

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



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

SẢN - PHỤ KHOA

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



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SẢN - PHỤ KHOA

Xuất bản lần 3
(có bổ sung và sửa chữa)

2015
LƯU HÀNH NỘI BỘ

LỜI MỞ ĐẦU

TRONG GẦN 100 PHÁC ĐỒ
ĐƯỢC SẮP XẾP HỢP LÝ
THEO TỪNG CHUYÊN ĐỀ,
LẦN TÁI BẢN NÀY, ẤN PHẨM
**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SẢN –
PHỤ KHOA** CÓ SỰ CHỈNH
LÝ VÀ BỔ SUNG MỘT SỐ BÀI
NHƯ: TẮC MẠCH ỒI,
THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG
TRONG TỬ CUNG, VIÊM VÙNG
CHẬU, ÁP XE PHẦN PHỤ,
SẢY THAI LIÊN TIẾP, BỆNH LÝ
TUYẾN VÚ, ÁP XE VÚ,
NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN,
KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT CẶP
VỢ CHỒNG VÔ SINH, ...

Được sự đồng tình, ủng hộ của quý đồng nghiệp cùng nhiều ý kiến đóng góp quý báu về nội dung và hình thức qua hai lần phát hành ấn phẩm **PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SẢN – PHỤ KHOA** vào năm 2011 và 2012.

Nhằm mục đích góp phần cùng Sở Y tế TP Hồ Chí Minh xây dựng một hệ thống tư liệu tham khảo thống nhất, đáp ứng nhu cầu tham khảo của quý đồng nghiệp trong quá trình xử trí lâm sàng chuyên ngành sản phụ khoa, các phác đồ điều trị tiếp tục được Ban biên soạn bổ sung, chỉnh lý và cập nhật để có thể giới thiệu cùng quý đồng nghiệp ấn phẩm **PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SẢN – PHỤ KHOA** năm 2015.

Dựa trên các tài liệu trong nước và quốc tế, như:

- Các hướng dẫn xử trí của các hiệp hội Sản Phụ khoa quốc tế và các tổ chức quốc tế có uy tín.
- Các tài liệu, sách giáo khoa (textbook) quốc tế và trong nước của các cơ sở có uy tín.
- Các nghiên cứu được công bố trên tạp chí quốc tế và trong nước.

- Hướng dẫn quốc gia về sức khỏe sinh sản xuất bản năm 2009.
- Các qui định hiện hành của các cơ quan có thẩm quyền về y tế tại Việt Nam.
- Sự phù hợp với tình hình thực tiễn tại Việt Nam và điều kiện thực tế của BV Từ Dũ.
- Qui trình lâm sàng hiện nay tại Bệnh viện Từ Dũ.

Trong gần 100 phác đồ được sắp xếp hợp lý theo từng chuyên đề, lần tái bản này, ấn phẩm **PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SẢN – PHỤ KHOA** có sự chỉnh lý và bổ sung một số bài như: tắc mạch ối, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, viêm vùng chậu, áp xe phần phụ, sảy thai liên tiếp, bệnh lý tuyến vú, áp xe vú, nhiễm khuẩn hậu sản, khám và điều trị một cặp vợ chồng vô sinh, ...

Tuy Ban biên soạn đã có nhiều cố gắng để hoàn thiện, nhưng chắc chắn không thể tránh khỏi những hạn chế, thiếu sót.

Thay mặt Ban biên soạn ấn phẩm **PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SẢN – PHỤ KHOA** năm 2015, chúng tôi rất mong tiếp tục nhận được những ý kiến đóng góp quý báu của quý đồng nghiệp, giúp tài liệu phục vụ hoạt động chuyên môn trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản ngày càng hoàn chỉnh hơn.

Trân trọng cảm ơn quý đồng nghiệp và công ty tài trợ đã tạo điều kiện thuận lợi cho tài liệu **PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SẢN – PHỤ KHOA** năm 2015 được đến với các y – bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa.

Trân trọng.

Tp. Hồ Chí Minh, tháng năm 2015

TM. Ban biên soạn

Ths. Bs. Lê Quang Thanh

Giám đốc BV Từ Dũ

QUYẾT ĐỊNH BAN HÀNH

Cố vấn

Gs Ts Bs. Trần Thị Lợi - Ts Bs CKII. Phạm Việt Thanh

Chủ biên

Ths Bs. Lê Quang Thanh
Ds CKI. Huỳnh Thị Thanh Thủy
Ts Bs. Huỳnh Thị Thu Thủy
Bs CKI. Lưu Thế Duyên
Ts Bs. HoàngThị Diễm Tuyết
Bs CKII. Nguyễn Bá Mỹ Nhi

Biên tập

Bs CKII. Nguyễn Hoàng Tuấn
Bs CKI. Phạm Thanh Hải
Ths Bs. Nguyễn Xuân Trang
Bs. Nguyễn Long
Bs. Trần Thị Ngọc
Ths Ds. Nguyễn Thị Thúy Anh
Bs. Trần Nguyễn Như Anh
Bs. Nguyễn Phương Thảo
Bs. Huỳnh Thị Thanh Thảo
Bs. Lê Phương Dung
Ths. Nguyễn Hoàng Bảo Sơn
CN. Lê Thành Nhân
CN. Võ Thị Kim Ngân

**Ý kiến đóng góp
xin gửi về**

Bs CKII. Nguyễn Hoàng Tuấn
tuanguyen1910@gmail.com

Tham gia biên soạn

Bs CKII.	Vương Đình Bảo Anh	Ths Bs.	Điền Đức Thiện Minh
Ths Ds.	Nguyễn Thị Thúy Anh	Bs CKII.	Phan Thị Nga
Ths Bs.	Phan Thanh Bình	Ths Bs.	Hà Tố Nguyên
PGs Ts.	Lê Hồng Cẩm	Bs CKII.	Tô Thị Minh Nguyệt
Ths Bs.	Lê Thị Minh Châu	Bs CKII.	Huỳnh Văn Nhân
Bs CKII.	Đỗ Thị Lệ Chi	Bs CKII.	Võ Thanh Nhân
Ths Bs.	Lê Tự Phương Chi	Ths Bs.	Phạm Quang Nhật
Bs CKII.	Hồng Công Danh	Bs CKII.	Nguyễn Bá Mỹ Nhi
Ths Bs.	Lê Thị Kiều Dung	Ths Bs.	Bùi Thị Hồng Nhu
Ths Bs.	Nguyễn Điển	Bs.	Phan Văn Quyền
Bs CKII.	Bùi Trúc Giang	Bs CKII.	Nguyễn Thị Minh Tâm
Bs CKII.	Nguyễn Thái Hà	Ths Bs.	Nguyễn Thị Thanh Tâm
Ts Bs.	Lê Thị Thu Hà	Bs CKII.	Nguyễn Thị Vĩnh Thành
Bs CKI.	Phạm Thanh Hải	Ths Bs.	Đặng Thị Phương Thảo
Bs CKII.	Trần Ngọc Hải	Bs CKI.	Vũ Xuân Thọ
Bs CKI.	Nguyễn Bích Hải	Bs CKI.	Văn Phụng Thống
Bs CKI.	Đặng Thị Trân Hạnh	Bs CKII.	Trần Chánh Thuận
Bs CKII.	Lăng Thị Hữu Hiệp	Ths Bs.	Nguyễn Xuân Trang
Bs CKI.	Hồ Thị Hoa	Bs CKII.	Trần Thị Nhật Thiên Trang
Ts Bs.	Phan Trung Hòa	Bs CKII.	Tô Thị Thục Trang
Bs CKII.	Nguyễn Thị Kim Hoàng	Bs CKII.	Nguyễn Hữu Trung
Bs CKII.	Bùi Văn Hoàng	Bs CKII.	Nguyễn Hoàng Tuấn
Bs CKI.	Đỗ Thế Hùng	Ths Bs.	Nguyễn Thị Mộng Tuyền
Bs.	Trịnh Nhựt Thư Hương	Ts Bs.	Hoàng Thị Diễm Tuyết
Ths Bs.	Nguyễn Thị Quý Khoa	Bs CKII.	Bùi Thanh Vân
Bs CKII.	Tào Tuấn Kiệt	Bs CKII.	Trương Quốc Việt
Ds CKI.	Nguyễn Thị Lầu	Bs CKII.	Đào Thị Vui
Bs CKII.	Nguyễn Thị Mộng Loan	Bs CKII.	Hoàng Thị Mỹ Ý
Bs CKII.	Dương Phương Mai	Ths Bs.	Ngô Thị Yên

MỤC LỤC

SẢN KHOA

1.	Khám thai.....	018
2.	Rubella và thai kỳ	022
3.	Thai kỳ với mẹ Rhesus âm	026
4.	Chẩn đoán trước sinh.....	031
5.	Chỉ định sinh thiết gai nhau/chọc ối.....	033
6.	Chỉ định chấm dứt thai kỳ những thai DTBS nặng	036
7.	Vỡ tử cung.....	041
8.	Băng huyết sau sinh.....	045
9.	Nhau bong non	049
10.	Sa dây rốn	052
11.	Tắc mạch ối.....	053
12.	Sử dụng oxytocin trong chuyển dạ	057
13.	Ối vỡ non.....	060
14.	Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ.....	063
15.	Nghiệm pháp lật ngôi chòm	065
16.	Ngôi bất thường.....	067
17.	Ngôi mông.....	071
18.	Xử trí thai thứ hai trong song thai	076
19.	Sinh khó do vai.....	077
20.	Tăng huyết áp trong thai kỳ.....	079
21.	Chuyển dạ sinh non.....	089
22.	Hở eo tử cung	095
23.	Đái tháo đường thai kỳ.....	099
24.	Nhau tiền đạo	105
25.	Thai chậm tăng trưởng trong tử cung	110

PHỤ KHOA

26.	Nhiễm khuẩn âm đạo	116
27.	Viêm âm đạo do nấm.....	117
28.	Viêm âm đạo do Trichomonas.....	119
29.	Viêm âm đạo do thiếu nội tiết.....	120
30.	Viêm cổ tử cung	121
31.	Sơ đồ hướng dẫn xử trí tiết dịch âm đạo.....	123
32.	Viêm sinh dục do Herpes.....	124
33.	Viêm sinh dục do giang mai	126
34.	Bệnh hạ cam (chancroid).....	128
35.	Sùi mào gà sinh dục (mụn cóc sinh dục)	129
36.	Viêm vùng chậu.....	130
37.	Áp xe phần phụ	136
38.	Rong kinh - Rong huyết.....	141
39.	Tăng sinh nội mạc tử cung	144
40.	U xơ tử cung.....	149
41.	U phần phụ.....	154
42.	Dọa sảy thai, sảy thai tháng đầu thai kỳ (< 14 tuần).....	156
43.	Sảy thai liên tiếp.....	159
44.	Thai ở sẹo mổ lấy thai	163
45.	Thai ngoài tử cung.....	173
46.	Xử trí Pap's bất thường và tân sinh trong biểu mô cổ tử cung.....	180
47.	Ung thư cổ tử cung trong thai kỳ.....	188
48.	Rối loạn tiền mãn kinh và mãn kinh	189
49.	Sa các tạng vùng chậu	192
50.	Bệnh lý tuyến vú lành tính	205
51.	Áp xe vú	213
52.	Chăm sóc chung hậu phẫu.....	217
53.	Chăm sóc hậu phẫu cắt tử cung ngả âm đạo.....	220
54.	Chăm sóc vết thương sau mổ	221
55.	Chăm sóc ống dẫn lưu	222
56.	Sốt sau mổ lấy thai.....	223
57.	Bí tiểu sau sinh mổ.....	225
58.	Tắc ruột sau mổ.....	226
59.	Viêm phúc mạc sau phẫu thuật sản phụ khoa	228
60.	Nhiễm khuẩn hậu sản.....	235

UNG THƯ PHỤ KHOA

61.	Bệnh nguyên bào nuôi	244
62.	Ung thư buồng trứng	260

GÂY MÊ HỒI SỨC

63.	Gây tê tùy sống trong mổ lấy thai	286
64.	Gây mê nội khí quản trong mổ lấy thai	289
65.	Phương pháp vô cảm đối với sản phụ bị bệnh hẹp van 2 lá	294
66.	Gây tê ngoài màng cứng giảm đau trong chuyển dạ	297
67.	Gây tê tùy sống trong phẫu thuật cắt tử cung ngả âm đạo	301
68.	Giảm đau trong chuyển dạ bằng phương pháp gây tê tùy sống – ngoài màng cứng kết hợp	304

HIỂM MUỘN

69.	Khám và điều trị một cặp vợ chồng vô sinh	310
70.	Các phác đồ kích thích buồng trứng	314
71.	Hội chứng quá kích buồng trứng	319
72.	Giảm thai	323
73.	Hướng dẫn thực hành lâm sàng bổ sung LH trong kích thích buồng trứng thụ tinh trong ống nghiệm	325
74.	Hướng dẫn thực hành lâm sàng hội chứng buồng trứng đa nang	331

KẾ HOẠCH GIA ĐÌNH

75.	Tư vấn về phá thai	348
76.	Phá thai bằng thuốc đến hết 9 tuần	352
77.	Phá thai bằng thuốc từ 13 đến hết 22 tuần	356
78.	Phá thai đến hết 12 tuần bằng phương pháp hút chân không	360
79.	Phá thai từ tuần thứ 13 đến hết tuần thứ 18 bằng phương pháp nong và gắp	364
80.	Sơ đồ chấm dứt thai kỳ tuổi thai từ 13 – 18 tuần bằng phương pháp nong và gắp	368
81.	Sơ đồ chấm dứt thai kỳ tuổi thai từ 13 – 18 tuần bằng thuốc	369
82.	Sơ đồ chấm dứt thai kỳ tuổi thai từ 18 – 22 tuần	370
83.	Sơ đồ chấm dứt thai kỳ tuổi thai từ 23 – 27 tuần	371
84.	Điều trị thai lưu đến hết 12 tuần	372
85.	Xử trí sảy thai đang tiến triển	375
86.	Điều trị sót nhau/sót thai	377
87.	Xử trí bằng huyết trong và sau khi hút thai	379
88.	Điều trị thủng tử cung trong khi hút thai hoặc nạo sinh thiết	381
89.	Đặt và tháo dụng cụ tử cung (DCTC)	383
90.	Thuốc cấy tránh thai	386
91.	Thuốc tiêm tránh thai DMPA	391
92.	Triệt sản nam bằng phương pháp thắt và cắt ống dẫn tinh	393

CHỮ VIẾT TẮT

Tiếng Việt

Chữ viết tắt	Diễn giải
AD	Âm đạo
AXPP	Áp xe phần phụ
BC	Bạch cầu
BCS	Bao cao su
BCTC	Bể cao tử cung
BHSS	Băng huyết sau sinh
BLQĐTD	Bệnh lây qua đường tình dục
BN	Bệnh nhân
BPTT	Biện pháp tránh thai
BPV	Bách phân vị
BS	Bác sĩ
BT	Buồng trứng
BTC	Buồng tử cung
BTĐ	Bơm tiêm điện
BV	Bệnh viện
BYT	Bộ y tế
CCĐ	Chống chỉ định
CD	Chuyển dạ
CDTK	Chăm dứt thai kỳ
CĐ	Chỉ định
CLS	Cận lâm sàng
CTC	Cổ tử cung
CTM	Công thức máu
DCTC	Dụng cụ tử cung
DTBS	Dị tật bẩm sinh
BCĐNTT	Bạch cầu đa nhân trung tính
ĐH	Đường huyết
ĐK	Điều kiện
ĐKNB	Đường kính ngang bụng
ĐM	Động mạch
ĐMDG	Độ mờ da gáy
ĐMNG	Động mạch não giữa
ĐMTB	Đồng máu toàn bộ
ĐMTC	Động mạch tử cung
ĐMR	Động mạch rốn
ĐT	Điều trị
ĐTĐ	Đái tháo đường
GMHS	Gây mê hồi sức
GPB	Giải phẫu bệnh
HA	Huyết áp
HC	Hội chứng
KHGD	Kế hoạch gia đình
KQ	Kết quả
KS	Kháng sinh
LS	Lâm sàng

Chữ viết tắt	Diễn giải
MK	Mãn kinh
MLT	Mổ lấy thai
NBN	Nhau bong non
NC	Nguy cơ
NMTC	Nội mạc tử cung
NS	Nội soi
NST	Nhiễm sắc thể
NXTC	Nhân xơ tử cung
PTBT	Phá thai bằng thuốc
PT	Phẫu thuật
PTV	Phẫu thuật viên
QHTD	Quan hệ tình dục
RLKN	Rối loạn kinh nguyệt
RLTMK	Rối loạn tiền mãn kinh
SÂ	Siêu âm
SG	Sân giạt
SP	Sân phụ
SSD	Sa sinh dục
STGN	Sinh thiết gai nhau
STLT	Sảy thai liên tiếp
Sa SD	Sa sinh dục
TB	Tiền bắp
TC	Tử cung
TCN	Tam cá nguyệt
TOSMLT	Thai ở sọc MTL
TD	Theo dõi
TDD	Tiền dưới da
THA	Tăng huyết áp
TM	Tĩnh mạch
TMC	Tiền mạch chậm
TNTC	Thai ngoài tử cung
TSG	Tiền sản giật
TPTTBM	Tổng phân tích tế bào máu
TS NMTC	Tăng sản nội mạc tử cung
TSM	Tăng sinh môn
TT	Tim Thai
TV	Tai vòi
UBT	U buồng trứng
UNBT	U nang buồng trứng
UXTC	U xơ tử cung
VMC	Vết mổ cũ
XHTCBT	Xuất huyết tử cung bất thường
XN	Xét nghiệm
XT	Xử trí

Tiếng Anh

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

Chương SẢN KHOA



Lịch khám thai

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

Chú ý

- Lịch khám thai sẽ thay đổi khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, ra nước, ra huyết...).
- Hướng dẫn thai phụ về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và chích ngừa uốn ván rốn.
- Bổ sung sắt, canxi và các vi chất khác.
 - Cung cấp sắt và acid folic suốt thai kỳ ^(*).
 - Sắt 30 – 60mg/ ngày uống lúc bụng đói.
 - Acid folic 400 mcg – 1000 mcg/ ngày.
 - Cung cấp Canxi 1000mg – 1500mg/ ngày ^(**).

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

Mục đích

- Xác định có thai – tình trạng thai.
- Xác định tuổi thai – tính ngày dự sinh.
- Đánh giá sức khỏe của mẹ: bệnh lý nội, ngoại khoa và thai nghén.

Các việc phải làm

1. Hỏi bệnh

* Thuốc chứa sắt, acid folic: Sắt fumarat + acid folic, sắt fumarat + acid folic + vitamin B12, ...

** Thuốc chứa canxi: calci carbonat + vitamin D3, calci carbonat + calci gluconolactat, ...

- Tiền căn bản thân
 - Sản - phụ khoa, PARA.
 - Nội - ngoại khoa.
 - Tiền căn gia đình.
 - Về lần mang thai này.
2. Khám tổng quát: cân nặng – mạch, huyết áp – tim phổi.
 3. Khám sản khoa: khám âm đạo, đo bề cao tử cung, đặt mỏ vịt lần khám đầu tiên.
 4. Cận lâm sàng
 - Máu (khi xác định có tim thai qua siêu âm).
 - Huyết đồ, HBsAg, VDRL, HIV, đường huyết khi đói.
 - Nhóm máu, Rhesus.
 - Rubella: IgM, IgG. (với trường hợp tiền sử sẩy thai liên tiếp thử thêm: CMV, Toxoplasmosis).
 - Double test: sau khi đo độ mờ gáy (thai 12 tuần).
 - Nước tiểu: 10 thông số.
 - Siêu âm (lần 1): bắt buộc để xác định
 - Tuổi thai.
 - Thai trong hay ngoài tử cung.
 - Tình trạng thai: Thai trứng, đa thai, dọa sẩy, thai lưu...
 - Siêu âm đo độ mờ gáy (thai 12 tuần).

Tiêm VAT: 2 lần cách nhau 1 tháng

Lịch tiêm VAT/thai phụ

- VAT 1: càng sớm càng tốt.
- VAT 2: cách VAT 1 tối thiểu 1 tháng (≥ 30 ngày) và trước sinh 1 tháng.
- VAT 3: ở thai kỳ sau, cách VAT 2 tối thiểu 6 tháng (≥ 180 ngày).
- VAT 4: ở thai kỳ sau, cách VAT 3 tối thiểu 1 năm.
- VAT 5: ở thai kỳ sau, cách VAT 4 tối thiểu 1 năm.
- Tiêm phòng VAT 2 mũi cho những thai phụ chưa tiêm ngừa lần nào hoặc từ bé có tiêm chủng bạch hầu, ho gà, uốn ván.
- Với những phụ nữ đã tiêm đủ 5 mũi VAT, nếu mũi tiêm cuối cùng > 10 năm, thì cần nhắc lại 1 mũi.

II. KHÁM THAI TRONG 3 THÁNG GIỮA (TỪ 15 - 28 TUẦN) _____

Các việc cần làm

1. Theo dõi sự phát triển của thai: trọng lượng mẹ, bề cao tử cung, nghe tim thai.
2. Phát hiện những bất thường của thai kỳ: đa ối, đa thai, nhau tiền đạo, tiền sản giật...
3. Khám tiền sản cho những thai phụ có nguy cơ cao hoặc siêu âm phát hiện bất thường.
4. Phát hiện các bất thường của mẹ
 - Hở eo tử cung: dựa vào tiền căn, lâm sàng và siêu âm.
 - Tiền sản giật: HA cao, Protein niệu.
 - Dọa sảy thai to hoặc dọa sinh non.
5. Hướng dẫn về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và chích ngừa uốn ván rốn.
6. Hướng dẫn các sản phụ tham dự lớp "Chăm sóc sức khỏe bà mẹ".

Cận lâm sàng

1. Nghiệm pháp dung nạp đường ở tuổi thai từ 24 – 28 tuần tầm soát đái tháo đường thai kỳ.
(Chỉ định: béo phì, tăng cân nhanh, gia đình trực hệ đái tháo đường, tiền căn bản thân: sinh con to, thai dị tật hoặc thai lưu lớn không rõ nguyên nhân, đường niệu (+), đường huyết lúc đói > 105mg/dL).
2. Triple test: thực hiện ở tuổi thai 14 – 21 tuần, đối với những trường hợp chưa thực hiện sàng lọc trong 3 tháng đầu thai kỳ.
3. Tổng phân tích nước tiểu (mỗi lần khám).
4. Siêu âm: Siêu âm hình thái học (hoặc 3D, 4D) tối thiểu 1 lần ở tuổi thai 20 – 25 tuần khảo sát hình thái thai nhi, tuổi thai, sự phát triển thai, nhau, ối.

III. KHÁM THAI VÀO 3 THÁNG CUỐI (TỪ 29 - 40 TUẦN) _____

Các việc cần làm

1. Ngoài những phần khám tương tự 3 tháng giữa thai kỳ, từ tuần 36 trở đi cần xác định thêm
 - Ngôi thai.
 - Ước lượng cân thai.

- Khung chậu.
 - Tiên lượng sinh thường hay sinh khó.
2. Hướng dẫn sản phụ

- Đếm cử động thai.

Lưu ý các triệu chứng bất thường

- Ra huyết âm đạo.
 - Ra nước ối.
 - Đau bụng từng cơn.
 - Phù, nhức đầu, chóng mặt.
 - Chuẩn bị đồ đạc cho mẹ và trẻ sơ sinh khi đi sinh.
3. Tư vấn thai phụ phù hợp với tình trạng thai.
 4. Phân loại thai kỳ nguy cơ cao.

Cận lâm sàng

1. Tổng phân tích nước tiểu (mỗi lần khám).
2. Siêu âm
 - Siêu âm tối thiểu 1 lần lúc thai 32 tuần để xác định ngôi thai, lượng ối, vị trí nhau, đánh giá sự phát triển thai nhi. Có thể lặp lại mỗi 4 tuần.
 - Siêu âm màu (thai ≥ 28 tuần) khi nghi ngờ thai chậm phát triển: mẹ tăng cân chậm, BCTC không tăng, các số đo sinh học thai nhi không tăng sau 2 tuần, mẹ cao huyết áp... có thể lặp lại sau mỗi 2 tuần.
3. Non stress test: thực hiện khi có chỉ định.
4. Quang kích chậu: khám khung chậu nghi ngờ.
5. MRI khi có chỉ định.

Một số lưu ý chung

1. Sau mỗi lần khám đều phải có chẩn đoán rõ ràng.
2. Có thể siêu âm nhiều lần hơn nếu cần.
3. Những XN chuyên biệt được chỉ định theo y lệnh BS: bệnh tim, bệnh thận, tuyến giáp...
4. Khâu eo tử cung: từ 14 đến 18 tuần.
5. Hội chẩn viện đối với những trường hợp có U buồng trứng (tuổi thai 15 tuần trở lên, siêu âm màu, có các XN AFP, β HCG và CA 125).

2 RUBELLA VÀ THAI KỲ

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

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

I. RUBELLA BẨM SINH

- Nguy cơ và độ trầm trọng của dị tật tùy thuộc tuổi thai lúc nhiễm virus.
 - 90% trẻ dị tật nếu mẹ nhiễm khi thai < 12 tuần.
 - 30 – 40% trẻ dị tật nếu mẹ nhiễm ở tuổi thai 13-14 tuần.
 - 20% trẻ dị tật nếu mẹ nhiễm ở tuổi thai 15-16 tuần.
 - 10% trẻ dị tật nếu nhiễm ở tuổi thai 17-20 tuần.
 - Rất hiếm gặp dị tật nếu mắc bệnh sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.
- Ảnh hưởng sự phát triển bào thai ⇒ thai chết lưu, sảy thai, sinh non, trẻ mang dị tật bẩm sinh.
- Dị tật bẩm sinh
 - Kết hợp nhiều dấu hiệu/triệu chứng (bảng trên).
 - Đốt bẩm sinh là thể đơn thuần phổ biến.

II. QUI TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ

1. Xét nghiệm Rubella

- Thực hiện xét nghiệm Rubella cho tất cả thai phụ đến khám thai lần đầu, tốt nhất khi thai < 8 tuần, chỉ thử thường qui tới tuổi thai ≤ 16 tuần (chung với xét nghiệm thường qui).
- Không xét nghiệm Rubella cho những thai phụ có kháng thể an toàn từ trước khi có thai lần này.

2. Phân tích kết quả xét nghiệm và phối hợp lâm sàng (xem sơ đồ)

- IgM(+) dương tính giả
 - Do tồn tại lâu, tái nhiễm.
 - Phản ứng chéo với B19, EBV.
- Ái tính cao: nhiễm cũ, ái tính thấp: nhiễm mới.
- Nhiễm nguyên phát: xử trí theo tư vấn và chọn lựa.
- Không nhiễm: với XN huyết thanh âm tính thì xét nghiệm lại lúc thai 16 tuần, tùy kết quả, tư vấn phù hợp.
- Đã có miễn dịch từ trước khi có thai: thường duy trì ổn định IgG.

3. Các bước xử trí

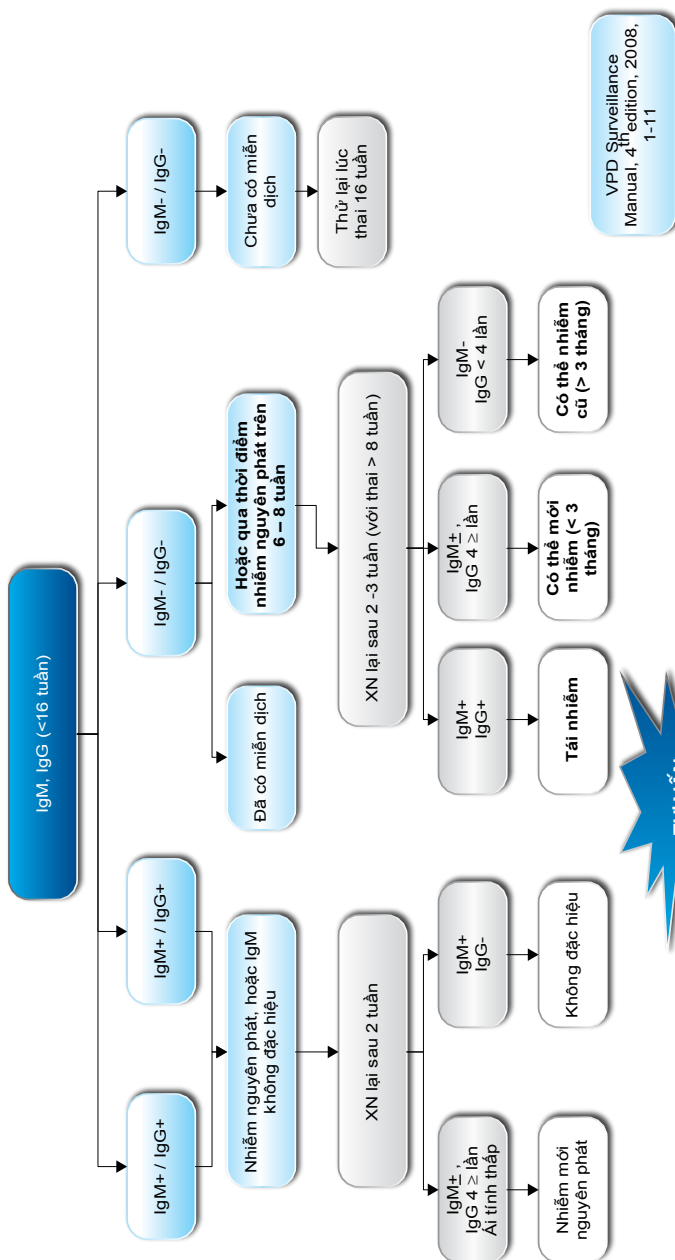
- Chẩn đoán nhiễm Rubella nguyên phát.

- Xác định nhiễm Rubella nguyên phát ở tuổi thai nào.
- Tư vấn cho thai phụ và gia đình về tác hại cho thai nhi.
- Nếu CDTK
 - Có biên bản hội chẩn khoa.
 - Tư vấn nguy cơ của thủ thuật CDTK.
 - Có đơn xin bỏ thai theo mẫu.
 - Dẫn tái khám sau bỏ thai, hoặc trước khi muốn có thai lại, tư vấn thời điểm có thể mang thai lại.
- Nếu giữ thai: theo dõi thai kỳ, sơ sinh và trẻ đến 5 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

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



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

- Bệnh lý tán huyết ở thai kỳ sau.
- Tình trạng BHSS cần truyền máu cho mẹ ở lần sinh này.
- Tình trạng tán huyết bé sau sinh.

I. TIÊM PHÒNG ANTI-D IMMUNOGLOBULIN DỰ PHÒNG BỆNH LÝ TÁN HUYẾT CHO THAI KỲ SAU**1. Thai phụ đến khám thai lần đầu tiên cần thử nhóm máu và yếu tố Rhesus trong xét nghiệm thường qui.**

- Đối với những thai phụ có Rh âm: XN yếu tố Rh cho cha bé. Nếu cha bé cũng Rh âm thì không cần tiêm anti-D. Nếu cha bé Rh dương hay không xác định được nhóm máu của người cha thì thai phụ cần được XN kháng thể anti-D.
- Xét nghiệm tìm kháng thể anti-D: Khoảng tuần thứ 20 – 28.
 - Có anti-D: sau sinh bé cần được gửi Khoa Dưỡng nhi để đề phòng thiếu máu tán huyết cho bé và thai phụ cần được theo dõi sát thai kỳ.
 - Nếu thai phụ Rh âm không có kháng thể anti-D nên được tiêm dự phòng anti-D immunoglobulin.

2. Đối với thai phụ Rhesus âm mang thai lần đầu thuộc đối tượng tiêm anti-D (Cha bé Rhesus dương hoặc thai phụ không có kháng thể anti-D)

- Trước tuần lễ 28 thai kỳ không xử trí gì khác ngoài việc khám thai theo qui trình.
- Tuần 28 thai kỳ: tiêm một liều anti-D Ig.

- 34 tuần nhắc lại.
- Trong vòng 72 giờ sau sinh nhắc lại (sau khi lấy máu XN Kleihauer).
- Tiêm trong trường hợp mẹ truyền máu có Rh dương trong vòng 72 giờ được truyền máu.

Liều: Tiêm bắp (cơ Delta) 1000 UI (200mcg) hoặc 1250 UI (250mcg) anti-D mỗi lần tiêm.

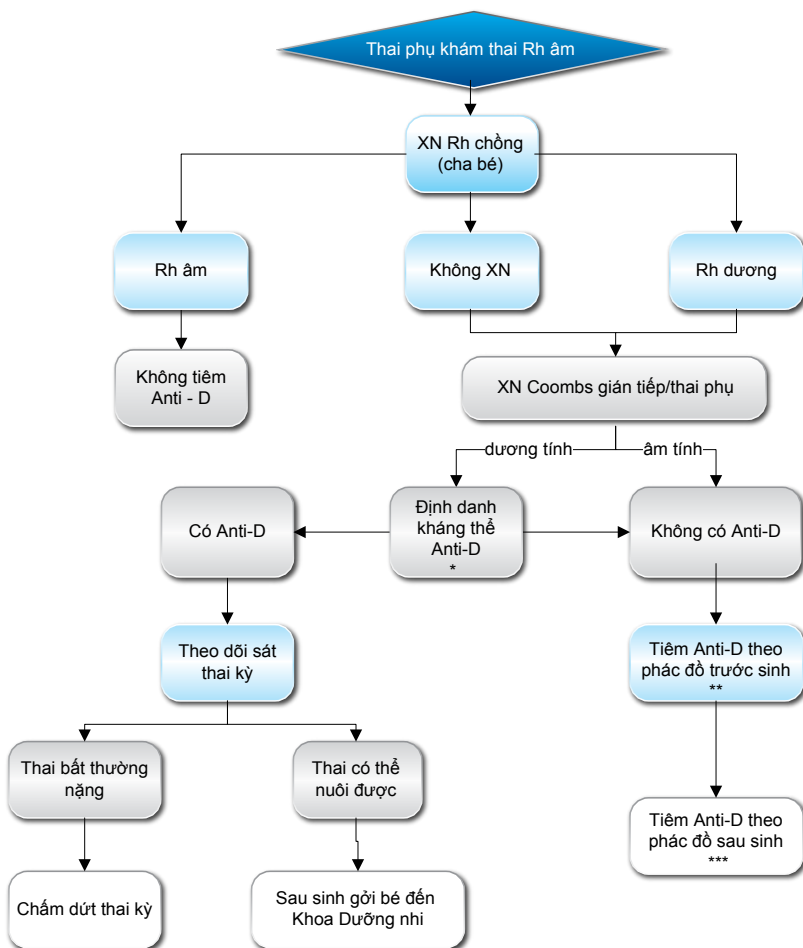
II. DỰ PHÒNG CHO MẸ TRONG CUỘC SINH, CHUẨN BỊ MÁU HIỂM

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

III. CHUẨN BỊ CHO BÉ SAU SINH

- Ngay sau sinh: Lấy máu rốn của thai nhi (từ những bà mẹ có Rh âm) làm những XN: Nhóm máu ABO-Rh, định lượng Hb, Bilirubin và Test Coombs của bé.
- Bé cần được gọi Khoa Dưỡng nhi để đề phòng theo dõi tình trạng thiếu máu tán huyết.

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ THAI PHỤ RHESUS ÂM



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

**** Chỉ định dùng anti-D Ig trước sinh**

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

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

Thời điểm dùng anti-D Ig

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

Lưu ý

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

*****Chỉ định dùng anti-D Ig sau sinh**

- Ngay sau sinh, nên lấy máu dây rốn xét nghiệm nhóm máu ABO và Rhesus. Nếu Rhesus bé dương cần tiêm ngay cho mẹ một liều anti -D. Nếu Rhesus bé âm, không cần tiêm.

- Nên làm xét nghiệm Kleihauer / máu mẹ (lấy máu mẹ càng sớm càng tốt, nên lấy trong vòng 2 giờ sau sinh và trước khi tiêm anti-D) để định lượng hồng cầu thai nhi trong tuần hoàn mẹ. Nếu lượng lớn hơn 4ml cần thêm lượng anti-D theo tính toán.

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

I. MỤC ĐÍCH

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

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

1. Khám thai lần đầu tiên

- Khi có tim thai, người mẹ được cho làm 1 số xét nghiệm để đánh giá sức khỏe bản thân và nguy cơ cho thai nhi: huyết đồ, đường huyết, nhóm máu, yếu tố Rhesus, HBsAg, HIV, VDRL, Rubella (IgM và IgG).
- Tầm soát bệnh Thalassemia thai nhi bằng xét nghiệm huyết đồ của bố mẹ.

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

- Tuần thứ 11 – 13 tuần 6 ngày: Đo độ mờ gáy, kết hợp độ mờ gáy với tuổi mẹ và Double test [PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein A) và Free β hCG] để đánh giá nguy cơ hội chứng Down, Trisomy 18 và Trisomy 13. Với những đối tượng thuộc nhóm nguy cơ cao được tư vấn sinh thiết gai nhau làm nhiễm sắc thể đồ (phụ lục 1).
- Siêu âm khoảng thời gian này có thể phát hiện những dị tật nặng nề của thai như: vô sọ, nang bạch huyết vùng cổ thai nhi, cụt chi. Khi có những DTBS nặng nề này, tư vấn thai phụ và gia đình kết thúc thai kỳ.

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

- Tuần thứ 14 – 21, nếu chưa được sàng lọc 3 tháng đầu: làm Triple test (AFP, Free β hCG và UE3) tầm soát nguy cơ hội chứng Down, Trisomy 18 và khuyết tật ống thần kinh thai nhi.
- Tuần thứ 21 – 24: Siêu âm khảo sát hình thái học.

Với những đối tượng thuộc nhóm nguy cơ cao được tư vấn xét nghiệm dịch ối để chẩn đoán bệnh lý di truyền và bệnh lý gen (phụ lục 1). Với những DTBS nặng nề như não úng thủy, bất sản thận hai bên, tim bẩm sinh nặng ... tư vấn thai phụ và gia đình chấm dứt thai kỳ (phụ lục 2).

4. Tuổi thai muộn hơn

3 tháng cuối thai kỳ: Siêu âm có vai trò trong chẩn đoán thai chậm tăng trưởng, dây rốn quấn cổ thai, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược.

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

SẢN KHOA
1

I. SÀNG LỌC QUÝ I

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

- Kết quả xét nghiệm phối hợp theo FMF (ĐMDG + PAPP-A và β HCG) $\geq 1/250$.
- Nếu kết quả sàng lọc quý 1 thấp ($<1/250$) nhưng siêu âm hình thái học quý hai có bất thường, nguy cơ hiệu chỉnh sẽ thay đổi tùy theo từng loại bất thường như bảng 1 hoặc bảng 2. Kết quả nguy cơ sau cùng $\geq 1/250$ có chỉ định chọc ối.

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

Dấu chứng siêu âm	Tỷ số nguy cơ
Bất /Thiếu sản xương mũi	x 41
Da gáy dày	x 10
Não thất bên giãn	x 5
Xương cánh tay ngắn	x 4
Ruột echo dày	x 3
Xương đùi ngắn	x 1.5
Ổ echo dày trong tim	x 1
Dãn bể thận	x 1
Nang đám rối mạng mạch	x 1
Dị tật thai (thoát vị rốn, kênh nhĩ thất, hẹp tá tràng)	x 5.2

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

	Ổ echo dày/tim	Dẫn bể thận	Xương cánh tay ngắn	Xương đùi ngắn	Ruột echo dày	Da gáy dày
Ổ echo dày trong tim	-	X8	X 15	X 30	X25	X80
Dẫn bể thận	X 8	-	X10	X30	X25	X 80
Xương đùi ngắn	X15	X10	-	X50	X40	X100
Xương cánh tay ngắn	X30	X30	X50	-	X100	X 300
Ruột echo dày	X25	X25	X40	X100	-	X200
Da gáy dày	X80	X80	X100	X300	X200	-

II. SÀNG LỌC QUÝ II

(Áp dụng cho những thai phụ đến khám ở tuổi thai muộn hơn 14- 21 tuần)

- Nguy cơ HC Down kết hợp tuổi và Triple test
 - Nguy cơ cao $\geq 1/250$: Chọc ối.
 - Nguy cơ $< 1/350$: khám thai định kỳ và siêu âm hình thái học ở tuổi thai 20 – 22 tuần. Nếu có dấu chứng bất thường trên siêu âm, nguy cơ ban đầu sẽ được hiệu chỉnh lại theo tỷ số nguy cơ của từng dấu chứng hoặc hai dấu chứng (Bảng 1 và bảng 2), nếu kết quả cuối cùng $> 1/250$ có chỉ định chọc ối.
 - Nếu kết quả siêu âm hình thái học bình thường, nguy cơ ban đầu sẽ giảm đi 1/3.

III. SẢN PHỤ KHÁM THAI SAU 21 TUẦN

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

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

- Nguy cơ hiệu chỉnh tùy kết quả siêu âm
 - Kết quả siêu âm bình thường: Nguy cơ giảm 1/3.
Ví dụ: sản phụ 38 tuổi, nguy cơ ban đầu theo tuổi mẹ là 1/142, kết quả siêu âm bình thường nguy cơ sẽ giảm đi 1/3 thành 1/426.
 - Kết quả siêu âm bất thường, nguy cơ sẽ thay đổi tùy theo tỷ lệ tăng lên của mỗi loại bất thường ở bảng 1 và 2.
 - *Ví dụ: sản phụ 35 tuổi, nguy cơ là 1/302, siêu âm có da gáy dày sẽ tăng nguy cơ lên 10 lần nên nguy cơ hiệu chỉnh là 1/30.*

IV. NHỮNG CHỈ ĐỊNH ĐẶC BIỆT

- Bố mẹ mang rối loạn cấu trúc NST.
- Tiền sử sinh con bị Thalassemia.
- XN huyết đồ nghi ngờ Thalassemia.
- Không cần làm XN sinh hóa ở những trường hợp trên
- Theo yêu cầu của thai phụ và gia đình.

CHỈ ĐỊNH CHẤM DỨT THAI KỲ NHỮNG THAI DTBS NẶNG

I. CHỈ ĐỊNH TUYỆT ĐỐI

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

Đầu mặt cổ

- Vô sọ.
- Não úng thủy nặng: Lượng dịch chiếm $> 1/2$ thể tích hộp sọ hoặc nhu mô não bị phá hủy.
- Chẻ não.
- Holoprosencephaly: một não thất duy nhất.
- Thoát vị não - màng não khi khối thoát vị có nhu mô não và tuổi thai < 26 tuần. Nếu khối thoát vị chỉ có dịch não tủy hoặc tuổi thai > 26 tuần cần hội chẩn tiền sản, hội chẩn chuyên khoa ngoại thần kinh, phẫu nhi.
- Nang bạch huyết vùng cổ thai với tuổi thai < 26 tuần. Đối với tuổi thai > 26 tuần nên chọc ối.

Cột sống

- Tật nứt đốt sống có kèm thoát vị tủy màng tủy với tuổi thai < 26 tuần.
- Cột sống biến dạng: gù vẹo gập góc khi tuổi thai < 26 tuần.
- Với thai kỳ những dị tật trên nhưng tuổi thai > 26 tuần cần hội chẩn chuyên khoa ngoại thần kinh, phẫu nhi.

Ngực

- Tim: không có vách liên nhĩ hoặc vách liên thất (có kết quả siêu âm Viện Tim); thiếu sản tim trái.

Bụng

- Thoát vị rốn với khối thoát vị đường kính $> 1/2$ ĐKNB có chứa gan + ruột với tuổi thai < 26 tuần.
- Hở thành bụng: các tạng ruột gan ra ngoài thành bụng.

Chi

- Cụt chi: không có xương cánh tay/chân và xương cẳng tay/chân (cả tay và chân).

- Bệnh tạo xương bất tổn.

Đa DTBS

Thai tích dịch

Thai tích dịch có tim to hoặc thiếu niệu với tuổi thai < 26 tuần.

2. Những rối loạn di truyền và đột biến gen

- Trisomy 13 (Patau).
- Trisomy 18 (Edwards).
- Trisomy 21 (Down).
- HC Turner (monosomy X).
- Thai nhi bị Thalassemia hoặc Thalassemia đồng hợp tử được chẩn đoán qua XN dịch ối.

II. CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

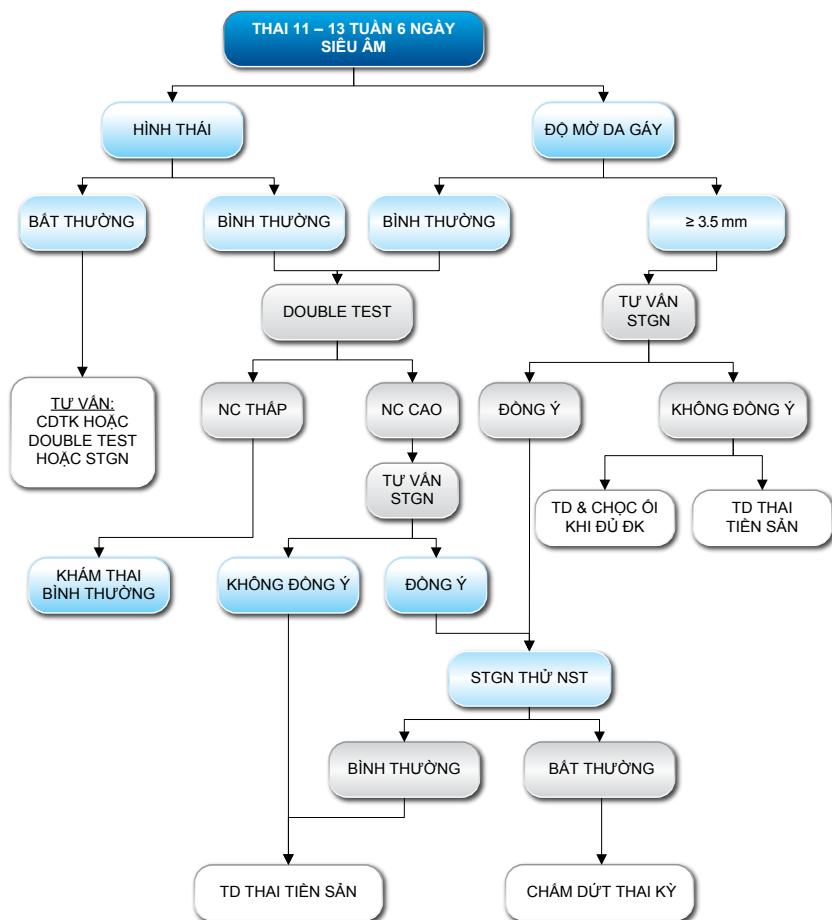
Những dị tật như: sứt môi chẻ vòm, chi ngắn, thoát vị hoành, song thai dính, hở thành bụng chiếm ½ thành bụng trước... không gây chết người hoặc không ảnh hưởng nặng nề đến cuộc sống sau này nhưng vì yêu cầu tha thiết của gia đình.

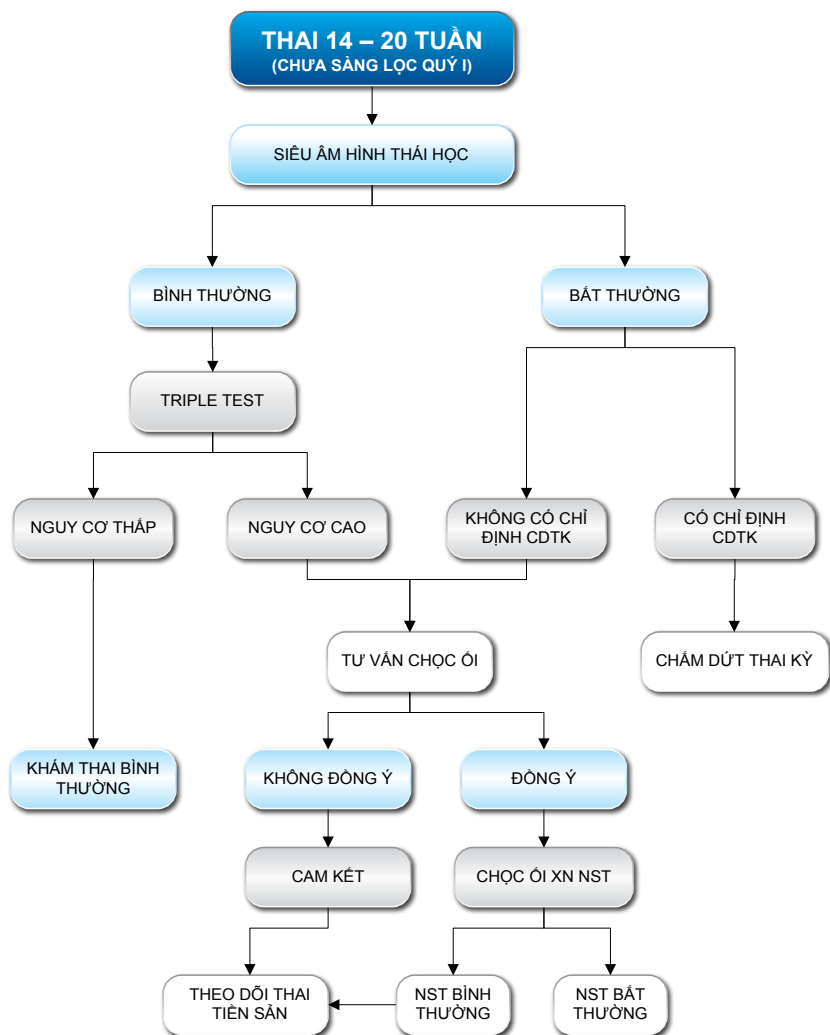
Qui ước

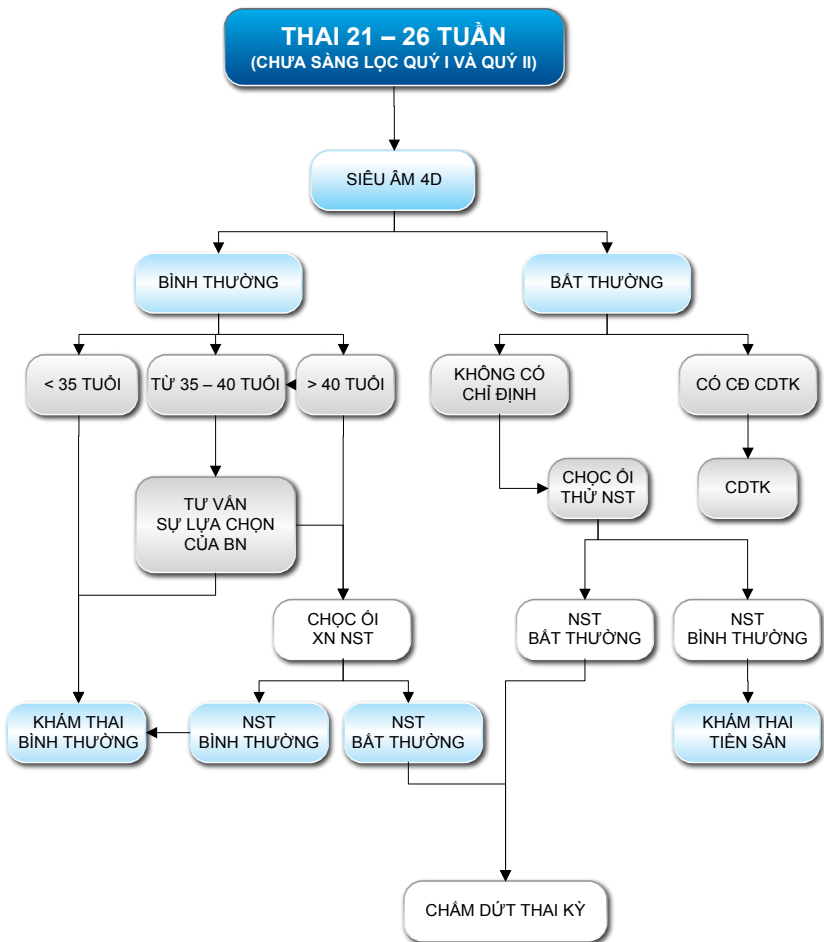
- Nếu có 1 trong 2 yếu tố bất thường sẽ tư vấn theo hướng xử trí tiếp theo của bất thường.
- Thai phụ hoặc thai kỳ có yếu tố bất thường sẽ theo dõi thai tại Khoa Chăm sóc trước sinh để đánh giá kết cục thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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







I. MỞ ĐẦU

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

II. CHẨN ĐOÁN

1. Vỡ tử cung trong thai kỳ

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

- **Triệu chứng cơ năng**
 - Đột ngột đau nhói vùng tử cung, nhất là chỗ mổ cũ, có thể ra huyết âm đạo.
 - Có thể có triệu chứng của choáng.
- **Dấu hiệu thực thể**
 - Tổng trạng: có thể có dấu hiệu choáng.
 - Nhìn: bụng có thể có sẹo mổ cũ, có thể biến dạng, lình phình.
 - Sờ nắn
 - + Sờ thấy các phần thai nhi nằm ngay dưới da bụng, không sờ thấy đáy TC nếu thai bị đẩy ra khỏi buồng TC.
 - + Có phản ứng thành bụng.
 - + Đau nhói vùng VMC khi sờ nắn.
 - + Gõ đục vùng thấp hoặc gõ đục toàn ổ bụng.
 - Tim thai suy hoặc không nghe được tim thai.
 - Khám âm đạo có thể không thấy ngôi thai khi thai bị đẩy vào ổ bụng, máu đỏ tươi theo găng.

- **Cận lâm sàng**

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

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

2. Vỡ tử cung trong chuyển dạ

a. Dọa vỡ tử cung trong thời kỳ chuyển dạ

Chỉ xảy ra trên TC không có sẹo mổ cũ.

- **Triệu chứng cơ năng**

- Thai phụ đau bụng nhiều.
- Cơ co tử cung dồn dập, mạnh.

- **Dấu hiệu thực thể**

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

b. Vỡ tử cung

- **Triệu chứng cơ năng**

- Sản phụ có dấu dọa vỡ, đột ngột đau nhói sau đó bớt đau nhưng tổng trạng xấu dần.
- Choáng: da xanh, niêm nhạt, mạch nhanh nhẹ khó bắt, tụt huyết áp, tay chân lạnh.
- Xuất huyết âm đạo.
- Nước tiểu có thể có màu đỏ.

- **Triệu chứng thực thể**

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

III. XỬ TRÍ

• **Dọa vỡ TC**

- Lập đường truyền TM với NaCl 9 ‰ hoặc Ringer Lactat.
- Thông tiểu.
- Mổ lấy thai cấp cứu.

• **Vỡ tử cung**

- Hồi sức tích cực.
- Mổ cấp cứu.
- Xử lý tử cung
 - + Bảo tồn TC nếu tổng trạng cho phép, < 40 tuổi, < 2 con, nứt hoặc vết vỡ đơn giản, chưa có dấu nhiễm trùng.
 - + Cắt tử cung toàn phần nếu choáng nặng, có nhiễm trùng, vết vỡ phức tạp, tuổi ≥ 40, số con ≥ 2.

• **Các vấn đề cần lưu ý**

- Hồi sức chống choáng thật tốt trước – trong – sau phẫu thuật.
- Kháng sinh phổ rộng, liều cao trước và sau mổ.

- Nếu bảo tồn tử cung
 - + Phải cắt lọc trước khi khâu bảo tồn vết rách do sẹo mổ cũ.
 - + Cố gắng phủ được phúc mạc tử cung.
 - + Cần triệt sản nếu bệnh nhân đủ con.
- Cần thận không làm tổn thương niệu quản 2 bên.
- Quan sát, phát hiện tổn thương ở các cơ quan lân cận để giải quyết kết hợp kịp thời.
- Cần theo dõi biến chứng viêm phúc mạc toàn thể hay khu trú trong thời kỳ hậu phẫu.

IV. DỰ PHÒNG

- Quản lý thai tốt, đặc biệt đối với vết mổ cũ
 - Đánh giá lại thai kỳ và định hướng phương pháp sinh khi thai 38 tuần có VMC.
 - Đối với phụ nữ có vết mổ trên cơ tử cung ngay sau mổ nên ngừa thai ít nhất 1 năm.
- Khi khởi phát chuyển dạ hoặc tăng co phải theo dõi sát cơn gò với monitor sản khoa, phát hiện sớm các dấu hiệu bất xứng đầu chậu, cơn gò cường tính.
- Đối với các thai kỳ có chỉ định mổ lấy thai nên được mổ chủ động hoặc ngay khi bắt đầu có chuyển dạ.
- Khi giúp sinh phải tôn trọng đúng chỉ định, đủ điều kiện và thực hiện đúng kỹ thuật.

I. ĐỊNH NGHĨA

Băng huyết sau sinh (BHSS) là tình trạng mất $\geq 500\text{ml}$ máu sau sinh đường âm đạo hoặc mất $\geq 1000\text{ml}$ máu sau mổ lấy thai hoặc ảnh hưởng tổng trạng hoặc Haematocrit giảm $> 10\%$ so với trước sinh.

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

II. CHẨN ĐOÁN

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

Nguyên nhân

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

III. XỬ TRÍ CHUNG

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

- Huy động tất cả mọi người để cấp cứu.
- Thiết lập ít nhất 2 đường truyền tĩnh mạch, catheter 18G cho dịch chảy với tốc độ nhanh.
- Đánh giá tình trạng mất máu và thể trạng chung của sản phụ (các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ).

- Nếu nghi ngờ có choáng hoặc bắt đầu có choáng phải xử trí ngay theo phác đồ xử trí choáng.
- Thông tiểu.
- Xoa đáy tử cung và dùng thuốc co hồi TC
 - Oxytocin 5 UI 4 ống pha 500 ml dịch tinh thể, tối đa 80 UI.
 - Methyl-ergometrin (maleate) 0,2mg 1 ống TB hay tiêm vào cơ tử cung (không bao giờ tiêm tĩnh mạch), tối đa 5 liều, không sử dụng: tiền căn cao huyết áp, hội chứng Raynaud.
 - Carbetocin 100mcg 1 ống TMC, chỉ một liều duy nhất (khuyến cáo sử dụng dự phòng trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS).
 - Prostaglandin E1 (Misoprostol) 200mcg: 800 mcg đặt hậu môn 1 lần duy nhất, có thể dùng cho người cao huyết áp hay hen suyễn. Theo dõi nhiệt độ sản phụ vì có thể sốt $\geq 40^{\circ}\text{C}$ và lạnh run. Sử dụng phối hợp với thuốc gò tử cung đường tiêm, không sử dụng như thuốc gò duy nhất để điều trị BHSS.
- Tìm nguyên nhân: kiểm tra đường sinh dục và thực hiện các biện pháp cầm máu cơ học khác.
- Làm xét nghiệm cơ bản: nhóm máu, huyết đồ, đông máu toàn bộ.

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

1. Đờ tử cung (Tonus)

a. Triệu chứng

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

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

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

2. Chấn thương đường sinh dục (Trauma)

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

a. Triệu chứng

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

b. Xử trí: ngoài xử trí chung còn thêm

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

3. Bất thường về bong nhau và sổ nhau (Tissue).**a. Triệu chứng**

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

b. Xử trí

- Sốt nhau, sót màng
 - Truyền dịch tĩnh mạch ngay.
 - Cho thuốc giảm đau (Morphin 10 mg x 1 ống tiêm bắp hay TDD hay Pethidine 100mg ½ ống TB) và tiến hành kiểm soát tử cung.
 - Tiêm bắp 5 - 10 UI Oxytocin hoặc/và Methyl-ergometrine (maleate) 0,2 mg.

- Dùng kháng sinh toàn thân.
- Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.
- Hồi sức truyền máu nếu thiếu máu cấp.
- **Nhau không bong**
 - Nếu chảy máu, tiến hành bóc nhau và kiểm soát tử cung, tiêm bắp Oxytocin 10UI, xoa đáy tử cung, hồi sức chống choáng, cho kháng sinh.
 - Nhau cài răng lược bán phần chảy máu hoặc nhau cài răng lược toàn phần phải cắt tử cung.
 - Nếu chảy máu nhiều cần phải hồi sức chống choáng, truyền máu và phẫu thuật.
 - Duy trì gò tử cung theo nguyên tắc chung.

4. Rối loạn đông máu (Thrombin)

- Có thể tiên phát do các bệnh về máu nhưng thường là thứ phát do chảy máu nhiều, mất sinh sợi huyết (đông máu nội mạch lan tỏa). Đông máu nội mạch lan tỏa có thể kết hợp với tiền sản giật nặng, thai chết trong tử cung, nhau bong non thể ẩn, nhiễm trùng ối hay thuyên tắc ối. Tất cả các tình trạng bệnh lý này có thể dẫn đến tiêu sinh sợi huyết.
- Điều trị nội khoa bằng máu tươi là chính, các yếu tố đông máu và điều trị nguyên nhân.
- Nếu phải can thiệp phẫu thuật lưu ý mở bụng đường dọc.

V. DỰ PHÒNG

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

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHẨN ĐOÁN

• Triệu chứng cơ năng

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

• Triệu chứng thực thể

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

• Cận lâm sàng

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

• Phân loại

Thể nhẹ

- Tổng trạng bình thường, chảy máu ít.
- Có thể không có dấu suy thai.

- Chuyển dạ thường diễn tiến nhanh.
- Thường chỉ chẩn đoán được khi làm siêu âm hoặc ghi nhận dấu ấn của huyết tụ trên bánh nhau ngay sau sinh.

Thể nặng - phong huyết tử cung nhau

- Sản phụ đau dữ dội.
- Mất tim thai.
- Có thể kèm hội chứng tiền sản giật nặng.
- Tình trạng choáng nặng.
- Ra máu âm đạo sậm đen, loãng không đông.
- Trương lực cơ tử cung tăng, tử cung cứng như gỗ và tử cung tăng chiều cao.
- Cổ tử cung cứng, ối căng phồng, nước ối có thể có máu.

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

III. XỬ TRÍ

1. Nguyên tắc xử trí

Tùy thuộc vào

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

2. Xử trí

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

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

Tuổi thai ≥ 34 tuần

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

Tuổi thai < 34 tuần

- Hỗ trợ phổi (Betamethasone 12mg x 24 giờ, hiệu quả nhất sau 24 giờ), theo dõi sát tình trạng mẹ và thai.
- Trong thời gian theo dõi, nếu tình trạng mẹ và thai diễn tiến xấu thì MLT cấp cứu.
- Sau hỗ trợ phổi, tổng trạng mẹ ổn định, tim thai tốt thì có thể CDTK bằng tăng co phối hợp thuốc mềm CTC để sinh đường âm đạo khi thuận lợi hoặc MLT khi không thuận lợi.

Trường hợp thai chết

- Tổng trạng mẹ bị ảnh hưởng: MLT.
- Tình trạng mẹ cho phép: bấm ối, tăng co theo dõi sinh ngã âm đạo.
- Điều trị nội khoa tích cực khi có rối loạn đông máu.

I. CHẨN ĐOÁN

Sa dây rốn trong bọc ối: khám âm đạo thấy dây rốn nằm ở bên hoặc dưới ngôi thai nhưng vẫn trong bọc ối.

- Nếu ối đã vỡ thì khám dây rốn sa trong âm đạo, có khi ra ngoài âm hộ.
- Hay gặp trong ngôi bất thường.

II. XỬ TRÍ CHUNG

Sa dây rốn trong bọc ối

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

Sa dây rốn khi đã vỡ ối

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

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

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

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

2. Yếu tố nguy cơ

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

3. Cơ chế bệnh sinh

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

4. Thời điểm tắc mạch ối

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

- 12% trường hợp xảy ra tắc mạch ối khi màng ối còn nguyên.
- 70% trường hợp xảy ra trong chuyển dạ.
- 11% trường hợp xảy ra sau sinh qua đường âm đạo.

- 19% trường hợp xảy ra trong mổ lấy thai khi đã có chuyển dạ hay khi chưa có chuyển dạ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

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

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Hội sản phụ khoa Hoa Kỳ và Anh khuyến cáo 4 tiêu chuẩn chẩn đoán tắc mạch ối như sau:

- Tụt huyết áp hay sốc tim
- Thiếu oxy cấp tính và suy hô hấp
- Hôn mê hoặc co giật
- Đông máu nội mạch lan tỏa (DIC)

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

3. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm phục vụ chẩn đoán:

- Công thức máu; đông máu toàn bộ, xét nghiệm khí trong máu.
- X quang phổi: thường không tìm thấy dấu hiệu đặc hiệu, có thể quan sát thấy dấu hiệu phù phổi.
- Điện tâm đồ: có thể thấy nhịp tim nhanh, phần ST và sóng T thay đổi.

Tùy từng trường hợp có thể chỉ định các xét nghiệm chuyên biệt khác.

4. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với 3 nhóm nguyên nhân: sản khoa, gây mê và không liên quan đến sản khoa.

- Liên quan đến sản khoa: nhau bong non, vỡ tử cung, đờ tử cung, sản giật, bệnh cơ tim chu sinh.

- Liên quan đến gây mê: vô cảm cột sống cao, nhiễm độc cục bộ do vô cảm.
- Không liên quan đến sản khoa: thuyên tắc phổi, thuyên tắc khí, sốc phản vệ, sốc nhiễm trùng, phản ứng truyền máu, nhồi máu cơ tim.

5. Chẩn đoán xác định

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

III. XỬ TRÍ

1. Nguyên tắc xử trí

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

2. Về mặt GMHS: Kiểm soát và hỗ trợ hô hấp – tuần hoàn:

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

3. Về mặt sản khoa

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

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

IV. BIẾN CHỨNG

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

máu và dễ nhiễm khuẩn hậu sản. Bên cạnh đó việc truyền máu điều trị chảy máu sau sinh làm tăng các nguy cơ và biến chứng của truyền máu.

V. DỰ PHÒNG

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Thuốc Oxytocin là thuốc gây co bóp tử cung cả về tần số và cường độ.

I. CHỈ ĐỊNH

- Sử dụng Oxytocin để gây cơn co tử cung trong trường hợp khởi phát chuyển dạ hoặc đã chuyển dạ nhưng cơn co thưa, yếu.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ.
- Để phòng và xử trí băng huyết sau sinh.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Bất tương xứng đầu - chậu.
- Ngồi không có chỉ định sinh đường âm đạo.
- Nhau tiền đạo trung tâm.
- Nhau bong non thể nặng.
- Suy thai cấp.
- Không có phòng phẫu thuật, phẫu thuật viên và phương tiện phẫu thuật.
- Mẹ bị bệnh lý tim mạch gây rối loạn cung lượng tim.

2. Chống chỉ định tương đối

- Vết mổ cũ lấy thai.
- Đa thai, đa ối.

III. CÁCH DÙNG

1. Trước sinh

Cách thực hiện

- Bơm tiêm điện có điều khiển tốc độ truyền là cách sử dụng tốt nhất với liều ban đầu là 4mUI/phút. Hoặc có thể:
- Truyền tĩnh mạch dung dịch Glucose 5 % x 500 ml nhỏ giọt tĩnh mạch với tốc độ VIII giọt/phút.

- Pha Oxytocin 5 đv (1 ống) vào chai Glucose 5 % đang TTM VIII giọt/phút.
- Lắc đều chai Glucose 5% đã có Oxytocin cho thuốc pha đều.
- Theo dõi sát chuyển dạ bằng monitor sản khoa, đặc biệt theo dõi tim thai và cơn gò TC.
- Phải ghi diễn tiến chuyển dạ trên biểu đồ chuyển dạ.

Theo dõi

- Theo dõi trong 20-30 phút, nếu cơn gò chưa đạt 3 cơn gò/10 phút (khởi phát chuyển dạ) hoặc chưa đạt số cơn gò theo độ mở CTC thì chỉnh giọt tăng VIII giọt/phút (4mUI/phút) sao cho đạt được tần số cơn gò phù hợp. Liều tối đa là XL giọt/phút (20mUI/phút).
- Khám ngoài: mỗi 15 phút/lần đều đặn theo dõi cơn co tử cung, nhịp tim thai, độ lọt của ngôi mỗi giờ.
- Khi đã đạt được số cơn gò phù hợp giai đoạn chuyển dạ và độ mở cổ tử cung, đánh giá sự tiến triển của CD bằng độ mở CTC và ngôi thai theo qui định Hướng Dẫn Quốc Gia tùy giai đoạn của cuộc chuyển dạ.
- Khi phát hiện chuyển dạ ngưng tiến triển (theo dõi tối đa 2 giờ).
 - Cân nhắc việc có tiếp tục sử dụng Oxytocin liều cao hơn hay
 - Phối hợp thuốc mềm CTC hay
 - MLT.

2. Sau sinh

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ (xem phác đồ "Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ").
- Để phòng và điều trị băng huyết do đờ tử cung (Tham khảo phác đồ "Băng huyết sau sinh").

IV. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Cơn gò cường tính

- Khi có nhiều hơn 5 cơn co trong 10 phút và mỗi cơn co kéo dài trên 90 giây.
- Xử trí: ngưng truyền Oxytocin, có thể phối hợp thuốc giảm gò (tham khảo phần "Dọa vỡ TC" trong phác đồ "Vỡ TC") và theo dõi sát tần số cơn gò và tình trạng tim thai trong 30 – 45 phút. Sau 45 phút cơn gò TC

không giảm phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc giúp sinh bằng dụng cụ nếu đủ điều kiện.

2. Dọa vỡ - vỡ TC: tham khảo phác đồ Vỡ TC.

3. Thai suy cấp trong chuyển dạ

- Nếu có dấu hiệu suy thai phải ngừng truyền Oxytocin $\Rightarrow$ tham khảo phác đồ “Thai suy cấp”
- Sau khi ngừng truyền Oxytocin 15 phút không có kết quả, phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc forceps nếu đủ điều kiện.

4. Nhau bong non: tham khảo phác đồ nhau bong non.

5. Ngộ độc nước

Khi truyền liều cao trong thời gian dài.

6. Ảnh hưởng tim mạch

- Khi dùng liều cao $> 45\text{mUI/phút}$ hay khi tiêm TM trực tiếp.
- Gây tụt huyết áp, giảm tưới máu động mạch vành, ngưng tim.

7. Giãn cơ trơn

- Khi dùng liều cao trực tiếp.
- Thường gặp đi kèm sản phụ được gây tê hay gây mê.

8. Dị ứng: ít thấy.

9. Ảnh hưởng lên thai: suy thai, ngạt sau sinh, tăng Bilirubin/máu gây tăng mức độ vàng da sơ sinh.



I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

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

2. Cận lâm sàng

- Nitrazine test: chỉ thị màu chuyển xanh.
- Siêu âm: không có giá trị chẩn đoán nhưng có thể ghi nhận lượng nước ối giảm hoặc bình thường.
- Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng ối
 - TPTTBM: đánh giá sự gia tăng của tổng số BC và tỉ lệ BCĐNTT mỗi 6 giờ sau khi ối vỡ. Khi BC > 12.000/mm³, BCĐNTT: > 85%.
 - CRP: > 20mg/L.
 - Cấy dịch ối: ít làm, kết quả chậm, thường làm cấy dịch lòng TC sau sinh khi tình trạng nhiễm trùng sau sinh không được khắc phục sau điều trị kháng sinh liều cao.
 - Chẩn đoán nhiễm trùng ối
 - + Mạch mẹ > 100 l/p.
 - + Mạch con > 160 l/p.
 - + TC mềm đau.

- + Sản dịch hôi.
- + Bạch cầu > 15 000.

III. XỬ TRÍ

Tùy thuộc

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

Nguyên tắc chung trong xử trí

1. Hạn chế khám âm đạo, chỉ khám âm đạo khi

- Có chuyển dạ tích cực, cần đánh giá tiến triển CTC và ngôi thai theo biểu đồ chuyển dạ.
- Cần khám đánh giá chỉ số Bishop trước khi quyết định phương pháp chấm dứt thai kỳ.

2. Cố gắng sinh đường âm đạo. Tuy nhiên, khi việc khởi phát chuyển dạ hay sinh chỉ huy không thuận tiện hoặc không tiến triển tốt thì phải mổ lấy thai.

3. Khởi phát chuyển dạ dựa trên chỉ số Bishop

- Bishop ≥ 6 tăng cơ với Oxytocin tham khảo phác đồ "Khởi phát chuyển dạ".
- Bishop < 6 gây chín mùi CTC bằng PGE1, PGE2 trước khi dùng Oxytocin. Chú ý sau khi dùng PGE1, PGE2, tử cung rất nhạy với Oxytocin và dễ gây cơn gò cường tính, dọa vỡ - vỡ TC, thai suy nên cần theo dõi chặt chẽ CD với monitor sản khoa. Chỉ sử dụng Oxytocin sau 4 tiếng sử dụng PGE1 hay 6 tiếng sử dụng PGE2.

Phải chấm dứt thai kỳ ngay khi

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

Tri hoãn chấm dứt thai kỳ khi

Tri hoãn CDTK là tạm ngăn chặn việc CD xảy ra trong vòng 36-48 giờ, là thời gian cần thiết để hỗ trợ phổi thai nhi khi tuổi thai < 37 tuần kèm theo

- Không có bằng chứng của nhiễm trùng ối trên lâm sàng và/hoặc CLS.
- Đã vào chuyển dạ thực sự nhưng CTC < 3cm.

Các phương pháp chấm dứt thai kỳ

Các phương pháp chấm dứt thai kỳ theo thể lâm sàng

1. Trường hợp đã có chuyển dạ, chưa nhiễm trùng và thai đủ tháng:

80 – 90% vào CD.

- Theo dõi như một cuộc chuyển dạ tự nhiên.
- Đánh giá nhiễm trùng mỗi 3 giờ: nhiệt độ, tim thai, màu mùi nước ối.
- Đánh giá tiến triển của chuyển dạ mỗi 4 giờ/tiêm thời và mỗi 1-2 giờ/hoạt động.
- Kháng sinh điều trị (liều cao và phối hợp) khi có bằng chứng nhiễm trùng.
- Dùng KS sau 12 giờ ối vỡ mà chưa sinh.

2. Trường hợp đã có chuyển dạ, chưa nhiễm trùng và thai ≤ 34 tuần

(50% vào CD tự nhiên sau 48 giờ): xử trí như trên và thêm hỗ trợ phổi thai với Betamethason theo phác đồ hoặc tương đương và trì hoãn CDTK từ 12 - 24 giờ để hỗ trợ phổi với thuốc giảm gò (Xem phác đồ Chuyển dạ sinh non).

