

BỘ Y TẾ

**HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ
CÁC BỆNH SẢN PHỤ KHOA**

(Ban hành kèm theo Quyết định số 315/QĐ-BYT ngày 29/01/2015)

HÀ NỘI - 2015

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 315/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 29 tháng 01 năm 2015

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc ban hành tài liệu chuyên môn
“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa”**

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31/8/2012 của Chính Phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa”.

Điều 2. Tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa” ban hành kèm theo Quyết định này được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Căn cứ vào tài liệu này và điều kiện cụ thể của đơn vị, Giám đốc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và ban hành tài liệu hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa phù hợp để thực hiện tại đơn vị.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Cục trưởng và Vụ trưởng các Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế, Giám đốc các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Thủ trưởng Y tế các Bộ, Ngành và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng Bộ Y tế (để b/c);
- Các Thứ trưởng BHYT;
- Bảo hiểm Xã hội Việt Nam (để phối hợp);
- Cổng thông tin điện tử BHYT;
- Website Cục KCB;
- Lưu VT, KCB.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

(dã ký)

Nguyễn Việt Tiến

Chủ biên: PGS.TS. Nguyễn Việt Tiến

Ban biên soạn:

PGS.TS. Nguyễn Đức Hình

PGS.TS. Lưu Thị Hồng

PGS.TS. Lê Hoài Chương

PGS.TS. Nguyễn Quốc Tuấn

PGS.TS. Trần Danh Cường

PGS.TS. Lê Thanh Vân

PGS.TS. Nguyễn Vũ Quốc Huy

TS. Vũ Bá Quyết

THS. Lê Quang Thanh

TS. Lê Thiện Thái

TS. Lê Hoàng

TS. Nguyễn Duy Ánh

Ths. Nguyễn Minh Trác

Ths. Trần Diệu Linh

Ban thư ký:

Ths. Nguyễn Đức Tiến

Ths. Đặng Thị Hồng Thiện

Ths. Ngô Thị Bích Hà

Ths. Vũ Văn Khanh

CHỮ VIẾT TẮT

aCL	: <u>A</u> nti <u>C</u> ardio <u>L</u> ipin antibody
AĐ	: Âm đạo
AIDS	: Acquired immunodeficiency Syndrom
AFI	: Amnionic fluid index
aPL	: AntiPhosphoLipid antibody
APS	: AntiPhospholipid Syndrome
APTT	: Activated partial thromboplastin time
ALT	: Alanine aminotranferease
AST	: Aspartate aminotransferase
CMV	: Cytomegalovirus
CTM	: Công thức máu
CRP	: C- Reaction Protein
HA	: Huyết áp
hCG	: Human chorionic gonadotropin
HELLP:	
•	H -- hemolysis (the breakdown of red blood cells)
•	EL -- elevated liver enzymes
•	LP -- low platelet count
HIV	: Human immunodeficiency virus
LA	: <u>L</u> upus <u>A</u> nticoagulant antibody
LDH	: Lactate dehydrogenase
LMWH	: Low-molecular-weight heparin
LNMTC	: Lạc nội mạc tử cung
MTX	: Methotrexat
MRI	: Magnetic resonance imaging
NST	: Nhiễm sắc thể
PET	: Positron emission tomography
PGD	: Preimplantation genetic diagnosis
TM	: Tĩnh mạch

MỤC LỤC

CHƯƠNG 1: SẢN KHOA	7
1. DỌA SẦY THAI – SẦY THAI.....	7
2. SẦY THAI LIÊN TIẾP	12
3. DỌA ĐẺ NON, ĐẺ NON.....	17
4. THAI CHẾT LƯU TRONG TỬ CUNG	20
5. THAI CHẬM PHÁT TRIỂN TRONG TỬ CUNG.....	25
6. TIỀN SẢN GIẬT – SẢN GIẬT	29
7. ĐA ỒI	35
8. THIẾU ỒI	37
9. RAU TIỀN ĐẠO.....	39
10. RAU BONG NON.....	43
11. THAI QÚA NGÀY SINH	47
12. BỆNH TIM MẠCH VÀ THAI NGHÉN.....	49
13. THIẾU MÁU VÀ THAI NGHÉN.....	54
14. BASEDOW VÀ THAI NGHÉN	56
15. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ THAI NGHÉN	59
16. VIÊM GAN B VÀ THAI NGHÉN	65
17. HIV/AIDS VÀ THAI NGHÉN	68
18. SỐT TRONG KHI CÓ THAI.....	73
19. SINH LÝ CHUYỂN DẠ	77
20. NGÔI MÔNG	82
21. NGÔI VAI	86
22. ỒI VỠ SỚM, ỒI VỠ NON	88
23. SUY THAI TRONG TỬ CUNG	93
24. TẮC MẠCH ỒI.....	96
25. VỠ TỬ CUNG.....	99
26. CHẢY MÁU SAU ĐẺ	103

27. NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN	107
CHƯƠNG 2: PHỤ KHOA	113
1. ÁP XE VÚ	113
2. CÁC TỔN THƯƠNG VÚ	115
3. TỔN THƯƠNG LÀNH TÍNH CỔ TỬ CUNG	123
4. VIÊM PHẦN PHỤ	128
5. VIÊM ÂM ĐẠO	132
6. CHỮA NGOÀI TỬ CUNG	135
7. CHỮA Ở VẾT MỒ	141
8. SA SINH DỤC	143
9. U NANG BUỒNG TRỨNG	149
10. U XƠ TỬ CUNG (FIBROID)	154
11. LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG	157
12. TIỀN UNG THƯ VÀ UNG THƯ ÂM HỘ TỔN THƯƠNG TIỀN UNG THƯ	163
13. UNG THƯ ÂM HỘ	164
14. CHỮA TRỨNG	169
15. U NGUYÊN BÀO NUÔI	174
16. UNG THƯ CỔ TỬ CUNG	178
17. UNG THƯ NIÊM MẠC TỬ CUNG	183
18. UNG THƯ BUỒNG TRỨNG	187
19. RONG KINH RONG HUYẾT	195
20. VÔ KINH	201
21. MÃN KINH – TIỀN MÃN KINH	206
22. VÔ SINH NỮ	210
23. VÔ SINH NAM	215
CHƯƠNG 3: SƠ SINH	220
1. CHĂM SÓC TRẺ NON THÁNG	220
2. HỒI SỨC SƠ SINH NGẬT	227
3. NHIỄM KHUẨN SƠ SINH	234

4. HẠ THÂN NHIỆT TRẺ SƠ SINH	240
5. VÀNG DA SƠ SINH.....	243
6. SUY HÔ HẤP SƠ SINH.....	249
PHỤ LỤC 1: THUỐC TRÁNH THAI.....	255
PHỤ LỤC 2: DỤNG CỤ TỬ CUNG.....	261
PHỤ LỤC 3: XỬ TRÍ DỊ TẬT BẨM SINH CẤP CỨU.....	267
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	278

CHƯƠNG 1: SẢN KHOA

DỌA SẦY THAI – SẦY THAI

1. KHÁI NIỆM

Sảy thai là hiện tượng kết thúc thai nghén trước khi thai có thể sống được. Với khái niệm này, sảy thai được định nghĩa là trường hợp thai bị tống ra khỏi buồng tử cung trước 22 tuần hay cân nặng của thai dưới 500g.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng: sảy thai tự nhiên diễn ra 2 giai đoạn: dọa sảy thai và sảy thai.

2.1.1. Dọa sảy thai:

- Có thai (chậm kinh, nghén), ra máu âm đạo (máu đỏ tươi, lẫn ít nhầy, có khi máu đỏ sẫm hay đen, máu ra ít một, liên tiếp), đau bụng (thường không đau bụng nhiều, chỉ có cảm giác tức nặng bụng dưới hay đau âm ỉ vùng hạ vị).

- Khám: cổ tử cung tím nhưng còn dài, đóng kín, kích thước thân tử cung to tương xứng với tuổi thai.

2.1.2. Sảy thai

- Có thai như chậm kinh, nghén...
- Ra máu âm đạo: máu đỏ, lượng nhiều, máu loãng lẫn máu cục
- Đau bụng: đau bụng nhiều từng cơn vùng hạ vị
- Khám: cổ tử cung đã xóa, mở, phần dưới tử cung phình to do bọc thai bị đẩy xuống phía cổ tử cung làm cho cổ tử cung có hình con quay, đôi khi sờ thấy bọc thai nằm ở ống cổ tử cung.

2.2. Cận lâm sàng

- hCG: dương tính
- Siêu âm: có hình ảnh túi ối trong buồng tử cung, có âm vang phôi và tim thai (khi thai > 6 tuần bằng siêu âm đầu dò âm đạo). Với sảy thai, có thể thấy hình ảnh túi thai tụt xuống thấp hay trong ống cổ tử cung.

2.3. Chẩn đoán thể bệnh

- Dọa sảy thai

- Sảy thai hoàn toàn

Người bệnh có dấu hiệu của có thai và đang sảy thai. Sau khi đau bụng, ra máu, thai ra cả bọc, sau đó ra máu ít dần. Khám thấy cổ tử cung đóng, tử cung nhỏ hơn tuổi thai. Siêu âm buồng tử cung sạch.

- Sảy thai không hoàn toàn

Người bệnh có dấu hiệu của có thai và đang sảy thai. Sau khi thấy thai ra rồi vẫn còn đau bụng, còn ra máu kéo dài. Khám cổ tử cung mở và tử cung còn to. Siêu âm có hình ảnh âm vang không đồng nhất trong buồng tử cung.

- Sảy thai đã chết

+ Người bệnh có dấu hiệu của có thai.

+ Có dấu hiệu của thai chết lưu: giảm nghén, ra máu đen kéo dài, khám thấy tử cung nhỏ hơn tuổi thai, siêu âm thấy hình ảnh túi ối méo mó không có âm vang phôi hay có phôi thai nhưng không thấy hoạt động của tim thai.

+ Có dấu hiệu của dọa sảy thai, đang sảy thai, sảy thai hoàn toàn hay không hoàn toàn.

- Sảy thai liên tiếp

+ Được định nghĩa là có hiện tượng sảy thai tự nhiên ≥ 2 lần.

+ 2 xét nghiệm được khuyến cáo: nhiễm sắc đồ của 2 vợ chồng và hội chứng kháng phospholipid (AntiPhospholipid Syndrome - APS).

2.4. Chẩn đoán phân biệt

2.4.1. Chửa ngoài tử cung – thể giả sảy

Có thai, đau bụng, ra máu, có tổ chức giống khối thai sảy ra từ buồng tử cung.

Phân biệt: khám có khối cạnh tử cung ấn đau, cùng đồ đầy, đau. Siêu âm thấy khối cạnh tử cung. Giải phẫu bệnh khối sảy không thấy hình ảnh gai rau mà thấy màng rụng.

2.4.2. Thai lưu

Người bệnh có thai, ra máu (máu đen, ít một, kéo dài), không đau bụng. Siêu âm thấy túi ối bờ méo, không có âm vang thai hay có phôi thai nhưng không có hoạt động của tim thai. Đôi khi rất khó phân biệt khi tuổi thai còn nhỏ. Xét nghiệm β hCG theo dõi và siêu âm lại sau một tuần

2.4.3. Chửa trứng thoái triển

Có thai, ra máu. Khám có thể thấy tử cung to hơn tuổi thai. Siêu âm thấy hình ảnh ruột bánh mỳ, β hCG cao > 200.000 UI/L).

2.4.4. Rong kinh rong huyết

Đặc biệt trong trường hợp người bệnh có kinh nguyệt không đều. Khám thấy tử cung bình thường, hay cũng to hơn bình thường nhưng chắc (u xơ tử cung), hCG âm tính, siêu âm thấy không thấy thai trong buồng tử cung. Nạo niêm mạc tử cung xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Dựa sảy thai: chưa có liệu pháp điều trị dựa sảy thai nào được cho là tối ưu

- Nằm nghỉ, ăn nhẹ, chế độ ăn tránh gây táo bón. Bổ sung viên sắt, a.folic
- Thuốc giảm co thắt cơ trơn như papaverin 40mg, spasmaverin 40mg x 4 viên chia 2 lần/ngày...
- Thuốc nội tiết như progesteron 25mg x 2 ống/tiêm bắp/ngày, nếu có bằng chứng của sự thiếu hụt nội tiết, hay dùng progesteron làm mềm cơ tử cung.
- Kháng sinh: chống nhiễm trùng do hiện tượng ra máu.
- Khâu vòng cổ tử cung cấp cứu: trong trường hợp thai trên 3 tháng dựa sảy, nếu đã có hiện tượng biến đổi cổ tử cung, sau khi không chế nhiễm trùng âm đạo, cổ tử cung và cơn co tử cung, khâu vòng cổ tử cung cấp cứu

3.2. Đang sảy thai và đã sảy thai

- Đang sảy thai: bọc thai nằm trong âm đạo hoặc trong ống cổ tử cung, gấp bọc thai bằng kim quả tim, sau đó nạo lại buồng tử cung để đảm bảo không sót rau.

Thuốc co hồi tử cung sau khi nạo (oxytocin 10UI tiêm bắp, hoặc ergometrin 0,2mg x 1 ống/tiêm bắp). Kháng sinh đề phòng nhiễm khuẩn

- Sảy thai hoàn toàn: kiểm tra bằng siêu âm thấy buồng tử cung sạch, không nạo lại. Cho kháng sinh phòng nhiễm khuẩn.

- Sảy thai không hoàn toàn: tùy khối còn lại trong buồng tử cung và ra máu âm đạo mà tiến hành hút, nạo lại buồng tử cung hay dùng misoprostol 400mcg ngậm dưới lưỡi giúp co hồi tử cung và tổng nốt tổ chức còn lại. Cho kháng sinh phòng nhiễm khuẩn.

- Sảy thai nhiễm khuẩn: kháng sinh liều cao, kết hợp thuốc co hồi tử cung. Sau 6h dùng kháng sinh, nhiệt độ đã giảm, tiến hành hút hay nạo lại buồng tử cung. Chú ý thủ thuật để gây thủng tử cung hơn bình thường. Tư vấn cho người bệnh và người nhà nguy cơ cắt tử cung nếu tình trạng nhiễm khuẩn không được cải thiện.

- Sảy thai băng huyết: tích cực hồi sức, truyền dịch, truyền máu (nếu cần thiết). Hút, nạo lại buồng tử cung lấy hết tổ chức còn sót lại. Dùng thuốc co hồi tử cung giúp tử cung co tốt. Cho kháng sinh phòng nhiễm khuẩn.

3.3. Sảy thai liên tiếp

- Tìm nguyên nhân gây sảy thai liên tiếp

- Điều trị theo nguyên nhân:

+ Hở eo tử cung: khâu vòng cổ tử cung.

+ Thiếu hụt nội tiết: bổ xung nội tiết như progesteron 25mg x 2 ống/tiêm bắp sâu / ngày, estrogen (progynova 2mg/ngày).

+ Mẹ bị hội chứng kháng phospholipid: dùng thuốc chống đông.

+ Điều trị các bệnh lý toàn thân của mẹ như đái tháo đường, giang mai, viêm thận hay các bệnh nội tiết như thiếu năng giáp trạng, basedow...

+ Mổ bóc nhân xơ trong u xơ tử cung, mổ cắt vách ngăn tử cung...

+ Rối loạn nhiễm sắc thể: nên tham khảo lời khuyên về di truyền xem người bệnh có nên có thai lại nữa không.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ PHÒNG BỆNH

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

- Với thiếu hụt nội tiết: chủ động bổ sung nội tiết ngay khi người bệnh 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 liều thấp trước khi có thai, dùng thuốc chống đông khi người bệnh có thai.
- Chủ động điều trị các bệnh lý toàn thân của mẹ (nếu có).
- Với nguyên nhân bố hoặc mẹ bị rối loạn nhiễm sắc thể: tiên lượng đẻ đẻ được con bình thường rất khó khăn, nên tư vấn về di truyền xem có nên có thai nữa không.

SẢY THAI LIÊN TIẾP

1. KHÁI NIỆM

Sảy thai liên tiếp là hiện tượng có từ 2 lần sảy thai liên tục trở lên, thai nhi bị tống xuất khỏi buồng tử cung trước 22 tuần.

Nguy cơ thay đổi tùy theo số lần sảy thai, đã từng sinh con còn sống và có con bị dị tật hay không.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Lâm sàng

- Phần lớn người bệnh đến khám khi đang có thai với tiền sử sảy thai, hay có tiền sử sảy thai liên tiếp

- Ở ngoài thời kỳ mang thai, khám lâm sàng có thể phát hiện được một số nguyên nhân gây sảy thai liên tiếp như u xơ tử cung, hở eo tử cung, tử cung nhi tính, tử cung dị dạng, mẹ có bệnh lý toàn thân

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Nhiễm sắc thể

Có thể phát hiện được bất thường số lượng hay cấu trúc nhiễm sắc thể của một hay 2 vợ chồng có tiền sử sảy thai liên tiếp.

2.2.2. Kháng thể kháng phospholipid

- aPL: antiPhosphoLipid antibody: IgM và IgG
- aCL: antiCardioLipin antibody: IgM và IgG
- + Dương tính: IgM và IgG cao hơn trung bình kéo dài > 6 tuần
- LA: Lupus Anticoagulant antibody
- + Dương tính: khi nồng độ cao hơn mức trung bình kéo dài > 6 tuần
- + Nhạy cảm với các trường hợp có tiền sử huyết khối
- 2-GpI: Anti beta 2 Glycoprotein I:
- + Giá trị tiên đoán dương tính cao (87,5%)
- Khác: kháng thể kháng nhân, kháng thể kháng DNA...
- + Không thông dụng

+ Áp dụng trong APS thứ phát

Trên lâm sàng, xét nghiệm aPL và aCL thực hiện trước, nếu hai xét nghiệm này âm tính sẽ tiếp tục thử với LA và 2-GpI. Hội chứng kháng PhosphoLipid được chẩn đoán là dương tính nếu có ít nhất một trong các xét nghiệm trên dương tính.

❖ Các xét nghiệm khác

- Siêu âm: để phát hiện các trường hợp bất thường ở tử cung như u xơ tử cung, tử cung dị dạng, tử cung nhi tính...

- Chụp tử cung: phát hiện tử cung dị dạng, tử cung có vách ngăn, dính buồng tử cung...

- Xét nghiệm nội tiết: tìm một số những rối loạn nội tiết như đái tháo đường, bệnh tuyến giáp, suy hoàng thể sớm...

- Một số xét nghiệm viêm nhiễm khác: Toxoplasma, CMV, giang mai...

3. ĐIỀU TRỊ

Dựa vào nguyên nhân gây sảy thai liên tiếp

3.1. Rối loạn nhiễm sắc thể

- Tư vấn về di truyền xem người bệnh có nên có thai nữa hay không.

- Trường hợp có thai tự nhiên: tiến hành các xét nghiệm chẩn đoán trước sinh, chọc ối hoặc sinh thiết gai rau cho tất cả thai kỳ có bố hoặc mẹ mang bất thường nhiễm sắc thể (NST).

- Trong thụ tinh trong ống nghiệm: tiến hành sinh thiết chẩn đoán tiền phôi (kỹ thuật PGD) nhằm loại bỏ những phôi mang bất thường di truyền gây sảy thai hoặc có nguy cơ gây dị tật bẩm sinh cao.

3.2. Hội chứng kháng PhosphoLipid

3.2.1. Các thuốc sử dụng trong Hội chứng kháng PhosphoLipid

Thuốc chống đông máu: Heparin trọng lượng phân tử thấp hoặc Heparin không đứt đoạn. Thời gian tác dụng kéo dài → tiêm 1 lần/ngày

+ Fraxiparin 50 – 60UI/kg/ngày (bom 0,3ml/ngày - 2850UI, tiêm dưới da bụng)

+ Lovenox 20 - 40mg/ngày tiêm dưới da

Ức chế tiêu cầu: Aspirin (ASA)

- Điều trị liều thấp: 75 - 100mg/ngày
- Theo dõi số lượng tiểu cầu, yếu tố đông máu
- Người bệnh có giảm tiểu cầu: không nên dùng

Ức chế miễn dịch

- Thường sử dụng cho APS thứ phát hay CAPS (catastrophic APS)
- Corticoid liều tối thiểu 1mg/kg/ngày (1 lọ methylped 40mg)
- Gammaglobulin:
 - + Các trường hợp quá nặng
 - + Liều 0,4g/kg/ngày trong 5 ngày hoặc 1g/kg/ngày trong 2 ngày

3.2.2. Phác đồ điều trị

Bệnh cảnh	Không có thai	Có thai
Hội chứng kháng PhosphoLipid với biến chứng sản khoa	- Không điều trị - ASA liều thấp	- LMWH + ASA liều thấp - Bổ sung Ca và Vit D
Hội chứng kháng PhosphoLipid với tiền sử huyết khối	Warfarin, duy trì INR: 2 – 3	- ASA liều thấp + Liều LMWH tối đa mà không qua được rau thai (gấp 3 - 4 lần)
Hội chứng kháng PhosphoLipid thứ phát hay CAPS	Điều trị theo chuyên khoa	Ức chế miễn dịch nếu cần thiết → LMWH + ASA

3.2.3. Thời gian điều trị

- + ASA: ngay khi thử hCG (+) nếu trước đó không dùng
- Dừng bất cứ khi nào sau 36 tuần, nên dừng 7 - 10 ngày trước khi lấy thai
- Thai phụ có tiền sử huyết khối: tiếp tục dùng ASA trong, sau đẻ (dự phòng huyết khối quan trọng hơn so với chảy máu vì ASA)
- Không có mối liên quan giữa ASA liều thấp và bệnh lý đóng sớm ống động mạch, chảy máu sau đẻ

+ LMWH: dùng khi siêu âm có tim thai hay ngay khi có thai

- Suốt thời kỳ có thai và dùng trước khi lấy thai 24h (đang nghiên cứu)

- APS có tiền sử sảy thai, thai chết lưu < 3tháng + không tiền sử huyết khối, Doppler bình thường ở tuổi thai 34 tuần có thể dùng LMWH

- Thời kỳ sau sinh: dùng LMWH kéo dài sau đẻ 6 - 12 tuần, sau đó có thể thay bằng warfarin và theo dõi INR

3.2.4. Quản lý thai nghén

- Tư vấn kỹ về bệnh lý này để người bệnh cùng theo dõi: Dấu hiệu của huyết khối các vị trí, dấu hiệu của tiền sản giật, thai chậm phát triển trong tử cung, sảy thai, thai lưu và dấu hiệu các tác dụng phụ của thuốc

- Theo dõi thai: siêu âm Doppler 3 tuần/lần từ tuổi thai 18 tuần (nếu thai bình thường), hay theo chỉ định nếu Doppler nếu có dấu hiệu bất thường. Theo dõi monitoring sản khoa thường xuyên từ tuổi thai 20 tuần

- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc (tiểu cầu, APPT): 3 tuần đầu 11 lần / tuần. Sau đó 4 tuần/lần (nếu không có bất thường)

3.2.5. Kết thúc thai nghén

- Thời điểm kết thúc thai nghén: PARA + can thiệp sớm

+ Thai bình thường: ở tuổi thai 39 tuần

+ Thai có biến chứng: tiền sản giật, thai chậm phát triển trong tử cung theo chỉ định sản khoa + PARA + can thiệp sớm.

- Phương pháp kết thúc thai nghén: theo chỉ định của sản khoa

- Giảm đau trong APS chỉ định bình thường nên dùng LMWH trước 24h, xét nghiệm đông máu bình thường, tiểu cầu > 70G/l

3.3. Điều trị nguyên nhân khác

- Hở eo tử cung: khâu vòng cổ tử cung, giảm co.

- Thiếu hụt nội tiết: bổ xung nội tiết như progesteron, estrogen.
- Mổ bóc nhân xơ trong u xơ tử cung, mổ cắt vách ngăn tử cung...
- Điều trị các bệnh lý toàn thân của mẹ như đái tháo đường, giang mai, viêm thận hay các bệnh nội tiết như thiếu năng giáp trạng, basedow...

4. TIÊN LƯỢNG VÀ PHÒNG BỆNH

Tiên 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 người bệnh có thai.
- Với hở eo tử cung: khâu vòng cổ tử cung chủ động ở lần có thai sau.
- Khi mẹ bị hội chứng kháng PhosphoLipid: dùng aspirin liều thấp trước khi có thai, dùng thuốc chống đông khi người bệnh có thai.
- Chủ động điều trị các bệnh lý toàn thân của mẹ (nếu có).
- Với nguyên nhân bố hoặc mẹ bị rối loạn nhiễm sắc thể: tiên lượng để đẻ được con bình thường rất khó khăn, nên tư vấn về di truyền xem có nên có thai nữa không.

DẠ ĐẼ NON, ĐẼ NON

1. KHÁI NIỆM:

- Định nghĩa: theo Tổ chức Y tế thế giới, đẻ non là cuộc chuyển dạ xảy ra từ tuần thứ 22 đến trước tuần 37 của thai kỳ tính theo kinh cuối cùng.

- Sơ sinh non tháng có tỷ lệ tử vong và mắc bệnh cao hơn rất nhiều so với trẻ đẻ đủ tháng, nguy cơ cao bị di chứng thần kinh với tỷ lệ 1/3 trước tuần 32, giảm xuống 1/10 sau 35 tuần. Dự phòng và điều trị dọa đẻ non - đẻ non luôn là một vấn đề quan trọng đối với sản khoa, sơ sinh và toàn xã hội.

- Tại Việt nam, chưa có thống kê trên toàn quốc, nhưng theo những nghiên cứu đơn lẻ, tỷ lệ đẻ non khoảng 8-10%.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Dọa đẻ non:

2.1.1. Triệu chứng cơ năng :

- Đau bụng từng cơn, không đều đặn, tức nặng bụng dưới, đau lưng
- Ra dịch âm đạo dịch nhày, lẫn máu

2.1.2. Triệu chứng thực thể :

- Cơn co tử cung thưa nhẹ (2 cơn trong 10 phút, thời gian co dưới 30 giây)
- Cổ tử cung đóng, hoặc xóa mở dưới 2cm

2.2. Đẻ non:

- Triệu chứng cơ năng: đau bụng cơn, đều đặn, các cơn đau tăng dần. Ra dịch âm đạo, dịch nhày, máu, nước ối

- Triệu chứng thực thể: cơn co tử cung (tần số 2-3, tăng dần). Cổ tử cung xóa trên 80%, mở trên 2cm. Thành lập đầu ối hoặc vỡ ối.

2.3. Cận lâm sàng:

- Test fibronectin : test dương tính khi nồng độ fibronectin > 50ng/ml, khả năng xảy ra đẻ non trong vòng 7 ngày ở những thai phụ này sẽ cao hơn 27 lần so với những người có test âm tính.

- Đo chiều dài cổ tử cung bằng siêu âm đường bụng, đường âm đạo hoặc tăng sinh môn. Dưới 35mm thai 28-30 tuần thì nguy cơ sinh non là 20%.

- Định lượng hCG dịch cổ tử cung: trên 32mUI/ml nguy cơ đẻ non sẽ cao hơn xấp xỉ 20 lần.

- Monitoring sản khoa: cho phép theo dõi, đánh giá tần số, độ dài, cường độ cơn co tử cung.

- Một số xét nghiệm để tìm nguyên nhân và tiên lượng : xét nghiệm vi khuẩn ở cổ tử cung, nước tiểu, CRP, huyết học, sinh hóa máu, men gan...

2.4. Chẩn đoán phân biệt :

- Các tổn thương cổ tử cung, đường sinh dục dưới gây chảy máu âm đạo.

- Rau tiền đạo, rau bong non, vỡ tử cung.

3. ĐIỀU TRỊ :

3.1. Nguyên tắc chung :

- Trì hoãn chuyển dạ để điều trị dọa đẻ non,

- Chuyển sản phụ đến cơ sở có khả năng chăm sóc sơ sinh non tháng

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Nghi ngơi tuyệt đối tại giường, nghiêng trái, tránh kích thích

3.2.2. Thuốc giảm - cắt cơn co tử cung:

- Thuốc hướng bê ta giao cảm: Salbutamol.

Chống chỉ định trong bệnh tim, cường giáp, tăng huyết áp, đái tháo đường nặng, chảy máu nhiều, nhiễm khuẩn ối. Tác dụng phụ: tăng nhịp tim, tăng đường huyết, hạ Kali máu. Dừng thuốc nếu nhịp tim >120lần/phút.

Salbutamol : 5mg pha trong 500ml Glucose 5%, truyền tĩnh mạch 20 giọt/phút (10mcg/phút), liều tối đa 45 giọt/ phút. Khi đã cắt được cơn co, chuyển sang liều duy trì : viên 4mg, ngậm 1 - 2 viên/ngày.

- Thuốc chẹn kênh calci : có thể dùng 1 trong các thuốc sau :

+ Nifedipine : liều tấn công 20mg ngậm dưới lưỡi trong 20 phút, tối đa 03 liều. Sau khi cắt cơn co duy trì Nifedipine chậm 20mg, uống 6-8h /lần. Theo dõi huyết áp khi dùng thuốc, chống chỉ định nếu huyết áp thấp < 90/50mmHg.

Tác dụng phụ: nóng bừng mặt, buồn nôn, tụt HA thoáng qua.

+ Magnesium Sulfate: liều tấn công 4-6g pha trong 100ml Glucose 5%, truyền TM trong 20 phút. Liều duy trì: 2g/h truyền tĩnh mạch trong 12h, sau đó 1g/h trong 24h. Tai biến: nóng bừng mặt, giảm phản xạ gân xương, ức chế hô hấp, ngừng thở, ngừng tim. Cần theo dõi nồng độ ion Mg huyết thanh 5-7mg/dL.

+ Thuốc đối kháng cạnh tranh với oxytocin: Atosiban có tác dụng cạnh tranh với oxytocin trên các thụ thể tại màng tế bào cơ tử cung làm giảm sự đáp ứng của cơ tử cung với oxytocin.

Chỉ định điều trị dọa đẻ non từ tuần 24-33 của thai kỳ. Chống chỉ định: ối vỡ non, thai suy, thai chậm phát triển, chảy máu nặng, tiền sản giật, rau tiền đạo, rau bong non.

Liều dùng : 75mg Atosiban (10ml) pha trong 90ml dung dịch Glucose 5% hoặc NaCl 0,9%. Truyền tĩnh mạch 24ml/h, sau 3h giảm xuống 8ml/h. Thời gian điều trị không nên quá 48h, không quá 3 đợt điều trị trong thai kỳ.

3.2.3. Liệu pháp Corticoid : tăng cường sản xuất surfactan, thúc đẩy sự trưởng thành của mô liên kết, làm giảm suy hô hấp ở trẻ non tháng. Chỉ định cho thai từ 28 đến hết 34 tuần tuổi, có thể sử dụng một trong các thuốc sau ở các tuyến y tế.

- Bethamethasone 12mg, 2 liều tiêm bắp cách nhau 24h.

- Hoặc Dexamethasone 6mg/lần, tiêm bắp 4 lần cách nhau 12h.

3.2.4. Xử trí đẻ non khi ức chế chuyển dạ không thành công :

- Tránh sang chấn cho thai : bảo vệ đầu ối đến khi cổ tử cung mở hết, hạn chế sử dụng oxytocin, cắt tầng sinh môn rộng, mổ lấy thai nếu có chỉ định.

- Chống nhiễm khuẩn nếu ối vỡ sớm, dự phòng sót rau, chảy máu sau đẻ.

- Đảm bảo hồi sức, chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng.

THAI CHẾT LƯU TRONG TỬ CUNG

1. KHÁI NIỆM

Thai chết lưu trong tử cung là tất cả các trường hợp thai bị chết mà còn lưu lại trong tử cung trên 48 giờ.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Thai chết lưu dưới 20 tuần

2.1.1. Lâm sàng

- Nhiều trường hợp không có triệu chứng làm cho phát hiện muộn, một số trường hợp người bệnh thấy bụng bé đi hoặc không to lên dù mất kinh đã lâu.

- Bệnh cảnh lâm sàng hay gặp:

+ Người bệnh đã có dấu hiệu của có thai như chậm kinh, hCG dương tính, siêu âm đã thấy có thai và hoạt động của tim thai.

+ Ra máu âm đạo: máu ra tự nhiên, ít một, máu đỏ sẫm hay nâu đen.

+ Đau bụng: thường không đau bụng, chỉ đau bụng khi dọa sảy hay đang sảy thai lưu.

- Khám: thấy tử cung bé hơn tuổi thai, mật độ tử cung đôi khi chắc hơn so với mật độ tử cung có thai sống.

2.1.2. Cận lâm sàng

- hCG:

+ hCG trong nước tiểu chỉ âm tính sau khi thai đã chết một thời gian.

+ Nồng độ β hCG: thấp hơn so với tuổi thai hay tốc độ tăng của β hCG không theo qui luật của thai sống.

- Siêu âm: là thăm dò có giá trị, cho chẩn đoán sớm và chính xác:

+ Thấy âm vang thai rõ ràng mà không thấy hoạt động tim thai. Hình ảnh túi ối rỗng (chỉ nhìn thấy túi ối mà không thấy âm vang thai), túi ối rỗng với bờ méo mó, không đều. Trong trường hợp nghi ngờ, nên kiểm tra lại sau 1 tuần để xem tiến triển của túi ối

+ Có âm vang thai : không thấy hoạt động tim thai.

2.1.3. Chẩn đoán phân biệt

- Chửa ngoài tử cung: chậm kinh, đau bụng, ra máu đen ở âm đạo, tử cung nhỏ hơn so với tuổi thai. Trong chửa ngoài tử cung, siêu âm không có túi ối trong buồng tử cung, cạnh tử cung thấy khối bất thường nghi ngờ khối chửa, có thể có dịch cùng đồ.

- Chửa trứng: dễ nhầm với chửa trứng thoái triển vì bệnh cảnh lâm sàng có thể giống y hệt nhau. Giải phẫu bệnh lý tổ chức nạo buồng tử cung cho chẩn đoán xác định.

- Dọa sảy thai: đặc biệt khi tuổi thai nhỏ hơn 6 tuần mà siêu âm chưa thấy tim thai. Phân biệt: máu âm đạo đỏ tươi chứ không sẫm màu, thường có đau bụng kèm theo. Siêu âm có thể chưa thấy phôi thai và tim thai nhưng bờ túi ối căng tròn, có túi noãn hoàng. Siêu âm kiểm tra lại sau 1 tuần là cần thiết.

- Tử cung có u xơ: ra máu âm đạo bất thường, tử cung to hơn tuổi thai. Siêu âm có thai kèm u xơ tử cung.

- Thai sống: phải làm thăm khám, theo dõi để tránh những chẩn đoán nhầm lẫn đáng tiếc xảy ra.

2.2. Thai chết lưu trên 20 tuần

2.2.1. Lâm sàng: triệu chứng thường rõ ràng làm người bệnh phải đi khám ngay.

- Bệnh cảnh lâm sàng :

+ Dấu hiệu có thai, đặc biệt là đã có cử động thai, sờ nắn thấy phần thai, nghe thấy tiếng tim thai.

+ Người bệnh không thấy thai cử động nữa, không thấy bụng to lên, thậm chí bé đi (nếu thai đã chết lâu ngày).

+ Hai vú tiết sữa non.

+ Ra máu âm đạo: hiếm gặp.

+ Đau bụng: khi chuẩn bị sẩy , đẻ thai lưu.

+ Nếu người bệnh bị một số bệnh kèm theo như nghén nặng, tiền sản giật, bệnh tim...thì bệnh tự thuyên giảm, người bệnh cảm thấy dễ chịu hơn.

- Khám:

+ Tử cung bé hơn so với tuổi thai, đặc biệt có giá trị nếu thấy chiều cao tử cung giảm đi giữa hai lần đo.

+ Khó sờ nắn thấy các phần thai.

+ Không nghe thấy tiếng tim thai.

2.2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: cho kết quả chính xác, chẩn đoán sớm và chắc chắn. Không thấy hoạt động của tim thai. Đầu thai méo mó, có thể thấy hiện tượng chõng khớp sọ hay dấu hiệu hai vòng ở xương sọ do da đầu bị bong ra. Nước ối ít hay hết ối.

- Các phương pháp thăm dò X quang như chụp bụng không chuẩn bị, chụp buồng ối...ngày nay không còn được sử dụng do nguy hiểm cho mẹ và cho thai nếu thai còn sống.

- Định lượng Fibrinogen trong máu: đánh giá ảnh hưởng của thai đến quá trình đông máu. Đây là xét nghiệm quan trọng và cần thiết trước khi can thiệp cho thai ra.

2.2.3. Chẩn đoán phân biệt:

Ít đặt ra với thai trên 20 tuần bị chết lưu vì triệu chứng lâm sàng và siêu âm cho kết quả chính xác.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Điều chỉnh tình trạng rối loạn đông máu (nếu có) trước khi can thiệp lấy thai

+ Fibrinogen truyền tĩnh mạch.

+ Máu tươi toàn phần.

+ Các thuốc chống tiêu sinh sợi huyết như: transamine...

+ Heparin: liều 5000 – 10000UI/ngày. Cần nghiên cứu thêm để áp dụng điều trị để đảm bảo an toàn cho người bệnh.

3.2. Nong cổ tử cung, nạo buồng tử cung

- Áp dụng cho các trường hợp thai lưu mà thể tích tử cung bé hơn tử cung có thai 3 tháng (hay chiều cao tử cung dưới 8cm).

- Thủ thuật khó hơn nạo thai sống vì rau thai lưu xơ hóa bám chặt vào tử cung. Chú ý phải giảm đau tốt vì thủ thuật khó, chủ động dùng thuốc co hồi tử cung và kháng sinh sau nạo. Theo dõi chảy máu

3.3. Gây sẩy thai, gây chuyển dạ

- Áp dụng cho tất cả các trường hợp thai chết lưu mà thể tích tử cung to hơn tử cung có thai 3 tháng.

+ Phương pháp Stein cải tiến: dùng estrogen trong 10mg/ngày trong 3 ngày, đến ngày thứ tư truyền oxytocin tĩnh mạch gây cơn co tử cung, liều tối đa 30UI/ngày, mỗi đợt 3 ngày liền, các đợt cách nhau 7 ngày. Thông thường thai bị tống ra sau 1 đến 2 ngày truyền đầu tiên.

+ Truyền oxytocin tĩnh mạch đơn thuần: giống phương pháp Stein cải tiến nhưng không dùng trước estrogen. Ưu điểm của phương pháp này là rút ngắn được thời gian điều trị mà kết quả thành công có vẻ cũng tương tự như Stein.

+ Dùng Prostaglandin: là phương pháp được ưa chuộng nhất hiện nay. Các thuốc hay được dùng thuộc nhóm Prostaglandin E2. Liều thuốc phụ thuộc vào tuổi thai. Đường dùng có thể là đặt âm đạo, đặt hậu môn hay ngâm dưới lưỡi.

Chú ý các chống chỉ định của Prostaglandin và Oxytocin.

+ Với các trường hợp khó: nếu không có rối loạn đông máu, không có nhiễm trùng, chờ đợi chuyển dạ tự nhiên là thái độ có thể chấp nhận được

4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

4.1. Ảnh hưởng đến tâm lý, tình cảm của người mẹ

Thai chết lưu bao giờ cũng gây ra những hậu quả tâm lý nặng nề cho người mẹ vì mất đi một đứa con đang được mong đợi. Tâm lý sợ khi mang cái thai đã chết. Thầy thuốc cần giải thích cặn kẽ, làm an lòng và thông cảm với người mẹ.

4.2. Rối loạn đông máu

- Nguyên nhân: thromboplastin có trong nước ối và tổ chức thai đã chết đi vào tuần hoàn máu mẹ - đặc biệt khi tử cung có con co, hay khi can thiệp vào buồng tử cung, hoạt hóa quá trình đông máu gây ra đông máu rải rác trong lòng mạch, làm fibrinogen trong máu tụt xuống thấp.

- Diễn biến: quá trình rối loạn đông máu có thể diễn ra từ từ với thời gian tiềm tàng trên 4 tuần hay cấp tính khi có cơn co tử cung hay can thiệp vào buồng tử cung.

- Lâm sàng: chảy máu diễn ra từ từ, máu không đông, xuất hiện sau khi can thiệp vài giờ. Hay chảy máu nhiều, máu không đông, gây mất máu cấp tính.

- Xét nghiệm: fibrinogen rất thấp hay không có, sản phẩm phân hủy của fibrinogen tăng cao, giảm plasminogen, giảm hoạt tính yếu tố antithrombin III, giảm tiểu cầu.

4.3. Nhiễm trùng

- Khi màng ối còn: không sợ nhiễm trùng.

- Khi ối đã vỡ, đặc biệt khi ối vỡ lâu: nhiễm trùng sẽ rất nhanh và nặng vì ngoài các vi khuẩn thường gặp còn có thể nhiễm các vi khuẩn yếm khí.

5. PHÒNG BỆNH

- Dự phòng thai chết lưu là một vấn đề phức tạp vì không tìm thấy nguyên nhân.

- Trong chẩn đoán cần thận trọng đặc biệt khi tuổi thai nhỏ.

- Trong điều trị: tránh vội vàng cho thai ra mà không tầm soát rối loạn đông máu và gây ra những biến chứng của việc nạo thai, đẻ thai lưu.

THAI CHẬM PHÁT TRIỂN TRONG TỬ CUNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Khái niệm thai nhẹ cân là khi thai đủ tháng, trọng lượng thai lúc sinh dưới 2500gr

Trong thực tế, khái niệm thai chậm phát triển trong tử cung bao gồm trọng lượng thai tại thời điểm thăm khám và sự phát triển của thai. Để xác định thai thực sự có chậm phát triển hoặc ngừng phát triển thì phải đo kích thước và ước lượng trọng lượng thai ở ít nhất 2 lần thăm khám liên tiếp cách nhau 01 tuần. Tùy từng tác giả, tùy từng nhóm nghiên cứu mà giới hạn của thai chậm phát triển trong tử cung thay đổi, nằm dưới đường bách phân vị thứ 10, thứ 5 hoặc thứ 3.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

Không có dấu hiệu đặc trưng

Có thể có một số gợi ý:

- Tiền sử đẻ con chậm phát triển trong tử cung
- Mẹ tăng cân ít hơn bình thường
- Chiều cao tử cung nhỏ hơn tuổi thai
- Phát hiện được một số nguyên nhân: HA cao, mẹ bị bệnh lý mạn tính...

2.2. Siêu âm

Là phương pháp giúp chẩn đoán hữu hiệu

So sánh đối chiếu các kích thước của thai nhi với kích thước chuẩn (các chỉ số về kích thước thai được xây dựng dựa trên các nghiên cứu mô tả cắt ngang) đánh giá thai chậm phát triển trong tử cung cân đối hay không cân đối

2.2.1. Chỉ số: đường kính lưỡng đỉnh

70% các trường hợp thai chậm phát triển trong tử cung có kích thước đường kính lưỡng đỉnh nhỏ hơn so với tuổi thai

2.2.2. Chỉ số: chu vi bụng

Đây là một chỉ số thường được sử dụng nhất để dự đoán thai chậm phát triển trong tử cung. Chu vi bụng có giá trị dự đoán thai chậm phát triển trong tử cung cao hơn chỉ số đường kính lưỡng kính, chu vi đầu và chiều dài xương đùi.

Tốc độ tăng trưởng của đường kính chu vi bụng đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán thai chậm phát triển trong tử cung ở một số trường hợp người mẹ không nhớ chính xác ngày kinh, không đánh giá được tuổi thai, nếu tốc độ tăng của chu vi bụng dưới 10 mm trong 15 ngày thì có thể nghĩ tới thai chậm phát triển trong tử cung.

2.2.3. Chỉ số: chiều dài xương đùi

Chỉ số này không có giá trị đặc biệt trong chẩn đoán thai chậm phát triển trong tử cung.

2.2.4. Tình trạng nước ối

Có đến 90% các trường hợp thai chậm phát triển trong tử cung có tình trạng thiếu ối, ngược lại nếu kèm theo đa ối thì phải nghĩ tới các nguyên nhân thai bất thường như rối loạn NST, bệnh lý gen..

2.2.5. Độ trưởng thành bánh rau

Không có nhiều giá trị trong chẩn đoán và dự báo thai chậm phát triển trong tử cung.

2.2.6. Ước lượng trọng lượng thai

Rất khó để có một công thức tính chính xác trọng lượng thai nhi trong tử cung, chúng ta chỉ có thể ước đoán trọng lượng thai trong khoảng cộng trừ 10 % của giá trị trung bình, đối chiếu với biểu đồ phát triển trọng lượng thai theo tuổi thai để chẩn đoán thai chậm phát triển trong tử cung. Ngoài ra còn một số chỉ số tham khảo khác như: chu vi đùi, tỷ lệ giữa chiều dài xương đùi và chu vi đùi, tỷ lệ giữa chu vi đầu và chu vi bụng...

2.2.7. Chỉ số Doppler động mạch

- Doppler động mạch rốn và động mạch tử cung bình thường : Ít nguy cơ biến chứng trong thời kỳ chu sinh, thường gặp trong thai chậm phát triển trong tử cung do nguyên nhân bất thường NST

- Doppler động mạch tử cung bất thường: là dấu hiệu bệnh lý hệ tuần hoàn của người mẹ, sản phụ có nguy cơ tiền sản giật và rối loạn tăng huyết áp trong

những tháng cuối dẫn tới thai chậm phát triển trong tử cung, nguy cơ thai chết lưu trong tử cung. Theo dõi huyết áp định kỳ, số lượng tiểu cầu, chức năng gan thận nhằm phát hiện sớm nguy cơ cho mẹ và thai để có quyết định chấm dứt thai nghén ở thời điểm thích hợp.

3. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

- Hiện nay chưa có phương pháp điều trị hữu hiệu
- Phải theo dõi rất chặt chẽ và tư vấn kỹ cho sản phụ và gia đình
- Điều trị THA với những trường hợp xác định thai chậm phát triển trong tử cung do mẹ rối loạn THA thai kỳ.
 - Chế độ nghỉ ngơi, hạn chế lao động nặng
 - Cải thiện cung cấp oxy cho mẹ và truyền dung dịch đường tăng thể tích tuần hoàn được khuyến cáo cho một số trường hợp thai chậm phát triển trong tử cung nặng ở cuối quý 2 của thai kỳ, tuy nhiên phương pháp này cũng không cho kết quả khả quan.
 - Tìm nguyên nhân: nếu xác định thai bất thường nhiễm sắc thể, đa dị tật, nhiễm CMV thì nên đình chỉ thai nghén. Nếu chỉ có 1 dị tật đơn độc thì hội chẩn với các trung tâm chẩn đoán trước sinh, với bác sỹ phẫu thuật nhi để có hướng xử trí ngay sau khi sinh.
 - Dùng corticoid cho tuổi thai từ 28 đến hết 34 tuần: Bethamethasone 12mg, 2 liều tiêm bắp cách nhau 24h. Hoặc Dexamethasone 6mg/lần, tiêm bắp 4 lần cách nhau 12h.
 - Theo dõi liên tục nhịp tim thai bằng Monitoring sản khoa:
 - + Theo dõi từ tuổi thai 26 tuần
 - + Đánh giá độ dao động của tim thai và biến đổi của nhịp tim thai.
 - Theo dõi không can thiệp: nhịp tim thai dao động kém, thai dưới 28 tuần, cân nặng dưới 800gr
 - Đình chỉ thai nghén (ĐCTN) chỉ đặt ra sau khi cân nhắc tuổi thai, tình trạng của người mẹ, tiền sử sản khoa, và đặc biệt là các bệnh lý kèm theo kết hợp với một số biến đổi trên Monitoring. **ĐCTN đặt ra trong một số trường hợp sau:**

- + Tuổi thai trên 31 tuần khi nhịp tim thai dao động kém, dao động độ không liên tục qua một số lần theo dõi, nhịp chậm đơn độc, kéo dài, lặp lại nhiều lần
- + Tuổi thai từ 34 tuần khi Doppler động mạch rốn với dòng tâm trương bằng không và bất thường Doppler động mạch não, thai có biểu hiện ngừng tiến triển
- + Tuổi thai từ 37 tuần khi bất thường Doppler động mạch rốn, động mạch não, monitor.

Lưu ý: Doppler động mạch rốn bình thường kiểm tra lại sau 8 ngày, đánh giá sự phát triển thai 15 ngày một lần. Doppler động mạch rốn bất thường nhưng tốc độ dòng tâm trương chưa bằng không, theo dõi nhịp tim thai liên tục trên Monitoring 3 lần một tuần và đánh giá sự phát triển thai, kết hợp Doppler động mạch não.

- Cách thức đẻ: trường hợp chuyển dạ tự nhiên hoặc đình chỉ thai nghén nếu không có chống chỉ định đẻ đường dưới thì theo dõi như một cuộc đẻ thường. Trường hợp suy thai, ối giảm, có thêm các yếu tố bất lợi khác như ngôi ngược, rau bám thấp... thì mổ lấy thai và luôn phải có bác sỹ hồi sức sơ sinh tham gia vào thời điểm lấy thai.

4. PHÒNG BỆNH

- Tư vấn di truyền cho cặp vợ chồng nếu xác định nguyên nhân thai chậm phát triển trong tử cung do bất thường NST hoặc bệnh lý gen cho các lần mang thai tiếp theo. Từ bỏ một số thói quen xấu như nghiện hút, uống rượu, dùng chất kích thích trước khi mang thai. Cải thiện chế độ dinh dưỡng và làm việc.

- Trường hợp thai chậm phát triển trong tử cung do nguyên nhân tuần hoàn của người mẹ có thể điều trị dự phòng bằng Aspirin liều thấp từ tuần thứ 15 của thai kỳ.

TIỀN SẢN GIẬT – SẢN GIẬT

1. KHÁI NIỆM

Tiền sản giật, sản giật là biến chứng nội khoa thường gặp nhất ở phụ nữ mang thai với tỉ lệ từ 2% - 8%. Triệu chứng thường gặp là phù, huyết áp tăng và protein niệu. Là 1 trong những nguyên nhân chính gây tử vong cho mẹ và thai.

Theo dõi và quản lý thai nghén, điều trị thích hợp tiền sản giật, sản giật nhằm giảm biến chứng nặng nề cho mẹ và thai.

2. PHÂN LOẠI VÀ CHẨN ĐOÁN

2.1. Tiền sản giật

2.1.1. Tiền sản giật nhẹ

- Huyết áp (HA) \geq 140/90 mmHg sau tuần 20 của thai kỳ.
- Protein/ niệu \geq 300 mg/24 giờ hay que thử nhanh (+)

2.1.2. Tiền sản giật nặng:

- + Huyết áp \geq 160/110 mm Hg.
- + Protein/ niệu \geq 5 g/24 giờ hay que thử 3+ (2 mẫu thử ngẫu nhiên).
- + Thiểu niệu, nước tiểu $<$ 500 ml/ 24 giờ.
- + Creatinine / huyết tương $>$ 1.3 mg/dL.
- + Tiểu cầu $<$ 100,000/mm³.
- + Tăng men gan ALT hay AST (gấp đôi ngưỡng trên giá trị bình thường).
- + Axít uric tăng cao
- + Thai chậm phát triển.
- + Nhức đầu hay nhìn mờ.
- + Đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải.

2.2. Sản giật

Sản giật được chẩn đoán khi có cơn co giật xảy ra ở phụ nữ mang thai có triệu chứng tiền sản giật và không có nguyên nhân nào khác để giải thích. Các cơn co giật trong sản giật thường là toàn thân, có thể xuất hiện trước, trong chuyển dạ hay

trong thời kỳ hậu sản. Sản giật có thể dự phòng được bằng cách phát hiện và điều trị sớm tiền sản giật

2.2.1. Triệu chứng lâm sàng

Trên cơ sở người bệnh bị tiền sản giật xuất hiện cơn giật 4 giai đoạn:

- Giai đoạn xâm nhiễm .
- Giai đoạn giật cứng
- Giai đoạn giật giãn cách.
- Giai đoạn hôn mê

2.2.2. Cận lâm sàng

- + Tổng phân tích tế bào máu.
- + Acid uric. Bilirubin (toàn phần, gián tiếp, trực tiếp).
- + AST-ALT.
- + Chức năng thận.
- + Đường huyết.
- + Đạm huyết.
- + Protein niệu 24 giờ.
- + Đông máu toàn bộ.
- + Soi đáy mắt (nếu có thể).

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Tiền sản giật nhẹ: chủ yếu điều trị ngoại trú

3.1.1. Điều trị nội khoa:

- Cho thai phụ nghỉ ngơi, yên tĩnh chế độ ăn nhiều đạm, nhiều rau và trái cây tươi.
- Khám thai mỗi 3- 4 ngày/lần. Theo dõi tình trạng sức khỏe của bà mẹ. Theo dõi tình trạng thai nhi, siêu âm thai mỗi 3 – 4 tuần, nước tiểu 2 lần/ tuần.

3.1.2. Nếu HA > 149/ 90mmHg và Protein / niệu ++: nhập viện.

- Lâm sàng:

- + Khám lâm sàng phát hiện triệu chứng như nhức đầu, rối loạn thị giác, đau thượng vị và tăng cân nhanh, theo dõi cân nặng lúc nhập viện và mỗi ngày sau, lượng nước tiểu.

- + Đo huyết áp ở tư thế ngồi 4 giờ/ lần, trừ khoảng thời gian từ nửa đêm đến sáng.
- Thường xuyên đánh giá sức khỏe thai: siêu âm thai, monitoring thai.
- Xét nghiệm:
 - + Xét nghiệm protein / niệu mỗi ngày hoặc cách hai ngày.
 - + Định lượng creatinine máu, hematocrit, đếm tiểu cầu, men gan, LDH, acid uric tăng. (chỉ làm xét nghiệm đông máu khi tiểu cầu giảm và men gan tăng).

3.1.3. Cách xử trí tiếp theo tùy thuộc vào: độ nặng của tiền sản giật, tuổi thai. Tình trạng cổ tử cung. Tiền sản giật nhẹ kết thúc thai kỳ ở tuổi thai ≥ 37 tuần.

3.2. Tiền sản giật nặng

- Dự phòng và kiểm soát cơn co giật bằng magnesium sulfate.
- Hạ áp khi huyết áp cao: huyết áp tâm trương $\geq 100-110$ mm Hg, hoặc huyết áp tâm thu $\geq 150-160$ mmHg (ACOG 2012).

- Chấm dứt thai kỳ sau khi chống co giật và hạ huyết áp 24 giờ.
- Tránh sử dụng lợi tiểu. Hạn chế truyền dịch trừ khi có tình trạng mất nước nhiều.

3.2.1. Magnesium sulfate: dự phòng và chống co giật, dùng trước, trong và duy trì tối thiểu 24 giờ sau sinh.

- Liều tấn công: 3- 4,5g Magnesium sulfate 15% /50ml glucose 5% tiêm tĩnh mạch chậm 15-20 phút.

- Duy trì 1- 2g /giờ truyền tĩnh mạch. Pha 6g Magnesium sulfate 15% với Glucose 5% 500ml truyền tĩnh mạch XXX giọt/ phút.

- Tiêm bắp gián đoạn: tiêm bắp sâu mỗi giờ 1g hoặc mỗi 4 giờ 5g, thêm Lidocain 2% để giảm đau.

- Bơm tiêm điện: pha 6g Magnesium sulfate 15% + 2ml nước cất, 7ml/giờ.

- Ngộ độc Magnesium sulfate:

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

- + Nguy cơ băng huyết sau sinh. Giảm dao động nội tại nhịp tim thai.

+ Đo nồng độ Mg huyết thanh mỗi 12 giờ và điều chỉnh liều duy trì để giữ được nồng độ Mg 4- 7mEq/L (4,8-8,4mg/dL).

+ Liên quan nồng độ Magnesium/huyết thanh.

9,6 – 12mg/dl (4,0 – 5,0 mmol/L): mất phản xạ gân xương.

12 – 18 mg/dl (5,0 – 7,5 mmol/L): liệt cơ hô hấp.

-24 – 30 mg/dl (10 – 12,5 mmol/L): ngưng tim

+ Xử trí ngộ độc Magnesium sulfate :

Ngừng Magnesium sulfate.

Thuốc đối kháng: calcium gluconate, tiêm tĩnh mạch 1g.

Đặt nội khí quản và thông khí để cứu sống người bệnh nếu có suy hô hấp, ngừng thở.

3.2.2. Thuốc hạ huyết áp

Thuốc hạ áp có thể ảnh hưởng bất lợi trên cả mẹ và thai. Ảnh hưởng trên thai nhi hoặc gián tiếp do giảm lưu lượng tuần hoàn tử cung nhau hoặc trực tiếp trên tim mạch. Do vậy cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ khi sử dụng thuốc hạ áp.

- Chỉ định

Khi HA tâm thu ≥ 150 -160 mmHg, HA tâm trương ≥ 100 mmHg.

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

- Chống chỉ định trong thai kỳ

Nitroprusside, thuốc ức chế men chuyển.

- Các loại thuốc hạ HA dùng trong thai kỳ: có thể dùng một trong các thuốc sau

+ Labetalol (Beta Bloquant)

Bắt đầu 20 mg tĩnh mạch, cách 10 phút sau đó tĩnh mạch 20 đến 80mg. Tổng liều < 300 mg. Ví dụ: tĩnh mạch 20mg, tiếp theo 40 mg, 80mg, tiếp 80mg. Có thể truyền tĩnh mạch 1mg - 2mg/phút. HA sẽ hạ sau 5-10 phút và kéo dài từ 3-6 giờ.

+ Hydralazine

Có thể gây hạ huyết áp hơn những thuốc khác, không phải là chọn lựa số 1 nhưng được dùng rộng rãi.

Tiêm tĩnh mạch 5mg hydralazine/1-2 phút. Nếu sau 15-20 phút không hạ áp được cho 5- 10mg tĩnh mạch tiếp. Nếu tổng liều 30 mg không kiểm soát được HA

nên dùng 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.

+ Nicardipine

Ống 10mg/10ml pha với 40ml nước cất hoặc NaCl 0,9%. Tấn công: 0,5-1 mg (2,5-5ml) tiêm tĩnh mạch chậm. Duy trì bơm tiêm điện 1-3mg/ giờ (5-15 ml/giờ). Nếu không đáp ứng sau 15 phút tăng 2,5mg/giờ tối đa 15mg/giờ.

3.2.3. Lợi tiểu: chỉ dùng khi: có triệu chứng dọa phù phổi cấp, phù phổi cấp.

+ Lasix (Furosemide) 1 ống 20mg x 8 ống – tiêm tĩnh mạch chậm.

+ Không dùng dung dịch ưu trương.

+ Có thể truyền Lactate Ringer với tốc độ 60 – 124ml/giờ

3.2.4. Chấm dứt thai kỳ

Các chỉ định đình chỉ thai nghén

- Tiền sản giật nhẹ, thai > 37 tuần.

- Tiền sản giật nặng:

+ Huyết áp tâm trương \geq 110mmHg.

+ Tăng HA không đáp ứng với điều trị.

+ Protein niệu \geq 5g/24 giờ, +++ qua 2 lần thử cách nhau 4 giờ.

+ Thiếu niệu (lượng nước tiểu < 500ml/24 giờ hoặc < 30ml/giờ)

+ Nhức đầu, hoa mắt, đau vùng thượng vị hoặc đau hạ sườn phải.

+ Suy giảm chức năng gan, thận, Creatinin huyết tăng, giảm tiểu cầu.+.

+ Có hội chứng HELLP (tan huyết, tăng SGOT, SGPT, giảm tiểu cầu)

+ Phù phổi cấp.

+ Thai suy trường diễn hoặc suy cấp. NST không đáp ứng, thiếu ối, thai suy dinh dưỡng trong tử cung, siêu âm Doppler giảm tưới máu động mạch.

+ Rau bong non, chuyển dạ, vỡ ối.

3.2.5. Hỗ trợ phổi thai nhi

+ Tuổi thai từ 28-34 tuần: giúp trưởng thành phổi thai nhi

+ Betamethasone: 4mg x 3 ống tiêm bắp, lặp lại lần 2 sau 12-24 giờ

3.2.6. Khuyến hướng trì hoãn thai kỳ

+ Tuổi thai < 34 tuần khuynh hướng trì hoãn chấm dứt thai kỳ sau 48 giờ hay đến khi thai được 34 tuần.

+ Theo dõi sức khỏe thai bằng Monitoring sản khoa, siêu âm Doppler.

+ Lưu ý: nguy cơ nhau bong non, sản giật, rối loạn đông máu, suy thận, xuất huyết não...

3.2.7. Phương pháp chấm dứt thai kỳ

+ Khởi phát chuyển dạ. Nếu cổ tử cung thuận lợi có thể gây chuyển dạ bằng Oxytocin và theo dõi sát bằng monitoring, giúp sinh bằng Forceps khi đủ điều kiện.

+ Nếu cổ tử cung không thuận lợi: mổ lấy thai.

3.3. Sản giật

Điều trị giống như tiền sản giật nặng

+ Oxy, cây ngáng lưỡi, hút đờm nhớt, đảm bảo thông hô hấp.

+ Chống co giật.

+ Hạ huyết áp.

+ Chấm dứt thai kỳ.

+ Dự phòng các biến chứng: xuất huyết não, vô niệu, phù phổi cấp, nhau bong non, phong huyết tử cung-nhau.

Phương pháp chấm dứt thai kỳ

+ Nếu người bệnh vô niệu, co giật: phải gây mê, mổ lấy thai.

+ Nếu người bệnh ổn định, 24 giờ sau cơn co giật cuối cùng, khởi phát chuyển dạ nếu cổ tử cung thuận lợi và giúp sinh bằng Forceps khi đủ điều kiện.

ĐA ỒI

1. KHÁI NIỆM

Đa ối xuất hiện trong khoảng 1% thai kỳ. Chẩn đoán xác định dựa vào siêu âm. Hầu hết các nhà nghiên cứu định nghĩa: đa ối khi chỉ số ối (amniotic fluid index: AFI) lớn hơn 24 - 25cm; hay khi lớn hơn vị bách phân thứ 95 hay 97 theo tuổi thai.

Cách đo AFI: chia tử cung thành 4 phần bằng nhau, đo độ sâu lớn nhất của mỗi khoang ối, AFI là tổng 4 số đo trên.

Đa ối là một trường hợp thai nghén nguy cơ cao cho sản phụ về nguyên nhân đa ối và cảnh báo nguy cơ sinh non trong quá trình thai nghén .

2. CHẨN ĐOÁN

Đa ối cấp có thể diễn tiến mau trong vòng vài ngày với các triệu chứng cấp như đau căng bụng nhiều, khó thở, đôi khi bị tím tái, nhịp tim nhanh, nôn, phù toàn thân (chi, âm hộ, thành bụng, mặt) . Hiếm gặp hơn là tình trạng thiếu niệu do niệu quản bị tử cung chèn ép. Đa ối trong trường hợp phù thai có thể gây ra hội chứng gương ở thai phụ (mirror syndrome), mô tả lần đầu tiên bởi Ballantyne năm 1892: tình trạng của mẹ ‘bất chước’ thai nhi, như phù, tiểu đạm; và hậu quả là tiền sản giật.

Đa ối mạn, dịch ối gia tăng dần nên thai phụ có thể chịu đựng được tình trạng căng chướng bụng.

Dấu hiệu đầu tiên trên lâm sàng gợi ý một trường hợp đa ối là tử cung rất to so với tuổi thai, căng, dẫn đến khó khăn khi sờ nắn các phần thai và nghe tim thai. Chẩn đoán phân biệt đa ối với cổ chướng hay u buồng trứng to bằng những hình ảnh trên siêu âm.

3. HƯỚNG XỬ TRÍ

Đa ối mức độ nhẹ đến trung bình hiếm khi đòi hỏi các biện pháp can thiệp. Cần thiết nhập viện khi thai phụ khó thở, đau bụng hay đi lại khó khăn.

