



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
SẢN PHỤ KHOA

Năm 2019

PHỤ LỤC

STT	TÊN BỆNH	Trang
1	Phác đồ điều trị Tắc mạch ối	1
2	Phác đồ điều trị Vỡ tử cung	4
3	Phác đồ điều trị Băng huyết sau sanh	7
4	Phác đồ điều trị Nhau bong non	10
5	Phác đồ điều trị Suy thai	12
6	Phác đồ điều trị Tăng huyết áp thai kỳ	18
7	Phác đồ điều trị Đái tháo đường trong thai kỳ	29
8	Phác đồ điều trị Thai chậm tăng trưởng trong tử cung	33
9	Phác đồ điều trị Thiếu ối	36
10	Phác đồ điều trị Đa ối	39
11	Phác đồ điều trị Ối vỡ non	42
12	Phác đồ điều trị Nhau tiền đạo	45
13	Phác đồ điều trị Nhau cài răng lược	48
14	Phác đồ điều trị Hở eo tử cung	51
15	Phác đồ điều trị Chuyển dạ sinh non	53
16	Phác đồ Khởi phát chuyển dạ	59
17	Phác đồ Sử dụng oxytocin trong chuyển dạ	63
18	Phác đồ điều trị Nhiễm khuẩn âm đạo	65
19	Phác đồ điều trị Viêm âm đạo do nấm	66
20	Phác đồ điều trị Viêm âm đạo do Trichomonas	68
21	Phác đồ điều trị Viêm âm đạo do thiếu nội tiết	69
22	Phác đồ điều trị Viêm sinh dục do Herpers	70
23	Phác đồ điều trị áp xe phần phụ	72
24	Phác đồ điều trị viêm tuyến Bartholin	76
25	Phác đồ điều trị Dọa sảy thai, sảy thai 3 tháng đầu thai kỳ	79
26	Phác đồ điều trị Sảy thai liên tiếp	81
27	Phác đồ điều trị Thai ngoài tử cung	83

28	Phác đồ điều trị Thai ở sọc mờ lấy thai	88
29	Phác đồ điều trị Rong kinh – rong huyết	95
30	Phác đồ điều trị Tăng sinh nội mạc tử cung	98
31	Phác đồ điều trị U xơ tử cung	102
32	Phác đồ điều trị U phần phụ	106
33	Phác đồ điều trị Bệnh lý nội mạc tử cung (ENDOMETRIOSIS)	108
34	Phác đồ điều trị Rối loạn tiền mãn kinh và mãn kinh	111
35	Phác đồ điều trị Sa các tạng vùng chậu	114
36	Phác đồ điều trị Bệnh lý tuyến vú lành tính	121
37	Phác đồ điều trị Áp xe vú	127
38	Phác đồ điều trị Sốt sau mổ lấy thai	129
39	Phác đồ điều trị Bí tiểu sau sinh mổ	131
40	Phác đồ điều trị Viêm phúc mạc sau phẫu thuật sản phụ khoa	132
41	Phác đồ điều trị Nhiễm khuẩn hậu sản	137
42	Phác đồ điều trị Ung thư buồng trứng	142
43	Phác đồ điều trị Ung thư nội mạc tử cung	146
44	Phác đồ điều trị ung thư cổ tử cung	150
45	Phác đồ điều trị chửa trứng	154
46	Phác đồ điều trị ung thư tế bào nuôi	158
47	Hướng dẫn Tư vấn phá thai	161
48	Phác đồ Phá thai bằng thuốc đến hết 12 tuần	164
49	Phác đồ Xử trí thai lưu đến hết 12 tuần	167
50	Phác đồ Xử trí sảy thai đang tiến triển	169
51	Phác đồ Xử trí sót nhau/ sót thai	171
52	Phác đồ Xử trí băng huyết trong và sau khi hút thai	173
53	Phác đồ Xử trí thủng tử cung trong khi hút thai hoặc nạo sinh thiết	175
54	Phác đồ điều trị vô sinh nữ	176
55	Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị vô sinh nam	180

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TẮC MẠCH ỒI

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

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

1.2. 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 con co cường tính, chuyển dạ được giục sinh.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

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

2.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán

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

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

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

2.3. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm phục vụ chẩn đoán:

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

2.4. Chẩn đoán phân biệt

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

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

2.5. Chẩn đoán xác định

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

3. XỬ TRÍ

3.1. Nguyên tắc xử trí

- Hồi sức tích cực
- Bao động đờ liên viện:
 - + Tổ chức phối hợp xử trí và hồi sức tích cực giữa Sản khoa, Gây mê hồi sức, Nhi khoa và các bộ phận hỗ trợ.
 - + Liên hệ với tuyến trên, phối hợp tổ chức hồi sức tích cực và chuyển viện an toàn.

3.2. Về mặt GMHS: Kiểm soát và hỗ trợ hô hấp - tuần hoàn:

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

3.3. Về mặt sản khoa

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

3.4. Về mặt nhi khoa: hồi sức tích cực cho trẻ sơ sinh thường do suy thai nặng.

4. 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.

5. DỰ PHÒNG

Chưa có biện pháp dự phòng do vẫn chưa 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:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VỠ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Vỡ tử cung trong thai kỳ

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

2.1.1. 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.

2.1.2. Dấu hiệu thực thể

- Tổng trạng: có thể có dấu hiệu choáng.
- Nhìn: bụng có thể có sẹo mổ cũ, có thể biến dạng, linh phình.
- Sờ nắn:
 - + Sờ thấy các phần thai nhi nằm ngay dưới da bụng, không sờ thấy đáy tử cung nếu thai bị đẩy ra khỏi buồng tử cung.
 - + 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.

2.1.3. Cận lâm sàng

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

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

2.2. Vỡ tử cung trong chuyển dạ

2.2.1. Dọa vỡ tử cung trong thời kỳ chuyển dạ: Chỉ xảy ra trên tử cung không có sẹo mổ cũ.

- Triệu chứng cơ năng:
 - + Thai phụ đau bụng nhiều.
 - + Con co tử cung dồn dập, mạnh.
- Dấu hiệu thực thể:

- + Vòng Bandl lên cao (cao ngang rốn và trên rốn là sắp vỡ tử cung), 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.

2.2.2. 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 tử cung nếu thai bị đẩy ra khỏi buồng tử cung.
 - + 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 tử cung sau sinh thường, sinh giúp: thấy máu đỏ tươi chảy từ lòng tử cung, có thể có choáng, tầm soát tử cung phát hiện vết vỡ ở đoạn dưới tử cung, vết rách CTC lên tới đoạn dưới tử cung, sẹo mổ cũ không còn nguyên vẹn liên tục, bị mỏng hoặc đã rách vỡ rộng.

3. XỬ TRÍ

3.1. Dọa vỡ TC

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

3.2. Vỡ tử cung

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

3.3. 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 hai bên.
- + Quan sát, phát hiện tổn thương ở các cơ quan lân cận để giải quyết kết hợp kịp thời.
- + Cần theo dõi biến chứng viêm phúc mạc toàn thể hay khu trú trong thời kỳ hậu phẫu.

4. 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 có 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BĂNG HUYẾT SAU SINH

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. 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 trọng, sinh hiệu: mạch nhanh, huyết áp tụt.
- TC tăng thể tích.
- Ra huyết âm đạo đỏ tươi lượng nhiều - liên tục.

3. NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

3.1. Hồi sức tích cực 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.

3.2. Điều trị tích cực co hồi tử cung, cầm máu

- Xoa đáy tử cung và dùng thuốc co hồi TC
- + Oxytocin 5 UI \times 4 ống pha 500 ml dịch tinh thể, tối đa 80 UI.
- + Methyl - Ergometrin (maleate) 0,2 mg \times 1 ống TB hay tiêm vào co tử cung (không bao giờ tiêm tĩnh mạch), tối đa 5 liều, không sử dụng khi tiền căn có cao huyết áp, hội chứng Raynaud.
- + Carbetocin 100 mcg \times 1 ống TMC, chỉ một liều duy nhất (khuyến cáo sử dụng dự phòng trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS).
- + Prostaglandin E1 (Misoprostol) 200 mcg: 800 mcg đặt hậu môn 1 lần duy nhất, có thể dùng cho người cao huyết áp hay hen suyễn. Theo dõi nhiệt độ sản phụ vì có thể sốt $\geq 40^{\circ}\text{C}$ 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.
- + Prostaglandin F2 alpha (Carboprost Tromethamine) 250 mcg (tiêm sâu vùng mông), có thể lặp lại sau 30 - 90 phút nếu cần, tổng liều là 2 mg). Chống chỉ định: bệnh lý tim, phổi, thận, gan.
- Thuốc cầm máu
- + Tranexamic acid: tiêm tĩnh mạch sớm trong vòng 3 giờ sau sinh ở sản phụ được chẩn đoán băng huyết sau sinh ngã âm đạo hoặc sau mổ lấy thai bất kể nguyên nhân.

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

3.3. 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.

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

4.1. Đờ tử cung (Tonus)

4.1.1. 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.

4.1.2. Xử trí: ngoài phân xử trí chung có thể cần thêm

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

4.2. Chấn thương đường sinh dục (Trauma)

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

4.2.1. 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.

4.2.2. Xử trí: ngoài xử trí chung còn thêm

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

4.3. Bất thường về bong nhau và sổ nhau

4.3.1. Triệu chứng

- Sốt nhau, sốt 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 sốt 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.

4.3.2. Xử trí

- Sốt nhau, sốt màng
- + Truyền dịch tĩnh mạch ngay.
- + Cho thuốc giảm đau (Morphin 10 mg x 1 ống tiêm bắp hay TDD hay Pethidin 100 mg 1 ống TB) và tiến hành kiểm soát tử cung.
- + Tiêm bắp 5-10 đơn vị Oxytocin và/hoặc Methyl- ergometrin (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 10 đơn vị, 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.

4.4. Rối loạn đông máu

- 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 ần, 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.

5. 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 băng huyết sau sinh: có thể sử dụng sớm Carbetocin 100 mcg 1 ống TMC, một liều duy nhất.
- Áp dụng vẽ biểu đồ chuyển dạ, không để xảy ra chuyển dạ kéo dài.
- Đỡ sinh đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng để tránh gây chấn thương đường sinh dục. Khi có tổn thương đường sinh dục cần phát hiện sớm và xử trí kịp thời.
- Theo dõi sát sản phụ 6 giờ đầu sau sinh, đặc biệt là trong 2 giờ đầu để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHAU BONG NON

1. ĐẠI CƯƠNG

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.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng cơ năng

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

2.2. Triệu chứng thực thể

- Tử cung 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 cuối căng, cổ tử cung chắc, siết chặt ở lỗ trong cổ tử cung, màng ối căng phồng, nước ối có thể có máu.

2.3. Cận lâm sàng

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

2.4. Phân loại

2.4.1. Thể nhẹ

- Tổng trọng 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.

2.4.2. 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 sạm 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.

3. XỬ TRÍ

3.1. Nguyên tắc xử trí

Tùy thuộc vào:

- Thể bệnh trên lâm sàng
- Tổng trạng thai phụ.
- Tuổi thai.
- Tình trạng thai.

3.2. Xử trí

3.2.1. Nhau bong non thể nặng, ảnh hưởng tổng trạng mẹ: MLT cấp cứu

- Mở đường dọc thân tử cung lấy thai.
- Thất động mạch tử cung dự phòng.
- Nếu xảy ra băng huyết → điều trị theo phác đồ băng huyết.
- Dựa vào tuổi, PARA, tổng trạng mẹ có thể quyết định cắt tử cung.

3.2.2. Nhau bong non thể nhẹ, tổng trạng mẹ và biểu đồ TT cho phép

- *Tuổi thai ≥ 34 tuần*
- + Tiên lượng sinh trong vòng 1 giờ: bấm ối, sinh ngả âm đạo.
- + Tiên lượng diễn tiến chuyển dạ thuận lợi: bấm ối, tăng co (nếu gò không đủ), sinh đường âm đạo.
- + Tiên lượng diễn tiến chuyển dạ không thuận lợi: MLT.
- *Tuổi thai < 34 tuần*
- + Hỗ trợ phổi (Betamethasone 12mg x 24 giờ, hiệu quả nhất sau 24 giờ), theo dõi sát tình trạng mẹ và thai.
- + Trong thời gian theo dõi, nếu tình trạng mẹ và thai diễn tiến xấu thì MLT cấp cứu.
- + Sau hỗ trợ phổi, tổng trạng mẹ ổn định, tim thai tốt thì có thể CDTK bằng tăng co phối hợp thuốc mềm CTC để sinh đường âm đạo khi thuận lợi hoặc MLT khi không thuận lợi.
- *Trường hợp thai chết*
- + Tổng trạng mẹ bị ảnh hưởng: MLT.
- + Tình trạng mẹ cho phép: bấm ối, tăng co theo dõi sinh ngả âm đạo.
- + Điều trị nội khoa tích cực khi có rối loạn đông máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SUY THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

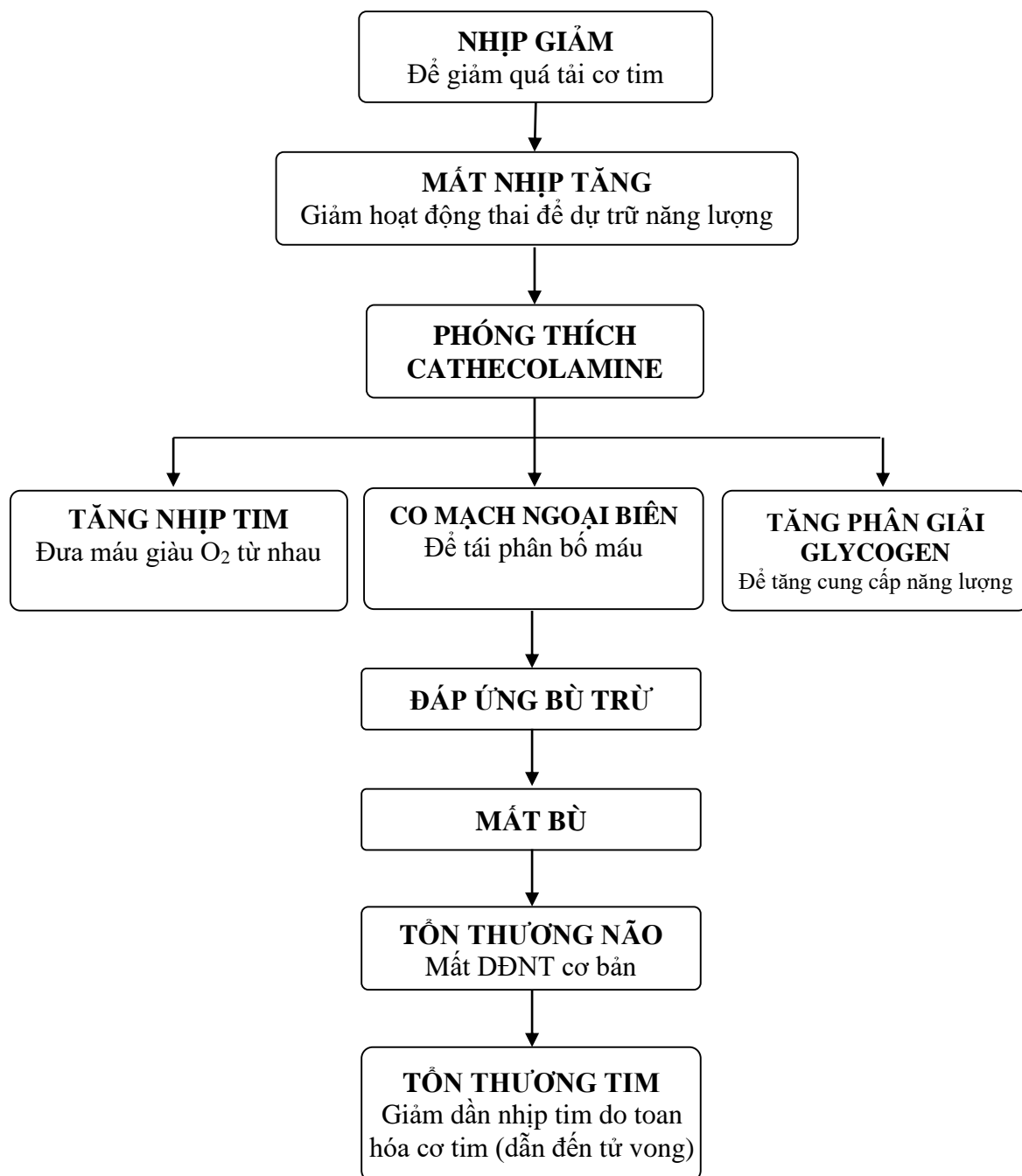
Suy thai là tình trạng thai nhi bị đe dọa hoặc tình trạng đáp ứng có chiều hướng bất lợi của thai trước tình trạng stress.

- Tiêu chuẩn khí máu và toan - kiềm: là tiêu chuẩn nghiêm ngặt, tỉ lệ thuận với bệnh suất của tổn thương não và tử vong chu sinh, tuy nhiên chẩn đoán thường được xác lập khi đã muộn.
- Các thay đổi trên biểu đồ tim thai (BĐTT) (CTG - Cardiotocography) có tính trực quan. Tuy nhiên mối liên quan giữa các biểu hiện trên CTG và tình trạng khí máu và cân bằng kiềm toan của thai là không đủ mạnh (độ nhạy 95%, độ đặc hiệu chỉ 50%).
- + CTG nhóm III liên quan mạnh với tình trạng toan chuyển hóa thì ít gặp.
- + CTG nhóm I chứng tỏ tình trạng thăng bằng kiềm toan bình thường tại thời điểm khảo sát với điều kiện không xảy ra biến cố nào khác, không đảm bảo trong chuyển dạ (do xuất hiện cơn gò tử cung trong nhiều giờ gây thiếu oxy thai).
- + CTG nhóm II thường gặp nhất, có ý nghĩa rất khác nhau.
- Sự hiện diện phân su trong nước ối không tỉ lệ thuận với suy thai.
- Nguyên nhân gây suy thai:
 - + Nhóm nguyên nhân làm giảm nồng độ O₂ trong máu mẹ như bệnh lý hô hấp mãn tính của mẹ, bệnh tim, bệnh lý Hb...
 - + Nhóm nguyên nhân làm giảm vận chuyển máu chứa O₂ đến hồ máu như tăng huyết áp (TSG, tăng huyết áp mãn,...), đái tháo đường biến chứng mạch máu, lupus đỏ, chèn ép TM chủ dưới...
 - + Nhóm nguyên nhân làm giảm trao đổi khí máu tại hồ máu như thai quá ngày, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, TSG, nhau bong non, cơn gò cường tính...
 - + Nhóm nguyên nhân làm cản trở việc vận chuyển máu chứa O₂ từ hồ máu đến thai nhi như bệnh lý Hb thai, chèn ép rốn, sa dây rốn.

2. CHỈ ĐỊNH THEO DÕI TIM THAI LIÊN TỤC TRONG GIAI ĐOẠN CHUYỂN DẠ HOẠT ĐỘNG (CTG)

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

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



Sơ đồ diễn tiến đáp ứng của thai nhi khi thiếu O₂

2.2. Thai (các trường hợp giảm tưới máu thai hoặc đe dọa đáp ứng thai với thiếu O₂)

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

2.3. Các yếu tố nguy cơ trong chuyển dạ

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

3. PHÂN LOẠI BIỂU ĐỒ TIM THAI (CTG)

Nhóm	Diễn giải	Tính chất
I	Dự báo tình trạng kiểm toan bình thường ở thời điểm khảo sát	<ul style="list-style-type: none"> - Nhịp cơ bản 110-160 lần/phút. - Dao động nội tại trung bình (6 -25) - Không nhịp giảm muộn hoặc bất định - Có/ không nhịp tăng - Có /không nhịp giảm sớm
II	Không dự báo tình trạng kiểm toan bất thường, tuy nhiên chưa đủ cơ sở để phân loại là nhóm I hoặc III	<p>Tất cả BĐTT không thuộc I hoặc III, ví dụ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhịp cơ bản chậm, không kèm mất ĐĐNT - Nhịp cơ bản nhanh - Giảm ĐĐNT - Mất ĐĐNT không kèm nhịp giảm lặp lại - Nhịp tăng nhiều - Không có nhịp tăng sau kích thích thai - Nhịp giảm bất định lặp lại với ĐĐNT giảm hoặc bình thường - Nhịp giảm kéo dài ≥ 2 phút nhưng ≤ 10 phút - Nhịp giảm muộn lặp lại ĐĐNT bình thường. - Nhịp giảm bất định phục hồi chậm, “shoulders”, “overshoot”.
III	Dự báo tình trạng kiểm toan bất thường	<ul style="list-style-type: none"> - Hình sin - Mất ĐĐNT - Nhịp giảm muộn lặp lại thường xuyên - Nhịp giảm bất định lặp lại - Tim thai chậm

- Lưu ý quan trọng khi đánh giá CTG
- + Nhịp tim thai cơ bản (phải đặt trong bối cảnh lâm sàng, nhiệt độ, thuốc, huyết áp, bệnh lý mẹ, ...)
- + Dao động nội tại (giảm trong trường hợp thai non tháng, thai ngủ, do thuốc, tổn thương thần kinh do thiếu O₂)
- + Nhịp tăng.
- + Nhịp giảm (loại nhịp giảm, tương quan với cơn gò và tần suất xuất hiện).
- Mục đích chính của đánh giá biểu đồ tim thai là xác định tình trạng cung cấp O₂ và tình trạng kiểm toan thai, vì tình trạng thai là động có thể thay đổi nên cần phải thường xuyên đánh giá lại.

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

4. XỬ TRÍ CTG NHÓM II

4.1. Thực hiện theo lưu đồ theo dõi và xử trí CTG nhóm II (đính kèm)

4.2. Thông tin sử dụng lưu đồ

- Xác định ĐĐNT ưu thế của nhịp cơ bản trong 30 phút và ĐĐNT tăng được xem như ĐĐNT trung bình trong lưu đồ này.
- Nhịp giảm “có ý nghĩa” được định nghĩa là 1 trong những nhịp giảm sau:
 - + Nhịp giảm bất định kéo dài > 60 giây và giảm > 60 nhịp so với nhịp cơ bản
 - + Nhịp giảm bất định kéo dài > 60 giây và tim thai < 60 nhịp/phút bất kể nhịp cơ bản
 - + Nhịp giảm muộn
 - + Nhịp giảm kéo dài.
- Việc áp dụng lưu đồ có thể trì hoãn 30 phút trong khi cố gắng dùng các biện pháp cải thiện (điều chỉnh HA, thay đổi tư thế, truyền ồ, giảm hoặc ngưng thuốc co tử cung, thuốc giảm co)
- Khi đã xác định là nhóm II, BĐTT phải được đánh giá mỗi 30 phút.
- Cân nhắc MLT khi có chỉ định đem thai ra nhanh
- Khi tim thai chuyển qua nhóm I hoặc III: không áp dụng tiếp lưu đồ. Tuy nhiên, khi nhóm I trở lại nhóm II: áp dụng lưu đồ trở lại.
- Không sử dụng lưu đồ đối với thai < 32 tuần.

4.3. Các yếu tố cần xem xét khi BĐTT nghi ngờ hay bất thường

- Nhịp cơ bản, ĐĐNT, có hay không nhịp tăng và nhịp giảm
- Tình trạng CTC, diễn tiến chuyển dạ, liều Oxytocin đang sử dụng, hoạt tính co tử cung, cơn co tử cung nhiều, ra huyết, thuốc giảm đau, tê ngoài màng cứng, HA, thời gian vỡ ối, màu sắc ối, mẹ sốt, chuyển dạ nhanh, cơn rặn của sản phụ, sa dây rốn, nghiệm pháp sinh ngã âm đạo/VMC.
- Các biện pháp hồi sức thai và hiệu quả
- Tiến triển của BĐTT
- Mức độ khẩn cấp

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

5.1. Do giảm nồng độ O₂ trong máu mẹ

- Thở O₂ (trong chuyển dạ sản phụ thở nhanh và nông do đau)
- Giảm đau sản khoa.

5.2. Do giảm cung cấp máu chứa O₂ đến hồ máu

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

5.3. Do giảm trao đổi khí tại hồ máu: Cần chấm dứt chuyển dạ ngay

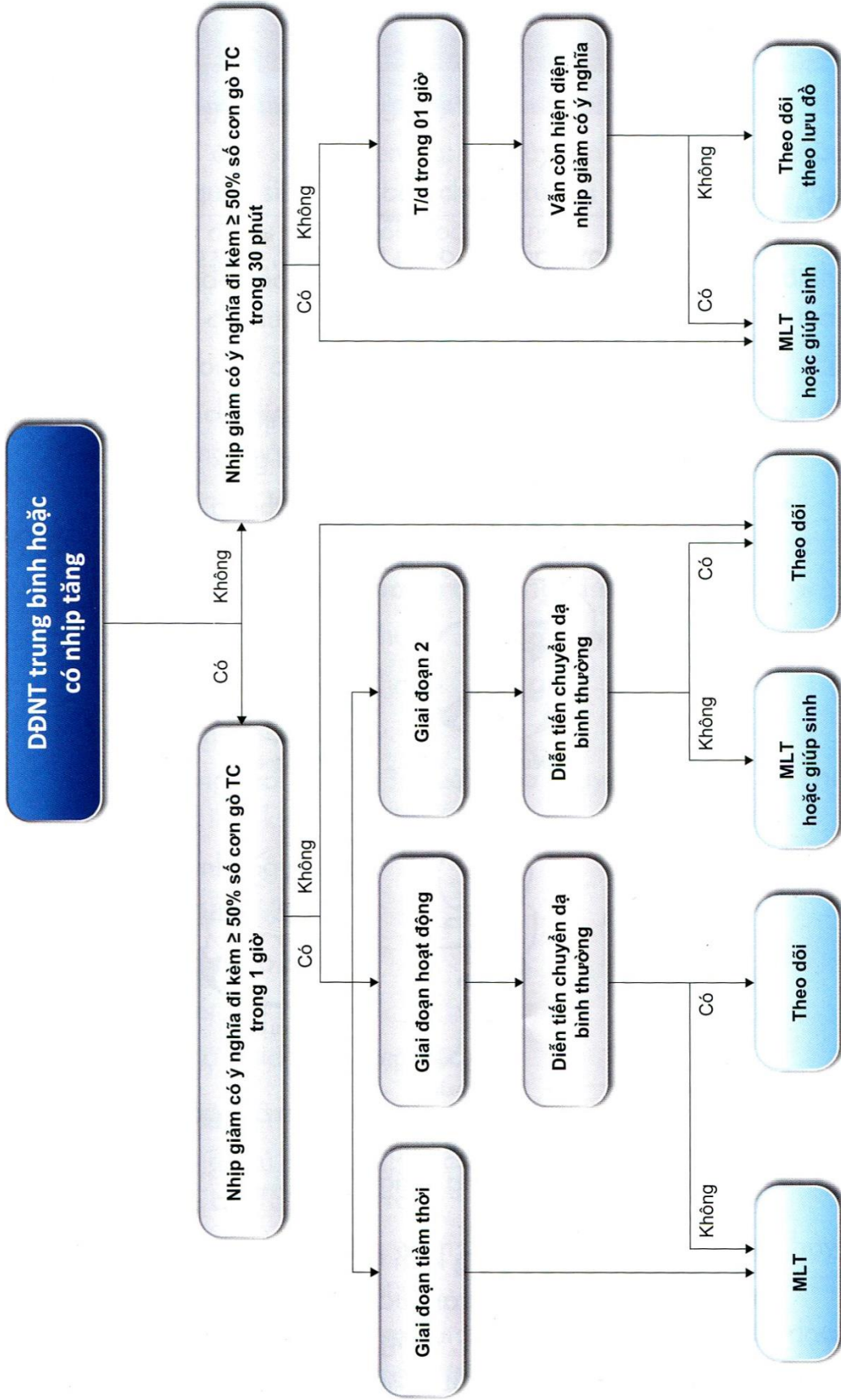
5.4. Do bất thường tuần hoàn dây rốn: Xử trí tùy nguyên nhân và mức độ

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

Lưu đồ xử trí CTG nhóm II



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ

1. 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.

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

2.1. Tiền sản giật - Sản giật

Tiêu chuẩn chẩn đoán TSG	
Huyết áp	<ul style="list-style-type: none">– HA tâm thu ≥ 140mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 90mmHg 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 ≥ 160mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 110mmHg, 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	<ul style="list-style-type: none">– 300mg / 24 giờ Hoặc <ul style="list-style-type: none">– Tỷ lệ Protein / creatinin $\geq 0,3$ (mg/dL mỗi giá trị)– Dipstic 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	<ul style="list-style-type: none">– $<100.000/mm^3$.
Suy thận	<ul style="list-style-type: none">– 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	<ul style="list-style-type: none">– Men gan tăng ≥ 2 lần giá trị bình thường.
Phù phổi	
Triệu chứng não hoặc thị giác	

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

- Tăng HA trầm trọng: HA tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 110 mmHg qua 2 lần đo cách nhau 4 giờ có nghỉ ngơi tại giường (ngoại trừ đã sử dụng thuốc hạ áp trước đó).
- Tiểu cầu $< 100.000/\text{mm}^3$
- 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 $>1,1$ 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 võ não, cơ thắt mạch máu võng mạc); nhức đầu nhiều, nhức đầu dai dẳng, tăng lên, không đáp ứng thuốc giảm đau; thay đổi tri giác.

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

2.1.3. Hội chứng HELLP:

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

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

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

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

3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

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

- THA mạn và bệnh thận do THA
- TSG ghép trên THA
- Bệnh thận mạn tiến triển
- Hội chứng kháng phospholipid
- Gan nhiễm mỡ cấp trong thai kỳ
- Xuất huyết giảm tiểu cầu / Hội chứng tán huyết do tăng ure máu
- Lupus ban đỏ hoạt động
- Hội chứng mirror.

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

4.1. Tầm soát

Tầm soát sớm ở quý I ở tuần tuổi thai từ 11 - 13 tuần 6 ngày (tính theo chiều dài đầu mông từ 45 - 84 mm), kết hợp nhiều yếu tố như: đặc tính thai phụ, các yếu tố nguy cơ về bệnh lý nội khoa, bệnh lý miễn dịch, tiền căn sản khoa, cùng các chỉ số sinh lý, sinh hóa và siêu âm Doppler động mạch TC để dự báo nguy cơ bị TSG.

- Các dấu ấn sinh hóa sử dụng trong mô hình này bao gồm: free beta hCG, PAPP-A, PIGF.
- Xác định đặc tính của mẹ:
 - + Tuổi mẹ: tính tới ngày sinh.
 - + Chiều cao (cm), cân nặng (kg), BMI.
 - + Chủng tộc: da trắng, da đen, Đông Nam Á, hỗn hợp.
 - + Cách thức thụ thai: thai kỳ tự nhiên, có dùng thuốc kích thích rụng trứng, thụ tinh trong ống nghiệm.
 - + Hút thuốc lá trong thai kỳ.
 - + Mẹ sản phụ có cao huyết áp.
 - Tiền căn nội khoa
 - + Tăng huyết áp mãn.
 - + Đái tháo đường type I.
 - + Đái tháo đường type II.
 - + Lupus hệ thống.
 - + Hội chứng kháng phospholipid.
 - Tiền căn sản khoa: con so (không có lần nào sanh mà tuổi thai lớn hơn 24 tuần), hay con rạ (ít nhất một lần tuổi thai lớn hơn 24 tuần).
 - Tuổi thai: 11-13 tuần 6 ngày (tính theo chiều dài đầu mông từ 45 - 84 mm).
 - Đo các chỉ số
 - + Đo huyết áp động mạch (HAĐM) trung bình của sản phụ. Cách đo như sau:
 - Sản phụ nghỉ ngơi từ 3 - 5 phút, ngồi đứng tư thế, 2 cánh tay đo HA được đặt ngang tim, hai bàn chân chạm đất, tâm lý và tư thế ngồi thoải mái.
 - Sử dụng máy đo HA tự động, do cả 2 tay cùng một lúc, với kích cỡ bao quấn tay phù hợp. Đo 2 lần và lấy giá trị trung bình cho mỗi tay và cho cả 2 tay. Kích cỡ bao quấn tay dựa vào chu vi cánh tay ở vị trí giữa xương cánh tay (cỡ nhỏ: < 22 cm; cỡ trung bình: 22 - 32 cm; cỡ lớn: 33 - 42 cm).
 - Bổ sung công thức tính HAĐM trung bình

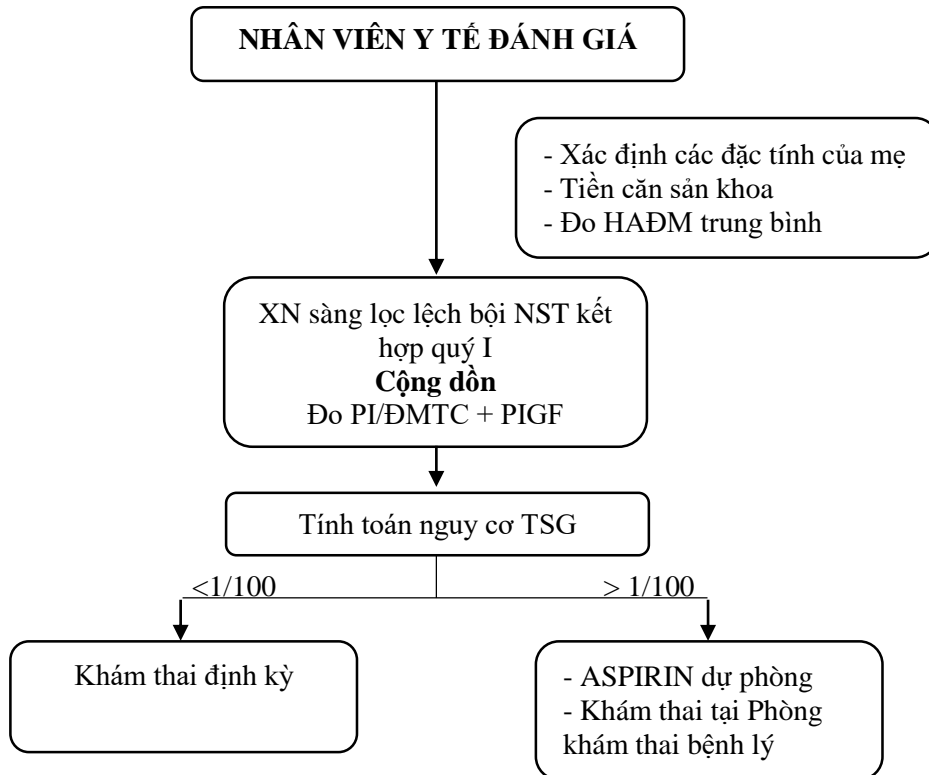
$$\text{Huyết áp ĐM trung bình} = \frac{\text{HA tâm thu} + 2 \text{XHA tâm trương}}{3}$$

- Siêu âm đo chỉ số xung (Pulsative Index) động mạch tử cung 2 bên.
- + Đo các dấu ấn sinh hóa: ghi nhận PAPP-A, PIGF cùng ngày thực hiện với siêu âm độ mờ da gáy và làm XN sàng lọc kết hợp (combined test).
- + Tính nguy cơ Tiền sản giật: Dùng thuật toán tính nguy cơ Tiền sản giật của FMF (The Fetal Medicine Foundation)

+ Xác định nguy cơ cao tiền sản giật: khi nguy cơ tính toán theo thuật toán của FMF được xác định $> 1/100$.

4.2. Dự phòng

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



5. ĐIỀU TRỊ

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

5.1. TSG không dấu hiệu nặng

- Có thể theo dõi, điều trị ngoại trú.
- Nhập viện, chấm dứt thai kỳ khi:
 - + Thai ≥ 37 tuần, hoặc
 - + Nghi ngờ nhau bong non, hoặc
 - + Thai ≥ 34 tuần và có bất kỳ triệu chứng sau:
 - Chuyển dạ hoặc vỡ ối.
 - SÂ ước lượng trọng lượng thai nhỏ hơn bách phân vị thứ 5.
 - 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.
- Non Stress Test: 1 lần/tuần nếu tăng HA thai kỳ, 2 lần/tuần nếu TSG.

+ Mẹ:

- Theo dõi HA 2 lần/tuần.
- Đạm niệu mỗi lần khám thai.
- XN: tiểu cầu, chức năng gan - thận mỗi tuần.

+ Chế độ ăn hợp lý (nhiều đạm, rau xanh, trái cây).