3. Trường hợp chưa có chuyển dạ, chưa nhiễm trùng và thai đủ tháng:

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

4. Trường hợp chưa có chuyển dạ, chưa nhiễm trùng và ≤ thai 34 tuần:

cố gắng dưỡng thai, tối thiểu 48 giờ để hỗ trợ phổi. Có thể dưỡng thai lâu hơn khi không có nhiễm trùng.

5. Xử trí nhiễm trùng ối

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

I. ĐỊNH NGHĨA

Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ là các thao tác chủ động của người đỡ sinh tác động ở giai đoạn sau khi sổ thai để giúp nhau bong và sổ ra ngoài nhanh hơn, nhằm phòng ngừa băng huyết sau sinh.

II. CHỈ ĐỊNH

Cho mọi trường hợp sinh đường âm đạo, khi thai vừa mới sổ ra ngoài và chắc chắn không còn thai nào trong tử cung.

III. KỸ THUẬT

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

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

IV. KHÓ KHĂN VÀ XỬ TRÍ

Nhau không tróc

- Sau khi kéo dây rốn lần 1 khoảng 15-30 giây mà dây rốn không xuống thêm, ngưng kéo dây rốn, chờ cơn gò TC sau làm TC gò tốt sẽ thực hiện lần 2.
- Tối đa có thể làm 05 lần. Nếu không được sẽ chuyển bóc nhau bằng tay theo "Hướng Dẫn Quốc Gia".

Đứt dây rốn

- Có thể chờ sổ nhau tự nhiên như bình thường nếu không chảy máu nhiều vì máu chảy từ bánh nhau qua chỗ dây rốn đứt không phải là máu mẹ.
- Nếu sau 30-45 phút nhau không sổ sẽ thực hiện bóc nhau bằng tay theo “Hướng Dẫn Quốc Gia”.

Lộn tử cung

- Do kéo quá mạnh và khi TC chưa gò tốt hoặc TC bị dị dạng.
- Xử trí theo “Hướng Dẫn Quốc Gia”.

Nghiệm pháp lọt ngôi chễm là phương pháp đánh giá cuộc sinh khi khung chậu giới hạn, trọng lượng thai nhi bình thường hoặc khi khung chậu bình thường nhưng thai nhi lại khá to, nhằm đưa đến quyết định là thai nhi có thể sinh được qua đường âm đạo hay phải phẫu thuật lấy thai.

I. CHỈ ĐỊNH

- Khung chậu giới hạn, thai bình thường.
- Khung chậu bình thường, thai to.
- Khung chậu hẹp, thai nhỏ.

II. ĐIỀU KIỆN

- Phải là ngôi chễm.
- Có chuyển dạ thật sự.
- Cổ tử cung xóa và mở ≥ 4 cm.
- Cơ co tử cung tốt (4 – 5 cơn co/10 phút). Nếu cơn co không tốt phải tăng co bằng Oxytocin, nhỏ giọt tĩnh mạch.
- Phải theo dõi cẩn thận để phát hiện kịp thời những biến chứng xảy ra trong khi làm nghiệm pháp lọt như sa dây rốn, thai suy, cơn co tử cung dồn dập (>5 cơn co/10 phút), dọa vỡ tử cung.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- **Bước 1:** Sản phụ nằm ở tư thế sản khoa.
- **Bước 2:** Khám đánh giá tình trạng tim thai, cơn co tử cung, ngôi thai.
- **Bước 3:** Bấm ối khi có cơn co tử cung và xé rộng màng ối để cho ngôi tì vào cổ tử cung. Nếu ngôi thai còn cao phải để phòng sa dây rốn.

- **Bước 4:** Ghi rõ giờ bắt đầu bấm ối và diễn biến của tim thai, cơn co tử cung, ngôi thai.
- **Bước 5:** Đánh giá độ lọt của ngôi thai mỗi giờ trong 2 giờ.

V. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

- **Phẫu thuật cấp cứu lấy thai ngay trong các trường hợp.**
 - Cơn co tử cung dồn dập, liên tục dù đã ngừng Oxytocin và cho thuốc giảm co.
 - Thai suy.
 - Sa dây rốn.
 - Sau 2 giờ làm nghiệm pháp, cổ tử cung không mở thêm hoặc rắn hơn hoặc phù nề; ngôi thai vẫn cao, không lọt và bắt đầu có bướng huyết thanh.
- **Theo dõi thêm chuyển dạ**
 - Nếu sau 2 giờ làm nghiệm pháp lọt mà cổ tử cung mở thêm từ 2 cm trở lên, tim thai trong giới hạn bình thường, ngôi thai xuống sâu hơn trong tiểu khung, có thể quyết định cho theo dõi thêm; khi cổ tử cung mở hết đầu lọt thấp, có thể cho sản phụ sinh thường hay sinh giúp bằng dụng cụ.

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

I. NGÔI MẶT

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

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

• Khám bụng

- Ngôi đầu, nắn ngoài, có dấu hiệu nhát rìu nếu là kiểu cằm sau, nếu là kiểu cằm trước sờ thấy cằm có hình móng ngựa.

• Khám âm đạo

- Chẩn đoán xác định bằng khám âm đạo, tìm được mốcc của ngôi là cằm, việc chẩn đoán xác định sẽ dễ hơn khi cổ tử cung đã mở, nhưng phải cẩn thận khi thăm khám để không làm vỡ ối.
- Không bao giờ thấy thóp sau hoặc thóp trước khi khám âm đạo.
- Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi trán, ngôi mông.

• Xử trí

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

II. NGÔI TRÁN VÀ NGÔI THÓP TRƯỚC

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

• Chẩn đoán

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

• Xử trí

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

III. NGÔI MÔNG

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

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

• Chẩn đoán

Lâm sàng

- Ngôi dọc, đầu ở đáy tử cung.
- Khám âm đạo sờ thấy xương cùng, lỗ hậu môn và hai mông thai nhi, có thể một hoặc hai bàn chân cùng với mông.
- Có thể thấy phân su nhưng không đánh giá là thai suy.
- Chẩn đoán phân biệt với: ngôi mặt, ngôi vai, ngôi đầu sa chi.

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

• Xử trí

- Đỡ sinh đường âm đạo khi có những điều kiện thuận lợi:
 - + Ngôi mông đủ hoặc thiếu kiểu mông.

- + Khung chậu bình thường.
- + Thai nhi không quá lớn, ước lượng cân thai $\leq 3200\text{g}$.
- + Đầu thai cúi tốt.
- **Chỉ định mổ lấy thai: khi có kết hợp với bất kỳ một yếu tố nguy cơ**
 - + Chuyển dạ kéo dài.
 - + Ngôi mông thiếu kiểu chân.
 - + Khung chậu giới hạn, hẹp, biến dạng.
 - + Con so, thai $> 3000\text{g}$.
 - + Thai to, ước lượng cân thai $> 3200\text{g}$.
 - + Đầu không cúi tốt.
 - + Vết mổ cũ trên TC.

IV. NGÔI VAI

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

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

• Chẩn đoán

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

• Xử trí

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

V. NGÔI PHỨC TẠP

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

- **Chẩn đoán**

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

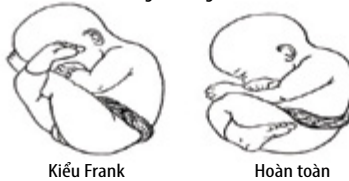
- **Xử trí**

- Sinh tự nhiên chỉ có thể xảy ra khi thai rất nhỏ hoặc chết lưu.
- Có thể đặt lại vị trí của tay thai nhi như sau
 - + Đẩy tay thai lên trên tiểu khung và giữ cho đến khi cơ co tử cung đẩy đầu thai vào tiểu khung.
 - + Nếu đầu thai giữ được trong tiểu khung và không sờ thấy tay thai nữa thì có thể theo dõi chuyển dạ tự nhiên.
 - + Phẫu thuật lấy thai khi đẩy tay thất bại, hoặc kèm sa dây rốn.

I. ĐẠI CƯƠNG

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

Ngôi mông đủ



Ngôi mông thiếu



- Thể và kiểu thể của ngôi mông:
 - Điểm mốc là đỉnh xương cùng.
 - Thể cùng bên với lưng.
 - Đường kính lọt = Đường kính lưỡng ụ đùi = 9.5 cm.
 - 4 kiểu lọt: Cùng chậu trái trước 60%, cùng chậu phải sau 30%, cùng chậu trái sau 10%, cùng chậu phải trước: ít gặp
 - 2 kiểu sổ: cùng chậu trái ngang, cùng chậu phải ngang.

II. CHẨN ĐOÁN

- TC hình trứng, trục dọc, đầu ở đáy TC.
- Tim thai nghe rõ ở ngang hay cao hơn rốn.
- **Khám âm đạo khi chuyển dạ:** sờ thấy đỉnh xương cùng hoặc hậu môn, cơ quan sinh dục, bàn chân, trường hợp ngôi mông thiếu có thể chỉ sờ được: chân, gối, hoặc mông.
- **Siêu âm:** để xác định ngôi thai, khi vào chuyển dạ xác định vị trí lưng và 2 chi dưới, ước lượng cân thai, bất thường nhau - thai - ối.
- **X-quang bụng chậu:** xác định đầu thai nhi cúi ngửa.
- **Quang kích chậu:** chỉ định trong trường hợp ngôi mông con so hoặc khung chậu nghi ngờ hẹp.

III. XỬ TRÍ

1. Chỉ định mổ lấy thai trong ngôi mông

- Con so, ước lượng cân thai > 3000g
- Con rạ, ước lượng cân thai > 3200g
- Con so lớn tuổi, con quý
- Ngôi mông tuổi thai < 36 tuần vào chuyển dạ hoặc có chỉ định chấm dứt thai kỳ
- Đầu thai nhi ngửa tiên phát
- Tiền căn sinh khó
- Chuyển dạ kéo dài
- Sa dây rốn
- Khung chậu giới hạn, hẹp, lệch

2. Sinh ngã âm đạo

- Nếu cơn gò tử cung tốt, ối còn đến khi CTC mở trọn, can thiệp đúng lúc, cắt TSM rộng rãi.
- Tránh sinh ngã âm đạo với ngôi mông thiếu kiểu chân, hay song thai con đầu là ngôi mông.
- Theo dõi chuyển dạ với monitor, khi vỡ ối cần khám âm đạo ngay để loại trừ sa dây rốn, tránh tăng co.
- Sinh ngã âm đạo khi hội đủ các điều kiện sau:

- Không có dị tật thai gây kẹt (bụng cóc, não úng thủy, ...).
- Tuổi thai ≥ 36 tuần, ước lượng cân thai từ 2500 - 3200g.
- Đầu thai nhi cúi.
- Ngồi mông đủ hay ngồi mông thiếu kiểu mông.
- Bác sĩ có kinh nghiệm, kỹ năng đỡ sinh ngồi mông.
- **3 cách sinh ngã âm đạo:**
 - Sinh tự nhiên (Phương pháp Vermelin): con rạ, thai nhỏ, TSM giãn.
 - Sinh có trợ giúp (can thiệp từng phần).
 - Đại thủ thuật kéo thai ngồi ngược (can thiệp toàn phần).
- **Chuẩn bị:** tư thế sản phụ khoa, gây tê (nếu không có giảm đau ngoài màng cứng), cắt TSM khi hậu môn thai nhi xuất hiện ngoài âm hộ.
 - Thủ thuật Tsovianov

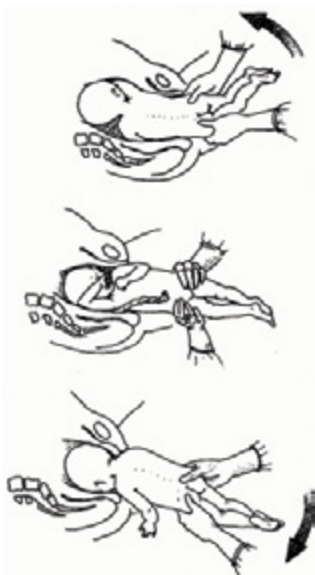


- **Giúp sinh thân - chân:** đặt bé ở mặt phẳng dưới mặt phẳng ngang.



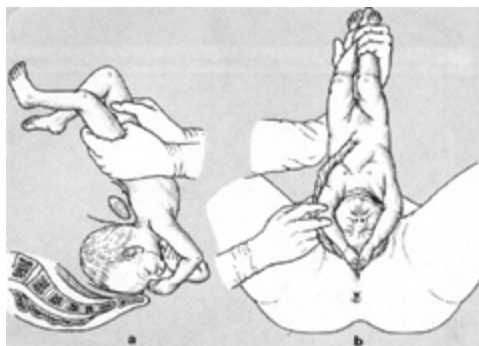
- **Giúp sinh vai- tay:** vai trình diện mặt phẳng trước sau. Giữ bé ở hông hay xương chậu, tránh giữ ở bụng gây tổn thương thận và thượng thận. Trường hợp vai sau đã đi qua bờ của tiểu khung

trong khi vai trước hãy còn cao phải dùng thủ thuật Lovset: nắm hai đùi thai nhi với các ngón tay ở phía trước, ngón cái ở phía sau đùi, quay thân của thai nhi sao cho vai sau được đưa ra phía trước, thường quay theo chiều kim đồng hồ, trong quá trình đó cánh tay sẽ bị đẩy xuống phía dưới đến bờ dưới cung xương vệ và sổ ra ngoài.

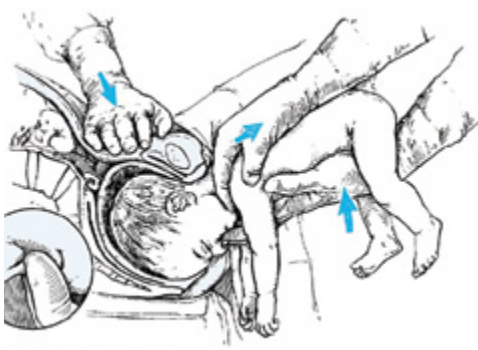


• Giúp sinh đầu hậu:

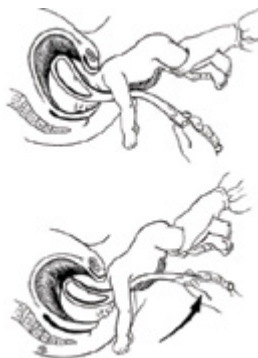
o Thủ thuật Bracht



o Thủ thuật Mauriceau-Smellie-Veit



- o *Piper's forceps.*



- o *Thủ thuật Prague*



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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Trong song thai sau khi thai thứ nhất sổ, thường có biến cố xảy ra với thai thứ hai. Có thể làm thai thứ hai xoay trong tử cung, cơ co tử cung thưa, mẹ mệt mỏi vì đã gắng sức sinh thai thứ nhất. Vì thế, cần phải biết xử lý để bảo đảm an toàn cho mẹ và thai.

I. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Khám âm đạo ngay sau sổ thai thứ nhất, kiểm tra độ xóa mở CTC, ngôi, thế, kiểu thế của thai thứ hai.
- Nếu ngôi chỏm thì chờ đợi có cơ co tử cung rồi bấm ối và đỡ sinh như các trường hợp sinh ngôi chỏm.
- Ngôi bất thường (ngôi vai, ngôi trán, thai nhỏ) nội xoay thai và đại kéo thai. Sau đó đỡ sinh ngôi mông hoặc đại kéo thai ngay.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ để lấy nhau, nếu chảy máu có thể bóc nhau nhân tạo và soát buồng tử cung.
- Kiểm tra bánh nhau và màng nhau.
- Để phòng BHSS.

II. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

- Sinh khó do vai là sau khi đầu sổ, vai trước của thai không thể vượt qua bờ dưới xương vệ hoặc cần phải can thiệp thủ thuật để đưa vai vượt qua bờ dưới xương vệ, được chẩn đoán khi vai không thể sổ sau khi đầu đã sổ.
- Trường hợp kẹt vai, cằm của thai bị đè ép vào tầng sinh môn. Đây là một cấp cứu sản khoa, thai có thể chết nếu không được sinh ra do chèn ép dây rốn.

I. THỦ THUẬT

Các thủ thuật chính giúp cho việc sổ thai dễ hơn, thuận tiện hơn

- **Thủ thuật McRoberts:** gập đùi sản phụ tối đa vào bụng sản phụ, giúp làm mở rộng khung chậu, làm phẳng bớt móm nhô. Nếu không thành công, hỗ trợ thêm đè ép lên phần dưới bụng và kéo nhẹ nhàng đầu thai ra. Kỹ thuật này giúp thành công trong 42% trường hợp.
- **Thủ thuật Rubin I:** Đè ép trên xương vệ.
- **Thủ thuật Rubin II:** Đè ép phía sau của vai trước, giúp đưa trục vai thai theo vị trí đường kính chéo và mặt thai hướng về phía âm đạo.
- **Thủ thuật xoay Woods:** giúp đưa vai trước thành vai sau, đôi khi làm ngược với thủ thuật Rubin II.
- **Thủ thuật Jacquemier hay Barnum:** sinh vai sau trước, tìm cẳng tay và cánh tay trong âm đạo và kéo nhẹ nhàng ra khỏi âm đạo.
- **Bẻ xương đòn:** giúp giảm đường kính vai.
- **Thủ thuật Gaskin:** Xoay thai theo nhiều hướng.

II. XỬ TRÍ

Các bước chính

- Kêu gọi sự hỗ trợ của BS sản khoa, nữ hộ sinh, BS gây mê hồi sức và BS sơ sinh.
- Cắt rộng TSM.
- Gập chân.
- Kéo nhẹ đầu thai.

- Đè ép trên xương vệ.
- Các thủ thuật trong âm đạo.
- Sổ vai sau trước.
- Xoay thai theo nhiều hướng.

III. BIẾN CHỨNG

Tổn thương cho mẹ

- Tổn thương đường sinh dục, trực tràng.
- Gãy khớp xương vệ.
- Băng huyết sau sinh.

Tổn thương cho con

- Liệt đám rối thần kinh cánh tay do các dây thần kinh bị kéo căng.
- Gãy xương đòn.
- Ngạt nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. PHÂN LOẠI (theo ACOG 2014) Gồm 4 nhóm: _____

1. Tiền sản giật – Sản giật:

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

TIÊU CHUẨN TIỀN SẢN GIẬT NẶNG (bắt kỳ dấu hiệu nào)

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

Sản giật: Đây là biến chứng nặng. Cơ co giật có thể xảy ra trước sinh, trong khi chuyển dạ, hoặc sau sinh 48 – 72 giờ.

Hội chứng HELLP:

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

2. Tăng HA mạn: HA tâm thu $\geq 140\text{mmHg}$ và/hoặc HA tâm trương $\geq 90\text{mmHg}$ trước khi có thai, hoặc xảy ra trước tuần lễ 20 của thai kỳ và kéo dài sau 12 tuần hậu sản.

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

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

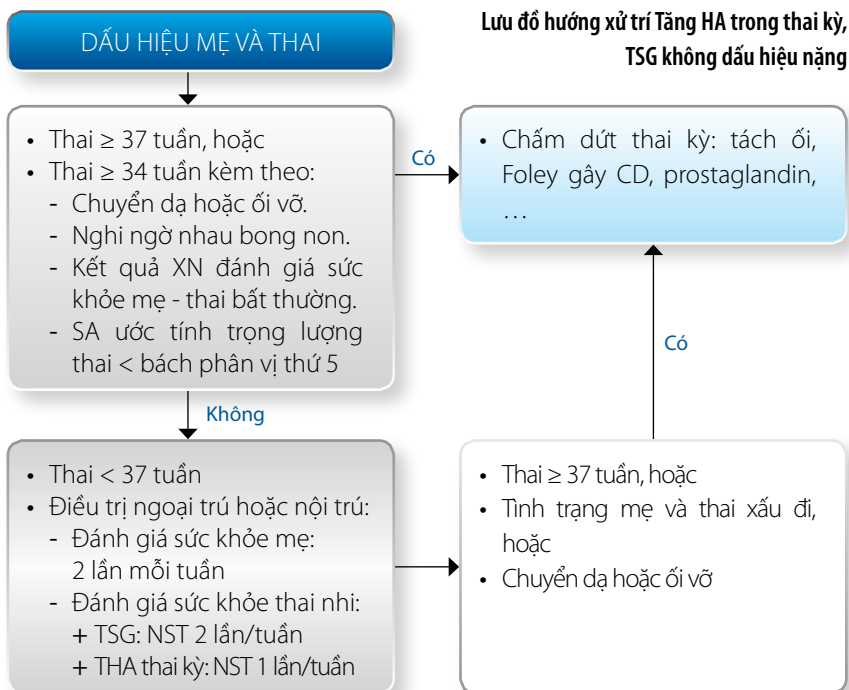
III. XỬ TRÍ

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

1. TSG không dấu hiệu nặng

- Có thể theo dõi, điều trị ngoại trú.
- Nhập viện, CDTK khi:

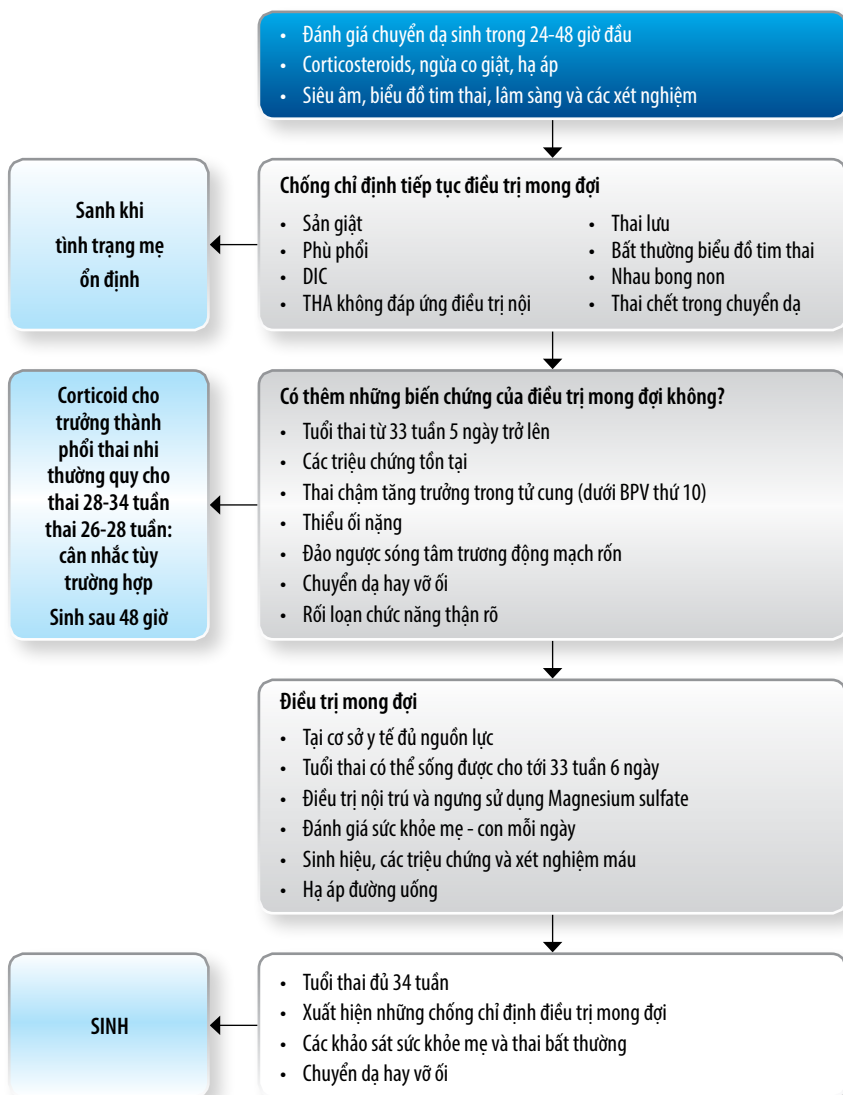
- Thai ≥ 37 tuần, hoặc
- Nghi ngờ nhau bong non, hoặc
- Thai ≥ 34 tuần và có bất kỳ triệu chứng sau:
 - + Chuyển dạ hoặc vỡ ối.
 - + SÂ ước lượng trọng lượng thai nhỏ hơn bách phân vị thứ 5.
 - + Thiếu ối AFI < 5 cm ở 2 lần siêu âm liên tiếp cách nhau 24 giờ.
- **Nếu chưa có chỉ định CDTK, có thể theo dõi ngoại trú hoặc nội trú:**
 - Thai:
 - + Đếm cử động thai.
 - + SÂ Doppler: xác định có thai chậm tăng trưởng 2 tuần/lần và đánh giá lượng ối 1 tuần/lần.
 - + NST: 1 lần/tuần nếu tăng HA thai kỳ, 2 lần/tuần nếu TSG.
 - Mẹ:
 - + T/d HA 2 lần/tuần,
 - + Đạm niệu mỗi lần khám thai.
 - + XN: tiểu cầu, chức năng gan – thận mỗi tuần.
 - Chế độ ăn hợp lý (nhiều đạm, rau xanh, trái cây).



- Tư vấn các dấu hiệu trở nặng: nhức đầu nhiều, nhìn mờ, đau thượng vị, thở nhanh.

2. TSG nặng

- Chấm dứt thai kỳ khi TSG nặng xuất hiện sớm trước 25 tuần hoặc bất cứ tuổi thai nào khi có:
 - + Phù phổi
 - + Suy thận
 - + Nhau bong non
 - + Giảm tiểu cầu nặng
 - + Đông máu nội mạch lan tỏa
 - + Các triệu chứng não dai dẳng
 - + NST không đáp ứng (2 lần liên tiếp cách 4-6 giờ ở tuổi thai 28-32 tuần).
 - + SA Doppler ĐM rốn: mất hoặc đảo ngược sóng tâm trương.
 - + Thai lưu.
- Điều trị mong đợi: Thai < 34 tuần với tình trạng bà mẹ và thai nhi ổn định, tiếp tục theo dõi thai được tiến hành tại các cơ sở có nguồn lực chăm sóc đặc biệt cho bà mẹ và trẻ sơ sinh đầy đủ.
 - **Chích thuốc hỗ trợ phổi thai nhi khi thai ≤ 34 tuần. Tuy nhiên không chờ đợi đủ thời gian hỗ trợ phổi mà phải chấm dứt thai kỳ ngay khi có bất kỳ dấu hiệu sau:**
 - + Tăng HA không kiểm soát được
 - + Sản giật,
 - + Phù phổi
 - + Nhau bong non
 - + Đông máu nội mạch lan tỏa
 - + NST không đáp ứng
 - + Thai lưu.
 - **Nếu tình trạng mẹ - thai ổn định, trong vòng 48 giờ sẽ chấm dứt thai kỳ khi có bất kỳ dấu hiệu sau:**
 - + Vỡ ối
 - + Chuyển dạ
 - + Tiểu cầu < 100.000/mm³
 - + Men gan tăng kéo dài (≥ 2 lần giá trị bình thường)
 - + Thai chậm tăng trưởng (ước lượng cân nặng nhỏ hơn bách phân vị thứ 5)
 - + Thiếu ối (AFI < 5 cm) (siêu âm 2 lần cách nhau 24 giờ)
 - + Bắt đầu suy thận hoặc nặng thêm tình trạng suy thận.



Một số lưu ý:

- Quyết định chấm dứt thai kỳ không dựa vào yếu tố đậm niệu.
- Chỉ định dùng thuốc hạ áp khi HA tâm thu ≥ 150 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 100 mmHg.

- Theo dõi:
 - **Mẹ:**
 - + Sinh hiệu mỗi giờ/lần.
 - + Bilan dịch vào và ra mỗi 8 giờ/lần.
 - + Dấu hiệu chuyển dạ.
 - + Xét nghiệm bilan tiền sản giật mỗi 1-2 ngày.
 - **Thai:**
 - + Đếm cử động thai, NST mỗi ngày.
 - + Theo dõi biểu đồ cân nặng thai và doppler ĐM rốn mỗi tuần.
 - + Phương pháp chấm dứt thai kỳ: tùy tuổi thai, ngôi thai, cổ tử cung, tình trạng mẹ - thai.

3. Sản giật

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

4. Hội chứng HELLP

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

VI. THUỐC ĐIỀU TRỊ

1. Magnesium sulfate

Dự phòng và chống co giật trong TSG nặng, HC HELLP, sản giật

- Magnesium sulfate có thể tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch liên tục.
- Liều tấn công: 3 - 4,5g Magnesium sulfate 15% /50ml dung dịch tiêm tĩnh mạch từ 15-20 phút (tùy thuộc cân nặng của thai phụ, tiền căn sử dụng Magnesium sulfate).

- Duy trì 1- 2g /giờ truyền TM. Pha 6g Magnesium sulfate 15% vào chai Glucose 5% 500ml truyền TM XXX giọt/phút.
- Tiêm bắp gián đoạn: tiêm bắp sâu mỗi giờ 1g hoặc mỗi 4 giờ 5g, thêm Lidocain 2% để giảm đau.
- Bơm tiêm điện: pha 6g Magnesium sulfate 15% + 2ml nước cất pha tiêm, bơm tiêm điện 7ml/giờ.
- Theo dõi các dấu hiệu: phản xạ gân xương (có), nhịp thở (>16 lần/phút), lượng nước tiểu (>100ml/4 giờ).
- Đo nồng độ Magnesium huyết thanh khi cần thiết và điều chỉnh liều duy trì để giữ được nồng độ Magnesium 4- 7mEq/L (4,8-8,4mg/dL, 2-3,5 mmol/L).
- Magnesium sulfate dùng trước, trong và duy trì tối thiểu 24 giờ sau sinh.
- Nguy cơ: BHSS giảm dao động nội tại tim thai.

Ngộ độc Magnesium sulfate:

Liên quan nồng độ Magnesium/huyết thanh.

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

Xử trí ngộ độc Magnesium sulfate

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

2. Thuốc hạ HA

Chỉ định

- Khi HA tâm thu ≥ 150 mmHg hay
- HA tâm trương ≥ 100 mmHg.

HA đạt sau điều trị

- HA trung bình sau 2 giờ không giảm quá 25% so với HA ban đầu.
- HA tâm thu ở mức 130 – 150 mmHg.
- HA tâm trương ở mức 80 – 100 mmHg.

- **Chống chỉ định trong thai kỳ**

- Nitroprusside.
- Thuốc ức chế men chuyển.

Các loại thuốc hạ HA dùng trong thai kỳ

- Labetalol.
- Hydralazine.
- Ức chế Calcium như Nifedipine, Nicardipine.
- Methyldopa

1. Labetalol

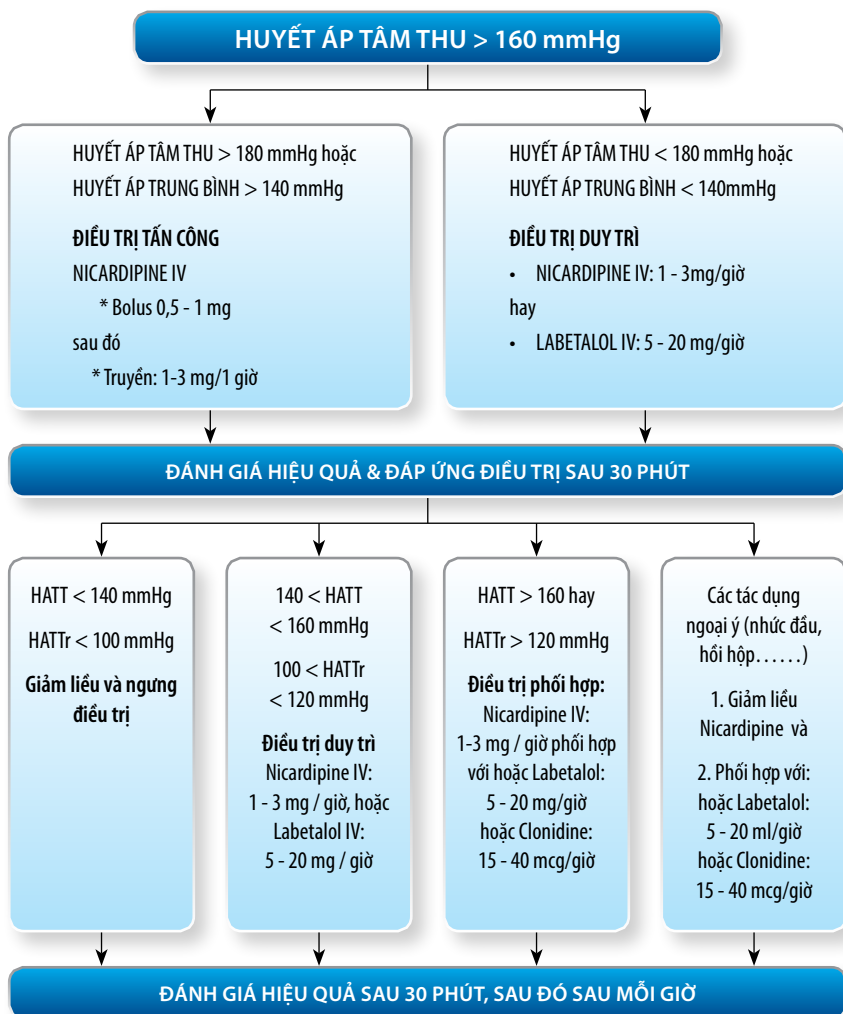
- Tấn công: bắt đầu 10-20 mg TM, sau đó TM 20 đến 80mg mỗi 20-30 phút, tổng liều tấn công để hạ áp < 300 mg. Ví dụ: TM 20mg, tiếp theo 40 mg, 80mg, tiếp 80mg. Có thể truyền TM 1mg - 2mg/phút. HA sẽ hạ sau 5-10 phút và kéo dài từ 3-6 giờ.
- Duy trì (khi HA ổn định): Labetalol (uống): 100-200mg x 2-3 lần/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

2. Hydralazine

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

3. Nicardipin

- Ống 10mg/10ml pha với 40ml nước cất hoặc Glucose 5%.
- Tấn công: 0,5-1 mg (2,5-5ml) tiêm tĩnh mạch chậm.
- Duy trì bơm tiêm điện 1-3mg/ giờ (5-15 ml/giờ). Nếu không đáp ứng sau 15 phút tăng 2,5mg/giờ tối đa 15mg/giờ



4. Nifedipine

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

5. Methyldopa

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

6. Thuốc lợi tiểu

- Chỉ dùng khi có triệu chứng phù phổi cấp và phù phổi cấp.
- Furosemide 1 ống 20mg x 8 ống – tiêm tĩnh mạch chậm.
- Không dùng dung dịch ưu trương.

VII. TIỀN LƯỢNG LÂU DÀI

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

VIII. PHÒNG NGỪA

- TSG sớm và phải CDTK trước 34 tuần, hoặc TSG nhiều thai kỳ
⇒ uống Acid acetylsalicylic (Aspirin) liều thấp $\leq 81\text{mg/ngày}$ từ cuối tam cá nguyệt đầu.
- Canxi làm giảm mức độ nặng của TSG.

IX. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

I. ĐỊNH NGHĨA - PHÂN LOẠI

- Sinh non là khi trẻ được sinh ra ở tuổi thai từ hết 22 tuần đến trước 37 tuần.
- Phân loại theo WHO 2014:
 - Sinh cực non: < 28 tuần
 - Sinh rất non: từ 28 – < 32 tuần
 - Sinh non trung bình: từ 32 – 33 tuần 6 ngày
 - Sinh non muộn: từ 34 – 36 tuần 6 ngày
 - Thai gần đủ tháng: từ 37 – 38 tuần 6 ngày
 - Thai đủ tháng: từ 39 – 41 tuần

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

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

III. CHẨN ĐOÁN**1. Lâm sàng**

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

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

2. Cận lâm sàng

- CTG: Theo dõi tim thai, cơn gò tử cung.
- Siêu âm ngã âm đạo đo chiều dài kênh cổ tử cung ($< 25\text{mm}$).
- Có thể xét nghiệm fetal fibronectin (fFN) (theo hướng dẫn của nhà sản xuất).

IV. XỬ TRÍ

1. Dự phòng

- Xác định nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao.
- Hướng dẫn sản phụ các yếu tố nguy cơ.
- Chế độ ăn uống hợp lý, đầy đủ dinh dưỡng.
- Không hút thuốc uống rượu, nghỉ ngơi nhiều, giảm vận động nặng.
- Hạn chế số lượng phôi chuyển ở những phụ nữ có hỗ trợ sinh sản nhằm hạn chế đa thai.
- Tầm soát và điều trị viêm cổ tử cung ở tuổi thai từ 24-28 tuần.
- Khâu vòng cổ tử cung hoặc dùng Pessary cổ tử cung dự phòng hoặc nếu có hở eo tử cung.
- Phòng ngừa bằng Progesterone (ở sản phụ có tiền căn sinh non, cổ tử cung ngắn):
 - Sử dụng thuốc từ 16-36 tuần.
 - Không tiền căn sinh non, chiều dài kênh cổ tử cung $< 20\text{mm}$, tuổi thai < 24 tuần có thể dùng 90mg Progesterone dạng gel hay đặt 200mg Progesteron/ngày đến 34-36 tuần.
 - Tiền căn sinh non từ 20-36 tuần: tiêm 17α Hydroxy progesteron caproate 250mg/ tuần hoặc đặt âm đạo 200mg Progesteron/ngày kết hợp khâu cổ tử cung nếu chiều dài kênh cổ tử cung $< 25\text{mm}$ và tuổi thai < 24 tuần.

2. Điều trị

Mục tiêu điều trị

- Cho phép can thiệp kịp thời các trường hợp sinh non (giảm bệnh suất và tử suất cho thai nhi).
- Đảm bảo an toàn cho mẹ và thai nhi.

- Hạn chế nhập viện các thai kỳ không có nguy cơ sinh non cao.
- Có thời gian dùng đủ liều corticosteroid cho tuổi thai từ 24-34 tuần.
Hỗ trợ phổi:
 - Thường quy cho thai 28-34 tuần.
 - Thai 26-28 tuần: cân nhắc tùy trường hợp.

Nguyên tắc điều trị

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

Điều trị cắt cơn gò bằng thuốc

- **Chống chỉ định tuyệt đối**
 - Nguy cơ cho mẹ và thai do kéo dài thai kỳ hay nguy cơ do thuốc cao hơn nguy cơ sinh non.
 - Thai chết trong tử cung.
 - Thai dị tật bẩm sinh nặng.
 - Thai suy cấp.
 - Tiền sản giật nặng hay sản giật.
 - Nhiễm trùng ối.
- **Chống chỉ định tương đối**
 - Xuất huyết trước sinh nhiều (cân nhắc trong nhau tiền đạo).
 - Thai suy dinh dưỡng nặng trong tử cung
 - Đái tháo đường phụ thuộc insulin (có thể dùng Atosiban)
 - Đa thai (tăng thể tích huyết tương, cường aldosteron) nguy cơ thuốc tác động nặng lên tim mạch, phù phổi cấp nên không sử dụng Nifedipine và Salbutamol.
 - Ối vỡ non.

Thuốc	Chống chỉ định	Liều dùng	Tác dụng phụ	Theo dõi
Nifedipin	HA mẹ < 90/50 mmHg, bệnh tim (thiếu máu cơ tim, suy thất trái), rối loạn chức năng gan, bệnh lý thận, đang dùng thuốc hạ áp khác.	- Liều tấn công: uống 30mg (hiệu quả tác dụng giảm gò sau 30-60 phút). - Sau đó: 10-20mg mỗi 4-6 giờ trong 24-48 giờ (ACOG 2012).	- Hạ huyết áp, đặc biệt ở BN tăng huyết áp gây thiếu oxy cho thai nhi. - Nhịp tim nhanh, đánh trống ngực. - Nóng bừng mặt. - Nhức đầu, chóng mặt. - Buồn nôn. - Thai suy.	Theo dõi M, HA mẹ sau dùng thuốc mỗi 30 phút trong giờ đầu và 30 phút sau mỗi liều kế tiếp. Theo dõi tim thai - con gò trên Monitor trong 1 giờ sau liều đầu và mỗi 6 giờ trong thời gian điều trị.
Salbutamol	- Mẹ hoặc thai bị bệnh tim nặng, mẹ bị tiểu đường đang điều trị Insulin, bệnh tuyến giáp, dị ứng với thuốc. - Song thai, đa thai	- Truyền TM 5mg/5ml pha trong Glucose 5% (nồng độ 10mcg/ml). TTM: 60ml/giờ (20 giọt/phút, 10mcg/phút), tăng thêm 20ml/giờ (7 giọt/phút, 3,3mcg/phút) mỗi 30 phút đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ ≥ 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền đạt tối đa 180ml/giờ (60 giọt/phút, 30mcg/phút). - Dùng bơm tiêm điện: Pha Salbutamol 5mg/5ml trong 95ml NaCl 0,9% (dd 50mcg/ml Salbutamol). BTĐ 12ml/giờ (10mcg/phút). Tăng 4ml/giờ (3,3mcg/phút) mỗi 30 phút cho đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ ≥ 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền tối đa 36ml/giờ (30mcg/phút).	- Mẹ: tăng nhịp tim, hạ HA, run hoặc phù phổi cấp (3%), tăng đường huyết và hạ Kali máu. -Thai: TT nhanh, hạ đường huyết và kali huyết.	-Theo dõi M, HA mẹ mỗi 15 phút trong giờ đầu, sau đó mỗi 4 giờ. XN Urê, điện giải, Hct mỗi 24 giờ. Đo đường huyết mỗi 4 giờ. - Theo dõi tim thai - con gò trên Monitor trong 1 giờ đầu và mỗi 6 giờ trong thời gian điều trị.
Atosiban ^[2,11]	Mẹ dị ứng với các thành phần của thuốc	-Bước 1: Liều tấn công: lọ 1 (37,5mg/5ml) lấy 6,75mg Atosiban (0,9ml) pha 10ml Ringer lactat tiêm TMC > 1 phút (còn 4,1ml) -Bước 2: Liều duy trì: lọ 1 còn 30,75 mg (4,1ml) Atosiban pha 36,9ml Ringer lactat, truyền bơm tiêm điện 24ml/giờ. Sau đó pha lọ 2 (37,5mg/5ml) trong 45 ml Ringer lactat truyền BTĐ 24ml/giờ trong 3 giờ đầu -Bước 3: Lọ 2 còn 19ml ở bước 2 truyền BTĐ 8ml/giờ. Từ lọ 3: pha với 45 ml Ringer lactat được 50 ml dung dịch truyền với tốc độ 8 ml/giờ. Thời gian dùng thuốc tối đa là 45 giờ.	Thường nhẹ: buồn nôn, nhức đầu, chóng mặt, bừng nóng, nóng, nhịp tim nhanh... phản ứng dị ứng thuốc	Theo dõi tim thai – con gò trên Monitor trong 1 giờ đầu điều trị.

3. Dừng corticosteroid

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

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alabama Perinatal Excellence Collaborative (APEC) Preterm labour Guideline 2013.
2. Anotayanonth S, Subhedar NV, Garner P, et al. Betamimetics for inhibiting preterm labour. Cochrane Database Syst Rev 2004; CD004352.
3. ACOG. Management of preterm labour. Obstet Gynecol No.43 p1039-40.
4. ACOG. Management of preterm labour. Obstet Gynecol No.127.2012.
5. Caritis SN, Simhan HN. Beta adrenergic agonists and neonatal outcome. Am J Obstet Gynecol 2010; 203-16.
6. Chang HH, Larson J, Blencowe H, et al. Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. Lancet 2013; 381:223.
7. Dodd Jodie M. Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in woman considered to be at risk of preterm birth. Cochrane database of systematic review
8. Haas DM, Imperiale TF, Kirkpatrick PR, et al. Tocolytic therapy: a meta-analysis and decision analysis. Obstet Gynecol 2009; 113:585.
9. Iams JD, Cebrik D, Lynch C, et al. The rate of cervical change and the phenotype of spontaneous preterm birth. Am J Obstet Gynecol 2011; 205:130.e1.
10. Ingemarsson I. Tocolytic therapy and clinical experience. Combination therapy. BJOG 2005; 112 Suppl 1:89.
11. J.Perinat.Med.34 (2006) 359-366.
12. NSW kids and Families Maternity- Tocolytic Agents for Threatened Preterm Labour Before 34 Weeks Gestation May 2011
13. RCOG February 2011: Tocolysis for woman in preterm labour.

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào tiền sử sản khoa đơn thuần hoặc kết hợp siêu âm ngã âm đạo đo chiều dài cổ tử cung. Một trong những tiêu chuẩn sau:
 - Tiền sử sản khoa đơn thuần: sẩy thai to hoặc sinh non (trước 28 tuần) $\geq$ 2 lần liên tiếp với đặc điểm chuyển dạ nhanh không đau.
 - Có tiền sử sẩy thai hoặc sinh non (từ 14 – 36 tuần) với đặc điểm chuyển dạ nhanh không đau, kèm yếu tố nguy cơ hở eo tử cung: nong nạo, khoét chóp, cắt đoạn cổ tử cung, rách cổ tử cung, bệnh lý collagen, bất thường ở tử cung/cổ tử cung.
 - Đo chiều dài cổ tử cung qua siêu âm đường âm đạo $< 25\text{mm}$ và/hoặc có sự thay đổi cổ tử cung qua thăm khám ở tuổi thai trước 24 tuần kèm yếu tố nguy cơ hở eo tử cung.
- Một số hình ảnh / Siêu âm CTC ngã âm đạo
 - Lỗ trong CTC hình phễu (khảo sát ở 2 trạng thái có và không có áp lực lên buồng tử cung).
 - Sự tương quan giữa chiều dài CTC và hình dạng lỗ trong CTC: với các dạng T, Y, V, U.
 - Chiều dài CTC $< 25\text{mm}$.
 - Đầu ối thành lập.
 - Hiện diện phần thai ở CTC hoặc âm đạo.

III. ĐIỀU TRỊ

Khâu vòng CTC là phương pháp điều trị chính trong hở eo TC.

1. Chỉ định khâu vòng CTC

- Chẩn đoán hở eo tử cung.
- Có tiền sử khâu CTC.

2. Chống chỉ định khâu vòng CTC

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

3. Kỹ thuật khâu vòng CTC dự phòng

a. Thời điểm:

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

b. Đánh giá trước thủ thuật

- Siêu âm đánh giá tình trạng CTC.
- Đánh giá tình trạng viêm nhiễm âm đạo. Phải điều trị nếu có viêm nhiễm.

c. Phương pháp khâu CTC

- Có 5 kỹ thuật khác nhau:
 - Mc Donald.
 - Shirodkar.
 - Wurm.
 - Khâu ngả bụng.
 - Lash.
- Phương pháp thường dùng nhất là Mc Donald:
 - Dùng một loại chỉ không tan, bản rộng 5mm (Mercilene).
 - Mũi khâu nằm sâu trong mô CTC, ở vị trí ngang mức lỗ trong CTC, tránh xuyên qua đầu ối và bàng quang.
 - CTC được đóng lại bởi 4 mũi kim làm thành một vòng chỉ thắt quanh CTC.
 - Khi cột chỉ khâu nên để ngón tay vào kênh CTC để tránh siết chỉ quá mức.

d. Chăm sóc sau thủ thuật

- BN sau khâu vòng CTC phải được theo dõi cẩn thận: cơn gò, tình trạng đau bụng, ra huyết, ra nước âm đạo.

- Nghỉ ngơi tại giường 12- 24 giờ.
- Xuất viện nếu BN không có cơn co TC trong thời gian 24 giờ sau thủ thuật, không ra huyết âm đạo, không có vỡ ối trong quá trình theo dõi.
- Chế độ ăn uống hợp lý.
- Tránh giao hợp, đứng lâu, mang vật nặng.
- Siêu âm đo chiều dài CTC định kỳ khi khám.
- Dùng Progesterone liên tục đến 36 tuần thai kỳ.
- Cắt chỉ khâu khi thai ≥ 38 tuần hoặc khi có chuyển dạ.
- Không bắt buộc sử dụng thuốc giảm co.
- Dùng kháng sinh dự phòng.

IV. TAI BIẾN CỦA KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG

- Ối vỡ non.
- Viêm màng ối.
- Chuyển dạ sinh non.
- Rách CTC.
- Tổn thương bàng quang.
- Xuất huyết.
- Sinh khó do CTC.
- Vỡ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andrews WW, Copper R, Hauth JC, et al. Second-trimester cervical ultrasound: associations with increased risk for recurrent early spontaneous delivery. Obstet Gynecol 2000; 95:222.
2. Berghella V, Rafael TJ, Szychowski JM, et al. Cerclage for short cervix on ultrasonography in women with singleton gestations and previous preterm birth: a meta-analysis. Obstet Gynecol 2011; 117:663.
3. Berghella V, Mackeen AD. Cervical length screening with ultrasound-indicated cerclage compared with history-indicated cerclage for prevention of preterm birth: a meta-analysis. Obstet Gynecol 2011; 118:148.
4. Committee opinion no. 522: incidentally detected short cervical length. Obstet Gynecol 2012; 119:679.

5. Crane JM, Hutchens D. Transvaginal sonographic measurement of cervical length to predict preterm birth in asymptomatic women at increased risk: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 31:579.
6. Daya S. Efficacy of progesterone support for pregnancy in women with recurrent miscarriage. A meta-analysis of controlled trials. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96:275.
7. Final report of the Medical Research Council/Royal College of Obstetricians and Gynaecologists multicentre randomised trial of cervical cerclage. MRC/RCOG Working Party on Cervical Cerclage. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 100:516.
8. Macdonald R, Smith P, Vyas S. Cervical incompetence: the use of transvaginal sonography to provide an objective diagnosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001; 18:211.
9. Owen J, Hankins G, Iams JD, et al. Multicenter randomized trial of cerclage for preterm birth prevention in high-risk women with shortened midtrimester cervical length. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201:375.e1.
10. Owen J, Yost N, Berghella V, et al. Mid-trimester endovaginal sonography in women at high risk for spontaneous preterm birth. *JAMA* 2001; 286:1340.
11. Society for Maternal-Fetal Medicine Publications Committee, with the assistance of Vincenzo Berghella, MD. Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206:376.

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. SÀNG LỌC

• Yếu tố nguy cơ

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

• Đối tượng- thời điểm thực hiện

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

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

- Thực hiện 8 giờ sau ăn và chế độ ăn carbohydrate bình thường trong ba ngày trước đó.
 - + Đo glucose máu lúc đói.
 - + Pha 75g glucose trong 200ml nước, uống trong 3-5 phút (không hút thuốc, ăn, hay uống nước ngọt trong khi làm xét nghiệm).
 - + Đo glucose máu sau 1 và 2 giờ.
- Kết quả bình thường: Glucose máu:

- + Lúc đói: $\leq 92 \text{ mg/dL}$ ($5,1 \text{ mmol/L}$).
- + Sau 1 giờ: $\leq 180 \text{ mg/dL}$ (10 mmol/L).
- + Sau 2 giờ: $\leq 153 \text{ mg/dL}$ ($8,5 \text{ mmol/L}$).

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

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

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

• Lâm sàng

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

• Cận lâm sàng

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

IV. ĐIỀU TRỊ _____

- Nguyên tắc: tùy thuộc vào độ trưởng thành của thai.
- Mục tiêu điều trị

Giữ mức đường huyết:

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

1. Thai chưa đủ trưởng thành

a) Điều trị đái tháo đường

- Chế độ ăn tiết chế- tăng cân

BMI (Kg/m^2)	Kcal/kg ngày	Tăng cân thai kỳ (kg)
Nhẹ cân $< 19,8$	36 – 40	14 - 20
Bình thường $19,8 - 26$	30	12,5 – 17,5
Dư cân $26,1 - 29$	24	7,5 – 12,5
Béo phì > 29	12 – 18	7,5 – 12,5

- Trong đó:

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

• **Dùng Insulin**

- **Chỉ định:**

- + ĐTĐ trước khi có thai.
- + Đường huyết bất kỳ: $\geq 200\text{mg/dl}$.
- + Lúc đói khi làm OGTT: $\geq 126\text{mg/dl}$.
- + Bất kỳ trị số nào của OGTT: $\geq 200\text{mg/dl}$.
- + Chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ trước 24 tuần.

- **Loại Insulin:**

- + Tác dụng nhanh: Regular.
- + Tác dụng trung bình: NPH.

- **Liều Insulin:**

+ **Liều khởi đầu: tùy thuộc tuổi thai:**

- ❖ < 18 tuần: 0,7UI/kg/ngày.
- ❖ 18 – 26 tuần: 0,8UI/kg/ngày.
- ❖ 26 – 36 tuần: 0,9UI/ kg/ngày.
- ❖ > 36 tuần: 1 UI/ kg/ngày.

Trường hợp nặng có thể tăng 1,5 – 2 UI/kg/ngày.

- + **Liều duy trì:** phụ thuộc vào đáp ứng của từng người.
- + **Kiểm tra thường xuyên đường huyết lúc đói và 2 giờ sau ăn.**
- + **Chia liều**
 - ❖ Sáng 2/3 tổng liều trong ngày, trong đó 2/3 NPH, 1/3 Regular.
 - ❖ Chiều 1/3 tổng liều trong ngày, trong đó 1/2 NPH, 1/2 Regular.

b) Đánh giá sức khỏe thai

• **Siêu âm**

Mỗi 2 tuần từ 24 tuần (phát hiện thai dị tật bẩm sinh, thai to, thai chậm tăng trưởng).

- **N_ST:**
 - Mỗi tuần từ 32-38 tuần.
 - 2-3 lần/ tuần từ 38-40 tuần.
- **Siêu âm Doppler:**
 - Mỗi 2 tuần từ 32- 36 tuần.
 - Mỗi tuần từ sau 36 tuần.

Chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ:

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

Hỗ trợ phổi:

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

2. Thai đủ trưởng thành

- Chọn cách CDTK: MLT khi trọng lượng thai $\geq 4000g$ hoặc có chỉ định sản khoa khác. MLT vào buổi sáng, sau cử insulin sáng.
- ĐTDĐ đơn thuần không là chỉ định MLT.

3. Trong chuyển dạ

- Đo đường huyết mỗi 1,5 – 2 giờ.
- Duy trì đường huyết từ 70 – 110 mg/dl.
- Dùng Insulin tác dụng nhanh để điều chỉnh đường huyết:
 - < 70mg/dl: Truyền TM 60-100ml Glucose 5%.
 - > 90mg/dl: 2 UI Insulin TDD.
 - 110-130mg/dl: 4UI Insulin TDD.
 - 130-150mg/dl: 6UI Insulin TDD.
 - > 150 mg/dl: Insulin truyền TM.

4. Hậu sản

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

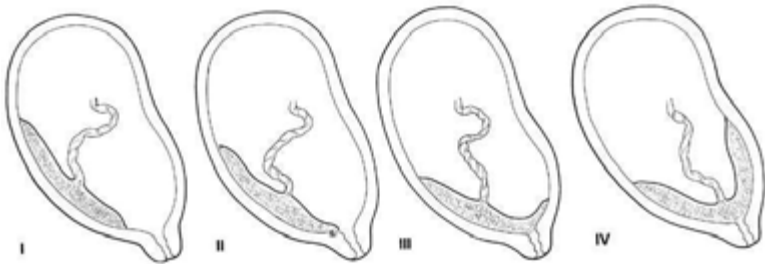
TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

7. Naylor CD, Sermer M, Chen E, Farine D. Selective screening for gestational diabetes mellitus. Toronto Trihospital Gestational Diabetes Project Investigators. *N Engl J Med*. 1997;337(22):1591–1596.
8. Cosson E, Benchimol M, Carbillon L, et al. Universal rather than selective screening for gestational diabetes mellitus may improve fetal outcomes. *Diabetes Metab*. 2006;32(2):140–146.
9. Metzger BE, Coustan DR. Summary and recommendations of the Fourth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. The Organizing Committee. *Diabetes Care*. 1998;21(suppl 2):B161–B167.
10. Metzger BE, Buchanan TA, Coustan DR, et al. Summary and recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus [published correction appears in *Diabetes Care*. 2007;30(12):3154]. *Diabetes Care*. 2007;30(suppl 2):S251–S260.
11. American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2004;27(suppl 1):S88–S90.
12. Agarwal MM, Dhatt GS, Punnose J, Zayed R. Gestational diabetes: fasting and postprandial glucose as first prenatal screening tests in a high-risk population. *J Reprod Med*. 2007;52(4):299–305.
13. Buhling KJ, Elsner E, Wolf C, et al. No influence of high- and low-carbohydrate diet on the oral glucose tolerance test in pregnancy. *Clin Biochem*. 2004;37(4):323–327.
14. Hollander MH, Paarlberg KM, Huisjes AJ. Gestational diabetes: a review of the current literature and guidelines. *Obstet Gynecol Surv*. 2007;62(2):125–136.
15. Carpenter MW, Coustan DR. Criteria for screening tests for gestational diabetes. *Am J Obstet Gynecol*. 1982;144(7):768–773.
16. Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med*. 1998;15(7):539–553.
17. Up to Date 2012

I. ĐỊNH NGHĨA

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



II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Cơ năng

- Có khi không có triệu chứng gì, chỉ phát hiện được nhau tiền đạo qua siêu âm.
- Ra huyết âm đạo đột ngột, lượng thay đổi, không kèm đau bụng khi thai gần cuối 3 tháng giữa hoặc đầu 3 tháng cuối.
- TC mềm, không căng đau.

b. Thực thể

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

c. Toàn thân

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

2. Cận lâm sàng

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

III. XỬ TRÍ

1. Nhau tiền đạo không triệu chứng

- Theo dõi điều trị ngoại trú: ngoài khám lâm sàng cần siêu âm xác định vị trí nhau bám.
- **Giảm nguy cơ chảy máu:**
 - Không giao hợp, không làm nặng, không tập thể dục sau 20 tuần.
 - Không khám âm đạo.
 - Nếu có cơn gò tử cung hoặc ra huyết âm đạo cần nhập viện ngay.
- **Giảm nguy cơ cho bé:**
 - Dùng thuốc hỗ trợ phổi cho thai từ 28-34 tuần.
 - Xác định thời điểm sinh mổ chủ động: khoảng 36 – 37 tuần tuổi [Uptodate 20.1].

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

a. Nhau tiền đạo ra huyết âm đạo ít – thai chưa trưởng thành

- Xác định độ trưởng thành của phổi
- Cố gắng dưỡng thai đến 32 – 34 tuần. Sau tuần 34, cân nhắc giữa lợi ích cho thai – mẹ với nguy cơ mất máu ồ ạt.
- Hỗ trợ phổi: khi thai 28 – 34 tuần.
- Truyền máu: khi Hb < 10g/dL.
- Có thể xuất viện khi không còn ra huyết trong vòng 48 giờ và không kèm bất kỳ yếu tố nguy cơ khác.
- Chọn lựa cách chấm dứt thai kỳ
 - Sinh ngã âm đạo: nếu là nhau bám thấp và ngôi đầu.

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

- Mổ lấy thai là cách chọn lựa cho những thể NTĐ khác.
 - + May cầm máu vị trí nhau bám. Dùng thuốc co hồi TC: Oxytocin, Carbetocin, Methyl ergometrin (maleat), Prostaglandin.
 - + Thắt động mạch TC: khi cần.
 - + Có thể cắt TC toàn phần, đặc biệt khi có nhau cài răng lược.

b. Nhau tiền đạo ra huyết âm đạo nhiều

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

1. Lập 1 hay 2 đường truyền tĩnh mạch. Truyền dung dịch Ringer Lactat hay dung dịch muối sinh lý, dung dịch cao phân tử (Gelatin succinyl + natri clorid + natri hydroxyd hoặc tinh bột este hóa (hydroxyethyl starch)) nhằm ổn định huyết động học và duy trì có nước tiểu, ít nhất 30ml/giờ.
2. Xét nghiệm nhóm máu. Chuẩn bị máu truyền, có thể 2 – 4 đơn vị máu. Truyền khi lượng máu mất vượt quá 30% thể tích máu (xuất huyết độ III) hoặc khi Hb < 10 g/dL.
3. Theo dõi huyết áp của mẹ bằng monitor. Đánh giá lượng nước tiểu mỗi giờ bằng sonde tiểu lưu. Ước lượng máu mất qua ngã âm đạo bằng cân hay bằng lượng băng vệ sinh.

IV. TIỀN LƯỢNG – BIẾN CHỨNG

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

Biến chứng

a. Cho mẹ

- Mất máu nhiều, choáng, tử vong.
- Cắt TC, tổn thương hệ niệu.
- Tăng nguy cơ nhiễm trùng, rối loạn đông máu, phải truyền máu.

b. Cho con

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

9. Halperin R, Vaknin Z, Langer R, et al. Late midtrimester pregnancy termination in the presence of placenta previa. *J Reprod Med* 2003; 48:175.
10. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177:210.
11. Ravelli AC, Jager KJ, de Groot MH, et al. Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands. *BJOG* 2011; 118:457.
12. Spong CY, Mercer BM, D'alton M, et al. Timing of indicated late-preterm and early-term birth. *Obstet Gynecol* 2011; 118:323.
13. Toedt ME. Feasibility of autologous blood donation in patients with placenta previa. *J Fam Pract* 1999; 48:219.
14. Warshak CR, Eskander R, Hull AD, et al. Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2006; 108:573.
15. Yamada T, Mori H, Ueki M. Autologous blood transfusion in patients with placenta previa. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84:255.
16. Yang JI, Lim YK, Kim HS, et al. Sonographic findings of placental lacunae and the prediction of adherent placenta in women with placenta previa totalis and prior Cesarean section. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 28:178.
17. Yoong W, Karavolos S, Damodaram M, et al. Observer accuracy and reproducibility of visual estimation of blood loss in obstetrics: how accurate and consistent are health-care professionals? *Arch Gynecol Obstet* 2010; 281:207.

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

- Do mẹ:
 - Bệnh lý nội khoa (bệnh lý thận, tim mạch, nội tiết, huyết học, ...)
 - Hội chứng kháng phospholipid
 - Hút thuốc lá, nghiện rượu, thiếu dinh dưỡng, ...
- Do phần phụ của thai: Bệnh lý bánh nhau, dây rốn
- Do thai: Đa thai, nhiễm trùng bào thai, các rối loạn di truyền, ...

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

III. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

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

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

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

Phân loại IUGR theo ACOG 2014:

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

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

Phân loại IUGR theo tuổi thai tại thời điểm chẩn đoán:

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

IV. XỬ TRÍ

1. Mục tiêu: chấm dứt thai kỳ đúng thời điểm.
2. Thời điểm chấm dứt: khi nguy cơ thai chết trong tử cung lớn hơn nguy cơ chết sau sinh.
3. Nguyên tắc xử trí: tùy thuộc vào tuổi thai ở thời điểm chẩn đoán và mức độ chậm tăng trưởng.
 - Thai ≤ 29 tuần: tham vấn tiền sản, tùy từng trường hợp xử trí.
 - Thai 29 đến ≤ 34 tuần:
 - Độ 0: không xử trí gì, siêu âm Doppler mỗi 2 tuần.
 - Độ I:
 - + Điều trị ngoại trú: Corticosteroids hỗ trợ phổi*, siêu âm doppler + N_ST 2 lần/tuần: nếu N_ST có đáp ứng + AFI > 5: chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 37 tuần.
 - + Điều trị nội trú nếu kèm theo tiền sản giật.
 - Độ II: Điều trị nội trú
 - + Corticosteroids hỗ trợ phổi*
 - + N_ST 2 lần/ngày + siêu âm Doppler 1 lần/ngày
 - + Nếu N_ST có đáp ứng và siêu âm không thay đổi: theo dõi thai đến 34 tuần.
 - + Nếu N_ST không đáp ứng: chỉ định MLT.
 - Độ III:
 - + Xử trí giống Độ II

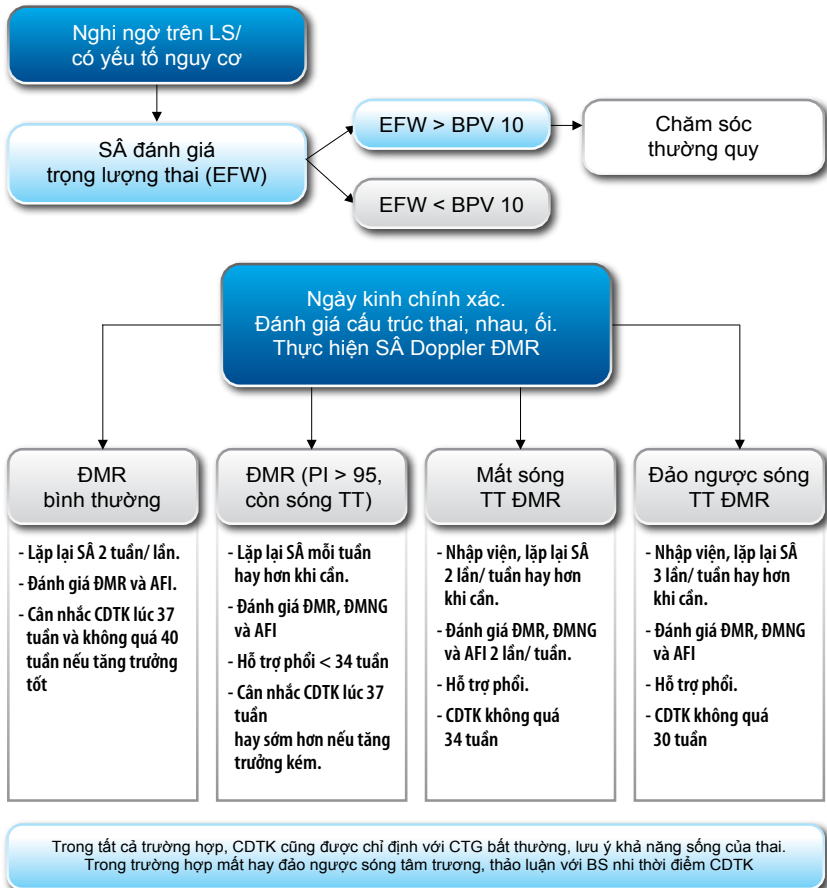
+ Chấm dứt thai kỳ lúc thai 32 tuần.

- **Thai > 34 tuần:**

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

+ XT như tuổi thai 29 – 34 tuần.

(*): xem *Phác đồ Chuyển dạ sinh non*.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Chương

PHỤ KHOA

2

Nhiễm khuẩn âm đạo là một hội chứng do rối loạn phổ vi trùng âm đạo: giảm sút nồng độ *Lactobacilli* và gia tăng vi khuẩn yếm khí.

Nhiễm khuẩn âm đạo do *Gardnerella* làm tăng nguy cơ viêm vùng chậu, môm âm đạo sau cắt tử cung. Nếu có thai sẽ dễ bị vỡ ối non, nhiễm trùng ối, sinh non, viêm nội mạc tử cung sau sinh và sau mổ lấy thai.

I. NGUYÊN NHÂN

Thường do vi khuẩn kỵ khí, đặc biệt là *Gardnerella vaginalis*.

II. CHẨN ĐOÁN

Có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau

- **Lâm sàng:** huyết trắng nhiều, màu trắng xám, rất hôi, nhất là sau giao hợp.
- **Cận lâm sàng**
 - Whiff test (+): Nhỏ KOH 10% sẽ có mùi hôi như cá ươn.
 - Phết âm đạo: nhiều "Clue cell", nhuộm gram có nhiều Cocobacille nhỏ (Clue cell có > 20% trong quang trường).

III. ĐIỀU TRỊ

Dùng đường uống hay đặt âm đạo

- Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống trong bữa ăn), hoặc
- Metronidazole gel 0,75 (5g)/ngày trong 5 ngày bơm âm đạo, hoặc
- Clindamycin 300mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống), hoặc
- Clindamycin 100mg x 1 lần/ngày x 3 ngày (đặt âm đạo).

Chú ý

- Metronidazole không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ.

IV. THEO DÕI

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

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

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

I. NGUYÊN NHÂN

Nấm *Candida albicans*.

II. CHẨN ĐOÁN

- **Lâm sàng**
 - Ngứa âm hộ, âm đạo.
 - Đôi khi có cảm giác nóng, tiểu rát, giao hợp đau.
 - Âm hộ và niêm mạc âm đạo viêm đỏ.
 - Huyết trắng đục, đặc, lợn cợn thành mảng giống như sữa đông, vôi vữa.
- **Cận lâm sàng**
 - Soi nhuộm có sợi tơ nấm hoặc bào tử nấm.

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

- **Thuốc đặt âm đạo**
 - Nystatin 100.000 đv đặt âm đạo 1 viên/ngày x 14 ngày, hoặc
 - Miconazole hay Clotrimazole 100mg đặt âm đạo 1 lần/ngày x 7 ngày, hoặc
 - Miconazole hay Clotrimazole 200mg đặt âm đạo 1 lần/ngày x 3 ngày, hoặc
 - Clotrimazole 500mg đặt âm đạo 1 viên duy nhất.
- **Thuốc uống**
 - Fluconazole 150mg uống 1 viên duy nhất, hoặc
 - Itraconazole 100mg uống 2 viên/ngày x 3 ngày.

- **Thuốc bôi**

- Bôi thuốc kháng nấm ngoài da (vùng âm hộ) 7 ngày.

Chú ý

Chỉ điều trị cho người bạn tình khi có 1 trong các triệu chứng sau

- Có triệu chứng viêm ngứa quy đầu.
- Có nấm trong nước tiểu.
- Trường hợp người phụ nữ bị tái phát nhiều lần.

IV. THEO DÕI

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

Là một bệnh lây truyền qua đường tình dục và do trùng roi *Trichomonas vaginalis*.

I. NGUYÊN NHÂN

Nhiễm *Trichomonas vaginalis*.

II. CHẨN ĐOÁN

• Lâm sàng

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

• Cận lâm sàng

- Soi tươi: trùng roi di động và nhiều bạch cầu.

III. ĐIỀU TRỊ

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

Chú ý: luôn luôn điều trị cho bạn tình

- Metronidazol 2g uống 1 liều duy nhất.
- Không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ.

IV. THEO DÕI

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

I. NGUYÊN NHÂN

Thường do thiếu estrogen ở phụ nữ tuổi mãn kinh làm cho niêm mạc âm đạo bị mất lớp bề mặt và trung gian trở nên rất mỏng, dễ tổn thương và nhiễm trùng.

II. CHẨN ĐOÁN

- **Lâm sàng**
 - Thường là viêm không đặc hiệu, khí hư ít, có mủ, có thể lẫn máu.
 - Cảm giác đau trần, tức hạ vị, nóng rát âm hộ, âm đạo.
 - Niêm mạc âm đạo nhợt nhạt, có thể viêm đỏ với nhiều chấm xuất huyết đỏ. Đau âm hộ, âm đạo khi thăm khám.
 - Có những rối loạn về đường tiểu như tiểu gắt, tiểu buốt.
- **Cận lâm sàng**
 - Soi tươi dịch âm đạo thấy tế bào trung gian.

III. ĐIỀU TRỊ

- **Tại chỗ**
 - Cream estrogen bôi âm đạo, hoặc
 - Estriol 0,5mg đặt âm đạo 1 viên/đêm x 20 đêm
 - Promestriene 10 mg đặt âm đạo 1 viên/ngày x 20 ngày
 - Cream Promestriene bôi âm hộ, âm đạo 1 lần/ngày x 2 tuần.
- - Nếu có bội nhiễm sử dụng kháng sinh thích hợp.

IV. THEO DÕI

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

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

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

I. NGUYÊN NHÂN

Neisseria gonorrhoeae và *Chlamydia trachomatis*.

II. CHẨN ĐOÁN

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

III. ĐIỀU TRỊ

- **Điều trị lậu cầu**
 - Cefixime 400mg uống 1 liều duy nhất, hoặc
 - Ciprofloxacin 500mg uống 1 liều duy nhất, hoặc
 - Ofloxacin 400mg uống liều duy nhất, hoặc
 - Levofloxacin 250mg uống liều duy nhất.Nếu có thai dùng Ceftriaxone 125mg (tiêm bắp) liều duy nhất.
- **Điều trị Chlamydia**

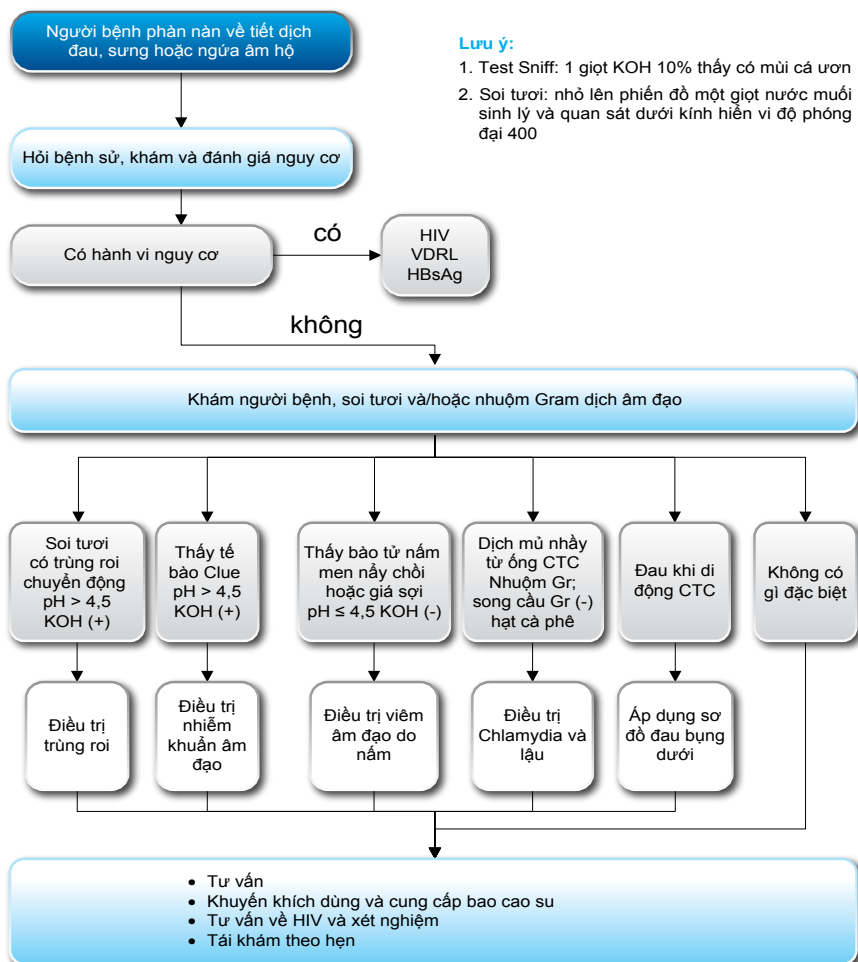
- Azithromycin 1g uống liều duy nhất, hoặc
- Doxycyclin 100mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống sau ăn), hoặc
- Tetracyclin 500mg x 4 lần/ngày x 7 ngày (uống), hoặc
- Erythromycin 500mg x 4 lần/ngày x 7 ngày (uống).