Nghỉ ngơi tại giường, lợi tiểu, hạn chế dịch truyền và muối không đem lại hiệu quả rõ rệt. Hút bớt nước ối cũng giúp cải thiện triệu chứng khó thở ở thai phụ đồng thời lấy dịch ối xét nghiệm di truyền hay xác định sự trưởng thành phổi của thai nhi. Thủ thuật này có thể gây tai biến như: vỡ ối, nhiễm trùng, hay rau bong non.

Cần lưu ý đa ối không rõ nguyên nhân trong gần một nửa các trường hợp đa ối là sự gia tăng lượng nước ối không liên quan với bất thường bẩm sinh, tiểu đường ở mẹ, các bệnh lý miễn dịch, nhiễm trùng, khối u của thai nhi hay tình trạng đa thai. Tuy nhiên, thậm chí khi khảo sát hình ảnh học thai nhi bình thường, vẫn nên tiên lượng một cách thận trọng bởi dị tật thai nhi và bất thường nhiễm sắc thể có thể gặp.

3.1. Đa ối xuất hiện ba tháng giữa thai kỳ

- Chỉ định siêu âm khảo sát hình thái học thai nhi chuyên sâu để tìm các dị tật bẩm sinh có thể đi kèm.

- Nghiệm pháp dung nạp đường cho thai 24-28 tuần

- Hội chẩn trung tâm chẩn đoán trước sinh để tư vấn, cân nhắc tiến hành các xét nghiệm di truyền tìm nguyên nhân bất thường NST, nhiễm trùng thai kỳ.

- Nên tiếp tục theo dõi, quản lý thai kỳ nguy cơ cao (khám thai tiền sản)

3.2. Đa ối ba tháng cuối thai kỳ

- Kiểm tra biểu đồ tăng trưởng thai nhi.

- Loại trừ các nguyên nhân bệnh nội khoa của mẹ.

- Tùý theo kết quả xét nghiệm sàng lọc quý 1, 2: tư vấn hướng xét nghiệm di truyền cho thai nhi.

- Thuốc trưởng thành phổi do nguy cơ đẻ non

- Can thiệp (hút bớt dịch ối) khi các triệu chứng đa ối cấp ảnh hưởng đến toàn trạng người bệnh (khó thở, chèn ép tim phổi). Tư vấn các tai biến của thủ thuật cho thai phụ và gia đình.

3.3. Chuyển dạ

Hay gặp các nguy cơ đẻ khó như ngôi bất thường, đẻ khó do rối loạn cơ co tử cung, tuân thủ chỉ định bấm ối. Đề phòng rau bong non, băng huyết sau sinh.

4. TAI BIẾN

Những biến chứng thường gặp nhất cho thai phụ ở những thai kỳ có kèm đa ối là nhau bong non, rối loạn cơn gò tử cung hay băng huyết sau sinh. Ngoài ra, còn có biến chứng sa dây rốn, ngôi bất thường, đờ tử cung sau đẻ hay can thiệp phẫu thuật.

Thai nhi bất thường thai, chẩn đoán được trong khi mang thai hay sau đẻ

THIẾU ỚI

1. KHÁI NIỆM

Thiếu ối là tình trạng nước ối ít hơn bình thường, khi chỉ số ối (AFI) nhỏ hơn 5cm và màng ối còn nguyên vẹn. Tỷ lệ xuất hiện thiếu ối được báo cáo từ các nghiên cứu bị ảnh hưởng bởi sự khác biệt trong tiêu chuẩn chẩn đoán, dân số nghiên cứu (nguy cơ thấp hay nguy cơ cao, siêu âm tầm soát hay chọn lọc), tuổi thai tại thời điểm siêu âm.

Nhìn chung, thiếu ối xuất hiện sớm trong thai kỳ ít gặp và có tiên lượng nghèo nàn. Ngược lại, những thai quá ngày sinh, thai chậm phát triển trong tử cung, sự giảm lượng nước ối có lẽ thường gặp hơn.

Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào siêu âm thai và nước ối.

2. BIẾN CHỨNG CỦA THIẾU ỚI

Sự xuất hiện thiếu ối trong giai đoạn sớm của thai kỳ làm tăng nguy cơ thiếu sản phổi cho thai nhi. Kilbride và cộng sự (1996) tiến hành quan sát trên 115 thai phụ bị vỡ ối trước 29 tuần, có 7 ca thai lưu, 40 trẻ sơ sinh tử vong, và ước tính tỷ lệ tử vong chu sinh là 409/1000. Nguy cơ thiếu sản phổi gây chết thai khoảng 20%.

Thiếu ối sớm thường liên quan đến những bất thường của thai nhi. Tình trạng nước ối ít cũng gây trở ngại trong quá trình khảo sát hình thái học của thai nhi qua siêu âm (nếu có). Trong trường hợp này, chỉ định truyền ối cũng có thể được cân nhắc.

Biến chứng thiếu ối xuất hiện muộn trong thai kỳ tùy thuộc vào tuổi thai, mức độ thiếu ối và tình trạng bệnh lý kèm theo của mẹ. Hướng dẫn sản phụ uống nhiều nước hay truyền dịch còn nhiều tranh cãi trong việc cải thiện lượng nước ối.

Hỗ trợ trưởng thành phổi cho thai nhi là cần thiết trong trường hợp thai non tháng. Đánh giá sức khỏe thai nhi.

3. HƯỚNG XỬ TRÍ

- Hỏi bệnh sử và xét nghiệm dịch âm đạo (Nitrazine test) loại trừ rỉ ối/ối vỡ.

- Siêu âm tiền sản nhằm khảo sát và phát hiện các bất thường hình thái thai, đặc biệt bệnh lý hệ niệu của bào thai như các trường hợp loạn sản thận, tắc nghẽn đường niệu.

- Tư vấn lợi ích và các tai biến, tiến hành thủ thuật truyền ối trong trường hợp nước ối quá ít gây cản trở cho quá trình khảo sát hình thái thai, ngoài ra có thể đồng thời lấy nước ối xét nghiệm miễn dịch, di truyền, giảm chèn ép cho dây rốn, vận động của thai nhi.

- Siêu âm tim thai, siêu âm Doppler (AFI, Doppler động mạch não giữa), monitor sản khoa trong trường hợp có kèm thai chậm phát triển trong tử cung.

- Nếu thai có dị tật bẩm sinh hệ niệu, chỉ định chấm dứt thai kỳ trong trường hợp nặng chỉ nên quyết định sau khi tiến hành hội chẩn đa chuyên khoa (bác sĩ tiền sản, siêu âm tiền sản, sơ sinh và phẫu thuật nhi, nhà di truyền học). Theo dõi và quản lý thai tại trung tâm lớn, chuyên khoa sâu trường hợp thiếu ối xuất hiện sớm.

- Chỉ định hỗ trợ phổi là cần thiết.

- Phương pháp chấm dứt thai kỳ:

+ Khởi phát chuyển dạ để chấm dứt thai kỳ ở thai thiếu ối đã trưởng thành hay đã đủ liều hỗ trợ phổi ở thai non tháng có thể nuôi được.

+ Mổ lấy thai ở những thai hết ối (AFI < 2cm) hoặc có những dấu hiệu nghi ngờ thai suy cấp, thiếu ối.

RAU TIỀN ĐẠO

1. KHÁI NIỆM

Rau tiền đạo là rau bám một phần hay toàn bộ vào đoạn dưới tử cung gây chảy máu vào 3 tháng cuối của thai kỳ, trong chuyển dạ và sau đẻ. Rau tiền đạo có thể gây tử vong hoặc bệnh lý mắc phải cho mẹ và cho con do chảy máu và đẻ non.

Theo giải phẫu rau tiền đạo được chia thành 5 loại là: rau tiền đạo bám thấp, rau tiền đạo bám bên, rau tiền đạo bám mép, rau tiền đạo bán trung tâm, rau tiền đạo trung tâm.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng:

2.1.1. Trước chuyển dạ:

- Triệu chứng cơ năng: chảy máu âm đạo vào 3 tháng cuối của thai kỳ, chảy máu tự nhiên bất ngờ, không thấy đau bụng, máu đỏ tươi, có khi kèm máu cục, lượng máu có thể chảy nhiều, ồ ạt, sau đó chảy ít dần và tự cầm dù có hay không điều trị. Chảy máu tái phát nhiều lần với tần suất và mức độ ngày càng tăng.

- Triệu chứng toàn thân: thiếu máu tùy thuộc lượng máu mất mà sản phụ thấy mệt mỏi, hoa mắt, chóng mặt, choáng

- Triệu chứng thực thể: không có triệu chứng đặc hiệu, hay gặp ngôi đầu cao hoặc ngôi ngang, ngôi mông.

2.1.2. Khi chuyển dạ:

- Triệu chứng cơ năng: thường có quá trình ra máu trong 3 tháng cuối thai kỳ, đột nhiên ra máu ồ ạt, máu đỏ tươi lẫn máu cục, có đau bụng do cơn co tử cung.

- Triệu chứng toàn thân: thiếu máu tùy mức độ mất máu. Sản phụ có biểu hiện choáng nếu mất máu nhiều.

- Triệu chứng thực thể: nắn ngoài có thể thấy ngôi thai bất thường. Tim thai có thể thay đổi nếu chảy máu nhiều

- Khám âm đạo bằng mỏ vịt thấy máu trong cổ tử cung (CTC) chảy ra, loại trừ các tổn thương CTC

- Thăm Âm: sờ thấy rau qua cổ tử cung
 - + Rau tiền đạo bám mép: thấy mép dưới bánh rau bám tới lỗ trong cổ tử cung.
 - + Rau tiền đạo bán trung tâm: thấy bánh rau che lấp một phần lỗ trong cổ tử cung nhưng không che hết.
 - + Rau tiền đạo trung tâm: thấy bánh rau che lấp hoàn toàn lỗ trong cổ tử cung. Ngôi thai bất thường .
- Chú ý không cố khám tìm rau vì gây chảy máu.

2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Công thức máu: thiếu máu tùy theo lượng máu mất.
- Siêu âm với bàng quang đầy để xác định vị trí bám của bánh rau:
 - + Rau tiền đạo trung tâm: bánh rau bám hoàn toàn vào đoạn dưới tử cung và che lấp lỗ trong cổ tử cung.
 - + Rau tiền đạo bám mép: mép bánh rau bám đến lỗ trong cổ tử cung.
 - + Rau tiền bám bên, bám thấp: khoảng cách giữa mép dưới bánh rau đến lỗ trong cổ tử cung < 20mm.
- Siêu âm rất có giá trị chẩn đoán trong trường hợp rau tiền đạo - rau cài răng lược với các hình ảnh sau: mất khoảng sáng sau rau tại vị trí rau bám, phổ Doppler màu thấy các mạch máu đi xuyên qua thành cơ tử cung hoặc bàng quang. Hình ảnh giả u bàng quang (bánh rau đẩy lùi vào lòng bàng quang).
- Chụp MRI cũng xác định được rau tiền đạo cài răng lược nhưng độ nhạy thấp, hiện ít dùng do có sự phát triển của siêu âm chẩn đoán.
- Soi bàng quang chỉ nên tiến hành khi nghi ngờ rau cài răng lược đâm xuyên cơ bàng quang và người bệnh có biểu hiện đái máu.

3. XỬ TRÍ

3.1. Nguyên tắc chung

- Chăm máu cứu mẹ là chính. Tùy theo tuổi thai, mức độ mất máu và khả năng nuôi dưỡng sơ sinh mà quyết định kéo dài tuổi thai hay lấy thai ra. Luôn luôn đánh giá mức độ mất máu để truyền bù máu cho phù hợp.

- Khi nghi ngờ rau tiền đạo phải chuyển người bệnh lên tuyến huyện có trung tâm phẫu thuật ; nghi ngờ hoặc chẩn đoán rau tiền đạo - rau cài răng lược thì chuyển người bệnh lên tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Khi chưa chuyển dạ:

- Nghỉ ngơi, hạn chế đi lại, ăn uống tăng cường dinh dưỡng.
- Thuốc giảm co như: spasmaverin 40mg (1 – 4 viên/ ngày), Salbutamol, progesterone
- Nên dùng corticoid để trưởng thành phổi thai nhi sớm.
- Trường hợp thai nhi đủ tháng: mổ lấy thai chủ động đối với trường hợp rau tiền đạo trung tâm. Các trường hợp rau tiền đạo khác có thể cân nhắc theo dõi chờ chuyển dạ.
- Trường hợp rau tiền đạo chảy máu nhiều đe dọa tính mạng người mẹ thì mổ lấy thai ở bất kì tuổi thai nào.

3.2.2. Trong khi chuyển dạ:

- Rau tiền đạo trung tâm, rau tiền đạo bán trung tâm: mổ lấy thai.
- Rau tiền đạo bám mép: mổ lấy thai cấp cứu nếu ra máu nhiều. ra máu ít, ngôi thể và cổ tử cung thuận lợi thì bấm ối và xé màng ối về phía không có bánh rau để cầm máu, nếu sau khi xé màng ối vẫn ra máu thì nên mổ lấy thai, nếu không ra máu thì theo dõi để đường âm đạo.
- Rau tiền đạo bám thấp, bám bên: mổ lấy thai nếu ra nhiều máu, nếu ra máu ít hoặc không ra máu thì theo dõi chuyển dạ như các trường hợp thông thường khác.
- Kỹ thuật cầm máu khi mổ trong rau tiền đạo: sau khi lấy thai và rau mà chảy máu thì nên khâu cầm máu bằng các mũi chữ X để cầm máu, vẫn chảy máu thì nên cắt tử cung bán phần thấp với người bệnh đủ con.

Người bệnh chưa có đủ con cần bảo tồn tử cung: thắt động mạch tử cung hoặc thắt động mạch hạ vị, động mạch dây chằng tử cung buồng trứng; khâu mũi B-lynch; chèn bóng hay gạc vào buồng tử cung. Nếu không kết quả thì vẫn phải cắt tử cung.

3.2.3. Rau tiền đạo - rau cài răng lược:

- Rau tiền đạo - rau cài răng lược là hình thái lâm sàng nặng nề nhất của rau tiền đạo vì mạch máu tăng sinh ở đoạn dưới tử cung nhiều, đâm xuyên vào bàng quang, hay gặp ở người có vết mổ đẻ cũ nên phẫu thuật khó khăn, mất máu rất nhiều và thường tổn thương bàng quang.

- Chẩn đoán được rau tiền đạo - rau cài răng lược thì cần chuyển người bệnh lên tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương để nằm viện điều trị.

- Mổ lấy thai chủ động khi thai đủ tháng. Cần chuẩn bị kíp phẫu thuật viên và kíp gây mê hồi sức có kinh nghiệm; chuẩn bị nhiều máu và các phương tiện hồi sức

- Nên chủ động mổ dọc thân tử cung phía trên chỗ rau bám hoặc ở đáy tử cung để lấy thai, tránh rạch vào bánh rau trước khi lấy thai ra, sau đó không bóc rau và chủ động cắt tử cung để hạn chế tối đa lượng máu mất.

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Cho mẹ

- Tử vong do mất máu cấp, thiếu máu.
- Cắt tử cung để cầm máu.

4.2. Cho con

Non tháng, chết trong chuyển dạ, bệnh lý trẻ sơ sinh do thiếu máu, non tháng

RAU BONG NON

1. KHÁI NIỆM

1.1. Định nghĩa

Rau bong non là rau bám đúng vị trí nhưng bong một phần hay toàn bộ bánh rau trước khi sổ thai.

Rau bong non là một cấp cứu sản khoa, thường xảy ra ở 3 tháng cuối thời kì thai nghén, diễn biến nặng đe dọa tính mạng của thai nhi và sản phụ. Đây là bệnh lý của hệ thống mao mạch, xảy ra đột ngột có thể tiến triển rất nhanh từ thể nhẹ thành thể nặng.

1.2. Phân loại: 4 thể theo hình thái lâm sàng:

- Rau bong non thể ần
- Rau bong non thể nhẹ
- Rau bong non thể trung bình
- Rau bong non thể nặng.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Thường có dấu hiệu tiền sản giật: cao huyết áp, phù, protein niệu...
- Đau: đau từ tử cung sau lan khắp ổ bụng, nhịp độ cơn đau ngày càng mau mạnh, trường hợp nặng triệu chứng đau bị che lấp do sốc.
- Ra máu âm đạo: máu đỏ thẫm, loãng, không đông...

2.1.2. Triệu chứng toàn thân:

- Người bệnh có biểu hiện choáng do đau và do mất máu: da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, chi lạnh, thở nhanh, ..
- Huyết áp thường không thay đổi trong những giờ đầu (do người bệnh thường có tiền sử cao huyết áp từ trước), mạch nhanh.

2.1.3. Triệu chứng thực thể

- Tử cung co cứng liên tục hoặc tử cung co cứng như gỗ trong thể nặng.

- Không nắn được các phần thai nhi do tử cung co cứng.
- Chiều cao tử cung tăng dần do sự hình thành khối máu cục sau rau.
- Nghe: nhịp tim thai chậm, không đều, hoặc mất tim thai trong thể nặng.
- Khám âm đạo: ra máu âm đạo, máu đen, không đông; đầu ối căng phồng, nếu ối vỡ thấy nước ối lẫn máu. Dấu hiệu toàn thân đôi khi không phù hợp với số lượng máu chảy ra ngoài âm đạo.

2.1.4. Cận lâm sàng

- Siêu âm: thấy khối máu tụ sau rau, thường là khối tăng âm vang hoặc khối âm vang không đều. Tuy nhiên siêu âm trong rau bong non độ tin cậy không cao vì nếu siêu âm không thấy khối bất thường sau rau cũng chưa loại trừ rau bong non khi có dấu hiệu lâm sàng gợi ý. Siêu âm cũng thấy sự biến đổi của nhịp tim thai hoặc xác định thai chết.

- Monitoring: nhịp tim thai biến đổi: DIP I, DIP II, DIP biến đổi hoặc không bắt được nhịp tim thai.

- Xét nghiệm máu: số lượng hồng cầu giảm, haemoglobin giảm, tiểu cầu giảm, fibrinogen giảm, ATTP tăng hơn so với mức bình thường.

- Xét nghiệm nước tiểu thường có protein.

2.2. Các thể lâm sàng

2.2.1. Thể ỉn

Không có dấu hiệu lâm sàng rõ rệt, cuộc chuyển dạ bình thường, sơ sinh khỏe mạnh. Chẩn đoán được sau khi sổ rau thấy có máu tụ sau rau. Ngày nay nhiều trường hợp chẩn đoán được nhờ siêu âm thấy khối máu tụ sau rau.

2.2.2. Thể nhẹ

- Triệu chứng không đầy đủ, có thể có tiền sản giật, cơn co tử cung hơi cường tính, tim thai bình thường hoặc nhanh 160-170 lần/phút.

- Chẩn đoán được sau khi sổ rau thấy có máu tụ sau rau hoặc siêu âm thấy khối máu tụ sau rau.

2.2.3. Thể trung bình

- Thường có tiền sản giật. Có thể choáng nhẹ hoặc vừa.

- Sản phụ đau vừa, tử cung tăng trương lực.
- Ra máu âm đạo lượng vừa, đen, loãng, không đông.
- Suy thai.
- Chẩn đoán phân biệt với: rau tiền đạo, thai chết lưu, dọa vỡ hoặc vỡ tử cung.

2.2.4. Thở nặng (phong huyết tử cung rau hay hội chứng Couvelaire)

Có đủ các triệu chứng nặng, điển hình:

- Tiền sản giật nặng hoặc trung bình.
- Choáng nặng.
- Chảy máu âm đạo nhiều hoặc ít không tương xứng với mức độ mất máu.
- Tử cung to lên nhanh, co cứng như gỗ.
- Tim thai mất.
- Rối loạn đông máu: có thể có dấu hiệu chảy máu do rối loạn đông máu ở các tạng khác ngoài tử cung như phổi, dạ dày, thận, ruột,...

3. XỬ TRÍ

3.1. Nguyên tắc chung

- Xử trí tùy thuộc vào hình thái rau bong non và dấu hiệu lâm sàng
- Điều trị toàn diện, kịp thời, cứu mẹ là chính. Hồi sức tích cực nếu có dấu hiệu choáng và rối loạn đông máu.
- Chuyển lên tuyến có khả năng phẫu thuật, nếu người bệnh nặng phải mời tuyến trên về hỗ trợ.
- Mổ lấy thai kể cả khi thai chết.

3.2. Hồi sức nội khoa

- Đánh giá và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Cho sản phụ nằm đầu thấp, ủ ấm, thở oxy. Thông tiểu và theo dõi lượng nước tiểu.
- Lập đường truyền tĩnh mạch, bù khối lượng tuần hoàn bằng truyền dịch đẳng trương Ringer lactat, Natrichlorua 0,9%; dung dịch cao phân tử như Gelafuldin, Heasteril; truyền máu và các chế phẩm của máu, các yếu tố đông máu. Lượng dịch, máu truyền và tốc độ truyền phụ thuộc tình trạng sản phụ và lượng máu mất.

- Điều trị triệu chứng nếu có: HA cao, vô niệu, rối loạn đông máu. Kháng sinh điều trị.

3.3. Xử trí sản khoa

- Nếu được chẩn đoán là rau bong non thì nên mổ lấy thai ngay để cứu con và phòng biến chứng nặng hơn cho mẹ. Bảo tồn tử cung: nếu tổn thương nhồi máu ở tử cung không quá nhiều, tử cung còn co hồi được. Nếu sản phụ đủ con, nhiều tuổi, tổn thương nhồi máu tử cung nặng hay không đáp ứng với thuốc co cơ tử cung thì nên cắt tử cung hoàn toàn hay bán phần ngay để tránh nguy cơ chảy máu sau mổ.

- Nếu chẩn đoán rau bong non sau khi sỏ thai thì tiến hành ngay các biện pháp dự phòng chảy máu sau đẻ do rối loạn đông máu.

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Cho mẹ

- Choáng do mất máu và đau. Rối loạn đông máu. Hoại tử các tạng do nhồi máu và thiếu máu, nguy hiểm nhất là suy thận.

- Cắt tử cung.

- Tử vong cả mẹ và con .

4.2. Cho thai:

- Suy thai. Thai chết trong tử cung. Non tháng nhẹ cân.

- Thiếu máu.

THAI QUÁ NGÀY SINH

1. KHÁI NIỆM

Thai quá ngày sinh là những trường hợp thai nghén kéo dài quá 42 tuần hoặc quá 294 ngày tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng.

Điều quan trọng nhất là phải xác định được tuổi thai chính xác bằng ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng hoặc siêu âm trong 12 tuần đầu của thai kỳ.

2. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào tuổi thai (tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối, có giá trị nếu vòng kinh bình thường).

- Dựa vào siêu âm để xác định tuổi thai đối với thai trước 20 tuần nếu ngày đầu kỳ kinh cuối không xác định hoặc kinh không đều.

- Xác định tình trạng thai và phần phụ thai (nước ối, rau)

3. XỬ TRÍ

3.1. Theo dõi: 2 ngày một lần

- Siêu âm

- + Theo dõi lượng nước ối: thiếu ối là dấu hiệu của suy tuần hoàn rau-thai và nguy cơ thiếu oxy cho thai nhi.

- + Theo dõi qua siêu âm: cử động thai (thân, chi, thở), nhịp tim thai, rau thai và lượng nước ối.

- Monitoring theo dõi tim thai bằng test không đã kích. Nếu không đáp ứng thì làm các test đã kích (vê núm vú, truyền oxytocin).

3.2. Gây chuyển dạ: gây chuyển dạ thai 41 tuần, không nên chờ đến 42 tuần

- Nếu cổ tử cung thuận lợi (chỉ số Bishop > 5) thì gây chuyển dạ bằng bấm ối và truyền oxytocin tĩnh mạch.

- Nếu cổ tử cung không thuận lợi (Bishop < 5) thì làm chín muồi cổ tử cung bằng:

+ Prostaglandin: Prostaglandin E2 (Dinoproston) 2,5ml dạng gel đặt vào ống cổ tử cung. Nếu sau 6 -12 tiếng, cổ tử cung vẫn chưa thuận lợi thì đặt lại liều 2.

+ Phương pháp khác: nong cổ tử cung bằng ngón tay, chất hút âm, đặt bóng cổ tử cung

- Trong chuyển dạ: thai quá ngày sinh có nguy cơ suy thai và thai nhi ỉa phân su trong quá trình chuyển dạ. Do đó cần theo dõi sát thai nhi trong quá trình chuyển dạ bằng monitor để phát hiện sớm suy thai. Mổ lấy thai nếu thai suy, nước ối giảm, cổ tử cung không thuận lợi.

BỆNH TIM MẠCH VÀ THAI NGHÉN

1. KHÁI NIỆM:

Bệnh tim ở phụ nữ mang thai gây ra nhiều nguy cơ cho mẹ và con trong khi mang thai, sau khi đẻ và đặc biệt trong chuyển dạ. Tần suất mắc bệnh ở Việt nam khoảng 1-2% phụ nữ mang thai. Theo dõi, tiên lượng, xử trí bệnh đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa chuyên khoa sản và tim mạch.

Ảnh hưởng của bệnh tim mạch và thai nghén:

- Đối với thai:

- + Dọa sảy thai, sảy thai, dọa đẻ non, đẻ non
- + Thai chậm phát triển trong tử cung. Thai dị dạng
- + Thai chết lưu trong tử cung, thai chết trong chuyển dạ.

- Đối với thai phụ

- + Suy tim cấp, phù phổi cấp
- + Rối loạn nhịp tim
- + Tắc mạch phổi. Viêm tắc tĩnh mạch sau đẻ

2. LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN:

2.1. Triệu chứng lâm sàng:

- Khó thở: thường gặp từ quý II thai kỳ, có giá trị tiên lượng bệnh, tăng dần theo tuổi thai. Khó thở gắng sức hay thường xuyên cả khi nằm nghỉ.
- Hồi hộp, đánh trống ngực, đau thắt ngực, choáng ngất.
- Ho ra máu: khi tăng áp động mạch phổi nặng, phù phổi cấp
- Đái ít, nước tiểu sẫm màu
- Phù: khu trú ở chân, mềm, ấn lõm, không thay đổi theo thời gian
- Tím môi và đầu chi, tiến triển lâu có ngón tay dùi trống, móng tay khum
- Gan to, tĩnh mạch cổ nổi. Gan to khó phát hiện do tử cung chiếm chỗ trong ổ bụng
- Nghe tim: rung tâm trương, thổi tâm thu, T1 đánh, T2 tách đôi, rối loạn nhịp: nhịp tim nhanh, ngoại tâm thu, loạn nhịp hoàn toàn...
- Nghe phổi: rì rào phế nang giảm, rales ngáy, rales rít, rales ẩm

2.2. Cận lâm sàng:

- Xquang: bóng tim to, bè ngang, rón phổi đậm
- Siêu âm tim: thăm dò có giá trị cho phép đánh giá tổn thương van, tổn thương bất thường bẩm sinh, chức năng các tâm thất, áp lực động mạch phổi..
- Điện tâm đồ: phát hiện các rối loạn nhịp, suy vành...
- Xét nghiệm đông máu: theo dõi điều trị chống đông

2.3. Phân độ suy tim theo chức năng (NYHA- Hội tim mạch New York):

- Độ 1: chưa bị hạn chế hoạt động thể lực
- Độ 2: khó thở khi gắng sức, giảm nhẹ hoạt động thể lực
- Độ 3: khó thở khi gắng sức nhẹ, hoạt động thể lực giảm
- Độ 4: khó thở cả khi nghỉ ngơi, hoạt động thể lực giảm nhiều.

2.4. Chẩn đoán phân biệt:

- Thiếu máu nặng: khó thở, nhịp tim nhanh, thở tâm thu, da niêm mạc nhợt, xét nghiệm máu, điện tâm đồ giúp chẩn đoán phân biệt
- Rối loạn nước - điện giải: khi mang thai có phù do giữ nước và muối.
- Thai phụ có bệnh tim, tình trạng này càng trầm trọng dễ gây biến chứng suy tim, phù phổi cấp.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc chung: phối hợp điều trị nội khoa, tim mạch can thiệp và sản khoa. Theo dõi, dự phòng các tai biến, xử trí sản khoa tùy thuộc vào mức độ bệnh, có cân nhắc đến nguyện vọng sinh con của thai phụ.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Quản lý thai nghén:

Quản lý thai nghén chặt chẽ. Tránh hoạt động thể lực, nằm nghiêng trái, thay đổi tư thế thường xuyên. Hạn chế tăng cân, chế độ ăn tránh muối, đường; ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, chống thiếu máu

3.2.2. Điều trị nội khoa:

Trợ tim, lợi tiểu, chống huyết khối, dự phòng nhiễm khuẩn tùy thuộc giai đoạn mang thai, thể bệnh tim mạch và mức độ bệnh.

Can thiệp tim mạch: thực hiện trong quý 2 của thai kỳ phụ thuộc vào thể, mức độ bệnh lý tim mạch. Nong van, nong vành qua da, đặt dù bít lỗ thông liên thất, liên nhĩ.

3.2.3. Xử trí sản khoa:

➤ Trong khi có thai, chưa có suy tim:

+ Thai phụ sinh lần đầu: theo dõi quản lý thai nghén chặt chẽ, nhập viện sớm trước khi đẻ 2 tuần.

+ Thai phụ sinh lần 2 trở lên: nên đình chỉ thai nghén nếu thai nhỏ, dưới 3 tháng. Nếu thai đã lớn, cần theo dõi chặt chẽ tim mạch - sản khoa, giữ thai đến khi đủ tháng, chờ chuyển dạ đẻ hỗ trợ thủ thuật hoặc mổ lấy thai nếu có chỉ định

➤ Trong khi có thai đã có suy tim:

- Thai phụ sinh lần đầu:

+ Suy tim độ 1-2: thai nhỏ dưới 20 tuần nên đình chỉ thai nghén.

+ Nếu thai trên 20 tuần: theo dõi, điều trị, dự phòng biến chứng. Nếu không đáp ứng điều trị cần đình chỉ thai nghén bất kể tuổi thai nào.

+ Suy tim độ 3- 4: đình chỉ thai nghén bất kể tuổi thai, điều trị nội khoa trước, trong và sau khi đình chỉ.

- Thai phụ sinh lần 2 trở lên: nên đình chỉ thai nghén. Nếu thai gần đủ tháng nên điều trị tích cực đến đủ tháng rồi mổ lấy thai chủ động.

+ Lựa chọn phương pháp đình chỉ thai nghén:

Hút thai bằng bơm chân không thông thường nếu thai nhỏ, dưới 12 tuần

Gây chuyển dạ hoặc phẫu thuật cắt tử cung cả khối nếu thai 12-20 tuần.

- Gây chuyển dạ hoặc mổ lấy thai thất bại vòi tử cung nếu thai trên 20 tuần.

+ Cần giảm đau tốt. Đảm bảo vô khuẩn, kháng sinh dự phòng trước và sau phẫu thuật - thủ thuật để hạn chế nhiễm khuẩn. Chủ động ngăn ngừa tắc mạch do huyết khối sau phẫu thuật - thủ thuật bằng thuốc chống đông máu.

3.2.4. Khi chuyển dạ:

+ Hỗ trợ đẻ đường dưới có can thiệp thủ thuật cần phối hợp bác sỹ sản khoa, tim mạch, sơ sinh và gây mê hồi sức để cuộc đẻ diễn ra an toàn.

+ Tiếp tục dùng thuốc trợ tim, chống đông, phát hiện sớm các biến chứng suy tim cấp, phù phổi cấp. Thở oxy, an thần, hạn chế truyền dịch, nếu cần dùng oxytocin pha đậm đặc để tránh quá tải tuần hoàn.

+ Khi sổ thai: hỗ trợ sổ thai bằng Forceps để tránh gắng sức cho sản phụ

+ Trong thời kỳ sổ rau: hạ thấp chân, chèn tĩnh mạch chủ dưới tránh máu về tim đột ngột gây suy tim cấp. Kiểm tra kỹ bánh rau tránh sót rau.

+ Mổ lấy thai nếu có chỉ định, nếu có chỉ định cố định nên mổ lấy thai chủ động. dùng thuốc chống đông 1 tuần trước khi phẫu thuật.

3.2.5. Thời kỳ hậu sản:

+ Điều trị kháng sinh chống nhiễm khuẩn, ít nhất 1 tuần. Nên sử dụng kháng sinh phối hợp chống vi khuẩn Gr âm và kỵ khí.

+ Dự phòng huyết khối: vận động sớm, thuốc chống đông (Heparine, Dicoumaron).

+ Có thể cho con bú nếu chưa suy tim hoặc suy tim độ 1. Nếu không cho con bú nên cắt sữa bằng Bromocriptine, không sử dụng thuốc có estrogen.

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Phù phổi cấp: do tăng áp lực động mạch phổi, suy tim phải cấp

- Triệu chứng: khó thở đột ngột, tức ngực, và mồ hôi, chân tay lạnh, tím môi đầu chi, huyết áp tụt, kẹt. Nhịp tim nhanh, có thể phát hiện tiếng bệnh lý (rung tâm trương, ngựa phi). Rales ẩm nhỏ hạt ở đáy phổi, càng ngày càng dâng cao. Áp lực tĩnh mạch trung tâm cao, Xquang phổi mờ

- Xử trí: hồi sức, thở oxy liều cao 8-12 l/phút, lợi tiểu, trợ tim, Hạ huyết áp nếu có tăng HA. Có thể hỗ trợ đặt nội khí quản, thở máy.

+ Xử trí sản khoa: mổ lấy thai cấp cứu

4.2. Loạn nhịp tim

- Loạn nhịp nhanh: thường gặp nhịp nhanh xoang >100 l/phút. Có thể gặp cơn loạn nhịp nhanh kịch phát trên thất

- Loạn nhịp chậm: nhịp tim < 60 l/phút. Hội chứng Adam Stock, nhịp tim < 40l/phút, người bệnh choáng ngất do thiếu máu não.

- Loạn nhịp không đều: ngoại tâm thu trên thất, ngoại tâm thu nhịp đôi, nhịp ngoại tâm thu > 5% là nguy cơ cao.

- Loạn nhịp hoàn toàn: thường gặp trên các người bệnh mắc bệnh van tim lâu ngày, tổn thương nặng, thiếu máu cơ tim, viêm cơ tim. Tiên lượng nặng

Xử trí: dùng thuốc hợp lý và đình chỉ thai nghén ở thời điểm thích hợp, ưu tiên bảo vệ sức khỏe và tính mạng của thai phụ.

4.3. Tắc mạch do huyết khối

Hay gặp trong thời kỳ hậu sản (75%), viêm tắc tĩnh mạch chi dưới, ngoài ra có thể ở não, mạch vành, mạch phổi, mạc treo ruột..

- Người bệnh có biểu hiện sốt, sưng nóng đỏ đau vùng bắp chân dọc theo đường đi tĩnh mạch, phù tím chi dưới. Xét nghiệm huyết học có bạch cầu tăng cao, siêu âm Doppler tĩnh mạch chi dưới thấy hình ảnh giãn tĩnh mạch, giảm lưu lượng máu. Nếu cục máu đông di chuyển gây tắc mạch các nơi khác như não, mạch vành, mạch phổi. có dấu hiệu liệt khu trú, đau thắt ngực, ho ra máu, tiên lượng nặng nề.

- Điều trị bằng kháng sinh liều cao, phối hợp, kéo dài ít nhất 2 tuần phối hợp thuốc chống đông (Heparine, Dicoumaron).

5. PHÒNG BỆNH VÀ TƯ VẤN

- Phát hiện sớm, quản lý thai nghén chặt chẽ các thai phụ có bệnh tim. Phối hợp giữa chuyên khoa tim mạch và sản khoa để theo dõi, điều trị, tiên lượng người bệnh.

- Tư vấn cho thai phụ các dấu hiệu bất thường, các biến chứng nguy hiểm trong khi mang thai và khi chuyển dạ, sau đẻ.

- Tư vấn tránh thai, không nên dùng thuốc tránh thai có estrogen.

Nên đình sản nếu đã có con và bệnh tim không cải thiện bằng điều trị nội khoa.

THIẾU MÁU VÀ THAI NGHÉN

1. KHÁI NIỆM

- Thiếu máu trong thai nghén khi tỷ lệ hemoglobin (Hb) < 110g/l
- Thiếu máu nặng nếu Hb < 70g/l máu.
- Thiếu máu trong thai nghén chia thành các loại sau:
 - + Thiếu máu do thiếu sắt
 - + Thiếu máu do thiếu acid folic
 - + Thiếu máu do tan máu

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Thiếu máu: da, niêm mạc nhợt nhạt, suy nhược cơ thể, nhịp tim nhanh, khó thở, ù tai, chóng mặt.
- Có thể viêm lưỡi (3 tháng cuối thai kỳ)
- Vàng da nhẹ: có thể do thiếu Folat
- Có thể thấy lách to trong trường hợp thiếu máu do tan máu: Thalasemia, tan máu tự miễn...

2.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: hồng cầu giảm, Hemoglobin giảm < 11g/100ml máu.
- Xét nghiệm huyết đồ: hồng cầu nhỏ, hồng cầu to, hồng cầu bình thường tùy theo loại thiếu máu.
- Xét nghiệm sắt huyết thanh, Acide folic, Folat đều giảm.

3. ĐIỀU TRỊ

- Nếu tỷ lệ Hb > 70g/l cho sản phụ dùng (sắt) Fe với liều 200mg mỗi ngày là đủ. Có thể dùng các loại như: Tardyferon 80 mg, Tardyferon B9, Ferrous sulfat, Folvit, Felatum...
- Nếu người bệnh không dùng thuốc sắt qua đường tiêu hóa (trong 3 tháng đầu thai nghén nếu nôn nhiều) có thể dùng đường tiêm truyền: Jectofer 100 mg, Venofer...

- Nếu tỷ lệ Hb < 70g/l có thể truyền máu thêm cho sản phụ. Nên truyền máu trước tuần lễ thứ 36 hay trong điều trị dọa đẻ non, phối hợp điều trị thêm sắt tối thiểu một tháng để đề phòng mất bù máu lúc đẻ và sau sỏ rau.

- Điều trị dự phòng bằng cách cho sản phụ dùng sắt suốt thai kỳ (đặc biệt nhóm sản phụ có nguy cơ thiếu máu, thiếu sắt : mang thai sinh đôi, bệnh lý nội khoa, tiền sử thiếu máu, rau tiền đạo...)

4. TIÊN LƯỢNG

4.1. Cho mẹ

- Tình trạng thiếu Oxygen làm mẹ mệt, nhịp tim nhanh lên.

- Nếu chảy máu thêm trong thai kỳ, lúc chuyển dạ, sau đẻ... thì tình trạng sản phụ nặng hơn so với sản phụ bình thường.

- Trong giai đoạn hậu sản, thiếu máu thường làm tăng nguy cơ nhiễm trùng hậu sản (viêm tắc tĩnh mạch)

4.2. Cho con

- Nguy cơ đẻ non, suy dinh dưỡng thai nhi.

- Nguy cơ thai bất thường

- Tăng thể tích bánh rau.

5. PHÒNG BỆNH

- Phát hiện nguy cơ thiếu máu trong thai nghén

- Xét nghiệm công thức máu: ở tháng thứ tư của thai nghén

- Nếu khám phát hiện hay nghi ngờ có bệnh lý về máu thì cần mời thêm chuyên khoa huyết học truyền máu để cùng hội chẩn và điều trị.

BASEDOW VÀ THAI NGHÉN

1. ĐẠI CƯƠNG

Khoảng 1-2% số phụ nữ mang thai có rối loạn chức năng tuyến giáp, tăng một cách tương đối ở người phụ nữ lớn tuổi

Do 2 nguyên nhân:

- Thiếu Iot do thai nghén.
- Sự thay đổi về miễn dịch do thai nghén dẫn đến rối loạn chức năng của tuyến giáp.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Lâm sàng

- Thai phụ có tiền sử gia đình, tiền sử bản thân hoặc thai phụ có bướu giáp
- Biểu hiện:
 - + Mắt lồi
 - + Tim nhanh > 100 lần /phút
 - + Run tay
 - + Giảm cân hay không có tăng cân và nôn nặng kéo dài.
 - + Tuyến giáp to tùy giai đoạn bệnh
- Tiến triển: cho mẹ và thai nói chung là tốt khi quản lý thai nghén và thăm khám tuyến giáp tốt. Nói chung bệnh Basedow có xu thế được cải thiện tốt dần trong quá trình có thai bắt đầu sau 20 tuần do sự ổn định về miễn dịch. Còn những trường hợp khác, các biến chứng của mẹ và của thai có thể là thảm họa, đặc biệt là nửa sau của thai kỳ.

2.2. Cận lâm sàng

- Nồng độ TSH có thể thấp vào giai đoạn đầu của thai kỳ
- Định lượng T4 tự do mà nồng độ T4 tăng nhiều trong trường hợp cường giáp.
- Trong trường hợp không tương thích cần bổ sung xét nghiệm T3 tự do.

- Xét nghiệm về tim mạch: điện tâm đồ, siêu âm tim...
- Chụp và siêu âm tuyến giáp

3. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI

3.1. Điều trị

- Sử dụng các thuốc kháng giáp tổng hợp ở liều tối thiểu để đạt được mức độ bình giáp.
- Sử dụng các chế phẩm của Theo-Uracil (PTU, Basdène) vì khả năng qua rau thai của nó thấp và nguy cơ gây ra bất thường thai cũng rất thấp.
- Cắt bỏ tuyến giáp thường không được chỉ định làm trong khi có thai
- Việc sử dụng phương pháp điều trị bằng Iot phóng xạ là **chống chỉ định tuyệt đối** trong suốt thời gian có thai.

3.2. Theo dõi:

- Ở người mẹ theo dõi nồng độ T4 trong suốt quá trình có thai.
- Ở thai nhi cần theo dõi siêu âm để phát hiện bướu giáp của thai, theo dõi tiến triển của nó dưới điều trị ở người mẹ.

4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

4.1. Các biến chứng về phía mẹ:

- Có thể gặp suy tim, tiền sản giật
- Thiếu máu hay nhiễm trùng.
- Con cứng giáp khi chuyển dạ

4.2. Ảnh hưởng đến thai và trẻ sơ sinh:

- Thai chết lưu, chết ở trẻ sơ sinh
- Chậm phát triển
- Bất thường của xương như hẹp sọ, một số dị dạng khác như thai vô sọ, khe hở môi, màn hầu, không có hậu môn, suy tim
- Đẻ non chiếm 53% và bướu giáp ở trẻ sơ sinh.
- Suy giáp bẩm sinh

4.3. Cường giáp thai nhi:

- Cường giáp sơ sinh hay thai nhi rất hiếm gặp với một tỷ lệ 1/4000-1/40000.

- Lấy máu thai nhi có thể được chỉ định trong những trường hợp nghi ngờ có rối loạn chức năng tuyến giáp vào tuổi thai 25-27 tuần.

- Sử dụng những thuốc chống cường giáp có thể cải thiện một cách nhanh chóng tiến triển của cường giáp ở thai nhi. Sử dụng PTU (propyl-theo-uracil) tốt hơn là methimazole.

4.4. Cường giáp ở trẻ sơ sinh

- Cường giáp ở trẻ sơ sinh gặp ở 1% các trẻ mà người mẹ mang kháng thể kháng các thụ cảm quan của TSH.

- Cường giáp trẻ sơ sinh được phát hiện thông qua dấu hiệu tăng động của trẻ sơ sinh, ăn nhiều nhưng tăng cân ít, nôn nhiều, ỉa chảy, sốt, tim nhịp nhanh, tăng tiết mồ hôi và ban đỏ. Bướu giáp chỉ có thể gặp ở một nửa số trường hợp. Suy tim ở trẻ sơ sinh là một trong những nguy cơ của trẻ sơ sinh cho nên cần phải chẩn đoán và điều trị sớm tránh nguy cơ suy tim ở trẻ sơ sinh

- Điều trị một cách kinh điển là PTU 5-10mg/kg kết hợp với các thuốc Betabloquant

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ THAI NGHÉN

1. ĐẠI CƯƠNG

ĐTĐ thai nghén (ĐTĐTN) là sự giảm dung nạp glucose hoặc ĐTĐ (đái tháo đường) được phát hiện lần đầu trong lúc mang thai (không loại trừ người bệnh đã có giảm dung nạp glucose hoặc ĐTĐ từ trước nhưng chưa được phát hiện).

ĐTĐTN tỷ lệ phát hiện chủ yếu ở giai đoạn muộn của thai kỳ, phần lớn các trường hợp sau sinh glucose có thể bình thường trở lại. Tuy nhiên những trường hợp có tiền sử ĐTĐTN này có nguy cơ phát triển thành ĐTĐ tuýp 2 trong tương lai.

2. PHÁT HIỆN ĐTĐTN

ĐTĐTN thường không có triệu chứng lâm sàng rõ, phát hiện bệnh cần thực hiện chương trình sàng lọc chủ động.

Test sàng lọc được sử dụng hiện nay được áp dụng bằng cách cho sản phụ uống 50g glucose vào giữa tuần 24-28 của thai kỳ bất kỳ thời điểm nào trong ngày, bất kỳ thời gian nào sau ăn. Nếu glucose huyết 1 giờ sau test $\geq 140\text{mg/dL}$ (7,8 mmol/L), những người này cần tiếp tục làm nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống để xác định chẩn đoán ĐTĐ.

2.1. Chiến lược tầm soát để phát hiện ĐTĐTN dựa trên các nguy cơ:

- Nguy cơ thấp: không đòi hỏi test glucose thường quy nếu có tất cả các đặc điểm sau:

- + Thuộc chủng tộc có tỷ lệ ĐTĐTN thấp
- + Không có người thân thuộc gần (first degree) bị ĐTĐ.
- + Tuổi dưới 25.
- + Thể trọng bình thường trước thai kỳ ($\text{BMI} < 26\text{kg/m}^2$).
- + Không có tiền sử bất thường chuyển hoá glucose.
- + Không có tiền sử xấu về sản khoa.

- Nguy cơ trung bình: người bệnh thiếu ≥ 1 các đặc điểm trên: thực hiện test glucose máu vào 24-28 tuần, sử dụng một trong 2 cách sau:

+ Thủ tục 2 bước: test 50g glucose, nếu glucose trên chuẩn sàng lọc, thực hiện tiếp nghiệm pháp dung nạp glucose.

+ Thủ tục 1 bước: thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose trên tất cả các đối tượng.

- Nguy cơ cao: người bệnh có ≥ 1 các đặc điểm sau:

+ Béo phì rõ (BMI > 40kg/m²)

+ Tiền sử gia đình ĐTĐ tít 2 rõ .

+ Tiền sử bản thân bị ĐTĐTN, giảm dung nạp glucose, glucose niệu.

+ Thực hiện test glucose máu càng sớm càng tốt, áp dụng các bước thủ tục nêu trên.

+ Nếu ĐTĐTN chưa được chẩn đoán, cần làm lại vào 24-28 tuần, hoặc tại bất kỳ thời điểm nào người bệnh có biểu hiện gợi ý tăng glucose máu.

2.2. Chẩn đoán

Hội nghị quốc tế ĐTĐTN lần thứ 4 đã đề nghị nên sử dụng tiêu chuẩn của Carpenter-Coustan với test 100g glucose uống.

Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTN

	O'Sullivan-Mahan Máu toàn Somogy- Nelson(mg/dl[mmol/l])	Nhóm dữ kiện ĐTĐ quốc gia Huyết tương – Tự phân tích (mg/dl[mmol/l])	Carpenter-Coustan Huyết tương-Glucose oxidase(mg/dl[mmol/l])
Đói	90 [5,0]	105[5,8]	95[5,3]
1 giờ	165[9,2]	190[10,6]	180[10,0]
2 giờ	145[8,1]	165[9,2]	155[8,6]
3 giờ	125[6,9]	145[8,1]	140[7,8]

Test với 100g glucose thực hiện vào buổi sáng, nhịn đói qua đêm ít nhất 8 giờ nhưng không quá 14 giờ, sau 3 ngày ăn không kiêng (≥ 150 g carbohydrate/ngày) hoạt động thể lực bình thường, đối tượng ngồi nghỉ, không hút thuốc trong quá trình test.

Người bệnh có ≥ 2 trị số glucose huyết tương bằng hoặc cao hơn trị số quy định là đủ tiêu chuẩn chẩn đoán

3. ĐIỀU TRỊ ĐTĐ VÀ THAI NGHÉN

3.1. Theo dõi và điều trị thường quy :

- Đối với trường hợp có tiền sử ĐTĐTN: cần đánh giá lại khả năng dung nạp glucose trước khi mang thai để có thái độ thích hợp.

- Đối với trường hợp đã có ĐTĐ tít 2 trước lúc mang thai: phải được điều trị bằng insulin.

- Nói chung tất cả các trường hợp đã biết ĐTĐ từ trước hoặc ĐTĐTN, mục đích điều trị là duy trì glucose huyết trước và sau ăn bình thường nhằm tránh những nguy cơ tức thời và lâu dài cho thai nhi.

3.1.1. Theo dõi:

Cần tìm ceton niệu trước bữa điểm tâm nhằm xem xét lượng carbohydrate cung cấp đủ nhu cầu hay không. Thai phụ có ĐTĐ từ trước nên tìm ceton niệu khi glucose $>150\text{mg/dL}$. Với ĐTĐTN thỉnh thoảng nên theo dõi glucose đói, 1 giờ, 2 giờ sau ăn. Người bệnh dùng insulin cần theo dõi glucose đói và lúc đi ngủ để điều chỉnh liều.

Tất cả đối tượng cần theo dõi HbA1C 3 tháng đầu mang thai giúp đánh giá nguy cơ dị tật bẩm sinh.

3.1.2. Dinh dưỡng:

- Nguyên tắc cơ bản nhằm góp phần kiểm soát thật chặt chẽ ĐTĐ suốt trong quá trình mang thai đó là chế độ và kế hoạch ăn uống.

- Mỗi ngày cần chia ra 3 bữa ăn chính và 3 bữa ăn phụ nhằm tránh hạ glucose huyết ban đêm và trước các bữa ăn.

- Trường hợp bị hạ glucose huyết, cần điều trị thật hợp lý, không lạm dụng làm tăng glucose thái quá gây hại cho thai. Trường hợp hạ glucose huyết kèm rối loạn tri giác cần tiêm glucagon (có thể hướng dẫn cho người thân thực hiện khi cần).

3.1.3. Điều trị insulin:

Yêu cầu điều trị: với ĐTĐTN yêu cầu kiểm soát glucose chặt chẽ hơn so với người bệnh ĐTĐ nói chung, cụ thể glucose huyết lúc đói: $60-95\text{mg/dL}$, glucose huyết

sau ăn: 100-129mg/dL. Người bệnh cần được đo glucose huyết mao mạch nhiều lần mỗi ngày tại nhà, tại nơi làm việc để điều chỉnh liều insulin điều trị thật thích hợp.

Yêu cầu glucose huyết cụ thể cho các giai đoạn như sau:

-Trước khi mang thai: xác định glucose huyết sau ăn (GHSA).

-Ba tháng đầu thai kỳ: GHSA < 160mg/dL, giúp làm giảm nguy cơ sảy thai, giảm nguy cơ dị tật, kiểm soát ceton máu.

-Ba tháng giữa thai kỳ: GHSA < 130mg/dL, giúp kiểm soát leucine, threonine, acid béo tự do, tổng thể glucose huyết và giúp giảm nguy cơ thai lớn.

-Ba tháng cuối thai kỳ: GHSA < 130mg/dL giúp giảm nguy cơ hội chứng suy kiệt hô hấp, thai lưu, kiểm soát ceton máu

-Sau sinh: GHSA < 180mg/dL.

Đối với tít 1: cần điều trị tích cực với nhiều mũi tiêm trong ngày , ví dụ 3 mũi insulin tác dụng nhanh trước 3 bữa ăn, 1 mũi insulin chậm lúc 21 giờ. Điều chỉnh liều lượng mỗi 1-2 tuần tùy nhu cầu, lưu ý gần cuối 3 tháng đầu nhu cầu insulin thường giảm, sau đó tăng dần lên vào 3 tháng cuối có thể đến gấp 3 lần liều lượng dùng trước lúc mang thai.

Cũng có thể tiêm 2 mũi/ngày loại insulin hỗn hợp: loại 70% insulin NPH và 30% insulin tác dụng nhanh cho trước ăn sáng 2/3 tổng liều của ngày, loại 50% insulin NPH và 50% insulin tác dụng nhanh cho trước ăn chiều 1/3 tổng liều của ngày.

Đối với tít 2: cũng cần điều trị với insulin.

Đối với ĐTĐTN: chưa có 1 chuẩn mực nào thống nhất, tuy nhiên đa số đồng ý dùng insulin ngay, khi glucose huyết lúc đói ≥ 126 mg/dL, ngay cả với glucose huyết >105mg/dL và < 126mg/dL với 2 lần xét nghiệm cách biệt, cũng nên dùng insulin sau khi tiết thực thất bại.

3.1.4. Trong khi chuyển dạ và sau sinh:

Với ĐTĐ nói chung, mục tiêu điều trị là duy trì glucose ở mức sinh lý (70-120mg/dL). Để tránh tăng glucose máu, người bệnh nên được hạn chế ăn uống và truyền các dịch khác. Truyền tĩnh mạch đường dextrose tốc độ 5-8g/giờ, dùng

đường 10% truyền 50-80ml/giờ. Tất cả những dịch truyền khác phải không có glucose. Theo dõi glucose mỗi 1-4 giờ.

Insulin được cho theo nhu cầu: hoặc truyền tĩnh mạch liên tục (0,01-0,04đv/kg cơ thể hiện tại/giờ), hoặc bằng đường tiêm dưới da loại insulin nhanh mỗi 3-6 giờ.

Nhu cầu glucose, insulin điều chỉnh theo kết quả xét nghiệm glucose huyết từng lúc, thời gian và đường tiêm cuối cùng, và thời gian của lần cung cấp năng lượng trước lúc sinh.

Tác động của vận động thể lực trong lúc sinh nở có thể làm tăng sự tiêu thụ glucose, nhưng cũng có thể được điều chỉnh thông qua việc gây tê tuỷ sống liên tục trong cuộc sinh.

Với ĐTĐTN thường không cần dùng insulin trong lúc sinh, ngay cả đối với một số trường hợp ĐTĐ tít 2 nhẹ cũng vậy.

Nhu cầu insulin giảm nhanh chóng ngay sau khi sinh(có thể giảm đến 50-90%) do đó liều insulin/ngày cần giảm xuống chỉ còn khoảng 30% hoặc giảm hơn nữa so với liều trước lúc sinh...Nếu nhu cầu insulin vẫn cao sau sinh có thể là dấu hiệu của nhiễm trùng hậu sản.

Insulin TM trước đó sẽ nhanh chóng hết tác dụng, nên chuyển từ TM qua đường dưới da ngay sau khi sinh, thường thì nhu cầu insulin nhanh chóng trở lại như trước khi sinh.

Sản phụ ĐTĐ phụ thuộc insulin những ngày đầu sau sinh thường chỉ cần liều nhỏ thậm chí không cần điều trị insulin

3.2. Các phương tiện điều trị khác:

Tập thể dục ở thai phụ cần thận trọng vì có thể gây co thắt tử cung, sinh non, tim thai chậm, nhất là ở những thai phụ trước đây không hề tập luyện. Dẫn sao thể dục nhẹ nhàng như đi xe đạp tỏ ra an toàn và hữu ích.

4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

4.1. Cho con

- Sự phát triển của thai ở những người mẹ ĐTĐ nói chung có thể có những dị tật ảnh hưởng lớn đến tương lai của trẻ:

- + Tồn ống thần kinh
- + Di tật bẩm sinh ở tim và một số thương tổn khác.
 - Thai quá phát triển do tăng tích chứa mỡ, gia tăng chiều dài, gia tăng tỷ lệ bụng/đầu hoặc ngực/đầu
 - Thai kém phát triển có thể gây nhiều biến chứng tác hại khác cho thai.
 - Đa ối, đa ối thường đi liền với thai to, gây khó chịu và gây sinh non
 - Một số nguy cơ khác cho thai nhi có thể gặp do tăng insulin như: hội chứng suy hô hấp, hạ glucose huyết, tăng billirubin máu, hạ calci máu, kém ăn.

4.2. Cho mẹ

- Phụ nữ có biến chứng tim mạch và/hoặc ĐTĐ là nguy cơ lớn về bệnh tật và tử vong trong suốt quá trình mang thai.
 - Nhiều biến chứng bệnh tật do ĐTĐ ở phụ nữ mang thai trở lại góp phần làm rối loạn thêm chuyển hoá từ đó tác động xấu lên sự kiểm soát glucose huyết.
 - Nhiễm toan ceton thường xảy ra vào 6 tháng sau của thai kỳ, đây là giai đoạn sự mang thai có tác động mạnh nhất lên ĐTĐ. Nhiễm toan ceton là một nguy cơ gây tử vong cho mẹ cũng như tử vong chu sinh cho thai nhi.

VIÊM GAN B VÀ THAI NGHÉN

1. KHÁI NIỆM

Viêm gan virus là bệnh truyền nhiễm thường gặp. Trước đây phân làm 2 loại viêm gan do virus viêm gan A và B. Ngày nay đã tìm ra 5 loại viêm gan là A, B, C, D, E. Viêm gan do virus B, C, D thường gây nên viêm gan mạn tính và xơ gan.

Đường lây truyền: lây truyền từ người mẹ mắc bệnh viêm gan truyền sang con trong quá trình có thai chủ yếu qua bánh rau, trong chuyển dạ, và khi cho con bú.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

- Triệu chứng lâm sàng

+ Thời kỳ ủ bệnh: trung bình 2-4 tuần. Nhiễm virus xảy ra bất kỳ giai đoạn nào của thai nghén. Trong thời gian ủ bệnh thường không có triệu chứng đặc hiệu. Nếu có chỉ là mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn hay nôn, dễ nhầm với triệu chứng nghén.

+ Thời kỳ phát bệnh: khi có triệu chứng thì bệnh đã nặng, dấu hiệu lâm sàng rõ rệt. Mệt mỏi chán ăn, sụt cân, đau vùng gan, hay vùng thượng vị, buồn nôn, nôn và sốt. Nước tiểu ít dần, màu vàng sẫm, vàng da, vàng mắt, ngứa toàn thân hay gãi (75%). Gan to, ấn đau vùng gan.

- Triệu chứng cận lâm sàng:

+ Xét nghiệm không đặc hiệu: men gan tăng cao, tăng globulin máu.

+ Xét nghiệm đặc hiệu: HBsAg, HBeAg, PCR (định lượng vi rút trong máu).

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Ú mật do thai nghén hay tái phát.
- Viêm gan kèm theo nhiễm khuẩn tiết niệu
- Tiền sản giật nặng

2.3. Hậu quả và tiên lượng: nguy hiểm cho cả mẹ và thai.

- Biến chứng

+ Viêm gan cấp, hoại tử tế bào gan gây teo gan vàng cấp, hôn mê gan, tử vong 80%.

+ Suy chức năng gan, giảm yếu tố đông máu gây chảy máu khi đẻ, sảy thai.

+ Xơ gan, ung thư gan.

+ Mẹ mang kháng nguyên HBsAg có thể lây truyền cho con. Nếu bị nhiễm trong 10 tuần đầu thai nghén thường gây dị dạng thai, sảy thai. Nếu bị nhiễm từ sau tuần thứ 12, trẻ có thể bị viêm gan cấp, bệnh hay xảy ra tháng thứ 3 sau đẻ, không có dấu hiệu lâm sàng, đôi khi chỉ có dấu hiệu gan to.

- Tiên lượng

+ Cho mẹ: chảy máu khi sảy thai hay đẻ, gây rối loạn đông máu và tử vong. Nếu viêm gan tối cấp sẽ bị rối loạn chức năng gan dẫn đến hôn mê gan, lâu dài có thể dẫn đến xơ gan, ung thư gan

+ Cho thai: tiên lượng dè dặt, sảy thai, đẻ non, thai chết lưu, viêm gan.

Bảng 1. Nguy cơ lây truyền virus viêm gan B từ mẹ sang thai

Xét nghiệm kháng thể ở phụ nữ có thai 3 tháng cuối	Nguy cơ lây truyền cho sơ sinh khi đẻ hay sau đẻ	Hướng xử trí
HBsAg+/ HBeAg+	90-100%	Huyết thanh- vaccine
HBsAg+/ HBeAg –	20%	Huyết thanh- vaccine
HBsAg- /antiHBc+	Chưa biết, tỷ lệ thấp	Vaccine
HBsAg- / anti HBs+	Không lây	vaccine

3. ĐIỀU TRỊ

- Cho đến nay chưa có điều trị đặc hiệu, chỉ có điều trị triệu chứng và dự phòng, thai phụ nghỉ ngơi hoàn toàn, dinh dưỡng tốt để phòng thiếu máu, suy dinh dưỡng

- Lợi tiểu đông y.

- Trong thời gian mang thai khám chuyên khoa xét nghiệm PCR tải lượng vi rút trong máu , điều trị thuốc diệt virus.

- Điều trị rối loạn đông máu nếu có

- Tránh chấn thương vùng gan

- Tránh phẫu thuật, thủ thuật nếu không có chỉ định cấp cứu. Trong và sau đẻ điều trị chảy máu, chuẩn bị hồi sức và truyền máu.

4. PHÒNG BỆNH

- Giảm bệnh lây truyền qua đường tình dục
- Phát hiện sớm thai phụ có viêm gan để quản lý và tư vấn khi có thai, trong khi đẻ, và sau đẻ. Khuyến khám lại chuyên khoa gan mật sau đẻ 3 tháng.
- Không cho bú mẹ
- Tiêm globulin miễn dịch viêm gan B và vaccine cho trẻ sơ sinh, cho những người chăm sóc.

Vaccin viêm gan B: có 2 loại

+ Vaccin thế hệ 1: sản xuất từ kháng nguyên HbsAg của virus trong huyết thanh người bệnh, mức độ an toàn không cao, hiện nay ít được sử dụng.

+ Vaccin thế hệ 2: lấy gene từ virus cấy vào nấm men bia sẽ cho một sản phẩm mới giống virus (tái tổ hợp ADN), độ an toàn cao và hiệu quả tạo miễn dịch tốt, đang được sử dụng rộng rãi

+ Ở những nơi có dịch tễ học viêm gan B cao, người nhiễm virus viêm gan B cao thì khuyến khích tiêm vaccin viêm gan B cho tất cả các em bé mà mẹ không được chẩn đoán sàng lọc

+ Vaccin phối hợp với HBIg được chỉ định cho tất cả con của bà mẹ mang virus viêm gan B

HIV/AIDS VÀ THAI NGHÉN

1. KHÁI NIỆM

- HIV (Human immunodeficiency virus) là virus gây suy giảm miễn dịch ở người, tấn công hệ thống miễn dịch của cơ thể, tiêu hủy dần các tế bào miễn dịch tạo thuận lợi cho các nhiễm trùng cơ hội, rối loạn thần kinh, và các khối u gây tử vong cho người bệnh.

- AIDS (acquired immunodeficiency syndrom): hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải là hội chứng nặng nề, giai đoạn muộn của bệnh do HIV gây nên.

Các phương thức lây truyền:

- + Quan hệ tình dục: quan hệ đồng giới và khác giới.
- + Đường máu: truyền máu bị nhiễm (95%), nghiện ma túy dùng cùng bơm tiêm (0,67%), cán bộ y tế bị kim châm (0,4%).
- + Từ mẹ sang con: lây truyền HIV từ mẹ sang con (LTMC) là sự lây truyền từ người mẹ bị nhiễm HIV sang trẻ sơ sinh trong các giai đoạn mang thai (trong tử cung), quá trình chuyển dạ, cho con bú. Nếu không được điều trị dự phòng, tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con là khoảng 25-40%.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Các giai đoạn lâm sàng: 4 giai đoạn

- Giai đoạn sơ nhiễm: hội chứng giả bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng hoặc giả cúm: sốt, đau đầu, mệt mỏi, đau cơ. Sưng hạch ở cổ, nách. Phát ban dạng sởi hoặc sẩn ngứa trên da, viêm màng não nước trong. Những biểu hiện này sẽ hết trong vòng 7-10 ngày

- Giai đoạn suy giảm miễn dịch sớm (số lượng TB CD4 > 500 TB/ ml): người bệnh không có biểu hiện gì trên lâm sàng nhưng trong máu có HIV và trở thành nguồn lây cho người khác. Giai đoạn này kéo dài từ 5-20 năm hoặc lâu hơn.

