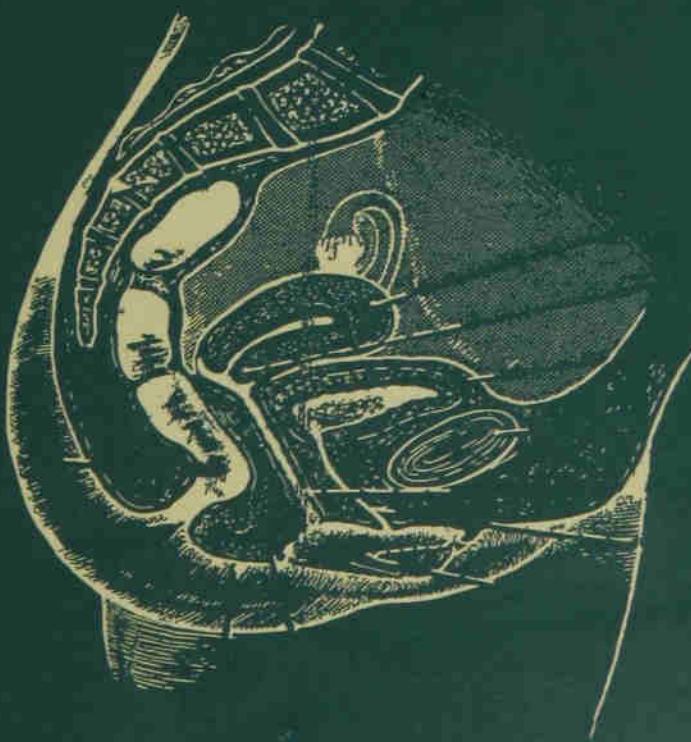


DƯƠNG THỊ CƯỜNG

SẢN KHOA HÌNH MINH HỌA



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

SẢN KHOA HÌNH MINH HỌA

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2006**

GS. DƯƠNG THỊ CƯỜNG

BS. ĐINH QUANG MINH

BS. NGUYỄN ĐĂNG THỤ

MỤC LỤC

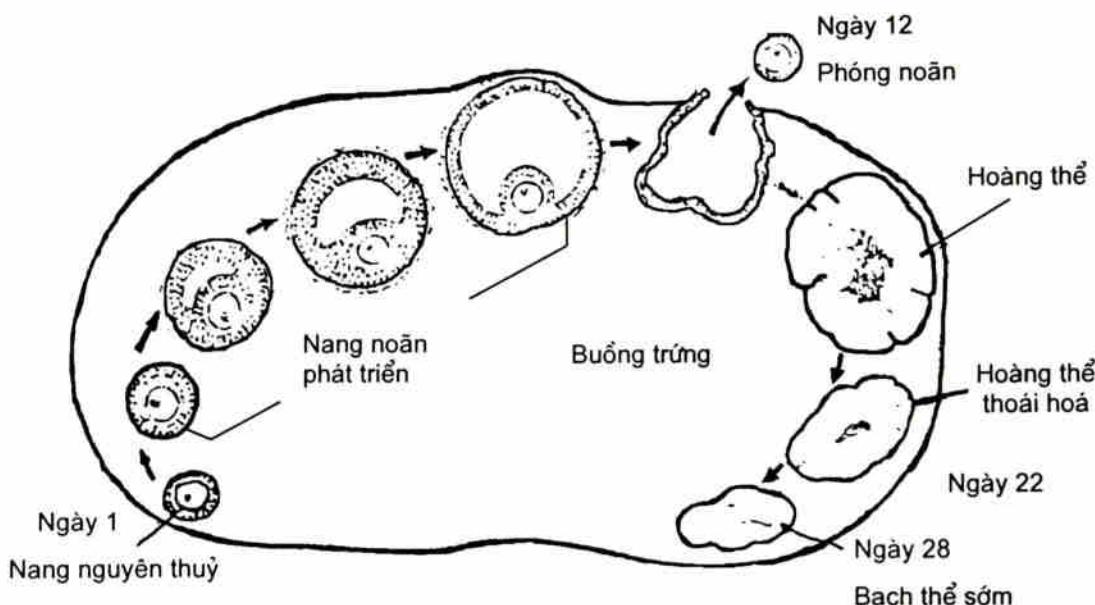
Chương 1. Sinh lý sinh sản	5
Chương 2. Sinh lý người mẹ	24
Chương 3. Giải phẫu học sản khoa	48
Chương 4. Chẩn đoán hiện tượng có thai	61
Chương 5. Sẵn sóc trước khi sinh	69
Chương 6. Đánh giá thai nhi trước khi sinh	91
Chương 7. Các bệnh toàn thân trong khi có thai	105
Chương 8. Các bệnh khi mang thai	138
Chương 9. Chảy máu âm đạo trong khi mang thai	164
Chương 10. Chửa đa thai và các biến chứng khác trước khi sinh	205
Chương 11. Chuyển dạ đẻ thường	234
Chương 12. Chuyển dạ đẻ bất thường	263
Chương 13. Các trạng thái bất thường của giai đoạn ba	303
Chương 14. Thủ thuật - phẫu thuật sản khoa và các thương tổn của người mẹ	314
Chương 15. Hậu sản bình thường và bệnh lý	355
Chương 16. Trẻ sơ sinh	376
Chương 17. Tử vong mẹ và thai nhi	418
Chương 18. Phòng tránh thai	429

Chương 1

SINH LÝ SINH SẢN

I. SỰ PHÓNG NOĀN VÀ HIỆN TƯỢNG KINH NGUYỆT

1. Các thay đổi theo chu kỳ của buồng trứng

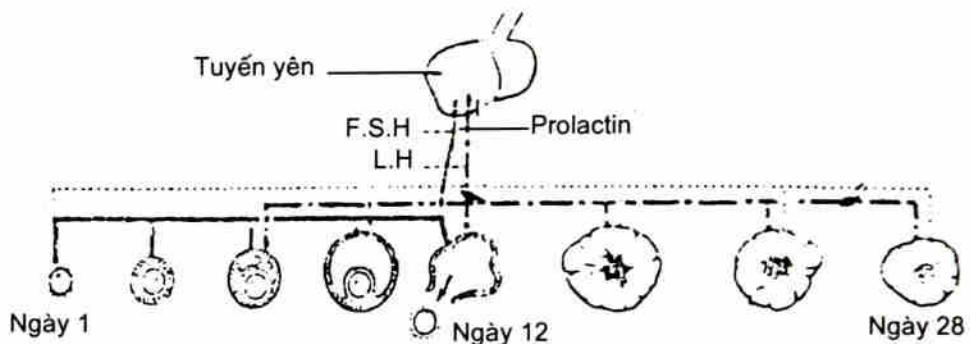


Hình 1.1. Sự thay đổi theo chu kỳ của buồng trứng

Trong vòng kinh bình thường 28 ngày, những thay đổi kế tiếp nhau xảy ra ở buồng trứng nhằm tạo ra một noān trưởng thành, có thể thụ tinh được. Sự kế tiếp này cũng kiểm soát về mặt khối lượng và chất lượng các steroid cần thiết cho sự chuẩn bị tiếp thu trứng của tử cung.

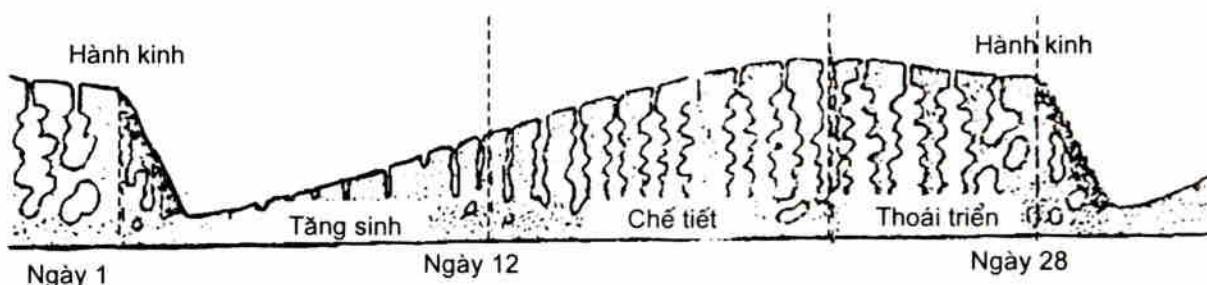
2. Sự kiểm soát của tuyến yên đối với buồng trứng

Những thay đổi ở buồng trứng chủ yếu do thuỷ trước tuyến yên kiểm soát, tuyến này chế tiết ra ba loại hormon: Hormon kích thích nang noān (FSH), có tác dụng làm nang noān phát triển; hormon hoàng thể hoá (LH), kích thích hiện tượng phóng noān và tạo nên hiện tượng hoàng thể hoá các tế bào hạt sau khi thoát khỏi noān, và prolactin mà tác dụng của hormon này không rõ ràng.



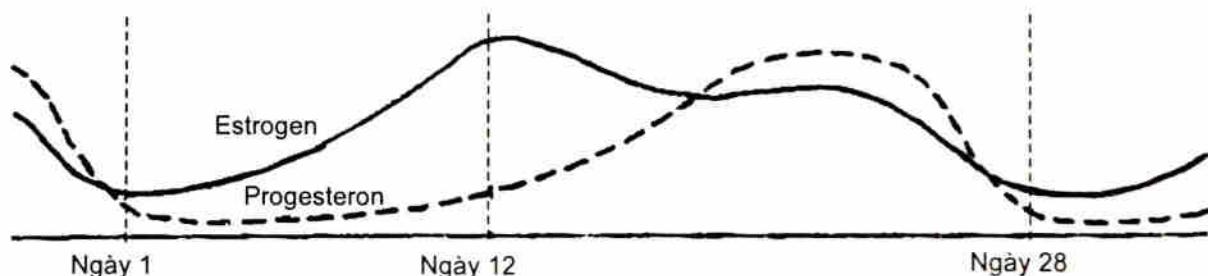
Hình 1.2. Sự kiểm soát của tuyến yên đối với buồng trứng

3. Những thay đổi ở nội mạc tử cung



Hình 1.3. Sự thay đổi của nội mạc tử cung

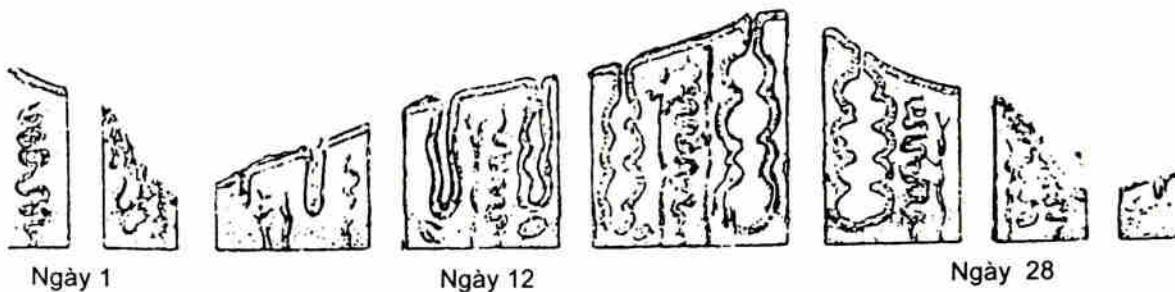
3.1. Các hormon buồng trứng



3.2. Những thay đổi ở mạch máu

3.2.1. *Giai đoạn tăng sinh* nhờ có estrogen kích thích, nội mạc tử cung được tái thiết. Các tuyến thẳng và không chế tiết.

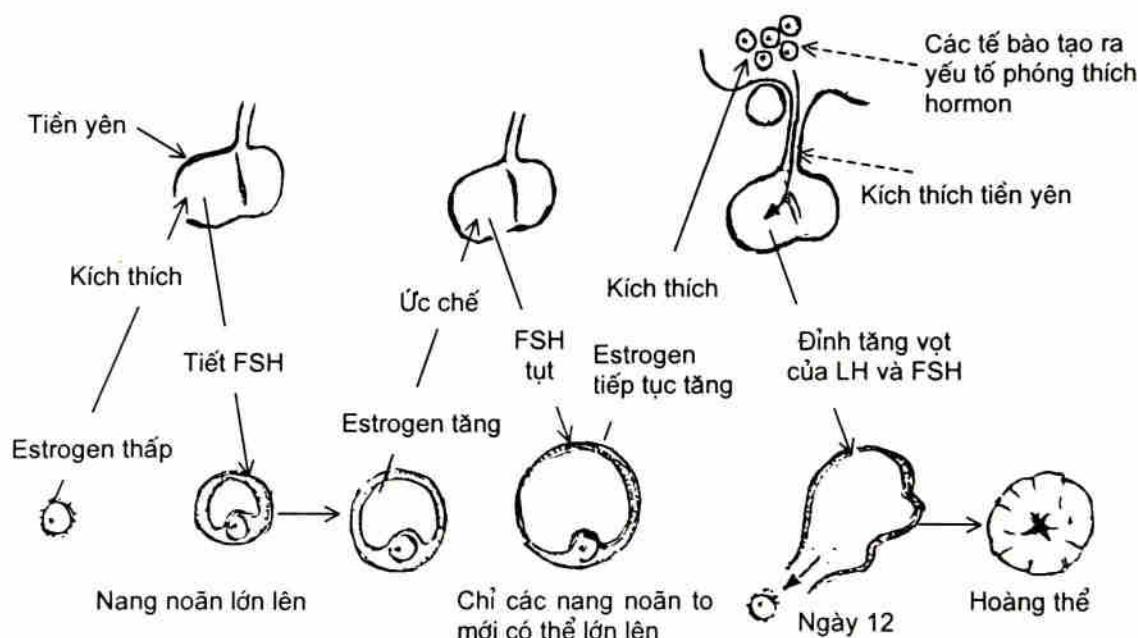
3.2.2. *Giai đoạn chế tiết* chủ yếu do progesteron kích thích, tại nội mạc các mạch máu phát triển mạnh mẽ. Các tuyến phình to lên và ngoằn ngoèo, chế tiết và dự trữ glycogen, mucin cùng những chất khác; các chất này có khả năng nuôi dưỡng noãn đã thụ tinh. Các mạch máu xoắn lại nhiều hơn.



Hình 1.4. Sự thay đổi ở mạch máu

3.2.3. *Giai đoạn tiền kinh (thoái triển)* sự phát triển của nội mạc tử cung dừng lại 5-6 ngày trước khi kinh nguyệt xuất hiện. Trước khi thấy kinh, lớp nội mạc này nhăn nhúm lại vì lưu lượng máu tuần hoàn giảm sút, và chất chế tiết được đẩy ra ngoài. Tình trạng này làm gia tăng hiện tượng ngoằn nghèo của các tuyến và các mạch máu.

Sự chế tiết các kích dục tố tuyến yên chịu sự kiểm soát kép của buồng trứng và một trung tâm tại vùng dưới đồi thị.

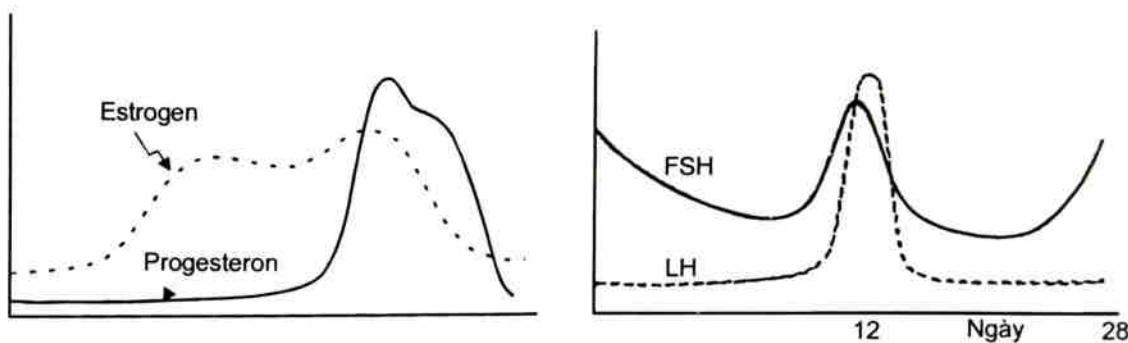


Hình 1.5. Sự chế tiết các kích dục tố của tuyến yên dưới sự kiểm soát của buồng trứng và vùng dưới đồi

Vào cuối vòng kinh thì estrogen trong huyết tương thấp, làm cho FSH được chế tiết để kích thích sự trưởng thành của nang noãn.

Estrogen trong máu tiếp tục tăng lên và cuối cùng kích thích vùng dưới đồi thị chế tiết ra các yếu tố phóng thích LH (feedback dương), gây nên sự tăng vọt của FSH và LH, dẫn đến hiện tượng phóng noãn.

Những biến đổi trong máu về hàm lượng các hormon chủ chốt được giới thiệu trong biểu đồ kèm theo.

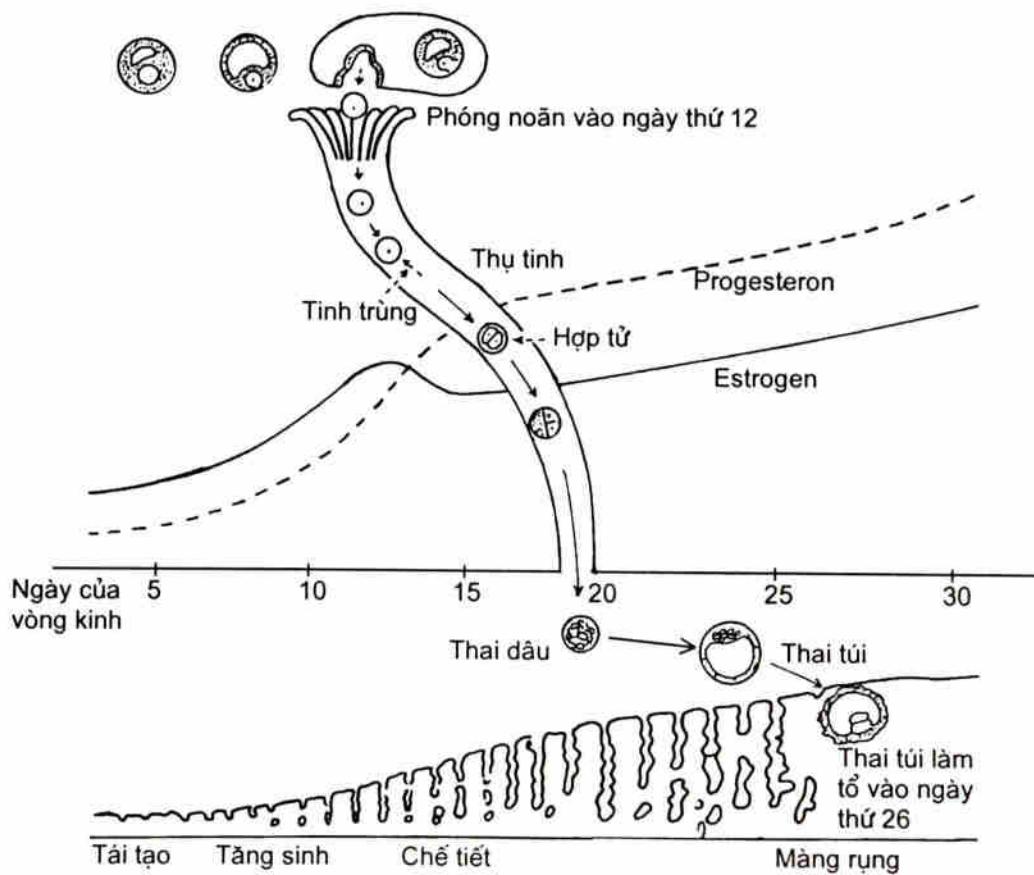


Hình 1.6. Sự thay đổi hàm lượng hormon chủ chốt.

II. SỰ THỤ TINH VÀ SỰ LÀM TỔ CỦA TRÚNG

1. Phóng noãn vào ngày thứ 12

2. Thụ tinh

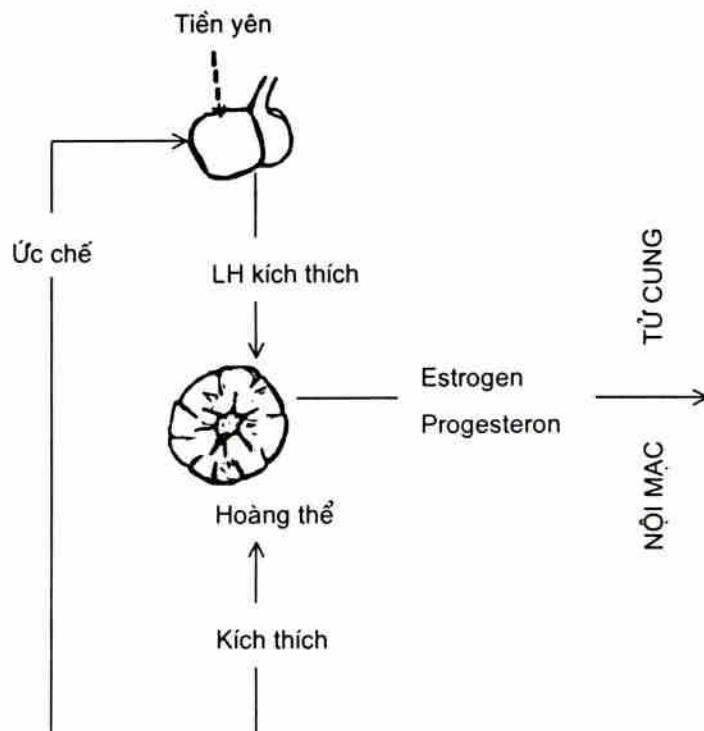


Hình 1.7. Phóng noãn và sự thụ tinh

Sau khi thụ tinh trong vòi Fallope thì hợp tử (noãn đã thụ tinh) phân chia liên tiếp để tạo nên một cầu đặc các tế bào gọi là thai dâu. Nó tiếp cận buồng tử cung vào ngày thứ 7 sau khi thụ tinh và làm tổ hoàn chỉnh vào ngày thứ 14 sau khi phóng noãn.

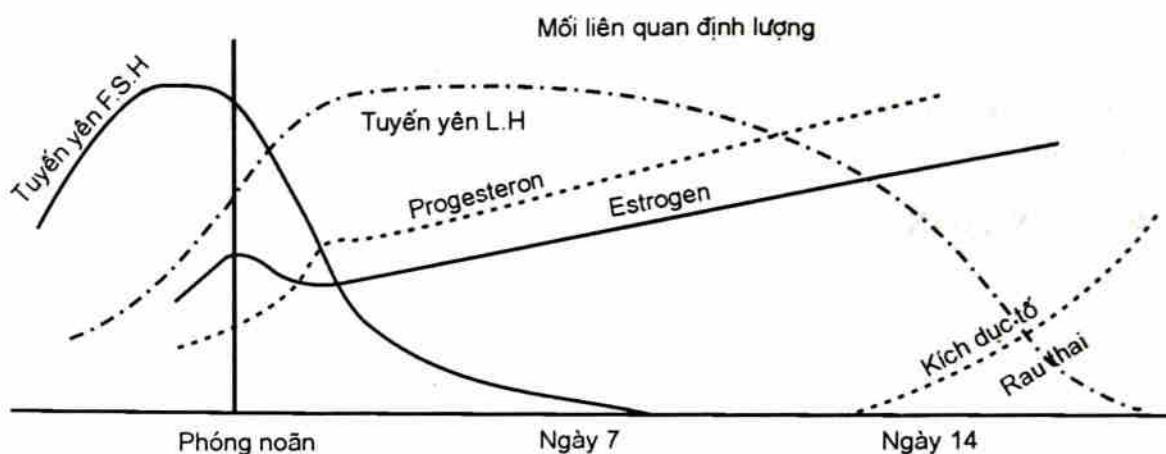
III. MỐI LIÊN QUAN VỀ NỘI TIẾT KHI MỚI MANG THAI

Phóng noãn và thụ tinh	Ngày 1
Đi qua vòi	
Fallope	Ngày 2 và 3
Hợp tử nằm tự do trong tử cung	Ngày 4
Hiện tượng làm tổ bắt đầu	Ngày 7
Hiện tượng làm hoàn thành	Ngày 14
Bánh rau tiết ra kích dục tố rau thai	



Hình 1.8. Sơ đồ mối liên quan về nội tiết khi mới mang thai

Trong 14 ngày đầu có thai, thì sự tăng trưởng của tử cung và màng rụng (nội mạc tử cung hoài thai) được duy trì nhờ hoàng thể dưới ảnh hưởng của hormon hoàng thể hoá của tuyến yên. Sau 14 ngày màng nuôi nguyên thuỷ tiết ra hormon hoàng thể hoá (kích dục tố rau thai), đảm nhiệm vai trò kiểm soát hoàng thể và ức chế hoạt động của kích dục tố tuyến yên.



