyễn không? Có Không
- Nếu có: Từ lúc nào?.....
- Hiện tại còn dùng thuốc không? Có Không
- Nếu có: thuốc gì?.....

4. Bà (cô) thường có cơn ngất kèm co quắp hai bàn tay hoặc co giật không? Có Không
- Nếu có: Lần lên cơn cuối cùng là ngày nào?.....

5. Bà (cô) có bệnh tim không? Có Không
- Nếu có: bệnh tim gì ?.....
- Điều trị ở đâu chưa? Có Không

6. Bà (cô) có cao huyết áp không ? Có Không
- Nếu có: đã điều trị gì chưa? Có Không
- Điều trị ở đâu?.....

7. Có bao giờ khám bác sĩ nói Bà (cô) bị dãn hay viêm mạch máu không? Có Không
- Nếu có: bao nhiêu lần?.....
- Bên phải hay bên trái?.....
- Trong trường hợp:

  + Sau sanh? Có Không

  + Sau mổ? Có Không

8. Trong gia đình Bà (cô) có ai chết bất ngờ khi sanh hoặc đau thắt ngực khhi làm việc nặng không? Có Không
9. Bà (cô) có bệnh về đường hô hấp (lao, viêm phổi, viêm phế quản) không? Có Không
10. Bà (cô) có bệnh tiểu đường không? Có Không
- Nếu có: đã điều trị gì chưa? Có Không

- Điều trị ở đâu?.....

11. Bà (cô) có bệnh bướu cổ không? Có Không
- Nếu có: đã điều trị gì chưa? Có Không
- Điều trị ở đâu?.....

12. Bà (cô) có bệnh về thần kinh không? Có Không
13. Bà (cô) có bị nhức nửa đầu không? Có Không
14. Bà (cô) có bệnh đau cột sống không? Có Không
15. Bà (cô) có đau dọc theo sau từ mông đến bắp chân không? Có Không
16. Bà (cô) có bị chảy máu lâu cầm khi có vết thương hay đứt tay không? Có Không
- Có hay bị chảy máu cam không? Có Không
- Có kinh nhiều không? Có Không
- Khi đánh răng có bị chảy máu chân răng nhiều và kéo dài không? Có Không
- Bà (cô) có dễ bị bầm tím không? Có Không
- Bà (cô) có bị truyền máu lần nào không? Có Không
- Trong gia đình (Cha, mẹ, anh, chị) có ai mắc bệnh về máu không? Có Không

17. Bà (cô) có răng giả không? Có Không
- Nếu có: Lấy ra được không? Có Không

18. Bà (cô) có sanh lần nào không? Có Không
- Nếu có: lần cuối vào năm nào?.....
- Có dùng thuốc ngừa thai không? Có Không

19. Hiện tại, Bà (cô) có dùng thuốc gì không (vd thuốc kháng đông)? Có Không
- Nếu có: Tên thuốc và liều lượng?.....
- Gần đây bà (cô) có dùng thuốc gì mà hiện tại không dùng nữa không? Có Không
- Bà (cô) có dùng thuốc nào nhiều tháng hoặc nhiều năm, một hoặc nhiều thứ không? Có Không
- Nếu có: Loại nào và tại sao dùng?.....

20. Bà (cô) có bệnh nào khác mà chưa ghi nhận ở trên đây không? Có Không
- Nếu có: Xin vui lòng kể ra.....

BẢNG ĐỒNG THUẬN TRƯỚC MỔ PHỤ KHOA

Họ và tên bệnh nhân:.....
Họ tên người đại diện gia đình bệnh nhân:.....
Quan hệ với bệnh nhân:.....
Tôi đã được nghe giải thích về yêu cầu phải mổ phụ khoa trên vì lợi ích của tôi/người nhà của tôi. Tôi đồng ý để bác sỹ thực hiện mổ cho tôi/người nhà của tôi.
Trước khi cuộc mổ được tiến hành, tôi đã được bác sỹ giải thích và nhận biết những nguy cơ cuộc mổ. Tôi biết mổ có thể có các nguy cơ và rủi ro y khoa sau:

- Chảy máu trong và sau mổ.
- Nhiễm trùng vết mổ: tỷ lệ nhiễm trùng 0.2-6.8%
- Thủng, dò các cơ quan lân cận do viêm dính: bàng quang, ruột, niệu quản.
- Tác dụng phụ của việc gây mê và gây tê: bệnh lý nội khoa nặng kèm theo trước mổ, tụt huyết áp, liệt chi, có thể tử vong (1/12.000)
- Trường hợp ung thư có thể phải hóa trị và xạ trị sau mổ.
- Ngoài ra còn một số nguy cơ khác không liệt kê ra hết.

Sau khi mổ, tôi sẽ được hẹn tái khám trong khoảng 2-4 tuần. Tái khám đúng hẹn sẽ giúp ích cho việc phát hiện kịp thời những biến chứng có thể gặp.

Tôi đã được giải thích của cuộc mổ. Tôi biết cuộc mổ khá an toàn nhưng cũng có một ít nguy cơ. Tôi đã được giải thích về những rủi ro y khoa và các tai biến liên quan đến cuộc mổ.

Tôi đã đọc và đã hiểu nội dung bảng đồng thuận này, tôi đồng ý với tất cả những giải thích trên và đồng ý mổ. Tôi sẽ không khiếu nại gì nếu có rủi ro y khoa đã được cảnh báo trước.

Ngày ...tháng...năm 20...	Ngày ...tháng...năm 20...
Chữ ký bệnh nhân/người nhà bệnh nhân	Chữ ký bác sỹ

Nếu bệnh nhân không thể tự quyết định được, phải điền vào:
Bệnh nhân:.....
Không thể tự quyết định vì lý do:.....
Người đại diện hợp pháp:.....
Quan hệ với bệnh nhân:.....
Ngày ký.....
Ký tên:

PHÁC ĐỒ KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU – THỦ THUẬT SẢN PHỤ KHOA

132

I. ĐẠI CƯƠNG

Kháng sinh dự phòng là việc sử dụng một đợt kháng sinh ngắn ngay trước khi phẫu thủ thuật và kết thúc trong 24 giờ.

1.1. Nguyên tắc sử dụng KSDP

a. Giới hạn KS sử dụng cho các tình huống nguy cơ cao.

b. Thiết lập được nồng độ KS trong mô cơ thể trước khi phẫu thuật.

c. Đưa vào cơ thể liệu pháp KS ngắn hạn giúp hạn chế tối đa liều thuốc có liên quan đến các phản ứng gây độc.

d. Sử dụng KS lựa chọn thứ hai và thứ ba.

e. Chọn KS có hiệu quả đối kháng với tác nhân gây bệnh.

f. Đảm bảo các lợi ích đem lại nhiều hơn tác dụng có hại của KSDP.

1.2. Điều kiện áp dụng kháng sinh dự phòng

Đối tượng áp dụng: tất cả các trường hợp phẫu thuật - thủ thuật sản phụ khoa sạch và sạch nhiễm.

II. LOẠI KHÁNG SINH SỬ DỤNG

Phẫu – thủ thuật sản khoa:

Loại phẫu thuật	Kháng sinh dự phòng	Ghi chú
Mổ lấy thai cấp cứu hoặc chủ động	Cefazolin 1g (TMC) Thời điểm: trước rạch da trong vòng 30 phút Nếu dị ứng Penicillin hay Cephalosporin: Clindamycin 600 mg truyền TM trước rạch da	Nếu máu mất trong lúc mổ ≥ 1000ml: tiêm thêm 1g Cefazolin ngay sau phẫu thuật Nếu sản phụ béo phì (BMI ≥ 30 hoặc cân nặng ≥ 80 kg) dùng 2g Cefazolin trước rạch da
Mổ lấy thai chủ động có cấy vi trùng nhiễm tụ cầu vàng kháng	Sử dụng ***kháng sinh dự phòng*** Cefazolin 1g (TMC) trước phẫu thuật 30 phút	

Methicillin (MRSA)	và Vancomycin 1g (truyền TM) trước phẫu thuật 1-2 giờ	
Dự phòng viêm nội tâm mạc nhiễm trùng khi làm thủ thuật, phẫu thuật sản khoa	Ampicillin + ức chế beta-lactamase, 1g (TMC) trước phẫu/thủ thuật 30 phút	
Sanh thường	Không khuyến cáo sử dụng	
Sanh thủ thuật (Forceps hay giác hút)	Không khuyến cáo sử dụng	
Bóc nhau bằng tay	Ampicillin + ức chế beta-lactamase, 1g (TMC) trước thủ thuật 30 phút	
Phục hồi rách TSM độ 3 và 4	Cefotetan hay Cefoxitin 1g (TMC) trước thủ thuật	*Sử dụng Kháng sinh trong dự phòng sản khoa của Bộ y tế*
Khâu eo tử cung	Cefazolin 1g (TMC) trước thủ thuật	
Nong và nạo sau sanh	Cefazolin 1g (TMC) trước thủ thuật	
Chọc ối Sinh thiết gai nhau	Không khuyến cáo sử dụng	

Phẫu – thủ thuật phụ khoa:

Loại phẫu/thủ thuật	**Kháng sinh dự phòng**	**Ghi chú**
Phẫu thuật cắt tử cung - Ngã âm đạo - Ngã bụng - Nội soi	Cefazolin 1g (TMC) trước rạch da	Nếu máu mất trên 1000 ml, lặp lại 1g Cefazolin ngay sau phẫu thuật Nếu bệnh nhân béo phì (BMI ≥ 30 hoặc cân nặng ≥ 80 kg) dùng 2g Cefazolin trước rạch da
Phẫu thuật nội soi - Chẩn đoán - Sinh thiết - Triệt sản - Buồng tử cung	Cefazolin 1g (TMC) trước rạch da	
Phẫu thuật sàn chậu – niệu	Cefazolin 1g (TMC)	Nếu máu mất trên

	trước rạch da	1000 ml, lặp lại 1g Cefazolin ngay sau phẫu thuật Nếu sản phụ béo phì (BMI ≥ 30 hoặc cân nặng ≥ 80 kg) dùng 2g Cefazolin trước rạch da
Dị ứng Penicillin hay Cephalosporin	Clindamycin 600 mg truyền TM trước rạch da	
Phá thai ngoại khoa	Doxycycline 100 mg 02 viên (uống) 1 giờ trước thủ thuật	
Đặt vòng tránh thai	Doxycycline 100 mg 01 viên (uống) x 2 lần trong 5 ngày	
Chụp HSG	Doxycycline 100 mg 01 viên (uống) x 2 lần trong 5 ngày. Nên tầm soát STD trước khi chụp HSG	
Nạo sinh thiết buồng tử cung	Cefazolin 1g (TMC) trước thủ thuật 30 phút	
Khoét chóp CTC	Cefazolin 1g (TMC) trước thủ thuật 30 phút	
Kiểm tra niệu động học	Tầm soát nhiễm trùng tiểu bằng cấy nước tiểu và/hoặc tổng phân tích nước tiểu	

LƯU Ý:

- Lặp lại liều kháng sinh thứ 2 sau liều đầu 3 giờ trong trường hợp phẫu thuật chưa kết thúc và không có yếu tố nguy cơ nhiễm trùng.
- Phẫu thuật viên ghi trong tờ điều trị gồm: loại thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian, liều lặp lại (nếu có).
- Đối với trường hợp cần chuyển sang kháng sinh điều trị sau phẫu thuật, phẫu thuật viên hoặc bác sĩ điều trị cần ghi rõ lý do chỉ định kháng sinh điều tri trong hồ sơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kháng sinh dự phòng. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh trong sản phụ khoa và sơ sinh, trang 39-42, ấn bản lần 1, 2016.
2. Phác đồ BV Hùng Vương
3. Phác đồ BV Từ Dũ
4. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K, Grimes DA. Obstet Gynecol. 1996;87(5 Pt 2):884.
5. ACOG practice bulletin No. 195: Prevention of infection after gynecologic procedures. Obstet Gynecol 2018; 131:e172
6. ACOG practice bulletin No. 104: Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THAI TRỨNG

133

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Thai trứng là bệnh lý của nguyên bào nuôi, đặc trưng của sự thoái hóa nước của các gai nhau và tăng sản quá mức của các nguyên bào nuôi.

1.2. Phân loại

- Có 2 loại thai trứng:
  + Thai trứng toàn phần: toàn bộ gai nhau đều thoái hóa thành các bọc trứng.
  + Thai trứng bán phần: bên cạnh những bọc trứng còn có các mô nhau thai bình thường hay có cả phôi, thai nhi bị lưu.
- Thai trứng là bệnh lành tính những có khoảng 15% trường hợp thai trứng hoàn toàn và khoảng 3% thai trứng bán phần trở thành ung thư nguyên bào nuôi.

II. TRIỆU CHỨNG

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Trễ kinh.
- Rong huyết.
- Nghén nặng.
- Bụng to nhanh.
- Không thấy thai máy.

2.1.2. Triệu chứng thực thể

- Toàn thân mệt mỏi, thiếu máu.
- Tử cung mềm, kích thước lớn hơn tuổi thai, đôi khi khám thấy nang hoàng tuyến ở 1 hoặc 2 bên.
- Không sờ được phần thai, không nghe được tim thai.

- Nhân di căn âm đạo.
- Cường giáp.
- Tiền sản giật.
- Thấy các phần mô giống trứng chảy ra từ lòng tử cung trong trường hợp thai trứng đang sẩy.

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: Lòng tử cung có hình ảnh tổ ong, không thấy hình ảnh phôi thai hay thấy hình ảnh thai đang phát triển hay thai lưu hay hình ảnh siêu âm không điển hình.
- Định lượng β-hCG máu hiển thị tình trạng có thai tiến triển.

III. CHẨN ĐOÁN

Siêu âm là yếu tố quyết định, β-hCG hỗ trợ cho chẩn đoán trong những trường hợp khó.

IV. BẢNG PHÂN LOẠI YẾU TỐ NGUY CƠ THEO WHO - 1983

Yếu tố	0	1	2	3
Loại	Toàn phần	Bán phần	Lặp lại	
Kích thước tử cung so với tuổi thai (theo tháng)	≤1	>1	>2	>3
βHCG	< 50 000	> 50 000 và < 100000	>100000	> 1 triệu
Nang hoàng tuyến		< 6 cm	> 6 cm	>10 cm
Tuổi		< 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.

V. ĐIỀU TRỊ

Quy trình điều trị qua các bước tuần tự sau:

5.1. Chuẩn bị bệnh nhân

5.1.1. Xét nghiệm

- Huyết đồ, nhóm máu, Rh.
- Chức năng gan, thận, tuyến giáp.
- Điện giải.
- X quang tim phổi thẳng.
- Tổng phân tích nước tiểu.

5.1.2. Chuẩn bị bệnh nhân

- Khám tiền mê.
- Khám chuyên khoa nếu cần thiết: nội tiết, tim mạch, huyết học ...
- Giải thích bệnh nhân và người nhà: loại bệnh gì, cách điều trị, cách theo dõi bệnh, tiên lượng bệnh.

5.2. Hút nạo lòng tử cung

- Thực hiện tại phòng mổ.
- Hút nạo dưới hướng dẫn của siêu âm dùng ống hút số 8 →12.
- Bắt đầu hút ở phần thấp của tử cung đến đáy tử cung. Nạo lại lòng tử cung bằng muỗng.
- Truyền tĩnh mạch oxytocin sau khi lấy hết trứng.
- Tất cả bệnh phẩm gởi GPBL trong 1 lọ.
- Trong trường hợp cổ tử cung đóng kín, chuẩn bị cổ tử cung trước khi hút nạo bằng dụng cụ hoặc làm chín muồi cổ tử cung bằng các phương pháp cơ học laminaire hay lamigel, chứ không sử dụng Misoprostol.
- Nạo kiểm tra lần 2 khi có chỉ đinh đặc biệt.
- Bệnh nhân Rh âm tính cần làm thêm Rh của chồng, nếu kết quả là Rh dương thì cần chích Anti D nếu muốn sanh con.

5.3. Chỉ định cắt tử cung

- Đối với bệnh nhân > 40 tuổi và không muốn có con thêm nữa, đặc biệt nếu bệnh nhân có thêm 1 trong các yếu tố nguy cơ cao thì nên khuyến cáo việc cắt tử cung.

5.4. Hóa trị dự phòng: Bình thường thai trứng không có chỉ định hóa trị dự phòng trừ những trường hợp đặc biệt:

- Bệnh nhân không tuân thủ nghiêm túc quá trình theo dõi và thuộc nhóm nguy cơ cao.
- Điều trị 1 đợt: MTX hoặc Actinomycin D.

5.4.1. Phác đồ điều trị MTX

- Methotrexate: 1 mg/kg/ngày x 4 ngày (TB) (ngày 1-3-5-7).
- Calcium Folinat: 0,1mg/kg liều MTX (TB) x 4 ngày (ngày 2-4-6-8).

Ngày	Giờ	Theo dõi và điều trị
0		Định lượng β-hCG, huyết đồ, SGOT, SGPT, urea, creatinin
1	Sáng	MTX 1mg/kg (TB)
2	Sáng	Calcium Folinat 0,1 mg/kg (TB)
3	Sáng	MTX 1mg/kg (TB)
4	Sáng	Calcium folinat 0,1 mg/kg (TB)
5	Sáng	MTX 1mg/kg (TB)
6	Sáng	Calcium Folinat 0,1 mg/kg (TB)
7	Sáng	MTX 1mg/kg (TB)
8	Sáng	Calcium Folinat 0,1 mg/kg (TB)
9	Sáng	Định lượng β-hCG, huyết đồ, SGOT, SGPT, urea, creatinin

5.4.2. Phác đồ Actinomycin D

- Sử dụng khi suy chức năng gan.
- Kháng MTX.
- Dị ứng MTX.
- Actinomycin D: 10-12 mcg/kg/ngày x 5 ngày (TMC).

Ngày	Giờ	Theo dõi và điều trị
0		Định lượng βhCG, huyết đồ, SGOT, SGPT, urea, creatinin
1	Sáng	Actinomycin D 10-12 mcg/kg (TMC)
2	Sáng	Actinomycin D 10-12 mcg/kg (TMC)
3	Sáng	Actinomycin D 10-12 mcg/kg (TMC) Huyết đồ
4	Sáng	Actinomycin D10-12 mcg/kg (TMC)
5	Sáng	Actinomycin D 10-12 mcg/kg (TMC)
6	Sáng	Định lượng βhCG, huyết đồ, SGOT, SGPT, urea, creatinin

VI. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG

- Định lượng β-hCG máu:
  + Mỗi tuần cho đến khi β-hCG âm tính trong 6 tuần (< 5 mUI/l).
  + Mỗi tháng 1lần trong 6 tháng.
- Sau 6 tháng, bệnh nhân có thể mang thai lại.

- Sau 6 tháng, bệnh nhân có thể mang thai lại.
- Ngừa thai hiệu quả trong thời gian theo dõi bằng bao cao su hoặc thuốc ngừa thai sau khi β-hCG âm tính.
- Nếu có thai lại trong thời gian theo dõi nên bỏ thai.
- Trong thời gian theo dõi hậu thai trứng:
  - Nếu β-hCG bình nguyên (giảm ít hơn 10%) trong 2 tuần liên tiếp (sau 3 lần thử).
  - Hoặc:
    Nếu β-hCG tăng (>10%) sau 2 lần thử liên tiếp cách tuần. Hoặc:
  - Nếu β-hCG không về âm tính sau 6 tháng. Hoặc:
  - Giải phẫu bệnh lí: Choriocarcinoma.

Thì chứng tỏ: bệnh đã chuyển từ thai trứng sang bệnh lý tế bào nuôi tồn tại hoặc bệnh lý tế bào nuôi ác tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Phác đồ điều trị của bệnh viện Hùng Vương năm 2015.

Tiếng Anh

1. Diagnosis and treatement of gestational trophoblastic disease: ACOG Practice Bulletin No. 53 February 2010
2. The manangement of gestational trophoblastic disease: RCOG Green top guideline No. 38
3. Gestational Trophoblastic Disease: SOGC clinical practice guidelines No. 114, May 2002

134 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BUỒNG TRỨNG

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Ung thư buồng trứng là một bệnh lý ác tính của buồng trứng.

1.2. Tần suất mắc

Tại Việt Nam, ung thư buồng trứng đứng thứ 9 trong các ung thư thường gặp và đứng thứ 7 về các nguyên nhân tử vong do ung thư ở nữ giới.

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Trên 50 tuổi (tăng 11%).
- Dậy thì sớm (< 12 tuổi) và mãn kinh muộn (> 52 tuổi).
- Chưa sinh đẻ hay vô sinh.
- Lạc nội mạc tử cung.
- Hội chứng buồng trứng đa nang.
- Điều trị hormon thay thế sau mãn kinh.
- Tiền căn bản thân và gia đình.
- Đột biến gen BRCA 1 và BRCA 2.
- Hội chứng Lynch.
- Hút thuốc lá, tiếp xúc hóa chất độc hại.
- Ăn nhiều chất béo động vật.
- Béo phì, BMI > 30 kg/m^2.

II. TRIỆU CHỨNG

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Ung thư buồng trứng được xem là một "kẻ sát thủ thầm lặng".
  + Giai đoạn sớm: triệu chứng mơ hồ và không đặc hiệu như cảm giác trì nặng bụng dưới, tiểu lắt nhắt, chu kỳ kinh nguyệt không đều…

2.1.2. Triệu chứng thực thể

- Sờ thấy khối u vùng chậu hoặc ổ bụng qua khám bụng hoặc khám phụ khoa.
- Tràn dịch màng bụng hoặc tràn dịch màng phổi.
- Có thể phát hiện khối u buồng trứng tình cờ qua siêu âm.

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Siêu âm

- Siêu âm ngã âm đạo có giá trị cao trong chẩn đoán khối u vùng chậu.
- Độ nhạy 92% (88-95%), độ đặc hiệu 83% (77-88%).

2.2.2. CT Scan

- CT thông thường có độ nhạy 63-79%, độ đặc hiệu 82%.

2.2.3. MRI

- Độ nhạy: 91%, độ đặc hiệu: 88%.

2.2.4. Soi dạ dày, soi đại trực tràng

- Khi có nghi ngờ ung thư buồng trứng di căn từ đường tiêu hóa.
- CT Scan, MRI, PET CT được làm khi có chỉ đinh lâm sàng.

2.2.5. Tumor markers

- CA 125 (carcinoma antigen).
  + Độ nhạy và độ đặc hiệu < 80%.
  + Có giá trị trong theo dõi để phát hiện các trường hợp tái phát hay di căn.
  + HE 4 - Human Epididymis Protein 4.
  + HE4 một mình có độ nhạy 78%; độ đặc hiệu 95%; PPV 80%; NPV 99%.
  + Kết hợp với CA125 để tính nguy cơ ác tính của buồng trứng: ROMA test có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất 89% và 91% tương ứng.
- AFP (Alphafetoproteine)
  + Có giá trị trong chẩn đoán, theo dõi K buồng trứng loại bướu tế bào mầm.
- BhCG (β Human Chorionic Gonadotropine).
  + Có giá trị trong chẩn đoán, theo dõi K buồng trứng loại bướu tế bào mầm.
- Có thể chỉ định thêm CEA, CA 19-9, CA 15-3… khi có nghi ngờ K BT do di căn từ các cơ quan khác.

FIGO	
I	Bướu ở buồng trứng hay vòi trứng
IA	Bướu giới hạn trong 1 buồng trứng (vỏ bao còn nguyên vẹn) / vòi trứng; Không có bướu trên bề mặt buồng trứng / vòi trứng; không có tế bào ác tính trong dịch báng hay dịch rửa phúc mạc.
IB	Bướu giới hạn trong 2 buồng trứng (vỏ bao còn nguyên vẹn) / vòi trứng; Không có bướu trên bề mặt buồng trứng / vòi trứng; không có tế bào ác tính trong dịch báng hay dịch rửa phúc mạc.
IC	Bướu giới hạn trong 1 hoặc 2 buồng trứng/vòi trứng với những vấn đề sau:
IC1	Lan tràn do phẫu thuật (Phẫu thuật làm vỡ bướu)
IC2	Vỡ vỏ bao trước phẫu thuật hoặc bướu trên bề mặt buồng trứng / vòi trứng
IC3	Có tế bào ác tính trong dịch báng hay dịch rửa phúc mạc
II	Bướu ở một hoặc hai buồng trứng hay vòi trứng lan rộng trong vùng chậu hoặc ung thư màng bụng nguyên phát.
IIA	Lan rộng và /hoặc gieo rắc vào tử cung và / hoặc vòi trứng
IIB	Lan rộng đến các mô khác ở trong vùng chậu
III	Bướu 1 hoặc 2 buồng trứng lan rộng đến phúc mạc ngoài vùng chậu được xác định trên tế bào học hay mô học và/ hoặc di căn đến hạch sau phúc mạc.
IIIA	Hạch sau phúc mạc dương tính và/hoặc di căn vi thể ngoài vùng chậu
IIIA1	Chỉ có hạch sau phúc mạc dương tính (bằng chứng tế bào học hay mô học)
IIIA1(i)	Hạch di căn ≤ 10mm đường kính lớn nhất
IIIA1(ii)	Hạch di căn > 10mm đường kính lớn nhất
IIIA2	Di căn phúc mạc vượt khỏi vùng chậu trên vi thể, có hay không có di căn hạch sau phúc mạc
IIIB	Di căn phúc mạc vượt khỏi vùng chậu trên đại thể ≤ 2cm đường kính lớn nhất, có hay không có di căn hạch sau phúc mạc
IIIC	Di căn phúc mạc vượt khỏi vùng chậu trên đại thể > 2cm đường kính lớn nhất, có hay không có di căn hạch sau phúc mạc (gồm lan rộng đến vỏ bao gan/lách không có liên quan đến nhu mô của 1 trong 2 cơ quan này)
IV	Di căn xa loại trừ di căn phúc mạc
IVA	Tràn dịch màng phổi với tế bào học dương tính
IVB	Di căn nhu mô gan và/hoặc lách, di căn cơ quan ngoài ổ bụng (gồm hạch bẹn và hạch ngoài ổ bụng)

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Lựa chọn phương pháp điều trị dựa vào

- Loại mô học.
- Giai đoạn bệnh.
- Tuổi bệnh nhân.
- Thể trạng bệnh nhân.

3.2. Phối hợp đa mô thức

- Phẫu thuật.
- Hóa trị.
- Xạ trị: ít có vai trò trong ung thư buồng trứng.

3.3. Ung thư biểu mô buồng trứng

3.3.1. Giải phẫu bệnh

- Carcinoma tuyến tiết dịch trong.
- Carcinoma tuyến tiết dịch nhầy.
- Carcinoma tuyến dạng nội mạc tử cung.
- Carcinoma tế bào sáng.
- Carcinoma tế bào chuyển tiếp: bướu Brenner ác tính.
- Adenosarcoma.
- Bướu Mullerian hỗn hợp ác tính (Carcinosarcoma).

3.3.2. Ung thư giai đoạn I

- Phẫu thuật
  + Bệnh nhân đủ con: phẫu thuật triệt để.
  + Bệnh nhân trẻ chưa đủ con: phẫu thuật bảo tồn chức năng sinh sản, chỉ được áp dụng cho các trường hợp giai đoạn IA grade 1. Sau khi sanh đủ con sẽ phẫu thuật triệt để.
  + Phẫu thuật bảo tồn chức năng sinh sản: cắt trọn phần phụ bên có bướu + bilan K.

Bilan K:

- Đường mổ: dọc rốn vệ.
- Tế bào học dịch ổ bụng: lấy dịch báng trong ổ bụng hoặc đổ 100 ml nước muối sinh lý rửa ổ bụng rút tối thiểu 40 ml dịch ở túi cùng, rãnh đại tràng 2 bên, vùng dưới hoành 2 bên.
- Thám sát ổ bụng một cách có hệ thống: thám sát, gan, vòm hoành, mạc nối lớn, các cơ quan trong ổ bụng.

- Phải nhìn thấy được toàn bộ phúc mạc. Sinh thiết bất kỳ bề mặt phúc mạc hoặc chỗ dính nghi ngờ. Nếu không có vị trí nghi ngờ thì sinh thiết phúc mạc ngẫu nhiên từ vùng chậu, rãnh đại tràng, phúc mạc dưới cơ hoành.
- Sinh thiết mạc nối lớn, buồng trứng đối diện nơi nghi ngờ bất thường.
- Có thể làm sinh thiết lạnh để hỗ trợ điều trị.

- Phẫu thuật triệt để:
  + Thám sát ổ bụng chậu + cell block / Tế bào học dịch ổ bụng.
  + Cắt trọn phần phụ có u + tử cung toàn bộ + phần phụ còn lại + mạc nối lớn + sinh thiết các tổn thương nghi ngờ + nạo hạch chậu và hạch cạnh động mạch chủ bụng khi có chỉ định + cắt ruột thừa trong ung thư biểu mô buồng trứng dạng nhầy + cắt các cơ quan bị xâm lấn nếu được.
  + PTV nên ghi nhận các dấu hiệu sau trong tường trình phẫu thuật:
    - Mức độ lan rộng của bệnh trước khi phẫu thuật giảm tổng khối bướu ở vùng chậu, ổ bụng giữa và ổ bụng trên.
    - Số lượng và kích thước bướu còn sót lại trong cùng 1 vị trí.
    - Phẫu thuật hoàn toàn hay không hoàn toàn. Nếu không hoàn toàn thì phải ghi nhận kích thước còn lại của các sang thương lớn và số lượng toàn bộ các sang thương.
- Hóa trị hỗ trợ
  + Nguy cơ thấp: không có chỉ định hóa trị hỗ trợ
    - Mô học không phải loại tế bào sáng.
    - Giai đoạn IA/B grade 1.
  + Nguy cơ cao: có chỉ định hóa trị hỗ trợ
    - Giai đoạn IA/B grade 2-3.
    - Giai đoạn IC.
    - Giải phẫu bệnh loại tế bào sáng.
    - Bênh nhân phẫu thuật bảo tồn chức năng sinh sản.
- Phác đồ:
  + K BT dạng nhú thanh dịch hoặc dạng NMTC hoặc TB sáng:
    - Platinum + Paclitaxel 3-6 chu kỳ; Platinum + Docetaxel 3-6 chu kỳ.

+ K BT dạng nhầy:
  - Phác đồ Platinum + Paclitaxel 3-6 chu kỳ; Platinum + Docetaxel 3-6 chu kỳ.
  - Hoặc 5 FU+Leucovorine+ Oxaliplatine.
  - Hoặc Capecitabine + Oxaliplatine .

+ K BT dạng Carcinosarcome:
  - Platinum + Paclitaxel 3-6 chu kỳ; Platinum + Docetaxel 3-6 chu kỳ.
  - Hoặc Cisplatine / Ifosfamide.
  - Hoặc Carboplatine / Ifosfamide.
  - Hoặc Paclitaxel / Ifosfamide.

+ K BT dạng nhú grade thấp hoặc NMTC grade 1:
  - Platinum + Paclitaxel 3-6 chu kỳ; Platinum + Docetaxel 3-6 chu kỳ.
  - Hoặc điều trị nội tiết: ức chế Aromatase, Leuprolide acetate, Tamoxifen.

