Ngọc Vân

SỞ Y TẾ TP.HCM
BỆNH VIỆN TỪ DŨ

PHÁC ĐỒ
ĐIỀU TRỊ SẢN PHỤ KHOA
2004

MỤC LỤC

PHẦN I: CẤP CỨU:

PHẦN II: SẢN KHOA

PHẦN III: PHỤ KHOA

PHẦN IV: NỘI SOI

PHẦN V: KHOA UNG THƯ PHỤ KHOA

PHẦN VI: KHOA HẬU PHẪU

PHẦN VII: KHOA PT - GMHS

PHẦN VIII: KHOA SƠ SINH

PHẦN IX: HIẾM MUỘN

PHẦN X: KHÁM PHỤ KHOA

PHẦN XI: KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

PHẦN XII: SIÊU ÂM

PHẦN XIII: SOI CỔ TỬ CUNG

PHẦN XIV: DINH DƯỠNG

PHẦN I

CẤP CỨU

NGUYÊN TẮC CHUNG TRONG HỒI SỨC – CẤP CỨU

Tất cả các trường hợp cấp cứu khẩn cấp đều được thực hiện theo nguyên tắc sau:

AIRWAY: THÔNG ĐƯỜNG HÔ HẤP

- Đặt bệnh nhân nằm ở tư thế Fowler, vai kê cao, đầu ngửa và nghiêng sang bên.
- Hút đàm nhớt và các dịch tiết trong mũi và họng.
- Đặt nội kní quản (khi có chỉ định, ví dụ như bệnh nhân mê...).

BREATH: CHỐNG TÌNH TRẠNG THIẾU OXY

Thở oxy bằng mặt nạ, bằng ống smole mũi hay bằng máy thở áp suất dương cách khoảng.

CARDIAC: BẢO ĐẢM LƯU LƯỢNG TUẦN HOÀN THÍCH HỢP

- Truyền dịch đảm bảo có đủ lưu lượng tuần hoàn có hiệu quả trong trường hợp choáng
- giảm thể tích (dung dịch Natriclorua 9% hoặc latate Ringer).
- Giảm lưu lượng máu về tìm trong trường hợp suy tim cấp, phù phổi cấp...
- Cột garrot 3 chi.

DRUG: DÙNG THUỐC THÍCH HỢP

- Thuốc giãn phế quản:
- Aminophyline
- Thuốc trợ tim (Trường hợp suy tim):
- Digoxine hoặc Ouabaine
- Thuốc giảm lượng máu về tim (Trường hợp suy tim cấp, phù phổi cấp):
- Lasix
- Morphine sulfate

PHÁC ĐỒ CẤP CỨU SỐC PHẢN VỆ

(Kèm theo Thông tư số 08/1999-TT-BYT, ngày 04 tháng 05 năm 1999)

TRIỆU CHỨNG

Ngay sau khi tiếp xúc với dị nguyên (sau khi chích thuốc, uống thuốc, bơi thuốc, nhỏ mắt, nhỏ mũi...) hoặc muộn hơn, xuất hiện:

- Cảm giác khác thường (bồn chồn, hốt hoảng, sợ hãi...), tiếp đó xuất hiện triệu chứng ở một hoặc nhiều cơ quan.
- Mẩn ngứa, ban đỏ, mề đay, phù Quincke.
- Nặng hơn:Khó thở (kiểu hen, thanh quản), nghẹt thở.
- Mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt có khi không đo được.
- Đau quặn bụng, ỉa đái không tự chủ.
- Đau đầu, chóng mặt, đôi khi hôn mê.
- Choáng vang, vật vã, giãy giụa, co giật.

XỬ TRÍ

1. Xử trí ngay tại chỗ

1. Ngừng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên (thuốc đang dùng tiêm, uống, bôi, nhỏ mắt, mũi).
2. Cho bệnh nhân nằm tại chỗ
3. Nằm đầu cao, ngữi oxy 5l/ph
4. Thực hiện ngay đường truyền tĩnh mạch: DD Glucose 5% 500ml
5. Kiểm soát HA, M liên tục, nếu có ngưng tim phải nhấn tim ngoài lồng ngực hoặc sốc tim
6. Thuốc: Adrenaline là thuốc cơ bản để chống sốc phản vệ

-Adrenaline dung dịch 1/1.000, ống 1ml = 1mg, tiêm dưới da ngay sau khi xuất hiện sốc phản vệ với liều như sau:

+ 1/2 – 1 ống ở người lớn

+ Không qúa 0,3ml ở trẻ em (ống 1ml (1mg) + 9ml nước cất = 10ml sau đó tiêm 01ml/kg)

+ Hoặc Adrenaline 0,01mg/kg cho cả trẻ em lẫn người lớn

-Tiếp tục tiêm Adrenaline liều như trên 10 – 15 phút / lần cho đến khi huyết áp trở lại bình thường.

-Ủ ấm, đầu thấp chân cao, theo dõi huyết áp 10 – 15 phút / lần (nằm nghiêng nếu có nôn).

Nếu sốc quá nặng đe dọa tử vong, ngoài đường tiêm dưới da có thể tiêm Adrenaline dung dịch 1/10.000 (pha loãng 1/10) qua tĩnh mạch, bơm qua ống nội khí quản hoặc tiêm qua màng nhãn áp.

Tùy theo điều kiện trang thiết bị y tế và trình độ chuyên môn kỹ thuật của từng tuyến có thể áp dụng các biện pháp sau:

1. Xử trí suy hô hấp

Tùy theo tuyến và mức độ khó thở có thể sử dụng các biện pháp sau đây:

1. Thở oxy mũi- thổi ngạt
2. Bóp bóng Ambu có oxy
3. Đặt ống nội khí quản, thông khí nhân tạo. Mở khí quản nếu có phù thanh môn.

4. Truyền tĩnh mạch chậm: Aminophylline 1mg/kg/giờ hoặc Terbulaline 0,2microgam/kg/phút.
5. Có thể dùng:
6. Terbutaline 0,5mg 1 ống dưới da ở người lớn và tiêm lại sau 6 → 8 giờ nếu không đỡ khó thở.
7. Xịt họng Terbutaline, Salbutamol mỗi lần 4 → 5 nhát bóp, 3 → 4 lần trong ngày.

2. Thiết lập một đường truyền tĩnh mạch adrenaline để duy trì huyết áp bắt đầu bằng 0,1mg/kg/phút điều chỉnh tốc độ theo huyết áp khoảng 2mg/ ph

3. Các thuốc khác

- Methylpredisolone: 1-2 mg/kg/4 giờ hoặc hydrocortisone, hemisuccinate 5mg/kg/giờ tiêm tĩnh mạch (Có thê tiêm bắp ở tuyến cơ sở). Dùng liều cao hơn nếu sốc nặng (gấp 2-5 lần).
- Natriclorua 0,9% 1-2 lít ở người lớn, không quá 20ml/kg ở trẻ em.
- Diphenhydramine 1-2mg tiêm bắp tay hay tĩnh mạch.

4. Điều trị phối hợp

- Uống than hoạt 1g/kg nếu dị nguyên qua đường tiêu hóa.
- Băng ép chi phía trên chỗ tiêm hoặc đường vào của nọc độc.

Chú ý:

- Theo dõi bệnh nhân ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định.
- Sau khi sơ cứu nên tận dụng đường tiêm tĩnh mạch đùi (vì tĩnh mạch to, nằm phía trong động mạch đùi, dễ tìm).
- Nếu huyết áp vẫn không lên sau khi duyền đủ dịch và Adrenaline, thì có thể truyền thêm huyết tương, albumin (hoặc máu nếu mất máu) hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào sẵn có.
- Điều dưỡng có thể sử dụng Adrenaline dưới da theo phác đồ khi y, bác sỹ không có mặt.
- Khi bệnh nhân ra viện, phải dặn dò bệnh nhây kỹ lưỡng về loại thuốc mà bệnh nhân bị dị ứng. Ghi vào hồ sơ, sổ sức khoẻ của bệnh nhân về loại dị nguyên mà bệnh nhân đã bị choáng phản vệ
- Hỏi kỹ tiền sử dị ứng và chuẩn bị hộp thuốc cấp cứu sốc phản vệ trước khi dùng thuốc là cần thiết.

CHOÁNG MẤT MÁU TRONG SẢN PHỤ KHOA

PHÒNG NGỪA

- Phòng ngừa với 1 chẩn đoán sớm dựa trên bệnh sử và các dấu hiệu sinh tồn.
- Nên điều trị ngay khi có một chẩn đoán và tiên lượng bệnh nhân sẽ đi tới choáng. Không nên chờ đợi đến khi huyết áp thay đổi nhiều.
- Lấy máu xét nghiệm: CTM, Hct, Fibfrinogen, TB, TCK, tiểu cầu, nhóm máu...

CHẨN ĐOÁN:

Dựa vào bệnh cảnh lâm sàng:

- Người bệnh đến trong trường hợp xuất hyết âm đạo dữ dội sau sanh: do đờ TC, tổn thương âm hộ âm đạo, tầng sinh môn, có thể do vỡ tử cung sau sanh...
- Người bệnh đến trong trường hợp xuất hyết âm đạo dữ dội do các bệnh lý sản phụ khoa như sẩy thai, u xơ TC xuất huyết, thủng cùng đồ, nhau tiền đạo, nhau bong non.....
- Người bệnh đến trong trường hợp có xuất hyết nội như thai ngoài tử cung vỡ, xuất huyết nang hoàng thể.....

ĐIỀU TRỊ

1. Hồi sức chống choáng:

1. Kiểm soát HA, M liên tục, nếu có ngưng tim phải nhấn tim ngoài lồng ngực hoặc sốc tim
2. Ngửi oxy liên tục 8 – 10 lít / phút.
3. Thực hiện ngay đường truyền tĩnh mạch: DD Glucose 5% 500ml
4. Lấy máu thử ngay nhóm máu để chuẩn bị truyền máu.
5. Bù dịch hoặc thay thế lượng máu mất.
   - Truyền máu đồng nhóm.
   - Dung dịch truyền vào dựa vào C.V.P.
   - Plasmagel khi huyết áp hạ chưa có máu.
   - Huyết thanh mặn hoặc Lactat Ringer.
   - Nên truyền máu khi huyết áp < 8,5 cmHg hay Hct < 24%.
6. Trợ tim: Digoxin 0,5 mg × nửa ống tiêm mạch nếu có dấu hiệu suy tim.
7. Hydrocortisone 100mg – 200mg tiêm tĩnh mạch.

2. Điều trị đặc hiệu theo nguyên nhân:

1. Cầm máu ngay cho những nguyên nhân chảy máu bên ngoài (Chèn gạc trong những trường hợp rách âm hộ, âm đạo tầng sinh môn đang chảy máu).
2. Cho thuốc co hồi tử cung nếu tử cung co hồi kém
3. Can thiệp bằng phẫu thuật, thủ thuật sản phụ khoa tuỳ theo nguyên nhânhngây chảy máu. Nên chuyển phòng mổ kiểm tra và kết hợp hồi sức với nhân viên gây mê.
4. Kháng sinh nếu có dấu hiệu nhiễm trùng.
5. Khi tình trạng tạm ổn – Tiếp tục điều trị nguyên nhân gây ra mất máu, nếu là nguyên nhân mãn tính.

CHOÁNG NHIỄM KHUẨN TRONG SẢN PHỤ KHOA

TRIỆU CHỨNG

Bình thường xảy ra sau sanh, sau mổ sản phụ koa, sau nạo thai, sau sẩy thai... một vài ngày hoặc do apxe phần phụ vỡ mũ vào ổ bụng....

- Sốt cao (39 – 40^0), mạch nhanh, huyết áp hạ, vẻ mặt nhiễm trùng, môi khô, lưỡi rêu trắng, mặt tái hoặc đỏ hồng. Tứ chi lạnh và ẩm, da ửng đỏ – Có thể kèm theo ói mửa.
- Bệnh nhân có thể mất tỉnh táo, nặng hơn có thể choáng.
- Hỏi kỹ bệnh sử (bệnh nhân khai hoặc thân nhân bệnh nhân). Có thể khai thác trước đó có đi phá thai ngoài, sanh khó với thủ thuật, hoặc có viêm nhiễm bộ phận sinh dục.
- Khám bụng có dấu hiệu viêm phúc mạc khu trú hay viêm phúc mạc toàn thể
- Xác định ổ nhiễm trùng và chẩn đoán phân biệt với viêm phúc mạc ruột thừa: bằng siêu âm, chụp bụng...

+ Làm ngay các xét nghiệm chẩn đoán mức độ nhiễm trùng.
+ CTM, Bạch cầu...
+ VS, Glycemie...
+ Kháng sinh đồ
+ Nước tiểu toàn phần

ĐIỀU TRỊ

1. HỒI SỨC CẤP CỨU

1. Duy trì ngay 1 đường truyền tĩnh mạch và cho:
2. Huyết thanh mặn
3. Plasmagel khi huyết áp hạ
4. Lactate Ringer
5. Kháng sinh liều cao
6. Ampicilline 1-2gr (test)/lần tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp mỗi 6 giờ.
7. Gentamycin 0,08gr × 2 ống tiêm bắp cách 8 giờ.
8. Flagyl 500mg/bịch 100ml × 2 tiêm tĩnh mạch cách 8 giờ.
   → Hoặc có các loại khánc sinh khác như: Rocephin, Unasyn, Cefaxon... có thể thay đổi tùy theo chẩn đoán và nguyên nhân nhiễm trùng. Đặc biệt nếu có kháng sinh đồ sớm.
9. Nâng huyết áp – chống choáng: Hydrocortine 100mg – 300mg tùy trường hợp.
10. Trợ tim: nếu có trụy mạch – Digoxin 0,5mg × nửa ống tiêm tĩnh mạch.
11. Thuốc hạ nhiệt khi thật cần thiết – Có thể lau mát trước đó.
12. Giải quyết nguyên nhân gây nhiễm trùng nếu được (ổ áp xe ngoài da, viêm tuyến Bartholine...).

❖ *Lưu ý*: Cách ly những bệnh nhân bị truyền nhiễm kết hợp.

2. ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN, GIẢI QUYẾT Ổ NHIỄM TRÙNG:

- *Có thể điều trị nội bằng các thủ thuật sản phụ khoa như nong nạo buồng tử cung...*
- *Phải điều trị ngoại bằng các phẫu thuật ngoại khoa như cắt phần phụ, cắt tử cung, rửa bụng dẫn lưu...*

PHÙ PHỔI CẤP (OAP)

Tai biến cấp tính – cần điều trị tích cực nếu không sẽ tử vong.

Chẩn đoán: người bệnh bị choáng, miệng sùi bọt hồng. Nghe rale âm toàn bộ đáy phổi ngày càng dâng lên cao đỉnh phổi

PHẢI LÀM GẤP

1. Airway: Thông đường hô hấp

- Đặt bệnh nhân trong tư thế Fowler (nửa nằm, ngửa ngồi).
- Hút sạch đàm nhớt và dịch tiết ở mũi họng.
- Mời gây mê hồi sức đặt nội khí quản, nếu bệnh nhân bắt đầu hôn mê.

2. Breath: Chống tình trạng thiếu Oxy và hiện tượng sủi bọt

- Cho ngửi Oxy bằng mặt nạ, ống thông lỗ mũi, hay máy thở có áp suất dương cách khoảng.
- Cho luồng Oxy có nồng độ 50-100% được dẫn qua dung dịch Alcool Ethlylène 25% vào họng bệnh nhân.

3. Cardiac: Giảm lượng máu về tim

Dùng dây garrot cột ở 3 gốc chi, lần lượt 15 phút đổi vị trí 1 lần. Dây này phải có đủ áp lực cản máu tĩnh mạch, nhưng duy trì được luồng máu động mạch.

4. Drug: điều trị bằng thuốc

1. An thần, giảm đau

- Morphine 0,01g IM hay IV, nếu nhịp thở nhanh.
- Dolargan 0,01g tiêm bắp (Nếu bệnh nhân có thai).

2. Trợ tim

Ouabaine 0,25-0,5mg tiêm tĩnh mạch.

3. Lợi tiểu

Furosemide 0,02-0,04g tiêm mạch.

4. Giãn phế quản

Aminophylline 0,25-0,5g tiêm mạch chậm.
Hoặc Diaphylline.

5. Giữ mạch

Đường ưu trương (Glucoza 20% 250ml tiêm tĩnh mạch chậm).

6. Điều trị nguyên nhân gây phù phổi cấp

NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ SẢN GIẬT

Mời Bác sĩ đến khám ngay – Mời người nhà hoặc nhân viên Y tế chuyển viện để hỏi, khai thác bệnh sử.

Sản giật là biến chứng cấp tính của tiền sản giật.

TẠI PHÒNG CẤP CỨU THỰC HIỆN:

1. CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG: "HỘ LÝ CẤP I"

1.1. Trong lúc lên cơn giật

- Nhanh chóng chặn lưỡi bằng một miếng cao su có quấn gạc hay Airway đè giữa hai hàm răng.
- Đặt bệnh nhân nằm tư thế ngửa cổ (kê vai cao) và nghiêng sang một bên.
- Hút đàm nhớt trong cổ họng.
- Ngửi Oxygen 6-8 lít/phút (nếu cần có thể mời nhân viên gây mê hồi sức đặt nội khí quản).

1.2. Đặt bệnh nhân ở giường có thành cao hai bên

- Nếu bệnh nhân mê phải quay chân giường lên cao #20cách mạng (để các chất đàm nhớt chảy ra).
- Để bệnh nhân trong phòng có đủ ánh sáng để quan sát (không chói quá).
- Tuyệt đối không cho ăn trong lúc chưa ổn định.

1.3. Theo dõi sát

- Mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Nước tiểu (Đặt Sond tiểu liên tục).
- Dấu thần kinh (đồng tử, độ sâu của cơn mê...).
- Cơn gò và tim thai.

1.4. Làm các xét nghiệm

- CTM, Hct, Tiểu cầu
- BUN, Cratinine, acid urique
- Tổng phân tích nước tiểu
- Xét nghiệm chức năng Gan
- Các xét nghiệm về rối loạn đông máu

1.5. Thực hiện thuốc theo Y lệnh của Bác sĩ

2. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị cấp cứu:

A – Airway, B – Breath, C – Cardiac, D – Drug.

- Thuốc:

+ Chống co giật:

Magnesium Sulfate 15% 1,5g.

Liều tấn công: 3- 4gram (Tiêm tĩnh mạch chậm)

Liều duy trì: 1-2gram / giờ (truyền tĩnh mạch)

+ Hạ áp:

Hydralazin : 5-10mg Tiêm tĩnh mạch chậm mỗi 30 phút cho đến khi huyết áp tối thiểu là 10mmHg

Nepressol: 5-10mg (Tiêm mạch)

+ An thần:

Seduxen: 10mg (Tiêm mạch)

- Đặt Sonde tiểu theo dõi lượng nước tiểu.
- Mời hội chẩn Bác sĩ thường trú, Bác sĩ gây mê hồi sức.

2. Điều trị sản:

Chấm dứt thai kỳ : tốt nhất bằng phương pháp mổ lấy thai trừ khi người bệnh đã chuyển dạ gần sổ thai

Chấm dứt thai kỳ thường thực hiện trong 24 giờ sau khi tình trạng sản giật đã ổn định hoặc chưa tới 24 giờ nhưng tình trạng sản giật không ổn định sau điều trị, có doạ phù phổi cấp, hoặc không cắt được cơn co giật

CAO HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Triệu chứng chung

- Phù
- Cao huyết áp
- Albumine

2. Triệu chứng Tiền sản Giật nhẹ

- Cao huyết áp: - Huyết áp từ 140/90 trở lên
- Huyết áp tối đa tăng từ 30mmHg trở lên
- Phù: Trọng lượng cơ thể tăng trên 2kg/tuần
- Albumine niệu

3. Triệu chứng Tiền sản Giật nặng

- Cao huyết áp: từ 160/110 trở lên
- Albumine
- Nước tiểu: từ 400ml/24 giờ trở xuống
- Triệu chứng: OAP (phù phổi cấp)
- Dấu hiệu thần kinh: nhức đầu, hoa mắt, đau thượng vị, hay quên...

4. Sản giật: Tiền sản giật + cơn co giật + hôn mê

- Giai đoạn trầm trọng nhất
- Có 4 giai đoạn:

+ Xâm nhiễm
+ Co cứng toàn thân: 15 – 20 giây
+ Co giật
+ Hôn mê

ĐIỀU TRỊ

1.Điều trị dự phòng

- Quản lý tốt thai kỳ
- Phát hiện triệu chứng Tiền sản giật nhẹ để ngăn chặn diễn tiến sang Sản giật – Tiền sản giật nặng.

2.Điều trị nội khoa

1. Tiền sản giật nhẹ

- Điều trị ngoại trú
- Ăn lạt: 4grs muối/24 giờ
- Nghỉ ngơi
- Khám thai định kỳ: 2 tuần / lần. Theo dõi cân nặng, huyết áp, lợi nước tiểu, Albumine niệu, triệu chứng thần kinh.

2. Tiền sản giật – Sản giật

- Nhập viện theo dõi – điều trị
- Nghỉ ngơi yên tĩnh, tránh kích thích
- Nếu hôn mê, co giật: hút đàm nhớt, đặt cây đè lưỡi.

+ Chống co giật: $MgSO_4$ 3grs tiêm tĩnh mạch chậm,
1gr tiêm tĩnh mạch sau mỗi giờ.

Điều kiện:

- Lượng nước tiểu từ 30ml/giờ trở lên

- Phản xạ gân xương (+)
- Nhịp thở từ 16 lần / phút trở lên

Ngưng khi:

- Huyết áp 13/8 hoặc 12/7
- Nước tiểu dưới 30ml/giờ
- Thở từ 16 lần / phút trở xuống
- Phản xạ gân xương (-).

+ An thần chống kích thích:
- Valium 10mg
- Diazepam 10mg
- Seduxen 10mg

} Tiêm tĩnh mạch chậm nhỏ giọt

+ Lợi tiểu (Khi OAP):
- Lasix: 20mg
- Furosemide: 20mg
- Trofurit: 20mg

} Tiêm tĩnh mạch chậm 1 ống – 2 ống

Sau mỗi giờ tiêm 20mg/5-6 giờ nếu huyết áp trên 70/40.

+ Trợ tim: loại Digitalis
+ Kháng sinh dự phòng.
+ Trợ sức nâng thể trạng:
- Dung dịch ưu trương:
- Huyết thanh loại ưu trương 20% - 30%
- Thở Oxy 5 lít / phút

Theo dõi:

- Mạch – huyết áp- nhiệt độ – nhịp thở
- Lượng nước tiểu 15 phút / lần – PXGX
- Hút đàm nhớt mỗi 15 phút
- Tim thai – Áp lực tĩnh mạch Trung ương (CVP)

3.Điều trị sản khoa

1. Tiền sản giật

- Điều trị nội khoa đúng mức trong 24 giờ mà huyết áp vẫn còn cao ≥ 160/100mgHg và dao động: cho thai ra.
- *Cổ tử cung thuận tiện: giục sanh.*
- Cổ tử cung không thuận tiện: Kovac's + giục sanh.

2. Cơn sản giật

- Cổ tử cung thuận tiện: giục sanh
- Cổ tử cung không thuận tiện: mổ lấy thai

3. Cơn sản giật liên tục: mổ lấy thai

❖ <u>Chú ý</u>: theo dõi và điều trị dự phòn cơn sản giật xảy ra sau khi sanh 48 giờ.

4.Điều trị ngoại khoa

- Điều trị nội – sản khoa thất bại, cổ tử cung không thuận tiện giục sanh.
- Phẫu thuật: mổ César chấm dứt thai kỳ.

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

BĂNG HUYẾT TRONG SẢN PHỤ KHOA

Khi có bệnh nhân băng huyết – Mời ngay Bác sĩ khám để chẩn đoán và có hướng điều trị. Ngay khi đó:

- Cho bệnh nhân ngửi Oxy
- Lấy mạch, huyết áp, nhịp thở và nhiệt độ – Nếu huyết áp < 8/5, mạch > 100 lần/phút cho truyền ngay tĩnh mạch (Lactate Ringer hay Glucoz 5% hoặc Plasmagel truyền nhanh).
- Lấy máu xét nghiệm: CTM, Hct, Glycemie, nhóm máu...
- Làm vệ sinh cho bệnh nhân. Tất cả thực hiện nahnh trong khi có chẩn đoán sơ bộ của Bác sĩ.

1. Thai dưới 3 tháng – Sẩy thai

- Chuyển nhẹ nhàng bằng xe vào phòng cấp cứu.
- Nạo kiểm tra tử cung cầm máu khi tình trạng bệnh nhân ổn định → Gởi GPBL.
- Nếu không, tiếp tục hồi sức theo y lệnh của Bác sĩ phụ trách, hoặc mời hội chẩn.

2. Thai trứng

- Chuyển vào phòng cấp cứu hoặc lên phòng mổ để nạo cầm máu (nếu thấy còn ra huyết nhiều). Khi tình trạng ổn định sẽ chuyển trại – Khi nạo gởi giải phẫu bệnh lý.

3. Thai trên 3 tháng – Nhau tiền đạo hay nhau bong non – Phong huyết tử cung nhau

- Sau khi chẩn đoán, siêu âm (nếu tình trạng bệnh nhân cho phép) khi có kết quả, tùy tình trạng bệnh nhân và quyết định của hội chẩn – Mổ hoặc theo dõi hay chuyển phòng sanh.

4. Băng huyết sau sanh – Tùy theo chẩn đoán và mức độ của từng trường hợp

- Rách âm hộ, âm đạo – Có thể chuyển cấp cứu may lại (nếu rách ít và tình trạng bệnh nhân cho phép).
- Rách cổ tử cung – chuyển phòng mổ.
- Vỡ tử cung – Mời ngay Bác sĩ chịu trách nhiệm cao (Bác sĩ chủ nhiệm khoa, thường trú. Y vụ hội chẩn trong khi hồi sức tích cực và chuyển phòng mổ).
- Đờ tử cung – nhau không tróc – sót nhau... Đều phải hồi sức chống choáng, nâng huyết áp trước khi giải quyết nguyên nhân chảy máy – Và phải làm tại phòng mổ hoặc điều kiện bệnh nhân cho phép (mạch, huyết áp ổn định). Dưới tiền mê và có sẵn phương tiện hồi sức.

BĂNG HUYẾT SAU SANH

ĐỊNH NGHĨA

Ra huyết âm đạo trên 24 giờ sau sanh và lượng máu mất trên 500grs được gọi là "Băng huyết sau sanh".

TRIỆU CHỨNG

1. Ra huyết âm đạo từ 500grs trở lên sau thời kỳ sổ thai nhất là trong những giờ đầu.
2. Tử cung mềm, không có khối cầu an toàn, ấn còn ra huyết (máu).
3. Dấu hiệu choáng:
   - Mạch nhanh
   - Huyết áp tụt
   - Vã mồi hôi
   - Tay chân lạnh

XỬ TRÍ

Nhằm 3 mục đích:

- Hồi sức chống choáng
- Làm ngưng băng huyết
- Chẩn đoán nguyên nhân để xử trí

Ít nhất có 3 người để:

- Xoa bóp tử cung, chèn động mạch chủ bụng
- Truyền dịch, hồi sức
- Chuẩn bị thuốc men

Điều trị nội khoa

1. Hồi sức chống choáng

- Sưởi ấm bệnh nhân
- Thở Oxy 3 lít/phút
- Lấy 10ml máu để gửi thử dung tích hồng cầu và các yếu tố đông máu
- Truyền dịch:

+ Natri Clorua 0,9% 1.000ml
+ Hay Glucose 5% 1.000ml
+ Oxytocin 10 đơn vị

- Truyền tĩnh mạch nhanh 60 giọt / phút
- Truyền máu (dựa vào dung tích hồng cầu): số lượng truyền tùy thuộc áp lực tĩnh mạch trung ương.
- Nên truyền 2-3 đường tĩnh mạch nếu tình trạng choáng nặng.

2. Làm ngưng băng huyết

- Xoa tử cung ngoài thành bụng.
- Ấn động mạch chủ bụng 10-15 phút
- Nếu máu vẫn chảy phải soát tử cung đồng thời chích 10 đơn vị oxytocin vào cổ tử cung. Trước khi soát nhau phải giảm đau bằng Atropine 0,25mg phối hợp với Seduxen 10mg hoặc Dolargan 100mg tiêm tĩnh mạch.
- Oxylocine 10 đơn vị tiêm tĩnh mạch.

3. Chẩn đoán nguyên nhân

Bằng cách soát lòng tử cung và đường sinh dục dưới:

- Sót nhau, nhau bám chắc
- Đờ tử cung – Rách cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn
- Rối loạn đông máu: điều trị chủ yếu, phải có điều trị đặc hiệu
- Sau khi chẩn đoán được nguyên nhân, phải có điều trị đặc hiệu.

Điều trị ngoại khoa

Khi có chỉ định mổ hoặc khi điều trị nội khoa thất bại. Mạch – Huyết áp không ổn định, huyết tiếp tục chảy ra.

1. Vỡ hay đờ tử cung: đề nghị mổ

1. Thắt động mạch tử cung, hạ vị hoặc cắt bán phần tử cung
2. Khâu tử cung để cầm máu hoặc cắt tử cung bán phần trong vỡ tử cung
3. Kiểm tra đường sinh dục bằng van:

Rách cổ tử cung
Rách âm đạo, tầng sinh môn } Đề nghị khâu

2. Nhau bám chắc

- Gây mê bóc nhau
- Nếu không được: mổ

Những ngày sau

- Thuốc co bóp tử cung
- Kháng sinh
- Nâng tổng trạng và đề phòng dấu hiệu suy thận

DỰ PHÒNG

1. Theo dõi sát 24 giờ sau sanh

- Mạch, ha, tổng trạng
- Khối an toàn tử cung
- Lượng máu mất

2. Dự phòng băng huyết sau sanh

- Oxytocin 5 đơn vị tiêm tĩnh mạch sau sổ đầu thai
- Ergotamine 0,02mg tiêm bắp sau sổ nhau
- Ở sản phụ: - Đa sản
  + Có tiền căn BHSS + nạo nhiều lần
  + Giảm trương lực cơ tử cung do con to, đa ối, đa thai, chuyển dạ kéo dài...

3. Đỡ nhau, kiểm tra nhau kỹ

4. Tiến tới các thủ thuật sản khoa đúng chỉ định, đủ điều kiện kiểm tra nhau kỹ sau thủ thuật

5. Thực hiện sinh đẻ có kế hoạch

DỌA VỠ TỬ CUNG

CHẨN ĐOÁN

1. Sản phụ rên la dữ dội

2. Khám

1. Cơn co tử cung liên tục
2. Vòng Bandl ngày càng lên cao dần tới rốn, đoạn dưới kéo dài
3. 2 dây chằng tròn căng (dấu hiệu Frommel)
4. Tim thai suy hoặc mất
5. Thăm âm đạo: có thể xác định được nguyên nhân: xương chậu hẹp, ngôi bất thường...

XỬ TRÍ

1. Giảm cơn đau co tử cung (nếu có)

2. Thuốc giảm co: Dolargan 100mg

Morphine 10mg

Buscopan 20mg

3. Lấy thai ra nhanh: mổ lấy thai

DỰ PHÒNG

1.Khám thai đều đặn, phát hiện ngôi bất thường, khung chậu hẹp thì phải có hướng mổ chủ động.

2.Khi chuyển dạ

- Theo dõi sát cơn cơn, tim thai nhất là khi có cơn co
- Có hướng chẩn đoán, xử trí sớm khi chuyển dạ tiến triển xấu

3. Vết mổ cũ: *cần thận trọng*

- Nếu vết mổ cũ từ 2 lần trở lên, phải mổ chủ động.
- Nếu sanh đường dưới: theo dõi sát, giúp sanh khi đủ điều kiện.
- Soát đường sinh dục kỹ sau sanh.

NHAU TIỀN ĐẠO
RA HUYẾT ÂM ĐẠO NHIỀU

Nhau tiền đạo là nhau bám ở đoạn dưới tử cung.
Tại buồng khám thai trong thời gian quản lý thai, phải cho bệnh nhân siêu âm ít nhất 1 lần vào 3 tháng cuối của thai kỳ (tốt nhất là tuần lễ 34 – 36) xem vị trí nhau bám để có thể chủ động trong xử trí, cho nhập viện trước.

CHẨN ĐOÁN: Dựa trên các dấu hiệu

1. Hay chảy máu nhiều lần, từng đợt máu đỏ tươi
2. Không đau bụng
3. Ngôi thai cao, thường có ngôi thai bất thường
4. Tim thai ( )
5. Sờ thấy nhau bám ở đoạn dưới tử cung

XỬ TRÍ: Tùy thuộc các yếu tố

1. Chảy máu nhiều hay ít
2. Tuổi thai
3. Vị trí nhau bám
4. Độ mở tử cung

1. Nếu chảy máu nhiều

- Cho bệnh nhân ngửi Oxygen liên tục 7 lít / phút
- Chống choáng do mất máu:

+ Lập 2 đường truyền và truyền nhanh dung dịch Natri Clorua 0,9% hay dung dịch Lactate Ringer.

+ Làm các xét nghiệm cơ bản: NGFL, Hct, nhóm máu...

+ Truyền máu đồng máu (nếu có chỉ định) Hb < 8gr / 100ml và HA tối đa < 8cmHg.

- Đặt Sonde tiểu ghi nhận lượng nước tiểu.
- Thông báo cho người nhà biết tình trạng bệnh nặng.
- Theo dõi thật sát mạch, huyết áp, tim thai.
- Chuyển ngay bệnh nhân đến phòng mổ để thăm khám âm đạo va quyết định hướng xử trí (nên mổ lấy thai hay sinh ngã âm đạo tùy theo trường hợp cụ thể).

2. Nếu chảy máu ít hay vừa

1. Thai dưới 36 tuần

- Cho nhập viện theo dõi.
- Dùng thuốc giảm co.
- Tránh thăm khám âm đạo.
- Làm các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán.

2. Thai đủ tháng

- Nhau tiền đạo trung tâm: mổ lấy thai.

❖ <u>Tóm lại</u>:

❊ Nếu có chẩn đoán nhau tiền đạo (theo siêu âm) nên dự phòng cho bệnh nhân nhập viện nếu thai trưởng thành và dặn bệnh nhân trong những trường hợp thai còn nhỏ nghi ngờ nhau tiền đạo (theo siêu âm) và có chế độ khám thai gần ngày hơn. Cần thiết cho bệnh nhân nhập viện dưỡng thai cho đến khi sanh.

❊ Trường hợp chẩn đoán nhau tiền đạo bán trung tâm, bám mép, CTC thuận tiện (ở 1-2 ngón tay trở lên) máu ra ít hoặc không ra và thai đủ trưởng thành – Có thể chuyển phòng sanh để xét tới khả năng tia ối và giục sanh.

NHAU BONG NON

Khi đã có chẩn đoán lâm sàng và siêu âm.

TRƯỜNG HỢP NHẸ VÀ TRUNG BÌNH

- Thai nhi còn sống và tiên lượng tuổi thai có thể sống được → chỉ định mổ lấy thai.
- Khi CTC thuận tiện > 5cm – Hội chẩn để xét tới khả năng tia ối – giục sanh.
- Thai nhi đã chết hoặc tuổi thai quá nhỏ → hội chẩn để xét tới khả năng chuyển phòng sanh để: hướng cuộc chuyển dạ ngã âm đạo nếu điều kiện cho phép (CTC mở và tình trạng nhau bong?).

TRƯỜNG HỢP NẶNG

=> Bệnh nhân trong tình trạng choáng mất máu.

1. Chống choáng

1. Thở Oxy liên tục 8 lít / phút.
2. Đặt ngay 1-2 đường truyền tĩnh mạch (Kết hợp lấy máu xét nghiệm: CTM, Hct, nhóm máu, Fibrinogen, TQ, TCK...).
3. Truyền máu và dịch bù thể tích máu mất nâng huyết áp.
4. Thuốc: Hydrocortisone 100mg hoặc trợ tim nếu cần.

2. Điều trị ngoại khoa

1. Không nên chờ bệnh nhân qua cơn choáng mới mổ – phải thực hiện nhanh và can thiệp bằng phẫu thuật kịp thời càng sớm càng tốt.
2. Trước và trong khi mổ cần chuẩn bị máu thật đầy đủ và đề phòng có rối loạn đông máu.

THAI NGOÀI TỬ CUNG VỠ

CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh nhân có biểu hiện một tình trạng sốc do xuất huyết nội
2. Khám

Cơ năng:

- Trễ kinh
- Rong kinh
- Đau âm ỉ hạ vị hay một bên hố chậu, thỉnh thoảng có cơn đau nhói, các cơn đau càng lúc càng tăng, bệnh nhân có cảm giác ngất, tay chân đầu chi lạnh và mồ hôi, mệt, khó thở...

Thực thể:

- Bụng lình phình có phản ứng.
- TV: Thân tử cung khó xác định do bụng gồng vì phản ứng. Túi cùng sau căng đau.
- Chọc dò: Túi cùng sau ra máu đỏ sậm không đông.

XỬ TRÍ

1. **Phòng chống sốc do xuất huyết nội**
   - Truyền dịch: Lactate Ringer hay Natri Clorua 0,9%.
   - Thuốc: Hydrocortisone 100mg, Calcium 1g, tiêm tĩnh mạch.
   - Truyền máu cùng loại khi có chỉ định.
2. **Chọc dò túi cùng sau khi bệnh nhân qua cơn choáng và có chỉ định**
3. **Phẫu thuật cấp cứu cắt bỏ khối thai ngoài, cầm máu, bù hoàn lượng máu mất cho bệnh nhân**

DỰ PHÒNG

1. Lưu ý bệnh nhân có tiền căn trước
   1. Nạo thai, kế hoạch hút ĐHKN.
   2. Viêm nhiễm đường sinh dục.
   3. Phẫu thuật trên tai vòi trước đó.
2. Dè dặt ở các bệnh nhân
   - Voi trứng teo hẹp, có ngách.
   - Phối u ở phần phụ.
3. Siêu âm có một khối echo trống cạnh tử cung, HCG định tính (+) hoặc định lượng xác định có thể → nhập viện để theo dõi chẩn đoán xác định I

TIM SẢN

CHẨN ĐOÁN BỆNH

(Tùy mức độ suy tim và triệu chứng có thể rõ hay không)

1. Bệnh nhân có thể có tiền căn thấp khớp hoặc bệnh lý tim.
2. Dấu hiệu cơ năng: mệt, khó thở khi làm việc (thực tế ít có giá trị).
3. Khám: -
   - Mạch nhanh, tĩnh mạch cổ nổi, gan to...

- Tim có âm thổi rõ (gồm âm thổi tâm thu mạnh, âm thổi tâm trương, âm thổi tiền tâm thu hoặc âm thổi liên tục...).
- Tình trạng rối loạn nhịp tim nặng...

Phân độ bệnh tim (theo NYHA):

- Tim sản độ I: có bệnh tim nhưng không giới hạn hoạt động.
- Tim sản độ II: mệt, khó thở khi làm việc nặng (nghỉ ngơi sẽ khỏe).
- Tim sản độ III: mệt, khó thở khi làm việc nhẹ.
- Tim sản độ IV: mệt, khó thở ngay cả khi nằm nghỉ (giới hạn hoàn toàn hoạt động của bệnh nhân).

ĐIỀU TRỊ

1. Trong lúc mang thai

1. Lập hồ sơ theo dõi bệnh (do phòng khám thai quản lý).
2. Hội chẩn chuyên khoa tim mạch để thống nhất chẩn đoán (loại bệnh tim, mức độ suy tim...) và thuốc điều trị.
3. Làm đủ các xét nghiệm như: CTM, VS, Hct,.. ECG, XQ phổi, siêu âm tim...
4. Nếu tình trạng bệnh tim quá nặng → đặt vấn đề chấm dứt thai kỳ.
5. Khuyên bệnh nhân nghỉ ngơi nhiều, hạn chế làm việc nặng.
6. Trường hợp tim sản độ I, II: nghỉ #10 giờ/đêm + 30 phút sau ăn
7. Trường hợp tim sản độ III, IV: nghỉ ngơi tuyệt đối
8. Khuyên bệnh nhân ăn lạt.
9. Dùng thuốc như Digoxine, lợi tiểu... tùy theo mức độ suy tim.
10. Nhập viện sớm 1-2 tuần trước sanh.

Lúc vào chuyển dạ

- Ngay lúc bắt đầu vào chuyển dạ → chích kháng sinh phòng viêm nội tâm mạc. Ampicilline 1g (TM) hoặc Augmentine 1,2g (TM) (test). Gentamycine 0,08g (TB).
- Cho bệnh nhân nằm theo tư thế Fowler, thở Oxy 5-6 lít / phút.
- Dùng thuốc: tùy trường hợp mà quyết định loại thuốc cũng như liều lượng cụ thể (gồm thuốc trợ tim như Digoxine, lợi tiểu như Furosemide, giảm đau như Morphine, an thần...).
- Sanh giúp khi đủ điều kiện (nên dùng Forceps).
- Sau sổ thai phải dằn túi cát lên bụng bệnh nhân, garrot 3 chi... (để tránh lượng máu về tim đột ngột gia tăng gây nên biến chứng suy tim cấp hay phù phổi cấp).
- Giảm thiểu tối đa việc mất máu.
- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn trong thời gian chuyển dạ (trường hợp bệnh nặng phải theo dõi chế độ hộ lý cấp 1) để kịp thời phát hiện và điều trị các biến chứng cấp cứu.

Thời kỳ hậu sản

- Tiếp tục theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn, độ gò tử cung, lượng huyết âm đạo...

- Tiếp tục kháng sinh trong > 1 tuần (thường dùng Ampicilline, Gentamycine, trường hợp nặng có thể dùng các loại Cephalosporine thế hệ thứ III).
- Không cho con bú trong trường hợp tim sản độ III, IV.
- Khuyên bệnh nhân nên cử động sớm (tránh biến chứng viêm tắc tĩnh mạch chi dưới).
- Khi tình trạng sản khoa ổn định có thể chuyển sang chuyên khoa tim mạch tiếp tục điều trị.

Vận động sinh đẻ kế hoạch.

SẨY THAI ĐANG DIỄN TIẾN

CHẨN ĐOÁN

1. Cơ năng

- Trễ kinh hay biết đã có thai chắc chắn.
- Ra huyết âm đạo nhiều.
- Đau bụng hạ vị nhiều, càng lúc càng tăng.

2. Thực thể

- Tử cung gò (+).
- TV:Âm đạo huyết đỏ nhiều và đang chảy.

CTC mở.

Có thể sở được bọc ối hay phần thai nhau.

XỬ TRÍ

1. Phòng chống sốc do mất máu

- Truyền dịch: Lactate Ringer hay Clorua Natri 0,9%.

2. Cầm máu và cho tử cung co hồi tốt

- Gắp thai và nhau.
- Chích thuốc Oxytocin 10 đơn vị (tiêm tĩnh mạch).
- Nạo kiểm tra buồng tử cung.
- Bù hoàn thể tích máu mất (nếu cần).

3. Kháng sinh dự phòng

PHẦN II

SẢN KHOA

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CAO HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ

PHÂN LOẠI CAO HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ:

1. Cao huyết áp trong thai kỳ
2. Tiền sản giật (TSG)
3. Sản giật. (SG)
4. Tiền sản giật ghép trên nền Cao HA mãn.
5. Cao huyết áp mãn

CHẨN ĐOÁN:

1. **Cao huyết áp trong thai kỳ:**
   - HA ≥ 140/90 mmHg lần đầu tiên xuất hiện trong lúc có thai
   - Không có protein-niệu
   - HA trở về mức bình thường trong vòng 12 tuần sau sinh
   - Chẩn đoán cuối cùng chỉ được khẳng định sau thời kỳ hậu sản
   - Có thể có các triệu chứng của tiền sản giật nặng như đau vùng hạ vị hay giảm TC

2. Tiền sản giật:

   2.1 Tiêu chuẩn tối thiểu để chẩn đoán:
   - HA ≥ 140/90 mmHg xuất hiện sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ
   - Protein-niệu ≥ 300 mg/ 24 giờ hay 1+ thử bằng que

   2.2. Triệu chứng khẳng định chẩn đoánTSG nặng:
   - HA ≥ 160/110 mmHg
   - Protein-niệu ≥ 2 g/24 giờ hay ≥ 2+ thử bằng que
   - Creatinin-huyết > 1,2 mg/dL trừ trường hợp đã có trước khi mang thai
   - Tiểu cầu < 100.000/mm3
   - Tiêu huyết vi thể (tăng LDH)
   - Men gan tăng cao (SGOT, SGPT)
   - Nhức đầu kéo dài hay các triệu chứng thần kinh khác như hoa mắt
   - Đau vùng thượng vị kéo dài

3. Sản giật.
   Khi có cơn co giật không thể giải thích được bằng nguyên nhân khác trên một phụ nữ mang thai có triệu chứng tiền sản giật sẵn

4. TSG ghép trên nền Cao HA mãn
   Protein-niệu mới xảy ra ≥ 300 mg/24 giờ trên phụ nữ mang thai đã có sẵn cao huyết áp nhưng không có protein-niệu trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.

Hoặc tăng thình lình huyết áp và protein-niệu hay giảm tiểu cầu < 100.000/mm^3 máu trên một phụ nữ cao HA và có protein-niệu trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.

5. Cao huyết áp mãn

- Ha ≥ 140/90 mmHg trước khi mang thai hay được chẩn đoán trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.
- Hay cao HA được chẩn đoán sau tuần lễ thứ 20 và kéo dài sau tuần lễ 12 hậu sản.

Bảng phân loại TSG nặng và TSG

Triệu chứng bất thường	*TSG nhẹ*	*TSG nặng*
Huyết áp tâm trương	< 100 mg Hg	≥ 110 mmHg
Protein-niệu	vết hay 1+	≥ 2+ nhiều lần
Nhức đầu	không	có
Hoa mắt	không	có
Đau vùng thượng vị	không	có
Thiểu niệu	không	có
Co giật	không	có (sản giật)
Creatinin-huyết	bình thường	tăng cao
Giảm tiểu cầu	không	có
Men gan tăng	rất nhẹ	nặng
Thai kém phát triển	không	thấy rõ
Phù phổi	không	có

ĐIỀU TRỊ:

1. TSG nhẹ: Ít khi cho nhập viện

1.1. Điều trị nội khoa:

- Cho bệnh nhân nghỉ ngơi
- Dặn chế độ ăn nhiều đạm, nhiều rau cải và trái cây tươi, không ăn quá mặn.
- Kiểm tra bệnh nhân 2 lần trong tuần.

1.2. Theo dõi tình trạng sức khỏe của bà mẹ

1.3. Theo dõi tình trạng thai nhi (NST mỗi ngày)

1.4. Dặn dò bệnh nhân về các triệu chứng của tiền sản giật nặng.

2. TSG nặng: Nhập viện

2.1. Mục đích điều trị:

Ngăn chặn sự tiến triển sang sản giật bằng cách

- Dự phòng các cơn co giật
- Kiểm soát HA bệnh nhân
- Chấm dứt thai kỳ

2.2. Cách điều trị:

2.2.1. Điều trị nội khoa:

❖ **Chống co giật:** Sulfat Magnesi có thể sử dụng 2 cách

- Truyền tĩnh mạch liên tục: Liều đầu 4 - 6g Magnesium Sulfat pha trong dung dịch tiêm trong 15 đến 20 phút
  + Bắt đầu 2g mỗi giờ trong 100ml truyền tĩnh mạch
  + Đo Mg^{++} huyết thanh mỗi 4 - 6 giờ và điều chỉnh liều duy trì để giữ được Magnesium Sulfat ở nòng độ 4 - 7 mEq/L (4,8 - 8,4mg/dL)
  + Magnesium Sulfat được ngưng sử dụng sau sanh 24 giờ
- Tiêm bắp gián đoạn
  + Cho 4g Magnesium Sulfat USP tạo thành dung dịch 10% tiêm tĩnh mạch trong 15 phút
  + Tiếp theo ngay lập tức 10g của dung dịch Magnesium Sulfat 50% chia làm 2 tiêm sâu vào ¼ trên ngoài mỗi bên mông bằng kim dài 3 inch, 20 G. (Bổ sung 1ml lidocaine 2% để giảm đau). Nếu cơn giật kéo dài sau 15 phút tiêm thêm 2g nữa, đường tĩnh mạch dưới dạng dung dịch 10% với tốc độ không quá 1g/phút Nếu người phụ nữ mập, có thể cho sử dụng đến 4g tiêm chậm.
  + Mỗi 4 giờ sau tiêm 5g dưới dạng dung dịch 50% sâu vào ¼ trên ngoài mông cần đảm bảo :
    - Mg^{++} huyết thanh từ 4-7 mEq/L
    - Phản xạ xương bánh chè còn
    - Không suy hô hấp
    - Nước tiểu trong 4 giờ đầu trên 100 mL
    - Magnesium Sulfat ngưng sử dụng 24 giờ sau sanh

❖ **Hạ huyết áp:** Hydralazine khi huyết áp tối thiểu > 110 mmHg đối với bệnh nhân > 35 tuổi và > 100mmHg đối với bệnh nhân trẻ.

Cách dùng:

- Tiêm TM 5mg Hydralazine mỗi 30 phút, đến khi HA tối thiểu < 100 mmHg
- Uống 25 - 100 mg/ngày, không dùng quá 300mg/ngày. Thuốc thải hoàn toàn sau 24 giờ

❖ **An thần**

- Diazepam liều nhẹ 10mg tiêm tĩnh mạch mỗi 4 giờ.
- Khi chuyển dạ, có thể dùng Dolargan (Dolosal, Mépéridine) 50mg tiêm TM chậm mỗi 2 giờ. Ngưng tiêm Dolargan nếu dự đoán sẽ sổ thai trong vòng 2 giờ.

❖ **Lợi tiểu**

Chỉ dùng khi:

- Huyết áp tối đa > 170mmHg.

- Có triệu chứng dọa phù phổi cấp.

Furosemide (Lasix) 20mg 1 ống x 6 ống – tiêm tĩnh mạch chậm.
Không dùng dung dịch ưu trương

❖ Trợ tim
- Khi có triệu chứng dọa phù phổi cấp
- Digoxin 0,5mg hay Cédilanide 0,8mg tiêm tĩnh mạch để có tác dụng nhanh.
- Risordan 5mg ngậm dưới lưỡi mỗi 15 phút

❖ Dịch truyền
- Glucose 5% giữ TM, tránh các dung dịch ưu trương và tránh truyền dịch nhanh
- Chuẩn bị sẵn : cây ngáng lưỡi, thành giường cao

2.2.2. Chấm dứt thai kỳ:
- Các chỉ định chấm dứt gồm:
  + Huyết áp tối thiểu > 110mmHg trong 24 giờ.
  + Protein niệu > 2g/24 giờ
  + Creatinin huyết tăng.
  + Nhức đầu hay hoa mắt hay đau vùng thượng vị kéo dài – xuất huyết đáy mắt. Suy giảm chức năng gan.
  + Giảm tiểu cầu.
  + Có hội chứng HELLP (tán huyết, tăng SGOT, SGPT, giảm tiểu cầu)
  + Đe dọa sản giật.
  + Đe dọa phù phổi cấp.
  + Thai suy trường diễn hoặc suy cấp.
- Trước khi lấy thai cho Betamethasone 4mg x 3 ngày tiêm TM mỗi ngày trong ba ngày trước khi chấm dứt thai kỳ, để tăng surfactant, giảm suy hô hấp sơ sinh
- Phương pháp sanh
  + Để tránh các nguy cơ cho mẹ, cố gắng sanh ngả âm đạo là biện pháp ưu tiên ở các trường hợp SG.
  + Nguy cơ biến chứng nặng giảm nhiều ở những trường hợp sanh được bằng ngả âm đạo.

3. Sản giật

3.1 Mục đích điều trị:
- Chống co giật.
- Hạ huyết áp.
- Dự phòng các biến chứng: xuất huyết não, vô niệu, phù phổi cấp, nhau bong non, phong huyết tử cung-nhau.

3.2.Nguyên tắc điều trị
- Khẩn trương, tích cực, là một trong những cấp cứu số một trong sản khoa.

- Cần nắm rõ bệnh sử qua hỏi thân nhân, xác định số cơn xảy ra tại nhà, cơn co giật cuối cùng cách lúc nhập viện bao lâu.
- Điều trị giống như đối với tiền sản giật nặng
- Phải theo dõi, chăm sóc tại khoa săn sóc đặc biệt, có đủ oxy và các phương tiện hồi sức khác.

3.3. Điều trị nội khoa:

Như trong tiền sản giật nặng.

- Chống co giật.
- Lợi tiểu.
- Trợ tim.
- Giữ tĩnh mạch bằng dịch truyền,
- Hạ áp.
- An thần.
- Thêm:
  - Oxy.
  - Cây ngáng lưỡi.
  - Hút đàm nhớt
- Theo dõi:
  - Dấu hiệu sinh tồn: huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ.
  - Phản xạ gân xương.
  - Nước tiểu.
  - Áp lực tĩnh mạch trung tâm
  - Soi đáy mắt.
  - Cơn gò,tim thai
- Nếu bệnh nhân co giật liên tục, không đáp ứng với Sulfate Magie, cần phải sử dụng Thiopental 300mg tiêm tĩnh mạch chậm để cắt cơn.

3.4. Chấm dứt thai kỳ:

Theo dõi sanh ngã âm đạo hoặc MLT tùy theo tình trạng cổ TC và tình trạng mẹ.

4. Hậu sản + TSG: CHA nặng kéo dài sau sanh

Điều trị nội khoa tích cực như các trường hợp sản giật khác.

- Nếu cần tiếp tục kiểm soát tình trạng cao huyết áp sau sanh, tiếp tục duy trì Hydralazine truyền tĩnh mạch ngay sau sanh, sau đó có thể bắt đầu sử dụng một phác đồ hạ áp khác.
- Khi huyết áp đã trở về gần bình thường sau nhiều lần theo dõi, có thể ngưng Hydralazine. Nếu huyết áp vẫn cao liên tục hoặc cao trở lại sau khi đã giảm trong thời gian hậu sản có thể sử dụng labetalol hoặc lợi tiểu thiazide đường uống khi cần thiết.
- Nếu cần thuốc hạ áp khác uống có thể được sử dụng như các thuốc ức chế [illegible] khác và thuốc chẹn kênh calci.

5. TSG ghép trên nền Cao HA mãn.

5.1. Nguyên tắc điều trị: Điều trị như là trường hợp tiền sản giật.

5.2. Cách điều trị:

- Giống như đối với các trường hợp tiền sản giật nặng. Sử dụng thuốc hạ áp mà bệnh nhân vẫn uống trước khi nhập viện (có hiệu quả), giảm liều hay không dùng Hydralazine
- Cần xác định tuổi thai.
- Làm các XN đánh giá sự phát triển và sức khỏe của thai nhi mỗi tuần.
- Có thể chấm dứt thai kỳ sớm hơn 36 tuần, nếu có dấu hiệu suy thai trường diễn. Khi mổ nên gây mê và triệt sản, vì hầu hết bệnh nhân đã lớn tuổi và đa sản.

6. Cao HA mãn + thai: điều trị giống như Cao HA mãn khác.

CÁC XÉT NGHIỆM TRONG BILAN TSG

1. Công thức máu - Hématocrit
2. Acide urique
3. Chức năng Gan (SGOT, SGPT)
4. Chức năng Thận (BUN , Créatinine)
5. Glycémie
6. Đạm huyết
7. Tổng phân tích nước tiểu
8. Đông máu toàn bộ
9. Soi đáy mắt

Khi thấy kết quả XN có: giảm tiểu cầu, men gan tăng, nước tiểu có huyết sắc tố --> có Hội chứng HELLP.

CHĂM SÓC THEO DÕI

- Nằm phòng tối, yên tĩnh ,tránh các kích thích .
- Lập bảng theo dõi TSG: tri giác, M, HA, nhịp thở, nước tiểu, PXGX/ giờ.
- Theo dõi các dấu hiệu trở nặng của bệnh như: HA tăng cao, sốt không có ổ nhiễm trùng nào), thiểu niệu, đau thượng vị - hạ sườn (P), nhức đầu hoa mắt, tím tái, khó thở, xuất hiện HC HELLP...

NHAU TIỀN ĐẠO

CHẨN ĐOÁN:

- Triệu chứng cơ năng:
  Ra huyết âm đạo vào cuối tháng chu kì: đỏ tươi đóng cục, tái phát nhiều lần.
- Triệu chứng thực thể: không khám âm đạo.
- Triệu chứng CLS: siêu âm.
- Phân độ:
  + Nhau tiền đạo độ I: nhau bám thấp .
  + Nhau tiền đạo độ II: nhau bám mép.
  + Nhau tiền đạo độ III: nhau tiền đạo bán trung tâm.
  + Nhau tiền đạo độ IV: nhau tiền đạo trung tâm.

XỬ TRÍ:

1. Tuỳ thuộc lượng ra huyết âm đạo, tuổi thai và chuyển dạ chưa

1.1.Ra huyết âm đạo nhiều ≥ 300 gr:

Mọi tuổi thai đều phải chấm dứt thai kỳ bằng phương pháp nào nhanh nhất (ưu tiên cứu mẹ trước).

1.2.Thai < 34 tuần P ≤ 2000 gr, ra huyết ít:

- Siêu âm xác định loại nhau tiền đạo.
- XNTP
- Hội chẩn và giải thích tình trạng bệnh cho thai phụ và gia đình.
- Nằm nghỉ tại giường / bệnh viện.
- Thuốc giảm co (Spasfon, Salbutamol).
- Nếu thiếu máu (Hct < 25%): truyền máu
- Betanethasone 4 mg / ống: 3 ống TMC / ngày x 2 ngày liên tục / tuần.
- Nếu ra huyết nhiều mổ cấp cứu.

1.3.Nếu thai ≥ 36 tuần P ≥2500 gr, ra huyết ít.

- Siêu âm xác định loại nhau tiền đạo.
- Xác định độ trưởng thành của thai.
- XNTP.
- Hội chẩn, lên lịch mổ, chuẩn bị máu ở ngân hàng máu.

2. Tuỳ theo loại nhau tiền đạo mà chọn cách chấm dứt thai kỳ thích hợp.
   - Nhau tiền đạo trung tâm, bán trung tâm ≥ 60% ⇒ mổ lấy thai.
   - NTĐ bán trung tâm < 60%, nhau bám thấp , nhau bám mép ⇒ ± sanh ngã âm đạo sau khi bấm ối, tăng co.

THEO DÕI

- M, HA tổng trạng.
- Tim thai.
- Ra huyết âm đạo.

NHAU BONG NON

CHẨN ĐOÁN:

1. Điều kiện thuận lợi:

- Tiền sản giật
- Sau thủ thuật hoặc chọc dò ối, kovac's.
- Sau chấn thương bụng.

2. Triệu chứng cơ năng:

- Đau bụng tăng dần.
- Ra huyết âm đạo (±): sậm, loãng, không đông.

3. Triệu chứng thực thể:

- Trương lực cơ tăng (cơ tử cung không mềm giữa các cơn co)
- Tử cung gò cứng (có thể cứng như gỗ).
- BCTC có thể tăng dần.
- Tim thai còn nếu NBN nhẹ.

4. Thăm âm đạo:

- Đoạn dưới căng.
- Cổ tử cung chắc, siết chặt ở lỗ cổ tử cung trong.
- Huyết sậm, ít, loãng, không đông.
- Màng ối căng phồng.

5. Triệu chứng cận lâm sàng:

- Siêu âm cho chẩn đoán nhanh, chính xác nhất.

XỬ TRÍ:

- Bấm ối ngay sau khi chẩn đoán được là NBN
- Hồi sức chống choáng (nếu có).
- Tạo 1 đường truyền TM.
- Hồi sức tim thai
- Xác định thể NBN
  - NBN thể trung bình + nặng (HA tụt, mạch nhanh, sản phụ vật vã, khó thở): mổ lấy thai ngay

+ NBN thể nhẹ (chưa gây ảnh hưởng trên mẹ) chẩn đoán được bằng siêu âm:
  - Nếu cổ TC xóa mỏng và mở ≥ 3 cm
    - Bấm ối
    - Tăng co
    - Buscopan 20mg một ống tiêm TĨNH MẠCH hoặc Dolargan 100mg nửa ống tiêm TM
    - Bình thường chuyển dạ rất nhanh
  - Nếu cổ TC chưa xóa mở, ước tính chuyển dạ > 2 giờ: MLT ngay
+ NBN mà tim thai còn nghe được > 80 lần/phút: MLT ngay để cứu con

DỌA SANH NON

ĐỊNH NGHĨA:

Là tình trạng đe dọa thai kỳ có thể chấm dứt trước khi thai đủ tháng tuổi thai 28 → < 37 tuần .

CHẨN ĐOÁN.

- Cơn gò tử cung (+) : 4 cơn / 20 phút.
- CTC ± xoá mở.
- Nhớt hồng âm đạo: ±.
- Ối: ± thành lập.

XỬ TRÍ

- Nằm nghỉ tuyệt đối tại giường/ bệnh viện.
- Giải thích cho thai phụ hiểu được tình trạng bệnh để hợp tác điều trị.
- Giảm co (chích Spasfon hoặc nhét hậu môn Salbutamol và Utrogestan 200mg 1 viên đặt âm đạo x 2 lần trong ngày).
- Tránh táo bón (chế độ ăn uống, thuốc...).
- Nâng tổng trạng.
- Có thể giúp phổi thai nhi trưởng thành bằng Bétamethasone.

NON STRESS TEST

MỤC ĐÍCH

- Đánh giá sức khỏe thai nhi (qua khảo sát đáp ứng tăng nhịp tim thai khi có cử động thai với điều kiện không có cơn gò tử cung).

ĐIỀU KIỆN KỸ THUẬT

- Giải thích, hướng dẫn cho thai phụ mục đích thủ thuật và cách bấm nút khi có cử động thai.
- Thời gian thực hiện từ 20 - 45 phút (trung bình 30 phút).
- Sản phụ nằm tư thế Fowler hay nghiêng trái, sau khi đã ăn no.
- Đặt Monitor ghi tim thai và cử động thai.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ

1. Non stress test có đáp ứng (thai không suy) nếu:

- Có > 3 cử động thai trong 20 phút.
- Nhịp tim thai cơ bản: 120 – 160 lần / phút.
- Dạo động nội tại: 10 chu kỳ / 1 phút.
- Biên độ dao động: 2 – 25 nhịp.
- Mỗi khi có cử động nhịp thai tăng > 15 nhịp và kép dài > 15 giây.

2. Non stress test không đáp ứng (chưa khẳng định được thai suy cần làm tiếp Stress test), nếu:

- Không xuất hiện nhịp tăng khi có cử động thai.
  - ± Xuất hiện nhịp phẳng (biên độ dao động dưới 5).
  - ± Xuất hiện nhịp giảm.
- Chiếm trên 50% thời gian theo dõi.
- Nếu có ≤ 2 cử động thai trong 45 phút → nên lắc bụng và làm thêm Non stresstest trong thời gian >20' phút (loại trừ do thai đang ngủ).

STRESS TEST

MỤC ĐÍCH

Đánh giá khả năng chịu đựng của thai đối với chuyển dạ sanh ngả âm đạo (khảo sát sự thay đổi của nhịp tim thai khi có cơn gò tử cung).

CHỈ ĐỊNH

Nghi ngờ thai suy trường diễn trong tử cung.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dọa sanh non
- Nhau tiền đạo
- Vết mổ cũ
- Đa thai, đa ối.
- Ối vỡ sớm.

ĐIỀU KIỆN - KỸ THUẬT

- Giải thích mục đích của thủ thuật cho thai phụ hiểu.
- Thời gian thực hiện 30 - 60 phút (trung bình là 45 phút).
- Sản phụ nằm tư thế Fowler hay nghiêng trái.
- Đặt Monitor theo dõi TT, cơn gò tử cung: cho máy chạy không 10 - 15 phút.
- Tạo cơn gò chuyển dạ bằng Oxytocin ngoại sinh hoặc Oxytocin nội sinh bằng cách se đầu vú sao cho có đủ 3 - 5 cơn gò trong 10 phút .
- Tiếp tục ghi tim thai, cơn gò bằng Monitor.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ:

- Kể từ thời điểm có đủ 3 cơn gò trong 10 phút thì bắt đầu đánh giá sự thay đổi của nhịp tim thai.
- Stres test (+): thai suy (tỷ lệ (+) giả khoảng 30%)→ mổ lấy thai khi có các thay đổi tim thai sau mỗi cơn gò như sau:
  + Nhịp giảm muộn (DIP II).
  + Nhịp giảm bất định.
  + Nhịp phẳng.
  + Nhịp nhanh trầm trọng ≥ 180 lần / 1 phút.
  + Nhịp chậm trầm trọng ≤ 100 lần / 1 phút .
- Stress test (-): khi không có những thay đổi tim tim thai như trên: ± theo dõi sanh ngã âm đạo.

THỦ THUẬT SOI ỐI

CHỈ ĐỊNH
- Khảo sát sức khỏe và độ trưởng thành của thai nhi.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH
- Nhau tiền đạo
- Dọa sanh non
- Viêm nhiễm cấp âm đạo, cổ tử cung

ĐIỀU KIỆN
- Cổ tử cung mở > 1 cm.
- Có dụng cụ soi ối (ống thủy tinh hoặc ống kim loại).
- Có nguồn sáng tốt

KỸ THUẬT
- Đặt valve hoặc mỏ vịt để bộc lộ cổ tử cung
- Sát trùng âm đạo cổ tử cung
- Đưa ống soi ối qua kênh cổ tử cung tiếp xúc với màng ối.
- Quan sát dưới nguồn sáng tốt (nguồn sáng tự nhiên là tốt nhất)

KẾT QUẢ
- Nước ối trắng đục, nhiều chất gây: thai đủ tháng không suy.
- Nước ối trắng trong, ít hoặc không co chất gây: thai non tháng.
  + Nước ối xanh → thai suy cấp
  + Nước ối vàng → thai trường diễn
  + Nước ối đỏ nâu → thai chết lưu.

TAI BIẾN
- Vỡ ối.
- Nhiễm trùng ối
- Xuất huyết âm đạo do nhau bám thấp, NBN hoặc chạm thương cổ tử cung.

THEO DÕI SAU SOI ỐI:
- Theo dõi T°
- Nghe tim thai / 1 giờ
- Bắt cơn gò / 1 giờ .
- Băng vệ sinh theo dõi: nước và ra huyết âm đạo.

THỦ THUẬT CHỌC ỐI

KỸ THUẬT

- Sát trùng vùng bụng kỹ và trải săn vải vô trùng. Người làm thủ thuật rửa tay phẫu thuật + mang găng vô trùng.
- Xác định vùng chọc ối bằng siêu âm (tránh bánh nhau).
- Dùng kim 18 - 20 (có nòng) chọc qua thành bụng và thành tử cung vào tới buồng ối. Rút nòng kim, gắn ống chích, rút nhẹ nước ối khoảng 5ml.
- Tháo ống chích, gắn nòng kim. Rút kim.
- Sát trùng tại chỗ chích. Dán băng keo.
- Kiểm tra lại tim thai bằng siêu âm.

THEO DÕI

- Thai phụ nằm tại giường trong 24h.
- Theo dõi tim thai và cơn gò / 30 phút
- Băng vệ sinh: theo dõi huyết và nước âm đạo

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NƯỚC ỐI

1. Đại thể:

- Trắng trong: thai non tháng
- Trắng đục nhiều chất gây: thai đủ tháng và không suy thai.
- Màu vàng: thai suy trường diễn.
- Màu xanh: thai suy cấp
- Màu đỏ: thai chết lưu

2. Sinh hóa ối:

2.1. Shake test: Để xác định độ trưởng thành của phôi thai nhi.

- (+) ống số một: thai khoảng 32 - 33 tuần .
- (+) ống số 1 + 2: thai khoảng 33 - 35 tuần.
- (+) ống số 1 + 2 + 3: thai khoảng 36 tuần
- (+) ống số 1 + 2 + 3 + 4: thai trên 36 tuần .

2.2. Định lượng Créatinine: để xác định độ trưởng thành của thận và khối lượng cơ.

- Créatinine < 2 mg%: thai < 36 tuần.
- Créatinine = 2mg%: thai khoảng 36 tuần
- Créatinine > 2mg%: thai > 36 tuần

2.3. Đếm tế bào cam: xác định độ trưởng thành của da.

- Tế bào cam:> 30% (thai > 36 tuần).

TAI BIẾN

- Nhau bong non.
- Chọc vào dây rốn gây chảy máu hoặc tụ máu tại dây rốn → thai có thể chết.
- Nhiễm trùng ối.

THEO DÕI

- Tổng trạng mẹ, M, HA, T°.
- Tim thai / 15 - 30 phút.
- Huyết, nước âm đạo.

KOVAC'S

MỤC ĐÍCH

Gây chuyển dạ để chấm dứt thai kỳ.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhau tiền đạo
- Ối vỡ non
- Ngôi thai bất thường

CƠ CHẾ

- Tạo oxytocin nội sinh (do sự lóc màng rụng giải phóng Prostaglandine kích thích tuyến yên tiết Oxytocin).
- Tạo bọc ối nong cổ tử cung

KỸ THUẬT

1. Chuẩn bị:
   - Túi Kovac's: luồn ½ bao cao su vào sonde Nelaton mới, xoay nhẹ túi để đẩy hết hơi hoặc dùng ống chích hút hơi qua ống sonde, ngâm dung dịch sát trùng.
   - Xác định vị trí nhau bám (siêu âm)
   - Nghe lại tim thai.
   - Khám âm đạo: xác định tình trạng ngôi thai, ối, cổ tử cung.
2. Tiến hành:
   - Đặt mỏ vịt hoặc valve bộc lộ cổ tử cung
   - Sát trùng âm đạo, cổ tử cung.
   - Dùng kẹp hình tim đưa dần túi kovac's qua kênh cổ tử cung vào buồng tử cung (mặt trước tử cung nếu nhau bám mặt sau và ngược lại) luồn cho đến khi bao cao su qua đến cổ tử cung.
   - Chèn 2 tampons ở cùng đồ âm đạo: giữ cho cổ tử cung không bị gập.
   - Dùng ống chích (50ml) bơm từ từ dung dịch NaCl 9‰ qua sonde, khoảng 1/6 trọng lượng thai dự kiến (khoảng 200 - 300ml).
   - Ngưng bơm NaCl 9‰ khi bệnh nhân than tức hoặc trần bụng.
   - Buộc đầu sonde lại
   - Tháo mỏ vịt
3. Theo dõi:
   - Tổng trạng mẹ: M, HA, T°, CTM.

- Tim thai, cơn gò, huyết, nước âm đạo /15 phút đầu trong 1 giờ đầu và / 30 phút trong 2 giờ tiếp theo.

4. **Xử trí:**
   - 2 giờ sau lấy tampons, khám lại tình trạng cổ TC, ngôi thai, ối, có sa dây rốn ...
   - Rút túi Kovac's khi có cơn gò tử cung hoặc CTC mở > 2 cm.
   - Nếu 12 giờ sau khi đặt túi mà chưa có chuyển dạ: xả nước, rút túi, cho thai phụ nghỉ ngơi và đặt lại sau 12 - 24 giờ.
   - Số lần đặt tối đa: 3 (lần 3 nên kết hợp với tăng co bằng Oxytocin ngoại sinh).

5. **Tai biến:**
   - Vỡ tử cung
   - Nhau bong non
   - Sa dây rốn
   - Ối vỡ non
   - Nhiễm trùng ối.

VẾT MỔ CŨ LẤY THAI

Đối với thai phụ có vết mổ cũ lấy thai (VMC) phải dựa vào tiền căn mổ lấy thai (MLT) lần trước và thai kỳ hiện tại để chọn hướng chấm dứt thai kỳ thích hợp là MLT lại hay sanh ngã âm đạo.

MỔ LẤY THAI LẠI NẾU:

- Lý do mổ còn tồn tại: khung chậu hẹp, khung chậu giới hạn, tử cung dị dạng,
- Phương pháp mổ dọc thân.
- Vết mổ cũ bóc nhân xơ.
- Vết mổ cũ ≥ 2 lần
- Vết mổ cũ mới; thời gian mổ ≤ 24 tháng
- Nhiễm trùng hậu phẫu lần mổ trước : có nhiễm trùng tử cung, viêm NMTC.
- VMC + 1 bất thường của thai lần này (như: ngôi mông, thai quá ngày, nhau tiền đạo, tim thai suy, ối vỡ non, con to ...)
- Đau vết mổ cũ.

XỬ TRÍ:

- Nhập viện hai tuần trước ngày dự sanh.
- Làm XNTP
- Xác định lại tuổi thai và đánh sức khỏe thai
- Hội chẩn khoa cho hướng xử trí thích hợp
- Đối với các trường hợp có chỉ định mổ lại → thì mổ chủ động
- Làm vệ sinh cho thai phụ và giải thích tình trạng thai kỳ lần này
- Đăng kí ngày mổ, tiên lượng cuộc mổ (nếu khó nên mổ cùng bác sĩ trưởng phó khoa)
- Đề phòng bế sản dịch
- Đối với các trường hợp có chỉ định sanh ngã âm đạo → thì làm nghiệm pháp sanh ngã âm đạo sau khi tách ối hoặc chờ chuyển dạ tự nhiên.

THEO DÕI CUỘC CHUYỂN DẠ CÓ CHÚ Ý CÁC VẤN ĐỀ SAU:

- Đau vết mổ cũ
- Tim thai
- Huyết âm đạo
- Khi tử cung mở 2 cm, có cơn gò tự nhiên tốt → chuyển phòng sanh (phải bàn giao bác sĩ phòng sanh nhận bệnh)

HỞ EO TỬ CUNG

CHẨN ĐOÁN

1. Tiền căn:

- Sẩy thai to hoặc sanh non liên tiếp 3 lần, tuổi thai càng ngày càng giảm.
- Có thể sanh con nuôi sống được
- Tính chất sanh: rất nhanh

2. Triệu chứng thực thể và cận lâm sàng:

- Khi không có thai: cổ tử cung đút lọt que nong Hégar số 9
- Khi có thai trên sản phụ có tiền căn sanh non tháng với OVN và sanh nhanh: khám thai mỗi tuần lễ kể từ tuần lễ thứ 12 của thai kỳ. Nếu cổ TC có dấu hiệu thay đổi (hở hoặc xóa), nhập viện ngay để khâu cổ TC.
- Siêu âm đo đường kính lỗ trong cổ tử cung ≥ 0.8 cm

THỜI ĐIỂM KHÂU CỔ TỬ CUNG

Tuổi thai từ 16 - 20 tuần (tốt nhất là 18 tuần). Một số trường hợp nên chọn thời điểm khâu cổ tử cung trước tuổi sẩy thai lần cuối cùng trong tiền căn.

ĐIỀU KIỆN KHÂU CỔ TỬ CUNG

- Thai sống và bình thường
- Không có chuyển dạ
- CTC mở < 2cm, xóa < 80%
- Không viêm cấp đường sinh dục

CHUẨN BỊ TRƯỚC KHÂU CTC

- Giải thích cho thai phụ mục đích của thủ thuật khâu CTC
- Vệ sinh cơ quan sinh dục (cạo lông mu)
- Dùng thuốc giảm co 1 ngày trước khi khâu CTC: Salbutamol 1mg nhét hậu môn 1 ngày trước hoặc Utrogestan 100mg 1 viên x 2 lần (uống) trước 1 ngày.
- Dùng thuốc an thần buổi tối trước khi khâu: Temesta 1mg: 1 v (u) lúc 20 giờ
- Nhịn ăn và uống vào ngày khâu CTC.

KỸ THUẬT

- Khâu CTC theo phương pháp Mac Donald .
- Dùng chỉ không tan và to bản.

CHĂM SÓC SAU KHÂU CTC

- Nằm nghỉ tại giường
- Thuốc giảm co:
  + Spasfon 40mg: 1 ống x 2 lần (TB) trong 2 ngày
  + Salbutamol 1mg 1 viên x 2 lần (nhét hậu môn) trong 2 ngày
  + Utrogestan 200mg đặt âm đạo 1 viên x 2 lần/ ngày
- Kháng sinh: Cephalexine 500 mg 2 viên x 2 lần (uống) trong 2 ngày. Có thể dùng kháng sinh dự phòng.
- Sau khâu 48 giờ nếu ổn định cho xuất viện
- Dặn dò khi xuất viện
- Cấp toa: kháng sinh uống 3 ngày
- Giảm co uống 3 ngày, nghỉ chế độ
- Khám thai định kỳ theo lịch
- Thai phụ có khâu CTC phải luôn nhớ: báo cho bác sĩ mỗi khi khám thai, đặt biệt khi có triệu chứng bất thường như đau bụng, ra huyết âm đạo
- Cắt chỉ khâu CTC khi tuổi thai bằng 38 tuần.

TIỂU ĐƯỜNG VÀ THAI KỲ

CHẨN ĐOÁN

1. Tiền căn:
- Gia đình có người thân bị tiểu đường.
- Sanh con to
- Sẩy thai hoặc thai lưu, đặc biệt thai gần ngày
- Thai dị tật, thai chết chu sinh
- Đã từng bị tiểu đường trong thai kỳ lần trước

2. Lâm sàng:
- Bệnh sử: ăn nhiều, uống nhiều, lên cân nhiều (> 20 kg)
- Mẹ mập phì
- Tuổi mẹ > 30
- Thai to, đa ối hoặc dư ối

3. Cận lâm sàng: là tiêu chuẩn quyết định chẩn đoán
- Đường huyết khi đói > 105 mg%
- Cho làm OGTT (Oral glucose tolerance test) 50mg

PHÂN LOẠI

ĐTĐ loại I	ĐTĐ loại II
Bắt đầu ở trẻ em hoặc thiếu niên.	Tuổi trưởng thành
Chiếm tỷ lệ 10%	Chiếm tỷ lệ 90%
Nguyên nhân : - Di truyền - Viêm: + Nhiễm siêu vi (sởi , quai bị) + Hoá chất + Tự miễn → phá hủy đảo tb β trong tụy → hầu như không còn Insulin nội sinh	Tế bào β tuỵ tiết không đủ Insulin hoặc giảm đáp ứng với Insulin.
- Điều trị: + Insulin ngoại sinh + Chế độ ăn + Vận động thể dục + Theo dõi đường huyết hằng ngày	Chế độ ăn Vận động thể dục Thuốc (khi thật sự cần thiết)

* ĐTĐ trước thai kỳ: thường thuộc loại I, chiếm 1%
* ĐTĐ do thai thường gặp hơn.
  - Biến dưỡng đường:
    + Bình thường trước khi mang thai
    + Bệnh lý trong khi mang thai
    + Về bình thường sau sanh 6 tuần
  - Do tình trạng thai đổi, nội tiết tố trong thai từ tuần lễ thứ 22 trở đi do:
    + HCS từ nhau
    + Prolactin, Cortison, Glucagon
    → gây đề kháng Insulin:
      . ↓ dự trữ Glucogen ở gan
      . ↓ sự htủy giải Glucogen
      . ↓ dung nạp đường
    → tăng đường huyết
    → cơ thể mẹ đáp ứng bằng cách tăng tiết Insulin nhiều lần

Phân loại	Tuổi khởi phát	Thời gian	Bệnh mạch máu	Điều trị Insulin
ĐTĐ do thai				
A1	Bất kỳ	Bất kỳ	0	0
A2	Bất kỳ	Bất kỳ	0	+
ĐTĐ trước khi có thai				
B	> 20	< 10	0	+
C	10 – 19 hoặc	9	0	+
D	< 10 hoặc	10 > 20	+	+
F	Bất kỳ	Bất kỳ	+	+
R	Bất kỳ	Bất kỳ	+	+
T	Bất kỳ	Bất kỳ	+	+
H	Bất kỳ	Bất kỳ	+	+

ĐTĐ do thai:

Nhóm	ĐH lúc đói	ĐH sau khi ăn 2 giờ
A1	< 105mg%	Và < 120 mg%
A2	≥ 105mg%	Và/Hoặc ≥ 120mg%

- Tiểu đường có biến chứng bệnh lý thận.
- Tiểu đường + bệnh lý võng mạc.

- Tiểu đường + bệnh lý cơ tim.
- Tiểu đường trên bệnh nhân ghép thận.

ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc: phụ thuộc vào độ trưởng thành của thai nhi.

Mục tiêu: cân bằng đường huyết khi đói: 60 đến 80 mg%.

- 2 giờ sau khi ăn: < 120mg%
- 2 giờ đến 6 giờ sáng: 60 đến 90 mg%

1. Thai chưa đủ trưởng thành

- Điều trị tiểu đường
- Chế độ ăn tiết chế: 2200 – 2400 kcal / ngày
  + Protein: 20 – 25 %
  + Carbohydrate: 40 – 45 %
  + Ít mỡ.
- Theo dõi: đường huyết, đường niệu, ceton niệu 4 lần / ngày (6 giờ, 8 giờ, 14 giờ, 20 giờ).
- Chỉ định điều trị INSULIN khi đường huyết lúc đói > 105 mg% hoặc 2 giờ sau ăn > 120 mg%
- Liều bắt đầu phụ thuộc vào tuổi thai:
  + Tam cá nguyệt đầu: 0,6 UI/kg/24giờ
  + Tam cá nguyệt giữa: 0,7 UI/kg/24giờ
  + Tam cá nguyệt cuối: 0,8 UI/kg/24giờ
- Liều duy trì phụ thuộc vào đáp ứng của bệnh nhân.
- Cách chia liều:
  + Tổng liều/ ngày được chia:
    - 2/3 sáng (6 giờ [2/3 loại tác dụng trung bình, 1/3 loại các tác dụng ngắn])
    - 1/3 tối (18 giờ [1/2 loại tác dụng ngắn (hay lúc ăn), 1/3 loại các tác dụng trung bình trước khi ngủ])
  + Cách kiểm soát đường huyết tốt nhất: thử Glycemie 2 giờ sau ăn.
- Theo dõi sức khỏe thai nhi:
  - Đếm CĐT
  - NST / 3 ngày
  - BPP / tuần.
- Chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ:
  - Loại A1: không can thiệp (không chọc ối, không BPP). Chấm dứt thai kỳ lúc 40 tuần.
  - Loại A2, B,C: từ tuần 34 trở đi làm NST / 3 ngày. Chấm dứt thai kỳ lúc 38 tuần (nếu phổi trưởng thành)

- Loại DFR: từ tuần 28 đến 30: NST / 3 ngày. Chấm dứt thai kỳ lúc 36 tuần (nếu phổi trưởng thành)

2. Thai đủ trưởng thành
   - Có chỉ định chấm dứt thai kỳ. Vấn đề quan trọng là chọn pp sanh thích hợp.
   - Mổ lấy thai chọn lọc: khi trọng lượng thai to ≥ 4000 gr hoặc do những chỉ định khác. Chọn thời điểm mổ lúc sáng sớm và không dùng liều Insulin / sáng. Theo dõi Glycemie / giờ.
   - Hậu sản: chỉ dùng Insulin theo kết quả Glycemie. Đề phòng nguy cơ nhiễm trùng và hạ đường huyết.

❖ Ghi nhớ:
   - XN đường niệu, đường huyết ngay đầu thai kỳ. Nếu nghi ngờ → OGTT
   - Nếu chẩn đoán (+): điều trị sao cho đường huyết luôn luôn < 100mg% sẽ không ảnh hưởng thai nhi.
   - Nếu có theo dõi + điều trị tốt: có thể sanh thường ở 40 tuần
   - Nếu không theo dõi và điều trị (phát hiện khi thai đã to) nên MLT trước tuần lễ 37 sau khi chuẩn bị.

THAI VÀ VIÊM RUỘT THỪA

Phụ nữ mang thai bị viêm ruột thừa thường có tiên lượng dè dặt vì bệnh thường được phát hiện trễ, bởi những lý do sau:

- Giảm sức đề kháng, do đó không sốt hoặc sốt nhẹ, phản ứng thành bụng không rõ.
- Phù giữ nước → mô bở, ruột thừa dễ vỡ.
- Tăng sinh mạch máu vùng chậu → dễ nhiễm trùng lan rộng.

Do vậy Viêm ruột thừa thường phát hiện ở dạng vỡ mủ → Viêm Phúc mạc → Nhiễm trùng huyết.

CHẨN ĐOÁN:

VRT ở 5 tháng đầu thai kỳ giống như VRT người không có thai. Cần chú ý chẩn đoán ở sản phụ 4 tháng cuối thai kỳ hoặc hậu sản có các trường hợp sau đây:

1. Cơ năng:
   - Sốt nhẹ
   - RL tiêu hoá: buồn nôn, nôn, tiêu chảy xen kẻ táo bón.
   - Đau vùng bụng bên (P).
2. Thực thể:
   - Sốt có thể quanh 38^0C
   - Mạch nhanh, HA không thay đổi
   - Lưỡi dơ
   - Phản ứng thành bụng không rõ
   - Điểm đau Mac Burney (+), hoặc đau cạnh TC, đau hạ sườn (P)
   - Đẩy dồn TC từ trái qua phải, thai phụ than đau bên phải.
   - Cơn co TC (±)
3. Thăm âm đạo:
   - Xoá mở cổ TC ±
   - Huyết âm đạo ±
4. Xét nghiệm CLS:
   - CTM mỗi 4 – 6 giờ: BC tăng dần 15.000 -20.000, đa nhân trung tính cao.
   - VS tăng
   - Siêu âm: có vùng écho hỗn hợp, hay ruột dày sáng chướng hơi ở HC (P).
   - TPTNT: không thay đổi gì lạ. Cần chú ý những trường hợp có tăng mật để chẩn đoán phân biệt với viêm thận – bể thận (P).

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Viêm thận - bể thận.
- U BT vỡ hay xoắn trong thai kỳ.
- Sốt thương hàn

XỬ TRÍ

- XNTP
- Hội chẩn khoa và Ngoại tổng quát.
- Mổ càng sớm càng tốt ngay khi có chẩn đoán viêm ruột thừa.
- Chống co thắt TC trước trong và sau mổ, đối với thai non tháng.: Progesterone 25mg 1 ống x 2 lần/ ngày và Salbutamol 1mg 1 viên x 2 đặt HM /ngày

  Lưu ý: Phụ nữ có thai cuối thai kỳ
- Có triệu chứng nhiễm trùng (sốt dù nhẹ + BC tăng)
- Rối loạn tiêu hóa
- Đau bụng bên (P) hoặc di chuyển từ rốn → bên (P)

--> thì phải nghĩ đến có viêm ruột thừa.

SUYỄN (HEN PHẾ QUẢN)

CHẨN ĐOÁN

- Khó thở khi thở ra.
- Mệt mỏi, hoảng hốt, lo sợ.
- Có thể tím tái.
- Dấu hiệu khó thở (nhịp thở tăng, co kéo lồng ngực, phập phồng cánh mũi)
- Mạch nhanh
- Nghe phổi có rales ngáy, rít (+++)

ĐIỀU TRỊ

- Thông đường hô hấp (A): thư thế Fowler, hút đàm nhớt.
- Cung cấp Oxy (B): thở Oxy từ 5 đến 6 lít/phút.
- Đảm bảo tuần hoàn (C): Lactate Ringer TTM XX giọt/ phút.
- Thuốc (D):
  + Epinephrine 0,1%: 0,3 – 0,5 ml (TDD).
  + Hay Terbutaline:
    - Liều đầu: 4,5 – 6 mg /kg (TTM trong 30 phút)
    - Liều duy trì: pha ½ ống khoảng 240mg + 50ml Lactate Ringer truyền tĩnh mạch 40 giọt / 1 phút.
  + Hydro cortisone:
    - Liều đầu 7mg/ kg. 100 mg/ống. Dùng 3 – 4 ống TMC.
    - Liều duy trì: 100mg/ 6 giờ.
  + Kháng sinh: nếu có bội nhiễm phổi.

BASEDOW VÀ THAI KỲ

CHUẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:
   - Nhịp tim tăng
   - Mạch nhanh (kể cả khi ngủ).
   - Tuyến giáp tăng thể tích.
   - Mắt lồi.
   - Không tăng cân (mặc dù ăn nhiều hơn trước khi có thai).
2. CLS:
   - Thyroxine tăng
   - Lượng T3, T4 tự do tăng
   - TSH giảm

ĐIỀU TRỊ:

- Nghỉ ngơi
- An thần
- Propranolol (nếu mạch nhanh).
- Thuốc kháng giáp tổng hợp: PROPYL THIOURACIL (PTU). Liều đầu: 300 – 400 mg/ ngày. Chỉnh liều từ từ cho tới khi sản phụ chỉ còn hơi cường giáp, Thyroxine trong máu giảm dần tới giới hạn cao của một thai kỳ thường.
- Sau sanh: chú ý XN sàng lọc sơ sinh về nhược giáp bẩm sinh

NHIỄM TRÙNG TỬ CUNG

1. Viêm nội mạc tử cung

1.1. Triệu chứng:

- Sốt
- Đau hạ vị
- Sản dịch đục hôi
- Tử cung đau khi khám, khi di động.

1.2.Xử trí:

- Kháng sinh (theo kháng sinh đồ), kháng viêm, giảm đau
- Nạo kiểm tra
- Thuốc co hồi tử cung
- Thao dõi mạch, HA, T°, CTM

2. Viêm tử cung

2.1.Triệu chứng

- Sốt
- Đau hạ vị
- Sản dịch màu xám, hôi (+++)
- Tử cung đau nhiều (+++), có dấu lép bép do có khí
- CTM: bạch cầu tăng cao

2.2 Xử trí

- Nâng tổng trạng
- Kháng sinh (theo kháng sinh đồ): liều cao, phổ rộng, phối hợp.
- Phẫu thuật cắt bỏ tử cung.

NHIỄM TRÙNG HẬU SẢN

VIÊM TẮC TUYẾN SỮA:

1. Triệu chứng:
   - Sốt
   - Vú sưng, nóng, đỏ, đau.
2. Xử trí:
   - Đắp ấm
   - Massage vú
   - Nặn và hút sữa

ABCÈS VÚ

1. Triệu chứng:
   - Sốt
   - Đau vú
   - Vú có 1 khối giới hạn rõ, có dấu phập phều.
2. Xử trí:
   - Kháng sinh, giảm đau.
   - Rạch dẫn lưu mủ.

NHIỄM TRÙNG VẾT MAY TẦNG SINH MÔN

1. Triệu chứng
   - Sốt
   - Vết may tầng sinh môn sưng nóng đỏ đau hoặc có mủ.
2. Xử trí:

   2.1. Nếu sưng nóng đỏ đau:
   - Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau
   - Vệ sinh vết may TSM sạch khô.

   2.2. Nếu có mủ:
   - Cắt chỉ vết may
   - Tháo lưu mủ
   - Chăm sóc vết thương khô sạch
   - Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau
   - Khâu lại TSM (3 – 6 tháng sau)

+ Điều trị trong bệnh viện
  - O_2, đầu cao
  - Kháng sinh dự phòng tái nhiễm: Benzathine PNC 2,4 triệu đơn vị TB / tuần
  - Theo dõi, hội chẩn

Chú ý

- Chỉ sử dụng Digoxin khi thật cần thiết vì cần để dành lúc chuyển dạ.
- Không chấm dứt thai kỳ giai đoạn 30 – 36 tuần (tỷ lệ tử vong mẹ cao)

3 Trong chuyển dạ:

- Đo CVP
- Kháng sinh: Penicilline thường hoặc Cephlosporine thế hệ thứ I ngừa bội nhiễm
- Digoxin (theo chỉ định chuyên khoa)
- An thần: Morphin 10mg 1 ống TM/ 6 giờ
- Forcep khi đủ điều kiện
- Lợi tiểu: sử dụng khi đe dọa phù phổi cấp
- Nếu có chỉ định MLT: phải gây mê toàn thân

4 Hậu sản

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, nhất là T0 và tiếng tim mỗi 4 giờ vì có thể có viêm nội tâm mạc bán cấp Osler
- Kháng sinh dự phòng bội nhiễm
- Có thể có phù phổi cấp trong 48 giờ đầu sau sanh vì cơ thể thải nước
- Có thể cho con bú nếu là độ 1, độ 2 (độ 3: xem xét nếu không quá mệt có thể cho con bú)
- Tư vấn KHHGĐ, xem xét các chỉ định triệt sản nếu tình trạng tim hoàn toàn ổn định, nếu không ổn định cần tư vấn sử dụng bao cao su...

TIM VÀ THAI KỲ

Tỉ lệ bệnh tim kèm với thai khoảng 1-2% trong đó hơn 90% là bệnh van tim hậu thấp chủ yếu là van 2 lá, còn lại là các loại bệnh tim bẩm sinh

CHẨN ĐOÁN

- Mệt
- Khó thở, tím tái
- Có 1 trong các triệu chứng thực thể sau đây:
  + Âm thổi tâm trương, tiền tâm thu hoặc âm thổi liên tục
  + Triệu chứng tim to rõ ràng
  + Âm thổi tâm thu mạnh kèm rung miêu
  + Loạn nhịp nặng.
- Phân độ tim sản
  + Độ 1: không gây giới hạn hoạt động bình thường, không có triệu chứng suy tim
  + Độ 2: giới hạn nhẹ các hoạt động bình thường, nghỉ ngơi thì khoẻ, làm việc nặng thì mệt khó thở hồi hộp tức ngực
  + Độ 3: giới hạn nhiều đến hoạt động bình thường, làm việc nhẹ cũng thấy mệt
  + Độ 4: giới hạn hoàn toàn hoạt động của bệnh nhân, có triệu chứng suy tim đau ngực ngay cả nằm nghỉ.

XỬ TRÍ

1. Trong thai kỳ:

- Khám, hội chẩn chuyên khoa để điều trị và theo dõi
- *Suy tim độ I, độ II:*
  + Không cần nhập viện, theo dõi ngoại trú.
  + Dặn dò:
    - Ăn bớt mặn, nhiều đạm
    - Không ăn quá nhiều
    - Cần nghỉ trưa và nghỉ ngơi nhiều hơn
    - Có các triệu chứng nặng, trở lại ngay
  + Khám thai mỗi tuần hay 2 tuần tùy độ 1 hay 2
  + Kháng sinh Benzathine PNC ngừa tái nhiễm
- Suy tim độ III, độ IV: cần nhập viện
  + Nếu đã có con hoặc chưa con nhưng bệnh nặng: nên nạo phá thai khi ≤ 12 tuần
  + Nếu thai > 12 tuần: theo dõi và nhập viện nếu tăng nặng

CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG MỘT CUỘC CHUYỂN DẠ

Yếu tố tiên lượng là các dấu hiệu được phát hiện khi hỏi sản phụ, khi thăm khám và trong quá trình theo dõi chuyển dạ giúp cho người thầy thuốc đánh giá, dự đoán về một cuộc chuyển dạ và quá trình đẻ. Các dấu hiệu đó nếu ở trong phạm vi bình thường thì đó là các yếu tố tiên lượng tốt. Ngược lại, nếu có những dấu hiệu, những chỉ số không bình thường thì cuộc đẻ sẽ gặp khó khăn, tai biến có thể xảy ra.

1. **Quan niệm về một cuộc đẻ bình thường:** Quan niệm về một cuộc đẻ bình thường bao gồm nhiều yếu tố:
   - Sản phụ đẻ được tự nhiên theo đường âm đạo sau một cuộc chuyển dạ xảy ra bình thường.
   - Trong chuyển dạ cũng như khi đẻ không phải can thiệp bất cứ thuốc gì hoặc thủ thuật, phẫu thuật nào.
   - Không có biến cố nào xảy ra cho mẹ và con khi chuyển dạ, trong khi đẻ và sau đẻ.
   - Một số chỉ tiêu cụ thể đã được nêu ra để đánh giá một cuộc đẻ bình thường:
     + Mẹ khoẻ mạnh: không có bệnh (cấp, mạn tính), không có dị tật và di chứng bệnh (toàn thân, sinh dục), không có tiền sử đẻ khó, băng huyết
     + Không có biến cố trong khi có thai lần này.
     + Tuổi thai hết 37 đến 41 tuần.
     + Một thai — ngôi chỏm.
     + Chuyển dạ tự nhiên.
     + Cơn co tử cung bình thường theo sự tiến triển của chuyển dạ
     + Nhịp tim thai ổn định trong suốt thời kỳ chuyển dạ.
     + Tình trạng ối bình thường (không đa ối, không thiểu ối, không vỡ ối non và sớm, nước ối không có phân su, không có máu)
     + Thời gian chuyển dạ bình thường, trung bình 16 - 18 giờ.
     + Ngôi tiến triển tốt từ cao xuống thấp.
     + Thời gian rặn đẻ bình thường (dưới 60 phút).
     + Thai sổ tự nhiên không cần can thiệp (trừ cắt tầng sinh môn).
     + Không phải dùng bất cứ thuốc gì, kể cả việc cho thở oxy.
     + Thai đẻ ra cân nặng trên 2500g, Apgar sau phút đầu phải từ 8 điểm trở lên.
     + Sổ rau bình thường (dưới 30 phút) trong và sau sổ rau không băng huyết, không sót rau.

2. **Các yếu tố tiên lượng một cuộc chuyển dạ bất thường**

   Đó là những dấu hiệu, những triệu chứng bất thường thể hiện trong quá trình mang thai và quá trình theo dõi chuyển dạ cần phải chuyển tuyến để xử trí kịp thời

   2.1.Yếu tố về mẹ :
   - Chảy máu trong khi có thai và ra máu nhiều khi chuyển dạ.
   - Tuổi mẹ: trước 18 hoặc sau 35 tuổi nếu là con so, sau 40 tuổi nếu là con rạ.
   - Đẻ quá dày hoặc quá nhiều (khoảng cách giữa 2 lần đẻ dưới 2 năm, đẻ trên 4 lần).

CHẨN ĐOÁN VÀ THEO DÕI CHUYỂN DẠ ĐẺ THƯỜNG

CHUYỂN DẠ (CD)

Chuyển dạ là giai đoạn cuối cùng kết thúc tính trạng thai nghén làm cho thai nhi và rau thai được đưa ra khỏi buồng tử cung (TC) qua đường âm đạo.

Một cuộc chuyển dạ đẻ thường xảy ra sau một thời gian thai nghén từ 37 (259 ngày) đến 41 tuần lễ (287 ngày), trung bình là 40 tuần lễ (280 ngày)

1. **Chẩn đoán chuyển dạ:** Chuyển dạ được xác định dựa vào 4 triệu chứng chính sau đây:
   - Các cơn co TC có đau bụng tăng dần lên với những đặc điểm từ nhẹ đến mạnh, từ ngắn đến dài, từ thưa đến mau với tần số là 3 cơn co trong 10 phút, mỗi cơn co kéo dài trên 20 giây.
   - Sản phụ thấy ra chất nhầy (nhưa chuối) ở âm đạo.
   - Cổ tử cung xoá hết hoặc gần hết và đã mở từ 2 cm trở lên.
   - Đầu ối thành lập: Khi chuyển dạ, cực dưới túi ối sẽ dãn dần ra do các cơn co TC dồn nước ối xuống tạo thành đầu ối.
2. **Phân biệt chuyển dạ thật và chuyển dạ giả**

	Chuyển dạ thật	Chuyển dạ giả
Cơn co tử cung	Lúc đầu nhẹ - ngắn - thưa Tiến triển tăng dần lên theo quá trình CD, cơn co gây đau.	Cơn co tử cung thất thường, không tiến triển tăng dần lên như chuyển dạ thật
Xoá mở cổ tử cung	Cổ tử cung biến đổi, mở rộng dần theo quá trình chuyển dạ	Cổ tử cung hầu như không tiến triển gì sau một thời gian theo dõi

Tóm lại, có thể nghĩ đến chuyển dạ giả khi theo dõi sản phụ không thấy mức độ tiến triển về cơn co tử cung, độ xoá mở cổ tử cung, sự thành lập đầu ối, mức độ xuống của ngôi thai, trong đó quan trọng nhất là cơn co tử cung

3. *Các giai đoạn của một cuộc chuyển dạ*

Chuyển dạ đẻ được chia thành ba giai đoạn

3.1.Giai đoạn I (còn gọi là giai đoạn mở cổ TC) được tính từ khi cổ tử cung (CTC) bắt đầu mở đến 10 cm (mở hết). Giai đoạn mở CTC chia ra 2 pha:

- Pha tiềm tàng (1a) CTC bắt đầu mở đến 3 cm, pha này CTC tiến triển chậm, thời gian 8 giờ.
- Pha tích cực (1b) CTC mở từ 3 cm đến 10cm, pha này CTC tiến triển nhanh, thời gian chừng 7 giờ, mỗi giờ CTC mở thêm được 1 cm.

3.2.Giai đoạn II (còn gọi là giai đoạn sổ thai) tính từ lúc CTC mở hết, ngôi lọt đến lúc thai sổ ra ngoài. Thời gian trung bình từ 30 phút đến 1 giờ.

3.3.Giai đoạn III (còn gọi là giai đoạn sổ rau) tính từ lúc sổ thai đến khi rau sổ ra ngoài. Thời gian trung bình từ 15 phút đến 30 phút.

CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG MỘT CUỘC CHUYỂN DẠ

Yếu tố tiên lượng là các dấu hiệu được phát hiện khi hỏi sản phụ, khi thăm khám và trong quá trình theo dõi chuyển dạ giúp cho người thầy thuốc đánh giá, dự đoán về một cuộc chuyển dạ và quá trình đẻ. Các dấu hiệu đó nếu ở trong phạm vi bình thường thì đó là các yếu tố tiên lượng tốt. Ngược lại, nếu có những dấu hiệu, những chỉ số không bình thường thì cuộc đẻ sẽ gặp khó khăn, tai biến có thể xảy ra.

1. Quan niệm về một cuộc đẻ bình thường: Quan niệm về một cuộc đẻ bình thường bao gồm nhiều yếu tố:
   - Sản phụ đẻ được tự nhiên theo đường âm đạo sau một cuộc chuyển dạ xảy ra bình thường.
   - Trong chuyển dạ cũng như khi đẻ không phải can thiệp bất cứ thuốc gì hoặc thủ thuật, phẫu thuật nào.
   - Không có biến cố nào xảy ra cho mẹ và con khi chuyển dạ, trong khi đẻ và sau đẻ.
   - Một số chỉ tiêu cụ thể đã được nêu ra để đánh giá một cuộc đẻ bình thường:
     + Mẹ khoẻ mạnh: không có bệnh (cấp, mạn tính), không có dị tật và di chứng bệnh (toàn thân, sinh dục), không có tiền sử đẻ khó, băng huyết□
     + Không có biến cố trong khi có thai lần này.
     + Tuổi thai hết 37 đến 41 tuần.
     + Một thai — ngôi chỏm.
     + Chuyển dạ tự nhiên.
     + Cơn co tử cung bình thường theo sự tiến triển của chuyển dạ
     + Nhịp tim thai ổn định trong suốt thời kỳ chuyển dạ.
     + Tình trạng ối bình thường (không đa ối, không thiểu ối, không vỡ ối non và sớm, nước ối không có phân su, không có máu)
     + Thời gian chuyển dạ bình thường, trung bình 16 - 18 giờ.
     + Ngôi tiến triển tốt từ cao xuống thấp.
     + Thời gian rặn đẻ bình thường (dưới 60 phút).
     + Thai sổ tự nhiên không cần can thiệp (trừ cắt tầng sinh môn).
     + Không phải dùng bất cứ thuốc gì, kể cả việc cho thở oxy.
     + Thai đẻ ra cân nặng trên 2500g, Apgar sau phút đầu phải từ 8 điểm trở lên.
     + Sổ rau bình thường (dưới 30 phút) trong và sau sổ rau không băng huyết, không sót rau.
2. Các yếu tố tiên lượng một cuộc chuyển dạ bất thường

   Đó là những dấu hiệu, những triệu chứng bất thường thể hiện trong quá trình mang thai và quá trình theo dõi chuyển dạ cần phải chuyển tuyến để xử trí kịp thời

   2.1.Yếu tố về mẹ :
   - Chảy máu trong khi có thai và ra máu nhiều khi chuyển dạ.
   - Tuổi mẹ: trước 18 hoặc sau 35 tuổi nếu là con so, sau 40 tuổi nếu là con rạ.
   - Đẻ quá dày hoặc quá nhiều (khoảng cách giữa 2 lần đẻ dưới 2 năm, đẻ trên 4 lần).

- Thai phụ lo lắng, sợ hãi, mệt mỏi vì các lý do sức khoẻ cá nhân, gia đình và xã hội.
- Mạch nhanh, huyết áp cao hoặc thấp, nhiệt độ cơ thể tăng, khó thở.
- Khung chậu hẹp, giới hạn hoặc méo. Tầng sinh môn cứng rắn.
- Tiền sử đẻ khó: mổ đẻ cũ, Forceps, giác hút băng huyết khi đẻ
- Các bệnh có sẵn từ trước hoặc mới phát sinh trong quá trình chuyển dạ (bệnh tim mạch, phổi, gan, thận, tăng huyết áp, tiền sản giật, sản giật, thiếu máu, nhiễm khuẩn)

2.2.Yếu tố về thai và phần phụ của thai :

- Thai quá ngày sinh hoãc non tháng.
- Đa thai, ngôi bất thường, thai to.
- Tim thai : nhịp tim thai trên 160 lần/ phút hoặc dưới 120 lần/phút
- Tình trạng ối :
  + Đầu ối phồng hay hình quả lê, màng ối dầy, ối vỡ non, ối vỡ sớm.
  + Nước ối có phân su, máu hoặc có mùi hôi.
  + Đa ối hay thiểu ối.
- Rau tiền đạo, rau bong non.

2.3.Tiến triển của cuộc chuyển dạ :

- Cơn co tử cung bất thường :
  + Tăng co bóp: cơn co mạnh, cơn co mau hoặc tăng cả hai (cơn co mạnh và mau).
  + Giảm co bóp: cơn co yếu, cơn co thưa hoặc giảm cơn co toàn bộ (cơn co yếu và thưa).
  + Rối loạn cơn co : cơn co tử cung không đồng bộ
- Xoá mở cổ tử cung không tốt : cổ tử cung dầy, cứng, phù nề, mở chậm hoặc không mở thêm.
- Chuyển dạ kéo dài so với biểu đồ chuyển dạ.
- Độ lọt của ngôi thai : đầu luôn luôn chờm vệ. Ngôi thai không tiến triển, đầu không cúi, có hiện tượng chồng khớp sọ hoặc không lọt.

CÁC NGUYÊN TẮC CƠ BẢN VỀ CHĂM SÓC TRONG KHI CHUYỂN DẠ

1. Phải theo dõi chuyển dạ một cách toàn diện có hệ thống, phải thành thạo các thao tác chuyên môn, phải biết ghi và phân tích được một biểu đồ chuyển dạ để phát hiện các yếu tố bất thường trong theo dõi chuyển dạ.
2. Khi đỡ đẻ, laúm thuỷ thuaọt giuụp sanh, ủụừ nhau, kieồm tra nhau, làm rốn sơ sinh, khâu tầng sinh moõn, . phải thao tác đúng qui trình, đảm bảo vô khuẩn.
3. Phải sử dụng biểu đồ chuyển dạ cho mọi sản phụ khi chuyển dạ tại tất cả các tuyến. Nữ hộ sinh, y sĩ, bác sĩ chuyên khoa phụ sản được khám xác định chuyển dạ.

CÁC CÔNG VIỆC CỤ THỂ ĐỂ THEO DÕI MỘT CUỘC CHUYỂN DẠ ĐẺ THƯỜNG

Sau khi sản phụ đã được khám nhận, NHS phải thực hiện các công việc theo dõi mọi diễn biến và sự tiến triển của chuyển dạ, kịp thời phát hiện những nguy cơ có thể xuất hiện khi chuyển dạ , đảm bảo được độ an toàn cao nhất đối với cả mẹ và con.

Trong quá trình chuyển dạ sản phụ cần được theo dõi về 6 mặt dưới đây (dựa theo Biểu đồ chuyển dạ):

1. **Các yếu tố cần theo dõi được tóm tắt trong bảng dưới đây**

Yếu tố	Pha tiềm tàng	Pha tích cực	Giai đoạn sổ thai
Mạch	1 giờ	1 giờ	
Huyết áp	1 giờ	1 giờ	
Nhiệt độ	4 giờ	4 giờ	
Tim thai	30 phút	15 phút	Sau mỗi cơn rặn
Cơn co tử cung	1 giờ	30 phút	
Độ xoá mở cổ TC	4 giờ	2 - 4 giờ	
Nước ối	4 giờ	2 - 4 giờ	
Độ lọt của ngôi	1 giờ	30 phút	
Chồng khớp		2 - 4 giờ	

2. **Báo BS khi:** nếu có dấu hiệu bất thường biểu hiện bằng các triệu chứng sau:

- Mạch trên 90 lần/phút, dưới 60 lần/phút.
- Huyết áp trên 140/90, dưới 90/60 mmHg.
- Nhiệt độ trên 37,5°C.
- Toàn trạng mệt mỏi, khó thở.
- Có dấu hiệu suy thai: nước ối có lẫn phân su hoặc máu, nhịp tim thai nhanh (trên 160 lần/phút) chậm (dưới 120 lần/phút) hoặc không đều (lúc nhanh lúc chậm)
- Cơn co bất thường: quá dài (trên 1phút), quá ngắn (dưới 20 giây) có liên quan đến tiến triển chậm của cổ tử cung.
- Bất tương xứng giữa khung chậu và đầu thai nhi: đầu không lọt, có hiện tượng chồng khớp sọ từ độ 2 trở lên.
- Cổ tử cung tiến triển chậm: pha tiềm tàng kéo dài (trên 8 giờ); pha tích cực trì trệ (mở dưới 1 cm/giờ).

THEO DÕI CUỘC ĐẺ VỚI SẢN PHỤ CÓ SẸO MỔ Ở TỬ CUNG

CÁC SẸO Ở TỬ CUNG

1. Sẹo mổ lấy thai cũ
   - Sẹo mổ ngang đoạn dưới
   - Sẹo mổ dọc đoạn dưới
   - Sẹo mổ dọc thân tử cung.
2. Các loại sẹo mổ khác ở tử cung

   Là các sẹo sau phẫu thuật bóc nhân xơ ở bệnh nhân u xơ tử cung, bóc nhân Chorio, cắt góc tử cung do chửa ngoài tử cung ở đoạn kẽ hay sừng tử cung, mổ khâu các chấn thương cũ ở tử cung do vỡ, do tai nạn, thủng tử cung do thủ thuật và phẫu thuật ghép tử cung đôi.

THEO DÕI SANH NGÃ ÂM ĐẠO NẾU:

- Sẹo mổ lấy thai đã trên 24 tháng
- Ngôi chỏm
- Không có bất tương xứng giữa thai và khung chậu
- Sản phụ có vết mổ lấy thai một lần ở đoạn dưới tử cung.
- Đã có dấu hiệu chuyển dạ thực sự

Chú ý:

- Nếu chuyển dạ tiến triển chậm, phải đánh giá tình trạng chung của sản phụ (cơn co tử cung, tim thai, độ lọt của ngôi) và ghi lại trên biểu đồ chuyển dạ. Có thể bấm ối khi cổ tử cung 4 cm theo dõi tiến triển của chuyển dạ.
- Khi ngôi tiến triển tốt, cổ tử cung mở hết, ngôi lọt, đủ điều kiện có thể làm Forcep lấy thai đường âm đạo, sau đó bắt buộc phải kiểm soát tử cung để kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung.
- Không được gây đẻ bằng thuốc Oxytocin.

CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI

1. Mổ cấp cứu khi sản phụ có vết mổ lấy thai chuyển dạ kết hợp với yếu tố đe dọa khác
   - Rau tiền đạo, ối vỡ sớm, cơn co thưa, chuyển dạ không tiến triển
   - Đau vết mổ hay sản phụ kêu la nhiều không hợp tác với thầy thuốc
   - Ngoài ra trong quá trình theo dõi cuộc chuyển dạ, nếu có tiến triển bất thường thì mổ lấy thai.

2. Mổ chủ động: Khi thai đủ tháng (hết 37 tuần) đề phòng vỡ tử cung
   - Bất tương xứng giữa thai và khung chậu
   - Ngôi bất thường
   - Các sẹo mổ do bóc nhân xơ tử cung, bóc nhân Chorio, mổ thân tử cung lấy thai cũ, mổ đẻ lần đầu < 24 tháng, tiền sử vỡ tử cung được khâu bảo tồn.
   - Sẹo ghép tử cung đôi
   - Sẹo mổ cắt góc tử cung do chửa đoạn kẽ tử cung vỡ.
   - Sẹo mổ đẻ 2 lần

BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

ĐỊNH NGHĨA

Biểu đồ chuyển dạ là một bảng ghi lại các diễn biến của một cuộc chuyển dạ theo thời gian bằng các ký hiệu đã được quy định.

CÁCH GHI MỘT BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

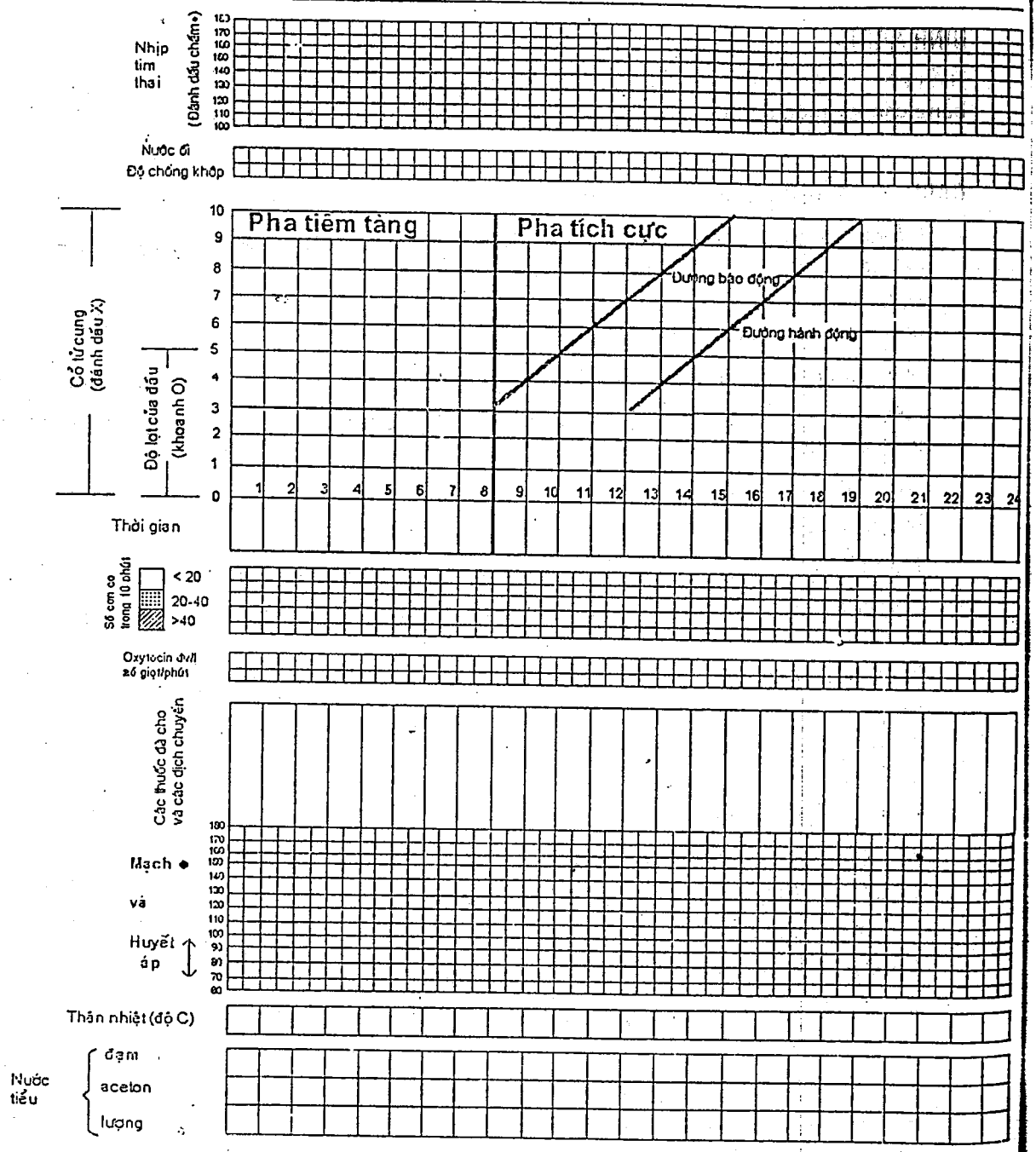
- Để ghi một biểu đồ chuyển dạ, cần thống nhất các ký hiệu. Phần lớn các ký hiệu này đã được quy định ở lề trái của biểu đồ chuyển dạ.
- Biểu đồ chuyển dạ được lập khi có chuyển dạ thật: tần số cơn co ≥ 2/10 phút và thời gian của mỗi cơn co ≥ 20 giây.
- Nếu thai phụ ở pha tiềm tàng, các số liệu được ghi ở ô, cột đầu của biểu đồ chuyển dạ
- Nếu thai phụ ở pha tích cực thì các số liệu được ghi ở ô, cột dọc ứng với độ mở lúc lập biểu đồ chuyển dạ trên đường báo động.
- *Ghi giờ:* điều chỉnh theo nguyên tắc làm tròn số giờ thực tế khi sản phụ vào cơ sở y tế.
- Mạch mẹ, nhịp tim thai được ghi bằng ký hiệu là dấu "".
- Độ mở cổ tử cung được ghi bằng ký hiệu (x) ở các dòng ngang có số tương ứng.
- *Huyết áp* được ghi bằng ký hiệu mũi tên 2 đầu, đầu trên biểu thị số huyết áp tối đa; đầu dưới biểu thị số huyết áp tối thiểu.
- *Tiến triển của ngôi thai* (độ xuống của đầu) được ký hiệu bằng hình tròn "O"với quy định:
  + Cao: ghi ở dòng ngang số 5
  + Chúc: ghi ở dòng ngang số 4
  + Chặt: ghi ở dòng ngang số 3
  + Lọt cao: ghi ở dòng ngang số 2
  + Lọt vừa (hay trung bình): ghi ở dòng ngang số 1
  + Lọt thấp: ghi ở dòng ngang số 0
- *Chồng khớp sọ:* Có chồng khớp là có bất tương xứng
  + "O" khi hai đường khớp giữa 2 xương đỉnh của thai hơi cách nhau, đường khớp dễ nhận thấy.
  + "+" khi hai xương đỉnh giáp sát vào nhau, phát hiện khó hơn.
  + "++" khi hai xương đỉnh chờm lên nhau rõ rệt.
- Tình trạng vỡ ối:
  + Ký hiệu "C" chỉ biết ối còn hoặc chưa vỡ. Nếu còn: D: dẹt; P: phồng
  + Ký hiệu "T" cho biết đầu ối đã vỡ (hoặc bấm) với nước ối trong.
  + Ký hiệu "M" nếu đầu ối đã vỡ với nước ối có màu.

Ối vỡ tự nhiên hoặc bấm ối vào lúc nào thì đánh dấu một mũi tên ở ngay thời điểm đó cùng với các ký hiệu trên.

BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

Họ và tên: Số lần mang thai Số lần sinh: Số nhập viện

Ngày nhập viện: Thời gian nhập viện Màng ối đã vỡ



(Theo chương trình sức khoẻ bà mẹ và làm mẹ an toàn, Ban sức khoẻ gia đình-TCYTTG)

- *Nhiệt độ:* Ghi thân nhiệt của bà mẹ (4h/lần) bằng số đo qua nhiệt kế lấy ở trong miệng.
- *Protêin nước tiểu sau khi thử có kết quả được ghi lại như sau:*
  + (-) Nước tiểu không có Protêin
  + (+), (++) hay (+++) khi nước tiểu có prôtêin với mức độ ít, vừa phải hay nhiều tuỳ theo độ đục trắng của nước tiểu thử sau khi đốt nóng.
- *Ghi cơn co tử cung*

Cơn co tử cung khi đo trên lâm sàng được tính ra tần số (số cơn co trong 10 phút). Ví dụ 5 phút mới có 1 cơn thì tần số là 2; cách 2 phút rưỡi có 1 cơn thì tần số là 4.

Tuỳ theo tần số cơn co tử cung mà đánh dấu vào số ô thích hợp với ký hiệu đã được hướng dẫn trên biểu đồ như sau:

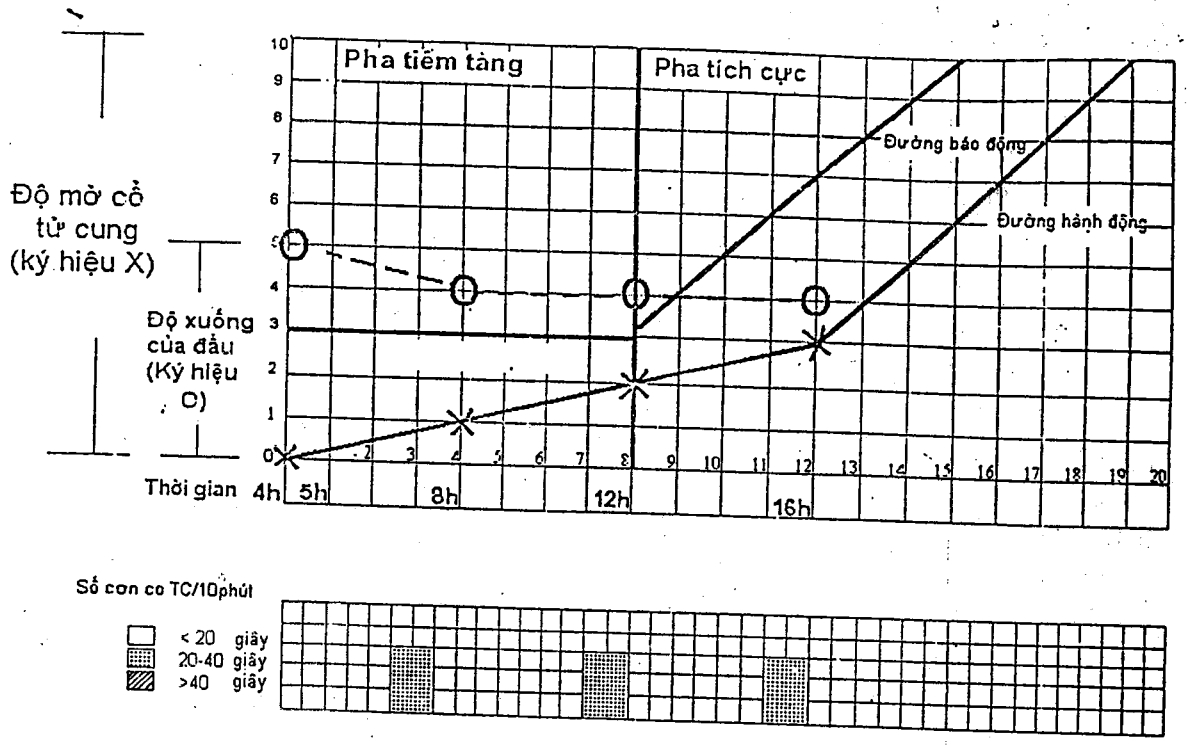
Tất cả các số đo theo dõi được ở giờ nào sẽ được ghi lại trên đường dọc của biểu đồ chuyển dạ ở bên trái của ô giờ đó.

- Do đó, các số liệu thu được ngay khi khám vào sẽ được ghi ở đường dọc đầu tiên trên biểu đồ chuyển dạ.
- Nếu ngay khi vào, thăm khám thấy cổ tử cung đã mở được từ 3cm trở lên thì chuyển dạ của sản phụ đã chuyển sang pha tích cực từ trước đó rồi vì thế các số liệu thu được khi khám nhận không ghi ở dường dọc đầu tiên của biểu đồ chuyển dạ nữa mà phải ghi ở đường dọc nằm trong pha tích cực phù hợp với độ mở của cổ tử cung lúc đó.
- Trường hợp khi vào chuyển dạ đang ở pha tiềm tàng nhưng sau 4h thăm lại đã chuyển sang pha tích cực thì sau khi ghi các ký hiệu của giờ đó ở pha tiềm tàng phải làm động tác "chuyển" các số đo đó sang pha tích cực ở ô và dòng thích hợp (xem các hình minh hoạ ví dụ ở dưới).

PHÂN TÍCH ĐÁNH GIÁ MỘT BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

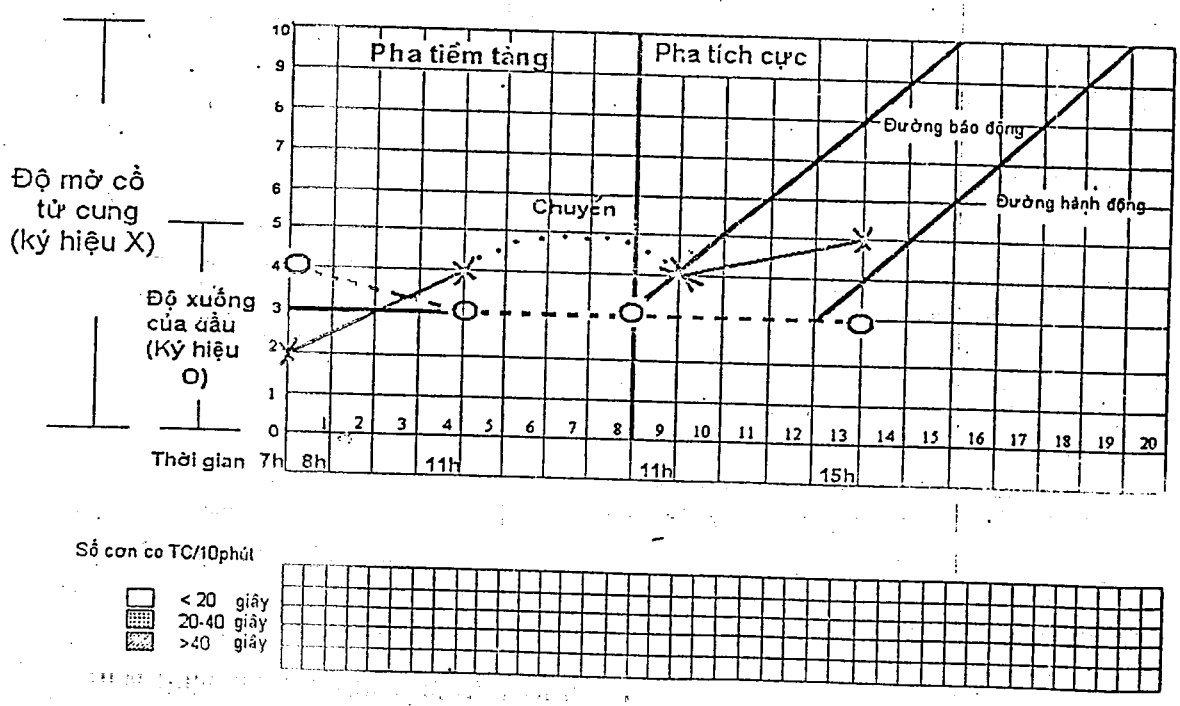
Diễn biến bình thường của một cuộc chuyển dạ (tiến triển của cổ tử cung, của ngôi thai và của cơn co tử cung) cơnthể biểu hiện như sau:

- Theo thời gian, đường biểu diễn độ mở của cổ tử cung sẽ là một đường đi dần lên cao, trái lại đường biểu diễn sự tiến triển của ngôi thai là một đường đi xuống; trong đó đường biểu diễn độ mở cổ tử cung luôn luôn nằm *về phía bên trái của □đường báo động□*.
- Về cơn co tử cung, các cơn co sẽ tăng dần lên về tần số cũng như về cường độ (biểu hiện bằng thời gian co của mỗi cơn mỗi lúc một dài thêm trong phạm vi cho phép).
- Hình vẽ 2 là một biểu đồ chuyển dạ có đường biểu diễn không vượt quá được 3 cm trong suốt 8h của pha tiềm tàng mặc dầu cơn co tử cung không phải quá thưa và yếu báo hiệu một cuộc chuyển dạ kéo dài cần chuyển tuyến.



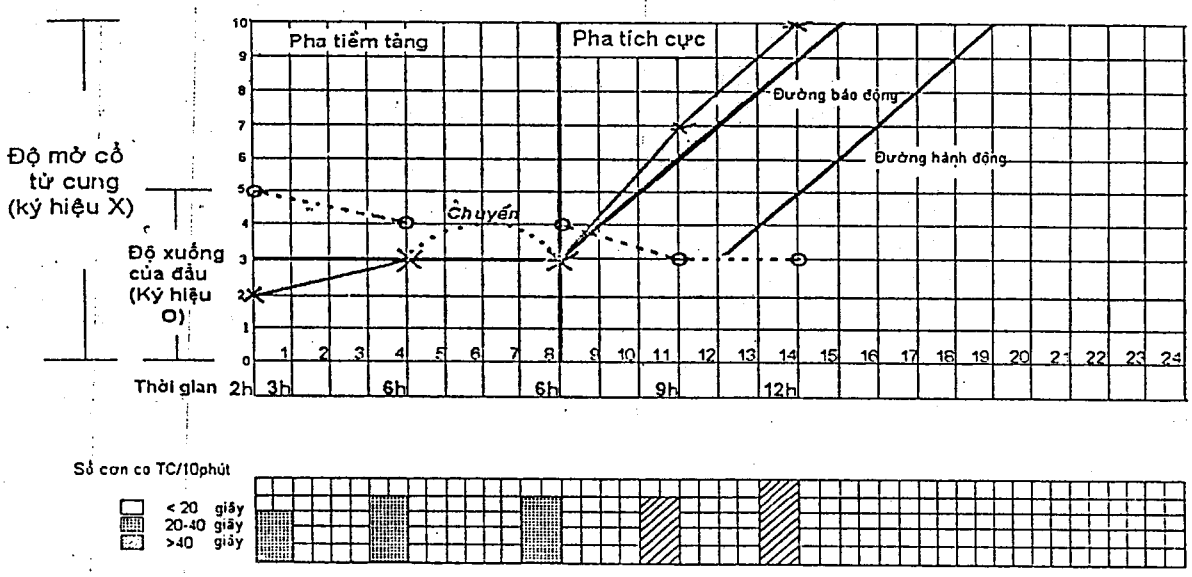
Hình 2: Chuyển dạ kéo dàI

– Hình vẽ 3: là một biểu đồ chuyển dạ có đường biểu diễn độ mở cổ tử cung *đi lệch sang bên phải* của "đường báo động". Như vậy trong pha tích cực của mỗi giờ cổ tử cung mở không được 1 cm báo hiệu cuộc chuyển dạ có thể kéo dài cần can thiệp kịp thời..



Hình 3: Chuyển dạ kéo dài và ngôi không tiến triển

– Hình vẽ 4 là một biểu đồ chuyển dạ có đường biểu diễn mở cổ tử cung bình thường (di bên trái của đường báo động) nhưng biểu diễn sự tiến triển của ngôi lại bất thường (ngôi thai không tiến triển) đồng thời về cơn co tử cung lại thấy tăng cả về tần số và cường độ, biểu hiện một tình trạng bất tương xứng giữa ngôi thai và khung xương chậu bà mẹ, có thể dẫn đến doạ vỡ tử cung nếu không được xử trí kịp thời.



Hình 4: Biểu đồ chuyển dạ bất thường về cơn co tử cung và mức độ tiến triển của ngôi

CHUYỂN DẠ ĐÌNH TRỆ

Chuyển dạ đẻ đình trệ là cuộc chuyển dạ vì nguyên nhân nào đó bị ngừng lại làm cho cuộc đẻ không tiến triển được, người thầy thuốc bắt buộc phải chỉ định can thiệp bằng thuốc hoặc các thủ thuật, phẫu thuật mổ lấy thai.

NGUYÊN NHÂN

1. Về phía mẹ
   - Khung chậu hẹp, có thể hẹp tương đối hoặc hẹp tuyệt đối gây ra bất tương xứng đầu chậu
   - Khối u buồng trứng, u xơ tử cung, tử cung đôi gây ra u tiền đạo làm cản trở sự xuống của ngôi thai
   - Cơn co tử cung yếu, trương lực cơ tử cung yếu.
   - Cổ tử cung xơ cứng.
2. Về phía thai
   - Thai to toàn bộ hoặc thai thai to từng phần (thai to khi > 3500g, thai to từng phần như đầu to, não úng thủy, bụng cóc)
   - Các thế và kiểu thế bất thường trong ngôi đầu: ngôi chẩm kiểu thế sau, ngôi mặt cằm sau, ngôi thóp trước, ngôi trán
   - Các ngôi bất thường: ngôi vai, ngôi mông
   - Đầu không lọt khi cổ tử cung mở hết thường do ngôi bình chỉnh không tốt hoặc kiểu thế ngang, sau
3. Về phía phần phụ của thai: Dây rốn quá ngắn

XỬ TRÍ

- Nếu có dấu hiệu thai suy: mổ lấy thai ngay
- Có nguy cơ doạ vỡ tử cung: mổ lấy thai ngay
- Những trường hợp ngôi bất thường như ngôi trán ngôi vai: mổ lấy thay ngay
- Chồng xương sọ (+++), đầu không lọt: mổ lấy thay ngay. chồng xương sọ ít (+), đầu không lọt nhưng cơn co tử cung bình thường: cho oxytocin, đo cơn co tử cung và theo dõi tiến triển biểu đồ chuyển dạ.
- diễn biến chậm do ngôi chẩm sau, cơn co tử cung bình thường: cho oxytocin, đo cơn co tử cung và theo dõi tiến triển trên biểu đồ chuyển dạ.
- diễn biến chậm do cơn co tử cung yếu ngắn hoặc không đều: cho oxytocin, đo cơn co tử cung và theo dõi tiến triển trên biểu đồ chuyển dạ
- Bất tương xứng giữa thai nhi và khung chậu: Mổ lấy thai.

KẾT LUẬN

Chuyển dạ đình trệ là cuộc chuyển dạ đòi hỏi người thầy thuốc quyết định can thiệp nhanh và đúng đắn. Nếu can thiệp quá sớm sẽ làm tỷ lệ can thiệp thủ thuật và mổ lấy thai tăng lên; ngược lại nếu muộn quá lại gây nguy cơ gây tai biến cho mẹ và cho con

SINH ĐÔI

ĐỊNH NGHĨA

Sinh đôi (song thai) là sự phát triển đồng thời hai thai trong tử cung người mẹ. cũng có những trường hợp sinh ba, sinh bốn nhưng hiếm gặp hơn.

PHÂN LOẠI

Dựa vào nguồn gốc phát sinh có hai loại sinh đôi: Sinh đôi một noãn (sinh đôi đồng hợp tử) và sinh đôi hai noãn (sinh đôi dị hợp tử).

TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN:

Cần phải phát hiện, chẩn đoán sớm vì tiên lượng liên quan đến sự chẩn đoán. Chẩn đoán dựa vào:

1. Hỏi:
   - Tiền sử gia đình bên vợ hay chồng có người sinh đôi hoặc đa thai không. Nếu sản phụ sinh con rạ thì các lần trước đã có lần nào sinh đôi chưa.
   - Tiền sử sản phụ có sử dụng thuốc ngừa thai, hoặc thuốc kích thích rụng trứng trong điều trị vô sinh không, loại thuốc nào.
2. Triệu chứng cơ năng :
   - Dấu hiệu nghén : Thai phụ có dấu hiệu nghén nhiều hơn bình thường so với lần thai trước hoặc so với người cùng có thai.
   - Tử cung to nhanh làm thai phụ có thể cảm thấy khó thở do cơ hoành bị đẩy lên. Thai phụ mệt mỏi, đi lại khó khăn.
   - Thai máy ở nhiều nơi trên tử cung, khắp ổ bụng.
   - Thường có dấu hiệu phù sớm và nhiều do tử cung to chèn ép tuần hoàn hai chi dưới.
3. Triệu chứng thực thể
   - Nhìn thấy bụng to, thành bụng căng, có nhiều vết rạn. Hai chân phù to, trắng mọng, đôi khi phù lên tới bụng.
   - Đo chiều cao tử cung lớn hơn tuổi thai. Khi thai đủ tháng chiều cao tử cung có thể tới 35 - 40cm trên vệ, vòng bụng có thể tới 100cm hoặc hơn.
   - Khó nắn thấy cả bốn cực, chỉ thấy được nhiều chi.
   - Nghe : Nghe được hai ổ tim thai riêng biệt, tần số hai ổ tim thai chênh lệch hơn nhau 10 nhịp/1 phút. Khoảng cách giữa hai ổ tim thai trên 10cm,
   - Khám âm đạo: Xác định tư thế của hai thai trong buồng tử cung.
   - Siêu âm
4. Chẩn đoán phân biệt :
   - Thai to: Một thai - đa ối Một thai và một khối u buồng trứng Một thai và u xơ tử cung

TIẾN TRIỂN VÀ CÁC NGUY CƠ CỦA SINH ĐÔI:

- Trong sinh đôi thường có hiện tượng nhiễm độc sớm trong 3 tháng đầu, 3 tháng cuối bụng to nhanh, phù chân, dãn tĩnh mạch, trĩ.
- Các nguy cơ và biến chứng: Đẻ non, BHSS

THÁI ĐỘ XỬ TRÍ:

1. Nguyên tắc chung trong đẻ sinh đôi:
   - Kíp đỡ đẻ và săn sóc phải có ít nhất hai người trở lên
   - Theo dõi tình trạng sức khỏe của người mẹ và hai thai, nhất là thai nhi thứ hai. Phát hiện kịp thời nguy cơ suy thai và có biện pháp xử trí thích hợp.
   - Do tử cung quá căng nên cơn co tử cung thường yếu và thưa, cổ tử cung mở chậm. Nếu đủ điều kiện có thể bấm ối cho tử cung bớt căng, điều chỉnh cơn co tử cung để chuyển dạ tiến triển tốt hơn.
2. Diễn tiến cuộc đẻ: Thông thường cuộc đẻ diễn ra qua các giai đoạn :

   2.1.Giai đoạn 1 : Đẻ thai nhi thứ nhất :

   Thường ngôi lọt chậm, cơn co yếu. Thai thứ nhất thường là ngôi thuận, đôi khi là ngôi ngược. Nếu là ngôi chỏm thì đỡ đẻ như bình thường, chú ý khi ối vỡ dễ gây sa dây rốn. Sau khi thai sổ kẹp chặt dây rốn trước khi cắt để ngăn ngừa mất máu của thai thứ hai nếu có tuần hoàn nối thông.