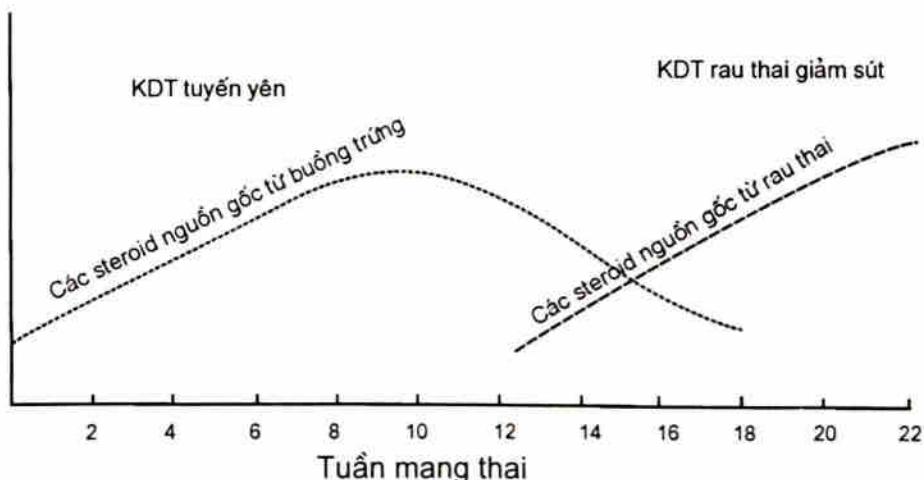
Hình 1.9. Sơ đồ mối liên quan định lượng

Dưới ảnh hưởng của hormon hoàng thể hoá của rau thai, hoàng thể tiếp tục tăng trưởng và tiết ra các steroid để duy trì sự tăng trưởng của màng rụng tử cung. Lượng kích dục tố rau thai tiết ra hàng ngày đạt tới đỉnh cao nhất chung quanh 10-12 tuần, rồi sau đó giảm đi tới một ngưỡng ổn định cho tới đủ tháng. Với sự giảm sút này, hoạt động của hoàng thể mất đi, song sự sản xuất steroid của rau thai bắt đầu thay thế nó, khiến cho lượng estrogen và progesteron chế tiết ra hàng ngày tăng lên đều đặn.

1. Lượng steroid tiết ra hàng ngày của buồng trứng và rau thai

	Progesteron/24 giờ	Estrogen niệu/24 giờ
Đỉnh của giai đoạn hoàng thể	30mg	30mg
Giai đoạn rau thai 20 tuần	75mg	4-5mg
40 tuần	250 - 300mg	Nhiều hơn 50mg

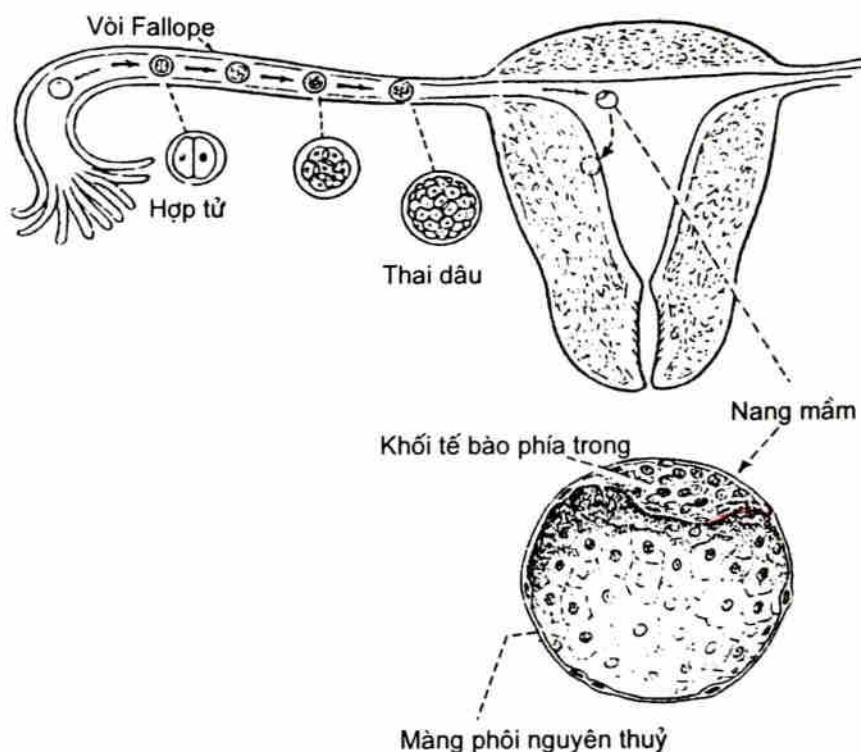
2. Kích dục tố (KDT) rau thai tăng lên



Hình 1.10. Các steroid tiết ra khi mới mang thai

IV. SỰ PHÁT TRIỂN CỦA PHÔI

Khi còn đang ở trong vòi Fallope thì noãn đã thụ tinh phân chia liên tiếp để tạo nên một khối hình tròn các tế bào gọi là thai dâu.



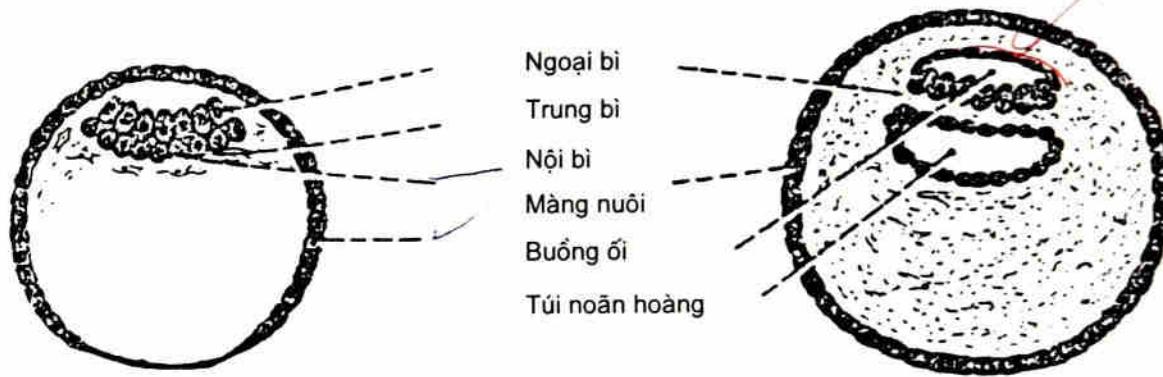
Hình 1.11. Sự phát triển của phôi

Tiếp với chặng này, khi thai dâu vào tới buồng tử cung thì xuất hiện một khoang lêch tâm, dẫn đến việc hình thành một khối cầu rỗng hay nang mầm với một gờ các tế bào ở một phía của mặt trong là khối tế bào phía trong. Vỏ ngoài của nang mầm trở nên màng nuôi chịu trách nhiệm dinh dưỡng cho phôi.

Cho tới tận thời điểm này, các chất tiết trong vòi trứng và tử cung vẫn đủ cho sự tăng trưởng ban đầu của hợp tử. Sự phát triển tiếp tục đòi hỏi nguồn thức ăn và oxy gia tăng, và hợp tử phải tiếp xúc với nguồn cấp huyết từ mẹ bằng cách làm tổ trong lớp màng rụng.

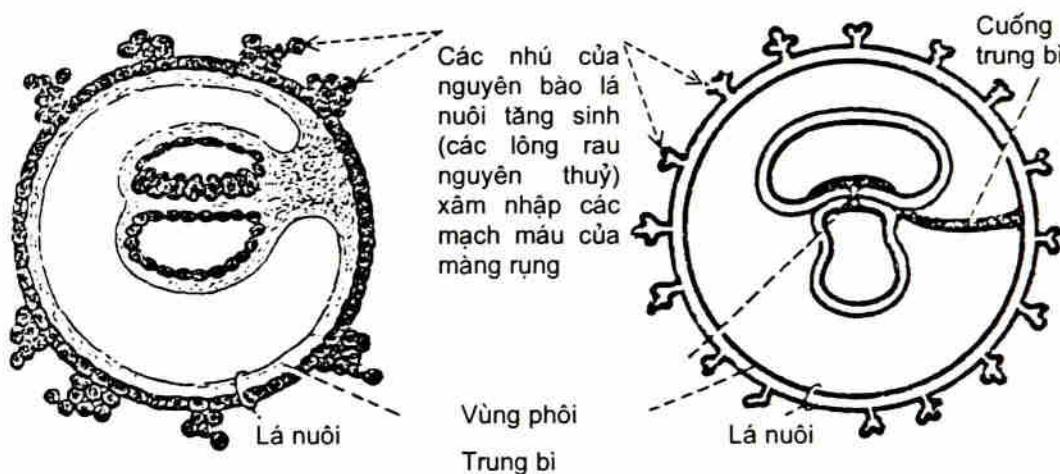
Khối tế bào phía trong biệt hoá và tạo nên hai khối riêng biệt, khối ngoài hay còn gọi là lá ngoại bì và khối trong hay là nội bì. Một sự biệt hoá tiếp tạo ra lá thứ ba, là lá trung bì, ở giữa hai lá vừa nêu. Lá này phát triển ra phía ngoài và lót bọc nang mầm. Sự kết hợp của lớp nguyên bào nuôi và trung bì nguyên thuỷ được gọi là lá nuôi.

Có hai buồng xuất hiện, một trong lớp ngoại bì tạo thành buồng ối, túi kia trong lớp nội bì - là túi noãn hoàng.



Hình 1.12. Sự biệt hoá khối tế bào thành 2 khối riêng biệt

Hai khối hình cầu nhỏ này được lớp trung bì bao phủ, di chuyển vào giữa khoang nang mầm, lớp trung bì tạo ra cuống liên kết.



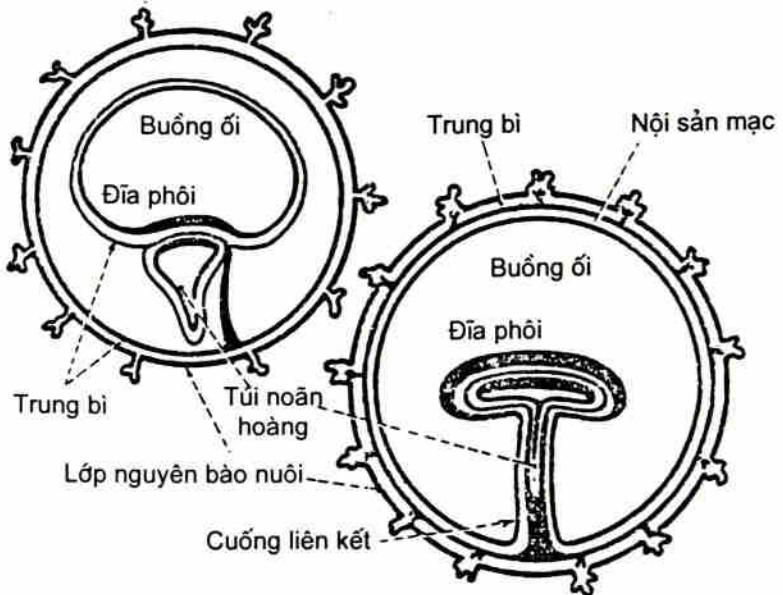
Hình 1.13. Sự tạo ra cuống liên kết

Ngày

Hai lá ngoại bì và trung bì đối chiếu với nhau cùng tổ chức trung bì xen vào giữa được xếp đặt để hình thành phôi thực sự. Sự phình rộng của buồng ối diễn ra.

Buồng ối tiếp tục nở rộng ra cho tới khi nội sản mạc gấp thành của nang mầm. Cùng lúc, nó bọc lấy cả túi noãn hoàng. Một phần của túi noãn hoàng chui vào trong phôi, trong đó thì phần còn lại tạo nên ống còn sót lại, được áp vào cuống trung bì nguyên thuỷ.

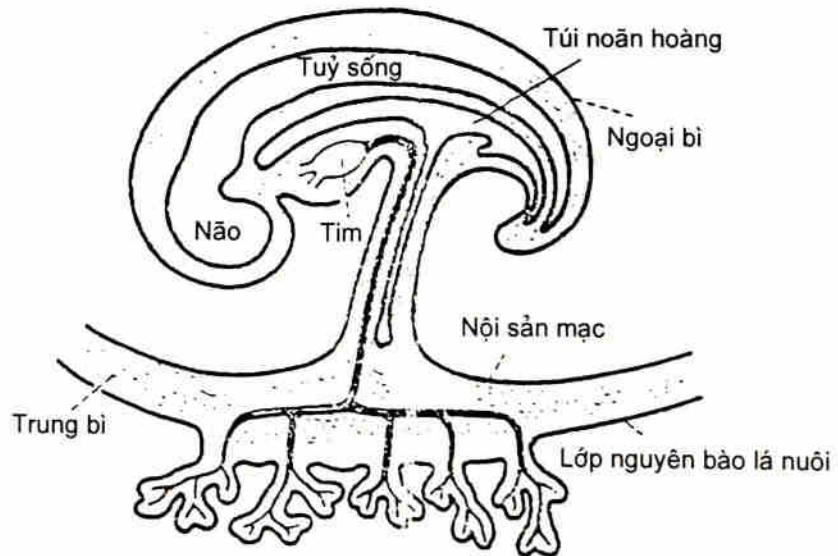
Các mạch máu phát triển trong lớp trung bì của phôi và trong lớp trung bì của lớp nguyên bào nuôi. Sự kéo dài của các mạch máu này theo dọc cuống liên kết, dẫn đến sự hình thành các động mạch rốn và tĩnh mạch.



Hình 1.14. Sự hình thành các động mạch rốn và tĩnh mạch rốn

Các mạch máu tại cực đầu của phôi biệt hóa để hình thành tim. Sự hình thành máu diễn ra trong các mạch máu nguyên thuỷ của lớp nguyên bào nuôi và thai nhi. Sự trao đổi giữa người mẹ và thai nhi được tạo thuận lợi nhờ sự hình thành hệ tuần hoàn rau thai này.

Sự hình thành và sự biệt hoá của hệ thống tạo huyết mạch xảy ra vào giữa tuần lẽ mang thai thứ ba và thứ tư. Từ lúc này, diễn ra sự phát triển toàn diện của thai nhi.



Hình 1.15. Sự hình thành biệt hoá ở tuần thứ ba, tuần thứ tư

Các cấu trúc hình thành từ các lớp nguyên thuỷ

Ngoại bì: da và các tổ chức phụ thuộc, hệ thần kinh kể cả phần tuỷ của thượng thận, các tuyến chằng hạn như tiền yên và tuyến nước bọt.

Nội bì: ống dạ dày - ruột, gan túi mật, đường mật, tuyến tuy, đường thở và các tế bào mầm của tuyến sinh dục.

Trung bì: xương, cơ, sụn, mô liên kết, các thanh mạc, hệ tim mạch, thận và phần lớn đường sinh dục.

V. SỰ PHÁT TRIỂN CỦA THAI NHI - HỆ TUẦN HOÀN

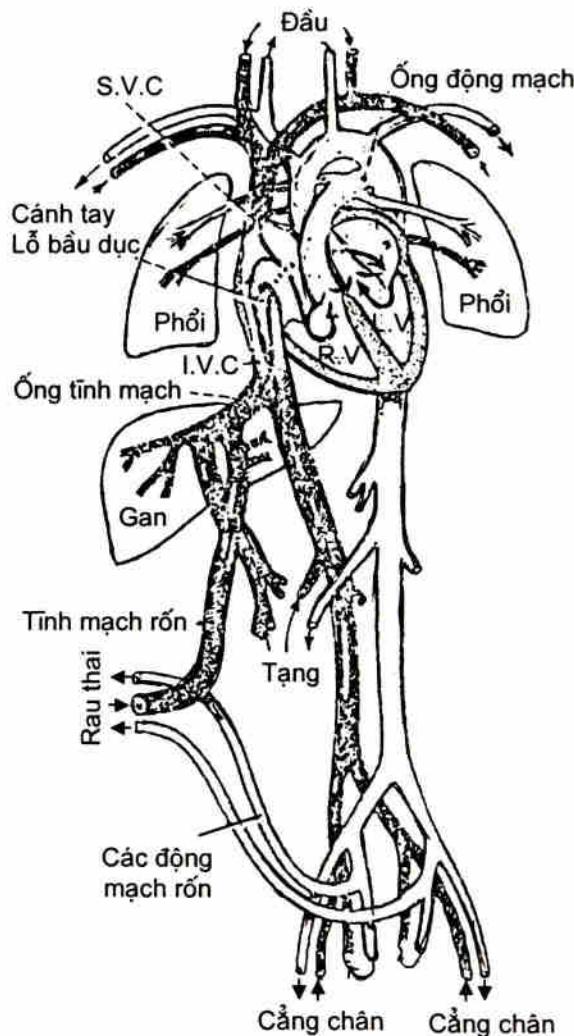
Máu đã được oxy hoá từ rau thai trở về thai nhi qua đường tĩnh mạch rốn. Mạch máu này xuyên qua gan và phân nhiều nhánh nhỏ cho tạng này. Đại bộ phận máu được dồn qua ống tĩnh mạch để đổ vào tĩnh mạch chủ dưới, mạch này lại dẫn máu không được oxy hoá trở về từ các chi dưới, thận, gan...

Chỉ có một phần của hai dòng máu hoà vào nhau và đại bộ phận máu đã oxy hoá được dồn thẳng vào đầu trên của tĩnh mạch chủ dưới qua lỗ bầu dục đổ vào tâm nhĩ trái, rồi sau đó xuống tâm thất và động mạch chủ. Luồng máu được oxy hoá tương đối tốt này nuôi dưỡng cho đầu và các chi trên.

Phần còn lại của máu từ tĩnh mạch chủ trên hoà với máu của tĩnh mạch chủ dưới, đi tới tâm thất phải rồi sau đó tới động mạch phổi. Chỉ có một lượng máu rất nhỏ đi tới hai phổi. Đại bộ phận máu qua đường ống động mạch để vào động mạch chủ ở phía ngoài các mạch máu nuôi dưỡng đầu và các chi trên.

Sau đó, máu đi theo động mạch chủ xuống cung cấp cho các tạng và các chi dưới.

Thực sự có ít máu đi đến các chi dưới. Đại bộ phận máu ở vị trí này đi vào các động mạch rốn; những động mạch này xuất phát từ các động mạch chậu trong.



Hình 1.16.

Khi mới sinh ra thì các mạch máu rốn co lại. Hiện tượng thở giúp tạo ra áp lực âm trong lồng ngực, như vậy hút thêm máu từ động mạch phổi vào phổi, làm lệch hướng khỏi ống động mạch; ống này dần dần được bịt lại. Lỗ bầu dục là một lỗ van, bơm từ phía phải sang trái. Áp lực tâm nhĩ trái tăng lên làm cho van bị bịt lại.

VI. SỰ PHÁT TRIỂN CỦA CÁC TẠNG - THỜI BIỂU

Tạng	Biệt hoá	Cấu tạo hoàn chỉnh
Tuỷ sống	3-4 tuần	20 tuần
Não	3	28
Mắt	3	20-24
Cơ quan khứu giác	4-5	8
Cơ quan thính giác	4-5	24-28
Hệ hô hấp	5	24-28
Tim	3	6
Dạ dày-ruột	3	24
Gan	3-4	12
Thận	4-5	12
Cơ quan sinh dục	5	7
Mặt	3-4	8
Các chi	4-5	8

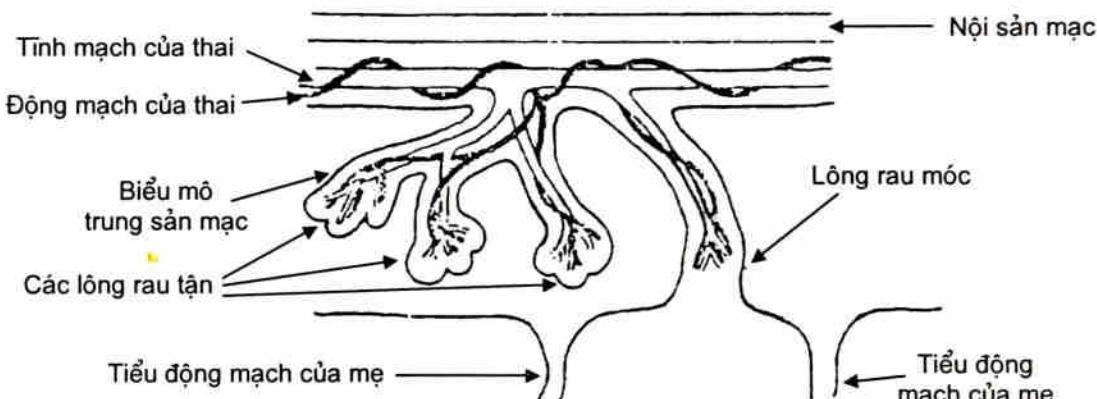
CÁC TRUNG TÂM CỐT HOÁ

Đầu	Tuần lê	Chi trên	Tuần lê
Hàm dưới	7	Cánh tay	8
Xương chẩm	8-10	Xương quay	8
Hàm trên	8	Xương trụ	8
Xương thái dương	9	Xương ngón tay	9-16
Xương bướm	9-10	Xương bàn tay	9-12
Xương mũi	10	Chi dưới	
Xương trán	9-10	Xương đùi	9
Mê đạo xương	17-20	Xương chày	9
Răng	17-28	Xương mác	9
Xương móng	28-32	Đầu xương quanh khớp gối	35-40
Thân		Xương gót	21-29

Xương đòn	7	Xương sên	24-32
Xương bả vai	8-9	Xương hộp	40
Các xương sườn 5,6,7 1, 3, 4, 8, 9, 10, 11	8-9 9	Các xương bàn chân	9-12
1 và 12	10	Xương đốt sống	9-12
Xương ức	21-24		

VII. SỰ PHÁT TRIỂN CỦA RAU THAI

Lớp nguyên bào nuôi nguyên thuỷ của nội sản mạc nhăn nhúm gậm mòn màng rụng, phá huỷ các tuyến và lớp đệm, nhưng chưa lại các tiểu động mạch và các tiểu tĩnh mạch của mẹ. Các mạch máu này giãn ra để tạo nên những xoang mạch. Các lông rau, hiện nằm trong hồ huyết của mẹ, phân chia liên tiếp để tạo nên những cấu trúc giống như hình cây phức tạp, trong đó các nhánh của các mạch máu rốn tạo ra các thác mạch liên quan mật thiết với lớp biểu mô nguyên bào nuôi bề mặt.

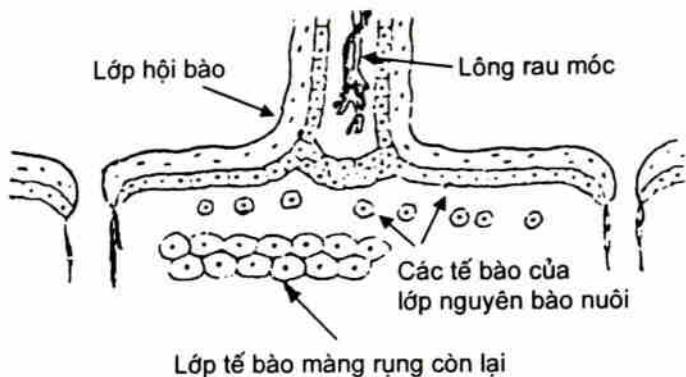


Hình 1.17. Hình cây phức tạp do sự phân chia của các lông rau

Các nhánh của các lông rau nguyên thuỷ giờ đây được gọi là các lông rau, thuộc hai loại: đại bộ phận các lông rau này bơi tự do trong máu mẹ, được gọi là các lông rau tận. Một số lông rau bám vào tổ chức thuộc người mẹ, đây là các lông rau móc.

