MỤC LỤC

[**CHƯƠNG 1: SẢN KHOA 3**](#_Toc24524154)

[1/ DỌA ĐẺ NON, ĐẺ NON 3](#_Toc24524155)

[2/ TIỀN SẢN GIẬT – SẢN GIẬT 5](#_Toc24524156)

[3/ CHẢY MÁU SAU ĐẺ 9](#_Toc24524157)

[4/ NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN 12](#_Toc24524158)

[5/ DỌA SẨY THAI – SẨY THAI 15](#_Toc24524159)

[**CHƯƠNG 2: PHỤ KHOA** 19](#_Toc24524160)

[6/ RONG KINH RONG HUYẾT 19](#_Toc24524161)

[7/ VIÊM ÂM ĐẠO 25](#_Toc24524162)

[8/ VIÊM PHẦN PHỤ 28](#_Toc24524163)

[9/ U XƠ TỬ CUNG 31](#_Toc24524164)

[**CHƯƠNG 3: SƠ SINH** 33](#_Toc24524165)

[10/ CHĂM SÓC TRẺ NON THÁNG 33](#_Toc24524166)

[11/ VÀNG DA SƠ SINH 36](#_Toc24524167)

# CHƯƠNG 1: SẢN KHOA

# 1/ DỌA ĐẺ NON, ĐẺ NON

**1. KHÁI NIỆM:**

- Định nghĩa: theo Tổ chức Y tế thế giới, đẻ non là cuộc chuyển dạ xảy ra từ

tuần thứ 22 đến trước tuần 37 của thai kỳ tính theo kinh cuối cùng.

- Sơ sinh non tháng có tỷ lệ tử vong và mắc bệnh cao hơn rất nhiều so với trẻ

đẻ đủ tháng, nguy cơ cao bị di chứng thần kinh với tỷ lệ 1/3 trước tuần 32, giảm

xuống 1/10 sau 35 tuần. Dự phòng và điều trị dọa đẻ non - đẻ non luôn là một vấn

đề quan trọng đối với sản khoa, sơ sinh và toàn xã hội.

- Tại Việt nam, chưa có thống kê trên toàn quốc, nhưng theo những nghiên

cứu đơn lẻ, tỷ lệ đẻ non khoảng 8-10%.

**2. CHẨN ĐOÁN:**

**2.1. Dọa đẻ non:**

2.1.1. Triệu chứng cơ năng :

- Đau bụng từng cơn, không đều đặn, tức nặng bụng dưới, đau lưng

- Ra dịch âm đạo dịch nhày, lẫn máu

2.1.2. Triệu chứng thực thể :

- Cơn co tử cung thưa nhẹ (2 cơn trong 10 phút, thời gian co dưới 30 giây)

- Cổ tử cung đóng, hoặc xóa mở dưới 2cm

**2.2. Đẻ non:**

- Triệu chứng cơ năng: đau bụng cơn, đều đặn, các cơn đau tăng dần. Ra dịch

âm đạo, dịch nhày, máu, nước ối

- Triệu chứng thực thể: cơn co tử cung (tần số 2-3, tăng dần). Cổ tử cung xóa

trên 80%, mở trên 2cm. Thành lập đầu ối hoặc vỡ ối.

**2.3. Cận lâm sàng:**

- Monitoring sản khoa: cho phép theo dõi, đánh giá tần số, độ dài, cường độ

cơn co tử cung.

**3. ĐIỀU TRỊ**

**3.1. Nguyên tắc chung** :

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

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

**3.2. Điều trị cụ thể**:

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

3.2.2. Thuốc giảm - cắt cơn co tử cung:

- Thuốc hướng bê ta giao cảm: Salbutamol.

Chống chỉ định trong bệnh tim, cường giáp, tăng huyết áp, đái tháo đường

nặng, chảy máu nhiều, nhiễm khuẩn ối. Tác dụng phụ: tăng nhịp tim, tăng đường

huyết, hạ Kali máu. Dừng thuốc nếu nhịp tim >120lần/phút.

Salbutamol : 5mg pha trong 500ml Glucose 5%, truyền tĩnh mạch 20 giọt/phút

(10mcg/phút), liều tối đa 45 giọt/ phút. Khi đã cắt được cơn co, chuyển sang liều

duy trì : viên 4mg, ngậm 1 - 2 viên/ngày.

+ Nifedipine : liều tấn công 20mg ngậm dưới lưỡi trong 20 phút, tối đa 03

liều. Sau khi cắt cơn co duy trì Nifedipine chậm 20mg, uống 6-8h /lần. Theo dõi

huyết áp khi dùng thuốc, chống chỉ định nếu huyết áp thấp < 90/50mmHg.

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

+ Magnesium Sulfate: tiêm tĩnh mạch 4g trong 20ph, sau đó duy trì 1g/giờ đến khi sinh hoặ đủ 24g

Tai biến: nóng bừng mặt, giảm phản xạ gân xương, ức chế hô hấp, ngừng thở,

ngừng tim.

+ Progesteron: đặt âm đạo 200mg mỗi ngày

**4/ CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

# 2/ TIỀN SẢN GIẬT – SẢN GIẬT

**1. KHÁI NIỆM**

Tiền sản giật, sản giật là biến chứng nội khoa thường gặp nhất ở phụ nữ mang

thai với tỉ lệ từ 2% - 8%. Triệu chứng thường gặp là huyết áp tăng và protein

niệu. Là 1 trong những nguyên nhân chính gây tử vong cho mẹ và thai.

Theo dõi và quản lý thai nghén, điều trị thích hợp tiền sản giật, sản giật nhằm

giảm biến chứng nặng nề cho mẹ và thai.

**2. PHÂN LOẠI VÀ CHẨN ĐOÁN**

**2.1. Tiền sản giật**

2.1.1.Tiền sản giật nhẹ

- Huyết áp (HA) ≥ 140/90 mmHg sau tuần 20 của thai kỳ và kéo dài sau sinh 12 tuần.

- Protein/ niệu ≥ 300 mg/24 giờ hay que thử nhanh (+)

2.1.2.Tiền sản giật nặng:

**+** Huyết áp ≥ 160/110 mm Hg.

**+** Protein/ niệu ≥ 5 g/24 giờ hay que thử 3+ (2 mẫu thử ngẫu nhiên).

**+** Thiểu niệu, nước tiểu < 500 ml/ 24 giờ.

**+** Creatinine / huyết tương > 1.3 mg/dL.

**+** Tiểu cầu < 100,000/mm3.

**+** Tăng men gan ALT hay AST (gấp đôi ngưỡng trên giá trị bình thường).

**+** Axít uric tăng cao

**+** Thai chậm phát triển.

**+** Nhức đầu hay nhìn mờ.

**+** Đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải.

**2.2. Sản giật**

Sản giật được chẩn đoán khi có cơn co giật xảy ra ở phụ nữ mang thai có triệu

chứng tiền sản giật và khộng có nguyên nhân nào khác để giải thích. Các cơn co

giật trong sản giật thường là toàn thân, có thể xuất hiện trước, trong chuyển dạ hay

trong thời kỳ hậu sản. Sản giật có thể dự phòng được bằng cách phát hiện và điệu trịsớm tiền sản giật

2.2.1. Triệu chứng lâm sàng

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

- Giai đoạn xâm nhiễm .

- Giai đoạn giật cứng

- Giai đoạn giật giãn cách.

- Giai đoạn hôn mê

2.2.2. Cận lâm sàng

+ Tổng phân tích tế bào máu.

+ Acid uric. Bilirubin (toàn phần, gián tiếp, trực tiếp).

+ AST-ALT.

+ Chức năng thận.

+ Đường huyết.

+ Đạm huyết.

+ Protein niệu 24 giờ.

+ Đông máu toàn bộ.

**3. ĐIỀU TRỊ**

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

3.1.1. Điều trị nội khoa:

- Cho thai phụ nghỉ ngơi, yên tĩnh chế độ ăn nhiều đạm, nhiều rau và trái cây tươi.

- Khám thai mỗi 3- 4 ngày/lần. Theo dõi tình trạng sức khỏe của bà mẹ. Theo

dõi tình trạng thai nhi, siêu âm thai mỗi 3 – 4 tuần, nước tiểu 2 lần/ tuần.

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

- Lâm sàng:

+ Khám lâm sàng phát hiện triệu chứng nhức đầu, rối loạn thị giác, đau

thượng vị và tăng cân nhanh, theo dõi cân nặng lúc nhập viện.

+ Đo huyết áp ở tư thế ngồi 4 giờ/ lần, trừ khoảng thời gian từ nửa đêm đến sáng.

+ Nếu HA tâm trương > 100mmHg uống aldomet 250mg x 2 viên x2 lần / ngày. Những ngày sau 250mg / lần x 4 lần.

- Thường xuyên đánh giá sức khỏe thai: siêu âm thai, monitoring thai.

- Xét nghiệm:

+ Xét nghiệm protein / niệu mỗi ngày hoặc cách hai ngày.

+ Định lượng creatinine máu, hematocrit, đếm tiểu cầu, men gan, LDH, acid

uric tăng. (chỉ làm xét nghiệm đông máu khi tiểu cầu giảm và men gan tăng).

3.1.3. Cách xử trí tiếp theo tùy thuộc vào: độ nặng của tiền sản giật, tuổi thai.

Tình trạng cổ tử cung. Tiền sản giật nhẹ kết thúc thai kỳ ở tuổi thai ≥ 37 tuần.

**3.2. Tiền sản giật nặng**

- Dự phòng và kiểm soát cơn co giật bằng magnesium sulfate.