- Giai đoạn suy giảm miễn dịch trung gian (200 < CD4 < 500 TB/ml): sốt kéo dài trên 38° C, sụt cân dưới 10% trọng lượng cơ thể mà không có lý do. Viêm da, niêm mạc miệng, sẩn ngứa, viêm nang lông, zona ở da.

- Giai đoạn suy giảm miễn dịch nặng nề (TB CD4 < 200 TB/ml: nguy cơ nhiễm trùng cơ hội nặng hoặc u ác tính của AIDS. Hội chứng suy mòn: sút cân trên 10% trọng lượng cơ thể, sốt, tiêu chảy kéo dài. Viêm phổi do Pneumocystis carinii, Toxoplasma não, nấm thực quản, lao ngoài phổi, Kaposi sarcoma....

2.2. Xét nghiệm:

- Xét nghiệm HIV: phát hiện các kháng nguyên hoặc kháng thể liên quan đến HIV trong mẫu bệnh phẩm.

+ Phương pháp gián tiếp: test nhanh (Determine HIV-1/2, Oralquick HIV 1&2, HIV Spot, Genie I HIV1/HIV2). Miễn dịch men ELISA. Western Blot: xét nghiệm khẳng định, miễn dịch điện di, độ đặc hiệu cao do xác định được các kháng thể đặc hiệu của các kháng nguyên khác nhau của HIV. Ngoài ra còn có xét nghiệm kháng thể huỳnh quang gián tiếp (IFA) và miễn dịch kết tủa phóng xạ (RIPA).

+ Phương pháp trực tiếp: phát hiện trực tiếp HIV thông qua tìm kháng nguyên P24 của virus, tìm gen của virus HIV là ARN hay AND của tiền virus, nuôi cấy phân lập virus

- Các phương cách xét nghiệm HIV tại Việt Nam, phụ thuộc vào mục tiêu:

+ Phương cách I (áp dụng cho công tác truyền máu): dương tính với 1 trong các thử nghiệm như ELISA, SERODIA, hay thử nghiệm nhanh.

+ Phương cách II (áp dụng cho giám sát trọng điểm): dương tính cả 2 lần xét nghiệm bằng 2 loại sinh phẩm với nguyên lý và chuẩn bị kháng nguyên khác nhau.

+ Phương cách III (áp dụng cho chẩn đoán các trường hợp nhiễm HIV): dương tính với cả 3 lần xét nghiệm bằng 3 loại sinh phẩm với nguyên lý và chuẩn bị kháng nguyên khác nhau. Nếu kết quả không đồng nhất, phải xét nghiệm lại hoặc gửi mẫu máu xét nghiệm nơi khác.

- Chẩn đoán HIV ở trẻ em sinh ra từ mẹ nhiễm HIV.

Tất cả trẻ em này xét nghiệm phát hiện kháng thể đều cho kết quả dương tính. Kháng thể HIV của mẹ tồn tại lâu dài ở trẻ nhỏ, với trẻ không bị nhiễm HIV, lượng kháng thể này mất dần và sẽ hết vào tháng 9 đến trước 18 tháng tuổi. Trẻ ≥ 18 tháng tuổi, xét nghiệm kháng thể dương tính theo phương thức III nghĩa là trẻ đã bị nhiễm

HIV. Chẩn đoán bằng xét nghiệm trực tiếp HIV PCA-AND để phát hiện tiền virus ở trẻ 6 tuần tuổi có hiệu quả cao.

1. Dự phòng sớm lây truyền HIV cho phụ nữ	2. Phòng tránh mang thai ngoài ý muốn cho phụ nữ nhiễm HIV	3. Can thiệp cho phụ nữ nhiễm HIV mang thai	4. Các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ và điều trị thích hợp cho cặp mẹ và con sau sinh
<ul style="list-style-type: none"> -Thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi . -Tư vấn và XN HIV cho phụ nữ -Khuyến khích trì hoãn quan hệ tình dục đối với thanh thiếu niên -Thực hành tình dục an toàn -Phát hiện sớm và điều trị kịp thời các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục 	<ul style="list-style-type: none"> -Tư vấn và cung cấp các biện pháp tránh thai. -Tư vấn xét nghiệm HIV -Tư vấn thực hiện tình dục an toàn 	<ul style="list-style-type: none"> -Chăm sóc thai nghén -Tư vấn và xét nghiệm -Đánh giá giai đoạn lâm sàng và miễn dịch -Điều trị DPLTMC -Thực hành sản khoa an toàn. -Điều trị cho trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV. -Tư vấn nuôi dưỡng trẻ sau sinh 	<ul style="list-style-type: none"> -Các dịch vụ can thiệp cho bà mẹ . -Các dịch vụ can thiệp cho trẻ phơi nhiễm . -Các dịch vụ can thiệp cho trẻ nhiễm HIV.

3. CÁC CAN THIỆP LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON: 4 thành tố

3.1. Sử dụng thuốc kháng retrovirus

Mục tiêu: giảm tải lượng virus ở người mẹ và giảm sự phơi nhiễm của thai.

- Điều trị phòng lây truyền mẹ con (LTMC): sử dụng ngắn hạn ARV giảm lây truyền HIV mẹ-con. Nguyên tắc: điều trị ARV càng sớm càng tốt..

- Điều trị bệnh: sử dụng lâu dài ARV do sức khỏe người mẹ (TCD4 \leq 350 tế bào /mm³ không phụ thuộc giai đoạn lâm sàng; hoặc giai đoạn lâm sàng 3, 4, không phụ thuộc TCD4) và cũng có tác dụng dự phòng LTMC.

Phác đồ phòng LTMC (Bộ y tế, ban hành ngày 2/11/2011):

Mẹ	Khi mang thai	AZT (Zidovudine) 300mg x 2lần/ngày, uống hàng ngày từ tuần thai thứ 14 hoặc ngay khi phát hiện nhiễm HIV sau tuần thai thứ 14 cho đến khi chuyển dạ
	Khi chuyển dạ	- AZT 600mg + 3TC 150mg + NVP 200mg. - Sau đó 12 giờ một lần AZT 300mg + 3TC 150mg cho đến khi đẻ.
	Sau đẻ	AZT 300mg + 3TC 150 mg ngày 2 lần trong 7 ngày
Con	Mẹ điều trị AZT trước sinh trên 4 tuần	NVP liều đơn 6mg uống một lần ngay sau sinh + AZT 4mg/kg uống ngày 2 lần
	Mẹ điều trị AZT trước sinh chưa đủ 4 tuần	NVP liều đơn 6mg uống một lần ngay sau khi sinh + tiếp tục AZT 4mg /kg uống 2 lần một ngày trong 4 tuần

3.2. Các can thiệp sản khoa trong giai đoạn chuyển dạ và sinh con

Mục đích: giảm tối đa sự phơi nhiễm của thai nhi với HIV từ các dịch cơ thể của mẹ, và các yếu tố nguy cơ LTMC.

- Tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn chung. Sát khuẩn đường sinh dục trong quá trình đỡ đẻ bằng dung dịch Chlorua de Benzalkonium hay Chlorhexidin 0,2.

- Cán bộ y tế đảm bảo cuộc chuyển dạ và sinh con an toàn, nhiệt tình, chu đáo không kỳ thị, phân biệt đối xử.

- Hạn chế tối đa thủ thuật gây tổn thương da và niêm mạc cho mẹ và con khi chuyển dạ (không bấm ối sớm, Forceps, giác hút, đặt điện cực vào đầu thai nhi, không cắt TSM quá sớm để hạn chế chảy máu).

- Mô lấy thai: mô lấy thai chủ động hoặc trước khi vỡ ối có thể làm giảm nguy cơ lây truyền mẹ con từ 50-80% khi phối hợp với ARV. Do nguy cơ của phẫu thuật, không khuyến cáo mô lấy thai hệ thống cho sản phụ nhiễm HIV. Bộ Y Tế quy định “chỉ mô lấy thai khi có chỉ định sản khoa”.

- Trạm y tế xã không có khả năng điều trị dự phòng ARV cho mẹ và sơ sinh khi chuyển dạ và sau đẻ do vậy cần giới thiệu sản phụ nhiễm HIV tới các cơ sở sản khoa (tối thiểu tuyến huyện) có cung cấp dịch vụ PLTMC.

3.3. Can thiệp sau sinh

- Chăm sóc sản khoa: theo dõi hậu sản, co hồi tử cung, chảy máu, nhiễm trùng
- Điều trị dự phòng lây truyền HIV tiếp tục theo phác đồ
- Tư vấn và giới thiệu chuyển tiếp đến cơ sở chăm sóc và điều trị HIV/AIDS và khẳng định tình trạng nhiễm HIV. Tư vấn phương thức nuôi con an toàn.

Chăm sóc sơ sinh:

- + Cắt rốn sớm ngay sau đẻ, càng sớm càng tốt.
- + Tắm ngay sau khi cắt rốn hoặc lau khô dịch trên người trẻ bằng khăn mềm, dễ thấm nước, hạn chế lau và kỳ trên bề mặt da.
- + Hạn chế hút dịch ở đường mũi - hầu - họng, bằng các loại sonde mềm, áp lực <100mmHg hoặc dùng bóng hút, thao tác nhẹ nhàng, tránh tổn thương mũi họng,
- + Trẻ sơ sinh sau đẻ tốt nhất phải được dự phòng ARV trước 72h.
- + Khi xuất viện cần giới thiệu đưa trẻ đến các cơ sở nhi khoa khi trẻ được 6 tuần tuổi, dùng thuốc dự phòng các bệnh nhiễm trùng khác, theo dõi và xét nghiệm cho đến khi khẳng định tình trạng HIV, đồng thời với việc theo dõi tăng trưởng và tiêm chủng.

SỐT TRONG KHI CÓ THAI

1. KHÁI NIỆM

Sản phụ sốt (nhiệt độ $\geq 38^{\circ}\text{C}$) trong thời kỳ thai nghén hoặc trong chuyển dạ và sau đẻ.

2. CÁC HÌNH THÁI LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN

2.1. Sốt do các bệnh nội/ ngoại khoa trong thời gian có thai

2.1.1. Viêm ruột thừa cấp:

- Chẩn đoán:

- + Sốt, đau hố chậu phải âm ỉ và tăng dần
- + Nôn, buồn nôn, bí trung đại tiện.
- + Phản ứng hố chậu phải, Mac burney (+).
- + Tử cung có thai bình thường

- Xử trí: phẫu thuật cắt ruột thừa qua nội soi hay mổ mở, kháng sinh, thuốc giảm cơn co tử cung, giữ thai.

2.1.2. Viêm đường tiết niệu:

- Viêm bàng quang:

- + Đái khó, đái đau, đái buốt, đái rắt, đau bụng vùng sau mu.
- + Xét nghiệm nước tiểu có hồng cầu, bạch cầu, protein
- + Điều trị: Amoxicilin 500mg uống 4v/ngày trong 5-7 ngày. Nếu tái phát có

thể điều trị tiếp đến khi đẻ.

-Viêm thận – bể thận cấp:

- + Sốt cao, rét run, đái khó, đái rắt, đau bụng vùng thắt lưng, ấn đau tại xương sườn
- + Xét nghiệm bạch cầu đa nhân trung tính tăng. Cây nước tiểu tìm vi khuẩn.
- + Siêu âm đài bể thận giãn, niệu quản giãn. Thai bình thường.

+ Điều trị: chống choáng. Điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ, Unasyn 1,5g x 2lọ. Tiêm TM, Metronidazol 1g truyền TM cho đến khi hết sốt 48h chuyển sang thuốc uống Amoxicillin 1g x 3 lần /ngày trong 12 ngày

2.1.3. Viêm phổi

- Dấu hiệu chính : sốt, khó thở nhanh, đau ngực, ho có đờm
- + Họng xung huyết, phổi có ran nổ, ran ẩm.
- + Chụp phổi có hình mờ thùy phổi (chú ý tầm chỉ bảo vệ thai nhi).
- Xử trí: càng sớm càng tốt, chuyển nội khoa điều trị kháng sinh Erythromycin 500mg x 4 lần /ngày trong 7 ngày, khí dung xông họng.

2.1.4. Sốt rét.

- Dấu hiệu chính
- + Sốt rét không có biến chứng: rét run, sốt nóng, ra mồ hôi có chu kỳ (hàng ngày hay cách ngày), nhức đầu, đau khớp, đau cơ. Có thể lách to
- + Sốt rét ác tính có biến chứng nặng: sốt rét kèm thêm thiếu máu, hôn mê, đại ra huyết sắc tố, có thể co giật, vàng da.
- Xét nghiệm: phiên đồ máu ngoại vi tìm ký sinh trùng, test nhanh tìm kháng thể.
- Xử trí:
- + Chloroquin liều khởi đầu 10mg/kg cân nặng 1 lần/ngày trong 2 ngày, sau đó 5mg/kg ngày thứ 3.
- + Sulfadoxin /pyrimethamin 3v uống liều duy nhất.
- + Muối quinine 10mg/kg cân nặng uống 3l/ngày trong 7 ngày

2.1.5. Thương hàn.

- Triệu chứng: sốt tăng dần, đau đầu, táo bón ban đầu, ho khan, mệt mỏi, chán ăn, lách to sau đi ngoài phân lỏng. Có dấu hiệu bụng ngoại khoa (thủng ruột). Có thể mê sảng, đờ dãn.
- Cấy phân, cấy máu làm kháng sinh đồ
- Xử trí: khám và điều trị tại khoa truyền nhiễm. Ampicillin 1g x 4 lần/ngày hay Amoxicillin 1g x3 lần/ ngày trong 14 ngày.

2.1.6. Viêm gan do virus.

- Triệu chứng: sốt, mệt mỏi, chán ăn, vàng da, nước tiểu vàng, gan to. Có thể đau cơ, đau khớp, nổi mề đay, lách to.

- Xét nghiệm: chức năng gan, men gan tăng cao, kháng thể kháng nguyên virus HbSAg, HbEAg, Định lượng phiên bản virus trong máu (PCA).

- Tiến triển: viêm gan do virus diễn ra trong giai đoạn chuyển dạ rất nặng vì suy gan cấp, chảy máu do rối loạn đông máu, hôn mê gan do suy gan.

- Chẩn đoán phân biệt: tiền sản giật nặng, hội chứng HELLP

- Điều trị: chuyển khám và điều trị tại khoa truyền nhiễm, Nghỉ ngơi nâng cao thể trạng. Thuốc giảm lượng virus trong máu .

- Trong khi chuyển dạ chú ý chảy máu, chuẩn bị máu và các yếu tố đông máu.

- Phòng bệnh cho sơ sinh: tiêm kháng thể kháng virus (HEBA BIG) + vaccine trong vòng 72g sau đẻ.

2.1.7. Sốt do viêm đường hô hấp trên:

- Triệu chứng: đây là bệnh thường gặp, thường có sốt và dấu hiệu chỉ điểm tại đường hô hấp như đau họng, ho, khàn tiếng, chảy nước mũi, nước mắt.

- Khám tai mũi họng, lấy bệnh phẩm cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ.

- Điều trị: kháng sinh nhóm beta lactamin phổ rộng, không độc cho thai, kết hợp chuyên khoa tai mũi họng điều trị tại chỗ (giảm tiết dịch, nhỏ mũi, xông họng).

2.1.8. Sốt do virus: cúm và Rubella;

- Triệu chứng: sốt cao 38-40° C, viêm long đường hô hấp trên, đau mỏi toàn thân, dấu hiệu sốt hết sau 1 tuần.

- Nổi ban ở mặt, tay, toàn thân.

- Xét nghiệm tìm kháng thể trong máu IgM, IgG.

- Điều trị: điều trị triệu chứng nâng cao thể trạng, hạ sốt để hạn chế ảnh hưởng đến thai.

- Thai 3 tháng đầu cần chú ý khả năng ảnh hưởng đến thai, gây dị dạng thai. Chuyển tuyến trung ương để chẩn đoán sớm và tư vấn ngừng thai nếu nhiễm Rubella.

2.1.9. Sốt có liên quan đến thai nghén

- Nhiễm khuẩn thai:

+ Triệu chứng: sốt, ra khí hư hôi, tử cung căng đau, có thể đau bụng dưới, phản ứng thành bụng, ra máu âm đạo kéo dài, mủ chảy ra từ cổ tử cung, có thể đã sảy thai, thai chết lưu.

+ Xử trí: kháng sinh càng sớm càng tốt. Lấy thai và rau ra khỏi tử cung bằng thuốc (misoprostol) hay bằng dụng cụ.

- Nhiễm khuẩn ối.

+ Triệu chứng: thường gặp trong ối vỡ non, vỡ sớm xử trí không đúng, đôi khi trong chuyển dạ kéo dài. Sốt là triệu chứng thường gặp, sốt cao, rét run, dịch âm đạo hôi, đau bụng, tim thai nhanh. Tử cung căng đau, nước ối có mùi hôi.

Cấy dịch ối có vi khuẩn, xét nghiệm máu bạch cầu đa nhân trung tính cao, CRP (+).

+ Xử trí: kháng sinh liều cao, phối hợp theo kháng sinh đồ. Xử trí thai tùy theo chỉ định sản khoa, có khi cần mổ lấy thai, trong trường hợp nặng có thể phải cắt tử cung.

- Nhiễm khuẩn âm đạo: Ít gặp hình thái viêm đơn thuần, thường phối hợp với nhiễm khuẩn tử cung hoặc nhiễm khuẩn ối.

+ Triệu chứng: sốt, dịch âm đạo nhiều, có mùi hôi. Dấu hiệu nhiễm khuẩn toàn thân có thể chưa rõ. Cấy dịch âm đạo có vi khuẩn gây bệnh.

+ Xử trí: kháng sinh toàn thân (theo kháng sinh đồ), làm thuốc âm đạo và xử trí sản khoa tích cực.

SINH LÝ CHUYỂN DẠ

1. KHÁI NIỆM

Chuyển dạ đẻ là một quá trình sinh lý làm cho thai và phần phụ của thai được đẩy ra khỏi tử cung và đường sinh dục của người mẹ.

2. PHÂN LOẠI

- Đẻ thường là cuộc chuyển dạ diễn ra bình thường theo sinh lý, thai nhi được đẻ qua đường âm đạo, không can thiệp gì.

- Đẻ đủ tháng là cuộc chuyển dạ từ đầu tuần thứ 38 (259 ngày) đến cuối tuần thứ 41 (287 ngày).

- Đẻ non tháng khi tuổi thai từ 22 tuần (154 ngày) đến 37 tuần.

- Thai già tháng khi tuổi thai quá 41 tuần (287 ngày)

- Sẩy thai là sự chấm dứt thai nghén trước khi thai có thể sống được, thai dưới 22 tuần, nặng dưới 500g

3. CÁC ĐẶC ĐIỂM CỦA CHUYỂN DẠ

3.1. Chuyển dạ có 3 giai đoạn

- Giai đoạn xóa mở cổ tử cung

- Giai đoạn sổ thai

- Giai đoạn sổ rau

3.2. Động lực của cuộc chuyển dạ

Cơn co tử cung là động lực của cuộc chuyển dạ đẻ. Rối loạn cơ bóp của tử cung có thể làm cho cuộc chuyển dạ bị kéo dài hoặc gây các tai biến cho người mẹ và cho thai nhi.

3.3. Đặc điểm cơ co tử cung

- Cơn co tử cung xuất hiện một cách tự nhiên ngoài ý muốn của sản phụ. Cơn co tử cung gây đau. Ngưỡng đau phụ thuộc theo từng sản phụ. Khi áp lực cơn co đạt tới 25-30 mmHg, sản phụ bắt đầu cảm thấy đau. Cơn đau xuất hiện muộn, sau khi có cơn co tử cung và mất đi trước khi hết cơn co tử cung.

- Điểm xuất phát của cơn co tử cung nằm ở một trong hai sừng của tử cung. Thông thường ở sừng phải tử cung. Sự lan truyền cơn co tử cung cũng theo hướng từ trên xuống dưới. Tốc độ lan truyền cơn co 1-2cm/ giây.

- Cơn co tử cung có tính chu kỳ và đều đặn, mau dần lên, dài dần ra, khi bắt đầu chuyển dạ chỉ dài 15 đến 20 giây, sau đạt tới 30 - 40 giây ở cuối giai đoạn xóa mở cổ tử cung. Cường độ cơn co tử cung cũng tăng dần lên. Áp lực cơn co khi mới bắt đầu chuyển dạ từ 30-35 mmHg tăng dần lên đến 50 - 55 mmHg.

- Cơn co tử cung có tính chất ba giảm: áp lực cơn co tử cung giảm dần từ trên xuống dưới, thời gian co bóp của cơn co tử cung cũng giảm dần từ trên xuống dưới

- Số lượng cơn co tử cung trong một cuộc chuyển dạ để thay đổi từ 70- 180, phụ thuộc vào số lần đẻ, đẻ dễ hay khó và chất lượng cơn co tử cung.

3.4. Cơn co tử cung và cơn co thành bụng trong giai đoạn sổ thai:

Trong giai đoạn hai của cuộc chuyển dạ đẻ, cơn co thành bụng phối hợp với cơn co tử cung đẩy thai ra ngoài. Cơ hoành được đẩy xuống thấp trong ổ bụng, các cơ thành bụng co lại làm giảm thể tích ổ bụng, áp lực của ổ bụng tăng lên ép vào đáy tử cung góp phần đẩy thai xuống. Áp lực cơn co tử cung ở cuối giai đoạn hai đã tăng cao cùng với cơn co thành bụng sẽ tạo thành áp lực trong buồng ối tăng lên tới 120-150mmHg. Như vậy là áp lực cơn co thành bụng rất cao mà một nửa áp lực này do cơ hoành gây ra. Do vậy việc hướng dẫn sản phụ biết cách rặn đẻ rất có giá trị.

4. NHỮNG THAY ĐỔI VỀ PHÍA MẸ VÀ THAI, PHẦN PHỤ

4.1. Thay đổi về phía người mẹ

Sự xóa mở cổ tử cung và thành lập đoạn dưới:

Thời gian xóa mở cổ tử cung diễn ra không đều. Trong giai đoạn đầu (Ia) từ khi cổ tử cung xóa đến khi mở được 4cm thời gian mất 8-10 giờ. Giai đoạn sau (Ib) thời gian mở tử cung từ 4cm đến mở hết khoảng 4-6 giờ, tốc độ trung bình mở 1cm/1 giờ.

Sự xóa mở cổ tử cung nhanh hay chậm phụ thuộc vào các yếu tố: đầu ối tỷ vào cổ tử cung nhiều hay ít, tình trạng cổ tử cung dày cứng, sẹo xơ cũ. Cơn co tử cung có đồng bộ và đủ mạnh hay không.

Giữa người con so và người con rạ có sự khác biệt nhau về hiện tượng xóa mở cổ tử cung. Ở người con so cổ tử cung xóa hết rồi mới mở và đoạn dưới tử cung thành lập từ các tháng cuối của thai nghén. Còn ở người con rạ, cổ tử cung vừa xóa, vừa mở và đoạn dưới tử cung chỉ thành lập khi mới bắt đầu chuyển dạ. Thời gian mở cổ tử cung ở người con rạ nhanh hơn so với người con so

- Thành đoạn dưới lập: đoạn dưới tử cung thành lập do eo tử cung giãn rộng, kéo dài và to ra. Từ 0.5-1 cm, khi đoạn dưới được thành lập hoàn toàn cao đến 10cm.

- Thay đổi ở đáy chậu:

Do áp lực của con co tử cung ngôi thai xuống dần trong tiểu khung. Áp lực của ngôi thai đẩy dần móm xương cụt ra phía sau, đường kính móm cụt hạ vệ thay đổi từ 9.5cm thành 11 cm bằng với đường kính móm cùng- hạ vệ. Sức cản của các cơ ở phía tầng sinh môn sau đẩy ngôi thai hướng ra phía trước.

Tầng sinh môn trước phồng to lên, vùng hậu môn – âm hộ dài ra gấp đôi (từ 3- 4cm giãn ra 12-15cm). Do có tác dụng của con co tử cung và con co thành bụng, tầng sinh môn sau bị ngôi thai đè vào giãn dài ra, lỗ hậu môn mở rộng xóa hết các nếp nhăn, Âm môn mở rộng, thay đổi hướng dần dần nằm ngang. Sự tiến triển của ngôi thai thường gây són đái và nếu trực tràng còn phân thì phân sẽ thoát ra ngoài hậu môn khi ngôi thai xuống thấp trong tiểu khung.

4.2. Thay đổi về phía thai:

Khi đoạn dưới được thành lập, ngôi thai cũng từ từ tụt dần xuống áp sát vào đoạn dưới làm cho ngôi thai sát với cổ tử cung, tạo điều kiện thuận lợi cho việc mở cổ tử cung. Trong quá trình chuyển dạ đẻ, thai nhi có một số hiện tượng uốn khuôn.

- Hiện tượng chòong xương sọ. Hộp sọ của thai nhi giảm bớt kích thước bằng cách các xương chòong lên nhau. Hai xương đỉnh chòong lên nhau, xương chẩm và xương trán chui xuống dưới xương đỉnh. Hai xương trán cũng có thể chòong lên nhau.

- Thành lập bứu thanh huyết. Đó là hiện tượng phù thấm thanh huyết dưới da, đôi khi rất to. Vị trí bứu thanh huyết thường nằm ở phần ngôi thai thấp nhất, giữa lỗ mở của cổ tử cung. Bứu thanh huyết chỉ xuất hiện sau khi vỡ ối. Mỗi một ngôi thai thường có vị trí riêng của bứu thanh huyết

4.3. Thay đổi ở phần phụ của thai: con co tử cung làm cho màng rau (trung sản mạc và nội sản mạc) ở cực dưới chỗ cổ tử cung mở bị bong ra, nước ối dồn xuống tạo thành túi ối hay đầu ối

- Tác dụng của đầu ối:

+ Giúp cho cổ tử cung xóa và mở trong chuyển dạ để do đầu ối ép vào cổ tử cung

+ Bảo vệ thai nhi với các sang chấn bên ngoài

+ Tránh nguy cơ nhiễm khuẩn ngược dòng từ âm đạo vào buồng ối

Các hình thái ối vỡ:

+ Vỡ ối đúng lúc là vỡ ối khi cổ tử cung mở hết

+ Vỡ ối sớm là vỡ ối xảy ra khi đã có chuyển dạ nhưng cổ tử cung chưa mở hết

+ Vỡ ối non là vỡ ối xảy ra khi chưa có chuyển dạ.

- Rau bong và sổ rau: sau khi sổ thai, con co tử cung tiếp tục xuất hiện sau một giai đoạn nghỉ ngơi sinh lý làm cho rau thai và màng rau bong ra, xuống dần trong đường sinh dục người mẹ và sổ ra ngoài. Tử cung co chặt lại tạo thành khối an toàn gây tắc mạch sinh lý để cầm máu sau khi rau sổ.

4.4. Một số thay đổi khác

- Về phía người mẹ:

Thay đổi về hô hấp: sự tăng thông khí trong các cơn co tử cung có thể gây nên tình trạng kiềm hô hấp. Trong khi sổ thai, các cơn rặn để làm tăng PCO₂ và tình trạng tăng hô hấp sẽ làm tăng thêm vào tình trạng toan chuyển hóa.

Thay đổi về huyết động: tư thế sản phụ nằm ngửa, tử cung thường lệch sang phải nên tĩnh mạch chủ bụng bị chèn ép làm giảm tuần hoàn rau thai dẫn đến suy thai. Cho sản phụ nằm nghiêng trái sẽ loại bỏ được tác dụng xấu này.

Các cơn co tử cung mạnh hoặc gắng sức rặn đẻ sẽ chèn ép động mạch chủ bụng dẫn tới giảm lưu lượng tuần hoàn rau thai và gây suy thai. Giảm huyết áp động mạch do giãn mạch hoặc do liệt mạch vì gây tê quanh tủy sống cũng có thể dẫn đến suy thai.

Mẹ bị chảy máu nhiều trong chuyển dạ làm giảm khối lượng tuần hoàn và kèm theo tình trạng co mạch cũng gây ra suy thai.

Thay đổi về chuyển hóa: trọng lượng cơ thể mẹ giảm từ 4-6 kg sau khi đẻ, bao gồm trọng lượng thai nhi, bánh rau, nước ối, máu và các dịch tiết từ da, phổi, thận. Đường huyết cũng giảm do tăng tiêu thụ. Các gắng sức chịu đựng của cơ trong các cơn co tử cung, rặn đẻ có thể dẫn đến tình trạng toan máu và tình trạng toan máu này có thể chuyển sang con. Số lượng bạch cầu cũng tăng lên trong quá trình chuyển dạ đẻ.

Tình trạng lo lắng và đau: trong chuyển dạ đẻ, tình trạng đau do cơn co tử cung và lo lắng sẽ làm tăng bài tiết cortisol và các catecholamin gây ra tình trạng co mạch làm trầm trọng thêm tình trạng toan do acid lactic. Vì vậy phải bằng mọi cách giảm đau và trấn an cho sản phụ.

- Sự đáp ứng của thai: tim thai thay đổi trong cơn co tử cung. Tim thai hơi nhanh lên khi tử cung mới co bóp sau đó chậm lại trong cơn co tử cung. Ngoài cơn co tử cung, tim thai dần dần trở lại bình thường

5.6. Thời gian chuyển dạ

Ở người con so, thời gian chuyển dạ trung bình từ 16 - 20h. Ở người con ọ, thời gian chuyển dạ đẻ ngắn hơn, trung bình từ 8 - 12h. Các cuộc chuyển dạ đẻ quá 24h gọi là chuyển dạ kéo dài

NGÔI MÔNG

1. KHÁI NIỆM

Ngôi mông là một ngôi có khả năng đẻ đường dưới nhưng dễ mắc đầu hậu vì vậy nếu không được chẩn đoán sớm, tiên lượng tốt và xử lý thích hợp thì nguy cơ cho mẹ và thai sẽ rất cao, có thể làm tăng tỷ lệ tử vong đối với thai nhi và tăng tai biến đối với mẹ.

1.1. Định nghĩa: Ngôi mông là ngôi dọc mà cực đầu ở đáy tử cung, cực mông trình diện trước eo trên của khung chậu người mẹ.

1.2. Phân loại : có 2 loại ngôi mông

- Ngôi mông hoàn toàn: mông và 2 chân trình diện trước eo trên.

- Ngôi mông không hoàn toàn (ngôi mông thiếu): có 3 kiểu (kiểu mông, kiểu đầu gối, kiểu bàn chân)

1.3. Mốc ngôi và đường kính lọt

- Mốc ngôi mông là đỉnh xương cùng.

- Đường kính lớn nhất của ngôi lưỡng ụ đùi - 9 cm, hiện nay được cho là đường kính lọt của ngôi.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Trong thời kỳ có thai (3 tháng cuối)

2.1.1. Lâm sàng:

Có thể đau tức hạ sườn phải do đầu ấn vào gan, thai đập nhiều phía dưới. Tử cung hình trụ, hay lệch một bên.

Sờ: cực dưới mềm, to, không liên tục, lưng là một diện phẳng, cực trên là đầu tròn, đều, rắn.

Nghe tim thai: nghe rõ trên rốn.

Thăm âm đạo: sờ được mông, đỉnh xương cùng, hậu môn, bộ phận sinh dục, chân thai (nếu mông hoàn toàn hay mông không hoàn toàn kiểu bàn chân).

2.1.2. Cận lâm sàng:

Siêu âm: có giá trị chẩn đoán và đánh giá tiên lượng, hiện nay siêu âm được trang bị tới tuyến cơ sở, dễ sử dụng, không độc hại. Siêu âm có thể đánh giá được tình trạng đầu, tình trạng thai, trọng lượng thai, rau, ối.

X quang: đánh giá đầu cúi hay ngửa, chỉ làm khi thật cần thiết.

2.2. Khi chuyển dạ

2.2.1. Lâm sàng

Triệu chứng như khi có thai. Khó sờ hơn vì có cơn co tử cung do đó xác định được các cực của thai khó hơn.

Khi thăm trong: khó khi ối còn, khi ối vỡ thì dễ hơn. Có thể sờ thấy mông, xương cùng, hậu môn, bộ phận sinh dục, chân.

2.2.2. Cận lâm sàng: siêu âm, X quang.

2.2.3. Chẩn đoán thể, kiểu thể: lưng bên nào thể bên đó. Tìm mốc ngôi là đỉnh xương cùng để xác định kiểu thể. Cùng - chậu - trái - trước: gặp 60% (CgCTT). Cùng - chậu - phải - sau : gặp 30% (CgCFS). Cùng - chậu - trái - sau : gặp 10% (CgCTS). Cùng - chậu - phải - trước: rất hiếm gặp (CgCFT). Cùng- chậu- trái- ngang (CgCTN). Cùng- chậu- phải- ngang (CgCFN)

2.3. Chẩn đoán phân biệt

Ngôi chỏm: dễ nhầm với ngôi mông không hoàn toàn kiểu mông khi ối chưa vỡ nếu chỉ nắn ngoài. Cần xác định rõ ngôi chỏm có các thóp và đường khớp khi thăm trong. Đặc biệt cần phân biệt rõ với ngôi chỏm sa chi.

Ngôi mặt: có thể nhầm với ngôi ngược không hoàn toàn kiểu mông, khó khi bươu huyết thanh to không sờ thấy xương. Nhầm mòm với hậu môn, hai mông với hai gò má, mũi với xương cùng. Ngôi mặt có thể sờ thấy mũi to và mềm, hố mắt ở hai bên.

Ngôi ngang: cần khám kỹ có thể nhầm với ngôi ngược hoàn toàn do đó cần xác định rõ cực đầu. Phân biệt chân và tay thai nhi.

3. HƯỚNG XỬ TRÍ

3.1. Trong thời kỳ có thai (trong 3 tháng cuối)

Quản lý thai nghén tốt tại cơ sở có đủ điều kiện trang thiết bị, chuyên môn. Đánh giá tình hình thai mẹ. Tìm các yếu tố không thuận lợi: con so lớn tuổi, thai to, sẹo tử cung, tiền sử sản khoa khó khăn. Đối với trường hợp khó khăn cần theo dõi ở các cơ sở có đủ điều kiện trang thiết bị, chuyên môn tốt. Có thể mổ lấy thai khi đủ tháng hay khi bắt đầu chuyển dạ.

3.2. Khi chuyển dạ

Đánh giá tình trạng mẹ, thai, rau, tình trạng ối. Xác định ngôi, thể kiểu thể của ngôi. Nếu các yếu tố không thuận lợi: thai to, con so lớn tuổi, sẹo mổ tử cung, tiền sử đẻ khó, hiếm con, có thể mổ lấy thai.

Trong quá trình chuyển dạ nếu không thấy có suy thai, ối vỡ non, ối vỡ sớm. Tiến triển ngôi và cơn co tử cung bình thường thì theo dõi đẻ đường dưới. Nếu có các yếu tố không thuận lợi có thể mổ lấy thai.

3.3. Khi xử thai theo dõi chuyển dạ tích cực. Chuẩn bị người bệnh tốt theo dõi, tư tưởng sản phụ, truyền oxytocin, chuẩn bị đỡ đầu hậu.

- Ngôi ngược không hoàn toàn kiểu mông

Tránh mọi can thiệp, tôn trọng tiến triển tự nhiên, mông sẽ nong giãn tầng sinh môn và thai sỏ dần, khi xử gần hết chi dưới thì đỡ mông, nới dây rốn, khi góc dưới xương bả vai qua âm hộ thì cho xử tay hay hạ tay.

- Ngôi ngược hoàn toàn

Tránh lôi kéo thai. Giữ tầng sinh môn theo phương pháp Tschovianop mục đích làm cho ngôi lọt xuống tiểu khung nong giãn từ từ cổ tử cung, âm đạo và tầng sinh môn, khi tầng sinh môn nong giãn tốt thì cho xử mông, đỡ mông sỏ, khuyến khích phụ sản rặn khi sỏ hết chi dưới thì đỡ mông, nới dây rốn khi sỏ thân, góc dưới xương bả vai qua âm hộ cho xử tay hoặc hạ tay.

- Sổ đầu hậu

Chung cho cả ngôi mông hoàn toàn và không hoàn toàn. Đầu hậu ra nhanh khi cơn co tốt, sản phụ rặn tốt, tầng sinh môn giãn nở tốt. Đầu hậu xuống tốt: cắt tầng sinh môn đỡ đầu hậu nhẹ nhàng theo phương pháp Bracht.

Đầu hậu đỡ khó không đỡ được bằng phương pháp Bracht thì áp dụng phương pháp Mauriceau, Forceps đầu hậu

-Tóm lại:

Vấn đề khó khăn trong ngôi ngược là đầu hậu, cần theo dõi tích cực, chờ đợi, tránh can thiệp có thể gây sa dây rau, duỗi ngược tay, mắc đầu thai nhi. Điều quan trọng là tiên lượng tốt và xử lý thích hợp cho từng trường hợp.

NGÔI VAI

1. KHÁI NIỆM

Ngôi vai là ngôi mà thai không nằm theo trục dọc mà nằm ngang trong tử cung. Trong ngôi vai, không phải lúc nào hai cực đầu và cực mông cũng đều ngang nhau mà một cực ở hố chậu còn cực kia ở vùng hạ sườn. Khi chuyển dạ thực sự, vai sẽ trình diện trước eo trên. Mốc của ngôi vai là móm vai. Ngôi vai không thể đẻ được khi thai sống đủ tháng, nên không có cơ chế đẻ.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Khi chưa chuyển dạ

- Tiền sử sản khoa: chưa đẻ nhiều lần, đã có lần thai trước có ngôi vai
- Nhìn tử cung bè ngang
- Nắn cực dưới tiểu khung rộng không thấy cực đầu hay mông. Nắn hai bên một bên thấy đầu (khối tròn, cứng, bập bênh), ở mạng sườn hoặc hố chậu bên kia nắn thấy cực mông (khối tròn không đều, to hơn đầu, chỗ cứng chỗ mềm). Nắn giữa hai cực đầu và mông sẽ thấy lưng là một diện phẳng (nếu lưng ở phía trước) hoặc thấy lồi nhón các chi (nếu lưng ở phía sau)
- Nghe tim thai: vị trí nghe tim thai tùy thuộc vào vị trí cực đầu, là nơi sờ thấy móm vai. Tim thai sẽ nghe rất rõ nếu lưng nằm ở phía trước
- Thăm âm đạo thấy tiểu khung rộng
- Siêu âm thấy thai nằm ngang

2.2. Khi chuyển dạ

- Hỏi tiền sử, nhìn, sờ nắn như trong khi có thai, nhưng sờ nắn khó hơn do đã có cơn co tử cung.
- Thăm âm đạo:
 - + Khi ối chưa vỡ thấy ối phòng, tiểu khung rộng, cần thăm khám nhẹ nhàng tránh làm ối vỡ sớm
 - + Khi ối đã vỡ, sờ thấy móm vai, các xương sườn và hố nách, vai ở bên nào tức đầu ở bên đó.

2.3. Chẩn đoán kiểu thế : Vai - chậu - trái - trước. Vai - chậu - phải - trước. Vai - chậu - phải - sau. Vai - chậu - trái - sau.

- Chẩn đoán kiểu thế dựa vào hai yếu tố: đầu và lưng hay vai và lưng .Ví dụ đầu trái lưng trước thì kiểu thế là vai - chậu – trái – trước

- Trong trường hợp tay thai nhi sa ra ngoài âm đạo hay ngoài âm hộ, lúc đó dựa vào bàn tay để xác định kiểu thế. Dấu hiệu ngón tay cái: đặt bàn tay thai nhi ngửa, ngón tay cái chỉ vào đùi mẹ, nếu đùi mẹ là đùi trái thì tay thai nhi là tay trái, nếu đùi mẹ là đùi phải thì tay thai nhi là tay phải

2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Ngôi đầu sa chi: ngôi đầu thường cao, khi sờ thấy tay thai nhi bị sa, phải tìm xem ở eo trên có đầu không. Với ngôi vai, không sờ thấy đầu thai nhi ở eo trên

- Ngôi ngược hoàn toàn: sờ thấy đỉnh xương cùng dễ nhầm với móm vai, nhưng không tìm thấy hõm nách và các xương sườn như trong ngôi vai.

3. XỬ TRÍ

3.1. Trong khi có thai

Thai phụ phải được khám định kỳ trong 3 tháng cuối, khi phát hiện ngôi vai, cần khuyến khích thai phụ nằm nghỉ ngơi vào tháng cuối để đề phòng ối vỡ non, ối vỡ sớm.

3.2. Trong khi chuyển dạ

- Thai đủ tháng hoặc gần đủ tháng, còn sống: mổ lấy thai ngay để đề phòng vỡ ối sa dây rau, sa tay

- Nội xoay thai chỉ thực hiện ở những thai nhỏ, ngôi thứ hai của song thai

- Nếu thai đã chết: ngày nay chủ yếu là mổ lấy thai, chỉ cắt thai trong những trường hợp điều kiện thủ thuật thuận lợi.

4. PHÒNG BỆNH

- Khám thai và quản lý thai nghén tốt. Khi phát hiện ngôi vai phải chuyển thai phụ đến trung tâm sản khoa có thể mổ lấy thai được

- Khi thai đủ tháng nên mổ lấy thai chủ động để đề phòng các biến chứng cho mẹ và cho thai

- Những bác sỹ có kinh nghiệm mới nên mổ lấy thai trong ngôi ngang để tránh tai biến gãy tay, gãy chân thai nhi

ÓI VỠ SỚM, ÓI VỠ NON

1. KHÁI NIỆM

- Ói vỡ sớm là ói vỡ xảy ra sau hoặc cùng lúc với chuyển dạ, trước khi cổ tử cung mở hết. Vì không có nhiều ý nghĩa trên lâm sàng nên hiện nay thuật ngữ này không còn được nhắc đến trong y văn ở nước ngoài.

- Vỡ ói non là vỡ tự nhiên của màng ối và màng đệm tại bất kì thời điểm nào trước khi có chuyển dạ

2. CHẨN ĐOÁN ÓI VỠ NON

2.1. Lâm sàng

- Xác định tuổi thai

Xác định tuổi thai dựa vào ngày kinh cuối cùng nếu vòng kinh đều và sản phụ nhớ ngày kinh. Dựa vào siêu âm chẩn đoán tuần thai lúc 3 tháng đầu với sản phụ kinh nguyệt không đều hay không nhớ ngày kinh cuối cùng.

- Xác định ói vỡ, thời điểm và thời gian vỡ ối. Hỏi kỹ tiền sử ra nước âm đạo đột ngột ra nước lượng nhiều, loãng, màu trong hoặc lợn cợn đục, thời gian ra nước. Tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục dưới. Đóngh khó theo dõi

- Đặt mỏ vịt theo dõi dịch ÂĐ, viêm nhiễm CTC-ÂĐ.

2.2. Cận lâm sàng : xác định nước ối:

2.2.1. Nghiệm pháp Valsalva hoặc ho: khi đặt mỏ vịt, cho sản phụ rặn hoặc ho sẽ quan sát thấy có nước ối chảy ra từ lỗ trong cổ tử cung.

2.2.2. Nitrazine test:

- Thực hiện khi quan sát không thấy rõ có nước ối chảy ra hay không khi thực hiện nghiệm pháp nói trên.

- Đặt mỏ vịt, lau sạch âm đạo, cho sản phụ rặn hoặc ho sau đó dùng tăm bông vô trùng nhúng vào dịch đọng ở túi cùng sau âm đạo rồi phết lên giấy thử Nitrazine.

- pH của dịch âm đạo có tính acid (pH = 4,4 – 5,5) khác với pH nước ối mang tính kiềm (pH = 7 – 7,5). Nếu có ói vỡ, nước ối chảy vào âm đạo sẽ làm pH của dịch âm đạo trở nên kiềm hóa và sẽ làm đổi màu giấy thử từ màu vàng sang màu xanh.

- (+) giả trong trường hợp có lẫn máu, tinh dịch, Trichomonas, dịch nhầy ở cổ tử cung, các dung dịch sát khuẩn có tính kiềm và nước tiểu.

2.2.3. Chứng nghiệm kết tinh hình lá dương xỉ:

- Dùng que nhỏ quét vào túi cùng sau âm đạo rồi phết lên một phiến kính, để khô rồi quan sát dưới kính hiển vi.

- Sự hiện diện của hình ảnh dương xỉ giúp chẩn đoán xác định ối vỡ non với độ nhạy khoảng 96%.

- (-) giả (+) giả: phết dịch nhầy ở cổ ngoài hoặc có lẫn tinh dịch

2.2.4. Siêu âm:

- Chẩn đoán (+) theo dõi lượng ối thông qua chỉ số ối → thiếu ối hoặc hết ối.

- Ước lượng cân nặng, xác định ngôi thai, vị trí dây rốn và những bất thường

2.3. Chẩn đoán xác định

Chỉ cần hỏi bệnh sử, khám lâm sàng, nghiệm pháp Valsalva, thử nghiệm Nitrazine, chứng nghiệm kết tinh lá dương xỉ thì chẩn đoán chính xác lên đến 93,1%

2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Són tiểu: thường thì không ra nước nhiều và cũng không rỉ rả liên tục như trong vỡ ối. Ngoài ra nước tiểu có mùi khai và có pH acid.

- Khí hư: đôi khi nhiều và loãng làm dễ lầm với vỡ ối. Phân biệt bằng cách hỏi bệnh sử kỹ và khám lâm sàng cẩn thận.

- Chất nhầy cổ tử cung: ở giai đoạn cuối thai kỳ hoặc bắt đầu chuyển dạ, cổ tử cung hé mở sẽ tống nút nhầy ở lỗ cổ tử cung ra ngoài: nhầy, dai và thường có lẫn ít máu hồng.

3. XỬ TRÍ

3.1. Thai 22 – 31 tuần: cố gắng dưỡng thai

3.1.1. Thuốc trương thành phổi thai: Tiêm bắp Betamethasone 12mg/24 giờ x 2 ngày hoặc Dexamethasone 6mg/12 giờ x 2 ngày.

Sử dụng trên 2 đợt có thể gây giảm cân nặng thai nhi, giảm chu vi vòng đầu và chiều dài cơ thể

3.1.2. Quản lý nhiễm khuẩn

- Hạn chế thăm khám bằng tay → có thể theo dõi bằng khám mỏ vịt
- Cấy dịch cổ tử cung, âm đạo, hậu môn
- Sử dụng kháng sinh phổ rộng ngăn ngừa nhiễm trùng cho cả mẹ và thai, ngoài ra còn làm giảm tỉ lệ chuyển dạ do đó được khuyến cáo sử dụng thường quy trong trường hợp cần kéo dài thai kì khi ối vỡ non để kích thích trưởng thành phổi thai.

Hiện nay các nghiên cứu đều đồng thuận sử dụng kháng sinh không nên quá 7 ngày, vì việc kéo dài thời gian sử dụng kháng sinh ở những thai kỳ này là không cần thiết, mà còn làm tăng kháng thuốc của vi khuẩn

- Theo dõi mẹ: Nghỉ ngơi, đóng băng vệ sinh sạch. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 4 lần/ngày, công thức máu, công thức bạch cầu, CRP. Cấy dịch âm đạo 1 – 3 lần/tuần.
- Theo dõi thai: monitor sản khoa 3 lần/ngày. Siêu âm đánh giá thai, rau, nước ối

3.1.3. Sử dụng thuốc giảm co.

3.2. Thai 32 – 33 tuần

3.2.1. Xác định tình trạng sức khỏe của thai nhi tại thời điểm tiếp nhận. Theo dõi monitor tim thai lúc nhập viện. Xác định thai chậm phát triển trong tử cung.

3.2.2. Corticoid trưởng thành phổi thai nhi

3.2.3. Quản lý nhiễm trùng. Hạn chế thăm khám bằng tay, nên khám bằng mỏ vịt để tránh nhiễm trùng. Kháng sinh dự phòng.

3.2.4. Thuốc giảm co

3.2.5. Khởi phát chuyển dạ khi có đủ bằng chứng trưởng thành phổi, nhiễm khuẩn, thai suy.

3.3. Thai 34 – 36 tuần

3.3.1. Xác định tình trạng sức khỏe của thai nhi tại thời điểm tiếp nhận

3.3.2. Corticoid: không khuyến cáo .

3.3.3. Chấm dứt thai kỳ:

Hầu hết người bệnh (90%) sẽ chuyển dạ tự nhiên trong vòng 24 giờ sau khi vỡ ối.

Chờ chuyển dạ tự nhiên hay khởi phát chuyển dạ tùy tình trạng ối, thai và nhiễm khuẩn. Nên tư vấn với người bệnh việc kéo dài thai kỳ có nguy cơ nhiễm trùng tử cung và viêm màng ối, thiếu ối, nhau bong non, suy thai, thiếu sản phổi, biến dạng chi. Nếu có đủ bằng chứng trưởng thành phổi thì chấm dứt thai kỳ ngay.

3.3.4. Nếu giữ thai → quản lý nhiễm trùng (tương tự như trên)

3.3.5. Thuốc giảm co: không có chỉ định đối với thai kỳ > 36 tuần

3.4. Thai \geq 37 tuần

- ACOG 2009 khuyến cáo chấm dứt thai kỳ đối với thai >37 tuần bị vỡ ối sớm, không đợi 12 – 24 giờ nhằm giảm biến chứng cho mẹ và thai. Nên khởi phát chuyển dạ ngay trong 6 – 12 giờ hoặc nếu thuận lợi thì nên chấm dứt thai kỳ càng sớm càng tốt.

Chấm dứt thai kỳ tùy tình trạng cổ tử cung, ngôi thai, tình trạng thai, có nhiễm trùng hay không.

+ Ngôi bất thường hoặc có những bằng chứng cho thấy thai nhi không chịu nổi cuộc chuyển dạ → mổ lấy thai

+ Nếu có bằng chứng nhiễm trùng trên lâm sàng và không có chống chỉ định để đường âm đạo, cho kháng sinh và khởi phát chuyển dạ ngay lập tức.

+ Khi cổ tử cung thuận lợi → gây chuyển dạ bằng truyền oxytocin.

+ Khi cổ tử cung không thuận lợi → làm chín muồi cổ tử cung

- Đề phòng nhiễm trùng:

+ Chuyển lên tuyến có đơn vị chăm sóc trẻ non tháng nhẹ cân.

+ Kháng sinh thường quy khi ối vỡ ở những thai > 37 tuần: dùng kháng sinh làm giảm có ý nghĩa tỉ lệ viêm màng ối và nhiễm trùng hậu sản ở mẹ nhưng không hiệu quả cải thiện kết cục nhiễm trùng chu sinh.

=> Một số tác giả khuyến cáo chỉ sử dụng kháng sinh để phòng ngừa tác nhân streptococcus nhóm B nếu có bằng chứng cấy (+) ở tuần 35 – 37 thai kì, hoặc vỡ màng ối > **18 giờ** ở những người bệnh không có kết quả cấy.

4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

4.1. Chuyển dạ tự nhiên: thai càng non tháng càng kéo dài thời gian tiềm tàng, phần lớn các thai trưởng thành sẽ chuyển dạ tự nhiên trong vòng 24 giờ. 50% trường hợp vỡ ối sau 37 tuần sẽ tự chuyển dạ trong vòng 5 giờ. Vỡ ối ở tuổi thai từ 32 – 34 tuần trung bình 4 ngày sau sẽ chuyển dạ và 93% trường hợp đẻ trong vòng 1 tuần .

4.2. Nguy cơ của ối vỡ non kéo dài:

- + Nhiễm khuẩn ối, nhiễm khuẩn hậu sản, suy hô hấp sơ sinh, nhiễm khuẩn sơ sinh.
- + Thiếu ối → thiếu sản phổi, biến dạng chi, chèn ép dây rốn.
- + Rau bong non, thai chết trong tử cung

5. PHÒNG BỆNH

- Nhanh chóng chuyển thai phụ lên tuyến có đơn vị chăm sóc trẻ non tháng nhẹ cân.
- Sử dụng kháng sinh đúng chỉ định
- Khởi phát chuyển dạ đúng thời điểm.

SUY THAI TRONG TỬ CUNG

1. KHÁI NIỆM

Tuần hoàn tử cung – rau – thai đảm nhiệm việc cung cấp oxy cho thai, nếu vì một nguyên nhân nào đó ảnh hưởng đến tuần hoàn tử cung – rau – thai làm giảm lưu lượng máu đến hồ huyết, hoặc từ gai rau đến thai, sẽ làm giảm lượng oxy đến thai và gây suy thai. Hiện tượng này có thể xảy ra trong quá trình thai nghén và đặc biệt là khi chuyển dạ. Mức độ thiếu oxy nhiều hay ít, trường diễn hay cấp tính, sẽ ảnh hưởng đến mức độ thai suy và dẫn đến tử vong.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Suy thai trong thời kỳ có thai

Triệu chứng:

- Chiều cao tử cung phát triển chậm (biểu hiện thai kém phát triển)
- Giảm cử động thai (từ 23 giờ trở đi cử động thai dưới 12 lần trong 2 giờ) hay thay đổi cử động thai
- Nhịp tim thai thay đổi (trên 160 lần/phút hay dưới 120 lần/phút)

Xét nghiệm:

- ối: nước ối có màu xanh (cần soi ối nhiều lần)
- Monitor sản khoa, truyền oxytocin hay vê núm vú có xuất hiện Dip I, Dip II, tim thai không đáp ứng test không đủ kích
- Siêu âm xác định chỉ số nước ối (có giá trị trong thai già tháng).

2.2. Suy thai trong chuyển dạ

- Nước ối có màu xanh (khi vỡ ối hoặc bấm ối)
- Nghe nhịp tim thai (bằng ống gỗ) thay đổi trên 160 lần/phút hay dưới 120 lần/phút

- Theo dõi liên tục nhịp tim thai bằng máy monitor sản khoa thấy xuất hiện nhịp tim thai chậm muộn (DipII) hoặc nhịp tim thai biến đổi hoặc nhịp tim thai dao động ít dưới 5 nhịp

- Siêu âm : xác định lượng nước ối giảm (chỉ số nước ối giảm)

- pH máu đầu thai nhi và máu rốn ngay sau đẻ

3. TIẾN TRIỂN

- Thiếu oxy ban đầu thai còn có đáp ứng bù trừ: điều chỉnh sự phân bố máu cung cấp oxy đầy đủ cho não, tim, gan; giảm cung cấp oxy tới ruột, da.

- Thiếu oxy nhiều hoặc kéo dài, thai không còn khả năng đáp ứng bù trừ thiếu oxy ở não, tim, thiếu oxy ở tổ chức, chuyển hóa năng lượng giảm trong điều kiện yếm khí, pH sẽ giảm, thai nhiễm toan và chết trong tử cung, hoặc chết sau khi đẻ ra.

4. XỬ TRÍ

4.1. Trong khi có thai: khám thai và theo dõi, đặc biệt những thai nhi có nguy cơ để phát hiện suy thai

- Theo dõi nhịp tim thai (ống nghe) sau khi vê núm vú trong và sau cơn co để phát hiện nhịp tim thay đổi

- Soi ối nhiều lần phát hiện nước ối xanh

- Thử nghiệm oxytocin hay vê núm vú theo dõi bằng máy monitor sản khoa nếu có.

- Xác định độ trưởng thành của thai để đình chỉ thai trong trường hợp có chỉ định

Siêu âm: đường kính lưỡng đỉnh (trên 90mm, thai trên 38 tuần), đường kính trung bình bụng (trên 94mm, thai nặng trên 2500g), độ calci hóa bánh rau độ 3, chỉ số nước ối (nước ối giảm) trên thai ≥ 42 tuần.

- Chỉ số nước ối: ≤ 28 mm thường phải mổ lấy thai, 28-40mm thì phải đình chỉ thai nghén (gây chuyển dạ đẻ, nếu thất bại thì mổ lấy thai), 40-60mm theo dõi sát, trên 60mm là bình thường

4.2. Khi chuyển dạ

- Phát hiện suy thai để lấy thai ra kịp thời . Theo dõi thể trạng, bệnh lý người mẹ, đo nhịp tim thai 10-15 phút/lần, theo dõi con co tử cung phù hợp với giai đoạn chuyển dạ, nếu tăng cường độ, nhịp độ phải dùng thuốc giảm co.

- Theo dõi nhịp tim thai liên tục bằng máy monitor sản khoa để phát hiện DipII, Dip biến đổi, nhịp tim thai dao động ít hơn 5 nhịp. Nếu có Dip II, Dip biến đổi, tim thai dao động ít đủ điều kiện thì chỉ định làm Forceps, không đủ điều kiện làm Forceps thì mổ lấy thai.

- Đo lượng nước ối ở các trường hợp thai nghén quá ngày sinh, lượng nước ối giảm, có phân su sánh đặc thì nên mổ lấy thai, không nên thử thách để đẻ đường dưới.

TẮC MẠCH ỒI

1. KHÁI NIỆM

- Tắc mạch ối là một biến chứng sản khoa rất nguy hiểm, tỷ lệ tử vong cao, không thể đoán trước và không thể dự phòng được.

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

- Yếu tố nguy cơ:

+ Sản phụ trên 35 tuổi, con rạ nguy cơ cao hơn con so.

+ Mổ lấy thai, dễ có can thiệp thủ thuật Forcep, giác hút, chọc ối.

+ Đa ối, đa thai, rau tiền đạo, rau bong non, sản giật....

+Tổn thương tử cung hoặc cổ tử cung.

- Thời điểm tắc mạch ối: rất khác nhau 12% số trường hợp xảy ra tắc mạch ối khi màng ối còn nguyên, 70% xảy ra trong chuyển dạ, 11% xảy ra sau đẻ qua đường âm đạo. 19% xảy ra trong mổ lấy thai khi đã có chuyển dạ hay khi chưa có chuyển dạ.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Hình ảnh lâm sàng đặc trưng:

Xuất hiện đột ngột với các dấu hiệu theo trình tự thời gian. 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: lú lẫn, mất ý thức và co giật. Trên 80% số trường hợp người bệnh có biểu hiện ngừng tim, ngừng thở trong vài phút đầu tiên. Có đến 50% số trường hợp tử vong ngay trong giờ đầu xuất hiện triệu chứng.

Nếu người bệnh thoát qua được giai đoạn này (khoảng 40% số trường hợp) sẽ có biểu hiện chảy máu dữ dội nhiều nơi do dờ tử cung (nếu sau đẻ) và do đông máu rải rác trong lòng mạch. Chảy máu từ tử cung không thể cầm được. Số trường hợp có biểu hiện phù phổi ở giai đoạn này cũng cao.

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 (phải đồng thời có đủ cả 4 tiêu chuẩn): tụt huyết áp hay ngừng tim. Thiếu ô xy cấp tính. Bệnh lý đông máu hay chảy máu nặng mà không có các lý giải khác. Tất cả xảy ra trong chuyển dạ, mổ lấy thai hay trong vòng 30 phút sau đẻ mà không có các lý giải khác cho các dấu hiệu này.

2.3. Cận lâm sàng: xét nghiệm khí trong máu; công thức máu; đông máu. X quang phổi: thường không thấy dấu hiệu đặc hiệu, có thể có dấu hiệu phù phổi. Điện tâm đồ: có thể thấy nhịp tim nhanh, phần ST và sóng T thay đổi.

2.4. Chẩn đoán phân biệt: chẩn đoán phân biệt với rất nhiều hội chứng khác: tắc mạch do huyết khối, tắc mạch do khí, choáng nhiễm khuẩn, nhồi máu cơ tim cấp tính, choáng phản vệ do các nguyên nhân khác nhau, rau bong non hay phản ứng của gậy tê vùng.

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

- Duy trì cung cấp oxy cho sản phụ (đặt nội khí quản, thở máy).
- Đặt hơn 2 đường truyền tĩnh mạch, nâng huyết áp bằng dung dịch cao phân tử.
- Hồi sức tim nếu ngừng tim: Adrenaline tiêm tĩnh mạch 1 mg, hoặc qua đường nội khí quản 3 mg, hoặc Xylocaine 1 mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm (trong 2 phút). Có thể tiêm nhắc lại sau mỗi 3 – 5 phút. Tuy nhiên, liều tổng cộng của xylocaine không được quá 3 mg/kg.

- Làm các xét nghiệm cấp cứu: khí trong máu, công thức máu, đông máu
- Theo dõi bằng monitor.
- 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,...

Tuy nhiên trên đây chỉ là những xử trí triệu chứng nhằm hồi phục dấu hiệu sinh tồn của người bệnh, không xử lý được căn nguyên. Vì tai biến này hay xảy ra đột ngột và tiến triển nhanh nên hầu hết người bệnh đều tử vong. Nếu thai chưa xỏ

thì hầu hết thai nhi không được cứu kịp, người ta có thể mổ ngay để cứu thai nhưng tính may rủi cũng rất lớn.

4. HẬU QUẢ VÀ BIẾN CHỨNG:

4.1. Tử vong mẹ, con.

4.2. Hậu quả về tinh thần và vận động cho mẹ và con do thiếu oxy não.

4.3. 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.

4.4. 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 đẻ làm tăng các nguy cơ và biến chứng của truyền máu.

5. PHÒNG BỆNH

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

VỠ TỬ CUNG

1. KHÁI NIỆM

Vỡ tử cung là một trong các tai biến sản khoa có thể gây tử vong mẹ và thai nhi. Hiện nay nhờ tiến bộ của khoa học trong lĩnh vực gây mê hồi sức cũng như trình độ chuyên khoa sản được nâng cao cùng việc mở rộng mạng lưới quản lý thai nghén, hạn chế các thủ thuật thô bạo, chỉ định mổ lấy thai kịp thời nên tỷ lệ vỡ tử cung đã giảm đi nhiều. Vỡ tử cung có thể xảy ra trong thời kỳ mang thai, nhưng thường xảy ra trong giai đoạn chuyển dạ.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Vỡ tử cung trong thời kỳ thai nghén: thường ít gặp

2.1.1. Triệu chứng cơ năng: có thể xảy ra ở bất kỳ tuổi thai nào. Đau chói vùng hạ vị đột ngột (tự nhiên hoặc sau chấn thương vùng bụng).

2.1.2. Triệu chứng toàn thân:

- Choáng nhẹ hay nặng tùy theo mức độ mất máu.

2.1.3. Triệu chứng thực thể:

- Tử cung: có điểm đau chói vùng vết mổ cũ hoặc sờ thấy mất ranh giới tử cung bình thường. Có thể thai nằm trong ổ bụng. Không còn hoạt động tim thai.

- Âm đạo ra máu đỏ, ngòai thai thay đổi đặc biệt trường hợp thai vào trong ổ bụng. nước ối có màu đỏ.ấn đau vùng vết mổ,

2.1.4. Triệu chứng cận lâm sàng:

- Siêu âm: thai nằm trong ổ bụng, không thấy hoạt động tim thai.

- Công thức máu: hồng cầu giảm, hemoglobin giảm, hematocrit giảm.

2.2. Vỡ tử cung trong thời kỳ chuyển dạ:

2.2.1. Dọa vỡ tử cung.

- Sản phụ đau nhiều do cơn co tử cung mau, mạnh.

- Tử cung co thắt hình quả bầu nậm.

- Vòng Bandl (chỗ thắt thành vòng giữa đoạn dưới và thân tử cung) lên cao.

Thân tử cung bị đẩy lên cao thì sờ thấy 2 dây chằng tròn bị kéo dài(dấu hiệu Frommel)

- Thai suy: tim thai nhanh, hoặc chậm, hoặc không đều.
- Thăm âm đạo: thấy nguyên nhân dễ khó (bất tương xứng thai- khung chậu, ngôi bất thường, u tiền đạo,...).