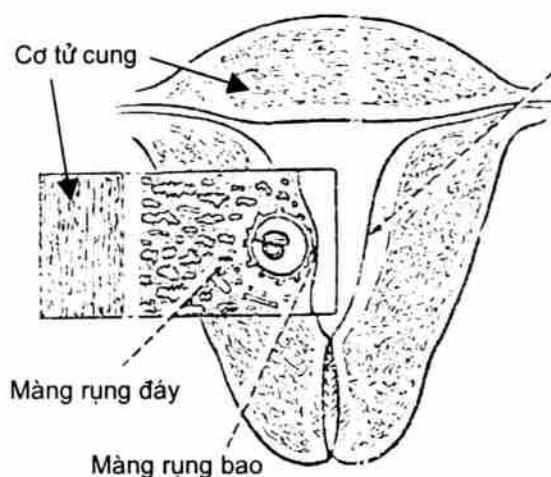
Biểu đồ nguyên bào nuôi che phủ toàn bộ khoang chứa máu mẹ, trong đó treo lơ lửng các lông rau tận.

Lớp nội bào lá nuôi có một số đặc thù của nội mạc mạch máu, trong số các thuộc tính khác, có khả năng ngăn ngừa được huyêt khối.



Hình 1.18. Lớp nội bào lá nuôi

Các lông rau hiện diện trên toàn bộ mặt ngoài của nang mầm. Trong khi nang mầm lớn lên thì nó áp lớp màng rụng nồng (màng rụng bao) và khối thai lồi vào trong buồng tử cung.

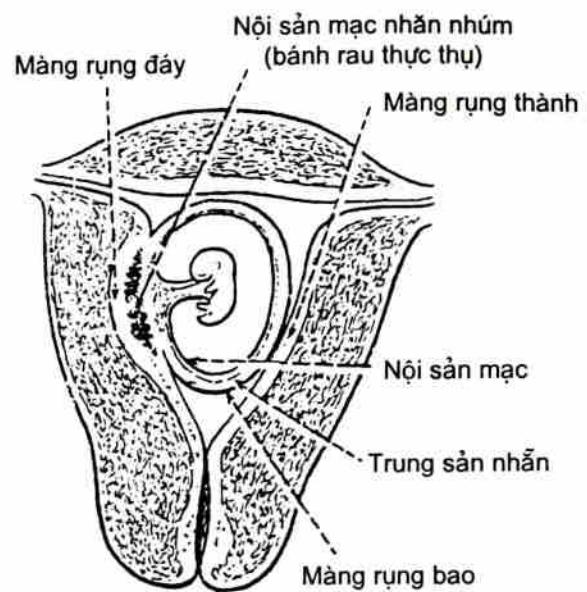


Hình 1.19. Khối thai lồi vào trong buồng tử cung

Tình trạng bị ép của màng rụng bao dần dần làm toàn hoàn đi qua nó bị mất đi. Điều này dẫn đến hiện tượng teo và biến mất của các lông rau của nó. Bề mặt của nang mầm trở nên nhẵn nhụi, nên phần này của trung sản mạc được gọi là trung sản mạc nhẵn.

Ở cực đối diện của nang mầm, các lông rau tăng sinh và đầy lên, được gọi là nội sản mạc nhẵn nhúm. Cuống liên kết của phôi được dính vào thành của nang mầm ở điểm này.

Cuối cùng, cùng với sự phình rộng của nang mầm thì màng rụng bao tiếp xúc với màng rụng thành, và buồng tử cung bị tắc lại.

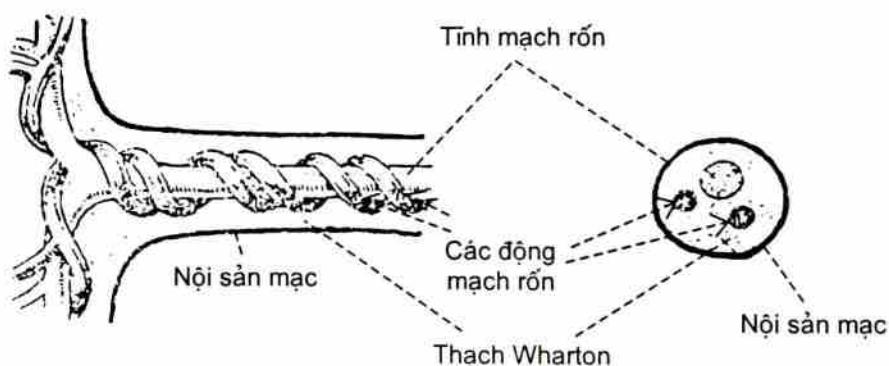


Hình 1.20. Sự phát triển của rau thai

VIII. RAU THAI - SỰ PHÁT TRIỂN CỦA DÂY RỐN

Bánh rau đã được cấu tạo hoàn chỉnh là một đĩa có bề dày khoảng 1 inch, mỏng dần về phía bìa. Cân nặng chừng 500g, có màu đỏ thẫm là do máu của mẹ trong các khoang ở giữa các lông rau tạo nên.

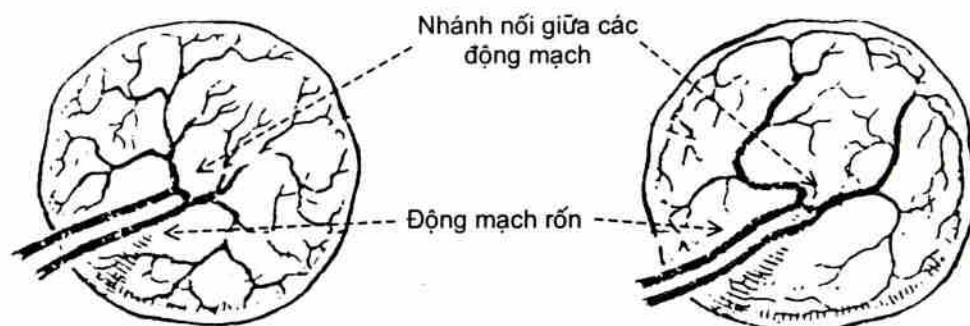
Dây rốn có hai động mạch rốn và một tĩnh mạch, nằm trong thạch Wharton, là một mô nhầy có nguồn gốc trung bì. Thạch này có tác dụng là một đệm thực thể nhằm ngăn ngừa dây rốn bị thắt nút, tuần hoàn bị cản trở.



Hình 1.21. Sự phát triển của dây rốn

Các mạch máu rốn thường dính vào gần vị trí trung tâm bánh rau. Các mạch này phân chia liên tiếp ngay, hình thành các nhánh trên khắp bề mặt bánh rau. Cách phân nhánh này được gọi là bánh rau kiểu "mạch phân tán". Đôi khi, các

mạch máu chính có thể kéo dài tới tận vùng bìa bánh rau trước khi chia nhánh (tuy chúng có thể tách ra một số nhanh nhỏ trên đường đi tới vùng bìa). Đây là bánh rau kiểu "mạch phân tán".

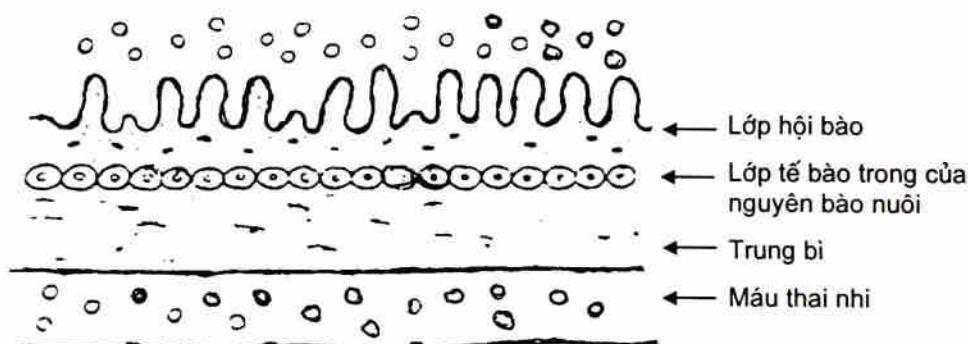


Hình 1.21. Sự phát triển của dây rốn

Có một nhánh nối ngắn giữa hai động mạch rốn ở ngay chỗ chúng vừa tiếp cận bánh rau. Nhánh nối này dùng để cân bằng áp lực và lưu lượng máu cho mỗi nửa của bánh rau.

VIII. CÁC CHỨC NĂNG CỦA BÁNH RAU

Các chức năng của rau thai phụ thuộc vào cấu trúc và sinh lực của các lông rau. Các lông rau này được ngâm trong máu mẹ, nhưng không có sự tiếp xúc trực tiếp giữa máu của thai và máu của mẹ. Các cấu trúc ở giữa hai hệ tuần hoàn này tạo nên cái gọi là hàng rào rau thai.



Hình 1.22. Hàng rào rau thai

Tác dụng hàng rào ngăn bị giảm đi theo hai cách. Các nhú dạng polyp của bào tương hội bào - các vi lông rau - làm gia tăng diện tích đối với sự hấp thụ, chế tiết và trao đổi giữa hai hệ tuần hoàn. Hai là khi kích thước khối thai gia tăng, nhất là sau tuần lễ thứ 16, thì bề dày của lớp hội bào giảm đi mà không có biến đổi nào về

cấu trúc vi lông của nó. Trung bì của thai nhi giảm đi về khối lượng và các mạch máu của các lông rau giãn ra.

Bề dày của hàng rào rau thai: 12 tuần... là 0,025mm; vào lúc đủ tháng ... là 0,002mm.

Các chức năng của rau thai là:

1. Hô hấp

ÁP lực giảm xuống khi máu mẹ đi vào bánh rau với hậu quả là dòng máu chậm lại giúp cho sự trao đổi giữa mẹ và thai. Máu mẹ có hàm lượng oxy tương đối cao và hàm lượng CO₂ tương đối thấp, như vậy, oxy đi sang máu con và CO₂ trở về máu mẹ xảy ra theo một tiến trình khuếch tán giản đơn.Thêm vào đó, hemoglobin của thai nhi có khả năng gắn O₂ cao hơn hemoglobin của người lớn.

2. Bài tiết

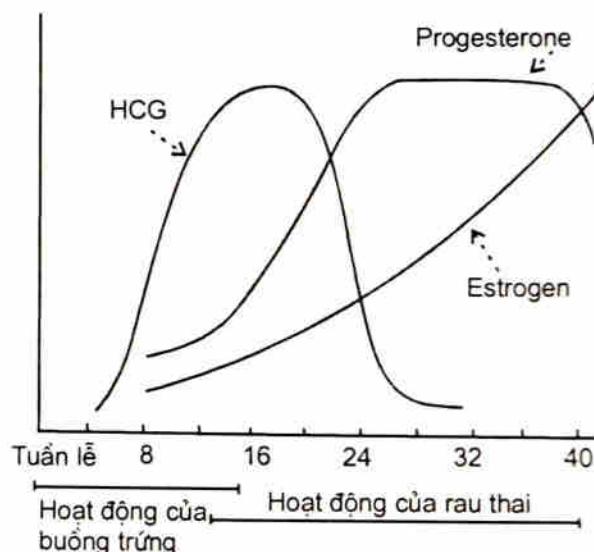
Sự hiểu biết về cơ chế bài tiết qua rau thai còn ít ỏi. Nồng độ ure trong cả máu thai và máu mẹ đều như nhau.

3. Dinh dưỡng

Tất cả các chất carbohydrate, các lipid đơn giản và các protein (như các acid amin) đều được chuyển qua bánh rau. Hiện tượng này xảy ra hoặc thông qua tiến trình khuếch tán, như đối với glucose, hoặc theo những cơ chế vận chuyển đặc biệt, như đối với các acid amin.

4. Nội tiết

- Bánh rau sản xuất ra: HCG
1. Estrogen
 2. Progesteron
 3. Kích dục tố rau thai (HCG)
 4. Lactogen rau thai (HPL)
 5. Các steroid vỏ thượng thận



Hình 1.23. Sự chế tiết các nội tiết tố

Buồng trứng sản xuất ra các estrogen và progesteron trong 12 tuần lê đầu mang thai. Kích dục tố rau thai được chế tiết ra với khối lượng lớn để duy trì hoàng

thể. Sau đó bánh rau sản xuất ra các estrogen và progesteron, hoàng thể teo đi và hiện tượng chế tiết kích dục tố rau thai cũng giảm sút đi nhiều.

Các estrogen và progesteron duy trì sự tăng trưởng của tử cung và kiểm soát hoạt động của tử cung trong khi mang thai. Các nội tiết này cũng chịu trách nhiệm về các thay đổi ở người mẹ, chẳng hạn như sự phát triển của các tuyến vú.

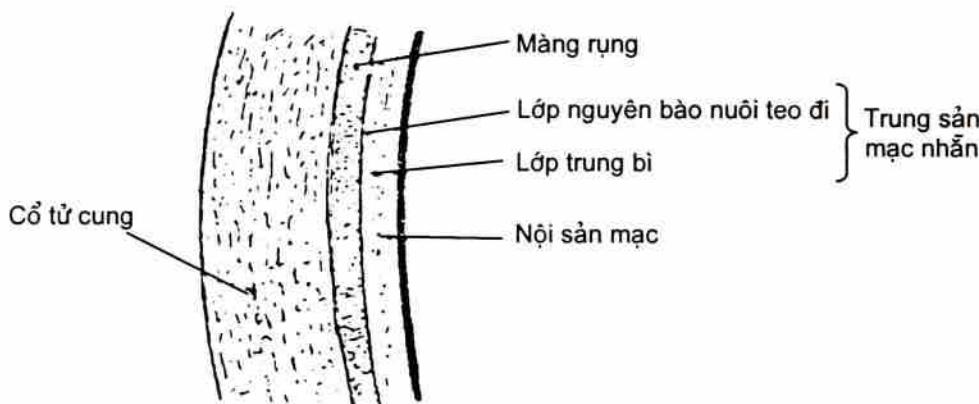
Các hàm lượng lactogen rau thai tăng lên đều đặn trong suốt thời kỳ có thai, tuy rằng chức năng cụ thể của hormon này chưa được biết rõ ràng.

Việc đo lường các hàm lượng của các estrogen, progesteron và lactogen rau thai được dùng làm những nghiệm pháp đánh giá chức năng của bánh rau. Tác dụng sinh lý của các nội tiết này được thảo luận chi tiết hơn trong chương 2.

5. Các chất khác do sự có thai sinh ra

Rau thai sản xuất ra một số các protein và enzym, chẳng hạn như phosphatase kiềm chịu nhiệt và cystin amino - peptidase. Một vài loại trong số các protein này được xác định giản đơn nhờ tên gọi, chẳng hạn như các protein huyết tương A và B do có thai sinh ra. Chức năng và tầm quan trọng của chúng được hiểu biết rõ ràng.

Các màng ối xuất phát từ những phần bị teo đi của lớp nguyên bào nuôi trong lúc nang mầm phình to ra - trung sản mạc nhẵn - cộng với nội sản mạc.



Hình 1.24. Trung sản mạc nhẵn

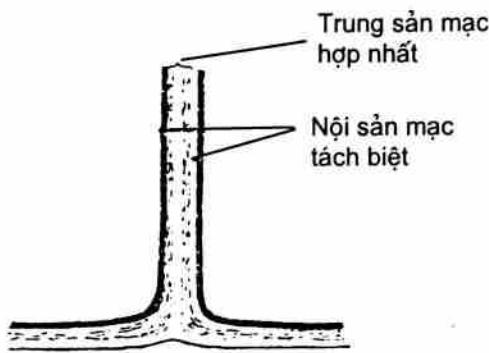
Nội sản mạc có thể dễ dàng bị tách ra khỏi trung sản mạc, hiện tượng này giúp cho ta có thể phân biệt:

Hai noãn hoặc một noãn hai trung sản mạc

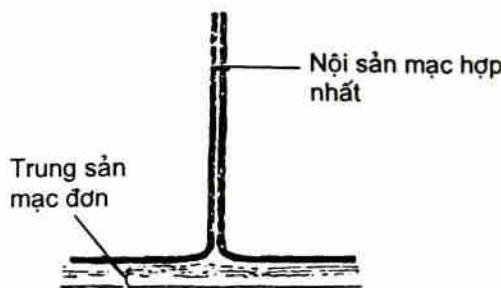
Nếu các màng ối là ba lớp riêng biệt ở bề mặt đối chiếu, thì sinh đôi có thể hoặc là một noãn hoặc hai noãn (hình 1.25).

Một noãn

Khi các màng đối chiếu nhau chỉ gồm có hai lớp - hai nội sản mạc - sinh đôi chắc chắn do một noãn (1.26)



Hình 1.25. Trung sản mạc hợp nhất



Hình 1.26. Trung sản mạc đơn

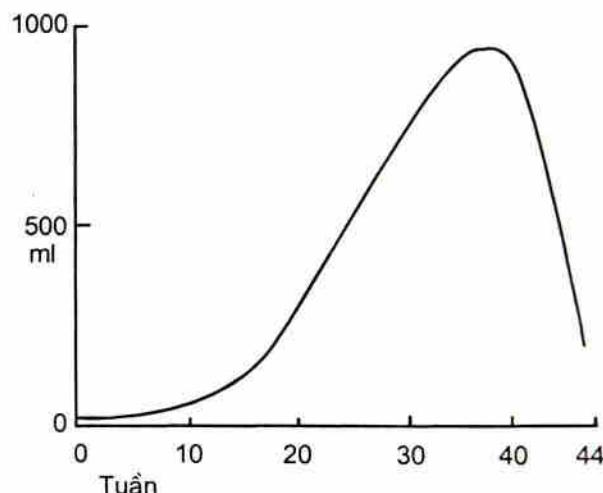
IX. NƯỚC ỐI

1. Thể tích

Thể tích này tăng lên cho tới tuần 38, giảm một chút ít tới lúc đủ tháng, nhưng sau đó lại tụt xuống nhanh hơn.



Hình 1.27. Nguồn gốc thể tích nước ối



Hình 1.28. Đồ thị nước ối

2. Nguồn gốc

Dịch ối cứ ba giờ lại thay đổi một lần. Sự hình thành và tuần hoàn của nước ối chưa được biết rõ ràng. Nó có thể do nhiều nguồn mà ra.

3. Thành phần

Nó không phải là một dịch thấm đơn giản. Nồng độ của các chất rất hiếm khi giống như nồng độ phát hiện trong huyết tương mẹ, tuy rằng một số chất có thể tăng lên hoặc giảm xuống hài hòa với máu mẹ.

	Nồng độ trong 100ml	Tỷ lệ	Dịch ối
			Huyết tương mẹ
Protein	0,375g		1/20
Creatinin	2-4mg		2/1
Ure	40-60mg		2/1
Acid uric	6,0mg		2/1
Glucose	10-60		1/8-3/5
Lipid toàn phần	49-59mg		1/20
Cholesterol	2-10mg		1/30
Phospholipid	3-5mg		1/40
Các điện giải	như ở mẹ		1/1

Quá trình tiến triển của thai thì nước tiểu thai nhi là thành phần tương đối nhiều hơn của dịch ối. Nội dung của dịch ối như vậy có thể phản ánh chức năng thận của thai nhi. Các hàm lượng creatinin trong dịch ối tăng vọt lên vào khoảng 38 tuần, đã được sử dụng làm một nghiệm pháp để đánh giá sự trưởng thành của thai.

4. Các hormon

Người ta thấy kích dục tố rau thai, lactogen rau thai, các estrogen, progesteron và các hydroxycorticoid có khối lượng đáng kể.

Các prostaglandin được tìm thấy thuộc hai loại. Loại E thấy khi mới bắt đầu có thai, trong khi đó lúc tới đú tháng thì lại thấy loại F.

5. Các enzym

Người ta đã phát hiện ra rất nhiều loại enzym trong dịch ối và trong tế bào của dịch này. Có thể đo lường được các enzym này bằng các nghiệm pháp để phát hiện một số rối loạn về chuyển hoá.

6. Tế bào học

Khi mới bắt đầu có thai, có thể phát hiện thấy 3 loại tế bào, các tế bào ái toan to, các tế bào ái kiềm to và nhỏ. Những tế bào này xuất phát từ da, miệng, âm đạo và bàng quang của thai nhi.

Sau tuần lễ thứ 36 người ta phát hiện ra các tế bào ái toan, không nhân, hình đa giác, bắt màu da cam khi nhuộm bằng phẩm sulphat xanh Nile và chúng là những tế bào biểu mô lát tầng từ da thai nhi ra. Hiện tượng này có thể dùng làm nghiệm pháp để khẳng định màng ối bị rách.

Các chi tiết cụ thể hơn về nghiệm pháp để nhận định dịch ối được trình bày trong chương 6.

Chương 2

SINH LÝ NGƯỜI MẸ

I. HIỆN TƯỢNG TĂNG CÂN

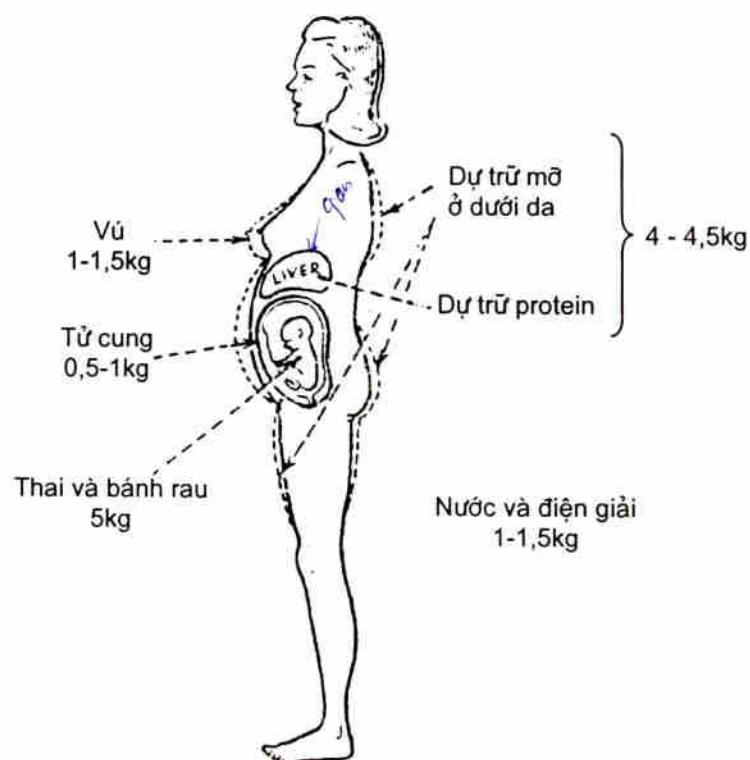
1. Cân nặng cơ thể

Trong khi có thai, có tình trạng tăng cân tương đương với 25% trọng lượng khi không mang thai, đối với một bệnh nhân trung bình thì xấp xỉ 12,5kg.

Có hiện tượng biến đổi rõ rệt ở người phụ nữ bình thường, song tăng cân chủ yếu xảy ra vào nửa sau của thời kỳ mang thai, và thường khoảng 0,5kg mỗi tuần. Tới gần đủ tháng thì mức độ tăng cân giảm đi và cân nặng cơ thể tụt xuống sau 40 tuần.

Hiện tượng tăng cân là do sự tăng trưởng của khôi thai, các tạng của mẹ phát triển, dự trữ mỡ và protein của người mẹ, và do sự gia tăng thể tích máu và dịch kẽ của người mẹ.

2. Sự phân phối của hiện tượng tăng cân



Hình 2.1. Các khu vực của hiện tượng tăng cân

II. CHUYỂN HOÁ

1. Nhu cầu về năng lượng bắt nguồn từ

1.1. Các quá trình sinh lý cơ bản: hô hấp, tuần hoàn, tiêu hoá, chế tiết, duy trì thân nhiệt, tăng trưởng và bù đắp. Nhưng yêu cầu này chiếm 66% toàn bộ nhu cầu về năng lượng người phụ nữ không có thai... 1.440kcal/ngày

1.2. Các hoạt động hàng ngày: đi lại, duy trì tư thế, nói và các vận động khác, thí dụ: ăn, tương đương với 17% toàn bộ năng lượng ở trạng thái không có thai.... 360kcal/ngày.

1.3. Công việc: hiện tượng này biến động rất nhiều, có thể chiếm tới từ 7-10% toàn bộ năng lượng... 150-200kcal/ngày.

1.4. Tác động động học đặc hiệu của thực phẩm: sự chuyển hoá có lẽ được kích thích nhờ việc ăn uống, chiếm khoảng 7% toàn bộ năng lượng... 144kcal/ngày

1.5. Toàn bộ nhu cầu năng lượng ở tình trạng không có thai... 2.100kcal/ngày.

2. Khi mang thai

Có tình trạng gia tăng rõ rệt ở "A" là do nhu cầu của thai nhi, bánh rau, tử cung, vú...

Sự giảm sút nhẹ ở "B" có thể xảy ra khi thời gian có thai tăng lên, và người ta cho rằng "C" có thể chỉ đóng vai trò thứ yếu, ít nhất là trong ba tháng cuối.