Chú ý: luôn luôn điều trị cho bạn tình

- Metronidazole 2g uống 1 liều duy nhất.
- Không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ.
- Nếu có thai chỉ dùng Erythromycin và Azithromycin.
- Nếu xét nghiệm lậu (+) $\Rightarrow$ tư vấn HIV, VDRL, HBsAg.

IV. THEO DÕI

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



I. NGUYÊN NHÂN

- Herpes simplex virus (HSV) týp 2, đôi khi có kèm týp 1.
- HSV có ái lực với tổ chức da niêm sinh dục, chui vào hạch bạch huyết vùng chậu, ẩn nấp trong đó và gây tác dụng lâu dài. Thời gian ủ bệnh: 3-7 ngày.

II. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào triệu chứng lâm sàng là chính, XN CLS ít thực hiện. Nếu cần hội chẩn thêm chuyên khoa.

• Lâm sàng

- Sốt, đau cơ.
- Nhiễm HSV lần đầu tiên có thể có tổn thương tại chỗ và toàn thân (vùng sinh dục, hậu môn).
- Sang thương là những bóng nước, nổi lên từng mảng, sau đó vỡ ra thành một vết loét rộng, nông, đau, bóng rât, kéo dài 2-3 tuần.
- Khí hư đục như mủ.
- Hạch bẹn (+), một hoặc hai bên, đau.
- Những đợt tái phát: giống tổn thương ban đầu nhưng ngắn hơn, ít triệu chứng toàn thân, thường xuất hiện sau tình trạng stress.

• Cận lâm sàng (nếu có điều kiện)

- Cấy virus.
- Thử vùi trong tế bào (phết tế bào).
- Kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang (mẫu ở đáy vết loét).
- Phản ứng huyết thanh: tăng gấp 4 lần (2-3 tuần).

III. ĐIỀU TRỊ

• Tùy theo giai đoạn bệnh

- Giai đoạn cấp, dùng một trong các thuốc sau đây

Acyclovir	400mg uống 3 lần/ngày x 7-10 ngày.
Acyclovir	200mg uống 5 lần/ngày x 7-10 ngày.
Famcyclovir	250mg uống 3 lần/ngày x 7-10 ngày.
Valacyclovir	1g uống 2 lần/ngày x 7-10 ngày.

- Giai đoạn tái phát, dùng một trong các thuốc sau đây

Acyclovir	400mg uống 3 lần/ngày x 5 ngày.
Acyclovir	800mg uống 2 lần/ngày x 5 ngày.
Acyclovir	800mg uống 3 lần/ngày x 2 ngày.
Famciclovir	125mg uống 2 lần/ngày x 5 ngày.
Famciclovir	1000mg uống 2 lần/ngày x 1 ngày.
Famciclovir	500mg uống 2 lần/ngày x 1 ngày.
Famciclovir	500mg uống 1 lần,
sau đó uống	250mg 2 lần/ngày x 2 ngày.
Valacyclovir	500mg uống 2 lần/ngày x 3 ngày.
Valacyclovir	1g uống 1 lần/ngày x 5 ngày.

- Thuốc bôi.
- Kháng sinh nếu bội nhiễm.
- Giảm đau, vệ sinh tại chỗ.

IV. THEO DÕI

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

Lưu ý

- Các thuốc điều trị Herpes hiện nay không có khả năng diệt virus mà chỉ làm giảm triệu chứng bệnh và giảm thời gian bị bệnh.
- Người bệnh có nguy cơ nhiễm HIV rất cao và nguy cơ lây nhiễm cao cho thai nhi (đặc biệt trong giai đoạn chuyển dạ).
- Khả năng lây cho bạn tình là rất cao trong suốt cuộc đời nên tư vấn phòng lây nhiễm (an toàn tình dục, sử dụng bao cao su đúng cách và thường xuyên) là rất quan trọng.
- Không điều trị trong 3 tháng đầu thai kỳ.
- Khi thai đủ trưởng thành nên mổ lấy thai, không nên để sinh đường âm đạo nhằm tránh nguy cơ lây nhiễm cho con.

I. NGUYÊN NHÂN _____

- Là bệnh lây qua đường tình dục, đứng thứ hai sau AIDS.
- Do xoắn khuẩn: Treponema Pallium.
- Sau khi bị nhiễm, bệnh trở thành một bệnh toàn thân và vi khuẩn có thể qua nhau lây cho con.

II. CHẨN ĐOÁN: Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng _____

1. Lâm sàng

- Dựa vào đặc tính của săng giang mai, vị trí săng thường ở âm hộ, âm đạo, CTC.
- Săng giang mai: 6 đặc tính của Alfred Fournier
 1. Vết lở tròn hay bầu dục, đường kính 0,5 – 2cm.
 2. Giới hạn rõ và đều đặn, thường không có bờ.
 3. Đáy sạch, trơn, bóng láng, màu đỏ như thịt tươi.
 4. Bóp không đau.
 5. Nền cứng chắc như bìa hộp.
 6. Hạch kèm theo.

Nếu có bội nhiễm săng đau.

2. Cận lâm sàng

- Cổ điển: VDRL phản ứng cố định bổ thể BW với kháng nguyên phospholipid.
- Hiện đại
 - Săng xuất hiện < 5 ngày: phản ứng miễn dịch huỳnh quang FTA.
 - Săng xuất hiện < 7 ngày: phản ứng ngưng kết hồng cầu TPHA.
 - Săng xuất hiện > 14 ngày: VDRL.

III. PHÒNG BỆNH VÀ ĐIỀU TRỊ

Phòng bệnh

- Phòng bệnh cá nhân

- Trong giao hợp: nên dùng bao cao su.
- Khi cần chích thuốc dùng kim tiêm một lần rồi bỏ, truyền máu phải thử VDRL và HIV.

- Truyền thông sức khỏe sinh sản

- Giáo dục nam nữ thanh niên về tác hại của bệnh.
- Chống tệ nạn mại dâm.
- Xây dựng mạng lưới y tế: phát hiện và điều trị.
- Thử máu trước khi kết hôn.

Điều trị: chuyển điều trị theo chuyên khoa.

I. NGUYÊN NHÂN

Bệnh hạ cam là một BLQĐTĐ do vi khuẩn *Haemophilus*, là vi khuẩn gram âm, yếm khí, ưa máu.

II. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng.

1. Lâm sàng

- Tổn thương là vết loét mềm ở sinh dục xuất hiện 3-5 ngày sau khi lây bệnh.
- Trái với giang mai loét không đau và tự lành sau một thời gian, bệnh hạ cam các vết loét tồn tại nhiều tháng.
- Sàng là một sản phẩm bao quanh bằng hồng ban. Sau đó sản phẩm vỡ ra thành vết loét tròn, kích thước 1-2cm. Bờ vết loét rất rõ, bờ có thể tróc, bờ đôi với 2 viền: trong vàng, ngoài đỏ. Bề mặt vết loét có mũ màu vàng. Nếu rửa sạch mũ sẽ thấy đáy không bằng phẳng, lõm chõm, có những chồi thịt. Sàng nằm trên vùng da phù nề mềm, đau nên gọi là hạ cam mềm.
- Hạch: được coi là biến chứng của bệnh. Gặp 50% trường hợp. Hạch một bên sưng to, đỏ và đau. Ít gặp ở nữ.
- Vết loét thường thấy ở môi lớn, môi nhỏ, âm vật, tiền đình âm đạo. Vết loét trong âm đạo không đau mà chỉ có mũ chảy ra.

2. Cận lâm sàng

- Nhuộm Gram hoặc Giemsa: trực khuẩn gram âm, ngắn, xếp thành chuỗi song song như đàn cá bơi hoặc dải dài như đường tàu.
- Nuôi cấy khó khăn.

3. Chẩn đoán phân biệt: với bệnh giang mai và Herpes sinh dục.

III. ĐIỀU TRỊ

Chuyển điều trị theo chuyên khoa.

I. NGUYÊN NHÂN

- Siêu vi Human Papilloma Virus (HPV), týp 6, 11.
- Gây ra nhiều tổn thương ở niêm mạc và da.
- Lây qua đường tình dục.
- Thời gian ủ bệnh 6-18 tuần.

II. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng là chính, nếu cần hội chẩn chuyên khoa.

• Lâm sàng

- Những nhú nhỏ mọc thành từng đám như mụn có ở âm hộ, âm đạo, hội âm, quanh hậu môn, cổ tử cung.
- Tổn thương không đau, không gây triệu chứng gì đặc biệt.
- Phát triển rất nhanh khi mang thai.

III. ĐIỀU TRỊ

Chuyển điều trị theo chuyên khoa.

Lưu ý: Làm xét nghiệm tìm các bệnh LTQĐTD.

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm vùng chậu là viêm nhiễm cấp đường sinh dục trên của phụ nữ, lây lan từ cổ tử cung lên đến tử cung, ống dẫn trứng, buồng trứng và các cơ quan lân cận bao gồm: viêm nội mạc tử cung, viêm ống dẫn trứng, abscess phần phụ và viêm phúc mạc chậu.

II. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- Tác nhân gây bệnh chủ yếu trong viêm vùng chậu là *Chlamydia trachomatis* và *Neisseria Gonorrhea*
- Các tác nhân khác cũng có thể gây bệnh như:
 - *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urelyticum*.
 - *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Haemophilus influenzae*.
 - *E.coli*, *Klebsiella*, yếm khí, *Bacteroides fragilis*.
 - Cytomegalovirus (CMV), *Mycoplasma hominis*

III. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Có nhiều bạn tình.
- Tuổi trẻ dưới 25 tuổi.
- Tiền căn viêm vùng chậu.
- Bạn tình có viêm nhiễm niệu đạo hay nhiễm lậu.
- Đặt vòng.

IV. CHẨN ĐOÁN

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

- **Tiêu chuẩn chính (Cần thiết):** BN trẻ trong độ tuổi hoạt động tình dục, có nguy cơ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục, có đau vùng chậu và không tìm được nguyên nhân gây bệnh khác. Khi khám vùng chậu có:

- Đau khi lắc cổ tử cung hoặc
- Đau tử cung hoặc
- Đau phần phụ.
- **Tiêu chuẩn phụ (hỗ trợ, nhưng không nhất thiết phải có)**
 - Sốt $> 38,3^{\circ}\text{C}$ (nhiệt độ miệng).
 - Khí hư âm đạo - CTC bất thường.
 - Có nhiều bạch cầu trên phết nhuộm Gram cổ tử cung.
 - Gonorrhea hay Chlamydia (+).
 - Tăng tốc độ lắng máu (VS).
 - Tăng CRP.

Giá trị tiên đoán dương của chẩn đoán lâm sàng 65-90% khi so sánh với nội soi.

2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu: bạch cầu tăng
- CRP tăng
- βhCG
- CA125 tăng
- Tổng phân tích nước tiểu
- Siêu âm
- MRI (nếu cần thiết)
- Xét nghiệm khí hư âm đạo:
 - Soi tươi tìm Gardnerella vaginalis
 - Nhuộm gram tìm vi trùng Neisseria gonorrhoeae
- Test miễn dịch chẩn đoán Chlamydia trachomatis
- Tốc độ lắng máu (VS).

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Thai ngoài tử cung.
- U buồng trứng xoắn, xuất huyết nang buồng trứng.
- Lạc nội mạc tử cung.
- Ung thư buồng trứng tiến triển cấp.

- U xơ tử cung hoại tử.
- Viêm ruột thừa cấp.
- Viêm bàng quang, viêm đài bể thận, cơn đau quặn thận.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung

- Tất cả các phác đồ điều trị phải hiệu quả đối với cả *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* và vi trùng yếm khí.
- Điều trị càng sớm nguy cơ di chứng về sau càng thấp.
- Điều trị những người có quan hệ tình dục với bệnh nhân trong vòng 60 ngày kể từ khi có triệu chứng.
- Thể nhẹ có thể điều trị ngoại trú.
- Bệnh thể nặng phải nhập viện điều trị nội trú.
- Tháo vòng (nếu có).

2. Điều trị nội trú trong các tình huống sau

- Đang mang thai.
- Không đáp ứng hoặc không dung nạp với kháng sinh đường uống.
- Không tuân thủ điều trị.
- Không thể dùng kháng sinh uống do buồn nôn và nôn ói.
- Thể nặng: sốt cao, buồn nôn, nôn, đau vùng chậu nặng.
- Khối áp xe vùng chậu, kể cả áp xe ống dẫn trứng.
- Có thể cần phải phẫu thuật hoặc chưa loại trừ bệnh lý ngoại khoa (như: viêm ruột thừa).
- Nhiễm HIV.

3. Điều trị ngoại trú

- Lựa chọn 1
 - Ceftriaxone 500mg (tiêm bắp) 1 liều duy nhất + Doxycycline 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, phối hợp với Probenecid 1g (uống) cùng lúc liều duy nhất + Doxycycline 100mg x 2 lần/ngày (uống) trong 14 ngày

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

Hoặc

- Cephalosporin thế hệ 3 như Cefotaxim 1g hoặc Ceftizoxime 1g (TB) 1 liều duy nhất + Doxycycline 100mg x 2 lần/ngày (uống) trong 14 ngày (+/-) Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày (uống) trong 14 ngày.

• **Lựa chọn 2**

- Ofloxacin 400mg (uống) 2 lần/ngày trong 14 ngày, hoặc Levofloxacin 500mg (uống) 1 lần/ngày trong 14 ngày (+/-) Metronidazole 500mg (uống) x 2 lần/ngày trong 14 ngày.

• **Trường hợp dị ứng với Penicilline**

- Nhập viện và điều trị với Clindamycin 900mg truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ + Gentamicin liều đầu tiên 2mg/kg (tiêm mạch) hoặc (TB) sau đó duy trì 1,5mg/kg mỗi 8 giờ.

Sau 24 giờ lâm sàng cải thiện, chuyển sang: Clindamycin 450 mg uống mỗi 6 giờ cho đủ 14 ngày, hoặc

Doxycycline 100mg x 2 lần (uống)/ngày trong 14 ngày + Metronidazole 500mg (uống) x 2 lần/ ngày trong 14 ngày.

- Hoặc điều trị ngoại trú: Ofloxacin 400mg (uống) 2 lần/ngày trong 14 ngày, hoặc

Levofloxacin 500mg (uống) 1 lần/ngày trong 14 ngày

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

4. Điều trị nội trú

• **Nguyên tắc điều trị nội trú**

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

• **Lựa chọn 1**

- Cefoxitin 2g (TM) mỗi 6 giờ, hoặc Cefotetan 2g (TM) mỗi 12 giờ + Doxycycline 100mg (uống hay TM) mỗi 12 giờ.

hoặc

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



Ngưng KS tĩnh mạch sau 48 giờ nếu tình trạng lâm sàng cải thiện, chuyển sang kháng sinh uống Doxycycline 100mg 1v x 2 lần/ngày (uống) cho đủ 14 ngày.

- **Lựa chọn 2**

- Clindamycin 900mg (TM) mỗi 8 giờ + Gentamicin liều đầu tiên 2mg/kg (TM hoặc TB), sau đó duy trì 1,5mg/kg mỗi 8 giờ.
- Chuyển từ đường tĩnh mạch sang đường uống bắt đầu sau 48 giờ cải thiện các triệu chứng lâm sàng (sốt, buồn nôn, nôn, đau vùng chậu). Dùng Doxycycline 100mg x 2 lần/ngày (uống) cho đủ 14 ngày hoặc Clindamycin 450mg uống 4 lần/ngày trong 14 ngày.
- Trường hợp BN không dung nạp với Doxycycline, có thể sử dụng Azithromycine 1g đơn liều uống 1 lần/tuần x 2 tuần.

- **Lựa chọn 3**

- Ampicillin – Sulbactam 3g (TM) mỗi 6 giờ + Doxycycline 100mg (TM hoặc uống) mỗi 12 giờ.
- Hiệu quả trong điều trị C. trachomatis, N. Gonorrhoeae, và vi khuẩn kỵ khí trên những bệnh nhân áp xe phần phụ.

VII. XUẤT VIỆN

1. Tiêu chuẩn xuất viện: sau khi hết sốt 2 ngày và bạch cầu giảm.

2. Theo dõi sau xuất viện:

- Điều trị tiếp tục như bước 2 phần điều trị ngoại trú.
- BN có bằng chứng nhiễm Chlamydia hay lậu cầu dễ tái phát trong vòng 6 tháng, cần xét nghiệm kiểm tra sau 3-6 tháng điều trị, khuyến khích điều trị bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

I. ĐỊNH NGHĨA

Áp xe phần phụ (AXPP) là khối viêm nhiễm tại ống dẫn trứng, buồng trứng, một số trường hợp có cả cơ quan lân cận trong vùng chậu như ruột và bàng quang. Áp xe phần phụ thường gặp ở phụ nữ độ tuổi sinh sản và điển hình là do viêm nhiễm đường sinh dục trên.

II. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- Thường đa khuẩn (hiếu khí, kỵ khí), tác nhân tương tự như viêm vùng chậu (PID).
- Tác nhân gây bệnh chủ yếu là *Chlamydia trachomatis* và *Neisseria gonorrhea*.
- Các tác nhân khác cũng có thể gây bệnh như:
 - *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*.
 - *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Haemophilus influenzae*.
 - Enterobacteries (*E.coli*, *Klebsiella*, yếm khí, *Bacteroides fragilis*).
 - Cytomegalovirus (CMV), *Mycoplasma hominis*.
- BN có dụng cụ tử cung phân lập được *Actinomyces israelii*.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- AXPP là biến chứng của viêm phần phụ, có triệu chứng lâm sàng tương tự viêm phần phụ (xem phác đồ Viêm vùng chậu).
- Triệu chứng có thể không điển hình: sốt nhẹ (40%), đau vùng chậu mạn (25%), bạch cầu bình thường (23%), đi kèm các triệu chứng không liên quan như đau bụng mạn lan tỏa hay thay đổi thói quen đi tiêu. Không có sốt không loại trừ được AXPP.
- AXPP vỡ điển hình sẽ có triệu chứng đau bụng cấp và dấu hiệu nhiễm trùng huyết, tuy nhiên có thể bị bỏ sót khi khối AXPP rò rỉ chậm. AXPP vỡ có thể đe dọa tính mạng cần phẫu thuật thám sát khẩn cấp.

- Khám:
 - Đau vùng chậu nhiều.
 - Khối u phần phụ 1 hay 2 bên, căng đau.

2. Cận lâm sàng

- **Xét nghiệm:**
 - Bạch cầu, CRP tăng.
 - Siêu âm vùng chậu: có khối u cạnh TC (độ nhạy 75-82%). Siêu âm bụng mỗi 3 ngày và sẽ thưa hơn nếu tình trạng lâm sàng cải thiện (ngày 1, 4, 7).
 - CT hoặc MRI cho những trường hợp chẩn đoán khó: có khối u cạnh TC (độ nhạy CT 78-100%).
- **Xét nghiệm trước sử dụng kháng sinh:** Ure, Creatinin, SGOT, SGPT, ĐMTB, XQ phổi.

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- **Hệ sinh sản:** viêm vùng chậu, UBT, UBT xoắn, UBT vỡ, NXTC thoái hóa, TNTC bội nhiễm, sảy thai nhiễm trùng.
- **Hệ tiêu hóa:** viêm ruột thừa, viêm dạ dày ruột, viêm ruột, hội chứng ruột kích thích, viêm túi thừa, táo bón, viêm túi mật.
- **Hệ tiết niệu:** viêm bàng quang, viêm bể thận, sỏi thận, viêm niệu đạo.

V. BIẾN CHỨNG

- **Áp xe vỡ:** 15% các trường hợp AXPP. Là một tình trạng khẩn cấp đe dọa tính mạng cần phẫu thuật cấp cứu.
- **Nhiễm trùng huyết:** 10-20% các trường hợp AXPP. Có dấu hiệu nhiễm trùng huyết phải can thiệp phẫu thuật ngay.

VI. ĐIỀU TRỊ

A. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA ĐƠN THUẦN: hiệu quả trong 75 - 80% các trường hợp.

1. Tiêu chuẩn điều trị nội

- Tình trạng huyết động ổn định.
- Không có dấu hiệu vỡ AXPP (bụng ngoại khoa, nhiễm trùng huyết).
- Kích thước ổ áp xe < 8 cm.

- Có đáp ứng với liệu pháp KS.
- Chưa mãn kinh.

Lưu ý: Những khối áp xe lớn (≥ 8 cm), có tiền sử phẫu thuật vùng chậu dính nhiều hay mong muốn bảo tồn khả năng sinh sản và tình trạng lâm sàng ổn định có thể điều trị KS đơn thuần.

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

• **Lựa chọn 1**

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

• **Lựa chọn 2**

- Levofloxacin 500mg/100ml truyền TM 1 lần/ngày + Metronidazol 500mg/100ml truyền TM mỗi 8 giờ.
- Hoặc Imipenem-cilastatin 500mg (TM) mỗi 6 giờ.
- Hoặc Piperacillin-Tazobactam 4,5g pha trong 100ml NaCl 0,9% truyền TM mỗi 8 giờ.

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

3. Đánh giá điều trị nội

- Theo dõi sát trong 48-72 giờ đầu.
- Lâm sàng: sinh hiệu, dấu hiệu nhiễm trùng (môi khô, lưỡi đỏ), sốt, đau bụng. (không khám âm đạo nhiều vì có nguy cơ vỡ khối áp xe).
- Cận lâm sàng:
 - Huyết đồ – CRP mỗi ngày trong 72 giờ đầu và ngày 7.
 - Siêu âm bụng mỗi 3 ngày và sẽ thưa hơn nếu tình trạng lâm sàng cải thiện (ngày 1, ngày 4, ngày 7).

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

- Sốt không giảm hay tăng.
- Đau vùng chậu không giảm hay nặng hơn.
- Khối áp xe lớn hơn.
- Bạch cầu trong máu không giảm, hay tăng nhiều hơn.
- Có dấu hiệu nhiễm trùng huyết.

5. Thời gian điều trị

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

B. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

1. Chỉ định

- Khi khối áp xe > 8 cm, áp xe vỡ, viêm phúc mạc toàn thể.
- Nghi ngờ áp xe vùng chậu không phân biệt được với áp xe ruột thừa.
- Điều trị nội khoa sau 48 - 72 giờ không đáp ứng.

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

2. Nguyên tắc phẫu thuật

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

3. Lưu ý

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

I. ĐỊNH NGHĨA KINH NGUYỆT

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

Bảng 1. Đặc điểm kinh nguyệt

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

(Sân Phụ Khoa 2007 – ĐHY Dược Tp HCM)

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

1. Nguyên nhân thực thể

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

2. Nguyên nhân chức năng

- Không rụng trứng (80-90%)

- Quanh có kinh lần đầu: trục hạ đồi – tuyến yên – buồng trứng chưa trưởng thành.
- Quanh mãn kinh: các nang trứng không đáp ứng.
- **Có rụng trứng (10-20%).**
Trên lâm sàng, tùy theo tuổi có các nguyên nhân thường gặp sau.

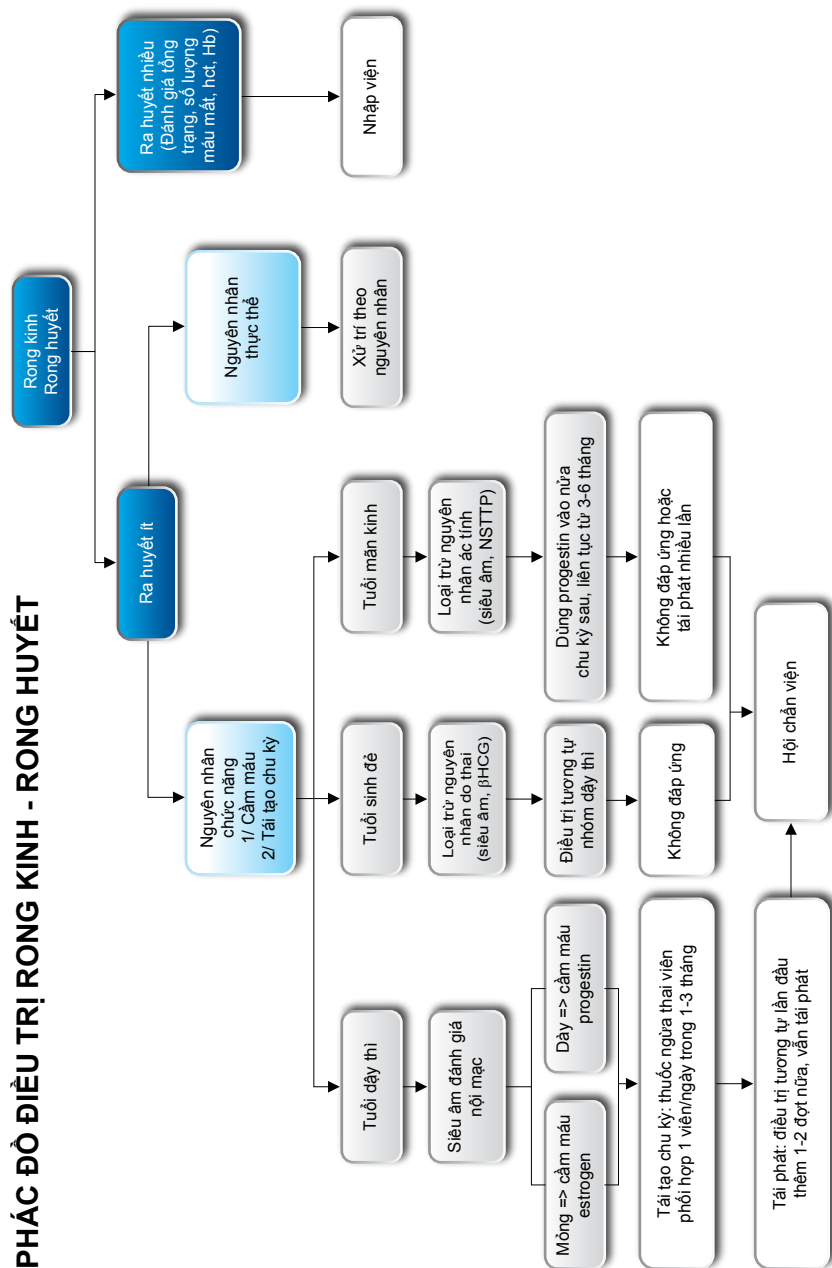
Bảng 3. Các nguyên nhân XHTCBT thường gặp theo tuổi.

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RONG KINH - RONG HUYẾT



I. ĐỊNH NGHĨA - PHÂN LOẠI

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

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

Tăng sinh NMTC gây nên do có sự kích thích của estrogen lên NMTC mà không có tác dụng đối kháng của progesterone. Do đó ta thường gặp tăng sinh NMTC ở các nhóm sau

1. Tuổi dậy thì (do chu kỳ không phóng noãn).

2. Phụ nữ trẻ, tiền MK, quanh MK (do suy giảm progesterone của hoàng thể).

- **Nội sinh:** phụ nữ béo phì, bướu BT sản xuất estrogen, thiếu năng BT, hội chứng BT đa nang.
- **Ngoại sinh:** điều trị nội tiết estrogen đơn thuần.

- Các bệnh lý đi kèm như tiểu đường, cao huyết áp.

3. Hậu mãn kinh

- Điều trị nội tiết estrogen đơn thuần trong thời kỳ hậu MK.
- Cũng có thể do estrogen nội sinh.
- Do thuốc: Tamoxifen.

III. TRIỆU CHỨNG – CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng

Xuất huyết tử cung bất thường, thường đi kèm với đau co thắt vùng bụng dưới.

2. Khám

- Âm đạo có huyết từ buồng TC.
- Có thể phát hiện đi kèm cùng bướu BT, buồng trứng đa nang, tăng sinh tuyến thượng thận.

3. Siêu âm

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

4. Nạo sinh thiết

- Tăng sinh NMTC là chẩn đoán của GPB trên vi thể nên nạo sinh thiết giúp chẩn đoán rõ ràng dạng tăng sinh.
- Tuy vậy, nạo sinh thiết (NST) không phải luôn luôn cho chẩn đoán chính xác. Có một số ung thư NMTC biệt hóa cao không chẩn đoán được qua NST (cùng tồn tại với tăng sinh NMTC không điển hình).

5. Soi BTC

- Có thể thấy những hình ảnh như NMTC dày lên, có những đường viền, rãnh sung huyết, những nhú nội mạc bờ dày không đều. Tăng sinh NMTC có 2 dạng
 - Tăng sinh khu trú.
 - Tăng sinh toàn diện: toàn bộ NMTC dày.
- Soi BTC có thể giúp hướng dẫn việc nạo sinh thiết một cách chính xác.

IV. XỬ TRÍ

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

Mục đích điều trị

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

Lưu ý

- Nhiều loại tăng sinh khác nhau có thể cùng hiện diện ở nội mạc và cùng đi kèm với ung thư NMTC.
- Điều kiện đầu tiên trong điều trị bảo tồn là mẫu nạo sinh thiết đã được lấy cẩn thận không bỏ sót tổn thương.
- Có thể điều trị ở tất cả thời điểm vì điều trị ở giai đoạn sớm tình trạng tăng sinh không điển hình cũng có thể thoái triển.

1. Nhóm trẻ tuổi và chưa mãn kinh

a. Tăng sinh điển hình

- Thuốc ngừa thai phối hợp ít nhất 6 chu kỳ/6 tháng.
- Progestins nên liên tục ít nhất 12 -14 ngày/tháng x 3 – 6 tháng.
 - MPA (Medroxyprogesterone acetate) 10 mg/ ngày.
 - Micronized progesterone 200 mg/ngày.
 - Norethindrone acetate 5-15 mg/ ngày.
 - Depot medroxyprogesterone acetate 150 mg TB mỗi 3 tháng.
 - Đặt dụng cụ TC chứa nội tiết (levonorgestrel) đối với bệnh nhân muốn ngừa thai.
- Sau đó
 - Theo dõi các biểu hiện trở lại bình thường của chu kỳ kinh nguyệt và rụng trứng.
 - Nếu muốn có thai ⇒ kích thích phóng noãn.
 - Sinh thiết NMTC khi có xuất huyết TC bất thường.

b. Tăng sinh không điển hình

- **Bệnh nhân còn muốn sinh**
 - Thuốc ngừa thai phối hợp.
 - Progestins: Megestrol (80-160 mg/ngày), MPA, Depot medroxyprogesterone acetate 150 mg tiêm bắp hoặc vòng tránh thai chứa progestin.
 - Sinh thiết nội mạc tử cung đánh giá điều trị sau 3 tháng, nếu bệnh lý còn tồn tại ⇒ tăng liều cao hơn. Thời gian thoái triển trung bình khi điều trị progestin được ghi nhận khoảng 9 tháng. Nếu bệnh lý vẫn còn tồn tại sau 7-9 tháng điều trị ⇒ tiên lượng điều trị nội khoa thất bại cao (có chỉ định cắt TC).
- **Khi mẫu sinh thiết không còn dấu hiệu bệnh, khuyến bệnh nhân có thai sớm. Nếu chưa muốn có thai cần tiếp tục duy trì điều trị và sinh thiết NMTC mỗi 6-12 tháng.**
- **Cắt tử cung có chỉ định đối với**
 - Bệnh nhân đủ con không muốn sinh thêm.
 - Bệnh nhân không muốn hoặc không thể theo dõi bằng phương pháp nội khoa và sinh thiết nội mạc TC theo lịch hẹn.
 - Xuất huyết tử cung trầm trọng.

2. Nhóm tuổi mãn kinh

a. Tăng sinh điển hình

- Đang điều trị nội tiết thay thế thì chỉ cần ngưng thuốc.
- Có bướu buồng trứng ⇒ phẫu thuật.
- Điều trị progestin liên tục 3 tháng, sau đó sinh thiết nội mạc tử cung đánh giá điều trị ngay khi ngưng thuốc và lập lại sau 6-12 tháng.
- Bệnh nhân còn ra huyết bất thường và kết quả nạo sinh thiết còn tồn tại bệnh ⇒ cắt tử cung.
- BN bị các vấn đề nội khoa nặng không thể phẫu thuật cũng có thể điều trị với Progestins.

b. Tăng sinh không điển hình

- Phương pháp điều trị thích hợp nhất là cắt tử cung.

- Nếu chưa thực hiện được phẫu thuật có thể điều trị progestin liên tục hoặc đặt dụng cụ tử cung chứa progestin sau khi sinh thiết nội mạc tử cung cẩn thận dưới nội soi BTC để loại trừ ung thư nội mạc tử cung.
- Máu sinh thiết cần làm lại sau 3 tháng điều trị và sau đó mỗi 6 -12 tháng.

Các phương pháp khác

- GnRH đồng vận: gây tình trạng mãn kinh giả có hiệu quả với tăng sinh NMTC điển hình sau 6 tháng điều trị nhưng không hiệu quả đối với tăng sinh không điển hình (số liệu còn ít).
- Cắt đốt nội mạc tử cung tăng sinh qua nội soi BTC: ghi nhận thành công khoảng 68-73% trường hợp nhưng còn theo dõi các di chứng lâu dài.
- Danazol cũng được ghi nhận điều trị thành công (khoảng 83% phụ nữ mãn kinh) nhưng tác dụng phụ nhiều.

I. ĐỊNH NGHĨA – PHÂN LOẠI

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

II. CHẨN ĐOÁN

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

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

- Đau vùng chậu (do lạc nội mạc ở cơ tử cung, lạc nội mạc buồng trứng, thai ngoài tử cung, UNBT xoắn, viêm phần phụ).
- Khối u hạ vị (thai, lạc nội mạc ở cơ TC, polyp tử cung, khối u BT, leiomyosarcoma).

III. XỬ TRÍ

1. Mục tiêu điều trị

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

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

- Kích thước và vị trí khối u xơ (to hay nhỏ, dưới niêm mạc, trong cơ hay dưới thanh mạc).
- Triệu chứng kèm theo (chảy máu, đau, chèn ép, vô sinh).
- Tình trạng mãn kinh.
- Nguyên vọng của người bệnh (giá thành, sự thuận lợi, mong muốn bảo tồn TC, tác dụng phụ).
- **Xử trí u xơ tử cung có thể bằng biện pháp theo dõi, điều trị nội khoa hay phẫu thuật.**

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

a/- Progestins

- Lynestrenol 5mg: liều 1viên x 2 lần (uống) / ngày.
- Norethisterone 5mg: liều 1viên x 2 lần (uống) / ngày.
- Dydrogesterone 10-30mg/ ngày.
- Nomegestrol acetate 5mg: liều 1viên (uống) 1 lần/ngày.
- Tùy theo mức độ xuất huyết hoặc nhu cầu có con:
 - Có thể điều trị từ ngày thứ 16 đến 25.
 - Hay từ ngày thứ 5 tới 25 của chu kỳ.
 - Hoặc liên tục, trong 3 - 6 tháng.
- DCTC có nội tiết (levonorgestrel) được sử dụng để giảm bớt thể tích khối u và cường kinh, đồng thời ngừa thai.

- Progestins (chích, cấy..) dùng để điều trị các triệu chứng nhẹ ở những người muốn kết hợp ngừa thai.
- Progestins có thể giảm kích thước nhân xơ nhưng khi ngưng thuốc sẽ to trở lại.

b/- Thuốc ngừa thai phối hợp

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

c/- Chất đồng vận GnRH

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

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

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

• Các loại thuốc GnRH đồng vận

- | | | |
|----------------------|----------------|-------------------------|
| - Triptorelin | 3,75 mg/ tháng | tiêm bắp. |
| - Leuprorelin acetat | 3,75 mg/tháng | tiêm bắp. |
| - Goserelin | 3,6 mg/tháng | tiêm dưới da vùng bụng. |

d/. Các phương pháp điều trị nội khoa khác

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

Có hiệu quả nhưng tác dụng phụ nhiều.

3. Phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật: khi có 1 trong các yếu tố sau

1. UXTC to ≥ 12 tuần có triệu chứng.
2. Xuất huyết tử cung bất thường điều trị nội thất bại.

3. UXTC dưới niêm, rong huyết.
4. Có biến chứng (chèn ép bàng quang, niệu quản).
5. UXTC hoại tử, nhiễm trùng nội thất bại.
6. UXTC to nhanh, nhất là sau mãn kinh.
7. Kết hợp với các bệnh lý khác: K CTC, K NMTC, TS NMTC không điển hình, sa SD.
8. Vô sinh, sảy thai liên tiếp.
9. Khối u vùng hạ vị không phân biệt được với khối u buồng trứng.

Phương pháp phẫu thuật

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

• Bóc nhân xơ

- UXTC ở cơ và dưới thanh mạc ⇒ mở bụng.
- UXTC dưới niêm mạc ⇒ nội soi BTC.
- UXTC thoái hóa sa xuống âm đạo ⇒ cắt đường âm đạo.

• Cắt tử cung toàn phần: người bệnh đã được tư vấn kỹ và đồng ý trước khi phẫu thuật.

• Tắc động mạch tử cung

Chỉ định

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

Chống chỉ định

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

Phương pháp

- Đặt Catheter vào động mạch đùi luồn đến động mạch tử cung, rồi bơm vào chất plastic hay gel tạo đông cục máu làm giảm nuôi dưỡng

u và kết quả giảm kích thước khối u xơ.

- Sau thủ thuật dùng thuốc giảm đau không steroid hoặc Paracetamol, KS dự phòng và theo dõi biến chứng (chảy máu, nhiễm trùng...) BN được xuất viện sau 1 ngày.

- **Nội soi buồng tử cung cắt NXTC dưới niêm mạc**

- Phụ nữ đã có đủ con.
- Điều trị triệu chứng xuất huyết bất thường.

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

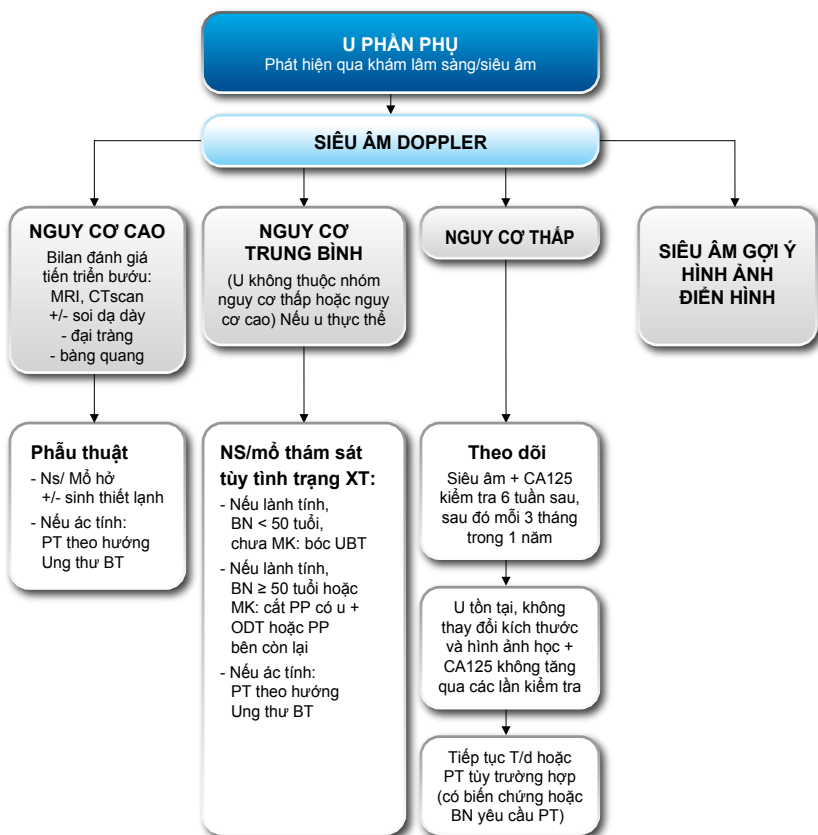
- **Tiền sử:** Bản thân và gia đình: ung thư vú, ung thư đại tràng, ung thư nội mạc tử cung hay ung thư buồng trứng đang điều trị.
- **Bệnh sử**
 - Tình trạng kinh nguyệt: thống kinh, rong kinh, rong huyết.
 - Thời điểm phát hiện bướu buồng trứng.
 - Các triệu chứng liên quan đến bướu buồng trứng: bụng to, nặng bụng
 - Các triệu chứng chèn ép: rối loạn tiêu hóa (bón), tiết niệu (bí tiểu)
- **Thăm khám (phối hợp khám bụng, ngả AĐ và trực tràng):** có khối u, mô tả các đặc tính của u.

2. Cận lâm sàng

- **SA Doppler:** được chỉ định sau khi đã phát hiện bướu buồng trứng bằng siêu âm trắng đen. Siêu âm sẽ mô tả, chẩn đoán và tính nguy cơ ác tính theo khuyến cáo của Hiệp hội siêu âm sản phụ khoa thế giới (ISUOG).
- **MRI:** chỉ định khi cần đánh giá tổn thương xâm lấn vào các cơ quan lân cận.
- **CT scan:** chỉ định khi nghi ngờ ung thư có di căn xa hoặc chống chỉ định với MRI.
- **Dấu ấn sinh học bướu (tumor markers):**
 - CA125: chỉ định thường qui.
 - Các dấu ấn sinh học bướu khác (AFP, CEA, β hCG, HE4, AMH.): chỉ định tùy lâm sàng và cận lâm sàng.

- Các thuật toán ước tính nguy cơ ung thư buồng trứng (ROMA value, RMI): được tham khảo thêm khi cần thiết.

III. XỬ TRÍ



TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

ĐỢT SẤY THAI, SẤY THAI 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ (< 14 TUẦN)

I. PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ ĐỢT SẤY THAI

1. Định nghĩa

- Được gọi là đợt sẩy thai khi có triệu chứng ra máu âm đạo trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.
- Xuất độ xảy ra trong 30-40% thai kỳ.

2. Chẩn đoán

- Triệu chứng cơ năng
 - Bệnh nhân có thai kèm ra máu âm đạo lượng ít, màu đỏ tươi hoặc bầm đen.
 - Có thể có cảm giác trằn bụng dưới, đau âm ỉ vùng hạ vị hoặc đau lưng.
- Khám lâm sàng
 - Cổ tử cung còn dài, đóng kín.
 - Kích thước thân tử cung to tương ứng với tuổi thai.

3. Cận lâm sàng

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

4. Chẩn đoán phân biệt

- TNTC.
- Thai trứng.

5. Xử trí

- Nằm nghỉ, ăn nhẹ, chống táo bón.
- Tư vấn cho người bệnh và gia đình những tiến triển có thể xảy ra, nên tránh lao động nặng, tránh giao hợp ít nhất 2 tuần sau khi hết ra máu âm đạo.
- Thuốc giảm co: Alverine citrate 40 mg uống 2 viên x 2 lần/ngày.
- Progesterone tự nhiên để giảm co thắt tử cung, liều 200 - 400 mg/ngày

(đặt âm đạo hoặc uống), hoặc

- Progesterone tự nhiên tiêm bắp, hoặc
- Dydrogesterone 10 mg 1 viên x 2 lần/ ngày (uống).
- Không nên dùng các loại progesterone tổng hợp vì có khả năng gây dị tật thai nhi, nhất là trong giai đoạn tạo phôi 2 tháng đầu thai kỳ.

II. PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ SẢY THAI

1. Sảy thai khó tránh

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

2. Sảy thai diễn tiến

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

3. Sảy thai không trọn

- Lâm sàng
 - Thường đã có triệu chứng dọa sảy trước đó.

- Đau bụng, ra huyết nhiều hơn.
- Có thể ghi nhận có mảnh mô được tống xuất ra khỏi âm đạo. Sau đó vẫn tiếp tục ra máu âm đạo và còn đau bụng lâm râm.
- Khám âm đạo: CTC còn hé mở hay đóng kín, thân TC còn to hơn bình thường.
- Siêu âm: có thể thấy hình ảnh sót nhau trong buồng tử cung.
- **Xử trí**
 - Kháng sinh (đường uống).
 - Nạo kiểm tra buồng tử cung để lấy phần nhau sót ra. Gửi GPB.
 - Thuốc gò tử cung.
 - Máu ra nhiều phải hồi sức, truyền dịch, truyền máu nếu cần.
- **Cần lưu ý**
 - Sẩy thai nhiễm khuẩn: chỉ nạo sau khi đã điều trị kháng sinh tiêu phổ rộng.
 - Sẩy thai băng huyết, tụt huyết áp: phải hồi sức tích cực, vừa hồi sức vừa nạo.

I. ĐỊNH NGHĨA

Sẩy thai là tình trạng thai kỳ ngừng tiến triển, thai chết và được tổng xuất khỏi buồng tử cung trước 22 tuần hay cân nặng của thai dưới 500g.

Sẩy thai liên tiếp (STLT) là thai nhi bị tổng xuất khỏi buồng tử cung trước 22 tuần, liên tiếp từ 2 lần trở lên.

II. NGUYÊN NHÂN

2 nguyên nhân chính gây sẩy thai liên tiếp đó là bất thường nhiễm sắc thể từ bố mẹ và hội chứng kháng phospholipid.

1. Bất thường nhiễm sắc thể

- 50% - 70% sẩy thai ở TCN I do bất thường NST.
- Nguyên nhân gây sẩy thai liên tiếp do bất thường NST di truyền từ bố mẹ chiếm tỷ lệ khoảng 4%. Nếu các cặp vợ chồng bị sẩy thai liên tiếp trước đó từng có con bị dị tật bẩm sinh thì tỷ lệ bố mẹ bất thường NST tăng lên 27%.

2. Bất thường cấu trúc giải phẫu

- Tử cung dị dạng.
- Dính buồng tử cung (Asherman syndrome).
- U xơ tử cung.
- Lạc nội mạc trong cơ tử cung.
- Hở eo TC: thường sẩy thai to.

3. Nguyên nhân nội tiết

- Suy hoàng thể.
- Rối loạn hormone tuyến giáp.
- Đái tháo đường.
- Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS).
- Tăng prolactin máu.

4. Yếu tố miễn dịch

Hội chứng kháng Phospholipid (Anti Phospholipid Syndrome - APS): Hội chứng APS được đề cập lần đầu năm 1983, là tình trạng bệnh lý liên quan tắc mạch, sẩy thai liên tiếp và đi kèm giảm tiểu cầu, tăng kháng thể kháng phospholipids (aPL). Ngày nay, APS là bệnh hệ thống, có tác động đến các cơ quan và các mô trong cơ thể.

5. Rối loạn đông máu

6. Nhiễm khuẩn: Một số tác nhân thường được đề cập đến là lao, TORCH, Chlamydia, giang mai. Trong đó, CMV là loại virus được đề cập nhiều nhất trong các tác nhân gây SLTL.

7. Môi trường: Thuốc lá, rượu, cà phê, hóa chất, chất độc, tia xạ.

8. Không rõ nguyên nhân: Khoảng 50% STLT không tìm được nguyên nhân

III. TIẾP CẬN MỘT TRƯỜNG HỢP STLT

1. Khai thác tiền sử

- Tuổi vợ, chồng.
- Lối sống (rượu, thuốc lá, cà phê, stress...).
- Tiền căn bệnh lý nội khoa.
- Tiền căn gia đình (chậm phát triển trí tuệ, sẩy thai, bệnh lý tắc mạch...).
- Chi tiết lần sẩy thai trước:
 - Tuổi thai? Có tim thai? Có động thai?
 - Sản phụ đã làm gì trong thời gian sẩy thai đó.
 - Chẩn đoán và các khảo sát về các lần ST trước đó.
 - Đã điều trị gì?

2. Lâm sàng

- Khám tổng quát (loại trừ bệnh lý nội khoa tiềm ẩn bên dưới), BMI
- Khám và siêu âm phụ khoa (+/- SA bơm nước, soi buồng TC):
 - UXTC.
 - Hở eo TC.
 - Dính buồng TC không hoàn toàn.
 - Dị dạng tử cung: tử cung đôi, TC một sừng, TC nhi hóa.

- Các phương tiện khảo sát:
 - Siêu âm, siêu âm bơm nước.
 - HSG.
 - Nội soi buồng TC.
 - MRI.

3. Cận lâm sàng

- Huyết đồ và nhóm máu 2 vợ chồng.
- XN nội tiết:
 - LH, FSH, Progesteron.
 - TSH, FT4, TPO antibodies.
 - Prolactin (PRL) máu: bình thường ≤ 20 ng/ml.
 - Tăng nhẹ: PRL 30- 50 ng/ml: phát triển nang noãn kém.
 - Tăng trung bình: PRL 50- 100 ng/ml: kinh thưa, mất kinh.
 - Tăng nặng: PRL >100 ng/ml.
 - Đường huyết, HbA1C.
- XN virus: TORCH, giang mai,...
- Nhiễm sắc thể (karyotype) 2 vợ chồng, Microdeletion, gene.
- Kháng thể kháng phospholipid.
 - aCL: antiCardioLipin antibody (Độ nhạy: 87%; độ đặc hiệu: 54%).
 - LA: Lupus Anticoagulant antibody: Nhạy cảm với các trường hợp có tiền sử bị huyết khối.
 - 2-Gpl: Anti beta 2 Glycoprotein I (Độ nhạy 54%, độ đặc hiệu: 98%).
- Các yếu tố đông máu.

IV. ĐIỀU TRỊ: Điều trị tùy theo nguyên nhân gây sảy thai liên tiếp.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ PHÒNG BỆNH

Tiền lượng và phòng sảy thai cho lần có thai sau tùy thuộc vào nguyên nhân gây sảy thai liên tiếp.

- Với thiếu hụt nội tiết: chủ động bổ sung nội tiết ngay khi bệnh nhân có thai.
- Với hở eo tử cung: khâu vòng cổ tử cung chủ động ở lần có thai sau.

- Khi mẹ bị APS: dùng aspirin (acetyl salicylic acid) liều thấp trước khi có thai, dùng thuốc chống đông khi bệnh nhân có thai.
- Chủ động điều trị các bệnh lý toàn thân của mẹ (nếu có).
- Với nguyên nhân do rối loạn nhiễm sắc thể: nên tư vấn về di truyền xem có nên có thai nữa không.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

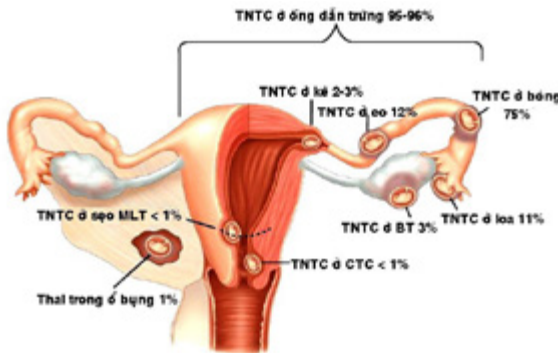
1. Bài giảng Sản phụ khoa tập I (2011), Nhà xuất bản Y học.
2. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe (2009), Bộ Y tế.
3. Novak's Textbook of Obstetrics, 14th edition.
4. Williams Obstetrics, 22nd edition.
5. Recurrent Pregnancy loss Causes, Controversies and Treatment Informa, 2007.
6. Gilad Twig et al. Anti Phospho Lipid Syndrome- pathophysiology. Recurrent Pregnancy Loss- Cause, Controversies and Treatment. Informa Health Care, 2007: 107-114.

I. ĐỊNH NGHĨA

Thai ở sọ mỗ lấy thai (TOSMLT) là một dạng thai ngoài tử cung do thai làm tổ trong vết sẹo mỗ trên cơ tử cung.

II. XUẤT ĐỘ

- Xuất độ: 1/1.800 – 1/2.500 tổng số sinh. Độ xuất hiện đã có khuynh hướng tăng dần.
- TOSMLT chiếm tỉ lệ < 1% các trường hợp TNTC.



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

Hình 1. Các vị trí thai ngoài tử cung

III. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Tiền căn mổ lấy thai.
- Tiền căn phẫu thuật trên cơ tử cung: bóc nhân xơ, may tái tạo tử cung.
- Thai ngoài tử cung.
- Thụ tinh trong ống nghiệm.

IV. CHẨN ĐOÁN

Phát hiện sớm thai ở sẹo MLT giúp điều trị bảo tồn khả năng sinh sản.

1. Lâm sàng

- **Tam chứng cổ điển**
 - Trễ kinh
 - Ra huyết âm đạo bất thường (33-44%)
 - Đau bụng (25%)

Khoảng 50% bệnh nhân không có triệu chứng, chỉ phát hiện qua siêu âm.

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

2. Cận lâm sàng

- **Siêu âm ngả âm đạo kết hợp với Doppler**
 - Túi thai nằm giữa bàng quang và phần trước đoạn eo tử cung, lớp cơ tử cung giữa bàng quang và túi thai không có hay rất mỏng (1-3mm).
 - Với siêu âm 3D Doppler có phình mạch máu quanh túi thai, có hình ảnh mất liên tục của vách trước tử cung trên mặt cắt ngang qua túi ối.
 - Buồng tử cung không có hình ảnh túi thai.
 - Kênh cổ tử cung không có hình ảnh túi thai.

Điểm quan trọng của chẩn đoán chính xác giúp tránh sai sót khi nhầm với thai trong tử cung và can thiệp với nong nạo dẫn đến xuất huyết ồ ạt cần phẫu thuật khẩn cấp.

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

3. Chẩn đoán phân biệt

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

Bảng 1. Chẩn đoán TNTC ở cổ TC

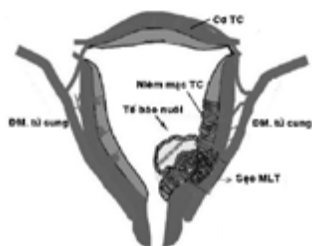
Tiêu chuẩn lâm sàng	Tiêu chuẩn siêu âm
1. TC nhỏ CTC phình to. 2. Lỗ trong CTC không nở to. 3. Nạo NMTC không có mô nhau. 4. Lỗ ngoài CTC mở to hơn sẩy thai	1. Buồng TC trống chỉ có túi thai giả 2. NMTC giả màng rụng dày 3. Cấu trúc thành TC lan tỏa 4. TC hình đồng hồ cát 5. CTC phình to 6. Có túi thai trong kênh TC 7. Có mô nhau tại CTC trong 8. Lỗ trong CTC đóng kín
<i>Hofmann HHM, Urdl W, Hoßler H, et al. Cervical pregnancy: case reports and current concepts in diagnosis and treatment. Arch Gynecol Obstet 1987</i>	

- U nguyên bào nuôi (hiếm).

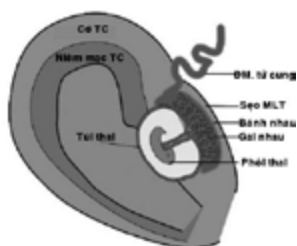
V. DIỄN TIẾN

Thai ở sẹ MLT diễn tiến thành 2 loại:

- **Loại I:** túi thai phát triển hướng vào trong eo tử cung hay buồng tử cung, có thể tiến triển đến sinh sống, nhưng có nguy cơ xuất huyết ổ ạt nhau bám (Hình 2)
- **Loại II:** túi thai cắm sâu trong khe hở sẹ MLT và tiến triển gây vỡ tử cung trong 3 tháng đầu và xuất huyết ổ ạt nguy hiểm tính mạng (Hình 3).



Hình 2.
Thai phát triển vào buồng TC



Hình 3. Túi thai bám sâu trong sẹ MLT, gây vỡ TC sớm

VI. ĐIỀU TRỊ

Khuynh hướng hiện nay là điều trị bảo tồn nội khoa và can thiệp ngoại khoa tối thiểu nhằm kết thúc thai kỳ sớm, nhờ đó tránh phải phẫu thuật lớn và bảo tồn khả năng sinh sản.

A. Nguyên tắc điều trị

- Hủy thai tại sọ MLT.
- Bảo tồn khả năng sinh sản (nếu đủ điều kiện).
- Tùy theo mức độ khẩn cấp của diễn tiến bệnh mà có biện pháp điều trị phù hợp.
 - Nếu xuất huyết ồ ạt: cần can thiệp phẫu thuật cấp cứu, có khả năng phải cắt TC để cầm máu.
 - Nếu tình trạng ổn định, không xuất huyết hay lượng ít: có nhiều phương pháp điều trị.
- **Không được can thiệp ban đầu bằng nong và nạo vì nguy cơ xuất huyết ồ ạt.**

Điều trị ban đầu với MTX tại chỗ kết hợp với toàn thân cho kết quả tốt hơn.

B. Điều trị nội khoa

1. Điều trị với methotrexate (MTX)

- **Chỉ định:** các trường hợp thai < 14 tuần, huyết động ổn định và không chống chỉ định dùng MTX.
 - Thai lưu ≤ 8 tuần, β hCG tăng: tiêm MTX 50mg (TB).
 - Thai chưa có tim thai: dưới hướng dẫn siêu âm ngả âm đạo hút trọn phôi thai, hút hết nước ối và tiêm MTX 25 mg quanh túi thai và 25 mg TB (tổng liều 50mg/m² diện tích thân thể).
 - Thai có hoạt động tim thai: hủy thai bằng hút trọn phôi thai (thai < 9 tuần) hoặc hút mô buồng tim thai (thai > 9 tuần) hoặc tiêm MTX 25 mg (hoặc KCl) vào tim thai, phối hợp MTX 25 mg tiêm vị trí bánh nhau. Sau 60-90 phút siêu âm kiểm tra xác định đã mất tim thai và xem có xuất huyết tại chỗ, tiêm bắp 25 mg MTX (tổng liều 75 mg MTX).
- **Chống chỉ định điều trị MTX** (xem bài phác đồ điều trị TNTC).
- **Bilan xét nghiệm trước điều trị bằng MTX** (xem bài phác đồ điều trị TNTC).
- **Sau thủ thuật** cần KS, co TC, cầm máu:

- Kháng sinh: Ceftriaxon 1g 1 lọ x2 tiêm tĩnh mạch 2 ngày, sau đó chuyển qua Cephalosporin thế hệ 3 Cefixim phối hợp với Metronidazole 250mg 2 viên (uống) x 2 lần/ngày trong 7 ngày.
- Thuốc hỗ trợ:
 - Oxytocin 5 đơn vị (TB 2 lần/ngày đến khi xuất viện).
 - Thuốc cầm máu: Acid Tranexamic 500 mg 1 viên (uống) x 2 lần/ngày trong 5 ngày.
- Hướng dẫn BN hạn chế vận động, nên nằm nghỉ.
- **Tiêu chuẩn điều trị ngoại trú.** Có đầy đủ tiêu chuẩn sau:
 - Lâm sàng ổn định, không đau bụng, hết ra huyết âm đạo.
 - Kích thước khối thai < 5cm.
 - β hCG giảm trên > 30% so với β hCG trước thủ thuật.
 - Giảm tăng sinh mạch máu.
 - Có khả năng theo dõi và BN tuân thủ theo dõi, có thể đến BV nhanh chóng khi có chảy máu.
- **Theo dõi ngoại trú cần lưu ý**
 - Theo dõi: β HCG và SA Doppler.
 - + β hCG: giảm > 15%: theo dõi mỗi tuần trong 3 tuần liên tiếp, sau đó mỗi tháng đến khi β hCG âm tính. Nếu giảm < 15% : nhập viện MTX liều 2 (1mg/1 kg).
 - + Siêu âm: khối thai và tăng sinh mạch máu mỗi tuần/3 tuần $\Rightarrow$ mỗi tháng đến khi: kích thước túi thai không quan sát được và chỉ số tưới máu giảm. Đường kính khối thai:
 - o < 5-7cm: theo dõi đến khi không còn.
 - o > 7cm hoặc khối thai tăng: nhập viện phối hợp tắc động mạch tử cung chọn lọc nuôi khối thai hay phẫu thuật tùy từng trường hợp cụ thể.
 - o Nếu tăng sinh mạch máu nhiều: nhập viện phối hợp tắc động mạch tử cung chọn lọc.
- **Tư vấn**
 - Không được vận động mạnh, không quan hệ tình dục, hạn chế đi lại cho đến khi khối thai ở sẹo MLT bị tiêu hoàn toàn.

- Nhập viện ngay khi có chảy máu trung bình – nhiều, β hCG tăng, thể tích khối thai tăng hay có gia tăng tuổi máu.
- **Thận trọng trong thăm khám, chăm sóc:** thăm khám nhẹ nhàng, nếu mạnh tay có nguy cơ làm vỡ và xuất huyết ổ ạt cần phẫu thuật cấp cứu.

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

C. Điều trị ngoại khoa

- **Nong nạo**
 - Chỉ định: một số ít trường hợp β hCG < 2.000 mUI/ml sau khi điều trị MTX, chảy máu khối thai rút ra hoặc khối thai không giảm kích thước.
 - Nong nạo không nên là điều trị đầu tiên vì có nguy cơ thủng tử cung và xuất huyết ổ ạt cần phẫu thuật cấp cứu cắt tử cung.
 - Cần tư vấn nguy cơ thủng tử cung, tổn thương bàng quang niệu quản phải chuyển phẫu thuật nếu cần thiết, chuẩn bị máu, dịch truyền trước thủ thuật.
 - Kỹ thuật: sử dụng Karman 1 van, đặt vị trí ống hút số 6 hay số 8 phía trên vết mổ cũ, hút nhẹ nhàng (tránh hút ngay vết mổ cũ vì nguy cơ tổn thương VMC vốn rất mỏng và nhau đã xâm lấn nhiều), hút vừa đủ mô (mục tiêu là giảm thể tích khối thai không cố gắng lấy hết toàn bộ).
 - Khi có chảy máu trung bình - nhiều: đặt bóng chèn bơm 20-30cc nước muối sinh lý có hiệu quả cầm máu. Cần đặt thông tiểu duy trì cùng bóng chèn. Rút bóng chèn và thông tiểu sau 12-24 giờ.
- **Phẫu thuật**
 - Chỉ định: khi có 1 trong 3 yếu tố:
 - + Tuổi thai ≥ 14 tuần
 - + > 40 tuổi và không có nguyện vọng sinh sản.
 - + Huyết động không ổn định, xuất huyết nhiều có choáng hay không
 - PT thường khó khăn vì khối nhau có thể xâm lấn bàng quang. Cần tư vấn nguy cơ tổn thương bàng quang niệu quản. Chuẩn bị máu, dịch truyền trước phẫu thuật.

- PT mở bụng cắt bỏ khối thai và bảo tồn nếu được, nếu không cắt tử cung hoàn toàn. PT phải được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

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

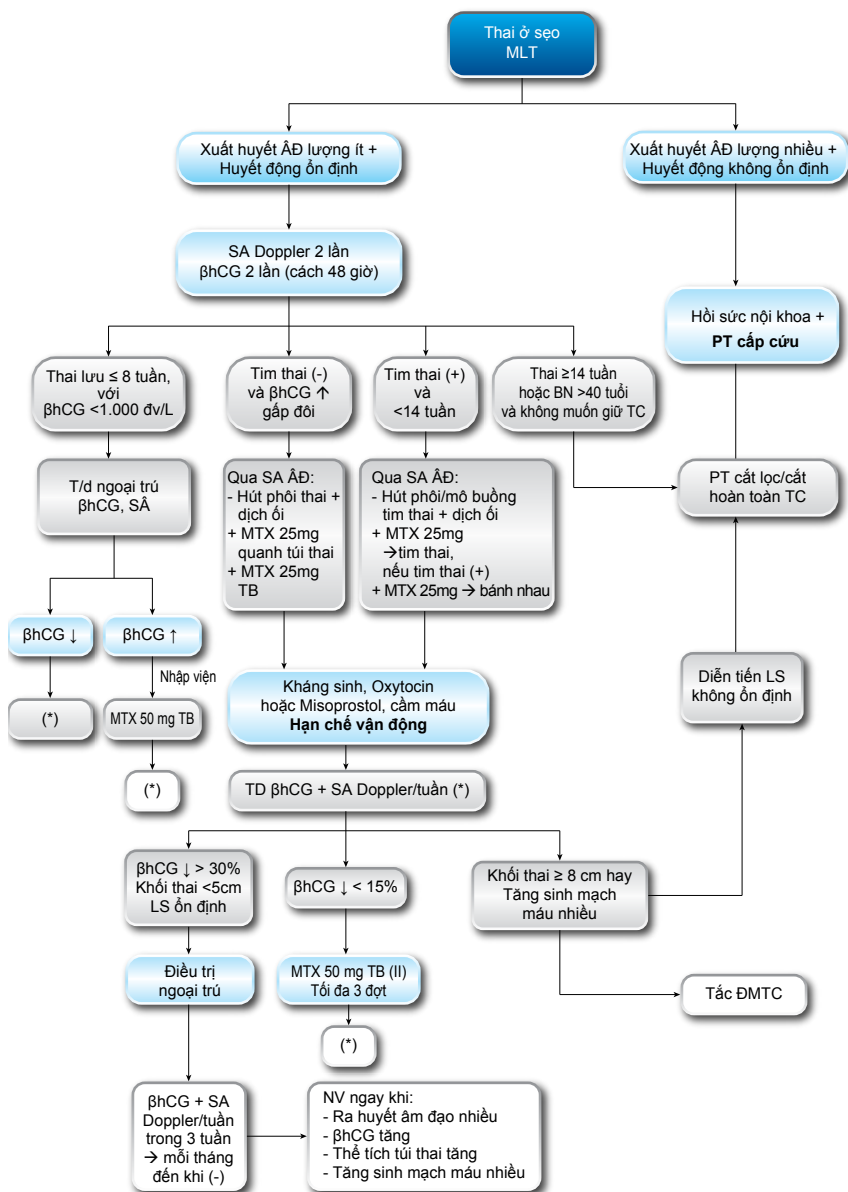
- **MTX tại chỗ + toàn thân và nong nạo:** Nong nạo chỉ áp dụng cho các trường hợp ổn định, $\beta\text{HCG} < 2.000\text{UI/l}$ có chảy máu và khối thai rút ra.
- **MTX tại chỗ/toàn thân + tắc động mạch tử cung:** Có hiệu quả cao trong các trường hợp khối thai to có nhiều mạch máu. Đặc biệt cho các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

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

- Ngừa thai ít nhất 12 tới 24 tháng, không sử dụng DCTC.
- Ở thai kỳ sau: mổ lấy thai chủ động khi thai đủ trưởng thành.

VII. TAI BIẾN THEO PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

- MTX tiêm bắp (62,1%).
- Nong và nạo (61,9%).
- Truyền tắc ĐMTC (46,9%).
- Soi buồng tử cung (18,4%).
- MTX tại chỗ/vào thai + toàn thân (9,7%).



(*): Theo dõi ngoại trú

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Larsen JV, Solomon MH: Pregnancy in a uterine scar sacculus—an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report. *S Afr Med J* 53(4):142, 1978
2. Graesslin O, Dedecker F Jr., Quereux C, Gabriel R. Conservative treatment of ectopic pregnancy in a cesarean scar. *Obstet Gynecol* 2005; 105:869–871.
3. <http://www.jultrasoundmed.org/search?author1=Ron+Maymon&sortspec=date&submit=Submit>
4. Maymon, et al; Fertility performance and obstetric outcomes among women with previous cesarean scar pregnancy, *J. Ultrasound Med.* 2011;30:1179-1184.
5. Timor-Tritsch. Early placenta accreta and cesarean section scar pregnancy: a review. *Am J Obstet Gynecol* 2012.
6. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21:220–227.
7. Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006; 107:1373–1381.
8. Ash A, Smith A, Maxwell D. Caesarean scar pregnancy. *BJOG* 2007; 114:253–263.
9. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL. Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 23:247–253.
10. Fylstra DL, Pound-Chang T, Miller MG, Cooper A, Miller KM. Ectopic pregnancy within a cesarean delivery scar: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:302–304.
11. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, et al. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207:44.e1–13.
12. Shih JC, Cesarean scar pregnancy: diagnosis with three-dimensional (3D) ultrasound and 3D power Doppler ultrasound. *Obstet Gynecol*, 2004, 23, 306–307.

13. Williams Obstetrics, 23ed 2010, Ch10. Ectopic Pregnancy
14. Salomon LJ, Fernandez H, Chauveaud A, Doumerc S and Frydman R, Successful management of a heterotopic caesarean scar pregnancy: potassium chloride injection with preservation of the intrauterine gestation: case report. Hum Reprod, 2003, 18, 189–191.
15. Howe RS. Third-trimester uterine rupture following hysteroscopic uterine perforation. Obstet Gynecol 1993; 81:827–829.
16. Vial Y, Petignat P, Hohlfield P. Pregnancy in a cesarean scar. Ultrasound Obstet Gynecol 2000; 16:592–593.http://www.jultrasoundmed.org/external-ref?access_num=11169360&link_type=MED
17. Godin PA, Bassil S and Donnez J, An ectopic pregnancy developing in a previous caesarian section scar. Fertil Steril, 1997, 67, 398–400.
18. Timor-Tritsch. Early placenta accreta and cesarean section scar pregnancy: a review. Am J Obstet Gynecol 2012.

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

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

III. β -HCG TRONG THAI KỲ VÀ CHẨN ĐOÁN TNTC

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

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

IV. β HCG TRONG THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ TNTC _____

1. Theo dõi

- Thoái triển tự nhiên
 - 88% TNTC β hCG < 1000mUI/mL.
 - 60% TNTC β hCG < 2000mUI/mL.
 - 25% TNTC β hCG > 2000mUI/mL.
- Tiên lượng thoái triển tự nhiên
 - Tỷ số β hCG 48g / β -hCG 0g < 0,87 (độ nhạy 92,7%, độ đặc hiệu 96,7%).
 - Progesterone < 5ng/ml (68% thành công).
 - SA lượng dịch cùng đồ < 100 ml, không rõ vị trí thai .

- TNTC với huyết động ổn định.
- TNTC vỡ vẫn có thể xảy ra ngay khi β hCG và progesterone thấp hoặc đang giảm $\Rightarrow$ theo dõi đến β hCG < 5mUI/mL.
- 29% TNTC có β hCG < 100mUI/mL bị vỡ.

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

1. Chỉ định điều trị MTX đơn liều

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

2. Chỉ định điều trị MTX đa liều

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

3. Chống chỉ định điều trị nội khoa

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

4. Bilan xét nghiệm trước điều trị bằng MTX

- Huyết đồ, nhóm máu, Rhesus.

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

5. Phác đồ sử dụng MTX đơn liều

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

6. Phác đồ sử dụng MTX đa liều

- Phác đồ đa liều cố định
 - N 1, 3, 5, 7: MTX 50 mg /m² bề mặt da (BSA) hay 1mg/1 kg
 - N 2, 4, 6, 8: Folinic Acid 0,1mg/kg.
- Theo dõi
 - N 1, 4, 7: β hCG.
 - Nếu β hCG giảm < 15 % từ N4 – N7 $\Rightarrow$ liều MTX thứ 2
 - Nếu β hCG giảm > 15 % từ N4 – N7 $\Rightarrow$ β hCG mỗi tuần đến khi < 5 mUI /ml.
 - N 14: β hCG
 - Nếu β hCG giảm < 15 % từ N7 – N 14 $\Rightarrow$ liều MTX thứ 3
 - Nếu β hCG giảm > 15 % từ N7 – N14 $\Rightarrow$ β hCG mỗi tuần đến khi < 5 mUI / ml.

- **N21 và N28:** Nếu sau 3 liều MTX mà β hCG giảm < 15 % $\Rightarrow$ chỉ định nội soi ổ bụng.
- **Phác đồ đa liều thay đổi**
 - **N1:** β hCG, MTX 50 mg /m² bề mặt da (BSA) hay 1mg/1 kg.
 - **N2:** Folinic Acid 0,1mg/kg.
 - **N3:** β hCG, so với N1.
 - Nếu giảm < 15%, MTX
 - Nếu giảm > 15%, theo dõi β hCG mỗi tuần đến khi < 5mUI/mL.
 - **N4:** Folinic Acid 0,1mg/kg, nếu điều trị MTX N3.
 - **N5:** β hCG, so với N3.
 - Nếu giảm < 15%, MTX
 - Nếu giảm > 15%, theo dõi β hCG mỗi tuần đến khi < 5mUI/mL.
 - **N6:** Folinic Acid 0,1mg/kg, nếu điều trị MTX N5.
 - **N7:** β hCG, so với N5.
 - Nếu giảm < 15%, MTX
 - Nếu giảm > 15%, theo dõi β hCG mỗi tuần đến khi < 5mUI/mL.
 - **N8:** Folinic Acid 0,1mg/kg, nếu điều trị MTX N7.

VI. TIỀN LƯỢNG ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ NỘI TNTC

• Bảng điểm Fernandez (1991)

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

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

• **Bảng điểm Elito (1999)**

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

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

VII. THEO DÕI TRONG ĐIỀU TRỊ

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

1. Đau

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

2. β hCG

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

3. Khối máu tụ

- 56 % khối TNTC có tăng kích thước sau điều trị MTX.
- Sẽ có thể có khối cạnh TC ngay khi β HCG < 5mIU/ml, và mất đi sau 3 – 6 tháng.
- Sự tăng kích thước khối thai không được xem là thất bại của điều trị nội khoa.