3.3.3. Ung thư giai đoạn II-IV

- Phẫu thuật
  + Phẫu thuật giảm thiểu tổng khối tế bào bướu: phẫu thuật cắt tử cung toàn phần + 2 phần phụ + mạc nối lớn+ lấy tối đa các khối gieo rắc trong ổ bụng + cắt ruột thừa (nếu mô học là dạng nhầy) + nạo hạch chậu.
  + Mục đích: không để lại những tổn thương > 1 cm đường kính.
  + Chọc dò ổ bụng tìm tế bào ung thư: nếu nghi ngờ ung thư buồng trứng lan tràn ổ bụng, đánh giá lâm sàng không thể lấy hết khối u trong lần mổ đầu tiên. Sau đó sẽ hóa trị tân hỗ trợ rồi phẫu thuật.
- Hóa trị
  + Hóa trị tân hỗ trợ: dùng cho các trường hợp không làm giảm tổng khối tế bào bướu được sẽ hóa trị 3-6 chu kỳ tùy đáp ứng hóa trị, sau đó sẽ phẫu thuật lại để làm giảm tối đa khối bướu còn lại.
  + Hóa trị hỗ trợ: cho tất cả các trường hợp ung thư trong giai đoạn này.

+ Phác đồ: tương tự như giai đoạn I nhưng cân nhắc điều trị thêm Bevacizumab cho tất cả các loại GPB.
+ Hóa trị trong ổ bụng (đưa hóa chất vào ổ bụng qua phúc mạc): Chỉ định đặc biệt cho 1 số trường hợp ung thư biểu mô buồng trứng như:
  - Khối u bị vỡ vỏ bao đã có bằng chứng ác tính rõ.
  - Có tế bào ác tính trong dịch rửa ổ bụng.
  - Nghi ngờ chưa lấy hết các tổ chức ung thư, tổng khối tế bào bướu còn lại sau mổ < 1cm.
  - Các loại hóa chất sử dụng: Cisplatin, Carboplatin, Paclitaxel.

3.4. Bướu tế bào mầm

3.4.1. Giải phẫu bệnh

- Bướu nghịch mầm.
- Bướu quái không trưởng thành.
- Choriocarcinoma (Carcinoma đệm nuôi).
- Bướu xoang nội bì.
- Carcinoma phôi.
- Bướu đa phôi.
- Bướu hỗn hợp.

3.4.2. Ung thư giai đoạn I

- Bệnh nhân đủ con: Phẫu thuật triệt để.
- Bệnh nhân trẻ chưa đủ con: phẫu thuật bảo tồn chức năng sinh sản, chỉ được áp dụng cho các trường hợp giai đoạn IA grade 1. Sau khi sanh đủ con sẽ phẫu thuật triệt để.

3.4.3. Ung thư giai đoạn II – IV

- Phẫu thuật giảm thiểu tổng khối tế bào bướu (phẫu thuật cắt tử cung toàn phần + 2 phần phụ + mạc nối lớn + lấy tối đa các khối gieo rắc trong ổ bụng + nạo hạch chậu).
- Mục đích: không để lại những tổn thương >1cm đường kính.

3.4.4. Hóa trị

- Hóa trị hỗ trợ: Tất cả các trường hợp bướu tế bào mầm đã được phẫu thuật (bảo tồn chức năng sinh sản hoặc PT triệt để) đều được hóa trị hỗ trợ trừ bướu nghịch mầm giai đoạn I và bướu quái không trưởng thành giai đoạn I grade 1 đã phẫu thuật triệt để.

- Hóa trị tân hỗ trợ: dùng cho các trường hợp không làm giảm tổng khối tế bào bướu được sẽ hóa trị 2-4 chu kỳ tùy đáp ứng hóa trị, sau đó sẽ phẫu thuật lại để làm giảm tối đa khối bướu còn lại.
  Phác đồ:
  + BEP 3-4 chu kỳ.
  + CE 3 chu kỳ (dành cho bướu nghịch mầm gđ IB-III muốn giảm tác dụng phụ của hóa trị).

3.5. Bướu mô đệm dây sinh dục

3.5.1. Giải phẫu bệnh

- Bướu tế bào hạt.
- Bướu tế bào vỏ hạt.
- Bướu tế bào Sertoli Leydig.
- Bướu tế bào Sertoli.
- Bướu nguyên bào nam nữ (Gynandroblastoma).
- Không xếp loại.

3.5.2. Ung thư giai đoạn I

- Phẫu thuật:
  + Bệnh nhân đủ con: phẫu thuật triệt để.
  + Bệnh nhân trẻ chưa đủ con: phẫu thuật bảo tồn chức năng sinh sản, chỉ được áp dụng cho các trường hợp giai đoạn IA grade 1. Sau khi sanh đủ con sẽ phẫu thuật triệt để.
- Hóa trị hỗ trợ
  + Nguy cơ thấp:
    Không có chỉ định hóa trị hỗ trợ.
- Giai đoạn IA/B grade 1, grade 2, kể cả các trường hợp phẫu thuật bảo tồn chức năng sinh sản.
  + Nguy cơ trung bình:
    Có chỉ định hóa trị hỗ trợ
    Mô học có các thành phần không đồng nhất
  + Nguy cơ cao: có chỉ định hóa trị hỗ trợ
    Giai đoạn IA/B grade 3
    Giai đoạn IC
- Phác đồ:
    Platinum + Paclitaxel 3-6 chu kỳ
    BEP 3-4 chu kỳ

3.5.3. Ung thư giai đoạn II-IV

- Phẫu thuật:

  + Phẫu thuật giảm thiểu tổng khối tế bào bướu (phẫu thuật cắt tử cung toàn phần + 2 phần phụ + mạc nối lớn+ lấy tối đa các khối gieo rắc trong ổ bụng + nạo hạch chậu).

  + Mục đích: không để lại những tổn thương >1 cm đường kính

- Chọc dò ổ bụng tìm tế bào ung thư: nếu nghi ngờ ung thư buồng trứng lan tràn ổ bụng, đánh giá lâm sàng không thể lấy hết khối u trong lần mổ đầu tiên. Sau đó sẽ hóa trị tân hỗ trợ rồi phẫu thuật.

- Hóa trị:

  + Hóa trị tân hỗ trợ: dùng cho các trường hợp không làm giảm tổng khối tế bào bướu được sẽ hóa trị 3-6 chu kỳ tùy đáp ứng hóa trị, sau đó sẽ phẫu thuật lại để làm giảm tối đa khối bướu còn lại.

  + Hóa trị hỗ trợ: cho tất cả các trường hợp ung thư trong giai đoạn này.

  + Phác đồ:

  Platium + Paclitaxel 6-8 chu kỳ.

  BEP 4 chu kỳ .

3.7. Ung thư buồng trứng tái phát

- MRI bụng, chậu, ngực tìm di căn, có thể làm MRI não nếu có chỉ định cụ thể.
- Phẫu thuật lấy khối tái phát nếu được, nếu không được → hóa trị

  + Đánh giá đáp ứng:

  • Đáp ứng hoàn toàn (Complete response – CR): mất hoàn toàn các triệu chứng bệnh kéo dài ít nhất 1 tháng.

  • Đáp ứng một phần (Partial Response – PR): giảm ≥50% đường kính tất cả các sang thương có thể đo được mà không có các sang thương mới phát triển.

  • Bệnh ổn định (Stable Disease – SD): giảm < 50% đường kính hoặc tăng < 25% tất cả các sang thương có thể đo được.

  • Bệnh tiến triển (Progression): Tăng ≥ 25% tất cả các sang thương có thể đo được hoặc có sang thương mới.

3.7.1. Ung thư biểu mô buồng trứng:

- Tái phát > 6 tháng sau khi kết thúc hóa trị (nhạy Platinum):
  + Tái phát lâm sàng: Phẫu thuật giảm khối tế bào nếu có khối tái phát tại chỗ hoặc di căn xa + hóa trị hỗ trợ phối hợp với Platinum hoặc liệu pháp tái phát.
  + Tái phát sinh hóa (chỉ tăng CA 125 và không có bằng chứng của bệnh tái phát trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh):
    • Trì hoãn điều trị bằng cách theo dõi CA 125 cho đến khi có biểu hiện tái phát trên lâm sàng.
    • Hoặc điều trị ngay (liệu pháp tái phát).
- Tái phát < 6 tháng sau khi kết thúc điều trị hoặc bệnh tiến triển hoặc không thay đổi khi hóa trị ban đầu (kháng Platinum): liệu pháp tái phát.
  + Liệu pháp tái phát cho ung thư biểu mô buồng trứng: thuốc độc tế bào + Kháng tăng sinh mạch.
  + Nhạy Platinum: Carboplatin + Paclitaxel + Bevacizumab.
    • Carboplatin + Gemcitabin + Bevacizumab.
    • Carboplatin + Docetaxel + Bevacizumab.
    • Carboplatin + Liposomal Doxorubicin + Bevacizumab.
    • Cisplatin + Gemcitabin + Bevacizumab.
- Kháng Platinum: đơn hoặc đa hóa chất không có Platinum phối hợp với Bevacizumab.
  + Gemcitabin + Bevacizumab.
  + Paclitaxel + Bevacizumab.
  + Docetaxel + Bevacizumab.
  + Liposomal Doxorubicin + Bevacizumab.
- Liệu pháp tái phát cho ung thư tế bào mầm.
  + Paclitaxel + Carboplatin.
  + Paclitaxel + Gemcitabin.
  + Docetaxel + Carboplatin.
  + VIP (Vincristine, Ifosfamide, Cisplatin).
  + TIP (Paclitaxel, Ifosfamide, Cisplatin).
  + VAC (Vincristine, Dactinomycine, Cyclophosphamide).
  + VeIP (Vinblastin, Ifosfamide, Cisplatin).

- Liệu pháp tái phát cho bướu mô đệm dây sinh dục:
  + Paclitaxel + Carboplatin.
  + Paclitaxel + Ifosfamide.
  + Paclitaxel.
  + Docetaxel.
  + Ức chế Aromatase.
  + Leuprolide hoặc Bevacizumab cho bướu tế bào hạt.
  + Tamoxifen.

IV. THEO DÕI SAU DÙNG HÓA CHẤT

- Lâm sàng: sốt, lở miệng, nôn ói, tiêu chảy, tiểu máu, rụng tóc, các dấu hiệu thần kinh,...
- Cận lâm sàng: CTM, tiểu cầu, chức năng gan, thận trước mỗi đợt điều trị và sau đợt điều trị 10-14 ngày.
- Ngưng thuốc khi:
  + BC < 3.000/mm^3, ĐNTT< 1.500/mm^3
  + TC< 100.000/mm^3
  + Men gan tăng > 2.5 lần bình thường
  + Creatinin > 1.5mg%
- Mổ second look: chỉ định tùy trường hợp cụ thể

V. CÁC PHÁC ĐỒ HÓA TRỊ UNG THƯ BUỒNG TRỨNG

- Paclitaxel + Carboplatin
  + Paclitaxel 175mg/m^2 TTM trong 3 giờ N1
  + Carboplatin AUC 5-6 TTM sau Paclitaxel N1
  + Chu kỳ lặp lại mỗi 3 tuần
- Paclitaxel + Cisplatin
  + Paclitaxel 175mg/m^2 TTM trong 3 giờ N1
  + Cisplatin 75mg/m^2 TTM sau Paclitaxel N1
  + Chu kỳ lặp lại mỗi 3 tuần
- BEP
  + Bleomycin 20UI/m^2 (tối đa 30UI) TTM N1, 8, 15
  + Etoposid 100mg/m^2 TTM N1→ 5

+ Cisplatin 20mg/m^2	TTM	N1→5
+ Chu kỳ lặp lại mỗi 3 tuần		
- CE		
+ Carboplatin 400mg/m^2 N1	TTM	
+ Etoposid 120mg/m^2	TTM	N1→3
+ Chu kỳ lặp lại mỗi 4 tuần		
- Liposomal Doxorubicin		
+ 50mg/m^2	TTM	N1
+ Lặp lại mỗi 4 tuần, tối thiểu 4 chu kỳ		
- Paclitaxel + Carboplatin+Bevacizumab		
+ Paclitaxel 175mg/m^2	TTM trong 3 giờ	N1
+ Carboplatin AUC 6	TTM sau Paclitaxel	N1
+ Bevacizumab 15 mg/kg	TTM N1	
+ Chu kỳ lặp lại mỗi 3 tuần		
- Carboplatin+ Gemcitabin +Bevacizumab		
+ Carboplatin AUC 4	TTM	N1
+ Gemcitabin 1000mg/m^2	TTM	N1,N8
+ Bevacizumab 15mg/kg	TTM	N1
+ Chu kỳ lặp lại mỗi 3 tuần		
- Paclitaxel + Bevacizumab		
+ Paclitaxel 80mg/m^2	TTM	N1,8,15,22
+ Bevacizumab 15mg/kg	TTM	N1 mỗi 3 tuần
+ Chu kỳ lặp lại mỗi 4 tuần		
- Topotecan + Bevacizumab		
+ Topotecan 4mg/m^2	TTM	N1, 8,15
+ Bevacizumab 15mg/kg	TTM	N1 mỗi 3 tuần
+ Chu kỳ lặp lại mỗi 4 tuần		
- Liposomal Doxorubicin + Bevacizumab		
+ LPD 40mg/m^2	TTM	N1
+ Bevacizumab 15mg/kg tuần	TTM	N1 mỗi 3
+ Chu kỳ lặp lại mỗi 4 tuần		

- Các chỉ định ngoài các phác đồ trên sẽ hội chẩn cấp bệnh viện

VI. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG

- Các yếu tố tiên lượng thuận lợi
  + Trẻ tuổi.
  + Tình trạng sức khỏe tốt.
  + Các loại TB khác ngoài tế bào tiết nhầy và tế bào sáng.
  + Biệt hóa tốt.
  + Thể tích bướu nhỏ trước mổ.
  + Không có dịch báng.
  + Thể tích bướu còn lại nhỏ sau PT giảm tổng khối bướu.
- Lịch tái khám:
  + 3 tháng đầu: mỗi tháng 1 lần.
  + Mỗi 3 tháng cho đủ 2 năm.
  + 3 năm tiếp theo: mỗi 6 tháng.
  + Sau đó mỗi năm đến suốt đời.
- Nội dung khám:
  + Khám tổng quát.
  + Khám phụ khoa.
  + Xét nghiệm - cận lâm sàng:
  • Siêu âm tổng quát mỗi lần khám.
  • XQ phổi mỗi năm.
  • MRI bụng chậu: khi có chỉ định lâm sàng.
  • CA125 mỗi lần tái khám đối với ung thư biểu mô buồng trứng.
  • βhCG, αFP mỗi lần tái khám đối với ung thư tế bào mầm.
  • Testosteron, Estrogen, Progesteron mỗi lần tái khám đối với ung thư mô đệm dây sinh dục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Ung thư buồng trứng. (2015) Hướng dẫn và điều trị các bệnh sản phụ khoa. Bộ y tế

Tiếng Anh

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Version 1.2018
2. J.A.Ledermann, F.A.Raja (2012) Newly diagnosed and relapsed epithelial ovarian carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Clinical practice guidelines, doi:10.1093/annonc/mdt333
3. N.Colombo, M.Peiretti. (2012) Non-epithelial ovarian cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Clinical practice guidelines, doi:10.1093/annonc/mds223

135 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Hiện nay ung thư cổ tử cung (UTCTC) là một trong bốn loại ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ trên toàn thế giới, và là loại ung thư đứng hàng thứ 2 ở phụ nữ tại các quốc gia đang phát triển.

Mỗi năm có khoảng 527.600 trường hợp mới mắc và 265.700 trường hợp tử vong do UTCTC. Hơn 85% trường hợp mới mắc là ở các nước đang phát triển.

II. PHÂN GIAI ĐOẠN UNG THƯ CỔ TỬ CUNG (FIGO 2018)

Giai đoạn	Mô tả
I	Ung thư khu trú tại cổ tử cung (có thể lan tới thân tử cung hoặc không)
• IA	Ung thư xâm lấn chỉ được xác định trên vi thể, với xâm lấn sâu nhất < 5mm
IA1	Tổn thương xâm lấn mô đệm sâu < 3 mm.
IA2	Tổn thương xâm lấn mô đệm với 3 mm ≤ sâu < 5 mm
• IB	Tổn thương xâm lấn mô đệm sâu nhất ≥ 5 mm (lớn hơn giai đoạn IA), tổn thương còn giới hạn ở cổ tử cung
IB1	Tổn thương xâm lấn mô đệm sâu ≥ 5mm và đường kính lớn nhất < 2 cm
IB2	Tổn thương xâm lấn có đường kính lớn nhất ≥ 2 cm và < 4cm
IB3	Tổn thương xâm lấn có đường kính lớn nhất ≥ 4 cm
II	Ung thư xâm lấn ra ngoài tử cung, nhưng chưa đến vách chậu hay 1/3 dưới âm đạo
• IIA	Tổn thương xâm lấn đến 2/3 trên âm đạo nhưng chưa đến chu cung
IIA1	Đường kính của tổn thương < 4 cm
IIA2	Đường kính của tổn thương ≥ 4 cm
• IIB	Xâm lấn chu cung nhưng chưa đến vách chậu.
III	Ung thư xâm lấn đến 1/3 dưới âm đạo và/ hoặc xâm lấn vách chậu và/ hoặc gây thận ứ nước hoặc mất chức năng thận và/hoặc di căn hạch chậu hoặc hạch cạnh động mạch chủ
• IIIA	Ung thư xâm lấn đến 1/3 dưới âm đạo, chưa xâm lấn vách chậu
• IIIB	Ung thư xâm lấn vách chậu và/hoặc gây thận ứ nước hoặc thận mất chức năng (không do nguyên nhân khác)

•	IIIC	Di căn hạch chậu và/hoặc hạch cạnh ĐM chủ bụng
	IIIC1	Chỉ di căn hạch chậu
	IIIC2	Di căn hạch cạnh ĐM chủ bụng
IV		Ung thư lan ra khỏi vùng chậu hoặc xâm lấn niêm mạc bàng quang hoặc trực tràng (có bằng chứng qua giải phẫu bệnh)
•	IVA	Xâm lấn các cơ quan lân cận trong vùng chậu
•	IVB	Di căn các cơ quan xa

- Theo phân loại mới này có sử dụng xét nghiệm hình ảnh học (CT, MRI) vào xác định giai đoạn, vì vậy việc xác định giai đoạn sẽ chính xác hơn.

III. XẾP LOẠI NGUY CƠ

- Nguy cơ trung bình: khi có 1 trong các yếu tố
  + Xâm lấn > ½ lớp mô đệm CTC.
  + Xâm lấn mạch máu.
  + Bướu khi mổ kích thước ≥ 4 cm.
- Nguy cơ cao: khi có 1 trong các yếu tố.
  + Diện cắt (+).
  + Chu cung (+).
  + Hạch chậu (+).

IV. ĐIỀU TRỊ

Phối hợp đa mô thức.

- Phẫu thuật.
- Xạ trị.
- Hoá trị.

4.1. Điều trị theo giai đoạn bệnh

4.1.1. Giai đoạn IA1

- BN đủ con
  + Không LVSI (xâm lấn bề mặt hạch bạch huyết): Cắt tử cung đơn giản extrafascial (ngã bụng hoặc nội soi). Có thể cắt 2 buồng trứng hoặc chừa lại 2 buồng trứng tùy thuộc vào tuổi của BN.
  + Có LVSI: Cắt tử cung tận gốc cải tiến + nạo hạch chậu hoặc xạ trị.

- BN mong con:
  + Không LVSI: Khoét chóp CTC với bờ phẫu thuật âm tính (không còn tế bào ác tính hoặc HSIL). Mẫu mô được khoét không bị vỡ với bờ phẫu thuật âm tính 3 mm. Nếu bờ phẫu thuật dương tính → lặp lại khoét chóp hoặc phẫu thuật cắt CTC tận gốc.
  + Có LVSI: khoét chóp CTC với bờ phẫu thuật âm tính + nạo hạch chậu hoặc Cắt CTC tận gốc + nạo hạch chậu.

4.1.2. Giai đoạn IA2

- BN đủ con: Cắt TC tận gốc cải tiến + nạo hạch chậu hoặc xạ trị triệt để.
- BN mong con: khoét chóp CTC với bờ phẫu thuật âm tính+ nạo hạch chậu hoặc Cắt CTC tận gốc + nạo hạch chậu.
  + Sau khi BN sanh đủ con nên xem xét cắt tử cung hoàn toàn, kể cả những BN đã phẫu thuật cắt CTC tận gốc và những BN ung thư CTC giai đoạn sớm đã được khoét chóp mà có nhiễm HPV kéo dài mạn tính, Pap test bất thường kéo dài, hoặc BN muốn phẫu thuật.

4.1.3. Giai đoạn IB1 và IIA1 với đường kính tổn thương < 2 cm

- Cắt tử cung tận gốc + nạo hạch chậu (phẫu thuật Wertheim - Meigs).
- Chỉ định điều trị trị bổ túc sau mổ khi:
  + Nguy cơ trung bình: xạ trị ngoài.
  + Nguy cơ cao: hóa trị+ xạ trị ± xạ trị áp sát nếu diện cắt âm đạo (+).
- BN từ chối phẫu thuật hay có bệnh lý nội khoa không thể phẫu thuật: xạ trị triệt để.

4.1.4. Giai đoạn IB2 và IIA1 với đường kính tổn thương từ 2cm đến < 4 cm

- Hạch chậu (-) trên CT/MRI
  + Xạ trị áp sát tiền phẫu+ phẫu thuật Werthem-Meigs 4 - 6 tuần sau xạ trị. Hóa + xạ trị bổ túc vào hạch chậu 2 bên nếu GPB sau mổ có hạch chậu (+).
  + Phẫu thuật Werthem-Meigs đầu tiên. Chỉ định điều trị bổ túc sau mổ nếu:

Nguy cơ trung bình: xạ trị ngoài.

Nguy cơ cao: Hóa xạ trị ± xạ trị áp sát nếu diện cắt âm đạo (+)

+ BN từ chối phẫu thuật hay có bệnh lý nội khoa không phẫu thuật được: Xạ trị triệt để.

- Hạch chậu(+) trên CT/MRI
  + Hóa- xạ trị đồng thời triệt để.
  + Xạ trị triệt để.

4.1.5. Giai đoạn IB3-IVA: chuyển BV ung bướu

- Hóa xạ đồng thời có Cisplatin.

4.1.6. Giai đoạn IVB

- Chăm sóc giảm nhẹ là chủ yếu.
- Hóa trị với mục đích làm giảm triệu chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống.

4.2. Hoá trị

- Dành cho ung thư CTC tái phát hoặc di căn xa.

Phác đồ		
Đa hóa chất lựa chọn bước 1	Đơn hoá chất có thể lựa chọn bước 1	Lựa chọn bước 2
- Cisplatin/paclitaxel/bevacizumab Carboplatin/paclitaxel/bevacizumab Topotecan/paclitaxel/bevacizumab - Cisplatin/paclitaxel - Carboplatin/paclitaxel (nếu BN đã được điều trị với Cisplatin trước đó) - Topotecan/paclitaxel - Cisplatin/gemcitabine	Ưu tiên: - Cisplatin Thay thế: -Carboplatin - Paclitaxel	- Pembrolizumab - Bevacizumab -Paclitaxel có bọc albumin - Docetaxel - Fluorouracil - Gemcitabin - Ifosfamide - Irinotecan - Mitomycin - Topotecan

4.3. Theo dõi sau điều trị

- Lịch theo dõi
  + Mỗi 3 tháng trong 2 năm đầu.
  + Mỗi 6 tháng trong 3 năm tiếp theo.
  + Sau đó mỗi năm.
- Chủ yếu với hỏi bệnh sử, khám lâm sàng, Pap smears (phết tế bào CTC/âm đạo mỗi năm) và siêu âm.
- CT, MRI, hoặc PET/CT scan nếu lâm sàng nghi ngờ tái phát.
  + BN giai đoạn I điều trị bảo tồn tử cung: chụp MRI vùng chậu 6 tháng sau phẫu thuật và mỗi năm trong 2-3 năm.
  + BN giai đoạn I điều trị triệt để: giai đoạn IB3 hoặc các BN cần xạ trị bổ túc sau phẫu thuật: PET/CT trong vòng 3-6 tháng sau hoàn tất điều trị.
  + BN giai đoạn II - IV: CT, MRI hoặc PET/CT trong vòng 3-6 tháng sau hoàn tất điều trị.

4.4. Một số trường hợp đặc biệt

4.4.1 Ung thư ctc trong thai kỳ

- Thông thường, điều trị UTCTC trên phụ nữ có thai cũng tuân theo các nguyên tắc điều trị giống như UTCTC trên phụ nữ không có thai.
- Chẩn đoán trước tuần lễ 16-20 thai kỳ:
  + Không trì hoãn điều trị do việc trì hoãn điều trị có thể ảnh hưởng đến thời gian sống còn của bệnh nhân.
  + Phẫu thuật hoặc xạ trị.
- Chẩn đoán từ sau tuần 20 thai kỳ:
  + Điều trị có thể trì hoãn đối với giai đoạn IA2 và IB1. Điều trị bao gồm mổ lấy thai truyền thống và cắt TC tận gốc. Thời điểm PT cần cân nhắc giữa nguy cơ của mẹ và con, thường không để sau 34 tuần.
  + Đối với UTCTC giai đoạn ≥ IB2, trì hoãn điều trị chưa rõ có ảnh hưởng đến sống còn cho bệnh nhân hay không. Trên thực hành, thời gian trì hoãn điều trị thay đổi tùy thuộc vào giai đoạn lâm sàng, độ mô học khối u, tuổi thai lúc chẩn đoán, và mong muốn của bố mẹ đối với đứa trẻ trong bụng. Nếu có trì hoãn, có thể xem xét hóa trị hỗ trợ để ngăn ngừa bệnh tiến triển.

4.4.2. Ung thư ctc tình cờ phát hiện sau mổ cắt TC vì một tình trạng lành tính

- Cần cảnh giác cao để loại trừ UTCTC trước khi thực hiện mổ cắt TC vì thời gian sống còn của UTCTC bị giảm trên những trường hợp cắt ngang qua u còn sót mô bệnh.
- Nên thực hiện PET/CT scan hoặc CT/MRI bụng chậu, XQ ngực để đánh giá mức độ lan rộng của u.
- Điều trị phụ thuộc vào mức độ mô học và các dấu hiệu trên hình ảnh:
  + Giai đoạn sớm IA1 không LVSI: chỉ cần theo dõi.
  + Nếu có LVSI (+), hoặc bờ PT còn tế bào hoặc sót mô trên đại thể hoặc đã có xâm lấn mô đệm: nên xạ trị vùng chậu hoặc hóa xạ đồng thời, xem xét xạ trị trong âm đạo hỗ trợ thêm. Có thể xem xét mở bụng để cắt chu cung và nạo hạch chậu hoặc hạch cạnh ĐM chủ bụng bổ túc, tuy nhiên phẫu thuật thường khó khăn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. FIGO cancer report 2018: Cancer of the cervix uteri. International Journal of Gynecology and Obstetrics 143 (2018): 22–36.
2. NCCN (2019), NCCN Clinical practice guidelines in Oncology: Cervical cancer version 5.2019. Available from: http://www.nccn.org.

136 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Ung thư biểu mô nội mạc tử cung là u biểu mô ác tính nguyên phát từ biểu mô nội mạc tử cung, thường biệt hóa dạng tuyến, nó có khả năng xâm nhập lớp cơ và lan đến những nơi xa.

1.2. Tần suất mắc

Ở các nước đang phát triển:

- Ung thư phụ khoa đứng thứ 2 sau ung thư cổ tử cung.
- Tỷ lệ mới mắc 5,9 / 100 000 phụ nữ.
- Tỷ lệ tử vong 1,7 / 100 000 phụ nữ.

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Chưa sanh, mãn kinh muộn.
- Béo phì.
- Đái tháo đường.
- Liệu pháp estrogen không đối kháng, Tamoxifen.
- Tăng sinh NMTC không điển hình.
- Hội chứng ung thư đại trực tràng di truyền không polyp.

II. PHÂN LOẠI

- Type I (dạng nội mạc tử cung): thường gặp 80%, tiên lượng tốt.
- Type II (dịch nhầy, thanh dịch, tế bào sáng), 10-20%, tiên lượng xấu.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Ra máu âm đạo bất thường ở phụ nữ đã mãn kinh hay rong kinh, rong huyết ở phụ nữ tiền mãn kinh hoặc còn kinh: khoảng (80%).
- Chảy dịch hôi âm đạo: khoảng 30% các người bệnh, thường do nhiễm khuẩn, máu lẫn chất hoại tử tạo mùi hôi.
- Đau vùng hạ vị: khoảng 20,4%.
- Các dấu hiệu lâm sàng thường ít thấy. Đặt mỏ vịt loại trừ trường hợp ra máu từ cổ tử cung.
- Ở giai đoạn muộn, thân tử cung to hoặc xâm lấn cổ tử cung, âm đạo hay có dấu hiệu di căn xa.

3.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm đầu dò âm đạo: đánh giá ban đầu cho phép nhận biết chiều dày bất thường của nội mạc tử cung, độ xâm lấn u.
- Sinh thiết nội mạc tử cung: đánh giá tổn thương (lành hay ác tính, độ mô học, típ mô bệnh học và ung thư nguyên phát ở nội mạc tử cung hay cổ tử cung), bắt buộc trong chẩn đoán ung thư nội mạc tử cung. Hóa mô miễn dịch mẫu sinh thiết khi có chỉ định.
- CA-125.
- Soi buồng tử cung nhìn thấy tổn thương, xác định mức độ lan rộng bề mặt và định hướng cho sinh thiết đúng vị trí.
- Các xét nghiệm khi chỉ định lâm sàng: CT scan, MRI, chụp UIV, PET/CT...

3.3. Phân giai đoạn ung thư nội mạc tử cung theo FIGO 2010

FIGO	Giai đoạn
IA	Xâm lấn < ½ lớp cơ
IB	Xâm lấn > ½ lớp cơ
II	Xâm lấn mô đệm CTC nhưng không vượt khỏi tử cung
IIIA	Xâm lấn đến thanh mạc tử cung và/hoặc phần phụ
IIIB	Di căn âm đạo và/hoặc chu cung
IIIC	Di căn hạch chậu và/hoặc hạch cạnh ĐMC
IIIC1	Hạch chậu (+)
IIIC2	Hạch cạnh ĐMC(+) có hay không kèm hạch chậu
IVA	Di căn bàng quang và/hoặc ruột
IVB	Di căn xa như lan tràn trong ổ bụng và/hoặc hạch bẹn

3.4. Phân độ biệt hóa

- Grade 1: biệt hóa rõ.
- Grade 2: biệt hóa vừa.
- Grade 3: biệt hóa kém.