Nhất thiết phải ăn uống tăng lên và do đó có sự gia tăng "D"

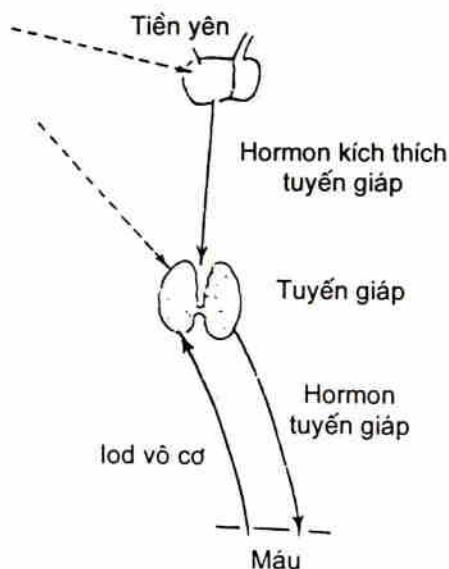
Nhu cầu toàn bộ về năng lượng đối với người phụ nữ khi tuổi thai đã lớn sẽ ở trong khoảng 2.500kcal/ngày.

Trong khi tiết sữa thì nhu cầu lại tăng thêm để sản xuất ra sữa, và toàn bộ nhu cầu về năng lượng sẽ ở trong khoảng 3.000kcal/ngày.

Toàn bộ chuyển hoá gia tăng trong khi có thai là do phần lớn đòi hỏi của thai nhi.

Sự tiêu thụ oxy tăng lên thêm 20% và như vậy mức chuyển hoá cơ bản, biểu hiện bằng số kilocalo trên một mét vuông trong một giờ cũng tăng lên theo tỷ lệ.

Để duy trì sự gia tăng chuyển hoá toàn bộ thì có hiện tượng gia tăng hoạt động trong các cơ chế kiểm soát.



Hình 2.2. Cơ chế kiểm soát

Thuỳ trước tuyến yên có thể chế tiết ra nhiều hormon kích thích tuyến giáp hơn. Tuyến giáp phì đại và người ta có thể sờ thấy tuyến này ở 70% phụ nữ có thai. Tuyến giáp phình to hấp thu iod vô cơ từ máu mạnh hơn, nên hàm lượng trong huyết thanh giảm xuống.

	Không có thai	Có thai
Iod vô cơ	0,2 μ g/dl	0,1 μ g/dl
Hấp thụ iod của tuyến giáp	1,73 μ g/giờ	3,0 μ g/giờ
Tuyến giáp trả lại lượng iod gia tăng vào trong máu, vì có sự gia tăng của nội tiết tuyến giáp.		
	Không có thai	Có thai
Iod gắn với protein	400nmol/lít	620-800nmol/lít

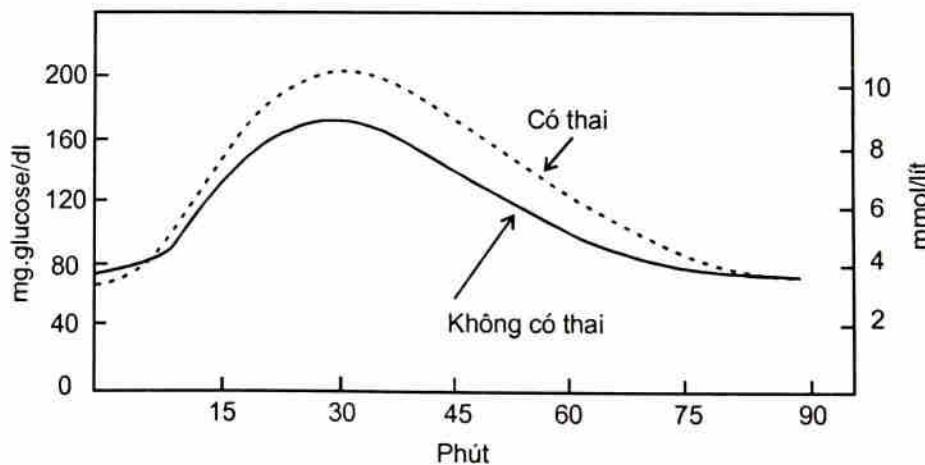
2.1. Chuyển hóa chất carbohydrate

Trong tình trạng không có thai, glucose đã hấp thụ được giải quyết theo 4 cách. Dưới ảnh hưởng của insulin, nó có thể được dự trữ ở gan dưới dạng glycogen. Một bộ phận thoát vào trong hệ tuần hoàn chung và một phần của lượng đường này được các mô chuyển hóa trực tiếp: một số chuyển thành mỡ dự trữ mà một phần nữa lại được dự trữ dưới dạng glycogen cơ nhờ tác dụng của insulin.

Đường huyết được duy trì trong khoảng 4,5 và 5,5mmol/lít (80-100mg/dl). Lượng đường thoát ra ngoài thận trong dịch lọc của ống cầu thận không bao giờ vượt quá lượng có thể được các ống lợn tái hấp thụ lại, như vậy không có chút đường nào xuất hiện trong nước tiểu.

Có sự thay đổi rõ rệt trong hiện tượng chuyển hóa carbohydrate khi có thai.

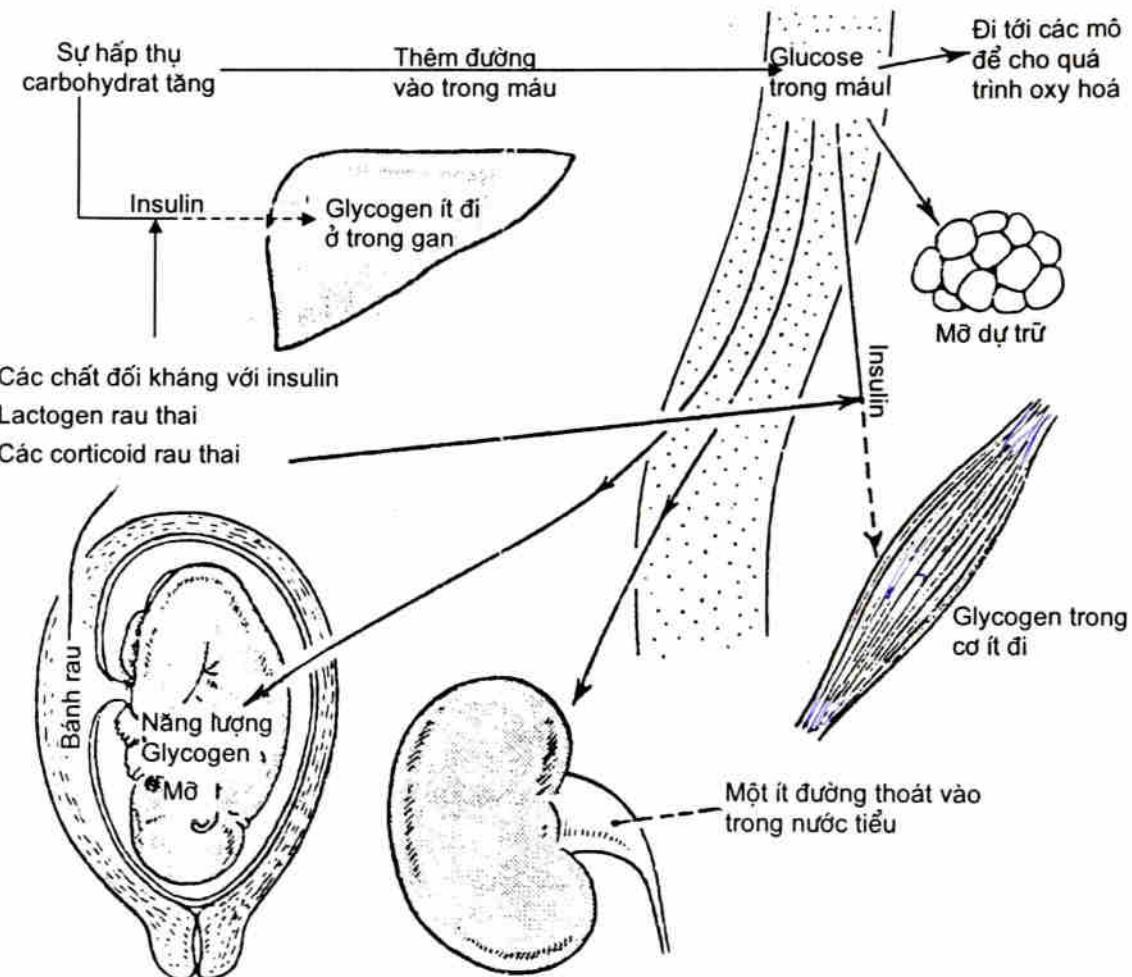
Thai nhi có nhu cầu đối với một nguồn năng lượng để chuyển đổi. Đồng thời cũng lại có sự cần thiết dự trữ năng lượng đối với các nhu cầu tương lai, chẳng hạn như tiết sữa và sự phát triển gia tăng đều đặn của thai, và cũng cần để cung cấp một nguồn năng lượng vững vàng dưới dạng một nhiên liệu có năng lượng cao.



Hình 2.3. Sự chuyển hóa carbohydrate

Cơ thể người mẹ thực hiện việc này bằng cách dự trữ mỡ. Phần chủ yếu của chế độ ăn uống là carbohydrate và công việc này đòi hỏi phải được định hướng lại nhằm thoả mãn các nhu cầu trên. Sự thay đổi đầu tiên ghi nhận được xảy ra trong đường huyết và người ta có thể chứng minh được hiện tượng này bằng nghiệm pháp dung nạp glucose qua đường miệng. Điều có thể thấy được từ hiện tượng này là đường huyết, sau một bữa ăn, vẫn duy trì ở mức cao như vậy, tạo điều kiện thuận lợi cho việc chuyển qua rau thai.

Cơ chế điều khiển các thay đổi này chưa được biết rõ, song có thể hiểu như được trình bày ở sơ đồ 2.4.



Hình 2.4. Cơ chế chuyển hoá carbohydrate khi có thai

Trong khi có thai, có tình trạng gia tăng các chất đối kháng insulin. Các chất này là các hàm lượng gia tăng của các steroid, corticoid và lactogen rau thai (HPL) do bánh rau sản xuất ra. Glycogen được dự trữ trong gan và cơ của người mẹ ít. Đường lưu hành nhiều hơn trong máu mẹ trong một thời gian dài hơn. Bánh rau có thể vận chuyển cho thai nhiều hơn. Đồng thời, có khá nhiều đường đi qua ống cầu

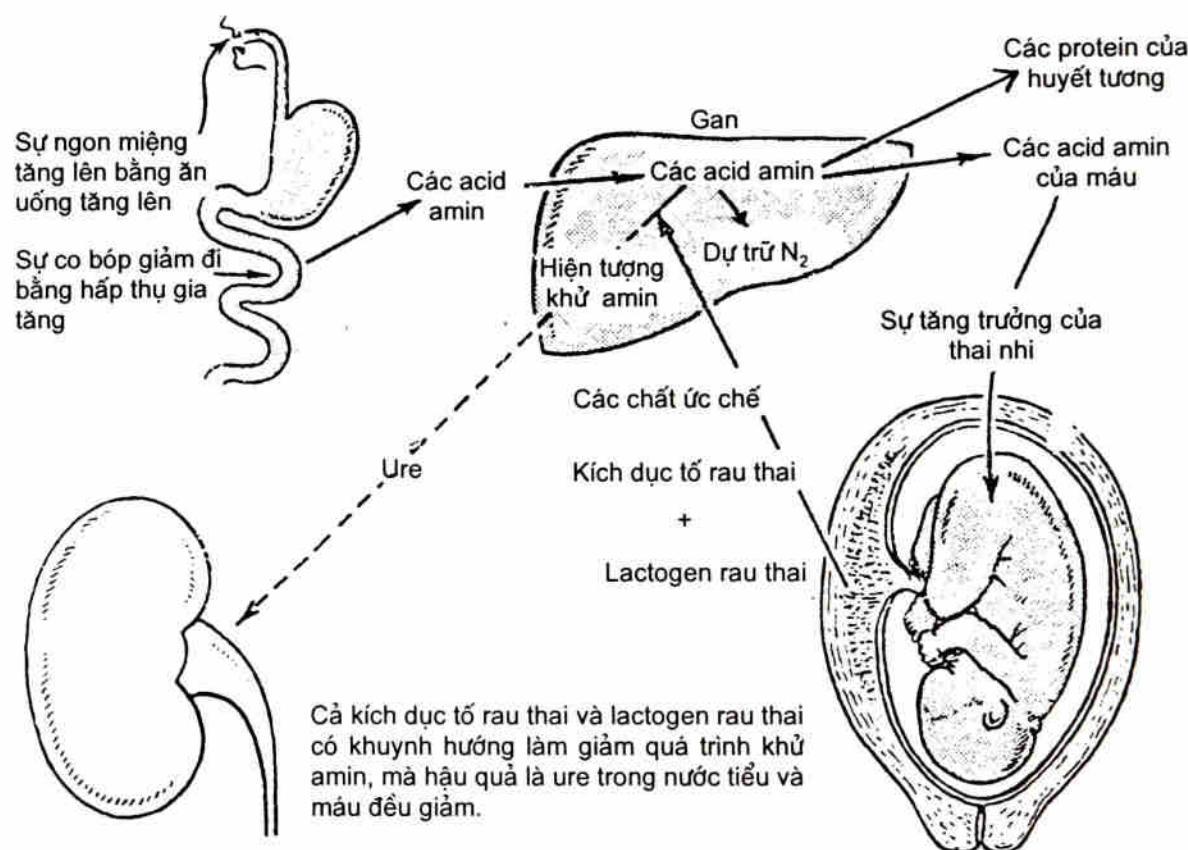
thận hơn là lượng có thể được các ống lợn của thận hấp thụ lại, và như vậy một lượng nhỏ đường sẽ xuất hiện trong nước tiểu của nhiều thai phụ.

2.2. Chuyển hóa protein

Hình ảnh tổng quát là một tình trạng cân bằng nitrogen dương tính. Sự cân bằng này đạt đỉnh cao vào tuần lễ thứ 28.



Hiện tượng này được thực hiện nhờ một chuỗi những cơ chế đan xen vào nhau: không phải mọi cơ chế đều được hiểu biết hết.



Hình 2.5. Chuyển hóa protein khi có thai.

Giá trị các nồng độ bị biến đổi do hiện tượng máu loãng ra như vậy che lấp thực tế là khối lượng tổng thể được tăng lên trong tuyệt đại bộ phận các trường hợp. Tuy nhiên, đối với trường hợp của ure thì sự giảm sút nồng độ còn lớn hơn là cách giải thích bằng hiện tượng loãng của máu.

	Không có thai	Có thai
Nitrogen trong acid của máu	3,5nmol/lít (0,5mg/dl)	2-3,5nmol/lít (3,4-5,0mg/dl)
Các protein huyết tương	81g/lít	75g/lít
Tỷ số albumin/globulin	1,32/l	0,84/lít
Ure máu	2,5-7,0nmol/lít (20-40mg/dl)	1,5-4,2mmol/lít (10-25mg/dl)
Các urat	0,16mmol/lít (3,0mg/dl)	0,16mmol/lít (3,0mg/dl)
Creatinin	88-176μmol/lít (1-2mg/dl)	88-176μmol/lít (1-2mg/dl)

Những biến đổi về nồng độ của nhiều protein huyết tương được diễn ra, rõ rệt là sự giảm sút về albumin và tình trạng tăng về β-globulin và fibrinogen.

	Không có thai	Có thai
Albumin	3,35g/lít	3,25g/lít
β globulin	10,0g/lít	13,0g/lít
Fibrinogen	2,6g/lít	4,0g/lít

Hậu quả là tỷ số albumin/globulin giảm. Các globulin có tác dụng như các cơ chế chuyển vận đối với nhiều chất trong máu, như các hormon và sắt. Cortisol, các estrogen, progesteron, aldosteron và các steroid khác tăng lên mạnh trong khi có thai, cũng như vậy cho sự vận chuyển của sắt. Điều này có thể giải thích một số những biến đổi về protein.

2.3. Nitrogen niệu

	Không có thai (g)	Có thai (g)
Nitrogen toàn phần /24 giờ	12-16	8-12
Ure tính theo tỷ lệ phần trăm của nitrogen toàn phần	80-90	70-85
N ₂ ammonia tính theo tỷ lệ phần trăm của nitrogen toàn phần	2,5-4,5	3-5

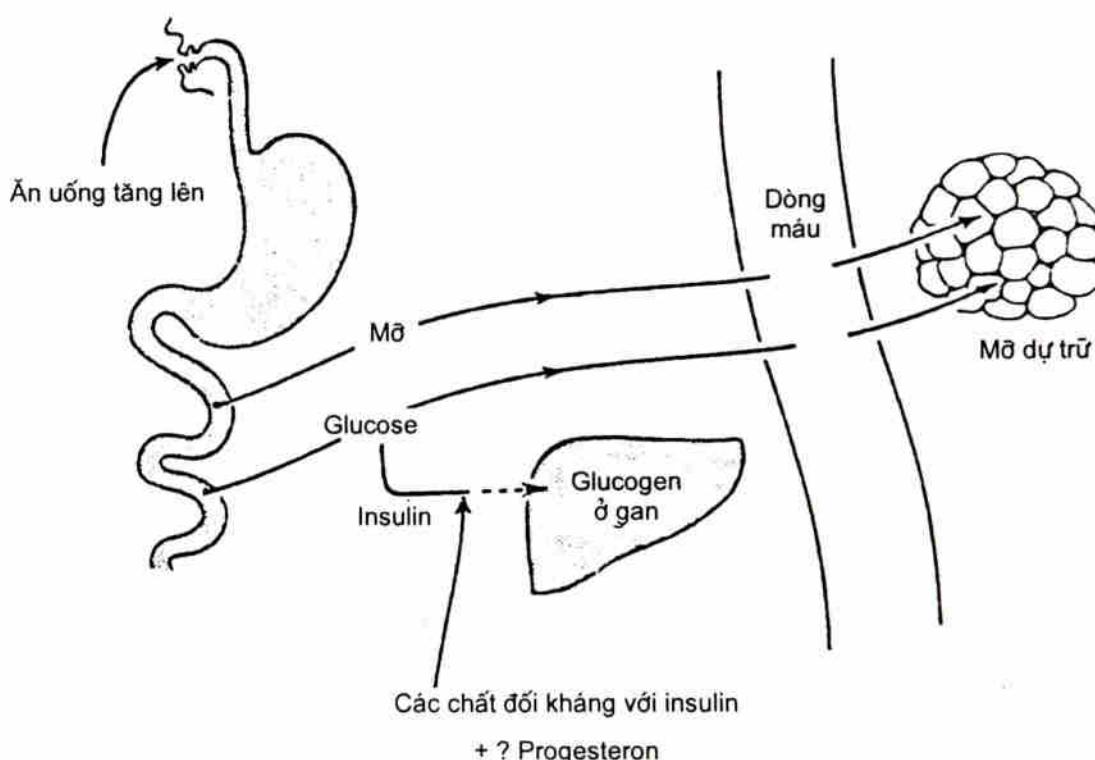
2.4. Chuyển hoá mỡ

Mỡ hình như là nguồn năng lượng dự trữ chủ yếu của người mẹ trong khi có thai. Tới 30 tuần có tới khoảng 4kg được dự trữ. Sau đó thì mỡ ít được dự trữ thêm. Đại bộ phận chất này ở dưới dạng mỡ dự trữ trong thành bụng, lưng và đùi, và có lẽ ở khoang sau phúc mạc nữa. Tuy to lên song vú chỉ dự trữ khoảng 12-20g thôi.

Mỡ trong máu tăng lên từ tháng thứ 3:

	Lipid toàn phần	Cholesterol
Không có thai	700mg/dl	3,1mmol/lít (120mg/dl)
Lúc thai đủ tháng	1,050mg/dl	7,2mmol/lít (280mg/dl)

Hàm lượng trong máu cao và dự trữ mỡ gia tăng một phần do ăn uống tăng lên, một phần do sự tăng chuyển hóa glucose thành mỡ.

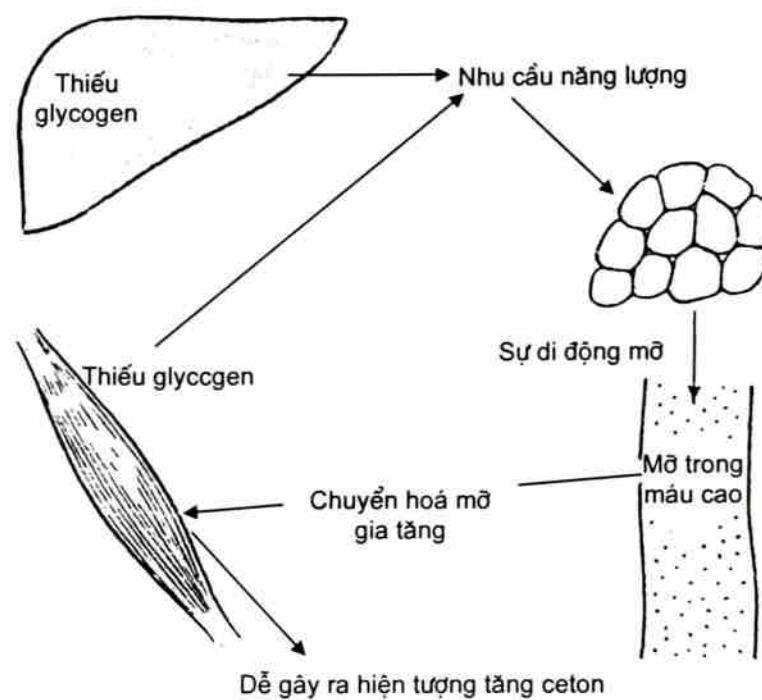


Hình 2.6. Chuyển hóa mỡ

Có ba hiện tượng cần được nêu lên là:

1. Toàn bộ quá trình chuyển hóa và nhu cầu về năng lượng tăng lên trong khi có thai.
2. Các kho dự trữ glycogen giảm sút và như vậy năng lượng được lấy trực tiếp từ carbohydrate sẽ bị giảm sút.

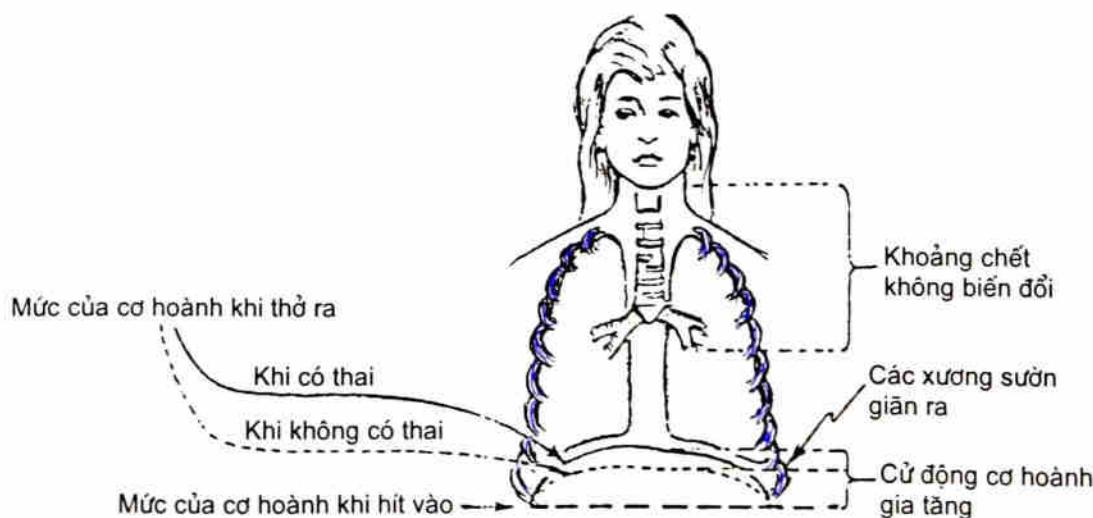
3. Tuy mỡ trong máu tăng lên nhiều nhưng chỉ có một lượng vừa phải đóng trong các kho dự trữ mỡ.



Hình 2.7. Kho dự trữ glycogen giảm sút.

Người ta thấy rất rõ là thai phụ dễ bị tăng ceton mỗi khi bị mệt mỏi, chẳng hạn khi phải làm lao động nặng. Hiện tượng này có lẽ liên quan trực tiếp với kho dự trữ glycogen nghèo nàn.