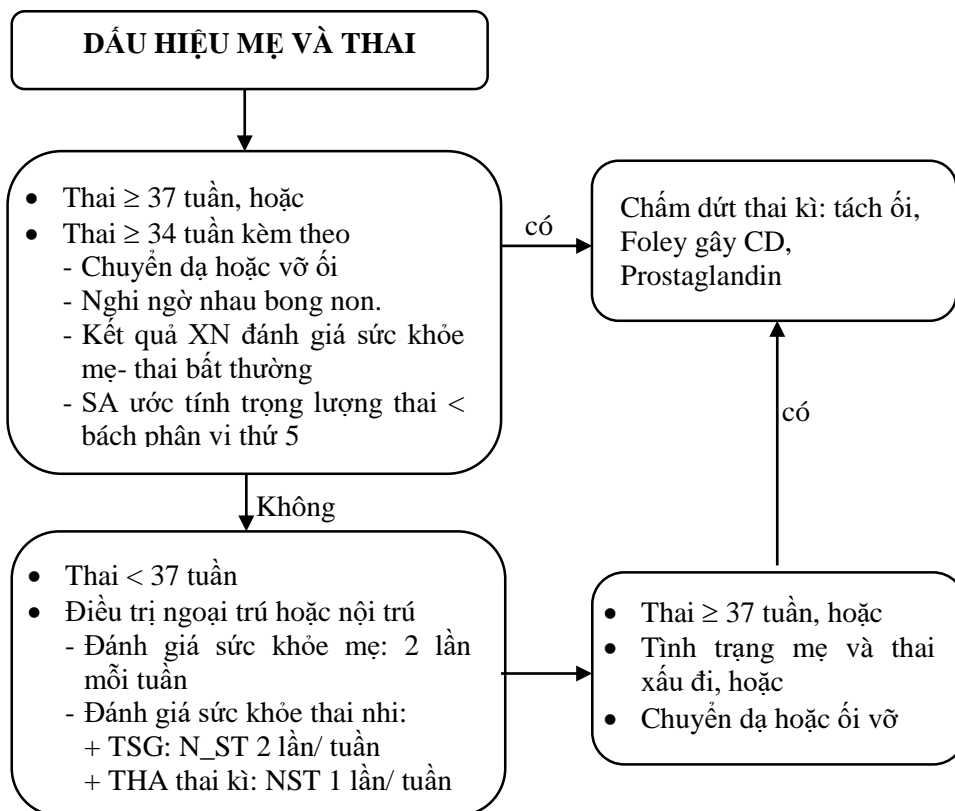
+ Tư vấn các dấu hiệu trở nặng: nhức đầu nhiều, nhìn mờ, đau thượng vị, thở nhanh.

5.2. TSG nặng

5.2.1. Châm dứt thai kỳ: khi TSG nặng xuất hiện sớm trước 25 tuần hoặc bất cứ tuổi thai nào khi có:

- Phù phổi
- Suy thận
- Nhau bong non
- Giảm tiểu cầu nặng
- Đông máu nội mạch lan tỏa
- Các triệu chứng não dai dẳng
- N_ST không đáp ứng (2 lần liên tiếp cách 4 - 6 giờ ở tuổi thai 28 - 32 tuần).
- SA Doppler ĐM rốn: mất hoặc đảo ngược sóng tâm trương.
- Thai lưu.

5.2.2 Điều trị mong đợi: Thai < 34 tuần với tình trạng 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 mẹ và trẻ sơ sinh đầy đủ.



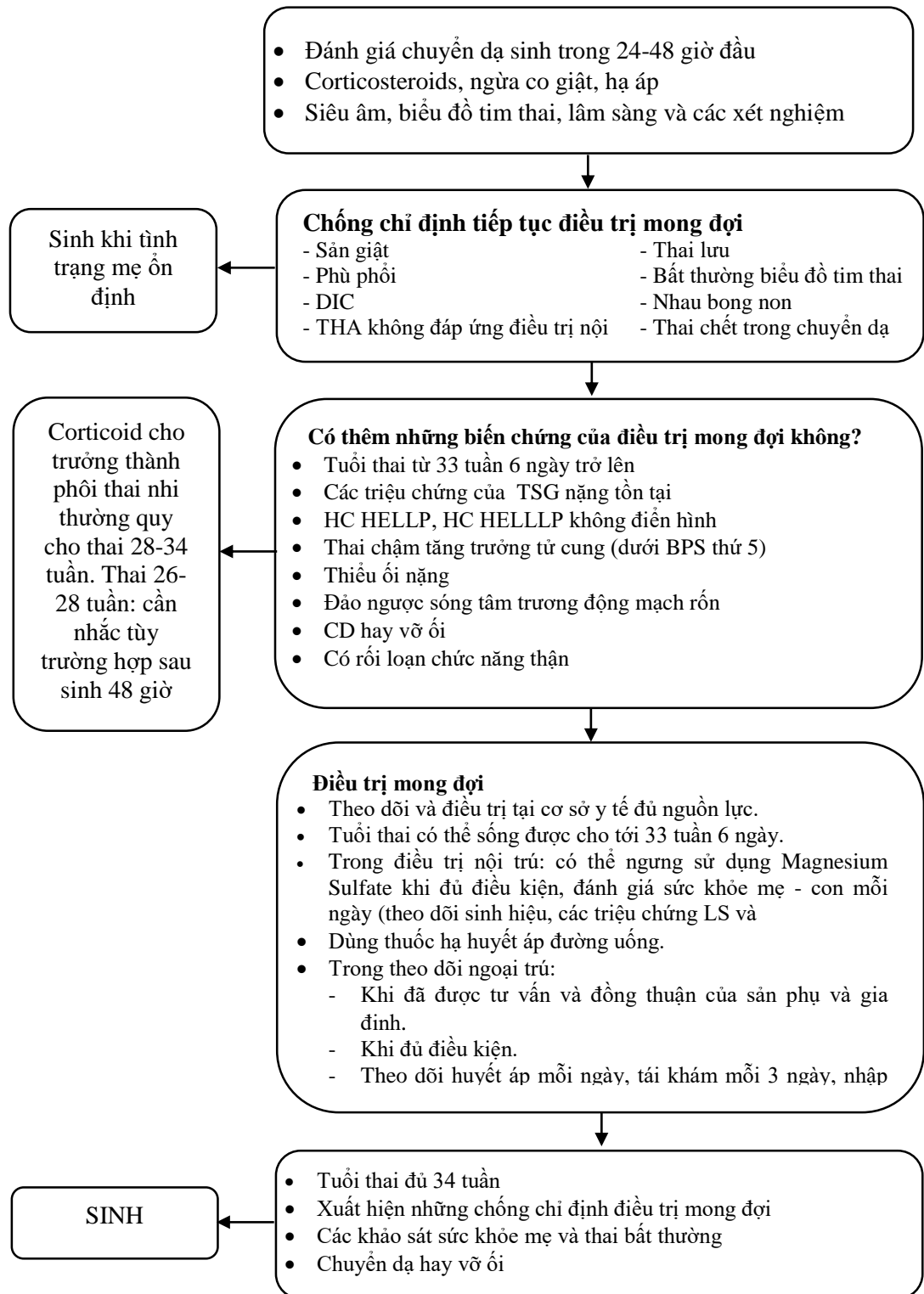
Lưu đồ hướng xử trí THA trong thai kỳ, TSG không dấu hiệu nặng

5.2.3. 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.

5.2.4. 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.



5.2.5. Một số lưu ý:

- Quyết định chấm dứt thai kỳ không dựa vào yếu tố đạ m niệ u.
- 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.
- Theo dõi 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.

5.2.6. Ứng dụng tỉ số sFlt- 1/PIGF trong TSG

- Tỉ số sFlt-1/PIGF có giá trị tham khảo trong phối hợp với các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của tiền sản giật để:
- + Tiên lượng khả năng dưỡng thai trong các trường hợp tiền sản giật nặng điều trị mong đợi.
- + Tiên lượng khả năng chuyển theo dõi và điều trị ngoại trú.
- Đánh giá kết quả tỉ số sFlt-1/PIGF:
- + sFlt- 1/PIGF < 38: khả năng không bị TSG trong vòng 1 - 4 tuần
- + $38 \leq \text{sFlt- 1/PIGF} < 85$ với thai < 34 tuần, $38 \leq \text{sFlt-1/PIGF} < 110$ với thai ≥ 34 tuần: dự đoán TSG trong 4 tuần tới, có thể lập lại xét nghiệm sau 2 tuần.
- + $85 \leq \text{sFlt-1/PIGF} \leq 655$ với thai < 34 tuần, $110 \leq \text{sFlt-1/PIGF} \leq 201$ với thai ≥ 34 tuần: để tiên lượng diễn tiến bệnh có thể lập lại: xét nghiệm mỗi 2 - 4 ngày, nếu tỉ số ổn định thì có thể lập lại sau 1 tuần. Quyết định điều trị dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và CLS khác.
- + sFlt-1/PIGF > 655 với thai < 34 tuần, sFlt-1/PIGF > 201 với thai ≥ 34 tuần: tiên lượng khả năng xảy ra kết cục xấu cho mẹ và bé, cần theo dõi dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và CLS khác.

5.3. Sản giật

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

5.4. Hội chứng HELLP

- Chấm dứt thai kỳ ngay khi có chẩn đoán xác định là hội chứng HELLP đối với thai & 34 tuần, hoặc thai < 34 tuần có dấu hiệu nặng lên: đông máu nội mạch lan tỏa, nhồi máu hay xuất huyết trong gan, phù phổi, suy thận, nhau bong non, Non Stress Test không đáp ứng. Không chờ đợi đủ thời gian tác dụng của thuốc corticoid hỗ trợ phôi 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 phôi.

6. THUỐC ĐIỀU TRỊ

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

6.1.1. Liều và cách sử dụng:

- Magnesium sulfate có thể tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch liên tục.
- Liều tấn công: 3 - 4,5 g Magnesium sulfate 15%/50 ml dung dịch tiêm tĩnh mạch từ 15 - 20 phút (tùy thuộc cân nặng của sản phụ, tiền căn sử dụng Magnesium sulfate).
- Duy trì 1 - 2 g/giờ truyền TM. Pha 6 g Magnesium sulfate 15% vào chai Glucose 5% 500 ml truyền TM XXX giọt/phút.

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

6.1.2. Ngộ độc Magnesium sulfate:

Được xác định qua 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

6.1.3. 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.

6.2. Thuốc hạ HA

6.2.1. Chỉ định

- Khi HA tâm thu \geq 150 mmHg hay
- HA tâm trương \geq 100 mmHg.

6.2.2. Mục tiêu hạ 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.

6.2.3. Chống chỉ định trong thai kỳ

- Nitroprusside.
- Thuốc ức chế men chuyển.

6.2.4. Các loại thuốc hạ HA dùng trong thai kỳ

- **Labetalol**

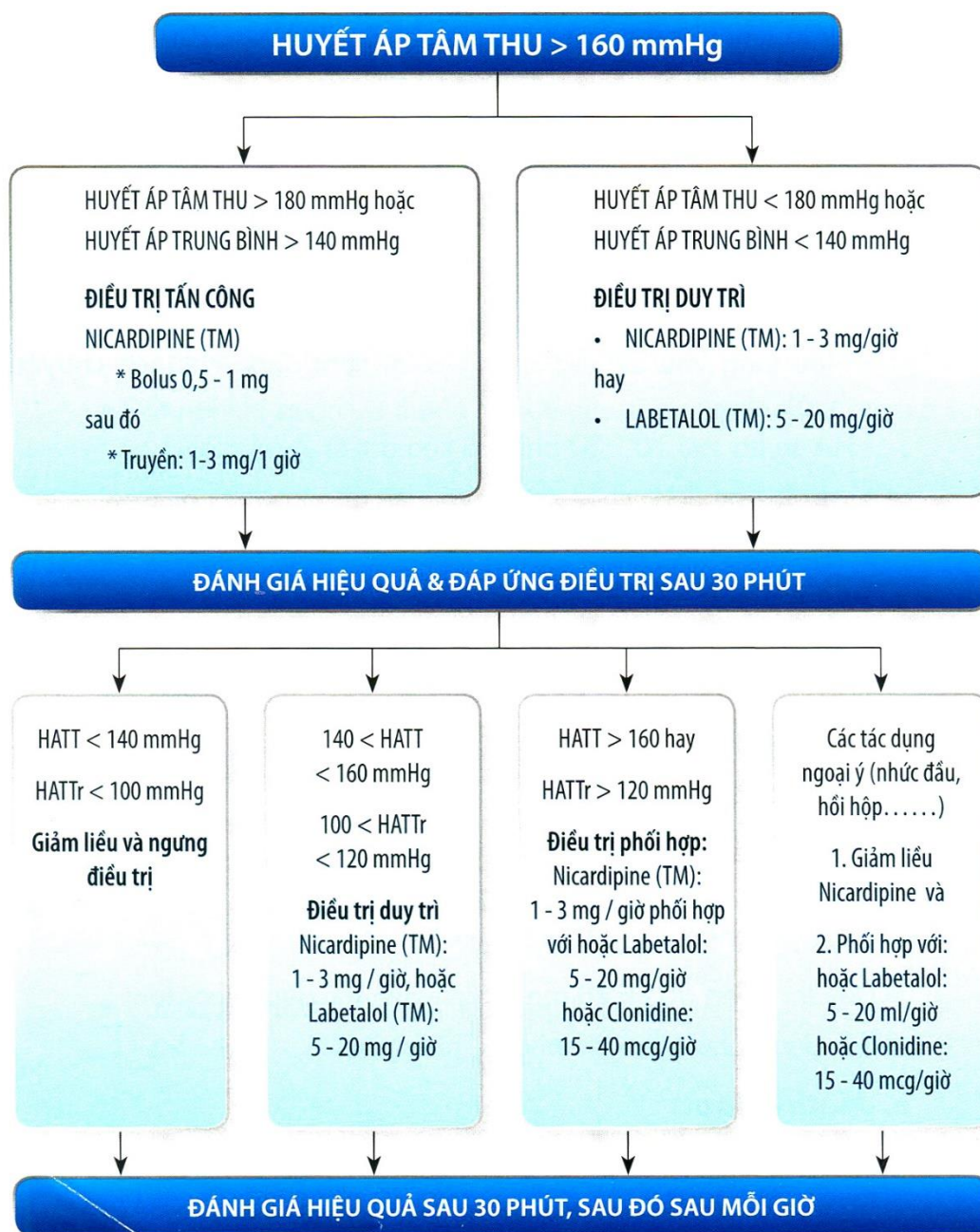
+ **Tần công:** bắt đầu 10 - 20 mg TM, sau đó TM 20 đến 80 mg mỗi 20 - 30 phút, tổng liều tấn công để hạ áp < 300 mg. Ví dụ: TM 20 mg, tiếp theo 40 mg, 80 mg, tiếp 80 mg. Có thể truyền TM 1- 2 mg/phút. HA sẽ hạ sau 5-10 phút và kéo dài từ 3 - 6 giờ.

+ **Duy trì (khi HA ổn định):** Labetalol (uống): 100 - 200mg x 2 - 3 lần/ngày, liều tối đa 1200 mg/24 giờ.

+ **CCĐ:** suyễn, bệnh tim, suy tim sung huyết.

- **Hydralazine**

- + Tiêm TM 5 mg Hydralazine/1 -2 phút, sau đó 5 -10 mg mỗi 20 - 40 phút, hoặc TTM 0,5 - 10 mg/giờ.
- + Nếu tổng liều 30 mg không kiểm soát được HA nên chuyển thuốc khác.
- + HA sẽ hạ sau 10-30 phút và kéo dài từ 2 - 4 giờ. Hydralazine được chứng minh có hiệu quả trong phòng ngừa xuất huyết não.
- **Nicardipin**
- + Ống 10 mg/10 ml pha với 40 ml Glucose 5%.
- + Tần công: 0,5 - 1 mg (2,5 - 5ml) tiêm tĩnh mạch chậm.
- + Duy trì bơm tiêm điện 1 - 3 mg/giờ (5-15 ml/giờ). Nếu không đáp ứng sau 15 phút tăng 2,5 mg/giờ tối đa 15 mg/giờ.
- **Nifedipine**
- + Tần công: uống 10-20 mg, lặp lại sau 30 phút nếu cần. Sau đó duy trì 10 - 20 mg mỗi 6 - 8 giờ.
- + Duy trì: uống 30-120 mg/ngày, viên tác dụng kéo dài.
- + Tác dụng phụ: nhịp tim nhanh, nhức đầu.
- **Methyldopa:** Methyldopa 250 mg, uống 1 - 2 viên/lần x 2 - 3 lần/ngày, liều tối đa 3 g/ngày.
- **Thuốc lợi tiểu**
- + Chỉ dùng khi có triệu chứng dọa phù phổi cấp và phù phổi cấp.
- + Furosemide 1 ống 20 mg x 8 ống - tiêm tĩnh mạch chậm.
- + Không dùng dung dịch ưu trương.



7. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG

- 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.

8. CHUYỂN VIỆN:

- TSG nặng thai non tháng (< 34 tuần) điều trị không đáp ứng, có biến chứng
- Hội chứng HELLP

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG THAI KỲ

1. ĐẠI CƯƠNG

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.

1.1. Yếu tố nguy cơ

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

1.2. Đối tượng- thời điểm thực hiện

- Ngay lần khám thai đầu tiên cần được xếp loại nguy cơ.
- 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.
- 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.

1.3. 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 200 ml nước, uống trong 3 - 5 phút (không hút thuốc, ăn, hay uống nước ngọt trong khi làm xét nghiệm).
- + Đo glucose máu sau 1 và 2 giờ.
- Kết quả bình thường: Glucose máu
- + Lúc đói: ≤ 92 mg/dL (5,1 mmol/L).
- + Sau 1 giờ: ≤ 180 mg/dL (10 mmol/L).
- + Sau 2 giờ: ≤ 153 mg/dL (8,5 mmol/L).
- ĐTĐ thai kỳ được chẩn đoán nếu có hai kết quả \geq giới hạn trên.
- Kết luận là rối loạn dung nạp đường trong thai kỳ nếu có một kết quả \geq giới hạn trên.

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

3.1. Lâm sàng

- Béo phì (BMI > 27 kg/m²).
- Ăn nhiều, uống nhiều, lên cân nhiều (> 20 kg).
- Thai to, đa ối, dư ối, thai lưu.

3.2. Cận lâm sàng

- Đường huyết lúc đói ≥ 126 mg/dl (7 mmol/L); hoặc
- Đường huyết bất kỳ ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/L); hoặc

- Test dung nạp glucose đường uống (OGTT): (+).

4. ĐIỀU TRỊ

- Nguyên tắc: tùy thuộc vào độ trưởng thành của thai.
- Mục tiêu điều trị: Giữ mức đường huyết
- + Lúc đói: 90 - 95 mg/dl (5 - 5,5 mmol/l).
- + 1 giờ sau ăn: < 140 mg/dl (< 7,8 mmol/l).

4.1. Thai chưa đủ trưởng thành

4.1.1. 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: ≥ 200 mg/dl.
 - Lúc đói khi làm OGTT: 126 mg/dl.
 - Bất kỳ trị số nào của OGTT: 200 mg/dl.
 - Chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ trước 24 tuần.
- + Loại Insulin: (chuyển chuyên khoa nội tiết điều trị tiếp)
 - Tác dụng nhanh: Regular.
 - Tác dụng trung bình: NPH.
- + Liều Insulin:
 - Liều khởi đầu: tùy thuộc tuổi thai:
 - <18 tuần: 0,7 IU/kg/ngày.
 - 18- 26 tuần: 0,8 IU/kg/ngày.
 - 26 - 36 tuần: 0,9 IU/ kg/ngày.
 - > 36 tuần: 1 IU/ kg/ngày.
 - Trường hợp nặng có thể tăng 1,5-2 lu/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.

4.1.2. 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.

4.1.3. Chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ:

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

4.1.4. 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 chấm dứt thai kỳ \leq 36 tuần.

4.2. Thai đủ trưởng thành

- Chọn cách chấm dứt thai kỳ: MLT khi trọng lượng thai \geq 4000g hoặc có chỉ định sản khoa khác. MLT vào buổi sáng, sau bữa insulin sáng.
- ĐTD đơn thuần không là chỉ định MLT.

4.3. Trong chuyển dạ

- Đo đường huyết mỗi 1,5-2 giờ.
- Duy trì đường huyết từ 70 - 110 mg/dl.
- Dùng Insulin tác dụng nhanh để điều chỉnh đường huyết: (kết hợp bs nội khoa chỉnh liều insulin):
 - + < 70 mg/dl: Truyền TM 60 - 100 ml Glucose 5%.
 - + > 90 mg/dl: 2 IU Insulin TDD.
 - + 110 - 130 mg/dl: 4 IU Insulin TDD.
 - + 130 - 150 mg/dl: 6 IU Insulin TDD.
 - + >150 mg/dl: Insulin truyền TM.

4.4. Hậu sản

- Ngày thứ 2 hậu sản, đo đường huyết trước ăn và 2 giờ sau ăn.
- Cần điều trị ĐTD 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:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- 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).
- Nguyên nhân thai chậm tăng trưởng trong tử cung đôi khi khó xác định và có thể do một hoặc nhiều nguyên nhân.
 - + 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.
 - + Nguyên nhân do thai: Đa thai, nhiễm trùng bào thai, các rối loạn di truyền.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

2.1. Chẩn đoán:

- Xác định tuổi thai chính xác: dựa vào kinh cuối và/hoặc siêu âm 3 tháng đầu.
- 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.
- 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.

2.2. 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.

2.3. 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.

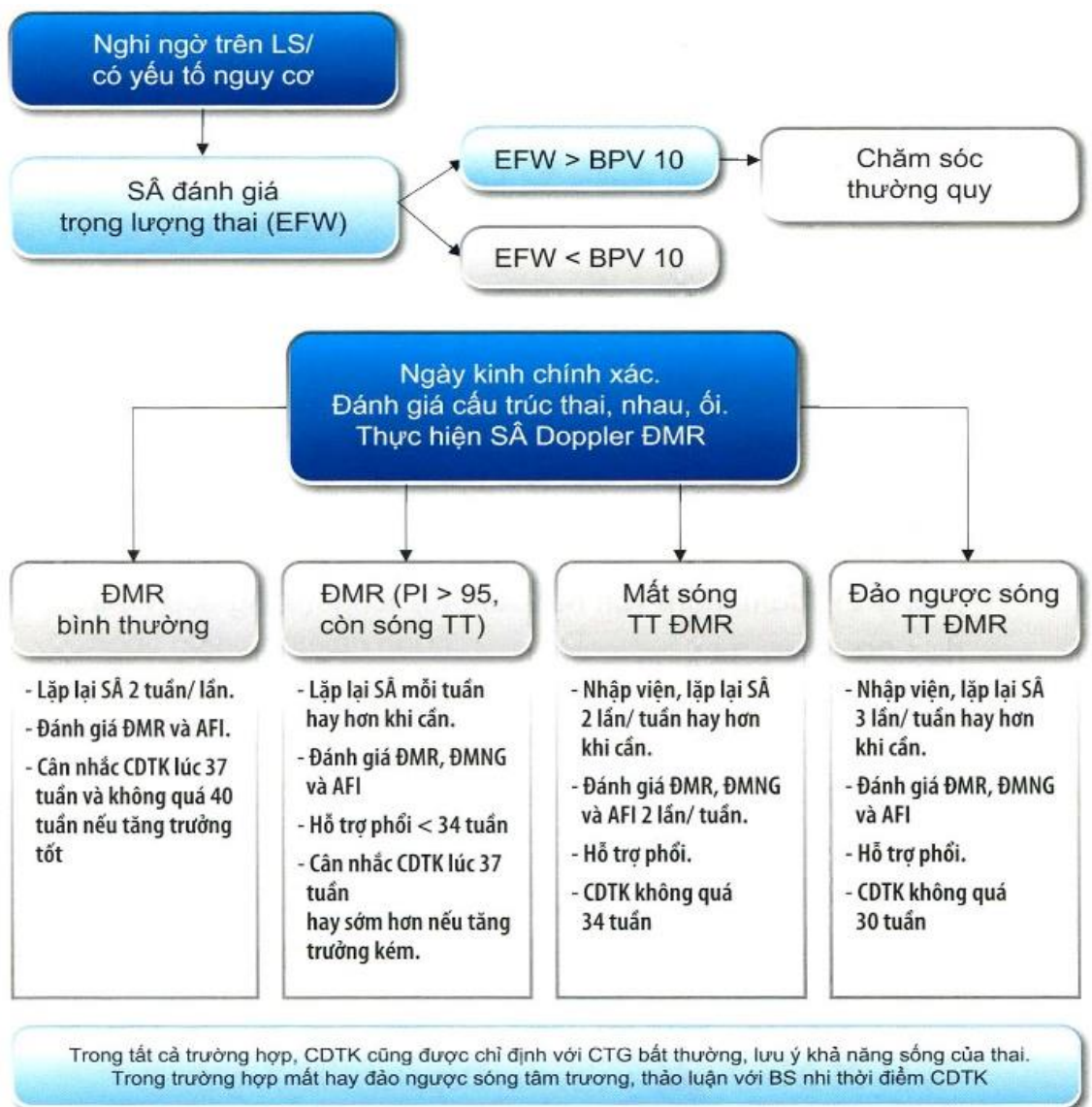
3. XỬ TRÍ

- 3.1. Mục tiêu:** chấm dứt thai kỳ đúng thời điểm. Thời điểm chấm dứt được xác định khi nguy cơ thai chết trong tử cung lớn hơn nguy cơ chết sau sinh.

3.2. Nguyên tắc xử trí: tùy thuộc vào tuổi thai ở thời điểm chẩn đoán và mức độ chậm tăng trưởng.

- Thai \leq 29 tuần: tham vấn tiền sản, tùy từng trường hợp xử trí.
- Thai 29 đến \leq 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 chuyên dạ sinh non.



Lưu đồ xử trí thai chậm tăng trưởng trong tử cung

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THIỂU ỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

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

1.1. Nguyên nhân do mẹ

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

1.2. Nguyên nhân do nhau thai

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

1.3. Thai

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

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

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

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm
- + Lượng ối:
 - $AFI \leq 5\text{cm}$ hoặc xoang ối lớn nhất (XOLN) $\leq 2\text{cm}$. Đối với song thai, khoang ối dọc $\leq 2\text{cm}$ được xem là thiếu ối.
 - $XOLN \leq 1\text{cm}$: thiếu ối nặng
- + Bất thường thai và phần phụ thai: truyền ối nếu có chỉ định
- + Siêu âm doppler màu: nghi ngờ thai chậm tăng trưởng trong tử cung từ tuần 20 trở lên.
- Nitrazine test có thể dương khi có tình trạng rỉ ối
- XN máu mẹ: TORCH...
- XN thai: karyotype thai, TORCH...

3. XỬ TRÍ

3.1. Ba tháng đầu

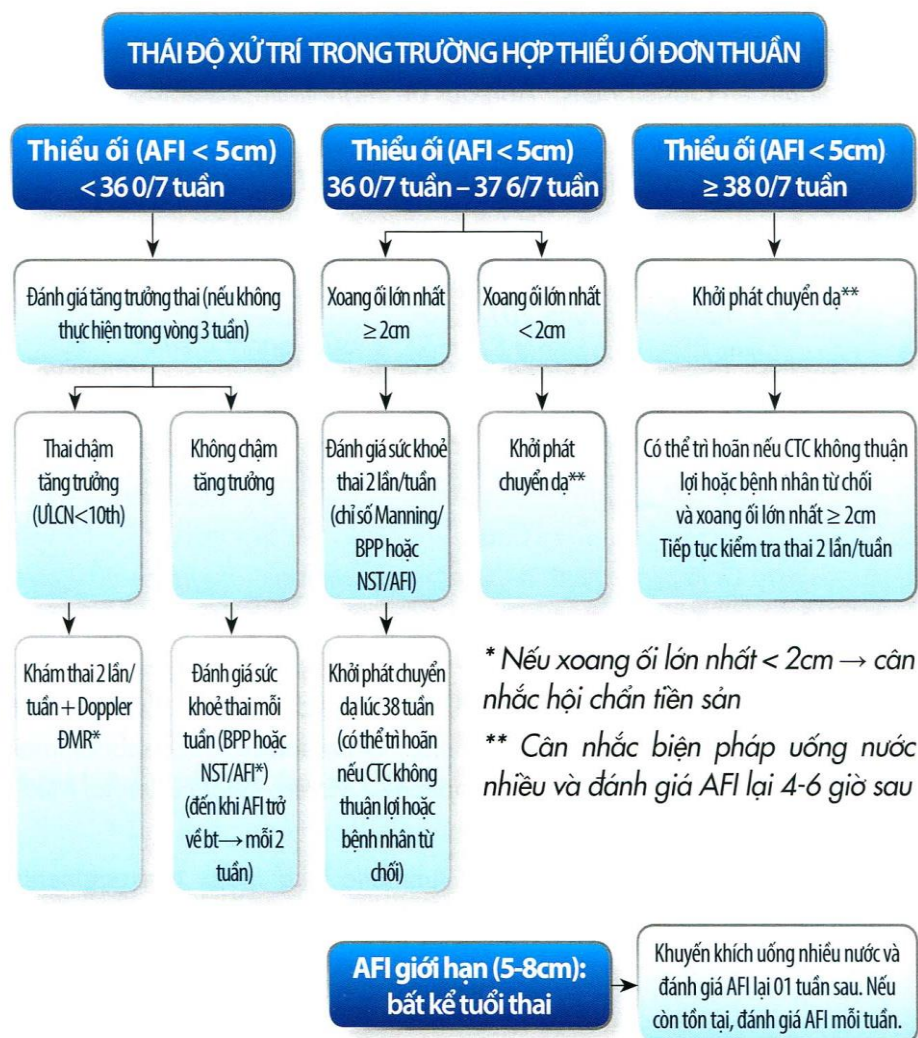
- Tư vấn nguy cơ thai chết lưu
- Tái khám 1 -2 tuần sau

3.2. Ba tháng giữa

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

3.3. Ba tháng cuối

- Tư vấn tình trạng thai
- Tù theo tình trạng thai, ối... sẽ cho nhập viện hay tư vấn tiền sản.
- Chấm dứt thai kỳ khi:
- + XOLN \leq 1 cm:
 - \geq 34 tuần: mổ lấy thai
 - < 34 tuần: điều trị mong đợi
- + $1 < \text{XOLN} \leq 2\text{cm}$: Thai \geq 37 tuần: sanh ngã âm đạo hoặc mổ lấy thai tùy tình trạng sức khỏe thai nhi và mẹ.
- Hỗ trợ phổi cho thai:
- + Thường quy 28 - 34 tuần
- + Cân nhắc trong trường hợp thai 26 - 28 tuần



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐA ỒI

1. ĐẠI CUƠNG

- Đa ối gặp ở 0,5 - 3% thai phụ.

1.1. Nguyên nhân Do mẹ

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

1.2. Nguyên nhân do thai

- Bất thường NST (13,18,21...)
- Nhiễm trùng bào thai (TORCH)
- Thiếu máu thai
- Bất thường hình thái:
 - + Bất thường hệ thần kinh trung ương: não úng thủy, vô sọ, chẻ đôi đốt sống.
 - + Bất thường thần kinh - cơ: bệnh nhược cơ, bệnh Steinert, rối loạn nuốt (Pierre Robin, sứt môi chẻ vòm...)
 - + Bất thường vùng cổ - lồng ngực: tăng sinh tuyến dạng nang ở phổi, phổi biệt trí
 - + Bệnh tim bẩm sinh
 - + Bất thường hệ tiêu hóa: hẹp thực quản, hẹp tá tràng
 - + Bất thường thành bụng: thoát vị rốn
 - + Thoát vị hoành
 - + Bất thường thận: Hội chứng Bartter
 - + Bất thường hệ xương
 - + shunt: phình tĩnh mạch Galien, bứu quái cùng cụt, bứu máu ...
 - + Các hội chứng đa dị tật
 - + Song thai: hội chứng truyền máu song thai, TRAPS
 - + Phù nhau thai
 - + Vô căn (30%)

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán đa ối: dựa vào lâm sàng và đặc biệt là siêu âm.

- Lâm sàng dựa vào:
 - + Dấu hiệu quá tải của sản phụ: khó thở, tim nhanh ...
 - + Bề cao tử cung tăng nhanh, có thể kèm thành bụng căng bóng.
 - + Sờ nắn bụng: dấu hiệu “sóng vỗ”
 - + Khám âm đạo: dấu hiệu “cục đá”
- Siêu âm
 - + AFI 3 tháng giữa: ≥ 22 cm; 3 tháng cuối ≥ 25 cm
 - + Hoạch xoang ối lớn nhất ≥ 8 cm
 - + Xoang ối lớn nhất ≥ 16 cm: mức độ nặng

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

2.2. Các xét nghiệm khác:

Ngoài xét nghiệm chẩn đoán đa ối cần làm thêm các xét nghiệm để chẩn đoán nguyên nhân như:

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

3. HƯỚNG XỬ TRÍ

3.1. Điều trị ngoại trú

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

3.2. Tiêu chuẩn nhập viện

- Xuất hiện dấu hiệu quá tải
- Dấu hiệu dọa sinh non
- Thai ≥ 39 tuần
- CTG nhóm II trở lên hoặc siêu âm Doppler màu bất thường

3.3. Điều trị nguyên nhân (nếu có)

3.4. Điều trị triệu chứng

- Giảm ối: nếu có triệu chứng quá tải ở sản phụ (khó thở, nhịp tim nhanh, đau bụng...). Tốc độ < 1 lít/20 phút. Thủ thuật có thể lặp lại tùy thuộc tốc độ tái lập ối.
- Indomethacin: khi đủ điều kiện theo dõi
- + Chỉ định: đa ối vô căn và khi tuổi thai chưa đủ trưởng thành.
- + Liều khởi đầu 25 mg (uống), 4 lần/ngày, nếu thể tích ối (AFV) không giảm trong 2-3 ngày điều trị, có thể tăng liều đến 3 mg/kg/ngày. Giảm liều hoặc ngưng điều trị khi AFV giảm, hướng ngưng điều trị trước 34 tuần.
- + Tác dụng phụ đáng lo ngại nhất của Indomethacin là nguy cơ đóng ống động mạch sớm ở thai nhi. Do đó, nếu thời gian điều trị trên 48 giờ và thai trên 24 tuần, khuyến cáo nên theo dõi Doppler thai mỗi 2 ngày đến mỗi tuần, kèm với siêu âm tim dấu hiệu hẹp ống ĐM (phổ ngược dòng ở van 3 lá, thất phải mất chức năng). Nguy cơ đóng ống ĐM tăng 50% từ 32 tuần trở lên, đóng ống ĐM sẽ cải thiện ngay sau khi ngưng điều trị 24 giờ. Chỉ định: đa ối vô căn và khi tuổi thai chưa đủ trưởng thành.
- + Tác dụng phụ khác ở mẹ: trào ngược, nôn ối, viêm dạ dày ...

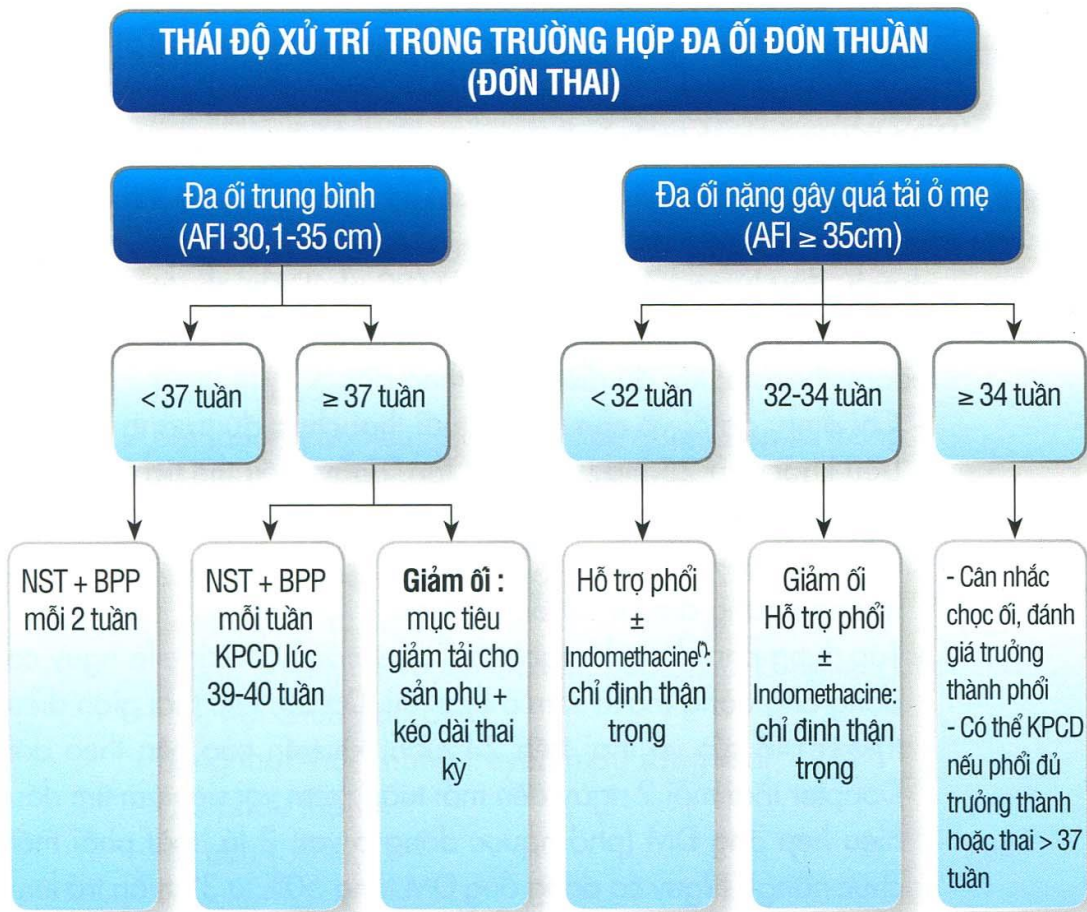
3.5. Điều trị hỗ trợ phổi thai nhi: 24 - 34 tuần

3.6. Chỉ định chấm dứt thai kỳ

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

4. CÁC BIẾN CHỨNG SẢN KHOA

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



Lưu ý

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

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ỒI VỠ NON

1. ĐẠI CƯƠNG

Ồi vỡ non là tình trạng ối vỡ trước khi thai vào chuyển dạ.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

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

2.2. Cận lâm sàng

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

2.3. Chẩn đoán nhiễm trùng ối

- Sốt
- Mạch mẹ > 100 l/ph.
- Mạch con > 160 l/ph.
- Tử cung mềm đau.
- Dịch ối, dịch âm đạo hôi.
- Bạch cầu > 15.000.
- CRP > 20 mg/L.