4. Chỉ định can thiệp ngoại khoa ngay khi

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

Cắt TV nếu

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

5. Sốt nhau sau PT bảo tồn tại vôi

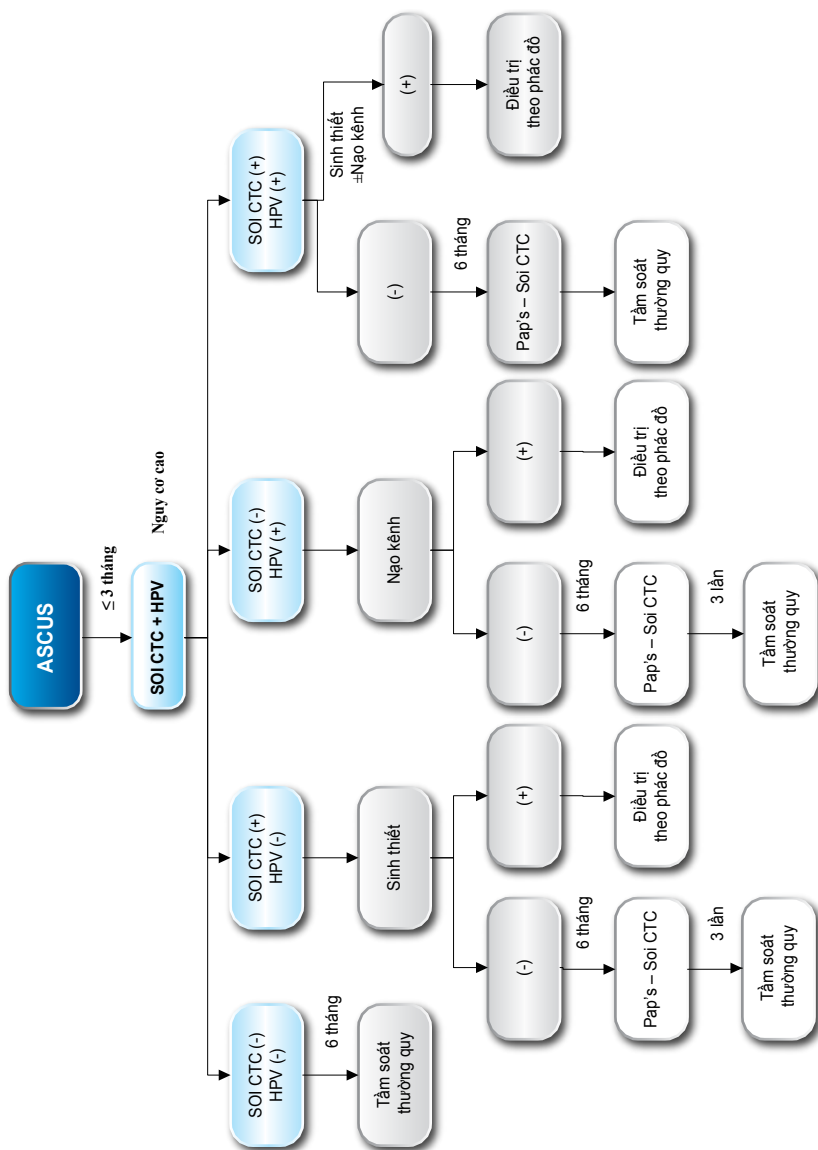
- 5 -20% sốt nhau sau điều trị bảo tồn.
- Nghi ngờ sốt nhau / khối thai, nếu β -hCG sau mổ.
 - $\downarrow < 15\%$ 48g sau hCG khởi điểm trước mổ No.
 - $\downarrow$ theo đường bình nguyên.
 - $\uparrow$ trở lại từ N7.

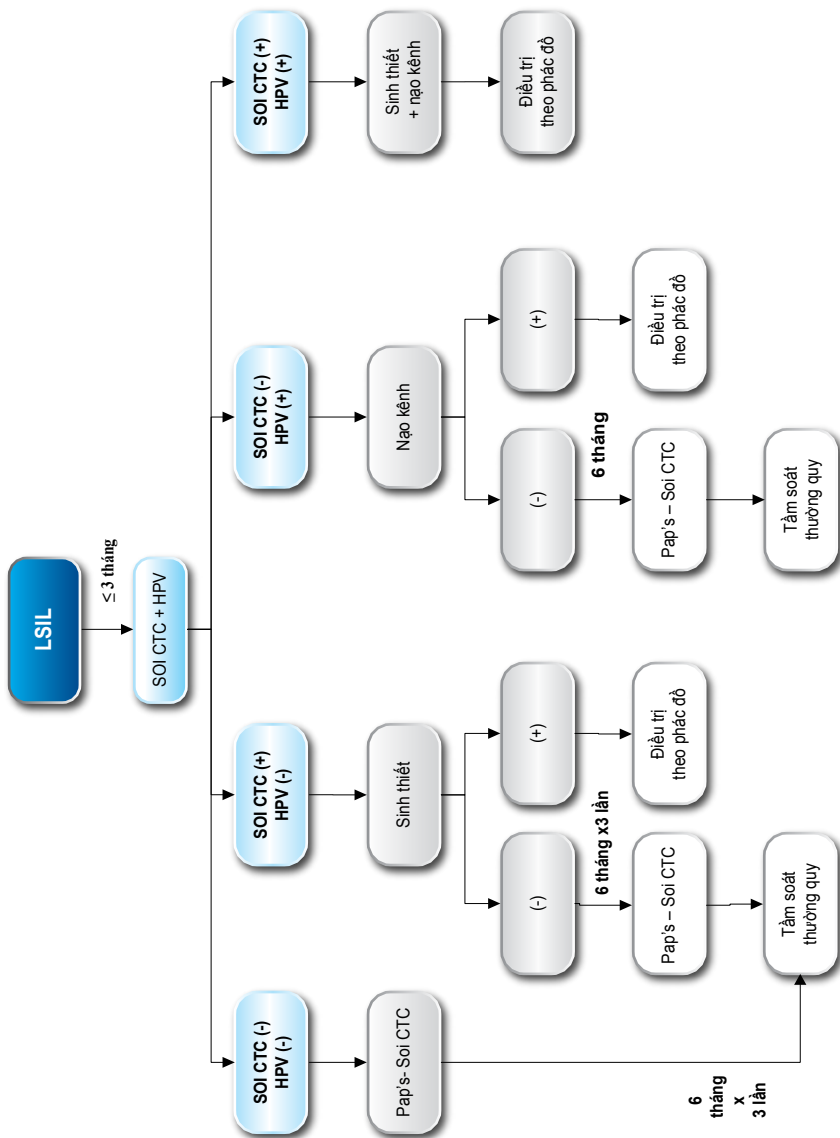
→ **Điều trị theo phác đồ MTX**

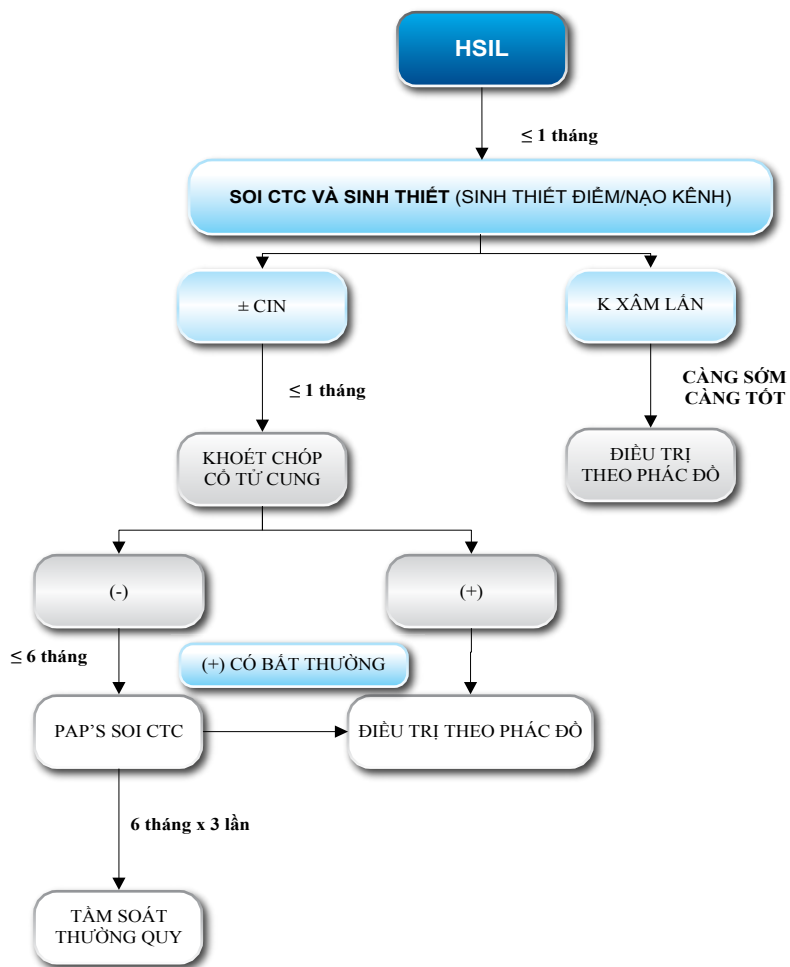
TÀI LIỆU THAM KHẢO

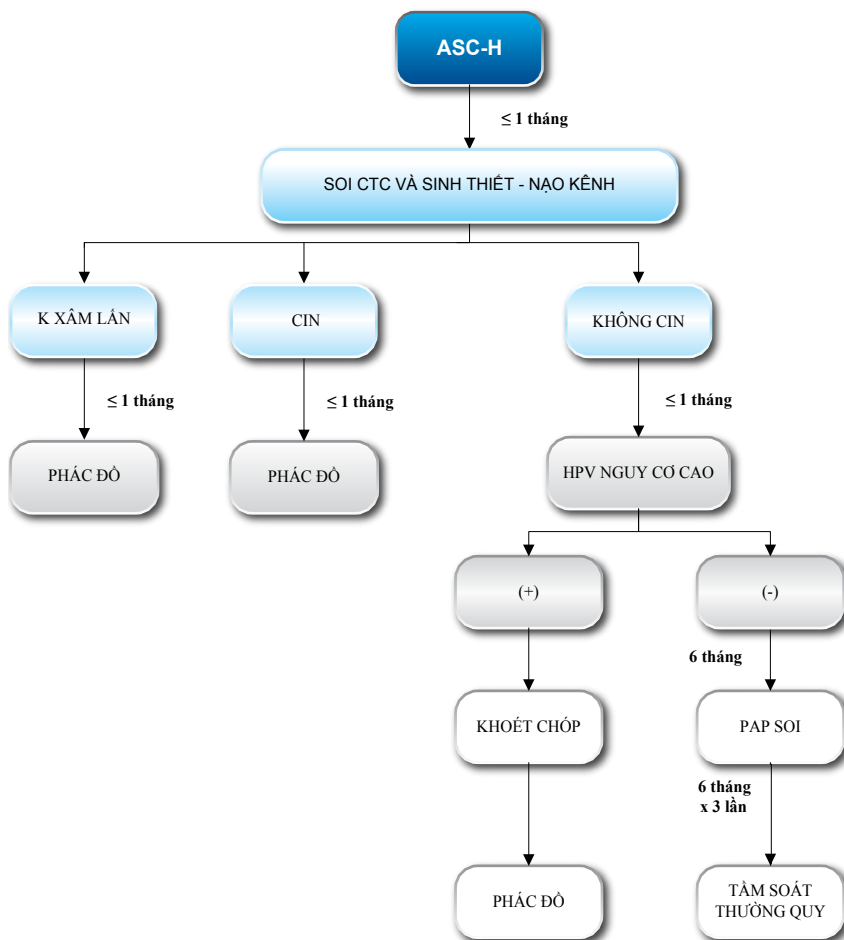
1. Togas Tulandi, Incidence, risk factors, and pathology of ectopic pregnancy. Jun 2011, UpToDate 19.3.
2. Togas Tulandi, Clinical manifestations, diagnosis, and management of ectopic pregnancy. Jun 2011, UpToDate 19.3.
3. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Medical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

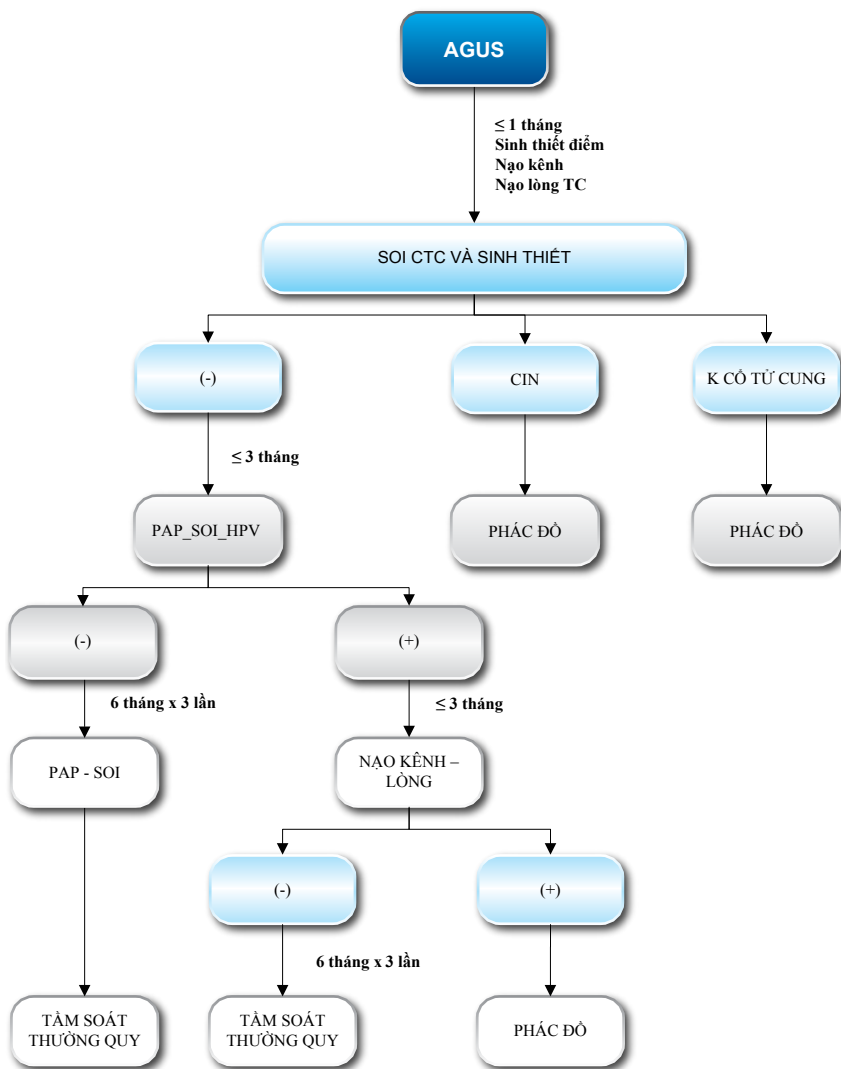
XỬ TRÍ PAP'S BẤT THƯỜNG VÀ TÂN SINH TRONG BIỂU MÔ CỔ TỬ CUNG

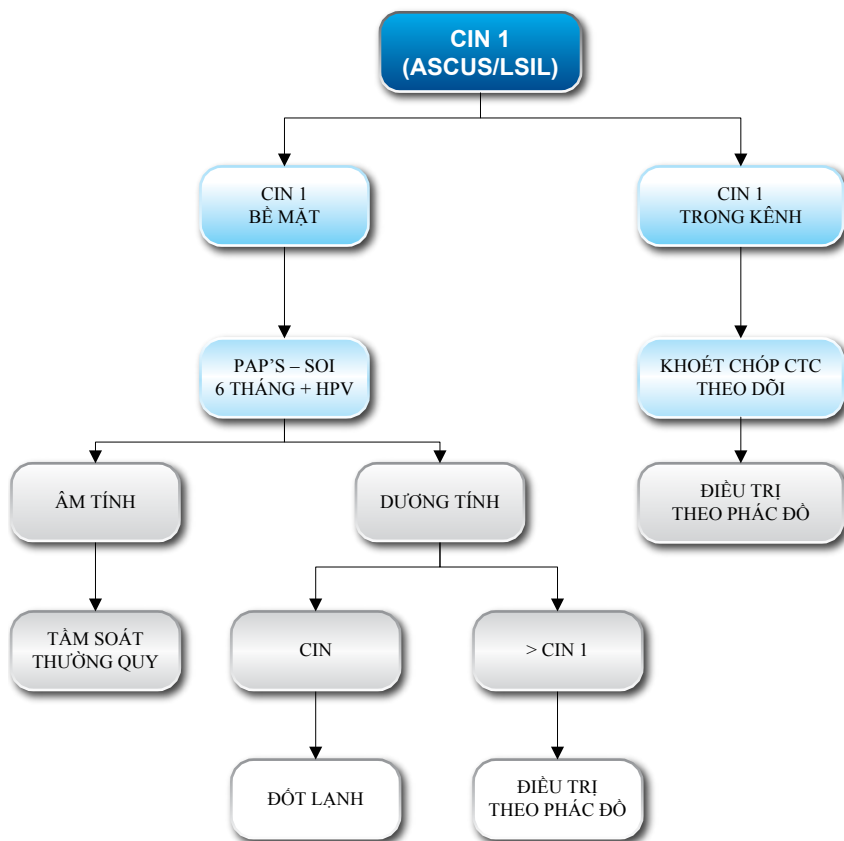


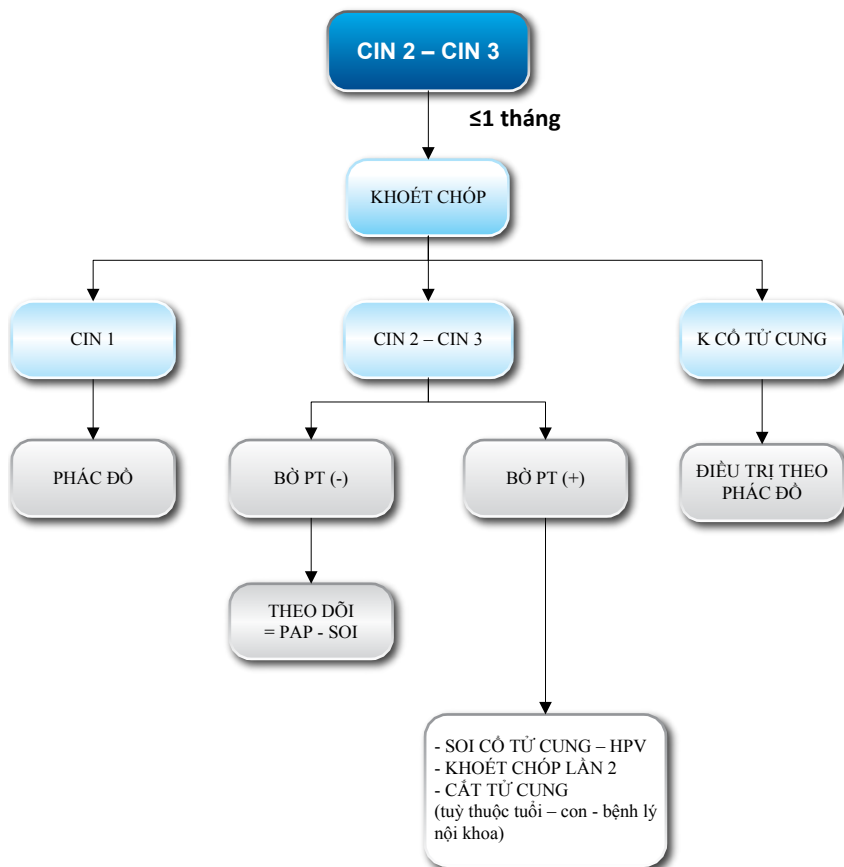


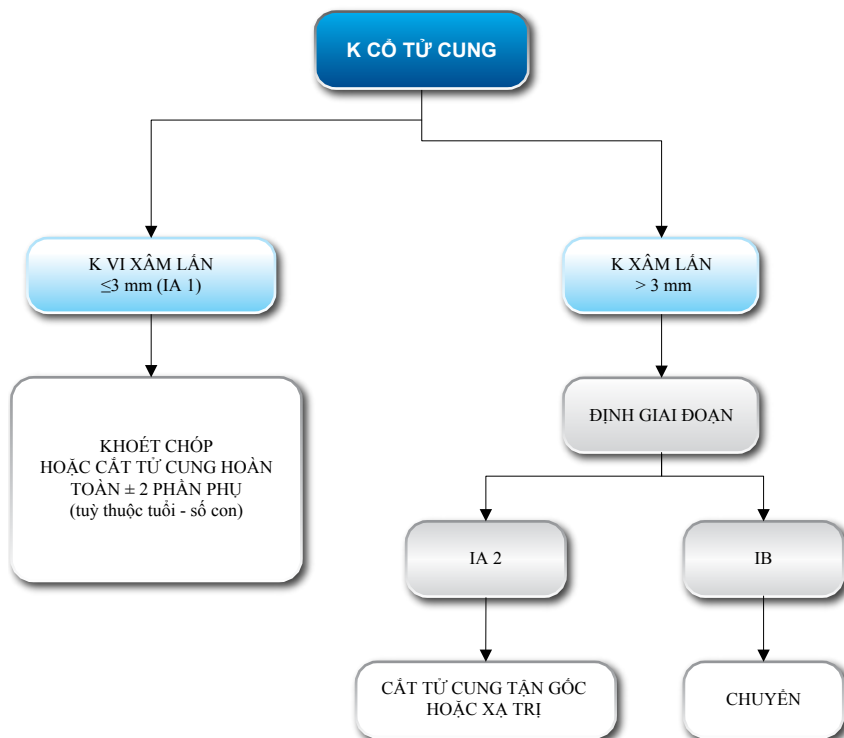


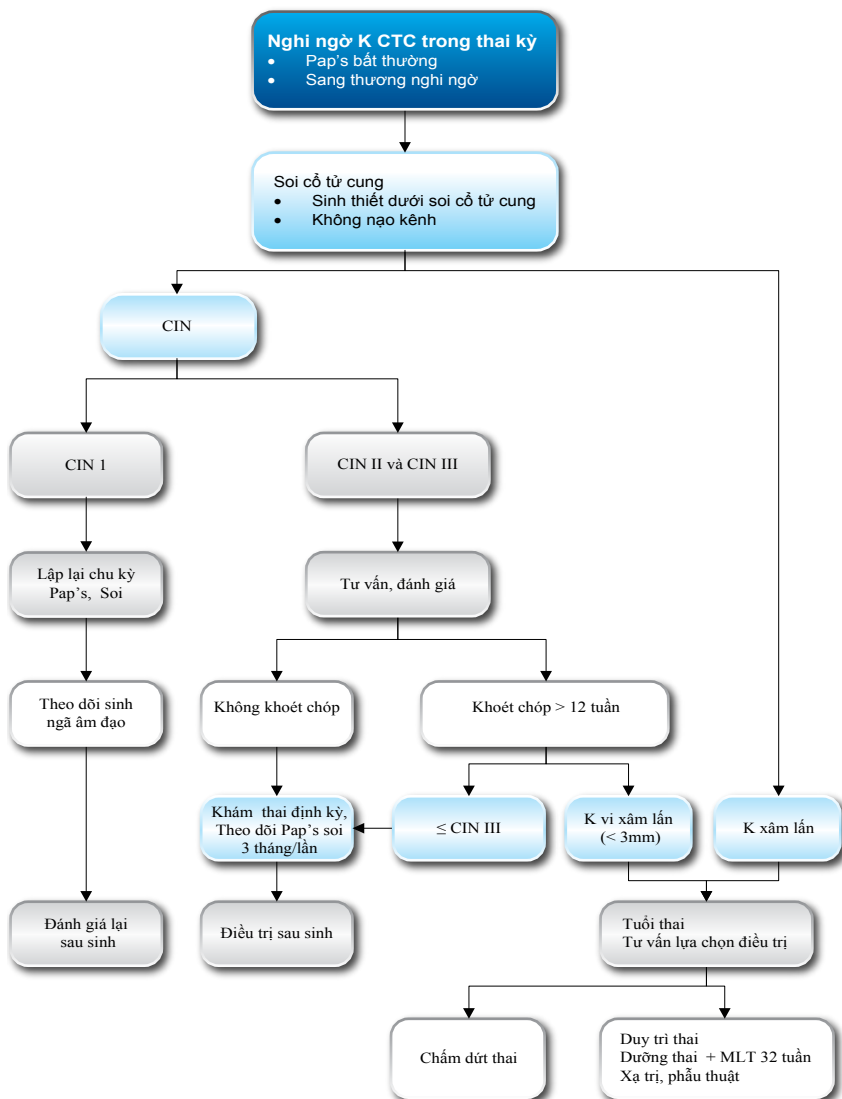












I. TIỀN MÃN KINH

1. Định nghĩa

- Là giai đoạn kéo dài khoảng 2-5 năm trước khi mãn kinh.
- Đây là giai đoạn đặc trưng của sự suy giảm hoặc thiếu Progesteron, FSH và LH tăng.
- Hậu quả của những chu kỳ không rụng trứng và cơ chế phản hồi ngược âm đưa đến tình trạng cường estrogen tương đối.

2. Lâm sàng

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

3. Cận lâm sàng

Đo lường nội tiết không có ý nghĩa.

4. Điều trị

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

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

- Thuốc ngừa thai thế hệ mới 20mcg Ethinyl Estradiol và 1mg Desogestrel thích hợp cho những trường hợp có triệu chứng lâm sàng nặng. Có thể sử dụng thuốc ngừa thai cho đến khi mãn kinh ở những phụ nữ không có nguy cơ tim mạch, nhưng tối đa là đến 50 tuổi phải đổi sang nội tiết thay thế.
- Progestins: Được dùng trong 10 ngày mỗi tháng để gây ra kinh khi ngưng thuốc.

II. MẮN KINH

1. Định nghĩa

- Mất kinh liên tiếp 12 tháng.

2. Lâm sàng

- Xảy ra êm đềm hoặc có xáo trộn: bốc hỏa, chóng mặt, nhức đầu, rối loạn tâm lý, mệt mỏi, tê đầu chi, tăng cân.
- Hoặc không xuất huyết TC sau khi ngưng điều trị Progestogen ở những trường hợp RLTMK.

3. Điều trị

- **Mục đích:** ĐT các triệu chứng than phiền.
- **Chỉ định**
 - Triệu chứng vận mạch nhẹ.
 - Thay đổi lối sống: tập thể dục, yoga, thư giãn.
 - Điều trị nội tiết.
 - Vitamin E, thuốc bổ.
 - Khẩu phần ăn có đậu nành & chế phẩm estrogen thực vật.
 - Khẩu phần ăn cá ít thịt, nhiều rau quả tươi.
- **Chống chỉ định tuyệt đối**
 - K sinh dục phụ thuộc estrogen: vú, NMTC.
 - Thuyên tắc mạch đang diễn tiến.
 - Bệnh lý gan, nhất là gan mật đang diễn tiến.
- **Chống chỉ định tương đối**
 - Rối loạn mãn tính chức năng gan.
 - THA không kiểm soát.
 - Tiền căn thuyên tắc mạch.
 - Tiểu porphyrine cấp từng hồi.
 - Tiểu đường không kiểm soát được.
- **Tác dụng phụ của estrogen thay thế**
 - Xuất huyết âm đạo.
 - Tăng cân, giữ nước, buồn nôn, đau vú, thay đổi tính khí.
 - Tăng sinh NMTC, K.NMTC, xuất huyết AD bất thường.

- K vú: estrogen trị liệu làm bộc lộ K vú chưa biểu hiện $\Rightarrow$ tăng xuất độ K vú.
- **Thời gian sử dụng**
 - HRT nên dùng ở liều thấp nhất & thời gian ngắn nhất có thể trong DT trước MK, nên bắt đầu điều trị sớm trước khi mãn kinh thật sự.
 - Không nên dùng sau 60 tuổi.
- **Lựa chọn thuốc**
 - Chọn thành phần Estrogen: Nên chọn loại tự nhiên.
 - Nên bổ sung progestin ≥ 10 ngày/ tháng.

Các loại HRT trên thị trường Việt Nam

- Estradiol valerate 2mg (Climen)
Cyproteron acetate 1mg
- Estradiol valerate 2mg (Cyclo-Progynova)
Norgestrel 0.5mg
- Tibolone 2.5mg (Livial)
- Estradiol 2mg (Pausogest)
Norethisteron acetate 1mg
- Estradiol valerate 2mg (Progyluton)
Norgestrel 0.5mg
- Estradiol valerate 2mg (Progynova)



I. ĐỊNH NGHĨA

- Sa các tạng trong vùng chậu (POP = pelvic organ prolapse), là sự tụt xuống của TC, BQ, TrTr, thành trước, thành sau ÂmĐ... ra khỏi vị trí giải phẫu bình thường, do sự tổn thương và suy yếu các cấu trúc cân cơ và dây chằng nâng đỡ tại sàn chậu.
- Hệ thống nâng đỡ các cơ quan trong tiểu khung:
 - Hệ thống nâng đỡ: cơ nâng HM và cơ nông của sàn hội âm.
 - Hệ thống treo: dây chằng mu niệu đạo, mạc mu CTC, dây chằng TC cùng, dây chằng ngang CTC, cân Halban, cân TrTr-ÂĐ.
 - Hệ thống định hướng: dây chằng tròn, dây chằng rộng.

• Phân loại và phân độ sa tạng vùng chậu [1-5]

Vị trí giải phẫu so với thành Âm Đ	Tạng chậu sa và phân loại			XN cần thiết
Thành trước (ngăn trước)	Sa BQ: trung tâm, bên, kết hợp		Sa NĐ	Niệu động học
Vòm âm đạo (ngăn giữa)	Túi sa RN: trước, sau	Sa TC	Sa MC	MRI động ± Niệu động học
Thành sau (ngăn sau)	Túi sa TrTr: cao, giữa, thấp	Sa trực tràng Khối lỏng trong TrTr-HM		MRI động ± Niệu động học
Tổn thương nút SC	Tổn thương cơ thắt trong và ngoài HM			Siêu âm 3D cơ thắt HM ngả TrTr

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

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

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

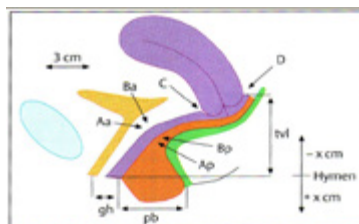
- Ngăn trước (sa BQ, sa niệu đạo).
- Ngăn giữa (sa RN, CTC – TC, vòm ÂĐ nếu đã cắt TC).
- Ngăn sau (sa trực tràng).

b. Thể hiện một bệnh nhân có thể sa một hay nhiều các thành phần nêu trên, quyết định điều trị tương ứng theo nguyên tắc phục hồi theo mỗi cấu trúc bị ảnh hưởng.

c. Phân độ sa tạng chậu khách quan, chính xác giúp theo dõi và đánh giá hiệu quả điều trị do dùng thước đo và thể hiện ra đơn vị cm.

• **Qui ước: có 9 mốc cần đo**

- Đơn vị cm, BN ở tư thế SPK, đầu cao 45°, rặn trong quá trình đánh giá.
- Dụng cụ: van ÂĐ, thước đo, kẹp tim, pozzi.
- Điểm cố định: Aa, Ap cách NĐ, mép màng trinh 3cm.
- Điểm thay đổi: Ba, Bp là điểm phồng ra xa nhất của đoạn ÂĐ từ Aa, Ap đến túi cùng trước và sau khi BN rặn ± hỗ trợ kéo CTC ra bằng pozzi hoặc kẹp tim.
- Cùng đo: C, D (được tính nếu còn TC).
- Gh: Khe niệu dục.
- Pb: thể sàn chậu (nút sàn chậu).
- Tvl: chiều dài ÂĐ.
- Trên/dưới mép màng trinh đánh dấu -/+ trước số đo.



• **Phân độ**

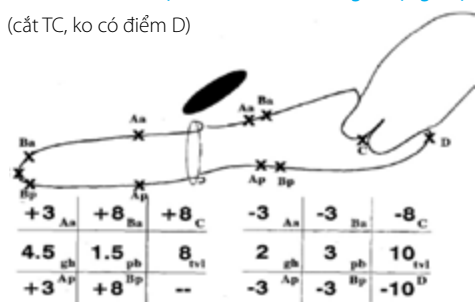
- **Độ 0:** không sa tạng chậu.
+ Aa, Ba, Ap, Bp: 3cm nằm trên màng trinh.
Điểm C hay D: $tvL - 2cm < C, D \leq tvL$.
- **Độ I:** $B > 1cm$ trên màng trinh.
- **Độ II:** B trong khoảng $\pm 1cm$ trên dưới màng trinh.
- **Độ III:** $B > 1cm$ dưới màng trinh đến $< tvL - 2cm$.
- **Độ IV:** sa toàn bộ, $B \geq (tvL - 2)cm$.

Trình bày POP-Q theo sơ đồ

B: Sa BQ-TC-TrTr độ IV

A: Không sa tạng chậu

(cắt TC, ko có điểm D)



II. XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN VÀ CHUYÊN BIỆT [6-13]

1. XNTP thường qui (như các bệnh lý phụ khoa khác), lưu ý

- Phát hiện và điều trị các yếu tố nguy cơ có thể ảnh hưởng kết quả PT (đang có viêm âm đạo, nhiễm trùng tiểu, tiểu đường, thiếu máu,...)
- Loại bỏ bệnh lý phụ khoa (rong cường kinh, rong huyết), bệnh lý CTC, TC, PP để quyết định có cắt TC không
- Siêu âm bụng tổng quát khi BN có chỉ định mổ hoặc nghi ngờ thận chướng nước do khối sa chèn ép gây bế tắc đường ra đường tiểu dưới.

2. Bilan niệu động học

- Thường qui với bệnh nhân có bệnh lý các tạng chậu thuộc ngăn trước:
 - Tiểu không kiểm soát khi gắng sức (TKSKGS), sa BQ.
 - Hướng dẫn chỉ định điều trị đối với sa BQ và niệu đạo.
 - Đối chiếu KQ điều trị trước - sau mổ đối với sa thành trước АД.
- Ở BN có bệnh lý các tạng chậu thuộc ngăn giữa và dưới, cần làm niệu động học khi BN có triệu chứng rối loạn chức năng đường tiểu dưới hoặc khi nghi ngờ khối sa chèn ép lên BQ và cổ BQ.

3. Chụp MRI động (Defecography)

Khảo sát toàn bộ cấu trúc sàn chậu cùng các tạng chậu kèm động học tổng phân.

- Mặc dù kết quả chụp trên MRI động là tiêu chuẩn vàng và là bằng chứng khách quan về phân loại và phân độ các tạng chậu bị sa nhưng cần cân nhắc chỉ định cần thiết chụp do giá thành cao.

- MRI động cần thiết trong trường hợp BN bị rối loạn chức năng đường tiêu hóa dưới điều trị nội thất bại hoặc bị nặng, kéo dài như: tiêu gấp, tiêu không kiểm soát, táo bón hoặc khi BN bị sa các tạng thuộc tầng giữa và dưới từ độ 3 mà chúng ta không thể đánh giá hết được các tạng thuộc hai tầng này bằng khám lâm sàng.

4. Siêu âm 3D ngả TrTr

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

5. Đo áp lực ống HM, cơ thắt HM

Chẩn đoán rối loạn chức năng đường tiêu hóa dưới như: tiêu gấp, tiêu không kiểm soát, táo bón. Đánh giá hiệu quả tập vật lý phục hồi sàn chậu.

6. Đo điện cơ tăng sinh môn

Có giá trị trong đánh giá cải thiện chức năng các nhóm cơ sàn chậu. Đánh giá hiệu quả tập vật lý phục hồi sàn chậu.

III. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng theo phân loại và phân độ POP-Q và các xét nghiệm cận lâm sàng, từ đó đưa ra chẩn đoán

- Sa tạng nào.
- Số lượng tạng bị sa .
- Độ sa của tạng đó.
- Có Rối loạn tiết niệu kèm theo không (TKKSKGS, Tiểu tồn lưu, Bí tiểu, Tiểu không kiểm soát hỗn hợp ...).
- Có RL đi cầu kèm theo không.
- Vẽ mô tả phân loại và phân độ sa tạng vùng chậu.

Ví dụ chẩn đoán: sa tử cung độ 3, sa bàng quang độ 2, sa trực tràng độ 2, tiểu không kiểm soát khi gắng sức, tổn thương mất nút sàn chậu, rách cơ thắt HM diện rộng, táo bón.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nội khoa [14-26]

a. Chỉ định

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

b. Điều trị

- Thay đổi thói quen, sinh hoạt phù hợp.
- Sử dụng nội tiết estrogen tại chỗ (dạng viên đặt âm đạo hay creme bôi thoa).
- Tập vật lý trị liệu phục hồi sàn chậu: tự tập, tập với máy tập sàn chậu, kích thích điện cơ sàn chậu.
- Vòng nâng BQ, TC, TrTr ngả âm đạo và điều trị TKKSKGS [19].

2. Ngoại khoa

a. Nguyên tắc

- Phục hồi lại các cấu trúc và chức năng sinh lý cơ quan bị sa của sàn chậu.
- Chỉ định cắt TC khi có bệnh lý tại CTC, TC. Nếu như CTC bình thường và BN có điều kiện theo dõi CTC định kỳ thì nên cắt TC bán phần, giữ lại CTC để tránh phá vỡ cấu trúc nâng đỡ quan trọng của sàn chậu (vai trò của vòng xơ quanh CTC) làm phương tiện cố định các hệ thống nâng đỡ được phục hồi trong PT như mảnh ghép, may phục hồi bằng chỉ không tan.

b. Lựa chọn phương pháp PT tùy thuộc

- Cơ quan bị sa, mức độ sa, có thay đổi chức năng sinh lý sàn chậu.
- Tuổi.
- Tình trạng kinh tế, lối sống.
- Tình trạng sức khỏe người bệnh.
- Điều kiện trang thiết bị hiện có.
- Khả năng và sở trường của PTV.
- Nhu cầu của người bệnh sau khi được tư vấn điều trị cận kề.

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 yếu cầu được PT sau khi đã được đánh giá tư vấn đầy đủ.

4. Các phương pháp PT [27-46]

a. Sa thành trước

- Sa BQ: Nâng bàng quang bằng mảnh ghép tổng hợp polypropylene, may phục hồi cân ngang BQ-CTC qua ngã ÂĐ/NS ổ bụng/mổ hở (repaire of paravaginal defect) khi sa BQ bên < độ 2, may gấp nếp cân BQ-CTC khi sa BQ thể trung tâm < độ 2.
- Niệu đạo: đặt sling dưới niệu đạo (đặt TOT, mini sling hoặc TVT trong trường hợp TKKSKGS nặng nghi do suy cơ thắt niệu đạo với nghiệm pháp Bonney (-), thất bại với TOT trước đó). PT Burch NS/mổ bụng hở trường hợp không thực hiện được hoặc thất bại ≥ 2 lần PT đặt sling dưới niệu đạo.

b. Sa thành sau

- Sa trực tràng: Nâng trực tràng bằng mảnh ghép tổng hợp polypropylene mesh (cố định vào dây chằng cùng gai hoặc cơ nâng hậu môn và nút sàn chậu), may phục hồi cân trực tràng âm đạo bằng chỉ tan hay không tan.
- Khâu phục hồi cơ nâng hậu môn.
- Tái tạo, tạo hình nút sàn chậu $\pm$ sử dụng mảnh ghép.

c. Sa TC, móm cắt

- Cố định TC/MC vào móm 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 móm cắt.

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

PT đặt mảnh ghép tổng hợp là PT ưu thế trong việc đạt hiệu quả giải phẫu ngay sau mổ và giữ cho hiệu quả PT kéo dài hơn, giảm tỷ lệ tái phát

so với PT cắt TC hoặc may gấp nếp AĐ sửa hội âm kinh điển.

• **Mảnh ghép được chỉ định trong trường hợp**

- Sa tạng chậu nặng từ độ 3, sa tái phát, sa mồm 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.

• **Chọn lựa PT điều trị sa tạng chậu ngả ÂĐ hay ngả bụng.**

a. **Chỉ định PT ngả ÂĐ khi**

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

- BN béo phì ($BMI \geq 30\text{kg/m}^2$).
- Tiền sử thất bại với các PT treo TC ngả bụng.

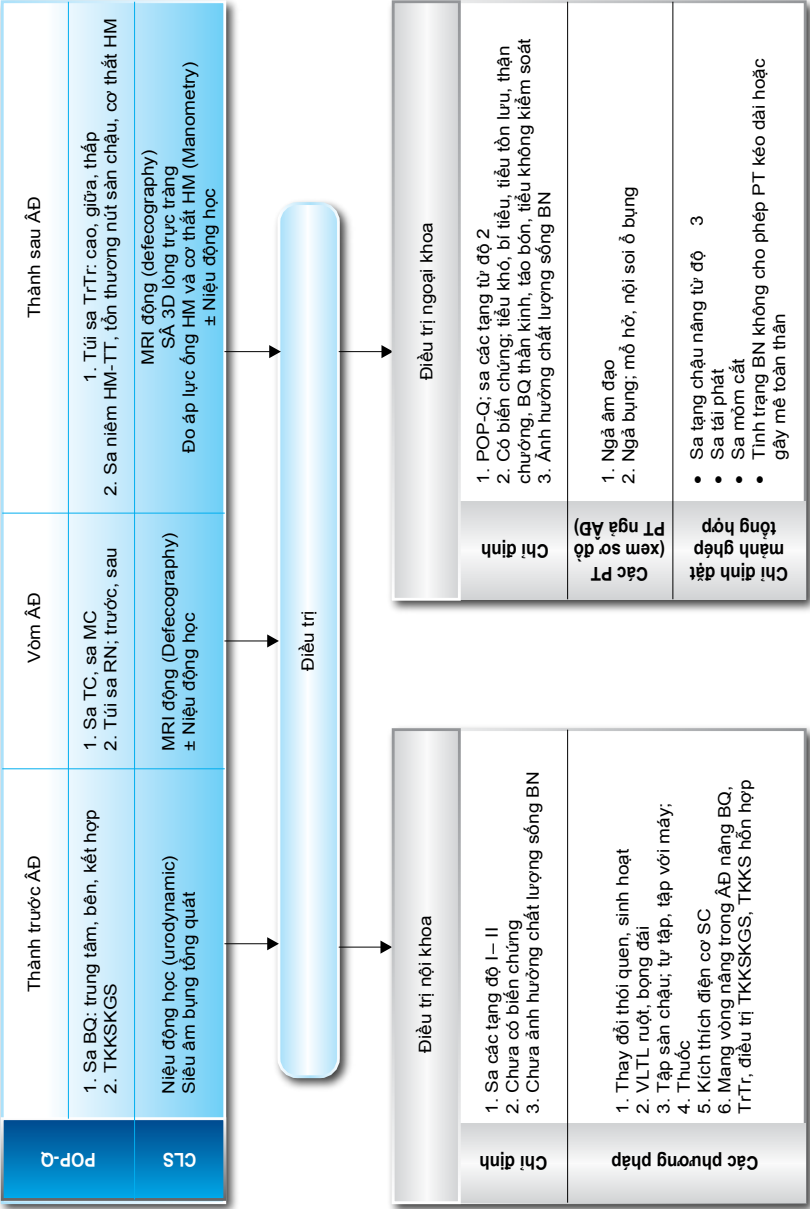
b. Chỉ định PT ngả bụng khi

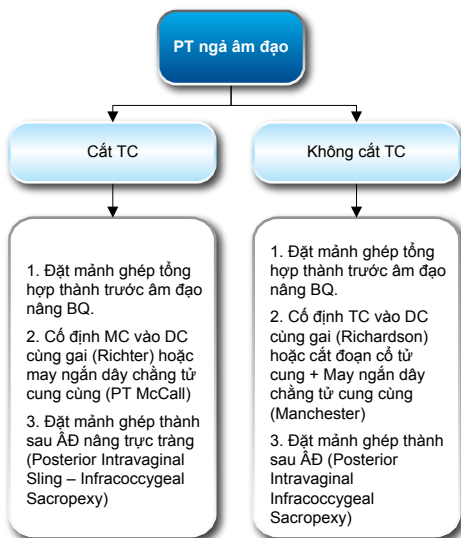
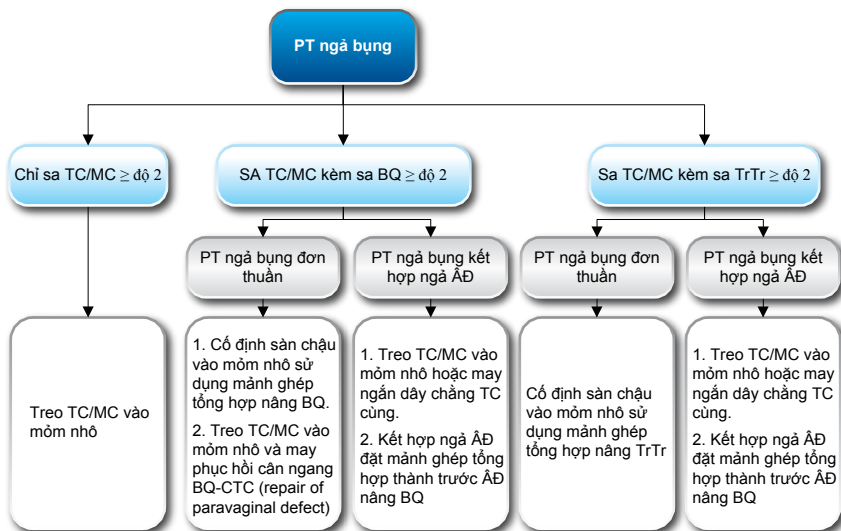
- BN trẻ ≤ 60 tuổi hoặc BN ≤ 70 tuổi mong muốn PT ngả bụng.
- Sa TC/MC độ 3-4, sa lộn toàn bộ thành trước sau ÂĐ cần PT cố định TC/MC/sàn chậu vào móm nhô.
- Thất bại với PT điều trị sa tạng chậu ngả ÂĐ trước đó.

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

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

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





TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. G.Willy Davila, Section I: Concept of the Pelvic Floor as a Unit, in Pelvic Floor Dysfunction. A Multidisciplinary Approach. 2006, Springer. p. 3-6.
2. Whitcomb, E.L., et al., Prevalence of Defecatory Dysfunction in Women With and Without Pelvic Floor Disorders. 2009. p. 179-187 10.1097/SPV.0b013e3181b12e01.
3. Haylen, B.T., et al., An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourology and Urodynamics, 2010. 29(1): p. 4-20.
4. Chao, F., et al., Does pre-operative traction on the cervix approximate intra-operative uterine prolapse? A randomised controlled trial. International Urogynecology Journal, 2012: p. 1-6.
5. Cecilia, K.W., Clinical Approach and Office Evaluation of the Patient with Pelvic Floor Dysfunction. Obstetrics and gynecology clinics of North America, 2009. 36(3): p. 445-462.
6. Messelink, B., et al., Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. Neurourol Urodyn, 2005. 24(4): p. 374-80.
7. Colaiacomo, M.C., et al., Dynamic MR Imaging of the Pelvic Floor: a Pictorial Review1. 2009. p. e35.
8. Niccoló Faccioli, et al., Defecography: a practical approach. Diagnostic and Interventional Radiology, 2010. 16: p. 209-216.
9. Blaivas, J., et al. Atlas of Urodynamics. 2008; Available from: <http://public.eblib.com/EBLPublic/PublicView.do?ptID=320043>.
10. Denoya, P. and D.R. Sands, Anorectal physiologic evaluation of constipation. Clin Colon Rectal Surg, 2008. 21(2): p. 114-21.
11. Bharucha, A.E., Anorectal Disorders, in Pathophysiology of the Enteric Nervous System. 2008, Blackwell Publishing Ltd. p. 161-175.
12. Tejada Cabrera, M., A. Lopez Cano, and A. Munoz Benvenuty, Anal incontinence: evaluation of the anal sphincter by endoscopic ultrasound. Rev Esp Enferm Dig, 2005. 97(5): p. 375-6.
13. G. Vignoli, Advanced diagnostic testing for female pelvic floor dysfunctions. UROGYNAECOLOGIA INTERNATIONAL JOURNAL, 2009. 23(1): p. 5-43.
14. 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.
15. 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.
16. RICHARD REID, Recto enterocele repair : past problems and new horizons. Pelvip erineology - A multidisciplinary pelvic floor journal, March, 2007. 26(1).
17. Abdool, Z., et al., Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. International Urogynecology Journal, 2011. 22(3): p. 273-278.
18. Cundiff, G.W., et al., The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. Am J Obstet Gynecol, 2007. 196(4): p. 405 e1-8.

19. Lamers, B., B. Broekman, and A. Milani, Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. *International Urogynecology Journal*, 2011. 22(6): p. 637-644.
20. Bo, K., Overview of physical therapy for pelvic floor dysfunction, in *Physical therapy for pelvic floor dysfunction*. 2007.
21. Shah, S., A. Sultan, and R. Thakar, The history and evolution of pessaries for pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal*, 2006. 17(2): p. 170-175.
22. Fernando, R.J., et al., Effect of Vaginal Pessaries on Symptoms Associated With Pelvic Organ Prolapse. 2006. p. 93-99 10.1097/01.AOG.0000222903.38684.cc.
23. Kapoor, D., et al., Conservative versus surgical management of prolapse: what dictates patient choice? *International Urogynecology Journal*, 2009. 20(10): p. 1157-1161.
24. Bo & Berghmans & Morkved & Van Kampe, Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor. 1st ed. 27 Jul 2007: Bridging Science and Clinical Practice. CHURCHILL LIVINGSTONE. 456.
25. Viera, A.J. and M. Larkins-Pettigrew, Practical use of the pessary. *Am Fam Physician*, 2000. 61(9): p. 2719-26, 2729.
26. Farrell, S.A., Pessaries in clinical practice. 2006, London: Springer. 98.
27. Maher, C., et al., Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010(4): p. CD004014.
28. Dietz, V., S. Koops, and C. van der Vaart, Vaginal surgery for uterine descent; which options do we have? A review of the literature. *International Urogynecology Journal*, 2009. 20(3): p. 349-356.
29. Uzoma, A. and K.A. Farag, Vaginal Vault Prolapse. *Obstetrics and Gynecology International*, 2009. 2009.
30. Diwan, A., C.R. Rardin, and N. Kohli, Uterine preservation during surgery for uterovaginal prolapse: a review. *International Urogynecology Journal*, 2004. 15(4): p. 286-292.
31. Moore, R.D. and J.R. Miklos, Vaginal repair of cystocele with anterior wall mesh via transobturator route: efficacy and complications with up to 3-year followup. *Adv Urol*, 2009: p. 743831.
32. Rutman, M.P. and J.G. Blaivas, Surgery for Stress Urinary Incontinence: Historical Review, in *Continence*, G.H. Badlani, et al., Editors. 2009, Springer London. p. 117-132.
33. V.Ravikumar, Protocols/Tears 3 & 4 Degree: GUIDELINES FOR THE RECOGNITION AND MANAGEMENT OF PERINEAL TRAUMA INCLUDING THIRD AND FOURTH DEGREE PERINEAL TEARS. 2007, Macclesfield District Hospital. East Cheshire NHS Trust. <http://www.eastcheshire.nhs.uk/>.
34. deTayrac, R., et al., Prolapse repair by vaginal route using a new protected low-weight polypropylene mesh: 1-year functional and anatomical outcome in a prospective multicentre study. *International Urogynecology Journal*, 2007. 18(3): p. 251-256.
35. Toh, V., V. Bogue, and A. Bako, Management of recurrent vault prolapse. *International Urogynecology Journal*, 2012. 23(1): p. 29-34.
36. Theobald, P. and A. Chéret, Laparoscopic sacrocolpopexy: results of a 100-patient series with 8 years follow-up. *Gynecological Surgery*, 2004. 1(1): p. 31-36.

37. Sung, V.W., et al., Graft Use in Transvaginal Pelvic Organ Prolapse Repair: A Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology*, 2008. 112(5): p. 1131-1142.
38. Onwude, J.L., Genital prolapse in women. *Clin Evid (Online)*, 2007. 2007(3).
39. Feiner, B., J.E. Jelovsek, and C. Maher, Efficacy and safety of transvaginal mesh kits in the treatment of prolapse of the vaginal apex: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2009. 116(1): p. 15-24.
40. Committee Opinion no. 513: vaginal placement of synthetic mesh for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*, 2011. 118(6): p. 1459-64.
41. Lo, T.S. and K. Ashok, Combined anterior trans-obturator mesh and sacrospinous ligament fixation in women with severe prolapse--a case series of 30 months follow-up. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2011. 22(3): p. 299-306.
42. Murphy, M. and G. for the Society of Gynecologic Surgeons Systematic Review, Clinical Practice Guidelines on Vaginal Graft Use From the Society of Gynecologic Surgeons. *Obstetrics & Gynecology*, 2008. 112(5): p. 1123-1130.
43. B.Deval, et al., Chirurgie de l'allongement hypertrophique du col utérin. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2002. 31(4): p. 343-351.
44. McDermott, C.D. and D.S. Hale, Abdominal, laparoscopic, and robotic surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2009. 36(3): p. 585-614.
45. Jia, X., et al., Efficacy and safety of using mesh or grafts in surgery for anterior and/or posterior vaginal wall prolapse: systematic review and meta-analysis. *Bjog*, 2008. 115(11): p. 1350-61.
46. Peter L Rosenblatt, *Laparoscopic surgery for repair of pelvic floor defects*, UpToDate 19.3, Editor. Sep 2011.

I. PHÂN LOẠI

Phân loại dựa trên triệu chứng lâm sàng:

- **Đau vú**
 - Theo chu kỳ
 - Không theo chu kỳ
- **Khối u vú**
 - U cục (nodularity)
 - Nang vú
 - Bọc sữa
 - Bướu sợi tuyến
 - Bệnh tuyến xơ hóa
 - Bướu mỡ
 - Hamartoma
 - Bệnh vú tiểu đường
 - Bướu diệp thể
- **Tiết dịch núm vú**
 - Tiết sữa
 - Tiết dịch núm vú bất thường
- **Viêm nhiễm tuyến vú**
 - Viêm vú nội sinh
 - Sung huyết vú sau sinh
 - Viêm, áp xe vú giai đoạn cho con bú
 - Áp xe dưới quầng vú tái phát kinh niên
 - Viêm vú cấp tính liên quan đến nang vú to
 - Nhiễm trùng ngoại sinh
 - Bệnh Mondor

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- **Bệnh sử**
 - Khởi phát và tần suất xuất hiện triệu chứng: tiết dịch núm vú, u cục ở vú, đau vú,...
 - Tình trạng kinh nguyệt (còn kinh, mãn kinh).
 - Có sử dụng nội tiết hay không (thuốc ngừa thai, nội tiết thay thế).
- **Tiền sử**
 - Ung thư gia đình.
 - Sinh thiết vú có tăng sản không điển hình, đột biến gen BRCA1, BRCA2

- Phẫu thuật vú, xạ trị, ...
- **Thăm khám**

Quan sát:

- Sự đối xứng 2 bên vú.
- Thay đổi da, núm vú.
- Co kéo, nhô ra.

Sờ nắn:

- Vú, nếu có u phải ghi nhận các tính chất của u vú.
- Vùng nách, vùng hạch trên đòn.

Tư thế bệnh nhân:

- Ngồi với cánh tay thư giãn, 2 tay giơ lên khỏi đầu, 2 tay chống hông.
- Tư thế nằm ngửa.

2. Cận lâm sàng

- **Siêu âm:** cần thực hiện ở tất cả BN.
- **Nhũ ảnh:**
 - BN ≥ 35 tuổi: thực hiện thường qui.
 - BN < 35 tuổi: chỉ thực hiện khi nghi ngờ có sang thương ác tính.
 - Nhũ ảnh bình thường không thể loại trừ ung thư vú (độ nhạy: 94%, độ đặc hiệu: 55%).
- **XQ ống tuyến vú cản quang:** Tiết dịch núm vú bệnh lý
- **Chụp cộng hưởng từ (MRI):**
 - Sử dụng cho những trường hợp khó phân biệt lành/ ác tính
 - Bệnh nhân có bơm silicon, hoặc vỡ túi ngực
 - Mô vú quá dày đặc
 - Có tiền căn gia đình ung thư vú
 - Đột biến gen BRCA1, BRCA2...
 - Có sinh thiết carcinôm tiểu thùy tại chỗ không điển hình, hoặc sẹo radial
 - Có tiền sử xạ trị vào ngực do bệnh lý Lymphôm Hodgkin
 - Tiết dịch núm vú có máu đã chụp ống tuyến vú cản quang

- **Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA):**
 - BIRADS $\geq$ nhóm III
 - Nang vú không điển hình
 - Tình huống LS cần chẩn đoán tế bào học hỗ trợ hoặc giảm áp nang vú.
- **Sinh thiết lõi (core biopsy):**
 - Tổn thương dạng đặc cần chẩn đoán mô học, kích thước $> 15\text{mm}$
 - Khi FNA nghi ngờ ác tính
 - Tình huống LS cần chẩn đoán mô học hỗ trợ
- **Sinh thiết mở (open biopsy)**
 - Khi core biopsy không thực hiện được.
 - Không có sự tương đồng giữa kết quả chẩn đoán hình ảnh và lâm sàng.
- **Sinh thiết có định vị: dưới siêu âm hoặc nhũ ảnh**
 - Siêu âm: khi LS không sờ thấy u nhưng siêu âm thấy u.
 - Nhũ ảnh: khi LS và siêu âm không thấy u nhưng nhũ ảnh nghi ngờ.

3. Đau vú không có tổn thương thực thể đi kèm

a. Chẩn đoán

- **Đau theo chu kỳ kinh:** đau nhiều trước khi hành kinh, thời gian đau thay đổi và tự hết sau hành kinh.
 - Thường một bên, không rõ vị trí.
 - Cảm giác trì nặng, sưng phồng và căng đau, lan đến cánh tay và nách.
 - Có liên quan đến nội tiết sinh dục.
- **Đau không theo chu kỳ kinh:** liên quan đến sang chấn tinh thần, chấn thương, xơ sẹo từ những lần sinh thiết vú trước.
 - Thường gặp ở phụ nữ từ 40 – 50 tuổi có chu kỳ kinh không đều.
 - Thường ở một bên vú.
 - Cảm giác đau nhói, rát bỏng trong vú.
 - Thỉnh thoảng có sự hiện diện của bướu sợi tuyến hay nang vú.

Lưu ý: những trường hợp đau vú trong thai kỳ và thời kỳ hậu sản (tham khảo phác đồ Viêm vú – áp xe vú).

b. Xử trí: khi đau ảnh hưởng đến chất lượng sống.

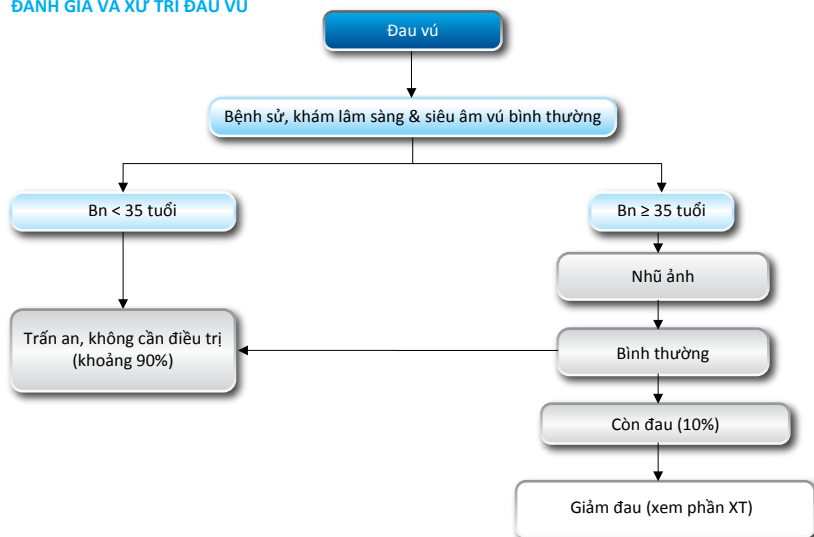
- **Điều trị không dùng thuốc:**

- Chế độ ăn uống:
 - o Hạn chế hay tránh dùng cà phê, trà, ca cao, chocolates và các chất béo.
 - o Nên dùng thực phẩm giàu carbohydrates phức hợp (ngũ cốc, rau củ).
- Bổ sung Vitamin E 400 đơn vị/ngày (tối đa 6 tháng).
- Dầu Evening primrose: 6-8 g/ngày (uống 1-3 lần /ngày), tối đa 6 tháng.
- Điều trị bằng thuốc: theo trình tự ưu tiên:

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

Cần nhắc hiệu quả và tác dụng phụ của thuốc.

ĐÁNH GIÁ VÀ XỬ TRÍ ĐAU VÚ



4. Khối u vú lành tính

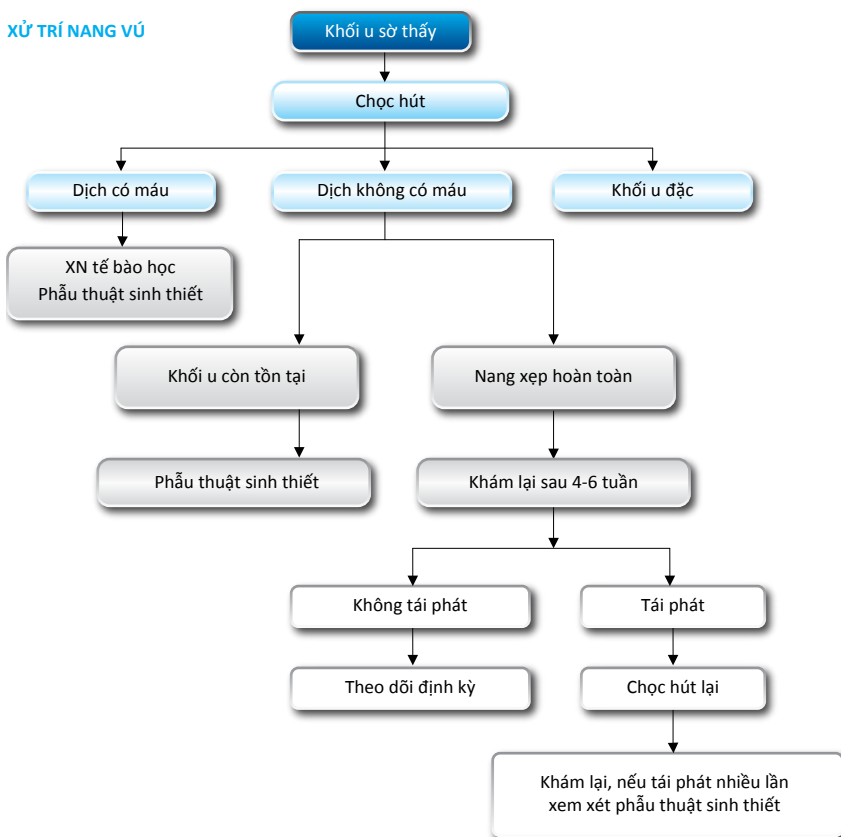
a. Chẩn đoán

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

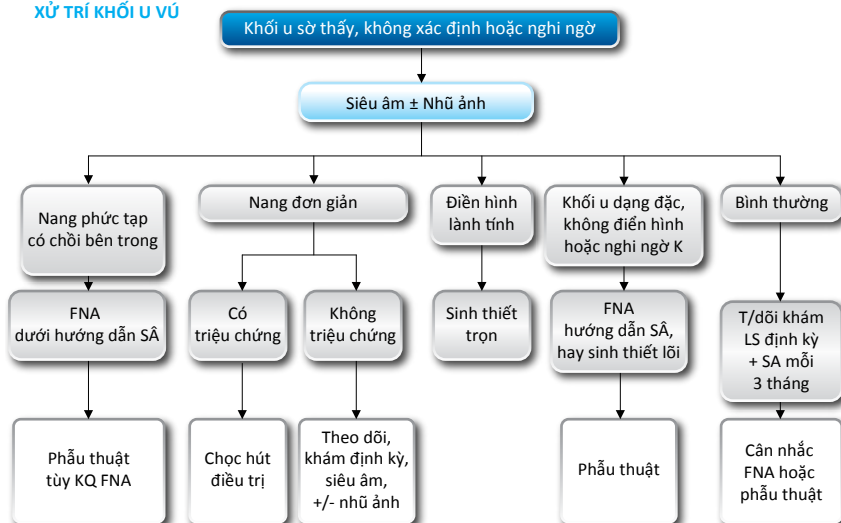
b. Xử trí

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

XỬ TRÍ NANG VÚ



XỬ TRÍ KHỐI U VÚ



5. Tiết dịch núm vú

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

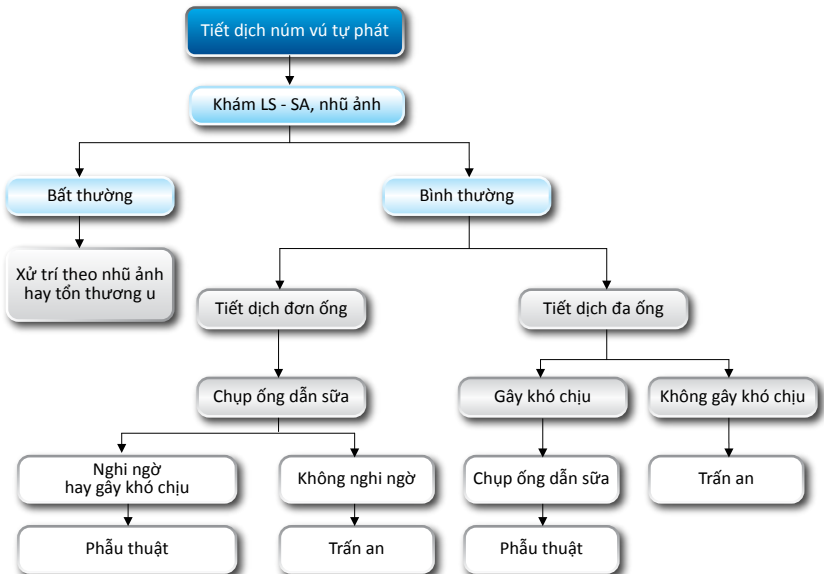
- Là hiện tượng tiết dịch giống sữa, tự phát, thường là hai bên và từ nhiều ống tuyến, do tăng nồng độ prolactine.
- Nguyên nhân
 - U tuyến yên (phù gai thị, rối loạn thị giác, ...)
 - Chấn thương thành ngực, tổn thương tủy sống, xơ gan, nhược giáp, suy thận,...
 - BN đang sử dụng: estrogen liều cao, thuốc chống trầm cảm 3 vòng và cimetidine,...
- CLS
 - Tăng prolactine máu.
 - TSH (Thyroid Stimulating Hormone).
 - MRI để đánh giá u tuyến yên khi Prolactine tăng cao và/hoặc có triệu chứng thị giác trên LS.
 - CTscan nếu BN chống chỉ định chụp MRI.
- Xử trí
 - Tùy theo nguyên nhân.

- Điều trị tăng prolactine máu bằng Bromocriptine 2,5mg: liều khởi đầu 1,25 – 2,5mg/ngày, sau đó tăng thêm 2,5mg mỗi 2-7 ngày. Liều duy trì 2,5 – 15mg/ngày. Theo dõi trong khoảng 3 tháng, nếu hết tiết sữa thì ngưng thuốc.

b. Tiết dịch núm vú bệnh lý

- Là tình trạng tiết máu, nước, mủ, thanh dịch đục, thường một bên, trên một ống tuyến, xảy ra tự phát.
- Nguyên nhân
 - Thường gặp bướu nhú trong ống và dẫn ống tuyến vú.
 - Các nguyên nhân khác: ung thư, viêm vú, thay đổi sợi bọc tuyến vú.
- CLS
 - Prolactine máu
 - Siêu âm
 - Nhũ ảnh
 - Chụp ống tuyến sữa
 - Tế bào học dịch núm vú
- Xử trí: theo sơ đồ:

XỬ TRÍ TIẾT DỊCH NÚM VÚ BỆNH LÝ



6. Viêm vú và nhiễm trùng vú (tham khảo phác đồ Viêm vú – áp xe vú).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aaron Ndhluni. Benign breast disease tends to take a back seat to breast cancer. The ABC of benign breast cancer. October 2009 Vol.27 No.10 CME, p 453-455.
2. Amda L Amin. Benign breast disease. Surg Clin N Am 93 (2013), p 299-308.
3. Gerald Moss, Standley R.Klein. Benign breast disease. Surgical Oncology. P 267-272.
4. Hindle H. W, Kefah Mokbel. Diagnosis and management of benign breast disease. Glob. libr. women's med. (ISSN: 1756-2228) 2009; DOI 10.3843/GLOWM.10017.
5. Hughes LE. Classification of benign breast disorders. The ANDI classification based on physiological processes within the normal breast. Br Med Bull. 1991 Apr;47(2):251-7
6. Lakshmi Vaidyanathan, Karen Barnard. Benign breast disease : when to treat, when to reassure, when to refer. Cleveland Clinic journal of Medecine Vol.9 No.5 May 2002, p 425-432.
7. Merih Guray, Aysegul A.Sahin. Benign breast diseases : Classification, diagnosis and management. The Oncologists 2006, 11, p 435-449.

I. ĐỊNH NGHĨA - PHÂN LOẠI

- Áp xe vú là tình trạng tụ mủ khu trú ở mô vú.
- Phân loại:
 - Áp xe vú nguyên phát:
 - + Áp xe vú trong giai đoạn tiết sữa .
 - + Áp xe vú ngoài giai đoạn tiết sữa.
 - Áp xe vú thứ phát:
 - + Sau nhiễm trùng vùng dưới da núm vú: viêm tuyến bã, xạ trị.

II. DỊCH TỄ HỌC

- Trong giai đoạn tiết sữa, xuất độ viêm vú 1-10%.
- Áp xe vú chiếm 3-11% viêm vú và 0,1-0,3% phụ nữ nuôi con bằng sữa mẹ.

III. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

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

IV. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Viêm vú hậu sản điều trị không hiệu quả.
- Những nguyên nhân gây tắc tuyến sữa.
- Các tình trạng làm suy giảm miễn dịch.

V. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Toàn thân:

- Biểu hiện nhiễm trùng.
- Sốt.
- Hạch nách cùng bên.
- **Tại chỗ:**
 - Khối u vú có thể sưng nóng đỏ đau, có dấu phập phều, chọc ra mủ hoặc có thể chảy mủ qua núm vú.
 - Nổi tĩnh mạch dưới da.

2. Cận lâm sàng

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

VI. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Cương tức tuyến vú.
- Tắc ống dẫn sữa.
- Galactoceles (bọc sữa).
- Ung thư vú giai đoạn viêm cấp (bằng FNA hoặc sinh thiết tất cả các trường hợp áp xe vú ngoài thời kỳ hậu sản để loại trừ ung thư).

VII. XỬ TRÍ

1. Xử trí tổng quát

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

2. Điều trị nội

- Kháng sinh – kháng viêm – giảm đau.
- Nguyên tắc điều trị kháng sinh:
 - Điều trị kháng sinh ngay khi có chẩn đoán xác định.

- Điều chỉnh kháng sinh khi có kết quả kháng sinh đồ.
- Điều trị kháng sinh trước và duy trì 10-14 ngày sau dẫn lưu ổ mủ.

• **Nhiễm trùng nhẹ**

- Dicloxacillin hoặc Cloxacillin 500mg 1 viên x 4 lần / ngày trong 10–14 ngày.
- Nếu không đáp ứng trong 24–48 giờ chuyển sang Cephalexin 500mg 1 viên x 4 lần/ngày trong 10–14 ngày.

Hoặc Cefadroxyl 500mg 2 viên x 2 lần/ngày trong 10-14 ngày.

Hoặc Amoxicillin-clavulanate 625mg 1 viên x 3 lần/ngày trong 10–14 ngày.

- Nếu nghi ngờ kỵ khí (áp xe dưới quần vú) phối hợp thêm: Clindamycin 300 mg 1 viên x 4 lần/ngày trong 10–14 ngày.

Hoặc Metronidazole 250mg 2 viên x 2 lần/ngày trong 10–14 ngày.

- Nếu nghi ngờ tụ cầu để kháng Methicillin (MRSA): Trimethoprim/ Sulfamethoxazole 160mg/800mg 1 viên x 2 lần/ngày trong 10–14 ngày.

Hoặc Clindamycin 300 mg 1 viên x 4 lần/ngày trong 10–14 ngày.

• **Nhiễm trùng nặng**

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

3. Điều trị ngoại khoa

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

VIII. THEO DÕI

- Chăm sóc vết thương hàng ngày: bơm rửa ổ áp xe, dẫn lưu bằng penrose hoặc mèche.
- Nặn hút sữa - nuôi con bằng sữa mẹ.
- Theo dõi 3 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

I. NGÀY 1 (≤ 24 giờ sau mổ)**1. Theo dõi**

- Tổng trạng, tri giác.
- Dấu sinh tồn (M, HA, HH, NĐ).
- Nước tiểu mỗi 4 – 6 giờ.
- Tình trạng bụng mỗi 4 – 6 giờ: các vết mổ có chảy máu, tụ máu không; bụng có chướng, có phản ứng thành bụng không.
- Âm đạo có ra huyết, ra dịch không.
- Có nhu động ruột và trung tiện chưa.

2. Dịch truyền: 2000ml/ngày (có thể cho NaCl 0,9%, Glucose 5%, Ringer Lactat).

- Kháng sinh.
- 12 giờ sau mổ cho ăn loãng (nếu không có lưu ý gì từ phẫu thuật viên...), và ăn lại bình thường khi có nhu động ruột.
- Vận động sớm tại chỗ (ngồi dậy, đi quanh giường...).
- Rút sonde tiểu – ống dẫn lưu khi có chỉ định Bác sĩ.

II. NGÀY 2 ĐẾN KHI XUẤT VIỆN**1. Theo dõi**

- M, HA, NĐ, hô hấp, nước tiểu mỗi 12 giờ.
- Tình trạng bụng (chướng, phản ứng thành bụng, vết mổ, ...).
- Âm đạo có ra huyết, ra dịch không.
- Có trung tiện lại chưa.
- Khuyến khích ngồi dậy, đi lại nhiều hơn.
- Ngưng dịch truyền hoàn toàn, nếu không có chỉ định đặc biệt.
- Cho ăn uống lại bình thường.
- Khám âm đạo trước khi xuất viện.
- Xin GPB trước khi ra viện nếu có yêu cầu.

2. Hướng dẫn khi xuất viện

- Lấy GPBL 2 tuần sau xuất viện, trừ có yêu cầu đặc biệt từ BS Phẫu thuật.
- Hướng dẫn 4 – 6 tuần sau mổ tùy theo tình trạng bệnh.
- Trở lại BV hoặc cơ sở y tế gần nhất ngay khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, sốt, ra huyết).
- Dặn cắt chỉ 5 ngày sau mổ tại BV hay Y tế địa phương.
- Tư vấn bệnh nhân dinh dưỡng đầy đủ, không ăn kiêng.
- Tư vấn những trường hợp phẫu thuật nặng nề có tai biến, tái khám khi có gì lạ và giới thiệu khám chuyên khoa.