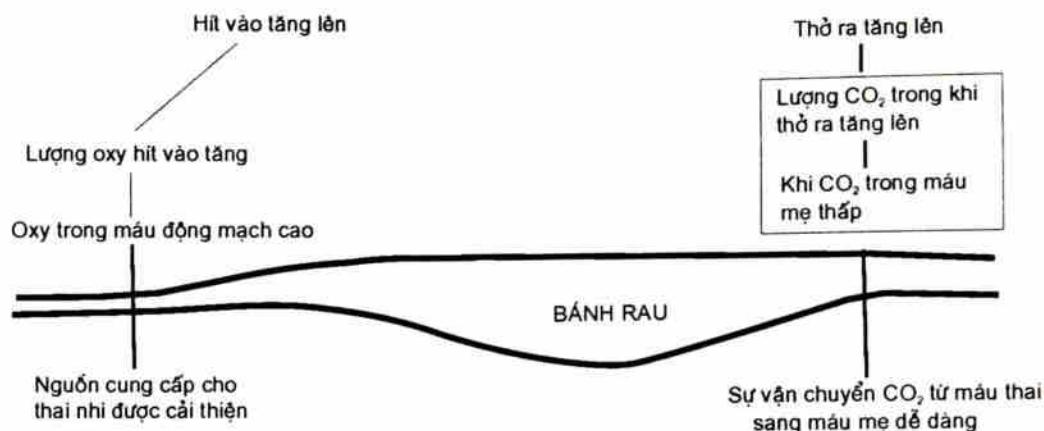
- Những thay đổi diễn ra, cải thiện sự trao đổi các chất khí



Hình 2.8. Sự thay đổi cơ hoành cải thiện sự trao đổi khí

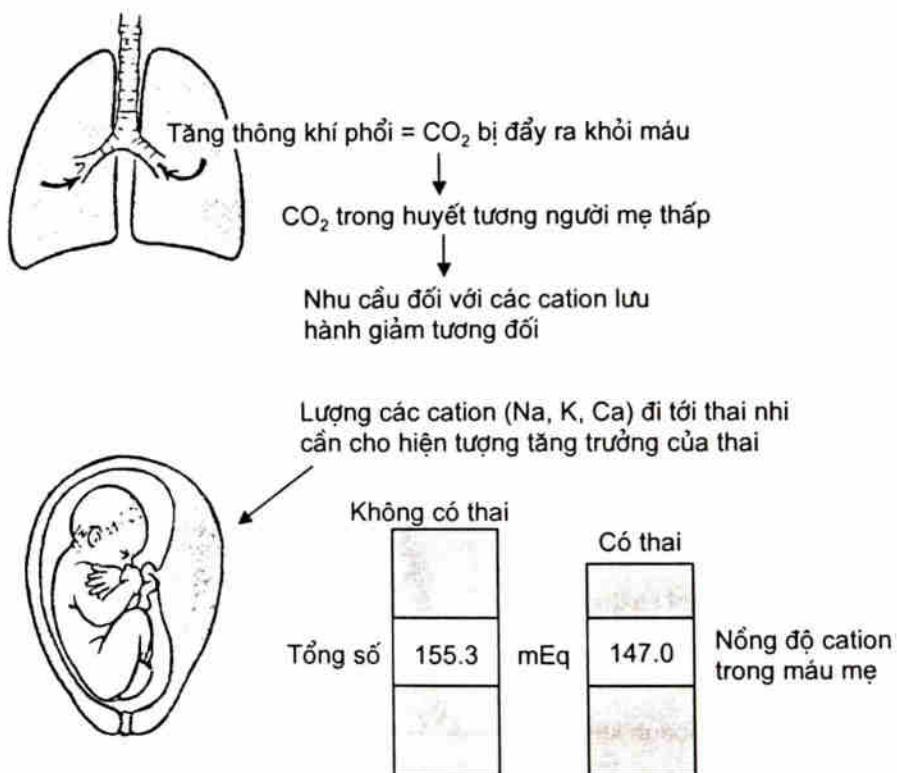
Cử động tăng lên của cơ hoành và các xương sườn giãn ra làm gia tăng hoạt động lên xuống như nước triều của không khí. Hiện tượng thở ra triệt để hơn, khiến cho thể tích không khí hít vào tăng lên. Số gia tăng này vào khoảng 2dl. Khoảng chênh không thay đổi và sự gia tăng của không khí luân chuyển này được điều chỉnh ở trong các phế nang. Thể tích thông khí phút tăng lên từ 7,25 lít đến 10,5 lít.

- Sự gia tăng trong hiện tượng hít vào và thở ra đưa đến nhiều thay đổi:



Hình 2.9. Sự thay đổi khí dẫn đến nhiều thay đổi

Vào cuối thời kỳ có thai sự di động của cơ hoành giảm đi nhưng sự gia tăng trao đổi hô hấp vẫn được duy trì nhờ các cử động của lồng ngực.



Hình 2.10. Nồng độ khí CO₂ giữa có thai và không có thai

Áp suất khí CO₂ trong huyết tương thai nhi vượt quá mức trong huyết tương người mẹ từ 4-8mmHg. Mặc dù vậy, do hiện tượng tăng thông khí phổi, nồng độ CO₂ trong huyết tương người mẹ thấp hơn từ 6-10% so với người không có thai.

2.6. Những thay đổi về các cation

Sự giảm sút về cation lưu hành trong máu mẹ chỉ có tính chất tương đối, nghĩa là về nồng độ. Tổng lượng cation lưu hành lại tăng lên.

2.6.1. Natri

850mEq đương lượng được duy trì trong khi có thai. Số này được phân chia chủ yếu thành các phần bằng nhau giữa người mẹ và khôi thai.

Mẹ		850		Khôi thai
	mEq	mEq		mEq
Máu mẹ	145			
Dịch kẽ	155	413	437	Thái nhi 280
Tử cung	78	mEq	mEq	Nước ối 100
Vú	35			Bánh rau 57

2.6.2. Kali

316mEq đương lượng được dự trữ trong khi có thai, khôi thai hầu như chiếm nhiều hơn mẹ, gấp hai lần.

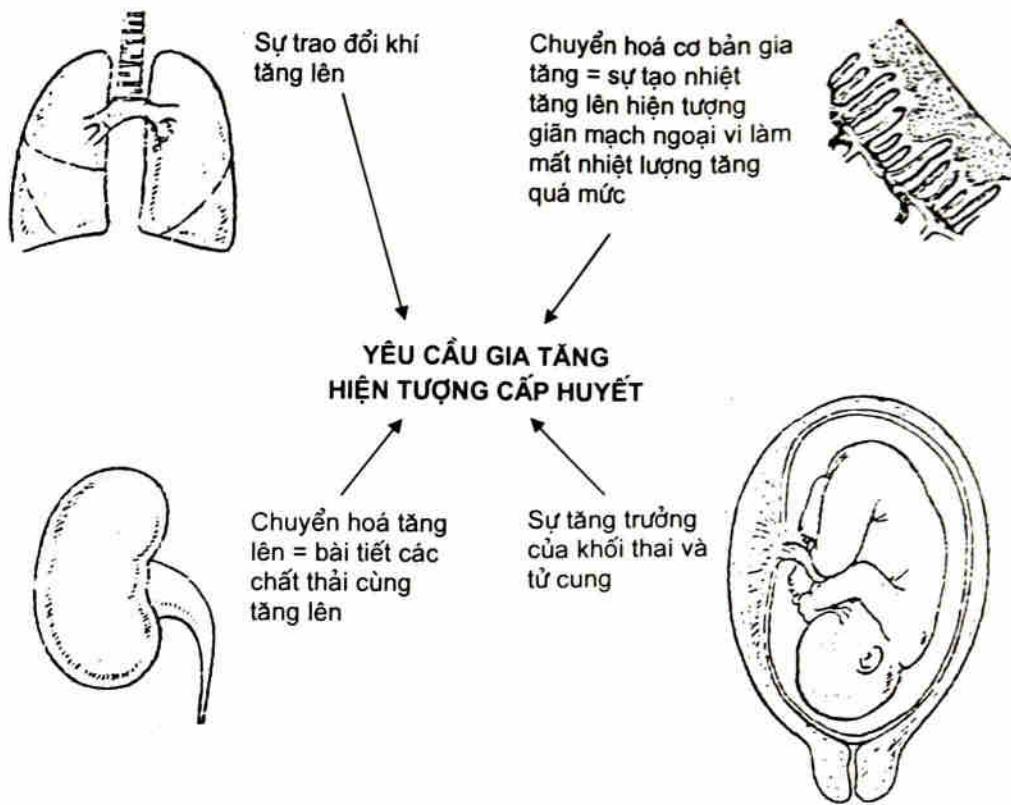
Mẹ		316		Khôi thai
	mEq	mEq		mEq
Máu mẹ	28			
Dịch kẽ	5	117	199	Thái nhi 154
Tử cung	49	mEq	mEq	Nước ối 42
Vú	35			Bánh rau 3

2.6.3. Calci

316mEq đương lượng được dự trữ vào cuối thời kỳ có thai. Hầu hết lượng này đi vào thai nhi (hoặc khôi thai)

III. HỆ THỐNG TIM - MẠCH

Có những nhu cầu rõ rệt đối với hệ thống này, chủ yếu là kết quả của sự tăng trưởng khôi thai và sự gia tăng về chuyển hoá.

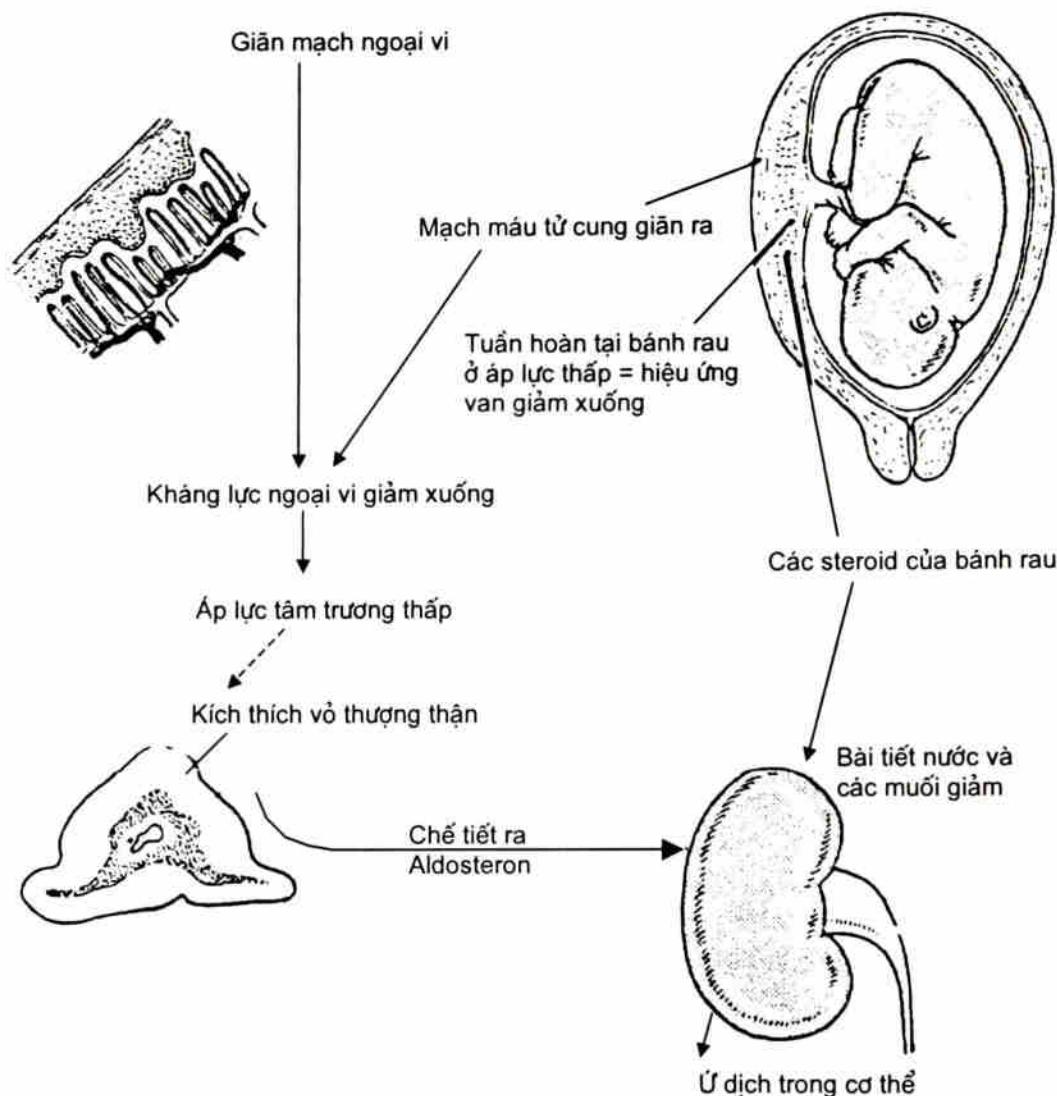


Hình 2.11. Sự gia tăng hiện tượng cung cấp máu cho cơ thể

Cung lượng máu trong một phút

	Không có thai	Có thai
Phổi	5.800ml	8.333ml
Ngoại vi (tay)	2ml	7ml (trên dl của thể tích tay)
Thận	880ml	1.200ml
Tử cung	51,7ml	185ml

Nhu cầu đối với sự cung cấp máu tăng lên cho nhiều bộ phận của cơ thể được đáp ứng bằng sự gia tăng của thể tích máu. Cơ chế bằng cách nào được thực hiện thì không được biết rõ ràng, song có thể là như sau:



Hình 2.12. Cơ chế tăng thể tích máu

2. Nước toàn thân

20 tuần tăng trung bình 1,5lít

30 tuần tăng trung bình 3,75 lít

40 tuần tăng trung bình 5,0 lít

3. Những thay đổi về thể tích máu

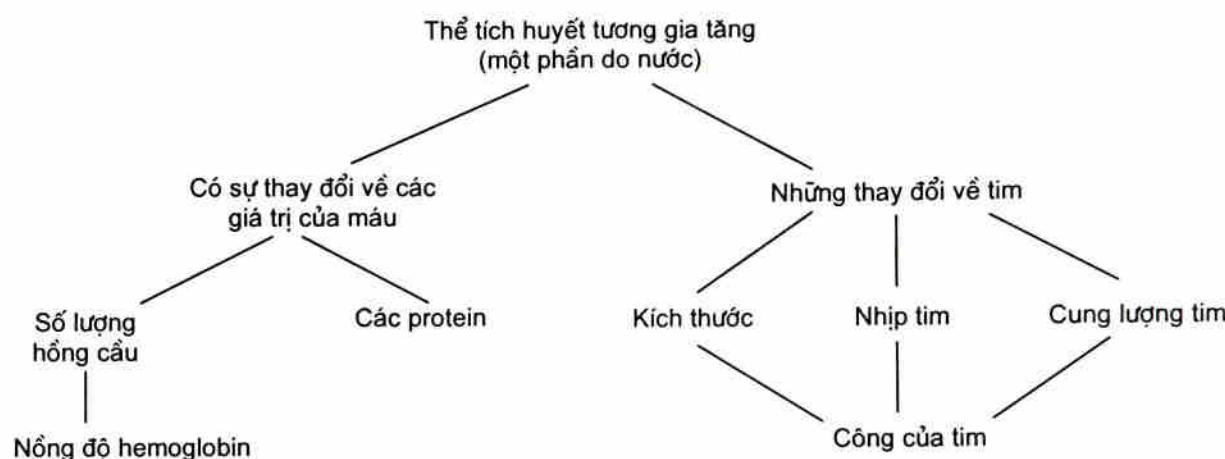
Trong trạng thái không có thai, nước chiếm 72% trọng lượng cơ thể. Trong số này, 5% ở trong mạch máu, 70% trong nội bào và dịch kẽ chiếm 25% số lượng còn lại.

Khi có thai, dịch nội bào không thay đổi, song cả hai loại nước trong mạch máu và trong dịch kẽ đều tăng lên.

Thể tích huyết tương bắt đầu tăng lên ngay khi bắt đầu mang thai, đạt tới mức cao nhất chung quanh tuần lễ 32. Sau đó nó duy trì cho tới gần đủ tháng mới xảy ra tình trạng giảm nhẹ. Sự gia tăng này thay đổi từ cá nhân này đến cá nhân khác, nhưng rõ rệt nhất là ở những người chưa con rạ.

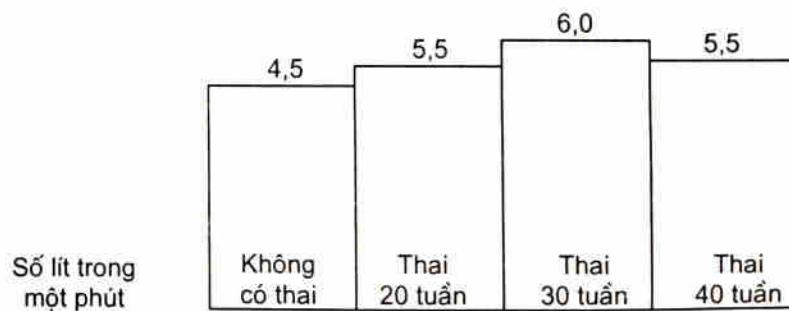
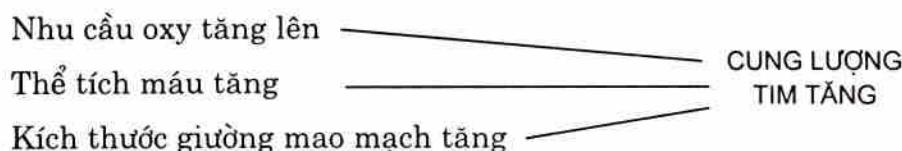
Thể tích trung bình khi không có thai	= 2.600ml
Thể tích cao nhất ở người chưa con so	= 3.850ml = gia tăng 41%
Thể tích cao nhất ở người chưa con rạ	= 4.100ml = gia tăng 57%

Sự gia tăng thể tích huyết tương dẫn đến hiện tượng giảm độ nhớt của máu, vì khối lượng hồng cầu và hàm lượng protein tăng lên ít.



4. Những thay đổi về tim

Công tải của tim tăng lên do những nhu cầu sau:



Sự gia tăng về cung lượng tim một phần được thực hiện nhờ nhịp tim tăng lên.

Nhịp tim	
Không có thai	70/phút
Thai 20 tuần	78/phút
Thai giai đoạn cuối	85/phút

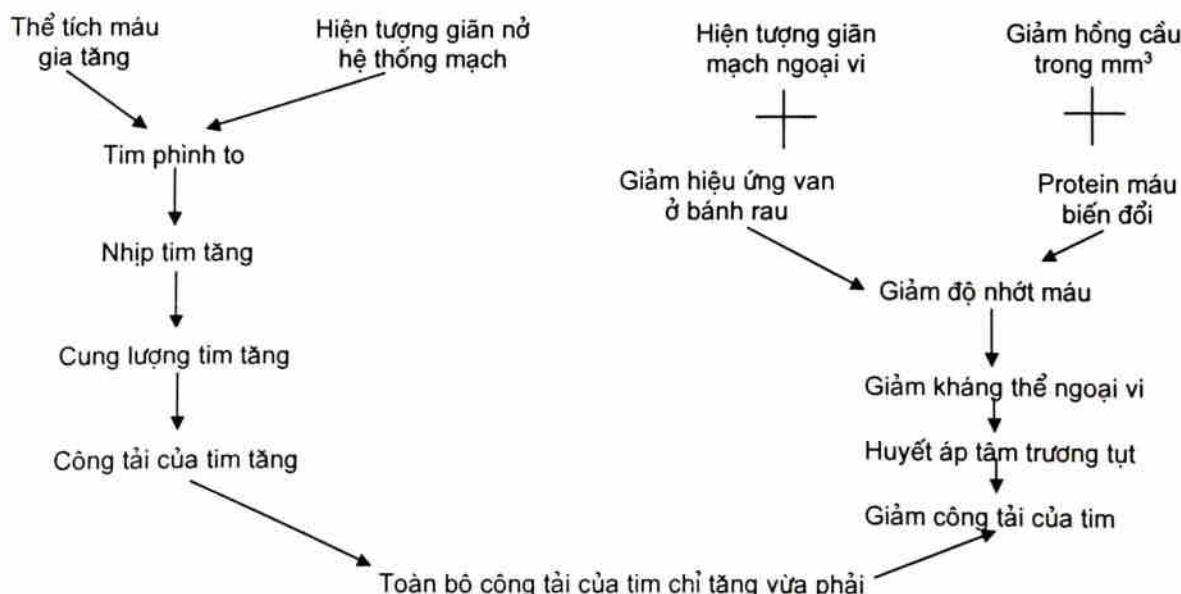
và một phần cũng nhờ thể tích máu từ tim đẩy ra mỗi lần bơp.

Không có thai	64ml
Thai 20 tuần	70ml
Thai 30 tuần	70ml
Thai 40 tuần	64ml

Bản thân tim phình to lên, một phần là do giãn ra và một phần do phì đại. Thể tích của nó gia tăng trung bình từ 670 ml đến 750 ml.

Sự gia tăng về công tải bị thay đổi do những biến đổi trong thành phần máu và sự giãn mạch ngoại vi.

Sự cân bằng về công tải có thể tóm tắt như sau:



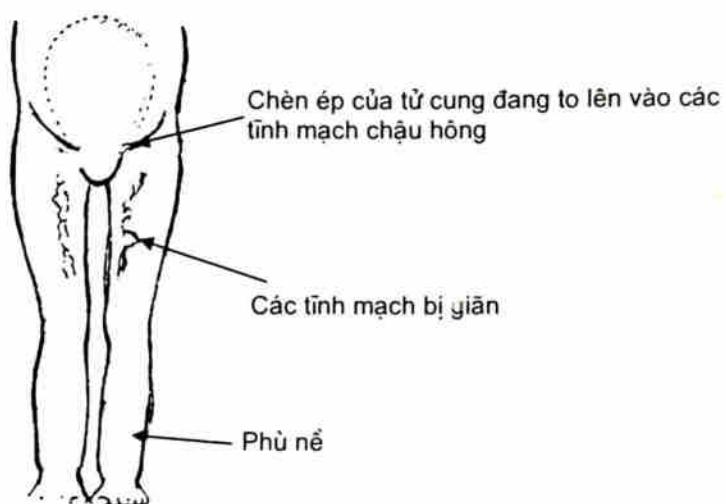
4.1. Những thay đổi cục bộ về mạch máu

Những thay đổi cục bộ rõ nhất ở các chi dưới và là do áp lực của tử cung đang phát triển đè ép vào các tĩnh mạch chậu hông. Vì 1/3 lượng máu tuần hoàn được phân phối tới các chi dưới, nên áp lực tĩnh mạch tăng lên có thể tạo ra giãn tĩnh

mạch và phù nề của âm hộ và các cẳng chân. Những thay đổi này rõ rệt nhất về ban ngày, do tư thế đứng thẳng. Các thay đổi này có khuynh hướng giảm đi về ban đêm, khi thai phụ nằm nghỉ trên giường: dịch phù được tái hấp thụ, tuần hoàn trở về tăng lên và cung lượng thận tăng, đưa đến tình trạng đái rắt về đêm.

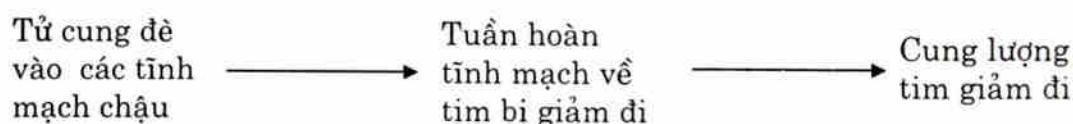
Tuy nhiên, nếu thai phụ nằm ngửa thì áp lực đối với các tĩnh mạch gia tăng và hiện tượng này có thể dẫn đến tình trạng tuần hoàn trở về tim giảm đi.

Hiện tượng này, đến lượt nó, lại làm cho cung lượng tim giảm xuống. Một thí dụ điển hình của hiện tượng này là:



4.2. Hội chứng tụt huyết áp do nằm ngửa

Thuật ngữ này mô tả trạng thái khi người mẹ cảm thấy muối ngất hoặc kể cả bất tỉnh do tình trạng tụt cung lượng tim thứ phát, sau khi tĩnh mạch chủ dưới bị chèn ép.