2.2.2. Vỡ tử cung: chẩn đoán dựa vào các triệu chứng sau:

- Triệu chứng lâm sàng:
 - + Có triệu chứng của dọa vỡ tử cung, trừ trường hợp có sẹo mổ cũ ở tử cung.
 - + Thai phụ đang đau dữ dội, sau một cơn đau chói đột ngột, rồi bớt đau dần.
 - + Thường có dấu hiệu choáng: mặt tái nhợt, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp tụt và ngất đi.
 - + Tử cung không còn hình dạng bình thường, không còn dấu hiệu vòng Bandl
 - + Bụng chướng, nắn đau.
 - + Sờ thấy phần thai dưới da bụng
 - + Mất cơn co tử cung .
 - + Tim thai không còn hoạt động.
 - + Ra máu âm đạo.
- Khám trong: không xác định được ngôi thai.
 - + Có thể thấy nước tiểu có máu
 - + Nhiều khi chảy máu sau đẻ, kiểm tra phát hiện vỡ tử cung.
- Triệu chứng cận lâm sàng:
 - + Siêu âm có thể thấy thai nằm trong ổ bụng, không thấy hoạt động tim thai, thấy tổ thương ở tử cung, dịch trong ổ bụng...
 - + Xét nghiệm công thức máu: thiếu máu
- Các hình thái lâm sàng
 - + Vỡ tử cung hoàn toàn: tử cung bị tổn thương toàn bộ các lớp từ niêm mạc, đến cơ tử cung và phúc mạc. Thường thai và rau bị đẩy vào trong ổ bụng.
 - + Vỡ tử cung dưới phúc mạc: tử cung bị tổn thương lớp niêm mạc và cơ, lớp phúc mạc còn nguyên vẹn. Thai và rau vẫn nằm trong tử cung.

+ Vỡ tử cung phức tạp: vỡ tử cung hoàn toàn kèm theo tổn thương tạng xung quang như bàng quang, niệu quản, mạch máu, đại- trực tràng,...

+ Vỡ tử cung ở người có sẹo mổ cũ: thường vết mổ bị nứt một phần, ít chảy máu. Nhiều khi chỉ chẩn đoán được khi mổ lấy thai hoặc khi kiểm soát tử cung.

- Chẩn đoán phân biệt với rau tiền đạo, rau bong non.

3. XỬ TRÍ:

3.1. Nguyên tắc:

- Gọi giúp đỡ, huy động những phẫu thuật viên có kinh nghiệm tham gia phẫu thuật cho người bệnh.

- Hồi sức nội khoa song song với xử trí sản khoa.

- Phẫu thuật cấp cứu. Nếu tại cơ sở không có khả năng phẫu thuật thì phải nhanh chóng chuyển tuyến hay mời tuyến trên xuống giúp đỡ.

3.2. Xử trí cụ thể:

3.2.1. Dọa vỡ tử cung:

- Xử trí ngay bằng thuốc giảm co tử cung và lấy thai.

- Nếu đủ điều kiện thì lấy thai đường dưới bằng Forceps, nếu không đủ điều kiện thì mổ lấy thai.

3.2.2. Vỡ tử cung:

Hồi sức nội khoa:

- Đánh giá và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở.

- Cho sản phụ nằm đầu thấp, ủ ấm, thở oxy.

- Lập đường truyền tĩnh mạch, bù khối lượng tuần hoàn bằng truyền dịch đẳng trương Ringer lactat, Natrichlorua 0,9%; dung dịch cao phân tử như Gelafudlin, Heasteril; truyền máu và các chế phẩm của máu. Lượng dịch, máu truyền và tốc độ truyền phụ thuộc tình trạng sản phụ và lượng máu mất.

- Kháng sinh liều cao.

- Thông tiểu và theo dõi lượng nước tiểu.

Phẫu thuật:

- Mổ lấy thai nếu không đủ điều kiện lấy thai đường âm đạo.

- Tùy tổn thương tử cung và nguyện vọng sinh đẻ của sản phụ mà quyết định cắt tử cung hay bảo tồn tử cung.

- Chỉ bảo tồn tử cung khi điều kiện cho phép: người bệnh trẻ tuổi muốn còn sinh đẻ, vết rách mới, gọn không nham nhở.

- Phẫu thuật cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn. Nếu có tổn thương cổ tử cung thì nên cắt tử cung hoàn toàn.

- Kiểm tra kỹ các tạng liên quan, nhất là niệu quản và bàng quang để xử trí các tổn thương kịp thời tránh bỏ sót.

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Tử vong mẹ và thai: nếu không được xử trí kịp thời, nhất là vỡ tử cung xảy ra ở các tuyến không có khả năng phẫu thuật.

4.2 Cắt tử cung: tỷ lệ cắt tử cung cao ở những trường hợp vỡ tử cung

4.3. Tổn thương tạng: có thể tổn thương bàng quang, niệu quản, mạch hạ vị, đại - trực tràng khi vỡ tử cung và trong khi phẫu thuật xử trí vỡ tử cung.

5. PHÒNG BỆNH:

- Quản lý thai nghén, phát hiện các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao chảy máu sau đẻ như đẻ nhiều lần, có vết mổ ở tử cung, bất tương xứng thai-khung chậu,...

- Sử dụng thuốc tăng co tử cung đúng chỉ định và liều lượng.

- Thực hiện các phẫu thuật, thủ thuật sản khoa đúng chỉ định, đủ điều kiện và đúng kỹ thuật.

CHẢY MÁU SAU ĐẼ

1. KHÁI NIỆM

Chảy máu sau đẻ là tai biến sản khoa thường gặp nhất và là nguyên nhân tử vong mẹ hàng đầu. Chảy máu sau đẻ là chảy máu sau khi sổ thai trên 500ml hoặc có ảnh hưởng xấu đến toàn trạng của sản phụ.

Chảy máu sau đẻ có thể xảy ra sớm trong vòng 24 giờ sau đẻ hoặc xảy ra muộn đến 6 tuần của thời kỳ hậu sản.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng:

- Chảy máu ra ngoài âm đạo: chảy máu nhiều, có khi chảy ồ ạt thành tia đỏ tươi hoặc lẫn máu cục; nhiều khi chảy máu rỉ rả liên tục làm cho nhân viên y tế không đánh giá được lượng máu mất nếu không đo lượng máu sau đẻ thường quy và không theo dõi sát sau đẻ.

- Tử cung: trong các trường hợp máu chảy từ tử cung ra ta thấy tử cung to, mật độ mềm; xoa nắn tử cung sẽ thấy máu đỏ tươi lẫn máu cục chảy nhiều ra ngoài âm đạo.

- Toàn thân: biểu hiện tình trạng thiếu máu cấp tính như da xanh, niêm mạc nhợt; những trường hợp mất máu nặng có biểu hiện sốc như mạch nhanh, huyết áp tụt, vã mồ hôi, tay chân lạnh, thiếu niệu, tinh thần hốt hoảng, lơ mơ, có khi hôn mê...

- Tùy theo nguyên nhân mà có các triệu chứng thực thể khác nhau.

2.2. Cận lâm sàng:

Các xét nghiệm cần làm là số lượng hồng cầu, hemoglobin, hematocrit để đánh giá tình trạng mất máu; xét nghiệm tiểu cầu, fibrinogene, prothrombin để đánh giá tình trạng rối loạn đông máu; và xét nghiệm nhóm máu để truyền máu.

3. XỬ TRÍ

3.1. Nguyên tắc:

- Hồi sức nội khoa song song với xử trí sản khoa.
- Tìm nguyên nhân sản khoa và xử trí theo nguyên nhân.

3.2. Xử trí cụ thể:

3.2.1. Hồi sức nội khoa:

- Đánh giá và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Cho sản phụ nằm đầu thấp, ủ ấm, thở oxy.
- Lập đường truyền tĩnh mạch, bù khối lượng tuần hoàn bằng truyền dịch đẳng trương ringer lactat, natrichlorua 0,9%; dung dịch cao phân tử như gelafuldin, heasteril; truyền máu và các chế phẩm của máu. Lượng dịch, máu truyền và tốc độ truyền phụ thuộc tình trạng sản phụ và lượng máu mất.

- Thông tiểu và theo dõi lượng nước tiểu.

3.2.2. Xử trí sản khoa: xác định nguyên nhân và xử trí theo nguyên nhân.

Rau chưa bong:

- Nguyên nhân là rau bám chặt, rau cầm tù hoặc rau cài răng lược.
- Bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung sau khi đã hồi sức và giảm đau cho sản phụ.
- Dùng thuốc co bóp tử cung sau khi kiểm soát tử cung: oxytocin, ergometrin, duratocin hoặc misoprostol. Kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn.
- Trong quá trình bóc rau có thể chẩn đoán xác định rau cài răng lược. Nếu rau cài răng lược hoàn toàn thì tiến hành cắt tử cung ngay. Nếu rau cài răng lược bán phần thì tùy mức độ gai rau đâm xuyên vào lớp cơ tử cung nhiều hay ít mà xử trí: bảo tồn tử cung nếu có thể bóc được hoàn toàn bánh rau bằng tay, nếu không bóc rau được phải cắt tử cung để cầm máu.

Rau đã bong:

- Nguyên nhân làờ tử cung, sót rau, chấn thương đường sinh dục, lộn tử cung hoặc rối loạn đông máu.
- Kiểm soát tử cung sau khi giảm đau cho sản phụ: lấy hết rau, màng rau và máu cục trong buồng tử cung; kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung.
- Dùng thuốc tăng co tử cung và kháng sinh.
- Ép tử cung bằng 2 tay và xoa bóp tử cung nếuờ tử cung.

- Kiểm tra cổ tử cung và âm đạo. Khâu các vết rách cổ tử cung và âm đạo. Nếu có khối máu tụ ở đường sinh dục gây chảy máu thì phải lấy khối máu tụ và khâu cầm máu.

- Nếu chẩn đoán lộn tử cung thì cần giảm đau tốt cho sản phụ (gây mê nếu cần) rồi nắn lại tử cung và tiêm ergometrin làm tử cung co bóp chặt lại sau đó mới rút tay ra.

Phẫu thuật xử trí chảy máu sau đẻ:

- Cắt tử cung: chỉ định cắt tử cung hay bảo tồn tử cung tùy thuộc vào tổn thương tử cung (đờ tử cung không hồi phục, vỡ tử cung, rau cài răng lược, chảy máu tại vị trí rau tiền đạo...) và nhu cầu sinh đẻ của sản phụ.

- Thất động mạch tử cung.

- Thất động mạch hạ vị.

- Khâu mũi B-lynch.

Với các trường hợp chảy máu sau đẻ muộn:

- Nếu sót rau, polyp rau: nạo buồng tử cung kết hợp với thuốc co bóp tử cung và kháng sinh chống nhiễm khuẩn.

- Nút động mạch tử cung nếu có chỉ định.

4. HẬU QUẢ VÀ BIẾN CHỨNG:

4.1. Phải cắt tử cung: do không cầm máu được trong mổ hoặc rau cài răng lược.

4.2. Tử vong mẹ: là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ, nhất là ở các nước đang phát triển.

4.3. Tổn thương tạng: có thể tổn thương bàng quang, niệu quản, mạch hạ vị, đại-trực tràng trong khi mổ xử trí chảy máu sau đẻ.

4.4. 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.

4.5. 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 đẻ làm tăng các nguy cơ và biến chứng của truyền máu.

5. PHÒNG BỆNH:

- Quản lý thai nghén, phát hiện các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao chảy máu sau đẻ như đẻ nhiều lần, có vết mổ ở tử cung,...
- Sử dụng thuốc tăng co tử cung đúng chỉ định và liều lượng.
- Thực hiện các phẫu thuật, thủ thuật sản khoa đúng chỉ định, đủ điều kiện và đúng kỹ thuật.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.

NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

1. KHÁI NIỆM

Nhiễm khuẩn hậu sản là các nhiễm khuẩn xuất phát từ bộ phận sinh dục trong thời kỳ hậu sản, đường vào của vi khuẩn từ bộ phận sinh dục theo đường máu, nhiễm khuẩn ngược dòng từ âm đạo, cổ tử cung qua tổn thương đường sinh dục trong và sau đẻ.

2. CÁC HÌNH THÁI LÂM SÀNG

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

- Đây là hình thái nhẹ nhất. Do rách hoặc không cắt tầng sinh môn mà không khâu hoặc khâu không đúng kỹ thuật, không đảm bảo vô khuẩn, sót gạc trong âm đạo.

- Triệu chứng: sốt nhẹ $38^{\circ}\text{C} - 38,5^{\circ}\text{C}$, vết khâu tầng sinh môn sưng tấy, đau, trường hợp nặng có mủ. Tử cung co hồi bình thường, sản dịch không hôi

- Tiến triển tốt nếu điều trị kịp thời

- Điều trị:

+ Cắt chỉ tầng sinh môn nếu vết khâu tấy đỏ có mủ. Vệ sinh tại chỗ hàng ngày bằng oxy già (vết khâu có mủ), hoặc Betadin

+ Kháng sinh (uống hoặc tiêm)

2.2. Viêm niêm mạc 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 tử cung toàn bộ, viêm phúc mạc toàn bộ, nhiễm khuẩn máu.

- Nguyên nhân: do sót rau, sót màng, nhiễm khuẩn ối, chuyển dạ kéo dài, thủ thuật bóc rau, kiểm soát tử cung không đảm bảo vô khuẩn.

- Triệu chứng:

+ Sốt xuất hiện sau đẻ 2- 3 ngày. Mạch nhanh >100 lần/ phút, người mệt mỏi

+ Sản dịch hôi, có thể lẫn mủ. Tử cung co hồi chậm

+ Cây sản dịch tìm nguyên nhân và kháng sinh đồ.

- + Nạo hút buồng tử cung giải phẫu bệnh
- Điều trị
- + Kháng sinh toàn thân (tiêm), theo kháng sinh đồ + thuốc co tử cung
- + Hết sốt kiểm tra buồng tử cung bằng dụng cụ và đảm bảo không còn sót rau.

2.3. Viêm cơ tử cung

- Hình thái này hiếm gặp, nhiễm khuẩn toàn bộ cơ tử cung, những ổ mủ trong lớp cơ tử cung, thường xảy ra sau viêm nội mạc tử cung hoặc bế sản dịch.

- Bế sản dịch là hình thái trung gian. Triệu chứng giống như viêm nội mạc tử cung nhưng khác là không thấy sản dịch hoặc có rất ít. Tiên lượng phụ thuộc vào chẩn đoán và điều trị. Biến chứng có thể là viêm phúc mạc và nhiễm trùng máu.

- Triệu chứng:

- + Sốt cao 39⁰C – 40⁰C, biểu hiện nhiễm trùng nặng
- + Sản dịch lẫn máu, hôi hoặc thối.
- + Tử cung to, mềm, ấn đau.

- Điều trị

- + Cấy sản dịch, cấy máu (làm kháng sinh đồ)
- + Kháng sinh phổ rộng (tốt nhất theo kháng sinh đồ), phối hợp 2-3 loại.
- + Nâng cao thể trạng, bù nước điện giải, truyền máu (nếu cần thiết).
- + Cắt tử cung.

2.4. 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

- Triệu chứng: xuất hiện muộn sau đẻ 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.

- Tiến triển: có thể khỏi nếu điều trị kịp thời, biến chứng thành viêm phúc mạc tiểu khung khối mũ (u mềm, nhiệt độ dao động). Nếu mũ vỡ vào ổ bụng gây ra viêm phúc mạc toàn thể. Nếu khối mũ ở thấp có thể vỡ vào bàng quang, trực tràng, âm đạo.

- Điều trị

+ Nghỉ ngơi, chườm lạnh, giảm đau, chống viêm

+ Kháng sinh phổ rộng (dựa vào kháng sinh đồ), phối hợp trong 2 tuần

+ Dẫn lưu qua đường cùng đồ nếu absces Douglas

+ Cắt tử cung trong trường hợp nặng

2.5. Viêm phúc mạc (VPM) tiểu khung:

- VPM thứ phát là hình thái nhiễm khuẩn lan từ tử cung, dây chằng rộng, phần phụ, đáy chậu

- VPM nguyên phát là nhiễm khuẩn từ tử cung có thể không qua các bộ phận khác mà đi theo đường bạch mạch hoặc lan trực tiếp đến mặt sau phúc mạc, lan đến túi cùng sau, ruột, bàng quang lan đến đâu sẽ hình thành giả mạc và phúc mạc sẽ dính vào nhau tại đó, phản ứng sinh ra các túi dịch, chất dịch có thể là một chất dịch trong (thể nhẹ), chất dịch có thể đục lẫn mũ 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 viêm phúc mạc toàn bộ.

- Triệu chứng: 3 -15 ngày sau đẻ, sau các hình thái khác của nhiễm khuẩn hậu sản

+ Sốt cao $39^{\circ}\text{C} - 40^{\circ}\text{C}$, 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

2.6. Viêm phúc mạc toàn thể

- Có 2 thể: VPM nguyên phát và VPM thứ phát
- Nguyên nhân:
 - + Trong mổ lấy thai do không đảm bảo vô khuẩn, khâu tử cung không tốt, sót rau, tổn thương ruột, bàng quang. Sốt gạc trong ổ bụng.
 - + Nhiễm khuẩn ối
 - + Vỡ tử cung kèm theo tổn thương bàng quang, thủng tử cung do nạo hút thai, đặc biệt do phá thai phạm pháp không phát hiện thủng tử cung
 - + 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
- Triệu chứng VPM nguyên phát: sớm 3-4 ngày sau mổ đẻ, sau nạo thủng tử cung. Muộn 7 – 10 ngày sau đẻ thường trước đó đã có những dấu hiệu của các hình thái nhiễm khuẩn bộ phận sinh dục ở giai đoạn thành mũ. Mủ vỡ vào ổ bụng nên có các dấu hiệu viêm phúc mạc một cách đột ngột.
 - + Sốt cao $39^{\circ}\text{C} - 40^{\circ}\text{C}$, rét run, mạch nhanh nhỏ. Nhiễm trùng, nhiễm độc
 - + Nôn và buồn nôn. Bụng chướng, cảm ứng phúc mạc.
 - + Cổ tử cung hé mở, tử cung to ấn đau, túi cùng đầy đau.
- Triệu chứng VPM thứ phát: khó chẩn đoán vì triệu chứng rầm rộ của nhiễm khuẩn máu che lấp các triệu chứng VPM toàn bộ. Triệu chứng toàn thân: sốt cao 40°C , mạch nhanh, khó thở, nôn, mặt hốc hác, bụng hơi chướng, đau ít, không có phản ứng thành bụng, gõ đục vùng thấp. Thăm âm đạo các cùng đồ đau.
 - Cận lâm sàng: công thức máu: bạch cầu tăng, Hematocrit cao, 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.
 - + XQ bụng không chuẩn bị: tiểu khung mờ, mức nước, hơi
- Chẩn đoán phân biệt:
 - + Giả viêm phúc mạc sau đẻ: thể trạng bình thường, không sốt, tuy bụng chướng và bí trung đại tiện. Không có chỉ định phẫu thuật, điều trị nội khoa: đặt

sonde dạ dày hút dịch, đặt sonde hậu môn cho huyết thanh mạn ưu trương và prostigmin

+ Viêm phúc mạc tiểu khung: đau hạ vị, có khối mềm, gian giới không rõ, thể trạng ít thay đổi. Điều trị nội khoa: nghỉ ngơi, chườm lạnh, kháng sinh, theo dõi sát phát hiện biến chứng viêm phúc mạc toàn thể

- Tiên lượng:

+ Tốt: nếu được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời.

+ Xấu: khi chẩn đoán muộn và thường để lại di chứng dính, tắc ruột có thể tử vong

- Điều trị

+ Nội khoa: nâng cao thể trạng, bồi phụ nước điện giải, kháng sinh liều cao, phổ rộng, phối hợp

+ Ngoại khoa: phẫu thuật cắt tử cung, rửa ổ bụng và dẫn lưu.

7. NHIỄM KHUẨN HUYẾT

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

- Nguyên nhân: thăm khám và thủ thuật không vô khuẩn. Điều trị không đúng.

Hay gặp trong phá thai to và đẻ thường, ít gặp trong phá thai nhỏ và mổ lấy thai

- Triệu chứng: sau can thiệp thủ thuật từ 24 đến 48 h

+ 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: công thức máu, bạch cầu tăng, CRP tăng, chức năng gan, thận suy giảm, Rối loạn các yếu tố đông máu. Cấy máu, cấy sản dịch (+)

- Điều trị

+ Nội khoa: hồi sức chống choáng, kháng sinh phổ rộng, phối hợp (dựa vào kháng sinh đồ), kéo dài.

+ Ngoại khoa: cắt tử cung (sau điều trị kháng sinh tối thiểu 6 - 24 giờ), dẫn lưu ổ bụng.

2.8. Viêm tắc tĩnh mạch:

Viêm tắc tĩnh mạch ít gặp ở Việt Nam, hay gặp ở các nước Tây Âu trong những trường hợp sau mổ hoặc sau đẻ

Nguyên nhân: chuyển dạ kéo dài, đẻ khó, chảy máu nhiều, đẻ nhiều lần, lớn tuổi

- Máu chảy chậm trong hệ tĩnh mạch, không lưu thông dễ dàng từ dưới lên trên.

- Máu dễ đông do tăng sinh sợi huyết, tăng số lượng tiểu cầu.

- Do yếu tố thần kinh giao cảm của hệ tĩnh mạch ở chi dưới hoặc bụng

Triệu chứng:

- Thường xảy ra muộn ngày thứ 12 -15 sau đẻ, sốt nhẹ, mạch tăng

- Tắc tĩnh mạch chân hay gặp: phù trắng, ấn đau, căng, nóng từ đùi trở xuống, gót chân không nhấc được khỏi giường.

- Tắc động mạch phổi: khó thở đột ngột, đau tức ngực, khạc ra máu

- Tắc mạch mạc treo: đau bụng đột ngột, dữ dội, rối loạn tiêu hóa

- Cận lâm sàng: công thức máu (chú ý tiểu cầu), CRP, các yếu tố đông máu,

Siêu âm Doppler mạch, chụp mạch.

Điều trị:

- Tắc tĩnh mạch chân: bất động chân 3 tuần sau khi hết sốt, kháng sinh, chống đông (Lovenox, Fraxiparin), theo dõi yếu tố đông máu và tiểu cầu 11 lần/1 tuần

- Tắc mạch các cơ quan khác: xử trí theo từng chuyên khoa

3. DỰ PHÒNG

- Đảm bảo điều kiện vô khuẩn khi đỡ đẻ, khi thăm khám, các thủ thuật, phẫu thuật. Đảm bảo không sót rau trong tử cung, xử trí tốt các tổn thương đường sinh dục khi đẻ.

- Phát hiện sớm và điều trị tích cực các trường hợp nhiễm khuẩn đường sinh dục trước trong và sau đẻ.

CHƯƠNG 2: PHỤ KHOA

ÁP XE VÚ

1. KHÁI NIỆM

Biến chứng nặng nề nhất, hậu quả của viêm ống dẫn sữa không được điều trị tốt. Tắc tia sữa, viêm hóa mủ tạo nên những ổ mủ tại vú

Thường gặp sau đẻ, đang cho con bú (tỷ lệ 2-3%).

2. CHẨN ĐOÁN

- Sốt cao 40 độ, rét run

- Vú sưng nóng đỏ đau, khi nắm thấy các nhân mềm, cảm giác có ổ chứa dịch ẩn lõm. Hạch nách ấn đau, vắt sữa lên miếng bông thấy có mảnh nhỏ vàng nhạt(có mủ trong sữa).

- Siêu âm: nhiều ổ chứa dịch, CTM bạch cầu trung tính tăng, CRP dương tính.

- Chọc dò có mủ, cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ.

Chẩn đoán phân biệt: Tuyến vú phụ, hiện tượng lại giống (xuất hiện nhiều vú theo đường nách trước).

Ung thư vú: nếu nghi ngờ làm sinh thiết tế bào học, khám chuyên khoa.

3. ĐIỀU TRỊ

- Nghỉ ngơi, không cho bú bên tổn thương, vắt bỏ sữa.

- Kháng sinh (Rovamycin 500mg x 2v / ngày trong 15 ngày, phối hợp các thuốc chống viêm). Thuốc diệt nấm cho cả mẹ và con.

- Giảm đau paracetamol 500mg/lần. tối đa 3g trong 24g

- Vật lý trị liệu: xoa bóp, chườm nóng.

- Chích áp- xe, dẫn lưu, chú ý phá vỡ các ổ mủ. Đường rạch theo hình nan hoa không chạm vào quầng vú, không tổn thương ống dẫn sữa, đủ rộng để dẫn lưu mủ, rửa vết chích bằng oxy già, thuốc sát khuẩn betadin, đặt meches dẫn lưu, thay băng hàng ngày, đến khi hết mủ.

- Khuyến khích mẹ tiếp tục cho con bú ngay trong khi có ổ mủ

4. TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG

- Dò sữa: do tổn thương ống dẫn sữa. Chăm sóc tại chỗ tự liền, cai sữa.
- Hết sữa do tắc tia sữa, không cho con bú.
- Loét vú, đầu vú: để hở vú, tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, vệ sinh và bôi các mỡ có chứa vitamin A, E, bôi dung dịch eosin 1%, glyxerin borat
- Ổ áp xe tồn dư, tái phát.
- Viêm xơ tuyến vú, ung thư vú.

5. DỰ PHÒNG

- Cho bú sớm và bú hết sữa cả 2 vú, không hết phải hút hết sữa tránh đọng sữa và kích thích tạo sữa mới.
- Phương pháp làm bớt căng đau vú: dùng gạc ấm áp lên vú trước khi cho bú, xoa bóp cổ và lưng người mẹ, người mẹ nặn ít sữa trước khi cho bú và làm ướt đầu vú để giúp trẻ bú dễ dàng hơn. Sau khi cho bú phải nâng đỡ vú bằng một băng ngực, dùng gạc lạnh áp lên vú giữa những lần cho bú, dùng thuốc giảm đau nếu cần thiết.
- Cai sữa: giảm dần cho bú, uống ít nước, mặc áo con chặt. Thuốc giảm đau (Paracetamon 4v/ ngày trong 3 ngày),
Parlodel 2,5mg 2v/ ngày tối thiểu 5 ngày, tối đa 20 ngày.
Estradiol 2mg 2v/ngày x 3 ngày

CÁC TỖN THƯƠNG VÚ

1. KHÁI NIỆM

Vú là tổ chức mà thành phần chính là các tổ chức tuyến và mô đệm, trong đó tổ chức tuyến gồm các tuyến tiết sữa và các ống tuyến dẫn sữa, phát triển rất mạnh trong thời gian mang thai và nuôi con,

Bất kỳ sự thay đổi nào của các tổ chức vú đều có thể gây ra các khối u tại vú, nếu như ở tuổi sinh đẻ, nhất là khi nuôi con thì khối u thường gặp nhất là áp - xe của tuyến và ống dẫn sữa, nhưng đến tuổi quanh mãn kinh và mãn kinh thì do sự thiếu hụt của các hormone buồng trứng cũng dẫn đến một số triệu chứng bất thường như đau tức vùng vú, mật độ tuyến vú không đồng nhất do hiện tượng loạn dưỡng của tổ chức vú và đặc biệt người phụ nữ cảm nhận thấy rõ ràng là sự teo giảm về kích thước cùng mật độ, tính chun giãn của vú.

Các bệnh về vú nếu được phát hiện sớm và điều trị sớm thì tiên lượng thường tốt.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ KHỐI U VÚ LÀNH TÍNH:

2.1. Bệnh xơ nang tuyến vú:

Là khối u khu trú do xơ hoá tuyến và quá sản biểu mô tuyến vú hình thành nang xảy ra khi mất cân bằng nội tiết estrogen, progesterone, prolactin.

Sờ thấy các khối mềm, ranh giới không rõ xuất hiện nửa sau chu kì kinh, gặp ở nửa ngoài vú hoặc có thể cả 2 bên vú. Gây đau hoặc cảm giác cương, trong nhiều trường hợp thì cảm giác này xuất hiện rõ hơn khi sắp đến ngày hành kinh, và ở thời điểm này sờ thấy khối u có thể to ra và khiến cho vú có thể mất cân xứng. Tuy nhiên cũng có một số phụ nữ có cảm giác cương, đau không liên quan với chu kỳ kinh.

Triệu chứng đau vú, tăng kích thước vú và có nhiều khối xơ nang cần phải phân biệt với các khối nhân xơ lành tính hoặc tổn thương của ung thư vú.

Chẩn đoán chính xác dựa vào sinh thiết làm giải phẫu bệnh. Điều trị bằng thuốc mà chủ yếu là progesterone dạng bôi, uống hay dán ở da nhằm cân bằng lại nội tiết. Đôi khi có thể dùng thêm kháng sinh và các thuốc giảm đau.

2.2. Nhân xơ vú: bệnh lý lành tính thường gặp ở các phụ nữ trẻ, trong khoảng 20 năm đầu sau dậy thì, nhiều nhân có thể gặp ở một bên hay cả 2 bên vú (chiếm 10–15%). Trên lâm sàng một nhân xơ vú điển hình thường là một khối tròn đều, cứng chắc, ranh giới rõ, di động, nắn không đau, kích thước thay đổi từ 1–5 cm. Phát hiện nhân xơ vú khá dễ dàng và thường do tự phát hiện thấy một cách ngẫu nhiên, tuy nhiên đối với những phụ nữ trên 30 tuổi thì cần phân biệt với nang vú (siêu âm hay chọc hút) hoặc với ung thư vú. Nhân xơ vú thường không xuất hiện sau mãn kinh, tuy nhiên những phụ nữ mãn kinh có sử dụng thuốc nội tiết bổ sung vẫn có thể thấy xuất hiện nhân xơ. Bóc nhân xơ rạch da theo hình nan hoa hoặc theo vòng quanh vú hoặc các vị trí có thể che được vết sẹo, chú ý không cắt vào các tuyến vú vì nhân xơ thường có ranh giới rõ, dễ bóc.

2.3. Cystosarcoma phyllodes: là loại nhân xơ vú với các tế bào mô đệm phát triển rất nhanh, tạo thành một khối u rất to, cứng chắc, thậm chí chiếm toàn bộ vú. Bệnh thường lành tính nhưng cũng có một tỷ lệ nhỏ ác tính. Phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ khối u và vùng tổ chức lành xung quanh khối u để phòng ngừa tái phát.

2.4. Bệnh nang vú:

Thường liên quan đến nội tiết.

Nang là những khối riêng rẽ, ranh giới rõ, di động, mật độ căng. Kích thước nang to nhỏ khác nhau, thường có nhiều nang ở một hay cả hai vú, khi siêu âm sẽ thấy các vùng giảm âm đồng nhất, ranh giới rõ, vỏ mỏng.

Chọc hút dịch nang có màu vàng xanh hoặc nâu. Nếu nhiều nang nhỏ có thể không cần can thiệp.

2.5. Hoại tử tổ chức mỡ:

Là bệnh lý lành tính hiếm gặp, thường gặp sau chấn thương hoặc sau sinh thiết. Khám có khối cứng, thường đi kèm với co kéo da hay núm vú (phải sinh thiết để loại trừ ung thư vú). Cảm giác căng đau có thể xuất hiện hoặc không. Khối u có thể tự mất mà không cần điều trị.

2.6. Absces vú:

Trong giai đoạn mang thai hay cho con bú có thể xuất hiện vùng tấy đỏ, cương đau, không cứng. Đó là hiện tượng absces do nhiễm khuẩn ngược vào các ống, tuyến vú rồi lan toả ra xung quanh.

Giai đoạn đầu của viêm có thể vẫn cho con bú và đồng thời điều trị kháng sinh.

Giai đoạn muộn, khối viêm có thể hoá mủ khu trú tại chỗ thành khối, đau và ấn lõm, đôi khi có thể tự vỡ khối mủ. Trong các trường hợp này cần mở thông khối mủ và dẫn lưu (thường bằng gạc chèn vào ổ đó để vừa cầm máu vừa dẫn lưu).

Ít gặp hơn là các khối absces vùng dưới quầng vú thường gặp ở các phụ nữ trẻ hay trung niên không cho con bú. Các trường hợp này ngoài việc chích dẫn lưu còn phải làm giải phẫu bệnh tổ chức cứng.

2.7. Tiết dịch núm vú: phần lớn các trường hợp tiết dịch vú bất thường thường liên quan với u nhú (papilloma) ống tuyến vú, xơ nang gây giãn ống tuyến, hoặc ung thư vú. Để chẩn đoán nguyên nhân cần phải hỏi bệnh và thăm khám theo các bước sau:

- Tính chất dịch tiết: dịch trong, hay máu hay gì khác
- Đi kèm theo khối u hay không
- Một hay hai bên
- Tiết dịch ở một hay nhiều ống.
- Tiết dịch tự nhiên, liên tục hay đứt quãng, hay phải bóp mới chảy ra
- Dịch chảy ra khi ấn vào một vị trí hay phải ép toàn bộ vú
- Liên quan với kinh hay không
- Tiền mãn kinh hay mãn kinh
- Tiền sử có dùng thuốc tránh thai uống hay sử dụng estrogen thay thế ở những phụ nữ đã mãn kinh.

Tiết dịch trong hay có lẫn máu thường gặp ở các trường hợp u nhú ống tuyến, ít gặp hơn đó là do ung thư ống tuyến vú.

Tiết dịch máu phải nghĩ tới ung thư tuyến vú, nhưng thường là do u nhú ống tuyến vú. Xét nghiệm tế bào dịch tuyến vú cho phép xác định có phải ác tính hay không, tuy nhiên dù có âm tính thì cũng không loại trừ ác tính ở những phụ nữ trên 50

tuổi. Trong trường hợp này, nếu đi kèm với khối u thì nên được cắt bỏ dạng hình chóp bằng cách tiêm chất chỉ thị màu như xanh methylen để xác định vùng định cắt bỏ.

Ở tuổi chưa mãn kinh thì tiết dịch vú ở nhiều đầu ống tuyến vú ở một hay cả hai bên, tăng lên rõ khi sắp hành kinh, thường do xơ nang tuyến vú. Sinh thiết để loại trừ ung thư nếu dịch màu xanh hay nâu. Nếu có khối u thì cũng cần phải lấy bỏ..

Tiết dịch sữa không liên quan với nuôi con thường gặp ở một số hội chứng (Chiari-Frommel, Argonz-Del Castillo) có liên quan với tăng tiết prolactin của tuyến yên. Một số thuốc, như họ chlorpromazine và viên thuốc tránh thai kết hợp cũng có thể gây tiết sữa.

Dịch mủ thường do viêm nhiễm gây ra, trường hợp này cần loại bỏ khối viêm.

2.8. Dị dạng vú

Phi đại vú một hay cả hai bên thường cần phải phẫu thuật tạo hình để thu nhỏ lại.

3. KHỐI U VÚ ÁC TÍNH:

Ung thư vú có hai loại chính là ung thư thể ống (ductal carcinoma) và ung thư thể thùy (lobular carcinoma).

3.1. Chẩn đoán khối u ung thư vú dựa vào:

- 70% các trường hợp ung thư vú khám phát hiện thấy : khối u đơn, không căng, cứng chắc, với bờ khó xác định. Tuy nhiên tới 90% khối u được phát hiện bởi chính người bệnh, nhất là những khối u nhỏ < 1 cm. Chụp vú thường được tiến hành trong trường hợp nghi ngờ. Các triệu chứng ít gặp hơn là đau vú, tiết dịch. Phát hiện muộn hơn, nhất là khi khối u lớn > 5 cm thì có thể thấy khối u co kéo da và núm vú, vú to lên, da giống cam sành, đau, khối u dính vào da hay thành ngực, khám hố nách thấy có hạch. Thậm chí có loét, hạch trên đòn, phù tay, di căn xương, phổi, gan, não.....

Tỷ lệ ung thư vú thường gặp ở các vị trí:

- + 45% phần tư trên ngoài
- + 10% phần tư dưới ngoài
- + 15% phần tư trên trong

+ 5% phần dưới trong

+ 25% vùng quầng vú

- Chụp vú (mammographie): có thể phát hiện rất sớm từ 2 năm trước khi sờ thấy. Khoảng 35% các trường hợp được phát hiện chỉ nhờ chụp vú sàng lọc.

- MRI vú giúp xác định tính chất khối u ranh giới không rõ ràng với các tổ chức xung quanh, có hiện tượng tăng sinh mạch và mức độ thâm nhiễm của khối u ra xung quanh nhất là so với cơ ngực.

- Sinh thiết: tiêu chuẩn vàng để xác định và phân loại ung thư vì có 30% nghĩ tới ung thư trên lâm sàng nhưng sinh thiết lành tính và 15% nghĩ lành tính nhưng sinh thiết là ác tính

- Chụp xạ hình xương bằng technetium 99m- labeled phosphonates, là phương tiện quan trọng để đánh giá di căn vú. Tỷ lệ di căn xương tăng lên cùng giai đoạn bệnh, nếu Stages I và II thì chỉ khoảng 7% và 8% có (+), trong khi giai đoạn III là 25% (+)

- Positron emission tomography (PET) hứa hẹn là công cụ tốt để đánh giá giai đoạn và tiến triển của bệnh. Thường được chỉ định khi có tái phát, hay di căn và theo dõi định kỳ sự đáp ứng điều trị.

3.2. Một số dạng đặc biệt của ung thư vú:

- Bệnh Paget: có sự thay đổi màu sắc da ở vùng núm vú dưới dạng chàm và 99% là ác tính. 60% sờ thấy có khối u nằm ở dưới, các khối u này 95% được phát hiện là do ung thư di căn, mà phần lớn là do ung thư ống tuyến thâm nhiễm. Bệnh Paget hiếm gặp (chỉ chiếm khoảng 1% các trường hợp ung thư vú) nhưng lại thường phát hiện muộn vì triệu chứng không rõ ràng nên thường được chẩn đoán và điều trị như viêm da hay như nhiễm khuẩn. Nếu được phát hiện sớm, bệnh Paget hiếm khi di căn vào hạch nách. Điều trị có thể phẫu thuật cắt bỏ vú rộng, bao gồm tia xạ sau mổ với > 90% sống không bệnh tới > 8 năm .

- Ung thư vú dạng viêm: được phát hiện dưới dạng tổn thương eczema lan rộng ở da vùng vú, tấy đỏ ở vùng bờ xung quanh, và thường không sờ thấy khối u ở dưới. Đây là bệnh có tính chất ác tính nhất vì khi phát hiện ra thì đã có tới > 35%

trường hợp có di căn, nhưng may mắn là bệnh chỉ chiếm < 5% các trường hợp ung thư vú. Trong trường hợp nghi ngờ bệnh viêm da nhưng sau 1 – 2 tuần mà không đáp ứng nhanh với một đợt điều trị kháng sinh thì cần tiến hành sinh thiết để chẩn đoán.

- Ung thư vú trong thời gian mang thai và cho con bú: hiếm gặp với tỷ lệ 1: 3000 tới 1: 10.000. Tiên lượng bệnh không có nhiều khác biệt so với khi không có thai. Đình chỉ thai nghén được chỉ định ở 6 tháng đầu của thai nghén cũng không cho thấy sự cải thiện về tiên lượng bệnh, thêm vào đó là chống chỉ định tia xạ và hoá chất. Trong phần lớn các trường hợp thì cắt bỏ vú rộng là phương thức điều trị tối thiểu được lựa chọn. Nếu thai muộn hơn ở 3 tháng cuối của thai nghén có thể chỉ cắt bỏ khối u và tia xạ ngay sau đẻ.

- Ung thư vú hai bên: tỷ lệ không nhiều nếu cùng lúc, chỉ khoảng < 1%, nhưng có tỷ lệ cao hơn từ 5 – 8% với những trường hợp ung thư muộn ở vú thứ 2. Ung thư vú hai bên thường gặp ở phụ nữ < 50 tuổi và thường là ung thư tiểu thùy. Những người bệnh ung thư vú nên được chụp mammographie bên kia trước khi điều trị và sau đó vẫn phải theo dõi định kỳ để phát hiện tổn thương bất thường ở vú đối diện.

3.3. Giai đoạn:

Được xếp giai đoạn theo hệ thống TMN (tumor, node, metastasis) của Hội phòng chống ung thư quốc tế:

Tis : ung thư tại chỗ	N1: hạch nách, di động
T1:	N2: hạch nách dính.
T1 mic: Tổn thương vi thể < 0,1 cm	N3: Hạch vùng xương đòn
T1a >0,1 cm nhưng ≤ 0,5cm	M1: di căn xa
T1b >0,5 cm nhưng ≤ 1,0 cm	
T1c > 1,0 cm nhưng ≤ 2,0cm	
T2: > 2cm nhưng ≤ 5cm	
T3: > 5cm	
T4:	
T4a: lan tới thành ngực	

T4b: phù, loét da

T4c: Gồm cả 4a và 4b

T4d: Khối ung thư viêm

3.4. Các biện pháp nhằm phát hiện sớm ung thư vú

- Mammographie luôn là lựa chọn hàng đầu và tốt nhất cho việc sàng lọc nhằm phát hiện sớm ung thư vú. Khám lâm sàng và chụp vú trong đó chụp vú giúp phát hiện tới 40% các trường hợp ung thư giai đoạn sớm và 40% khác được phát hiện qua sờ nắn. Nhìn chung, tùy thuộc vào tuổi của phụ nữ và mật độ của vú thì độ nhạy của chụp vú là 70 – 90% và độ đặc hiệu > 90%. Chụp vú có thể 2-3 năm một lần ở những phụ nữ từ 40 – 49 tuổi và hàng năm ở những tuổi lớn hơn.

- Siêu âm vú thường chỉ giúp chẩn đoán phân biệt u nang và nhân xơ. Siêu âm chỉ nên được coi như là một biện pháp bổ sung cho khám lâm sàng và chụp vú trong sàng lọc ung thư vú.

- Tự khám vú tiến hành trong thời gian sau sạch kinh 5- 7 ngày.

- Xét nghiệm gen: ở những bệnh nhân có tiền sử gia đình ung thư vú, với việc phát hiện dương tính với 2 gen BRCA1 và BRCA 2, đồng nghĩa với tăng nguy cơ ung thư vú cũng như ung thư buồng trứng, đại tràng, tiền liệt tuyến và ung thư tụy.

- Receptor nội tiết với progesterone (RP) và estrogen (RE) của khối u ung thư vú cho biết khả năng đáp ứng điều trị với thuốc nội tiết. Tuy nhiên có khoảng 10% trường hợp ung thư vú di căn mặc dù có RE âm tính nhưng vẫn được điều trị thành công bởi liệu pháp hormone.

3.5. Điều trị ung thư vú

Cắt bỏ vú rộng được Halsted thực hiện lần đầu tại Mỹ vào năm 1882. Cho tới những năm 1950 thì người ta bắt đầu tiến hành thêm việc nạo hạch nách. Sau đó cho tới những năm 1980 thì người ta bắt đầu chỉ cắt bỏ khối u vú hoặc một phần vú hay một phần tư vú để bảo tồn, thường được chỉ định ở những giai đoạn sớm của bệnh (I và II)

Điều trị bảo tồn nếu chỉ có một ổ tổn thương có đường kính < 2cm. Tuy nhiên, điều trị bảo tồn phải đi kèm với kiểm tra mô học ngay tức thì vùng rìa xung quanh

để bảo đảm đã cắt hết tổ chức ung thư, tốt hơn cả nếu như tiến hành xạ vùng vết mổ ngay khi người bệnh trên bàn mổ sau khi đã được lấy hết tổ chức u. Vết hạch vùng hố nách đi kèm.

Điều trị cắt bỏ vú theo phương pháp Patey thường được chỉ định tại Việt nam, bất kể giai đoạn nào của bệnh, kèm theo vết hạch nách.

Tia xạ, hoá chất và nội tiết là những liệu pháp điều trị bổ xung trong ung thư vú.

Điều trị nội tiết thường kéo dài trong 5 năm. Cần chú ý, nếu người bệnh còn kinh nguyệt và cảm thụ RE (+) và RP (+) thì nên được loại bỏ 2 buồng trứng trước khi điều trị bằng tia xạ hoặc nội soi cắt bỏ (thường được lựa chọn) và 6 tháng phải kiểm tra độ dày niêm mạc tử cung qua siêu âm để phát hiện tình trạng quá sản nếu có.

TỒN THƯƠNG LÀNH TÍNH CỔ TỬ CUNG

1. KHÁI NIỆM

Cổ tử cung (CTC) là đoạn thấp nhất của tử cung, có phần nằm trong âm đạo và phần nằm trên âm đạo. Phần trong âm đạo chịu tác động trực tiếp của một loạt các thay đổi sinh lý hoặc bệnh lý khác nhau, trong đó có thể kể đến sự thay đổi nội tiết tố sinh dục nữ, tuổi tác và hoạt động sinh sản, pH acid môi trường âm đạo, các tác nhân nhiễm trùng bao gồm virus, vi khuẩn và ký sinh trùng, tạo nên nhiều tổn thương lành tính khác nhau.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Tổn thương viêm:

- Thường gặp viêm âm đạo và cổ tử cung phối hợp dưới trạng thái cấp tính / bán cấp tính hoặc mạn tính.

- Cổ tử cung đỏ, có khí hư bám trên bề mặt. Nếu viêm ống cổ tử cung có thể thấy chất nhầy ống cổ tử cung đục như mủ.

- Soi cổ tử cung: ổ viêm, chấm đỏ, vết trợt, hình ảnh bầu trời sao

2.1.2. Tổn thương loạn dưỡng:

- Thường do thiếu năng oestrogen, gặp ở phụ nữ sau mãn kinh: suy buồng trứng, cắt 2 buồng trứng, tia xạ vùng chậu, sau mãn kinh.

- Cổ tử cung teo, biểu mô mỏng, nhạt màu, dễ xuất huyết dưới niêm mạc, test Lugol (-) hoặc nhạt màu.

2.1.3. Polype cổ tử cung:

- Là các khối lành tính phát triển từ mô đệm cổ tử cung và được che phủ bởi biểu mô trụ, về sau do hiện tượng chuyển sản trở thành biểu mô lát, thường xuất phát từ ống cổ tử cung, có chân hoặc không có chân, kích thước có thể thay đổi từ vài mm đến vài cm, thường quan sát thấy ở phụ nữ sinh đẻ nhiều lần.

- Người bệnh thường không có triệu chứng nhưng cũng có thể ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp.

2.1.4. Lộ tuyến cổ tử cung và vùng tái tạo của lộ tuyến:

Lộ tuyến CTC là tình trạng biểu mô trụ cổ trong lan xuống hoặc lộ ra ở phần cổ ngoài, nơi bình thường chỉ có biểu mô lát.

Triệu chứng chính của lộ tuyến là ra khí hư nhầy, nhìn bằng mắt thường thấy không có biểu mô lát tầng, thay vào đó có nhiều nụ nhỏ, màu hồng đậm hơn biểu mô lát, có chất nhầy bên trên.

Vùng tái tạo của lộ tuyến: là vùng lộ tuyến cũ, trong đó biểu mô lát cổ ngoài lan vào thay thế và che phủ các tuyến, gọi là sự tái tạo của biểu mô lát hay biểu mô hoá.

Cửa tuyến và đảo tuyến: là những vùng hẹp hoặc rộng của biểu mô tuyến tuyến còn sót lại trong vùng biểu mô lát có nguồn gốc chuyên sản, tiếp tục chế tiết chất nhầy.

Nang Naboth là trường hợp biểu mô lát che phủ biểu mô tuyến, nhưng chưa thay thế được mô tuyến ở dưới nên các tuyến vẫn tiếp tục chế tiết chất nhầy, lâu ngày tạo thành nang. Nang có kích thước to nhỏ khác nhau, màu trong, trắng đục hoặc vàng nhạt, trên bề mặt có thể có các mạch máu, trong nang chứa dịch nhầy do biểu mô tuyến chế tiết.

2.1.5. Sùi mào gà cổ tử cung:

Tổn thương sùi mào gà có thể gặp ở cả thành âm đạo và cổ tử cung hoặc chỉ trên bề mặt cổ tử cung. Trong thai kỳ sùi mào gà thường lan tràn nhanh và nhiều.

2.1.6. Lạc nội mạc tử cung:

Là những nốt màu xanh tím hay đen sẫm, nhỏ, đơn độc hoặc rải rác quanh cổ tử cung

2.1.7 U xơ cổ tử cung:

Thường là u lồi ra, chắc, đôi khi che lấp cổ tử cung hoặc làm xóa cổ tử cung.

2.2. Cận lâm sàng

- Soi tươi, nhuộm Gram phát hiện các tác nhân thường gặp như nấm Candida, trùng roi âm đạo, lậu cầu, Gardnerella vaginalis.

- Xét nghiệm tế bào cổ tử cung: hình ảnh bình thường hoặc các biến đổi lành tính.

- Soi cổ tử cung: ổ viêm, chấm đỏ, vết trợt, hình ảnh bầu trời sao. Lộ tuyến cổ tử cung sau khi bôi acid acetic 3% thấy các tuyến hình như "chùm nho" và không bắt màu iod.

- Sinh thiết cổ tử cung: kết quả mô bệnh học bình thường hoặc biến đổi lành tính.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc chung, mục tiêu điều trị

Người bệnh có tổn thương lành tính ở cổ tử cung cần được loại trừ tổn thương tiền ung thư hoặc ung thư trước khi điều trị. Một số tổn thương lành tính ở cổ tử cung như vùng tái tạo/nang Naboth, lộ tuyến hẹp không có triệu chứng cơ năng không cần phải điều trị. Các phương pháp điều trị tổn thương cổ tử cung bao gồm đặt thuốc, cắt/đốt điện, áp lạnh, hóa hơi bằng laser.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Tổn thương viêm:

Kháng sinh đặc hiệu theo tác nhân.

3.2.2. Tổn thương loạn dưỡng:

Dùng thuốc đặt hoặc bôi tại chỗ chứa estrogen (Ovestin, Colposeptine, Colphotrophine).

3.2.3. Polyp cổ tử cung:

- Chỉ định điều trị:

+ Polyp cổ tử cung to.

+ Polyp cổ tử cung có triệu chứng: ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp.

+ Nghi ngờ có tổn thương tiền ung thư/ung thư.

- Chống chỉ định: đang có viêm âm đạo: trì hoãn đến khi điều trị khỏi viêm âm đạo.

- Chuẩn bị: xét nghiệm tế bào cổ tử cung /mô bệnh học để loại trừ các tổn thương tiền ung thư/ung thư

- Các bước tiến hành:

Bước 1: Sát khuẩn âm đạo, bộc lộ cổ tử cung, xác định chân polyp: có cuống, không có cuống, xuất phát từ cổ ngoài hay ống cổ tử cung.

Bước 2: Dùng kẹp hình tim kẹp polyp và xoắn quanh cuống cho đến khi cuống đứt. Nếu polyp to không có cuống cần dùng dao điện cắt bỏ ở chân.

Bước 3: Bôi chất dính Monsel và ép vào vị trí cuống/diện cắt để cầm máu. Có thể nhét gạc dài âm đạo để cầm máu.

Bước 4: Sát khuẩn lại âm đạo. Gửi bệnh phẩm cắt làm mô bệnh học.

3.2.4. Lộ tuyến cổ tử cung và vùng tái tạo của lộ tuyến:

- Chỉ định: nguyên tắc là chỉ điều trị khi có triệu chứng

+ Lộ tuyến rộng, tiết dịch nhiều.

+ Lộ tuyến + viêm âm đạo – cổ tử cung tái diễn.

+ Có chỉ định điều trị khác: lộ tuyến + vô sinh, lộ tuyến rộng + có nhu cầu đặt dụng cụ tử cung

- Điều kiện: không có viêm nhiễm, test acid acetic (-), tế bào cổ tử cung không có bất thường tế bào biểu mô. Thời điểm sau sạch kinh 2 - 3 ngày, tối đa không quá ngày thứ 10 của vòng kinh.

- Các phương pháp điều trị: đốt điện, áp lạnh, laser. Phá hủy biểu mô tuyến đến ranh giới biểu mô lát - trụ. Trường hợp nang Naboth cần điều trị thì chọc và đốt mô tuyến phía dưới.

- Theo dõi sau điều trị:

+ Kháng sinh đường uống 5 ngày

+ Kiên giao hợp tối thiểu 4 tuần

+ Tư vấn cho khách hàng/người bệnh biết cần đến ngay cơ sở y tế để khám lại nếu có một trong các dấu hiệu nguy hiểm sau: sốt hơn 2 ngày, ra máu âm đạo nhiều, ra khí hư nhiều, hôi; đau bụng dưới nhiều

+ Hẹn tái khám sau 3 tháng

3.2.5. Sùi mào gà cổ tử cung:

Đốt điện, đốt laser hoặc áp lạnh.

3.2.6. Lạc nội mạc tử cung:

Đốt ổ lạc nội mạc.

3.2.7. U xơ cổ tử cung:

Cắt u xơ cổ tử cung.

4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Polype cổ tử cung thường lành tính, nhưng có khoảng 1% các trường hợp có chuyển dạng ác tính, bên cạnh đó một số ung thư cổ tử cung có thể biểu hiện một khối dạng polype, do đó cần cắt polype để xét nghiệm mô bệnh học.

Sau lộ tuyến, thông qua hiện tượng chuyển sản có thể thay thế hoàn toàn biểu mô tuyến thành biểu mô lát bình thường. Nếu sự thay thế diễn ra không hoàn toàn sẽ để lại các cửa tuyến, đảo tuyến, nang Naboth, là các biến đổi lành tính. Nếu có các yếu tố nguy cơ tác động lâu dài vào vùng chuyển tiếp (nhiễm HPV nguy cơ cao, tồn tại dai dẳng) có thể hình thành tổn thương tiền ung thư và ung thư.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ PHÒNG BỆNH

Phần lớn tổn thương lành tính cổ tử cung không nguy hiểm đến tính mạng, tuy nhiên cần khám phụ khoa định kỳ hàng năm và/hoặc sàng lọc ung thư cổ tử cung theo khuyến cáo để loại trừ ung thư cổ tử cung.

VIÊM PHẦN PHỤ

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm nhiễm đường sinh dục là một trong những bệnh phổ biến ở phụ nữ nó liên quan mật thiết với quan hệ tình. Ngoài ra nó còn là hậu quả của các biến chứng trong sinh đẻ như nạo sót nhau, bóc rau sau đẻ, đặt dụng cụ tử cung (DCTC) không đảo đảm vô khuẩn và nhất là trong các trường hợp phá thai an toàn.

Tuỳ theo vi khuẩn gây bệnh, bệnh cảnh lâm sàng thường biểu hiện dưới dạng cấp tính, bán cấp tính và mãn tính

Phần phụ ở người phụ nữ bao gồm: buồng trứng, vòi tử cung (vòi trứng), dây chằng rộng. Viêm phần phụ thường bắt đầu từ viêm vòi tử cung, sau đó lan ra xung quanh.

2. TRIỆU CHỨNG

2.1. Hình thái cấp tính

Viêm phần phụ cấp thường xảy ra sau đẻ, sau sảy thai hoặc sau các can thiệp thủ thuật ở vùng tiểu khung như nạo hút, đặt vòng, tháo vòng...và sau viêm âm đạo cấp do vi khuẩn lậu.

2.1.1. Triệu chứng lâm sàng:

- Nổi bật là đau vùng bụng dưới đột ngột ở phụ nữ, đau tăng khi đi lại, thường đau cả hai bên (chiếm 90%)...

- Rối loạn kinh nguyệt xảy ra trong 50% các trường hợp, dấu hiệu nặng nề kích thích vùng bụng như mót rặn, đi nặng, tiểu khó, tiểu không hết nước tiểu (chiếm 15-25% các trường hợp).

- Sốt là dấu hiệu kèm theo các triệu chứng này, nhiệt độ lên đến 39° C.

- Có thể nôn hoặc buồn nôn.

- Khám bụng thấy đề kháng bụng vùng dưới, nhưng không co cứng thành bụng, có dấu giảm áp - Blumberg (+).

- Đặt mỏ vịt: có nhiều khí hư, có khi là mủ, chiếm từ 39-65% các trường hợp, ta nên lấy dịch âm đạo làm xét nghiệm.

- Thăm khám phổi hợp bằng 2 tay tổng âm đạo và trên bụng, ta thấy tử cung mềm, khi lay động sẽ thấy tử cung sẽ gây đau, hai phần phụ nề đau. Đôi khi phát hiện thấy khối cạnh tử cung thường ở mặt sau của tử cung, dính không di động.

2.1.2. Cận lâm sàng

Công thức máu có bạch cầu tăng, đặc biệt bạch cầu trung tính tăng cao.

CRP tăng.

Cấy máu có thể phát hiện vi khuẩn gây bệnh. Xét nghiệm dịch cổ tử cung để phát hiện thấy khối cạnh tử cung để phát hiện vi khuẩn lậu và Chlamydia. Trên thực tế xét nghiệm không phải lúc nào cũng cho kết quả dương tính vì viêm phần phụ có thể xảy ra do tạp khuẩn. Siêu âm để phát hiện các khối viêm nhiễm và áp xe phần phụ.

2.2. Hình thái bán cấp: chiếm 30% các trường hợp.

2.2.1. Triệu chứng lâm sàng: thường nhẹ hơn với:

- Đau âm ỉ vùng bụng hạ vị hoặc thắt lưng.

- Rong kinh thường hay gặp.

- Khí hư không rõ ràng, không đặc hiệu.

- Sốt nhẹ 37,5 -38 độ

- Khám bụng: thường thấy bụng mềm, khám thấy có đề kháng cục bộ vùng bụng dưới.

- Khám âm đạo: có thể thấy đau một hoặc hai bên của phần phụ, có khối nề khó phân biệt ranh giới với tử cung. Có dấu hiệu đau khi lay động tử cung.

- Khám trực tràng: người bệnh rất đau khi khám.

2.2.2. Cận lâm sàng

- Bạch cầu tăng với bạch cầu trung tính vừa phải.

- CRP tăng

- Siêu âm xác định được khối phần phụ với âm vang hỗn hợp.

- Nội soi ổ bụng: có thể gặp các thương tổn phổi hợp viêm phần phụ, viêm quanh gan dạng màng dính giữa gan và cơ hoành, hoặc mặt trên gan với thành trước ổ bụng như các sợi dây đàn violon (hội chứng Fitz- Hugh- Curtis: viêm quanh gan thứ phát sau viêm sinh dục không đặc hiệu. có các dấu hiệu sốt, đau

hạ sườn phải lan lên vai, có các dấu hiệu của tiểu khung làm nghĩ đến viêm phần phụ. Tuy nhiên không có vàng da, các xét nghiệm chức năng gan và siêu âm đường mật đều bình thường).

2.3. Hình thái mãn tính

2.3.1. Nguyên nhân: do viêm phần phụ cấp tính không được điều trị đầy đủ kịp thời.

2.3.2. Triệu chứng:

- Cơ năng:

+ Đau: đau vùng hạ vị hây hai bên hố chậu, thường có một bên trội hơn đau thay đổi về cường độ thời gian từng cơn hay liên tục; khi đi lại nhiều làm việc nặng đau tăng, khi nghỉ ngơi đau ít hơn.

+ Khí hư: không nhiều, không đặc hiệu

+ Ra máu: có thể ra máu bất thường trước và sau khi hành kinh hoặc rong kinh.

- Thực thể:

+ Khám âm đạo phối hợp nắn bụng để phát hiện.

+ Tử cung di động hạn chế khi lay động

+ Có thể có khối cạnh tử cung, ấn đau, ranh giới không rõ do vòi tử cung dính với buồng trứng thành một khối.

3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Đau do bệnh đường tiêu hoá và tiết niệu

- Viêm ruột thừa cấp: viêm phần phụ thấy đau cả 2 bên, điểm của phần phụ phải thấp hơn điểm đau của ruột thừa viêm.

- Viêm mũ bễ thận

- Viêm đại tràng

- Chửa ngoài tử cung.

+ Chậm kinh, đau bụng một bên hố chậu, rong huyết

+ HCG(+)

+ Siêu âm: không thấy túi ối trong buồng tử cung

- Viêm, ứ nước vòi tử cung do lao.

4. TIẾN TRIỂN

- Viêm phúc mạc đáy chậu:
- Áp xe phần phụ
- Áp xe buồng trứng:
- Viêm tấy lan tỏa đáy chậu.
- Viêm phúc mạc toàn thể:
- Di chứng: di chứng thường gặp của viêm nhiễm hố chậu đó là:
 - + Vô sinh do tắc vòi tử cung hai bên, dính tua loa vòi...
 - + Thai ngoài tử cung.
 - + Đau vùng chậu kinh niên.

5. PHÒNG BỆNH

- Định kỳ tổ chức khám phụ khoa tuyến cơ sở để phát hiện và điều trị sớm, đặc biệt nhóm nguy cơ hoặc những người làm việc trong môi trường nước bẩn.
- Phát hiện sớm, điều trị tích cực viêm nhiễm đường sinh dục dưới ngay khi mới nhiễm.
- Phát hiện và điều trị viêm niệu đạo ở nam và nữ có hiệu quả.
- Sử dụng bao cao su ở những người có nguy cơ cao với bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn khi làm các thủ thuật sản phụ khoa.
- Tuyên truyền, hướng dẫn vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh cá nhân, vệ sinh giao hợp. Tuyên truyền lối sống lành mạnh.
- Vận động sinh đẻ có kế hoạch tránh có thai ngoài ý muốn.

VIÊM ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Mầm bệnh hay gặp: lậu cầu khuẩn, chlamydia trachomatis, hemophilus ducreyl, tricomonas vaginalis, gardnerella vaginalis, candida albicans, virus u nhú, virus herpes.

Đường lây: quan hệ tình dục, nội sinh, thầy thuốc khám bệnh không đảm bảo vô trùng

- Các yếu tố thuận lợi: bộ phận sinh dục nữ có cấu tạo giải phẫu đặc biệt với nhiều góc ngách, nhiều nếp nhăn, nhiều lỗ tuyến thuận lợi cho mầm bệnh cư trú và phát triển. Đường sinh dục nữ thông vào ổ bụng ở đầu loa vòi trứng làm điều kiện cho vi khuẩn phát triển vào phúc mạc gây viêm tiểu khung, hành kinh hàng tháng kèm theo bong niêm mạc tử cung để lại tổn thương trong buồng tử cung, máu kinh là môi trường nuôi cấy vi khuẩn thuận lợi nên viêm nhiễm càng dễ phát triển

2. CÁC HÌNH THÁI CỦA VIÊM ÂM ĐẠO.

2.1. Viêm do vi khuẩn:

- Mầm bệnh: Gardenerella vaginalis, Mycoplasma homitis, vi khuẩn kỵ khí
- Triệu chứng: Khí hư hôi, ngứa bộ phận sinh dục, âm đạo có những nốt đỏ
- Xét nghiệm: bệnh phẩm trên phiến kính + KOH => bốc mùi tanh cá
- Điều trị: thụt âm đạo axít axetic 1%

Metronidazol 1g/ngày x 7 ngày, hoặc uống liều duy nhất 2g

Đặt Metronidazol mỗi tối 1v x 2 tuần

Tái phát có thể dùng 2 đợt

2.2. Viêm âm đạo do Trichomonas

- Mầm bệnh: trùng roi Trichomonas vaginalis
- Khi thăm khám hoặc đặt mỏ vịt: Thành âm đạo có những nốt tròn hoặc bầu dục.
- Soi tươi thấy hình ảnh trùng roi
- Điều trị: cả vợ và chồng: Metronidazol 1g/ngày x 7 ngày.