III. ĐÁNH GIÁ SAU MỔ VÀ TRƯỚC XUẤT VIỆN

1. Mổ cắt tử cung

- Mổ cắt có chảy máu không, nếu nhiều $\Rightarrow$ khâu cầm máu mổ cắt.
- Mổ cắt có viêm không (sốt, đau bụng, dịch âm đạo hôi, mổ cắt phù nề ấn đau nhiều, BCĐNTT tăng, CRP tăng, siêu âm phù nề mô mổ cắt...) $\Rightarrow$ nếu có: đổi kháng sinh liều cao, phổ rộng + phối hợp rửa âm đạo hằng ngày với Povidon iodin và đánh giá lại.
 - Diễn tiến tốt: hết sốt, hết đau bụng, BC giảm, CRP giảm...
 - Diễn tiến không tốt (tụ dịch mổ cắt) $\Rightarrow$ phá mổ cắt, kháng sinh phổ rộng + phối hợp rửa âm đạo 5 ngày.
- Hẹn tái khám 4 – 6 tuần sau mổ tại phòng khám phụ khoa hoặc trở lại BV ngay khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, sốt, ra huyết).

2. Mổ UBT trên BN có thai

- Giảm gò TC sau mổ:
 - Alverin citrat 40mg 1viên x 2 lần / ngày uống, trong 5 -7 ngày.
 - Progesteron 25mg 2 ống x 2 lần/ngày, tiêm bắp trong 5 ngày hoặc Progesteron 100mg 1 viên x 2 lần/ngày, đặt âm đạo trong 5 ngày.
- Theo dõi tim thai, có ra huyết âm đạo không.
- Xin GPB sớm nếu có nghi ngờ ung thư.
- Siêu âm kiểm tra tình trạng thai trước khi xuất viện.
- Hẹn tái khám 4 tuần sau mổ hay trở lại BV ngay khi có gì lạ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện sớm những bất thường sau mổ.
- Chảy máu móm cắt, âm hộ, TSM.
- Tổn thương bàng quang, niệu quản.
- Nhiễm trùng móm cắt, viêm phúc mạc khu trú, VPM toàn thể.
- Bán tắc ruột, liệt ruột.

II. THEO DÕI

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

III. CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG

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

IV. THUỐC

- Kháng sinh.
- Tập vận động sớm.

V. LƯU Ý

- Rửa âm đạo khi cần bằng dung dịch Povidon iodine 5% pha loãng.
- Trường hợp có treo cổ bàng quang, chăm sóc hậu phẫu tùy theo phương pháp phẫu thuật mà PTV áp dụng, chủ yếu theo dõi sự đi tiểu, cảm giác, lượng nước tiểu trong một ngày.
- Dẫn lưu bàng quang trong 24-48 giờ hoặc tùy theo yêu cầu của PTV.
- Theo dõi móm cắt (có máu tụ, nhiễm trùng, sót gạc hay không), vết may TSM (bầm, tụ dịch, tụ máu, nhiễm trùng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

I. VẾT THƯƠNG SẠCH KHÔ

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

II. VẾT THƯƠNG CHẢY MÁU

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

III. TỤ MÁU VẾT THƯƠNG

- Thể hiện bằng một đám bầm tím gồ lên vết mổ.
- Xử trí: cắt một mối chỉ lấy hết máu cục, rửa sạch vết thương, băng ép.

IV. NHIỄM TRÙNG VẾT MỔ

- Xảy ra ngày thứ 4 -5 sau mổ, vết mổ sưng đau.
- Cắt một mối chỉ để thoát dịch, để hở vết mổ.
- Điều trị kháng sinh và may da thì 2.

V. PHẢN ỨNG CHỈ THÀNH BỤNG

Trong thời kỳ hậu phẫu, tại một chỗ vết mổ tấy đỏ, chảy một ít dịch đục như mủ. Sau đó tự bít lại, dần dần xuất hiện nhiều lỗ dò khác, chỉ khỏi khi lấy chỉ ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

I. CHỈ ĐỊNH ĐẶT ỐNG DẪN LƯU

- Dẫn lưu sau phẫu thuật cắt bỏ khối u hoặc các bộ phận bị dính, hoặc nghi ngờ có thể chảy máu sau mổ.
- Dẫn lưu để thoát dịch tổn động sau phẫu thuật nhiễm trùng ổ bụng.

II. CÁC LOẠI DẪN LƯU

- Có rất nhiều loại ống dẫn lưu, trong sản phụ khoa thường dùng nhất là dẫn lưu Penrose, Redon, Drain, Sump Drain.

III. VỊ TRÍ ĐẶT DẪN LƯU

- Vùng có ổ mủ.
- Vùng thấp (hai hố chậu, cùng đồ Douglas), rãnh đại tràng và vùng dưới gan.

IV. THỜI GIAN LƯU ỐNG DẪN LƯU

- Ống dẫn lưu thường được giữ cho đến khi thoát hết dịch. Tuy nhiên không nên giữ ống dẫn lưu quá 72 giờ.

V. CHĂM SÓC ỐNG DẪN LƯU

- Theo dõi dịch chảy ra (tính chất, số lượng, màu sắc, mùi...).
- Chăm sóc chân ống dẫn lưu (rửa, thay băng).
- Theo dõi tắc ống dẫn lưu (để tránh tình trạng này khi thay băng mỗi ngày phải di động ống dẫn lưu).
- Thay túi dẫn lưu mỗi ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

I. ĐỊNH NGHĨA

Sốt sau mổ lấy thai là sốt từ trên 24 giờ sau khi mổ với thân nhiệt từ 38°C trở lên. Đây là triệu chứng do nhiều nguyên nhân khác nhau với mức độ nặng nhẹ khác nhau.

II. CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY SỐT SAU MỔ LẤY THAI



III. CÁC DẤU HIỆU VÀ XỬ TRÍ

1. Nhiễm khuẩn vết mổ

- **Dấu hiệu chính:** vết mổ sưng, có dịch tiết là máu hay mủ, tấy đỏ quanh vết khâu.
- **Xử trí:** cắt chỉ cách quãng, dẫn lưu thoát dịch. Rửa vết mổ bằng dung dịch sát khuẩn và thay băng tối thiểu ngày 2 lần.

2. Căng tức vú

- **Dấu hiệu chính:** vú căng đau cả hai bên, xuất hiện muộn 3 – 5 ngày sau mổ lấy thai.
- **Xử trí:**
 - Đắp mát, hút sữa, giữ vệ sinh vùng vú.
 - Nếu người mẹ cho con bú, khuyến khích tiếp tục cho con bú.

3. Tắc ống dẫn sữa

- Đắp mát, hút sữa.
- Thuốc giảm tiết sữa.

4. Abces vú

- Kháng sinh, giảm đau.
- Rạch abces, dẫn lưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

III. XỬ TRÍ

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

I. TRIỆU CHỨNG

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

II. XỬ TRÍ

- Chụp X-quang bụng đứng, không sửa soạn $\Rightarrow$ mức nước hơi (+).
- Siêu âm $\Rightarrow$ các quai ruột giãn chứa nhiều hơi.
- Công thức máu – Hct, có dấu nhiễm trùng, bạch cầu tăng, CRP tăng
- Urea / máu – ion đồ $\Rightarrow$ có rối loạn nước điện giải.

III. CHẨN ĐOÁN VÀ HƯỚNG XỬ TRÍ

Dấu hiệu lâm sàng	Liệt ruột sau mổ	Tắc ruột sau mổ
Đau bụng	Gây khó chịu do chướng bụng nhưng không đau nhiều	Đau càng ngày càng nhiều
Thời gian hậu phẫu	Thông thường trong vòng 48 – 72 giờ	Thường muộn hơn có thể 5 – 7 ngày
Buồn nôn và nôn	+	+++ , càng ngày càng tăng
Chướng bụng	+	+++ , càng ngày càng tăng
Nhu động ruột	Mất hay giảm	Dấu rắn bò Tăng nhu động ruột
Sốt	+/-	+/-
Siêu âm	Các quai ruột giãn	Các quai ruột giãn rộng, có dịch trong ổ bụng, kết hợp với nhiễm trùng trong lòng tử cung hoặc vết mổ
X-quang bụng không sửa soạn	Dẫn quai ruột non + ruột già Ruột già đầy hơi	Một hoặc nhiều quai ruột dẫn (thường là ruột non) với mức nước hơi (+)
Điều trị	Hút dịch dạ dày Đặt sonde trực tràng Điều chỉnh nước, điện giải Thuốc kích thích nhu động ruột	Hút dịch dạ dày liên tục để giảm áp Kháng sinh phối hợp liều cao Điều chỉnh nước điện giải Hội chẩn ngoại tổng quát

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Viêm phúc mạc (VPM) là 1 trong các tai biến nhiễm trùng nặng sau phẫu thuật.

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

I. PHÂN LOẠI CHUNG

- VPM nguyên phát: không tổn thương tạng, do vi khuẩn từ đường tiêu hóa hay đường máu vào trong ổ bụng mà không có nguồn rõ ràng. Có khoảng 10-30% bệnh nhân xơ gan cổ trướng bị VPM nguyên phát với tỷ lệ tử vong khoảng 25%.
- VPM thứ phát: là hậu quả của viêm cơ quan nội tạng (như viêm ruột thừa, viêm túi thừa), không thủng tạng <10%, có thủng tạng > 50%, tai biến nhiễm trùng phẫu thuật ổ bụng, phẫu thuật sản phụ khoa, ... cần điều trị bằng phẫu thuật.
- VPM tái phát: tái phát nhiễm trùng sau khi điều trị VPM đầy đủ, thường thấy ở những bệnh nhân có bệnh lý đi kèm hoặc những người đang suy giảm miễn dịch.

Riêng trong lĩnh vực sản phụ khoa chúng ta thường gặp 2 loại VPM thứ phát và tái phát.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

1. Do bệnh nhân

- Suy dinh dưỡng, điều kiện kinh tế thấp.
- Bệnh nội khoa: gan, thận, tiểu đường, ...
- Thiếu máu Hb < 12 g%.
- > 60 tuổi, béo phì.
- Có vết mổ cũ.
- Thời gian nằm viện trước mổ càng lâu nguy cơ nhiễm trùng tăng; nằm viện 1 ngày nguy cơ nhiễm trùng 1,1%, nằm viện 1 tuần nguy cơ nhiễm trùng 2%, nằm viện hơn 2 tuần nguy cơ nhiễm trùng 4,3%.

- Thời gian chuyển dạ, vỡ ối kéo dài làm tăng nguy cơ nhiễm trùng.

2. Do phẫu thuật

- Phẫu thuật (PT) phức tạp, thời gian phẫu thuật dài, nguy cơ nhiễm trùng tăng gấp 2 lần sau mỗi giờ PT ngay cả vết mổ sạch.
- PT mất máu nhiều, có máu tụ, nhiều mô hoại tử, nhiều vật lạ.
- Kháng sinh dự phòng thất bại.
- PT trong phòng mổ nhiễm, PT cấp cứu nhiễm trùng tăng gấp 2 lần.

III. NGUYÊN NHÂN

- Các loại vi trùng gây VPM:
 - VT hiếu khí thường gặp: Lactobacillus, Streptococcus.
Diphtheroides, Staphylococcus.
E.coli, Enterococcus.
 - VT kỵ khí thường gặp: Bacteroides, Clostridia.
- VPM thứ phát sau mổ do nhiễm trùng trong phẫu thuật, nhiễm trùng vết mổ lấy thai, mổ cắt tử cung, tổn thương ruột, bàng quang, niệu quản...
- VPM tái phát thường do: Enterobacter, Pseudomonas, Enterococcus, Staphylococcus, và Candida sp.
- Viêm phúc mạc sau phẫu thuật vùng chậu thường do nhiều loại vi trùng, phần lớn (60%) do vi trùng kỵ khí, 20% cầu trùng hiếu khí Gram (+), 20% trực trùng hiếu khí Gram (-).
- Nhiễm trùng trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật thường do cầu trùng Gram (+) hay đôi khi do trực trùng Gram (-). (Penicillin phổ rộng hay Cephalosporin là lựa chọn tốt nhất trong các nhiễm trùng sớm).
- Nhiễm trùng sau 48 giờ đầu thường do vi trùng kỵ khí.

IV. TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng, sốt. Lưu ý: VPM trên bệnh nhân bị xơ gan giai đoạn muộn hoặc nhiễm trùng huyết nặng có thể chỉ sốt nhẹ.
- Khó thở, buồn nôn/nôn, ớn lạnh, chán ăn, tiểu ít, lo lắng.



2. Triệu chứng thực thể

- Mạch nhanh, sốt $> 38^{\circ}\text{C}$, nhịp thở nhanh nông.
- Bụng: phản ứng dội, đau, thành bụng cứng, bụng chướng với nhu động ruột giảm hoặc không có. (Đau bụng có thể không rõ ở bệnh nhân sau mổ lấy thai hoặc có cổ tử cung do xơ gan).

3. Cận lâm sàng

- Huyết đồ, bạch cầu tăng $> 11.000/\text{mm}^3$, BC đa nhân tăng.
- Cấy máu, CRP tăng.
- Procalcitonin.
- Phân tích và cấy nước tiểu.
- Chức năng gan, thận.
- Amylase, lipase.
- Đông máu toàn bộ.
- Ion đồ.

4. Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp bụng nằm ngửa hay đứng không sửa soạn, có khí trong ổ bụng, ruột non, đại tràng giãn rộng, phù nề thành ruột.
- Siêu âm có thể có khối trong ổ bụng, có dịch ổ bụng.
- CT có cản quang ruột hoặc MRI: có khối trong ổ bụng, có dịch ổ bụng, có dịch cản quang lan vào ổ bụng. Trên hình ảnh CT, MRI thấy được phúc mạc thành bụng dày. Nếu do sỏi gạc hoặc dị vật có thể trong ổ bụng.

5. Chọc hút dịch ổ bụng

- Trong trường hợp khó chẩn đoán, làm các xét nghiệm:
 - Đếm hồng cầu, bạch cầu.
 - Cấy tìm vi trùng (âm tính giả trong 80% trường hợp).
 - Nhuộm Gram.
 - Protein toàn phần, Glucose, Albumin.
 - Lactate dehydrogenase, Amylase, Lipase.
- Trong VPM nguyên phát: thường dịch ổ bụng có nhiều bạch cầu đa nhân (BCĐN) $\geq 250 /\text{mm}^3$ (nếu cấy dương tính, có thể gặp 1 loại vi trùng trong 90% trường hợp).

- **VPM thứ phát:** bạch cầu đa nhân $\geq 250/\text{mm}^3$ hay $\geq 500 \text{ BC}/\text{mm}^3$ (cấy có thể gặp nhiều loại vi trùng).
- **VPM thứ phát điển hình có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:**
 - Protein toàn phần trong dịch ổ bụng $> 1 \text{ g/dL}$.
 - Glucose dịch ổ bụng $< 50 \text{ mg/dL}$ ($2,8 \text{ mmol/L}$).
 - Tăng lactate dehydrogenase $\geq 225 \text{ UI/L}$.
- **Các trường hợp VPM** do ung thư, viêm tụy, xuất huyết vào dịch ổ chướng, lao phúc mạc, cũng có BCĐN $\geq 250 /\text{mm}^3$, nhưng tỉ lệ BCĐN thường $< 50\%$ tổng số BC. Thêm vào đó cấy vi trùng thường âm tính.
- **Dịch ổ bụng cấy mọc nhiều loại vi trùng** nhưng BCĐN $< 250 \text{ BC}/\text{mm}^3$ thường do vi trùng lan tràn qua lỗ thủng ruột sau chọc rút dịch ổ bụng. Rủi ro này hiếm gặp chiếm tỉ lệ $< 0,6\%$ các trường hợp chọc dò ổ bụng và tỉ lệ tử vong thấp.

V. CHẨN ĐOÁN

1. Phần lớn căn cứ trên lâm sàng

- Sốt $> 38^\circ\text{C}$ kéo dài.
- Đau bụng nhiều.
- Có phản ứng thành bụng (sau MLT thành bụng nhão dấu hiệu không rõ).
- Chướng bụng, liệt ruột.
- Dịch ổ bụng.
- Choáng nhiễm trùng, nếu để muộn.

2. Phối hợp với các kết quả cận lâm sàng

- BC $> 11.000 \text{ BC}/\text{mm}^3$.
- CRP tăng cao.
- SÂ: có dịch ổ bụng, tăng nhanh, dịch không đồng nhất, có echo, thấy tổn thương nơi nguyên phát.
- XQ: liệt ruột, nếu có tổn thương ruột có thể thấy liềm hơi dưới cơ hoành trên phim chụp bụng đứng.
- Chọc dò qua thành bụng dưới siêu âm sẽ thấy có dịch đục mủ, xét nghiệm dịch ổ bụng: có BC đa nhân $> 250 \text{ BC}/\text{mm}^3$, tế bào mủ. VPM thứ phát điển hình có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:
 - Protein toàn phần trong dịch ổ bụng $> 1 \text{ g/dL}$.

- Glucose dịch ổ bụng < 50 mg/dL (2,8 mmol/L).
- Tăng Lactate dehydrogenase $\geq$ 225 UI/L.

VI. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Absces dưới hoành, dưới gan, trong ổ bụng, vùng chậu, viêm phúc mạc do ruột thừa vỡ.
- Liệt ruột, xoắn ruột, lồng ruột, rối loạn tiêu hóa.
- Viêm hạch mạc treo, viêm ruột thừa, viêm tụy, viêm phần phụ, viêm cầu thận.

VII. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Hồi sức tích cực.
- Kháng sinh phổ rộng, phối hợp nhiều kháng sinh.
- Phẫu thuật cấp cứu thám sát, lấy ổ nhiễm trùng, rửa bụng, dẫn lưu.

2. Hồi sức

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

3. Kháng sinh

- Kháng sinh phổ rộng và phối hợp nhiều kháng sinh sử dụng ngay khi nghi ngờ nhiễm trùng, dịch ổ bụng có BCĐN $\geq$ 250/mm³. Điều chỉnh kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ.
- Viêm phúc mạc thứ phát: cần kháng sinh bao vây các vi trùng kỵ khí, hiếu khí gram âm và các vi trùng cơ hội khác.
- Các kháng sinh có thể chọn lựa:
 - Cefotaxim 2 g TM mỗi 8 giờ $\times$ 5–14 ngày; thuốc vào dịch ổ bụng tốt và không hại thận; tác dụng phụ thường gặp là nổi mẩn đỏ.
 - Ceftriaxon 1-2 g/24 giờ $\times$ 5–14 ngày.
 - Ampicilin-sulbactam 3 g TM mỗi 6 giờ $\times$ 5–14 ngày.

- Quinolones (Ofloxacin, Ciprofloxacin) × 7 ngày.
- Các kháng sinh có tác dụng trên vi trùng kỵ khí: Metronidazole, Cefotetan, Ticarcillin-Kali Clavulanat, Piperacilin-tazobactam, Ampicilin-sulbactam, Imipenem.

4. Phẫu thuật

- Phẫu thuật mở bụng khẩn cấp: lấy sạch ổ nhiễm trùng, rửa sạch ổ bụng và dẫn lưu, lưu ý hốc gan lách tránh áp xe tồn lưu sau này.
- Nếu VPM sau mổ lấy thai do nhiễm trùng vết mổ cơ tử cung, cần thận trọng khi quyết định bảo tồn vì nguy cơ tái phát cao.

5. Chăm sóc, dinh dưỡng

- Nhịn ăn uống.
- Nuôi ăn qua đường tĩnh mạch.
- Cân bằng nước và điện giải.
- Chỉ cho ăn sau khi có nhu động ruột, hay đại tiện được.
- Rút dẫn lưu ≥ 4 ngày sau mổ.

6. Dự phòng

- Chuẩn bị tốt bệnh nhân trước mổ, thực hiện đầy đủ các qui trình vô trùng.
- Kháng sinh dự phòng các phẫu thuật sản phụ khoa.
- Các trường hợp phẫu thuật khó, dính, có dịch cổ tử cung từ trước phẫu thuật, chảy máu nhiều, khó cầm máu, ... nên đặt dẫn lưu mỏm cắt hoặc qua hốc chậu.
- Trong phẫu thuật cần thận trọng lúc sử dụng máy đốt điện vì tổn thương có thể xảy ra 1-2 tuần sau mổ.
- Theo dõi hậu phẫu cần lưu ý kỹ các triệu chứng dấu hiệu như sốt, đau bụng. Trong 48 giờ đầu sau mổ phần lớn do chưa bù đủ dịch, nhưng cũng không loại trừ được nhiễm trùng Gram (+), cần đánh giá cẩn thận không để muộn.
- Với các trường hợp sau mổ lấy thai, cần theo dõi kỹ cơ hội tử cung, màu sắc, mùi hôi sản dịch nếu có là đã có nhiễm trùng trong tử cung, cần nạo kiểm tra và cho thuốc co tử cung để tránh ứ đọng sản dịch và giảm nguy cơ bung vết mổ lấy thai và VPM.
- Với các trường hợp đã cắt tử cung, nếu có sốt sau mổ cần khám kỹ xem

có máu tụ mồm cắt âm đạo, nếu nghi ngờ kiểm tra bằng siêu âm và nên tháo mồm vào ngày hậu phẫu thứ 3 để thoát máu, dịch ứ đọng, tránh nhiễm trùng lan rộng gây VPM.

VIII. TIỀN LƯỢNG

- Tỷ lệ tử vong viêm phúc mạc nguyên phát tới 80% nếu bệnh nhân được phẫu thuật thám sát không cần thiết.
- Viêm phúc mạc thứ phát không biến chứng tỷ lệ tử vong <5%; VPM thứ phát nặng tử vong 30–50%, với 1/2 do xuất huyết tiêu hóa, suy thận, hay suy gan.
- Nếu VPM thứ phát có suy thận là biểu hiện nặng, nguy cơ tử vong cao nhất.
- Các chỉ số tiên lượng xấu:
 - BC cao.
 - Bệnh nhân lớn tuổi.
 - Liệt ruột kéo dài.
 - Suy kiệt, hoặc ung thư.
- Bệnh nhân VPM thứ phát do nhiễm trùng bệnh viện có nguy cơ tử vong cao.

IX. BIẾN CHỨNG

- Giảm thể tích tuần hoàn.
- Nhiễm trùng huyết, choáng nhiễm trùng.
- Suy thận, suy gan.
- Suy hô hấp.
- Áp xe tồn lưu.
- Tắc ruột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. W.D.Hager, J.W.Larsen, Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th edit. 2008, 190-222.
2. Schwartz's Principles of Surgery 9th ed 2010, Chapter 6. Surgical Infections.
3. Frank J. Domino, Acute Peritonitis, 5 Minute Clinical Consult 20th ed. 2012.

I. ĐỊNH NGHĨA

Nhiễm khuẩn hậu sản là các nhiễm khuẩn xuất phát từ bộ phận sinh dục trong thời kỳ hậu sản. Đây là một trong những tai biến sản khoa thường gặp và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

- Cơ sở vật chất và trang thiết bị không đảm bảo vô khuẩn.
- Các can thiệp làm không đúng chỉ định và điều kiện. Không đảm bảo qui trình chăm sóc trước, trong và sau sinh.
- Điều trị không tốt các nhiễm khuẩn đường sinh dục trước sinh.
- Cơ địa kém, suy giảm miễn dịch, béo phì.
- Bệnh lý tiền sản giật, thiếu máu, chuyển dạ kéo dài, ối vỡ non, vỡ sớm.
- Sốt nhau, rách âm đạo, cổ tử cung.
- Mầm bệnh hiện diện sẵn: vi khuẩn (tụ cầu vàng, E coli...), nấm Candida albicans...

III. CÁC HÌNH THÁI NHIỄM KHUẨN

A. NHIỄM KHUẨN TĂNG SINH MÔN, ÂM HỘ, ÂM ĐẠO

- Do rách tầng sinh môn phức tạp, rách hoặc cắt tầng sinh môn mà không khâu hoặc khâu không đúng kỹ thuật, không đảm bảo vô khuẩn khi khâu tầng sinh môn, sót gạc trong âm đạo.
- Triệu chứng: sốt nhẹ $38^{\circ}\text{C} - 38,5^{\circ}\text{C}$, vết khâu tầng sinh môn sưng tấy, đau, trường hợp nặng có mủ. TC co hồi bình thường, sản dịch không hôi.
- Điều trị:
 - Cắt chỉ tầng sinh môn nếu vết khâu tấy đỏ có mủ. Vệ sinh tại chỗ hàng ngày bằng oxy già (nếu vết khâu có mủ), hoặc Povidon iodine.
 - KS (uống hoặc tiêm).

B. NHIỄM TRÙNG TỬ CUNG

- Đây là hình thái hay gặp, nếu không điều trị kịp thời có thể dẫn đến các biến chứng khác nặng hơn như: viêm chu cung, viêm phúc mạc chậu, abscess vùng chậu, viêm phúc mạc toàn bộ, nhiễm khuẩn máu...
- Nhiễm trùng tử cung hậu sản bao gồm: viêm nội mạc tử cung (Endometritis), viêm cơ tử cung (Endomyometritis), viêm mô quanh tử cung (Endoparametritis)..
- Nhiễm trùng thường từ các vi trùng ở đường sinh dục dưới và thường nhiễm nhiều loại vi trùng cùng lúc (ái khí lẫn yếm khí). Các loại vi khuẩn thường gặp (tại BVTĐ 2014): Escherichia coli, Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus,...

1. Chẩn đoán

- Lâm sàng
 - Triệu chứng cơ năng: Sốt, đau hạ vị, có thể xuất huyết âm đạo muộn.
 - Triệu chứng toàn thân
 - $T \geq 38^{\circ}\text{C}$.
 - Nhức đầu, lạnh run, mệt mỏi, chán ăn.
 - Mạch nhanh.
 - Triệu chứng thực thể
 - Sản dịch đục hôi.
 - Tử cung mềm nhão, ấn đau.
 - Xuất huyết từ lòng tử cung.
 - Khối cạnh TC (viêm chu cung, khối máu tụ).
- Cận lâm sàng
 - Bạch cầu tăng từ 15.000 -30.000 (Tỉ lệ đa nhân trung tính tăng).
 - CRP tăng.
 - Procalcitonin tăng trong các trường hợp có nhiễm trùng huyết.
 - Siêu âm: có thể thấy hình ảnh ứ dịch lòng tử cung, hơi trong lòng TC, phù nề vết mổ cơ TC, nhưng đôi khi không có hình ảnh đặc hiệu.
 - MRI: có thể thấy hình ảnh phù nề, hoại tử, bung vết mổ cơ TC...
 - Cấy máu, sản dịch.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Nhiễm trùng vết mổ.
- Viêm vú, áp xe vú.
- Viêm đài bể thận cấp.
- Viêm phổi.
- Viêm tắc tĩnh mạch sâu.
- Các bệnh lý nhiễm trùng không liên quan thai kỳ: viêm ruột thừa, nhiễm siêu vi...

3. Xử trí

a. Nguyên tắc xử trí

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

b. Chọn lựa kháng sinh

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

Chọn lựa KS theo vi khuẩn thường gặp tại BVTD

Chọn lựa 1

- *Nhiễm trùng tử cung không nặng (sau sinh ngã АД):*
 - Amoxicilin-acid clavulanic 625mg uống 1 viên x 3 lần/ngày x 5 ngày
- *Nhiễm trùng tử cung sau mổ:*
 - Amoxicilin-acid clavulanic 1,2g x 3 lần/ngày (TM) trong 7 ngày + Gentamicin 80mg/2ml 3-5 mg/kg/ngày (TB/Truyền TM) trong 7 ngày.
 - Hoặc Amoxicilin-acid clavulanic 1,2g x 3 lần/ngày (TM) trong 7 ngày + Metronidazol 500mg/100ml 1 chai x 2-3 lần/ngày (Truyền TM) trong 7 ngày

- Hoặc Cephalosporin thế hệ 3 (Cefotaxim hoặc Ceftriaxon hoặc Ceftazidim) + Metronidazol 500mg/100ml 1 chai x 2-3 lần/ngày (Truyền TM) trong 7 ngày.
- Hoặc Clindamycin 600-900mg mỗi 8 giờ (TB/Truyền TM) + Gentamicin 80mg/2ml 3-5 mg/kg/ngày (TB/Truyền TM) trong 7 ngày.

Clindamycin: các liều tiêm bắp đơn độc không được lớn hơn 600 mg

Chọn lựa 2: nhiễm trùng nặng, kéo dài, không đáp ứng điều trị trên

- Ticarcilin-acid clavulanic 3,2g x 3-4 lần/ngày (Truyền TM) + Amikacin 500mg 15 mg/kg/ngày (TB/Truyền TM), có thể kết hợp thêm Metronidazol 500mg/100ml 1 chai x 2-3 lần/ngày (Truyền TM) trong 7 ngày.
 - Hoặc Piperacilin-tazobactam 4,5g x 3-4 lần/ngày (Truyền TM) + Amikacin 500mg 15 mg/kg/ngày (TB/Truyền TM), có thể kết hợp thêm Metronidazol 500mg/100ml 1 chai x 2-3 lần/ngày (Truyền TM) trong 7 ngày.
- **Đánh giá hiệu quả điều trị sau 48-72 giờ.**
 - **Các trường hợp sốt kéo dài,** không đáp ứng điều trị, cần cân nhắc điều chỉnh theo kết quả kháng sinh đồ cụ thể từng trường hợp và đánh giá thêm để phát hiện các diễn tiến lâm sàng nặng hơn cần phẫu thuật.

c. Hút nạo buồng tử cung

- Cần thiết trong các trường hợp sót nhau hoặc cần lấy sạch mô hoại tử trong lòng tử cung để giải quyết tình trạng nhiễm trùng.
- Nên hút nhẹ nhàng lòng tử cung, không nên nạo thô bạo để tránh tai biến thủng TC hoặc di chứng dính lòng TC sau này.

d. Phẫu thuật

- Các trường hợp nhiễm trùng tử cung nặng không đáp ứng điều trị, nhiễm trùng hoại tử vết mổ tử cung: phẫu thuật cắt tử cung, dẫn lưu.

C. VIÊM DÂY CHẰNG RỘNG VÀ PHẦN PHỤ

- Từ nhiễm khuẩn ở tử cung có thể lan sang các dây chằng (đặc biệt là dây chằng rộng) và các phần phụ như vòi trứng, buồng trứng
- **LS:** xuất hiện muộn sau sinh 8 - 10 ngày.

- Nhiễm trùng toàn thân, người mệt mỏi, sốt cao.
- Sản dịch hôi, tử cung co hồi chậm
- Thăm âm đạo thấy khối rắn đau, bờ không rõ, ít di động. Nếu là viêm dây chằng rộng ở phần trên hoặc viêm phần phụ thì khối u ở cao, nếu là viêm đáy của dây chằng rộng, nắn và phối hợp thăm âm đạo sẽ thấy khối viêm ở thấp, ngay ở túi cùng, có khi khối viêm dính liền với túi cùng, di động hạn chế. Khó phân biệt với đám quánh ruột thừa.
- **Điều trị**
 - Nghỉ ngơi, chườm lạnh, giảm đau, chống viêm.
 - KS phổ rộng (dựa vào kháng sinh đồ), phối hợp trong 2 tuần.
 - Dẫn lưu cùng đồ nếu áp xe Douglas.
 - Cắt tử cung trong trường hợp nặng.

D. VIÊM PHÚC MẠC (VPM) TIỂU KHUNG

- VPM thứ phát là hình thái nhiễm khuẩn lan từ TC, dây chằng rộng, phần phụ, đáy chậu
- VPM nguyên phát là nhiễm khuẩn từ TC có thể không qua các bộ phận khác mà đi theo đường bạch mạch hoặc lan trực tiếp đến mặt sau phúc mạc, lan đến túi cùng sau, ruột, bàng quang lan đến đầu sẽ hình thành giả mạc và phúc mạc sẽ dính vào nhau tại đó, phản ứng sinh ra các túi dịch, chất dịch có thể là chất dịch trong (thể nhẹ), chất dịch có thể đục lẫn mủ hoặc máu (thể nặng).
- Tiến triển có thể khỏi hoặc để lại di chứng dính nếu là thể nhẹ; tiến triển vỡ khối mủ vào âm đạo, bàng quang, trực tràng nếu thể nặng. Nếu mủ vỡ vào ổ bụng sẽ gây VPM toàn bộ.
- **LS:** 3-15 ngày sau sinh, sau các hình thái khác của nhiễm khuẩn hậu sản
 - Sốt cao 39°C – 40°C, rét run, mạch nhanh. Nhiễm trùng, nhiễm độc nặng.
 - Đau hạ vị, tiểu tiện buốt, rát, có hội chứng giả lỵ.
 - Tử cung to, ấn đau, di động kém, túi cùng đau khi khám.
- **Điều trị**
 - Nội khoa: nâng cao thể trạng, kháng sinh phổ rộng, phối hợp 2 – 3 loại.
 - Ngoại khoa: chỉ mổ khi có biến chứng, hoặc dẫn lưu mủ qua túi cùng sau.

E. VIÊM PHÚC MẠC TOÀN THỂ

- Không thường gặp sau mổ lấy thai. Rất hiếm gặp sau sinh ngã âm đạo.
- Nguyên nhân
 - Trong mổ lấy thai do không đảm bảo vô khuẩn, khâu tử cung không tốt, sót nhau, tổn thương ruột, bàng quang. Sốt gạc trong ổ bụng.
 - Nhiễm trùng ối, nhiễm trùng bởi vi khuẩn độc lực cao như *Streptococcus* tán huyết β nhóm A.
 - Có thể là biến chứng của các hình thái nhiễm khuẩn như: viêm tử cung toàn bộ, viêm dây chằng phần phụ có mủ, viêm phúc mạc tiểu khung điều trị không tốt
- LS: có thể xuất hiện sớm sau mổ lấy thai hoặc muộn 7-10 ngày sau các hình thái nhiễm trùng khác .
 - Sốt cao 39°C – 40°C, rét run, mạch nhanh nhẹ. Nhiễm trùng, nhiễm độc.
 - Nôn và buồn nôn. Bụng chướng, đau, cảm ứng phúc mạc.
 - Phản ứng thành bụng có thể không rõ do bụng mềm nhão sau sinh.
 - Tử cung to ấn đau, túi cùng đầy đau. -
- CLS:
 - BC tăng, Neutrophil tăng, thiếu máu tán huyết. CRP tăng.
 - Rối loạn điện giải và toan chuyển hóa, rối loạn chức năng gan thận.
 - Cấy sản dịch, cấy máu (làm kháng sinh đồ).
 - Siêu âm: ổ bụng có dịch, các quai ruột giãn, có thể phát hiện dị vật (sốt gạc...).
 - XQ bụng không chuẩn bị: tiểu khung mờ, mức nước, hơi.
- Điều trị
 - Nội khoa: nâng thể trạng, bù nước điện giải, KS liều cao, phổ rộng, phối hợp.
 - Ngoại khoa: phẫu thuật cắt TC, rửa ổ bụng và dẫn lưu.

F. NHIỄM KHUẨN HUYẾT

- Đây là hình thái nặng nhất. Có thể để lại nhiều di chứng thậm chí tử vong.
- LS: sau can thiệp thủ thuật từ 24 - 48 giờ.

- Hội chứng nhiễm độc nặng. Hội chứng thiếu máu. Dấu hiệu choáng nhiễm độc HA tụt, rối loạn vận mạch và tình trạng toan máu.
- Sản dịch hôi bẩn. Cổ tử cung hé mở, tử cung to mềm ấn đau.
- Có thể xuất hiện nhiễm khuẩn ở các cơ quan khác (phổi, gan, thận).
- **CLS:** BC tăng, CRP tăng, procalcitonin (+), suy giảm chức năng gan - thận, rối loạn các yếu tố đông máu. Cấy máu, cấy sản dịch (+).
- **Điều trị**
 - Nội khoa: hồi sức chống choáng, KS phổ rộng, phối hợp (điều chỉnh theo kháng sinh đồ nếu cần), kéo dài.
 - Ngoại khoa: cắt TC (sau điều trị KS tối thiểu 6 - 24 giờ), dẫn lưu ổ bụng.

G. VIÊM TẮC TĨNH MẠCH

- **Nguyên nhân:** chuyển dạ kéo dài, sinh khó, chảy máu nhiều, sinh nhiều lần, lớn tuổi.
- Máu chảy chậm trong hệ tĩnh mạch, không lưu thông dễ dàng từ dưới lên trên.
- Máu dễ đông do tăng sinh sợi huyết, tăng số lượng tiểu cầu.
- Do yếu tố thần kinh giao cảm của hệ tĩnh mạch ở chi dưới hoặc bụng.
- **LS**
 - Thường xảy ra muộn vào ngày thứ 12 - 15 sau sinh, sốt nhẹ, mạch tăng.
 - Tắc tĩnh mạch chân hay gặp: phù trắng, ấn đau, căng, nóng từ đùi trở xuống, gót chân không nhấc được khỏi giường.
 - Tắc động mạch phổi: khó thở đột ngột, đau tức ngực, khạc ra máu.
 - Tắc mạch mạc treo: đau bụng đột ngột, dữ dội, rối loạn tiêu hóa.
- **CLS:** CTM (chú ý tiểu cầu), CRP, các yếu tố đông máu, siêu âm Doppler mạch, chụp mạch, MRI.
- **Điều trị**
 - Tắc tĩnh mạch chân: bất động chân 3 tuần sau khi hết sốt, KS, chống đông (Enoxaparin, Nadroparin calcium), theo dõi yếu tố đông máu và tiểu cầu 1 lần/1 tuần.
 - Tắc mạch các cơ quan khác: XT theo từng chuyên khoa.

IV. DỰ PHÒNG

- Đảm bảo điều kiện vô khuẩn khi đỡ sinh, khi thăm khám, các thủ thuật, PT. Đảm bảo không sót nhau trong TC, xử trí tốt các tổn thương đường sinh dục khi sinh.
- Thực hiện các thủ thuật, PT nhẹ nhàng, hạn chế làm tổn thương mô, cầm máu tốt.
- Phát hiện sớm và điều trị tích cực các trường hợp nhiễm khuẩn đường sinh dục trước, trong và sau đẻ.
- Dùng KS dự phòng đúng nguyên tắc.

Chương

3

**UNG THƯ
PHỤ KHOA**

Bệnh nguyên bào nuôi liên quan đến thai kỳ là tên gọi chung cho các bệnh có sự tăng sinh bất thường của các nguyên bào nuôi kết hợp với thai kỳ. Bệnh nguyên bào nuôi được chia làm hai dạng: thai trứng và u nguyên bào nuôi.

PHÂN LOẠI BỆNH NGUYÊN BÀO NUÔI (FIGO – 2002)

1. Thai trứng (TT)

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

2. U nguyên bào nuôi (UNBN)

- Bệnh nguyên bào nuôi tồn tại.
- Thai trứng xâm lấn (TTXL).
- U nguyên bào nuôi nơi nhau bám.
- Ung thư nguyên bào nuôi (UTNBN): liên quan thai kỳ và không liên quan thai kỳ.

I. THAI TRỨNG

1. Thai trứng toàn phần

1.1 Định nghĩa: toàn bộ các gai nhau đều thoái hóa thành các bọc trứng.

1.2 Chẩn đoán

- Siêu âm: hình ảnh bão tuyết hay hình chùm nho.
- Định lượng β hCG/ máu hay β hCG/nước tiểu: 1000 $\Rightarrow$ 1 triệu mIU/ml.
- Thấy mô trứng qua quan sát đại thể bằng mắt thường mẫu mô từ TC ra.
- Giải phẫu bệnh xác nhận chẩn đoán là thai trứng toàn phần.

2. Thai trứng bán phần

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

2.2 Chẩn đoán

- Siêu âm: bánh nhau to hơn bình thường, có hình ảnh nang nước trong nhau thai, có túi thai, có thể có hoặc không có thai nhi.
- Định lượng β hCG/ máu hay β hCG/nước tiểu: 100 - > 1 triệu mIU/ml.
- Thấy mô trứng và nhau thai khi quan sát đại thể bằng mắt thường mẫu mô từ TC ra.
- Giải phẫu bệnh xác nhận chẩn đoán là thai trứng bán phần.

3. Những yếu tố tiên lượng của thai trứng có nguy cơ diễn tiến thành u nguyên bào nuôi

*Bảng điểm phân loại thai trứng
có nguy cơ diễn tiến thành UNBN (WHO-1983)*

	0	1	2	4
Loại	Bán phần	Toàn phần	Lập lại	
Kích thước TC so với tuổi thai (theo tháng)	≤ 1	> 1	> 2	> 3
β hCG (IU/L)	< 50.000	> 50.000 < 100.000	> 100.000	> 1 triệu
Nang hoàng tuyến (cm)		< 6	> 6	> 10
Tuổi (năm)		< 20	> 40	> 50
Yếu tố kết hợp	Không có	> 1 yếu tố		

- Yếu tố kết hợp: nghén nhiều, tiền sản giật, cường giáp, rối loạn đông máu rải rác trong lòng mạch, tắc mạch do nguyên bào nuôi.
- Nếu số điểm < 4 : nguy cơ thấp.
- Nếu số điểm ≥ 4 : nguy cơ cao.

Chẩn đoán của thai trứng thường có nguy cơ kèm theo.

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

4. Điều trị thai trứng

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

4.1 Làm các xét nghiệm cần thiết

- Huyết đồ, nhóm máu, Rh.
- Chức năng gan, thận, tuyến giáp.



- Điện giải.
- X quang ngực thẳng.
- Tổng phân tích nước tiểu.

4.2 Chuẩn bị người bệnh

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

4.3 Hút nạo buồng tử cung

- Tiền mê hay gây tê cho người bệnh. Truyền tĩnh mạch Glucose 5% hay Ringer Lactat hay Natri clorid 9‰.
- Nếu cổ TC đóng, nong cổ TC đến số 8 – 12, hút thai trứng bằng ống Karman 1 van hay 2 van. Hút sạch buồng TC.
- Sử dụng thuốc co hồi TC: Truyền TM dung dịch có pha Oxytocin.
- Lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm mô học (GPB): mô trứng, mô nhau.
- Sử dụng kháng sinh: Doxycyclin 100mg 1 viên x 2 lần/ngày (5 ngày) hoặc Cephalexin 500mg 1 viên x 3 lần/ngày (5 ngày) hoặc Cefadroxil 500mg 2 viên x 2 lần/ngày (5 ngày).
- Theo dõi sau hút nạo buồng TC: Tổng trạng, M, HA, co hồi TC, huyết âm đạo, đau bụng.
- Nếu 3 ngày sau, khám lại thấy TC còn to do ứ dịch lòng TC nhiều hay còn mô trứng $\Rightarrow$ nạo kiểm tra lại.

4.4 Cắt TC

- Nếu bệnh nhân ≥ 40 tuổi, đủ con, có chẩn đoán thai trứng nguy cơ cao.
- Bằng huyết hay không kiểm soát được tình trạng chảy máu nặng từ TC.

4.5 Hóa dự phòng với thai trứng nguy cơ cao: phác đồ đơn hóa trị, 1 đợt duy nhất.

1. Methotrexate và Folinic Acid (MTX-FA)

- Methotrexate 1 mg/kg cách mỗi ngày với 4 liều.
- Folinic Acid (Leucovorin) 0,1 mg/kg. Leucovorin dùng 24 giờ sau mỗi liều Methotrexate.

- Đây là phác đồ đơn hóa trị chuẩn, ít gây tác dụng phụ.

2. Actinomycin D 1,25 mg/m² tiêm tĩnh mạch mỗi ngày trong 5 ngày.
Dùng cho những người bệnh có men gan cao.

3. Metrotrexate 0,4 mg/kg, tiêm bắp trong 5 ngày. Được sử dụng cho những người bệnh không có điều kiện ở BV dài ngày, thể trạng tốt, ít có tác dụng phụ.

4.6 Điều kiện hóa trị: Không sử dụng hóa trị khi

- BC < 3000/mm³, BC đa nhân trung tính < 1500/mm³, tiểu cầu < 100000/mm³.
- Men gan: SGOT, SGPT > 100UI/L.

4.7 Các tác dụng phụ của hóa trị

- Nhiễm độc về huyết học và tủy xương: Giảm BC, giảm 3 dòng, thiếu máu.
 - BC giảm: dùng thuốc nâng BC (Filgrastim).
 - Truyền máu: HC lắng, tiểu cầu.
- Nhiễm độc với đường tiêu hóa: viêm niêm mạc miệng, viêm dạ dày, viêm ruột hoại tử.
 - Nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch, hay ăn thức ăn lỏng nhiều bữa ăn nhỏ trong ngày.
 - Kháng sinh, Vitamin.
 - Truyền dịch và bù điện giải nếu cần.
- Nhiễm độc với da: rụng tóc và tăng dị ứng mẫn cảm.
 - Sử dụng kháng Histamin và Corticoid nếu có dị ứng.
- Nhiễm độc với gan: Tăng men gan.
 - Ngưng hóa trị nếu men gan tăng > 100.
 - Thuốc bảo vệ tế bào gan: Biphenyl dimethyl dicarboxylat

4.8 Theo dõi sau điều trị tại viện

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

4.9 Tiêu chuẩn xuất viện

- β hCG/máu < 5mIU/ml 3 lần.
- TC + 2 PP bình thường.



- Không xuất hiện di căn.

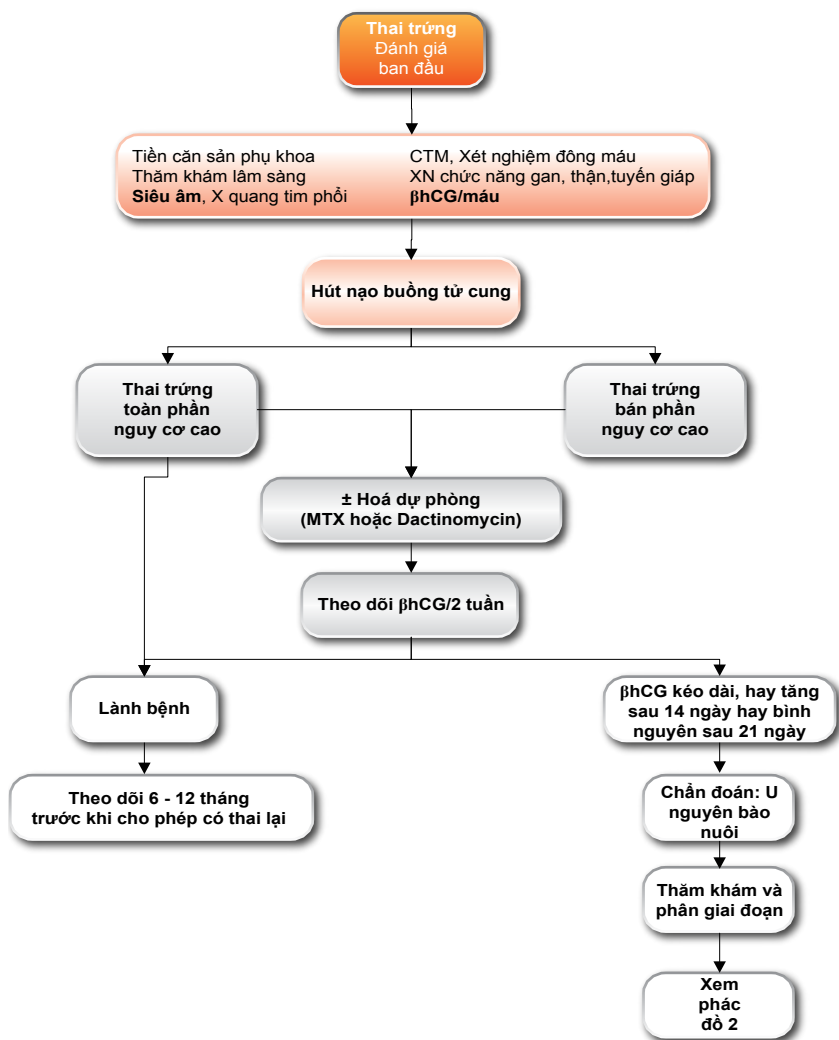
4.10 Các biện pháp tránh thai sử dụng trong thời gian theo dõi sau thai trứng (Xem phác đồ các Biện pháp ngừa thai).

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

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

- β hCG/máu một tháng một lần trong 6 tháng, sau đó 2 tháng một lần trong 6 tháng tiếp theo, và 3 tháng một lần trong vòng 12 tháng.
- Thời gian theo dõi tối thiểu với thai trứng nguy cơ thấp là 6 tháng và thai trứng nguy cơ cao là 12 tháng.
- Sau thời gian theo dõi, người bệnh được có thai trở lại. Khi có dấu hiệu mang thai, cần đi khám thai ngay, chú ý vấn đề theo siêu âm và β hCG/máu để phòng bị thai trứng lặp lại.

PHÁC ĐỒ 1: NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ THAI TRỨNG



II. U NGUYÊN BÀO NUÔI

U nguyên bào nuôi được chẩn đoán khi có một trong những dấu hiệu sau kèm theo β hCG bất thường.

- Xuất huyết âm đạo không mang tính chu kỳ.
- Nang hoàng tuyến tồn tại kéo dài trên 4 tuần.
- TC thu hồi kém/ không thu hồi về kích thước bình thường sau 4 tuần.
- Dấu hiệu β hCG bất thường: β hCG cao kéo dài, quan trọng nhất, gồm
 - Không giảm 1 lg (log thập phân) sau mỗi tuần theo dõi hay
 - Tăng lại: khi β hCG tăng trên 10% so với kết quả trước đó, ít nhất trong 2 lần thử liên tiếp cách nhau 1 tuần.
 - Có dạng bình nguyên: đi ngang hay tăng < 10% so với kết quả trước đó ít nhất trong 3 lần thử liên tiếp cách nhau 1 tuần.
- Có GPB là UTNBN, TTXL, hay u nguyên bào nuôi nơi nhau bám.
- Có di căn.

1. Bệnh nguyên bào nuôi tồn tại

1.1. Chẩn đoán: Theo Golstein và Berkowitz (1994)

- Nếu β hCG sau hút nạo thai trứng 1 tháng còn trên 20.000 mIU/ml, hay
- β hCG không giảm trong 3 tuần liên tiếp.

1.2 Xử trí: được xếp vào giai đoạn I của ung thư nguyên bào nuôi, xem phần điều trị của ung thư nguyên bào nuôi.

2. Thai trứng xâm lấn

2.1 Định nghĩa: là sự xâm lấn của nguyên bào nuôi vào cơ tử cung, có thể gây thủng TC hay chảy máu nặng từ TC. Có đặc tính của ung thư là tiềm năng xâm lấn tại chỗ, di căn xa, có sự tồn tại của lông nhau.

2.2. Chẩn đoán: Sau hút nạo thai trứng nhiều tuần hay vài tháng.

- Rong huyết kéo dài.
- TC và nang hoàng tuyến còn to gây đau do chèn ép.
- β hCG thường cao, 20.000 – 30.000 mIU/ml.
- Giải phẫu bệnh của cơ TC: có nhiều nang trứng trong cơ TC.

2.3 Xử trí: chủ yếu là phẫu thuật (xem phần điều trị của ung thư nguyên bào nuôi)

- Bóc hay xén vùng thai trứng xâm lấn.
- Phẫu thuật cắt TC kết hợp với hóa trị (xem phần điều trị của ung thư nguyên bào nuôi).

3. U nguyên bào nuôi nơi nhau bám

3.1 Định nghĩa: Xuất phát từ vùng nhau bám, do các nguyên bào nuôi trung gian gây nên.

3.2 Chẩn đoán

- Thường xảy ra sau sinh.
- Rong huyết kéo dài.
- β hCG thường thấp, 16 – 400 mIU/ml.
- Giải phẫu bệnh của TC sau phẫu thuật cắt TC.

3.3 Điều trị: Phẫu thuật cắt TC, không nhạy với hóa trị.

4. Ung thư nguyên bào nuôi

4.1 Chẩn đoán

- Tiền căn thai nghén: Thường sau thai trứng toàn phần. Có thể xuất hiện sau TTBP, sau sinh – sảy thai.
- Ra huyết âm đạo kéo dài.
- Siêu âm: Khối tăng sinh mạch máu ở TC hoặc ở ngoài TC.
- β hCG thường cao, dạng bình nguyên, hay giảm chậm.
- Di căn: Có nhân di căn âm đạo, hình ảnh bong bóng ở X quang tim phổi.
- Giải phẫu bệnh mô nạo BTC, TC: có tế bào nuôi dị dạng, không có hình ảnh lông nhau.

4.2 Phân giai đoạn ung thư nguyên bào nuôi (FIGO – 2002)

- **Giai đoạn I** Bệnh khu trú ở tử cung.
- **Giai đoạn II** Bệnh đã di căn ra ngoài tử cung nhưng vẫn còn giới hạn ở đường sinh dục.
- **Giai đoạn III** Bệnh di căn đến phổi.
- **Giai đoạn IV** Tất cả những vị trí di căn khác.



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

FIGO (WHO) thang điểm yếu tố nguy cơ theo xếp giai đoạn FIGO	0	1	2	4
Tuổi	<40	≥40	-	-
Tiền căn thai	Thai trứng	Bỏ thai	Đủ tháng	-
Số tháng cách lần có thai trước đó	<4	4 – 6	7 – 12	>12
βhCG trước điều trị (mUI/ml)	<10 ³	10 ³ – 10 ⁴	>10 ⁴ – 10 ⁵	>10 ⁵
Kích thước u lớn nhất kể cả TC	-	3 – 4 cm	≥ 5 cm	-
Vị trí những di căn kể cả tử cung	Phổi	Lách, Thận	Dạ dày – ruột	Não, Gan
Số điểm di căn được phát hiện	-	1 – 4	5 – 8	>8
Hóa trị liệu thất bại trước đó	-	-	Đơn hóa trị	Đa hóa trị

- Nguy cơ thấp: ≤ 6 điểm.
- Nguy cơ cao: ≥ 7 điểm.

4.3 Điều trị: hóa trị, phẫu trị.

4.3.1 Chuẩn bị người bệnh

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

4.3.2 Làm các xét nghiệm tiền hóa trị

- Huyết đồ, nhóm máu, Rh.
- Chức năng gan, thận, tuyến giáp.
- Điện giải.

- X quang ngực thẳng.
- Tổng phân tích nước tiểu.

4.3.3 Điều kiện hóa trị: Không sử dụng hóa trị khi

- Nếu BC < 3000/mm³, BC đa nhân trung tính < 1500/mm³, tiểu cầu < 100000/mm³.
- Men gan: SGOT, SGPT > 100UI/L.

4.3.4 Phẫu thuật

- Chỉ định cắt tử cung chủ yếu cho những người bệnh không muốn thêm con nữa.
 - Tuổi ≥ 40 .
 - Tuổi < 40 mà có ≥ 3 con, hay không muốn có con.
 - Băng huyết.
 - Vỡ nhân chorio.
 - Cầm máu khó khăn trong phẫu thuật bóc nhân chorio ở TC.
 - Không đáp ứng hóa trị.
- Phẫu thuật bảo tồn: Bóc hay xén cơ TC vùng ung thư nguyên bào nuôi gây dọa vỡ.
 - < 40 tuổi, mong có thêm con, đáp ứng với hóa trị.

4.3.5 Hóa trị: với tất cả người bệnh có chẩn đoán UTNBN.

a. Đơn hóa trị: nguy cơ thấp, lặp lại mỗi 2 tuần với β hCG giảm 1 Log /tuần

- Methotrexate và Folinic Acid (MTX-FA): Đây là phác đồ đơn hóa trị chuẩn, ít gây tác dụng phụ.
 - Methotrexate 1 mg/kg cách mỗi ngày với 4 liều.
 - Folinic Acid (Leucovorin) 0,1 mg /kg. Leucovorin dùng 24 giờ sau mỗi liều Methotrexate.
- Actinomycin D 1,25 mg/m² da tiêm tĩnh mạch mỗi ngày trong 5 ngày. Dùng cho những người bệnh có men gan cao.
- Metrotrexate 0,4 mg/kg, tiêm bắp trong 5 ngày. Được sử dụng cho những người bệnh không có điều kiện ở BV dài ngày, thể trạng tốt, ít có khả năng có tác dụng phụ.

Nếu β hCG tăng, hay bình nguyên hay giảm chậm, hoặc xuất hiện nhân di căn $\Rightarrow$ Đa hóa trị

b. Đa hóa trị

Phác đồ EMA-CO: Có 5 loại hóa chất dễ chấp nhận và hiệu quả nhất được áp dụng trong phác đồ này

- Etoposid.
- Methotrexat.
- Actinomycin D.
- Cyclophosphamid.
- Vincristin.

Cách thức và liều dùng như sau: Phác đồ này được chia thành hai phần: EMA và nối tiếp với CO

- Kỳ đầu gồm

Ngày 1:

- Actinomycin D 0,5 mg TM.
- Etoposid 100 mg/m² da trong 20 ml dung dịch sinh lý/> 30 phút
- MTX 100 mg/m² da TM.
- MTX 200 mg/m² da truyền TM trong 12 giờ.

Ngày 2:

- Actinomycin D 0,5mg TM.
- Etoposid 100 mg/m² da trong 200 ml dung dịch sinh lý/> 30 phút.
- Folinic Acid 15 mg TB 2 lần/ ngày x 4 ngày sau MTX 24 giờ.
- Nghỉ không dùng thuốc 5 ngày trước khi vào kỳ 2. Làm lại xét nghiệm tiến hóa trị một ngày trước hay vào ngày vô thuốc của kỳ 2. Nếu không đủ điều kiện hóa trị, không được tiếp tục hóa trị, tùy nguyên nhân mà điều trị. Nếu thời gian ngưng điều trị > 6 ngày, phải điều trị lại từ đầu.

- Kỳ thứ hai

Ngày 8: Vincristin 1 mg/m² da TM, tối đa 2 mg.

Cyclophosphamid 600 mg/m² da truyền TM/> 20 phút.

- Phác đồ này lập lại sau 2 tuần.
- Khi β hCG < 5 mIU/ml, phác đồ EMA-CO được củng cố 3 lần nữa rồi ngưng.
- Khi có biểu hiện kháng thuốc, điều trị không đáp ứng chuyển qua phác đồ EP-EMA.

Phác đồ EMA – EP: thay thế ngày điều trị CO bằng EP.

- Cisplatin 70 – 80mg pha trong 1 lít truyền TM hơn 12 giờ.
- Etoposid 100mg/m² da được truyền tĩnh mạch hơn 1 giờ.

Phác đồ BEP: công thức này thường áp dụng cho những trường hợp kháng với EMA-CO hay EMA-EP, lập lại sau 3 tuần

- Cisplatin 20 mg/m² da truyền TM.
- Etoposid 100 mg/m² da truyền TM vào ngày 1 - 4.
- Bleomycin 30 đv tiêm TM hàng tuần.

4.3.3 Điều trị bằng tia xạ: di căn xa như não, gan và những khối di căn to và sâu trong tiểu khung.

4.4 Theo dõi điều trị

- Các dấu hiệu ra huyết âm đạo, kích thước TC, nang hoàng tuyến, nhân di căn âm đạo nếu có.
- Biểu đồ β hCG.
- Xét nghiệm huyết đồ, chức năng gan, điện giải: phát hiện nhiễm độc hóa chất.

4.4.5 Nhiễm độc hóa chất (xem phần thai trứng)

4.4.6. Tiêu chuẩn xuất viện

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

4.4.7 Các biện pháp tránh thai sử dụng trong thời gian theo dõi (Xem phác đồ các biện pháp ngừa thai).

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

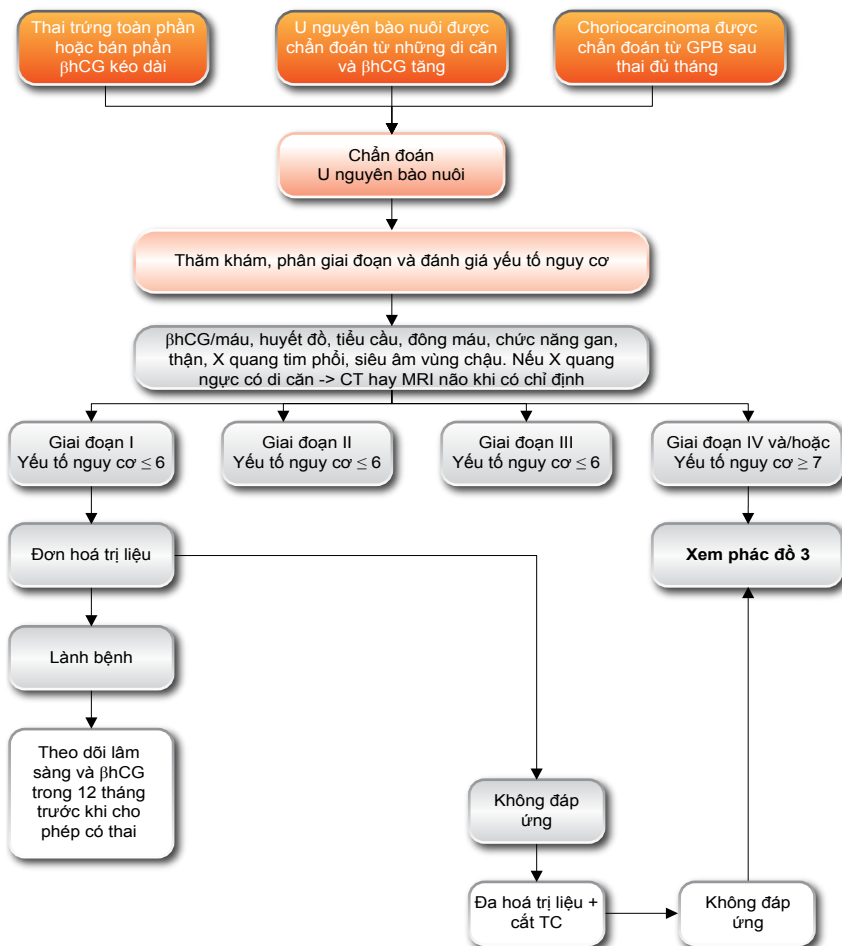
4.4.8 Theo dõi sau khi xuất viện và vấn đề có thai lại sau điều trị

- Tái khám + theo dõi β hCG/máu một tháng một lần trong 6 tháng, sau đó 2 tháng một lần trong 6 tháng tiếp theo, và 3 tháng một lần trong vòng 12 tháng, tiếp theo 6 tháng một lần.
- Thời gian theo dõi là 5 năm.
- Sau thời gian theo dõi, người bệnh được có thai trở lại.

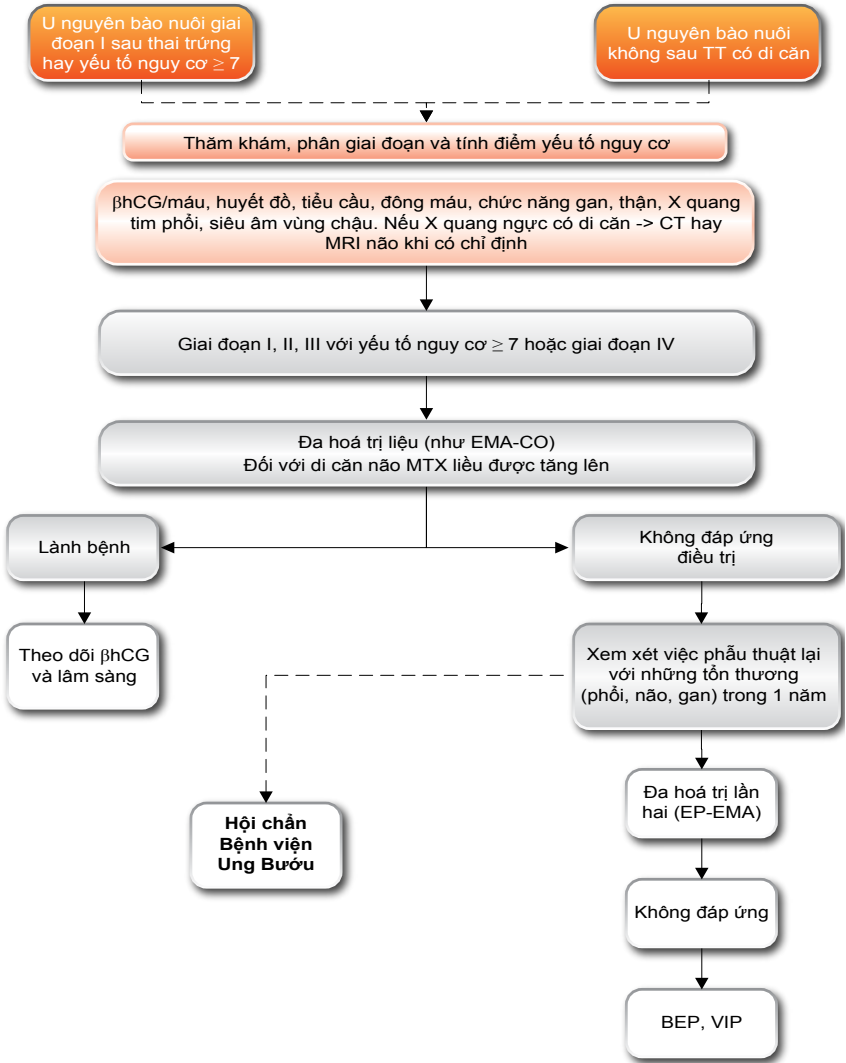


- Yêu cầu người bệnh ít nhất 2 năm sau khi điều trị khỏi u nguyên bào nuôi mới có thai trở lại.
- Khi có dấu hiệu mang thai, cần đi khám thai ngay, chú ý siêu âm và β hCG/máu để phòng thai trứng lặp lại.

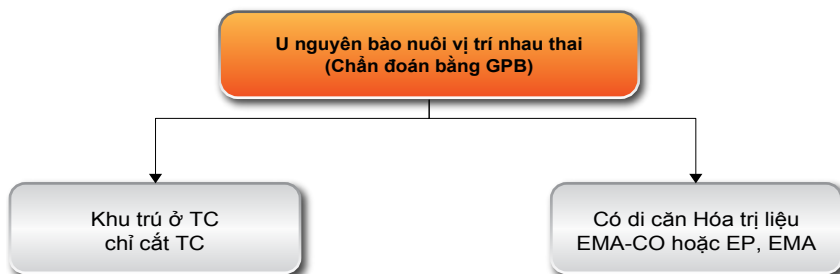
PHÁC ĐỒ 2: NHỮNG NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ CỦA KHỐI U NGUYÊN BÀO NUÔI



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



PHÁC ĐỒ 4: NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ CỦA U NGUYÊN BÀO NUÔI Ở VỊ TRÍ NHAU BẨM



Dặn dò BN khi xuất viện

- Ngừa thai an toàn trong thời gian theo dõi là 2 năm nếu có di căn (giai đoạn II, III hay IV) và 1 năm nếu không bị di căn (giai đoạn I hay thai trứng nguy cơ cao). Phương pháp ngừa thai khuyến dùng là bao cao su tránh thai, thuốc uống ngừa thai. Các phương pháp khác không nên áp dụng.
- Tái khám theo đúng ngày hẹn và nơi tái khám được ghi trong giấy.
- Nhập viện ngay khi có
 - Xuất huyết âm đạo bất thường.
 - Đau ngực, khó thở, ho khan dai dẳng hay ho máu.
 - Đau bụng nhiều, choáng.
 - Có khối u bất thường ở vùng âm đạo.
 - Hoặc có bất thường khác gây lo lắng.

Việc quản lý bệnh nhân đã xuất viện tái khám ngoại trú hay cho về sau hóa trị cần phải được tuân thủ theo một số qui định sau

- Có cam kết của BN hay thân nhân về khả năng thực hiện việc theo dõi ngoại trú.
- Xây dựng cách thức liên lạc tốt nhất giữa BN với cơ sở tái khám và với bệnh viện Từ Dũ.
- Trở lại BV Từ Dũ hay cơ sở quản lý ngoại trú ngay khi có bất thường.
- Các cơ sở y tế trong hệ thống quản lý BN các cấp phải luôn giữ liên lạc và thông tin về BN một cách đầy đủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Phương Mai (2005) "Bệnh nguyên bào nuôi do thai nghén" Bệnh học Ung Thư Phụ Khoa, tr. 124 – 153.
2. Đinh Thế Mỹ (2006) Bệnh nguyên bào nuôi, Bài Giảng Sản Phụ Khoa, dùng cho sau đại học, tr.281 – 299.
3. FIGO Committee on Gynecologic Oncology, 2006,"Trophoblastic disease" "Staging Classifications and Clinical Practice Guidelines for Gynaecological Cancers",L Denny,NF Hacker,J Gori,HW Jones III,HYS Ngan,SPecorelli,p.122-141
4. John R. Lurain, 2006,"Gestational Trophoblastic Neoplasia"Oncology - An Evidence-Based Approach, chapter 51.
5. Berkowitz RS and Donald P. Goldstein (2007) Gestational Trophoblastic Disease, chapter 37, in Berek & Novak's Gynecology, 14th Edition
6. Berkowitz RS and Donald P. Goldstein (2009) Molar pregnancy and Gestational trophoblastic neoplasms, chap. 28, Principles and Practice of Gynecologic Oncology, 5th Edi.
7. Berkowitz RS and Donald P. Goldstein (2010)"Gestational Trophoblastic Neoplasia", Berek and Hacker's Gynecologic Oncology, 5th edition, 2010.



I. ĐỊNH NGHĨA

U ác tính có thành phần mô học xuất phát từ buồng trứng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Phân loại mô học

1. CARCINOM BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG

- Carcinom tuyến bọc dịch trong.
- Carcinom tuyến bọc dịch nhầy.
- Carcinom dạng nội mạc tử cung.
- U hỗn hợp trung bì (mô liên kết và thượng mô).
- Carcinom tế bào sáng.
- U tế bào chuyển tiếp ác tính (u Brenner).
- Carcinom biểu mô hỗn hợp.
- Carcinom biểu mô không xếp loại.
- Carcinom biểu mô không phân biệt được.
- Carcinom biểu mô giáp biên ác.

2. U MÔ ĐỆM DÂY GIỚI BÀO

- U tế bào hạt.
- U nguyên bào nam (ANDROBLASTOMA).
- U nguyên bào nam nữ (GYNANDROBLASTOMA).
- U tế bào sertoli và leydig.
- Sarcom của buồng trứng.

3. U TẾ BÀO MẦM.

- U nghịch mầm.
- U xoang nội bì.
- Carcinom phôi.

- U đa phôi.
- Carcinom đệm nuôi.
- U quái không trưởng thành.
- U nguyên bào sinh dục (GONADOBLASTOMA).

4. U LYMPHO

5. UNG THƯ BUỒNG TRỨNG DO DI CĂN

- Ung thư buồng trứng di căn từ đại tràng, vú, ung thư dạ dày (U KRUKENBERG).

2. Chẩn đoán giai đoạn ung thư buồng trứng (theo FIGO) (trong phẫu thuật 2009).

- **Giai đoạn I:** ung thư phát triển giới hạn tại buồng trứng.
 - Giai đoạn IA: ung thư chỉ giới hạn ở 1 bên buồng trứng, không có bàng bụng, không có chổ sùi trên bề mặt buồng trứng, vỏ buồng trứng còn nguyên.
 - Giai đoạn IB: ung thư phát triển ở 2 buồng trứng, không có bàng bụng, không có chổ sùi trên bề mặt buồng trứng, vỏ buồng trứng còn nguyên.
 - Giai đoạn IC: ung thư như IA hoặc IB nhưng có những chổ sùi trên bề mặt của 1 hay 2 buồng trứng, hoặc với vỏ buồng trứng bị vỡ, hoặc với dịch bàng bụng có buồng trứng ác tính, hoặc với mẫu rửa màng bụng dương tính.
- **Giai đoạn II:** ung thư phát triển ở 1 hay 2 buồng trứng lan rộng đến các cơ quan trong tiểu khung.
 - Giai đoạn IIA: lan rộng và/hoặc di căn đến tử cung và/hoặc ống dẫn trứng.
 - Giai đoạn IIB: lan rộng ra các mô khác trong tiểu khung.
 - Giai đoạn IIC: ung thư như giai đoạn IIA hoặc IIB, nhưng có chổ sùi trên bề mặt của 1 hay 2 buồng trứng, vỏ buồng trứng bị vỡ hoặc với dịch bàng bụng có chứa tế bào ác tính hoặc với mẫu rửa màng bụng dương tính.
- **Giai đoạn III:** ung thư bao gồm cả 1 hay 2 buồng trứng gieo rắc vào khoang phúc mạc bên ngoài tiểu khung và/hoặc có hạch sau phúc mạc và hạch bẹn. Đặc biệt di căn bề mặt gan cũng thuộc giai đoạn III.



Khối u thực sự giới hạn trong tiểu khung nhưng qua mô học xác định được sự lan tràn tế bào ác tính đến ruột non hay mạc nối.

- Giai đoạn IIIA: ung thư thực sự ở tiểu khung, không có hạch, nhưng bằng xét nghiệm mô học xác định được sự gieo rắc tế bào ung thư trên bề mặt khoang phúc mạc ổ bụng.
- Giai đoạn IIIB: ung thư ở 1 hay 2 buồng trứng, qua mô học xác định được những gieo rắc tế bào ung thư ở bề mặt khoang phúc mạc ổ bụng, nhưng không vượt quá 2 cm đường kính, không có hạch.
- Giai đoạn IIIC: có những khối di căn ở ổ bụng > 2cm đường kính và/hoặc có hạch ở khoang phúc mạc sau hay hạch bẹn.
- **Giai đoạn IV:** ung thư ở 1 hay 2 buồng trứng kèm di căn xa. Nếu có tràn dịch màng phổi thì phải có kết quả XN tế bào học dương tính mới phân vào giai đoạn IV.

III. CHẨN ĐOÁN CẬN LÂM SÀNG

- Dấu hiệu sinh học u: CA125, HE 4, β HCG, AFP... tùy dạng mô học.
- Chọn lựa các xét nghiệm sinh học u theo mô học.
- AFP (Alphafetoprotein).
- hCG (Human Chorionic Gonadotropin).
- PLAP (Placental Alkaline Phosphatase).
- LDH (Lactate Dehydrogenase alpha 1 anti trypsin).
- CA125 (Cancer Antigen 125).
- AAT (Alpha 1 Anti Trypsine).