3.5. Tiên lượng kém

- Cao tuổi.
- Grade mô học tiến triển.
- Xâm lấn cơ sâu.
- Tăng kích thước khối u.
- Xâm lấn khoang bạch mạch.
- Giai đoạn phẫu thuật tiến triển.
- Trong ổ phúc mạc có tế bào ung thư.
- Mức độ biểu hiện thụ thể E và P của khối u cao .
- Loại mô học: dạng nhú thanh dịch, tế bào sáng, carcinosarcoma và ung thư biểu mô dạng kém hoặc không biệt hóa.

Nhóm nguy cơ	Mô tả
Thấp	• Giai đoạn I dạng NMTC, grade 1-2, xâm lấn <50%, LVSI âm tính
Trung bình	• Giai đoạn I dạng NMTC, grade 1-2, xâm lấn ≥50%, LVSI âm tính
Trung bình - cao	• Giai đoạn I dạng NMTC, grade 3, xâm lấn <50%, bất kể LVSI • Giai đoạn I dạng NMTC, grade 1-2, LVSI dương, bất kể độ xâm lấn
Cao	• Giai đoạn I dạng NMTC, grade 3, xâm lấn ≥50%, bất kể LVSI • Giai đoạn II • Giai đoạn III dạng NMTC, không bệnh tồn tại • Không phải dạng NMTC (huyết thanh hoặc tế bào sáng hoặc ung thư biểu mô không biệt hóa hoặc carcinosarcoma)
Tiến triển	• Giai đoạn III, bệnh tồn tại • Giai đoạn IVA
Di căn	• Giai đoạn IVB

IV. ĐIỀU TRỊ

Trong các phương pháp điều trị ung thư nội mạc, phẫu thuật được coi là biện pháp ưu tiên hàng đầu. Có hai phương pháp phẫu thuật chính: mở bụng hở và nội soi. Xạ trị là phương pháp điều trị hữu hiệu thứ hai trong điều trị. Xạ trị, hóa trị và nội tiết cho các trường hợp muộn.

4.1. Chuẩn bị trước mổ

- Bộ xét nghiệm tiền phẫu (trong phác đồ chăm sóc trước mổ).
- SA tổng quát và vùng chậu.

- Marker ung thư NMTC: CA125.
- ECG, XQ phổi.
- Pap's.
- Chụp UIV nếu siêu âm thận nghi ngờ.
- Soi bàng quang, soi trực tràng và đại tràng sigma.
- MRI: chỉ định MRI khi nghi ngờ ung thư vượt ra khỏi tử cung, đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật.

4.2. Điều trị cụ thể

Chỉ định điều trị dựa vào phân loại bệnh theo FIGO.

• Giai đoạn I:

- Phẫu thuật đánh giá giai đoạn qua mổ bụng hở, nội soi bụng + làm tế bào học dịch ổ bụng.
- Quan sát vòm hoành, phúc mạc và sinh thiết những vị trí có tổn thương nghi ngờ.
- Giai đoạn IA, grade 1-2: cắt tử cung hoàn toàn extrafascia và 2 phần phụ+ kiểm tra hạch.
- Giai đoạn IB hoặc IA grade 3: cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ + nạo hạch chậu.
- Ung thư NMTC dạng không phải NMTC, giai đoạn I: cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ + nạo hạch chậu.

• Giai đoạn II:

- Phẫu thuật Wertheim-Meigs.
- Trường hợp tổn thương tại cổ tử cung lớn thì xạ trị trước, sau 4 – 6 tuần mới tiến hành phẫu thuật.

• Giai đoạn III:

- Phẫu thuật và xạ trị vẫn là phương pháp điều trị chính.

• Giai đoạn IV:

- Người bệnh ở giai đoạn muộn hoặc tái phát ở các vị trí xa, có thể điều trị tia xạ chống đau, chống chảy máu và chèn ép. Điều trị nội tiết và điều trị bằng progestatif.

Lưu ý:

- Ung thư NMTC dạng thanh dịch, tế bào sáng, carcinosarcoma xem xét cắt mạc nối lớn.
- Đánh giá hạch bạch huyết bao gồm đánh giá các hạch vùng chậu có hoặc không có hạch động mạch chủ. Nạo hạch động mạch chủ từ vùng dưới động mạch thận, động mạch mạc treo khi có tổn thương xâm lấn, hạch chậu di căn, ung thư nội mạc tử cung dạng thanh dịch, tế bào sáng, carcinosarcoma.
- Trường hợp không đồng ý phẫu thuật do điều trị bảo tồn chức năng sinh sản, bệnh lý nội khoa hoặc từ chối phẫu thuật xem xét xạ trị hoặc điều trị nội tiết.

4.3. Điều trị hổ trợ

• Dạng nội mạc tử cung:

Giai đoạn I:

- Giai đoạn IA có yếu tố tiên lượng kém:
  - Grade 1: Theo dõi hoặc xạ trị trong.
  - Grade 2: Theo dõi hoặc xạ trị trong và/hoặc xạ trị ngoài.
  - Grade 3: Xạ trị trong và/hoặc xạ trị ngoài + hóa trị.
- Giai đoạn IA không yếu tố tiên lượng kém:
  - Grade 1: Theo dõi.
  - Grade 2: Theo dõi hoặc xạ trị trong.
  - Grade 3: Theo dõi hoặc xạ trị trong.
- Giai đoạn IB có yếu tố tiên lượng kém:
  - Grade 1-2: Theo dõi hoặc xạ trị trong và/hoặc xạ trị ngoài.
  - Grade 3: Xạ trị ngoài và/hoặc xạ trị trong + hóa trị.
- Giai đoạn IB không yếu tố tiên lượng kém:
  - Grade 1-2: Theo dõi hoặc xạ trị trong.

Giai đoạn II:

- Grade 1-2: Xạ trị trong và/hoặc xạ trị ngoài.
- Grade 3: Xạ trị ngoài + xạ trị trong + hóa trị.

Giai đoạn III:

- Giai đoạn IIIA: Hóa trị và/ hoặc xạ trị ngoài + xạ trị trong.
- Giai đoạn IIIB: Hóa trị và/ hoặc xạ trị ngoài + xạ trị trong.
- Giai đoạn IIIC: Hóa trị và/ hoặc xạ trị ngoài + xạ trị trong.

Giai đoạn IV:

• Hóa trị + xạ trị ngoài + xạ trị trong

• Dạng không phải nội mạc tử cung:

- Giai đoạn IA: Hóa trị +/- xạ trị trong.
- Giai đoạn > IB: Hóa trị + xạ trị.

Lưu ý:

Bắt đầu xạ trị ngay khi mỏm cắt âm đạo lành, tốt nhất là 6- 8 tuần sau phẫu thuật nhìn chung không quá 12 tuần.

4.4. Các phác đồ hóa trị

• Palitaxel + Carboplatin

- Palitaxel: 175 mg/m^2 TM trong 3 giờ vào ngày 1.
- Carboplatin: AUC 5-7, TM ngày 1.
- Lặp lại chu kỳ mỗi 28 ngày.

• AC

- Doxorubicin: 60 mg/m^2 TM vào ngày 1.
- Cyclophosphamide: 500 mg/m^2 TM vào ngày 1.
- Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày.

• AP

- Doxorubicin: 60 mg/m^2 TM vào ngày 1.
- Cisplatin: 50 mg/m^2 TM vào ngày 1.
- Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày.

• Doxorubicin + Palitaxel

- Doxorubicin: 50 mg/m^2 TM vào ngày 1.
- Palitaxel: 150 mg/m^2 TM vào ngày 1.
- Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày.

• Cisplatin + Doxorubicin + Palitaxel

- Cisplatin: 50 mg/m^2 TM vào ngày 1.
- Doxorubicin: 45 mg/m^2 TM vào ngày 1.
- Palitaxel: 160 mg/m^2 TM trong 3 giờ vào ngày 2.
- Filgrastim: 5 µg/kg TDD vào ngày 3-12.
- Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày.

• CAP

- Cyclophosphamide:500 mg/m^2 TM vào ngày 1.
- Doxorubicin: 50 mg/m^2 TM vào ngày 1.
- Cisplatin: 50 mg/m^2 TM vào ngày 1.
- Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày.

• Carboplatin + Liposomal Doxorubicin.

- Carboplatin: AUC 5 vào ngày 1.
- Pegylated Liposomal Doxorubicin: 40 mg/m^2 TM vào ngày 1.
- Lặp lại chu kỳ mỗi 28 ngày.

• Gemcitabine + Docetaxel

- Gemcitabine: 900 mg/m^2 TM vào ngày 1 và 8.
- Docetaxel: 100 mg/m^2 TM vào ngày 8.
- Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày.

• Palitaxel + Ifosfamide (Carcinosarcoma)

- Palitaxel: 135 mg/m^2 TM trong 3 giờ vào ngày 1.
- Ifosfamide: 1.600 mg/m^2/ngày TM vào ngày 1-3.
- Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày cho đủ 8 chu kỳ. Mesna (2 - Mercaptoethane sulfonate sodium) được cho bằng đường TM hoặc uống. G-CSF hỗ trợ 5µg/kg/ngày bắt đầu từ ngày 4.

• Doxorubicin

- Doxorubicin: 60 mg/m^2 TM vào ngày 1.
- Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày.

• Palitaxel

- Palitaxel: 200 mg/m^2 TM trong 3 giờ vào ngày 1.
- Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày. Giảm liều 175 mg/m^2 TM cho những bệnh nhân có xạ trị vùng chậu trước đó.

• Topotecan

- Topotecan: 1.0 mg/m^2/ngày TM vào ngày 1-5.
- Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày. Giảm liều 0.8 mg/m^2/ngày TM vào ngày 1-3 cho những bệnh nhân có xạ trị trước đó.

4.5. Điều trị nội tiết

- Kháng estrogen: Tamoxifen, kháng aromatase.
- Progesteron: Megestrol, Depo-provera.

4.6. Những trường hợp đặc biệt

• Phẫu thuật không đúng mức

- Giai đoạn IA grade 1-2 không yếu tố tiên lượng kém(xâm lấn <50%, LVSI âm tính và khối u < 2cm): theo dõi.
- Trường hợp còn lại: đánh giá qua hình ảnh học (chụp MRI) hay mổ lại.

4.7. Theo dõi

Sau kết thúc phẫu trị có kết hợp hóa trị hoặc xạ trị, chụp MRI bụng chậu tầm soát di căn ở lần tái khám đầu tiên.

- Theo dõi mỗi tháng x 3 lần.
- Theo dõi mỗi 3 tháng x 8 lần.
- Theo dõi mõi 6 tháng x 6 lần.
- Theo dõi mỗi năm đến suốt đời.

4.8. Nội dung tái khám

- Khám tổng quát mỗi lần tái khám.
- Khám phụ khoa mỗi lần tái khám.
- Siêu âm tổng quát, siêu âm chậu mỗi lần tái khám.
- CA125 mỗi lần tái khám.
- PAP's mỏm cắt mỗi 6 tháng trong 2 năm đầu, sau đó mỗi năm.
- XQ phổi mỗi năm hay khi nghi ngờ di căn.
- MRI bụng chậu tầm soát di căn nếu nghi ngờ.

4.9. Ung thư tái phát

Kết hợp đa mô thức: phẫu + hóa + xạ trị.

V. PHÒNG BỆNH

- Ở những phụ nữ > 40 tuổi nếu xét nghiệm tế bào học có các đám tuyến nội mạc cần được hút buồng tử cung để làm xét nghiệm mô bệnh học.
- Những phụ nữ ra máu sau mãn kinh cần siêu âm để đánh giá độ dày nội mạc, soi buồng tử cung và lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm mô bệnh học, nhất là những người bệnh béo phì hoặc có tiền sử điều trị Tamoxifen.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2015). Ung thư niêm mạc tử cung. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa 2015, 183-186

Tiếng Anh

1. N. Colombo, E. Preti, F. Landoni et al (2013). Clinical practice guidelines Endometrial cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 24 (Supplement 6): vi33–vi38.
2. N. Colombo, C. Creutzberg, F. Amant et al (2016). ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 27: 16–41.
3. Wui-Jin Koh, Benjamin E. Greer, Nadeem R. Abu-Rustum et al (2018). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Uterine Neoplasms.Version 1.2018.

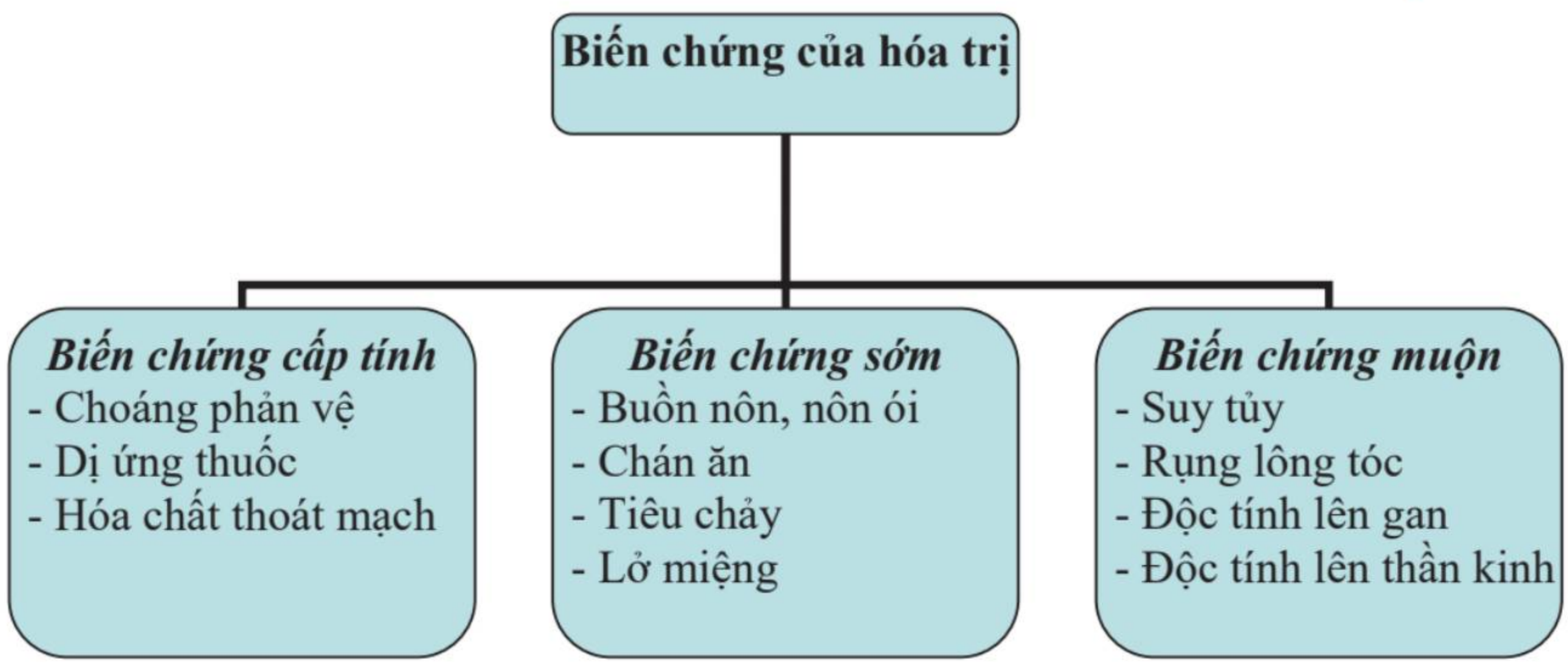
CHĂM SÓC XỬ TRÍ CÁC BIẾN CHỨNG CỦA HOÁ TRỊ

137

I. GIỚI THIỆU

Mục tiêu của hóa trị là ngăn cản tế bào ung thư sinh sản, xâm lấn và di căn. Các tác nhân hóa trị phần lớn đều tác động lên tế bào đang phân chia. Vì phân chia là tính chất của tế bào ung thư cũng như tế bào bình thường nên các tác nhân hóa trị cũng gây độc tính lên tế bào bình thường đặc biệt là tế bào phân chia nhanh như tế bào màng nhầy, tế bào của hệ tạo huyết.

II. CHĂM SÓC XỬ TRÍ CÁC BIẾN CHỨNG CỦA HÓA TRỊ



2.1 Phản ứng dị ứng và choáng phản vệ

2.1.1 Định nghĩa

- Dị ứng xảy ra khi hệ thống miễn dịch phản ứng với hoá chất đưa vào cơ thể. Phản ứng này có thể xảy ra trong vòng 24 giờ đầu đến vài ngày sau khi tiêm truyền hoá chất
- Các thuốc dễ gây dị ứng như: bleomycine, paclitaxel, cisplatin, doxorubicin
- Choáng phản vệ(xem thêm phác đồ Cấp cứu choáng phản vệ)

2.1.2. Triệu chứng

- Nổi mề đay

- Ngứa da
- Phát ban
- Sưng mặt
- Thở khò khè
- Choáng phản vệ

2.1.3 Phân độ (xem thêm phác đồ Cấp cứu choáng phản vệ)

2.1.4 Xử trí

- Sử dụng corticoid trước khi tiêm truyền hoá chất
- Xử trí choáng (xem phác đồ Cấp cứu choáng phản vệ)

2.1.5 Phòng ngừa

- Khai thác kỹ tiền sử dị ứng của bệnh nhân
- Tốc truyền chậm những giọt đầu, đặc biệt là lần truyền thuốc đầu tiên
- Theo dõi sát bệnh nhân trong 10 phút đầu
- Chuẩn bị sẵn hộp thuốc cấp cứu choáng phản vệ ở khu vực tiêm truyền hoá chất
- Tư vấn bệnh nhân các triệu chứng của dị ứng có thể gặp: ngứa, nổi mề đay, đau rát, đỏ da, khó thở…
- Dặn bệnh nhân báo ngay nếu thấy triệu chứng bất thường

2.2 Hoá chất thoát mạch:

2.2.1 Định nghĩa

- Hoá chất thoát mạch đề cập đến việc vô ý xâm nhập của hóa chất vào dưới da hoặc các mô dưới da xung quanh các tĩnh mạch hoặc vào động mạch tại vị trí tiêm truyền

2.2.2 Triệu chứng

- Ban đầu phồng da, đau
- Trong những ngày sau tình trạng viêm tăng, bắt đầu nổi nhiều mẩn đỏ, phù nề và đau đớn
- Sau vài ngày hoặc vài tuần có thể xuất hiện mụn nước và viêm
- Tuỳ theo độc tính của hoá chất có thể tiến triển đến hoại tử mô

2.2.3 Phân độ tổn thương

- Theo ESMO 2012 có 3 mức độ dựa vào khả năng khả năng gây tổn thương mô của hoá chất (Bảng 1)
- Ngoài ra còn phụ thuộc vào số lượng hoá chất thoát mạch

Bảng 1: *Phân loại hoá chất theo khả năng gây tổn thương mô sau thoát mạch*

Huỷ hoại mô nghiêm trọng	Tổn thương mô vừa	Ít tổn thương mô
Doxorubicin	Ifosfamide	Bleomycin
Epirubicin	Lipoxomal doxorubicin	Gemtacibine
Dactinomycin	Lipoxomal daunorubicin	Interferons
Docetacel	Carbolatin	Methotrexate
Paclitaxel	Cisplatin	Cyclophosphamide
	Oxaliplatin	

2.2.4 Chẩn đoán phân biệt

- Phân biệt với phản ứng phụ ngoài da tại chổ tiêm của một số hoá chất, như ngứa và đỏ da dọc theo vị trí tiêm truyền của một số thuốc
- Trường hợp viêm tĩnh mạch hoá học cũng hay gặp thường sau đó sẽ xảy tình trạng trạng huyết khối hoặc xơ cứng mạch, có thể gây ra cảm giác đau rát tại vị trí tiêm hoặc cảm giác co thắt dọc theo đường truyền của hoá chất. Viêm tĩnh mạch do hoá chất có thể gặp một số thuốc (Bảng 2)

Bảng 2: Khả năng gây ra phản ứng tại chổ của một số hoá chất

Phản ứng da tại chổ	Viêm tĩnh mạch hoá học
Aspariginase	Amsacrin
Cisplatin	Carmustin
Daunorubicin	Cisplatin
Doxorubicin	Dacarbazine
Fludarabine	5-Fluorouracil
Melphalan	Gemcitabine

Bảng 3: Những yếu tố nguy cơ

Về phía bệnh nhân	**Quá trình tiêm truyền**
- Tĩnh mạch nhỏ và dễ vỡ - Tĩnh mạch người già - TM xơ cứng do truyền nhiều hoặc do tác dụng phụ của một số thuốc - Bệnh lý: ĐTĐ,HC Raynaud, thiếu máu, phù bạch huyết - Béo phì - Khó giao tiếp/trẻ em - Truyền thuốc liên tục nhiều ngày	- NVYT ít kinh ngiệm; không tập trung trong khi thao tác. - Vị trí tiêm truyền không thuận lợi - Tốc độ truyền quá nhanh - Lựa chọn kim truyền không phù hợp - Cố định kim không tốt

2.2.5 Xử trí

- Biện pháp chung: chủ yếu là phòng ngừa
- Khi xảy ra hoá chất thoát mạch thực hiện theo các bước sau:
  + Lập tức khoá dây và tháo dây truyền
  + Dùng 1 bơm tiêm mới gắn vào ba chia, cố gắng rút một phần thuốc trong mô
  + Báo ngay cho bác sĩ
  + Đùng bút đánh dấu vị trí thoát mạch và tháo bỏ kim truyền
  + Sau đó thực hiện cấp cứu theo khuyến cáo của từng loại thuốc (chườm nóng/lạnh; cắt lọc mo hoại tử)
  + Nâng cao chi và cho thuốc giảm đau nếu cần
  + Tư vấn bệnh nhân về tình trạng hiện tại và hướng điều trị, theo dõi

2.2.6 Dự phòng

- Nhân viên y tế phải được đào tạo chuyên nghiệp, được tập huấn về các biện pháp ngăn ngừa thoát mạch, có khả năng xử trí khi xảy ra tai biến.
- Khai thác kỹ tiền sử bệnh tật, có đang sử dụng thuốc: kháng đông, corticoid, lợi tiểu, giảm đau,..

2.2.7 Hướng dẫn bệnh nhân

- Thông báo bệnh nhân nếu họ có nguy cơ xảy ra biến chứng
- Yêu cầu bệnh nhân hợp tác theo dõi, báo ngay có các triệu chứng: đau và phồng da vùng tiêm truyền

2.2.8 Theo dõi khi có biến chứng

- Hàng ngày hoặc mỗi 2 ngày trong tuần đầu tiên và sau đó hàng tuần cho đến khi hết hoàn toàn các triệu chứng

2.3 Độc tính lên hệ tiêu hóa

2.3.1 Các triệu chứng thường gặp

- Buồn nôn, nôn, chán ăn: đây là triệu chứng rất thường gặp, đặc biệt là những phác đồ phối hợp nhiều hoá chất. Có thể dự phòng tuỳ theo vào mức nguy cơ gây nôn của các hoá chất

Bảng 4: Nguy cơ gây nôn của các chất kháng ung thư tiêm truyền tĩnh mạch (ESMO 2012)

Nguy cơ nôn (tỷ lệ nôn không kèm thuốc chống nôn)	**Loại thuốc**
Cao (>90%)	Cisplatin Cyclophosphamide ≥ 1,500 mg/m^2 Dactinomycin
Trung bình (30–90%)	Carboplatin Ifosfamide Cyclophosphamide <1,500 mg/m^2 Doxorubicin

Thấp (10–30%)	Paclitaxel Docetaxel Topotecan Etoposide Methotrexate Gemcitabine
Cực thấp (<10%)	Bevacizumab Bleomycin Vinblastine Vinorelbine

2.3.2 Điều trị chống nôn: dự phòng trước khi truyền hoá chất

- Nhóm thuốc có nguy cơ nôn ói cao: phối hợp thuốc Corticoid + nhóm ức chế serotonine +/ - thuốc ức chế yếu tố P
  + Thuốc Corticoid: dexamethasone, hydrocortisone, methylprednisone
  + Thuốc ức chế serotonine: Ondansetron (Prezinton)/ Granisetron(Kytril)/ Dolasetron (Anzemet)
  + Thuốc ức chế yếu tố P: Aprepitant (Emend)
- Nhóm thuốc có nguy cơ nôn ói trung bình: 5-HT3 Serotonin Antagonists + Corticoid
- Buồn nôn, nôn ói nhẹ: có thể điều trị hiệu quả với nhóm Phenothiazines (Prochloperazine) có /không kèm với Corticoid
- Có thể lặp lặp lại liều chống nôn ói mỗi 6-8 giờ sau nếu bệnh nhân còn nôn ói
- Truyền dịch trước truyền hóa chất: 1000-2000ml/ngày
- Theo dõi 24 – 48 giờ
- Sau đó có thể cho toa thuốc uống 3 ngày sau hoá trị với nhóm Metoclopramide

Bảng 5: Các thuốc chống nôn thường dùng đối với BN đang hóa trị

Nhóm thuốc	Loại thuốc	Liều dùng	Đường dùng	Tác dụng không mong muốn
Corticosteroids	Dexamethasone (Decadron)[a]	4 mg /6h	TB;TMC;UỐNG	Rối lọan tiêu hóa, lo âu, mất ngủ, tăng đường huyết
Phenothiazines	Prochlorperazine (Compazine)	5–10 mg/6 giờ	TB;TMC;UỐNG	Hội chứng an thần ác tính, hội chứng ngoại tháp, vàng da tắc mật, tăng prolactin máu, hạ huyết áp tư thế, loạn nhịp tim Nổi mẩn da, nhạy cảm ánh sáng. Khô miệng Giảm nhẹ bạch cầu
5-HT3 Serotonin Antagonists	Ondansetron (Osetron/Zofran)	8 mg /8 giờ	TMC;UỐNG	Đau đầu, sốt, rối lọan nhịp tim, chứng vận động khó khăn, buồn ngủ hay lo âu, tăng transaminas gan
	Granisetron (Kytril)	2 mg / 24 giờ	TMC;UỐNG	
	Dolasetron (Anzemet)	100 mg / 24 giờ	TMC;UỐNG	
	Panlonosetron	25mg;50mg /8g	TMC;UỐNG	
Metoclopramide	Primperan	10mg	TMC;UỐNG	Ngủ gật, mệt mỏi, chóng mặt, mất ngủ, tiêu chảy, hạ huyết áp, chảy mồ hôi vừa. Các triệu chứng ngoại tháp Rối loạn vận động muộn khi điều trị kéo dài. Tăng prolactine máu, vô kinh, tăng tiết sữa

2.3.3 Lở miệng

- Là những tổn thương nhỏ, nông phát triển trên các mô mềm trong miệng và tại nướu răng. Có thể rất đau đớn, tuy nhiên, và có thể làm ăn và nói chuyện khó khăn
- Điều trị:
  + Giảm đau:
    - Ngậm ít đá lạnh khi đau nhiều
    - Thuốc giảm đau: Ibuprofen hoặc Acetaminophen hoặc Xyclocaine xịt
  + Tư vấn bệnh nhân chăm sóc răng miệng:
    - Khám nha sĩ trước khi hóa trị
    - Sử dụng bàn chải mềm và kem đánh răng ít kích thích
    - Súc miệng hằng ngày: dung dịch nước muối sinh lý
    - Uống nhiều nước 2000-3000 ml/ngày

2.3.4 Tiêu chảy

- Bệnh tiêu chảy được định nghĩa bởi Tổ chức Y tế Thế giới khi bệnh nhân có số lần đi phân lỏng nhiều hơn ba lần mỗi ngày
- Thường do viêm ruột, khỏi sau 1-2 tuần ngưng hóa trị
- Điều trị:
  + Bù nước và điện giải phù hợp với mức độ mất nước của bệnh nhân: truyền Lactate ringer hoặc uống Oresol
  + Nếu không kèm sốt, phân nhày máu (dấu hiệu nhiễm trùng ruột) có thể dùng loperamide 4 mg (uống), sau đó 2mg sau mỗi lần đi ngoài, tối đa 16mg/ngày
  + Hướng dẫn BN: chế độ ăn đạm cao, ít béo, rau phải được nấu chín, ăn thức ăn mềm, dễ tiêu và chia thành nhiều bữa nhỏ

2.3.5 Táo bón

- Là triệu chứng không phải là bệnh lý, không có định nghĩa cụ thể. Chỉ tiêu đánh giá thường dùng là tần số đại tiện: ít hơn 3 lần đi tiêu mỗi tuần
- Nguyên nhân: do hóa trị, do ít vận động, do uống ít nước, do ăn ít chất

xơ, do thuốc chống ói hoặc do thuốc giảm đau.

- Điều trị: thuốc mềm phân
- Hướng dẫn BN: chế độ ăn giàu chất xơ, uống nhiều nước, tập thể dục nhẹ

2.3.6 Xuất huyết tiêu hoá, rò đường tiêu hoá

- Khả năng biến chứng này 1% trong trường hợp dùng Bevacizumap, đặc biệt là những trường hợp đã có xâm nhiễm trên đường tiêu hoá hoặc tiền căn xạ trị vùng chậu
- Xử trí:
  + Đánh giá nguy cơ và dùng theo chỉ định
  + Nên ngưng thuốc này khi có biến chứng trên và mời chuyên khoa can thiệp

2.4 Suy tủy

2.4.1 Giảm bạch cầu

- Dựa trên số lượng bạch cầu hạt trong máu ngoại biên. Mức độ giảm bạch cầu hạt được định nghĩa theo hội tổn thương miễn dịch ký chủ < 1000/mm^3

Bảng 6: Mức độ giảm bach cầu hạt của một số tác nhân hóa trị

Tác nhân hóa trị	Mức độ	Nadir (ngày)	Hồi phục (ngày)
Anthracycline	+++	10-14	21-24
Dacarbazine	+++	14-28	28-35
Paclitaxel	+++	10-12	15-21
Methotrexate	+++		
Tác nhân ankyl hóa	++	10-21	18-40
Etoposide	++	7-14	20
5 FU	++	9-14	25
Hydroxy urea	++	7	14-21
Đối kháng Purine	++	7-14	14-21
Mitomycin C	++	28-42	42-56
Carboplatine	+	19-21	28
Cisplatin	+	6-26	21-45

- Chẩn đoán:

  + Dựa trên số lượng bạch cầu hạt trong máu ngoại biên< 1000/mm^3

  + Tùy theo tác nhân hóa trị, thời gian xảy ra bạch cầu hạt cực tiểu (nadir) có khác nhau. Trung bình thời gian bạch cầu hạt cực tiểu là 7-10 ngày sau hóa trị.