   2.2.Giai đoạn 2 : Xem phần xử trí thai thứ hai trong sinh đôi

   2.3.Giai đoạn 3 : Sổ rau.

   - Trong thời kỳ rau sổ, vẫn phải tiếp tục duy trì dây truyền tĩnh mạch Oxytocin cho đến khi rau đã sổ và tử cung co hồi tốt mới được rút dây truyền
   - Sau sổ rau kiểm tra bánh rau xem có sót rau, sót màng không.
3. **Chỉ định mổ lấy thai trong sinh đôi :**
   - Hai cực đầu của hai thai cùng xuống một lúc, chèn ép nhau.
   - Thai thứ nhất là ngôi ngược, thai thứ hai thuận (hai thai có thể n ắc nhau).
   - Thai thứ nhất ngôi ngang.
   - Thai thứ nhất bị suy thai, sa dây rau không đẩy lên được.
   - Sinh đôi hai thai dính nhau.
   - Rau tiền đạo, tử cung có sẹo mổ cũ, con so lớn tuổi.

NGÔI THAI BẤT THƯỜNG

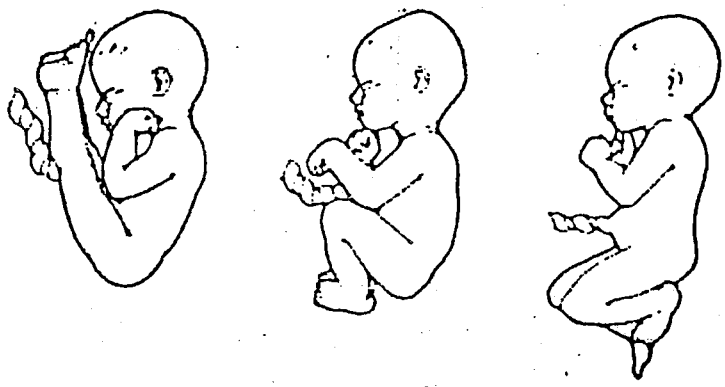
(Ngôi mông, ngôi mặt, ngôi trán, ngôi thóp trước, ngôi vai)

NGÔI MÔNG

ĐỊNH NGHĨA: ngôi mông hay ngôi ngược là một ngôi dọc; đầu ở trên, mông hay chân ở dưới.

PHÂN LOẠI: Có 2 loại ngôi mông :

- Ngôi mông đủ (mông và 2 chi dưới gập lại).
- Ngôi mông thiếu gồm :
  + Ngôi mông không hoàn toàn kiểu mông (mông và 2 chân vắt ngược lên đầu).
  + Ngôi mông không hoàn toàn kiểu chân (2 chân duỗi thẳng)
  + Ngôi mông không hoàn toàn kiểu đầu gối (thai quỳ gối trong tử cung).



NGUYÊN NHÂN:

- Hai yếu tố hình thành ngôi mông :
  + Sinh non (thai chưa kịp bình chỉnh thành ngôi thuận)
  + Các yếu tố cản trở bình chỉnh của thai.
- Các nguyên nhân :
  + Phía mẹ: Tử cung kém phát triển, tử cung đôi, tử cung hai sừng, tử cung có vách ngăn, u xơ tử cung, khối u tiền đạo, con rạ sinh nhiều lần.
  + Phía thai nhi: Đa thai, thai dị dạng (đặc biệt gặp trong não úng thủy)
  + Phía phần phụ của thai: thiểu ối, đa ối, nhau tiền đạo...

THẾ VÀ KIỂU THẾ : Có 4 kiểu thế lọt :

+ Cùng chậu trái trước
+ Cùng chận trái sau
+ Cùng chậu phải trước
+ Cùng chậu phải sau

- 2 kiểu sổ:
  + Cùng chậu trái ngang
  + Cùng chậu phải ngang

CHẨN ĐOÁN :

- Hỏi: sản phụ cảm giác tức một bên hạ sườn. Thai máy nhiều chỗ
- Nhìn: tử cung hình trứng, trục dọc.
- Nghe tim thai: ngang rốn hay cao hơn rốn.
- Khám:
  + Cực trên (đáy tử cung) cứng, tròn và di động linh hoạt là đầu.
  + Cực dưới (vùng đoạn dưới) mềm, ít di động hơn là mông.
- Siêu âm
- Thăm âm đạo:
  + Lúc đã chuyển dạ sẽ thấy xương cùng, mông và 2 chân thai nhi (mông đủ) nếu ối chưa vỡ.
  + Hoặc có thể sờ được xương cùng, mông, hậu môn và cơ quan sinh dục, bàn chân (cần phân biệt với bàn tay: chân ngón ngắn, gót, 2 mắt cá, gót chân là một góc vuông tạo giữa bàn chân và cẳng chân).

THÁI ĐỘ XỬ TRÍ TRONG NGÔI MÔNG: Xem bài kỹ thuật đỡ đẻ ngôi mông

NGÔI TRÁN

Ngôi trán là một ngôi mà đầu ngửa không hoàn toàn, một phần ít hoặc nhiều phần trán lọt vào eo trên. Chẩn đoán càng sớm càng cho phép đặt ra chỉ định mổ lấy thai để tránh tất cả các biến chứng cho mẹ và thai.

TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN:

1. Khám lâm sàng:
   - Nhìn: Tử cung hình trứng, tương ứng với một ngôi dọc.
   - Nắn: Ngôi cao, không di động, bướu chẩm phân chia với lưng bởi một rãnh, đôi khi sờ thấy cằm ở phía đối diện, biểu hiện sự ngửa của đầu.
   - Thăm âm đạo: Người ta chỉ có thể chẩn đoán ngôi trán khi ngôi đã cố định, tất cả các ngôi còn di động về sau có thể cúi để trở thành ngôi chỏm. Thăm âm đạo có thể thấy:
     + Điểm mốc của ngôi là gốc mũi, không bao giờ biến dạng bởi phù nề, mỗi bên là gờ trên hố mắt.
     + Thóp trước với 4 cạnh và 4 góc của nó.
   - Để xác định kiểu thế của ngôi dựa vào vị trí gốc mũi nằm ở phía nào so với khung chậu của người mẹ.
     + Mũi chậu trái trước và mũi chậu phải sau đối với đường kính chéo trái.
     + Mũi chậu phải trước và trái sau đối với đường kính chéo phải.

+ Kiểu thế mũi chậu trái ngang và phải ngang đối với đường kính ngang. (Đường kính trước sau của eo trên không bao giờ được dùng vì quá nhỏ so với đường kính lọt của ngôi).

– Các dấu hiệu âm tính rất quan trọng để chẩn đoán phân biệt với các ngôi khác: ngôi trán không bao giờ sờ được thóp sau và cằm, nhưng sờ thấy gốc mũi và thóp trước.

2. Ngôi thóp trước:

– Ngôi thóp trước là một ngôi đầu ngửa nhẹ, trung gian giữa ngôi trán và chỏm, là một hình thái lâm sàng của ngôI trán

– Khám ngoài: ít có giá trị.

– Thăm khám âm đạo: Sờ được thóp trước giữa diện mở của cổ tử cung, gốc mũi sờ thấy nhưng ở ngoại vi và không ở trung tâm như trong ngôi trán. Vị trí của gốc mũi xác định kiểu thế của ngôi, phải hoặc trái, trước hoặc sau. Kiểu thế trước thường gặp nhất, hơn 80%.

3. Cận lâm sàng:

Chụp X quang và siêu âm:

– Chẩn đoán có thể đặt ra sớm khi thấy đầu ngữa và tăng sự ưỡn cột sống cổ.

– Loại trừ các bất thường của thai (quái thai vô sọ và não úng thủy).

XỬ TRÍ:

– Nếu ối chưa vỡ, ngôi cao lỏng nên chờ đợi xem ngôi có tự biến thành ngôi chỏm hoặc ngôi mặt trong lúc chuyển dạ. Không làm thủ thuật để chuyển ngôi trán thành ngôi chỏm vì thủ thuật này nguy hiểm thường gây ối vỡ non và sa cuống rốn.

– Nếu ối đã vỡ, ngôi trán đã cố định, chỉ định mổ lấy thai ngay.

NGÔI MẶT

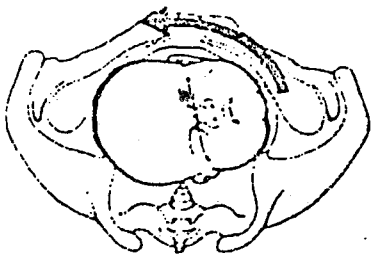
Là một ngôi đầu ngửa tối đa. Mốc của ngôi mặt là cằm thai nhi. Vùng chẩm dựa vào lưng thai nhi, mặt thai nhi lọt vào eo trên.

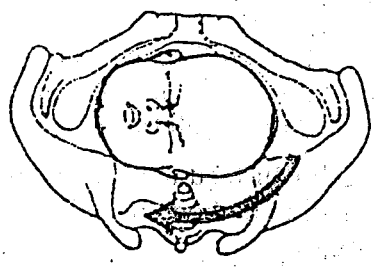
TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN:

– Thăm khám ngoài cho những dấu hiệu Ã"Thăm âm đạo: phải được khám nhẹ nhàng tránh chấn thương (nhãn cầu). Lúc màng ối còn, ngôi còn cao khó sờ được mặt. Khi màng ối đã vỡ, cổ tử cung mở rộng, sờ thấy miệng, mũi, xương gò má và vòm mặt:

+ Nếu ối vỡ đã lâu mặt phù nề có thể nhầm với ngôi mông, nhưng có thể phân biệt được vì hậu môn và hai ụ ngôi luôn luôn thẳng hàng trong khi miệng và hai xương gò má thì ở 3 điểm tạo thành các góc của một tam giác.

+ Cần phân biệt ngôi mặt với ngôi trán: Trong ngôi trán có thể sờ được thóp trước nhưng không bao giờ sờ được cằm.





- Cần siêu âm để loại trừ thai dị dạng (Thai vô sọ thường sổ bằng ngôi mặt).

XỬ TRÍ:

- Nếu khung chậu bình thường, cằm sau chưa cố định vẫn có thể hy vọng cho sinh tự nhiên được vì 2/3 các trường hợp cằm sau sẽ tự xoay thành cằm trước. Cần phải theo dõi cẩn thận vì sự quay cằm sau ra trước rất lâu. Nếu tiên lượng không quay được thì mổ lấy thai. Nếu chuyển dạ kéo dài, ngôi có xu hướng quay thành cằm - cùng thì phải mổ lấy thai ngay
- Chỉ đẻ đường âm đạo khi cằm quay về phía trước, dưới khớp mu.
- Khi sổ thai: Cằm cố định dưới khớp mu, sau đó miệng, mũi, trán, thóp trước lần lượt sổ ra ngoài âm hộ, rồi đến hạ chẩm. Trong thì này nên cắt rộng tầng sinh môn để tránh rách tầng sinh môn, đặc biệt khi lấy thai bằng Forceps
- Nếu thai nhi đã chết, nên chọc sọ lấy thai qua đường âm đạo.

NGÔI NGANG

- Ngôi ngang là một ngôi không thuận, chiếm khoảng 1 trong 250 - 300 trường hợp. Thường hay gặp ngôi này ở người đẻ con rạ hơn là con so và hay gặp ở chuyển dạ thiếu tháng hơn là đủ tháng.
- Nguyên nhân:
  + Song thai, đa ối
  + Rau tiền đạo
  + Khung chậu hẹp
  + Thai bất thường
  + Tử cung dị dạng
  + Cơ tử cung và thành bụng nhão ở người con rạ đẻ nhiều lần
- Mốc của ngôi là mỏm vai.

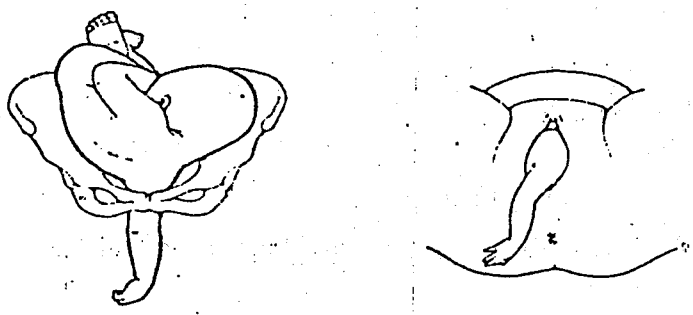
TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN:

- Nhìn: Bụng bề ngang, đáy tử cung như nằm gần rốn.
- Sờ nắn: không thấy cực thai ở đáy tử cung mà lại sờ được 2 cực ở 2 hố chậu.
+ Nắn nên xương vệ không thấy gì trừ khi chuyển dạ lâu vai đã lọt vào trong tiểu khung.

+ Phải xác định thêm xem lưng ở đâu nếu lưng trước sờ thấy diện phẳng, nếu lưng sau sờ thấy chân tay lổn nhổn.

– Thăm âm đạo: Thăm âm đạo phát hiện thấy một hố chậu rỗng, và một phần thai trình diện không bình thường. Vai có thể nhầm với mông, nhưng có thể sờ thấy xương sườn.

– Nếu chuyển dạ đã lâu một vai sẽ lọt chặt vào tiểu khung và thường đi kèm với sa một bàn tay hay một cánh tay vào âm đạo, thò ra ngoài âm hộ và nhiễm khuẩn. Trường hợp này gọi là ngôi vai buông trôi.



Ngôi ngang sa tay

XỬ TRÍ:

– ở người con so, chủ động mổ lấy thai ngay. Không làm các thủ thuật xoay thai, kéo thai

– Nếu ngôi ngang ối đã vỡ, chỉ định mổ lấy thai ngay.

– Nếu thai nhi đã chết, cổ tử cung mở hết (trường hợp ngôi vai buông trôi) có thể dùng dụng cụ cắt thai, tuy nhiên thủ thuật này có thể đưa đến vỡ tử cung, nếu không có kinh nghiệm vẫn có thể mổ lấy thai.

– Chỉ định nội xoay thai: ở nơi có phòng mổ nếu có đủ điều kiện (thai nhi nhỏ, khung chậu rộng, con rạ, ối còn nguyên, cổ tử cung mở hết, cơn co thưa):

+ Thai thứ 2 trong song thai

+ Thai dưới 2500g.

VỠ ỐI NON

ĐỊNH NGHĨA

Vỡ ối non là trường hợp ối vỡ trước khi có dấu hiệu chuyển dạ đẻ. Oei vỡ sớm là trường hợp ối vỡ khi bắt đầu có chuyển dạ thực sự. Còn ối vỡ đúng lúc là ối vỡ khi cổ tử cung đã mở hết.

NGUYÊN NHÂN

Có nhiều nguyên nhân có thể dẫn tới vỡ ối non:

- Hở eo cổ tử cung
- Tử cung bị căng quá mức do đa ối hay do đa thai
- Rau bám thấp
- Ngôi thai bất thường
- Tử cung dị dạng
- Viêm âm đạo, viêm cổ tử cung
- Viêm trong ống cổ tử cung gây nhiễm khuẩn cực dưới túi ối
- Sau chấn thương

CHẨN ĐOÁN

Dấu hiệu duy nhất để chẩn đoán là nước ối đột ngột ra liên tục, thường là sau một cơn co tử cung. Đầu tiên thai phụ thấy nước chảy ào ra, sau đó tiếp tục ra ít một dù không có cơn co và cổ tử cung còn dài, đóng kín; nếu đóng BVS sẽ thấy BVS thấm nước ối trong, không có màu, không có mùi khai.

Để chẩn đoán xác định có thể:

- Soi ối: có thể nhìn thấy qua lỗ cổ tử cung chỗ thủng ở màng ối, từ đó nước ối chảy ra.
- Xét nghiệm pH nước chảy ra: các chất dịch âm đạo có pH axit, còn nước ối có pH kiềm

TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Nếu để tự nhiên sẽ có một thời gian kéo dài từ lúc vỡ ối non đến khi khởi phát chuyển dạ.
- Thời gian đó sẽ càng ngắn khi thai càng gần đủ tháng: nếu tuổi thai trên 38 tuần thì chuyển dạ sẽ xảy ra trong vòng 24 đến 48 giờ sau và cuộc đẻ sẽ diễn biến như bình thường.
- Biến chứng chủ yếu xảy ra nếu thai chưa đủ tháng: các trẻ đẻ non thường thấp cân, ngôi ngược, dễ bị sa dây rau, nhiễm khuẩn ối làm cho tỷ lệ bệnh tật và tử vong của các trẻ đó tăng lên.

XỬ TRÍ

- Theo dõi thân nhiệt.
- Đóng khố vô khuẩn, theo dõi lượng nước ối ra hàng giờ.
- Tiếp tục kháng sinh dự phòng.
- Siêu âm đánh giá tuổi thai và tình trạng thai để quyết định cho đẻ hay giữ thai.

- Nếu thai gần đủ tháng, ví dụ 36 tuần tuổi, có thể chờ thêm 48-72 giờ nữa để thai đủ trưởng thành và cuộc đẻ sẽ tiến triển tự nhiên.
- Nếu thai còn non tháng, cố gắng trì hoãn cuộc chuyển dạ trong 1 hoặc 2 tuần bằng cách cho thai phụ nằm nghỉ tuyệt đối tại giường và cho thuốc giảm co, cho Corticoid nếu có chỉ định (Xem bài Doạ đẻ non và Đẻ non).
- Để giữ thai cho Salbutamol uống 2-4 mg/ngày, nếu không có thì cho Papaverine tiêm.
- Nếu nước ối không ra nữa: tiếp tục nằm viện theo dõi thêm. Nếu không sốt tiếp tục cho kháng sinh và thuốc giảm co.
- Nếu nước ối vẫn tiếp tục ra thì bắt buộc phải gây chuyển dạ:
  + Cho Misoprostol liều khởi phát 50 mcg/4-6 giờ một lần (ngậm ở cạnh má hoặc đặt ở cùng đồ sau) để làm cổ tử cung mềm và mở
  + Truyền Oxytocin tĩnh mạch nếu cơn co thưa, yếu
  + Chờ cuộc đẻ tiến triển bình thường.
  + Chuẩn bị đầy đủ để hồi sức thai nhi non tháng.
  + Kiểm tra kỹ bánh rau khi rau sổ,nếu nghi ngờ sót rau hay màng phải kiểm soát tử cung.

SA DÂY RỐN

Sa dây rốn là tình huống cấp cứu hàng đầu vì gây ra suy thai cấp. Dây rốn bị sa trước ngôi thai, có thể xảy ra lúc còn ối (sa dây roỏn trong bọc ối) hay nguy hiểm hơn là sa dây rốn sau khi vỡ ối.

NGUYÊN NHÂN

Có nhiều nguyên nhân có thể dẫn tới sa dây rốn

1. Về phía mẹ
   - Đẻ nhiều lần nên ngôi thai bình chỉnh không tốt gây các ngôi bất thường
   - Khung chậu hẹp, méo
   - Có khối u tiền đạo
2. Về phía thai:
   - Các ngôi bất thường, ví dụ ngôi ngược, ngôi ngang do ngôi không tì vào cổ tử cung nên dây rốn có thể sa trước ngôi
   - Sa một chi làm dây rau sa theo
3. Về phía phần phụ của thai:
   - Đa ối làm ối căng quá mức, có thể vỡ đột ngột kéo dây rốn sa theo
   - Dây rốn dài bất thường
   - Nhau bám thấp
4. Do bấm ối: nếu bấm ối trong cơn co khi ngôi còn cao lỏng.

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ:

1. Chẩn đoán: thường dễ, trong quá trình chuyển dạ, ta có thể:
   - Hoặc nhìn thấy dây rốn sa ra ngoài âm hộ
   - Hoặc thăm âm đạo thấy dây rốn nằm cuộn trong âm đạo
   - Hoặc thăm âm đạo thấy dây rốn ở cổ tử cung bên cạnh ngôi qua màng ối chưa bị vỡ (sa dây roỏn bên ngôi trong bọc ối) hoặc dậy roỏn ở trước ngôi trong bọc ối chưa bị vỡ (sa dây roỏn trước ngôi trong bọc ối)
   - Cổ tử cung thường chưa mở hết
   - Ngôi thai còn cao, có thể là ngôi bất thường
2. Xử trí chung

Sa dây rau trong bọc ối

- Tư vấn cho sản phụ nằm đầu thấp, mông cao, không rặn để bảo vệ ối khỏi bị vỡ. Mổ lấy thai ngay.

Sa dây rau khi đã vỡ ối

- Xác định xem dây rốn còn đập không bằng cách kẹp dây rốn vào giữa hai ngón tay để xem dây rốn đập mạnh hay yếu. Đồng thời nghe tim thai trên bụng mẹ.
- Nếu xác định là thai đã chết (dây rốn hết đập, không nghe thấy tim thai) thì không còn cấp cứu. Theo dõi để cuộc đẻ tiến triển bình thường.

– Nếu thai còn sống phải tìm cách lấy thai ra ngay:

+ Đặt Forceps lấy thai nếu đủ điều kiện, cố gắng để cành Forceps không kẹp vào dây rốn.

+ Nếu không đủ điều kiện làm Forceps thì mổ lấy thai ngay. Trong khi chờ đợi mổ, nên cho bệnh nhân nằm đầu thấp, mông cao để dây rốn đỡ bị ép chặt giữa ngôi và tiểu khung.

+ Tư vấn cho sản phụ về việc không nên rặn và những diễn biến xấu có thể xảy ra đối với thai nhi.

– Nếu thai đã chết thì theo dõi để cuộc đẻ tiến triển bình thường.

THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG

- Là thai chết trong tử cung từ 22 tuần trở lên, trước khi có chuyển dạ, có thể do nhiều nguyên nhân gây nên:
  + Nguyên nhân về phía người mẹ: mẹ bị tăng huyết áp, sản giật và tiền sản giật, bệnh thận, tiểu đường.
  + Nguyên nhân từ phía thai như: dị dạng, thai quá ngày sinh, bất đồng nhóm máu, thai suy dinh dưỡng trong tử cung.
  + Nguyên nhân từ phần phụ của thai: dây rau ngắn, dây rau quấn cổ, đa ối, thiểu ối.
  + Tử cung dị dạng.
- Thai chết trong tử cung lâu ngày có thể gây rối loạn đông máu. Thai chết thường vô khuẩn khi ối chưa vỡ. Nếu ối đã vỡ, có thể gây nhiễm khuẩn cho người mẹ.
- Thai chết ảnh hưởng nhiều đến tâm lý của người mẹ.

CHẨN ĐOÁN

- Thai phụ không thấy thai cử động, vú tiết sữa, bụng không to lên.
- Khám thấy: tử cung nhỏ hơn tuổi thai, có thể thấy chiều cao tử cung giảm đi sau hai lần khám. Không nghe thấy tim thai.
- Siêu âm chẩn đoán xác định: thai không cử động, không thấy tim thai, có dấu hiệu hai vòng ở xương sọ do da đầu bong ra, xương sọ chồng khớp. Nước ối có thể ít hoặc hết.

XỬ TRÍ

1. Nguyên tắc chung: *không vội vàng*
   - Xét nghiệm sinh sợi huyết, số lượng tiểu cầu và thời gian máu chảy, máu đông, nhóm máu.
   - Nếu sinh sợi huyết dưới 2 g hay thai phụ có bệnh nội khoa khác, chuyển tuyến trên, để phòng tai biến chảy máu ở thì sổ rau.
2. Gây sảy thai bằng thuốc
   - Cách 1: Ethinyl Estradiol 5mg tiêm bắp 12 - 24 giờ trước khi truyền nhỏ giọt tĩnh mạch Oxytocin.
   - Cách truyền oxytocin: 10v oxytocin (2 ống 5v) + 500 ml dung dch Glucosa 5%, liều khởi điểm XX giọt/ 1 phút, điều chỉnh số giọt truyền theo cơn co tử cung.
   - Cách 2: Misoprostol 200mcg/ 4 - 6 giờ một lần, đặt vào túi cùng sau âm đạo hoặc ngậm áp trong miệng, nếu cần dùng thêm Oxytocin. Theo dõi sát tình trạng toàn thân và cơn co tử cung để chỉ định các lần đặt Misoprostol tiếp theo. Không đặt quá 2 lần.
   - Chống chỉ định dùng Misoprostol:
     + Tử cung có sẹo mổ cũ.
     + Khối u tiền đạo.
     + Rau tiền đạo.
     + Bất tương xứng giữa thai và khung chậu.

+ Ngôi thai bất thường.
+ Tử cung dị dạng.

+ Tiền sử nhạy cảm với Prostaglandin.
+ Các bệnh: hen phế quản, Glôcôm, Basedow, rối loạn chức năng gan, thận.

- Ngừng đặt thuốc và theo dõi sát nếu:
  + Cơn co tử cung mau, mạnh (6 cơn co trên 10 phút hoặc cơn co kéo dài trên 2 phút).
  + Trương lực cơ tử cung tăng.
- *Chú ý:* Không được bấm ối.
- Sau khi thai ra, phải kiểm soát tử cung và dùng thuốc co cơ tử cung để đề phòng chảy máu.
- Nếu sinh sợi huyết dưới 2 g/ lit: dự trù máu cùng nhóm, dùng Transamin 500mg x 2 ống / ngày. Sau khi chuẩn bị đầy đủ, dùng Misoprostol để gây sảy thai.
- Dùng kháng sinh chống nhiễm khuẩn.
  + Uống Cephalexin 2g/ 1 ngày x 7 ngày.
  + Dùng kháng sinh tiêm từ 2 đến 7 ngày nếu có tiền sử hoặc nghi ngờ viêm nhiễm.
- Hỗ trợ tinh thần cho sản phụ.

NHIỄM HIV KHI CÓ THAI

Chăm sóc phụ nữ mang thai nhiễm HIV là nhằm mục đích làm giảm lây truyền HIV/AIDS từ mẹ sang con.

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TRONG LÂY TRUYỀN NHIỄM HIV TỪ MẸ SANG CON

1. Về phía mẹ:
   - Nồng độ virut cao trong huyết tương
   - Tình trạng miễn dịch kém: có bệnh nhiễm khuẩn.
   - Không dùng thuốc chống virut từ trước
   - Có bệnh lây truyền qua đường tình dục
2. Về phía con:
   - Đẻ non, nhẹ cân < 37 tuần, < 2500 gram
   - Đa thai: Trẻ đẻ đầu tiên có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn
3. Yếu tố sản:
   - Vỡ ối trên 12 giờ
   - Viêm màng ối

ĐƯỜNG LỐI PHÒNG CHỐNG LÂY NHIỄM HIV TỪ MẸ SANG CON CỦA VIỆT NAM

1. Chẩn đoán sớm người có thai HIV(+)
   - Làm xét nghiệm HIV hàng loạt cho thai phụ, đặc biệt chú ý các đối tượng có nguy cơ cao. Chẩn đoán là nhiễm HIV (phát hiện có kháng thể HIV) nếu một mẫu máu (+) với cả 3 lần xét nghiệm bằng 3 loại sinh phẩm có chế phẩm kháng nguyên khác nhau và các nguyên lý phản ứng khác nhau (chiến lược III).
   - Theo qui định hiện nay, chỉ một số trung tâm có trang bị đầy đủ sau khi kiểm tra lại mẫu máu được chẩn đoán là HIV (+) qua xét nghiệm mới được phép thông báo với thai phụ.
2. **Xử trí trong trường hợp người phụ nữ có thai nhiễm HIV:** Cần phải điều trị cho người phụ nữ có thai nhiễm HIV với mục đích làm giảm lây nhiễm từ mẹ sang con nếu người mẹ và gia đình sau khi được tư vấn vẫn muốn giữ thai

   Phác đồ sử dụng Nevirapine
   - Khi bắt đầu có dấu hiệu chuyển dạ thực sự hoặc trước khi mổ lấy thai, cho sản phụ uống một lần duy nhất một viên Nevirapine 200 mg
   - Theo dõi cuộc chuyển dạ và tiếp tục đỡ đẻ như bình thường

   Phác đồ sử dụng Zidovudine
   - Zidovudine 600 mg/ ngày, chia 2 lần, uống bắt đầu từ tuần thai thứ 36 đến khi chuyển dạ. Trong trường hợp thai phụ đến khám thai muộn sau tuần thứ 36 cũng cho uống với liều trên cho đến khi chuyển dạ.
   - Cần cho thêm thuốc uống chống thiếu máu bằng cách bổ sung viên Sắt và Acid folic. Khi bắt đầu chuyển dạ thực sự, tiếp tục cho uống Zidovudine 300 mg, cứ 3 giờ uống một lần, đến lúc cặp và cắt dây rốn thì ngừng thuốc

3. Các điểm cần thực hiện khi đỡ đẻ

3.1.Đối với sản phụ

- Đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối khi đỡ đẻ. Cố gắng tránh vỡ ối sớm
- Lau âm đạo nhiều lần bằng bông tẩm dung dịch Chlorure de Benzalkonium hay Chlorhexidine 0,2%
- Không cạo lông vùng vệ
- Chỉ mổ lấy thai khi có chỉ định sản khoa
- Tư vấn cho người mẹ lợi ích của việc nuôi trẻ bằng sữa thay thế nếu có điều kiện để giảm bớt nguy cơ lây truyền bệnh

3.2.Đối với trẻ sơ sinh

- Không đặt điện cực vào đầu thai nhi
- Không lấy máu da đầu thai nhi làm pH
- Tắm cho trẻ ngay sau khi sinh
- Ngay sau trẻ được sinh ra, cán bộ khoa Sản phải thông báo cho khoa Nhi biết để trẻ được chăm sóc đặc biệt ở cả hai khoa Sản và Nhi của bệnh viện

3.3.Đối với cán bộ y tế:

Thực hiện đầy đủ theo đúng quy định khi chăm sóc người bệnh HIV (+)

4. Điều trị sau khi sinh

4.1.Điều trị cho con

- Nếu người mẹ uống Nevirapine thì cho con uống một lần duy nhất siro Nevirapine với liều lượng 2 mg/kg/ cân nặng trong vòng 72 giờ đầu sau khi sinh
- Nếu người mẹ uống Zidovudine thì cho con uống một lần duy nhất siro Zidovudine với liều lượng 2 mg/kg/6giờ một lần bắt đầu khoảng 8-10 giờ sau khi sinh, kéo dài trong 6 tuần. Trường hợp không có siro Zidovudine thì cho uống siro Nevirapine như trên

4.2.Điều trị cho mẹ

- Nếu cần thiết và có điều kiện sẽ áp dụng điều trị đặc hiệu cho mẹ bằng thuốc chống Retrovirut và thuốc dự phòng các bệnh nhiễm trùng cơ hội

4.3.Vấn đề cho con bú

- Nên tư vấn và khuyên bà mẹ không cho trẻ bú mẹ để tránh lây truyền bệnh qua sữa và hướng dẫn cho bà mẹ cách dùng các sản phẩm thay thế sữa mẹ. Trường hợp không có điều kiện dùng sữa thay thế phải cho trẻ bú mẹ thì cần chú ý điều trị các vết thương trong mồm đứa trẻ và đừng để mẹ bị các bệnh đầu vú (ví dụ nứt đầu vú) có thể tăng nguy cơ lây nhiễm.
- Trường hợp trẻ non tháng có thể cho ăn sữa mẹ bằng thìa.

4. Nếu SP đã được uống AZT tại buồng khám thai trước đó, thì không cần uống VIRAMUNE nữa.

5. Sau khi sanh, trẻ sơ sinh sẽ được uống ngay Sirop VIRAMUNE, với liều

- **2 mg/ kg**

Ví dụ: bé nặng 2000g, sẽ uống 0,4 ml

Bé nặng 3000g, sẽ uống 0,6 ml

6. Ghi vào hồ sơ: giờ thực hiện thuốc của mẹ và con.

SỬ DỤNG GLOBULIN MIỄN DỊCH CHO CON CỦA BÀ MẸ NHIỄM HBsAg(+)

MẸ	CON
▪ HBsAg (+) HBeAg không biết	Tiêm ngay cho con trong 12 giờ đầu sau sanh: ▪ Vaccin VGSVB (Hepavax) 0,5ml TB ▪ Hepabig 100UI 0,5 ml TB
▪ HBsAg (+) và HBeAg (+)	Tiêm ngay cho con trong 12 giờ đầu sau sanh: ▪ Vaccin VGSVB (Hepavax) 0,5ml TB ▪ Hepabig 100UI ➢ Trẻ ≤ 2500g tiêm bắp 0,5 ml ➢ Trẻ > 2500g tiêm bắp 0,5 ml X 2

Chú ý:

1. Tiêm vaccin VGSVB và Hepabig ở các vị trí khác nhau
2. Hepabig nên tiêm 0,5 ml (100 UI) 1 chỗ

Thí dụ: Mẹ có HBsAg (+) và HBeAg (+), bé nặng > 2500g thì tiêm như sau:

- ➢ Vaccin VGSVB (Hepavax) TB ở vai
- ➢ Hepabig 0,5ml (100UI) TB ở đùi phải
- ➢ Hepabig 0,5 ml (100UI) TB ở đùi trái

3. Hepabig có 2 loại: Lọ 0,5ml (100UI) và lọ 1ml (200UI).

CHOÁNG SẢN KHOA

ĐỊNH NGHĨA

Choáng sản khoa là một tình trạng choáng do các nguyên nhân sản khoa gây nên mà thường gặp là do mất máu và nhiễm khuẩn (vỡ tử cung, rách phức tạp phần mềm đường sinh dục dưới ...).

NGUYÊN NHÂN

1. **Do mất máu:**
   - Rau tiền đạo
   - Rau cài răng lược bán phần
   - Rau bong non
   - Chảy máu sau đẻ: vỡ tử cung, sang chấn đường sinh dục dưới, đờ tử cung gây băng huyết.
   - Sảy thai băng huyết
   - Chảy máu sau nạo do sót rau
   - Chửa ngoài tử cung vỡ
2. **Do nhiễm khuẩn**
   - Phá thai phạm pháp
   - Nhiễm khuẩn hậu sản: nhiễm khuẩn huyết, viêm phúc mạc sau mổ đẻ ...
3. **Do tâm lý, phản xạ, đau đớn**
   - Không giải thích trước khi thăm khám vùng sinh dục, tầng sinh môn
   - Không dùng thuốc giảm đau hoặc thuốc giảm đau chưa có tác dụng đã khám, can thiệp .

BIỂU HIỆN

1. **Choáng do mất máu**
   - Toàn trạng: mệt mỏi, vật vã, da xanh tái, vã mồ hôi, chân tay lạnh, thờ ơ.
   - Nhịp thở nhanh nông: > 30 lần/ phút
   - Mạch quay nhanh nhỏ (> 110 lần/ phút), khó bắt.
   - Huyết áp tụt (Huyết áp tâm thu < 90 mmHg), có khi không đo được.
   - Thiểu niệu hoặc vô niệu (< 400ml/ 24 giờ).
   - Xét nghiệm máu biểu hiện tình trạng thiếu máu nặng.
2. **Choáng do nhiễm khuẩn, nhiễm độc**
   - Mệt mỏi, lơ mơ, vật vã, vẻ mặt nhiễm trùng, nhiễm độc
   - Sốt cao, có khi rét run do độc tố của vi khuẩn, có khi hạ nhiệt độ.
   - Mạch quay nhanh nhỏ, khó bắt.
   - Huyết áp tụt hoặc không đo được.
   - Nhịp thở nhanh.

- Da xanh, vàng, đôi khi có những đám xuất huyết dưới da.
- Thiểu niệu hoặc đôi khi vô niệu.
- Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng cao, công thức bạch cầu biến động.
- Cấy máu khi bệnh nhân rét run có thể thấy vi khuẩn mọc.

3. **Choáng do tâm lý, phản xạ, đau đớn**
   - Toàn trạng: da xanh, vã mồ hôi
   - Mạch quay nhỏ, khó bắt
   - Huyết áp tụt hoặc không đo được
   - Nhịp thở nhanh nông
   - Xét nghiệm máu bình thường, bạch cầu không tăng.

THÁI ĐỘ XỬ TRÍ TÍCH CỰC BAN ĐẦU

- Cần huy động tất cả nguồn lực chống choáng cho bệnh nhân đồng thời phải mời BS GMHS xuống hỗ trợ.
- Cần theo dõi sát 15 phút/ 1 lần các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Đặt bệnh nhân nằm tư thế đầu thấp, thông thoáng đường thở, hút dịch và đờm dãi nếu tiết dịch nhiều.
- Thiết lập đường truyền dịch, có khi phải thiết lập nhiều đường truyền dịch cùng một lúc. Dung dịch truyền là Natri clorua 0,9%, Ringer lactat.
- Xác định sơ bộ nguyên nhân gây sốc.
- Tư vấn cho gia đình về tình trạng bệnh nhân.

XỬ TRÍ THEO NGUYÊN NHÂN

1. **Choáng do mất máu**
   - Bằng mọi biện pháp phải cầm máu tạm thời.
   - Bồi phụ lượng máu đã mất, phải đánh giá lượng máu mất, xét nghiệm công thức máu, lượng huyết sắc tố và Hematocrit.
   - Cung cấp đủ oxy
   - Trợ tim: truyền Dopamin tĩnh mạch.
   - Chống toan huyết
   - Chống rối loạn đông máu bằng tiêm Transamin 0,5g TM hoặc Fibrinogen hoặc máu tươi.
   - Cho kháng sinh chống nhiễm khuẩn.
   - Điều trị nguyên nhân chảy máu
     + Rau tiền đạo, rau bong non: mổ lấy thai, khâu cầm máu. Nếu không cầm máu thì thắt động mạch tử cung, thắt động mạch hạ vị hay cắt tử cung bán phần.
     + Đờ tử cung: sử dụng thuốc tăng co, kích thích cơ học vào tử cung, nếu không kết quả thì thắt động mạch tử cung, động mạch hạ vị hoặc cắt tử cung.
     + Rau cài răng lược: bóc rau, nếu không được thì cắt tử cung.
     + Tổn thương đường sinh dục: khâu phục hồi những chỗ rách.

2. **Chọáng do nhiễm khuẩn, nhiễm độc**
   - Đảm bảo thông khí, Chống toan huyết
   - Truye□n maựu, dịch. Trợ tim, tăng lưu lượng tuần hoàn
   - Điều trị kháng sinh: theo nguyên tắc là dùng kháng sinh phổ rộng, kết hợp kháng sinh và dựa vào kháng sinh đồ
   - Hydrocortison 100mg TM
   - Điều trị nguyên nhân nhiễm khuẩn: Cắt tử cung + Dẫn lưu ổ bụng + Dẫn lưu ổ mủ (nếu có)
3. **Choáng do tâm lý, phản xạ, đau đớn**
   - Đảm bảo thông khí: thở oxy
   - Trợ tim, tăng lưu lượng tuần hoàn
   - Cần điều trị theo nguyên nhân: giải thích, giảm đau kết hợp chống sốc

THAI SUY

ĐỊNH NGHĨA

Thai suy là tình trạng suy giảm hoạt động của thai về chức phận và khả năng tồn tại, do thiếu oxy biểu hiện bằng nhịp tim thai quá nhanh, quá chậm, không đều, nước ối có phân su, pH máu của thai thấp.

CÁC DẤU HIỆU CỦA THAI SUY

1. **Nhịp tim thai:**

   – Theo dõi tim thai bằng máy ghi sản khoa (Monitor) thấy nhịp tim thai khoõng ủeLlu, nhanh treõn 160 la□n /phuựt hoaởc chaọm dửụựi 120 la□n /phuựt, nhũp TT phẳng, DIP II liên tục hoặc DIP III hoặc DIP I sâu, liên tục là dấu hiệu thai suy.

   + Nhịp tim thai dao động độ 0 (nhịp phẳng): là nhịp tim thai cơ bản dao động < 5 nhịp /phút, gặp trong trường hợp thai suy nặng.
   + Nhịp tim thai dao động độ 1 (nhịp xoang hẹp): khi độ dao động trên 5 nhịp và dưới 10 nhịp/ phút, gặp trong trường hợp thai suy. Tuy nhiên cần phân biệt với thai ngủ.
   + Nhịp tim thai dao động độ II: dao động từ 15-25 nhịp/phút là bình thường
   + Nhịp tim thai dao động độ III: (trên 25 nhịp/phút)do thai vận động, thay đổi vị trí không có giá trị tiên lượng.
   + DIP I (nhịp tim thai chậm sớm): là nhịp tim thai chậm khi xuất hiện cơn co và trở lại bình thường khi hết cơn co. Do cơn co tử cung thúc đầu thai vào khung chậu hoặc do tay ấn mạnh vào đầu khi thăm âm đạo. Nhịp tim thai chậm sớm là do phản xạ cơ học không có giá trị chẩn đoán thai suy.
   + DIP II (nhịp tim thai chậm muộn): là nhịp tim thai chậm nhất ở thời điểm sau khi cơn co có cường độ cao nhất từ 30 giây trở lên, thậm chí có khi hết cơn co mà nhịp tim thai vẫn tiếp tục chậm. Nhịp tim thai chậm muộn xảy ra khi nồng độ Oxy trong máu thai nhi thấp làm rối loạn về mặt sinh học ảnh hưởng đến não và cơ tim. Đây là dấu hiệu thai suy cần phải lấy thai ra.
   + DIP III (nhịp tim thai chậm thay đổi): xuất hiện nhịp tim thai chậm cùng thời điểm với cơn co tử cung và có thể ngoài cơn co tử cung. Đây thường là dấu hiệu chèn ép dây rốn, có hội chứng vượt chướng ngại cật như u tiền đạo, bất xứng đầu chậu.

2. Nước ối: Có lẫn phân xu: màu nước ối xanh hoặc vàng bẩn đặc phân xu.
3. pH máu: chỉ áp dụng khi ối đã vỡ, nếu pH máu dưới 7,25 là thai suy.

THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ:

1. Nữ hộ sinh

   – Theo dõi nhịp tim thai bằng ống nghe gỗ cứ 30phút/lần ở giai đoạn tiềm tàng (khi cổ tử cung mở từ 1-3 cm) và 15 phút/lần ở giai đoạn tích cực (khi cổ tử cung mở 4-10cm).

- Khi ối vỡ phải nghe tim thai ngay và khám âm đạo để phòng sa dây rau.
- Khi ngôi lọt, cho sản phụ rặn khi có cơn co, phải theo dõi tim thai sau mỗi lần rặn đẻ
- Khi thấy có dấu hiệu suy thai, cơn co mau, ngôi chưa lọt hoặc cổ tử cung chưa mở hết thì báo BS ngay, đồng thời cho sản phụ:

  + Thở Oxy qua ống thông

  + Sản phụ nằmh nghiệng sang trái
- Đang truyền Oxytocin, nếu có dấu hiệu thai suy phải ngừng truyền ngay.

2. **Bác sĩ:**

Khám xác định tình trạng suy thai (biểu đồ tim thai, cổ TC, ngôi thai, màu sắc nước ối)

- Nếu cơn co TC mau thì cho giảm co với Buscopan (Hyoscin Butylbromide) 20mg/ống tiêm TM.
- Truyê(n TM dung dich Glucose 20%.
- Sau hồi sức tim thai trở lại bình thường: theo dõi cho đẻ đường dưới

3. **Làm thủ thuật:**

- Nếu thai suy, đủ điều kiện thì lấy thai bằng Forceps.
- Không có chỉ định làm Giác hút trong trường hợp thai suy.

4. **Mổ lấy thai ngay:**

- Nếu thai suy cấp hồi sức không kết quả
- Nếu nhịp tim thai phẳng hay có DIP II liên tục
- Nếu thai suy, cơn co mau nghi có bất tương xứng thai và khung chậu
- Nếu thai suy vì sa dây rau hay nghi ngờ dây rau cuốn cổ (DIP biến đổi).
- Nếu tiên lượng cuộc huyển dạ còn kéo dài, hay thai quá ngày, thai suy dinh dưỡng trong tử cung.

BĂNG HUYẾT SAU SANH

Sau đẻ nếu lượng máu mất đi trên 300ml hoặc đã gây hậu quả choáng do mất máu thì gọi là băng huyết và trở thành tai biến rất nguy hiểm.

NGUYÊN NHÂN CỦA CHẢY MÁU SAU ĐẺ:

- Đờ tử cung
- Chấn thương đường sinh dục (Đặc biệt Vỡ tử cung)
- Rối loạn bong rau, sổ rau
- Rối loạn đông máu

ĐỜ TỬ CUNG

1. **Triệu chứng lâm sàng**
   - Chảy máu ngay sau khi sổ rau .
   - Tử cung giãn to, mềm, co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối an toàn mặc dù rau đã sổ, trong tử cung có toàn máu cục và máu loãng.
   - Nếu ra máu nhiều sản phụ xanh nhợt, mạch nhanh, huyết áp hạ, khát nước, chân tay lạnh, vã mồ hôi
2. **Thái độ xử trí:** phải xử trí khẩn trương, phải tiến hành song song cầm máu và hồi sức:
   - Dùng mọi biện pháp cơ học để cầm máu: xoa bóp tử cung, chẹn động mạch chủ bụng, chẹn tử cung qua thành bụng.
   - Thông tiểu để bàng quang rỗng. Giaỷm ủau baống Dolargan 50mg tieõm TM.
   - Soát tử cung lấy hết rau sót và máu cục rồi tiêm bắp thuốc Oxytocin 5- 10 đơn vị, có thể tiêm bắp nhắc lại 2 lần. Nếu tử cung không co, tiêm Ergometrin 0,2mg một ống TB, Misoprostol 200mcg x 5 viên đặt hậu môn.
   - Hồi sức truyền máu và cho kháng sinh toàn thân.
   - Nếu sau khi xoa bóp liên tục tử cung, đã tiêm thuốc co bóp tử cung nhưng máu vẫn tiếp tục chảy và mỗi khi ngừng xoa bóp tử cung lại bị nhão ra, thì phải nghĩ đến đờ tử cung không hồi phục, ngay lập tức phải tiến hành mổ cắt tử cung.

CHẤN THƯƠNG ĐƯỜNG SINH DỤC

Rách tầng sinh môn, rách âm hộ, âm đạo, máu tụ đường sinh dục, rách cổ tử cung, vỡ tử cung. Nếu không xử trí kịp thời làm mất máu nặng gây đờ tử cung và rối loạn đông máu.

1. Nguyên nhân
   - Do đỡ đẻ không đúng kỹ thuật.
   - Do đẻ nhanh
   - Do thai to
   - Do cổ tử cung chưa mở hết mà sản phụ đã rặn
   - Do can thiệp thủ thuật không đúng chỉ định và không đủ điều kiện

2. **Triệu chứng và chẩn đoán:** Chảy máu xuất hiện ngay sau khi thai sổ, lượng máu mất nhiều hay ít tuỳ tổn thương nặng hay nhẹ.
   - Máu đỏ tươi chảy rỉ rả hay thành dòng, liên tục.
   - Tử cung co tốt nhưng máu vẫn chảy ra ngoài âm hộ, máu đỏ tươi
   - Chẩn đoán rách ở tầng sinh môn và âm hộ dễ dàng qua quan sát.
   - Chẩn đoán rách cổ TC và cùng đồ bằng cách cho 2 ngón tay theo bề ngoài cổ tử cung, sát tới cùng đồ, nếu có chỗ khuyết là rách cổ tử cung. Nhưng muốn chính xác là phải dùng van và 2 kẹp hình tim kéo từng đoạn cổ tử cung để quan sát tìm chỗ rách.
3. **Xử trí:** Phải bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung ngay sau khi sổ thai để chẩn đoán.
   - Xử trí theo nguyên tắc tiến hành song song cầm máu và hồi sức.
   - Khâu lại tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung.
   - Cho kháng sinh, hồi sức chống choáng.

RỐI LOẠN BONG RAU, SỔ RAU

1. **Sót rau, sót màng:** Chảy máu là dấu hiệu sớm của sót rau do các xoang tĩnh mạch ở nơi rau bám không đóng lại được.

1.1.Nguyên nhân:

- Do tiền sử sẩy thai, nạo hút thai nhiều lần
- Do đẻ nhiều lần và có lần đã bị sót rau, viêm niêm mạc tử cung.
- Sau đẻ non, đẻ thai lưu, sẹo mổ cũ.

1.2.Triệu chứng lâm sàng

- Chảy máu: thường xuất hiện ngay sau khi sổ rau.
- Ra máu rỉ rả, tử cung có thể co hồi kém, máu đọng lại ở trong buồng tử cung làm tử cung căng to không co lại được, gây đờ tử cung thứ phát.
- Lượng máu ra có thể ít, có thể nhiều, máu đỏ tươi có lẫn máu cục.
- Có thể phát hiện sớm sót rau sau đẻ bằng cách kiểm tra bánh rau thấy thiếu. Chú ý đến những bánh rau phụ khi thấy các mạch máu trên màng rau.
- Nếu phát hiện muộn, không xử lý kịp thời, mất máu nhiều có dấu hiệu choáng : sản phụ khát nước, chân tay lạnh, vã mồ hôi, mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ.

1.3.Xử trí

- Phải cho thuốc giảm đau (Morphin 0,01g x Một ống) và tiến hành soát tử cung ngay. Khi kiểm soát tử cung phải lấy hết rau và màng rau sót, toàn bộ máu cục và máu loãng trong buồng tử cung.
- Tiêm bắp 5- 10 đv oxytocin hoặc/và ergometrin 0, 2mg vào bắp thịt.
- Cho kháng sinh toàn thân: Amoxilin 250mg x 4viên/ngày x 7 ngày.
- Theo dõi tiếp tục mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.
- *Nếu có choáng phải hồi sức truyền dịch, truyền máu nếu thiếu máu cấp.*
- Tiếp tục theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.
- Nếu còn ra máu cho thêm thuốc oxytocin tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch.
- Có thể khi cần, phải kiểm soát tử cung lại.

2. Rau không bong

– Đây là một bệnh hiếm gặp của rau (tỷ lệ 1/ 2000). ở người đẻ nhiều lần, nạo thai nhiều lần, tiền sử có viêm niêm mạc tử cung khi đẻ các gai rau bám trực tiếp vào cơ tử cung không có lớp xốp của ngoại sản mạc, có khi gai rau xuyên sâu vào chiều dày lớp cơ tử cung.

Người ta có thể phân biệt :

+ Rau cài răng lược toàn phần: Toàn bộ bánh rau bám vào lớp cơ do đó không bong ra được và không chảy máu.

+ Rau cài răng lược bán phần: Chỉ một phần bánh rau bám sâu vào cơ tử cung do đó bánh rau có thể bong một phần, gây chảy máu. Lượng máu chảy ra nhiều hay ít tuỳ thuộc vào tình trạng co rút của lớp cơ tử cung và mức độ bong rau.

2.1.Triệu chứng lâm sàng

– Nếu là rau cài răng lược toàn phần: ít gặp, không chảy máu.

– Nếu là rau cài răng lược bán phần thì sau khi thai đã sổ 30 phút rau không bong được, nhưng có chảy máu nhiều hay ít tuỳ theo diện rau bong rộng hay hẹp.

– Chỉ có thể chẩn đoán chắc chắn dựa vào thử bóc rau không kết quả hay chỉ bóc được một phần và máu chảy nhiều.

Cần chú ý phân biệt với:

+ Rau bám chặt: Trường hợp rau không bong do lớp xốp kém phát triển, nhưng có thể bóc toàn bộ bánh rau bằng tay được.

+ Rau mắc kẹt và rau cầm tù: mắc kẹt ở một sừng tử cung do một vòng thắt của cơ dan chéo. Đặc biệt bánh rau dễ bị mắc kẹt trong trường hợp tử cung hai sừng. Loại này chỉ cần cho tay vào buồng tử cung là có thể lấy được rau ra vì bánh rau đã bong hoàn toàn.

2.2.Xử trí:

– Nếu rau chưa bong và chảy máu, tiến hành bóc rau và soát tử cung, cho oxytocin 10 đơn vị tiêm trực tiếp vào cơ tử cung hoặc tiêm bắp, xoa bóp tử cung, hồi sức chống choáng, cho kháng sinh.

– Nếu không bóc được hoặc vẫn chảy máu thì phải PHÒNG MỔ.

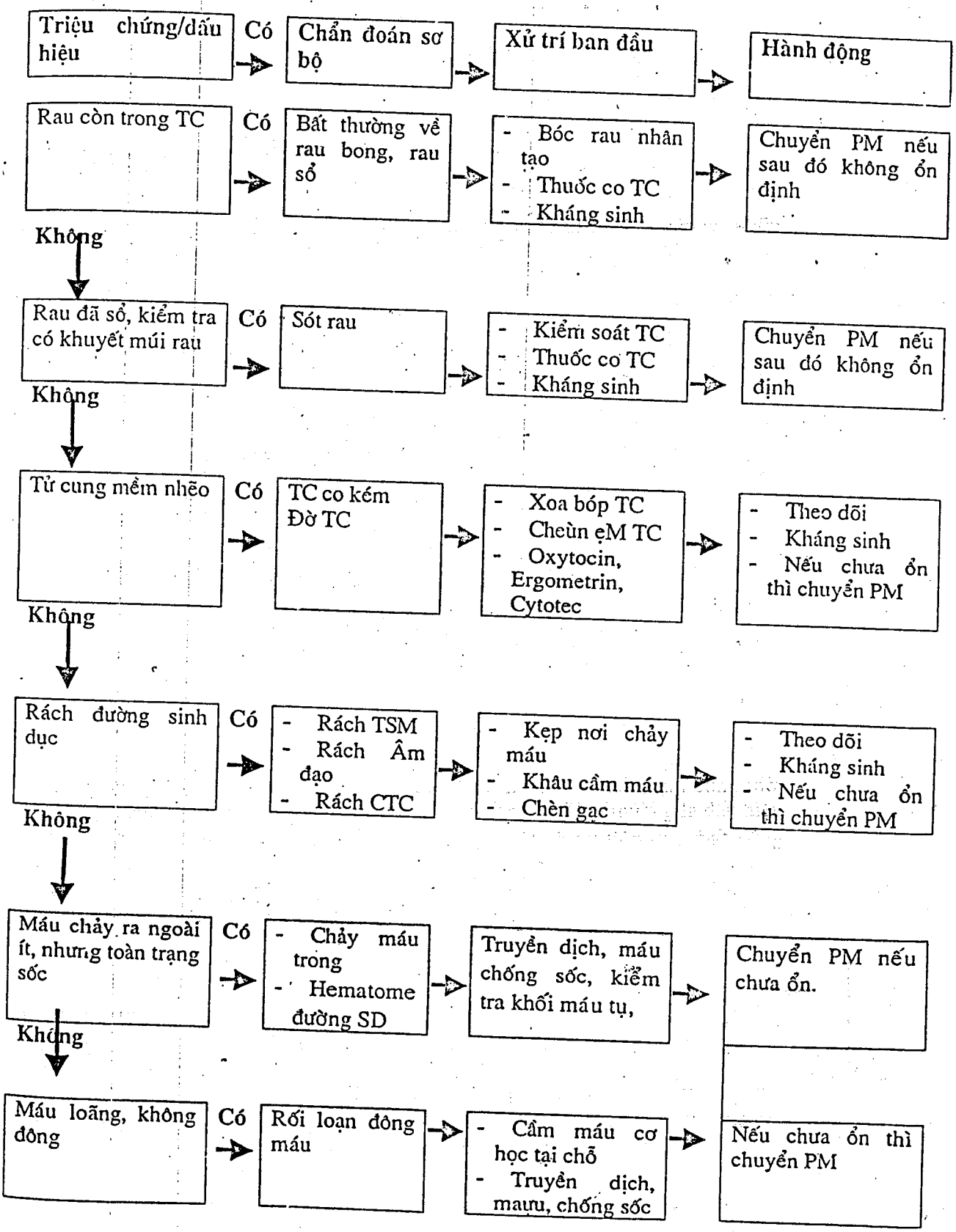
– Nếu rau cài răng lược bán phần chảy máu hoặc rau cài răng lược toàn phần phải cắt tử cung ngay.

– Nếu chảy máu nhiều cần phải hồi sức truyền máu trong và sau mổ. Cho kháng sinh.

RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU

Có thể tiên phát do các bệnh về máu nhưng thường là do chảy máu nhiều mất sinh sợi huyết

Sơ đồ diễn tiến về chẩn đoán và xử trí chảy máu sau đẻ



DỰ PHÒNG, CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ: DỌA VỠ TỬ CUNG - VỠ TỬ CUNG

DỰ PHÒNG DỌA VỠ TỬ CUNG, VỠ TỬ CUNG

Bước 1 : Phân loại bệnh :

Khi thai phụ đến phòng sanh, sẽ được làm bệnh án, khai thác tiền sử nội ngoại và sản khoa, sẽ được thăm khám để phân loại bệnh.

Nguy cơ dọa vỡ tử cung, vỡ tử cung:

1. Đa sản.
2. Nghi ngờ bất xứng đầu chậu : con to, khung chậu hẹp.
3. Ngôi bất thường.
4. Có khối u tiền đạo.
5. Có vết mổ lấy thai ở lần sanh trước hoặc do những phẩu thuật trên cơ tử cung : bóc nhân xơ, tạo hình tử cung, vá lổ thủng tử cung ...
6. Do tuyến trước chuyển đến vì chuyển dạ kéo dài, can thiệt thủ thuật thất bại, rặn không chuyển... có sử dụng thuốc tăng co.
7. Đang sử dụng thuốc tăng co.
8. Đang dùng thủ thuật hủy thai : Willette, bracton – hicks.
9. Đang dùng thủ thuật : Nội xoay thai, đại kéo thai, sanh giác hút, sanh kềm.

Bước 2 : Kế hoạch chăm sóc trước sanh.

1. Phần điều dưỡng

- Ghi nhận dấu hiệu sinh tồn, thể trạng : Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Bắt cơn co tử cung, theo dõi cơn co: 1 giờ 1 lần.
- Làm các xét nghiệm: Công thức máu, Hemoglobin, Hematocrit, nhóm máu.
- Ghi vào bệnh án: Sanh khó.
- Báo bác sĩ

2. Phần Bác sĩ

- Thăm khám toàn diện, thăm khám sản khoa, xác định lại nguy cơ sanh khó.
- Kiểm tra lại các xét nghiệm, bổ sung các xét nghiệm cần thiết.
- Cho y bệnh xử trí phụ thuộc vào từng loại bệnh gây đẻ khó, chụp kích quang chậu, siêu âm ... cho thuốc giảm co.

- Khi sử dụng thủ thuật phải đúng chỉ định, đủ điều kiện đảm bảo kỹ thuật.
- Kiểm tra lại sự toàn vẹn của Tử cung, cổ tử cung sau thủ thuật.

CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ DỌA VỠ TỬ CUNG

Vấn đề quan trọng nhất là phát hiện, chẩn đoán được giai đoạn này để xử trí kịp thời, thì mới tránh được vỡ tử cung.

Dấu hiệu dọa vỡ tử cung : Dấu hiện vòng Band – Frommel :

- Cơn co tử cung cường tính.
- Tử cung biến dạng, hình thắt bầu eo : Xuất hiện vòng băng giữa đoạn dưới tử cung và thân tử cung. Vòng băng này dâng lên cao từ từ, từ trên vệ đến ngang rốn, khi đến rốn thì có thể vỡ tử cung.
- Hai dây chằng tròn căng như hai sợi dây đàn.
- Thăm khám âm đạo : Phát hiện được những nguyên nhân gây đẻ khó dẫn đến dọa vỡ tử cung.

XỬ TRÍ

1. Phần điều dưỡng

- Bắt, ghi nhận cơn co tử cung
- Tắt dịch truyền tăng co nếu đang tăng co.
- Đo huyết áp, đếm mạch, nghe tim thai.
- Đặt monitor theo dõi cơn co tử cung nếu có máy Monitor sản khoa.
- Báo ngay BS.
- Báo phòng mổ khẩn cấp khi có y lệnh của Bác sĩ.

2. Phần Bác sĩ

- Xác định ngay dấu hiệu dọa vỡ tử cung.
- Xử dụng thuốc giảm co mạnh : Dolargan, Buscopan...
- Tìm nguyên nhân gây dọa vỡ tử cung và xử trí theo nguyên nhân.
- Nếu là nguyên nhân gây đẻ khó thì phải can thiệp bằng mổ cấp cứu lấy thai qua ngã bụng.

CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ VỠ TỬ CUNG

1. Chẩn đoán:

- Cơn co tử cung không còn, thai phụ có tình trạng choáng: mạch nhanh, huyết áp giảm, tay chân lạnh, vã mồ hôi ...

- Tử cung không còn hình dạnh bình thường và chia thành 2 khối: 1 khối là tử cung thu nhỏ lại nằm một bên ổ bụng, 1 khối là thai nhi bị tống xuất vào trong ổ bụng có thể sờ được tay chân thai nhi nằm ngay sát dưới thành bụng.
- Tim thai không còn.
- Khám âm đạo: Nếu là ngôi dọc: Không thấy phần thai hoặc phần thai rất cao. Nếu là ngôi ngang : vai xuống thấp.

Khi cho tay vào buồng tử cung có thể sờ thấy chỗ vỡ ở đoạn dưới tử cung, đưa tay sâu hơn có thể nắm được các quai ruột hoặc ngón tay chạm thành bụng.

Chú ý: chỉ được thăm khám bằng động tác này khi đã gây mê cho thai phụ vì có thể sẽ làm cho thai phụ choáng nặng hơn do rất đau.

- Thông tiểu : nước tiểu lẫn máu.

2. Xử trí

2.1. Phần điều dưỡng: nên có 3 nữ hộ sinh phối hợp chặt chẽ

- Đo huyết áp, mạch, theo dõi tổng trạng, nhịp tim, cho thai phụ thở oxy 5l/phút.
- Thực hiện ngay hai đường truyền tĩnh mạch bằng kim luồn, kim to, với các dung dịch cao phân tử, hoặc dịch mặn, Lactate Ringer thực hiện chỉ dẫn.
- Xin máu, báo ngay bác sĩ, báo phòng mổ.

2.2. Phần bác sĩ

- Hồi sức chống choáng, nâng huyết áp bằng Hydrocortison 100 – 200mg tiêm TM chậm, Clorua Calcium: 0,5 – 1 g tiêm TM chậm.
- Truyền máu
- Cho y lệnh chuyển ngay phòng mổ, mổ cấp cứu tùy tình trạng tổn thương tử cung để xử trí.

KỸ THUẬT BẤM ỐI

Bấm ối là thủ thuật xé màng ối một cách chủ động để nước ối thoát ra ngoài trong chuyển dạ đẻ.

CHỈ ĐỊNH BẤM ỐI

- Bấm ối trong đẻ khi cổ tử cung mở hết.
- Màng ối dày đầu ối phồng gây xóa mở chậm cổ tử cung
- Tia ối trong đa ối
- Gây đẻ chỉ huy, làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm hay đẻ thai thứ 2 trong sinh đôi.
- Bấm ối trong trường hợp nội xoay thai khi có chỉ định
- Nhau tiền đạo bám bên, bẩm mép chảy máu ít (bấm ối để cầm máu và sẵn sàng mổ cấp cứu).

CHỐNG CHỈ ĐỊNH BẤM ỐI

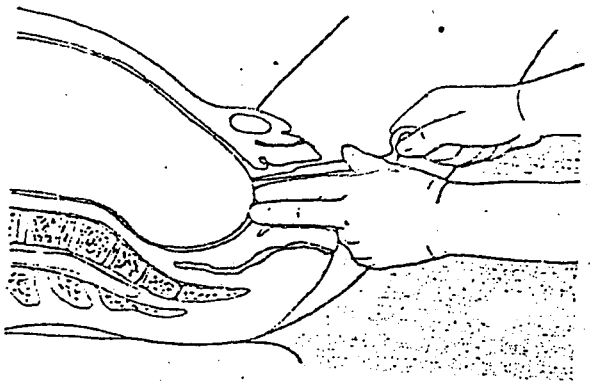
- Khi chưa có chuyển dạ thực sự, cơn co chưa đều đặn
- Có sa dây roỏn trong bọc ối
- Cổ tử cung chưa mở hết trong ngôi mặt, ngôi mông, ngôi vai.

CHUẨN BỊ

1.NHS:	- Nghe lại tim thai
	- Trang phục vô khuẩn: áo mũ găng tay vô khuẩn
2. Sản phụ	- Giải thích cho sản phụ trước khi làm thủ thuật
	- Nằm trên bàn đẻ, tư thế sản khoa.
	- Làm vệ sinh âm hộ, âm đạo
3. Dụng cụ:	- 1 kềm bấm ối, hoặc một cành của kẹp có mấu

KỸ THUẬT BẤM ỐI

Cách bấm ối tùy theo chỉ định, người thầy thuốc đứng bên phải hoặc giữa hai chân sản phụ đưa ngón trỏ và giữa vào âm đạo qua cổ TC tới màng ối, tay kia luồn kim giữa hai ngón, rồi chọc vào màng ối để cho nước ối thoát ra từ từ; hoặc dùng mấu của kẹp có mấu phá màng ối.



1. **Bấm ối trong ngôi đầu ối dẹt:** bấm ối trong cơn co tử cung.

2. **Bấm ối trong ngôi đầu ối phồng:** bấm ối ngoài cơn co hướng cho đầu chúc vào eo trên rồi mới xé rộng màng ối vì rất dễ sa dây rốn.

3. **Đối với ngôi ngang** khi có đủ điều kiện và chỉ định nội xoay thai thì ngay sau khi bấm ối xé rộng màng ối đưa tay tìm chân thai nhi, ngăn không cho nước ối thoát ra ngoài thì mới xoay thai dễ.

4. **Bấm ối trong rau tiền đạo chảy máu ít:** xé màng ối song song với mép rau tránh làm thương tổn bánh rau gây chảy máu.

5. **Bấm ối trong đa ối:** Để sản phụ nằm đầu dốc, mông hơi cao dùng phương pháp tia ối bằng cách chọc lỗ nhỏ ngoài cơn co tử cung để cho nước ối chảy từ từ khi ối gần hết mới xé rộng màng ối để tránh cho áp lực ổ bụng giảm đột ngột và dễ sa dây rốn và sa chi làm ngôi bất thường.

THEO DÕI SAU BẤM ỐI:

1. Phải kiểm tra ngay sau khi bấm ối để phát hiện xem có sa dây rốn không. Nghe lại tim thai đề phòng sa dây rôn bị chèn ép, so sánh nhịp tim thai trước và sau khi bấm ối. Xem màu sắc nước ối và đo lượng nước ối.

2. Nếu nước ối có màu sắc bất thường màu xanh hoặc máu...phải tìm nguyên nhân và xử lý.

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

1. Sa dây rốn: Nếu phát hiện sa dây rốn cho sản phụ nằm đầu thấp, mông kê cao dùng 2 ngón tay đẩy dây rốn lên. Nếu không được mổ lấy thai cấp cứu.

2. Sa chi: Xử trí như trên

NGHIỆM PHÁP LỌT NGÔI CHỎM

Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm là thủ thuật chủ động bấm ối sớm để thử thách xem thai nhi có thể lọt được hay không.

CHỈ ĐỊNH: Nghi có bất tương xứng thai nhi và khung chậu

- Khung chậu bình thường, thai nhi to
- Khung chậu giới hạn, thai nhi bình thường

CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Khung chậu hẹp hoàn toàn, khung chậu hình phễu
- Thai suy
- Không phải là ngôi chỏm
- Sa dây rốn

ĐIỀU KIỆN:

- Làm ở nơi có thể phẫu thuật được
- Thai sống
- Khi cổ tử cung mở 3 - 4 cm.
- Có người theo dõi

KỸ THUẬT:

- Sản phụ nằm theo tư thế sản khoa. Khám kỹ sản phụ để xem có đủ điều kiện chưa
- Dùng kim bấm ối, bấm ngoài cơn co.
- Để tay trong âm đạo cho nước ối chảy từ từ, hướng đầu thai nhi vào eo trên và quan sát mầu sắc nước ối.
- Xé rộng màng ối để cho ngôi tỳ vào cổ tử cung
- Kiểm tra lại xem có sa dây rốn hay không
- Nghe lại nhịp tim thai
- Ghi vào biểu đồ chuyển dạ
- Trong thời gian làm nghiệm pháp nên cho kháng sinh dự phòng.

THEO DÕI: theo biểu đồ chuyển dạ

ĐÁNH GIÁ NGHIỆM PHÁP VÀ XỬ TRÍ

- Nếu cơn co thưa có thể chỉ định dùng thuốc tăng co, nếu cơn co mau thì dùng thuốc giảm co.
- Sau mỗi giờ đánh giá kết quả nghiệm pháp một lần: cơn co, độ mở cổ tử cung, chỉ số Bishop, nhịp tim thai.
- Thời gian làm nghiệm pháp không nên kéo dài, tối đa là 6 giờ nếu không tiến triển tốt thì có chỉ định can thiệp.
- Nếu có bất thường về tim thai, cơn co, độ mở cổ tử cung hay ngôi không lọt thì chỉ định mổ lấy thai.
- Nếu nghiệm pháp thành công, thai lọt được thì cho đẻ đường dưới.

ĐỠ ĐẺ THƯỜNG NGÔI CHỎM – CHẨM VỆ

Bảng kiểm về công tác chuẩn bị trước khi đỡ đẻ

TT	Nội dung	Có	Không	Vô khuẩn*
1	Tư vấn cho sản phụ về quá trình đẻ sắp diễn ra và động viên sự hợp tác cần có của họ.			
2	Rửa vùng sinh dục ngoài cho SP			
3	Sát khuẩn vùng sinh dục sau rửa bằng Betadin			
4	Kiểm tra lại mạch			
5	Kiểm tra lại huyết áp			
6	Nghe lại nhịp tim thai			
7	Đo lại cơn co tử cung			
8	Ghi kết quả khám vào biểu đồ chuyển dạ			
9	Rửa tay			
10	Đi găng vô khuẩn			
11	Thông tiểu cho sản phụ (Nếu cần).			
12	Khám trong để xác định đã đủ điều kiện đỡ đẻ			
13	Trải săng vô khuẩn trên bụng và dưới mông SP			
14	Hướng Dộn SP cách rặn, cách thư dãn và thở sâu khi ngoài cơn rặn và cách thổi ra nhanh, liên tiếp khi không được rặn nữa.			
15	Sát khuẩn lại hai bàn tay NHS đã đi găng trước khi bắt đầu thao tác đỡ đẻ			

Ghi chú (*):

- Trong cột vô khuẩn, nếu thao tác đảm bảo vô khuẩn tốt thì đánh dấu. Nếu không thực hiện được vô khuẩn thì để trống.
- Những ô thẫm màu không đánh giá về vô khuẩn

Bảng kiểm thao tác đỡ đẻ thường ngôi chỏm-chẩm vệ

TT	Nội dung	Có	Không	Vô khuẩn*
	A- Đỡ đầu			
1	Dùng tay thuận giữ tầng sinh môn qua một miếng gạc hay một săng vô khuẩn			
2	Hai ngón 2 và 3 của tay kia vít chỏm cho đầu cúi hơn			
3	Khi chỏm đã lộ ra khỏi âm hộ, 1 bàn tay ôm lấy chỏm hướng lên trên để các phần trán, mắt, mũi, mồm, cằm chui ra. Khi làm thao tác này nói SP không được rặn nữa (thổi mạnh và nhanh).			
4	Cùng với thao tác 3, tay kia vẫn giữ TSM cho khỏi rách.			
5	Dùng gạc quấn trên đầu ngón tay luồn vào mồm thai lau nhớt (hoặc hút nhớt bằng ống hút).			
6	Chờ cho đầu thai tự xoay thì NHS mới giúp nó xoay tiếp cho chẩm sang hẳn một phía (trái ngang hay phải ngang).			
	B- Đỡ vai			
7	Luồn một ngón tay vào phía cổ thai xem có vòng rau quấn cổ hay không. Nếu không có, tiếp tục đỡ theo thao tác từ số 10 trong bảng kiểm.			
8	Nếu có vòng rau quấn cổ lỏng, nới lỏng thêm rồi tiếp tục đỡ theo thao tác từ số 10 trong bảng kiểm.			
9	Nếu có vòng rau quấn cổ chặt hoặc có 2-3 vòng cùng quấn cổ thì phải luồn 2 kẹp cặp cắt dây rốngiữa 2 kẹp rồi mới đỡ tiếp.			
10	áp hai bàn tay vào hai bên thái dương của thai.			
11	Kéo nhẹ thai xuống theo hướng rốn-xương cụt (hướng về phía chân của NHS) và hướng dẫn sản phụ rặn nhẹ cho đến khi vai trước sổ.			
12	Để đỡ vai sau, 1 bàn tay ôm lấy đầu thai cho gáy thai nằm giữa ngón 1 và 2 để kéo đầu lên trên.			
13	Cùng với thao tác 12, bàn tay kia cần giữ vào TSM để tránh bị rách khi vai sau sổ.			
	C- Đỡ mông và chi			

14	Tay giữ gáy thai khi đỡ vai sau vẫn giữ nguyên, tay giữ TSM chuyển theo các phần ngực, bụng, mông và chi dưới.			
15	Khi đến bàn chân của thai thì nhanh chóng bắt lấy để cho hai bàn chân nằm giữa khe các ngón 2,3, 4 của tay đỡ mông. Thai được giữ theo tư thế nằm ngang.			
16	Đặt thai nhi mới đỡ ra trên phần bàn đẻ phía mông SP, hoặc đặt thai nằm lên bụng mẹ. Nếu có người phụ đỡ đẻ thì NHS cứ giữ thai trên hai tay mình như lúc đỡ ra để người phụ cặp, cắt rốn.			
17	Chờ dây rốn hết đập mới tiến hành cặp, cắt. Trường hợp thai đẻ ra bị ngạt thì không chờ đợi mà cần cặp cắt rốn ngay.			
18	Chuyển bé ra bàn hồi sức và làm rốn.			

Ghi chú (*): Trong cột vô khuẩn, nếu thao tác đảm bảo vô khuẩn tốt thì đánh dấu. Nếu không thực hiện được vô khuẩn thì để trống.

KỸ THUẬT ĐỠ ĐẺ TRONG NGÔI MÔNG

CHỈ ĐỊNH: Khi cổ tử cung mở hết , mông lọt thấp ở tầng sinh môn.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Trong tất cả các trường hợp ngôi mông có kèm theo một yếu tố đẻ khó (thai to, sẹo mổ cũ, dây rau quấn cổ, đầu ngửa nguyên phát, rau tiền đạo. Dị dạng tử cung, tử cung có u xơ, mẹ lớn tuổi...) và suy thai.

CHUẨN BỊ

1. Thầy thuốc:
   - Là y bác sỹ, nữ hộ sinh chuyên khoa sản có kinh nghiệm.
   - Trang phục rửa tay,mặc áo,đội mũ, mang găng vô khuẩn
   - 1 người phụ.
2. Sản phụ:
   - Được giải thích và hướng dẫn cách rặn đẻ
   - Nằm trên bàn đẻ theo tư thế sản khoa.
   - Sát khuẩn âm hộ, tầng sinh môn.
   - Trải khăn vô khuẩn dưới 2 mông và đùi.
   - Thông tiểu
   - Có thể gây tê thần kinh thẹn trong
3. Phương tiện:
   - Phương tiện để hồi sức sơ sinh
   - Đường truyền tĩnh mạch và oxytocin.
   - Bộ dụng cụ đỡ đẻ, cắt khâu tầng sinh môn.

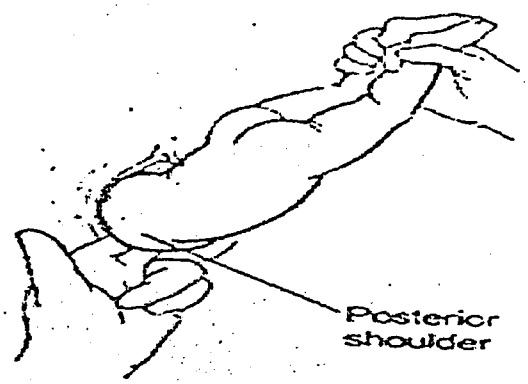
KỸ THUẬT ĐỠ ĐẺ NGÔI MÔNG

1. Nguyên tắc

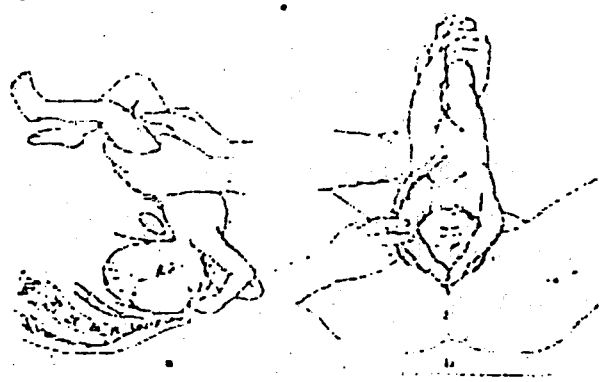
   Nên để cuộc đẻ xảy ra một cách tự nhiên, khi cổ tử cung mở hết, và các tổ chức phần mềm dãn nở tốt, sản phụ rặn, thầy thuốc đỡ thai, chỉ can thiệp khi đầu sổ.
2. Phương pháp Xôvianốp:

   Mục đích: làm cho ngôi lọt và xuống trong tiểu khung từ từ, để cho cổ tử cung âm đạo, tầng sinh môn giãn tốt. Muốn vậy người đỡ đẻ phải giữ ngôi không cho sổ ra ngoài trong một thời gian nhất định.
3. Đối với ngôi mông hoàn toàn
   - Khi ngôi đã thập thò ở âm hộ, người đỡ đẻ dùng một miếng gạc lớn giữ âm hộ mỗi khi có cơn co để cho mông không sổ sớm trong khoảng 15 - 20 phút.
   - Theo dõi tim thai, nếu thai suy thì phải dừng giữ mông và để ngôi sổ.
   - Nếu thai không suy, khi mông thai nhi muốn bật tay người đỡ đẻ ra ngoài, lúc đó buông tay ra để mông sổ

4. **Đối với ngôi mông không hoàn toàn kiểu mông**
   - Khi mông sổ ra ngoài hai tay người đỡ đẻ ôm vào đùi thai nhi, ngón cái về sau đùi, các ngón khác về xương cùng.
   - Hướng khối thai lên trên, chuyển dần tay về phía chân thai nhi.
   - Giữ cho chân thai nhi luôn luôn áp vào bụng và ngực giúp giãn nở các phần mềm tốt, và để tay thai nhi không bị dơ ngược.
5. **Sinh ngược có can thiệp từng phần**
   - Để sinh tự nhiên đến rốn, hỗ trợ thì sinh vai, tay, và đầu hậu.
   - Khi mông đã sổ, nếu thấy dây rốn căng phải kéo nhẹ dây rốn ra để đỡ căng, không đụng đến bụng và thân thai nhi.
   - **Thủ thuật lovset** (hỗ trợ sinh vai): Lúc vai đã lọt và sắp sổ, nhấc nhẹ chân thai nhi về phía xương vệ người mẹ để vai sau và tay sổ ra ngoài rồi hạ thân thai nhi ở vị trí nằm sấp. Nếu vai sau đã đi qua bờ của tiểu khung trong khi vai trước hãy còn ở trên cao (nằm trên vai sau) nắm 2 đùi thai nhi với các ngón tay ở phía trước, ngón cái ở phía sau đùi, quay thân của thai nhi sao cho vai sau được đưa ra phía trước, thường quay theo chiều kim đồng hồ, trong quá trình đó cánh tay sẽ bị đẩy xuống phía dưới đến bờ dưới cung xương vệ và sổ ra ngoài, tránh ôm vào bụng thai nhi gây phản xạ thở của trẻ.
   - Trường hợp các cánh tay ở sau gáy có thể sửa chữa tình huống này bằng thủ thuật tương tự, trong đó đứa trẻ được quay đủ 180^0 trong quá trình quay cánh tay trước được đẩy ra phía trước qua mặt đứa trẻ và cuối cùng xuống phía dưới để có thể sổ ra bên dưới cung xương vệ. Cùng quá trình ấy được thực hiện cho cánh tay kia.



   - Một số thủ thuật giúp sổ đầu hậu
   - **Thủ thuật Bracht : áp dụng trong trường hợp con nhỏ, con rạ, tầng sinh môn mềm giãn nở tốt.** Khi thân thai nhi và 2 tay đã sổ ra ngoài, người phụ ấn vào trên về để đầu cúi tốt cho đến khi hạ chẩm sổ đến bờ dưới của khớp vệ thì người đỡ đẻ nâng thai ngược lên về phía bụng mẹ để đầu thai nhi ngửa dần, cằm, mặt và các phần còn lại của đầu lần lượt sổ ra khỏi âm hộ.



– Thủ thuật Mauriceau (áp dụng con so tầng sinh môn chắc thai hơi to) sau **khi vai đã sổ ra ngoài để thai nhi nằm vắt trên mặt trong của cẳng tay người đỡ.** Ngón trỏ và ngón giữa của bàn tay này cho vào mồm thai đè vào hàm dưới trên lưỡi tới đáy lưỡi của thai, mục đích giúp đầu hậu cúi tốt., Trong khi đó ngón trỏ và ngón giữa của bàn tay còn lại đè lên gáy thai nhi tạo một lực kéo theo hướng ra sau xuống dưới. Phải kéo đều tay, liên tục đến khi hạ chẩm sổ ra đến bờ dưới của khớp vệ, lúc đó cho đầu ngửa dần bằng cách nâng thai lên dần về phía bụng mẹ để sổ mặt và các phần còn lại của đầu.

ĐẺ CHỈ HUY

ĐỊNH NGHĨA

Đẻ chỉ huy là một cuộc đẻ do người thầy thuốc sản khoa khởi động và điều khiển các cơn co tử cung.

1. **Khởi phát chuyển dạ:** kích thích để tử cung bắt đầu có cơn co.
2. **Tăng cường chuyển dạ:** kích thích tử cung trong chuyển dạ nhằm tăng tần số, thời gian và độ mạnh của cơn co.

Một cuộc chuyển dạ thực sự được tạo ra khi có 3 cơn co trong 10 phút, và cường độ cơn co tăng dần.

CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Chỉ định:
   - Mẹ bị bệnh cần lấy thai ra sớm theo đường dưới.
   - Thai quá ngày sinh, hết tuần thứ 41 (Kiểm tra bằng siêu âm)
   - ối vỡ non, ối vỡ sớm mà cơn co tử cung thưa yếu
2. Chống chỉ định:
   - Bất tương xứng giữa thai nhi và khung chậu
   - Bất thường ở tử cung: tử cung dị dạng, nhân xơ, sẹo mổ đẻ cũ, sẹo mổ bóc nhân xơ
   - Không phải là ngôi đầu
   - Có dấu hiệu suy thai

CHUẨN BỊ:

1. Phương tiện:
   - Kim dài 15cm vô khuẩn để chọc ối
   - Găng vô khuẩn, kim và dây truyền vô khuẩn
   - Dung dịch Dextrose hoặc Glucose 5%
   - Thuốc Oxytocin 5 đơn vị
   - Phiếu theo dõi tiêm truyền và Biểu đồ chuyển dạ
2. Điều kiện:
   - Chỉ được gây đẻ chỉ huy tại cơ sở có phaóu thuật
   - Cán bộ y tế: Bác sĩ chuyên khoa
   - Sản phuù: được giải thích rõ
   - Được khám và đánh giá tình trạng thai, cổ tử cung, ngôi thai bằng chỉ số Bishop.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Bấm ối: Nếu cổ tử cung đã hé mở, người đẻ con rạ và có khả năng lọt dễ thì chỉ cần bấm ối, xé rộng màng ối cho dầu xuống tì vào cổ tử cung
2. Sau khi bấm ối:
   - Nghe lại nhịp tim thai trong và sau cơn co tử cung. Nếu nhịp tim thai bất thường (dưới 120 hoặc trên 160 nhịp mỗi phút), phải nghi ngờ suy thai.
   - Cho kháng sinh dự phòng để giúp giảm nhiễm khuẩn liên cầu khuẩn nhóm B ở trẻ sơ sinh. Thường là dùng nhóm β- Lactamin.
3. Truyền Oxytocin
   - Truyền oxytocin 5 đơn vị trong 500 ml dịch Dextrose 5% (hoặc Glucose 5%) với tốc độ 10 giọt mỗi phút.
   - Tăng tốc độ truyền 10 giọt /phút mỗi 30 phút cho đến khi đạt được cơn co hữu hiệu (cơn co kéo dài trên 40 giây và có 3 cơn co trong 10 phút).
   - Duy trì tốc độ này đến khi sinh xong.
   - Nếu tử cung quá kích thích (bất cứ cơn co nào kéo dài trên 60 giây), hoặc nếu hơn 4 cơn co trong 10 phút, thì ngừng truyền và cho thuốc giảm co bóp tử cung.
   - Nếu sau 6 giờ vẫn chưa tạo được chuyển dạ, coi như đẻ chỉ huy thất bại, phải mổ lấy thai.

THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

- Theo dõi mạch, huyết áp, cơn co tử cung, nhịp tim thai, độ xóa mở cổ tử cung và độ tiến triển của ngôi.
- Đảm bảo cho sản phụ nằm nghiêng trái.
- Ghi lại các kết quả quan sát trên biểu đồ chuyển dạ theo dõi mỗi 15 phút/lần:
- Tốc độ truyền oxytocin

  Lưu ý: Thay đổi tư thế cánh tay có thể làm thay đổi tốc độ dòng chảy.
- Thời gian và tần số các cơn co tử cung.
- Nhịp tim thai: nghe mỗi 30 phút, nghe ngay sau mỗi cơn co tử cung. Nếu nhịp tim thai dưới 120 nhịp mỗi phút, phải ngừng truyền và mổ lấy thai ngay.
- Có thể gây vỡ tử cung do truyền oxytocin gây cơn co mau, mạnh mà không điều chỉnh lưu lượng truyền, do không theo dõi sát. Cần mổ cấp cứu lấy thai đẻ cứu mẹ và con.

XỬ LÝ THAI THỨ HAI TRONG SINH ĐÔI

CÁC NGUY CƠ KHI ĐẺ THAI THỨ HAI TRONG SINH ĐÔI

- Suy thai: thường gặp ở thai thứ hai
- Sa dây rốn: nếu gặp ở thai thứ hai thì nguy cơ cho thai cao hơn, vì giảm oxy là do bong rau sớm sau khi thai thứ nhất sổ.
- Sang chấn sản khoa : do can thiệp bằng các thủ thuật sản khoa (nội xoay thai, đại kéo thai) trong thai thứ hai
- Ngôi thai có thể chuyển sang các ngôi đẻ khó.
- BHSS

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đỡ thai thứ nhất như bình thường và giao cho người phụ chăm sóc
- Cho tay vào âm đạo kiểm tra ngay ngôi, thế, kiểu thế của thai thứ hai. Nếu ngôi thuận thì chờ đợi có cơn co tử cung rồi bấm ối và đỡ đẻ như thường lệ.
- Ngôi bất thường (ngôi ngang, ngôi trán) thì phải bấm ối ngay và nội xoay thai thành ngôi ngược. Sau đó đỡ đẻ ngôi ngược như thường lệ.
- Sau sổ thai, đặt Cytotec 200mcg/vien 2 vien vaúo haọu moõn.
- Phải theo dõi sau khi sổ nhau để đề phòng chảy máu vì bánh nhau to, tử cung giãn rộng. Nếu nhau chậm bong thì bóc nhau nhân tạo và kiểm soát tử cung ngay.
- Sau khi nhau sổ tiêm ngay 5 - 10 đơn vị Oxytocin vào cơ tử cung
- Kiểm tra bánh rau để biết xem có sót rau không và để xác định sinh đôi một noãn hay hai noãn.

KỸ THUẬT ĐẶT FORCEPS

Forceps là một loại dụng cụ dùng để đưa vào âm đạo, giữ chắc đầu thai nhi và kéo ra ngoài theo cơ chế gần giống với tự nhiên.

CHỈ ĐỊNH

1. Về phía mẹ
   - Mẹ không còn sức rặn hoặc rặn không hiệu quả.
   - Các trường hợp không được rặn: do mẹ mắc bệnh nội khoa (bệnh tim, phổi thận, thần kinh...), mẹ có sẹo mổ cũ, sản giật và tiền sản giật.
2. Về phía con: Thai suy.

ĐIỀU KIỆN

- Đầu đã lọt thấp trong tiểu khung.
- Cổ tử cung mở hết.
- Thai sống.
- ối vỡ hoặc bấm ối trước khi làm thủ thuật.

CHUẨN BỊ:

1. Bác sỹ thành thạo kỹ thuật.
   - Khám lại toàn trạng cho sản phụ trước khi đặt Forceps.
   - Trang phục vô khuẩn (rửa tay, mặc áo mang mũ, khẩu trang, mang găng vô khuẩn).
   - Thăm khám xác định lại rõ ngôi thế, kiểu thế, độ lọt và các điều kiện.
2. Sản phụ
   - Được giải thích đầy đủ lý do làm thủ thuật.
   - Giảm đau bằng Dolargan 50mg hay Seduxen 10mg tiêm bắp, hoặc gây tê thần kinh thẹn trong
   - Sát khuẩn rộng âm hộ và tầng sinh môn.
   - Thông tiểu.
   - Trải khăn vô khuẩn dưới mông và 2 đùi.
   - Nếu chỉ định vì lý do bệnh tim, huyết áp cao, tiền sản giật, phải cho thuốc điều trị bệnh cho mẹ trước.
   - Nếu thai suy cho mẹ thở oxy.
   - Sản phụ nằm trên bàn đẻ, tư thế sản khoa, đầu hơi cao, đùi dạng.
3. Dụng cụ
   - Bộ Forceps Simpson, Kielland
   - Bộ dụng cụ đỡ đẻ, bộ cắt khâu tầng sinh môn
   - Bộ dụng cụ hồi sức thai

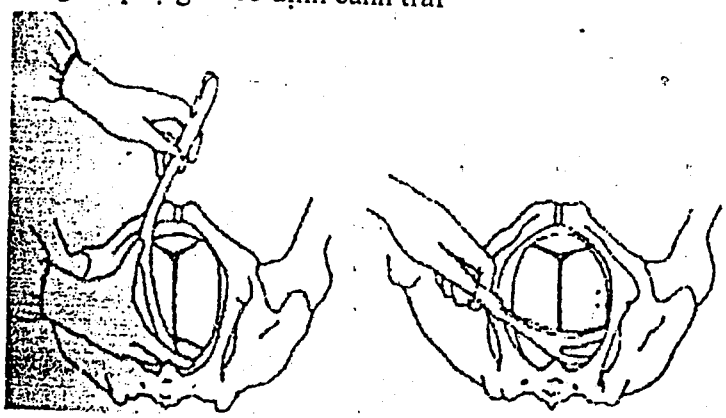
- Bộ kiểm tra cổ tử cung
- 4 tấm vải hấp để trải cho sản phụ
- 2 đôi găng tay vô khuẩn
- Thông tiểu vô khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn tầng sinh môn.

QUY TRÌNH ĐẶT FORCEPS KIỂU CHẨM VỆ

1. Đặt cành

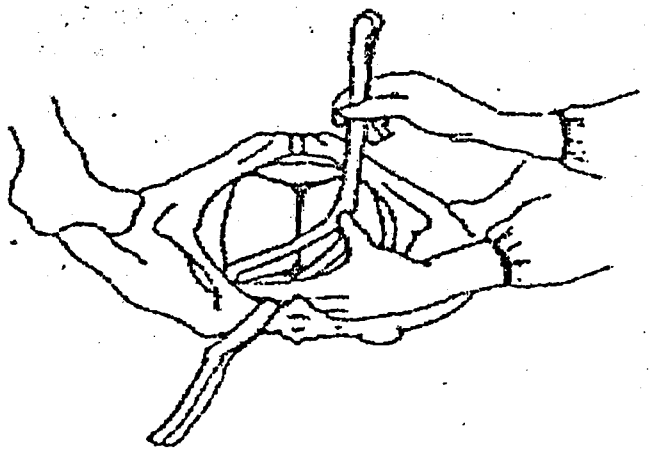
1.1. Đặt cành trái trước

- Tay trái cầm cành trái như kiểu cầm bút, hoặc cầm cây vĩ của đàn Violon, tùy thuộc thói quen
- Tay phải đưa 3-4 ngón vào sâu trong âm đạo, để bảo vệ và hướng cho cành Forceps đi theo hướng chẩm cằm của thai.
- Cành Forceps lúc đầu để đứng, lách cho thìa vào giữa đầu thai nhi và thành trái âm đạo, vừa đưa thìa vào vừa hạ cán xuống cho cửa sổ của Forceps áp vào vùng tai của thai nhi.
- Vị trí của cành trái ở phía 3 giờ
- Giao cho người phụ giữ cố định cành trái



1.2. Đặt cành phải

- Thao tác giống như cành trái nhưng đổi tay.
- Vị trí của cành phải ở 9 giờ



1.3. Lắp cành

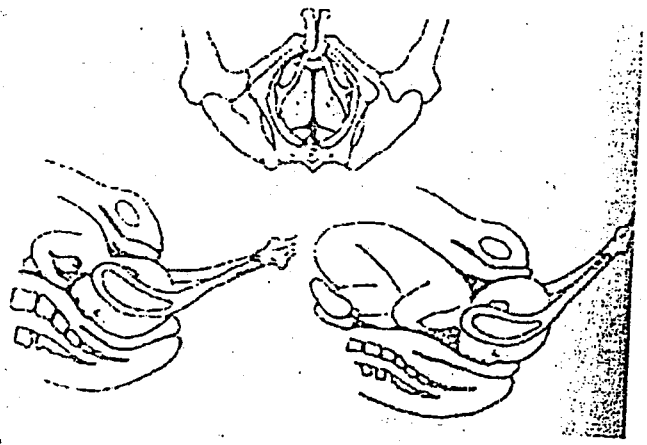
Nếu đặt đúng thì cành sẽ khớp dễ dàng

1.4. Kiểm tra

- Cành không hở (phần cửa sổ của thìa được che lấp gần hết)
- Không kẹp phải phần mềm.

1.5. Kéo

- Thầy thuốc phải ngồi trên ghế đẩu có độ cao phù hợp
- Kéo bằng lực của cẳng tay
- Kéo từ từ theo cơ chế đẻ.
- Cắt tầng sinh môn nếu cần thiết, cắt giữa hai cành Forceps.



1.6. Tháo cành

- Khi lưỡng đỉnh qua âm hộ thì ngừng kéo và tháo cành
- Tháo cành phải trước,vuốt cành theo chiều cong của đầu, nâng cành từ vị trí nằm ngang lên thẳng đứng, và ngả sang phía đùi trái (đối diện). Giữ tầng sinh môn khi tháo cành.
- Tháo cành trái sau tương tự như tháo cành phải.
- Đỡ đẻ tiếp tục như đẻ thường.

2. Kiểm tra sau đặt Forceps

2.1.Mẹ: Rách tầng sinh môn, rách âm đạo, rách cổ tử cung,vỡ tử cung, dò bàng quang âm đạo khi đặt Forceps khó.

2.2.Con: Các sang chấn: liệt thần kinh mặt, sang chấn não, chảy máu màng não, sang chấn mắt.

2.3.Xử trí các biến cố

2.4.Mẹ

- Khâu vết rách cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn
- Nếu vỡ tử cung phải mổ cấp cứu.

2.5.Con: xử trí các biến chứng xảy ra cho sơ sinh.

KỸ THUẬT LÀM GIÁC HÚT SẢN KHOA

Giác hút là một thủ thuật dùng bầu giác tạo ra bởi áp lực âm bám chắc vào đầu thai nhi, để hỗ trợ cho sản phụ rặn, cho thai sổ ra theo cơ chế đẻ.

CHỈ ĐỊNH

- Mẹ rặn yếu,
- Mẹ rặn không chuyển (con so trên 45 phút, con rạ trên 30 phút)

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những trường hợp không được rặn (huyết áp cao, dọa vỡ tử cung, bệnh tim mạch, sẹo mổ cũ ở tử cung).
- Con non tháng
- Bướu huyết thanh lớn
- Suy thai

ĐIỀU KIỆN

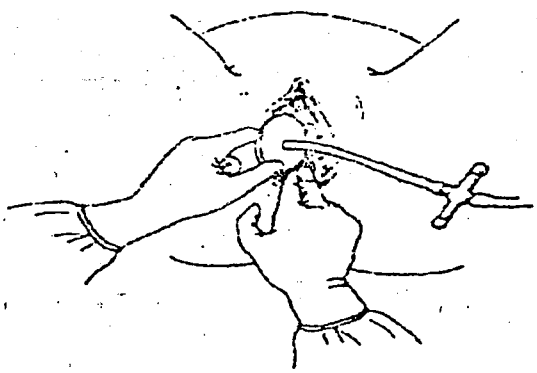
- Ngôi chỏm đã lọt thấp
- Cổ tử cung mở hết
- ối đã vỡ hay bấm ối
- Thai sống

CHUẨN BỊ

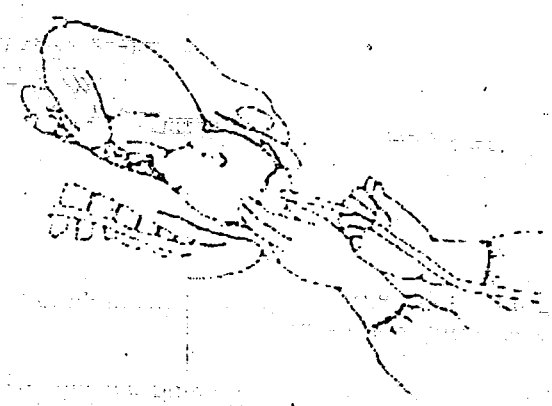
1. Bác sỹ sản khoa thành thạo kỹ thuật
   - Người chính, người phụ, người giúp việc.
   - Mũ áo khẩu trang, rửa tay, đi găng vô khuẩn.
2. Sản phụ
   - Được giải thích đầy đủ lý do can thiệp
   - Vệ sinh âm hộ, sát khuẩn, trải vải
   - Không cần tiêm thuốc giảm đau
3. Dụng cụ
   - Bầu giác số 4, số 5, số 6
   - Oẽng nối bầu với máy hút chân không
   - Bơm chân không (bơm tay hoặc đạp chân, chạy điện)
   - Bộ đỡ đẻ, Bộ cắt khâu tầng sinh môn, bộ kiểm tra cổ tử cung
   - Dụng cụ chữa ngạt sơ sinh
   - Găng tay, vải trải vô khuẩn
   - Thông tiểu vô khuẩn

KỸ THUẬT TIẾN HÀNH

1. Người làm thủ thuật rửa tay mặc áo, đội mũ đeo găng vô khuẩn
2. Sát khuẩn âm hộ tầng sinh môn
3. Thông tiểu
4. Kiểm tra lại độ lọt, kiểu thế, độ mở cổ tử cung.
5. Lắp tay cầm, dây xích, ống cao su vào bầu giác và lắp vào bộ phận bơm
6. Chọn bầu giác lớn nhất phù hợp với ngôi (thường là bầu giác số 5). Đặt nghiêng cho nửa bầu giác vào trước để giảm đường kính để đặt rồi cho nốt nửa bầu giác còn lại. Đặt bầu giác trên nền xương cứng, tránh các thóp. Sau đó cho một ngón tay đi vòng quanh miệng bầu giác để chắc chắn không có phần mềm âm đạo hay cổ tử cung của người me lọt vào bầu giác.



7. Người phụ bơm từ từ cho áp lực lên từng 0,2 kg/cm2 để bầu giác bám vào da đầu
8. Kiểm tra lại phần mềm, nếu chắc chắn không lọt vào bầu hút thì nâng áp lực chân không lên 0,6 kg/cm2 đến 0,8 kg/cm2. (Nếu là con rạ chỉ cần 0,6 kg/cm2.)
9. Bơm từ từ cho da đầu có thì giờ tạo thành bướu huyết thanh nhân tạo, bám chắc thành bầu để khi kéo không bị tuột.
10. Chờ cơn rặn, kéo bầu giác theo hướng vuông góc với mặt phẳng của bầu, trong khi một tay ngoài kéo, một ngón tay giám sát bên trong xem bầu có bị hở không.
11. Kéo giác hút đồng nhịp với cơn rặn, kéo bằng lực của cẳng tay, theo cơ chế đẻ. Giữ tầng sinh môn khi trán sổ. Cắt tầng sinh môn nếu cần



12. Khi lưỡng đỉnh đã sổ ra âm hộ, mở khóa chân không từ từ, và tiếp tục đỡ đẻ như thường.

Chú ý

- Không kéo giác hút quá 10 phút.

- Nếu kéo không thấy chuyển, cần kiểm tra xem có gì bất thường không.
- Nếu bầu giác tuột không neõn làm lại lần 2.

THEO DÕI SAU THỦ THUẬT VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, toàn trạng của sản phụ.
- Kiểm tra thành âm đạo, cổ tử cung, nếu rách khâu cầm máu
- Phát hiện các sang chấn ở sơ sinh như chấn thương sọ não, cần phát hiện sớm để xử lý

HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT

ĐỊNH NGHĨA: Sơ sinh ngạt là sơ sinh đẻ ra sau 1 phút vẫn không thở, không khóc được.

PHÂN LOẠI NGẠT: Dựa vào chỉ số Apgar

Chỉ số Apgar

Điểm / Chỉ số	0	1	2
Nhịp Tim	0 hoặc rời rạc	< 100 l/ 1phút	>100 l/ 1phút
Nhịp Thở	0 hoặc ngáp	Rối loạn, thở yếu	Đều, khóc to
Mầu sắc da	Trắng nhợt hoặc tím toàn thân	Tím từng phần	Hồng hào
Trương lực cơ	Cơ nhẽo	Tứ chi hơi co	Tứ chi co tốt
Phản xạ (nhăn mặt, mút)	Không có	Chậm.	Đáp ứng tốt

Tổng số điểm

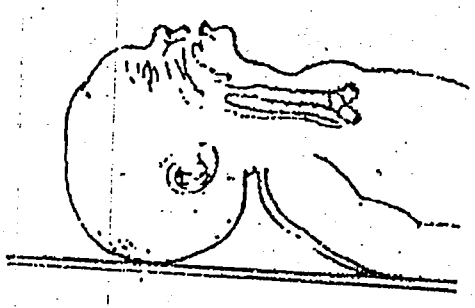
- 8 — 10 : Bình thường
- 6 - 7 : Ngạt nhẹ
- 4 - 5 : Ngạt nặng
- < 4 : Ngạt rất nặng (ngạt trắng)
- 0 : chết

CHUẨN BỊ

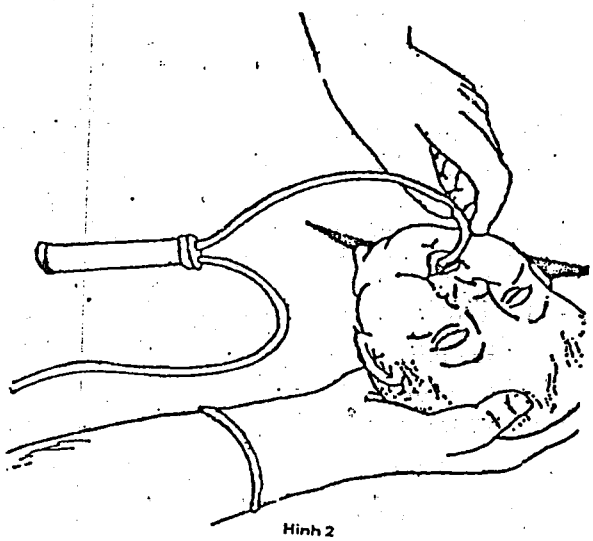
1. Bác sĩ, y sỹ, nữ hộ sinh đã được đào tạo về hồi sức sơ sinh
2. Phương tiện
   - ống hút có gắn bầu thuỷ tinh (hoặc bầu nhựa) để hút
   - Quả bóng và mặt nạ sơ sinh để hô hấp nhân tạo
   - Đèn soi khí quản và ống nội khí quản sơ sinh (số 2,5 — 3 — 3,5)
   - Catheter thông TM rốn để tiêm thuốc
   - Thuốc: dung dịch natri bicarbonat 4,2% , adrenalin 1mg .
   - Dung dịch Glucose 10%.
   - Bình oxy với đồng hồ đo áp lực
3. Bàn hồi sức được sưởi ấm

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

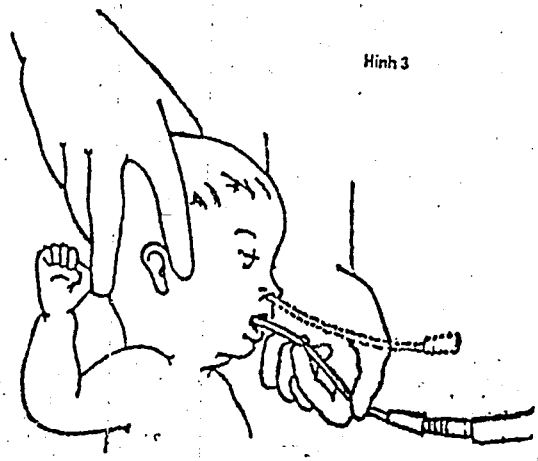
1. **Làm thông đường hô hấp:** Đặt trẻ đúng tư thế:nằm đầu ngửa, có gối mỏng kê ở hai vai trẻ cao lên khoảng 2-3cm (Hình1)
   - Hút miệng, họng hầu của trẻ trước bằng ống thông số 6 hoặc số 8 (Hình2)
   - Hút hai lỗ mũi trẻ sau bằng ống thông số 6 (Hình 3)
   - Nếu cần hút tiếp sâu vào khí quản bằng ống thông số 4 qua đèn soi nội khí quản để hút sạch các loại dịch tiết và nước ối.



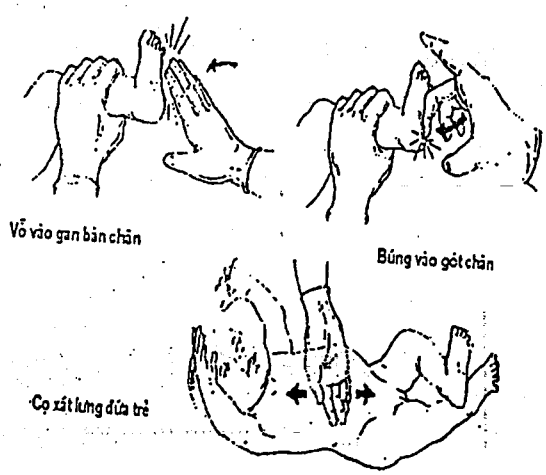
Hình 1: Cổ hơi ngửa lên



Hình 2



Hình 3



2. **Tạo nhịp thở (hô hấp nhân tạo)**
   - Kích thích hô hấp qua da bằng cách xoa má, ngực, bụng, lưng và búng vào gót hoặc vào gan bàn chân (hình 4), không dốc ngược, không vỗ vào lưng, không xoa cổn.
   - Thông khí bằng mặt nạ: phương pháp này chỉ được làm sau khi đã hút thông đường hô hấp, đặt trẻ nằm ngửa đúng tư thế, đẩy hàm dưới ra trước, đặt mặt nạ thích hợp chụp kín mồm và mũi sơ sinh ngạt, nối quả bóng với nguồn oxy (hoặc khí trời) từ 4 đến 6 lít trong một phút, bóp bóng với áp lực 25-30cm nước (tương đương với 2-3 ngón tay) với tần số 40-60 lần bóp một phút, chú ý quan sát lồng ngực nhô đều 2 bên mỗi lần bóp và bóp vừa phải để tránh vỡ phế nang, thông khí mặt nạ cho đến khi trẻ khóc được hoặc đến khi có nhịp thở đầu tiên thì ngừng
   - Thông khí qua ống nội khí quản:

+ Trong những trường hợp ngạt nặng ngay sau đẻ (Apgar ≤ 5) nếu có điều kiện cần đặt nội khí quản ngay để hút dịch và tiến hành hô hấp nhân tạo hoặc đã thông khí bằng mặt nạ mà trẻ không tốt lên cần phải đặt nội khí quản, nối quả bóng trực tiếp vào ống nội khí quản bóp 40 nhịp /phút hoặc nối vào máy thở (nếu có) điều chỉnh nhịp thở và oxy cho phù hợp

+ Kiểm tra hiệu quả hô hấp nhân tạo bằng cách nhìn thấy lồng ngực giãn nở đều và nghe thấy rì rào phế nang rõ ở cả hai bên phổi

3. **Đảm bảo duy trì huyết động**

- Nếu trẻ bị ngạt trắng (Apgar <4) thì đặt ngay ống nội khí quản rồi kết hợp ép tim ngoài lồng ngực, hoặc trẻ đã được hồi sức thông khí tốt nhưng tim vẫn đập <100 nhịp trong 1phút thì ép tim ở vị trí 1/3 dưới xương ức ngang đường nối hai núm vú, ép với tần số 120 lần/1 phút bằng cách đặt trẻ trên 2 lòng bàn tay và ép với 2 ngón cái đặt chéo nhau
- Nhỏ Adrenalin vào ống nội khí quản, liều lượng 0,1mg/kg trọng lượng cơ thể. Nếu không có ống nội khí quản thì tiêm dưới da dung dịch Adrenalin 1/10.000 (1 ống Adrenalin pha với 9ml nước cất, sau đó lấy 1ml dung dịch mới pha pha với 9 ml nước cất thì được dung dịch Adrenalin 1/10.000) với liều lượng như trên. Mỗi lần tiêm 1ml, không quá 3 lần.

4. **Thuốc**

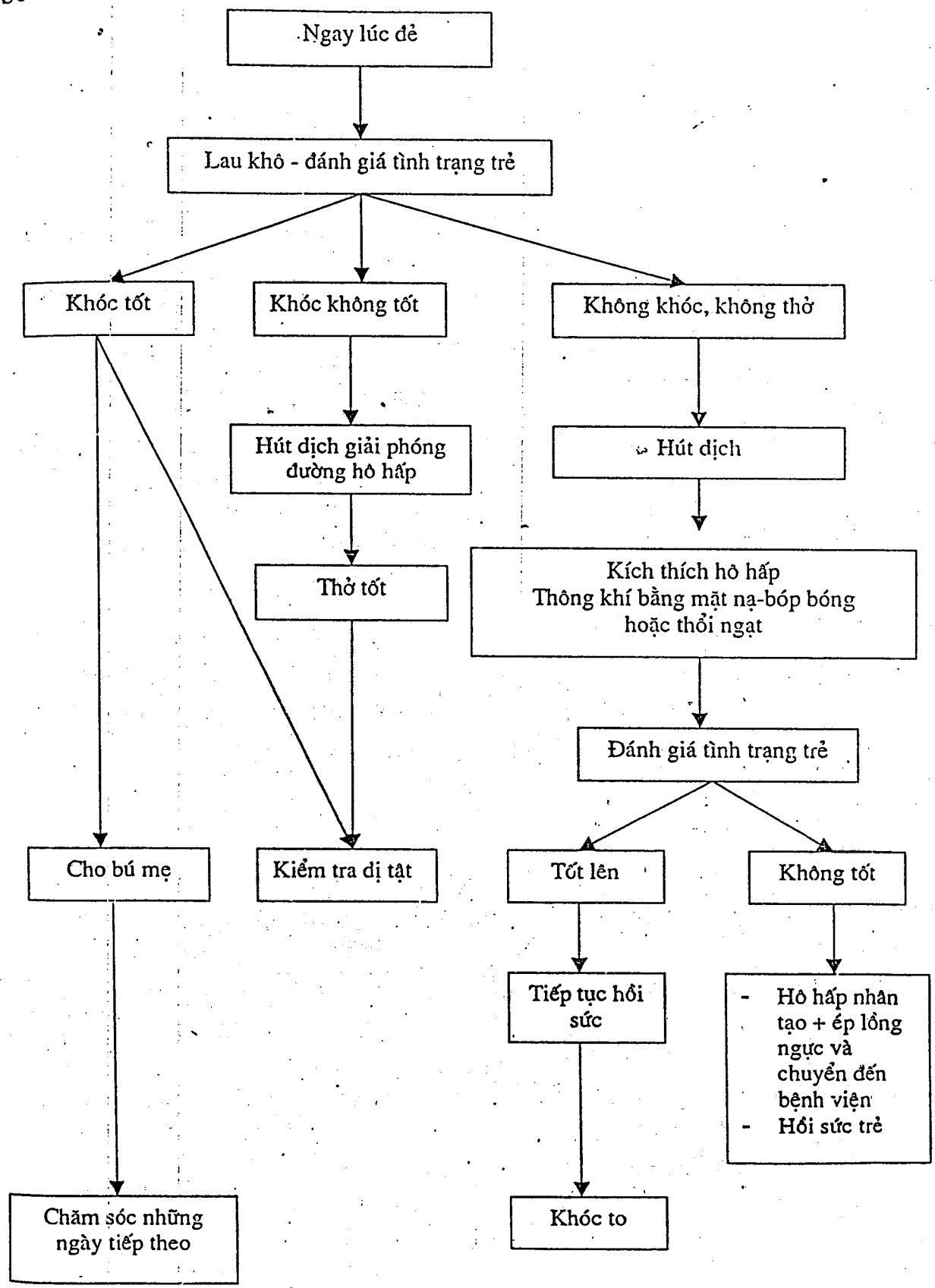
Để hồi sức chống toan máu và tránh hạ đường huyết ta có thể truyền bằng kim bướm vào tĩnh mạch ngoại vi hoặc bằng ống thông tĩnh mạch rốn vào tĩnh mạch ở cuống rốn, đẩy vào sâu 7 - 8cm.

- Dung dịch Natribicarbonat 4,2% 4 - 5 ml/kg trọng lượng cơ thể
- Dung dịch Glucose 10% 3 - 5ml/kg.

THEO DÕI VÀ PHÒNG NGỪA TAI BIẾN

- Để trẻ ở nhiệt độ 37°C tiếp tục thở oxy, giữ ấm cho trẻ ngạt là rất quan trọng, lau khô da của trẻ bằng khăn sạch vô trùng sau đó tiếp tục ủ ấm cuốn tã, mặc áo ấm tránh để da trẻ trực tiếp với mặt bàn đá, giữ cho trẻ không bị mất thân nhiệt là một điều cần thiết trong khi hồi sức.
- Chống nhiễm khuẩn
- Thử pH máu, cấy vi khuẩn ở họng hầu mũi, chụp tim phổi
- Nuôi dưỡng trẻ
- Các dấu hiệu lâm sàng đánh giá kết quả hồi sức tốt lên là:
  + Trẻ hết tím, hồng hào khóc to
  + Trẻ thở đều, thở sâu, có nhịp thở tự nhiên
  + Nhịp tim đều rõ >100 lần/1phút
  + Phản xạ tốt
  + Trương lực cơ bình thường

Sơ đồ tóm tắt hồi sức sơ sinh



CẮT RỐN VÀ LÀM RỐN SƠ SINH

Cắt rốn: là cắt dây rốn giữa 2 kẹp dây rốn khỏi bánh rau khi thai đã sổ ra ngoài vì khi đó việc duy trì sự sống của thai nhi qua trao đổi máu và khí giữa tử cung và bánh rau thông qua dây rốn không còn nữa

Làm rốn: là cắt ngắn dây rốn, sát khuẩn và băng phần rốn về phía thai nhi.

CHUẨN BỊ DỤNG CỤ VÀ PHƯƠNG TIỆN: tất cả dụng cụ sau đều đã được hấp vô khuẩn

1. Hộp cắt rốn
   - 1 đôi găng tay y tế
   - 2 kẹp có mấu
   - 1 kéo thẳng đầu tù
2. Hộp làm rốn
   - 1 đôi găng tay y tế
   - 1 kéo thẳng đầu tù
   - 2 miếng gạc 6x6cm
   - 1 cuộn băng rốn
   - 1 kẹp nhựa)
   - 1 gạc bông, chấm cồn 70°

ĐIỀU KIỆN:

1. Nữ hộ sinh đỡ đẻ với mũ, áo, khẩu trang, rửa tay sạch và đeo găng vô khuẩn
2. Thai nhi sau khi sổ ra ngoài được NHS đỡ để đầu thấp hơn chân, thấp hơn bàn đẻ, nghiêng đầu, lau sạch dịch ở miệng-mũi ngay tránh để sơ sinh hít phải.
3. Bàn làm rốn phải có đủ ánh sáng, được sưởi ấm và tránh gió lùa

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

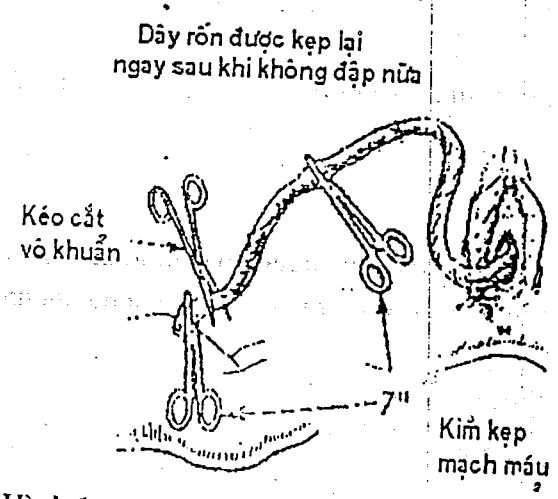
1. Cắt rốn:

Thông thường chờ cho dây rốn hết đập thì bắt đầu tiến hành cắt rốn, trong trường hợp thai suy cần cấp cứu thì tiến hành cắt rốn ngay không cần chờ dây rốn hết đập.

Người phụ mở hộp cắt rốn, lấy kẹp thứ nhất cặp cách chân rốn 15-20cm, vuốt máu dây rốn và cặp kẹp thứ hai cách kẹp thứ nhất 2cm về phía người mẹ

Lấy kéo vô khuẩn cắt dây rốn giữa 2 kẹp (Hình 1)

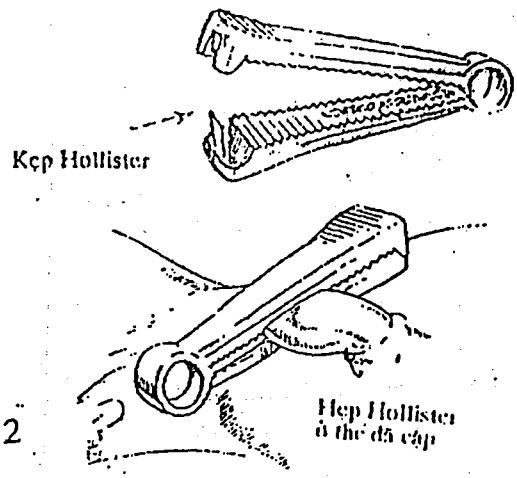
Người đỡ đẻ cầm kẹp dây rốn và bế bé đặt lên bàn làm rốn.



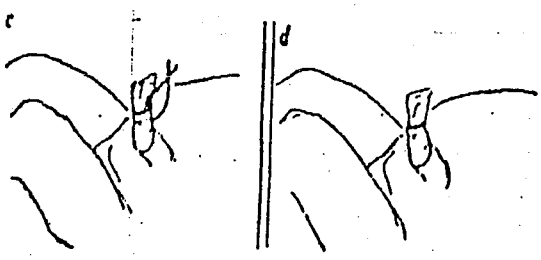
Hình 1

2. Làm rốn:

+ Người đỡ đẻ sau khi lau khô, ủ ấm, hút dịch cho bé, khi đã thở và khóc tốt thì bắt đầu thay đôi găng mới trong hộp làm rốn
+ Nâng kẹp dây rốn lên cao, đặt 1 miếng gạc che quanh chân rốn, sát khuẩn từ chân rốn lên phía kẹp rốn bằng cồn 70°
+ Kẹp rốn nhựa vô khuẩn cách chân rốn chừng 3cm,
+ Cắt bỏ phần dây rốn còn lại trên kẹp.
+ Kiểm tra động mạch và tĩnh mạch trên mặt cắt (đủ là 1 TM và 2 ĐM)
+ Sát khuẩn mặt cắt và dây rốn một lần nữa bằng cồn 70°
+ Bọc kín cuống rốn bằng gạc vô khuẩn
+ Băng rốn vừa phải, không quá chặt, phải che kín hết gạc bọc rốn (có điều kiện sử dụng vòng vải thun vô khuẩn trong gói băng rốn y tế là hợp lý)



Hình 2



Hình 3

THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN:

Việc cắt rốn và làm rốn phải cẩn thận, đồng thời triệt để vô khuẩn, nhưng vẫn phải chú ý theo dõi để tránh tai biến

1. Theo dõi
   - Nút buộc rốn trong những giờ đầu bị lỏng gây chảy máu rốn
   - Tuyệt đối không để rốn ướt và thay băng rốn hàng ngày để đề phòng nhiễm khuẩn rốn
2. Xử trí

- Chảy máu rốn: buộc lại
- Rốn rụng sớm có chảy máu ở chân rốn: tuỳ theo mức độ, nếu chỉ rỉ ít thì băng ép lại, nếu chảy nhiều thì phải khâu cầm máu (nếu không có điều kiện thì tạm băng ép và chuyển trẻ lên tuyến trên để khâu cầm máu)
- Nhiễm khuẩn và ướt chân rốn: rửa sạch hàng ngày bằng nước muối 0,9%, thấm khô, sát khuẩn bằng cồn 70°, nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn lan toả như da vùng quanh rốn đỏ, trẻ có sốt cần chuyển tuyến trên

CẮT VÀ KHÂU TẦNG SINH MÔN

CHỈ ĐỊNH

Về phía người mẹ:

- Âm hộ hẹp, TSM ngắn và rắn. (con so)
- Âm hộ và TSM phù nề do chuyển dạ kéo dài, nhiễm khuẩn

Về phía thai nhi:

- Con so, thai to
- Thai non tháng, tránh sang chấn đầu thai khi qua TSM
- Ngôi chỏm sổ kiểu: chẩm cùng, đầu hậu trong ngôi mông
- Các thủ thuật: Focxep, giác hút

CHUẨN BỊ

- Cán bộ chuyên khoa: nữ hộ sinh, y sỹ, bác sỹ chuyên khoa phụ sản
- Phương tiện: hộp cắt khâu tầng sinh môn (kéo thẳng, kim chỉ catgut vaứ soie, kẹp kim, tampon gạc củ ấu, thuốc tê Lidocain 2%)
- Sản phụ: được hướng dẫn cách rặn

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

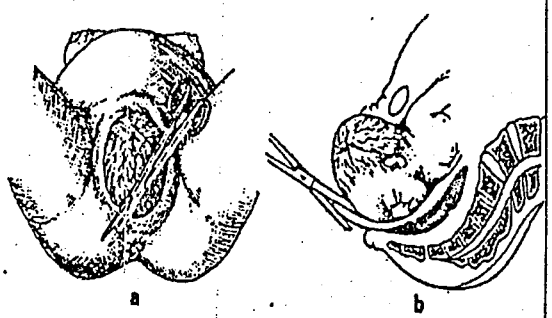
1. Nguyên tắc:

- Cắt đúng lúc, không quá sớm cũng không quá muộn, cắt khi âm hộ và tầng sinh môn đã phồng căng khi ngôi thai đã xuống sâu trong âm đạo, cắt lúc có cơn co tử cung khi sản phụ đang rặn nheù.
- Khi đỡ đầu hậu của ngôi mông có thể cắt ngay từ lúc trước khi sổ đầu

2. Kỹ thuật cắt

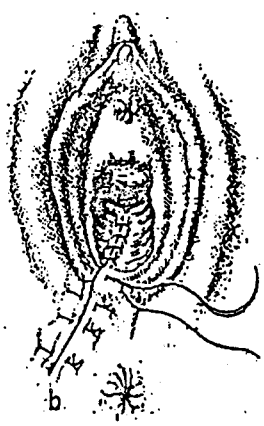
	Nội dung	ý nghĩa
1	Sát khuẩn rộng vùng cắt	Phòng nhiễm khuẩn
2	Giảm đau (tiêm Lidocain 1% tại chỗ, theo hướng sẽ cắt tầng sinh môn)	Đỡ đau khi cắt
3	Dùng kéo thẳng đầu tù, lưỡi dài và sắc	Tránh tổn thương do mũi kéo nhọn
4	Ngoài cơn rặn, đưa 2 ngón tay (ngón trỏ và ngón giữa) vào Aẹẹ giữa đầu thai nhi và tầng sinh môn ở vị trí 6-8 giờ (nếu cắt bên phải) hoặc vị trí 4-6 giờ nếu cắt bên trái). Đặt mũi kéo vào giữa hai ngón tay này	- Tránh gây tổn thương cho thai - Làm điểm tựa cho nhát cắt

5	- Cắt ở bờ âm hộ giữa trên và dưới, vị trí cắt 7 giờ (nếu cắt bên phải) 5 giờ (nếu cắt bên trái). Chếch 45 độ từ trên xuống dưới và ra ngoài so với đường trục âm hộ - Thường cắt 1 bên là đủ, hãn hữu trong những trường hợp ngôi to sổ khó có thể cắt cả hai bên	- Tránh nơi thoát sản dịch gây ứ đọng nhiễm khuẩn, không cắt cao vì sẻ cắt tuyến Bartholin) - Tránh trực tràng và cơ vòng hậu môn
6	Cắt 1 nhát dứt khoát	Đường cắt gọn và đỡ đau
7	Đường cắt dài từ 4-5 cm tuỳ theo mức độ cần thiết	Tránh rách thêm
8	Cắt tầng sinh môn trong cơn rặn, tầng sinh môn giãn	Đỡ đau, đỡ chảy máu
9	Các cơ bị cắt: một phần cơ thắt âm hộ, cơ ngang nông và sâu cùng với thành âm đạo và da vùng tầng sinh môn	Hạn chế thấp nhất các cơ bị tổn thương



Hình 1

Hình 2



Hình 3

KHÂU PHỤC HỒI TẦNG SINH MÔN: Tất cả các trường hợp cắt tầng sinh môn đều phải khâu phục hồi lại.

1.Điều kiện: Thường khâu sau khi sổ rau, sau khi đã kiểm tra

- Buồng tử cung sạch, tử cung co tốt
- Cổ tử cung bình thường hoặc nếu bị rách đã được khâu lại

2.Nguyên tắc khâu: bảo đảm không chồng mép, không so le và không còn khoảng trống giữa các lớp

3.Kỹ thuật:

- Rửa sạch vùng âm hộ tầng sinh môn, trải săng vô khuẩn, người khâu phải mặc áo, đi găng tay vô khuẩn
- Cách khâu: Đặt 1 tampone tròn to vào trong Aẹẹ để máu từ buồng tử cung không chảy ra gây cản trở việc quan sát vùng khâu. Người phụ dùng van banh rộng Aẹẹ ra cho dễ khâu, quan sát kỹ mức độ rộng, sâu, cần khâu. Vết cắt gồm 3 lớp là thành âm đạo, cơ tầng sinh môn và da, nên được khâu làm 3 lớp:

- Lớp âm đạo: Khâu từ trong ra ngoài, khâu mũi rời bằng catgut số 0 hay 1. Mũi khâu phải lấy tất cả bề dày của thành âm đạo, không những lớp niêm mạc mà còn cả lớp cơ tổ chức liên kết chung quanh (dày ít ra từ 5-7mm). Mũi khâu cách nhau 1-1,5cm. Cẩn thận cho hai mép của vết cắt khớp đúng với nhau và khi khâu đến âm hộ phải lấy nếp màng trinh và đường ranh giới giữa niêm mạc âm đạo và da TSM làm chuẩn.
- Lớp cơ: Khâu cơ mũi rời với chỉ catgut số 0 hay số 1. Cẩn thận đừng để lại những khoảng trống dưới cơ và da, dễ gây tụ máu, vì vậy nên khâu sâu gần tới da
- Lớp da: Có thể khâu mũi rời bằng chỉ lanh. Có thể khâu liền lớp cơ và da thành 1 thì, như vậy mũi khâu phải móc sâu tới lớp cơ. Cũng có thể khâu lớp da bằng mũi chỉ chromic 00, khâu liền mũi dưới da,sẹo đẹp hơn. Cuối cùng sát khuẩn, lau khô, phủ gạc vô khuẩn và cho đóng khố.

NGHIỆM PHÁP BONG NHAU
ĐỠ NHAU-KIỂM TRA NHAU

- Nghiệm pháp bong nhau là thao tác nhằm đánh giá xem bánh rau đã bong ra khỏi tử cung hay chưa, thực chất là xem bánh rau đã xuống đoạn dưới hay chưa
- Đỡ nhau là thủ thuật lấy nhau, sau khi nhau đã bong, không để nhau tự sổ ra ngoài
- Kiểm tra nhau là thao tác xem xét các mặt màng nhau, dây rốn có bình thường hay không, để xem có sót nhau, sót màng nhau không.

NGHIỆM PHÁP BONG NHAU

- Sản phụ nằm ở tư thế đẻ
- Người đỡ nhau đứng bên cạnh sản phụ
- Có 2 cách làm nghiệm pháp bong nhau:

1.Cách 1:

- Đặt bờ trong cạnh bàn tay trái lên xương mu thai phụ, ấn vào đoạn dưới tử cung để đẩy thân tử cung lên trên
- Quan sát dây rốn đã được cặp kẹp ở phía ngoài âm hộ:

+ Nếu dây rốn vẫn nằm yên tại chỗ hay dài thêm ra là nhau đã bong khỏi tử cung và đã xuống đoạn dưới.

+ Nếu dây rốn bị kéo lên theo sự di chuyển của đáy tử cung là nhau chưa bong và chưa xuống, phải đợi chờ thêm

2.Cách 2: Kẹp dây nhau vào sát âm hộ khi cắt rốn, quan sát trong thời kỳ sổ nhau nếu thấy dây nhau di chuyển ngày càng xa âm hộ là nhau đã bong

CÁC KIỂU SỔ NHAU:

- **Sổ kiểu màng:** Nhau thường bong từ trung tâm bánh nhau ra, máu cục và máu loãng tụ lại sau bánh nhau, bóc tách làm bánh nhau bong dần dần. Khi nhau sổ, mặt màng của bánh nhau ra trước. Nhau sổ kiểu này thường thấy ít chảy máu hơn, ít gây sót nhau và màng nhau.
- **Sổ kiểu múi:** Nhau bong từ mép bánh nhau, máu chảy một phần tụ lại sau màng nhau và nhau, chảy ra ngoài, nên khi nhau bong và sổ thường chảy máu. Khi nhau sổ, thì mặt múi của bánh nhau ra trước. Nhau bong kiểu này thường chảy máu nhiều dễ sót nhau và sót màng.

ĐỠ NHAU: Ngay sau khi sổ thai, trong khi chờ nhau bong phải theo dõi sát mạch, huyết áp của sản phụ, theo dõi sự co hồi tử cung, lượng huyết ra. Chỉ tới khi nhau bong thật sự mới tiến hành đỡ rau. Cách đỡ rau như sau:

- Tay phải cầm kìm đã cặp dây rốn để vào thau chậu để hứng ở dưới âm hộ

- Tay trái đặt trên xương mu, ấn vào đoạn dưới tử cung, đẩy thân tử cung lên trên, bánh nhau sẽ từ từ ra khỏi âm hộ. Nếu bánh nhau còn vướng ở trong chưa ra được: dùng tay phải cầm kìm kẹp dây rốn kéo nhẹ bánh nhau xuống cùng với động tác ấn của bàn tay trên bụng; nếu màng nhau chưa bong hết thì hạ thấp bánh nhau xuống để trọng lượng bánh nhau kéo bong nốt phần màng còn sót:
  + Nếu không được, đặt bàn tay trên bụng đẩy thân TC lên, màng sẽ bong khỏi chỗ bám và tuột dần ra
  + Nếu vẫn chưa ra thì cầm bánh rau bằng hai tay xoay bánh rau theo 1 chiều để màng bong và sổ dần ra. Tránh giật mạnh vào bánh rau sẽ gây sót màng

KIỂM TRA NHAU: Sau khi bánh nhau sổ, phải kiểm tra xem bánh nhau và màng nhau có sót không? Có gì bất thường không? Nhất là trong trường hợp thai chết hoặc dị dạng. Lần lượt kiểm tra các phần sau:

1. **Mặt múi bánh nhau**
   - Đặt bánh nhau trên mặt phẳng của khay hoặc trên lòng bàn tay, cho mặt múi ngửa lên trên, dùng bông hoặc gạc gạt máu cục để dễ quan sát
   - Quan sát kỹ múi nhau từ trung tâm ra chung quanh xem có nhẵn bóng không, mặt múi nhau có bị xây xước, mất múi nào hay bị khuyết tật không? Nếu có thì múi nhau đó còn sót bên trong lòng tử cung, phải kiểm soát tử cung
   - Đánh giá chất lượng múi nhau: có các ổ nhồi máu, các ổ lắng đọng canxi, tình trạng nhau có bị xơ hoá hay không
2. **Mặt màng của bánh nhau**
   - Đặt bánh nhau cho mặt úp vào lòng bàn tay, màng nhau toả xung quanh lòng bàn tay
   - Quan sát vị trí bám của dây rốn: bám trung tâm, bám cạnh hay bám màng
   - Quan sát các mạch máu từ chân rốn đi ra đến tận bờ mép bánh nhau. Chú ý tìm kỹ xem có mạch máu nào đi qua rìa bánh nhau ra hướng màng nhau để theo hướng đó phát hiện bánh rau phụ. Nếu chỉ thấy mạch máu chạy ra khỏi bánh nhau mà không tìm thấy múi nhau phụ nào thì chắc chắn múi nhau phụ còn sót trong tử cung, phải kiểm soát tử cung
3. **Màng nhau**
   - Quan sát màng nhau và đánh giá xem đủ hay thiếu
   - Quan sát vị trí lỗ rách ối có cân đối so với màng chung quanh (nhau bám đáy) hoặc lỗ rách ối bị lệch, một bên màng ngắn dưới 10cm, bên kia dài hơn nhiều (nhau bám thấp).
   - Với bánh nhau sinh đôi cần bóc tách màng ối ngăn đôi hai buồng ối xem có mấy nội và trung sản mạc. Nếu tách ra được 4 màng mỏng, 2 nội, 2 trung sản mạc hoặc 3 màng (2 nội và 1 trung sản mạc) thì có thể kết luận là có 2 bánh nhau. Nếu chỉ có 2 nội sản mạc thì đó là sinh đôi một bánh nhau.
4. **Dây rốn**
   - Tìm xem có bị thắt nút
   - Quan sát mặt cắt của dây rốn: Kiểm tra 2 động mạch và 1 tĩnh mạch rốn xem có gì bất thường
   - Sau cùng đo độ dài của dây rốn, đo 2 phía: phía bám vào bánh nhau và phía bám vào rốn sơ sinh

THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi: Mạch, huyết áp, mức độ chảy máu, toàn trạng trước khi chuyển về buồng hậu sản.
2. Xử trí:
   - Nhau chưa bong bị băng huyết: bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung ngay rồi cho tiêm thuốc co hồi tử cung (oxytocin, ergometrin)
   - Băng huyết sau khi đỡ nhau: kiểm soát tử cung và cho chích thuốc co tử cung
   - Sót nhau hay sót trên 1/3 màng: kiểm soát tử cung để lấy nốt nhau và màng sót

BÓC NHAU NHÂN TẠO

- Bóc nhau nhân tạo là một thủ thuật trong sản khoa, nhằm mục đích lấy nhau ra khỏi buồng tử cung sau khi thai sổ.
- Sau bóc nhau phải soát tử cung ngay.

CHỈ ĐỊNH

- Ngay sau sổ thai máu chảy ra âm đạo nhiều
- Sau sổ thai 30 phút mà rau vẫn chưa bong, chưa sổ.
- Trong một số trường hợp cần kiểm tra ngay sự toàn vẹn của tử cung: ví dụ sau nội xoay thai.

Chú ý: Sản phụ đang sốc phải hồi sức rồi mới bóc rau nhân tạo

CHUẨN BỊ DỤNG CỤ VÀ THUỐC.

- Găng vô khuẩn, khăn vô khuẩn.
- Thông đái
- Thuốc giảm đau như: Dolargan 100mg/ống, Seduxen 10mg/ống, Fentanyl 1ml, Atropin 0,25mg/1ống.
- Thuốc co tử cung: Oxytocin 5 đv/ ống, Ergometrin 0,02 mg /ống , Cytotec 200mcg/ viên.
- Betadin sát khuẩn, cồn 70^0.

CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

- Giải thích động viên
- Theo dõi toàn trạng. Đo mạch, huyết áp.
- Tiêm thuốc giảm đau
- Sát khuẩn vùng âm hộ
- Thông tiểu nếu bàng quang đầy nước tiểu.

KỸ THUẬT

- Rửa tay vô khuẩn, mặc áo, đi găng.
- Trải khăn vô khuẩn dưới mông và trên bụng sản phụ.

Phối hợp 2 tay:

- Một tay đặt ở thành bụng để cố định đáy tử cung.
- Tay kia đưa vào trong âm đạo, qua cổ TC, lần dọc theo dây rốn vào buồng tử cung đến vùng nhau bám, dùng bờ trong của bàn tay để lách vào giữa bánh nhau và thành tử cung, bóc dần bánh nhau ra khỏi thành tử cung từ ngoài vào trung tâm. Tuyệt đối không được túm và giật bánh nhau vì có thể gây lộn tử cung, đứt cơ tử cung và gây chảy máu nhiều

- Khi nhau đã bong hết, tay ở trong tử cung đẩy bánh nhau xuống dưới và ra ngoài, nhưng không rút tay ra, nếu cần dùng tay ngoài cầm kẹp cặp cuống rốn để lấy rau ra
- Tay trong buồng tử cung tiếp tục kiểm soát và vét sạch buồng tử cung
- Tiêm thuốc oxytocin vào cơ tử cung.

THEO DÕI BỆNH NHÂN SAU THỦ THUẬT

- Toàn trạng: mạch, huyết áp.
- Co hồi tử cung
- Máu ra ở âm đạo
- Tránh bàng quang căng
- Điều trị kháng sinh uống hay tiêm.

KIỂM SOÁT TỬ CUNG

Kiểm soát tử cung là thủ thuật được tiến hành sau khi rau đã sổ ra ngoài hoặc sau khi bóc rau nhân tạo để kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung và làm sạch buồng tử cung.

CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu sau khi sổ nhau
- Kiểm tra nhau thấy thiếu mảnh, thiếu màng nhau
- Sau làm Forceps, Ventous ở sản phụ có sẹo mổ cũ ở tử cung.
- Thai chết trong tử cung.

CHUẨN BỊ DỤNG CỤ VÀ THUỐC:

- Găng vô khuẩn, khăn vô khuẩn
- Thông đái
- Thuốc giảm đau như: Dolargan 100mg/ống, Seduxen 10 mg/ống, Atropin 0,25mg/ống.
- Thuốc co tử cung: Oxytocin 5đv/ống, Ecgometrin 0,02 mg/ống, Cytotec 200mcg/viên.
- Betadin sát khuẩn, cồn 70°.

CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

- Giải thích động viên
- Theo dõi toàn trạng: Đo mạch, huyết áp.
- Tiêm thuốc giảm đau.
- Sát khuẩn vùng âm hộ.
- Thông tiểu nếu bàng quang đầy nước tiểu.

KỸ THUẬT

- Rửa tay, mặc áo.
- Trải khăn vô khuẩn dưới mông và trên bụng sản phụ.
- Đi găng.

Phối hợp 2 tay:

- Một tay đặt ở thành bụng để cố định đáy tử cung.
- Tay kia đưa vào trong âm đạo. Vào buồng tử cung, lên tận đáy tử cung, dùng các đầu ngón tay lần lượt kiểm tra đáy tử cung, 2 sừng, 2 bên, mặt trước và mặt sau và đoạn dưới tử cung. Vét nhẹ nhàng tổ chức còn sót trong buồng tử cung và kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung.

- Trước khi rút tay ra nếu tử cung co kém, nên xoa bóp đáy tử cung qua thành bụng và có thể tiêm oxytocin 5 đv x 2 ống vào cơ tử cung bằng cách tay ở trong nâng tử cung sát vào thành bụng, tiêm qua thành bụng.
- Kiểm tra xong mới rút tay ra, không được đưa tay ra vào nhiều lần vì dễ gây nhiễm khuẩn và sản phụ đau.

THEO DÕI NGƯỜI BỆNH SAU THỦ THUẬT.

- Toàn trạng: mạch, huyết áp.
- Co hồi tử cung.
- Máu ra ở âm đạo
- Tránh bàng quang căng
- Kháng sinh uống

NHAU TIỀN ĐẠO

ĐỊNH NGHĨA

Nhau tiền đạo là nhau không bám ở đáy mà bám ở đoạn dưới tử cung lan tới lỗ trong cổ tử cung, cản trở đường ra của thai nhi khi chuyển dạ đẻ.

PHÂN LOẠI

Tuỳ theo vị trí bánh rau mà chia ra 5 loại chính

- Nhau tiền đạo trung tâm hoàn toàn khi bánh rau che kín cả lỗ trong cổ tử cung.
- Nhau tiền đạo bạn trung tâm khi bánh nhau che kín một phần lỗ trong cổ tử cung
- Nhau bám mép là mép bánh nhau chỉ đến bờ lỗ trong tử cung.
- Nhau bám bên khi một phần bánh nhau bám xuống đoạn dưới tử cung.
- Nhau bám thấp khi một phần bánh nhau bám lan xuống 1/3 giữa thân tử cung.

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Những người trước đây đã bị mổ lấy thai vì rau tiền đạo.
- Tiền sử đã mổ lấy thai, đã mổ tử cung để bóc u xơ tử cung, chữa ở góc tử cung, mổ tạo hình tử cung ...
- Tiền sử nạo sẩy thai, nạo sót rau, nạo hút thai nhiều lần.
- Tiền sử đẻ có kiểm soát tử cung hay bóc rau nhân tạo.
- Tiền sử đẻ nhiều lần.

TRIỆU CHỨNG

1. **Triệu chứng cơ năng:** Chảy máu có các đặc điểm: Chảy máu nửa cuối của thời kỳ thai nghén, đột ngột, không kèm theo đau bụng, máu đỏ tươi, từng đợt, khoảng cách giữa các đợt ngắn lại, gần chuyển dạ và chuyển dạ chảy nhiều máu hơn.
2. **Triệu chứng toàn thân:** Tuỳ theo trạng thái mất máu, nếu mất máu nhiều có tình trạng choáng: vã mồ hôi, nhợt nhạt, mạch nhanh, huyết áp hạ.
3. **Triệu chứng thực thể:**
   - Khám bụng: Tử cung mềm, sờ nắn được phần thai, ngôi thai còn cao hoặc ngôi không thuận (ngang.- ngược) do bánh rau bám ở đoạn dưới làm cho sự bình chỉnh ngôi thai không bình thường.
   - Tim thai có thể bình thường hoặc nhanh, chậm hoặc mất tim thai tuỳ theo tình trạng mất máu ít hay nhiều.

<u>Cần lưu ý:</u> Để phân biệt chảy máu do tổn thương ở cổ tử cung như Polype, ung thư hay loét cổ tử cung cần phải đặt van hoặc mỏ vịt để quan sát.

- Khi chuyển dạ có thể sờ thấy múi rau hay bờ rau.

<u>Chú ý:</u> Nếu nghi ngờ rau tiền đạo không nên cố gắng tìm múi rau và bờ rau vì làm như vậy sẽ gây chảy máu nhiều. ở tuyến y tế cơ sở nếu nghi ngờ là rau tiền đạo thì không được thăm âm đạo vì gây chảy máu nhiều hơn, sẽ gây nguy hiểm cho cả mẹ và thai.

4. **Cận lâm sàng:** Siêu âm thấy bánh rau không bám ở vị trí bình thường.

XỬ TRÍ

- Khi đã chuyển dạ:
- Nếu là nhau tiền đạo trung tâm hoặc bán trung tâm phải mổ lấy thai ngay kết hợp với hồi sức (truyền dịch, truyền máu).
- Nếu là nhau bám mép và ngôi chỏm thì có thể bấm ối để đẻ đường dưới với sự theo dõi chặt chẽ, ngôi bất thường phải mổ lấy thai.
- Khi chưa chuyển dạ:
- Nếu thai còn quá non tháng và không chảy máu thì điều trị bảo tồn tại bệnh viện cho thai lớn hơn (cho thuốc giảm co tử cung, Corticoid, chế độ nghỉ ngơi, ăn uống hợp lý với sự theo dõi chặt chẽ).
- Nếu chảy máu nhiều, cho thuốc giảm co Papaverin 40mg x 1ống tiêm bắp và mổ lấy thai ngay kết hợp với hồi sức.

NHAU BONG NON

ĐỊNH NGHĨA:

Nhau bong non là nhau bám đúng chỗ ở vị trí bình thường nhưng đã bong một phần của bánh nhau, trước khi sổ thai.

PHÂN LOẠI: có hai loại nhau bong non

- Nhau bong non bệnh lý (thường do nhiễm độc thai nghén)
- Nhau bong non do chấn thương (sản phụ bị ngã hoặc bị tai nạn xe cộ)
- Nhau bong non thể nặng, thường gây tử vong mẹ rất cao do bị rối loạn đông máu và thai hầu như chết 100%.

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG : Tuỳ theo thể bệnh, người ta chia làm 3 loại :

1. **Loại 1 hay thể nhẹ:** Tử cung chỉ tăng co hơn bình thường, sản phụ thấy đau nhẹ, đôi khi ra một ít máu đen, tim thai vẫn nghe rõ. Thể này cũng khó chẩn đoán nếu không có siêu âm. Rau bong non thể nhẹ chỉ chẩn đoán hồi cứu sau đẻ có cục máu sau rau.
2. **Loại 2 hay thể trung bình:** Tử cung có cơn co tăng nhiều hơn, sản phụ đau vừa, tim thai bắt đầu suy nhưng vẫn còn nghe được, máu âm đạo ra vừa, thâm den, loãng không đông, có thể có tình trạng choáng nhẹ, thường kèm theo dấu hiệu của hội chứng tiền sản giật.
3. **Loại 3 hay thể nặng:** còn gọi là phong huyết tử cung nhau
   - Trương lực cơ tử cung tăng, sờ nắn thấy tử cung cứng liên tục như gỗ.
   - Sản phụ đau dữ dội, tim thai không nghe thấy.
   - Ra máu âm đạo thâm đen, loãng không đông.
   - Cổ tử cung cứng, ối căng phồng, nước ối có thể có máu.
   - Có hội chứng tiền sản giật nặng.
   - Tình trạng choáng rất nặng do mất máu và do nhiễm độc.
   - Nếu máu ra ít ở âm đạo hoặc không ra mà tử cung to lên nhanh chứng tỏ rau bong nhiều, máu chảy vào tử cung.

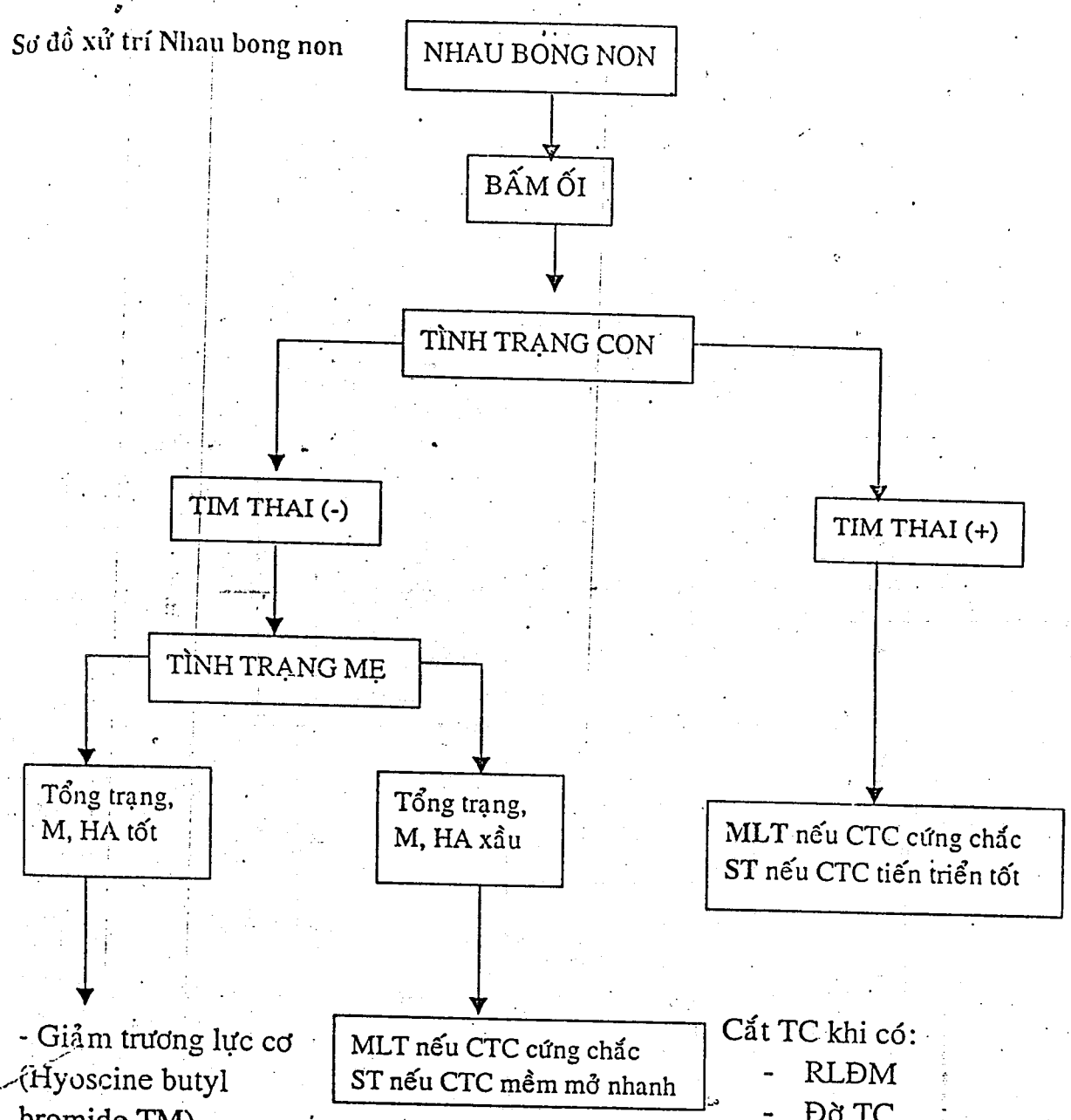
Cần lưu ý: Tuy choáng nặng, nhưng lúc đầu huyết áp chưa tụt xuống vì huyết áp của sản phụ đã cao sẵn, khi huyết áp đã tụt dưới mức bình thường là tình trạng sản phụ đã rất nặng, có thể đã bắt đầu có dấu hiệu rối loạn đông máu và đe doạ tính mạng.

NGUYÊN NHÂN: Có thể do tăng huyết áp cao, hội chứng tiền sản giật, tiền sử bị RBN, do sang chấn, dây rau ngắn, hút thuốc lá, nghiện rượu .....

XỬ TRÍ

- Thể nhẹ theo dõi đẻ thường, sau đẻ kiểm tra cục máu sau rau, đề phòng chảy máu
- Hồi sức chống choáng và mổ lấy thai.

Sơ đồ xử trí Nhau bong non

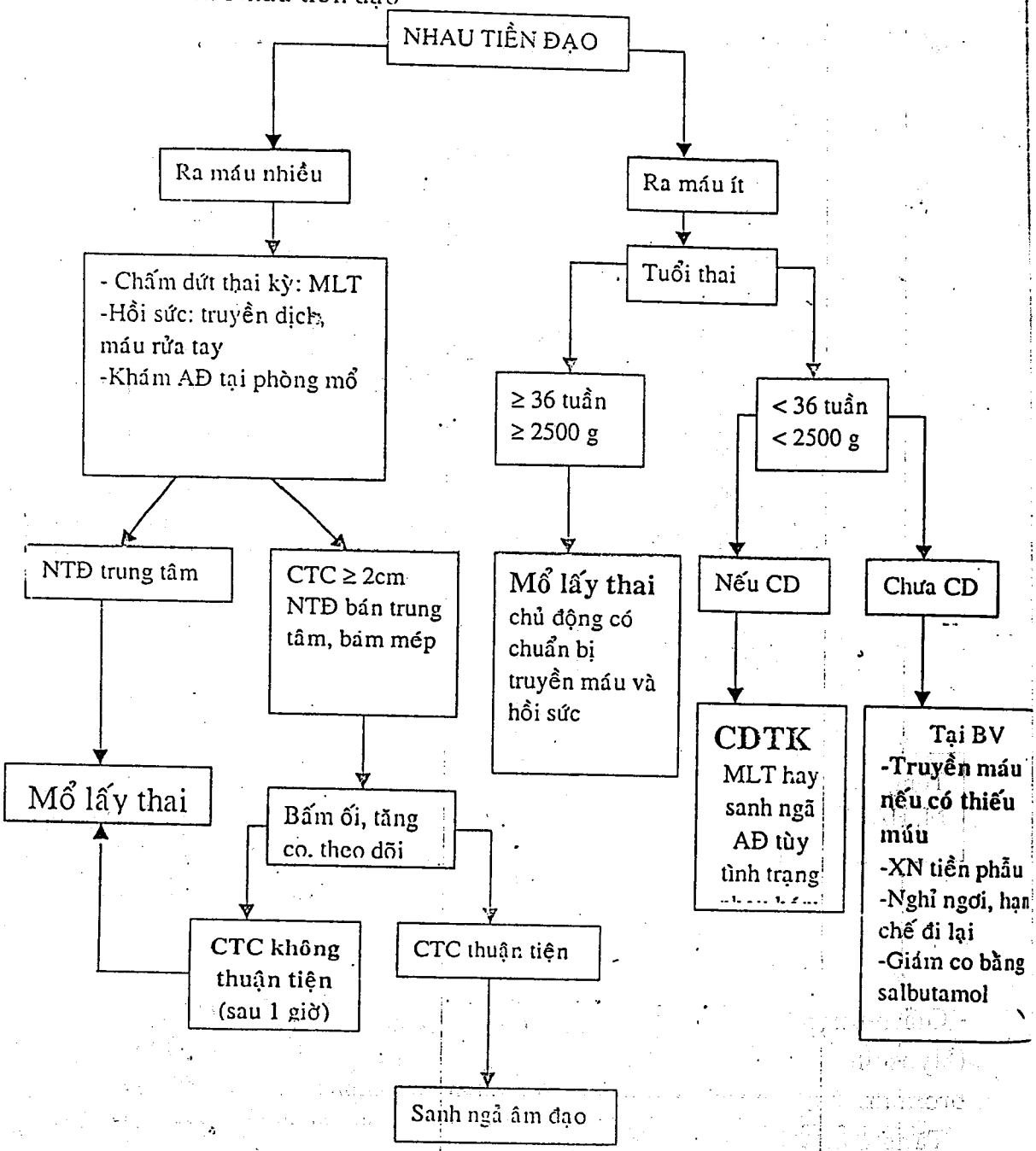


- Giảm trương lực cơ (Hyoscine butyl bromide TM)
- Tăng cường độ co (Oxytocin truyền TM)
- Lấy thai ra trong vòng 2 giờ từ khi bắt đầu NBN

Cắt TC khi có:
- RLĐM
- Đờ TC

TC bầm đen mà co hồi tốt (utérus de couretaire) thì có thể giữ TC cho người còn trẻ, chưa con.

Sơ đồ xử trí Nhau tiền đạo



SỬ DỤNG THUỐC GÂY CHUYỂN DẠ HOẶC THÚC ĐẨY QUÁ TRÌNH CHUYỂN DẠ

THUỐC SỬ DỤNG

Trong chuyển dạ đẻ thuốc gây chuyển dạ hoặc thúc đẩy quá trình chuyển dạ thường dùng là oxytocin. Nó là sự tác động có điều khiển của thầy thuốc sản khoa vào cuộc đẻ với mục đích làm rút ngắn cuộc chuyển dạ.

- Oxytocin là hóc môn của vùng dưới đồi được dự trữ ở thuỳ sau tuyến yên.
- Oxytocin kích thích lên cơ trơn tử cung làm tăng cường độ và tần số co bóp của cơ tử cung. Nhưng cũng là loại thuốc gây co tử cung mạnh và nguy hiểm cho cả thai và sản phụ nếu không dùng đúng, vì vậy khi sử dụng phải rất thận trọng.
- Thuốc có tác duùng nhanh: dưới 1 phút khi tiêm tĩnh mạch, từ 2 - 4 phút nếu tiêm bắp. Thời gian thuốc tác động trên cơ tử cung kéo dài từ 30 phút đến 1 giờ nếu tiêm bắp, nếu tiêm tĩnh thì còn ngắn hơn.
- Oẽng thuốc oxytocin có 5 đơn vị trong 1 ml dung dịch.
- Oxytocin có thể sử dụng tiêm truyền nhỏ giọt tĩnh mạch, tiêm bắp hoặc tiêm trực tiếp vào cơ tử cung qua thành bụng phụ thuộc vào giai đoạn chuyển dạ và tuyến y tế được sử dụng.

CHỈ ĐỊNH:

1. Trong khi đẻ
   - Chuyển dạ đẻ tiến triển bất thường (ối vỡ non, ối vỡ sớm, cơn co thưa, chuyển dạ kéo dài).
   - Gây chuyển dạ cho các trường hợp cần đình chỉ thai nghén chủ động ở các thai nghén có nguy cơ mà không nhất thiết phải mổ như thai quá ngày sinh, nhiễm độc thai nghén, thai chết lưu, thai dị dạng .

Chú ý: Oxytocin có tác dụng gây co bóp tử cung nhưng cũng rất nguy hiểm. Hai chỉ định trên chỉ áp dụng khi coự chỉ định rõ ràng của bác sĩ và theo dõi thật chu đáo.

2. Sau khi đẻ:
   - Đề phòng chảy máu trong giai đoạn ba của chuyển dạ, sau khi thai đã sổ. Trong mổ lấy thai sau khi đã lấy thai ra.
   - Điều trị chảy máu sau đẻ, sau sẩy thai, sau nạo hút thai.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

- Các chống chỉ định đẻ đường âm đạo: bất cân xứng thai nhi và khung chậu, ngôI bất thường, khối u tiền đạo.
- Tử cung có sẹo mổ cũ, cơn co cường tính.
- Rau tiền đạo, rau bong non
- Suy thai cấp tính, suy thai trường diễn nặng.
- Không có phòng mổ, bác sĩ và phương tiện phẫu thuật.

CÁCH DÙNG

-Truyền oxytocin gây chuyển dạ hoặc thúc đẩy quá trình chuyển dạ

-Truyền Oxytocin nhỏ giọt tĩnh mạch, tiêm bắp hoặc vào cơ tử cung sau sổ thai và sổ rau để đề phòng chảy máu, trong những trường hợp có nguy cơ băng huyết

Sau sổ thai: Đề phòng chảy máu trong thời kỳ sổ rau giúp cho rau bong và sổ chủ động, có thể:

- Tiêm bắp oxytocin 5 đơn vị x 1ống.
- Nếu trước đó đang truyền oxytocin thì sau khi sổ thai có thể tăng giọt truyền (XXX — XL giọt /1 phút).
- Trong mổ lấy thai: ngay sau khi lấy thai ra oxytocin 5 — 10 đơn vị tiêm bắp hay truyền tĩnh mạch hoặc tiêm trực tiếp vào cơ tử cung.

Sau sổ rau : Đối với trường hợp băng huyết :

- Tiêm oxytocin vào bắp, có thể tiêm nhắc lại nhiều lần (sau kiểm soát tử cung và có thể tiêm bắp ergometrin 0,2 mg x 1 ống) .
- Tiêm vào cơ tử cung bằng cách:
  - Sát khuẩn thành bụng trước khi tiêm
  - Dùng kim tiêm không to quá, không nhỏ quá (Kim số 18 dài 4cm).
  - oxytocin 5 - 10 đơn vị
  - Sau khi kiểm soát tử cung, dung bàn tay ở trong buồng tử cung đẩy tử cung ra phía trước sát vào thành bụng trước, chọc kim vào mặt trước đáy tử cung. Sau khi bơm hết thuốc vào cơ tử cung mới rút tay trong buồng tử cung ra.
- Truyền nhỏ giọt tĩnh mạch oxytocin với dung dich Glucose 5% duy trì giờ sau khi tử cung co tốt.

TÁC DỤNG PHỤ VÀ TAI BIẾN CỦA OXYTOCIN :

1. Tác dụng phụ:

- Nhức đầu, chóng mặt, buồn nôn do truyền nhanh hoặc truyền trong thời gian lâu.
- Tim đập nhanh.
- Dãn mạch hạ huyết áp.
- Nổi mẩn ở da.

2. Tai biến:

- Cơn co cường tính: do nồng độ oxytocin đưa vào quá liều làm cho cơn co trở nên mau, mạnh gây đau quá mức, gây co cứng tử cung kéo dài làm cho cổ tử cung trở nên co thắt hơn, không mở thêm.
- Doạ vỡ tử cung và vỡ tử cung, đây là tai biến rất nghiêm trọng, ảnh hưởng tính mạng mẹ và con.
- Suy thai cấp do cơn co tử cung quá mức
- Ngộ độc nước và giảm Natri máu mẹ và thai nhi.

NHIỄM HIV KHI CÓ THAI

Chăm sóc phụ nữ mang thai nhiễm HIV là nhằm mục đích làm giảm lây truyền HIV/AIDS từ mẹ sang con.

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TRONG LÂY TRUYỀN NHIỄM HIV TỪ MẸ SANG CON

1 **Về phía mẹ:**

- Nồng độ virut cao trong huyết tương
- Tình trạng miễn dịch kém: có bệnh nhiễm khuẩn.
- Không dùng thuốc chống virut từ trước
- Có bệnh lây truyền qua đường tình dục

2 **Về phía con:**

- Đẻ non, nhẹ cân < 37 tuần, < 2500 gram
- Đa thai: Trẻ đẻ đầu tiên có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn

3 **Yếu tố sản:**

- Vỡ ối trên 12 giờ
- Viêm màng ối

ĐƯỜNG LỐI PHÒNG CHỐNG LÂY NHIỄM HIV TỪ MẸ SANG CON CỦA VIỆT NAM

1. **Chẩn đoán sớm người có thai HIV(+)**

- Làm xét nghiệm HIV hàng loạt cho thai phụ, đặc biệt chú ý các đối tượng có nguy cơ cao. Chẩn đoán là nhiễm HIV (phát hiện có kháng thể HIV) nếu một mẫu máu (+) với cả 3 lần xét nghiệm bằng 3 loại sinh phẩm có chế phẩm kháng nguyên khác nhau và các nguyên lý phản ứng khác nhau (chiến lược III).
- Theo qui định hiện nay, chỉ một số trung tâm có trang bị đầy đủ sau khi kiểm tra lại mẫu máu được chẩn đoán là HIV (+) qua xét nghiệm mới được phép thông báo với thai phụ.

2. **Xử trí trong trường hợp người phụ nữ có thai nhiễm HIV:** Cần phải điều trị cho người phụ nữ có thai nhiễm HIV với mục đích làm giảm lây nhiễm từ mẹ sang con nếu người mẹ và gia đình sau khi được tư vấn vẫn muốn giữ thai

Phác đồ sử dụng Nevirapine

- Khi bắt đầu có dấu hiệu chuyển dạ thực sự hoặc trước khi mổ lấy thai, cho sản phụ uống một lần duy nhất một viên Nevirapine 200 mg
- Theo dõi cuộc chuyển dạ và tiếp tục đỡ đẻ như bình thường

Phác đồ sử dụng Zidovudine

- Zidovudine 600 mg/ ngày, chia 2 lần, uống bắt đầu từ tuần thai thứ 36 đến khi chuyển dạ. Trong trường hợp thai phụ đến khám thai muộn sau tuần thứ 36 cũng cho uống với liều trên cho đến khi chuyển dạ.
- Cần cho thêm thuốc uống chống thiếu máu bằng cách bổ sung viên Sắt và Acid folic. Khi bắt đầu chuyển dạ thực sự, tiếp tục cho uống Zidovudine 300 mg, cứ 3 giờ uống một lần, đến lúc cặp và cắt dây rốn thì ngừng thuốc

3. Các điểm cần thực hiện khi đỡ đẻ

3.1. *Đối với sản phụ*

- Đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối khi đỡ đẻ. Cố gắng tránh vỡ ối sớm
- Lau âm đạo nhiều lần bằng bông tẩm dung dịch Chlorure de Benzalkonium hay Chlorhexidine 0,2%
- Không cạo lông vùng vệ
- Chỉ mổ lấy thai khi có chỉ định sản khoa
- Tư vấn cho người mẹ lợi ích của việc nuôi trẻ bằng sữa thay thế nếu có điều kiện để giảm bớt nguy cơ lây truyền bệnh

3.2. *Đối với trẻ sơ sinh*

- Không đặt điện cực vào đầu thai nhi
- Không lấy máu da đầu thai nhi làm pH
- Tắm cho trẻ ngay sau khi sinh
- Ngay sau trẻ được sinh ra, cán bộ khoa Sản phải thông báo cho khoa Nhi biết để trẻ được chăm sóc đặc biệt ở cả hai khoa Sản và Nhi của bệnh viện

Đối với cán bộ y tế: thực hiện đầy đủ theo đúng quy định khi chăm sóc người bệnh HIV (+)

4. Điều trị sau khi sinh

4.1. *Điều trị cho con*

- Nếu người mẹ uống Nevirapine thì cho con uống một lần duy nhất siro Nevirapine với liều lượng 2 mg/kg/ cân nặng trong vòng 72 giờ đầu sau khi sinh
- Nếu người mẹ uống Zidovudine thì cho con uống một lần duy nhất siro Zidovudine với liều lượng 2 mg/kg/6giờ một lần bắt đầu khoảng 8-10 giờ sau khi sinh, kéo dài trong 6 tuần. Trường hợp không có siro Zidovudine thì cho uống siro Nevirapine như trên

4.2. *Điều trị cho mẹ*

Nếu cần thiết và có điều kiện sẽ áp dụng điều trị đặc hiệu cho mẹ bằng thuốc chống Retrovirut và thuốc dự phòng các bệnh nhiễm trùng cơ hội

4.3. *Vấn đề cho con bú*

- Nên tư vấn và khuyên bà mẹ không cho trẻ bú mẹ để tránh lây truyền bệnh qua sữa và hướng dẫn cho bà mẹ cách dùng các sản phẩm thay thế sữa mẹ. Trường hợp không có điều kiện dùng sữa thay thế phải cho trẻ bú mẹ thì cần chú ý điều trị các vết thương trong miệng đứa trẻ và đừng để mẹ bị các bệnh đầu vú (ví dụ rút đầu vú) có thể tăng nguy cơ lây nhiễm.
- Trường hợp trẻ non tháng có thể cho ăn sữa mẹ bằng thìa.

SỬ DỤNG VIRAMUNE CHO SẢN PHỤ NHIỄM HIV

1. Sản phụ khi vào khoa sanh sẽ được thử test HIV. Nếu SP đã có kết quả HIV dương tính tại phòng khám thai hoặc của viện Pasteur thì không cần thử lại.
2. Sau khi xác định đã chiễm HIV, SP được tư vấn và ký giấy đồng ý sử dụng thuốc.
3. Sản phụ được uống VIRAMUNE 200mg 1 viên trước khi sanh.

4. Nếu SP đã được uống AZT tại buồng khám thai trước đó, thì không cần uống VIRAMUNE nữa.

5. Sau khi sanh, trẻ sơ sinh sẽ được uống ngay Sirop VIRAMUNE, với liều

- 2 mg/ kg

Ví dụ: bé nặng 2000g, sẽ uống 0,4 ml

Bé nặng 3000g, sẽ uống 0,6 ml

6. Ghi vào hồ sơ: giờ thực hiện thuốc của mẹ và con.

SỬ DỤNG GLOBULIN MIỄN DỊCH CHO CON CỦA BÀ MẸ NHIỄM HBsAg(+)

MẸ	CON
▪ HBsAg (+) HBeAg không biết	Tiêm ngay cho con trong 12 giờ đầu sau sanh: ▪ Vaccin VGSVB (Hepavax) 0,5ml TB ▪ Hepabig 100UI 0,5 ml TB
▪ HBsAg (+) và HBeAg (+)	Tiêm ngay cho con trong 12 giờ đầu sau sanh: ▪ Vaccin VGSVB (Hepavax) 0,5ml TB ▪ Hepabig 100UI ➢ Trẻ ≤ 2500g tiêm bắp 0,5 ml ➢ Trẻ > 2500g tiêm bắp 0,5 ml X 2

Chú ý:

1. Tiêm vaccin VGSVB và Hepabig ở các vị trí khác nhau
2. Hepabig nên tiêm 0,5 ml (100 UI) 1 chỗ

Thí dụ: Mẹ có HBsAg (+) và HBeAg (+), bé nặng > 2500g thì tiêm như sau:

➢ Vaccin VGSVB (Hepavax) TB ở vai

➢ Hepabig 0,5ml (100UI) TB ở đùi phải

➢ Hepabig 0,5 ml (100UI) TB ở đùi trái

3. Hepabig có 2 loại: Lọ 0,5ml (100UI) và lọ 1ml (200UI).

NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC HẬU SẢN

ĐÁNH GIÁ QUÁ TRÌNH CHĂM SÓC SAU DÈ:

1. Hậu sản bình thường:

1.1. Tổng trạng:

Không thiếu máu

Da niêm mạc bình thường

1.2. Không nhiễm trùng:

Thân nhiệt < 38^0C

Mạch: bình thường (60-70 lần/phút, đều.)

1.3. Không nhiễm trùng TC:

TC co hồi tốt

Nắn không đau

1.4. Không nhiễm trùng niêm mạc TC:

Sản dịch không hôi

1.5. Không nhiễm trùng TSM:

TSM không đỏ

TSM không nề

TSM không đau

1.6. Không nhiễm trùng BQ:

Tiểu tiện bình thường

1.7. Không rối loạn tiêu hóa

1.8. Không nhiễm trùng vú

2. Hậu sản bất thường:

- Sốt cao > 38^0C
- Mạch nhanh > 90l/phút.
- Huyết áp giảm ≤ 9/6 cmHg hay tăng cao ≥ 14/9 mmHg
- TC co hồi chậm so với thời gian đẻ
- Sản dịch: hôi, màu lờ lẫn mủ
- Bí tiểu tiện – hay thiểu niệu

Khi có dấu hiệu bất thường trên, phải báo cáo và lập kế hoạch điều trị theo hướng hậu sản nhiễm trùng.

CHĂM SÓC HẬU SẢN

ĐỊNH NGHĨA: Hậu sản là khoảng thời gian 6 tuần lễ sau sanh.

THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC HẬU SẢN

1. Sự thu hồi tử cung
   - Đo BCTC mỗi ngày (đáng giá sự thu hồi TC) trung bình BCTC ↓ 1cm/ngày.
   - Nếu TC thu hồi kém: TD do u sơ TC? Sót nhau? Nhiễm trùng? V.v...
   - θ: Xoa đáy tử cung – Xoa đầu vú
     Thuốc co TC – Dặn sản phụ vận động nhẹ nhàng.
2. Sản dịch
   - Theo dõi sản dịch mỗi ngày: Sản dịch trung bình màu đỏ sậm, có độ nhớt nhất định, không đục, không hôi, lượng vừa, mỗi ngày mỗi ít đi.
   - Nếu sản dịch bất thường: Hôi, đục, lợn cợn, màu sô cô la, đỏ tươi v.v . Do : Nhiễnm trùng, BHSS, sót gạc v.v...
   - Điều trị
     + Thăm AĐ lấy dị vật (tampon v.v...) nếu có
     + Cấy SD nếu nhiễm trùng → θ kháng sinh theo KSĐ
     + Siêu âm + nạo kiểm tra lòng TC nếu nhiễm trùng, SN, ứ dịch v.v...
     + Vệ sinh âm hộ ngày 3 lần. Nếu có viêm AĐ & rửa AĐ bằng dung dịch Bétadine.
3. Lên sữa và tiết sữa
   - Ngày thứ 3 sau sanh: lên sữa.
   - Hướng dẫn cách cho con bú đúng, NCBSM.
   - Hướng dẫn SP vắt sữa bằng tay nếu bé bú không hết hay vì một lý do nào mà bé không bú được và cho bé uống sữa mẹ bằng muỗng và ly.
   - Không để cương tức vú, tắc tia sữa, abcès vú v.v...
4. Vết may tầng sinh môn
   - Làm vệ sinh ngày 2-3 lần.
   - SP phải tiêu tiểu dễ dàng.
   - Băng vệ sinh sạch.
   - Nếu nhiễm trùng bung chỉ θ:
     + Kháng sinh tại chỗ hay toàn thân.
     + Rửa vết thương bằng dung dịch sát trùng: Bétadine, Oxy già v.v...
     + Khi vết thương sạch bôi các thuốc kích thích mọc mô hạt như: Madecassol, Mitosyl v.v...
     + Chỉ may lại khi cần thiết

Các vấn đề khác

Có thể rét run do mất nhiệt; xỉu do hạ đường huyết, hạ calci huyết, bí tiểu; táo bón v.v...

→ 0 theo bệnh

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ BHSS TẠI KHOA HẬU SẢN C

ĐỊNH NGHĨA:

BHSS là 1 trong 5 tai biến sản khoa với định nghĩa máu mất sau khi sanh > 24h khoảng 500g.

TRIỆU CHỨNG THƯỜNG GẶP TẠI KHOA HẬU SẢN:

Dấu hiệu choáng:

- Tổng trạng xanh, niêm nhợt, vả mồ hôi. Mạch nhanh > 100 lần/phút.. HA ≤ 8/5 cmHg
- BN than mệt, chóng mặt hoa mắt
- Tử cung không có khối an toàn
- Âm đạo ra huyết cục + loãng đỏ tươi. BN có phản xạ mắc rặn
- Xem kỹ hồ sơ lúc sanh để phát hiện sớm các nguyên nhân đưa đến băng huyết.

XỬ TRÍ:

Nhanh , tập trung, khẩn trương bằng các việc phải làm ngay:

- Cho BN ngửi Oxi 3lít/1 phút.
- Truyền dịch bằng glucose 5% hoặc NaCl 9% để giữ đường vien
- Thông tiểu.
- Xoa bóp đáy TC liên tục.
- Làm các xét nghiệm máu gấp như: Hct, GS
- Báo ngay BS khoa nếu trong giờ và BS trực nếu trong giờ trực.
- Thực hiện thuốc theo y lệnh BS
- Chuẩn bị xe nằm để di chuyển BN khi có y lệnh của BS.

DỰ PHÒNG:

- Thăm khám và có nhận định ngay khi BN đến khoa:
  + Đánh giá tổng trạng:Niêm mạc mắt, da .Đếm mạch, đo huyết áp , nhiệt độ.
  + Độ gò TC:khối cầu ăn tòan, đo BCTC
  + Huyết âm đạo,vết may TSM.
  + Nếu BN mổ, xem thêm vết mổ thành bụng có chảy máu không ?
- Đọc và ghi nhận kỹ phần hồ sơ lúc sanh
  (Cần chú ý các trường hợp sanh thủ thuật, mổ đẻ phức tạp, những BN đa sản, đa thai, chuyển dạ kéo dài, ối vỡ, nhiễm trùng ối hoặc giục sanh kéo dài)
- Các trường hợp trên nên dự phòng BHSS thứ phát.
  + Dùng pitocin 5 đv duy trì ít nhất trong 3 ngày với liều 10đv/ngày tiêm bắp hoặc truyền TM chậm tuỳ tình hình ổn định của BN.
  + Có thể dùng thêm Ergothamine tiêm bắp cho những trường hợp có nguy cơ. ,

+ Theo dõi Hct (kiểm soát) những ngày sau sanh ở tại khoa cho những trường hợp có BHSS ở tại phòng sanh hoặc mất máu nhiều trong lúc mổ để có hướng nâng đỡ tổng trạng hoặc bồi hoàn máu tiếp tục cho BN.

VẬN ĐỘNG VÀ CHĂM SÓC KHI TÌNH TRẠNG BN ỔN:

- Vận động BN thực hiện sinh đẻ có kế hoạch.
- Khi xuất viện dặn dò, nên trở lại ngay nếu thấy ÂĐ ra huyết nhiều.
- Hướng dẫn vệ sinh hậu sản.
- Cho con bú sữa mẹ.
- Dinh dưỡng tốt.

NHIỄM TRÙNG VẾT MAY –TẦNG SINH MÔN

VẾT MAY TSM BÌNH THƯỜNG:

- Vết may TSM bình thường:
  + Khâu đúng kỹ thuật, đúng lớp cấu tạo.
  + Vết may khép, kín, không chồng mép, khô & không sưng, nóng, đỏ.
  + Có thể đau trong tuần đầu.
- Chăm sóc
  + Thay băng vệ sinh thường xuyên.
  + Rửa âm hộ ngày 2 –3 lần bằng nước chín pha thuốc rửa (Gynofar, Sanoformin hay pha loãng với dung dịch Bétadine)
  + Dặn dò: Luôn giữ vết may TSM khô, sạch.

NHIỄM TRÙNG VẾT MAY TSM

- Vết may TSM: Sưng bóng, đỏ, đau nhiều, bung chỉ, tiết dịch hay có mủ.
- Điều trị:

1. Nhẹ: Sưng, nóng, đỏ
   - Kháng sinh đường uống:
     + Amoxyl 500mg.
     + Cephalexin 500mg
     + Erythomycin 500mg

     } 2 viên x 2 lần/ ngày x 3-5 ngày
   - Kháng viêm đường uống (nếu cần)
     + Corticoide hay Non-Steroide (nếu bệnh nhân đau dạ dày)
   - Giảm đau: Cetamol, Idarac, v.v... (nếu cần)
   - Chăm sóc:
     + Ngâm nước ấm (pha thuốc rửa) ngày 2-3 lần, lần 10' – 15'
     + Thay băng vệ sinh nhiều lần
     + Hơ đèn vào vết may TSM 15'/1 lần, 1 ngày: 1-2 lần trong 2-3 ngày
2. Nặng hơn: Hở, có mủ
   - Cắt chỉ may TSM để thoát lưu dịch, mủ.
   - Rửa vết thương TSM bằng dung dịch sát trùng: Bétadine, oxy già ngày 2-3 lần.
   - Kháng sinh đường uống hay tiêm + kháng viêm + giảm đau.
   - Khi vết thương khô, sạch bôi các thuốc kích thích mọc mô hạt như Madecassol, Mitosyl v.v...
   - Khâu lại TSM nếu cần sau 3-6 tháng: khi lành sẹo xấu, hay vết thương không liền được mà hở rộng v.v...

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ SƠ CỨU HÍT SẶC SƠ SINH

Sau sanh trẻ sơ sinh hít vào đường thở 1 số chất như: Nhớt, sữa, nước, nước cam thảo

CHẨN ĐOÁN

Một trẻ sơ sinh hoàn toàn khỏe mạnh, hồng hào, khóc to, thở đều. Đột nhiên tím tái, rên rỉ, thở âm ạch hoặc ngưng hô hấp phải nghĩ ngay đến hít sặc.

NGUYÊN TẮC CẤP CỨU

Nhanh chóng loại bỏ chất hít sặc ra khỏi đường thở của bé.

THỰC HIỆN

- Báo lên cho nhiều đồng nghiệp đến cùng hổ trợ (1 người điện thoại báo cho BS khoa nhi, 1 người đi lấy dụng cụ cấp cứu, 2 người cứu em bé).
- Đặt bé nằm úp sấp, đầu hạ thấp vỗ vào lưng bé 4-6 cái.
- Lật ngữa bé, vẫn để đầu hạ thấp hút sạch hầu, mũi và dạ dày. Đồng thời cho bé thở oxy 2-3 lít/ 1phút.
- Ép nhẹ lồng ngực bé để tống chất hít sặc ra và hút lại hầu mũi cho sạch.
- Nếu bé còn tím tái phải dùng đèn đặt nội khí quản soi để hút chất hít sặc ra khỏi khí quản.
- Nếu bé vẫn chưa thở được bóp bóng giúp thở hoặc hà hơi thổi ngạt.
- Nếu bé ngưng tim: Phối hợp bóp bóng giúp thở với xoa bóp tim ngoài lồng ngực. Bóp bóng 1 cái xoa bóp tim 4 cái.
- Sau khi cấp cứu xong mời BS khoa nhi xin chuyển bé sang khoa nhi săn sóc tiếp nếu cần thiết.

* ***Lưu Ý***: Bước 2-3 có thể lặp lại 2-3 lần để tống chất hít sặc ra khỏi đường thở của bé

DỰ PHÒNG

- Khám tổng quát để xác định tình trạng bé (chú ý các bé sanh bằng thủ thuật và non tháng).
- Dặn dò sản phụ:
  + Không cho bé uống bất cứ 1 loại thuốc nào ngoài nước đun sôi để nguội, khi cho uống bằng muỗng phải đổ vào 1 bên thành miệng của bé từng ít một.
  + Khi cho uống nước và cho bú phải bế bé lên.
  + Dặn dò người nhà và sản phụ nếu thấy bé sặc phải đến báo ngay tại phòng trực.
  + Khi xuất viện: hướng dẫn cách chăm sóc rốn bé và cách cho bú mẹ.
  + Đặt bé nằm đầu hơi cao và nghiêng sang một bên.

PHÁC ĐỒ CẤP CỨU SẢN GIẬT – HẬU SẢN

CHẨN ĐOÁN

- Lên cơn co giật ngắn : 2 – 3 phút
- Kèm dấu hiệu: HA ≥ 14/9 cmHg (Phù (+) Albumin niệu (+))
- Chẩn đoán phân biệt :
  + Cơn động kinh
  + Cơn giật do tai biến mạch máu não.
  + Cơn giật do sốt rét thể não.
  + Cơn giật uốn ván

XỬ TRÍ

1. Đặt sản phụ nơi yên tĩnh – phòng tối
2. Đặt ngáng lưỡi – Hút đàm nhớt – Ngửi O_2 4 - 6 lít/phút
3. Lấy ngay đường truyền tĩnh mạch:
   - An thần: Seduxen 10mg TMC
   - Chống co giật: Sulfat Magnesie 15% 3-4g TMC
     Duy trì: Glucoza 5% 500ml
     Sulfat Magnésie 15% 1,5g x 4ống
     Truyền TM 30 giọt/ph/trong 6 giờ.
   - Hạ huyết áp: • Nepressol
     hay • Adalate
     • Aldomet
4. Lập bilan theo dõi
   Huyết áp – Mạch – Nhiệt độ – Nhịp thở
   Phản xạ – nước tiểu
5. Khi tình trạng bệnh nhân ổn định:
   - Hỏi – thăm khám tổng quát – xác định nguyên nhân.
   - Giải quyết – điều trị biến chứng sau cơn giật nếu có.
   - Chú ý đề phòng băng huyết sau sanh

VIÊM TỬ CUNG HẬU SẢN

ĐỊNH NGHĨA

Là viêm nội mạc TC hay viêm TC toàn bộ xảy ra trong thời kỳ hậu sản (6 tuần sau sanh)

VIÊM NỘI MẠC TỬ CUNG

1.Triệu chứng:

- Sốt.
- Sản dịch hôi, đục, lợn cợn.
- Tử cung co hồi kém, mềm, di động đau.

2.Điều trị:

- Cấy sản dịch → kháng sinh theo kháng sinh đồ. Có thể đường uống hay chích
  + Uống:
    1. Augmentine 500mg 1^{V} x 3 /ngày
    2. Cephalosporin + Bactrim
    3. Erythromycine + Bactrim
  + Chích:
    1. Cephalosporine thế hệ I → III 1lọ x 2 – 3 lần/ngày.
       Có thể kết hợp thêm
       Gentamycine 80mg 1 ống x 2^{TB}/ngày nếu cần
  + Thuốc co tử cung: Oxy tocine hay Syntocinon: TB hay pha chai truyền dịch
  + Nong cổ TC nếu có bế sản dịch.
  + Nạo lòng TC gởi GPBL sau khi SA:Δ sót nhau hay ứ dịch trong lòng TC
  + Chăm sóc: + Vệ sinh
    + Vận động
    + Nâng tổng trạng.

VIÊM TỬ CUNG TOÀN BỘ

1.Triệu chứng:

- Sốt – Đau hạ vị.
- Sản dịch hôi thối, màu nâu đen, ra dây dưa kéo dài.
- TC to, co hồi rất kém, ấn đau,c ó thể ấn nghe lạo xạo nếu có tràn khí ở TC.

2. Điều trị:

- Kháng sinh liều cao: đường tiêm, phối hợp
- Co TC – HẠ sốt – Nâng tổng trạng
- Cắt TC nếu θ nội không kết quả.

NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

KẾ HOẠCH ĐIỀU DƯỠNG

1. Tuyên truyền lợi ích của việc NCBSM cho người mẹ
   - Trẻ được bú sữa mẹ:
     + Phát triển cân bằng hoạt động thần kinh và tinh thần.
     + Bảo vệ chống nhiễm trùng.
     + Chống được dị ứng.
   - Bà mẹ cho bú sữa:
     + Tăng mối tình cảm mẹ con
     + Gây co bóp TC tránh chảy máu sau sanh.
     + Cho bú thường xuyên sẽ hạn chế viêm tắc tuyến sữa,viêm vú hay abcès vú
     + Kinh tế, đơn giản
2. Thực hiện:
   - Hướng dẫn cho bú sớm sau đẻ

     Có lợi: Δ Kích thích bài tiết sữa sớm
     + Tử cung co hồi nhanh
     + Trẻ hoạt động tiêu hóa sớm, bài tiết hết phân xu.
     + Sữa non có tính kháng thể.

     Khi trẻ:
     + Tư thế bú đúng.
     + Cách ngậm vú đúng.
     + Cách vắt sữa tốt.
   - Chăm sóc vú: Vệ sinh vú trước và sau bú.

     <u>Tránh</u> Cương tức vú
     Viêm vú
     Abcès vú

     <u>Đề phòng</u> Nứt núm vú
   - Hướng dẫn: + Chế độ dinh dưỡng đầy đủ # 3500 calo/ngày
     Nước # > 2l/ngày
     + Lao động nghỉ ngơi hợp lý
     + Cho trẻ bú đủ tùy yêu cầu của trẻ, không hạn chế giờ, số lần.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SHOCK DỊ ỨNG

THỂ NHẸ

1. Biểu hiện:

- Nổi mẩn đỏ ở da
- M, HA, nhịp thở: không thay đổi

2. Xử trí:

- Cho bệnh nhân nằm ngửa
- Ngưng sử dụng các yếu tố gây dị ứng
- Thở Oxy qua mũi: 5 lít / phút
- Thuốc Corticosteroids như: Hydrocortison 100 mg (tiêm TMC), hoặc Solumedrol 40 mg (tiêm TMC), hoặc Celestène 4 mg (tiêm TMC)

THỂ VỪA

1. Biểu hiện:

- Nổi mẩn đỏ ở da
- Khó thở nhẹ
- M, HA thay đổi ít

2. Xử trí:

Giống thể nhẹ nhưng thêm các thuốc sau:

- Lactate Ringer 500 ml: truyền TM X → XV giọt / phút
- Adrenalin 1 mg: tráng ống với 10 ml nước cất, tiêm TMC mỗi lần 1 ml cho đến khi M, HA, nhịp thở ổn định

THỂ NẶNG

1. Biểu hiện:

- Suy hô hấp
- Truy tuần hoàn
- Nổi mẩn đỏ ở da hoặc phù mặt, phù phế quản

2. Xử trí:

- Cho bệnh nhân nằm ngửa, đầu thấp hơn lưng
- Thở Oxy qua mask
- Đặt nội khí quản
- Giữ đường truyền tĩnh mạch với Lactate Ringer
- Adrenalin 1 mg, 1 ống pha với 10 ml nước cất, tiêm TMC mỗi lần ml cho đến khi M, HA, nhịp thở ổn định
- (Adrenalin 1 mg, 1 ống tiêm bắp, nếu không có đường truyền tĩnh mạch)
- Thuốc Corticosteroids như: Hydrocortison 100 mg, 2 ống (tiêm TMC), hoặc Solumedrol 40 mg, 3 ống (tiêm TMC), hoặc Celestène 4 mg, 2 ống (tiêm TMC)
- Chuyển phòng hồi sức theo dõi trong 48 giờ

NHIỄM TRÙNG RỐN

ĐỊNH NGHĨA

Nhiễm trùng rốn là nhiễm trùng cuống rốn sau khi sanh. Có thể khu trú hay lan toả.

CHẨN ĐOÁN

- Rốn ướt, hôi, rỉ dịch mủ. Rốn tấy đỏ.
- Viêm tấy mô nềm,viêm hạch bạch huyết, da, thành bụng chung quanh rốn.
- Viêm tấy cân cơ lan rộng.
- Dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân:
  + Sốt
  + Lừ đừ
  + Bỏ bú
- Xét nghiệm: công thức máu, cấy dịch rốn.

ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc: *điều trị nhiễm trùng, và giúp rốn mau rụng, khô.*

1. **Kháng sinh**
   - Trường hợp chân rốn có mủ tại chỗ: Oxacilline 50 mg / kg / ngày, uống trong 5 – 7 ngày.
   - Trường hợp rốn mở và nề đỏ cứng quanh rốn: Oxacilline 100 – 200 mg / kg / ngày, uống trong 7 – 10 ngày.
2. **Chăm sóc rốn**
   - Thấm sạch dịch ướt quanh rốn.
   - Sát trùng chân rốn với Betadine.
   - Đặt gạc khô quanh chân rốn. Có thể thay gạc 2 – 3 lần / ngày.

NHIỄM TRÙNG HẬU SẢN

Nhiễm trùng hậu sản là khi bệnh nhân sốt liên tục trên 38^{0}C sau sanh 24 giờ.

Cách xử trí chung

- Cung cấp đủ nước bằng đường uống hoặc truyền dịch
- Hạ nhiệt (lau mát, thuốc)
- Nghỉ ngơi tại giường
- Kiểm tra sự co hồi tử cung, sản dịch, tuyến vú, tầng sinh môn, vết may thành bụng.. để có chẩn đoán xác định bệnh đúng và sớm.
- Theo dõi và xử trí ngay khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn.

NHIỄM TRÙNG TẦNG SINH MÔN, ÂM HỘ, ÂM ĐẠO

1. Triệu chứng

- Tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo sưng tấy, đỏ, đau.
- Tử cung co hồi tố, sản dịch không hôi.
- Sốt 380 – 38,50 C
- Tổng trạng tỉnh

2. Xử trí

- Vệ sinh tại chỗ, băng gạc vô khuẩn.
- Kháng sinh.

VIÊM NỘI MẠC TỬ CUNG

1. Triệu chứng

- Sốt 380 – 390 C
- Tử cung co hồi chậm, mềm, ấn đau khi khám.
- Sản dịch đục, hội.
- Thể trạng mệt mỏi, lo lắng.

2. Xử trí

- Nạo kiểm tra lòng tử cung sau khi siêu âm tử cung và hai phần phụ.
- Hạ sốt, kháng viêm, giảm đau.
- Kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Thuốc co hồi tử cung.
- Vệ sinh khô và sạch.
- Theo dõi mạch, HA, nhiệt độ, công thức bạch cầu.

VIÊM TỬ CUNG

1. Triệu chứng

- Sản dịch rất hôi, xám đen.
- Tử cung to, mềm, đau, ấn có thể có dấu lạo xạo hơi.
- Đau hạ vị. Thể trạng nhiễm trùng, mệt mỏi.

2. Xử trí

- Nâng tổng trạng.

- Kháng sinh chích, liều cao, phổ rộng.
- Có thể phẫu thuật cắt tử cung.

VIÊM TẮC TUYẾN SỮA

1. Triệu chứng

- Sốt sau sanh 3 – 5 ngày.
- Hai vú cương, đau, đỏ.
- Tử cung co hồi tốt, sản dịch không hôi.

2. Xử trí

- Chườm ấm vú, làm thông các tia sữa.
- Hướng dẫn cách cho con bú đúng.
- Hạ sốt, giảm đau.

ABCÈS VÚ

1. Triệu chứng

- Sốt cao.
- Vú căng cứng, có khối giới hạn rõ với vùng da nóng, đỏ, ấn đau; có thể có dấu phập phều.
- Tử cung co hồi tốt.

2. Xử trí

- Hạ sốt, giảm đau.
- Kháng sinh liều cao.
- Rạch dẫn lưu mủ nếu có.

VIÊM TẮC TĨNH MẠCH CHI DƯỚI

1. Triệu chứng

- Sốt cao.
- Sưng đau chi dưới.
- Tử cung co hồi tốt.

2. Xử trí

- Bất động chi đau.
- Kháng sinh liều cao, toàn thân.

BÍ TIỂU SAU SANH

ĐỊNH NGHĨA

Bí tiểu là khi có cảm giác mắc đi tiểu nhưng không thể đi được và khám lâm sàng có cầu bàng quang.

Đây là một rối loạn đường tiểu thường gặp sau sanh, gây khó chịu về vận động và cảm giác.

CƠ CHẾ TỔN THƯƠNG

1. Chèn ép.
2. Viêm cấp tính.
3. Hoại tử.

Trong sản khoa thường gặp là dạng hỗn loạn thần kinh ngoại biên.

LÂM SÀNG VÀ HƯỚNG XỬ TRÍ

Lâm sàng: tiểu khó, tiểu nhiều lần, tiểu không hết, bí tiểu.

Nguyên tắc điều trị:

- Tập tiểu
- Kháng sinh
- Chống phù nề
- Tăng co bóp cơ bàng quang

Thuốc

- Prostigmin: đối giao cảm → tăng trương lực cơ bàng quang.
- B_1, B_6 → tăng sức co bóp cho cơ bàng quang.
- Buscopan → giảm phù nề.

Tập tiểu

- Chườm nóng.
- Ấn đáy bàng quang.
- Đặt sonde tiểu ngắt quãng.
- Đặt sonde tiểu lưu → tập tiểu qua sonde:
  + Uống nhiều nước
  + Tập rặn tiểu kết hợp tháo nước tiểu mỗi 2 – 3 giờ.

PHÁC ĐỒ THEO DÕI và ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG QUÁ KÍCH BUỒNG TRỨNG

ĐẠI CƯƠNG

Quá kích buồng trứng (QKBT) là hội chứng thường gặp khi sử dụng thuốc kích thích buồng trứng (KTBT) để điều trị hiếm muộn, nhất là sau khi sử dụng hCG (Pregnyl hoặc Profasi).

Cơ chế bệnh sinh: chưa được hiểu rõ.

Sinh lý bệnh: do tình trạng tổn thương và tăng tính thấm thành mạch, gây tràn dịch đa màng, giảm nồng độ albumin máu và giảm thể tích tuần hoàn.

ĐỐI TƯỢNG NGUY CƠ

Những bệnh nhân có những yếu tố sau thuộc nhóm nguy cơ cao bị QKBT:

- Tuổi < 35
- Buồng trứng đa nang
- Loại và liều thuốc KTBT sử dụng
- Thụ thai trong chu kỳ điều trị
- Tiền căn QKBT
- Nồng độ estradiol trong huyết thanh > 6000pg/ml trước tiêm hCG
- Nồng độ estradiol tăng nhanh trong quá trình kích thích nang noãn
- Có nhiều nang (> 15-20) kích thước trung bình và nhỏ (12-14mm) ở hai buồng trứng

PHÂN LOẠI QUÁ KÍCH BUỒNG TRỨNG

1. Theo triệu chứng lâm sàng (Golan, 1989)

– Mức độ nhẹ: kích thước buồng trứng từ 5-10 cm
  + Độ 1: căng bụng, đau, khó chịu
  + Độ 2: độ 1 + buồn nôn, nôn, tiêu chảy

– Mức độ vừa: kích thước buồng trứng từ 10-12 cm
  + Độ 3: độ 2 + dấu hiệu báng bụng trên siêu âm

– Mức độ nặng: kích thước buồng trứng > 12 cm
  + Độ 4: độ 3 + báng bụng rõ trên lâm sàng, tràn dịch màng phổi và khó thở nhiều
  + Độ 5: độ 4 + cô đặc máu, giảm thể tích tuần hoàn, thiểu niệu

2. Theo thời gian khởi phát

– *QKBT sớm*

Xảy ra trong vòng 7 ngày kể từ ngày tiêm hCG

– *QKBT muộn*

Xảy ra hơn 7 ngày sau chích hCG, do hCG từ thai tiết ra. QKBT muộn thường kéo dài và nặng hơn so với QKBT sớm.

ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị là điều trị triệu chứng và bảo tồn, hạn chế các can thiệp ngoại khoa. Chỉ can thiệp ngoại khoa khi buồng trứng vỡ gây xuất huyết nội hay buồng trứng bị xoắn. Chiến lược theo dõi và điều trị tuỳ mức độ nặng nhẹ của hội chứng.

1. **Điều trị ngoại trú:** trong trường hợp QKBT nhẹ

- Nghỉ ngơi, hạn chế hoạt động.
- Uống nhiều nước, khoảng 2 lít nước mỗi ngày.
- Ăn thực phẩm nhiều đạm và ăn mặn.
- Theo dõi:
  + Đo vòng bụng, cân nặng
  + Theo dõi lượng nước tiểu mỗi ngày.
- Dấu hiệu chuyển nặng:
  + Chán ăn, buồn nôn, nôn nhiều, không uống được
  + Cân nặng và vòng bụng tiếp tục tăng nhanh
  + Tiểu ít đi (dưới 500ml nước tiểu / 24 giờ)
  + Khó thở

Khi có dấu hiệu chuyển nặng, bệnh nhân cần được nhập viện ngay.

2. **Điều trị nội trú:** trong trường hợp QKBT trung bình và nặng

- Nghỉ ngơi tuyệt đối
- Xét nghiệm theo dõi:
  + Công thức máu, hematocrit
  + Albumin máu
  + Ion đồ
  + Siêu âm
- Bù dịch
  + Human albumin (20%, 25%) từ 50-100ml / ngày
  + Gelafundin
  + Natri clorua 0,9%
  + Glucose 5%
  + Hạn chế dùng lactate ringer vì QKBT thường có sẵn tình trạng tăng kali máu
- Chọc dẫn lưu dịch ổ bụng, màng phổi, màng tim để điều trị triệu chứng
  + *Ổ bụng*: có thể chọc giải áp khi có các triệu chứng sau
    - Bụng quá căng
    - Khó thở
    - Thiểu niệu
    - Ăn uống kém, suy kiệt do bụng căng
  + *Màng phổi:* Khi có tràn dịch màng phổi nặng gây chèn ép nhu mô phổi, giảm chức năng hô hấp, $SpO_2 < 90\%$
  + *Màng tim:* Khi có tràn dịch màng tim làm suy giảm chức năng co bóp của tim
- Theo dõi:
  + Cân nặng, vòng bụng
  + Lượng dịch vào / ra mỗi 12 giờ

+ Dấu hiệu sinh tồn
+ Công thức máu, hematocrit
+ Ion đồ, albumin
+ Chức năng gan, thận

DỰ PHÒNG

Chú ý theo dõi những bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao trong quá trình KTBT để có hướng xử trí thích hợp:

- Sử dụng phác đồ thích hợp với liều thuốc thích hợp đối với từng bệnh nhân (như phác đồ 'liều thấp-tăng liều dần' cho bệnh nhân PCOS...)
- Giảm liều thuốc KTBT hoặc ngưng KTBT, không tiêm hCG khi có nguy cơ QKBT nặng
- Sử dụng hCG liều thấp (5000 đơn vị) thay vì liều cao (10000 đơn vị)
- Không chuyển phôi, trữ phôi toàn bộ (với bệnh nhân điều trị TTTON)
- Không sử dụng hCG trong hỗ trợ giai đoạn hoàng thể

PHÁC ĐỒ KỸ THUẬT GIẢM THAI TRONG ĐA THAI SAU ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN

ĐẠI CƯƠNG

Kích thích buồng trứng phối hợp với các phương pháp hỗ trợ sinh sản đã làm cho tỉ lệ có thai tăng lên rõ rệt trong các chu kỳ điều trị vô sinh, tuy nhiên, cũng làm tăng tỉ lệ đa thai. Tỉ lệ đa thai ở các chu kỳ kích thích buồng trứng khoảng 20%, trong đó, tam thai trở lên khoảng 8%.

Giảm thai được xem là một phương thức hiệu quả để giảm các nguy cơ cho mẹ và con trong các thai kỳ đa thai.

CHỈ ĐỊNH CỦA KỸ THUẬT GIẢM THAI

Bệnh nhân sau điều trị vô sinh bằng kích thích buồng trứng, bơm tinh trùng vào buồng tử cung, thụ tinh trong ống nghiệm có tam thai trở lên.

Kỹ thuật giảm thai được thực hiện qua ngả âm đạo, dưới hướng dẫn siêu âm đầu dò âm đạo, lúc thai khoảng 7 - 9 tuần.

KỸ THUẬT THỰC HIỆN

1. Chuẩn bị bệnh nhân, tư vấn cho bệnh nhân về kỹ thuật giảm thai và chỉ thực hiện khi đã có cam kết của bệnh nhân
2. Xét nghiệm:
   - HIV, BW, HbsAg
   - Công thức máu, nhóm máu
   - Tiểu cầu, TS, TC
   - Chức năng gan, thận
   - Điện tâm đồ
3. Khám tiền mê trước thủ thuật
4. Sử dụng kháng sinh dự phòng một ngày trước thủ thuật
   - Augmentin 3g chia làm 3 lần trong ngày tiêm TMC
5. Kỹ thuật tiến hành:
   - Siêu âm đầu dò âm đạo để xác định chính xác số túi thai có phôi và tim thai
   - Chọn lựa túi thai để tiến hành thủ thuật tùy vào vị trí các túi thai, mối liên quan giữa các phôi thai trong các túi thai, tình trạng nhau, túi ối
   - Dùng kim chọc hút gắn lên cần mang kim chọc qua cùng đồ âm đạo dưới hướng dẫn siêu âm đầu dò âm đạo, vào túi thai đến phôi thai.
   - Sau khi kim vào đến phôi thai, dùng một syringue 10ml gắn vào kim tạo một lực hút lên phôi. Hút lặp lại nhiều lần cho đến khi toàn bộ hay phần lớn mô phôi thai được hút ra ngoài (trung bình thời gian hút cho một phôi khoảng 5 phút, nếu người làm đã nắm vững kỹ thuật). Tránh hút nước ối để có thể quan

sát rõ phôi thai trong suốt quá trình thực hiện và dễ theo dõi sau này. Trong hầu hết các trường hợp, phản âm phôi mất hoàn toàn hay còn rất nhỏ, túi thai vẫn còn nguyên kích thước hay hơi nhỏ đi một chút.

- Thủ thuật được lặp lại cho túi thai khác nếu là các trường hợp nhiều hơn tam thai.
- Số thai để lại theo chúng tôi khuyến cáo là 2, tuy nhiên, số thai để lại cuối cùng tùy theo vị trí của các túi thai, tình trạng của các túi ối, bánh nhau và quyết định cuối cùng của bệnh nhân.

6. Theo dõi sau thủ thuật:
   - Người bệnh được lưu lại trong viện 3 ngày.
   - Sử dụng thuốc giảm co: spasfon, salbutamol, progesterone
   - Tiếp tục sử dụng kháng sinh đến 5 ngày nếu không có biến chứng
   - Siêu âm kiểm tra sau 3 ngày
   - Tái khám thai định kỳ mỗi tháng.

CÁC BIẾN CHỨNG

- Sẩy thai: sẩy các thai còn lại sau khi đã hút bớt một số phôi thai.
- Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh.
- Xuất huyết nội do chảy máu tại chỗ đâm kim vào cơ tử cung: cần mổ bụng cầm máu.

PHẦN III

PHỤ KHOA

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG

CHẨN ĐOÁN

Phụ nữ tuổi sanh đẻ có đau bụng hay ra huyết

- Nếu HCG dương tính và SA trong TC không có thai, ± u cạnh TC đều chẩn đoán thai ngoài TC.
- Thấy túi thai trong TC loại trừ thai ngoài TC, trừ trường hợp có kèm thai trong với thai ngoài TC (1/30.000).
- HCG thấp so với tuổi thai kèm với SA nghi ngờ, có thể nội soi chẩn đoán.
  - quyết định nội soi dựa trên:
    + yếu tố nguy cơ (bảng 1), tiền căn thai ngoài TC, thụ tinh trong ống nghiệm, phẫu thuật tai vòi, có vòng, có chóng mặt, . .
    + trên SA có khối cạnh TC nghi ngờ, có dịch ổ bụng.

Bảng 1. Các yếu tố nguy cơ thai ngoài TC

Yếu tố	Nguy cơ tương đối
Tiền căn TNTC	3,9
Phẫu thuật tai vòi	2,4
Hút thuốc	1,26 –2,42
Kích thích rụng trứng	1,66
Nhiễm Chlamydia	1,50
Có vòng	1,34
VMC cắt ruột thừa	1,25

ĐIỀU TRỊ

Nhằm 4 Mục Đích:

- *Giải quyết khối TNTC*
- *Giảm tối đa tỉ lệ tử vong*
- *Ngừa tái phát TNTC*
- *Duy trì khả năng sinh sản*

1. Thai ngoài tử cung vỡ có choáng:

- Hồi sức chống choáng tích cực:
- Truyền dịch, truyền máu hoặc dung dịch cao phân tử
- Vừa hồi sức vừa phẫu thuật:
- Chọn phương pháp kiểm soát chảy máu nhanh nhất.
- Cắt triệt để tai vòi để làm giảm tái phát
- Nếu TNTC đoạn kẽ, phải xén góc TC, khâu lại bằng chỉ catgut chromic 0 hoặc 1(0) hoặc chỉ Vicryl
- Đoạn sản nếu có chỉ định.

Thai ngoài TC vỡ nhưng chưa có dấu hiệu choáng có thể phẫu thuật nội soi.

2. Huyết tụ thành nang:

- Nếu khối huyết tụ nhỏ (≤8 cm): mổ nội soi.
- Nếu khối huyết tụ lớn (> 8 cm): mở bung lấy khối huyết tụ.

3. Thai ngoài tử cung chưa vỡ:

- Mở bụng hoặc PT nội soi
- Nội soi khi không có chống chỉ định.
- Mở bụng khi có chống chỉ định của PT nội soi hoặc không có điều kiện nội soi
- Cắt tai vòi hoặc điều trị bảo tồn.

4. Thai trong ổ bụng

- Thai chết, phải phẫu thuật lấy khối thai ra.
- Thai sống, phẫu thuật ngay vì nguy cơ gây xuất huyết nội. Lúc mổ khi lấy nhau chỉ lấy phần dễ lấy, không cố gắng lấy phần dính chặt vào các cơ quan trong ổ bụng vì nguy cơ gây chảy máu nhiều. Phần nhau còn lại sẽ tự hủy không cần can thiệp, hoặc có thể dùng methotrexate để đẩy nhanh quá trình hủy nhau. Không dẫn lưu.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH CỦA NỘI SOI TRONG TNTC

- TNTC vỡ có choáng
- HTTN to (> 8 cm).
- Dính nặng.
- TNTC đoạn kẽ.
-

TIÊU CHUẨN ĐỂ CHỌN ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

Bước 1:

1. Người bệnh còn muốn sanh con
2. TNTC chưa vỡ hoặc đã vỡ nhưng gọn không phức tạp.
3. Đường kính túi thai ≤ 4cm
4. Vị trí TNTC không ở đoạn kẽ hoặc eo
5. Progesteron < 5ng/ml
6. Siêu âm không thấy tim thai

Bước 2: Đánh giá tai vòi theo bảng điểm:

1. Tiền sử có TNTC ..... 2 điểm
2. Sau đó mỗi lần TNTC thêm ..... 1 điểm
3. Có tiền sử gỡ dính qua nội soi ..... 1 điểm
4. Có tiền sử mổ vi phẫu ODT ..... 2 điểm
5. Chỉ có một vòi trứng ..... 1 điểm
6. Tiền sử viêm ODT ..... 1 điểm
7. Có dính cùng bên ..... 1 điểm
8. Có dính đối diện ..... 1 điểm

Xử trí tùy số điểm :

- 0 - 3 điểm: → xẻ tai vòi lấy khối thai
- 4 điểm: → cắt tai vòi
- ≥ 5 điểm: → cắt tai vòi + thụ tinh trong ống nghiệm

THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Hậu phẫu theo dõi βHCG, SA mỗi 48 giờ.
- Sau phẫu thuật lấy sạch khối nhau thai, bình thường βHCG phải giảm nhanh sau 48 giờ.
- Nếu sau 48 giờ :
  - *βHCG < 15% định lượng ban đầu*, không cần thử thêm.
  - *βHCG trong khoảng 35-50% của mức ban đầu,*
    - + SA kiểm tra.
    - + Có thể còn sót nhau, thai, phẫu thuật có thể thất bại cần:
      - o Phẫu thuật lần 2 hoặc
      - o Điều trị với Méthotrexate (ức chế tế bào nuôi phát triển.)
        - → 20-40 mg tiêm bắp / ngày x 2 ngày, toàn thân hay tại chỗ tiêm trực tiếp vào túi thai dùng SA ngả âm đạo hướng dẫn.
        - → Hoặc dùng liều duy nhất tiêm bắp 50 mg/m^2 diện tích thân thể.
  - *Nếu ở mức 15-35% cần theo dõi βHCG và SA mỗi 48 giờ tới khi HCG âm tính, nếu không giảm cần điều trị với Methotrexate.*

HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT TNTC

- Nên dùng thuốc ngừa thai viên phối hợp trong vài tháng.
- Chỉ nên cho mang thai sau khi đã chụp HSG có kết quả tốt.
- Cần theo dõi bằng SA thai kỳ sau phẫu thuật TNTC để theo dõi nguy cơ tái phát.
- Khi cắt tai vòi với khoét góc, xẹo có thể không được chắc cần theo dõi khám thai kỹ.

TIÊN LƯỢNG

- Tiên lượng tùy thuộc vào chẩn đoán sớm,
  - nếu phát hiện và xử trí sớm lúc chưa vỡ hay mới vỡ, tiên lượng tốt,
  - nếu trễ, mất máu nhiều trong bụng, tỉ lệ tử vong khoảng 1-1,5%, chiếm 6,5% của tử vong mẹ.
- Tái phát 10-15%.
- Có thai bình thường 35% với người chưa sanh và 82% với người con rạ.
- Nếy có tiền căn phá thai, bệnh lây truyền đường sinh dục, sảy thai, ... tỉ lệ có thai thường là 43,4% so với người không có các tiền căn trên là 82,6%.
- Sau phẫu thuật bảo tồn, có thai lại 35%, bị thai ngoài TC tái phát 9%.

GÍA TRỊ βHCG VÀ SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN TNTC

Định lượng βHCG: < 5 mUI/ml có thể loại bỏ có thai.

- *βHCG* tăng gấp đôi mỗi 48 giờ trong 8 tuần đầu.
- *βHCG* = 2.000 mUI/ml thấy túi thai khi SA ngả bụng
- *βHCG* = 500 -1.000 mUI/ml. Nếu SA ngả âm đạo có thể thấy túi thai
- Trong TNTC, giá trị HCG rất thay đổi, có thể bình thường, dương tính thấp. HCG âm tính cũng không thể loại trừ TNTC.

SA ngả bụng, túi thai trong TC thấy được từ tuần lễ thứ 5 từ ngày kinh chót.
SA ngả âm đạo túi thai thấy được từ tuần thứ 4.

- Dấu hiệu tại TC: TC không có túi thai
- Dấu hiệu cạnh TC: có túi thai cạnh TC
- Dấu hiệu phúc mạc: có dịch trong cùng đồ không có giá trị đặc hiệu, nhưng gợi ý khả năng thai ngoài TC

Progesterone ít gía trị trong chẩn đoán TNTC.

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ DỌA SẨY THAI

ĐỊNH NGHĨA SẨY THAI

- Khi thai bị tống xuất khỏi buồng tử cung khi chưa có khả năng tự sống.
- Trọng lượng thai bị tống xuất < 500g.
- Sẩy thai sớm (15%): trước 12 tuần vô kinh.
- Sẩy thai muộn (3%): từ sau tuần thứ 12 đến trước tuần thứ 28.

LÂM SÀNG

- Ra máu âm đạo: lượng ít, đỏ hoặc bầm đen, kéo dài nhiều ngày (nếu nhiều, tiên lượng sẽ bị sẩy).
- Có thể kèm cảm giác trần bụng dưới hoặc đau lưng.
- Khám âm đạo:
  + Cổ tử cung dài và đóng kín.
  + Thân tử cung mềm, to tương xứng tuổi thai.
- Siêu âm: Bóc tách hoặc máu tụ sau túi thai.

XỬ TRÍ

- Nghỉ ngơi tuyệt đối trong thời gian ra huyết âm đạo hay đau bụng, đau lưng.
- Hoạt động nhẹ nhàng, tránh giao hợp ít nhất 2 tuần sau khi ngưng ra máu.
- Giảm co: Spasfon 40mg 1-2 viên (uống) x 3 lần/ngày.
- **Hỗ trợ hoàng thể:** Progesterone tự nhiên nhằm giảm co bóp tử cung là chính và hỗ trợ hoàng thể trong 3 tháng đầu:
  + Utrogestan 100mg 1 viên x 3 lần/ngày (đặt ÂĐ).
  + Utrogestan 100mg 1 viên x 3 lần/ngày (uống).
- Vitamine E. 400 UI 1v ngày.

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ SẨY THAI

SẨY THAI KHÓ TRÁNH

1. Lâm sàng:

   - Ra máu âm đạo nhiều, đỏ tươi hoặc ít nhưng trên 10 ngày.
   - Đau hạ vị từng cơn, ngày càng tăng.
   - Khám ÂĐ: CTC mở, đôi khi có ối vỡ.

2. Xử trí:

   - Kháng sinh dự phòng: Cephalexin 500mg 1v x 2 /ngày
   - Nạo gắp thai.

SẨY THAI KHÔNG TRỌN

1. Lâm sàng:

   - Thường đã có triệu chứng dọa sẩy trước đó.
   - Đau bụng, ra huyết nhiều hơn.
   - Có thể ghi nhận có một mảnh mô được tống xuất ra khỏi âm đạo. Sau đó vẫn tiếp tục ra máu âm đạo khi nhiều khi ít và còn đau bụng ngầm dây dưa.
   - Khám ÂĐ: CTC còn hé mở hay đóng kín. Thân TC còn to hơn bình thường.
   - Siêu âm: Có thể thấy hình ảnh sót nhau trong buồng TC.

2. Xử trí:

   - Kháng sinh.
   - Nạo kiểm tra buồng TC để lấy phần nhau còn sót ra. Gửi GPBL.
   - Máu ra nhiều phải hồi sức, truyền dịch, truyền máu nếu cần.

SẨY THAI TIẾN TRIỂN

1. Lâm sàng:

   - Ra máu ÂĐ nhiều, có máu cục. Bệnh nhân có thể bị choáng.
   - Đau quặn từng cơn vùng hạ vị do tử cung co thắt mạnh để tống thai ra.
   - Khám ÂĐ: Đoạn dưới TC phình to, CTC mở, đôi khi có thể thấy khối nhau thai lấp ló ở CTC.

2. Xử trí:

   - Nếu choáng, phải hồi sức chống choáng.
   - Nạo gắp thai nhanh để cầm máu.
   - Kháng sinh.

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ THAI LƯU

ĐỊNH NGHĨA

- Thai lưu là thai đã chết nhưng thai và nhau bị lưu lại trong buồng TC một thời gian lâu sau đó, không bị tống xuất ra ngay.

LÂM SÀNG

- Ra máu ÂĐ thường đỏ sậm hoặc bầm đen.
- Ngực căng, có thể chảy sữa non.
- Khám ÂĐ: TC nhỏ hơn tuổi thai, nếu theo dõi thấy không to thêm hoặc giảm dần kích thước.
- Triệu chứng có thể không rõ ràng: chỉ thấy mất kinh kéo dài và hết bị thai hành.
- Siêu âm giúp chẩn đoán chính xác: Hình ảnh trứng trống, túi phôi xẹp hoặc tim thai (-).

TIẾN TRIỂN

- Hầu hết thai lưu sẽ sẩy.
- Có thể có RLĐM nếu thai chết 6 tuần mà chưa được tống xuất ra ngoài.
- Ối vỡ rất dễ bị nhiễm khuẩn.

XỬ TRÍ

- Xét nghiệm RLĐM, GS, CTM, TS, TC.
- Các trường hợp thai lưu < 8 tuần có thể nạo tại phòng khám.
- Lấy thai ra phải chắc chắn không có biến chứng RLĐM mới tiến hành thủ thuật.
- Thai nhỏ < 14 tuần: nong CTC bằng que nong rồi nạo hút bằng carman 2 valve.
- Thai to > 14 tuần: đặt kovac's rồi giục sanh bằng Oxytocin truyền TM chờ sanh tự nhiên rồi sau đó kiểm tra buồng TC. Nếu giục sanh thất bại sẽ nạo gắp thai hoặc mổ xẻ TC lấy thai.

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ THỦNG TỬ CUNG

CHẨN ĐOÁN

Thủng TC trong thì nong, gắp, nạo:

- Thước đo không chạm đáy TC và quá sâu hơn tuổi thai.
- Hẫng tay, nhẹ tay khi nong CTC.
- Muỗng nạo vào quá sâu, không cảm giác chạm đáy TC.
- Thấy mô giống mạc nối hoặc ruột.
- Chảy máu nhiều.
- Đau, choáng.
- Siêu âm, nếu nghi ngờ.

XỬ TRÍ

1. **Ngưng thủ thuật.**
2. **Hồi sức, truyền dịch.**
   Glucose 5% 500ml truyền TM.
3. **Kháng sinh điều trị.**
   Claforan 1g 1 lọ x 2 TB hoặc TM
4. **Thủng TC do thước đo / ống hút nhỏ và vị trí ở đáy TC khi nạo sinh thiết:**
   4.1. Nếu không đau bụng, không có dấu xuất huyết nội:
   - Theo dõi huyết áp mạch ổn định, Hct không giảm có thể theo dõi điều trị nội khoa
   - Lòng TC còn mô nhau thai: nạo sạch buồng TC.
   - Co TC: Oxytocin 5 đv TB x 2 lần / 4 giờ.

   4.2. *Nếu có đau bụng, nghi hay có dấu hiệu xuất huyết nội trên lâm sàng, siêu âm*
   - phải phẫu thuật mở bụng. vá lổ thủng kiểm tra ruột và cơ quan lân cận.
   - Nạo KT lại TC bị thủng
   - Lòng TC còn mô nhau thai: nạo sạch buồng TC.
   - Co TC: Oxytocin 5 đv TB x 2 lần / 4 giờ.
5. **Thủng TC ở thì nong, vị trí ở eo TC:**
   - Phẫu thuật ngay: mở bụng, vá lổ thủng, kiểm tra ruột và cơ quan lân cận.
   - > 40 tuổi, đủ con:
     + Cắt TC chừa 2 phần phụ.
     + Giữ TC: phải nạo sạch buồng TC.
     + Triệt sản.
6. Thủng TC ở thì gắp: thấy mạc nối / ruột:
   - Phẫu thuật ngay: mở bụng, vá lổ thủng, kiểm tra ruột, cầm máu,
   - Nếu > 40 tuổi cắt TC chừa 2 phần phụ.
   - Giữ TC phải nạo sạch buồng TC, rửa bụng, dẫn lưu.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM VÙNG CHẬU

NGUYÊN NHÂN

1. Nhiễm trùng qua giao hợp:
   Tác nhân gây bệnh:
   - Lậu cầu
   - Chlamydia trachomatis
   - Ureaplasma urealyticum
   - Các loại vi trùng hiếu khí và yếm khí khác.
2. Nhiễm trùng do đưa vật lạ vào lòng tử cung:
   - Dụng cụ tử cung: các loại vòng tránh thai
   - Chụp HSG
   - Nong và nạo thai
   - Nong và nạo sinh thiết
3. Viêm vùng chậu sau một phẫu thuật phụ khoa
4. Nhiễm trùng sau sanh và sau sẩy thai
5. Viêm huyết khối tỉnh mạch chậu tự mũ
6. Nhiễm trùng vùng chậu do bệnh lý nguyên phát ở đường vị tràng
7. Lao
8. Nhiễm trùng nhiệt đới

CHẨN ĐOÁN

Thường khó khăn khi bệnh mới bắt đầu
Chủ yếu dựa vào lâm sàng

1. Triệu chứng:
   - Thường có những yếu tố thuận lợi trước đó, là nguyên nhân gây bệnh
     + Đối với nguyên nhân sau thủ thuật thì triệu chứng xuất hiện sau khoảng 48 - 72 giờ.
     + Đối với nguyên nhân do đường tình dục thì xuất hiện khoảng 2 tuần sau đó, chỉ sau khi hành kinh dứt.
   - Đau vùng chậu (thường 2 bên) 94% có thể kèm nhiễm trùng tiểu, tuyến tiền đình.
   - Sốt >38°C (30 %)
   - Kèm viêm cổ tử cung: khí hư mủ nhầy (90%).
2. Khám :
   - Lắc tử cung đau (+ + +)
   - Sờ được 1 khối ở 1 hay 2 bên tử cung hay ở cùng đồ sau (abces phần phụ)
3. Cận lâm sàng:
   - BC # : trong 66 %
   - V S # : trong 75%

ĐIỀU TRỊ

1. Viêm Phần Phụ Cấp:

1.1 Điều trị ngoại trú:

- Doxycyline 0,1g 1v x 2/ngày 10 - 14 ngày

Hoặc:

- Bactrim 0,96g 1v x 2/ngày 10 - 14 ngày
- và Doxycyline 0,1g 1v x 2/ngày 10 - 14 ngày

Sau 48 - 72 giờ nếu lâm sàng không cải thiện phải nhập viện

1.2. Điều trị nội trú:

- Cephalosporin (thế hệ II hoặc III) 2 - 3 g /ngày (TB) hay (TM)
- và Flagyl 0,5g 1lọ x 2 (truyền TM)
- Dùng trong 7 ngày
- Sau đó dùng bactrim 0,96g 1v x 2 uống/ngày 10 - 14 ngày,
- Doxycycline 0,1g 1v x 2 uống/này 10 - 14 ngày,

2. Abcès Phần Phụ

2.1. Điều trị nội:

Viêm phúc mạc chậu khi ổ abcès có điều trị < 8cm (trên lâm sàng và siêu âm).

- Cephalosporin thế hệ 3: 2 - 3 g /ngày x 5 ngày (TB hay TM)
- Flagyl 0,5g 1lọ x 2 (truyền TM) x 5 ngày

Sau đó dùng đường uống

- Bactrim 0,96g 1v x 2/ngày x 10 - 14 ngày
- Doxycycline 0,1g 1v x 2/ngày x 10 - 14 ngày

Có thể dùng thêm kháng viêm

2.2. Phẫu thuật

Chỉ định:

- Khi abcès > 8 cm, abcèss vỡ, viêm phúc mạc toàn thể
- Nghi ngờ abcès vùng chậu
- Điều trị nội khoa sau 48 - 72 giờ không đáp ứng.

Xử trí:

- Bn < 40 tuổi, còn muốn có con, có thể làm :
  + Mở dẫn lưu ở ổ abcès
  + Cắt tai vòi hoặc phần phụ có khối abcès
- Bn > 40 tuổi và đủ con:
  + Cắt hoàn toàn tử cung + 2 phần phụ + dẫn lưu.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG

ĐẠI CƯƠNG

- 20% phụ nữ < 40 tuổi bị u xơ tử cung
- là chỉ định thường gặp nhất trong phẫu thuật phụ khoa.
- Tỉ lệ hóa ung thư rất thấp <1/1000, tại bệnh viện Phụ sản Từ Dũ tỉ lệ hóa ung thư là 0,4/1000 (số liệu 1992-1995)
- phần lớn các trường hợp không triệu chứng không cần điều trị chỉ theo dõi
- Phụ nữ bị u xơ TC có *nguy cơ bị ung thư niêm mạc TC cao gấp 4 lần* người không có u xơ.

CẬN LÂM SÀNG

- Siêu âm là giúp chẩn đoán nhanh u xơ TC và có độ chính xác tương đối cao.
- Soi buồng TC để tìm nhân xơ dưới niêm mạc, chỉ dùng khi đã xác định TC không mang thai.
- Sinh thiết niêm mạc TC rất cần thiết khi bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật, nhất là trên bn > 35 tuổi vì nguy cơ bị kèm với ung thư niêm mạc TC.
- UIV giúp chẩn đoán phân biệt với thận lạc chỗ, chèn ép do khối u lên đường niệu khi u xơ tử cung to > thai 20 tuần

CHẨN ĐOÁN

1. **Chẩn đoán xác định:** căn cứ trên
   - khám lâm sàng có khối u liên quan đến TC di động CTC khối u di động theo
   - siêu âm có u xơ tử cung
   - bệnh sử có rong kinh rong huyết
2. **Chẩn đoán phân biệt:**
   - u nang buồng trứng
   - abcès phần phụ
   - thận lạc chỗ
   - TC có thai hay TC ngả sau
   - lạc nội mạc trong cơ TC rất khó phân biệt với u xơ TC.

XỬ TRÍ

Tùy theo kích thước và biến chứng kèm theo, xử trí u xơ tử cung có thể bằng biện pháp nội khoa hay phẫu thuật hay cả hai.

1. **Nội Khoa:** khi
   - **U xơ nhỏ < thai 12 tuần**
   - *không triệu chứng* **không điều trị**, chỉ cần theo dõi,
   - *có rối loạn kinh nguyệt*

1.1. Progestatifs tổng hợp

+ Orgamétril 5mg, Primolut nor 5mg, Luteran 5mg, Lutenyl 5mg,... : 1vx2/ngày

+ Tùy theo mức độ xuất huyết hoặc nhu cầu có con:
  - có thể điều trị từ ngày 16 tới 25
  - hay từ ngày 5 tới 25 của chu kỳ
  - hoặc liên tục, trong 6 tháng.
+ Thuốc có thể giảm kích thước nhân xơ nhưng khi ngưng thuốc sẽ lớn trở lại.

1.2. *Chất đồng vận GnRH* (bảng)

Khối u xơ giảm 50-70% kích thước. Khi ngưng thuốc nhân xơ phát triển trở lại.

Chỉ định:

+ điều trị trước mổ bóc nhân xơ to
+ điều trị thiếu máu trước phẫu thuật
+ bệnh nhân tiền mãn kinh
+ chuẩn bị trước cho bệnh nhân mổ cắt tử cung ngả âm đạo, nội soi
+ bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật
+ bệnh nhân chưa muốn phẫu thuật hay có chỉ định y khoa trì hoãn phẫu thuật

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

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

Bảng: Các loại thuốc đồng vận GnRH

Tên thuốc	*Tên hóa học*	*Đường dùng*	*Liều dùng*
Lutrelef	Gonadoréline	Tiêm dưới da	3,75mg/3 tháng
Diphereline	Triptoréline	Tiêm dưới da, tiêm bắp	3,75mg/3 tháng
Enantone	Leuproréline	Tiêm bắp	3,75mg/3 tháng
Zoladex	Goseréline	Cấy que thuốc dưới da bụng	3,75mg/3 tháng

2. Phẫu Thuật

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

- *ra huyết bất thường gây thiếu máu*
- *đau nhiều vùng chậu, thống kinh điều trị nội không kết quả*
- *TC to ≥ thai 12 tuần*
- *có triệu chứng chèn ép đường tiết niệu*
- *nhân xơ lớn nhanh sau mãn kinh*
- *vô sinh, sảy thai liên tiếp*
- *khối u to nhanh*

2.2. *Phương pháp phẫu thuật* tùy thuộc vào các yếu tố đủ con và tuổi bn,

- *nếu < 45 và chưa đủ con, cố gắng bóc nhân xơ. Nếu không bóc được phải cắt tử cung chừa 2 phần phụ.*
- *bn ≥45 hoặc có đủ con thường cắt hoàn toàn TC+ 2 phần phụ.*

Lưu ý:

- Có thể phẫu thuật nội soi hay mở bụng.
- Các trường hợp có chỉ định phẫu thuật nên được *nạo sinh thiết buồng TC* để chắc chắn loại trừ ung thư niêm mạc TC kèm theo.
- Bóc nhân xơ, có thể bị *tái phát 50%*
- Phẫu thuật nên tránh trong lúc mang thai, nếu cần có thể phẫu thuật 5-6 tháng sau sanh

- Trước khi phẫu thuật nên giảm rong huyết bằng cách dùng progestatifs, chất đồng vận GnRH

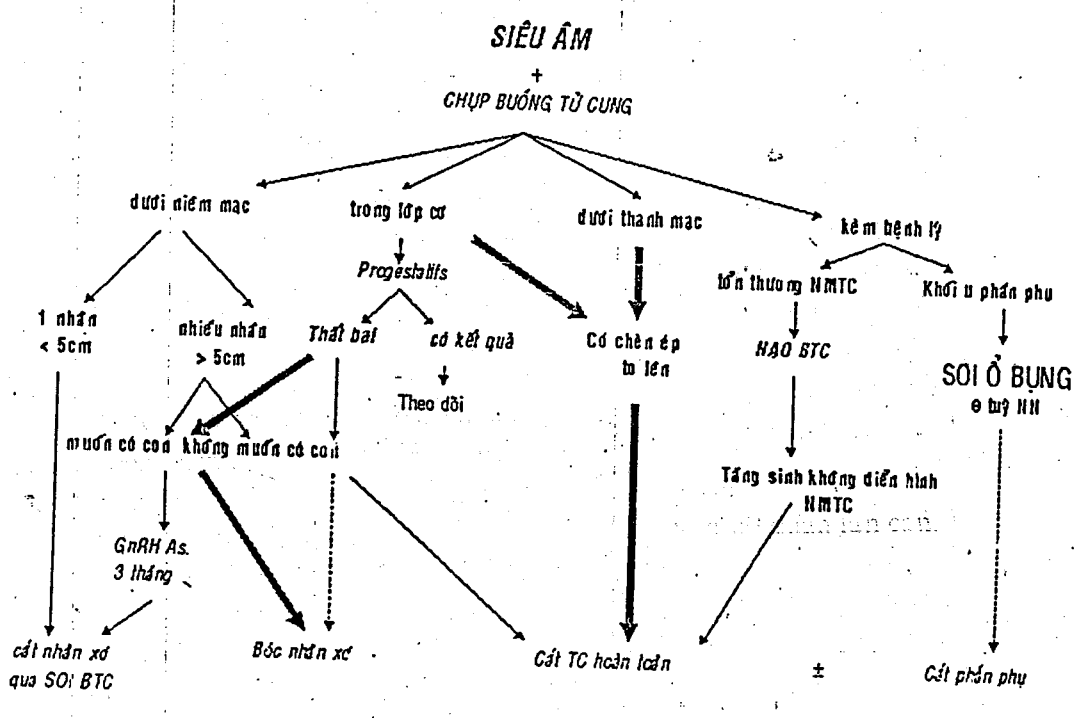
2.3. Myolysis

- Dùng chất đồng vận GnRH trong 3 tháng để khối nhân xơ thu nhỏ.
- Sau đó nội soi bóc nhân xơ.
- Kết quả thành công 90%.

2.4. Thuyên tắc động mạch tử cung

- Đặt catheter vào động mạch đùi luồn đến động mạch tử cung, rồi bơm vào chất plastic hay gel tạo đóng cục máu làm giảm nuôi dưỡng u và kết quả giảm kích thước khối u xơ.
- Kỹ thuật này đòi hỏi phải có trang bị hệ thống chuyên biệt theo dõi ống thông di chuyển trên màn hình đến đúng động mạch tử cung,
- Thời gian thực hiện 60-90 phút.
- Đạt kết quả 80%, một số trường hợp vẫn có con được.

XỬ TRÍ U XƠ TỬ CUNG CÓ TRIỆU CHỨNG TRÊN PHỤ NỮ TUỔI SANH ĐẺ



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ U BUỒNG TRỨNG

ĐẠI CƯƠNG

- U BT bao gồm các khối to lên từ BT, gồm các u tân sinh và cũng có thể có u chức năng, khối viêm nhiễm, lạc nội mạc TC.
- Tất cả các khối này được gọi là khối u phần phụ, và trên lâm sàng không thể biết có đúng là U BT không.
- Nang chức năng thường < 6-8 cm
- U BT thường gặp là u biểu mô (80%), u tế bào mầm (10%), u mô đệm (3,7%).

CHẨN ĐOÁN

- Khám lâm sàng có u cạnh TC, có khe hở giữa TC và khối u, di động TC khối u không di động theo.
- SA có giá trị trong chẩn đoán U BT.
- Cần đánh giá khả năng lành hay ác tính.
- Cần phân biệt khả năng u lành, ác (bảng 1) và nguy cơ theo tuổi (bảng 2)

Bảng 1. Phân biệt u lành ác

U lành	*U ác*
Một bên	Hai bên
Vỏ nguyên vẹn	Vỏ vỡ
Di động dễ	Dính với cơ quan khác
Bề mặt láng	Có sùi trên mặt
Không có cổ chướng	Có cổ chướng (có máu)
Phúc mạc trơn láng	Phúc mạc có sần
Vách trơn láng	Vách có nơi xuất huyết
Chứa dịch	Đặc hay đặc 1 phần
Bề mặt trong nang láng	Có chồi trong nang
Dạng đồng nhất	Không đồng nhất

Bảng 2. U BT theo tuổi

Trước dậy thì	*Sanh sản*	*Mãn kinh*
U tế bào mầm 80%	U chức năng 70%	U ác 50%
U ác 10%-50%	Lạc nội mạc TC 10%	
	U tân sinh	
	– Lành 85%	
	– Ác 15%	

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

U BT cần phân biệt với các khối u vùng hạ vị gồm các u của tai vòi, TC, ruột và các cơ quan khác (bảng 3)

Bảng 3. Chẩn đoán phân biệt u phần phụ

Cơ quan	*U chứa dịch*	*U đặc*
BT	Nang chức năng U nang tân sinh lành tính ác tính Lạc nội mạc TC	U nguyên phát lành tínli: BT đa nang, u xơ, thecoma ác tính: u giáp biên, xâm lấn Di căn tới BT
Tai vòi	Viêm tai vòi Abcès tai vòi-BT Ứ dịch tai vòi Nang cạnh BT	Abcès tai vòi BT GEU U nguyên phát
Tử cung	Có thai TC 2 sừng	Có thai Nhân xơ có cuống Nhân xơ cổ TC
Ruột	Phân trong đại tràng sigma, cecum Viêm ruột Viêm ruột thừa	Ung thư đại tràng Viêm ruột Viêm ruột thừa
Khác	Bàng quang căng Nang cuống rún Abcès hay máu tụ thành bụng	Lymphoma vùng chậu Thận lạc chỗ

CẬN LÂM SÀNG

- CA 125, nếu < 35 UI/l ít nghi ác tính, > 35 U/l nghi ác tính nhưng cũng gặp trong viêm phần phụ, lạc nội mạc TC.
- UIV, chụp đại tràng có cản quang, thử phân xem có máu để đánh giá mức chèn ép hay xâm lấn.
- Chụp vú khi có nghi ngờ có u di căn.
- Chụp phổi để loại trừ ung thư phổi và tràn dịch màng phổi ít
- Pap smear, sinh thiết niêm mạc TC nếu có xuất huyết TC
- SA, CT scan khi khối u to, phức tạp, tìm ra các bệnh lý tụy tạng, dạ dày và các hạch nếu có.

XỬ TRÍ

Xử trí theo phác đồ hình 1,2

1. U cơ năng

- U < 6-8 cm, dạng nang, đồng nhất.
- Có thể chọc rút dịch U BT qua SA gởi XN tế bào, hoặc
- Theo dõi trong 3 -6 tháng, ± thuốc viên ngừa thai phối hợp (Nordette, Marvelon, ...) hoặc Progestetatifs (Duphaston, ...).
- Nếu sau 3 -6 tháng, u còn tồn tại, xử trí qua nội soi.

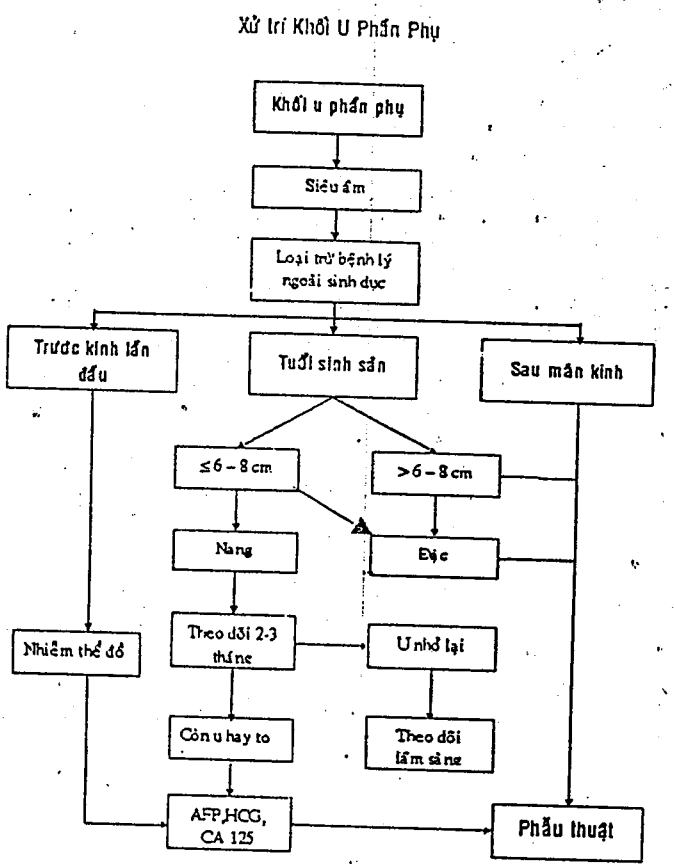
2. U thực thể không biến chứng cần phẫu thuật

3. Phẫu thuật các U BT

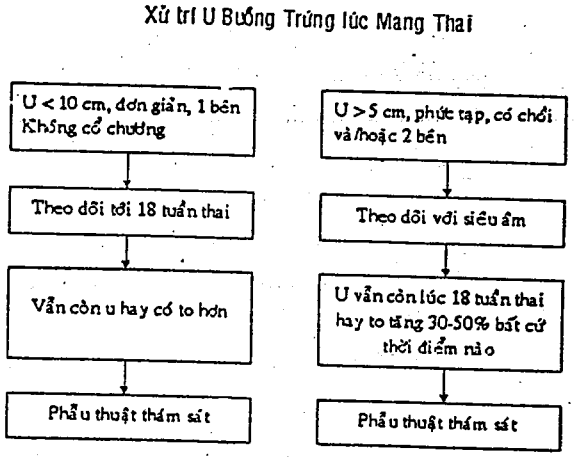
3.1.Nguyên tắc

- Thám sát ổ bụng, quan sát kỹ khối u và các đặc điểm
- Hút dịch ổ bụng hay dịch rửa ổ bụng khảo sát tế bào
- *U lành*:
  - Tuổi < 45 điều trị bảo tồn, bóc khối u hay cắt BT hay phần phụ [illegible] trường hợp, quan sát BT bên kia, nếu cần làm sinh thiết
  - Tuổi ≥ 45 hay hậu mãn kinh: cắt hoàn toàn TC và 2 phần phụ
- *U nghi ác* (có CA 125 > 35 UI/l) nếu có thể làm sinh thiết lạnh, nếu không có điều kiện cắt phần phụ có u, sinh thiết mạc nối và BT còn lại.
- *U ác* xử trí tùy giai đoạn, chỉ bảo tồn khi có nhu cầu sinh đẻ, và khi còn ở giai đoạn giáp biên hay IA với cắt 1 phần phụ. Các trường hợp khác cần cố gắng lấy càng nhiều khối u càng tốt + cắt hoàn toàn TC + 2 phần phụ + mạc nối lớn + sinh thiết phúc mạc

Hình 1. Phác đồ xử trí khối u phần phụ



Hình 2. Xử trí U BT lúc mang thai



U BT xoắn

Tùy theo tuổi bn

- Tuổi ≥ 45 hay hậu mãn kinh: cắt hoàn toàn TC và 2 phần phụ
- Tuổi < 45 điều trị bảo tồn, bóc khối u hay cắt BT hay phần phụ tùy trường hợp,
  - ❖ *Nếu khối u đã vỡ vào ổ bụng hay hoại tử:*
  - cắt bỏ phần phụ có u.
  - rửa sạch ổ bụng bằng huyết thanh ấm, rồi lau sạch ổ bụng, có thể dẫn lưu nếu cần.
  - thám sát ổ bụng
  - gởi giải phẫu bệnh mẫu bệnh phẩm.
  - ❖ *Nếu khối u chưa vỡ, không nghi ác tính*
  - tháo xoắn, bóc khối u, kiểm tra sinh dục.
  - ❖ *Nếu khối u chưa vỡ, nhưng nghi ác tính*

    Giải quyết như u đã vỡ và sinh thiết hay cắt mạc nối lớn tùy theo tuổi bệnh nhân.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG

ĐẠI CƯƠNG

Xuất huyết tử cung bất thường là các trường hợp chảy máu từ tử cung

- do kinh nguyệt bất thường
- chảy máu do các nguyên nhân liên quan đến mang thai hay bệnh toàn thân, ung thư ...
- có thể do nhiều nguyên nhân phối hợp.
- Cần xác định nguyên nhân để có điều trị hiệu quả.

NGUYÊN NHÂN

1. Nguyên nhân chức năng

- là các xuất huyết bất thường do mất thăng bằng của hệ thần kinh- nội tiết-sinh dục
- *không do nguyên nhân nhân thực thể.*
- Xuất huyết do nguyên nhân chức năng rất thường gặp trên bệnh nhân ở lứa tuổi dậy thì và tiền mãn kinh (60-80% trên tuổi dậy thì và 40% ở tuổi trên 40).
- Ở tuổi sanh đẻ, có thể gặp các dạng xuất huyết giữa chu kỳ, trước khi có kinh, nếu chảy máu ít không cần điều trị. Nếu chảy máu nhiều, điều trị theo phác đồ ở phần dưới.

2. Nguyên nhân thực thể

2.1. Nguyên nhân sinh dục:

Viêm nhiễm:

+ viêm cổ TC , viêm NMTC, viêm tai vòi, viêm BT, viêm do dụng cụ TC.
+ Hiếm gặp ở nhóm tuổi dậy thì.
+ HMK 30% rong huyết do teo NMTC.

U bướu

+ *U lành* : u xơ TC , polyp lòng TC, một số u BT lành tính. HMK rong huyết do polype lòng tử cung 15-20% và do polype cổ tử cung 6-14%.
+ *U ác* : như K CTC, K NMTC, K BT, ung thư tế bào nuôi. thường gặp ở tuổi trên 40. TMK có 5% có nguy cơ bị K NMTC, nhưng đến 20% trong HMK, từ tuổi TMK có thể bị K CTC 4-5%.

Liên quan với mang thai dọa xảy thai, thai ngoài TC, thai trứng, thai lưu, . . .

Chấn thương: bị té, các thủ thuật can thiệp vào TC , thủng TC, vòng xuyên cơ

2.2. Nguyên nhân toàn thân

- Cường giáp: bị kinh thưa hay vô kinh, thiểu giáp bị rong kinh rong huyết.
- Tăng sinh tuyến thượng thận: (bệnh Cushing) bị rối loạn kinh nguyệt do không rụng trứng. Bệnh nhân bị suy thượng thận (Addison) cũng bị rối loạn kinh nguyệt.
- Tiểu đường có thể bị kinh thưa hay vô kinh
- Suy gan cũng có ảnh hưởng gây xuất huyết bất thường do giảm yếu tố đông máu.
- Suy thận các bệnh nhân chạy thận nhân tạo cũng có thể có rối loạn chu kỳ.
- Tăng cân.
- Chơi thể thao, suy kiệt, ăn kiêng thể dẫn đến chu kỳ không rụng trứng.
- Bệnh nhiễm trùng kéo dài dẫn đến suy kiệt như thương hàn, lao.
- Bệnh huyết học giảm tiểu cầu, ung thư bạch cầu, các bệnh giảm yếu tố đông máu đều có ảnh hưởng trực tiếp đến xuất huyết tử cung bất thường

2.3. Nguyên nhân do dùng thuốc

- Depo Provera (Medroxyprogesterone acetate) làm niêm mạc tử cung teo đi cũng gây ra xuất huyết bất thường.
- Điều trị nội tiết estrogenes, progesterone, testosterone, khi ngừng thuốc có thể gây ra xuất huyết.
- Corticoides, nếu dùng kéo dài gây ra kinh thưa, rong huyết.
- Đồng vận GnRH, điều trị với nhóm thuốc này (Zoladex, Enantone, Decapeptine ...) có thể có thời gian vô kinh hay kinh ít sau khi ngừng thuốc.
- Thuốc kháng đông.
- Thuốc khác: dị ứng với 1 số thuốc có thể dẫn đến giảm tiểu cầu.

2.4. Nguyên nhân khác: đôi khi gặp xuất huyết âm đạo ở trẻ sơ sinh do ảnh hưởng estrogenes của mẹ sang con giảm đi, không cần điều trị.

Bảng 1. Các nguyên nhân thường gặp gây rối loạn kinh nguyệt theo nhóm tuổi.

Tuổi	*Nguyên nhân thường gặp*	*Tỉ lệ*
Trước dậy thì	-Tổn thương ÂH - ÂĐ	Hiếm
	-Vật lạ	
	-Dậy thì sớm	
	-Bướu	
Dậy thì	-Nguyên nhân chức năng	> 50%
	-Rối loạn đông máu	19%
	-U bướu, Viêm, Biến chứng mang thai	hiếm
Sanh đẻ	-Biến chứng mang thai	+++
	-Nguyên nhân chức năng	++
	-U xơ TC	+
	-Viêm SD, polype kênh TC, u ác	hiếm
	-Chấn thương	hiếm

	-Rối loạn tuyến giáp	hiếm
Tiền mãn kinh	-Nuyên nhân chức năng	40%
	-Ung thư CTC	4-5%
	-Ung thư NMTC, Ung thư BT	-
	-Viêm SD	hiếm
	-Biến chứng mang thai	-
	-Rối loạn tuyến giáp	-
Mãn kinh	-Dùng nội tiết estrogen	30%
	-Viêm teo NMTC/ÂĐ	30%
	-Ung thư NMTC	15%
	-Polype CTC, NMTC	10%
	-Tăng sinh NMTC	5%
	-Linh tinh (K-CTC, sarcoma TC, chấn thương	10%

CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

1. Căn cứ trên tiền sử, bệnh sử

2. Khám lâm sàng

- *Khám toàn thân* để phát hiện các bệnh liên quan đến tuyến giáp, tuyến thượng thận, các bệnh gan, thận, huyết học ...
- *Khám phụ khoa phát hiện* các sang thương như polyp cổ TC, dây vòng, các dấu vết chấn thương âm đạo cổ TC, hay nghi ngờ K CTC xâm lấn, các di căn của ung thư tế bào nuôi. Phối hợp khám bụng và âm đạo có thể phát hiện các khối u TC hoặc u cạnh TC cần xác định thêm với siêu âm.

3.Cận lâm sàng

- *Siêu âm phát hiện các khối u sinh dục.*
- *Pap'smear, soi CTC phát hiện ung thư sinh dục.*
- *Nạo sinh thiết buồng TC* : vừa chẩn đoán nguyên nhân vừa là điều trị cầm máu. Tất cả các bn tuổi TMK ra huyết dây dưa 2 chu kỳ đều phải làm sinh thiết.
- *Chụp buồng tử cung-tai vòi (HSG) phát hiện u lòng TC, vòng xuyên cơ...*
- *Thử thai*: giúp phân biệt khả năng liên hệ với mang thai.
- *Soi buồng tử cung, soi ổ bụng* chẩn đoán những trường hợp phức tạp.
- *Các xét nghiệm khác* đếm hồng cầu, bạch cầu, công thức bạch cầu, Hct, TS,TC, XN đông máu, ...
- *Các xét nghiệm chức năng gan, thận, ... nếu phát hiện các bệnh lý liên quan.*

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- chảy máu đường niệu
- chảy máu trực tràng

ĐIỀU TRỊ

1.Điều trị nguyên nhân

1.1.XH do nguyên nhân thực thể

❖ Nguyên nhân toàn thân:

- Tùy nguyên nhân được điều trị đúng, bn ổn định, kinh nguyệt sẽ bình thường trở lại.

❖ Nguyên nhân do dùng thuốc

- Do thuốc kháng đông: dùng estrogens để cầm máu (Ethynilestradiol 50gμg 1v/ngày x 5 ngày), sau đó progesterone (Duphaston 10mg 1v/ngày x 10-20 ngày).
- Do dùng Corticoides lâu dài hay Depo provera: ngừng dùng nội tiết. Cầm máu với estrogenes (Ethynilestradiol 50gμg 1v/ngày x 5 ngày) và tái tạo chu kỳ với thuốc ngừa thai phối hợp (Nordette, Marvelon, ...).
- Do Estrogens thay thế trên các bn mãn kinh, nếu bn ngừng thuốc đột ngột cũng có thể gây rong huyết, muốn ngưng thuốc nên giảm liều dần. Đang dùng thuốc bị rong huyết cần lưu ý nguy cơ K NMTC, cổ TC, vú.

❖ Nguyên nhân sinh dục

- Tùy theo bệnh nhân có sang thương thực thể loại nào sẽ có điều trị tương ứng.
- Viêm nhiễm cần điều trị với kháng sinh thích hợp.
- Viêm teo NMTC HMK: Colpotrophine đặt âm đạo 1v/tối x 10 ngày. Nếu rong huyết nhiều lần, có thể cần phẫu thuật cắt TC và 2 phần phụ.
- Các u sinh dục tùy loại có biện pháp điều trị nội khoa hay phẫu thuật.
- Các trường hợp sảy thai, thai lưu, ... cần nạo kiểm tra sạch TC và kháng sinh dự phòng.

1.2.XH do nguyên nhân chức năng

Nguyên tắc điều trị

1. Cầm máu
2. Ngừa tái phát hay tái tạo chu kỳ

❖ Tuổi dậy thì :

- *Mất máu ít, vừa* (tổng trạng trung bình, Hct > 30%).
  + cầm máu 24 -72 giờ với progesterone: Duphaston 10mg 1v/ngày x 5 ngày.
  + Tái tạo chu ky: thuốc ngừa thai viên phối hợp (Nordette, Marvelon, ...) 1v/ngày trong 1-3 tháng.
- *Mất máu nhiều*, đang chảy máu lượng lớn hay xuất huyết rỉ rả nhưng kéo dài (thiếu máu, Hct < 25%)
  + Cầm máu với estrogen 24-72 giờ.

+ Premarin (conjugated estrogen) 25 mg TM chậm trong 30 phút, có thể thêm liều thứ 2 trong ngày đầu 4 giờ sau, ngày kế tiếp dùng 2,5 mg conjugated estrogen loại uống 3 lần 1 ngày.
+ Hoặc Benzogynestryl 5 mg TB 1 ống x 2 lần/ ngày x 2-3 ngày.
+ Tái tạo chu kỳ : thuốc ngừa thai phối hợp (Nordette, Marvelon, ...) 1v/ ngày, trong 3-6 tháng.
+ Nếu không cầm máu thành công (khoảng 5%) phải nạo kiểm tra buồng TC để cầm máu và chẩn đoán mô học. Tùy theo kết quả mô học sẽ có biện pháp điều trị tái tạo chu kỳ,

Tái phát: điều trị tương tự lần đầu thêm 1-2 đợt nữa, vẫn tái phát kích thích rụng trứng với Clomiphene.

❖ Tuổi sanh đẻ :

- loại trừ các sang thương thực thể, điều trị tương tự nhóm dậy thì.
- Có khoảng 50% cần sinh thiết NMTC.
- Nếu không đáp ứng khi điều trị nội tiết, có thiếu máu nặng.
  + < 40 tuổi, còn muốn giữ tử cung
    - Đốt nhiệt NMTC (bơm nước nóng 70 – 80^0 C làm hỏng NMTC. (Thermachoice).
    - đốt cắt NMTC qua nội soi buồng tử cung
    - hoặc thắt động mạch tử cung và hạ vị,
  + > 40 tuổi, đủ con : cắt tử cung.

❖ Tuổi tiền mãn kinh :

- loại trừ K NMTC, K CTC, K buồng trứng
- > 40 tuổi hên được sinh thiết kênh cổ TC, NMTC, trước khi điều trị nội tiết.
- Sinh thiết hoặc nếu cần cắt đốt niêm mạc tử cung.
- Loại trừ ác tính có thể áp dụng kỹ thuật đốt nhiệt Thermachoice điều trị.
- Chắc chắn không có sang thương thực thể có thể dùng nội tiết
- Dùng estrogenes đòi hỏi theo dõi chặt chẽ.
- Có thể dùng progesterone hoặc progestatifs vào nửa chu kỳ sau (từ ngày 15-25), nếu không hiệu quả có thể dùng từ ngày 5 - 25 hay liên tục 3 - 6 tháng.
  + Duphaston 10mg 1v /ngày
  + Utrogestan 100mg 1-2v /ngày
  + Primolut nor 5mg 1v x 2/ngày
  + Orgametril 5m 1v x 2 /ngày
- Tái phát nhiều lần có thể cần phẫu thuật cắt tử cung và 2 phần phụ.

2. Điều trị nâng đỡ

- Khi bệnh nhân bị mất máu nhiều cần truyền dịch, truyền máu.
- Dùng kháng sinh khi có can thiệp bằng thủ thuật (nạo sinh thiết...), hay khi nghi ngờ có khả năng bội nhiễm.

NẠO SẢY THAI

CHỈ ĐỊNH NẠO SẢY:

- Thai sắp sảy, cổ tử cung xóa gần hết
- Thai đang sảy, chảy máu
- Thai đã sảy, nhưng đang chảy máu, cổ tử cung còn mở

Chú ý:

- Sảy thai nhiễm khuẩn (chỉ nạo khi đã điều trị kháng sinh)
- Sảy thai băng huyết, tụt huyết áp (phải hồi sức tích cực, vừa hồi sức vừa nạo)

Chuẩn bị

1. Người làm thủ thuật:
   - Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản
   - Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn.
   - Giải thích cho bệnh nhân yên tâm điều trị.
2. Phương tiện, thuốc giảm đau và hồi sức:
   - Bộ nạo sảy và nong Hegar từ cỡ nhỏ đến to
   - Atropin 0,25 mg tiêm dưới da hay Dolosal 0,10g tiêm bắp trước nạo.
   - Xylocain 3% và huyết thanh 9%o để gây tê cổ tử cung
   - Dung dịch huyết thanh đẳng trương và các dịch thay thế máu.
   - Các loại thuốc co hồi tử cung, trợ tim, hồi sức.
3. Người bệnh:
   - Hỏi bệnh, khám toàn thân: đếm mạch, cặp nhiệt độ, đo huyết áp, nghe tim phổi, phát hiện những bệnh lý nội khoa kèm theo.
   - Cho nằm tư thế phụ khoa.
   - Khám xác định tuổi thai, tình trạng sảy thai, tư thế tử cung và độ mở của cổ tử cung. Xác định lượng máu mất để chuẩn bị hồi sức.

Tiến hành thủ thuật:

- Sát khuẩn âm hộ, vùng tầng sinh môn
- Sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung
- Trải khăn vô khuẩn dưới mông, trên bụng và hai bên đùi
- Đi găng vô khuẩn
- Thông dái nếu cần
- Đặt van, bộc lộ âm đạo, cổ tử cung
- Dùng kẹp Pozzi cặp cổ tử cung (tuỳ tư thế tử cung mà kẹp môi trước hay môi sau cổ tử cung)
- Có thể gây tê tại chỗ cổ tử cung bằng Lidocain 1%, 10ml
- Đo chiều cao và xác định tư thế tử cung.
- Nong cổ tử cung đến số 9-10 nếu cổ tử cung chưa đủ rộng

- Dùng kẹp hình tim gắp thai và rau
- Nạo kiểm tra bằng thìa cùn đủ 2 mặt trước sau, đáy, 2 bờ và 2 sừng tử cung
- Tiêm Oxytoxin vào cổ tử cung nếu tử cung co kém, chảy máu
- Do lại buồng tử cung bằng thước đo
- Sát khuẩn âm đạo và cổ tử cung, đóng khố vô khuẩn
- Lấy tổ chức nạo thử giải phẫu bệnh

Viết hồ sơ bệnh án và y bạ, cho đơn kháng sinh, dặn bệnh nhân khám lại nếu có gì bất thường

Tai biến và phương pháp xử trí:

Theo dõi sau nạo các dấu hiệu toàn thân: mạch, huyết áp, ra máu âm đạo để phát hiện và xử trí kịp thời các tai biến sau nạo.

1. Thủng tử cung:

- Nếu khi nạo bệnh nhân đau chói, máu âm đạo ra nhiều, phải dùng thước đo thăm dò lại buồng tử cung để xem có bị thủng không. Nếu lỗ thủng nhỏ, mạch, huyết áp ổn định và không nhiễm khuẩn có thể điều trị nội khoa thủng tử cung tại bệnh viện.
- Nếu lỗ thủng to hoặc có dấu hiệu chảy máu trong cần phẫu thuật khâu lỗ thủng hay cắt tử cung tuỳ theo tổn thương. Khi mổ cần kiểm tra kỹ các tạng trong ổ bụng.

2. Chảy máu:

Nếu ra máu âm đạo nhiều phải cho thuốc co hồi tử cung, nếu không cầm máu phải kiểm tra lại buồng tử cung để phòng thủng, sót rau, tử cung co hồi kém hoặc chảy máu ở cổ tử cung nơi kẹp kìm Pozzi và xử trí theo tổn thương.

3. Nhiễm khuẩn:

Nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn sau nạo, sốt cao, tử cung to, cổ tử cung còn mở, sản dịch hôi nên điều trị kháng sinh liều cao. Chỉ nạo lại buồng tử cung sau khi hạ sốt và nghi sót rau

CHỌC DÒ TÚI CÙNG DOUGLAS

VỊ TRÍ GIẢI PHẪU: Túi cùng Douglas là một khoang ảo, là nơi thấp nhất của khoang phúc mạc ổ bụng, được tạo bởi lá phúc mạc phía sau tử cung phủ xuống tận phía sau âm đạo, trước khi phủ lên phía trước trực tràng. bình thường có thể có rất ít dịch ở túi cùng đặc biệt ở những ngày phóng noãn, không có có ruột, mạc nối ở túi cùng. Trong một số trường hợp bệnh lý như chửa ngoài tử cung hoặc viêm tiểu khung thì có thể có dịch như máu hoặc mủ ở túi cùng Douglas.

ĐỊNH NGHĨA: Chọc dò túi cùng Douglas là một phương pháp thăm dò các chất chứa trong túi cùng phúc mạc sau tử cung (có thể là dịch, máu hay tổ chức đặc trong vùng tiểu khung) bằng cách dùng kim và bơm tiêm chọc hút qua túi cùng sau âm đạo. Đây là một phương pháp giúp cho người cán bộ chuyên khoa chẩn đoán xác định và đôi khi cũng giúp cả trong điều trị.

CHỈ ĐỊNH:

- Nghi ngờ chửa ngoài tử cung rỉ máu hay vỡ: đây là chỉ định áp dụng nhiều nhất trong chọc dò túi cùng Douglas. Chẩn đoán được xác định khi chọc dò ra máu không đông hoặc có máu cục.
- Nghi ngờ chảy máu trong ổ bụng: ngoài trường hợp chửa ngoài tử cung, trong một số trường hợp nghi ngờ chảy máu trong ổ bụng người ta cũng chỉ định chọc dò túi cùng Douglas như vỡ nang hoàng tuyến, vỡ nang De Graaf...v.v

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật mở dẫn lưu túi cùng Douglas qua đường dưới
- Nghi ngờ có dính ruột ở túi cùng sau

CHUẨN BỊ

Người làm thủ thuật:

- Bác sỹ chuyên khoa sản, phải thăm khám âm đạo trước khi chọc dò nhằm mục đích đánh giá thể tích, tư thế của tử cung và xem cùng đồ có phồng không?
- Thầy thuốc mặc áo, đeo khẩu trang, rửa tay đi găng vô khuẩn

Phương tiện và Dụng cụ:

- Kẹp Pozzi cặp cổ tử cung
- 2 Van âm đạo và kẹp sát khuẩn
- Dung dịch Betadin sát khuẩn và bông gạc
- Kim chọc dò dài 12-15cm đường kính 1mm hoặc kim chọc dò tuỷ sống cỡ 18
- Bơm tiêm 10ml vô khuẩn
- Bơm tiêm và thuốc để gây tê nếu cần
- Lam kính để nhỏ máu hoặc dịch hút ra

3. Người bệnh:

- Người bệnh nằm trên bàn khám phụ khoa, đầu hơi cao, ở tư thế này các chất dịch sẽ chảy về đọng lại ở túi cùng.
- Bệnh nhân được giải thích và hiểu các yêu cầu kỹ thuật.

TIẾN HÀNH THỦ THUẬT:

- Sát khuẩn âm hộ âm đạo, trải săng vô khuẩn
- Đặt ống thông bàng quang
- Đặt van âm đạo, trong một số trường hợp cần có một van âm đạo ở phía trước để tránh cho thành trước âm đạo sa xuống
- Dùng kẹp Pozzi cặp vào mép sau cổ tử cung ở vị trí 6h, kéo lên trên
- Sát khuẩn lại cổ tử cung và các túi cùng. Đặc biệt là túi cùng sau.
- Xác định vị trí bám của túi cùng sau vào cổ tử cung
- Dùng kim chọc dò chọc vào vị trí 0,5 cm dưới nơi bám của túi cùng sau vào cổ tử cung. Chọc nhanh và phải dứt điểm, sâu khoảng 1 cm.
- Hút bơm tiêm xem có máu hay dịch không.
- Sau khi rút kim, phụt mạnh vào miếng gạc kiểm tra chất hút.
- Sát khuẩn lại các túi cùng âm đạo

TAI BIẾN: Nguy cơ tổn thương các tạng trong tiểu khung:

1. Chọc vào trực tràng, đại tràng sigma, tuy nhiên nguy cơ này là rất thấp và ít nguy hiểm. Để hạn chế nguy cơ này cần thăm khám cẩn thận âm đạo trước khi chọc dò, trong trường hợp khó khăn có thể phải khám qua trực tràng.
2. Chọc vào các mạch máu ở tiểu khung: nguy cơ này cũng rất ít, nhưng nguy hiểm vì tổ chức lỏng lẻo dễ bị tụ máu đặc biệt là chọc kim vào cùng đồ bên là nơi có nhiều mạch máu. Trường hợp này máu hút ra để 1 lúc sẽ đông lại
3. Chọc vào thành sau tử cung do tử cung quá gập sau, nếu phát hiện ra khi khám có thể cặp vào môi trước cổ tử cung kéo mạnh ra ngoài để tử cung đỡ gập hơn.
4. Viêm nhiễm: trên thực tế tai biến này hầu như không xảy ra. Sau khi chọc dò có thể cho bệnh nhân uống thuốc kháng sinh nhóm β -lactam.
5. Chọc dò túi cùng Douglas là một cách chẩn đoán nên cũng có giá trị âm tính giả và dương tính giả. Chính vì vậy các nhà lâm sàng nên đánh giá đúng mức giá trị của phương pháp này.

PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG CẤP CỨU

Cắt tử cung cấp cứu là phẫu thuật loại bỏ tử cung phải làm ngay tức thì

Vấn đề bảo tồn hay cắt phần phụ chủ yếu dựa vào có tổn thương phần phụ hay không và tuổi của người bệnh.

CHỈ ĐỊNH:

- Cắt tử cung để cầm máu trong các trường hợp chảy máu từ tử cung do nguyên nhân sản khoa hay nguyên nhân phụ khoa mà các biện pháp điều trị nội khoa không có kết quả
- Cắt tử cung vì các thương tổn ở tử cung như: rau bong non, vỡ tử cung, tử cung nhiễm khuẩn nặng (nhiễm khuẩn huyết, viêm phúc mạc), thủng tử cung, rau cài răng lược, u xơ tử cung to trong khi mổ lấy thai,
- Chú ý: trong trường hợp có chỉ định cắt tử cung cấp cứu mà bệnh nhân đang ở trong tình trạng choáng thì phải khẩn trương tiến hành hồi sức rồi mới thực hiện phẫu thuật.

PHẪU THUẬT VIÊN: là bác sĩ chuyên khoa sản, đào tạo kỹ thuật cắt tử cung cấp cứu.

CHUẨN BỊ:

- Người bệnh: được giải thích lý do phải phẫu thuật và khi đồng ý phải ký giấy cam đoan, được sát khuẩn vùng bụng, vùng vệ, được đặt ống thông tiểu trước khi tiến hành phẫu thuật.
- Phương tiện, dụng cụ: bộ dụng cụ cắt tử cung (có đủ 2 kẹp động mạch tử cung), các thuốc hồi sức, dịch truyền thay thế máu và máu nếu có

QUI TRÌNH KỸ THUẬT CẮT TỬ CUNG CẤP CỨU:

- Rạch bụng theo đường trắng giữa qua từng lớp đi vào ổ bụng
- chèn gạc đẩy ruột bộc lộ tiểu khung
- Kiểm tra tử cung và các tạng xung quanh và bộc lộ tử cung ra ngoài vết mổ để thao tác
- Cặp, cắt dây chằng tròn, khâu cầm máu
- Cặp, cắt dây chằng tử cung-buồng trứng hoặc dây chằng thắt lưng-buồng trứng, khâu cầm máu
- Bộc lộ hai cuống động mạch tử cung, cặp, cắt và khâu cầm máu hai cuống này.
- Cắt tử cung
- Khâu mỏm cắt âm đạo
- Kiểm tra cầm máu trước khi phủ phúc mạc
- Lau, rửa ổ bụng và rút hết gạc
- Đóng bụng theo từng lớp

TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

- Chảy máu sau mổ có thể do tụt cuống mạch, do chảy máu từ mỏm cắt vì khâu cầm máu không tốt, do rối loạn đông máu. Biểu hiện bằng choáng tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch phải mổ lại để cầm máu đồng thời với việc hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.
- Máu tụ ngoài phúc mạc do không kiểm soát tốt tình trạng cầm máu. Thường chỉ cần theo dõi và điều trị nội khoa, hồi sức tuần hoàn nếu không thấy khối máu tụ to lên thì không cần mổ lại.
- Gây thương tổn đường tiết niệu chủ yếu là thương tổn bàng quang và niệu quản. Phải mổ lại để phục hồi thương tổn mỗi khi chẩn đoán được.
- Viêm phúc mạc sau mổ cắt tử cung cấp cứu. Phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng, dẫn lưu.

PHẪU THUẬT CHỬA NGOÀI TỬ CUNG VỠ

ĐỊNH NGHĨA

Chửa ngoài tử cung vỡ là khi trứng thụ tinh không làm tổ trong buồng tử cung mà làm tổ ở vòi trứng, buồng trứng, khi phôi và thai phát triển to lên, vòi trứng, buồng trứng sẽ nứt, vỡ gây chảy máu trong ổ bụng. Đây là một cấp cứu chảy máu trong 3 tháng đầu của thời kỳ thai nghén, cần phải phẫu thuật cấp cứu để cầm máu.

CHUẨN BỊ:

1. Phẫu thuật viên:
   - Bác sĩ chuyên khoa sản đã từng làm phẫu thuật trong sản phụ khoa.
   - Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.
2. Phương tiện, thuốc gây mê, hồi sức:
   - Bộ phẫu thuật ổ bụng có kẹp hình tim để cặp tử cung kéo lên.
   - Các loại dịch truyền thay máu và các thuốc hồi sức.
   - Thuốc tiền mê, gây mê, nội khí quản.
   - Máu cùng loại trong trường hợp mất máu nhiều cần truyền máu cấp cứu.

Người bệnh:

- Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ. Nếu người bệnh sốc nặng thì người nhà ký thay.
- Vệ sinh vùng bụng và vệ, thông đái, sát khuẩn thành bụng vùng mổ.
- Tiền mê, hồi sức tích cực trong trường hợp sốc mất máu nặng.
- Nên gây mê nội khí quản để chủ động về hô hấp và tuần hoàn

KỸ THUẬT MỔ CHỬA NGOÀI TỬ CUNG VỠ:

- Rạch bụng đường giữa dưới rốn, qua các lớp da, cân, cơ, phúc mạc để vào ổ bụng.
- Dùng 2 banh mở bụng banh rộng 2 bên thành bụng vùng mổ. Kiểm tra xem có máu trong ổ bụng, máu mầu gì
- Nếu có nhiều máu đỏ tươi múc máu trong ổ bụng đổ vào chai có chứa Natri citrat qua phễu có 8 lần gạc để lọc.
- Nếu máu trong bụng mầu nâu sẫm hoặc hơi đen là máu chảy đã lâu có thể bị vỡ hồng cầu, không nên truyền hoàn hồi.
- Cho tay vào tìm đáy tử cung kẹp kéo lên cao kiểm tra 2 bên vòi trứng, buồng trứng tìm chỗ vòi trứng tổn thương kẹp lại cầm máu.
- Truyền máu hoàn hồi cho người bệnh hoặc dịch thay máu và máu tươi nếu cần.
- Nếu vòi trứng bị vỡ, máu chảy nhiều nên cắt bỏ vòi trứng cầm máu, dùng kìm có mấu kẹp sát vòi trứng gần chỗ vỡ, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo cắt khối chửa.
- Nếu tổn thương ở vòi trứng có thể bảo tồn thì khâu phục hồi vòi trứng khi người bệnh trẻ, chưa đủ con.

- Khâu cuống mạch bên vòi trứng bị cắt bằng chỉ tự tiêu số 2 và buộc chặt cầm máu.
- Nếu chửa ở đoạn kẽ tử cung (khối chửa nằm ngoài dây chằng tròn) thì có thể cắt góc tử cung hay cắt tử cung bán phần nếu người bệnh có 2 con, trên 35 tuổi.
- Nếu chửa ngoài tử cung ở buồng trứng thì cắt vùng buồng trứng tổn thương, khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu vắt cầm máu.
- Cho nằm đầu thấp, lau sạch ổ bụng, kiểm tra lại 2 vòi trứng, buồng trứng các tạng lân cận.
- Đóng thành bụng 3 lớp, khâu vắt phúc mạc bằng chỉ tự tiêu, cân và da bằng chỉ không tiêu mũi rời.
- Viết cách thức phẫu thuật, vẽ hình tổn thương và cách xử trí, cho thuốc, chế độ dinh dưỡng, chăm sóc sau mổ, chỉ định theo dõi, ngày rút ống dẫn lưu (nếu có) và viết giấy gửi giải phẫu bệnh.

BIẾN CHỨNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ:

1. **Chảy máu sau phẫu thuật:** trong 6 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp và toàn trạng tại phòng hồi tỉnh (chăm sóc cấp I). Nếu mạch nhanh, huyết áp giảm, bụng gõ đục, siêu âm có nhiều dịch tự do, phải nghĩ đến chảy máu trong, có thể do tuột chỉ khâu diện cắt vòi trứng. Cần phải phẫu thuật lại ngay để cầm máu.
2. **Nhiễm khuẩn:** trong khi phẫu thuật phải lau sạch lấy hết máu đọng và máu cục trong ổ bụng để tránh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên tránh lau kỹ quá gây dính ổ bụng vì thanh mạc bị tổn thương. Phải cho kháng sinh toàn thân liều điều trị để dự phòng nhiễm khuẩn, đặc biệt là khi truyền máu hoàn hồi.

PHẪU THUẬT CẮT BUỒNG TRỨNG- VÒI TRỨNG TRONG CẤP CỨU

Phẫu thuật cắt buồng trứng - vòi trứng cấp cứu là một phẫu thuật khẩn cấp vì nếu không xử trí kịp thời có thể dẫn đến tử vong. Tuỳ thuộc vào những nguyên nhân khác nhau mà có chỉ định mổ cắt bỏ vòi trứng, buồng trứng hay cả vòi trứng và buồng trứng.

CHUẨN BỊ

- *Phẫu thuật viên:*
- Bác sĩ chuyên khoa sản đã từng làm phẫu thuật trong sản phụ khoa.
- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.
- ***Phương tiện, thuốc gây mê, hồi sức:***
- Bộ phẫu thuật ổ bụng có
- Các loại dịch truyền thay máu và các thuốc hồi sức.
- Thuốc tiền mê, gây mê, nội khí quản.
- Máu cùng loại trong trường hợp mất máu nhiều cần truyền máu cấp cứu.
- *Người bệnh:*
- Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ. Nếu người bệnh sốc nặng thì người nhà ký thay.
- Vệ sinh vùng bụng và vệ, thông đái, sát khuẩn thành bụng vùng mổ.
- Tiền mê, hồi sức tích cực trong trường hợp sốc mất máu nặng.
- Nên gây mê nội khí quản để chủ động về hô hấp và tuần hoàn

KỸ THUẬT

- Rạch đường giữa dưới rốn, dài ngắn tuỳ thuộc nguyên nhân chỉ định.
- Kiểm tra ổ bụng:
+ Có dịch: màu sắc, số lượng
+ Máu: số lượng
+ Kiểm tra gan, thận
- Nếu là chửa ngoài tử cung:
+ Cho tay vào kéo tử cung lên để tìm khối chửa.
+ Chèn gạc to, đẩy ruột lên cao.
+ Dùng kẹp cặp khối chửa vòi trứng dọc theo mạc treo vòi trứng - buồng trứng đến phần vòi trứng lành.
+ Cắt bỏ khối chửa.
+ Khâu cầm máu mỏm cắt.
+ Lau ổ bụng, nếu rỉ máu đã lâu, có thể dùng huyết thanh ấm để rửa ổ bụng.
+ Kiểm tra phần phụ bên đối diện.
+ Đánh giá lượng máu mất

- Nếu là khối u buồng trứng xoắn: Thường xoắn khối u, xoắn cả vòi trứng, vì vậy phải cắt cả u buồng trứng và vòi trứng.

+ Chèn gạc to xung quanh khối u và đẩy ruột lên cao
+ Ước lượng kích thước khối u, xem xoắn bao nhiêu vòng
+ Cặp kẹp về phía tử cung, dưới vòng xoắn.
+ Không được tháo xoắn trước khi cặp kẹp
+ Cắt bỏ khối u và vòi trứng xoắn
+ Khâu cầm máu mỏm cắt
+ Lau ổ bụng
+ Kiểm tra phần phụ bên đối diện

- Nếu là ứ mủ vòi trứng thì cắt bỏ vòi trứng ứ mủ, rửa ổ bụng và dẫn lưu
- Đóng thành bụng theo bình diện rạch da.