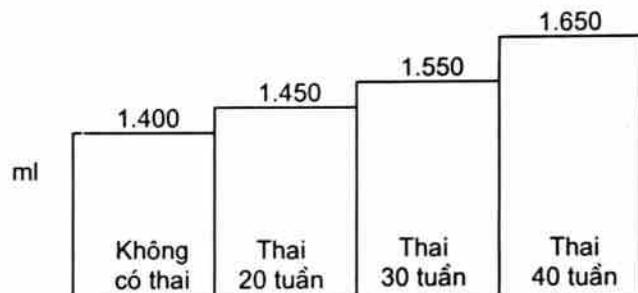


Hình 2.14.

5. Các giá trị về máu

5.1. Thể tích

Sự thay đổi về các giá trị của máu chẳng hạn như hàm lượng hemoglobin, là kết quả của các nhu cầu của thai lớn lên bị thay đổi bởi sự gia tăng của thể tích huyết tương.



Bảng này cho thấy sự gia tăng tối đa là 18%. Thể tích huyết tương tăng lên từ 40-50%. Như vậy có hiện tượng giảm số lượng hồng cầu trong một milimet khối từ 4,5 triệu xuống khoảng 3,8 triệu. Gần tới lúc thai đủ tháng thì thể tích huyết tương giảm đi, số lượng hồng cầu tăng lên nhẹ.

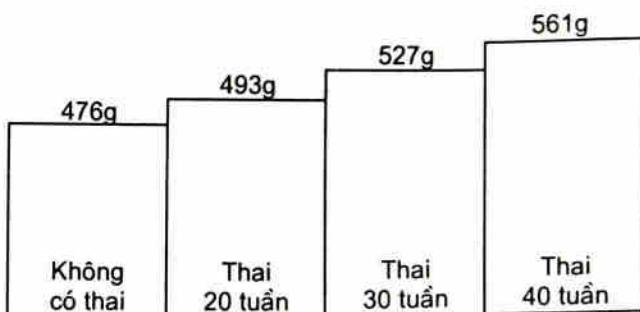
Tương tự như vậy, thể tích huyết cầu giảm xuống trong khi có thai và hơi tăng lên khi thai đủ tháng.

Thể tích tế bào máu tách riêng (tính theo %)

Không có thai	40-42
Thai 20 tuần	39
Thai 30 tuần	38
Thai 40 tuần	40

5.2. Hồng cầu

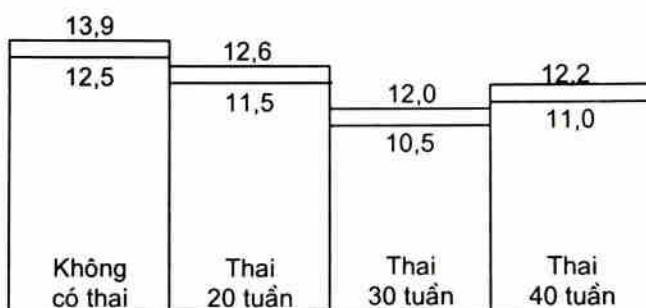
Những thay đổi về hemoglobin đi song song với những thay đổi về hồng cầu. Nồng độ hemoglobin trung bình khi không có thai = 34%, nghĩa là mỗi dl hồng cầu chứa 34g hemoglobin. Nồng độ này không biến đổi trong khi có thai, cho nên, cũng như đối với toàn bộ thể tích hồng cầu, lượng hemoglobin toàn bộ tăng lên trong suốt quá trình mang thai.



Đây là toàn bộ khối lượng tăng lên 85g, tương đương với 18%.

Tuy nhiên, thể tích huyết tương tăng lên tạo nên một tình trạng giảm sút về hemoglobin. Nồng độ hemoglobin tụt xuống trong suốt thời kỳ mang thai cho tới 4 tuần cuối, lúc này mới có biểu hiện hơi tăng lên. Hiện tượng tụt thấy rõ vào lúc thai 12 tuần và giá trị thấp nhất xảy ra vào lúc thai 32 tuần.

Bình thường mức thấp nhất được chấp nhận là bình thường (Hbg/dl)



Có thể thấy trong biểu đồ này không một giá đơn thuần nào có thể được coi là bình thường trong suốt thời kỳ có thai. Điều này là quan trọng khi chẩn đoán thiếu máu.

Vào lúc 30 tuần, số đo hemoglobin 10,5 là bình thường, những cũng số đo này tới lúc thai 20 tuần lại là thiếu máu.

5.3. Bạch cầu

Có sự gia tăng rõ rệt về bạch cầu trong khi có thai, từ $7 \times 10^9/\text{lít}$ ở lúc không có thai đến $10,5 \times 10^9/\text{lít}$ vào giai đoạn cuối thời kỳ có thai. Hiện tượng gia tăng hầu như thuộc loại bạch cầu đa nhân trung tính.

5.4. Tiểu cầu

Tiểu cầu gia tăng trong suốt thời kỳ có thai và trong giai đoạn hậu sản. (Số đếm /lít) khi không có thai: 187×10^9 ; thai 29 tuần 250×10^9 ; thai 30 tuần 275×10^9 ; thai 40 tuần $316 \times 10^9 \times 10$; hậu sản 600×10^9 .

5.5. Hệ thống đông máu

Những thay đổi trong hệ thống đông máu xảy ra cốt làm cho khi có thai ở trong trạng thái tăng đông, có lẽ nhằm tránh những nguy cơ chảy máu lúc bong rau.

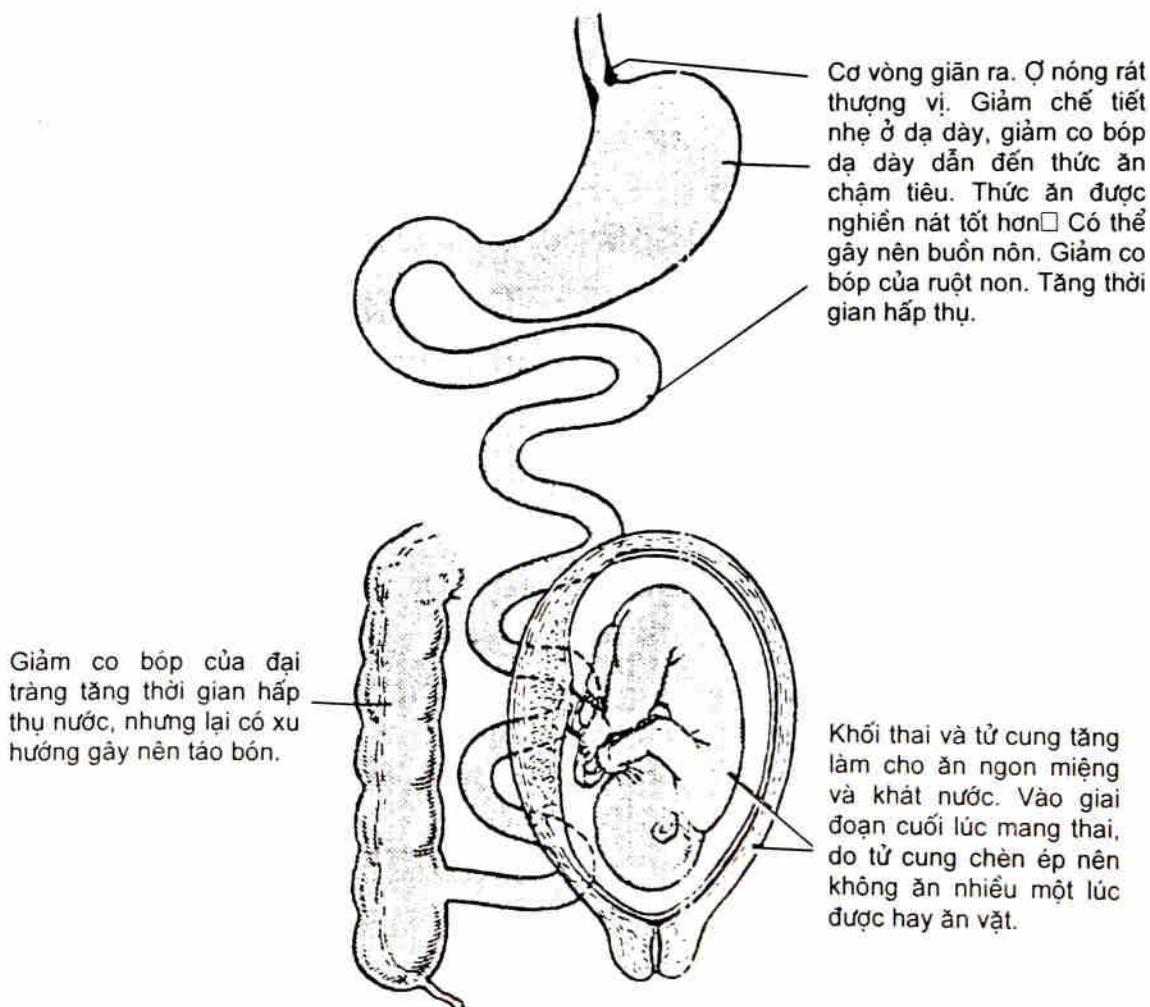
Nồng độ fibrinogen tăng lên đều đặn trong suốt quá trình có thai, từ mức không có thai là 2,6g/lít lên tới 4g/lít. Hiện tượng này tương đương với sự gia tăng quá 100% về tổng lượng fibrinogen lưu hành.

Giá trị của phần lớn các yếu tố đông máu cũng tăng lên và số lượng tiểu cầu tăng như đã nêu ở trên.

6. Ống dạ dày - ruột

Những thay đổi trong ống dạ dày - ruột hình như ở mức độ nhẹ, song lại có thể gây nên tác dụng dồn rất rõ trong một số trường hợp.

Thay đổi chính là một tình trạng giảm nhu động có thể do tác dụng của lượng progesteron lưu hành trong máu gây nên.



Hình 2.15. Sự thay đổi ở dạ dày và ruột

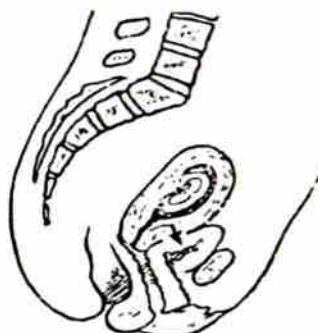
7. Hệ tiết niệu

7.1. Đái rắt

Đái rắt là một triệu chứng gặp phổ biến khi mới có thai và lúc tới đủ tháng. Hiện tượng này là do những thay đổi về giải phẫu trong chậu hông, và là một đặc điểm "bình thường" khi có thai.

Khi mới có thai: tử cung to lên những vẫn nằm trong hố chậu nhỏ, ép vào bàng quang gây đái rắt.

Giữa thời kỳ mang thai: tử cung vượt ra khỏi hố chậu nhỏ đi tiểu bình thường



Hình 2.16. Khi mới có thai



Hình 2.17. Giữa thời kỳ mang thai.

Khi thai đủ tháng: đầu thai nhi xuống sâu trong hố chậu nhỏ đái rắt.

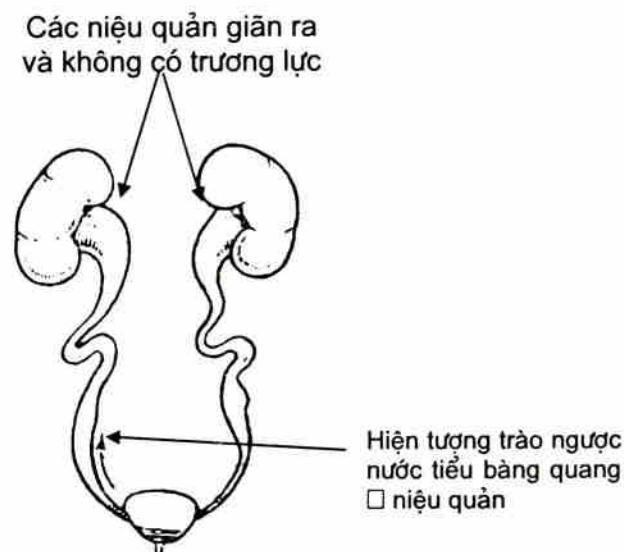


Hình 2.18. Thai đủ tháng

7.2. Hiện tượng trào ngược

Ở thận và niệu quản có những thay đổi rõ rệt. Có hiện tượng ứ nước thận và ứ nước niệu quản ở mức độ nhất định. Những hiện tượng này là do mất trương lực cơ nhăn vì progesteron gây nên, lại bị sự chèn ép cơ học của tử cung cung vào eo trên của hố chậu làm nặng thêm. Hiện tượng trào ngược nước tiểu từ bàng quang lên

niệu quản cũng tăng lên và cùng với những thay đổi này dễ làm nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Những biến đổi này được cải thiện vào phần sau của thời kỳ mang thai, khi tử cung lớn vượt lên phía trên eo trên, các hàm lượng estrogen tăng dần lên tạo ra hiện tượng phì đại của cơ niệu quản.

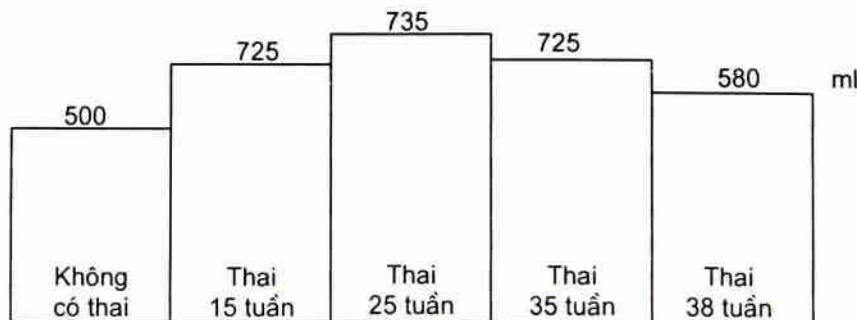


Hình 2.19. Niệu quản giãn ra

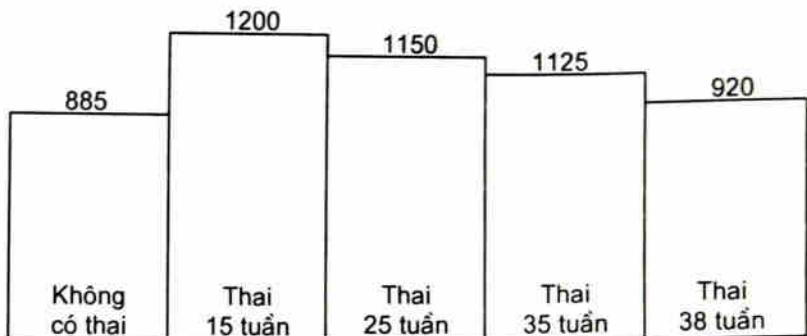
7.3. Số lượng

Lượng nước tiểu bài tiết ra, trong hoàn cảnh nước uống vào bình thường, có khuynh hướng hơi giảm đi. Hiện tượng này hình như ngược với sự tăng lưu lượng tới thận.

Lưu lượng huyết tương đến thận trong một phút tăng lên rất nhiều.



Tổng lưu lượng máu tới thận diễn biến song song với lưu lượng huyết tương, nhưng với hiện tượng loãng máu tăng lên thì thể tích hồng cầu/dl giảm xuống và làm thay đổi những số liệu này.



Hậu quả là lượng dịch được lọc khỏi huyết tương qua các cầu thận cũng tăng lên tương tự, và có trên 100 lít dịch đi qua các ống lượn của thận mỗi ngày. Mặc dù vậy, lượng bài niệu vẫn giảm đi. Rõ ràng là có lẽ có hiện tượng tăng tái hấp thụ trong ống thận. Người ta ước tính có khoảng 6 đến 7 lít nước trong khoang ngoài tế bào tăng lên khi có thai. Cùng với lượng nước này, natri và các muối khoáng khác được tái hấp thụ nhờ các ống lượn để duy trì áp lực thẩm thấu của cơ thể. Xét nghiệm cho thấy, người phụ nữ có thai chỉ bài tiết ra ngoài 80% lượng các chất điện giải phát hiện được ở người không có thai. Hiện tượng này được thực hiện ở đây như thế nào thì cơ chế chưa được biết rõ, song người ta cho rằng: sự gia tăng lượng aldosteron, progesteron và estrogen chịu trách nhiệm.

Đường niệu ở mức độ nhẹ, gấp trong 35-50%, số phụ nữ có thai. Sự tăng tính lọc của cầu thận dẫn đến tình trạng nhiều đường đưa đến các ống lượn hơn mức mà ống lượn có thể tái hấp thụ. Đường niệu xảy ra như vậy trong khi lượng đường huyết lại thấp hơn so với người không có thai, được gọi là hiện tượng ngưỡng thận bị hạ thấp.

8. Hệ thống sinh sản

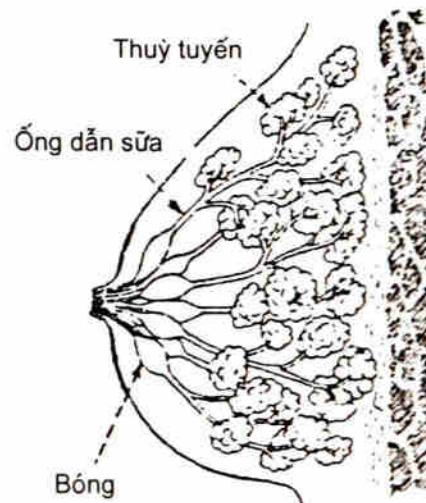
8.1. Tuyến vú

Mỗi vú gồm có từ 15-20 thuỷ tuyến mở ngăn cách ra. Các tuyến này đổ vào các ống rồi vào các ống nhỏ mở ra ngoài qua núm vú.

Tuyến vú to lên trong khi có thai do sự tăng sinh của các nang và ống dưới ảnh hưởng của progesteron và estrogen. Sữa non có thể đã bắt đầu tiết ra ngay trong 3 tháng đầu mang thai, và còn tiếp tục tới lúc thai đủ tháng.

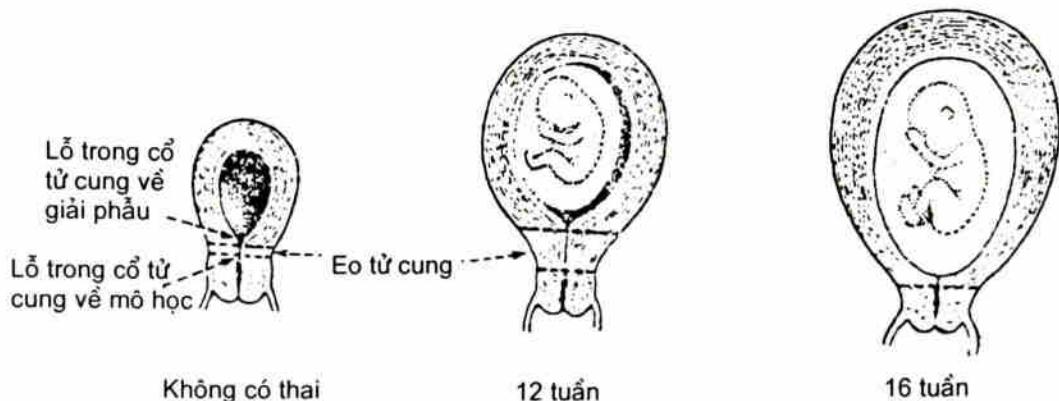
8.2. Thân tử cung

Tử cung tăng lên một cách mạnh mẽ dưới tác dụng của estrogen do hiện tượng tăng sinh và phì đại của các sợi cơ. Cân nặng của tử cung tăng lên từ trạng thái không có thai



Hình 2.20. Sự tăng sinh các nang tuyến vú
tuyến vú từ trạng thái không có thai

là 50g tới 1000g. Đoạn dưới của tử cung được hình thành từ eo tử cung, vùng nằm giữa thân tử cung và biểu mô mặt trong tử cung.



Hình 2.21. Sự thay đổi của cổ tử cung và thân tử cung

8.3. Cổ tử cung

Cổ tử cung mềm ra do sự phát triển của mạch máu tăng lên và những thay đổi trong mô liên kết, và hình như chủ yếu là do tác dụng của estrogen. Các tuyến của cổ tử cung tăng tiết, dịch nhầy tiết ra đặc hơn, tạo nên một nút bảo vệ ở trong lỗ cổ tử cung, gọi là nút nhầy.

8.4. Âm đạo và dây chậu hông

Người ta thấy có những thay đổi do mạch máu phát triển, phì đại cơ và mô liên kết mềm ra. Dung tích âm đạo tăng lên nhờ tăng sinh và phì đại, khiến cho âm đạo có thể giãn rộng trong khi sinh con.

8.5. Các dây chằng chậu hông

Dây chằng các khớp chậu hông cũng mềm ra, có thể do ảnh hưởng của estrogen. Tác dụng là làm cho khả năng di động và dung tích của hố chậu nhỏ tăng lên.

9. Những thay đổi về nội tiết trong khi có thai

Sau đây là bảng tóm tắt những thay đổi về nội tiết của người mẹ và của bánh rau trong khi có thai, và những tác dụng dự đoán của chúng.

9.1. Progesteron

Do hoàng thể sản xuất ra trong vài tuần lễ đầu khi mới có thai. Sau đó bánh rau sản xuất ra nội tiết này. Lượng nội tiết này tăng lên đều đặn trong quá trình mang thai đến khi đủ tháng thì tụt xuống như đã nêu. Lượng sản xuất ra đạt được mức tối đa ít nhất là 250mg một ngày.

Các tác dụng có thể có:

1. Giảm trương lực của cơ trơn. Co bóp của dạ dày giảm đi, có thể gây ra buồn nôn. Co bóp của đại tràng cũng giảm, tháo phân bị chậm lại, tăng cường đại, hấp thụ nước, táo bón. Trương lực tử cung giảm, giảm hoạt động của tử cung. Giảm trương lực của bàng quang và niệu quản, ứ đọng nước tiểu.
2. Làm giảm trương lực mạch máu, áp lực tâm trương giảm. Giãn tĩnh mạch.
3. Tăng thân nhiệt.
4. Gia tăng dự trữ mỡ.
5. Gây nên tình trạng tăng thở, CO₂ trong phế nang và trong máu động mạch giảm xuống.
6. Làm cho các tuyến vú phát triển.

9.2. Các estrogen

Khi mới có thai thì nguồn gốc estrogen từ buồng trứng ra. Về sau, estrogen và estradiol có lẽ do bánh rau sản xuất ra và tăng lên gấp 100 lần. Tuy nhiên, estriol là một sản phẩm từ mối tương tác của bánh rau và các tuyến thượng thận thai nhi, tăng lên đến 1000 lần. Lượng estrogen sản xuất ra tới mức tối đa, ít nhất ở mức 30-40mg mỗi ngày. Estriol chiếm tới 85% toàn bộ estrogen. Mức nội tiết này tăng lên cho tới khi thai đủ tháng.

Các tác dụng có thể có:

1. Làm tăng trưởng và kiểm soát chức năng của tử cung.
2. Hội họp cùng với progesteron làm cho các tuyến vú phát triển.
3. Làm biến đổi thành phần hóa học của mô liên kết, giúp cho mô này chun giãn dễ hơn, cổ tử cung giãn ra, các bao khớp mềm ra và các khớp di động dễ dàng.
4. Gây nên hiện tượng ứ đọng nước trong cơ thể.
5. Có thể làm giảm bài tiết muối natri.

9.3. Cortisol

Các tuyến thượng thận của người mẹ là nguồn duy nhất khi mới có thai, nhưng về sau người ta cho rằng bánh rau sản sinh ra một khối lượng đáng kể nội tiết này. Vào khoảng 25mg được sản xuất ra mỗi ngày. Đại bộ phận nội tiết này được gắn vào protein và có thể do đó ít có tác dụng toàn thân.

Các tác dụng có thể có:

- Làm tăng đường huyết.
- Làm thay đổi hoạt động của kháng thể.

9.4. Aldosteron

Chắc chắn hầu như toàn bộ từ các tuyến thượng thận của người mẹ sản xuất ra. Trong khi có thai thì lượng nội tiết gia tăng rất nhiều. Nó gây nên tình trạng ứ đọng nước và muối trong cơ thể.

9.5. Kích dục tố rau thai (HCG) được sản xuất ra từ nguyên bào nuôi đạt tới mức cao nhất trước 16 tuần, từ 18 tuần trở đi, hàm lượng nội tiết giữ ở mức ổn định. Ngoài việc duy trì hoàng thể trong thời kỳ đầu, vai trò sinh lý của kích dục tố rau thai vẫn còn chưa được rõ ràng. Hình như nó có tác dụng kích thích tuyến giáp và kích thích các tế bào Leydig chế tiết testosterone.