  + Dấu hiệu nhiễm trùng và sốt trên bệnh nhân giảm bạch cầu: Xem phác đồ Kiểm soát nhiễm trùng trên bệnh nhân ung thư phụ khoa điều trị hoá chất

- Xử trí

  + Khi BN có giảm BC hạt kèm sốt: cần nhập viện ngay. Lựa chọn kháng sinh theo phác đồ có thể dùng kháng sinh đơn độc hoặc kết hợp

    ▪ Vai trò của kháng sinh: dùng kháng sinh theo phác đồ "Kiểm soát nhiễm trùng trên bệnh nhân ung thư phụ khoa điều trị hoá chất"

    ▪ Vai trò của các tác nhân làm biến đổi đáp ứng sinh học

  + Dùng Yếu tố G-CSF kích thích tủy xương (TDD): Filgrastim (Ficocite/ Grand/Neupogen 30MUI, Religrast 300µg), Pegfilgrastim (Neulasta)

    ▪ Liều Filgrastim 0,5 mcg/kg/ngày. Có thể dùng liên tiếp trong 2 tuần trong trường hợp BC giảm thấp và đợt hoá trị kéo dài

    ▪ Pegfilgrastim (Neulasta) 6mg/6ml/1 tuần ,đầu đợt hoá trị

    ▪ Thận trọng với tác dụng phụ loãng xương sau 6 tháng điều trị và suy chức năng gan thận

  + Hướng dẫn bệnh nhân:

    ▪ Rửa tay với xà phòng, đặc biệt sau khi đi vệ sinh hoặc trước khi ăn

    ▪ Cẩn thận khi sử dụng vật nhọn, vật dễ gây trầy sướt. Mang găng tay khi lau dọn hoặc làm vườn

    ▪ Tránh tiếp xúc với mèo, chim, cá cảnh

    ▪ Sát khuẩn và băng vết trầy sướt tay chân

2.4.2 Thiếu máu

- Định nghĩa: Thiếu máu là tình trạng giảm lượng hemoglobin (<12g/l)trong máu của người bệnh so với người cùng giới, cùng lứa tuổi và cùng điều kiện sống, gây ra các biểu hiện thiếu oxy ở các mô và tổ chức của cơ thể
- Cơ chế: hóa chất ức chế tủy xương, giảm erythropoiesis dẫn đến giảm hồng cầu
- Thường thiếu máu ở mức độ nhẹ-trung bình (Hb từ 9-11mg/l) ở bệnh nhân hóa trị gây nên tình trạng mệt mỏi kéo dài
- BN thường thích nghi được với tình trạng này với ít triệu chứng cơ năng
- Xác định nguyên nhân thực thể, đặc biệt là thiếu máu. Điều trị tùy thuộc vào tổng trạng bệnh nhân + lượng Hb trong máu + tình trạng bệnh tim mạch của từng bệnh nhân cụ thể

Bảng 7: Phân độ mức độ thiếu máu

Mức độ	**Nồng độ Hemoglobin (g/dl)**
Nhẹ	10 – Dưới mức bình thường
Trung bình	8 - < 10
Nặng	6.5 - < 8
Đe dọa tính mạng	Đe dọa tính mạng
Tử vong	Tử vong

Bảng 8: Tần suất thiếu máu do các thuốc hóa trị

Agent/regimen	Grade 1/2	Grade 3/4	Cancer
Cisplatin	–	11%	Head and neck
Docetaxel	73–85%	2–10%	Non-small cell lung cancer
5-FU	–	11%	Head and neck
Paclitaxel	93%	7%	Breast
Topotecan	–	32%	Small cell lung cancer
Vinorelbine	67–71%	5–14%	Breast
Cisplatin + cyclophosphamide	43%	9%	Ovarian
Cisplatin + etoposide	59%	16–55%	Small cell lung cancer
VIP	–	52%	Small cell lung cancer
5-FU + carboplatin	42%	14%	Head and neck
CHOP	49%	17%	Non-Hodgkin lymphoma
Paclitaxel + daunorubicin	78–84%	8–11%	Breast
Paclitaxel + carboplatin	10–59%	5–34%	Non-small cell lung cancer

- Xử trí:
  + Truyền HCĐĐ:
    - Đây là phương pháp làm tăng nhanh Hb và HCT, lựa chọn lý tưởng cho những bệnh nhân cần điều chỉnh nhanh tình trạng thiếu máu
    - Truyền 1 đơn vị hồng cầu lắng ước tính sẽ làm tăng 1g/dl Hb ở người trưởng thành bình thường
    - EORTC (2007) khuyến cáo truyền HCĐĐ khi Hb <9g/dl. Tuy nhiên nếu bệnh nhân có bệnh tim mạch hoặc phổi trước đó, nay có lâm sàng biểu hiện sự bất dung nạp với tình trạng thiếu máu thì vẫn có thể truyền ở mức Hb<9,9g/dl

+ Epoetin alfa:
  - Liều lượng:
    - Khởi đầu 150 đơn vị/kg - 3 lần/tuần
    - Có thể lên đến 300 đơn vị/kg - 3 lần/tuần sau 4 – 8 tuần (nếu cần)
  - Đường dùng: Tiêm dưới da
  - Chỉ định:
    - Hb < 10g/dl
    - Hb từ 10 – 11 g/dl, có nguy cơ thiếu máu, hoặc đã thiếu máu từ những chu kỳ điều trị trước
  - Các XN cơ bản trước khi điều trị:
    - CTM xét nghiệm trong vòng một tuần trước điều trị EPO
    - B12, Folate
    - Ferritin
  - Chống chỉ định
    - Nguy cơ huyết khối liên quan đến hóa trị liệu
    - Ung thư vú, đầu mặt cổ xâm lấn
    - Thiếu máu do đa u tủy, Lymphoma… không điều trị
    - Thiếu máu do thiếu Vit B12, Folate, sắt, thiếu máu tán huyết, xâm lấn tủy…
  - Thận trọng
    - Thiếu máu cơ tim
    - Tăng trương lực cơ không kiểm soát được, có tiền sử động kinh
    - Tăng tiểu cầu, thiếu máu hồng cầu liềm, hội chứng loạn sản tủy, tình trạng huyết khối TM
    - Theo dõi của EPO bị chậm hoặc giảm do nhiều nguyên nhân: thiếu sắt, nhiễm khuẩn,bệnh về máu (Thalassemia, thiếu máu kháng trị liệu, loạn sản tủy), thiếu acid folic hoặc vitamin B12, tán huyết, nhiễm độc kim loại
  - Ngưng điều trị
    - Thiếu máu do hóa trị liệu ở tuần thứ 8 nếu Bn không tăng Hb hơn 1g/dl (trên liều chuẩn). Ngoài ra không tiếp tục EPO 8 tuần sau liều cuối cùng của hóa trị

- Hội chứng tủy loạn sinh (MDS): sau 12 tuần điều trị EPO (với liều lượng chuẩn thích hợp), Hb phải tăng ít nhất 1g/dl, hoặc nhu cầu truyền máu phải giảm hơn 50% hoặc ít hơn 2 đơn vị mỗi tháng mới nên điều trị tiếp tục

- Theo dõi
  - Theo dõi Hb/máu mỗi tuần và nếu Hb tăng trên 1g/dl trong hai tuần thì giảm liều erythropoietin 50% (khuyến cáo NCCN 2009)
  - Bổ sung sắt: có hai loại thiếu máu thiếu sắt: thực thể và chức năng (theo NCCN-2009)
  - Thực thể (ferritin < 30 ng/ml, transferrin < 15 %)
  - Chức năng (ferritin < 300 ng/ml, transferrin < 20%), nghĩa là tổng dự trữ sắt của cơ thể bình thường, nhưng cơ thể không thể cung cấp đủ sắt cho hoạt động tạo hồng cầu khi dùng thuốc erythropoietin kích thích tủy xương
  - Nên bổ sung sắt khi đang điều trị erythropoietin. Sắt truyền tĩnh mạch hiệu quả hơn sắt uống
  - Venofer 5ml x 2 ống + NaCl 9‰ 200ml TTM XXX giọt/phút, mỗi tuần 1 lần

- Hướng dẫn bệnh nhân:
  - Hạn chế vận động nặng. Chọn lựa những công việc thực sự quan trọng nhất để làm
  - Có tăng số lần nghỉ ngơi giữa các hoạt động hằng ngày, nhưng thời gian của 1 lần nghĩ ngơi ngắn <1 giờ và nên nghỉ ngơi trên một ghế bành tiện nghi hơn là trên giường ngủ
  - Tập thể dục: đi bộ ngắn hoặc yoga

2.5 Độc tính lên gan

2.5.1 Định nghĩa

Các dạng tổn thương trên gan có thể gặp: hoại tử tế bào gan, gan nhiễm mỡ, xơ gan, ứ mật, tổn thương mạch máu trong gan. Tuy nhiên những tổn thương trên trong quá trình hoá trị không phải lúc nào cũng do độc tính của hoá chất, các nhà lâm sàng cần xem xét tác động của các loại thuốc sử dụng như thuốc kháng sinh, giảm đau, chống nôn ói, và các loại thuốc khác trong thời gian điều trị. Ngoài ra, cần chú

ý một số tổn thương có sẵn từ trước như u xâm lấn, bệnh lý suy giảm miễn dịch, viêm gan siêu vi, thiếu hụt dinh dưỡng,..có thể ảnh hưởng đến tế bào gan.

2.5.2. Yếu tố nguy cơ

- Trước khi điều trị, bệnh nhân cần được đánh giá chức năng gan kỹ để chọn loại thuốc và liều phù hợp. Cần khám kỹ và tìm các dấu hiệu và triệu chứng của gan có thể bao gồm:
  + Sức khỏe yếu, mệt mỏi
  + Mất cảm giác ngon miệng
  + Buồn nôn, nôn
  + Bụng báng và / hoặc đau
  + Vàng da
  + Nước tiểu đậm màu, phân có màu nhạt
  + Ngứa

2.5.3. Chẩn đoán

Bảng 9: Các đặc điểm đánh giá độc tính lên gan chia theo 5 mức độ – tiêu chí của Viện Ung thư Quốc gia

Table 1. CTC hepatic toxicity criteria

Grade	0	1	2	3	4
Alkaline phosphatase	WNL	>ULN-2.5 × ULN	>2.5-5.0 × ULN	>5.0-20.0 × ULN	>20 × ULN
Bilirubin	WNL	1-1.5 × ULN	>1.5-3.0 × ULN	>3.0-10 × ULN	>10 × ULN
Bilirubin associated with graft-versus-host-disease (GVHD) for BMT studies, if specified in the protocol.	Normal	≥2-<3 mg/100 ml	≥3-<6 mg/100 ml	≥6-<15 mg/100 ml	≥15 mg/100 ml
GGT (γ-Glutamyl transpeptidase)	WNL	>ULN-2.5 × ULN	>2.5-5.0 × ULN	>5.0-20.0 × ULN	>20 × ULN
Hepatic enlargement	Absent	—	—	Present	—
Note: Grade hepatic enlargement only for treatment-related adverse event including VOD.					
Hypoalbuminemia	WNL	<LLN-3.0 g/dl	≥2-<3 g/dl	<2 g/dl	—
Liver dysfunction/failure (clinical)	Normal	—	—	Asterixis	Encephalopathy or coma
Portal vein flow	Normal	—	Decreased portal vein flow	Reversal/retrograde portal vein flow	—
SGOT (AST) (serum glutamic oxaloacetic transaminase)	WNL	>ULN-2.5 × ULN	>2.5-5.0 × ULN	>5.0-20.0 × ULN	>20.0 × ULN
SGPT (ALT) (serum glutamic pyruvic transaminase)	WNL	>ULN-2.5 × ULN	>2.5-5.0 × ULN	>5.0-20.0 × ULN	>20.0 × ULN
Hepatic—other	None	Mild	Moderate	Severe	Life-threatening or disabling

VOD = veno-occlusive disease; WNL = within normal limits; ULN = upper limit of normal; LLN = lower limit of normal.

- Chẩn đoán dựa vào: SGOT, SGPT, siêu âm bụng tổng quát đánh giá nhu mô gan
- Trường hợp bệnh nhân có các biểu hiện lâm sàng trên cần làm thêm các xét nghiệm ALP, Bilirubin,chụp CT scanner để khảo sát đường mật, mạch máu trong gan và khối di căn nếu cần.

2.5.4. Điều trị

- Giảm liều thuốc hoá chất (theo bảng)
- Dùng thuốc hỗ trợ gan

Bảng 10: Điều chỉnh liều thuốc theo chức năng gan

Table 2. Chemotherapy dose modification in liver disease

Agent	Bilirubin	Aminotransferases	Alk phos	% Dose administered	Reference
Cyclophosphamide				No dose reduction	
Cytarabine		Any		50% dose, increase by monitoring toxicity	
Dactinomycin		Any		50% dose, increase by monitoring toxicity	
Doxorubicin		ALT or AST 2-3 × ULN		75%	[81]
	20-51 μM	ALT or AST >3 × ULN		50%	
	51-85 μM			25%	
	>85 μM			0%	
Etoposide	25-51 μM	AST >180		50%	
Daunorubicin	20-51 μM			75%	[195]
	51-85 μM			50%	
	>85 μM			0%	
5-FU	>85 μM			0%	
Vincristine			Elevated	50%	[196]
Procarbazine	>85 μM	ALT or AST >180		0%	
Gemcitabine				No dose reduction	
Bleomycin				No dose reduction	
Cisplatin				No dose reduction	
Melphalan				No dose reduction	
Mitomycin				No dose reduction	
Paclitaxel	<1.5 mg/dl	AST 2 × ULN		75%	[197]
	1.6-30 mg/dl			40%	
	73 mg/dl			25%	

Tác nhân / Hoá chất	Bilirubin	Aminotransferase	Liều đề nghị
Cyclophosphamide			Không giảm
Doxorubicin		ALT hoặc AST 2-3 × ULN	75%
	20-51 μM	ALT hoặc AST >3 × ULN	50%
	51-85 μM		25%
	>85 μM		0%
Etoposide	25-51 μM	AST >180	50%
Gemcibabine			Không giảm
Bleomycine			Không giảm
Cisplatin			Không giảm
Paclitaxel	<1.5 mg/dl	AST 2 × ULN	75%
			40%
	1.6-30 mg/dl		25%
	73 mg/dl		

+ ULN: giá trị giới hạn trên của mức bình thường

+ Đối với Paclitaxel and docetaxel, FDA khuyến cáo:

  - Bilirubin ≤1.25xULN và AST <10x ULN - tổng liều 175 mg/m^2
  - Bilirubin ≤1.26-2.0x ULN và AST <10 xULN - tổng liều 135 mg/m^2
  - Bilirubin ≤2.01-5 x ULN và AST <10x ULN - tổng liều 90 mg/m^2
  - Bilirubin >5x ULN và AST >10 xULN - không khuyến cáo

+ Đối với thuốc MTX, liều thấp chủ yếu đào thải qua nước tiểu. Liều cao (trong trường hợp điều trị ung thư xương và não), có một phần chuyển hoá qua gan thành 7-hydroxymethotrexate. Chưa có những hướng dẫn từ nhà sản xuất cho trong trường hợp bệnh lý gan. Tuy nhiên, một số nhà lâm sàng khuyến cáo khi Bilirubin TP 3.1-5mg/dl hoặc men gan tăng 3 lần ULN nên giảm 25% liều

2.6 Độc tính lên da

- Đa số các hóa chất đều gây độc tính lên da và mô dưới da, bao gồm: tăng sắc tố, nhạy cảm ánh sáng, sạm da, ban, mề đay, ban đỏ. Thay đổi ở móng, rụng tóc và khô sừng móng
- Đa số các sang thương thoáng qua và giảm dần sau 3 tuần kết thúc điều trị hóa chất
- Xử trí:
  + Diphenhyramine hydrochloride trước hóa chất có thể phòng hoặc làm giảm triệu chứng nổi ban đỏ
- Hướng dẫn bệnh nhân:
  + Không đi ra ánh sáng mặt trời trong khoảng 10g – 14g
  + Sử dụng kem chống nắng có SPF > 30
  + Đội mũ rộng vành và mang kính mát khi ra đường

2.7 Độc tính lên hệ thần kinh

- Hóa chất gây tổn thương thần kinh ngoại biên từ từ theo thời gian, do đó triệu chứng xuất hiện chậm, nhiều người không chú ý đến khi phát hiện thì triệu chứng đã nặng trong những đợt hóa trị cuối

- Bệnh lý thần kinh ngoại biên thường xuất hiện với Cisplatin, Paclitaxel, Vinca alkaloids, Hexamethylmelamine
- Lâm sàng: khó nắm đồ vật, khó cân bằng khi di chuyển, khó khăn khi đi bộ, tê tay chân và giảm thính lực → điếc
- Xử trí:
  + Cần điều chỉnh liều trong trường hợp xuất hiện các triệu chứng bệnh lý thần kinh ngoại biên nặng hơn như BN không thể cầm được ly nước uống.
  + Trong những trường hợp nặng như xuất hiện hội chứng tiểu não cấp, liệt chi, liệt các dây TK sọ đòi hỏi các biện pháp hỗ trợ khác và ngưng sử dụng tác nhân gây độc
  + Khám chuyên khoa nội thần kinh
- Hướng dẫn bệnh nhân:
  + Không cầm nắm đồ nóng, nhọn hoặc những vật nguy hiểm
  + Nên tắm vòi sen
  + Báo cho bác sỹ hoặc người chăm sóc khi có triệu chứng này

2.8 Rụng lông, tóc

- Hóa trị làm khô da, sạm da, rụng tóc và khô sừng móng. Tuy nhiên các triệu chứng này thoáng qua và giảm dần sau 3 tuần kết thúc điều trị hóa chất. Một trong những vấn đề gây tác động lên tâm lý của người bệnh đang hóa trị là rụng tóc
- Đa số các trường hợp sẽ hồi phục sau khi kết thúc hoá trị
- Một vài loại thuốc như Paclitaxel, BN có thể bị rụng lông mi, lông mày và những vùng lông khác
- Nhìn chung, các biện pháp để ngăn rụng lông, tóc đều không hiệu quả. BN nên được tư vấn về thẩm mỹ như sửng dụng lông mi giả, tóc giả..
- Hướna dẫn bênh nhân:
  + Có thể sử dụng nón lạnh để giảm lượng máu lên đầu, dẫn đến giảm rụng tóc hoặc sử dụng Minixidil (Rogaine) trước và sau hóa chất
  + Đội tóc giả khi cần thiết

2.9 Mất ngủ-giảm trí nhớ-trầm cảm

- Mất ngủ: Chỉ đi ngủ khi thật sự buồn ngủ. Ngủ ban đêm, hạn chế ngủ ngày (thời gian ngủ trưa < 1 giờ). Tránh sử dụng các chất kích thích (cà phê, trà,...). Tập thể dục nhẹ/yoga vào buổi chiều tối
- Giảm trí nhớ -Trầm cảm: Tham gia câu lạc bộ, xây dựng chế độ sinh hoạt hợp lý khỏe mạnh

2.10 Giảm libido và khả năng sinh sản

- Giảm libido do hóa trị sẽ phục hồi khi điều trị hoàn tất. Thông tin cho bạn tình biết để giúp đỡ bệnh nhân trong thời gian hóa trị. Trong đợt hóa trị có giảm bạch cầu hạt, cần tránh giao hợp vì nguy cơ nhiễm trùng tăng hoặc chảy máu do tiểu cầu giảm
- Giảm khả năng sinh sản: Giảm hoặc mất khả năng sinh sản do điều trị ung thư. Trữ đông trứng hoặc tinh trùng nên được xem xét

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Ds Lê Văn Nhân, Thông tin thêm về thuốc điều trị bệnh thiếu máu ở người bệnh thận, Tạp chí y dược ngày nay, 03-02-2010
2. Bộ y tế (2019). Hướng dẫn lâm sàng xử trí u xơ cơ tử cung

Tiếng Anh

3. Paul D King, Micheal C. Perry. Hepatotoxicity of chemotherapy, 2001
4. NCCN guidelines for prevention and treatment of cancer–related infections version 2.2015
5. WOSCAN Cancer Nursing and Pharmacy Group, West of Scotland Cancer Advisory Network Clinical Leads Group .Chemotherapy extravasation guideline, 2012

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ NGUYÊN BÀO NUÔI TÂN SINH LIÊN QUAN ĐẾN THAI KỲ

138

I. GIỚI THIỆU

1.1.Các thuật ngữ:

- Bệnh lý nguyên bào nuôi liên quan thai kỳ: Gestational Trophoblastic Disease (GTD)
- Bệnh lý nguyên bào nuôi tân sinh liên quan thai kỳ: Gestational Trophoblastic Neoplasm (GTN)
- Thai trứng: Hydatidiform Mole
- Thai trứng toàn phần: Complete Mole (CM)
- Thai trứng bán phần: Partial Mole (PM)
- Thai trứng xâm lấn: Invasive/Persistent Mole (IM)
- Ung thư nguyên bào nuôi: Choriocarcinoma (CC)
- U nguyên bào nuôi nơi nhau bám: Placental Site Trophoblastic Tumor (PSTT)
- U nguyên bào nuôi trung gian: Epithelioid Trophoblastic Tumor (ETT)

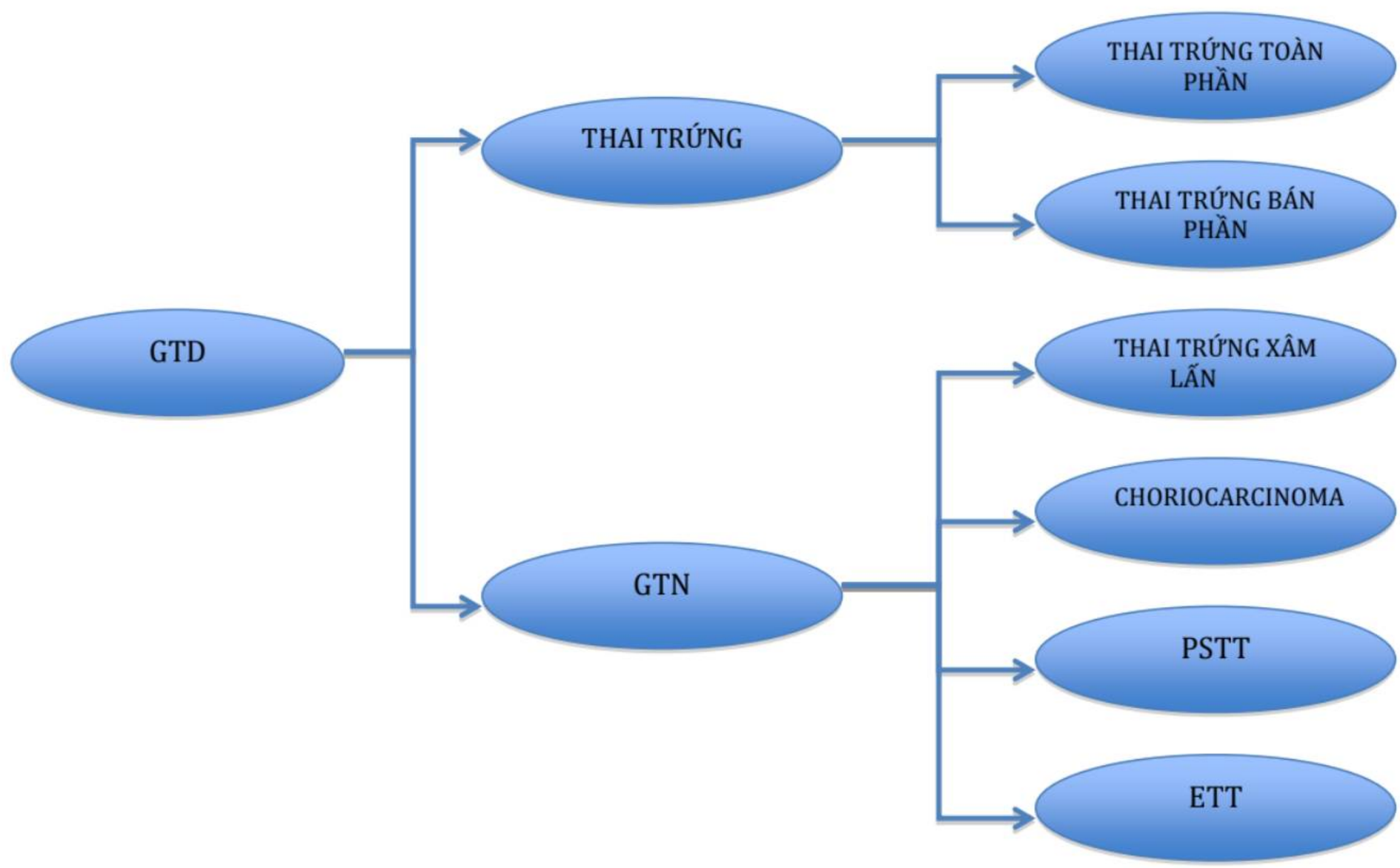
1.2.Định nghĩa:

Bệnh nguyên bào nuôi liên quan thai kỳ là tên gọi chung cho các bệnh có sự tăng sinh bất thường của các nguyên bào nuôi và hợp bào nuôi kết hợp với thai kỳ.

1.3.Đại cương:

- GTN thường được chẩn đoán sau thai trứng, nhưng cũng có thể phát triển sau tất cả các dạng của thai kỳ.
- Khoảng 25% thai trứng toàn phần phát triển thành GTN và chỉ 2 – 4% thai trứng bán phần phát triển thành GTN
- Trong hầu hết các bệnh nhân được chẩn đoán GTN, 94% là GTN nguy cơ thấp và đáp ứng với đơn hoá trị.
- Hầu hết GTN tại chỗ là thai trứng xấm lấn trong khi GTN có di căn chủ yếu là Choriocarcinoma. Lưu ý rằng tất cả các thể của GTN đều có thể cho di căn.

1.4. Phân loại



II. THEO DÕI THƯỜNG QUI

- Thai trứng xâm lấn (IM) và Choricocarcinoma (CC) lâm sàng và biến đổi βhCG khá giống nhau, chỉ phân biệt rõ ràng bằng mô học. Tuy nhiên không cần quá chú trọng chẩn đoán IM hay CC vì điều trị và theo dõi giống nhau.
- PSTT và ETT nên được chẩn đoán chính xác vì điều trị khác IM và CC

2.1.GTN sau thai trứng:

- Chẩn đoán GTN chủ yếu dựa vào sự thay đổi βhCG máu.
- Tiêu chuẩn gợi ý chẩn đoán GTN sau điều trị thai trứng theo FIGO 2000:
  + βhCG bình nguyên (không giảm hoặc tăng < 10%) sau ít nhất 4 lần thử liên tiếp cách nhau 1 tuần (N1,7,14,21)
  + βhCG tăng > 10% sau 3 lần thử liên tiếp cách nhau 1 tuần (N1,7,14)
  + Nồng độ βhCG còn dương tính sau 6 tháng theo dõi sau điều trị thai trứng
  + GPBL kết luận GTN
- Ngoài ra có thể có các triệu chứng sau:
  + Xuất huyết âm đạo bất thường trong thời gian theo dõi hậu thai trứng.
  + Nang hoàng tuyến tồn tại > 4 tuần.
  + Tử cung không về kích thước bình thường sau 4 tuần.

+ Có dấu hiệu di căn:
  - Nhân Chorio ÂĐ (30%): sang thương nhiều mạch máu, dễ chảy máu và có thể nhiễm trùng
  - Phổi (80%): đau ngực, ho ra máu, khó thở, tăng áp phổi, Xq phổi có hình ảnh "bong bóng bay", tràn dịch màng phổi, xẹp phổi
  - Vùng chậu (20%), gan (10%), não (10%)
  - Hạch bạch huyết vùng chậu hoặc cạnh ĐM chủ: nếu là PSTT

- Hút nạo lòng TC lần 2 gửi GPBL nếu nghi ngờ PSTT hoặc ETT (siêu âm thấy 1 khối echo lớn trong lòng tử cung + βhCG ở mức thấp < 100 UI/L)

2.2.GTN sau thai kỳ không liên quan thai trứng:

- Sau thai kỳ không liên quan thai trứng, GTN hầu như là Choriocarcinoma, rất hiếm khi là PSTT và ETT.
- GTN được nghĩ tới khi BN đã có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng như:
  + Xuất huyết muộn sau sinh hoặc sẩy thai (có thể 6 – 8 tuần sau sinh hoặc vài năm sau), mức độ từ nhẹ đến nặng
  + Tử cung lớn nhanh và nang buồng trứng 2 bên
  + Triệu chứng của di căn
  + Hội chứng thận hư và tiểu máu nếu PSTT
  + βhCG bình nguyên hay tăng (thường βhCG về âm tính sau 2-4 tuần sau sanh hoặc sẩy thai)

→ Phải nạo lòng tử cung và gửi GPBL để xác định chẩn đoán là thai trứng mới hay là GTN do thai kỳ lần trước, trừ khi tìm thấy dấu hiệu di căn trên bệnh nhân.

III. XẾP GIAI ĐOẠN

3.1.Thai trứng xâm lấn hoặc choriocarcinoma:

- GĐ I theo FIGO thường là nguy cơ thấp theo FIGO/WHO 2002 và > 90% đáp ứng với đơn hoá trị
- GĐ IV theo FIGO thường là nguy cơ cao theo FIGO/WHO 2002 và thường kháng với phác đồ đơn hoá trị
- GĐ II và III theo FIGO cần được phân bậc nguy cơ theo FIGO/WHO 2002 để chọn hướng điều trị hợp lý

3.2.PSTT hoặc ETT:

- Yếu tố tiên lượng sống còn dựa vào thời gian tiềm ẩn từ thai kỳ trước đến thời điểm chẩn đoán PSTT. Nếu thời gian ấy > 4 năm, tiên lượng xấu

BẢNG PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN GTN THEO FIGO 2000

GIAI ĐOẠN	ĐẶC ĐIỂM
GĐ I	Bệnh khu trú tại tử cung
GĐ II	Khối u di căn nhưng còn giới hạn ở đường sinh dục (phần phụ, ÂH, ÂĐ, dây chằng rộng)
GĐ III	Khối u di căn phổi
GĐ IV	Di căn ở các vị trí xa khác (gan, não, thận …)

*** Tầm soát di căn: Lưu đồ 1**

BẢNG TIÊN LƯỢNG GTN THEO WHO/FIGO 2002:

YẾU TỐ	0	1	2	4
Tuổi	< 40	≥ 40	–	–
Tình trạng thai kỳ trước	Thai trứng	Sẩy thai	Thai đủ tháng	
Số tháng cách lần có thai trước	<4	4 – 6	7 – 12	≥ 12
βhCG trước điều trị	$< 10^3$	10^3 - 10^4	$> 10^4 – 10^5$	$> 10^5$
Kích thước u lớn nhất (kể cả TC)	–	3 - <5 cm	≥ 5 cm	–
Vị trí di căn	Phổi	Lách, thận	Tiêu hoá	Gan, não
Số cơ quan di căn	–	1 – 4	5 – 8	> 8
Hoá trị thất bại trước đó	–	–	Đơn hoá trị	Đa hoá trị
Nguy cơ thấp: 0 – 6 điểm Nguy cơ cao: ≥ 7 điểm				

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1.Tiêu chuẩn điều trị:

- Chẩn đoán GTN sau thai trứng theo tiêu chuẩn FIGO 2000
- Ngoài ra, xem xét điều trị khi có 1 trong các vấn đề sau:
  + Xuất huyết âm đạo ồ ạt cần truyền máu mặc dù βhCG đang giảm.
  + Bằng chứng di căn não, gan, tiêu hoá, Xq ngực thẳng xuất hiện sang thương phổi > 2cm hoặc nhân Chorio âm đạo > 2cm.
  + βhCG máu ≥ 20.000 IU/L > 4 tuần sau hút nạo.