3. XỬ TRÍ

Tùy thuộc

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

3.1. Nguyên tắc chung

- Hạn chế khám âm đạo, chỉ khám âm đạo khi có chuyển dạ tích cực, cần đánh giá tiến triển CTC và ngôi thai theo biểu đồ chuyển dạ.

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

3.2. Thời điểm chấm dứt thai kỳ

- Chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 34 tuần: Nếu trì hoãn sau 34 tuần thì cân nhắc, tư vấn nguy cơ và lợi ích cho người bệnh và không quá 37 tuần.
- Chấm dứt thai kỳ ngay khi:
 - + Đã vào chuyển dạ thực sự với CTC \geq 3cm không thể ngăn chặn cuộc chuyển dạ.
 - + 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 \geq 37 tuần.
 - + Sa dây rốn.
 - + Thai suy
 - + Có nhiễm trùng ối trên lâm sàng và/hoặc CLS.

3.3. Trì hoãn chấm dứt thai kỳ

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

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

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

- Trường hợp chưa có chuyển dạ, chưa nhiễm trùng và thai đủ tháng: theo dõi tự nhiên, nếu sau 12 giờ ối vỡ không vào chuyển dạ thực sự do cơn gò thưa sẽ tăng co với dung dịch Oxytocin.
- Trường hợp chưa có chuyển dạ, chưa nhiễm trùng và \leq thai 34 tuần: cố gắng dưỡng thai, tối thiểu 48 giờ để hỗ trợ phổi. Có thể dưỡng thai lâu hơn khi không có nhiễm trùng.

3.5. Xử trí nhiễm trùng ối

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

3.6. Dự phòng nhiễm trùng ối

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

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHAU TIỀN ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

2.1.1. 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.
- Tử cung mềm, không căng đau.

2.1.2. 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.

2.1.3. Toàn thân: Dấu hiệu sinh tồn tương xứng với lượng máu mất ra ngoài.

2.2. Cận lâm sàng

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

3. XỬ TRÍ

3.1. Nhau tiền đạo không triệu chứng

- Theo dõi điều trị ngoại trú: ngoài khám lâm sàng cần siêu âm xác định vị trí nhau bám.
- Giảm nguy cơ chảy máu:
 - + Kiêng giao hợp, không làm nặng, không tập thể dục sau 20 tuần.
 - + Không khám âm đạo.
 - + Nếu có cơn gò tử cung hoặc ra huyết âm đạo, cần nhập viện ngay.

- Giảm nguy cơ cho bé:
- + Dùng thuốc hỗ trợ phổi cho thai từ 28-34 tuần.
- + Xác định thời điểm sinh mổ chủ động: khoảng 36 - 37 tuần tuổi

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

3.2.1. Nhau tiền đạo ra huyết âm đạo ít - thai chưa trưởng thành

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

3.2.2. Nhau tiền đạo ra huyết âm đạo nhiều

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

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

4. TIỀN LƯỢNG - BIẾN CHỨNG

Nhau tiền đạo hiện 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.

4.1. Biến chứng 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.

4.1. Biến chứng cho con: Tình trạng non tháng gây tử vong chu sinh. Trẻ sơ sinh bị thiếu máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHAU CÀI RĂNG LỢC

1. ĐẠI CƯƠNG

- Nhau cài răng lược (NCRL) là tình trạng bám bất thường của bánh nhau, các gai nhau bám chặt vào cơ tử cung mà không bám trên màng ối. Tùy vào mức độ xâm nhập của gai nhau ta có các thể:
 - + NCRL Accreta: gai nhau bám trực tiếp lên bề mặt cơ tử cung (79% trường hợp)
 - + NCRL Increta: gai nhau xâm nhập sâu vào trong cơ tử cung (14% trường hợp)
 - + NCRL Percreta: gai nhau xâm nhập xuyên qua lớp cơ tử cung đến thành mạc tử cung hoặc xâm lấn qua các cơ quan lân cận (7% trường hợp).
- Những yếu tố nguy cơ gây nhau cài răng lược bao gồm:
 - + Vết mổ cũ mổ lấy thai: tần số nhau cài răng lược tăng lên theo số lần mổ lấy thai, đặc biệt vết mổ cũ mổ lấy thai kèm nhau tiền đạo.
 - + Tiền căn nạo buồng tử cung: nạo nạo hút hoặc thủ thuật buồng tử cung gây khiếm khuyết nội mạc tử cung là yếu tố nguy cơ của nhau cài răng lược.
 - + Vết mổ bóc nhân xơ TC.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng: (không đặc hiệu)

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

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Siêu âm

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

2.2.2. Cộng hưởng từ (MRI)

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

2.2.3. Chẩn đoán các thể nhau cài răng lược (bằng siêu âm ± MRI)

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

3. XỬ TRÍ: Chuyển viện

3.1. Thời điểm chấm dứt thai kỳ

- Cá thể từng trường hợp dựa trên lợi ích giữa mẹ và thai.
- Khuyến cáo chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 34 - 36 tuần sau hỗ trợ phổi thai.

3.2. Chuẩn bị trước phẫu thuật

- Khi có chẩn đoán nghi ngờ NCRL: tư vấn cho sản phụ và người nhà nguy cơ của NCRL, phương pháp mổ và các di chứng như: thai non tháng, băng huyết, truyền máu, cắt tử cung, nhiễm trùng, chăm sóc đặc biệt do tổn thương đường niệu, ruột, có khả năng phẫu thuật nhiều lần, thậm chí tử vong mẹ.
- Điều trị thiếu máu thiếu sắt nếu có. Duy trì Hb > 11g/dl trước phẫu thuật (trừ cấp cứu).
- Hỗ trợ phổi từ 28 - 34 tuần.
- Tùy vào tình trạng của bệnh nhân để xác định thời điểm nhập viện (tối thiểu 1 tuần trước thời điểm chấm dứt thai kỳ).
- Bệnh nhân phải được điều trị tại cơ sở y tế có đầy đủ phương tiện hồi sức mẹ và sơ sinh, có ngân hàng máu.
- Bệnh nhân phải được phẫu thuật bởi các phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật vùng chậu, bóc tách rộng đoạn dưới tử cung, chu cung và bàng quang.
- Khi cần thiết có thể phối hợp thêm các chuyên khoa như mạch máu, niệu khoa, ngoại khoa, gây mê hồi sức, huyết học, so sinh và chẩn đoán hình ảnh để được chẩn đoán và lên kế hoạch can thiệp một cách tích cực và an toàn cho sản phụ.
- Chuẩn bị đầy đủ máu và chế phẩm của máu tại thời điểm phẫu thuật.
- Đặt thông tiểu với ống thông Foley niệu đạo số 18-20 và thông niệu quản 2 bên (ureteral stents, JJ) trước mổ.

3.3. Nguyên tắc phẫu thuật trong NCRL

- Cá thể hóa từng trường hợp.
- Phẫu thuật trong NCRL gồm:
 - + Phẫu thuật mổ lấy thai, tránh bánh nhau + cắt tử cung toàn phần trong trường hợp NCRL thể nặng, phức tạp hoặc huyết động bệnh nhân không ổn định, chảy máu nhiều.
 - + Phẫu thuật mổ lấy thai + bảo tồn TC theo quy trình kỹ thuật trong các trường hợp sản phụ trẻ tuổi, mong muốn giữ tử cung, không xuất huyết nhiều trước phẫu thuật, huyết động ổn định và ở các thể NCRL Accreta, Increta, hoặc Percreta một phần.
 - + Nắm rõ phân bố mạch máu tử cung và các nhánh nối liên quan, cấu trúc giải phẫu và các mạch máu vùng chậu để giảm mất máu và tránh tổn thương và biến chứng trong phẫu thuật.

- + Dự đoán và đánh giá được những khó khăn trước và trong lúc phẫu thuật, đặc biệt là đánh giá vị trí và mức độ xâm lấn của bánh nhau.
- + Phương pháp phẫu thuật: xem quy trình kỹ thuật trong phẫu thuật nhau cài răng lược.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HỞ EO TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào tiền sử sản khoa đơn thuần hoặc kết hợp siêu âm ngả âm đạo đo chiều dài cổ tử cung. Một trong những tiêu chuẩn sau:
 - + Tiền sử sản khoa đơn thuần: sảy thai to hoặc sinh non (trước 28 tuần) > 2 lần liên tiếp với đặc điểm chuyển dạ nhanh không đau.
 - + Có tiền sử sảy 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 < 25mm 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 ngả 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 mm.
 - + Đầu ối thành lập.
 - + Hiện diện phân thai ở CTC hoặc âm đạo.

3. ĐIỀU TRỊ

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

3.1. Chỉ định khâu vòng CTC

- Chẩn đoán hở eo tử cung.
- Có tiền sử khâu CTC.
- Có tiền sử sảy thai liên tiếp.

3.2. Chống chỉ định khâu vòng CTC

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

3.3. Kỹ thuật khâu vòng CTC dự phòng

3.3.1. Thời điểm: Thực hiện ở tuổi thai 14-18 tuần (13 đến < 20 tuần).

3.3.2. 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.

3.3.3. Phương pháp khâu CTC

- Có 5 kỹ thuật khác nhau:
- + Mc Donald.
- + Shirodkar.
- + Wurm.
- + Khâu ngả bụng (nội soi hoặc mổ hở).
- + Lash.
- Phương pháp thường dùng nhất là Mc Donald:
- + Dùng một loại chỉ không tan, bản rộng 5mm (Meralene).
- + 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.

3.3.4. Chăm sóc sau thủ thuật

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

4. TAI BIẾN CỦA KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG

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

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHUYỂN DẠ SINH NON

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. ĐỊNH NGHĨA

Sinh non là khi trẻ được sinh ra ở tuổi thai từ hết 22 tuần đến trước 37 tuần.

1.2. PHÂN LOẠI

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

1.3. 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...

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. 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 nhớt hồng hoặc dịch nhầy cổ tử cung, đau thắt lưng, tràn nặng bụng.

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

3. XỬ TRÍ

3.1. Dự phòng

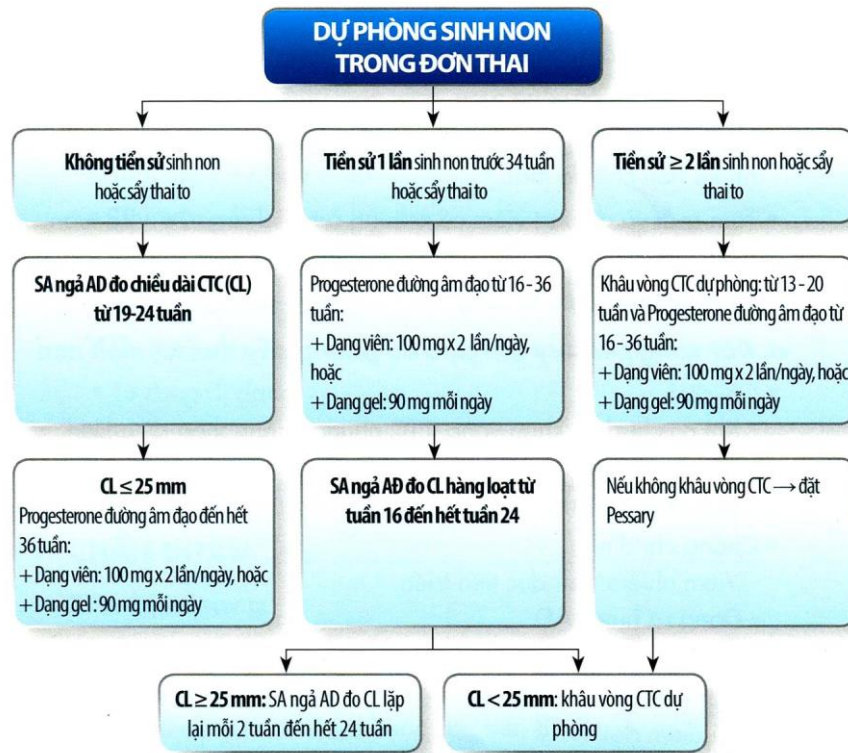
- Xác định nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao.

- 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.

3.1.1. Đặt vòng pessary âm đạo dự phòng sảy thai to, sinh non

- Chỉ định: Khi có chỉ định khâu vòng CTC nhưng không thỏa điều kiện khâu (nhau tiền đạo không chảy máu, thai phụ từ chối thủ thuật, thai > 20 tuần).
- Chống chỉ định:
 - + Viêm nhiễm sinh dục tiến triển.
 - + Đang ra huyết AĐ.
 - + Có dấu hiệu chuyển dạ: ối rỉ hoặc vỡ, CTC đã xóa và mở $\geq 3\text{cm}$, có cơn gò đều đặn $\geq 2\text{ cơn}/10\text{ phút}$, đầu ối sa vào AĐ.
- Thời điểm đặt:
 - + Từ 14 - 32 tuần.
 - + Hoặc 2 tuần trước thời điểm sảy thai to hoặc sinh non lần trước.
- Biến chứng:
 - + Tiêu/ tiểu khó
 - + Đau cộm trong âm đạo
 - + Viêm âm đạo
 - + Xuất huyết âm đạo do viêm trợt, xói mòn
- Theo dõi:
 - + Không cần kháng sinh dự phòng
 - + Khám thai định kỳ: kiểm tra tình trạng tiêu/tiểu, khám MV kiểm tra viêm nhiễm sinh dục, ra huyết âm đạo, vị trí vòng pessary.
 - + Lấy vòng pessary: sau 37 tuần hoặc khi chuyển dạ, ối rỉ/vỡ.
 - + Sử dụng tiếp progesterone đến hết 36 tuần.

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



3.2. Điều trị

3.2.1. Mục tiêu điều trị

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

3.2.2. 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.

3.2.3. 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)

Thuốc	Chống chỉ định	Liều dùng	Tác dụng phụ	Theo dõi
Nifedipin	HA mẹ < 90/50 mmHg, bệnh tim (thiếu máu cơ tim, suy thất trái), rối loạn chức năng gan, bệnh lý thận, đang dùng thuốc hạ áp khác.	- Liều tấn công uống 30 mg (không sử dụng viên tác dụng kéo dài) hiệu quả tác dụng giảm 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 bùng 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/g (20 giọt/phút, 10 mcg/phút), tăng thêm 20ml/g (7 giọt/phút, 3,3mcg/phút) mỗi 30 phút đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ \geq 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền đạt tối đa 180 ml/g (60 giọt/phút, 30 mcg/phút). - Dùng bơm tiêm điện: Pha kali Salbutamol 5mg/5ml trong 95 ml NaCl 0,9% (dd 50mcg/ ml Salbutamol). BTĐ 12ml/g (10mcg/phút). Tăng 4ml/g (3,3 mcg/phút) mỗi 30 phút cho đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ \geq 120 nhịp/phút hoặc tốc độ	- Mẹ: tăng nhịp tim, 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 sau dùng thuốc mỗi 30 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.

		truyền tối đa 36 ml/g (30 mcg/phút).		
Atosiban	Mẹ dị ứng với các thành phần của thuốc	<p>- Bước 1: Liều tấn công: lọ 1 (37,5mg/5ml) lấy 6,75 mg Atosiban (0,9 ml) pha 10 ml Ringer Lactat tiêm TMC > 1 phút (còn 4,1 ml)</p> <p>- Bước 2: Liều duy trì: lọ 1 còn 30,75 mg (4,1 ml) Atosiban pha 36,9 ml Ringer Lactat, truyền bơm tiêm điện 24ml/giờ. Sau đó pha lọ 2 (37,5mg/5ml) trong 45 ml Ringer Lactat truyền BTĐ 24 ml/giờ trong 3 giờ đầu</p> <p>- Bước 3: Lọ 2 còn 19 ml ở bước 2 truyền BTĐ 8ml/giờ. Từ lọ 3: pha với 45 ml Ringer Lactat được 50 ml dung dịch truyền với tốc độ 8 ml/giờ. Thời gian dùng thuốc tối đa là 45 giờ.</p>	- Thường nhẹ: buồn nôn, nhức đầu, chóng mặt, bừng nóng, nôn, nhịp tim nhanh... phản ứng dị ứng thuốc	Theo dõi tim thai – cơn gò trên Monitor trong 1 giờ đầu điều trị.

3.3. Dùng corticosteroid

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

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

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

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khởi phát chuyển dạ (KPCD) là gây ra cơn co tử cung trước khi bắt đầu chuyển dạ tự nhiên bằng các phương tiện nội khoa và/hoặc ngoại khoa nhằm mục đích gây chuyển dạ.
- KPCD thành công:
 - + Điểm Bishop tăng ≥ 3 điểm sau KPCD (12 giờ).
 - + Sinh ngã âm đạo trong vòng 24 - 48 giờ.

2. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khởi phát chuyển dạ được chỉ định khi lợi ích đối với mẹ và/hoặc đối với thai nhi nếu được sinh ra thì lớn hơn các nguy cơ tiềm tàng của việc tiếp tục kéo dài thai kỳ.

2.1. Chỉ định

- Tăng huyết áp thai kỳ, sản giật, tiền sản giật.
- ĐTĐ thai kỳ.
- Bệnh lý mẹ (ĐTĐ, CHA mạn, bệnh lý thận, hội chứng kháng Phospholipid, bệnh lý tim, bệnh lý phổi nặng)
- Thai quá ngày dự sinh và thai quá ngày 41 tuần)
- Thiếu ối.
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung.
- Thai chết lưu trong tử cung.
- Thai dị tật bẩm sinh.
- Ối vỡ non.
- Song thai ngôi 1 ngôi đầu

2.2. Chống chỉ định

- Tiền căn mổ dọc thân tử cung, mổ bóc UXTC, vỡ TC, xén góc TC.
- Nhau tiền đạo hoặc mạch máu tiền đạo (nhau tiền đạo type II- III: cân nhắc tùy trường hợp đối với nhóm thai không có khả năng nuôi sống).
- Sa dây rốn.
- Herpes sinh dục, mụn cóc sinh dục đang tiến triển.
- Ung thư CTC.
- Bất tương xứng giữa thai và khung chậu.
- Ngôi bất thường: ngôi ngang, ngôi mông
- CTG nhóm 3, CTG nhóm 2 lặp lại.

3. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KPCD

- Bước 1: xác định tuổi thai.
- Bước 2: đánh giá sức khỏe thai.
- Bước 3: đánh giá chỉ định và chống chỉ định sinh ngã âm đạo.
- Bước 4: đánh giá chỉ số Bishop.

Điểm	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Đánh giá				
Độ mở cổ tử cung (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Độ xóa cổ tử cung (%)	0-30	40-50	60-70	≥80
Độ lọt của thai	-3	-2	-1 đến 0	+1 đến +2
Mật độ cổ tử cung	Chắc	Vừa	Mềm	
Hướng cổ tử cung	Sau	Trung gian	Trước	

Dựa vào chỉ số Bishop để lựa chọn biện pháp KPCD:

- Bishop < 5 (CTC không thuận lợi): CTC không thuận lợi, cần làm chín muồi CTC trước khi KPCD bằng Prostaglandin, Foley, CRB, lóc ối, laminaria
- Bishop ≥ 5 (CTC thuận lợi): Oxytocin hoặc Oxytocin kết hợp bấm ối.

3. CÁC PHƯƠNG PHÁP KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

3.1. Phương pháp cơ học

- Kích thích núm vú
- Lóc ối
- Nong cơ học: laminaria, thông Foley, CRB
- Bấm ối

3.2. Phương pháp hóa học

3.2.1. Prostaglandin E2

- Dinoproston là dạng Prostaglandin E2 tổng hợp, sử dụng để KPCD trên những sản phụ ối vỡ non, hoặc thai quá ngày nhưng không có VMC. Dinoproston có 3 dạng: dạng gel, dạng hệ phân phối thuốc đặt âm đạo, dạng viên đạn.
- + Gel Dinoproston 0,5 mg/3g (2,5ml gel). Liều có thể được lặp lại mỗi 6 giờ, với tối đa 3 liều trong 24 giờ.
- + Hệ phân phối thuốc đặt âm đạo Dinoproston 10mg: phóng thích thuốc 0,3 mg/giờ trong 10 giờ, sử dụng liều duy nhất. Sản phụ nên nằm ít nhất 30 phút sau khi đặt Dinoproston 10mg để đo tim thai. Hệ phân phối thuốc đặt âm đạo Dinoproston 10 mg được lấy ra sau 24 giờ hoặc khi chuyển dạ bắt đầu.
- + Viên đạn Dinoproston 20mg thường được sử dụng cho những trường hợp thai 12- 20 tuần.
- Theo dõi:
- + Theo dõi tim thai và cơn gò bằng monitor sau khi sử dụng Prostaglandin E2
- + Sử dụng Oxytocin sau khi làm chín muồi CTC bằng Prostaglandin E2 ít nhất 6-12 giờ đối với gel 0,5mg Dinoproston và ít nhất 30 phút sau khi lấy hệ phân phối thuốc đặt âm đạo Dinoproston 10 mg ra.
- Chống chỉ định:
- + Hen suyễn nặng

+ Tăng nhãn áp, hoặc tăng áp lực nội nhãn.

3.2.2. Prostaglandin E: (tham khảo phác đồ CDTK từ 18 - 27 tuần)

- Thai \geq 28 tuần và không có khả năng nuôi được (thai lưu, thai DTBS, thai chậm tăng trưởng mất bù): Misoprostol 25mcg, đặt âm đạo mỗi 6 giờ hoặc uống mỗi 2 giờ.
- Nếu sử dụng Oxytocin phải sau ít nhất 4 giờ sau khi sử dụng liều Misoprostol cuối cùng (không sử dụng Oxytocin sau khi sử dụng Misoprostol nếu sản phụ có VMC).
- Trong trường hợp cần KPCD ngay (TSG nặng, nhiễm trùng ối): có thể không sử dụng Mifepriston.
- Tác dụng ngoại ý
- + Gò cường tính; vỡ tử cung, ảnh hưởng tim thai, hít nước ối phân su.
- + Sốt, rét run.
- + Nôn, buồn nôn, tiêu chảy.
- Chống chỉ định
- + Tiền căn suyễn nặng, tiền sử có rối loạn đông máu, tình trạng dị ứng mạn hoặc cấp tính.
- + Trường hợp sản phụ có vết mổ cũ và thai sống \geq 28 tuần, có khả năng nuôi.

3.2.3. Oxytocin

- Có 2 cách sử dụng
- + Phác đồ “liều thấp”: liều khởi đầu thấp, tăng liều chậm, liều tối đa 30 mIU/min.
- + Phác đồ “liều cao”: liều khởi đầu cao, tăng liều nhanh, liều tối đa 30 mIU/min.
- Cách sử dụng oxytocin: sử dụng bơm tiêm điện.
- + Phác đồ liều thấp: pha 5 đơn vị Oxytocin trong 49ml Glucose 5% + Khởi đầu 0,5- 2 mIU/phút (0,3- 1,2ml/giờ)
 - Tăng liều 1 - 2 mIU/phút (0,6 - 1,2 ml/ giờ)
 - Liều tối ưu 8-12 mIU/ phút (4,8 - 7,2 ml/ giờ)
 - Tối đa 30 mIU/ phút (18 ml/giờ)
 - Khoảng cách tăng liều: mỗi 15-30 phút
- + Phác đồ liều cao: pha 5 đơn vị trong 49 ml Glucose 5%
 - Khởi đầu: 4 mIU/ phút (2,4 ml/giờ)
 - Tăng liều: 4 - 6 mIU/ phút (2,4 - 3,6 ml/giờ)
 - Liều tối ưu: 8-12 mIU/phút (4,8 - 7,2 ml/giờ)
 - Tối đa: 30 mIU/phút.
 - Khoảng cách tăng liều: mỗi 15-30 phút
- Thời gian theo dõi từ 12 - 24 giờ tính từ khi đạt 3 cơn gò/10 phút. Gọi là thất bại khi sau 12-24 giờ mà không đạt được 3 cơn gò/10 phút hoặc CTC không thay đổi - Bishop không tiến triển.
- Tác dụng ngoại Ý
- + Con gò cường tính, có thể gây vỡ tử cung;
- + Ảnh hưởng tim thai
- + Ngộ độc nước.
- + Ảnh hưởng tim mạch: tụt huyết áp, giảm tưới máu động mạch vành, ngưng tim.

4. CHỌN LỰA PHƯƠNG PHÁP KPCD TRÊN MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

4.1. Trường hợp có VMC

- KPCD trên vết mổ cũ MLT 1 lần: ưu tiên chọn KPCD bằng Foley hoặc/và phác đồ Oxytocin liều thấp với bơm tiêm điện.
- Cân nhắc sử dụng Prostaglandin E1 liều thấp và Prostaglandin E2 trên những trường hợp sản phụ có vết mổ cũ và thai ≥ 28 tuần + có chỉ định CDTK mà thai không có khả năng nuôi được.

4.2. Ối vỡ ≥ 12 giờ, thai ≥ 34 tuần, chưa vào chuyển dạ:

- KPCD bằng Oxytocin, đánh giá thành công sau 12 giờ.

4.3. Song thai: Ngôi 1 là ngôi đầu, không có chống chỉ định KPCD có thể KPCD bằng Oxytocin và/hoặc kết hợp với các phương pháp làm chín muồi CTC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BYT, 2015.*

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG OXYTOCIN TRONG CHUYỂN DẠ

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

1. 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.
- Đề phòng và xử trí bằng huyết sau sinh.

2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

2.1. 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.

2.2. Chống chỉ định tương đối

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

3. CÁCH DÙNG

3.1. Trước sinh

3.1.1. Cách thực hiện

- Bơm tiêm điện có điều khiển tốc độ truyền là cách sử dụng tốt nhất với liều ban đầu là 4 mUI/phút.
- Hoặc có thể truyền tĩnh mạch dung dịch Glucose 5% x 500ml nhỏ giọt tĩnh mạch với tốc độ VIII giọt/phút.
- + Pha Oxytocin 5đv (1 ống) vào chai Glucose 5% đang TTM VIII giọt/ phút.
- + Lắc đều chai Glucose 5% đã có Oxytocin cho thuốc pha đều.

3.1.2. Theo dõi

- 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 trong 20 - 30 phút, nếu cơn gò chưa đạt 3 cơn gò/10 phút (khởi phát chuyển dạ) hoặc chưa đạt số cơn gò theo độ mở CTC thì chỉnh giọt tăng VIII giọt/phút (4 mUI/phút) sao cho đạt được tần số cơn gò phù hợp. Liều tối đa là XL giọt/phút (20 mUI/phút).
- Khám ngoài: mỗi 15 phút/lần đều đặn theo dõi cơn co tử cung, nhịp tim thai, độ lọt của ngôi mỗi giờ.

- Khi đã đạt được số cơn gò phù hợp giai đoạn chuyển dạ và độ mở cổ tử cung, đánh giá sự tiến triển của CD bằng độ mở CTC và ngôi thai theo qui định Hướng Dẫn Quốc Gia tùy giai đoạn của cuộc chuyển dạ.
- Khi phát hiện chuyển dạ ngưng tiến triển (theo dõi tối đa 2 giờ).
- + Cân nhắc việc có tiếp tục sử dụng Oxytocin liều cao hơn, hoặc
- + Phối hợp thuốc làm mềm CTC, hoặc mổ lấy thai.

3.2. Sau sinh

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

4. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

4.1. Cơn gò cường tính

- Khi có nhiều hơn 5 cơn co trong 10 phút và mỗi cơn co kéo dài trên 90 giây.
- Xử trí:
- + Ngưng truyền Oxytocin.
- + Có thể phối hợp thuốc giảm gò: Phloroglucinol 40 mg + Trimethylphloroglucinol 0.03 mg (tiêm mạch hoặc tiêm bắp). Theo dõi sát tần số cơn gò và tình trạng tim thai trong 30 - 45 phút. Sau 45 phút cơn gò TC không giảm phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc giúp sinh bằng dụng cụ nếu đủ điều kiện.

4.2. Dọa vỡ - vỡ TC: tham khảo phác đồ vỡ TC.

4.3. Thai suy cấp trong chuyển dạ

- Nếu có dấu hiệu suy thai phải ngừng truyền Oxytocin, điều trị như trường hợp suy thai cấp.
- Sau khi ngưng truyền Oxytocin 15 phút không có kết quả, phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc forceps nếu đủ điều kiện.

4.4. Nhau bong non: tham khảo phác đồ điều trị Nhau bong non.

4.5. Ngộ độc nước: Khi truyền liều cao trong thời gian dài.

4.7. Ảnh hưởng tim mạch

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

4.7. Giãn cơ trơn: Thường gặp khi dùng liều cao trực tiếp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Nhiễm khuẩn âm đạo là một hội chứng do rối loạn phổ vi khuẩn âm đạo, do 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, mòm 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.
- Nguyên nhân thường do vi khuẩn kỵ khí, đặc biệt là Gardnerella vaginalis.

2. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán khi 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).

3. ĐIỀU TRỊ

Dùng đường uống hay đặt âm đạo. Dựa vào chẩn đoán nguyên nhân và vi khuẩn học để chọn lựa các thuốc phù hợp.

- Thuốc đặt âm đạo dạng viên kết hợp.
- 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), hoặc
- Dequalinium clorid 10mg x 1 lần/ngày x 6 ngày (đặt âm đạo), hoặc
- Policresulen 90mg x 1 lần/ngày x 6 ngày (đặt âm đạo).

Vệ sinh tại chỗ

- Povidon iodine 10%.
- Acid lactic + Lactoserum atomisat.

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

4. THEO DÕI

- Tuân thủ sử dụng thuốc đã được chỉ định. Tái khám để đánh giá kết quả điều trị sau khi hết thuốc 5-7 ngày.
- Tái khám ngay khi có phản ứng và triệu chứng bất thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM ÂM ĐẠO DO NẤM

1. ĐẠI CƯƠNG

- 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 như trong thai kỳ, tiểu đường, thuốc ngừa thai chứa estrogen liều cao; Suy giảm miễn dịch; Môi trường âm đạo ẩm, ướt.
- Nguyên nhân thường do nấm *Candida albicans*.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Ngứa âm hộ, âm đạo.
- Đôi khi có cảm giác nóng, tiểu rát, giao hợp đau.
- Âm hộ và niêm mạc âm đạo viêm đỏ.
- Huyết trắng đục, đặc, lợn cợn thành mảng giống như sữa đông, vôi vữa.

2.2. Cận lâm sàng

- Soi nhuộm có sợi to nấm hoặc bào tử nấm.

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

3.1. 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, hoặc
- Econazol 150 mg đặt âm đạo 1 viên/ngày x 3 ngày, hoặc
- Econazol nitrat 150mg (vi hạt) đặt âm đạo 1 viên/12 giờ x 1 ngày, hoặc
- Miconazol 1200mg đặt âm đạo 1 viên duy nhất.

3.2. Thuốc uống

- Fluconazole 150mg uống 1 viên duy nhất, hoặc
- Itraconazole 100mg uống 2 viên/ ngày x 3 ngày.

3.3. Thuốc bôi

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

3.4. Vệ sinh tại chỗ

- Natri hydrocarbonat 5g pha rửa âm hộ.
- Povidon iodin 10%.

Chú ý:

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

- Có triệu chứng viêm ngứa quy đầu.
- Có nấm trong nước tiểu.

- Trường hợp người phụ nữ bị tái phát nhiều lần.

4. THEO DÕI

- Tuân thủ sử dụng thuốc đã được chỉ định. Tái khám để đánh giá kết quả điều trị sau khi hết thuốc 5-7 ngày.
- Tái khám ngay khi có phản ứng và triệu chứng bất thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM ÂM ĐẠO DO TRICHOMONAS

1. ĐẠI CƯƠNG:

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

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

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

2.2. Cận lâm sàng

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

3. ĐIỀU TRỊ

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

Chú ý: luôn luôn điều trị cho bạn tình

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

4. THEO DÕI

- Tuân thủ sử dụng thuốc đã được chỉ định. Tái khám để đánh giá kết quả điều trị sau khi hết thuốc 5-7 ngày.
- Tái khám ngay khi có phản ứng và triệu chứng bất thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM ÂM ĐẠO DO THIẾU NỘI TIẾT

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. 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 lắt nhắt, tiểu buốt.

2.2. Cận lâm sàng

- Soi tươi dịch âm đạo thấy tế bào trung gian.

3. ĐIỀU TRỊ

Tại chỗ

- Cream estrogen bôi âm đạo, hoặc
- Estriol 0,5mg đặt âm đạo 1 viên/đêm x 20 đêm
- Promestrien 10mg đặt âm đạo 1 viên/ngày x 20 ngày
- Cream Promestrien bôi âm hộ, âm đạo 1 lần/ngày x 2 tuần.
- Clorquinaldol + Promestrien (200mg+10mg) đặt âm đạo 1 viên/ngày x 18 ngày.

Nếu có bội nhiễm sử dụng kháng sinh thích hợp.

4. THEO DÕI

- Tuân thủ sử dụng thuốc đã được chỉ định. Tái khám để đánh giá kết quả điều trị ngay khi hết thuốc. Sau điều trị hết đợt cấp thì phải duy trì.
- Tái khám ngay khi có phản ứng và triệu chứng bất thường.
- Khám phụ khoa định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM SINH DỤC DO HERPES

1. ĐẠI CƯƠNG

- Herpes simplex virus (HSV) týp 2 là nguyên nhân thường gặp, đôi khi có kèm týp 1.
- HSV có ái lực với tổ chức đa 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.

2. CHẨN ĐOÁN

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

2.1. Lâm sàng

- Sốt, đau cơ.
- Nhiễm HSV lần đầu tiên có thể có tổn thương tại chỗ và toàn thân (vùng sinh dục, hậu môn).
- Sang thương là những bóng nước, nổi lên từng mảng, sau đó vỡ ra thành một vết loét rộng, nông, đau, 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.

2.2. Cận lâm sàng (nếu có điều kiện)

- Cây 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).

3. ĐIỀU TRỊ

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.
 - + 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.

4. THEO DÕI

- Tái khám ngay 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 đẻ sinh đường âm đạo nhằm tránh nguy cơ lây nhiễm cho con.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ÁP XE PHẦN PHỤ

1. ĐẠI CƯƠNG

- 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.
- Các tác nhân gây bệnh thường là:
 - + 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 gonorrhoea*.
 - + Các tác nhân khác cũng có thể gây bệnh như: *Gardnerella vaginalis*; *Mycoplasma hominis*; *Ureaplasma urealyticum*, *Streptococcus*, *Staphylococcus*; *Haemophilus influenzae*; *Enterobacteriaceae* (*E.coli*, *Klebsiella*, yếm khí, *Bacteroides fragilis*); *Cytomegalovirus* (CMV); *Mycoplasma hominis*.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Áp xe phần phụ 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 áp xe phần phụ.
- Áp xe phần phụ 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 Áp xe phần phụ rò rỉ chậm. Áp xe phần phụ 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.

2.2. Cận lâm sàng

- 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.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Hệ sinh sản: viêm vùng chậu, U buồng trứng, U buồng trứng xoắn, U buồng trứng vỡ, Nhân xơ tử cung thoái hóa, thai ngoài 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.

3. BIẾN CHỨNG

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

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị nội khoa đơn thuần: hiệu quả trong 75-80% các trường hợp.

4.1.1. Tiêu chuẩn điều trị nội

- Tình trạng huyết động ổn định.
- Không có dấu hiệu vỡ Áp xe phần phụ (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 kháng sinh đơn thuần.