- Hạ áp khi huyết áp cao: huyết áp tâm trương ≥ 100-110mm Hg, hoặc huyết

áp tâm thu ≥ 150-160 mmHg (ACOG 2012).

- Chấm dứt thai kỳ sau khi chống co giật và hạ huyết áp 24 giờ.

- Đặt thông tiểu lưu

- Tránh sử dụng lợi tiểu. Hạn chế truyền dịch trừ khi có tình trạng mất nước nhiều.

3.2.1**. Magnesium sulfate**: dự phòng và chống co giật, dùng trước, trong và

duy trì tối thiểu 24 giờ sau sinh.

- Liều tấn công: 2-4g Magnesium sulfate 15% (pha loãng với nước cất hoặc glucose 5% cho đủ 50ml tiêm tĩnhmạch chậm trong 15-20 phút).

- Duy trì 1- 2g /giờ truyền tĩnh mạch. Pha 6g (4 ống)Magnesium sulfate 15% với

Glucose 5% 500ml truyền tĩnh mạch XXX giọt/ phút.

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

- Ngộ độc Magnesium sulfate:

+ Theo dõi các dấu hiệu: phản xạ gân xương (có), nhịp thở (>16 lần/phút),

lượng nước tiểu (>100ml/ 4 giờ).

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

+ Xử trí ngộ độc Magnesium sulfate :

Ngừng Magnesium sulfate.

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

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

ngừng thở.

3.2.2. Thuốc hạ huyết áp (Aldomet 25mg, Adalat 10mg)

Thuốc hạ áp có thể ảnh hưởng bất lợi trên cả mẹ và thai. Ảnh hưởng trên thai

nhi hoặc gián tiếp do giảm lượng tuần hoàn tử cung nhau hoặc trực tiếp trên tim

mạch. Do vậy cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ khi sử dụng thuốc hạ áp.

- Chỉ định

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

HA đạt sau điều trị: HA trung bình không giảm quá 25% so với ban đầu sau 2

giờ. HA tâm thu ở mức 130 – 150mmHg. HA tâm trương ở mức 80 – 100mmHg.

+ Nicardipine Ống 10mg/10ml pha với 40ml nước cất hoặc glucose 5%

Tấn công: 0,5-1 mg(2,5-5ml) tiêm tĩnh mạch chậm. Duy trì bơm tiêm điện 1-3mg/ giờ (5-15 ml/giờ).

Nếu không đáp ứng sau 15 phút tăng 2,5mg/giờ tối đa 15mg/giờ.

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

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

+ Không dùng dung dịch ưu trương.

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

->­Chuyển tuyến trên.

**3.3. Sản giật**

Điều trị giống như tiền sản giật nặng

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

+ Chống co giật.

+ Hạ huyết áp.

->Chuyển tuyến trên.

# 3/ CHẢY MÁU SAU ĐẺ

**1. KHÁI NIỆM**

Chảy máu sau đẻ là tai biến sản khoa thường gặp nhất và là nguyên nhân tử

vong mẹ hàng đầu. Chảy máu sau đẻ là chảy máu sau khi sổ thai trên 500ml hoặc cóảnh hưởng xấu đến toàn trạng của sản phụ.

Chảy máu sau đẻ có thể xảy ra sớm trong vòng 24 giờ sau đẻ hoặc xảy ra

muộn đến 12 tuần sau sanh.

**2. CHẨN ĐOÁN**

**2.1. Lâm sàng:**

- Chảy máu ra ngoài âm đạo: chảy máu nhiều, có khi chảy ồ ạt thành tia đỏ

tươi hoặc lẫn máu cục; nhiều khi chảy máu rỉ rả liên tục làm cho nhân viên y tế

không đánh giá được lượng máu mất nếu không đo lượng máu sau đẻ thường quy

và không theo dõi sát sau đẻ.

- Tử cung: trong các trường hợp máu chảy từ tử cung ra ta thấy tử cung to, mật độ

mềm; xoa nắn tử cung sẽ thấy máu đỏ tươi lẫn máu cục chảy nhiều ra ngoài âm đạo.

- Toàn thân: biểu hiện tình trạng thiếu máu cấp tính như da xanh, niêm mạc

nhợt; những trường hợp mất máu nặng có biểu hiện sốc như mạch nhanh, huyết

áp tụt, vã mồ hôi, tay chân lạnh, thiểu niệu, tinh thần hốt hoảng, lơ mơ, có khi

hôn mê…

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

**2.2. Cận lâm sàng:**

Các xét nghiệm cần làm là số lượng hồng cầu, hemoglobin, hematocrit để

đánh giá tình trạng mất máu; xét nghiệm tiểu cầu, fibrinogene, prothrombin để đánhgiá tình trạng rối loạn đông máu; và xét nghiệm nhóm máu để truyền máu.

**3. XỬ TRÍ:**

**3.1. Nguyên tắc:**

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

- Tìm nguyên nhân sản khoa và xử trí theo nguyên nhân.

**3.2. Xử trí cụ thể:**

3.2.1. Hồi sức nội khoa:

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

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

- Lập đường truyền tĩnh mạch, bù khối lượng tuần hoàn bằng truyền dịch đẳng

trương ringer lactat, natrichlorua 0,9%; dung dịch cao phân tử; truyền máu và các chế phẩm của máu. Lượng dịch, máu truyền và tốc độtruyền phụ thuộc tình trạng sản phụ và lượng máu mất.

- Thông tiểu và theo dõi lượng nước tiểu.

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

Nhau chưa bong:

- Nguyên nhân là nhau bám chặt, nhau cầm tù hoặc nhau cài răng lược.

- Bóc nhau nhân tạo và kiểm soát tử cung sau khi đã hồi sức và giảm đau chosản phụ.

- Dùng thuốc co bóp tử cung sau khi kiểm soát tử cung: oxytocin, ergometrin,

misoprostol, đặt bóng chèn. Thuốc cầm máu. Kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn.

- Trong quá trình bóc rau có thể chẩn đoán xác định nhau cài răng lược. Nếu nhau

cài răng lược hoàn toàn thì tiến hành cắt tử cung ngay. Nếu rau cài răng lược bán

phần thì tùy mức độ gai rau đâm xuyên vào lớp cơ tử cung nhiều hay ít mà xử trí:

bảo tồn tử cung nếu có thể bóc được hoàn toàn bánh rau bằng tay, nếu không bóc

nhau được phải cắt tử cung để cầm máu.

Nhau đã bong:

**-** Nguyên nhân là đờ tử cung, sót nhau, chấn thương đường sinh dục, lộn tử cung

hoặc rối loạn đông máu.

- Kiểm soát tử cung sau khi giảm đau cho sản phụ: lấy hết rau, màng rau vàmáu cục trong buồng tử cung; kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung.

- Dùng thuốc tăng co tử cung và kháng sinh.

- Ép tử cung bằng 2 tay và xoa bóp tử cung nếu đờ tử cung.

- Kiểm tra cổ tử cung và âm đạo. Khâu các vết rách cổ tử cung và âm đạo. Nếu

có khối máu tụ ở đường sinh dục gây chảy máu thì phải lấy khối máu tụ và khâu

cầm máu.

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

rút tay ra.

**4. HẬU QUẢ VÀ BIẾN CHỨNG:**

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

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

đang phát triển.

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

**4.4. Hội chứng Sheehan:** chảy máu nặng có thể dẫn tới hoại tử một phần hoặc toànbộ thùy trước tuyến yên gây suy tuyến yên, biểu hiện bằng dấu hiệu vô kinh, rụnglông, rụng tóc, suy tuyến giáp, suy tuyến thượng thận, mất sữa.

**4.5. Biến chứng khác:** sự mất máu nhiều gây ảnh hưởng tới sức khỏe và tinh thần

của sản phụ, có thể gây suy gan, suy thận, suy đa tạng, rối loạn đông máu và dễ

nhiễm khuẩn hậu sản. Bên cạnh đó việc truyền máu điều trị chảy máu sau đẻ làm

tăng các nguy cơ và biến chứng của truyền máu.

**5. PHÒNG BỆNH:**

**-** Quản lý thai nghén, phát hiện các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao chảy

máu sau đẻ như đẻ nhiều lần, có vết mổ ở tử cung,…

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

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

đúng kỹ thuật.

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.

# 4/ NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

**1. KHÁI NIỆM**

Nhiễm khuẩn hậu sản là các nhiễm khuẩn xuất phát từ bộ phận sinh dục trong

thời kỳ hậu sản, đường vào của vi khuẩn từ bộ phận sinh dục theo đường máu,

nhiễm khuẩn ngược dòng từ âm đạo, cổ tử cung qua tổn thương đường sinh dục

trong và sau đẻ.

**2. CÁC HÌNH THÁI LÂM SÀNG**

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

- Đây là hình thái nhẹ nhất. Do rách hoặc không cắt tầng sinh môn mà

không khâu hoặc khâu không đúng kỹ thuật, không đảm bảo vô khuẩn, sót gạc

trong âm đạo.

- Triệu chứng: sốt nhẹ 380C – 38,50C, vết khâu tầng sinh môn sưng tấy, đau,

trường hợp nặng có mủ. Tử cung co hồi bình thường, sản dịch không hôi

- Tiến triển tốt nếu điều trị kịp thời

- Điều trị:

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

+ Kháng sinh (uống hoặc tiêm)

**2.2. Viêm niêm mạc tử cung:**

- Đây là hình thái hay gặp, nếu không điều trị kịp thời có thể dẫn đến các biến

chứng khác nặng hơn như: viêm tử cung toàn bộ, viêm phúc mạc toàn bộ, nhiễm

khuẩn máu.