4.2.Chuẩn bị bệnh nhân:

- 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 THA …
- Xét nghiệm tiền hoá trị và tiền phẫu: công thức máu, nhóm máu, Rh, SGOT, SGPT, BUN, creatinine, điện giải đồ, βhCG, Xq ngực thẳng, TPTNT.

4.3.Hoá trị:

4.3.1. Điều kiện hoá trị: Không sử dụng hoá trị khi

- BC < 3000/mm^3, BC đa nhân trung tính < 1500/mm^3, tiểu cầu < 100.000/mm^3
- Men gan: SGOT, SGPT > 100 IU/L

4.3.2. Tác dụng phụ của hoá trị - xử trí:

- Nhiễm độc huyết học và tuỷ xương:
  + BC giảm: dùng thuốc nâng BC (Filgrastim)
  + Thiếu máu: truyền HC lắng
  + Giảm tiểu cầu: truyền TC
- Nhiễm độc đường tiêu hoá: viêm niêm mạc miệng, viêm dạ dày, viêm ruột hoại tử → Nuôi ăn tĩnh mạch, ăn thức ăn lỏng và chia nhiều bữa nhỏ trong ngày, kháng sinh, vitamin, truyền dịch, bù điện giải nếu cần
- Nhiễm độc da: rụng tóc, dị cảm mẫn cảm → Kháng Histamin và corticoid
- Nhiễm độc gan: tăng men gan → Ngưng hoá trị khi men gan >100 UI/L, thuốc bảo vệ gan: BDD

4.3.3. Đơn hoá trị: ***Bảng 1,2***

- Đầu tay: MTX 1mg/kg cách mỗi ngày với 4 liều, Folinic Acid 0,1mg/kg dùng 24 giờ sau mỗi liều MTX, lập lại liệu trình sau mỗi 1 tuần.

4.3.4. Đa hoá trị:

- Đầu tay: EMA/CO (**Bảng 3**)
- MAC chọn lựa trong 1 số trường hợp đặc biệt như tình trạng bệnh nhân không chịu được phác đồ EMA/CO (**Bảng 4**)
- Kháng EMA/CO hoặc MAC → EMA/EP (**Bảng 5**)
- Kháng cả EMA/CO và EMA/CO → BEP (**Bảng 6**)
- Kháng tất cả các phác đồ trên → SAMOK

4.4.Ngoại khoa:

4.4.1. Phẫu thuật:

- Cắt tử cung:
  + GTN GĐ I: cắt TC nên là điều trị đầu tay (nếu đã đủ con) ± hoá trị bổ sung
  + GTN kháng hoá trị
  + Cắt TC cầm máu hoặc phòng NT huyết tiến triển khi khối u hoại tử nhiễm trùng
- Phẫu thuật bảo tồn: bóc hay xén cơ tử cung vùng u nguyên bào nuôi ở bệnh nhân còn trẻ muốn có thêm con.

4.4.2. Thuyên tắc mạch:

Đối với nhân Chorio âm đạo vỡ gây chảy máu không cầm được hoặc trong các khối di căn gan.

V. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

GIAI ĐOẠN	NGUY CƠ		ĐIỀU TRỊ	CR	OS
GĐ I		Khởi đầu	- Cắt TC ± hoá trị hỗ trợ - Đơn hoá trị - βhCG > 400.000UI/L → đa hoá trị	90%	100%
		Thất bại	- Tăng liều MTX 1mg/kg/N → 1.5mg/kg/N - Đổi sang Dactinomycin - Đa hoá trị EMA/CO (ưu tiên đầu) hoặc MAC (trong 1 số trường hợp)		
GĐ II – III	Nguy cơ thấp	Khởi đầu	- Đơn hoá trị - βhCG > 400.000UI/L → đa hoá trị	80%	
		Thất bại	- Đa hoá trị: EMA/CO hoặc MAC - Đa hoá trị + PT → giảm số CK		
GĐ II – III	Nguy cơ cao	Khởi đầu	EMA/CO	77%	86% Di căn gan: 27% Di căn não: 70% Di căn não + gan: 10%
		Thất bại	EMA/EP + PT		
GĐ IV		Khởi đầu	EMA/CO + PT		
		Thất bại	EMA/EP + PT		

*Chú thích: CR: tỷ lệ lui bệnh hoàn toàn OS: tỷ lệ sống còn

- Tiêu chuẩn kháng hoá trị:
  + βhCG không giảm 1lg sau 18 ngày theo dõi
  + βhCG bình nguyên hoặc tăng sau 2 tuần theo dõi (N1,7,14)
  + Xuất hiện di căn mới
- GTN nguy cơ rất cao:
  + Khi > 12 điểm theo FIGO/WHO 2002; có di căn gan, não → đáp ứng kém hoặc gây những biến chứng nguy hiểm (chảy máu, nhiễm trùng huyết, suy đa cơ quan) với điều trị chuẩn EMA/CO
  + Giảm liều hoá chất: Etoposid 100mg/m^2 và cisplatin 20mg/m^2 ngày 1 và 2, lập lại mỗi tuần trong 1 – 3 tuần, sau đó sử dụng liều chuẩn
- Điều trị các ổ di căn:
  + Nhân chorio âm đạo: cột, cắt rộng tại chỗ, xạ trị nhẹ tại chỗ, thuyên tắc nhánh ÂĐ của ĐM thượng vị dưới
  + Nốt di căn ở phổi: điều trị hoá trị ± cắt bỏ khối u

+ Di căn não: xạ trị ± hoá trị, phẫu thuật khi tăng áp lực nội sọ hoặc xuất huyết não
+ Di căn gan: nếu ko đáp ứng hoá trị toàn thân → truyền hoá chất vào ĐM gan ± cắt u gan ± thuyên tắc mạch

- PSTT, ETT:
  + Phẫu thuật là điều trị đầu tay
  + Lớn tuổi, đã đủ con: cắt TC. Bảo tồn 2 buồng trứng hay không tuỳ vào quan điểm của phẫu thuật viên (cân nhắc bảo tồn nếu không có tiền căn gia đình có ung thư vú, chưa mãn kinh)
  + Còn trẻ, muốn có thêm con: phẫu thuật bảo tồn lấy bỏ vùng tổn thương nếu được.

VI. THEO DÕI

- Trong lúc điều trị: theo dõi βhCG mỗi tuần đến khi về âm tính (<5 UI/L) 2-3 tuần liên tiếp thì kết thúc điều trị.
- Sau điều trị:
  + GTN GĐ I, GĐ II – III nguy cơ thấp: theo dõi βhCG/tháng trong 1 năm
  + GTN GĐ II – III nguy cơ cao, GĐ IV: theo dõi βhCG/tháng trong 2 năm

VII. NGỪA THAI

- Thuốc viên ngừa thai (phối hợp hoặc chỉ có progestin) ưu tiên lựa chọn
- Màng ngăn (màng ngăn AĐ, BCS) cũng có thể được sử dụng
- Không nên đặt DCTC: nguy cơ thủng TC

VIII. THAI KỲ TƯƠNG LAI

9.1.Nạo hút lần 2:

- Giảm CK điều trị hoá trị hoặc không cần hoá trị nhưng hiệu quả rất giới hạn.
- Gây biến chứng nguy hiểm: thủng TC, dính buồng TC, nhiễm trùng

→ Khuyến cáo không hút lòng tử cung như là 1 phương pháp điều trị GTN

9.2.Phantom HCG:

- βhCG bình nguyên tương đối thấp và kéo dài, không có sự hiện diện bệnh trên lâm sàng và các xét nghiệm hình ảnh học, không đáp ứng hoá trị
- Do có kháng thể kháng kháng thể hCG trong máu → hCG (+) giả

- Chẩn đoán: hCG nước tiểu (–); βhCG /máu về (–) khi pha loãng huyết thanh
- Tình trạng này có thể lập lại và có thể (+) giả với CA125 hoặc kháng thể kháng giáp → báo bác sĩ mỗi khi khám bệnh và cần được ghi rõ trong hồ sơ bệnh án

9.3.GTD im lặng (Quiescent GTD):

- βhCG máu tồn tại dai dẳng (hàng tuần – năm) ở mức thấp (< 230 UI/L) và không có triệu chứng trên lâm sàng và hình ảnh học, không đáp ứng hoá trị
- Thường thoái triển sau 6 tháng, tuy nhiên 10.4% tái hoạt và phát triển thành GTN → được xem là u giáp biên ác
- Phải loại trừ Phantom hCG
- Theo dõi thường xuyên, khi βhCG tăng → cần hoá trị. Vài dữ liệu khuyến cáo chờ đến ngưỡng βhCG 3.000 UI/L mới điều trị

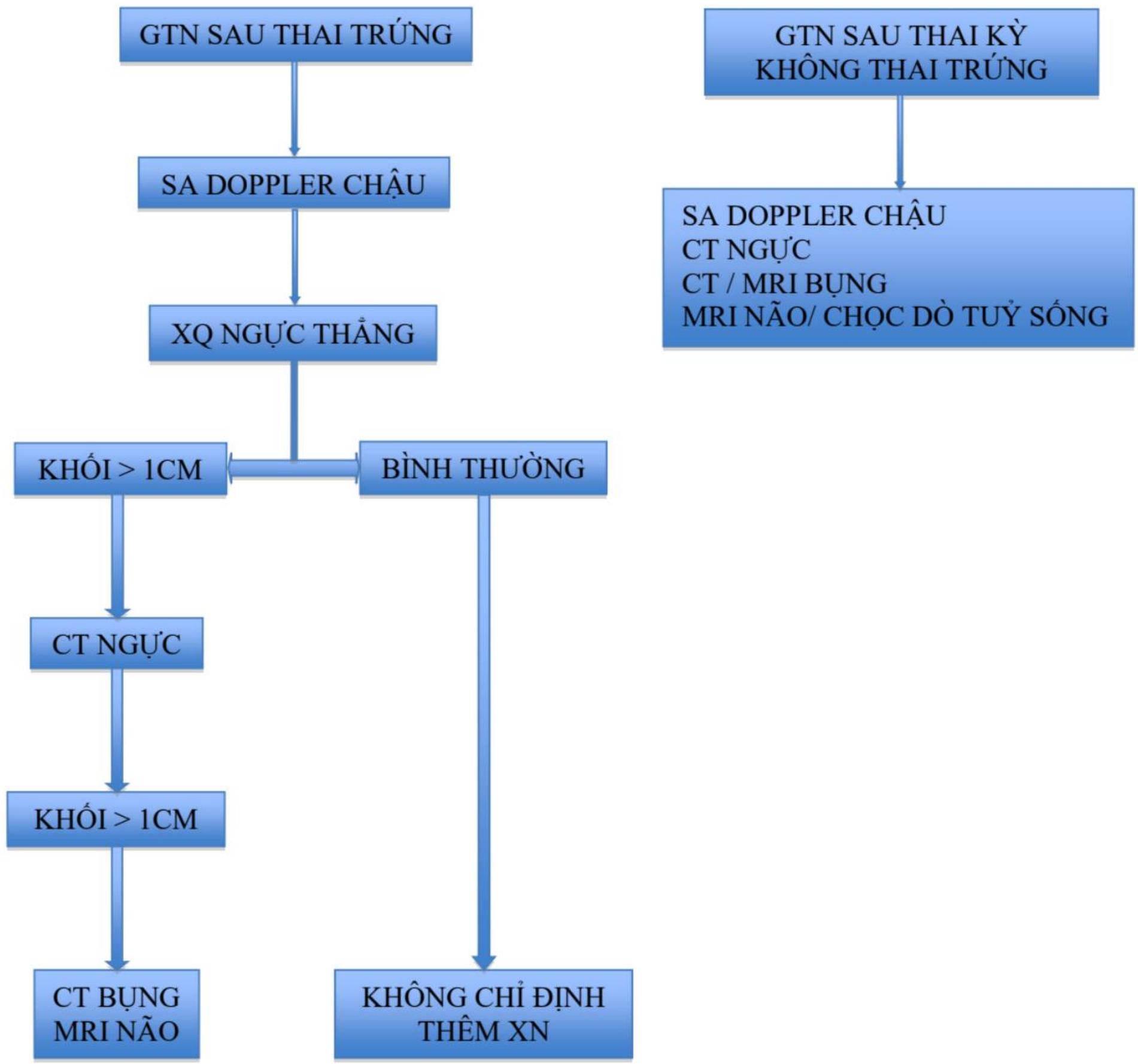
9.4.GTN tái phát:

- Tỷ lệ tái phát chung 3 – 9 % sau 6 tháng → cần theo dõi βhCG định kỳ sau khi βhCG âm tính
- Tại thời điểm chẩn đoán: làm lại CT ngực, bụng, chậu và MRI não.
- Điều trị tuỳ thuộc phát đồ hoá trị ban đầu và đánh giá của nhà lâm sàng.

9.5.Ung thu thứ phát sau đa hoá trị:

- Đa hoá trị đặc biệt phác đồ có Etoposide tăng nguy cơ ung thư thứ phát.
- Nguy cơ tương đối ung thư máu 16.6, ung thư đại tràng 4.6, và ung thư vú 5.8 khi sống > 25 năm

Lưu đồ : Tầm soát di căn



BẢNG 1: PHÁC ĐỒ MTX 1mg/kg (TB)

- Ngày 0: CTM, SGOT, SGPT, BUN, Creatinine, βhCG
- Ngày 1: MTX 1mg/kg (TB)
- Ngày 2: Folinic acid 0,1mg/kg (TB)
- Ngày 3: MTX 1mg/kg (TB)
- Ngày 4: Folinic acid 0,1mg/kg (TB)
- Ngày 5: MTX 1mg/kg (TB)
- Ngày 6: Folinic acid 0,1mg/kg (TB)
- Ngày 7: MTX 1mg/kg (TB)
- Ngày 8: Folinic acid 0,1mg/kg (TB)
  CTM, SGOT, SGPT, BUN, Creatinine, βhCG
- Tái nhập viện 01 tuần sau

BẢNG 2: PHÁC ĐỒ ACT-D

- Ngày 0: CTM, SGOT, SGPT, BUN, Creatinine, βhCG
- Ngày 1: Act-D 1,25 mg/m^2 TMC
- Ngày 2: Act-D 1,25 mg/m^2 TMC
- Ngày 3: Act-D 1,25 mg/m^2 TMC
- Ngày 4: Act-D 1,25 mg/m^2 TMC
- Ngày 5: Act-D 1,25 mg/m^2 TMC
- Ngày 6: CTM, SGOT, SGPT, BUN, Creatinine, βhCG
- Tái nhập viện 01 tuần sau

BẢNG 3: PHÁC ĐỒ EMA/CO

- Ngày 0: CTM, SGOT, SGPT, BUN, Creatinine, βhCG
- Ngày 1:
  + Act-D 0,5 mg TMC
  + Etoposid 100 mg/m^2 da trong 200 ml NaCl 0,9% TTM 30 phút
  + MTX 100 mg/m^2 TMC, sau đó MTX 200 mg/m^2 da TTM trong 12 giờ
- Ngày 2:
  + Act-D 0,5 mg TMC
  + Etoposid 100 mg/m^2 da trong 200 ml NaCl 0,9% TTM 30 phút
  + Folinic acid 15 mg x 4 (u) cách 12 giờ hoặc 15 mg x 4 (TB) cách 6 giờ
- Ngày 7: CTM, SGOT, SGPT, BUN, Creatinine
  + Nếu không đủ điều kiện hoá trị, ngưng hoá trị và điều trị tuỳ nguyên nhân
  + Nếu thời gian ngưng điều trị >6 ngày, phải điều trị lại từ đầu

- Ngày 8:
  + Vincristin 1 mg/m^2 da TMC, tối đa 2mg
  + Cyclophosphamid 600 mg/m^2 da pha 500 ml NaCl 0,9% TTM LX giọt/phút
- Tái nhập viện mỗi 02 tuần

BẢNG 4: PHÁC ĐỒ MAC:

- Ngày 0: CTM, SGOT, SGPT, BUN, Creatinine, βhCG
- Ngày 1:
  + MTX 0,3 mg/kg TB
  + Act-D 0,5 mg TMC
  + Cyclophosphamid 200 mg TMC
- Ngày 2:
  + MTX 0,3 mg/kg TB
  + Act-D 0,5 mg TMC
  + Cyclophosphamid 200 mg TMC
- Ngày 3:
  + MTX 0,3 mg/kg TB
  + Act-D 0,5 mg TMC
  + Cyclophosphamid 200 mg TMC
- Ngày 4:
  + MTX 0,3 mg/kg TB
  + Act-D 0,5 mg TMC
  + Cyclophosphamid 200 – 250 mg TMC
- Ngày 5:
  + MTX 0,3 mg/kg TB
  + Act-D 0,5 mg TMC
  + Cyclophosphamid 200 – 250 mg TMC
- CTM, SGOT, SGPT, Ure, Creatinine, βhCG
- Tái nhập viện sau 03 tuần

BẢNG 5: PHÁC ĐỒ EMA/EP

- Thay thế ngày điều trị CO bằng EP
- Cisplatin 70 – 80 mg pha trong 1 lít NaCl 0,9% TTM hơn 12 giờ
- Etoposide 100 mg/m^2 da TTM hơn 1 giờ

BẢNG 6: PHÁC ĐỒ BEP

- Ngày 0: CTM, SGOT, SGPT, BUN, Creatinine, βhCG
- Ngày 1:
  + Bleomycin 30 đv pha 100 ml NaCl 0,9% TTM LX giọt/phút
  + Etoposide 100 mg/m^2 da TTM hơn 1 giờ
  + Cisplastin 20 mg/m^2 da pha 200 ml NaCl 0,9% TTM LX giọt/phút

- Ngày 2: EP
- Ngày 3: EP
- Ngày 4: EP
- Ngày 5: EP
- Ngày 7: CTM, SGOT, SGPT, BUN, Creatinine
- Ngày 8: B
- Ngày 14: CTM, SGOT, SGPT, BUN, Creatinine
- Ngày 15: B
- CTM, SGOT, SGPT, Ure, Creatinine, βhCG
- Tái nhập viện mỗi 03 tuần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Elizabeth IO Garner (2013), " Gestational trophoblastic neoplasisa: Staging and treatment", uptodate 21.6 offline, topic 3242, version 14.0.
2. Ross S.Berkowitz (2015), " Gestational Trophoblastic Disease", Bereck and novak's Gynecology, vol 39, pp. 5031-5064.
3. Paola Aghajanian (2015), " Gestational Trophoblastic Disease", Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology, sec VI, vol 51, pp.1274-1288.
4. M.J.Seckl (2015), "Gestational trophoblastic disease: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up", Oxford Journals, vol 25, iss 6, pp. vi39-vi50.

139 CHĂM SÓC HẬU PHẪU

I. GIỚI THIỆU

Sự thành công của cuộc mổ tùy thuộc một phần lớn vào sự chăm sóc hậu phẩu. Giai đoạn sau mổ là giai đoạn có nhiều rối loạn về sinh lý bao gồm các biến chứng về hô hấp, tuần hoàn, kích thích, đau, rối loạn chức năng thận, rối loạn đông máu, hạ nhiệt độ... gây ra do gây mê hoặc do phẫu thuật. Mục tiêu của phác đồ điều trị này nhằm phát hiện và xử trí các biến chứng sau mổ có thể xảy ra.

II. THEO DÕI THƯỜNG QUI

	Theo dõi	Dịch truyền	Thuốc giảm đau	Chế độ ăn	Vận động	Chăm sóc
Ngày 0 (sau mổ 6 giờ)	-Tổng trạng, tri giác -DHST (M, HA, HH, NĐ), nước tiểu mỗi 4 giờ -Theo dõi vết mổ có chảy máu, tụ máu không - Phản ứng thành bụng - Dịch ÂĐ -ODL: ghi nhận lượng dịch, màu sắc		-Paracetamol 1g 100ml x3 truyền TM CXXX giọt/phút Và/hoặc NSAIDs: Diclofenac 100mg 1 viên x2 đặt hậu môn cách 12 giờ	- Uống nước soup - Ăn cháo loãng	Xoay trở tại giường	Chăm sóc cấp II
Ngày 1	-DHST (M, HA, HH, NĐ) mỗi 8 giờ/lần -Quan sát vết mổ thành bụng -Dịch âm đạo -Tiểu tiện, trung đại tiện - Rút ống dẫn lưu theo chỉ định của phẫu thuật viên hay khi hết ra dịch	-Chỉ truyền dịch khi BN ăn uống kém, Glucose 5% 500ml + Lactate Ringer 500ml -Đối với BN tiểu đường: Thay thế Glucose 5% bằng Natri clorid 0.9% -Đối với BN có bệnh lý tim mạch kèm theo→ Hạn chế dịch truyền, số lượng dịch truyền thường theo ý kiến BS GMHS	-Paracetamol 1g 100ml x3 truyền TM CXXX giọt/ phút Và/hoặc - NSAIDs: Diclofenac 100mg 1v x2 đặt HM/12 giờ	-Ăn cháo -Cơm	-Ngồi dậy -Vận động quanh giường	-Chăm sóc cấp II-III
Ngày II	-DHST (M, HA, HH, NĐ) mỗi 12 giờ/lần -Kiểm tra vết mổ thành bụng. - Tình trạng bụng (chướng, phản ứng thành bụng)	-Ngưng dịch truyền	-Paracetamol 500mg 1v x 3 uống. -và/ hoặc NSAIDS : Diclofenac 100mg 1v x2 đặt HM/12 giờ	-Cơm	-Vận động bình thường	-Chăm sóc cấp III -Tháo băng
	- Trung tiện (+/-)					
Ngày III –V 0	**xem xét xuất viện**		-Ngưng giảm đau	-Cơm	-Vận động bình thường	-Chăm sóc cấp III -Rửa vết mổ

III. MỘT SỐ LƯU Ý TRONG CHĂM SÓC HẬU PHẪU

.1. Chăm sóc vết mổ thành bụng

- Vết mổ sạch khô:
  + Tháo băng vết mổ ngày 2
  + Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh cơ thể hàng ngày
  + Cắt chỉ sau mổ 5–7 ngày.
- Vết mổ chảy máu:
  + Chảy máu ít thấm băng: thay băng và băng ép chặt vết mổ
  + Chảy máu nhiều: tháo băng kiểm tra vết mổ, may cầm máu nếu cần
- Vết mổ nề tím, tụ máu:
  + Kháng viêm chống phù nề
  + Theo dõi diện tích và tính chất vùng tụ máu
  + Xem xét việc thoát máu tụ
- Vết mổ nhiễm trùng:
  + Xảy ra từ ngày thứ 4 sau mổ. Vết mổ sưng nóng đỏ đau
  + Cắt mối chỉ để hở vết mổ cho thoát dịch, mủ
  + Lấy dịch vết mổ nuôi cấy vi trùng làm kháng sinh đồ
  + Rửa sạch vết mổ, thay băng ngày 2 lần
  + Kháng sinh theo kháng sinh đồ, may lại khi vết mổ đã sạch

.2. Mổ sanh:

Đánh giá:

+ Tình trạng vết thương thành bụng
+ Tình trạng gò tử cung
+ Số lượng, màu sắc, tính chất của sản dịch
+ Tình trạng nhũ hoa và tiết sữa, việc cho con bú
+ Tình trạng bé
+ Khám âm đạo trước khi xuất viện

Tư vấn:

+ Tiến trình lành vết mổ và các dấu hiệu nguy hiểm
+ Nuôi con bằng sữa mẹ
+ Theo dõi và chăm sóc sức khỏe giai đoạn hậu sản, chăm sóc vết mổ, dinh dưỡng sau sanh
+ Kế hoạch gia đình

3.3.Mổ cắt tử cung ngã bụng

Đánh giá:

+ Tình trạng vết thương
+ Tình trạng bài tiết nước tiểu

Các vấn đề và cách giải quyết:

- Chảy máu mỏm cắt
  + Rịn máu ít dùng tampon tẩm oxy già chèn vào âm đạo 2 giờ sau rút ra
  + Chảy nhiều xem xét việc may cầm máu hay phục hồi
- Tụ dịch mõm cắt, nhiễm trùng mỏm cắt
  + Siêu âm kiểm tra mỏm cắt, 2 hố chậu
  + Phá mõm cắt, thoát lưu dịch máu, mủ
  + Rửa âm đạo âm hộ ngày 2 lần
- Thời gian lưu thông tiểu 48-72 giờ hay tùy theo ý kiến phẫu thuật viên. Lưu ý đi tìm các tổn thương bàng quang, niệu quản.
  + Dò bàng quan âm đạo phụ thuộc áp lực bàng quang và kích thước lỗ dò thường xảy ra muộn sau 4 tuần
  + Có dịch loãng chảy ra từ âm đạo khi ho hay gắng sức
  + Bơm bàng quang bằng NaCl 0,9% có pha Bleu Methylen
  + Khám đặt mỏm vịt, chèn 2 tampon khô vào âm đạo
  + Tampon nhuộm màu Bleu Methylen
  + Hội chẩn chuyên khoa niệu
- Bán tắc ruột, liệt ruột
- Viêm phúc mạc khu trú, toàn thể

Tư vấn:

+ Chăm sóc sức khỏe sau mổ, dinh dưỡng sau mổ
+ Tiến trình lành vết thương và các dấu hiệu nguy hiểm
+ Tình trạng không kinh sau mổ
+ Việc bổ sung nội tiết trong trường hợp phẫu thuật có cắt 2 buồng trứng

3.4.Mổ cắt tử cung ngã âm đạo

+ Giống như cắt TC ngả bụng
+ Lưu ý các tổn thương hệ niệu dễ xảy ra hơn

Tư vấn:

+ Chăm sóc sức khỏe sau mổ, dinh dưỡng sau mổ
+ Tiến trình lành vết thương và các dấu hiệu nguy hiểm
+ Tình trạng không kinh sau mổ
+ Việc bổ sung nội tiết trong trường hợp phẫu thuật có cắt 2 buồng trứng
+ Tình trạng âm hộ-âm đạo và thời gian kiêng giao hợp sau mổ

3.5.Phẫu thuật nội soi

3.5.1. Hậu phẫu ngày 0:

- Biến chứng hay gặp:
  + Xuất huyết nội: trong trường hợp tổn thương mạch máu lúc phẫu thuật
  + Biến chứng liên quan đến bơm khí ổ bụng như; tăng CO_2 máu (do khả năng khuyết tán của CO_2 cao), tràn khí trung thất tần suất 0,2-1,9%
- Với ống thông tiểu, có thể rút sau mổ 6 giờ nếu nước tiểu trong. Trường hợp nước tiểu có lẫn máu, phải tùy thuộc chỉ định của bác sĩ
- Ống dẫn lưu (nếu có): màu sắc dịch, lượng.
- Quan sát băng vết mổ có thấm máu không
- Theo dõi huyết âm đạo nếu có: màu sắc, số lượng, tính chất…

3.5.2. Hậu phẫu ngày 1 :

- Đau vai, đau lưng, đau bẹ sườn 1–2 ngày đầu do ứ khí CO_2 trong ổ bụng vùng hạ sườn phải gây kích thích vòm hoành. Khí CO_2 sẽ được khuyết tán trong mô và thải ra ngoài trong 2 ngày
- Đôi khi cảm giác tức bụng, chướng bụng 1–2 ngày đầu sau mổ
- Chảy máu lượng ít, hay ra dịch nhày hồng ở âm đạo trong 1–2 tuần sau mổ (tùy loại phẫu thuật)
- Thuyên tắc mạch do khí có thể xảy ra, nên vận động sớm để giảm nguy cơ thuyên tắc

3.5.3. Hậu phẫu ngày 2 – xuất viện:

- Thường xuất viện sau 2 ngày nếu không ghi nhận biến chứng lúc mổ

3.5.4. Tư vấn

+ Các dấu hiệu của tình trạng ứ đọng CO_2 và cách giải quyết
+ Chăm sóc sức khỏe sau mổ, dinh dưỡng sau mổ
+ Theo dõi thai tồn lưu trong phẫu thuật thai ngoài tử cung
+ Kế hoạch gia đình trong tình huống còn khả năng sinh sản

IV. KHÁNG SINH

- Dự phòng: sử dụng trong trường hợp chủ động hay nguy cơ thấp.
- Điều trị: theo chỉ định của phẫu thuật viên hay của bác sĩ điều trị trong quá trình theo dõi hậu phẫu.

V. CẮT CHỈ

Tại bệnh viện hay y tế địa phương.

+ Vết mổ ngang: 5 ngày.

+ Vết mổ dọc: 7 ngày.

Hẹn tái khám sau 1 tháng hoặc tái khám ngay khi có triệu chứng bất thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Phác đồ BV Hùng Vương 2005
2. Phác đồ BV Từ Dũ 2015

Tiếng Anh

1. D.HAGER, J.W.LARSEN ,Postoperative Infections : Prevention ang management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th edition, 2008, 190-222.
3. Schwartz's Principles of Surgery 9th ed 2010, Chapter 6. Surgical Infections.

BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Chương 7

NHŨ

KHÁM VÚ 140

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Khám vú giữ vai trò quan trọng trong khám sức khỏe định kỳ cho phụ nữ. Đây là một phương pháp phát hiện sang thương vú. Khám vú phải được kết hợp với siêu âm vú và Xquang vú, nhằm đạt hiệu quả cao nhất trong chẩn đoán bệnh lý vú.

1.2. Các bước tiến hành

Khám vú phải được tiến hành đầy đủ các bước:

- Tìm hiểu bệnh sử, các yếu tố nguy cơ.
- Khám vú.
- Ghi nhận, tổng hợp bệnh án.
- Lập chương trình theo dõi.
- Hướng dẫn bệnh nhân tự khám vú ở nhà.

II. HỎI BỆNH

2.1. Lý do khám

Các triệu chứng bệnh nhân than phiền rất quan trọng. Nó liên quan chặt chẽ với kết luận đưa ra sau khi khám, lý do đến khám thường gặp nhất là đau vú.

2.2. Tiền sử gia đình (các yếu tố nguy cơ ung thư vú)

- Thân quyến bậc 1 bị ung thư vú (mẹ, chị em gái, con gái).
- Ung thư buồng trứng, ung thư nội mạc tử cung.

2.3. Tiền sử bản thân (các yếu tố nguy cơ ung thư vú)

- Có kinh sớm trước 10 tuổi hay mãn kinh trễ sau 55 tuổi.
- Phụ nữ độc thân hay có con so sau 35 tuổi.
- Nội tiết thay thế tiền mãn kinh- mãn kinh, thuốc ngừa thai liên tục >5 năm.
- Đã bị ung thư vú, ung thư nội mạc tử cung, ung thư buồng trứng.
- Béo phì là yếu tố nguy cơ.
- Cho con bú là yếu tố bảo vệ.

2.4. Bệnh sử

Khai thác kỹ vấn đề bệnh nhân than phiền: đau, chảy dịch núm vú, khối u, ngứa.