THEO DÕI BỆNH NHÂN SAU MỔ

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ. Nếu người bệnh mất máu nhiều, thể trạng xanh, xét nghiệm máu có biểu hiện thiếu máu thì truyền máu
- Vết mổ
- Tình trạng trung, đại tiện

<u>Kết luận:</u> Phẫu thuật cắt vòi trứng - buồng trứng cấp cứu về mặt kỹ thuật không phức tạp lắm, tuy nhiên vấn đề xác định bệnh trước lúc phẫu thuật cần phải nhanh và chính xác giúp cho người thày thuốc có thái độ xử trí kịp thời và sẽ tránh được những tai biến có thể xảy ra

PHẦN IV

NỘI SOI

CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT NỘI SOI

ỈNH NỘI SOI Ổ BỤNG:

Chỉ định:

- Bilan chẩn đoán hiếm muộn
- Thai ngoài tử cung chưa có dấu hiệu choáng
- Khối u cạnh tử cung
- U xơ tử cung ≤ thai 12 tuần
- Dị vật trong ổ bụng (vòng tránh thai ...)
- Triệt sản
- Second look sau phẫu thuật và hóa trị liệu ung thư buồng trứng
- Chẩn đoán và xử trí ung thư cổ tử cung

Chống chỉ định:

- Tất cả các chống chỉ định của gây mê trong PT nội soi
- Béo phì
- Khối u to gần chạm rốn
- TNTC có choáng, thai ở đoạn kẽ
- Nghi ung thư buồng trứng
- Ổ bụng có sẹo mổ cũ dính nhiều, VMC 2 lần, mổ viêm phúc mạc cũ, VMC lấy thai

ỈNH NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG

Chỉ định:

- Bilan chẩn đoán hiếm muộn
- Xuất huyết tử cung bất thường (rong kinh, rong huyết không đáp ứng điều trị nội...)
- U xơ tử cung dưới niêm
- Polyp lòng tử cung, polyp kênh cổ tử cung
- Tăng sinh nội mạc tử cung không đáp ứng điều trị nội
- Dị dạng tử cung
- Dính buồng tử cung
- Dị vật buồng tử cung (sót nhau, sót xương thai, vòng ...)
- IVF thất bại nhiều lần
- Second look sau dính lòng tử cung, sau cắt đốt NXTC dưới niêm

Chống chỉ định:

- Có thai
- Viêm âm đạo, cổ tử cung
- Chảy máu lòng tử cung nhiều
- Nhân xơ tử cung dưới niêm quá to > 6cm

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG VÙNG CHẬU

CHẨN ĐOÁN:

1. **Lâm sàng:**
   - Đau bụng dưới (đau có thể khi hành kinh, khi giao hợp, đau có thể liên tục hay không liên tục).
   - Hoặc trong bệnh cảnh vô sinh, có 30-50% các trường hợp vô sinh bị lạc NMTC.
   - Khám :
     + Tử cung gập sau, dính ở phía sau.
     + Có thể sờ thấy dầy nề, có nốt cứng ở cùng đồ sau, nhất là ở trên 2 dây chằng tử cung cùng, ấn đau thốn.
     + Hoặc sờ được u buồng trứng, hoặc dầy dính trên 2 phần phụ.
2. **Cận lâm sàng:**
   - Siêu âm: U buồng trứng nghi ngờ là u lạc NMTC (±).
   - X-quang tử cung vòi trứng có cản quang (HSG): có tính cách gợi ý:
     + Túi thừa trên đoạn gần của vòi trứng
     + Tử cung gập sau
     + Biến dạng ở đoạn nối cổ tử cung-eo
     + Ứ máu trong 2 vòi trứng (Hematosalpinx)
     + Có 1 đường viền rõ nét theo 1 khối u phần phụ khi cản quang rơi vào bụng
3. **Nội soi:**
   - Hình ảnh lạc NMTC có thể gặp:
     + Tổn thương có màu xanh đen trên phúc mạc, trên ruột, trên bàng quang... có khi tổn thương màu đỏ rực (thể đang hoạt động), hoặc là tổn thương dạng bóng nước, hay là tổn thương màu trắng đục, co rút phúc mạc (thể ngưng hoạt động, đã cũ gọi là sẹo).
     + Tổn thương dạng nốt cứng (nodule) trên 2 dây chằng TC-cùng, cùng đồ trước và sau, dầy nề cứng ở vách ÂĐ-trực tràng, ở hố BT 2 bên...
     + U buồng trứng chứa dịch nâu chocolate, dính ...
4. **Giải phẫu bệnh lý**
   - Cho chẩn đoán chính xác nhất

HƯỚNG XỬ TRÍ:

- Gồm 4 bước sau:

1. **Sau khi làm nội soi chẩn đoán:**
   - Đánh giá tổn thương theo bảng phân loại FOATI (GEE-Âu Châu)
2. **Giải quyết tổn thương:**
   - Nguyên tắc là phá hủy và lấy bỏ triệt để mô lạc NMTC nhờ vào :
     + Đốt sâu phá hủy các tổn thương ở nông trên phúc mạc bằng đốt lưỡng cực

+ Bóc tách và cắt bỏ các nốt lạc NMTC.
+ Gỡ dính tử cung, 2pp nếu có dính.
+ Bóc UBT, LNM tử cung nếu có.

3. Điều trị sau mổ:
- Hỗ trợ bằng thuốc liên tục trong 3-6 tháng
  + Progesterone:
    Ví dụ:
    - Duphaston 10mg 1vx2 lần/ngày
    - Lutényl 5mg 1vx2lần /ngày
  + Danazol 200mg
    Ví dụ:
    - Danatrol 200mg 1vx2lần /ngày
    - Anargil 200mg 1vx2lần /ngày
  + GnRH -Analogue:
    Ví dụ:
    - Décapeptyl 3.75mg (1 liều/tháng), 3mg (1 liều/tháng)
    - Enantone 3.75mg (1 liều/tháng)
    - Zoladex 3.6mg (1 liều/tháng)

4. **Sau 3 tháng điều trị đó, khi có kinh lại**
- Với bệnh nhân vô sinh: hướng dẫn có thai ngay → nếu 18 tháng sau vẫn không có thai → làm lại nội soi chẩn đoán hay FIV (tùy từng bệnh nhân).
- Với bệnh nhân khác:
  + Nếu vẫn còn đau bụng:
    - Uống duy trì Progesterone 20 ngày/tháng, trong 6 tháng liên tục.
    - Vẫn còn đau sau đó nữa → làm nội soi kiểm tra lại.
  + Nếu không còn đau bụng: theo dõi khám định kỳ mỗi 3-6 tháng.
- Với bệnh nhân có U Lạc nội mạc tử cung ở BT:
  + Siêu âm kiểm tra lại từ 3-6 tháng, sau đợt điều trị thuốc.
  + Nếu không có dấu hiệu tái phát: theo dõi khám phụ khoa định kỳ.
  + Nếu có dấu hiệu u tái phát thì đến làm nội soi kiểm tra lại.

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ VÒI TRỨNG
TRONG VÔ SINH DO NGUYÊN NHÂN VÒI TRỨNG

BILAN NỘI SOI CHẨN ĐOÁN

1. **Nội soi buồng tử cung**

   Khảo sát:
   - Kênh CTC.
   - Buồng TC.
   - Nội mạc tử cung.
   - 2 lỗ vòi trứng.
   - Có tổn thương bất thường (nhân xơ, dính, vách ngăn, dị vật ... ?)

2. **Nội soi ổ bụng**

   Khảo sát và đánh giá:
   - Cấu trúc giải phẫu vùng chậu.
   - 2 buồng trứng (U lac NMTC ?, BT đa nang? ...)
   - Tình trạng của 2 vòi trứng → phân độ tổn thương 2 VT.

PHÂN ĐỘ TỔN THƯƠNG CỦA HAI VÒI TRỨNG:

1. Tổn thương do dính

Chỉ số đánh giá độ dính

Cơ quan dính	Phần bề mặt tổn thương			
	1/4	2/4	3/4	4/4
Buồng trứng				
Mỏng	1	1	1	1
Tăng sinh mạch máu	2	4	6	8
Dày	5	10	15	20
	1/3		2/3	3/3
Vòi trứng đoạn gần				
Mỏng	1		1	1
Tăng sinh mạch máu	2		4	6
Dày	2		5	10
Vòi trứng đoạn xa				
Mỏng	1		1	1
Tăng sinh mạch máu	2		4	6
Dày	5		10	15

Không dính : 0 điểm
Dính nhẹ : 1 – 9 điểm
Dính trung bình :10 – 20 điểm
Dính nặng : > 20 điểm

2.Tổn thương của vòi trứng

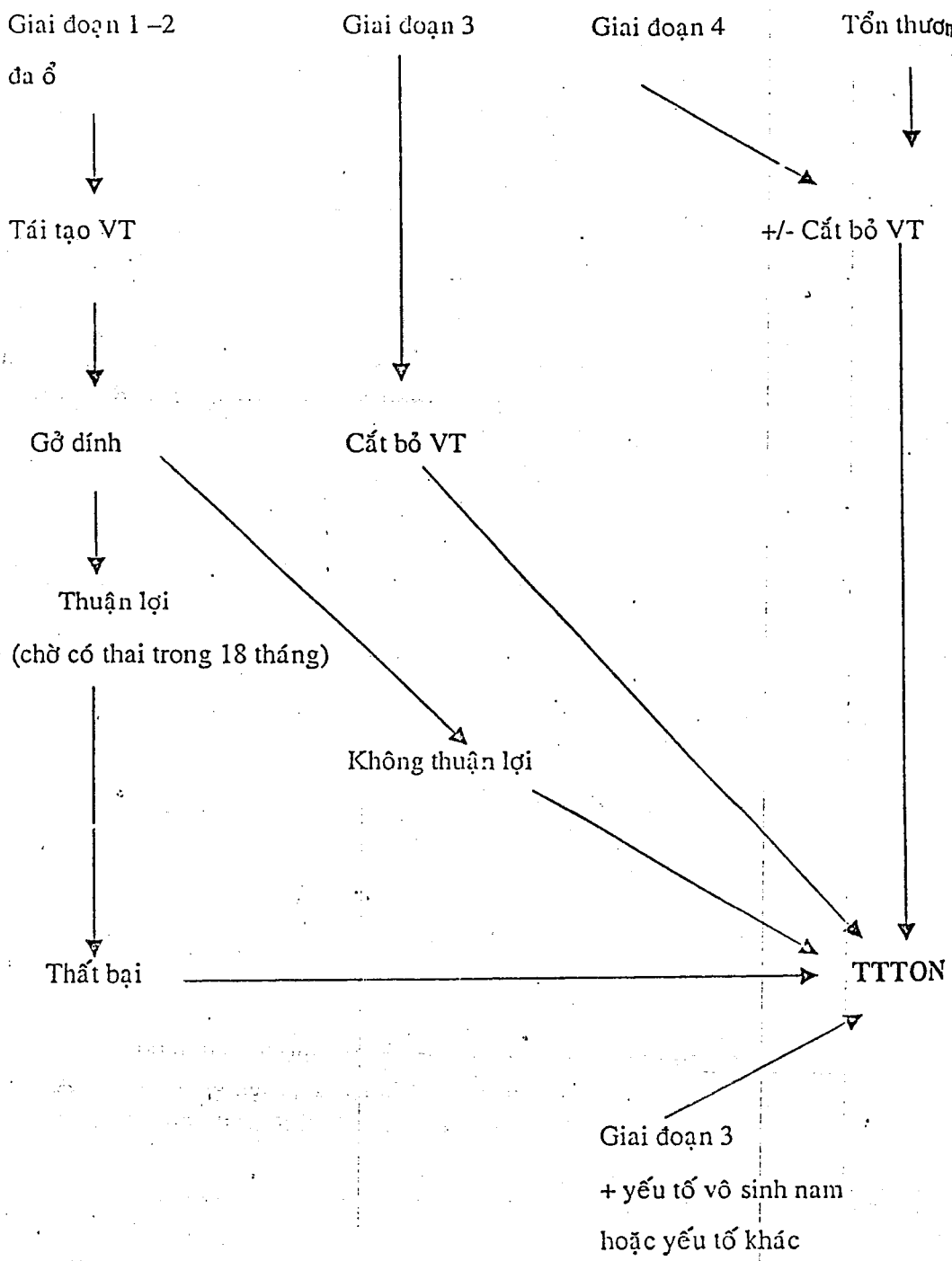
Chỉ số đánh giá tổn thương đoạn xa vòi trứng

Chỉ số	*0*	*2*	*5*	*10*
Độ thông vòi trứng (qua soi)		Chít hẹp loa vòi	Tụ dịch tai vòi	
Niêm mạc vòi trứng (HSG)	Bình thường		Nếp gấp giảm	Không còn nếp ,hoặc dính
Thành vòi trứng (qua soi)	Bình thường		Mỏng	Dày, xơ xứng

* 4 giai đoạn tổn thương:

Giai đoạn 1: 2 – 5 điểm
Giai đoạn 2: 6 – 10 điểm
Giai đoạn 3: 11 – 15 điểm
Giai đoạn 4: > 15 điểm

XỬ TRÍ THEO CHỈ SỐ TỔN THƯƠNG ĐOẠN XA VÒI TRỨNG QUA BILAN NỘI SOI VÀ QUA HSG



ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ SAU PHẪU THUẬT VÔ SINH DO NGUYÊN NHÂN VÒI TRỨNG:

1.Kháng sinh nhóm Cycline ví dụ: Doxycycline 100mg 1vx2l/ngày, Minocine 50
2vx2l/ngày liên tục 3 tuần ....

2. Kháng viêm, ví dụ: Corticoides ...

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT HOÀN TOÀN TỬ CUNG

CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Chỉ định:
   - UXTC có triệu chứng (đau, chèn ép, rối loạn kinh nguyệt).
   - Khối u phần phụ.
   - Lạc NMTC vào cơ TC (Adenomyosis).
   - Bệnh lý lạc NMTC.
   - Rong kinh, rong huyết điều trị nội thất bại.
   - Bệnh lý đau vùng chậu mãn.
   - K NMTC giai đoạn 0, I.
2. Chống chỉ định
   - Các chống chỉ định của gây mê trong PT nội soi
   - Nghi ung thư buồng trứng
   - Tử cung quá to ≥ 14 tuần
   - Ổ bụng có sẹo mổ cũ dính nhiều, sẹo mổ cũ vùng chậu □2 lần, mổ viêm phúc mạc cũ, VMC lấy thai
   - Lạc nội mạc vùng chậu gây dính nhiều

KỸ THUẬT MỔ

1. **Chuẩn bị bệnh nhân**
   - Mê nội khí quản
   - Bệnh nhân tư thế Trendelenburg
     + Góc đùi-thân mình: 100-1200
     + Góc đùi-cẳng chân: 90-100^0
     + Đỉnh xương cụt bệnh nhân tại bờ bàn mổ
   - Thông tiểu
   - Đặt dụng cụ đẩy tử cung
2. Êkíp mổ
   - PTV chính: đứng bên trái bệnh nhân
   - PTV phụ 1: đứng bên phải bệnh nhân
   - PTV phụ 2: ngồi giữa 2 chân bệnh nhân
   - Người phụ dụng cụ: đứng cạnh trái của PTV chính
   - Người dụng cụ viên vòng ngoài
3. Kỹ thuật mổ:
   - Bước 1:
     + Thám sát ổ bụng toàn diện
     + Xem 2 niệu quản
   - Bước 2:
     + Cắt dây chằng tròn
     + Tách 2 lá phúc mạc trước, sau dây chằng tròn

+ Mở PM trước → đẩy bàng quang
- Bước 3: Mở cửa sổ
- Bước 4: Cắt phần phụ (tuỳ thuộc tuổi bệnh nhân)
- Bước 5: Cắt động mạch tử cung
- Bước 6: Cắt vào cân âm đạo, cắt dây chằng Cardinal, dây chằng tử cung-cùng
- Bước 7: Mở vòm âm đạo
- Bước 8:
  + Lấy tử cung ngã âm đạo
  + May lại mỏm âm đạo
- Bước 9: Kiểm tra cầm máu, kiểm tra niệu quản, rửa bụng

BIẾN CHỨNG:

1. **Chảy máu:**
   - Trong mổ: động mạch, tĩnh mạch tử cung
   - Sau mổ: xuất huyết nội
   - Chảy máu mõm cắt
2. **Tổn thương đường niệu:**
   - Dò bàng quang-âm đạo
   - Dò niệu quản-âm đạo
   - Dò niệu quản-bàng quang-âm đạo
   - Hẹp niệu quản
3. **Tổn thương đường tiêu hóa**
   - Liệt ruột sau mổ
   - Thủng ruột sau mổ

PHÁC ĐỒ
CHĂM SÓC HẬU PHẪU NỘI SOI

Phẫu thuật nội soi là 1 phương pháp phẫu thuật bụng kín, không có sự tiếp xúc trực tiếp giữa tay phẫu thuật viên với ổ bụng người bệnh, và ruột ít bị va chạm. Do đó, sự bình phục nhanh của hậu phẫu nội soi là một trong những lợi điểm của phẫu thuật nội soi.

CÁC VẤN ĐỀ CẦN CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI CHUNG

1. **Mạch, huyết áp, tổng trạng bệnh nhân**
   - Theo dõi mạch, huyết áp 2 lần trong ngày: sáng và chiều
   - Theo dõi tổng trạng bệnh nhân, vẻ mặt, niêm hồng hay xanh nhợt ...
2. **Nhiệt độ**

   Lấy nhiệt độ 2 lần/ngày : 7g và 13g
3. **Tiêu, tiểu**
   - Rút sonde tiểu ngay tại phòng nhận bệnh để bệnh nhân tập vận động sớm . Trừ trường hợp PTV yêu cầu lưu sonde tiểu lâu hơn.
   - Theo dõi lượng nước tiểu trong ngày, hoặc lượng nước tiểu trong 1 giờ (trung bình khoảng 30ml/giờ)
   - Theo dõi tình trạng bí tiểu, nếu có phải đặt sonde tiểu.
   - Nếu bệnh nhân tiểu khó, tiểu buốt, tiểu rát, có thể do Mictasol Bleu 4 viên chia 2 lần uống trong ngày, trong 3-4 ngày.
4. **Đau**

   Thường đau khi bệnh nhân chưa trung tiện được, có thể cho giảm đau và an thần
5. **Nuôi dưỡng**
   - Ngưng truyền dịch sớm ngay ngày thứ 2 của hậu phẫu, giảm lượng dịch truyền còn 1000ml hay 500ml trong ngày để bệnh nhân tập vận động sớm.
   - Ăn cháo loãng ngay ngày thứ 2 của hậu phẫu.
   - Sau khi trung tiện được ăn uống lại bình thường.
6. **Vết mổ**
   - Thay băng hằng ngày vào buổi sáng, nếu vết mổ có chảy máu có thể băng ép lại.
   - Ngày thứ 3 xuất viện nên tháo băng để hở vết mổ, hướng dẫn bệnh nhân về nhà giữ sạch sẽ và khô ráo vết mổ.
   - Cắt chỉ vào ngày thứ 5 của hậu phẫu, có thể tại trạm xá của địa phương hoặc tại viện nếu bệnh nhân có điều kiện quay lại.
7. **Huyết âm đạo**
   - Thường có ít huyết âm đạo, sẽ ngưng trong 1-2 ngày sau, dặn dò bệnh nhân giữ vệ sinh, không can thiệp gì thêm

CÁC TRƯỜNG HỢP RIÊNG BIỆT

1. Soi buồng tử cung và nội soi chẩn đoán
   - Thường hậu phẫu nhẹ nhàng, trung tiện sớm. Bệnh nhân xuất viện ngay ngày thứ 2 của hậu phẫu.
2. **Hậu phẫu bóc u nang buồng trứng**
   - Theo dõi hậu phẫu như tổng quát trên
   - Thường xuất viện vào ngày thứ 3 của hậu phẫu
   - Hẹn bệnh nhân 15 ngày sau lấy kết quả giải phẫu bệnh lý để có hướng xử trí thích hợp.

   ** Nếu là hậu phẫu bóc ULNMTC → điều trị nội tiết hỗ trợ 3-6 tháng.

   Các nhóm thuốc như:

   + Progestin (ví dụ: Orgamétril 5mg, Duphaston 10mg...)
   + Danatrol (ví dụ: Anargil 200mg...)
   + GnRH (ví dụ: Zoladex 3.6mg, Diphereline 3.75mg...)
3. **Hậu phẫu thai ngoài tử cung**
   - Trường hợp hậu phẫu cắt bỏ vòi trứng có khối TNTC, hậu phẫu như tổng quát theo dõi thêm CTM đề phòng do xuất huyết nội trước đó.
   - Trường hợp phẫu thuật bảo tồn vòi trứng, theo dõi:
     + Nếu β-hCG được thử vào 48 giờ sau mổ, nếu chỉ còn < 5% so với β-hCG trước mổ → có thể cho xuất viện.
     + Nếu β-hCG giảm ít → thử lại lần 2 vào 48 giờ sau lần thử thứ nhất, nếu thấy giảm tiếp tục → xuất viện, hẹn thử lại 1 tuần sau mổ.
     + Nếu β-hCG không giảm hoặc giảm rất chậm sau 3 lần thử, hoặc tăng cao hơn so với trước mổ → Siêu âm kiểm tra lại.
     + Nếu chẩn đoán còn sót nhau thai → điều trị:
       - Methotrexate đơn liều, hoặc
       - Nội soi ổ bụng kiểm tra lại.
4. **Hậu phẫu nội soi cắt tử cung**
   - Theo dõi kỹ hơn tình trạng tiểu tiện, nếu có triệu chứng tiểu buốt hay sốt ngày thứ 3 hậu phẫu không rõ nguyên nhân nên dùng kháng sinh đề phòng nhiễm trùng tiểu.
   - Theo dõi huyết âm đạo, hướng dẫn vệ sinh mỗi ngày.
   - Khám lại mõm cắt âm đạo, rửa sạch bằng Betadine trước khi xuất viện.
   - Bệnh nhân xuất viện vào ngày thứ 4 hậu phẫu.
   - Hẹn lấy kết quả giải phẫu bệnh lý 15 ngày sau để có hướng xử trí tiếp theo. Nếu không có gì lạ, theo dõi khám phụ khoa định kỳ.
5. **Hậu phẫu nội soi hiếm muộn**
   - Theo dõi như trên.
   - Hướng dẫn bệnh nhân:
     + Nếu đã cắt bỏ vòi trứng → TTTON.
     + Mở thông tái tạo vòi trung → khám lại, theo dõi có thai tại phòng khám Hiếm muộn.
   - Điều trị kháng sinh nhóm Cycline trong 3 tuần liên tục cho các bệnh nhân tái tạo vòi trứng (ví dụ: Doxycycline 100mg, Minocine 50mg...)

PHẦN V

UNG THƯ PHỤ KHOA

BỆNH NGUYÊN BÀO NUÔI

PHÂN LOẠI, TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN VÀ VIẾT TẮT

Có rất nhiều phân loại về *Bệnh nguyên bào nuôi* liên quan thai kỳ trên thế giới. Mỗi phân loại có một mục đích và ý nghĩa riêng. Ví dụ: có thể phân loại theo giải phẫu bệnh, theo lâm sàng hay theo tiên lượng khả năng diễn tiến hay kháng hóa trị của bệnh. Tuy nhiên cơ bản vẫn dựa trên phân loại của giải phẫu bệnh (GPB) gồm:

Thai trứng:

Toàn phần (kinh điển)

Bán phần

Thai trứng xâm lấn (TTXL)

Ung thư nguyên bào nuôi (UTNBN):

Liên quan thai kỳ

Không liên quan thai kỳ

Bướu nguyên bào nuôi nơi nhau bám

Tại BV Phụ Sản Từ Dũ, chúng tôi áp dụng phân loại và tiêu chuẩn chẩn đoán theo FIGO năm 1992 đang được áp dụng tại đa số các trung tâm điều trị bệnh nguyên bào nuôi trên thế giới với mục đích có được những số liệu có thể so sánh được với các trung tâm khác.

1.**Thai trứng:** gồm Toàn phần (kinh điển) và Bán phần theo GPB, được chia theo nguy cơ thấp và nguy cơ cao về khả năng có thể diễn tiến thành bướu nguyên bào nuôi của thai trứng, như sau:

1.1. Thai trứng nguy cơ cao: khi có 1 hay nhiều những biểu hiện của sự tăng sinh quá mức của các nguyên bào nuôi, gồm:

- Mức hCG > 100.000 mIU/ml huyết thanh hay > 1.000.000 IU/l nước tiểu
- Tử cung to quá mức: to hơn tuổi "thai" tính theo kinh chót hay lớn hơn một TC của thai kỳ bình thường ở 20 tuần vô kinh
- Nang hoàng tuyến có đường kính > 5 cm (theo BV Từ Dũ)
- Tuổi bệnh nhân >40 (tại Việt nam thêm: <20 tuổi)

1.2. Thai trứng nguy cơ thấp: khi không có bất kỳ biểu hiện nào của thai trứng nguy cơ cao.

Như vậy, ở giai đoạn thai trứng có các danh từ chẩn đoán như sau bất chấp là được hút nạo hay mổ tại cơ sở y tế nào vì cơ bản là có kết quả thử GPB mô nạo hay không.

- Trường hợp có kết quả GPB
  - Thai trứng toàn phần nguy cơ thấp hay nguy cơ cao, viết tắt là TTTP Nguy cơ thấp hay TTTP nguy cơ cao khi có GPB là TTTP.
  - Thai trứng bán phần nguy cơ thấp hay nguy cơ cao, viết tắt là TTBP Nguy cơ thấp hay TTBP nguy cơ cao khi có GPB là TTBP.
- Trường hợp không có kết quả GPB

Thai trứng nguy cơ thấp hay nguy cơ cao, không viết tắt.

Nếu các loại thai trứng dù chưa điều trị mà có tổn thương di căn thì được xếp là bướu nguyên bào nuôi. Phân loại trên sau khi có GPB chỉ có ý nghĩa tham khảo về nguồn gốc của bướu nguyên bào nuôi mà thôi.

2. Bướu Nguyên Bào Nuôi:

Được chẩn đoán khi có một trong những dấu hiệu sau kèm theo bất thường hCG:

- Xuất huyết âm đạo không mang tính chu kỳ, bất thường.
- Nang hoàng tuyến tồn tại kéo dài trên 4 tuần
- Sự thu hồi kém/ không thu hồi kích thước bình thường sau 4 tuần
- **hCG cao kéo dài**: quan trọng nhất, gồm:
  - Không giảm 1 log sau mỗi tuần theo dõi hay
  - Tăng lại: khi hCG tăng trên 10% nồng độ trước đó trong ít nhất 2 lần thử liên tiếp cách nhau một tuần.
  - Dạng bình nguyên (đi ngang): đi ngang hay tăng <10% nồng độ trước đó trong ít nhất 3 lần thử liên tiếp cách nhau 1 tuần.
- Có GPB là UTNBN, TTXL hay Bướu nguyên bào nuôi nơi nhau bám
- Có di căn

Các giai đoạn (từ I - IV) còn được chia thành 3 nhóm nhỏ: A, B và C tùy bệnh nhân có 1 hay/và 2 yếu tố nguy cơ sau:

- hCG>= 10^5 mIU/mL huyết thanh trước hóa trị
- Thời gian tiềm ẩn > 6 tháng: là thời gian từ sau khi chấm dứt thai kỳ trước đến khi được hóa trị lần này.

Các giai đoạn của bệnh được phân chia theo định nghĩa sau:

Giai đoạn I: khi tổn thương còn khu trú tại tử cung.

- Giai đoạn IA: khi không có yếu tố nguy cơ nào kèm theo
- Giai đoạn IB: khi có 1 trong 2 yếu tố nguy cơ kèm theo
- Giai đoạn IC: khi có cả 2 yếu tố nguy cơ kèm theo

Giai đoạn II: tổn thương vượt khỏi thân tử cung nhưng còn trong vùng chậu: cổ TC, buồng trứng, tai vòi, chu cung, âm đạo, tiểu khung.

- Giai đoạn IIA: khi không có yếu tố nguy cơ nào kèm theo
- Giai đoạn IIB: khi có 1 trong 2 yếu tố nguy cơ kèm theo
- Giai đoạn IIC: khi có cả 2 yếu tố nguy cơ kèm theo

Giai đoạn III: tổn thương như giai đoạn I, II nhưng có kèm di căn phổi.

- Giai đoạn IIIA: khi không có yếu tố nguy cơ nào kèm theo
- Giai đoạn IIIB: khi có 1 trong 2 yếu tố nguy cơ kèm theo
- Giai đoạn IIIC: khi có cả 2 yếu tố nguy cơ kèm theo

Giai đoạn IV: có tổn thương di căn ở những vị trí khác những vị trí đã nêu trong các gia đoạn II và III.

- Giai đoạn IVA: khi không có yếu tố nguy cơ nào kèm theo
- Giai đoạn IVB: khi có 1 trong 2 yếu tố nguy cơ kèm theo
- Giai đoạn IVC: khi có cả 2 yếu tố nguy cơ kèm theo

Như vậy, với bướu nguyên bào nuôi, các danh từ áp dụng cho ghi chép hồ sơ được phân cụ thể như sau:

Trường hợp có kết quả GPB

– Ung thư nguyên bào nuôi giai đoạn IA (có thể là I, II, II, IV với A, B, hay C) khi có GPB là UTNBN, viết tắt là UTNBN GĐ IA ...

– Thai trứng xâm lấn giai đoạn IA (có thể là I, II, II, IV với A, B, hay C) khi có GPB là TTXL, viết tắt là TTXL GĐ IA ...

– Bướu nguyên bào nuôi nơi nhau bám giai đoạn IA (có thể là I, II, II, IV với A, B, hay C) khi có GPB là BNBNNNB, không viết tắt.

Trường hợp không có kết quả GPB:

Bướu nguyên bào nuôi giai đoạn IA (có thể là I, II, II, IV với A, B, hay C) khi không có GPB là UTNBN hay TTXL hay BNBNNNB, không viết tắt.

Ngoài ra, chúng tôi đang nghiên cứu áp dụng bảng chấm điểm mà Hội nghiên cứu nguyên bào nuôi quốc tế đề nghị như sau:

	Điểm				
	0	1	2	4	
Tuổi NB:	<= 39	*> 39*			
Thai kỳ trước	Thai trứng	*Sảy thai*	(EP)	Thai đủ tháng	
TG tiềm ẩn	< 4 th	*4 – 6 th*		7 – 12 th	> 12 th
hCG trước ĐT	$<10^3$	*10^3 - 10^4*	10^4 - 10^5	$> 10^5$	
Bướu lớn nhất		*3 – 4 cm*		>= 5 cm	
Vị trí di căn		*Lách – Thận*	Ống t.hóa (gan)		Não, gan Số di căn
	1 – 4	5 – 8 (>5)	> 8		
Hóa thất bại			Đơn	> = 2	

Bỏ nhóm máu *Nguy cơ:* *<= 7: thấp* *>7: cao*
(*cũ:* <=4: thấp; 5-7: TB; >=8: cao)

Các tiêu chuẩn chẩn đoán di căn thường thấy được xác định như sau:

– Di căn phổi:
- Lâm sàng: đau ngực, ho, ho máu, khó thở hoặc không có triệu chứng.
- X quang: 4 hình ảnh chính trên phim chụp ngực thẳng / nghiêng
  + Hình thả bóng bay hay "bão tuyết"
  + Những nốt tròn đậm đặc
  + Tràn dịch màng phổi
  + Dạng thuyên tắc do nghẽn động mạch phổi, xẹp phổi

– Di căn âm đạo:
Màu đỏ hay tím, đôi khi không đổi màu so với niêm mạc âm đạo vì tổn thương nằm sâ
Hay gặp dưới lỗ tiểu nhưng có thể gặp ở bất kỳ nơi nào của thành âm đạo.

– Di căn gan:
Thường khi bệnh ở giai đoạn trễ. Có thể đau thượng vị hay hạ sườn phải. Siêu âm dễ th
những tổn thương trong nhu mô gan.

– Di căn hệ thần kinh trung ương:
Có thể thấy hội chứng tăng áp lực nội sọ, dấu thần kinh khu trú, xuất huyết não - mà
não. Tỉ số hCG/dịch não tuỷ trên hCG trong máu lớn hơn 1/60.

– Di căn các cơ quan khác: lách, thận, xương , da, hốc mắt, ...

ĐIỀU TRỊ BỆNH NGUYÊN BÀO NUÔI- NHỮNG NGUYÊN TẮC CHÍNH

THAI TRỨNG

CÁC XÉT NGHIỆM THƯỜNG QUI KHI MỚI VÀO VIỆN

Bắt buộc phải có:

- CTM, Hb, TS, TC, nhóm máu vợ và chồng
- HBsAg, HIV, VDRL
- hCG/máu và định lượng trong nước tiểu buổi sáng
- ECG
- Chụp X quang ngực thẳng, thêm chụp nghiên nếu có nghi ngờ.
- Siêu âm bụng và vùng chậu
- Tổng phân tích nước tiểu

Các xét nghiệm bổ sung khi có các bệnh lý nội – ngoại khoa đi kèm

HÚT NẠO

1. Chỉ định:

- Áp dụng cho đa số trường hợp, dù đã đủ con hay lớn tuổi
- Lưu ý khi hút nạo:
  + Phải chuẩn bị 4 lọ chứa bệnh phẩm.
  + Truyền dung dịch Oxytocin tại phòng mổ trước hay trong khi vô cảm
  + Nong cổ tử cung có thể thấy tăng chảy máu từ lòng TC nhưng không nên vì chảy máu mà ngưng việc nong cổ TC vì đa số máu đó là do đã chảy sẵn nằm trong TC và có nong tốt thì việc hút nạo sau đó mới dễ dàng và có hiệu quả.
  + Hút mô trứng với ống hút có đk từ 9-12 mm. Nếu TC to hơn một thai 14 tuần (BCTC >= 10cm): vừa hút vừa xoa đáy TC giúp co hồi tốt và tránh thủng TC
  + Nạo kiểm tra lòng tử cung nên được thực hiện với muỗng nạo sắc để mô nạo ít bị bầm giập gây khó khăn cho mô tả GPB mô nạo, nhưng phải thật nhẹ nhàng và chỗ nào đã cảm thấy sạch (nhám mịn khi nạo bằng muỗng) thì không nên nạo lại. Lưu ý khi đang nạo nhẹ nhàng mà có một vùng không liên tục hay không nhám mịn, rất có khả năng là còng trứng – nhau, nhưng cũng có thể đó là vị trí mà thai trứng xâm lấn vào thành cơ tử cung. Nếu không có kinh nghiệm mà cố gắng nạo vào những nơi này có thể gây thủng TC. Nhưng cũng lưu ý nếu chỉ vì sợ thủng tử cung mà nạo không kỹ thì nguy cơ sót trứng sẽ gây chậm hồi phục và hóa trị không đúng do hCG giảm chậm vì sót trứng.
  + Khi nạo ra mô từ lòng tử cung, người nạo cần tìm hiểu kỹ mo nạo nhằm tìm mô nghi ngờ trên đại thể là trứng, nhau bình thường, mô thai, màng nhau và mô nạo kiểm tra lòng tử cung vì chỉ với siêu âm không thể loại trừ được thai trứng bán phần mà mô thai không còn tồn tại.

2. Cắt Tử Cung nguyên khối hay sau hút nạo khi:

2.1.Chỉ cắt tử cung nguyên khối: khi có chảy máu quá nhiều và không kiểm soát được bằng hút nạo. Tuy nhiên trong những năm 1998 trở lại đây, tỉ lệ cắt TC nguyên khối là rất thấp tại BV Từ Dũ.

Lý do để không cắt TC nguyên khối:

- Chưa có chẩn đoán GPB thì không thể chắc chắn được là thai trứng. Nếu lầm với thai lưu thì đó là một chỉ định quá mức cho người bệnh.
- Chưa tầm soát được ung thư cổ TC trên những đối tượng này (thường là có nhiều yếu tố nguy cơ của K cổ TC) thì việc chỉ cắt TC +/- 2pp sẽ không đúng về qui mô phẫu thuật khi sau đó mới có GPB là K cổ TC.
- Các nghiên cứu qua 32 năm tại Anh quốc đã chứng minh: cắt TC nguyên khối làm tăng nguy cơ diễn tiến thành bướu nguyên bào nuôi và di căn.

Lưu ý: suốt quá trình phẫu thuật hạn chế tối đa những đụng chạm trực tiếp lên tử cung vì động tác này có thể làm cho những tế bào bệnh lan xa hơn và vượt ra khỏi giới hạn của tử cung tạo điều kiện làm tăng giai đoạn bệnh.

2.2.Cắt TC sau hút nạo:

- Tuổi >= 40 và / hoặc
- Có đủ con: >= 3 con, hay không còn nhu cầu sanh con

3. Hóa dự phòng

- Chỉ định: thai trứng nguy cơ cao
- Phác đồ: 1 liều với MTX-FA (hay Act-D nếu có kháng thuốc hay suy gan).
- Thời điểm dùng: sau lấy hết thai trứng

4. Theo dõi Beta HCG/huyết thanh

Mỗi tuần đến khi không phát hiện được trong 3 tuần liên tiếp, rồi mỗi tháng đến khi bình thường trong 12 tháng.

5. Ngừa thai: 12 tháng liên tiếp sau khi hCG không thể phát hiện được và bằng bao cao su hay thuốc viên ngừa thai có nồng độ của Estrogen < 50(g/ngày. Đặt vòng chỉ sau khi Beta hCG đã về < 5mIU/mL và có ít nhất 3 chu kỳ kinh bình thường.

Riêng đối với TTBP và những người bệnh tuổi ≥ 40 mà chưa sanh: ngừa thai 6 tháng

BƯỚU NGUYÊN BÀO NUÔI

BƯỚU NGUYÊN BÀO NUÔI GIAI ĐOẠN I:

1. Phẫu thuật:

Chỉ định cắt TC:

+ Tuổi >=40
+ Tuổi <40 mà có >= 3 con, hay không muốn có con
+ Khi có GPB là Bướu nguyên bào nuôi nha nhau bám
+ Giúp giảm tnng lượng tế bào hay khi kha tg hóa trị

2. Hóa trị: Áp dụng khác nhau cho mỗi nhóm giai đoạn:

2.1. Giai đoạn IA và IB:

- MTX-FA, nếu kháng thuốc hay suy gan
- Act-D
  + Sau liều đầu, nếu hCG giảm đều >= 1 log trong vòng 14 ngày (Goldstein 1994) thì không cần hóa trị thêm.
  + Điều trị đợt 2 khi:
    - hCG không giảm trong 3 tuần thử liên tiếp hay tăng lại
    - hCG không giảm 1 log trong 18 ngày sau khi dứt hóa trị đợt I

Nếu sau 2 đợt MTX-FA không hiệu quả, đổi qua Act-D, nếu còn kháng thì MAC. Với giai đoạn IB khi kháng MTX-FA thì chuyển ngay qua MAC, EMA/CO.

2.2.Giai đoạn IC: MAC ngay từ đầu, nếu kháng → EMA/CO.

- Theo dõi hCG: Mỗi tuần đến khi không phát hiện được trong 3 tuần liên tiếp. rồi mỗi tháng đến khi bình thường trong 12 tháng.
- Ngừa thai: 12 tháng liên tiếp từ khi hCG trở về mức không phát hiện được và bằng bao cao su hay thuốc viên ngừa thai có nồng độ của Estrogen < 50(g/ngày. Đặt vòng chỉ sau khi hCG<25đv và có 3 chu kỳ kinh bt.

BƯỚU NGUYÊN BÀO NUÔI GIAI ĐOẠN II VÀ III

1. **Phẫu thuật:**

Là phương pháp điều trị hỗ trợ vì đã có di căn, thực hiện sau khi BN đã được điều trị tối thiểu 1 đợt hóa trị trừ khi cấp cứu, gồm các phẫu thuật sau:

- Bóc nhân di căn âm đạo: khi dọa vỡ, vỡ gây xuất huyết,
- Cắt tử cung khi:
  + Tuổi >=40
  + Tuổi <40 mà >= 3 con, không muốn có con
  + Khi có GPB là Bướu nguyên bào nuôi nơi nhau bám
- Cắt thùy phổi: nếu chỉ có một tổn thương đơn độc tại một bên phổi

2. **Hóa trị**

2.1. BNBN GĐ IIA VÀ IIIA

- Khởi đầu: Đơn hóa trị MTX- FA, Nếu kháng thuốc hay suy gan đổi qua Act-D, hay xen kẽ MTX - FA với Act-D.
- Kháng đơn hóa chất: chuyển ngay qua đa hóa trị MAC, EMA/CO
- Gần đây khuynh hướng có di căn là điều trị EMA/CO ngay từ đầu.

2.2.BNBN GĐ IIB,C và IIIB,C

- Khởi đầu: Đa hóa trị MAC, có thể EMA/CO
- Kháng thuốc: Đa hóa trị EMA/CO, nếu kháng POMB ... BEP

Theo dõi hCG: Mỗi tuần đến khi không phát hiện được trong 3 tuần liên tiếp. rồi mỗi tháng đến khi bình thường trong 12 tháng.

Ngừa thai: 12 tháng liên tiếp từ khi hCG trở về mức không phát hiện được và bằng bao cao su hay thuốc viên ngừa thai có nồng độ của Estrogen < 50(g/ngày. Đặt vòng chỉ sau khi beta hCG<5mIU và có 3 chu kỳ kinh bình thường.

BƯỚU NGUYÊN BÀO NUÔI GIAI ĐOẠN IV

1. Phẫu thuật

Là phương pháp điều trị hỗ trợ vì đã có di căn, thực hiện sau khi BN đã được điều trị tối thiểu 1 đợt hóa trị, gồm các dạng phẫu thuật sau:

- Bóc nhân âm đạo
- Cắt hoàn toàn tử cung
- Bóc nhân di căn, may cầm máu

2. Hóa trị

2.1.BNBN GĐ IVA, B

- Khởi đầu: Đa hóa trị EMA/CO.
- Kháng thuốc: Đa hóa trị MEA, POMB, BEP, TAXOL, CHAMOMA

2.2.BNBN GĐ IVC

- Khởi đầu: Đa hóa trị EMA/CO. MEA
- Kháng thuốc: Đa hóa trị: POMB, CHAMOCA, TAXOL-CARBOPLATIN

Theo dõi hCG: Mỗi tuần đến khi không phát hiện được trong 3 tuần liên tiếp, rồi mỗi tháng đến khi bình thường trong 24 tháng.

Ngừa thai: 24 tháng liên tiếp từ khi hCG trở về mức không phát hiện được và bằng bao cao su hay thuốc viên ngừa thai có nồng độ của Estrogen < 50(g/ngày). Đặt vòng chỉ sau khi hCG< 25đv và có 3 chu kỳ kinh bt.

CÁC PHÁC ĐỒ KHÁC MAC:

1. Phác Đồ Mea:

Gồm 3 loại hóa chất: Methotrexate, Etoposide và Act-D

Ngày 1: Actinomycin D 0,5mg TM
Etoposite 100 mg trong 200mL dd sinh lý TTM trong 1 giờ
MTX 100 mg TM, sau đó 300 mg/ body TTM trong 4 giờ

Ngày 2: Actinomycin D 0,5mg TM
Etoposite 100mg trong 200mL dd sinh lý TTM trong 1 giờ
FA 15mg TB x 2 lần/ ngày

Ngày 3: Actinomycin D 0,5mg TM
Etoposite 100mg trong 200mL dd sinh lý TTM trong 1 giờ
FA 15mg TB x 1 lần/ ngày

Ngày 4&5: Actinomycin D 0,5mg TM
Etoposite 100mg trong 200mL dd sinh lý TTM trong 1 giờ

Nghỉ giữa 2 đợt 14 ngày

2. Phác đồ EMA - CO:

Có 5 loại hóa chất dễ chấp nhận và hiệu quả nhất được áp dụng trong phác đồ này:

Etoposite
Methotrexate
Actinomycin D
Cyclophosphamide
Oncovin (Vinsristine)

Cách thức và liều dùng như sau:

Phác đồ này được chia thành hai phần: EMA và nối tiếp với CO.

Kỳ đầu gồm:

Ngày 1: Actinomycin D 0,5mg TM
Etoposite 100 mg/ m² trong 20 ml dung dịch sinh lý/ > 30 phút
MTX 100 mg/ m² TM
MTX 200 mg/ m² truyền TM trong 12 giờ

Ngày 2: Actinomycin D 0,5mg TM
Etophosite 100mg/ m² trong 200mL dung dịch sinh lý/ > 30 phút
FA 15mg TB 2 lần/ ngày x 4 ngày bắt đầu 24 giờ sau khi bắt đầu dùng MTX

Nghỉ không dùng thuốc 5 ngày trước khi vào kỳ 2

Kỳ thứ hai:

Ngày 1: Oncovin 1mg/ m² TM, tối đa 2 mg
Cyclophosphamide 600mg/ m² truyền TM/ > 20 phút

Sáu ngày sau không dùng thuốc và nếu BN không có biểu hiện viêm niêm mạc thì thường bắt đầu lại từ đầu vào ngày tương tự trong tuần. Phác đồ này được duy trì đến khi BN hồi phục hoàn toàn hoặc khi có biểu hiện kháng thuốc.

Chỉ định: Gồm những BN nguy cơ trung bình hay nguy cơ cao theo phân loại của OMS.

Kết Quả:

- Những BN chưa điều trị trước đó:
  + 82% hồi phục
  + 91% sống từ 2 - 62 tháng sau điều trị
- Những BN đã có hóa trị trước đó:
  + 72% hồi phục
  + 78% sống mà không còn biểu hiện nào của bệnh

Khi có thể biểu hiện kháng thuốc có thể chuyển qua phác đồ POMB

3.Phác đồ POMB:

Thuốc:

P: Cis - platinum
Oncovine
Methotrexate
Bleomycin.

Phác đồ:

Ngày 1: Oncovine 1 mg/ m², tối đa 2 mg TM
MTX 100mg/ m² TM
MTX 200mg/ m² TTM/ 1L dd sinh lý/ > 12 giờ

Ngày 2: Bleomycin 5mg/ m², tối đa 7,5 mg TTM/ 1L dd sinh lý/ > 12 giờ
Bleomycin 5mg/ m²,tối đa 7,5mg TTM/ 1L dd sinh lý/ > 12 giờ
FA 15mg 24 giờ sau khi bắt đầu dùng MTX

Ngày 3: Bleomycin 5mg/ m², tối đa 7,5 mg TTM/ 1L dd sinh lý/ > 12 giờ
Bleomycin 5mg/ m²,tối đa 7,5mg TTM/ 1L dd sinh lý/ > 12 giờ
FA 15mg 36 giờ sau khi bắt đầu dùng MTX
FA 15mg 48 giờ sau khi bắt đầu dùng MTX

Ngày 4: FA 15mg 60 giờ sau khi bắt đầu dùng MTX
Manitol 10% 125mL TTM

Trước khi dùng Cisplatinum 4 giờ:
1L NS + 20m/ mol KCL + 1g $MgSO_4$ + 100mL Manitol 10%
Trước khi dùng Cisplatinum 2 giờ:
1L Glocose 5% + 20m/ mol KCL + 1g $MgSO_4$ + 100mL Manitol 10%
Trước khi dùng Cisplatinum 1 giờ:
1L NS + 20m/ mol KCL + 1g $MgSO_4$ + 100mL Manitol 10%

Cisplatinum 120mg/ m² TTM/ 100mL NS/ > 20 phút

Ngay sau khi dùng Cisplatin:
Giờ thứ 1: 1L Glucose 5% + 20m/ mol KCL + 1g $MgSO_4$ + 100mL Manitol 10%
Giờ thứ 2: 1L NS + 20m/ mol KCL + 1g $MgSO_4$ + 100mL Manitol 10%
Giờ thứ 1: 1L Glucose 5% + 20m/ mol KCL + 1g $MgSO_4$ + 100mL Manitol 10%
Sau đó 1L NS + 20m/ mol KCL mỗi 8 giờ cho đến khi hết ói

Theo dõi nước tiểu và cân nặng BN
Không cho Cisplatin nếu không có sẵn lợi tiểu
Phải kiểm tra CTM và nước tiểu trước mỗi đợt điều trị, nếu có suy giảm chức năng thận phải thay đổi phác đồ.

4. Phác đồ CHAMOMA - CHAMOCA:

Thuốc: Cyclophosphamide
Hydroxyurea
Actinomycin
Methotrexate
Oncovin
Melphalan: gây suy tủy nặng
Adriamycin: gây suy tủy nặng

Hai loại thuốc cuối sau này được thay bằng Cyclophosphamide và Actinomycin D (CHAMOCA).

Phác đồ CHAMOCA:

Ngày 1:	Hydroxyurea 1g/6 giờ cho 24 giờ
Ngày 2:	
10 giờ:	Vincristine 1mg/ m² TM
15 giờ:	MTX 100mg/ m² TM
	MTX 200mg/ m² TTM/ 12 giờ
Ngày 3:	
15 giờ:	FA 15mg TB/ uống
Ngày 4:	
8 giờ:	FA 15mg TB/ uống
10 giờ:	CPM 600mg/ m² TM
	Act - D 0,5 mg TM
20 giờ:	FA 15mg TB/ uống
Ngày 5:	
8 giờ:	FA 15mg TB/ uống
10 giờ:	Act - D 0,5mg TM
Ngày 6:	
10 giờ:	Act - D 0,5mg TM
Ngày 7 và 8:	**Không điều trị**
Ngày 9:	Adriamycin 30mg/ m² TM
	Cyclophosphamide 400mg/ m² TM

Với phác đồ này MTX có thể đi vào dịch não tủy, nên có khả năng phòng di căn hệ TK trung ương. Tuy nhiên di căn não và tủy sống là loại di căn cần tiêm MTX qua màng cứng. Cần thời gian hồi phục giữa hai đợt điều trị.

Chỉ định: nguy cơ cao.

Kết quả: 75% BN nguy cơ cao hồi phục. Nếu Etoposite được thay vào ngày thứ 5 của phác đồ thì hồi phục là 82%.

Độc tính rất rõ ràng, có thể bỏ bớt 2 ngày cuối để giảm độc tính.

Như vậy, xét về hiệu quả và khả năng thực hiện thì phác đồ EMA - CO là có thể áp dụng. Tuy nhiên, do đặc điểm riêng của chúng ta mà chúng tôi dự định sẽ chỉ nghiên cứu áp dụng phác đồ này cho những BN điều trị với MAC thất bại và có đủ khả năng mua thuốc mà thôi.

ĐỊNH HƯỚNG ĐIỀU TRỊ NỘI - NGOẠI TRÚ CHO BỆNH NHÂN BỊ BỆNH NGUYÊN BÀO NUÔI

Chúng tôi tạm chia theo tình huống lâm sàng khi bệnh nhân đến bệnh viện:

1. **Những bệnh nhân bị thai trứng CHƯA HÚT NẠO + NGUY CƠ THẤP:**

- Hoàn tất hồ sơ trong ngày nhập viện, trừ trong đêm trực nhưng phải làm các xét nghiệm tối thiểu: Siêu âm, CTM, Hct, GS, TS TC trong đêm.
- Hút nạo tại phòng mổ khi đủ xét nghiệm.
- Nạo kiểm tra vào ngày thứ 3
- Siêu âm ngả âm đạo sau nạo kiểm tra 2 ngày, nếu không có bằng chứng của sót trứng hay tổn thương cơ tử cung sẽ cho xuất viện ngày hôm sau. Muốn vậy thì độ tin cậy của siêu âm cần được cải thiện hơn, đồng đều hơn.
- Nếu nghi ngờ sót trứng thì nạo kiểm tra lại kết hợp theo dõi hCG. Như vậy BN đã nằm tại viện 5-7 ngày. Nếu hCG giảm tốt, không có nang hoàng tuyến to >=5cm sau nạo thì cho xuất viện 1 ngày sau, tái khám mỗi tuần cho đến khi hCG âm tính 3 lần liên tiếp sẽ tái khám mỗi tháng.
- Nếu có tổn thương cơ tử cung thì làm Doppler màu (hay đen trắng) nhằm đánh giá mức độ tăng sinh mạch máu và khả năng chảy máu. Nếu nghi ngờ có tổn thương do bướu nguyên bào nuôi sẽ theo dõi bệnh nhân tại viện để phòng xuất huyết bất thường và đánh giá lại một tuần sau.
- Nếu đã có di căn sớm trước hay ngay sau lấy trứng thì cách xử lý như của bướu nguyên bào nuôi.

2. **Những bệnh nhân bị thai trứng CHƯA HÚT NẠO + NGUY CƠ CAO:**

- Nguyên tắc như phần nguy cơ thấp nhưng chủ động hóa dự phòng một đợt rồi cho xuất viện
- Trong thời gian hóa dự phòng:
- Nếu BN có khả năng tái khám dễ dàng (cư trú tại TPHCM hay các vùng lân cận) thì chỉ ngày chích thuốc một lần mới cần đến bệnh viện (mỗi ngày nếu là Act-D hay cách ngày nếu là MTX-FA). Ngày dùng FA trong phác đồ MTX-FA BN sẽ tự uống ở nhà. Nếu dự phòng bằng Act-D thì có thể về sau khi truyền xong hóa chất.
- Nếu BN ít có khả năng tái khám dễ dàng: tùy thuộc BN có điều kiện tài chính hay không mà giữ BN lại. Nếu có thì giữ lại BV suốt thời gian hóa dự phòng. Nếu khó khăn thì có thể cho BN về nếu không có biểu hiện của bướu nguyên bào nuôi và theo dõi định kỳ tại địa phương (theo hệ thống theo dõi chung sẽ trình bày sau). Kèm theo là những dặn dò chi tiết khi nào thì phải tái khám ngay hay nhập viện.

3. Những bệnh nhân bị thai trứng ĐÃ HÚT NẠO mà KHÔNG có biểu hiện của BƯỚU NGUYÊN BÀO NUÔI:

- Nếu bệnh nhân mới được hút nạo trong vòng một tuần thì tùy BN thuộc nhóm nguy cơ nào mà xử lý như phần thai trứng chưa hút nạo (coi như gần giống mới hút nạo tại BV - mục 1 và 2).
- Nếu BN đã được hút nạo cách hơn 1 tuần mà không có biểu hiện của bướu nguyên bào nuôi thì chỉ cho nhập viện khi nghi ngờ sót trứng trên lâm sàng và siêu âm. Còn lại sẽ lập hồ sơ tái khám ngoại trú.

4. **Những bệnh nhân có biểu hiện của BƯỚU NGUYÊN BÀO NUÔI: áp dụng cho cả bệnh nhân được hút nạo tại viện hay ngoại viện.**

- Đối với bệnh nhân có di căn (giai đoạn II tới giai đoạn IV) thì bắt buộc phải điều trị nội trú vì nguy cơ xuất huyết trầm trọng của loại bệnh này. Sau khi đã điều trị được ít nhất 1 đợt hóa trị và đánh giá lâm sàng, hCG là có đáp ứng hóa trị mà tác dụng phụ nhẹ hay không có thì có thể áp dụng cho về sau mỗi đợt hóa trị , 10 - 14 ngày sau trở lại xét nghiệm hCG, khám lâm sàng xem cần hóa trị tiếp hay không.
- Đối với BN không di căn thì do khởi đầu là đơn hóa trị nên có thể áp dụng theo cách hóa dự phòng cho thai trứng nguy cơ cao.

5. **Lời dặn dò bệnh nhân khi xuất viện:**

- Ngừa thai an toàn trong thời gian theo dõi là 2 năm nếu có di căn (giai đoạn II, III hay IV) và 1 năm nếu không bị di căn (giai đoạn I hay chỉ là thai trứng)
- Phương pháp ngừa thai khuyên dùng là bao cao su tránh thai (áp dụng đúng hướng dẫn sử dụng và dùng cho mọi lần giao hợp); thuốc vỉ ngừa thai nếu hCG đã âm tính và bảo đảm uống đều đặn; vòng tránh thai (dụng cụ tử cung) khi hCG đã âm tính và có kinh đều đặn được ít nhất 2 chu kỳ. Các phương pháp khác không nên áp dụng.
- Tái khám theo đúng ngày hẹn và nơi tái khám được ghi trong giấy.
- Nhập viện ngay khi có:
  + Xuất huyết âm đạo bất thường
  + Đau ngực, khó thở, ho khan dai dẳng hay ho máu
  + Đau bụng nhiều, choáng
  + Có khối u bất thường ở vùng âm đạo
  + Hoặc có bất thường khác gây lo lắng
  + Lời dặn dò bệnh nhân được về nhà trong khi điều trị hóa chất:
  + Ngừa thai an toàn
  + Phương pháp ngừa thai khuyên dùng là bao cao su tránh thai (áp dụng đúng hướng dẫn sử dụng và dùng cho mọi lần giao hợp);
  + Trở lại BV theo đúng ngày hẹn trong giấy
- Nhập viện ngay khi có các dấu hiệu đã nêu trong phần 5 và có một hay nhiều dấu hiệu sau:
  + Chảy máu chân răng tự nhiên hay khi đánh răng
  + Oi mửa quá nhiều, ói máu

+ Lở miệng nhiều
+ Tiêu phân lỏng nhiều lần một ngày, tiêu phân máu
+ Đau ngực nhiều, khó thở
+ Tiểu ít, tiểu máu
+ Nổi mụn mủ ngoài da

6. Việc quản lý bệnh nhân đã xuất viện tái khám ngoại trú hay cho về sau hóa trị cần phải được tuân thủ theo một số qui định sau:

- Có cam kết của bệnh nhân hay thân nhân về khả năng thực hiện việc theo dõi ngoại trú.
- Xây dựng được cách thức liên lạc tốt nhất có thể có giữa bệnh nhân với cơ sở tái khám và với BV Từ Dũ.
- Trở lại BV Từ Dũ hay cơ sở quản lý ngoại trú ngay khi có bất thường.
- Các cơ sở y tế trong hệ thống quản lý bệnh nhân các cấp phải luôn giữ liên lạc và thông tin về BN một cách đầy đủ.

7. Hệ thống quản lý BN bị bệnh nguyên bào nuôi nói chung sẽ được từng bước xây dựng với mục đích phát hiện sớm bệnh và làm giảm dần giai đoạn bệnh giúp chi phí điều trị được cải thiện và theo sơ đồ sau:

7.1.Cấp cơ sở (tuyến xã - huyện): phát hiện sớm và giải quyết các vấn đề cấp cứu như hút nạo thai trứng đang sảy, may cầm máu nhân di căn vỡ hay cắt tử cung vì xuất huyết nội... . Bệnh phẩm lấy từ BN cần được khảo sát vi thể để chẩn đoán xác định nếu được. Có thể gửi bệnh phẩm lên tuyến trên kèm theo hồ sơ tóm tắt (có mẫu chung). Sau đó, chuyển BN lên tuyến trên (BV tỉnh khi đã đủ khả năng đánh giá và điều trị bướu nguyên bào nuôi hay BV Từ Dũ nếu BV tỉnh chưa có khả năng hóa trị) trừ trường hợp sau hút nạo bệnh nhân được đánh giá là thai trứng nguy cơ thấp theo phân loại. Những bệnh nhân này được thông tin lên BV tỉnh và BV Từ Dũ theo điện thoại, thư tín với bản sao hồ sơ hay theo mạng intranet nếu có.

7.2.Tại tuyến tỉnh (BV Tỉnh, trung tâm BVBMTE/KHHGĐ): từng bước xây dựng khả năng chẩn trị bướu nguyên bào nuôi. Dù sao thì vẫn là trung gian quản lý BN ngoại trú khi BN được gửi về địa phương. Là nơi giám sát và quản lý những BN được theo dõi tại các xã - huyện trong tỉnh và giữ liên lạc với BV Từ Dũ.

7.3.BV Từ Dũ - Khoa Bệnh nguyên bào nuôi: là tuyến cuối trong quản lý BN bị bệnh nguyên bào nuôi. BV - khoa có nhiệm vụ điều trị các dạng bệnh và quản lý chung cho chương trình quản lý bệnh của các tỉnh phía Nam. Kèm theo giấy xuất viện là giấy chuyển khám ngoại trú tại địa phương nếu bệnh nhân không đủ khả năng theo dõi tại BV Từ Dũ và thư trả lời cho BV từ Dũ của y tế địa phương khi đã tiếp nhận BN.

UNG THƯ BUỒNG TRỨNG

BẢNG PHÂN GIAI ĐOẠN K BT THEO FIGO

GIAI ĐOẠN 1: K phát triển giới hạn tại BT

- Giai đoạn 1A: khối u chỉ giới hạn ở 1 bên BT, không có báng bụng , không có khối u lổn nhổn trên bề mặt BT , vỏ BT còn nguyên.
- Giai đoạn 1B: khối u phát triển ở 2 BT , không báng bụng , không có khối u lổm nhổm trên bề mặt BT, vỏ BT còn nguyên .
- Giai đoạn 1C: khối u như 1a hoặc 1b nhưng có những khối u lổn nhổn trên bề mặt của 1 hay 2 BT, hoặc với vỏ BT bị vỡ , hoặc với dịch báng bụng có TB ác tính , hoặc với mẫu rửa màng bụng dương tính.

GIAI ĐOẠN 2: ung thư phát triển ở 1 hay 2 BT lan rộng đến các cơ quan trong tiểu khung

- Giai đoạn 2A :lan rộng hoặc/và di căn ra đến TC và/hoặc ống dẫn trứng
- Giai đoạn 2B : Lan rộng ra các mô khác trong tiểu khung .
- Giai đoạn 2C : KHỐI U như G đ 2a hoặc 2b , nhưng với những u nhỏ lổm nhổm trên bề mặt của 1 hay 2 BT , vỏ BT bị vở hoặc với dịch báng bụng có chứa TB ác tính hoặc với mẫu rửa màng bụng dương tính .

GIAI ĐOẠN 3: KHỐI U bao gồm cả 1 hay 2 BT gieo rắc vào khoang phúc mạc bên ngoài tiểu khung và /hoặc có hạch sau phúc mạc và hạch bẹn . Đặc biệt di căn Gan cũng thuộc giai đoạn 3: Khối u thực sự giới hạn trong tiểu khung nhưng qua mô học lại xác định được sự lan tràn tb ác tính đến ruột non hay mạc nối.

- Giai đoạn 3A : KHỐI U thực sự ở tiểu khung , không có hạch, nhưng bằng xét nghiệm mô học xác định được sự gieo rắc tb ung thư trên bề mặt khoang phúc mạc ổ bụng.
- Giai đoạn 3B : KHỐI U ở 1 hay 2 BT , qua mô học xác định được những mầm tb ung thư ở bề mặt khoang phúc mạc ổ bụng , nhưng không vượt quá 2 cm đường kính , không có hạch.
- Giai đoạn 3 C: NHỮNG KHỐI di căn ở ổ bụng >2cm đường kính và/hoặc có hạch ở khoang phúc mạc sau hay hạch bẹn .

GIAI ĐOẠN 4: KHỐI U gồm 1 hay 2 BT kèm di căn xa . Nếu có tràn dịch màng phổi thì phải có kết quả XN tế bào học dương tính mới phân vào giai đoạn 4.

XỬ TRÍ UNG THƯ BUỒNG TRỨNG THEO GIAI ĐOẠN

1. **Giai Đoạn IA**

   Trên phụ nữ muốn có con:

   - Phẫu thuật bảo tồn
   - Theo dõi lâm sàng

- Siêu âm mỗi tháng một lần ,nếu tái phát thì cắt hoàn toàn TC và hai phần phụ, hóa trị hổ trợ đối với ung thư thư tế bào biệt hóa kém .
- Đối với u tế bào mầm , tùy bản chất mô học , diễn tiến lâm sàng , kích thước khối u , mà có hướng xử trí thích hợp .

Trên phụ nữ trẻ không muốn có con hoặc lớn tuổi :

- Cắt hoàn toàn Tử cung và hai phần phụ + mạc nối lớn .

2. **Giai Đoạn IB Đến Giai Đoạn IV**

Cắt hoàn toàn Tử cung và hai phần phụ + mạc nối lớn

- Trường hợp phẫu thuật có kết quả khả quan :
  + Không còn tổn thương rõ : Hóa trị bước một + theo dõi định kỳ .
  + Còn tổn thương có đk < 2cm :
    - Hóa trị liệu 6 – 8 đợt , tùy phác đồ hóa trị .
    - Theo dõi sau 1 tháng, nếu triệu chứng lâm sàng, hình ảnh, tumor marker âm tính → tiến hành phẫu thuật nhìn lại . Nếu nếu triệu chứng lâm sàng, hình ảnh, tumor marker dương tính → làm thêm các bilan tiến triển bướu (X quang khung đại tràng, UIV, soi bàng quang, CT scanner) + tiến hành phẫu thuật và hoá trị bước hai .
- Trường hợp phẫu thuật không có kết quả khả quan (tổn thương còn lại > 2cm , hạch (+):
  + Hoá trị liệu bước 3
  + Phẫu thuật lại lần 2
  + Hóa trị trị tiếp 3 đợt
  + Ngưng hóa trị 1 tháng nếu triệu chứng lâm sàng , hình ảnh, dấu hiệu sinh học bướu âm tính , tiến hành phẫu thuật nhìn lại .
  + Nếu tái phát -> hóa trị bước 2 + phẫu thuật lại , tùy tổng trạng bệnh nhân

PHẪU TRỊ

Các thao tác trong khi mổ (cắt HTTC + 2pp + MNL + sinh thiết phúc mạc chậu cũng như các tổn thương nghi ngờ) giúp phân giai đoạn trong ung thư Buồng Trứng, trên nguyên tắc: phẫu thuật phải gọn, tránh rơi vãi tế bào và lấy tối đa tổn thương, giảm thiểu tế bào ác tính .

1. Nếu có dịch báng bụng : lấy càng nhiều càng tốt. Nếu không có: rửa tế bào từ vùng chậu, 2 rãnh đại tràng và dưới vòm hoành.
2. Xác định các tổn thương ác tính , nếu ác tính → cắt HTTC và hai phần phụ .
3. Kiểm tra kỹ phúc mạc chậu, nếu còn thương tổn thì lấy càng nhiều càng tốt + sinh thiết bất kỳ thương tổn nào không thể lấy được. Nếu không thấy tổn thương thì lấy mẫu thử tối thiểu từ *phúc mạc thành chậu, bàng quang, đại tràng sigma và túi cùng sau.*
4. Kiểm tra các nốt cạnh đại tràng và lấy bỏ bất kỳ tổn thương nào thấy được . Nếu không có tổn thương nào → lấy một mảnh 1 x 3cm của phúc mạc rãnh đại tràng mỗi bên .

5. Kiểm tra kỹ MNL, lấy bỏ mọi tổn thương thấy được. Nếu không thấy → cắt bỏ MNL dưới đại tràng 2cm .
6. Sờ nắn vòm hoành 2 bên và bề mặt gan , lách. Nếu có tổn thương → lấy bỏ càng nhiều càng tốt, nếu không: lấy một mảnh 1 x 2 cm từ vòm hoành phải , hoặc phết tế bào vòm hoành .
7. Bắt đầu từ manh tràng, kiểm tra kỹ toàn bộ đại tràng, từ hồi manh tràng hay dây chằng góc Treitz, kiểm tra toàn bộ ruột non và lấy bỏ /sinh thiết các tổn thương nghi nhờ trên ruột và mạc treo.
8. Nếu sau tất cả các thủ thuật trên mà không nghi nhận tổn thương đại thể nào còn lại > 2cm → nên sinh thiết hạch chậu và hạch cạnh động mạch chủ .

Phẫu thuật nhìn lại thường được tiến hành trên 9 tháng hoặc sau khi kết thúc hóa trị 1 tháng, và được chỉ định theo giai đoạn bệnh (giai đoạn Ic đến II b) và độ mô học của bướu cũng như tổng trạng của bệnh nhân. Nó quyết định phác đồ hóa trị và thời gian điều trị , đồng thời nó cũng cho những quyết định điều trị hợp lý nhất cho bệnh nhân .

HÓA TRỊ
K BIỂU MÔ:

1. Giai Đoạn Ic:

1.1.Phác đồ P.C:

N1: Cisplatine 75mg/m^2 da
N2: Endoxan 750mg/m^2 da

- Tổng số đợt : 6 đợt
- Thời gian nghỉ giữa 2 đợt : 21 ngày . N1 = N21.

1.2.Phác đồ PCA , PCE:

N1 Cisplatine 50 – 75 mg/m^2 da
N1 Endoxan 500mg/m^2 da
N1 Adriblastine/ (Epirubicine) 50mg/m^2 da

- Tổng số đợt : 6 - 8 đợt
- Thời gian nghỉ giữa 2 đợt : 21 ngày . N1 = N21.

2. Giai đoạn IIb đến IV:

2.1. Phác đồ PCE:

N1 Cisplatine 50 – 75 mg/m^2 da
N1 Endoxan 500mg/m^2 da
N1 Epirubicine 50mg/m^2 da

- Tổng số đợt : 6 - 8 đợt
- Thời gian nghỉ giữa 2 đợt : 21 ngày . N1 = N21.

2.2. Phác đồ Taxol – carboplatine

N1	Taxol	175mg/m^2 da
N1	Carboplastine	300 – 400mg/m^2 da

- Tổng số đợt : 8 đợt
- Thời gian nghỉ giữa 2 đợt : 21 ngày . N1 = N21.

2.3. **Phác đồ Holoxan – carboplatine**

N1	Holoxan	3 – 6 gram / m^2 da
N1	Carboplatine	300 – 400 gram/m^2 da

- Tổng số đợt : 8 đợt
- Thời gian nghỉ giữa 2 đợt : 21 ngày. N1 = N21.

K TẾ BÀO MẦM: ***u xoang nội bì, u quái ác tính, carcinome phôi.***

1. Người lớn, cho mọi giai đoạn:

Phác đồ BEP:

N1 đến N5	Cisplatine	20mg/m^2 da
N1 đến N5	Etoposide	100mg/m^2 da
N1, N5, N8	Bleomycine	30mg/m^2 da

- Tổng số đợt : 4 đợt , bất kể kết quả huyết đồ.
- Trường hợp giảm bạch cầu : Neupogen 5 microgram /kg N7 đến N17.

2.Trẻ em và tuổi dậy thì:

2.1. Phác đồ VBP : giai đoạn I đến giai đoạn IIA

N1 đến N2	Vinblastine	3mg/m^2 da
N1 đến N2	Bleomycine	15mg/m^2 da
N3	Cisplatine	100mg/m^2 da

- Tổng số đợt : 3 đợt
- Nếu sau 3 đợt AFP không âm tính : chuyển sang phác đồ VIP.

2.2. Phác đồ VIP:

N1 đến N2	Ifosfamide	3g/m^2 da
N1 đến N5	Etoposide	75mg/m^2 da
N1 đến N5	Cisplatine	20mg/m^2 da

- Tổng số đợt điều trị: đến khi AFP âm tính, sau đó bổ sung thêm 2 đợt.

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ BƯỚC II - BƯỚC III

N1	Cxaploplastine	130mg/m^2 da
N1	Epirubicine	50mg/m^2 da

hoặc

N1 đến N5	Topotécan	1,5mg/m2 da

- Tổng số đợt : 6 đợt Thời gian nghỉ :21 ngày , N1 = N21
- Chỉ dùng cho người bệnh dưới 65 tuổi

PHÁC ĐỒ THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BUỒNG TRỨNG

1. Tần suất theo dõi được phân thành hai nhóm chính theo bảng sau:

Theo dõi bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng

	Năm đầu tiên (tháng)				Năm thứ 2-5 (tháng)		Sau đó (tháng)	
	3	6	9	12	6	12	6	12
Tìm triệu chứng cơ năng								
Toàn bộ				x		x		x
Tăng thể tích bụng/ khối u	x	x	x		x			
Đau vùng chậu	x	x	x		x			
Chảy máu âm đạo	x	x	x		x			
Tăng/ giảm cân	x	x	x		x			
Phù chân	x	x	x		x			
Chán ăn	x	x	x		x			
Thực thể								
Toàn bộ				x		x		x
Khám vùng chậu	x	x	x		x			
Khám bụng	x	x	x		x			
Khám hạch	x	x	x		x			
Khám vú	x	x	x		x			
Khám tứ chi	x	x	x		x			
Xét nghiệm								
X-quang phổi				x		x		x
CT scan bụng*								
Công thức máu		x		x	x	x	x	x
CA-125	x	x	x	x	x	x	x	x
Pap smear**								

* Chỉ định khi có khối u với sự tăng CA 125

** Mỗi hai năm

Theo dõi bệnh nhân ung thư tế bào mầm buồng trứng

	2 năm đầu tiên (tháng)												Năm thứ 3 -5(tháng)			Sau đó (tháng)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	4	8	12	12
Tìm triệu chứng cơ năng												x			x	x
Toàn bộ	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x		
Đau bụng	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x		
Thể tích bụng	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x		
Chảy máu âm đạo																
Thực thể												x			x	x
Toàn bộ	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					
Khám vùng chậu	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					
Khám bụng	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					
Khám hạch	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x
Khám vú																
						x						x			x	x
Xét nghiệm						x						x			x	x
X-quang phổi	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Công thức máu	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
HCG												x			x	x
AFP																
Pap smear																

2. Tầm soát ung thư cổ tử cung:

Tầm soát bằng Pap' smear cho các bệnh nhân ung thư buồng trứng đã có quan hệ tình dục. Nhịp độ tầm soát đã mô tả ở trên.

Tiến hành soi cổ tử cung khi có kết quả Pap' smear bất thường hoặc không diễn giải được kết quả.

Nếu có tổn thương trên soi cổ tử cung sẽ tiến hành xét nghiệm thêm để xác định chẩn đoán và xử trí cũng như theo dõi.

3. Điều trị mãn kinh phẫu thuật:

Các bệnh nhân ung thư buồng trứng sau khi điều trị sẽ rơi vào mãn kinh phẫu thuật do nội tiết buồng trứng bị cắt một cách đột ngột.

Tiến hành cho nội tiết thay thế khi hội đủ các điều kiện sau:

- Có các triệu chứng của rối loạn mãn kinh như: bốc hoả, đổ mồ hôi đêm, loãng xương, khô teo âm đạo, nhược cơ ...
- Sau chấm dứt hoá trị ít nhất 6 tháng.
- Chức năng gan, thận, lipidémie, tim mạch trong giới hạn cho phép.
- Có điều kiện tầm soát bệnh lý tuyến vú.

Dùng nội tiết thay thế:

- Cho đến khi không còn triếu chứng của mãn kinh.
- Chỉ cho Estrogène đơn thuần (như: Ovestin hoặc Premarin), không sử dụng phối hợp với Progestatif

4. Tầm soát bệnh lý tuyến vú: qua nhũ ảnh với nhịp độ mỗi 2 năm cho các phụ nữ từ 35 – 40 tuổi và mỗi năm cho các phụ nữ trên 40 tuổi.

PHẦN VI

HẬU PHẪU

CHĂM SÓC ỐNG DẪN LƯU

MỤC ĐÍCH ĐẶT ỐNG DẪN LƯU

- Thoát dịch từ các xoang, hốc tự nhiên, ổ abces.
- Theo dõi và ngăn ngừa biến chứng sau mổ

CƠ CHẾ DẪN LƯU

1. **Lực sinh lý**
- Lực làm đầy vết thương
- Sức căng riêng của tạng
2. **Lực vật lý**
- Trọng lực
- Áp lực thẩm thấu và sức hút mao dẫn
- Áp lực âm

CHỈ ĐỊNH ĐẶT ỐNG DẪN LƯU

- Dẫn lưu sau phẫu thuật cắt bỏ khối u hoặc các bộ phận bị dính
- Dẫn lưu để tránh nhiễm trùng sau phẫu thuật nhiễm trùng ổ bụng

PHƯƠNG TIỆN ĐẶT ỐNG DẪN LƯU

Có rất nhiều loại ống dẫn lưu , trong sản khoa thường dùng nhất là dẫn lưu penrose, meche, cigarette...

VỊ TRÍ ĐẶT ỐNG DẪN LƯU

- Vùng có ổ mủ
- Vùng thấp: hai hố chậu, cùng đồ Douglas,rãnh đại tràng và vùng dưới gan.
- Nên đưa ống dẫn lưu ra 1 lỗ phụ cách xa đường mổ chính.

THỜI GIAN LƯU ỐNG DẪN LƯU

Ống dẫn lưu thường được giữ cho đến khi thỏa mục đích dẫn lưu là thoát hết dịch. Tuy nhiên không nên giữ ống dẫn lưu qui 72 giờ.

CHĂM SÓC ỐNG DẪN LƯU

- Theo dõi dịch chảy ra (tính chất, số lượng, màu sắc, mùi...)
- Chăm sóc chân ống dẫn lưu (rửa, thay băng, sao cho vẫn đạt được mục đích là dịch được thoát ra từ ống dẫn lưu thật thuận lợi)
- Theo dõi tắc ống dẫn lưu (để tránh tình trạng này khi thay băng mỗi ngày phải xoay ống dẫn lưu)

CHĂM SÓC HẬU PHẪU CẮT TỬ CUNG NGẢ ÂM ĐẠO

MỤC ĐÍCH:

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

THEO DÕI:

- Các dấu sinh tồn: mạch, HA, nước tiểu mỗi ngày
- Lượng nước vào ra (quan trọng là lượng nước tiểu trong 24 giờ)
- Gas (bình thường 24 giờ- 48 giờ)

CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG:

- Ngày 1: Nước có gaz + dịch truyền
- Ngày 2: Nước cháo, cháo loãng
- Ngày 3: cháo thịt, cơm nhão, Soup
- Ngày 4: cơm thường

THUỐC:

- Kháng sinh điều trị 5 – 7 ngày.
- Kháng sinh dự phòng
- Tập vận động sớm

Lưu ý:

- Rửa âm đạo khi cần bằng tay, nước rửa là Bétadin 5%
- Trường hợp có treo cổ bàng quang: chăm sóc hậu phẫu tuỳ theo từng phương pháp phẫu thuật mà PTV áp dụng, chủ yếu theo dõi sự đi tiểu, cảm giác, lượng nước tiểu trong một ngày
- Dẫn lưu bàng quang để 24- 48 giờ tuỳ theo yêu cầu của PTV
- Theo dõi thêm vết mổ thành bụng: bầm, tụ dịch, tụ máu, nhiễm trùng

CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG SAU MỔ

VẾT THƯƠNG SẠCH KHÔ:

- Không thay băng vết thương
- Cắt chỉ sau mổ 7 ngày

VẾT THƯƠNG CHẢY MÁU:

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

TỤ MÁU VẾT THƯƠNG:

- Thể hiện bằng một đám bầm tím gồ lên vết mổ
- Cắt một sợi chỉ lấy hết máu cục, rửa sạch vết thương, sau đó may da lại

NHIỄM TRÙNG VẾT MỔ:

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

ĐÙN CHỈ THÀNH BỤNG:

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

CHĂM SÓC HẬU PHẪU SAU MỔ CẮT TỬ CUNG

TRONG 24- 48 GIỜ SAU MỔ CHÚ Ý PHÁT HIỆN XUẤT HUYẾT NỘI DỰA VÀO CÁC TRIỆU CHỨNG:

- Tỉnh chậm hơn, tiếp xúc chậm hơn.
- Than đau nhiều vùng bụng, có thể làm vã mồ hôi
- Chân tay có thể lạnh
- Mạch nhanh nhỏ, huyết áp giảm dần
- Niêm mạc xanh, hồng nhạt
- Lúc nào cần khám kỹ cho làm công thức máu, siêu âm xác định dịch ổ bụng, khám bụng, khám âm đạo thấy bụng có phản ứng phúc mạc, cùng đồ căng, nên chọc dò qua siêu âm, nếu có máu mổ bụng kiểm tra.

CHĂM SÓC:

- Cho vận động sớm sau 24 giờ
- Cho ăn uống sau khi đã có gas
- Chú ý nên cho bệnh nhân ngồi tiểu hơn là nằm lúc đi tiểu
- Chú ý vết mổ phát hiện tụ máu vết mổ nên cắt chỉ sớm, rửa vết mổ ngày 2 lần
- Ngày thứ tư sau mổ nên khám trong: xác định mỏm cắt âm đạo có nề hay máu tụ, cùng đồ có đau, 2 hố chậu như thế nào.
  + Nếu nghi ngờ có máu tụ nên siêu âm kiểm tra
  + Nếu có máu tụ nên phá mỏm cắt thoát lưu máu, rửa chăm sóc âm đạo ngày 2 lần
- Chú ý có thể chảy máu mỏm cắt ít lúc tan chỉ ngày 21 hoặc trên 30 ngày tuỳ chỉ khâu.
- Khám âm đạo: loại trừ chảy máu do may sát, hoặc cắt cổ tử cung còn sót lại.

PHÁT HIỆN BIẾN CHỨNG XA

- Tổn thương niệu quản (cột, khâu): căng đau một hố chậu, siêu âm niệu quản giãn, đài bể thận giãn nên hội chẩn trung tâm niệu để xử lý.
- Dò bàng quang âm đạo thường xảy ra sau 4 tuần, nước chảy ra từ âm đạo

DỊCH TRUYỀN CHẾ ĐỘ ĂN

CÁC TRƯỜNG HỢP MỔ SẢN VÀ PHỤ KHOA BÌNH THƯỜNG :

1. Hậu phẫu ngày thứ 0 :

- Bệnh nhân mới vừa được mổ xong.
- Dịch truyền #2000ml : 1000ml glucoza 5%
  1000ml Natriclorua 9‰ hay Lactate Ringer.
- Bệnh nhân nhịn ăn.
- Có thể uống ít nước.
- Hộ lý cấp 1.

2. Hậu phẫu ngày thứ 1 :

- Tiếp tục truyền dịch #1000ml – 1500ml (glucoza 5% + Lactate Ringer)
- Cho uống nước.
- Nước súp, bột dinh dưỡng, nước cháo loãng.
- Hộ lý cấp II.

3. Hậu phẫu ngày thứ 2 :

- Nếu bụng mềm, không phình và chưa có gaz :
  + Truyền thêm dịch (Lactate Ringer)
  + Khoan cho ăn.
- Nếu bụng mềm, không phình và đã có gaz :
  + Cắt dịch truyền.
  + Cho ăn cháo đặc.

4. Hậu phẫu ngày thứ 3 :

- Ngưng dịch truyền.
- Cho ăn uống bình thường.

<u>Lưu ý</u> :

Đối với các trường hợp bệnh nhân có thêm bệnh tim mạch, tiền sản giật, sản giật. Cần giảm bớt lượng dịch truyền và truyền dịch với tốc độ chậm.

Đối với các bệnh nhân có rối loạn tiêu hóa (ói mửa, tiêu chảy) hay sốt cao, gia tăng lượng dịch truyền.

MỔ CÓ TỔN THƯƠNG RUỘT, CẮT RUỘT THỪA, MAY CƠ VÒNG HẬU MÔN

- Duy trì dịch truyền đến ngày thứ tư hậu phẫu (tổng cộng 2.000ml – 3.000ml/ngày)
- Sau đó bắt đầu ăn chế độ ít chất bả (súp, cháo lỏng)

CHẾ ĐỘ ĂN BỔI DƯỠNG

- Áp dụng cho các bệnh nhân cơ thể suy kiệt hoặc nhiễm trùng nặng.
- Có thể truyền thêm các dung dịch giảm chất đạm (Moriamin Alvésin, Intralipide...)

ĐIỀU TRỊ ĐOẠN SẢN SAU SANH

ĐỐI TƯỢNG VẬN ĐỘNG :

Sản phụ trên 35 tuổi, có 2 con sống khỏe mạnh.

Sản phụ có tiền sử bệnh nội khoa (bệnh tim, phổi, bệnh thận...) đã có 1 đến 2 con.

SAU SANH ĐOẠN SẢN :

1. Nguyên tắc chung :
   - Băng kín vết mổ – 5 ngày cắt chỉ.
   - Kháng sinh dự phòng
     Cephalosporin thế hệ I 2g TB liều duy nhất.
   - Trường hợp có viêm nhiễm hoặc mổ lâu :
     Cephalosporin thế hệ I 1g 1 lọ x 2 TB x 3 ngày
     Gentamycine 80mg 1 ống x 2 lần t/bắp /ngày x 5 ngày
     Sau đó dùng kháng sinh uống.
2. Chế độ theo dõi :
   - Tổng trạng : Mạch, nhiệt độ, huyết áp mỗi ngày.
   - Vết mổ : chảy máu, sưng, có máu tụ không ?....
   - Theo dõi đại tiểu tiện.
   - Theo dõi triệu chứng viêm phúc mạc sau mổ.
3. Xử trí khi vết mổ nhiễm trùng :
   - Cắt chỉ, nặn sạch mủ, rửa bằng oxy già.
   - Đắp bằng gạc mỏng, có thể dùng các loại bột kháng sinh rắc trên vết mổ.
   - Theo dõi thêm 2 – 3 ngày, khi vết mổ sạch xuất viện.
4. Khi vết mổ tốt :
   - Ngày thứ 5 cắt chỉ xuất viện, cần ghi rõ trong giấy ra viện : phương pháp mổ, tình trạng vết mổ, hướng dẫn vệ sinh hậu sản sau khi đoạn sản.
   - Hướng dẫn tái khám định kỳ tại phòng khám thai.

BÍ TIỂU SAU SANH 155

Sau sanh sản phụ thường bị bí tiểu do :

1. **Đau** : Do cắt may tầng sinh môn và các tổn thương khác ở âm đạo, cổ tử cung.... Khi sản phụ đi tiểu sợ đau, đưa tới ứ đọng nước tiểu, gây bí tiểu tạm thời.
2. **Giảm sự co thắt niệu đạo, lỗ niệu đạo – bàng quang** : Do chuyển dạ kéo dài, hoặc động tác rặn, hoặc do can thiệp thủ thuật... gây mất hoặc giảm phản xạ co thắt tạm thời của niệu đạo, lỗ niệu đạo – bàng quang.
3. **Liệt bàng quang** : Tình trạng ứ đọng nước tiểu lâu, sẽ gây liệt tạm thời phản xạ co bóp của bàng quang.

CÁCH XỬ TRÍ :

Dựa theo nguyên nhân và cơ chế, xem kỹ hồ sơ bệnh án, để tìm ra phương pháp tốt nhất.

Sau sanh, sản phụ thường đã được đặt sond cho hết nước tiểu, nên khoảng 6 – 8 giờ sau sanh nếu sản phụ chưa đi tiểu được, khuyên :

- Xoa bóp vùng hạ vị : Ngồi ngâm trong nước ấm.
- Khuyên sản phụ uống nhiều nước và tự tập tiểu.
- Khi ngồi tiểu, tự ấn tay trên xương vệ (vị trí của bàng quang)
- Thuốc kháng sinh :
  + Sát khuẩn đường tiểu : Nibitol 100mg, Mictasol bleu.
  + Giảm đau (nếu cần).

⇒ Nếu bệnh nhân chưa đi tiểu được. Dùng thuốc co thắt để kích thích đường tiểu như :
  + Prostigmine 0,5mg 1 ống TM.

⇒ Nếu bệnh nhân vẫn chưa đi tiểu được. (Bí tiểu sau sanh trên 10 giờ, cầu bàng quang căng).

- Đặt sond Folley cố định tại đường tiểu, dùng kẹp, hay dây thun cột lại, nhắc bệnh nhân và người nhà tự mở dây thun cho thoát nước tiểu. Cứ 3 – 4 giờ mở 1 lần cho hết nước tiểu rồi cột lại, tập phản xạ co bóp của bàng quang.
- Đặt lưu ống sond sau 72 giờ mới rút.
- Sau 3 giờ, kể từ khi rút ống sond, khuyên bệnh nhân tập tiểu và dùng Prostigmine như trên.

Lưu ý : Nếu bệnh nhân vẫn chưa tiểu được. Đặt sond lại. Dùng kháng sinh thích hợp

NHIỄM TRÙNG HẬU SẢN

NGUYÊN NHÂN – TRIỆU CHỨNG:

- Ối vỡ sớm, ối vỡ non, sản phụ bị viêm âm đạo trước đó, trong lúc sanh không bảo đảm vô trùng.
- Có tổn thương tử cung và cổ tử cung.

  Theo dõi sẽ thấy :

  + Sốt cao, mạch tăng.

  + Tử cung co hồi kém. Cổ tử cung hở.

  + Sản dịch hôi, hoặc bế sản dịch.

BIẾN CHỨNG : Từ nhẹ đến nặng có thể

- Viêm buồng trứng – Viêm vòi trứng.
- Viêm dây chằng rộng.
- Viêm phúc mạc khu trú hay toàn thể.
- Nhiễm trùng huyết.

NGUYÊN TẮC, XỬ TRÍ CHUNG :

Khi gặp 1 trường hợp sốt sau sanh nghi ngờ nhiễm trùng hậu sản.

1. Xét nghiệm :
   - Công thức máu
   - Ký sinh trùng sốt rét (Chẩn đoán khác)
   - Kháng sinh đồ.
   - Soi nhuộm gram, cấy sản dịch...
2. Khám : Khám toàn diện để loại trừ các nguyên nhân khác gây sốt.
   - Cho thuốc co hồi tử cung (Oxytocine).
   - Nạo sạch lòng tử cung.
   - Bù nước và điện giải (trong trường hợp Shoch nhiễm trùng)
3. Thuốc : thường cho kháng sinh liều cao phù hợp với từng trường hợp :
   - Cephalosporin thế hệ II 1 lọ x 2 TM/ngày hoặc thế hệ III. Sau đó cho kháng sinh theo kháng sinh đồ.
   - Gentamycine 80mg 1 ống x 2 TM/ngày.
   - Cho hydrocortisone nếu có Shock nhiễm trùng.

SĂN SÓC VẾT MAY TẦNG SINH MÔN

Sản phụ sau khi sanh có vết may Tầng Sinh Môn (TSM) cần được chăm sóc và hướng dẫn trong những ngày đầu của thời kỳ hậu sản. Đa số thường lành tốt trong 5 ngày.

CHĂM SÓC HƯỚNG DẪN :

1. Ngày đầu tiên :

- Khám xem vết may TSM có sưng nề, đỏ đau nhiều hay không ? Có khối máu tụ âm hộ, âm đạo hay không ?
- Làm thuốc 03 lần/ngày bằng thuốc sát trùng.
- Hướng dẫn sản phụ tự rửa thêm khi tiêu tiểu, băng vệ sinh sạch thay nhiều lần trong ngày.
- Khuyên sản phụ tập đi tiểu, ngồi dậy đi lại....

2. Những ngày sau :

Theo dõi vết may TSM mỗi ngày, phát hiện sưng, bầm tím.

Nếu vết may tốt, cho cắt chỉ vào ngày thứ 5 sau sanh và cho xuất viện.

3. Đối với vết may nhiễm trùng :

Khi có dấu hiệu vết may TSM nề, sưng đỏ, ấn chân chỉ có mũ...:

- Cắt chỉ cách mối, nặn mủ, rửa bằng Oxy già.
- Cắt chỉ toàn bộ khi vết may có mủ nhiều.
- Rửa bằng Oxy già 2 – 3 lần/ngày hoặc rửa với Betadine 10%.
- Rọi đèn 15 – 20 x 2 lần/ngày.
- Kháng sinh liều cao.
- Cho xuất viện khi TSM khô, hết mủ.
- Hẹn tái khám sau 02 tháng.

THUỐC KHÁNG SINH :

1. Vết may TSM diễn tiến bình thường :

Cephalexin 500mg 1 viên x 3 lần/ngày x 5 ngày

Thuốc bổ nâng thể trạng (chú ý tới Fe...)

2. Vết may TSM bầm tím, phù nề :

Có thể thêm Alphamychymotrypsine 2 viên x 3 lần / ngày x 3 ngày.

3. Vết may tầng sinh môn nhiễm trùng :

Kháng sinh liều cao.

Ví dụ như :

Cephalosporine thế hệ I 1 g (test) 1 lọ x 2 lần, TB/ngày.

Gentamycine 80mg 1 ống x 2 lần, TB/ngày.

Ngoài ra có thể dùng thêm các loại thuốc giảm đau (nếu cần).

THAY BĂNG CẮT CHỈ

NGUYÊN TẮC THAY BĂNG

Nếu mọi diễn biến đều bình thường, thay băng vào ngày thứ 3 hậu phẫu.

Có chỉ định thay băng MỖI NGÀY trong các trường hợp sau :

- Vết mổ có Penrose dẫn lưu thành bụng hay ống cao su dẫn lưu ổ bụng.
- Các vết may nhiễm trùng xì mủ, rịn nước vàng hay vết may có máu tụ thành bụng bị vỡ chảy máu bầm.

Khi thay băng cũng như cắt chỉ, phải tôn trọng nguyên tắc vô trùng.

NGUYÊN TẮC CẮT CHỈ :

1. **Mổ sản và phụ khoa :**

Bình thường vết mổ được cắt chỉ vào ngày hậu phẫu.

- Thứ 4 đối với đường mổ ngang Pfannenstiel.
- Thứ 5 đối với đường mổ dọc rốn vệ (vết mổ cũ).

Nếu vết may có biến chứng nhiễm trùng sưng cứng, nóng đỏ, có chỉ định cắt sớm (cắt bớt vài mối chỉ nơi sưng đỏ hoặc cắt chỉ cách khoảng tùy từng trường hợp cụ thể).

2. **Mổ triệt sản :**

Cắt chỉ vào ngày thứ 4

3. **Mổ nội soi :**

Cắt chỉ vào ngày thứ 4

CÁCH SĂN SÓC CÁC VẾT MỔ NHIỄM TRÙNG

NẾU VẾT MỔ ƯỚT, CÓ TỤ ÍT DỊCH VÀNG :

Phải thay băng mỗi ngày cho bệnh nhân. Rửa sạch vết mổ với các dung dịch sát trùng (Bétadine, cồn iode hay nước oxy già...).

NẾU VẾT MỔ NỀ CỨNG, SƯNG ĐỎ Ở MỘT VÙNG.

- Cắt bỏ 2 hoặc 3 nốt chỉ tại vùng bị sưng đỏ, nề.
- Nặn mủ hay nước vàng ra hết.
- Rửa sạch vết mổ với dung dịch thuốc sát trùng.

NẾU TOÀN BỘ VẾT MỔ CÓ MỦ NHIỀU

- Cắt bỏ hết lớp chỉ ngoài da, để hở vết thương.
- Rửa sạch vết mổ với dung dịch sát trùng, thay băng mỗi ngày 2 hoặc 3 lần.
- May lại vết mổ khi :
  + Vết thương đã hết mủ.
  + Lớp mô – cơ đã sạch, đỏ hồng, lên mô hạt tốt.
  + Bệnh nhân đã hết sốt.
  + Đã dùng kháng sinh liều cao 3 ngày.
- Trường hợp vết mổ bị hở ít và cạn thì có thể tiếp tục chăm sóc vết thương để mô hạt từ từ mọc dầy lên và khép kín vết thương.

PHÙ PHỔI CẤP (OAP)

Tai biến cấp tính cần điều trị tích cực nếu không sẽ tử vong.

PHẢI LÀM GẤP :

1. Thông đường hô hấp :

– Đặt bệnh nhân trong tư thế Fowler (nửa nằm, nửa ngồi).

– Hút sạch đàm nhớt và dịch tiết ở mũi, họng.

– Mời gây mê hồi sức đặt nội khí quản, nếu bệnh nhân bắt đầu hôn mê.

2. Chống tình trạng thiếu oxy và hiện tượng sủi bọt :

– Cho ngửi Oxy bằng mặt nạ, ống thông lỗ mũi, hay máy thở có áp suất dương cách khoảng.

– Cho luồng Oxy có nồng độ 50% – 100% được dẫn qua dung dịch Alcool Ethylène 25% vào họng BN.

3. Giảm lượng máu về tim :

– Dùng dây Garrot cột ở 3 gốc chỉ, lần lượt 15 phút đổi vị trí 1 lần. Dây này phải có đủ áp lực cản máu tĩnh mạch, nhưng duy trì được luồng máu động mạch.

ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC :

1. An thần, giảm đau :

– Morphine 0,01g 1M hay IV, nếu nhịp thở nhanh.

– Dolargan 0,01g tiêm bắp (nếu bệnh nhân có thai).

2. Trợ tim :

Digoxine 0,25mg tiêm tĩnh mạch.

3. Lợi tiểu :

Furosemide 0,02 – 0,04g tiêm mạch.

4. Giãn phế quản :

Aminophyllin 0,25g – 0,5g tiêm mạch chậm.
(Hoặc Diaphyline)

5. Giữ mạch :

Đường ưu trương (Glucoza 20% 250ml tiêm tĩnh mạch chậm).

BĂNG HUYẾT SAU MỔ SANH

- Bệnh nhân mổ sanh cần được theo dõi trong 24 giờ đầu về : tổng trạng, vẻ mặt, mạch, huyết áp, nhịp thở, ra huyết âm đạo.
- Biến chứng băng huyết sau mổ sanh có thể xảy ra sớm trong 24 giờ đầu, hoặc bất kỳ lúc nào trong giai đoạn hậu phẫu.

NGUYÊN NHÂN :

- Đờ tử cung thứ phát sau mổ sanh.
- Chấn thương đường sinh dục : rách CTC, thành âm đạo.
- Hiếm khi gặp sót nhau sau mổ sanh.
- Rối loạn đông máu.
- Ở các trường hợp băng huyết trong giai đoạn hậu phẫu muộn thường do yếu tố nhiễm trùng làm tử cung không co hồi tốt, hay làm bục chỉ đường may vết mổ ở đoạn dưới tử cung bị bung hở.

LÂM SÀNG :

- Bệnh nhân có thể chảy máu âm đạo nhiều.
- Đôi khi máu không chảy ra ngoài mà ứ đọng trong lòng tử cung làm tử cung to ra, mềm nhão. Xoa ấn đáy tử cung mới có thể thấy máu âm đạo chảy ra. Ngoài ra nếu bàng quang căng to cứng gây cản trở sự co hồi tử cung.
- Bệnh nhân có vẻ mặt xanh xao, mạch nhanh, huyết áp hạ.

CẬN LÂM SÀNG

Xét nghiệm về Hemoglobin, Hematocrite có khi chưa phản ánh kịp tình trạng mất máu.

XỬ TRÍ

1. Nhanh chóng thiết lập đường tiêm truyền tĩnh mạch và hồi sức chống choáng do mất máu.

- Truyền tiêm mạch Natriclorua 9‰, Lactated Ringer với tốc độ nhanh, tiêm tĩnh mạch Hydrocortisone 100mg.
- Truyền máu để bồi hoàn lượng máu mất.
- Nếu có hiện tượng rối loạn đông máu, nên truyền máu mới hay huyết thanh tươi đông lạnh.

2. Xử trí nguyên nhân gây chảy máu.

- Bảo đảm lòng tử cung rỗng để tử cung có thể co hồi tốt. Nên lấy sạch máu cục đọng trong lòng tử cung, xoa bóp tử cung.
- Dùng thuốc tăng co bóp tử cung bằng Oxytocin.

- Nếu bàng quang căng phải thông tiểu để tránh cầu bàng quang to làm cản trở sự co hồi tử cung.
- Nếu vẫn chưa cầm máu được nên tiến hành kiểm tra cổ tử cung, thành âm đạo để loại trừ yếu tố sang chấn.

3. Nếu điều trị nội khoa không kết quả, nên đặt vấn đề can thiệp ngoại khoa :

Mổ lại để thắt động mạch hạ vị hay cắt tử cung cầm máu nếu cần.

TẮC RUỘT SAU MỔ

TRIỆU CHỨNG

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

XỬ TRÍ

1. Xét nghiệm cấp cứu :

- Siêu âm – Chụp X quang bụng đứng, không sửa soạn.
- Siêu âm.
- Công thức máu – Hct
- Urée /máu – ion đồ.

2. Đặt sonde :

- Hút dạ dày liên tục
- Đặt sonde trực tràng

3. Truyền dịch :

- Lactate Ringer (hoặc NaCl 0,9%)
- Glucoza 5%

4. Kháng sinh liều cao :

- Claforan 1g 1 lọ x 3 tiêm TM
- Gentamycine 80mg 1 ống x 2 lần t/bắp.

5. Hội chẩn :

Để quyết định điều trị nội khoa hay ngoại khoa.

VIÊM PHÚC MẠC SAU MỔ

ĐỊNH NGHĨA :

Viêm phúc mạc (VPM) sau mổ là một nhiễm trùng nặng của hậu phẫu sau một nhiễm trùng hoặc 1 Abcès bị vỡ từ một phủ tạng trong ổ bụng.

Tình trạng VPM rất nặng có thể gây tử vong nếu phát hiện chậm và xử trí trễ.

TRIỆU CHỨNG :

VPM thường xuất hiện vào ngày thứ 3 hoặc trễ hơn.

Triệu chứng :

- Sốt cao liên tục.
- Tổng trạng nhiễm trùng : môi khô, lưỡi dơ, vẻ mặt hốc hác.
- Tiêu chảy.
- Bụng phình, chướng hơi, có phản ứng phúc mạc.
- Khám âm đạo, mỏm cắt có thể có :
  + Tụ mủ.
  + Tụ máu ở mỏm cắt hoặc hố chậu.

Với mổ lấy thai :

- Tử cung co hồi kém.
- SD đục hôi hoặc có lẫn mô lợn cợn hoại tử.
- Vết mổ tử cung không lành.

XỬ TRÍ :

1. Xét nghiệm cấp cứu :
   - Công thức máu : thường tăng cao hoặc quá thấp khi có sự giảm sụt đề kháng cơ thể.
   - Phết máu.
   - Nhóm máu.
   - Urê máu, Créaline, Glycémie
   - Ion đồ
   - Nước tiểu toàn bộ
   - Siêu âm – chụp Xquang không sửa soạn.
   - Cấy sản dịch và mủ âm đạo → kháng sinh đồ.
2. Nâng thể trạng :
   - Truyền dịch (Lactale Ringer Natriclorua 9‰)
   - Truyền máu (nếu có chỉ định)
3. Kháng sinh liều cao :

Dựa theo kháng sinh đồ, hoặc dùng ngày 1 trong những phác đồ sau tùy trường hợp :

a) Claforan 1g 1g x 3 tiêm TM.
   Gentamycine 80mg 1 ống x 2 TB
   Flagyl 500mg x 2 truyền TM XX giọt/phút.

b) Rocéphine 1g x 2 tiêm TM chậm
Gentamycine 80mg 1 ống x 2 TB

4. Đặt sonde bàng quang :

Theo dõi lượng nước tiểu

5. Hội chẩn cấp cứu :

3 – 6 giờ sau khi đã cho kháng sinh đầy đủ, mổ cấp cứu.

- Loại bỏ ổ nhiễm trùng.
- Rửa sạch với dung dịch muối + Bétadine pha loãng.
- Dẫn lưu tốt ổ bụng (Sumpdrain)
- Đóng bụng hở.

SẢN GIẬT Ở BỆNH NHÂN MỔ SANH

THEO DÕI BỆNH NHÂN SẢN GIẬT : Hộ lý cấp 1

- Dùng cây ngáng lưỡi lúc bệnh nhân lên cơn giật và hôn mê.
- Giữ đường hô hấp được thông suốt, hút sạch đàm nhớt trong cổ họng.
- Cho ngửi oxy 6 – 8 1/phút.
- Truyền tĩnh mạch để giữ vein, không cho ăn uống.
- Để bệnh nhân nằm yên tĩnh, có đủ ánh sáng để quan sát bệnh nhân nhưng không nên quá sáng, tránh kích thích.
- Theo dõi sát :
  + Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
  + Nước tiểu (Sonde tiểu lưu)
  + Phản xạ gân xương, độ sâu cơn mê, dấu hiệu thần kinh khu trú.
  + Sự co hồi của tử cung, sản dịch.
  + Áp lực tĩnh mạch trung tâm.
  + Soi đáy mắt.
- Làm các xét nghiệm cần thiết :
  + CTM, HCT, tiểu cầu.
  + BUN, Créatinine, acid uric.
  + NTTB
  + Xét nghiệm chức năng gan.
  + Glycemic.

ĐIỀU TRỊ :

1. Truyền tĩnh mạch liên tục :

- Liều đầu 4 – 6g Sulfate de Magnesie pha trong dung dịch tiêm trong 15%g/phút.
- Bắt đầu 2g mỗi giọt trong 100ml truyền TM.
- Do Mg^{++} huyết thanh mỗi 4 – 6g và điều chỉnh liều duy trì để giữ được Sulfate de Magnesie ở nồng độ 4 – 7mEa/l.
- Sulfate Magnesie được ngưng sử dụng sau sanh 24 giờ.

2. Tiêm bắp gián đoạn :

- Cho 4g Sulfate Magnesie tạo thành dung dịch 10% tiêm TM trong 15 phút.
- Tiếp theo ngay lập tức 10g của dung dịch Sulfate Magnesie 50% chia 2 tiêm sâu vào ¼ bên ngoài, mỗi bên trong bằng kim dài 3 inch (bổ sung 1ml Lidocaine 2% để giảm đau).

3. Thuốc hạ áp :

- Hydrolazin (Népressol).
- Khởi đầu TM 5mg (1/5 ống)
- Theo dõi nếu sau 15 – 20 phút HA vẫn cao, có thể tiêm thêm 5mg Népressol TM chậm.
- Ngừng Hydralazin nếu HA tâm trương // 90 – 100mg Hg.
- Adalacte 10mg 1 viên ngậm dưới lưỡi.
- Về sau có thể sử dụng các thuốc hạ áp khác :

+ Trandete 200mg 1 viên x 2 lần/ngày
+ Aldomet 0,25g 1 viên x 3 hoặc 4 lần/ngày.

4. Thuốc an thần :

- Valium 5mg 1 ống TM chậm.

5. Lợi tiểu

- Furosemide 20mg TM (nếu cần thiết).

6. Truyền TM Glucoza 5% :

- Để giữ vein, nếu bệnh nhân mới MỔ sanh trong ngày đầu phải truyền dịch nên chú ý giảm bớt số lượng dịch truyền và cho chảy chậm.
- Truyền dịch quá nhanh hay quá nhiều có nguy cơ gây phù phổi cấp.

7. Kháng sinh dự phòng nhiễm trùng ở bệnh nhân mổ sanh.

PHÁC ĐỒ THEO DÕI HẬU PHẪU NGƯỜI BỆNH GÂY TÊ TỦY SỐNG

24 GIỜ SAU PHẪU THUẬT :

- Thực hiện y lệnh thuốc và theo dõi hậu phẫu trong bệnh án.

TỪ GIỜ THỨ 25 SAU PHẪU THUẬT :

- Trừ những bệnh nhân có bệnh lý (tiền sản giật, sản giật, nhiễm trùng ối, tiểu đường, viêm gan, TC gò kém) theo điều trị tiếp của BS khoa Hậu phẫu.
- Những bệnh nhân có thể trạng bình thường :
  + Ngưng truyền dịch đẳng trương.
  + Cho bệnh nhân uống một lon Coca 300ml.
  + Cho ăn uống bình thường + uống 2 lít nước.
  + Đón bé về săn sóc và cho bú sớm.
  + Gỡ miếng băng dính sau lưng sau 2 ngày phẫu thuật.

NHỮNG BỆNH NHÂN CÓ NHỨC ĐẦU SAU GÂY TÊ :

- Nằm nghỉ tuyệt đối trên giường 2 ngày liên tiếp.
- Uống thêm nước nhiều 2 lít/ngày.
- Dolipran 0,5g 1 viên x 4 uống sau khi ăn và khi nhức đầu.
- Temesta 1mg 1 viên uống lúc 20g tối.

Nếu có gì khác thường xin báo Bác sĩ.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NGẤT

ĐỊNH NGHĨA :

Ngất bao gồm nhược cơ toàn thân, mất trương lực tư thế, không có khả năng đứng thẳng và mất ý thức do giảm oxy tới phần não phục vụ ý thức.

NGUYÊN NHÂN :

1. Ngất do mạch máu – thần kinh phế vị (Vagal) giảm áp mạch máu xảy ra khi có stress cảm xúc, phòng nóng, đông người, đau đớn, sức khỏe kém, nằm lâu trên giường, thiếu máu, sốt, nhịn đói.
2. Ngất do hạ huyết áp tư thế đứng ở người lớn tuổi do dùng thuốc hạ áp, lợi tiểu nhiều.
3. Ngất do tim, chủ yếu do loạn nhịp tim.
4. Ngất do dòng máu lên não rối loạn : Thiếu oxy, tăng không khí, hạ đường huyết.
5. Ngất do bệnh của não : Rối loạn mạch máu não, cơn co giật Hysteria, rối loạn cảm xúc.
6. Ngất do tăng Bradykinin trong máu.

DẤU HIỆU BÁO TRƯỚC

1. Cảm giác lảo đảo, ngáp, buồn nôn, ói, nhìn không rõ, ù tai, mặt nhợt nhạt, đổ mồ hôi, lạnh tay chân, đau vùng thượng vị, dãn đồng tử, hạ huyết áp, mạch tay nhẹ (Vagal).
2. Yếu người, run giật quanh môi, quanh bàn tay, cánh tay (do tăng thông khí)
3. Hồi hộp đánh trống ngực (ECG: Nhanh thất, nhanh trên thất).
4. Đau ngực cơn ngắn : Cơn đau ngực (Prinz metal)
5. Đau ngực kéo dài : Nhồi máu cơ tim.

DẤU CẤP CỨU PHẢI NHẬP VIỆN

Loạn nhịp nhanh (nhanh thất, xoắn đỉnh, hội chứng kích thích sớm).

Nhịp chậm nguy kịch < 40 lần/phút (Block nhĩ thất, suy yếu chức năng nút xoang).

Mất ý thức nặng.

Mất ý thức kèm đau ngực.

DIỀU TRỊ

Tại chỗ :

1. **Ngất do Vagal** : Đặt bệnh nhân tư thế nằm, nhấc hai chân cao, đắp đá lạnh vào mặt hoặc nhúng bàn tay vào nước đá lạnh, thở oxy qua mask, Altropine 0,5mg TMC. Nếu huyết áp giảm nhiều, truyền dịch khẩn trương, dùng thêm Calcium 0,5mg TMC hoặc Hydrocortisone 100mg TMC.
2. **Ngất do không khí** : Thở nhanh, thở vào túi giấy.
3. **Ngất do hạ huyết áp tư thế đứng** : Để bệnh nhân ở tư thế nằm, nhấc cao hai chân, tìm nguyên nhân.
4. **Ngất do Block nhĩ thất hoàn toàn** : Truyền 250ml Glucose 5% + 5 ống Isuprel ⇒ chuyển bệnh viện.

Tại bệnh viện : điều trị đặc hiệu theo nguyên nhân.

- Nhồi máu cơ tim, nhanh thất, thuyên tắc phổi.
- Block nhĩ thất.
- Xoắn đỉnh : Cordaron, cân bằng Kalium.
- Chậm xoang : Altropine 1mg IV hoặc tiêm dưới da.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỐC DỊ ỨNG

(Có 3 thể)

THỂ NHẸ : Nhồi mẫn đỏ ở da, mạch huyết áp không thay đổi.

- Thở Oxy qua mũi 5 lít/phút.
- Ngưng sử dụng các yếu tố dị ứng.
- Célestene 4mg tiêm mạch chậm hoặc Hydrocortisol 100mg tiêm tĩnh mạch hoặc Solumedrol 40mg tiêm tĩnh mạch.
- Theo dõi dấu.hiệu sinh tồn và tình trạng dị ứng.

THỂ VỪA : nổi mẫn đỏ có thay đổi mạch huyết áo, khó thở nhẹ :

- Ngừng sử dụng các yếu tố gây dị ứng.
- Thở Oxy qua mùi hoặc qua mạch 5 lít/phút.
- Lartale Ringer 500ml.
- Adrenaline 0,01g tráng ống pha 10ml dd Lartace Ringer tiêm mạch chậm mỗi lần chích 1ml tùy tình trạng mạch huyết áp đến khi đấu sinh tồn ổn định.
- Celestene 4mg tĩnh mạch hoặc Hydrocortisol 100mg tiêm mạch.

THỂ NẶNG : Nỗi mẫn đỏ suy hô hấp, trụy tuần hoàn.

- Ngưng sử dụng các yếu tố gây dị ứng.
- Oxy qua mask giúp thở bằng ballon và mask, đặt NKQ.
- Lấy một đường truyền TM, đổ đầy bằng Lartate Ringer.
- Adrenaline ống 0,01g pha 10ml tiêm mạch mỗi ml đến khi M.HA ổn định hoặc 1 ống Adrenaline 0,01g tiêm bắp nếu không lấy được đường truyền.
- Hydrocortisol 200mg tiêm mạch mỗi 4 giờ hoặc 8mg Celestene TM hoặc Solumedrol 120mg TM.
- Các liều thuốc trên có thể lặp lại khi sốc chưa ổn định.
- Chuyển bệnh nhân đến phòng HS theo dõi 48 giờ.

Tại phòng hồi sức :

- Bảo đảm hô hấp.
- Duy trì Adrenaline 0,01g (4 ống trong chai) bằng bơm tiêm điện tốc độ 0,25mg – 1mg/giờ. Tùy tình trạng M-HA.
- Tùy theo tình trạng M-HA khi bệnh nhân co thắt khí quản tăng tốc độ truyền Adrenaline đến khi tình trạng bệnh nhân cải thiện.
- Không có bơm tiêm điện thì duy trì 4 ống Adrenaline trong chai Glucoza 5% 500ml nhỏ giọt tĩnh mạch tốc độ truyền tùy thuộc vào tình trạng M-HA.
- Hydrocorsol 200ml tiêm mạch hoặc Célestene 8mg tiêm TM hoặc Solunedrol 800mg TM.
- Theo dõi và điều trị tích cực.

PHÒNG VÀ XỬ TRÍ CHOÁNG PHẢN VỆ

PHÒNG CHỐNG PHẢN VỆ KHI DÙNG THUỐC :

1.Nguyên tắc chung

1.1. Hỏi tiền sử : Tất cả người bệnh hoặc người nhà bệnh nhân, nếu họ bị hôn mê trước khi dùng thuốc phải được thầy thuốc và nhân viên y tế hỏi kỹ về tiền sử bản thân và gia đình để phát hiện những biểu hiện của cơ địa dị ứng hoặc bị dị ứng với thuốc như :

- Nổi mề đay mẩn ngứa khi thay đổi thời tiết, sau khi ăn, hoặc uống 1 loại thuốc nào đó.
- Có tiền sử bị hen phế quản, phù Quinck...

Nếu có các biểu hiện trên, phải ghi rõ trong phần đầu của bệnh án, ở mục lý do vào viện, đồng thời đóng dấu ở trang 1 của bệnh án (hoặc Y bạ phiếu kiểm tra sức khỏe). Ghi rõ "ĐÃ CÓ TIỀN SỬ DỊ ỨNG, PHẢI THẬN TRỌNG KHI DÙNG THUỐC".

1.2. Giải thích và dặn dò : cho người nhà bệnh nhân trong việc dùng thuốc cho bệnh nhân từ nay về sau. Nếu không thận trọng có thể nguy hiểm đến tính mạng.

1.3. Trong trường hợp bắt buộc phải dùng thuốc :

– Cần chọn lựa thuốc để tránh dùng các loại thuốc dễ gây dị ứng, hoặc thuốc bệnh nhân đã bị dị ứng ở lần dùng trước đó. Nhất là bệnh nhân hôn mê.

– Cần làm Test dưới da, hoặc tiêm trong da 1/10ml thuốc định sử dụng cho người bệnh, chờ 30 phút sau nếu không có phản ứng mới tiêm tiếp số lượng thuốc còn lại. Trước khi làm có thể cho bệnh nhân ngửi thuốc để xem phản ứng.

2. Cơ số thuốc và y cụ cần thiết

Trong tất cả các cơ sở chữa bệnh, trước khi tiêm, dùng thuốc cho bệnh nhân, đều phải chuẩn bị sẵn sàng thuốc. Y cụ cần thiết cấp cứu choáng phản vệ.

1.1 Một hộp nhôm đã được vô trùng. Trong đó có :

02 bơm tiêm loại 5ml
01 bơm tiêm loại 10ml
02 kim tiêm bắp thịt
05 kim tiêm tĩnh mạch
Tất cả kim tiêm phải lắp vừa vặn với bơm tiêm.

Hộp được đóng băng bảo đảm ghi ngày hấp khử trùng và còn thời hạn sử dụng. Dây Garrol cao su bản rộng kích thước 4cm x 70cm.

(Nơi nào có điều kiện, nên dùng bơm tiêm nhựa 1 lần xài rồi bỏ).

1.2. Cơ số thuốc :

Adrénaline	1mg	05 ống
Prométhazine	50mg	01 ống
Méthyl Prednisolon	30mg	02 ống
Hydrocortisone	100mg	05 ống
Dung dịch NaCl 9‰	500ml (dây truyền dịch)	

Dung dịch Na Bicarbonat 14‰ 500ml

1.3.Một số Y – Dụng cụ như : ống tiêm phải có cưa, Pince, bông, cồn, và bình hoặc bóng Oxy. Ống đặt nội khí quản, bóng Ambu....

Tất cả thuốc men, Y dụng cụ đều luôn sẵn sàng 24/24 giờ để cấp cứu nhanh nhất khi xảy ra choáng phản vệ.

CẤP CỨU KHI XẢY RA CHOÁNG PHẢN VỆ :

1. Triệu chứng :

Sau khi dùng thuốc, từ vài phút, hoặc lâu hơn (nếu dùng thuốc uống) bệnh nhân sẽ :

- Đột nhiên hoa mắt, chóng mặt, ngã vật ra, mặt đỏ bừng hoặc tím tái.
- Mạch yếu, hoặc không bắt được.
- Huyết áp động mạch tuột, hoặc không đo được.
- Khó thở do co thắt thanh môn, hoặc lên cơn hen phế quản trong 1 số trường hợp.

2. Xử trí cấp cứu :

- Buộc Garrol vào gốc chi để tiêm thuốc (giữ vein).
- Tiêm ngay 1/3 ống Adrénaline 1 mg vào tĩnh mạch, còn lại 2/3 ống tiêm vào bắp thịt.
- Theo dõi liên tục huyết áp động mạch, nếu chưa trở lại bình thường thì cứ sau 10 – 15 phút lại tiêm 1/3 ống Adrénaline 1mg vào tĩnh mạch.
- Thở Oxy qua đường mũi. Mời gây mê hồi sức tiếp để đặt nội khí quản và bóp bóng Ambu nếu bệnh nhân có khó thở.
- Dùng các dung dịch.
- Truyền tĩnh mạch NaCl 9‰ 500ml (Pha 5 – 10mg Adrénaline).
- Truyền tĩnh mạch Na Bicarbonate 14‰ 500ml.
- Khi huyết áp động mạch đã tạm ổn định (số tối đa > 10cm Hg) mới dùng :
  + Prométhazine 50mg 1 ống TM (tiêm bắp).
  + Méthyl Prednisolone : 30mg 1 ống IV (tĩnh mạch).
  + Chuyển BN đến khoa hồi sức cấp cứu theo dõi (hoặc mời gây mê hồi sức cùng cấp cứu tại trại)
  + Liên tục theo dõi HA và các triệu chứng nói trên để quyết định có dùng tiếp Andrénaline và Méthyl Prednisolone hay không ?

CHÚ Ý :

Khi bệnh nhân ra viện cần cấp cho họ một phiếu bìa cứng, trong đó ghi rõ họ, tên, tuổi, địa chỉ cần nhấn mạnh : Bệnh nhân đã được cứu sống sau khi bị choáng do dùng thuốc. Đồng thời dặn dò người nhà ghi chép vào các giấy tờ liên quan đến bệnh nhân về sự cố này.

Các thầy thuốc, Y tá, Nữ hộ sinh nên biết về cách tiêm thuốc tại động mạch đùi (nơi tiêm : Dưới cung đùi 2cm, tĩnh mạch nằm phía trong động mạch).

KHÁNG SINH TRỊ LIỆU

SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG

Sử dụng rộng rãi **"Kháng sinh dự phòng"** cho các trường hợp :

- Mổ nội soi.
- Mổ phụ khoa chương trình
- Mổ lấy thai chủ động ối còn

1. **Thuốc sử dụng và cách dùng :**

Công thức 1 :

Cefaloject 1g – 1 lọ tiêm t/m trước khi rạch da và 1g t/m lập lại 6 giờ sau mổ.

Gentamycine 80mg 1 ống t/bắp.

Công thức 2 :

Claforan 1g – 1 lọ tiêm t/m 1 giờ trước khi rạch da và 1g t/m lập lại 6 giờ sau mổ

2. **Khi sử dụng :** Nơi bệnh nhân nằm tiểu phẫu.

- Đóng dấu "Kháng sinh dự phòng" có ghi loại thuốc dùng.
- Khoa nơi bệnh nhân nằm hậu phẫu thực hiện đúng các qui định về sử dụng thuốc theo phác đồ trên.

3. **Thời gian hậu phẫu :** nếu bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm trùng (sốt, bạch cầu cao...) bác sĩ điều trị hội chẩn với bác sĩ chủ nhiệm khoa chuyển sang dùng kháng sinh điều trị ngay để đảm bảo an toàn cho người bệnh.

CÁC TRƯỜNG HỢP MỔ SẢN VÀ PHỤ KHOA BÌNH THƯỜNG

(Ít có nguy cơ nhiễm trùng)

Cephalosporin thế hệ 1	1g TB x 2 hoặc 3 lần/ngày x 5 ngày
Gentamycine 80mg	1 ống x 2 lần /ngày x 5 ngày.

PHẦN VII

PHẪU THUẬT – GÂY MÊ HỒI SỨC

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỐC PHẢN VỆ

THỂ NHẸ

Nổi mẩn đỏ ở da, mạch huyết áp không thay đổi

- Thở oxy qua mũi 5lít/phút.
- Ngưng sử dụng các yếu tố gây dị ứng.
- Célestene 4mg tiêm mạch chậm hoặc Hydrocortisone 100mg tiêm tĩnh mạch, hoặc Solumedrol 40mg tiêm tĩnh mạch.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn và tình trạng dị ứng.

THỂ VỪA

Nổi mẩn đỏ có thay đổi mạch huyết áp, khó thở nhẹ.

- Ngưng sử dụng các yếu tố gây dị ứng
- Thở oxy qu mũi hoặc qua mask 5lít/phút
- Lartate Ringer 500ml
- Adrenaline 0,001g tráng ống pha 10ml dd Lactate Ringer tiêm mạch chậm mỗi lần chích 1ml tùy tình trạng mạch huyết áp đến khi dấu sinh tồn ổn định.
- Celestene 4mg tĩnh mạch hoặc Hydrocortisol 100mg tiêm tĩnh mạch.

THỂ NẶNG

Nổi mẩn đỏ suy hô hấp – trụy tuần hoàn.

- Ngưng sử dụng các yếu tố gây dị ứng
- Oxy qua mask – giúp thở bằng ballon và mask, đặt NKQ.
- Lấy một đường truyền tĩnh mạch, đổ đầy bằng Lactate Ringer.
- Adrenaline ống 0,001g pha 10ml tiêm mạch mỗi ml đến khi mạch, HA ổn định hoặc 01 ống Adrenaline 0,001g tiêm bắp nếu không lấy được đường truyền.
- Hydrocortisone 200mg tiêm mạch mỗi 4 giờ hoặc 8mg Celesténe tiêm mạch hoặc Solumedrol 120mg tiêm mạch.
- Các liều thuốc trên có thể lặp lại khi sốc chưa ổn định.
- Chuyển bệnh nhân đến phòng hồi sức theo dõi trong 48 giờ.

TẠI PHÒNG HỒI SỨC

- Đảm bảo hô hấp
- Duy trì Adrenaline 0,001g (4 ống trong chai) bằng bơm tiêm điện tốc độ 0,25mg - 1mg/giờ tùy tình trạng mạch huyết áp.
- Tùu theo tình trạng mạch huyết áp khi bệnh nhân co thắt khí quản tăng tốc độ truyền Adrenaline đến khi tình trạng bệnh nhân cải thiện.
- Không có bơm tiêm điện thì duy trì 04 ống Adrenaline trong chai Glucose 5% 500ml nhỏ giọt tĩnh mạch tốc độ truyền tùy thuộc vào tình trạng mạch, huyết áp.
- Hydrocortisone 200ml tiêm mạch hoặc Célestene 8mg tiêm tĩnh mạch hoặc Solumedrol 80mg tiêm tĩnh mạch.
- Theo dõi và điều trị tích cực.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NGẤT

ĐỊNH NGHĨA

- Ngất bao gồm nhược cơ toàn thân, mất trương lực tư thế, không có khả năng đứng thẳng và mất ý thức do giảm oxy tới phần não phục vụ ý thức.

NGUYÊN NHÂN

- Ngất do mạch máu – thần kinh phế vị (Vagal) giảm áp mạch máu xảy ra khi có stress cảm xúc, phòng nóng, đông người, đau đớn, sức khỏe kém, nằm lâu trên giường, thiếu máu, sốt, nhịn đói.
- Ngất do hạ huyết áp tư thế đứng ở người lớn tuổi do dùng thuốc hạ áp, lợi tiểu nhiều.
- Ngất do tim, chủ yếu do loạn nhịp tim.
- Ngất do dòng máu lên não rối loạn: Thiếu oxy, tăng thông khí, hạ đường huyết.
- Ngất do bệnh của não: Rối loạn mạch não, cơn co giật Hysteria, rối loạn cảm xúc.
- Ngất do tăng Bradykinin trong máu.

DẤU HIỆU BÁO TRƯỚC

- Cảm giác lảo đảo, ngáp, buồn nôn, ói, nhìn không rõ, ù tai, mặt nhợt nhạt, đổ mồ hôi, lạnh tay chân, lạnh vùng thượng vị, dãn đồng tử, hạ huyết áp, mạch tay nhẹ (Vagal)
- Yếu người, run giật quanh môi, quanh bàn tay, cánh tay (do tăng thông khí)
- Hồi hộp đánh trống ngực (ECG: nhanh thất, nhanh trên thất)
- Đau ngực cơn ngắn: Cơn đau ngực (Prinz metal)
- Đau ngực kéo dài: nhồi máu cơ tim

DẤU CẤP CỨU PHẢI NHẬP VIỆN

- Loạn nhịp nhanh (Nhanh thất, xoắn đỉnh, hội chứng kích thích sớm).
- Nhịp chậm nguy kịch < 40 lần/phút (Block nhĩ thất, suy yếu chức năng nút xoang).
- Mất ý thức nặng.
- Mất ý thức kèm đau ngực.

ĐIỀU TRỊ

1. Tại chỗ
   - Ngất do Vagal: Đặt bệnh nhân tư thế nằm, nhấc hai chân cao, đắp đá lạnh vào mặt hoặc nhúng hai bàn tay vào nước đá lạnh, thở oxy qua Mask, Atropine 0,5g TMC hoặc Hydrocortisone 100mg TMC
   - Ngất do thông khí: thở nhanh, thở vào túi giấy
   - Ngất do hạ huyết áp tư thế đứng: Để bệnh nhân tư thế nằm, nhấc cao [illegible] tìm nguyên nhân.
   - Ngất do Block nhĩ thất hoàn toàn: Truyền 250ml Glucose 5% + 5 ống Isuprel → chuyển bệnh viện.

2. Tại bệnh viện:
   - Điều trị đặc hiệu theo nguyên nhân
     + Nhồi máu cơ tim, nhanh thất, thuyên tắc ối.
     + Block nhĩ thất.
     + Xoắn đỉnh: Cordaron, cân bằng Kalium.
     + Chậm xoang: Atropine 1mg IV hoặc tiêm dưới da.

PHÁC ĐỒ GÂY MÊ TRONG MỔ LẤY THAI

- Nhận bệnh từ các trại phòng đến phòng tiền mê
- Quan sát tình trạng bệnh nhân và đặt Monitoring theo dõi mạch, HA, SaO_2, nhịp thở
- Xem xét kỹ hồ sơ

MỔ CHƯƠNG TRÌNH:

- Biên bản hội chẩn có đủ chữ ký của Trưởng, Phó khoa, Bác sĩ thường trú và điều trị
- Xét nghiệm tiền phẫu:
  + Huyết đồ, Hct, tiểu cầu, TS, TC
  + Nhóm máu, TP
  + Chức năng gan, thận : SGOT, SGPT, BUN, Glycemie, Creatimin
  + Tổng phân tích nước tiểu
  + X Quang tim, phổi
  + Điện tim (nếu sản phụ có vấn đề tim mạch)
- Phiếu khám tiền mê có chuẩn bị thuốc cho bệnh nhân (Ranitidin viêm 50mg uống)
- Giấy cam kết phẫu thuật;
  + Trên 18 tuổi: tự ký
  + Dưới 18 tuổi: phải có thân nhân ký (Cha, Mẹ)

MỔ CẤP CỨU:

- Biên bản hội chẩn có đủ hai chữ ký của: Trưởng, Phó khoa hoặc Bác sĩ tham vấn, thường trú, Trưởng kíp trực.
- Xét nghiệm cần thiết: huyết đồ (NGFL, tiểu cầu, Hct), TS, TC
- Giấy cam kết phẫu thuật.
- Nghe tim phổi, hỏi về tiền căn bệnh nội – ngoại khoa (suyễn, bướu cổ, tiểu đường, lao, viêm gan, viêm thận . . .), tiền căn dị ứng.
- Xác định giờ ăn, uống trước khi đến phòng Mổ.
- Chuẩn bị, kiểm tra thuốc, phương tiện máy móc để gây mê, tê.
- Thiết lập đường truyền tĩnh mạch với Lactac-Ringer 500ml
- Tiến hành gây mê: Ranitidine ống 20mg pha với dung dịch nước muối đẳng trương thành 20ml , tiêm mạch chậm trong 2 phút.

1. Dẫn đầu:
   - Thở oxy qua Mask 04 lít/phút.
   - Dẫn đầu bằng thuốc mê tĩnh mạch:
     + Thiopental 2,5% - 4mg/Kg cân nặng tương đương với Propofol 2mg/Kg cân nặng.
     + Hoặc Ketamin 2mg/Kg cân nặng tiêm tĩnh mạch chậm cho những sản phụ mà tình trạng huyết động học không ổn định.

- Dùng dãn cơ Suxamathonium 1,5mg/Kg tiêm mạch.
- Đặt nội khí quản ống số 7. Bơm ballon, kiểm tra 2 đỉnh phổi, cố định ống nội khí quản
- Trong quá trình dẫn đầu luôn theo dõi mạch, HA, SaO_2.
- Cho phép tiến hành phẫu thuật.
- Duy trì thuốc dãn cơ Atracurium liều lượng 0,2 mg/Kg cân nặng tiêm mạch.

2. **Sau khi lấy thai:**
   - Oxytocin 5UI x 04 ống pha vào chai dịch truyền đẳng trương truyền tĩnh mạch.
   - Có thể dùng thêm Oxytocin tùy vào tình trạng co hồi TC.
   - Fentanyl 2µg/Kg cân nặng tiêm mạch chậm.
   - Duy trì mê bằng thuốc mê bay hơi Isofluran nồng độ 0,75 – 1% của bình bốc hơi.

3. **Sau khi PTV đóng bụng:**
   - Tắt thuốc mê bay hơi, tập thở.
   - Chuyển phòng hồi tỉnh khi không còn tác dụng của thuốc dãn cơ và khi dấu hiệu sinh tồn ổn định.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GIẢM ĐAU SAU MỔ

MỔ LẤY THAI VÀ MỔ PHỤ KHOA CẮT TỬ CUNG, CẮT U BUỒNG TRỨNG:

- Ngày phẫu thuật:
  + Morphine ống 10mg tiêm dưới da hoặc Dolosal ống 100mg liều lượng 1 – 2mg/Kg cân nặng tiêm bắp.
  + Hoặc Nalbuphine ống 20mg/2ml tiêm bắp.
  + Nếu bệnh nhân đau trở lại có thể dùng Prodafalgan lọ 1g pha vào 100ml dung dịch glucose 5% truyền tĩnh mạch và có thể lặp lại sau 6giờ.
- Ngày hôm sau: J_1 có thể uống Efféralgan Codein viêm sủi bọt mỗi ngày 1 - 3viên/ngày
- Hoặc uống Diantalvic 1 – 3viên/ngày
- Trường hợp bệnh nhân được gây tê ngoài màng cứng và còn giữ lại Catheter thì dùng Morphine loại không có chất bảo quản liều lượng 0,05mg - 0,1mg/Kg cân nặng pha với 10ml dung dịch muối đẳng trương tiêm vào khoang ngoài màng cứng có tác dụng giảm đau 12 - 20giờ.

MỔ NỘI SOI:

- Nội soi chẩn đoán: Prodafalgan loại 1g pha với 100ml dung dịch glucose đẳng trương truyền tĩnh mạch khi đau nhiều.
- Nội soi phẫu thuật: Dolosal ống 100mg ½ ống tiêm bắp.
- Hoặc Prodafalgan lọ 1g pha vào 100ml dung dịch glucose đẳng trương truyền tĩnh mạch.
- Trước khi tiêm thuốc giảm đau bác sĩ phải khám bệnh nhân để loại trừ những nguyên nhân cần phải can thiệp ngoại khoa và sau khi tiêm thuốc giảm đau nhóm ma túy cần phải theo dõi tình trạng hô hấp của bệnh nhân.

PHÁC ĐỒ THEO DÕI HẬU PHẪU NGƯỜI BỆNH GÂY TÊ TỦY SỐNG

24 GIỜ SAU PHẪU THUẬT:

- Thực hiện y lệnh thuốc và theo dõi hậu phẫu trong bịnh án.

TỪ GIỜ THỨ 25 SAU PHẪU THUẬT:

- Trừ những bệnh nhân có bệnh lý (Tiền sản giật, sản giật, nhiễm trùng ối, tiểu đường, viêm gan, Tc gò kém) theo điều trị tiếp của Bs khoa Hậu Phẫu.
- Những bệnh nhân có thể trạng bình thường :
  + Ngưng truyền dịch đẳng trương.
  + Cho bệnh nhân uống một lon Coca 300ml.
  + Cho ăn uống bình thường + uống 2 lít nước.
  + Đón bé về săn sóc và cho bú sớm.
  + Gỡ miếng băng dính sau lưng sau 2 ngày phẫu thuật.

NHỮNG BỆNH NHÂN CÓ NHỨC ĐẦU SAU GÂY TÊ:

- Nằm nghỉ tuyệt đối trên giường 2 ngày liên tiếp.
- Uống thêm nước nhiều 2 lít/ngày .
- Dolipran 0,5g 1 viên x 4 uống sau khi ăn và khi nhức đầu.
- Temesta 1mg 1 viên uống lúc 20giờ tối
- Nếu có gì khác thường xin báo Bác sĩ.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỐT CAO ÁC TÍNH

ĐỊNH NGHĨA:

- Sốt cao ác tính trong gây mê là tai biến rất nặng thường dẫn đến tử vong do rối loạn ở hệ thống cơ làm tăng tốc độ biến dưỡng thường xảy ra tức thời khi tiếp xúc với kháng nguyên hoặc chậm 01 vài giờ sau.
- Nguyên nhân do rối loạn khả năng trao đổi ion calcium qua màng tế bào cơ.
- Chẩn đoán dựa vào tăng thân nhiệt, rối loạn kiềm toan và co cứng cơ.
- Dantrolene (Dantrium) là thuốc điều trị đặc hiệu trên sự di chuyển ion calcium.
- Điều trị triệu chứng bao gồm: hạ thân nhiệt, chống rối loan kiềm toan, chống tăng Kali máu.

ĐIỀU TRỊ:

- Chấm dứt dùng Succinyl Cholin và thuốc mê bốc hơi
- Thở oxy 100% 10 lít/phút
- Dantrolene (Dantrium) lọ 20mg pha với 60ml nước cất vô trùng tiêm mạch nhanh, liều 2,5mg/kg cân nặng
- Tiếp tục liều trên mỗi 30 phút, nếu người bệnh không qua được cơn cho tới tổng liều 10mg/kg cân nặng
- Dung dịch Bicarbonate 1 – mEq/kg cân nặng
- Dung dịch mặn 15ml/kg/15 phút để hạ nhiệt
- Rửa dạ dày, rửa bọng đáy, trực tràng hay vùng mổ, chườm lạnh ngoài da bằng khăn lạnh hay túi nước đá
- Rối loạn nhịp tim được kiểm soát khi điều trị tăng kali máu và điều trị toan chuyển hóa
- Điều trị tăng kali máu bằng đường ưu trương + 10 đơn vị Insulin
- Nếu còn loạn nhịp có thể điều trị bằng Procainamide 15mg/kg trong 10 phút
- Không được dùng thuốc ức chế Calci
- Giữ lượng nước tiểu 1ml/kg/giờ
- Do Dantholene có tác dụng làm giãn cơ vân nên cho bệnh nhân thở máy và theo dõi tại khoa săn sóc đặc biệt ít nhất 24 giờ vì sốt cao ác tính có thể tái phát
- Tiếp tục chích Dantholene 1 – 2mg/kg mỗi 6 giờ trong 24 – 48 giờ sau đó uống Dantrolene 1 – 2mg/kg cân nặng mỗi 6 giờ trong 24 giờ
- Theo dõi khí trong máu, CPK, K^+, Ca^{++}, nước tiểu, yếu tố đông máu, nhiệt độ
- Gởi người bệnh và hồ sơ đến trung tâm chuyên khoa nghiên cứu sốt cao ác tính.

PHẦN VIII

SƠ SINH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HỒI SỨC SƠ SINH TẠI PHÒNG SANH

CÁC NGUYÊN TẮC HỒI SỨC SƠ SINH

Nguyên tắc A-B-C : Cũng giống như ở HS người lớn và trẻ lớn. Việc hồi sức sơ sinh (HSSS) cũng tuân thủ các nguyên tắc quan trọng sau:

- A (Airway): Thông đường hô hấp
- B (Breathing): Hỗ trợ hô hấp.
- C (Circulation): Bảo đảm tuần hoàn tối thiểu có hiệu quả.

Ba nguy cơ cần tránh trong khi HSSS

- Tránh sang chấn: Động tác HSSS phải nhẹ nhàng, chính xác.
- Tránh bị lạnh : Lau khô nhanh, ủ ấm.
- Tránh nhiễm trùng : HSSS trong điều kiện vô trùng.

Ba điều người thực hiện HSSS cần phải có :

- Hiểu biết : Tiên lượng và xử trí được các tình huống sẽ xảy ra.
- Luôn luôn bình tĩnh trong mọi tình huống.
- Thao tác hồi sức phải chính xác, nhanh nhẹn, nhẹ nhàng.

Ba điều cần thiết :

- Hút nhớt sạch.
- Thông khí hiệu quả.
- Bảo đảm tuần hoàn.

THỰC HÀNH HỒI SỨC SƠ SINH TẠI PHÒNG SANH :

Những động tác cần làm trước khi hồi sức SS :

•Mặc áo blouse sạch, Đeo khẩu trang, rửa tay, Đeo găng tay vô trùng.

•Chuẩn bị dụng cụ HS :

- Dụng cụ hút nhớt : Máy hút, sonde hút nhớt, bình xã.
- Dụng cụ giúp thở : Bóng giúp thở, mặt nạ sơ sinh, dây nối oxy.
- Dụng cụ đặt NKQ : Đèn soi thanh quản, ống NKQ số từ 2,5 – 3,5.
- Nguồn ôxy 100%
- Các loại thuốc dùng cho HSSS.

Cần phải kiểm tra kỹ tất cả các dụng cụ trước khi tiến hành Hồi Sức Sơ Sinh.

•Chuẩn bị 2 khăn vô trùng để lau khô em bé.

Trang bị

- Một bàn HS sạch có đèn sưởi ấm và đủ sáng.
- Các loại dụng cụ, nguồn ôxy, thuốc HS đã nêu trên.