- Nguyên nhân: do sót rau, sót màng, nhiễm khuẩn ối, chuyển dạ kéo dài, thủ

thuật bóc rau, kiểm soát tử cung không đảm bảo vô khuẩn.

- Triệu chứng:

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

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

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

+ Nạo hút buồng tử cung gửi giải phẫu bệnh

- Điều trị

+ Kháng sinh toàn thân (tiêm), theo kháng sinh đồ + thuốc co tử cung

+ Hết sốt kiểm tra buồng tử cung bằng dụng cụ và đảm bảo không còn sót rau.

**2.3. Viêm cơ tử cung**

- Hình thái này hiếm gặp, nhiễm khuẩn toàn bộ cơ tử cung, những ổ mủ trong

lớp cơ tử cung, thường xảy ra sau viêm nội mạc tử cung hoặc bế sản dịch.

- Bế sản dịch là hình thái trung gian. Triệu chứng giống như viêm nội mạc tử

cung nhưng khác là không thấy sản dịch hoặc có rất ít. Tiên lượng phụ thuộc vào

chẩn đoán và điều trị. Biến chứng có thể là viêm phúc mạc và nhiễm trùng máu.

- Triệu chứng:

+ Sốt cao 390C – 40oC, biểu hiện nhiễm trùng nặng

+ Sản dịch lẫn máu, hôi hoặc thối.

+ Tử cung to, mềm, ấn đau.

- Điều trị

+ Kháng sinh phổ rộng (tốt nhất theo kháng sinh đồ), phối hợp 2-3 loại.

+ Nâng cao thể trạng, bù nước điện giải, truyền máu (nếu cần thiết).

+ Chuyển tuyến trên.

**2.4. Viêm dây chằng rộng và phần phụ**

Từ nhiễm khuẩn ở tử cung có thể lan sang các dây chằng (đặc biệt là dây

chằng rộng) và các phần phụ như vòi trứng, buồng trứng

- Triệu chứng: xuất hiện muộn sau đẻ 8 - 10 ngày.

+ Nhiễm trùng toàn thân, người mệt mỏi, sốt cao.

+ Sản dịch hôi, tử cung co hồi chậm

+ Thăm âm đạo thấy khối rắn đau, bờ không rõ, ít di động. Nếu là viêm dây

chằng rộng ở phần trên hoặc viêm phần phụ thì khối u ở cao, nếu là viêm đáy của

dây chằng rộng, nắn và phối hợp thăm âm đạo sẽ thấy khối viêm ở thấp, ngay ở túi

109cùng, có khi khối viêm dính liền với túi cùng, di động hạn chế. Khó phân biệt với đám quánh ruột thừa.

- Tiến triển: có thể khỏi nếu điều trị kịp thời, biến chứng thành viêm phúc mạc tiểu

khung khối mủ (u mềm, nhiệt độ dao động). Nếu mủ vỡ vào ổ bụng gây ra viêm phúc mạc toàn thể. Nếu khối mủ ở thấp có thể vỡ vào bàng quang, trực tràng, âm đạo.

- Điều trị

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

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

+ Chuyển tuyến trên.

**2.5. Viêm phúc mạc (VPM) tiểu khung:**

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

phụ, đáy chậu

- VPM nguyên phát là nhiễm khuẩn từ tử cung có thể không qua các bộ phận

khác mà đi theo đường bạch mạch hoặc lan trực tiếp đến mặt sau phúc mạc, lan đến túi cùng sau, ruột, bàng quang lan đến đâu sẽ hình thành giả mạc và phúc mạc sẽdính vào nhau tại đó, phản ứng sinh ra các túi dịch, chất dịch có thể là một chât

dịch trong (thể nhẹ), chất dịch có thể đục lẫn mủ hoặc máu (thể nặng).

- Tiến triển có thể khỏi hoặc để lại di chứng dính nếu là thể nhẹ; tiến triển vỡ

khối mủ vào âm đạo, bàng quang, trực tràng nếu thể nặng. Nếu mủ vỡ vào ổ bụng

sẽ gây viêm phúc mạc toàn bộ.

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

+ Sốt cao 390C – 400C, rét run, mạch nhanh. Nhiễm trùng, nhiễm độc nặng.

+ Đau hạ vị, tiểu tiện buốt, rát, có hội chứng giả lỵ

+ Tử cung to, ấn đau, di động kém, túi cùng đau khi khám

- Điều trị

+ Nội khoa: nâng cao thể rạng, kháng sinh phổ rộng, phối hợp 2 – 3 loại .

**->**Chuyển tuyến trên

**7. NHIỄM KHUẨN HUYẾT**

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

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

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

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

+ Hội chứng nhiễm độc nặng. Hội chứng thiếu máu. Dấu hiệu choáng nhiễm

độc HA tụt, rối loạn vận mạch và tình trạng toan máu

+ Sản dịch hôi bẩn. Cổ tử cung hé mở, tử cung to mềm ấn đau

+ Có thể xuất hiện nhiễm khuẩn ở các cơ quan khác (phổi, gan, thận)

+ Cận lâm sàng: công thức máu, bạch cầu tăng, CRP tăng, chức năng gan,

thận suy giảm, Rối lọan các yếu tố đông máu. Cấy máu, cấy sản dịch (+)

- Điều trị

+ Nội khoa:hồi sức chống choáng, kháng sinh phổ rộng, phối hợp (dựa vào

kháng sinh đồ), kéo dài.

- Chuyển tuyến trên.

**3. DỰ PHÒNG**

- Đảm bảo điều kiện vô khuẩn khi đỡ đẻ, khi thăm khám, các thủ thuật, phẫu

thuật. Đảm bảo không sót rau trong tử cung, xử trí tốt các tổn thương đường sinh

dục khi đẻ.

- Phát hiện sớm và điều trị tích cực các trường hợp nhiễm khuẩn đường sinh

dục trước trong và sau đẻ.

# 5/ DỌA SẨY THAI – SẨY THAI

**1. KHÁI NIỆM**

Sẩy thai là hiện tượng kết thúc thai nghén trước khi thai có thể sống được. Với

khái niệm này, sẩy thai được định nghĩa là trường hợp thai bị tống ra khỏi buồng tử

cung trước 22 tuần hay cân nặng của thai dưới 500g.

**2. CHẨN ĐOÁN**

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

***2.1.1. Dọa sẩy thai:***

- Có thai (chậm kinh, nghén), ra máu âm đạo (máu đỏ tươi, lẫn ít nhầy, có khi

máu đỏ sẫm hay đen, máu ra ít một, liên tiếp), đau bụng (thường không đau bụngnhiều, chỉ có cảm giác tức nặng bụng dưới hay đau âm ỉ vùng hạ vị).

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

***2.1.2. Sẩy thai***

- Có thai như chậm kinh, nghén…

- Ra máu âm đạo: máu đỏ, lượng nhiều, máu loãng lẫn máu cục

- Đau bụng: đau bụng nhiều từng cơn vùng hạ vị

- Khám: cổ tử cung đã xóa, mở, phần dưới tử cung phình to do bọc thai bị đẩy

xuống phía cổ tử cung làm cho cổ tử cung có hình con quay, đôi khi sờ thấy bọcthai nằm ở ống cổ tử cung.

**2.2. Cận lâm sàng**

- hCG: dương tính

- Siêu âm: có hình ảnh túi ối trong buồng tử cung, có âm vang phôi và tim thai

(khi thai > 6 tuần bằng siêu âm đầu dò âm đạo). Với sẩy thai, có thể thấy hình ảnhtúi thai tụt xuống thấp hay trong ống cổ tử cung.

**2.3. Chẩn đoán thể bệnh**

- Dọa sẩy thai

- Sẩy thai hoàn toàn

Người bệnh có dấu hiệu của có thai và đang sẩy thai. Sau khi đau bụng, ra

máu, thai ra cả bọc, sau đó ra máu ít dần.Khám thấy cổ tử cung đóng, tử cung nhỏhơn tuổi thai. Siêu âm buồng tử cung sạch.

- Sẩy thai không hoàn toàn

Người bệnh có dấu hiệu của có thai và đang sẩy thai. Sau khi thấy thai ra rồivẫn còn đau bụng, còn ra máu kéo dài. Khám cổ tử cung mở và tử cung còn to.

Siêu âm có hình ảnh âm vang không đồng nhất trong buồng tử cung.

- Sẩy thai đã chết

+ Người bệnh có dấu hiệu của có thai.

+ Có dấu hiệu của thai chết lưu: giảm nghén, ra máu đen kéo dài, khám thấy tử

cung nhỏ hơn tuổi thai, siêu âm thấy hình ảnh túi ối méo mó không có âm vang phôi

hay có phôi thai nhưng không thấy hoạt động của tim thai.

+ Có dấu hiệu của dọa sẩy thai, đang sẩy thai, sẩy thai hoàn toàn hay khônghoàn toàn.

- Sẩy thai liên tiếp

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

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

**2.4. Chẩn đoán phân biệt**

***2.4.1. Chửa ngoài tử cung – thể giả sẩy***

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

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

***2.4.2. Thai lưu***

Người bệnh có thai, ra máu (máu đen, ít một, kéo dài), không đau bụng. Siêuâm thấy túi ối bờ méo, không có âm vang thai hay có phôi thai nhưng không có hoạtđộng của tim thai. Đôi khi rất khó phân biệt khi tuổi thai còn nhỏ.