III. KHÁM

3.1. Khám hai vú

- Tìm những thay đổi của da ngực về màu sắc (bầm tím, sưng đỏ), da cam, sần sùi, loét, phỏng da.
- Núm vú ngắn, co rút, tụt vô trong, tiết dịch.
- Sự bất đối xứng của hai vú, co kéo da, cân cơ.
- Khi sờ nắn vú, các thông số cần chú ý:
  + Tính chất mô vú: vú chắc hoặc mềm.
  + Tính đồng nhất của mô vú: mô vú thuần nhất hoặc có vùng cộm, cảm giác như có hạt nhỏ hoặc có nốt nhỏ.
  + Điểm đau khu trú.
  + Vú có bướu, mảng hay không. Nếu có phải mô tả đầy đủ các tính chất của u vú: kích thước, vị trí, hình dạng, mật độ, di động hay dính vào cơ ngực, dính vào da.
  + Dịch tiết núm vú (số lượng, màu sắc) nếu bệnh nhân có tiết dịch.

3.2. Khám hạch

- Tìm hạch nghi ngờ là quan trọng, khi tìm thấy hạch phải xác định số lượng, thể tích, mật độ, đau, di động.
- Tìm hạch nách, trên đòn, dưới đòn nếu bệnh nhân có u nghĩ ung thư.

3.3. Khám toàn thân

Hỏi bệnh sử & thăm khám một cách tổng quát nhằm tìm bất thường, di căn phổi, gan, xương cột sống… nếu bệnh nhân có chẩn đoán ung thư vú.

IV. GHI NHẬN, TỔNG HỢP BỆNH ÁN

Kết thúc khám, tổng hợp lại trên một sơ đồ đơn giản, cho phép tổng hợp các triệu chứng khách quan và so sánh với các lần khám khác nhau.

V. TỰ KHÁM VÚ

Hướng dẫn cho phụ nữ cách tự khám vú rất là quan trọng trong việc phát hiện bệnh lý vú & ung thư vú.

141 NHŨ ẢNH

I. GIỚI THIỆU

Khuyến cáo ACOG 2014, tầm soát ung thư vú mỗi 1-2 năm trên phụ nữ 40-49 tuổi và hàng năm trên phụ nữ sau 50 tuổi. Không có sự đồng thuận lứa tuổi nào nên ngưng tầm soát, bởi vì xuất độ ung thư vú tăng theo tuổi và dường như việc tầm soát ung thư vú sẽ tiếp tục tùy theo sức khỏe cho phép của người phụ nữ.

Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đã cho thấy việc tầm soát ung thư vú bằng nhũ ảnh trên phụ nữ 50-69 tuổi làm giảm 20-30% nguy cơ tử vong do ung thư vú.

Đến nay không có bằng chứng việc chụp nhũ ảnh làm tăng nguy cơ ung thư vú do tia X.

1.1. Định nghĩa

- Nhũ ảnh tầm soát: được chỉ định trên phụ nữ không triệu chứng và chụp trên 2 tư thể chuẩn (đầu đuôi và giữa ngoài chếch). (CC và MLO).
- Nhũ ảnh chẩn đoán: được thực hiện khi không có chẩn đoán xác định trên nhũ ảnh tầm soát và siêu âm chẩn đoán bình thường.

1.2. Khoảng cách NA tầm soát được khuyến cáo

- Bắt đầu tầm soát từ 40 tuổi, mỗi 2 năm.
- Tầm soát sớm trên phụ nữ có gia đình thế hệ 1 bị ung thư vú:
  + Bắt đầu sớm hơn 10 năm so với lứa tuổi thế hệ 1 gia đình bị ung thư vú.
  + Phụ nữ mang đột biến gen BRCA1 & BRCA 2 tầm soát hàng năm từ 35 tuổi.

II. GIÁ TRỊ NHŨ ẢNH

- Nhũ ảnh tầm soát có thể phát hiện ung thư nhỏ, vi vôi hóa, ung thư giai đoạn sớm. Độ nhạy 98% trên mô vú mỡ, tuy nhiên giảm còn 30% trên phụ nữ có nhu mô vú dày.
- Diễn giải kết quả nhũ ảnh theo Hệ thống phân loại ACR BIRADS (American College of Radiology's Breast Imaging Reporting and Data Systems) - phiên bản mới năm 2013.
  + BIRADS 0: cần thêm hình ảnh học để chẩn đoán.
  + BIRADS 1: vú bình thường.
  + BIRADS 2: tổn thương lành tính.
  + BIRADS 3: tổn thương khả năng lành tính, nguy cơ ác tính <2%. Nên siêu âm chẩn đoán, theo dõi 6 tháng nếu siêu âm bình thường, sinh thiết nếu siêu âm chẩn đoán tăng mức độ phân loại BIRADS.
  + BIRADS 4: tổn thương nghi ngờ ác tính (2-95%), nên sinh thiết.
    • 4a nghi ngờ ác tính thấp (>2% - ≤10%).
    • 4b nghi ngờ ác tính trung bình (>10% - ≤50%).
    • 4c nghi ngờ ác tính cao (>50% - <95%).
  + BIRADS 5: khả năng ác tính cao ≥95%.
  + BIRADS 6: ác tính đã được xác định bằng sinh thiết.
- Phân loại hình ảnh BIRADS đánh giá NA dựa theo các đặc điểm:
  + Khối u.
  + Vôi hóa.
  + Xáo trộn cấu trúc.
  + Hình ảnh kết hợp.
  + Vị trí sang thương.

III. PHƯƠNG PHÁP MỚI CỦA NHŨ ẢNH

- Nhũ ảnh 3 chiều (tomosynthesis).

TÀI LIỆU KHAM KHẢO

1. Carl J. D'Orsi, Mary S. Newell. BI-RADS Decoded: Detailed Guidance on Potentially.
2. Confusing Issues. Radiol Clin N Am: 45 (2007) 751–763
3. James A. Hall, John V. Knau. Chapter 4: Breast Imaging. An atlas of Breast Disease: p. 15-33.
4. Daniel B. Kopans . Chapter 4: Screening for breast cancer. Breast Imaging: p 122-191.
5. Harmien Zondeland, BI-RADS® Introduction to the Breast Imaging Reporting& DataSystem,Radiology Assitant (2006).
6. ACR BI-RADS® Atlas, Breast Imaging Reporting and Data System. Reston, VA: American College of Radiology, 5th edition,(2013).

CHỌC HÚT TẾ BÀO VÚ BẰNG KIM NHỎ 142

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Chọc hút tế bào vú bằng kim nhỏ (Fine Needle Aspiration Cytology) là đâm kim nhỏ vào trong tổn thương nghi ngờ nhằm hút các tế bào bị bong ra. Đây là phương pháp chẩn đoán tế bào học.

1.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Dụng cụ giữ kim Cameco.
- Ống chích 20ml.
- Kim tiêm 20G – 70mm.
- Gòn sạch tẩm cồn hay povidine.
- Lam, lọ.
- Băng keo cá nhân.

1.3. Chuẩn bị bệnh nhân

- Tham vấn cho bệnh nhân hiểu đây là phương pháp an toàn đơn giản, dùng kim đâm vào khối u để chẩn đoán bệnh lý, cảm giác kim châm thoáng qua vài giây.
- Không đau, không cần dùng tê vô cảm.

II. CÁCH THỨC TIẾN HÀNH

2.1. Tiến hành

- Bệnh nhân không mặc áo, nằm ngửa để tay cao lên đầu, nằm im.
- Sát trùng da vú vùng chọc bằng cồn 70°.
- Gắn ống chích có kim vào Cameco.
- Tay trái cầm đầu dò xác định vị trí u.
- Tay phải cầm Cameco đâm kim vào da vú song song với đầu dò và hướng kim đâm thẳng góc vào khối u.

- Kéo Piston khoảng 1-2cc để tạo áp suất âm hút tế bào vào kim.
- Di chuyển kim theo nhiều hướng hình rẻ quạt khoảng 5 – 10 lần, đầu kim phải luôn nằm trong sang thương.
- Đến khi thấy ở đuôi kim có chất bệnh phẩm thì ngưng chọc hút.
- Trả Piston về vị trí ban đầu để hết áp suất âm trong ống chích và rút kim khỏi u (nếu không thì bệnh phẩm sẽ bị hút vào lòng ống chích hay dưới áp suất âm sẽ hút tế bào bướu chạy dọc theo đường hút, làm gieo rắc tế bào).
- Sau rút kim, đè 1 gạc nhỏ tẩm oxy già hay cồn 70° để cầm máu và sau đó băng lại.

2.2. Cố định bệnh phẩm

- Lấy bệnh phẩm:
  + Lấy kim ra khỏi ống chích, kéo piston lên khoảng 3-5ml. Gắn kim vô lại, đẩy piston để tống bệnh phẩm trong kim lên lam. Thực hiện 3-4 lần để lấy hết bệnh phẩm.
  + Trải bệnh phẩm lên lam theo phương pháp kéo tiêu bản.
- Cố định bệnh phẩm:
  + Phương pháp nhuộm Papanicolaou: tiêu bản được cố định vào cồn 90°.

2.3. Điều trị sau thủ thuật

- Kê toa thuốc kháng sinh 3-5 ngày, giảm đau.
- Dặn dò BN tháo băng keo cá nhân vào ngày hôm sau, tái khám xem kết quả xét nghiệm 07 ngày sau.

- Bệnh nhân vú giai đọan IV (không thể thực hiện phẫu thuật triệt để được) nhằm xác định đặc tính mô học của u, tình trạng thụ thể estrogen và progestogen định hướng điều trị hóa chất.

2.5. Chống chỉ định tương đối

- Đặt túi nước giả.
- Hội chứng nhiễm trùng lâm sàng.
- Tụ máu sau chấn thương.
- Bệnh lý huyết học máu không đông.

143 SINH THIẾT KIM LÕI

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Sinh thiết kim lõi (Core Needle Biopsy) (CB) là sinh thiết một phần tổn thương, lấy mẫu mô nhỏ từ sang thương ở trong vú bằng kim có rãnh.

1.2. Chuẩn bị dụng cụ

Thực hiện dưới siêu âm, hay dưới Xquang vú với bộ phận định vị (stereotaxie).

1.3. Chuẩn bị bệnh nhân

- Súng sinh thiết Trucut.
- Kim sinh thiết 14G.
- Ống chích 3ml.
- Lidocain 2% (2ml)
- Dung dịch sát khuẩn cồn 90°, Povidin.
- Dao mổ số 11.
- Gòn gạc, champ lỗ.
- Lọ nhỏ đựng bệnh phẩm chứa formol 10%.

1.4. Chuẩn bị

- Tham vấn bệnh nhân về mục đích, cách làm, tác dụng phụ của sinh thiết lõi, của thuốc tê.
- Cho gel lên trên bề mặt, bọc đầu dò .
- Phẫu thuật viên mang khẩu trang, rửa tay, mang găng, lắp kim vào Trucut.
- Bệnh nhân không mặc áo nằm ngửa: 2 tay để cao lên đầu, nằm im.

II. THAO TÁC TIẾN HÀNH

2.1. Tiến hành

- Sát khuẩn da vú vùng cần sinh thiết.
- Trải champ lỗ.
- Vô cảm với Lidocain 2% - 2ml

- Phẫu thuật viên cầm đầu dò siêu âm với tay trái, tay phải cầm kim thuốc tê đâm kim vào da gây tê cách đầu dò 1cm, gây tê dưới da và xung quanh sang thương cần sinh thiết.
- Rạch da 2mm.
- Cầm Trucut đâm vô lỗ rạch da hướng mũi kim song song dưới trục dọc của đầu dò và theo hướng song song với thành ngực.
- Tùy theo kích thước khối u nhỏ hay lớn mà có thể đâm kim tiếp xúc bờ khối u rồi bóp cò; hay chừa khoảng 1-2 cm cách bờ khối u rồi bóp cò súng (u nhỏ).
- Bấm 4-6 lần theo hướng khác nhau vào khối u, có thể nhiều hơn nếu mẫu mô lấy ra quá nhỏ.
- Sau thủ thuật, dùng gạc đè ép chỗ rạch da ít nhất 5-10 phút.

2.2. Cố định bệnh phẩm

- Kéo piston súng để lấy bệnh phẩm trên kim (sau mỗi lần bắn).
- Cho bệnh phẩm vô lọ Formol 10%.

2.3. Chăm sóc sau thủ thuật

- Kê toa kháng sinh, giảm đau 5 ngày.
- Dặn bệnh nhân không làm nặng bằng cánh tay cùng phía vú làm sinh thiết.
- Trong 2 ngày trở lại bệnh viện ngay nếu vú sưng to, đau nhiều.
- Chỗ sinh thiết có thể bị bầm sau đó tự hết 5-7 ngày.
- Không tắm trong ngày làm thủ thuật.
- Tự thay băng mỗi ngày, trong 3 ngày sau đó tháo băng keo.

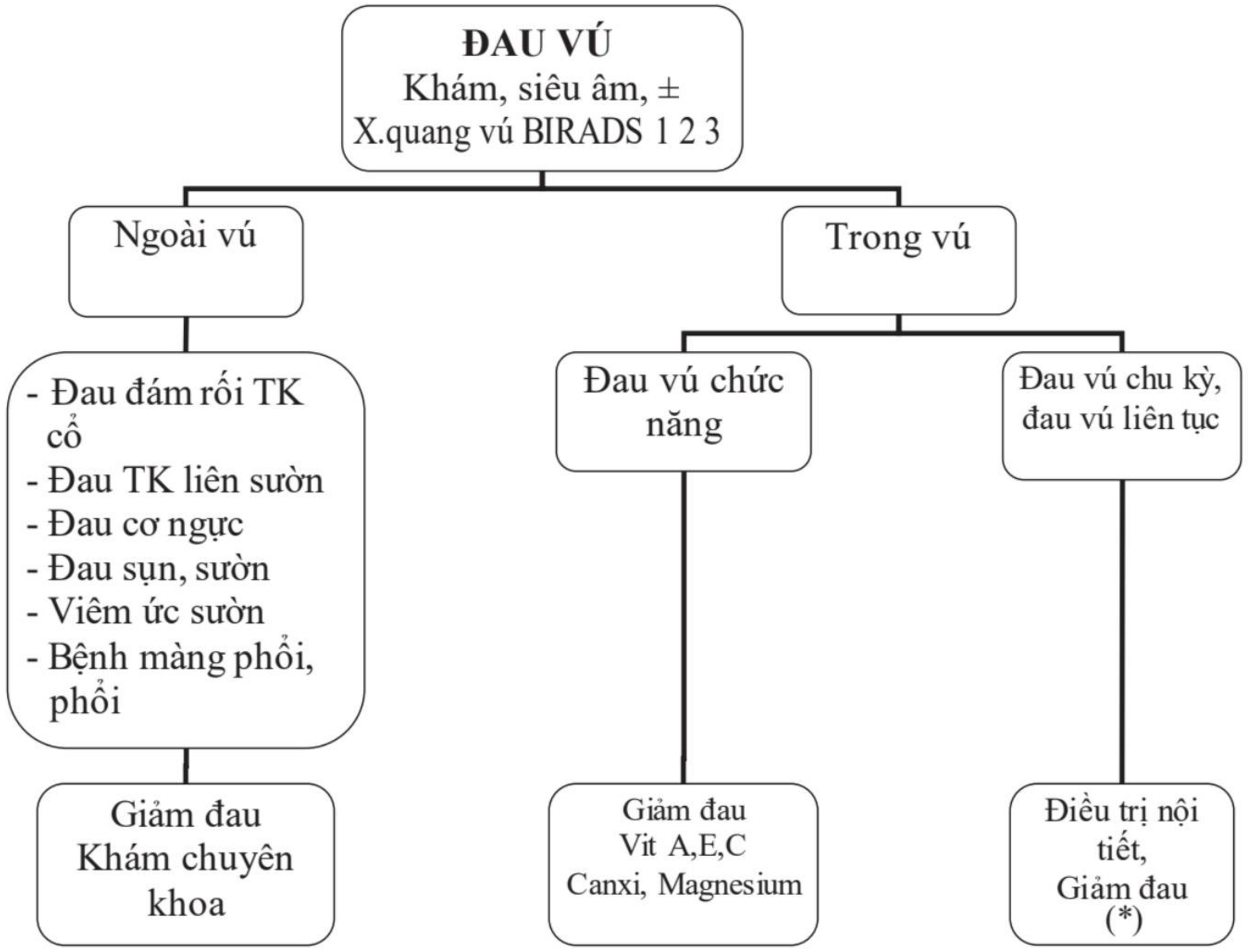
2.4. Chỉ định

- FNAC nghi ngờ.
- Chẩn đoán nghi ngờ ung thư trên lâm sàng
- Siêu âm, Xquang vú nghi ngờ BIRADS 4,5.
- Chẩn đoán phân biệt giữa u sợi tuyến vú và u diệp thể.
- Bệnh nhân vú giai đọan IV (không thể thực hiện phẫu thuật triệt để được) nhằm xác định đặc tính mô học của u, tình trạng thụ thể estrogen và progestogen định hướng điều trị hóa chất.

2.5. Chống chỉ định tương đối

- Đặt túi nước giả.
- Hội chứng nhiễm trùng lâm sàng.
- Tụ máu sau chấn thương.
- Bệnh lý huyết học máu không đông.

144 ĐAU VÚ (MASTODYNIE)



CÂN NHẮC CHỌN LỰA THUỐC ĐIỀU TRỊ ĐAU VÚ CHU KỲ (*)			
Loại thuốc	**Hiệu quả**	**Liều dùng**	**Tác dụng phụ**
Progesterone gel	+	Thoa da vú 50mg x 02 lần/ngày liên tục	Ít tác dụng phụ (kích ứng da) Không có CCĐ
Progestine (Lutenyl)	++	Uống 5mg 01-02 viên/ngày 15-25 chu kỳ	Vô kinh, chảy máu giữa CK
Tamoxifen	++	Uống 10mg/ngày	Nóng bừng mặt & tăng huyết khối tĩnh mạch Không được cấp phép để trị đau vú ở nước Anh & Mỹ
NSAIDs	+++	Liều dùng tùy theo nhóm thuốc	Tăng chỉ số men gan Viêm dạ dày

TÀI LIỆU KHAM KHẢO

1. Vaidyanathan, Benign breast disease: when to treat, when to reassure, when to refer.
   Cleve Clin J Med. 69, 425-432 (2002).
2. Smith et al, Evaluation and Management of Breast Pain. Mayo Cin. Proc. (2004)
3. Millet et al, Clinical management of breast pain: a review. Obstet Gynecol Surv. (2002)
4. Goyal A, Breast pain. Clin Evid (Online). 2011

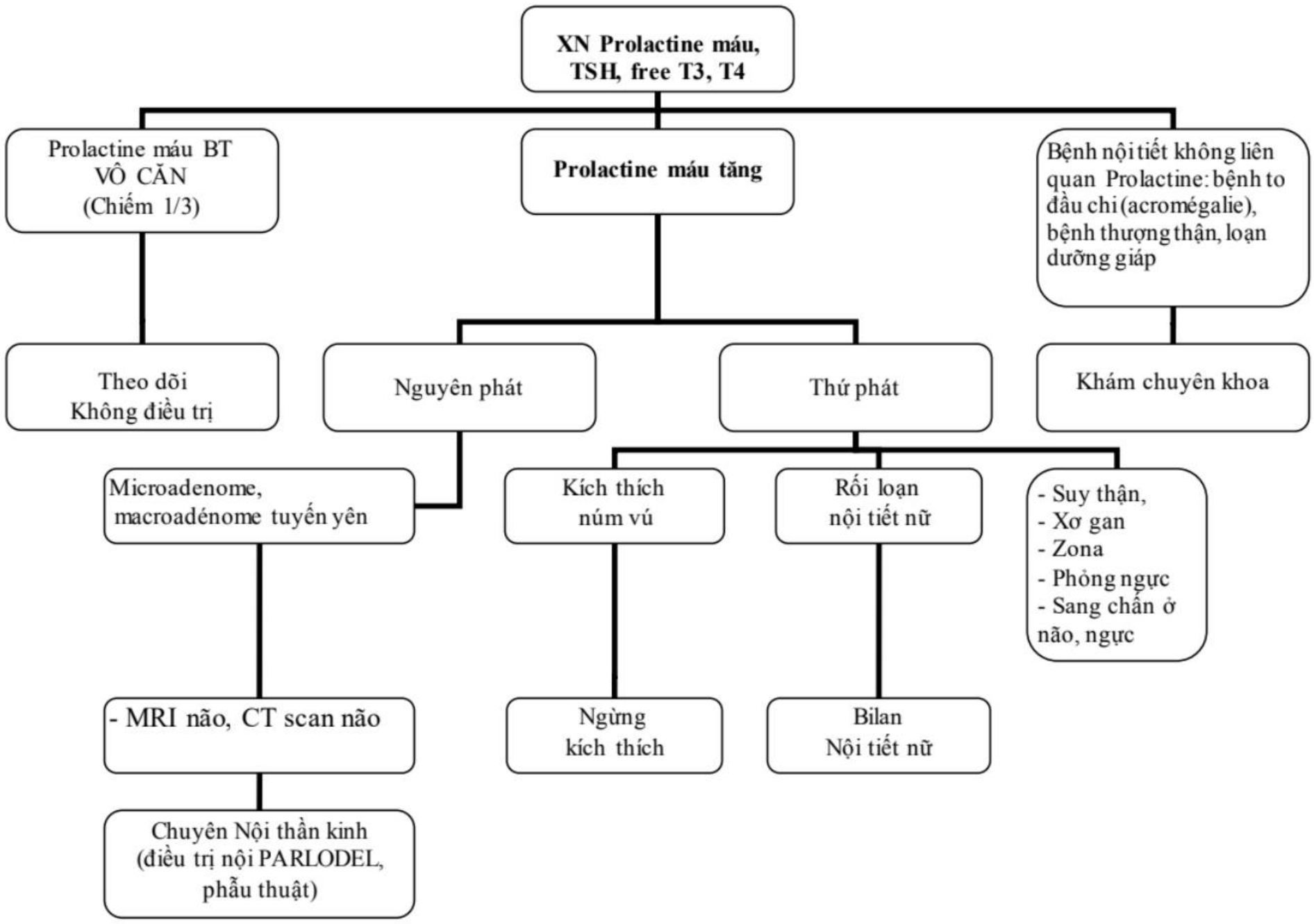
145 VÚ TIẾT SỮA (GALACTORRHÉE)

I. GIỚI THIỆU

- Là hiện tượng tiết dịch giống sữa ở hai núm vú, nhiều lỗ, tự phát
- Cần phải loại trừ đang mang thai, có con nhỏ, sau sẩy thai
- Tìm những rối loạn kinh nguyệt: vô kinh, kinh thưa
- Bệnh lý đi kèm: suy giáp, suy gan...
- Tìm hiểu điều trị hiện tại
- Lập bilan:
  + Khám lâm sàng, siêu âm, X quang vú
  + Định lượng Prolactine máu, TSH, free T3, T4
- Thuốc gây tăng prolactine máu (*)
  + Corticoide: Estrogene tổng hợp, ngừa thai Estro-Progestatif
  + Antiandrogene: Acetate de cyprotérone (Androcur)
  + Tâm thần: động kinh, trầm cảm, Amphétamine, Morphine
  + Chống ói: Metoclopramide, Métopimazide
  + Hạ áp: Réserpine, Clonidine, Alphaméthyldopa
  + Lợi tiểu: Spironolactone
  + Chống loét: Cimétidine, Sulpiride
  + INH, Vérapamil

II. XỬ TRÍ

SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ TIẾT SỮA NÚM VÚ



146 NÚM VÚ TIẾT DỊCH KHÔNG SỮA

I. CHẨN ĐOÁN

1.1. Khám lâm sàng

- Đầu tiên loại trừ tiết sữa.
- Sờ nắn tìm thương tổn kết hợp.
- Tìm xem núm vú tiết dịch 1 hay nhiều lỗ, lượng ít hay nhiều.
- Kiểm tra màu sắc dịch tiết:
  + Thanh dịch: vàng, trong.
  + Vón cục, đặc, hay giống mủ.
  + Có máu hay không.

1.2. Xét nghiệm tế bào dịch tiết

+ Khi dịch tiết là thanh dịch hay máu.
+ Áp lame kính vào núm vú để lấy dịch tránh chạm vào da, nên nặn lấy giọt cuối để có nhiều tế bào.
+ Giá trị thấp.

1.3. Siêu âm vú

+ Có thể tìm thấy khối u đi kèm.
+ Xác định u trong lòng ống tuyến giãn.

1.4. Chụp nhũ ảnh

- Chụp thường quy: nếu thấy có tổn thương ở phần tư có tiết dịch thì không cần chụp ống tuyến vú.
- Chụp ống tuyến vú cản quang (Galactography) chỉ định khi tiết dịch 1 lỗ, máu, vàng trong, sau khi loại trừ tiết dịch do viêm nhiễm.

II. TIẾT DỊCH Ở NHIỀU LỖ

2.1. Ở phụ nữ đa sản chỉ tiết dịch đơn thuần

- Các xét nghiệm cận lâm sàng bình thường.

2.2. Bệnh thay đổi sợi bọc

- Có thể thoa Progestogel (nếu có nề, đau vú tiền kinh).

2.3. Viêm ống dẫn sữa

- Hay gặp nhất.
- Điều trị kháng viêm, kháng sinh.

2.4. Giãn ống dẫn sữa (xem bài bệnh lý núm vú)

- Theo dõi, điều trị viêm nhiễm thứ phát.

2.5. Ung thư với khối u vú

- Theo phác đồ ung thư.

III. TIẾT DỊCH Ở MỘT LỖ

3.1. Viêm 1 ống dẫn sữa

- Dịch giống mủ: điều trị kháng viêm, kháng sinh.

3.2. Do bướu

- Có thể sờ thấy bướu nếu lớn.
- Không rối loạn nội tiết.
- Siêu âm đánh giá ống tuyến vú có sang thương dạng nhú.
- Galactography để định vị tổn thương.
  → Phẫu thuật khi Galactography dương tính.

147 BỆNH THAY ĐỔI SỢI BỌC CỦA VÚ

I. GIỚI THIỆU

1.1. Mở đầu

- Thay đổi sợi bọc trước đây thường được biết như bệnh sợi bọc tuyến vú, viêm nang tuyến vú mạn tính, hay loạn sản tuyến vú, và đứng hàng thứ hai sau u sợi tuyến vú trong các tổn thương u lành tính của vú.
- Tổn thương đa dạng, có sự thay đổi nhiều về mô học, lâm sàng và hình ảnh học. Do đó, vấn đề xử trí theo dõi bệnh tùy theo tình huống, từng cá thể.

1.2. Bệnh nguyên

- Thay đổi sợi bọc có liên quan thay đổi thuộc nội tiết, nên thường gặp ở phụ nữ tuổi sinh sản (khoảng hơn 50%) và nhất là lứa 30-45 tuổi, hiếm gặp ở người mãn kinh.
- Nguyên nhân chưa xác định rõ ràng, thấy có sự mất cân bằng nội tiết Estrogen-Progesteron, trong đó Estrogen ưu thế hơn Progesteron (như không phóng noãn, suy hoàng thể), sự gia tăng Prolactin tuyến yên hay dùng thuốc, và suy tuyến giáp.
- Những thương tổn luôn đi kèm biến đổi lành tính ở tế bào thượng mô tuyến vú, vài tế bào biểu mô tuyến vú thường được thấy trong vú bình thường ở dạng những biến thể mô học tuyến vú bình thường, nhưng, không may, bị gán ghép từ "bệnh lý".

II. TRIỆU CHỨNG

2.1. Lâm sàng

- Thay đổi sợi bọc xuất hiện ở hơn 50% phụ nữ tuổi sinh sản và hay gặp nhất là tuổi 30-45, ít gặp ở người mãn kinh.

- Đau vú là triệu chứng hay gặp nhất thường liên quan chu kỳ kinh nguyệt hay khi va chạm và gợi sự chú ý đến khối dày mô vú. Đau gây ra do sự tăng sinh mô tuyến vú bình thường, với thành phần ống tuyến chịu sự kích thích của estrogen và mô liên kết chịu sự kích thích progesteron.
- Có thể có tiết dịch núm vú màu xanh, nâu, không phải máu.
- Sờ vú cảm nhận những mảng mô vú dày có hay không đau. Trong nhiều trường hợp, sự khó chịu xuất hiện tăng lên trong suốt pha tiền chu kỳ. Sự biến đổi về kích thước và sự xuất hiện hay biến mất nhanh của một khối mô vú là dấu hiệu thường thấy trong thay đổi sợi bọc. Ở nhiều phụ nữ, cafein dường như làm tăng thêm những triệu chứng này.
- Sờ có thể thấy có một hay nhiều u, xuất hiện một hay cả hai vú.
- Đau, thay đổi kích thước tổn thương vú, và có nhiều vùng tổn thương là những triệu chứng có ích giúp chẩn đoán phân biệt carcinoma.