•Các thao tác Hồi Sức Sơ Sinh

- Lau khô nhanh trẻ bằng khăn sạch và ấm
- Thông đường hô hấp:

Hút nhớt: Luôn luôn hút miệng rồi mới hút mũi.

- Kích thích thở: Búng vào gan bàn chân hay xoa má, ngực, bụng, lưng (có tài liệu không còn dùng nữa).
- Giúp thở: (Sau khi đã hút sạch): Bóp bóng 40 lần/phút với ôxy

+ Thông khí qua mặt nạ:

Chú ý có 2 chống chỉ định:

- Thoát vị hành bẩm sinh. (Vì khi bóp hơi vào thực quản và hệ tiêu hóa nhiều làm phồng khối thoát vị)
- Hít phân su.

Thao tác:

- Tư thế phải đúng: Đường thẳng nối giữa cằm và rái tai vuông góc với mặt phẳng bé nằm.
- Mặt nạ phải phủ cả mũi miệng.
- ÁP LỰC BÓNG : 15-25 CM NƯỚC

Nếu dùng loại bóng dành cho trẻ sơ sinh:

Bóp bằng 2 ngón tay: Áp suất đạt 15-20cm nước.

Bóp bằng 3 ngón: Áp suất 20-25 cm nước

- Bịt van an toàn để bóp bóng trong 3 nhịp đầu tiên.

+ Thông khí qua NKQ:

Chỉ định:

- Thoát vị hoành.
- Hít phân su.
- Thông khí qua mặt nạ không hiệu quả.
- Trẻ trong tình trạng chết giả (Apgar < 3)

Thao tác đặt NKQ:

- Dùng đèn soi thanh quản nhẹ nhàng nâng lưỡi và nắp thanh quản, hút sạch nhớt vùng hầu họng và hút luôn nhớt trong khí quản (Trường hợp không thấy thanh môn có thể dùng ngón tay đeo nhẫn ấn lên sụn thanh quản để làm lộ thanh môn). Sau đó đặt NKQ và bóp bóng ôxy kiểm tra vị trí sonde NKQ bằng cách đặt ống nghe ở hai bên ngực và vùng thượng vị.
- Chiều dài sonde = 6 cm + số Kg (1kg = 1cm).
- Thông khí với ôxy 100%.

Hỗ trợ tuần hoàn: Xoa bóp tim ngoài lồng ngực:

- Mục đích: duy trì tuần hoàn tối thiểu : xoa bóp tim bảo đảm được 20-25% cung lượng tim bình thường bằng cách gia tăng áp lực trung bình của lồng ngực.
- Chỉ định khi nhịp tim < 80 lần/phút.
- Số lần xoa bóp tim: 120 lần/phút. (Thông thường nhấn tim 3-4 lần/thông khí 1 lần)

Vị trí nhấn tim: 1/2 giữa xương ức

Luôn luôn kết hợp với bóp bóng giúp thở.

Các loại thuốc và dịch truyền

Đường sử dụng:

– Đường TM ngoại biên: Không nguy hiểm nhưng không có sẵn từ phút đầu.

– TM rốn: Chích thuốc trực tiếp.

– Cho thuốc vào NKQ: Một vài loại thuốc có thể cho qua NKQ nhanh chóng và có hiệu quả tương đương đường TM

Vài loại thuốc thông thường:

- **Adrénaline 1/1000**
- Chỉ định:
- Khi nhịp tim < 80 lần/phút sau 30 giây thông khí và xoa bóp tim ngoài lồng ngực.
- Liều 0,1 ml dd 1/1000 pha loãng với 0,9 ml dd Nacl 9/1000 TM rốn hayNKQ .
- **Bicarbonate Natri 4,2%**
- Liều 2-4ml/kg TMR có thể lặp lại sau 10 phút

(Thường dùng liều 2 mEq/kg:4 ml/kg)

- Chỉ nên dùng trong trường hợp bé bị toan chuyển hóa, không có lợi trong trường hợp chỉ có toan hô hấp đơn thuần .
- Chỉ định :
- Ngưng tim kéo dài.
- Rối loạn hô hấp kéo dài >10 phút.
- Chú ý:
- Bicarbonate Natri có thể bất hoạt Adrénaline: không pha chung.
- Tránh tiêm Bicarbonate quá nhanh (ít nhất là 2 phút)
- **Glucose 10%:3ml/kg**

Chú ý: Không nên cho quá nhiều Glucose vì trong điều kiện thiếu oxy, glucose sẽ chuyển hóa theo con đường yếm khí tạo ra rất ít năng lượng mà lại giải phóng nhiều acid Lactic → Gây toan chuyển hoá.

- **Naloxone (Narcan 0,4mg/ml):**
- Chỉ định khi bé bị ức chế hô hấp do các thuốc thuộc nhóm morphine
- Cách pha:Lấy 0,5 ml(1/2 ống = 0,2 mg) pha với 1,5 ml Nacl 9/1000.
- Dùng liều 1ml dd /kg TM hay nhỏ vào NKQ (0,1mg/kg/lần).
- **Albumine 5%:**
- Chỉ định khi giảm thể tích tuần hoàn.
- Liều 10 -20ml/kg TTM trong 15 phút.
- **Isuprel:** Nếu tim chậm kéo dài.

Liều 0,05-0,5 µg/kg/phút TTM

XỬ TRÍ CÁC TÌNH HUỐNG ĐẶC BIỆT

Trường hợp chết giả: APGAR<3

- Hút sạch hầu vọng và NKQ qua đèn soi TQ, sau đó đặt NKQ.
- Cùng một lúc: Vừa giúp thở vừa xoa bóp tim ngoài lồng ngực.
- Nếu nhịp tim <60 l/phút có thể cho Adrénaline NKQ hay TMR.
- Tiếp tục bóp bóng ôxy 100% NKQ.
- Đánh giá chỉ số APGAR lúc 1,5 và 10 phút.
- Nếu tình trạng cải thiện → khám trẻ cẩn thận để tìm nguyên nhân gây ngạt sau khi HS song.
- Nếu HS 20 phút mà tim không đập lại → ngưng HS.

Hít ối lẫn phân su

- Chẩn đoán :
- Nước ối lẫn nhiều phân su.
- Nghe phổi có nhiều ran ẩm to hạt, nhỏ hạt.
- Xử trí :

- Dùng đèn soi thanh quản :
- Hút sạnh hầu họng.
- Hút, rửa NKQ: Có thể hút nhớt và phân su vùng hầu họng qua đèn soi NKQ, hút luôn trong khí quản, giữ nguyên sonde hút trong NKQ, sau đó tháo chỗ nối giữa dây hút và sonde, bơm từ từ vào độ 1ml dd NaCl 9‰ và hút ngược trở ra (làm như vậy khoảng 3 lần).
- Sử dụng thuốc khi có chỉ định.
- Chú ý: không bao giờ được giúp thở trước khi rửa hút NKQ.
- Nếu không rửa hút được NKQ: làm vật lý trị liệu (vỗ rung) → hút sạch.
- Giúp thở.

Trường hợp mẹ sử dụng thuốc thuộc nhóm Morphine.

- Thông thường hô hấp.
- Cho NARCAN: NKQ hay TMR.
- Giúp thở.

TÌM NGUYÊN NHÂN SAU HỒI SỨC SƠ SINH

- Suy thai cấp.
- Sang chấn sản khoa.
- Non tháng → bệnh màng trong.
- Nhiễm trùng mẹ-con.
- Sa dây rốn.
- Bé bị ức chế hô hấp do thuốc dùng ở mẹ.
- Các nguyên nhân ngoại khoa:
- Cần phát hiện sớm sau sanh dựa vào lâm sàng và X- quang.
- Thoát vị hoành BS, tràn khí màng khí màng phổi, teo thực quản BS, thoát vị màng não, thoát vị rốn, thoát vị thành bụng.
- Các nguyên nhân khác:

Hẹp lỗ mũi sau, chậm hấp thu dịch phổi, suy dinh dưỡng-già tháng, thiếu máu cấp, tim bẩm sinh, hội chứng Pierre-Robin, bệnh lý nặng ở mẹ gây ảnh hưởng thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Behrman, Kliegman, Jenson:Delivery room emergencies, Nelson, texbook of pediatric, 2000, page 495.

2, Tricia lacy Gomella, Indotracheal intubation, Neonatology, 1999, page 163-164.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SUY HÔ HẤP CẤP Ở TRẺ SƠ SINH

ĐỊNH NGHĨA

Hội chứng suy hô hấp cấp là sự rối loạn chức năng của phổi, gây ra thất bại trong quá trình trao đổi khí, dẫn đến giảm O_2/máu và tăng CO_2/máu do đó phổi không còn khả năng duy trì PaO 2, PaCO 2 và pH ở ngưỡng có thể chấp nhận được.

CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Lâm sàng: dựa vào 3 triệu chứng chính

-Thay đổi nhịp thở: > 60 lần/phút hay <30 lần/phút có hoặc không có kèm theo cơn ngưng thở trên 20 giây.

-Dấu hiệu phản ứng: dựa vào bảng Silverman

< 3/10: không SHH

3-5/10: SHH nhẹ

5/10: SHH nặng.

-Xanh tím ở FiO_2 =21%

Cận lâm sàng:

PaO2 < 60 mmHg (hay SpO2 < 80%)

Và/hoặc PaCO2 > 50 mmHg

Và pH <7,1 - 7,2

NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP

Tại phổi:

- Nội khoa:
  + Bệnh màng trong (ARDS)
  + Hít nước ối phân su
  + Viêm phổi
  + Tràn khí màng phổi
  + Cơn khó thở nhanh thoáng qua ở trẻ sơ sinh
  + Mềm sụn khí quản
  + Xuất huyết phổi
- Ngoại khoa:
  + Thoát vị cơ hoành
  + Dò khí thực quản
  + Hẹp lỗ mũi sa

Ngoài phổi:

- Tim mạch:
  + Giảm thể tích
  + Thiếu máu
  + Đa hồng cầu
  + Bệnh tim bẩm sinh tím
  + Suy tim sung huyết

+ Còn tồn tại tuần hoàn phôi thai
– Chuyển hóa:
+ Acidosis
+ Hạ đường huyết
+ Hạ thân nhiệt
+ Tăng thân nhiệt
– Thần kinh cơ:
+ Phù não
+ Xuất huyết não
+ Do thuốc
+ Bệnh lý cơ
+ Bệnh lý cột sống
+ Tổn thương thần kinh cơ hoành

ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc cơ bản:

– Điều trị SHH:
+ Thông đường thở
+ Oxy liệu pháp
+ Đảm bảo khả năng phân bố O 2 cho mô và tế bào: Đảm bảo Hct # 30-40%.
– Điều trị toan máu
– Điều trị kiệt sức
– Điều trị nhiễm trùng

Điều trị toan máu:

– Dùng dung dịch Bicarbonate 7,5% (1ml=1mEq)
– Số mEq cần bù = 0,3 x Kg x số Bi carbonate thiếu.

Điều trị kiệt sức:

– Đảm bảo cung cấp 100-120 KCal/Kg/ngày.
– Nếu thở nhanh trên 80 lần/phút và có gắng sức nhiều nên tránh kiệt sức bằng cách giúp thở sớm bằng bóp bóng qua mặt nạ hay thở máy.

Điều trị nhiễm trùng: dùng kháng sinh phổ rộng (xem phác đồ điều trị nhiễm trùng sơ sinh).

Cận lâm sàng:

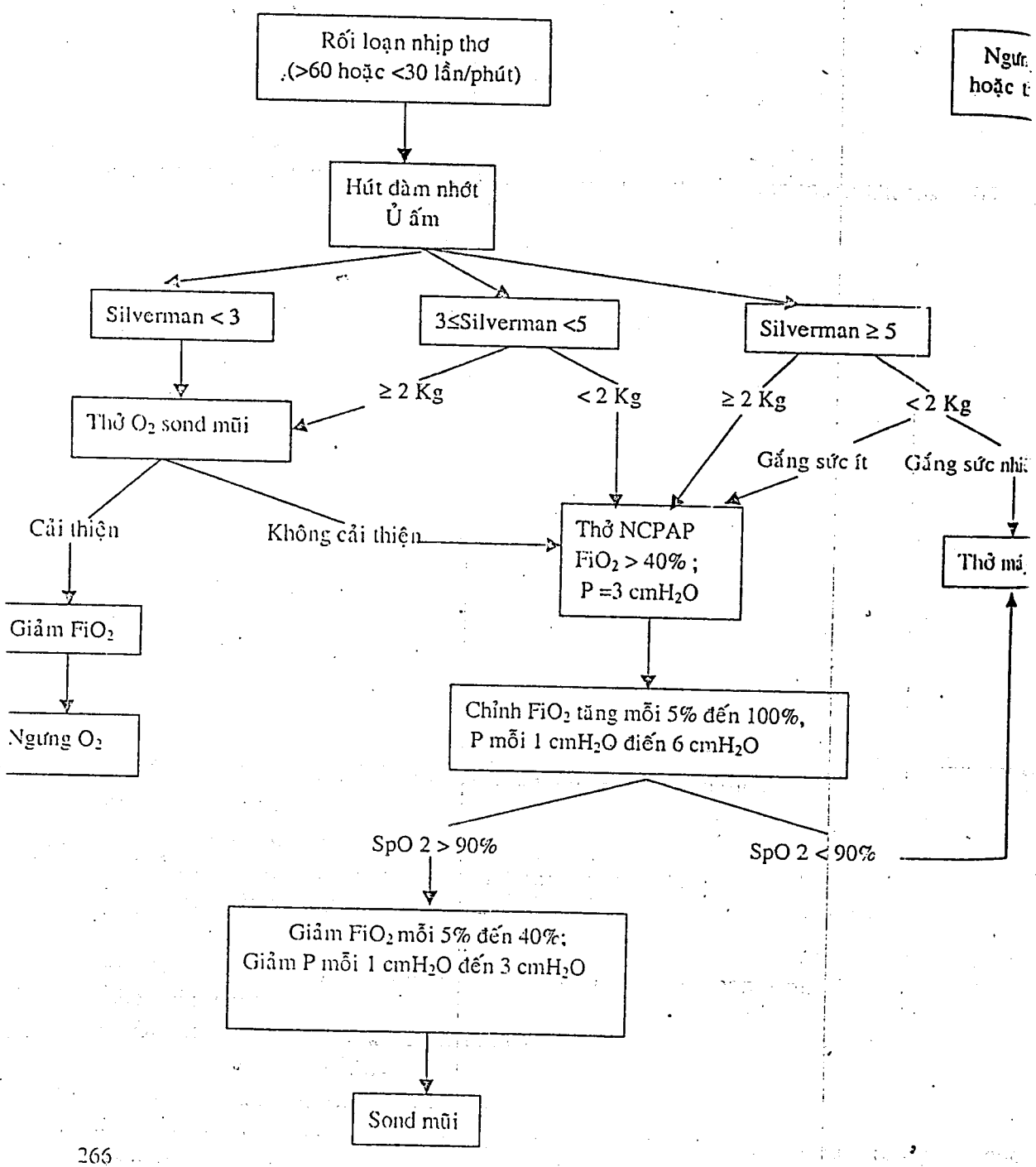
– Đo PaCO2 qua da, pH bằng máu tĩnh mạch, đo độ bão hòa oxy qua mạch hay khí máu động mạch.
– Xquang tim phổi thẳng
– Công thức máu, Hct, Hb
– Dextrotix
– Siêu âm xuyên thóp, tim

Thuốc:

– Caffeine citrate (kích thích hô hấp, điều trị ngưng thở)
– Liều khởi đầu: 20 mg (10 mg caffeine base) IV hay PO
– Liều duy trì: 2,5-5,0 mg caffeine base/Kg/ngày IV hay PO 1 lần/ngày.
– Diaphylline (kích thích hô hấp, điều trị ngưng thở):
– Liều khởi đầu: 5-6mg/Kg IV (truyền TM trong 15-30 phút)

- Liều duy trì: 2mg/Kg mỗi 12 giờ, bắt đầu 12 giờ sau liều khởi đầu.
- Naloxone hydrochloride (Narcan): (mẹ có dùng Morphine hay dẫn xuất của Morphine)
- Liều: 0,1 mg/kg IV, IM, bơm vào NKQ. Có thể lặp lại sau 5 phút.

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ SHH CẤP Ở TRẺ SƠ SINH



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tricia Lacy Gomella.Respiratory management. Neonatology.1999;6;50
2. Gordon B.Avery, Mary Ann Fletcher, Mhairi G Macdonald. Acute Respiratory Disorders. Neonatology.1999;28;485.
3. Gordon B.Avery, Mary Ann Fletcher, Mhairi G Macdonald. Principles of Management of Respiratory Problems. Neonatology.1999;30;533
4. Jay P.Goldsmith, Edward H.Karorkin. Positive Pressure Ventilation.Assisted Ventilation of the Neonate.1996;8;178.
5. John P.Cloherty, Ann R. Stark. Respiratory Distress Syndrome. Manual of Neonatal Care. 1998;24;329.
6. BS Huỳnh Thị Duy Hương. Suy hô hấp sơ sinh. Bài giảng cho cao học 2001.

VÀNG DA SƠ SINH DO TĂNG BILIRUBIN GIÁN TIẾP

Gặp ở 25-30% ở ở trẻ đủ tháng, 90% trường hợp ở trẻ non tháng.

TRIỆU CHỨNG VÀ DIỄN TIẾN LÂM SÀNG

1. **Vàng da sinh lý:** Khi hội đủ các tiêu chuẩn sau:

- Xuất hiện sau 24 giờ tuổi.
- Hết trong vòng 10 ngày với trẻ đủ tháng và 15 ngày đối với trẻ non tháng.
- Mức độ vàng da nhẹ (Vàng da vùng mặt, cổ).
- Vàng da đơn thuần, không kết hợp các triệu chứng bất thường khác (thiếu máu, gan lách to, bỏ bú, lừ đừ...).
- Nồng độ bilirubin/máu không quá 12 mg% ở trẻ đủ tháng và không quá 14 mg% ở trẻ non tháng.
- Tốc độ tăng bilirubin / máu không quá 5 mg% trong 24 giờ.

Ở giai đoạn này, nếu các yếu tố ảt thẩm của Bilirubine GT qua hàng vào mạch máu não nhi ngạt, non tháng, suy HH, nhiễm trùng, mất nước hay có các yếu tố làm giảm sự gắn kết Alb bil gián tiếp như dùng 1 số loại thuốc (Vit K tổng hợp, Sulfisoxazole) hoặc toan máu, hoặc làm tăng Acid béo tự do (↓ đường huyết, ↓ thân nhiệt) thì bệnh có thể trở nặng

2. **Giai đoạn tăng Bilirubine gián tiếp:**

- Vàng da bệnh lý : nếu bất thường về thời gian xuất hiện, bất thường thời gian kéo dài, vàng da sậm, nồng độ Bilirubine quá cao, tăng nhanh hoặc có kèm triệu chứng bất thường.
- Ở giai đoạn này, vào ngày 3-4 mức Bilirubine tăng cao > 16-18mg%, da vàng nhiều hơn, bú chậm nhưng hết sữa, phản xạ còn tốt.

3. **Giai đoạn tiền nhiễm độc thần kinh :**

Vàng da không giảm mà tăng dần, trẻ li bì, bú chậm → bỏ bú, ói ọc, có biểu hiện bất thường về mắt (mắt "ngó lơ", mắt "nhìn thẳng", phản xạ chậm hoặc có khi kích thích, vật vã, quấy khóc .

<u>Giai đoạn này sẽ diễn tiến rất nhanh, qua giai đoạn nhiễm độc nếu không được chẩn đoán và thay máu kịp thời.</u>

4. **Giai đoạn nhiễm độc thần kinh: Bilirubine GT >20mg% (đủ tháng) >15mg% (non tháng) .**

- Bilirubine GT thấm vào não. Trẻ vàng da nặng, bỏ bú, nôn ói, tăng kích thích mắt trừng trừng, ưỡn cong người, co giật, rối loạn hô hấp tuần hoàn, trương lực cơ.
- Ở trẻ non tháng có khi chỉ tím tái, cơn ngừng thở nhiều, kéo dài, lịm dần. Rối loạn trương lực cơ, mắt "mặt trời lặn".
- Ở giai đoạn này trẻ rất nguy kịch, thay máu có thể cứu sống trẻ nhưng để lại nhiều di chứng nặng nề. Nếu không điều trị trẻ sẽ tử vong .

T NGHIỆM :

Cần làm các xét nghiệm: nhóm máu con - nhóm máu mẹ, Hct Hb CTBC, hình dạng hồng cầu, Bilirubine/máu (TT/GT).
Test de Coombs nếu có huyết tán miễn dịch .

ỀU TRỊ VÀNG DA DO TĂNG BILIRUBINE GIÁN TIẾP

Mục tiêu điều trị: Ngăn ngừa sự gia tăng của bili GT lên đến mức nhiễm độc thần kinh.
Nguyên tắc:

+ Tạo mọi điều kiện để bili GT chuyển sang dạng đồng phân không độc hay trở thành bili trực tiếp .
+ Điều trị đồng thời các nguyên nhân gây vàng da.

Điều trị dự phòng:
Cung cấp đầy đủ nước và năng lượng qua cho bú hoặc truyền tĩnh mạch Glucose 10% với liều 60-100ml/24h để gan có đủ acid glucuronic.
Tăng gắn kết bili GT với Alb bằng cách truyền Albumine liều 1-2g/kg
Tạo điều kiện cho men GT hoạt động tốt :
Dùng Clofibrate (Lipavlon) dùng 1 liều uống duy nhất.
→ Non tháng : 100-150mg/kg
→ Đủ tháng : 50-100mg/kg
Kết quả đáng khích lệ, chưa thấy tác dụng phụ khi cho bằng đường uống, và dễ thực hiện .

Tác dụng lên men Ligandine : Phenobarbital có tác dụng lên protein Z của men này. Nhưng cần sử dụng sớm ở trẻ có nguy cơ, liều 5-10 mg/kg có thể (u) hoặc TB, thậm chí cho mẹ uống thuốc khi chuyển dạ .
Ánh sáng liệu pháp : Là phương pháp có hiệu quả nhất và hay được dùng trong điều trị vàng da do tăng bili GT ở trẻ sơ sinh .

+ Sử dụng ánh sáng có bước sóng từ 400-500nm, cực điểm 450-460nm tương ứng với đỉnh hấp thụ của Bilirubine .
+ Cơ chế: Năng lượng ánh sáng biến đổi các phân tử bili GT (độc) thành các sản phẩm đồng phân tan được trong nước, không độc và sẽ được đào thải qua gan và thận bằng các bẻ gãy phân tử bili GT bằng các phản ứng khử, tạo thành các
  Isomers → photo isomer
  ↘ photo oxydé
  Bài tiết qua mật dưới dạng 4Z - 15E Bilirubine .
  Bài tiết qua nước tiểu dạng lumirubine
+ Chỉ định: vàng da tăng Bilirubine GT chưa có triệu chứng tiền nhiễm độc hay nhiễm độc thần kinh. (Chống chỉ định trong bệnh porphyrin/niệu bẩm sinh).
+ Chọn dàn đèn:
  - Dàn đèn ánh sáng xanh có tác dụng tốt
  - Dàn đèn ánh sáng trắng
  - Dàn đèn hỗn hợp xanh trắng
+ Kỹ thuật rọi đèn: Dùng đèn huỳnh quang rọi vào da trẻ được cởi trần truồng, có che kín mắt và bộ phận sinh dục, xoay trở để tăng diện tích da tiếp xúc với ánh sáng. Có thể rọi đèn liên tục hay cách quãng .
  - Khoảng cách giữa đèn và trẻ không quá 40cm
  - Bóng đèn phải được kiểm tra và thay định kỳ (khi NLAS ≤ 50%)

+ Hiệu quả điều trị của ASLP thay đổi ngược chiều với mức độ huyết tán. Qua nghiên cứu người ta thấy nồng độ tối đa của bili GT ở trẻ rọi đèn từ 1-3 ngày chỉ bằng 1/ bili/máu ở trẻ không được điều trị .

Ở trẻ non tháng có huyết tán nhiều bili ↓ 1-3mg% sau 8-12h rọi đèn.

Hiệu quả ASLP tùy → năng lượng phát ra từ nguồn sáng
- Độ dài sóng
- Khoảng cách từ đèn đến trẻ
- Diện tích da được rọi đèn
- Mức độ huyết tán
- Hiệu quả chuyển hóa và bài tiết của bili GT

+ Các chú ý: → Rọi đèn không thể thay thế được thay máu khi có chỉ định.
- Màu da trẻ không tương quan hoàn toàn, không nên chỉ lượng giá hiệu quả điều trị dựa vào màu da.
- Chú ý che mắt và tinh hoàn-che tránh bóng đèn vỡ.
- Thử bili/máu sau 4-8h nếu có huyết tán nặng.

+ Tác dụng phụ: ít gặp trên thực tế
- Tăng thân nhiệt, ↑ mất nước 10-20% → bù nước
- Tổn thương vòng mạc nếu không che mắt
- Nổi hồng ban: lành tính
- Rối loạn tiêu hóa: phân lỏng
- "H/C trẻ màu đồng" rất hiếm gặp.

Điều trị tích cực: Thay máu

Nhằm → Lấy bớt bilirubine
→ Bỏ bớt kháng thể miễn dịch

1. Chỉ định: Khi xuất hiện các triệu chứng lâm sàng và nồng độ bilirubine GT cao, đe dọa vàng da nhân (bili GT > 20mg%, thấp hơn ở trẻ non tháng và bệnh lý).
2. Kỹ thuật thay máu:

Cách chọn máu: Tùy nguyên nhân gây vàng da

– Bất đồng Rh: chọn máu Rh- như mẹ nhưng nếu không thể được cũng có thể phải sử dụng máu Rh+ để thay, có khi phải thay 2-3 lần và phải theo dõi kỹ triệu chứng tán huyết, Hct-Hb, hồng cầu lưới và nhất là nồng độ bilirubine mỗi 3h.

– Bất đồng ABO: Dùng hồng cầu rửa O giống mẹ pha với huyết tương cùng nhóm con hay pha với nước muối sinh lý. Nếu không được thì nên bỏ bớt huyết tương và bù bằng Nacl 9‰.

CHỌN MÁU ĐỂ THAY THEO BẢNG SAU

Nhóm máu con	Nhóm máu mẹ	nhóm máu chọn
O	Bất kỳ máu gì	O
A	A-AB	A-O
A	O, B	O
B	B, AB	B - O
B	O, A	O
AB	AB	Bất kỳ
AB	O, A, B	O

...ượng máu thay: 160ml-200ml/kg, dùng máu mới.

...uyên tắc : Trong khi thay máu → Phải bảo đảm vô trùng tuyệt đối
→ Bảo đảm thân nhiệt
→ Bảo đảm tuần hoàn - hô hấp
→ Bảo đảm kỹ thuật thay máu

...huẩn bị dụng cụ vô trùng, lồng ấp và các thuốc cần thiết - hút dạ dày.

...ác tiến hành thay máu : → Kiểm tra kỹ máu, ngâm ấm
→ Nếu bé kích thích → chích Phenobarbital

Bộc lộ tĩnh mạch rốn
Đặt Sonde tĩnh mạch rốn đến vị trí nào để có thể rút máu ra dễ dàng
Lấy máu làm xét nghiệm trước thay máu Bilirubine/máu...
Bơm mỗi lần 10ml sau đó rút lại 10ml, tốc độ chậm (3-5 ml/phút)
Cứ 100ml máu thay thì cho vào 1ml CaCl2 hay Ca Gluconate.
Sau bơm Ca, bơm thêm 5ml máu mà không rút ra→ thêm 20ml sau thay máu
Lấy máu làm xét nghiệm sau thay máu : bilirubine, ion đồ ....
Sau thay máu có thể dùng kháng sinh dự phòng
Lưu Sonde rốn 24-48h để nếu cần sẽ thay máu lần 2
Băng ép rốn (ít khi cần khâu).

Các tai biến có thể có

- Trụy tim mạch đột ngột → Do bơm quá nhanh → cần bơm chậm
  → Do bé quá yếu → đặt monitoring trước
- Shock do hạ thân nhiệt : → Máu quá lạnh → ngâm nước ấm trước
  → Lồng ấm quá lạnh → bật lồng ấp trước
- Nhiễm trùng huyết : → Do kỹ thuật thay không vô trùng
  → Môi trường xung quanh quá dơ
- Tắc mạch do khí: →Do bơm khí vào lúc thay→ cần rút khí ra hết trước khi bơm máu vào.
- Rối loạn diện giải đồ: Ít khi có rối loạn diện giải nặng có thể kiểm tra xét nghiệm ion đồ sau thay máu
- Chảy máu rốn : → Do băng ép không chặt
  → Do rối loạn đông máu → cần chẩn đoán, điều trị

Theo dõi sau thay máu :

- Kiểm tra dấu hiện sinh tồn, nhiệt độ, hô hấp tuần hoàn, thường xuyên.
- Tạm ngưng ăn 1-2 cử sau thay máu
- Kiểm tra nồng độ bilirubine máu, thường bilirubine máu có thể hơi tăng lại do tái hấp thu bili từ các mô vào máu nhưng ít khi phải thay máu lần 2 .

Nếu có huyết tán : kiểm tra Hct, Hb, HC lưới, Test De Coombs .
Điều chỉnh rối loạn nước diện giải nếu có, điều trị nguyên nhân .
Theo dõi lâm sàng : màu da, thần kinh, màu nước tiểu .
Có thể phối hợp rọi đèn thêm nếu cần
Khi xuất viện hẹn tái khám để theo dõi và phát hiện di chứng

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG SƠ SINH

Phải nghĩ đến NTSS trước các tình huống sau đây

- Nước ối có màu hoặc hôi thối,
- Vỡ ối > 12 giờ,
- Mẹ bị nhiễm trùng sinh dục hoặc có huyết trắng bất thường gần ngày sanh (<1 tháng)
- Mẹ sốt (>37,7°c) trước , trong hoặc sau khi sinh,
- Bé sốt (> 37,7°c),
- Sanh non,
- Suy thai không giải thích được,
- Tim thai nhanh khi sanh,
- Tổng trạng em bé xấu khi sanh ra không giải thích được,
- Tất cả các tình trạng lâm sàng bất thường của em bé.

Các XN cần làm

- Dịch dạ dầy: soi tươi, cấy.(nếu có thể làm phết ở lỗ tai và hậu môn cùng một lúc luôn)
- Công thức máu, dung tích hồng cầu, huyết sắc tố, tiểu cầu.
- Sau đó tùy từng trường hợp cần thiết sẽ làm thêm:
  + CRP, cấy máu,
  + Xquang tim - phổi, bụng,
  + Chọc dò tủy sống,
  + Tổng phân tích nước tiểu

Hướng xử dụng kháng sinh

1. Khi chưa có kết quả xét nghiệm:
   AMPICILLINE + GENTALLINE
   CEFOTAXIME + NETROMYCINE
2. Khi có kết quả xét nghiệm: (N3)

- Ngưng KS khi: triệu chứng lâm sàng tốt
  kết quả XN bình thường
- Tiếp tục dùng KS khi:
  + Nhiễm trùng có thể: kết quả XN bình thường, lâm sàng không bình thường
  + Nhiễm trùng chắc chắn: soi tươi, cấy vi trùng (+), XN máu bất thường, lâm sàng bất thường
- Điều chỉnh KS theo tình trạng bệnh lý
- Thời gian dùng kháng sinh:
  + Nhiễm trùng huyết: Tiêm 7 ngày + Uống 7 ngày
  + Nhiễm trùng chắc chắn: Tiêm 5 ngày + Uống 5 ngày
  + Nhiễm trùng có thể: Tiêm 3 ngày + Uống 7 ngày

- Ghi chú :
  + Nên dùng đường tiêm cho trẻ sơ sinh non tháng
  + Nên dùng aminoside trong 5-7 ngày sau đó ngưng nếu được.
  + Luôn luôn cố gắng giữ các nguyên tắc vô trùng khi chăm sóc em bé.
  + Giữ gìn thân nhiệt em bé thật tốt.

Bảng liều lượng các kháng sinh thường dùng và sự nhậy cảm của một số vi trùng đối với kháng sinh

KHÁNG SINH 1

TÊN	Đường dùng	Liều/kg/lần	Khoảng cách (Giờ)	CN	Tuổi (Ngày)	Liều/kg/ngày
	TB - TM	50 000 UI	12 8		<N7 > N7	100.000UI 150.000 UI
AMPICILLINE TOTAPEN®	TB - TM	50 mg ao 100 mg	12 8 - 16		< N7 > N7	100mg 150–200 mg
AMPI+A.CLAVUL AUGMENTIN®	TM	50 mg	12 8		< N7 > N7	12H 8 H
MEZLOCILLINE BAYPEN®	TM 30'	80 – 100 mg	12 8		< N7 > N7	160-200mg 240-300 mg
PIPERACILLINE PIPERILLINE®	TM 30'	75 mg 75 mg	12 8		< N7 > N7	150mg 225 mg
CARBENICILLINE PYOPEN®	TM 60'	100 mg	12 8 6	<2kg ≥ 2 kg	N0–N7 > N7 > N7	200mg 300mg 400 mg
TICARCILLINE TICARPEN®	TB TM 30'	75 mg	12 8 8 6	< 2 kg < 2 kg ≥ 2 kg ≥ 2 kg	N0–N7 > N7 N0–N7 > N7	150mg 225 mg 225mg 300 mg
CEPHALOTINE KEFLIN®	TM	20 mg	12 8 8 6	< 2 kg < 2 kg ≥ 2 kg ≥ 2 kg	N0–N7 > N7 N0–N7 > N7	40mg 60mg 60mg 80 mg
CEFOTAXIME CLAFORAN®	TB TM 60'	50 mg	12 8		N0–N7 > N7	100mg 150 mg
CEFTRIAXONE ROCEPHINE®	TM 15'	50 mg	24			50 mg
CEFOPERAZONE CEFOBIS®	TM 30'	50 – 100 mg	12 8		N0–N7 > N7	100-200mg 150-300 mg
CEFSULODINE PYOCEFAL®	TM 30'	30 mg	12 8		N0–N7 > N7	60mg 90 mg
CEFTAZIDIME FORTUM®	TM 30'	30 – 50 mg	12 8		N0–N7 > N7	60-100mg 90-150 mg

IMIPENEM + CILASTATINE TIENAM®	TM 60'	25 mg	12 8		N0–N7 > N7	50mg 75 mg
OXACILLINE BRISTOPEN®	TB TM 15'	25 mg	12 8 8 6	< 2 kg < 2 kg ≥ 2 kg ≥ 2 kg	N0 – N14 > N14 N0–N14 > N14	50 mg 75 mg 75 mg 100 mg
VANCOMYCINE VANCOCINE®	TM 60'	10 mg 15 mg 15 mg	12 12 8	< 1 kg 1–2 kg > 2 kg		20 mg 30 mg 45 mg

KHÁNG SINH 2

TÊN	Đường dùng	Liều/kg/lần	Khoảng cách (Giờ)	Tuổi thai (Tuần)	Liều/kg/ngày
RIFAMPICINE RIFADINE®	TM 90'	15 mg	12		30mg
FOSFOMYCINE FOSFOCINE®	TM 30'	100mg	12		200mg 100 mg=1,4mE Na
TRIMETHOPRIME- SULFAMETHOXA- BACTRIM®	TM 30'	Tấn công=0,2 ml 16 mg SMZ 3,2 mg TMP Duy trì=0,05 ml 4 mg SMZ 0,8 mg MTP	12 12		0,4 ml 0,01 ml
PEFLOXACINE PEFLACINE®	TM 60'	4 mg	12 24 (Suy gan)		8mg 4mg
METRONIDAZOLE FLAGYL®	TM 30'	Tấn công=15 mg Duy trì=7,5 mg 15 mg	24 48 12 12	>35 <35	15 mg 7,5 mg <N7 : 15 mg >N7 : 30mg
ANCOTIL®	TM Uống	50 mg	6		200 mg
MICONAZOLE DAKTARIN®	TM 30'	10 – 15 mg	8		30 – 45 mg
AMPHO B FUNGIZONE®	TM 6-8 Giờ	0,1 mg N1 / 0,1 mg / N → N5 puis 0,1 mg 1N/2 → 1 mg/N			
ERYTHRO	TM 30'	10 mg	12		20 mg

GENTAMYCINE	TB	3,75 mg 5mg 7,5 mg	24	< 35 SA	< N7 ≥ N7 > N14	3,75 mg 5 mg 7,5 mg
GENTALLINE	TM 30'	5 mg 7,5 mg	24	> 35 SA	< N7 ≥ N7	5 mg 7,5 mg
TOBRAMYCINE NEBCIN®	TB TM 30'	2 mg	12 8		< N7 ≥ N7	4 mg 6 mg
AMIKACINE AMIKLIN®	TB TM/1 Giờ	10 mg	24 21 18 16 14 12 10	<28 28 30 32 36 40 44		

ĐỘ NHẠY CỦA MỘT SỐ VI TRÙNG ĐỐI VỚI KHÁNG SINH

ATB VI TRUNG	PENIG	AMOXICILLINE	AUGMENTIN	PIPERACILLINE	CEFOTAXIME CEFTRIAXONE	CEFTAZIDIME	IMIPENEM
STREPTO α, β, F	++ ++	++++	++++	+++	++++	+++	++++
STREPTO D	++	+++	++	++	0	0	++
LISTERIA	++	+++	+++	++	0	0	++?
ENTEROBAC-TERIES (Mẹ không dùng KS – không nằm viện < 3th)	0	++	++	++	++++	++++	++++
ENTEROBAC-TERIES (Mẹ có dùng KS và có nằm viện < 3th)	0	+	++	++	++++	++++	++++
ANAEROBIES BACTEROIDES	0	0	++++	+++	+	+	++++
ENTERO - BACTERIES NOSOCOMIALES (type serratia, enterobacter,citrobacter)	0	0	0	+++	+++	+++	++++
ENTERO - BACTERIES NOSOCOMIALES (type klebsiella multiR)	0	0	0	0	0	0	+++
PYOCYANIQUE	0	0	0	+++	+	++++	++++

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ "TÌNH TRẠNG CO GIẬT LIÊN TỤC" Ở TRẺ SƠ SINH

ĐIỀU TRỊ CƠN GIẬT: cắt cơn

1. VALIUM 1mg/kg -bơm vào trực tràng hoặc TM thật chậm, có thể lập lại 1 lần nếu cần,
2. Sau đó luôn luôn: GARDENAL 20mg/kg tiêm mạch thật chậm trong vòng 20 phút (liều duy trì ở giờ 48: 5mg/kg/ngày uống)
3. **Nếu còn cơn giật dai dẳng:**

BECILAN (**vitamine B_6**) 100mg tiêm TM trực tiếp

RIVOTRIL (**clonazepam**) liều tấn công 0.02/kg tiêmTM, liều duy trì 0.4mg/kg/ngày truyền bằng PERFUSOR

4. **Nếu còn cơn giật dai dẳng kéo dài :**

DILANTIN :

Liều tấn công: 15mg/kg TM thật chậm trong 20 phút

Liều duy trì: 5mg/kg mỗi 12 giờ TM thật chậm trong 20 phút (không tiêm chung với các thuốc khác vì kết tủa).

Hàm lượng hiệu quả: GARDENAL 15-25mg/kg, DILANTIN 8-20 mg/kg.

XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG CẦN THIẾT

Máu: ion đồ, đường huyết, canxi máu, magié máu, acid lactic, NH_3 máu

Chọc dò dịch não tủy, EEG, siêu âm xuyên thóp hoặc CT scanner

ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN

1. Viêm màng não :

AMPICILLINE 200mg/kg/ngày chia 2 lần TM

CLAFORAN 200mg/kg/ngày chia 2 lần TM

2. Viêm não do herpes :ZOVIRAX 15mg /kg /8giờ TM chậm trong 60 phút
3. Hạ đường huyết: GLUCOSE 10% 2ml /kg TM chậm trong 2 –3 phút
4. Hạ canxi máu: GLUCONATE de CANCI 50mg/kg/ngày
5. Hạ magié máu (<0.6mmol/l hoặc 14mg/l):

MAGNÉ SULPHATE 15%: 0.5-1.5ml/kg TM chậm

6. Hạ natri máu :Lượng mất (mmol) = (140 - Na^+máu) x 0.6 x cân nặng (kg).

Tiêm ¼ lượng mất TM chậm trong 5 phút

ĐIỀU TRỊ CHỐNG PHÙ NÃO

- Hạn chế muối nước (2/3 nhu cầu) + nằm đầu cao 30^0
- Thở máy nếu cần ($PaCO_2$ =30), hạn chế kích thích

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ KHÁC

1. HYPNOVEL:1 -2 lần TM trực tiếp với liều 0,1-0,3mg/kg. Duy trì 0,05-0,4mg/kg/giờ
2. XYLOCAINE : 2 mg/kg TM. Duy trì 6 mg/kg/giờ nếu liều tấn công có hiệu quả
3. DEPARKINE: uống 20 mg/kg, sau đó 5 -10 mg/kg/12 giờ (uống)
4. NESDONAL: 3mg/kg TM sau đó TM 1 -3 mg /kg /giờ trên 1 TM riêng

HẠ CALCIUM TRONG MÁU

ĐỊNH NGHĨA

- Khi calci trong máu < 7mg% hoặc <1,75 mmol/l.

LÂM SÀNG

Nôn, nấc cục, run tay chân, co giật, tăng kích thích, thở rít do mềm sụn thanh quản, co thắt thanh quản, ngưng thở, nhịp tim chậm, trên ECG thấy QT kéo dài, sóng R/T, T cao nhọn.

YẾU TỐ THUẬN LỢI

– Thiếu cung cấp vit D trong suốt quá trình mang thai của mẹ (non tháng, sinh đôi, sinh ba, suy dinh dưỡng bào thai...)

– Tăng calcitonine ttrong máu mẹ.

– Giảm magné trong máu liên quan đến sự hấp thu bất thường magné mang tính di truyền

– Giảm albumin trong máu

– Thiểu năng giáp trạng

– Mẹ cường giáp

– Chế độ ăn cung cấp Ca/P không thích hợp

LỊCH THEO DÕI MỨC ĐỘ Ca Ở NHỮNG TRẺ NGUY CƠ HẠ Ca HUYẾT

Sơ sinh non tháng > 1000g	24, 48 g ờ tuổi
Sơ sinh non tháng ≤ 1000g	12, 24 , 48 giờ tuổi
Trẻ bệnh	12, 24 , 48 giờ tuổi
Sơ sinh non tháng khoẻ mạnh >1500g và trẻ khoẻ mạnh có mẹ bị tiểu dường	Không cần được theo dõi khi không có dấu chứng hoặc triệu chứng.

ĐIỀU TRỊ

1. cấp cứu: co giật, ngưng thở. (thông thường Ca huyết thanh < 5 mg%)

– Dung dịch Ca Gluconate 10% 1-3 ml TMC, tốc độ 1 ml/phút.

– Có thể lập lại sau 10 ph nếu lâm sàng không cải thiện, tối đa 4 lần /ngày nhằm khống chế triệu chứng cấp tính.

2. duy trì: đường uống hoặc tĩnh mạch.

– Truyền Ca TM liên tục với tốc độ 75 mg/kg/ngày, đủ để duy trì Ca huyết ở ngưỡng bình thường, sau đó giảm dần khi tình trạng ổn định.

– Đường uống: nếu có thể nuôi ăn đường miệng 50mg/kg/ngày chia 4-6 lần /ngày, đồng thời nên ăn sớm với hàm lượng phosphate thấp...

+ Thời gian điều trị kéo dài không quá 5 ngày.

+ Trong suốt quá trình điều trị nên theo dõi Ca huyết 12-24 giờ .

+ Trường hợp không đáp ứng điều trị Ca TMC sau 4 lần bolus, cần tìm nguyên nhân khác : hạ Magné ...

Tài liệu tham khảo:

- Hạ can-xi huyết sơ sinh .BS Huỳnh Thị Duy Hương .Giảng viên bộ môn nhi trường ĐHYD TP.HCM.
- Tạ THị Ánh Hoa .Hạ Ca huyết sơ sinh.Hội chứng co giật do rối loạn chuyển hóa ở trẻ sơ sinh . NHI KHOA – GIÁO TRÌNH BỔ TÚC SAU ĐẠI HỌC. Bộ môn nhi trường ĐHYD TP.HCM.1988, trang 121-124.
- Tricia Lacy Gomella with M. Douglas Cunningham,Fabien G. Eyal and Karin E.Zenk-Neonatology-seizure activity,295-296 ,1999.

HẠ ĐƯỜNG HUYẾT SƠ SINH

ĐỊNH NGHĨA

Hạ đường huyết sơ sinh khi Glucose/máu < 40 mg% ở cả trẻ đủ tháng và non tháng.

CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

– Có thể có hoặc không triệu chứng rõ ràng.

– Biểu hiện:

+ Thần kinh: li bì, lơ mơ, hôn mê, co giật, giảm trương lực cơ, rung cơ, phản xạ bú chậm hoặc yếu, phản xạ Moro quá mức ...

+ Hô hấp: ngưng thở, thở không đều, tím tái ...

+ Thân nhiệt không ổn định: hạ thân nhiệt, hoặc tăng thân nhiệt.

2. Bệnh sử:

– Tiền căn sanh ngạt, non, già tháng, nhẹ cân so tuổi thai ...

– Con mẹ tiểu đường: 40% trẻ của mẹ tiểu đường hạ đường huyết chu sinh.

– Nhiễm trùng, đa hồng cầu ...

3. Xét nghiệm:

– Destrostix: cho kết quả đường huyết nhanh.

– Glucose/máu: xác định chính xác chẩn đoán.

– Khi hạ đường huyết kéo dài không đáp ứng điều trị thông thường:xét nghiệm thêm insulin, glucose, insulin/glucose, GH, cortisol, acid béo tự do, T3-T4-TSH, glucagon, acid uric, ketones.../máu.

CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN VÀ ĐIỀU TRỊ

Trẻ sơ sinh nguy cơ cao hạ đường huyết

sơ sinh nguy cơ cao

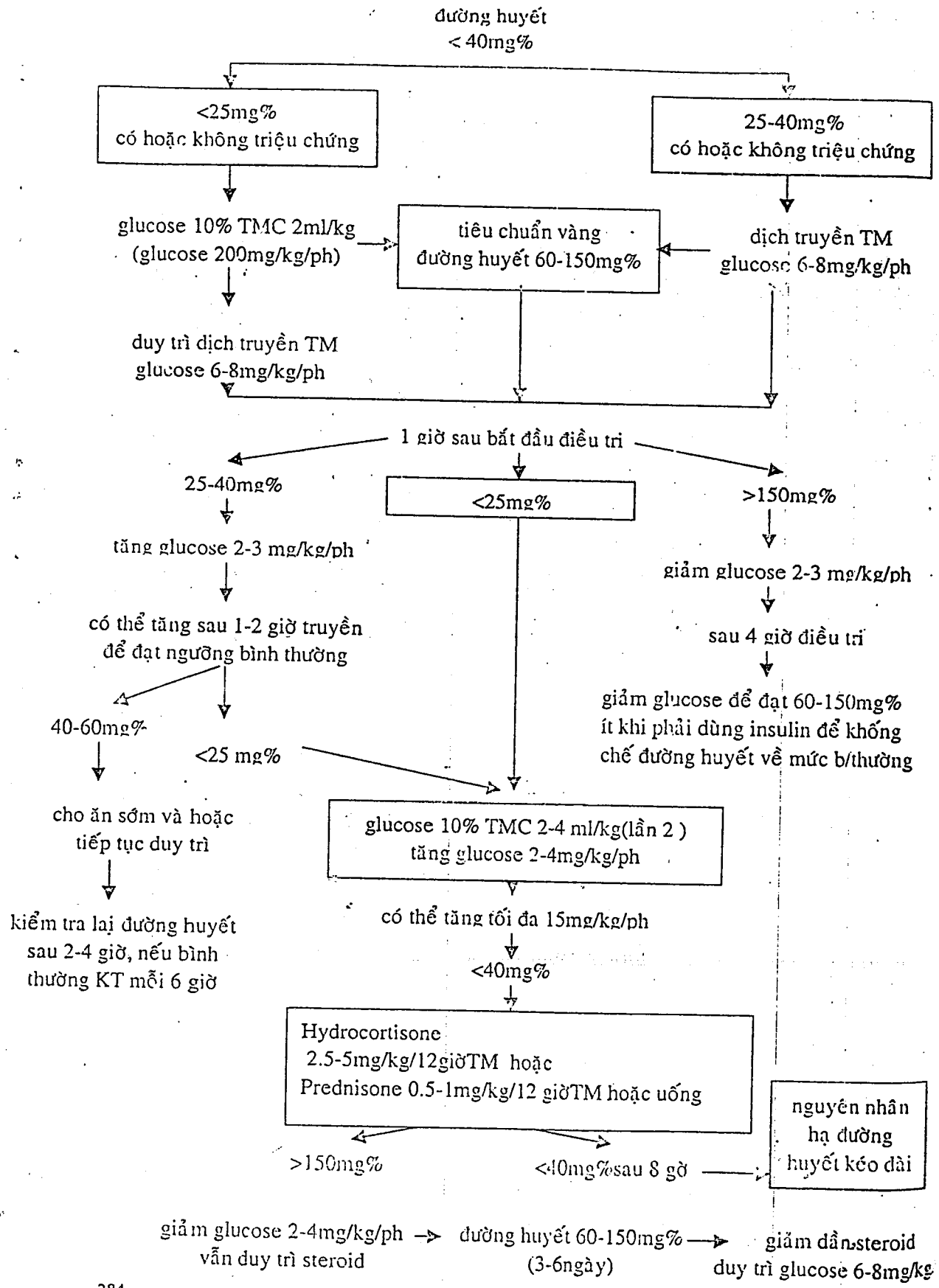
- non tháng(<2000g)
- già tháng(≥42 tuần)
- nhẹ so tuổi thai (≤2500g)
- to con (≥4000g)
- HC Beckwith-Wiedemann
- sinh đôi (≤ 2500g)
- ngưng cung cấp đường
- nhiễm trùng
- xuất huyết NT-quanh NT
- sanh ngạt
- hạ thân nhiệt
- đa HC (Hct >65%)
- tim bẩm sinh
- trong và sau thay máu
- điều trị aminophyllin,indomethacin
- XH thượng thận

mẹ nguy cơ cao

- tiểu đường
- cường giáp
- hạ đường huyết
- điều trị :
  - propanolol
  - quá tải đường
- cocain
- amphetamine

tầm soát dextrostix 1-2 giờ sau sinh

- ≥ 60mg% → cho ăn sớm trong 02 giờ sau sanh
- <60mg% → đường huyết
  - 40-60mg% → cho ăn sớm trong 02 giờ sau sanh
  - < 40mg%


đường huyết
< 40mg%
<25mg%
có hoặc không triệu chứng
25-40mg%
có hoặc không triệu chứng
glucose 10% TMC 2ml/kg
(glucose 200mg/kg/ph)
tiêu chuẩn vàng
đường huyết 60-150mg%
dịch truyền TM
glucose 6-8mg/kg/ph
duy trì dịch truyền TM
glucose 6-8mg/kg/ph
1 giờ sau bắt đầu điều trị
25-40mg%
<25mg%
>150mg%
tăng glucose 2-3 mg/kg/ph
giảm glucose 2-3 mg/kg/ph
có thể tăng sau 1-2 giờ truyền
để đạt ngưỡng bình thường
sau 4 giờ điều trị
giảm glucose để đạt 60-150mg%
ít khi phải dùng insulin để khống
chế đường huyết về mức b/thường
40-60mg%
<25 mg%
cho ăn sớm và hoặc
tiếp tục duy trì
kiểm tra lại đường huyết
sau 2-4 giờ, nếu bình
thường KT mỗi 6 giờ
glucose 10% TMC 2-4 ml/kg(lần 2)
tăng glucose 2-4mg/kg/ph
có thể tăng tối đa 15mg/kg/ph
<40mg%
Hydrocortisone
2.5-5mg/kg/12giờTM hoặc
Prednisone 0.5-1mg/kg/12 giờTM hoặc uống
nguyên nhân
hạ đường
huyết kéo dài
>150mg%
<40mg%sau 8 gờ
giảm glucose 2-4mg/kg/ph
vẫn duy trì steroid
đường huyết 60-150mg%
(3-6ngày)
giảm dần steroid
duy trì glucose 6-8mg/kg

Tài liệu tham khảo

1. Hạ đường huyết sơ sinh. BS Huỳnh Thị Duy Hương . Giảng viên trường ĐHYDTP.HCM.

2. Tricia Lacy Gomella with M. Douglas Cunningham, Fabien G. Eyal and Karin ...nk-Neonatology-hypoglycemie,247-252,1999.

3. Dc Wayne M.Pursley & Douglas K.Richardson. Management of the sick newborn. Manual of pediatric therapeutics. Little, Brownn & Company.USA. 1994. P.171.

ĐA HỒNG CẦU

ĐỊNH NGHĨA

- Đa hồng cầu khi Hct ≥ 65% ở máu tĩnh mạch.
- Chú ý: máu ở gót chân Hct có thể sai từ 5-15 % ,vì vậy việc điều trị phải dựa vào Hct của máu tĩnh mạch ngoại biên.

NGUYÊN NHÂN

- Truyền máu qua nhau thai: kẹp rốn trễ, sang máu ở trẻ song thai, tryền máu mẹ con, ngạt chu sinh...
- Đa hồng cầu do thầy thuốc. (VD: thay máu, truyền hồng cầu lắng)
- Ngạt trong tử cung.

Nguyên nhân khác

- Bất thường NST 13 và 14.
- Hội chứng Beckwith-Wiedemann.
- Nhiễm độc tuyến giáp ở trẻ sơ sinh.
- Tăng sản thượng thận bẩm sinh.
- Nhược giáp.
- Có những trường hợp đa hồng cầu không rõ nguyên nhân.

TRIỆU CHỨNG

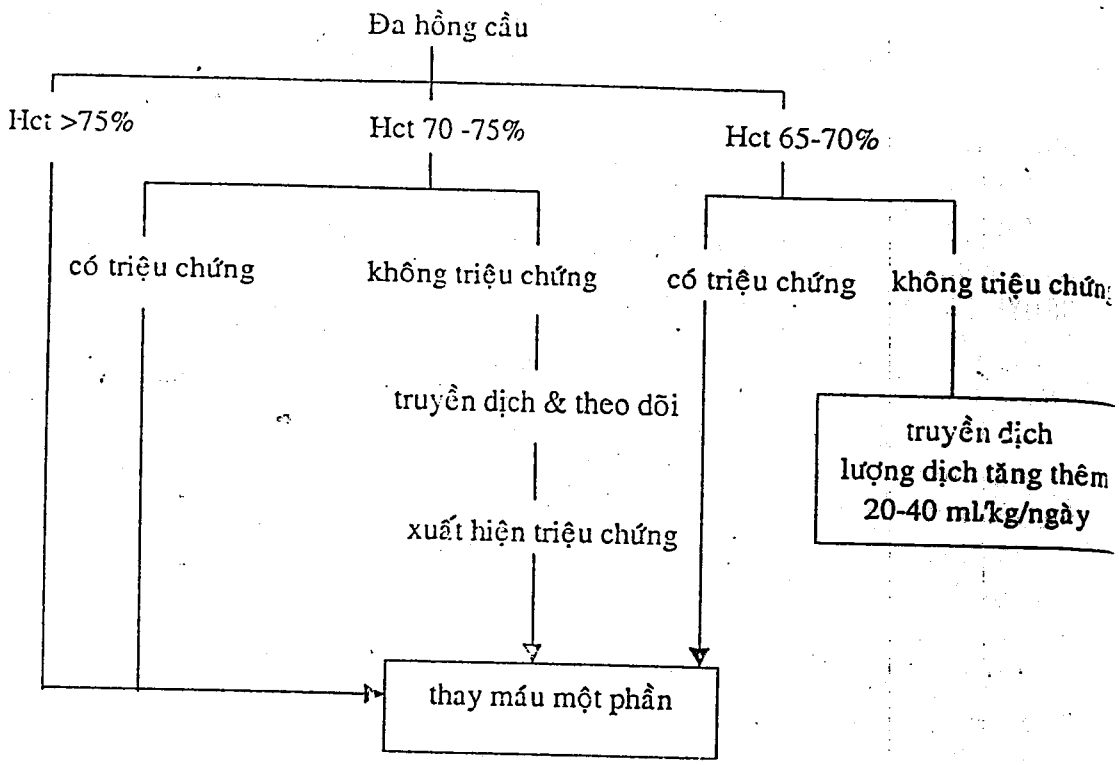
- Da đỏ sậm.
- Khó thở, thở nhanh, ngưng thở.
- Xanh tím.
- Hạ đường huyết.
- Ngủ lịm.
- Tăng kích thích.
- Co giật.
- Phản xạ bú kém, ăn ít..
- Mẹ tiểu đường: nguy cơ trẻ đa hồng cầu 22-29%.

ĐIỀU TRỊ

1.Đa hồng cầu giả: do trẻ bị mất nước quá mức: thường xuất hiện >48 giờ tuổi, nước tiểu giảm, cân nặng mất >10 % trọng lượng cơ thể.

Điều trị: bù nước.

2.Đa hồng cầu thật sự:



$$\text{Vmáu thay (ml)} = \frac{\text{CN (kg)} \times \text{Vmáu} \times (\text{Hct bn} - \text{Hct mong muốn})}{\text{Hct bn}}$$

- Thay máu 1 phần còn để làm giảm độ nhớt máu
- Ghi chú: Vmáu = 80ml/kg.
- Nên hạ Hct bệnh nhân xuống còn 50-55%
- Nguyên tắc thay máu: chú ý nhóm máu ABO và Rh (xem bài thiếu máu)

HẬU QUẢ VÀ CÁC RỐI LOẠN CHUNG Ở TRẺ ĐA HỒNG CẦU

- Tăng bilirubin /máu.
- Co giật.
- VRHT.
- Suy thận.
- Hoại tử ngoại biên.
- Hạ calcium/máu.
- Huyết khối tĩnh mạch thận.
- Suy tim sung huyết.

Tài liệu tham khảo:Tricia Lacy Gomella with M. Douglas Cunningham,Fabien G. Eyal and Karin E.Zenk-Neonatology-polycythemia,277-279 ,1999.

THIẾU MÁU

ĐỊNH NGHĨA

1. Thiếu máu khi :
2. Hb <13g% đối với trẻ >28 tuần tuổi thai.
3. Hb <12g% đối với trẻ <28 tuần tuổi thai.
4. Trẻ đủ tháng : Hb từ 10-11g% lúc 8-12 tuần tuổi .
5. Trẻ non tháng : Hb từ 7-9 g% lúc 4-9 tuần tuổi.

NGUYÊN NHÂN

1. Tán huyết .
2. Xuất huyết.
3. Bất sản.

TRUYỀN MÁU

- Nguyên tắc: khi truyền máu phải chú ý phù hợp yếu tố Rh và nhóm máu ABO.
- Cụ thể: đối với nhóm máu ABO

NHÓM MÁU MẸ	NHÓM MÁU CON	MÁU TRUYỀN
O-A-B	O	O
A-AB	A	A-O
B-AB	B	B-O
A B AB	AB AB AB	A B AB-A-B-O
O-A-B	KHÔNG BIẾT	O

*Đối với yếu tố Rh: nếu bất đồng nhóm máu Rh thì chọn máu cùng Rh (-) giống mẹ.

CHỈ ĐỊNH:

1. Nếu Hct <40% và Hb <11 g% ở trẻ có suy hô hấp hoặc suy tim
2. Hct <25 % và Hb <8 g% ở trẻ có:
- Nhịp tim >180 l/ph, mnhịp thở >80 l/ph
- Có phụ thuộc oxy tăng lên từ 48 giờ.
- Có tăng tần số cơn ngưng th73.
- Tăng cân không đủ (< 10 g/ngày)
3. Hct <20 % và Hb < 7 g% , hồng cầu lưới <3 %.

LƯỢNG MÁU TRUYỀN

$$\text{Vmáu(ml)} = \frac{\text{CN (kg)} \times \text{Vmáu} \times (\text{Hct mong muốn-Hct bn})}{\text{Hct bịch máu truyền}}$$

*Chú ý: lượng máu truyền không quá 15-20 ml/kg/lần truyền.
Tốc độ truyền 10 ml/kg/giờ trừ trường hợp có suy tim 5 ml/kg/giờ.

Hoặc tính theo công thức của HCL:

Vmáu (HCL)= (Hb mong muốn –Hb bệnh nhân) × 3 ×CN(kg).

Tài liệu tham khảo:Jean Laugier,Jean-Christophe Rozé Soins aux Nouveau –Nés Anémie 323-325; 2002.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CẤP CỨU BÉ SẶC SỮA

Sặc sữa là một cấp cứu nhi khoa tối cấp vì có thể gây đe dọa đến tính mạng bé

CẤP CỨU: Bảo đảm nguyên tắc: -Lưu thông đường thở
-Bảo đảm hô hấp
-Bảo đảm tuần hoàn

1. Khi phát hiện có bé sơ sinh sặc sữa
- Báo ngay cho bác sĩ hay NHS trực :
  + Chuẩn bị máy hút và oxy
  + Báo bác sĩ sơ sinh
- Cho bé nằm nghiêng đầu thấp, đầu nghiêng 1 bên để bé không hít thêm sữa vào phổi
- Hút ngay vùng hầu họng và thông đường hô hấp bằng các phương tiện sẵn có: máy hút, poire hút, hay thậm chí có thể hút bằng miệng nếu không có dụng cụ và máy hút
- Hút sạch dịch dạ dày
2. **Bác sĩ nhi sẽ hút nội khí quản qua đèn soi thanh quản**, nếu cần đặt NKQ, bóp bóng oxy 100% hay làm các thoa tác hồi sức tim mạch tùy theo trường hợp cũng như sử dụng các thuốc cấp cứu trong phác đồ trẻ ngạt sau sanh
3. **Chuyển bé sang khoa sơ sinh** để tiếp tục điều trị suy hô hấp và dùng kháng sinh điều trị nhiễm trùng

VÀI BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG SẶC SỮA

Căn dặn người nhà các bé sơ sinh:

1. Không cho bé bú quá no hay quá nhiều trong cùng một lúc, nếu cho uống bằng muỗng thì phải cho uống từng chút một, không đổ thẳng vào họng bé mà phải đổ từ từ vào một bên miệng cho bé tự nuốt rồi mới cho muỗng khác
2. Vỗ lưng và cho bé ợ hơi sau mỗi cữ bú
3. Cho bé nằm đầu cao và đầu nghiêng sang một bên đặc biệt đối với các bé hay ọc sữa, kém tiêu hoặc đang khò khè
4. Không tự ý cho bé uống bất kỳ một thứ thuốc nào hay loại thức uống nào mà không có chỉ định của Bác Sĩ: ví dụ cam thảo, thuốc tiêu đàm...
5. Nếu bé có biểu hiện không bình thường -> báo BS hay NHS trực để cho bé đi khám tại khoa sơ sinh

LỊCH CHỦNG NGỪA

Hiện nay theo chương trình tiêm chủng quốc gia có 7 bệnh: lao, bạch hầu ho gà, uốn ván, bại liệt, viêm gan siêu vi B và sởi. Ngoài ra có thể chủng thêm một số bệnh ngoài chương trình như: quai bị, rubeol, viêm màng não mủ, trái rạ...

CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trẻ trong độ tuổi cần chủng ngừa mà không có chống chỉ định đi kèm.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tạm thời
- Trẻ đang có bệnh cấp tính như viêm phổi, tiêu chảy...
- Trẻ đang được điều trị các loại thuốc ức chế miễn dịch hoặc corticoide liều cao và kéo dài trên 1 tuần.
- Trong trường hợp này, sau khi điều trị khỏi các bệnh cấp tính hoặc ngưng sử dụng các loại thuốc ức chế miễn dịch một thời gian đủ để các loại thuốc này hết tác dụng thì trẻ có thể chủng ngừa được.

2. Lâu dài: trẻ bị ung thư, suy giảm miễn dịch bẩm sinh hay mắc phải.

LỊCH CHỦNG NGỪA

Hiện, tại phòng khám trẻ BVPS Từ Dũ chủng ngừa các bệnh trong chương trình quốc gia theo lịch sau:

TUỔI	CÁC BỆNH CẦN TIÊM
2-3 ngày sau sinh	Lao (BCG), VGSV B_1
2 tháng	DTC_1, $SABIN_1$, VGSV B_2
3tháng	DTC_2, $SABIN_2$
4 tháng	DTC_3, $SABIN_3$, VGSV B_3
9 tháng	SỞI
12 tháng	VGSV B_4 (sau mũi (1) 1 năm)
16 tháng	DTC_4, $SABIN_4$ (sau mũi (3) 1 năm)

Ngoài ra có thể chủng thêm các bệnh khác:

1. Viêm màng não mủ do HiB có thể chủng từ 2 tháng. Lịch chủng tùy theo loại vaccin
2. Sởi-quai bi-rubeol từ 15 tháng một mũi duy nhất.
3. Trái rạ, nếu trẻ chưa mắc bệnh tiêm 1 mũi duy nhất từ 12 tháng.
4. Viêm não nhật bản B được chủng khi trẻ > 12 tháng. Tiêm 3 mũi, mũi(1) & mũi(2) cách nhau 1-2 tuần, mũi(3) cách mũi(1) sau 1 năm. Nhắc lại mỗi 3 năm. Lưu ý trẻ trên 3 tuổi liều gấp đôi (1 ml).

TAI BIẾN – XỬ TRÍ

1. **Do dịch vụ y tế**

- Abces chỗ chích, do đó cần phải vô khuẩn tốt.
- Abces lạnh chỗ chích do chất bảo quản của vaccin Al(OH)3 tụ lại nơi chích. Cần phải lắc kỹ chai thuốc.

2. **Do vaccin**

- Phản ứng tại chổ đau sưng có khi viêm tấy đỏ và nổi mẩn ngứa xung quanh nơi tiêm. Thường tự khỏi.
- Sốt cao, co giật thường do vaccin ho gà có trong DTC (1/300.000). Dùng thêm thuốc hạ nhiệt Paracetamol liều 30-60 mg/kg/ngày chia 4 lần.
- Liệt khi uống vaccin sabin chiếm tỉ lệ 1/1-2.5 triệu.
- Shock phản vệ: có thể xảy ra ngay sau chích hoặc sau vài giờ
  + Ngưng ngay thuốc đang tiêm và garrot bên trên nơi tiêm thuốc nếu được.
  + Cho bé nằm đầu phẳng, chân kê cao 30-45^0 .
  + Hổ trợ hô hấp: thông đường thở, thở oxy, bóp bóng và đặt nội khí quản nếu cần.
  + Nếu ngưng tim phải xoa bóp tim ngoài lồng ngực.
  + Adrenalin 1/1000 (1ml/mg) 0.01 ml/kg (tối đa 0.3 ml) tiêm dưới da.
  + Theo dõi mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở, tím tái và tri giác mỗi 15 phút. Khi giai đoạn huyết động học ổn theo dõi mỗi 1-2 giờ/24 giờ. Và cần ở lại bệnh viện theo dõi ít nhất 24-48 giờ vì có nguy cơ tái sốc.

CHỦNG NGỪA VGSV B KHI MẸ BỊ NHIỄM

1. **Trường hợp mẹ HBsAg(+)**

- Trẻ cần tiêm ngay HBIg 0.5 ml/100 IU và chủng ngừa VGSV B 0.5ml/10 mcg tốt nhất trong 12 giờ đầu sau sinh. Lưu ý tiêm ở 2 vị trí khác nhau. Sau đó trẻ tiếp tục chủng ngừa VGSV B theo lịch.
- Khi trẻ 12-15 tháng cần kiểm tra AntiHBs và HBsAg.
- Nếu AntiHBs (+) tức là ≥10 mIU/ml: chủng ngừa hiệu quả.
- Nếu AntiHBs (-) thì cần tìm thêm HBsAg.
- Nếu HBsAg (+): chủng ngừa thất bại. Trẻ trở thành người mang mầm bệnh mãn tính (chronic carrier).
- Nếu HBsAg (-) cần chủng ngừa lại theo lịch và thử lại AntiHBs sau mũi (3) 1 tháng.

2. **Trường hợp mẹ HBsAg(+) và HBeAg(+)**

- Mức độ nhiễm cao hơn nên HBIg liều 1 ml/200 IU.
- Ở trẻ sơ sinh phải tiêm ở 2 vị trí khác nhau (liều 0.5 ml/mỗi chỗ tiêm) vì do thuốc (Hepabig) có chứa 0.1 mg/ml thimerosal, thận trọng để không gây tích lũy thủy ngân hữu cơ khi dùng nhiều Hepabig.

CHỦNG NGỪA Ở TRẺ CÓ MẸ NHIỄM HIV

1. Bé có thể chủng ngừa được các bệnh trong chương trình tiêm chủng quốc gia, ngoại trừ lao và bại liệt. Tuy nhiên sabin uống có thể thay thế bằng dạng chích (virus chết).
2. Sởi-quai bị-rubeol, thủy đậu vẫn chủng được với điều kiện trẻ chưa bị ức chế miễn dịch hay chỉ ức chế ở mức độ trung bình dựa vào số lượng tế bào CD_4 theo bảng sau

Bảng phân loại miễn dịch dựa trên số lượng tế bào CD4 và tỉ lệ % của CD4 so với tổng số lượng lymphocyte theo tuổi.

PHÂN LOẠI MIỄN DỊCH	Tuổi của trẻ					
	< 12 tháng		1 – 5 tuổi		6 – 12 tuổi	
	Tế bào/ml	%	Tế bào/ml	%	Tế bào/ml	%
Không ức chế miễn dịch	≥1500	≥25	≥1000	≥25	≥500	≥25
Ức chế miễn dịch trung bình	750-1499	15 – 24	500 – 999	15 – 24	200 – 499	15 - 24
Ức chế miễn dịch nặng	< 750	< 15	< 500	< 15	< 200	< 15

CHỌC DÒ TỦY SỐNG

CHỈ ĐỊNH

1. Chẩn đoán bệnh lý của hệ TKTW: viêm màng não, xuất huyết màng não.
2. Đánh giá đáp ứng điều trị trong viêm màng não mủ.
3. Bơm thuốc qua ống tủy sống

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tăng áp lực nội sọ.
2. Rối loạn đông máu nặng.
3. Suy hô hấp nặng chưa được giúp thở.
4. Bất thường bẩm sinh vùng cùng cụt.
5. Nhiễm trùng da vùng chọc dò.

DỤNG CỤ

1. Dung dịch sát trùng, gòn, gạc, khăn lỗ, găng vô trùng, khẩu trang.
2. Ống chích, kim có nòng hoặc kim thường 20 - 22 G.
3. Lọ vô trùng: 4 lọ

KỸ THUẬT

1. Đặt bé ở tư thế ngồi hoặc nằm nghiêng
2. Tư thế nằm nghiêng, người phụ giữ bé ở tư thế gối ngực sao cho khoảng gian đốt giãn rộng.
   i. Tư thế ngồi, người phụ giữ chân và đầu trẻ gập lại
3. Đánh dấu điểm chọc dò thường là giao điểm của cột sống và đường nối 2 mào chậu, khoảng liên đốt L_{4-5}. có thể làm dấu bằng móng tay.
4. Sát trùng kỹ vùng da sắp chọc dò kể cã mào chậu.
5. Trải khăn lỗ.
6. Xác định lại khoảng liên đốt định chọc, tay phải cầm kim theo hướng vuông góc với mặt da hơi chếch về phía rốn 1-1.5 cm. Khi có cảm giác sượng là đã vào khoang tủy, rút nòng ra nếu có.
7. Cho dịch não tủy vào các chai vô trùng (10 giọt / chai) đậy nắp và gởi xét nghiệm. Rút kim và dùng gạc ép vào nơi chọc.
   - Một XN DNT thường có 4 chai:
   - Chai 1: sinh hóa, định lượng đường đạm.
   - Chai 2: tế bào
   - Chai 3: vi trùng, nhuộm gram và làm kháng sinh đồ.
   - Chai 4: làm test nhanh để tìm tác nhân gây bệnh chuyên biệt .

Lưu ý: Nếu DNT ở chai (1) có lẫn ít máu, cần xem tiếp các chai sau.
Nếu không có máu hoặc lợt dần: chạm thương.
Nếu có cục máu đông: chạm mạch, cần chọc lại

8. Nếu DNT có màu hồng hay đỏ mà không đông: xuất huyết não thất.

TAI BIẾN

1. Nhiễm trùng
2. Tổn thương tủy sống và dây thần kinh
3. U dạng biểu mô liên gai.
4. Thoát vị não qua lỗ chẩm (rất hiếm gặp ở trẻ sơ sinh)

5. Ngưng thở và chậm nhịp tim.
6. Thiếu oxy.

BẢNG GIÁ TRỊ THÔNG SỐ DNT BÌNH THƯỜNG

TRẺ	ÁP LỰC	GLUCOSE	PROTEIN	TẾ BÀO
ĐỦ THÁNG	80 – 110 mm H_2O	44 –128 mg %	20 – 170 mg %	0 – 22 / mm^3 (61 % N)
NON THÁNG	80 – 110 mm H_2O	24 – 63 mg %	65 – 150 mg %	0 – 25 / mm^3 (57 % N)

THAY MÁU Ở TRẺ SƠ SINH

Thay máu là một thủ thuật có thể được áp dụng trên trẻ sơ sinh khi điều trị nội khoa thất bại nhằm thay thế một phần lượng máu tuần hoàn với mục đích lọc bỏ một lượng chất độc trong máu. Do đó thay máu có thể được chỉ định trong một số tình huống sau:

1. *Vàng da sơ sinh nặng do tăng bilirubin gián tiếp, đe dọa vàng da nhân.*
2. *Trong một số ca nhiễm trùng huyết nặng, kém đáp ứng với điều trị kháng sinh.*
3. *Trong một tình huống khác: Rối loạn đông máu, ngộ độc một số chất...*

THAY MÁU TRONG ĐIỀU TRỊ VÀNG DA DO TĂNG BILIRUBIN GIÁN TIẾP Ở TRẺ SƠ SINH

Trong trường hợp vàng da sơ sinh nặng do tăng bilirubin gián tiếp, có triệu chứng đe dọa nhiễm độc thần kinh thì thay máu là phương thức điều trị cấp cứu hữu hiệu nhất.

1. Chỉ định

Dựa vào nồng độ bilirubin / máu: (theo tác giả Garner): Tùy theo cân nặng và các nguy cơ bệnh lý của trẻ:

Cân nặng (g)	Nồng độ bilirubin / máu (mg%)	
	Trẻ nguy cơ thấp*	Trẻ nguy cơ cao**
< 1250 g	13	10
1250 – 1499	15	13
1500 – 1999	17	15
2000 – 2500	18	17
> 2500	≥ 25	≥ 18

*Trẻ nguy cơ thấp**: trẻ không bệnh lý.

*Trẻ nguy cơ cao***: trẻ có kèm bệnh lý bất thường như:

1. Vàng da sớm trước 24 giờ.
2. Vàng da huyết tán do bất đồng nhóm máu hoặc do thiếu men G6PD.
3. Ngạt sau sanh.
4. Giảm oxy/máu kéo dài .
5. Nhiễm toan máu (acidosis) (pH <7 và giảm dự trữ kiềm >10).
6. Hạ thân nhiệt kéo dài.
7. Hạ đường huyết.
8. Nhiễm trùng sơ sinh nặng không kiểm soát được.
9. Giảm albumin / máu.
10. Cân nặng < 1000 g.

Ngoài tiêu chuẩn về nồng độ bilirubin / máu thì cũng cần dựa vào các triệu chứng báo động đe dọa nhiễm độc thần kinh (Vàng da sậm phối hợp với li bì hay bứt rứt, bú yếu, 2 mắt "ngó lơ" lờ đờ...). Khi có các triệu chứng đe dọa vàng da nhân thì việc truyền thay máu cần phải tiến hành khẩn cấp, không nên chậm trễ, nhiều khi không cần đợi có kết quả bilirubin / máu vì trẻ có thể chuyển sang giai đoạn nhiễm độc thần kinh rất nhanh.

CHUẨN BỊ THAY MÁU

1. Chuẩn bị dụng cụ:

- Bộ dụng cụ để bộc lộ tĩnh mạch rốn, được hấp vô trùng.
- 01 thông tĩnh mạch rốn.
- 02 séringue 10 hoặc 20ml .
- Chạc ba (trois voies)
- 02 đôi găng tay.
- Khăn có lỗ.
- Bồn đựng dung dịch Nacl 0,9% và 1 bồn đựng máu rút ra.
- 01 lồng ấp sạch, được vận hành trước cho ấm.
- Bông, gạc vô trùng.
- Các dụng cụ hồi sức sơ sinh và loại thuốc cấp cứu khi cần.
- Các thuốc khác: kháng sinh, canxi gluconate 10%.
- Các ống để lấy máu xét nghiệm trước và sau thay máu.

2. Chuẩn bị bệnh nhân

- Bệnh nhân cần được hút sạch dạ dày hay nhịn ăn trước đó, nuôi dưỡng bằng truyền tĩnh mạch.
- Trẻ được cởi trần , nằm trong lồng ấp ấm.
- Nếu bé kích thích nhiều, có thể sử dụng phénobarbital liều 10mg/kg/ liều.
- Sát trùng vùng quanh rốn.
- Cố định 2 tay và 2 chân trẻ.

3. Chuẩn bị máu thay phù hợp với nhóm máu mẹ và con

- Nếu có bất đồng nhóm máu hệ Rhésus thì dùng máu Rh (-) giống mẹ là tốt nhất với nhóm máu ABO phù hợp giữa mẹ và con.
- Nếu có bất đồng ABO thì chọn máu để truyền thay máu như sau:

Nhóm máu con	Nhóm máu mẹ	Nhóm máu chọn
O	O – A – B – AB	O
A	A – AB	A – O
A	B	O
B	B – AB	B – O
B	A	O
AB	A B AB	A – O B – O Bất kỳ
O-A-B-AB	O hoặc KHÔNG BIẾT	O

- Nên sử dụng máu ngân hàng hoặc máu người nhà đã được kiểm nghiệm kỹ và máu càng mới càng tốt..
- Ủ ấm máu trước khi sử dụng để tránh hạ thân nhiệt.
- Thay máu ở trẻ sơ sinh thường được thực hiện qua tĩnh mạch rốn, nếu tĩnh mạch rốn đã tắc thì có thể dùng tĩnh mạch cảnh ngoài, tĩnh mạch dưới đòn hay thay máu qua một cathéter tĩnh mạch trung ương được đặt từ một tĩnh mạch ngoại biên.

TIẾN HÀNH THAY MÁU

- Người thực hiện truyền thay máu phải thành thạo mọi kỹ thuật và luôn luôn có một người phụ tá để theo dõi bệnh nhân, kiểm tra dấu hiệu sinh tồn, thực hiện các y lệnh cần thiết trong quá trình thay máu.

– Trong quá trình truyền thay máu cần bảo đảm nguyên tắc vô trùng, bảo đảm tuần hoàn, hô hấp và thân nhiệt cho trẻ sơ sinh.

– Liều thay máu: Nếu dùng một lượng máu 160 ml/kg, gấp đôi số lượng máu trẻ có (80 ml/kg) và ta có thể thay thế được khoảng 86% dung tích máu tuần hoàn. Tuy nhiên thường nồng độ bilirubin chỉ giảm khoảng 45 – 55% so với nồng độ bilirubin trước thay máu.

– Kỹ thuật thay máu có thể được tiến hành như sau:

+ Sát trùng kỹ vùng rốn và quanh rốn.

+ Bộc lộ tĩnh mạch rốn, xác định vị trí (thường là đỉnh của tam giác cân được tạo ra bởi 02 động mạch và 1 tĩnh mạch rốn), dùng kẹp phẫu tích để gắp cục máu đông ra.

+ Đặt thông tĩnh mạch rốn với chiều sâu có thể thay đổi từ 5-15 cm tùy theo từng trẻ, sao cho ở vị trí ấy việc rút và bơm máu qua thông rốn được thực hiện một cách dễ dàng và nhẹ nhàng (có thể kiểm tra vị trí đầu thông rốn bằng X quang).

+ Lắp chẽ ba vào thông rốn, séringue và dây máu, rút hết toàn bộ khí còn nằm trong thông rốn và dây máu.

+ Rút máu từ thông rốn ra để làm các xét nghiệm cần thiết trước khi thay máu (bilirubin / máu, ± cấy máu ± ion đồ....).

+ Điều chỉnh vị trí khóa của chẽ ba cho phù hợp với các thì rút máu và bơm máu.

+ Mỗi lần bơm và rút máu với một thể tích từ 5 – 20ml (không quá 5% lượng máu trẻ hiện có), với tốc độ chậm 3 – 5 ml / kg/ phút. Chú ý trước khi bơm máu vào phải hút hết các bọt khí còn nằm trong thông rốn.

+ Cứ 100 ml máu bơm vào thì cho thêm 1ml Canxi-gluconate (nếu dùng máu ngân hàng đã khử citrate), sau đó bơm tiếp vào 5 ml máu nữa rồi mới rút máu ra. Lượng máu thừa này sẽ bù vào lượng máu mất đi do làm các xét nghiệm trước và sau thay máu.

+ Trước khi kết thúc thay máu phải lấy máu làm các xét nghiệm cần thiết, cho thêm 1ml Canxi-gluconate và có thể dùng kháng sinh nếu nghi ngờ có nhiễm trùng.

+ Cố định thông rốn bằng gạc và băng dính để có thể lưu thông rốn trong vòng 24 giờ nhằm đề phòng phải thay máu lại lần 2.

THEO DÕI SAU THAY MÁU

– Các dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp tim...

– Màu da

– Tổng trạng chung và các phản xạ, đặc biệt là phản xạ bú.

– Lượng và màu sắc nước tiểu

– Nồng độ bilirubin / máu.

– Dung tích hồng cầu, huyết sắc tố, hồng cầu lưới, công thức bạch cầu. Đặc biệt trong các trường hợp có huyết tán.

DIỄN TIẾN SAU THAY MÁU

Đa số các trường hợp sau thay máu vàng da giảm nhanh. Nồng độ bilirubin gián tiếp ngay sau thay máu giảm khoảng 44% so với mức bilirubin trước thay máu sau đó nồng độ bilirubin thường gia tăng lại trong vòng 12 giờ và giảm nhanh trong 24 giờ tiếp theo. Do vậy ít khi phải thay máu lần 2 trừ trường hợp có hiện tượng huyết tán nặng do sự hiện diện của kháng thể miễn dịch.

CÁC BIẾN CHỨNG CÓ THỂ GẶP

1. Biến chứng mạch máu: tắc mạch do khí, do cục máu đông.
2. Biến chứng tim: tăng nhịp tim, suy tim do quá tải thể tích hay ngưng tim
3. Rối loạn điện giải và thăng bằng kiềm toan.
4. Hạ đường huyết.
5. Xuất huyết: Chảy máu rốn.
6. Nhiễm trùng:
7. Nhiễm trùng huyết: do vi trùng, nhiễm vi rút (viêm gan B, SIDA, Cytomégalovirus), nhiễm ký sinh trùng sốt rét .
8. Tăng hoặc hạ thân nhiệt.
9. Các biến chứng ít gặp khác : thủng mạch, viêm ruột hoại tử...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Behrman, Kliegman, Jenson: Jaundice and hyperbilirubinemia in the newborn, Nelson, texbook of pediatric,2000, page 513 – 517.
2. Tricia lacy Gomella, Hyperbilirubinemia, Indirect, Neonatology, 1999, page 233-236.
3. J.D.Giroux , Ictère – Photothérapie – bilirubinometre, pratique en Néonatologie et maternité – 1998, page 131- 135.
4. Hopital Antoin Béclère , Clamart , Ictère, protocoles pédiatriques 1995, page 60 – 70.

CHỌC DÒ TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

ĐỊNH NGHĨA

Tràn khí màng phổi là sự tích tụ khí trong xoang màng phổi.

CHỈ ĐỊNH

Khi trẻ có biểu hiện suy hô hấp.

DỤNG CỤ

Găng vô trùng, gòn gạc, dung dịch sát trùng, champs lỗ, kim bướm 23-25, chạc ba, ống tiêm 20 cc.

TIẾN HÀNH

1. Bé nằm ngửa, kê gối dưới ngực ở bên tràn khí.
2. Xác định vị trí chọc dò, khoảng liên sườn 2-3 đường trung đòn.
3. Sát trùng da vị trí sẽ chọc, trải champs lỗ.
4. Dùng kim bướm chọc thẳng góc với mặt da ở bờ trên xương sườn dưới để tránh nguy cơ tổn thương mạch máu và thần kinh liên sườn. Người phụ giữ ống tiêm và rút khí. Nếu vào đúng khoang màng phổi thì rút khí rất nhẹ nhàng.
5. Cố định kim để tiếp tục hút khí. Khi kéo pittông nặng tay thì có thể là xoang màng phổi đã hết khí hoặc đầu kim đã bị bít bởi màng phổi, lúc đó có thể kê cao đầu bé và xoay cán kim.

Lưu ý khi giải áp không nên quá đột ngột vì sẽ làm máu từ TM ngoại biên đang bị ứ đọng về tim nhanh gây tình trạng quá tải.

TAI BIẾN

1. Chảy máu.
2. Chọc trúng nhu mô phổi.
3. Phù phổi cấp.

DẪN LƯU MÀNG PHỔI

1. Chỉ định

- Khi chọc hút khí không cải thiện.
- Tràn khí màng phổi ở trẻ đang thở máy.

2. Dụng cụ

- Găng vô trùng, gòn gạc, dung dịch sát trùng, champs lỗ.
- Chỉ silk 3.0, Lidocain 1%, kim bướm 25 G, ống tiêm 3cc
- Dao mổ, Kelly, catheter 10-12 F, hệ thống hút dẫn lưu kín.

3. Tiến hành

- Trẻ nằm ngửa cánh tay dạng 90o .
- Dùng đèn ánh sáng lạnh kiểm tra lại vị trí TKMP.
- Sát trùng rộng vùng ngực bên tràn khí, trải champs.
- Vị trí đặt thông là khoảng liên sườn 2-3 đường trung đòn.
- Gây tê tại chỗ.
- Rạch da ở phía trên xương sườn ngay dưới khoang liên sườn định đặt dài bằng đường kính ống khoảng 0.75 cm.
- Dùng Kelly bóc tách mô dưới da và cơ liên sườn để đến màng phổi thành. Dùng đầu của ống dẫn lưu chọc thủng màng phổi thành, đầu còn lại kẹp chặt bằng Kelly

khác. Độ sâu của ống đưa vào tùy tuổi của trẻ. Trẻ non tháng 2- cm, trẻ đủ tháng 3-4 cm.

- Rút Kelly ra khâu mũi chỉ U cố định.
- Nối ống dẫn lưu vào hệ thống dẫn lưu kín. Hút với áp lực 10-20cm H2O nước, áp lực này có thể tăng nếu TKMP không cải thiện.
- X quang kiểm tra.

4. Biến chứng

- Nhiễm trùng
- Chảy máu
- Tổn thương thần kinh
- Tổn thương phổi

PHẦN IX

HIẾM MUỘN

KHÁM MỘT CẶP VỢ CHỒNG HIẾM MUỘN

ĐẠI CƯƠNG

Vô sinh hay hiếm muộn là tình trạng một cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh sản, sống chung với nhau và không áp dụng một biện pháp tránh thai nào vẫn không có con sau một năm (nếu tuổi người vợ không quá 35) hoặc sau 6 tháng (nếu trên 35 tuổi).

ĐỐI TƯỢNG KHÁM HIẾM MUỘN

- Các cặp vợ chồng từ 35 tuổi trở xuống, chưa có con sau một năm chung sống không áp dụng các biện pháp ngừa thai, bất kể đã từng có thai hay chưa.
- Các cặp vợ chồng trên 35 tuổi, chưa có con sau 6 tháng chung sống không ngừa thai, bất kể đã từng có thai hay chưa.
- Các cặp vợ chồng mong muốn có con nhưng chưa đủ thời gian kể trên.
- Những người đã từng có gia đình, muốn kiểm tra khả năng sinh sản trước khi kết hôn lại.

QUI TRÌNH KHÁM HIẾM MUỘN

Bước 1: hỏi tiền sử, bệnh sử

Vợ

- Xác định tuổi, thời gian chung sống, số lần giao hợp, thời gian mong con, các lần điều trị hiếm muộn và kết quả.
- Tính chất chu kỳ kinh nguyệt
- Cường độ làm việc, thể thao, môi trường sống và làm việc có tiếp xúc hoá chất, chất độc, thuốc, chất gây nghiện...
- Tiền sử sản khoa, các phương pháp ngừa thai
- Bệnh phụ khoa, bệnh lây truyền qua đường tình dục và cách điều trị.
- Bệnh nội khoa như lao, tuyến giáp, tim mạch, gan, thận... và kết quả điều trị.
- Bệnh ngoại khoa, các chấn thương và phẫu thuật cơ quan sinh sản, vùng bụng, vùng chậu...

Chồng

- Xác định tuổi, số con từng có, thời gian chung sống, số lần giao hợp, những dấu hiệu rối loạn chức năng tính dục, thời gian mong con, các lần điều trị hiếm muộn và kết quả.
- Cường độ làm việc, tập thể thao, môi trường sống và làm việc có tiếp xúc hoá chất, chất độc, thuốc, chất gây nghiện...
- Các bệnh lây truyền qua đường tình dục, phương pháp và kết quả điều trị.
- Các bệnh lý nội khoa như lao, quai bị, tim mạch, gan, thận, tiết niệu...
- Chấn thương hay phẫu thuật cơ quan sinh dục, hệ niệu...
-

Bước 2: Khám

Vợ

- Khám tổng quát, các bệnh lý nội khoa, ngoại khoa
- Khám các đặc tính sinh dục thứ phát: hệ thống lông, sự phát triển của vú, hiện tượng chảy sữa.
- Khám tuyến giáp.
- Khám phụ khoa phát hiện các bất thường bộ phận sinh dục, tình trạng cổ tử cung, chất nhầy cổ tử cung, vị trí, kích thước, mật độ, độ di động tử cung và 2 phần phụ.

Chồng

- Khám tổng quát, các bệnh lý nội khoa, ngoại khoa
- Khám đặc tính sinh dục thứ phát: hệ thống lông, vú
- Đo chiều dài chi, cân nặng, chiều cao, phát hiện sự mất cân đối so với thân hình...
- Khám dương vật phát hiện bất thường như dương vật ngắn, bất thường vị trí lỗ tiểu, hẹp da qui đầu...
- Khám bìu đánh giá vị trí, kích thước, mật độ, tính chất 2 tinh hoàn, mào tinh, ống dẫn tinh: xác định khối u, dãn tĩnh mạch thừng tinh, tinh hoàn lạc chỗ...

Bước 3: Các xét nghiệm

Vợ

- Máu: HIV, BW, HBsAg.
- Siêu âm phụ khoa kiểm tra tử cung và 2 phần phụ.
- Nội tiết:
  + Khảo sát dự trữ buồng trứng: định lượng FSH, LH, E_2 tiến hành ngày 2 hoặc 4 vòng kinh.
  + Khảo sát sự phóng noãn buồng trứng: định lượng Progesterone ngày 21
  + Hiện tượng tiết sữa vú: định lượng Prolactin
  + Hội chứng buồng trứng đa nang: đo tỉ số LH/FSH, định lượng Testosterone toàn phần trong máu.
  + Chụp X-quang buồng tử cung-vòi trứng: thực hiện sau khi sạch kinh và trước khi rụng trứng, thường tiến hành ngày 6-10 vòng kinh (nếu cần).
  + Nội soi ổ bụng, buồng tử cung (nếu cần).
  + Một số xét nghiệm khác: định lượng hormone tuyến giáp, Karyotype, X-quang đáy sọ, Rhesus (nếu cần).

Chồng

- Máu: HIV, BW, HBsAg.
- Tinh dịch đồ: tiến hành sau khi có kết quả thử máu và không giao hợp 3-5 ngày.
- Nếu kết quả tinh dịch đồ có bất thường về số lượng, chất lượng tinh trùng, tuỳ từng trường hợp, có thể thực hiện thêm một số xét nghiệm chuyên biệt:
  + Nội tiết: định lượng FSH, LH, Testosterone.
  + Siêu âm Doppler bìu.
  + Mổ thám sát tinh hoàn, sinh thiết tinh hoàn.
  + Một số xét nghiệm khác: Karyotype, Rhesus...

Bước 4: Chẩn đoán

Tùy kết quả thăm khám và kết quả xét nghiệm có thể chẩn đoán một số nguyên nhân thường gặp:

Vợ

- Rối loạn phóng noãn.
- Do vòi trứng: tắc ống dẫn trứng, ứ dịch tai vòi.
- Do buồng tử cung: u xơ tử cung, nhân xơ dưới niêm, dính buồng tử cung.
- Lạc nội mạc tử cung
- Một số nguyên nhân hiếm gặp: bất thường di truyền, bất đồng Rhesus vợ chồng...

Chồng

- Thiểu năng tinh trùng:
  + Mật độ tinh trùng ít
  + Tinh trùng di động kém
  + Tinh trùng dị dạng nhiều
- Không có tinh trùng
  + Do tắc nghẽn đường dẫn tinh: có thể bẩm sinh hay mắc phải
  + Do tinh hoàn không có hiện tượng sinh tinh
- Rối loạn chức năng tính dục
- Một số nguyên nhân hiếm gặp: bất thường di truyền, bất đồng Rheus vợ chồng...
- Nhiều nguyên nhân: đôi khi tình trạng vô sinh ở hai vợ chồng là do phối hợp nhiều nguyên nhân khác nhau, cần phải phối hợp điều trị cho cả hai người
- Chưa rõ nguyên nhân: có khoảng 10% các cặp vợ chồng vô sinh-hiếm muộn không tìm thấy nguyên nhân.

KẾT LUẬN

Nguyên nhân tình trạng vô sinh-hiếm muộn có thể do cả hai vợ chồng, do đó trong quá trình chẩn đoán và điều trị cần sự hợp tác của cả hai. Việc thăm khám và điều trị tốn kém và mất nhiều thời gian, vì vậy rất cần sự kiên trì và hợp tác giữa bác sĩ và cả hai vợ chồng người bệnh.

CHỈ ĐỊNH CỦA CÁC KỸ THUẬT HỖ TRỢ SINH SẢN

KỸ THUẬT BƠM TINH TRÙNG VÀO TỬ CUNG (IUI)

- Bất thường phóng tinh
  + Lỗ tiểu đóng thấp
  + Xuất tinh ngược dòng
  + Bất lực
- Nguyên nhân cổ tử cung
  + Chất nhầy cổ tử cung không thuận lợi
  + Tổn thương cổ tử cung
- Thiểu năng tinh trùng nhẹ
  + Tinh trùng ít
  + Tinh trùng di động yếu
  + Tinh trùng dị dạng nhiều
  + Phối hợp các bất thường trên
- Miễn dịch
  + Kháng thể kháng tinh trùng ở chồng
  + Kháng thể kháng tinh trùng ở vợ
- Lạc nội mạc tử cung nhẹ, ít ảnh hưởng đến cấu trúc giải phẫu
- Vô sinh không rõ nguyên nhân
- Rối loạn phóng noãn
- Tổn thương vòi trứng nhẹ đã điều trị bằng phẫu thuật
- Phối hợp các nguyên nhân trên

KỸ THUẬT THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM CỔ ĐIỂN (IVF)

- Tắc vòi trứng
- Tất cả các chỉ định của IUI kèm một trong các vấn đề sau
  + IUI thất bại
  + Tinh trùng yếu vừa, nặng, phối hợp nhiều bất thường
  + Lạc nội mạc tử cung vừa, nặng ảnh hưởng đến các cấu trúc trong vùng chậu
  + Rối loạn phóng noãn không đáp ứng với các phác đồ KTBT thường
  + Tổn thương vòi trứng trung bình, tiên lượng kết quả phẫu thuật thấp
  + Phối hợp nhiều bất thường
  + Bệnh nhân lớn tuổi
  + Bệnh nhân vô sinh lâu năm
  + Bệnh nhân yêu cầu thực hiện TTTON

KỸ THUẬT TIÊM TINH TRÙNG VÀO BÀO TƯƠNG TRỨNG (ICSI)

- Thiểu năng tinh trùng vừa, nặng
- Thất bại nhiều lần với IVF
- Bất thường thụ tinh hoặc tỉ lệ thụ tinh thấp sau thực hiện IVF
- Vô sinh nguyên phát, không rõ nguyên nhân, nghi ngờ bất thường thụ tinh tinh

Nói chung không có giới hạn rõ ràng giữa IUI, IVF và ICSI. Chỉ định điều trị phụ thuộc khả năng chuyên môn của từng trung tâm. đặc điểm bệnh lý của từng bệnh nhân, đánh giá tiên lượng của bác sĩ, khả năng tài chính của bệnh nhân.

KỸ THUẬT THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM – XIN TRỨNG (OD)

- Suy buồng trứng sớm
- Suy buồng trứng sau phẫu thuật trên buồng trứng
- Không quan sát được buồng trứng do dính nặng vùng chậu
- Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng
- Thất bại trên 3 chu kỳ TTTON do chất lượng trứng, phôi kém
- Tiềm mãn tinh, mãn kinh sinh lý
- Bất thường di truyền ở mẹ
- Hội chứng kháng buồng trứng.

KỸ THUẬT TRỮ LẠNH TINH TRÙNG

- Hiến tinh trùng cho ngân hàng tinh trùng
- Dự phòng khi khó lấy tinh trùng
- Lưu trữ để duy trì khả năng sinh sản của nam giới

KỸ THUẬT TRỮ LẠNH PHÔI

- Phôi còn dư sau khi chuyển phôi có chất lượng tốt, khá
- Bệnh nhân có nguy cơ quá kích buồng trứng nặng (trữ phôi toàn bộ)
- Bệnh nhân có nội mạc tử cung mỏng, chất lượng kém (trữ phôi toàn bộ)
- Lưu trữ để duy trì khả năng sinh sản của cặp vợ chồng

KỸ THUẬT TRỮ LẠNH TRỨNG

- Không lấy được tinh trùng vào ngày chọc hút trứng
- Hiến tặng ngân hàng trứng
- Lưu trữ để duy trì khả năng sinh sản của nữ

PHẪU THUẬT LẤY TINH TRÙNG (MESA, PESA, TESA, TESE)

- Vô sinh nam không có tinh trùng do tắc nghẽn
- Vô sinh nam không có tinh trùng không do tắc nghẽn (giảm sinh tinh tại tinh hoàn)
- Chấn thương cột sống
- Rối loạn chức năng cương nguyên nhân thực thể hay chức năng, không điều trị được bằng phẫu thuật và nội khoa

PHÁC ĐỒ KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

ĐẠI CƯƠNG

Kích thích buồng trứng (KTBT) là việc phối hợp các thuốc KTBT theo nhiều kiểu phác đồ khác nhau để tạo được sự phát triển nang noãn tối ưu, gia tăng cơ hội có thai cho một chu kỳ điều trị hiếm muộn.

Nguyên tắc chung: sử dụng các thuốc tác động lên trục hạ đồi – tuyến yên – buồng trứng – NMTC để làm tăng FSH nội sinh hay sử dụng trực tiếp FSH ngoại sinh tạo hiệu quả:

- Tăng chiêu mộ nang noãn
- Vượt qua giai đoạn chọn lọc và vượt trội của nang noãn
- Giảm thoái hoá nang noãn
- Phòng ngừa đỉnh LH sớm và hoàng thể hoá sớm làm giảm chất lượng nang noãn
- Hỗ trợ sự phát triển nội mạc tử cung.

CÁC NHÓM THUỐC HIỆN ĐƯỢC SỬ DỤNG TRONG KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

1. Clomiphene citrate (CC)

Clomiphene citrate được sử dụng trong kích thích buồng trứng nhằm làm tăng FSH nội sinh do ức chế cạnh tranh với thụ thể của estrogen tại vùng dưới đồi và tuyến yên.

Chế phẩm: clomiphene citrate (Serophene; Serono)

2. Aromatase inhibitor (AI)

Aromatase inhibitor được sử dụng trong kích thích buồng trứng nhằm làm tăng FSH nội sinh do ức chế men thơm hoá androgen thành estrogen.

Chế phẩm: letrozole (Femara; Novartis); anastrozole (Arimidex; Astra Zeneca).

3. FSH nước tiểu (uFSH) và FSH tái tổ hợp (rFSH)

Là một loại nội tiết có vai trò quan trọng trong kích thích buồng trứng. Với nồng độ đủ cao trong máu, FSH kích thích làm cho nhiều nang noãn vượt qua được giai đoạn chọn lọc và vượt trội để phát triển thành nang trưởng thành.

FSH có trong nhiều loại chế phẩm khác nhau, trích từ nước tiểu phụ nữ mãn kinh (hMG – human menopausal gonadotrophin; uFSH – urinary FSH) hoặc được tổng hợp bằng phương pháp tái tổ hợp (rHSH – recombinant FSH). Bằng phương pháp tái tổ hợp, chế phẩm FSH tái tổ hợp có độ tinh khiết cao, hiệu quả sinh học ổn định và không còn phụ thuộc vào nguồn cung cấp nước tiểu.

Chế phẩm: FSH nước tiểu: menotropin (Metrodin, Metrodin-HP; Serono)
FSH tái tổ hợp: follitropin alfa (Gonal-F; Serono) và follitropin beta (Puregon; Organon).

4. LH tái tổ hợp

Là một loại nội tiết có vai trò quan trọng trong sự phát triển nang noãn. LH được bổ sung cho những trường hợp suy buồng trứng hạ đồi hay thiếu hụt LH trong quá trình kích thích buồng trứng.

Chế phẩm: lutropin alfa (Luveris; Serono).

5. GnRH agonist

Là nhóm thuốc peptid có cấu trúc tương tự GnRH, tác dụng lên thụ thể của GnRH ở tuyến yên. Khi bắt đầu sử dụng GnRH agonist, thuốc này gây tăng chế tiết cả hai loại nội tiết FSH và LH và sau đó, nếu sử dụng trên 10 -14 ngày, thuốc gây ức chế giảm chế tiết và giải phóng cả hai loại nội tiết này (do tác động trơ hoá và nội hoá thụ thể). Trong kích thích buồng trứng làm TTTON, dạng GnRH agonist liều thấp, tác dụng ngắn được ưu tiên sử dụng.

Chế phẩm: buserelin (Suprefact; Hoesch) và triptoreline (Diphereline; Beaufour Ipsen).

6. GnRH antagonist

Là nhóm thuốc peptid cũng có cấu trúc tương tự như GnRH và tác dụng tại thụ thể của GnRH. Tuy nhiên, điểm khác biệt của nhóm thuốc này so với GnRH agonist là gây được hiệu quả ức chế chế tiết FSH và LH trong vòng vài giờ sau khi sử dụng. Hiện tại GnRH antagonist đã ra đời thế hệ thuốc thứ ba với tác dụng phụ tối thiểu. Trong kích thích buồng trứng làm TTTON, dạng GnRH antagonist liều thấp, tác dụng ngắn được ưu tiên sử dụng.

Chế phẩm: cetrorelix (Cetrotide; Serono) và ganirelix (Orgalutran; Organon).

7. hCG nước tiểu và hCG tái tổ hợp

Là nội tiết do hợp bào nuôi ở nhau của phụ nữ đang có thai tiết ra, có vai trò duy trì hoạt động của hoàng thể. Trong phác đồ kích thích buồng trứng, hCG được dùng thay thế để tạo đỉnh LH thay cho đỉnh LH nội sinh giúp nang noãn trưởng thành trước khi thực hiện chọc hút trứng. hCG được tiêm khi có tối thiểu 2 nang noãn đường kính trên 17mm. hCG còn được dùng trong để hỗ trợ pha hoàng thể.

Chế phẩm: hCG nước tiểu gồm: Profasi (Serono), Pregnyl (Organon)
hCG tái tổ hợp: Ovidrel (Serono).

KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG TRONG KỸ THUẬT BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG

Tỉ lệ thành công của IUI được cải thiện rõ rệt ở các chu kỳ có phối hợp với KTBT so với chu kỳ tự nhiên không KTBT. Với IUI, kích thích buồng trứng sao cho số lượng nang noãn trưởng thành đạt được không nên quá nhiều, trung bình khoảng 3-4 nang / chu kỳ.

Các chỉ định của kích thích buồng trứng

1. Nhóm bệnh nhân có rối loạn phóng noãn:
   + Không phóng noãn do suy trục hạ đồi – tuyến yên – buồng trứng (nhóm I theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới)
   + Không phóng noãn do hội chứng buồng trứng đa nang
   + Rối loạn phóng noãn: phóng noãn không đều đặn
2. Nhóm bệnh nhân có thiểu năng giai đoạn hoàng thể
3. Nhóm bệnh nhân có phóng noãn bình thường nhưng cần nhiều hơn một nang noãn phóng noãn để gia tăng tỉ lệ có thai của kỹ thuật IUI.

Các phác đồ kích thích buồng trứng thường sử dụng trong IUI

1. Clomiphene citrate

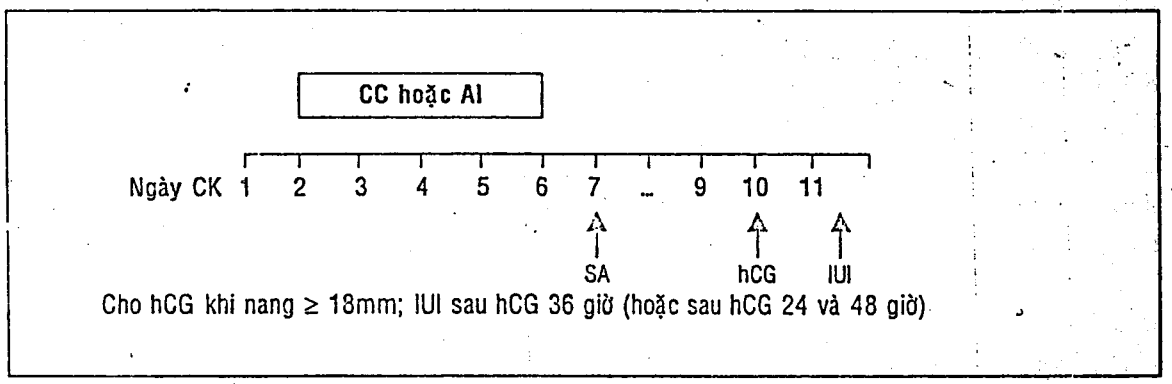
Được bắt đầu vào ngày 2 -3 của chu kỳ kinh. Liều sử dụng trung bình: 100mg/ngày trong 5 ngày. Siêu âm nang noãn bắt đầu vào ngày 7 của chu kỳ kinh, sau đó, siêu âm mỗi 1 – 3 ngày tuỳ theo sự phát triển của nang noãn. hCG được tiêm khi có ít nhất 1

nang đạt đến kích thước trên 18mm. Bơm tinh trùng 1 lần vào 36 giờ sau tiêm hCG hay 2 lần vào 24 và 48 giờ sau tiêm hCG.

2. Aromatase inhibitor

Giống như clomiphene citrate, aromatase inhibitor được bắt đầu vào ngày 2-3 của chu kỳ kinh. Liều sử dụng thông thường: 2-3mg/ngày. Cách theo dõi giống như trên. Tuy nhiên, aromatase inhibitor có ưu điểm là không gây tác động antiestrogenic trên nội mạc tử cung làm nội mạc tử cung bị mỏng.

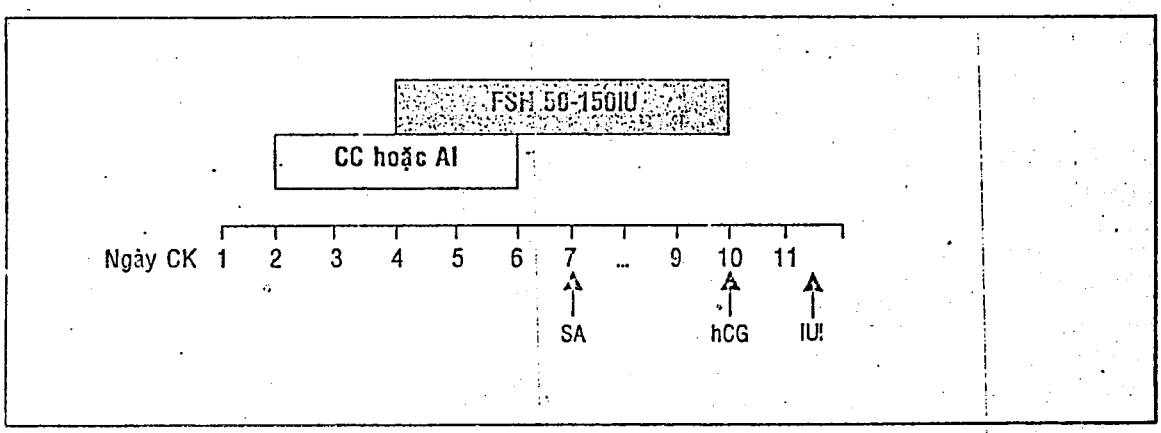
Sơ đồ 1. Phác đồ Clomiphene citrate (CC) hay Aromatase inhibitor (AI)



3. Phối hợp CC / Aromatase inhibitor và gonadotrophins

Sử dụng trong trường hợp thất bại với 2 phác đồ trên hay ở những bệnh nhân khá lớn tuổi.

Sơ đồ 2. Phác đồ phối hợp CC hay AI và gonadotrophins

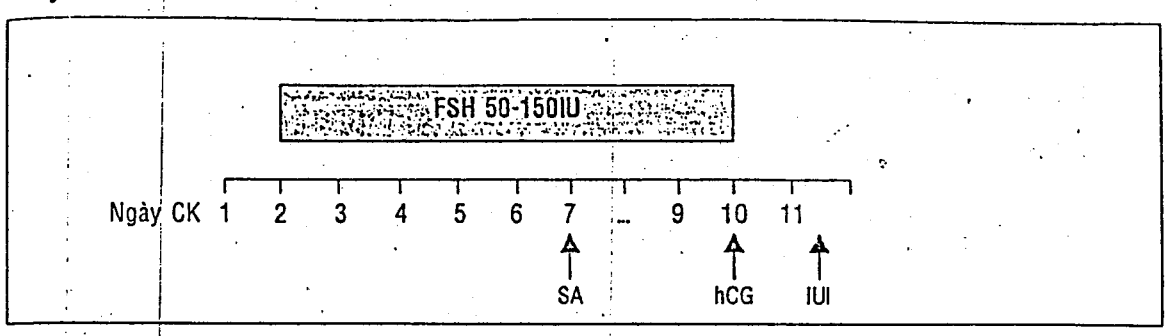


4. Gonadotrophins

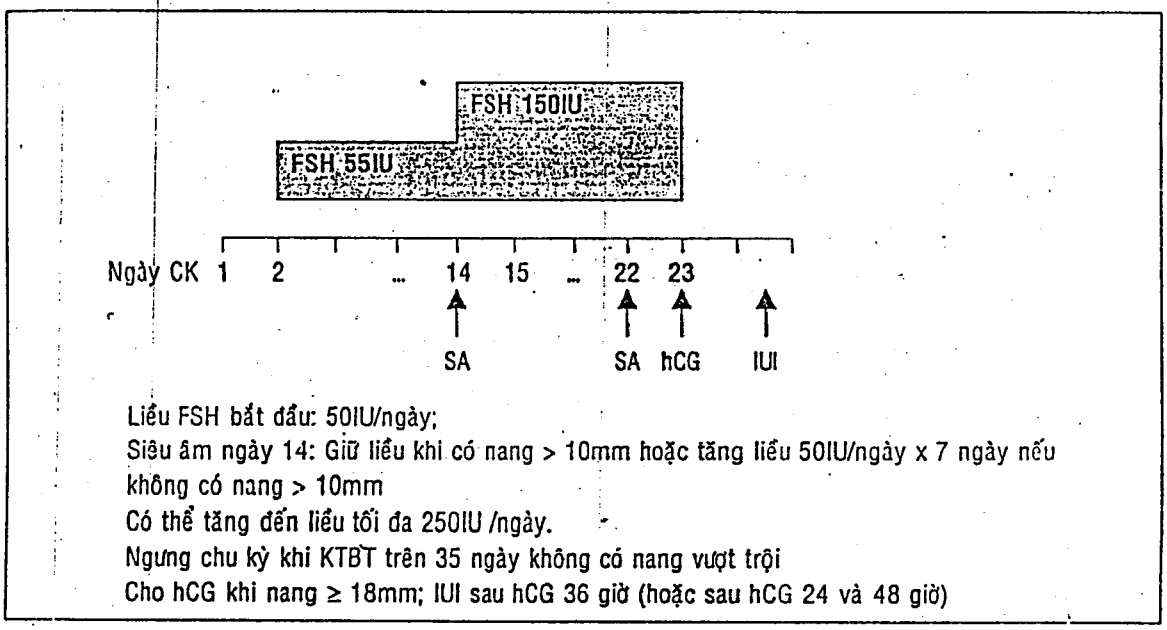
Sử dụng trong trường hợp bệnh nhân lớn tuổi, lạc nội mạc tử cung, dự trữ buồng trứng giảm, thất bại với các phác đồ trên.

Phác đồ: kiểu đơn giản dành cho các bệnh nhân không có hội chứng buồng trứng đa nang; kiểu tăng liều dần hay giảm liều dần thường được áp dụng cho các bệnh nhân có hội chứng buồng trứng đa nang.

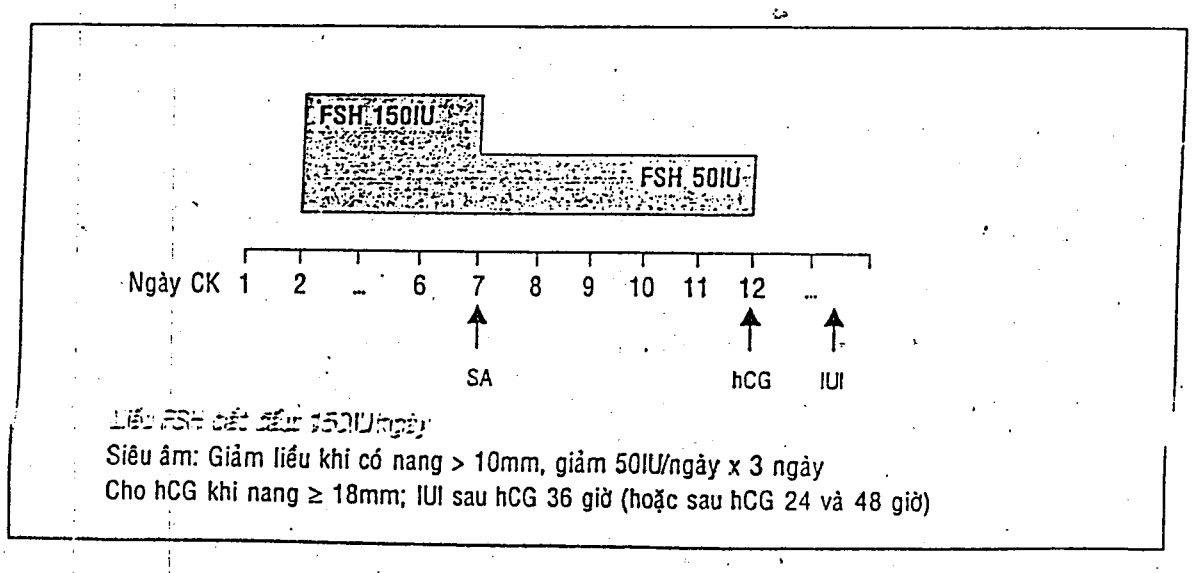
Sơ đồ 3. Phác đồ gonadotrophins kiểu đơn giản



Sơ đồ 4. Phác đồ gonadotrophins tăng liều dần



Sơ đồ 5. Phác đồ gonadotrophins giảm liều dần



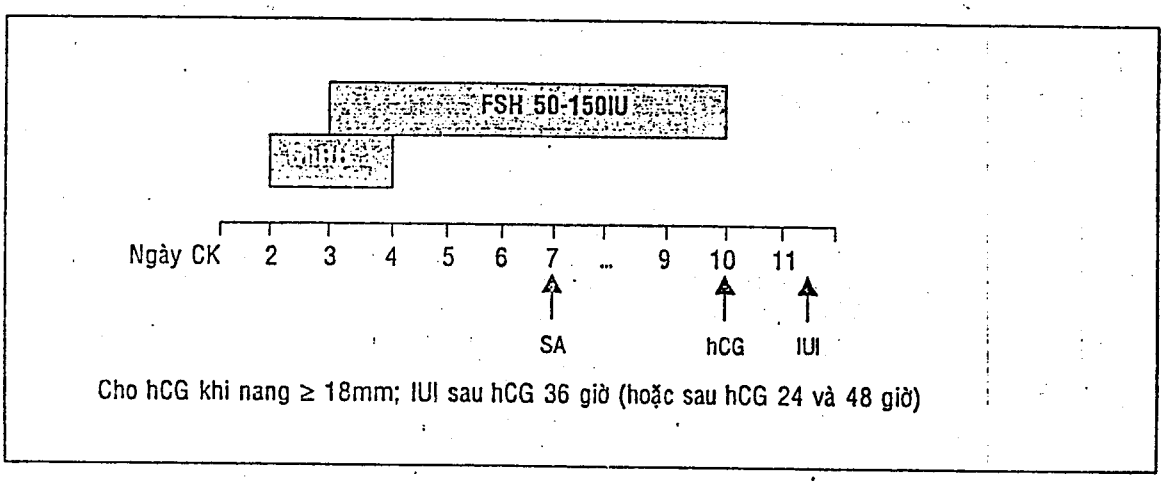
3. Kết hợp GnRH agonist (GnRHa) và gonadotrophins

Sử dụng phối hợp GnRH đồng vận nhằm phòng ngừa sự xuất hiện đỉnh LH sớm. Sự phối hợp có thể theo các phác đồ cực ngắn, ngắn, dài.

– Phác đồ cực ngắn: GnRH đồng vận thường chỉ được sử dụng 3 ngày đầu từ ngày thứ 2 vòng kinh. Gonadotrophins bắt đầu sử dụng từ ngày 2 vòng kinh. Với phác đồ này, đỉnh LH sớm không được ngăn chặn, thường được áp dụng cho các bệnh nhân lớn tuổi, đáp ứng kém với KTBT.

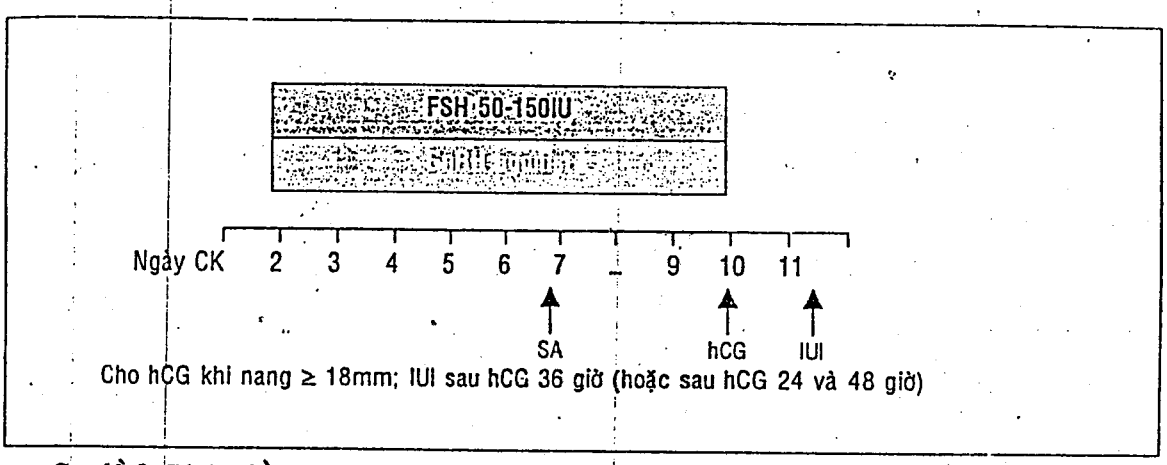
– Phác đồ ngắn (flare-up protocol): GnRH đồng vận được sử dụng từ đầu chu kỳ và kéo dài đến thời điểm tiêm hCG. Gonadotrophins được sử dụng mỗi ngày, từ ngày 3 hay ngày 4 vòng kinh, với liều thay đổi từ 75 đơn vị đến 150 đơn vị.

Sơ đồ 6. Phác đồ cực ngắn

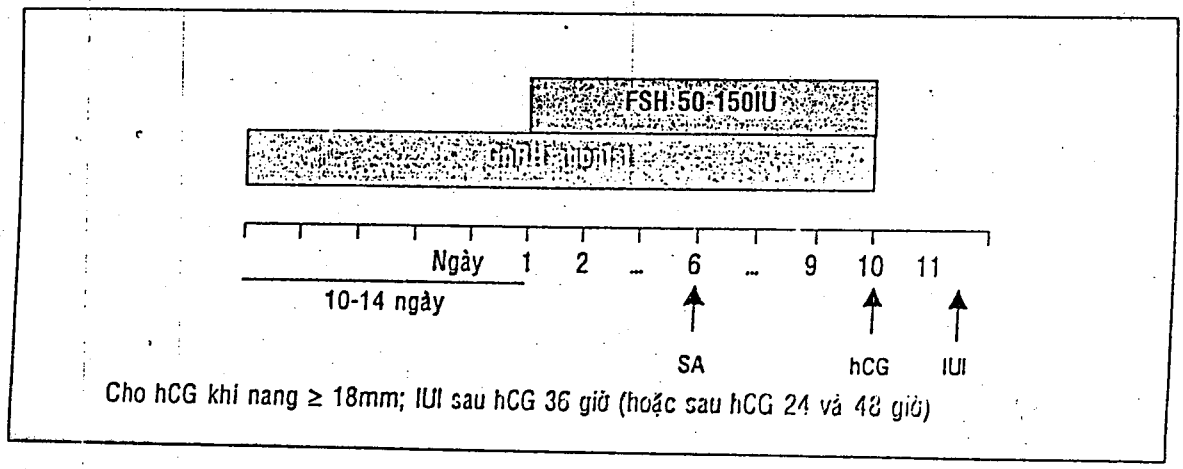


– Phác đồ dài: GnRH đồng vận được sử dụng từ giai đoạn hoàng thể hay từ đầu chu kỳ trước. Gonadotrophins chỉ được sử dụng sau khi hiệu quả "down - regulation" của GnRH đồng vận đã đạt được, thường khoảng 2 tuần sau khi tiêm GnRH đồng vận hay GnRH đồng vận tác dụng dài.

Sơ đồ 7. Phác đồ ngắn



Sơ đồ 8. Phác đồ dài



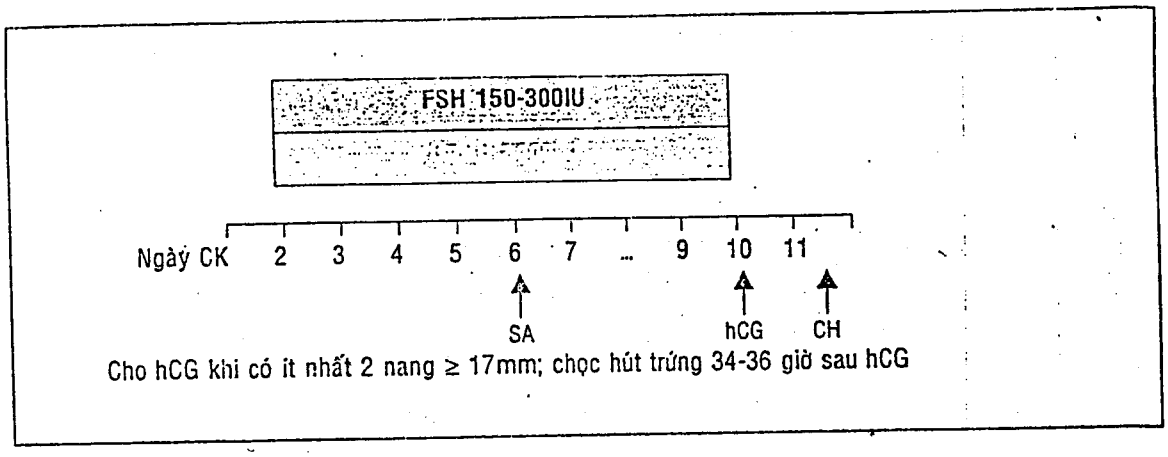
KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG TRONG THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

Điều trị vô sinh bằng Thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) là một kỹ thuật phức tạp và tốn kém. TTTON thực hiện với chu kỳ tự nhiên (không kích thích buồng trứng) tỷ lệ có thai chỉ đạt khoảng 10%. Do đó, để tăng tỷ lệ có thai bệnh nhân cần được kích thích buồng trứng (KTBT) để thu được nhiều trứng hơn, nhiều phôi hơn, từ đó, cơ hội có thai tăng. Trong thụ tinh trong ống nghiệm, số lượng nang noãn cần đạt được trong một chu kỳ kích thích buồng trứng là 8-10 nang và có chất lượng tốt.

Các phác đồ kích thích buồng trứng thường sử dụng trong thụ tinh trong ống nghiệm

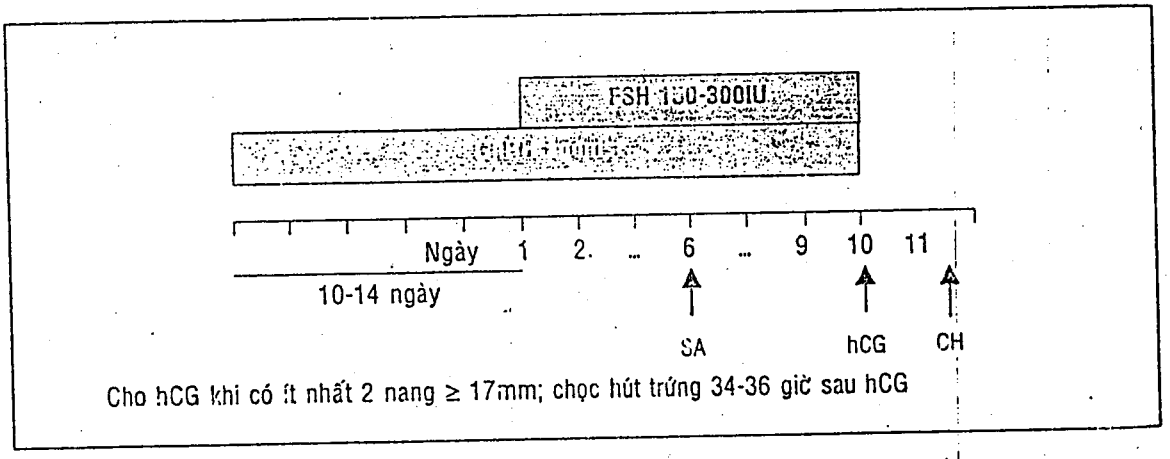
1. Phác đồ flare – up sử dụng phối hợp GnRHa và FSH tái tổ hợp

Sơ đồ 9. Phác đồ Flare-up



2. Phác đồ down - regulation sử dụng phối hợp GnRHa và FSH tái tổ hợp

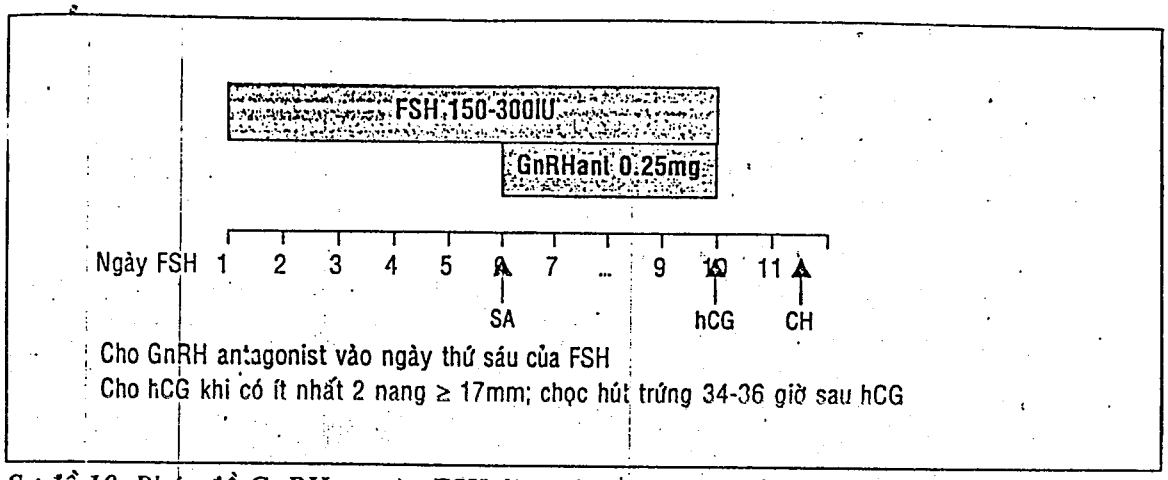
Sơ đồ 10. Phác đồ down - regulation



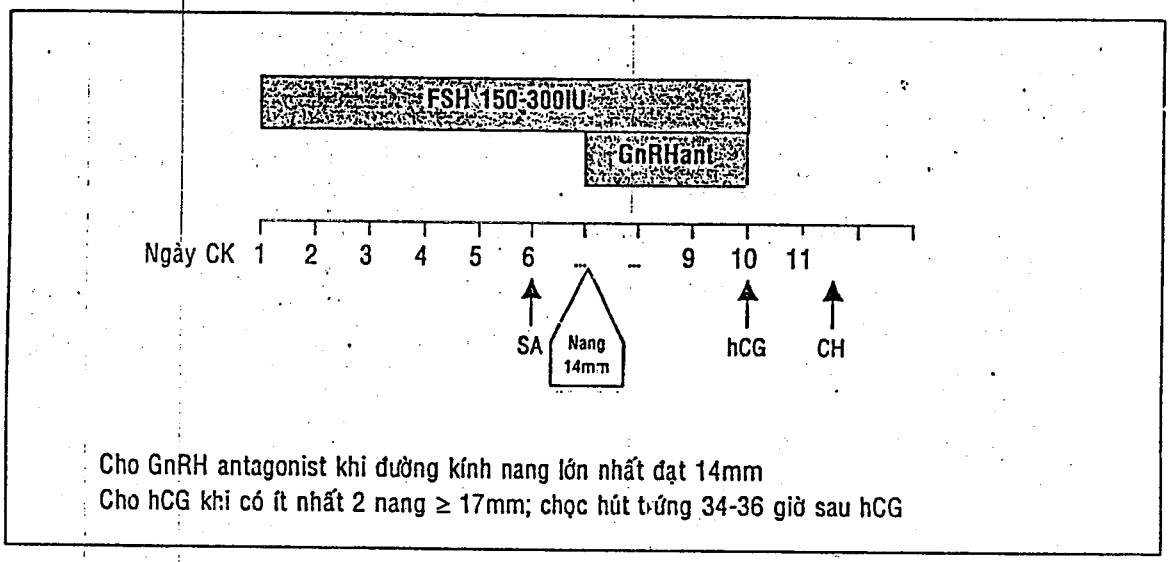
3. Phác đồ sử dụng phối hợp GnRH antagonist (GnRHant) và FSH tái tổ hợp

Sử dụng phối hợp GnRH đối vận nhằm ngăn chặn sự xuất hiện đỉnh LH sớm.

Sơ đồ 11. Phác đồ GnRHant và rFSH dùng theo chương trình

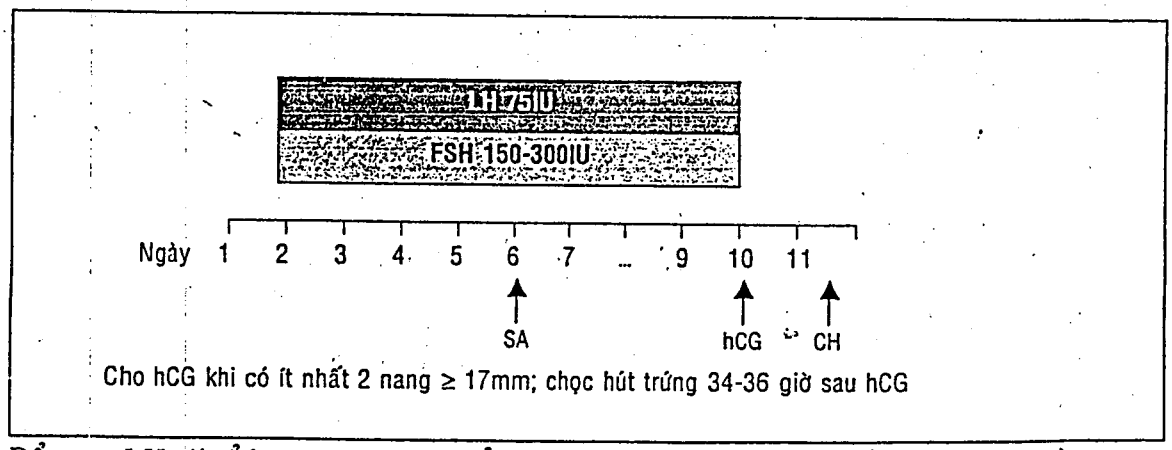


Sơ đồ 10. Phác đồ GnRHant và rFSH dùng theo đáp ứng của bệnh nhân



4. Bổ sung LH tái tổ hợp

Sơ đồ 11. Phác đồ phối hợp FSH và LH tái tổ hợp ở bệnh nhân suy buồng trứng hạ đồi



Bổ sung LH tái tổ hợp với FSH tái tổ hợp trong trường hợp suy buồng trứng hạ đồi hay trong một số trường hợp đáp ứng kém với kích thích buồng trứng do thiếu LH.

LH tái tổ hợp 75 IU được sử dụng từ ngày 2 chu kỳ kinh, song song với FSH tái tổ hợp. Trong trường hợp thiếu LH trong quá trình kích thích buồng trứng, LH thường được bổ sung từ ngày 7 của kích thích buồng trứng trở đi.

CÁC VẤN ĐỀ CẦN CHÚ Ý KHI KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

- Khoảng cách giữa đáp ứng tốt với KTBT và quá kích buồng trứng là rất nhỏ
- Sự đáp ứng với kích thích buồng trứng ở từng người khác nhau, do đó, việc quyết định loại thuốc, liều thuốc, phác đồ kích thích buồng trứng sử dụng và theo dõi trong quá trình kích thích buồng trứng phải được xem xét kỹ
- Tăng hay giảm liều gonadotrophins cần phải dựa trên siêu âm và nội tiết trong quá trình theo dõi sự phát triển nang noãn và các triệu chứng lâm sàng của người bệnh
- Ngưng kích thích buồng trứng khi không có nang noãn phát triển hay quá nhiều nang noãn phát triển có thể gây nguy cơ quá kích buồng trứng nặng
- Thời điểm sử dụng hCG gây phóng noãn phù hợp khi nang noãn đủ trưởng thành sẽ mang lại hiệu quả cao
- Hỗ trợ giai đoạn hoàng thể với progesterone, nếu không có nguy cơ quá kích buồng trứng, có thể phối hợp hCG
- Nếu chu kỳ điều trị thất bại, số lượng nang noãn kém hay nội mạc tử cung mỏng, thay đổi phác đồ KTBT hiệu quả hơn là thay đổi thuốc KTBT sử dụng.

CÁC ĐÁP ỨNG BẤT THƯỜNG VÀ BIẾN CHỨNG CỦA KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng

Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng xảy ra khoảng 9 -24% các chu kỳ thực hiện kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Đáp ứng kém được chẩn đoán khi bệnh nhân được kích thích buồng trứng bằng phác đồ chuẩn với liều FSH từ 300 đơn vị trở lên mà có các dấu hiệu sau đây:

- Số lượng nang noãn phát triển dưới 3 – 5 nang
- Nồng độ estradiol vào ngày 6 của kích thích buồng trứng dưới 200 pg/ml
- Nồng độ estradiol không tăng hay giảm đi trong quá trình kích thích buồng trứng
- Thời gian kích thích buồng trứng quá dài (trên 18 ngày)

Quá kích buồng trứng

Xem phác đồ theo dõi và điều trị Hội chứng quá kích buồng trứng.

Đa thai

Xem bài Kỹ thuật giảm thai.

PHÁC ĐỒ BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG

ĐỊNH NGHĨA

Bơm tinh trùng vào buồng tử cung là một phương pháp thụ tinh nhân tạo bằng cách đưa trực tiếp một lượng tinh trùng sau khi lọc rửa vào buồng tử cung. Đây là một phương pháp điều trị khá phổ biến hiện nay tại các trung tâm điều trị vô sinh.

CHỈ ĐỊNH

- Vô sinh không rõ nguyên nhân
- Rối loạn phóng noãn
- Lạc nội mạc tử cung
- Bất thường yếu tố cổ tử cung
- Kháng thể kháng tinh trùng
- Bất thường tinh trùng nhẹ: tinh trùng ít, yếu, dị dạng theo phân loại của WHO 1999.
- Bất thường phóng tinh: lỗ tiểu đóng thấp, bất lực, xuất tinh ngược dòng ...
- Phối hợp các bất thường trên
- Sử dụng tinh trùng người cho trong trường hợp người chồng không có tinh trùng

ĐIỀU KIỆN THỰC HIỆN

- Vợ: ít nhất 1 trong 2 vòi trứng thông và buồng trứng còn hoạt động
- Chồng: tinh dịch đồ bình thường hoặc bất thường ở mức độ nhẹ hay vừa. Mẫu tinh trùng sau lọc rửa phải đạt tối thiểu 1 triệu tinh trùng di động.

KỸ THUẬT THỰC HIỆN

Kỹ thuật thực hiện IUI bao gồm các bước (1) Kích thích buồng trứng và siêu âm theo dõi nang noãn; (2) Chuẩn bị tinh trùng; (3) Bơm tinh trùng vào buồng tử cung; (4) Hỗ trợ giai đoạn hoàng thể và (5) Thử thai.