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

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

IV. XỬ TRÍ

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

1. Phẫu trị: bước đầu tiên điều trị Ung thư buồng trứng nhằm 2 mục đích.

- Giảm thiểu tối đa mô bướu không để sót lại hoặc để lại càng ít mô bướu càng tốt tạo điều kiện lý tưởng cho hóa trị.
- Phân giai đoạn.

Nguyên tắc trong phẫu thuật ung thư buồng trứng và các khối u buồng trứng nghi ác tính.

- Phẫu thuật mở bụng, dù cho có chỉ định nội soi trước đó.
- Đường rạch da được chọn là đường dọc giữa trên hoặc dưới rốn, có thể kéo dài lên trên rốn.
- Phải che kín thành bụng bằng gạc dày hoặc băng dán khi phẫu thuật.
- Đầu tiên phải đánh giá khối u và phân giai đoạn theo các trình tự sau:
 1. Quan sát ổ bụng, có dịch báng thì lấy thử tế bào. Nếu không có dịch báng thì rửa bằng 50 – 100 ml dung dịch nước muối sinh lý khoáng phức mạc ở cơ hoành, ở rãnh đại tràng phải và trái, và vùng chậu để tìm tế bào ác tính.
 2. Quan sát cẩn thận và sờ nắn toàn bộ bề mặt phúc mạc, kể cả vùng gan và vòm hoành.
 3. Cắt bỏ khối u buồng trứng, và tiến hành phẫu thuật phân giai đoạn như trên, nếu là khối u buồng trứng nghi ác tính trên bệnh nhân trẻ tuổi chưa con.
 4. Cắt hoàn toàn tử cung, hai phần phụ và toàn bộ khối bướu, mạc nối



lớn, nếu đã có GPBL là ung thư buồng trứng từ lần phẫu thuật đầu tiên kết hợp với tuổi, loại mô học, tình trạng sinh sản, và giai đoạn bệnh. Nếu nghi ác tính nhiều hoặc có hạch, nạo hạch chọn lọc vùng chậu hay cạnh động mạch chủ.

5. Sinh thiết mọi tổn thương nghi ngờ.
6. Sinh thiết hoặc cắt mạc nối lớn dưới đại tràng hoặc bờ cong lớn dạ dày tùy theo mức độ nghi ác tính ít hay nhiều.
7. Nếu không phát hiện được các tổn thương xâm nhiễm phúc mạc, sinh thiết ngẫu nhiên hoặc sinh thiết phúc mạc lá phúc mạc bàng quang, của túi cùng trước, rãnh đại tràng phải, trái và hai thành chậu.
8. Phẫu thuật có thể kèm thêm cắt ruột thừa nếu đánh giá ruột thừa hoặc 1 đoạn ống tiêu hóa bị xâm nhiễm khi kiểm tra ruột và nghi ngờ bấu có thể gây tắc ruột sau này, nếu cần có thể nạo hoặc sinh thiết hạch chậu/hạch cạnh động mạch chủ.

Những lưu ý khi thực hiện phẫu thuật

- Phẫu thuật phải lấy tối đa khối u và những khối di căn (nếu được), (lấy vỏ buồng, chuỗi hạch lympho thành khối, dao mổ phải luôn đi ở mô bình thường ở cả bề mặt lẫn bề sâu, cố gắng cắt bỏ khối u tối ưu (sao cho phần còn sót lại phải < 1 cm).
- Phẫu thuật phải được tiến hành gọn, tránh rơi vãi bệnh phẩm vào khoang phúc mạc.

Khi phẫu thuật cần ghi nhận và mô tả trong tường trình phẫu thuật

- Tình trạng dịch ổ bụng, số lượng và màu sắc.
- Tình trạng khối u: kích thước, bề mặt, độ di động, mật độ và vị trí xâm lấn trực tiếp của khối u, khối u có bị vỡ hoặc gieo rắc tế bào trước hoặc trong khi phẫu thuật không.
- Mức độ xâm nhiễm vào các cơ quan khác trong vùng chậu hoặc ổ bụng tăng trên: bàng quang, ruột, dạ dày, bề mặt gan và tình trạng mạc nối lớn.
- Có sự hiện diện của các nốt di căn ở phúc mạc bụng và vùng chậu.
- Tình trạng hạch: hạch vùng chậu, hạch cạnh động mạch chủ, hạch mạc treo ruột.
- Mô tả và ghi lại toàn bộ các bước tiến hành của phẫu thuật phân giai đoạn. Chẩn đoán giai đoạn sau mổ

Phẫu thuật nhìn lại

- Các bệnh nhân được đánh giá đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng là những chọn lựa cho chỉ định phẫu thuật nhìn lại. Thường được tiến hành vào khoảng tháng thứ 9-10 sau điều trị, ở những bệnh nhân được chẩn đoán từ giai đoạn IC đến IIIC có tình trạng sức khỏe tốt, có thể phẫu thuật nội soi hoặc mở bụng, nhằm:
 - Lấy thêm những bướu còn lại hoặc tái phát mà không phát hiện được trước khi mổ. Phân giai đoạn lại ở những bệnh nhân đã phân giai đoạn nhưng chưa có phẫu thuật phân giai đoạn tối ưu.
 - Để đánh giá hiệu quả điều trị trong lâm sàng về giải phẫu bệnh, mức độ thuyên giảm cũng như tiến triển của bướu sau hóa trị, từ đó lựa chọn lại phương pháp điều trị tiếp theo (nếu thấy sự đáp ứng với hóa trị trước đó kém).
- Hiện nay với sự tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh và các xét nghiệm sinh học bướu, chỉ định phẫu thuật nhìn lại ngày càng hạn chế.

Phẫu trị trong ung thư tế bào mầm

- Phẫu thuật lần đầu.
- Ung thư buồng trứng dạng tế bào mầm có thể bảo tồn được tử cung và phần phụ còn lại.
- Tiêu chuẩn điều trị bảo tồn trong xử trí ung thư tế bào mầm buồng trứng.
 - Bệnh nhân còn trẻ mong muốn bảo tồn nội tiết hoặc chức năng sinh sản.
 - Giai đoạn bệnh được chẩn đoán kỹ lưỡng, không phát hiện hạch vùng bụng, vùng chậu và hạch cạnh động mạch chủ.
 - Bệnh lý ở giai đoạn IA (theo FIGO), hoặc ở những giai đoạn tiến xa trên các dạng mô học bướu tế bào mầm nhạy hóa trị, và có grade mô học thích hợp.
 - Buồng trứng còn lại bình thường.
 - Không có bất thường nhiễm sắc thể (XO, XY).
 - Tuân thủ và có đủ điều kiện hoàn thành kế hoạch và liệu trình điều trị.
 - Có điều kiện theo dõi theo đúng quy trình nhằm phát hiện sớm tái phát.



2. Hóa trị

a. Được chỉ định trong

- Giai đoạn sớm, có nguy cơ cao: hóa trị mang tính hỗ trợ sau phẫu thuật tận gốc nhằm giảm thiểu nguy cơ tái phát.
- Giai đoạn tiến xa: có nhiều cách phối hợp hóa trị gây đáp ứng với phẫu thuật để tăng thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh.

b. Các phác đồ hóa trị ung thư biểu mô buồng trứng: Tốt nhất bệnh nhân đã được chuẩn bị đường truyền tĩnh mạch qua buồng tiêm kín dưới da.

• Carboplatin - Paclitaxel

- Carboplatin AUC 6 ngày 1
 300 mg/m²
- Paclitaxel 135 – 175 mg/m² ngày 1 (truyền trong 3 giờ)

• CP

- Cisplatin 75-100 mg/m², IV, ngày 1
- Cyclophosphamid 750 mg/m², IV, ngày 1

• CEP

- Cyclophosphamid 600 mg/m² da, IV, ngày 1
- Epirubicin 600 mg/m² da, IV, ngày 1
- Cisplatin 600 mg/m², IV, ngày 1

• Docetaxel – Carboplatin

- Docetaxel 75 mg/m², IV, ngày 1
- Carboplatin AUC 5-7, IV, ngày 1
 300 mg/m²

• Cisplatin – Ifosfamid

- Ifosfamid 4000 mg/m², IV, ngày 1
- Cisplatin 60 mg/m², ngày 1
Ghi chú: lặp lại mỗi 4 tuần

Ifosfamid - Paclitaxel

- Ifosfamid 1500 mg/m², ngày 2 – 5 (truyền trong 1 giờ)
- Paclitaxel 135 – 175 mg/m², ngày 1 (truyền trong 3 giờ)
Ghi chú: lặp lại mỗi 3 tuần

- **Gemcitabin:** 800 – 1250 mg/m², IV, ngày 1, 8, 15
Có thể phối hợp với paclitaxel và carboplatin.
 - **Topotécán:** 1.5 mg/m², IV, ngày 1-5 (truyền trong 30 phút)
Ghi chú: lặp lại mỗi 3 tuần
 - **Liposomal Doxorubicin:** 40 - 50 mg/m², IV
Ghi chú: lặp lại mỗi 3-4 tuần
 - Điều trị phối hợp với Liposomal Doxorubicin: tùy phác đồ liều
Liposomal Doxorubicin có thể thay đổi từ 25-40mg/m² da.

Cyclophosphamid	500-600mg/m ² da/ngày 1.
Carboplatin	AUC5/ngày 1.
Cisplatin	75mg/m ² da/ngày 1.
Gemcitabin	800-1000 mg/m ² da/ ngày 1, ngày 8.
Oxaliplatin	70mg/m ² da/ ngày 2 x 8 chu kỳ.
Paclitaxel	70mg/m ² da/tuần.
Docetaxel	40mg/m ² da/tuần.

 - Phối hợp như Doxorubicin thông thường
CAP (Cyclophosphamid, Doxorubicin, Cisplatin).
 - **Oral etoposid:** 50 mg/m², IV, ngày 1-21
Ghi chú: lặp lại mỗi 28 ngày.
 - **Phác đồ VIP**
 - Cisplatin 20mg/m² da, IV, ngày 1-5.
 - Etoposid 100mg/m² da, ngày 1-5.
 - Ifosfamide 1g/m² da/ngày, ngày 1-2 hay ngày 1-5.
 - **Docetaxel – Capecitabin.**
- c. Các phác đồ hóa trị ung thư biểu mô tế bào mầm buồng trứng:**
- Giai đoạn sớm: hóa trị 3 – 4 chu kỳ.
 - Giai đoạn tiến xa: hóa trị 4-5 chu kỳ.
 - Các phác đồ hóa trị: Tốt nhất bệnh nhân đã được chuẩn bị đường truyền tĩnh mạch qua buồng tiêm kín dưới da.
- **Phác đồ VAC (chu kỳ 28 ngày)**
 - Vincristin: 1,5 mg/m² (tối đa 2 mg), IV, ngày 1 và 15.

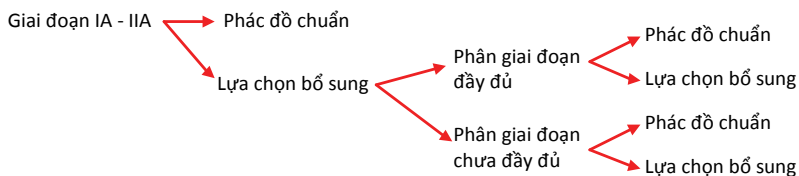
- Dactinomycin 350 mcg/m², IV, ngày 1 - 5.
- Cyclophosphamid 150 mg/ m², IV, ngày 1 - 5.
- **Phác đồ PVB (chu kỳ 21 ngày).**
 - Cisplatin 20 mg/m², IV, ngày 1 - 5.
 - Vinblastine 12 mg/m², IV, ngày 1.
 - Bleomycin 20 U/m² (tối đa 30 U), IV, mỗi tuần vào ngày 1.
- **Phác đồ BEP (chu kỳ 21 ngày)**
 - Cisplatin 20 mg/m², IV, ngày 1 - 5.
 - Etoposid 100 mg/m², IV, ngày 1 - 5.
 - Bleomycin 20 U/m² (tối đa 30 U), IV, mỗi tuần vào ngày 1.
- **Phác đồ VIP**
 - Cisplatin 20mg/m², IV, ngày 1 - 5.
 - Etoposid 100mg/m², ngày 1 - 5.
 - Ifosfamid 1g/m²/ngày ngày 1 - 2 hay ngày 1 - 5.
- **Phác đồ EP (chu kỳ 21 ngày)**
 - Cisplatin 20 mg/m², IV, ngày 1 - 5.
 - Etoposid 100 mg/m², IV, ngày 1 - 5.
- **Phác đồ POMB – ACE**
 - Ngày 1: Vincristin 1mg/m² da tiêm tĩnh mạch.
Methotrexat 300 mg/m² truyền tĩnh mạch trong 12g.
 - Ngày 2: Bleomycin 15 mg truyền trong 24 giờ,
Folinic acid 15 mg mỗi 12 giờ x4 liều (dùng sau liều MTX 24 giờ).
 - Ngày 3: Bleomycin 15 mg truyền trong 24 giờ,
 - Ngày 4: Cisplatin 120 mg/m² da truyền tĩnh mạch trong 12 giờ
Bổ sung thêm dịch truyền và 3g magnesium sulfate.
- **Phác đồ ACE**
 - Ngày 1 – 5: Etoposid 100mg/m² da truyền tĩnh mạch.
 - Ngày 3 – 5: Actinomycin D 0,5mg tiêm tĩnh mạch.
 - Ngày 5: Cyclophosphamid 500mg/m² da truyền tĩnh mạch.

V. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ THEO GIAI ĐOẠN VÀ GRADE MÔ HỌC UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG

1. Điều trị bướu giáp biên ác buồng trứng

- Bệnh nhân u giáp biên đã phẫu thuật chưa phân giai đoạn ở lần đầu:
 - Phẫu thuật phân giai đoạn lại nếu:
 - + Nghi ngờ bệnh còn tồn tại.
 - + Nếu bệnh nhân không muốn thêm con.
 - Theo dõi nếu không nghĩ đến còn bệnh tồn tại và muốn có thêm con.
- Sau khi mổ phân giai đoạn việc điều trị tùy thuộc có hay không di căn xâm lấn. Nếu có di căn xâm lấn việc điều trị giống như ung thư biểu mô buồng trứng.

2. Ung thư buồng trứng giai đoạn sớm: Giai đoạn IA đến IIA



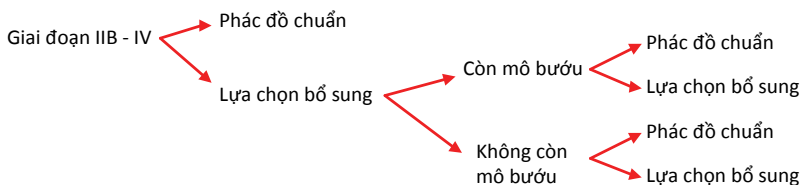
PHÁC ĐỒ CHUẨN

- Phẫu trị:
 - Mở bụng đường giữa.
 - Cắt hoàn toàn tử cung và 2 phần phụ (bệnh nhân mãn kinh và phụ nữ không muốn có con).
 - Đánh giá giai đoạn:
 - + Thử dịch ổ bụng tìm tế bào lạ.
 - + Sinh thiết phúc mạc ở nhiều vị trí khác nhau, phúc mạc vòm hoành.
 - + Cắt mạc nối đến sát đại tràng ngang.
 - + Nạo hạch chậu 2 bên và hạch cạnh động mạch chủ.
 - + Cắt ruột thừa nhất là các dạng u nhầy.
 - + Nếu nghi ngờ có di căn thành bụng ở lỗ trocar trong lần mổ thám sát lần đầu, nên cắt rộng các vùng di căn tại lỗ trocar.

- Nếu trong lần mổ đầu không thực hiện nạo hạch chậu và hạch động mạch chủ hai bên thì có thể thực hiện lại ở giai đoạn trên IC, trừ trường hợp u nhảy giai đoạn I (tùy theo tổng trạng bệnh nhân).
- Nên tìm các u đường tiêu hóa trong trường hợp u nhảy hai bên.
- **Các lựa chọn bổ sung**
 - Phẫu thuật bảo tồn đối với những bệnh nhân muốn có con, giai đoạn IA, grade I, ung thư không phải là tế bào sáng và bệnh nhân chấp nhận theo dõi đều đặn:
 - + Cắt phần phụ 1 bên và thám sát phần phụ đối bên, sinh thiết buồng trứng còn lại trong trường hợp có bất thường trên đại thể.
 - + Bảo tồn tử cung, buồng tử cung phải được kiểm tra bằng sinh thiết nội mạc tử cung.
 - + Theo dõi dựa trên cơ sở khám lâm sàng, dấu hiệu sinh học bướu và chẩn đoán hình ảnh một cách hệ thống đều đặn (siêu âm bụng và MRI).
 - + Cắt tử cung và phần phụ đối bên sau khi có con hay sau 40 tuổi mà chưa có con (đã tư vấn bệnh nhân).
 - Trong trường hợp giai đoạn IA grade 2, không phải tế bào sáng, điều trị bảo tồn cần cân nhắc kỹ thêm các yếu tố khác.
- **Sau phẫu trị nếu đánh giá giai đoạn đầy đủ thì bổ túc điều trị:**
 - **Điều trị chuẩn**
 - + Giai đoạn IA hay IB không phải là tế bào sáng: Không điều trị bổ túc với điều kiện là phải xác định grade mô học.
 - + Giai đoạn IA hay IB G2: không có điều trị chuẩn, nên chọn lựa thêm các yếu tố khác để quyết định (lâm sàng, diễn biến lâm sàng, kích thước bướu và sinh học bướu).
 - + Giai đoạn IA hay IB G3, tế bào sáng hay > IC: hóa trị bằng các phác đồ có Platine trong 3 chu kỳ.
 - **Những lựa chọn bổ sung**
 - + Giai đoạn IA hay IB không phải là tế bào sáng: xử trí như trên.
 - + Giai đoạn IA hay IB G2: theo dõi hay hóa trị liệu trong 3 chu kỳ có thể được đề nghị.
 - + Giai đoạn IA hay IB G2 hay G3, tế bào sáng hay > IC: hóa trị thêm 3 chu kỳ (tổng cộng 6 chu kỳ).

- Sau phẫu trị nếu đánh giá giai đoạn không đầy đủ thì bổ túc điều trị:
 - **Điều trị chuẩn**
 - + Giai đoạn IA hay IB G2: phẫu thuật đánh giá lại giai đoạn được làm một cách hệ thống.
 - + Giai đoạn IA hay IB G3, tế bào sáng hay > IC: phẫu thuật đánh giá lại giai đoạn được làm một cách hệ thống sau đó hóa trị với Platine trong 3 chu kỳ nếu không có thay đổi giai đoạn sau mổ.
 - + Trong trường hợp không thể mổ lại nên hoá trị Platine ít nhất 3 chu kỳ.
 - **Những lựa chọn bổ sung**
 - + Giai đoạn IA hay IB G2: xử trí như trên.
 - + Giai đoạn IA hay IB G3, tế bào sáng hay > IC: hóa trị thêm 3 chu kỳ (tổng cộng 6 chu kỳ điều trị).
 - + Giai đoạn IA hay IB G2 hay G3, tế bào sáng hay > IC: bệnh nhân có thể được xử trí tùy trường hợp cụ thể.

3. Ung thư buồng trứng giai đoạn tiến xa: Giai đoạn IIB đến IV



PHÁC ĐỒ CHUẨN (Standard)

- **Phẫu trị:**
 - Khi còn có thể, cố gắng phẫu thuật lần đầu để có thể loại bỏ tối đa thể tích bướu.
 - Giảm thể tích bướu tối đa và đánh giá giai đoạn đầy đủ là điều cần thiết ở bệnh nhân không có khó khăn trong phẫu thuật (giai đoạn II, IIIA và vài trường hợp IIIB).
 - Phẫu thuật không triệt để, cố gắng không để lại mô ung thư trên 1 cm.
 - Mổ đường giữa.



- Cắt phần phụ hai bên kèm cắt hoàn toàn dây chằng thất lưng buồng trứng.
- Cắt hoàn toàn tử cung kèm đóng mỏm cắt âm đạo.
- Cắt hoàn toàn mạc nối đến sát bờ cong lớn dạ dày.
- Cắt ruột thừa.
- Các phẫu thuật triệt để có thể bao gồm:
 - + Cắt nguyên khối ống sinh dục và trực tràng – đại tràng sigma.
 - + Cắt đường tiêu hóa có thâm nhiễm.
 - + Cắt phúc mạc thành ± cơ hoành.
 - + Cắt lách.

Nếu tổng trạng bệnh nhân cho phép và cân nhắc lợi ích quan trọng đối với thời gian sống còn, thời gian sống thêm không bệnh, phẫu thuật cho phép làm giảm khối ung thư di căn phúc mạc hoàn toàn; nạo hạch chậu 2 bên và hạch cạnh động mạch chủ.

Cần tìm các u đường tiêu hóa trong trường hợp u nhảy hai bên.

- **Sau phẫu thuật, còn sót mô ung thư trên đại thể thì điều trị bổ túc:**
 - **Điều trị chuẩn:**
 - + Giai đoạn từ IIB đến IV: bệnh nhân phải được điều trị 6 đợt hóa trị kết hợp Platine và Paclitaxel.
 - + Xạ trị và hóa trị trong phúc mạc chưa được khuyến cáo.
 - **Những chọn lựa thêm:**
 - + Giai đoạn từ IIB đến IV: hóa trị kết hợp Carboplatin và Paclitaxel có thể kéo dài thêm 3 chu kỳ.
 - + Sự kết hợp giữa Carboplatin và Docetaxel được khuyến cáo ở những bệnh nhân nguy cơ bệnh thận khi đó có chống chỉ định cho Paclitaxel (bệnh tim, bệnh thần kinh...)
 - + Đơn hóa trị bằng Carboplatin có thể được điều trị ngay từ đầu trong những trường hợp bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng hoặc chống chỉ định với đa hóa trị.
 - + Nếu phẫu thuật ban đầu không cho phép làm giảm tối đa thể tích bướu, hóa trị 2 hay 3 chu kỳ trước phẫu thuật lần 2 nhằm tạo thuận lợi cho phẫu thuật lần 2 được tối ưu.

+ Phẫu thuật lần 2 sau 6 chu kỳ được chọn lựa nếu thể tích bướu giảm không khả quan cho phẫu thuật lần 2.

• **Sau phẫu thuật, không sót mô ung thư trên đại thể thì cần điều trị bổ túc:**

- **Điều trị chuẩn**

+ Giai đoạn từ IIB, IIC: bệnh nhân được hóa trị 6 chu kỳ với Platine.

+ Giai đoạn từ III, IV: Bệnh nhân được hóa trị phối hợp Carboplatin và Paclitaxel tối thiểu 6 chu kỳ điều trị.

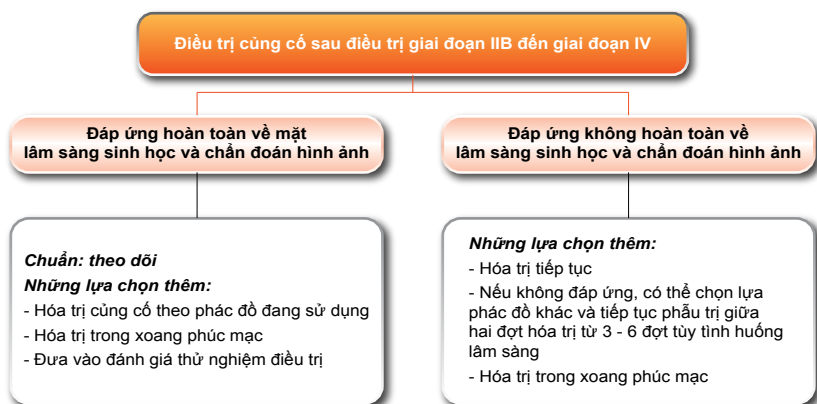
- **Những lựa chọn thêm:**

+ Giai đoạn từ IIB, IIC: bệnh nhân có thể được đưa vào phác đồ tiếp theo sau điều trị.

+ Giai đoạn từ III, IV: hóa trị trong phúc mạc với Platine. Đường dùng tĩnh mạch được khuyến cáo nếu như thiếu đội ngũ có kinh nghiệm.

+ Khi tình trạng bệnh nhân không cho phép dùng hóa trị đường tĩnh mạch phác đồ Carboplatin phối hợp Paclitaxel, nên dùng phác đồ đơn hoá trị với Carboplatin.

4. Xử trí sau điều trị dành cho giai đoạn IIB - IV



- **Điều trị giảm nhẹ**
 - Điều trị giảm đau: với thuốc giảm đau và thuốc opioid
 - Điều trị ngoại khoa: mở niệu quản, mở đại tràng ra da.
 - Điều trị bụng báng: điều chỉnh rối loạn nước điện giải, chọc tháo dịch giải áp nếu có khó thở, hóa trị trong xoang phúc mạc hoặc hóa trị qua đường truyền tĩnh mạch.
- **Điều trị nội tiết:** (đang được sử dụng tại 1 số trung tâm điều trị)
 - Progestins/Antiprogesterins:
 - + Medroxyprogesterone acetate trong ung thư dạng LNMTC của buồng trứng.
 - + RU486.
 - Liệu pháp Estrogen/ Estrogen Progestin phối hợp
 - + Diethylstilbestrol (DES).
 - Tamoxifen.
 - Đồng vận GnRH.
 - Ức chế men thơm hóa Aromatase.
 - Liệu pháp Androgen/Antiandrogen.

VI. XỬ TRÍ U TẾ BÀO MÃM BUỒNG TRỨNG, U TRUNG MÔ VÀ U MÔ ĐỆM DÂY GIỚI BÀO

1. U nghịch mầm

- Dấu hiệu sinh học AFP và hCG giúp phân biệt bướu nghịch mầm thật sự và những bướu tế bào mầm hỗn hợp.
- Điều trị bảo tồn chức năng sinh sản đối với những phụ nữ trẻ còn muốn sinh con.

• Phẫu thuật

Điều trị bảo tồn đối với bệnh nhân trẻ muốn sinh con ngay cả khi bệnh ở giai đoạn tiến xa và đánh giá giai đoạn. Phụ nữ lớn tuổi không mong thêm con thì cắt tử cung toàn bộ 2 phần phụ. Thăm sát và sinh thiết sang thương bề mặt phúc mạc. Nạo hạch chậu hoặc thăm sát hạch chậu hoặc hạch cạnh động mạch chủ, có thể thăm sát qua sờ nắn hoặc lấy đi mô hạch kèm đặt clip để xạ trị bổ túc.

- **Hóa trị:** phác đồ BEP, VIP, VBP, VAC, EP.

2. U quái ác tính

- Bảo tồn đối với phụ nữ trẻ còn muốn sinh con.
- Phẫu thuật cắt phần phụ bên bướu, lấy đi toàn bộ các sang thương nghi ngờ nếu có hoặc sinh thiết bề mặt phúc mạc bụng chậu.
- Bệnh nhân giai đoạn IA, grade 2, grade 3 phải hóa trị. Không hóa trị giai đoạn IA, grade 1. Bệnh nhân có bàng bụng và vỡ bướu phải hóa trị với mọi grade mô học.
- Phác đồ hóa trị: phác đồ BEP, VIP, VAC. U quái ác với thành phần gai điều trị cũng với phác đồ BEP.

3. Bướu xoang nội bì

- **Phẫu thuật**
 - Điều trị bướu xoang nội bì bao gồm mổ thám sát, cắt phần phụ một bên – cắt lạnh để chẩn đoán.
 - Lấy toàn bộ các mô di căn trong ổ bụng và chậu có thể lấy được.
 - Đánh giá giai đoạn lúc phẫu thuật không cần thiết vì tất cả bệnh nhân đều được hóa trị.
 - Cắt tử cung toàn bộ và phần phụ đối bên cũng không làm thay đổi kết quả.
- **Hóa trị**
 - Bướu xoang nội bì được hóa trị ở tất cả các bệnh nhân, với mọi giai đoạn bệnh. Phẫu thuật bảo tồn và hóa trị hỗ trợ giống như đối với các bướu tế bào mầm buồng trứng khác. Phác đồ điều trị bước 1: phác đồ BEP. Có thể củng cố VAC, phác đồ điều trị bước 2 POMB-ACE.
- **Phẫu thuật nhìn lại không có vai trò rõ ràng.**

4. Carcinôm phôi

Điều trị giống bướu xoang nội bì, cắt phần phụ một bên nếu bảo tồn, sau đó hóa trị với BEP.

5. Carcinôm đệm nuôi

- Phẫu thuật: cắt hoàn toàn tử cung và 2 phần phụ.
- Hóa trị với các phác đồ; EMACO; POMB; ACE; BEP.

6. Bướu tế bào mầm hỗn hợp

Hóa trị là phác đồ BEP hoặc VBP. Những bệnh nhân giai đoạn tiến xa nên làm (second look) để xác định đáp ứng điều trị.

7. Bướu trung mô và mô đệm dây giới bào (bướu tế bào hạt và bướu sertoli leydig – androblastom)

- **Lâm sàng:** Chẩn đoán giai đoạn và xếp hạng như bướu biểu mô buồng trứng.
- **Cận lâm sàng:** Dấu sinh học bướu
 - Oestradiol (bệnh nhân mãn kinh và không có điều trị nội tiết thay thế).
 - Inhibine A và Inhibine B.
- **Phẫu trị:** phẫu thuật bảo tồn trên người phụ nữ trẻ, chưa con, nếu người bệnh không được phẫu thuật phân giai đoạn đầy đủ phải mổ phân giai đoạn lại.
- **Sinh thiết buồng tử cung và nội soi buồng tử cung** chẩn đoán đối với những bệnh nhân bảo tồn tử cung hoặc bảo tồn tử cung và phần phụ còn lại.
- **Hóa trị:** các phác đồ có phối hợp với Platin hoặc phác đồ BEP hoặc PVB.
- **Sarcom buồng trứng** điều trị giống bướu biểu mô buồng trứng.

VII. THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT VÀ HÓA TRỊ

- Điều trị các tác dụng phụ của hóa trị (độc tính phân từ grade 0 – grade 4).
- Đánh giá đáp ứng (dùng cho hệ bướu đặc của WHO): 4 loại đáp ứng
 - Đáp ứng hoàn toàn.
 - Đáp ứng một phần.
 - Bệnh không thay đổi.
 - Bệnh tiến triển.
- Hóa trị càng sớm sau phẫu trị

VIII. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

- Hoàn thành đầy đủ kế hoạch và liệu trình điều trị.
- Đánh giá đáp ứng điều trị hoàn toàn qua lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và dấu hiệu sinh học bướu.
- Kiểm tra và hoàn tất điều trị các độc tính và tác dụng phụ sớm và muộn của hóa trị (tùy từng phác đồ hóa trị).

IX. TÁI KHÁM VÀ THEO DÕI SAU XUẤT VIỆN

- Trong hai năm đầu: đánh giá tình trạng mỗi 1 đến 3 tháng một lần tùy từng trường hợp, hầu hết ung thư buồng trứng tái phát trong hai năm đầu.
- Từ năm thứ ba đến năm thứ năm: khám - đánh giá mỗi sáu tháng, sau 5 năm thì khám 1 năm một lần.
- Khám theo dõi bệnh nhân ung thư buồng trứng sau điều trị gồm: khám phụ khoa, tầm soát hạch, làm phết tế bào mồm cắt ở bệnh nhân đã cắt hoàn toàn tử cung và hai phần phụ nếu có nghi ngờ di căn mồm cắt – theo dõi các dấu sinh học bướu – chẩn đoán hình ảnh nghi ngờ tái phát thì nhập viện, để được theo dõi, đánh giá lại và điều trị tiếp tục.
- Khi bệnh nhân tử vong hoặc tái phát cần ghi nhận:
 - Thời gian sống còn toàn bộ.
 - Thời gian sống thêm không bệnh.



X. PHỤ LỤC ĐÍNH KÈM

BẢNG CHỈ SỐ HOẠT ĐỘNG CƠ THỂ (Theo WHO, ECOG và Karnofsky)

Theo Karnofsky	Chỉ số	Theo WHO, ECOG	Mức
Hoạt động bình thường, không triệu chứng, không dấu hiệu bệnh.	100	Hoạt động bình thường, không triệu chứng	0
Có ít dấu hiệu hoặc triệu chứng bệnh có thể hoạt động bình thường.	90	Có triệu chứng, giảm sút ít hoạt động cơ thể, tự mình đảm đương duy trì sinh hoạt hàng ngày.	1
Có dấu hiệu hoặc triệu chứng bệnh cản trở gắng sức giảm sút hoạt động bình thường.	80		
Không thể hoạt động bình thường hay chủ động, tự chăm sóc được cho mình	70	Không thể làm việc, tự mình đảm bảo phần lớn sinh hoạt hàng ngày, cần trợ giúp không thường xuyên, thời gian nằm nghỉ ban ngày ít hơn 50%.	2
Cần trợ giúp không thường xuyên nhưng có thể tự thực hiện phần lớn các nhu cầu cá nhân	60		
Cần trợ giúp chăm sóc và y tế thường xuyên	50	Không tự chăm sóc được, cần trợ giúp thường xuyên hoặc phải nằm bệnh viện, bệnh tiến triển nhanh, thời gian nằm nghỉ ban ngày trên 50%	3
Không hoạt động được, cần trợ giúp chăm sóc đặc biệt	40		
Mất sức nặng, cần nằm viện và săn sóc đặc biệt	30	Nằm tại chỗ, cần săn sóc tăng cường đặc biệt	4
Rất yếu, đòi hỏi nằm viện và săn sóc tăng cường đặc biệt	20		
Hấp hối	10		
Tử vong	0	Tử vong	5

- **Các kiểu hóa trị**

- Hóa trị gây đáp ứng cho các ung thư giai đoạn tiến xa.
- Hóa trị hỗ trợ sau điều trị tại chỗ tại vùng cho các ung thư giai đoạn sớm.
- Hóa trị tân hỗ trợ: hóa trị trước khi điều trị tại chỗ tại vùng cho các ung thư giai đoạn sớm.
- Hóa trị tại chỗ: nhằm làm tăng nồng độ thuốc có hiệu quả tại tổn thương bằng nhiều kỹ thuật như: bơm thuốc vào các xoang hốc cơ thể, bơm thuốc vào động mạch...

- **Đánh giá đáp ứng**

- **Đáp ứng hoàn toàn (Complete response)**

Không còn biểu hiện của bệnh trong vòng 6 tuần. Thêm vào, tế bào dịch rửa ổ bụng âm tính một cách hằng định. Một bệnh nhân có đáp ứng hoàn toàn về mặt bệnh học khi không có bằng chứng nào về mô học và tế bào học được tìm thấy lúc mổ bụng thăm sát.

- **Đáp ứng một phần (Partial response)**

Giảm một phần $\geq 50\%$ đường kính của bướu, không có tăng kích thước của bất kỳ sang thương nào hoặc xuất hiện thêm bất kỳ sang thương nào.

- **Bệnh không thay đổi (Stable disease)**

Tình trạng bệnh không thay đổi hoặc giảm bệnh thấp hơn đáp ứng một phần. Không xuất hiện thêm sang thương mới. Triệu chứng lâm sàng không xấu hơn.

- **Bệnh tiến triển (Progression)**

Tăng kích thước bướu ít nhất là 25%, xuất hiện sang thương mới.

- **Tái phát (Relapse)**

Xuất hiện sang thương mới hoặc tái xuất hiện sang thương cũ ở những bệnh nhân đã có đáp ứng hoàn toàn. Đối với bệnh nhân đáp ứng một phần, tái phát được xác định khi tăng kích thước bướu $\geq 50\%$.



• **ĐỘC TÍNH HÓA TRỊ** (ĐÁNH GIÁ THEO WHO)

Độc tính	Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4
TIM					
Chức năng	Không	Bất thường nhưng không có triệu chứng	Triệu chứng thoáng qua, không cần điều trị	Có triệu chứng, đáp ứng điều trị	Có triệu chứng, không đáp ứng điều trị
Viêm màng ngoài tim	Không	Tràn dịch nhẹ, không triệu chứng	Có triệu chứng, không cần điều trị	Chèn ép tim cần chọc dò màng tim giải áp	Chèn ép tim cần can thiệp phẫu thuật
Nhịp tim	Không	Nhanh nhịp xoang > 110 l/ph	Ngoại tâm thu thất một ổ, loạn nhịp nhĩ	Ngoại tâm thu thất nhiều ổ	Nhịp nhanh thất
Da	Không	Đỏ da	Khô tróc da, bóng nước, ngứa	Bong tróc da, loét	Viêm da xuất tiết, hoại tử da cần phẫu thuật
Dị ứng	Không	Phù	Có thắt nhẹ phế quản không cần điều trị	Có thắt phế quản cần điều trị	Sốc phản vệ
Sốt do phản ứng thuốc	Không	Sốt < 38°	Sốt 38 - 40°	Sốt 40°	Sốt kèm hạ huyết áp

Độc tính	Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4
----------	--------	--------	--------	--------	--------

ỔNG TIÊU HÓA

Buồn nôn/ói	Không	Buồn nôn	Ói thoáng qua	Ói cần điều trị	Ói không đáp ứng với điều trị
Tiêu chảy	Không	Thoáng qua < 2 ngày	> 2 ngày nhưng chịu được	Tiêu chảy nhiều không chịu được, phải điều trị	Tiêu chảy gây mất nước
Miệng	Không	Đau, đỏ miệng	Đỏ, loét miệng nhưng có thể ăn đặc	Loét miệng phải ăn lỏng	Không ăn qua đường miệng được
Bilirubin	$\leq 1,25\text{bt}$	1,26 – 2,5bt	2,6-5,0bt	5,1 – 10,0 bt	> 10bt
Alkaline phosphatase	$\leq 1,25\text{bt}$	1,26 – 2,5bt	2,6-5,0bt	5,1 – 10,0 bt	> 10bt
SGOT/SGPT	$\leq 1,25\text{bt}$	1,26 – 2,5bt	2,6-5,0bt	5,1 – 10,0 bt	> 10bt

HUYẾT HỌC

Hemoglobin (g/100ml)	$\geq 11,0$	9,5 – 10,9	8,0 – 9,4	6,5 – 7,9	< 6,5
Bạch cầu ($\times 10^3/\text{mm}^3$)	$\geq 4,0$	3,0 – 3,9	2,0 – 2,9	1,0 – 1,9	< 1,0
Bạch cầu hạt ($\times 10^3/\text{mm}^3$)	$\geq 2,0$	1,5 – 1,9	1,0 – 1,4	0,5 – 0,9	< 0,5
Tiểu cầu ($\times 10^4/\text{mm}^3$)	$\geq 10,0$	7,5 – 9,9	5,0 – 7,4	2,5 – 4,9	< 2,5
Xuất huyết	Không	Ban xuất huyết	Xuất huyết nhẹ	Xuất huyết vừa	Xuất huyết nặng gây mất sức

Độc tính	Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4
THẦN KINH					
Ý thức	Tỉnh táo	Lừ đừ thoáng qua	Buồn ngủ < 50% thời gian thức	Buồn ngủ > 50% thời gian thức	Hôn mê
Táo bón	Không	Nhẹ	Vừa	Chướng bụng	Chướng bụng/ ói
Viêm thần kinh ngoại vi	Không	Dị cảm/ giảm phản xạ gân sâu	Dị cảm nặng/ yếu nhẹ	Dị cảm không chịu được/ mất vận động đáng kể	Liệt
Đau	Không	Ít	Vừa	Nhiều	Không chịu đựng được
Phổi	Không	Triệu chứng nhẹ	Khó thở khi gắng sức	Khó thở khi nghỉ	Phải nằm nghỉ liên tục
TIẾT NIỆU					
Urê/máu	< 1,25bt	1,26 – 2,5bt	2,6 – 5,0bt	5,1 – 10,0bt	> 10bt
Creatinin/máu	< 1,25bt	1,26 – 2,5bt	2,6 – 5,0bt	5,1 – 10,0bt	> 10bt
Tiểu máu	Không	Vi thể	Đại thể	Có máu đông	Tắc nghẽn đường tiểu
Tiểu đạm	Không	< 0,3 g/dL (1+)	0,3 – 1 g/dL (2-3+)	1g/dL (4+)	Hội chứng thận hư

XI. XỬ TRÍ TÁC DỤNG PHỤ CHÍNH CỦA THUỐC CHỐNG UNG THƯ _____

1. Huyết học

- Xuất huyết
 - Truyền máu.
 - Truyền tiểu cầu.
 - Sử dụng các yếu tố tăng trưởng hệ tạo máu: Erythropoietin.

- Sử dụng yếu tố kích thích dòng bạch cầu hạt G-CSF (Dilgrastim 5 mcg/kg/ngày), yếu tố kích thích dòng bạch cầu hạt và đại thực bào GM-CSF (Sargramostin 250 mcg/m²/ngày), Filgrastim 5 mcg/m²/ngày TDD hay truyền TM 7 đến 10 ngày.
- Ngăn ngừa và điều trị giảm tiểu cầu (Thrombopoietin) và các steroid.
- Nhiễm trùng: Kháng sinh phổ rộng, phối hợp các kháng sinh kèm kháng nấm.

2. Tiêu hóa

a. Chống nôn

- Sử dụng các Steroid.
- Sử dụng 5 – HT 3 (Ondansetron 6 mg/m² da, Granisetron 0,4 mg/m² da uống hoặc tiêm tĩnh mạch)
- Metoclopramid tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.
- Các loại an thần.

b. Tiêu chảy

- Kháng sinh nếu có bội nhiễm.
- Bù nước và điện giải.
- Băng niêm mạc.
- Kháng acid.

c. Viêm gan do thuốc

- Giải độc gan (biphenyl dimethyl dicarboxylate).



Chương

4

GÂY MÊ HỒI SỨC

I. CHỈ ĐỊNH

- Các sản phụ đạt tiêu chuẩn ASA I – II (*)

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tuyệt đối

- Nhiễm trùng toàn thân.
- Nhiễm trùng tại nơi chọc kim.
- Rối loạn đông máu.
- Sản phụ trong tình trạng sốc.
- Suy thai cấp.
- Nhau tiền đạo chảy máu, nhau bong non.
- Sản giật hoặc hội chứng HELLP
- Tăng áp lực nội sọ.
- Tiền sử dị ứng thuốc tê ...

2. Tương đối

- Sản phụ từ chối phương pháp gây tê.
- Bệnh tim (hẹp khít van tim, suy tim mất bù, tăng áp lực động mạch phổi).
- Sản phụ có kèm bệnh thần kinh, tâm thần.
- Bệnh lý cột sống như gù, vẹo cột sống.

III. QUY TRÌNH THỰC HIỆN

1. Kỹ thuật

- Đặt một đường truyền tĩnh mạch với dung dịch Ringer Lactat hoặc Natri clorid 0,9% hoặc Ringerfundin truyền tĩnh mạch trung bình 10ml – 15ml/kg cân nặng hoặc Hydroxyethyl starch 6% (HES(130/0,4)).
- Tư thế sản phụ: tư thế ngồi hoặc nằm nghiêng trái

- Kim chọc tủy sống số 27 G hoặc số 29 G vị trí chọc kim L3 – L4 hoặc L4 – L5
- Thuốc sử dụng:
 - Thuốc tê Bupivacain 0,5% heavy (tăng trọng) hoặc Levobupivacain 0,5% liều lượng trung bình 8-10mg.
 - Phối hợp với nhóm thuốc Opioid: Fentanyl 20mcg – 25mcg (hoặc Sufentanil 2,5mcg – 5mcg).
- Sau khi chích hỗn hợp thuốc tê và nhóm thuốc Opioid vào tủy sống: đặt bệnh nhân trở lại tư thế nằm ngửa và nghiêng trái 15° và thở ôxy 3 lít/phút.

2. Đánh giá

- Hiệu quả: tê tốt, sản phụ không đau
- Không hiệu quả: tê kém, sản phụ không chịu được đau cần phải chuyển sang phương pháp gây mê nội khí quản.

3. Xử trí tác dụng không mong muốn

- Thất bại: không chọc được kim vào khoang dưới nhện
Chuyển sang gây mê nội khí quản.
- Tụt huyết áp:

Dự phòng và điều trị: Ephedrin ống 30mg pha vào 500ml dung dịch đẳng trương Ringer Lactat 500 ml hoặc Natri clorid 0,9% 500 ml hoặc Ringerfundin 500 ml, truyền nhanh hoặc tiêm tĩnh mạch trực tiếp khi huyết áp giảm nhiều.
- Buồn nôn: kiểm tra huyết áp, nếu huyết áp trong giới hạn bình thường có thể dùng Metoclopramid ống 10mg/2mL tiêm mạch.

4. Xử trí sau mổ lấy thai

- Ngay sau sổ thai hoặc sau cắt dây rốn hoặc sau sổ nhau: tiêm bắp 10 UI Oxytocin hoặc Oxytocin 20 UI pha vào các dung dịch đẳng trương trên truyền TM XXX g/p.
- Xem xét sử dụng những thuốc co tử cung khác, khi tử cung co hồi kém:
 - Methyl ergometrin ống 0,2mg tiêm bắp.
 - Prostaglandin E1 (Misoprostol viên 200mcg, 4 – 5 viên đặt hậu môn).
 - Prostaglandin F2α (Carboprost tromethamin ống 250mcg tiêm bắp).



- Kháng sinh điều trị theo phác đồ.
- An thần nhẹ có thể dùng Midazolam 1 -2 mg tiêm mạch.

Lúc đóng phúc mạc có thể sử dụng Paracetamol 1g/100 ml truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút để giảm đau sau mổ nếu không có chống chỉ định dùng thuốc.

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn, đánh giá lượng máu mất trong lúc phẫu thuật, đến khi sản phụ ổn định sẽ được chuyển sang phòng hồi sức theo dõi.

() Đánh giá bệnh nhân trước mổ theo phân loại sức khỏe ASA (Hội gây mê hồi sức Hoa Kỳ):*

- ASA I: Bệnh nhân tình trạng sức khỏe bình thường, không mắc bệnh nào khác kèm theo.
- ASA II: Bệnh nhân mắc bệnh nhẹ, ảnh hưởng nhẹ đến chức năng các cơ quan của cơ thể.
- ASA III: Bệnh nhân mắc một bệnh trung bình, gây ảnh hưởng nhất định đến chức năng các cơ quan của cơ thể.
- ASA IV: Bệnh nhân mắc một bệnh nặng, đe dọa thường xuyên đến tính mạng của người bệnh và gây suy sụp chức năng các cơ quan của cơ thể người bệnh.

I. ĐỐI TƯỢNG

- Sản phụ được chỉ định mổ lấy thai
- Người thực hiện: BS gây mê hồi sức (GMHS), kỹ thuật viên GMHS, cử nhân GMHS

II. CHỈ ĐỊNH – CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Sản phụ từ chối hay không hợp tác với phương pháp gây tê	• Sản phụ từ chối gây tê (không có những yếu tố dự báo đặt nội khí quản khó). • Có rối loạn thần kinh nặng. • Chậm phát triển tâm thần.
--	---

Có những bệnh lý chống chỉ định gây tê tại chỗ	• Bệnh lý về máu. • Bệnh lý tim mạch nặng (hẹp van ĐMC nặng ...) • Basedow chưa điều trị ổn định hoặc có dấu hiệu của cơn bão giáp. • Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim. • Nhiễm trùng huyết. • Trụy tuần hoàn nặng chưa điều chỉnh được (băng huyết do sốt nhau hay vỡ tử cung, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, nhau bong non, sản giật, hội chứng HELLP). • Tăng áp lực nội sọ. • Biết có dị ứng với thuốc tê (hiếm).
--	---

Các trường hợp cấp cứu	• Thai suy. • Sa dây rốn.
------------------------	--

Gây tê thất bại	• Thất bại chọc kim ở nhiều vị trí. • Không sờ được khe sống. • Đau xuất hiện trong cuộc mổ.
-----------------	--

2. Chống chỉ định tương đối

- Viêm thanh quản cấp tính.
- Lao phổi tiến triển.
- Nhiễm trùng đường tiêu hóa và hô hấp trên.
- Không đủ trang thiết bị cần thiết và thiếu nhân viên có kinh nghiệm.

III. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Hỏi tiền căn bệnh nội – ngoại khoa kèm theo như:
 - Chú ý các bệnh lý tim mạch (hẹp 2 lá phổi, có tăng áp động mạch phổi), hô hấp (hen phế quản, viêm phổi, lao), nội tiết (tiểu đường, basedow).
 - Hỏi tiền căn dị ứng các loại thuốc, thức ăn gì.
 - Tiền căn gây mê, gây tê trong những lần mổ trước, có biến chứng gì không?
- Nhịn uống nước sạch trong vòng 2 giờ và thức ăn rắn (kể cả thức ăn có lipid như uống sữa) trong vòng 6 – 8 giờ. Nếu bệnh nhân mới ăn thức ăn rắn hoặc uống sữa dưới 6 giờ nên đặt sonde dạ dày và hút dịch, sau đó rút sonde ra trước khi đặt nội khí quản.
- Thảo luận với BS sản khoa về chỉ định mổ lấy thai, xem lại chẩn đoán trong biên bản mổ lấy thai, và các cam kết đồng ý mổ của bệnh nhân.
- Xem hồ sơ chú ý các xét nghiệm sinh hóa, huyết học (nếu mổ chương trình: công thức máu chú ý tiểu cầu 150.000 đến 400.000/mm³, TQ 12 – 14 giây, TCK 26 – 40 giây, nhóm máu, chức năng gan AST, ALT, urê, creatinin, glycemie, ECG).
- Đặt đường truyền với kim luồn 18 và Ringer Lactat 500ml hoặc Natri clorid 0,9% 500 ml hoặc Ringerfundin 500 ml (lưu ý truyền chậm).
- Đặt monitoring theo dõi SpO₂, ECG, nhịp thở, mạch, huyết áp, đo huyết áp tay để so sánh, thông tiểu.
- Quan sát vùng mũi, miệng mở rộng, hầu cổ để dự đoán những khó khăn: cầm lẹm, cổ ngắn, cứng hàm, viêm khớp sống cổ, miệng nhỏ, lưỡi lớn, răng hô.
- Quan sát răng kỹ: tháo răng giả ra (nếu có).
- Xác định chính xác bệnh nhân (đúng tên tuổi, địa chỉ), vị trí phẫu thuật,

điều chỉnh bàn mổ cho thích hợp (đầu bệnh nhân ngang vùng thượng vị của người đặt nội khí quản), bàn mổ có thể nghiêng trái 10^0 đến 15^0 .

- Có thể uống Citrate de Sodium 0.3M (nếu có) hoặc uống Ranitidin viên 150mg dạng sủi bọt pha với 15 ml nước hoặc Famotidin 20 mg / 5 ml tiêm tĩnh mạch.
- Cho Metoclopramid ống 10mg tiêm mạch..

2. Chuẩn bị phương tiện

- Bơm thủ túi hơi, đèn soi thanh quản phải đủ độ sáng.
- Kiểm tra hoạt động máy gây mê, nguồn dưỡng khí, máy hút, bình bốc hơi.

3. Chuẩn bị thuốc

- Hỏi cân nặng, rút và pha lượng thuốc cần sử dụng (điều chỉnh tùy theo tình trạng bệnh lý của từng bệnh nhân).

4. Tiến hành kỹ thuật

- Cung cấp oxy 100% qua mask trong 3 phút hay lâu hơn có thể yêu cầu bệnh nhân thở 4 đến 8 nhịp thở trước khi đặt nội khí quản.
- Dẫn đầu đặt nội khí quản nhanh.
 - Ấn sụn nhẫn với áp lực vừa phải (10N khi bệnh nhân tỉnh, tăng lên 30N) sau khi bệnh nhân mất tri giác (Nghiệm pháp Sellick).
 - Dẫn đầu mê với một trong các thuốc sau:
 - + Thiopental: 4mg/kg cân nặng.
 - + Propofol: 2 đến 2,5 mg/kg cân nặng.
 - + Ketamin: 1 - 2mg/kg cân nặng dùng trong trường hợp sản phụ bị giảm khối lượng tuần hoàn hoặc dị ứng hoặc tiền căn suyễn.
 - + Etomidat: 0,2 đến 0,3 mg/kg cân nặng cho bệnh nhân với tình trạng huyết động học không ổn định hoặc có bệnh tim mạch kèm theo.
 - + Succinylcholine (Suxamethonium) 1mg/kg cân nặng hoặc Rocuronium 0,6 mg/kg (khi có chống chỉ định dùng Succinylcholin *) hoặc Atracurium besylat hoặc Vecuronium. Lưu ý: thời gian dẫn cở của Rocuronium ≥ 45 phút.
 - + Sau khi cho Succinylcholin 45 đến 60 giây $\Rightarrow$ Đặt nội khí quản ống số 7 – 7,5, bơm bóng hơi.



- Nghe phổi cả hai phế trường để xác định vị trí chính xác của ống nội khí quản.
- Có thể đặt thêm đường truyền tĩnh mạch ngoại biên nếu cần.
- Duy trì thuốc mê:
 - Thở máy với $\text{FiO}_2 \geq 50\%$, không có PEEP. Sử dụng thuốc mê bốc hơi Isofluran hoặc Sevofluran hoặc Desfluran (khoảng 1 MAC).
 - Có thể duy trì mê bằng Propofol (DES / TCI) khi có chống chỉ định sử dụng thuốc mê bốc hơi, liều duy trì mê trung bình là 4 – 5 mg/kg/giờ qua bơm tiêm điện(**).
 - Duy trì thuốc dẫn cơ Vécuronium trung bình là 0,02 – 0,04mg/kg hoặc Atracurium 0,2mg/kg thời gian dẫn cơ kéo dài 25 – 40 phút.
 - Duy trì huyết áp tâm thu ≥ 90 mmHg hay 80% giá trị huyết áp tâm thu bình thường khi huyết áp thấp dưới tiêu chuẩn trên. Xử trí: truyền dịch tinh thể như Ringer Lactat hoặc Natri clorid 0,9% hoặc Ringerfundin, có thể phối hợp sử dụng Phenylephrine hay Ephedrin.
- Sau khi kẹp rốn sử dụng Fentanyl 1 – 2mcg/kg hay Sufentanil 0,2mcg/kg cân nặng.
- Giảm nồng độ thuốc mê bay hơi nhóm halogen khoảng 0,75 MAC để tránh thờ tử cung và tụt huyết áp.
- Bắt đầu truyền oxytocin liên tục (10 đơn vị trong 50ml – 100 ml Ringer Lactat hoặc Natri clorid 0,9% truyền tĩnh mạch nhanh, sau đó 15 đơn vị trong 500ml Ringer Lactat hoặc Natri clorid 0,9% hoặc Ringerfundin truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút).
- Xem xét sử dụng những thuốc co tử cung khác, khi tử cung co hồi kém:
 - Methyl ergometrin ống 0,2mg tiêm bắp.
 - Prostaglandin E1 (Misoprostol viên 200mcg, 4 – 5 viên đặt hậu môn).
 - Prostaglandin F2 α (Carboprost tromethamin ống 250mcg tiêm bắp).
- Giảm dần thuốc gây mê và ngưng hẳn thuốc khi phẫu thuật chấm dứt.
- Lúc đóng phúc mạc: sử dụng Paracetamol 1g/100ml truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút (nếu bệnh nhân không có chống chỉ định dùng thuốc) để giảm đau sau mổ.
- Chỉ rút ống nội khí quản khi thuốc dẫn cơ được hóa giải hoàn toàn với Neostigmin bromid (Neostigmine) 0,5 mg/ml liều 0,02-0,03 mg/kg

hoặc Sugammadex, bệnh nhân tỉnh thực hiện đúng y lệnh.

- Đánh giá lượng máu mất để xử trí (cân gạc trước và sau mổ là phương pháp đánh giá tương đối chính xác).
- Đánh giá các mặt khác: dấu hiệu sinh tồn, đau sau mổ, buồn nôn, nôn.
- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn đến khi sản phụ ổn định sẽ được chuyển sang phòng hồi sức theo dõi.

5. Theo dõi hậu phẫu

- Ăn uống sớm làm nhu động ruột mau hồi phục, giúp tăng tiết sữa và làm giảm sử dụng thuốc và giảm đau sau mổ.
 - Ngày phẫu thuật (No): uống nước đường, ăn súp hoặc cháo
 - Ngày hôm sau (N1): tiếp tục ăn súp, cháo đến khi có nhu động ruột sẽ ăn chế độ bình thường.
- Rút sonde tiểu sớm và tập cho bệnh nhân tự đi tiểu.
- Đánh giá hậu phẫu:
 - Tình trạng huyết động học ổn định.
 - Tác dụng của thuốc mê.
 - Hiệu quả giảm đau.
 - Nhận diện và điều trị những biến chứng nếu có của phẫu thuật hoặc gây mê.

(*) Chống chỉ định của Succinylcholin: tiền căn gia đình hay bản thân có tăng thân nhiệt ác tính, tiền căn dị ứng succinylcholin, mắc bệnh lý về cơ bẩm sinh, tăng Kali máu (suy thận nặng, đa chấn thương ...), tiền sản giật nặng, thiếu men ly giải Succinylcholin bẩm sinh (pseudocholinesterase).

(**) Chống chỉ định thuốc mê bốc hơi: tiền căn gia đình bị bệnh lý sốt cao ác tính, tiền sử dị ứng thuốc mê họ Halogen, tiểu porphyrie. Chống chỉ định tương đối: sử dụng beta - bloquant sẽ làm suy yếu cơ tim; bệnh nhân dùng Adrenaline, Terbutaline, Ventoline sẽ làm loạn nhịp thất; bệnh nhân điều trị Isoniazide sẽ làm suy chức năng tế bào gan.



PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM ĐỐI VỚI SẢN PHỤ BỊ BỆNH HẸP VAN 2 LÁ

Hẹp van 2 lá là bệnh van tim thường gặp nhất trong thai kỳ và hầu như luôn kết hợp với bệnh tim hậu thấp. Tỷ lệ bệnh tim hậu thấp đã giảm nhiều ở các nước phát triển, tuy nhiên bệnh này vẫn còn là vấn đề đáng quan tâm ở những nước đang phát triển.

I. NGUYÊN NHÂN

- Hậu thấp: dính mép van.
- Bẩm sinh: u nhầy nhĩ trái, huyết khối.
- Bệnh tự miễn (lupus ban đỏ).
- Hẹp van 2 lá thứ phát sau vôi hóa vòng van 2 lá.

II. CHẨN ĐOÁN

Diễn tiến bệnh chậm và thường biểu hiện sau một thời gian dài. Khoảng 25% phụ nữ bị bệnh hẹp van 2 lá bắt đầu có triệu chứng biểu hiện trong thai kỳ.

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

Hẹp van 2 lá nặng bao gồm đau ngực, khó thở, hồi hộp, phù phổi, ho ra máu, huyết khối thuyên tắc.

b. Triệu chứng thực thể

- Âm rung tâm trương âm sắc trầm ở mỏm với nhấn mạnh tiền tâm thu (nếu không có rung nhĩ) nghe rõ nhất khi bệnh nhân nằm nghiêng trái và khi gắng sức. Mức độ nặng của hẹp van tỉ lệ với độ dài âm rung tâm trương.
- Clắc mở van (tiếng có âm sắc cao, đầu tâm trương, nghe rõ nhất ở bờ trái xương ức và mỏm tim).
- T1 đanh.

2. Cận lâm sàng

- XQ ngực: nhĩ trái giãn (kéo thẳng bờ trái tim, hình bóng đôi bên phải, góc phế quản bên trái nâng lên).
- ECG cho thấy dày nhĩ trái, dày thất phải, có thể có rung nhĩ.
- Siêu âm tim, thông tim giúp xác định chẩn đoán.

3. Phân loại

- Diện tích mở van bình thường là $4 \text{ cm}^2 - 6 \text{ cm}^2$.
- Hẹp van 2 lá thường được định nghĩa là diện tích mở van từ $1,5 \text{ cm}^2 - 3 \text{ cm}^2$.
 - Hẹp van 2 lá trung bình là từ $1,1 \text{ cm}^2 - 1,5 \text{ cm}^2$.
 - Hẹp nặng khi diện tích mở van $< 1,0 \text{ cm}^2$.

III. PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM

1. Nguyên tắc

Lựa chọn phương pháp vô cảm phụ thuộc vào độ nặng của tổn thương bao gồm diện tích mở van 2 lá và tình trạng huyết động của bệnh nhân.

2. Phương pháp vô cảm trong chuyển dạ sinh ngã âm đạo

- Gây tê ngoài màng cứng (GTNMC): lý tưởng cho các TH sinh ngã âm đạo với giai đoạn 2 của chuyển dạ kéo dài, cần phải sinh giúp bằng dụng cụ. Thường thì GTNMC trong chuyển dạ giúp giảm đau đủ để đặt Forceps. Nếu GTNMC không đủ giảm đau, có thể sử dụng Fentanyl kèm theo với liều nhỏ Lidocain tiêm vào khoang ngoài màng cứng.
- Gây tê tủy sống kết hợp tê ngoài màng cứng (CSE):
 - Tê tủy sống với thuốc nhóm Opioid trong giai đoạn 1 của chuyển dạ, sau đó tiêm dung dịch thuốc tê với nồng độ thấp vào khoang ngoài màng cứng trong giai đoạn 2 của chuyển dạ (đặt T10 đến S4). Với phương pháp này, đa số sản phụ có tình trạng huyết động học ổn định.

3. Phương pháp vô cảm trong mổ lấy thai (MLT)

- GTNMC được ưa chuộng nếu thời gian cho phép:
 - Tiêm vào khoang ngoài màng cứng hỗn hợp.
 - Fentanyl: $1 - 2 \text{ mcg/kg}$ cân nặng (hoặc Sufentanil 5 mcg).
 - Lidocain 2% ống 10 ml / 20 ml liều trung bình 18ml.



- **Gây mê toàn diện:**
 - **Dẫn đầu gây mê:**
 - + Etomidat 0,2mg - 0,3 mg/kg là lựa chọn tốt để dẫn đầu gây mê.
 - + Đặt nội khí quản nhanh với Succinylcholin 1mg/kg cân nặng.
 - + Ấn sụn nhẫn cho đến khi xác định đúng vị trí ống nội khí quản.
 - **Duy trì mê:**
 - + Sevofluran MAC 1 đến 1,5 là lựa chọn tốt để duy trì mê.
 - + Nên tránh các thuốc gây nhịp tim nhanh (Atropin, Pethidin, Pancuronium, Ketamin).
 - + Phòng ngừa hít sặc cho tất cả các bệnh nhân gây mê MLT.
 - + Thận trọng khi sử dụng Oxytocin và Methyl ergometrin, Prostaglandine vì các thuốc này có thể làm thay đổi áp lực mạch máu hệ thống và mạch máu phổi dẫn đến mất bù huyết động.
 - + Trường hợp gây mê toàn thân khi đóng bụng sử dụng Paracetamol 1g/100 ml truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút để giảm đau sau mổ (nếu bệnh nhân không có chống chỉ định dùng thuốc).
 - + Chuyển sang hồi sức theo dõi khi mổ xong.
 - Tê tủy sống liều duy nhất không nên dùng cho bệnh nhân có hẹp van 2 lá trung bình đến nặng do làm thay đổi đột ngột sức cản mạch máu ngoại biên.

I. CHỈ ĐỊNH

Các sản phụ đạt tiêu chuẩn ASA I – II, có yêu cầu được thực hiện giảm đau sản khoa.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tuyệt đối

- Nhiễm trùng toàn thân.
- Nhiễm trùng tại nơi chọc kim.
- Rối loạn đông máu.
- Sản phụ trong tình trạng sốc.
- Suy thai cấp.
- Tiền sản giật nặng, tăng huyết áp không kiểm soát.
- Nhau tiền đạo chảy máu, nhau bong non.
- Sản giật hoặc hội chứng HELLP.
- Tăng áp lực nội sọ.
- Tiền sử dị ứng thuốc tê...

2. Tương đối

- Sản phụ từ chối phương pháp gây tê.
- Bệnh tim nặng: suy tim mất bù, tăng áp lực động mạch phổi nặng.
- Sản phụ có kèm bệnh thần kinh, tâm thần.
- Bệnh lý cột sống như gù, vẹo cột sống.

III. QUY TRÌNH THỰC HIỆN

1. Nguyên tắc

- An toàn cho mẹ và con là ưu tiên hàng đầu.
- Hiệu quả giảm đau là ưu tiên thứ hai.
- Sự hài lòng của sản phụ là ưu tiên thứ ba.



2. Kỹ thuật

a. Khám trước khi gây tê

- Lâm sàng: tìm hiểu xem có chỉ định hoặc chống chỉ định không?
- Xét nghiệm bắt buộc: tiểu cầu, PT, APTT. Yêu cầu làm các xét nghiệm hoặc thăm dò khác tùy từng trường hợp cụ thể.
- Giải thích cho sản phụ và gia đình về lợi ích và nguy cơ của phương pháp, đảm bảo rằng gia đình và sản phụ tự nguyện muốn làm.
- Mô tả cho sản phụ về tư thế, trình tự thủ thuật sẽ làm (để hợp tác), những cảm nhận sau khi tiêm thuốc và nhấn mạnh rằng phương pháp này chỉ định là để giảm đau.
- Trả lời sản phụ và gia đình những điều, chưa hiểu hoặc muốn biết.
- Cung cấp thông tin (bằng văn bản) về gây tê ngoài màng cứng cho sản phụ.

b. Thời điểm làm gây tê ngoài màng cứng giảm đau: khi chuyển dạ vào giai đoạn hoạt động.

c. Tiến hành

• Chuẩn bị bệnh nhân

- BS GMHS giải thích cho sản phụ những việc BS và NHS sẽ thực hiện thủ thuật gây tê giảm đau.
- NHS đặt một đường truyền tĩnh mạch kim cỡ 20G ở tay. Truyền Ringer Lactat hoặc Natri Clorid 0,9% hoặc Ringerfundin liều trung bình 5ml – 8ml/kg cân nặng (nếu sản phụ có tiền sử bệnh suy tim ứ huyết, tăng HA không kiểm soát hoặc hẹp van hai lá thì không nên truyền quá tốc độ 50ml/giờ).
- Tư thế: nằm hoặc ngồi.

• Chuẩn bị phương tiện

- Bộ dụng cụ tê ngoài màng cứng (B. Braun).
- Bơm tiêm 3ml, 5ml, 10ml, 50ml.
- Máy bơm tiêm điện, phương tiện hồi sức cấp cứu, máy đo HA, máy Monitor tim mạch, SpO₂.

• Xác định khe cột sống

- Thường là L3 – L4 hoặc L4 – L5 (Lưu ý: sản phụ béo phì đường Tuffier bị nâng lên).

- Gây tê tại chỗ với thuốc tê Lidocain 2%.
- **Kỹ thuật xác định khoang ngoài màng cứng**
 - Nên dùng kỹ thuật mất sức cản với dung dịch nước muối sinh lý.
- **Đặt kim Tuohy vào khoang ngoài màng cứng theo qui ước, và luồn catheter vào khoang ngoài màng cứng khoảng 4cm. Sau đó, rút kim Tuohy và cố định catheter.**
- **Hút catheter để kiểm tra nếu thấy có máu hay dịch não tủy chảy ra thì tạm ngưng sử dụng phương pháp gây tê này.**
- **Có thể dùng liều test với Lidocain 2% 2 – 3ml.**
- **Bơm thuốc tê giảm đau qua catheter ngoài màng cứng:**
 - **Liều bolus:** 12 – 15ml với hỗn hợp dưới đây (mỗi lần bơm 5ml xem tình trạng lâm sàng, sau đó bơm tiếp tục đến hết liều bolus).
+ Hỗn hợp:
 - ❖ **Bupivacain nồng độ 0,0625% đến 0,1%.** (Hoặc Ropivacaine 0,1% hoặc Levobupivacain 0,1%)
 - ❖ **Fentanyl 50mcg – 100mcg hoặc Sufentanil 5mcg – 10mcg.**
- **Liều duy trì giảm đau qua catheter ngoài màng cứng:**
 - + Giảm đau bằng phương pháp bơm thuốc tê qua bơm tiêm điện như sau:
 - ❖ **Thuốc tê Bupivacain nồng độ 0,0625% đến 0,1%.** (Hoặc Ropivacaine 0,1% hoặc Levobupivacain 0,1%)
 - ❖ **Fentanyl: 2mcg/ml hoặc Sufentanil 0,25-0,5 mcg/ml.** Truyền hỗn hợp thuốc tê này qua catheter với tốc độ 5 – 10ml/giờ tùy theo tình trạng giảm đau sản phụ.
 - + Hoặc giảm đau bằng phương pháp sản phụ tự điều khiển (PCEA):
 - ❖ Truyền hỗn hợp thuốc tê Bupivacaine 0,0625% đến 0,1% hoặc Levobupivacain 0,1% hoặc Ropivacain 0,1% kết hợp với Fentanyl 2mcg/ml (hoặc Sufentanil 0,25mcg – 0,5mcg/ml) qua catheter ngoài màng cứng tốc độ trung bình 5 – 10 ml/giờ.
 - ❖ Khi còn đau sản phụ bấm nút tự điều khiển để bơm thêm 3ml hỗn hợp thuốc tê.
 - ❖ Thời gian khóa nút điều khiển (lock out) khoảng 15 phút.
 - ❖ Liều tối đa 20ml/giờ.



- **Đánh giá**

- Mức độ ức chế cảm giác đau có thể dùng thước đo đánh dấu từ 1 đến 10
 - + 1: không đau
 - + 10: đau không chịu được.
- Mức độ phong bế vận động theo thang điểm BROMAGE

- **Theo dõi**

- Tại phòng sinh:
 - + Chất lượng giảm đau đến lúc sinh hoặc mổ lấy thai.
 - + Theo dõi hô hấp, mạch huyết áp và tiến trình chuyển dạ.
 - + Rút catheter ngoài màng cứng sau khi cuộc sinh hoàn tất.
 - + Dặn dò sản phụ chỉ nên đi lại sau 6 giờ, lần đầu tiên đặt chân xuống đất cần có người giúp.

I. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân đạt tiêu chuẩn ASA I – II.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tuyệt đối

- Nhiễm trùng toàn thân.
- Nhiễm trùng tại nơi chọc kim.
- Rối loạn đông máu.
- Bệnh nhân trong tình trạng huyết động học không ổn định.
- Tăng áp lực nội sọ.
- Tiền sử dị ứng thuốc tê ...

2. Tương đối

- Bệnh nhân từ chối phương pháp gây tê tủy sống.
- Bệnh tim (hẹp khít van tim, suy tim mất bù, tăng áp lực động mạch phổi).
- Bệnh nhân có kèm bệnh thần kinh, tâm thần.
- Bệnh lý cột sống như gù, vẹo cột sống ...

III. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Bệnh nhân được uống 150mg Ranitidin viên sủi bọt với 30ml nước tại phòng tiền mê hoặc Famotidin 20mg / 5ml tiêm tĩnh mạch.
- Đặt một đường truyền tĩnh mạch với dung dịch Ringer Lactat hoặc Natri clorid 0,9% hoặc Ringerfundin trung bình 10ml/kg cân nặng hoặc dung dịch Hydroxyethyl starch 6% (HES(130/0,4)).
- Tư thế bệnh nhân: tư thế ngồi hoặc nằm nghiêng trái.
- Kim chọc tủy sống số 27G hoặc số 29G vị trí chọc kim L3 – L4 hoặc L4 – L5.
- Thuốc tê Bupivacain 0,5% heavy (tăng trọng) liều lượng trung bình

10mg - 12mg (hoặc Levobupivacain 0,5% đẳng trọng liều lượng trung bình 10mg – 12mg).

- Phối hợp với: hoặc Fentanyl 20mcg – 25mcg (hoặc Sufentanil 2,5mcg – 5mcg).
- Sau khi gây tê: đặt bệnh nhân trở lại tư thế nằm ngửa và chuyển bệnh nhân nhẹ nhàng sang tư thế phụ khoa.
- Dùng thuốc an thần nhóm Midazolam 1mg – 2mg tiêm mạch.

IV. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ

- Tê tốt: bệnh nhân không đau
- Tê kém hoặc không hiệu quả: cần phải chuyển sang phương pháp gây mê nội khí quản.

V. XỬ TRÍ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

- **Thất bại:** không chọc được kim vào khoang dưới nhện: chuyển gây mê nội khí quản.
- **Tụt huyết áp:**
Dự phòng: Ephedrin ống 30mg pha vào 500ml dung dịch đẳng trương (Ringer Lactat hoặc Natri clorid 0,9% hoặc Ringerfundin), truyền nhanh hoặc tiêm tĩnh mạch trực tiếp khi huyết áp tụt nhiều.
- **Buồn nôn:** kiểm tra huyết áp, nếu huyết áp bình thường thì dùng Metoclopramid ống 10mg tiêm mạch chậm.

VI. TRONG KHI PHẪU THUẬT

- Thở oxy 100% qua mask trung bình 3 lít/phút.
- Theo dõi tri giác, hô hấp, mạch, huyết áp và tình trạng của bệnh nhân trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Lúc sắp kết thúc phẫu thuật sử dụng Paracetamol 1g/100 ml truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút (nếu bệnh nhân không có chống chỉ định dùng thuốc) để giảm đau sau mổ.
- Đánh giá lượng máu mất để xử trí (cân gạc trước và sau mổ là phương pháp đánh giá tương đối chính xác).
- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn đến khi ổn định bệnh nhân sẽ được chuyển sang phòng hồi sức theo dõi.

VII. SAU PHẪU THUẬT

- Giảm đau sau mổ theo phác đồ.
- Rút sonde tiểu sớm hoặc theo chỉ định của phẫu thuật viên, sau khi rút sonde tập cho bệnh nhân tự đi tiểu.
- Ăn uống sớm sẽ làm nhu động ruột mau hồi phục, làm giảm sử dụng thuốc và giảm đau sau mổ.
 - Ngày phẫu thuật (No): uống nước đường, ăn súp hoặc cháo.
 - Ngày hôm sau (N1): tiếp tục ăn súp, cháo đến khi có nhu động ruột thì ăn uống bình thường.



GIẢM ĐAU TRONG CHUYỂN DẠ BẰNG PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ TỦY SỐNG – NGOÀI MÀNG CỨNG KẾT HỢP

I. MỤC ĐÍCH VÀ ĐỐI TƯỢNG

Tê tủy sống – ngoài màng cứng kết hợp đã được áp dụng để giảm đau ở sản phụ đang chuyển dạ và nhất là thai bệnh lý như tim mạch, và giảm đau sau mổ.