- Vợ: đặt thêm Metronidazol trong vòng 10 ngày. Tiêu chuẩn khỏi là tìm Trichomonas 3 vòng kinh liên tiếp (-)

2.3. Viêm âm đạo do nấm

- Mầm bệnh: Candida albicans
- Yếu tố thuận lợi: khả năng tự bảo vệ cơ thể giảm sút: đái đường, có thai
- Triệu chứng: ngứa âm hộ, có vết lan đỏ ở sinh dục ngoài
- Xét nghiệm: có sợi nấm, test tanh cá(-)
- Điều trị: đặt Nystatin 100mg âm đạo mỗi tối 1 viên
Mycostatine, Meconazol 100mg mỗi tối 1 viên trong vòng 3 tối
Thụt âm đạo bằng Natri bicacbonat 1-2%, bôm Glyceryl borat 30%

2.4. Bệnh lậu

- Mầm bệnh: lậu cầu khuẩn Neisseria gonorrhoea thường gây viêm âm hộ âm đạo, cổ tử cung, vòi trứng
- Triệu chứng: thời gian ủ bệnh 2- 6 ngày
Khí hư âm đạo như mủ xanh, vàng. Chông có tiền sử đái dắt đái buốt, đái ra mủ
- Biến chứng: viêm tiểu khung, vô sinh, chửa ngoài tử cung, sảy thai, nhiễm khuẩn, đẻ non, lậu mắt trẻ sơ sinh
- Điều trị: kháng sinh cephalosporin thế hệ thứ 3

2.5. Giang mai

- Mầm bệnh: xoắn khuẩn giang mai Treponema pallidum. Sau khi bị nhiễm bệnh trở thành bệnh toàn thân, vi khuẩn có thể lây sang con qua rau thai
- Triệu chứng: gồm 3 giai đoạn
 - + Thời kỳ 1: xuất hiện sau giao hợp khoảng 3 tuần, tổn thương ở âm hộ là săng (chancre) giang mai, vết loét tròn, bờ cứng hơi nổi cao trên mặt da, không đau, không ngứa kèm theo hạch bẹn, có thể gặp săng ở âm đạo và cổ tử cung. Săng thường tự khỏi sau 2- 6 tuần dù không điều trị.
 - + Thời kỳ 2: xảy ra sau 6 tuần --> 9 tháng sau nhiễm bệnh, vi khuẩn đã vào máu dễ lây lan. Tổn thương là ban đỏ và chồi sùi dính lại thành từng đám, bờ cứng,

xuất tiết và hoại tử, ở khắp nơi trên cơ thể như da, lòng bàn tay, gót chân, niêm mạc miệng, có kèm theo hạch bẹn

+ Thời kỳ 3: tổn thương là gôm (gumma) giang mai, là nốt loét, có thể đau, phù nề do bội nhiễm, có hạch viêm đi kèm.

- Xét nghiệm: các phản ứng huyết thanh VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) và RPR (Rapid Plasma Reagin) ngoài ra có thể thấy xoắn khuẩn trong bệnh phẩm lấy từ săng hoặc hạch bẹn

- Điều trị: Benzathin penicillinG 2,4 triệu/tuần x 3 tuần (điều trị cả chồng với liều tương tự)

- Biến chứng: sẩy thai liên tiếp, đa ối, dị dạng thai, giang mai bẩm sinh

2.6. Viêm âm đạo do thiếu Estrogen

Do thiếu estrogen nên biểu mô âm đạo bị teo, tế bào giảm glycogen, pH, âm đạo không toan, không tự bảo vệ và chống vi khuẩn được

- Nguyên nhân: phụ nữ đã mãn kinh, phụ nữ đã cắt bỏ 2 buồng trứng

- Triệu chứng: âm hộ khô, teo, đau. Đặt mỡ vịt âm đạo đau, thành âm đạo mỏng, dễ chảy máu, cổ tử cung nhỏ

- Điều trị: Mycrofollin 0,05mg 1v/ngày. Tại chỗ Colpotrophine trong 10-20 ngày

2.7. Sùi mào gà (Condyloma):

Là bệnh do virus loại Papilloma nhóm 6 hay 11, ủ bệnh 3- 6 tháng

Tổn thương là các khối sùi ở da vùng môi lớn, môi bé, tiền đình, âm đạo, cổ tử cung màu hồng nhạt

- Điều trị: đốt điện, đốt nhiệt, bôi thuốc Podophylin trên bề mặt khối u, điều trị cho cả chồng nếu bị.

3. PHÒNG BỆNH

Rửa sạch mỗi lần đi vệ sinh

Quan hệ tình dục với một người

Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục.

Khi ra khí hư cần đi khám ngay.

CHỮA NGOÀI TỬ CUNG

1. KHÁI NIỆM:

Chửa ngoài tử cung là trường hợp thai không làm tổ trong buồng tử cung. Có thể gặp ở nhiều vị trí khác nhau như ở vòi tử cung, buồng trứng, tại ống cổ tử cung hoặc tại các vị trí khác nhau trong ổ bụng, thậm chí ngoài ổ phúc mạc. Tuy nhiên, khoảng hơn 95% trường hợp chửa ngoài tử cung xảy ra ở vòi tử cung (55% ở loa, 25% ở eo, 17% ở đoạn bóng và chỉ 2% đoạn kẽ)

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng:

- Cơ năng:

+ Chậm kinh: nhiều trường hợp không rõ vì đôi khi ra máu trước thời điểm dự báo có kinh.

+ Ra máu âm đạo với tính chất: ra ít một, sẫm màu, ra liên tục dai dẳng.

+ Đau bụng: thường xuất hiện do vòi tử cung bị căng giãn và nứt vỡ hoặc máu trong ổ bụng gây kích thích phúc mạc, thường đau ở vị trí chỗ chửa. Đôi khi đau bụng kèm theo mót rặn khi trực tràng bị kích thích.

- Toàn thân:

Có thể choáng ngất do đau, do vỡ khối chửa

Hoặc có dấu hiệu thiếu máu mãn tính, da hơi ánh vàng nhạt trong thể huyết tụ thành nang.

- Thực thể:

+ Khám bụng có điểm đau, phản ứng thành bụng trong trường hợp có máu trong ổ bụng.

+ Khám mổ vệt: dấu hiệu có thai như cổ tử cung tím khó phát hiện, nhưng âm đạo có máu từ lỗ cổ tử cung ra, số lượng ít, máu sẫm màu giống như bã café.

+ Thăm âm đạo: tử cung to hơn bình thường nhưng không tương xứng tuổi thai. Sờ nắn thấy có khối cạnh tử cung, mềm, ranh giới không rõ, đau khi di động tử cung. Túi cùng sau đầy và rất đau khi có chảy máu trong. Đặc trưng là tiếng kêu

“Douglas” khi chạm vào túi cùng sau làm người bệnh đau giật nảy người và hắt tay thây thuốc ra.

2.2. Cận lâm sàng:

- Phản ứng chẩn đoán có thai: xét nghiệm HCG/ nước tiểu dương tính hoặc β HCG/máu > 5 UI/ml

+ Trong 3 tháng đầu lượng β HCG tăng gấp đôi sau 48h

+ Trong chữa ngoài tử cung mức độ tăng β HCG chậm nên cần kết hợp với siêu âm.

- Siêu âm: không thấy hình ảnh túi ối trong buồng tử cung kết hợp với nồng độ β HCG để nghi nhiều đến chữa ngoài tử cung.

Tìm khối chứa ở xung quanh, cạnh tử cung, có thể có dịch ở túi cùng Douglas. Hình ảnh túi ối giả trong buồng tử cung do máu và màng rụng đọng lại.

Siêu âm đường bụng nhìn thấy túi ối trong buồng tử cung là khoảng 6 tuần (chậm kinh 2 tuần, β HCG đạt 3000-3500 mUI/ml). Siêu âm đường âm đạo có thể nhìn thấy túi ối sớm hơn khoảng 5 ngày (β HCG đạt 1000- 2000mUI/ml). Khi chưa đến các thời điểm này hay dưới các giới hạn này thì không quan sát thấy túi ối trong buồng tử cung cũng là bình thường.

- Một số thăm dò khác:

+ Nạo buồng tử cung tìm phản ứng Arias-Stella, chỉ làm ở những trường hợp nghi ngờ mà lại không muốn giữ thai. Có thể kết hợp với kiểm tra nồng độ β HCG trước và sau nạo, hoặc soi tìm lông rau.

+ Chọc dò túi cùng sau âm đạo có máu không đông

+ Soi ổ bụng: giúp chẩn đoán sớm và điều trị.

2.3. Chẩn đoán xác định:

- Dựa vào lâm sàng: chậm kinh + đau bụng dưới + ra máu âm đạo.

- Có thể sờ thấy khối chứa cạnh tử cung

- Dựa vào cận lâm sàng: siêu âm + hCG (hoặc β HCG nếu cần)

2.4. Các thể lâm sàng:

2.4.1. Thể chữa ngoài tử cung chưa vỡ

Toàn trạng bình thường, không mất máu. Thăm trong có thể nắn thấy khối cạnh tử cung, khu trú rõ và đau, các túi cùng thường không đầy, không đau. Siêu âm không có máu trong ổ bụng.

2.4.2. Thể lựu máu ổ bụng

Bệnh cảnh nổi bật là đau và choáng nặng do chảy máu trong, xuất hiện đột ngột. Bụng trương, ấn đau khắp bụng. Siêu âm dịch nhiều ở cùng đồ và trong ổ bụng.

2.4.3. Thể giả sảy

Khi có biến đổi nội tiết toàn bộ nội mạc tử cung bong ra và bị tống ra ngoài làm dễ nhầm với sảy thai, bỏ sót chữa ngoài tử cung. Xét nghiệm giải phẫu bệnh tổ chức nạo ra thấy hình ảnh màng rụng, không thấy lông rau - hình ảnh Arias Stella.

2.4.4. Thể huyết tụ thành nang

Do máu chảy ít một, đọng lại sau đó ruột, các tạng và mạc nối phản ứng, bọc lại thành khối huyết tụ. Chẩn đoán thường khó vì triệu chứng không điển hình. Toàn thân có tình trạng thiếu máu. Chọc dò hút ra máu đen lẫn cặn.

2.4.5. Chửa ở buồng trứng

Thường chỉ chẩn đoán được sau khi đã mở bụng hay nội soi. Chẩn đoán khi thấy túi thai nằm ở buồng trứng. Theo tiêu chuẩn của Spiegelberg thì đặc điểm của chửa buồng trứng là:

- + Túi ôi nằm trên vùng buồng trứng
- + Khối chửa liên tục với tử cung bởi dây chằng tử cung - buồng trứng

2.4.6. Chửa trong ổ bụng

Thai nằm ngoài hoàn toàn tử cung, thường phát triển khá lớn, thậm chí có thể sờ nắn thấy thai ở ngay dưới da bụng. Vị trí chửa có thể ở bất kỳ vị trí nào trong ổ bụng, thường là ở vùng hạ vị nhưng cũng có thể gặp ở vùng gan, vùng lách, thậm chí ở sau phúc mạc

2.4.7. Chửa ống cổ tử cung

Hiếm gặp, là trường hợp thai làm tổ ở phía dưới lỗ trong cổ tử cung. Triệu chứng nghèo nàn, không đặc hiệu, khám thấy cổ tử cung phình ra một cách bất thường. Hậu quả gây thai chết lưu hoặc sảy thai, rau cài răng lược, khi rau bong dờ

dang làm chảy máu khó cầm. Nạo không cầm được máu mà thường phải tiến hành cắt tử cung.

2.4.8. Chứa sẹo mổ tử cung

2.4.9. Phối hợp chữa trong tử cung với chữa ngoài tử cung

Rất hiếm gặp, dễ bỏ sót. Hiện nay hay gặp trong trường hợp thụ tinh ống nghiệm

3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Sảy thai, dọa sảy thai: siêu âm trước đó đã quan sát thấy hình ảnh túi ối trong buồng tử cung.

- Viêm phần phụ: có tình trạng nhiễm khuẩn, để phân biệt có thể dùng xét nghiệm định lượng HCG và soi ổ bụng

- Vỡ nang noãn: trường hợp chảy máu trong ổ bụng gây choáng thì buộc phải phẫu thuật để cầm máu và rửa ổ bụng, thường chẩn đoán sau khi đã mở bụng.

- Khối u buồng trứng: không có dấu hiệu có thai, triệu chứng thường xuất hiện khi co biến chứng, thăm trong có khối cạnh tử cung nên cần siêu âm để phân biệt.

- Viêm ruột thừa: đau hố chậu phải, có biểu hiện nhiễm trùng và rối loạn tiêu hoá, không có phản ứng thai nghén. Phân biệt đám quánh ruột thừa với huyết tụ thành nang.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc chung

Là cấp cứu sản khoa cần chẩn đoán sớm và điều trị sớm. Có thể điều trị nội khoa hay ngoại khoa tùy thuộc vào thể bệnh và biểu hiện lâm sàng của chữa ngoài tử cung.

4.2. Điều trị cụ thể:

4.2.1. Phẫu thuật:

Điều kiện: tuần hoàn không ổn định, có dấu hiệu shock do vỡ, dọa vỡ

Có các bệnh nội khoa kết hợp như suy thận, suy giảm miễn dịch β hCG > 5000 mIU/ml, siêu âm nhiều dịch ổ bụng

Đi ứng với Methotrexat (MTX) hoặc không chấp nhận điều trị MTX

+ Thở lụt máu trong ổ bụng: mổ cấp cứu để cắt khối chứa cầm máu, đồng thời hồi sức tích cực, bồi phụ thể tích tuần hoàn đã mất.

+ Thở chưa vỡ: bảo tồn vòi tử cung bằng cách rạch dọc bờ tự do vòi tử cung lấy khối thai nếu khối chứa nhỏ ở đoạn loa, bóng và sau đó phải theo dõi nồng độ β hCG sau mổ, nếu nồng độ β HCG không giảm hoặc thậm chí còn tăng thì phải điều trị tiếp tục bằng tiêm MTX. Thường cắt bỏ khối chứa vì tỷ lệ thành công có thai lại thấp và lại có nguy cơ chứa ngoài dạ con lại cao.

+ Thở huyết tụ thành nang: mổ bán cấp cứu để tránh vỡ thứ phát hay tránh nhiễm khuẩn. Lấy hết máu tụ và khối chứa, cầm máu, lau rửa sạch khoang chứa máu, chú ý khi mổ không gây tổn thương ruột, bàng quang khi tách dính.

+ Thở chứa trong ổ bụng: nên mổ khi thai nhỏ dưới 32 tuần, thai trên 32 tuần nếu sống có thể theo dõi thêm. Khi mổ lấy thai không nên vội vàng vì sẽ khó trong xử lý bánh rau, đôi khi bánh rau bị bong gây chảy máu rất khó cầm, hoặc khi bánh rau bám rộng và chặt vào tổ chức trong ổ bụng thì phải chèn gạc thật chặt rồi rút dần trong những ngày sau.

+ Thở chứa ở ống cổ: thường phải cắt tử cung để cầm máu.

4.2.2. Nội khoa:

Điều kiện: khối chứa có kích thước dưới 3,5 cm.

Không có hoạt động của tim thai

Huyết động học ổn định

Nồng độ β hCG < 5000mIU/ml

+ Theo dõi thai ngoài tử cung thoái triển tự nhiên: khoảng 3% với nồng độ β hCG thấp, khối chứa bé.

+ Dùng Methotrexat toàn thân đơn liều hay đa liều:

Methotrexat tiêm bắp, nồng độ tùy thuộc vào diện tích da bệnh nhân, thường dung đơn liều 50 mg. Cần theo dõi công thức máu, chức năng gan, thận. Theo dõi nồng độ β HCG giảm ít nhất 15% khoảng thời gian từ ngày thứ 4 đến thứ 7 sau khi tiêm. Nếu nồng độ β HCG giảm ít hay không thay đổi mấy thì có thể tiêm thêm mũi MTX thứ 2 hoặc phẫu thuật.

Ngừng theo dõi khi nồng độ β HCG dưới 10 mIU/ml. Nhưng đôi khi có thể thấy đau bụng trở lại, thậm chí sờ thấy khối cạnh tử cung to lên, nhưng β HCG về bình thường thì vẫn coi là điều trị nội thành công và theo dõi thêm. Sau điều trị 6 tháng mới được có thai trở lại.

+ Điều trị tại chỗ bằng cách tiêm vào phôi các chất phá huỷ phôi khi đã chẩn đoán xác định và tiêm dưới hướng dẫn của siêu âm đường âm đạo.

5. TIẾN TRIỂN

Khả năng sinh đẻ của những phụ nữ đã bị mổ chữa ngoài tử cung là rất khó khăn: 50% bị vô sinh và 15% bị tái phát chữa ngoài tử cung. Với những phụ nữ trẻ chưa có đủ con có thể phẫu thuật bảo tồn vòi tử cung, nhưng kết quả cũng rất hạn chế.

CHỮA Ở VẾT MỔ

1. KHÁI NIỆM

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

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Lâm sàng:

- Chậm kinh
- Ra máu âm đạo bất thường
- Đau bụng lâm râm

2.2. Cận lâm sàng:

- Siêu âm: - buồng tử cung trống, không có túi ối trong buồng tử cung
- Tim thai nằm ở thành trước đoạn eo tử cung có cơ tử cung phân cách giữa túi thai với bang quang
 - Có sự phân bố mạch máu quanh túi thai khi kết hợp siêu âm Doppler cho thấy gia tăng mạch máu quanh túi thai
 - Mất hay thiếu lớp cơ bình thường giữa bang quang và túi thai

2.3. Chẩn đoán phân biệt:

- Thai ở đoạn eo tử cung
- Sảy thai đang tiến triển
- U nguyên bào nuôi

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Lấy khỏi thai trước khi vỡ
- Bảo tồn khả năng sinh sản

3.2. Chọn lựa các phương thức điều trị, việc điều trị thường phối hợp nhiều phương thức và được cân nhắc trên từng người bệnh

- Huỷ thai trong túi ối

- Lấy khối rau thai:

+ Nong và nạo: tuy nhiên có nguy cơ xuất huyết cao.

+ Phẫu thuật: mục đích để lấy khối rau thai, bảo tồn tử cung khi không đáp ứng điều trị nội và khối rau thai xâm lấn nhiều hoặc cắt tử cung khi chảy máu khó cầm hay thai đã khá to

- Chèn bóng ống cổ tử cung:

Để kiểm soát chảy máu rỉ rả sau thủ thuật hút thai

Sử dụng sonde Folley đặt nhẹ nhàng vào cổ tử cung rồi bơm căng bóng bằng 30ml nước muối sinh lý chèn tại chỗ trong 12h

- Hoá trị toàn thân :thường để điều trị hỗ trợ

Mục đích giảm sự phân bố mạch máu ở khối thai và tiêu huỷ tế bào rau

Sử dụng Methotrexat 1 mg/kg tiêm bắp

Theo dõi diễn biến qua hCG và siêu âm.

Có thể lặp lại liều sau 1 tuần.

- Tắc mạch máu nuôi:

Mục đích: chuẩn bị cho phẫu thuật hoặc kết hợp với hoá trị

Các phương pháp: thắt động mạch tử cung qua đường âm đạo hay thắt động mạch chậu trong.

4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG:

Trường hợp dung hoá trị toàn thân yêu cầu người bệnh ngừng thai ít nhất 3 tháng.

Khám lại ngay khi có biến chứng xuất huyết nhiều

Có thể dung thuốc ngừng thai để hạn chế sự ra máu

SA SINH DỤC

1. KHÁI NIỆM

- Sa sinh dục là hiện tượng tử cung sa xuống thấp trong âm đạo hoặc sa hẳn ra ngoài âm hộ, thường kèm theo sa thành trước âm đạo và bàng quang hoặc thành sau âm đạo và trực tràng.

- Sa sinh dục là một bệnh khá phổ biến ở phụ nữ Việt Nam, nhất là phụ nữ làm việc nặng, sinh đẻ nhiều, đẻ không an toàn, thường gặp trong lứa tuổi 40-50 tuổi trở lên. Người chưa đẻ lần nào cũng có thể sa sinh dục nhưng ít gặp hơn và chỉ sa cổ tử cung đơn thuần.

- Đây là bệnh không nguy hiểm đến tính mạng nhưng ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt, lao động.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

Đặc điểm của bệnh là tiến triển rất chậm có thể từ 5 đến 20 năm, và sau mỗi lần đẻ, lao động nặng trường diễn, sức khoẻ yếu, mức độ sa sinh dục lại tiến triển thêm.

- Cơ năng:

Tuỳ thuộc từng người sa nhiều hay ít, sa lâu hay mới sa, sa đơn thuần hay phối hợp. Triệu chứng thường là khó chịu, nặng bụng dưới, tiểu rắt, són tiểu, tiểu không tự chủ, có khi đại tiện khó. Triệu chứng trên chỉ xuất hiện khi bệnh sa lâu, mức độ cao.

- Thực thể

Khám thấy khối sa nằm ở $\frac{1}{2}$ dưới âm đạo hoặc thập thò âm môn, trường hợp nặng nhất sẽ sa ra ngoài âm hộ, bao gồm thành trước âm đạo, cổ tử cung, thân tử cung, thành sau âm đạo. Phần khối sa ra ngoài có thể sừng hóa hoặc bị loét do cọ sát, bội nhiễm.

2.2. Cận lâm sàng

Xét nghiệm phẩn đồ cổ tử cung: loại trừ tổn thương ác tính cổ tử cung.

Thăm dò niệu động học: khảo sát tình trạng són tiểu.

2.3. Chẩn đoán xác định: chủ yếu dựa vào khám lâm sàng.

2.4. Phân loại thể, mức độ

2.4.1. Phân loại cổ điển

Sa độ I:

- Sa thành trước âm đạo (kèm theo sa bàng quang)
- Sa thành sau (kèm theo sa trực tràng)
- Cổ tử cung ở thấp nhưng còn ở trong âm đạo, ngang với hai gai toạ, chưa nhìn thấy ở ngoài âm hộ.

Sa độ II:

- Sa thành trước âm đạo (kèm theo sa bàng quang)
- Sa thành sau âm đạo (kèm theo sa trực tràng)
- Cổ tử cung thò âm hộ

Sa độ III :

- Sa thành trước âm đạo (kèm theo sa bàng quang)
- Sa thành sau âm đạo (kèm theo sa trực tràng)
- Tử cung sa hẳn ra ngoài âm hộ

2.4.2. Hệ thống phân độ Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q)

Năm 1996, Hiệp hội quốc tế đưa ra hệ thống phân độ Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) (Bump, 1996) dựa trên 6 điểm mốc ở âm hộ, âm đạo và cổ tử cung. Dựa trên hệ thống POP-Q, sa sinh dục được chia thành 5 mức độ từ 0 đến IV. Hiện nay hệ thống này được dùng khá phổ biến ở nhiều quốc gia.

2.5. Chẩn đoán phân biệt

- Lộn tử cung.
- Cổ tử cung dài, phì đại đơn thuần ở những phụ nữ còn trẻ, chưa đẻ.
- Polyp cổ tử cung.
- Khối u âm đạo.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc chung, mục tiêu điều trị

Điều trị hỗ trợ nhằm giảm nhẹ các phiền toái do tình trạng sa sinh dục gây ra hoặc điều trị triệt để bằng các phẫu thuật.

3.2. Điều trị cụ thể (nội khoa, ngoại khoa, hướng dẫn chuyển tuyến)

3.2.1. Điều trị nội khoa

Chỉ định: những người bệnh quá lớn tuổi, mắc các bệnh mãn tính, không có điều kiện phẫu thuật. Có 3 phương pháp:

- Phục hồi chức năng, đặc biệt là ở tầng sinh môn: hướng dẫn các bài tập cơ cơ để phục hồi cơ nâng ở vùng đáy chậu. Phương pháp này có thể làm mất các triệu chứng cơ năng và lùi lại thời gian phẫu thuật. Nếu phải phẫu thuật, thì việc phục hồi trương lực cơ đáy chậu cũng làm hạn chế tái phát sau mổ.

- Vòng nâng đặt trong âm đạo:

- Estrogen (Ovestin, Colpotrophine): Có thể tác dụng tốt với một số trường hợp có triệu chứng cơ năng như đau bàng quang, giao hợp đau, có tác dụng tốt để chuẩn bị phẫu thuật.

3.2.2. Điều trị ngoại khoa

- Có nhiều phương pháp phẫu thuật trong điều trị sa sinh dục. Mục đích phẫu thuật nhằm phục hồi hệ thống nâng đỡ tử cung, nâng bàng quang, làm lại thành trước, thành sau âm đạo, khâu cơ nâng hậu môn và tái tạo tầng sinh môn. Phẫu thuật sa sinh dục chủ yếu bằng đường âm đạo hơn là đường bụng. Ngoài cắt tử cung đơn thuần, nó còn tái tạo lại các thành âm đạo, vì vậy phẫu thuật trong sa sinh dục còn mang tính chất thẩm mỹ. Đây là ưu điểm chủ yếu mà phẫu thuật đường bụng không thể thực hiện được.

- Các yếu tố có liên quan đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật:

- + Tuổi và nhu cầu sinh đẻ sau khi phẫu thuật.

- + Khả năng sinh lý tình dục

- + Thể trạng chung của người bệnh

- + Mức độ sa sinh dục

- + Ảnh hưởng của sa sinh dục đến các cơ quan lân cận: tình trạng sa bàng quang, sa trực tràng; rối loạn tiểu tiện, đại tiện?

- + Tình trạng âm đạo, cổ tử cung bình thường hay viêm nhiễm. Nếu có viêm cổ tử cung, âm đạo cần đặt thuốc và vệ sinh hàng ngày trước mổ.

- + Tử cung, hai phần phụ có u cục không?
- + Bụng có vết mổ cũ không ? tiên lượng mức độ dính vùng tiểu khung ?
- + Điều kiện trang bị của cơ sở y tế và trình độ phẫu thuật viên.
- Phương pháp Manchester

Chỉ định chủ yếu cho phụ nữ còn trẻ, muốn có con và sa độ II. Phẫu thuật này cũng có thể áp dụng cho những người bệnh già sa sinh dục độ III mà không chịu được một cuộc phẫu thuật lớn.

Các bước phẫu thuật chính:

- + Cắt cụt cổ tử cung.
- + Khâu ngắn dây chằng Mackenrodt
- + Khâu nâng bàng quang
- + Làm lại thành trước âm đạo.
- + Phục hồi cổ tử cung bằng các mũi khâu Sturmdorft.
- + Làm lại thành sau âm đạo

- Phương pháp Crossen

- + Chỉ định: sa sinh dục độ III.
- + Cũng như phẫu thuật Manchester, phẫu thuật Crossen chỉ được tiến hành khi cổ tử cung không bị viêm loét.

Các bước phẫu thuật chính:

- + Cắt tử cung hoàn toàn theo đường âm đạo.
- + Buộc chéo các dây chằng Mackenrodt và dây chằng tròn bên kia để treo móm cắt khâu vào nhau thành cái võng chắc, chống sa ruột.
- + Khâu nâng bàng quang.
- + Làm lại thành trước âm đạo.
- + Khâu cơ nâng hậu môn, làm lại thành sau âm đạo.
- Phẫu thuật làm bít âm đạo:
- + Phương pháp Lefort khâu bít âm đạotrong đối đơn giản, áp dụng cho người già không còn quan hệ tình dục,cần được sự đồng ý của cả hai vợ chồng.

Chỉ định: sa sinh dục độ II hoặc độ III, người bệnh già trên 60 tuổi, không còn quan hệ tình dục nữa, âm đạo cổ tử cung không viêm nhiễm,

+ Phẫu thuật Ameline – Huguier:

Khâu treo tử cung vào móm nhô bằng một vạt da hay chất liệu tổng hợp, chỉ định cho những người bệnh trẻ bị sa sinh dục độ II, độ III.

+ Phẫu thuật Shirodkar:

Làm ngắn dây chằng tử cung – cùng và đính nó vào eo trước tử cung, áp dụng cho phụ nữ trẻ, chưa sinh đẻ, bị sa sinh dục độ II.

3.2.3. Hướng dẫn chuyển tuyến

- Người bệnh sa sinh dục cần được khám và xử trí bởi bác sĩ sản phụ khoa từ tuyến huyện trở lên.

- Người bệnh được chỉ định điều trị nội khoa có thể được theo dõi tại tuyến xã trở lên.

4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

4.1. Tiến triển

Y văn không có báo cáo về tình trạng tự thoái triển của sa sinh dục, tuy nhiên nếu mức độ sa không nặng thì sử dụng vòng nâng dài ngày có thể cải thiện đáng kể tình trạng sa. Do thường không có triệu chứng cơ năng, sa sinh dục chỉ được phát hiện khi có khối sa ra ngoài.

4.2. Biến chứng

- Loét loét cổ tử cung, viêm loét khối sa.
- Tiểu khó, són tiểu, nhiễm trùng đường tiểu
- Đại tiện khó, táo bón.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ PHÒNG BỆNH

5.1. Tiên lượng

Sa sinh dục là bệnh hiểm khi gây nguy hiểm đến tính mạng, tuy nhiên gây ra nhiều phiền toái trong cuộc sống và làm giảm đáng kể chất lượng sống.

5.2. Phòng bệnh

- Không nên đẻ nhiều, đẻ sớm, đẻ dày. Nên đẻ ở nhà hộ sinh hoặc cơ sở y tế đủ điều kiện.

- Không đẻ chuyển dạ kéo dài, không rặn đẻ quá lâu. Thực hiện các thủ thuật phải đảm bảo đủ điều kiện, đúng chỉ định và đúng kỹ thuật.

- Các tổn thương đường sinh dục phải được phục hồi đúng kỹ thuật.

- Sau đẻ không nên lao động quá sớm và quá nặng.

- Tránh tình trạng táo bón.

- Cần phát hiện và điều trị sớm các bệnh mãn tính gây tăng áp lực ổ bụng thường xuyên (táo bón trường diễn, ho kéo dài...) là nguyên nhân dẫn đến sa sinh dục.

U NANG BUỒNG TRỨNG

1. KHÁI NIỆM

U nang buồng trứng là những u có vỏ bọc ngoài, bên trong chứa dịch, có thể gặp ở mọi lứa tuổi. U nang buồng trứng có thể gây rối loạn kinh nguyệt, gây khó chịu tại chỗ, làm giảm chức năng sinh sản, đôi khi gây suy nhược cơ thể hoặc có thể gây tử vong do các biến chứng: tiến triển thành ung thư, tắc ruột.

2. CÁC LOẠI U BUỒNG TRỨNG

2.1. Các nang cơ năng

2.1.1. Nang bọc noãn:

Nang bọc noãn do nang De Graff không vỡ vào ngày qui định, lớn dần lên, thường từ 3-8 cm hoặc lớn hơn.

- Triệu chứng: không rõ ràng, đôi khi có ra máu, nang to có thể gây đau tiêu khung, đau khi giao hợp, có thể gây ra chu kỳ kinh dài, hoặc ngắn. Nang có thể bị xoắn hoặc vỡ gây bệnh cảnh cấp cứu.

- Chẩn đoán phân biệt với: viêm vòi trứng, lạc nội mạc tử cung, nang hoàng thể, khối u khác.

- Xử trí: thường nang tự biến mất trong khoảng 60 ngày, không cần điều trị.

Có thể dùng thuốc tránh thai gây vòng kinh nhân tạo.

Nếu nang tồn tại trên 60 ngày với chu kỳ kinh đều thì có khả năng không phải nang cơ năng.

2.1.2. Nang hoàng thể:

Có hai loại nang hoàng thể: nang tế bào hạt và nang tế bào vỏ.

- Nang hoàng thể tế bào hạt: là nang cơ năng, gặp sau phóng noãn, các tế bào hạt trở nên hoàng thể hoá.

+ Triệu chứng: đau vùng chậu, gây vô kinh hoặc chậm kinh, dễ nhầm với chửa ngoài tử cung, có thể xoắn nang, vỡ nang gây chảy máu phải soi ổ bụng hoặc mổ bụng để cầm máu.

- Nang hoàng thể tế bào vỏ: loại nang này không to, hay gặp ở hai bên buồng trứng, dịch trong nang màu vàng rom. Loại nang này thường gặp trong buồng trứng đa nang, chửa trứng, chorio hoặc quá mẫn trong kích thích phóng noãn.

+ Xử trí: nang thường biến mất sau điều trị như nạo trứng, điều trị chorio.

- Buồng trứng đa nang (Hội chứng Stein-Leventhal):

Gặp ở hai bên buồng trứng, gây vô kinh, vô sinh, thiếu kinh, 50% có mọc râu và béo. Nhiều trường hợp gây vô sinh thứ phát. Những rối loạn có liên quan đến rối loạn chức năng vùng dưới đồi.

Buồng trứng đa nang có vỏ bị sừng hóa, bề mặt trắng ngà, nhiều nang nhỏ nằm dưới lớp vỏ dày giống hình con sò.

Xét nghiệm: 17 - ketosteroid tăng nhẹ nhưng estrogen và FSH bình thường, LH cao.

Chẩn đoán: dựa vào khai thác tiền sử, khám thực thể, dậy thì sớm, mất kinh kéo dài, xét nghiệm LH tăng cao, theo dõi nhiệt độ cơ thể không có biểu hiện phóng noãn. Buồng trứng to khi khám qua tiểu khung gặp trong 50% trường hợp.

Chẩn đoán xác định: triệu chứng lâm sàng, LH/FSH > 1,5, nếu > 2 chắc chắn, siêu âm nhiều nang noãn nằm ở bề mặt vỏ buồng trứng và soi ổ bụng.

Điều trị: Clomifen 50-100 mg trong 5-7 ngày kết hợp Pregnyl 5000 đơn vị gây phóng noãn, đôi khi phải cắt góc buồng trứng. Người ta thấy cắt góc buồng trứng đem lại thành công trong điều trị vô sinh.

Người bị buồng trứng đa nang thường không phóng noãn trường diễn do đó niêm mạc tử cung chịu ảnh hưởng của estrogen nên bị quá sản, có thể gặp cả quá sản không điển hình do đó cần kết hợp điều trị thêm bằng progestatif.

- Nang hoàng thể trong thai nghén

Là những nang gặp trong khi có thai, có thể cả hai bên buồng trứng, kích thước khoảng < 5cm

2.2. U nang buồng trứng thực thể:

2.2.1. U nang biểu mô buồng trứng: chiếm 60-80% tất cả các loại u nang gồm: u nang nước, u nang nhầy, lạc nội mạc tử cung, u tế bào sáng, u Brenner, u đệm buồng trứng.

- U nang nước:

Là loại u có vỏ mỏng, cuống thường dài, chứa dịch trong, kích thước thường to, có khi choán hết ổ bụng, là loại khối u lành tính, có thể có nhú ở mặt trong hoặc mặt ngoài vỏ nang. Những khối u lành tính thường có vỏ nhẵn, chứa dịch vàng nhạt. Nếu có nhú thường là ác tính.

+ Triệu chứng: gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng hay được phát hiện ở tuổi 20-30, cũng gặp cả ở tuổi tiền mãn kinh và sau mãn kinh.

+ Khám tiểu khung thấy khối u.

+ Xử trí: mổ cắt bỏ nang, trong khi mổ nên cắt lạnh để chẩn đoán loại trừ ung thư.

- U nang nhầy:

Chiếm khoảng 10-20% các loại khối u biểu mô, và khoảng 85% u nang nhầy là lành tính, tuổi thường gặp từ 30-50.

U nang nhầy vỏ mỏng và nhẵn, ít khi có nhú, vỏ nang gồm 2 lớp: tổ chức xơ và biểu mô trụ. U nang gồm nhiều thùy ngăn cách bởi các vách ngăn, trong chứa chất dịch nhầy vàng, kích thước thường to nhất trong các u buồng trứng.

Xử trí: mổ cắt bỏ u nang.

- Lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng:

Thường phát hiện được qua soi ổ bụng hoặc trong phẫu thuật 10-25% do tuyến nội mạc tử cung lạc chỗ ở buồng trứng.

Cấu tạo vỏ nang mỏng, bên trong chứa dịch màu chocolate (máu kinh), khối u thường dính, dễ vỡ khi bóc tách.

Chẩn đoán: dựa vào các triệu chứng đau hạ vị, đau bụng khi hành kinh, đau khi giao hợp, khám tiểu khung và soi ổ bụng phát hiện khối u.

- Khối u tế bào sáng (Mesonephroid tumour) giống u lạc nội mạc tử cung. Chỉ chẩn đoán xác định được bằng giải phẫu bệnh.

- Khối u Brenner: 80% là lành tính, có nguồn gốc từ một nang De Graff, chiếm khoảng 1-2 % của khối u buồng trứng nguyên phát thường chỉ gặp ở một bên buồng trứng.

Khám tiểu khung: phát hiện khối u, mật độ khối u có chỗ mềm chỗ cứng, do đó dễ nhầm với u xơ tử cung, bỏ ra có màu vàng hoặc trắng, kích thước khối u không to, đường kính 5-8cm.

Xử trí : mổ cắt bỏ khối u

2.2.2. U nang bì (Dermoid cyst):

Chiếm tỷ lệ 25% khối u buồng trứng. Hay gặp là teratome, khối u chứa tổ chức phát sinh từ tế bào mầm. Trong nang chứa các tổ chức như răng, tóc, bã đậu. U nang bì thường lành tính nhưng cũng có thể trở thành ác tính. Hay được phát hiện ở lứa tuổi 20-30. Khoảng 20% phát triển ở cả hai bên buồng trứng.

- Triệu chứng: thường ít triệu chứng. Phát hiện khi mổ lấy thai hoặc chụp X-quang thấy răng trong khối u.

- Điều trị: phẫu thuật là phương pháp tối ưu. Nếu nang nhỏ nên cắt bỏ phần u, để lại phần buồng trứng lành.

3. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Nói chung các khối u nếu không được xử trí cắt bỏ sẽ lớn dần lên, gây chèn ép các tạng trong ổ bụng, có thể bị xoắn hoặc bị ung thư hóa.

Biến chứng hay gặp là:

- Xoắn nang: hay gặp ở khối u có kích thước nhỏ, cuống dài, không dính, xoắn nang có thể xảy ra khi đang mang thai (nhất là trong những tháng đầu thai nghén), hoặc sau khi đẻ.

Triệu chứng: đau đột ngột, dữ dội, vã mồ hôi, choáng, nôn.

Xử trí: mổ cấp cứu.

- Vỡ nang: thường xảy ra sau khi nang bị xoắn hoặc sau chấn thương vùng bụng dưới.

- Nhiễm khuẩn nang: xảy ra khi xoắn nang. Nhiễm khuẩn làm nang to lên, dính vào các tạng xung quanh. Biểu hiện lâm sàng giống viêm nội mạc tử cung.

- Chèn ép tiểu khung: khối u đè vào trực tràng, bàng quang. Nang to, tiến triển trong nhiều năm choán hết ổ bụng, chèn ép tĩnh mạch chủ dưới gây phù, tuần hoàn bàng hệ, cổ chướng.

- Có thai kèm u nang buồng trứng:

Được chẩn đoán qua khám thai định kỳ hoặc qua siêu âm.

Có thể gặp bất kỳ loại nang nào, nhưng hay gặp là nang hoàng thể hay u nang bì, ít khi gặp nang ác tính.

Nếu nên mổ vào thời gian sau 13 tuần vì lúc này rau thai đã tiết đủ hocmon để nuôi dưỡng thai, nếu là nang hoàng thể thì thường giảm kích thước hoặc không phát triển nữa, có thể không cần phải mổ.

Nếu u phát triển to nên trong 3 tháng giữa thai kỳ, thì nên mổ ngay, trừ khi chỉ phát hiện được trong thời kỳ cuối thai nghén.

4. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ:

- Khi đã chẩn đoán u nang thực thể nên mổ cắt u sớm.
- Nang nước gặp ở người lớn tuổi nên cắt cả hai buồng trứng
- Nang nhầy cần cắt bỏ cả hai bên buồng trứng để tránh tái phát.
- Nang bì cắt bỏ khối u cố gắng bảo tồn nhu mô lành.
- Nếu nang buồng trứng hai bên ở người trẻ tuổi cần bảo tồn bên lành.
- Nang ở người có thai nếu có chỉ định giữ thai nên bóc nang vào tháng thứ tư.
- U nang có dấu hiệu nứt vỡ cần sinh thiết tức thì để phòng ung thư.
- U nang to ở người già chú ý tránh làm giảm áp lực đột ngột ổ bụng.
- Nếu các u nang phát triển trong đáy dây chằng rộng, bóc tách cẩn thận để phòng chạm niệu quản, ruột, bàng quang.

U XƠ TỬ CUNG (FIBROID)

1. KHÁI NIỆM

U xơ tử cung là khối u lành tính, có nguồn gốc từ cơ trơn của tử cung, thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, tuổi thường gặp 35-50; kích thước khối u thường gặp khoảng dưới 15cm. U xơ tử cung thường ít có triệu chứng nhưng khi khối u lớn có thể gây rối loạn kinh nguyệt, đau do chèn ép và vô sinh .

2. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng cơ năng:

- Ra huyết từ buồng tử cung: là triệu chứng chính gặp trong 60% trường hợp, thể hiện dưới dạng cường kinh, dần dần kinh nguyệt rối loạn: rong kinh kéo dài và ra nhiều máu.

- Toàn thân bị thiếu máu, xanh xao, gày sút nếu ra máu kéo dài.

- Đau vùng hạ vị hoặc hố chậu, đau kiểu tức, nặng bụng dưới,(40% trường hợp) do khối u chèn ép vào các tạng bên cạnh hoặc do viêm khung chậu.

- Ra khí hư loãng, hoặc ra khí hư do viêm âm đạo, viêm niêm mạc tử cung.

2.2. Triệu chứng thực thể :

- Nhìn có thể thấy khối u gồ lên ở vùng hạ vị, nếu khối u to.

- Nắn bụng: có thể thấy khối u (nếu to) ở vùng hạ vị, mật độ chắc, di động liên quan đến tử cung.

- Đặt mỏ vịt: có thể thấy polip có cuống nằm ở ngoài cổ tử cung.

- Thăm âm đạo kết hợp nắn bụng thấy toàn bộ tử cung to, chắc, có khi thấy nhiều khối nổi trên mặt tử cung; di động cổ tử cung thì khối u di động theo.

2.3. Cận lâm sàng:

- Siêu âm: thấy tử cung to, đo được kích thước nhân xơ, siêu âm bơm nước buồng tử cung có thể phát hiện polyp buồng tử cung.

- Soi buồng tử cung: chẩn đoán và điều trị các polip dưới niêm mạc.

- Xét nghiệm tế bào học: phát hiện các tổn thương cổ tử cung kèm theo

2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Với tử cung có thai: hỏi bệnh, khám lâm sàng, thử thai, siêu âm.
- Khối u buồng trứng: thường có vị trí và di động biệt lập với tử cung, siêu âm
- Ung thư niêm mạc tử cung: hỏi bệnh, khám lâm sàng, xét nghiệm tế bào học và siêu âm.

3. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- U xơ tử cung thường tiến triển chậm, có thể ngừng phát triển sau khi mãn kinh.
- Biến chứng:
 - + Chảy máu: rong kinh, rong huyết, kéo dài gây thiếu máu.
 - + Chèn ép các tạng chung quanh gây đau, táo bón, bí tiểu.
 - + Thoái hóa, hoại tử vô khuẩn.

4. U XƠ TỬ CUNG VÀ THAI NGHÉN

- Chậm có thai hoặc vô sinh.
- Khi có thai:
 - + Khối u xơ thường to lên.
 - + u xơ có thể gây sảy thai, đẻ non, ngôi thai bất thường.
- Gây rau tiền đạo, rau bong non.
- Khi đẻ: gây rối loạn con co, trở thành khối u tiền đạo, chuyển dạ kéo dài.
- Thoái hóa khối u gây đau bụng

5. XỬ TRÍ

5.1. Tuyến xã:

Phát hiện ra u xơ tử cung, nếu:

- Khối u nhỏ, không ảnh hưởng đến kinh nguyệt hay không có những rối loạn khác hẹn theo dõi khám định kỳ sau 6- 12 tháng.

- U xơ tử cung bằng huyết (đã loại trừ các nguyên nhân khác), tiêm bắp oxytocin 5UI x 2 ống, chuyển tuyến trên.

5.2. Tuyến huyện:

- Điều trị nội khoa chỉ định đối với một số khối u nhỏ mục đích để hạn chế sự phát triển của khối u và hạn chế rong kinh rong huyết. Thuốc có thể sử dụng:

Medroxyprogesteron acetat 10mg / ngày x 10 ngày từ ngày 16 kỳ kinh hoặc dùng thuốc Danasol 200mg / ngày x10 ngày

- Điều trị ngoại khoa (mổ nội soi hay mổ mở):

+ U xơ có biến chứng rong kinh, rong huyết , điều trị nội khoa không kết quả.

+ U xơ phối hợp với các tổn thương khác như: u nang buồng trứng, loạn sản cổ tử cung, sa sinh dục ...

+ U xơ to, gây chèn ép.

+ U xơ làm biến dạng buồng tử cung, u xơ dưới niêm mạc gây chảy máu và nhiễm khuẩn.

Tùy theo tuổi, số lần có thai, mong muốn có thai để quyết định cách xử trí: bóc nhân xơ bảo tồn tử cung, gây tắc mạch hay cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn .

LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

1. KHÁI NIỆM

- Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) là bệnh lý liên quan đến sự hiện diện của các tuyến nội mạc tử cung và mô đệm ở bên ngoài tử cung. Sự hiện diện này tạo nên tình trạng viêm mạn tính, phát triển và thoái hóa theo chu kỳ kinh nguyệt chịu ảnh hưởng của nội tiết sinh dục.

- Tần suất gặp khoảng 5 – 10% phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Tần suất cao rõ rệt ở phụ nữ vô sinh

- Yếu tố nguy cơ:

+ Tiền sử gia đình có người bị LNMTC

+ Cấu trúc đường sinh dục bất thường và tắc nghẽn hành kinh

+ Chưa sinh, hay hiếm muộn...

2. LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

2.1. Cơ năng:

- Đau liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt, mức độ đau không liên quan đến số lượng LNMTC mà chủ yếu liên quan đến mức độ xâm nhập của tổn thương.

- Tự sờ thấy khối u ở hạ vị

- Vô sinh

2.2. Thực thể:

- TC có thể to và dính

- Khối u ở buồng trứng

2.3. Cận lâm sàng

- Siêu âm: đường bụng hay đường âm đạo

+ Phát hiện các khối u ở tử cung đặc biệt phát hiện các khối u ở 2 buồng trứng

- Chụp cộng hưởng từ (MRI)

+ Phát hiện và đánh giá đầy đủ về vị trí và mức độ của khối LNMTC

+ Chẩn đoán phân biệt với khối u vùng hạ vị khác

- Xét nghiệm CA – 125: thường tăng trong lạc nội mạc tử cung tuy nhiên ít có giá trị vì không đặc hiệu

- Xét nghiệm khác: soi bàng quang, soi đại tràng ...trong những trường hợp cần thiết.

- Nội soi ổ bụng: là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán lạc nội mạc tử cung

2.4. Chẩn đoán: dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng đặc biệt là nội soi ổ bụng

3. ĐIỀU TRỊ

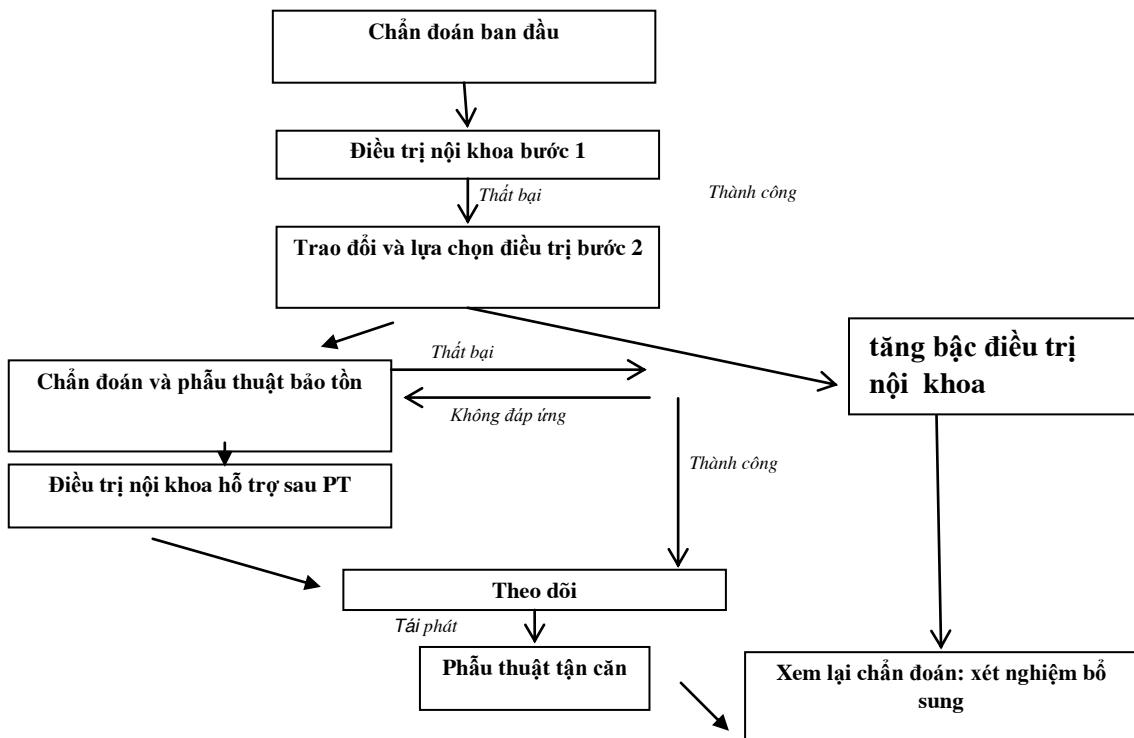
Nguyên tắc điều trị LNMTC: chỉ nên điều trị khi có triệu chứng đau hay vô sinh hoặc cả hai

Mục tiêu điều trị: giảm đau, giảm mức độ tiến triển và tái phát bệnh, tăng khả năng có thai

Lựa chọn điều trị dựa trên mục tiêu điều trị: giảm đau hoặc có thai

3.1. Mục tiêu giảm đau

Phác đồ điều trị đau nghi LNMTC



3.1.1. Điều trị nội khoa bước 1

- Thuốc giảm đau
- + Giải pháp tạm thời
- + Các liệu pháp điều trị đau do LNMTC có thể cần ít nhất một chu kỳ để bắt đầu giảm đau
- + Giúp người bệnh dễ chịu hơn cho tới khi điều trị nội khoa chính có hiệu quả: NSAID / Opioid
- Viên ngừa thai kết hợp (CHC)
- Khuyến cáo dùng thuốc liên tục
- + Không hành kinh nên giảm đau
- + Hợp lý với giả thuyết trào ngược máu kinh, nhưng CHC không hiệu quả giảm đau trong LNMTC liên quan đến thụ thể estrogen và progestin trong LNMTC lạc chỗ.

Ko dùng quá 3 tháng nếu ko giảm đau

3.1.2. Điều trị nội khoa bước 2

- Progestin đường uống
- Progestin đường tiêm(Depot progestin - DMPA)
- Progestin phóng thích trong tử cung(LNG –IUS)
- + Giải phóng 20 μ g/ngày tại vùng chậu
- + Gần 60% người bệnh: teo nội mạc và vô kinh
- + Không ức chế rụng trứng
- + > 50% người bệnh hài lòng với điều trị sau 6 tháng

Ưu điểm:

- + Điều trị liên tục 5 năm
- +Tập trung progestin tại vùng chậu cao
- + Ít vào hệ tuần hoàn: giảm tác dụng phụ toàn thân

Nhược điểm :

- + Tỷ lệ rơi rụng cụ khoảng 5%
- + Nguy cơ nhiễm trùng vùng chậu khoảng 1,5%

- Danazol

- Liệu pháp đồng vận GnRH

- + GnRH agonist/addback là chọn lựa trên người bệnh:

Không đáp ứng với CHC hoặc progestin

Tái phát triệu chứng

Cơ chế: GnRH ức chế bài tiết FSH, ngăn chặn buồng trứng tiết estrogen & tạo nên tình trạng suy giảm estrogen. Làm bất hoạt mô LNMTC => giảm đau

Nên dùng kết hợp với addback

Hạn chế:

Tình trạng suy giảm estrogen

- Bốc hỏa, toát mồ hôi, khô âm đạo, mất xương

- Không khuyến cáo GnRHa > 6 tháng: mất xương

Tái phát sau khi ngưng điều trị GnRHa

3.2. Điều trị ngoại khoa

3.2.1. Chỉ định:

- Đau vùng chậu:

- + Không đáp ứng điều trị nội khoa

- + Tình trạng đau cấp nghi do xoắn hay vỡ nang

- + Xâm nhập cơ quan lân cận: tử cung, bàng quang, ruột...

- Nghi ngờ có LNMTC thể buồng trứng

- Hiếm muộn có thêm yếu tố phối hợp

3.2.2. Phương pháp mổ:

- Nội soi là phương pháp được lựa chọn rộng rãi nhiều ưu điểm so với mổ mở.

Với mục tiêu là lấy đi các tổn thương phục hồi giải phẫu vùng chậu và giảm đau

- Trong LNMTC thể buồng trứng:

Xem xét nguyện vọng có thai của người bệnh để quyết định mức độ can thiệp:

- + Nội soi dẫn lưu và đốt lòng nang, khuyến cáo với các nang ≤ 3 cm

- + Nội soi bóc nang, khuyến cáo với các nang ≥ 3 cm, tuy nhiên tăng nguy cơ suy tuyến buồng trứng.

Khuyến cáo ASRM 2004: điều trị nội trước mổ làm ngừng chu kỳ kinh nguyệt, giúp giảm viêm, giảm kích thước khối LNMTC và mạch máu, từ đó giảm nguy cơ chảy máu trong mổ và nguy cơ dính hậu phẫu

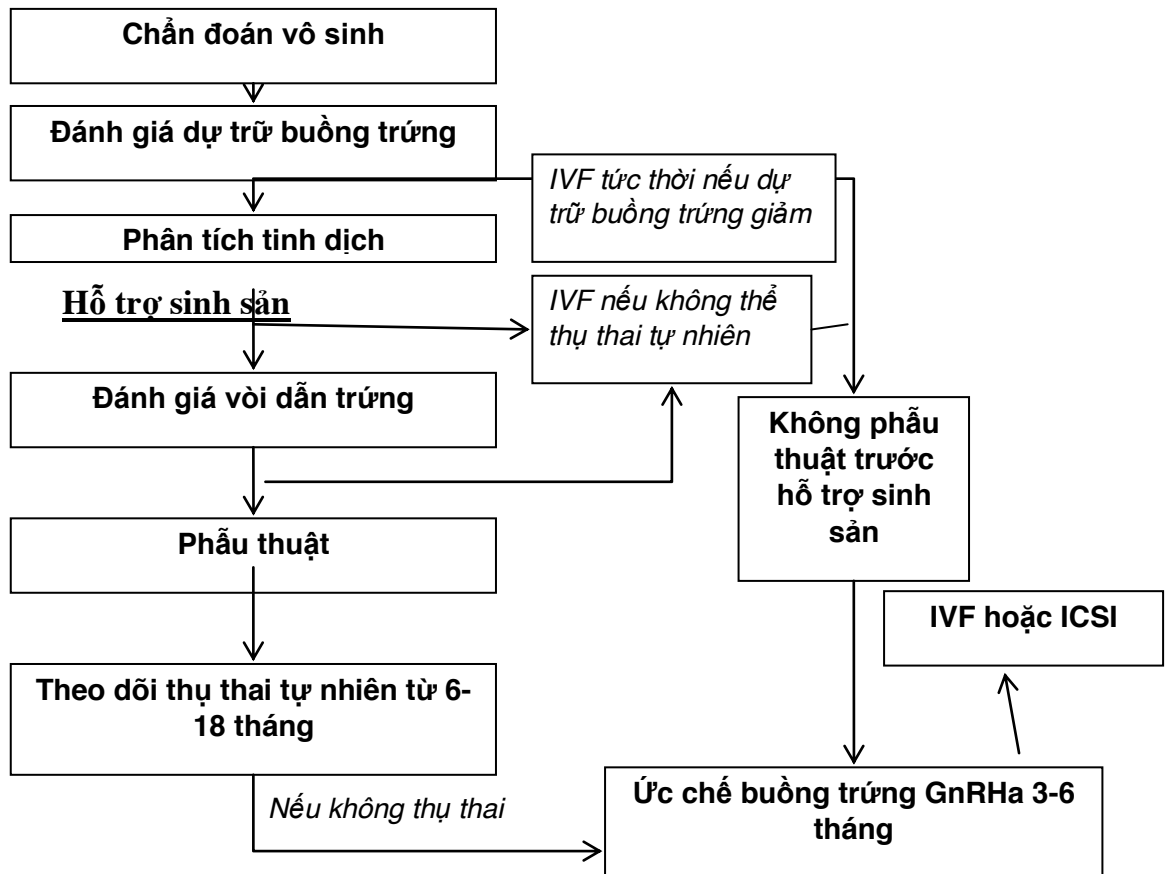
Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật đơn thuần: 15 - 36% trong năm đầu và 33 – 64% trong 5 năm

Hiệp hội ASRM khuyến cáo: điều trị nội khoa sau phẫu thuật nhằm phá hủy tận gốc các tổn thương còn sót lại cũng như nguy cơ tái phát.

Điều trị nội khoa hỗ trợ 3 -6 tháng sau mổ giúp giảm nguy cơ tái phát.

3.3. Mục tiêu điều trị có thai

Sơ đồ điều trị vô sinh trên người bệnh LNMTC mong có thai



- IUI kết hợp kích thích buồng trứng cải thiện khả năng thụ thai ở người bệnh bị LNMTC nhẹ đến trung bình, với điều kiện vòi dẫn trứng bình thường

- Hiệu quả chủ yếu do kích thích buồng trứng, vì IUI đơn thuần có thể không có lợi.

Thu tinh trong ống nghiệm

- Thường được chỉ định bước 1 trên người bệnh LNMTC nặng và chức năng vòi dẫn bất thường, hoặc trên phụ nữ lớn tuổi hoặc/ và chất lượng tinh trùng giảm.

- Tỷ lệ thành công thấp hơn bệnh lý khác

- Điều hòa giảm thụ thể tuyến yên dài hạn trước IVF / ICSI bằng GnRHa cải thiện tỷ lệ mang thai lâm sàng.

Phẫu thuật được chỉ định khi có những tổn thương theo cơ chế:

- A2 = dính gây mất di động của ống dẫn trứng

- T2 = tắc nghẽn hoàn toàn và 2 bên

- O2 = lạc nội mạc tử cung với giảm dự trữ buồng trứng

- RVS 1 và 2 = lạc nội mạc tử cung ở vị trí trực tràng – âm đạo (có hoặc không ảnh hưởng đến đường tiết niệu, có hoặc không tổn thương trực tràng)

- Không phải lúc nào cũng có giới hạn rõ ràng giữa mô lành và mô lạc nội mạc.

- Phá hủy mô rộng bằng đốt điện khi tình trạng viêm vùng chậu lan rộng

- Nguy cơ phá hủy các mô chức năng (vòi trứng, buồng trứng)

TIỀN UNG THƯ VÀ UNG THƯ ÂM HỘ TỔN THƯƠNG TIỀN UNG THƯ

1. KHÁI NIỆM

Da phủ vùng âm hộ là một tập hợp các tế bào biểu mô sinh dục, trải rộng từ phần ngoài cùng của âm đạo tới vùng tầng sinh môn và quanh lỗ hậu môn. Tăng sinh non (neoplasia) ở vùng da âm hộ thường đi kèm với nhiều vị trí loạn sản ở đường sinh dục thấp.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Bệnh diễn biến âm thầm mà không có triệu chứng gì nổi trội, phần lớn người bệnh VIN có triệu chứng ngứa (chiếm 60%), do vậy việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào sự quan sát kỹ bằng mắt và qua soi âm hộ nhằm phát hiện ra những vị trí tổn thương nghi ngờ để sinh thiết.

Chẩn đoán tổn thương tiền ung thư: khoảng 1-2% phụ nữ trẻ có loạn sản cổ tử cung thì cũng có nhiều tổn thương bệnh lý phát triển ở 1/3 trên âm đạo, âm hộ, vùng da tầng sinh môn và xung quanh hậu môn. Các tổn thương này có thể chỉ là các loạn sản trung bình cho đến ung thư tại chỗ với hình ảnh điển hình là tổn thương màu trắng, sừng hoá, nhưng cũng có thể có màu sắc bất thường khác như màu xanh xám, hồng, hoặc nâu. Đôi khi cũng có thể thấy xuất hiện mạch máu bất thường tại âm hộ và khi đó thường đi kèm với tổn thương loạn sản nặng hay ung thư. Sinh thiết để khẳng định chẩn đoán là tiêu chuẩn vàng.

3. ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG TIỀN UNG THƯ

- Bao gồm cắt bỏ rộng tổn thương, kèm theo đốt bỏ bằng laser những tổn thương nhỏ, bôi 5-fluorouracil (5-FU). Ở những phụ nữ trẻ đôi khi tổn thương có thể tự thoái triển.

- Các trường hợp VIN III (ung thư tại chỗ) có khoảng 10- 22% là ở giai đoạn ung thư vi xâm nhập, những trường hợp này điều trị tốt nhất là cắt âm hộ, nhất là ở những phụ nữ lớn tuổi.

- Người bệnh cần được theo dõi sau điều trị ít nhất trong vòng 2 năm, cứ 6 tháng khám lại một lần kết hợp với soi âm hộ.

UNG THƯ ÂM HỘ

1. KHÁI NIỆM

Ung thư âm hộ chiếm khoảng 5% trong số những ung thư phụ khoa và đứng hàng thứ tư trong số những ung thư đường sinh dục, sau ung thư nội mạc tử cung, cổ tử cung, buồng trứng. Lứa tuổi mắc bệnh khoảng 60 – 70, với tuổi trung bình là 65, trong đó 75% người bệnh > 50 tuổi, tuy nhiên cũng có khoảng 15% gặp ở phụ nữ dưới 40 tuổi và có xu hướng tăng lên trong thời gian gần đây ở những phụ nữ trẻ từ 20 – 40 tuổi do có mối liên quan rõ rệt với nhiễm HPV.

Ung thư âm hộ có thể xuất phát từ da, tổ chức dưới da, các thành phần tuyến của âm hộ hoặc từ tế bào biểu mô ở 1/3 dưới âm đạo. Khoảng 90% là ung thư biểu mô vảy. Tổn thương ít gặp nhất là bệnh Paget, ung thư tuyến Bartholin, ung thư tế bào đáy, tế bào sắc tố, sarcoma và di căn từ các cơ quan khác đến.

2. NGUYÊN NHÂN

Các tổn thương ung thư âm hộ được phân ra tùy theo nguồn gốc và mô bệnh học.

2.1. Tế bào biểu mô vảy

Thường gây tổn thương ở nửa trước của âm hộ, 65% khối u nằm ở môi lớn và môi bé, 25% nằm ở âm vật hay tầng sinh môn. Hơn 1/3 các ca là có tổn thương ở cả hai bên. Thường có kèm theo di căn hạch. Tổn thương bắt đầu dưới dạng da vùng đó dày lên, phẳng và trắng do quá sản, rồi dần dần dẫn đến loét, hoại tử và lan rộng gây nhiễm trùng thứ phát và có mùi hôi thối.

2.2. Ung thư tuyến Bartholin:

Chiếm khoảng 1% các ung thư âm hộ. Khoảng 50% có dạng tế bào biểu mô vảy. Phải luôn chẩn đoán phân biệt với nang tuyến Bartholin lành tính, vì vậy những phụ nữ > 40 tuổi mà có nang tuyến Bartholin thì nên được làm giải phẫu bệnh để loại trừ ung thư vì ở tuổi này ít khi là viêm đơn thuần. Do đặc thù của ung thư tuyến Bartholin là nằm sâu ở dưới hai môi lớn nên khối u ung thư thường có xu hướng lan rộng ngay vào vùng trực tràng và hố chậu. Hậu quả là thường có di căn trực tiếp vào hệ thống hạch chậu cũng như hạch ở bẹn.