4.1.2. Phác đồ điều trị nội: Các phác đồ đều dùng kháng sinh 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 2 mg/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 1,2 g (TM) mỗi 8 giờ + Metronidazol 500 mg/100ml (truyền TM) mỗi 8 giờ. Có phối hợp hoặc không với Gentamicin 80 mg/2ml x 3 ống pha trong NaCl 0,9% 100ml truyền TM trong 30 phút.
- Lựa chọn 2
 - + Levofloxacin 500 mg/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 chọn lựa 2 khi dị ứng với lựa chọn 1 hay điều trị theo chọn lựa 1 không đáp ứng sau 48 giờ;

4.1.3. 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).

4.1.4. 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.

4.1.5. Thời gian điều trị

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

4.2. Điều trị ngoại khoa

4.2.1. Chỉ định

- Khi khối áp xe > 8cm, 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.

4.2.2. 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.

4.2.3. Lưu ý

- Dụng cụ tử cung và Áp xe phần phụ: phải tháo vòng, thường do *Actinomyces israelii*.
- Hậu mãn kinh và Áp xe phần phụ: tỉ lệ ung thư cao thường kèm với Áp xe phần phụ trên phụ nữ hậu mãn kinh. Áp xe phần phụ 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 kháng sinh đơn độc hay kèm dẫn lưu xâm lấn tối thiểu. Cần khảo sát di căn ở vùng chậu và ổ bụng.
- Có thai và Áp xe phần phụ: 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:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TUYẾN BARTHOLIN

1. ĐẠI CƯƠNG

– Viêm tuyến Bartholin là bệnh lý phụ khoa thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Nguyên nhân là do nhiễm trùng và phù nề chèn ép lên ống tuyến hoặc do chấn thương làm tắc nghẹt đường ống tuyến, tích tụ chất nhầy hình thành viêm nang tuyến. Bệnh sẽ tạo thành áp xe Bartholin nếu không sớm chẩn đoán và điều trị kịp thời.

– Nguyên nhân gây viêm tuyến Bartholin:

+ Do nhiễm trùng gây ra bởi các vi khuẩn như E.coli và vi khuẩn lây truyền qua đường tình dục.

+ Do vệ sinh vùng kín không tốt: nhiều trường hợp mắc viêm tuyến Bartholin là do vệ sinh cơ quan sinh dục kém, không đảm bảo. Vệ sinh vùng kín không đúng, thụt rửa âm đạo nhiều, sử dụng xà phòng có hóa chất kích ứng cũng dễ tạo điều kiện cho vi khuẩn xâm nhập âm đạo và gây viêm tuyến.

+ Viêm nhiễm âm đạo: nhiễm khuẩn âm đạo mà không được điều trị tốt, bệnh kéo dài sẽ dẫn đến các vi khuẩn xâm nhập gây viêm tuyến Bartholin. Đặc biệt là ở nhóm phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ dễ mắc viêm nhiễm phụ khoa.

+ Quan hệ tình dục không an toàn

+ Do tắc ống tuyến: trường hợp chất nhầy dịch tuyến tiết ra quá đặc, sẽ gây ú bèn trong, tích tụ tạo thành các u nang Bartholin, khi bị viêm nhiễm bởi vi khuẩn sẽ dẫn đến viêm tuyến.

– Biểu chứng của viêm tuyến Bartholin: Các u nang Bartholin có thể tạo thành ổ áp xe rất đau, đau ngay cả khi di chuyển, đi lại và có thể tăng kích thước u nang trong khoảng 2 – 4 ngày. Bệnh gây ảnh hưởng trực tiếp đến sinh hoạt, đời sống quan hệ tình dục và tâm lý của nữ giới; Gây ra các bất tiện trong đời sống sinh hoạt, những vấn đề trong quan hệ tình dục. Viêm nhiễm kéo dài, lây lan sang các vị trí của cơ quan sinh dục khác còn gây ảnh hưởng đến khả năng sinh sản ở nữ giới.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

– Triệu chứng phổ biến của viêm tuyến Bartholin là viêm đỏ, sưng đau vùng kín. Những biểu hiện đau hay cơ thể nóng sốt có các dịch mủ chảy ra từ nang sẽ tiếp tục xuất hiện khi viêm tuyến trở thành áp xe.

– Người bệnh mệt mỏi, sau giao hợp tuyến Bartholin sưng to, nắn thấy cứng, đau và có ít mủ.

– Triệu chứng rối loạn tiểu tiện: Nếu tuyến Bartholin bị viêm, tuyến sẽ không tiết nhò làm cho đau rát khi giao hợp và kích thích bàng quang dễ dẫn đến rối loạn tiểu tiện.

– Các triệu chứng còn phụ thuộc các thể bệnh như:

+ Thể nhẹ: Giai đoạn sớm và nhẹ của viêm tuyến Bartholin thường thấy hiện tượng sưng, cảm giác đau và khó chịu khi đi hoặc ngồi.

+ Viêm tuyến Bartholin cấp tính: đau vùng âm hộ, thường đau một bên, biểu hiện đau rõ rệt khi đi lại, di chuyển nhiều hoặc quan hệ tình dục, vùng viêm bị va chạm, ép mạnh. Ban đầu, viêm nhiễm tập trung ở vùng tuyến Bartholin sau sẽ lan tỏa và phát triển rộng có kèm theo dịch mủ. Khi viêm tuyến bartholin biến chứng thành áp xe sẽ gây ra đau nhiều cùng với sưng đỏ hoặc có thể sốt. Khu vực ở âm hộ sưng có thể dễ nhận biết do có vùng da đỏ và khi ấn vào sẽ thấy mềm, lũng nhùng và đau.

+ Viêm tuyến Bartholin mãn tính: Viêm tuyến cấp nếu không được điều trị sớm hoặc điều trị không triệt để sẽ rất dễ tái phát, lây lan và phát triển sang giai đoạn viêm tuyến Bartholin mãn tính. Xuất hiện các triệu chứng như mệt mỏi, sau giao hợp tuyến Bartholin sưng to, nắn thấy rắn, đau và có ít mủ chảy ra.

+ Nang tuyến Bartholin: Tuyến Bartholin bị nang hóa sau viêm cấp hay mãn tính hoặc ống tiết bị tắc. Có thể sờ thấy các khối nang hóa ở bên rất cứng và có dấu hiệu bị đẩy ra ngoài. Các khối nang sưng to do tắc mủ, bị nhiễm khuẩn nang sẽ dễ trở thành khối áp xe có mủ. Nang tuyến Bartholin có thể gây sưng môi âm hộ, tạo ra một khối u gần cửa vào âm đạo nhưng thông thường bệnh không gây đau nhức, có triệu chứng khi kích thích các khối u nang phát triển lớn hơn.

3. ĐIỀU TRỊ

Việc điều trị viêm tuyến Bartholin sẽ được căn cứ vào mức độ viêm nhiễm cụ thể.

3.1. Điều trị nội khoa

- Sử dụng kháng sinh phổ rộng đường uống hay đường tiêm truyền tùy thuộc tình trạng và thể bệnh.
- Sử dụng thuốc kháng viêm, giảm đau NSAIDs
- Vệ sinh tại chỗ

3.2. Điều trị ngoại khoa

Phần lớn các trường hợp cần điều trị ngoại khoa là khi tình trạng viêm tuyến Bartholin không được điều trị sớm, dẫn đến mãn tính, can thiệp bằng thuốc kháng sinh không mang lại hiệu quả tốt. Các thủ thuật điều trị ngoại khoa được chỉ định:

- Chích áp xe tuyến Bartholin: được chỉ định trong trường hợp viêm tuyến Bartholin nặng dẫn đến áp xe tuyến. Chích rạch khối áp-xe của tuyến, mở thông dẫn lưu ở tuyến bệnh lý, đặt penrose dẫn lưu hoặc có thể cắt bỏ hoàn toàn tuyến Bartholin. Sau đó tiếp tục dùng thuốc kháng sinh để chống nhiễm trùng sau phẫu thuật.
- Rạch nang tuyến, may viền túi làm thông ống tuyến gọi là may thông túi bằng chỉ tan như Chromic 2 ô, giúp tái tạo nang tuyến.
- Bóc tách và cắt nang tuyến: Đây là biện pháp cắt bỏ hoàn toàn nang tuyến. Kết hợp thuốc kháng sinh và thuốc giảm đau, kháng viêm. Mẫu mô nang tuyến sau khi bóc ra, cần gửi làm giải phẫu bệnh, để xác định bản chất nang tuyến. Phần lớn các trường hợp sau khi được điều trị sẽ không bị tái phát.
- Phối hợp sử dụng kháng sinh toàn thân và thuốc giảm đau.

4. THEO DÕI VÀ PHÒNG BỆNH

Hơn 20% trường hợp viêm, nang tuyến và áp-xe tuyến bartholin bị tái phát. Chủ quan trong sinh hoạt là nguyên nhân dẫn đến các tình trạng bệnh tái phát nghiêm trọng. Để phòng tránh cũng như hạn chế tình trạng viêm tuyến Bartholin tái phát, cần tư vấn và hướng dẫn thực hiện:

- Giữ vệ sinh và thực hiện vệ sinh đúng cách vùng âm hộ - âm đạo để ngăn ngừa nhiễm trùng. Quan hệ tình dục an toàn để ngăn ngừa các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Trong thời gian điều trị bệnh tuyệt đối không quan hệ tình dục, để bệnh không bị lây lan, viêm nhiễm nặng.
- Kiểm soát tốt các bệnh lý nội khoa đi kèm, đặc biệt là bệnh lý tiểu đường.
- Nếu có bất cứ dấu hiệu nào như sưng hay đau ở vùng âm đạo, cần đến bác sĩ kiểm tra ngay để ngăn ngừa diễn tiến nặng hơn của bệnh. Dùng thuốc điều trị và sinh hoạt theo tư vấn chỉ định của bác sĩ, tuyệt đối không tự ý dùng thuốc khi đang điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

DỌA SẼY THAI, SẼY THAI 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ

1. PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ DỌA SẼY THAI

1.1. Đại cương

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

1.2. Chẩn đoán

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

1.3. Cận lâm sàng

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

1.4. Chẩn đoán phân biệt

- TNTC.
- Thai trứng.

1.5. Xử trí

- Nằm nghỉ, ăn nhẹ, chống táo bón.
- Tư vấn cho người bệnh và gia đình những tiến triển có thể xảy ra, nên tránh lao động nặng, tránh giao hợp ít nhất 2 tuần sau khi hết ra máu âm đạo.
- Thuốc giảm co: Alverine citrate 40mg uống 2 viên x 2 lần/ ngày.
- Progesterone tự nhiên để giảm co thắt tử cung, liều 200-400mg/ngày (đặt âm đạo hoặc uống), hoặc
- Progesterone tự nhiên tiêm bắp, hoặc Dydrogesterone 10mg 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.

2. PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ SẼY THAI

2.1. 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 + gỏi GPB.
- + Thuốc gò TC.

2.2. Sẩy thai diễn tiến

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

2.3. Sẩy thai không trọn

- Lâm sàng
 - + Thường đã có triệu chứng dọa sẩy trước đó.
 - + Đau bụng, ra huyết nhiều hơn.
 - + Có thể ghi nhận có mảnh mô được tống xuất ra khỏi âm đạo. Sau đó vẫn tiếp tục ra máu âm đạo và còn đau bụng lâm râm.
 - + Khám âm đạo: CTC còn hé mở hay đóng kín, thân TC còn to hơn bình thường.
 - + Siêu âm: có thể thấy hình ảnh sót nhau trong buồng tử cung.
- Xử trí
 - + Kháng sinh (đường uống).
 - + Nạo kiểm tra buồng tử cung để lấy phần nhau sót 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SẢY THAI LIÊN TIẾP

1. ĐẠI CƯƠNG

- Sảy 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.
- Sảy thai liên tiếp (STLT) là thai nhi bị tổng xuất khỏi buồng tử cung trước 22 tuần, liên tiếp từ 2 lần trở lên.
- Nguyên nhân gây sảy thai liên tiếp có thể là:
 - + Bất thường nhiễm sắc thể.
 - + 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...
 - + 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.
 - + Yếu tố miễn dịch: Hội chứng kháng Phospholipid (Anti Phospholipid Syndrome - APS).
 - + Rối loạn đông máu
 - + 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 sảy thai liên tiếp.
 - + Môi trường: thuốc lá, rượu, cà phê, hóa chất, chất độc, tia xạ.
 - + Không rõ nguyên nhân: Khoảng 50% STLT không tìm được nguyên nhân.

2. TIẾP CẬN MỘT TRƯỜNG HỢP STLT

2.1. 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, sảy thai, bệnh lý tắc mạch...).
- Chi tiết lần sảy thai trước:
 - + Tuổi thai? Có tim thai? Có động thai?
 - + Sản phụ đã làm gì trong thời gian sảy thai đó.
 - + Chẩn đoán và các khảo sát về các lần sảy thai trước đó.
 - + Đã điều trị gì?

2.2. 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.

2.3. Cận lâm sàng

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

3. ĐIỀU TRỊ: Điều trị dựa theo nguyên nhân gây sảy thai liên tiếp.

4. 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 nên có thai nữa không.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thai ngoài tử cung là tình trạng túi thai nằm ngoài tử cung.
- Tần suất hiện mắc TNTC khoảng 9% thai kỳ.
- Các 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 thất 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	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

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

- 7 ngày sau thụ thai có thể phát hiện đầu tiên trong máu.
- Tại thời điểm trễ kinh: 100 mIU/mL.
- Đỉnh cao tuần 8 - 10: 100.000 mIU/mL.
- Sau đó giảm dần tới tuần 18 - 20.
- Ổn định đến cuối thai kỳ: 10.000 - 20.000 mIU/mL.
- Tăng gấp đôi mỗi 1,4 - 2,1 ngày.
- Nghi ngờ TNTC nếu > 7 ngày mới tăng gấp đôi (Obstet Gynecol 75:421,1990).
- 85% thai trong TC có 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 trong TC là 53%, tuy nhiên 21% TNTC có β hCG tăng giống như thai trong TC ở ngưỡng này.
- β hCG > 1500 mIU/mL → SÂ đầu dò AĐ thấy túi thai.

- $\beta\text{hCG} > 6500 \text{ mIU/mL} \rightarrow$ SÂ bụng thấy túi thai.
- Thời gian bán hủy βhCG : 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 ngả AĐ.
- + GS = 2 - 3mm (4,5 - 5 tuần) tương ứng βhCG 1000 -1500 mIU/mL.
- + GS = 8mm, có yolk sac.
- + GS = 16mm, có phôi.
- + SÂ có khối cạnh TC - BT, dịch cùng đồ, không thấy thai/TC, $\beta\text{hCG} > 1500 \text{ mIU/mL}$, giúp:
- + Tăng độ nhạy SÂ chẩn đoán TNTC từ 93% lên 99%.
- + Giảm 40% tỷ lệ chấm dứt thai kỳ của thai/TC qua nạo lòng TC chẩn đoán.

3. βHCG TRONG THEO ĐÔI

- Thoái triển tự nhiên
- + 88% TNTC $\beta\text{hCG} < 1000 \text{ mIU/mL}$.
- + 60% TNTC $\beta\text{hCG} < 2000 \text{ mIU/mL}$.
- + 25% TNTC $\beta\text{hCG} > 2000 \text{ mIU/mL}$.
- Tiên lượng thoái triển tự nhiên
- + Tỷ số βhCG 48 giờ/ βhCG 0 giờ $< 0,87$ (độ nhạy 92,7%, độ đặc hiệu 96,7%).
- + Progesterone $< 5\text{ng/ml}$ (68% thành công).
- + SA lượng dịch cùng đồ $< 100\text{ml}$, không rõ vị trí thai.
- + TNTC với huyết động ổn định.
- TNTC vỡ vẫn có thể xảy ra ngay khi βhCG và progesterone thấp hoặc đang giảm \rightarrow theo dõi đến $\beta\text{hCG} < 5 \text{ mIU/mL}$.
- 29% TNTC có $\beta\text{hCG} < 100 \text{ mIU/mL}$ bị vỡ.

4. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG BẰNG METHOTREXATE (MTX)

4.1. Chỉ định điều trị MTX đơn liều

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

4.2. Chỉ định điều trị MTX đa liều

- Huyết động học ổn định (không shock).
- Nồng độ $5.000 \text{ mIU/ml} < \beta\text{hCG} < 10.000 \text{ mIU/ml}$.
- Kích thước khối thai $< 5\text{cm}$ (qua siêu âm).
- TNTC đoạn kẽ $< 3\text{cm}$.

4.3. 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 $> 300 \text{ ml}$, hay có dịch ổ bụng.

- Có phổi hợp thêm thai trong tử cung.
- Đang cho con bú.
- Dị ứng với MTX.
- Có các bệnh nội khoa: suy thận, loét dạ dày, bệnh phổi hoạt động, suy giảm miễn dịch.
- Bệnh nhân không chấp nhận điều trị MTX.
- Bất thường các XN nghiệm tiền hóa trị (BC < 3000, Tiểu cầu < 100.000, tăng men gan SGOT, SGPT > 100 UI/L, tăng BUN, creatinine, rối loạn đông máu...).

4.4. 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.

4.5. Phác đồ sử dụng MTX đơn liều

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

4.6. Phác đồ sử dụng MTX đa liều

4.6.1. Phác đồ đa liều cố định

- + N1, 3, 5, 7: MTX 50mg/m² bề mặt da (BSA) hay 1mg/kg.
- + N2, 4, 6, 8: Folinic Acid 0,1mg/kg.
- Theo dõi
- + N 1,4, 7: β hCG.
 - Nếu β hCG giảm <15% từ N4 - N7 → liều MTX thứ 2.
 - Nếu β hCG giảm > 15% từ N4 - N7 → β hCG mỗi tuần đến khi < 5 mIU/ml.
- + N14: β hCG
 - Nếu β hCG giảm < 15% từ N7 - N14 → liều MTX thứ 3.
 - Nếu β hCG giảm > 15% từ N7- Ni 4 → β hCG mỗi tuần đến khi < 5 mIU/ml.
- + N21 và N28: Nếu sau 3 liều MTX mà β hCG giảm <15% → chỉ định nội soi ổ bụng.

4.6.2. Phác đồ đa liều thay đổi

- N1: β hCG, MTX 50mg/m² bề mặt da (BSA) hay 1mg/kg.
- N2: Folinic Acid 0,1 mg/kg.
- N3: β hCG, so với N1.

- + Nếu giảm < 15%, MTX .
- + Nếu giảm > 15%, theo dõi β hCG mỗi tuần đến khi < 5 mIU/mL.
- N4: Folic Acid 0,1 mg/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 < 5 mIU/mL.
- N6: Folic Acid 0,1 mg/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 < 5 mIU/mL
- N8: Folic Acid 0,1 mg/kg, nếu điều trị MTX N7.

5. 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 \geq 5: 97% thành công khi DT MTX đơn liều.

6. THEO DÕI TRONG ĐIỀU TRỊ

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

6.1. Đau

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

6.2. βhCG

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

6.3. Khối máu tụ

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

6.4. 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
- Ú dịch TV nặng.
- Tiền căn TNTC trên TV đó.

6.5. Sốt nhau sau PT bảo tồn tai vòi

- 5-20% sốt nhau sau điều trị bảo tồn.
- Nghi ngờ sốt nhau / khối thai, nếu βhCG sau mổ.
- + Giảm < 15% 48 giờ sau hCG khởi điểm trước mổ N0.
- + Giảm theo đường bình nguyên.
- + Tăng trở lại từ N7 → Điều trị theo phác đồ MTX

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THAI Ở SỢ MỔ LẤY THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

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

- Tỷ lệ gặp khoảng 1/1.800 - 1/2.500 tổng số sinh và có khuynh hướng tăng dần. Thai ở sẹo mổ lấy thai gặp ở < 1% các trường hợp TNTC.
- Các yếu tố nguy cơ bao gồm:
 - + Tiền căn mổ lấy thai.
 - + Tiền sử nhau bám chặt
 - + Tiền căn phẫu thuật trên cơ tử cung: bóc nhân xơ, may tái tạo tử cung, nhau cài răng lược được điều trị bảo tồn ở lần sanh trước.
 - + Thai ngoài tử cung
 - + Thụ tinh trong ống nghiệm
 - + Tiền sử nạo phá thai nhiều lần.

2. CHẨN ĐOÁN

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

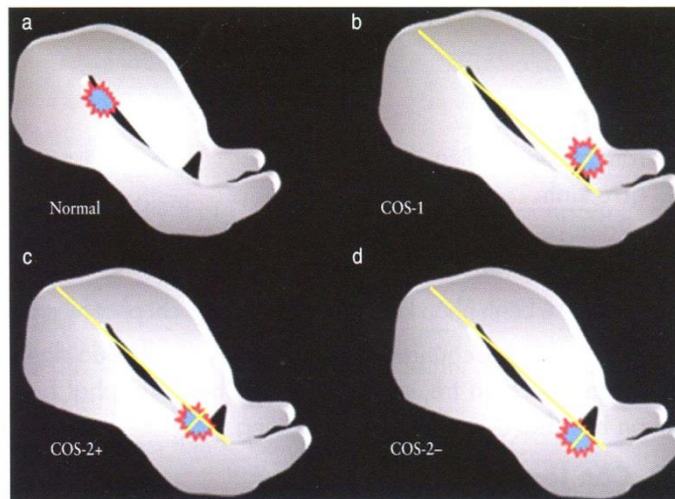
2.1. Lâm sàng

- 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.

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm ngả âm đạo kết hợp với Doppler
 - + Túi thai nằm giữa bàng quang và phần trước đoạn eo tử cung, lớp cơ tử cung giữa bàng quang và túi thai không có hay rất mỏng (1-3 mm).
 - + Với siêu âm 3D Doppler có phình mạch máu quanh túi thai, có hình ảnh mất liên tục của vách trước tử cung trên mặt cắt ngang qua túi ối.
 - + Buồng tử cung không có hình ảnh túi thai.
 - + Kênh cổ tử cung không có hình ảnh túi thai.
- Để phân nhóm thai OSMLT có một khái niệm trong hình ảnh siêu âm tam cá nguyệt đầu đó là Crossover sign (COS). Trong mặt cắt dọc giữa của siêu âm tử cung, so sánh đường thẳng nối từ lỗ trong cổ tử cung đến đáy tử cung chứa nội mạc tử cung và đường kính trước sau túi thai:
 - + COS-1: Túi thai xâm lấn vào sẹo mổ và mặt trước cơ tử cung, lớn hơn 2/3 đường kính trước sau túi thai nằm phía trên đường nối nội mạc.

- + COS-2: Túi thai xâm lấn vào sẹo mổ và mặt trước cơ tử cung, nhỏ hơn 2/3 đường kính trước sau túi thai nằm phía trên đường nối nội mạc. Trong đó, lại chia ra:
 - COS-2- có sự giao nhau của đường kính trước sau túi thai và đường nối nội mạc.
 - COS-2+ không có sự giao nhau của đường kính trước sau túi thai và đường nối nội mạc.



Hình mô phỏng mối liên hệ giữa túi thai ngoài tử cung, sẹo mổ cũ và nội mạc mặt trước thân tử cung trong dấu hiệu COS trên siêu âm.

Chẩn đoán chính xác giúp tránh sai sót khi nhầm lẫn với thai trong tử cung dẫn đến can thiệp nong nạo gây xuất huyết ồ ạt cần phẫu thuật khẩn cấp.

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

2.3. Chẩn đoán phân biệt

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

3. DIỄN TIẾN

Thai ở sẹo MLT diễn tiến thành 2 loại:

- Loại I (COS-2): túi thai phát triển hướng vào trong eo tử cung hay buồng tử cung, có thể tiến triển đến sinh sống, nhưng có nguy cơ xuất huyết ồ ạt nơi nhau bám.
- Loại II (COS-1): túi thai cắm sâu trong khe hở sẹo MLT và tiến triển gây vỡ tử cung trong 3 tháng đầu và xuất huyết ồ ạt nguy hiểm tính mạng.

Chẩn đoán Thai ngoài tử cung 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

4. 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.

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Ngưng hoạt động tim thai và loại bỏ túi thai
- Bảo tồn khả năng sinh sản (nếu đủ điều kiện).
- Tùy theo mức độ khẩn cấp của diễn tiến bệnh mà có biện pháp điều trị phù hợp.
- + Nếu xuất huyết ồ ạt: cần can thiệp phẫu thuật cấp cứu, có khả năng phải cắt 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 nạo 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.

4.2. Điều trị nội khoa

Điều trị với Methotrexate (MTX)

- **Chỉ định:** các trường hợp thai < 14 tuần, huyết động ổn định và không chống chỉ định dùng MTX.
- + Thai lưu ≤ 8 tuần, βhCG tăng: tiêm MTX 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 50 mg/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 25mg (hoặc KCl) vào tim thai, phối hợp MTX 25mg tiêm vị trí bánh nhau. Sau 60 - 90 phút siêu âm kiểm tra xác định đã mất tim thai và xem có xuất huyết tại chỗ hay không, tiêm bắp 25mg MTX (tổng liều 75mg MTX).
- **Chống chỉ định** điều trị MTX (xem phác đồ điều trị TNTC)
- **Bilan xét nghiệm trước điều trị bằng MTX** (xem phác đồ điều trị TNTC)
- **Sau thủ thuật:** sử dụng kháng sinh, go hồi tử cung, cầm máu.

+ Kháng sinh: Ceftriaxone 1g 1lọ x 2 tiêm tĩnh mạch 2 ngày, sau đó chuyển qua Cephalosporin thế hệ 3 phối hợp với Metronidazole 250 mg 2 viên (uống) x 2 lần/ngày trong 7 ngày.

+ Oxytocin 5 đơn vị (TB 2 lần/ngày đến khi xuất viện).

+ Thuốc cầm máu: Acid Tranexamic 500mg 1 viên (uống) x 2 lần/ngày x 5 ngày.

+ Hướng dẫn BN hạn chế vận động, nên nằm nghỉ.

– **Tiêu chuẩn điều trị ngoại trú.** Có đầy đủ tiêu chuẩn sau:

+ Lâm sàng ổn định, không đau bụng, hết ra huyết âm đạo

+ Kích thước khối thai < 5 cm

+ 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: 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 Doppler: khối thai và tăng sinh mạch máu mỗi tuần/3 tuần → mỗi tháng đến khi kích thước túi thai không quan sát được và chỉ số tưới máu giảm. Đường kính khối thai:

▪ < 5-7cm: theo dõi đến khi không còn.

▪ > 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.

▪ 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 tưới máu.

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

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

4.3. Điều trị ngoại khoa

4.3.1. Nong nạo

– **Chỉ định:**

+ Một số ít trường hợp β hCG < 2.000 mUI/ml sau khi điều trị MTX, chảy máu khối thai rút ra hoặc khối thai không giảm kích thước.

+ Phân độ trên siêu âm là COS-2-

– Nong nạo không nên là điều trị đầu tiên vì có nguy cơ thủng tử cung và xuất huyết ồ ạt cần phẫu thuật cấp cứu cắt tử cung.

– Cần tư vấn nguy cơ thủng tử cung, tổn thương bàng quang niệu quản phải chuyển phẫu thuật nếu cần thiết, chuẩn bị máu, dịch truyền trước thủ thuật.

– Kỹ thuật: sử dụng Karman 1 van, đặt vị trí ống hút số 6 hay số 8 phía trên vết mổ cũ, hút nhẹ nhàng (tránh hút ngay vết mổ cũ vì nguy cơ tổn thương VMC vốn rất mỏng và nhau đã xâm lấn nhiều), hút vừa đủ mô (mục tiêu là giảm thể tích khối thai không cố gắng lấy hết toàn bộ).

– Khi có chảy máu trung bình - nhiều: đặt bóng chèn bơm 20 - 30 ml nước muối sinh lý có hiệu quả cầm máu. Rút bóng chèn sau 12-24 giờ.

4.3.2. Foley kết hợp với hút thai

– Chỉ định: Thai ngoài tử cung tại vị trí vết mổ có tuổi thai ≤ 8 tuần.

– Đặt Foley để đẩy khối thai tách khỏi vết mổ:

+ Thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm.

+ Ống Foley sử dụng 14 hoặc 16. Bơm 20 - 25ml nước cất để đẩy khối thai lên và Foley ép vào vết mổ.

+ Nếu Foley rớt trước 6 tiếng và chưa có dấu hiệu sảy sẽ được đặt lại lần 2 và chèn 1 tampon. Nếu Foley rớt sau 6 tiếng kèm dấu hiệu sảy ta sẽ tiến hành hút thai

+ Lưu Foley 24 giờ

+ Sử dụng kháng sinh ngay sau khi đặt Foley.

+ Sau 24 giờ rút Foley và hút thai dưới hướng dẫn siêu âm:

+ Sử dụng Karman 1 van và ống hút số 6. Chừa một ít mô nhau ở vị trí vết mổ cũ, không cố gắng lấy hết hay hút sạch vì có nguy cơ tổn thương cơ tử cung gây chảy máu nhiều.

+ Thuốc gò tử cung: Oxytocin 5 đơn vị, 2 ống tiêm bắp và Misoprostol 200 mcg x 3 viên đặt trực tràng.

+ Nếu tình trạng bệnh ổn sau 48 giờ được xuất viện cho theo dõi ngoại trú

– Theo dõi ngoại trú:

+ BN được hẹn tái khám mỗi tuần trong 3 tuần đầu, sau đó mỗi tháng cho đến khi mất khối thai, β hCG về bằng 0, không có tăng sinh mạch máu.

+ Dẫn dò BN không làm việc nặng, không đi lại nhiều, không giao hợp.

+ Tái khám theo hẹn hoặc khi đau bụng nhiều hoặc ra huyết Δ Đ nhiều (2 băng vệ sinh mỗi giờ trong 2 giờ).

– Dấu hiệu BN phải nhập viện lại:

+ β hCG tăng.

+ Kích thước khối echo hỗn hợp ở SMLT tăng.

+ Tăng sinh mạch máu nhiều.

4.3.3. Phẫu thuật

– Chỉ định: khi có 1 trong 3 yếu tố:

+ Tuổi thai ≥ 14 tuần

+ > 40 tuổi và không có nguyện vọng sinh sản.

+ Huyết động không ổn định, xuất huyết nhiều có choáng hay không.

– Phẫu thuật thường khó khăn vì khối nhau có thể xâm lấn bàng quang. Cần tư vấn nguy cơ tổn thương bàng quang niệu quản. Chuẩn bị máu, dịch truyền trước phẫu thuật.

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

4.4. Phối hợp nhiều kỹ thuật.

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

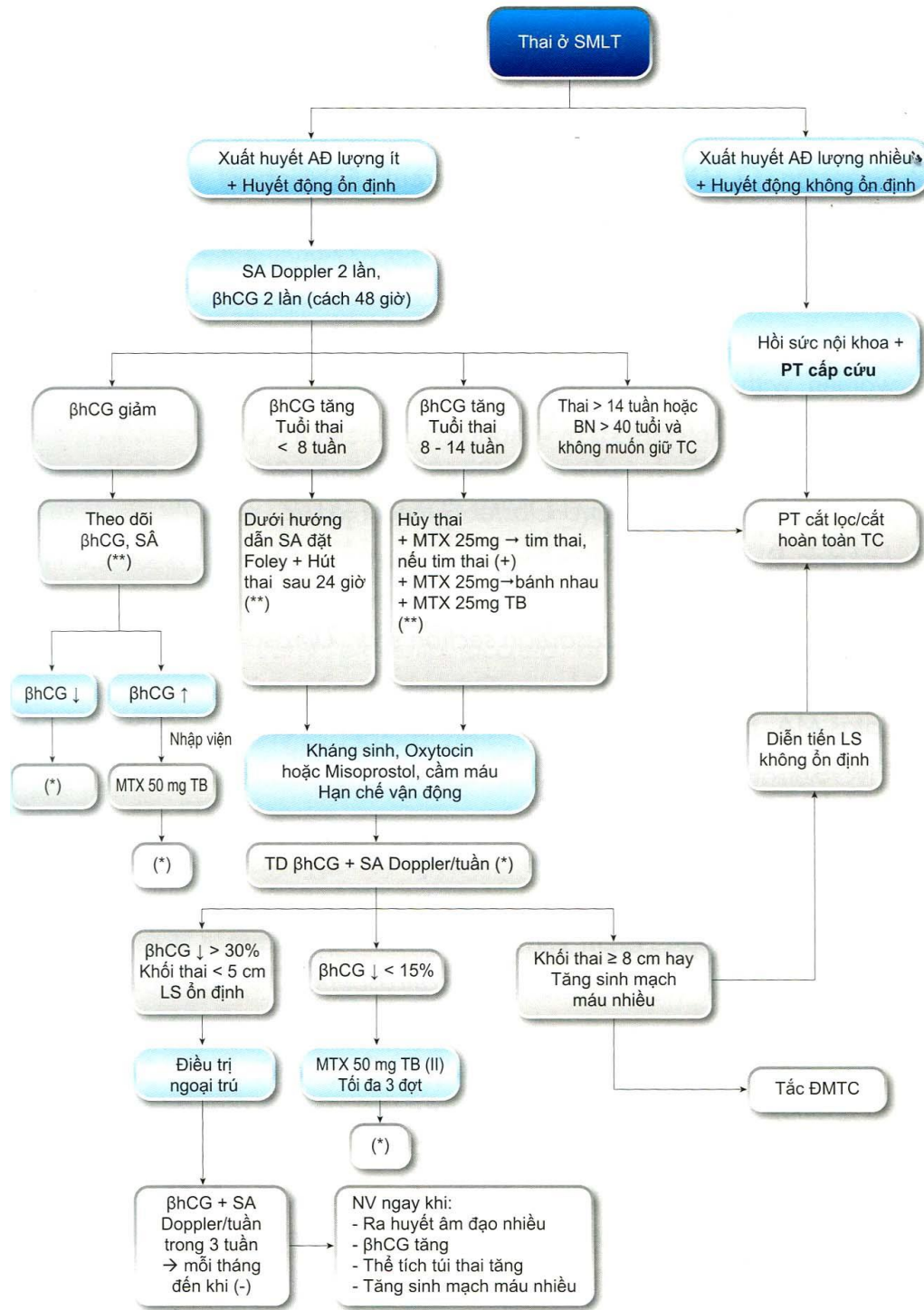
- MTX tại chỗ + toàn thân và nong nạo: Nong nạo chỉ áp dụng cho các trường hợp ổn định, $\beta\text{hCG} < 2.000 \text{ mUI/ml}$ có chảy máu và khối thai rút ra.
- MTX tại chỗ/toàn thân + tắc động mạch tử cung. Có hiệu quả cao trong các trường hợp khối thai to có nhiều mạch máu. Đặc biệt cho các trường 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 sẹo.
- Tắc động mạch tử cung + phẫu thuật, nhằm hạn chế chảy máu, Yang và Yeng đề xuất kết hợp tắc động mạch tử cung chọn lọc trước phẫu thuật để giảm tai biến và bảo tồn khả năng sinh sản.
- Chờ đợi không can thiệp và theo dõi. Với thai ở sẹo MLT là thai lưu nhỏ hơn 8 tuần, tổng trạng ổn định, $\beta\text{hCG} < 1.000 \text{ mUI/ml}$ 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.

4.5. Tai biến theo phương pháp điều trị

- MTX tiêm bắp (62,1%)
- Nong và nạo (61.9%)
- Thuyên tắc ĐMTC (46.9%)
- Soi buồng tử cung (18.4%)
- MTX tại chỗ/vào thai + toàn thân (9.7%)

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

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



(*): Theo dõi ngoại trú

(**): kết hợp phương pháp khác tùy trường hợp cụ thể

5. CHUYỂN VIỆN: Khi thai bám sọc mô lấy thai > 8 tuần

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.

- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RONG KINH – RONG HUYẾT

1. ĐẠI CƯƠNG

- 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

Bảng 2: Phân loại

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 huyết - rong kinh	Không đều	Kéo dài	Nhiều

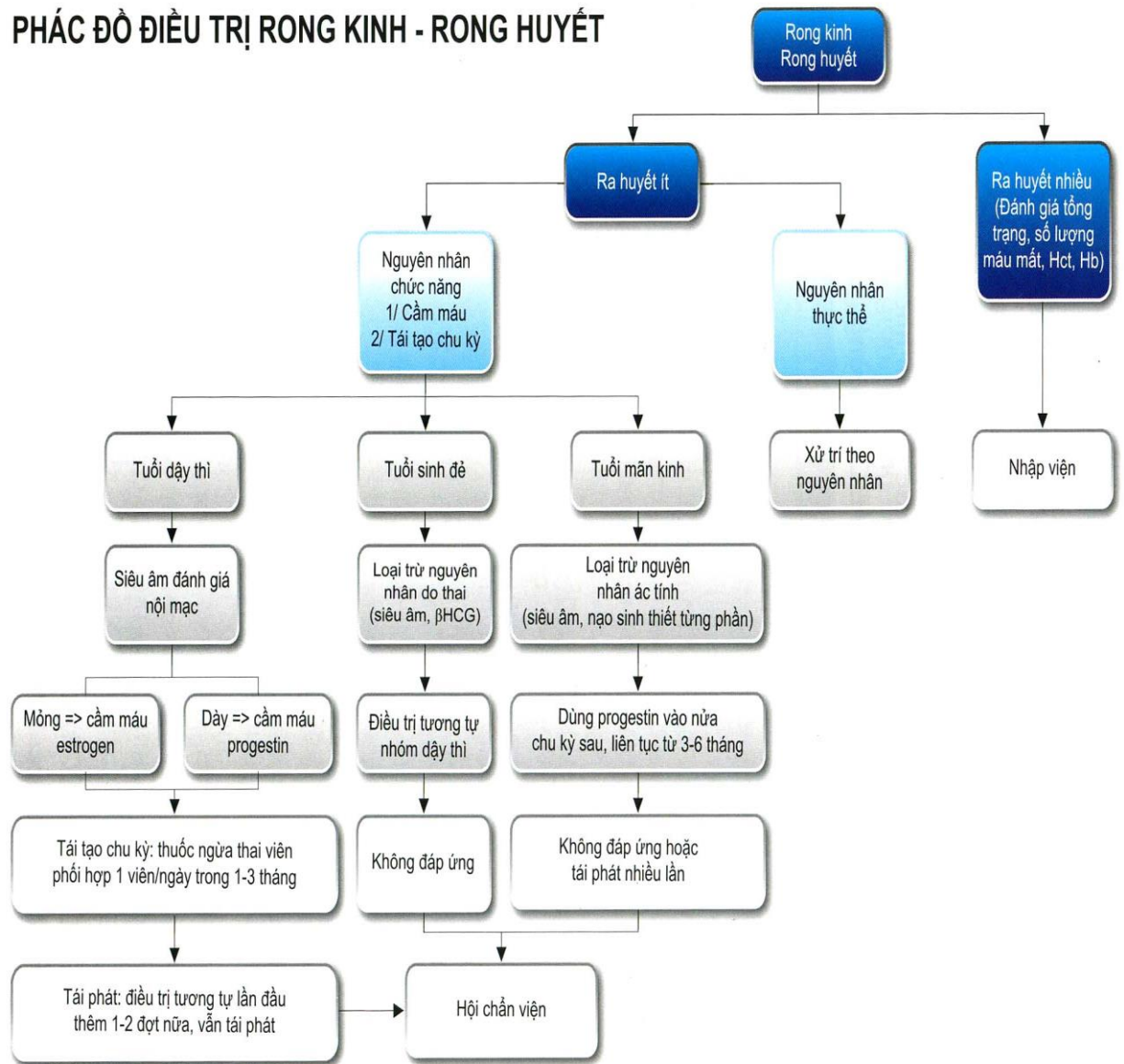
Bảng 3. Các nguyên nhân XHTCBT thường gặp theo tuổi.

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	+++ ++ + Hiếm Hiếm

	Rối loạn tuyến giáp	Hiếm
Quanh mãn kinh	Nguyên nhân chức năng	40%
	Ung thư cổ tử cung	4-5%
	Ung thư nội mạc tử cung, ung thư buồng trứng	-
	Viêm sinh dục	Hiếm
	Biến chứng mang thai	-
	Rối loạn tuyến giáp	-
Mãn kinh	Viêm teo nội mạc tử cung/ âm đạo	30%
	Dùng nội tiết estrogen	30%
	Ung thư nội mạc tử cung	15%
	Polype cổ tử cung, nội mạc tử cung	10%
	Tăng sinh nội mạc tử cung	5%
	Khác (ung thư cổ tử cung, sarcoma tử cung, chấn thương)	10%

2. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RONG KINH - RONG HUYẾT



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH NỘI MẠC TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

– Tăng sinh nội mạc tử cung là chẩn đoán mô học được định nghĩa là có sự tăng sinh bất thường về kích thước và hình dạng của tuyến nội mạc tử cung, làm tăng tỷ lệ tuyến/mô đệm so với nội mạc TC bình thường.

1.1. 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.

1.2. Các 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

- Tuổi dậy thì (do chu kỳ không phóng noãn).
- Phụ nữ trẻ; tiền mãn kinh; quanh mãn kinh (do suy giảm progesterone của hoàng thể).
- + Nội sinh: phụ nữ béo phì, buồng trứng sản xuất estrogen, thiếu năng buồng trứng, hội chứng buồng trứng đa nang.
- + Ngoại sinh: điều trị nội tiết estrogen đơn thuần.
- + Các bệnh lý đi kèm như tiểu đường, cao huyết áp.
- 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.

2. TRIỆU CHỨNG - CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Xuất huyết tử cung bất thường, thường đi kèm với đau co thắt vùng bụng dưới.
- Âm đạo có huyết từ buồng TC.
- Có thể phát hiện đi kèm cùng buồng trứng, buồng trứng đa nang, tăng sinh tuyến thượng thận.

2.2. 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.

2.3. 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).

2.4. Soi BTC

- Có thể thấy những hình ảnh như NMTC dày lên, có những đường viền, rãnh sung huyết, những nhu 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.

3. XỬ TRÍ

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

3.1. 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.

3.2. Nhóm trẻ tuổi và chưa mãn kinh

3.2.1. 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.

3.2.2. Tăng sinh không điển hình

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

3.3. Nhóm tuổi mãn kinh

3.3.1. Tăng sinh điển hình

- Đang điều trị nội tiết thay thế thì chỉ cần ngưng thuốc.
- Có búi 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 lặp 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.

3.3.2. Tăng sinh không điển hình

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

3.4. 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- 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 thành mạc.
 - + Trong cơ tử cung.
 - + Dưới niêm mạc.
 - + Có thể ở CTC hoặc trong dây chằng rộng.

2. 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.

2.1. 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, tiểuắt nhất, 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.

2.2. 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.

2.3. 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).

3. XỬ TRÍ

3.1. Mục tiêu điều trị

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

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

- Kích thước và vị trí khối u xơ (to hay nhỏ, dưới niêm mạc, trong cơ hay dưới thành 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.

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

3.2.1. Progestins

- Lynestrenol 5mg: liều 1 viên x 2 lần/ngày (uống).
- Norethisterone 5mg: liều 1 viên X 2 lần/ngày (uống).
- Dydrogesterone 10-30mg/ ngày.
- Nomegestrol acetate 5mg: liều 1 viên 1 lần/ngày (uống).
- Tùy theo mức độ xuất huyết hoặc nhu cầu có con:
 - + Có thể điều trị từ ngày thứ 16 đến 25.
 - + Hay từ ngày thứ 5 tới 25 của chu kỳ.
 - + Hoặc liên tục, trong 3 - 6 tháng.
- Dụng cụ tử cung 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.

3.2.2. Thuốc ngừa thai phối hợp: Làm teo NMTC, do đó giảm bớt tình trạng cường kinh trong UXTC.

3.2.3. Chất đồng vận GnRH

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

Thuốc đắt tiền, hiệu quả có giới hạn nên chỉ sử dụng khi thật cần thiết. Nên dùng 3 tháng trước phẫu thuật để nhân xơ nhỏ lại và phẫu thuật ít mất máu.

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

3.2.4. Các phương pháp điều trị nội khoa khác

- Antiprogestins (RU-486).
- Danazol và Gestrinone (Androgenic steroids): Có hiệu quả nhưng tác dụng phụ nhiều.

3.3. Phẫu thuật

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

- UXTC to ≥ 12 tuần có triệu chứng.
- Xuất huyết tử cung bất thường điều trị nội thất bại.
- UXTC dưới niêm, rong huyết.
- Có biến chứng (chèn ép bàng quang, niệu quản).
- UXTC hoại tử, nhiễm trùng nội thất bại.
- UXTC to nhanh, nhất là sau mãn kinh.
- Kết hợp với các bệnh lý khác: K CTC, K NMTC, Tăng sinh NMTC không điển hình, sa sinh dục.
- Vô sinh, sảy thai liên tiếp.
- 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.

3.3.1. Bóc nhân xơ

- UXTC ở cơ và dưới thanh mạc \rightarrow mở bụng hoặc nội soi ổ bụng.
- UXTC dưới niêm mạc \rightarrow nội soi BTC.
- UXTC thoái hóa sa xuống âm đạo \rightarrow cắt khối u qua đường âm đạo.

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

3.3.3. 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 luôn đến động mạch tử cung, rồi bơm vào chất plastic hay gel tạo cục máu làm giảm nuôi dưỡng u và kết quả giảm kích thước khối u xơ.
 - + Sau thủ thuật dùng thuốc giảm đau không steroid hoặc Paracetamol, KS dự phòng và theo dõi biến chứng (chảy máu, nhiễm trùng...) BN được xuất viện sau 1 ngày.

3.3.4. Nội soi buồng tử cung cắt NXTC dưới niêm mạc

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ U PHÂN PHỤ

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHẨN ĐOÁN

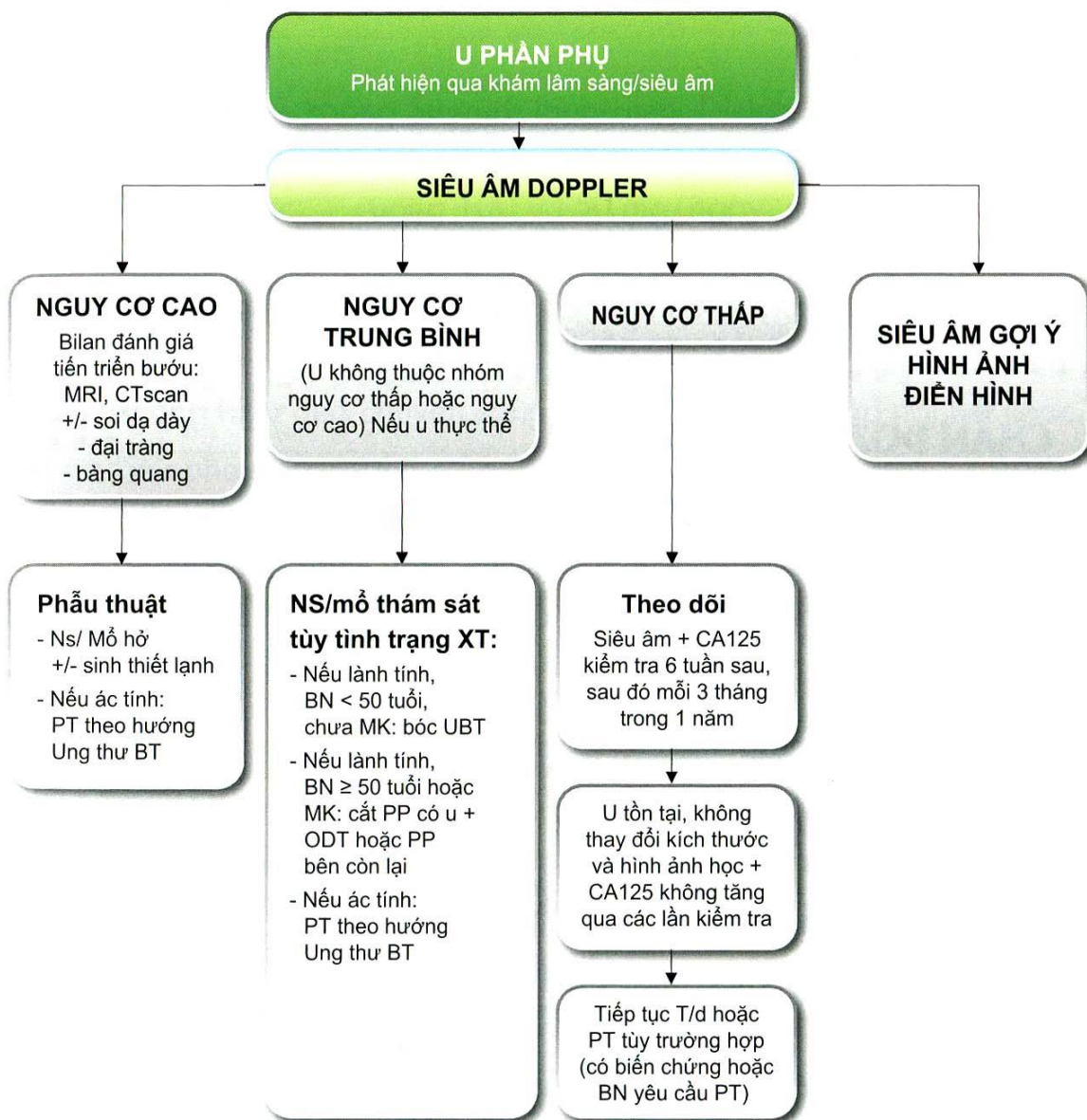
2.1. Lâm sàng

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

2.2. Cận lâm sàng

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

3. XỬ TRÍ



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG (ENDOMETRIOSIS)

1. ĐỊNH NGHĨA

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

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

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

2.2. Cận lâm sàng

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

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

3. ĐIỀU TRỊ

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

3.2. Mục tiêu điều trị

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

3.3. Lựa chọn điều trị

3.3.1. Điều trị nội khoa

- Kháng viêm không Steroid: Ibuprofen, Diclofenac, Celecoxib
- Ibuprofen: uống 600 - 1200mg/ngày, chia 2 - 3 lần, hoặc
- Diclofenac: uống 100 - 150mg/ngày, chia 2 - 3 lần, hoặc
- Celecoxib: uống 100 - 200mg x 2 lần/ngày.
- Thuốc viên ngừa thai kết hợp: Khuyến cáo điều trị liên tục trong 3 tháng có hiệu quả giảm đau hơn là ngắt quãng. Nếu sau 3 tháng không hiệu quả chuyển sang điều trị với biện pháp nội tiết khác.
- Liệu pháp progestin
- + Progestin dạng uống: progestin đơn thuần được sử dụng, được FDA chấp nhận.
- + Norethindrone acetate: 5 - 20mg uống mỗi ngày, có hiệu quả trong đa số trong thống kinh và viêm vùng chậu mãn tính.

- + Medroxyprogesterone acetate: 150mg TB mỗi 3 tháng.
- + Dụng cụ phóng thích Etonogestrel (Implanon): dùng trong LNMTC nặng, thống kinh.
- Danazol: Tác dụng giảm đau tương tự GnRH đồng vận. Liều dùng: 400 - 600 mg/ngày. Hiện nay rất hạn chế sử dụng vì nhiều tác dụng phụ.
- GnRH đồng vận là lựa chọn thứ hai nếu không đáp ứng với COC hoặc progestin, hoặc sau LNMTC tái phát, hoặc còn tồn tại sang thương LNMTC sau mổ. Phối hợp với liệu pháp Addback: Norethindrone acetate (NETA) 5 mg/ngày trong 6-12 tháng.
- + Triptorelin 3,75 mg/28 ngày (Tiêm bắp).
- + Triptorelin 11,25 mg/3 tháng (Tiêm bắp).
- + Leuprorelin acetat 3,75 mg/28 ngày (Tiêm bắp).
- + Goserelin acetat 3,6 mg/28 ngày (Tiêm dưới da vùng bụng).
- Dinogest (Visanne 2mg) 1v uống/ngày bất kể ngày kinh, tác dụng giảm đau tốt, điều trị lâu dài, nhưng giá thành còn cao.(cập nhật mới)

3.3.2. Điều trị ngoại khoa

- Chỉ định
- + Đau không đáp ứng với điều trị nội;
- + Hiếm muộn có U LNMTC ở BT > 3 cm;
- + LNMTC sâu;
- + LNMTC ở BT > 3 cm không triệu chứng: được xử trí như khối phần phụ.

- Xử trí:

Cá thể hóa từng trường hợp, tùy thuộc vào:

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

3.3.3. Điều trị nội khoa kết hợp ngoại khoa

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

- Bệnh nhân trẻ, chưa đủ con;

- Bệnh nhân cần trì hoãn phẫu thuật;
- Bệnh nhân có triệu chứng đau và được đánh giá giai đoạn nặng trong phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TIỀN MÃN KINH VÀ MÃN KINH

1. TIỀN MÃN KINH

1.1. Đại cương

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

1.2. Chẩn đoán

- 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 gây ra tổn thương dị dưỡng hoặc tăng sinh nội mạc TC.
- RLKN: chu kỳ ngắn hoặc thừa, 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.
- Cận lâm sàng: Đo lường nội tiết không có ý nghĩa.

1.3. Điều trị

- Có nhu cầu ngừa thai bằng thuốc: thuốc ngừa thai.
- Không có nhu cầu ngừa thai bằng thuốc: điều trị bằng Progesteron.
- + Thuốc ngừa thai thế hệ mới 20 mcg Ethinyl Estradiol và 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: dùng 10 ngày mỗi tháng để ra kinh khi ngưng thuốc.

2. MÃN KINH

2.1. Đại cương

Xác định mãn kinh khi mất kinh liên tiếp 12 tháng.

2.2. Chẩn đoán

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

2.3. Điều trị

- Mục đích: ĐT các triệu chứng than phiền.
- Chỉ định
- + Triệu chứng vận mạch nhẹ.

- + Thay đổi lối sống: tập thể dục, yoga, thư giãn.
- + Điều trị nội tiết.
- + Vitamin E, thuốc bổ.
- + Khẩu phần ăn có đậu nành & chế phẩm estrogen thực vật.
- + Khẩu phần ăn cá, ít thịt, nhiều rau quả tươi.
- Chống chỉ định tuyệt đối
- + K sinh dục phụ thuộc estrogen: vú, NMTC.
- + Thuyên tắc mạch đang diễn tiến.
- + Bệnh lý gan, nhất là gan mật đang diễn tiến.
- Chống chỉ định tương đối
- + Rối loạn mãn tính chức năng gan.
- + THA không kiểm soát.
- + Tiền căn thuyên tắc mạch.
- + Tiểu porphyrine cấp từng hồi.
- + Tiểu đường không kiểm soát được.
- Tác dụng phụ của estrogen thay thế
- + Xuất huyết âm đạo.
- + Tăng cân, giữ nước, buồn nôn, đau vú, thay đổi tính khí.
- + Tăng sinh NMTC, K.NMTC, xuất huyết AĐ bất thường.
- + K vú: estrogen trị liệu làm bộc lộ K vú chưa biểu hiện → tăng xuất độ K vú.
- Thời gian sử dụng
- + HRT nên dùng ở liều thấp nhất & thời gian ngắn nhất có thể trong ĐT trước MK, nên bắt đầu điều trị sớm trước khi mãn kinh thật sự.
- + Không nên dùng sau 60 tuổi.
- Lựa chọn thuốc
- + Chọn thành phần Estrogen: nên chọn loại tự nhiên.
- + Nên bổ sung Progestin ≥ 10 ngày/ tháng.
- + Estradiol valerate 2mg Cyproteron acetate 1mg Estradiol valerate 2mg Norgestrel 0,5mg Tibolone 2,5mg Estradiol 2mg Norethisteron acetate 1mg Estradiol valerate 2mg Norgestrel 0,5mg Estradiol valerate 2mg
- + **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)

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SA CÁC TẠNG VÙNG CHẬU

1. ĐẠI CƯƠNG

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

1.1. Những quy ước: Có 9 mốc cần đo

- Đơn vị cm, BN ở tư thế sản phụ khoa, đầu cao 450, rặn trong quá trình đánh giá.
- Dụng cụ: van AĐ, thước đo, kẹp tim, pozzi.
- Điểm cố định: Aa, Ap cách NĐ, mép màng trinh 3cm.
- Điểm thay đổi: Ba, Bp là điểm phồng ra xa nhất của đoạn AĐ từ Aa, Ap đến túi cùng trước và sau khi BN rặn ± hỗ trợ kéo CTC ra bằng pozzi hoặc kẹp tim.
- Cùng đo: C, D (được tính nếu còn TC).
- Gh: khe niệu dục.
- Pb: thể sàn chậu (nút sàn chậu).
- Tvl: chiều dài AĐ.
- Trên/dưới mép màng trinh đánh dấu -/+ trước số đo.

Vị trí giải phẫu so với thành AĐ	Tạng chậu sa và phân loại			XN cần thiết
Thành trước (ngăn trước)	Sa BQ: trung tâm, bên kết hợp		SA NĐ	Niệu động học
Vòng 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 lồi trong TrTr-HM		MRI động ± Niệu động học
Tổn thương	Tổn thương cơ thất trong và ngoài HM			Siêu âm 3D cơ thất HM ngả TrTr

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

1.2. 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 AD nếu đã cắt TC).
- + Ngăn sau (sa trực tràng).
- 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.
- 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.

1.3. Phân độ

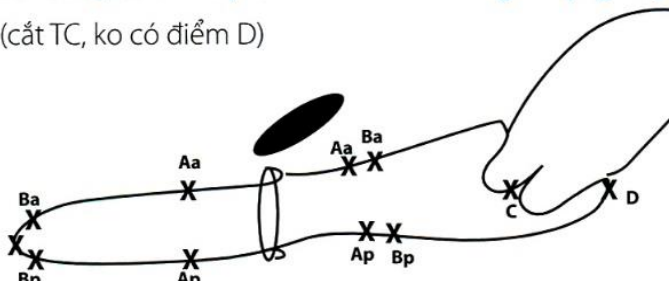
- Độ 0: không sa tạng chậu.
- + Aa, Ba, Ap, Bp: 3cm nằm trên màng trinh.
- + Điểm C hay D: $tv1 - 2cm < C, Ds \leq tv1$.
- Độ I: $B > 1$ cm trên màng trinh.
- Độ II: B trong khoảng ± 1 cm trên dưới màng trinh.
- Độ III: $B > 1$ cm dưới màng trinh đến $< tv1 - 2cm$.
- Độ IV: sa toàn bộ, $B \geq (tv1 - 2)cm$.

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)



Aa	Ba	C
Gh	Pb	Tvl
Ap	Bp	D

+3 _{Aa}	+8 _{Ba}	+8 _C	-3 _{Aa}	-3 _{Ba}	-8 _C
4.5 _{gh}	1.5 _{pb}	8 _{tv1}	2 _{gh}	3 _{pb}	10 _{tv1}
+3 _{Ap}	+8 _{Bp}	--	-3 _{Ap}	-3 _{Bp}	-10 _D

2. CÁC XÉT NGHIỆM VÀ PHƯƠNG TIỆN HỖ TRỢ CHẨN ĐOÁN

2.1. XNTP thường quy (như các bệnh lý phụ khoa khác), lưu ý

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

2.2. Bilan niệu động học

- Thường quy với bệnh nhân có bệnh lý các tạng chậu thuộc ngăn trước:
- Tiểu không kiểm soát khi gắng sức (TKKSKGS), sa BQ.
- Hướng dẫn chỉ định điều trị đối với sa BQ và niệu đạo.

- Đối chiếu KQ điều trị trước - sau mổ đối với sa thành trước AD.
- Ở BN có bệnh lý các tạng chậu thuộc ngăn giữa và dưới, còn làm niệu động học khi BN có triệu chứng rối loạn chức năng đường tiêu dưới hoặc khi nghi ngờ khối sa chèn ép lên BQ và cổ BQ.

2.3. Chụp MRI động (Defecography)

Khảo sát toàn bộ cấu trúc sàn chậu cùng các tạng 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 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.

2.4. Siêu âm 3D ngã trực tràng

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

2.5. Đo áp lực ống HM, cơ thắt HM

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

2.6. Đo điện cơ tầng sinh môn

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

3. 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 đầy đủ các thông tin:

- Sa tạng nào.
- Số lượng tạng bị sa.
- Độ sa của tạng đó.
- 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.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nội khoa

- **Chỉ định:** Trong các trường hợp sa các tạng độ 1 -2, chưa có biến chứng hay chưa ảnh hưởng chất lượng sống BN.
- **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 bàng quang, tử cung, trực tràng ngã âm đạo và điều trị Tiểu không kiểm soát khi gắng sức.

4.2. Ngoại khoa

– 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.

– Lựa chọn phương pháp PT tùy thuộc

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

4.3. Chỉ định PT điều trị sa tạng vùng chậu

Sa tạng chậu từ độ 2 theo POP-Q, có triệu chứng hay biến chứng, ảnh hưởng chất lượng cuộc sống người bệnh, thất bại điều trị bảo tồn 3-6 tháng (pessary) hoặc người bệnh yêu cầu được PT sau khi đã được đánh giá tư vấn đầy đủ.

4.4. Các phương pháp PT

4.4.1. Sa thành trước

- Sa BQ: nâng bàng quang bằng mảnh ghép tổng hợp polypropylene, may phục hồi cân ngang BQ-CTC qua ngã AĐ/ NS ổ bụng/mổ hở (repaire of paravaginal defect) khi sa BQ bên < độ 2, may gấp nếp cân BQ-CTC khi sa BQ thể trung tâm < độ 2.
- Niệu đạo: đặt sling dưới niệu đạo (đặt TOT, mini sling hoặc TVT trong trường hợp tiểu không kiểm soát khi gắng sức nặng nghi do suy co 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 S: 2 lần PT đặt sling dưới niệu đạo.

4.4.2. Sa thành sau

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

4.4.3. Sa TC, mỏm cắt

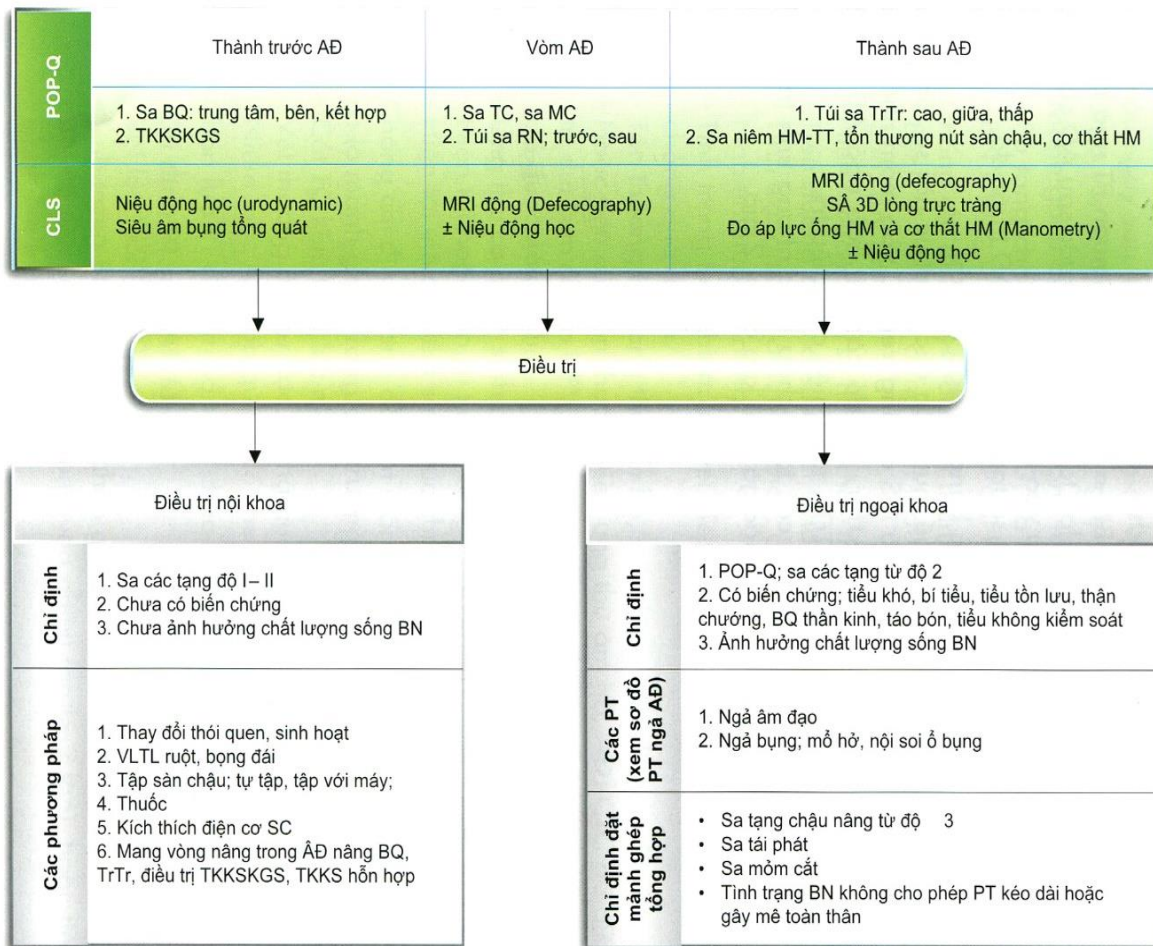
- Cố định TC/MC vào mồm nhô bằng chỉ không tan hoặc mảnh ghép tổng hợp.
- Cố định TC/MC vào dây chằng cùng - gai bằng chỉ không tan hoặc mảnh ghép tổng hợp.
- May ngắn dây chằng TC cùng hai bên bằng chỉ không tan (may trong phúc mạc).
- Cố định MC vào dây chằng TC - cùng.
- Cốt tử cung và cố định mồm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

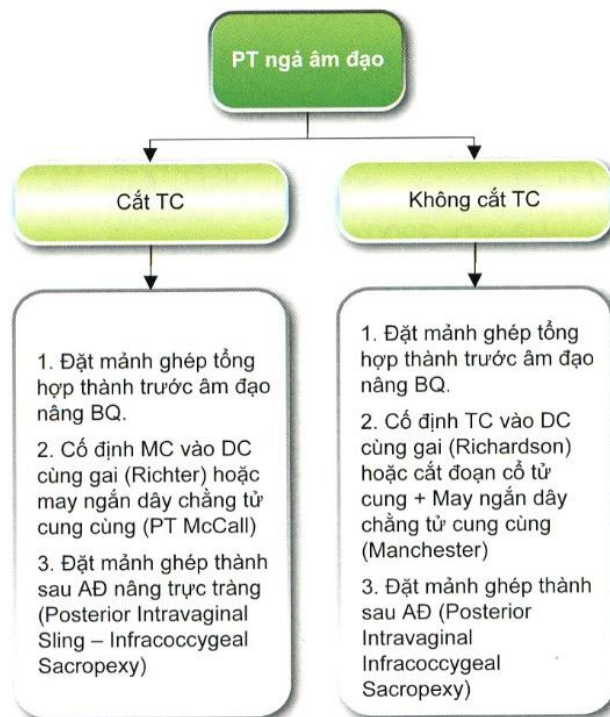
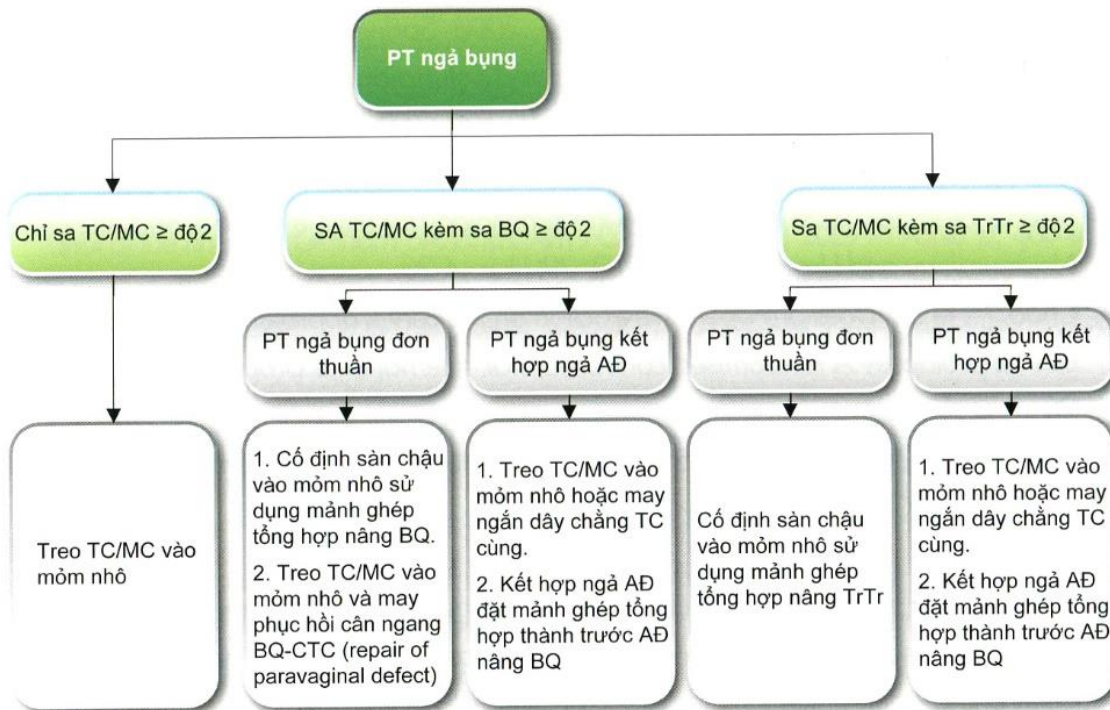
4.5. Chỉ định và chống chỉ định đặt mảnh ghép tổng hợp

PT đặt mảnh ghép tổng hợp là PT ưu thế trong việc đạt hiệu quả giải phẫu ngay sau mổ và giữ cho hiệu quả PT kéo dài hơn, giảm tỷ lệ tái phát so với PT cắt TC hoặc may gấp nếp AĐ sửa hội âm kinh điển.

- Mảnh ghép được chỉ định trong trường hợp sa tạng chậu nặng từ độ 3, sa tái phát, sa 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, AĐ, CTC chưa điều trị ổn.
 - + Hoặc tiền căn tổn thương tiền ung thư âm hộ, AĐ, CTC đã điều trị dứt kèm nhiễm HPV type nguy cơ ung thư cao kéo dài đến nay đã được xác định.
 - + Ung thư cơ quan sinh dục, đường tiêu hóa và tiết niệu dưới.
 - + Hiện tại hoặc tiền sử xạ trị vùng bụng chậu.
 - + Hiện tại viêm nhiễm sinh dục chưa điều trị.
- Chống chỉ định tương đối đặt mảnh ghép tổng hợp đặt ra do nguy cơ lộ mảnh ghép trong các trường hợp sau
 - + Cắt TC kèm theo lúc mổ.
 - + Vết thương ở niệu đạo, bàng quang, trực tràng trong lúc mổ.
 - + Niêm mạc AĐ còn quá ít để che phủ mảnh ghép.
- Chọn lựa PT điều trị sa tạng chậu ngã AĐ hay ngã bụng.
 - + Chỉ định PT ngã AĐ 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 ngã bụng.
 - + Chỉ định PT ngã bụng khi
 - BN trẻ ≤ 60 tuổi hoặc BN ≤ 70 tuổi mong muốn PT ngã bụng.
 - Sa TC/MC độ 3-4, sa lộn toàn bộ thành trước sau AĐ cần PT cố định TC/MC/sàn chậu vào mồm nhô.
 - Thất bại với PT điều trị sa tạng chậu ngã AĐ trước đó.
 - + Chỉ định PT kết hợp ngã bụng và ngã AĐ khi

- Kỹ năng PTV không thể thực hiện các PT phục hồi sa tạng chậu khó qua ngã bụng như NS ổ bụng treo TC vào mỏm nhô và đặt mảnh ghép nâng BQ-TrTr, khi đó cần kết hợp ngã АД 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.





TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.

- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TUYẾN VÚ LẠNH TÍNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Phân loại dựa trên triệu chứng lâm sàng:

Đau vú <ul style="list-style-type: none">- Theo chu kỳ- Không theo chu kỳ Khối u vú <ul style="list-style-type: none">- 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 <ul style="list-style-type: none">- Tiết sữa- Tiết dịch núm vú bất thường Viêm nhiễm tuyến vú <ul style="list-style-type: none">- 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
---	---

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Bệnh sử
- + Khởi phát và tần suất xuất hiện triệu chứng: tiết dịch núm vú, u cục ở vú, đau vú...
- + Tình trạng kinh nguyệt (còn kinh, mãn kinh).
- + Có sử dụng nội tiết hay không (thuốc ngừa thai, nội tiết thay thế).
- Tiền sử
- + Ung thư gia đình.
- + Sinh thiết vú có tăng sản không điển hình, đột biến gen BRCA1, BRCA2
- + Phẫu thuật vú, xạ trị, ...
- Thăm khám Quan sát:
- + Sự đối xứng hai bên vú.
- + Thay đổi da, núm vú.
- + Co kéo, nhô ra.
- Sờ nắn:
- + Vú, nếu có u phải ghi nhận các tính chất của u vú.
- + Vùng nách, vùng hạch trên đòn.
- Tư thế bệnh nhân:
- + Ngồi với cánh tay thư giãn, hai tay giơ lên khỏi đầu, hai tay chống hông.
- + Tư thế nằm ngửa.

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: cần thực hiện ở tất cả BN.
- Nhũ ảnh:
 - + BN \geq 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 Lymphoma 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 > 15mm
 - + Khi FNA nghi ngờ ác tính
 - + Tình huống LS cần chẩn đoán mô học hỗ trợ
- Sinh thiết mở (open biopsy)
 - + Khi core biopsy không thực hiện được.
 - + Không có sự tương đồng giữa kết quả chẩn đoán hình ảnh và lâm sàng.
- Sinh thiết có định vị: dưới siêu âm hoặc nhũ ảnh
 - + Siêu âm: khi LS không sờ thấy u nhưng siêu âm thấy u.
 - + Nhũ ảnh: khi LS và siêu âm không thấy u nhưng nhũ ảnh nghi ngờ.