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm vú: cho hình ảnh đa dạng, với mô tuyến phản âm mạnh, đồng nhất hay không đồng nhất. Tổn thương dạng nang, đa nang hay gặp nhất, phân loại mức độ tổn thương theo BIRADS 2-5.
- Nhũ ảnh: mô tuyến cản quang đậm độ lan tỏa hay khu trú, đồng nhất hay không đồng nhất. Hình ảnh tổn thương đa dạng tùy mức độ tổn thương BIRADS 2-5. Có thể có dạng nốt khối u hay vùng rối loạn cấu trúc, vi vôi hóa.
- MRI vú có ích trong các trường hợp mô vú quá dày đặc khó phân biệt tổn thương trên nhũ ảnh do tăng sản mô đệm sợi nhiều.
- Mô học: có hiện tượng hóa sợi mô đệm, ống tuyến vú dãn nở thành, tăng sản thượng mô ống tuyến, tăng sản mô đệm. Có hay không có tăng sản không điển hình ống tuyến vú và tiểu thùy.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

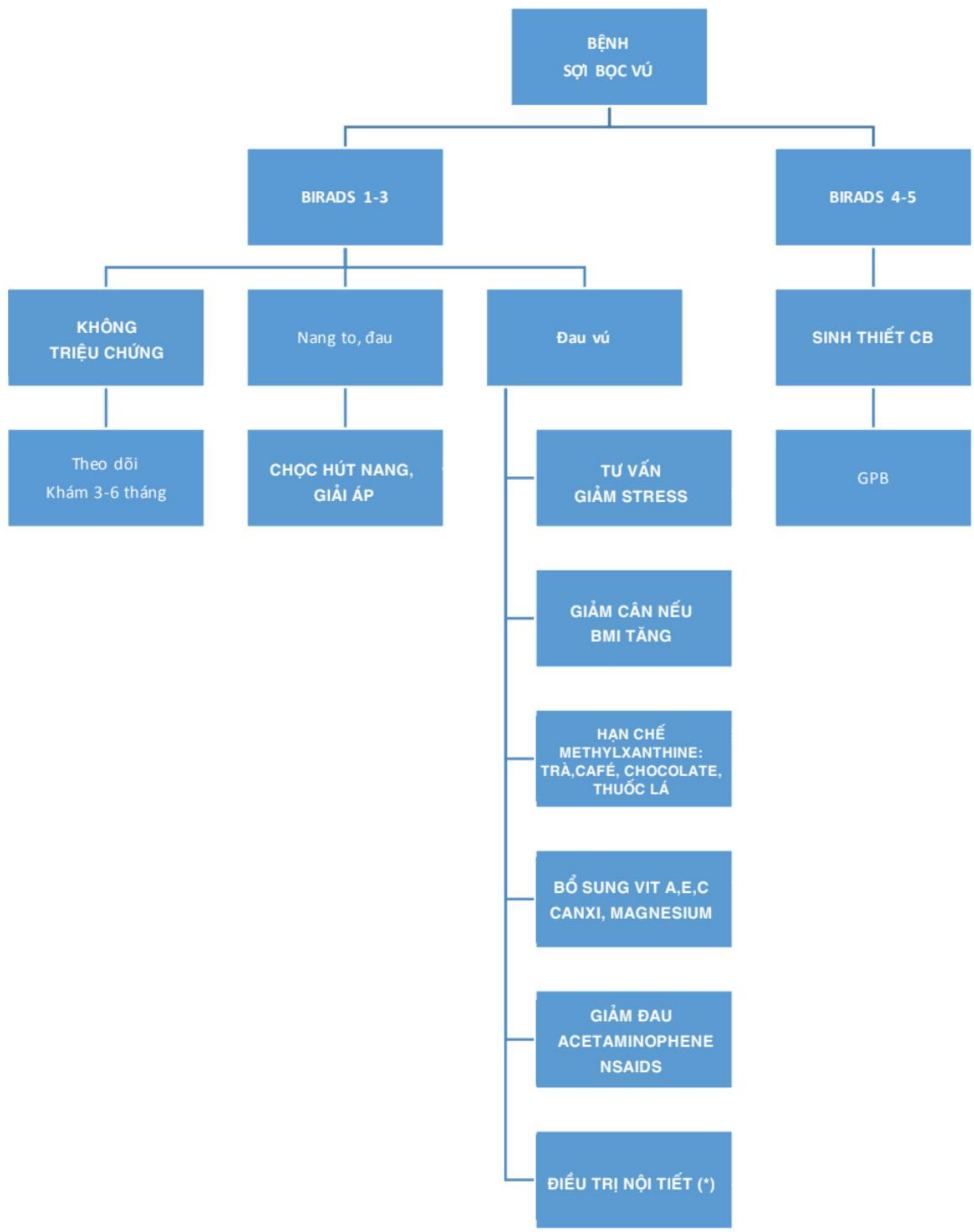
- Đau, thay đổi kích thước khối mô vú, xuất hiện nhiều tổn thương giúp chẩn đoán phân biệt với carcinoma và u sợi tuyến vú.
- Chẩn đoán cuối cùng vẫn là sinh thiết và giải phẫu bệnh lý.

V. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị thuốc cần cân nhắc giữa lợi ích, hiệu quả điều trị và tác dụng phụ không mong muốn.
- Không có phương pháp điều trị khỏi hoàn toàn tổn thương thay đổi sợi bọc lan tỏa.

SƠ ĐỒ XỬ TRÍ THAY ĐỔI SỢI BỌC



4.2. Điều trị nội tiết nhằm giảm đau vú trong thay đổi sợi bọc (*)

- Sử dụng Progestogel dạng thoa ngoài da mỗi ngày trong 3-6 tháng có thể làm giảm các cơn đau vú chu kỳ, hay đau vú thường xuyên, hiếm gây tác dụng phụ.
- Hay dùng Progestagen ít bị chuyển hóa thành estrogen như Lutenyl, Surgestone từ ngày thứ 15-25 của chu kỳ kinh. Progestatine đường uống hiệu quả hơn đường qua da, khoảng 50% bệnh nhân có đáp ứng tốt.
- Chất ức chế Prolactine là Bromocriptine (Parlodel) với liều 2,5-5mg/ngày trong 3 tháng có hiệu quả giảm đau tốt trên 70% bệnh nhân.
- Trường hợp điều trị thất bại với Progestagtins có thể sử dụng Danazol và Tamoxifen. Nhưng hai thuốc này có nhiều tác dụng phụ không mong muốn nên hạn chế sử dụng trên lâm sàng.

IV. TIÊN LƯỢNG

- Tiên lượng nguy cơ ung thư vú tùy thuộc vào tổn thương mô học.
- Nếu tổn thượng chỉ có hóa sợi mô đệm thì tần suất nguy cơ là 0,8%.
- Tổn thương kèm tăng sản ống tuyến và tiểu thùy điển hình thì nguy cơ là 2,4%.
- Nếu tăng sản không điển hình thì nguy cơ là 5% tăng lên 11% ở phụ nữ thuộc nhóm nguy cơ cao.

TÀI LIỆU KHAM KHẢO

1. H.-Michael Runge, Benign breast diseases, Fibrocystic disease, Freiburg (2003).
2. NCCN guidelines for detection, prevention & risk reduction, Breast cancer Screening and Diagnosis, version 2, (2013).
3. Vogel, Victor G. "Fibrocystic Breast Disease." The Merck Manual of Medical Information. Ed. Mark H. Beers. 2nd Home ed. Whitehouse Station, N.J.: Merck Research Laboratories, 1389-1389.(2003).

148 BỆNH LÝ LÀNH TÍNH CỦA NÚM VÚ

I. CÁC BẤT THƯỜNG BẨM SINH

- Hay gặp núm vú thừa (0,4 đến 0,6%) có thể là vú hoàn chỉnh hay chỉ có quầng vú và núm vú. Các vú thừa nằm trên đường vú. Khi có chứa tổ chức tuyến, nó cũng chịu ảnh hưởng của hormon với khả năng chế tiết và khả năng bị các bệnh lý: u tuyến, bệnh Paget. Không điều trị, có thể phẫu thuật theo yêu cầu vì lý do thẩm mỹ.

II. BỆNH LÝ KHÔNG U

2.1. Quá sản sừng núm vú

- Làm cho núm vú và quầng vú bị sần sùi, đen bẩn, thương tổn một bên. Nói chung là do sự lan rộng hắc tố.

2.2. Chàm núm vú

- Chàm làm cho núm vú rỉ dịch ướt, đóng kết vảy, tổn thương cả hai bên, lấn sang quầng vú và da.
- Điều trị:
  + Phải tìm nguyên nhân để loại bỏ: như nấm ghẻ, xà phòng, chất rửa.
  + Sát khuẩn tại chỗ bằng nitrat bạc 1/200, bôi 3 lần mỗi ngày, trong 3 ngày đầu.
  + Mỡ corticoid bôi 2 ngày một lần từ ngày điều trị thứ 4 đến thứ 14.

2.3. Bệnh Fox – Fordyce

- Bệnh do các tuyến mồ hôi bị giãn thành nang. Có thể thấy bệnh này ở tất cả các nơi có tồn tại tuyến mồ hôi, có thể gặp ở nách, mu, môi lớn, tầng sinh môn và núm vú.
- Bệnh rất ngứa, tăng lên khi hành kinh, do tắc ống chế tiết của các tuyến mồ hôi.

- Hình ảnh lâm sàng là các hạt nhỏ nổi lên, tròn, chắc, đôi khi trong, màu sắc tương tự núm vú.
- Điều trị là dùng thuốc tránh thai uống, bệnh khỏi tự nhiên sau khi mãn kinh.

2.4. Giãn ống dẫn sữa

- Đó là ống dẫn sữa ở quanh quầng vú bị giãn và ứ đọng, kết hợp với xơ hóa và thường có viêm. Hình ảnh lâm sàng thường giống với ung thư.
- Tuổi trung bình của các trường hợp điều trị là 55 tuổi.
- 80% số trường hợp có u sau quầng vú.
- 30% có co kéo núm vú.
- 25% có tiết dịch núm vú.
- Yếu tố giúp nghĩ đến lành tính là bệnh tiến triển lâu dài, có đợt viêm tự khỏi. Rất dễ lầm lẫn với ung thư vú.
- Trong thực tế, không thể chẩn đoán được bằng lâm sàng, chỉ có xét nghiệm tổ chức học tức thì mới có thể xác định chẩn đoán.
- Điều trị: phẫu thuật rạch quanh quầng vú, đi vào đến ống dẫn sữa và cắt sát ngay dưới núm vú, lấy đi toàn bộ tổ chức ở sau núm vú, không cần phải dẫn lưu.

2.5. Áp xe quanh quầng vú tái phát

- Gặp chủ yếu ở người trẻ tuổi, hình như không liên quan đến cho bú, mà do tắc ở tận cùng các ống dẫn sữa.
- Lâm sàng là áp xe ở vùng quanh quầng vú, kháng sinh không có hiệu quả. Có hình thành đường dò từ ống dẫn sữa ra sau quầng vú.
- Điều trị: phẫu thuật rạch lấy hết áp xe, dẫn lưu, và quan trọng là lấy đi tất cả tổ chức hạt viêm của đường dò.

2.6. Các tổn thương viêm khác

- Nang tuyến bã: chứa dịch vàng nhạt, dễ dàng chọc vỡ bằng kim tiêm.
- Kyste Montgomery: có thể bị nhiễm tụ cầu mạn tính, núm vú có thể bị lichen xơ teo. Điều trị kháng sinh, chích kyste và dùng kháng sinh tại chỗ.

III. CÁC KHỐI U LÀNH TÍNH

3.1. U tuyến hay u gai núm vú

- Giai đọan đầu: núm vú chảy máu, bị viêm đỏ, rồi loét. U gai có xu hướng lan ra da như bệnh Paget giai đoạn đầu. Khi thương tổn tiến triển, núm vú nhỏ lại và mở rộng ra.
- Ở giai đoạn muộn, thương tổn đỏ giống như u hạt, lan rộng ở núm vú, làm cho núm vú hơi cứng, rất dễ chảy máu mỗi khi tiếp xúc. Tổn thương có đường kính độ 2 cm, bờ không rõ, không có vỏ bọc. Rất khó chẩn đoán phân biệt với viêm mạn tính do nấm, hay bệnh Paget.
- Do vậy, phải lấy đi toàn bộ thương tổn để có chẩn đoán giải phẫu bệnh.
- Điều trị là phẫu thuật, lấy hết thương tổn, đôi khi cả núm vú. Nếu không lấy hết thương tổn, có thể bị tái phát.

3.2. U gai trong ống dẫn sữa

- Đó là u gai đơn lẻ phát triển ở đoạn tận của ống dẫn sữa. Tổn thương này cũng hay gặp (1/10 trường hợp ung thư).
- Tuổi trung bình là 48 tuổi.
- 81% số trường hợp có tiết dịch núm vú .
- 20% có khối u. Đó là khối u dài, ở sau quầng vú, chính là ống dẫn sữa bị giãn ra bởi u gai và máu.
- Khó chẩn đoán phân biệt với ung thư.
- Điều trị: phẫu thuật cắt bỏ ống tuyến vú bệnh lý.

I. VÚ SA TRỄ

- Gặp ở phụ nữ lớn tuổi sanh đẻ nhiều.
- Dùng áo ngực lúc mang thai, cho con bú có vai trò dự phòng hữu ích, trừ trường hợp vú quá bé.
- Có thể sửa chữa sa vú bằng phẫu thuật tạo hình.

II. VÚ THIỂU SẢN

Vú bé có thể là nguyên phát hay thứ phát.

2.1. Vú bé nguyên phát

- Đó là vú bé ở người phụ nữ trẻ tuổi, vú ít phát triển. Chắc chắn là do vú ít nhạy cảm với hormon steroid trong tuần hoàn.
- Điều trị bằng nội tiết không có lợi ích mà đôi khi còn nguy hiểm. Chỉ có thể điều trị bằng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ nếu BN có nhu cầu.

2.2. Vú bé thứ phát

- Trước đây người phụ nữ có tuyến vú bình thường, nay bị teo đi theo tuổi, sanh đẻ, thời kỳ mãn kinh.
- Điều trị bằng nội tiết không có lợi ích mà đôi khi còn nguy hiểm. Chỉ có thể điều trị bằng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ nếu BN có nhu cầu.

III. VÚ TO

- Cần phải chẩn đoán vú to do dậy thì sớm vì sẽ điều trị bằng Progestatif toàn thân (Norsteroid từ ngày thứ 15 đến ngày thứ 25), nếu cần thì dùng liên tục trong 1 năm cho phép ngăn chặn vú to, đôi khi tránh được phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ sau này.

IV. VÚ KHÔNG CÂN ĐỐI

- Giai đoạn dậy thì cần được tôn trọng, tránh mọi can thiệp phẫu thuật. Khi đã trưởng thành nếu hai vú còn khác nhau nhiều (tỷ lệ 5/10) thì có chỉ định phẫu thuật tạo hình.

I. CHẤN THƯƠNG VÚ

- Chấn thương có thể gây ra máu tụ.
- Điều trị thuốc giảm đau, kháng viêm, và đắp gạc kháng viêm tại chỗ. Nếu có dấu nhiễm trùng kèm theo cần phối hợp kháng sinh.

II. BỆNH MONDOR

- Là viêm tắc tĩnh mạch nông ở vú, đôi khi xảy ra sau chấn thương.
- Biểu hiện bằng đau vú, nhìn thấy thừng mạch ở vú, sờ nắn thấy tĩnh mạch cứng, đau dọc tĩnh mạch.
- Tiến triển có thể thuyên giảm tự nhiên.
- Điều trị: thuốc trợ tĩnh mạch Daflon 0,5g 02-3 viên/ ngày x 07-14 ngày, kháng viêm, giảm đau.

III. HOẠI TỬ MỠ

- Có thể gặp chấn thương ở người lớn tuổi béo phì, biểu hiện bằng một khối u chắc, không đau, giới hạn không rõ, dính vào núm vú, dính vào da, rất dễ bị nghi là ung thư ở tuổi này, nhất là khi đã quên sự kiện bị chấn thương.
- Đôi khi chấn thương cũng làm phát hiện ra ung thư.
- Xác định hoại tử mỡ cần phải chọc hút tế bào để loại trừ ung thư ở người lớn tuổi, có yếu tố nguy cơ.

IV. CHỨNG TO VÚ Ở NAM (Gynecomastia)

- Là tình trạng vú của nam giới phát triển lớn hơn bình thường.
- Gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp nhất là ở trẻ em trai dậy thì và đàn ông trung niên, có thể ở 1 hoặc 2 vú.

- Nguyên nhân có thể do rối loạn nội tiết như:
  + Mất cân bằng nội tiết ở trẻ trai dậy thì.
  + Dùng nội tiết Estrogen tổng hợp.
  + Dùng liều cao thuốc an thần.
  + Ở bệnh xơ gan (mất khả năng chuyển hóa Estrogen) Carcinom đệm nuôi tinh hoàn.
  + U tế bào Leydig, u tế bào Sertoli, u tuyến não thùy, u vỏ thượng thận.
- Điều trị:
  + Chỉ theo dõi không điều trị gì ở trẻ trai dậy thì, và người béo phì.
  + Tìm nguyên nhân điều trị chuyên khoa.

151 SIÊU ÂM VÚ

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Siêu âm vú (SA) là công cụ không thể thiếu trong hình ảnh học của vú. Siêu âm được sử dụng với nhũ ảnh trong tầm soát và chẩn đoán ung thư vú.

Nhiều nghiên cứu cho thấy SA trên phụ nữ nhu mô vú dày làm tăng khả năng chẩn đoán các ung thư vú không quan sát được trên NA là 2.3-4.6/1000 ca. Việc sử dụng SA đi kèm với nhũ ảnh (NA), đặc biệt ở phụ nữ nhu mô vú dày ngày càng được chấp nhận rộng rải tại Mỹ.

Phụ nữ Châu Á thường có nhu mô vú dày.

SA rất phụ thuộc vào quá trình thực hiện, kiến thức và sự hiểu biết về chọn lựa kĩ thuật để đạt được hình ảnh tối ưu và chính xác trong chẩn đoán.

1.2. Chỉ định

- Kết hợp khám lâm sàng, nhũ ảnh.
- Phương tiện đầu tiên đối với phụ nữ trẻ.
- Phương tiên đầu tiên đối với phụ nữ mang thai có triệu chứng lâm sàng.
- Nhiễm trùng vú.
- Nam giới có triệu chứng tại vú.
- Hướng dẫn sinh thiết.

II. GIÁ TRỊ SIÊU ÂM

- Phân biệt nang hay u (NA không thể phân biệt).
- Đánh giá khả năng lành tính ác tính tổn thương (theo phân loại BIRADS giống NA) dựa vào các đặc điểm:
  + Đặc điểm u ác: bờ hình gai, góc cạnh, trục ngang, bóng lưng, vôi hóa, dãn ống tuyến vú, bờ đa cung nhỏ.
  + Đặc điểm u lành: không có những đặc điểm u ác trên, tăng âm, đồng nhất, hình bầu dục, bờ đa cung lớn, vỏ bao mỏng.

III. PHƯƠNG PHÁP MỚI CỦA SIÊU ÂM VÚ

Siêu âm Doppler vú:

- Để mô tả đặc điểm lành và ác sang thương vú. Khi khối u đủ lớn sẽ kích thích tân sinh mạch máu để phát triển. Do đó, khi thấy mạch máu rõ ràng trên siêu âm Doppler thì sang thương có khuynh hướng đi kèm grad mô học cao, kèm hạch nách, di căn so với sang thương dòng chảy thấp. Do đó, siêu âm màu vú giúp đánh giá mức độ trầm trọng của sang thương.
- Khi siêu âm 2D phát hiện sang thương vú, sử dụng tiếp siêu âm màu để hỗ trợ phân loại BIRADS cho sang thương, từ đó có hướng xử trí (tham khảo Hướng dẫn tầm soát ung thư vú).
- Giá trị Doppler vú: độ nhạy từ 68-91.2%, độ đặc hiệu 92.7 - 95%.
- Diễn giải kết quả:
  + Mạch máu viền sang thương: phân loại BIRADS 2 hay 3, xử trí theo dõi 6 tháng.
  + Mạch máu tăng sinh hướng vào trung tâm u, > 2 mạch máu: BIRADS 4, xử trí sinh thiết.
  + Vận tốc tâm thu cao, vận tốc tâm trương thấp: BIRADS 4, xử trí sinh thiết.

TÀI LIỆU KHAM KHẢO

1. ACR BI-RADS® Atlas, Breast Imaging Reporting and Data System. Reston, VA: American College of Radiology, 5th edition,(2013)
2. Stavros, A. Thomas. Breast Ultrasound, 1st Edition. Chapter 20: Doppler Evaluation of the Breast; 878 - 946

152 CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ VÚ

I. GIỚI THIỆU

Trong cập nhật mới nhất hướng dẫn phát hiện sớm ung thư vú của Hiệp hôi ung thư Hoa Kì (American Cancer Society), việc tầm soát sớm hơn, khoảng cách tầm soát ngắn hơn hay sử dụng các phương tiện tầm soát như siêu âm, cộng hưởng từ cho các phụ nữ nguy cơ cao có lợi ích hơn so với khám lâm sàng và nhũ ảnh. Tuy nhiên, bằng chứng hiện có chưa đủ để đưa ra khuyến cáo cho các cách tầm soát này. Khuyến cáo của ACS về tầm soát ung thư vú ở phụ nữ có nguy cơ đáng kể quyết định dựa vào lợi ích, hạn chế và nguy hại của từng chiến lược và mức độ không chắc chắn.

II. ĐỊNH NGHĨA

Chụp cộng hưởng từ-MRI vú sử dụng từ trường để tạo ra hình ảnh cắt ngang chi tiết cấu trúc mô, cung cấp độ tương phản tốt mô mềm. Đối với vú, MRI vú cho hình ảnh rõ giữa nhu mô, mỡ và sang thương.

III. CHỈ ĐỊNH

Khuyến cáo MRI tầm soát hàng năm (dựa trên chứng cứ):

+ Đột biến gen BCRA.
+ Thế hệ 1 trong gia đình có mang đột biến BRCA nhưng bản thân chưa thử đột biến.
+ Nguy cơ tích lũy ung thư trong suốt cuộc sống ≥ 20% (định nghĩa bởi BRCAPRO hay mô hình khác phụ thuộc vào tiền sử gia đình).

Khuyến cáo MRI tầm soát hàng năm (dựa trên ý kiến đồng thuận chuyên gia):

+ Xạ trị thành ngực lúc 10 - 30 tuổi.
+ Hội chứng Li-Fraumeni và thế hệ 1 ung thư vú.
+ Hội chứng Cowden và Bannayan-Riley-Ruvalcaba và thế hệ 1 ung thư vú.

Không đủ bằng chứng khuyến cáo hay chống lại MRI tầm soát

+ Nguy cơ tích lũy ung thư trong suốt cuộc đời 15 - 20% (định nghĩa bởi BRCAPRO hay mô hình khác phụ thuộc vào tiền sử gia đình).
+ Ung thư thùy tại chỗ hay tăng sản thùy không điển hình.
+ Tăng sản ống tuyến vú không điển hình.
+ Mô vú dày không đồng nhất hay đồng nhất trên nhũ ảnh.
+ Bản thân tiền căn ung thư vú, bao gồm ung thư ống tuyến vú tại chỗ.

Khuyến cáo chống lại MRI tầm soát (dựa trên ý kiến đồng thuận chuyên gia):

+ Nguy cơ tích lũy ung thư trong suốt cuộc sống <15%.

IV. GIÁ TRỊ MRI VÚ

- MRI vú có độ nhạy từ 77–100%, độ đặc hiệu 81–99%. Độ đặc hiệu MRI thấp hơn nhũ ảnh dẫn đến tỉ lệ tái khám và sinh thiết tăng. Tỉ lệ tái khám là 8–17%, tỉ lệ sinh thiết là 3–15%.
- Tại Việt Nam, không có hệ thống sinh thiết định vị dưới hướng dẫn MRI, do đó với một sang thương phát hiện trên MRI phân loại BIRADS 4, 5 thì cần siêu âm lần 2 để chẩn đoán và sinh thiết.

TÀI LIỆU KHAM KHẢO

1. ACR BI-RADS® Atlas, Breast Imaging Reporting and Data System. Reston, VA: American College of Radiology, 5th edition,(2013).
2. Debbie Saslow, PhD; Carla Boetes, MD, PhD et al. American Cancer Society Guidelines for Breast Screening with MRI as an Adjunct to Mammography. CA Cancer J Clin 2007; 57: 75–89.

153 TẮC TUYẾN SỮA

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Là tình trạng vú căng to và đau, có thể xảy ra vào bất kỳ thời điểm nào trong thời gian cho bé bú.

1.2. Nguyên nhân

- Cho bú kém.
- Cho bú không đúng thời gian.
- Vú tiết nhiều sữa hơn nhu cầu của bé.
- Cách lấy núm vú ra khỏi miệng bé sau cho bú không đúng cách.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: vú căng to, đau, đau rát núm vú.
- Triệu chứng thực thể: vú bị tắc sữa to hơn, đau nhiều khi sờ chạm, đôi khi núm vú có nốt trắng nhỏ (phẳng, đỏ nhẹ xung quanh, đau).

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm vú: không ghi nhận bất thường hoặc dãn ống tuyến vú, chỉ thực hiện khi nghi ngờ áp xe vú.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Viêm tuyến vú: sưng đỏ, nóng sốt, đau nhiều.
- Áp xe vú: rất đau, đỏ, da bề mặt có thể hoại tử, không đáp ứng điều trị thuốc giảm đau và kháng sinh, siêu âm vú có khối phản âm hỗn hợp BIRADS 2.
- Ung thư vú: ít khi đau, khám có khối cứng, siêu âm vú khối u BIRADS 4,5 và chọc hút tế bào hay sinh thiết lõi gửi GPB.

IV. ĐIỀU TRỊ

- Mát xa vú nhẹ nhàng trước khi cho bú.
- Hướng dẫn bú mẹ đúng cách.
- Nếu có nốt trắng trên núm vú: lau mòn bằng gòn hoặc gạc sạch.
- Giảm đau nếu cần (Acetaminophen 500mg, uống mỗi 6-8 giờ).

V. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG

- Hẹn tái khám lại nếu có sốt; sau 12-24 giờ không giảm đau; sưng to, đỏ da.

TÀI LIỆU KHAM KHẢO

1. Jan Riordan, EdD, Postpartum Care, Breastfeeding and Human Lactation 2005; 8: 228-229.
2. Ismail Jatoi, Manfred Kaufmann, Eds, Management of common lactation & Breastfeeding Problems. Management of Breast Diseases 2010; 5: 92-93.

154 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM VÚ – ÁP XE VÚ

1. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Áp - xe vú là biến chứng viêm vú nhiễm trùng.

1.2. Phân loại

- Viêm vú áp - xe vú trên nữ cho con bú:
  + Thường gặp mẹ con so 65%.
  + 1% – 24% phụ nữ cho bú.
  + Áp xe là biến chứng viêm vú 5% – 11% trường hợp.
- Viêm vú - áp xe vú trên nữ không cho con bú:
  + Ngoài thời kỳ cho bú.
  + Phân loại dựa trên vị trí (quanh quầng vú hay ngoại vi).
  + Yếu tố nguy cơ: da đen, béo phì, hút thuốc, đái tháo đường.

1.3. Cơ chế

- Chuyển sản biểu mô trụ dẫn đến hình thành nút chặn keratin, thấm lọc viêm cấp, mảnh vụn tế bào, từ đó gây dãn và tắc nghẽn ống tuyến vú.
- Nhiễm khuẩn thứ phát và ứ đọng gây áp xe kèm tạo dò ra da.

2. CÁC LOẠI VIÊM NHIỄM VÚ

VIÊM VÚ HẬU SẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thường gặp khoảng 60% phụ nữ cho con bú.
- Xảy ra vào tuần thứ 2 - 3 sau sanh, chiếm tỉ lệ 5 – 30%.
- Nguy cơ viêm vú hậu sản tái phát gấp 3 lần nếu tiền sử bị viêm vú trước đó.
- Đường vào của nhiễm khuẩn có thể từ khe nứt đầu vú dẫn đến viêm mô tế bào hay từ ống dẫn sữa tắc nghẽn.

- Vi khuẩn gây bệnh chủ yếu là tụ cầu Staphylococcus aureus, ngoài ra còn có streptococci tiêu huyết beta nhóm B, C, B, nhóm A ít gặp hơn, Streptococcus faecalis, Escherichia coli, Haemophilus influenza, Klebsiella pneumoniae, Salmonella và Serratia marcescens.
- Với viêm mô tế bào có sốt và kèm mạch nhanh, kèm khó chịu, biếng ăn, nhức đầu và đôi khi ớn lạnh. Thay đổi chất lượng sữa gây tình trạng bé bỏ bú mẹ.
- Viêm ống tuyến vú thường đi kèm viêm tuyến vú hay tắc sữa. Viêm ống tuyến vú thường không kèm nứt đầu vú, có thể tiết mủ và triệu chứng viêm vú cũng giống như viêm mô tế bào nhưng nhẹ hơn.

II. DỊCH TỄ HỌC

- Cả 2 dạng viêm vú thường do nhiễm Staphylococcus aureus kháng penicillin từ vùng mũi họng của trẻ, vi khuẩn sẽ truyền qua mẹ.
- Khoảng 50 đến 75% nhân viên y là nguồn mang vi khuẩn Staphylococcus aureus kháng penicillin. Trẻ sơ sinh trở thành nguồn lây bệnh chính cho người mẹ.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sốt nhẹ.
- Vú: sưng nóng đỏ, đau khu trú thường gặp ở ¼ trên ngoài, khởi phát đột ngột kèm khó chịu.

2. Cận lâm sàng: không cần thiết

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Oxacillin, Dicloxacilline và Cephalosporin là kháng sinh chính được dùng ở bệnh nhân không dị ứng penicillin. Hơn 90% tụ cầu mắc phải từ bệnh viện và 70% tụ cầu cộng đồng kháng peniclillin G. Một số ít bệnh nhân nhiễm S.aureus kháng methicillin.
- Nếu bệnh nhân dị ứng penicillin, kháng sinh thay thế là Erythromycin và Clindamycin.
- Mặc dù triệu chứng cải thiện trong 24 -48 giờ, kháng sinh nên tiếp tục từ 5 -7 ngày.
- Có thể cho bé bú tiếp.
- Siêu âm hay nhũ ảnh để loại trừ áp xe vú khi điều trị không giảm.

2. Sử dụng kháng sinh

- Amoxicillin/clavulanate 625 mg uống mỗi 8 giờ.
- Clindamycin 300mg uống mỗi 8 giờ (khi dị ứng penicillins).
- Thời gian dùng: 5 – 7 ngày.

V. NGOẠI KHOA: không

VI. DỰ PHÒNG

- Viêm vú hậu sản có thể dự phòng: hướng dẫn cho bú đúng cách.

VIÊM CÂN VÚ HOẠI TỬ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm vú do Streptococci nhóm A nếu không điều trị sớm có thể diễn tiến tới viêm cân hoại tử.
- Bệnh phá hủy từ từ cân và mỡ nhưng chừa lại da và cơ. Diễn tiến phù đỏ da, hình thành những vùng xanh kèm mụn nước và phù.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Diễn tiến nhanh: sốt 38 – 39°C, mạch nhanh, ít khi lạnh run
- Khởi phát: vú sưng và đau, bị tê cứng.
- Ngày 2 đến ngày 4 dấu hiệu đặc trưng của bệnh theo trích dẫn Meleney, da sậm màu hơn, có phù kèm mụn nước chứa dịch đen. Bờ đỏ và sưng nhưng không nhô lên, giới hạn không rõ.
- Ngày 5 đến ngày 8, vùng mất màu trở nên đen hay xám, bắt đầu hoại tử thối.
- Nhiễm khuẩn huyết là biến chứng thường gặp, và thường lan đến phổi.
- Tiến trình bệnh từ viêm mô tế bào lan rộng thành áp xe ở mặt phẳng cân và lan rộng hoại tử cân, hậu quả da bị nứt và nhồi máu.
- Tiến trình bệnh lý là hoại tử lớp mỡ dưới da và cân kèm thuyên tắc mạch máu da, dẫn đến hoại tử từ từ lớp da.

2. Cận lâm sàng: không cần thiết

- Nhuộm gram giúp chẩn đoán.
- Vi khuẩn chỉ thấy ở lớp vẩy dưới da. Mô phù xung quanh vô khuẩn.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Kháng sinh mạnh và cắt lọc mô hoại tử dưới gây mê.
- Bắt đầu bằng penicillin liều cao truyền tĩnh mạch.

2. Sử dụng kháng sinh

- Penicilin G 3-4 triệu đơn vị/ngày, tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ.
- Vancomycin + Piperacllin/Tazobactam 3.375g tiêm mạch mỗi 6 giờ.
- Cefepime 1g tiêm mạch mỗi 8 giờ + Clindamycin 600-900 mg tiêm mạch cách mỗi 8 giờ.

IV. NGOẠI KHOA

- Cắt lọc mô hoại tử và mô dưới da. Vết thương phải được để hở.
- Đường rạch rộng để bộc lộ tổn thương, kiểu hình sao từ vết thương, không thể đóng thì 2 và quá trình lành vết thương là do lên mô sẹo thứ phát. Vạt da đôi khi cần thiết.
- Chăm sóc vết thương hở.

V. DỰ PHÒNG

- Đây là biến chứng của viêm vú. Điều trị viêm vú hiệu quả sẽ dự phòng viêm cân hoại tử.