2.3. Ung thư tế bào đáy

Chiếm khoảng 1-2% ung thư âm hộ. Thường gặp là những tổn thương nhỏ với ổ loét ở giữa và bờ cuộn vào trong. Đôi khi dưới dạng như u sắc tố, u nốt ruồi, hay đơn giản chỉ là vùng tấy đỏ do ngứa mà gây. Carcinoma tế bào đáy xảy ra trên tất cả những vùng có lông trên cơ thể và đôi khi xảy ra tại da vùng môi lớn: (1) dát hoặc mảng lông màu đỏ hoặc nâu (2) khối u nhỏ với vùng trung tâm bị loét. Đặc điểm của tổn thương này là phát triển chậm, thâm nhiễm tại chỗ và không bao giờ di căn hạch. Điều trị cắt bỏ rộng khối u là biện pháp tốt nhất để phòng ngừa tái phát. (nguy cơ tái phát là 20% nếu không cắt rộng)

2.4. Ung thư hắc tố

Chiếm tỷ lệ khoảng 5%, đứng hàng thứ hai trong các ung thư âm hộ. Tổn thương hay gặp ở môi nhỏ và âm vật và thường lan rộng trên bề mặt hướng vào âm đạo và niệu đạo. Biểu hiện tổn thương là u hắc tố đen, đặc biệt giống như nốt ruồi dính nhau. Bệnh có xu hướng di căn sớm ngay từ giai đoạn đầu theo hệ thống hạch. Mọi u sắc tố nghi ngờ đều phải được sinh thiết sớm, nếu tổn thương nhỏ nên lấy ra ngoài từ 0,5 – 1 cm của vùng da bình thường xung quanh.

Điều trị: cắt bỏ khối u tại chỗ rộng và lấy hạch bẹn một bên hoặc cắt âm hộ triệt để, nạo vét hạch bẹn đôi hai bên.

2.5. Bệnh Paget

Chiếm < 1%. Đó là tổn thương trong biểu mô của âm hộ hoặc adenocarcinoma tại chỗ. Bệnh thường tiến triển chậm, tổn thương xuất hiện ở hai vùng khác nhau: 1) tổn thương Paget tại vú. 2) Tổn thương Paget tại âm hộ. Nhưng không giống với Paget vú, ít nhất 20% bệnh Paget âm hộ đi kèm với tổn thương adenocarcinoma – ung thư tuyến bã lông, tuyến Bartholin và loại này thường di căn theo hệ thống hạch và đi xa.

Chẩn đoán: bệnh thường gặp ở những phụ nữ già khoảng 70 tuổi nhưng cũng có thể trẻ hơn với biểu hiện lâm sàng thường gặp là ngứa, đau, khó chịu ở âm hộ, triệu chứng này có thể kéo dài cả năm trước khi có biểu hiện lâm sàng.

Tổn thương có dạng chàm với vảy màu đỏ, nổi lên những mảng trắng nhỏ giống như vết trắng, ngứa khu trú ở một bên môi hoặc lan rộng ra toàn bộ vùng âm hộ. Điều trị bằng cách cắt bỏ tổn thương rộng tại chỗ để lấy hết phần tuyến ngoại tiết của da để xét nghiệm tế bào học xem có adenocarcinoma kèm theo không. Nếu có adenocarcinoma kèm theo thì phải phẫu thuật cắt bỏ âm hộ triệt để kèm theo nạo vét hạch bẹn đùi hai bên.

Bệnh Paget âm hộ có tỷ lệ tái phát tại chỗ cao, ngay tại chỗ cắt bỏ hay tổn thương ở vị trí khác của âm hộ. Khi có tái phát phải cắt rộng lại và thậm chí cắt bỏ âm hộ. Nếu không có di căn hạch thì tiên lượng thường tốt.

2.6. Adenocarcinoma dạng mụn cơm

Tổn thương có biểu hiện sùi như súp lơ hoặc có nhú giống như sùi mào gà, tổn thương này trước kia được gọi là sùi mào gà khổng lồ Buscheke – Lewenstein, tổn thương thường chỉ xâm nhiễm tại chỗ, hiếm khi di căn hạch. Sinh thiết cho phép phân biệt tổn thương này với sùi mào gà và u nhú, cần sinh thiết sâu vì nếu sinh thiết nông thì rất khó đọc. Hình ảnh giải phẫu bệnh: khối u nhú tăng sừng hoá hoặc sừng hoá bình thường, tế bào cầu gai có những nhú ăn sâu với biểu mô biệt hoá cao không có nhân quái nhân chia. Điều trị bằng cắt bỏ rộng tổn thương tại chỗ, và tia xạ phối hợp khi tế bào học là carcinoma không biệt hoá.

2.7. Sarcoma âm hộ

Chiếm 1- 2% các trường hợp ung thư âm hộ, thường là leiomyosarcoma. Biểu hiện trên lâm sàng có thể dưới dạng là những u hạch dưới da hoặc có thể là những u dày, chắc. Điều trị bằng cắt rộng tổn thương tại chỗ, tốt nhất là cắt bỏ âm hộ, nạo vét hạch, kết hợp với điều trị bằng tia xạ và hoá chất. Tiên lượng thường là tồi, và tùy thuộc loại tế bào.

3. Triệu chứng lâm sàng

- Ung thư âm hộ thường đi kèm với một số bệnh lý toàn thân khác, khoảng 10% ở người đái tháo đường, 30 – 50% béo phì và cao huyết áp hay những bệnh lý tim mạch.

- Ngứa âm hộ hay khối u âm hộ là những triệu chứng thường gặp nhất chiếm khoảng > 50%. Một số người bệnh khác đến khám vì chảy máu hay đau âm hộ, nhưng cũng có khoảng 20% người bệnh không có triệu chứng gì và khối u chỉ được phát hiện qua khám phụ khoa định kỳ.

4. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Để chẩn đoán xác định và phân biệt với các tổn thương khác ở âm hộ thì việc sinh thiết để xét nghiệm mô bệnh học là chính xác nhất.

5. CÁC GIAI ĐOẠN CỦA BỆNH

5.1. Phân loại theo Hội sản phụ khoa Quốc tế

- Giai đoạn 0 – CIS: như bệnh Bowen, bệnh Paget không xâm nhiễm.
- Giai đoạn 1 – T1 N0 M0: khối u còn khu trú tại âm hộ, từ 2 cm trở xuống, hạch bẹn không sờ thấy hoặc sờ thấy cùng bên nhưng không to và còn di động.
- Giai đoạn 2 – T2 N0 M0: khối u còn khu trú tại âm hộ, từ 2 cm trở lên, hạch bẹn không sờ thấy hoặc sờ thấy cùng bên nhưng không to và còn di động.
- Giai đoạn 3 – T3 N0 M0 hoặc T3 N1 M0: khối u ở bất kỳ kích thước nào: (1) đã lan ra niệu đạo hoặc âm đạo, tầng sinh môn, hậu môn; (2) T1 N1 M0 hoặc T2 N1 M0: Có thể sờ thấy 1 hoặc 2 bên hạch to, chắc, di động và chưa dính.
- Giai đoạn 4: khối u ở bất kỳ kích thước nào: T1 N2 M0 hay T2 N2 M0(1) đã xâm nhiễm bàng quang, niêm mạc bàng quang, niêm mạc trực tràng hoặc cả hai, bao gồm cả phần trên của niêm mạc niệu đạo; (2) Bất kỳ T, Bất kỳ N, M1: dính vào xương hoặc di căn xa, gồm cả hạch chậu

5.2. Phân loại theo hệ thống TNM

- T: khối u nguyên phát.
- T1: khối u khu trú tại âm hộ, đường kính lớn nhất < 2cm.
- T2: khối u khu trú tại âm hộ, đường kính lớn nhất > 2cm.
- T3: khối u ở bất kỳ kích thước nào đã lan tới niệu đạo và / hoặc âm đạo và / hoặc tầng sinh môn và / hoặc hậu môn.

T4: khối u bất kỳ kích thước nào đã xâm nhiễm tới niêm mạc bàng quang và / hoặc niêm mạc trực tràng bao gồm cả phần trên của niêm mạc niệu đạo và / hoặc dính vào xương.

N: hạch tại chỗ

N0: không sờ thấy.

N1: sờ thấy hạch bên cùng bên, không to, di động (về mặt lâm sàng không nghĩ tới hạch ác tính).

N2: sờ thấy hạch ở một bên hoặc hai bên bên, to, chắc, di động (về lâm sàng nghi ngờ hạch ác tính).

N3: hạch dính nhau, không di động hoặc loét.

M: di căn

M0: không có biểu hiện lâm sàng di căn xa.

M1A: có thể sờ thấy hạch bên chậu sâu.

M2A: những di căn xa khác.

6. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị ung thư âm hộ là phẫu thuật. Nếu giai đoạn đầu của bệnh và tùy loại ung thư thì có thể cắt bỏ rộng toàn bộ tổn thương, tuy nhiên phải khám tổng thể toàn bộ đường sinh dục để phát hiện các bệnh lý khác của tử cung, cổ tử cung đi kèm theo, nhất là khi có chảy máu đi kèm vì đa số người bệnh lớn tuổi, đã mãn kinh. Nếu tổn thương đã lan rộng thì tốt nhất là cắt bỏ âm hộ kèm theo nạo vét hạch vùng bẹn hoặc thậm chí cả hệ thống hạch chậu. Kết hợp tia xạ và hoá chất sau nạo (thường là Cisplatin và 5 - FU). Một số nghiên cứu cho thấy việc điều trị và hoá chất trước mổ cho hiệu quả điều trị tốt hơn và giảm tỷ lệ bệnh phải phẫu thuật cắt bỏ rộng.

CHỮA TRỨNG

1. KHÁI NIỆM

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.

2.1.2. Thực thể

- 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 phần 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 thùy, 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 sẩy 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 sẩy 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 β hCG >500 UI/L sau nạo trứng 8 tuần

Nồng độ β 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.

U NGUYÊN BÀO NUÔI

1. KHÁI NIỆM

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.

- + Vi 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)

Yếu tố tiên lượng	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
βhCG (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 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.

UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

1. KHÁI NIỆM

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 bám 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
- Tế bào vảy không điển hình	- Không điển hình
+ Ý nghĩa chưa xác định (ASCUS)	+ Tế bào tuyến cổ tử cung liên quan tân sản ác tính
+ Không thể loại trừ tổn thương nội biểu mô vảy độ cao (ASCUS-H)	+ Tế bào tuyến liên quan tân sản ác tính
- Tổn thương tế bào nội biểu mô vảy độ thấp (LSIL), bao gồm HPV, Loạn sản nhẹ/ CIN I	- Ung thư tế bào biểu mô tuyến cổ tử cung tại chỗ
- Tổn thương tế bào nội biểu mô vảy độ cao (HSIL), bao gồm loạn sản trung bình, loạn sản nặng, CINII/CINIII	- Ung thư tế bào biểu mô tuyến
- Có dấu hiệu nghi ngờ ung thư xâm nhập	+ Biểu mô tuyến cổ tử cung
- Ung thư tế bào biểu mô vảy	+ 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 ≤ 3 mm từ màng đáy, rộng ≤ 7 mm từ bề mặt hay tuyến mà nó phát sinh;
IA2	Tổn thương sâu ≤ 5 mm, rộng ≤ 7 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. (ít làm)

- 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.

UNG THƯ NIÊM MẠC TỬ CUNG

1. KHÁI NIỆM

Ung thư biểu mô nội mạc tử cung là u biểu mô ác tính nguyên phát từ biểu mô nội mạc tử cung, thường biệt hóa dạng tuyến, nó có khả năng xâm nhập lớp cơ và lan đến những nơi xa.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Triệu chứng cơ năng

+ Ra máu âm đạo bất thường ở phụ nữ đã mãn kinh hoặc rong kinh, rong huyết ở phụ nữ tiền mãn kinh hoặc còn kinh. Triệu chứng này hay gặp khoảng (80%).

+ Chảy dịch hôi âm đạo có thể gặp khoảng 30% các người bệnh. Chảy dịch thường do nhiễm khuẩn, máu lẫn chất hoại tử tạo mùi hôi.

+ Đau vùng hạ vị thường xuất hiện muộn khi khối u đã lan tràn hoặc xâm lấn vào các bộ phận khác trong hố chậu, triệu chứng này có thể gặp khoảng 20,4%.

2.1.2. Triệu chứng thực thể

Các dấu hiệu thăm khám lâm sàng thường ít thấy. Đặt mỏ vịt chẩn đoán loại trừ trường hợp ra máu từ cổ tử cung. Nếu người bệnh đến ở giai đoạn muộn có thể thấy thân tử cung to, hoặc có xâm lấn cổ tử cung, âm đạo hay có dấu hiệu di căn xa.

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: Siêu âm, đặc biệt là siêu âm đầu dò âm đạo được sử dụng đánh giá ban đầu với những người bệnh nghi ngờ ung thư nội mạc tử cung. Siêu âm cho phép nhận biết chiều dày bất thường của nội mạc tử cung, độ xâm lấn u.

- Chụp buồng tử cung có thuốc cản quang: hiện bỏ ít dùng

- Chụp MRI: cho phép đánh giá chẩn đoán u tại chỗ và các mức độ xâm nhập u cũng như những tổn thương nghi ngờ di căn.

- Sinh thiết nội mạc tử cung: sinh thiết nội mạc tử cung là yêu cầu bắt buộc trong chẩn đoán ung thư nội mạc tử cung. Nhằm đánh giá tổn thương là lành tính hay ác tính và độ mô học, tít mô bệnh học và ung thư nguyên phát ở nội mạc tử cung hay của cổ tử cung.

- Soi buồng tử cung :soi buồng tử cung cho phép nhìn thấy tổn thương, xác định mức độ lan rộng bề mặt và định hướng cho sinh thiết đúng vị trí tổn thương để chẩn đoán mô bệnh học.

- Chất chỉ điểm sinh học: các chất chỉ điểm như CA-125, TAG-72, CA 15-3, LSA... có thể tăng trong ung thư nội mạc tử cung. Tuy nhiên, các chất chỉ điểm này thường chỉ tăng trong giai đoạn muộn của bệnh.

2.3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào chẩn đoán sinh thiết niêm mạc tử cung.

2.4. Phân loại thể, mức độ

Phân loại mô học các ung thư nội mạc của WHO 2003 hiện nay được sử dụng rộng rãi, gồm các loại sau:

- Ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc tử cung (Endometrioid adenocarcinoma)
- + Biến thể với biệt hóa vảy (Variant with squamous differentiation)
- + Biến thể tuyến nhung mao (Villoglandular variant)
- + Biến thể chế tiết (Secretory variant)
- + Biến thể tế bào có lông (Ciliated cell variant)
- Ung thư biểu mô tuyến nhầy (Mucinous adenocarcinoma)
- Ung thư biểu mô tuyến thanh dịch (Serous adenocarcinoma)
- Ung thư biểu mô tuyến tế bào sáng (Clear cell adenocarcinoma)
- Ung thư biểu mô tuyến hỗn hợp (Mixed adenocarcinoma)
- Ung thư biểu mô tế bào vảy (Squamous cell carcinoma)
- Ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp (Transitional cell carcinoma)
- Ung thư biểu mô tế bào nhỏ (Small cell carcinoma)
- Ung thư biểu mô không biệt hóa (Undifferentiated carcinoma)

2.5. Chẩn đoán giai đoạn(FIGO 1988)

Giai đoạn	Tiêu chuẩn
I	U khu trú ở thân tử cung
IA	U giới hạn ở nội mạc tử cung
IB	U xâm lấn dưới ½ cơ tử cung
IC	U xâm lấn trên ½ cơ tử cung
II:	U xâm lấn tới cổ tử cung nhưng không lan ra khỏi tử cung
IIA	
IIB	Xâm lấn tuyến cổ tử cung
III:	Xâm lấn mô đệm cổ tử cung
IIIA	U lan ra ngoài tử cung nhưng còn khu trú trong khung chậu
IIIB	U xâm lấn tới thanh mạc và/ hoặc phần phụ và /
IIIC	hoặc tế bào học dịch rửa phúc mạc dương tính
IV:	U lan tới âm đạo
	U lan tới khung chậu và/ hoặc hạch cạnh động mạch chủ
IVA	
IVB	U xâm lấn tới niêm mạc bàng quang và/ hoặc niêm mạc đại tràng Sigma hoặc di căn xa
	U xâm lấn niêm mạc bàng quang và/ hoặc niêm mạc đại tràng sigma
	Di căn xa bao gồm cả hạch ổ bụng và hạch bẹn

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc chung

Trong các phương pháp điều trị ung thư nội mạc, phẫu thuật được coi là biện pháp ưu tiên hàng đầu. Có hai phương pháp phẫu thuật: Phẫu thuật mở bụng và phẫu thuật nội soi. Xạ trị là phương pháp điều trị hữu hiệu thứ hai trong điều trị ung thư nội mạc tử cung. Điều trị xạ trị, hóa trị và nội tiết cho các trường hợp giai đoạn muộn.

3.2. Điều trị cụ thể

Chỉ định điều trị dựa vào phân loại bệnh theo FIGO:

+ Giai đoạn I: cắt tử cung hoàn toàn, phần phụ hai bên và lấy hạch chậu, hạch cạnh động mạch chủ. Điều trị tia xạ hỗ trợ khi có các yếu tố tiên lượng xấu.(độ mô học 2 hoặc 3, hoặc có xâm lấn trên ½ chiều sâu lớp cơ). Nếu ung thư niêm mạc tử cung đã lan xuống ống cổ tử cung và thâm nhiễm thì phải áp dụng phẫu thuật Wertheim.

+ Giai đoạn II: cắt tử cung hoàn toàn, hai phần phụ và lấy hạch. Sau 4-6 tuần tiến hành tia xạ hậu phẫu toàn khung chậu sau đó xạ áp sát. Trường hợp tổn thương tại cổ tử cung lớn thì tia xạ trước, sau 4 – 6 tuần mới tiến hành phẫu thuật.

+ Giai đoạn III: phẫu thuật và xạ trị vẫn là phương pháp điều trị chính. Nếu mổ được thì cắt tử cung hoàn toàn và xạ trị, nếu không thì xạ bằng kim radium đặt tại chỗ và hóa trị liệu hormon.

+ Giai đoạn IV: người bệnh ở giai đoạn muộn hoặc tái phát ở các vị trí xa, có thể điều trị tia xạ chống đau, chống chảy máu và chèn ép. Điều trị nội tiết và điều trị bằng progestatif.

4. THEO DÕI

Theo dõi định kỳ 3 tháng/lần trong 2 năm đầu, 6 tháng /lần trong 2 năm tiếp theo và sau đó mỗi năm một lần.

5. PHÒNG BỆNH

Ở những phụ nữ >40 tuổi nếu xét nghiệm tế bào phụ khoa có các đám tuyến nội mạc cần được hút buồng tử cung để làm xét nghiệm mô bệnh học, nhưng phụ nữ ra máu sau mãn kinh cần siêu âm để đánh giá độ dày nội mạc, soi buồng tử cung và lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm mô bệnh học, nhất là những người bệnh béo phì hoặc có tiền sử điều trị Tamoxifen.

UNG THƯ BUỒNG TRỨNG

1. KHÁI NIỆM

Buồng trứng thuộc cơ quan sinh dục nữ vừa có nguồn gốc bào thai phức tạp, vừa có chức năng tạo giao tử và còn là tuyến nội tiết, đồng thời nó cũng chịu ảnh hưởng của những tuyến nội tiết khác. Cơ chế bệnh sinh các u biểu mô buồng trứng rất phức tạp và do vậy, hình thái và cấu trúc của mô u rất phong phú và đa dạng hơn bất kỳ mô tạng nào khác trong cơ thể người.

Trên thế giới, tỷ lệ ung thư buồng trứng chiếm khoảng 30% tổng số các ung thư sinh dục nữ.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

Các u buồng trứng ác tính hầu hết thuộc nhóm biểu mô (từ 80-90% các ung thư buồng trứng). Biểu hiện lâm sàng tùy thuộc vào giai đoạn bệnh.

- Giai đoạn sớm: khi u nhỏ hầu như ít có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu.

- Giai đoạn muộn:

+ Cơ năng: khó chịu ở bụng, cảm giác nặng bụng, đầy bụng và bụng lớn

Rối loạn kinh nguyệt

Rối loạn tiêu hoá

Rối loạn tiểu tiện

+ Thực thể: Nếu là u lớn có thể sờ được trên bụng

Khám âm đạo phối hợp với khám bụng: khối cạnh tử cung, di động hay ít di động, độc lập với tử cung, u có thể xâm lấn vùng chậu hay không.

Các u có nguồn gốc mô đệm-dây sinh dục thường có hoạt động chế tiết gây nên những biểu hiện đặc trưng: chế tiết estrogen gây dậy thì sớm và rối loạn kinh nguyệt, chế tiết androgen gây nên tình trạng vú teo, tử cung teo, mất kinh và các đặc tính sinh dục nam biểu hiện ngày càng rõ; mọc râu, lông kiểu nam giới, thay đổi dáng người, giọng nói trầm, âm vật to lên, đôi khi thay đổi cả tâm lý. Các dấu hiệu khác có thể gặp như trong hội chứng Meigs, Cushing, Peutz-Jeghs...

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Siêu âm

Đặc điểm chung của các u buồng trứng ác tính trên siêu âm là: Khối có thường có kích thước lớn, thành dày, ranh giới khó xác định. Cấu trúc âm là khối hỗn hợp xen lẫn phần đặc, phần dịch do hoại tử. Khối thường có vách, nhú trong lòng khối có kích thước lớn, bờ nhú nham nhở giống hình suplo. Đánh giá dịch ổ bụng.

2.2.2. Chụp cắt lớp vi tính

Giúp đánh giá tình trạng xâm lấn và di căn của khối u.

2.2.3. Xét nghiệm các chất chỉ điểm khối u

CA-125 tăng cao trong hơn 80% ung thư biểu mô buồng trứng và có thể tăng trong một số tình trạng lành tính.

AFP và hCG có thể tăng trong các trường hợp u tế bào mầm.

HE4: độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn CA - 125

2.2.4. Tế bào học

Tế bào học dịch ổ bụng tìm tế bào ung thư.

2.2.5. Soi ổ bụng

Soi ổ bụng giúp đánh giá được tổn thương, giai đoạn bệnh, đồng thời sinh thiết bệnh phẩm làm xét nghiệm mô bệnh học. Tuy nhiên, soi ổ bụng có nguy cơ gây vỡ u hoặc làm lan tràn ung thư ra ổ bụng và thành bụng. Vì vậy, chỉ nên tiến hành sinh thiết khi có nghi ngờ và với những u còn nhỏ đồng thời nên tiến hành ở những cơ sở có khả năng phẫu thuật tốt.

2.2.6. Mổ thăm dò và chẩn đoán sinh thiết tức thì

Sinh thiết tức thì là một phương pháp chẩn đoán mô bệnh học trong lúc mổ trên các tiêu bản được cắt từ máy cắt lạnh (Cryostat). Phương pháp này giúp các nhà phẫu thuật có một thái độ xử lý đúng đắn, làm giảm số lần phẫu thuật, rút ngắn thời gian điều trị, góp phần quan trọng trong điều trị các khối u và ung thư nói chung. Độ chính xác, độ đặc hiệu của xét nghiệm này với u buồng trứng vào khoảng 98,2% và 100%.

2.2.7. Chẩn đoán mô bệnh học

Chẩn đoán mô bệnh học là chẩn đoán quyết định và cần thiết trước khi tiến hành điều trị cho người bệnh. Để chẩn đoán chính xác cần lấy đúng vùng mô u, tránh lấy vào vùng hoại tử, lấy nhiều vùng khác nhau và cần cố định bệnh phẩm ngay sau khi lấy ra khỏi cơ thể với dung dịch formol trung tính 10% trước khi gửi xuống khoa Giải phẫu bệnh. Theo phân loại của Tổ chức y tế thế giới (2003), các ung thư buồng trứng được chia thành các nhóm chính sau:

<p>Những u thanh dịch ác tính</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ung thư biểu mô tuyến - Ung thư biểu mô tuyến nhú bề mặt - Ung thư biểu mô tuyến xơ <p>Những u dạng nội mạc ác tính</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ung thư biểu mô tuyến không kể tên - Ung thư biểu mô tuyến xơ - U hỗn hợp Muller ác tính - Saccôm tuyến - Saccôm mô đệm dạng nội mạc tử cung (độ thấp) - Saccôm buồng trứng không biệt hoá <p>U tế bào mầm ác tính: Bao gồm ung thư tế bào mầm nguyên thủy và u quái không thành thực.</p>	<p>Những u chế nhậy ác tính</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ung thư biểu mô tuyến - Ung thư biểu mô tuyến xơ <p>Những ung thư tế bào sáng</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ung thư biểu mô tuyến - Ung thư biểu mô tuyến xơ <p>Những ung thư tế bào chuyển tiếp</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp (không phải loại Brenner) - U Brenner ác tính <p>Ung thư biểu mô tế bào vảy</p> <p>Ung thư biểu mô không biệt hoá</p> <p>U tế bào steroid (Biệt hóa cao và ác tính)</p>
---	--

2.4. Phân loại giai đoạn lâm sàng. Theo FIGO2013

Giai đoạn	Mô tả
I	U giới hạn ở buồng trứng hoặc vòi tử cung
IA	U giới hạn ở một buồng trứng (vỏ bọc còn nguyên vẹn) hoặc vòi tử cung; không có khối u trên bề mặt buồng trứng hoặc vòi tử cung; không có tế bào ác tính ở dịch ổ bụng hoặc dịch rửa màng bụng .
IB	U còn giới hạn ở cả hai buồng trứng (vỏ bọc còn nguyên vẹn) hoặc vòi tử cung; không có u ở bề mặt buồng trứng hoặc vòi tử cung; không có tế bào ác tính ở dịch ổ bụng hoặc dịch rửa màng bụng.
IC	U giới hạn ở một hoặc cả hai buồng trứng hoặc vòi tử cung không có kèm theo bất kỳ dấu hiệu nào dưới đây:
IC 1	Vỡ khối u trong phẫu thuật
IC 2	Vỡ vỏ khối u trước phẫu thuật hoặc có khối u trên bề mặt buồng trứng hoặc vòi tử cung
IC 3	Có tế bào ác tính ở dịch ổ bụng hoặc dịch rửa màng bụng.
II	U ở một hoặc hai buồng trứng hoặc vòi tử cung có lan tràn vào khung chậu (dưới giới hạn của tiểu khung) hoặc khối u bắt đầu di căn phúc mạc
IIA	Lan đến và/hoặc xâm lấn vào tử cung và/hoặc ống dẫn trứng và/ hoặc buồng trứng
IIB	Xâm lấn những tổ chức trong phúc mạc tiểu khung
III	U ở một hoặc hai buồng trứng hoặc vòi tử cung hoặc khối u bắt đầu di căn phúc mạc với tế bào học hoặc giải phẫu bệnh khẳng định có lan tràn đến phúc mạc ngoài tiểu khung và/hoặc di căn hạch lymphosau phúc mạc
IIIA1	Chỉ có hạch lympho sau phúc mạc dương tính (tế bào

	học hoặc giải phẫu bệnh minh chứng)
IIIA1 (i)	Đường kính lớn của hạch di căn $\leq 10\text{mm}$
IIIA1 (ii)	Đường kính lớn của hạch di căn $> 10\text{mm}$
IIIA2	Di căn vi thể phúc mạc ngoài tiêu khung (trên giới hạn của TK) cùng với hoặc không có hạch sau phúc mạc dương tính
IIIB	Di căn đại thể ở phúc mạc ngoài tiêu khung có đường kính lớn $\leq 2\text{cm}$ cùng với hoặc không có hạch sau phúc mạc dương tính
IIIC	Di căn phúc mạc ngoài tiêu khung, có đường kính lớn $> 2\text{cm}$ cùng với hoặc không có hạch sau phúc mạc dương tính (bao gồm khối u lan tới vỏ của gan và lách, chưa lan đến nhu mô các cơ quan này)
IV	Di căn xa ngoài trừ di căn phúc mạc
IVA	Tràn dịch màng phổi với tế bào học dương tính
IVB	Di căn tới nhu mô và di căn cơ quan ngoài ổ bụng (bao gồm hạch bẹn và hạch ngoài ổ bụng)

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc chung, mục tiêu điều trị

Mục tiêu của điều trị nhằm loại bỏ khối u triệt để nhất (có thể) bằng phẫu thuật sau đó có thể kết hợp hóa trị hay xạ trị. Với các ung thư giai đoạn muộn, cần hóa trị trước nhằm giảm tổng lượng khối u và chuyển thành giai đoạn có thể phẫu thuật được.

3.2. Điều trị

3.2.1. Phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật: phẫu thuật được chỉ định cho hầu hết các trường hợp ung thư buồng trứng, trừ khi u đã ở giai đoạn IV.

Phẫu thuật ở giai đoạn sớm.

- Phẫu thuật chuẩn đối với tất cả các người bệnh ung thư buồng trứng giai đoạn sớm là: cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ và mạc nối lớn.

- Đối với ung thư biểu mô: những người bệnh mong muốn bảo tồn chức năng sinh sản mà bệnh ở giai đoạn Ia, Ib và mô bệnh học độ I thì có thể cắt phần phụ bên có u và giữ tử cung và phần phụ bên lành.

- Đối với trường hợp u tế bào mầm: nhờ hiệu quả cao của hoá trị liệu, trong trường hợp khối u hai bên, kết quả cắt lạnh là ác tính thì việc bóc khối u 1 hoặc 2 bên buồng trứng chỉ áp dụng với một số người bệnh được lựa chọn cho những người bệnh rất tha thiết bảo tồn chức năng sinh sản.

- Luôn lấy dịch rửa tiểu khung làm tế bào để đánh giá giai đoạn bệnh.

- Sinh thiết cơ hoành.

- Vết hạch chậu hai bên và hạch cạnh động mạch chủ hoặc chỉ sinh thiết hạch.

- Sinh thiết mạc nối lớn.

- Sinh thiết phúc mạc cạnh trực tràng và bề mặt khung chậu.

- Sinh thiết buồng trứng bên đối diện nếu nghi ngờ.

- Cắt ruột thừa trong trường hợp ung thư biểu mô nhầy.

Phẫu thuật ở giai đoạn muộn.

Đa số người bệnh ung thư buồng trứng phát hiện ở giai đoạn muộn và gần 75% khối u lan lên phía trên ổ bụng. Do đó điều quan trọng là cần lựa chọn được người bệnh nào có thể phẫu thuật cắt bỏ hết khối u trong ổ bụng hay phải điều trị hoá chất tân bổ trợ trước.

Cắt tử cung hoàn toàn và hai phần phụ đường mở bụng,

Cắt mạc nối lớn hoàn toàn.

- Cắt bỏ tất cả các khối u có thể nhìn thấy được. Phẫu thuật lấy khối u tối đa (phần u còn lại < 1cm).

- Phẫu thuật cắt lách: trong các trường hợp di căn tới rốn, vỏ hoặc nhu mô lách, khoảng 6% trường hợp.

- Cắt đại tràng Sigma khi khối u thâm nhiễm vào cùng đồ.

Phẫu thuật mở ổ bụng thăm dò lại (Second-look)

3.2.2. Hóa trị liệu

Hóa trị được chỉ định trong nhiều tình huống khác nhau:

+ Giai đoạn sớm có nguy cơ cao: hóa trị mang tính hỗ trợ sau phẫu thuật tận gốc nhằm giảm thiểu nguy cơ tái phát.

+ Giai đoạn lan rộng: Có nhiều kiểu phối hợp hóa trị gây đáp ứng với phẫu thuật để tăng thêm thời gian sống thêm toàn bộ cũng như thời gian sống thêm không bệnh.

- Hóa trị đối với ung thư biểu mô: hóa trị dựa trên chất platinum (cisplatin, carboplatin) đơn độc hoặc phối hợp Alkyl hóa hoặc phối hợp paclitaxel

- Hóa trị các ung thư tế bào mầm và dây sinh dục

U tế bào mầm ác tính: không cần điều trị hóa chất cho u quái không trưởng thành mức độ I, giai đoạn Ia đã phẫu thuật thì không cần điều trị hóa chất thêm. Các trường hợp khác thì điều trị hóa chất sau phẫu thuật: Phác đồ BEP, PVB hoặc VAC.

Các u dây sinh dục đối với giai đoạn I, hóa chất được áp dụng cho phụ nữ < 40 tuổi và các giai đoạn sau. Phác đồ thường dùng là: PVB hoặc cisplatin + doxorubicin + etoposide.

3.3. Chăm sóc toàn diện

Người bệnh ung thư buồng trứng ngày nay thường được chăm sóc và điều trị bằng nhiều phương pháp phối hợp (Interdisciplinary). Các ung thư có khuynh hướng di căn tiến tại chỗ, tại vùng trong thời gian dài và thường được điều trị bằng các phương pháp nhằm vào tại chỗ và tại vùng (phẫu trị, xạ trị) trong giai đoạn tổn thương còn khu trú. Tuy thế, ngay cả các người bệnh ung thư buồng trứng ở giai đoạn sớm có khả năng điều trị tận gốc, bên cạnh việc xem xét điều trị tại chỗ, tại vùng thì người bệnh cũng cần được chăm sóc toàn diện:

- Điều trị toàn trạng chung, bao gồm cả vấn đề tâm lý người bệnh và gia đình để họ cộng tác tốt và tiếp nhận việc điều trị đặc hiệu.

- Điều trị, chăm sóc các triệu chứng liên quan đến các tổn thương ung thư có thể có (đau, bội nhiễm).

- Điều trị, chăm sóc các triệu chứng do việc điều trị gây ra (đau do phẫu thuật, nôn do hoá trị, bỏng loét do xạ trị...).

- Cân nhắc chỉ định, hiệu quả và tác dụng phụ của các biện pháp điều trị hỗ trợ toàn thân.

4. TIẾN TRIỂN

Các ung thư buồng trứng hiện có tỷ lệ mắc khá cao, có xu hướng gia tăng. Các triệu chứng của ung thư buồng trứng rất nghèo nàn, diễn biến bệnh phức tạp. Hầu hết các trường hợp ung thư buồng trứng thường được chẩn đoán muộn nên việc điều trị hết sức khó khăn.

5. TIÊN LƯỢNG

Tỷ lệ sống thêm 5 năm tương quan trực tiếp tới giai đoạn bệnh. Giai đoạn I sống thêm 5 năm từ 60 - 80% . Giai đoạn II sống thêm 5 năm khoảng 40%. Giai đoạn III từ 15 - 20% và giai đoạn IV tỷ lệ sống thêm 5 năm chỉ còn dưới 5%. Giai đoạn I có độ biệt hoá cao và vừa sống thêm 5 năm là 90%.

RONG KINH RONG HUYẾT

1. KHÁI NIỆM

- Chảy máu bất thường từ niêm mạc tử cung, thường được gọi là rong kinh – rong huyết là một vấn đề thường gặp trong lâm sàng phụ khoa với rất nhiều nguyên nhân khác nhau. Rong kinh, rong huyết đều là triệu chứng của nhiều tình trạng hoặc bệnh lý khác nhau.

- Rong kinh là hiện tượng ra máu từ đường sinh dục kéo dài quá 7 ngày, có chu kỳ.

- Rong huyết là hiện tượng ra máu từ đường sinh dục kéo dài trên 7 ngày, không có chu kỳ.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

Khai thác bệnh sử: tần suất, thời gian và lượng kinh, xác định chảy máu có chu kỳ hay không. Chảy máu có chu kỳ thường liên quan với có phóng noãn. Các đặc điểm khác bao gồm tuổi người bệnh, tiền sử tình dục (xác định nguy cơ của bệnh lây truyền qua đường tình dục), các bệnh phụ khoa trước đó, sử dụng thuốc hoặc các hormon ngừa thai và các bệnh nội khoa mãn tính.

Tìm các dấu hiệu toàn thân khi khám thực thể. Cần đặc biệt chú ý đến các dấu hiệu và triệu chứng của nhược năng giáp, bệnh gan, tăng prolactin máu, các rối loạn ăn uống và bệnh đông máu.

Khám phụ khoa cẩn thận, nên bao gồm cả khám trực tràng phối hợp với ấn bụng để xác định có hay không có các tổn thương thực thể trên đường sinh dục nữ.

2.2. Cận lâm sàng

Tùy theo từng tình huống để chỉ định xét nghiệm, thăm dò phù hợp:

- Công thức máu.
- Test thử thai đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.
- Tế bào cổ tử cung

- Siêu âm phụ khoa (đường bụng ± đường âm đạo) khảo sát tử cung và 2 phần phụ
- Xét nghiệm nội tiết tố phụ khoa: estrogen, progesteron, FSH, LH, prolactin.
- Xét nghiệm dịch âm đạo - cổ tử cung để tìm lậu cầu hoặc *Trichomonas vaginalis* nếu nghi ngờ.
- Soi buồng tử cung
- Nạo sinh thiết từng phần ống cổ tử cung và niêm mạc tử cung.

2.3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào kết quả khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng.

2.4. Chẩn đoán phân loại

2.4.1. Rong kinh, rong huyết tuổi trẻ

Trước kia người ta cho rằng cường estrogen (tồn tại nang noãn) làm cho niêm mạc tử cung quá sản tuyến nang. Ngày nay, người ta thấy estrogen có thể thấp, bình thường hoặc cao. Cơ bản là do FSH và LH không đầy đủ để kích thích buồng trứng, nguyên do rối loạn hoạt động của vùng dưới đồi. Thường là giai đoạn hoàng thể kém, không phóng noãn, không có giai đoạn hoàng thể.

Biểu hiện lâm sàng:

- Kinh nguyệt kéo dài, thường là máu tươi, xảy ra sau một vòng kinh dài (chậm kinh).
- Toàn trạng thiếu máu.
- Khám thực thể nhiều khi tử cung to mềm, cổ tử cung hé mở (cần phân biệt với sảy thai)

2.4.2. Rong kinh, rong huyết tiền mãn kinh

Các trường hợp rối loạn kinh nguyệt tiền mãn kinh cần phải loại trừ các nguyên nhân ác tính.

- Trong giai đoạn tiền mãn kinh sinh thiết niêm mạc tử cung thường có hình ảnh quá sản dạng tuyến nang, gấp nhiều gấp 10 lần so với lứa tuổi 20 - 45.
- Trong giai đoạn sau mãn kinh hay gặp hình ảnh niêm mạc tử cung teo, niêm mạc tử cung không hoạt động.

2.4.3. Cường kinh (kinh nhiều)

So với hành kinh bình thường, lượng huyết ra nhiều. Thường kèm với rong kinh.

- Nguyên nhân

Phần lớn do tổn thương thực thể ở tử cung, u xơ tử cung, polype tử cung, lạc nội mạc tử cung tại cơ tử cung làm tử cung không co bóp được, niêm mạc tử cung khó tái tạo nên khó cầm máu. Cũng có thể do tử cung kém phát triển.

Cường kinh cơ năng ít gặp hơn.

2.4.4. Rong kinh do chảy máu trước kinh

Có thể do tổn thương thực thể như viêm niêm mạc tử cung, polype buồng tử cung, nhưng cũng có thể do giai đoạn hoàng thể ngắn vì hoàng thể teo sớm, estrogen và progesteron giảm nhanh.

2.4.5. Rong kinh do chảy máu sau kinh

- Thực thể: khá thường gặp, có thể do viêm niêm mạc tử cung, u xơ tử cung, polyp buồng tử cung, u ác tính trong buồng tử cung.

- Cơ năng: có thể do niêm mạc tử cung có những vùng bong chậm hoặc những vùng tái tạo chậm.

- Điều trị

2.5. Chẩn đoán phân biệt:

Ra máu từ đường tiêu hoá: trĩ, ung thư đường tiêu hóa thấp.

Ra máu từ đường tiết niệu: nhiễm trùng đường tiểu, u đường tiểu, sỏi đường tiểu.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc chung, mục tiêu điều trị

Điều trị rong kinh rong huyết bao gồm điều trị nguyên nhân (nếu có), làm ngừng tình trạng ra máu từ niêm mạc tử cung, tái lập chu kỳ kinh bình thường (nếu người phụ nữ nằm trong độ tuổi sinh đẻ) và điều trị hỗ trợ, nâng cao thể trạng.

3.2. Điều trị cụ thể một số rong kinh rong huyết thường gặp (nội khoa, ngoại khoa, hướng dẫn chuyên tuyến)

Rong kinh rong huyết cần được bác sĩ sản phụ khoa điều trị tại cơ sở y tế tuyến Huyện trở lên. Trong phần này chủ yếu đề cập đến xử trí rong kinh – rong huyết cơ năng.

3.2.1. Rong kinh, rong huyết tuổi trẻ

Bước đầu tiên là loại trừ những nguyên nhân ác tính, các bệnh về máu nhất là ở những người con gái trong lần thấy kinh đầu tiên đã bị rong kinh, sau đó mới đặt vấn đề điều trị cầm máu.

Nạo bằng hormon: tiêm progesteron hoặc uống progestagen 20mg/ ngày. Thông thường 4 - 5 ngày cầm máu. Ngừng thuốc 2 - 3 ngày ra huyết trở lại làm bong triệt để niêm mạc tử cung. Thời gian và lượng máu khi ra huyết trở lại tương tự như huyết kinh của người bình thường.

Đề phòng rong kinh trong vòng kinh sau cho tiếp vòng kinh nhân tạo, có thể cho progestagen đơn thuần vào nửa sau dự kiến của vòng kinh, có thể cho kết hợp estrogen với progestagen như kiểu viên thuốc tránh thai.

Có thể cho thuốc kích thích phóng noãn như clomifen.

Kết hợp với các thuốc cầm máu, thuốc co hồi tử cung (oxytocin, ergotamin).

Nếu trong những trường hợp rất hạn hữu, điều trị bằng mọi biện pháp không kết quả mới phải nạo buồng tử cung bằng dụng cụ.

Để cầm máu nhanh có thể dùng loại estrogen phức hợp sulfat tan trong nước: Premarin 25mg, tiêm tĩnh mạch, có thể cầm máu trong vòng nửa giờ.

Bảng 1: Lựa chọn điều trị nội khoa trong rong kinh cơ năng

Loại chảy máu	Lựa chọn điều trị	Bàn luận
Cấp	Thuốc ngừa thai uống 2-3v/ngày trong 7 ngày sẽ cầm được máu sau đó duy trì 1v/ngày trong 14 ngày	Sử dụng thuốc tránh thai 1 pha liều thấp
	Estrogen phức hợp (Premarin) 25 mg TM mỗi 4-6 giờ x 1 ngày, hoặc 1,25mg uống mỗi 4-6 giờ x 1 ngày, sau đó uống thuốc tránh thai như trên.	Tất cả các biện pháp điều trị chỉ có estrogen phải được theo sau bởi progestin

Mãn	Thuốc ngừa thai viên kết hợp uống 1viên/ngày	Các phụ nữ quanh mãn kinh nên sử dụng viên 20mg
	Medroxyprogesterone acetate, 10mg/ngày x 10 ngày /tháng	Chảy máu xuất hiện sau viên cuối cùng 2-7 ngày
	Clomiphen Citrate (Clomid, Serophen, Ovofar), 50-150mg/ ngày vào các ngày 5-9 của vòng kinh	Sử dụng cho những phụ nữ mong muốn có thai.

3.2.2. Rong kinh, rong huyết tiền mãn kinh

Điều trị triệu chứng tốt nhất là nạo niêm mạc tử cung, có 3 lợi ích:

- + cầm máu nhanh (đỡ mất máu).
 - + Giải phẫu bệnh lý (loại trừ ác tính).
 - + Xác định rõ ràng tình trạng quá sản niêm mạc tử cung (điều trị hormon tiếp theo).
- Ngày nạo được tính là ngày đầu tiên của kỳ kinh tới.

Thông thường cho progestin từ ngày thứ 16 của vòng kinh, mỗi ngày 10mg, uống trong 10 ngày, uống trong 3 vòng kinh liền.

3.2.3. Rong kinh, rong huyết tuổi sinh đẻ (18 - 45 tuổi)

- Cường kinh (kinh nhiều)

+ Trẻ tuổi:

Tử cung co bóp kém: thuốc co tử cung.

Tử cung kém phát triển: vòng kinh nhân tạo hoặc cho viên thuốc tránh thai nửa sau chu kỳ kinh.

+ Lớn tuổi:

Nếu có tổn thương thực thể nhỏ chưa có chỉ định phẫu thuật có thể chỉ định progestin vài ngày trước khi hành kinh. Cũng có thể cho progestin liều cao (gây vô kinh 3 - 4 tháng liền).

Trên 40 tuổi, điều trị thuốc không hiệu quả nên mổ cắt tử cung.

- Rong kinh do chảy máu trước kinh :

Trên 35 tuổi: nạo niêm mạc tử cung.

Thuốc: progestin hoặc thuốc uống tránh thai nửa sau vòng kinh.

- Rong kinh do chảy máu sau kinh

Trước hết phải loại trừ nguyên nhân thực thể.

Nếu do hoàng thể kéo dài thì cho progestin hoặc estrogen kết hợp với progestin vào các ngày 20 - 25 của vòng kinh. Sau khi ngưng thuốc vài ngày, niêm mạc tử cung sẽ bong gọn và không rong kinh.

Nếu do niêm mạc tử cung tái tạo chậm có thể cho Ethinyl - estradiol 0,05mg mỗi ngày 1 - 2 viên trong các ngày 3 - 8 của vòng kinh.

- Rong kinh do quá sản tuyến nang niêm mạc tử cung

+ Nạo niêm mạc buồng tử cung (50% khỏi trong một thời gian dài)

+ Thuốc: Progestin 10mg/ngày trong 10 ngày, kể từ ngày thứ 16 của vòng kinh trong 3 tháng.

+ Có thể xem xét mổ cắt tử cung ở phụ nữ trên 40 tuổi, đã đủ con.

3.2.4. Điều trị hỗ trợ

Truyền máu/các sản phẩm từ máu nếu thiếu máu nặng.

Tăng cường dinh dưỡng giàu đạm, bổ sung sắt.

4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Các trường hợp rong kinh rong huyết cơ năng kéo dài nếu không được điều trị sớm và đúng phương pháp sẽ dẫn đến thiếu máu nhược sắc, suy nhược cơ thể.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ PHÒNG BỆNH

Rong kinh rong huyết có nguyên nhân thực thể có tiên lượng tùy theo từng bệnh cảnh lành tính hay ác tính.

Rong kinh rong huyết cơ năng nhìn chung có tiên lượng tốt.

Để dự phòng cần khám phụ khoa định kỳ hàng năm và đến khám sớm tại cơ sở y tế nếu có hiện tượng ra máu bất thường từ đường sinh dục.

VÔ KINH

1. ĐỊNH NGHĨA

Vô kinh là tình trạng không có kinh nguyệt liên tục tạm thời hoặc vĩnh viễn do rối loạn chức năng vùng dưới đồi, tuyến yên, buồng trứng, tử cung hoặc âm đạo. Vô kinh thường được chia ra 2 loại: vô kinh nguyên phát (đến khi 15 tuổi vẫn không có kinh nguyệt) và vô kinh thứ phát (không có kinh nguyệt từ 3 chu kì hoặc từ 6 tháng trở lên ở những phụ nữ đã từng có kinh nguyệt).

Chu kì kinh nguyệt thường dễ bị ảnh hưởng của các yếu tố bên ngoài nên mất kinh nguyệt trong vòng một chu kì thường không quá nghiêm trọng. Ngược lại, nếu vô kinh kéo dài có thể là một dấu hiệu sớm của của một rối loạn nào đó trong cơ thể.

2. VÔ KINH THỨ PHÁT

2.1. Các bước chẩn đoán vô kinh thứ phát

- Bước 1: loại trừ mang thai bằng xét nghiệm hCG nước tiểu hoặc beta hCG huyết thanh.

- Bước 2: hỏi bệnh để gợi ý đến nguyên nhân vô kinh

Có bị stress, thay đổi cân nặng, chế độ ăn uống, tập luyện thể thao.

Có dùng thuốc nào có thể gây vô kinh (thuốc nội tiết tránh thai, danazol,...)

Có bị trứng cá, rụng lông,...

Có bị các triệu chứng chèn ép thần kinh do u vùng hố yên: đau đầu, nhìn mờ, chán ăn, đái nhiều,...

Có các triệu chứng của thiếu estrogen: bốc hỏa, khô âm đạo,... đây là các dấu hiệu của suy buồng trứng. Vô kinh do vùng dưới đồi cũng làm cho estrogen máu thấp nhưng không gây ra các triệu chứng này.

Có tiền sử nạo phá thai, viêm niêm mạc tử cung.

- Bước 3: khám lâm sàng

Đo chỉ số BMI. Nếu BMI <18,5 kg/m² thì nghi ngờ vô kinh do vùng dưới đồi với các triệu chứng rối loạn ăn uống, các bệnh lý toàn thân gây giảm cân nhanh chóng. Nếu BMI >30 kg/m² thì nghi ngờ buồng trứng đa nang.

Khám các triệu chứng của trứng cá, rậm lông, cường androgen,... khám vú xem có tiết sữa,... khám âm đạo xem có triệu chứng của giảm estrogen. khám tuyến giáp tìm u hay tuyến giáp to,...

- Bước 4: xét nghiệm cận lâm sàng.

Sau khi làm xét nghiệm hCG để loại trừ thai nghén, BN sẽ được làm thêm định lượng nồng độ prolactin, FSH, TSH máu. Nếu lâm sàng nghi ngờ có cường androgen thì nên định lượng testosterone máu và DHEA-S.

- Bước 5: theo dõi người bệnh sau xét nghiệm

Đánh giá tình trạng estrogen: kết hợp với FSH giúp tìm nguyên nhân vô kinh và định hướng điều trị. Nếu estrogen thấp, BN nên được dùng estrogen thay thế để tránh loãng xương.

Nồng độ prolactin máu cao: nếu prolactin máu cao ở mức độ ranh giới thì nên làm lại xét nghiệm này trước khi chụp MRI hố yên, những BN này cũng cần được khám tuyến giáp vì suy giáp cũng làm prolactin tăng cao. Chụp MRI hố yên để tìm các u của tuyến yên hay u vùng hố yên chèn ép vào tuyến yên.

Nồng độ FSH cao: gợi ý suy buồng trứng sớm. Những BN này nên được làm nhiễm sắc thể để tìm hội chứng Turner (mất một phần hay hoàn toàn nhiễm sắc thể X). Quan trọng hơn nữa là nhiễm sắc thể sẽ khẳng định có hay không nhiễm sắc thể Y.

Nồng độ FSH bình thường hoặc thấp: FSH thấp kết hợp cùng với estrogen thấp sẽ chỉ ra suy vùng dưới đồi thứ phát.

Các xét nghiệm nội tiết bình thường và có tiền sử can thiệp sản khoa vào buồng tử cung: gợi ý dính BTC sau thủ thuật.

Nồng độ androgen máu cao: kết hợp với các triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán buồng trứng đa nang hay có khối u tiết androgen từ buồng trứng hay tuyến thượng thận.

2.2. Điều trị: phụ thuộc vào nguyên nhân gây ra vô kinh.

- Vô kinh do vùng dưới đồi

Thay đổi cách sống và sinh hoạt, chế độ ăn: đảm bảo đủ calo với các vận động viên, tư vấn dinh dưỡng và với những người rối loạn về ăn uống.

Bổ xung estrogen để chống loãng xương.

- Do prolactin cao: phụ thuộc vào nguyên nhân gây prolactin cao và nhu cầu sinh con của người bệnh.

- Suy buồng trứng sớm: bổ xung estrogen để chống loãng xương.

- Dính buồng tử cung: cắt dính bằng soi buồng tử cung sau đó điều trị estrogen để phục hồi niêm mạc tử cung.

3. VÔ KINH NGUYÊN PHÁT

3.1. Các bước chẩn đoán vô kinh nguyên phát

Để chẩn đoán vô kinh nguyên phát chủ yếu tập trung vào sự phát triển của vú (phản ánh chức năng của buồng trứng và hoạt động của các receptor của estrogen), có hay không có tử cung và nồng độ FSH

Nếu vú không phát triển và nồng độ FSH tăng thì có khả năng chẩn đoán là không phát triển tuyến sinh dục và cần làm thêm karyotype. Rất có khả năng những người bệnh này mang gen 46,XY.

Nếu siêu âm không thấy tử cung và FSH bình thường thì có khả năng loạn sản ống Muller hoặc hội chứng vô cảm với androgen.

Nếu FSH bình thường, vú phát triển bình thường và tử cung bình thường thì nên đi tìm những nguyên nhân của vô kinh thứ phát.

- Bước 1: hỏi tiền sử

Đã dậy thì hoàn toàn chưa: sự phát triển của cơ thể, lông mu và lông nách, tuyến vú phát triển. Nếu dậy thì chưa hoàn thiện thì cần nghĩ tới những nguyên nhân suy buồng trứng hoặc tuyến yên hoặc bất thường nhiễm sắc thể.

Tiền sử gia đình có dậy thì muộn không.

Chiều cao của người bệnh có yếu tố gia đình không hay tiềm ẩn hội chứng Turner hoặc bệnh dưới đồi và tuyến yên.

Thời kì sơ sinh và trẻ nhỏ của người bệnh, xem xét cường tuyến thượng thận bẩm sinh.

Gần đây có sự thay đổi về chế độ ăn uống, sinh hoạt, tập luyện,...

Có dùng thuốc gì không,...

- Bước 2: khám lâm sàng

Đánh giá sự phát triển tuổi dậy thì

Đánh giá sự phát triển vú

Khám bộ phận sinh dục, chú ý đến kích thước âm vật, lông mu, màng trinh có lỗ thủng không, độ sâu của âm đạo, có cổ tử cung, tử cung và buồng trứng.

Khám da xem về trứng cá, rậm lông,...

Khám tìm các đặc điểm của hội chứng Turner

- Bước 3: xét nghiệm

Siêu âm xem có tử cung, cổ tử cung và âm đạo, xem có sự tắc nghẽn trên đường đi của kinh nguyệt.

Không có tử cung: cần định lượng testosterone và làm karyotype để phân biệt loạn sản ống Muller hay bất thường nhiễm sắc thể.

Có tử cung: tìm xem có loạn sản ống Muller và màng trinh kín, vách ngăn âm đạo hay không có âm đạo. Nên làm thêm hCG, FSH và các hormon khác để loại trừ thai nghén và tìm những nguyên nhân vô kinh thứ phát.

Nếu FSH cao phản ánh suy buồng trứng nguyên phát. Cần làm karyotype để xem xét mất hay đột biến ở nhiễm sắc thể X, có nhiễm sắc thể Y không.

Nếu FSH bình thường hoặc thấp thì nghĩ đến nguyên nhân vô kinh do rối loạn chức năng vùng dưới đồi tuyến yên. Nên chụp MRI nền sọ để tìm các bệnh tại dưới đồi và tuyến yên. Làm thêm prolactin và hormon tuyến giáp, đặc biệt là khi có tiết sữa.

Nếu có dấu hiệu cường tuyến thượng thận thì cần làm xét nghiệm testosterone và DHEA để tìm u tuyến thượng thận.

Nếu người bệnh cao huyết áp thì cần kiểm tra có thiếu hụt enzym CYP17.

3.2. Điều trị

Phụ thuộc vào nguyên nhân gây vô kinh mà có mục đích điều trị cụ thể: sửa chữa lại các bất thường (nếu có thể), giúp phụ nữ đó có thai (nếu có nhu cầu) hay chỉ là ngăn ngừa các biến chứng của bệnh (điều trị estrogen thay thế).

- Tư vấn với người bệnh tình trạng bệnh, đặc biệt là bất hoạt ống Muller hay có nhiễm sắc thể Y.

-Phẫu thuật với những người bệnh có nhiễm sắc thể Y hoặc có các tổn thương sinh dục khác. Phục hồi hoặc tạo hình âm đạo để máu kinh thoát ra được.

- Người bệnh suy buồng trứng sớm cần điều trị hormon thay thế.

- Buồng trứng đa nang cần điều trị phụ thuộc vào nhu cầu người bệnh và ngăn ngừa các biến chứng dài hạn (quá sản nội mạc tử cung, béo phì, rối loạn chuyển hóa).

- Các nguyên nhân vô kinh thứ phát điều trị giống với phần vô kinh thứ phát.

MÃN KINH – TIỀN MÃN KINH

1. KHÁI NIỆM

Tiền mãn kinh - mãn kinh là hiện tượng sinh lý bình thường của người phụ nữ xảy ra khi nồng độ estrogen giảm. Tuổi mãn kinh bao gồm thời kỳ trước, trong và sau mãn kinh.

Tuổi mãn kinh trung bình từ 48 - 52 tuổi. Nếu mãn kinh trước 40 tuổi gọi là mãn kinh sớm, và nếu sau 55 tuổi gọi là mãn kinh muộn.

Mãn kinh được chẩn đoán chủ yếu dựa trên lâm sàng, khi một phụ nữ từ trước vẫn có kinh đều mỗi tháng lại tự nhiên ngừng, không có kinh trong 12 chu kỳ liên tiếp.

Khi một phụ nữ còn trẻ (dưới 40 tuổi mà vô kinh liên tiếp 12 tháng) hoặc một phụ nữ đã bị cắt tử cung mà có một số các triệu chứng cơ năng của mãn kinh, muốn chẩn đoán là mãn kinh cần làm các xét nghiệm định lượng nội tiết buồng trứng và tuyến yên.

Mãn kinh thường là tự nhiên, nhưng cũng có thể do phẫu thuật cắt bỏ hai buồng trứng vì bệnh lý, do xạ trị.

2. TIỀN MÃN KINH

Là giai đoạn kéo dài khoảng 2 đến 5 năm trước khi kinh nguyệt dừng hẳn

2.1. Lâm sàng và chẩn đoán

Rối loạn kinh nguyệt dưới dạng chu kỳ kinh ngắn lại hay thưa ra, rong kinh, rong huyết, cường kinh

Xuất hiện hội chứng tiền kinh: tăng cân, lo âu, căng thẳng, đau vú...

Xét nghiệm nội tiết không có ý nghĩa vì thời kỳ này nội tiết đã trong tình trạng không ổn định

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng

Cần chẩn đoán phân biệt với nguyên nhân thực thể gây rối loạn kinh nguyệt, đặc biệt là các bệnh lý ung thư phụ khoa.

2.2. Điều trị

- Thuốc ngừa thai kết hợp, đặc biệt loại thể hệ mới
- Progestins dùng trong 10 ngày mỗi tháng

3. MÃN KINH

Mãn kinh là khi người phụ nữ đã mất kinh liên tiếp 12 tháng

3.1. Triệu chứng thường gặp khi mãn kinh.

3.1.1. Tắt kinh.

Mất kinh liên tiếp 12 tháng.

3.1.2. Rối loạn vận mạch.

+ Cơn bốc nóng mặt.

- Thường xảy ra đột ngột, tự nhiên cảm thấy bốc nóng mặt, cổ, ngực.

- Cơn bốc nóng xảy ra chừng vài phút, có thể ngắn hơn, chỉ vài giây, nhưng thường kèm theo triệu chứng vã mồ hôi. Thường các cơn bốc nóng hay xảy ra vào ban đêm hoặc trong khi có stress

- Triệu chứng này thường kéo dài 6 tháng đến vài năm, có thể 2 - 3 năm nhưng cũng có người đến 5 năm.

+ Vã mồ hôi.

- Có thể kèm theo cơn bốc nóng mặt hay xảy ra đơn lẻ.

- Vã mồ hôi cũng thường xảy ra vào ban đêm nên gây mất ngủ, khó chịu.

3.1.3. Triệu chứng thần kinh tâm lý.

- Hồi hộp, mệt mỏi, khó chịu.

- Mất ngủ, giảm cảm giác khi quan hệ tình dục hay lo lắng, cáu gắt, trầm cảm.

- Đau nhức xương khớp, có thể xuất hiện cơn đau nhức nửa đầu (migrain).

3.1.4. Triệu chứng tiết niệu - sinh dục.

- Âm đạo khô teo, giao hợp đau, dễ bị viêm, nhiễm khuẩn, khám âm đạo thấy niêm mạc mỏng, khô, nhợt nhạt.

- Các dây chằng giữ tử cung và các cơ quan vùng chậu mất tính đàn hồi và sức căng nên dễ đưa đến sa sinh dục.

- Tử cung và cổ tử cung teo nhỏ. Nội mạc tử cung mỏng, không còn có hiện tượng phân bào hay chế tiết, rất ít mạch máu.

- Niêm mạc đường tiết niệu cũng teo mỏng, dễ nhiễm khuẩn tiết niệu, són tiểu hay đái dầm, tiểu không tự chủ.

3.2. Xét nghiệm cận lâm sàng

- Xét nghiệm định lượng FSH và estradiol
- Cholesterol toàn phần, triglycerid, HDL, LDL, lipoprotein.
- Chức năng gan, thận, điện tim.
- Chụp vú.

- Sàng lọc ung thư cổ tử cung, nội mạc tử cung bằng tế bào âm đạo - cổ tử cung, soi cổ tử cung, nạo sinh thiết niêm mạc tử cung, đo mật độ xương.

3.3. Chẩn đoán.

- Ở một phụ nữ từ 45 - 52 tuổi đang hành kinh, tự nhiên không có kinh 12 tháng liên tiếp, có một số triệu chứng cơ năng của mãn kinh, có thể nghĩ đến hội chứng mãn kinh.

- Nếu người phụ nữ dưới 40 tuổi không còn hiện tượng kinh nguyệt nữa, có thể cho làm xét nghiệm định lượng FSH và estradiol. Nếu FSH > 40 mIU/ml và/hoặc estradiol < 50pg/l có thể chẩn đoán mãn kinh.

Hỏi tiền sử: bản thân, gia đình: về loãng xương, tim mạch, các bệnh ung thư

3.4. Điều trị: nội tiết và tư vấn cho người bệnh.

3.4.1. Nguyên tắc sử dụng nội tiết: liều thấp nhất có hiệu quả.

- Thời gian sử dụng tùy thuộc vào thể trạng và yêu cầu từng người.
- Phối hợp estrogen/progestogen nếu còn tử cung.
- Để giống với sinh lý, estrogen được dùng là estrogen tự nhiên hoặc gần giống với tự nhiên

- Hiện nay trên thị trường có nhiều loại thực phẩm chức năng gần giống với estrgen tự nhiên được sử dụng rộng rãi

3.4.2. Chống chỉ định sử dụng nội tiết.

- Có ung thư hay nghi ngờ ung thư.

- Có thai hay nghi ngờ có thai.
- Có khối u liên quan đến nội tiết.
- Đã bị viêm tắc tĩnh mạch hay động mạch.
- Đang bị xuất huyết âm đạo bất thường chưa chẩn đoán được nguyên nhân.

3.4.3. Chế độ dinh dưỡng, sinh hoạt.

- Giữ tinh thần thanh thản, vui tươi, cảm thấy có ích cho gia đình và xã hội
- Cần có hoạt động chân tay kèm theo hoạt động trí tuệ.
- Dinh dưỡng theo khoa học
- Uống bổ sung các loại vitamine, vi khoáng, ăn nhẹ vào buổi tối
- Cung cấp thông tin về các triệu chứng cơ năng của tuổi mãn kinh và giải thích rõ nguyên nhân của các triệu chứng là những thay đổi nội tiết chứ không phải bệnh lý
 - Cung cấp kiến thức về những bệnh lý mà tuổi mãn kinh thường gặp, cách dự phòng, chẩn đoán sớm và điều trị
 - Cung cấp kiến thức về các biện pháp điều trị và dự phòng các triệu chứng và bệnh lý nói trên, phân tích rõ về hiệu quả cũng như các tác dụng phụ có thể có của các cách điều trị, đưa ra lịch theo dõi và thời gian cần điều trị đối với mỗi triệu chứng và bệnh lý
 - Cần giải thích rõ các bệnh ung thư có thể xảy ra cho phụ nữ tuổi mãn kinh, cố gắng tập trung hướng dẫn làm các xét nghiệm để phát hiện sớm các loại ung thư ở phụ nữ cao tuổi như ung thư cổ tử cung, ung thư vú...

VÔ SINH NỮ

1. ĐỊNH NGHĨA

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.

2. PHÂN LOẠI VÔ SINH

2.1. 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.

2.2. 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.

3. NGUYÊN NHÂN

3.1. Bất thường phóng noãn: vòng kinh không phóng noãn do ảnh hưởng của trục dưới đồi - tuyến yên - buồng trứng.

3.2. 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.