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

2.3.1. 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 tình 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.

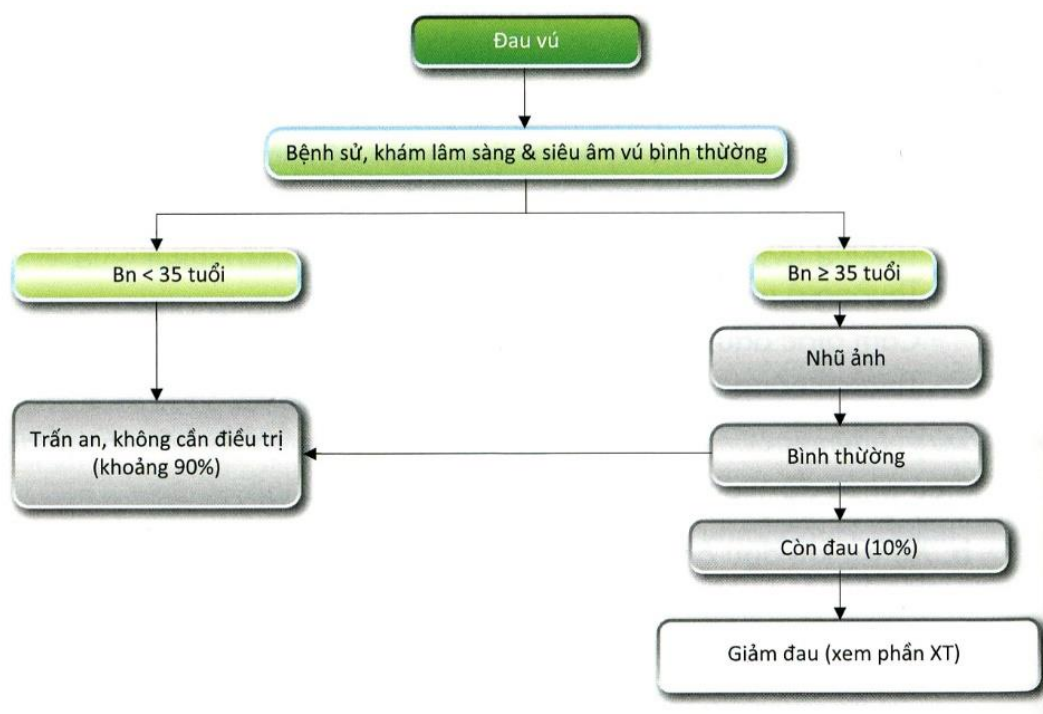
Lưu ý: những trường hợp đau vú trong thai kỳ và thời kỳ hậu sản (tham khảo phác đồ Viêm vú - áp xe vú).

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

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

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

Cân nhắc hiệu quả và tác dụng phụ của thuốc.



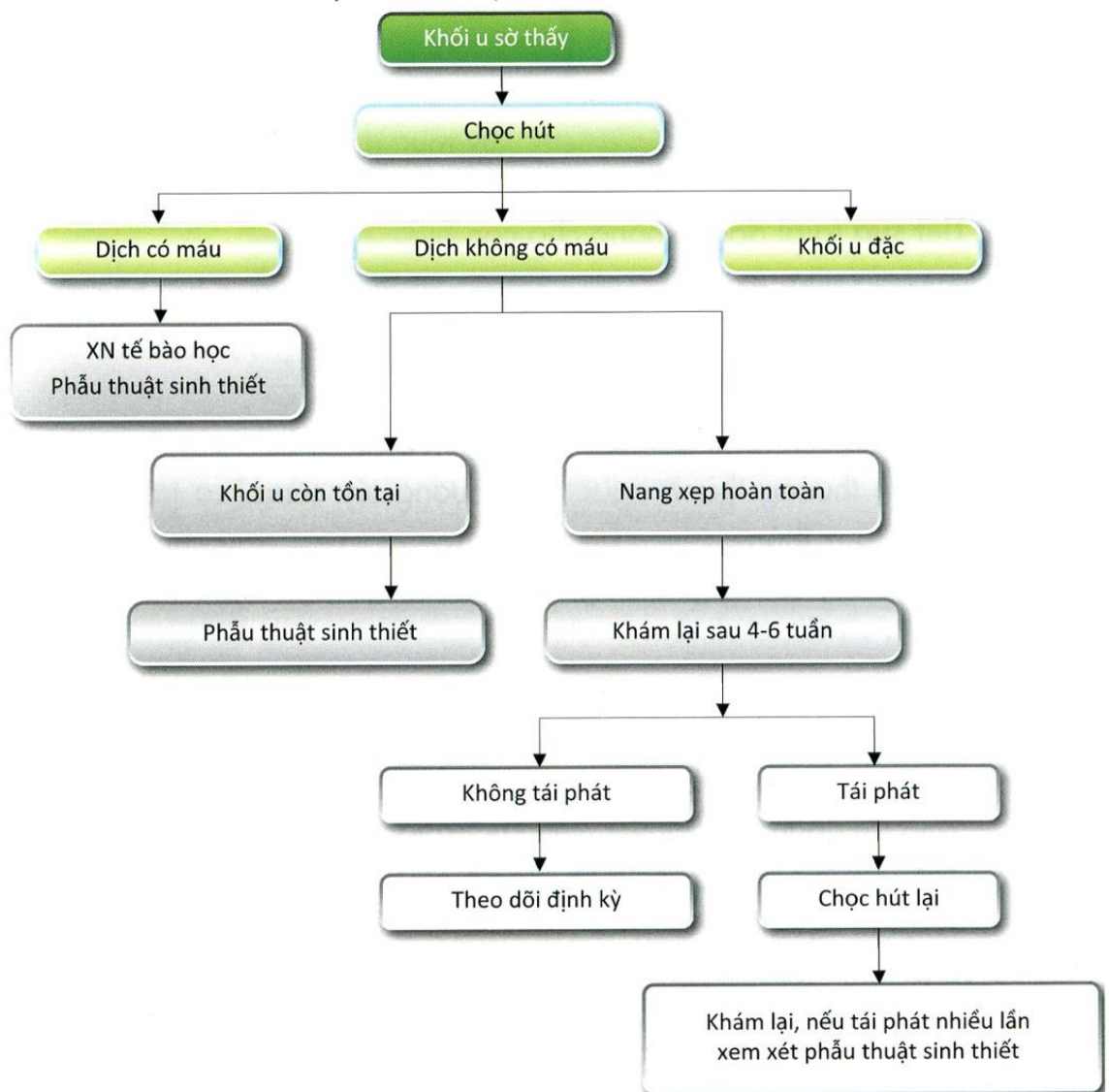
2.4. Khối u vú lành tính

2.4.1. Chẩn đoán

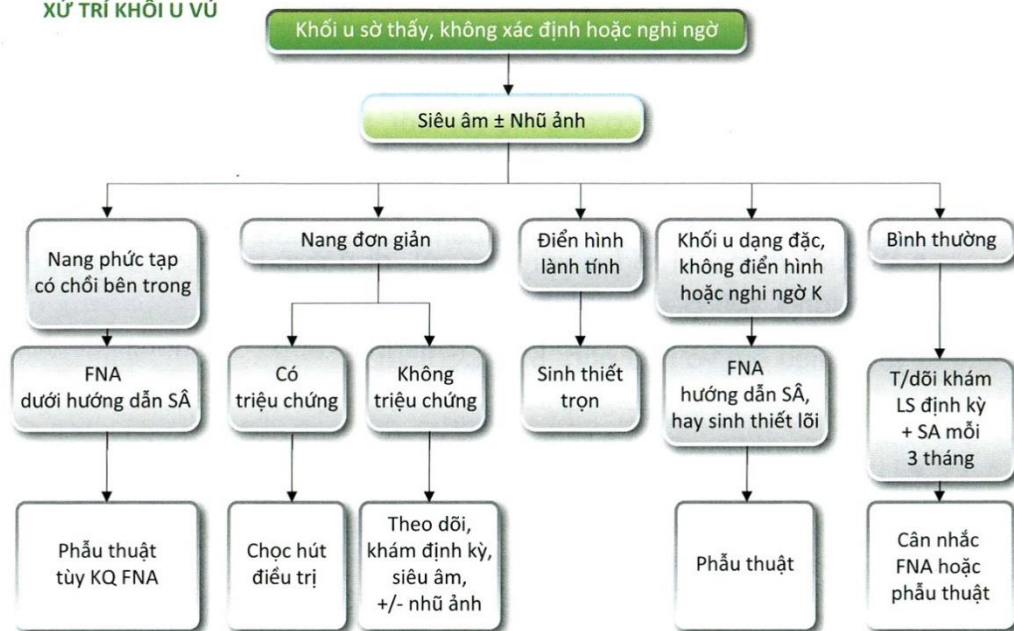
- Ghi nhận các nguy cơ ung thư vú: tuổi, tiền sử ung thư vú trong gia đình, tiền sử cá nhân bị ung thư vú, sinh thiết có tăng sản không điển hình; tiền căn phẫu thuật tuyến vú.
- Lâm sàng ghi nhận kích thước, vị trí (so với núm vú), di động, mật độ căng chắc, trơn láng, bờ rõ, dạng đặc hay dạng nang.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

2.4.2. Xử trí

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



XỬ TRÍ KHỐI U VÚ



2.5. Tiết dịch núm vú

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

- Là hiện tượng tiết dịch giống sữa, tự phát, thường là hai bên và từ nhiều ống tuyến, do tăng nồng độ prolactine.
- Nguyên nhân
 - + U tuyến yên (phù gai thị, rối loạn thị giác,...)
 - + Chấn thương thành ngực, tổn thương tủy sống, xơ gan, nhược giáp, suy thận...
 - + BN đang sử dụng: estrogen liều cao, thuốc chống trầm cảm ba vòng và Cimetidine,...
- Cận Lâm Sàng
 - + Tăng prolactine máu.
 - + TSH (Thyroid Stimulating Hormone).
 - + MRI để đánh giá u tuyến yên khi Prolactine tăng cao và/hoặc có triệu chứng thị giác trên LS.
 - + CTscan nếu BN chống chỉ định chụp MRI.
- Xử trí
 - + Tùu theo nguyên nhân.
 - + Điều trị tăng prolactine máu bằng Bromocriptine 2,5 mg: liều khởi đầu 1,25 - 2,5 mg/ngày, sau đó tăng thêm 2,5 mg mỗi 2 ngày -7 ngày. Liều duy trì 2,5 - 15 mg/ngày. Theo dõi trong khoảng 3 tháng, nếu hết tiết sữa thì ngưng thuốc.

2.5.2. 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
- + Prolactinê máu
- + Siêu âm
- + Nhũ ảnh
- + Chụp ống tuyến sữa
- + Tế bào học dịch vú.
- Xử trí: theo sơ đồ



2.6. Viêm vú và nhiễm trùng (tuân thủ theo phác đồ Áp xe vú)

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ÁP XE VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Áp xe vú là tình trạng viêm, hóa mủ và tụ mủ khu trú ở mô vú.

1.1. Phân loại:

- Áp xe vú nguyên phát:
- + Áp xe vú trong giai đoạn tiết sữa.
- + Áp xe vú ngoài giai đoạn tiết sữa.
- Áp xe vú thứ phát: Sau nhiễm trùng vùng dưới da núm vú như viêm tuyến bã, xạ trị.

1.2. Dịch tễ

- 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.

1.3. Tác nhân

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

1.4. 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.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. 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.

2.2. Cận lâm sàng

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

2.3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Cương tức tuyến vú.
- Tắc ống dẫn sữa.

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

3. XỬ TRÍ

3.1. 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).

3.2. Điều trị nội

- Kháng sinh - kháng viêm - giảm đau.
- Nguyên tắc điều trị kháng sinh: điều trị kháng sinh ngay khi có chẩn đoán xác định.
- + Điều chỉnh kháng sinh khi có kết quả kháng sinh đồ.
- + Điều trị kháng sinh trước và duy trì 10 -14 ngày sau dẫn lưu ổ mủ.
- Nhiễm trùng nhẹ
- + Dicloxacillin hoặc Cloxacillin 500 mg 1 viên x 4 lần/ngày, uống trong 10-14 ngày.
- + Nếu không đáp ứng trong 24 - 48 giờ chuyển sang Cephalexin 500mg 1 viên x 4 lần/ngày, uống trong 10-14 ngày.
- Hoặc Cefadroxyl 500mg 2 viên x 2 lần/ngày, uống 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 quầng vú) phối hợp thêm: Clindamycin 300mg 1 viên x 4 lần/ngày, uống trong 10-14 ngày.
- Hoặc Metronidazole 250mg 2 viên x 2 lần/ngày, uống trong 10-14 ngày.
- + Nếu nghi ngờ tụ cầu đề kháng Methicillin (MRSA): Trimethoprim/ Sulfamethoxazole 160mg/800 mg 1 viên x 2 lần/ngày, uống trong 10-14 ngày.
- Hoặc Clindamycin 300 mg 1 viên x 4 lần/ngày, uống trong 10-14 ngày.
- Nhiễm trùng nặng
- + Vancomycin (15 mg/kg truyền TM mỗi 12 giờ).
- + Có thể phối hợp Cephalosporin thế hệ 3 hoặc beta-lactam/chất ức chế beta-lactamase.

3.3. Điều trị ngoại khoa

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

4. THEO DÕI

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỐT SAU MỔ LẤY THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

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.

Các nguyên nhân gây sốt sau mổ lấy thai



2. CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ

2.1. 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.

2.2. 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.

2.3. Tắc ống dẫn sữa

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

2.4. Áp xe vú

- Kháng sinh, giảm đau.
- Rạch áp xe, dẫn lưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BÍ TIỂU SAU SINH MỔ

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. 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, 3 giờ tiểu 1 lần (mở sonde) cho tới lúc tạo được cảm giác mắc tiểu, cho sản phụ tiểu qua sonde → rút sonde.
- Thuốc: (khi các phương pháp trên thất bại)
 - + (Malva purpurea + camphomonobromid + xanh methylen) 2 viên x 3 lần/ngày, uống trong 5 ngày.
 - + Alfuzosin 5 mg 1 viên x 2 lần/ngày, uống trong 5 ngày (giảm áp lực niệu đạo).
 - + Nếu sử dụng thuốc không hiệu quả thì tiến hành đặt thông tiểu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỨC MẠC SAU PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm phúc mạc (VPM) là một trong các tai biến nhiễm trùng nặng sau phẫu thuật.
- Tỷ lệ VPM sau mổ lấy thai khoảng 1 - 4/10.000 và sau mổ phụ khoa là khoảng 1-3/10.000.

1.1. Phân loại chung

- VPM nguyên phát: không tổn thương tạng, do vi khuẩn từ đường tiêu hóa hay đường máu vào trong ổ bụng mà không có nguồn rõ ràng. Có khoảng 10-30% bệnh nhân xơ gan cổ trướng bị VPM nguyên phát với tỷ lệ tử vong khoảng 25%.
- VPM thứ phát: là hậu quả của viêm cơ quan nội tạng (như viêm ruột thừa, viêm túi thừa), không thủng tạng <10%, có thủng tạng > 50%, tai biến nhiễm trùng phẫu thuật ổ bụng, phẫu thuật sản phụ khoa... cần điều trị bằng phẫu thuật.
- VPM tái phát: tái phát nhiễm trùng sau khi điều trị VPM đầy đủ, thường thấy ở những bệnh nhân có bệnh lý đi kèm hoặc những người đang suy giảm miễn dịch.

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

1.2. Yếu tố nguy cơ

1.2.1. Do bệnh nhân

- Suy dinh dưỡng, điều kiện kinh tế thấp.
- Có bệnh nội khoa: gan, thận, tiểu đường.
- Thiếu máu Hb < 12 g/dl.
- > 60 tuổi, béo phì.
- Có vết mổ cũ.
- Thời gian nằm viện trước mổ càng lâu nguy cơ nhiễm trùng tăng; nằm viện 1 ngày nguy cơ nhiễm trùng 1,1%, nằm viện 1 tuần nguy cơ nhiễm trùng 2%, nằm viện hơn 2 tuần nguy cơ nhiễm trùng 4,3%.
- Thời gian chuyển dạ, vỡ ối kéo dài làm tăng nguy cơ nhiễm trùng.

1.2.2. Do phẫu thuật

- Phẫu thuật (PT) phức tạp, thời gian phẫu thuật dài, nguy cơ nhiễm trùng tăng gấp 2 lần sau mỗi giờ PT ngay cả vết mổ sạch.
- PT mất máu nhiều, có máu tụ, nhiều mô hoại tử, nhiều vật lạ.
- Kháng sinh dự phòng thất bại.
- PT trong phòng mổ nhiễm, PT cấp cứu nhiễm trùng tăng gấp 2 lần.

1.3. Nguyên nhân:

- Các loại vi trùng gây VPM:
 - + VT hiếu khí thường gặp: Lactobacillus, Streptococcus, Diptheroides, 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.

2. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

2.1. 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.

2.2. Triệu chứng thực thể

- Mạch nhanh, sốt > 38°C, nhịp thở nhanh nông.
- Bụng: phản ứng dội, đau, thành bụng cứng, bụng chướng với nhu động ruột giảm hoặc không có. (Đau bụng có thể không rõ ở bệnh nhân sau mổ lấy thai hoặc có cổ tử cung do xơ gan).

2.3. Triệu chứng Cận lâm sàng

- Huyết đồ, bạch cầu tăng > 11.000/mm³, 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.

2.4. Hình ảnh chẩn đoán

- 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.

2.5. 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 giá trong 80% trường hợp).

- + Nhuộm Gram.
- + Protein toàn phần, Glucose, Albumin.
- + Lactate dehydrogenase, Amylase, Lipase.
- Trong VPM nguyên phát: thường dịch ổ bụng có nhiều bạch cầu đa nhân (BCĐN) ≥ 250 /mm³ (nếu cấy dương tính, có thể gặp một loại vi trùng trong 90% trường hợp).
- VPM thứ phát: bạch cầu đa nhân ≥ 250 BC/mm³ hay ≥ 500 BC/mm³ (cấy có thể gặp nhiều loại vi trùng). VPM thứ phát điển hình có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:
 - + Protein toàn phần trong dịch ổ bụng > 1 g/dL.
 - + Glucose dịch ổ bụng < 50 mg/dL (2,8 mmol/L).
 - + Tăng lactate dehydrogenase ≥ 225 UI/L.
- Các trường hợp VPM do ung thư, viêm tụy, xuất huyết vào dịch ổ chướng, lao phúc mạc, cũng có BCĐN ≥ 250 BC/mm³, nhưng tỉ lệ BCĐN thường < 50% tổng số BC. Thêm vào đó cấy vi trùng thường âm tính.
- Dịch ổ bụng cấy mọc nhiều loại vi trùng nhưng BCĐN < 250 BC/mm³ 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.

2.6. Chẩn đoán

- **Lâm sàng**
 - + Sốt > 38°C kéo dài.
 - + Đau bụng nhiều.
 - + Có phản ứng thành bụng (sau MLT thành bụng nhão dấu hiệu không rõ).
 - + Chướng bụng, liệt ruột.
 - + Dịch ổ bụng.
 - + Choáng nhiễm trùng, nếu để muộn.
- **Phối hợp với các kết quả cận lâm sàng**
 - + BC > 11.000 BC/mm³.
 - + 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 mờ, xét nghiệm dịch ổ bụng: có BC đa nhân > 250 BC/mm³, tế bào mũ. VPM thứ phát điển hình có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:
 - Protein toàn phần trong dịch ổ bụng > 1g/dL.
 - Glucose dịch ổ bụng < 50mg/dL (2,8 mmol/L).
 - Tăng Lactate dehydrogenase ≥ 225 IU/L.

2.7. Chẩn đoán phân biệt

- Áp xe dưới hoành, dưới gan, trong ổ bụng, vùng chậu, viêm phúc mạc do ruột thừa vỡ.
- Liệt ruột, xoắn ruột, lồng ruột, rối loạn tiêu hóa.
- Viêm hạch mạc treo, viêm ruột thừa, viêm tụy, viêm phần phụ, viêm cầu thận.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. 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.

3.2. Hồi sức

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

3.3. Kháng sinh

- Kháng sinh phổ rộng và phối hợp nhiều kháng sinh sử dụng ngay khi nghi ngờ nhiễm trùng, dịch ổ bụng có BCĐN ≥ 250 BC/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 2g TM mỗi 8 giờ x 5 -14 ngày; thuốc vào dịch ổ bụng tốt và không hại thận; tác dụng phụ thường gặp là nổi mẩn đỏ.
 - + Ceftriaxon 1 - 2g/24 giờ x 5 - 14 ngày.
 - + Ampicilin-sulbactam 3g TM mỗi 6 giờ x 5 - 14 ngày.
 - + Quinolones (Ofloxacin, Ciprofloxacin) x 7 ngày.
 - + Các kháng sinh có tác dụng trên vi trùng kỵ khí: Metronidazole, Cefotetan, Ticarcillin-Kali clavulanat, Piperacilin-tazobactam, Ampicilin-sulbactam, Imipenem.

3.4. Phẫu thuật

- Phẫu thuật mở bụng khẩn cấp: lấy sạch ổ nhiễm trùng, rửa sạch ổ bụng và dẫn lưu, lưu ý hóc 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.

3.5. 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.

4. DỰ PHÒNG

- Chuẩn bị tốt bệnh nhân trước mổ, thực hiện đầy đủ các quy trình vô trùng.
- Kháng sinh dự phòng các phẫu thuật sản phụ khoa.

- Các trường hợp phẫu thuật khó, dính, có dịch cổ chướng từ trước phẫu thuật, chảy máu nhiều, khó cầm máu, ... nên đặt dẫn lưu mủm cắt hoặc qua hóc 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 hồi tử cung, màu sắc, mùi hôi sản dịch nếu có là đã có nhiễm trùng 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 mủm cắt âm đạo, nếu nghi ngờ kiểm tra bằng siêu âm và nên tháo mủm vào ngày hậu phẫu thứ 3 để thoát máu, dịch ứ đọng, tránh nhiễm trùng lan rộng gây VPM.

5. 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.

6. 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:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

- 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.
- 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 vô điều kiện. Không đảm bảo quy trình chăm sóc trước, trong và sau sinh.
 - + Điều trị không tốt các nhiễm khuẩn đường sinh dục trước sinh.
 - + Cơ địa kém, suy giảm miễn dịch, béo phì.
 - + Bệnh lý tiền sản giật, thiếu máu, chuyển dạ kéo dài, ối vỡ non, vỡ sớm.
 - + Sốt nhau, rách âm đạo, cổ tử cung.
 - + Mầm bệnh hiện diện sản: vi khuẩn (tụ cầu vàng, Ecoli...), nấm Candida albicans...

2. CÁC HÌNH THÁI, CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

2.1. Nhiễm khuẩn tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo

- Do rách tầng sinh môn phức tạp, rách hoặc cắt tầng sinh môn mà không khâu hoặc khâu không đúng kỹ thuật, không đảm bảo vô khuẩn khi khâu tầng sinh môn, sót gạc trong âm đạo.
- Triệu chứng: sốt nhẹ 38°C - 38,5°C, vết khâu tầng sinh môn sưng tấy, đau, trường hợp nặng có mủ. TC co hồi bình thường, sản dịch không hôi.
- Điều trị:
 - + Cắt chỉ tầng sinh môn nếu vết khâu tấy đỏ có mủ. Vệ sinh tại chỗ hàng ngày bằng oxy già (nếu vết khâu có mủ), hoặc Povidon iodine.
 - + KS (uống hoặc tiêm).

2.2. Nhiễm trùng tử cung

- Đây là hình thái hay gặp, nếu không điều trị kịp thời có thể dẫn đến các biến chứng khác nặng hơn như: viêm chu cung, viêm phúc mạc, chậu, 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 BVTD 2014): Escherichia coli, Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus,...

2.2.1. Chẩn đoán

- Lâm sàng
 - + Triệu chứng cơ năng: sốt, đau hạ vị, có thể xuất huyết âm đạo muộn.
 - + Triệu chứng toàn thân
 - $T \geq 38^{\circ}\text{C}$.
 - 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,...
- + Cây máu, sản dịch

2.2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Nhiễm trùng vết mổ.
- Viêm vú, áp xe vú.
- Viêm đài bể thận cấp.
- Viêm khối
- Viêm tắc tĩnh mạch sâu.
- Các bệnh lý nhiễm trùng không liên quan thai kỳ: viêm ruột thừa, nhiễm trùng siêu vi...

2.2.3. Xử trí

- 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.
- Chọn lựa kháng sinh
- + Sử dụng KS phổ rộng chống cả vi trùng kỵ khí sinh p-lactamase.
- + Đối với nhiễm trùng tử cung nhẹ /hậu sản sinh 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 1**
- + Nhiễm trùng tử cung không nặng (sau sinh ngã AĐ): 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 80 mg/2 ml 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 500 mg/100ml 1 chai x 2 - 3 lần/ngày (Truyền TM) trong 7 ngày.
 - Hoặc Cephalosporin thế hệ 3 (Cefofaxim hoặc Ceftriaxon hoặc Ceftazidim) + Metronidazol 500mg/100ml chai x 2-3lần/ngày (Truyền TM) trong 7 ngày.

- Hoặc Clindamycin 600 - 900mg mỗi 8 giờ (TB/Truyền TM) + Gentamicin 80mg/2 ml 3 - 5mg/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 15mg/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 15mg/kg/ngày (TB/Truyền TM), có thể kết hợp thêm Metronidazol 500 g/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.
- **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.
- **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.

2.3. Viêm dây chằng rộng và phần phụ

Từ nhiễm khuẩn ở tử cung có thể lan sang các dây chằng (đặc biệt là dây chằng rộng) và các phần phụ như vòi trứng, buồng trứng

- Lâm sàng: xuất hiện muộn sau sinh 8-10 ngày.
- + Nhiễm trùng toàn thân, người mệt mỏi, sốt cao.
- + Sản dịch hôi, tử cung co hồi chậm
- + Thăm âm đạo thấy khối rắn đau, bờ không rõ, ít di động. Nếu là viêm dây chằng rộng ở phần trên hoặc viêm phần phụ thì khối u ở cao, nếu là viêm đáy của dây chằng rộng, nắn và phối hợp thăm âm đạo sẽ thấy khối viêm ở thấp, ngay ở túi cùng, có khi khối viêm dính liền với túi cùng, di động hạn chế. Khó phân biệt với đám quánh ruột thừa.
- Điều trị
- + Nghỉ ngơi, chườm lạnh, giảm đau, chống viêm.
- + 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.

2.4. Viêm phúc mạc (VPM) tiểu khung

- VPM thứ phát là hình thái nhiễm khuẩn lan từ TC, dây chằng rộng, phần phụ, đáy chậu.
- VPM nguyên phát là nhiễm khuẩn từ TC có thể không qua các bộ phận khác mà đi theo đường bạch mạch hoặc lan trực tiếp đến mặt sau phúc mạc, lan đến túi cùng sau, ruột, bàng quang lan đến đâu sẽ hình thành giả mạc và phúc mạc sẽ dính vào nhau tại đó, phản ứng sinh ra các túi dịch, chất dịch có thể là chất dịch trong (thể nhẹ), chất dịch có thể đục lẫn mủ hoặc máu (thể nặng).

- Tiến triển có thể khỏi hoặc để lại di chứng dính nếu là thể nhẹ; tiến triển vỡ khối mũ vào âm đạo, bàng quang, trực tràng nếu thể nặng. Nếu mũ vỡ vào ổ bụng sẽ gây VPM toàn bộ.
- Lâm sàng:
 - + 3-15 ngày sau sinh, sau các hình thái khác của nhiễm khuẩn hậu sản
 - + Sốt cao 39°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 mũ qua túi cùng sau.

2.5. 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 mũ, viêm phúc mạc tiểu khung điều trị không tốt
- Lâm sàng: 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.
- Cận lâm sàng:
 - + BC tăng, Neutrophil tăng, thiếu máu tán huyết. CRP tăng.
 - + Rối loạn điện giải và toan chuyển hóa, rối loạn chức năng gan thận.
 - + Cây 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.

2.6. Nhiễm khuẩn huyết

- Đây là hình thái nặng nhất. Có thể để lại nhiều di chứng thậm chí tử vong.
- Lâm sàng: xuất hiện 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).

- Cận lâm sàng: BC tăng, CRP tăng, procalcitonin (+), suy giảm chức năng gan -thận, rối loạn các yếu tố đông máu. Cây 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.

2.7. 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.
- Lâm sàng
- + 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.
- Cận lâm sàng: 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.

3. 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BUỒNG TRỨNG

1. ĐẠI CƯƠNG

U ác tính có thành phần mô học xuất phát từ buồng trứng.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán mô bệnh học

- **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 sảng.
- + 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.
- **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.
- **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).
- **Lympho**
- **Ung thư buồng trứng do di căn:** Ung thư buồng trứng di căn từ đại tràng, vú, ung thư dạ dày (U KRUKENBERG).

2.2. Chẩn đoán giai đoạn ung thư buồng trứng (theo FIGO) (trong phẫu thuật 2009).

- **Giai đoạn I:** ung thư phát triển giới hạn tại buồng trứng.
- + Giai đoạn IA: ung thư chỉ giới hạn ở một bên buồng trứng, không có bàng bụng, không có chồi sùi trên bề mặt buồng trứng, vỏ buồng trứng còn nguyên.
- + Giai đoạn IB: ung thư phát triển ở hai buồng trứng, không có bàng bụng, không có chồi sùi trên bề mặt buồng trứng, vỏ buồng trứng còn nguyên.

- + Giai đoạn IC: ung thư như 1A hoặc IB nhưng có những chồi sùi trên bề mặt của một hay hai buồng trứng, hoặc với vỏ buồng trứng bị vỡ, hoặc với dịch bàng bụng có buồng trứng ác tính, hoặc với mẫu rửa màng bụng dương tính.
- **Giai đoạn II:** ung thư phát triển ở một hay hai buồng trứng lan rộng đến các cơ quan trong tiểu khung.
 - + Giai đoạn IIA: lan rộng và/hoặc di căn đến tử cung và/hoặc ống dẫn trứng.
 - + Giai đoạn IIB: lan rộng ra các mô khác trong tiểu khung.
 - + Giai đoạn IIC: ung thư như giai đoạn IIA hoặc IIB, nhưng có chồi sùi trên bề mặt của một hay hai buồng trứng, vỏ buồng trứng bị vỡ hoặc với dịch bàng bụng có chứa tế bào ác tính hoặc với mẫu rửa màng bụng dương tính.
- **Giai đoạn III:** ung thư bao gồm cả một hay hai buồng trứng gieo rắc vào khoang phúc mạc bên ngoài tiểu khung và/hoặc có hạch sau phúc mạc và hạch bẹn. Đặc biệt, di căn bề mặt gan cũng thuộc giai đoạn III. Khối u thực sự giới hạn trong tiểu khung nhưng qua mô học xác định được sự lan tràn tế bào ác tính đến ruột non hay mạc nối.
 - + Giai đoạn IIIA: ung thư thực sự ở tiểu khung, không có hạch, nhưng bằng xét nghiệm mô học xác định được sự gieo rắc tế bào ung thư trên bề mặt khoang phúc mạc ổ bụng.
 - + Giai đoạn IIIB: ung thư ở một hay hai buồng trứng, qua mô học xác định được những gieo rắc tế bào ung thư ở bề mặt khoang phúc mạc ổ bụng, nhưng không vượt quá 2 cm đường kính, không có hạch.
 - + Giai đoạn IIIC: có những khối di căn ở ổ bụng > 2cm đường kính và/hoặc có hạch ở khoang phúc mạc sau hay hạch bẹn.
- **Giai đoạn IV:** ung thư ở một hay hai buồng trứng kèm di căn xa. Nếu có tràn dịch màng phổi thì phải có kết quả XN tế bào học dương tính mới phân vào giai đoạn IV.

2.3. Chẩn đoán Cận lâm sàng

- Dấu hiệu sinh học u: CA125, HE4, βhCG, AFP,... tùy dạng mô học.
- Chọn lựa các xét nghiệm sinh học u theo mô học.
 - + AFP (Alphafetoprotein).
 - + hCG (Human Chorionic Gonadotropin).
 - + PLAP (Placental Alkaline Phosphatase).
 - + LDH (Lactate Dehydrogenase).
 - + CA125 (Cancer Antigen 125).
 - + AAT (Alpha 1 Anti Trypsine).

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

Carcinom phổi	+	+	-	±
U hỗn hợp	±	±	-	±

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

3. 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.

3.1. 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 một đoạn ống tiêu hóa bị xâm nhiễm khi kiểm tra ruột và nghi ngờ bứu 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 bứu, chuỗi hạch lympho thành khối, dao mổ phải luôn đi ở mô bình thường ở cả bề mặt lẫn bề sâu, cố gắng cắt bỏ khối u tối ưu (sao cho phần còn sót lại phải < 1 cm).
- Phẫu thuật phải được tiến hành gọn, tránh rơi vãi bệnh phẩm vào khoang phúc mạc.

Khi phẫu thuật cần ghi nhận và mô tả trong tường trình phẫu thuật

- Tình trạng dịch ổ bụng, số lượng và màu sắc.
- Tình trạng khối u: kích thước, bề mặt, độ di động, mật độ và vị trí xâm lấn trực tiếp của khối u, khối u có bị vỡ hoặc gieo rắc tế bào trước hoặc trong khi phẫu thuật không.
- Mức độ xâm nhiễm vào các cơ quan khác trong vùng chậu hoặc ổ bụng tầng trên: bàng quang, ruột, dạ dày, bề mặt gan và tình trạng mạc nối lớn.
- Có sự hiện diện của các nốt di căn ở phúc mạc bụng và vùng chậu.
- Tình trạng hạch: hạch vùng chậu, hạch cạnh động mạch chủ, hạch mạc treo ruột.

4. CHUYỂN VIỆN:

Thực hiện phẫu thuật phân giai đoạn, có kết quả GPBL chuyển tuyến chuyên khoa điều trị tiếp theo

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư nội mạc tử cung (KNMTC) là K xuất phát từ NMTC
- Đứng thứ sáu trong các loại ung thư ở nữ giới, thứ hai trong ung thư phụ khoa.
- Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính yếu. Tỷ lệ điều trị khỏi và sống còn rất cao sau phẫu thuật.
- Yếu tố nguy cơ:
 - + Yếu tố nội tiết: cường estrogen kéo dài, rối loạn phóng noãn, hội chứng buồng trứng đa nang, dậy thì sớm, mãn kinh muộn.
 - + Sử dụng Tamoxifen.
 - + Yếu tố di truyền: gia đình có người bị KNMTC, K vú, K đại tràng (Hội chứng Lynch).
 - + Yếu tố thể trạng: béo phì, cao huyết áp, đái tháo đường.
 - + Chế độ ăn: nhiều mỡ động vật và nhiều năng lượng toàn phần.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng
 - + Phụ nữ mãn kinh: xuất huyết ÂĐ bất thường khoảng 80 - 90% TH.
 - + Phụ nữ còn kinh: RL kinh nguyệt, rong kinh, rong huyết.
 - + Giai đoạn muộn: đau do xâm lấn, chèn ép, tiểu máu, tiêu ra máu, báng bụng...
- Triệu chứng thực thể
 - + Khám âm đạo bằng tay và mỏ vịt: ghi nhận kích thước, một độ, độ xâm lấn, di động, dính...
 - + Giai đoạn sớm thường TC ít thay đổi kích thước và mật độ. Giai đoạn muộn tử cung xâm lấn, dính, kém di động, xâm lấn chu cung, âm đạo, trực tràng...

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm
 - + Siêu âm ngả âm đạo: đánh giá độ dày và cấu trúc của NMTC, đánh giá mức độ xâm lấn vào co TC, loại trừ các bệnh lý khác ở vùng chậu.
 - + Siêu âm bụng tổng quát: ghi nhận sự lan tràn và di căn của bệnh.
- Nạo sinh thiết kênh, lòng TC, lấy bệnh phẩm gửi GPB.
- Soi buồng tử cung: đánh giá sự lan rộng trên NMTC và sinh thiết đúng vị trí.
- Chụp cắt lớp vi tính (CT scan), chụp cộng hưởng từ ổ bụng (MRI) và PET CT: đánh giá mức độ xâm lấn, độ lan rộng của u, tình trạng di căn hạch.
- Các xét nghiệm khác
 - + Chụp Xquang phổi: tìm di căn phổi.
 - + CA125: tăng khoảng 50-60% trường hợp.
 - + ßhCG: loại trừ thai trong buồng TC.
 - + Xạ hình xương: khi nghi ngờ di căn xương.
 - + Chụp UIV, soi bàng quang, trực tràng: khi nghi ngờ xâm lấn các cơ quan này.

2.3. Giải phẫu bệnh

- Xác định loại mô học
- + Carcinoma dạng NMTC.
- + Carcinoma TB sáng, carcinoma tuyến thanh dịch, carcinosarcoma.
- + Ít gặp: carcinoma tuyến nhầy, TB gai, TB nhỏ, TB chuyển tiếp, TB thần kinh nội tiết, ...
- Xác định grad mô học, độ biệt hóa, xâm lấn mạch máu.