Kích thích buồng trứng, siêu âm theo dõi nang noãn

Xem phần "Phác đồ kích thích buồng trứng trong IUI"

Có thể tiến hành bơm tinh trùng vào buồng tử cung ở những chu kỳ theo dõi nang noãn tự nhiên (không sử dụng thuốc kích thích buồng trứng) trong trường hợp người vợ còn trẻ, kinh nguyệt đều đặn.

Chuẩn bị tinh trùng

- Người chồng được hướng dẫn lấy tinh trùng bằng phương pháp thủ dâm
- Sau khi ly giải, tinh trùng được chuẩn bị bằng (1) phương pháp swim-up hay (2) phương pháp lọc bằng thang nồng độ.
- Thời gian chuẩn bị tinh trùng kéo dài từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ.
- Tinh trùng cần được cô đặc trong một thể tích nhỏ, không vượt quá 0,3ml để bơm vào buồng tử cung
- Tinh trùng sau lọc rửa được đựng trong tube 5 ml và giữ ở tủ cấy 5% CO_2, nhiệt độ 37^{0}C khoảng 10-15 phút trước khi thực hiện thủ thuật.

Bơm tinh trùng

Thời điểm bơm tinh trùng:

+ 1 lần: 36 giờ sau tiêm hCG
+ 2 lần: 24 giờ và 48 giờ sau tiêm hCG

- Bác sĩ thực hiện bơm tinh trùng rửa tay sạch trước thủ thuật, đội mũ, mang mask, găng vô trùng
- Bệnh nhân nằm ở tư thế sản phụ khoa, được trải săng tiệt trùng.
- Nữ hộ sinh phụ chuẩn bị bàn dụng cụ: bao gồm trải săng và các dụng cụ bơm tinh trùng
- Đặt mỏ vịt vào âm đạo nhẹ nhàng bộc lộ cổ tử cung. Lau âm đạo, cổ tử cung bằng nước muối sinh lý
- Chuẩn bị bơm tiêm 1ml và catheter. Các loại catheter hiện được dùng trong IUI là (1) Minispace; (2) Gynétics hay (3) Braun.
- Tráng bơm tiêm và catheter với môi trường cấy. Hút tinh trùng đã lọc rửa qua đầu catheter
- Đưa catheter qua cổ tử cung vào buồng tử cung khoảng 5-6 cm. Trường hợp khó, có thể dùng kềm pozzi kéo nhẹ cổ tử cung. Bơm nhẹ nhàng tinh trùng vào buồng tử cung cho đến hết. Rút catheter nhẹ nhàng ra khỏi cổ tử cung.
- Sau khi bơm cho bệnh nhân nằm ngửa với gối kê dưới mông khoảng 15 phút trước khi về.

Hỗ trợ giai đoạn hoàng thể

Sử dụng Progesterone (Susten 100mg, Utrogestan 100mg hay Vageston 100mg) đặt âm đạo 2 viên/ ngày trong 14 ngày.

Thử thai

- Định lượng hCG nước tiểu vào 14 ngày sau khi bơm tinh trùng, dương tính khi > 25 mIU/ml.
- Nếu có thai, bệnh nhân được hẹn siêu âm kiểm tra số lượng túi thai và hình ảnh phôi tim thai vào 3 tuần sau đó.

MỘT SỐ BIẾN CHỨNG

Sau thủ thuật bơm tinh trùng, ở một số ít bệnh nhân có thể có xuất hiện một số biến chứng như:

Đau bụng

Nguyên nhân:

- Do bơm vào buồng tử cung với một thể tích lớn, hay
- Do bơm tinh trùng vào buồng tử cung với tốc độ quá nhanh.

Xử trí:

- Nghỉ ngơi
- Sử dụng thuốc giảm đau, giảm co thắt (Acemol 500mg hay Spasmaverine 40mg)

Dự phòng:

- Bơm một thể tích nhỏ tinh trùng sau lọc rửa (0.3ml)
- Thao tác từ từ, nhẹ nhàng

Nhiễm trùng

Nguyên nhân

- Do lây nhiễm từ nguồn tinh dịch

- Thao tác của nhân viên trong quá trình thực hiện thủ thuật

Xử trí

- Sử dụng kháng sinh (Doxycycline 100mg)

Dự phòng

- Thao tác vô trùng

Ra huyết âm đạo

Nguyên nhân

- Do sử dụng kẹp Pozzi trong những trường hợp tư thế cổ tử cung không thuận tiện

Xử trí

- Dùng gạc thấm cầm máu

Dự phòng

- Thao tác nhẹ nhàng

KỸ THUẬT THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM CỔ ĐIỂN (IVF)

ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) cổ điển được áp dụng cho những trường hợp vô sinh do tai vòi (tắc, ứ dịch, sau triệt sản), lạc nội mạc tử cung, thất bại với kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung hay trong những trường hợp bất thường tinh trùng nhẹ, bệnh nhân lớn tuổi.

QUY TRÌNH

Phần hành chánh

- Khám phụ khoa và thực hiện các xét nghiệm cơ bản:
  + HBsAg, HIV, BW
  + GS, IDR
  + Xét nghiệm nội tiết (E_2, LH, FSH)
  + Phết tế bào âm đạo, cổ tử cung
  + Tinh dịch đồ
- Lấy lịch hẹn

Khám tiền mê

Khi đến ngày hẹn, bệnh nhân quay lại khoa Hiếm muộn để được khám tiền mê và khám phụ khoa, chuẩn bị vào quy trình điều trị.

Kích thích buồng trứng và siêu âm theo dõi nang noãn

Xem phần "Phác đồ kích thích buồng trứng để thực hiện TTTON"

Chọc hút trứng

- Tiến hành sau khi tiêm hCG 34-36 tiếng
- Thực hiện qua ngả âm đạo, với siêu âm đầu dò âm đạo
- Bệnh nhân được tiền mê.

Tìm trứng

- Dịch nang sau khi hút được chuyển qua phòng nuôi cấy để tìm trứng
- Trứng tìm thấy được rửa sạch máu và chuyển qua môi trường nuôi cấy.
- Trứng được cấy trong môi trường cấy 4-6 giờ ở 37°C, 5% CO_2.

Chuẩn bị tinh trùng

- Người chồng được hướng dẫn lấy tinh trùng bằng cách thủ dâm trong thời gian người vợ chọc hút trứng
- Tinh trùng sau ly giải được lọc bằng thang nồng độ
- Cặn lắng sau lọc sẽ được làm swim-up
- Pha tinh trùng với môi trường cấy sao cho mật độ đạt được là 01 triệu tinh trùng di động/ml.
- Tinh trùng sau pha sẽ được để trong tủ ấm (37°C, 5% CO_2) khoảng 02 tiếng.

Cấy trứng với tinh trùng

- Thời điểm cấy trứng với tinh trùng là 4-6 tiếng sau chọc hút
- 1-2 trứng được cấy trong 1ml môi trường có tinh trùng đã pha trước đó.

- Thời gian cấy là qua đêm, trong điều kiện 37°C, 5% CO_2.

Kiểm tra thụ tinh

- Khoảng 18-20 giờ sau cấy, tiến hành kiểm tra thụ tinh
- Sử dụng pipette Pasteur để tách trứng khỏi lớp tế bào quanh trứng còn sót lại
- Đánh giá thụ tinh, dựa vào sự hiện diện của các tiền nhân, dưới kính hiển vi đảo ngược
- Rửa trứng, chuyển qua hộp cấy chứa môi trường mới

Chuyển phôi

- Chuyển phôi được tiến hành vào ngày thứ hai sau chọc hút trứng
- Đánh giá chất lượng phôi dưới kính hiển vi đảo ngược, dựa vào tốc độ phát triển phôi và tỷ lệ fragment
- Chọn lựa phôi để chuyển, dựa vào một số yếu tố tiên lượng như tuổi, chất lượng phôi, nguyên nhân vô sinh và kết quả từ những chu kỳ trước.
- Những phôi còn dư lại sau chuyển phôi tươi, nếu có chất lượng tốt, sẽ được trữ lạnh để sử dụng sau này.

Hỗ trợ giai đoạn hoàng thể

Sử dụng 1 trong 2 phác đồ sau:

- Progesterone (Susten 100mg, Utrogestan 100mg, hay Vageston 100mg, đặt âm đạo) phối hợp với Estradiol (Provames 2mg hay Progynova 2mg, uống)
- Progesterone phối hợp với hCG (Pregnyl 1500IU, chích). Đây là phác đồ thường chỉ được áp dụng cho những bệnh nhân không thuộc nhóm nguy cơ quá kích buồng trứng nặng.

Thử thai

- Định lượng β-hCG 14 ngày sau chuyển phôi, dương tính khi > 25 mIU/ml
- Nếu có thai, siêu âm kiểm tra số lượng túi thai, cũng như hình ảnh phôi tim thai vào 3 tuần sau đó.

TIÊM TINH TRÙNG VÀO BÀO TƯƠNG TRỨNG (ICSI)

ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương trứng (ICSI) được áp dụng trong những trường hợp bất thường tinh trùng nặng, không có tinh trùng do tắc nghẽn hay không do tắc nghẽn, bất thường thụ tinh hay vô sinh chưa rõ nguyên nhân. Đây là một kỹ thuật tương đối xâm lấn, đòi hỏi phải có những trang thiết bị chuyên dụng và kỹ năng của người thực hiện.

QUY TRÌNH

Phần hành chánh

- Khám phụ khoa và thực hiện các xét nghiệm cơ bản:
  + HBsAg, HIV, BW
  + GS, IDR
  + Xét nghiệm nội tiết (E_2, LH, FSH)
  + Phết tế bào âm đạo, cổ tử cung
  + Tinh dịch đồ
  + Karyotype (người chồng)
- Lấy lịch hẹn

Khám tiền mê

Khi đến ngày hẹn, bệnh nhân quay lại khoa Hiếm muộn để được khám tiền mê và khám phụ khoa, chuẩn bị vào quy trình điều trị.

Kích thích buồng trứng và siêu âm theo dõi nang noãn

Xem phần "Phác đồ kích thích buồng trứng để thực hiện TTTON"

Chọc hút trứng

- Tiến hành sau khi tiêm hCG 34-36 tiếng
- Thực hiện qua ngả âm đạo, với siêu âm đầu dò âm đạo
- Bệnh nhân được tiền mê.

Tìm trứng

- Dịch nang sau khi hút được chuyển qua phòng nuôi cấy để tìm trứng
- Trứng tìm thấy được rửa sạch máu và chuyển qua môi trường nuôi cấy.
- Trứng được cấy trong môi trường cấy 4-6 giờ ở 37°C, 5% CO_2.

Chuẩn bị tinh trùng

Tinh trùng có thể được thu từ 03 nguồn

1. Tinh dịch
2. Mào tinh hay tinh hoàn bằng phẫu thuật
3. Tinh trùng trữ lạnh

Đối với tinh trùng từ tinh dịch

- Người chồng được hướng dẫn lấy tinh trùng bằng cách thủ dâm trong thời gian người vợ chọc hút trứng
- Tinh trùng sau ly giải được lọc bằng thang nồng độ

- Cặn thu được sẽ được rửa qua 2 lần trong môi trường rửa. Trong một số trường hợp, khi chất lượng tinh trùng quá yếu hay chỉ có ít tinh trùng, chỉ cần rửa qua tinh dịch trong môi trường
- Cặn thu được cuối cùng sẽ được giữ trong tube để làm ICSI

Đối với tinh trùng lấy từ mào tinh (PESA/MESA)

- Dịch mào tinh có thể được hút ra bằng cách (1) xuyên kim qua da (Percutaneous Epidydimal Sperm Aspiration) hay (2) bộc lộ mào tinh bằng vi phẫu (Microsurgical Epidydimal Sperm Aspiration)
- Dịch hút từ mào tinh được quan sát dưới kính hiển vi đảo ngược, chỉ giữ lại những mẫu có quan sát thấy tinh trùng di động.
- Quy trình lọc rửa tinh trùng tương tự đối với tinh trùng lấy từ tinh dịch.
- Cặn thu được cuối cùng sẽ được giữ trong tube để làm ICSI

Đối với tinh trùng lấy từ tinh hoàn (TESA/TESE)

- Mô tinh hoàn có thể được lấy bằng cách (1) đâm xuyên kim qua da (Testicular Sperm Aspiration) hay (2) phẫu thuật bộc lộ tinh hoàn (Testicular Sperm Extraction)
- Mô tinh hoàn thu được sẽ được xé nhỏ trong môi trường bằng forceps
- Quan sát mẫu thu được dưới kính hiển vi đảo ngược. Những mẫu nào thấy có tinh trùng mới được giữ lại để sử dụng.
- Quy trình lọc rửa tinh trùng tương tự đối với tinh trùng từ tinh dịch

Đối với tinh trùng trữ lạnh

- Mẫu trữ được lấy khỏi bình lưu trữ ở –196°C và để ở nhiệt độ phòng cho đến khi tinh dịch rã đông hoàn toàn
- Các bước chuẩn bị tinh trùng tương tự như đối với tinh trùng từ tinh dịch bình thường

Tiêm tinh trùng vào bào tương trứng

- Khoảng 4-6 tiếng sau chọc hút, trứng sẽ được tách khỏi lớp tế bào xung quanh bằng men (Hyaluronidase 80IU/ml) và bằng cơ học (pipette Pasteur).
- Chuyển trứng vào dĩa ICSI
- Chuẩn bị hệ thống vi thao tác, kim tiêm và kim giữ trứng.
- Tiêm tinh trùng sau khi đã bất động vào bào tương của trứng. Chỉ những trứng ở giai đoạn trưởng thành mới được sử dụng
- Trứng sau khi tiêm được chuyển vào môi trường cấy và cấy trong điều kiện 37°C, 5% CO_2

Kiểm tra thụ tinh

- Khoảng 18 giờ sau tiêm tinh trùng, tiến hành kiểm tra thụ tinh
- Đánh giá thụ tinh (sự hiện diện của các tiền nhân) dưới kính hiển vi đảo ngược
- Rửa trứng, chuyển qua hộp cấy chứa môi trường mới

Chuyển phôi

- Chuyển phôi được tiến hành vào ngày thứ hai sau chọc hút trứng
- Đánh giá chất lượng phôi dưới kính hiển vi đảo ngược, dựa vào tốc độ phát triển phôi và tỷ lệ fragment
- Chọn lựa phôi để chuyển, dựa vào một số yếu tố tiên lượng như tuổi, chất lượng phôi, nguyên nhân vô sinh và kết quả từ những chu kỳ trước.
- Những phôi còn dư lại sau chuyển phôi tươi, nếu có chất lượng tốt, sẽ được trữ lạnh để sử dụng sau này.

Hỗ trợ giai đoạn hoàng thể.

Sử dụng 1 trong 2 phác đồ sau:

- Progesterone (Susten 100mg, Utrogestan 100mg, hay Vageston 100mg, đặt âm đạo) phối hợp với Estradiol (Provames 2mg hay Progynova 2mg, uống)
- Progesterone phối hợp với hCG (Pregnyl 1500IU, chích). Đây là phác đồ thường chỉ được áp dụng cho những bệnh nhân không thuộc nhóm nguy cơ quá kích buồng trứng nặng.

Thử thai

- Định lượng β-hCG 14 ngày sau chuyển phôi, dương tính khi > 25 mIU/ml
- Nếu có thai, siêu âm kiểm tra số lượng túi thai, cũng như hình ảnh phôi tim thai vào 3 tuần sau đó.

CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT LẤY TINH TRÙNG

Vô sinh do không có tinh trùng là trường hợp không tìm thấy tinh trùng trong tinh dịch. Không tinh trùng thường chia làm hai loại: do tắc nghẽn và không do tắc nghẽn. Trong trường hợp không tinh trùng do tắc, tinh hoàn vẫn sinh tinh bình thường nhưng tinh trùng không thể ra bên ngoài. Nguyên nhân thường gặp là do bẩm sinh, nhiễm trùng đường sinh dục hoặc do thắt ống dẫn tinh. Phương pháp điều trị vô sinh không tinh trùng do tắc nghẽn phổ biến hiện nay trên thế giới là phẫu thuật lấy tinh trùng và thực hiện ICSI (tiêm tinh trùng vào bào tương trứng).

LẤY TINH TRÙNG TỪ MÀO TINH BẰNG XUYÊN KIM QUA DA (Percutaneous Epididymal Sperm Aspiration-PESA)

Là phương pháp thu tinh trùng mà không cần phẫu thuật mào tinh. Chỉ định thực hiện trên những bệnh nhân thăm khám thấy mào tinh căng phồng. Các bước tiến hành:

- Chuẩn bị môi trường thao tác tinh trùng từ ngày hôm trước.
- Người bệnh được gây tê tại chỗ và phối hợp với tiền mê.
- Giữ tinh hoàn và sờ nắm mào tinh tìm đoạn căng phồng nhất.
- Cố định mào tinh.
- Dùng kim gắn với syringe 1cc đâm xuyên qua da vào đoạn mào tinh căng phồng.
- Hút từ từ tới khi có dịch trong syringe.
- Pha dịch hút được từ mào tinh với ít môi trường.
- Tìm tinh trùng dưới kính hiển vi đảo ngược.
- Phương pháp lọc rửa tinh trùng sẽ tuỳ thuộc vào số lượng và độ di động của tinh trùng thu được.

PESA phương pháp ít xâm lấn, có thể thực hiện được nhiều lần, đơn giản và tinh trùng thu được thường ít lẫn máu và xác tế bào. Do đó, nhiều tác giả đề nghị PESA là phương pháp nên lựa chọn đầu tiên ở những trường hợp không tinh trùng do tắc nghẽn.

LẤY TINH TRÙNG TỪ MÀO TINH BẰNG VI PHẪU THUẬT (Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration-MESA)

Là phương pháp phẫu thuật mào tinh để thu tinh trùng. Thực hiện khi thất bại với phương pháp PESA. Các bước tiến hành:

- Chuẩn bị môi trường thao tác tinh trùng từ ngày hôm trước.
- Gây tê tại chỗ và phối hợp với tiền mê.
- Phẫu thuật viên rạch ngang da bìu phía mào tinh.
- Cắt màng bao mào tinh, bộc lộ búi ống mào tinh.
- Nhỏ môi trường lên mào tinh và dùng dao xẻ búi mào tinh, thường nơi mào tinh căng phồng nhất.
- Dùng syringe 1cc hút dịch chảy ra từ mào tinh.
- Pha dịch hút được từ mào tinh với ít môi trường.
- Tìm tinh trùng dưới kính hiển vi đảo ngược.

- Lọc rửa tinh trùng để loại bớt hồng cầu và các tế bào khác.

Phương pháp MESA có tính xâm lấn cao, dịch thu được thường lẫn nhiều hồng cầu và tình trạng dây dính nhiều sẽ gây khó khăn cho những trường hợp phải phẫu thuật lần sau. Thường được thực hiện khi thất bại với phương pháp PESA.

LẤY TINH TRÙNG TỪ TINH HOÀN BẰNG CHỌC HÚT
(Testicular Sprem Aspiration-TESA hay Fine Needle Aspiration-FNA)

Thực hiện trong những trường hợp mào tinh xơ chai, dây dính do những lần phẫu thuật trước đó hoặc không có mào tinh bẩm sinh mà tiên lượng không thể làm PESA hay MESA được.

- Chuẩn bị môi trường thao tác tinh trùng từ ngày hôm trước.
- Gây tê tại chỗ và phối hợp với tiền mê.
- Cố định tinh hoàn.
- Dùng kim gắn với syringe đâm qua da vào mô tinh hoàn và hút mạnh ra mẫu mô ống sinh tinh lẫn dịch trong tinh hoàn.
- Tìm tinh trùng trong dịch hút ra từ tinh hoàn dưới kính hiển vi đảo ngược.
- Xé nhỏ mẫu mô ống sinh tinh trong môi trường, tìm tinh trùng dưới KHV đảo ngược.
- Lọc rửa tinh trùng để loại bớt hồng cầu, các tế bào và mô ống sinh tinh.

LẤY TINH TRÙNG TỪ TINH HOÀN BẰNG PHẪU THUẬT XẺ TINH HOÀN
(Testicular Sperm Extraction-TESE)

Thực hiện ở những bệnh nhân giảm sinh tinh hoặc không tinh trùng không do tắc nghẽn hay thất bại khi thực hiện TESA.

- Chuẩn bị môi trường thao tác tinh trùng từ ngày hôm trước.
- Gây tê tại chỗ và phối hợp với tiền mê.
- Phẫu thuật bộc lộ tinh hoàn.
- Cắt vài mẫu mô tinh hoàn.
- Tách nhỏ các mẫu thu được trong môi trường.
- Tìm tinh trùng dưới kính hiển vi đảo ngược.
- Lọc rửa tinh trùng để loại bớt hồng cầu, các tế bào và mô ống sinh tinh.

TRỮ LẠNH VÀ RÃ ĐÔNG PHÔI

ĐẠI CƯƠNG

Trữ lạnh phôi là kỹ thuật lưu giữ các phôi có được sau các chu kỳ hỗ trợ sinh sản ở nhiệt độ –196^{0}C để sử dụng sau này. Việc triển khai thành công kỹ thuật trữ lạnh, rã đông và chuyển phôi sau rã đông giúp gia tăng tỷ lệ có thai cho một chu kỳ kích thích buồng trứng, đồng thời góp phần làm giảm tỷ lệ các tai biến có thể có của kích thích buồng trứng như quá kích buồng trứng nặng.

TRỮ LẠNH PHÔI

Bước 1: Chuẩn bị môi trường trữ lạnh:

Cho các loại môi trường trữ lạnh (được đánh dấu theo thứ tự 1, 2 và 3) với nồng độ chất bảo quản tăng dần vào các ô của hộp cấy 04 giếng

Bước 2: Chọn phôi để trữ

Phôi được trữ lạnh vào thời điểm ngày thứ hai sau cấy

Chọn những phôi nào có chất lượng tốt (4-6 tế bào, tỷ lệ fragment < 20%) để riêng vào 01 ô

Bước 3: Cho phôi tiếp xúc với môi trường trữ lạnh

- Cho phôi tiếp xúc với môi trường trữ phôi với thời gian lần lượt là 5 phút (môi trường 01), 10 phút trong môi trường 2 và 10 phút trong môi trường 03.
- Hút phôi vào ống chứa phôi trữ bằng plastic.
- Tất cả các thao tác trên đều được thực hiện trên kính hiển vi soi nổi (độ phóng đại 10-15 lần), ở nhiệt độ phòng.

Bước 4: Hạ nhiệt độ

- Phôi chứa trong ống chứa phôi trữ được cho vào buồng làm lạnh. Sử dụng hơi nitơ lỏng để hạ nhiệt độ trong buồng làm lạnh.
- Quá trình hạ nhiệt độ được bắt đầu từ nhiệt độ phòng (25°C) xuống -7°C. Tốc độ hạ nhiệt là 2°C/phút

Bước 5: Khởi phát đông lạnh

- Khi nhiệt độ buồng làm lạnh đạt -7°C, khởi phát đông lạnh được tiến hành bằng cách cho đầu forceps (đã được nhúng trong nitơ lỏng) tiếp xúc với ống chứa phôi trữ.
- Nhiệt độ trong buồng làm lạnh tiếp tục được hạ xuống -30°C, với tốc độ hạ nhiệt là 0.3°C/phút.
- Quá trình trữ lạnh được tiếp tục bằng hạ nhiệt độ nhanh trong buồng làm lạnh xuống -150°C, với tốc độ 30°C/phút.
- Toàn bộ quá trình hạ nhiệt độ kéo dài trong khoảng 90 phút.

Bước 6: Lưu giữ phôi trữ

- Lấy ống chứa phôi trữ ra khỏi buồng làm lạnh và nhanh chóng nhúng vào nitơ lỏng
- Cho ống chứa phôi vào một tube nhựa đã được cố định trên một thanh nhôm (đã ghi đầy đủ tên bệnh nhân, ngày chọc hút)
- Cho thanh nhôm vào thùng lưu trữ, bên trong có chứa nitơ lỏng ở nhiệt độ -196°C

- Ghi chú vào sổ quản lý họ tên bệnh nhân, số lượng phôi trữ, vị trí để phôi trong thùng lưu trữ

RÃ ĐÔNG PHÔI

Phôi sẽ được rã đông cùng ngày với ngày chuyển phôi trữ. Quá trình rã đông bao gồm các bước sau:

Bước 1: Chuẩn bị môi trường rã đông

Cho các loại môi trường rã đông được đánh dấu theo thứ tự 1, 2, 3 và 4 với nồng độ chất bảo quản giảm dần vào các ô của một hộp cấy 04 giếng

Bước 2: Chuẩn bị môi trường cấy phôi sau rã đông

Cho môi trường cấy phôi vào các ô của hộp cấy 04 giếng, để trong tủ cấy 37°C, 5% CO_2 ít nhất 2 tiếng trước khi rã phôi.

Bước 3: Xác định vị trí chứa phôi trữ

Đối chiếu họ tên bệnh nhân trong hồ sơ với các ký hiệu trên thanh nhôm có gắn ống chứa phôi trữ.

Bước 4: Rã đông phôi

- Lấy ống chứa phôi trữ khỏi nitơ lỏng, để trong không khí 30 giây
- Nhúng ống chứa phôi vào nước ấm 30oC trong 1 phút
- Lấy phôi ra một dĩa petri vô trùng

Bước 5: Cho phôi tiếp xúc với môi trường rã đông

- Lần lượt cho phôi tiếp xúc với các môi trường rã đông trong thời gian 5 phút (môi trường 1 và 2) và 10 phút đối với môi trường 3 và 4.
- Cho phôi vào hộp chứa môi trường cấy, để trong tủ ấm 37°C, 5% CO_2 trong 1 giờ.

Bước 6: Chuyển phôi sau rã đông

Kiểm tra, chọn phôi để chuyển (chỉ những phôi nào sống mới được sử dụng để chuyển vào buồng tử cung). Quá trình chọn phôi để chuyển được tiến hành trên kính hiển vi đảo ngược (có bệ sưởi ấm), độ phóng đại 200 lần.

Chuyển phôi được thực hiện khi niêm mạc tử cung thuận tiện (xem Chuẩn bị nội mạc tử cung).

CHUẨN BỊ NỘI MẠC TỬ CUNG ĐỂ CHUYỂN PHÔI TRỮ LẠNH

ĐẠI CƯƠNG

Chuẩn bị nội mạc tử cung được xem là một khâu quan trọng trong qui trình chuyển phôi trữ lạnh. Đây là một kỹ thuật sử dụng nội tiết ngoại sinh hay theo dõi sự thay đổi nội tiết nội sinh của cơ thể để tạo được sự chấp nhận của nội mạc tử cung đối với phôi trữ lạnh sau khi được rã đông và chuyển vào buồng tử cung.

Trong cơ thể người, nội mạc tử cung là nơi duy nhất mà không phải ở bất kỳ thời điểm nào, phôi cũng có thể bám dính và phát triển, ngoại trừ ở một giai đoạn ngắn có sự chấp nhận của nội mạc tử cung hay còn gọi là "cửa sổ làm tổ" của phôi. Do đó, xác định thời điểm chuyển chuyển phôi để trùng vào thời điểm "cửa sổ làm tổ" của phôi vào nội mạc tử cung là mấu chốt của kỹ thuật chuẩn bị nội mạc tử cung.

Có nhiều phương pháp để chuẩn bị nội mạc tử cung trong một chu kỳ chuyển phôi trữ lạnh, trong đó, có 3 phương pháp chính:

Chu kỳ tự nhiên

Phương pháp này không cần sử dụng nội tiết ngoại sinh để chuẩn bị nội mạc tử cung, thường được áp dụng cho những bệnh nhân trẻ tuổi, có phóng noãn đều đặn và có điều kiện theo dõi nội tiết và siêu âm mỗi ngày.

Từ ngày thứ 6 của chu kỳ kinh, bệnh nhân được bắt đầu định lượng LH trong máu hay trong nước tiểu mỗi ngày vào một giờ nhất định, thường là vào buổi sáng. Kết quả sẽ được điền vào một biểu đồ để có thể kịp thời phát hiện thời điểm khởi phát đỉnh LH.

Khi có xuất hiện nang vượt trội ở buồng trứng, bệnh nhân được siêu âm theo dõi bằng đầu dò âm đạo và kết hợp với định lượng LH để xác nhận đỉnh LH và sự phóng noãn. Khi nồng độ LH trong máu tăng đến 20 mIU/ml cần định lượng LH mỗi 12 tiếng để xác định đỉnh LH và chuyển phôi trữ sẽ được tiến hành vào khoảng 84 giờ sau thời điểm khởi phát đỉnh LH.

Phương pháp này tiết kiệm được chi phí sử dụng thuốc để chuẩn bị nội mạc tử cung, tuy nhiên, đối tượng áp dụng được chu kỳ tự nhiên là rất ít vì tốn thời gian, phiền hà do cần phải được theo dõi sát mỗi ngày và quan trọng là kết quả định lượng nội tiết phải chính xác, ổn định và có kết quả ngay.

Sử dụng nội tiết ngoại sinh để chuẩn bị nội mạc tử cung

Phương pháp này sử dụng kết hợp estradiol và progesterone để chuẩn bị nội mạc tử cung, cách này thường thuận tiện cho cả bệnh nhân và bác sĩ do không cần phải theo dõi thường xuyên và chi phí cũng không cao.

Liều estradiol trong pha nang noãn được sử dụng có thể thay đổi cho giống với chu kỳ tự nhiên (Provames, Progynova từ 2-6 mg/ngày) hay liều được giữ cố định suốt pha nang noãn với tỉ lệ thai lâm sàng không khác nhau. Thời gian sử dụng estradiol thông thường là 10-12 ngày để tạo điều kiện cho nội mạc tử cung được tiếp nhận và phát triển đầy đủ với estradiol.

Progesterone có thể được sử dụng đường đặt âm đạo (Utrogestan 300-600mg/ngày) hay đường tiêm bắp (Progesterone 50-100mg/ngày).

Nội mạc tử cung được đánh giá qua siêu âm đầu dò âm đạo. Để đánh giá sự đáp ứng của nội mạc tử cung và thăm dò liều nội tiết sử dụng cho từng bệnh nhân, có thể thực hiện chu kỳ sử dụng nội tiết thử nghiệm để chuẩn bị tốt hơn cho chu kỳ chuyển phôi thật sự.

Chuyển phôi trữ được thực hiện sau sử dụng progesterone 2-3 ngày.

Ở những phụ nữ có chu kỳ có phóng noãn, với cách sử dụng nội tiết như trên, đôi khi các bệnh nhân bị xuất huyết giữa chu kỳ và làm giảm tỉ lệ có thai. Đối với những trường hợp này có thể sử dụng kết hợp GnRH agonist gây tác dụng down – regulation trước khi sử dụng nội tiết.

Kích thích buồng trứng để chuẩn bị nội mạc tử cung

Phương pháp này được thực hiện bằng cách sử dụng thuốc kích thích buồng trứng để tạo sự phát triển nang noãn và phóng noãn, từ đó, nội mạc tử cung được chuẩn bị bằng estradiol và progesterone do quá trình phát triển nang noãn tạo thành.

Chuyển phôi trữ sẽ được tiến hành vào thời điểm như một trường hợp chuyển phôi sau thụ tinh trong ống nghiệm thông thường.

Phương pháp này có chi phí cao và có thể có các biến chứng của kích thích buồng trứng nên ít khi được sử dụng. Hơn nữa, nhiều nghiên cứu cho thấy nồng độ cao của estradiol trong pha hoàng thể, phá vỡ tỉ lệ thích hợp của estradiol và progesterone sẽ làm giảm sự chấp nhận của nội mạc tử cung và tỉ lệ có thai thấp. Tuy nhiên, với các nhà lâm sàng chưa có kinh nghiệm theo dõi sự thay đổi nội tiết nội sinh dẫn đến bỏ qua giai đoạn "cửa sổ chuyển phôi" và sử dụng nội tiết ngoại sinh chuẩn bị nội mạc tử cung dẫn đến xuất huyết tử cung chức năng, phương pháp này sẽ dễ dàng hơn cho việc chuẩn bị nội mạc tử cung và xác định thời điểm chuyển phôi trữ.

Tóm lại, kỹ thuật chuẩn bị nội mạc tử cung tốt kết hợp với kỹ thuật trữ và rã đông phôi tốt sẽ giúp đạt được tỉ lệ thai lâm sàng của chuyển phôi đông lạnh khá cao, tăng cơ hội có thai của một chu kỳ kích thích buồng trứng làm thụ tinh trong ống nghiệm cho bệnh nhân.

KỸ THUẬT THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM – CHO TRỨNG

ĐẠI CƯƠNG

Thụ tinh trong ống nghiệm – cho trứng là một kỹ thuật hỗ trợ sinh sản có sự tham gia của 3 người: người chồng, người vợ và người cho trứng. Người cho trứng được kích thích buồng trứng và chọc hút để lấy trứng; trứng của người cho sẽ được thụ tinh với tinh trùng của chồng người nhận bằng kỹ thuật IVF hay ICSI để tạo phôi; phôi sẽ được chuyển vào buồng tử cung đã được chuẩn bị bằng nội tiết ngoại sinh của người vợ.

CHỈ ĐỊNH

- Suy buồng trứng sớm
- Suy buồng trứng sau phẫu thuật
- Không quan sát được buồng trứng do dính
- Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng
- Thất bại trên 4 chu kỳ TTTON
- Tuổi tiền mãn kinh
- Mãn kinh sinh lý
- Bất thường di truyền
- Hội chứng kháng buồng trứng

TIÊU CHUẨN NGƯỜI CHO TRỨNG

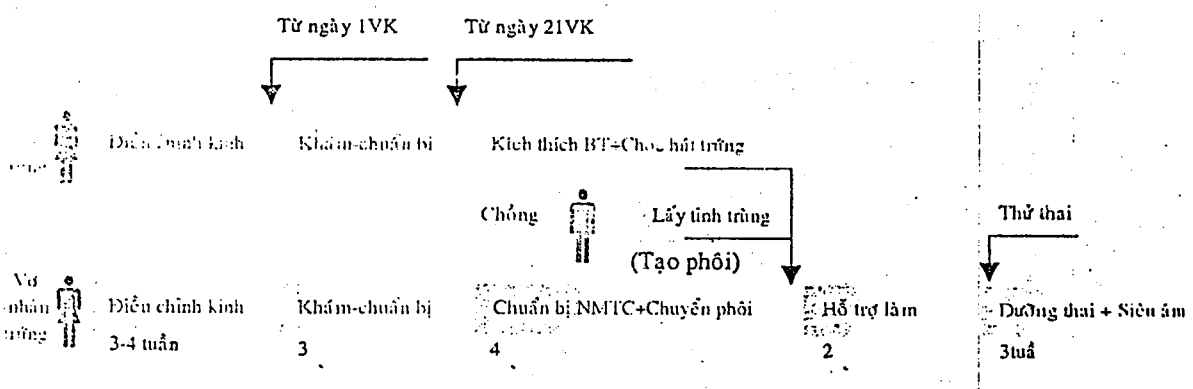
- Tuổi 18 – 35
- Đã có gia đình và có ít nhất một con bình thường khoẻ mạnh
- Con nhỏ nhất lớn hơn 12 tháng
- Không mắc bệnh lý nội ngoại khoa, bệnh lây truyền qua đường tình dục, bệnh lý di truyền nào
- Test HBsAg, HIV, BW âm tính
- Xét nghiệm nội tiết đánh giá chức năng buồng trứng bình thường
- Không có tiền căn phẫu thuật trên buồng trứng
- Không có khối u buồng trứng, lạc nội mạc tử cung, hội chứng buồng trứng đa nang
- Không đang cho con bú
- Không đang sử dụng nội tiết tránh thai

TIÊU CHUẨN NGƯỜI NHẬN TRỨNG

- Tuổi từ 18 – 45
- Vô sinh cần thực hiện kỹ thuật TTTON – cho trứng do có một trong các chỉ định kể trên.

QUY TRÌNH THỰC HIỆN

1. Thủ tục pháp lý: theo Nghị định của Chính phủ về Sinh con theo phương pháp khoa học tháng 2/2003 và Thông tư hướng dẫn của Bộ Y tế tháng 6/2003, người cho và nhận trứng phải thực hiện các cam kết tuân nguyên tắc tự nguyện cho và nhận trứng.
2. Khám tổng quát và thực hiện các khảo sát để nhận những người cho và nhận trứng đúng tiêu chuẩn
3. Sử dụng nội tiết để điều chỉnh chu kỳ kinh nguyệt của người cho và nhận trứng cho giống nhau.
4. Kích thích buồng trứng của người cho trứng song song với chuẩn bị nội mạc tử cung của người nhận trứng bằng nội tiết.
5. Chọc hút lấy trứng của người cho trứng
6. Tinh trùng của chồng người nhận được lấy cùng ngày với ngày chọc hút trứng
7. Thụ tinh trong ống nghiệm trứng người cho với tinh trùng chồng người nhận
8. Chuyển phôi vào buồng tử cung người nhận trứng. Hỗ trợ giai đoạn hoàng thể
9. Thử thai và hỗ trợ nội tiết thai kỳ nếu có thai.



Sơ đồ qui trình TTTON-cho trứng

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ

- Tuổi người cho và người nhận trứng
- Số lượng và chất lượng trứng
- Kỹ thuật chuẩn bị nội mạc tử cung
- Kỹ thuật tạo phôi
- Kỹ thuật chuyển phôi
- Chất lượng phôi chuyển vào buồng tử cung

CÁC ÍCH LỢI CỦA KỸ THUẬT TTTON – CHO TRỨNG

Các ích lợi của kỹ thuật TTTON – cho trứng so với kỹ thuật TTTON thông thường ở người phụ nữ bị suy giảm chức năng buồng trứng:

- Số lượng trứng có được nhiều và chất lượng trứng tốt hơn.
- Khả năng trứng bị bất thường nhiễm sắc thể thấp hơn do trứng được lấy từ người trẻ tuổi, do đó, tỉ lệ trẻ sanh ra bị dị tật thấp hơn. Nghiên cứu ở những phụ nữ có thai từ chính trứng của mình, tác giả Cunningham và cs. đã ghi nhận tỉ lệ trẻ bị bất thường nhiễm sắc thể là 0,1% ở mẹ 25 tuổi, tăng lên 2% ở mẹ 45 tuổi.

- Số lượng phôi nhiều hơn, chất lượng phôi tốt hơn
- Có phôi dư được trữ lạnh để sử dụng sau này
- Chi phí thấp hơn do số thuốc cần sử dụng để kích thích buồng trứng của người cho trứng ít hơn.
- Tỉ lệ có thai cao hơn, có thể đến 50%.

THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG QUÁ KÍCH BUỒNG TRỨNG

ĐẠI CƯƠNG

Quá kích buồng trứng (QKBT) là hội chứng thường gặp khi sử dụng thuốc kích thích buồng trứng (KTBT) để điều trị hiếm muộn, nhất là sau khi sử dụng hCG (Pregnyl hoặc Profasi).

Cơ chế bệnh sinh: chưa được hiểu rõ.

Sinh lý bệnh: do tình trạng tổn thương và tăng tính thấm thành mạch, gây tràn dịch đa màng, giảm nồng độ albumin máu và giảm thể tích tuần hoàn.

ĐỐI TƯỢNG NGUY CƠ

Những bệnh nhân có những yếu tố sau thuộc nhóm nguy cơ cao bị QKBT:

- Tuổi < 35
- Buồng trứng đa nang
- Loại và liều thuốc KTBT sử dụng
- Thụ thai trong chu kỳ điều trị
- Tiền căn QKBT
- Nồng độ estradiol trong huyết thanh > 6000pg/ml trước tiêm hCG
- Nồng độ estradiol tăng nhanh trong quá trình kích thích nang noãn
- Có nhiều nang (>15-20) kích thước trung bình và nhỏ (12-14mm) ở hai buồng trứng

PHÂN LOẠI QUÁ KÍCH BUỒNG TRỨNG

Theo triệu chứng lâm sàng (Golan, 1989)

Mức độ nhẹ: kích thước buồng trứng từ 5-10 cm

+ Độ 1: căng bụng, đau, khó chịu
+ Độ 2: độ 1 + buồn nôn, nôn, tiêu chảy

Mức độ vừa: kích thước buồng trứng từ 10-12 cm

+ Độ 3: độ 2 + dấu hiệu báng bụng trên siêu âm

Mức độ nặng: kích thước buồng trứng > 12 cm

+ Độ 4: độ 3 + báng bụng rõ trên lâm sàng, tràn dịch màng phổi và khó thở nhiều
+ Độ 5: độ 4 + cô đặc máu, giảm thể tích tuần hoàn, thiểu niệu

Theo thời gian khởi phát

QKBT sớm

Xảy ra trong vòng 7 ngày kể từ ngày tiêm hCG

QKBT muộn

Xảy ra hơn 7 ngày sau chích hCG, do hCG từ thai tiết ra. QKBT muộn thường kéo dài và nặng hơn so với QKBT sớm.

ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị là điều trị triệu chứng và bảo tồn, hạn chế các can thiệp ngoại khoa. Chỉ can thiệp ngoại khoa khi buồng trứng vỡ gây xuất huyết nội hay buồng trứng bị xoắn. Chiến lược theo dõi và điều trị tuỳ mức độ nặng nhẹ của hội chứng.

Điều trị ngoại trú:

Trong trường hợp QKBT nhẹ

- Nghỉ ngơi, hạn chế hoạt động.
- Uống nhiều nước, khoảng 2 lít nước mỗi ngày.
- Ăn thực phẩm nhiều đạm và ăn mặn.
- Theo dõi:
  + Đo vòng bụng, cân nặng
  + Theo dõi lượng nước tiểu mỗi ngày.
- Dấu hiệu chuyển nặng:
  + Chán ăn, buồn nôn, nôn nhiều, không uống được
  + Cân nặng và vòng bụng tiếp tục tăng nhanh
  + Tiểu ít đi (dưới 500ml nước tiểu / 24 giờ)
  + Khó thở

Khi có dấu hiệu chuyển nặng, bệnh nhân cần được nhập viện ngay.

Điều trị nội trú:

Trong trường hợp QKBT trung bình và nặng

- Nghỉ ngơi tuyệt đối
- Xét nghiệm theo dõi:
  + Công thức máu, hematocrit
  + Albumin máu
  + Ion đồ
  + Siêu âm
- Bù dịch
  + Human albumin (20%, 25%) từ 50-100ml / ngày
  + Gelafundin
  + Natri clorua 0,9%
  + Glucose 5%
  + Hạn chế dùng lactate ringer vì QKBT thường có sẵn tình trạng tăng kali máu
- Chọc dò, dẫn lưu dịch ổ bụng, màng phổi, màng tim để điều trị triệu chứng

  Ổ bụng: có thể chọc giải áp khi có các triệu chứng sau
  + Bụng quá căng
  + Khó thở
  + Thiểu niệu
  + Ăn uống kém, suy kiệt do bụng căng

  Màng phổi: Khi có tràn dịch màng phổi nặng gây chèn ép nhu mô phổi, giảm chức năng hô hấp, $SpO_2 < 90\%$

  Màng tim: Khi có tràn dịch màng tim làm suy giảm chức năng co bóp của tim
- Theo dõi:
  + Cân nặng, vòng bụng
  + Lượng dịch vào / ra mỗi 12 giờ
  + Dấu hiệu sinh tồn
  + Công thức máu, hematocrit
  + Ion đồ, albumin
  + Chức năng gan, thận

DỰ PHÒNG

Chú ý theo dõi những bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao trong quá trình KTBT để có hướng xử trí thích hợp:

- Sử dụng phác đồ thích hợp với liều thuốc thích hợp đối với từng bệnh nhân (như phác đồ 'liều thấp-tăng liều dần' cho bệnh nhân PCOS...)
- Giảm liều thuốc KTBT hoặc ngưng KTBT, không tiêm hCG khi có nguy cơ QKBT nặng
- Sử dụng hCG liều thấp (5000 đơn vị) thay vì liều cao (10000 đơn vị)
- Không chuyển phôi, trữ phôi toàn bộ (với bệnh nhân điều trị TTTON)
- Không sử dụng hCG trong hỗ trợ giai đoạn hoàng thể

KỸ THUẬT GIẢM THAI TRONG ĐA THAI SAU ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN

ĐẠI CƯƠNG

Kích thích buồng trứng phối hợp với các phương pháp hỗ trợ sinh sản đã làm cho tỉ lệ có thai tăng lên rõ rệt trong các chu kỳ điều trị vô sinh, tuy nhiên, cũng làm tăng tỉ lệ đa thai. Tỉ lệ đa thai ở các chu kỳ kích thích buồng trứng khoảng 20%, trong đó, tam thai trở lên khoảng 8%.

Giảm thai được xem là một phương thức hiệu quả để giảm các nguy cơ cho mẹ và con trong các thai kỳ đa thai.

CHỈ ĐỊNH CỦA KỸ THUẬT GIẢM THAI

Bệnh nhân sau điều trị vô sinh bằng kích thích buồng trứng, bơm tinh trùng vào buồng tử cung, thụ tinh trong ống nghiệm có tam thai trở lên.

Kỹ thuật giảm thai được thực hiện qua ngả âm đạo, dưới hướng dẫn siêu âm đầu dò âm đạo, lúc thai khoảng 7 - 9 tuần.

KỸ THUẬT THỰC HIỆN

- Chuẩn bị bệnh nhân, tư vấn cho bệnh nhân về kỹ thuật giảm thai và chỉ thực hiện khi đã có cam kết của bệnh nhân
- Xét nghiệm:
  + HIV, BW, HbsAg
  + Công thức máu, nhóm máu
  + Tiểu cầu, TS, TC
  + Chức năng gan, thận
  + Điện tâm đồ
- Khám tiền mê trước thủ thuật
- Sử dụng kháng sinh dự phòng một ngày trước thủ thuật
  + Augmentin 3g chia làm 3 lần trong ngày tiêm TMC
- Kỹ thuật tiến hành:
  + Siêu âm đầu dò âm đạo để xác định chính xác số túi thai có phôi và tim thai
  + Chọn lựa túi thai để tiến hành thủ thuật tuỳ vào vị trí các túi thai, mối liên quan giữa các phôi thai trong các túi thai, tình trạng nhau, túi ối
  + Dùng kim chọc hút gắn lên cần mang kim chọc qua cùng đồ âm đạo dưới hướng dẫn siêu âm đầu dò âm đạo, vào túi thai đến phôi thai.
  + Sau khi kim vào đến phôi thai, dùng một syringe 10ml gắn vào kim tạo một lực hút lên phôi. Hút lặp lại nhiều lần cho đến khi toàn bộ hay phần lớn mô phôi thai được hút ra ngoài (trung bình thời gian hút cho một phôi khoảng 5 phút, nếu người làm đã nắm vững kỹ thuật). Tránh hút nước ối để có thể quan sát rõ phôi thai trong suốt quá trình thực hiện và dễ theo dõi sau này. Trong hầu hết các trường hợp, phản âm phôi mất hoàn toàn hay còn rất nhỏ, túi thai vẫn còn nguyên kích thước hay hơi nhỏ đi một chút.

+ Thủ thuật được lặp lại cho túi thai khác nếu là các trường hợp nhiều hơn tam thai.
+ Số thai để lại theo chúng tôi khuyến cáo là 2, tuy nhiên, số thai để lại cuối cùng tuỳ theo vị trí của các túi thai, tình trạng của các túi ối, bánh nhau và quyết định cuối cùng của bệnh nhân.

- Theo dõi sau thủ thuật:
  + Người bệnh được lưu lại trong viện 3 ngày.
  + Sử dụng thuốc giảm co: spasfon, salbutamol, progesterone
  + Tiếp tục sử dụng kháng sinh đến 5 ngày nếu không có biến chứng
  + Siêu âm kiểm tra sau 3 ngày
  + Hẹn tái khám thai định kỳ mỗi tháng.
  +

CÁC BIẾN CHỨNG

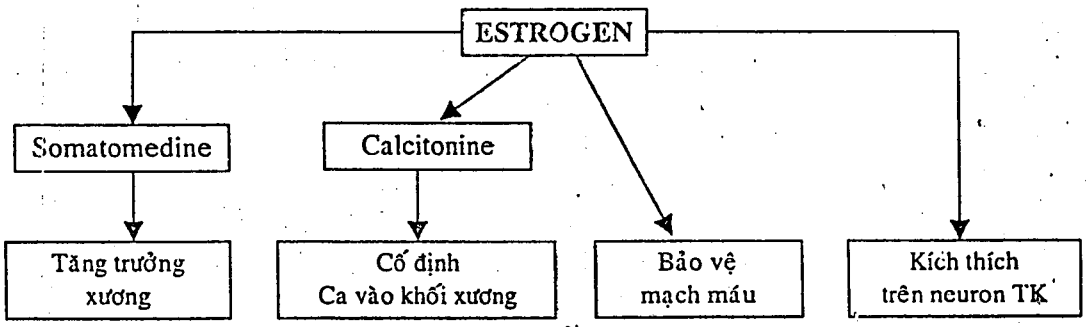
- Sẩy thai: sẩy các thai còn lại sau khi đã hút bớt một số phôi thai.
- Thai lưu
- Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh.
- Xuất huyết nội do chảy máu tại chỗ đâm kim vào cơ tử cung: cần mổ bụng cầm máu.

ĐIỀU TRỊ NỘI TIẾT THAY THẾ CHO PHỤ NỮ TUỔI MÃN KINH

ĐẠI CƯƠNG

Tuổi mãn kinh và các vấn đề có liên quan

- Giai đoạn tiền mãn kinh: thường đến với phụ nữ 45-50 tuổi, tuổi mãn kinh trung bình khoảng 50 tuổi.
- Định nghĩa mãn kinh: vô kinh ≥12 tháng
  FSH ≥ 40 mUI/ml
- Tuổi mãn kinh: là giai đoạn sinh lý bình thường của người phụ nữ. Là tuổi có nhiều bệnh lý như:
  + Loãng xương
  + Ung thư
  + Rối loạn ý thức (bệnh Alzheimer)
  + Rối loạn tim mạch
  + Rối loạn thần kinh thực vật
- Mãn kinh:
  + Trứng không phát triển => estrogen giảm
  + Trứng không rụng => không có progesterone



Do đó thiếu hụt estrogen sẽ gây ảnh hưởng đến các hệ cơ quan sau:

- Hệ xương, khớp: loãng xương, thoái hóa khớp.
- Hệ tim mạch: xơ cứng động mạch, thiểu năng vành.
- Hệ tâm thần kinh: nhức đầu, mất ngủ, giảm trí nhớ.
- Hệ nội tiết, hệ vận mạch: bốc nóng mặt, chóng mặt, vã mồ hôi, hồi hộp.
- Hệ các cơ quan vùng chậu: teo âm đạo, khô, ngứa âm hộ, viêm âm đạo, viêm nhiễm nội mạc tử cung, rong kinh, sa sinh dục, sa bàng quang, són tiểu.

CHỈ ĐỊNH CỦA LIỆU PHÁP HORMON THAY THẾ (LPHTT)

- Điều trị triệu chứng liên quan đến sự thiếu hụt Estrogen.
- Dự phòng, điều trị loãng xương.
- Dự phòng bệnh Alzheimer.

CÁC ĐIỀU CẦN LÀM TRƯỚC KHI BẮT ĐẦU ĐIỀU TRỊ

Khám lâm sàng

Hỏi

- Diễn biến kinh nguyệt: xác định giai đoạn của thời kỳ mãn kinh
- Xác định các vấn đề sức khỏe liên quan đến mãn kinh:
  + Rối loạn vận mạch: bốc hỏa, toát mồ hôi, hồi hộp tim
  + Rối loạn tâm sinh lý: cáu gắt, nóng nảy, buồn vô cớ
  + Rối loạn tiết niệu sinh dục: són tiểu, tiểu gắt
  + Bệnh lýloãng xương
  + Bệnh tim mạch
  + Bệnh Alzheimer
- Tiền sử bản thân:
  + Dùng nội tiết
  + Viêm tắc tĩnh mạch
  + Các bệnh mãn tính, rối loạn chuyển hóa, bệnh nội tiết
  + Các u bướu nếu có, cắt tử cung(lý do)
  + Dị ứng
  + Lối sống:cà phê, thuốc lá , rượu, chế độ ăn, thể dục
- Tiền sử gia đình: loãng xương, tim mạch, ung thư

Khám

Lâm sàng tổng quát, khám phụ khoa(mức độ khô teo, u bướu)

Cận lâm sàng

- Huyết đồ
- Sinh hoá máu: glycemie, cholesterol toàn phần, triglycerides, HDL, LDL
- Chức năng thận:BUN/ urea huyết, creatinin, acid uric
- Chức năng gan: SGOT, SGPT
- Calci huyết
- ECG, siêu âm tim(nếu cần)
- Nhũ ảnh
- Pap's smear
- Soi cổ tử cung
- Siêu âm vùng chậu và bụng tổng quát
- Sinh thiết nội mạc tử cung khi có rong kinh, rong huyết bất thường, hoặc khi độ dày nội mạc tử cung ≥ 10mm
- Mật độ xương, độ hao mòn xương
- Các xét nghiệm khác khi cần

Loại trừ các trường hợp chống chỉ định

- Xuất huyết âm đạo chưa rõ nguyên nhân
- K vú, tiền căn mổ K vú
- K nội mạc tử cung chưa điều trị
- Các khối u chưa rõ bản chất
- Huyết khối tĩnh mạch
- Thuyên tắc phổi
- Các bệnh nội tiết đang tiến triển như basedow, tiểu đường
- Triglycerides > 750 mg/ml(tuyệt đối), > 300 mg/ml(tương đối)

ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc

- Estrogen + Progestogen nếu còn tử cung.
- Estrogen thiên nhiên nếu đã cắt tử cung, tuy nhiên vẫn nên phối hợp với Progestogen để giảm căng vú và tăng sinh tuyến vú.

Thời gian sử dụng

- Điều trị triệu chứng (vận mạch, niệu sinh dục): 3-6 tháng.
- Điều trị loãng xương , Alzheimer :2-3 năm, nghỉ 1-2 năm rồi uống trở lại nếu thấy cần thiết.

Điều trị bổ trợ

Bốc hoả

+ Clonidine 0,05-0,15 mg/ngày
+ Propanolol 40 mg/ngày (giảm hồi hộp tim)
+ Biện pháp khác: cải thiện môi trường, không dùng chất kích thích, tập thể dục

Viêm teo âm đạo

+ Chất bôi trơn tan trong nước
+ Ovestin đặt âm đạo

Giảm ham muốn tình dục

+ Đường uống: Methyltestosterone 1,25 – 10mg/ngày (Andriol).
+ Đường tiêm: Testosterone enanthate 75 – 150mg/tháng (Sustanon).

Són tiểu do tăng áp ổ bụng:

+ Phenylpropanolamine 50 mg/ngày

Loãng xương

+ Đường uống: bổ sung Calcitriol, Vit D, Calci.
+ Đường tiêm: Nandrolone decanoate 150mg/9 tuần
+ (Deca-Durabolin 1 ống 50mg)

THEO DÕI TRONG QUÁ TRÌNH SỬ DỤNG LPHTT

- Lần đầu tiên sử dụng:3 tháng trở lại khám
- Sau đó: mỗi 6-12 tháng/ lần
- Nếu có gì bất thường thì tái khám ngay
- Nếu huyết áp cao: chuyển không dùng dạng uống và điều trị huyết áp
- Triglycerides >250mg%: cần điều trị thuốc giảm lipid máu
- Khám nhũ, nhũ ảnh 2 năm/lần
- Pap's mear định kỳ mỗi năm
- Siêu âm đầu dò âm đạo, sinh thiết/ nội soi buồng tử cung nếu có rong huyết bất thường.
-

PHÁT HIỆN VÀ XỬ TRÍ CÁC TÁC DỤNG PHỤ

- Buồn nôn, nôn: uống thuốc sau ăn
- Căng vú: giảm liều, giảm đau
- Giữ nước: lợi tiểu nhẹ
- Rong huyết: trấn an, uống liên tục, theo dõi/ sinh thiết nội mạc tử cung nếu cần

XỬ TRÍ KHI CÓ CÁC TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG PHỐI HỢP

- Nếu có tiểu đường đã điều trị ổn định: vẫn sử dụng LPHTT được, cần kiểm tra Triglycerides
- Cao huyết áp: nếu huyết áp tối đa ≥ 140 mmHg cần hạ áp trước, nếu vẫn còn cao chuyển không dùng dạng uống
- Huyết khối tĩnh mạch: không dùng LPHTT
- Ung thư đã điều trị: cần cân nhắc, có thể dùng estrogen thiên nhiên
- Viêm gan siêu vi B: nếu cấp chờ ổn định, mãn sử dụng LPHTT
- Gan nhiễm mỡ: không chống chỉ định dùng LPHTT
- Suy thận: chờ điều trị ổn trước
- Xơ nang tuyến vú: không chống chỉ định dùng LPHTT
- Adenoma tuyến vú: nếu có tiền căn gia đình K vú cần cân nhắc
- U xơ tử cung chưa điều trị: dùng phối hợp estrogen/progestogen liên tục, siêu âm kiểm tra định kỳ 6-12 tháng
- Đối với trường hợp phức tạp khác: cần hội chẩn chuyên môn sâu

PHẦN X

KHÁM PHỤ KHOA

NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH DỤC (NKĐSD)

1. Các hội chứng/ bệnh thường gặp và các tác nhân gây bệnh:

- **Hội chứng tiết dịch âm đạo:** viêm âm đạo do trùng roi, nấm men *candida*, vi khuẩn kỵ khí; Viêm cổ tử cung mủ nhày do lậu cầu khuẩn, *C. trachomatis*.
- **Hội chứng tiết dịch niệu đạo:** do lậu cầu, *C. trachomatis*.
- **Hội chứng đau bụng dưới** ở phụ nữ (viêm tiểu khung) do các tác nhân: lậu cầu, *C.trachomatis, G. vaginalis* và các vi khuẩn kị khí âm đạo.
- **Hội chứng loét sinh dục** ở nam và nữ: do các tác nhân xoắn khuẩn giang mai, trực khuẩn hạ cam, *herpes* sinh dục.
- **Bệnh sùi mào gà sinh dục** ở nam và nữ do vi-rút sùi mào gà.

2. Các hậu quả của NKĐSS

NKĐSS có thể gây nhiều hậu quả, đặc biệt trong trường hợp không điều trị hoặc điều trị không đầy đủ.

- Gây viêm tiểu khung dẫn đến nguy cơ thai ngoài tử cung, vô sinh.
- Một số NKĐSS gây sẩy thai, đẻ non và trẻ đẻ thiếu cân
- Lây nhiễm sang trẻ sơ sinh trong quá trình thai nghén; thời kỳ chu sinh và cho con bú: có thể gây viêm kết mạc mắt trẻ sơ sinh và biến chứng mù loà, viêm phổi, viêm màng não, thiểu năng trí tuệ ở trẻ em, giang mai bẩm sinh, nhiễm HIV ...
- Một số NKĐSS còn làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV, đặc biệt là các bệnh có loét ở đường sinh dục.
- Tăng nguy cơ ung thư cổ tử cung
- Các trường hợp nhiễm khuẩn không triệu chứng là nguyên nhân làm tăng số bệnh nhân trong cộng đồng do họ không biết mình bị bệnh, đồng thời chính họ cũng bị biến chứng do không chữa trị.

3. Khai thác tiền sử và bệnh sử: Các thông tin sau cần được khai thác:

- Triệu chứng hiện tại
- Thời gian xuất hiện triệu chứng bệnh
- Lần giao hợp cuối cùng
- Liên quan giữa triệu chứng và giao hợp: gây đau hoặc làm triệu chứng nặng lên
- Đã có vợ, chồng hay bạn tình thường xuyên chưa?
- Vợ, chồng hoặc bạn tình có triệu chứng, được chẩn đoán hoặc có nguy cơ viêm nhiễm đường sinh sản không?
- Đã có lần nào ra khí hư hoặc bị bệnh tương tự/ NKLTQĐTD chưa? Bao nhiêu lần?
- Thuốc và các biện pháp điều trị đã và đang sử dụng
- Tiền sử dị ứng thuốc
- Tiền sử kinh nguyệt và thai nghén
- Tiền sử sản phụ khoa: sảy thai, đặt vòng, nạo hút thai...
- Tiền sử hoặc hiện đang nghiện, chích ma túy, xăm trổ.

4. Thông tin và tư vấn về nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục

Giáo dục và tư vấn về hành vi tình dục an toàn cần được áp dụng với mọi trường hợp mắc NKLTQĐTD. Các vấn đề chính cần tư vấn là:

- Các hậu quả của NKLTQĐTD đối với nam và nữ, đặc biệt là trong trường hợp tự điều trị, không được điều trị đúng và đầy đủ.

- Tuân thủ phác đồ điều trị, đến khám lại theo lịch hẹn
- Khả năng lây truyền cho vợ/chồng, bạn tình và điều trị cho vợ/chồng bạn tình.
- Tình dục an toàn và sử dụng bao cao su để tránh lây nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV, đồng thời phòng tránh có thai ngoài ý muốn
- Nguy cơ lây nhiễm HIV, tư vấn trước khi xét nghiệm HIV.

5. Các trường hợp cần tư vấn về xét nghiệm HIV

- Tất cả bệnh nhân mắc NKLTQĐTD đều cần được đánh giá nguy cơ mắc và lây truyền HIV, vì vậy tất cả bệnh nhân mắc NKLTQĐTD đều cần được tư vấn và đề nghị xét nghiệm HIV.

Đặc biệt chú ý đến các bệnh nhân mắc bệnh giang mai, herpes sinh dục, hạ cam, nấm candida hầu họng, các NKLTQĐTD không đáp ứng với điều trị thông thường, các trường hợp với biểu hiện lâm sàng nặng và hay tái phát.

HỘI CHỨNG TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO

Nguyên nhân thường gặp:

- Nấm men gây viêm âm hộ - âm đạo.
- Trùng roi gây viêm âm đạo.
- Vi khuẩn gây viêm âm đạo vi khuẩn.
- Lậu cầu khuẩn gây viêm cổ tử cung mủ nhày và viêm niệu đạo.
- *Chlamydia trachomatis* gây viêm cổ tử cung mủ nhày và viêm niệu đạo.

VIÊM ÂM ĐẠO - ÂM HỘ DO NẤM

1-Tác nhân : nấm *Candidas albicans.*

2-Triệu chứng:

- Ngứa âm hộ, đau rát âm đạo khi thăm khám.
- Khí hư trắng đục, dầy như váng sữa, đóng thành khúm hoặc dính chặt vào thành âm đạo.
- Yếu tố thuận lợi:

Thai nghén

Tiểu đường

Dùng kháng sinh/ corticoid kéo dài

Nấm phát triển ở môi trường pH $\angle$ 5

Khoảng 15-30% người phụ nữ nhiễm nấm không có triệu chứng.

- Cận lâm sàng:

-soi tươi khí hư với KOH 10% hoặc nước muối sinh lý→ sợi nấm hay bào tử nấm

-nhuộm Gram

-cấy trên môi trường Sabouraud's

3-Điều trị:

- Ngứa âm hộ: kem Nystatin hay Clotrimazole thoa 2 lần/ ngàyx 7-14 ngày.
- Đặt âm đạo:

Nystatin viên đặt 100.000 UI 1-2viên/ngày x10-14 ngày, hoặc
Miconazole 200mg, viên đặt âm đạo, 1 viên x 3 ngày, hoặc
Clotrimazole 100mg, viên đặt âm đạo, 1 viên/ngày x 3 ngày, hoặc
Clotrimazole 500mg, viên đặt âm đạo, 1 liều duy nhất, hoặc

- Đường uống:

Nystatin 500.000 UI: 1v x 3 lần/ ngày x 10 ngày, hoặc
Itraconazole (Sporal) 100mg uống 2viên/ ngày x 3 ngày lúc no, hoặc
Fluconazole (Diflucan) 150 mg uống 1viên liều duy nhất lúc no

- Tái nhiễm:

Clotrimazole 100 mg, viên đặt âm đạo, 1 viên x12 ngày
Thất bại tăng liều 200 mg/đêm x 12 ngày
Điều trị dự phòng tái nhiễm: Clotrimazole đặt ÂĐ 500mg/tuần mỗi 1,2,3 tháng tùy trường hợp
Tái nhiễm 4 lần/ năm trở lên nên tìm các yếu tố nguy cơ và dùng thuốc kháng nấm đường uống như Ketoconazole 100 mg/ngày hoặc Fluconazole 150 mg/ tuần (6 tháng) đồng thời điều trị cho người bạn tình.

4- **Yếu tố nguy cơ:**

-Những trường hợp tái phát dặn bệnh nhân giữ vệ sinh khô, sạch, tránh các chấn thương đường sinh dục và tránh những yếu tố nguy cơ như: mặc quần lót nylon quá chật, quần Jean.
-Khi chùi rửa âm hộ nên theo hướng từ trước ra sau.
-Có thai, dùng corticoid, kháng sinh và thuốc suy giảm miễn dịch, tiểu đường, các bệnh hoa liễu...
-Có khi chính bạn tình là nguồn lây nhiễm và tái nhiễm.

VIÊM ÂM HỘ – ÂM ĐẠO DO *TRICHOMONAS*

1- Tác nhân: đơn bào dạng trùng roi *Trichomonas vaginalis* lây truyền như một bệnh hoa liễu.

2- Triệu chứng:

- Khí hư vàng xanh, có bọt, có mùi tanh cá, hôi, lượng nhiều.
- Ngứa rát âm hộ, âm đạo, giao hợp đau.
- Thành âm đạo, cổ tử cung viêm đỏ, hình ảnh quả dâu tây.
- PH âm đạo thường > 5,0.
- 10 – 15% phụ nữ nhiễm không có triệu chứng.
- Cận lâm sàng: soi tươi với nước muối sinh lý thấy trùng roi di động, nhiều bạch cầu.

3- Điều trị:

- Đường uống:

Metronidazole 500 mg x 2 lần / ngày x 7 ngày,hoặc
Metronidazole 2g hoặc
Tinidazole 2g uống liều duy nhất (sau ăn), hoặc
Clindamycin 300mg uống ngày 2 lần x 7 ngày.
Tránh: uống rượu trong 24 giờ sau khi uống thuốc
Điều trị cho bạn tình với liều tương tự

- Tại chỗ:

Flagyl 500mg: 1 viên đặt âm đạo/ đêm x 10 -15 ngày.
Nếu không hiệu quả Metronidazole

Không dùng Metronidazole trong 3 tháng đầu thai kỳ và khi cho con bú

4 - Lưu ý:

- Là bệnh lây qua đường tình dục, do đó phải tìm các tác nhân khác (lậu, *Clamydia trachomatis*, giang mai, HIV) kèm theo để điều trị
- Phải điều trị *T. vaginalis* cho bạn tình dù không chẩn đoán được (vì rất khó tìm được *T. vaginalis* trong dịch niệu đạo nam giới).

NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO

1- Tác nhân: viêm âm đạo do tạp khuẩn

Có thể tìm thấy trong 10 - 30% phụ nữ không có triệu chứng.

2- Triệu chứng:

- Khí hư nhiều, lỏng, màu vàng, xám, gây khó chịu tại chỗ mà không ngứa, có mùi tanh cá, hôi.
- Có mùi hôi sau khi giao hợp, lúc rụng trứng hay lúc hành kinh.
- Niêm mạc âm đạo thường không viêm.
- Cận lâm sàng:

Whiff/ sniff test: bệnh phẩm + 1 giọt KOH 10%: bốc mùi cá thối.

Nhuộm Gram: thấy "Clue cell" là đám tế bào coccobacilli nổi lên gắn với tế bào thượng bì âm đạo như khảm.

Độ pH dịch âm đạo > 4,5

3- Điều trị:

- Uống (không dùng khi mang thai và cho con bú):

Metronidazole: 500 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày hay
2g liều duy nhất.

Tinidazole: 2g (4 viên) liều duy nhất.

Clindamycine: 300mg x 2 lần/ngày x 7 ngày.

- Tại chỗ: (hiệu quả tương đương đường uống)

Metronidazole gel 0,75% thoa âm đạo 5g x 1lần/ ngày x 5 ngày.

Clindamycine gel 2% thoa âm đạo 5g/đêm x7 ngày.

VIÊM CỔ TỬ CUNG DO *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

1-Tác nhân:

Do *Chlamydia trachomatis* (type huyết thanh D-K) là một bệnh lây qua đường tình dục quan trọng, gây viêm sinh dục với nhiều dạng lâm sàng khác nhau (viêm cổ tử cung, niệu đạo, tuyến Bartholin, NMTC, tai vòi...).

Thường đi chung với nhiễm lậu cầu. Ở một số nơi thống kê thấy viêm do *Chlamydia* còn gặp nhiều hơn do lậu cầu.

2- Triệu chứng: 50% - 75 % không có triệu chứng

- Viêm âm hộ, âm đạo
- Viêm phần phụ bán cấp hay cấp gây đau dai dẳng.
- Có thể chỉ được phát hiện khi đến điều trị vô sinh hay thai ngoài tử cung.
- Có khi kết hợp với viêm âm đạo.
- Viêm cổ TC : dịch tiết cổ TC như mủ
- Cận lâm sàng:

-Lấy bệnh phẩm tốt nhất là ở cổ trong cổ tử cung, nhuộm Gram không thấy lậu cầu.

Nhuộm miễn dịch huỳnh quang, sử dụng kháng thể đơn dòng phát hiện kháng nguyên *Chlamydia*.

- Cấy tế bào (phòng xét nghiệm nước ta chưa thực hiện được).

3- Điều trị:

- Doxycycline 100 mg (uống) x 2 lần/ngày x 7 ngày, hoặc
- Tetracycline 500 mg (uống) x 4 lần/ ngày x 7 ngày, hoặc
- Azithromycin 1g (uống) liều duy nhất, hoặc
- Ofloxaxin 300mg uống 2 lần ngày x 7 ngày.
- Có thai: Erythromycine (uống) 500mg x 4 lần/ngày x 7 ngày, hoặc
  Amoxycilline (uống) 500 mg x 3 lần/ngày x 7 ngày, hoặc
  Azithromycin 1 g (uống) liều duy nhất.

4- Chú ý:

- Nên điều trị lậu cầu đồng thời với điều trị *Chlamydia*.
- Điều trị bạn tình.
- Kiêng quan hệ tình dục cho đến khi kết thúc điều trị.
- Các hậu quả của bệnh có thể là nhiễm trùng ngược dòng, thai ngoài tử cung, vô sinh...

VIÊM CỔ TỬ CUNG DO LẬU

1- Tác nhân:

là một bệnh lây truyền qua đường tình dục do lậu cầu (*Neisseria gonorrhea* - song cầu Gram âm) gây nên.

2- Triệu chứng:

- Ở phụ nữ thường không có triệu chứng (50% trường hợp).
- Biểu hiện cấp tính: vị trí nhiễm trùng xuất phát từ cổ TC, sau đó ở niệu đạo, trực tràng).

+ đái buốt, tiểu mủ
+ khí hư nhiều, vàng đặc hoặc vàng xanh từ cổ TC, mùi hôi.
+ niêm mạc âm đạo viêm cấp, CTC đỏ, phù nề, chạm chảy máu.

- Biến chứng: viêm tuyến Skene, Tuyến Bartholin, viêm vòi trứng, buồng trứng và viêm hố chậu gây thai ngoài TC, vô sinh, viêm hậu môn, trực tràng ..
- Cận lâm sàng:

+ lấy bệnh phẩm tốt nhất ở cổ trong CTC và niệu đạo
+ nhuộm Gram: song cầu Gram âm nội bào(+) chỉ trong khoảng 50% trường hợp (kết quả nhuộm Gram để chẩn đoán lậu cầu không có tin cậy cao).
+ nuôi cấy thạch Chocolate (Thayer -Martin)

3- Điều trị:

- ***Điều trị lậu không biến chứng:***

Ceftriaxone (Rocephin) 250 mg TB liều duy nhất, hoặc
Spectinomycine (Trobicin) 2 g TB liều duy nhất, hoặc
Cefotaxime (Claforan) 1g TB liều duy nhất, hoặc
phối hợp với điều trị *Chlamydia trachomatis*:
Doxycyclin 100 mg x 2 v (u)/ngày x 7 ngày, hoặc
Tetracyclin 500 mg x 4 lần/ngày x 7 ngày, hoặc
Erythromycin 500 mg x 4 lần/ngày x 7 ngày

- ***Điều trị lậu có biến chứng***: viêm buồng trứng, vòi trứng, viêm khớp...

Ceftriaxone 1g (TB)/ ngày x 7 ngày, hoặc
Spectinomycin 2g (TB) x 2/ ngày x 3–7 ngày
Phối hợp với:

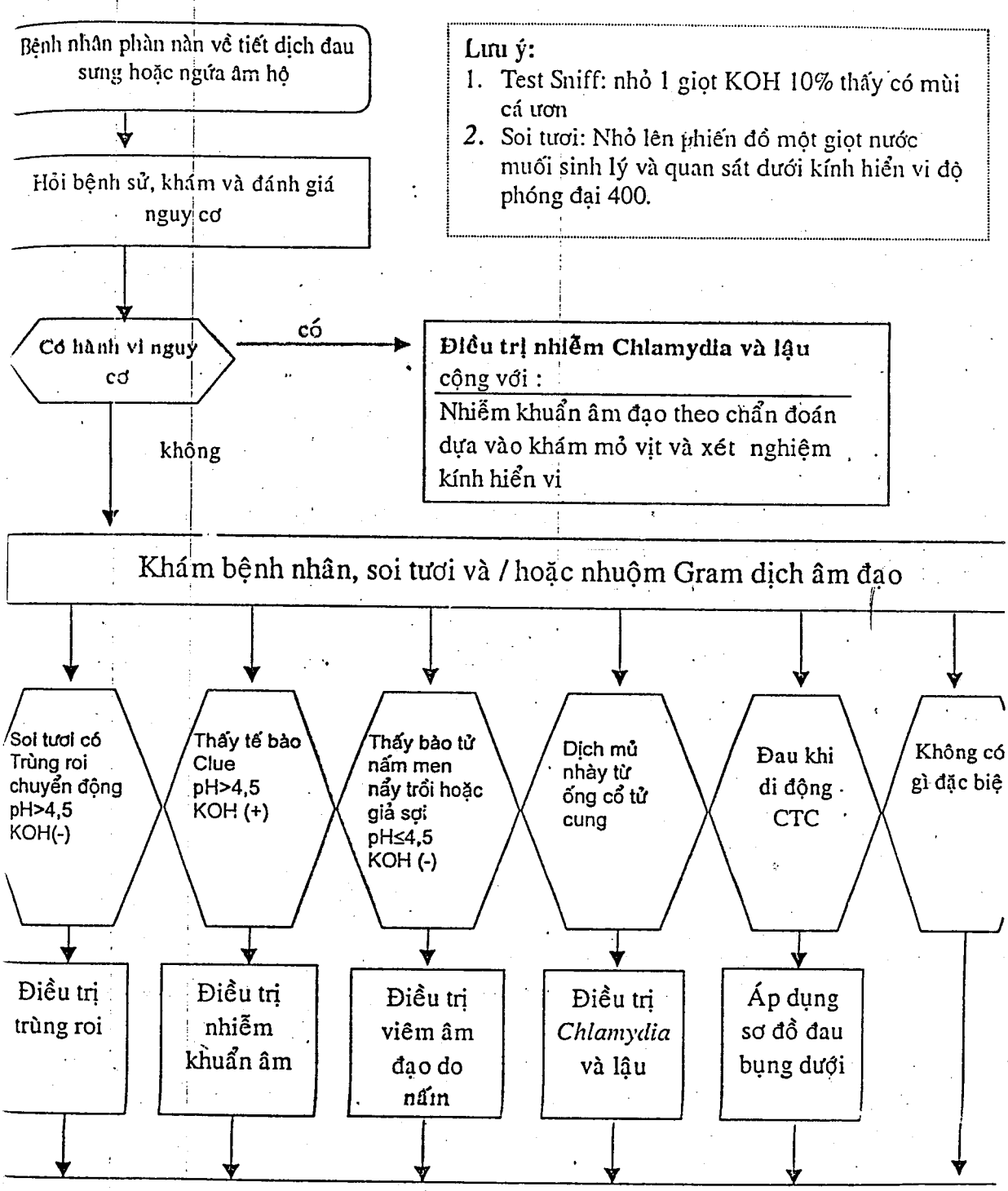
Doxycyclin 100 mg x 2 v (u)/ngày x 14 ngày, hoặc
Tetracyclin 500 mg x 4 lần (u)/ngày x 14 ngày, hoặc
Erythromycin 500mg x 4 lần (u)/ngày x 14 ngày, hoặc
Azithromycin (Zithromax) 1 g uống liều duy nhất

4)- Lưu ý:

- Bệnh nhân tránh quan hệ tình dục và uống rượu trong khi đang điều trị
- Điều trị đồng thời cho vợ/ chồng hoặc bạn tình.

- Nên điều trị thêm *Chlamydia trachomatis* ở bệnh nhân lậu.
- Không dùng Doxycyclin, Tetracyclin cho phụ nữ có thai và đang cho con bú.
- 40% vi khuẩn lậu kháng với Quinolon.
- Các biến chứng nặng như nhiễm trùng huyết, viêm màng não, viêm nội tâm mạc do lậu cầu cần nhập viện điều trị.
- Cấy lại vi trùng sau 3- 7 ngày

SƠ ĐỒ HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO



- Giáo dục
- Tư vấn
- Khuyến khích dùng và cung cấp bao cao su
- Tư vấn về HIV và xét nghiệm
- Tái khám theo hẹn

HỘI CHỨNG TIẾT DỊCH NIỆU ĐẠO

Gồm có viêm niệu đạo do lậu và viêm niệu đạo do *chlamydia trachomatis*
Triệu chứng và điều trị giống như viêm CTC do lậu và *chlamydia trachomatis*

HỘI CHỨNG LOÉT SINH DỤC

VIÊM SINH DỤC DO HERPES

1- Tác nhân:

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

2- Triệu chứng:

- Nhiễm HSV lần đầu tiên có thể có tổn thương tại chỗ và toàn thân (vùng sinh dục, hậu môn, môi lưỡi, họng..).
- Sang thương là những bóng nước, nổi lên từng dề, sau đó vỡ ra thành một vết loét rộng, nông, đau đớn, kéo dài 2 - 3 tuần.

Khí hư đục như mủ.
Hạch bẹn (+), một hoặc hai bên, đau.
Sốt, đau cơ.

- Những đợt tái phát: giống tổn thương ban đầu nhưng ngắn hơn, ít triệu chứng toàn thân, thường xuất hiện sau tình trạng stress.
- <u>Cận lâm sàng</u>:

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

3-Điều trị: giai đoạn cấp và tái phát, dùng một trong các thuốc sau đây:

- Acyclovir (Zovirax) 400mg uống 3 lần/ngày x7 ngày (lần đầu), x 5 ngày (tái phát)

Acyclovir 200mg uống 5 lần/ngày x 7 ngày (lần đầu), x 5 ngày (tái phát)
Famcyclovir 250mg uống 3lần/ngày x 7 ngày (lần đầu), x 5 ngày (tái phát)
Valacyclovir 1 g uống 2 lần/ngày x 7 ngày (lần đầu), x 5 ngày (tái phát)

- Kháng sinh chống bội nhiễm
- Giảm đau, vệ sinh tại chỗ

4- Lưu ý:

-Các thuốc điều trị Herpes hiện nay không có khả năng diệt virus mà chỉ làm giảm triệu chứng bệnh và giảm thời gian bị bệnh.

-Người bệnh có nguy cơ nhiễm HIV rất cao và nguy cơ lây nhiễm cao cho thai nhi (đặc biệt trong giai đoạn chuyển dạ).

- Khả năng lây cho bạn tình là rất cao trong suốt cuộc đời nên tư vấn phòng lây nhiễm (an toàn tình dục, sử dụng bao cao su đúng cách và thường xuyên) là rất quan trọng.

DO GIANG MAI

Là bệnh lây qua đường tình dục, đứng thứ hai sau AIDS.

Do xoắn khuẩn: *Treponema pallium.*

Sau khi bị nhiễm, bệnh trở thành một bệnh toàn thân và vi khuẩn có thể qua nhau lây cho con.

- Chẩn đoán: dựa vào đặc tính của săng giang mai, vị trí săng thường ở âm hộ, âm đạo, CTC

Săng giang mai: 6 đặc tính của Alfred Fournier

1. Vết lở tròn hay bầu dục, đường kính 0,5-2cm.
2. Giới hạn rõ và đều đặn, thường không có bờ.
3. Đáy sạch, trơn, bóng láng, màu đỏ như thịt tươi.
4. Bóp không đau.
5. Nền cứng chắc như bìa hộp.
6. Hạch kèm theo.

Nếu có bội nhiễm săng đau

XÉT NGHIỆM

- Cổ điển: VDRL phản ứng cố định bổ thể BW với kháng nguyên phospholipid

Hiện đại:

Săng xuất hiện <5 ngày: phản ứng miễn dịch huỳnh quang FTA.

Săng xuất hiện < 7 ngày:FTA, phản ứng ngưng kết hồng cầu TPHA.

Săng xuất hiện >14 ngày: VDRL.

Phòng bệnh và điều trị

I Phòng bệnh

1. Phòng bệnh cá nhân:

_ Trong giao hợp: nên dùng bao cao su

_ Khi cần chích thuốc dùng kim tiêm một lần rồi bỏ, truyền máu phải thử VDRL và HIV

2. Phòng bệnh tập thể

_ Giáo dục nam nữ thanh niên về tác hại của bệnh

_ Chống tệ nạn mãi dâm

_ Xây dựng mạng lưới y tế: phát hiện và điều trị

_ Thử máu trước khi kết hôn

_ Khám thai

II Điều trị

1. Nguyên tắc: trị người bệnh và bạn tình cho tới khi bệnh khỏi để tránh lây lan cho người khác

2. Phương pháp: kháng sinh chủ yếu là Penicillin

_ Penicilline procaine

_ PAM (penicilline procaine monostéarate d'aluminium)

_ Extencilli (Benzathine pénicillin)

Dị ứng : thay bằng tetracycline, doxycycline hay là erythromycine

3. Điều trị

Bảng 1

Phân loại	Điều trị
GM sớm (GMI, GMII, GM ẩn< 1 năm)	Benzathine penicilline G 2.4 tr TB 1 liều
GM muộn (kéo dài trên một năm)	Benzathine penicilline G 2.4 tr TB/ tuần x 3 lần
GM thần kinh	PNC G dạng tinh thể 2- 4 tr TM/4 giờ trong 10-14 ngày, sau đó Benzathine penicilline G 2.4 tr TB/ tuần x 3 lần PNC procain 2-4 tr TB/ ngày kèm theo probenecid 500 mg uống 4 lần/ ngày trong 10-14 ngày sau đó Benzathine penicilline G 2.4 tr TB/ tuần x 3 lần

Bảng 2: dị ứng PNC

Phân loại	Điều trị
Giang mai sớm	Tetracycline 500 mg (u) 4 lần/ ngày x2 tuần Doxycycline 100 mg (u) 2 lần/ ngày x2 tuần Erythromycine 500 mg (u) 4 lần/ ngày x2 tuần Ceftriaxone 250 mg TB / ngày trong 10 ngày
GM muộn	Tetracycline 500 mg (u) 4 lần/ ngày x4 tuần Doxycycline 100 mg (u) 2 lần/ ngày x4 tuần
GM thần kinh	Không khuyên dùng điều trị không PNC

Theo dõi

Huyết thanh chẩn đoán thực hiện lại mỗi tháng để xem đáp ứng với điều trị

Hàm lượng kháng thể 4 lần sau 3- 4 tháng đối với GM I và GM II và sau 6- 8 tháng đối với GM tiềm ẩn sớm

BỆNH HẠ CAM (Chancroid)

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

1. Triệu chứng:

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

2. Xét nghiệm:

Nhuộm gram hoặc giêm sa trực khuẩn gram âm, ngắn, xếp thành chuỗi song song nhau như đàn cá bơi hoặc dải dài như đường tàu.
Nuôi cấy khó khăn.
Cần chẩn đoán phân biệt với bệnh giang mai và herpes sinh dục,

3. Điều trị:

Điều trị cho bệnh nhân và bạn tình.
Phải xét nghiệm tìm các BLQĐTD khác như giang mai, lậu...
Erythromycin 500mg uống4 lần /ngày trong 7 ngày.
Ceftriaxone 250mg TB liều duy nhất.
Spectinomycin 2 gr tiêm bắp liều duy nhất.
Hạch viêm cần chọc hút mủ qua vùng da lành.

SÙI MÀO GÀ SINH DỤC

1-Tác nhân:

Siêu vi *Human Papilloma* Virus (HPV).

Gây ra nhiều tổn thương ở niêm mạc và da.

Lây lan qua đường tình dục

Thời gian ủ bệnh 6 – 18 tuần

HPV 31, 33, 35 và 42 có nguy cơ ung thư cổ tử cung trung bình.

HPV 16, 18 có nguy cơ ung thư cổ tử cung cao.

2- Triệu chứng:

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

Chẩn đoán (+) là sinh thiết gởi giải phẫu bệnh

Trên mẫu phết tế bào cổ TC : có tế bào Hallocell (tế bào của biểu mô lát tầng bị co lại, nhân teo, xung quanh nhân có một viền sáng)

Khảo sát nhiễm sắc thể tìm DNA của siêu vi.

3- Điều trị: Tại chỗ

- Chấm Podophylline 10 -25% bôi mỗi ngày 1 lần hoặc 2-3 lần/ tuần (không được dùng trong lúc mang thai), hoặc
- Acid Trichloracetic 30% bôi mỗi ngày 1 lần

Có thể điều trị 3 - 4 đợt, mỗi đợt cách nhau 15 ngày.

- Đốt lạnh, đốt điện, đốt lazer...

4- Lưu ý:

- Hiện nay không có thuốc diệt virus mồng gà, người bệnh sẽ mang mầm bệnh (có hoặc không có triệu chứng) suốt đời. Có nguy cơ lây cho bạn tình và nguy cơ gây ung thư cổ TC.
- Người bệnh cần được làm xét nghiệm phết tế bào cổ TC định kỳ hằng năm
- Những trường hợp sùi rộng, nhiều nên được tư vấn làm xét nghiệm HIV.

HỘI CHỨNG ĐAU BỤNG DƯỚI

Đau bụng dưới ở phụ nữ do nhiều nguyên nhân, thường do bốn nguyên nhân sau:

- Viêm ruột thừa.
- Khối u buồng trứng xoắn.
- Thai ngoài tử cung.
- Viêm tiểu khung.

VIÊM PHẦN PHỤ CẤP

1- Tác nhân:

- Nhiễm trùng qua giao hợp hầu hết do *Neisseria gonorrhoea*, *Chlamydia trachomatis* đi ngược từ trong cổ tử cung lên niêm mạc tử cung và vòi trứng. Có thể kết hợp với *Pretotella*, *Peptostreptococci*, *Garenella vaginalis*. Một số ít có kết hợp với *Mycoplasma*, các vi trùng hiếu khí và yếm khí khác.
- Nhiễm trùng do đưa vật lạ vào lòng tử cung (DCTC,nạo thai, nạo sinh thiết, chụp buồng tử cung vòi trứng có cản quang).
- Sau một phẫu thuật phụ khoa, sau sanh và sau sảy thai...

2- Triệu chứng:

- Đau bụng dưới là triệu chứng thường gặp kèm theo đau ở sâu khi giao hợp, khí hư nhiều, rong kinh, rong huyết, ớn lạnh, viêm tiết niệu...
- Dựa vào tiền sử có bệnh lây truyền qua đường tình dục, sau một thủ thuật ở buồng TC...
- Dựa vào triệu chứng thực thể lâm sàng: sờ có đám tổn thương ở vùng chậu: cổ tử cung, tử cung và phần phụ có nhạy cảm hoặc đau khi lắc đẩy nhẹ. Bệnh nhân có sốt, mệt mỏi, suy nhược cơ thể.
- <u>Cận lâm sàng</u>: BC đa nhân trung tính tăng, VS tăng
- <u>Chẩn đoán phân biệt</u>: Viêm ruột thừa, viêm phúc mạc tiểu khung, u nang buồng trứng xoắn, thai ngoài tử cung..

3- Điều trị ngoại trú:

- Doxycycline 100 mg (uống) x 2 lần/ngày x 10-14 ngày, hoặc
- Ofloxacin 400 mg (uống) x 2 lần/ ngày x 10-14 ngày, hoặc
- Bactrim 960mg (uống) x 2 lần/ngày x10- 14 ngày

<u>Kèm thêm</u>: Metronidazole 500mg (uống) x 2 lần/ngày x 10 ngày

Theo dõi trong vòng 24 – 48 giờ, nếu các triệu chứng lâm sàng không cải thiện cho nhập viện điều trị.

VIÊM PHẦN PHỤ MÃN

1- Tác nhân:

Sau điều trị viêm phần phụ cấp, các triệu chứng lâm sàng giảm, nhưng ở vòi trứng còn những ổ nhiễm trùng tiềm tàng. *Chlamydia* thường cư trú tiềm tàng lâu dài ở vòi trứng và thường không có triệu chứng lâm sàng.

Có thể có các tổn thương : tắc vòi trứng ở phần kẽ, eo ; tắc ở loa vòi trứng có thể kèm ứ nước; viêm dính vòi trứng với BT hoặc với hố chậu..

2- Triệu chứng:

- Đau là triệu chứng phổ biến. Đau hạ vị, đau hai bên hố chậu. Đau âm ỉ, có thể từng cơn hay liên tục, tăng khi làm việc nặng.Khí hư nhiều, có thể rọng kinh rong huyết.
- Khám tử cung di động hạn chế, lắc đau,các khối viêm phần phụ nề, dính, đau.
- Chẩn đoán phân biệt: u nang BT đau, thai ngoài tử cung..
- Tiến triển thường kéo dài, hay bị đau tái phát sau lao động nặng, đi lại nhiều. Có khi tái phát thành đợt cấp tính sau thủ thuật ở CTC hay ở buồng TC.

3- Điều trị:

Điều trị nội khoa là chính.

- Nghỉ ngơi, làm việc nhẹ, tránh đi lại nhiều.
- Khi đau nhiều điều trị bằng kháng sinh nhóm Lincosanide phối hợp nhóm Aminoside
- Trường hợp thể nặng và tái phát nhiều lần gây trở ngại cho sinh hoạt của bệnh nhân có thể phải nghĩ tới phẫu thuật.

VIÊM ÂM ĐẠO DO THIẾU NỘI TIẾT

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

2- Triệu chứng:

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

3- Điều trị:

- Tại chỗ:

Cream estrogen bôi âm đạo, hoặc
Ovestin đặt âm đạo
(0,5 mg 1 viên /đêm x 20 đêm).
Cream Colpotrophin bôi âm hộ, âm đạo 1 lần/ngày x 2 tuần.

- Nếu còn tử cung thì nên sử dụng thêm Progesterone đường uống để giảm nguy cơ tăng sinh nội mạc tử cung.
- Kháng sinh nếu có bội nhiễm.

XÉT NGHIỆM PHẾT TẾ BÀO CỔ TỬ CUNG

I)- ĐIỀU KIỆN:

- Không lấy bệnh phẩm khi đang có kinh, sau nạo sinh thiết.
- Không thụt rửa âm đạo trong vòng 24 giờ trước khi lấy bệnh phẩm.
- Không đặt thuốc trong âm đạo từ 3 -5 ngày, các chất dùng cho thử nghiệm (acid lactic, lugol).
- Không nhúng mỏ vịt vào trong dầu.
- Không viêm âm đạo cấp

II)- CHUẨN BỊ DỤNG CỤ:

- Phiếu xét nghiệm: tên, tuổi, PARA, kinh chót, có đang dùng nội tiết hay không, tiền sử xạ trị, kết quả của xét nghiệm tế bào lần trước, chẩn đoán.
- Lame có dán nhãn.
- Bút chì ghi tên tuổi bệnh nhân và vị trí lấy bệnh phẩm,
- Que gỗ Spatula d'Agree (đầu dài lấy ở cổ trong, đầu bằng lấy ở cổ ngoài).

Tampon và bàn chải tế bào (Cytobrush) lấy ở cổ trong cho phụ nữ mãn kinh.

- Dung dịch cố định: + Alcool ether 1:1, hoặc

+ Alcool 95^0

+ Keo phun

III)- VỊ TRÍ LẤY BỆNH PHẨM:

1)Cổ tử cung: Lấy ở 2 vị trí

-Cổ ngoài (viết tắt CN)

-Cổ trong (viết tắt CT)

- Cách lấy:

- Mỏ vịt nhúng nước muối sinh lý

-Đặt que gỗ xoay 1 vòng 360^0 miết vào CTC để cạo được tế bào vùng chuyển tiếp, xoay que gỗ 2-3 vòng.

-Phết tế bào từ que gỗ lên lame kính ngay, trải nhanh và đều một lượng bệnh phẩm đủ xét nghiệm, tránh quá dầy hoặc có những khoảng trống không.

-Cố định lame kính với keo cố định phun sương (cách lame 20-30 cm) hoặc trong lọ Alcool 95^0. Cố định nhanh trong vòng 10 giây.

-Đặt bàn chải tế bào vào lỗ cổ trong CTC, xoay tròn và đè mạnh vào kênh CTC.

- Lấy bàn chải tế bào ra, phết lên lame kính và cố định ngay.

- Phết mỏng tế bào phải đủ dầy mà không trong suốt. Nếu phết quá mỏng (<100 tế bào) rất ít tế bào để quan sát, nếu phết quá dầy màu PAP sẽ không xuyên thấu được.

2)- Thân tử cung:

Cần loại trừ thai và tránh nhiễm trùng nội mạc tử cung.

- Lau sạch và sát trùng CTC.
- Dùng một ống hút và nối với một bơm tiêm. Cho ống vào buồng TC và hút đều ở các vị trí khắp buồng TC. Bệnh phẩm hút được cho lên lame, dùng miếng lame thứ hai trải đều bệnh phẩm và cho ngay vào dung dịch cố định. Có thể hút túi cùng sau hoặc kênh CTC (ít kết quả hơn).

3)- Âm hộ, âm đạo, sa sinh dục:

Muốn lấy một bệnh phẩm tốt, phải thấm kỹ các vị trí thương tổn bằng nước muối sinh lý. Sau đó dùng que gỗ (Spatula) phết lên lame và cho ngay vào dung dịch cố định.

PHÂN LOẠI TẾ BÀO HỌC CỔ TỬ CUNG

Papanicolaou (1954)	WHO (1968)	CIN (1978)	Bethesda (1988)
Nhóm 1	Không có TB ác tính	Âm tính	Bình thường
Nhóm 2	Viêm không điển hình		Thay đổi do phản ứng
	Tế bào lát không điển hình		ACUS
	Tế bào rỗng không điển hình		LSIL + HPV
Nhóm 3	Loạn sản nhẹ	CIN 1	LSIL + HPV
	Loạn sản trung bình	CIN 2	HSIL
	Loạn sản nặng	CIN 3	HSIL
Nhóm 4	Ung thư tại chỗ	CIN 3	HSIL
Nhóm 5 xâm lấn	Ung thư xâm lấn	Ung thư	Ung thư xâm lấn

CHẨN ĐOÁN TẾ BÀO HỌC CỔ TỬ CUNG THEO HỆ THỐNG BETHESDA

Hệ thống Bethesda dùng để trình bày chẩn đoán tế bào học CTC/ÂĐ nhằm cung cấp các thuật ngữ chẩn đoán thống nhất- bao gồm phần chẩn đoán mô tả và phần đánh giá tính chất đạt yêu cầu của bệnh phẩm.

Phân loại được dùng trong hệ thống Bethesda không phải là phân loại mô học mà chúng được soạn để tạo điều kiện thuận lợi cho việc phân loại cũng như trình bày chẩn đoán tế bào học.

I- ĐÁNH GIÁ TÍNH CHẤT ĐẠT YÊU CẦU CỦA BỆNH PHẨM:

"Mẫu đạt tiêu chuẩn để chẩn đoán" khi hội đủ 3 yêu cầu sau đây:

- Dán nhãn đúng tên bệnh nhân trên lame và có bệnh sử kèm theo.
- Mẫu lấy đúng kỹ thuật, đủ tế bào (<50% số tế bào bị che mờ bởi hiện tượng viêm, máu, mảng mô hoại tử)
- Có đủ thành phần vùng chuyển tiếp/ vùng cổ trong (tế bào biểu mô gai phải phủ >10%, có ít nhất hai đám tế bào cổ trong và/hoặc 5 tế bào chuyển sản gai/ đám).

" Không đạt yêu cầu để chẩn đoán":

- Không có yếu tố nhận diện bệnh nhân trên bệnh phẩm
- Lame bể
- Thành phần tế bào biểu mô gai ít (phủ <10% bề mặt lame)
- >75% tế bào biểu mô bị che phủ bởi máu, tế bào viêm...

Tuy nhiên, bất kỳ một bất thường biểu mô nào có tầm quan trọng đặc biệt đều phải được ghi nhận bất kể tính chất đạt yêu cầu của bệnh phẩm.

II- CHẨN ĐOÁN MÔ TẢ:

Chẩn đoán mô tả	Lý giải/ kết quả
Thay đổi tế bào lành tính	Không có tế bào ác tính hay tổn thương trong biểu mô
Nhiễm vi sinh vật	Nhiễm trùng
Trichomonas vaginalis	*Trichomonas vaginalis*
Nhiễm nấm	Nhiễm nấm
Nhiều trực khuẩn+ thay đổi hệ ÂĐ trùng	Thay đổi ÂĐ nghi do nhiễm ÂĐ
Nhiễm vi trùng	Nhiễm trùng
Thay đổi tế bào do HPV	Thay đổi tế bào do HPV
Các thay đổi do bù trừ và phản ứng	Thay đổi tế bào do phản ứng đi kèm với viêm, xạ trị, DCTC..

Các bất thường ở tế bào biểu mô	Các bất thường của tế bào biểu mô
Tế bào lát	Tế bào lát
ASCUS	Tế bào lát không điển hình có ý nghĩa không xác định Không loại trừ HSIL
LSIL (HPV/LS nhẹ/CIN 1)	LSIL (HPV/LS nhẹ/CIN 1)
HSIL (LS trung bình, nặng và ung thư tại chỗ /CIN 2 và CIN 3)	HSIL (LS trung bình, nặng và ung thư tại chỗ/ CIN 2 và CIN 3)
Ung thư tế bào lát	Ung thư tế bào lát
Tế bào tuyến	Tế bào tuyến
Tế bào nội mạc lành/ phụ nữ mãn kinh	Phân loại không tổn thương trong biểu mô
Tế bào tuyến không điển hình không có ý nghĩa xác định (AGUS)	Tế bào tuyến CTC, tế bào nội mạc không điển hình Tế bào tuyến CTC không điển hình nghĩ do tân sinh
Ung thư tuyến: CTC, NMTC	Ung thư tuyến CTC tại chỗ Ung thư tuyến CTC, NMTC
Các khối u tân sinh ác tính khác	Các khối u tân sinh ác tính khác

III-PHÂN TÍCH MỘT SỐ BẤT THƯỜNG TẾ BÀO BIỂU MÔ:

A- TẾ BÀO GAI:

1-*ASCUS*:

- Bất thường tế bào rõ rệt hơn biến đổi do phản ứng nhưng không đến mức chẩn đoán là tổn thương trong biểu mô gai (SIL). Những biến đổi này có thể hoặc là một biến đổi rất lành tính hoặc là một tổn thương có tiềm năng ác tính.
- Các bất thường tế bào trong loại ASCUS có thể liên quan đến một số nguyên nhân. Phản ứng biểu mô quá mạnh cho đến viêm và tái tạo, các yếu tố artifact , tác động bệnh lý của HPV, những biến đổi tế bào rõ rệt ở những mảng tế bào gai non (còn được gọi là tái tạo không điển hình) hoặc biến đổi hình thể trong loại teo đét do thiếu estrogen...
- Đa số bệnh nhân có kết quả tế bào học ASCUS có thể không có một tổn thương đáng kể, diễn tiến các phết tế bào học theo dõi hoặc các sinh thiết qua soi CTC vẫn bình thường. Tuy nhiên có một số bệnh nhân bất thường vẫn tồn tại lâu ngày và diễn tiến thành tổn thương trong biểu mô gai.
- 2-Tổn thương trong biểu mô gai – SIL (Squamous Intraepithelial Lesion) :
- Tổn thương trong biểu mô gai bao gồm một loạt bất thường biểu mô CTC không có tính xâm lấn (theo phân loại cổ điển là Condylome phẳng, loạn sản/carcinome tại chỗ và CIN). Trong hệ thống Bethesda, loạt bất thường này được chia thành tổn thương grade thấp và grade cao LSIL và HSIL)
- Những tổn thương grade thấp có thể thoái triển trong khi những tổn thương grade cao có thể tồn tại lâu ngày hoặc tiến triển hơn.Có sự khác biệt giữa các tổn thương trong biểu mô grade thấp và cao. Tuy nhiên diễn tiến ở từng cá thể bệnh nhân không thể nói trước được.
- LSIL bao gồm những biến đổi tế bào do HPV và cả CIN1. Người ta thấy hầu hết loạn sản nhẹ/CIN 1 sẽ thoái triển; phân nửa loạn sản trung bình CIN 2 không phát triển hơn. Xử trí tiếp theo có thể bao gồm theo dõi phết tế bào hoặc sinh thiết trực tiếp.
- HSIL bao gồm loạn sản vừa, loạn sản nặng và ung thư tại chỗ/ CIN 2, CIN 3. Xử trí cần được đánh giá bằng soi CTC hoặc sinh thiết trực tiếp và nên tập trung vào việc ngăn ngừa ung thư xâm lấn bằng các phương tiện có khả năng bảo tồn nhất có thể.

B- TẾ BÀO TUYẾN:

AGUS:

- Gồm các tế bào thay đổi quá mức phản ứng hay bù trừ nhưng chưa đủ tiêu chuẩn ung thư xâm lấn. Nhưng tổn thương trong loại này có thể từ những

phản ứng lành tính (viêm CTC), tăng sản vi tuyến, biến đổi Arias- Stella của tuyến cổ trong cho đến ung thư tuyến tại chỗ .

- Tần suất AGUS chỉ từ 0,1%- 0,4% (so với ACUS là 3%- 5%) nhưng tỷ lệ ung thư xâm lấn hay tiền xâm lấn chiếm tấn suất rất cao trong nhóm AGUS. Do đó cần ghi nhớ phải theo dõi và đánh giá bệnh nhân nhóm AGUS rất cẩn thận.

TẦN SỐ THỰC HIỆN VÀ GIÁ TRỊ CỦA PHẾT TẾ BÀO TRONG TRUY TẦM UNG THƯ CTC

- Tại nước ta hiện nay, ung thư cổ tử cung vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng số các loại ung thư. Ung thư CTC cũng là loại ung thư thường gặp nhất trong các loại ung thư ở cơ quan sinh dục nữ.
- Mục đích của tầm soát là xác định bệnh lý ở giai đoạn sớm- tiền xâm lấn giúp cho việc điều trị sẽ ít tốn kém hơn và hiệu quả cao hơn giai đoạn đã xâm lấn. Ở các nước phát triển, việc thực hiện rộng rãi và đều đặn phết tế bào học trong nhiều năm qua đã làm giảm đáng kể tần suất và tỷ lệ tử vong do ung thư CTC (Mỹ: K ctc từ vị trí số 1 đã xuống vị trí 12) .
- Theo khuyến cáo cửa các tổ chức ung thư quốc tế đã nhấn mạnh rằng: "Tất cả phụ nữ đã có sinh hoạt tình dục hoặc đến 18 tuổi nên được kiểm tra bằng xét nghiệm tế bào CTC hằng năm và khám vùng chậu. Sau khi người đó đã có 3 lần liên tiếp hoặc hơn có kết quả xét nghiệm bình thường, khoảng cách theo dõi tế bào CTC có thể thưa hơn theo chỉ định của bác sĩ".

TẦN SỐ THỰC HIỆN PHẾT TẾ BÀO:

- Tầm soát lần đầu tiên	18 tuổi hoặc có quan hệ tình dục
- XN lần đầu (-) kèm nguy cơ cao:	Hằng năm
+ Quan hệ tình dục khi tuổi nhỏ	
+ Nhiều bạn tình	
+ Bạn tình nam nguy cơ cao	
+ Nhiễm HPV	
+ Hút thuốc lá	
+ Nhiễm trùng tái phát nhiều lần	
+ Đa sản	
- XN lần đầu (-) kèm nguy cơ thấp:	XN (-) liên tiếp 3 năm có thể cách thưa/ 3 năm
+ "Một vợ một chồng"	
+ Không hút thuốc	
+ Phòng xét nghiệm có uy tín	
- Sau khi cắt TC do bệnh lành tính	Mỗi 3 năm
- Sau điều trị CIN và K xâm lấn	Mỗi 3 tháng trong 2 năm. Mỗi 6 tháng trong 3 năm tiếp theo. Sau đó mỗi năm/ lần

GIÁ TRỊ CỦA PHẾT TẾ BÀO:

- <u>Độ đặc hiệu</u> (tỷ lệ bệnh nhân không bệnh khi test âm tính): rất cao.
- <u>Độ nhạy</u> (tỷ lệ bệnh nhân có bệnh mà test dương tính): tương đối thấp.

- Tỷ lệ âm tính giả (bệnh nhân có bệnh mà test âm tính) thật sự vẫn chưa rõ. Các thống kê ghi nhận từ 8 - 50%. Phần lớn khối u tân sinh ở CTC xuất phát tại vùng chuyển tiếp lát – trụ nên kỹ thuật lấy mẫu cẩn thận, đúng quy cách có thể giúp giảm tỷ lệ âm tính giả của test xuống khoảng 20% hoặc thấp hơn.

- Cần lưu ý:

+ Xét nghiệm tế bào CTC không phải là một xét nghiệm hoàn hảo, dù có thực hiện tốt nhất tỷ lệ âm tính giả tối thiểu vẫn là 5%. Trong khi đó có khoảng 5% CIN III chuyển sang ung thư xâm lấn trong vòng ít hơn 5 năm sẽ bỏ sót các trường hợp (-) giả nếu khoảng cách hẹn xét nghiệm lần kế tiếp cách 3 năm .

+ Việc thực hiện xét nghiệm tế bào CTC hằng năm không thể thay thế việc khám phụ khoa định kỳ hằng năm.

LỘ TUYẾN CỔ TỬ CUNG

ĐẶC ĐIỂM MÔ HỌC CỦA ÂM ĐẠO VÀ CTC:

- ÂĐ được phủ bởi một lớp biểu mô lát tầng gồm nhiều hàng tế bào (lớp bề mặt, lớp giữa, lớp cận đáy và lớp đáy). Các tế bào này chịu tác dụng của estrogen buồng trứng và bóc ra lần lượt qua các chu kỳ kinh nguyệt.
- Lớp biểu mô lát tầng ở âm đạo phủ lên mặt ngoài cổ tử cung.
- Phần trong CTC được phủ bởi biểu mô trụ (biểu mô tuyến) gồm một hàng tế bào hình trụ (nhân tròn nằm lệch, đỉnh chứa nhiều chất nhầy) sắp xếp thành từng nhú. Bên dưới lớp tế bào trụ là những tế bào dự trữ giữ vai trò quan trọng trong sự phát triển mô học của loạn sản.
- Sự tiếp giáp giữa biểu mô lát và biểu mô trụ của CTC thay đổi theo đời sống, theo từng giai đoạn của tuổi, trong khi mang thai, sau mãn kinh. Con gái, phụ nữ trẻ sự tiếp giáp biểu mô lát trụ thường ở cổ ngoài. Phụ nữ mãn kinh sự tiếp giáp này có khuynh hướng chạy vào trong kênh CTC.
- Ranh giới giữa biểu mô lát tầng và biểu mô trụ là nơi khởi đầu của các tổn thương ở CTC.

ĐẶC ĐIỂM SINH LÝ BỆNH:

- Các vi khuẩn thông thường gây viêm âm đạo như liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn, Garnerella vaginalis, các loại ký sinh trùng như Trichomonas, nấm Candidae albicans, virus Herpes...
- Do cấu trúc mô học của âm đạo và CTC, sau khi viêm âm đạo rất dễ dàng bị viêm CTC.
- Hiện tượng viêm nhiễm sẽ phá hủy lớp biểu mô lát tầng ở CTC. Nếu biểu mô lát bị mất đi, các tuyến có thể từ trong ống CTC mọc lấn ra ngoài CTC gây ra một tổn thương đặc biệt gọi là **lộ tuyến.**
- Ngoài ra lộ tuyến CTC có thể do nhiều nguyên nhân khác:

+ Lộ tuyến bẩm sinh, hiếm gặp, thường ở bé gái mới sinh do mẹ dùng nhiều estrogen khi có thai.

+ Do cường estrogen hoặc có sự thay đổi pH âm đạo làm cho các tuyến phát triển mạnh, chế tiết nhiều, dễ phá hủy biểu mô lát tầng và làm cho sự phục hồi biểu mô lát tầng khó khăn. Khi các thay đổi trên trở lại bình thường hoặc sau mãn kinh thường lộ tuyến có thể tự khỏi.

+ Do biểu mô lát tầng bị sang chấn, bị tổn thương mất biểu mô sau sảy thai, sau đẻ, sau nạo thai và sau các thủ thuật ở CTC.

- Dù được điều trị hay không, biểu mô lát tầng cũng tìm cách diệt biểu mô tuyến và phục hồi lại vùng bị biểu mô tuyến xâm lấn. Sự phục hồi đó gọi là sự tái tạo của biểu mô lát tầng. Sự tái tạo hay hiện tượng biểu mô hóa được thực hiện theo 2 cơ chế:

+ Các tế bào của biểu mô lát sẽ mọc trượt lên, che phủ đám biểu mô tuyến. Biểu mô lát sẽ phát triển từ ngoài vào.
+ Sự biệt hóa của tế bào dự trữ của biểu mô tuyến .

- Trong quá trình tái tạo có thể trọn vẹn không sót lại biểu mô tuyến nào nhưng thông thường vùng tái tạo có thể để lại một số vết tích lành tính của biểu mô tuyến (cửa tuyến, đảo tuyến, nang Naboth..) hoặc những bất thường tạo nên quá trình bệnh lý ở vùng chuyển tiếp (chuyển sản gai non, tân sinh trong biểu mô..).

TRIỆU CHỨNG: thường ít triệu chứng
- Khí hư do các tác nhân gây viêm âm đạo đặc hiệu. Ngoài ra khí hư nhiều còn do các tế bào tuyến luôn tiết chất nhầy là triệu chứng người bệnh thường than phiền.
- Ra huyết thường hiếm gặp, khi bị viêm nhiễm nặng, sau giao hợp..

ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI:
- Điều trị viêm âm đạo đặc hiệu.
- Lộ tuyến CTC ít không cần điều trị, theo dõi sự tái tạo (biểu mô hóa) của CTC.
- Các trường hợp lộ tuyến nhiều, tăng tiết chất nhầy nhiều có thể đốt diệt tuyến (đốt điện, đốt lạnh, đốt lasez..) để tạo điều kiện cho biểu mô lát phục hồi nhanh hơn.

U XƠ CƠ TỬ CUNG

ĐẠI CƯƠNG:

- Là loại u được cấu tạo chủ yếu bởi các sợi cơ trơn lành tính, thường gặp ở lứa tuổi 30-45 (#20%). Có sự liên hệ giữa tử cung có u xơ với tình trạng cường estrogen tương đối. Tỷ lệ hóa ác thấp (#0,2%). Sau khi mãn kinh các u xơ có từ trước sẽ teo đi.
- Vị trí:
+ dưới niêm mạc (5%) thường gây rong huyết, tỷ lệ hóa ung thư cao.
+ trong cơ tử cung→ biến dạng tử cung
+ dưới phúc mạc(u thanh mạc) có cuống dài nằm giữa 2 lá dc rộng
+ ở eo tử cung→ dễ gây biến chứng chèn ép niệu quản
+ ở cổ tử cung: hiếm gặp

TRIỆU CHỨNG:

- Bệnh nhân có thể hoàn toàn không có triệu chứng (# 40-50%).
- Thấy bụng to ra, tự sờ thấy khối u, nặng trần bụng dưới.
- Đau âm ỉ khi có kinh, khi giao hợp hoặc khi có tăng áp vùng chậu.
- Các triệu chứng chèn ép bàng quang, niệu quản..
- Ra huyết âm đạo bất thường (# 30%)..
- Khám có khối u hạ vị, mật độ cứng, lồi lõm không đều, di động theo CTC.
- Cận lâm sàng: cần loại trừ thai
+ Siêu âm
+ Soi buồng tử cung (khi nghĩ bệnh lý trong BTC)
+ Nạo sinh thiết (khi có khối u vùng chậu + xuất huyết âm đạo bất thường).

ĐIỀU TRỊ:

- Điều trị u xơ TC phụ thuộc các yếu tố: kích thước khối u, biến chứng, tuổi, số con, vị trí khối u.
- Các điểm cần lưu ý:
+ không phải tất cả các trường hợp u xơ cơ đều phải được điều trị.
+ Có thể theo dõi, không điều trị các khối u nhỏ, không triệu chứng, không biến chứng. Tái khám định kỳ mỗi 3-6 tháng.
+ Điều trị nội chỉ có tính chất tạm thời, điều trị các triệu chứng.

ĐIỀU TRỊ NỘI:

Progestogens:

- khi có triệu chứng xuất huyết chưa có chỉ định phẫu thuật.
- có thể gây vô kinh và giảm sự thiếu máu do rong huyết.
- được sử dụng ở các phụ nữ tuổi tiền mãn kinh có xuất huyết tử cung bất thường do chu kỳ không rụng trứng và có sự hiện diện khối u xơ TC.
- Progesterone tự nhiên: Utrogestan (100mg)

- Didrogesterone: Duphaston (5 mg, 10mg) có tác dụng làm teo nội mạc TC.
- 19 Nor steroid (19 Nor testosterone): có tác dụng kháng estrogen, ức chế các nội tiết tố hướng sinh dục nhưng có tác dụng androgen nên chỉ sử dụng ngắn ngày.
- Norethisterone (Primolut Nor, Norluten)
- Lynestrenol (Orgametril)
- 19 Nor Progesterone: có tác dụng kháng estrogen, ức chế các nội tiết tố hướng sinh dục, ít tác dụng antrogen nhưng có thể gây nội mạc tử cung chế tiết.
- Promegestone (Surgestone)
- Nomegestrol acetate (Lutenyl)
- Liều lượng để ức chế NMTC dùng từ giai đoạn chế tiết tối thiểu 10 ngày (N16-25 hoặc N10-25). Muốn có thêm tác dụng ngừa thai dùng từ ngày 5-25 của chu kỳ kinh.
- Điều chỉnh liều lượng theo lượng máu kinh, khám lâm sàng, âm đạo và siêu âm kiểm tra.
- Đánh giá và theo dõi 3 tháng/lần.

Chất ức chế tổng hợp Prostaglandin, chất kháng viêm non- steroid: trong trường hợp có đau (u xơ thoái hoá), thuốc thường dùng là Mefenamic acid.

Chất chống ly giải sợi huyết (tranexamic acid)
- Có tác dụng giảm khối lượng máu mất trong 50% các trường hợp có xuất huyết tử cung bất thường và xuất huyết có liên quan u xơ tử cung (Hemocaprol, Frénolyse, Exacyl, Adona..)
- Liều lượng: 1-1,5 g (2-3 viên) x 3-4 lần/ ngày. Có thể tiêm TM (10-15 ml x 3-4 lần/ ngày) hoặc tiêm bắp trong trường xuất huyết nhiều

Danazol(Danatrol) là một antrogen tổng hợp từ 17-ethinyltestosterone, ngăn chặn sự tiết estrogen do ức chế trục.
- Liều lượng: 200mg/ ngày (N1 của chu kỳ kinh) x 3 chu kỳ
- Tác dụng phụ: cường antrogen

Estrogen có tác dụng cầm máu trong trường hợp cấp cứu, xuất huyết nhiều.
- Thường dùng ngắn ngày (3 ngày), sau đó tiếp tục bằng Progesterone, Benzogynoestryl, Premarin

Chất đồng vận GnRH
- GnRH được sản xuất ở vùng hạ đồi tuyến yên có tác dụng ức chế tuyến yên-BT→giảm lượng estrogen. Trong điều trị người ta dùng chất đồng vận với GnRH.
- Tác dụng làm giảm thể tích khối u xơ cơ rõ rệt (30% sau 3 tháng) tuy nhiên có nguy cơ gây thiếu estrogen trầm trọng, loãng xương nên chỉ dùng trong một thời gian ngắn (3 chu kỳ).
- Chỉ định cần cân nhắc kỹ:

- Thử bảo tồn khả năng sinh sản ở phụ nữ có u lớn trước khi cho thụ thai hoặc trước phẫu thật bóc nhân xơ.
- Để điều trị tình trạng thiếu máu trước phẫu thuật trong thời gian chờ đợi phẫu thuật, giảm thiểu việc truyền máu.
- Điều trị cho các phụ nữ có chống chỉ định phẫu thuật
- Điều trị trước mổ các khối u lớn để cắt TC ngã âm đạo, cắt TC qua nội soi.
- Dùng cho phụ nữ quanh tuổi mãn kinh.

- Chống chỉ định: khối u to nhanh trong 3-6 tháng trước điều trị hoặc to dần trong khi điều trị.
- Liều dùng: điều trị bắt đầu từ ngày 1-2 của chu kỳ kinh.

Triptorélin	Decapeptyl	TDD	3,75 mg/ tháng
Goserelin	Zoladex	TDD,cấy DD	3,6mg/tháng
Buserelin	Suprefact	xịt mũi	300-400mg/8g

- Theo dõi: SÂ 4-6 tuần sau khi bắt đầu điều trị kích thước khối u.SÂ mỗi 3-6 tháng sau khi kết thúc điều trị.

PHẪU THUẬT:

- Chỉ định phẫu thuật cần được đánh giá cẩn thận và đánh giá các triệu chứng kèm theo. U xơ cơ TC không biến chứng không cần thiết phẫu thuật.
- Một số chỉ định phẫu thuật:
- Khối u to khoảng thai trên 12 tuần
- Khi có triệu chứng chèn ép niệu quản, gây thận ứ nước (u ở đoạn eo)
- Rong kinh, rong huyết hoặc cường kinh kéo dài gây thiếu máu, không đáp ứng với điều trị nội tiết
- U xơ TC dưới niêm mạc
- U trong dây chằng rộng (dễ chèn ép niệu quản)
- Khối u to lên nhanh trong thời gian tiền mãn kinh hoặc to thêm trong thời kỳ hậu mãn kinh.
- Gây đau mãn tính (khi có kinh, khi giao hợp, cảm giác đau và trì nặng vùng bụng dưới)
- Đau cấp (khối u có cuống xoắn, thoái hoá)
- Vô sinh (nếu bất thường duy nhất do khối u)

- Phương pháp phẫu thuật tùy thuộc tình trạng khối u, tuổi bệnh nhân và số con hiện có.
- Soi buồng TC và cắt đốt những trường hợp nhân xơ TC dưới niêm mạc < 3 cm (1 nhân đơn độc).
- Bóc nhân xơ ở những bệnh nhân trẻ tuổi, chưa có con. Cần giải thích cho BN biết khả năng u xơ cơ TC có thể tái phát (15-45%) phải mổ lại.
- Bóc nhân xơ ngã ÂĐ (nhân xơ TC dưới niêm, có cuống)
- Cắt hoàn toàn TC ở bệnh nhân lớn tuổi, không muốn sanh.

SOI CỔ TỬ CUNG
ĐIỀU KIỆN – CHỈ ĐỊNH

ĐỊNH NGHĨA – VAI TRÒ CỦA SOI

- Soi cổ tử cung là phương pháp quan sát mô liên kết CTC và âm đạo với một kính phóng đại qua một màng chắn là niêm mạc. Soi CTC được đặt trên cơ sở là khảo sát vùng chuyển dạng (transformation zone).
- Vùng chuyển dạng là vùng CTC và âm đạo lúc khởi đầu được bao phủ bởi biểu mô trụ qua một quá trình chuyển dạng dần dần được thay thế bởi biểu mô lát.
- Máy soi cổ tử cung là một dụng cụ quang học, có hai vật kính phóng đại từ
- Soi giúp quan sát những thay đổi ở lớp biểu mô bề mặt của cổ tử cung, nhận diện tổn thương niêm mạc CTC và âm đạo, mô tả tương quan giải phẫu học với ranh giới (junction) và với lỗ ngoài CTC. Soi CTC có vai trò quan trọng trong việc xác định những san thương tiền ung thư tại CTC.

ĐIỀU KIỆN

- CTC không có tổn thương do thăm khám, làm xét nghiệm hay thủ thuật trước đó
- Khi phết tế bào âm đạo nghi ngờ, soi CTC thường được chỉ định đầu tiên.
- Nếu kết quả PAP test nghi ngờ, mà sinh thiết mù (sinh thiết không được thực hiện với soi CTC) có kết quả bình thường, thì nên chờ hai tháng sau mới thực hiện soi CTC để các vết bấm sinh thiết, vết trợt trên CTC lành
- Điều kiện về nội tiết:

o Ở những phụ nữ có chu kỳ bình thường nên soi ở N8-N12 của chu kỳ, khi chất nhày nhiều và trong nhất. Lỗ ngoài mở rộng, kênh CTC đầy chất nhày có tác dụng như một môi trường khúc xạ và tạo thuận lợi cho khảo sát. Nếu vì lý do nào đó mà dịch nhờn này không đủ, có thể cho thêm 50mcg Ethinyl estradiol 5-7 ngày trước khi soi.

o Những phụ nữ đang sử dụng thuốc ngừa thai dạng phối hợp có chất nhày đặc và đục suốt chu kỳ sẽ gây ít nhiều khó khăn trong việc khám cổ trong CTC. Có thể chuyển sang loại thuốc viên liên tiếp và sẽ soi nhiều ngày sau khi chấm dứt giai đoạn estrogen đơn thuần. Nếu không có sẵn thuốc viên liên tiếp có thể điều trị với ethinyl estradiol và 1 progesterone.

o Phụ nữ có dụng cụ TC thường có chất nhày đặc và đục. Dùng 50 mcg EE/ ngày trong vòng 1 tuần trước khi soi đủ để làm trong và tăng lượng chất nhày. Khi thay DCTC cần chờ kết quả PAP test, nếu có bất thường nên lấy vòng ra ở đầu chu kỳ và soi sau đó 1 tháng để không bị trở ngại do dây vòng, đặc biệt trong trường hợp cần điều trị loạn sản.

- Phụ nữ mãn kinh dùng 25 mcg EE/ ngày x 7 ngày để cho niêm mạc phát triển tốt và cho phép phân biệt dễ dàng vùng loạn sản và vùng niêm mạc lành. Soi sẽ tiến hành ở ngày uống thuốc cuối cùng.

- Soi dưới ảnh hưởng của estrogen trong điều kiện kể trên sẽ dễ dàng và đáng tin cậy hơn bất cứ điều kiện nào khác. Có khả năng khảo sát kênh CTC để thấy được junction trong 85% trường hợp.

CHỈ ĐỊNH

- PAP bất thường:
  - Bất thường của tế bào trụ hay tế bào lát
  - PAP có hình ảnh viêm kéo dài dù đã điều trị dủ
  - Tồn tại PAP sừng hóa, nghi ngờ bạch sản

- PAP bình thương:
  - Có triệu chứng rong kinh rong huyết, đặc biệt là do tiếp xúc.
  - Bất thường CTC/ ÂĐ thấy được bằng mắt thường.
  - Theo dõi sau điều trị loạn sản, với mọi phương pháp điều trị
  - Đánh giá sau tiếp xúc Di-ethylstiboeatrol (DES) trong suốt quá trình tạo phôi.
  - Đánh giá Condylome sinh dục hậu môn.
  - Đánh giá viêm tăng sản âm hộ âm đạo.
  - Đánh giá trước mổ đường sinh dục: cắt tử cung điều trị sa sinh dục, mổ tạo hình CTC- ÂĐ.

XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG

ĐỊNH NGHĨA:

Xuất huyết tử cung bất thường là các trường hợp chảy máu từ TC bao gồm các trường hợp kinh nguyệt bất thường và các trường hợp chảy máu do các nguyên nhân khác liên quan đến mang thai hay bệnh toàn thân, ung thư... và có thể xuất huyết do nhiều nguyên nhân cùng lúc.

NGUYÊN NHÂN:

- Thực thể:
  + Do thai và các vấn đề liên quan đến thai (sảy thai sớm, TNTC..)
  + Từ tử cung: U xơ cơ TC
    Polyps nội mạc TC
    Lạc nội mạc TC
    Bệnh cơ tuyến TC
    Ung thư thân TC
  + Từ cổ TC: Polyp

Ung thư
Viêm nhiễm
+ Âm đạo: Sang thương tại chỗ
+ Viêm nhiễm
+ Buồng trứng: U bướu
Rối loạn của BT đa nang
+ Nội tiết: Thiểu năng tuyến giáp
Tăng sản tuyến thượng thận
Tiểu đường
Nội tiết thay thế, thuốc ngừa thai tác dụng chậm (Depo-Provera, Norplant)...
+ Bệnh lý huyết học: Giảm tiểu cầu, giảm yếu tố ĐM , thiếu yếu tố IX...

- Chức năng: sau khi đã loại trừ các nguyên nhân thực thể
+ do sự tồn tại kéo dài của hoàng thể sau rụng trứng
+ do chu kỳ không rụng trứng(+++)
+ do mất thăng bằng của hệ TK- nội tiết (trục hạ đồi- tuyến yên- buồng trứng) gây tăng lượng estrogen kéo dài.

CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP THEO TUỔI

Tuổi	Nguyên nhân thường gặp	Tỷ lệ
Dậy thì	NN chức năng	>50%
	RL đông máu	19%
	Bướu, viêm, liên quan thai	hiếm
Sinh đẻ	Liên quan thai	+++
	NN chức năng	++
	U xơ tử cung	+
	Viêm SD, polype TC, K	Hiếm
	Chấn thương	Hiếm
Tiền mãn kinh	NN chức năng	40%
	Ung thư CTC	4-5%
	Ung thư NMTC, BT	-
	Viêm SD	Hiếm
	Liên quan thai	-
Mãn kinh	Viêm teo NMTC	25%
	Viêm teo âm đạo	10%
	Polype NMTC	15- 20%
	Polype kênh CTC	6-14%
	Ung thư NMTC	20%
	Ung thư CTC	4-5%
	Tăng sinh NMTC	Hiếm

Dùng nội tiết Hiếm

CHẨN ĐOÁN:

- Khai thác kỹ tiền sử, bệnh sử
- Khám lâm sàng:
  - khám toàn thân
  - khám phụ khoa
- Cận lâm sàng:
  + PAP test, soi CTC
  + Thử thai
  + Siêu âm
  + Nạo sinh thiết buồng TC (vừa chẩn đoán nguyên nhân vừa điều trị cầm máu tạo chu kỳ mới. Tất cả các bệnh nhân tuổi tiền mãn kinh ra huyết dây dưa 2 chu kỳ đều phải làm sinh thiết).
  + Các xét nghiệm khác: đếm hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, Hct, yếu tố đông máu... các xét nghiệm chuyên biệt các tuyến nội tiết khác..chức năng gan, thận..nếu có nghi ngờ.
- Chẩn đoán phân biệt:
  + chảy máu đường niệu
  + chảy máu trực tràng

ĐIỀU TRỊ:

- Điều trị cơ bản theo nguyên nhân
- Điều trị nâng đỡ (cung cấp sắt vi lượng, kháng sinh, nâng tổng trạng..)

XUẤT HUYẾT DO NGUYÊN NHÂN THỰC THỂ: điều trị theo từng nguyên nhân

- Nguyên nhân toàn thân: cần được điều trị theo đúng bệnh toàn thân, khi bệnh ổn định kinh nguyệt sẽ bình thường trở lại.
- Nguyên nhân do dùng thuốc: Do dùng corticoides lâu dài hay Depo- provera cần ngưng dùng các nội tiết này. Cầm máu với estrogen và tạo chu kỳ mới bằng thuốc ngừa thai loại phối hợp.
- Do dùng estrogen thay thế ở các bệnh nhân mãn kinh cần khám cẩn thận để loại trừ các nguy cơ ung thư NMTC, CTC, vú.
- Nguyên nhân sinh dục: điều trị các nguyên nhân thực thể nếu có.

XUẤT HUYẾT DO NGUYÊN NHÂN CHỨC NĂNG:

Nguyên tắc điều trị: **Cầm máu**

Ngừa tái phát hay tái tạo chu kỳ

TUỔI DẬY THÌ

- Cơ chế: do vùng hạ đồi chưa trưởng thành gây ra những chu kỳ không phóng noãn (60-75%), estrogen kích thích NMTC tăng sinh và tróc ra không đồng bộ gây rong huyết.
- Điều trị:
+ Xuất huyết ít: không cần điều trị (sẽ tự ổn định khi có sự trưởng thành của trục hạ đồi- tuyến yên-BT)
+ Xuất huyết vừa: Progesterone
+ Utrogestan, Duphaston 10 mg 1v/ngày từ 16-25 /tháng x 3 -6 tháng
+ Progesterone 50- 100 mg TB / ngày, đến khi hết ra huyết thì chuyển qua uống.
+ Xuất huyết nhiều :
▪ Cầm máu với Estrogen 24-72 giờ
▪ Conjugated estrogen (Premarin) 25mg chích TM hoặc 1,25 mg uống/ 4-6 giờ x7-10 ngày
▪ Hoặc Benzogynoestryl 5mg IM x 2/ ngày trong 2-3 ngày
▪ Tái tạo chu kỳ: thuốc ngừa thai phối hợp trong 3 tháng
▪ Nếu cầm máu thất bại (5%)→ nạo kiểm tra buồng tử cung tại phòng mổ, sau đó cho uống thuốc ngừa thai phối hợp trong 3 tháng.
+ Tái phát:
▪ Điều trị tương tự 1-2 đợt nữa
▪ Kích thích rụng trứng với Clomiphen
▪ Nếu vẫn thất bại, khảo sát kỹ tìm nguyên nhân thuộc tầng nào của trục thần kinh- nội tiết- sinh dục.
▪ Đo LH/ FSH
▪ Chụp hình hố tuyến yên
▪ Đánh giá môi trường sống
▪ Các stress trong đời sống của BN

TUỔI SINH SẢN

- Loại trừ các sang thương thực thể
- # 50% cần sinh thiết NMTC
- Điều trị nội tiết tương tự nhóm tuổi dậy thì
-
- Có thể điều trị theo tính chất xuất huyết/ chu kỳ kinh:
+ Xuất huyết đầu chu kỳ: do thiếu estrogen Ethinyl Estradiol 5mcg 1-2 v/ngày x 5-15 ngày
+ Xuất huyết giữa chu kỳ: do giảm lượng Estrogen khi vỡ nang noãn và hoàng thể chưa thành lập, xuất huyết ít không cần điều trị.
+ Xuất huyết nhiều: Ethinyl Estradiol 5mcg 1-2 v/ngày x 10-15 ngày. Muốn ngừa thai: viên ngừa thai phối hợp.
+ Xuất huyết trước kỳ kinh: do hoàng thể hoạt động yếu, thiếu Progesterone. Bổ sung từ ngày 16- 25 của chu kỳ.

+ Xuất huyết tử cung không nhịp điệu đặc biệt: thường do chu kỳ không rụng trứng

- Muốn có con: kích thích phóng noãn
- Không muốn có con: viên ngừa thai

- Điều trị nội tiết thất bại, có thiếu máu nặng→ phẫu thuật

TUỔI TIỀN MÃN KINH, MÃN KINH

- Loại trừ khả năng K sinh dục
- Nguyên tắc: nên nạo sinh thiết trước, sau đó tùy kết quả giải phẫu bệnh sẽ điều trị thích hợp. Đa số trường hợp này là xuất huyết do chu kỳ không phóng noãn→ nguyên tắc điều trị là cho Progesteron từ ngày 16-25. Nếu không hiệu quả có thể từ ngày 5-25 của chu kỳ hay liên tục 3 –6 tháng.

Việc chọn lựa loại progestogen thích hợp sẽ cân nhắc tùy thuộc vào tuổi, những yếu tố nguy cơ khác, yêu cầu ngừa thai và các tác dụng phụ của các loại progestogens (biếng ăn, mụn, trầm cảm, bức rức, rối loạn kinh nguyệt...) để chọn lựa.

- Điều trị:

+ Utrogestan 100mg 1-3 v/ ngày

+ Didrogesterone(Duphaston 10 mg)1-3 v/ ngày
+ Dẫn xuất từ 19-norprogesterone (Lutenyl, Surgestone..) có tính chống estrogen mạnh và không.có tính androgen
+ Dẫn xuất từ 19-norsteroides: (Norluten, Orgametril, Primolut- N..) chống estrogen mạnh nhưng có tác dụng trên biến dưỡng và có tính antrogen nên chỉ dùng khi thất bại với các loại thuốc trên.
+ Nếu vẫn tái phát nhiều lần→ phẫu thuật cắt tử cung

CÁC ĐIỀU TRỊ PHỐI HỢP KHÁC:

+ Chất chống ly giải sợi huyết (tranexamic acid) có tác dụng giảm khối lượng máu mất trong các trường hợp có xuất huyết tử cung bất thường (Frénolyse, Hémocaprol, Exacyl, Adona..) kèm với các thuốc bền vững thành mạch (Daflon, Diovenor..)
+ Các loại thuốc ức chế tổng hợp Prostaglandin: có tác dụng lên hệ thống nội mạc tử cung gây co mạch và cải thiện việc ngưng kết tiểu cầu giúp giảm chảy máu.

Thuốc thường dùng là Mefenamic acid

+ Chất đồng vận GnRH: được dùng trong thời gian ngắn trong các trường hợp kèm suy thận, sau ghép cơ quan (ghép gan).
+ Cắt nội mạc tử cung nếu loại trừ bệnh lý ác tính có thể cắt NMTC qua nội soi buồng TC bằng vòng điện, đốt điện hoặc đốt bằng banh nhiệt (85o C trong 10-15 phút).

KHỐI U BUỒNG TRỨNG

ĐẠI CƯƠNG:

- Kích thước bình thường của buồng trứng: 3,5 x 2,5 x 1cm. Trước dậy thì và sau mãn kinh <2 cm.
- Cấu tạo mô học gồm lớp biểu mô bề mặt che phủ lớp vỏ ở ngoài (chứa các nang noãn) và lớp tủy (gồm nhiều mạch máu, bạch mạch, thần kinh và mô đệm) bên trong.
- Khối u buồng trứng bao gồm các khối to lên từ buồng trứng có thể là u chức năng, khối viêm nhiễm, khối lạc nội mạc tử cung hoặc khối u tân sinh (u thực thể).
- 3 loại khối u buồng trứng thực thể thường gặp là u biểu mô, u mô đệm- dây sinh dục và u tế bào mầm.
- Bảng phân loại khối u buồng trứng theo WHO (bảng1)

CHẨN ĐOÁN:

- Bệnh sử: khai thác kỹ, chi tiết các đặc điểm tuổi, kinh nguyệt, cách ngừa thai, tiền sử nội ngoại sản khoa, tiền sử gia đình, các bệnh viêm nhiễm.
- Khám lâm sàng: khám âm đạo kết hợp vùng bụng, cần phân biệt buồng trứng bình thường theo tuổi. Theo chu kỳ kinh, các thuốc đã dùng, tiền căn mổ cũ, các bệnh thường mắc phải.
- Ghi nhận kích thước, vị trí, độ di động, hình dạng, 1 hay 2 bên, tính chất đau, hoạt động nội tiết, báng bụng(±).
- Chú ý:

+ luôn luôn loại trừ có thai (trừ trước tuổi dậy thì và sau MK)
+ đa số u vùng chậu có nguồn gốc phụ khoa.
+ luôn luôn để trống bàng quang và trực tràng khi khám.

- Cận lâm sàng:

+ Siêu âm: kết hợp siêu âm ngã bụng, ngã âm đạo và Doppler giúp đánh giá tổng quát vùng bụng, báng bụng, di căn, chèn ép thận..đồng thời xác định rõ bản chất khối u (phân biệt u BT với tử cung, u đặc/ nang,kích thước, bề mặt, vách, chồi bên trong u)

+ CA-125 (cancer antigen): là một glucoprotein, nồng độ trong máu tăng cao trong 3 tháng đầu thai kỳ, trong các bệnh lý có nguồn gốc từ biểu bì (lạc nội mạc TC) và đặc biệt là trong K biểu mô buồng trứng.

▪ Độ nhạy cao: CA- 125 có giá trị để chẩn đoán phân biệt giữa bướu lành và ác (tăng trong 80% bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng). Tuy nhiên không đủ nhạy để phát hiện bệnh nhân tiền lâm sàng.

CA-125 < 35 UI/ml cho hướng nghiêng về nang chức năng, bướu lành. Khối u phần phụ có CA-125> 95 UI/ml ở người hậu MK khả năng ác tính rất cao (95%)

▪ Độ đặc hiệu không cao: CA- 125 còn tăng trong một số bệnh lý khác (lạc nội mạc TC, abces tai vòi ..)

▪ CA- 125 được sử dụng để theo dõi trong quá trình hóa trị ung thư biểu mô BT và sau điều trị

+ AFP (alpha fetoprotein) và hCG/ máu tăng trong một vài loại u tế bào mầm ác tính, có ích trong chẩn đoán cũng như theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật.

+ UIV trong các trường hợp khối u quá to đẩy lệch đường đi của niệu quản, gây chèn ép hoặc khối u nằm trong dây chằng rộng.

XỬ TRÍ:

- Tuổi trước dậy thì: thường là khối u thực thể (U tế bào mầm lành, ác)
  + Chẩn đoán phân biệt: TC đôi, nang cạnh tai vòi
  + Xử trí: khám phụ khoa (tốt nhất dưới gây mê)
    - Siêu âm
    - HCG, AFP
    - UIV
    - Phẫu thuật khi xác định có khối u

- Tuổi sanh đẻ:
  + Chẩn đoán phân biệt: thai, các khối u cơ năng, nhiễm trùng abces phần phụ, u lạc nội mạc TC, BT đa nang.
  + Xử trí: Khám vùng chậu kỹ lưỡng
    - Siêu âm
    - HCG
    - CA-125
    - Phẫu thuật với các khối u đặc (SÂ độ IV, V, VI)

Với các khối u nang <5 cm (hình ảnh siêu âm độ IA chỉ một hai nang đơn giản,không vách, không chồi sùi) thử theo dõi hoặc điều trị thuốc ngừa thai 3 tháng, nếu vẫn còn u hay to hơn cần phẫu thuật.