9.6. Lactogen rau thai (HPL). Hàm lượng của HPL (còn gọi là kích nhũ tố rau thai) tăng lên đều đặn với sự phát triển của bánh rau trong suốt quá trình mang thai. Nó có tác dụng tạo sữa và đối kháng với insulin.

9.7. Relaxin

Là một hormon do hoàng thể sản xuất ra. Có thể phát hiện ra nội tiết này trong suốt thời kỳ có thai, nhưng hàm lượng cao nhất ở trong 3 tháng đầu. Vai trò sinh lý của nó không rõ ràng, song về phương diện lâm sàng người ta đã sử dụng để làm cho cổ tử cung "chín".

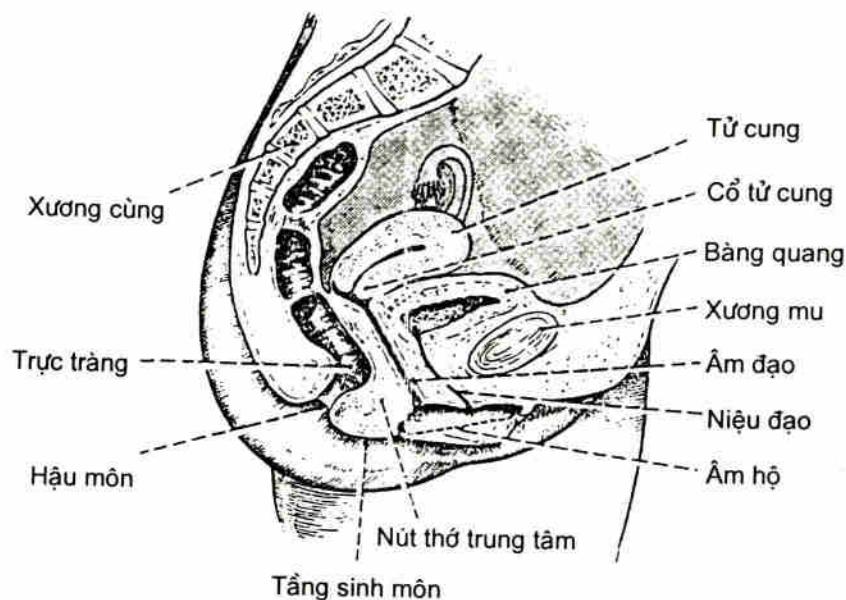
9.8. Các hormon tuyến yên

Mức FSH và LH của mẹ bị mất đi trong suốt thời kỳ có thai, nhưng hàm lượng prolactin lại tăng đều trong khi mang thai. Tuy nhiên, việc tiết sữa không xuất hiện mãi cho tới lúc sau đẻ, khi mà hàm lượng prolactin vẫn còn cao kết hợp với hàm lượng estrogen tụt xuống.

Chương 3

GIẢI PHẪU HỌC SẢN KHOA

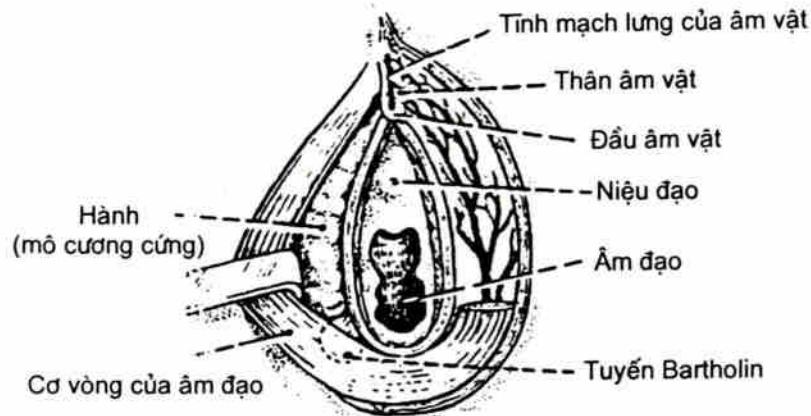
I. CÁC TẠNG TRONG CHẬU HÔNG



Hình 3.1. Các tạng nằm trong chậu hông

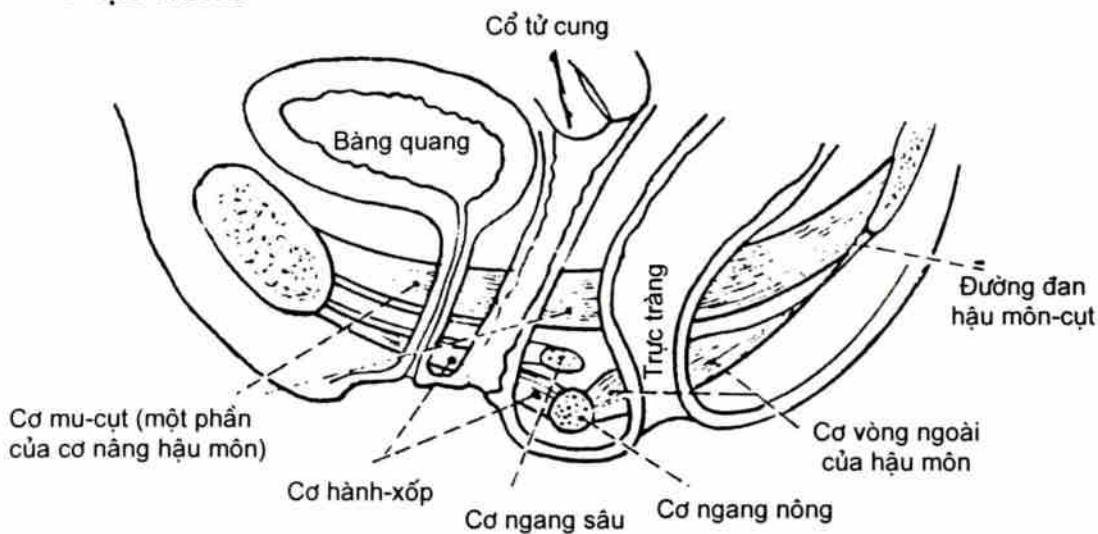
II. ÂM HỘ





Hình 3.2. Âm hộ và tầng sinh môn

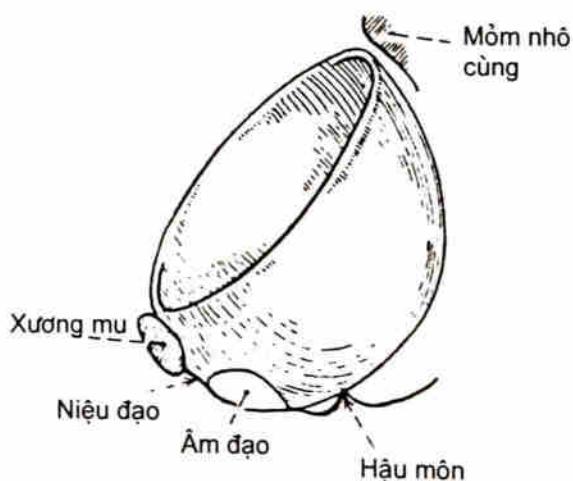
III. SÀN CHẬU HÔNG



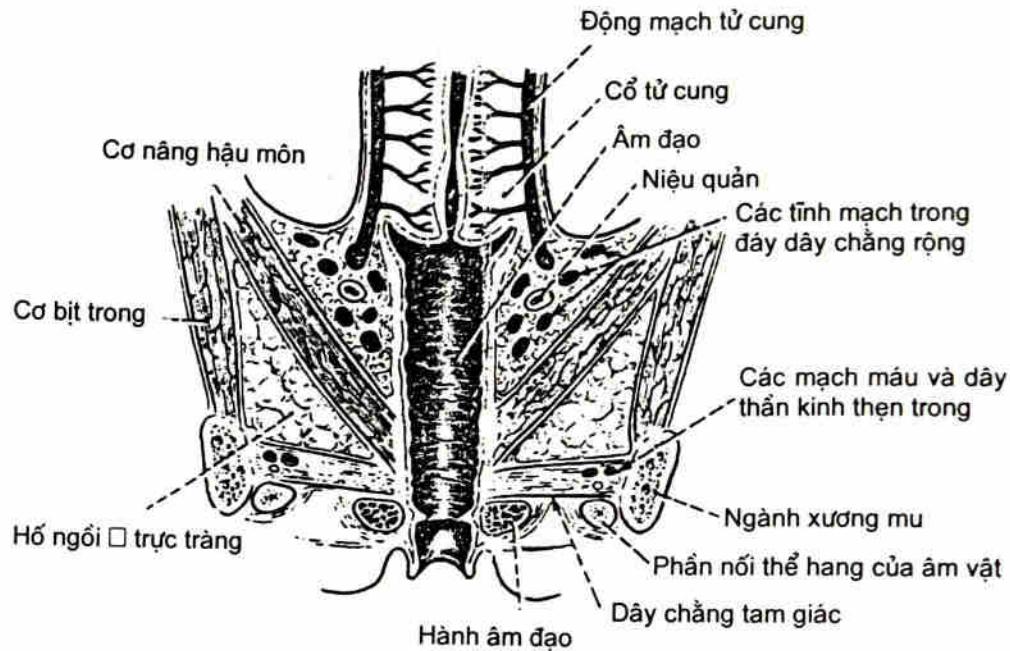
Hình 3.3. Sàn chậu hông

Các phần mềm của chậu hông sản khoa (lược đồ)

Là một chậu bằng cơ mở ở phần dưới phía mặt trước. Các mô cơ được các xương chậu nâng đỡ và bao bọc.

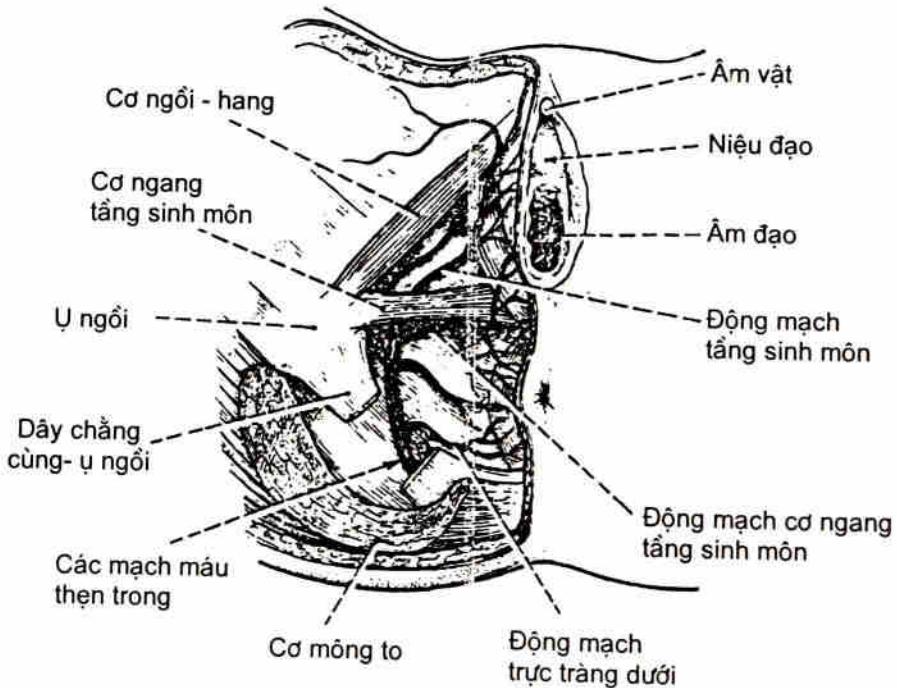


Hình 3.4. Phần mềm của chậu hông

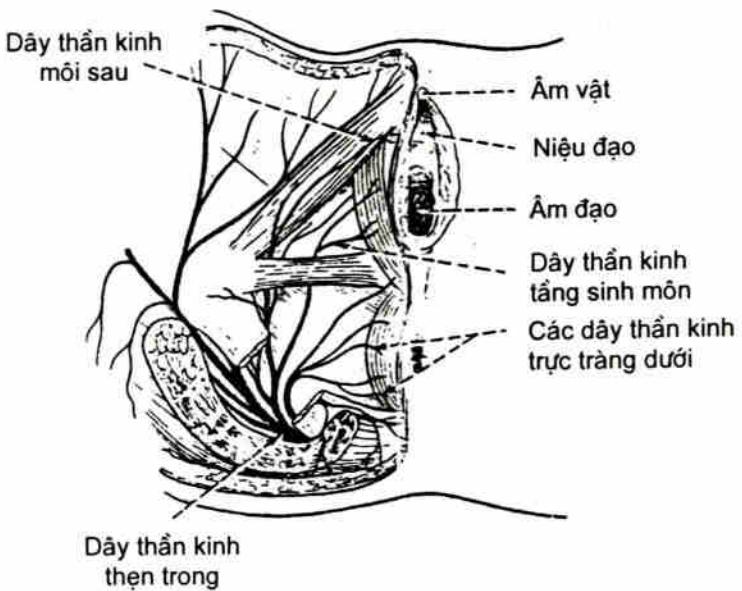


Hình 3.5. Thiết đồ cắt dọc sàn chậu hông

IV. HỐ NGỒI - TRỰC TRÀNG

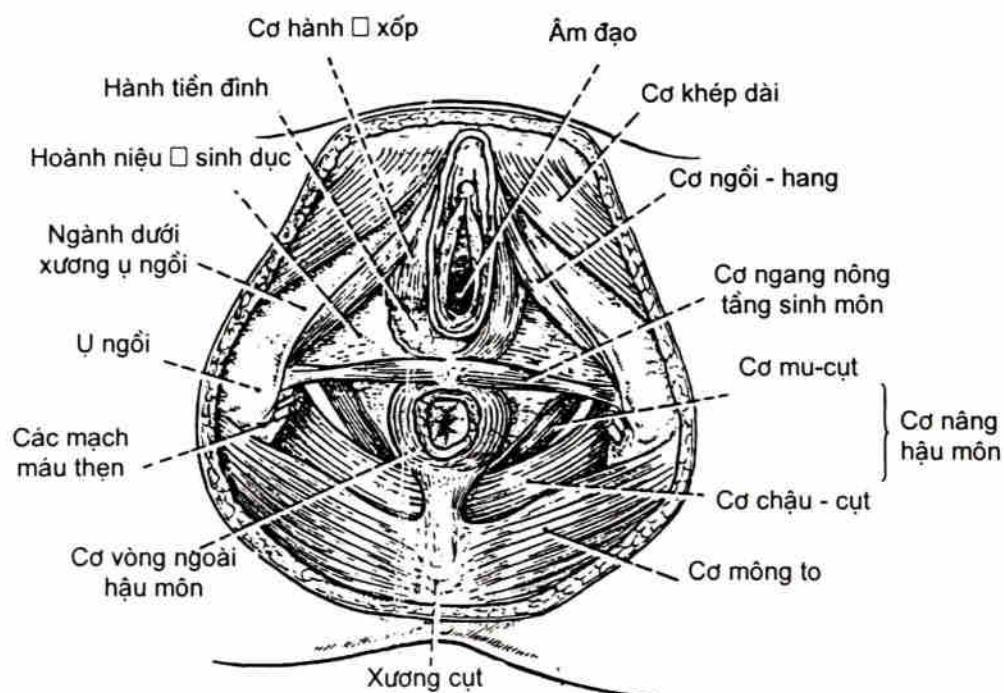


Hình 3.6. Các động mạch cùng hố ngồi trực tràng



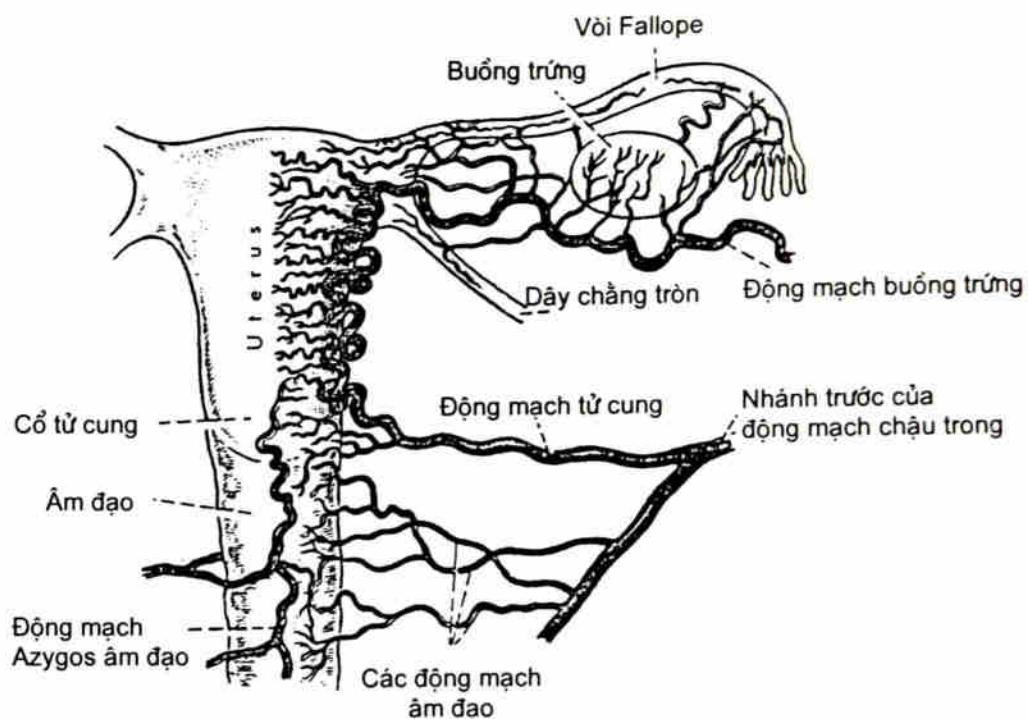
Hình 3.7. Dây thần kinh vùng hố ngồi - trực tràng

V. TẦNG SINH MÔN



Hình 3.8. Giải phẫu vùng tầng sinh môn

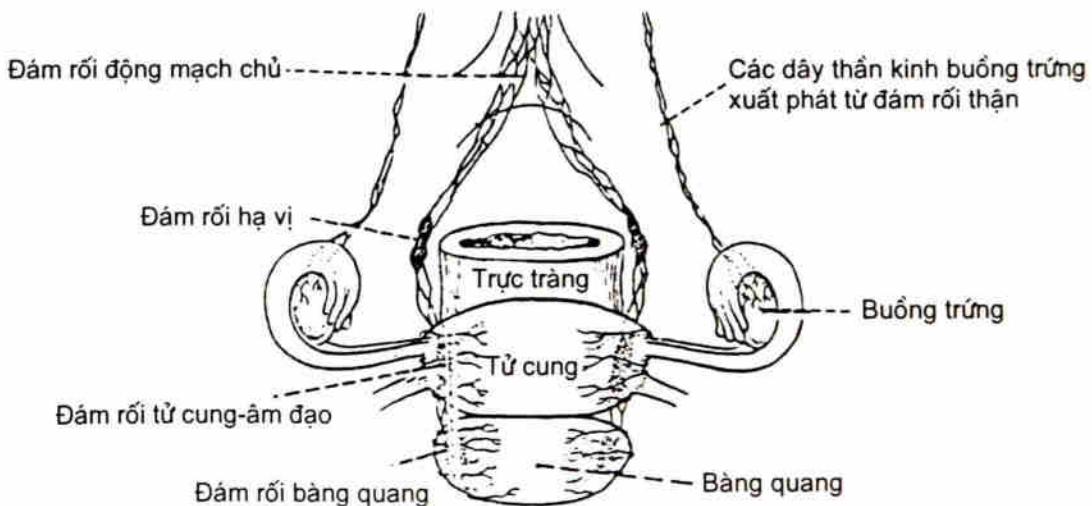
VI. CẤP HUYẾT TRONG CHẬU HÔNG

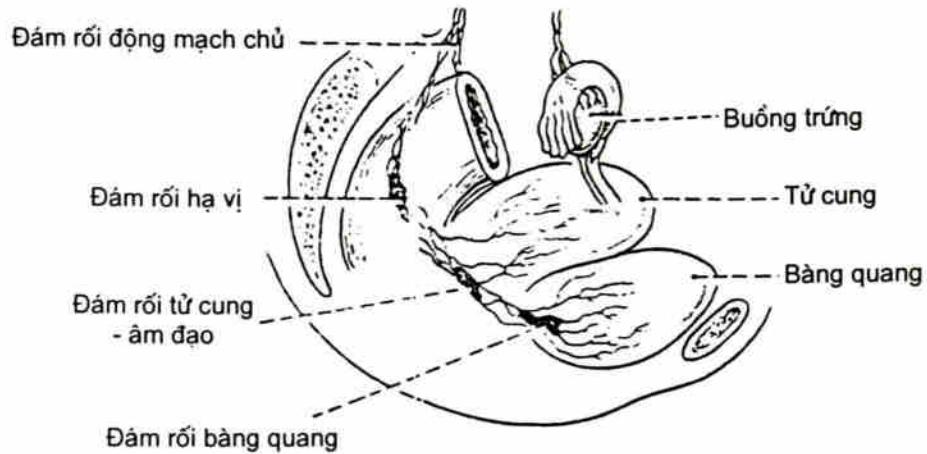


Hình 3.9. Sự cấp máu cho chậu hông

Chú ý: Hiện tượng cuộn của các mạch máu cho phép giãn ra khi tử cung phát triển trong lúc có thai.

VII. CÁC DÂY THẦN KINH GIAO CẢM CHẬU HÔNG



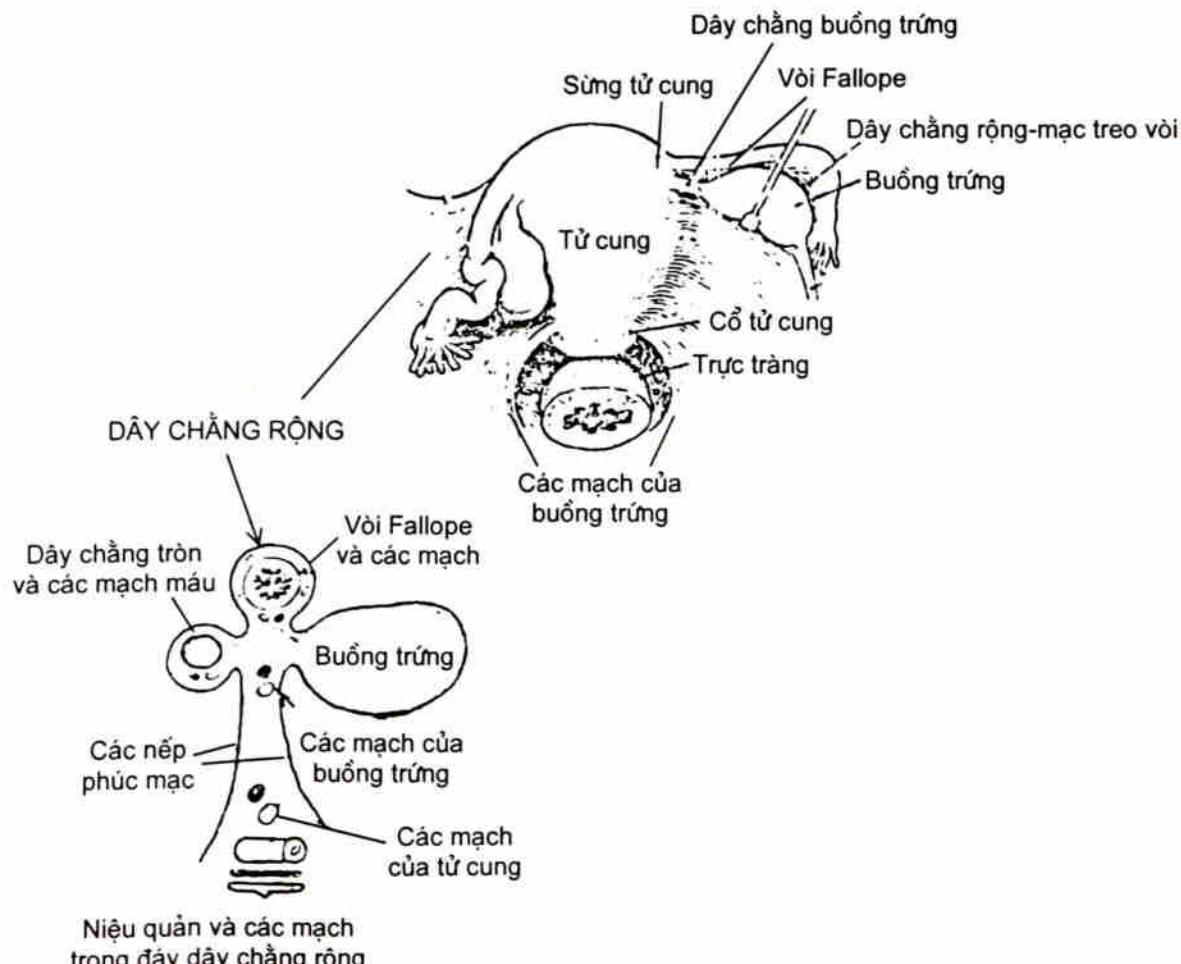


Hình 3.11. Các dây thần kinh giao cảm chậu hông

VIII. CÁC PHƯƠNG TIỆN NÂNG TỬ CUNG

Dây chằng tròn

Xuất phát từ góc trên của tử cung, đối diện và ở phía dưới vòi Fallope, chạy vào lỗ bẹn trong rồi bám vào mô lớn.