3.3. 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...)

3.4. Nguyên nhân do cổ tử cung: chất nhầy kém, kháng thể kháng tinh trùng, tổn thương ở cổ tử cung do can thiệp thủ thuật (khoét chóp, đốt điện...), cổ tử cung ngắn.

3.5. Nguyên nhân do lạc nội mạc tử cung

3.6. 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.

4. CÁC BƯỚC KHÁM VÀ THĂM DÒ

4.1. Hỏi bệnh: khai thác thông tin về cả hai vợ chồng:

- 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.

4.2. 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.

4.3. 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

5. ĐIỀU TRỊ

5.1 Rối loạn phóng noãn

Người bệnh có rối loạn phóng noãn không phải do suy buồng trứng có nhiều phương pháp điều trị. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) chia rối loạn phóng noãn làm 3 loại:

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.

5.2. 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.

5.3. 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.

5.4. Nguyên nhân do tử cung:

Bất thường tử cung thường gây nên sảy thai hoặc đẻ non liên tiếp. các bệnh lý thường gặp : 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.

5.5. 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

5.6. 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

VÔ SINH NAM

1. ĐẠI CƯƠNG

Vô sinh nam chiếm khoảng 20% các cặp vợ chồng vô sinh. Thăm dò các nguyên nhân vô sinh ở nam giới cũng rất hạn chế, xét nghiệm tinh dịch đồ gần như là thăm dò 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.

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: Lấy vợ mấy năm, 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: Nhu cầu đòi hỏi 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, chấy 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)

+ Thể 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 ($< 5 \mu\text{m/s}$) và (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

+ Ngung kết tinh trùng (tinh trùng kết đám). Nếu các tinh trùng ngung 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 vết di chuyển 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 làm: 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 bít tắc.

3. KẾT LUẬN

Vô sinh do nam giới cũng chiếm một tỷ lệ tương đương với vô sinh nữ giới. 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.

Việc điều trị nguyên nhân vô sinh do nam giới cũng 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). Với sự phát triển của các kỹ thuật trong hỗ trợ sinh sản việc điều trị vô sinh cho nam giới cũng dựa vào nhiều các kỹ thuật này, đặc biệt là kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương noãn. Tuy nhiên cũng không nên quá lạm dụng vào các kỹ thuật này vì chi phí rất tốn kém. Cần cân nhắc các phương pháp điều trị hợp lý cho từng người bệnh cụ thể.

CHƯƠNG 3: SƠ SINH

CHĂM SÓC TRẺ NON THÁNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Trẻ non tháng là trẻ được sinh ra trước 37 tuần thai và có thể sống được.

Trẻ thấp cân là trẻ có cân nặng < 2500g .

Hầu hết trẻ non tháng mức độ vừa và nhẹ (xấp xỉ 80%) tuổi thai từ > 32 – 37 tuần, cân nặng > 1500g – 2500g. Những trẻ này vẫn tử vong cao vì thiếu chăm sóc cơ bản như: giữ ấm, nuôi dưỡng sữa mẹ, vệ sinh phòng – chống nhiễm khuẩn. Khoảng 10 -13% trẻ 28 – 32 tuần ở những nước thu nhập thấp > 1/2 số trẻ này bị tử vong nhưng vẫn có thể cứu được với những chăm sóc có khả thi, không kể hồi sức tích cực như thở máy.

2. NGUYÊN NHÂN ĐẸ NON

2.1. Do mẹ:

- Mẹ có tiền sử đẻ non – thấp cân.
- Tuổi < 17tuổi hoặc > 40 tuổi.
- Kinh tế khó khăn trình độ hiểu biết kém.
- Sang chấn tâm lý.
- Mắc bệnh nhiễm trùng: cúm, sốt rét, viêm phổi.
- Bệnh mãn tính: lao, viêm gan, bệnh tim mạch, thận, đái đường, tăng huyết áp.
- Mẹ mắc bệnh sản phụ khoa: dị dạng tử cung, u xơ tử cung, tử cung đôi, hở eo tử cung, nhiễm trùng phụ khoa
- Nhiễm độc thai nghén, rau tiền đạo đa ôi, bất đồng nhóm máu Rh
- Nguyên nhân ngoại khoa: tai nạn , sang chấn , mổ khi mang thai

2.2. Từ phía con:

- Đa thai, dị tật
- Đa số đẻ non không rõ nguyên nhân

3. NGUY CƠ TRẺ ĐẸ NON

3.1. Ngạt và suy hô hấp (SHH)

Hậu quả của trung tâm hô hấp điều hòa kém, phổi non, thiếu hụt Surfactan, cơ hô hấp yếu, lồng ngực hẹp dễ biến dạng dẫn đến xẹp phổi. Trẻ dưới 32 tuần hay bị SHH mặc dù có sử dụng corticoid trước sinh cho mẹ.

- Bệnh phổi mãn tính, loạn sản phế quản phổi do non tháng.

3.2. Khó khăn nuôi dưỡng, dễ viêm ruột hoại tử, hay bị trào sữa ra ngoài, dễ bị sặc, thiếu men tiêu hóa, ứ đọng sữa

- Nhu cầu dinh dưỡng lớn vậy càng làm trẻ dễ bị rối loạn.

3.3. Nhiễm trùng

- Da, niêm mạc rộng, mỏng, kém tính kháng khuẩn dễ bị vi khuẩn xâm nhập.
- Chịu nhiều thủ thuật như tiêm truyền, lấy máu, đặt nội khí quản, sonde dạ dày...

- Bạch cầu chức năng kém.
- Bỏ thể, các globulin miễn dịch kém.

3.4. Thiếu máu, xuất huyết:

- Mất máu giai đoạn bào thai, xuất huyết, tan máu do hồng cầu non, lấy máu xét nghiệm
- Thiếu nguyên liệu tổng hợp hồng cầu, sắt, protein. Tủy chưa trưởng thành.
- Xuất huyết não, nhuyễn não chất trắng, hay gặp trong 3 ngày đầu

3.5. Vàng da đặc biệt dễ vàng da nhân não.

Nguyên nhân do hồng cầu chủ yếu Hb bào thai dễ vỡ, chức năng chuyển hóa Bilirubin kém, đào thải qua phân và nước tiểu kém, ngưỡng hàng rào máu não thấp.

3.6. Rối loạn thân nhiệt: mất nhiệt nhanh, tạo nhiệt kém, lớp mỡ dưới da mỏng

3.7. Bệnh lý tim mạch

- Lỗ Botal và ống Botal đóng chậm và dễ bị mở ra nếu có SHH hoặc tăng khối lượng tuần hoàn.
- Dễ tăng áp lực động mạch phổi.
- Hệ thống mạch máu non, dễ vỡ gây xuất huyết.

3.8. Rối loạn chuyển hóa

- Hạ đường máu do nhu cầu cao mâu thuẫn với dự trữ kém, cung cấp.
- Hạ canxi máu, rối loạn điện giải.
- Rối loạn toan kiềm.

4. ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC TRẺ NON THÁNG - THẤP CÂN

4.1. Hồi sức sơ sinh sớm và đầy đủ

Các chuyên gia khuyến cáo hồi sức cơ bản cho trẻ non tháng ngay tại phòng sinh giảm tử vong. Riêng với trẻ đẻ non chỉ cần trì hoãn hồi sức vài phút thì trẻ nhanh chóng xấu đi và có thể dẫn đến tử vong.

4.2. Giữ ấm: kỹ thuật giữ ấm cơ bản

- Biện pháp đơn giản là : lau khô, sưởi ấm, quấn tã, đội mũ, hoãn tắm lần đầu ít nhất 6h, thực hiện liệu pháp Kangaroo
- Trang thiết bị làm ấm như: đệm ấm, giường sưởi, đèn sưởi, lồng ấp tại khoa Sơ sinh.
- Túi Nilon bọc cho trẻ cực kỳ non tháng tránh bay hơi mất nhiệt.

4.3. Hỗ trợ nuôi dưỡng.

a. Dinh dưỡng tĩnh mạch:

Lượng dịch đưa vào được tính theo công thức:

$$\sum \text{lượng dịch đưa} = \sum \text{lượng ăn} + \sum \text{truyền} + \sum \text{thuốc pha} + \sum \text{mất nước khác}$$

Bảng 4.1: Cách tính lượng dịch nuôi dưỡng tĩnh mạch.

Nhu cầu	1-2 ngày	3-7 ngày	>1 tuần
<i>Dịch ml/kg/d</i>	≤1500g:70-90 >1500: 60-80	90- 130	130-180ml
<i>Năng lượng Kcal/kg/d</i>	40- 50	60-100	100-130
<i>Protein g/kg/d</i>	1,5 – 2	0,5g/kg/ngày(2-3,5g)	3,5–4g (1000-1800g 4-4,5(<1000g)
<i>Lipid g/kg/d</i>	1	0,5g/kg/ ngày(1-3g)	3-4
<i>Glucid</i>	4-8mg/kg/1'		
<i>Na⁺</i>	0	2-3	3-7
<i>K⁺</i>	0	1-2 Khi có nước tiểu	2- 5
<i>Ca⁺⁺</i>	0,5- 1,5	1,5	1,6- 2,5

- Công thức tính cụ thể:

$$\sum \text{dịch truyền} = \sum \text{dịch protid} + \sum \text{lipid} + \sum \text{glucid} + \sum \text{điện giải} + \sum \text{dịch tiêm}$$

- Nhu cầu tăng: chiều dài + 20%, lồng ấp + 10%, sốt tăng 1°C tăng lên 10-20%

- Nhu cầu giảm 10-20%: ngạt chu sinh, suy tim, còn ống động mạch, suy thận không do giảm thể tích tuần hoàn

b. Dinh dưỡng đường tiêu hóa.

- Không chống chỉ định trẻ < 32 tuần, bắt đầu sớm, ưu tiên sữa mẹ.

- Số lượng sữa: ngày 1: từ 20-30ml/kg/24 giờ những ngày tiếp theo tăng trung bình 20ml/kg/ngày đến ngày 7 ≈ 140ml/kg.

Từ tuần 2 trở đi tăng dần 10ml/kg/ngày tới khi đạt 200ml/kg/ngày

- Hướng dẫn chung:

Trẻ < 1000g : tăng 10 ml/kg/ngày

Trẻ 1000-1500g : tăng 20ml/kg/ngày

Trẻ ≥ 1500g : tăng 20-30ml/kg/ngày

- Cách cho ăn: < 1000g cho ăn 2h/1bữa, ≥ 1000g cho 3h/1 bữa để kích thích nhu động đường ruột, chỉ dùng bơm máy hoặc nhỏ giọt trong 1 số trường hợp đặc biệt như:

Giảm nhu động ruột kéo dài, kém dung nạp tiêu hóa.

- Theo dõi dấu hiệu không dung nạp:

- Trớ sữa, bụng chướng vòng bụng tăng > 2cm. Đổi màu da bụng, phân máu, cung lượng phân tăng

- Triệu chứng toàn thân xấu như cơn ngừng thở, cơn tím, tim chậm, li bì

Kiểm tra dịch dạ dày và xử trí:

+ Nếu ≥ 50% thể tích cho ăn, mới xuất hiện dịch xanh, dịch dạ dày đỏ nâu, 30-50% dịch ăn x 3 lần liên tục - nhịn ăn, theo dõi viêm ruột hoại tử.

+ 30-50% thể tích toàn trạng tốt- bơm lại dạ dày, giảm lượng sữa bằng dịch dư.

+ < 30% thể tích hay ≤ 3ml nuôi ăn tối thiểu, lâm sàng ổn định - bơm lại dạ dày, giảm lượng sữa bằng dịch dư

Chú ý: kiểm tra bằng xilanh nhỏ 5ml, gậy nhẹ bằng ngón tay cái tránh hút áp lực cao

4.4. Chống nhiễm khuẩn.

- Rửa tay bằng xà phòng với nước sạch, lau khô trước khi tiếp xúc
- Vệ sinh môi trường, trang thiết bị y tế, hàng tháng bằng thuốc sát trùng.

Tránh việc tách mẹ không cần thiết và nằm chung giường, lồng ấp với trẻ khác.

Điều trị kháng sinh những trẻ có dấu hiệu nhiễm khuẩn, những trẻ phải can thiệp xâm lấn như đặt NKQ, nuôi dưỡng TM, thở CPAP mũi.

4.5. Chống suy hô hấp

- Thở Oxy liệu pháp khi trẻ có suy hô hấp
- Sử dụng sớm CPAP ngay từ giờ đầu với áp lực 6-7 CmH₂O với trẻ 32 tuần trở xuống cho hiệu quả cao.
- Surfactan sử dụng để điều trị thiếu hụt Surfactan ở trẻ non tháng liều 100mg/kg bơm nội khí quản, 3-5 tư thế giữa, nghiêng phải, trái, đầu cao, thấp.

Bảng 4.2: Hướng dẫn sử dụng surfactant

<i>Tuổi thai</i>	<i>Corticoid trước sinh</i>	<i>Thông khí</i>	<i>Sử dụng surfactant</i>
≤ 27 tuần	Không	Đặt NKQ sớm để sử dụng thuốc	Dự phòng sớm
	Có	Nếu thở phải đặt NKQ và thở máy ngay sau đẻ.	Dự phòng sớm
		CPAP sớm nếu không ổn định phải đặt NKQ thở máy.	Điều trị cấp cứu
		CPAP sớm nếu ổn định.	Không dùng surfactant
Trẻ 28 – 34 tuần	Có hoặc không	CPAP sớm sau đẻ nếu phải đặt NKQ thở máy.	Điều trị cấp cứu
> 34 tuần		Có bằng chứng bệnh màng trong, phải đặt NKQ.	Điều trị cấp cứu

- Thở máy khuyến cáo nên dùng chế độ kiểm soát áp lực với PIP xấp xỉ 20cmH₂O và PEEP xấp xỉ 5cmH₂O.

4.6. Điều trị vàng da

Thăm khám hàng ngày phát hiện vàng da để điều trị

Bảng 4.3: Tiêu chuẩn chiếu đèn và thay máu ở trẻ non tháng.

Tuổi (giờ)	<1500g(Mmol/l)		1500-2000g(Mmol/l)		>2000g(Mmol/l)	
	CD	Thay máu	CD	Thay máu	CD	Thay máu
<24h	70	170	70	255	85	270
24-48h	85		120	255	140	310
48-72h	120		155	270	200	320
>72h	140	>255	170	290	240	340

Tuần đầu không nên cho trẻ <2000g ra viện nếu không có chăm sóc y tế tại nhà.

4.7. Phòng xuất huyết, thiếu máu.

- Tiêm Vitamin K1 liều ≥ 1500 g cho 1mg, trẻ <1500g cho 0,5mg. Trẻ bị chảy máu liều điều trị trong 3 ngày liên tiếp, 3 liều/ngày.

- Truyền khối tiểu cầu nếu TC <50000/mm³ trẻ có xuất huyết, hoặc trẻ có TC <30000/mm³ không có xuất huyết.

- Truyền máu nếu có thiếu máu Hb < 13g trong 24 giờ đầu. Sau 1 tuần: Hb <11g% trẻ có khó thở, tim nhanh, tăng cân kém hoặc Hb < 8g%.

- Cho trẻ uống sắt 2 – 4 mg/kg/d sau 2 tuần.

- Tiêm hỗ trợ Erythropoietin liều 300IU/kg, tuần 3 lần.

4.8. Sử dụng Corticoid và thuốc khác giai đoạn sơ sinh:

- Khuyến cáo: mặc dù có ít hiệu quả trong thời gian ngắn, không có bằng chứng giảm tử vong và loạn sản phổi, hơn nữa tăng tỷ lệ bại não, chậm phát triển thần kinh và thể chất. Vì vậy sử dụng Corticoid sau sinh nên hạn chế.

- Nếu trẻ phải thở máy kéo dài >1 tuần, nhu cầu Oxy không giảm dùng Corticoid có tăng tỷ lệ cai máy thành công.

- Một số áp dụng ở nước phát triển nhưng chưa được khuyến cáo toàn cầu vì thiếu bằng chứng liên hệ tại nước nghèo. Ví dụ: sử dụng Cafein Citrate để giảm nguy cơ ngừng thở

5. PHÒNG BỆNH:

5.1. Trước khi có thai

- Tuyên truyền kiến thức sinh sản, tránh phải can thiệp nhiều vào tử cung.
- Tránh có thai nhiều lần, chú ý nghề nghiệp phải di chuyển nhiều khi có thai sẽ không tốt.
- Chế độ hỗ trợ dinh dưỡng tốt là rất quan trọng, bổ sung Multivitamin không có hiệu quả giảm đẻ non, bổ sung acid folic trước khi có thai chỉ khuyến cáo dự phòng dị tật.

5.2. Khi có thai

- Không hút thuốc lá, cung cấp dinh dưỡng và bổ sung vitamin.
- Nhiễm trùng vùng quanh tiểu khung sàng lọc và điều trị thích hợp
- Tự chăm sóc: dinh dưỡng đầy đủ, tránh stress, , khám định kỳ theo chỉ định
- Sử dụng Corticoid trước sinh cho những bà mẹ dọa đẻ non trước 34 tuần. Steroid sẽ qua hàng rào rau thai sang trẻ kích thích phổi sản xuất surfactant.
- Khi vỡ ối sử dụng kháng sinh dự phòng cho bà mẹ và chuyển lên tuyến trên có đơn vị hồi sức sơ sinh tốt để đẻ, gọi là chuyển viện trong tử cung.

HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT

1. ĐỊNH NGHĨA

Ngạt là tình trạng trẻ đẻ ra không thở, không khóc gây thiếu oxy, thừa CO₂ mô, nếu kéo dài sẽ bị di chứng hoặc tử vong.

Theo WHO khoảng gần 1 triệu trẻ chết mỗi năm liên quan đến ngạt. Khoảng 10% trẻ sơ sinh cần hỗ trợ để khởi phát nhịp thở ban đầu, 1% cần hồi sức tích cực để cứu sống, 90% có thể tự hoàn tất sang kiểu tuần hoàn sơ sinh và tự thở.

Các bước hồi sức “ABC” bao gồm: đảm bảo thông thoáng đường thở, đảm bảo hô hấp, đảm bảo tuần hoàn và đảm bảo trẻ ấm...

2. CHUẨN BỊ 4 NHÓM DỤNG CỤ

Mỗi cuộc sinh cần được chuẩn bị đầy đủ các dụng cụ hồi sức.

Yêu cầu tất cả các dụng cụ đều phải sạch và sẵn sàng trong “Góc hồi sức”.

Bàn hồi sức sơ sinh kích thước 60x80 cm, bề mặt phẳng và cứng, đặt ngay tại phòng sinh, không bị gió lùa.

2.1. Nhóm dụng cụ làm khô ấm

- Đèn sưởi hoặc nguồn nhiệt khác bật sẵn

- 3 mảnh vải khô sạch: 1 kê dưới vai, 1 đón và lau khô lần 1, 1 giữ ấm sau

lau khô.

- Trải ga sạch, quần áo, mũ, chăn ấm cho trẻ.

2.2. Nhóm dụng cụ hồi sức hô hấp

- Dụng cụ hút: bầu hút, máy hút, sonde hút 8F, 10F, 12F.

- Cung cấp oxy ấm - ẩm: bình oxy, oxy trung tâm, dây, sonde, mask.

- Bóng bóp thể tích 250-400ml, Mặt nạ: số 1, 0.

- Đèn soi thanh quản, ống NKQ các số 2,5; 3,0 và 3,5.

2.3. Dụng cụ vệ sinh làm rốn

Bông cotton, gạc vô trùng, găng tay, panh, kéo, kẹp hoặc chỉ thắt rốn.

2.4. Thuốc và dịch cấp cứu

Adrenalin, Natriclorua 9%0, Ringerlactat.

Bơm tiêm 1, 3, 5, 10, 20ml.

3. ĐÁNH GIÁ TRẺ NGẠT

3.1. Chỉ số APGAR

Dấu hiệu	2	1	0
Hô hấp	Khóc to, thở bình thường	Khóc yếu, rên	Không thở
Tim	≥ 100 l/p	< 100 l/p	Không có
Màu da	Hồng	Tím	Tái nhợt
Trương lực	Tốt	Yếu	Nhẽo
Phản xạ	Cử động tốt	Nhấn mặt	Không

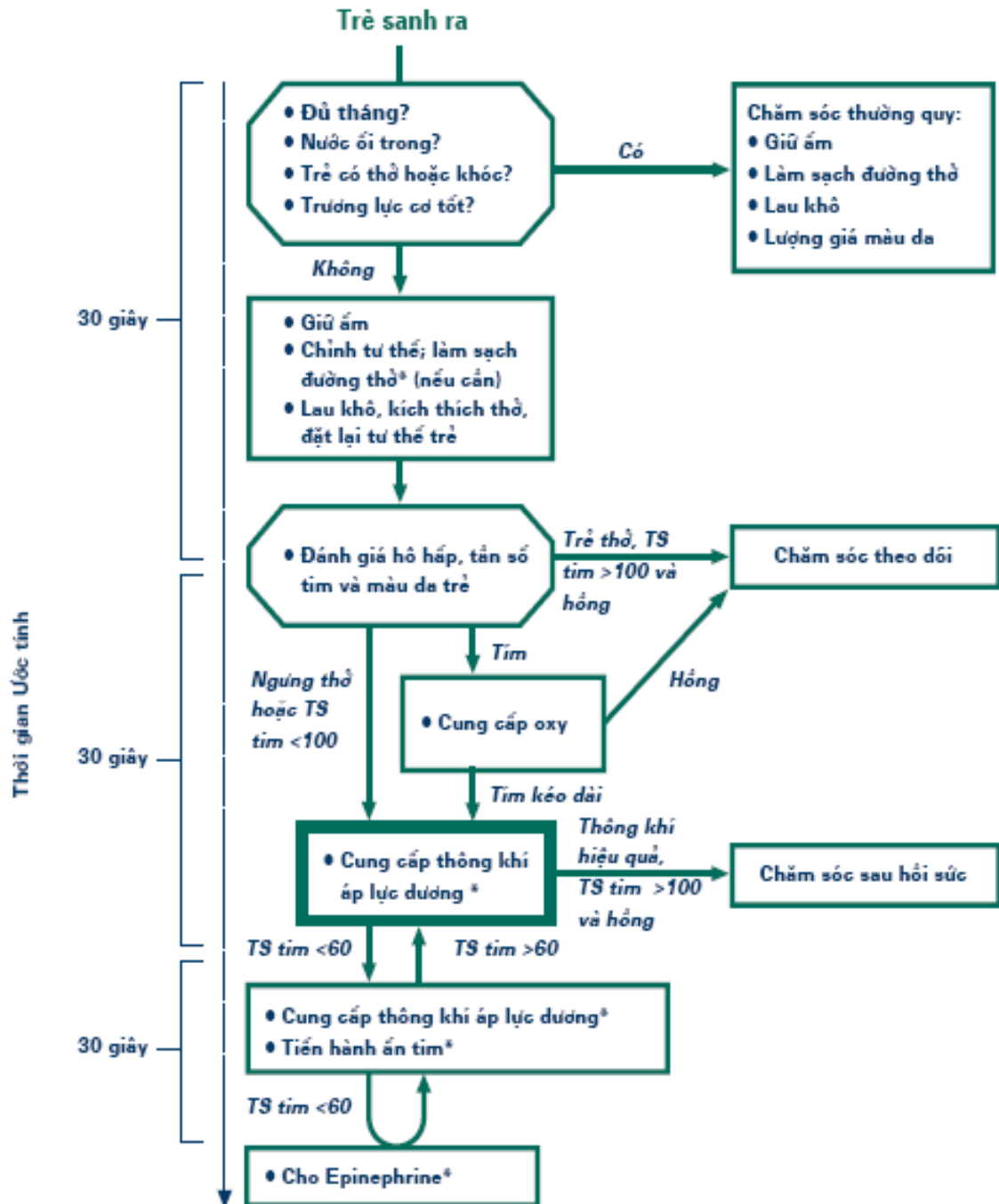
Đánh giá:

8-10: bình thường, 6-7: ngạt nhẹ, 4-5: ngạt nặng, ≤ 3 : ngạt rất nặng.

Thời điểm đánh giá: 1, 5, 10 phút.

Ba dấu hiệu để quyết định hồi sức (hô hấp, nhịp tim, màu da) cũng là 1 phần của thang điểm, hai phần (trương lực cơ, phản xạ) phản ánh tình trạng thần kinh.

3.2. Đánh giá trẻ cần hồi sức hay không

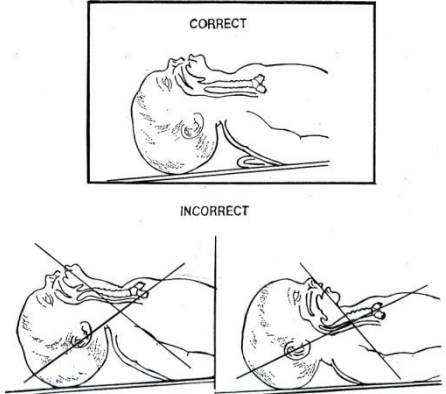



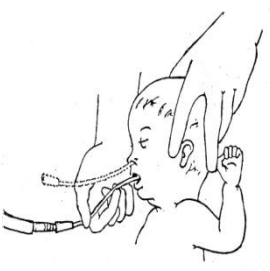
* Có thể cân nhắc đặt nội khí quản trong một số bước.

4. CÁC BƯỚC HỒI SỨC SƠ SINH

Theo nguyên tắc A, B, C, D.

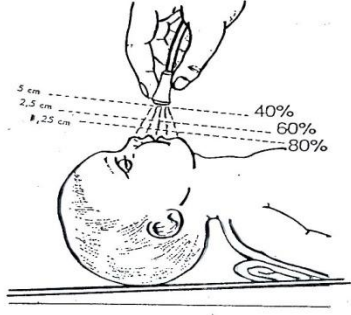
4.1. Nguyên tắc A: khai thông đường thở

<p>- Nước ối trong</p> <p>+ Trẻ khỏe lau khô, giữ ấm, chỉnh tư thế thông đường thở.</p> <p>+ Trẻ không khỏe: hút sạch miệng, mũi; miệng không quá 5cm, mũi không quá 3cm</p>	
--	--

<p>- Nước ối có phân su</p> <p>+ Trẻ khỏe: hút sạch phân su miệng, mũi, lau khô, giữ ấm, chỉnh tư thế thông đường thở..</p> <p>+ Trẻ không khỏe : dùng sonde lớn 12F hút sạch miệng, họng, mũi trẻ. Dùng đèn soi thanh quản để nhìn rõ thanh môn và hút sạch sau đó đặt NKQ vừa hút vừa rút NKQ ra</p>		
--	--	---

Sau khi làm thông đường thở, lau khô, đặt lại vị trí đầu, kích thích hô hấp, đánh giá trẻ 3 vấn đề: **HÔ HẤP, NHỊP TIM, MÀU DA.**

4.2. Nguyên tắc B: hỗ trợ hô hấp

<p>-Cung cấp oxy: Oxy lưu lượng tự do 5l/phút</p> <p>+ Chỉ định: khi trẻ thở được nhưng tím trung tâm.</p> <p>+ Các phương pháp cung cấp oxy: Mặt nạ oxy. Dây oxy bằng cách khum tay giống như mặt nạ</p> <p>Chú ý không dùng mặt nạ gắn bóng tự phòng sau đó gắn với dây oxy qua bóng vì như vậy không đảm bảo đủ oxy qua đó.</p>	 <p>Cung cấp oxy lưu lượng tự do</p>
--	---

- Hô hấp nhân tạo (thông khí áp lực dương)
- + Chỉ định:
 - Thở oxy lưu lượng tự do sau 30 giây trẻ vẫn tím.
 - Ngừng thở hoặc thở nấc.
 - Nhịp tim < 100 l/p mặc dù trẻ đang tự thở
- + Kỹ thuật: Đảm bảo 4 tiêu chuẩn
 - Đặt mặt nạ kín mũi, miệng.
 - Bóp bóng tần số 40-60 l/p (đảm bảo tần số ta đếm nhẩm: Thở - Hai - Ba - Thở - Hai - Ba...).
 - Áp lực vừa phải dùng lực 2-3 ngón tay không cần bóp cả bàn tay.
 - Luôn duy trì đường thở thẳng- thông
- + Đánh giá đáp ứng khi thông khí
 - Sau mỗi lần bóp lồng ngực phồng lên là có hiệu quả.
 - Cải thiện nhịp tim, nhịp thở, màu sắc da của trẻ
- + Nếu lồng ngực không phồng lên khi thông khí lập tức kiểm tra:
 - Thông thoáng đường thở, đặt lại tư thế đầu của trẻ

- Đặt lại mặt nạ cho khít với mặt trẻ
- Bóng có thùng không.
 - Đặt NKQ thông khí
 - + Chỉ định:
- Ôi có phân su trẻ không khỏe đặt NKQ sau đó vừa hút vừa rút NKQ.
- Bóp bóng trẻ không cải thiện, ngừng thở nhu cầu thông khí kéo dài.
- Cần phối hợp ấn tim ngoài lồng ngực.
- Đặt NKQ để dùng thuốc
- Thoát vị cơ hoành.
 - + Kích thước ống NKQ

Cân nặng	Số NKQ
<1500gr	2,5
1500 – 3000gr	3,0
3000gr	3,5

+ Độ sâu ống NKQ = Cân nặng trẻ (P- kg) + 6 cm.

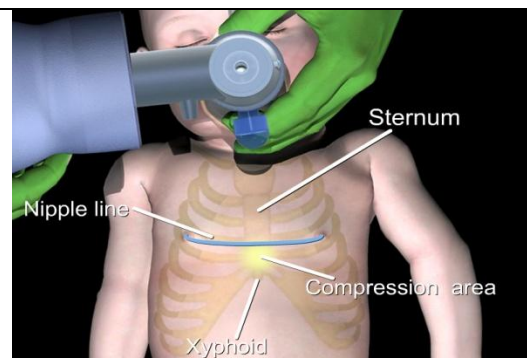
4.3.Nguyên tắc C : hỗ trợ tuần hoàn

- Chỉ định: Khi nhịp tim < 60 l/p mặc dù đã có 30 giây thông khí áp lực dương có hiệu quả (tức là sau 30 giây bóp bóng qua mặt nạ hoặc NKQ với oxy 100%)

- Kỹ thuật ấn ngực: đảm bảo 4 yêu cầu

+ Vị trí: 1/3 dưới xương ức, hay dưới đường liên vú 1 khoát ngón tay trẻ.

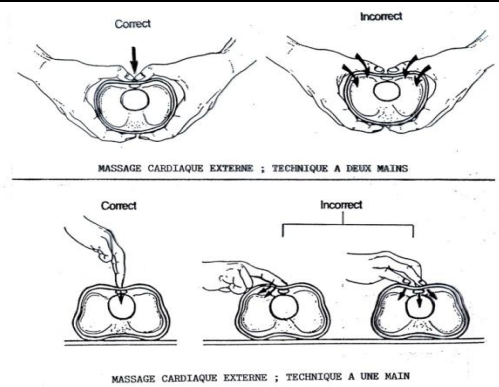
+ Tần số: 120 – 140 l/p phổi hợp với bóp bóng theo tỷ lệ Bóp bóng/ấn ngực = 1/3 (Một



và hai và ba và Bóp và Một và hai....).

+ Áp lực: lún khoảng 1/3 đường kính trước – sau của lồng ngực trẻ.

+ Ấn thẳng góc với kỹ thuật ngón tay cái, tay không rời vị trí ấn tim trên lồng ngực



4.4. Nguyên tắc D: thuốc cấp cứu (Epinephrin 1/1000)

+ Chỉ định: Nhịp tim <60 l/p mặc dù thông khí áp lực dương phối hợp ấn ngực đúng và hiệu quả.

+ Liều: pha loãng nồng độ 1/10.000

• Bơm NKQ : 0,3ml - 1ml.

• Đường TM : 0,1ml – 0,3ml

+ Nếu không kịp cân: 1,5ml/lần qua NKQ, 0,5ml/lần tiêm TM.

Trong và sau khi bơm Adrenalin vẫn tiếp tục phối hợp bóp bóng và ấn ngực.

Chăm sóc hiệu quả khác

- Chú ý không làm các động tác:

+ Gập đùi vào bụng trẻ.

+ Dốc ngược đầu trẻ và vỗ vào mông, lắc đùi trẻ.

+ Ngoáy vào hậu môn trẻ.

NHIỄM KHUẨN SƠ SINH

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm khuẩn sơ sinh (NKSS) là tình trạng tổn thương viêm của một hay nhiều cơ quan trong cơ thể do nhiễm trùng gây ra ở thời kỳ sơ sinh.

Mặc dù có những phương pháp điều trị hiện đại với những kháng sinh mới ra đời nhưng tỷ lệ tử vong do nhiễm khuẩn vẫn cao. Tỷ lệ tử vong của NKSS sớm dao động từ 25-50% số trẻ bị nhiễm khuẩn.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Nguyên nhân:

Thủy đậu, viêm gan, HIV, Coxsackie, Echo virus, Liên cầu tan huyết nhóm B, Listeria, Haemophilus Influenzae, phế cầu, sốt rét.

Nhiễm khuẩn ngược dòng do rỉ ối hoặc vỡ ối kéo dài: E.coli, Klebsiella, Pseudomonas, Proteus, Bacteria, tụ cầu, liên cầu nhóm B...

+ Tụ cầu vàng, Phế cầu, Clostridium, trực khuẩn mũ xanh, Coliform, nấm candida.

Nguyên nhân gây NKSS rất đa dạng và phức tạp. Tùy vị trí khác nhau mà tính chất nhiễm khuẩn khác nhau.

2.2. Yếu tố nguy cơ

2.2.1. Đường máu:

Vi khuẩn đi qua đường máu trong trường hợp mẹ bị nhiễm khuẩn huyết:

- Mẹ bị sốt, bạch cầu tăng cao, CPR (+)
- Viêm nội mạc tử cung
- Nhiễm khuẩn bánh rau

2.2.2. Qua màng ối:

- Nhiễm trùng ối, màng ối, ối có mủ, mùi bất thường
- Thời gian vỡ ối > 18 giờ
- Thời gian chuyển dạ kéo dài > 12 giờ.

2.2.3. Tiếp xúc trực tiếp:

- Âm đạo bị nhiễm khuẩn gây viêm da, niêm mạc.
- Chăm sóc vệ sinh kém: vệ sinh tay, giường bệnh, lồng ấp, phòng bệnh
- Quá trình thực hiện thủ thuật: đặt NKQ, Catheter, thở Oxy, truyền TM.
- Nhiễm khuẩn chéo do nằm chung
- Trẻ bị ngạt, suy hô hấp, non tháng, thấp cân.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG, XÉT NGHIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN

3.1. Biểu hiện lâm sàng

Thường rất nghèo nàn, không điển hình nhất là trẻ non tháng – thấp cân, thường nhầm lẫn vào bệnh cảnh không nhiễm trùng ở trẻ sơ sinh, do đó cần hỏi tiền sử sản khoa và gia đình để phát hiện thêm.

- Biểu hiện toàn thân:
 - + Rối loạn thân nhiệt sốt, hạ nhiệt độ hoặc nhiệt độ dao động.
 - + Da tái, tưới máu da kém, màu sắc da xấu, nổi vân tím, có khi rải rác các nốt xuất huyết dưới da, đôi khi phù cứng bì.
 - + Vẻ mặt nhiễm trùng, nhiễm độc, hốc hác, môi khô, sứt cân.
- Thần kinh: li bì, trương lực cơ giảm, giảm vận động, có khi lại kích thích.
 - + Có thể co giật, co cứng, đôi khi thóp phồng nếu viêm màng não.
- Hô hấp: thở rên, đùn bọt cua, co rút lồng ngực, rối loạn nhịp thở, phổi ran ẩm 2 bên nếu có viêm phổi.
 - Tình trạng tím tái do thiếu oxy.
- Tiêu hóa: kém ăn, sau có thể bỏ bú, nôn chớ, bụng chướng, dịch dạ dày ứ đọng, ỉa chảy, gan , lách to
 - Tiết niệu: trẻ có thể thiếu niệu, vô niệu, đôi khi đái máu.
- Những biểu hiện ổ nhiễm trùng: rốn sưng tấy đỏ, có mủ hoặc mùi hôi, mụn mủ da, viêm hoại tử da lan tỏa

3.2. Xét nghiệm:

- Cây tìm vi khuẩn trong máu, dịch não tủy, dịch mủ, thể tích tối thiểu 1 ml

Cấy hóc tự nhiên như: Tai, mũi, dịch dạ dày, họng, bề mặt cơ thể nếu (+) trên 2 mẫu cũng có giá trị định hướng VK

CTM, bạch cầu $> 25.000/\text{mm}^3$, hoặc $< 5000/\text{mm}^3$; tiểu cầu $< 100.000/\text{mm}^3$.

CRP (+) $> 10\text{mg/l}$

- Xquang phổi hình ảnh viêm phổi

- Các xét nghiệm do hậu quả nhiễm trùng gây ra: ĐGD, khí máu, đường, Protein, Ure, Creatinin, men gan có thể biến loạn

3.3. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán khẳng định nhiễm trùng liên quan chặt chẽ tới tình trạng đờ ỉa: ngày tuổi, kết quả cấy bệnh phẩm, triệu chứng lâm sàng, mức độ nặng của bệnh. Tác giả Chiesa và cộng sự 2004 đề nghị những tình huống lâm sàng sau cần điều trị nhiễm trùng sơ sinh:

- Khẳng định biểu hiện nhiễm trùng trên lâm sàng kèm theo:

+ Xét nghiệm (+) => điều trị nhiễm trùng.

+ Không xét nghiệm hoặc xét nghiệm (-) => điều trị nhiễm trùng.

- Lâm sàng nghi ngờ và

+ Xét nghiệm (+) => điều trị

+ Xét nghiệm (-) => theo dõi

- Lâm sàng không khẳng định, xét nghiệm (+) hoặc (-) có thể xem xét chưa cần điều trị.

Chẩn đoán mức độ nặng của nhiễm trùng

Hội Nghị Quốc Tế Nhi khoa 2010 phân loại mức độ nhiễm trùng nặng như sau:

Nhiễm trùng sơ sinh kèm theo 1 trong các dấu hiệu sau:

- Suy giảm chức năng tim mạch (có suy tuần hoàn)

- Suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS)

- Suy giảm chức năng ≥ 2 cơ quan khác nhau trong cơ thể.

4. ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG SƠ SINH

4.1. Kháng sinh chống nhiễm khuẩn

4.1.1. Lựa chọn kháng sinh

- Đối với nhiễm trùng sơ sinh sớm:

Dùng 2 loại kháng sinh kết hợp: β lactamine và Aminoglycoside. Khi chưa có kết quả kháng sinh đồ có thể cho Peniciline hoặc Ampiciline phối hợp với Gentamycine hoặc Amikacine. Nếu người mẹ được sử dụng kháng sinh trước đó mà trẻ nghi ngờ nhiễm vi khuẩn kháng Ampiciline (E.coli, Enterobacter) chọn: Claforan, Ceftriaxone, Imepenem phối hợp Aminoglycoside.

- Trường hợp nhiễm trùng mắc phải (nhiễm trùng muộn):

+ Nếu nghi ngờ do tụ cầu: kết hợp 3 loại kháng sinh: Cephalosporine thế hệ 3 + Vancomycine + Aminoglycoside.

+ Nếu nghi ngờ trực khuẩn Gram(-): Cephalosporine thế hệ 3 + Imepenem. Đôi khi Quinolon phối hợp Aminoglycoside hoặc Colymixin.

+ Nếu nghi ngờ vi khuẩn kỵ khí chọn Metronidazol phối hợp.

Sử dụng kháng sinh Cephalosporine thế hệ 3 rộng rãi, kéo dài là một yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn nấm Candida. Nếu trẻ đang dùng kháng sinh kéo dài mà tình trạng lâm sàng xấu đi thì phối hợp kháng sinh chống nấm nhóm Conazol.

Khi có kháng sinh đồ thì phải điều chỉnh lại kháng sinh cho phù hợp.

4.1.2. Liều kháng sinh thường dùng:

- ☐ Ampiciline: 75mg -100mg/kg/ngày
- ☐ Cefotaxime: 100mg – 200mg/kg/ngày
- ☐ Ceftriaxone: 50-100mg/kg/ngày
- ☐ Amikacine: 15mg/kg/ngày
- ☐ Gentamycine, Kanamycine: 4-5mg/kg/ngày
- ☐ Vancomycine: 10mg/kg/ngày.

4.1.3. Thời gian sử dụng kháng sinh

- ☐ Nhiễm trùng máu: 10 ngày
- ☐ Viêm màng não mủ: 14-21 ngày

▣ Viêm phổi: 7-10 ngày

- Nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn máu nhưng cấy máu (-) thì đề nghị sử dụng kháng sinh kết hợp kéo dài > 5 ngày.

- Nếu do tụ cầu vàng: thời gian điều trị từ 3-6 tuần.

Khi sử dụng nhóm Aminoglycoside có thể gây điếc nên không dùng quá 7 ngày đối với trẻ sơ sinh, ngừng > 48 giờ có thể sử dụng đợt mới.

4.2. Vệ sinh

- Rửa tay sạch, sát khuẩn tay nhanh khi chuyển sang tiếp xúc trẻ khác.
- Thay quần áo Blue hàng ngày, có mũ, khẩu trang, găng tay khi làm thủ thuật
- Thay chăn, ga, gối vô khuẩn, tiệt khuẩn giường, lồng ấp hàng ngày. Lau sàn nhà bằng thuốc sát khuẩn, không được quét sàn.
- Hàng tháng có lịch tổng vệ sinh tiệt khuẩn phòng, phương tiện, trang thiết bị.
- Nằm phòng riêng tránh tiếp xúc người nhà, chỉ nên thăm theo giờ.
- Loại bỏ vi khuẩn: với nhiễm trùng da, rốn, mụn mủ, áp xe phải cắt lọc hết tổ chức hoại tử, dẫn lưu mủ, rửa sạch bằng nước muối sinh lý. Nếu có khe, hốc nhiều thì rửa sạch bằng oxy già, lau khô và dùng thuốc Betadine 2,5% sát trùng tại chỗ. Chấm xanh Methylene vào nốt mụn phỏng trên da hoặc bôi kem kháng sinh.

4.3. Liệu pháp hỗ trợ

4.3.1. Cân bằng thân nhiệt:

+ Nếu trẻ sốt $\geq 38,5^{\circ}$ thì dùng Paracetamol: 10-15mg/kg/1 lần, không quá 4 lần / ngày.

+ Nếu trẻ bị hạ nhiệt độ $< 36,5^{\circ}$: ủ ấm bằng lồng ấp hoặc Kanguru.

4.3.2. Cân bằng nước, điện giải, toan kiềm:

Nuôi dưỡng đường miệng đầy đủ, truyền dịch phối hợp 50-100ml/kg/24 giờ.

Nếu có giảm tưới máu : dùng Dopamin 5-15 μ g/kg/1 phút để nâng huyết áp.

4.3.3. Chống suy hô hấp cấp: Oxy liệu pháp, thở CPAP, hô hấp hỗ trợ.

4.3.4. Chống rối loạn đông máu:

Plasma tươi, truyền yếu tố đông máu, VitaminK1. Truyền khối tiểu cầu khi tiểu cầu $< 50.000/\text{mm}^3$ mà có xuất huyết hoặc tiểu cầu $< 30.000/\text{mm}^3$ mặc dù không có xuất huyết.

4.3.5. Thay máu.

Thay máu một phần trong trường hợp nhiễm trùng nặng, có tác dụng giảm độc tố và nồng độ vi khuẩn.

4.3.6. Thuốc tăng cường miễn dịch

- Truyền Human Immunoglobulin liều 300-500mg/kg/ngày x 3 ngày: có tác dụng giảm tỷ lệ tử vong trẻ nhiễm trùng.

5. PHÒNG NHIỄM KHUẨN

- Giáo dục ý thức vệ sinh, nuôi dưỡng trẻ bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu.
- Bỏ tập tục lạc hậu: kiêng tắm gội, nằm buồng tối, kín gió....
- Khám thai định kỳ, dinh dưỡng đầy đủ
- Dự phòng kháng sinh cho bà mẹ bị nhiễm liên cầu nhóm B. Tuy vậy lại làm tăng tỷ lệ sử dụng kháng sinh sớm ở trẻ và thời gian nằm viện lâu hơn khi bị bệnh.

Edward và cộng sự (2008) thấy sử dụng vaccine tiêm phòng thấy 85-90% bà mẹ có kháng thể chống GBS, kháng thể từ mẹ truyền sang con có hiệu quả kéo dài đến 2 tháng và còn hiệu lực ở người mẹ sau 2 năm.

◆ Khi trẻ đã ra đời:

- Rửa tay sạch khi tiếp xúc trẻ
- Đảm bảo vệ sinh phòng bệnh, vô trùng lồng ấp, có lịch tiệt khuẩn định kỳ
- Tắm gội vệ sinh sạch hàng ngày, sát trùng để hở rốn.
- Những trường hợp nguy cơ cao như : mẹ ối vỡ > 18 giờ, mẹ sốt, nước ối bẩn, nhiễm khuẩn ối cho kháng sinh dự phòng.

HẠ THÂN NHIỆT TRẺ SƠ SINH

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hạ thân nhiệt là tình trạng bệnh lý hay gặp ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là ở trẻ đẻ non, do quá trình điều hòa thân nhiệt bị mất cân bằng (quá trình sinh nhiệt và quá trình tản nhiệt)

- Quá trình sinh nhiệt : chuyển hóa và cơ cơ

- Quá trình mất nhiệt: thông qua 4 cơ chế

+ Cơ chế bay hơi

+ Cơ chế truyền nhiệt

+ Cơ chế đối lưu

+ Cơ chế bức xạ

- Định nghĩa hạ thân nhiệt: khi nhiệt độ của trẻ $< 35^{\circ}\text{C}$ (95°F) gọi là hạ thân nhiệt

- Mức độ hạ thân nhiệt

+ Nhẹ: nhiệt độ $32 - 35^{\circ}\text{C}$

+ Nặng: nhiệt độ $< 32^{\circ}\text{C}$

2. NGUYÊN NHÂN

Hạ thân nhiệt trẻ sơ sinh thường do các nguyên nhân sau

- Trẻ đẻ non vì:

+ Tỷ lệ diện tích da/cân nặng lớn hơn trẻ đủ tháng \rightarrow trẻ đẻ non dễ bị hạ thân nhiệt

+ Lượng mỡ dưới da đặc biệt là lớp mỡ nâu ít \rightarrow khả năng sinh nhiệt kém

+ Thiếu năng lượng để chuyển hóa và sinh nhiệt

+ Dễ mắc suy hô hấp do các vấn đề ở phổi

- Trẻ đẻ ngạt gây thiếu oxy cho chuyển hóa tế bào

- Trẻ đẻ hoặc nuôi trong môi trường lạnh: nhiệt độ trong phòng lạnh, gió lùa, trẻ không được ủ ấm, áo tã bị ướt do đái, ỉa, tắm trẻ quá lâu, nước tắm lạnh

- Cấp cứu hồi sức hoặc tiêm truyền cho trẻ trong thời gian kéo dài mà trẻ không được ủ ấm

- Trẻ bị nhiễm trùng và bệnh lý khác làm trẻ bị cạn kiệt năng lượng và hạ thân nhiệt

3. TRIỆU CHỨNG

- Tim mạch:
 - + Giai đoạn đầu: tăng nhịp tim, co mạch ngoại biên để duy trì tưới máu cơ quan
 - + Giai đoạn sau: nhịp tim chậm, rung nhĩ, rung thất ...
- Hô hấp: lúc đầu trẻ thở nhanh, hạ thân nhiệt nặng trẻ thở chậm dần và bị toan chuyển hóa
 - Thần kinh trung ương: tưới máu não giảm nên giai đoạn đầu trẻ kích thích, bứt rứt sau trẻ li bì, hôn mê, co giật...
 - Thận: giai đoạn đầu trẻ tăng bài niệu, giai đoạn sau trẻ thiếu niệu, tăng ure máu, hoại tử ống thận
 - Huyết học: giảm BC, TC, rối loạn đông máu, xuất huyết phổi

4. XỬ TRÍ

4.1. Điều trị cấp cứu các chức năng sống cơ bản

- Hô hấp:
 - + Làm thông thoáng đường thở: đặt trẻ ở tư thế trung gian
 - + Hỗ trợ hô hấp nếu trẻ tím tái, ngừng thở
 - Tuần hoàn: truyền dịch và thuốc nếu trẻ có suy tuần hoàn

4.2. Phục hồi thân nhiệt cho trẻ

4.2.1. Hạ thân nhiệt nhẹ

- Đặt trẻ trong phòng ấm (26-28°C), có lò sưởi hoặc đèn sưởi
- Cởi bỏ áo tã ướt
- Lau khô người trẻ, lau khô đờm rãi, các chất tiết
- Áo, tã, mũ, tất tay chân, chăn được làm ấm ở nhiệt độ 38-40°C trước khi mặc vào cho trẻ

- Ủ ấm trẻ theo phương pháp da kề da

- Đo thân nhiệt của trẻ 1 giờ/lần và theo dõi các dấu hiệu nguy hiểm

4.2.2. Hạ thân nhiệt nặng

- Làm tương tự như 3 bước đầu ở phần hạ thân nhiệt nhẹ
- Đặt trẻ vào lồng ấp: đặt nhiệt độ lồng ấp cao hơn thân nhiệt trẻ 1-1.5°C

- Kiểm tra nhiệt độ lồng ấp mỗi giờ một lần trong vòng 8 giờ đầu sau đó 3 giờ một lần

- Đo thân nhiệt của trẻ 1 giờ một lần.

+ Nếu thân nhiệt của trẻ tăng thêm $0.5^{\circ}\text{C}/1$ giờ và liên tục trong 3 giờ là tiên lượng tốt. Khi thân nhiệt của trẻ ổn định trong giới hạn bình thường phải theo dõi tiếp 3 giờ /lần trong 12 giờ

+ Nếu thân nhiệt của trẻ không tăng hoặc tăng dưới $0.5^{\circ}\text{C}/$ giờ \rightarrow kiểm tra hệ thống sưởi, tăng nhiệt độ lồng ấp $0.5^{\circ}\text{C} /$ giờ

4.3. Điều trị nguyên nhân và các hỗ trợ khác

- Điều trị suy hô hấp, các bệnh lý nhiễm trùng

- Đảm bảo năng lượng, dinh dưỡng

+ Cho trẻ bú mẹ nếu trẻ còn bú được

+ Nếu trẻ không bú được \rightarrow cho trẻ ăn qua ống thông dạ dày

- Truyền dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, theo dõi chặt đường máu, không để hạ đường máu

Chú ý : dịch nuôi dưỡng, sữa, chế phẩm máu đều phải là ấm $40-42^{\circ}\text{C}$ trong suốt quá trình truyền cho trẻ

5. PHÒNG NGỪA

- Chăm sóc, quản lý tốt thai nghén để dự phòng trẻ đẻ non, đẻ ngạt

- Đảm bảo môi trường chăm sóc trẻ phải có nhiệt độ $25^{\circ}-28^{\circ}\text{C}$, không có gió lùa, thời gian tắm trẻ < 10 phút, tã lót quần áo trẻ phải được làm ấm trước khi mặc.

- Nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị trẻ sơ sinh bệnh lý.

VÀNG DA SƠ SINH

1. GIỚI THIỆU

- Vàng da là một triệu chứng thường gặp ở trẻ sơ sinh do nhiều nguyên nhân gây nên.

- Vàng da là do lượng bilirubin tăng $> 120 \mu\text{mol/l}$ ($>7 \text{ mg/dl}$) trong máu trẻ sơ sinh.

- Hầu hết các trường hợp trẻ vàng da có hàm lượng bilirubin/ máu không nguy hại và không cần điều trị

- Bilirubin được tạo ra do sự dị hóa của hemoglobin trong cơ thể

+ Chuyển hóa bilirubin trong bào thai: sự thanh lọc bilirubin trong huyết tương thai nhi do mẹ đảm nhiệm. Bilirubin gián tiếp của thai qua rau thai gắn với albumin của mẹ đến gan mẹ và \rightarrow bilirubin trực tiếp và được đào thải ra ngoài. Chỉ có một phần rất nhỏ bilirubin được biến đổi tại gan thai nhi và được chuyển xuống ruột, có trong phân su.

+ Chuyển hóa bilirubin sau khi sinh: ngay sau khi sinh, trẻ phải tự đảm nhận chuyển hóa bilirubin trong khi chức năng chuyển hóa bilirubin của nhiều cơ quan còn chưa hoàn thiện.

- Có 2 thể vàng da ở trẻ sơ sinh:

+ Vàng da do tăng bilirubin gián tiếp (tự do)

+ Vàng da do tăng bilirubin trực tiếp (kết hợp)

2. VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN GIÁN TIẾP

2.1. Tóm tắt chuyển hóa bilirubin trong cơ thể và tại sao trẻ sơ sinh lại dễ bị vàng da

- Hồng cầu vỡ phóng thích bilirubin vào máu do

+ Số lượng hồng cầu /kg/ trẻ sơ sinh lớn hơn người lớn

+ Đời sống hồng cầu thai nhi ngắn hơn người lớn

+ Thiếu enzyme G6PD

- Vận chuyển bilirubin vào gan và quá trình kết hợp bilirubin tại gan : quá trình này ở trẻ sơ sinh còn hạn chế do

+ Men gan (glucuronyl transferase) chưa hoàn chỉnh

+ Lượng Albumin trong máu thấp

+ Trẻ sơ sinh thiếu oxy nặng (ngạt), nhiễm khuẩn, nhiễm toan, dùng một số thuốc cạnh tranh với bilirubin (cafein, heparin, rocephin...)

- Bài tiết bilirubin : Bilirubin được bài tiết qua đường tiêu hóa và đường tiết niệu, quá trình này bị ảnh hưởng do

+Nhu động ruột của trẻ kém → Bilirubin bị tái hấp thu qua chu trình ruột gan

+ Chức năng thận chưa hoàn chỉnh

2.2. Vàng da sinh lý

- Xuất hiện sau ngày thứ 3

- Tự khỏi sau 1 tuần

- Vàng da nhẹ đến mắt, ngực

- Toàn trạng trẻ ổn định

- XN Bilirubin : trẻ đủ tháng < 12 mg/dl, trẻ non tháng < 15 mg/dl

2.3. Vàng da bệnh lý:

2.3.1. Định nghĩa: khi nồng độ bilirubin tăng cao hơn mức độ sinh lý

Bilirubin gián tiếp > 12 mg/dl (trẻ đủ tháng), > 15 mg/dl (trẻ non tháng)

2.3.2. Cách xác định vàng da đúng

- Quan sát trẻ dưới ánh sáng tự nhiên vì nếu nhìn dưới ánh sáng đèn thì tình trạng vàng da có thể nặng hơn hoặc nếu thiếu ánh sáng thì không thể phát hiện được vàng da

- Dùng ngón tay ấn nhẹ lên da trong 2 giây rồi bỏ ra, làm như vậy có thể nhìn rõ màu da và tổ chức dưới da

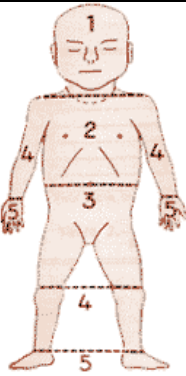
2.3.3. Mức độ vàng da: dựa vào

- Thời gian xuất hiện vàng da

+ Vàng da xuất hiện sớm < 24 giờ tuổi

+ Vàng da xuất hiện sau 3 ngày: phổ biến

- + Vàng da xuất hiện muộn(ngày 14 trở đi)
- Theo tốc độ tăng bilirubin: tăng bilirubin nhanh $> 0.5 \text{ mg/dl/giờ}$
- Tình trạng trẻ: các dấu hiệu đi kèm như có cơn ngừng thở, li bì, nôn, bú kém, thân nhiệt không ổn định, co giật, tăng trương lực cơ, xoắn vặn.
- Các yếu tố thuận lợi:
 - + Trẻ đẻ ngạt gây thiếu oxy máu
 - + Trẻ đẻ non, nhẹ cân
 - + Trẻ hạ thân nhiệt, hạ đường máu
 - + Trẻ toan máu
 - + Trẻ giảm albumin máu
 - + Trẻ chậm đi ngoài phân su, nôn dịch vàng
- + Tiền sử mẹ
 - o Có trẻ sơ sinh bị vàng da ở lần đẻ trước
 - o Mẹ dùng thuốc oxytocin kích thích đẻ
 - o Tiền sử thai nghén có nguy cơ : tiền sản giật, tiểu đường, nhiễm khuẩn...
- Vị trí vàng da
 - + Theo nguyên tắc Kramer

NGUYÊN TẮC KRAMMER							
	Vùng	1	2	3	4	5	
	Bilirubin/máu (mg/dl)		5-7	8-10	11-13	13-15	>15
	Bilirubin/máu ($\mu\text{mol/l}$)		85-119	136-170	187-221	221-255	>255

+ Theo ngày tuổi sau đẻ:

Tuổi	Vị trí vàng da	Phân loại
Ngày 1	Bất cứ vị trí nào	Vàng da nặng
Ngày 2	Cánh tay và cẳng chân	Vàng da nặng
Ngày 3 trở đi	Bàn tay và bàn chân	Vàng da nặng

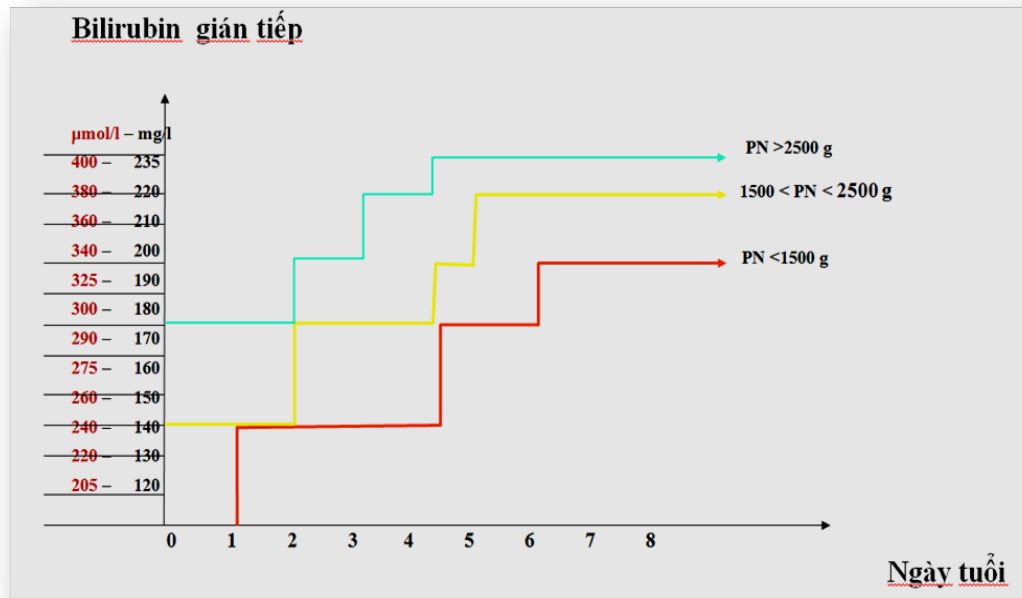
2.3.4. Xét nghiệm

- Bilirubin máu
- Công thức máu
- Nhóm máu (ABO; Rh mẹ -con)
- Test Coombs trực tiếp

2.3.5. Điều trị: dựa vào mức bilirubin máu, cân nặng, tuổi sau đẻ: (xem hình)

- Chiếu đèn: là kỹ thuật dễ thực hiện, không xâm lấn và ít tác dụng phụ, biến chứng
- Hướng dẫn chiếu đèn
- + Bộc lộ da trẻ đến mức tối đa
 - + Che mắt cho trẻ
 - + Đặt trẻ ở vùng trung tâm của ánh sáng đèn và điều chỉnh khoảng cách thích hợp từ bóng đèn chiếu đến trẻ là 30 -40 cm
 - + Theo dõi mức Bilirubin trong máu : nếu trẻ vàng da sớm ≤ 48 giờ thì làm xét nghiệm mỗi 6- 8 giờ , nếu thấy mức Bilirubin máu không tăng hoặc tăng trong giới hạn ở bảng trên thì tiếp tục chiếu đèn và xét nghiệm lại sau 24 giờ. Nếu trẻ vàng da sau 48 giờ thì làm xét nghiệm bilirubin sau 24 giờ.
 - + Theo dõi thân nhiệt của trẻ:
 - + Theo dõi phát hiện các tác dụng phụ do chiếu đèn (Đỏ da, phỏng da, mất nước, phân lỏng).
 - Thay máu : là kỹ thuật cao, xâm lấn, có nhiều nguy cơ, biến chứng. Được chỉ định khi lượng bilirubin trong máu quá cao, chiếu đèn không hiệu quả, để phòng vàng da nhân não
 - Điều trị hỗ trợ khác
 - + Truyền dung dịch Glucose 10% liều 80-100 ml/kg/ngày để tăng cường chức năng kết hợp bilirubin của gan
 - +Truyền albumin:
 - Khi albumin máu < 30 g/l, tỉ lệ bilirubin toàn phần/albumin > 8
 - Liều 1-2g/kg pha với dung dịch glucose 5% pha loãng 2-3 lần. (1g albumin gắn 8.5 mg/dl bilirubin)

- + Thay máu một phần nếu có đa hồng cầu
- + Cho trẻ dùng sữa mẹ sớm để tăng thải bilirubin qua ruột
- + Giải quyết dị tật bẩm sinh đường tiêu hóa nếu có



Bảng chỉ định điều trị vàng da dựa vào mức Bilirubin gián tiếp trong máu, cân nặng và ngày tuổi của trẻ.

Mức Bilirubin ở bảng là mức thay máu, chỉ định chiếu đèn khi mức Bilirubin bằng từ nửa mức thay máu trở lên.

2.3.6. Dự phòng:

- Hướng dẫn mẹ theo dõi và phát hiện sớm dấu hiệu vàng da của trẻ để kịp thời đưa trẻ đến cơ sở y tế
- Chiếu đèn dự phòng các trường hợp trẻ có nguy cơ (ví dụ: trẻ đẻ non, đa hồng cầu, đẻ ngạt, bứu huyết...)

3. VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN TRỰC TIẾP

3.1. Định nghĩa : vàng da tăng bilirubin trực tiếp khi nồng độ bilirubin trực tiếp vượt quá 2.0 mg/dl và chiếm > 10 % bilirubin toàn phần

3.2. Đặc điểm

3.2.1. Lâm sàng

- Vàng da xuất hiện muộn và ngày càng tăng

- Vàng da xin, có kèm vàng mắt và niêm mạc, gan to, có thể có lách to
- Biến đổi màu sắc phân (vàng sẫm hoặc bạc màu) và nước tiểu vàng sẫm
- Có thể có kèm theo xuất huyết dưới da, chảy máu rốn, đường tiêu hóa

3.2.2. Xét nghiệm

- Xét nghiệm khảo sát chức năng gan
- + Bilirubin toàn phần, trực tiếp
- +Men gan: SGOT, SGPT
- +Chức năng đông máu: PT,APTT
- +Nồng độ Albumine, Cholesterol, Phosphatase kiềm
- + Đường máu
- + Amoniac máu (nếu nghi ngờ có suy gan)
- Các xét nghiệm tìm nguyên nhân
- + Huyết thanh chẩn đoán nhiễm trùng bào thai
- + Cây máu, nước tiểu
- Các xét nghiệm phát hiện teo đường mật
- + Siêu âm gan mật, ổ bụng
- + Chụp đường mật có cản quang
- + Sinh thiết gan (dưới hướng dẫn của siêu âm)

3.3. Điều trị

- Nội khoa: bảo vệ chức năng gan, điều trị nhiễm trùng, bổ sung vitamin tan trong dầu
- Ngoại khoa: Trong teo đường mật, u nang ống mật chủ

SUY HÔ HẤP SƠ SINH

1. ĐỊNH NGHĨA

Suy hô hấp là tình trạng rối loạn chức năng hô hấp do nhiều nguyên nhân, tại phổi hoặc ngoài phổi gây ra thất bại trong quá trình trao đổi khí dẫn đến thiếu oxy và tăng CO_2 trong máu, do đó không còn khả năng duy trì PaO_2 , PaCO_2 , pH ở mức có thể chấp nhận được.