***2.4.3. Chửa trứng thoái triển***

Có thai, ra máu. Khám có thể thấy tử cung to hơn tuổi thai. Siêu âm thấy

hình ảnh ruột bánh mỳ, βhCG cao > 200.000UI/L).

***2.4.4. Rong kinh rong huyết***

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

**3. ĐIỀU TRỊ**

***3.1. Dọa sẩy thai:*** chưa có liệu pháp điều trị dọa sẩy thai nào được cho là tối ưu

- Nằm nghỉ, ăn nhẹ, chế độ ăn tránh gây táo bón. Bổ sung viên sắt, a.folic

- Thuốc nội tiết như Utrogestan 200mg x 2 viên/đặt âm đạo/ngày, Duphaston ...nếu có bằng chứng của sự thiếu hụt nội tiết, hay dùng progesteron làm mềm cơ tử cung.

- Kháng sinh: chống nhiễm trùng do hiện tượng ra máu ( khi cần )

**3.2. Đang sẩy thai và đã sẩy thai**

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

Thuốc co hồi tử cung sau khi nạo (oxytocin 10UI tiêm bắp, hoặc ergometrin 0,2mgx1ống/tiêm bắp). Kháng sinh đề phòng nhiễm khuẩn

- Sẩy thai hoàn toàn: kiểm tra bằng siêu âm thấy buồng tử cung sạch, không

nạo lại. Cho kháng sinh phòng nhiễm khuẩn.

- Sẩy thai không hoàn toàn: tùy khối còn lại trong buồng tử cung và ra máu âmđạo mà tiến hành hút, nạo lại buồng tử cung hay dùng misoprostol 400mcg ngậmdưới lưỡi giúp co hồi tử cung và tống nốt tổ chức còn lại. Cho kháng sinh phòngnhiễm khuẩn.

- Sẩy thai nhiễm khuẩn: kháng sinh liều cao, kết hợp thuốc co hồi tử cung. Sau6h dùng kháng sinh, nhiệt độ đã giảm, tiến hành hút hay nạo lại buồng tử cung. Chúý thủ thuật dễ gây thủng tử cung hơn bình thường. Tư vấn cho người bệnh và ngườinhà nguy cơ cắt tử cung nếu tình trạng nhiễm khuẩn không được cải thiện.

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

**3.3. Sẩy thai liên tiếp**

- Tìm nguyên nhân gây sẩy thai liên tiếp

- Điều trị theo nguyên nhân:

+ Hở eo tử cung: Giới thiệu lên tuyến trên khâu vòng cổ tử cung.

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

**5. TIÊN LƯỢNG VÀ PHÒNG BỆNH**

Tiên lượng và phòng sẩy thai cho lần có thai sau tùy thuộc vào nguyên nhângây sẩy thai.

- Với thiếu hụt nội tiết: chủ động bổ sung nội tiết ngay khi người bệnh có thai.

- Với hở eo tử cung: Tư vấn khâu vòng cổ tử cung chủ động ở lần có thai sau.

- Khi mẹ bị APS: dùng aspirin liều thấp trước khi có thai, dùng thuốc chốngđông khi người bệnh có thai.

- Chủ động điều trị các bệnh lý toàn thân của mẹ (nếu có).

- Với nguyên nhân bố hoặc mẹ bị rối loạn nhiễm sắc thể: tiên lượng để đẻ đượccon bình thường rất khó khăn, nên tư vấn về di truyền xem có nên có thai nữa không.

# CHƯƠNG 2: PHỤ KHOA

# 6/ RONG KINH RONG HUYẾT

**1. KHÁI NIỆM**

- Chảy máu bất thường từ niêm mạc tử cung, thường được gọi là rong kinh –

rong huyết là một vấn đề thường gặp trong lâm sàng phụ khoa với rất nhiềunguyên nhân khác nhau. Rong kinh, rong huyết đều là triệu chứng của nhiều tìnhtrạng hoặc bệnh lý khác nhau.

- Rong kinh là hiện tượng ra máu từ đường sinh dục kéo dài quá 7 ngày,có chu kỳ.

- Rong huyết là hiện tượng ra máu từ đường sinh dục kéo dài trên 7 ngày,không có chu kỳ.

**2. CHẨN ĐOÁN**

**2.1. Lâm sàng**

Khai thác bệnh sử: tần suất, thời gian và lượng kinh, xác định chảy máu cóchu kỳ hay không. Chảy máu có chu kỳ thường liên quan với có phóng noãn. Cácđặc điểm khác bao gồm tuổi người bệnh, tiền sử tình dục (xác định nguy cơ củabệnh lây truyền qua đường tình dục), các bệnh phụ khoa trước đó, sử dụng thuốchoặc các hormon ngừa thai và các bệnh nội khoa mãn tính.

Tìm các dấu hiệu toàn thân khi khám thực thể. Cần đặc biệt chú ý đến cácdấu hiệu và triệu chứng của nhược năng giáp, bệnh gan, tăng prolactin máu, các rốiloạn ăn uống và bệnh đông máu.

Khám phụ khoa cẩn thận,nên bao gồm cả khám trực tràng phối hợp với nắnbụng để xác định có hay không có các tổn thương thực thể trên đường sinh dục nữ.

**2.2. Cận lâm sàng**

Tùy theo từng tình huống để chỉ định xác xét nghiệm, thăm dò phù hợp:

- Công thức máu.

- Test thử thai đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.

- Tế bào cổ tử cung

- Siêu âm phụ khoa (đường bụng ± đường âm đạo) khảo sát tử cung và 2 phần

phụ

- Xét nghiệm nội tiết tố phụ khoa: estrogen, progesteron, FSH, LH, prolactin.(Nếu có)

- Xét nghiệm dịch âm đạo - cổ tử cung để tìm lậu cầu hoặc Trichomonas

vaginalis nếu nghi ngờ.

- Soi buồng tử cung (Nếu có)

Dựa vào kết quả khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng.

**2.4. Chẩn đoán phân loại**

2.4.1. Rong kinh, rong huyết tuổi trẻ

Trước kia người ta cho rằng cường estrogen (tồn tại nang noãn) làm cho niêmmạc tử cung quá sản tuyến nang. Ngày nay, người ta thấy estrogen có thể thấp,bình thường hoặc cao. Cơ bản là do FSH và LH không đầy đủ để kích thích buồngtrứng, nguyên do rối loạn hoạt động của vùng dưới đồi. Thường là giai đoạn hoàng

thể kém, không phóng noãn, không có giai đoạn hoàng thể.

Biểu hiện lâm sàng:

- Kinh nguyệt kéo dài, thường là máu tươi, xảy ra sau một vòng kinh dài

(chậm kinh).

- Toàn trạng thiếu máu.

- Khám thực thể nhiều khi tử cung to mềm, cổ tử cung hé mở (cần phân biệt

với sẩy thai)

2.4.2. Rong kinh, rong huyết tiền mãn kinh

Các trường hợp rối loạn kinh nguyệt tiền mãn kinh cần phải loại trừ cácnguyên nhân ác tính.

- Trong giai đoạn tiền mãn kinh sinh thiết niêm mạc tử cung thường có hìnhảnh quá sản dạng tuyến nang, gặp nhiều gấp 10 lần so với lứa tuổi 20 - 45.

- Trong giai đoạn sau mãn kinh hay gặp hình ảnh niêm mạc tử cung teo, niêmmạc tử cung không hoạt động.

2.4.3. Cường kinh (kinh nhiều)

So với hành kinh bình thường, lượng huyết ra nhiều. Thường kèm với rong kinh.

- Nguyên nhân

Phần lớn do tổn thương thực thể ở tử cung, u xơ tử cung, polype tử cung, lạc cung

khó tái tạo nên khó cầm máu. Cũng có thể do tử cung kém phát triển.

Cường kinh cơ năng ít gặp hơn.

2.4.4. Rong kinh do chảy máu trước kinh

Có thể do tổn thương thực thể như viêm niêm mạc tử cung, polype buồng tử

cung, nhưng cũng có thể do giai đoạn hoàng thể ngắn vì hoàng thể teo sớm,

estrogen và progesteron giảm nhanh.

2.4.5. Rong kinh do chảy máu sau kinh

- Thực thể: khá thường gặp, có thể do viêm niêm mạc tử cung, u xơ tử cung,polyp buồng tử cung, u ác tính trong buồng tử cung.

- Cơ năng: có thể do niêm mạc tử cung có những vùng bong chậm hoặcnhững vùng tái tạo chậm.

- Điều trị

**2.5. Chẩn đoán phân biệt:**

Ra máu từ đường tiêu hoá: trĩ, ung thư đường tiêu hóa thấp.

Ra máu từ đường tiết niệu: nhiễm trùng đường tiểu, u đường tiểu, sỏi đường tiểu.

**3. ĐIỀU TRỊ**

**3.1. Nguyên tắc chung, mục tiêu điều trị**

Điều trị rong kinh rong huyết bao gồm điều trị nguyên nhân (nếu có), làmngừng tình trạng ra máu từ niêm mạc tử cung, tái lập chu kỳ kinh bình thường (nếungười phụ nữ nằm trong độ tuổi sinh đẻ) và điều trị hỗ trợ, nâng cao thể trạng.

**3.2. Điều trị cụ thể một số rong kinh rong huyết thường gặp (nội khoa, ngoại**

**khoa, hướng dẫn chuyển tuyến)**

Rong kinh rong huyết cần được bác sĩ sản phụ khoa điều trị tại cơ sở y tế

tuyến Huyện trở lên. Trong phần này chủ yếu đề cập đến xử trí rong kinh – rong

huyết cơ năng.