2.4. Phân loại giai đoạn theo FIGO 2009

- Giai đoạn I: bướu khu trú ở thân TC
- + IA: bướu khu trú ở nội mạc tử cung hay xâm lấn $< 1/2$ bề dày cơ tử cung.
- + IB: bướu xâm lấn $\geq 1/2$ bề dày cơ tử cung.
- Giai đoạn II: bướu lan tới mô đệm cổ tử cung.
- Giai đoạn III: bướu lan rộng tại chỗ và/hoặc tại vùng.
- + IIIA: bướu xâm lấn thanh mạc hoặc các phần phụ.
- + IIIB: bướu xâm lấn âm đạo và/hoặc chu cung.
- + IIIC: di căn hạch chậu hay hạch cạnh động mạch chủ bụng.
 - IIIC1: di căn hạch chậu.
 - IIIC2: di căn hạch cạnh động mạch chủ bụng.
- Giai đoạn IV: bướu xâm lấn vùng chậu hoặc có di căn xa.
- + IVA: bướu xâm lấn niêm mạc bàng quang hay trực tràng.
- + IVB: di căn xa (hạch bẹn, phổi, gan, xương, phúc mạc ổ bụng ...)

() bướu lan tới tuyến kênh cổ tử cung chưa xâm lấn mô đệm vẫn là giai đoạn I.*

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Phẫu thuật đánh giá giai đoạn

- Thực hiện qua mổ bụng hở, qua phẫu thuật nội soi.
- Cắt TC + 2 PP: điều trị chính trong KNMTC khu trú ở TC.
- Quan sát đánh giá bề mặt PM, thanh mạc, vòm hoành, sinh thiết những tổn thương nghi ngờ.
- Làm tế bào học ổ bụng (theo FIGO, AJCC).
- Cắt mạc nối lớn: u dạng thanh dịch, tế bào sáng hay carcinosarcoma.
- Lấy những hạch nghi ngờ, hạch lớn ở vùng chậu hay hạch cạnh mạch máu chủ bụng để loại trừ di căn hạch.
- Nạo hạch chậu khi:
 - + Bướu xâm lấn $> 1/2$ lớp cơ.
 - + Kích thước bướu > 2 cm.
 - + Grad 3.
 - + Mô học: TB sáng, thanh dịch, carcinosarcoma.
- Nạo hạch cạnh mạch máu chủ bụng từ vùng dưới thân, dưới mạc treo khi
 - + Tổn thương xâm lấn sâu.
 - + Grad mô học cao.
 - + Carcinoma thanh dịch, tế bào sáng hay carcinosarcoma.
 - + Hạch chậu bị di căn.

3.2. K NMTC giai đoạn I (dạng NMTC)

- Phẫu thuật cắt TC + 2 PP, phẫu thuật đánh giá giai đoạn, điều trị hỗ trợ tùy giai đoạn (xem mục 5).
- Không thể phẫu thuật (do có bệnh lý nội khoa, BN từ chối PT...): xạ trị hoặc xem xét điều trị nội tiết chọn lọc.

3.3. K NMTC giai đoạn II (dạng NMTC)

- Phẫu thuật cắt TC tận gốc + 2 PP (cắt rộng TC + 2 PP + nạo hạch chậu hai bên) + phẫu thuật đánh giá giai đoạn, điều trị hỗ trợ tùy thuộc giai đoạn.
- Xạ trị tiền phẫu, sau đó PT cắt TC + 2PP + PT đánh giá giai đoạn.
- Không thể PT: xạ trị + hóa trị hoặc hóa trị đơn thuần sau đó xem xét PT.

3.4. K NMTC giai đoạn III - IV (dạng NMTC)

- Bướu ăn lan trong ổ bụng (bảng bụng; di căn mạc nối lớn, hạch, buồng trứng, PM)
- + PT cắt TC + 2PP + PT đánh giá giai đoạn + PT giảm tổng khối bướu → điều trị hỗ trợ sau PT tùy giai đoạn.
- + Hóa trị tân hỗ trợ trước PT (*) → PT cắt TC + 2PP + PT đánh giá giai đoạn + PT giảm tổng khối bướu → điều trị hỗ trợ sau PT tùy giai đoạn.
- Bướu ăn lan vùng chậu không thể PT (âm đạo, bàng quang, trực tràng, ruột, chu cung): xạ trị ngoài + xạ trị trong ± hóa trị hoặc hóa trị đơn thuần → xem xét khả năng PT.
- Di căn xa ngoài ổ bụng:
- + Hóa trị ± xạ trị.
- + Xem xét PT cắt TC + 2PP điều trị triệu chứng.

(*): PT lần đầu không thể thực hiện được.

3.5. Điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật (dạng NMTC)

- Yếu tố tiên lượng xấu: > 60 tuổi, xâm lấn mạch máu, kích thước bướu lớn (bướu > 2 cm), xâm lấn > 1/2 lớp cơ, xâm lấn đến đoạn eo tử cung.
- Giai đoạn I – II: Xạ trị bổ túc khi BN
- + Có yếu tố tiên lượng xấu, hoặc
- + Xâm lấn > 1/2 lớp cơ, hoặc
- + Grad cao (grad 2,3).
- Giai đoạn IIIA
- + Hóa trị, hoặc
- + Xạ trị ± hóa trị, hoặc
- + Xạ trị ngoài ± xạ trị trong.
- Giai đoạn IIIB và IIIC: hóa trị ± xạ trị.
- Giai đoạn IV
- + PT giảm tổng khối bướu.
- + Hóa trị ± xạ trị.

3.6. KNMTC dạng TB sáng, thanh dịch, carcinosarcoma (*)

- Phẫu thuật đánh giá giai đoạn như ung thư BT.
- Phẫu thuật cắt TC + 2 PP + đánh giá giai đoạn + PT giảm tổng khối bướu.
- Điều trị hỗ trợ sau PT
- + Giai đoạn IA: theo dõi hoặc hóa trị ± xạ trị trong.

- + Giai đoạn IB, II, III, IV: hóa trị ± xạ trị.
- + Carcinosarcoma (*): tham khảo phác đồ sarcoma thân tử cung.

3.7. Điều trị bảo tồn tử cung (Xem bài Điều trị bảo tồn trong K NMTC)

4. THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ

- Tái khám mỗi 3 tháng trong 2 năm đầu, sau đó mỗi 6 tháng cho đến 5 năm, và sau đó tái khám mỗi 6 tháng hoặc mỗi năm tùy trường hợp.
- Xét nghiệm CA125 và siêu âm.
- MRI, CT scan: cân nhắc tùy trường hợp.

5. CHUYỂN VIỆN:

Thực hiện phẫu thuật phân giai đoạn, có kết quả GPBL chuyển tuyến chuyên khoa điều trị tiếp theo

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư cổ tử cung là u ác tính nguyên phát ở cổ tử cung, có thể xuất phát từ các tế bào biểu mô vảy, biểu mô tuyến hoặc các tế bào của mô đệm. Tuy nhiên, hầu hết các ung thư cổ tử cung là ung thư biểu mô, trong đó chủ yếu là ung thư biểu mô vảy.
- Ung thư cổ tử cung đứng thứ 3 trong tổng số các ung thư ở phụ nữ, sau ung thư vú, ung thư đại trực tràng.
- Kết quả điều trị ung thư cổ tử cung phụ thuộc vào thời điểm chẩn đoán, nếu bệnh ở giai đoạn muộn, kết quả điều trị rất thấp.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Giai đoạn tại chỗ, vi xâm nhập: Ở giai đoạn này, các triệu chứng cơ năng rất nghèo nàn. Khi khám cổ tử cung có thể thấy hình thái bình thường hoặc có vết loét trợt hoặc vùng trắng không điển hình hoặc tăng sinh mạch máu.
- Giai đoạn ung thư xâm nhập:
 - + Ra máu âm đạo bất thường hay ra máu sau giao hợp.
 - + Khám bằng mỏ vịt thường thấy khối sùi, dễ chảy máu khi chạm vào.
 - + Giai đoạn muộn có thể thấy cổ tử cung biến dạng, có loét sâu hoặc cổ tử cung mất hẳn hình dạng.
 - + Suy giảm sức khỏe toàn thân, đái máu, đại tiện ra máu, đau hông lưng...

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Soi cổ tử cung:

- Các hình ảnh bất thường:
 - + Vết trắng ẩn
 - + Vết trắng
 - + Chấm đáy.
 - + Lát đá
 - + Vùng biểu mô không bắt màu lugol
 - + Mạch máu không điển hình.
- Nghi ngờ ung thư xâm lấn qua soi cổ tử cung: vùng loét, sùi, tổn thương loét sùi.
- Soi cổ tử cung không đạt: không thấy vùng chuyển tiếp giữa biểu mô lát và biểu mô trụ, viêm nhiễm nặng, cổ tử cung không thể nhìn thấy do âm đạo hẹp.
- Các tổn thương nghi ngờ khi soi cổ tử cung cần được bấm sinh thiết làm mô bệnh học.

2.2.2. Chẩn đoán tế bào học phụ khoa:

- Có các loại kỹ thuật: Papanicolaou (Pap) thông thường; kỹ thuật Thin Prep và phương pháp tế bào học chất lỏng thế hệ 2 (LiquiPrep). Các kỹ thuật Thin Prep và Liqui Prep có ưu điểm là hình ảnh mô học đẹp hơn, dễ đọc hơn qua đó làm tăng độ nhạy, độ đặc hiệu của việc phát hiện các tế bào biểu mô bất thường và vẫn có giá trị dự báo dương tính, trong đó, kỹ thuật LiquiPrep có nhiều ưu điểm hơn so với ThinPrep.

- Chẩn đoán tế bào học theo phân loại Bethesda cải tiến 2001 như sau:

Tế bào vảy:	Tế bào biểu mô tuyến
<ul style="list-style-type: none"> - Tế bào vảy không điển hình <ul style="list-style-type: none"> + Ý nghĩa chưa xác định (ASCUS) + Không thể loại trừ tổn thương nội biểu mô vảy độ cao (ASCUS-H) - Tổn thương tế bào nội biểu mô vảy độ thấp (LSIL), bao gồm HPV, Loạn sản nhẹ/ CIN I - Tổn thương tế bào nội biểu mô vảy độ cao (HSIL), bao gồm loạn sản trung bình, loạn sản nặng, CIN II/CIN III - Có dấu hiệu nghi ngờ ung thư xâm nhập - Ung thư tế bào biểu mô vảy 	<ul style="list-style-type: none"> - Không điển hình <ul style="list-style-type: none"> + Tế bào tuyến cổ tử cung liên quan tân sản ác tính + Tế bào tuyến liên quan tân sản ác tính - Ung thư tế bào biểu mô tuyến cổ tử cung tại chỗ - Ung thư tế bào biểu mô tuyến <ul style="list-style-type: none"> + Biểu mô tuyến cổ tử cung + Biểu mô tuyến nội mạc tử cung + Biểu mô tuyến ngoài tử cung + Biểu mô tuyến không định loại (NOS)

2.2.3. Sinh thiết cổ tử cung:

- Sau khi soi cổ tử cung và xác định có tổn thương nghi ngờ hoặc có kết quả tế bào không bình thường. Sinh thiết hai mảnh: một mảnh ở ranh giới lát - trụ, một mảnh ở chính giữa tổn thương.
- Nếu nghi ngờ tổn thương trong ống cổ tử cung thì dùng thìa nạo sinh thiết.
- Khi các tổn thương nằm hoàn toàn trong cổ tử cung → Khoét chóp cổ tử cung.

2.2.4. Chẩn đoán hình ảnh:

Để đánh giá đầy đủ và chính xác mức độ lan tràn của ung thư cổ tử cung có thể chỉ định một số xét nghiệm sau: chụp MRI, PET CT

2.3. Chẩn đoán xác định

- Ung thư tại chỗ và vi xâm lấn: Dựa vào phiên đồ âm đạo kết hợp soi và sinh thiết cổ tử cung hoặc nạo ống cổ tử cung, LEEP hoặc khoét chóp cổ tử cung.
- Giai đoạn muộn: dựa vào triệu chứng lâm sàng và kết quả sinh thiết.

2.4. Phân loại giai đoạn lâm sàng

Giai đoạn	Mô tả tổn thương
0	Ung thư tại chỗ (CIS), ung thư nội biểu mô
I	Ung thư chỉ giới hạn tại cổ tử cung
IA	Ung thư tiền lâm sàng, chỉ chẩn đoán được bởi vi thể
IA1	Xâm nhập rõ tối thiểu chất đệm. Tổn thương sâu $\leq 3\text{mm}$ từ màng đáy, rộng $\leq 7\text{mm}$ từ bề mặt hay tuyến mà nó phát sinh;
IA2	Tổn thương sâu $\leq 5\text{mm}$, rộng $\leq 7\text{mm}$, nếu rộng hơn thì ở nhóm Ib

IB	Tổn thương có kích thước lớn hơn ở giai đoạn Ia dù có thấy được trên lâm sàng hay không. Tổn thương vùng không gian có trước không làm thay đổi việc định giai đoạn mà cần ghi lại đặc biệt để dùng cho những quyết định điều trị tương lai
IB1	Đường kính lớn nhất của tổn thương ≤ 4 cm
IB2	Đường kính lớn nhất của tổn thương ≥ 4 cm
II	Ung thư xâm lấn quá cổ tử cung nhưng chưa đến thành xương chậu hay chưa đến 1/3 dưới âm đạo
IIA	Chưa xâm lấn dây chằng rộng
IIB	Xâm lấn dây chằng rộng
III	Ung thư lan đến thành xương chậu và/hoặc tới 1/3 dưới âm đạo hoặc đến niệu quản
IIIA	Ung thư lan đến 1/3 dưới âm đạo, nhưng chưa đến thành xương chậu
IIIB	Ung thư lan đến thành xương chậu chèn ép niệu quản, làm thận ứ nước hoặc mất chức năng
IV	Ung thư lan đến ngoài khung chậu hay là xâm lấn niêm mạc bàng quang và trực tràng
IVA	Xâm lấn các cơ quan lân cận
IVB	Di căn xa

2.5. Chẩn đoán phân biệt:

Trên lâm sàng, các ung thư cổ tử cung cần phân biệt với các tổn thương sau ở cổ tử cung:

- Lộ tuyến, loét trợt cổ tử cung
- Polip cổ tử cung
- Lạc nội mạc cổ tử cung
- Giang mai cổ tử cung
- Lao cổ tử cung.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Ung thư cổ tử cung giai đoạn tại chỗ: Khoét chóp cổ tử cung và theo dõi hoặc cắt tử cung hoàn toàn tùy nhu cầu sinh con tiếp theo.

3.2. Ung thư cổ tử cung giai đoạn IA1:

- Nếu có nhu cầu sinh con thì khoét chóp cổ tử cung và kiểm tra diện cắt. Nếu còn ung thư tại diện cắt thì phải cắt tử cung.
- Nếu không còn nhu cầu sinh con thì cắt tử cung hoàn toàn.

3.3. Ung thư cổ tử cung giai đoạn IA2

- Nếu có nhu cầu sinh con thì khoét chóp cổ tử cung và lấy hạch chậu hai bên. Kiểm tra diện cắt và hạch chậu. Nếu còn ung thư tại diện cắt thì phải cắt tử cung hoàn toàn. Nếu có di căn hạch thì xạ trị hệ hạch chậu.
- Nếu không có nhu cầu sinh con thì cắt tử cung hoàn toàn, lấy hạch chậu hai bên và xạ trị nếu có di căn hạch chậu.

3.4. Ung thư cổ tử cung giai đoạn IB – IIA

3.4.1. Đối với giai đoạn I B1: phẫu thuật Wertheim

- Áp dụng cho phụ nữ trẻ cần bảo tồn buồng trứng và có kích thước $u \leq 2\text{cm}$.
- Phương pháp: cắt tử cung mở rộng, một phần âm đạo và lấy hạch chậu 2 bên
- Tia xạ sau phẫu thuật

3.4.2. Đối với giai đoạn I B2 – IIA: xạ trị kết hợp với phẫu thuật.

- Xạ trị tiền phẫu:
 - + $U < 4\text{cm}$: xạ áp sát
 - + $U \geq 4\text{cm}$: xạ ngoài thu nhỏ u sau đó xạ áp sát
- Phẫu thuật: tiến hành sau khi nghỉ xạ trị 4 – 6 tuần, cắt tử cung mở rộng và lấy hạch chậu hai bên
- Xạ trị hậu phẫu

3.4.3. Phương pháp xạ trị triệt căn

3.5. Ung thư cổ tử cung giai đoạn IIB – III:

- Phương pháp xạ trị triệt căn
- Phương pháp hóa trị kết hợp xạ trị
- Sau xạ sẽ đánh giá lại tổn thương xem có nên phẫu thuật không

3.6. Ung thư cổ tử cung giai đoạn IV:

- Nếu còn khả năng phẫu thuật thì vét đáy chậu sau đó kết hợp hóa trị và xạ trị sau mổ.
- Nếu không còn khả năng phẫu thuật: hóa và xạ trị

4. PHÒNG BỆNH

Tiêm phòng HPV cho các phụ nữ trẻ. Khám phát hiện sớm các tổn thương cổ tử cung tiền ung thư để điều trị sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHỮA TRỨNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Chửa trứng (hydatidiform mole) là một biến đổi bệnh lý của nguyên bào nuôi. Bệnh đặc trưng bằng sự thoái hoá nước của các gai rau (hydropic degeneration) và sự quá sản của các nguyên bào nuôi (trophoblastic hyperplasia).

Có 2 loại chửa trứng:

- Chửa trứng bán phần là khi chỉ một số gai rau trở thành các nang nước, trong buồng tử cung có thể có phần thai nhi.
- Chửa trứng hoàn toàn là toàn bộ các gai rau trở thành nang nước, trong buồng tử cung không có phần thai.

Chửa trứng là bệnh lành tính nhưng có khoảng 15% trường hợp chửa trứng hoàn toàn và khoảng 3% chửa trứng bán phần trở thành ung thư nguyên bào nuôi.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Cơ năng

- Người bệnh có hiện tượng chậm kinh.
- Rong huyết chiếm trên 90% trường hợp chửa trứng. Máu ra ở âm đạo tự nhiên, máu sẫm đen hoặc đỏ loãng, ra kéo dài.
- Nghén nặng: gặp trong 25-30% các trường hợp, biểu hiện nôn nhiều, đôi khi phù, có protein niệu.
- Bụng to nhanh.
- Không thấy thai máy.

2.1.2. Thực thể

- Toàn thân: mệt mỏi, biểu hiện thiếu máu.
- Tử cung mềm, kích thước tử cung lớn hơn tuổi thai (trừ trường hợp chửa trứng thoái triển).
- Không sờ được phần thai.
- Không nghe được tim thai.
- Nang hoàng tuyến xuất hiện trong 25-50%, thường gặp cả 2 bên.
- Khám âm đạo có thể thấy nhân di căn âm đạo, màu tím sẫm, thường ở thành trước, dễ vỡ gây chảy máu.
- Có thể có dấu hiệu tiền sản giật (10%)
- Có thể có triệu chứng cường giáp (10%)
- Tuy nhiên do hiện nay việc chẩn đoán chửa trứng thường rất sớm với tuổi thai trung bình là 9 tuần so với trước kia là khoảng 13 tuần, và có xu hướng ngày càng sớm hơn nên các triệu chứng lâm sàng ngày càng không điển hình như đã nêu trên.

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Siêu âm: trên siêu âm thấy hình ảnh tuyết rơi hoặc lỗ chỗ như tổ ong, có thể thấy nang hoàng tuyến hai bên, không thấy phôi thai (chửa trứng toàn phần). Trong chửa trứng bán phần thì khó phân biệt hơn với thai lưu, có thể thấy một phân bánh rau bất thường.

2.2.2. Định lượng β -hCG: là xét nghiệm cơ bản để chẩn đoán và theo dõi chửa trứng. Lượng β -hCG tăng trên 100.000mUI/ml.

2.2.3. Định lượng estrogen: trong nước tiểu estrogen dưới dạng các estrone, estradiol hay estriol đều thấp hơn trong thai thường, do sự rối loạn chế tiết của rau và do không có sự biến đổi estradiol và estriol xảy ra ở tuyến thượng thận của thai nhi. Nhưng ít ý nghĩa và không sử dụng trong thực tế vì sự khác biệt này chỉ thấy rõ khi tuổi thai từ 14 tuần trở lên.

2.2.4. Xét nghiệm định lượng HPL: (Human placental lactogen), thường cao trong thai thường, nhưng rất thấp trong chửa trứng.

2.2.5. Giải phẫu bệnh

– Đại thể: có 2 loại thai trứng:

+ Chửa trứng toàn phần: toàn bộ gai rau phát triển thành các nang trứng.

+ Chửa trứng bán phần: bên cạnh các nang trứng còn có mô rau thai bình thường, hoặc có cả phôi, thai nhi thường chết trong giai đoạn 3 tháng đầu.

Đường kính nang trứng từ 1-3mm. Các nang trứng dính vào nhau như những bọc trứng ếch hoặc chùm nho.

Trong chửa trứng, buồng trứng bị ảnh hưởng bởi hormon β -hCG. Nang hoàng tuyến xuất hiện ở một hoặc hai bên buồng trứng. Đường kính từ vài cm đến vài chục cm, trong chứa dịch vàng. Nang hoàng tuyến thường có nhiều thủy, vỏ nang mỏng và trơn láng.

– Vi thể: các gai rau phù và thoái hóa nước trực liên kết, không còn các tế bào xơ, sợi và các huyết quản. Trực liên kết chứa dịch trong. Các nguyên bào nuôi quá sản nhiều hàng (hình thái giống các nguyên bào nuôi bình thường tuy nhiên cũng có thể gặp một số nguyên bào nuôi có nhân không điển hình hoặc các hình nhân chia), mất cân đối giữa tỷ lệ hợp bào nuôi và nguyên bào nuôi. Hình thành các đám nguyên bào nuôi tự do. Trong chửa trứng bán phần, ngoài các hình ảnh gai rau thoái hóa trực liên kết và quá sản nguyên bào nuôi còn gặp các gai rau có hình thái bình thường.

2.3. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa vào hình ảnh siêu âm và nồng độ β -hCG

2.4. Chẩn đoán phân biệt

– Triệu chứng ra máu âm đạo cần phân biệt với:

+ Doạ sảy thai thường: tử cung không to hơn tuổi thai, lượng β -hCG không cao.

+ Thai ngoài tử cung: ra máu âm đạo, tử cung nhỏ, có khối cạnh tử cung đau.

+ Thai chết lưu: tử cung nhỏ hơn tuổi thai, β -hCG thấp, vú có tiết sữa non. Có thể nhầm với chửa trứng bán phần, chỉ phân biệt được nhờ giải phẫu bệnh.

– Tử cung lớn cần phân biệt với:

+ U xơ tử cung to rong huyết

+ Thai to

+ Đa thai

- Triệu chứng nghén phân biệt với nghén nặng trong thai thường, đa thai.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nạo hút trứng: nạo hút trứng ngay sau khi được chẩn đoán để đề phòng sảy tự nhiên gây băng huyết.

Kỹ thuật: hút trứng + truyền oxytocin + kháng sinh.

- Thường dùng máy hút dưới áp lực âm để hút nhanh, đỡ chảy máu.
- Trong khi hút phải truyền tĩnh mạch dung dịch Glucose 5% pha với 5 đơn vị Oxytocin để giúp tử cung co hồi tốt, tránh thủng tử cung khi nạo và cầm máu.
- Có thể nạo lại lần 2 sau 2 - 3 ngày nếu lần thứ nhất không đảm bảo hết trứng.

Ngày nay, dưới hướng dẫn, kiểm tra của siêu âm thường nạo sạch ngay trong lần đầu.

- Sau nạo phải dùng kháng sinh chống nhiễm trùng.
- Gửi tổ chức sau nạo làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

Hiện nay do thường được phát hiện sớm nên thai nhỏ có thể hút bằng xylanh Karman như hút thai thường, tốt nhất là hút dưới hướng dẫn của siêu âm, đảm bảo sạch và an toàn nên chỉ cần hút một lần và chỉ dùng thêm thuốc co hồi tử cung khi có chảy máu (một số tác giả cho rằng việc dùng Oxytocin hay misoprostol làm tăng co bóp tử cung có thể dẫn đến sự khuếch tán các nguyên bào nuôi và làm tăng tỷ lệ u nguyên bào nuôi).

3.2. Phẫu thuật cắt tử cung dự phòng

Cắt tử cung toàn phần cả khối hoặc cắt tử cung toàn phần sau nạo hút trứng thường được áp dụng ở các phụ nữ không muốn có con nữa hoặc trên 40 tuổi và trường hợp chữa trứng xâm lấn làm thủng tử cung.

3.3. Theo dõi sau nạo trứng

- Lâm sàng: Toàn trạng, triệu chứng nghén, triệu chứng ra máu âm đạo, sự nhỏ lại của nang hoàng tuyến và sự co hồi tử cung.
- Cận lâm sàng:
 - + Định lượng β -hCG mỗi tuần một lần cho đến khi âm tính 3 lần liên tiếp. Sau đó định lượng mỗi tháng một lần cho đến hết 12 tháng.
 - + Siêu âm: tìm nhân di căn, theo dõi nang hoàng tuyến.
- Tiến triển bệnh lý: những tiến triển không tương ứng với các tiêu chuẩn lành bệnh được coi là tiến triển không thuận lợi. Bao gồm:
 - + Tử cung vẫn to, nang hoàng tuyến không mất đi hoặc xuất hiện nhân di căn.
 - + β -hCG: phương tiện chính để theo dõi và chẩn đoán biến chứng sau loại bỏ thai trứng (bao gồm cả các trường hợp được cắt tử cung dự phòng).
 - Nồng độ β -hCG lần thử sau cao hơn lần thử trước.
 - Nồng độ β -hCG sau 3 lần thử kế tiếp không giảm (giảm dưới 10%).
 - Nồng độ β -hCG >20.000 UI/L sau nạo trứng 4 tuần.
 - Nồng độ hCG >500 UI/L sau nạo trứng 8 tuần
 - Nồng độ hCG >5 UI/L sau nạo trứng 6 tháng
- Thời gian theo dõi
- + Thời gian theo dõi: 2 năm, ít nhất 12 - 18 tháng.

+ Tránh thai 1 năm và có biện pháp ngừa thai phù hợp.

4. BIẾN CHỨNG

Băng huyết, thủng tử cung, biến chứng ung thư nguyên bào nuôi.

5. PHÒNG BỆNH

- Tăng cường sức khỏe, cải thiện yếu tố xã hội, nâng cao mức sống, sức đề kháng.
- Đề phòng các diễn biến xấu của bệnh.
- Theo dõi định kỳ và đầy đủ, nhằm phát hiện sớm biến chứng của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ U NGUYÊN BÀO NUÔI

1. ĐẠI CƯƠNG

- U nguyên bào nuôi là những khối u có nguồn gốc rau thai. U có nhiều dạng, từ dạng có xu hướng ác tính như chửa trứng xâm lấn, đến những dạng ác tính như ung thư nguyên bào nuôi, u nguyên bào nuôi vùng rau bám và u nguyên bào nuôi dạng biểu mô.
- Điều lưu ý là không nhất thiết lần mang thai cuối cùng dẫn tới phát sinh u.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Tiền sử: chửa trứng được coi là yếu tố nguy cơ hàng đầu dẫn tới u nguyên bào nuôi, trong đó đa số xuất hiện u nguyên bào nuôi sau chửa trứng toàn phần (70%). Bệnh thường xuất hiện trong 4 tháng đầu sau nạo thai trứng.
- Triệu chứng cơ năng:
 - + Nhiều khi không có dấu hiệu gì bất thường, ngoại trừ có thể ra máu kéo dài sau đẻ hay sau nạo phá thai.
 - + Các dấu hiệu di căn như khó thở, đau đầu.
- Triệu chứng thực thể:
 - + Ra máu âm đạo: là dấu hiệu hay gặp nhất
 - + Tử cung lớn hơn bình thường. Mật độ tử cung mềm, co hồi tử cung kém. Nhưng nhiều trường hợp tử cung vẫn có thể bình thường.
 - + Có thể thấy nhân di căn ở âm đạo, âm hộ màu tím sẫm, thường ở mặt trước âm đạo.

2.2. Cận lâm sàng

- β hCG: nồng độ β -hCG tăng trở lại sau chửa trứng là dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán sớm bệnh u nguyên bào nuôi.
- Siêu âm và siêu âm Doppler cơ tử cung và động mạch tử cung có thể thấy những khối u trong cơ tử cung, xâm lấn vào lớp cơ tử cung và tăng sinh mạch máu, đồng thời siêu âm giúp phát hiện các ổ di căn tại gan, thận.
- Chụp X quang lồng ngực để tìm nhân di căn tại phổi.
- Chụp CT scanner và MRI: phát hiện nhân di căn não, gan, di căn xương.
- Chọc dò nước não tủy nếu nghi ngờ di căn tủy sống hay người bệnh có biểu hiện bệnh lý tủy.
- Sinh thiết: sinh thiết các tổn thương là cần thiết nhưng không làm nếu người bệnh có nguy cơ xuất huyết nặng.
- Chẩn đoán giải phẫu bệnh
 - + Đại thể: tử cung to hơn bình thường, kích thước thay đổi tùy thuộc vào mức độ tổn thương. Mặt ngoài nhẵn trừ khi u phát triển ra thành mạc hoặc gây thủng tử cung. Khối u ở tử cung có kích thước thay đổi, phá hủy cơ tử cung tạo ổ màu đỏ thẫm, hoại tử, chảy máu lẫn các vùng mô màu vàng nhạt, không thấy các nang trứng. Có thể phát hiện thấy các nhân di căn ở âm đạo.

+ Ví thể: mô u cho thấy vùng hoại tử huyết rất rộng, phá hủy cơ tử cung với sự hiện diện của các nguyên bào nuôi ác tính (cả hợp bào nuôi và đơn bào nuôi ác tính). Không thấy gai rau, không thấy phản ứng của mô đệm, hầu như không thấy tế bào rụng.

2.3. Chẩn đoán xác định

- Chẩn đoán bệnh u nguyên bào nuôi dựa vào định lượng β hCG sau nạo trứng:
- + Nồng độ β -hCG lần thử sau cao hơn lần thử trước
- + Nồng độ β -hCG sau 3 lần thử kế tiếp không giảm (giảm dưới 10%)
- + Nồng độ β -hCG >20 000 UI/L sau nạo trứng 4 tuần
- + Nồng độ β -hCG >500 UI/L sau nạo trứng 8 tuần
- + Nồng độ β -hCG >5 UI/L sau nạo trứng 6 tháng
- Giải phẫu bệnh tử cung cho thấy có u nguyên bào nuôi.

2.4. Phân loại

Theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới (2003), bệnh u nguyên bào nuôi gồm:

- Chửa trứng xâm lấn (Invasive mole) là dạng có chửa trứng có xu hướng ác tính.
- Ung thư nguyên bào nuôi (Choriocarcinoma).
- U nguyên bào nuôi vùng rau bám (Placental site trophoblastic tumour).
- U nguyên bào nuôi dạng biểu mô (Epithelioid trophoblastic tumour)

Phân loại các yếu tố tiên lượng u nguyên bào nuôi theo WHO (2006)

Điểm	Điểm			
	0	1	2	4
Tuổi (năm)	< 40	> 40		
Tiền sử sản khoa	Chửa trứng	Sảy, nạo thai	Thai đủ tháng	
Số tháng từ lần có thai cuối đến lúc điều trị (tháng)	< 4	4 - < 7	7 - < 13	13
β hCG (IU/l)	< 10^3	$10^3 - 10^4$	$10^4 - 10^5$	> 10^5
Kích thước khối u (cm)		3 - 5	> 5	
Vị trí di căn	Phổi	Lách, thận	Ruột	Gan, não
Số lượng nhân di căn		1 - 4	> 4 - 8	> 8
Điều trị hoá chất trước đó			Đơn hoá chất	Hai hoá chất

Cách điều trị dựa vào điểm tiên lượng:

Điểm 0 - 6: nguy cơ thấp

khởi phát điều trị đơn hóa chất.

Điểm 7: nguy cơ cao

khởi phát điều trị đa hóa chất

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Hóa trị liệu

- Đơn hóa trị liệu:
 - + Chỉ định cho nhóm có nguy cơ thấp; bệnh ở giai đoạn I, II, hoặc III với điểm tiên lượng theo WHO < 7 điểm.
 - + MTX 0,4mg/kg tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch trong 5 ngày nhắc lại sau 12-14 (7-9 ngày).
 - + MTX 1mg/kg tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch ngày 1,3,5,7. Axit folic 0,1mg/kg tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch ngày 2, 4, 6, 8 nhắc lại sau 15 - 18 ngày (7-9 ngày).
 - + Dactinomycin 10mcg/kg/ngày tĩnh mạch ngày 1 -5. Chu kỳ 14 ngày.
- Đa hóa trị liệu:
 - + Chỉ định cho nhóm có nguy cơ cao; bệnh ở giai đoạn I, II hoặc III mà có điểm tiên lượng theo WHO ≥ 7 hoặc bệnh ở giai đoạn IV.
 - + Phác đồ khởi đầu là EMA-CO. Nếu xuất hiện kháng hóa chất thì chuyển sang phác đồ EMA-EP và sau đó là BEP hoặc paclitaxel + cisplatin/ etoposide...
 - Chống chỉ định điều trị hóa chất:
 - + Dị ứng với một trong các thành phần của thuốc; suy thận, suy gan nặng; nghiện rượu; bệnh hệ thống tạo máu (suy tủy, giảm bạch cầu...);
 - + Đang nhiễm khuẩn; loét đường tiêu hoá; vết thương vừa mổ.
 - Tác dụng không mong muốn: tác dụng phụ thường gặp là nôn, buồn nôn, khó nuốt, loét miệng, viêm họng, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, loét đường tiêu hoá, rụng tóc, viêm thận, viêm gan.
 - Theo dõi biến chứng: làm các xét nghiệm đánh giá công thức máu, creatinin, BUN, SGOT và SGPT.
 - Sau khi β -hCG âm tính thì tiếp tục điều trị thêm 1 – 3 đợt hóa chất.

3.2. Xạ trị: chỉ định cho các khối di căn có nguy cơ chảy máu nghiêm trọng chưa thể phẫu thuật được.

3.3. Phẫu thuật: cắt tử cung cho các trường hợp kháng hóa chất, loại bỏ khối di căn tồn tại ở phổi, gan...

4. THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ U NGUYÊN BÀO NUÔI

- Khám lâm sàng
- Định lượng β hCG 2 tuần một lần trong vòng 3 tháng sau đó mỗi tháng một lần đến 12 tháng và 6 tháng một lần đến 5 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

HƯỚNG DẪN TƯ VẤN PHÁ THAI

Tư vấn phá thai là giúp người bệnh tự quyết định việc phá thai và lựa chọn phương pháp phá thai phù hợp trên cơ sở nắm được các thông tin về các phương pháp phá thai, quy trình phá thai, các tai biến, nguy cơ có thể gặp, cách tự chăm sóc sau thủ thuật và các biện pháp tránh thai (BPTT) phù hợp áp dụng ngay sau thủ thuật phá thai.

1. YÊU CẦU VỚI CÁN BỘ TƯ VẤN

1.1. Về kiến thức

- Nhận thức được nhu cầu và quyền của khách hàng.
- Chính sách, pháp luật của Nhà nước về sức khỏe sinh sản (SKSS) và các chuẩn mực xã hội.
- Nắm được 6 bước thực hành tư vấn.
- Kiến thức chung về các phương pháp phá thai: chỉ định, chống chỉ định, quy trình, tai biến và cách chăm sóc sau phá thai.
- Kiến thức chung về các biện pháp tránh thai và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Những quy định, thủ tục riêng cho từng đối tượng đặc biệt.

1.2. Về kỹ năng tư vấn

- Kỹ năng tiếp đón.
- Kỹ năng lắng nghe.
- Kỹ năng giao tiếp.
- Kỹ năng giải quyết vấn đề.

2. QUY TRÌNH TƯ VẤN

2.1. 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 vấn đề bạo hành.
- Hỏi về các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

2.2. Tư vấn về quyết định phá thai: đưa ra hai lựa chọn cho khách hàng.

- Tiếp tục mang thai và sinh con.
- Phá thai.

Nếu quyết định cuối cùng là phá thai, tư vấn về các phương pháp phá thai sẵn có tại cơ sở, giúp khách hàng tự lựa chọn phương pháp thích hợp và thực hiện các thủ tục hành chính cần thiết.

Lưu ý với khách hàng phá thai ba tháng giữa.

- Đặt câu hỏi để phát hiện những trường hợp phá thai do lựa chọn giới tính.
- Phát hiện phá thai vì lựa chọn giới tính, tư vấn cho khách hàng và gia đình họ hiểu rằng đây là điều luật pháp cấm để họ thay đổi quyết định.