VIÊM VÚ KÈM HỘI CHỨNG SỐC ĐỘC TỐ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Hội chứng sốc độc tố (Toxic Shock Syndrome: TSS) có thể xảy ra ở bệnh nhân viêm vú do Staphylococcus aureus sản xuất chuỗi TSST-1.
- Hội chứng sốc độc tố là bệnh đa cơ quan.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Hội chứng bao gồm: khó chịu, đau cơ, sốt nhẹ, buồn nôn, nôn, và/hoặc tiêu chảy.
- Trong bệnh cảnh hệ thống cấp tính: sốt 38.9°C hay 102°F, đau họng, nhức đầu, lạnh run, hạ áp trầm trọng, đau cơ, viêm hầu họng, viêm kết mạc, thay đổi số lượng bạch cầu và viêm khớp.
- Nổi mẫn ở dạng hồng ban giống cháy nắng dạng chấm, phân nhánh lan tỏa.
- Triệu chứng thần kinh là bệnh cảnh nặng.

2. Cận lâm sàng: không cần thiết

- Cấy máu dương tính là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết. Tuy nhiên, cần lưu ý là kết quả cấy máu âm tính cũng không loại trừ được nhiễm khuẩn huyết, có khoảng 60% nhiễm khuẩn huyết có kết quả cấy máu âm tính.
- Nên cấy máu 02 lần (đối với cả nuôi cấy hiếu khí và kỵ khí) trước khi điều trị kháng sinh với thể tích máu tối thiểu là 10 ml/mẫu, tránh trì hoãn việc sử dụng kháng sinh > 45 phút. Nếu lấy 2 mẫu máu đồng thời thì cần lấy ở 2 vị trí khác nhau. Trong trường hợp có catheter mạch máu đã đặt quá 48 giờ, cần lấy ít nhất một mẫu bệnh phẩm qua catheter này.
- Bạch cầu tăng (trừ ngày đầu bệnh): hạt độc tố và thể Dohle thường thấy và có thể là kết luận chẩn đoán quan trọng.
- Tăng nhẹ chức năng gan.
- Amylase huyết thanh tăng.
- Hầu hết bệnh nhân tăng urea và creatinine máu.
- Tiểu cầu thường giảm dưới 100.000/m^3 vào tuần đầu.
- Điện tâm đồ bất thường: nhịp nhanh xoang hay nhịp nhanh trên thất và thay đổi ST không đặc hiệu, và block tim độ I, T đảo ngược đôi khi được ghi nhận giống như ngoại tâm thu thất và ngoại tâm thu nhĩ sớm.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều trị sớm trong giờ đầu khi nghĩ đến nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn sau khi đã cấy máu.
- Kháng sinh phổ rộng bao phủ được tác nhân gây bệnh (phối hợp kháng sinh nếu cần), kháng sinh thấm tốt vào tổ chức bị bệnh và sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Ưu tiên sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch.

2. Sử dụng kháng sinh

- Nếu nghi ngờ do Staphylococcus aureus (tụ cầu vàng) nên dùng Oxacilin, Cloxacilin, Cefazolin (đối với tụ cầu vàng nhạy Methicilin, MSSA) hoặc Vancomycin, Teicoplanin hoặc Daptomycin (đối với trường hợp tụ cầu kháng methicilin, MRSA).

- Staphylococcus aureus (nhạy Methicilin):
  - Kháng sinh lựa chọn: Oxacilin 100-200 mg/kg/ngày chia tiêm tĩnh mạch chậm cách 6 giờ/lần.
  - Kháng sinh thay thế: Vancomycin 1 g/lần truyền tĩnh mạch cách mỗi 12 giờ.
- Staphylococcus aureus(kháng Methicilin)
  - Kháng sinh lựa chọn: Vancomycin 1 g/lần truyền tĩnh mạch cách mỗi 12 giờ.
  - Kháng sinh thay thế: Daptomycin 4-6 mg/kg/ngày.

ÁP XE VÚ

I. ĐẠI CƯƠNG

Dịch tể học

- Áp xe vú xảy ra trong 0.4 – 0.5% phụ nữ cho bú.
- Áp xe ít khi xảy ra sau 6 tuần đầu tiên,.
- Khoảng 5 -11% bệnh nhân bị viêm vú hậu sản phát triển thành áp xe vú. Dấu hiệu và triệu chứng giống với viêm vú kèm khối căng, phập phều kèm hồng ban.

Bệnh cảnh lâm sàng

- Đa số áp xe vú đi kèm cho bú, một số thứ phát sau dãn ống tuyến vú.
- Nếu viêm vú không cho bú, chẩn đoán đầu tiên cần loại trừ là ung thư viêm dễ lầm với áp xe và chỉ có thể chẩn đoán bằng sinh thiết.
- Áp xe vú thường do S.aureus, nếu không cho bú thường kèm vi khuẩn kị khí gồm Peptostreptococci và Mobiluncus curtisii.
- Có 2 dạng áp xe vú: 1 dạng là S.aureus nổi trội và 1 dạng là vi khuẩn kị khí nhóm II và III nổi trội. Chủng vi khuẩn trên da đóng vai trò nhỏ trong áp xe vú.
- Vi khuẩn vào vú qua ống tuyến vú tận hay qua khe nứt da ở đầu vú, sau đó tăng sinh trong xoang sữa và hệ thống ống tuyến vú. Quá trình viêm gây tắc ống tuyến vú.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Xảy ra trong 2 tuần đầu cho bú.
- Vú sưng đỏ, đau khi chạm.
- Triệu chứng toàn thân: khó chịu, yếu, sốt.

- Áp xe có thể vỡ qua đầu vú hoặc vị trí mỏng nhất.

Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm vú cho bú với lao nguyên phát hay thứ phát. Chẩn đoán bằng test da, X quang ngực và sinh thiết đường dò. Điều trị lao cần thuốc kháng lao kèm cắt lọc, dẫn lưu thích hợp.
- Ung thư viêm: chẩn đoán, sinh thiết tổn thương, xét nghiệm giải phẫu bệnh.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: có giá trị chẩn đoán áp xe, kích thước ổ áp xe.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Viêm vú khi cho bú, cần bù đủ nước, chườm mát tại vú, ngưng cho bú và kháng sinh phù hợp.
- Khi áp xe: ngưng cho bú vú bên bệnh.

2. Sử dụng kháng sinh

- Amoxicilin-clavulanat 1g uống mỗi 8 tiếng.
- Trimethoprim/sulfamethoxazole 960mg uống mỗi 12 tiếng.
- Đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ.

IV. NGOẠI KHOA

1. Chọc hút mủ

- Nếu sinh hiệu ổn và áp xe nhỏ hơn 3 cm có thể chỉ cần chọc hút, ổ lớn hơn có thể chọc hút hay đặt ống dẫn lưu.
- Cần thực hiện thủ thuật dưới hướng dẫn siêu âm và rút mủ cấy, kháng sinh đồ.

2. Rạch dẫn lưu

- Chỉ định: triệu chứng xấu hơn dù đã chọc hút và dùng kháng sinh hay ổ áp e không giảm kích thước hay có bằng chứng da hoại tử.
- Đường rạch nên theo đường cong Langer.
- Cấy mủ và kháng sinh đồ nếu chưa làm.
- Dẫn lưu: ống cao su phẳng, nhỏ hay gạc.
- Thay gạc bắt đầu mỗi 3-4 giờ hay khi ướt.
- Ống cao su phẳng nên kéo lên, bắt đầu ngày thứ 6 sau mổ, sau đó rút vào ngày thứ 10.

- Lúc rạch phải dùng kháng sinh thích hợp.
- Áp xe vú khi không cho bú phải sinh thiết để loại trừ ung thư viêm

V. DỰ PHÒNG

- Giống như những bệnh cảnh khác, điều trị tối ưu là dự phòng. Nếu không thể dự phòng, phát hiện sớm và điều trị đủ. Mọi người mẹ cho con bú đều có nguy cơ viêm vú và áp xe, vì vật chủ truyền bệnh thường là từ em bé.
- Vệ sinh tại vùng ở núm vú có thể không ngừa được sự nhiễm bệnh. Bởi vì tiến trình bệnh thường xảy ra ở vùng dịch, khi 1 ca xảy ra, cần nỗ lực để xác định liệu nguồn mang S.aureus có tồn tại ở khoa nhi. Nếu nhiều trường hợp được bao cáo từ khoa nhi, mọi em bé nên được cấy họng trước khi xuất viện. Thêm vào đó, nhân viên cũng nên được cấy.

TÀI LIỆU KHAM KHẢO

1. Bộ Y Tế Việt Nam. Dược Thư Quốc Gia Việt Nam 2009. Available from: http://dohquangtri.gov.vn/upload/21232f297a57a5a743894a0e4a801fc3/duocthuquocgiavietnamaz.pdf
2. Johns Hopkins Medicin. Antibiotic Guidelines2015-2016. Available from: insidehopkinsmedicine.org/amp
3. Amy C. Degnim, 2011. Drainage of Breast Cysts and Abscesses. In Kirby I. Bland, 2011. Breast Surgery. LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS, a WOLTERS KLUWER, pp 31-35
4. Gilles R.G.Monif, David A. Baker, 2004. Puerperal Mastitis. In Infectious diseases in Obstetrics and Gynecology. USA: The Parthenon Publishing Group, pp 436-439
5. J. Patrick O'Leary, 2004. Breast Abscess. In Gilles R.G.Monif, David A. Baker, 2004. Infectious diseases in Obstetrics and Gynecology. USA: The Parthenon Publishing Group, pp 440-444.

155 CHẨN ĐOÁN UNG THƯ VÚ VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN SỚM 0, I, II, IIIA (T3N1M0)

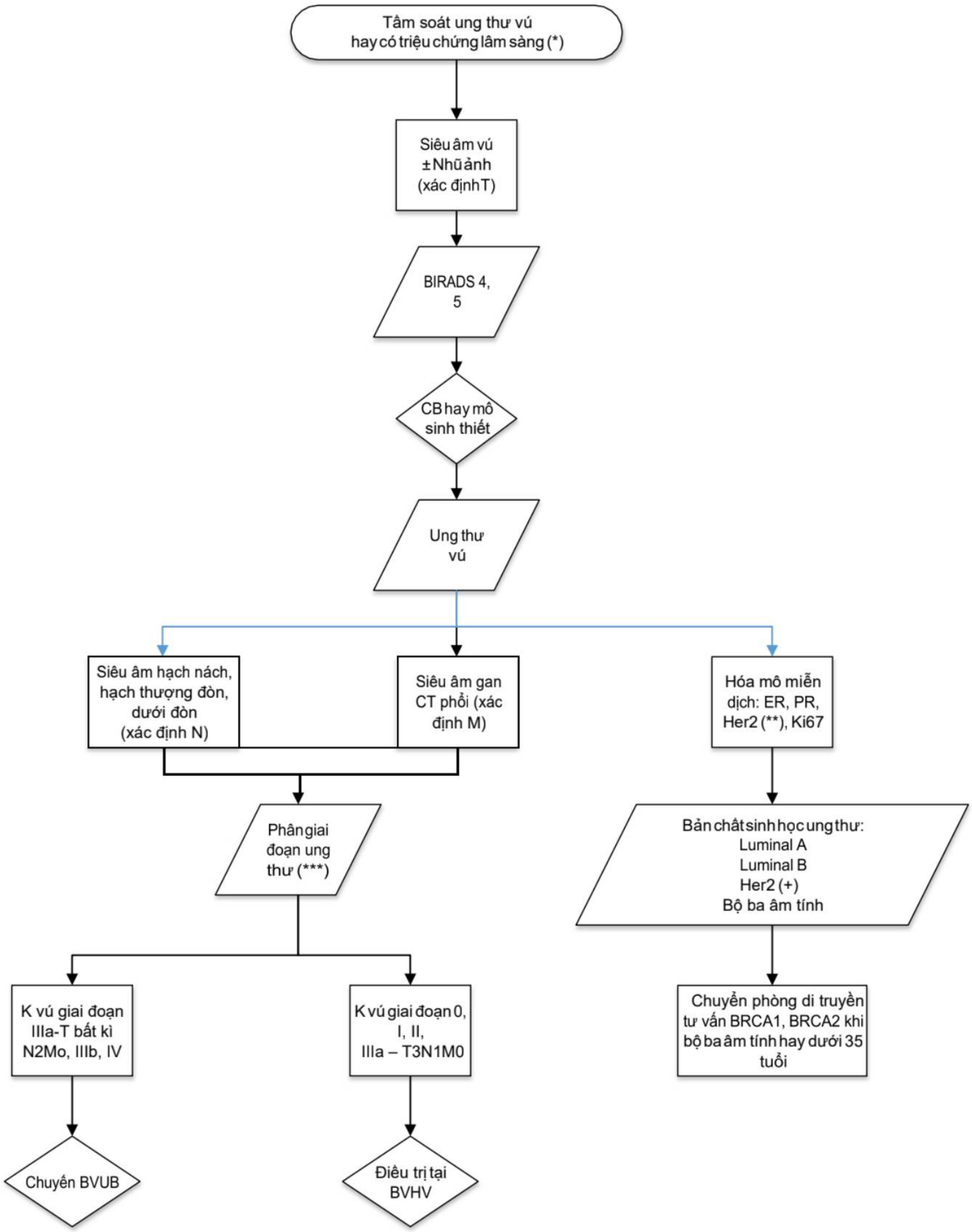
I. GIỚI THIỆU

Ung thư vú là ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở nữ giới. Những tiến bộ trong phương tiện tầm soát giúp ung thư vú ngày càng phát hiện ở giai đoạn sớm hơn, từ đó giảm tỉ lệ tử vong. Ung thư vú giai đoạn sớm bao gồm ung thư ở giai đoạn có thể phẫu thuật được giai đoạn 0, I, II, IIIA_T3N1M0. Điều trị ung thư vú là điều trị đa mô thức, gồm kết hợp phẫu thuật, hóa trị, nội tiết, thuốc trúng đích và xạ trị. Để thiết lập kế hoạch điều trị ung thư vú, bước quan trọng nhất cần chẩn đoán chính xác ung thư vú, giai đoạn, bản chất sinh học của ung thư.

II. ĐỊNH NGHĨA

Ung thư vú đa số xuất phát từ biểu mô: carcinoma; 5% xuất phát từ trung mô. Carcinoma có thể xuất phát từ ống tuyến vú hay thùy, diễn tiến tại chỗ hay xâm lấn.

III. CHẨN ĐOÁN



(*) tham khảo hướng dẫn tầm soát ung thư vú
(**) Her (2+): thử FISH
(***) phân giai đoạn ung thư theo AJCC 8th

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Lập kế hoạch điều trị

Chuẩn bị

- Tư vấn bệnh nhân về kế hoạch điều trị: mục đích, tai biến, tác dụng phụ của từng mô thức điều trị.
- Bilan tiền phẫu: CTM, chức năng gan thận, X quang phổi, ECG, siêu âm bụng chậu, siêu âm tim.
- Bilan trước mỗi chu kì hóa: CTM, chức năng gan thận, siêu âm tim (LVEF).

4.2. Mô thức điều trị: (lưu đồ 1)

- *Đoạn nhũ nạo vét hạch:* tham khảo quy trình cắt vú theo phương pháp Patey + vét hạch nách.
- *Điều trị hóa trị:*
  Chọn lựa phác đồ hóa trị tùy thuộc dựa vào các yếu tố nguy cơ cao (tuổi, grad, xâm lấn mạch bạch huyết, N).
  Nếu không có yếu tố nguy cơ cao chọn phác đồ AC (Anthracyclines, Cyclophosphomide) 4 chu kì.
  Nếu có yếu tố nguy cơ cao, chọn phác đồ vừa có Anthracyclines và Taxane. Khi bệnh nhân thay đổi về chức năng gan, thận, hay tim thì cần thay đổi liều dùng. Quyết định chọn lựa phác đồ hay liều dùng sẽ thông qua hội chẩn khoa.
- *Điều trị nội tiết:* phụ thuộc vào kết quả hóa mô miễn dịch (lưu đồ 2)
  Bệnh nhân tiền mãn kinh: Tamoxifen 20mg uống mỗi ngày 1 viên từ 5 - 10 năm Bệnh nhân hậu mãn kinh: Anastrozole 1mg uống mỗi ngày 1 viên trong 5 năm, Letrozole 2.5 mg uống mỗi ngày 1 viên trong 5 năm Exemestane 25 mg uống mỗi ngày 1 viên trong 5 năm.
  HER 2 (+): Trastuzumab 1 năm

4.3. Theo dõi trong lúc và sau khi điều trị nội khoa ung thư, xử trí

Theo dõi trong và sau khi điều trị hóa trị

1. Phản ứng phản vệ: phác đồ chống sốc phản vệ.
2. Phản ứng quá mẫn: xảy ra trong 2-3 phút truyền đầu (trong liều 1, liều 2), nổi mẫn, phù, hạ áp, khó thở, co thắt phế quản.

Xử trí: Hydrocortisone IV, Diphenhydramine 50 mg TM, Cimetidine 300 mg TM.

3. Phản ứng thoát mạch: ngưng truyền, nâng chi, chườm đá, +/- steroid tại chỗ.
4. Phản ứng sốt giảm bạch cầu: xảy ra ngày 7 -10, hồi phục sau 14 ngày.
   Xử trí: sử dụng kháng sinh dự phòng, yếu tố hỗ trợ bạch cầu Pegfilgrastim 6mg TDD liều duy nhất sau hóa trị 24 giờ hay Filgrastim 5 /kg TDD mỗi ngày đến khi BC hạt trở về bình thường.

Theo dõi trong và sau khi điều trị nội tiết

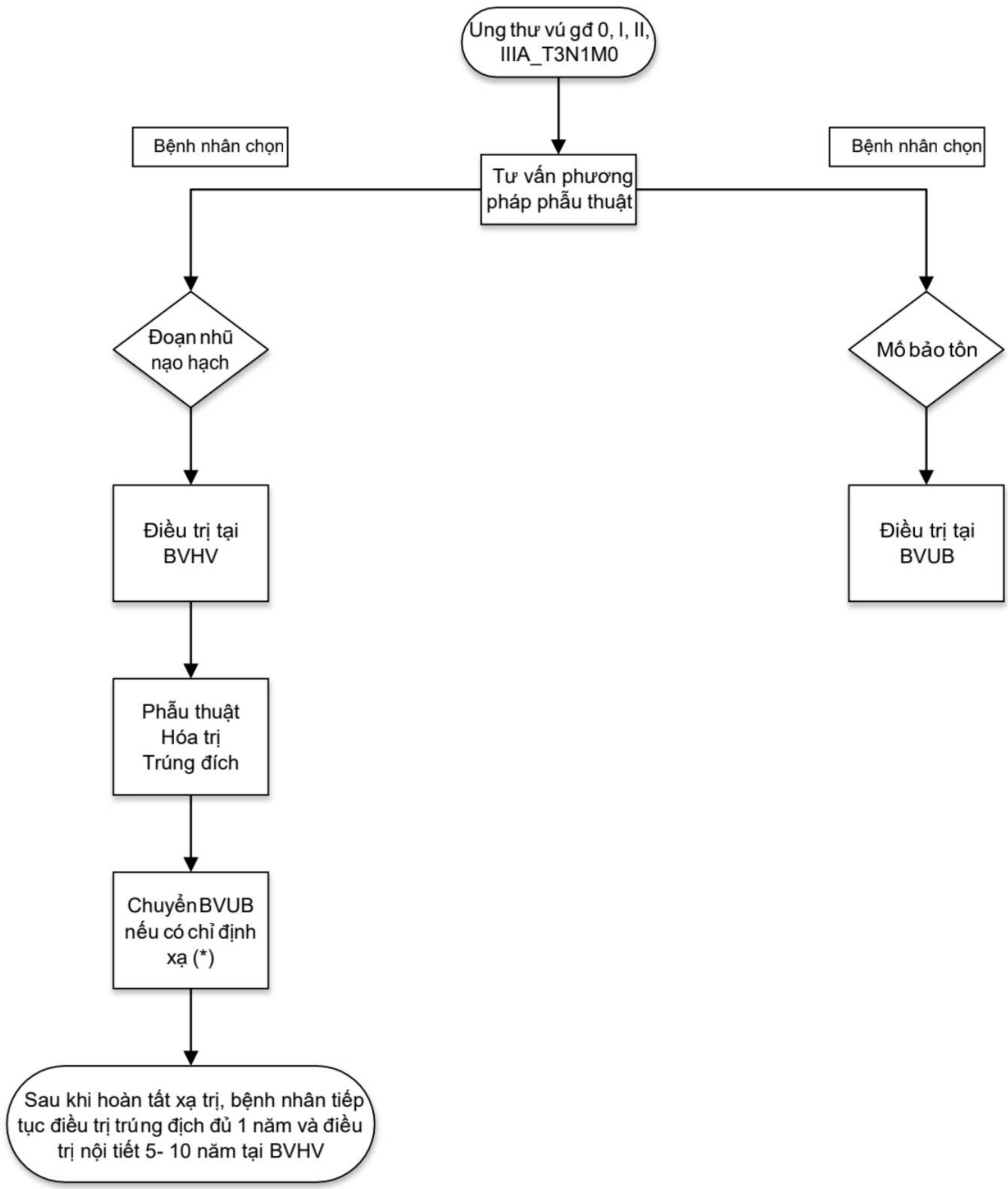
1. Tamoxifen:
   Thuyên tắc mạch: đau, căng cơ, sưng phồng, đỏ da.
   Xử trí: siêu âm mạch máu đánh giá dòng chảy tĩnh mạch, nếu có hiện tượng thuyên tắc mạch thì ngưng tamoxifen và chuyển điều trị chuyên khoa mạch máu.
   Ung thư nội mạc tử cung: xuất huyết âm đạo bất thường Siêu âm: nội mạc tử cung dày bất thường.
   Xử trí: nạo sinh thiết tầng nếu cần.
2. Anastrozole:
   Đau khớp: 10 -15% trường hợp Đánh giá đậm độ xương.
   Xử trí: đau mức độ nhẹ: dùng kháng viêm non-steroid đau mức độ nặng: cân nhắc nội tiết khác.

Theo dõi trong và sau khi điều trị trúng đích

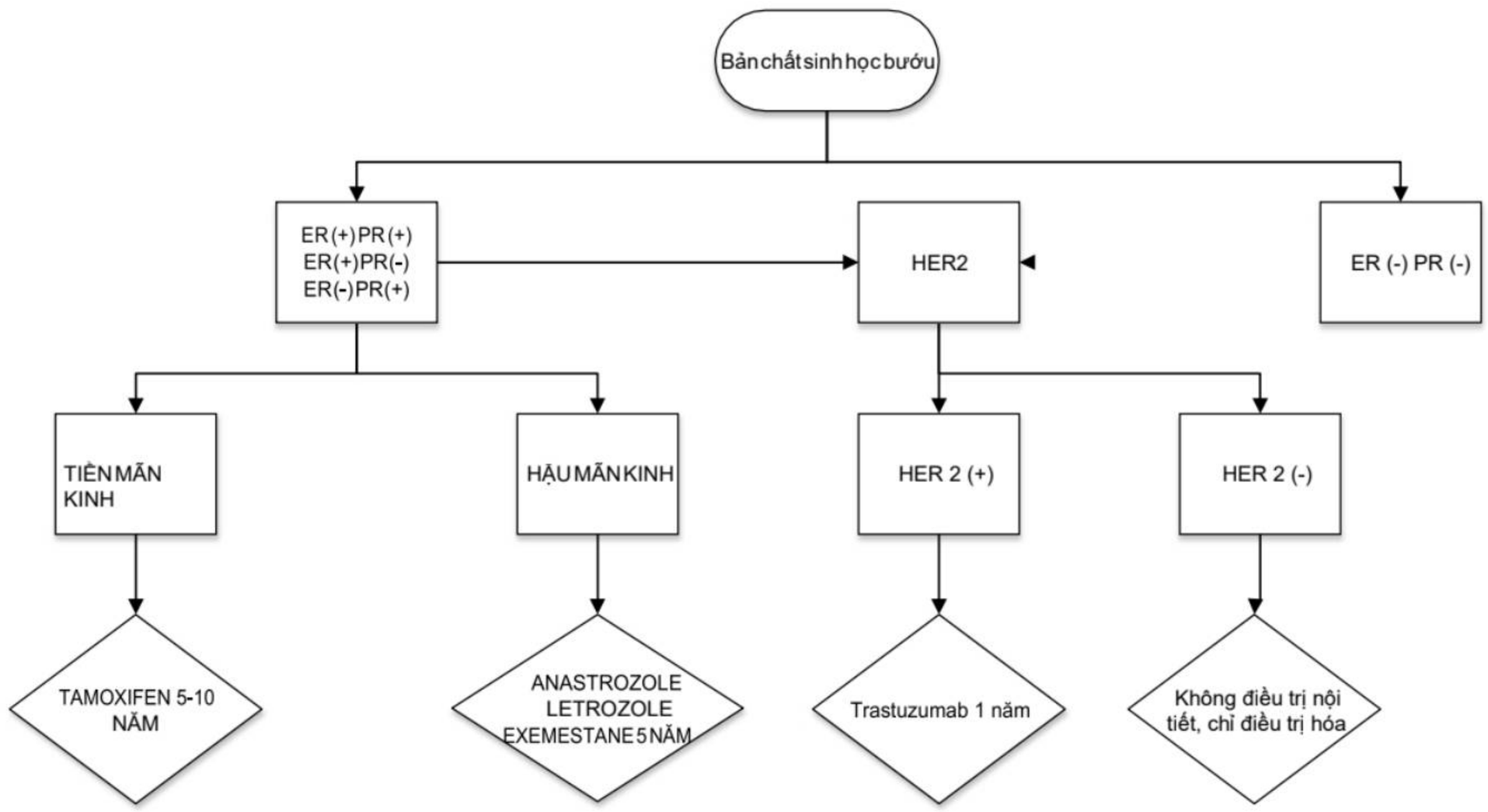
1. Phản ứng quá mẫn: 40% xảy ra trong liều đầu nhưng ít khi trầm trọng, nổi mẫn, phù, hạ áp, khó thở, co thắt phế quản.
   Xử trí: Hydrocortisone IV, Diphenhydramine 50 mg TM, Cimetidine 300 mg TM.

TÀI LIỆU KHAM KHẢO

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Breast Cancer https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#site.
2. Michael Gnant, Christoph Thomssen, Nadia Harbeck. St. Gallen/Vienna 2015 A Brief Summary of the Consensus Discussion. Breast Care 2015; 10: 124–130.



Lưu đồ 1: mô thức điều trị tại bệnh viện Hùng Vương



Lưu đồ 2: chọn lựa điều trị nội tiết

PHÁC ĐỒ HÓA TRỊ

1. Dose-dense AC - Paclitaxel mỗi 2 tuần

Doxorubicin 60 mg/m² TM ngày 1 Cyclophosphamide 600 mg/m² TM ngày 1.

Mỗi 14 ngày * 4 CK (mỗi CK cần yếu tố hỗ trợ bạch cầu hạt) Sau đó: Paclitaxel 175 mg/m² TTM 3 giờ ngày 1.

Mỗi 14 ngày * 4 CK (mỗi CK cần yếu tố hỗ trợ bạch cầu.

2. Dose-dense AC – Paclitaxel mỗi tuần

Doxorubicin 60 mg/m² TM ngày 1 Cyclophosphamide 600 mg/m² TM ngày 1.

Mỗi 14 ngày * 4 CK (mỗi CK cần yếu tố hỗ trợ bạch cầu hạt) Sau đó: Paclitaxel 80 mg/m² TTM mỗi tuần * 12 tuần.

3. TC

Docetaxel 75 mg/m² TM ngày 1.

Cyclophosphamide 600 mg/m² TM ngày 1.

Mỗi 21 ngày * 4 CK (mỗi CK cần yếu tố hỗ trợ bạch cầu hạt).

4. Dose-dense AC

Doxorubicin 60 mg/m^2 TM ngày 1.

Cyclophosphamide 600 mg/m^2 TM ngày 1.

Mỗi 14 ngày * 4 CK (mỗi CK cần yếu tố hỗ trợ bạch cầu hạt).

5. AC mỗi 3 tuần

Doxorubicin 60 mg/m^2 TM ngày 1.

Cyclophosphamide 600 mg/m^2 TM ngày 1.

Mỗi 21 ngày * 4 CK.

6. CMF

Cyclophosphamide 100 mg/m^2 uống ngày 1-14.

Methotrexate 40 mg/m^2 TM ngày 1 và ngày 8.

5-fluorouracil 600 mg/m^2 TM ngày 1 và ngày 8 Mỗi 28 ngày * 6 chu kỳ.

7. AC – Paclitaxel mỗi tuần

Doxorubicin 60 mg/m^2 TM ngày 1.

Cyclophosphamide 600 mg/m^2 TM ngày 1.

Mỗi 21 ngày * 4 CK.

Sau đó: Paclitaxel 80 mg/m^2 TTM 1 giờ mỗi tuần * 12 tuần.

8. EC

Epirubicin 100 mg/m^2 TM ngày 1.

Cyclophosphamide 830 mg/m^2 TM ngày 1.

Mỗi 21 ngày * 8 CK.

9. FEC/CEF – T

5-fluorouracil 600 mg/m^2 TM ngày 1.

Epirubicin 90 mg/m^2 TM ngày 1.

Cyclophosphamide 600 mg/m^2 TM ngày 1.

Mỗi 21 ngày * 4 CK.

Sau đó: Paclitaxel 100 mg/m^2 TTM 1 giờ mỗi tuần * 8 tuần.

10. FAC – T

5-fluorouracil 500 mg/m^2 TM ngày 1 và ngày 8.

Doxorubicin 50 mg/m^2 TM ngày 1.

Cyclophosphamide 500 mg/m^2 TM ngày 1.

Mỗi 21 ngày * 4 CK.

Sau đó: Paclitaxel 80 mg/m^2 TTM 1 giờ mỗi giờ * 12 tuần.

11. TAC

Docetaxel 75 mg/m^2 TM ngày 1.

Doxorubicin 50 mg/m^2 TM ngày 1.

Cyclophosphamide 500 mg/m^2 TM ngày 1.

Mỗi 21 ngày * 6 CK (mỗi CK cần yếu tố hỗ trợ bạch cầu hạt).

12. TCH

Trastuzumab 8 mg/kg TM ngày 1, sau đó 6 mg/kg TM Docetaxel 75 mg/m^2 TM ngày 1.

Carboplatin AUC 6 TM ngày 1.

Mỗi 21 ngày * 6 CK.

Sau đó: Trastuzumab 6 mg/kg TM mỗi 21 ngày, đủ 1 năm.

13. Trastuzumab

Trastuzumab 8 mg/kg TM, sau đó 6 mg/kg mỗi 21 ngày, đủ 1 năm.

14. Nội tiết

Tamoxifen 20mg 1 viên uống / ngày * 5 năm Anastrozole 1mg 1 viên uống / ngày * 5 năm Letrozole 2,5mg 1 viên uống / ngày * 5 năm Exemestane 25 mg 1 viên uống / ngày * 5 năm.