3.2.1. Rong kinh, rong huyết tuổi trẻ

Bước đầu tiên là loại trừ những nguyên nhân ác tính, các bệnh về máu nhất là

ở những người con gái trong lần thấy kinh đầu tiên đã bị rong kinh, sau đó mới đặt

vấn đề điều trị cầm máu.

Tiêm progesteron hoặc uống progestagen 20mg/ ngày.

Thông thường 4 - 5 ngày cầm máu. Ngừng thuốc 2 - 3 ngày ra huyết trở lại làm

bong triệt để niêm mạc tử cung. Thời gian và lượng máu khi ra huyết trở lại tương

tự như huyết kinh của người bình thường.

Đề phòng rong kinh trong vòng kinh sau cho tiếp vòng kinh nhân tạo, có thể

cho progesteron đơn thuần vào nửa sau dự kiến của vòng kinh, có thể cho kết hợp

estrogen với progesteron như kiểu viên thuốc tránh thai.

Kết hợp với các thuốc cầm máu, thuốc co hồi tử cung (oxytocin, ergotamin).

Nếu trong những trường hợp rất hạn hữu, điều trị bằng mọi biện pháp không

kết qủa -> Chuyến tuyến trên.

**Bảng 1: Lựa chọn điều trị nội khoa trong rong kinh cơ năng**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Loại**  **chảy**  **máu** | **Lựa chọn điều trị** | **Bàn luận** |
| **Bàn luận** | Thuốc ngừa thai uống 2-3v/ngày trong 7  ngày sẽ cầm được máu sau đó duy trì  1v/ngày trong 14 ngày | Sử dụng thuốc tránh thai 1  pha liều thấp |
| Estrogen phức hợp (Premarin) 25 mg  TM mỗi 4-6 giờ x 1 ngày, hoặc 1,25mg  uống mỗi 4-6 giờ x 1 ngày, sau đó uống  thuốc tránh thai như trên. | Tất cả các biện pháp điều trị  chỉ có estrogen phải đƣợc  theo sau bởi progestin |
| **Mãn** | Thuốc ngừa thai viên kết hợp uống  1viên/ngày | Các phụ nữ quanh mãn kinh  nên sử dụng viên 20mg |
| Medroxyprogesterone acetate,  10mg/ngày x 10 ngày /tháng | Chảy máu xuất hiện sau viên  cuối cùng 2-7 ngày |
| Clomiphen Citrate (Clomid, Serophen,  Ovofar), 50-150mg/ ngày vào các ngày  5-9 của vòng kinh | Sử dụng cho những phụ nữ  mong muốn có thai |

3.2.2. Rong kinh, rong huyết tiền mãn kinh

Điều trị triệu chứng tốt nhất là nạo niêm mạc tử cung, có 3 lợi ích:

+ Cầm máu nhanh (đỡ mất máu).

+ Giải phẫu bệnh lý (loại trừ ác tính).

+ Xác định rõ ràng tình trạng quá sản niêm mạc tử cung (điều trị hormon tiếptheo).

Ngày nạo được tính là ngày đầu tiên của kỳ kinh tới.

Thông thường cho progestin từ ngày thứ 16 của vòng kinh, mỗi ngày 10mg,uống trong 10 ngày, uống trong 3 vòng kinh liền.

3.2.3. Rong kinh, rong huyết tuổi sinh đẻ (18 - 45 tuổi)

- Cường kinh (kinh nhiều)

+ Trẻ tuổi:

Tử cung co bóp kém: thuốc co tử cung.

Tử cung kém phát triển: vòng kinh nhân tạo hoặc cho viên thuốc tránh thainữa sau chu kỳ kinh.

+ Lớn tuổi:

Nếu có tổn thương thực thể nhỏ chưa có chỉ định phẫu thuật có thể chỉ địnhprogestin vài ngày trước khi hành kinh. Cũng có thể cho progestin liều cao (gây

vô kinh 3 - 4 tháng liền).

Trên 40 tuổi, điều trị thuốc không hiệu quả nên mổ cắt tử cung.

- Rong kinh do chảy máu trước kinh :

Trên 35 tuổi: nạo niêm mạc tử cung.

Thuốc: progestin hoặc thuốc uống tránh thai nửa sau vòng kinh.

- Rong kinh do chảy máu sau kinh

Trước hết phải loại trừ nguyên nhân thực thể.

Nếu do hoàng thể kéo dài thì cho progestin hoặc estrogen kết hợp với

progestin vào các ngày 20 - 25 của vòng kinh. Sau khi ngưng thuốc vài ngày, niêm

mạc tử cung sẽ bong gọn và không rong kinh.

Nếu do niêm mạc tử cung tái tạo chậm có thể cho Ethinyl - estradiol 0,05mg

mỗi ngày 1 - 2 viên trong các ngày 3 - 8 của vòng kinh.

- Rong kinh do quá sản tuyến nang niêm mạc tử cung

+ Nạo niêm mạc buồng tử cung (50% khỏi trong một thời gian dài)

+ Thuốc: Progestin 10mg/ngày trong 10 ngày, kể từ ngày thứ 16 của vòng

kinh trong 3 tháng.

+ Có thể xem xét mổ cắt tử cung ở phụ nữ trên 40 tuổi, đã đủ con.

3.2.4. Điều trị hỗ trợ

Truyền máu/các sản phẩm từ máu nếu thiếu máu nặng.

Tăng cường dinh dưỡng giàu đạm, bổ sung sắt.

**4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Các trường hợp rong kinh rong huyết cơ năng kéo dài nếu không được điều

trị sớm và đúng phương pháp sẽ dẫn đến thiếu máu nhược sắc, suy nhược cơ thể.

**5. TIÊN LƯỢNG VÀ PHÒNG BỆNH**

Rong kinh rong huyết có nguyên nhân thực thể có tiên lượng tùy theo từngbệnh cảnh lành tính hay ác tính.

Rong kinh rong huyết cơ năng nhìn chung có tiên lượng tốt.

Để dự phòng cần khám phụ khoa định kỳ hàng năm và đến khám sớm tại cơ

sở y tế nếu có hiện tượng ra máu bất thường từ đường sinh dục.

# 7/ VIÊM ÂM ĐẠO

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- Mầm bệnh hay gặp: lậu cầu khuẩn, chlamydia trachomatis, hemophilus

ducreyl, tricomonas vaginalis, gardnerella vaginalis, candida albicans, virus u nhú,

virus herpes.

Đường lây: quan hệ tình dục, nội sinh, thầy thuốc khám bệnh không đảm bảo

vô trùng

- Các yếu tố thuận lợi: bộ phận sinh dục nữ có cấu tạo giải phẫu đặc biệt với

nhiều ngóc ngách, nhiều nếp nhăn, nhiều lỗ tuyến thuận lợi cho mần bệnh cư trú vàphát triển. Đường sinh dục nữ thông vào ổ bụng ở đầu loa vòi trứng làm điều kiện

cho vi khuẩn phát triển vào phúc mạc gây viêm tiểu khung, hành kinh hàng tháng

kèm theo bong niêm mạc tử cung để lại tổn thương trong buồng tử cung, máu kinh

là môi trường nuôi cấy vi khuẩn thuận lợi nên viêm nhiễm càng dễ phát triển

**2. CÁC HÌNH THÁI CỦA VIÊM ÂM ĐẠO.**

**2.1. Viêm do vi khuẩn:**

- Mầm bệnh: Gardenerella vaginalis, Mycoplasma homitis, vi khuẩn kỵ khí

- Triệu chứng: Khí hư hôi, ngứa bộ phận sinh dục, âm đạo có những nốt đỏ

- Xét nghiệm: bệnh phẩm trên phiến kính + KOH => bốc mùi tanh cá

- Điều trị: thụt âm đạo axít axetic 1%

Metronidazol 1g/ngày x 7 ngày, hoặc uống liều duy nhất 2g

Hoặc đặt Metronidazol mỗi tối 1v x 2 tuần

Tái phát có thể dùng 2 đợt

**2.2. Viêm âm đạo do Trichomonas**

- Mầm bệnh: trùng roi Trichomonas vaginalis

- Khi thăm khám hoặc đặt mỏ vịt: Thành âm đạo có những nốt tròn hoặc bầu dục.

- Soi tươi thấy hình ảnh trùng roi

- Điều trị: cả vợ và chồng: Metronidazol 0,5gx 2 lần/ngày x 7 ngày.

hoặc Tinidazole 2g uống 1 liều duy nhất.

**2.3. Viêm âm đạo do nấm**

- Mầm bệnh: Candida albicans

- Yếu tố thuận lợi: khả năng tự bảo vệ cơ thể giảm sút: đái đường, có thai

- Triệu chứng: ngứa âm hộ, có vết lan đỏ ở sinh dục ngoài

- Xét nghiệm: có sợi nấm, test tanh cá(-)

- Điều trị: + Thuốc đặt Nystatin 100.000đv đặt âm đạo mỗi tối 1viên x 14 ngày

Hoặc Clotrimazole 100mg, Meconazol mỗi tối 1viên x 7 ngày, hoặc nếu 200mg đặt 3 ngày hoặc clotrimazole 0,5g đặt âm đạo 1 viên duy nhất.

+ Thuốc uống: Fluconazole 150mg uống 1 viên duy nhất.

+ Thuốc bôi: clotrimazol bôi 7 ngày.

+ Vệ sinh tại chỗ:Thụt âm đạo bằng Natri bicacbonat 1-2%, bơm Glyceryl borat 30%, Povidon iodin 10%

**2.4. Bệnh lậu**

- Mầm bệnh: lậu cầu khuẩn Neisseria gonorrhoea thường gây viêm âm hộ âmđạo, cổ tử cung, vòi trứng.