- Không cung cấp dịch vụ phá thai nếu biết chắc chắn phá thai vì mục đích lựa chọn giới tính.

2.3. 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.
- + Kiên giao hợp cho tới khi hết ra máu (thông thường sau 1 tuần).
- + Tư vấn cách tự chăm sóc sau thủ thuật về chế độ vệ sinh, dinh dưỡng và chế độ sinh hoạt.
- + Tự theo dõi các dấu hiệu bình thường.
- + Nếu có các dấu hiệu bất thường, phải khám lại ngay.
- + Tiếp tục tư vấn nhắc lại các biện pháp tránh thai.
- + Hẹn khám lại.

- **Thời điểm tư vấn:** tư vấn có thể được tiến hành trong cả 3 giai đoạn trước, trong và sau thủ thuật, nhưng hiệu quả nhất nên tiến hành vào giai đoạn trước và sau thủ thuật.

2.4. Tư vấn phá thai bằng thuốc

- Tư vấn về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Giới thiệu hiệu quả của phá thai bằng thuốc và khẳng định khách hàng phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại.
- Giới thiệu quy trình phá thai bằng thuốc: cách uống thuốc và sự xuất hiện của các triệu chứng bình thường sau uống thuốc (ra huyết âm đạo và đau bụng). Nhấn mạnh sự cần thiết của việc khám lại theo hẹn.
- Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau dùng thuốc phá thai.
- Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.
- Nhấn mạnh các triệu chứng cần trở lại cơ sở y tế ngay.
- Cung cấp thông tin liên lạc khi cần liên lạc trong những tình huống cấp cứu.
- Cung cấp thông tin về khả năng có thai trở lại sau phá thai bằng thuốc.
- Giới thiệu các biện pháp tránh thai, giúp khách hàng lựa chọn biện pháp tránh thai phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.
- Cung cấp biện pháp tránh thai hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp biện pháp tránh thai.

- Ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ).
- Hẹn khách hàng khám lại sau 2 tuần.

3. TƯ VẤN CHO CÁC NHÓM ĐỐI TƯỢNG ĐẶC BIỆT

3.1. Vị thành niên

- Dành đủ thời gian cho vị thành niên hỏi và đưa ra quyết định.
- Đảm bảo tính bí mật.
- Tư vấn kỹ hơn về bao cao su để vừa tránh thai vừa phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD).

3.2. Những phụ nữ phải chịu bạo hành

Khi tư vấn về phá thai cho những phụ nữ đã bị bạo hành cần đặc biệt chú ý:

- Thể hiện sự đồng cảm trong tư vấn, ứng xử thích hợp khi khách hàng sợ hãi hoặc buồn bã.
- Tạo mối quan hệ tốt và tin cậy với khách hàng.
- Giới thiệu khách hàng tới những dịch vụ xã hội hiện có để giúp khách hàng vượt qua hoàn cảnh của mình.
- Cung cấp dịch vụ tránh thai sau phá thai mà chính bản thân khách hàng có thể chủ động được.
- Tư vấn các bệnh LTQĐTD.

3.3. Những phụ nữ có HIV

Khi tư vấn phá thai cho phụ nữ bị HIV/AIDS cần đặc biệt chú ý

- **Đặc tính**
- Sang chấn về tâm lý.
- Ngần ngại chưa quyết định phá thai.
- Bị gia đình ruồng bỏ, xã hội kỳ thị.

Khi tư vấn chú ý

- Chia sẻ, động viên khách hàng.
- Không tỏ ra kỳ thị, sợ sệt.
- Tư vấn về khả năng lây truyền từ mẹ sang con.
- Đặc biệt là giới thiệu về sử dụng bao cao su để tránh thai và phòng lây truyền cho người khác.
- Tư vấn cho người nhà về chăm sóc thể chất, tinh thần và phòng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ PHÁ THAI BẰNG THUỐC ĐẾN HẾT 12 TUẦN

1. ĐẠI CƯƠNG

Phá thai bằng thuốc (PTBT) là phương pháp chấm dứt thai kỳ bằng cách sử dụng thuốc Mifepristone và Misoprostol đối với thai đến hết 7 tuần (49 ngày) kể từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng.

1.1. 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).

1.2. Tiêu chuẩn về người 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.

2. CHỈ ĐỊNH

Thai trong tử cung có tuổi thai ≤ 49 ngày (theo siêu âm).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Tuyệt đối

- Hẹp van 2 lá, tắc mạch hoặc có tiền sử tắc mạch.
- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu (nặng và trung bình).
- Dị ứng với Mifepriston hoặc Misoprostol.
- Chẩn đoán chắc chắn hoặc nghi ngờ có thai ngoài tử cung.
- Có thai tại vết sẹo mổ cũ ở tử cung.

3.2. Tương đối

- Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tăng huyết áp.
- Đang viêm nhiễm sinh dục cấp tính (nên điều trị viêm nhiễm trước khi PTBT).
- Dị dạng sinh dục.
- Vết mổ cũ ở tử cung: cần nhắc rất thận trọng, đồng thời phải giảm liều Misoprostol và tăng khoảng cách thời gian giữa các lần dùng thuốc.

4. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

4.1. 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.

4.2. 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.

4.3. Phác đồ sử dụng thuốc

- 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 48 giờ, ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má 400mcg Misoprostol.

5. THEO DÕI SAU KHI DÙNG THUỐC

5.1. Theo dõi trong những giờ đầu sau dùng thuốc

- Dấu hiệu sinh lần mỗi giờ một lần trong 3 giờ đầu.
- Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng (có thể dùng thuốc giảm đau nếu cần) và các tác dụng phụ (nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt).

5.2. 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, sót nhau, thai lưu:
 - + Ngậm dưới lưỡi 400mcg Misoprostol hoặc
 - + Uống 600mcg Misoprostol (có thể dùng lặp lại)
 - + Hút buồng tử cung.
- Thai tiếp tục phát triển: hút thai hoặc tiếp tục liệu trình phá thai bằng thuốc nếu khách hàng mong muốn và trong giới hạn tuổi thai cho phép.

6. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

6.1. Chảy máu nhiều: khi ra máu âm đạo ướt đẫm 2 băng vệ sinh dày trong 1 giờ và kéo dài 2 giờ liên tiếp.

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 kèm tim gấp khối nhau ra; và dùng thuốc co hồi tử cung (TC): Oxytocine, Misoprostol...
 - + Nếu ứ dịch buồng TC nhiều thì hút buồng TC cầm máu.
- Khi có ảnh hưởng tổng trạng: vừa hồi sức vừa thực hiện thủ thuật như trên. Có thể nhập viện.

6.2. Rong huyết kéo dài, mệt mỏi, có dấu hiệu thiếu máu:

Điều trị nội, ngoại khoa tùy tình trạng lâm sàng, có thể nhập viện.

6.3. Nhiễm khuẩn: rất hiếm khi xảy ra.

– **Triệu chứng:** sốt hoặc ớn lạnh, dịch tử cung có mùi hôi, đau vùng bụng hoặc vùng chậu, ra máu âm đạo kéo dài hoặc ra máu thấm giọt, tử cung di động đau hoặc lượng bạch cầu, CRP tăng.

– **Xử trí:**

+ 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.

- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ THAI LƯU ĐẾN HẾT 12 TUẦN

1. ĐẠI CƯƠNG

Thai chết lưu là thai đã chết trong tử cung mà không được tổng xuất ra ngoài.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Bệnh sử

- Xác định ngày kinh chót. Tình trạng ra huyết âm đạo, đau bụng.
- Tiền sử sản phụ khoa:
 - + Số con đã có - tuổi con nhỏ nhất.
 - + Tiền sử thai lưu. Số lần đi hút thai.
 - + Tiền căn mổ lấy thai, bóc nhân xơ tử cung.
 - + Tiền căn bệnh nội ngoại khoa: bệnh lý tim mạch, cường giáp, v.v.

2.2. Khám

- Xác định tư thế tử cung, tuổi thai.
- Đánh giá tình trạng ra huyết âm đạo.
- Đánh giá các bệnh lý ở đường sinh dục đi kèm nếu có: viêm nhiễm, u xơ tử cung, u nang buồng trứng.

2.3. Xét nghiệm

- Siêu âm: xác định tình trạng thai lưu, tuổi thai vào thời điểm lưu.
- XN máu: đông máu toàn bộ, phân tích tế bào máu, nhóm máu, Rh

2.4. Những lưu ý

- **Lấy mốc tuổi thai dựa vào ngày kinh chót**
 - + Tuổi thai vào thời điểm siêu âm, chỉ gợi ý tuổi thai vào thời điểm lưu nhằm tiên lượng nguy cơ rối loạn đông máu.
 - + Thai lưu tồn tại trong tử cung trên 6 tuần có thể sẽ xảy ra rối loạn đông máu.
- **Nhập viện những trường hợp**
 - + Xét nghiệm đông máu toàn bộ bất thường.
 - + Có bệnh lý nội khoa cần thực hiện thủ thuật tại nơi có điều kiện hồi sức cấp cứu.
 - + Các trường hợp thai lưu có nguy cơ tai biến cao.

3. XỬ TRÍ

3.1. Tư vấn

- Nếu bệnh nhân 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.

3.2. Quy trình kỹ thuật

3.2.1. 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.

3.2.2. Thực hiện thủ thuật

- Sát trùng âm hộ (kèm I).
- Sát trùng CTC, âm đạo (kèm II).
- Gây tê mép trước CTC (Vị trí 12 giờ với 1ml Lidocain 1%).
- Kẹp CTC bằng kèm Pozzi.
- Gây tê cạnh CTC với 4 ml Lidocain 1% ở vị trí 4 giờ và 7 giờ hay 5 giờ và 8 giờ.
- Nong CTC bằng ống hút nhựa (nếu trường hợp khó có thể sử dụng bộ nong bằng kim loại Hégar hay Pratt).
- Chọn ống hút thích hợp với tuổi thai.
- Hút thai (bằng máy hay bằng tay), đánh giá hút sạch buồng tử cung.
- Mỏ kèm Pozzi, lau sạch CTC và âm đạo.
- Kiểm tra mô và tổ chức sau hút thai, gửi giải phẫu bệnh mô nhau.

3.3. 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ SẦY THAI ĐANG TIẾN TRIỂN

1. ĐẠI CƯƠNG

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.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng cơ năng: Trễ kinh, đau bụng, ra huyết âm đạo.

2.2. Triệu chứng thực thể

- Đánh giá tổng trạng, sinh hiệu, lượng máu mất.
- Xác định tư thế tử cung. Xác định tuổi thai.
- Đánh giá tình trạng sảy thai: độ mở CTC, huyết âm đạo, gò TC.

2.3. Cận lâm sàng

Xét nghiệm nước tiểu: QS (+). Siêu âm nếu cần.

3. XỬ TRÍ

3.1. Tư vấn

- Tư vấn trước và sau hút thai.
- Tư vấn các biện pháp tránh thai sau hút thai.
- Tư vấn khả năng sinh sản sau thủ thuật.
- + Thời gian có thể mang thai lại là 10 - 14 ngày sau hút thai.
- + Nên có thai lại ít nhất 3 - 6 tháng sau sdy thai.
- + Khách hàng được giải thích rõ ràng các nguy cơ của hút thái 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).

3.2. Quy trình kỹ thuật

- Sát trùng âm hộ (kèm I).
- Sát trùng âm đạo, CTC (kèm II).
- Gây tê mép trước CTC (Vị trí 12 giờ với 1ml Lidocain 1%).
- Kẹp CTC bằng kèm 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.
- Mỏ kèm Pozzi, lau sạch CTC và âm đạo.
- Kiểm tra mô và tổ chức sau hút thai.
- Chuyển khách hàng sang buồng hồi phục.

3.3. Theo dõi sau thủ thuật

- Theo dõi sinh hiệu, huyết âm đạo, đau bụng dưới.
- Hướng dẫn sử dụng toa thuốc và cách chăm sóc sau thủ thuật.
- Hẹn ngày tái khám và các dấu hiệu bất thường cần tái khám ngay.
- Hướng dẫn ngừa thai tránh mang thai ngoài ý muốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ SÓT NHAU/ SÓT THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Sốt nhau/sốt thai là tình trạng còn sót lại mô nhau hoặc thai trong tử cung sau thủ thuật.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

– Hỏi bệnh

- + Thời điểm hút thai lần trước
- + Nơi hút thai lần trước (tại viện hay ngoại viện).
- + Tuổi thai lần hút trước.

– Khám bệnh

- + Tổng trạng: đánh giá tình trạng nhiễm trùng (sốt, đau bụng, dịch âm đạo hôi, môi khô, lưỡi bẩn,...).
- + Xác định tư thế và kích thước tử cung.
- + Xác định độ đau tử cung.
- + Đánh giá độ mở CTC.
- + Đánh giá mức độ ra huyết âm đạo.

2.2. Cận lâm sàng

– Siêu âm

- + Xác định tình trạng sót nhau, sót thai.
- + Đánh giá mức độ sót nhau.
- **Xét nghiệm:** CTM, CRP, βhCG (tùy trường hợp).

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nội khoa

– Chỉ định

- + Ứ dịch lòng tử cung
- + Nghi sót nhau kích thước nhỏ (dưới 3 x 3cm)

– 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/ x 2-3 ngày.
- + Kháng sinh ngừa nhiễm trùng

3.2. Ngoại khoa

- **Chỉ định:** Sốt thai, sót nhau hay ứ dịch lòng tử cung lượng nhiều.

– Điều trị

- + Hút kiểm tra buồng tử cung (thực hiện cá 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT TRONG VÀ SAU KHI HÚT THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Băng huyết là tình trạng ra huyết âm đạo nhiều $\geq 300\text{ml}$ trong vòng 24 giờ sau hút thai hoặc ảnh hưởng đến tổng trạng.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Tổng trạng

- Vã mồ hôi, da xanh, niêm nhợt.
- Mạch nhanh trên 90 l/p; Huyết áp thấp, tụt.

2.2. Khám

- Máu âm đạo ra nhiều, đỏ tươi, có khi có máu cục.
- Băng vệ sinh hoặc quần áo ướt đẫm máu.
- Tử cung gò kém, có thể do ứ máu trong lòng tử cung, sót tổ chức thai, mô nhau, do tổn thương ở cổ tử cung hoặc thủng tử cung.

3. XỬ TRÍ

Tùy theo tình trạng lâm sàng mà có hướng xử trí thích hợp.

3.1. Có choáng: HA < 90/60mmHg hoặc tình trạng ra máu không cải thiện.

- Hồi sức tích cực.
- Chuyển bệnh nhân lên phòng mổ và xử trí tiếp.
- Lưu ý: Hoàn tất hồ sơ bệnh án, ghi rõ diễn tiến thủ thuật.

3.2. Không choáng: Huyết áp > 90/60 mmHg.

- Truyền tĩnh mạch, tốt nhất là 2 đường truyền: Glucose 5%, 500ml pha với 2 ống Oxytocin 5 đơn vị, truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút.
- Thở Oxy, 4 l/ph.
- Nằm đầu thấp.
- Nạo sạch buồng tử cung, lấy hết mô sót và máu cục.
- Thông tiêu.
- Đánh giá lại tình trạng tử cung, có thể dùng thêm:
 - + Thuốc:
 - Oxytocin 5 đơn vị x 2 ống pha loãng truyền TM chậm hay tiêm bắp.
 - Methyl Ergometrin 0,20 mg, 1 ống pha loãng tiêm TM chậm hay tiêm bắp (TB).
 - Misoprostol 200mcg 4 viên đặt hậu môn.
 - + Bóng chèn.
 - + Thất động mạch CTC nếu các phương pháp sử dụng thuốc không hiệu quả.
- Tiếp tục theo dõi sinh hiệu và tình trạng ra máu của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ THÙNG TỬ CUNG TRONG KHI HÚT THAI HOẶC NẠO SINH THIẾT

1. ĐẠI CƯƠNG

Thùng tử cung là tổn thương đến lớp cơ tử cung ± phúc mạc tử cung do đưa dụng cụ vào buồng tử cung trong khi làm thủ thuật hút thai, đặt hoặc lấy vòng, nạo sinh thiết, ...

2. CHẨN ĐOÁN

- Bệnh nhân có thể đột ngột đau bụng dữ dội khi đang làm thủ thuật.
- Khám:
 - + Đau đột ngột, da xanh niêm nhợt.
 - + Mạch nhanh, huyết áp tụt (nếu có choáng).
 - + Đau vùng hạ vị, có thể có phản ứng phúc mạc hay dấu hiệu kích thích phúc mạc.
 - + Đo buồng tử cung không cảm giác chạm đáy tử cung.
 - + Hút hay gắp ra mạc nối lớn.
- Cận lâm sàng: siêu âm có thể thấy dịch ổ bụng hoặc tổn thương cơ tử cung.

3. XỬ TRÍ

Trong quá trình làm thủ thuật, nếu có nghi ngờ làm thủng tử cung

1. Ngưng làm thủ thuật ngay lập tức.

2. Hồi sức

- + Xác định tổng trạng bệnh nhân: mạch, huyết áp. Đánh giá tình trạng choáng.
- + Lấy ngay đường truyền tĩnh mạch: Ringer lactat hay Natri clorid 9‰ 500ml, truyền TM XXX giọt/phút.
- + 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 hơn

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VÔ SINH NỮ

1. ĐẠI CƯƠNG

Theo Tổ chức Y tế thế giới, một cặp vợ chồng gọi là vô sinh khi sống cùng nhau trên một năm và không dùng biện pháp tránh thai nào mà vẫn không có thai.

1.1. Phân loại

- Vô sinh nguyên phát (vô sinh I): Hai vợ chồng chưa bao giờ có thai, mặc dù đã sống với nhau trên một năm và không dùng biện pháp tránh thai nào.
- Vô sinh thứ phát (vô sinh II): Hai vợ chồng trước kia đã có con hoặc đã có thai, nhưng sau đó không thể có thai lại mặc dù đang sống với nhau trên một năm và không dùng biện pháp tránh thai nào.

1.2. Nguyên nhân

- Bất thường phóng noãn: vòng kinh không phóng noãn do ảnh hưởng của trục dưới đồi - tuyến yên - buồng trứng.
- Nguyên nhân do vòi tử cung: các bệnh lý có thể gây tổn thương vòi tử cung như viêm nhiễm đường sinh dục, bệnh lây qua đường tình dục, tiền sử phẫu thuật vùng chậu và vòi tử cung, lạc nội mạc tử cung ở vòi tử cung, bất thường bẩm sinh ở vòi tử cung hay do triệt sản.
- Nguyên nhân tại tử cung: u xơ tử cung, viêm dính buồng tử cung, bất thường bẩm sinh (dị dạng tử cung hai sừng, tử cung có vách ngăn, không có tử cung...)
- Nguyên nhân do cổ tử cung: chất nhầy kém, kháng thể kháng tinh trùng, tổn thương cổ tử cung do can thiệp thủ thuật (khoét chóp, đốt điện...), cổ tử cung ngắn.
- Nguyên nhân do lạc nội mạc tử cung
- Vô sinh không rõ nguyên nhân: Khoảng 10% vô sinh không thể tìm nguyên nhân chính xác sau khi đã thăm khám và làm tất cả các xét nghiệm cần thiết để thăm dò và chẩn đoán.

2. CÁC BƯỚC KHÁM VÀ THĂM DŨI

2.1. Hỏi bệnh:

Khai thác thông tin về cả hai vợ chồng về:

- Tuổi, nghề nghiệp và địa dư.
- Thời gian mong muốn có con và quá trình điều trị trước đây.
- Tiền sử sản khoa mang thai, sảy, sinh đủ tháng hay nạo phá thai.
- Khả năng giao hợp, tần suất, tình trạng xuất tinh và những khó khăn gặp phải.
- Tiền sử mắc các bệnh nội ngoại khoa và các thuốc đang dùng hiện tại.
- Tuổi bắt đầu hành kinh, tính chất kinh nguyệt, thời gian của mỗi kỳ kinh, lượng kinh nhiều hay ít, có đau bụng khi hành kinh không.
- Tiền sử viêm nhiễm sinh dục và cách điều trị.
- Tiền sử mắc các bệnh lý phụ khoa hay các phẫu thuật đặc biệt là vùng tiểu khung.

2.2. Khám lâm sàng

- Quan sát toàn thân: tầm vóc, tính chất sinh dục phụ như lông, tóc, lông mu, lông nách, mức độ phát triển của vú, âm vật, môi lớn, môi bé...

- Khám phụ khoa gồm khám vú, đánh giá mức độ phát triển của vú, sự tiết sữa, quan sát qua mỏ vịt xem những tổn thương về đường sinh dục, tình trạng viêm nhiễm, chú ý mức độ chế tiết của cổ tử cung, độ sạch và độ phát triển niêm mạc âm đạo....
- Thăm âm đạo kết hợp với nắn bụng nhằm phát hiện các khối u phụ khoa. Ngoài ra tư thế bất thường của tử cung là một điểm cần lưu ý, tử cung đổ về một phía là một nguyên nhân gây cản trở tinh trùng thâm nhập lên đường sinh dục trên. Nhân xơ trong buồng tử cung cũng có thể là một nguyên nhân vô sinh.

2.3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm nội tiết: nội tiết tố hướng sinh dục (LH, FSH), nội tiết sinh dục (estrogen, progesteron), nội tiết thai nghén (hCG)... Tiến hành các thử nghiệm nội tiết để đánh giá chức năng của vùng dưới đồi - tuyến yên hay buồng trứng qua đáp ứng của nội tiết tố.
- Thăm dò phóng noãn: đo thân nhiệt cơ sở, chỉ số tử cung, sinh thiết nội mạc tử cung định ngày... Khi có phóng noãn xảy ra, đường biểu diễn thân nhiệt có 2 thì, chỉ số cổ tử cung sau phóng noãn vài ngày phải giảm xuống 0.0.0.0 do hiện diện progesteron từ hoàng thể tiết ra. Sinh thiết niêm mạc tử cung từ ngày 21 – 24 của chu kỳ kinh 28 ngày, tìm thấy hình ảnh chế tiết, chỉ sử dụng 1 lần trước khi điều trị để chẩn đoán khi các xét nghiệm nói trên không rõ ràng.
- Thử nghiệm sau giao hợp: sự sống của tinh trùng trong đường sinh dục nữ phụ thuộc vào sự di chuyển nhanh chóng tinh trùng vào niêm dịch cổ tử cung. Đây là cơ sở của thử nghiệm sau giao hợp (Huhner test). Từ 2-10 giờ sau giao hợp hút dịch từ ống cổ tử cung. Thử nghiệm dương tính nếu ít nhất tìm thấy được 5 tinh trùng khoẻ trong một môi trường ở vật kính x 40. Thử nghiệm sau giao hợp đơn thuần không đánh giá khả năng sinh sản của chồng và không thay thế xét nghiệm tinh dịch đồ được. Viêm âm đạo, cổ tử cung có thể làm sai lệch việc đánh giá nghiệm pháp, cần thiết điều trị khỏi viêm nhiễm trước khi thử tiến hành thử nghiệm.
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm phụ khoa, siêu âm theo dõi sự phát triển nang noãn, chụp phim tử cung vòi trứng, chụp tuyến yên bằng X quang thường quy hoặc cắt lớp vi tính.
- Nội soi chẩn đoán và can thiệp: chẩn đoán các bất thường sinh dục, nội soi gỡ dính vòi trứng, buồng trứng, bơm thông vòi trứng, đốt điểm buồng trứng...
- Xét nghiệm nhiễm sắc thể đồ: phát hiện các bất thường di truyền

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Điều trị rối loạn phóng noãn

Người bệnh có rối loạn phóng noãn không phải do suy buồng trứng có nhiều phương pháp điều trị.

- Suy Dưới đồi - tuyến yên (Hypogonadotropic Hypogonadal Anovulation):
- + Người bệnh bị vô kinh do suy dưới đồi. Người bệnh chán ăn, BMI thấp (<17). Biểu hiện về nội tiết: Estrogen thấp, FSH và LH thấp, Prolactin bình thường. Không đáp ứng với thử nghiệm Progesterone.
- + Điều trị: thay đổi cách sống, cải thiện dinh dưỡng, chế độ ăn uống. Nếu không kết quả có thể điều trị bằng Gonadotropins.
- Rối loạn Dưới đồi – Tuyến yên (Normogonadotropic Normoestrogenic Anovulation):

+ Đây là loại hay gặp nhất. Người bệnh có kinh ít, có thể bị Buồng trứng đa nang (PCOS), tăng tỉ lệ LH/FSH, tăng Androgens, buồng trứng to có nhiều nang.

+ Điều trị:

- Thay đổi cách sống, giảm cân;
- Kích thích phóng noãn (clomiphene citrate..)
- Metformin để cải thiện đáp ứng với clomiphene ở người bệnh PCOS
- IUI, IVF

– Suy buồng trứng (Hypergonadotropic Hypoestrogenic Anovulation):

+ Người bệnh có biểu hiện suy sớm buồng trứng. LH, FSH cao, Estrogen thấp

+ Điều trị: Xin noãn làm IVF. Liệu pháp hormon thay thế để điều trị triệu chứng và phòng ngừa loãng xương.

– Không phóng noãn do prolactin máu cao (Hyperprolactinemic Anovulation):

+ Người bệnh có biểu hiện vô kinh có thể kèm theo tiết sữa. Nội tiết prolactin tăng cao, estradiol thường giảm.

+ Điều trị: cần phải chụp MRI để loại trừ khối u tuyến yên. Điều trị bằng Dopamine đồng vận.

3.2. Nguyên nhân do vòi tử cung:

– Vòi tử cung bị sẹo hoặc bị tắc ngăn cản noãn gặp tinh trùng để thụ tinh. Thường gặp ở người bệnh có tiền sử viêm phần phụ, bệnh nhiễm trùng tiểu khung, Lạc nội mạc tử cung, phẫu thuật ổ bụng... 75% bệnh vòi tử cung có liên quan đến bị nhiễm Chlamydia trước đó, thường không có biểu hiện lâm sàng.

– Cần chụp tử cung vòi trứng để đánh giá độ thông của vòi tử cung.

– Điều trị: phẫu thuật mổ thông vòi trứng qua mở bụng hoặc qua nội soi. IVF khi phẫu thuật không đem lại kết quả.

3.3. Lạc nội mạc tử cung

– Lạc nội mạc tử cung có thể gây nên vô sinh do dính gây nên tắc vòi tử cung, do giảm nhu động của vòi tử cung...

– Điều trị: có thể phẫu thuật bóc nang lạc nội mạc tử cung, tách dính để điều trị nội khoa. Kích thích phóng noãn, IUI nếu có vòi tử cung bình thường. IVF nếu phẫu thuật, kích thích phóng noãn IUI thất bại hoặc lạc nội mạc tử cung to.

3.4. Nguyên nhân do tử cung:

– Bất thường tử cung thường gây nên sảy thai hoặc đẻ non liên tiếp. Các bệnh lý thường gặp như U xơ tử cung dưới niêm mạc, polyp buồng tử cung, tử cung có vách ngăn, dính buồng tử cung.. gây khó khăn cho quá trình làm tổ của phôi.

– Điều trị:

+ U xơ tử cung: nên phẫu thuật khi vị trí và kích thước khối u ảnh hưởng đến buồng tử cung.

+ Polyp buồng tử cung: nên phẫu thuật cắt polyp qua soi buồng tử cung

+ Tử cung có vách ngăn và dính buồng tử cung: soi buồng tử cung phẫu thuật.

3.5. Nguyên nhân do cổ tử cung:

- Thường gặp do: chít hẹp lỗ cổ tử cung, sau phẫu thuật hoặc cắt cụt cổ tử cung do loạn sản hoặc do viêm mạn tính cổ tử cung
- Điều trị:
 - + IUI, IVF
 - + Điều trị viêm cổ tử cung

3.6. Vô sinh không rõ nguyên nhân

- Chiếm 10-15%. Đây là những trường hợp chưa phát hiện ra nguyên nhân bằng các xét nghiệm hiện nay.
- Điều trị:
 - + Kích thích buồng trứng, IUI.
 - + Nếu thất bại chuyển IVF

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BHYT, 2015.*

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VÔ SINH NAM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Vô sinh nam chiếm khoảng 20% các cặp vợ chồng vô sinh. Các thăm dò nguyên nhân vô sinh ở nam giới cũng rất hạn chế, xét nghiệm tinh dịch đồ gần như là thăm dò thường quy duy nhất để đánh giá khả năng sinh sản của nam giới. Kết quả xét nghiệm tinh dịch đồ bất thường cho phép tìm ra được nguyên nhân nhưng kết quả bình thường cũng không cho phép loại trừ nguyên nhân vô sinh do nam giới. Mặt khác xét nghiệm tinh dịch đồ lại thay đổi rất nhiều, phụ thuộc vào thời điểm làm xét nghiệm, chính vì vậy khi kết quả bất thường thì cần phải kiểm tra lại sau một thời gian để đảm bảo tính khách quan và chính xác.
- Vô sinh do nam giới chiếm một tỷ lệ tương đương với vô sinh nữ giới. Việc điều trị nguyên nhân vô sinh do nam giới khó khăn hơn cho nữ giới, và hầu hết các trường hợp điều trị cho người chồng lại phải tiến hành điều trị và thực hiện các thủ thuật trên người vợ (kích thích buồng trứng, bơm IUI, thậm chí chọc hút noãn, chuyển phôi); Chẩn đoán vô sinh do nam giới không phức tạp như chẩn đoán vô sinh ở nữ giới, xét nghiệm thăm dò đơn giản, không xâm nhập, chính vì vậy khi thăm dò nguyên nhân vô sinh bao giờ cũng phải làm song song cho cả hai cặp vợ chồng.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Hỏi bệnh

- Tiền sử thói quen hút thuốc, uống rượu, nhiễm độc, tiếp xúc hoá chất ...
- Tiền sử hôn nhân và thai sản: thời gian lập gia đình, thời gian từ khi muốn có con đến nay.
- Tiền sử bệnh tật: Quai bị, bệnh mạn tính, bệnh viêm nhiễm-lây truyền qua đường tình dục ...
- Đặc điểm nhu cầu sinh lý, sinh hoạt tình dục, có rối loạn cương dương, rối loạn xuất tinh ...
- Tiền sử gia đình về sinh sản: Trong gia đình có ai chậm con không?
- Phía vợ: đã khám cho vợ chưa? Các bất thường liên quan đến sức khoẻ sinh sản của người vợ như nhu cầu về sinh lý, tình hình kinh nguyệt (chu kỳ kinh, màu sắc kinh nguyệt, đau khi có kinh), đau khi giao hợp,...

2.1.2. Khám bệnh

- Toàn thân: trạng thái tinh thần kinh, hình dáng bên ngoài, vú, hệ thống lông (lông mu, lông nách)...
- Thực thể: bệnh nội tiết, tim mạch, hệ tiết niệu
- Tại chỗ: bộ phận sinh dục ngoài: dị tật (không có tinh hoàn trong bìu, lỗ đái thấp, cong vẹo dương vật, ...), viêm nhiễm, chảy mủ hoặc dịch bất thường.
- Nhìn: vị trí lỗ niệu đạo; các hình dạng và kích thước khác nhau của dương vật và bìu, cách mọc lông mu.

- Sờ: Sờ tinh hoàn đánh giá hình dạng, kích thước, mật độ, vị trí Sờ nắn mào tinh hoàn (giãn, nang mào tinh...) Sờ nắn đám rối tĩnh mạch tinh, Ống dẫn tinh (xem có ống dẫn tinh không, tính chất ống dẫn tinh, hay bất sản ống dẫn tinh)

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Xét nghiệm tinh dịch đồ

- Các điều kiện lấy mẫu xét nghiệm tinh dịch đồ: kiêng giao hợp từ 2 ngày đến 7 ngày, dùng ống đựng tinh dịch tiêu chuẩn và vô khuẩn. Không nên lấy tinh dịch từ nhà mang đến, không được dùng bao cao su thông thường khi lấy mẫu (vì các bao cao su thông thường có chứa chất diệt tinh trùng)

- Đánh giá đại thể:

- + Sự hoá lỏng của tinh dịch (< 60 phút/37°C)
- + Thở tích và màu sắc (bình thường màu trắng sữa)
- + Xác định pH $\geq 7,2$ (nếu < 7,2 thì có thể tắc ống dẫn tinh 2 bên)

- Đánh giá vi thể:

- + Tính chất di động của tinh trùng. Dựa vào tốc độ di chuyển của tinh trùng chia thành 4 loại:

- (A) di động nhanh về phía trước ($\geq 25 \mu\text{m/s}$)
- (B) di động chậm chạp hoặc lờ đờ về phía trước ($5 \mu\text{m/s} - < 25 \mu\text{m/s}$)
- (C) Di động tại chỗ, không tiến tới ($< 5 \mu\text{m/s}$)
- (D) nằm im, không di động (vận tốc = 0)

- + Mật độ tinh trùng

- + Các tế bào khác: tiền tinh trùng, tế bào biểu mô, bạch cầu

- + Ngưng kết tinh trùng (tinh trùng kết đám). Nếu các tinh trùng ngưng kết, dính vào nhau nhiều sẽ hạn chế khả năng di chuyển của tinh trùng và hạn chế khả năng thụ tinh.

- + Hình thái tinh trùng

- Ngoài ra, còn có thể dùng các test về chức năng tinh trùng:

- + Các test đánh giá sự trưởng thành nhân tế bào

- + Các test khảo sát tính chất nguyên vẹn của màng tinh trùng

- + Tình trạng cực đầu của tinh trùng: Kích thích phản ứng cực đầu trong môi trường thí nghiệm

- + Tương tác giữa tinh trùng và noãn

- + Test thâm nhập noãn Hamster (HOP-test)

- + Kỹ thuật xâm nhập nửa vùng trong suốt.

- + Phân tích tinh trùng có hỗ trợ bằng máy tính (CASA) Phân tích các vận động của tinh trùng

2.2.2. Xét nghiệm sinh hoá tinh dịch

Túi tinh chứa nhiều fructose, tuyến tiền liệt chứa phosphatase acid và kẽm, mào tinh hoàn chứa carnitin và α -glucosidase. Dựa vào các đặc điểm này có thể chẩn đoán tắc đoạn nào của đường xuất tinh.

2.2.3. Xét nghiệm kháng thể kháng tinh trùng

2.2.4. Xét nghiệm nội tiết tố:

- Định lượng các giá trị cơ bản của các nội tiết tố LH, FSH, prolactin, estradiol, testosterone. Testosterone là một chỉ điểm quan trọng nhất về chức năng của tinh hoàn.
- Ngoài ra, có thể định lượng Inhibin B. Bên cạnh FSH, Inhibin B là một chỉ điểm nội tiết quan trọng nhất của quá trình sinh tinh (chức năng ngoại tiết của tinh hoàn). Khi có rối loạn quá trình sinh tinh thì nồng độ Inhibin B thấp và FSH tăng cao.
- Các chẩn đoán chức năng (các test kích thích hormon):
 - + Test hCG (phát hiện được khả năng hoạt động về nội tiết của tinh hoàn do giống cấu trúc với LH)
 - + Test kích thích GnRH (kiểm tra khả năng sản xuất nội tiết tố hướng sinh dục của tuyến yên)
- Các chẩn đoán nội tiết chuyên sâu:
 - + Bệnh vú to: ngoài xét nghiệm định lượng estradiol, làm thêm xét nghiệm α -fetoprotein, hCG, LDH-cholesterol
 - + Các rối loạn tổng hợp testosterone: định lượng các chất chuyển hoá trung gian
 - + Kháng androgen: phân tích sinh học phân tử các thụ thể của androgen....

2.2.5. Xét nghiệm về di truyền học: Xét nghiệm về di truyền học (nhiễm sắc thể, gen) để đánh giá mức độ rối loạn nhiễm sắc thể và gen.

2.2.6. Xét nghiệm về mô học

- Chọc hút dịch mào tinh hoàn tìm tinh trùng.
- Sinh thiết tinh hoàn (dùng kim sinh thiết hoặc mổ sinh thiết).

2.2.7. Chẩn đoán hình ảnh

- Siêu âm hệ tiết niệu - sinh dục (lưu ý: tuyến tiền liệt, túi tinh, tinh hoàn, mào tinh hoàn, tĩnh mạch tinh) xem có bất thường không? Có giãn tĩnh mạch tinh không? Đo kích thước tinh hoàn...
- Chụp ống dẫn tinh: mục đích tìm chỗ tắc trên đường dẫn tinh. Cách thức thực hiện bằng gây tê tại chỗ, rạch da bìu, bộc lộ ống dẫn tinh, mở ống dẫn tinh, bơm thuốc cản quang vào ống dẫn tinh và chụp X-quang. Ống dẫn tinh lưu thông tốt khi thấy thuốc cản quang làm hiện rõ ống dẫn tinh, túi tinh, bóng tinh và bóng bàng quang trên phim X quang. Nếu thấy thuốc cản quang dừng lại trên đường đi chứng tỏ có bất tắc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- *Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, BYT, 2015.*