- **Tuổi mãn kinh: thường là u thực thể (luôn nghĩ đến ung thư BT trước khi tìm ra các u phần phụ khác)**
  + Chẩn đoán phân biệt: một số bệnh lý lành tính lâu ngày như lạc nội mạc TC, ứ dịch tai vòi, u bì. U di căn từ đường tiêu hóa, vú. Những bệnh lý ngoài phụ khoa (bệnh Crohn, bệnh túi thừa của ruột..)
  + Xử trí: luôn luôn cần thiết phẫu thuật
    - Khám lâm sàng cẩn thận (toàn thân, phụ khoa, vú..)
    - CA-125
    - UIV, chụp đại tràng có cản quang, thử phân xem có máu
    - Chụp vú
    - Chụp phổi
    - PAP test, sinh thiết nội mạc tử cung (nếu có xuất huyết)
    - Siêu âm
    - CT scan (nếu cần khảo sát các hạch, bệnh lý dạ dày, tụy, ruột..)
    - Mổ thám sát

KẾT LUẬN:

- Khối u buồng trứng thực thể luôn luôn có chỉ định mổ để biết đặc điểm mô học của u và đề phòng các biến chứng (xoắn, vỡ nang, xuất huyết, nhiễm trùng..)
- Trên khía cạnh mô học, khối u buồng trứng được chia ra rất nhiều loại, mỗi loại có đặc điểm riêng, độ ác tính riêng. Điều trị và tiên lượng phụ thuộc vào cấu tạo mô học. Vì vậy tiên quyết là phải có chẩn đoán mô học.
- Luôn luôn cảnh giác với các khối u buồng trứng ở nữ không trong giai đoạn phóng noãn (bé gái chưa dậy thì, sau khi mãn kinh) thường là u thực thể mà lâm sàng không thể chẩn đoán chắc chắn lành hay ác tính.

PHỤ LỤC: bảng 1,2,3,4,5

Bảng 1: Phân loại khối u buồng trứng theo WHO

1- U biểu mô (Epithelial tumors)		
Loại mô		Loại tế bào
• Dịch trong (serous)	-lành -giáp biên -ác	Niêm mạc vòi trứng
• Dịch nhày (mucinous)	-lành -giáp biên -ác	Niêm mạc cổ trong CTC
• Dạng nội mạc TC (Endometrioids)	-lành -giáp biên -ác	Niêm mạc tử cung
• Tế bào sáng ("Mesonephroid" clear cell)	-lành -giáp biên -ác	Mullerian
• Brenner	-lành -giáp biên -ác	Chuyển sản
• Biểu mô hỗn hợp	-lành -giáp biên -ác	Hỗn hợp
• Không định loại		Mesothelioma,..

2- U mô đệm-dây sinh dục (sex cord stromal tumors)
• U tế bào hạt
• Androblastoma, u tế bào Sertoli- Leydig
• Gynandoblastoma
• Không định loại

3- U tế bào mỡ

4- U tế bào mầm (germ cell tumors)

- U nghịch mầm (Dysgerminoma)
- U xoang nội bì (Endodermal sinus tumors)
- Ung thư phôi (Embryonal carcinoma)
- Polyembryoma
- U nguyên bào phôi (Choriocarcinoma)
- U quái (Teratomas)

-Trưởng thành (mature)
-Chưa trưởng thành (immature)
+ Thể đặc
+ Thể nang
-Đơn bì (Monodermal)

- Thể hỗn hợp

5- Gonadoblastomas

6- U mô mềm không chuyên biệt

7- U không định loại

8- U di căn

9- Các điều kiện giống u

- Hoàng thể có thai
- Tăng sinh mô đệm
- Phù nặng
- Nang noãn hay nang hoàng thể
- Đa nang
- Lạc NMTC
- Viêm nhiễm
- Nang cạnh buồng trứng

Bảng 2: Nang chức năng buồng trứng

Loại	Có hoạt động nội tiết	Tiết ra nội tiết
Nang noãn	có thể	Estrogen
Nang hoàng thể	có	Progesterone
Nang hoàng tuyến	có	Estrogen

Nang ẩn dịch trong	không	không
Bạch thể	không	không

Bảng 3: các khối u lành buồng trứng

Nang chức năng
- Nang noãn
- Nang hoàng thể
- Nang bạch thể (endosalpingiosis)
- Nang ẩn dịch trong
- Nang hoàng tuyến
- Nang lạc nội mạc tử cung

Viêm nhiễm: abces tai vòi buồng trứng

Buồng trứng đa nang

Nang cạnh buồng trứng, tai vòi

Luteoma lúc mang thai

Các khối u thực thể
- Từ biểu mô: u lành dịch trong, dịch nhày, u Brenner*
- Từ tế bào mầm: u nang bì lành
- Từ mô đệm: u xơ BT, u xơ tuyến lành, Thecoma

* hiếm khi ác tính

Bảng 4: phân biệt khối u lành ác

U lành	U ác
Một bên	Hai bên
Vỏ nguyên vẹn	Vỏ vỡ
Di động dễ	Dính với cơ quan khác
Bề mặt láng	Có sùi trên mặt
Cổ chướng (-)	Cổ chướng (+) có máu
Phúc mạc trơn láng	Phúc mạc có sần
Vách trơn láng	Vách có nơi xuất huyết
Chứa dịch	Đặc hay một phần
Bề mặt trong nang láng	Có chồi trong nang
Dạng đồng nhất	Không đồng nhất

Bảng 5: Phân biệt khối u theo tuổi

Trước dậy thì	Tuổi sinh sản	Mãn kinh
U tế bào mầm (80%)	U chức năng (70%)	U ác (50%)
U ác (10%)	Lạc nội mạc TC (10%) U tân sinh Lành (85%) Ác (15%)	

PHẦN XI

KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH

IV МАРА

ДОН ПЕДРОН ЈУЛ НИЈЕ ДО

PHÁC ĐỒ BĂNG HUYẾT TRONG KHI HÚT THAI

TRIỆU CHỨNG:

- Máu âm đạo ra nhiều
- Vã mồ hôi, da xanh, niêm nhợt
- Mạch nhanh trên 90 l/p
- Huyết áp tuột hay kẹp
- Tử cung gò kém, buồng tử cung rỗng

XỬ TRÍ:

- Truyền tĩnh mạch, tốt nhất là 2 đường truyền:
  + Lactat Ringer 500ml, truyền TM XXXg/p
  + Glucose 5%, 500 ml pha với 2 ống oxytocine 5đv, truyền TM XXXg/p
- Thở Oxy, 4l/p
- Nằm đầu thấp
- Nạo sạch buồng tử cung, lấy hết mô sót và máu cục
- Thông tiểu
- Thuốc co hồi tử cung
  + Oxytocine 5đv x 2 ống pha loãng tiêm TM chậm hay tiêm bắp
  + Methergin 20mg, 1 ống tiêm TM chậm hay TB

NHỮNG CHỈ SỐ BÌNH THƯỜNG VỀ XÉT NGHIỆM RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU

CÔNG THỨC MÁU

HC	: 3.600.000 – 4.500.000 /mm3	
BC	: 6.000 – 10.000 /mm3	
	N (BC đa nhân trung tính)	: 55-77%
	E (BC ái toan)	: < 5%
	B (BC ái kiềm)	: < 5 %
	L (BC lymphocyte)	: 10-15%

XÉT NGHIỆM MÁU CHẢY, MÁU ĐÔNG

TS: < 3 phút
TC: < 9 phút

XÉT NGHIỆM ĐÔNG MÁU TOÀN BỘ

Tiểu cầu	: 150.000 – 250.000 / mm3
TP	: 70-100%
TCK	: 40-55%
Fibrinogen	: trên 150 mg%
RI	: + + (có cục máu đông)

PHÁC ĐỒ CẤP CỨU CHOÁNG TRONG KHI NẠO

TRIỆU CHỨNG:

- Mạch nhanh (> 90 lần/ phút)
- Huyết áp tụt hay kẹp
- Da xanh niêm nhợt
- Vã mồ hôi
- Vật vã, bức xúc

XỬ TRÍ:

- Ngừng thủ thuật
- Thở Oxy 4 lít/ phút
- Đặt bệnh nhân trong tư thế thoải mái (đầu cao 45o), mở dây và nút áo cho dễ thở
- Lấy đường truyền tĩnh mạch:
- Glucose 20%, 250ml truyền TM XXV g/p
  + Hydrocortisol 100mg, 1 lọ tiêm tĩnh mạch chậm
  + Calcium 500mg 1-2 ống tiêm tĩnh mạch chậm

  Lưu ý:
  - Nếu tình trạng bệnh nhân ổn định, có thể thực hiện tiếp thủ thuật
  - Nếu sau xử trí tình trạng bệnh nhân không cải thiện, mới Bác sĩ gây mê hồi sức xử trí tiếp

PHÁC ĐỒ ĐẶT VÀ LẤY DỤNG CỤ TỬ CUNG

ĐẶT VÒNG

1. **Chỉ định đặt vòng:**
   Các phụ nữ trong tuổi sinh đẻ, đã có con
   Muốn thực hiện một biện pháp tránh thai tạm thời bằng dụng cụ tử cung

2. **Chống chỉ định:**
   Tuyệt đối
   - Viêm nhiễm cấp tính đường sinh dục
   - Tử cung dị dạng
   - Có thai
   - Rong kinh rong huyết chưa rõ nguyên nhân
   - Ung thư đường sinh dục
   - Sa sinh dục độ II- III

   Tương đối
   - Thai ngoài tử cung
   - U xơ tử cung
   - Bệnh lý van tim hậu thấp
   - Bệnh lý nội khoa mãn tính khác có suy gan, suy thận
   - Bệnh lý dị ứng với đồng (Hội chứng Wilson)

3. **Kỹ thuật:**
   - Khám xác định kích thước và vị thế tử cung
   - Sát trùng âm hộ, âm đạo và CTC
   - Kẹp CTC. Đo buồng tử cung
   - Chuẩn bị dụng cụ tử cung (cho cành dụng cụ tử cung vào cần đối với vòng Tcu, đánh dấu cần dụng cụ tử cung cho phù hợp với kích thước buồng tử cung)
   - Đưa dụng cụ tử cung vào buồng tử cung và lấy cần dụng cụ
   - Cắt dây vòng khoảng 2cm
   - Tháo kẹp CTC và lau sạch CTC, âm đạo

4. **Thuốc sau đặt vòng:**
   - Kháng sinh uống ngừa nhiễm trùng
   - Giảm co thắt: Spasmaverine 40mg, 1 viên x 3 lần/ ngày x 5-7 ngày

LẤY VÒNG:

1. **Vòng dây:**
   Đặt mỏ vịt bộc lộ CTC
   Sát trùng âm đạo và CTC bằng Betadine
   Dùng kềm Kelli dài, kéo nhẹ dây vòng và vòng ra khỏi buồng tử cung
   Lau sạch âm đạo và lấy mỏ vịt khỏi âm đạo

2. **Vòng không dây:**
   - Khám xác định tư thế tử cung
   - Sát trùng âm hộ, âm đạo và CTC
   - Kẹp CTC, đo buồng tử cung
   - Dùng móc vòng lấy vòng khỏi buồng TC
   - Tháo kẹp CTC, lau sạch âm đạo

3. **Thuốc sau lấy vòng:**
   Kháng sinh uống dự phòng nhiễm trùng

Lưu ý:

Cần phải tư vấn cho khách hàng sử dụng một biện pháp tránh thai khác sau lấy vòng, nhằm phòng ngừa mang thai ngoài ý muốn

PHÁC ĐỒ
PHÁ THAI ĐẾN HẾT 7 TUẦN BẰNG THUỐC

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

TUYẾN ÁP DỤNG

- Tuyến tỉnh, trung ương.
- Người áp dụng phương pháp này cần ở gần cơ sở y tế (khoảng cách từ nơi ở đến cơ sở y tế thực hiện không quá 60 phút).

NGƯỜI ĐƯỢC PHÉP THỰC HIỆN

- Bác sĩ sản phụ khoa được huấn luyện về phá thai bằng thuốc.

CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ tự nguyện chọn sử dụng thuốc để chấm dứt thai.
- Có thai từ 49 ngày trở xuống kể từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Rối loạn đông máu.
- Đang điều trị bằng Corticoid hoặc thuốc chống rối loạn đông máu.
- Có tiền sử dị ứng với Mifepristone hoặc Misoprostol.
- Đang cho con bú.
- Tiền căn dị ứng
- Ung thư đường sinh dục

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

1 Tư vấn

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Tư vấn về các biện pháp phá thai hiện có tại cơ sở .
- Tư vấn về phương pháp phá thai bằng thuốc.
- Tư vấn về các tai biến có thể xảy ra và tác dụng phụ của thuốc.
- Tư vấn về theo dõi sau phá thai bằng thuốc.
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay.
- Sự cần thiết của việc khám lại sau 2 lần.
- Các dấu hiệu bình thường sau khi dùng thuốc.

- Các dấu hiệu phụ hồi sức khoẻ và khả năng sinh sản sau phá thai.
- Thông tin về các biện pháp tránh thai, hướng dẫn chọn lựa biện pháp thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.

2. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử để loại trừ chống chỉ định.
- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa để xác định có thai.
- Tính tuổi thai dựa vào ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng.
- Siêu âm xác định chính xác tuổi thai và loại trừ thai ngoài tử cung
- Ký cam kết tự nguyện phá thai)

3. Quy trình kỹ thuật

- Cho khách hàng uống 1 viên Mifepristone 200mg dưới sự quan sát của thầy thuốc tại cơ sở y tế, theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng toàn thân của khách hàng trong vòng 15 phút, sau đó có thể cho khách hàng về nhà.
- Sau 24- 48 giờ, khách hàng trở lại cơ sở y tế, cho khách hàng uống 300mcg Misoprostol dưới sự quan sát cuả thầy thuốc tại cơ sở y tế hay uống tại nhà.

4. Tai biến và sử trí

- Ra máu ồ ạt.
  Xử trí: hút hoặc na cầm máu.
- Đau bụng nhiều
  Xử trí: Uống Paracetamol hay Ibuprofen
- Nôn hay tiêu chảy
  Xử trí: bù nước và điện giải, không cần can thiệp gì đặc hiệu vì thường nhẹ và thoáng qua

5. Theo dõi sau khi dùng thuốc

Khám lại sau 2 tuần

- Nếu thai đã sẩy và ra hết máu: kết quả tốt, kết thúc theo dõi.
- Nếu thai đã sẩy,còn ra máu nhưng không có dấu hiệu sót nhau: tiếp tục theo dõivà điều trị hỗ trợ
- Nếu sót nhau: hút kiểm tra buồng tử cung
- Nếu thai vẫn tiếp tục phát triển hay thai lưu: hút thai.

6. Tư vấn

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Tư vấn về các biện pháp phá thai hiện có tại cơ sở .
- Tư vấn về phương pháp phá thai bằng thuốc.
- Tư vấn về các tai biến có thể xảy ra và tác dụng phụ của thuốc.
- Tư vấn về theo dõi sau phá thai bằng thuốc.

- Các dấu hiệu cần khám lại ngay.
- Sự cần thiết của việc khám lại sau 2 lần.
- Các dấu hiệu bình thường sau khi dùng thuốc.
- Các dấu hiệu phục hồi sức khoẻ và khả năng sinh sản sau phá thai.
- Thông tin về các biện pháp tránh thai, hướng dẫn chọn lựa biện pháp thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.

PHÁC ĐỒ CẤP CỨU NGƯNG TIM NGƯNG THỞ

1. Xác định tình trạng ngưng tim ngưng thở
2. Lấy 01 đường truyền tỉnh mạch
3. Tiêm tỉnh mạch
4. Adrenaline 1mg 1 ống
5. Calcium 500mg 1-2 ống
6. Xoa bóp tim ngoài lồng ngực 90 lần/ phút
7. Đặt Masque Oxy 100%

NẾU SAU 3-5 PHÚT HỒI SỨC KHÔNG HIỆU QUẢ, cần:

- Tiêm thêm:
  + Adrenaline 1mg , 1 ống tỉnh mạch chậm
  + Lidocain 2% , 1 ống tiêm tỉnh mạch chậm
- Và tiếp tục xao hóp tim ngoài lồng ngực
- Báo ngay cho Bs Gây mê hồi sức để hỗ trợ

PHÁC ĐỒ PHÁ THAI 18 ĐẾN HẾT 24 TUẦN THEO YÊU CẦU TẠI KHOA KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

CHỈ ĐỊNH:

- Hoang thai , với thai kỳ bình thường từ 18-24 tuần
- Ngoại trừ một số trường hợp đặc biệt (thai bệnh lý, hoàn cảnh gia đình quá khó khăn...) cần phải có ý kiến của phòng Kế hoạch Tổng hợp trước khi làm hồ sơ nhập viện

HỎI BỆNH

- Bệnh sử:
  Xác định ngày kinh chót
- Tiền sử sản phụ khoa:
  Đã kết hôn chưa? (Kết hôn = Có giấy hôn thú)
  Số lần đi điều hoà kinh nguyệt. Tai biến ở những lần phá thai trước
  Tiền căn mổ bóc nhân xơ tử cung
- Tiền căn bệnh nội ngoại khoa
  Bệnh lý tim mạch, Cường giáp

KHÁM

- Xác định BCTC (từ 12 đến 20 cm)
- Đánh giá các bệnh lý ở đường sinh dục đi kèm nếu có: viêm nhiễm, u xơ tử cung, u nang buồng trứng

SIÊU ÂM

Xác định tuổi thai và các bệnh lý bất thường của nhau thai ối

Lưu ý:

+ Những trường hợp viêm nhiễm cấp tính mức độ nặng đường sinh dục dưới, đặc biệt nhiễm Gonorrhea và Trichomonas, nên điều trị một đợt viêm trước khi phá thai
+ Chỉ thực hiện phá thai to cho những thai kỳ : đơn thai, từ 16-24 tuần, không có nhau tiền đạo và các bệnh lý nặng lên trong chuyển dạ sanh non

TƯ VẤN

- Tư vấn về phương pháp phá thai to: Đặt Kovac's hay Misoprostol
- Tư vấn các nguy hiểm có thể gặp khi phá thai to
- Tư vấn các biện pháp tránh thai sau phá thai

(Thời gian có thể mang thai lại sau phá thai to là 3-4 tuần sau phá thai)

Khách hàng được giải thích rõ ràng các nguy cơ của phá thai và tự nguyện ký tên vào tờ cam kết hút thai theo yêu cầu

Đối với những khách hàng dưới 18 tuổi: cần phải có cam kết và bảo lảnh của người thân (Cha mẹ, Cô chú Bác ruột)

HOÀN TẤT HỒ SƠ NHẬP VIỆN VÀ CHUYỂN KHOA PHỤ

Lưu ý: những trường hợp chỉ định phá thai to ngoại lệ, cần phải có ý kiến của phòng Kế hoạch Tổng hợp trước khi làm hồ sơ nhập viện

PHÁC ĐỒ HÚT THAI ĐẾN HẾT 12 TUẦN THEO YÊU CẦU TẠI KHOA KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

HỎI BỆNH:

- Bệnh sử:
  Xác định ngày kinh chót, Tính số ngày trễ kinh
- Tiền sử sản phụ khoa:
  Số con đã có- Tuổi con nhỏ nhất. Số lần đi điều hoà kinh nguyệt
  Tiền căn mổ lấy thai, bóc nhân xơ tử cung
- Tiền căn bệnh nội ngoại khoa
  Bệnh lý tim mạch, Cường giáp

KHÁM:

Xác định vị thế tử cung, Xác định thai trong tử cung và tuổi thai
Đánh giá các bệnh lý ở đường sinh dục: viêm nhiễm, u xơ TC, u nang BT
Lưu ý:

- Những trường hợp kích thước tử cung không tương xứng với tuổi thai, có thể xác định thêm bằng siêu âm
- Những trường hợp viêm nhiễm cấp tính mức độ nặng đường sinh dục dưới, đặc biệt nhiễm Gonorrhea và Trichomonas, nên điều trị một đợt viêm trước khi thực hiện thủ thuật hút thai

TƯ VẤN:

Tư vấn trước và sau hút thai
Tư vấn các biện pháp tránh thai sau hút thai
(Thời gian có thể mang thai lại sau hút thai là 10-14 ngày sau hút thai)

KHÁCH HÀNG ĐƯỢC GIẢI THÍCH RÕ RÀNG các nguy cơ của hút thai và tự nguyện ký tên vào tờ cam kết hút thai theo yêu cầu

UỐNG THUỐC GIẢM ĐAU trước khi làm thủ thuật đối với những trường hợp vô cảm bằng tê cạnh cổ TC (400mg Ibuprofen 30 phút trước làm thủ thuật)

THỦ THUẬT:

- Sát trùng âm hộ (kềm I)
- Sát trùng âm đạo, CTC (Kềm II)
- Gây tê mép trước CTC (Vị trí 12g với 1ml Lidocain 1%)
- Kẹp CTC bằng kềm Pozzi
- Gây tê cạnh CTC với 4ml Lidocain 1% ở vị trí 4 và 7g hay 5 và 8g
- Nong CTC bằng ống hút nhựa (nếu trường hợp khó có thể sử dụng bộ nong bằng kim loại Hégar hay Pratt)
- Chọn ống hút thích hợp với tuổi thai
- Hút thai (bằng máy hay bằng tay), đánh giá hút sạch buồng tử cung

- Mở kềm Pozzi, lau sạch CTC và âm đạo
- Kiểm tra mô và tổ chức sau hút thai
- Chuyển khách hàng sang buồng hồi phục

THEO DÕI SAU THỦ THUẬT:

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

PHÁ THAI TỪ TUẦN THỨ 13 ĐẾN HẾT TUẦN THỨ 17 BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG VÀ GẮP

Nong và gắp là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách sử dụng thuốc Misoprostol và que nong để chuẩn bị cổ tử cung, sau đó dùng bơm hút chân không kết hợp với kẹp gắp thai để lấy thai ra, áp dụng cho tuổi thai từ tuần thứ 13 đến hết tuần thứ 18.

TUYẾN ÁP DỤNG:

Các bệnh viện tuyến tỉnh, thành phố và tuyến trung ương.

NGƯỜI ĐƯỢC PHÉP THỰC HIỆN:

Bác sĩ sản khoa đã thành thạo kỹ thuật phá thai 12 tuần bằng phương pháp phá thai ngoại khoa 3 tháng đầu và được đào tạo kỷ thuật phá thai bằng phương pháp nong và gắp.

CHỈ ĐỊNH:

Thai từ tuần thứ 13 đến hết tuần thứ 18.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Có các bệnh nội khoa cấp tính.
- Dị dạng sinh dục.
- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính. Những trường hợp này cần được điều trị.
- Tiền sử dị ứng với Misoprostol.

Thận trọng: cần thận trọng với những trường hợp có u tử cung hoặc sẹo mổ tử cung.

QUI TRÌNH KỸ THUẬT:

1 Tư vấn:

Được thực hiện 3 giai đoạn: trước, trong và sau thủ thuật (xem phần tư vấn).

2 Cơ sở vật chất:

- Phòng kỷ thuật: bảo đảm tiêu chuẩn quy định.
- Phương tiện dụng cụ:
  + Bộ dụng cụ nong, gắp thai: kẹp dài sát khuẩn, kẹp cổ tử cung, nong từ 5- 17, kẹp gắp thai Sopher và Bierre, thìa nạo cùn.
  + Bộ hút thai chân không với ống hút số 12- 14.
  + Phương tiện cấp cứu.
  + Máy siêu âm.
  + Khay đựng tổ chức thai và rau.
  + Các phương tiện xử lý dụng cụ va hất thải.
- Thuốc giảm đau, tiền mê và chống sốc.

3 Chuẩn bị khách hàng:

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản khoa.

- Khám toàn thân.
- Xác định tuổi thai.
- Xác định tuổi thai dựa vào ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng.
- Khám phụ khoa loại trừ chống chỉ định.
- Siêu âm.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, máu chảy, máu đông.
- Cam kết tự nguyện phá thai(dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ, người giám hộ).
- Ngậm vào bên má 400 mcg thuốc Misoprostol và đưa vào phòng theo dõi chờ 4 -6 giờ. Dùng tiếp liều khác nếu cần.

4 Người thực hiện thủ thuật:

- Rửa tay bằng xà phòng dưới vòi nước chảy.
- Trang phục y tế: áo choàng, quần, mũ, khẩu trang, đeo kính bảo hộ.

5 Các bước tiến hành thủ thuật:

- Giảm đau toàn thân.
- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung.
- Thay găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông.
- Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.
- Gây tê tại cổ tử cung.
- Kẹp cổ tử cung.
- Nong cổ tử cung.
- Dùng bơm với ống hút để hút nước ối và kéo phần thai xuống thấp.
- Tiến hành gắp thai.
- Nếu gặp khó khăn khi lấy thai thì sử dụng siêu âm để xác định vị trí kích thước của thai.
- Kiểm tra các phần thai và rau lấy ra để đánh giá thủ thuật hoàn thành hay chưa.
- Xử lý dụng cụ và chất thải.

6 Tai biến và xử trí:

- Tai biến: thủng tử cung, rách cổ tử cung, chảy máu, sót phần thai, rót rau, ứ máu trong tử cung, sốc, nhiễm khuẩn.
- Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến (xem tài liệu huấn luyện).

7. Theo dõi và chăm sóc:

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng, co hồi tử cung trong vòng 4 giờ sau thủ thuật.
- Dùng kháng sinh.
- Tư vấn sau thủ thuật.
- Hẹn khám lại sau 2 tuần.

TƯ VẤN:

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai ngén.
- Sự nguy hiểm, tai biến và hậu quả có thể xảy ra khi phá thai to.
- Các biện pháp phá thai to.
- Các bước nong và gắp.
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay sau khi nong và gắp.
- Hồi phục sức khoẻ và khả năng sinh sản sau khi nong và gắp.
- Thông tin về các biện pháp tránh thai, hướng dẫn chọn lựa biện pháp thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.
- Các dấu hiệu thai nghén sớm dễ nhận biết để tránh phá thai to.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SẨY THAI ĐANG TIẾN TRIỂN

HỎI BỆNH:

- Bệnh sử: Xác định ngày kinh chót.
- Tiền sử sản phụ khoa : Số con đã có. Tuổi con nhỏ nhất. Số lần đi điều hoà kinh nguyệt, sẩy thai. Tiền căn mổ lấy thai, bóc nhân xơ tử cung
- Tiền căn bệnh nội ngoại khoa: Bệnh lý tim mạch, Cường giáp

KHÁM:

Xác định vị thế tử cung, Xác định tuổi thai
Đánh giá tình trạng sẩy thai: độ mở CTC, huyết âm đạo, gò TC

TƯ VẤN:

Tư vấn trước và sau hút thai
Tư vấn các biện pháp tránh thai sau hút thai
(Thời gian có thể mang thai lại sau hút thai là 10-14 ngày sau hút thai.
Tốt nhất nên có thai lại ít nhất 3-6 tháng sau sẩy thai)

KHÁCH HÀNG ĐƯỢC GIẢI THÍCH RÕ RÀNG các nguy cơ của hút thai và tự nguyện ký tên vào tờ cam kết hút thai theo yêu cầu

UỐNG THUỐC GIẢM ĐAU trước khi làm thủ thuật đối với những trường hợp vô cảm bằng tê cạnh cổ TC (400mg Ibuprofen 30 phút trước làm thủ thuật)

THỦ THUẬT

- Sát trùng âm hộ (kềm I). Sát trùng âm đạo, CTC (Kềm II)
- Gây tê mép trước CTC (Vị trí 12g với 1ml Lidocain 1%)
- Kẹp CTC bằng kềm Pozzi
- Gây tê cạnh CTC với 4ml Lidocain 1% ở vị trí 4 và 7g hay 5 và 8g
- Nong CTC bằng ống hút nhựa (nếu trường hợp khó có thể sử dụng bộ nong bằng kim loại Hégar hay Pratt). Tuy nhiên CTC thương mở và không phải nong trong những trường hợp sẩy thai đang tiến triển
- Chọn ống hút thích hợp với tuổi thai
- Hút thai (bằng máy hay bằng tay), đánh giá hút sạch buồng tử cung
- Mở kềm Pozzi, lau sạch CTC và âm đạo
- Kiểm tra mô và tổ chức sau hút thai
- Chuyển khách hàng sang buồng hồi phục

THEO DÕI SAU THỦ THUẬT:

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

PHÁC ĐỒ CẤP CỨU SỐC PHẢN VỆ

TRIỆU CHỨNG

- Mạch nhanh, Huyết áp tụt hay kẹp
- Khó thở, nghẹt thở
- Đau bụng, đau đầu, chóng mặt
- Choáng váng, vật vã, bồn chồn, sợ hãi
- Nổi mẫn, ban đỏ
- Đôi khi co giật, hôn mê
- Các triệu chứng này có thể xuất hiện ngay hay muộn hơn sau tiếp xúc với dị nguyên (thuốc, thức ăn...)

XỬ TRÍ

- Ngưng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên
- Cho bệnh nhân nằm đầu thấp, mở nút áo, dây nịt ngực
- ADRENALINE là thuốc đầu tay trong điều trị sốc phản vệ

  Liều:
  + Adrenaline 1/1.000. 1 ống 1ml = 1mg
  + Người lớn: ½ - 1 ống tiêm dưới da
  + Trẻ em: Pha loãng 1ống 1ml + 9ml nước cất = 10ml
  + Tiêm dưới da 0.1 ml/kg cân nặng
  + Lập lại liều trên sau 10-15 phút cho đến khi huyết áp trở lại bình thường
  + Có thể sử dụng bằng đường tiêm tỉnh mạch chậm hay qua nội khí quản trong trường hợp nặng đe dọa ngưng tim ngưng thở

1. Xử trí tình trạng suy hô hấp nếu có

   Tùy theo mức độ suy hô hấp, có thể hỗ trợ hô hấp bằng:
   - Thở Oxy
   - Bóp bóng
   - Đặt nội khí quản

   Thuốc dãn phế quản:
   - Aminophylline Truyền tỉnh mạch chậm 1mg/kg/1 giờ hay
   - Terbutaline truyền TM chậm 0.2 microgam/ kg/ phút
2. Các thuốc khác dùng phối hợp
   - Methylprednisolone 1-2mg/kg/4 giờ
   - hay Hydrocortisone hemisuccinate 5mg/kg/giờ tiêm tỉnh mạch (có thể dùng liều cao gấp 2-5 lần trong trường hợp nặng)
   - Diphehydramine 1-2mg tiêm bắp hay tỉnh mạch
   - Truyền tỉnh mạch với Natri Chlorua 9‰ XXXg / phút
3. Theo dõi sát mạch và huyết áp
4. Báo ngay cho Bác sĩ Gây mê hồi sức để hỗ trợ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SÓT NHAU TẠI KHOA KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH

KHÁM VÀ HỎI BỆNH:

1. Hỏi bệnh
   - Thời điểm hút thai lần trước
   - Nơi hút thai lần trước (Tại Viện hay ngoại viện)
   - Tuổi thai lần hút trước
2. Khám bệnh
   - Tổng trạng: Đánh giá tình trạng nhiễm trùng (Sốt, đau bụng, dịch âm đạo hôi, môi khô, lưỡi dơ...)
   - Xác định tư thế và kích thước tử cung
   - Xác định độ đau tử cung
   - Đánh giá độ mở CTC
   - Đánh giá mức độ ra huyết âm đạo

SIÊU ÂM:

- Xác định tình trạng sót nhau
- Đánh giá mức độ sót nhau

Lưu ý:

- Siêu âm thực tế không thể chẩn đoán phân biệt giữa ứ dịch lòng tử cung và sót nhau.
- Dó đó, những trường hợp siêu âm phát hiện khối echo hổn hợp trong lòng tử cung kích thước dưới 3x3 cm và không đau bụng, không ra huyết âm đạo nhiều, cổ TC đóng, có thể thử điều trị nội trong 03 ngày

ĐIỀU TRỊ:

1. Nội khoa:
   - Chỉ định:
     + Ứ dịch lòng tử cung
     + Nghi sót nhau kích thước nhỏ (dưới 3x3cm)
   - Điều trị
     + Oxytocine 5 đv 1-2 ống tiêm bắp x 3 ngày
     + Kháng sinh ngừa nhiễm trùng
2. Ngoại khoa
   - Chỉ định:
     Sót nhau hay ứ dịch lòng tử cung lượng nhiều
   - Điều trị:
     + Hút kiểm tra buồng tử cung
     + (Thực hiện các bước như hút thai theo yêu cầu, tuy nhiên nên được thực hiện bởi kỹ thuật viên có kinh nghiệm)
     + Gửi giải phẫu bệnh lý mô sau hút
     + Kháng sinh dự phòng

+ Thuốc tăng co hồi tử cung nếu cần

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THAI LƯU ĐẾN HẾT 12 TUẦN

HỎI BỆNH

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

KHÁM

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

XÉT NGHIỆM

Siêu âm	:xác định tình trạng thai lưu, tuổi thai vào thời điểm lưu
TS, TC	: đối với thai dưới 8 tuần
Đông máu toàn bộ	:với thai trên 8 tuần

CHẨN ĐOÁN

Lấy Móc tuổi thai dựa vào ngày kinh chót

Lưu ý:

- Tuổi thai vào thời điểm siêu âm, chỉ gợi ý tuổi thai vào thời điểm lưu nhằm tiên lượng nguy cơ rối loạn đông máu
- Thai lưu tồn tại trong tử cung trên 6 tuần mới co nhiều nguy cơ gây rối loạn đông máu

TƯ VẤN

- Tư vấn trước và sau hút thai
- Tư vấn các biện pháp tránh thai sau hút thai
  + Thời gian có thể mang thai lại sau hút thai là 10-14 ngày sau hút thai
  + Tốt nhất nên có thai lại ít nhất sau 3-6 tháng hút thai lưu

KHÁCH HÀNG ĐƯỢC GIẢI THÍCH RÕ RÀNG CÁC NGUY CƠ CỦA HÚT THAI VÀ TỰ NGUYỆN KÝ TÊN VÀO TỜ CAM KẾT HÚT THAI THEO YÊU CẦU

UỐNG THUỐC GIẢM ĐAU trước khi làm thủ thuật đối với những trường hợp vô cảm bằng tê cạnh cổ TC (400mg Ibuprofen 30 phút trước làm thủ thuật)

THỦ THUẬT

- Sát trùng âm hộ (kềm I)
- Sát trùng âm đạo, CTC (Kềm II)
- Gây tê mép trước CTC (Vị trí 12g với 1ml Lidocain 1%)
- Kẹp CTC bằng kềm Pozzi
- Gây tê cạnh CTC với 4ml Lidocain 1% ở vị trí 4 và 7g hay 5 và 8g

- Nong CTC bằng ống hút nhựa (nếu trường hợp khó có thể sử dụng bộ nong bằng kim loại Hégar hay Pratt)
- Chọn ống hút thích hợp với tuổi thai
- Hút thai (bằng máy hay bằng tay), đánh giá hút sạch buồng tử cung
- Mở kềm Pozzi, lau sạch CTC và âm đạo
- Kiểm tra mô và tổ chức sau hút thai, gửi giải phẫu bệnh lý nếu cần

THEO DÕI SAU THỦ THUẬT

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

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THỦNG TỬ CUNG DO NẠO HÚT THAI THEO YÊU CẦU TẠI KHOA KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH

YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY THỦNG TỬ CUNG TRONG THỦ THUẬT:

1. Người làm thủ thuật thiếu kinh nghiệm
2. Tư thế tử cung quá gập (trước hay sau)
3. Tử cung có sẹo mổ củ
4. Tử cung ở những người sau sanh hay mãn kinh
5. Các bệnh lý khác ở CTC và TC: hẹp CTC, ung thư thân TC

CÁC HẬU QUẢ CHÍNH DO THỦNG TỬ CUNG:

1. Xuất huyết
2. Tổn thương các cơ quan trong ổ bụng: ruột, mạc nối... có thể dẫn đến viêm phúc mạc

Các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của những hậu quả trên do thủng tử cung trong thủ thuật:

- Kích thước lỗ thủng
- Vị trí lỗ thủng
- Các tổn thương các tạng xung quanh
- Thủng trên tử cung mang thai hay không mang thai
- Lòng tử cung sạch ở thời điểm thủng
- Thời điểm thủng được chẩn đoán

CHẨN ĐOÁN:

- Bệnh nhân đột ngột đau bụng dữ dội khi đang làm thủ thuật
- Khám:
  + Bệnh nhân hốt hoảng, da xanh niêm nhợt
  + Mạch nhanh, huyết áp tụt (nếu có choáng)
  + Ấn đau vùng hạ vị và có thể có phản ứng phúc mạc hay dấu hiệu kích thích phúc mạc
  + Đo buồng tử cung thấy thước đo lút sâu và không cảm giác chạm đáy tử cung
  + Hút hay gắp ra mạc nối lớn

XỬ TRÍ:

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

1. Cố gắng làm sạch buồng tử cung nếu có thể và Ngưng làm thủ thuật ngay
2. Xác định tổng trạng bệnh nhân: lấy mạch, huyết áp. Đánh giá tình trạng choáng
3. Lấy ngay đường truyền tỉnh mạch:
4. Lactat Ringer hay Natri Chlorua 9%o 500 ml, truyền TM XXXg/p

5. Dùng thuốc co hồi tử cung, kháng sinh và thuốc điều trị choáng nếu bệnh nhân có choáng
6. Hội chẩn Bác sĩ trưởng Khoa hay trưởng Khối phòng khám
7. Hoàn tất hồ sơ bệnh án, ghi rõ diễn tiến thủ thuật
8. Tuỳ tình trạng có giải quyết phù hợp: Chuyển bệnh nhân sang khoa Phụ nếu có chỉ định điều trị nội hay lên phòng Mổ để mổ thám sát hay vá lỗ thủng nếu có chỉ định điều trị ngoại khoa.

Lưu ý:

Trong những trường hợp bệnh nhân có kèm choáng: nên điều trị choáng tích cực, và chỉ chuyển bệnh nhân khi tình trạng đã ổn định.

Khi bàn giao với khoa khác, phải rõ ràng, và cụ thể để việc theo dõi bệnh nhân được chặc chẽ và sát sao hơn

❖ Chỉ định điều trị nội
- Thủng tử cung tại viện
- Thủng tử cung ở thì đo, nếu ở thì nong thì que nong không quá số 7
- Sau khi thủng phải đảm bảo buồng tử cung sạch (mô nhau thai sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng)
- Phải theo dõi sát tại bệnh viện: Mạch, Huyết áp, nhiệt độ,tổng trạng và công thức bạch cầu mỗi ngày

PHÁC ĐỒ TƯ VẤN HÚT THAI

- Tự giới thiệu của nhân viên làm công tác tư vấn
- Tìm hiểu về tình hình thai nghén lần này, cảm xúc về việc có thai lần này
- Giới thiệu và tư vấn về sự lựa chọn: tiếp tục mang thai, phá thai và cho con nuôi. Tìm hiểu về quyết định sự lựa chọn cho thai kỳ lần này
- Lựa chọn thủ thuật phá thai: Hút thai hay phá thai bằng thuốc
- Giới thiệu các bước căn bản của thủ thuật hút thai:
  + Khám ÂĐ bằng hai tay, sát trùng ÂH và ÂĐ
  + Chích thuốc tê
  + Nong CTC
  + Hút thai
- Giới thiệu các cảm giác đau khách hàng phải trải qua trong suốt quá trình thủ thuật nhằm tìm sự hợp tác của khách hàng
- Trình bày các biến chứng và tai biến có thể gặp của thủ thuật hút thai như: choáng, xuất huyết, thủng, nhiễm trùng, sót thai, sót nhau, Vô sinh ...
- Tư vấn về các dấu hiệu theo dõi sau làm thủ thuật, các triệu chứng cần phải trở lại bệnh viện ngay cũng như lịch tái khám theo dõi định kỳ sau làm thủ thuật
- Tư vấn về tránh thai sau thủ thuật phá thai: Thời điểm có thể mang thai lại sau thủ thuật (2 tuần). Giới thiệu và cung cấp thông tin về các biện pháp tránh thai. Chọn lựa các biện pháp tránh thai thích hợp nhất. Cung cấp các phương tiện ngừa thai cho khách hàng (nếu được)
- Tư vấn về bạo hành gia đình

  Giới thiệu các địa chỉ liên hệ:

  Trung tâm tình yêu và gia đình : 43 Nguyễn Thông – Quận 3- Thp HCM

  Văn phòng hổ trợ gia đình: 118 Nguyễn Thông – Quận 3- Thp HCM

Lưu ý:

Khi tư vấn, nhân viên tư vấn phải luôn vui vẻ, hoà nhã, thông cảm và sử dụng từ ngữ dễ hiểu với khách hàng

PHÁC ĐỒ TƯ VẤN KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH

Tư vấn kế hoạch hoá gia đình (KHHGĐ) cũng có chung các kỹ năng và các bước như trong tư vấn chăm sóc SKSS.(Xem bài tư vấn về chăm sóc SKSS). Bài này chỉ nêu những điểm riêng biệt cho tư vấn trong KHHGĐ.

TƯ VẤN KHHGĐ:

- Tư vấn giúp khách hàng tự lựa chọn một biện pháp tránh thai thích hợp trong một giai đoạn sinh sản nhất định.
- Nội dung tư vấn đáp ứng nhu cầu của khách hàng chứ không xuất phát ý muốn chủ quan của người tư vấn.

VAI TRÒ CỦA TƯ VẤN KHHGĐ:i3 Giúp khách hàng chọn đúng một biện pháp trtánh thai và sử dụng đúng biện pháp đã chọn.

- Giúp tăng tỷ lệ tiếp tục sử dụng và hạn chế bỏ cuộc.
- Giúp tăng tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai.
- Góp phần tăng cường sức khoẻ và giảm chương trình KHHGĐ.
- Hiểu rõ và thực hành tình dục an toàn sẽ góp phần làm giảm nguy cơ thai ngoài ý muốn và bệnh lây truyền đường tình dục.

10 QUYỀN CƠ BẢN CỦA KHÁCH HÀNG:

- Quyền được thông tin
- Quyền được tiếp cận dịch vụ và thông tin.
- Quyền tự do lựa chọn biện pháp tránh thai và từ chối hoặc chấm dứt biện pháp tránh thai.
- Quyền được nhận dịch vụ an toàn.
- Quyền được đảm bảo bí mật.
- Quyền được đảm bảo kín đáo.
- Quyền được thoải mái khi tiếp nhận dịch vụ.
- Quyền được tôn trọng.
- Quyền được tiếp tục nhận dịch vụ.
- Quyền được bày tỏ ý kiến.

CÁC PHẨM CHẤT CẦN THIẾT CỦA NGƯỜI TƯ VẤN VỀ KHHGĐ:

1. **Tôn trọng khách hàng**

- Tôn trọng khách hàng dù cho họ ở bất cứ thành phần nào.
- Lắng nghe nhu cầu và ý kiến của khách hàng.

2. **Thông cảm và thấu hiểu đối với khách hàng**

- Cần nhạy cảm với nhu cầu. Tìm hiểu tâm tư, mong muốn của khách hàng.
- Cần tiếp khách hàng ở nơi riêng biệt, yên tĩnh, đảm bảo tính riêng tư, bí mật.

3. Thành thật với khách hàng

- Cần nói thật sự về mọi biện pháp tránh thai, bao gồm cả thuận lợi và không thuận lợi, tác dụng phụ, nguy cơ có thể có của biện pháp đó.
- Không từ chối cung cấp thông tn cho khách hàng. Nếu thông tin đó người tư vấn chưa nắm vững thì hẹn trả lời sau.

4. Thông tin rõ ràng, có trọng tâm cho khách hàng

- Sử dụng câu từ ngắn, gọn, đơn giản, hạn chế dùng từ chuyên môn.
- Sử dụng phương tiện hổ trợ: tranh ảnh, mô hìng, hiện vật và khuyến khích khách hàng quan sát trực tiếp.
- Tìm hiểu phản hồi của khách hàng.
- Tóm tắt, nhấn mạnh các điển quan trọng và nếu có thề mời khách hàng nhắc lại trước khi kết thúc tư vấn.

SÁU BƯỚC TƯ VẤN KHHGĐ

1. Gặp gỡ

- Chào hỏi, mời ngồi, thái độ thân mật và bình đẳng, tạo lòng tin cho khách hàng.
- Tự giới thiệu về bản thân.

2. Gợi hỏi

- Hỏi các thông tin liên quan đến sức khỏe và nhu cấu tránh thai.
- Chú ý lắng nghe, không sốt ruột, tránh nói nhiều.
- Phất hiện những nhận thức sai lệch của khách hàng.

3. Giới thiệu

- Giới thiệu các biện pháp tránh thai hiện có ở cơ sở và ở thị trường.
- Cung cấp đầy đủ thông tin về cả ưu điểm và nhược điểm: các tác dụng phụ và tai biến có thể gặp của biện pháp tránh thai.
- Tập trung vào vấn đề khách hàng quan tâm, giải thích khi khách hàng hiểu sai.

4. Giúp đỡ

- Giúp cho khách hàng tự lựa chọn biện pháp tránh thai phù hợp nhất.
- Không áp đặt theo ý kiến chủ quan của mình.
- Nếu khách hàng chọn biện pháp tránh thai không phù hợp vì chống chỉ định thì góp ý cho khách hàng biện pháp tránh thai khác.

5. Giải thích

- Khi khách hàng đã chấp nhận một biện pháp tránh thai, giải thích đầy đủ hơn về cách sử dụng biện pháp tránh thai đó.
- Chỉ dẫn quá trình thực hiện và các thủ tục d8ể tiến hành (với cá biện pháp tránh thai lâm sàng như dụng cụ tử cung, triệt sản).
- Giải thích những nguyên nhân có thể đưa đến những thất bại và cách phòng tránh.
- Nói rõ những dấu hiệu của tác dụng phụ và cách sử trí tại nhà.

- Nêu cho khách hàng những dấu hiệu cảnh báo và cách xử trí.
- Nêu rõ mức độ phục hồi của biện pháp tránh thai.
- Giải thích tại sao cần có kiểm tra định kỳ và khuyên thực hiện đầy đủ.
- Giải thích một cách thoả đáng những hiểu biết sai lệch của khách hàng.
- Sau khi giải thích hỏi lại khách hàng để có phản hồi

6. **Gặp lại:**

- Trước khi chào tạm biệt, dặn dò khách hàng, hẹn khám kiểm tra định kỳ và khi có các dấu hiệu bất thường có thể quay trở lại bất cứ lúc nào.
- Cung cấp tài liệu truyền thông.

PHẦN XII

SIÊU ÂM

ПЕЧАЛЬ

МАЛЬВИН

QUY TRÌNH SIÊU ÂM SẢN PHỤ KHOA

SẢN KHOA

1. Ba tháng đầu thai kỳ:

- Xác định vị trí thai trong hay ngoài tử cung.
- Tình trạng thai: có túi noãn hoàng, phôi, tim?
- Số lượng thai, nếu song thai phải xác định mấy bánh nhau.
- Xác định tuổi thai:
  + Từ 3 – 4 tuần: nội mạc tử cung dày, nhưng không có túi thai hoặc túi thai nhỏ <5mm ở trong nội mạc tử cung.
  + Thai 5 tuần: túi thai (+)
  + Thai 5,5 tuần: yolk sac (+)
  + Thai 6 – 7 tuần: các cực phôi thai (+), tim thai (+) -> đo chiều dài đầu mông CRL = 2 – 4 mm
  + Thai 7 – 9 tuần: phôi thai (+), tim thai (+), hệ thần kinh trung ương (não, cột sống). CRL = 12 – 14 mm
  + Thai 10 – 12 tuần: đầu, chi, hệ TKTƯ, hệ tiêu hoá (+).
- Đo ĐMDG thai 11-14 tuần. (BT < 2,5 mm khi đo trong - trong)

Các bất thường:

- Không thấy phôi
- Thoái hoá tế bào nuôi
- Tim thai (-) ở phôi 6,5 – 7 tuần
- Nhịp tim thai chậm ở phôi 7 – 9 tuần (< 85 nhịp/phút). Bình thường # 100 – 140 nhịp/phút
- Túi thai nhỏ hoặc to bất thường mà không có phôi.
- Hình dạng túi thai móp méo, bờ không đều.
- Vị trí túi thai nằm thấp ở eo hay cổ tử cung.
- Máu tụ dưới màng thai
- Yolk sac quá nhỏ hay quá to
- Thai ngoài tử cung: túi thai + phôi thai + tim thai (+) ở ngoài tử cung ± dịch ổ bụng.
- Thai trứng: toàn phần, bán phần ± nang hoàng tuyến.

2. Ba tháng giữa (Tuổi thai 18-22 tuần):

2.1 Các thông số cần đo:

- ĐKLĐ: đo ngoài - trong
- CDXĐ: không đo phần nhọn đầu xương
- ĐKNB: đo ngoài ngoài
- Nếu các số đo trên không tương xứng với nhau, cần tham khảo thêm các thông số khác như chiều dài xương bàn chân(#CDXĐ), đk ngang tiểu não(# số tuần).

2.2 Các mặt cắt cần khảo sát để phát hiện dị tật thai:

- Mặt cắt ngang đồi thị (đo ĐKLĐ):
  - + Các mốc cấu trúc cần khảo sát: đồi thị, vách trong suốt, não thất 3 và khe Sylvian.
  - + Các bất thường có thể phát hiện hoặc loại trừ: bất thường đường giữa, bất sản thể chai, não thất duy nhất, dãn não thất 3, bất thường bán cầu đại não, . .
- Mặt cắt ngang não thất:
  - + Cấu trúc cần khảo sát: ngã ba não thất (BT<10mm), hai bán cầu đại não đối xứng nhau.
  - + Các bất thường có thể phát hiện hoặc loại trừ: não ứng thủy, não thất duy nhất, bất sản thể chai, bướu não . . .
- Mặt cắt ngang tiểu não:
  - + Các mốc cấu trúc cần khảo sát: khoang màng nhện hố sau, thuỳ nhộng, 2 bán cầu tiểu não và não thất 4.
  - + Các bất thường có thể phát hiện hoặc loại trừ: bất sản thuỳ nhộng, phức hợp Dandy Walker, khoang màng nhện hố sau dãn (BT:4-10mm), dị dạng Arnold Chiari. . .
  - + Đo nếp gấp da cổ: < 6mm (bờ ngoài xương sọ-bờ ngoài lớp da)
- Mặt cắt đứng ngang qua mặt:
  - + Cấu trúc cần khảo sát: mắt, mũi, miệng.
  - + Các bất thường có thể phát hiện hay loại trừ: chồi mặt, sứt môi chẻ vòm, tật hai mắt xa nhau hay gần nhau, một mắt, không có cánh mũi.
- Mặt cắt đứng dọc giữa qua đầu:
  - + Cấu trúc cần khảo sát: trán, mũi, môi và cằm.
  - + Các bất thường có thể phát hiện: mặt dẹt, xương trán lồi, cằm nhỏ, sức môi. . .
- Mặt cắt đứng dọc giữa qua cột sống:
  - + Cấu trúc cần khảo sát: vùng chẩm, sự liên tục của đốt sống, vùng xương cùng cụt.
  - + Các bất thường có thể phát hiện hoặc loại trừ: thoát vị não màng não, nang nước vùng cổ, chẻ đốt sống, bướu vùng cùng cụt. . .
- Mặt cắt ngang qua 4 buồng tim:
  - + Cấu trúc cần khảo sát: 4 buồng tim, vách liên thất, vách liên nhĩ, đường thoát thất phải và trái, phổi, cơ hoành, xương sườn.
  - + Các bất thường có thể phát hiện hay loại trừ: các dị tật tim thường gặp như thông liên thất, tứ chứng Fallot. . ., thoát vi hoành, tăng sản phổi dạng nang, TDMP, TDMT. . .
  - + Tỷ lệ: chu vi tim/chu vi lồng ngực bình thường # 1/3.
- Mặt cắt ngang bụng đo ĐKNB:

+ Các cấu trúc cần khảo sát: sự nguyên vẹn của thành bụng, đoạn rốn của tm cửa bên trái, tm của bên phải, dạ dày, gan.
+ Các bất thường có thể phát hiện hoặc loại trừ: hở thành bụng, thoát vị rốn, hẹp thực quản, TDMB, gan to, . .

– Mặt cắt ngang thận và bàng quang:
+ Cần khảo sát cấu trúc: 2 thận, bàng quang.
+ Bất thường có thể phát hiện: thận trướng nước, dãn bể thận, dãn niệu quản, hẹp niệu đạo, lộn bàng quang, bất sản thận, loạn sản thận. . .

– Mặt cắt khảo sát bàn tay và chân: tìm các dị tật tay chân khèo, thiếu ngón, dính ngón. . .

3. **Ba tháng cuối:**

– Xác định ngôi thai
– Vị trí bánh nhau:

Kích thước:
+ Bình thường: Bề dày nhau # số tuần thai (< 4.5cm)
+ Dày: >5cm
+ Mỏng: <3cm

Vị trí:
+ Nhóm 1: bờ trên bánh nhau ở đáy hoặc vượt qua đáy TC.
+ Nhóm 2: bờ trên bánh nhau ở ½ trên TC
+ Nhóm 3: bờ trên bánh nhau ở ½ dưới TC (nhau tiền đạo)
  - NTĐ trung tâm (loại IV): bám ở mặt trước lẫn sau và che hết lỗ trong CTC
  - NTĐ bán trung tâm (loại III): bám ở một bên và che phủ lỗ trong một phần
  - Nhau bám thấp, bám mép (loại I-II): bờ dưới bánh nhau cách lổ trong < 2cm nhưng không che phủ nó.

– Lượng nước ối:

Đa ối: AFI > 18 cm
Khoang ối lớn nhất > 8cm

Thiểu ối: AFI < 5cm
Khoang ối lớn nhất 1-2cm: thiểu ối nhẹ
< 1cm: thiểu ối nặng

– Siêu âm màu:

Cần đánh giá các thông số Doppler như RI động mạch (ĐM) rốn và ĐM não giữa, S/D ĐM rốn, RI ĐM tử cung. Xác định dây rốn ở vùng cổ thai nhi.

Ở thai trên 30 tuần bình thường: S/D ĐM rốn < 3
RI ĐM não giữa > 0,7
RI ĐM tử cung < 0,57.

- Trong thăm dò phụ khoa:
  + U BT xoắn ảnh hưởng đến huyết động học tại các mạch máu cung cấp cho buồng trứng.
  + Khối u nguyên bào nuôi, hoặc nhân di căn.
  + Đánh giá sự đáp ứng của điều trị các ung thư qua nhận định hướng tuần hoàn vùng khối u giảm dần.
  + Thăm dò các mạch máu tăng sinh trong các khối u phát sinh tại TC – BT.

PHỤ KHOA:

1. **U xơ tử cung:**
   - Kích thước bình thường của tử cung:
     ĐKTS: 20 – 45 mm.
     ĐK ngang: 45 – 60 mm
     ĐK dọc (từ đáy đến cổ tử cung): 75 – 95mm
   - Vị trí: trong cơ, dưới niêm mạc, dưới thanh mạc hay có cuống.
   - Kích thước: Đo 3 chiều
2. **U nang buồng trứng:**
   - Kích thước buồng trứng bình thường:
     + Người có kinh: 2 – 3,5 cm.
     + Người chưa dậy thì: 1cm.
     + Người mãn kinh: kích thước giảm dần.
   - Có vách và thuỳ không
   - Chồi: trơn láng hay không đều
   - Độ dày của thành, vách
   - Mật độ echo: trống, kém, dày hay hỗn hợp.
   - Xâm lấn với tử cung hay chu cung
   - Dịch ổ bụng hay hố chậu kèm theo.
3. **Nội mạc tử cung (Siêu âm ngã âm đạo):**
   - Đo ngoài ngoài ở mặt cắt dọc giữa và phần rộng nhất của đáy TC.
     + Ở pha hành kinh: 2-4mm
     + Ở pha tăng sinh: 4-10mm, dạng echo kém
     + Ở pha chế tiết: <16mm, dạng echo dày
   - Nếu đã mãn kinh, không dùng nội tiết

	Không xuất huyết bất thường	Có xuất huyết bất thường
<4mm:	Bình thường	Teo
6-8mm:	SA lại 6 tuần sau	Theo dõi/ sinh thiết
>8mm:	Sinh thiết	Sinh thiết

   - *Đang dùng nội tiết thay thế:*

	Không xuất huyết bất thường	Có xuất huyết bất thường
<8mm:	Bình thường	Theo dõi/ sinh thiết

>8mm:	Sinh thiết	Sinh thiết

4. **Thai ngoài tử cung:**
   - Chẩn đoán xác định (tiêu chuẩn vàng): Thấy túi thai, phôi thai, tim thai nằm ngoài tử cung.
   - Chẩn đoán nghi ngờ
     Không thấy hình ảnh túi thai trong tử cung hoặc túi thai giả
     Khối echo hỗn hợp nằm cạnh tử cung hay buồng trứng
     Có thể có dịch cùng đồ và ổ bụng.
5. **Thai trứng:**
   - Thai trứng toàn phần: lòng tử cung dạng chùm nho hay tổ ong.
   - Thai trứng bán phần:
     Nhau thoái dạng tổ ong một phần và một phần bình thường.
     Có phôi thai sống hoặc chết.
   - Thai trứng xâm lấn và ung thư tế bào nuôi: khối phản âm hỗn hợp xâm lấn vào cơ TC kèm tăng sinh mạch máu khi phổ Doppler màu.
   - Nang hoàng tuyến một hoặc hai bên: 25%-50%.
6. **Vòng trong tử cung:**
   - Vị trí bình thường: Vòng cách đáy 1.5-2cm
   - Vòng bất thường: Xuyên cơ, nằm thấp ở đoạn eo.

7. **Các bệnh lý khác:**
   - Vô kinh:
     Dị tật bẩm sinh
     Tắc nghẽn của ODT
     Bất thường BT
     Sự chiếm chỗ của xoang TC: u xơ TC, polyp lòng TC.
   - Khối u vùng chậu

PHẦN XIII

SOI CỔ TỬ CUNG

PHẾT TẾ BÀO CỔ TỬ CUNG

ĐIỀU KIỆN LẤY BỆNH PHẨM

- Không lấy bệnh phẩm khi đang có kinh, sau khi nạo sinh thiết.
- Không thụt rửa âm đạo trong vòng 24 giờ trước khi lấy bệnh phẩm.
- Không đặt thuốc trong âm đạo, kể cả các chất dùng cho thử nghiệm (acid acetic, lugol) trong vòng 3-5 ngày trước khi lấy bệnh phẩm.
- Không giao hợp 24 – 48 giờ trước khi lấy bệnh phẩm.
- Không dùng thuốc nội tiết
- Không nhúng mỏ vịt vào dầu.
- Không nên thăm khám âm đạo, cổ tử cung trước khi lấy bệnh phẩm.

CHUẨN BỊ

- Lam có dán nhãn sạch và khô (2 lam cho 1 bệnh nhân).
- Bút chì để ghi tên bệnh nhân và vị trí lấy bệnh phẩm.
- Que lấy bệnh phẩm: que gòn, que gỗ dẹp, bàn chải tế bào (cytobrush)
- Dung dịch cố định: Alcool 950 hoặc Alcool 950 + Ether (tỉ lệ 1:1), hoặc dùng keo phun.
- Phiếu xét nghiệm.

KỸ THUẬT

- Bộc lộ cổ tử cung bằng mỏ vịt không bôi dầu.
- Cầm que gỗ phết tế bào ở 2 vị trí: cổ ngoài cổ tử cung dùng đầu ngắn và cổ trong cổ tử cung dùng đầu dài.
- Trải nhanh và đều một lượng bệnh phẩm đủ xét nghiệm, mỏng và đồng nhất, tránh quá dầy hoặc có những khoảng trống.
- Cho ngay 2 lam đã phết mỏng tế bào vào dung dịch cố định, không được để lam bị khô hoặc xịt keo cố định phủ lên bề mặt lam và để khô (xịt cách lam 20 – 30 cm).

KẾT QUẢ – Ý NGHĨA

Dựa vào hệ thống Bethesda (1988): bao gồm 2 phần

- Phần đánh giá tính chất đạt yêu cầu của bệnh phẩm.
- Phần mô tả chẩn đoán tế bào học

TẦN SỐ THỰC HIỆN

Theo chương trình tầm soát ung thư cổ tử cung bằng phết tế bào cổ tử cung được áp dụng cho các phụ nữ từ 18 tuổi đến 60 tuổi.

- *Lần thứ nhất nếu kết quả phết tế bào cổ tử cung bình thường thì lặp lại mỗi năm 1 lần liên* tiếp trong 2 năm. Sau đó mỗi 3 năm làm lại 1 lần cho đến 60 tuổi thì loại khỏi chương trình tầm soát.

- Nếu kết quả phết tế bào cổ tử cung có bất thường hoặc có tổn thương nghi ngờ trên lâm sàn thì chuyển soi cổ tử cung.

SOI CỔ TỬ CUNG

TRANG THIẾT BỊ

- Máy soi cổ tử cung
- Mỏ vịt
- Nhíp dài
- Gòn, tampon, que gỗ Ayre
- Kềm sinh thiết, kềm kênh cổ tử cung, pozzi
- Nước muối sinh lý
- Dung dịch acid acetic 3%
- Dung dịch lugol 3%
- Dung dịch formol 10%
- Dung dịch cầm máu: Monsel, oxy già

CHỈ ĐỊNH

- Kết quả phết tế bào cổ tử cung bất thường
- Cổ tử cung có sang thương nghi ngờ

KỸ THUẬT

- Quan sát âm hộ
- Đặt mỏ vịt
- Quan sát vòm âm đạo, thành âm đạo
- Lau sạch khí hư âm đạo bằng nước muối
- Quan sát cổ tử cung trước khi bôi acid acetic: biểu mô lát, biểu mô trụ, mô đệm, mạch máu, vùng junction
- Quan sát cổ tử cung sau khi bôi acid acetic: phát hiện các thay đổi bất thường, sinh thiết định khu.
- Test Schiller
- Ghi lại kết quả soi và vẽ sơ đồ.

SINH THIẾT CỔ TỬ CUNG

SINH THIẾT CỔ NGOÀI CỔ TỬ CUNG

1. Chỉ định: được chỉ định khi có những hình ảnh nghi ngờ khi soi cổ tử cung như:
   - Tất cả những trường hợp bạch sản cổ tử cung (leukoplakia), ngay cả khi kết quả phết tế bào cổ tử cung bình thường.
   - Vết trắng sau acid acetic, chấm đáy, lát đá, khuy áo,...
2. Dụng cụ sinh thiết:
   - Kềm sinh thiết các loại
   - Sinh thiết bằng vòng cắt đốt : được chỉ định trong những trường hợp sang thương rộng và sâu.
3. Kỹ thuật sinh thiết:
   - Sinh thiết mép sau cổ tử cung trước, vì nếu có chảy máu sẽ không che mờ cổ tử cung khi sinh thiết mép trước.
   - Mẫu sinh thiết cần có đủ mô liên kết.
   - Sau khi sinh thiết mẫu mô được cố định vào dung dịch Formol 10%. Từng vị trí có từng lọ Formol riêng để có chẩn đoán mô bệnh cho từng điểm sinh thiết.

SINH THIẾT KÊNH CỔ TỬ CUNG

- Sinh thiết kênh cổ tử cung còn được gọi là nạo kênh cổ tử cung, được thực hiện để chẩn đoán mô học của những sang thương nghi ngờ nằm tại kênh cổ tử cung mà ta không quan sát được trên máy soi hay vùng ranh giới lát trụ chạy vào trong.
- Mô nạo kênh gồm: mảnh mô cổ trong, máu, chất nhày.
- Sau khi nạo, mô nạo được cố định trong dung dịch Formol 10%.

ĐỐT ĐIỆN CỔ TỬ CUNG

CHỈ ĐỊNH

- Lộ tuyến cổ tử cung
- Condylom cổ tử cung lành tính

ĐIỀU KIỆN

- Phết tế bào cổ tử cung bình thường
- Sau sạch kinh 3-5 ngày
- Không đang viêm cấp âm đạo – cổ tử cung

TRANG THIẾT BỊ

- Máy soi cổ tử cung
- Máy đốt điện đơn cực
- Điện cực dạng bi có kích thước 5mm
- Mỏ vịt, nhíp dài, gòn
- Nước muối sinh lý
- Dung dịch acid acetic 3%
- Dung dịch lugol 3%

KỸ THUẬT

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu mục đích của kỹ thuật.
- Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa, tấm đệm dẫn điện được đặt dưới mông hoặc gắn vào phần trên đùi và nối với máy đốt.
- Sát trùng âm hộ
- Đặt mỏ vịt bộc lộ cổ tử cung
- Sát trùng âm đạo
- Dùng máy soi cổ tử cung để xác định tổn thương.
- Thấm lugol lên cổ tử cung để xác định vùng không bắt màu.
- Điều chỉnh cường độ dòng điện thích hợp.
- Dùng điện cực dạng bi có kích thước 5mm đốt từ từ theo vòng tròn từ ngoài vào trong, cách lỗ ngoài 5mm để tránh vùng junction chạy vào trong sau khi đốt.
- Kỹ thuật đạt yêu cầu khi nền mô có màu trắng đục.

BIẾN CHỨNG

- Chảy máu sau khi đốt 10-15 ngày.
- Nhiễm trùng

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ TÂN SINH TRONG BIỂU MÔ CỔ TỬ CUNG

TƯ VẤN

Trước khi làm các thủ thuật đều phải hỏi và giải thích kỹ cho người bệnh

Hỏi:

- Kinh chót
- Bệnh lý nội khoa: cao huyết áp, tiểu đường, suyễn, bướu cổ,...

Giải thích:

- Tình trạng bệnh
- Phương pháp điều trị
- Các bước tiến hành
- Quá trình theo dõi

PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

1. Vòng cắt đốt điện

Vòng cắt đốt điện là một trong những phương pháp phổ biến nhất để điều trị CIN trên thế giới. Phẫu thuật viên có thể cắt rộng cổ tử cung với tổn thương do nhiệt ít nhất, nguy cơ chảy máu hoặc biến chứng khác cũng ở mức tối thiểu.

1.1. Trang thiết bị

- Máy cắt đốt điện.
- Vòng cắt đốt nhiều kích thước và các điện cực tròn.
- Mỏ vịt không dẫn điện và có thể hút khói.
- Hệ thống hút khói.
- Máy soi cổ tử cung.
- Dung dịch Acid acetic 3% và dung dịch Lugol 3%.
- Thuốc tê Lidocain 2% và ống tiêm loại nha khoa có kim số 25-27.
- Gòn, gạc, dung dịch Monsel.
- Kềm kẹp kim dài và chỉ 0.
- Lọ đựng mô xét nghiệm có dung dịch formalin 10%.

1.2. Chỉ định: CIN 2, CIN 3.

1.3. Chống chỉ định

- Ung thư cổ tử cung xâm lấn
- Nhiễm trùng cấp vùng chậu, âm đạo, cổ tử cung
- Cẩn trọng đối với phụ nữ có thai hoặc rối loạn đông máu

1.4. Kỹ thuật:

- Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa, tấm đệm dẫn điện được đặt dưới mông hoặc gắn vào phần trên đùi và nối với máy đốt.
- Sát trùng âm hộ
- Đặt mỏ vịt bộc lộ cổ tử cung

- Sát trùng âm đạo
- Dùng máy soi cổ tử cung để xác định tổn thương.
- Thấm lugol lên cổ tử cung để xác định vùng không bắt màu.
- Gây tê vị trí 3-6-9-12 giờ tại cổ tử cung với thuốc tê.
- Cường độ dòng điện 35-55 Watts dùng để cắt.
- Vòng cắt đốt được chọn phù hợp với kích thước của tổn thương và vùng chuyển tiếp.
- Sau khi cắt đốt xong, dùng điện cực dạng bi có kích thước 5mm để làm đông nền mô còn lại.
- Bôi dung dịch cầm máu lên cổ tử cung.
- Phần tổn thương lấy ra cho vào dung dịch cố định, gửi GPBL.

1.5. Biến chứng:

- Biến chứng sớm thường gặp trong khi cắt là chảy máu, tổn thương thành âm đạo.
- Biến chứng muộn 4-8% các trường hợp có chảy máu và nhiễm trùng.

2. Đốt lạnh

2.1. Trang thiết bị:

- Bộ đốt lạnh và que đốt có nhiều kích thước khác nhau.
- Bình khí N_2O lớn có đồng hồ áp lực và có áp lực ít nhất 20 psi.
- Mỏ vịt
- Máy soi cổ tử cung
- Dung dịch acid acetic 3% và dung dịch lugol

2.2. Chỉ định:

- CIN 1, CIN 2, CIN 3.

2.3. Chống chỉ định

- Nghi ngờ ung thư xâm lấn, nghi ngờ bất thường biểu mô tuyến
- Kết quả soi cổ tử cung, tế bào học và giải phẫu bệnh lý không phù hợp với nhau.
- Sang thương CIN không thấy rõ giới hạn.
- Nhiễm trùng cấp vùng chậu, cổ tử cung, âm đạo.

2.4. Kỹ thuật:

- Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa, sát trùng âm hộ
- Đặt mỏ vịt bộc lộ cổ tử cung
- Sát trùng âm đạo
- Soi cổ tử cung để xác định lại tổn thương.
- Mở bình khí N_2O, kiểm tra áp lực trong bình khí
- Chọn que đốt thích hợp gắn vào súng làm đông và mở van chai khí.
- Áp thử que đốt vào vùng chuyển tiếp để xem kích thước có phù hợp chưa.
- Thấm nước làm trơn đầu đốt. Sau đó đặt lại đầu đốt lên cổ tử cung và ấn cò. Quá trình làm đông thông thường được tiến hành theo cách được tính bằng phút (đông – xả đông - đông) 3' – 5' – 3' hoặc 5' – 5' – 5'.
- Sau đó khóa súng làm đông và chờ từ 4-5 phút để cổ tử cung ấm lên lại.

2.5. Biến chứng:

- Shock vagal
- Chảy máu
- Nhiễm trùng

PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ TẬN GỐC

Chỉ định:

- Bệnh nhân có sự tuân thủ điều trị kém
- Bệnh nhân quá lo sợ bị ung thư
- CIN kèm bệnh lý phụ khoa khác có chỉ định cắt tử cung như u xơ, sa sinh dục, lạc nội mạc tử cung...
- Bệnh nhân lớn tuổi không muốn sanh con....

THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ CIN

MỤC ĐÍCH:

Đánh giá tỷ lệ khỏi bệnh và phát hiện các trường hợp tái phát.

CÁC TIÊU CHUẨN LÀNH BỆNH:

- Lành bệnh: pap's và soi cổ tử cung bình thường sau 6 tháng.
- Bệnh tồn tại: pap's và soi cổ tử cung có bất thường < 6 tháng.
- Bệnh tái phát: pap's và soi cổ tử cung có bất thường > 6 tháng.

THỜI GIAN THEO DÕI:

- Mỗi 6 tháng pap's và soi cổ tử cung 1 lần trong 2 năm.
- Sau đó mỗi 1 năm pap's và soi cổ tử cung 1 lần trong 3 năm.
- Nếu trong 5 năm theo dõi pap's và soi cổ tử cung bình thường thì chuyển qua chương trình tầm soát ung thư cổ tử cung.

THEO DÕI SAU CẮT TỬ CUNG:

- Mỗi 6 tháng pap's 1 lần trong 1 năm.
- Năm thứ hai kiểm tra lại pap's 1 lần. Nếu bình thường tái khám phụ khoa định kỳ mỗi năm.

NẠO SINH THIẾT TỪNG PHẦN

MỤC ĐÍCH

Khảo sát các tổn thương bệnh lý của nội mạc tử cung (đặc biệt là ung thư nội mạc tử cung: chẩn đoán xác định và chẩn đoán giai đoạn).

CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp xuất huyết âm đạo bất thường (đặc biệt quanh tuổi mãn kinh).

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có thai.
- Viêm âm đạo, cổ tử cung cấp, viêm phần phụ.
- Nhiễm trùng.
- Bệnh lý nội khoa mãn tính (nạo tại phòng mổ).

CHUẨN BỊ

1. Bệnh nhân
   - Giải thích cho bệnh nhân hiểu mục đích của thủ thuật.
   - Bác sĩ khám và xác định: tư thế, kích thước, mật độ của tử cung.
   - Bệnh nhân được nằm ở tư thế sản phụ khoa, sát trùng âm hộ, trải champ vô trùng.
   - Chống shock Vagal bằng Atropin 0,25mg – 1 ống tiêm dưới da.
   - Giảm đau: có thể dùng Dolargan 100mg – ½ ống pha loãng tiêm tĩnh mạch chậm hoặc tê cạnh cổ tử cung bằng Lidocain 2% 2ml – 2 ống.
2. Dụng cụ
   - Mỏ vịt hoặc valve âm đạo.
   - Kềm Pozzi.
   - Thước đo lòng tử cung.
   - Bộ nong cổ tử cung từ số 5 – 8.
   - Muỗng nạo kênh, nạo lòng hoặc ống hút nạo.
   - Kềm kẹp gòn, gòn và dung dịch sát trùng.
   - Lọ chứa Formol 10% để cố định bệnh phẩm.
   - Ống chích 5ml, thuốc tê.

KỸ THUẬT

- Đặt mỏ vịt bộc lộ cổ tử cung.
- Sát trùng âm đạo và cổ tử cung
- Kẹp cổ tử cung ở vị trí 12h.
- Tê cạnh cổ tử cung
- Nạo kênh cổ tử cung: đưa muỗng nạo sắc nhỏ vào kênh cổ tử cung kéo xuống, nạo khắp các mặt, không được đưa muỗng quá sâu vào lòng tử cung. Mô nạo để riêng vào lọ 1.
- Lau sạch cổ tử cung, âm đạo.

Đo lòng tử cung.

Nong cổ tử cung từ số nhỏ đến số lớn, nong từ từ để có thời gian cổ tử cung dãn ra, không được nong nhảy số.

Nạo lòng tử cung: cần nạo hết khắp các mặt của lòng tử cung (mặt trước, mặt sau, thành bên, đáy tử cung và hai góc). Nạo từng đường một. Mô nạo để riêng vào lọ 2.

Đo lại lòng tử cung.

- Tháo dụng cụ.
- Lấy bệnh phẩm: 2 lọ.

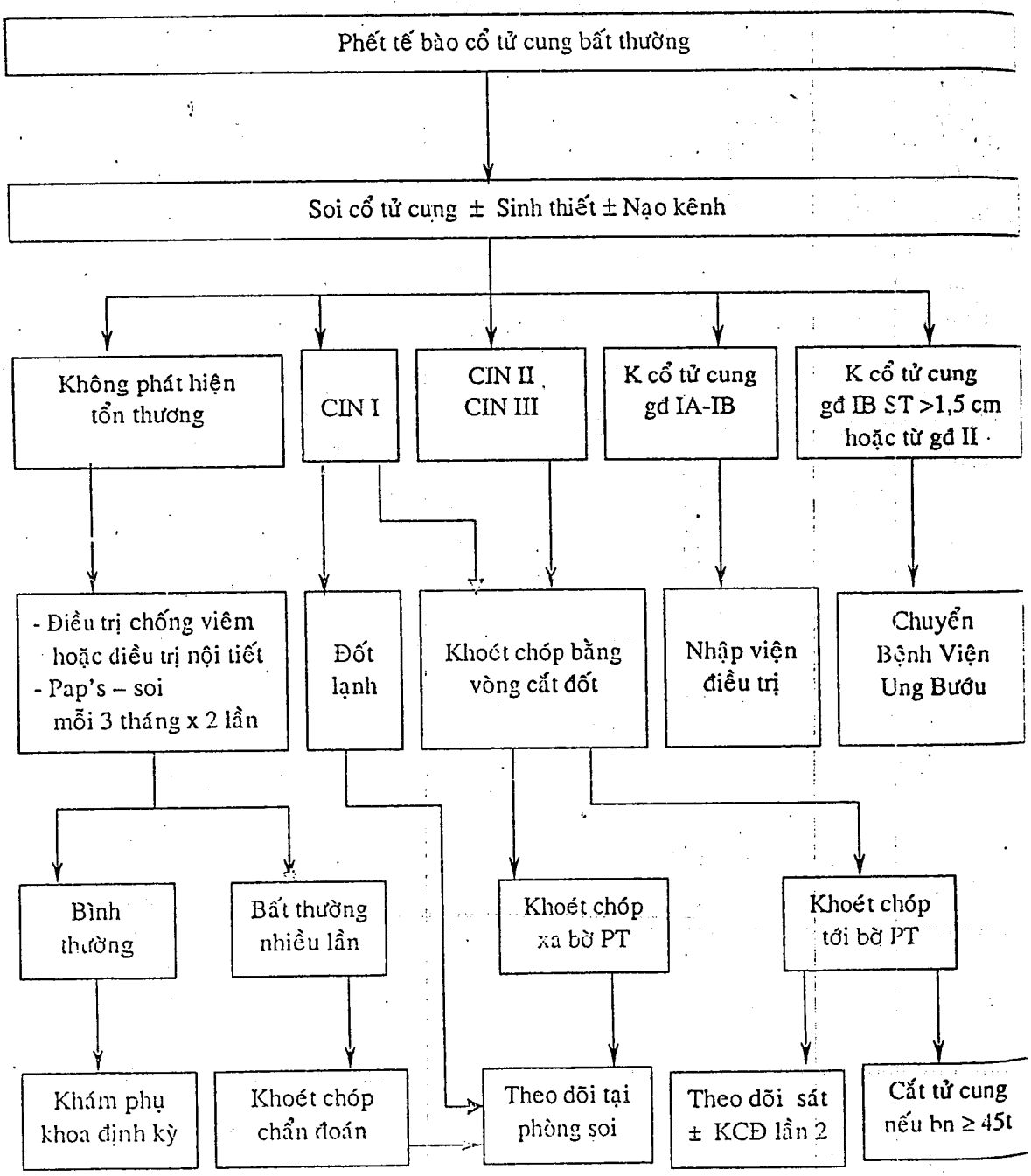
TAI BIẾN

- Shock Vagal.
- Thủng tử cung.
- Chảy máu.
- Nhiễm trùng.

THEO DÕI

- Tổng trạng, mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Đau bụng.
- Huyết âm đạo.

PHÁC ĐỒ THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ KHI PHẾT TẾ BÀO CỔ TỬ CUNG BẤT THƯỜNG



PHẦN XIV

DINH DƯỠNG

QUY CHẾ CÔNG TÁC KHOA DINH DƯỠNG

QUY ĐỊNH CHUNG:

1. Ăn uống của người bệnh rất cần thiết, nhằm góp phần nâng cao chất lượng, hiệu quả trong công tác chữa bệnh, bệnh viện phải có trách nhiệm chăm lo bảo đảm ăn uống cho người bệnh điều trị nội trú.
2. Khoa dinh dưỡng của bệnh viện có nhiệm vụ tổ chức thực hiện phục vụ ăn uống cho người bệnh, trường hợp thực hiện chế độ hợp đồng phục vụ ăn uống cho người bệnh phải đảm bảo về số lượng, chất lượng, an toàn vệ sinh thực phẩm và quản lý chặt chẽ chế độ ăn uống theo bệnh lý.
3. Cơ sở của khoa dinh dưỡng được xây dựng theo tiêu chuẩn bảo đảm vệ sinh, thoáng mát, thuận tiện cho việc phục vụ người bệnh.
4. Tham gia đào tạo cán bộ chuyên khoa, nghiên cứu khoa học về các chế độ dinh dưỡng phục vụ người bệnh.

QUY ĐỊNH CỤ THỂ:

1. Điều kiện bảo đảm chất lượng ăn uống cho người bệnh:

1.1.Giám đốc bệnh viện có trách nhiệm:

Chăm lo, bảo đảm chất lượng ăn uống theo chế độ bệnh lý cho người bệnh điều trị nội trú.

- Tạo điều kiện thuận lợi cho khoa dinh dưỡng có đủ phương tiện, trang bị phục vụ nấu ăn ch người bệnh và các điều kiện về nơi nấu ăn, nơi chế biến thực phẩm tươi sống, chia thức ăn chin, rửa bát đĩa, dụng cụ và các buồng hành chính, buồng trưởng khoa dinh dưỡng, buồng tắm rửa thay quần áo cho các thành viên trong khoa.
- Bảo đảm cơ sở khoa dinh dưỡng cao ráo, thoáng mát, tổ chức theo hệ thống một chiều, có đầy đủ nước sạch, bảo đảm trật tự vệ sinh, hệ thống cống phải thoát.

1.2.Trưởng khoa dinh dưỡng có trách nhiệm:

Xây dựng các chế độ ăn uống bệnh lý phù hợp tùy theo chức năng nhiệm vụ của bệnh viện đa khoa hay chuyên khoa.

1.3. Bác sĩ khoa dinh dưỡng có trách nhiệm:

- Bảo đảm chất lượng ăn uống cho người bệnh.
- Thường xuyên trao đổi với bác sĩ điều trị, rút kinh nghiệm trong việc thực hiện chế độ ăn uống bệnh lý của người bệnh để góp phần nâng cao chất lượng chữa bệnh.

1.4.Viên chức khoa dinh dưỡng mua thực phẩm phải bảo đảm:

- Số lượng, có giá trị dinh dưỡng được tính ra calo theo thực đơn
- Chất lượng tươi ngon, không có thực phẩm ôi, thiu.

1.5. Người bệnh được phục vụ ăn tại buồng ăn của các khoa, người bệnh nặng được phục vụ ăn tại giường do y tá (điều dưỡng) chăm sóc của khoa thực hiện.

1.6. Kinh phí ăn uống do người bệnh tự túc, hoặc được bệnh viện thanh toán theo chế độ viện phí.

2. Thực hiện chế độ hợp đồng ăn uống cho người bệnh:

2.1.Giám đốc bệnh viện có trách nhiệm:

– Được thực hiện chế độhợp đồng người ở ngoài bệnh viện vào phục vụ ăn uống cho người bệnh theo cơ chế tự hạch toán.

– Tạo điều kiện ban ban đầu cho đối tác hợp đồng như: nhà bếp một chiều, nhà ăn, kho, nguồn nước, nguồn điện...

2.2.Trưởng khoa dinh dưỡng có trách nhiệm:

– Chỉ đạo việc thực hiện các chế độ ăn uống bệnh lý của người bệnh.

– Kiểm tra, giám sát việc thực hiện chất lượng ăn uống của người bệnh. Không để người bệnh tự ăn theo thực đơn không đúng chế độn ăn uống bệnh lý.

– Kiểm tra vệ sinh an toàn thực phẩm.

– Kết hợp với viên chức kế toán kiểm tra tài chính việc xuất, nhập lương thực, thực phẩm, bảo đảm khẩu phần ăn của bệnh nhân về số lượng và chất lượng.

3. Thực hiện chế độ ăn uống cho người bệnh:

*3.1.*Bác sĩ điều trị hằng ngày thăm khám người bệnh, ra y lệnh về chế độ ăn uống bệnh lý. Khi thay đổi chế độ ăn uống cần ghi rỏ lý do, nhận xét diễn biến của bệnh.

*3.2.*Y tá (điều dưỡng) hành chính khoa điều trị có nhiệm vụ:

– Căn cứ vào y lệnh lập phiếu báo ăn hàng ngày cho người bệnh và bác sĩ điều trị ký xác nhận.

– Báo ăn chiều hôm trước cho ngày hôm sau và báo sáng cho buổi chiều.

– Báo thay đổi chế độ ăn uống khi tình trạng người bệnh [illegible]n chuyển nặng thêm theo chỉ định của bác sĩ.

*3.3.*Y tá (điều dưỡng) chăm sóc thực hiện chế độ chăm sóc người bệnh toàn diện, t heo dõi giúp đở người bệnh ăn uống.

4. Bảo đảm chất lượng dinh dưỡng:

4.1.Bác sĩ chuyên khoa dinh dưỡng có trách nhiệm:

– Căn cứ vào y lệnh để có thực đơn phù hợp với bệnh lý, tiêu chuẩn ăn theo định mức quy định, kiểm tra chất lượng, kiểm tra chế độ ăn uống.

– Sổ theo thực đơn phải ghi hằng ngày, đầy đủ, lưu trử theo quy định.

– Kiểm tra vệ sinh nơi làm việc của khoa và các thành viên trong khoa hoặc cơ sở hợp đồng.

– Thường xuyên đến các khoa điều trị, tìm hiểu tình hình ăn uống của người bệnh và theo dỏi kết quả điều trị bằng chế độ ăn uống bệnh lý.

4.2.Các thành viên trong khoa dinh dưỡng có trách nhiệm:

– Mua thực phẩm phải đảm bảo chất lượng, số lượng và có phương tiện bảo quản tốt.

– . Chế biến thực phẩm tươi sống riêng, không được chế biến thục phẩm trên mặt đất.

– Khi chia thức ăn phải dùng dũa, môi, thìa, cặp.

– Lưu trữ thức ăn hàng ngày trong tủ lạnh, mỗi loại 20g để có cơ sở xác định nguyên nhân khi có tình trạng ngộ độc thức ăn xảy ra. Sau 24 giờ mới được hủy bỏ.

– Phải ghi chép vào sổ số lượng, loại thực phẩm, ngày tháng và trưởng khoa dinh dưỡng ký xác nhận.

– Chuyển thực phẩm chín từ khoa dinh dưỡng đến các khoa điều trị phải che đậy kín, bảo đảm vệ sinh.

5. Vệ sinh an toàn thực phẩm:

5.1.Người bệnh:

– Được viên chức khoa dinh dưỡng phổ biến những kiến thức về vệ sinh ăn uống theo bệnh lý, tự bảo vệ sức khoẻ trong ăn uống.

– Thực hiện rửa tay trước khi ăn, không gây ồn ào, nói to trong khi ăn.

– Thức ăn thải bỏ để trong dụng cụ riêng, không vứt xuống sàn nhà.

5.2.Các thành viên trong khoa dinh dưỡng:

– Được kiểm tra sức khoẻ định kỳ theo quy định về vệ sinh an toàn thực phẩm.

– Khi làm việc phải thực hiện quy chế trang phục y tế, khi chia thức ăn phải đeo khẩu trang, bao tóc gọn gàng.

– Nghiêm cấm những người mắc bệnh truyền nhiễm, bệnh nhiễm khuẩn ngoài da tiếp xúc với thực phẩm chín.

CHẾ ĐỘ ĂN CHO BỆNH NHÂN THÔNG THƯỜNG

Là một chế độ ăn dùng cho những bệnh nhân mắc các bệnh thông thường không phải kiêng khem gì đặc biệt cả.
Nhu cầu và tỉ lệ các chất dinh dưỡng gần như đối với người bình thường. Nên như sau:

Thành phần thức ăn chính và tổng năng lượng / Ngày	Các giới hạn mức ăn trung bình	
	Giới hạn dưới	Giới hạn trên
Tổng năng lượng Kcal/ngày	2000 Kcal/ngày	2200 Kcal/ngày
Trong đó:		
Chất đạm (Protein)	10%	15%
Chất bột đường (Carbonhydrat)	55%	75%
• Dạng phức hợp	50%	70%
◦ Đường tự do	0%	10%
Chất béo toàn phần	15%	30%
◦ Cholesterol mg/ngày	0	300
◦ Acid béo no	0	10%
• Acid béo không no	3	7%
Chất xơ dạng polysaccharid		
không phải tinh bột	16 gram / ngày	24 gram / ngày
Muối ăn (kể cả mì chính)		6 gram / ngày
Rau quả các loại	30 g / ngày	400 g / ngày
Nước uống	1,5 lít	2,5 lít

CHẾ ĐỘ ĂN THÔNG THƯỜNG

Năng lượng : 2000 calo

Đạm: 15%, Béo: 23%, Đường: 62%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	333.00	1,170.35		26.09		2.00	253.26	16.88	4.60		0.31	0.08	10.74	
Bí Đỏ	100.00	27.00		0.30			8.20	24.00	0.50	11.13	0.06	0.03	0.40	8.00
Đậu ve	50.00	15.08		0.90		0.06	2.71	18.07	0.42	21.71	0.04	0.03	0.30	8.02
Rau muống	70.00	16.20		1.88		0.19	2.79	35.26	2.14	249.50	0.11	0.18	1.10	8.43
Cà chua	100.00	20.00		0.60		0.15	4.20	12.00	1.40	11.33	0.06	0.04	0.50	40.00
Nấm rơm	50.00													
Chuối	150.00													
Cá	80.00	70.00	15.00		1.50		0.35	34.00	0.45		0.05			
Thịt nạc	80.00	85.80	11.40		4.20									
Thịt heo nạc	90.00	271.89	14.21		23.21			72.95	2.13		0.71	0.14	5.12	
Nước mắm	10.00	3.00	0.76											
Dầu	20.00	176.80				20.00								
Đường	10.00	39.60					9.90							
Muối														
Tổng cộng	1,140.00	1,895.72		29.17	28.91	22.25	277.21	213.16	11.64	293.67	1.34	0.50	18.16	64.45

CHẾ ĐỘ ĂN THÔNG THƯỜNG

Năng lượng : 2200 calo

Đạm: 14%, Béo: 18%, Đường: 68%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	400.00	1,418.60				2.42	306.98	20.47	5.58		0.37	0.09	13.02	
Rau quả	280.00	72.67		31.63		0.26	14.49	184.30	2.80	390.62	0.19	0.31	2.59	247.42
Chuối	150.00	141.51		1.14		0.14	41.60	16.42	0.85	52.36	0.06	0.06	1.13	13.58
Tôm khô	8.00	23.52	4.80	1.70			0.16	19.84	0.50	5.04	0.02	0.03	0.51	
Đậu hủ chiên	50.00	104.00			0.16	8.20	0.40				0.02			
Thịt nạc	30.00	42.90	5.70	6.70										
Thịt heo nạc	40.00	120.84	3.32		2.10				32.42	0.95		0.32	0.06	2.27
Nước mắm	10.00	3.00	0.76		10.32									
Dầu	20.00	176.80				20.00								
Đường	8.00	31.68					7.92							
Muối	4.00													
Tổng cộng	**1,000.00**	**2,135.52**	**17.58**	**44.17**	**12.58**	**31.02**	**371.55**	**241.03**	**42.15**	**448.97**	**0.66**	**0.81**	**17.31**	**263.27**

CHẾ ĐỘ ĂN TRONG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG CHẾ ĐỘ ĂN:

Ít Natri, giàu Kali, lợi niệu, giảm béo, giảm kích thước, tăng an thần.

1. **Ít Natri, giàu Kali:**
   - Hạn chế muối (natri clorua), giảm mì chính (natri glutamat). Hạn chế muối ăn và mì chính dưới 6 gr / ngày – Có phù, suy tim cho ít hơn (2 – 4 gram / ngày).
   - Nhiều rau quả để có nhiều kali, trừ khi thiểu niệu.
   - Bỏ thức ăn muối mặn như cà, dưa, muối, mắm tôm, mắm tép.
2. **Hạn chế các thức ăn có tác dụng kích thích thần kinh và tâm thần:**
   - Bỏ rượu, cà phê, nước chè đặc.
   - Tăng sử dụng các thức ăn, thức uống có tác dụng an thần, hạ áp, thông tiểu: canh vông, hạt sen, ngó sen, chè sen vông, hoa hoè, nước ngô luộc.
3. **Phân bố tỷ lệ thành phần thức ăn, thức uống hợp lý:**
   - Đạm (protein): giữ mức 0,8 – 1,0 gram/kg cân nặng / ngày. Chú ý dùng nhiều protein thực vật như đậu đỗ. Nếu có suy thận giảm nhiều hơn (0,4 – 0,6 gram/kg cân nặng / ngày)
   - Bột đường: 35 gram/kg cân nặng/ngày. Người béo quá mức (BMI trên 25) và béo phì (BMI trên 30) cho ít hơn để giảm cân vì giảm cân là một yếu tố hạ áp rất hiệu quả. Ăn ít đường, bánh kẹo ngọt. Tốt nhất là ăn chất bột từ các hạt ngũ cốc và khoai củ.
   - Chất béo: không quá 30 gram/ngày. Ăn ít mỡ dùng dầu từ cá, đậu tương là tốt nhất. Ở người béo ít dầu mỡ hơn. Bỏ thức ăn nhiều cholesterol như óc, lòng, tim, gan, phủ tạng, ăn ít trứng.
   - Chất khoáng, vi lượng, vitamin: đủ yếu tố vi lượng, và vitamin đặc biệt là vitamin C, E, A – có nhiều trong rau, quả, giá, đậu đỗ.
   - Thức uống: chè sen vông, chè hoa hoè, nước ngô luộc, nước rau luộc là thích hợp nhất, vừa thông tiểu, an thần, hạ áp. Bỏ rượu, bia, cà phê, chè đặc.

CHẾ ĐỘ ĂN TĂNG HUYẾT ÁP

Năng lượng : 1800 - 1900 calo

Đạm: 13,3%, Béo: 12,5%, Đường: 71,1%, Chất xơ: 30g - 40g, Nacl: 5g

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	350.00	1,204.00		27.60		3.50	266.70	1.05	4.55		0.35	10.50	5.60	
Khoai lang	200.00	238.00		1.60		0.40	57.00	68.00	2.00	150.00	0.10	0.10	1.20	46.00
Rau đay	100.00	24.00		2.80			3.20	182.00	7.70	(4560)	0.13	0.26	1.10	77.00
Mướp	100.00	16.00		0.90			3.00	28.00	0.80	160.00	1.01	0.06	0.50	8.00
Dưa chuột	300.00	45.00		2.40			9.00	69.00	3.00	(270)	0.09	0.12	0.30	15.00
Chuối tiêu	100.00	97.00		1.50			22.20	8.00	0.60	(45)	0.04	0.05	0.70	6.00
Cua	100.00	87.00	12.30		3.30		2.00	5,040.00	4.70		0.01	0.51	2.10	
Thịt heo nạc	30.00	41.70	5.70		2.10			2.10	0.30		0.27	0.60	1.32	
Dầu ăn	10.00	89.70				9.70								
Tổng cộng	**1,290.00**	**1,842.40**	**18.00**	**36.80**	**5.40**	**13.60**	**363.10**	**5,398.15**	**23.65**	**310.00**	**1.03**	**12.20**	**12.82**	**152.00**

CHẾ ĐỘ ĂN NHẠT TRONG BỆNH NHÂN SUY TIM

NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG CHẾ ĐỘ ĂN NHẠT CHO BỆNH NHÂN SUY TIM:

Trước hết cần lưu ý:

– 1 gram muối ăn (NaCl) chứa 400 mg Natri. Như vậy 1 thìa cafê muối có đến 2 gram natri.

– Nhu cầu tối thiểu chỉ cần 400 mg Natri, tức 1 g muối/ngày. Trong bữa ăn có đủ thịt, cá, rau quả.

– Mì chính, bột canh chứa nhiều Natri dưới dạng Natriglutamat.

– Trong chế độ ăn thông thường có khoảng 3 gram cho đến 6 gram Natri tương đương 8g – 15g muối ăn.

1. **Chế độ ăn nhạt hoàn toàn: 200 –300 mg Natri/ngày tương đương 9 – 13 mmol Natri/ngày.**

   – Hoàn toàn không dùng muối, mì chính, bột canh, nước mắm trong chế biến khẩu phần.

   – Chọn thực phẩm chứa ít Natri: gạo trắng, khoai củ, rau, quả ngọt. Thịt, cá trứng ăn ít.

   – Không ăn sữa nguyên dạng, đồ hộp, các thức ăn nướng, rán sẵn, muối, ướp, bánh mì vì nhiều muối.

2. **Chế độn ăn nhạt vừa: 400 – 700 mg Natri/ngày. Tương đương 18 – 30 mmol natri/ngày tức 1 – 2 g muối.**

   – Cho 1 gram muối ăn hoặc 1 thìa con nước mắm/ngày. Ngoài ra có gần 1 gram trong ngũ cốc, rau quả.

   – Chọn thức ăn ít Natri, bỏ các thức ăn chế sẵn, đồ hộp, sữa nguyên dạng vì nhiều muối.

3. **Chế độ ăn nhạt: 800 – 1200 mg Natri/ngày tương đương 35 – 50 mmol Natri tức 2 – 3g muối ăn/ngày.**

   – Cho 2 gram muối ăn/ngày hoặc 2 thìa cafê nước mắm/ngày. Ngoài ra có khoảng gần 1 gram trong rau quả.

   – Không dùng thức ăn giàu muối như bánh mì, sữa nguyên dạng, format, đồ hộp, thức ăn nướng, ướp sẵn.

   – Ba chế độ ăn nhạt này được ký hiệu là 7bNa1, 7bNa3. Tuỳ theo bệnh cảnh lâm sàng và chỉ định, và dựa theo đáp ứng để thay đổi từ chế độ này sang chế độ khác.

4. **Tổng số năng lượng / ngày nên cho:**

   Na1: 1200 kcal, Na2: 1400 kcal, Na3: 1600 kcal/ngày.

CHẾ ĐỘ ĂN TRONG BỆNH SUY TIM

Mức độ suy tim	Đặc điểm tiết chế	Na (mmol)	Muối ăn (NaCl)	Chất lỏng	K (mmol)	Thuốc
I	Ăn theo chế độ ăn bình thường. Giảm muối ăn.	120 - 130	6g	Không hạn chế	80	
II	Như độ I	100 -110	6g	Tối đa 2000 ml	80	Lợi tiểu
III	Tiết chế cơ bản	50	3g	Tối đa 1500 ml	80	Ức chế men chuyển, lợi tiểu, glycoside, trợ tim.
IV	Như độ III	40 - 50	2g – 3g	Tối đa 1500 ml	80	Như độ III + thuốc giãn mạch.

Chế độ ăn cụ thể: xin xem phần hạn chế sodium.

CHẾ ĐỘ ĂN HẠN CHẾ SODIUM

XẾP LOẠI:

- 3000 mg/ngày (10mEq)
- 2000 mg/ngày (87 mEq)
- 1000 mg/ngày (45 mEq)

NGUYÊN TẮC:

1. 3000 mg Na/ngày:

Không ăn hoặc ăn rất ít các loại thực phẩm chế biến sẵn và các loại nước giải khát có nhiều Na như thức ăn nhanh, salad trộn, thịt muối ướp, thức ăn đồ hộp, rau trộn dầu dấm và nước giải khát nhẹ có trên thị trường. Cho phép nêm thêm ½ muỗng cà phê muối trong lúc nấu ăn hoặc trong bữa ăn.

2. 2000 mg Na/ngày:

Không ăn các loại thực phẩm chế biến sẵn và các loại nước giải khát có nhiều Na, không cho hoặc cho ít muối vào thức ăn trong lúc nấu hoặc trong bữa ăn. Hạn chế sữa và các sản phẩm làm từ sữa 453,6g/ngày.

3. 1000 mg Na/ngày:

Không ăn các loại thực phẩm chế biến sẵn và các loại nước giải khát có nhiều Na, không cho hoặc cho ít muối vào thức ăn trong lúc nấu hoặc trong bữa ăn. Hạn chế sữa và các sản phẩm làm từ sữa 453,6g/ngày. Hạn chế các loại bánh mì thông thường 2 xuất/ngày. Chế độ ăn được áp dụng trong thời gian ngắn đối với bệnh nhân nội trú.

4. 500 mg Na/ngày:

Từ bỏ những loại thực phẩm đóng hộp hoặc chế biến sẵn có chứ muối. Không cho muối vào thức ăn trong lúc nấu hoặc trong bữa ăn. Không ăn các loại rau có chứa nhiều Na thiên nhiên. Hạn chế thịt 140g/ngày, sữa và các sản phẩm từ sữa 453,6g/ngày. Dùng bánh mì có chứa ít muối thay thế cho loại thông thường và dùng các loại nước cất cho việc nấu ăn hoặc uống. Chế độ ăn này được áp dụng trong thời gian ngắn đối với bệnh nhân nội trú.

THỜI GIAN:

Đối với chế độ 3 và 4 chỉ được áp dụng trong một thời gian ngắn. Khi tình trạnng bệnh nhân đã ổn định thì có thể chuyển sang chế độ 2 hoặc 1 tuỳ theo y lệnh của bác sĩ.

CHẾ ĐỘ ĂN HẠN CHẾ MUỐI

Năng lượng : 1800 calo

Đạm: 14,5%, Béo: 28%, Đường: 57,5%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	270.00	957.56		21.35		1.63	207.21	13.81	3.77		0.25	0.06	8.79	
Nui	40.00	138.00		4.40		0.20	29.68	8.80	0.36		0.08	0.01		
Rau lang	50.00	14.53		1.23		0.20	2.79	31.98	1.57	325.93				7.50
Cà chua	25.00	5.00		0.15			1.05	3.00	0.35	27.83	0.02	0.01	0.13	10.00
Sà lách	25.00	3.74		0.30		0.05	0.72	15.49	0.27	40.50	0.01	0.02	0.04	4.51
Rau ngót	70.00	38.89		4.51		0.53	6.38	35.78	11.04	1649.11	0.02	0.28	1.56	59.73
Rau dền	80.00	16.00		7.84			2.00	80.00		85.50	0.03	0.11	1.04	28.00
Cam	70.00	30.10		0.63			5.88	23.80	0.28	5.81	0.06	0.02	0.15	28.00
Đu đủ chín	70.00	30.70		0.37		0.07	8.11	11.91	0.18	35.00	0.02	0.04	1.43	56.00
Thịt heo nạc	80.00	241.68	12.63		20.63			64.84	1.89		0.63	0.13	4.55	
Thịt bò nạc	30.00	52.20	6.00		3.00			3.40	0.86	1.80	0.02	0.06	1.40	
Cá	70.00	61.25	13.13		1.31		0.31	29.75	0.39		0.04			
Nước mắm	10.00	3.00	0.76											
Dầu	30.00	265.20				30.00								
Tổng cộng	**920.00**	**1,857.85**	**32.52**	**34.83**	**29.94**	**32.68**	**264.13**	**322.56**	**20.96**	**2,171.48**	**1.18**	**0.74**	**18.09**	**193.74**

CHẾ ĐỘ ĂN HẠN CHẾ MUỐI

Năng lượng : 2200 calo

Đạm: 13%, Béo: 22%, Đường: 65%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	400.00	1,418.60		31.63		2.42	306.98	20.47	5.58		0.37	0.09	13.02	
Bí đao	300.00	36.00		1.80			7.20	78.00	0.90	1.67	0.03	0.06	1.90	48.00
Rau muống	100.00	23.00		3.20			2.50	100.00	1.40	161.44	0.10	0.09	0.70	23.00
Đậu hủ chiên	80.00	166.40		10.72		13.12	0.64				0.03			
Thịt nạc	30.00	42.90	5.70		2.10									
Thịt heo nạc	100.00	302.11	15.79		25.79			81.05	2.37		0.79	0.16	5.68	
Nước tương	5.00	2.95		0.68		0.01		1.60	0.83					
Dầu	10.00	3.00	0.76											
Đường	10.00	88.40				10.00								
Muối	40.00	158.40					39.60							
Thịt bò nạc	4.00													
Tổng cộng	**1,079.00**	**2,241.76**	**22.25**	**48.03**	**27.89**	**25.55**	**356.92**	**281.12**	**11.08**	**163.11**	**1.32**	**0.40**	**20.30**	**71.00**

CHẾ ĐỘ ĂN HẠN CHẾ MUỐI

Năng lượng : 2200 calo

Đạm: 14,5%, Béo: 28%, Đường: 57,5%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	288	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	350.00	1,241.28		27.67		2.12	268.60	17.91	4.88		0.33	0.08	11.40	
Khoai lang vàng	50.00	73.32		0.67		0.24	17.60	10.00	0.24	65.00	0.10	0.03	0.29	8.51
Cải cresson	80.00	11.20		1.68			1.12	55.20	1.28					20.00
Đậu ve	50.00	15.06		0.90		0.06	2.71	18.07	1.42	21.71	0.04	0.04	0.30	3.02
Su su	50.00	14.04		0.28		0.06	3.71	5.06	0.22			0.02	0.22	3.48
Cải bẹ xanh	50.00	16.81		1.68		0.16	3.29	98.42	1.14	288.00	0.06	0.17	1.41	176.00
Chuối sứ	50.00	33.00		0.35			7.75	0.50						
Thịt gà	125.00	175.78	23.44		8.59			18.75	2.50		0.16	0.16	7.50	
Thịt heo nạc	50.00	241.68	12.63		20.63			64.84	1.89		0.63	0.13	4.55	
Trứng vịt	50.00	142.26	12.43		11.13			43.13	2.23	240.00		0.03	0.07	
Nước mắm	12.00	3.00	0.76											
Dầu	25.00	221.00				25.00								
Gừng tươi	15.00	2.45		0.06			0.87	9.00						
Muối	2.00													
Tổng cộng	**1,047.00**	**2,192.18**	**47.26**	**33.29**	**40.35**	**27.64**	**305.65**	**340.88**	**14.80**	**614.71**	**1.32**	**0.66**	**25.74**	**214.01**

CHẾ ĐỘ ĂN TRONG BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

CHẾ ĐỘ ĂN TRONG BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG:

Để góp phần khống chế đường huyết ở mức bình thường, không gây tăng đường huyết quá mức, không gây hạ đường huyết, đồng thời hạn chế tăng lipid huyết tương làm chậm bước tiến của xơ vữa động mạch, đặc biệt là ở bệnh nhân đái đường type II tức thể béo phì thì chế độ ăn là biện pháp điều trị và phòng bệnh cơ bản làm nền tảng cho điều trị lâu dài bệnh đái tháo đường. Theo khuyến cáo của hội đái tháo đường quốc gia Mỹ và nhiều chuyên gia khác thì nguyên tắc được thống nhất là:

- Giàu Carbohydrat phức hợp, giảm hẳn các dạng đường đơn như glucose, fructose (trong mật ong, quả ngọt), đường ăn, mật. Giàu chất xơ.
- Hạn chế chất béo, nhất là mỡ và cholesterol, hạn chế rượu bia.
- Đủ vitamin, các chất khoáng và vi lượng.

Cụ thể là:

1. **Tổng năng lượng cho 1 ngày tính theo qui ước:**
   - Nằm điều trị tại giường: 25 kcal/kg cân nặng/ngày
   - Hoạt động nhẹ tại nhà: 30 kcal/kg cân nặng/ngày
   - Hoạt động vừa: 35 kcal/kg cân nặng/ngày
   - Hoạt động nặng: 40 kcal/kg cân nặng/ngày

   Ví dụ: 1 bệnh nhân nặng 60 kg, hoạt động nhẹ tại nhà thì mỗi ngày cần:

   Tổng năng lượng = 30 * 60 kg = 1800 kcal

2. **Tỷ lệ thành phần của thức ăn chính trong ngày nên:**
   - Chất bột đường (carbohydrat): 55 – 60% tổng năng lượng. Trong đó đường ăn không quá 1/3. Càng ít càng tốt. Nếu bệnh nhân quen ăn đường thì có thể thay đường bằng đượng Aspartame.
   - Chất đạm (protein): 12 – 20% tổng năng lượng. Trung bình 15%. Nhiều protein quá dễ đẩy nhanh quá trình xơ hóa cầu thận và gây suy thận, một biến chứng quan trọng của bệnh đái đường.
   - Chất béo (lipid): không vượt quá 30%. Trung bình 20%.
     + Acid béo no (mỡ, bơ) dưới 10% tổng năng lượng
     + Cholesterol không quá 250 g/ngày. Cholesterol chứa nhiều trong óc, lòng, tim, gan, thận, trứng.
     + Acid béo không no kép khoảng 10% tổng năng lượng. Có nhiều trong dầu thực vật.
     + Acid béo không no đơn 5% tổng năng lượng.
   - Chất xơ: khoảng 40 g/ngày
   - Vitamin, chất khoáng và yếu tố vi lượng: có nhiều trong rau quả, đậu đỗ.

3. Phân bố bữa ăn trong ngày để hạn chế tăng đường huyết quá mức sau ăn và nên chia thành 3 bữa chính và 1 – 3 bữa phụ:
   - Ăn sáng 6h30 – 7h00: 20% tổng năng lượng
   - Ăn trưa 11h30 – 12h00: 30% tổng năng lượng
   - Ăn tối 18h30 – 19h00: 30% tổng năng lượng
   - Ăn nhẹ đêm 21h: 20% tổng năng lượng

   Với bệnh nhân có dùng insulin để hạ đường huyết nên dùng 3 bữa phụ vào giữa sáng, giữa chiều và đêm. Ba bữa chính nên chiếm 65%, ba bữa nhẹ 35% của tổng năng lượng trong thực đơn hàng ngày.

XÂY DỰNG THỰC ĐƠN CHO BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG:

Để xây dựng các thực đơn hoàn chỉnh và cụ thể cần căn cứ vào các nguyên tắc cơ bản trên, đồng thời phải dựa vào các đặc điểm lâm sàng như cân nặng, béo gầy theo chỉ số khối cơ thể (BMI), khả năng lao động, các biến chứng như tăng huyết áp, suy tim, phù, protein niệu, suy thận urê, máu cao, nhiễm khuẩn, có dùng hoặc không dùng thuốc hạ đường huyết để gia giảm và chế biến thức ăn theo các bước sau đây:

Chế độ ăn cho người đái đường Type II (thể béo) chưa có suy thận, lao động nhẹ được, không dùng Insulin:

1. **Tính tổng năng lượng cần trong ngày:**

   Ví dụ bệnh nhân cân nặng 60 kg, lao động nhẹ tại nhà, không dùng insulin:

   Tổng năng lượng / ngày: 30 kcal * 60 kg = 1800 kcal
2. **Phân bố thành phần thức ăn chính theo tỷ lệ % và quy ra gram thức ăn. Cứ mỗi gram chất bột đường và đạm cho 4 kcal, chất béo cho 9 kcal, rau quả không đáng kể nhưng không ăn quả ngọt:**
   - Bột đường 65% = 1170 kcal (:4) = 290 gram, đường ăn 10%: 20 – 30 g
   - Đạm 15% = 270 kcal (:4) = 67 gram
   - Béo 20% = 360 kcal (:9) = 40 gram
   - Nước, muối, mì chính: có tăng huyết áp thì bớt muối và mì chính, chỉ cho 4 gram/ngày. Có phù thì bớt nước, muối, mì chính.
3. **Phân chia thức ăn trên thành bữa chính, bữa phụ:**
   - Ăn sáng: 20% tổng năng lượng

     Bột đường = 60g, Đạm = 13,5g, Béo = 10g
   - Ăn trưa: 30% tổng năng lượng

     Bột đường = 85g, Đạm = 20g, Béo = 10g
   - Ăn tối: 30% tổng năng lượng

     Bột đường = 85g, Đạm = 20g, Béo = 10g
   - Ăn nhẹ đêm: 20% tổng năng lượng

     Bột đường = 60g, Đạm = 13,5g, Béo = 10g
   - Đường: 10% cho cả 4 bữa (20 – 30g). Sử dụng để pha chế thức ăn, nước uống. Nếu quen ăn, uống ngọt thì phải dùng đường aspartame.
4. Chọn thực phẩm và lập thực đơn cho từng bữa trong ngày và trong tuần. **Chú ý** thay đổi món ăn cho hợp khẩu vị và tập tục từng vùng:

- Lập bảng thức ăn kiêng và thức ăn nên dùng
- Xây dựng thực đơn cụ thể.

TIỂU ĐƯỜNG KÈM BIẾN CHỨNG KHÁC:

1.Đái tháo đường – Suy thận mãn:

- Hạn chế đạm < 1g/kg/ngày đảm bảo đạm có giá trị sinh học cao: trứng, sữa, cá, thịt heo, gà, vịt, đậu nành ...
- Hạn chế na, K, P bình thường 3 – 6g muối/ngày. Suy thận mãn #3g/ngày.

2.Tăng Lipid máu:

- Giảm cân nặng đối với bệnh nhân béo phì.
- Hạn chế Lipid, Cholesterol < 300 mg/ngày, giảm acid béo bão hoà.

3.Cao huyết áp:

- Giảm cân đối với bệnh nhân béo phì.
- Hạn chế Na # 3g muối/ngày

CHẾ ĐỘ ĂN TIỂU ĐƯỜNG (CƠM)

Năng lượng : 1500 calo

Đạm: 16%, Béo: 28%, Đường: 56%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	200.00	709.30		15.81		1.21	153.49	10.23	2.79		0.19	0.05	6.51	
Mì gói	40.00	162.80		4.80		4.96	24.76	61.20	0.64	0.22	0.02			
Bí đỏ	100.00	27.00		0.30			6.20	24.00	0.50	11.13	0.06	0.03	0.40	8.00
Cải bẹ xanh	200.00	42.02		4.20		0.40	8.24	246.05	2.86	720.00	0.15	0.44	3.53	440.00
Dưa giá	100.00	40.00		5.00			4.80	22.00	1.10					
Cam	100.00	43.00		0.90			8.40	34.00	0.40	8.30	0.08	0.03	0.22	40.00
Tôm khô	8.00	23.52	4.80		0.16		0.16	19.84	0.50	5.04	0.02	0.03	0.51	
Đậu hủ chiên	50.00	104.00		6.70		8.20	0.40				0.02			
Ba chỉ, đùi,nạc	60.00	160.80	9.90		12.90			5.40	0.90	1.00	0.30	0.10	1.62	1.20
Cá lóc	60.00	46.13	11.25					8.25	0.19		0.04			
Nước mắm	5.00	1.50	0.38											
Muối	4.00													
Dầu	20.00	176.80				20.00								
Tổng cộng	**947.00**	**1,536.87**	**26.33**	**37.71**	**13.06**	**34.77**	**206.45**	**430.97**	**9.88**	**745.69**	**0.88**	**0.68**	**12.79**	**489.20**

CHẾ ĐỘ ĂN TIỂU ĐƯỜNG (CHÁO)

Năng lượng : 1500 calo

Đạm: 15%, Béo: 29%, Đường: 56%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	170.00	602.91		13.44		1.03	130.47	8.70	2.37		0.16	0.04	5.53	
Su su	200.00	56.18		1.12		0.22	14.83	20.22	0.90			0.07	0.90	13.93
Cà rốt	200.00	78.00		3.00			16.00	86.00	1.60	501.00	0.12	0.12	0.80	16.00
Khoai tây	100.00	75.12		2.02			19.75	6.01	0.79		0.09	0.04	2.22	20.00
Cam	150.00	64.50		1.35			12.60	51.00	0.60	12.45	0.12	0.04	0.33	60.00
Bưởi	100.00	38.00		0.20			7.30	23.00	0.50	5.01	0.04	0.02	0.30	95.00
Cá lóc	100.00	75.88	18.75					13.75	0.31		0.06			
Sữa đậu nành	150.00	43.50		4.65		2.40	5.10	27.00	1.80		0.07	0.03	0.45	
Thịt heo nạc	80.00	241.68	112.63		20.63			64.84	0.89		0.63	0.13	4.55	
Nước mắm	5.00	1.50	0.38											
Dầu	25.00	221.00				25.00								
Tổng cộng	**1,280.00**	**1,499.27**	**31.75**	**25.78**	**20.63**	**28.65**	**206.05**	**300.52**	**10.76**	**518.46**	**1.29**	**0.49**	**15.08**	**204.93**

CHẾ ĐỘ ĂN TIỂU ĐƯỜNG (SOUPE)

Năng lượng : 1500 calo

Đạm: 15%, Béo: 29%, Đường: 56%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	120.00	425.58		9.49		0.73	92.09	6.14	1.67		0.11	0.03	3.91	
Bột Enalac	60.00	255.00		9.87		4.20	44.70	271.83	3.26	24.04				
Cà rốt	200.00	78.00		3.00			16.00	86.00	1.60	504.00	0.12	0.12	0.80	16.00
Khoai tây	200.00	150.25		4.04			39.51	12.02	1.58		0.18	0.08	4.43	40.00
Cam	100.00	43.00		0.90			8.40	34.00	0.40	8.30	0.08	0.03	0.22	40.00
Bơ	50.00	51.02		0.51		3.06	6.63	6.02	0.31	10.20	0.02	0.05	0.71	3.98
Cá lóc	60.00	46.13	11.25					8.25	0.19		0.04			
Sữa đậu nành	200.00	28.00		6.20		3.20	6.80	36.00	2.40		0.10	0.04	0.06	
Thịt heo nạc	70.00	211.47	11.05		18.05			56.74	1.66		0.55	0.11	3.98	
Nước mắm	5.00	1.50	0.38											
Dầu	20.00	176.80				20.00								
Tổng cộng	**1,085.00**	**1,496.75**	**22.58**	**34.01**	**18.05**	**31.19**	**214.13**	**517.05**	**13.07**	**543.54**	**1.20**	**0.46**	**14.11**	**99.98**

CHẾ ĐỘ ĂN TIỂU ĐƯỜNG - SUY THẬN MÃN I - II

Năng lượng : 1440 calo

Đạm: 111+%, Béo: 30%, Đường: 59%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	180.00	638.37		14.23		1.09	138.14	9.21	2.51		0.17	0.04	5.86	
Khoai lang	40.00	48.80		0.32		0.08	11.40	13.60	0.40	6.68	0.02	0.02	0.24	9.20
Miến	30.00	102.00		0.18		0.03	24.66	12.00	0.30					
Cải trắng, cải ngọt	200.00	32.00		2.80			5.20	100.00	1.40		0.18	0.14		52.00
Mướp	200.00	32.00		1.80			6.00	56.00	1.60	35.63	0.08	0.12	1.00	16.00
Su su	200.00	56.18		1.12		0.22	14.83	20.22	0.90			0.07	0.90	13.93
Cam	100.00	43.00		0.90			8.40	34.00	0.40	8.30	0.08	0.03	0.22	40.00
Cá lóc	40.00	30.75	7.50					5.50	0.13		0.03			
Thịt heo nạc	65.00	196.37	10.26		16.76			52.68	1.54		0.51	0.10	3.69	
Nước mắm	5.00	1.50	0.38											
Dầu	30.00	265.20				30.00								
Muối														
Tổng cộng	**1,090.00**	**1,446.17**	**18.14**	**21.35**	**16.76**	**31.42**	**208.63**	**303.21**	**9.18**	**50.61**	**1.07**	**0.52**	**11.91**	**131.13**

CHẾ ĐỘ ĂN TIỂU ĐƯỜNG - TĂNG LIPID MÁU

Năng lượng : 1500 calo

Đạm: 16,5%, Béo: 24,5%, Đường: 59%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	200.00	709.30		15.81		1.21	153.49	10.23	2.79		0.19	0.05	6.51	
Mì gói	40.00	162.80		4.80		4.96	24.76	61.20	0.64	0.22	0.02			
Bí đao	100.00	12.00		0.60			2.40	26.00	0.30	0.56	0.01	0.02	0.30	16.00
Cải trắng, cải ngọt	200.00	32.00		2.80			5.20	100.00	1.40		0.18	0.14		52.00
Cải bắp	100.00	24.04		1.35		0.10	5.38	48.08	0.87	6.00	0.03	0.04	0.29	111.92
Đậu ve	200.00	60.24		3.61		0.24	10.84	72.29	0.69	86.84	0.14	0.17	1.20	24.10
Bưởi	100.00	38.00		0.20			7.30	23.00	0.50	1.11	0.04	0.02	0.03	95.00
Đậu hủ chiên	50.00	104.00		6.70		8.20	0.40				0.02			
Trứng vịt	70.00	124.48	9.13		9.74			37.74	1.96	210.00		0.03	0.06	
Thịt nạc	80.00	114.40	15.20		5.60									
Nước mắm	10.00	3.00	0.76											
Dầu	10.00	88.40				10.00								
Tổng cộng	**1,160.00**	**1,472.66**	**25.09**	**35.58**	**15.34**	**24.71**	**209.77**	**378.54**	**10.14**	**304.73**	**0.63**	**0.47**	**8.66**	**299.02**

CHẾ ĐỘ ĂN TIỂU ĐƯỜNG - CAO HUYẾT ÁP I - II

Năng lượng : 1500 calo

Đạm: 16,6+%, Béo: 24,9%, Đường: 58,5%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Caio (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	200.00	709.30		15.81		1.21	153.49	10.23	2.79		0.19	0.05	6.51	
Nui	40.00	138.00		4.40		0.20	29.68	8.80	0.36		0.08	0.01		
Cải bắp	200.00	48.08		2.59		0.19	10.77	96.15	1.73	12.00	0.06	0.08	0.58	223.85
Đậu ve	200.00	60.24		3.61		0.24	10.84	72.29	1.69	86.40	0.14	0.18	1.20	24.10
Cải bẹ xanh	200.00	42.02		4.20		0.40	8.24	246.05	2.86	720.00	0.15	0.44	3.53	440.00
Nho	100.00	53.76		1.08		1.08	11.51	13.01	0.54	6.02	0.05	0.03	0.22	3.01
Thịt nạc	50.00	71.50	9.50		3.50									
Thịt bò nạc	65.00	113.10	13.00		6.50			7.37	1.86	3.90	0.04	0.13	3.03	
Trứng vịt	65.00	115.59	8.48		9.04			35.04	1.81	195.00		0.03	0.06	
Nước mắm	10.00	3.00	0.76											
Dầu	20.00	176.80				20.00								
Tổng cộng	**1,150.00**	**1,531.39**	**31.74**	**31.79**	**19.04**	**23.32**	**224.53**	**488.94**	**13.64**	**1,023.76**	**0.71**	**0.94**	**15.13**	**690.96**

CHẾ ĐỘ ĂN CHO BỆNH NHÂN SUY THẬN MÃN ĐỘ II, III

NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG CHẾ ĐỘ ĂN UGG:

1. Ít đạm (protein): dùng đạm quý có giá trị sinh học cao nghĩa là đủ các acid admin cần thiết, tỷ lệ hấp thụ cao bao gồm: trứng, sữa, thịt cá nạc các loại. Lượng đạm cần tính như sau:

Giai đoạn Suy thận	Mức lọc cầu Thận ml/ph	Creatinin máu		Lượng đạm cần:g/kg cân nặng/ngày
		mg/l	µmg/l	
I	60 – 40	< 1,5	< 130	0,8
II	41 – 21	1,5 – 3,4	130 – 299	0,6
IIIa	20 – 11	3,5 – 5,9	300 – 499	0,5
IIIb	10 – 05	6 – 10	500 – 900	0,4
IV	< 5 ml/ph	> 10	> 900	0,2

2. Giàu năng lượng: 35 –40 kcal/kg cân nặng/ngày
   – Nhằm đảm bảo nhu cầu năng lượng và hạn chế quá trình giáng hóa protein trong cơ thể do đó có thể giảm được urê máu.
   – Chất bột: sử dụng tối đa các chất bột ít đạm như khoai lang, khoai lang nghệ, khoai sọ, sắn, bột sắn, bột sắn dây, bột dong, bột miến dong, khoai tây. Gạo, mì chỉ ăn ít từ 100 –150 gram/ngày.
   – Đường : đường các loại, mật ong, mật mía, kẹo ngọt.
   – Chất béo: 30 gram/ngày và có thể hơn nếu ăn được qua chế biến thức ăn.

3. Khoáng, vi lượng, vitamin và nước:
   – Ăn nhạt khi có phù, tăng huyết áp, suy tim. Muối và mì chính: 2 gram/ngày. (nên bỏ hẳn muối, mì chính mà cho 2 thìa cafê nước mắm/ngày)
   – Rau quả: bỏ chua và không ăn rau nhiều đạm như rau ngót, rau dean, rau muống, giá đỗ và các loại đậu đỗ.
   – Nước: ngang hoặc ít hơn lượng đái ra. Nên dùng nước lọc, rau luộc, nước đường. Không dùng nước các loại rễ lá có độc cho thận.
   – Vitamin bổ sung: vitamin E, A, B1, B2, B6, B12, acid folic, viên sắt nhằm chống gốc tự do, chống thiếu máu và giúp chuyển hóa các chất.

CHẾ ĐỘ ĂN SUY THẬN MÃN

Năng lượng : 2200 calo

Đạm: 15%, Béo: 20%, Đường: 60%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	290.00	1,028.49		22.93		1.75	222.56	14.84	4.05		0.27	0.07	9.44	
Mì gói	50.00	203.50		6.00		6.20	30.95	76.50	0.80	0.28	0.02			
Đậu ve	70.00	21.08		1.27		0.08	3.80	25.30	0.59	30.40	0.05	0.06	0.42	8.43
Su su	70.00	19.66		0.39		0.08	5.19	7.08	0.31			0.02	0.31	4.88
Bí đỏ	100.00	27.00		0.30			6.20	24.00	0.50	11.13	0.06	0.03	0.40	8.00
Cà chua	100.00	20.00		0.60			4.20	12.00	1.40	111.33	0.06	0.04	0.50	40.00
Chuối	150.00	150.00	8.68	2.25		0.30	33.30	12.00	0.90	15.00	0.06	0.08	1.05	9.00
Thịt heo nạc	55.00	166.16	14.00		14.18			44.58	1.30		0.43	0.09	3.13	
Thịt bò nạc	70.00	121.80	14.06		7.00			7.93	2.01	4.20	0.05	0.14	3.27	
Cá	75.00	65.63	14.06		1.41		0.33	31.88	0.42		0.05			
Tôm khô	25.00	73.50	15.00		0.50		0.50	62.00	1.55	15.75	0.05	0.10	1.60	
Nước mắm	5.00	1.50	0.38											
Dầu	30.00	165.20				30.00								
Đường	15.00	59.40					14.85							
Muối	2.00													
Tổng cộng	**1,107.00**	**2,222.92**	**52.12**	**33.74**	**23.09**	**38.41**	**321.88**	**318.11**	**13.83**	**188.09**	**1.10**	**0.63**	**20.12**	**70.31**

CHẾ ĐỘ ĂN SUY THẬN MÃN

Năng lượng : 1700 calo

Đạm: 9,5%, Béo: 28,5%, Đường: 62%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	200.00	709.30		15.81		1.21	153.49	10.23	2.79		0.19	0.05	6.51	
Khoai lang	100.00	122.00		0.80		0.20	28.50	34.00	1.00	16.70	0.05	0.05	0.60	23.00
Bầu	150.00	21.00		0.90			4.35	31.50	0.30	1.67	0.03	0.04	0.60	18.00
Trứng gà	50.00	75.43	6.52		5.43			26.96	1.39	150.00		0.02	0.04	
Ba chỉ, đùi, nạc	70.00	187.60	11.55		15.05			6.30	1.05	1.17	0.35	0.11	1.89	1.40
Sữa đậu nành	120.00	34.80		3.72		1.92	4.08	21.60	1.44		0.06	0.02	0.36	
Nước mắm	10.00	3.00	0.76											
Dầu	30.00	265.20				30.00								
Đường	70.00	277.20					69.30							
Muối	3.00													
Tổng cộng	**803.00**	**1,695.53**	**18.83**	**21.23**	**20.48**	**33.33**	**259.72**	**130.59**	**7.97**	**169.54**	**0.68**	**0.29**	**10.00**	**42.40**

CHẾ ĐỘ ĂN SUY THẬN MÃN

Năng lượng : 1500 calo

Đạm: 7,5%, Béo: 30%, Đường: 62,5%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	100.00	354.65		7.91		0.60	76.74	5.12	1.40		0.09	0.02	3.26	
Khoai lang	50.00	61.00		0.40		0.10	14.25	17.00	0.50	8.35	0.02	0.02	0.30	11.50
Bí đao	100.00	12.00		0.60			2.40	26.00	0.30	0.56	0.01	0.02	0.30	16.00
Cà chua	25.00	5.00		0.15			1.05	3.00	0.35	27.83	0.02	0.01	0.13	10.00
Sà lách	25.00	3.74		0.30		0.05	0.72	15.49	0.27	40.50	0.01	0.02	0.04	4.51
Đu đủ chín	200.00	87.72		1.05		0.19	23.16	34.04	0.53	100.00	0.05	0.11	1.23	160.00
Thịt bò nạc	40.00	69.60	8.00		4.00			4.53	1.15	2.40	0.03	0.08	1.87	
Cá lóc	45.00	45.00	7.19		1.21			40.50	0.99					
Nước mắm	10.00	3.00	0.76											
Dầu	43.00	380.12				43.00								
Đường	110.00	435.60					108.90							
Muối	2.00													
Tổng cộng	**750.00**	**1,457.43**	**16.95**	**10.41**	**5.21**	**43.94**	**227.22**	**145.68**	**5.49**	**179.64**	**0.23**	**0.28**	**7.13**	**202.01**

CHẾ ĐỘ ĂN CHO BỆNH NHÂN VIÊM CẦU THẬN CẤP

NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG CHẾ ĐỘ ĂN CHO BỆNH NHÂN VIÊM CẦU THẬN CẤP KHÔNG CÓ BIẾN CHỨNG NẶNG: ăn nhẹ, ăn nhạt.

1.Đạm (protein): 0,6 gram/kg cân nặng/ngày
Đề phòng urê máu tăng, khi bệnh nhân đái tốt, urê máu không tăng thì cho 1 gr/kg cân nặng/ngày
2.Bột đường: 30 kcal/kg cân nặng/ngày bao gồm gạo mì, khoai củ, bánh ngọt.
3.Chất béo: 20 gram/ngày
4.Chất khoáng, vi lượng, vitamin:

- Bớt muối và mì chính: tương đương 2 gram muối/ngày
- Nên bỏ hẳn muối và mì chính mà cho 2 thìa cafê nước mắm ngày. Có phù, tăng huyết áp càng phải hạn chế Natri chặt chẽ.
- Nước uống: ít hơn lượng đái ra trong ngày.
- Rau quả: đái ít, vô niệu thì bỏ hẳn rau quả, đề phòng tăng kali máu.
- Vitamin uống bổ sung.

5.Theo dõi lượng nước tiểu, phù, huyết áp, urê máu để gia giảm thức ăn. Sau 1 tuần mà:

- Urê máu không tăng thì tăng đạm 0,8 g/kg cân nặng/ngày
- Không thiểu niệu vô niệu thì cho rau quả tự do
- Nước uống bằng lượng đái ra

CHẾ ĐỘ ĂN SUY THẬN CẤP

Năng lượng : 2000 calo

Đạm: 8%, Béo: 25%, Đường: 67%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	300.00	1,063.95		23.72		1.81	230.23	15.35	4.19		0.28	0.07	9.77	
Khoai lang	50.00	61.00		0.40		0.10	14.25	17.00	0.50	8.35	0.02	0.02	0.30	11.50
Bí đao	50.00	6.00		0.30			1.20	13.00	0.15	0.28		0.01	0.15	8.00
Cải trắng, cải ngọt	40.00	6.40		0.58			1.04	20.00	0.28		0.04	0.03		10.40
Su su	40.00	11.24		0.22		0.04	2.97	4.04	0.18			0.01	0.18	2.79
Bí đỏ	50.00	13.50		0.15			3.10	12.00	0.25	5.57	0.03	0.04	0.20	4.00
Quýt	200.00	75.76		1.36		0.20	19.39	65.91	0.45		0.08	0.05	0.45	31.97
Thịt heo nạc	50.00	151.05	7.89		12.89			40.53	1.18		0.39	0.08	2.84	
Sữa đậu nành	50.00	14.50		1.55		0.80	1.70	9.00	0.60		0.02	0.01	0.15	
Trứng vịt	45.00	80.02	5.87		6.26			24.26	1.25	135.00		0.02	0.04	
Nước mắm	5.00	1.50	0.38											
Dầu	35.00	309.40				35.00								
Đường	60.00	237.60					59.40							
Muối	2.00													
Tổng cộng	977.00	2,031.92	14.14	28.28	19.15	37.95	333.28	221.09	9.03	149.20	0.86	0.31	14.08	68.66

CHẾ ĐỘ ĂN SUY THẬN CẤP

Năng lượng : 2000 calo

Đạm: 11%, Béo: 24%, Đường: 65%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	260.00	922.09		20.58		1.57	199.53	13.30	3.63		0.24	0.06	8.47	
Miến	70.00	238.00		0.42		0.07	57.54	28.00	0.70					
Bí đỏ	50.00	13.50		0.15			3.10	12.00	0.25	5.57	0.03	0.01	0.20	4.00
Bầu	50.00	7.00		0.30			1.45	10.50	0.10	0.58	0.01	0.01	0.20	6.00
Giá đậu xanh	80.00	35.20		1.20			4.24	30.40	1.12		0.16	0.10		8.00
Đu đủ chín	200.00	87.72		1.05		0.19	23.16	34.04	0.53	100.00	0.05	0.11	1.23	160.00
Thịt heo nạc	45.00	135.95	7.11		11.61			36.47	1.07		0.36	0.07	2.58	
Sữa chua yaourt	100.00	71.00	4.30		3.70		3.60	120.00	0.10	25.00	0.04	0.20	0.10	0.70
Cá	50.00	43.75	9.38		0.94	6.56	0.22	21.25	0.28		0.03			
Đậu hủ chiên	40.00	83.20		5.36			0.32				0.02			
Thịt bò nạc	40.00	69.60	8.00		4.00			4.53	1.15	2.40	0.03	0.08	1.87	
Nước mắm	5.00	1.50	0.38			25.00								
Dầu	25.00	221.00												
Đường	25.00	99.00					24.75							
Muối	2.00													
Tổng cộng	**1,042.00**	**2,028.51**	**29.17**	**29.06**	**20.25**	**33.39**	**317.91**	**310.49**	**8.93**	**133.55**	**0.97**	**0.64**	**14.65**	**178.70**

CHẾ ĐỘ ĂN CHO BỆNH NHÂN "HỘI CHỨNG THẬN HƯ" NGUYÊN PHÁT

NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG THỰC ĐƠN CHO HỘI CHỨNG THẬN HƯ NGUYÊN PHÁT:

1. Đạm (protein): 50 – 70 gram/ngày theo cân nặng:
+ 1 gram/kg cân nặng/ngày + Lượng mất qua nước tiểu trong 24 h. Lấy tròn gần đúng trung bình là 10 gram/ngày.
+ 2/3 đạm động vật, 1.3 đạm thực vật (trong gạo, mì, đậu)
2. Bột đường: 25 kcal/kg/ngày bao gồm gạo, mì, khoai củ, đường, bánh kẹo.
3. Chất béo: 20 – 25 gram/ngày
+ Dùng dầu cá, dầu đậu tương, ít mỡ, ít trứng.
+ Bỏ óc, lòng, tim, gan, phủ tạng vì nhiều cholesterol
4. Chất khoáng, vi lượng, vitamin:
+ Bớt muối và mì chính. Chỉ cho tương đương 2 gram muối mỗi ngày. Có điều kiện thì bỏ hẳn muối và mì chính mà cho 2 thìa cafê nước mắm/ngày.
+ Nước uống ít hơn lượng đái ra trong ngày.
+ Giảm phù thì tăng lượng chất mặn và nước. Đái ít thì giảm mặn và giảm nước.
+ Rau quả ăn tự do. Ăn nhiều giá đỗ, đu đủ, cam để có đủ vitamin E, A, C. Đái ít thì bớt rau quả phòng kali máu tăng.
5. Theo dõi đáp ứng điều trị để gia giảm

CHẾ ĐỘ ĂN HỘI CHỨNG THẬN HƯ

Năng lượng : 1800 calo

Đạm: 19,5%, Béo: 24,5%, Đường: 56%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	250.00	886.63		19.77		1.51	191.86	12.79	3.49		0.23	0.06	8.14	
Miến	30.00	102.00		0.18		0.03	24.66	12.00	0.30					
Su su	70.00	19.66		0.39		0.08	5.19	7.08	0.31			0.02	0.31	4.88
Rau muống	100.00	23.15		2.69		0.28	3.98	50.37	3.06	356.43	0.16	0.25	1.57	12.04
Rau ngót	100.00	55.56		6.44		0.76	9.11	51.11	15.78	2,355.87	0.02	0.40	2.22	58.33
Đậu hủ chiên	90.00	187.20		12.06			0.72				0.04			
Thịt nạc	100.00	143.00	19.00		7.00									
Thịt gà	130.00	182.81	24.38		8.94			19.50	2.60		0.16	0.16	7.80	
Nước mắm	10.00	3.00	0.76			15.00								
Dầu	15.00	132.60												
Đường	10.00	39.60					9.90							

Muối	3.00													
Tổng cộng	908.00	1,775.21	44.14	41.53	15.94	32.42	245.42	152.85	25.54	2,712.30	0.61	0.89	20.04	102.25

CHẾ ĐỘ ĂN HỘI CHỨNG THẬN HƯ

Năng lượng : 2000 calo

Đạm: 14%, Béo: 25%, Đường: 61%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	300.00	1,063.95		23.72		1.81	230.23	15.35	4.19		0.28	0.07	9.77	
Đậu ve	70.00	21.08		1.27		0.08	3.80	25.30	0.59	30.40	0.05	0.06	0.42	8.43
Bí đỏ	100.00	27.00		0.30			6.20	24.00	0.50	11.13	0.06	0.03	0.40	8.00

Cà chua	100.00	20.00		360.00			4.20	12.00	1.40	111.33	0.06	0.04	0.50	40.00
Cải xanh	80.00	16.80		1.68			3.28	98.40	1.12	16.03	0.06	0.18	1.44	176.00
Cam	200.00	86.00		1.80			16.80	68.00	0.80	16.60	0.16	0.08	0.44	80.00
Đậu hủ chiên	70.00	145.60		9.38		11.48	0.56				0.03			
Thịt heo nạc	70.00	211.47	11.05								0.55	0.11	3.98	
Thịt nạc	50.00	71.50	9.50											
Cá	65.00	56.88	12.19								1.04			
Nước mắm	5.00	1.50	0.38											
Dầu	20.00	176.80				20.00								
Đường	25.00	99.00					24.75							
Muối	2.00													
Tổng cộng	**1,157.00**	**1,997.58**	**32.12**	**38.75**	**22.77**	**33.37**	**290.10**	**327.42**	**10.63**	**185.49**	**1.29**	**0.57**	**16.95**	**312.43**

CHẾ ĐỘ ĂN HỘI CHỨNG THẬN HƯ

Năng lượng : 2000 calo

Đạm: 15,5%, Béo: 22%, Đường: 62,5%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	300.00	1,063.95		23.72		1.81	230.23	15.35	4.19		0.28	0.07	9.77	
Đậu ve	70.00	21.08		1.27		0.08	3.80	25.30	0.59	30.40	0.05	0.06	0.42	9.43
Bí đỏ	100.00	27.00		0.30			6.20	24.00	0.50	11.13	0.06	0.03	0.40	8.00
Cà rốt	100.00	39.00		1.50			8.00	43.00	0.80	250.50	0.06	0.06	0.40	8.00
Khoai tây	50.00	37.56		1.01			9.88	3.00	0.39		0.04	0.02	1.11	10.00
Cải xanh	80.00	16.80		1.68			3.28	98.40	1.12	16.03	0.06	0.18	1.44	176.00
Cam	100.00	43.00		0.90			8.40	34.00	0.40	8.30	0.08	0.03	0.22	40.00
Chuối	100.00	94.34		1.13		0.09	27.74	10.94	0.57	34.91	0.04	0.04	0.75	9.06
Đậu hủ chiên	70.00	145.60		9.38		11.48	0.56				0.03			
Thịt heo nạc	75.00	226.58	11.84		19.34			60.79	1.78		0.59	0.12	4.26	
Thịt bò nạc	50.00	87.00	10.00		5.00			5.67	1.43	3.00	0.03	0.10	2.33	
Cá	80.00	70.00	15.00		1.50		0.35	34.00	0.45		0.05			
Nước mắm	5.00	1.50	0.38											
Dầu	10.00	88.40				10.00								
Đường	20.00	79.20					19.20							
Muối	2.00													
Tổng cộng	**1,212.00**	**2,041.01**	**37.22**	**40.89**	**25.84**	**23.46**	**317.64**	**354.45**	**12.22**	**354.27**	**1.37**	**0.71**	**21.10**	**259.49**

CHẾ ĐỘ ĂN TRONG BỆNH VIÊM GAN CẤP

CHẾ ĐỘ ĂN TRONG VIÊM GAN CƠ BẢN LÀ NHẰM:

- Ngăn ngừa nhiễm mỡ ở gan và thoái hóa tế bào gan bằng 1 khẩu phần ít béo, đủ đạm, không độc
- Tạo điều kiện bảo vệ gan và tái tạo mô gan bằng bổ sung đủ các thành phần dinh dưỡng nhất là đạm, bột đường, các yếu tố vi lượng và vitamin.

NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG CHẾ ĐỘ ĂN VIÊM GAN CẤP:

1. Đủ đạm (protein): đảm bảo cân bằng dương về Nitơ nhưng cũng không được quá nhiều dễ tạo điều kiện gây hội chứng não gan.
   Dùng đạm quý, giá trị sinh học cao, ít béo như thịt bò, thịt lợn nạc, thịt gà nạc, sữa tách bơ.
2. Tăng chất bột đường dễ hấp thu như gạo, đường, glucose, mật ong, quả ngọt.
3. Giảm chất béo như mỡ, bơ, dầu. Bỏ thức ăn giàu cholesterol như óc, lòng, tim, gan, bầu dục.
4. Bớt muối và thức ăn mặn. Đủ nước bằng chè nhân trần. Tăng rau quả giàu vi lượng và giàu vitamin C, A, E như cam, quýt, bưởi, đu đủ chín, carot, giá đỗ.
5. Bỏ hẳn rượu, bia, thức uống, kẹo có rượu, các thuốc độc cho gan.
6. Tổng năng lượng và phân bố thành phần thức ăn chính nên như sau:
   Tổng năng lượng: 1600 Kcal/ngày (30-35 Kcal/kg cân nặng/ngày, tuỳ theo sức ăn của bệnh nhân)
   - Đạm: 20% tổng năng lượng, khoảng 75 g/ngày.
   - Bột đường: 70% tổng năng lượng = 250 g/ngày
   - Béo: 10% tổng năng lượng = 15 g/ngày
   - Rau quả: quả ngọt, rau nhiều vitamin C, E, caroten
   - Nước: trung bình 1,5 lít đến 2 lít/ngày tùy theo khả năng bài niệu. Bỏ hẳn rượu bia, uống nước nhân trần, nước rau quả.
7. Dựa theo tập tục, thực phẩm từng địa phương, khẩu vị, sức ăn của bệnh nhân để chế biến. Đầu tiên là theo dạng ăn nhẹ: cháo thịt, cháo đỗ, khoai nghiền, súp carô, khoai tây, chè đường, sữa tách bơ, nước rau quả.
   Tăng dần lượng thức ăn thức uống theo quá trình lui bệnh

CHẾ ĐỘ ĂN VIÊM GAN CẤP

Năng lượng : 1900 - 2000 calo

Đạm: 12,5%, Béo: 9%, Đường: 78,5%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo	200.00	688.00		15.80		2.00	152..40	60.00	2.60		0.20	0.06	3.20	
Sữa chua	350.00	213.00	11.50		12.90		12.60	420.00	0.35	(38.5)87.5	0.14	0.07	0.35	2.45
Sữa tách bơ	150.00	535.50	52.50		1.50		78.00	2100.00	0.75		0.63	0.90	1.80	9.00
Sữa đậu xanh	100.00	43.00		5.50			5.30	38.00	1.40	(12.00)	0.20	0.13	0.80	10.00
Cải xanh	20.00	15.00		1.70			2.10	89.00	1.90	(1855.00)	0.07	0.10	0.80	
Chuối tiêu	30.00	194.00		3.00		0.40	44.40	1.60	1.20	90.00	0.08	0.10	1.40	
Nạc	100.00	27.80	3.80		1.40		5.30	1.40	0.20			0.18	0.04	12.00
Gan lợn	200.00	34.80	5.60		1.00			0.21	3.60	18.00	0.12	0.63	4.80	
Cam	400.00	148.00		3.60			33.60	135.00	1.20	(2340.00)	0.32	0.12	0.80	5.40
Đường	20.00	76.60		2.20			18.90	35.60	1.16		0.01	0.02		160.00
Dầu	10.00	89.70				0.90								
Tổng cộng		**2,065.40**	**73.40**	**31.80**	**16.80**	**3.30**	**352.60**	**2,881.81**	**14.36**	**108.00**	**1.77**	**2.94**	**13.99**	**198.85**

CHẾ ĐỘ ĂN TRONG BỆNH VIÊM GAN MÃN

TÙY THEO MỨC ĐỘ VÀ GIAI ĐOẠN VIÊM GAN MÃN:

1. **Viêm gan mãn tiến triển hoặc viêm gan mãn hoạt động ăn theo chế độ như viêm gan cấp.**
2. **Viêm gan mãn còn bù:**

- Đủ đạm, dùng đạm quý. Trung bình từ 0,8 g/kg cân nặng/ngày = 40 g/ngày cho người nặng 50 kg.
- Ít béo, ít cholesterol: trung bình 15 g/ngày. Không dùng mỡ, bơ, lòng, phủ tạng. Ăn ít trứng và sữa nguyên dạng.
- Giàu năng lượng bằng chất bột đường: đạt tổng năng lượng khoảng 1800 kcal/ngày.
- Đủ vitamin nhất là vitamin C, E, A, D, K và B.

3. **Có xơ gan cổ chướng:**

- Tổng năng lượng: 1500 kcal/ngày
- Nhạt hoàn toàn như chế độ suy tim nặng. Ít nước.
- Đạm: 20 % năng lượng, dùng đạm quý ít béo
- Béo: 10 g/ngày
- Bột đường: cho đủ tổng calo bằng bột, đường, mật ong, kẹo ngọt, quả ngọt
- Đủ vitamin và yếu tố vi lượng: uống viên sinh tố và vi lượng tổng hợp như loại theravit

CHẾ ĐỘ ĂN VIÊM GAN MÃN

Năng lượng : 1650 - 1750 Kcal

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo	100.00	344.00		7.90		1.00	76.20	30.00	1.30		0.10	0.03	1.60	
Phở	200.00	282.00		6.40			64.20	32.00	0.60					
Bột củ mì	30.00	103.80		3.30		0.30	21.80	8.70	0.60		0.05	0.03	0.03	
Bánh mì	30.00	74.70		2.30		0.24	15.70	8.40	0.60		0.03	0.02	0.21	
Hồng	150.00	61.00		2.10			10.80	72.00	6.00		0.03	0.16	4.90	36.00
Chuối tiêu	100.00	72.00		1.20		16.80		26.00	0.40	(5.00)	0.05	0.02	0.60	31.00
Cam	300.00	111.00		2.70			25.20	102.00	1.20	(1755.00)	0.24	0.09	0.60	120.00
Hành	20.00	4.40		0.26			0.86	16.00	0.20	(274.00)	0.06	0.02	0.20	12.00
Củ cải trắng	100.00	21.00		1.50			3.70	40.00	1.10	(15.00)	0.06	0.06	0.50	
Trứng gà	80.00	132.80	11.80		9.20		0.40	44.00	2.16	560(224.8)	0.13	0.25	0.16	
Sữa tách béo	25.00	89.20	8.70		0.25		13.00	350.00	0.13		0.10	0.05	0.30	1.50
Thịt bò	30.00	35.40	6.30		3.80			3.60	0.93	(3.60)	0.03	0.05	1.26	
Đường	40.00	153.20		0.44		24.90	37.80	71.20	2.30		0.02	0.04	0.12	
Dầu	25.00	224.20												
Tổng cộng		**1,698.70**	**26.80**	**28.10**	**13.25**	**43.24**	**269.66**	**803.90**	**17.52**	**0.00**	**0.90**	**0.82**	**10.48**	**200.50**

Ghi chú : ( ) : caroten

CHẾ ĐỘ ĂN TRONG NHIỄM KHUẨN CẤP

Nhiễm khuẩn cấp tính thường kèm theo sốt cao và kéo dài theo nhiều rối loạn chuyển hóa quan trọng làm giảm sút sức chống đỡ của cơ thể đối với nhiễm khuẩn và gây giảm sút sức khỏe sau nhiễm khuẩn. Các rối loạn chuyển hóa chủ yếu là:

1. Tăng giáng hóa đạm (protein): lượng nitơ niệu có thể lean đến trên 15 gram/ngày. Cân bằng nitơ sẽ âm tính
   Nhu cầu dinh dưỡng về đạm cao hơn hẳn mức bình thường.
2. Tăng mức chuyển hóa cơ sở: cứ 1^0 C tăng thân nhiệt thì chuyển hóa cơ sở sẽ tăng 13%. Do đó nhu cầu năng lượng khi có sốt đối với chuyển hóa cơ sở sẽ cao hơn mức bình thường.
3. Giảm dự trữ glycozen và tổ chức mỡ dưới da do quá trình tiêu phí năng lượng tăng.
4. Mất nước, mất muối: do ra nhiều mồ hôi. Do thận phải tăng bài xuất các sản phẩm giáng hóa kéo theo mất nước, mất natri, kali, magnesi, phospho và kẽm (zinc).
5. Chán ăn, ruột kém hấp thu nhất là có kèm theo nhiễm khuẩn đường ruột. Thận bị quá tải rất dễ dẫn đến suy thận cấp.

Như vậy nếu dinh dưỡng bệnh nhân mà không bù đủ muối khoáng, đủ năng lượng và nhất là đủ đạm thì cơ thể bệnh nhân sẽ gầy sút nhanh, sức đề kháng giảm, thời gian điều trị kéo dài, sức lao động bị giảm sút sau khi khỏi bệnh.

Do đó trong khi điều trị nhiễm khuẩn cấp, ngoài việc cho kháng sinh thì dinh dưỡng đóng một vai trò đặc biệt quan trọng

NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG THỰC ĐƠN:

1. Phân bố thành phần thức ăn: tăng dần, tăng nhanh

- Đảm bảo đủ năng lượng: 600 kcal/ngày – 1200 – 2000 kcal/ngày
- Đảm bảo đủ đạm: 0,5 – 1g – 1,5g/kg cân nặng/ngày (tức vào khoảng : 30g – 50g – 70g/ngày)
- Chất béo: ít béo dễ tiêu hóa rồi tăng dần để bảo đảm năng lượng 10 g/ngày – 20 g/ngày – 30 g/ngày.
- Nước: 2 lít – 4 lít/ngày trong những ngày đầu. Sau đó duy trì ở mức 2 đến 2,5 lít.
- Muối, vi lượng, vitamin = đủ mặn, không ăn nhạt, nhiều vitamin nhất là vitamin C, vitamin B tổng hợp.

2. Chế biến thức ăn và phân bố bữa ăn:

- Đầu tiên là ăn nhẹ, ăn lỏng, đảm bảo đủ calo, đủ đạm nhưng dễ tiêu hóa. Tốt nhất là cháo loãng, súp khoai tây, khoai tây nghiền. Có thể dùng thịt nạc, cá, trứng, sữa. Tăng cho uống nước rau, nước quả, nước suối khoáng, nước ORS pha loãng 1 gói cho 2 lít. Tốt nhất là dùng đường glucose.
- Phân thành nhiều bữa ăn nhỏ – sáng, giữa buổi, trưa, chiều, tối.
- Tăng dần lượng đạm, lượng chất bột đường theo khẩu vị và khả năng dung nạp.

XÂY DỰNG THỰC ĐƠN:

- Cho những ngày đầu còn sốt bằng nhiều bữa
- Cho những ngày sau sốt
- Sau đó cho những chế độ ăn thông thường giàu đạm, giàu calo, giàu vitamin cho thời kỳ phục hồi.

CHẾ ĐỘ ĂN NHIỄM KHUẨN CẤP

Năng lượng : 1500 calo : Tổng lượng nước 2000 ml

Đạm: 7,4%, Béo: 7,2%, Đường: 85%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	70.00	240.80		5.50		0.70	53.30	21.00	0.90		0.07	0.02	1.12	
Cam	400.00	148.00		3.60			33.60	136.00	1.60	(2340.00)	0.32	0.12	0.08	160.00
Sữa bò	300.00	222.00	11.70		13.20		14.40	360.00	30.00	150(66)	0.15	57.00	0.30	3.00
Trứng	280.00	464.00	41.40		32.40		1.40	154.00	75.60	1960(786,8)	0.44	1.86	0.56	
thịt heo nạc	40.00	55.60	7.60		2.80			2.80	0.40		0.36	1.17	1.70	
Đường	121.00	463.00		1.30			114.40	215.00	7.01		0.06	0.12	0.36	
Tổng cộng	**1,211.00**	**1,593.40**	**60.70**	**10.40**	**48.40**	**0.70**	**217.10**	**888.80**	**115.51**	**0.00**	**1.40**	**58.19**	**4.84**	**163.00**

Ghi chú : ( ) : caroten

CHẾ ĐỘ ĂN NHIỄM KHUẨN DÀI NGÀY

Năng lượng : 2100 calo - 2200 calo

Đạm: 18,2%, Béo: 17,1%, Đường: 64,7%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	300.00	1,032.00		23.70		3.00	228.60	90.00	3.90		0.30	0.09	4.80	
Đậu đen	25.00	81.25		6.00		0.42	13.20	14.00	1.25	7.50	0.12	0.06	0.45	9.00
Đậu phụ	200.00	190.00		20.00		10.80	1.40	48.00	4.40		0.06	0.04	0.80	
Giá sống	200.00	86.00		11.00			10.60	76.00	2.80	24.00	0.40	0.26	1.60	20.00
Cà chua	50.00	9.50		0.30			2.10	6.00	3 70	557.50	0.03	0.39	0.25	20.00
Rau ngót	100.00	35.00		5.30			3.40	169.00	2.70	6,650.00	0.07	0.05	2.20	185.00
Đậu nành	20.00	80.00		6.80		3.68	4.92	33.00	2.20	6.00	0.10		0.46	0.80
Cá đồng	150.00	145.00	9.10		2.75			13.00	0.15			0.09		
Thịt heo nạc	50.00	70.00	9.50		3.50			3.50	0.50		0.45		2.20	
Dầu	20.00	179.00				19.90								
Đường	50.00	191.00					49.60	89.00	2.90					
Tổng cộng	**1,165.00**	**2,098.75**	**18.60**	**73.10**	**6.25**	**37.80**	**313.82**	**541.50**	**21.50**	**7,245.00**	**1.53**	**1.00**	**12.76**	**234.80**

CHẾ ĐỘ ĂN TRONG VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG CHẾ ĐỘ ĂN:

- Dùng thức ăn giảm tiết dịch vị: chất ngọt, chất béo ít gây tiết dịch vị. Thịt nạc, cá nạc gây tiết dịch vị. Do đó không nên ăn quá nhiều thịt cá, nước dùng thịt, cá.
- Dùng thức ăn có tính chất bọc, hút, thấm niêm mạc dạ dày: gạo nếp, bột sắn, bánh mì, bánh nếp ...
- Dùng thức ăn ít tác dụng cơ giới (thức ăn mềm)
- Thức ăn ít có tác dụng kích thích dạ dày.
- Không dùng các thức ăn chua: quả chua, sữa chua
- Không để đói và không ăn quá no
- Cần ăn thêm các bữa phụ vào lúc 10 giờ, 15 giờ, và 22 giờ.

THỨC ĂN NÊN DÙNG:

- Cháo, cơm, bánh mì, bánh quy, cơm nếp
- Khoai tây, khoai lang, khoai sọ luộc chín hoặc hầm nhừ
- Thịt, cá nạc hấp, luộc, om
- Lá rau non: luộc, nấu canh bắp cải, giá đỗ, bầu, bí ...
- Sữa bò hộp, sữa tươi, bơ
- Dầu thực vật ăn sống với lượng ít
- Quả sống: phải luộc chín, hấp chín mới ăn
- Đường, bánh, mứt, kẹo, mật ong, chè
- Thức uống: nước lọc, nước chè loãng

THỨC ĂN KHÔNG NÊN DÙNG:

- Bún
- Dưa cà muối, hành muối
- Quả chua, đu đủ chín, chuối tiêu, táo
- Chè, cà phê đặc
- Dấm, ớt, tỏi, hạt tiêu quá cay
- Các loại nước sốt, nước thịt cá đậm đặc
- Các loại thức ăn nguội chế biến sẵn: dăm bông, lạp sườn, xúc xích
- Sữa chuam vitamin C
- Bỏ hẳn rượu, thuốc lá

CHẾ ĐỘ ĂN VIÊM LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

Năng lượng : 2100 calo - 2400 calo

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	400.00	1,376.00		31.60		4.00	304.80	120.00	5.20		0.40	0.12	6.40	
Cháo gạo nếp	30.00	103.00		2.50		0.40	22.20	9.60	36.00		0.04	0.01	0.72	
Bánh quy	50.00	188.00		0.10		0.65	36.10	19.50	1.35	86(6,5)	0.18	0.90	0.10	
Đậu que	100.00	73.00		5.00			13.30	26.00	0.70	(180)	0.34	0.19	2.50	25.00
Bắp cải	100.00	29.00		1.80			5.40	48.00	1.10	(280)	0.06	0.08	0.40	30.00
Trứng gà	80.00	132.00	11.80		9.30			44.00	2.10	560.00	0.13	0.20		
Thịt heo nạc	80.00	111.20	15.20		5.60			0.56	0.80		0.72	0.14	3.50	
Dầu ăn	10.00	89.70				9.70								
Tổng cộng	**850.00**	**2,101.90**	**27.00**	**41.00**	**14.90**	**14.75**	**381.80**	**267.66**	**47.25**	**560.00**	**1.87**	**1.64**	**13.62**	**55.00**

ĂN ĐIỀU TRỊ TRONG CÁC BỆNH (HOẶC SAU NHỮNG CAN THIỆP) Ở ĐƯỜNG TIÊU HÓA

Thường tiến hành sau khi nuôi ăn ngoài đường tiêu hóa một thời gian. Dù sau, tổn thương ở đường tiêu hóa (do bệnh, hoặc do can thiệp) đòi hỏi thành phần thức ăn sau cho dễ hấp thu, ít kích thích co bóp và tiết dịch, ít chất xơ ... Có như thế mới thúc đẩy được quá trình lành bệnh (hoặc thương tổn). Do đó cần xây dựng thành phần thức ăn qua từng bước. Các bước nầy sẽ được lựa chọn theo chỉ định của thầy thuốc lâm sàng. Có thể gọi những bước nầy là những tiết chế cơ bản (basis). Thời hạn sử dụng các tiết chế nầy dựa vào tình trạng sức khoẻ của người bệnh.

Bước 1: 6 bữa/ngày * 2 –3 ngày

Nguyên tắc: Trà không đường.
Cháo nhuyễn.
Bánh bít qui

Thành phần: Năng lượng 1000 cal/ngày
Đạm (thực vật): có thể tới 5% tổng số năng lượng
Đường (từ gạo, bột bắp, bánh qui, nước táo ép pha loãng) 95%
Béo: 0%
Nước: trà không đường, uống theo nhu cầu.

Bước 2: 6 bữa/ngày * 2 – 3 ngày

Nguyên tắc: Tuyệt đối ít đạm, mỡ, chất xơ (trà, nước cháo đặc, chút ít muối, một ít rau nghiền, nước rau, nước quả pha loãng)

Thành phần: Năng lượng 1700 kcal/ngày
Đạm: 5 – 10% tổng số năng lượng
Đường: 80 – 85%
Béo: 5%
Nước theo nhu cầu.

Thực phẩm lựa chọn: sữa gầy, gạo, bột bắp, bột mì, khoai tây (không chiên mỡ), cà rốt, măng tây, xu hào, bông cải, cà chua (bỏ vỏ, hạt), dưa leo. Các loại rau này chỉ được hấp hoặc nấu chin, không chiên mỡ. Trái cây: táo, dâu đất, quýt (ép lấy nước).

Bước 3: 6 bữa/ngày * 3 – 6 ngày

Nguyên tắc: Thức ăn có đạm (chủ yếu đạm động vật, không có mỡ), có đường, ít chất xơ, ít mỡ, dễ hấp thu.

Thành phần: Năng lượng 2000 kcal/ngày
Đạm: 15%
Đường: 70 – 75%
Béo: 10 – 15%
Nước: theo nhu cầu (trà đen pha nước, quả ép loãng).

Thực phẩm lựa chọn: bánh mì trắng, bánh mì, biscot, gạo, mật ong, mứt quả; củ có xơ như cà rốt, rau dean, bông cải, cà chua, khoai tây, nước quả (táo, dâu), sữa gầy, mứt táo, chuối, mơ ...

Thịt mềm (bê non, bò non, heo non), nạc, gan, lưỡi, thịt gà không da, cá nạc.

Bước 4: 6 bữa/ngày * 3 – 10 ngày

Nguyên tắc: Thức ăn có đạm, đường, tăng thêm mỡ, theo tỷ lệ bình thường. Tuyệt đối ít chất xơ.

Thành phần: Năng lượng 2200 kcal/ngày
Đạm: 10 –15% tổng số năng lượng
Đườơng55 – 75%
Béo: 15 – 30%
Nước: theo nhu cầu

Thực phẩm lựa chọn: như bước 3, mở rộng hơn: các loại sữa và các sản phẩm sữa chế biến. Tất cả các loại thịt và sản phẩm chế biến từ thịt ít mỡ, mỏ, dầu phộng không dùng số lượng lớn.

Bước 5: 6 bữa/ngày * vài tuần, cho đến khi khỏi bệnh

Nguyên tắc: Thay đổi chất béo với MCT.
Ít đường hơn (Monosaccharide) và đường kép (Disaccharide)
Ít lactose. Tuyệt đối ít chất xơ.

Thành phần: Năng lượng 2500 kcal/ngày
Đạm: 10 - 15% tổng số năng lượng
Đường: 55 – 75%
Béo: 10 – 30%
Nước: theo nhu cầu (trà đen pha nước, quả ép loãng).
Thực phẩm lựa chọn: như bước 5. Chất béo có thể cho thêm margarine, MCT.

Bước 6: 6 bữa/ngày * theo yêu cầu người bệnh

Nguyên tắc: Ăn gần như bình thường
Ít mỡ.
MCT đối với trường hợp tràn dưỡng chấp màng phổi.
Chất xơ theo yêu cầu hợp lý.
Nước theo yêu cầu.

Thành phần: Năng lượng tuỳ theo từng người, 2200 kcal.
Đạm: 10 - 15% tổng số năng lượng
Đường: 60%
Béo:25%

Tiết chế cơ bản / Chỉ định	Bước 1	Bước 2	Bước 3	Bước 4	Bước 5	Bước 6	TP dễ tiêu hóa	Ăn thông thường
Can thiệp phẫu thuật bụng	+			+			+	+
Cắt đoạn ruột/hậu môn nhân tạo	+	+	+		+		+	

THÀNH PHẦN DINH DƯỠNG CỦA KHẨU PHẦN ĂN XÂY DỰNG

Bước 1 **Calo: 1000** **Đạm: 6,5%, Béo: 3,5%, Đường: 90%**

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Thực phẩm cơ bản														
Gạo trắng	100.00	354.65		7.91		6.60	76.74	5.12	1.40		0.09	0.02	3.26	
Bánh biscuit	50.00	193.00		4.40		2.25	37.55	37.80	1.80	3.17	0.02	0.13	0.35	
Rau quả														
Trái cây	200.00	76.00	1.60				17.00	80.00	1.40	13.36	6.12	0.08	1.20	48.00
Thực phẩm bổ sung														
Đường	50.00	198.00					49.50							
Tổng cộng	**400.00**	**812.65**		**13.91**		**2.85**	**180.79**	**130.72**	**3.59**	**16.53**	**0.41**	**0.23**	**4.81**	**48.00**

HÀNH PHẦN DINH DƯỠNG CỦA KHẨU PHẦN ĂN XÂY DỰNG

Bước 2 Calo: 1650 Đạm: 10%, Béo: 8%, Đường: 82%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	300.00	1,063.00		23.72		1.81	230.23	15.35	4.19		0.28	0.07	9.77	
Cà rốt	50.00	19.50		0.75			4.00	21.50	0.40	125.25	0.03	0.03	0.20	4.00
Rau dền	50.00	11.08		1.90		0.19	1.28	121.42	2.83	533.60	0.02	0.17	1.06	22.57
Khoai tây	50.00	34.58		1.01			9.88	3.00	0.39		0.04	0.02	1.11	10.00
Táo	250.00	95.00		2.00			21.25	110.00	0.50	16.70	0.15	0.10	1.50	60.00
Quít	250.00	94.70		1.70		0.25	24.24	82.39	0.57		0.09	0.06	0.57	39.96
Sữa yaourt gầy	130.00	44.20	4.42				4.03	185.90	0.08	5.20	0.05	0.26	0.13	1.75
Thịt heo nạc	50.00	151.00	7.89		12.89			40.53	1.18		0.39	0.08	2.84	
Muối	3.00													
Đường	30.00	118.80					29.70							
Tổng cộng	**1,163.00**	**1,634.86**	**12.31**	**31.08**	**12.89**	**2.25**	**324.61**	**280.09**	**10.14**	**680.75**	**1.05**	**0.79**	**17.18**	**138.28**

THÀNH PHẦN DINH DƯỠNG CỦA KHẨU PHẦN ĂN XÂY DỰNG

Bước 3 Calo: 2000 Đạm: 15%, Béo: 16%, Đường: 69%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	300.00	1,063.95		23.72		1.81	230.23	15.35	4.19		0.28	0.07	9.77	
Bông cải	100.00	32.89		3.42		0.20	6.58	26.97	1.32	10.00	0.08	0.09	0.66	80.00
Cà chua	100.00	20.00		0.60			4.20	12.00	1.40	111.33	0.06	0.04	0.50	40.00
Bí ngô	100.00	27.00		0.30			6.20	24.00	0.50	11.13	0.06	0.03	0.40	8.00
Su su	100.00	28.09		0.56		0.11	7.42	10.11	1.45			0.03	0.45	6.97
Táo ta	150.00	57.00		1.20			12.75	66.00	0.30	10.02	0.09	0.06	0.90	36.00
Chuối	150.00	141.51		1.70		0.14	41.60	16.42	0.85	52.36	0.06	0.06	1.13	13.58
Sữa bột không béo	30.00	69.00	10.00				14.33	390.00	0.14	3.60	0.10	0.60	0.33	2.00
Thịt heo nạc	50.00	151.05	7.89		12.84			40.53	0.17		0.39	0.08	2.84	0.70
Sữa chua yaourt	100.00	71.00	4.30		3.70		3.60	120.00	1.18	25.00	0.04	0.20	0.10	
Đậu hủ chiên	60.00	124.80		8.04		9.84	0.48		0.10		0.02			
Thịt bò nạc	70.00	121.80	14.00		7.00			7.93		4.20	0.05	0.14	3.27	
Đường	20.00	79.20					19.80		2.01					
Muối	4.00													
Tổng cộng	**1,334.00**	**1,987.29**	**36.19**	**39.54**	**23.59**	**12.10**	**347.19**	**729.31**	**12.47**	**227.64**	**1.23**	**1.40**	**20.35**	**187.25**

THÀNH PHẦN DINH DƯỠNG CỦA KHẨU PHẦN ĂN XÂY DỰNG

Bước 4 **Calo: 2200** **Đạm: 15%, Béo: 20%, Đường: 65%**

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	300.00	1,063.95		23.72		1.81	230.23	15.35	4.19		0.28	0.07	9.77	
Nui	50.00	172.50		5.50		0.25	37.10	11.00	0.45		0.10	0.01		
Bầu	100.00	14.00		0.60			2.90	21.00	0.20	1.11	0.02	0.03	0.40	12.00
Cà rốt	50.00	19.50		0.75			4.00	21.50	0.40	125.25	0.03	0.03	0.20	4.00
Khoai tây	100.00	75.12		2.02			19.75	6.01	0.79		0.09	0.04	2.22	20.00
Su hào	50.00	36.76		0.74		0.15	8.09	25.15	0.29	48.60	0.07	0.03	0.29	10.00
Sà lách	30.00	4.49		0.36		0.08	0.86	18.59	0.32	33.40	0.01	0.02	0.05	5.41
Cà chua	30.00	6.00		0.18			0.26	3.60	0.42	12.45	0.02	0.01	0.15	12.00
Cam	150.00	64.50		1.35			12.60	51.00	0.60	6.02	0.12	0.04	0.33	60.00
Nho	100.00	53.76		1.08		1.08	11.51	13.01	0.54	126.00	0.05	0.03	0.22	3.01
Sữa bột toàn vẹn	30.00	151.75	7.50		9.00		10.25	284.75	0.18		0.10	0.45	0.20	1.75
Cá thu	80.00	115.33	20.00		4.00		0.13	5.33	0.33					
Thịt gà	850.00	112.50	15.00		5.50			12.00	1.60		0.10	0.10	4.80	
Thịt heo nạc	50.00	151.05	7.89		12.89			40.53	1.18		0.39	0.08	2.84	
Nước mắm	5.00	1.50	0.38											
Dầu	15.00	132.60				15.00								
Đường	15.00	59.40					14.85							

THÀNH PHẦN DINH DƯỠNG CỦA KHẨU PHẦN ĂN XÂY DỰNG

Bước 5 Calo: 2500 Đạm: 15%, Béo: 20%, Đường: 65%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	330.00	1,170.35		26.09		2.00	256.26	18.88	4.60		0.31	0.08	10.74	
Mì gói	50.00	203.50		6.00		6.20	30.95	76.50	0.80	0.28	0.02			
Bánh biscuit	30.00	115.80		2.64		1.35	22.53	22.56	1.08	1.90	0.12	0.08	0.21	
Rau dền	100.00	22.12		3.81		0.39	2.57	242.83	5.66		0.04	0.34	2.12	45.13
Su su	60.00	16.85		0.34		0.07	4.45	6.07	0.27			0.02	0.27	4.18
Bí đao	100.00	12.00		0.60			2.40	26.00	0.30	0.56	0.01	0.02	0.30	16.00
Bông cải	60.00	18.00		1.50			2.94	15.60	0.84	1.67	0.07	0.06	0.36	42.00
Chuối	150.00	141.51		1.70		0.14	41.60	16.42	0.85	52.36	0.06	0.06	1.13	13.58
Cam	150.00	64.50		1.35			12.60	51.00	0.60	12.45	0.12	0.04	0.33	60.00
Thịt heo nạc	50.00	71.50	9.50		3.50									
Cá lóc	80.00	61.50	15.00					11.00	0.25		0.05			
Thịt bò nạc	70.00	121.80	14.00		7.00			7.93	2.01	4.20	0.05	0.14	3.27	
Sữa bột toàn vẹn	50.00	252.92	12.50		15.00		17.08	474.58	0.29	210.00	0.17	0.75	0.33	2.92
Nước mắm	2.00	1.50	0.38											
Dầu	20.00	176.80				20.00								
Đường	15.00	59.40					14.85							
Tổng cộng	**1,320.00**	**2,493.20**	**51.38**	**43.69**	**25.50**	**30.15**	**408.23**	**969.37**	**17.55**	**1,350.62**	**1.02**	**1.59**	**19.06**	**183.81**

THÀNH PHẦN DINH DƯỠNG CỦA KHẨU PHẦN ĂN XÂY DỰNG

Bước 6 Calo: 2200 Đạm: 14%, Béo , Đường: 68%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	400.00	1,418.60		31.63		2.42	306.98	20.47	5.58		0.37	0.09	13.02	
Bí đỏ	80.00	21.60		0.24			4.96	19.20	0.40	8.91	0.05	0.02	0.32	6.40
Cải bẹ xanh	100.00	21.01		2.10		0.20	4.12	123.03	1.43	360.00	0.08	0.22	1.76	220.00
Đậu ve	50.00	15.06		0.90		0.08	2.71	18.07	0.42	21.71	0.04	0.04	0.30	6.02
Bắp cải	50.00	15.00		0.90			2.70	24.00	0.55		0.03	0.02	0.20	15.00
Chuối	150.00	141.51		1.70		0.14	41.60	16.42	0.85	52.36		0.06	1.13	13.58
Tôm khô	8.00	23.52	4.80		0.16		0.16	19.84	0.50	5.04	0.06	0.02	0.51	
Đậu hủ chiên	50.00	104.00		6.70		8.20	0.40				0.02			
Thịt nạc	30.00	52.90	5.70		2.10						0.02			
Thịt heo nạc	40.00	120.84	6.32		10.32			32.42	0.95			0.06	2.27	
Cá lóc	75.00	57.66	14.06					10.31	0.23		0.32			
Nước mắm	10.00	3.00	0.76								0.05			
Dầu	20.00	176.80				20.00								
Đường	8.00	31.68					7.92							
Muối	4.00													
Tổng cộng	**1,075.00**	**2,193.18**	**31.64**	**44.17**	**12.58**	**31.04**	**371.55**	**283.76**	**10.91**	**448.02**	**1.04**	**0.53**	**19.51**	**261.00**

CHẾ ĐỘ ĂN CHO BỆNH NHÂN HẬU PHẪU MỞ RUỘT (OSTOMY) QUA DA

NGUYÊN TẮC:

Sau khi phẫu thuật chế độ ăn được tiến hành các bước sau:

(1) Bắt đầu nước súp, nước trái cây.

(2) Chất cặn bã còn lại ít, mềm (ăn lượng cao chất sợi tan trong nước, lượng thấp chất sợi không hòa tan trong nước)

(3) Lượng mỡ ở mức trung bình hoặc hạn chế mỡ đối với bệnh nhân cắt đoạn hồi tràng do thiếu muối mật.

- Tránh thức ăn có gas và gây tắc nghẽn ruột
- Trong 6 – 8 tuần đầu sau khi phẫu thuật bệnh nhân nên ăn thức ăn mềm chứa chất sợi hòa tan trong nước như: cháo, cơm, súp táo, chuối, yean mạch.
- Tránh ăn các loại thức ăn chứa sợi không hòa tan trong nước như: lúa mì, bắp, các loại hạt vỏ cứng
- Nhai cẩn thận tất cả các loại thức ăn để tránh nguy cơ tắc nghẽn, thức ăn có thể gây tắc nghẽn: cần tây sống, bắp cải sống, các loại hạt vỏ cứng.
- Chia nhỏ bữa ăn 4 – 6 lần trong ngày
- Thức ăn không dung nạp nên được tập lại sau vài tháng.
- Chú ý cung cấp đủ nước, natri, kali ở bệnh nhân cắt toàn bộ đại tràng.
- Bệnh nhân cắt hồi tràng cần bổ sung các vitamin tan trong mỡ (vitamin A, D, E, K), vitamin B12.
- Các thức ăn tạo gas: măng tây, họ đậu, cải bông xanh, dưa tây, dưa chuột, củ hành, thức ăn mỡ, sữa, bia, rượu.
- Các thức ăn tiêu hóa không hoàn toàn: bắp cải, hành tây, dừa, bắp (ngô), dưa chuột, trái cây khô, tiêu xanh, rau diếp, nấm.
- Thức ăn tạo mùi: măng tây, trứng, cá, tỏi, tiêu xanh, củ hành, thức ăn nhiều gia vị.
- Thức ăn giảm tạo mùi: sữa bơ, yauort, rau cần tây.

THỜI GIAN SỬ DỤNG:

Sử dụng 6 – 8 tuần đầu sau phẫu thuật, sau đó nên tập cho bệnh nhân ăn chế độ ăn bình thường.

CHẾ ĐỘ DỄ TIÊU

CHỈ ĐỊNH:

- Tất cả người bệnh không có nhu cầu nuôi đặc biệt
- Những người bệnh có những rối loạn không đặc hiệu do không dung nạp một số thực phẩm.
- Một số bệnh ở đường tiêu hóa hoặc sau một vài can thiệp vào đường tiêu hóa.

NGUYÊN TẮC:

- Nuôi ăn đầy đủ chất dinh dưỡng với việc lựa chọn những thực phẩm phù hợp
- Những thực phẩm nên dùng: sữa tách bơ, sữa chua, phô mai tươi, tất cả các loại thịt nạc, nội tạng, cá (nạc), tôm cua, sò, ốc. Bơ và dầu thực vật, ngũ cốc, các loại rau (sà lách, cà chua, bắp cải, xu hào, bông cải, khoai tây, đậu que, giá đỗ, trái cây (quýt, nho, lê, mơ, đào, dưa hấu), các loại nước uống (trà, cà phê, ca cao, thạch, mứt ...), gia vị (không dùng nhiều)

THỜI GIAN SỬ DỤNG:

Không hạn đ

CHẾ ĐỘ ĂN DỄ TIÊU (SOUPE)

Năng lượng : 1500 calo

Đạm: 15%, Béo: 29%, Đường: 56%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Bột Enalac	75.00	318.75		12.34		5.25	55.87	339.86	4.07	30.05				
Cà rốt	100.00	39.00		1.50			8.00	43.00	0.80	250.50	0.06	0.06	0.40	8.00
Khoai tây	320.00	240.39		6.46			63.21	19.23	2.52		0.28	0.13	1.09	64.00
Chuối	100.00	94.34		1.13		0.09	27.74	10.94	0.57	34.91	0.04	0.04	0.75	9.06
Cam	200.00	86.00		1.80			16.80	28.00	0.80	16.60	0.16	0.06	0.44	80.00
Thịt heo nạc	120.00	362.53	18.95		30.95			97.26	2.84		0.95	0.19	6.82	
Thịt nạc	20.00	28.60	3.80		1.40									
Đậu trắng	50.00	167.50		11.60		1.05	26.90	80.00	3.40	0.56	0.27	0.09	1.06	1.50
Nước mắm	10.00	3.00	0.76											
Dầu	10.00	88.40				10.00								
Đường	20.00	79.20					19.80							
Muối														
Tổng cộng	**1,025.00**	**1,507.71**	**23.51**	**34.83**	**32.35**	**16.39**	**218.32**	**658.29**	**15.00**	**332.62**	**1.76**	**0.57**	**16.56**	**162.56**

CHẾ ĐỘ ĂN DỄ TIÊU (CHÁO THỊT)

Năng lượng : 1300 calo

Đạm: 13%, Béo: 28,5%, Đường: 58,5%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	150.00	531.98		11.86		0.91	115.12	7.67	2.09		0.14	0.03	4.88	
Hành lá	10.00	2.30		0.13			0.43	8.00	0.10	34.51		0.01	0.10	6.00
Chuối	150.00	141.51		1.70		0.14	41.60	16.42	0.85	52.36	0.06	0.06	1.13	13.58
Cam	100.00	43.00		0.90			8.40	34.00	0.40	8.30	0.08	0.03	0.22	40.00
Thịt heo nạc	100.00	302.11	15.79		25.79			81.05	2.37		0.79	0.16	5.68	
Thịt nạc	50.00	71.50	9.50		3.50									
Nước mắm	10.00	3.00	0.76											
Dầu	10.00	88.40				10.00								
Đường	20.00	79.20					19.80							
Muối														
Tổng cộng	**600.00**	**1,263.00**	**26.05**	**14.59**	**29.29**	**11.05**	**185.35**	**147.14**	**5.81**	**95.17**	**1.07**	**0.29**	**12.01**	**59.58**

CHẾ ĐỘ ĂN DỄ TIÊU (ĂN NHẸ)

Năng lượng : 2000 calo

Đạm: 12,5%, Béo: 21%, Đường: 66,5%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv[3]	Đv	Tv								
Gạo trắng	200.00	709.30		15.81		1.21	153.49	10.23	2.79		0.19	0.05	6.51	
Bột Enalac	100.00	425.00		16.45		7.00	74.50	453.14	5.43	40.06				
Cà rốt	100.00	39.00		1.50			8.00	43.00	0.80	250.50	0.06	0.06	0.40	8.00
Khoai tây	100.00	75.12		2.02			19.75	6.01	0.79		0.09	0.04	2.22	20.00
Chuối	100.00	94.34		1.13		0.09	27.74	10.94	0.57	34.91	0.04	0.04	0.75	9.06
Cam	200.00	86.00		1.80			16.80	68.00	0.80	16.60	0.16	0.06	0.44	80.00
Thịt heo nạc	50.00	151.05	7.89	-	12.89			40.53	1.18		0.39	0.08	2.84	
Thịt bò nạc	50.00	87.00	10.00		5.00			5.67	1.43	3.00	0.03	0.10	2.33	
Sữa chua yaourt	100.00	71.00	4.30		3.70		3.60	120.00	0.10	25.00	0.04	0.20	0.10	0.70
Dầu	15.00	132.60				15.00								
Đường	15.00	59.40					14.85							
Muối	3.00													
Tổng cộng	**1,033.00**	**1,929.81**	**22.19**	**38.71**	**21.59**	**23.30**	**318.73**	**757.52**	**13.89**	**370.07**	**1.00**	**0.63**	**15.59**	**117.76**

LƯỢNG GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG TRONG LÂM SÀNG

Suy dinh dưỡng với các dạng khác nhau dẫn đến tăng biến chứng đối với bệnh nhân trong bệnh viện, do đó cần xác định bệnh nhân nào có nguy cơ cao để hỗ trợ dinh dưỡng tích cực.

TÌM HIỂU TIỀN SỬ VỀ DINH DƯỠNG:

- Yếu tố quan trọng của tiền sử dinh dưỡng là sự giảm cân nặng trong thời gian gần đây: cần nắm được cân nặng hiện tại. Bất cứ bệnh nhân nào bị mất sức > 10% trọng lượng cơ thể, đặc biệt nếu xãy ra trong vòng 6 tháng trở lại đây đều có nguy cơ dinh dưỡng.
- Blackburn đề nghị sử dụng bảng hướng dẫn để đánh giá mức độ giảm cân

Khoảng thời gian	Giảm cân đáng kể	Giảm cân nghiêm trọng SDD
1 tuần	1 – 2%	> 2%
2 tháng	5%	> 5%
3 tháng	7,5%	> 7,5%
4 tháng	10%	> 10%

Giảm cân # 105 trong vòng 2 – 3 tháng + Albumin < 3 g/% chứng tỏ thiếu dinh dưỡng đáng kể.

Bệnh nhân có nguy cơ cao:

+ Cân nặng thấp: cân nặng / chiều cao < 80%: BMI < 18,5 hoặc mất trên 10% trọng lượng cơ thể so với lúc bình thường.
+ Ăn uống kém: chán ăn, từ chối ăn uống (tình trạng tâm thần), hoàn toàn không ăn qua đường miệng từ 5 ngày trở lean.
+ Mất các chất dinh dưỡng kéo dài: kém hấp thu, ruột non dẫn lưu các ổ áp xe, vết thương, chạy thận nhân tạo.
+ Các trạng thái tăng chuyển hóa: nhiễm trùng huyết, sốt kéo dài, chấn thương nặng, phỏng diện tích rộng ...
+ Nghiện rượu hoặc sử dụng các thuốc chống dinh dưỡng hoặc tăng thái biến: Steroids các thuốc ức chế miễn dịch chống tế bào ...
+ Bệnh nhân nghèo, cô đơn, tuổi cao ...

THĂM KHÁM LÂM SÀNG:

Tìm các triệu chứng: vàng da, viêm lưỡi, giảm bề dầy nếp gấp da, teo cơ, phù...

Các triệu chứng khác: vết thương lâu lành loét giường, nhược cơ, rụng tóc ...

ĐÁNH GIÁ CÁC CHỈ TIÊU VỀ NHÂN TRẮC:

Người lớn dùng chỉ số: BMI (Body Mass Index)

$$BMI = \frac{\text{Cân nặng (kg)}}{\text{Chiều cao (m)}}$$

Đánh giá:

BMI			
< 16	Suy dinh dưỡng	25 – 29,9	Dư thừa cân nặng
16 – 16,9	Suy dinh dưỡng trung bình	30 – 34,9	Mập phì độ I
17 – 18,4	Suy dinh dưỡng nhẹ	35 – 39,9	Mập phì độ II
18.5 - 25	Bình thường	> 40	Mập phì độ III

ĐÁNH GÍA TÌNH TRẠNG DỰ TRỮ NĂNG LƯỢNG CỦA CƠ THỂ:

1. Dự trữ Lipide:

- Do bề dầy nếp gấp da
- Nếp gấp da cơ tim dầu trung bình 12,5 mm ở đàn ông và 16,5 mm ơ phụ nữ (100% của chuẩn) nếu đạt < 60% của chuẩn được coi là giảm dự trữ Lipide.

2. Dự trữ Protein:

- Dự trữ protein cơ vân:
  + Chỉ số nhân trắc khối cơ cánh tay = vòng đo cánh tay (cm) – 3,14 bềdầy nếp gấp da tam đầu.
  + Trung bình:
  + Nam: 25,5 cm } Nếu dưới 60% mức này
  + Nữ : 23 cm } được coi là bất thường
  + Chỉ số Cretimin/chiều ca < 60% dự báo sự giảm sút khối cơ.
- Dự trữ protein nội tạng:
  - Albumin huyết thanh: ý nghĩa lớn trong đánh giá suy dinh dưỡng
    Bình thường: Albumin 4 – 5% ở người lớn
    Albumin < 3,5% được coi là bất thường
  - Transfermin: phản ánh tình trạng giảm protein nội tạng sớm hơn
    Bình thường: Transfermin = 200 – 300 mg%
    Transfermin < 200 mg% chứng tỏ thiếu protein nội tạng
  - Đánh giá mức độ thoái biến protein (mất protein):
    Tổng lượng protein thoái biến = UUN (g)/24 giờ + 4 * 6.25
    UUN = N_2 urê nước tiểu.

Đánh giá:

1. Cân bằng protein: protein ăn vào – protein thoái biến
2. Mức độ thoái biến cần điều chỉnh dựa vào lượng protein ăn vào:

- Bình thường: UUN < 5 g/ngày
- Thoái biến nhẹ: UUN 5 – 10 g/ngày
- Thoái biến trung bình: 10 – 15 g/ngày
- Thoái biến nặng: UUN > 15 g/ngày

LƯỢNG GIÁ TÌNH TRẠNG ĐÁP ỨNG MIỄN DỊCH:

- Số lượng bạch cầu Lymphocytes:
  Lymphocytes < 1800 mm^3 -> thiếu hụt protein nội mô.
  Chú ý: các yếu tố ảnh hưởng đến số lượng Lymphocytes như: nhiễm trùng, sử dụng các loại thuốc ức chế miễn dịch.
- Phản ứng quá mẫn dưới da chậm: trung bình 24 – 72 g, phản ứng da đỏ nổi cứng > 5 mm.
  Albumin < 2,2 g% kèm với hiện tượng giảm phản ứng DCH.

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG KHÁC:

Đánh giá tình trạng chuyển hóa của các mô cơ thể và cấu trúc cơ thể bằng kỹ thuật phóng xạ

DỰ BÁO DỰA TRÊN LƯỢNG GIÁ BÌNH THƯỜNG:

Dựa vào các chỉ số:

- Chỉ số nhân trắc
- Hàm lượng protein huyết thanh
- Phản ứng miễn dịch

Không có một giá trị riêng nào của các kỹ thuật trên có ý nghĩa chính xác cho từng bệnh nhân.

- Tối thiểu cần có lượng giá qua:
- Tiền sử dinh dưỡng
- Thăm khám lâm sàng
- Albumin huyết tương và Lyphocytes

Nếu: Albumin < 3 g%

Bạch cầu < 1200 mm^3 cần được quan tâm về lượng giá, về dinh dưỡng sâu thêm.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng:

Chỉ số	Mức độ suy dinh dưỡng		
	Nhẹ	Vừa	Nặng
Albumin (g/l)	28 - 3,5	2,1 – 2,7	< 2.1
Transferin (mg/l)	150 – 200	100 – 150	< 100
Số Lympho bào 1000tb/ mm^3	1,2 - 2	0,8 – 1,2	0,8

NUÔI DƯỠNG QUA ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

ĐỊNH NGHĨA:

Nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch là sự cung cấp các chất dinh dưỡng như: protein, đường, chất béo, sinh tố, muối khoáng và nước qua tĩnh mạch.

NUÔI QUA ĐƯỜNG TĨNH MẠCH HOÀN TOÀN (TPN)

Là cung cấp toàn bộ các chất dinh dưỡng theo nhu cầu của cơ thể chỉ bằng đường tĩnh mạch mà thôi.

MỤC ĐÍCH:

Cải thiện tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân (tăng sức chống đỡ với nhiễm trùng, phục hồi các mô bị tổn thương, phục hồi chức năng các cơ quan). Ở trẻ em còn phải bảo đảm sự tăng trưởng và phát triển bình thường.

CÁC BƯỚC THIẾT LẬP THỰC ĐƠN

1. Tính tổng nhu cầu nước cần thiết.
2. Tính tổng nhu cầu năng lượng cần thiết.
3. Tính nhu cầu protein cần thiết.
4. Tính nhu cầu các chất dinh dưỡng còn lại và vitamine, khoáng chất.

NHU CẦU NƯỚC

Người lớn: 40 ml/kg

NHU CẦU NĂNG LƯỢNG

Tổng nhu cầu năng lượng: TEE = BEE * AF * MF.
Ước tính đơn giản: (dựa vào cân nặng bình thường).
TEE = 30 – 40 Kcal/kg: trường hợp nhẹ, chỉ cần duy trì
TEE = 40 – 45 Kcal/kg: bệnh nhân SĐ hoặc stress trung bình
TEE = 50 – 60 Kcal/kg: tổn thương nặng, nhiễm trùng huyết.
Nếu cần tăng cân: + 500 Kcal.

NHU CẦU PROTEIN

1. Cần cả acid amine thiết yếu và không thiết yếu với tỷ lệ 50 : 50
2. N (g): NPC – Không Protein Caloric (Kcal) = 1 : 100 – 200.
3. Nhu cầu: nhu cầu sinh lý + nhu cầu do tăng chuyển hóa + bù đắp cho protein mất thường (dịch màng phổi, màng bụng).
   Thông thường: người lớn: 1 – 2 g/kg/ngày

NHU CẦU CARBOHYDRATE (chỉ dùng cho người lớn)

1. Nhu cầu: người lớn 4 – 6 g/kg
2. Nồng độ trong các hỗn hợp nuôi ăn.

- Không quá 12,55 (700 mosm) nếu nuôi ngoại vi.

- Có thể 20% nếu nuôi qua tĩnh mạch trung tâm.

NHU CẦU CHẤT BÉO (LIPIDE)

Vai trò của các dung dịch lipide:

- Luôn đẳng trương (280 – 340 mosm).
- pH: 7 – 8.

LỰA CHỌN DUNG DỊCH CUNG CẤP NĂNG LƯỢNG

- CHO: dung dịch Glucose.
- Protein: dung dịch acid amine tinh thể.
- Chất béo được làm từ đậu nành hoặc Saflower.

NGUYÊN TẮC TRUYỀN DỊCH TRONG TPN

a. Các chất dinh dưỡng phải được cung cấp đồng bộ, chậm 24/24 giờ:
- Có thể pha trộn 3 trong 1 hoặc 2 trong 1.
- Có thể truyền riêng rẻ hoặc truyền cùng một lúc.

b. Khi đang tiến hành TPN không để gián đoạn dịch truyền quá 1 giờ

c. Khi bắt đầu tiến hành TPN cần có 3 – 4 ngày tăng dần lượng các chất dinh dưỡng để cơ thể thích nghi và tương tự như vậy khi ngưng TPN.

KIỂM TRA NUÔI ĂN TĨNH MẠCH

1. Kiểm tra chuyển hóa:

a. Kiểm tra chuyển hóa glucose:
- Bình thường phải: < 10% lượng đường truyền.
- Trong trường hợp tăng đường niệu: giảm tốc độ truyền hoặc cho thêm Insulin (1 đơn vị / 10 g glucose). Nước tiểu thử 2 – 4 lần/giờ hoặc 1 lần/ngày.

b. Kiểm tra chuyển hóa protein:
- Tăng urê huyết => giảm thải
  => tăng thoái biến protein (không đủ năng lượng, dd hydrolysat không tốt quá nhiều protein.)
- Tăng creatinin => giảm thải
  => tăng thoái biến myoglobin (thiếu năng lượng, thiếu protein).
- Urê huyết bình thườngCung cấp không đủ protein
  Creatinin tăng.
- Urê huyết tăngNếu loại trừ nguyên nhân ở thận => thiếu năng lượng
  Creatinin tăng.

c. Ion đồ: → điều chỉnh theo điện giải đồ

2. Kiểm tra hiệu quả:

❖ Trong điều kiện bilan nước = 0
  Trẻ < 1 tuổi + 20 – 30 g/24 giờ
  > 1 tuổi giữ cân.

❖ Dựa vào kết quả sinh hóa: Albumin huyết Bilan N2 giảm urê huyết nếu đủ năng lượng và protein.

TAI BIẾN ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

I. Tai biến do kỹ thuật:

Chủ yếu do đặt catheter TMTƯ.

II. Tai biến do chuyển hóa:

1. **Tăng đường huyết:** giảm vận tốc dịch truyền, giảm nồng độ glucoza = insulin.
   Tăng đường huyết → khô nước, hôn mê, thường do truyền tốc độ glucoza, sortibol ... quá nhanh → ngưng truyền 30' – 60': dùng dung dịch, điện giải và glucoza 5%, sau đó điều chỉnh tốc độ nuôi ăn.
2. **Hạ đường huyết:**
   Do giảm đột ngột ngưng truyền > 1 giờ do dùng kèm Insulin đặc biệt lúc 3 giờ đến 5 giờ.
   Xử trí: ngưng truyền dùng glucoza 20 – 40% 5 – 25ml tăng tốc độ truyền dịch bỏ Insulin.
3. **Tăng urê huyết:** Do dùng các Hydrolysat không tinh khiết
   - Không đủ năng lượng
   - Thành phần acid amin của dung dịch không tốt.
   - Bệnh lý gan.
4. **Thiếu acid amin tinh thể, thiếu acid béo không no cần thiết:**
   - Trong trường hợp nuôi kéo dài > 1 – 2 tuần, đặc biệt bệnh nhân hậu phẫu.
   - Xử trí: A linoleic 3% E
     Huyết tương tươi 10 ml/kg/2 tuần.
5. **Thiếu yếu tố vi lượng:** Zn, Cu, Co.

III. Tai biến do nhiễm trùng:

- Nhiễm trùng do đặt catheter TMTƯ
- Rút điều trị kháng sinh
- Hoặc để lại điều trị kháng sinh nếu đó là đường nuôi ăn duy nhất.

CHẾ ĐỘ ĂN BỒI DƯỠNG CHO BỆNH NHÂN UNG THƯ

Nguyên tắc xây dựng chế độ ăn cho bệnh nhân mắc bệnh ung thư: giàu đạm và vitamine.

1. Chế độ ăn giàu đạm:

- Đạm: 1 gram/kg cân nặng / ngày
- Năng lượng: 2200 – 2500 calo/ngày

• Giai đoạn tiền hóa chất: hướng dẫn chế độ ăn giàu đạm.

• Giai đoạn đang điều trị hóa chất: nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch một phần + ăn bằng đường miệng.

Tuỳ bệnh nhân có tổn thương niêm mạc đường tiêu hóa (miệng, dạ dày, ruột) hay nôn ói nhiều hay không, thức ăn cung cấp có thể dùng:

- Soupe xay
- Bột ENALAC: tuỳ từng bệnh nhân
- Cháo thịt.
- Cơm nhão.

2. Thức ăn giàu vitamin:

Trái cây, nước trái cây, rau ...

3. Theo dõi sự hấp thu của bệnh nhân:

- Bệnh nhân ăn hết suất ăn hay không?
- Có bị tiêu chảy hay không?
- Có bị nôn ói hay không?
- Có bị tiêu máu (do điều trị hóa chất) hay không, nếu có phải ngưng ăn bằng đường miệng, chỉ nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

NUÔI ĂN QUA SONDE

THỰC PHẨM SỬ DỤNG:

- Bột dinh dưỡng cao năng lượng của Trung Tâm Dinh Dưỡng: Enalaz I, Enalaz II, Enalaz Plus.
- Các loại sữa giàu năng lượng.

PHÁC ĐỒ:

- Nhỏ giọt từng đợt thời gian, nhỏ giọt 1 giờ – 3 giờ mỗi bữa.

Phác đồ số	Số lần cho ăn	Khoảng cách giữa các bữa ăn	Thời gian nhỏ Thức ăn cho mỗi lần	Ghi chú
1	12	2 giờ	2 giờ	24/24 giờ
2	12	2 giờ	1 giờ	
3	08	3 giờ	1 - 2 giờ	
4	06	4 giờ	1 - 2 giờ	

- Phác đồ từ 1 – 3 cho bệnh nhân nặng (trẻ con).
- Phác đồ từ 4 cho bệnh nhân tương đối (người lớn).

THEO DÕI BỆNH NHÂN ĂN QUA SONDE:

1. Kiểm tra chắc chắn vị trí của ống sonde.
2. Thức ăn nhiệt độ môi trường 20 – 40^0 C với tốc độ đều đặn.
3. Kiểm tra lượng thức ăn ứ đọng trước cử nuôi ăn mới. Nếu còn trên ½ khối lượng cần can thiệp.
4. Kiểm tra hàng ngày lượng nhập, xuất và các dấu hiệu tiêu hóa: đau bụng, sinh bụng, ói, số lượng và tính chất phân ...
5. Kiểm tra glucose niệu nếu sử dụng high carbohydrate feedings (vivonex, aminaide ...).
6. Kiểm tra nhiễm trùng qua nuôi ăn: thời gian nhỏ giọt, các chai thức ăn, vệ sinh đường ống nuôi ăn.

XỬ LÝ CÁC BIẾN CHỨNG KHI NUÔI QUA SONDE:

Biến chứng	Cách xử lý
1. <u>Đường tiêu hóa:</u>	
• Ói, sinhnh bụng.	• Giảm khối lượng, có thể nhỏ liên tục -> giảm tốc độ
• Tiêu chảy, đau bụng	• Tìm chất dễ tiêu hóa -> thay đổi thành phần, giảm tốc độ, nhỏ liên tục, giảm nồng độ, điều trị hỗ trợ, thay đổi công thức. Loại trừ nhiễm trùng đường tiêu hóa.
2. <u>Cơ học:</u>	
• Tắc ống	• Rửa ống, thay ống.

• Sặc	• Nhỏ qua tá tràng, nhỏ giọt liên tục.
• Ứ đọng thức ăn	• Giảm khối lượng, có thể nhỏ liên tục, nếu không có kết quả đặt sonde tá tràng.

3. Chuyển hóa:

• Tăng đường huyết	• Giảm carbohydrate trong thức ăn, giảm tốc độ, cho insulin.
• Suy tim (quá tải Fluid Overload)	• Giảm muối trong thức ăn, thức ăn đậm đặc.
• Tăng urê huyết	• Giảm protein trong thức ăn.

LƯỢNG GIÁ BỆNH NHÂN SAU KHI NUÔI ĂN:

A. Lượng giá tình trạng thiếu nước:

1. **Lâm sàng:**
   - Da khô, mắt trũng, da đàn hồi kém, lưỡi khô, niêm mạc khô.
2. **Cận lâm sàng:**
   - Đo tỷ trọng nước tiểu (bình thường 1010 –1020).
   - Thể tích huyết cầu cũng cao hơn bình thường.

B. Lượng giá thiếu hay đủ năng lượng protein:

1. **Lâm sàng:**
   - Nét mặt tươi vui.
   - Số cân trong giới hạn bình thường (dựa vào chỉ số BMI)
2. **Cận lâm sàng:**
   - Albumin máu.
   - Nitơ urê trong máu 10 – 12 mg% - Albumin và BUN trở về các trị số trên là việc nuôi dưỡng có hiệu quả tốt.
   - Albumin = 3,5% nhưng BUN > 15: đã cho quá nhiều protein, ảnh hưởng đến thận.
   - Albumin = 3,5g% với BUN < 5 → chứng tỏ bị suy dinh dưỡng.
     Với BUN = 10 – 15: có nghĩa là thiếu nước hoặc rối loạn chức năng thận, cẩn thận khi dùng thuốc như kháng sinh.
   - Albumin không tăng BUN = 10 – 15 mặc dù đã cho nhiều protein, có nghĩa là không nhận đủ năng lượng nên đã sử dụng protein để tạo ra năng lượng.

CHẾ ĐỘ ĂN GIÀU NĂNG LƯỢNG (CHÁO - CHÁO XAY QUA SONDE)

Năng lượng : 1700 calo

Đạm: 18%, Béo: 24%, Đường: 58%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	220.00	780.23		17.40		1.33	168.84	11.26	3.07		0.20	0.05	7.16	
Cam	250.00	107.50		2.25			21.00	85.00	1.00	20.75	0.20	0.07	0.55	100.00
Thịt nạc	180.00	257.41	34.20		12.60									
Thịt heo nạc	110.00	332.32	17.37		28.37			89.16	2.61		0.87	0.17	6.25	
Nước mắm	10.00	3.00	0.76											
Đường	25.00	99.00					24.75							
Muối														
Tổng cộng	**795.00**	**1,579.46**	**52.33**	**19.65**	**40.97**	**1.33**	**214.59**	**185.42**	**6.68**	**20.75**	**1.27**	**0.29**	**13.96**	**100.00**

CHẾ ĐỘ ĂN GIÀU NĂNG LƯỢNG (CHÁO - CHÁO XAY QUA SONDE)

Năng lượng : 1700 calo

Đạm: 18%, Béo: 23,5%, Đường: 58%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	20.00	70.93		1.58		0.12	15.35	1.02	0.28		0.02		0.65	
Bột Enalac	150.00	637.50		24.68		10.50	111.75	679.71	8.14	60.09			6.65	60.00
Khoai tây	300.00	225.37		6.06			59.26	18.03	2.36		0.27	0.12	0.80	16.00
Cà rốt	200.00	78.00		3.00			16.00	86.00	1.80	501.00	0.12	0.12	0.55	100.00
Cam	250.00	107.50		2.25			21.00	85.00	1.00	20.75	0.20	0.07		
Thịt nạc	150.00	214.51	28.50		10.50								2.84	
Thịt heo nạc	50.00	151.05	7.89		12.89			40.53	1.18		0.39	0.08		
Nước mắm	10.00	3.00	0.76											
Dầu	10.00	88.40				10.00								
Đường	25.00	99.00					24.75							
Muối														
Tổng cộng	**1,165.00**	**1,675.26**	**37.15**	**37.57**	**23.39**	**20.62**	**248.11**	**910.29**	**14.56**	**581.84**	**1.00**	**0.39**	**11.49**	**176.00**

CHẾ ĐỘ ĂN GIÀU NĂNG LƯỢNG

NGUYÊN TẮC:

Để bảo đảm giàu năng lượng, phải xây dựng chế độ ăn giàu carbohydrate, béo (béo chưa no chiếm ưu thế) giàu muối khoáng và vitamin, nhưng hàm lượng protein giữ ở mức độ bình thường.

Chia chế độ ăn thành nhiều bữa nhỏ (6 – 8 bữa), có mùi vị hấp dẫn, có tác dụng kích thích sự ngon miệng, ít gây sình chướng hơi, tương đối ít chất xơ.

THỜI GIAN SỬ DỤNG:

Theo nhu cầu.

CHẾ ĐỘ ĂN GIÀU NĂNG LƯỢNG

Năng lượng : 2400 calo

Đạm: 15%, Béo: 32%, Đường: 53%

Tên thực phẩm	Kh.lượng (g)	Calo (Kcal)	Đạm (g)		Béo		Đường (g)	Ca (mg)	Fe (mg)	A	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
			Đv	Tv	Đv	Tv								
Gạo trắng	320.00	1,134.88		25.30		1.93	245.58	16.37	4.47		0.30	0.07	10.42	
Bí đỏ	100.00	27.00		0.30			6.20	24.00	0.50	11.13	0.06	0.03	0.40	8.00
Su su	200.00	56.18		1.12		0.22	14.83	20.22	0.90			0.07	0.90	13.93
Mướp	100.00	16.00		0.90			3.00	28.00	0.80	17.81	0.04	0.06	0.50	8.00
Chuối tiêu	120.00	120.00		1.80		0.24	26.64	9.60	1.72	12.00	0.05	0.06	0.84	7.20
Thịt heo nạc	120.00	362.53	18.95		30.95			97.26	2.84		0.95	0.19	6.82	
Sữa chua yaourt	100.00	41.00	4.30		3.70		3.60	120.00	0.10	25.00	0.04	0.20	0.10	0.70
Thịt bò nạc	50.00	104.40	12.00		6.00			6.80	1.72	3.60	0.04	0.12	2.80	
Tôm tươi	40.00	63.00	13.13		0.88		1.31	101.50	1.75	31.50	0.04	0.13	2.80	
Trứng gà	100.00	150.87	13.04		10.87			53.91	2.78	300.00		0.04	0.09	
Nước mắm	4.00	2.10	0.53											
Dầu	30.00	265.20				30.00								
Đường	10.00	39.60					9.90							
Muối	3.00													
Tổng cộng	**1,340.00**	**2,412.76**	**61.95**	**29.42**	**52.40**	**32.39**	**311.06**	**477.66**	**16.58**	**401.04**	**1.52**	**0.97**	**25.67**	**37.83**

XÂY DỰNG CHẾ ĐỘ ĂN TRẺ THIẾU PROTEIN - NĂNG LƯỢNG

NGUYÊN TẮC:

- Cung cấp thức ăn qua đường miệng hoặc nuôi ăn qua đường tĩnh mạch tuỳ theo mức độ của trẻ.
- Tỷ lệ phân bố calo các chất: Protid : Lupid : Glucid = 13% : 27% : 60%.
- Nhu cầu năng lượng tuỳ theo lứa tuổi và cân nặng:
  _ < 1 tuổi -> 100 calo/kg/ngày
  _ 2 tuổi -> 900 calo/kg/ngày
  _ 3 tuổi -> 1000 calo/kg/ngày
- Cho trẻ ăn qua đường miệng từ ít đến nhiều, từ loãng – sệt – đặc, đậm độ năng lượng thức ăn phải cao tương đương 1ml/ 1calo.

CHẾ ĐỘ THỨC ĂN:

1. Suy dinh dưỡng nhẹ và vừa:

– Điều chỉnh chế độ ăn cho hợp lý và theo dõi sự tăng cân của trẻ dựa vào biểu đồ tăng trưởng.
– Cho thêm các thực phẩm có đậm độ năng lượng cao: dầu, các hạt có dầu, thịt, cá, trứng, rau xanh các loại và muối khoáng.
– Tiếp tục cho trẻ bú mẹ hoặc bú sữa bò.
– Tăng số lượng, số lần cho mỗi cử bú.
– Điều trị các bệnh phối hợp như: nhiễm trùng, tiêu chảy, sởi, viêm đường hô hấp.

2. Suy dinh dưỡng nặng:

– Đánh giá tổng trạng trẻ xem có phù không?
– Suy dinh dưỡng kèm tiêu chảy mất nước và bệnh nhiễm trùng tiên lượng nặng.

+ **Bồi hoàn nước và điện giải.**

- Mất nước nhẹ: bù bằng đường uống dung dịch ORS, số lượng 50 – 100 ml/kg/ 4 – 6 giờ sau đó đánh giá lại. Cho uống bằng muỗng, uống từ từ như thế trẻ mới hấp thu được.
- Mất nước nặng: trẻ nôn nhiều, tiêu chảy tri giác li bì. Truyền tĩnh mạch, ưu tiên chọn lactic ringer, tốc độ truyền 70 ml/kg/3 giờ đối với trẻ > 12 tháng tuổi, 70 ml/kg/5 giờ đối với trẻ < 12 tháng tuổi.

Lưu ý: Nếu không có Lactac ringer, thay bằng Nacl 9%, Glucoze 5%, Nabicar 14% theo tỷ lệ 1 : 1 : 1.

Đánh giá lại tình trạng mất nước, nếu đở chuyển qua phát đồ uống.

+ **Chế độ ăn.**

- Tiếp tục duy trì sữa mẹ hoặc uống sữa bò.
  - Trẻ không bị mất nước đã điều trị, cho trẻ ăn bằng đường miệng với đậm độ pha loãng, sau đó đặc dần. Cho ăn nhiều lần trong ngày kể cả ban đêm.
  - Thức ăn có đậm độ năng lượng cao 1ml/1calo. Các loại sữa, bột dinh dưỡng.
  - Tuần thứ nhất 150ml/1kg sau đó tăng lean 200 ml/kg.

Thành phần	Sữa bò tươi	Sữa bột nguyên	Sữa gầy	Sữa chua
Sữa	1000ml	150g	75g	1000ml
Đường	50g	50g	50g	50g
Dầu	20g	10g	60g	20g
Nước	0	Đủ 1000ml	Đủ 1000ml	0

- Cho trẻ ăn bằng muỗng, bằng ly, không cho bú bình, nếu trẻ không ăn đường miệng được, đặt sonde mũi – dạ dày nhỏ giọt.
- Ngày đầu pha loãng sữa. ½ sữa + ½ nước, sau đó giảm dần lượng nước, đậm độ năng lượng sẽ tăng lên.
- Cho ăn cả ngày lẫn đêm.
- Điều trị phối hợp các ổ nhiễm khuẩn tìm tàng bằng kháng sinh đặc hiệu.

+ **Điều trị bổ sung.**
  - Dùng Kcl 0,5 g/ngày * 2 tuần, uống.
  - Fe: 60 mg sắt nguyên tố/ ngày * 3 tháng.
  - Acid folic: 100 mg/ngày * 2 tháng.
  - Vitamin A:100000 UI. N1 mới nhập viện, N2 cũng liều trên, liều thứ 3 uống cách liều thứ 2 sau 2 – 4 tuần trước khi ra viện.
    Trẻ em > 12 tháng uống tăng liều gấp đôi, nếu không uống được, dùng đường tiêm.
  - Hb < 3 g% truyền máu 10 – 20 ml/kg.
  - Song song điều trị cho trẻ em thực phẩm giàu chất sắt, thịt, cá, gan động vật.
  - Chăm sóc trẽ bằng tình thương người mẹ đối với con.
  - Hẹn tái khám theo dõi cân nặng hàng tháng theo biểu đồ tăng trưởng.

CHẾ ĐỘ ĂN KHI TRẺ TIÊU CHẢY

NGUYÊN TẮC:

Bù nước và các chất điện giải kịp thời cho trẻ.

- Tiếp tục cho trẻ bú sữa mẹ.
- Cho trẻ ăn thức ăn dễ tiêu, giàu chất dinh dưỡng vitamin và khoáng chất.
- Năng lượng cung cấp:
  + < 1 tuổi 100 calo/kg/ngày
  + > 1 tuổi 1000 calo + 100 n (n số tuổi)

CÁC LOẠI THỨC ĂN- NƯỚC DÙNG KHI TIÊU CHẢY:

1. Thức ăn:

_ Gạo tẻ, gạo nếp, bột ngũ cốc.

_ Các loại thực phẩm chứa nhiều protein Lignm như: cà rốt, chuối, hồng xiêm, khoai tây ...

_ Các loại thực phẩm giàu đạm: sữa, thịt nạc, trứng ...

2. Nước uống:

_ Dung dịch ORS: 1 gói pha trong 1 lít nước sôi để nguội.

_ Cháo muối, cháo muối đường, nước dừa tươi.

+ Nước tinh bột 3g muối + 80g bột + 1 lít nước nấu chín để nguội.

+ Nước muối đường: 3g muối + 18g đường pha trong 1 lít nước đun sôi để nguội.

+ Không dùng nước giải khát công nghiệp, nước suop quá mặn cũng không tốt.

CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG KHI TRẺ BỊ TIÊU CHẢY:

_ Trẻ < 4 tháng tuổi bú mẹ 6 – 8 lần/ngày + uống thêm dung dịch ORS hoặc dung dịch tự pha chế sau mỗi lần tiêu chảy.

_ Trẻ > 4 tháng:

+ Bú mẹ nhiều lần như trên.

+ Uống bù thêm nước sau mỗi lần tiêu chảy.

+ Xen kẽ các cử bú cho trẻ ăn cháo bột nấu đủ bốn nhóm: đạm, đường, béo, vitamin cho trẻ ăn uống thêm trái cây tươi hoặc uống nước trái cây pha nước.

MẸ KHÔNG CÓ SỮA:

_ Trẻ uống nước dung dịch ORS hoặc dung dịch tự pha chế.

_ Sữa bò pha loãng với nước cháo.

+ Ngày thứ nhất: 1/6 sữa + 5/6 nước cháo

+ Ngày thứ hai: 1/5 sữa + 4/5 nước cháo

_ Cho trẻ uống thêm nước cam, chanh, ăn thêm chuối, hồng xiêm, trái cây tươi các loại.

_ Nếu không uống được sữa bò thay bằng sữa đậu nành.

_ Khi trẻ hết tiêu chảy chuyển sang chế độ ăn bình thường giàu chất dinh dưỡng để giúp trẻ nhanh chóng phục hồi.

QUY TRÌNH CHUẨN BỊ THỰC PHẨM TRƯỚC KHI NẤU NƯỚNG

CHUẨN BỊ RAU QUẢ:

1. Rau quả từ cửa hàng mới đem về phải được ngâm rửa một lần trước khi gọt vỏ hoặc lặt.
2. Sau khi quả củ được gọt vỏ, rau được lặt rồi phải rửa lại ít nhất 3 lần dưới vòi nước lạnh chảy mạnh.
3. Rau quả sau khi rửa sạch phải đựng trong từng rổ riêng cho ráo nước.
4. Rau quả đã được chuẩn bị rồi tập trung vào tủ, kệ sạch sẽ đặt nơi khô ráo, thoáng mát.

CHUẨN BỊ THỊT CÁ:

1. Thịt cá nhận từ nguồn hàng có địa chỉ tin cậy cao, bảo đảm về mặt an toàn vệ sinh thực phẩm.
2. Thịt phải được xẻ ra từng khổ nhỏ và cá phải được làm sẵn tại nơi sản xuất.
3. Thịt cá phải được rửa sạch, phân loại, đựng trong từng thau riêng sạch sẽ.
4. Thái thịt, khứa cá phải dùng thớt riêng ít lên dăm và dao trắng sáng không rỉ sét.
5. Các thau thịt cá đã chuẩn bị xong phải đem ngay vào kho thực phẩm đủ tiêu chuẩn sạch sẽ khô ráo hoặc tủ lạnh đủ độ tin cậy.
6. Khi cần nấu nướng thì nên đem đủ số thịt cá cần thiết mà thôi, không nên bày biện ra nhiều quá mà chưa nấu, sẽ bị nhiễm bẩn do bụi bậm, ruồi, gián.

_ Thịt không sử dụng hết phải để trong tủ đông C >= 10%

_ Không sử dụng dụng cụ đựng chung cho thịt và rau.

QUY TRÌNH
XỬ LÝ CHAI ĐỰNG SỮA

1. Rửa chai – nắp – núm vú bằng nước sạch.
2. Dùng cây cọ và nước xà bông rửa từng bộ phận của chai đựng sữa.
3. Xả lại bằng nước sạch.
4. Úp chai đựng sữa, nắp chai cho ráo nước.
5. Trước khi sử dụng chai – nắp – núm vú bình phải luộc trong nước sôi 100^0 C trong 5 phút.
6. Úp chai cho ráo nước.
7. Để sữa vào chai đậy nắp kỹ.

QUY TRÌNH PHA SỮA

1. Đội nón, mang khẩu trang, tạp dề, rửa tay that sạch trước khi pha sữa.
2. Luộc các dụng cụ pha sữa, núm vú trong nước sôi từ 5 -> 10 phút.
3. Đun sôi nước tinh khiết trong 10 phút, để nguội còn 40^0 -> 50^0 C.
4. Để nước chín ấm vào bình với số lượng đúng.
5. Thêm từ từ sữa bột vào bình tương ứng với lượng nước đả đổ vào (thí dụ: Dumex 2:1 muỗng gait = 30 cc nước).
6. Dùng muỗng khuấy đều hoặc cho vào máy xay sinh tố quay đều cho tan sữa.
7. Cho sữa vào từng bình nhỏ, đậy nắp lại.

QUY TRÌNH
RỬA BÁT ĐĨA ĐŨA MUỖNG

1. Thu dọn thức ăn thừa vào rổ, rồi đựng trong bọc nilon
2. Tráng rửa bát đĩa dưới vòi nước chảy mạnh
3. Rửa bát đĩa trong chậu nước ấm với xà phòng
4. Rửa lại dưới vòi nước cho đến khi sạch xà phòng và bàn tay không còn cảm giác trơn dầu mỡ.Trụng bát đĩa vào nồi nước sôi trong 1 phút.
5. Úp bát đĩa trên giá hay rổ úp bát đĩa (giá hay rổ úp bát đĩa phải được cọ rửa mỗi ngày khi hết khách).

QUY TRÌNH
PHÂN PHỐI VÀ DỌN THỨC ĂN

PHÂN PHỐI THỨC ĂN:

1. Phòng để thức ăn nấu chín rồi chỉ người có trách nhiệm, trang phục chỉnh tề mới được làm việc trong đó mà thôi. Phải có khẩu trang khi phân phối thức ăn.
2. Khi có người đặt hàng, thức ăn mới được múc ra bát đĩa.
3. Chỗ để bát đĩa thức ăn chờ dọn cho khách phải có lồng kính che chắn. Kính được thường xuyên lau chùi cho trong trẻo.
4. Các thứ phụ gia, rau, giá ... cũng phải để trong lồng kính che chắn. Những thau rau, giá không được để chồng lên nhau.
5. Phải sử dụng dụng cụ riêng cho thức ăn sống + chín.

DỌN THỨC ĂN LÊN BÀN:

6. Nhân viên dọn ăn phải:
   _ Khỏe mạnh.
   _ Vệ sinh cá nhân tốt
   _ Không mắc bệnh ngoài da, truyền nhiễm.
   _ Không có các thói quen xấu như:
   + Móc mũi
   + Quẹt tay vào quần áo
   + Gãy ngứa
   + Hút thuốc
   + Vuốt tóc
7. Thái độ lịch sự, thao tác nhẹ nhàng, tránh va chạm đổ tháo.
8. Bàn ăn phải sạch không có mùi hôi. Đũa muỗng phải khô ráo, để gọn trong ống. Các bình nước chấm phải có nắp đậy. Sau khi khách ăn xong phải thu dọn chén bát ngay, lau chùi sạch sẽ và gọn gàng.

11. BẢNG THÀNH PHẦN DINH DƯỠNG CỦA MỘT SỐ THỰC PHẨM THƯỜNG DÙNG

(Thành phần hóa học 100g thức ăn kể cả thải bỏ)

Số thứ tự	TÊN THỨC ĂN	% ăn được	Thành phần hóa học (g%)						Calo cho 100 gam	Muối khoáng (mg%)			Vitamin (mg%)				
			Nước	Pro-tid	Acid Hcơ	Glu-cid	Cel-lulose	Tro		Ca	P	Fe	Caro-ten	B1	B2	PP	C
1	Gạo nếp cái	98.5	13.8	8.0	1.5	73.8	0.6	0.8	349	31.5	96.5	–	–	0.14	–	–	–
2	Gạo tẻ máy	98.5	13.8	7.5	1.0	75.0	0.4	0.8	348	29.6	102.4	1.3	–	0.10	0.03	1.6	–
3	Ngô nếp luộc	50	29.5	1.9	1.1	16.5	0.6	0.4	86	9.0	73.0	0.4	–	–	–	–	–
4	Ngô mảnh	97	13.6	8.2	3.1	69.6	1.6	0.7	348	–	–	–	–	–	–	–	–
5	Bột gạo tám	100	10.0	6.6	0.4	82.2	0.4	0.4	368	–	–	–	–	0.08	–	–	–
6	Bôt mì loại 1	100	14.0	11.0	1.1	72.9	0.3	0.7	354	29.0	132.0	2.0	–	0.18	0.13	1.0	–
7	Bánh bao	100	44.0	6.1	0.5	47.5	0.5	1.4	224	19.0	88.0	1.5	–	0.10	0.14	1.0	–
8	Bánh mì (bột loại 1)	100	37.2	7.9	0.8	52.6	0.2	1.3	255	28.0	164.0	2.0	–	0.10	0.07	0.7	–
9	Bánh mì (bột loại 2)	100	39.5	8.4	1.2	48.5	0.7	1.7	244	28.0	164.0	2.0	–	0.20	1.60	1.6	–
10	Bánh phở	100	64.3	3.2	–	32.1	–	0.4	145	16.0	64.0	0.3	–	–	–	–	–
11	Bún	100	72.5	1.7	–	25.7	–	0.1	112	12.0	32.0	0.2	–	–	–	–	–
12	Cốm	100	25.0	6.1	0.8	66.3	0.6	1.2	304	24.0	143.0	1.0	–	–	–	–	–
13	Miến rong	100	14.5	0.6	0.1	82.2	1.5	1.1	340	40.0	120.0	1.0	–	–	–	–	–
14	Mì sợi	100	13.0	11.0	0.9	74.2	0.3	0.6	358	34.0	97.0	1.5	–	0.10	0.04	1.1	–
15	Khoai lang	82	55.8	0.6	0.2	23.4	1.0	1.0	100	27.9	40.2	0.8	0.3	0.04	0.04	0.5	19
16	Khoa sọ	82	56.6	1.5	0.1	21.7	1.0	1.1	96	52.5	61.5	1.2	0.0	0.05	0.02	0.1	3
17	Khoai tây	83	62.3	1.7	vết	17.4	0.8	0.8	78	8.3	41.5	1.0	vết	0.08	0.04	0.8	8

Trích từ cuốn "Bảng thành phần hóa học thức ăn Việt Nam" NXB Y học 1972

Số thứ tự	TÊN THỨC ĂN	% ăn được	Thành phần hóa học (g%)						Calo cho 100 gam	Muối khoáng (mg%)			Vitamin (mg%)				
			Nước	Pro-tid	Acid Heơ	Glu-cid	Cel-lulose	Tro		Ca	P	Fe	Caro-ten	B1	B2	PP	C
18	Củ sắn	75	45.0	0.8	0.2	27.3	1.1	0.6	117	18.8	22.5	0.9	–	0.02	0.02	0.5	–
19	Khoai lang (khô)	95	10.4	2.1	0.5	76.0	3.4	2.6	325	–	–	–	–	0.09	–	–	–
20	Sắn khô	95	10.4	2.9	0.7	76.3	2.8	1.9	331	–	–	–	–	–	–	–	–
21	Bột khoai lang giã	100	14.0	2.2	0.5	80.2	1.6	1.5	342	–	–	–	–	–	–	–	–
22	Bột sắn giã	100	14.0	2.4	0.5	79.6	2.2	1.3	341	–	–	–	–	–	–	–	–
23	Bột sắn dây lọc	100	14.0	0.7	–	84.3	0.8	0.2	349	18.0	20.0	1.5	–	–	–	–	–
24	Cùi dừa già	80	38.1	3.8	28.8	5.0	3.3	1.0	304	24.0	123.2	1.6	–	0.08	0.01	0.2	2
25	Đậu đen	98	13.7	23.7	1.7	52.2	3.9	2.8	327	54.9	347.0	6.0	0.1	0.49	0.21	1.8	3
26	Đậu Hà Lan (hạt)	98	13.7	21.4	1.1	54.1	5.2	2.5	320	97.0	311.6	2.1	–	–	–	–	–
27	Đậu trắng (đậu tây)	98	13.7	22.7	2.1	52.7	3.5	3.3	329	156.8	503.7	6.7	0.0	0.53	0.18	2.1	3
28	Đậu tương(đậu nành)	98	13.7	33.3	18.0	24.1	4.5	4.4	403	161.7	676.2	10.8	0.1	0.53	0.28	2.3	4
29	Đậu xanh (đậu tất)	98	13.7	22.9	2.4	52.0	4.6	2.4	329	62.7	369.5	4.7	0.1	0.71	0.15	2.4	4
30	Lạc hạt	98	7.4	27.0	43.6	15.2	2.4	2.4	579	66.6	411.6	2.2	0.0	0.43	0.12	15.7	–
31	Vừng	95	7.2	19.1	44.1	16.7	3.3	4.6	557	1140.0	360.1	9.5	0.0	0.29	0.14	4.3	–
32	Bột đậu tương	100	10.0	41.0	18.0	22.9	2.5	5.6	429	–	–	–	–	–	–	–	–
33	Bột đậu xanh	100	10.0	24.6	2.5	56.5	3.9	2.5	356	–	–	–	–	–	–	–	–
34	Đậu phụ	100	82.0	10.9	5.4	0.7	0.4	0.6	98	24.0	85.0	–	–	0.03	–	–	–
35	Đậu phụ nướng	100	78.2	13.4	6.4	0.8	0.5	0.7	118	–	–	–	–	0.04	–	–	–
36	Tào phở (cái 160g, nước đường 65ml)	100	90	2.3	0.2	6.4	0.2	0.9	38	92.0	150.0	0.3	–	–	–	–	–
37	Sữa đậu nành(100g/l)	100	–	3.1	1.6	0.4	–	0.4	29	–	–	–	–	–	–	–	–
38	Sữa đậu nành(150g/l)	100	–	1.8	1.5	0.6	–	0.4	36	–	–	–	–	–	–	–	–
39	Sữa đậu nành(200g/l)	100	–	6.6	1.5	0.9	–	0.4	45	–	–	–	–	–	–	–	–
40	Sữa bột đậu nành	100	3.5	31.1	9.7	50.4	–	5.3	424	224.0	320.0	–	–	–	–	–	–

thứ tự	TÊN THỨC ĂN	% ăn được	Thành phần hóa học (g%)						Calo cho 100 gam	Muối khoáng (mg%)			Vitamin (mg%)				
			Nước	Pro-tid	Acid Hcơ	Glu-cid	Cel-lulose	Tro		Ca	P	Fe	Caro-ten	B1	B2	PP	C
41	Bầu	84	79.9	0.5	_	2.4	0.8	0.4	12	17.6	21.0	0.2	0.02	0.02	0.03	0.3	10
42	Bí đao (bí xanh)	73	69.7	0.4	_	1.9	0.7	0.4	9	19.0	16.8	0.2	0.01	0.01	0.02	0.2	12
43	Bí ngô (bí đỏ)	86	79.1	0.3	_	5.3	0.6	0.7	23	20.6	13.8	0.4	0.17	0.05	0.03	0.3	7
44	Cà bát	95	87.9	1.1	_	4.0	1.4	0.6	21	11.4	15.2	0.7	0.04	0.03	0.04	0.5	3
45	Cà chua	95	89.3	0.6	_	4.0	0.7	0.4	19	11.4	24.7	1.3	1.90	0.06	0.04	0.5	38
46	Cà pháo	90	83.3	1.4	_	3.2	1.4	0.7	19	11.4	15.2	0.7	0.04	0.03	0.04	0.5	3
47	Cà rốt	85	75.2	1.3	_	6.8	1.0	0.7	33	36.6	33.2	0.7	0.85->7.65	0.05	0.05	0.3	7
48	Cà tím	95	87.9	0.9	_	4.3	1.4	0.5	21	14.3	32.3	0.4	0.02	0.04	0.05	0.6	14
49	Cải bắp	90	81.0	1.6	_	4.9	1.4	1.1	27	43.2	27.9	1.0	vết	0.05	0.05	0.4	27
50	Cải cúc	75	70.4	1.2	_	1.4	1.5	0.5	11	17.3	28.5	0.6	0.21	0.01	0.02	0.2	_
51	Cải sen	76	71.2	1.3	_	1.6	1.4	0.5	12	67.6	10.3	1.4	0.23	0.05	0.08	0.6	39
52	Cải soong	70	65.5	1.5	_	1.0	1.4	0.6	10	48.3	19.6	1.1	_	_	_	_	18
53	Cải thìa (cải trắng)	75	70.0	1.0	_	2.0	1.3	0.7	12	37.5	22.5	0.5	_	0.07	0.05	_	20
54	Cần ta	80	76.2	0.8	_	1.2	1.2	0.6	8	248.0	51.2	_	0.08	0.02	0.03	0.2	5
55	Cần tây	84	71.4	3.1	_	6.8	1.3	1.4	41	273.0	107.5	6.7	8.40	_	_	_	126
56	Chuối xanh	68	54.5	0.8	_	11.4	0.7	0.6	50	17.7	18.4	0.3	0.01	0.03	_	_	_
57	Củ cải trắng	85	78.3	1.3	_	3.1	1.3	1.0	18	34.0	34.9	0.9	_	0.05	0.05	0.4	26
58	Củ đậu	80	78.2	0	_	5.1	0.6	0.3	24	6.8	13.6	_	_	_	_	_	5
59	Dọc mùng	80	76.8	0.3	_	0.6	1.6	0.7	4	_	_	_	_	_	_	_	_
60	Dưa chuột	95	90.2	0.8	_	2.8	0.7	0.5	15	21.9	25.7	1	0.29	0.03	0.04	0.1	5
61	Dưa gang	95	91.4	0.7	_	1.9	0.7	0.3	11	23.8	35.2	0.4	0.25	0.04	0.04	0.3	4
62	Đậu cô ve	90	72	4.5	_	12	0.9	0.6	68	23.4	109.8	0.6	0.90	0.31	0.17	2.3	23
63	Đậu đũa	90	74.7	5.4	_	4.5	1.8	0.6	53	42.3	14.4	1.4	0.45	0.26	0.16	1.6	2
64	Đậu Hà Lan	90	72.9	5.8	_	9.9	0.9	0.5	64	51.3	38.7	0.7	_	0.36	_	_	_

Số thứ tự	TÊN THỨC ĂN	% ăn được	Thành phần hóa học (g%)						Calo cho 100 gam	Muối khoáng (mg%)			Vitamin (mg%)				
			Nước	Pro-tid	Acid Hcơ	Glu-cid	Cel-lulose	Tro		Ca	P	Fe	Caro-ten	B1	B2	PP	C
65	Đậu ván	90	–	2.5	–	3.3	–	–	24	–	–	–	–	–	–	–	–
66	Đu đủ xanh	75	69.1	0.6	–	3.4	1.5	0.4	16	47.3	37.5	0.7	–	–	–	0.1	–
67	Gấc	20	15.4	0.4	1.6	2.1	0.4	0.1	25	11.2	1.3	–	18.30	–	–	–	–
68	Giá đậu xanh	95	82.2	5.2	–	5.0	1.9	0.7	42	36.1	86.5	1.3	–	0.19	0.12	–	10
69	Hành củ tươi	76	70.4	1.0	–	3.6	0.5	0.5	19	24.3	37.2	0.5	0.02	0.02	0.03	0.2	8
70	Hành lá	80	74.1	1.0		3.4	0.7	0.8	18	64.0	–	0.8	4.80	0.02	0.08	0.8	48
71	Hành tây	84	73.9	1.5	–	7.0	0.9	0.7	35	31.9	48.7	0.7	0.03	0.03	0.03	0.2	8
72	Hạt sen tươi	61	35.3	5.8	–	18.3	0.5	1.1	99	–	–	–	0.01	0.10	0.05	1.0	10
73	Hẹ lá	87	82.2	1.9	–	1.6	0.8	0.5	14	48.7	39.2	1.1	3.00	0.03	0.08	0.8	17
74	Khế	87	81.3	0.5	–	2.7	2.3	0.2	13	8.7	7.0	–	–	–	–	–	26
75	Măng nứa	50	46.0	1.0	–	0.8	2.0	0.2	7	5.5	21.5	0.3	–	–	–	–	–
76	Mướp quả	88	83.7	0.8	–	2.7	0.4	0.4	14	24.6	39.6	0.7	0.28	0.04	0.05	0.4	7
77	Mướp đắng	80	75.5	0.7	–	2.4	0.9	0.5	13	14.4	23.2	0.5	0.06	0.06	0.03	0.2	18
78	Quả me chua	85	76.8	1.6	–	4.0	1.7	0.9	23	110.5	39.1	0.3	–	–	–	–	–
79	Rau bí	70	65.2	1.9	–	1.2	1.2	0.5	13	70.0	18.1	–	–	–	–	–	–
80	Rau cây chuối non	85	81.4	0.1	–	1.0	2.0	0.5	5	34.0	22.1	0.5	–	–	–	–	vết
81	Rau đay	80	73.1	2.2	–	2.6	1.2	0.9	20	145.6	45.8	–	–	–	–	–	62
82	Rau riềng	75	6932	1.7	–	1.9	0.8	1.4	15	45	34.5	–	1.44	0.03	0.01	1	26
83	Rau húng	80	73.1	1.8	–	1.7	2.8	0.6	14	161.6	66	–	–	–	–	–	6
84	Rau kinh giới	84	75.9	2.2	–	2.4	3.0	0.5	19	206.6	12.6	0.8	–	–	–	–	92
85	Rau khoai lang	95	87.3	2.5	–	2.7	1.3	1.2	21	45.6	51.3	vết	–	–	–	–	10
86	Rau mồng tơi	83	77.4	1.7	–	1.2	2.0	0.7	12	146.4	28	–	–	–	–	–	60
87	Rau mùi	85	79.3	2.2	–	0.6	1.5	1.4	11	–	–	–	0.77	–	–	–	119
88	Rau mùi tầu	80	73.6	1.7	–	2.6	1.3	0.8	18	16	24	vết	–	–	–	–	–

Số thứ tự	TÊN THỨC ĂN	% ăn được	Thành phần hóa học (g%)						Calo cho 100 gam	Muối khoáng (mg%)			Vitamin (mg%)				
			Nước	Pro-tid	Acid Hcơ	Glu-cid	Cel-lulose	Tro		Ca	P	Fe	Caro-ten	B1	B2	PP	C
89	Rau muống	85	78.2	2.7	_	2.1	0.9	1.1	20	85.0	31.5	1.2	2.50	0.09	0.08	0.6	20
90	Rau ngót	77	66.5	4.1	_	2.6	1.9	1.9	27	130.1	49.7	_	_	_	_	_	143
91	Rau ngổ	71	66.2	1.1	_	1.6	1.5	0.6	11	59.6	12.8	vết	_	_	_	_	4
92	Rau răm	75	65.0	3.5	_	2.1	2.9	1.5	23	237.0	41.3	vết	_	_	_	_	43
93	Rau rút	45	40.7	2.3	_	0.8	0.9	0.3	13	81.0	26.6	_	_	_	_	_	_
94	Rau xà lách	90	85.5	1.3	_	2.0	0.5	0.7	14	89.3	30.6	0.8	1.80	0.13	0.11	0.6	14
95	Rau sắng	60	49.5	3.9	_	3.3	2.0	1.3	30	66.0	48.0	_	_	_	_	_	68
96	Rau thơm	75	68.8	1.5	_	1.8	2.2	0.7	14	127.5	36.8	_	2.80	0.11	0.11	0.8	31
97	Rau lá nháo	90	82.2	2.6	_	2.1	1.6	1.5	19	154.8	67.1	0.7	_	_	_	_	_
98	Su hào	78	68.7	2.2	_	4.9	1.3	0.9	29	35.9	39.0	0.5	12.00	0.05	0.40	0.2	31
99	Su su	80	75.2	0.6	_	3.0	0.8	0.4	15	_	_	_	_	_	_	_	3
100	Súp lơ	60	54.5	1.5	_	3.0	0.5	0.5	18	150.0	30.6	0.8	0.03	0.07	0.06	0.4	42
101	Thìa là	75	66.3	1.9	_	2.2	3.8	0.8	17	152.0	9.2	0.9	1.96	0.04	0.09	0.5	47
102	Tía tô	80	71.3	2.4	_	2.7	2.9	0.8	21	19.2	14.6	_	_	_	_	_	40
103	Tỏi ta	80	54.2	4.8	_	18.8	1.2	1.0	97	64.0	144.8	1.2	_	0.19	0.02	0.7	_
104	Tỏi tây (cả lá)	80	72.0	1.1	_	4.7	1.2	1.0	24	70.0	46.4	1.6	0.02	0.05	0.03	0.4	16
105	Trám đen chín	50	38.5	1.2	5.0	1.8	2.5	1.0	59	89.8	15.0	vết	_	_	_	_	7
106	Trám xanh sống	66	57.2	0.8	1.1	2.9	3.2	0.8	25	100.8	5.9	vết	_	_	_	_	_
107	Xương xông	90	82.5	2.0	_	1.3	2.9	1.3	14	165.6	15.3	vết	_	_	_	_	4
108	Nấm hương khô	90	11.7	32.4	3.6	21.1	15.3	5.9	253	25.2	545.4	31.5	_	0.14	1.43	21.1	_
109	Nấm rơm	90	81.9	3.2	0.3	2.9	1.0	0.7	28	321.3	72	1.1	_	_	_	_	_
110	Mộc nhĩ	90	10.3	9.5	0.2	58.5	6.3	5.2	281		180.9	_	0.03	0.14	0.50	2.4	_

Số thứ tự	TÊN THỨC ĂN	% ăn được	Thành phần hóa học (g%)						Calo cho 100 gam	Muối khoáng (mg%)			Vitamin (mg%)				
			Nước	Pro-tid	Li-pid	Glu-cid	Cel-lulose	Tro		Ca	P	Fe	Caro-ten	B1	B2	PP	C
111	Cà chua muối	95	88.3	0.6	1.0	0.9	0.8	3.4	10	–	–	–	–	–	–	–	–
112	Cà muối nén	95	77.0	1.2	–	1.9	1.6	13.3	13	14.3	17.1	0.8	–	–	–	–	–
113	Cà muối sổi	95	80.1	1.4	–	2.4	1.6	9.5	16	–	–	–	–	–	–	–	–
114	Dưa bắp cải	95	84.9	1.1	1.4	3.2	1.5	2.9	23	48.5	32.3	0.3	–	–	–	–	19
115	Dưa bắp cải nén	95	85.6	1.7	–	2.3	2.0	3.4	16	98.0	20.0	–	–	–	–	–	–
116	Dưa cải sên muối sổi	95	88.4	1.0	0.8	1.2	1.7	1.9	12	59.9	39.0	–	–	–	–	–	–
117	Dưa chuột muối	95	86.7	0.7	0.8	2.4	0.7	3.7	16	23.8	19.0	1.1	–	–	–	–	–
118	Dưa giá	95	81.9	4.7	–	4.6	1.9	1.9	38	20.9	31.4	1.0	–	–	–	–	–
119	Hành củ muối	70	61.9	1.0	–	2.8	0.5	3.8	16	–	–	–	–	–	–	–	–
120	Kiệu muối	70	62.7	0.9	–	3.3	0.8	2.3	17	35.0	24.5	0.8	–	–	–	–	–
121	Nhút	100	82.7	2.5	2.2	1.5	2.3	8.8	25	204.0	33.0	–	–	–	–	–	–
122	Bưởi	65	58.3	0.1	1.1	4.8	0.5	0.2	25	15.0	11.7	0.3	0.01	0.03	0.01	0.2	62
123	Cam	75	65.5	0.7	1.0	6.3	1.0	0.4	33	25.5	17.3	0.3	0.23	0.06	0.02	0.2	30
124	Chanh	75	65.8	0.7	3.6	3.5	1.0	0.4	32	30.3	16.5	0.5	0.30	0.03	0.01	0.1	30
125	Chuối tây	76	–	0.5	–	11.8	–	0.5	50	6.1	19.0	vết	–	–	–	–	5
126	Chuối tiêu	70	51.8	1.0	0.3	15.7	0.6	0.6	70	5.6	19.5	0.4	0.08	0.03	0.04	0.5	4
127	Dâu gia	44	–	0.3	–	2.7	–	0.2	12	8.8	5.3	0.2	–	–	–	–	1
128	Dâu tây	85	71.4	1.5	1.1	6.9	3.4	0.7	39	18.7	19.6	0.6	–	0.03	0.05	0.2	51
129	Dưa bở	90	85.2	0.5	–	3.2	0.6	0.5	15	32.4	32.4	vết	–	0.04	0.02	0.4	8
130	Dưa hấu	52	49.7	0.6	–	1.3	0.3	0.1	8	4.2	6.8	0.5	0.10	0.02	0.02	0.1	4
131	Dưa hồng	81	79.8	0.3	–	3.2	0.3	0.4	14	22.7	10	0.3	0.17	0.02	0.02	0.4	6
132	Dứa ta	60	54.3	0.5	0.6	3.9	0.5	0.2	21	6	10.2	0.3	0.05	0.05	0.01	0.1	14
133	Dứa tây	60	53.4	0.3	0.4	5.4	0.2	0.3	25	19.2	6.6	0.2	0.03	0.05	0.02	0.1	16

Số thứ tự	TÊN THỨC ĂN	% ăn được	Thành phần hóa học (g%)						Calo cho 100 gam	Muối khoáng (mg%)			Vitamin (mg%)				
			Nước	Pro-tid	Li-pid	Glu-cid	Cel-lulose	Tro		Ca	P	Fe	Caro-ten	B1	B2	PP	C
134	Đào	88	–	0.8	–	5.6	–	0.5	26	17.6	29.9	vết	0.4	0.02	0.04	0.8	9
135	Đu đủ chín	88	79.2	0.9	0.1	6.8	0.5	0.5	32	35.2	28.2	0.2	1.3	0.02	0.02	–	48
136	Hồng bì	54	47.6	0.8	–	3.9	1.3	0.4	19	25.9	4.9	0.2	–	–	–	–	13
137	Hồng đỏ	88	79.2	0.6	–	5.5	2.2	0.5	25	8.8	16.7	0.2	0.1	0.01	0.02	0.2	14
138	Hồng ngâm	87	76.1	0.8	–	7.5	2.2	0.4	34	8.7	16.5	0.2	0.1	0.01	0.02	0.2	14
139	Hồng xiêm	90	77.8	0.4	–	9.0	2.3	0.5	39	46.8	21.6	vết	–	–	–	–	7
140	Lê	88	77.0	0.4	0.3	9.4	0.5	0.4	41	16.7	14.0	2.0	0.1	0.02	0.04	0.1	4
141	Lựu	15	11.8	0.1	0.1	2.5	0.4	0.1	11	–	–	–	–	–	–	–	–
142	Mắc cọc	86	–	0.2	–	4.9	–	0.3	21	27.5	6.0	vết	–	–	–	–	2
143	Mận	85	–	0.5	1.1	3.3	–	0.4	20	23.8	17.0	vết	0.1	0.05	0.03	0.4	3
144	Mía khúc	74	–	–	–	9.6	–	–	39	–	–	–	–	–	–	–	–
145	Mít dai	45	38.4	0.3	–	5.2	0.5	0.6	23	9.5	12.6	0.2	0.1	–	0.02	–	2
146	Mít mật	45	37.0	0.7	–	6.3	0.5	0.5	29	9.5	12.6	0.2	0.1	–	0.02	–	2
147	Mơ	86	73.8	0.8	1.1	9.0	0.7	0.6	45	24.1	22.4	1.8	1.7	0.03	0.05	0.6	6
148	Muỗm	80	–	0.4	–	5.3	–	0.2	23	3.2	3.2	0.2	3.1	0.05	0.05	0.7	48
149	Na	50	41.3	0.8	–	7.2	0.4	0.3	33	17.5	22.5	–	–	–	–	–	1
150	Nhãn	55	17.5	0.5	–	6.1	0.5	0.4	27	11.6	6.6	–	–	–	–	–	32
151	Nho ngọt	90	73.1	0.4	0.8	14.8	0.5	0.4	66	15.3	19.8	0.5	0.05	0.05	0.04	0.2	3
152	Nho ta	87	79.7	0.4	1.7	2.7	2.1	0.4	20	34.8	18.3	1.2	–	–	–	–	–
153	Nhót	76	69.9	0.9	1.5	1.6	1.8	0.3	16	20.5	22.8	0.2	–	–	–	–	0
154	Ổi	95	80.7	0.6	–	7.3	5.7	0.7	32	9.5	15.2	vết	–	–	–	–	59
155	Quất chín cả vỏ..	96	85.4	0.9	–	5.3	3.9	0.5	25	119	40.3	0.3	–	–	–	–	41
156	Quýt	74	65.5	0.6	0.7	6.4	0.4	0.4	32	25.9	12.6	0.3	0.44	0.06	0.02	0.2	41
157	Roi	85	79	0.3	–	3	2.5	0.2	14	10.2	5.1	0.4	–	–		–	26

Số thứ tự	TÊN THỨC ĂN	% ăn được	Thành phần hóa học (g%)						Calo cho 100 gam	Muối khoáng (mg%)			Vitamin (mg%)				
			Nước	Pro-tid	Acid Hcơ	Glu-cid	Cel-lulose	Tro		Ca	P	Fe	Caro-ten	B1	B2	PP	C
158	Sấu chín	76	65.4	1.0	0.8	6.2	2.0	0.6	33	76.0	33.4	–	–	–	–	–	2
159	Táo ta	86	77.0	0.7	–	7.3	0.6	0.4	33	37.8	21.5	0.2	0.01	0.05	0.03	0.50	21
160	Táo tây	88	76.1	0.4	0.6	9.9	0.5	0.5	45	16.7	11.4	2.2	0.04	0.04	0.03	0.20	6
161	Thị	43	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	35
162	Vải	52	54.1	0.4	0.3	6.2	0.7	0.3	28	3.7	21.1	0.3	0.01	0.01	0.02	0.40	22
163	Vú sữa	62	67.5	0.8	–	7.3	1.8	0.6	33	53.0	25.0	–	–	–	–	–	4
164	Chuối khô	78	22.0	–	–	68.0	–	2.7	279	–	–	–	–	–	–	–	–
165	Mít khô	100	26.0	2.9	–	48.0	–	2.6	209	–	–	–	–	–	–	–	–
166	Vải khô	100	21.3	2.2	–	23.5	–	1.5	105	–	–	–	–	–	–	–	–
		56															

Số thứ tự	TÊN THỨC ĂN	% ăn được	Thành phần hóa học (g%)						Calo cho 100 gam	Muối khoáng (mg%)			Vitamin (mg%)				
			Nước	Pro-tid	Acid Hcơ	Glu-cid	Chất chiết xuất	Tro		Ca	P	Fe	A	B1	B2	PP	C
167	Bơ	100	15.4	0.5	83.5	0.5	–	0.1	781	–	–	–	0.60	–	–	–	–
168	Dầu thực vật	100	0.3	–	99.7	–	–	–	927	–	–	–	–	–	–	–	–
169	Mỡ lợn nước	100	0.3	–	99.7	–	–	–	927	–	–	–	–	–	–	–	–
170	thịt bê nạc	98	76.6	19.6	0.5	–	–	1.3	85	7.8	172.5	1.7	–	0.23	0.25	6.1	2
171	Thịt bò loại I	98	69.1	17.6	10.3	–	–	1.0	168	9.8	190.1	2.6	–	0.10	0.17	4.1	1
172	Thịt bò loại II	98	72.6	20.6	3.7	–	–	1.1	119	11.8	221.5	3.0	–	0.10	0.17	4.1	1
173	Gan bò	100	72.9	17.4	3.1	3.0	2.3	1.3	112	5.0	340.0	9.0	5.00	0.40	3.00	17.0	30
174	Thịt sấn chó	98	51.9	15.7	29.8	–	–	0.6	342	15.7	42.1	1.0	–	–	–	–	–
175	Gan chó	100	72.5	16.5	5.3	2.3	2.1	1.3	126	24.0	190.0	–	–	–	–	–	–
176	Dồi chó	100	67.4	16.5	12.4	–	1.4	2.3	183	–	–	–	–	–	–	–	–
177	Thịt dê	98	71.9	20.3	4.2	–	1.0	0.6	122	10.8	126.4	2.0	–	0.07	0.13	4.8	–
178	Thịt mỡ lợn	98	46.5	46.5	36.6	–	–	0.7	399	7.8	152.9	0.4	–	–	–	–	–
179	Thịt lợn nữa nạc, nữa mỡ	98	59.7	16.2	21.0	–	–	1.1	262	8.8	174.4	2.5	0.01	0.52	0.16	2.6	2
180	Thịt nạc	98	71.5	18.6	6.9	–	–	1.0	140	–	–	–	–	–	–	–	–
181	Chân giò lợn	62	38.0	9.7	11.5	–	2.2	0.6	147	–	–	–	–	–	–	–	–
182	Sườn lợn	43	28.1	7.7	5.5	–	1.2	0.5	83	–	–	–	–	–	–	–	–
183	Đầu lợn	32	17.2	4.3	10.0	–	0.3	0.2	111	–	–	–	–	–	–	–	–
184	Đuôi lợn	87	35.8	9.4	41.0	–	0.5	0.3	420	–	–	–	–	–	–	–	–
185	Rầu dục lợn	98	78.5	12.7	30.0	0.3	2.4	1.1	81	7.8	228.3	7.8	0.15	0.37	1.10	4.7	5
186	Dạ dày (đã sạch)	98	78.4	14.3	2.8	–	1.7	0.8	85	7.8	141.1	1.4	–	0.05	0.18	2.5	–
187	Gan lợn	100	71.4	18.8	3.6	2.0	2.7	1.5	119	7	353	12	6.00	0.40	2.11	16.2	18
188	Lòng lợn (ruột già đã sạch)	98	75.4	6,8	14.8	–	0.5	0.5	166	11.8	53.9	0.5	–	–	–	–	–

Số thứ tự	TÊN THỨC ĂN	% ăn được	Thành phần hóa học (g%)						Calo cho 100 gam	Muối khoáng (mg%)			Vitamin (mg%)				
			Nước	Pro-tid	Li-pid	Glu-cid	Chất chiết xuất	Tro		Ca	P	Fe	A	B1	B2	PP	C
189	Lòng lợn (ruột nonsạch)	98	89.2	7.0	1.3	_	0.3	0.2	41	_	_	_	_	_	_	_	_
190	Lưỡi lợn	97	68.0	13.8	12.4	_	_	0.8	172	6.8	114.5	2.3	_	0.03	0.22	2.9	_
191	Tiết lợn luộc	100	86.8	10.7	0.1	_	2.5	2.4	45	_	_	_	_	_		_	_
192	Tim lợn	94	73.4	14.2	3.0	_	_	0.9	86	6.6	200.2	5.5	_	0.32	0.49	5.4	1
193	Chả lợn	100	32.6	10.8	50.4	5.1	_	1.1	534	20.0	100.0	_	_	_	_	_	_
194	Chả quế lợn	100	46.9	15.7	30.4	5.6	_	1.4	470	20.0	100.0	_	_	_	_	_	_
195	Dăm bông	100	49.0	23.0	25.0	_	_	3.0	427	10.0	110.0	2.1	_	0.40	0.19	3.8	_
196	Giò lụa lợn	100	72.0	21.5	5.5	_	_	1.0	139	_	_	_	_	_	_	_	_
197	Giò mỡ lợn	100	49.6	15.9	31.1	_	_	3.4	354	28.0	14.0	_	_	_	_	_	_
198	Giò thủ lợn	100	29.0	16.0	54.3	_	_	0.7	571	_	_	_	_	_	_	_	_
199	Lạp xưởng lợn	100	18.8	20.8	55.0	1.7	_	3.7	604	52.0	175.0	_	_	_	_	_	_
200	Nem chua lợn	100	68.0	21.7	3.7	4.3	_	2.3	141	24.0	78.0	_	_	_	_	_	_
201	Thịt thỏ nhà	55	38.1	11.8	4.4	_	_	0.7	89	11.6	123.2	0.9	_	0.04	0.03	4.2	_
202	Thịt bắp trâu	98	72.7	21.5	2.9	_	_	0.9	115	29.4	147.0	_	_	_	_	_	_
203	Thịt thăn trâu	98	71.6	22.3	3.2	_	_	0.9	121	25.5	161.7	_	_	_	_	_	_
204	Chim bồ câu ra ràng	40	20.7	7.0	12.0	_	_	0.3	140	_	_	_	_	_	_	_	_
205	Thịt gà loại I	48	31.5	9.7	6.3	_	_	0.5	98	5.8	96	0.7	0.06	0.07	0.08	3.9	2
206	Thịt gà loại II	43	39.8	9.6	3.2	_	_	0.4	69	5.2	86	0.6	0.05	0.06	0.07	3.5	2
267	Gan gà	100	73.5	18.2	3.4	2.0	1.5	1.4	114	21	260	8.2	6.96	0.38	1.63	10.4	7
208	Mề gà	96	72.0	20.4	1.2	_	1.2	1.2	95	46.1	144	6.3	_	0.04	0.19	4.6	_
209	Tim gà	100	76.0	16.0	5.5	_	1.5	1.0	117	21	185	5.3	_	_	_	_	_
210	Thịt ngỗng loại I	48	22.1	6.7	18.8	_	_	0.4	202	6.2	100.8	0.9	0.13	1.10	0.09	2.7	_
211	Thịt ngỗng loại II	42	25.5	7.7	8.4	_	_	0.4	110	5.5	88.2	0.8	0.11	0.08	0.08	2.4	_
212	Thịt vịt loại I	45	15.8	5.1	23.9	_		0.2	243	5.9	65.3	0.8	0.12	0.03	0.07	2.1	_

thứ tự	TÊN THỨC ĂN	% ăn được	Thành phần hóa học (g%)						Calo cho 100 gam	Muối khoáng (mg%)			Vitamin (mg%)				
			Nước	Pro-tid	Li-pid	Glu-cid	Chất hữu cơ khác	Tro		Ca	P	Fe	Caro-ten	B1	B2	PP	C
213	Thịt vịt loại II	40	23.8	7.1	8.7	–	–	0.4	110	5.2	58.0	0.7	0.11	0.03	0.06	1.9	–
214	Gan vịt	100	72.2	17.1	4.7	2.8	1.9	1.3	125	17.0	177.0	4.8	2.96	0.44	1.28	9.1	7
215	Mề vịt	96	73.0	19.4	1.7	–	1.0	0.9	95	45.1	134.4	4.1	–	0.06	0.16	3.6	–
216	Châu chấu	80	56.9	19.4	2.9	–	–	0.8	107	168.0	216.0	0.3	–	–	–	–	–
217	Nhộng	98	78.1	12.7	6.4	–	–	0.8	112	39.2	106.8	–	–	–	–	–	–
218	Chim sẽ	70	45.8	15.7	5.1	–	–	3.4	112	955.5	315.0	–	–	–	–	–	–
219	Chuột đồng	40	–	7.7	–	–	–	–	32	–	–	–	–	–	–	–	–
220	Cóc	43	–	8.0	–	–	–	–	33	–	–	–	–	–	–	–	–
221	Ếch	43	32.2	8.6	0.5	–	–	1.7	40	9.5	68.4	0.6	–	0.02	0.09	0.9	–
222	Nhái	40	–	3.9	–	–	–	–	28	–	–	–	–	–	–	–	–
223	Cá mỡ	61	44.4	10.2	5.7	–	–	0.7	95	25.6	105.5	0.9	0.02	0.05	0.13	1.6	–
224	Cá nạc	61	48.8	10.7	0.7	–	–	0.8	50	25.6	105.5	0.9	–	0.04	0.05	1.3	–
225	Cá bống	55	45.1	8.7	0.4	–	–	0.8	39	9.4	99.6	0.5	–	–	–	–	–
226	Cá chép	60	47.4	9.6	2.2	–	–	0.8	60	10.2	110.4	0.5	0.07	0.11	0.02	–	–
227	Cá diếc	55	43.4	9.7	1.0	–	–	0.9	49	38.5	83.6	0.4	–	–	–	–	–
228	Cá quả	60	46.8	10.9	1.6	–	–	0.7	60	54.0	144.0	1.3	–	–	–	–	–
229	Cá trê	60	42.3	9.9	7.1	–	–	0.7	107	12.6	126.0	0.6	–	–	–	–	–
230	cua bể	31	22.4	5.4	0.2	2.2	–	0.8	33	43.7	59.2	1.2	–	0.01	0.22	0.8	–
231	Cua đồng (cả con)	50	37.2	6.2	1.6	1	–	4	44	2520.0	215.0	2.4	–	0.01	0.26	1.1	–
232	Cua đồng (nấu canh)	50	–	2.7	1	–	–	0.3	20	55.0	16.5	1.7	–	–	–	–	–
233	Đạm tươi	50	43	7.1	1.5	–	–	3.4	43	1936.0	99.0	–	–	–	–	–	–
234	Đạm (muối, đỗ)	50	32.2	7.1	1.4	–	–	9.3	42	2410.0	165.0	–	–	–	–	–	–
235	Hến	18	–	0.8	0.1	–	–	0.2	4	25.9	15.5	–	–	–	–	–	–
236	Lươn	65	50.3	13	1	–	–	0.7	63	22.8	106.6	–	–	–	–	–	–

Số thứ tự	TÊN THỨC ĂN	% ăn được	Thành phần hóa học (g%)						Calo cho 100 gam	Muối khoáng (mg%)			Vitamin (mg%)				
			Nước	Pro-tid	Li-pid	Glu-cid	Chất hữu cơ khác	Tro		Ca	P	Fe	Caro-ten	B1	B2	PP	C
237	Mực tươi	78	63.5	12.7	0.7	–	–	1.1	59	10.9	11.7	0.5	–	0.01	0.05	0.8	–
238	Ốc bươu	33	25.3	3.7	0.2	2.7	–	1.1	28	432.3	21.1	–	–	–	–	–	–
239	Ốc đá	20	16.0	2.2	0.1	0.8	–	0.9	13	332.0	16.6	–	–	–	–	–	–
240	Ốc nhồi	21	16.3	2.5	0.1	1.6	–	0.5	18	285.0	40.1	–	–	0.01	0.04	0.5	–
241	Rươi	95	77.8	11.8	4.2	–	–	1.2	87	62.7	54.2	1.7	–	–	–	–	–
242	Sò	20	16.7	1.8	0.1	0.6	–	0.8	11	7.4	16.4	0.4	–	0.01	0.03	0.3	–
243	Tép gạo	92	77.7	10.8	1.1	–	–	2.4	55	837.2	200.6	–	–	–	–	–	–
244	Tôm đồng	90	69.2	16.6	1.6	–	–	2.6	83	1008.0	135.0	–	–	–	–	–	–
245	Trai	40	36.0	1.8	0.4	1.0	–	0.8	15	2[illegible].2	42.8	0.6	–	–	0.18	1.2	–
246	Trùng trục	18	–	1.5	0.1	–	–	0.6	7	54.0	23.2	–	–	–	–	–	–
247	Cá khô(chim,thu,nụ,đé)	85	32.1	16.8	3.3	–	–	12.8	182	102.0	80.8	–	–	–	–	–	–
248	Cá khô(chích,ba quân)	85	27.7	16.5	3.4	–	–	17.4	181	–	–	–	–	–	–	–	–
249	Cá khô (chi chi)	85	16.7	54.8	3.7	–	–	9.8	259	–	–	–	–	–	–	–	–
250	Mực khô	96	27.6	57.7	4.3	–	–	6.4	277	25.9	275.5	5.3	–	–	–	–	–
251	Tép khô	95	–	37.3	2.9	–	–	–	180	1900.0	574.8	5.2	–	0.03	0.07	2.4	–
252	Tôm khô	95	12.0	71.8	3.6	–	–	7.6	328	–	–	–	–	–	–	–	–
253	Bánh phồng tôm sống	100	12.0	3.4	7.4	75.3	–	1.9	391	258.0	50.0	–	–	–	–	–	–
254	Trứng gà toàn phần	86	62	12.7	10	0.4	–	0.9	147	47.3	180.6	2.3	0.60	0.14	0.27	0.2	–
255	Lòng đỏ trứng gà	100	54	13.6	29.8	1	–	1.6	337	134.0	532.0	7.0	0.96	0.32	0.52	–	–
256	Lòng trắng trứng gà	100	88	10.3	0.1	1	–	0.6	47	19.0	16.0	0.3	–	–	0.26	–	–
257	Trứng vịt	88	61.6	11.4	12.5	0.9	–	1.6	167	62.5	184.8	2.8	0.32	0.13	0.26	0.1	–
258	Trứng vịt lộn	88	59	12	10.9	3.5	–	2.6	165	72.2	186.6	2.6	–	–	–	–	–
259	Trứng cá	100	–	20.5	–	–	–	–	84	–	–	–	–	–	–	–	–
260	Trứng cáy khô	100	12.1	56.3	18.8	6.5	–	6.3	432	122.0	730.0	–	–	–	–	–	–

Số thứ tự	TÊN THỨC ĂN	% ăn được	Thành phần hóa học (g%)						Calo cho 100 gam	Muối khoáng (mg%)			Vitamin (mg%)				
			Nước	Pro-tid	Li-pid	Glu-cid	acid-hữu cơ	Tro		Ca	P	Fe	Caro-ten	B1	B2	PP	C
261	Sữa mẹ	100	88.3	1.5	3.0	7.0	–	0.2	63	34.0	15.0	0.1	0.09	0.01	0.04	0.1	6
262	Sữa bò tươi	100	86.2	3.9	4.4	4.8	–	0.7	77	120.0	95.0	0.1	0.05	0.05	0.19	0.1	1
263	Sữa chua	100	87.6	3.3	3.7	3.6	1.10	0.7	67	120.0	95.0	0.1	–	–	–	–	–
264	Sữa đặc có đường	100	25.4	8.1	8.8	56.0	–	1.7	345	307.0	219.0	0.6	0.03	0.06	0.40	0.5	–
265	Pho mát (Hà Lan)	92	35.8	21.6	28.4	–	1.90	4.3	361	699.2	390.1	–	0.19	0.09	0.47	–	–
266	Bia	100	–	0.2	–	2.3	0.13	–	10	–	–	–	–	–	–	–	–
267	Nước cam chai	100	–	–	–	10.0	0.18	–	42	26.0	–	–	–	–	–	–	54
268	Nước cam tươi	100	93.6	0.7	–	4.9	0.50	0.3	25	–	16.0	0.3	–	–	–	–	–
269	Nước chanh chai	100	–	–	–	10.0	0.18	–	42	–	–	–	–	–	–	–	1
270	Nước dừa non tươi	100	94.2	0.4	–	4.8	0.20	0.4	22	60.0	29.0	0.3	–	–	–	–	–
271	Nước mía ép	100	–	–	–	12.5	–	–	51	–	–	–	–	–	–	–	–
272	Mắm tép chua	100	55.5	8.7	1.2	5.5	–	29.1	69	–	–	–	–	–	–	–	–
273	Mắm tôm đặc	100	48.0	14.8	1.5	–	–	35.7	75	–	–	–	–	–	–	–	–
274	Mắm tôm loãng	100	68.6	7.0	0.8	2.1	–	21.5	45	645.0	225.6	1.6	–	–	–	–	–
275	Nước mắm cá loại 1	100	–	7.1	–	–	–	25.0	29	386.7	246.7	2.7	–	–	–	–	–
276	Nước mắm cá loại 2	100	–	5.2	–	–	–	28.0	21	313.8	116.1	1.9	–	–	–	–	–
277	Nước mắm cáy	100	–	1.7	–	–	–	20.6	7	304.0	–	0.7	–	–	–	–	–
278	Nước mắm còng	100	–	1.9	–	–	–	11	8	–	–	–	–	–	–	–	–
279	Nước mắm cua	100	–	1.3	–	–	–	11.2	5	144.0	–	0.3	–	–	–	–	–
280	Nước mắm tép	100	–	4.3	–	–	–	–	18	226.0	–	0.1	–	–	–	–	–
281	Magi	100	–	10	–	–	–	–	41	–	–	–	–	–	–	–	–
282	Sáng sáu	100	–	2.5	–	–	–	–	10	–	–	–	–	–	–	–	–
283	Xì dầu	100	–	7	–	–	–	–	29	–	–	–	–	–	–	–	–
284	Tương nếp	100	68.3	4.3	0.7	15.7	–	11	89	–	–	–	–	–	–	–	–
285	Tương ngô	100	69.3	3.9	1.1	14.5	–	11.2	86	–	–	–	–	–	–	–	–

Số thứ tự	TÊN THỨC ĂN	% ăn được	Thành phần hóa học (g%)						Calo cho 100 gam	Muối khoáng (mg%)			Vitamin (mg%)				
			Nước	Pro-tid	Li-pid	Glu-cid	Cel-lulose	Tro		Ca	P	Fe	Caro-ten	B1	B2	PP	C
286	Đường cát	100	3.5	_	_	94.6	_	1.9	388.0	_	_	_	_	_	_	_	_
287	Đường kính	100	0.5	_	_	99.3	_	0.2	407.0	_	_	_	_	_	_	_	_
288	Mạch nha	100	15.0	0.2	_	82.5	_	2.3	339.0	_	_	_	_	_	0.10	0.2	_
289	Mật ong	100	18.0	0.4	_	81.3	_	0.3	335.0	5.0	16.0	0.9	_	vết	0.04	0.2	4
290	Kẹo lạc	100	5.0	10.3	16.5	64.8	2.2	1.2	467.0	_	_	_	_	_	_	_	_
291	Cari bột	100	10.0	8.2	7.3	46.0	19.6	8.9	290.0	906.0	421.0	_	0.76	0.03	0.40	2.3	_
292	Hạt tiêu	100	13.5	7.0	7.4	34.1	4.5	33.5	237.0	_	_	_	_	_	_	_	_
293	Gừng	90	81.5	0.4	_	5.2	0.4	3	23.0	54.0	7.2	vết	_	_	_	_	_
294	Nghệ	90	78.7	0.3	_	4.7	0.8	5.5	21.0	10.8	19.8	vết	_	_	_	_	7
295	Ớt nhỏ cay tươi	100	86.8	3.7	_	4.6	1.5	3.4	34.0	_	_	_	_	_	_	_	_
296	Ớt khô bột	94	11.3	14.7	3.9	29.9	12.0	22.2	219.0	79.9	357.2	16.0	15.88	0.57	0.85	7.6	_
297	Tương ớt	100	84.0	0.5	0.5	7.6	6.5	0.9	38.0	36.0	24.0	_	_	_	_	_	_
298	Riềng	90	82.5	0.3	_	2.3	1.6	3.3	11.0	21.6	25.2	vết	_	_	_	_	_

PHỤ LỤC

1. BẢNG NHU CẦU DINH DƯỠNG KHUYẾN NGHỊ CHO NGƯỜI VIỆT NAM

(Theo quyết định số 1564/BYT-QĐ của Bộ trưởng Bộ Y tế ký ngày 19/9/1996)

Lứa tuổi (Năm)	Năng lượng (Kcal)	Protein (g)	Chất Khoáng		Vitamin				
			Ca (mg)	Fe (mg)	A (mg)	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
Trẻ em < 1 tuổi									
3 - < 6 tháng	620	21	300	10	325	0,3	0.3	5.0	30
6 - 12 tháng	820	23	500	11	350	0.4	0.5	5.4	30
1 - 3	1300	28	500	6	400	0.8	0.8	9.0	35
4 - 6	1600	36	500	7	400	1.1	1.1	12.1	45
7 - 9	1800	40	500	12	400	1.3	1.3	14.5	55
Nam thiếu niên									
10 - 12	2200	50	700	12	500	1.0	1.6	17.2	65
13 - 15	2500	60	700	18	600	1.2	1.7	19.1	75
16 - 18	2700	65	700	11	600	1.2	1.8	20.3	80
Nữ thiếu niên									
10 - 12	2100	50	700	12	500	0.9	1.4	15.5	70
13 - 15	2200	55	700	20	600	1.0	1.5	16.4	75
16 - 18	2300	60	600	24	500	0.9	1.4	15.2	80

Người trưởng thành	Lao động										
	Nhẹ	Vừa	Nặng								
Nam 18 - 30	2300	2700	3200	60	500	11	600	1.2	1.8	19.8	75
30 - 60	2200	2700	3200	60	500	11	600	1.2	1.8	19.8	75
> 60	1900	2200		60	500	11	600	1.2	1.8	19.8	75
Nữ 18 - 30	2200	2300	2600	55	500	24	500	0.9	1.3	14.5	70
30 - 60	2100	2200	2500	55	500	24	500	0.9	1.3	14.5	70
> 60	1800			55	500	9	500	0.9	1.3	14.5	70
Phụ nữ có thai (6 tháng cuối)		+350		+15	1000	30	600	+0.2	+0.2	+2.3	10
Phụ nữ cho con bú (6 tháng đầu)		+550		+28	1000	24	850	+0.2	+0.4	+3.7	30

Ghi chú: 1. Protein: tính theo khẩu phần có hệ số sử dụng protein = 60.

2. Vitamin A: tính theo đương lượng retinol.

3. Cần tăng cường hoặc bổ sung sắt cho phụ nữ có thai và ở tuổi sinh đẻ, vì sắt ở khẩu phần rất khó đáp ứng nhu cầu

2. BẢNG CÂN NẶNG TƯƠNG ỨNG VỚI CHIỀU CAO Ở CÁC BMI KHÁC NHAU

$$\text{Chỉ số khối cơ thể BMI} = \frac{\text{Cân nặng (kg)}}{\text{Chiều cao (m)}}$$

Theo khuyến nghị của Tổ Chức Y tế thế giới WHO
Trừ người có thai, nếu BMI:

+ Dưới 18,5 là thiếu cân, thiếu năng lượng trường diễn.
+ Từ 18,5 đến 25 là bình thường.
+ Từ 25 đến 30 là thừa cân.
+ Trên 30 là béo phệ.

Chiều cao (cm)	Chỉ số khối cơ thể (BMI)		
	18,5	25	30
	Cân nặng (kg)		
146	39	53	64
148	41	55	65
150	42	56	68
152	43	58	69
154	44	59	71
156	45	61	73
158	46	62	75
160	47	64	77
162	49	66	79
164	50	67	81
166	51	69	83
168	52	71	85
170	53	72	87
172	55	74	89
174	56	76	91
176	57	77	93
178	59	79	95
180	60	81	97

1. Thịt bò	59	23. Trứng gà toàn phần	600
2. Thịt bê	71	24. Lòng đỏ trứng	179
3. Bầu dục bò	400	25. Thịt gà tây	81
4. Dạ dày bò	95	26. Thịt gà hộp	120
5. Lưỡi bò	108	27. Thịt lợn nạc	60
6. Tiết bò	40	28. Bầu dục lợn	375
7. Tim bò	150	29. Chân giò lợn	60
8. Thịt bò hộp	85	30. Dăm bông lợn	70

9. Sữa bò tươi	13	31. Gan lợn	300
10. Sữa chua	8	32. Mỡ lợn	95
11. Sữa bột toàn phần	109	33. Sườn lợn	66
12. Sữa bột tách béo	26	34. Tim lợn	140
13. Sữa đặc có đường	32	35. Thịt lợn hộp	66
14. Kem mỡ sữa 18% lipid	106	36. Thịt cừu	78
15. Kem sữa 18% lipid	56	37. Thịt hươu	85
16. Kem sữa 12% lipid	39	38. Thịt ngỗng	80
17. Bơ	270	39. Thịt thỏ	65
18. Phómát	36	40. Thịt vịt	76
19. Sôcôla thỏi	174	41. Cá chép	70
20. Thịt ngựa	75	42. Cá trích hộp	52
21. Thịt gà	75	43. Lươn	142
22. Gan gà	440	44. Tôm đồng	200

Thực phẩm nguồn động vật có nhiều chất béo thường có lượng cholesterol cao. Các phủ tạng động vật cũng vậy.

Các loại thức ăn nguồn thực vật đặc biệt là rau thường không có cholesterol như bí ngô, cải bắp, củ cải, dưa chuột, đậu côve, đậu Hà Lan, hành tây, ớt xanh to, rau diếp, rau mùi tàu, rau xà lách, súp lơ, su hào, tỏi tây, khoai tây và các loại quả như cam, chanh, đào, dâu, lê, mơ, nho. Gạo tẻ máy cũng không có cholesterol.

7. CÁC THỰC PHẨM GIÀU SẮT (mg/100g thực phẩm ăn được)

Nguồn động vật

1. Thịt bò	2.7	6. Tim lợn	5.5	10. Gan gà	8.2
2. Tiết bò	52.6	7. Bầu dục lợn	7.8	11. Trứng gà toàn phần	2.7
3. Tim bò	5.4	8. Óc lợn	1.6	12. Lòng đỏ trứng	7.0
4. Bầu dục bò	7.1	9. Gan lợn	12.0	13. Thịt vịt	1.8
5. Lưỡi bò	3.0			14. Men bia khô	16.1

Nguồn thực vật

1. Đậu tương	11.0	12. Kê	2.7	23. Rau mùi tầu	2.9
2. Đậu trắng	6.8	13. Hạt sen khô	6.4	24. Rau ngót	2.7
3. Đậu đen	6.1	14. Sắn khô	7.9	25. Rau bí	2.1
4. Đậu xanh	4.8	15. Rau đay	7.7	26. Đậu đũa	1.6
5. Đậu phụ	2.2	16. Rau giền đỏ	5.4	27. Cải soong	1.6
6. Vừng	10.0	17. Rau giền trắng	6.1	28. Rau muống	1.4
7. Lạc	2.2	18. Rau húng	4.8	29. Súp lơ	1.4
8. Ngô vàng hạt	2.3	19. Cần thơm	3.8	30. Măng khô	5.0
9. Bột mì	2.0	20. Cần ta	3.0	31. Nấm hương khô	35.0
10. Bánh mì	2.0	21. Cần tây	3.0	32. Mộc nhĩ	56.0
11. Gạo	1.3	22. Củ cải	2.9		

Chú ý: Thực phẩm giàu sắt thường là thức ăn nguồn động vật và các phủ tạng. Các thực phẩm nguồn thực vật có nhiều sắt gồm đậu đỗ vừng lạc.

8. LƯỢNG ACID LINOLEIC Ở MỘT SỐ THỰC PHẨM

(Tính gam trong 100 gam thực phẩm ăn được)

1. Vừng	16.9	8. Thịt lợn	1.2
2. Đỗ tương	9.0	9. Gan lợn	0.5
3. Lạc	6.3	10. Bầu dục lợn	0.4
4. Thịt vịt	3.8	11.Thịt bò	0.1
5. Thịt gà	1.8	12. Cá chép	0.3
6. Trứng gà	1.2	13. Lươn	0.8
7. Lòng đỏ trứng	3.5		

Chú ý: Tính trong 100 gam thực phẩm vừng có 16,9 gam acid linoleic. Đỗ tương 9, lạc 6.3 trong khi thịt bò chỉ có 0,1, thịt lợn 1,2.

Acid linoleic: $CH_3(CH_2)_4CH = CH - CH_2 - CH = CH(CH_2)_7COOH$ có tác dụng bảo vệ da, niêm mạc, phòng chống cholesterol và các bệnh tim mạch. FAO và OMS khuyến cáo nên có từ 4 đến 10% năng lượng khẩu phần do acid linoleic.

9. MỘT SỐ THỰC PHẨM GIÀU CALCI (mg/100g thực phẩm ăn được)

1. Cua đồng	5040	14. Sữa bò tươi	120
2. Rạm	3520	15. Sữa chua	120
3. Cua bể	141	16. Sữa bột	939
4. Hến	144	17. Sữa bột tách béo	1400
5. Ốc bươu	1310	18. Sữa đặc có đường	307
6. Ốc đá	1160	19. Vừng	1200
7. Ốc nhồi	1357	20. Đậu tương	165
8. Ốc vặn	1356	21. Đậu phụ	150
9. Tép gạo	910	22. Rau bí	100

10. Tôm đồng	161	23. Rau giền	100
11. Tép khô	591	24. Rau muống	100
12. Tôm khô	236	25. Rau thơm	120
13. Lòng đỏ trứng	134	26. Rau ngót	169
		27. Măng khô	100

Chú ý: Các thực phẩm giàu calci là cua ốc, tôm tép, trứng, sữa, vừng đậu tương và một số rau thường dùng như rau muống, rau ngót, rau giền, rau bí.

10. MỘT SỐ THỰC PHẨM GIÀU KẼM (mg/100g thực phẩm ăn được)

1. Thịt bò loại 1	3.9	8. Gan gà	2.9
2. B ầu dục bò	2.1	9. Lòng đỏ trứng	3.5
3.Lưỡi bò	3.2	10.Thịt vịt	1.4
4. Tim bò	1.3	11. Cá chép	1.0
5. Sữa bột toàn phần	3.1	12. Lươn	2.7
6. Sữa bột tách béo	4.7	13. Tôm đồng	1.3
7. Thịt lợn nạc	2.6	14. Gan lợn	9.0

Nguồn thực vật

1. Gạo tẻ máy	1.8	4. Đậu tương	3.8	7. Khoai lang	2.0
2. Bánh mì	1.0	5. Đậu Hà lan	1.4	8. Thìa là	1.8
3. Lạc hạt	1.9	6. Kê	3.4	9. Mùi tàu	1.5

Chú ý: Kẽm có nhiều ở thức ăn nguồn động vật, ở các phủ tạng. Các thức ăn nguồn thực vật có nhiều kẽm là đậu tương, kê, lạc.