- Triệu chứng: thời gian ủ bệnh 2- 6 ngày

Khí hư âm đạo như mủ xanh, vàng. Chồng có tiền sử đái dắt đái buốt, đái ra mủ

- Biến chứng: viêm tiểu khung, vô sinh, chửa ngoài tử cung, sẩy thai, nhiễmkhuẩn, đẻ non, lậu mắt trẻ sơ sinh

- Điều trị theo chuyên khoa

**2.5. Giang mai**

- Mầm bệnh: xoắn khuẩn giang mai Treponema pallidum. Sau khi bị nhiễm

bệnh trở thành bệnh toàn thân, vi khuẩn có thể lây sang con qua rau thai

- Triệu chứng: gồm 3 giai đoạn

+ Thời kỳ 1: xuất hiện sau giao hợp khoảng 3 tuần, tổn thương ở âm hộ là

săng (chancre) giang mai, vết loét tròn, bờ cứng hơi nổi cao trên mặt da, không đau,không ngứa kèm theo hạch bẹn, có thể gặp săng ở âm đạo và cổ tử cung. Săng

thường tự khỏi sau 2- 6 tuần dù không điều trị.

+ Thời kỳ 2: xảy ra sau 6 tuần --> 9 tháng sau nhiễm bệnh, vi khuẩn đã vào

máu dẽ lây lan. Tổn thƣơng là ban đỏ và chồi sùi dính lại thành từng đám, bờ cứng

xuất tiết và hoại tử, ở khắp nơi trên cơ thể nhƣ da, lòng bàn tay, gót chân, niêm mạcmiệng, có kèm theo hạch bẹn.

+ Thời kỳ 3: tổn thƣơng là gôm (gumma) giang mai, là nốt loét, có thể đau,

phù nề do bội nhiễm, có hạch viêm đi kèm.

- Xét nghiệm: các phản ứng huyết thanh VDRL(Veneral Disease Research

Laboratory) và RPR (Rapid Plasma Reagin) ngoài ra có thể thấy xoắn khuẩn trong

bệnh phẩm lấy từ săng hoặc hạch bẹn

- Điều trị theo chuyên khoa

- Biến chứng: sẩy thai liên tiếp, đa ối, dị dạng thai, giang mai bẩm sinh

**2.6. Viêm âm đạo do thiếu Estrogen**

Do thiếu estrogen nên biểu mô âm đạo bị teo, tế bào giảm glycogen, pH, âm

đạo không toan, không tự bảo vệ và chống vi khuẩn được

- Nguyên nhân: phụ nữ đã mãn kinh, phụ nữ đã cắt bỏ 2 buồng trứng

- Triệu chứng: âm hộ khô, teo, đau. Đặt mỏ vịt âm đạo đau, thành âm đạo

mỏng, dễ chảy máu, cổ tử cung nhỏ

- Điều trị: Mycrofollin 0,05mg 1v/ngày.Tại chỗ Colpotrophine trong 10-20 ngày

**2.7. Sùi mào gà (Condyloma):**

Là bệnh do virus loại Papilloma nhóm 6 hay 11, ủ bệnh 3- 6 tháng

Tổn thương là các khối sùi ở da vùng môi lớn, môi bé, tiền đình, âm đạo, cổ tử

cung màu hồng nhạt

- Điều trị: đốt điện, đốt nhiệt, bôi thuốc Podophylin trên bề mặt khối u, điều trị

cho cả chồng nếu bị.

**3. PHÒNG BỆNH**

- Rửa sạch mỗi lần đi vệ sinh

- Quan hệ tình dục với một ngƣời

- Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục.

- Khi ra khí hư cần đi khám ngay.

# 8/ VIÊM PHẦN PHỤ

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm nhiễm đường sinh dục là một trong những bệnh phổ biến ở phụ nữ nóliên quan mật thiết với quan hệ tình. Ngoài ra nó còn là hậu quả của các biến chứngtrong sinh đẻ như nạo sót nhau, bóc rau sau đẻ, đặt dụng cụ tử cung (DCTC) không

đảo đảm vô khuẩn và nhất là trong các trường hợp phá thai an toàn.

Tuỳ theo vi khuẩn gây bệnh, bệnh cành lâm sàng thường biểu hiện dưới dạngcấp tính, bán cấp tính và mãn tính

Phần phụ ở người phụ nữ bao gồm: buồng trứng, vòi tử cung (vòi trứng),

dây chằng rộng. Viêm phần phụ thường bắt đầu từ viêm vòi tử cung, sau đó lanra xung quanh.

**2. TRIỆU CHỨNG**

**2.1. Hình thái cấp tính**

Viêm phần phụ cấp thường xảy ra sau đẻ, sau sẩy thai hoặc sau các can thiệpthủ thuật ở vùng tiểu khung như nạo hút, đặt vòng, tháo vòng…và sau viêm âm đạocấp do vi khuẩn lậu.

2.1.1. Triệu chứng lâm sàng:

- Nổi bật là đau vùng bụng dưới đột ngột ở phụ nữ, đau tăng khi đi lại, thường

đau cả hai bên ( chiếm 90%)…

- Rối loạn kinh nguyệt xảy ra trong 50% các trường hợp, dấu hiệu nặng nề

kích thích vùng bụng như mót rặn, đi nặng, tiểu khó, tiểu không hết nước tiểu

(chiếm 15-25% các trường hợp).

- Sốt là dấu hiệu kèm theo các triệu chứng này, nhiệt độ lên đến 390C.

- Có thể nôn hoặc buồn nôn.

- Khám bụng thấy đề kháng bụng vùng dưới, nhưng không co cứng thànhbụng.

- Đặt mỏ vịt: có nhiều khí hư, có khi là mủ, chiếm từ 39-65% các trường hợp,ta nên lấy dịch âm đạo làm xét nghiệm.

- Thăm khám phối hợp bằng 2 tay tỏng âm đạo và trên bụng, ta thấy tử cungmềm, khi lay động sẽ thấy tử cung sẽ gây đau, hai phần phụ nề đau. Đôi khi pháthiện thấy khối cạnh tử cung thường ở mặt sau của tử cung, dính không di động.

2.1.2. Cận lâm sàng

Công thức máu có bạch cầu tăng, đặc biệt bạch cầu trung tính tăng cao.

CRP tăng.

Xét nghiệm dịch cổ tử cung đểphát hiện thấy khối cạnh tử cung để phát hiện vikhuẩn lậu và Chlamydia. Trên thực tếxét nghiệm không phải lúc nào cũng cho kết quả dƣơng tính vì viêm phần phụ có thểxảy ra do tạp khuẩn. Siêu âm để phát hiện các khối viêm nhiễm và áp xe phần phụ.

**2.2. Hình thái bán cấp: chiếm 30% các trường hợp.**

2.2.1. Triệu chứng lâm sàng: thường nhẹ hơn với:

- Đau âm ỉ vùng bụng hạ vị hoặc thắt lưng.

- Rong kinh thường hay gặp.

- Khí hư không rõ ràng, không đặc hiệu.

- Sốt nhẹ 37,5 -38 độ

- Khám bụng: thường thấy bụng mềm, khám thấy có đề kháng cục bộ vùngbụng dưới.

- Khám âm đạo: có thể thấy đau một hoặc hai bên của phần phụ, có khối nềkhó phân biệt ranh giới với tử cung. Có dấu hiệu đau khi lay động tử cung.

- Khám trực tràng: người bệnh rất đau khi khám.

2.2.2.Cận lâm sàng

- Siêu âm xác định được khối phần phụ với âm vang hỗn hợp.

**2.3. Hình thái mãn tính**

2.3.1. Nguyên nhân: do viêm phần phụ cấp tính không điều trị đầy đủ kịpthời.

2.3.2. Triệu chứng:

- Cơ năng:

+ Đau: đau vùng hạ vị hây hai bên hố chậu, thường có một bên trội hơn đau

thay đổi về cường độ thời gian từng cơn hay liên tục; khi đi lại niều làm việc nặng

đau tăng, khi nghỉ ngơi đau ít hơn.

+ Khí hư: không nhiều, không đặc hiệu

+ Ra máu: có thể ra máu bất thường trước và sau khi hành kinh hoặc rong kinh.

- Thực thể:

+ Khám âm đạo phối hợp nắn bụng để phát hiện.

+ Tử cung di động hạn chế khi lay động

+ Có thể có khối cạnh tử cung, ấn đau, ranh giới không rõ do vòi tử cung dínhvới buồng trứng thành một khối.

**3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

- Đau do bệnh đường tiêu hoá và tiết niệu

- Viêm ruột thừa cấp: viêm phần phụ thấy đau cả 2 bên, điểm của phần phụphải thấp hơn điểm đau của ruột thừa viêm.

- Viêm mủ bể thận

- Viêm đại tràng

- Chửa ngoài tử cung.

+ Chậm kinh, đau bụng một bên hố chậu, rong huyết

+ HCG(+)

+ Siêu âm: không thấy túi ối trong buồng tử cung

- Viêm, ứ nước vòi tử cung do lao.

**4. TIẾN TRIỂN**

- Viêm phúc mạc đáy chậu:

- Áp xe phần phụ

- Áp xe buồng trứng:

- Viêm tấy lan tỏa đáy chậu.