• Lợi ích

- Liều lượng thuốc giảm rất nhiều so với tê tủy sống đơn thuần.
- Tác dụng bắt đầu nhanh (2 đến 3 phút).
- Tổng liều thuốc so với tê ngoài màng cứng đơn thuần khoảng 1/3 (cho mổ lấy thai).
- Mức độ phong bế vận động ít nhất.
- Phong bế giao cảm cũng ít nhất.

• Chỉ định

- Giảm đau trong chuyển dạ ở giai đoạn hoạt động hoặc lúc cổ tử cung đã mở > 7cm.
- Kỹ thuật chọn lọc cho các trường hợp có thai bình thường hoặc mẹ có bệnh lý cần sự ổn định huyết động học.

• Người áp dụng

Bác sĩ Gây mê được huấn luyện thành thạo và am hiểu về tê tủy sống – ngoài màng cứng.

- **Tuyến áp dụng:** tại các tuyến có khoa sản và gây mê hồi sức (chủ yếu các Bệnh viện chuyên khoa sản và tuyến thành phố).

II. ĐIỀU KIỆN ÁP DỤNG TỐI THIỂU

• Phương tiện

- Thuốc: Bupivacain tăng trọng hoặc Levobupivacain hoặc Ropivacain, Fentanyl hoặc Sufentanil, Lidocain 2%, dung dịch muối Natri clorid 0,9% (10ml).

- **Dụng cụ**

- Bộ kim tê tê tủy sống – ngoài màng cứng phối hợp (B.Braun).
- Kim Tuohy 18, kim tủy sống 26 – 27 (loại Quincke hoặc Withacre) độ dài 115 đến 120mm, phần nhô ra khỏi lỗ cạnh Tuohy từ 13 đến 15mm.

III. CHỈ ĐỊNH – CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Các sản phụ đạt tiêu chuẩn ASA I – II

2. Chống chỉ định

a. Tuyệt đối

- Nhiễm trùng toàn thân.
- Nhiễm trùng tại nơi chọc kim.
- Rối loạn đông máu.
- Sản phụ trong tình trạng sốc.
- Suy thai cấp.
- Nhau tiền đạo chảy máu, nhau bong non.
- Sản giật hoặc hội chứng HELLP
- Tăng áp lực nội sọ.
- Tiền sử dị ứng thuốc tê...

b. Tương đối

- Sản phụ từ chối phương pháp gây tê.
- Bệnh tim (hẹp khít van tim, suy tim mất bù, tăng áp lực động mạch phổi).
- Sản phụ có kèm bệnh thần kinh, tâm thần.
- Bệnh lý cột sống như gù, vẹo cột sống.

IV. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Đặt một đường truyền tĩnh mạch với dung dịch Ringer Lactat hoặc Natri clorid 0,9% hoặc Ringerfundin trung bình 8 – 10ml/kg cân nặng. Tư thế: nằm hoặc ngồi.



2. Chuẩn bị phương tiện

- Bộ dụng cụ tê tủy sống – ngoài màng cứng (B. Braun).
- Bơm tiêm 3ml, 5ml, 10ml, 50ml.
- Máy bơm tiêm điện, phương tiện hồi sức cấp cứu, máy đo HA, máy Monitor tim mạch, SpO₂.

3. Xác định khe cột sống

- Thường là L3 – L4 hoặc L4 – L5 (Lưu ý: sản phụ béo phì đường Tuffier bị nâng lên).
- Gây tê tại chỗ với dung dịch Lidocain 2%.

4. Kỹ thuật xác định khoang ngoài màng cứng

- Nên dùng kỹ thuật mất sức cản với dung dịch nước muối sinh lý.

5. Đặt kim Tuohy vào khoang ngoài màng cứng theo qui ước

Khi đã vào khoang ngoài màng cứng, sau đó đưa kim tủy sống qua kim Tuohy. Đẩy kim tủy sống qua kim Tuohy đến khi kim tủy sống vào khoang dưới nhện sẽ thấy dịch não tủy chảy ra .

6. Giảm đau chuyển dạ

a. Tiêm thuốc vào kim gây tê tủy sống hỗn hợp Bupivacain hoặc Levobupivacain 1,5mg – 2,5mg phối hợp với Fentanyl 20mcg – 25mcg (hoặc Sufentanil 2,5 – 5mcg)

- Rút kim tê tủy sống, sau đó luồn catheter qua kim Tuohy vào khoang ngoài màng cứng.
- Thuận lợi của phương pháp gây tê tủy sống ngoài màng cứng kết hợp:
 - Dùng liều thấp so với tê ngoài màng cứng đơn thuần.
 - Bắt đầu tác dụng nhanh (2 – 3 phút).
 - Phong bế thần kinh tối thiểu: vận động, giao cảm và sức rặn không mất.

b. Liều ngoài màng cứng qua bơm tiêm điện ngay sau liều tủy sống với hỗn hợp

- Giảm đau bằng phương pháp bơm thuốc tê qua tiêm điện như sau:
 - Thuốc tê Bupivacain hoặc Levobupivacain hoặc Ropivacain nồng độ 0,0625% đến 0,1%.

- Fentanyl 2mcg/ml (hoặc Sufentanil 0,25mcg đến 0,5mcg/ml).
 - Truyền hỗn hợp thuốc tê qua catheter ngoài màng cứng với tốc độ 5 – 10ml/giờ tùy theo tình trạng của sản phụ.
- **Hoặc giảm đau bằng phương pháp sản phụ tự điều khiển (PCEA):**
 - Truyền hỗn hợp thuốc tê qua catheter ngoài màng cứng tốc độ 5ml/giờ.
 - Bolus 3ml do sản phụ bấm nút điều khiển khi đau.
 - Thời gian khóa nút điều khiển (lock out) khoảng 15 phút.
 - Liều tối đa 20ml/giờ.

7. Theo dõi

Tại phòng sinh:

- Chất lượng giảm đau đến lúc sinh hoặc mổ lấy thai.
- Theo dõi hô hấp, mạch huyết áp và tiến trình chuyển dạ.



Chương

HIẾM MUỘN

5

I. ĐỊNH NGHĨA & PHÂN LOẠI

- Các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh sản sau một năm chung sống thực sự và không áp dụng biện pháp tránh thai nào vẫn không có thai được gọi là vô sinh (nếu người vợ > 35 tuổi, thời gian này chỉ tính 6 tháng).
- Phân loại:
 - Vô sinh nguyên phát là khi người vợ chưa có thai lần nào.
 - Vô sinh thứ phát là khi người vợ có ít nhất một lần mang thai trước đây, sau đó tối thiểu 1 năm mong con nhưng chưa thụ thai lần nữa.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Do vợ

- Rối loạn phóng noãn
 - Bệnh lý trung tâm:
 - + Suy hạ đồi, suy tuyến yên.
 - + Cường androgen, cường Prolactin (do bướu hoặc do thuốc).
 - Bệnh lý ngoại biên:
 - + Buồng trứng không phóng noãn.
 - + Suy buồng trứng sớm.
 - Bệnh lý biến dưỡng:
 - + Bệnh tuyến giáp, thừa androgen, u thượng thận.
 - + Bệnh lý gan thận.
 - + Béo phì.
- Do vòi trứng, phúc mạc:
 - Tắc ống dẫn trứng.
 - Nhiễm trùng, viêm phúc mạc ruột thừa, viêm vùng chậu.
 - Lạc nội mạc tử cung buồng trứng.

- **Do tử cung:**
 - Dị dạng bẩm sinh: không có tử cung và cổ tử cung.
 - U xơ cơ tử cung, lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung.
 - Dính buồng tử cung (Hội chứng Asherman).
 - Nội mạc tử cung không phát triển (<7 mm).
- Vô sinh chưa rõ nguyên nhân.

2. Do chồng

- **Rối loạn chức năng sinh dục:**
 - Xuất tinh ngược dòng.
 - Bất lực.
 - Giảm libido.
- **Rối loạn nội tiết:**
 - Hội chứng Kaliman (rối loạn chức năng hạ đồi).
 - Suy tuyến yên (do bướu, xạ trị hoặc do phẫu thuật).
 - Cường Prolactin (do bướu hoặc do thuốc).
 - Sử dụng thuốc Androgen.
 - Tăng sinh tuyến thượng thận.
- **Bất thường giải phẫu:**
 - Bất sản ống dẫn tinh, tắc ống dẫn tinh
 - Bất thường bẩm sinh túi tinh
- **Bất thường sinh tinh:**
 - Bất thường nhiễm sắc thể
 - Viêm tinh hoàn do quai bị
 - Tinh hoàn lạc chỗ
 - Xạ, hóa trị
 - Dẫn tinh mạch thừng tinh
- **Bất thường di động:**
 - Tinh trùng không có đuôi.
 - Có kháng thể kháng tinh trùng.



III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- **Hỏi tiền sử, bệnh sử**

- Chu kỳ kinh, các biện pháp tránh thai áp dụng, các lần mang thai, sảy thai.
- Các phẫu thuật, xét nghiệm đã thực hiện.
- Các thông tin bệnh nội khoa tổng quát.
- Cần lưu ý đến việc sử dụng rượu, thuốc lá, tiếp xúc với các hóa chất, các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

- **Khám lâm sàng**

- Khám vợ
 - + Quan sát các đặc điểm: rậm lông, hói đầu, mụn trứng cá hay các biểu hiện thừa Androgen.
 - + Khám lượng giá tuyến giáp.
 - + Khám vú xem có tiết sữa.
 - + Khám âm đạo đánh giá có bất thường sinh dục, TC đôi, bất sản âm đạo, vách ngăn âm đạo.
- Khám chồng
 - + Khảo sát đáng đi, chiều dài các chi giúp phát hiện trường hợp bất thường nhiễm sắc thể như Hội chứng Klinefelter.
 - + Bất thường của lỗ tiểu
 - + Khám bìu, tinh hoàn, mào tinh, ống dẫn tinh
 - + Phát hiện xem có dẫn tinh mạch thừng tinh, thoát vị bẹn khi ở tư thế đứng không

2. Cận lâm sàng

- **Xét nghiệm thường quy**

- Vợ:
 - + HIV, HBsAg, giang mai
 - + Pap smear
 - + Siêu âm phụ khoa

- Chống:
 - + HIV, HBsAg, giang mai
 - + Tinh dịch đồ
 - + Nếu kết quả tinh dịch đồ bất thường: xét nghiệm thêm FSH và nhiễm sắc thể đồ
- **Xét nghiệm chọn lọc**
 - FSH, LH, Estradiol, PRL, Progesterone, Testosterone hoặc AMH
 - Hormone tuyến giáp: T3, T4, TSH
 - Chụp cản quang tử cung – vòi trứng (HSG)
 - Nội soi buồng tử cung, ổ bụng (nếu có chỉ định)
 - Xét nghiệm chất nhầy cổ tử cung sau khi giao hợp

IV. ĐIỀU TRỊ

- **Nếu vô sinh không rõ nguyên nhân:**
 - Giải thích và làm cho cặp vợ chồng yên tâm. Hướng dẫn thời điểm giao hợp có hiệu quả.
 - Nếu sau giao hợp 6 – 12 chu kỳ không hiệu quả có thể can thiệp bằng cách kích thích buồng trứng và bơm tinh trùng vào buồng tử cung.
- **Nếu tìm được nguyên nhân vô sinh:**
 - Giải thích cho cặp vợ chồng hiểu và tư vấn phương pháp điều trị. Có thể sử dụng thuốc hoặc can thiệp phẫu thuật giúp họ đạt mong muốn có con. Đồng thời giải thích rõ các bước sẽ tiến hành, khó khăn có thể gặp phải và thời gian cần thiết để có được kết quả mong muốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Marc A. Fritz, Leon Speroff. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 8th edition, 2011.
2. Martin H. Johnson. Essential Reproduction. 6th edition, 2007.
3. David K Gardner, Ariel Weissman, Colin M Howles, Zeev Shoham. Textbook of Assisted Reproductive techniques. 2nd edition, 2004.

I. TRONG KỸ THUẬT BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG (IUI) —

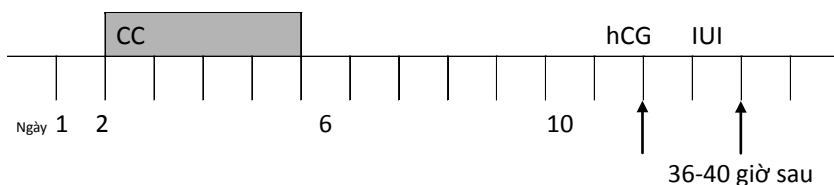
Kích thích buồng trứng (KTBT) trong IUI nhằm tạo ra từ 2-3 nang noãn trưởng thành và phóng noãn để tăng khả năng có thai.

1. Các chỉ định IUI

- Bất thường phóng tinh.
- Yếu tố cổ tử cung.
- Tinh trùng yếu.
- Lạc nội mạc tử cung nhẹ và vừa.
- Rối loạn phóng noãn.
- Phối hợp các bất thường trên.
- Bơm tinh trùng người cho trong trường hợp chồng không có tinh trùng.
- Vô sinh chưa rõ nguyên nhân.

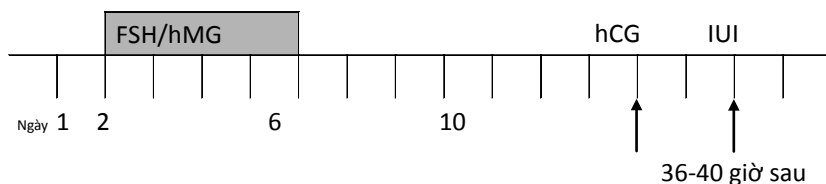
2. Các phác đồ KTBT**a. Sử dụng Clomiphene Citrate**

- Clomiphene Citrate (CC) được sử dụng đường uống với liều 50-100mg từ ngày 2 đến ngày 6 chu kỳ kinh nguyệt.
- Siêu âm theo dõi nang noãn từ ngày 6 hoặc ngày 7 chu kỳ, sau đó mỗi 2-3 ngày tùy tốc độ phát triển nang noãn.
- Tiêm bắp hCG 5000IU gây rụng trứng khi ít nhất 1 nang ≥ 18 mm.
- Bơm tinh trùng vào buồng tử cung được thực hiện 36-40 giờ sau thời điểm tiêm hCG.



- Hỗ trợ giai đoạn hoàng thể bằng progesterone đặt âm đạo 200mg/ngày, 2 lần/ngày trong 2 tuần sau bơm tinh trùng.
- Xét nghiệm β hCG máu thử thai sau bơm tinh trùng 2 tuần.

b. Sử dụng gonadotrophins đơn thuần (FSH hoặc hMG)



- Tiêm bắp hoặc tiêm dưới da FSH hoặc hMG mỗi ngày từ ngày 2 hoặc 3 chu kỳ với liều thường dùng là 50-75 IU.
- Liều dùng có thể được điều chỉnh tùy thuộc kết quả siêu âm vào ngày 7 chu kỳ hoặc những lần sau đó.
- Thời điểm tiêm hCG và bơm tinh trùng tương tự trên.

II. TRONG KỸ THUẬT THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM (IVF)

Thụ tinh trong ống nghiệm là một kỹ thuật phức tạp và tốn kém. Để tăng cơ hội có thai, bệnh nhân cần được KTBT để thu được khoảng 8-10 trứng có chất lượng tốt.

1. Các chỉ định IVF

- Tinh trùng chống yếu nặng.
- Bất sản ống dẫn tinh.
- Trường hợp xin tinh trùng do chồng không có tinh trùng.
- Yếu tố tai vôi.
- Vợ lớn tuổi.
- Giảm dự trữ buồng trứng.
- Xin trứng do suy buồng trứng sớm.
- Bơm tinh trùng thất bại nhiều lần.

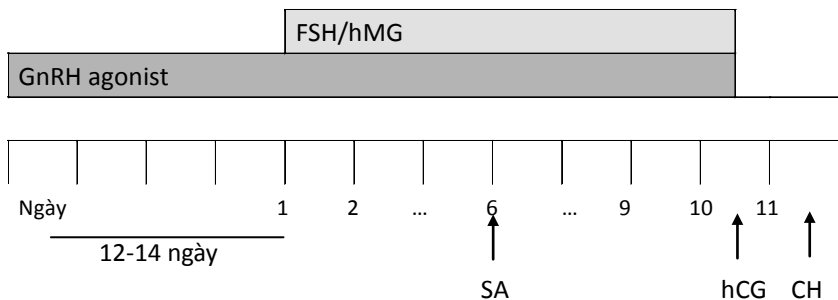
2. Các phác đồ KTBT

a. Phác đồ dài (down-regulation)

- Tiêm GnRH đồng vận bắt đầu từ ngày 21 chu kỳ kinh (tiêm liên tục trong 12-14 ngày).



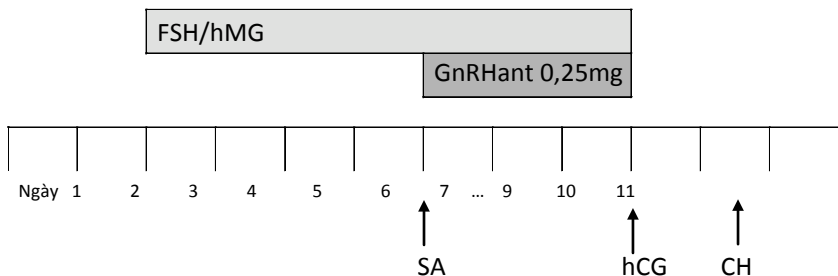
- Sau đó, xét nghiệm LH, Estradiol máu và siêu âm nếu down regulation đạt yêu cầu thì bắt đầu sử dụng gonadotropins. Gonadotropins được tiêm liên tục KTBT cho đến khi nang noãn trưởng thành.



- Tiêm hCG khi có ít nhất 3 nang ≥ 17 mm.
- Chọc hút trứng 36-38 giờ sau tiêm hCG.
- Chuyển phôi được thực hiện ngày 2, ngày 3 hoặc ngày 5 sau chọc hút trứng. Sau chuyển phôi, hỗ trợ hoàng thể với liều 600-800mg/ngày Progesterone.
- Thử thai 2 tuần sau chuyển phôi.

b. Phác đồ GnRH antagonist

- Bắt đầu sử dụng Gonadotropins KTBT vào ngày 2 hoặc 3 chu kỳ kinh.



- GnRH antagonist 0,25mg/ngày được cho liên tục từ ngày thứ 6 chu kỳ hoặc khi đường kính nang lớn nhất đạt 14 mm cho đến khi tiêm hCG gây rụng trứng.

- Thời điểm tiêm hCG, chọc hút trứng và hỗ trợ hoàng thể tương tự như phác đồ dài.
- Trong trường hợp bệnh nhân có nguy cơ quá kích buồng trứng, có thể gây trưởng thành nang noãn và rụng trứng bằng GnRH agonist thay cho tiêm hCG. Sau đó, phải hỗ trợ giai đoạn hoàng thể tích cực hoặc phải trữ phôi toàn bộ.

III. CÁC VẤN ĐỀ CẦN CHÚ Ý KHI KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

- Khoảng cách giữa đáp ứng tốt với KTBT và quá kích buồng trứng là rất nhỏ.
- Sự đáp ứng với KTBT ở từng người khác nhau sẽ khác nhau, do đó, việc quyết định loại thuốc, liều thuốc, phác đồ KTBT sử dụng và theo dõi trong quá trình KTBT phải được các bác sĩ có kinh nghiệm về sử dụng thuốc KTBT xem xét kỹ.
- Tăng hay giảm liều Gonadotropins cần phải dựa trên siêu âm và nội tiết trong quá trình theo dõi sự phát triển nang noãn và các triệu chứng lâm sàng của người bệnh.
- Ngưng KTBT khi không có nang phát triển hoặc quá nhiều nang phát triển (vì có thể gây nguy cơ quá kích buồng trứng).
- Thời điểm sử dụng hCG gây phóng noãn phù hợp sẽ mang lại hiệu quả cao.
- Nếu chu kỳ điều trị thất bại, số lượng nang noãn kém hay nội mạc tử cung mỏng, thay đổi phác đồ KTBT hiệu quả hơn là thay đổi thuốc KTBT.

IV. CÁC ĐÁP ỨNG BẤT THƯỜNG VÀ BIẾN CHỨNG CỦA KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

- **Đáp ứng kém với KTBT**
 - Đáp ứng kém với KTBT xảy ra khoảng 9-24% các chu kỳ thực hiện kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Đáp ứng kém được chẩn đoán khi bệnh nhân được KTBT bằng phác đồ chuẩn với liều FSH từ 300IU trở lên mà có các dấu hiệu sau:
 - + Số lượng nang noãn phát triển dưới 3-5 nang.
 - + Nồng độ Estradiol vào ngày 6 chu kỳ < 200pg/ml.



- + Nồng độ Estradiol không tăng hay giảm đi trong quá trình KTBT.
- + Thời gian KTBT quá dài (trên 18 ngày).
- + Quá kích buồng trứng.
- + Đa thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A.Fritz, M. & Speroff, L. 2010. Ovulation Induction. Clinical Gynecologic Endocrinology And Infertility. Lippincott Williams and Wilkins.
2. Huirne, J. A. & Schats, R. 2009. The use of GnRH agonists. In: Gardner, D. K., Weissman, A., Howles, C. M. & SHOHAM, Z. (eds.) Textbook of Assisted Reproductive Technologies. Informa Healthcare.
3. Ludwig, M. 2009. GnRH antagonist. In: Gardner, D. K., Weissman, A., Howles, C. M. & Shoham, Z. (eds.) Textbook of Assisted Reproductive Technologies. Informa Healthcare.

I. MỞ ĐẦU

Quá kích buồng trứng (QKBT) (OHSS: Ovarian Hyperstimulation Syndrome) là hội chứng có thể gặp trong quá trình sử dụng thuốc kích thích buồng trứng (KTBT) điều trị hiếm muộn với biểu hiện tăng tính thấm thành mạch, tràn dịch đa màng, giảm nồng độ albumin máu và giảm thể tích tuần hoàn.

II. PHÂN LOẠI ĐỘ NẶNG QKBT

TC	Nhẹ	Vừa	Nặng	Rất nặng
Lâm sàng	Căng bụng Đau bụng nhẹ	Đau bụng mức độ trung bình Căng bụng nhiều Buồn nôn, nôn Tiêu chảy Dấu hiệu dịch ổ bụng trên siêu âm	Rối loạn chức năng gan, phù toàn thân Căng bụng rất nhiều Khó thở, thở nhanh (>20 l/phút) Đau bụng vùng thấp Hạ huyết áp Thiểu niệu Tràn dịch màng phổi Dấu hiệu dịch ổ bụng trên lâm sàng	Có thể gây nguy hiểm đến tính mạng Dịch ổ bụng, dịch màng phổi rất nhiều Tràn dịch màng tim Suy thận Thuyên tắc mạch (có thể mạch não) Hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS) Thiểu niệu hoặc vô niệu Thiếu oxy máu
SÂ kích thước BT	≤ 5 cm	5-12cm	> 12 cm	
Hct	$< 41\%$	41%- $<45\%$	45%- $< 55\%$	$\geq 55\%$
Bạch cầu		10.000-15.000/mm ³	15.000-25.000/ mm ³	$> 25.000/ \text{mm}^3$
Xét nghiệm khác			Creatinine 1-1,5 mg/dl Thanh thải creatinine ≥ 50 ml/phút (nếu có) Hạ Natri máu Tăng Kali máu	Creatinine $> 1,5$ mg/dl Thanh thải creatinine < 50 ml/phút

* Kích thước buồng trứng có thể không tương ứng với độ nặng của QKBT khi làm TTON vì có chọc hút trứng.

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị: điều trị nội khoa chủ yếu (bù dịch, điện giải và giải áp sớm), hạn chế các can thiệp ngoại khoa. Chỉ can thiệp ngoại khoa khi buồng trứng vỡ, xuất huyết nội, buồng trứng bị xoắn. Dự phòng QKBT là quan trọng. Theo dõi điều trị tùy theo mức độ nhẹ, nặng của hội chứng QKBT.

1. QKBT nhẹ và vừa: có thể theo dõi điều trị ngoại trú

- Nghỉ ngơi, hạn chế hoạt động.
- Uống nhiều nước.
- Ăn thực phẩm có nhiều chất đạm, ăn mặn.
- Theo dõi: Đo vòng bụng, cân nặng mỗi ngày, theo dõi lượng nước tiểu mỗi ngày.
- Tái khám ngay khi có dấu hiệu chuyển nặng:
 - Nôn nhiều, không uống được, tiêu chảy.
 - Khó thở.
 - Cân nặng và vòng bụng tiếp tục tăng nhanh.
 - Tiểu ít đi (dưới 500ml nước tiểu/24h).

Nếu có dịch ổ bụng lượng vừa, tổng trạng mệt, tiên lượng tình trạng có thể nặng thêm: chọc dịch sớm qua đường âm đạo, triệu chứng có thể cải thiện rõ rệt sau khi rút dịch (có thể lặp lại khi cần). Bồi hoàn sớm đạm, điện giải và kháng sinh dự phòng sau khi rút dịch.

2. QKBT nặng: nhập viện điều trị

(QKBT nặng và rất nặng điều trị tại hồi sức).

a. Chế độ sinh hoạt

- Nghỉ ngơi tuyệt đối.

b. Điều trị

- Tăng áp lực keo nội mạch: có thể dùng Albumin 25% 50ml – 100ml/ngày.
- Cân bằng nước điện giải:
 - Natri Clorid 0,9% (500-1000 ml/ngày).
 - Glucose 5% (500-1000 ml/ngày).

- Hạn chế sử dụng Ringer Lactat vì QKBT có sẵn tình trạng tăng Kali máu.
- Có thể chọc dẫn lưu ổ bụng giải áp khi có các triệu chứng sau:
 - Bụng quá căng.
 - Khó thở.
 - Thiếu niệu.
 - Ăn uống kém, suy kiệt do bụng căng.
- Trong trường hợp nặng, khó thở, tràn dịch màng phổi, màng tim: chọc dò, dẫn lưu màng phổi, màng tim để điều trị triệu chứng.
 - Màng phổi: khi có tràn dịch màng phổi nặng gây khó thở do chèn ép nhu mô phổi, giảm chức năng hô hấp, $SpO_2 < 90\%$.
 - Màng tim: khi có tràn dịch màng tim làm suy giảm chức năng co bóp của tim.
- Trường hợp QKBT nặng nguy cơ suy thận: cân nhắc dùng Dopamin liều thấp (0,18 mg/kg/h)
- Nếu tình trạng QKBT diễn tiến ngày càng nặng thêm, không đáp ứng với các biện pháp điều trị, suy đa cơ quan đe dọa tính mạng bệnh nhân: cân nhắc chấm dứt thai kỳ.

c. Chế độ theo dõi

- Cân nặng, vòng bụng mỗi 24 giờ. Lưu ý xem lại tình trạng bệnh khi cân nặng tăng ≥ 1 kg/ngày.
- Lượng dịch vào, ra cơ thể mỗi 12 giờ. Theo dõi lượng nước tiểu, điều chỉnh sao cho lượng nước tiểu thu được mỗi ngày phải nhiều hơn tổng lượng nước cho vào cơ thể.
- Dấu hiệu sinh tồn/6 giờ.
- Công thức máu, Hct, lon đồ, Albumin máu mỗi 24 giờ.
- Chức năng gan, thận, chức năng đông máu mỗi 2 ngày.

IV. DỰ PHÒNG

1. Đối tượng nguy cơ

Chú ý theo dõi những bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao trong quá trình KTBT để có hướng dự phòng và điều trị kịp thời:

- Tuổi dưới 35.



- Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS).
- Sử dụng FSH trong KTBT.
- Tiền căn QKBT.
- Nồng độ Estradiol trong máu > 6000 pg/ml trước tiêm hCG.
- Nồng độ Estradiol tăng nhanh trong quá trình KTBT.
- Có nhiều nang (>15 nang) có kích thước trung bình và nhỏ (12-14mm) ở 2 buồng trứng.

2. Dự phòng

- **Dự phòng cấp I (ở những đối tượng nguy cơ trước khi KTBT)**
 - Sử dụng phác đồ thích hợp với liều thuốc thích hợp đối với cơ thể từng bệnh nhân.
 - Sử dụng phác đồ Antagonist.
 - Không sử dụng hCG trong hỗ trợ giai đoạn hoàng thể.
 - Nuôi trứng non trong ống nghiệm.
- **Dự phòng cấp II (ở những đối tượng đáp ứng quá mức buồng trứng khi KTBT)**
 - Giảm liều hCG gây phóng noãn.
 - Không tiêm hCG, thay kích thích rụng trứng bằng GnRH đồng vận. (Triptorelin acetate 0,1 mg x 2 ống tiêm dưới da) 36 giờ trước khi chọc hút trứng.
 - Hủy chu kỳ.
 - Không chuyển phôi, trữ phôi toàn bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zalman Levine & Navot, D. 2009. Severe Ovarian Hyperstimulation Syndrome. In: David K Gardner, Ariel Weissman, Colin M Howles & Shoham, Z. (eds.) Textbook of Assisted Reproductive Technologies. Informa Healthcare.
2. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Ovarian hyperstimulation syndrome. Fertil Steril 2008; 90: S 188-93.
3. Green-top Guideline No.5. The management of ovarian hyperstimulation syndrome. Royal College of Obstetricians and Gynecologists 2006.

I. MỞ ĐẦU

- Giảm thai ở các trường hợp đa thai (đặc biệt từ tam thai trở lên) là thủ thuật can thiệp vào buồng tử cung để giảm số lượng thai trong tử cung còn một hay hai thai mà vẫn đảm bảo các thai còn lại trong tử cung vẫn tiếp tục phát triển. Giảm thai góp phần giảm tỉ lệ nguy cơ và các biến chứng do đa thai.
- Có nhiều phương pháp giảm thai khác nhau tùy theo tuổi thai như hút mô thai ở thai kỳ nhỏ, dùng KCl bơm vào buồng tim thai cho các thai kỳ lớn cuối tam cá nguyệt 1 hay đầu tam cá nguyệt 2... Tuy nhiên, giảm thai không phải là thủ thuật tuyệt đối an toàn. Giảm thai có thể gây sảy thai hoàn toàn, gây nhiễm trùng, thai chết lưu, sinh non...

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp đa thai sống trong tử cung sau khi có thai tự nhiên hay điều trị hiếm muộn, không có chống chỉ định và bệnh nhân muốn giữ lại một hay hai thai để dưỡng.
- Tuổi thai: 6 đến 13 tuần vô kinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tuyệt đối: thai quá lớn > 13 tuần.
- Tương đối:
 - Thai nhỏ, chưa quan sát thấy hoạt động tim thai.
 - Động thai.
 - Nhiễm trùng đường sinh dục dưới.
 - Rối loạn đông máu.

IV. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Chuẩn bị bệnh nhân trước thủ thuật.
- Thực hiện thủ thuật.

3. Chăm sóc sau thủ thuật

- Kháng sinh dự phòng.
- Giảm gò tử cung: Progesteron 25mg tiêm bắp 1 ống x 2 lần/ngày trong 5 ngày.
- Nghỉ ngơi tại giường.
- Theo dõi tình trạng động thai và nhiễm trùng sau thủ thuật.
- Siêu âm kiểm tra thai sau thủ thuật 3-5 ngày.
- Tránh giao hợp trong 5 ngày sau giảm thai.

4. **Xuất viện:** thường khoảng 3-5 ngày sau thủ thuật giảm thai khi tình trạng thai ổn định.

5. Dùng toa theo phác đồ dưỡng thai thụ tinh ống nghiệm (nếu là thai điều trị) và khám thai định kỳ.

V. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Sẩy thai hoàn toàn (tỉ lệ khoảng 1-2%): đa số các trường hợp sẩy thai trọn và không can thiệp. Nếu thai lớn trên 8 tuần thường phải hút kiểm tra buồng tử cung nếu nghi ngờ sót nhau.
2. Nhiễm trùng: biểu hiện sốt, đau bụng, bạch cầu tăng, CRP tăng sau khi làm thủ thuật giảm thai. Các biểu hiện thường xảy ra trong vòng 14 ngày sau thủ thuật. Nếu tình trạng nhiễm trùng không được điều trị hay điều trị không hiệu quả, thai có thể sẩy hoàn toàn hoặc phải hút bỏ thai nếu không sẩy tự nhiên.
3. Dọa sẩy thai: túi thai bị bóc tách sau thủ thuật giảm thai. Điều trị bằng Progesteron đặt âm đạo kết hợp chế độ nghỉ ngơi và sinh hoạt hợp lý.
4. Tai biến do gây mê hay gây tê.

BỔ SUNG LH TRONG KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG THỤ TINH TRONG ỒNG NGHIỆM

HỘI PHỤ SẢN KHOA VÀ SINH ĐỂ CÓ KẾ HOẠCH VIỆT NAM (VINAGOFPA)
CHI HỘI Y HỌC SINH SẢN VIỆT NAM (VSRM)

Ngày 16 tháng 04 năm 2012

I. ĐẠI CƯƠNG

Sinh lý phát triển nang noãn ở buồng trứng cần thiết cả 2 loại gonadotropin FSH và LH. FSH cần thiết cho quá trình chiêu mộ và phát triển nang noãn cũng như kích thích hoạt động của men thơm hóa, thúc đẩy quá trình tổng hợp estrogen trong tế bào hạt. Ngoài ra, LH cũng có vai trò quan trọng trong sinh lý phát triển nang noãn (Hillier, 2001).

1. Vai trò LH trong sự phát triển nang noãn chu kỳ tự nhiên

- LH kích thích sự tổng hợp androgen ở tế bào vỏ, được vận chuyển qua tế bào hạt, là tiền chất tổng hợp estrogen ở tế bào hạt.
- Làm buồng trứng tăng nhạy cảm với FSH.
- Trưởng thành noãn.
- Phóng noãn.
- Gia tăng khả năng hoàng thể hóa của nang noãn khi tiếp xúc với hCG.
- Thụ thể LH còn được tìm thấy trên nội mạc tử cung (NMTC), do đó, có khả năng LH có vai trò trong quá trình làm tổ của phôi (Shemesh, 2001).

2. Khái niệm về cửa sổ LH trong kích thích buồng trứng thụ tinh trong ống nghiệm

- LH thấp <1,2 mIU/ml: sự phát triển nang noãn bị giảm, giảm tổng hợp hormone steroid, không có sự trưởng thành noãn hoàn toàn, tỉ lệ có thai thấp (Lahoud và cs., 2006; O'Dea và cs., 2008).

- LH cao >5 mIU/ml: thụ thể LH bị mất đi do quá trình điều hòa giảm thụ thể, ức chế sự tăng trưởng của tế bào hạt. Kết quả thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) đưa đến tỉ lệ thụ tinh kém, làm tổ kém và tỉ lệ có thai kém (Shoham, 2002; Tesarik và Mendoza, 2002; Stanger và Yovich, 2005).
- $1,2$ mIU/ml $< LH < 5$ mIU/ml: sự phát triển nang noãn tối ưu và trưởng thành noãn hoàn toàn.

Các phác đồ kích thích buồng trứng (KTBT) trong TTTON đều ức chế LH nội sinh, do đó, về mặt lý thuyết, một số trường hợp cần bổ sung LH. Thực tế, có khoảng 10-12% người bệnh đáp ứng không phù hợp với các phác đồ KTBT hiện sử dụng, được cho là do thiếu LH (Hill và cs., 2012). Vì vậy, bổ sung LH trong KTBT TTTON là cần thiết và được áp dụng ở rất nhiều trung tâm TTTON. Tuy nhiên, trong thực tế, đối tượng nào có ích lợi từ bổ sung LH và cách bổ sung LH như thế nào là các vấn đề còn được tranh luận rất nhiều. Gần đây, các chuyên gia châu Á-Thái Bình Dương đã đưa ra đồng thuận về bổ sung LH trong KTBT TTTON dựa trên các chứng cứ y học hiện có (Wong và cs., 2011). Hướng dẫn lâm sàng trong bổ sung LH trong KTBT TTTON này được xây dựng dựa trên đồng thuận của các chuyên gia Châu Á-Thái Bình Dương nhằm có các hướng dẫn cụ thể cho các bác sĩ trong thực hành lâm sàng.

II. HIỆU QUẢ CỦA BỔ SUNG LH TRONG KTBT TTTON

- Chúng tôi tóm lược một số nghiên cứu có thiết kế chặt chẽ trong đánh giá hiệu quả của bổ sung LH trong KTBT TTTON. Cho đến nay, có 5 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng (RCT) và 4 phân tích gộp (meta-analysis) được thực hiện về vấn đề này.
- Kết quả từ 4 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng ghi nhận bổ sung LH giúp tăng tỉ lệ làm tổ của phôi ở bệnh nhân ≥ 35 tuổi (Bosch và cs., 2011; Humaidan và cs., 2004; Marrs và cs., 2004; Mattoras và cs., 2009). Tuy nhiên, một nghiên cứu lại không ghi nhận điều này (Fabregues và cs., 2006).
- Hiện có 4 phân tích gộp so sánh 2 phác đồ KTBT: sử dụng FSH tái tổ hợp đơn thuần và FSH tái tổ hợp có bổ sung LH tái tổ hợp (Baruffi và cs., 2007; Kolibianakis và cs., 2007; Mochtar và cs., 2007; Oliveira và cs., 2007).

1. Bổ sung LH có ích lợi so với không bổ sung LH

- Số ngày KTBT ngắn hơn (Oliveira và cs., 2007).

- Số ống thuốc FSH tái tổ hợp cần sử dụng ít hơn (Oliveira và cs., 2007).
- Nồng độ estradiol cao hơn ở ngày tiêm hCG (Baruffi và cs., 2007; Oliveira và cs., 2007).
- Số noãn trưởng thành nhiều hơn ở những chu kỳ sử dụng phác đồ GnRH antagonist để KTBT (Baruffi và cs., 2007).
- Bổ sung LH giúp tăng tỉ lệ có thai ở người bệnh ≥ 35 tuổi (Mochtar và cs., 2007).
- Bổ sung LH giúp tăng tỉ lệ có thai ở người bệnh đáp ứng kém với KTBT (Mochtar và cs., 2007).

2. Bổ sung LH không khác biệt so với không bổ sung LH

- Tỉ lệ làm tổ, tỉ lệ thai lâm sàng, tỉ lệ sẩy thai và tỉ lệ trẻ sinh sống không khác biệt giữa nhóm bệnh nhân có hay không bổ sung LH.
- Tuy nhiên, số người bệnh gộp lại vẫn chưa đủ lớn để đưa đến kết luận. Hơn nữa, không có sự đồng nhất trong đặc điểm của người bệnh được gộp lại từ các nghiên cứu.

III. HƯỚNG DẪN LÂM SÀNG VỀ BỔ SUNG LH TRONG KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

1. Đối tượng cần bổ sung LH

Dựa trên các bằng chứng y học hiện có, bổ sung LH có ích lợi cho các đối tượng sau:

- Người bệnh suy buồng trứng trung tâm (nhóm 1 theo phân loại Không phóng noãn của Tổ chức Y tế Thế giới).
- Người bệnh có tiền sử đáp ứng kém với KTBT (< 4 noãn với KTBT tiêu chuẩn, liều FSH tối thiểu 300 IU/ngày).
- Người bệnh có đáp ứng buồng trứng không tối ưu trong chu kỳ đang điều trị: ngày 6 của KTBT (không có nang noãn $> 10\text{mm}$, $E2 < 200\text{ pg/ml}$, $\text{NMTC} < 6\text{mm}$).
- Người bệnh ≥ 35 tuổi.

2. Loại LH bổ sung

LH có thể được bổ sung dưới 2 dạng: LH tái tổ hợp và LH trong hMG.

- LH tái tổ hợp là dạng LH ưu tiên khuyến cáo sử dụng vì tinh khiết, hoạt tính sinh học ổn định và định liều chính xác.
- LH trong hMG.

3. Liều lượng và thời điểm bổ sung LH

- Người bệnh suy buồng trứng trung tâm: bổ sung 75IU LH vào FSH đang sử dụng.
- Người bệnh có tiền sử đáp ứng kém với KTBV hay người bệnh đáp ứng buồng trứng không tối ưu hay người bệnh ≥ 35 tuổi: bổ sung 75IU LH, có thể lên đến 150IU LH vào FSH đang sử dụng.
- Thời điểm bắt đầu bổ sung LH: ngày 1 hay ngày 6-8 của KTBV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baruffi, R., Mauri, A.L., Petersen, C., Felipe, V., Martins, A., Cornicelli, J., Cavagna, M., Oliveira, J., Franco, J. (2007). Recombinant LH supplementation to recombinant FSH during induced ovarian stimulation in the GnRH-antagonist protocol: a meta-analysis. *Reprod. BioMed. Online* 14, 14–25.
2. Bosch, E., Labarta, E., Crespo, J., Simo'n, C., Remohi', J., Pellicer, A. (2011). Impact of luteinizing hormone administration on gonadotropin-releasing hormone antagonist cycles: an age-adjusted analysis. *Fertil. Steril.* 95, 1031–1036.
3. Fabregues, F., Creus, M., Penarrubia, J., Manau, D., Vanrell, J.A., Balasch, J. (2006). Effects of recombinant human luteinizing hormone supplementation on ovarian stimulation and the implantation rate in down-regulated women of advanced reproductive age. *Fertil. Steril.* 85, 925–931.
4. Filicori, M., Cognigni, A.E., Tabarelli C, Pocognoli, P., Taraborelli S, Spettoli D, Ciampaglia, W. (2002). Stimulation and growth of antral ovarian follicles by selective LH activity administration in women. *J Clin Endocrinol Metab.* 87, 1156 – 1161.
5. Hill MJ, Levy G, Levens ED (2012). Does exogenous LH in ovarian stimulation improve assisted reproduction success? An appraisal of the literature. *RBM Online*, article in press.
6. Hillier, S.G. (2001). Gonadotropic control of ovarian follicular growth and development. *Mol. Cell. Endocrinol.* 179, 39–46.
7. Humaidan, P., Bungum, M., Bungum, L., Andersen, C.Y. (2004). Effects of recombinant LH supplementation in women undergoing assisted reproduction with GnRH agonist down-regulation and stimulation with recombinant FSH: an opening study. *Reprod. BioMed. Online* 8, 635–643.

8. Kolibianakis, E.M., Kalogeropoulou, L., Griesinger, G., Papanikolaou, E.G., Papadimas, J., Bontis, J., Tarlatzis, B.C. (2007). Among patients treated with FSH and GnRH analogues for in vitro fertilization, is the addition of recombinant LH associated with the probability of live birth? A systematic review and meta-analysis. *Hum. Reprod. Update* 13, 445–452.
9. Lahoud, R., Al-Jefout, M., Tyler, J., Ryan, J., Driscoll, G. (2006). A relative reduction in mid-follicular LH concentrations during GnRH agonist IVF/ICSI cycles leads to lower live birth rates. *Hum. Reprod.* 21, 2645–2649.
10. Marrs, R., Meldrum, D., Muasher, S., Schoolcraft, W., Werlin, L., Kelly, E. (2004). Randomized trial to compare the effect of recombinant human FSH (follitropin alfa) with or without recombinant human LH in women undergoing assisted reproduction treatment. *Reprod. BioMed. Online* 8, 175–182.
11. Matorras, R., Prieto, B., Exposito, A., Mendoza, R., Crisol, L., Herranz, P., Burgues, S. (2009). Mid-follicular LH supplementation in women 35–39 years undergoing ICSI cycles: a randomized controlled study. *Reprod. BioMed. Online* 19, 879–887.
12. Menon KMJ, Nair AK, Wang L (2006). A novel post-transcriptional mechanism of regulation of LH receptor expression by an RNA binding protein from the ovary. *Molecular and Cell Endocrinology* 246: 135-141
13. Mochtar, M.H., Van Der, V., Ziech, M., Van Wely, M. (2007). Recombinant luteinizing hormone (rLH) for controlled ovarian hyperstimulation in assisted reproductive cycles. *Cochrane Database Syst. Rev.* 18, CD005070.
14. O’dea, L., O’Brien, F., Currie, K., Hemsey, G. (2008). Follicular development induced by recombinant luteinizing hormone (LH) and follicle-stimulating hormone (FSH) in anovulatory women with LH and FSH deficiency: evidence of a threshold effect. *Curr. Med. Res. Opin.* 24, 2785–2793.
15. Oliveira, J.B.A., Mauri, A.L., Petersen, C.G., Martins, A.M.C., Cornicelli, J., Cavanha, M., Pontes, A., Baruffi, R.L.R., Franco, J.G. (2007). Recombinant luteinizing hormone supplementation to recombinant follicle-stimulation hormone during induced ovarian stimulation in the GnRH-agonist protocol: a meta-analysis. *J. Assist. Reprod. Genet.* 24, 67–75.
16. Shemesh, M. (2001). Actions of gonadotrophins on the uterus. *Reproduction* 121, 835–842.



17. Shoham, Z. (2002). The clinical therapeutic window for luteinizing hormone in controlled ovarian stimulation. *Fertil. Steril.* 77, 1170–1177.
18. Stanger, J.D., Yovich, J.L. (1985). Reduced in-vitro fertilization of human oocytes from patients with raised basal luteinizing-hormone levels during the follicular phase. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 92, 385–393.
19. Tesarik, J., Mendoza, C. (2002). Effects of exogenous LH administration during ovarian stimulation of pituitary down-regulated young oocyte donors on oocyte yield and developmental competence. *Hum. Reprod.* 17, 3129–3137.
20. Wong PC, Qiao J, Ho C, Ramaraju GA, Wiweko B, Takehara Y, Nadkarni PV, Cheng LC, Chen HF, Suwajanakorn S, Vuong TNL (2011). Current opinion on use of luteinizing hormone supplementation in assisted reproduction therapy: an Asian perspective. *RMB Online* 23:81-90.

HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

*HỘI PHỤ SẢN KHOA VÀ SINH ĐẼ CÓ KẾ HOẠCH VIỆT NAM (VINAGOFPA)
CHI HỘI Y HỌC SINH SẢN VIỆT NAM (VSRM)*

Ngày 16 tháng 04 năm 2012

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng buồng trứng đa nang – HCBTĐN (PCOS: polycystic ovarian syndrome) là rối loạn nội tiết và chuyển hóa phổ biến, xảy ra trong khoảng 5-10% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (Thessaloniki consensus, 2008). Người mắc HCBTĐN có nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau, quan trọng nhất bao gồm rối loạn phóng noãn, các dấu hiệu cường androgen và hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm. Các biểu hiện thay đổi rất nhiều giữa các cá thể, chủng tộc và vùng miền khác nhau. Trên từng cá thể, biểu hiện của HCBTĐN cũng có thể thay đổi tùy theo các giai đoạn khác nhau của cuộc sống.

Các nghiên cứu về HCBTĐN trên thế giới khá nhiều, tuy nhiên, các tiêu chuẩn chẩn đoán cũng như chiến lược điều trị được sử dụng trong các nghiên cứu rất khác nhau làm cho sự hiểu biết về hội chứng này càng phức tạp hơn. Gần đây, các chuyên gia Châu Âu, Mỹ, Châu Á-Thái Bình Dương đã tổ chức hội nghị đồng thuận về tiêu chuẩn chẩn đoán và chiến lược điều trị hiếm muộn cho các người mắc HCBTĐN dựa trên các bằng chứng y học hiện có.

Hướng dẫn lâm sàng này được thực hiện chủ yếu dựa trên đồng thuận của các chuyên gia thế giới về tiêu chuẩn chẩn đoán (Rotterdam consensus, 2003) và chiến lược điều trị hiếm muộn (Thessaloniki, 2007) với một số bổ sung dựa trên các nghiên cứu về HCBTĐN ở người Việt Nam và một số chứng cứ mới nhất trên y văn thế giới về HCBTĐN.

II. MỘT SỐ THUẬT NGỮ

- Buồng trứng đa nang (BTĐN) trên siêu âm: là buồng trứng có sự hiện diện của #12 nang noãn có kích thước 2-9mm trên một mặt cắt và/ hay tăng thể tích buồng trứng (>10mL).
- Hội chứng buồng trứng đa nang (HCBTĐN) là tập hợp các triệu chứng liên quan đến hội chứng như rối loạn phóng noãn, cường androgen, BTĐN trên siêu âm.
- Gây phóng noãn (ovulation induction): gây phóng đơn noãn.
- Kích thích buồng trứng (controlled ovarian stimulation hay ovarian stimulation): là kích thích sự phát triển đa noãn bằng cách sử dụng thuốc để làm tăng FSH nội sinh hay FSH ngoại sinh.
- Đề kháng với Clomiphene citrate được định nghĩa là những bệnh nhân không phóng noãn sau 3-6 chu kỳ điều trị với Clomiphene citrate.

III. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

- Hội chứng buồng trứng đa nang là một tập hợp của nhiều triệu chứng, do đó, không có một tiêu chuẩn đơn lẻ nào có đủ giá trị cho chẩn đoán lâm sàng. Các rối loạn hay bệnh lý khác có thể có các triệu chứng giống HCBTĐN cần được loại trừ như tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh, các loại u chế tiết androgen, hội chứng Cushing...
- Hội chứng buồng trứng đa nang được chẩn đoán khi người bệnh có 2 trong 3 tiêu chuẩn:
 - (1) Rối loạn phóng noãn hay không phóng noãn
 - (2) Cường androgen được chẩn đoán bằng các dấu hiệu lâm sàng và/ hay cận lâm sàng
 - (3) Hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm

1. Chẩn đoán rối loạn phóng noãn

Rối loạn phóng noãn được chẩn đoán trên lâm sàng thông qua các biểu hiện của rối loạn kinh nguyệt. Rối loạn kinh nguyệt thường theo kiểu kinh thưa (chu kỳ kinh nguyệt >35 ngày hay có kinh <8 lần/năm) hay vô kinh (không có kinh >6 tháng).

2. Chẩn đoán cường androgen

a. Lâm sàng

- (1) **Rậm lông** được xem là một chỉ điểm lâm sàng chính của cường androgen. Đa số các tác giả sử dụng thang điểm Ferriman - Gallway cải tiến để đánh giá tình trạng rậm lông của người bệnh. Tuy nhiên, khi sử dụng “rậm lông” như một chỉ điểm của cường androgen, một số vấn đề cần được lưu ý như: (i) chưa có trị số tham khảo của dân số bình thường, (ii) đánh giá rậm lông vẫn khá chủ quan, (iii) trong thực hành lâm sàng, các bác sĩ ít khi sử dụng hệ thống đánh giá chuẩn Ferriman-Gallway và (iv) rậm lông thường ít biểu hiện ở phụ nữ gốc Đông Á so với các dân số khác.
- (2) **Mụn trứng cá** cũng được xem là một dấu hiệu của cường androgen, mặc dù, trong các nghiên cứu, tần suất chính xác của cường androgen ở những người bệnh có mụn trứng cá rất khác nhau, chủ yếu do chưa có sự thống nhất trong cách đánh giá mụn trứng cá.
- (3) **Hói đầu kiểu nam giới** cũng là một chỉ điểm của cường androgen, nhưng lại được nghiên cứu ít hơn các dấu hiệu khác. Ngoài ra, hói đầu đơn thuần có vẻ không đủ mạnh để chẩn đoán cường androgen, ngoại trừ ở các người bệnh có rối loạn phóng noãn.
- (4) **Béo phì** cũng là một biểu hiện lâm sàng của cường androgen, thường được đề cập ở người mắc HCBTĐN, nhất là ở khu vực Châu Âu và Mỹ. Béo phì ở người bị HCBTĐN thường theo kiểu trung tâm, được đánh giá bằng cách sử dụng chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index - BMI), chỉ số vòng bụng hay tỉ số eo hông (Waist-hip ratio - WHR). BMI $>23 \text{ kg/m}^2$ được chẩn đoán thừa cân và $>25 \text{ kg/m}^2$ được chẩn đoán béo phì. WHR $>0,82$ - $0,85$ hay chỉ số vòng bụng $>80\text{cm}$ được xem là béo phì kiểu trung tâm (WHO, 2000).

b. Cận lâm sàng

Chẩn đoán cường androgen trên cận lâm sàng được thực hiện bằng cách định lượng testosterone trong máu. Định lượng testosterone toàn phần có độ nhạy kém trong chẩn đoán cường androgen. Định lượng testosterone tự do có giá trị dự báo cao hơn, nhưng có nhiều khó khăn trong phương pháp định lượng trực tiếp testosterone tự do. Do đó, hiện nay, chỉ số testosterone tự do (Free Testosterone Index - FTI) được khuyến cáo sử dụng để chẩn đoán cường androgen.

Công thức tính FTI như sau:

- $FTI = \text{Testosterone toàn phần} / \text{SHBG} \times 100$ (SHBG: Sex Hormone-Binding Globulin)
- $FTI > 6$ được chẩn đoán là cường androgen.

3. Chẩn đoán hình ảnh buồng trứng đa nang

Hình ảnh BTĐN được xem là một trong những tiêu chuẩn để chẩn đoán HCBTĐN. Dựa trên các bằng chứng y học hiện có, tiêu chuẩn siêu âm sau đây được xem là có đủ độ nhạy và độ đặc hiệu để chẩn đoán hình ảnh BTĐN: "Sự hiện diện của #12 nang noãn có kích thước 2-9mm trên một mặt cắt và/hay tăng thể tích buồng trứng (>10mL)".

Một số lưu ý khi siêu âm đánh giá hình ảnh BTĐN:

- (1) Đặc điểm phân bố của các nang ở vùng ngoại vi buồng trứng, tăng thể tích và độ dày trên siêu âm của mô đệm buồng trứng không còn được quan tâm như trước đây. Chỉ một buồng trứng thỏa yêu cầu cũng đủ để chẩn đoán hình ảnh buồng trứng đa nang.
- (2) Người phụ nữ không sử dụng thuốc ngừa thai, thuốc kích thích buồng trứng 3 tháng trước đó.
- (3) Nếu có một nang >10mm trên buồng trứng, thực hiện siêu âm lại vào chu kỳ sau.
- (4) Thời điểm siêu âm vào ngày 3-5 ở những phụ nữ có chu kỳ kinh đều. Những phụ nữ có kinh thưa hay vô kinh có thể được siêu âm bất kỳ thời điểm nào hay vào ngày 3-5 sau khi gây ra huyết âm đạo bằng progestin.
- (5) Thể tích buồng trứng được tính bằng $(0,5 \times \text{chiều dài} \times \text{chiều rộng} \times \text{độ dày})$.
- (6) Một phụ nữ chỉ có hình ảnh BTĐN trên siêu âm mà không có rối loạn phóng noãn hay triệu chứng cường androgen (buồng trứng đa nang "không triệu chứng") không nên được xem là có HCBTĐN cho đến khi có các biểu hiện lâm sàng khác.

IV. MỘT SỐ VẤN ĐỀ KHÁC CỦA HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

1. Kháng Insulin

Kháng insulin có liên quan với những bất thường sinh sản ở phụ nữ HCBTĐN. Kháng insulin được định nghĩa là tình trạng giảm sử dụng glucose qua trung gian insulin. Tuy nhiên, chẩn đoán tình trạng kháng insulin vẫn còn gặp nhiều khó khăn về mặt phương pháp và hơn nữa, giá trị của dấu hiệu này trong thực hành lâm sàng vẫn còn nhiều bàn cãi. Ngoài ra, các chuyên gia đã đề nghị không cần sàng lọc tình trạng kháng insulin trong dân số chung cũng như trong dân số có nguy cơ cao vì dấu hiệu này ít có giá trị trong tiên đoán các biến cố lâm sàng (American Diabetic Association, 1998).

Tần suất giảm dung nạp đường và đái tháo đường type II khá cao ở người bệnh bị HCBTĐN có béo phì, do đó, khuyến cáo chỉ cần thực hiện test dung nạp đường huyết 75g ở những người bệnh HCBTĐN có béo phì.

Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng chuyển hóa ở phụ nữ HCBTĐN (có 3 trong 5 tiêu chuẩn)

Yếu tố nguy cơ	Ngưỡng bất thường
1. Béo phì ở bụng (đo vòng eo)	>80cm
2. Triglycerides	≥150 mg/dL
3. HDL-C	<50 mg/dL
4. Huyết áp	≥130 / ≥85 mmHg
5. Đường huyết lúc đói và 2 giờ sau làm test dung nạp đường	110-126 mg/dL và/hoặc glucose sau 2 giờ 140-199 mg/dL

2. Tăng Luteinizing Hormone (LH)

Nồng độ tuyệt đối LH trong máu và tỉ số LH/FSH tăng đáng kể trong phụ nữ có HCBTĐN. Điều này do tăng tần số và biên độ của xung LH. Tuy nhiên, nồng độ LH trong máu có thể bị thay đổi do hiện tượng phóng noãn thỉnh thoảng có xảy ra (khi đó, phóng noãn sẽ làm giảm nồng độ LH tạm thời), bởi BMI (nồng độ LH thường cao hơn ở người mắc HCBTĐN và gầy) và loại xét nghiệm được sử dụng để định lượng LH. Ngoài ra, sự ảnh hưởng của LH trên khả năng sinh sản vẫn còn bàn cãi. Do đó, các chuyên gia đề nghị không cần đưa định lượng LH vào tiêu chuẩn chẩn đoán HCBTĐN.



3. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh HCBTĐN người Việt Nam

Các nghiên cứu về HCBTĐN trên người Việt Nam rất ít. Tìm tài liệu thông qua mạng internet, các tạp chí chuyên ngành trong nước và ngoài nước, các kỷ yếu của các hội nghị chuyên ngành, chúng tôi tìm được 5 nghiên cứu liên quan đến đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị hiếm muộn ở người bệnh HCBTĐN Việt Nam. Trong đa số các nghiên cứu, HCBTĐN được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn của đồng thuận Rotterdam, 2003.

Về đặc điểm lâm sàng-cận lâm sàng của người bệnh HCBTĐN Việt Nam, có một số ghi nhận như sau:

- (1) **Rối loạn kinh nguyệt:** kiểu kinh thưa xảy ra ở khoảng 62-90% người bệnh (Vương Thị Ngọc Lan và cs., 2009; Phạm Chí Kông và cs., 2009, Trần Thị Lợi và cs., 2008; Trần Thị Ngọc Hà và cs., 2007) và vô kinh ở 5-7% người bệnh (Vương Thị Ngọc Lan và cs., 2009; Phạm Chí Kông và cs., 2009).
- (2) **Hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm:** xảy ra 87-95% người bệnh (Vương Thị Ngọc Lan và cs., 2009; Phạm Chí Kông và cs., 2009; Trần Thị Lợi và cs., 2008).
- (3) **Cường androgen:** tần suất cường androgen được chẩn đoán qua lâm sàng hay cận lâm sàng ở người bệnh HCBTĐN Việt Nam có vẻ thấp hơn so với các chủng tộc khác như Châu Âu, Mỹ hay Nam Á.

a. Lâm sàng

- **Rậm lông:** 20-43% khi chẩn đoán bằng các dấu hiệu như có ria mép, lông bụng và ngực (Phạm Chí Kông và cs., 2009; Trần Thị Ngọc Hà và cs., 2007); khoảng 54% khi sử dụng thang điểm Ferriman Gallway (Trần Thị Lợi và cs., 2008).
- **Mụn trứng cá:** xảy ra trong 39-50% (Phạm Chí Kông và cs., 2009; Trần Thị Lợi và cs., 2008).
- **Hói đầu kiểu nam giới:** 0% (Trần Thị Ngọc Hà và cs., 2007).
- **Béo phì:** rất ít xảy ra trong người bệnh HCBTĐN Việt Nam. Chỉ số khối cơ thể BMI >23 kg/m² xảy ra trong khoảng 9-20% người bệnh (Vương Thị Ngọc Lan và cs., 2009; Phạm Chí Kông và cs., 2009; Trần Thị Ngọc Hà và cs., 2007). Đa số người bệnh HCBTĐN Việt Nam thuộc dạng trung bình hay gầy với BMI trung bình là 20,7±2,3 (Vương Thị Ngọc Lan và cs., 2009). Tỷ số eo/hông trung bình là 0,82±0,05 (Trần Thị Lợi và cs., 2008).

b. Cận lâm sàng

Trong đa số các nghiên cứu, chẩn đoán cường androgen được thực hiện bằng cách định lượng testosterone toàn phần. Tỷ lệ người bệnh có tăng testosterone toàn phần ($>3,5$ nmol/l) dao động từ 35-45,5% (Vương Thị Ngọc Lan và cs., 2009; Phạm Chí Kông và cs., 2009; Trần Thị Ngọc Hà và cs., 2007). Chỉ có một nghiên cứu sử dụng chỉ số testosterone tự do (FTI) như là chỉ điểm của cường androgen trên cận lâm sàng cho thấy tỷ lệ người bệnh có tăng FTI ($>5,9$) là 60,9% (Giang Huỳnh Như và cs., 2007).

V. ĐIỀU TRỊ

Điều trị HCBTĐN tùy theo triệu chứng than phiền chính của người bệnh và mong muốn có con hay không của người bệnh.

1. Nhóm người bệnh không mong muốn có thai

Các vấn đề sức khỏe chính của nhóm người bệnh này là rối loạn kinh nguyệt/vô kinh, cường androgen (rậm lông, béo phì, mụn trứng cá, hói đầu) và hội chứng chuyển hóa (tiểu đường, tăng lipid máu).

a. Điều trị rối loạn kinh nguyệt

Điều trị rối loạn kinh nguyệt cho người bệnh HCBTĐN bằng cách sử dụng progestogen hay viên tránh thai kết hợp dạng uống có thành phần ethinyl estradiol và các loại progestogen có tính kháng androgen (cyproterone, drospirenone). Cách điều trị này giúp điều hòa kinh nguyệt, do đó, làm giảm nguy cơ ung thư nội mạc tử cung.

Một số lưu ý khi điều trị rối loạn kinh nguyệt:

- Điều trị progestogen cần kéo dài tối thiểu 12 ngày để có hiệu quả giảm nguy cơ tăng sinh nội mạc tử cung hay ung thư nội mạc tử cung.
- Gây bong nội mạc tử cung bằng thuốc viên ngừa thai phối hợp không nên liên tục mà chỉ thực hiện mỗi 3-4 tháng một lần vì các lo ngại về tác động của thành phần ethinyl estradiol trên một cơ địa béo phì và rối loạn chuyển hóa của HCBTĐN.

b. Ngừa thai cho người bệnh HCBTĐN

Những phụ nữ có HCBTĐN nhưng không mong muốn có thai không có chống chỉ định ngừa thai bằng bất kỳ biện pháp nào. Tuy nhiên, một vài đặc điểm của HCBTĐN như béo phì và kháng insulin có thể là chống

chỉ định đối với viên tránh thai kết hợp dạng uống (The Amsterdam ESHRE/ASRM Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome, 2012).

2. Nhóm người bệnh mong muốn có thai

- Mục tiêu của hướng dẫn lâm sàng là các khuyến cáo cho các trường hợp mà HCBTĐN là nguyên nhân chính hoặc duy nhất gây vô sinh. Đối với các trường hợp có các nguyên nhân vô sinh phối hợp, hướng xử trí sẽ tùy từng trường hợp cụ thể.
- Đối với nhóm người bệnh mong muốn có thai, điều trị chủ yếu là gây phóng noãn sao cho càng gần với tình trạng sinh lý càng tốt, nghĩa là gây phóng đơn noãn để tránh các nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng và đa thai.

a. Gây phóng noãn không dùng thuốc bằng cách giảm cân

Chế độ ăn giảm năng lượng (giảm chất béo, tăng chất xơ) và tăng hoạt động cơ thể được khuyến cáo ở những người bệnh béo phì với hy vọng cải thiện tình trạng phóng noãn tự nhiên. Giảm cân 5% trọng lượng cơ thể có thể có ý nghĩa lâm sàng.

b. Clomiphene citrate (CC)

- Clomiphene citrate là lựa chọn đầu tay cho những phụ nữ HCBTĐN hiếm muộn, không có các yếu tố đi kèm khác như bất thường tinh trùng hay tổn thương, tắc ống dẫn trứng. Các yếu tố chính tiên lượng kết quả điều trị với CC là béo phì, cường androgen và tuổi của người phụ nữ. Để kháng CC xảy ra trong 30% các người bệnh HCBTĐN.
- Liều sử dụng và thời gian điều trị

Liều đầu của CC thường là 50 mg/ngày trong 5 ngày, bắt đầu từ ngày 2-5 của chu kỳ. Liều tối đa được khuyến cáo là 150 mg/ngày, không có bằng chứng y học cho thấy hiệu quả gây phóng noãn đạt được nếu sử dụng liều cao hơn. Thời gian điều trị nên giới hạn tối 6 chu kỳ gây phóng noãn, không bao giờ vượt quá 12 chu kỳ trong suốt cuộc đời sinh sản và cần có thời gian nghỉ giữa 3 chu kỳ kích thích buồng trứng liên tục. Nếu vẫn không có kết quả, nên cân nhắc sử dụng phương pháp khác gây phóng noãn như gonadotropin hay nội soi đốt điểm buồng trứng đa nang.

c. Thuốc tăng nhạy cảm insulin - metformin

- Thuốc nhạy cảm Insulin - Metformin được sử dụng với mục đích phục hồi phóng noãn tự nhiên do tình trạng kháng insulin được cho là có vai trò trong việc gây không phóng noãn ở những người bệnh này. Tuy nhiên, theo các phân tích gộp, tỉ lệ phóng noãn và có thai của nhóm người bệnh sử dụng Metformin không khác biệt so với nhóm dùng giả dược (Lord và cs., 2003; Tang và cs., 2010). Metformin dùng trước và trong chu kỳ hỗ trợ sinh sản không làm tăng tỉ lệ có thai và tỉ lệ trẻ sinh sống (Tso và cs., 2010).
- Kháng insulin và rối loạn dung nạp đường thường xảy ra ở các người bệnh béo phì. Do đó, metformin được khuyến cáo sử dụng cho các người bệnh HCBTĐN béo phì và có kết quả test dung nạp đường bất thường. Metformin có tác dụng hỗ trợ giảm cân thông qua cơ chế tăng nhạy cảm insulin và giảm cường độ androgen.

Liều dùng: Metformin 500mg, 3 lần/ngày trong 1 tháng

Metformin 500mg, 2 lần/ngày trong 6 tháng

d. Chất ức chế men thơm hóa

Chất ức chế men thơm hóa, chủ yếu là Letrozole, chưa được công nhận là một loại thuốc sử dụng cho kích thích rụng trứng và cho những người mắc HCBTĐN. Do đó, loại thuốc này không nên được sử dụng như lựa chọn đầu tay cho những người bệnh vô sinh có HCBTĐN. Sự an toàn của thuốc cho thai chưa được chứng minh.

e. Gây phóng noãn bằng gonadotropin

- Gây phóng noãn với gonadotropin được xem là lựa chọn thứ hai sau CC ở những người bệnh thất bại với CC.
- Phác đồ gây phóng noãn sử dụng gonadotropin

Phác đồ tăng liều dần (Step-up protocol): Nguyên lý của phác đồ này là sử dụng liều đầu FSH rất thấp, sau đó tăng dần để đạt được nồng độ ngưỡng FSH vừa đủ gây sự phát triển đơn noãn. Liều đầu FSH sử dụng được khuyến cáo từ 37,5-50 IU/ngày trong 14 ngày (Alsina và cs., 2003; Leader và cs., 2006). Liều điều chỉnh bằng một nửa liều đang sử dụng, nghĩa là từ 25-37,5 IU/ngày trong 5 ngày. Ở người Việt Nam có BMI thấp, liều đầu có thể giảm xuống ở mức 25 IU/ngày và liều điều chỉnh là 25 IU/ngày (Vương Thị Ngọc Lan và cs., 2009).

f. Nội soi đốt điểm buồng trứng đa nang

- Nội soi đốt điểm BTĐN cũng là chọn lựa hàng thứ hai cho những người bệnh kháng CC. Các kỹ thuật mổ nội soi khác như xẻ dọc buồng trứng hay cắt góc buồng trứng không được khuyến cáo sử dụng cho người mắc HCBTĐN do nguy cơ suy buồng trứng và dính sau mổ cao. Do đó, chỉ có một chỉ định chính của đốt điểm BTĐN là những người bệnh vô sinh kháng CC.
- Đốt điểm BTĐN không được chỉ định cho các người bệnh không đáp ứng hay đáp ứng quá nhiều với gonadotropin. Ngoài ra, đốt điểm BTĐN cũng không được chỉ định cho các nguyên nhân ngoài vô sinh, ví dụ như để điều trị rối loạn kinh nguyệt hay cường androgen vì hiệu quả chưa rõ ràng và các nguy cơ của phẫu thuật này như dính hay suy buồng trứng sau mổ.

Cách thực hiện

- Nội soi đốt điểm BTĐN có thể thực hiện bằng đốt điện hay laser. Không có sự khác biệt về kết quả giữa 2 phương pháp đốt điểm BTĐN bằng đốt điện hay bằng laser (Farquhar và cs., 2007). Số điểm đốt được đa số các tác giả áp dụng là 4-10, tuy nhiên, càng đốt nhiều điểm, nguy cơ suy buồng trứng sau mổ càng cao trong khi hiệu quả của đốt nhiều điểm hơn chưa được chứng minh. Do đó, 4 điểm đốt được xem là đã có thể hiệu quả mà ít biến chứng (Malkawi và cs., 2005).
- Quy tắc “Tứ quý” được khuyến cáo sử dụng trong kỹ thuật nội soi đốt điểm BTĐN: tạo 4 điểm đốt, độ sâu của mỗi điểm đốt 4mm, sử dụng dòng điện 40w, thời gian đốt 4 giây.
- Thời gian theo dõi đáp ứng của HCBTĐN sau mổ nội soi đốt điểm buồng trứng là từ 3-6 tháng. Không có bằng chứng để khuyến cáo lặp lại đốt điểm BTĐN, nếu thực hiện lần đầu không hiệu quả. Hiệu quả và biến chứng của đốt điểm BTĐN phụ thuộc rất nhiều vào kỹ năng của phẫu thuật viên.

g. Thụ tinh trong ống nghiệm (In-Vitro Fertilization-IVF) và trưởng thành trứng trong ống nghiệm (In-Vitro Maturation of Oocytes-IVM)

- Thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) là chọn lựa hàng thứ ba sau khi thất bại với CC, gonadotropin hay đốt điểm BTĐN. Biến chứng quan trọng nhất của TTTON ở người có HCBTĐN là hội chứng quá kích buồng trứng.

- Phác đồ GnRH antagonist là phác đồ lựa chọn để kích thích buồng trứng cho người mắc HCBTĐN (Lainas và cs, 2010) do nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng giảm hơn so với phác đồ dài sử dụng GnRH agonist. Đồng thời với phác đồ GnRH antagonist, hội chứng quá kích buồng trứng có thể được loại trừ gần như hoàn toàn bằng cách thay thế hCG bằng GnRH agonist để khởi động trưởng thành noãn.
- Metformin liều 1500 mg/ngày, kéo dài khoảng 8 tuần trước TTTON có thể làm giảm nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng (Tso và cs, 2010).
- Trưởng thành noãn trong ống nghiệm (IVM) là kỹ thuật chọc hút lấy noãn non từ buồng trứng không kích thích buồng trứng, nuôi cấy bên ngoài cơ thể tạo noãn trưởng thành, sau đó cho thụ tinh với tinh trùng tạo phôi và chuyển phôi vào buồng tử cung. Kỹ thuật này tránh được bất lợi của kích thích buồng trứng trong TTTON ở người bị HCBTĐN và loại trừ nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng.

TÓM TẮT

CHẨN ĐOÁN HCBTĐN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán: khi người bệnh có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau (sau khi đã loại trừ các bệnh lý gây tăng androgen):
 - a. Rối loạn phóng noãn
 - b. Cường androgen
 - c. Hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm
2. Tăng LH không còn được sử dụng như một tiêu chuẩn chẩn đoán.
3. Nên thực hiện test dung nạp đường 75g ở người bệnh HCBTĐN có béo phì.