Là hội chứng thường gặp nhất và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sơ sinh đòi hỏi phải cấp cứu nhanh chóng và xử trí đúng.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nguyên nhân tại đường hô hấp

- Thường gặp: bệnh màng trong, hội chứng hít, viêm phổi trong tử cung, chậm tiêu dịch phổi, tăng áp động mạch phổi.
- Ít gặp: chảy máu phổi, tràn khí màng phổi, thiếu sản phổi
- Hiếm gặp: kén khí bẩm sinh, tật lỗ mũi sau

2.2. Nguyên nhân ngoài đường hô hấp

- Dị tật: dị dạng lồng ngực, tim bẩm sinh, thoát vị cơ hoành
- Rối loạn chuyển hóa: hạ đường máu, hạ thân nhiệt, toan máu
- Bệnh hệ thần kinh: xuất huyết trong sọ, viêm màng não, ngộ độc morphin...
- Do tuần hoàn: mất máu cấp, đa hồng cầu.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Hỏi tiền sử

- Trẻ đẻ non:
 - + Phổi chưa trưởng thành, thiếu surfactant → bệnh màng trong
 - + Hệ thần kinh chưa hoàn chỉnh → cơn ngừng thở
 - + Mẹ nhiễm trùng gây đẻ non → viêm phổi / tử cung
- Trẻ đẻ nặng: tuần hoàn phổi giảm, nguy cơ hít
- Trẻ đẻ mổ: nguy cơ chậm tiêu dịch phổi → thở nhanh thoáng qua

- Mẹ tiểu đường → ảnh hưởng tổng hợp surfactant → bệnh màng trong
- Mẹ ối vỡ sớm, sốt, nước ối bẩn hôi → viêm phổi/ tử cung
- Da trẻ nhuốm màu phân su → hít phân su
- Trẻ bị lạnh, đau, một số bệnh lý khác → tăng tiêu thụ oxy

3.1.2. Các dấu hiệu lâm sàng :trẻ có 1 trong các dấu hiệu sau

- Da tím, tái
- Nhịp thở nhanh > 60 lần/phút hoặc thở chậm < 30 lần/phút
- Con ngừng thở > 20 giây hoặc < 20 giây kèm theo nhịp tim < 100 lần/phút
- Cánh mũi phập phồng (đập cánh mũi)
- Thở rên(thì thở ra)
- SaO₂< 90%

3.1.3. Mức độ suy hô hấp: dựa vào chỉ số Silverman

Điểm	0	1	2
Dấu hiệu			
Di động lồng ngực	Cùng chiều	Ít hơn bụng	Ngược chiều
Co kéo liên sườn	Không	Ít	Rõ
Lõm ức	Không	Ít	Rõ
Đập cánh mũi	Không	Ít	Rõ
Thở rên	Không	Qua ống nghe	Nghe từ xa

Đánh giá : Điểm Silverman ≤ 5 – Suy hô hấp nhẹ

Điểm Silverman > 5 – Suy hô hấp nặng

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Xét nghiệm khí máu động mạch: có giá trị chẩn đoán xác định

- PaO₂< 50 mmHg và/ hoặc PaCO₂> 60 mmHg
- pH< 7.25

3.2.2. XQ tim phổi: giúp phát hiện được các bệnh lý kèm theo hoặc các nguyên nhân gây suy hô hấp như tràn khí, tràn dịch màng phổi, thoát vị cơ hoành, bệnh màng trong v.v...

3.2.3. Xét nghiệm máu: công thức máu ngoại biên, CRP, đường máu, ĐGD.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Chống suy hô hấp
- Chống toan máu
- Chống nhiễm khuẩn
- Chống kiệt sức
- Điều trị theo nguyên nhân

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Chống suy hô hấp

- Hút mũi họng
- Đặt trẻ ở tư thế thông đường thở: đầu hơi ngửa ra sau, có thể kê gối mỏng dưới vai
- Kích thích trẻ thở (xoa vào vùng lưng của trẻ trong 10 giây)
- Dẫn lưu dạ dày làm giảm chướng bụng
- Cung cấp oxy ngay: tùy mức độ suy hô hấp mà sử dụng các phương pháp khác nhau từ thở oxy qua sonde (0.5 l/ph) hoặc qua lều (8-10 l/ph) hay phải thông khí áp lực dương qua mặt nạ, qua NKQ hay cho trẻ thở máy hỗ trợ.
- Theo dõi bão hòa oxy qua da của trẻ (92-95%) để điều chỉnh nồng độ oxy khí thở vào

4.2.2. Chống toan máu

- Bù kiềm dựa vào kết quả khí máu là lý tưởng nhất và khi trẻ đã được thông khí tốt
- + Số mEq (Natri bicarbonat) = BE x P x 0.3 (P cân nặng trẻ tính bằng kg)
- + Trường hợp toan hô hấp (PaCO₂ > 70 mmHg) → thải CO₂ bằng máy thở
- Khi không làm được khí máu thì bù mìn theo công thức **2mEq/kg**

- Cải thiện lưu lượng máu đến phổi

+ Choáng nghi do giảm thể tích : dung dịch Natriclorua 0,9% 10-20 ml/kg/15 phút

+ Xét nghiệm Hct < 35% → truyền hồng cầu 10 ml/kg

+ Xét nghiệm Hct > 65% (máu tĩnh mạch) → thay máu một phần

4.2.3. Chống nhiễm khuẩn

- Đảm bảo vệ sinh trong chăm sóc trẻ đặc biệt các trường hợp trẻ cần đặt NKQ

- Chọn loại kháng sinh phổ rộng khi suy hô hấp kèm ối vỡ sớm, nước ối hôi, mẹ sốt trước đẻ hoặc khi khó phân biệt giữa viêm phổi và các nguyên nhân khác

- Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ là tốt nhất

4.2.4. Chống kiệt sức

- Đảm bảo thân nhiệt cho trẻ $36^{\circ}5 - 37^{\circ}C$

- Cung cấp oxy ẩm và ấm

- Cung cấp đủ năng lượng (50 -100 kcal/kg/ngày)

- Chống hạ đường máu

4.2.5. Điều trị nguyên nhân: (một số nguyên nhân suy hô hấp nội khoa thường gặp)

- Chậm tiêu dịch phổi

+ Nguyên nhân gây suy hô hấp là do trong lòng phế nang còn dịch gây cản trở thông khí và trao đổi khí

+ Thường gặp ở những trẻ mổ đẻ khi chưa có chuyển dạ, trẻ lọt quá nhanh, mẹ dùng thuốc ức chế β .

+ Mức độ suy hô hấp tùy thuộc vào tình trạng ứ dịch ở phế nang.

+ XQ phổi: phổi kém sáng do phế nang còn chứa nhiều dịch, có thể thấy ít dịch ở góc màng phổi, dày rãnh liên thùy.

+ Tiến triển: thường tình trạng suy hô hấp được cải thiện < 24 giờ điều trị. Nếu > 24 giờ trẻ vẫn phụ thuộc vào oxy, đó là những trường hợp tăng tiêu thụ surfactant hoặc surfactant bài tiết chưa đủ

+ Điều trị: thở áp lực dương liên tục, cân nhắc dùng surfactant trong một số trường hợp

- Hội chứng hít phân su

+ Nguyên nhân gây suy hô hấp là do trong lòng phế nang chứa đầy phân su do trẻ bị suy thai trong tử cung gây thải phân su vào nước ối và gây động tác hít vào trước sinh làm nước ối có phân su tràn vào đường hô hấp gây cản trở thông khí và trao đổi khí

+ Là nguyên nhân gây suy hô hấp rất nặng nề, trẻ bị nhiễm toan nặng, tử vong nhanh nếu không được xử trí kịp thời. Thường gặp ở thai quá ngày sinh

+ XQ phổi: xen kẽ vùng phổi mờ và vùng phổi tăng sáng, có thể thấy có vùng phổi xẹp

+ Xử trí: phải ngay lập tức hút khí quản trẻ qua đèn soi khí quản cho đến khi không còn hút ra được dịch phân su nữa, đặt NKQ bơm surfactant càng sớm càng tốt. Kháng sinh phổ rộng

+ Đề phòng biến chứng tràn khí màng phổi

- Viêm phổi trong tử cung

+ Thường gặp ở những trẻ mẹ nhiễm khuẩn trước đẻ do liên cầu B, E.Coli

+ Trẻ suy hô hấp tăng dần sau đẻ, phổi nghe có ran ẩm nhỏ hạt

+ XQ phổi hình ảnh viêm phế quản phổi

+ Điều trị: kháng sinh phổ rộng, hô hấp hỗ trợ, cân nhắc bơm surfactant

- Chảy máu phổi

+ Là bệnh thứ phát sau thiếu oxy nặng kéo dài hoặc do rối loạn đông máu

+ Trẻ suy hô hấp, sùi bọt hồng, trào máu tươi qua mũi miệng và tử vong rất nhanh

+ Xử trí: đặt NKQ, cho trẻ thở máy PEEP 7-8 cmH₂O, truyền máu tươi, chống rối loạn đông máu, cân nhắc dùng surfactant.

- Bệnh màng trong

+ Là từ ngữ dùng trên lâm sàng nói về tình trạng thiếu hụt về mặt chức năng chất surfactant ở phổi, thường gặp ở trẻ đẻ rất non

+ Suy hô hấp xuất hiện sớm có thể ngay sau đẻ, trẻ thở nhanh, nông, co rút và tím tái suy sụp rất nhanh nếu không được điều trị kịp thời

+ XQ phổi: bệnh có 4 giai đoạn

- Giai đoạn 1: Nốt mờ dạng hạt khắp 2 phế trường phổi
 - Giai đoạn 2: Nốt mờ dạng hạt nhiều và hình ảnh ứ khí trong phế quản
 - Giai đoạn 3: Nốt mờ dạng hạt rất nhiều và hình ảnh ứ khí trong phế quản nhưng còn thấy rõ bờ tim
 - Giai đoạn 4: Phổi mờ đều 2 bên và không thấy rõ bờ tim
- + Xử trí: hỗ trợ hô hấp bằng máy CPAP hoặc máy thở, dùng surfactant 100 - 200 mg/kg/ liều. Dùng liều nhắc lại sau 6-8 giờ nếu trẻ vẫn có các dấu hiệu suy hô hấp nặng và không giảm được nhu cầu FiO_2 , hoặc XQ phổi vẫn mờ và độ giãn nở phổi kém.

5. PHÒNG BỆNH

- Theo dõi và quản lý thai nghén tốt để phát hiện và điều trị kịp thời các sản phụ có nguy cơ .
- Dùng glucocorticoid cho các bà mẹ dọa đẻ non có tuổi thai < 35 tuần
- Tập huấn nâng cao kỹ năng hồi sức sơ sinh cho cán bộ y tế tại phòng đẻ, phòng mổ nhằm nâng cao hiệu quả hồi sức trẻ ngay sau đẻ.

PHỤ LỤC 1

THUỐC NGỪA THAI

1. KHÁI NIỆM

Là biện pháp ngừa thai tạm thời, hiệu quả cao, an toàn và phục hồi nhanh

Tùy theo thành phần hormone trong thuốc ngừa thai, chia 2 loại :

- Thuốc ngừa thai kết hợp gồm ESTROGEN và PROGESTIN
- Thuốc ngừa thai chỉ có PROGESTIN
- Thuốc nội tiết ngừa thai có nhiều đường dùng:
 - Đường uống
 - Đường tiêm
 - Miếng dán da
 - Que cấy dưới da
 - Vòng âm đạo
 - Dụng cụ tử cung.

2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

2.1. Thuốc ngừa thai kết hợp :

2.1.1. Chống chỉ định tuyệt đối.

- Có thai hoặc nghi ngờ có thai.
- Đang cho con bú trong vòng 6 tuần sau sinh.
- Lớn tuổi (≥ 35 tuổi) và hút thuốc thường xuyên ≥ 15 điếu/ngày.
- Có nhiều nguy cơ bị bệnh mạch vành (lớn tuổi, hút thuốc lá, đái tháo đường và tăng huyết áp)
 - Tăng huyết áp nặng (HA tâm thu ≥ 160 mmHg, HA tâm trương ≥ 100 mmHg).
 - Đã hoặc đang bị bệnh lý tim mạch và đông máu như:
 - + Bệnh lý mạch máu
 - + Thuyên tắc tĩnh mạch sâu
 - + Thuyên tắc phổi
 - + Bệnh lý đông máu

- + Bệnh thiếu máu cơ tim
- + Bệnh lý van tim phức tạp
- + Tai biến mạch máu não
- + Cơ địa huyết khối di truyền.
- Sắp phẫu thuật đòi hỏi nằm trên 1 tuần.
- Đau nửa đầu (Migrain).
- Đang bị ung thư vú.
- Đái tháo đường có biến chứng (thận, thần kinh, võng mạc, mạch máu).
- Đang bị lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid
- Đang bị bệnh gan nặng có suy giảm chức năng gan trầm trọng.

2.1.2. Chống chỉ định tương đối :

- Đang cho con bú sau sinh từ 6 tuần đến 6 tháng hoặc không cho con bú trong vòng 4 tuần sau sinh.
- Lớn tuổi (≥ 35 tuổi) và hút thuốc < 15 điếu/ngày.
- Đã hoặc đang bị cao huyết áp trung bình (HA tâm thu 140 - 159 mmHg, HA tâm trương 90 - 99 mmHg).
- Đã hoặc đang bị tăng lipid máu hoặc tăng cholesterol do uống thuốc tránh thai.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm trở lại.
- Sỏi mật đang điều trị nội khoa hoặc xơ gan còn bù
- Đang sử dụng một số loại thuốc như rifampicin/rifabutin, thuốc kháng virus nhóm ức chế protease Ritonavir-booster (Ritonavir-booster protease inhibitor) và một số thuốc chống co giật như phenytoin, carbamazepin, barbiturat, primidon, topiramate, oxcarbazepin hoặc lamotrigin.

2.2. Thuốc ngừa thai chỉ có progestin

2.2.1. Chống chỉ định tuyệt đối :

- Có thai hoặc nghi ngờ có thai.
- Đang bị ung thư vú.

2.2.2. Chống chỉ định tương đối :

- Thuyên tắc tĩnh mạch sâu/thuyên tắc phổi.

- Tăng huyết áp (HA tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 100 mmHg)
(Đ/v thuốc ngừa thai)

- Lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid .
- Tiền căn ung thư vú.
- Xơ gan mất bù.
- Đã hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim
- Đau nửa đầu có kèm mờ mắt
- Đang sử dụng một số loại thuốc như rifampicin/rifabutin, thuốc kháng virus nhóm ức chế protease Ritonavir-booster và một số thuốc chống co giật như phenytoin, carbamazepin, barbiturat, primidon, topiramate, oxcarbazepin

3. ƯU VÀ KHUYẾT ĐIỂM CỦA CÁC DẠNG THUỐC

3.1. Thuốc ngừa thai kết hợp

Thuốc ngừa thai kết hợp: nhờ thành phần estrogen có thể có những thuận lợi như

- Ít gây rối loạn kinh nguyệt
- Duy trì và cải thiện mật độ xương

Tuy nhiên estrogen có thể có những bất lợi :

- Tác dụng phụ: nôn, căng vú, nhức đầu, chóng mặt...
- Nguy cơ: tắc mạch
- Không sử dụng nếu có các chống chỉ định với estrogen.

Có nhiều đường dùng khác nhau: viên uống, miếng dán da, thuốc tiêm, vòng đặt âm đạo.

Các loại viên ngừa thai kết hợp hầu như có hiệu quả như nhau, tuy nhiên các loại viên ngừa thai kết hợp khác nhau về:

- Hàm lượng estrogen trong mỗi viên thuốc (Ethinyl estradiol 35mcg, 30mcg, 20mcg)
- Thành phần progestin (levonorgestrel, desogestrel, norgestimate, drospirenone...)
- Hàm lượng estrogen và progestin giống nhau hoặc khác nhau giữa các viên trong cùng 1 vỉ thuốc (1 pha, 2 pha, 3 pha)

- Số ngày dùng thuốc và ngưng thuốc trong 1 chu kỳ

Các sự thay đổi này nhằm giảm tác dụng phụ bất lợi, tăng cường các tác dụng có lợi, đồng thời vẫn đảm bảo hiệu quả ngừa thai tốt.

Vòng tránh thai đặt âm đạo phóng thích 15mcg Ethinyl estradiol và 120mcg etonogestrel mỗi ngày. Mỗi vòng sử dụng trong 3 tuần, nghỉ 1 tuần. Phương pháp này thường phù hợp với lứa tuổi vị thành niên.

3.2. Thuốc ngừa thai chỉ có progestin :

Thuận lợi chính của thuốc ngừa thai chỉ có progestin là có thể sử dụng trong thời gian dài, khách hàng không thể “quên sử dụng” (dạng thuốc tiêm, cấy dưới da, dụng cụ tử cung). Có ít chống chỉ định hơn và có thể có lợi hơn trong một số bệnh lý.

Có nhiều đường dùng khác nhau : viên uống, thuốc tiêm, que cấy, dụng cụ tử cung.

Viên thuốc uống chỉ có progestin liều thấp hàng ngày có đặc điểm:

- Hay liên quan tới các rối loạn chảy máu tử cung bất thường
- Tỷ lệ thất bại hơi cao hơn viên ngừa thai phối hợp
- Cơ chế tác dụng chủ yếu lên chất nhầy cổ tử cung, gây ức chế rụng trứng chỉ khoảng 57%, so với viên thuốc ngừa thai kết hợp gây ức chế rụng trứng 95-97%
- Phải dùng thuốc đều đặn mỗi ngày, không có ngày nghỉ. Sử dụng chậm trễ vài giờ có thể giảm hiệu quả ngừa thai.
- Thường được chỉ định cho các phụ nữ đang cho con bú muốn ngừa thai

Thuốc tiêm ngừa thai chỉ có progestin (DMPA) hiệu quả cao, dễ hồi phục, không cần dùng hàng ngày, tiêm một lần có tác dụng trong 3 tháng. Có những ưu điểm:

- Giảm lượng máu kinh
- Giảm nguy cơ viêm vùng chậu
- Giảm nguy cơ ung thư nội mạc tử cung
- Có thể sử dụng trong các trường hợp không thể dùng thuốc ngừa thai có estrogen như :

- Nhức đầu migrain liên quan với estrogen
- Đang dùng thuốc chống co giật

- Thiếu máu hồng cầu liềm (Sickle cell anemia)
- U xơ tử cung
- Lớn tuổi và có hút thuốc lá

Dụng cụ tử cung có progestin chủ yếu phóng thích thuốc tại nội mạc tử cung, lượng thuốc phóng thích vào tuần hoàn rất thấp. Thường phù hợp với các trường hợp có kèm bất thường tại chỗ như tăng sinh nội mạc tử cung, cường kinh, lạc nội mạc trong cơ tử cung...

4. ẢNH HƯỞNG CỦA THUỐC ĐỐI VỚI CƠ THỂ :

4.1. Các tác dụng có ích :

- Giảm đau bụng kinh, giảm lượng máu kinh
- Giảm mụn trứng cá và các dấu hiệu nam hóa khác
- Một số loại có thể gây tăng ham muốn tình dục
- Ứng dụng điều trị trong một số bệnh lý phụ khoa : rong kinh rong huyết, lạc nội mạc tử cung...
- Giảm nguy cơ viêm vùng chậu, đau vùng chậu.
- Có tác dụng bảo vệ đối với ung thư buồng trứng và ung thư nội mạc tử cung

4.2. Các tác dụng bất lợi :

- Buồn nôn, nôn, nhức đầu, chóng mặt, mệt mỏi, giảm thị lực
- Sạm da, rụng tóc, tăng cân, đau vú
- Tăng cân do giữ nước và tăng chuyển hóa đường đạm
- Ra huyết tử cung bất thường, vô kinh.

4.3. Các biến chứng :

- Nguy cơ gây tắc mạch huyết khối
- Thay đổi chuyển hóa
- Ảnh hưởng lên chức năng gan
- Tăng huyết áp

5. CÁCH DÙNG THUỐC :

Tùy dạng thuốc, có thời điểm bắt đầu, đường dùng, số ngày dùng trong chu kỳ, ... khác nhau. Cần tuân thủ đúng theo khuyến cáo để đảm bảo hiệu quả ngừa thai tốt nhất.

- Viên thuốc ngừa thai kết hợp :

+ Bắt đầu trong 5 ngày đầu của chu kỳ kinh hoặc trong vòng 7 ngày sau hút thai/ sảy thai

+ Có thể bắt đầu bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Cần phải sử dụng thêm BPTT (biện pháp tránh thai) hỗ trợ (như tránh giao hợp hoặc sử dụng bao cao su...) trong 7 ngày kế tiếp

+ Sau sinh bắt đầu từ tuần thứ 4 nếu không cho con bú

+ Uống mỗi ngày 1 viên, nên vào giờ nhất định để dễ nhớ, theo chiều mũi tên trên vỉ thuốc .

+Số ngày dùng thuốc và ngưng thuốc trong mỗi chu kỳ khác nhau tùy từng loại thuốc, cần phải tuân thủ đúng khuyến cáo của nhà sản xuất.

- Viên thuốc ngừa thai chỉ có progestin :

- Bắt đầu trong 5 ngày đầu của chu kỳ kinh; trong vòng 7 ngày sau hút thai/ sảy thai hoặc 4 tuần đầu sau sinh (có thể bắt đầu ngay khi có sữa)

+ Có thể bắt đầu bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Cần phải sử dụng thêm BPTT hỗ trợ (như tránh giao hợp hoặc sử dụng bao cao su...) trong 2 ngày kế tiếp

+ Uống mỗi ngày 1 viên, **phải uống vào một giờ nhất định**, theo chiều mũi tên trên vỉ thuốc. Uống thuốc trễ 3 giờ trở lên phải được xử trí như quên thuốc.

+ Dùng vỉ kế tiếp ngay sau khi hết vỉ đầu, không ngừng giữa hai vỉ.

- Thuốc tiêm tránh thai (DMPA) :

+ Bắt đầu trong vòng 7 ngày đầu của chu kỳ kinh đầu tiên; ngay sau phá thai, sảy thai hoặc bất cứ lúc nào trong vòng 21 ngày hậu sản (và không cho con bú)

+ Bắt đầu ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Có thể cần sử dụng BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp

+ Thời gian dùng mũi tiếp theo sau 3 tháng

PHỤ LỤC 2

DỤNG CỤ TỬ CUNG

1. KHÁI NIỆM :

Dụng cụ tử cung (DCTC) là phương pháp tránh thai đơn giản, rẻ tiền, hiệu quả cao và dễ hồi phục. Ngày nay, các DCTC thường được cho thêm Đồng hay Progesterin để gia tăng hiệu quả ngừa thai.

Có 3 loại DCTC:

- DCTC trơ : DANA, Lippes...
- DCTC chứa đồng được làm từ một thân plastic với các vòng đồng hoặc dây đồng. Có nhiều hình dạng khác nhau và hàm lượng Đồng khác nhau (TCu 380A, Multiload 375, TCu 200...). DCTC TCu-380A có tác dụng trong 10 năm
- DCTC chứa progesterin (Progesterin- releasing IUDs): Ở Việt Nam có Mirena gồm một thân chữ T bằng polyethylen chứa 52 mg levonorgestrel, giải phóng 20 µg hoạt chất/ngày, có tác dụng tối đa 5 năm.

2. HIỆU QUẢ, ƯU - KHUYẾT ĐIỂM :

2.1. Hiệu quả :

Đây là phương pháp ngừa thai có hiệu quả cao và ít phụ thuộc vào người sử dụng. Tỷ lệ tránh thai cao 95 - 97%. Tỷ lệ có thai trong năm đầu tiên đối với người sử dụng DCTC có đồng là khoảng 0,5 - 0,8%. Đối với DCTC có progesterin, tỷ lệ thất bại thấp hơn, khoảng 0,1% trong năm đầu.

2.2. Ưu điểm :

- Các DCTC hiện đại là biện pháp ngừa thai an toàn, hiệu quả, phục hồi nhanh và ít tác dụng phụ.
- Ít ảnh hưởng đến sức khỏe toàn thân.
- Rẻ tiền, tiện dụng, đặt một lần có thể sử dụng ngừa thai được nhiều năm.
- Người phụ nữ có thể chủ động yêu cầu đặt DCTC để tránh thai

2.3. Khuyết điểm :

- Tỷ lệ DCTC xảy ra 2-5%, thường xảy ra trong những tháng đầu sau đặt. Nếu không phát hiện được dễ bị mang thai ngoài ý muốn.

- Thay đổi về chảy máu thường gặp: ra máu thường nhiều và kéo dài hơn, kèm đau bụng, đặc biệt là trong 3-6 tháng đầu sau đặt.

- Thường ra nhiều khí hư âm đạo do phản ứng tăng tiết dịch của niêm mạc tử cung.

- Có thể gây triệu chứng đau trần nặng hạ vị, co thắt TC, đau lưng.

- Có thể gây các biến chứng nặng khi đặt như thủng tử cung, nhiễm trùng, vòng xuyên cơ, tổn thương các tạng lân cận...

- Có thể có thai trong hoặc ngoài tử cung khi đang mang DCTC

- Người phụ nữ phải đến các cơ sở chuyên môn để đặt DCTC chứ không tự đặt được

- Mỗi loại DCTC có thời hạn sử dụng, cần đến các cơ sở chuyên khoa để thay khi đến hạn.

3. CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, muốn áp dụng một biện pháp tránh thai tạm thời, dài hạn, hiệu quả cao và không có chống chỉ định.

- Tránh thai khẩn cấp (chỉ đối với DCTC chứa đồng).

4. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

4.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Có thai.

- Nhiễm khuẩn hậu sản.

- Ngay sau sảy thai nhiễm khuẩn.

- Ra máu âm đạo chưa được chẩn đoán nguyên nhân.

- Bệnh nguyên bào nuôi ác tính hoặc có tình trạng β hCG vẫn gia tăng.

- Ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung.

- Đang bị ung thư vú (chỉ đối với DCTC giải phóng levonorgestrel).

U xơ tử cung hoặc các dị dạng khác làm biến dạng buồng tử cung.

- Đang viêm tiểu khung.

- Đang viêm mủ cổ tử cung hoặc nhiễm Chlamydia, lậu cầu.

- Lao vùng chậu.

4.2.Chống chỉ định tương đối:

- Trong vòng 48 giờ sau sinh (chỉ đối với DCTC giải phóng levonorgestrel).
- Trong thời gian từ 48 giờ đến 4 tuần đầu sau sinh (kể cả sinh bằng phẫu thuật).
- Đang bị bệnh lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (chỉ đối với DCTC giải phóng levonorgestrel) hoặc có giảm tiểu cầu trầm trọng.
- Bệnh nguyên bào nuôi lành tính có tình trạng tình trạng β hCG giảm dần.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong 5 năm trở lại (chỉ với DCTC giải phóng levonorgestrel), hoặc bị ung thư buồng trứng.
- Có nguy cơ bị nhiễm khuẩn lây truyền đường tình dục cao.
- Bệnh AIDS có tình trạng lâm sàng không ổn định.
- Đang bị thuyên tắc mạch (chỉ chống chỉ định với DCTC giải phóng levonorgestrel).
- Đang hoặc đã bị thiếu máu cơ tim, chứng đau nửa đầu nặng (chỉ chống chỉ định với tiếp tục sử dụng DCTC giải phóng levonorgestrel), hoặc đang bị xơ gan mất bù có giảm chức năng gan trầm trọng, hoặc u gan (chỉ với DCTC giải phóng levonorgestrel).
- Đang sử dụng một số thuốc kháng virus thuộc nhóm ức chế sao chép ngược nucleotid (NRTIs) hoặc không nucleotid (NNRTIs) hoặc nhóm ức chế men protease Ritonavir-booster.

5. THỜI ĐIỂM ĐẶT DCTC :

- Nên đặt trong 12 ngày đầu chu kỳ kinh.
- Có thể đặt ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai.
- Sau sinh : đặt trong vòng 48 giờ hoặc sau 4 tuần
- Sau phá thai/sảy thai : có thể đặt ngay nếu không sót nhau, không nhiễm trùng.
Nếu đặt sau 12 ngày cần phải chắc chắn là không có thai.
- Ngừa thai khẩn cấp: đặt trong vòng 5 ngày sau khi giao hợp không được bảo vệ.
- DCTC có progestin: nên đặt trong vòng 7 ngày đầu của chu kỳ kinh, nếu trễ hơn cần dùng thêm biện pháp hỗ trợ hoặc kiêng giao hợp trong 7 ngày kế tiếp.

6. KỸ THUẬT ĐẶT DCTC

- Tư vấn kỹ và khám cẩn thận trước đặt.
- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn và đúng kỹ thuật.

Đặt DCTC loại TCu 380-A

Chuẩn bị đặt

- Kiểm tra dụng cụ và bao đựng DCTC (thời hạn sử dụng, bao còn nguyên vẹn).
- Cho khách hàng đi tiểu.
- Khách hàng nằm trên bàn theo tư thế phụ khoa.
- Giải thích cho khách hàng các thủ thuật chuẩn bị tiến hành.
- Khám trong để xác định tư thế, thể tích tử cung và phần phụ.
- Thay găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài (kẹp sát khuẩn 1).
- Trải khăn vô khuẩn.
- Tư thế thầy thuốc: ngồi trên ghế, khoảng giữa 2 đùi của khách hàng. Nếu có người phụ thì người phụ ngồi bên trái thầy thuốc (đi găng vô khuẩn ở tay cầm van hoặc dụng cụ

Các thao tác đặt DCTC

- Bộc lộ cổ tử cung.
- + Mở âm đạo bằng van.
- + Sát khuẩn cổ tử cung và túi cùng âm đạo bằng Betadin (kẹp sát khuẩn 2).
- + Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi và kéo nhẹ xuống.
- Đo buồng tử cung.
- + Đưa thước đo vào tử cung theo hướng của nó trong tiểu khung, không chạm vào âm hộ và thành âm đạo.
- + Xác định độ sâu buồng tử cung.
- Lắp DCTC vào ống đặt
- + Lắp DCTC trong bao.
- + Điều chỉnh nấc hãm trên ống đặt đúng hướng và đúng độ sâu buồng tử cung.

- Đưa DCTC vào trong tử cung
- + Cầm ống đặt đúng tư thế, đúng hướng, tay kia cầm kẹp Pozzi kéo cổ tử cung về phía âm môn rồi nhẹ nhàng đưa ống đặt (có DCTC) qua cổ tử cung vào trong đến khi nấc hãm chạm vào lỗ ngoài CTC.
- + Giữ nguyên cần đẩy, kéo ống đặt xuống để giải phóng cành ngang chữ T.
- + Giữ nguyên ống đặt, rút cần đẩy ra ngoài.
- + Đẩy nhẹ ống đặt lên để đảm bảo bộ phận hãm tới sát cổ tử cung.
- + Rút ống đặt.
- + Cắt dây DCTC để lại từ 2 - 3 cm và gấp vào túi cùng sau âm đạo.
- Tháo dụng cụ
- + Tháo kẹp Pozzi.
- + Kiểm tra chảy máu và cầm máu nếu cần.
- + Tháo van hay mỏ vịt.
- Thông báo cho khách hàng biết công việc đã xong.

Đặt DCTC loại Multiload

Chuẩn bị đặt

- Như cách chuẩn bị đặt TCu 380-A.

Các thao tác đặt DCTC

- Bộc lộ cổ tử cung (như với TCu 380-A).
- Đo buồng tử cung (như với TCu 380-A).
- Đưa DCTC vào trong tử cung
- + Mở bao bì, đặt nấc hãm đúng hướng và độ sâu buồng tử cung.
- + Một tay cầm kẹp Pozzi kéo cổ tử cung về phía âm môn, tay kia giữ ống đặt (có DCTC) đúng hướng (theo nấc hãm), đẩy DCTC vào qua cổ tử cung theo đúng tư thế tử cung cho tới khi chạm đáy.
- +Rút ống đặt ra ngoài.
- +Cắt đuôi DCTC để lại 3 cm, gấp vào túi cùng sau âm đạo.

6. CHỈ ĐỊNH THÁO DCTC

- Vì lý do y tế:

- + Có thai (nếu thấy dây DCTC mới được tháo).
- + Ra nhiều máu.
- + Đau bụng dưới nhiều.
- + Nhiễm khuẩn tử cung hoặc tiêu khung.
- + Phát hiện tổn thương ác tính hoặc nghi ngờ ác tính ở tử cung, cổ tử cung.
- + DCTC bị tụt thấp.
- + Đã mãn kinh (sau khi mất kinh 12 tháng trở lên)
- + DCTC đã hết hạn (10 năm với TCu 380-A, 5 năm với Multiload): sau khi tháo có thể đặt ngay DCTC khác (nếu khách hàng muốn)
- Vì lý do cá nhân:
 - + Muốn có thai trở lại.
 - + Muốn dùng một BPTT (biện pháp tránh thai) khác.
 - + Thấy không cần dùng BPTT nào nữa

PHỤ LỤC 3

XỬ TRÍ DỊ TẬT BẨM SINH CẤP CỨU

1. GIỚI THIỆU

- Dị tật bẩm sinh xảy ra khoảng 3% trẻ sơ sinh. Nếu không được can thiệp phẫu thuật khoảng 1/3 số trẻ này sẽ tử vong do các dị tật này làm trẻ không thích ứng được với đời sống bên ngoài tử cung.

- Dị tật bẩm sinh có nhiều kiểu bất thường về hình thái. Tuy nhiên các rối loạn chức năng đóng vai trò chính trong quyết định thái độ xử trí cấp cứu hơn là các hình thái biểu hiện bên ngoài.

- Nguyên nhân gây dị tật bẩm sinh đa số không rõ ràng:

+ Yếu tố môi trường : 10%

+ Yếu tố di truyền : 20%

+ Không rõ nguyên nhân : 70%

- Các tác nhân ảnh hưởng bao gồm:

+ Tác nhân vật lý : tia phóng xạ, bức xạ

+ Tác nhân hóa học : Thalidomide, nitrofen, vitamin, thuốc nội tiết

+ Tác nhân nhiễm trùng : Virus, ký sinh trùng, xoắn khuẩn


+ Tác nhân di truyền : rối loạn NST, gen.

2. CÁC DỊ TẬT BẨM SINH NGOẠI KHOA THƯỜNG GẶP


2.1. Các dị tật ở vùng ngực

2.1.1. Thoát vị hoành bẩm sinh

- Là tình trạng các tạng trong ổ bụng thoát vị lên lồng ngực qua các lỗ khiếm khuyết của cơ hoành. Thường xảy ra bên trái nhiều hơn bên phải, 85-90% thoát vị qua khe Bochdaleck, 1-5% thoát vị 2 bên

<p>- Chẩn đoán giai đoạn sau sinh</p> <p>+ Tam chứng kinh điển: Tím tái, khó thở, tim lệch phải</p> <p>+ Khám: Bụng xẹp, lồng ngực phồng, tiếng tim nghe bên phải, nghe tiếng nhu động ruột trong lồng ngực</p>	
---	--

:

<p>+ XQ lồng ngực (thể điển hình)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bóng hơi ruột trong lồng ngực ○ Trung thất bị đẩy lệch sang phải ○ Rất ít nhu mô phổi phải 	
---	---

- Xử trí :

- + Không được dùng bóng và mặt nạ để hỗ trợ hô hấp
- + Đặt ống NKQ và cho trẻ thở máy
- + Đặt ống thông dạ dày
- + Nuôi dưỡng tĩnh mạch, kháng sinh
- + Điều chỉnh rối loạn nước – điện giải, thăng bằng toan kiềm
- + Chuyển phẫu thuật nếu trẻ ổn định sau 24 giờ

2.1.2. Dị dạng phế quản và phổi bẩm sinh

Dị tật này thường được phát hiện trước sinh qua siêu âm. Nếu phát hiện sau sinh thường tình cờ qua chụp phổi ở những trẻ có biểu hiện suy hô hấp. Các tổn thương bao gồm:

- Kén phế quản: là các thương tổn dạng
 - + Kén chứa đầy khí nếu có thông thương với phế quản hoặc
 - + Dạng đặc nếu không thông thương với phế quản hoặc
 - + Dạng mức khí – dịch nếu vừa chứa khí và dịch
- Nang tuyến bẩm sinh : bao gồm một khối nhiều nang nhỏ nằm trong nhu mô phổi có sự gia tăng của các cấu trúc phế quản, phế nang
 - Xử trí : chỉ can thiệp khi có dấu hiệu suy hô hấp

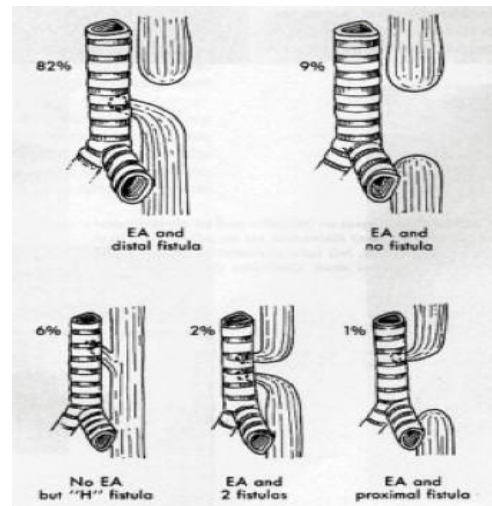
2.2. Các dị tật ở đường tiêu hóa

2.2.1. Teo thực quản

- Phân loại thể lâm sàng theo GROSS : 5

type

- + Đầu dưới thông với khí quản (82%)
- + Thực quản mất hẳn 1 đoạn (9%)
- + Dò khí thực quản, thông với nhánh PQ gốc (6%)
- + 2 đầu thông với khí quản nhưng không thông nhau (2%)
- + Đầu trên thông với khí quản (1%)



- Dấu hiệu lâm sàng sau khi sinh (thể điển hình)
 - + Tăng tiết nước bọt
 - + Tím tái, ho sặc khi bú
 - + Phổi nghe nhiều ran ẩm
 - + Đặt ống thông dạ dày số 8-10 bị nghẽn, bơm hơi qua ống thông sẽ nghe thấy vị trí tắc nghẽn trên lồng ngực
 - + Tìm các dị tật phối hợp : hội chứng VACTERL = dị tật cột sống, hậu môn, tim mạch, dò khí thực quản, thận tiết niệu, tứ chi

- XQ ngực bụng:

- + Xác định túi cùng trên qua vị trí ống thông dạ dày
- + Xem có hơi trong đường tiêu hóa để xác định dò khí thực quản, xem có dị dạng tiêu hóa khác phối hợp như tắc tá tràng
- + Đánh giá tình trạng viêm phổi
- + Trường hợp nghi ngờ có thể chụp phim ngay sau khi bơm thuốc cản quang qua ống thông dạ dày (sau đó phải hút thuốc cản quang ra ngay, thường thực hiện tại bệnh viện có khả năng phẫu thuật)



- Xử trí trước phẫu thuật

- + Đặt trẻ ở tư thế đầu cao 45°
- + Hút nước bọt qua ống thông đặt ở túi cùng thực quản bằng bơm tiêm 5 ml mỗi 30 phút – 1 giờ
- + Hỗ trợ hô hấp nếu có suy hô hấp
- + Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch
- + Kháng sinh

2.2.2. Tắc ruột

2.2.2.1. Tắc ruột là cấp cứu ngoại khoa thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh. Gồm 3 loại

- + Tắc ruột nội sinh (Teo ruột) : do tổn thương ngay tại đường tiêu hóa
- + Tắc ruột ngoại sinh: tắc nghẽn do tác động từ bên ngoài đường tiêu hóa (mặc treo chung, dây chằng...)
- + Tắc ruột chức năng :

○ Do rối loạn nhu động ruột: ở trẻ sơ sinh non tháng do đám rối mạc treo chưa phát triển hoàn chỉnh hoặc trong những trường hợp giảm nhu động do vô hạch

○ Do rối loạn độ đặc của phân : tắc ruột phân su, bệnh quánh niêm dịch

2.2.2.2. Các nguyên nhân tắc ruột sơ sinh

- Tắc tá tràng : là do teo tá tràng, hẹp tá tràng do màng ngăn niêm mạc, do tụy nhũn, do dây chằng Ladd , do tá tràng đôi...

- Teo ruột non

- Teo đại tràng và trực tràng

- Tắc ruột phân su

2.2.2.3. Triệu chứng lâm sàng:

- Trẻ nôn dịch mật: trẻ nôn dịch mật là triệu chứng quan trọng (cần XQ bụng cấp cứu để loại trừ xoắn ruột.). Trừ trường hợp tắc tá tràng trên bóng Valter (hiếm gặp) trẻ nôn dịch trong

- Trẻ không đi phân su : trong trường hợp tắc tá tràng do màng ngăn không hoàn toàn hoặc các trường hợp tắc ruột không hoàn toàn do hẹp ruột trẻ vẫn đi phân su.

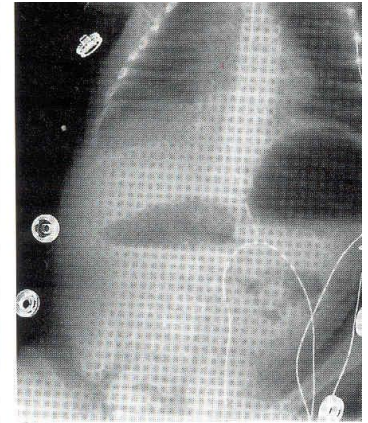
- Bụng chướng: chướng toàn ổ bụng khi tắc ruột thấp, chướng dưới rốn nếu tắc ruột cao

- Kích thích thấy có sóng nhu động hoặc dấu hiệu rấn bò

- Thăm trực tràng không có phân su mà chỉ thấy ít kết thể nhày trắng (trường hợp hẹp ruột vẫn có phân su)

2.2.2.4. Xét nghiệm chẩn đoán:

- XQ bụng không chuẩn bị: là XN bắt buộc, thường là đủ để xác định tắc ruột (có hình mức nước và hơi) và vị trí tắc như trong tắc tá tràng có 2 mức nước và hơi. Tắc thấp hơn nếu có nhiều mức nước và hơi. Nếu có hình ảnh calci hóa gợi ý thủng ruột trước sinh. Có thể có hình ảnh liềm hơi.



- Chụp lưu thông ruột là xét nghiệm đặc hiệu, thường chỉ định khi tắc nghẽn chức năng (Hirschsprung, tắc ruột phân su). Là xét nghiệm có thể gây nguy hiểm cần thực hiện ở các trung tâm lớn.



2.2.2.5. Xử trí :

- Đặt ống thông dạ dày để dẫn lưu
- Nuôi dưỡng tĩnh mạch
- Kháng sinh phổ rộng, vitamin K
- Chuyển cơ sở phẫu thuật nhi

2.3. Viêm phúc mạc phân su

- Là viêm phúc mạc do phân su vô khuẩn hiện diện trong ổ bụng sau thủng đường tiêu hóa, xảy ra khoảng từ tháng thứ 5 của thai kỳ đến những giờ đầu sau đẻ khi đường tiêu hóa chưa có vi khuẩn

- Các hình thái của viêm phúc mạc phân su

+ Viêm phúc mạc dính : thủng đường tiêu hóa trong thời kỳ bào thai, phân su vô khuẩn gây viêm phúc mạc hóa học, lỗ thủng được hàn gắn tạo thành quá trình dính và calci hóa.

+ Viêm phúc mạc hình thành nang giả : thủng đường tiêu hóa, phân su tràn vào ổ bụng nhưng được ruột non và mạc nối lớn bao bọc khu trú lại thành nang thường ở hạ sườn phải.

+ Viêm phúc mạc kết bọc : thủng đường tiêu hóa, phân su tràn vào ổ bụng nhưng không thủng đường tiêu hóa, phân su tràn vào ổ bụng nhưng không được khu trú lại nên tràn ngập vào ổ bụng, làm ruột non dính lại với nhau, phúc mạc phản ứng viêm mạnh nên rất dày

+ Viêm phúc mạc tự do : thủng đường tiêu hóa xảy ra quanh ổ, phân su tràn ngập ổ bụng

- Lâm sàng :

+ Bụng chướng căng sờ nắn có cảm giác chổng đờ dưới tay, trên da bụng thấy nhiều tĩnh mạch giãn, gõ đục vùng thấp

+ Nôn: xuất hiện sớm sau sinh, nôn dịch xanh hoặc vàng

+ Không đi phân su

- XQ bụng có thể có các hình ảnh

+ Một mức nước và hơi lớn khu trú ở một phần của ổ bụng gặp trong các trường hợp hình thành nang giả

+ Ổ bụng mờ đặc, có một số bóng hơi nằm ở giữa ổ bụng, phía trước cột sống hoặc một hình mức nước và hơi lớn nằm ngang ổ bụng – gặp trong các trường hợp viêm phúc mạc kết bọc

+ Hình liềm hơi lớn dưới cơ hoành 2 bên hoặc một hình mức nước và hơi lớn nằm ngang trong ổ bụng – gặp trong viêm phúc mạc tự do

- Xử trí :

+ Đặt ống thông dạ dày để dẫn lưu

- + Nuôi dưỡng tĩnh mạch
- + Kháng sinh phổ rộng, vitamin K
- + Chuyển cơ sở phẫu thuật nhi

2.2.3. Thoát vị rốn và khe hở thành bụng

- **Thoát vị rốn** là tình trạng vùng rốn trong thời kỳ bào thai không khép lại được, nguyên nhân thường do trung tràng sau thời kỳ phát triển ngoài ổ bụng không trở lại vị trí bình thường trong ổ bụng. Trong thoát vị rốn, toàn bộ nội tạng được bao bọc bởi một túi gồm phúc mạc bên trong và màng ối bên ngoài, cuống rốn nằm bên trên túi.



- **Thoát vị qua khe hở thành bụng** là thoát vị ruột qua khe hở thành bụng thường ở bên phải rốn, do tình trạng thoái hóa bất thường của tĩnh mạch rốn phải gây nên. Hở thành bụng đường kính khoảng 2-4 cm, các quai ruột thoát ra ngoài không có phúc mạc che phủ, thường ở bên phải thành bụng bên cạnh cuống rốn



- Hai dị tật này tuy về mặt giải phẫu và phôi thai học hoàn toàn khác nhau nhưng lại có cùng cách xử trí bước đầu như nhau trong giai đoạn chu sinh

- Xử trí:

+ Chống hạ thân nhiệt :

o Tốt nhất là dùng túi plastic bao bọc quanh các tạng thoát vị hoặc quấn gạc tẩm betadine xung quanh tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn

o Đặt trẻ nằm lòng áp hoặc dưới đèn sưởi ấm

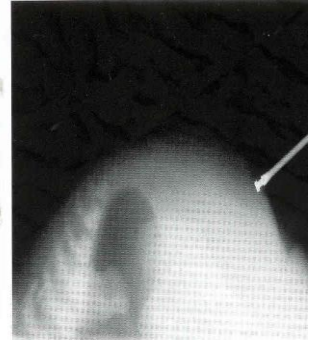
- Đặt trẻ nằm nghiêng phải trong trường hợp hở thành bụng

- Đặt ống thông dạ dày
- Bồi phụ nước và điện giải, kháng sinh
- Thăm khám kỹ để phát hiện các dị tật phối hợp
- Chuyên cơ sở phẫu thuật nhi

2.2.4. Không hậu môn

Dị tật không hậu môn được phân làm 2 thể

- Thể thấp: gặp trong 90% trường hợp, tiến hành phẫu thuật tạo hình hậu môn 1 thì. Thể này có tiên lượng tốt
- Thể cao : trẻ hoàn toàn không có vết tích của hậu môn. Tiến hành phẫu thuật tạo hình hậu môn là 2 thì, thì 1 làm hậu môn nhân tạo, thì 2 làm hậu môn thật sau thì 1 vài tháng. Hậu môn này được nong dần, đến khi đạt kích thước bình thường sẽ đóng hậu môn nhân tạo



Xquang đầu dọc: xác định khoảng cách từ túi cùng đến vết tích hậu môn.

2.3. Thoát vị màng não tủy và tật nứt đốt sống

- Vị trí thoát vị hay gặp là vùng cột sống thắt lưng (chiếm 80%), vùng chẩm
- Tại vị trí thoát vị có một nang phồng lên, bên trong nang chứa dịch não tủy và thông thương với khoang



dưới nhện

+ Thể nhẹ: khối thoát vị được che phủ bằng lớp da và lông hay một u mỡ che phủ bên ngoài

+ Thể nặng: khi lớp màng não lộ ra ngoài kèm theo dò dịch não tủy

- Chăm sóc trẻ tránh làm sang chấn và làm tăng áp lực nơi thương tổn

- Phủ gạc ẩm lên chỗ thoát vị, phải dùng gạc tẩm Betadine che phủ vùng thoát vị nếu trường hợp vỡ bao thoát vị

- Tránh dây phân vào chỗ thoát vị

-Chuyên cơ sở phẫu thuật nhi



2.4. Teo tịt lỗ mũi sau

- Trẻ sinh ra hoàn toàn không có lỗ mũi sau hoặc có u nang chèn ép gây tịt mũi, hoặc lỗ mũi sau có một màng ngăn có lỗ nhỏ thông qua màng. Có thể bị một hoặc cả hai bên. Có thể kèm theo các dị tật khác.

- Triệu chứng lâm sàng: phụ thuộc vào tắc hoàn toàn hay có màng ngăn có lỗ, tình trạng suy hô hấp sẽ rất nặng nếu lỗ mũi bị tịt hoàn toàn.

- Chẩn đoán:

+ Đặt ống thông qua mũi, không luồn sâu ống thông vào qua lỗ mũi sau được.

+ Bơm 0.5 ml xanh metylen 1% qua lỗ mũi, dùng đèn soi NKQ không thấy thuốc xuống thành sau họng

- Xử trí : cần chuyển ngoại để giải phóng đường thở ngay khi teo tịt hoàn toàn lỗ mũi sau. Trong trường hợp có thể trì hoãn sẽ phẫu thuật khi điều kiện trẻ cho phép từ 4 -12 tháng tuổi.

3. DỰ PHÒNG:

- Phụ nữ mang thai tránh tiếp xúc với các tác nhân gây ảnh hưởng tới quá trình phát triển của thai như : tia phóng xạ, bức xạ, tác nhân hóa học (Thalidomide, nitrofen, vitamin, thuốc nội tiết), tác nhân nhiễm trùng (Virus, ký sinh trùng, xoắn khuẩn).
- Tăng cường chẩn đoán trước sinh để sàng lọc và xử trí sớm các bệnh lý bất thường bẩm sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bài giảng *Sản phụ khoa tập I* (2011), Nhà xuất bản Y học.
2. Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương (2012). *Sản Phụ khoa- bài giảng cho học viên sau đại học- NXB Y học.*
3. Bộ môn Nhi Trường Đại học Y Hà Nội, “ *Hội chứng nhiễm khuẩn sơ sinh*”, chương II: Sơ sinh; Bài giảng Nhi khoa tập I, 2000, P 171-180.
4. Bộ môn Phụ Sản Trường Đại học Y Hà nội (2006). *Bài giảng Sản Phụ khoa dành cho sau đại học- NXB Y học.*
5. Bộ môn Phụ Sản Trường Đại học Y Dược Huế. *Các tổn thương lành tính cổ tử cung.* Trong: Sản Phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2007.
6. Bộ môn Phụ Sản Trường Đại học Y Dược Huế. Sa sinh dục. Trong: *Sản Phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2007.
7. Bộ Y tế- Vụ khoa học Đào tạo (2007). Sản Phụ khoa- NXN Y học.
8. Bộ Y tế. *Hướng dẫn sàng lọc, điều trị tổn thương tiền ung thư để dự phòng thứ cấp ung thư cổ tử cung.* Hà Nội, 2011.
9. Hội nghị Nhi khoa Việt Nam. *Khuyến cáo điều trị dinh dưỡng cho trẻ sinh non,nhẹ cân.* Nhà xuất bản tổng hợp TP HCM 18/1/2013.
10. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe (2009), Bộ Y tế.
11. Nguyễn Bá Đức (2002), Ung thư buồng trứng (không phải tế bào mầm), *Hoá chất điều trị bệnh ung thư*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 130-137.
12. Nguyễn Bá Đức(2008): *Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư.*
13. Sản phụ khoa tập 1, Bộ môn phụ sản, Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh: *Đa ối; Thiếu ối*, trang 308-320
14. Thực hành cấp cứu Nhi khoa, chủ biên GS-TS Nguyễn Công Khanh, GS-TSKH Lê Nam Trà, Chương 3 “*Cấp cứu trẻ sơ sinh*” Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 2010. Trang 287-327

15. Viện Hàn lâm Nhi khoa và Hội Tim mạch Hoa Kỳ “ *Hồi sức cấp cứu sơ sinh*”. Xuất bản lần thứ 5, Nhà xuất bản Y học. 2006

Tiếng Anh

16. Abalos, E, Duley, L, Steyn, DW, Henderson-Smart, DJ. *Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy* (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 2007; :CD002252.
17. Adam H Balen (2008). *Infertility in Practice*. Informa healthcare.
18. ACOG practice bulletin. *Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia*. Obstet Gynecol. 2002 Jan;99(1):159-67.
19. Alkushi A., Abdul-Rahman Z. H., Lim P., Schulzer M., Coldman A., Kalloger S. E., Miller D. & Gilks C. B. (2005), "*Description of a novel system for grading of endometrial carcinoma and comparison with existing grading systems*", Am J Surg Pathol, 29(3).
20. American College of Obstetricians and Gynecologists (2008), ACOG Practice Bulletin No. 99: *management of abnormal cervical cytology and histology*. Obstet Gynecol.
21. American pregnancy Association. *Care for the premature Baby*. Copy right 2000-2013 <http://www.americanpregnancy.org/laborbirth/carepremature.htm>
22. Ayhan. B, Mano A, Falcao A, Godinho I, Santos J, Leitao F, Oliveira C, Caramona M (2005), *CA-125 AUC as a new prognostic factor for patients with ovarian cancer*. Gynecol Oncol;97:529–534.
23. Basta A. *Decidual ectopy of the uterine cervix*. In: The Cervix, 2nd ed. Blackwell Publishing, 2006.
24. Bardara Wilson- Clay. *Breastfeeding premature babies_ the importance of breastmilk*. <http://www.babyzone.com/newborn/prematurebabies/breastfeeding.1/16/2013>
25. Berkowitz R. S, Goldstein D. P (2003). "*Gestational trophoblastic Disease*", Novak's Gynecology 13th, Chapter

26. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. *The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction*. Am J Obstet Gynecol.1996;175:13.
27. Brubaker L et al. Pelvic Organ Prolapse. In: *Incontinence*. International Continence Society, 2009.
28. Christianne, A.L., A.C. Ansink (2006), *Treatment and prognosis of post term choriocarcinoma in The Netherlands*, Gynecologic Oncology.
29. Copeland LJ, Landon MB (2012), Malignant diseases and pregnancy. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, eds. *Obstetrics - Normal and Problem Pregnancies*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; chap 47.
30. Claudio Chiesa, Alessandra Panero, John F. Osborn, Antonella F. Simonetti, Lucio Pacifico, *Diagnosis of neonatal sepsis: A clinical laboratory challenge*. Clinical chemistry 50, No.2, 2004. P. 279-287
31. Creasman William T (2007), "*Clinical gynecologic oncology*", Elsevier Inc.
32. Current Diagnosis and Treatment Obstetrics and Gynecology. 10th edition- McGraw-Hill 2007.
33. David B. Seifer; Robert L. Collins (2002). *Office-Based Infertility Practice*. Springer-Verlag New York.
34. David EF, John BP, Chapter 2 "Resuscitation of the newborn infant". In: Care of the high risk neonate, Third edition, 1986. P31-51
35. Davila GW, Ghoniem GM, Wexner SD. *Pelvic Floor Dysfunction*. Springer, London, 2006.
36. Desai NR, Gupta S, Said D et al (2010), *Choriocarcinoma in a 73 year-old woman : a case report and review of the literature*. J med Case Report.
37. Duley, L, Henderson-Smart, DJ, Meher, S. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2006; 3:CD001449.
38. Edmund S. Sabanegh (2010). *Male Infertility: Problems and Solutions*. Humana Press.

39. Franco Muggia & Esther Oliva (2009), "*Uterine Cancer Screening, Diagnosis, and Treatment*", Humana Press.
40. F.Gary Cunnningham, Williams Obstetrics (2005) 22Th ed, Mc GRAW – HILL, p 761-798
41. F.Gary Cunnningham, Williams Obstetrics (2009) 23Th ed, Mc GRAW – HILL, chapter 34.
42. Fortnightly review: *management of hypertension in pregnancy*. BMJ 1999 May 15;318(7194):1332-6.
43. Gaetano Clirico, Cristina Lada. “ *Laboratory and to the diagnosis and therapy of infection in the neonate*”. Pediatric Reports 2011; Volume 3; e1
44. Ghoniem GM, Davila GW. *Practical Guide to Female Pelvic Medicine*. Taylor & Francis, London, 2006.
45. Gilad Twig et al. *Anti Phospho Lipid Syndrome- pathophysiology*. Recurrent Pregnancy Loss- Cause, Controversies and Treatment. Iforma Helth Care, 2007: 107-114.
46. Goldstein DP, Berkowitz RS (2008), *Gestational trophoblastic disease*. In: Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, Kastan MB, McKenna WG, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Churchill Livingstone; chap 94.
47. Hoffman B, et al. *Benign disorders of the lower reproductive tract*. In: Williams Gynecology, The McGraw-Hill Companies, Inc, 2012.
48. Hope S. Consultation for an abnormal menstrual cycle. In: *The abnormal menstrual cycle*. Rees M, Hope S, Ravnika V (editors). Taylor & Francis, UK, 2005.
49. Huang KG, Abdullah NA, Adlan AS, Ueng SH, Ho TY, Lee CL (2013), *Successful surgical treatment of recurrent choriocarcinoma with laparoscopic resection of intraperitoneal pelvic tumor*. Taiwan J Obstet Gynecol. 2013 Jun;52(2).

50. International Federation of Gynecologists and Obstetricians (FIGO) (2000). "*Staging classification and clinical practice guidelines of gynaecologic cancers*".
51. Iurain JR (2007), "*Berek & Novak's Gynecology*", Lippincott Williams & Wilkins.
52. Ivan Damjanov (2013), *Cancer Grading. Manual* ISBN 978-3-642-34515-9 ISBN 978-3-642-34516-6. Springer Heidelberg New York Dordrecht London.
53. James P Neilson, Gillian ML Gyte, Martha Hickey, Juan C Vazquez, Lixia Dou (2013) "*Medical treatments for incomplete miscarriage*", Chochrane database Syst Rev. 2013 Mar 28;3:CD007223
54. Jiang W, Lv S, Sun L, Singer G, Xu C, Lu X (2013), *Diagnosis and Treatment of Retroperitoneal Ectopic Pregnancy: Review of the Literature*. Gynecol Obstet Invest. 2013
55. Joyce M.K, William J.K " *Group B Streptococcus and Early – Onset Sepsis in the Era of maternal Prophylaxis*". *Pediatr Clin North Am*. 2009 June; 56(3): 689 – Contents. Doi: 10.1016/J.Pcl.2009.04.003
56. Jurkovic D., Hillaby K., Woelfer B., Lawrence A., Salim R., Elson C.J. *Cesarean scar pregnancy* *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003 ; 21 : 220-227
57. Kavanagh JJ, Gershenson DM (2012), *Gestational trophoblastic disease: hydatidiform mole, nonmetastatic and metastatic gestational trophoblastic tumor: diagnosis and management*. In: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM, eds. *Comprehensive Gynecology*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; chap 35.
58. Kamura T, Ushijima K (2013), *Chemotherapy for advanced or recurrent cervical cancer*. *Taiwan J Obstet Gynecol*.
59. Kimmig R, Wimberger P, Buderath P, Aktas B, Iannaccone A, Heubner M (2013).
60. Kumar, Vinay, ed. (2010). *Pathologic Basis of Disease* (8th ed.). Saunders Elsevier

61. Larsen J.V., Solomon M.H. Pregnancy in a uterine scar sacculus—an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report *S Afr Med J* 1978 ; 53 : 142-143
62. Lewis V. *Reproductive Endocrinology and Infertility*. Landes Biosciences, Texas, 2007.
63. Mayeaux Jr. EJ, Cox JT. *Modern Colposcopy Textbook and Atlas*. American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, 2011.
64. Mayo Clinic.com. *Premature birth: Complications*
http://www.mayoclinic.com/health/premature_birth/DS00137/DSEC.DEC.29,2011
65. Maymon R., Halperin R., Mendlovic S., Schneider D., Vaknin Z., Herman A., and al. *Ectopic pregnancies in caesarean section scars: the 8-year experience of one medical centre* *Hum Reprod* 2004 ; 19 : 278-284
66. National Cancer Institute (27 June, 2005). "*Paget's Disease of the Nipple: Questions and Answers*". Retrieved 2008-02-06.
67. Nancy K. Lowe (2013), *Cervical Cancer Screening Guidelines 2012* *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. Volume 42, Issue 1.
68. Ngan, H., L.-C. Wong (2003), *Staging and classification systems, Gestational trophoblastic disease*, Chapman & Hall Medical, London - New York – Tokyo.
69. Noller KL (2007), *Intraepithelial neoplasia of the lower genital tract (cervix, vulva): Etiology, screening, diagnostic techniques, management*. In: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM, eds. *Comprehensive Gynecology* . 5th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier.
70. Novak's Textbook of Obstetrics, 14th edition.
70. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. Sixth edition- Saunders Elsevier 2012.
71. Pak Cheung Ng. *Diagnostic markers of Infection in neonates*, Review. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004; 89: F229-F235.
72. Peter Braude; Alison Taylor (2003). *ABC of subfertility: Extent of the problem*. *BMJ*.

73. Trachtenbarg DE, Goleman TB. *Do premature babies need special care?* May 15, 1998. Created 01/1999. <http://familydoctor.org/familydoctor/en/pregnancynewborn/>
74. Tscherne, G. Menstrual Irregularities. In: *Pediatric and adolescent gynecology: evidence-based clinical practice*, SultanC (edit.). Karger, Basel, 2004.
75. Sierra B, Sanchez M, Cabrerizo JL et al (2008), *Choriocarcinoma with pulmonary and cerebral metastases*. Singapore Med J.
76. Stage Information for Gestational Trophoblastic Tumors and Neoplasia at The National Cancer Institute (NCI), part of the National Institutes of Health (NIH), in turn citing: FIGO Committee on Gynecologic Oncology.: Current FIGO staging for cancer of the vagina, fallopian tube, ovary, and gestational trophoblastic neoplasia. *Int J Gynaecol Obstet* 105 (1), 2009.
77. Scully RE, Sobin LH (2003), *Histological typing of ovarian tumors*. Second Edit. World Health Organization, International Histological Classification of Tumours. Springer.
78. Sergio C Oehninger; Thinus F Kruger (2007). *Male Infertility: Diagnosis and Treatment*. Informa healthcare.
79. Siriwan Tangjitgamol & al (2009), "*Management of endometrial cancer in Asia: consensus statement from the Asian Oncology Summit 2009*", the Lancet oncology.
80. Raymond E.L., Robert T.O., Ted G. (2001), *Ovarian and fallopian tube cancers*, *Clinical Oncology*, American Cancer Society, pp. 477-486.
81. Recurrent Pregnancy loss Causes, Controversies and Treatment Informa, 2007.
82. *Vulvar Cancer - October 1, 2002 - American Family Physician*". Retrieved 2010-006.
83. "Vulvar Cancer". *Gynecologic Neoplasms*. Armenian Health Network, Health.am. 2005. Retrieved 2007-11-08.