- Viêm phúc mạc toàn thể:

- Di chứng: di chứng thường gặp của viêm nhiêm hố chậu đó là:

**+** Vô sinh do tắc vòi tử cung hai bên, dính tua loa vòi…

**+** Thai ngoài tử cung.

**+** Đau vùng chậu kinh niên.

**5. PHÒNG BỆNH**

- Định ký tổ chức khám phụ khoa tuyến cơ sở để phát hiện và điều trị sớm, đặcbiệt nhóm nguy cơ hoặc những người làm việc trong môi trường nước bẩn.

- Phát hiện sớm, điều trị tích cực viêm nhiễm đường sinh dục dưới ngay khimớinhiễm.

- Phát hiện và điều trị viêm niệu đạo ở nam và nữ có hiệu quả.

- Sử dụng bao cao su ở những người có nguy cơ cao với bệnh lây truyền quađường tình dục.

- Tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn khi làm các thủ thuật sản phụ khoa.

- Tuyên truyền, hướng dẫn vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh cá nhân, vệ sinh giaohợp. Tuyên truyền lối sống lành mạnh.

- Vận động sinh đẻ có kế hoạch tránh có thai ngoài ý muốn.

# 9/ U XƠ TỬ CUNG

**1. KHÁI NIỆM**

U xơ tử cung là khối u lành tính, có nguồn gốc từ cơ trơn của tử cung, thường

gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, tuổi thường gặp 35-50; kích thước khối u

thường gặp khoảng dưới 15cm. U xơ tử cung thường ít có triệu chứng nhưng khi

khối u lớn có thể gây rối loạn kinh nguyệt, đau do chèn ép và vô sinh .

**2. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN**

**2.1. Triệu chứng cơ năng:**

- Ra huyết từ buồng tử cung: là triệu chứng chính gặp trong 60% trườnghợp,

thể hiện dưới dạng cường kinh, dần dần kinh nguyệt rối loạn: rong kinh kéo dài và

ra nhiều máu.

- Toàn thân bị thiếu máu, xanh xao, gày sút nếu ra máu kéo dài.

- Đau vùng hạ vị hoặc hố chậu, đau kiểu tức, nặng bụng dưới,(40%trườnghợp) do khối u chèn ép vào các tạng bên cạnh hoặc do viêm khung chậu.

- Ra khí hư loãng, hoặc ra khí hư do viêm âm đạo, viêm niêm mạc tử cung.

**2.2. Triệu chứng thực thể :**

- Nhìn có thể thấy khối u gồ lên ở vùng hạ vị, nếu khối u to.

- Nắn bụng: có thể thấy khối u (nếu to) ở vùng hạ vị, mật độ chắc, di động liênquan đến tử cung.

- Đặt mỏ vịt: có thể thấy polip có cuống nằm ở ngoài cổ tử cung.

- Thăm âm đạo kết hợp nắn bụng thấy toàn bộ tử cung to, chắc, có khi thấynhiều khối nổi trên mặt tử cung; di động cổ tử cung thì khối u di động theo.

**2.3. Cận lâm sàng:**

- Siêu âm: thấy tử cung to, đo được kích thước nhân xơ, siêu âm bơm nướcbuồng tử cung có thể phát hiện polyp buồng tử cung.

**2.4. Chẩn đoán phân biệt**

- Với tử cung có thai: hỏi bệnh, khám lâm sàng, thử thai, siêu âm.

- Khối u buồng trứng: thường có vị trí và di động biệt lập với tử cung, siêu âm

- Ung thư niêm mạc tử cung: hỏi bệnh, khám lâm sàng, xét nghiệm tế bào họcvà siêu âm.

**3. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

- U xơ tử cung thường tiến triển chậm, có thể ngừng phát triển sau khi mãn kinh.

- Biến chứng:

+ Chảy máu: rong kinh, rong huyết, kéo dài gây thiếu máu.

+ Chèn ép các tạng chung quanh gây đau, táo bón, bí tiểu.

+ Thoái hóa, hoại tử vô khuẩn.

**4. U XƠ TỬ CUNG VÀ THAI NGHÉN**

- Chậm có thai hoặc vô sinh.

- Khi có thai:

+ Khối u xơ thường to lên.

+ U xơ có thể gây sẩy thai, đẻ non, ngôi thai bất thường.

- Gây rau tiền đạo, rau bong non.

- Khi đẻ: gây rối loạn cơn co, trở thành khối u tiền đạo, chuyển dạ kéo dài.

- Thoái hóa khối u gây đau bụng

**5. XỬ TRÍ**

Phát hiện ra u xơ tử cung, nếu:

- Khối u nhỏ, không ảnh hưởng đến kinh nguyệt hay không có những rối loạn

khác hẹn theo dõi khám định kỳ sau 6- 12 tháng.

- U xơ tử cung băng huyết cầm máu -> chuyển tuyến trên.

# CHƯƠNG 3: SƠ SINH

# 10/ CHĂM SÓC TRẺ NON THÁNG

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Trẻ non tháng là trẻ được sinh ra trớc 37 tuần thai và có thể sống được.

Trẻ thấp cân là trẻ có cân nặng < 2500g .

Hầu hết trẻ non tháng mức độ vừa và nhẹ (xấp xỉ 80%) tuổi thai từ > 32 – 37

tuần, cân nặng > 1500g – 2500g. Những trẻ này vẫn tử vong cao vì thiếu chăm sóc

cơ bản như: giữ ấm, nuôi dưỡng sữa mẹ, vệ sinh phòng – chống nhiễm khuẩn.

Khoảng 10 -13% trẻ 28 – 32 tuần ở những nước thu nhập thấp > 1/2 số trẻ này bị tử vong nhưng vẫn có thể cứu đƣợc với những chăm sóc có khả thi, không kể hồi sứctích cực như thở máy.

**2. NGUYÊN NHÂN ĐẺ NON**

2.1. Do mẹ:

- Mẹ có tiền sử đẻ non – thấp cân.

- Tuổi < 17tuổi hoặc > 40 tuổi.

- Kinh tế khó khăn trình độ hiểu biết kém.

- Sang chấn tâm lý.

- Mắc bệnh nhiễm trùng: cúm, sốt rét, viêm phổi.

- Bệnh mãn tính: lao, viêm gan, bệnh tim mạch, thận, đái đƣờng, tăng huyết áp.

- Mẹ mắc bệnh sản phụ khoa: dị dạng tử cung, u xơ tử cung, tử cung đôi, hởeo tử cung, nhiễm trùng phụ khoa

- Nhiễm độc thai nghén, rau tiền đạo đa ối, bất đồng nhóm máu Rh

- Nguyên nhân ngoại khoa: tai nạn , sang chấn , mổ khi mang thai

2.2. Từ phía con:

- Đa thai, dị tật

- Đa số đẻ non không rõ nguyên nhân

**3. NGUY CƠ TRẺ ĐẺ NON**

**3.1. Ngạt và suy hô hấp ( SHH)**

Hậu quả của trung tâm hô hấp điều hòa kém, phổi non, thiếu hụt Surfactan, cơhô hấp yếu, lồng ngực hẹp dễ biến dạng dẫn đến xẹp phổi. Trẻ dƣới 32 tuần hay bịSHH mặc dù có sử dụng corticoid trước sinh cho mẹ.

- Bệnh phổi mãn tính, loạn sản phế quản phổi do non tháng.

**3.2. Nhiễm trùng**

- Da, niêm mạc rộng, mỏng, kém tính kháng khuẩn dễ bị vi khuẩn xâm nhập.

- Chịu nhiều thủ thuật như tiêm truyền, lấy máu, đặt nội khí quản, sonde dạdày…

**3.3. Thiếu máu, xuất huyết:**

- Mất máu giai đoạn bào thai, xuất huyết, tan máu do hồng cầu non, lấy máu

xét nghiệm

- Thiếu nguyên liệu tổng hợp hồng cầu, sắt, protein. Tủy chưa trưởng thành.

- Xuất huyết não hay gặp trong 3 ngày đầu

**3.4. Vàng da đặc biệt dễ vàng da nhân não.**

Nguyên nhân do hồng cầu chủ yếu Hb bào thai dễ vỡ, chức năng chuyển hóaBilirubin kém, đào thải qua phân và nƣớc tiểu kém, ngƣỡng hang rào máu não thấp.

**3.5. Rối loạn thân nhiệt: mất nhiệt nhanh, tạo nhiệt kém, lớp mỡ dưới da mỏng**

**3.7. Bệnh lý tim mạch**

- Lỗ Botal và ống Botal đóng chậm và dễ bị mở ra nếu có SHH hoặc tăng khối

lượng tuần hoàn.

**3.8. Rối loạn chuyển hóa**

- Hạ đường máu do nhu cầu cao mâu thuẫn vớí dự trữ kém, cung cấp.

- Hạ canxi máu, rối loạn điện giải.

- Rối loạn toan kiềm.

**4. ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC TRẺ NON THÁNG - THẤP CÂN**

**4.1. Hồi sức sơ sinh sớm và đầy đủ**

Các chuyên gia khuyến cáo hồi sức cơ bản cho trẻ non tháng ngay tại phòng

sinh giảm tử vong. Riêng với trẻ đẻ non chỉ cần trì hoãn hồi sức vài phút thì trẻ

nhanh chóng xấu đi và có thể dẫn đến tử vong.

**4.2. Giữ ấm:** kỹ thuật giữ ấm cơ bản

- Biện pháp đơn giản là : lau khô, sưởi ấm, quấn tã, đội mũ, hoãn tắm lần đầu

ít nhất 6h, thực hiện liệu pháp Kangaroo

- Trang thiết bị làm ấm như: đệm ấm, giường sưởi, đèn sưởi, lồng ấp tại khoa Sơ sinh.