ĐIỀU TRỊ HCBTĐN

1. Điều trị rối loạn kinh nguyệt ở người mắc HCBTĐN không mong muốn có thai: sử dụng progestogen hay viên tránh thai phối hợp mà thành phần progestin có tính kháng androgen như Cyproterone hay Drospirenone. Gây bong niêm mạc tử cung bằng viên tránh thai phối hợp nên thực hiện mỗi 3-4 tháng/lần, không thực hiện liên tục và kéo dài (**Khuyến cáo GPP**).
2. Điều trị vô sinh ở người mắc HCBTĐN: mục tiêu là gây phóng đơn noãn để hạn chế biến chứng hội chứng quá kích buồng trứng và đa thai.
 - a. Lựa chọn 1: sử dụng clomiphene citrate (CC) đường uống, số chu kỳ sử dụng tối đa là 6 chu kỳ, liều tối đa là 150mg/ngày (**Khuyến cáo A**).
 - b. Lựa chọn 2: khi người bệnh đề kháng CC hay thất bại CC sau 6 chu kỳ sử dụng:
 - i. Gây phóng noãn bằng gonadotropin: sử dụng phác đồ liều thấp tăng dần với liều đầu được khuyến cáo từ 25-50 IU/ngày và liều điều chỉnh bằng phản nửa liều trước đó (**Khuyến cáo B**).
 - ii. Nội soi đốt điểm BTĐN: đốt 4 điểm, độ sâu 4mm, dòng điện 40W và thời gian đốt 4 giây. Thời gian theo dõi sau đốt điểm buồng trứng đa nang là 3-6 tháng. Chỉ thực hiện đốt điểm BTĐN với trường hợp HCBTĐN kháng CC. Không khuyến cáo lặp lại đốt điểm BTĐN nếu lần đầu không hiệu quả (**Khuyến cáo B**).
 - c. Lựa chọn 3: thụ tinh trong ống nghiệm hay trưởng thành noãn trong ống nghiệm
 - i. Phác đồ GnRH antagonist được khuyến cáo sử dụng nhằm giảm nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng (**Khuyến cáo A**).
 - ii. Trưởng thành noãn trong ống nghiệm: tránh hội chứng quá kích buồng trứng ở người bị HCBTĐN có chỉ định thực hiện kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (**Khuyến cáo GPP**).
 - d. Metformin không được khuyến cáo sử dụng thường quy cho người bệnh PCOS với mục đích gây phóng noãn. Đối với người bệnh PCOS thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm, điều trị metformin trước KTBT giúp giảm nguy cơ quá kích buồng trứng (**Khuyến cáo A**).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alsina JC, Balda JAR, Sarrio AR, et al. (2003) Ovulation induction with a starting dose of 50 IU of recombinant follicle stimulating hormone in WHO group II anovulatory women: the IO-50 study, a prospective, observational, multicenter, open trial. *Br J Obstet Gynaecol* 110, 1072-1077.
2. American Diabetic Association (1998). Consensus development conference on Insulin Resistance. *Diabetes Care* 21:310-4.
3. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-sponsored 3rd PCOS consensus workshop group (2012). *Fertility and sterility*, 97, 28-38.
4. Farquhar C, Lilford RJ, Marjoribanks J, Vandekerckhove P (2007). Laparoscopic drilling by diathermy or laser for ovulation induction in anovulatory polycystic ovary syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*: CD001122.
5. Giang Huỳnh Như & Vương Thị Ngọc Lan (2007). Tần suất tăng chỉ số testosterone tự do (FTI) ở người bệnh hiếm muộn do hội chứng buồng trứng đa nang. Tài liệu hội thảo IVF Expert Meeting lần thứ 3, Huế, p. 34-38.
6. Lainas TG, Sfontouris IA, Zorzosvilis IZ, Petsas GK, Lainas GT, Alexopoulou E, and Kolibianakis EM (2010). Flexible GnRH antagonist protocol versus GnRH agonist long protocol in patients with polycystic ovary syndrome treated for IVF: a prospective randomised controlled trial (RCT). *Human Reproduction*, 25, 3, 683-689.
7. Lan VTN, Norman RJ, Nhu GH, Tuan PH, Tuong HM (2009). Ovulation induction using low-dose step-up rFSH in Vietnamese women with polycystic ovary syndrome. *Reprod Biomed Online* 18(4), 516-521.
8. Leader A, Monofollicular Ovulation Induction Study Group (2006). Improved monofollicular ovulation in anovulatory or oligo-ovulatory women after a low-dose step-up protocol with weekly increments of 25 international units of follicle-stimulating hormone. *Fertil Steril* 85 (6), 1766-1773.
9. Legro RS, Barnhart HX, Schlaff WD, et al. (2007). Clomiphene, metformin, or both for infertility in the polycystic ovary syndrome. *New Eng J Med* 356 (6), 551-566.
10. Lord JM, Flight IH, Norman RJ (2003). Metformin in polycystic ovary syndrome: systematic review and meta-analysis. *Br Med J* 327, 951-953.
11. Malkawi HY, Qublan HS. Laparoscopic ovarian drilling in the treatment of polycystic ovary syndrome: How many punctures per ovary are needed to improve the reproductive outcomes. *J Obstet Gynaecol Research* 2005; 31:115-9.

12. Phạm Chí Kông, Phan Thị Kim Cúc (2009). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh hội chứng buồng trứng đa nang đến khám hiếm muộn tại Khoa Sản, bệnh viện đa khoa Đà Nẵng. Thời sự Y học 37: 2-5.
13. Rotterdam EHSRE/ASRM-sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). (2004) Hum Reprod 19, 41-47.
14. Tang T, Lord JM, Norman RJ, Yasmin E, Balen AH (2010). Insulin-sensitising drugs (metformin, rosiglitazone, pioglitazone, D-chiro-inositol) for women with polycystic ovary syndrome, oligo amenorrhoea and subfertility (Review). The Cochrane Library 2010, Issue 11.
15. Thessaloniki ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Working Group (2008). Consensus on infertility treatment related to polycystic ovary syndrome. Hum Reprod 23 (3), 462-477.
16. Trần Thị Lợi, Lê Hồng Cẩm, Nguyễn Thị Hồng Thắm (2008). Kích thích rụng trứng bằng nội soi đốt điểm buồng trứng ở phụ nữ hiếm muộn có hội chứng buồng trứng đa nang. Y học TP. Hồ Chí Minh 4(12):380-385.
17. Trần Thị Ngọc Hà, Cao Ngọc Thành, Lê Việt Hùng, Phan Cảnh Quang Thông, Đinh Thị Minh Duy (2007). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng hội chứng buồng trứng đa nang ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Kỷ yếu hội nghị Phụ Sản toàn quốc, p.203-209.
18. Tso LO, Costello MF, Andriolo RB, Freitas V (2010). Metformin treatment before and during IVF or ICSI in women with polycystic ovary syndrome (Review). The Cochrane Library 2010, Issue 11.
19. World Health Organization (2000). The Asia-Pacific perspective: Redefining Obesity and its treatment. Health Communications Australia Pty Limited, Australia.

VI. PHỤ LỤC

ĐỊNH NGHĨA VỀ CÁC MỨC ĐỘ CHỨNG CỨ
VÀ XẾP HẠNG CÁC KHUYẾN CÁO LÂM SÀNG

(theo ESHRE)

Các mức độ chứng cứ trong y học lâm sàng

Mức độ	Chứng cứ
1a	Tổng quan hệ thống và phân tích gộp từ các thử nghiệm ngẫu nhiên có nhóm chứng.
1b	Ít nhất một thử nghiệm ngẫu nhiên có nhóm chứng (randomized control trial – RCT).
2a	Ít nhất một nghiên cứu có đối chứng, có thiết kế tốt, không ngẫu nhiên.
2b	Ít nhất một nghiên cứu dạng thử nghiệm, có thiết kế tốt.
3	Các nghiên cứu thiết kế tốt, nhưng không phải thực nghiệm, hoặc chỉ là nghiên cứu mô tả. Ví dụ như nghiên cứu so sánh, tìm mối tương quan, báo cáo loạt ca.
4	Ý kiến của hội đồng hay những tổ chức uy tín về chuyên môn, dựa trên kinh nghiệm.

Xếp hạng các khuyến cáo lâm sàng

A	Có ít nhất một RCT ủng hộ (tương đương chứng cứ 1a, 1b).
B	Cần một số nghiên cứu lâm sàng có thiết kế tốt ủng hộ, nhưng không phải RCT (tương đương chứng cứ 2a, 2b, 3).
C	Cần các chứng cứ từ báo cáo/ý kiến của hội đồng chuyên gia. Ý kiến/kinh nghiệm lâm sàng của tổ chức chuyên môn uy tín (tương đương chứng cứ 4).
GPP	Khuyến cáo thực hành dựa trên kinh nghiệm lâm sàng của một nhóm chuyên gia.

GPP: Good Practice Point (*kinh nghiệm thực hành lâm sàng*)



Chương

6

KẾ HOẠCH GIA ĐÌNH

Tư vấn phá thai là giúp khách hàng tự quyết định việc phá thai và lựa chọn phương pháp phá thai phù hợp trên cơ sở nắm được các thông tin về các phương pháp phá thai, qui trình phá thai, các tai biến, nguy cơ có thể gặp, cách tự chăm sóc sau thủ thuật và các biện pháp tránh thai (BPTT) phù hợp áp dụng ngay sau thủ thuật phá thai.

I. YÊU CẦU VỚI CÁN BỘ TƯ VẤN

1. Về kiến thức

- Nhận thức được nhu cầu và quyền của khách hàng.
- Chính sách, pháp luật của nhà nước về sức khỏe sinh sản (SKSS) và các chuẩn mực xã hội.
- Nắm được 6 bước thực hành tư vấn.
- Kiến thức chung về các phương pháp phá thai: chỉ định, chống chỉ định, qui trình, tai biến và cách chăm sóc sau phá thai.
- Kiến thức chung về các biện pháp tránh thai và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Những qui định, thủ tục riêng cho từng đối tượng đặc biệt.

2. Về kỹ năng tư vấn

- Kỹ năng tiếp đón.
- Kỹ năng lắng nghe.
- Kỹ năng giao tiếp.
- Kỹ năng giải quyết vấn đề.

II. QUI TRÌNH TƯ VẤN

Tư vấn thăm khám

- Giải thích về quá trình và mục đích thăm khám.
- Các xét nghiệm cần làm, các thủ tục hành chính.
- Hỏi tiền sử sản phụ khoa.
- Hỏi về bạo hành.

- Hồi về các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Tư vấn về quyết định phá thai: đưa ra 2 lựa chọn cho khách hàng.

- Tiếp tục mang thai và sinh con.
- Phá thai.

Nếu quyết định cuối cùng là phá thai, tư vấn về các phương pháp phá thai sẵn có tại cơ sở, giúp khách hàng tự lựa chọn phương pháp thích hợp và thực hiện các thủ tục hành chính cần thiết.

Lưu ý với khách hàng phá thai ba tháng giữa.

- Đặt câu hỏi để phát hiện những trường hợp phá thai lựa chọn giới tính.
- Phát hiện phá thai vì lựa chọn giới tính, tư vấn cho khách hàng và gia đình họ hiểu rằng đây là điều luật pháp cấm để họ thay đổi quyết định.
- Không cung cấp dịch vụ phá thai nếu biết chắc chắn phá thai vì mục đích lựa chọn giới tính.

1. Tư vấn phá thai bằng thủ thuật

Tư vấn về quá trình thủ thuật

- Thời gian cần thiết.
- Phương pháp giảm đau.
- Cảm giác đau mà khách hàng phải trải qua.
- Các bước thủ thuật.
- Giới thiệu người thực hiện thủ thuật.
- Thông tin về tác dụng phụ và tai biến có thể gặp.
- Ký cam kết tự nguyện phá thai.

Tư vấn về các biện pháp tránh thai sau thủ thuật

- Khả năng có thai lại sớm, cho nên việc bắt đầu áp dụng một biện pháp tránh thai ngay sau thủ thuật là cần thiết.
- Giới thiệu các biện pháp tránh thai, giúp khách hàng lựa chọn biện pháp tránh thai phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.
- Giới thiệu các địa điểm có thể cung cấp các biện pháp tránh thai.

Tư vấn về chăm sóc và theo dõi sau thủ thuật

- Dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ.
- Kiêng giao hợp cho tới khi hết ra máu (thông thường sau 1 tuần).



- Tư vấn cách tự chăm sóc sau thủ thuật về chế độ vệ sinh, dinh dưỡng và chế độ sinh hoạt.
- Tự theo dõi các dấu hiệu bình thường.
- Các dấu hiệu bất thường phải khám lại ngay.
- Tiếp tục tư vấn nhắc lại các biện pháp tránh thai.
- Hẹn khám lại.

Thời điểm tư vấn: tư vấn có thể được tiến hành trong cả 3 giai đoạn trước, trong và sau thủ thuật, nhưng hiệu quả nhất nên tiến hành vào giai đoạn trước và sau thủ thuật.

2. Tư vấn phá thai bằng thuốc

- Tư vấn về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Giới thiệu hiệu quả của phá thai bằng thuốc và khẳng định khách hàng phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại.
- Giới thiệu qui trình phá thai bằng thuốc: cách uống thuốc và sự xuất hiện của các triệu chứng bình thường sau uống thuốc (ra huyết âm đạo và đau bụng). Nhấn mạnh sự cần thiết của việc khám lại theo hẹn.
- Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau dùng thuốc phá thai.
- Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.
- Nhấn mạnh các triệu chứng cần trở lại cơ sở y tế ngay.
- Cung cấp thông tin liên lạc khi cần liên lạc trong những tình huống cấp cứu.
- Cung cấp thông tin về khả năng có thai trở lại sau phá thai bằng thuốc.
- Giới thiệu các biện pháp tránh thai, giúp khách hàng lựa chọn biện pháp tránh thai phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.
- Cung cấp biện pháp tránh thai hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp biện pháp tránh thai.
- Ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ).
- Hẹn khách hàng khám lại sau 2 tuần.

III. TƯ VẤN CHO CÁC NHÓM ĐỐI TƯỢNG ĐẶC BIỆT

1. Vị thành niên

- Dành đủ thời gian cho vị thành niên hỏi và đưa ra quyết định.
- Đảm bảo tính bí mật.
- Tư vấn kỹ hơn về bao cao su để vừa tránh thai vừa phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD).

2. Những phụ nữ phải chịu bạo hành

Khi tư vấn về phá thai cho những phụ nữ đã bị bạo hành cần đặc biệt chú ý:

- Thể hiện sự đồng cảm trong tư vấn, ứng xử thích hợp khi khách hàng sợ hãi hoặc buồn bã.
- Tạo mối quan hệ tốt và tin cậy với khách hàng.
- Giới thiệu khách hàng tới những dịch vụ xã hội hiện có để giúp khách hàng vượt qua hoàn cảnh của mình.
- Cung cấp dịch vụ tránh thai sau phá thai mà chính bản thân khách hàng có thể chủ động được.
- Tư vấn các bệnh LTQĐTD.

3. Những phụ nữ có HIV

Khi tư vấn phá thai cho phụ nữ bị HIV/AIDS cần đặc biệt chú ý

Đặc tính

- Sang chấn về tâm lý.
- Ngần ngại chưa quyết định phá thai.
- Bị gia đình ruồng bỏ, xã hội kỳ thị.

Khi tư vấn chú ý

- Chia sẻ, động viên khách hàng.
- Không tỏ ra kỳ thị, sợ sệt.
- Tư vấn về khả năng lây truyền từ mẹ sang con.
- Đặc biệt là giới thiệu về sử dụng bao cao su để tránh thai và phòng lây truyền cho người khác.
- Tư vấn cho người nhà về chăm sóc thể chất, tinh thần và phòng bệnh.

Phá thai bằng thuốc (PTBT) là phương pháp chấm dứt thai kỳ bằng cách sử dụng thuốc Mifepriston và Misoprostol đối với thai đến hết 9 tuần (63 ngày) kể từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng.

I. ĐIỀU KIỆN ÁP DỤNG

Khách hàng cần ở gần Bệnh viện (khoảng cách từ nơi ở đến BV không quá 60 phút khi đi bằng bất cứ phương tiện gì).

II. NGƯỜI ĐƯỢC PHÉP THỰC HIỆN

Bác sĩ sản phụ khoa được huấn luyện về phá thai bằng thuốc và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa.

III. CHỈ ĐỊNH

Thai trong tử cung có tuổi thai đến hết 63 ngày (theo siêu âm).

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tuyệt đối

- Hen suyễn đang điều trị.
- Tiểu đường.
- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Điều trị bằng Corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch hoặc có tiền sử tắc mạch.
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu nặng.
- Dị ứng với Mifepriston hoặc Misoprostol.

2. Tương đối

- Đang cho con bú.
- Đang đặt dụng cụ tử cung (có thể lấy dụng cụ tử cung (DCTC) trước khi PTBT).

- Đang viêm nhiễm sinh dục cấp tính (nên điều trị viêm nhiễm trước khi PTBT).

V. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

1. Tư vấn

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai kỳ.
- Tư vấn về các biện pháp phá thai hiện có tại cơ sở.
- Tư vấn về phương pháp phá thai bằng thuốc.
- Tư vấn về các tai biến có thể xảy ra và tác dụng phụ của thuốc.
- Tư vấn về theo dõi sau phá thai bằng thuốc.
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay.
- Sự cần thiết của việc khám lại sau 2 tuần.
- Các dấu hiệu bình thường sau khi dùng thuốc.
- Các dấu hiệu phục hồi sức khỏe và khả năng sinh sản sau phá thai.
- Thông tin về các biện pháp tránh thai, hướng dẫn chọn lựa biện pháp thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.

2. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử để loại trừ chống chỉ định.
- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa.
- Siêu âm.
- Ký cam kết tự nguyện phá thai.

3. Phác đồ sử dụng thuốc

a. Thai đến hết 49 ngày

- Uống 1 viên Mifepriston 200mg tại bệnh viện (BV). Theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng toàn thân của khách hàng trong vòng 15 phút. Sau đó cho khách hàng về nhà.
- Sau 36- 48 giờ, uống hoặc ngậm dưới lưỡi 400mcg Misoprostol tại BV hay tại nhà.

b. Thai từ 50 ngày đến hết 63 ngày

- Uống 1 viên Mifepriston 200mg tại BV.

- Sau 36- 48 giờ, ngậm dưới lưỡi 800mcg Misoprostol tại bệnh viện (nếu khách hàng nôn nhiều có thể đặt túi cùng sau).
- Theo dõi tại BV ít nhất 3 giờ.

VI. THEO DÕI SAU KHI DÙNG THUỐC

1. Theo dõi trong những giờ đầu sau dùng thuốc

- Dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ một lần trong 3 giờ đầu.
- Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng và các tác dụng phụ (nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt).

2. Khám lại sau 2 tuần: để đánh giá hiệu quả điều trị

Khai thác bệnh sử, khám lâm sàng, siêu âm kiểm tra (nếu cần thiết). Nếu:

- Sảy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.
- Ứ máu nhiều, sốt nhau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng Misoprostol đơn thuần liều 400 - 600 mcg uống hay ngậm dưới lưỡi hoặc hút buồng tử cung.
- Thai tiếp tục phát triển: hút thai.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Chảy máu nhiều:** khi ra máu âm đạo ướt đẫm 2 băng vệ sinh dày trong 1 giờ và kéo dài 2 giờ liên tiếp.

Xử trí:

Khi không ảnh hưởng tổng trạng

- Nếu thấy sảy thai đang tiến triển và nhau thập thò cổ tử cung (CTC) thì dùng kẹp tim gấp mô nhau ra; và dùng thuốc co hồi tử cung (TC): Oxytocin, Misoprostol...
- Nếu ứ dịch buồng TC nhiều thì hút buồng TC cầm máu.

Khi có ảnh hưởng tổng trạng: vừa hồi sức vừa thực hiện thủ thuật như trên. Có thể nhập viện.

- **Rong huyết kéo dài, mệt mỏi, có dấu hiệu thiếu máu: điều trị nội, ngoại khoa tùy tình trạng lâm sàng, có thể nhập viện.**

- **Nhiễm khuẩn: rất hiếm khi xảy ra**

Triệu chứng: sốt hoặc ớn lạnh, dịch tử cung có mùi hôi, đau vùng bụng hoặc vùng chậu, ra máu âm đạo kéo dài hoặc ra máu thẫm giọt, tử cung di động đau hoặc lượng bạch cầu (BC), CRP tăng.

Xử trí:

- Nhập viện.
- Kháng sinh liều cao hoặc phối hợp.
- Điều trị nội hoặc ngoại khoa tùy tình trạng bệnh.
- Hút buồng tử cung nếu cần.

I. ĐIỀU KIỆN ÁP DỤNG

Thực hiện trong bệnh viện.

II. NGƯỜI ĐƯỢC PHÉP THỰC HIỆN

Bác sĩ sản phụ khoa được huấn luyện về phá thai bằng thuốc và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa.

III. CHỈ ĐỊNH

Thai từ tuần thứ 13 (tương đương với chiều dài đầu mông 52 mm) đến hết tuần thứ 22 (tương đương với đường kính lưỡng đỉnh 52 mm).

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**1. Tuyệt đối**

- Hen suyễn đang điều trị.
- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tiểu đường.
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu (nặng và trung bình).
- Dị ứng Mifepriston hay Misoprostol.
- Có sẹo mổ ở thân tử cung.

2. Tương đối

- Viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần được điều trị).
- Dị dạng sinh dục (có hội chẩn BV).
- Vết mổ cũ ở đoạn dưới tử cung: cân nhắc rất thận trọng, đồng thời phải giảm liều Misoprostol và tăng khoảng cách thời gian giữa các lần dùng thuốc.

V. QUI TRÌNH KỸ THUẬT

1. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản phụ khoa và các bệnh LTQĐTD.
- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa.
- Siêu âm.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, đông máu toàn bộ hoặc máu chảy, máu đông.
- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn xin bỏ thai và cam kết của cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ).

2. Tư vấn

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Tư vấn về các biện pháp phá thai hiện có tại cơ sở.
- Tư vấn về phương pháp phá thai bằng thuốc.
- Tư vấn về các tai biến có thể xảy ra và tác dụng phụ của thuốc.
- Tư vấn về theo dõi sau phá thai bằng thuốc.
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay.
- Sự cần thiết của việc khám lại sau 2 tuần.
- Các dấu hiệu bình thường sau khi dùng thuốc.
- Các dấu hiệu phục hồi sức khỏe và khả năng sinh sản sau phá thai.
- Thông tin về các biện pháp tránh thai, hướng dẫn chọn lựa biện pháp thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.

3. Thực hiện phá thai

CÁC PHÁC ĐỒ SỬ DỤNG THUỐC

a. Phác đồ Misoprostol đơn thuần

- Đặt vào túi cùng sau âm đạo 200 mcg Misoprostol.
 - Cứ 6 giờ dùng 1 viên cho thai từ 18 tuần trở lên (không quá 3 lần/ngày).
 - Cứ 4 giờ dùng 1 viên cho thai dưới 18 tuần (không quá 5 lần/ngày).
- Tiêu chuẩn sử dụng liều lặp lại:
 - Cơn gò ≤ 3 cơn/10 phút.
 - Cổ TC < 2cm.

- Ngưng thuốc hoặc có thể dùng kèm thuốc giảm gò (theo phác đồ) nếu cần khi:
 - Cơ gò > 3 cơn /10 phút, CTC đóng.
- Chuyển phòng sinh khi:
 - Ối vỡ.
 - CTC > 2cm.
- Nếu không thành công, có thể dùng thêm Misoprostol với liều tương tự ở các ngày tiếp theo. Tổng số ngày sử dụng Misoprostol không quá 3 ngày liên tục (một đợt dùng thuốc).
- Nếu không thành công sau một đợt dùng thuốc thì dùng lại đợt thứ hai sau một tuần.

b. Phác đồ kết hợp Mifepriston và Misoprostol

- Uống 200 mg Mifepriston.
- Sau khi dùng Mifepriston từ 36 đến 48 giờ, đặt túi cùng sau âm đạo 200 mcg Misoprostol:
 - Cứ 6 giờ dùng 1 viên cho thai từ 18 tuần trở lên (không quá 3 lần/ngày).
 - Cứ 4 giờ dùng 1 viên cho thai dưới 18 tuần (không quá 5 lần/ngày).
- Nếu không thành công, có thể dùng thêm Misoprostol với liều tương tự ở các ngày tiếp theo. Tổng số ngày sử dụng Misoprostol không quá 3 ngày liên tục (một đợt dùng thuốc).
- Nếu không thành công sau một đợt dùng thuốc thì dùng lại đợt thứ hai sau một tuần.

4. Theo dõi và chăm sóc trong thủ thuật

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng (cơn co tử cung) cứ 4 giờ/lần, khi bắt đầu có cơn co tử cung mạnh cứ 2 giờ/lần.
- Thăm âm đạo đánh giá cổ tử cung trước mỗi lần dùng thuốc.
- Cho uống thuốc giảm đau.
- Nếu diễn tiến thuận lợi: sau khi sẩy thai và nhau: dùng thuốc tăng co tử cung, kiểm soát tử cung bằng dụng cụ (nếu cần). Cho uống kháng sinh trước khi kiểm soát tử cung.
- Nếu đã áp dụng phác đồ như trên mà tiến trình sẩy thai không thuận lợi hoặc có biến chứng thì cần nhắc các biện pháp xử trí tích cực.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu nhiều: xử trí tích cực theo nguyên nhân.
- Nhiễm khuẩn:
 - Kháng sinh liều cao.
 - Xử trí tích cực theo nguyên nhân.
- Vỡ tử cung: xem phác đồ vỡ tử cung.
- Choáng: xem phác đồ choáng.

VII. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU THỦ THUẬT

- Sau khi thai ra, theo dõi ra máu âm đạo, co hồi tử cung tối thiểu 2 giờ.
- Ra viện sau khi ra thai ít nhất 2 giờ.
- Kê đơn kháng sinh.
- Tư vấn sau thủ thuật.
- Hẹn khám lại sau 2 tuần.

PHÁ THAI ĐẾN HẾT 12 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG

Phá thai bằng phương pháp hút chân không là phương pháp chấm dứt thai kỳ bằng cách dùng bơm hút chân không (bằng tay hoặc bằng hút điện) để hút thai trong tử cung từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12.

I. CHỈ ĐỊNH

Thai trong tử cung từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12.

(Chẩn đoán tuổi thai dựa theo kinh cuối và siêu âm. Nếu sai lệch giữa 2 cách tính tuổi thai ít hơn 5 ngày thì dựa theo ngày kinh cuối. Nếu sai lệch trên 5 ngày thì tính theo siêu âm)

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối tuy nhiên cần thận trọng đối với trường hợp đang viêm cấp tính đường sinh dục, cần được điều trị trước (theo phác đồ).

Chú ý: Thận trọng trong những trường hợp sau

- U xơ tử cung to.
- Vết mổ ở tử cung.
- Sinh dưới 6 tháng.
- Dị dạng đường sinh dục.
- Các bệnh lý nội - ngoại khoa.

Nhập viện những trường hợp tiên lượng khó khăn và sau khi hội chẩn khoa.

III. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

1. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản khoa. Nếu có bệnh nội khoa (tim mạch, tăng huyết áp...), dị dạng đường sinh dục thì thực hiện thủ thuật này trong viện.
- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa.
- Siêu âm.

2. Tư vấn

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Tư vấn về các phương pháp phá thai hiện có tại cơ sở.
- Các bước tiến hành hút thai chân không.
- Tai biến có thể xảy ra khi hút thai.
- Tư vấn về theo dõi sau khi hút thai.
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay sau khi hút thai.
- Các dấu hiệu hồi phục sức khỏe và khả năng sinh sản sau hút thai.
- Thông tin về các BPTT, hướng dẫn chọn lựa biện pháp tránh thai (BPTT) thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lặp lại.
- Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.
- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn xin bỏ thai, cam kết của cha, mẹ hoặc người giám hộ).
- Thai từ 9 – 12 tuần: chuẩn bị cổ tử cung bằng cách cho ngậm dưới lưỡi 400 mcg Misoprostol 3 giờ trước khi làm thủ thuật.

3. Người thực hiện thủ thuật

- Rửa tay thường qui bằng dung dịch sát khuẩn tiêu chuẩn.
- Trang phục y tế: áo choàng, quần, mũ, khẩu trang, kính bảo hộ.

4. Phương pháp giảm đau- vô cảm

- Uống thuốc giảm đau trước khi làm thủ thuật đối với những trường hợp vô cảm bằng phương pháp gây tê cạnh cổ TC (Ibuprofen 400mg hoặc Paracetamol 1g uống trước khi làm thủ thuật 30 phút).

5. Thực hiện thủ thuật

- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung.
- Thay găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông.
- Đặt van, bọc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.
- Kẹp cổ tử cung.
- Gây tê cạnh cổ tử cung.
- Đo buồng tử cung bằng ống hút.
- Nong cổ tử cung (nếu cần).



- Hút thai.
- Kiểm tra chất hút.
- Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành.
- Có thể đặt dụng cụ tử cung (DCTC) ngay sau khi hút thai nếu đảm bảo buồng tử cung sạch, không có chống chỉ định và khách hàng lựa chọn biện pháp này.
- Xử lý dụng cụ và chất thải theo qui trình.

6. Theo dõi

a. Theo dõi ngay sau thủ thuật

- Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật.
- kê đơn kháng sinh 5-7 ngày. Theo thứ tự ưu tiên
 - Doxycyclin 100mg.
 - Beta-lactam + acid clavulanic: Amoxicilin + acid clavulanic.
 - Fluoroquinolon.
- Tư vấn sau thủ thuật.
- Hẹn khám lại sau 2 tuần.

b. Khám lại sau 2 tuần

Khám để đánh giá hiệu quả điều trị bằng khám lâm sàng và siêu âm. Nếu

- Ứ máu, sót nhau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng Misoprostol đơn thuần liều 400 - 600 mcg uống hay ngâm dưới lưỡi, hoặc hút buồng tử cung.
- Thai tiếp tục phát triển: Hút thai.

IV. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Chảy máu nhiều:** xem phác đồ xử trí Băng huyết trong khi hút thai.
- **Rong huyết kéo dài, mệt mỏi, có triệu chứng mất máu cấp:** khám và siêu âm kiểm tra.

Xử trí:

- Khi không ảnh hưởng tổng trạng: hút kiểm tra nếu nghi ngờ còn tổ chức thai và/hoặc nhau thai.
- Khi có ảnh hưởng tổng trạng: có thể nhập viện.

- **Nhiễm khuẩn:** rất hiếm khi xảy ra
 - **Triệu chứng:** sốt hoặc ớn lạnh, dịch tử cung có mùi hôi, đau vùng bụng hoặc vùng chậu, ra máu âm đạo kéo dài hoặc ra máu thẫm giọt, tử cung di động đau hoặc lượng BC, CRP tăng.

Xử trí:

- Nếu do sót thai/ sót nhau: hút lại.
 - Kháng sinh liều cao.
 - Xem xét nhập viện nếu tình trạng nhiễm khuẩn nặng.
- **Thủng tử cung.**
 - **Choáng:** rất hiếm xảy ra (Xem phác đồ xử trí Choáng).



PHÁ THAI TỪ TUẦN THỨ 13 ĐẾN HẾT TUẦN THỨ 18 BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG VÀ GẮP

Nong và gấp là phương pháp chấm dứt thai kỳ bằng cách sử dụng thuốc Misoprostol và que nong để chuẩn bị cổ tử cung, sau đó dùng bơm hút chân không kết hợp với kẹp gấp thai để lấy thai ra, áp dụng cho tuổi thai từ tuần thứ 13 đến hết tuần thứ 18.

I. ĐIỀU KIỆN ÁP DỤNG

- Thai từ 13 đến 16 tuần: thực hiện tại khoa kế hoạch gia đình (KHGD).
- Thai trên 16 tuần: thực hiện trong viện.

II. NGƯỜI ĐƯỢC PHÉP THỰC HIỆN

Bác sĩ sản phụ khoa đã thành thạo kỹ thuật phá thai 12 tuần bằng phương pháp phá thai ngoại khoa 3 tháng đầu và được đào tạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp nong và gấp.

III. CHỈ ĐỊNH

Thai từ tuần thứ 13 đến hết tuần thứ 18 (theo siêu âm).

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có các bệnh nội ngoại khoa cấp tính.
- Một số dị dạng sinh dục.
- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính. Những trường hợp này cần được điều trị.
- Tiền sử dị ứng với Misoprostol: thì không sử dụng Misoprostol và cần nhắc biện pháp gấp thai phù hợp.
- Thận trọng: cần thận trọng với những trường hợp có khối u tử cung hoặc sẹo mổ tử cung.

V. QUI TRÌNH KỸ THUẬT

1. Tư vấn

Được thực hiện 3 giai đoạn: trước, trong và sau thủ thuật với các nội dung như sau:

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai kỳ.
- Sự nguy hiểm, tai biến và hậu quả có thể xảy ra khi phá thai to.
- Các biện pháp phá thai to.
- Các bước nong và gắp.
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay sau thủ thuật.
- Hồi phục sức khỏe và khả năng sinh sản sau thủ thuật.
- Thông tin về các biện pháp tránh thai, hướng dẫn chọn lựa biện pháp thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.
- Các dấu hiệu thai nghén sớm để nhận biết để tránh phá thai to.

2. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản khoa.
- Khám toàn thân.
- Hỏi ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng.
- Khám phụ khoa loại trừ chống chỉ định.
- Siêu âm xác định tuổi thai và các bất thường kèm theo.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, TQ, TCK, HIV (có tư vấn xét nghiệm (XN) tự nguyện)
- Cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn xin bỏ thai và cam kết của cha, mẹ hoặc người giám hộ).
- Ngậm vào bên má 400 mcg thuốc Misoprostol và đưa vào phòng theo dõi chờ 4 - 6 giờ (tối đa 3 liều).

3. Người thực hiện thủ thuật

- Rửa tay theo qui trình.
- Trang phục y tế: áo choàng, mũ, khẩu trang, đeo kính bảo hộ.

4. Các bước tiến hành thủ thuật

- Giảm đau toàn thân.
- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung.

- Thay găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông.
- Đặt van, bọc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.
- Gây tê cạnh cổ tử cung.
- Kẹp cổ tử cung.
- Nong cổ tử cung.
- Dùng bơm với ống hút để hút nước ối và kéo phần thai xuống thấp.
- Tiến hành gấp thai.
- Nếu gấp khó khăn khi lấy thai thì sử dụng siêu âm để xác định vị trí kích thước của thai.
- Kiểm tra các phần thai và nhau lấy ra để đánh giá thủ thuật hoàn thành hay chưa.
- Xử lý dụng cụ và chất thải (theo qui trình).

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Chảy máu nhiều:** xem phác đồ xử trí Băng huyết trong khi hút thai.
- **Rong huyết kéo dài, mệt mỏi, có triệu chứng mất máu cấp:** khám và siêu âm kiểm tra.

Xử trí

- Khi không ảnh hưởng tổng trạng: hút kiểm tra nếu nghi ngờ còn tổ chức thai và/hoặc nhau thai.
- Khi có ảnh hưởng tổng trạng: có thể nhập viện.

- **Nhiễm khuẩn**

Xử trí: Kháng sinh liều cao và xử trí tích cực tùy nguyên nhân.

- **Thủng tử cung**

- **Choáng:** rất hiếm xảy ra. Xem phác đồ xử trí Choáng.

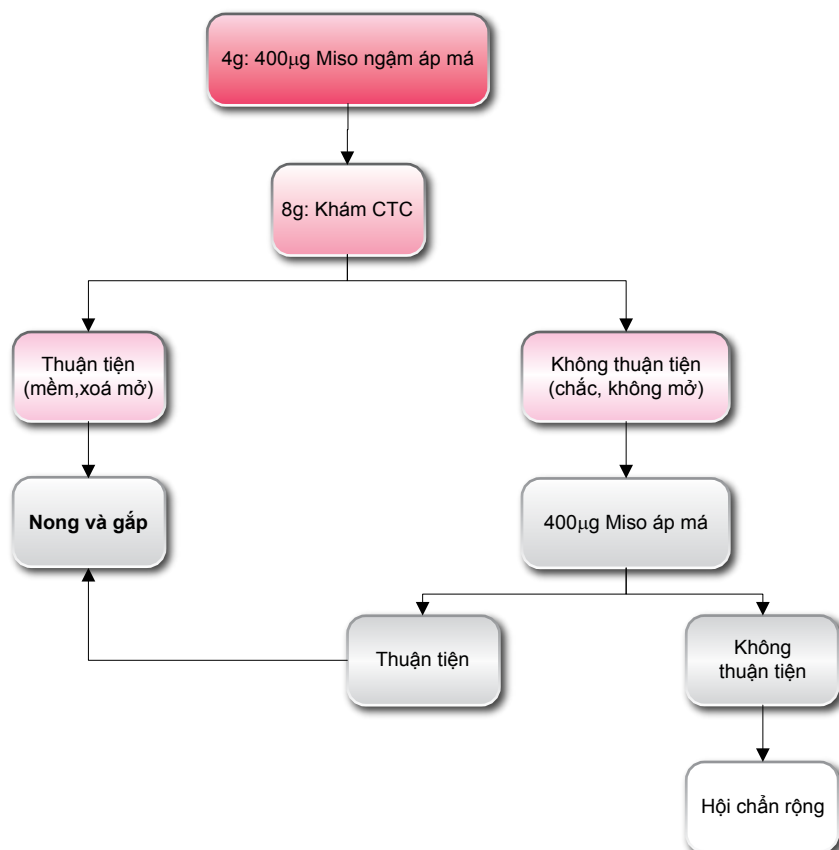
VII. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng, co hồi tử cung trong vòng 4 giờ sau thủ thuật.
- Kê đơn kháng sinh 5-7 ngày. Theo thứ tự ưu tiên

- Doxycyclin 100mg.
- Beta-lactam + acid clavulanic: Amoxicilin + acid clavulanic.
- Fluoroquinolon
- Tư vấn sau thủ thuật.
- Hẹn khám lại sau 2 tuần.



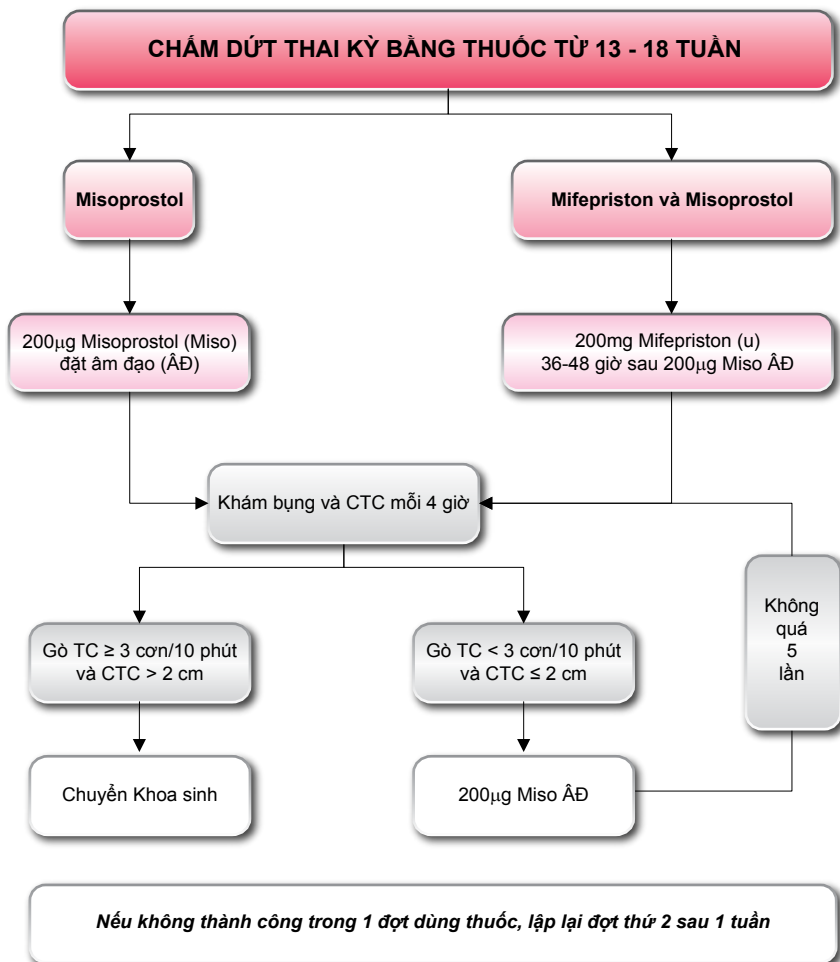
SƠ ĐỒ CHẤM DỨT THAI KỲ THAI TỪ 13 – 18 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG GẮP



Nếu không thành công trong 1 đợt dùng thuốc, lập lại đợt thứ 2 sau 1 tuần

SƠ ĐỒ CHẤM DỨT THAI KỲ THAI TỪ 13 – 18 TUẦN BẰNG THUỐC

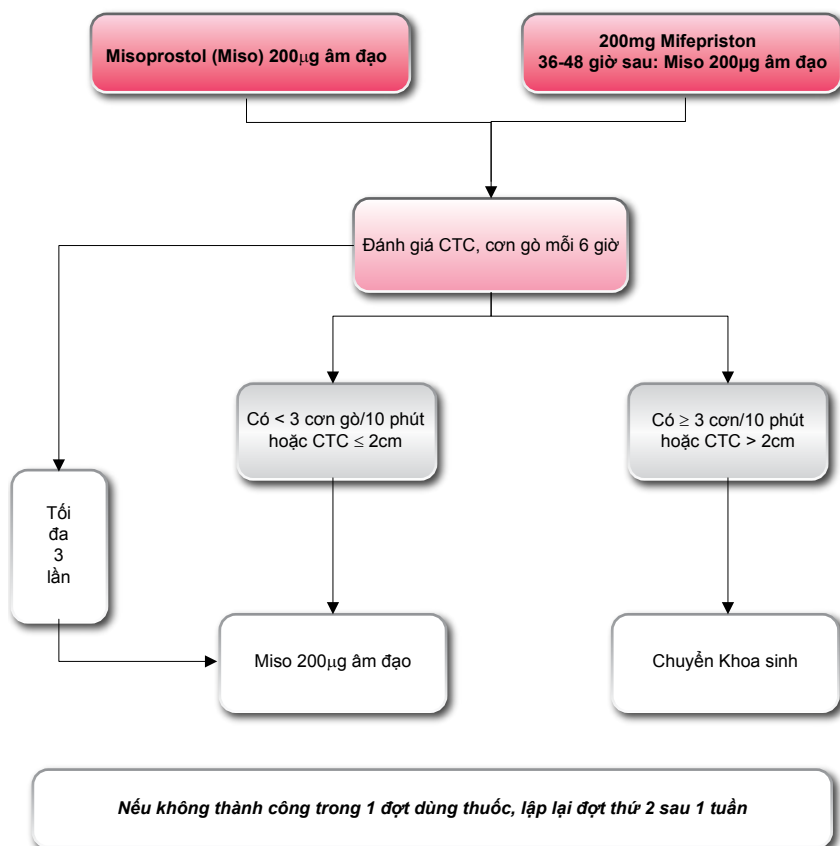
81



6

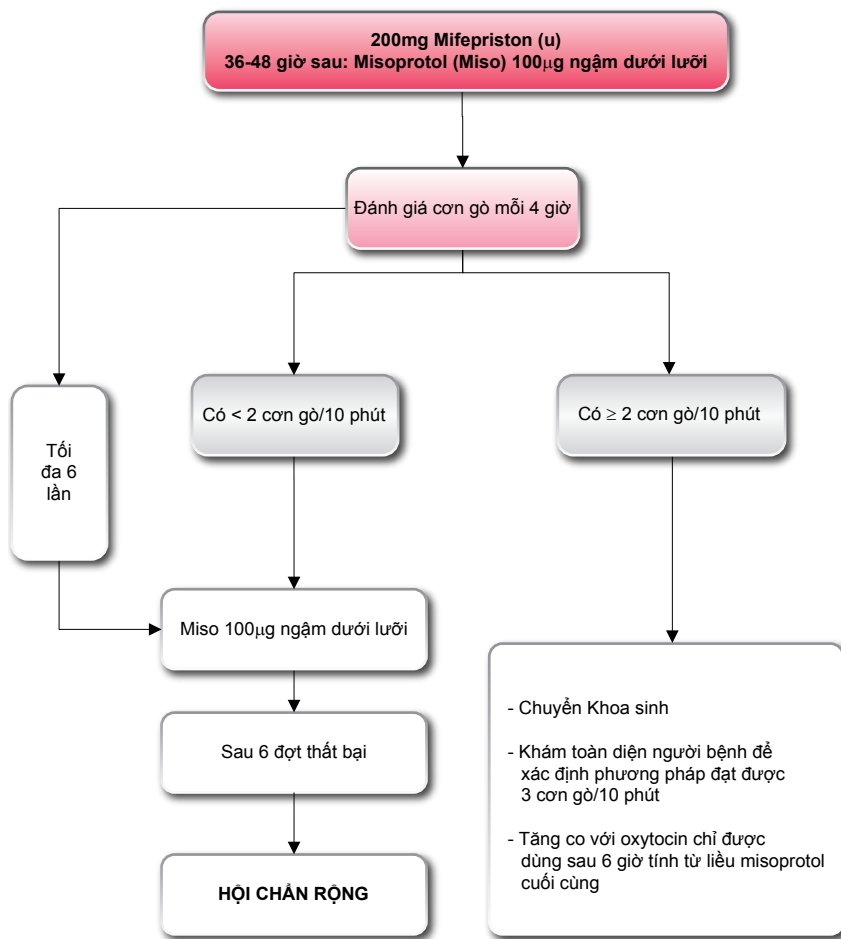
KẾ HOẠCH GIA ĐÌNH

SƠ ĐỒ CHẤM DỨT THAI KỲ TUỔI THAI TỪ 18 – 22 TUẦN



SƠ ĐỒ CHẤM DỨT THAI KỲ TUỔI THAI TỪ 23 – 27 TUẦN

83



6

I. ĐỊNH NGHĨA

Thai chết lưu là thai đã chết trong tử cung mà không được tổng xuất ra ngoài ngay.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

Xác định ngày kinh sót. Tình trạng ra huyết âm đạo, đau bụng.

- Tiền sử sản phụ khoa:
 - Số con đã có - tuổi con nhỏ nhất.
 - Tiền sử thai lưu. Số lần đi hút thai.
 - Tiền căn mổ lấy thai, bóc nhân xơ tử cung.
- Tiền căn bệnh nội ngoại khoa: Bệnh lý tim mạch, cường giáp.v.v...

2. Khám

- Xác định tư thế tử cung, tuổi thai.
- Đánh giá tình trạng ra huyết âm đạo.
- Đánh giá các bệnh lý ở đường sinh dục đi kèm nếu có: viêm nhiễm, u xơ tử cung, u nang buồng trứng.

3. Xét nghiệm

- Siêu âm: Xác định tình trạng thai lưu, tuổi thai vào thời điểm lưu.
- XN máu: Đông máu toàn bộ, phân tích tế bào máu, nhóm máu, Rh (khi đủ điều kiện).

III. LƯU Ý

Lấy mốc tuổi thai dựa vào ngày kinh sót

- Tuổi thai vào thời điểm siêu âm, chỉ gợi ý tuổi thai vào thời điểm lưu, nhằm tiên lượng nguy cơ rối loạn đông máu.
- Thai lưu tồn tại trong tử cung trên 6 tuần có thể sẽ xảy ra rối loạn đông máu.

Nhập viện những trường hợp

- Xét nghiệm đông máu toàn bộ bất thường.
- Có bệnh lý nội khoa cần thực hiện thủ thuật tại nơi có điều kiện hồi sức cấp cứu.
- Các trường hợp thai lưu có nguy cơ tai biến cao.

IV. XỬ TRÍ

1. Tư vấn

- Nếu khách hàng có Rh (-): tư vấn theo phác đồ xử trí thai phụ Rh (-).
- Tư vấn thủ thuật hút thai (bao gồm các bước thủ thuật, tai biến có thể xảy ra).
- Các dấu hiệu bất thường cần khám ngay.
- Tư vấn các biện pháp tránh thai sau hút thai.
- Tư vấn về khả năng sinh sản sau thủ thuật.
- Nên có thai lại ít nhất sau 3 tháng hút thai lưu và kiểm tra sức khỏe trước khi có ý định mang thai trở lại.

2. Quy trình kỹ thuật

a. Phương pháp giảm đau - vô cảm

Uống thuốc giảm đau Ibuprofen 400mg hoặc Paracetamol 1g trước khi làm thủ thuật 30 phút đối với những trường hợp vô cảm bằng tê cạnh cổ TC.

b. Thực hiện thủ thuật

- Sát trùng âm hộ (kẽm I).
- Sát trùng CTC, âm đạo (Kẽm II).
- Gây tê mép trước CTC (Vị trí 12g với 1ml Lidocain 1%).
- Kẹp CTC bằng kẽm Pozzi.
- Gây tê cạnh CTC với 4ml Lidocain 1% ở vị trí 4 giờ và 7 giờ hay 5 giờ và 8 giờ.
- Nong CTC bằng ống hút nhựa (nếu trường hợp khó có thể sử dụng bộ nong bằng kim loại Hégar hay Pratt).
- Chọn ống hút thích hợp với tuổi thai.
- Hút thai (bằng máy hay bằng tay), đánh giá hút sạch buồng tử cung.
- Mở kẽm Pozzi, lau sạch CTC và âm đạo.

- Kiểm tra mô và tổ chức sau hút thai, gửi giải phẫu bệnh mô nhau.

3. Theo dõi sau thủ thuật

- Theo dõi sinh hiệu, huyết âm đạo, đau bụng dưới.
- Hướng dẫn sử dụng toa thuốc sau thủ thuật.
- Hướng dẫn cách chăm sóc sau thủ thuật.
- Hẹn ngày tái khám và các dấu hiệu bất thường cần tái khám ngay, lấy kết quả giải phẫu bệnh.
- Hướng dẫn ngừa thai tránh mang thai ngoài ý muốn.

I. ĐỊNH NGHĨA

Sảy thai đang tiến triển là một tình trạng thai dưới 20 tuần, cổ tử cung giãn rộng, ra huyết nhiều, phần thai hoặc nhau đang tổng xuất qua cổ tử cung.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng cơ năng

Trễ kinh, đau bụng, ra huyết âm đạo.

2. Triệu chứng thực thể

- Đánh giá tổng trạng, sinh hiệu, lượng máu mất.
- Xác định tư thế tử cung. Xác định tuổi thai.
- Đánh giá tình trạng sảy thai: độ mở CTC, huyết âm đạo, gò TC.

3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm nước tiểu: QS (+). Siêu âm nếu cần.

III. XỬ TRÍ

1. Tư vấn

- Tư vấn trước và sau hút thai.
- Tư vấn các biện pháp tránh thai sau hút thai.
- Tư vấn khả năng sinh sản sau thủ thuật.
 - Thời gian có thể mang thai lại là 10 - 14 ngày sau hút thai.
 - Nên có thai lại ít nhất 3-6 tháng sau sảy thai.
 - Khách hàng được giải thích rõ ràng các nguy cơ của hút thai và tự nguyện ký tên vào tờ cam kết hút thai theo yêu cầu.
 - Uống thuốc giảm đau trước khi làm thủ thuật đối với những trường hợp vô cảm bằng tê cạnh cổ TC (Paracetamol 1g hoặc Ibuprofen 400mg uống 30 phút trước khi làm thủ thuật).

2. Quy trình kỹ thuật

- Sát trùng âm hộ (kềm I).
- Sát trùng âm đạo, CTC (Kềm II).
- Gây tê mép trước CTC (Vị trí 12g với 1ml Lidocain 1%).
- Kẹp CTC bằng kềm Pozzi.
- Gây tê cạnh CTC với 4ml Lidocain 1% ở vị trí 4 hoặc 5 giờ và 7 hoặc 8 giờ.
- Nong CTC bằng ống hút nhựa (nếu trường hợp khó có thể sử dụng bộ nong bằng kim loại Hégar hay Pratt). Tuy nhiên CTC thường mở và không phải nong trong những trường hợp sảy thai đang tiến triển.
- Chọn ống hút thích hợp với tuổi thai.
- Hút thai (bằng bơm hút chân không bằng tay hay bơm điện), đánh giá hút sạch buồng tử cung.
- Mở kềm Pozzi, lau sạch CTC và âm đạo.
- Kiểm tra mô và tổ chức sau hút thai.
- Chuyển khách hàng sang buồng hồi phục.

3. Theo dõi sau thủ thuật

- Theo dõi sinh hiệu, huyết âm đạo, đau bụng dưới.
- Hướng dẫn sử dụng toa thuốc và cách chăm sóc sau thủ thuật.
- Hẹn ngày tái khám và các dấu hiệu bất thường cần tái khám ngay.
- Hướng dẫn ngừa thai tránh mang thai ngoài ý muốn.

I. ĐỊNH NGHĨA

Sốt nhau/sốt thai là tình trạng còn sót lại mô nhau hoặc thai trong tử cung sau thủ thuật.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Hỏi bệnh

- Thời điểm hút thai lần trước.
- Nơi hút thai lần trước (tại viện hay ngoại viện).
- Tuổi thai lần hút trước.

b. Khám bệnh

- Tổng trạng: Đánh giá tình trạng nhiễm trùng (sốt, đau bụng, dịch âm đạo hôi, môi khô, lưỡi bẩn...).
- Xác định tư thế và kích thước tử cung.
- Xác định độ đau tử cung.
- Đánh giá độ mở CTC.
- Đánh giá mức độ ra huyết âm đạo.

2. Cận lâm sàng

a. Siêu âm

- Xác định tình trạng sót nhau, sót thai.
- Đánh giá mức độ sót nhau.

b. Xét nghiệm

- CTM, CRP, β hCG (tùy trường hợp).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nội khoa

a. Chỉ định

- Ứ dịch lòng tử cung.
- Nghi sót nhau kích thước nhỏ (dưới 3x3cm).

b. Điều trị

- Oxytocin 5 đơn vị 1-2 ống tiêm bắp x 3 ngày.
Hoặc Misoprostol 200mcg ngâm dưới lưỡi 2 viên x 2 lần/ngày x 2-3 ngày.
- Kháng sinh ngừa nhiễm trùng.

2. Ngoại khoa

a. Chỉ định

- Sốt thai, sót nhau hay ứ dịch lòng tử cung lượng nhiều.

b. Điều trị

- Hút kiểm tra buồng tử cung (Thực hiện các bước như hút thai theo yêu cầu. Nên được thực hiện bởi kỹ thuật viên có kinh nghiệm).
- Gửi giải phẫu bệnh mô sau hút.
- Kháng sinh điều trị.
- Thuốc tăng co hồi tử cung nếu cần

I. ĐỊNH NGHĨA

Băng huyết là tình trạng ra huyết âm đạo nhiều ≥ 300 ml trong vòng 24 giờ sau hút thai hoặc ảnh hưởng đến tổng trạng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Tổng trạng

- Vã mồ hôi, da xanh, niêm nhợt.
- Mạch nhanh trên 90 l/p.
- Huyết áp thấp, tụt.

2. Khám

- Máu âm đạo ra nhiều, đỏ tươi, có khi có máu cục.
- Băng vệ sinh hoặc quần áo ướt đẫm máu.
- Tử cung gò kém, có thể do ứ máu trong lòng tử cung, sót tổ chức thai, mô nhau, do tổn thương ở cổ tử cung hoặc thủng tử cung.

III. XỬ TRÍ

Tùy theo tình trạng lâm sàng mà có hướng xử trí thích hợp.

1. Có choáng: HA < 90/60 mmHg hoặc tình trạng ra máu không cải thiện.

- Hồi sức tích cực.
- Chuyển bệnh nhân lên phòng mổ và xử trí tiếp.
- Lưu ý: Hoàn tất hồ sơ bệnh án, ghi rõ diễn tiến thủ thuật.

2. Không choáng: Huyết áp $\geq 90/60$ mmHg.

- Truyền tĩnh mạch, tốt nhất là 2 đường truyền: Glucose 5%, 500 ml pha với 2 ống Oxytocin 5 đơn vị, truyền tĩnh mạch (TM) XXXg/p.
- Thở Oxy, 4 l/ph.
- Nằm đầu thấp.
- Nạo sạch buồng tử cung, lấy hết mô sót và máu cục.

- Thông tiểu.
- Đánh giá lại tình trạng tử cung, có thể dùng thêm:
 - Thuốc:
 - + Oxytocin 5 đơn vị x 2 ống pha loãng truyền TM chậm hay tiêm bắp.
 - + Methyl ergometrin 0,20mg, 1 ống pha loãng tiêm TM chậm hay tiêm bắp (TB).
 - + Misoprostol 200mcg 04 viên đặt hậu môn.
 - Thất động mạch CTC.
 - Bóng chèn.
- Tiếp tục theo dõi sinh hiệu và tình trạng ra máu của khách hàng.

I. ĐỊNH NGHĨA

Thùng tử cung là tổn thương đến lớp cơ tử cung $\pm$ phúc mạc tử cung do đưa dụng cụ vào buồng tử cung trong khi làm thủ thuật hút thai, đặt hoặc lấy vòng, nạo sinh thiết...

II. CHẨN ĐOÁN

- Bệnh nhân có thể đột ngột đau bụng dữ dội khi đang làm thủ thuật.
- Khám:
 - Đau đột ngột, da xanh niêm nhợt.
 - Nhanh, huyết áp tụt (nếu có choáng).
 - Đau vùng hạ vị, có thể có phản ứng phúc mạc hay dấu hiệu kích thích phúc mạc.
 - Đo buồng tử cung không cảm giác chạm đáy tử cung.
 - Hút hay gắp ra mạc nổi lớn.
- Cận lâm sàng: siêu âm có thể thấy dịch ổ bụng hoặc tổn thương cơ tử cung.

III. XỬ TRÍ

Trong quá trình làm thủ thuật, nếu có nghi ngờ làm thùng tử cung

1. Ngưng làm thủ thuật ngay lập tức.

2. Hồi sức

- a. Xác định tổng trạng bệnh nhân: mạch, huyết áp. Đánh giá tình trạng choáng.
- b. Lấy ngay đường truyền tĩnh mạch: Ringer lactat hay Natri clorid 9‰ 500 ml, truyền TM XXXg/p.
- c. Dùng thuốc co hồi tử cung, kháng sinh và thuốc điều trị choáng (nếu bệnh nhân có choáng).

3. Chuyển bệnh nhân lên phòng mổ để thực hiện phẫu thuật thám sát (hở hay nội soi), vá lỗ thủng (nếu có), giải quyết các tổn thương kèm theo và làm sạch buồng tử cung.

Lưu ý:

- Trong những trường hợp bệnh nhân có kèm choáng: nên điều trị choáng tích cực, và chỉ chuyển bệnh nhân khi tình trạng đã ổn định.
- Tư vấn cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân hướng xử trí, cho ký cam kết.
- Hoàn tất hồ sơ bệnh án, ghi rõ diễn tiến thủ thuật.
- Khi bàn giao với khoa khác, phải rõ ràng và cụ thể để việc theo dõi bệnh nhân được chặt chẽ và sát sao hơn.

I. ĐẶT DỤNG CỤ TỬ CUNG

1. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử để loại trừ chống chỉ định.
- Thăm khám để loại trừ có thai hoặc xuất huyết tử cung bất thường chưa rõ nguyên nhân, các bất thường ở đường sinh dục.
- Siêu âm (nếu cần).

2. Tư vấn

- Tìm hiểu nhu cầu khách hàng về việc đặt DCTC.
- Giới thiệu các loại DCTC và cách đặt DCTC.
- Tư vấn các thuận lợi và bất lợi của DCTC, các tác dụng ngoại ý thường gặp và cách xử trí, hạn dùng của DCTC.
- Lịch tái khám sau đặt DCTC.
- Ký cam kết.

3. Chỉ định đặt vòng

- Các phụ nữ trong tuổi sinh đẻ, đã có con.
- Muốn thực hiện một biện pháp tránh thai tạm thời bằng dụng cụ tử cung.

4. Chống chỉ định

- Tuyệt đối
 - Viêm nhiễm cấp tính đường sinh dục.
 - Tử cung dị dạng.
 - Có thai.
 - Rong kinh rong huyết chưa rõ nguyên nhân.
 - Ung thư đường sinh dục.
 - Sa sinh dục độ II - III.
- Tương đối
 - Tiền căn thai ngoài tử cung.

- U xơ tử cung.
- Bệnh lý van tim hậu thấp.
- Bệnh lý nội khoa mãn tính khác có suy gan, suy thận.
- Bệnh lý dị ứng với đồng (Hội chứng Wilson).

5. Kỹ thuật

- Khám xác định kích thước và vị thế tử cung.
- Sát trùng âm hộ, âm đạo và CTC.
- Kẹp CTC. Đo buồng tử cung.
- Chuẩn bị dụng cụ tử cung (cho càn dụng cụ tử cung vào cần đối với vòng Tcu, đánh dấu cần dụng cụ tử cung cho phù hợp với kích thước buồng tử cung).
- Đưa dụng cụ tử cung vào buồng tử cung và lấy cần dụng cụ ra.
- Cắt dây vòng khoảng 2cm.
- Tháo kẹp CTC và lau sạch CTC, âm đạo.

6. Thuốc sau đặt vòng

- Kháng sinh uống ngừa nhiễm trùng.
- Giảm co thắt: Alverin citrat 40mg, 2 viên x 2 lần/ ngày x 3 ngày.

II. THÁO VÒNG

1. Chỉ định tháo DCTC

Vì lý do y tế:

- Có thai (nếu thấy dây DCTC mới được tháo).
- Ra nhiều máu.
- Đau bụng dưới nhiều.
- Nhiễm khuẩn tử cung hoặc tiểu khung.
- Phát hiện tổn thương ác tính hoặc nghi ngờ ác tính ở tử cung, cổ tử cung.
- DCTC bị tụt thấp.
- Đã mãn kinh (sau khi mất kinh 12 tháng trở lên)
- DCTC đã hết hạn (10 năm với TCu 380-A, 5 năm với Multiload): sau khi tháo có thể đặt ngay DCTC khác (nếu khách hàng muốn).

Vì lý do cá nhân:

- Muốn có thai trở lại.
- Muốn dùng một BPTT khác.
- Thấy không cần dùng BPTT nào nữa.

2. DCTC có dây

- Đặt mở vệt bộc lộ CTC.
- Sát trùng âm đạo và CTC bằng Povidon iodin.
- Dùng kẹp Kelly dài, kéo nhẹ dây vòng và vòng ra khỏi buồng tử cung.
- Lau sạch âm đạo và lấy mở vệt khỏi âm đạo.

3. DCTC không dây

- Khám xác định tư thế tử cung.
- Sát trùng âm hộ, âm đạo và CTC.
- Kẹp CTC, đo buồng tử cung.
- Dùng móc vòng lấy vòng khỏi buồng TC.
- Tháo kẹp CTC, lau sạch âm đạo.

4. Thuốc sau tháo DCTC

- Kháng sinh uống dự phòng nhiễm trùng.

Lưu ý: Cần phải tư vấn cho khách hàng sử dụng một biện pháp tránh thai khác sau lấy vòng, nhằm phòng ngừa mang thai ngoài ý muốn.



I. CHỈ ĐỊNH

Các phụ nữ trong tuổi sinh đẻ muốn chọn biện pháp tránh thai có hiệu quả trong nhiều năm.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Có thai.
- Đang bị ung thư vú.

2. Chống chỉ định tương đối

- Đang bị truyền tắc tĩnh mạch sâu, truyền tắc phổi.
- Đang bị lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (hoặc không làm xét nghiệm).
- Ra máu âm đạo bất thường chưa được chẩn đoán nguyên nhân.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm trở lại.
- Xơ gan mất bù có suy giảm chức năng gan trầm trọng, hoặc u gan (ngoại trừ trường hợp tăng sinh lành tính dạng nốt - benign focal nodular hyperplasia).
- Không tiếp tục sử dụng nếu khách hàng:
 - Đã từng hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim.
 - Đau nửa đầu có kèm mờ mắt.

III. THỜI ĐIỂM CẤY THUỐC TRÁNH THAI

1. Khách hàng chưa sử dụng biện pháp tránh thai (BPTT).

- Ngay khi đang có kinh hoặc trong 7 ngày đầu (hoặc trong vòng 5 ngày đầu đối với Etonogestrel implant) của vòng kinh.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 7 ngày (hoặc nếu quá 5 ngày đối với Etonogestrel implant) từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong

7 ngày kế tiếp.

- Vô kinh: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Sau sinh và cho con bú hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn
 - Trong vòng 6 tuần sau sinh và đang cho con bú: chỉ sử dụng thuốc cấy một khi không còn BPTT nào khác.
 - Từ 6 tuần đến 6 tháng, vô kinh: bất kỳ lúc nào.
 - Nếu có kinh lại sau 6 tuần: như trường hợp hành kinh bình thường.
- **Sau sinh cho bú không hoàn toàn**
 - Trong vòng 6 tuần sau sinh: chỉ sử dụng một khi không còn BPTT nào khác.
 - Sau 6 tuần
 - + Nếu chưa có kinh lại: bất kỳ lúc nào nếu chắc chắn là không có thai, khách hàng cần sử dụng một biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
 - + Nếu đã có kinh lại: như trường hợp hành kinh bình thường.
- **Sau sinh, không cho con bú**
 - Dưới 21 ngày: bất kỳ lúc nào.
 - Từ 21 ngày trở đi và chưa có kinh: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
 - Nếu đã có kinh lại bình thường: như trường hợp hành kinh bình thường.
- **Ngay sau phá thai hoặc sảy thai**
 - Trong vòng 7 ngày sau phá thai, sảy thai: có thể cấy thuốc ngay lập tức.
 - Sau 7 ngày: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Sau sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp: sử dụng thuốc cấy trong vòng 7 ngày đầu của kỳ kinh kế tiếp (vào trong vòng 5 ngày đối với Etonogestrel implant) hoặc trong bất kỳ thời điểm nào nếu chắc chắn



là không có thai. Cung cấp các BPTT hỗ trợ hoặc thuốc tránh thai trong thời gian chờ cấy thuốc.

- Ngay sau khi lấy thuốc cấy nếu muốn cấy tiếp.

2. Khách hàng đang sử dụng BPTT nội tiết

- Sẽ được cấy ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai, vào thời điểm lặp lại mũi tiêm.

3. Khách hàng đang sử dụng BPTT không nội tiết (không phải DCTC) sẽ được cấy thuốc

- Sẽ được cấy ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.

4. Khách hàng đang sử dụng DCTC (kể cả DCTC giải phóng levonorgestrel) sẽ được cấy thuốc

- Trong vòng 7 ngày đầu tiên của vòng kinh, có thể lấy DCTC ở thời điểm này.
- Bất kỳ lúc nào nếu biết chắc là không có thai:
 - Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh và đã có giao hợp: cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.
 - Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh và không giao hợp: cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp. Nếu DCTC chính là biện pháp hỗ trợ, cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.
- Nếu vô kinh hoặc ra máu không theo chu kỳ: xem hướng dẫn dành cho phụ nữ vô kinh.

IV. QUI TRÌNH KỸ THUẬT

1. Tư vấn

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về thuốc cấy tránh thai.
- Hiệu quả, ưu, nhược điểm (có thể khó lấy ra). Biện pháp không có tác dụng phòng tránh nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục (NKLQTĐTD) và HIV/AIDS.
- Cho khách hàng biết các tác dụng phụ có thể gặp, đặc biệt là ra máu bất thường.

- Khách hàng có thể đến khám lại bất cứ lúc nào khi có vấn đề hoặc muốn tháo que cấy tránh thai.
- Không phải là BPTT vĩnh viễn, Levonorgestrel implant có tác dụng trong 5 - 7 năm, Etonogestrel implant có tác dụng trong 3 năm.

2. Thăm khám

- Hỏi kỹ tiền sử để phát hiện chống chỉ định (dùng bảng kiểm).
- Khám sức khỏe toàn thân (cân, đo huyết áp, khám vú, khám gan, khám vàng da không?).
- Khám phụ khoa: phát hiện khối u sinh dục, để loại trừ có thai, ra máu không rõ nguyên nhân. Trong hoàn cảnh xét nghiệm nước tiểu để thử thai không sẵn có, có thể đánh giá là "không có thai" dựa vào những dấu hiệu lâm sàng
- Xét nghiệm: chức năng gan, bilan Lipid, Pap's smear, siêu âm phụ khoa.

3. Kỹ thuật cấy Etonogestrel implant

- Sát khuẩn da vùng định cấy (mặt trong cánh tay không thuận).
- Trải sẵn vải có lỗ vùng định cấy.
- Gây tê vùng định cấy bằng Lidocain 1% dọc đường cấy.
- Lấy ống cấy vô khuẩn ra khỏi bao bì (tuân thủ nguyên tắc không chạm trong thủ thuật).
- Kiểm tra bằng mắt thường xem que cấy có trong kim không.
- Đặt que cấy bằng cách đâm kim ngay dưới da và vừa đẩy vừa dùng đầu kim nâng mặt da lên.
- Giữ nguyên pít tông tại chỗ và kéo ống cấy về phía ngược lại, que thuốc cấy sẽ nằm lại trong cánh tay.
- Kiểm tra xác định xem que thuốc đã được cấy nằm dưới da.
- Băng ép bằng gạc vô khuẩn. Tháo băng sau 24 giờ.
- Ghi phiếu theo dõi cấy que: ngày cấy, vị trí cấy thuốc, ghi họ tên người cấy.

4. Theo dõi sau cấy que

- Hẹn khách hàng quay trở lại trong vòng tuần lễ đầu xem có nhiễm khuẩn không.
- Sau đó, khách hàng có thể đến khám lại bất cứ lúc nào khi có vấn đề hoặc muốn tháo que cấy tránh thai.



5. Kỹ thuật tháo

- Sát khuẩn.
- Trải sẵn vải.
- Gây tê tại chỗ đầu dưới que cấy.
- Rạch da khoảng 2 mm ngay đầu que nơi đã gây tê.
- Dùng tay nắn cho đầu que lộ ra chỗ rạch.
- Dùng 1 kẹp nhỏ kẹp đầu que cấy, kéo nhẹ ra.
- Sau khi tháo que xong, sát khuẩn, băng lại. Tháo băng sau 24 giờ.

I. CHỈ ĐỊNH

- Các phụ nữ trong tuổi sinh đẻ muốn tránh thai trong thời gian ít nhất hai năm nhưng không thích dùng các biện pháp tránh thai hằng ngày.
- Đang cho con bú (6 tuần sau sinh).
- Bị tác dụng phụ do dùng thuốc có estrogen hoặc chống chỉ định với thuốc có estrogen.
- Muốn dùng một biện pháp tránh thai kín đáo, thuận tiện.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có thai hoặc nghi có thai.
- Dưới 16 tuổi.
- Rong kinh rong huyết chưa rõ nguyên nhân.
- Đang bị hay đã bị u vú, bệnh tim mạch, tiểu đường, bệnh gan (viêm gan, ung thư gan).

III. KHÁM

- Khám sức khỏe toàn thân (cân, đo huyết áp, khám vú, khám vàng da không, khám gan).
- Khám phụ khoa: phát hiện khối u sinh dục, Pap's smear.

IV. THỜI ĐIỂM TIÊM DMPA

- **Mũi đầu tiên**
 - Trong vòng 7 ngày kể từ ngày kinh đầu tiên, có thể tiêm muộn hơn hoặc bất kỳ ngày nào nếu chắc chắn không có thai và phải dùng bao cao su hoặc kiêng giao hợp trong 2 ngày sau tiêm.
 - Sau phá thai: tiêm ngay hoặc trong vòng 7 ngày sau phá thai.
 - Sau sinh:
 - + Nếu cho con bú: tiêm sau sinh 6 tuần.
 - + Nếu không cho con bú: tiêm từ tuần thứ 3 sau sinh.

+ Tiêm ngay sau khi ngừng biện pháp khác.

- Các mũi tiêm tiếp theo thực hiện 3 tháng một lần.

V. KỸ THUẬT TIÊM

- Sát khuẩn vùng tiêm: mông hoặc cơ delta.
- Kiểm tra thuốc DMPA 150 mg vẫn còn hạn sử dụng.
- Nhẹ nhàng lắc kỹ thuốc trước khi rút. Dùng bơm kim tiêm rút hết thuốc.
- Đưa kim tiêm vào sâu, kiểm tra xem có máu không. Đẩy bơm tiêm từ từ cho thuốc vào hết.
- Sau khi rút kim, không xoa vùng tiêm để tránh thuốc lan tỏa sớm và nhanh.
- Đưa phiếu tiêm thuốc tiêm tránh thai DMPA có ghi hẹn lần sau cho khách hàng.
- Hẹn khách hàng quay trở lại để tiêm mũi tiếp theo và dặn khách hàng có thể trở lại bất kỳ khi nào họ thấy có điều gì đó bất thường (chảy máu âm đạo nhiều, nhức đầu...).

I. CHỈ ĐỊNH

Nam giới đang ở trong độ tuổi sinh sản đã có đủ số con mong muốn, các con khỏe mạnh, tự nguyện dùng một biện pháp tránh thai vĩnh viễn và không hồi phục.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang nhiễm khuẩn tại chỗ vùng bìu, bệnh lây truyền qua đường tình dục, viêm tinh hoàn, viêm mào tinh.
- Tràn dịch màng tinh.
- Các bệnh lý tại chỗ: thoát vị bẹn, có khối u trong bìu, giãn tĩnh mạch vùng bìu.
- Rối loạn đông máu.

III. KHÁM

- Tìm hiểu kỹ xem khách hàng có đúng chỉ định không.
- Hỏi tiền sử bệnh tật nội ngoại khoa, khám toàn thân.
- Khám vùng sinh dục ngoài (bìu, tinh hoàn, mào tinh).
- Có đơn tình nguyện triệt sản có chữ ký cả 2 vợ chồng.

IV. THỜI ĐIỂM THỰC HIỆN

Có thể thực hiện triệt sản nam ở bất kỳ thời gian nào thuận tiện

V. KỸ THUẬT TRIỆT SẢN NAM KHÔNG DÙNG DAO

- Rửa sạch và sát khuẩn vùng sẽ thực hiện thủ thuật.
- Trải sẵn vải có lỗ để hở vùng bìu.
- Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 1%.
- Dùng kỹ thuật 3 ngón tay để xác định và cố định ống dẫn tinh.
- Đặt kẹp ôm ống dẫn tinh qua cả da bìu.

- Chọc kim chuyên dụng qua da.
- Bộc lộ và nâng cao ống dẫn tinh.
- Cặp để cố định ống dẫn tinh bằng kẹp vòng tròn.
- Bóc tách cân tinh.
- Thắt và cắt đoạn ống dẫn tinh.
- Đặt 1 mảnh cân để cách ly đầu xa của ống dẫn tinh.
- Thực hiện các bước kỹ thuật tương tự để thắt và cắt ống dẫn tinh bên đối diện.
- Băng ép lỗ mở da bìu.

VI. THEO DÕI

- Hướng dẫn khách hàng tự chăm sóc
 - Khách hàng có thể có cảm giác tức nặng ở bìu nhưng không đau (nên mặc quần lót chặt trong vài ngày đầu giúp có cảm giác thoải mái).
 - Tránh lao động nặng trong 1 -2 ngày đầu.
- Theo dõi các dấu hiệu viêm nhiễm tại chỗ.
- Sau 1 tuần có thể sinh hoạt tình dục nhưng phải dùng bao cao su trong 20 lần xuất tinh đầu hoặc trong vòng 3 tháng đầu tiên sau khi triệt sản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế- Vụ sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2010.
2. Pathfinder International-Ipas-EngenderHealth. Reproductive Health Projects. Giáo trình chăm sóc sức khỏe sinh sản 2008. Module 11: Phá thai an toàn
3. Tổ chức Y tế Thế giới 2003. Phá thai an toàn: Hướng dẫn kỹ thuật và chính sách cho Hệ thống Y tế.
4. WHO, USAID, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Family Planning. A global handbook for providers. Chapter 12. p.183-198.

BỆNH VIỆN TỪ DŨ

284 Cống Quỳnh, Quận 1, Tp. Hồ Chí Minh.

Tel: (08) 54 042 829 - 38 395 117 - 38 392 722

www.tudu.com.vn