- Túi Nilon bọc cho trẻ cực kỳ non tháng tránh bay hơi mất nhiệt.

-> Chuyển tuyến trên.

**4.3. Chống nhiễm khuẩn.**

- Rửa tay bằng xà phòng với nước sạch, lau khô trước khi tiếp xúc

- Vệ sinh môi trường, trang thiết bị y tế, hàng tháng bằng thuốc sát trùng.

Tránh việc tách mẹ không cần thiết và nằm chung giường, lồng ấp với trẻ khác.

Điều trị kháng sinh những trẻ có dấu hiệu nhiễm khuẩn, những trẻ phải canthiệp xâm lấn như đặt NKQ, nuôi dƣỡng TM, thở CPAP mũi.

20cmH20 và PEEP xấp xỉ 5cmH20.

**4.4. Điều trị vàng da**

Thăm khám hàng ngày phát hiện vàng da để điều trị

**4.5. Phòng xuất huyết, thiếu máu.**

- Tiêm Vitamin K1 liều ≥1500g cho 1mg, trẻ <1500g cho 0,5mg. Trẻ bị chảymáu liều điều trị trong 3 ngày liên tiếp, 3 liều/ngày.

**5. PHÒNG BỆNH:**

**5.1. Trước khi có thai**

- Tuyên truyền kiến thức sinh sản, tránh phải can thiệp nhiều vào tử cung.

- Tránh có thai nhiều lần, chú ý nghề nghiệp phải di chuyển nhiều khi có thaisẽ không tốt.

- Chế độ hỗ trợ dinh dưỡng tốt là rất quan trọng, bổ xung Multivitamin khôngcó hiệu quả giảm đẻ non, bổ xung acid folic trƣớc khi có thai chỉ khuyến cáo dựphòng dị tật.

**5.2. Khi có thai**

- Không hút thuốc lá, cung cấp dinh dưỡng và bổ sung vitamin.

- Nhiễm trùng vùng quanh tiểu khung sàng lọc và điều trị thích hợp

- Tự chăm sóc: dinh dưỡng đầy đủ, tránh stress, , khám định kỳ theo chỉ định

- Sử dụng Corticoid trước sinh cho những bà mẹ dọa đẻ non trước 34 tuần.

Steroid sẽ qua hàng rào rau thai sang trẻ kích thích phổi sản xuất surfactant.

- Khi vỡ ối sử dụng kháng sinh dự phòng cho bà mẹ và chuyển lên tuyến trên

có đơn vị hồi sức sơ sinh tốt để đẻ, gọi là chuyển viện trong tử cung.

# 11/ VÀNG DA SƠ SINH

**1. GIỚI THIỆU**

- Vàng da là một triệu chứng thường gặp ở trẻ sơ sinh do nhiều nguyên nhân

gây nên.

- Vàng da là do lượng bilirubin tăng > 120 μmol/l ( >7 mg/dl) trong máu trẻ

sơ sinh.

- Hầu hết các trường hợp trẻ vàng da có hàm lượng bilirubin/ máu không nguy

hại và không cần điều trị

- Bilirubin được tạo ra do sự dị hóa của hemoglobin trong cơ thể

+ Chuyển hóa bilirubin trong bào thai: sự thanh lọc bilirubin trong huyết

tương thai nhi do mẹ đảm nhiệm. Bilirubin gián tiếp của thai qua rau thai gắn với

albumin của mẹ đến gan mẹ và → bilirubin trực tiếp và được đào thải ra ngoài. Chỉcó một phần rất nhỏ bilirubin được biến đổi tại gan thai nhi và được chuyển xuốngruột, có trong phân su.

+ Chuyển hóa bilirubin sau khi sinh: ngay sau khi sinh, trẻ phải tự đảm nhận

chuyển hóa bilirubin trong khi chức năng chuyển hóa bilirubin của nhiều cơ quan

còn chưa hoàn thiện.

- Có 2 thể vàng da ở trẻ sơ sinh:

+ Vàng da do tăng bilirubin gián tiếp ( tự do)

+ Vàng da do tăng bilirubin trực tiếp ( kết hợp)

**2. VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN GIÁN TIẾP**

**2.1. Tóm tắt chuyển hóa bilirubin trong cơ thể và tại sao trẻ sơ sinh lại dễ bị**

**vàng da**

- Hồng cầu vỡ phóng thích bilirubin vào máu do

+ Số lượng hồng cầu /kg/ trẻ sơ sinh lớn hơn người lớn

+ Đời sống hồng cầu thai nhi ngắn hơn người lớn

+ Thiếu enzyme G6PD

- Vận chuyển bilirubin vào gan và quá trình kết hợp bilirubin tại gan : quátrình này ở trẻ sơ sinh còn hạn chế do

+ Men gan ( glucuronyl transferase) chƣa hoàn chỉnh

+ Lượng Albumin trong máu thấp

+ Trẻ sơ sinh thiếu oxy nặng ( ngạt), nhiễm khuẩn, nhiễm toan, dùng một số

thuốc cạnh tranh với bilirubin (cafein, heparin, rocephin…)

- Bài tiết bilirubin : Bilirubin được bài tiết qua đường tiêu hóa và đường tiết

niệu, quá trình này bị ảnh hƣởng do

+Nhu động ruột của trẻ kém → Bilirubin bị tái hấp thu qua chu trình ruột gan

+ Chức năng thận chưa hoàn chỉnh

**2.2. Vàng da sinh lý**

- Xuất hiện sau ngày thứ 3

- Tự khỏi sau 1 tuần

- Vàng da nhẹ đến mặt, ngực

- Toàn trạng trẻ ổn định

**2.3. Vàng da bệnh lý:**

2.3.1. Định nghĩa: khi nồng độ bilirubin tăng cao hơn mức độ sinh lýBilirubin gián tiếp > 12 mg/dl ( trẻ đủ tháng),> 15 mg/dl ( trẻ non tháng)

2.3.2. Cách xác định vàng da đúng

- Quan sát trẻ dưới ánh sáng tự nhiên vì nếu nhìn dưới ánh sáng đèn thì tìnhtrạng vàng da có thể nặng hơn hoặc nếu thiếu ánh sáng thì không thể phát hiện đượcvàng da

- Dùng ngón tay ấn nhẹ lên da trong 2 giây rồi bỏ ra, làm như vậy có thể nhìn

rõ màu da và tổ chức dưới da

2.3.3. Mức độ vàng da: dựa vào

**-** *Thời gian xuất hiện vàng da*

+ Vàng da xuất hiện sớm < 24 giờ tuổi

+ Vàng da xuất hiện sau 3 ngày: phổ biến

+ Vàng da xuất hiện muộn( ngày 14 trở đi)

-Theo tốc độ tăng bilirubin: tăng bilirubin nhanh > 0.5 mg/dl/giờ

- Tình trạng trẻ: các dấu hiệu đi kèm như có cơn ngừng thở, li bì, nôn, bú kém,

thân nhiệt không ổn định,co giật, tăng trương lực cơ, xoắn vặn.

- Các yếu tố thuận lợi:

+ Trẻ đẻ ngạt gây thiếu oxy máu

+ Trẻ đẻ non, nhẹ cân

+ Trẻ hạ thân nhiệt, hạ đường máu

+Trẻ toan máu

+ Trẻ giảm albumin máu

+Trẻ chậm đi ngoài phân su, nôn dịch vàng

**+** Tiền sử mẹ

Có trẻ sơ sinh bị vàng da ở lần đẻ trƣớc

Mẹ dùng thuốc oxytocin kích thích đẻ

Tiền sử thai nghén có nguy cơ : tiền sản giật, tiểu đường, nhiễm khuẩn…

2.3.4. Điều trị: dựa vào mức bilirubin máu, cân nặng, tuổi sau đẻ:

- Chiếu đèn: là kỹ thuật dễ thực hiện, không xâm lấn và ít tác dụng phụ, biến chứng

\*Hướng dẫn chiếu đèn

+ Bộc lộ da trẻ đến mức tối đa

+ Che mắt cho trẻ

+ Đặt trẻ ở vùng trung tâm của ánh sáng đèn và điều chỉnh khoảng cách thích

hợp từ bóng đèn chiếu đến trẻ là 30 -40 cm

+ Theo dõi mức Bilirubin trong máu : nếu trẻ vàng da sớm ≤ 48 giờ thì làm xét

nghiệm mỗi 6- 8 giờ , nếu thấy mức Bilirubin máu không tăng hoặc tăng trong giới

hạn ở bảng trên thì tiếp tục chiếu đèn và xét nghiệm lại sau 24 giờ. Nếu trẻ vàng da

sau 48 giờ thì làm xét nghiệm bilirubin sau 24 giờ.

+ Theo dõi thân nhiệt của trẻ:

+ Theo dõi phát hiện các tác dụng phụ do chiếu đèn ( Đỏ da, phỏng da, mất

nước, phân lỏng).

- Điều trị hỗ trợ khác

+ Truyền dung dịch Glucose 10% liều 80-100 ml/kg/ngày để tăng cường chức

năng kết hợp bilirubin của gan

+ Cho trẻ dùng sữa mẹ sớm để tăng thải bilirubin qua ruột

2.3.6. Dự phòng:

- Hướng dẫn mẹ theo dõi và phát hiện sớm dấu hiệu vàng da của trẻ để kịp

thời đưa trẻ đến cơ sở y tế

- Chiếu đèn dự phòng các trường hợp trẻ có nguy cơ ( ví dụ: trẻ đẻ non, đahồng cầu, đẻ ngạt, bướu huyết…)