Dây chằng phễu - chậu hông hay dây chằng treo buồng trứng

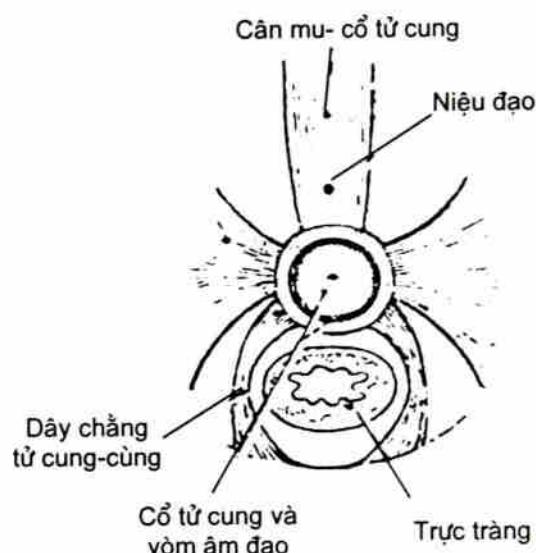
Chạy từ buồng trứng trong dây chằng rộng và vắt qua các mạch chậu ngoài tới côn cơ dài.

Các phương tiện nâng cổ tử cung

Tổ chức sợi kết đặc chung quanh các mạch tử cung, và mạch chậu tới côn của các cơ ở sàn chậu hông, ở hai bên cổ tử cung và âm đạo.

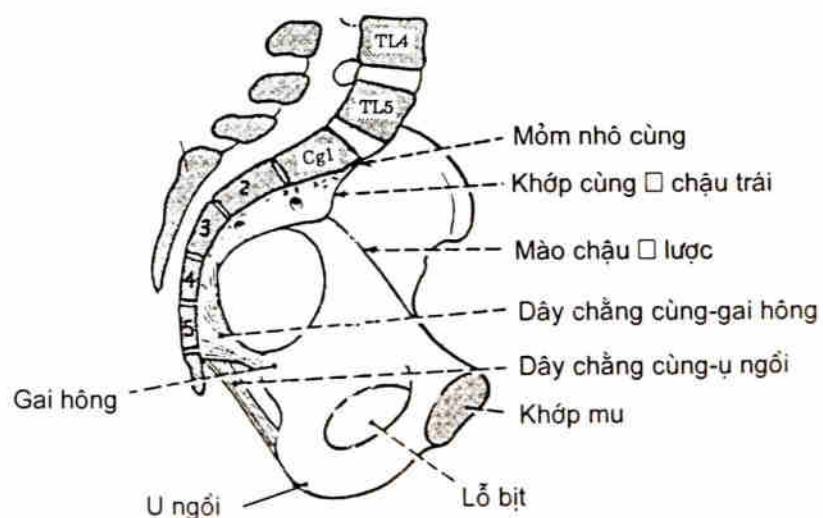
Khoang giữa các nếp phúc mạc chứa mô tế bào lỏng lẻo.

Buồng trứng không được dây chằng rộng bao bọc.



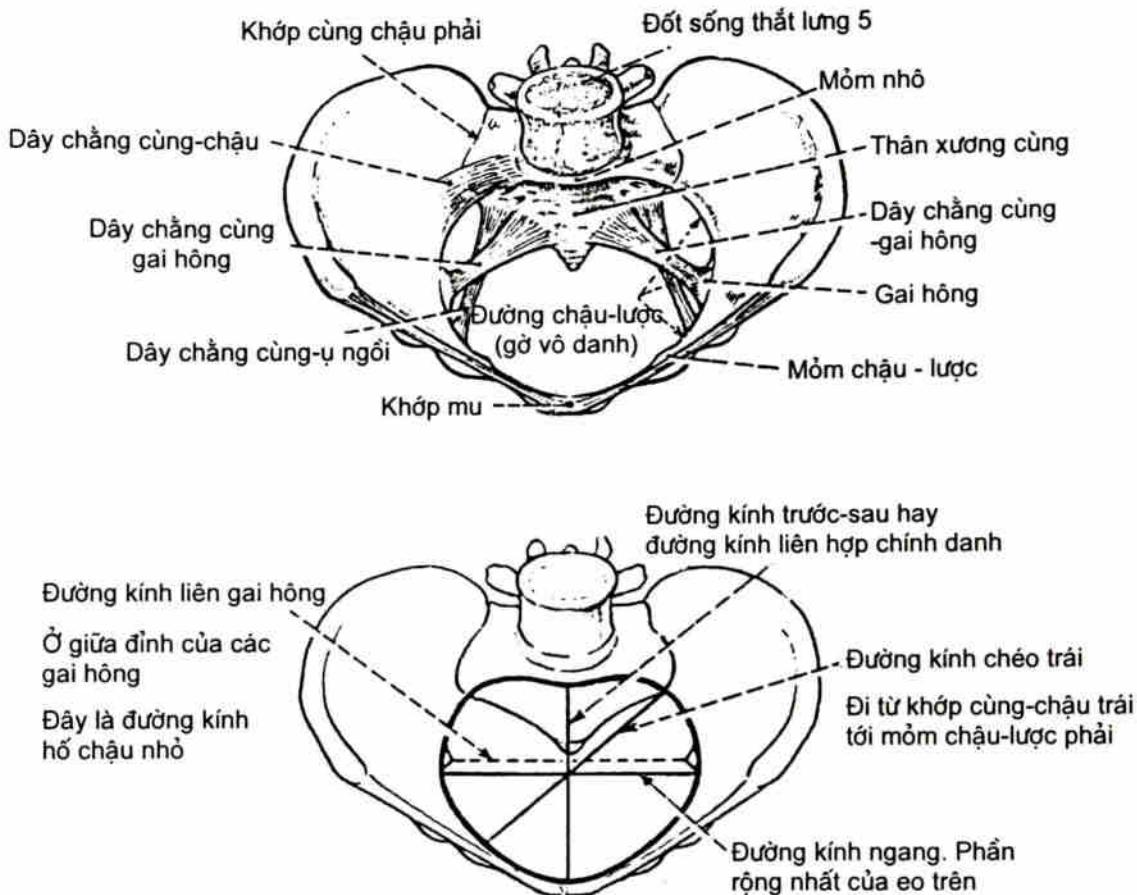
Hình 3.12. Các phương tiện nâng tử cung

IX. CHẬU HÔNG XƯƠNG - THIẾT ĐỒ ĐỨNG DỌC



Hình 3.13. Thiết đồ đứng dọc chậu hông xương

X. CHẬU HÔNG XƯƠNG - EO TRÊN



Hình 3.14. Chậu hông xương - eo trên

Bình diện của eo trên được giới hạn bởi:

- Phía trước là xương mu, phía bên là các đường chậu – lược (các gờ vô danh)
- Phía sau là các cánh và mỏm nhô của xương cùng.

XI. CHẬU HÔNG XƯƠNG - HỐ CHẬU NHỎ

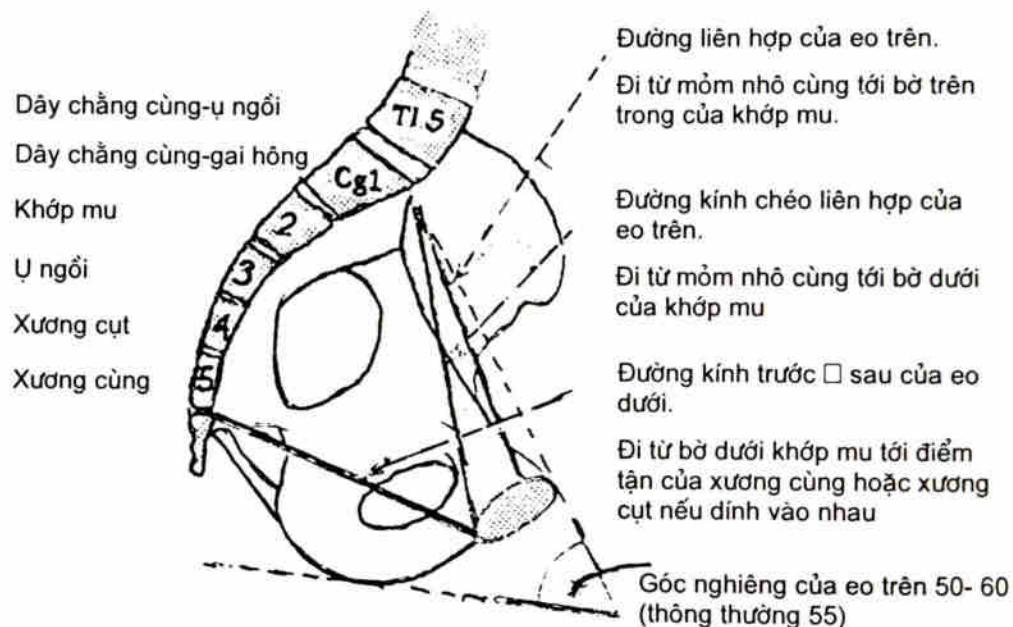
Hố chậu nhỏ được giới hạn bởi:

- Phía trên là bình diện của eo trên.
- Phía dưới là bình diện của eo dưới.
- Phía sau là xương cùng.
- Phía bên là các dây chằng cùng - hông và các xương cánh chậu.
- Phía trước là các lỗ bịt, ngành lên của xương ụ ngồi và xương mu.

Chú ý là diện của eo dưới gồm hai phần tạo với nhau thành góc.



Hình 3.15. Chậu hông xương - hố chậu nhỏ

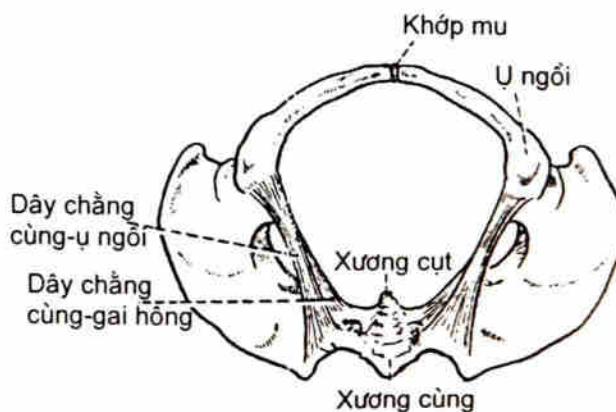


Hình 3.15. Chậu hông xương - hố chậu nhỏ

XII. CHẬU HÔNG XƯƠNG - EO DƯỚI

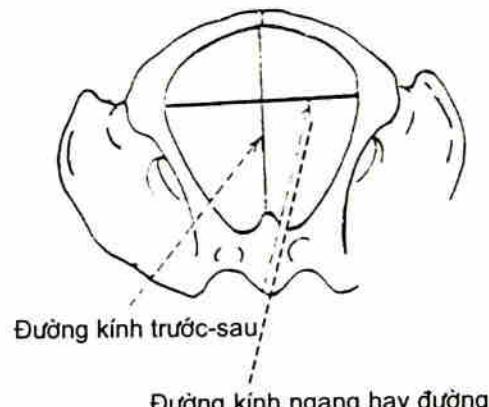
Bình diện của eo dưới được giới hạn ở:

- Phía trước bởi vòm xương mu.
- Phía bên bởi các dây chằng cùng - hông lớn và các ụ ngồi.
- Phía sau bởi đỉnh của xương cụt nếu dính vào mỏm tận của xương cùng.



Các số đo trung bình của các đường kính chậu hông:

Đường kính trước sau eo trên:	11,5cm
Đường kính ngang eo trên:	13,0cm
Đường kính trước - sau và ngang:	12,0cm
Đường kính liên gai hông:	10,5cm
Đường kính trước - sau eo dưới:	12,5cm
Đường kính ngang eo dưới:	11,0cm



Hình 3.16. Chậu hông xương - eo dưới

XIII. CÁC LOẠI XƯƠNG CHẬU

Có bốn loại xương chậu được mô tả. Dạng nữ (50%), dạng vượn người (25%), dạng nam (20%), dạng dẹt (5%). Trong nhiều trường hợp xương chậu thuộc dạng hỗn hợp.

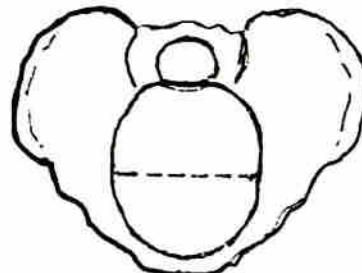
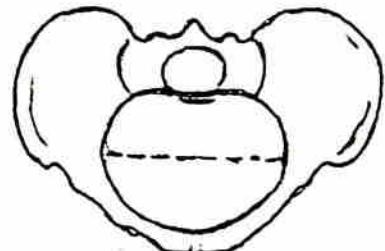
1. Dạng nữ hay dạng đàn bà

Eo trên là một hình bầu dục ngang - hầu như hình vòng tròn.

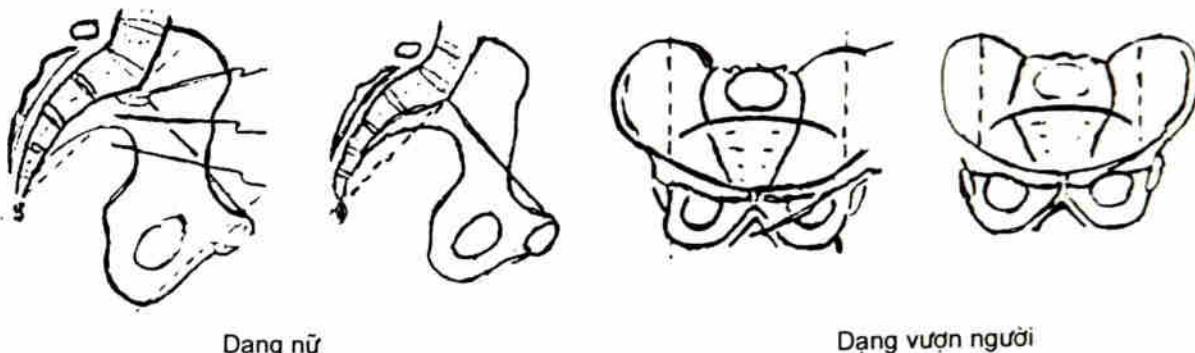
2. Dạng vượn người hay dạng đười ươi

Eo trên là một hình bầu dục theo hướng trước - sau (dạng nữ quay 90°).

Đường kính ngang (nơi rộng nhất của eo trên) và đường kính ngang hữu dụng (đi qua điểm giữa của đường kính trước - sau của eo trên), trùng nhau trong khung chậu dạng nữ và khung chậu dạng vượn người. Phần sau của khung chậu là vùng ở phía sau của đường kính ngang và phần trước của khung chậu là vùng đối diện. Các diện tích này đại khái bằng nhau cả ở loại khung chậu dạng nữ và khung chậu dạng vượn người.



	Dạng nữ	Dạng vượn người
Góc cùng	Khoảng 100°	
Đường cùng	Song song với xương mu	
Lỗ mè hông lớn	Nóng, rộng	Nóng, rộng hơn
Các gai hông	Không lồi ra nhiều	
Xương cùng	Rộng, nóng, lõm	
Các thành bên hố chậu nhỏ	Song song với nhau	
Xương mu	Nhẹ và nóng	
Góc vòm mu	Ít nhất 85°	Lớn hơn 80°
Đường kính lưỡng ụ ngồi	Rộng	Hẹp hơn
Đường kính trước - sau của eo dưới	Dài	Dài hơn



Hình 3.17. Các loại xương chậu

Hiện tượng dễ đầu thai khi qua các dạng khung chậu này có những vấn đề cơ học như nhau ở tất cả các tầng, nghĩa là nếu dễ ở mức eo trên thì nó cũng phải dễ dàng trong hố chậu nhỏ và ở eo dưới.

3. Dạng nam hay khung chậu đàn ông

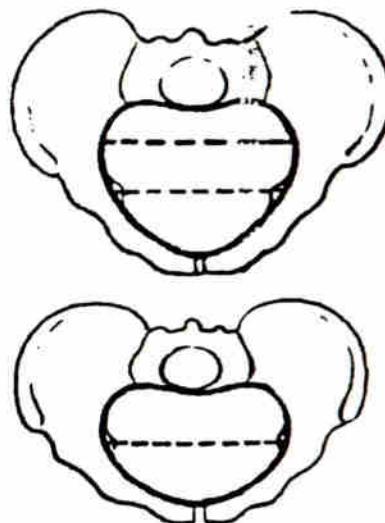
Eo trên gần như hình tam giác. Đường kính ngang ở gần phía xương cùng. "Đường kính ngang hữu dụng" bị ngắn lại.

Diện của chậu hông sau bị thu hẹp và nồng. Diện của chậu hông trước bị thu hẹp và nồng ở phía trước.

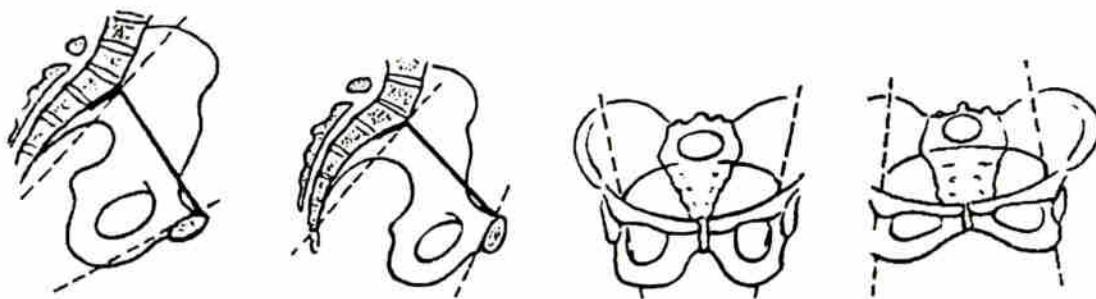
Dạng dẹt

Eo trên hình thận. Đường kính ngang và "đường kính ngang hữu dụng" trùng với nhau.

Chậu hông sau nồng và diện bị thu hẹp lại. Chậu hông trước cũng nồng và diện bị thu hẹp.



	Dạng nam	Dạng dẹt
Góc cùng	90° hay nhỏ hơn	Lớn hơn 90°
Đường cùng	Hội tụ	Phân kỳ
Lỗ mè hông lớn	Hẹp	Rộng, nồng
Các gai hông	Lồi, mập	Không lồi
Xương cùng	Phẳng, hẹp dài	Rộng, ngắn lõm
Các thành bên chậu hông	Chụp lại	Loe ra
Xương mu	Mập, sâu	Nồng
Góc vòm mu	Hẹp lại	Lớn hơn 85°
Đường kính lưỡng ụ ngồi	Hẹp lại	Tăng lên
Đường kính trước - sau của eo dưới	Ngắn	Dài hơn

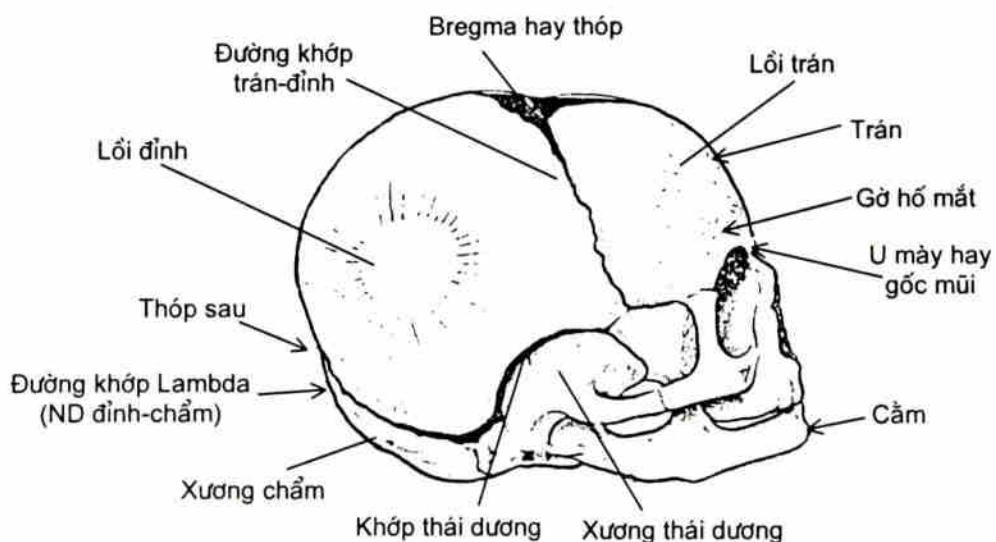


Hình 3.18. Các dạng chậu hông

Hiện tượng đẻ đầu thai nhi gây nhiều vấn đề khó khăn khi đầu càng xuống sâu.

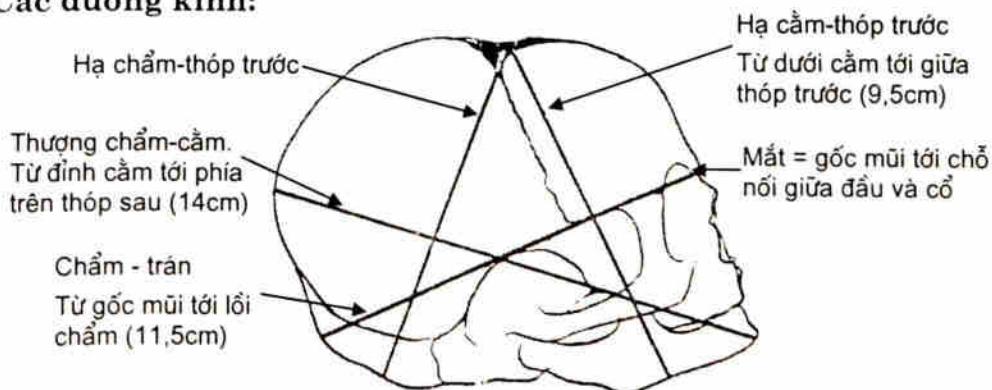
Hiện tượng đẻ đầu thai nhi qua chậu hông, loại này gặp khó khăn ở eo trên, nhưng sau đó thì các khó khăn giảm đi khi đầu xuống sâu hơn.

XV. HỘP SƠ THAI NHI

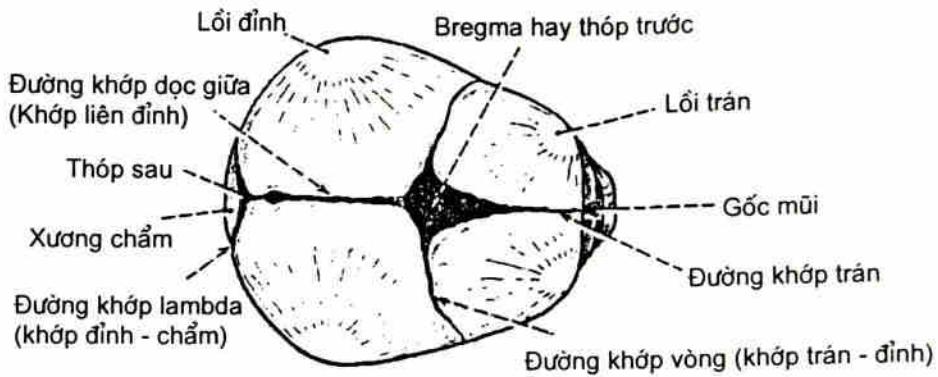


Hình 3.19. Hộp sọ thai nhi.

Các đường kính:



Hình 3.20. Các đường kính



Chỏm: là vùng được giới hạn bởi các thóp trước và sau cùng với các lồi đỉnh.

Hình 3.21. Chỏm, các lồi đỉnh

Các đường kính

- Lưỡng đỉnh (9,5cm): ở giữa hai lồi đỉnh
- Lưỡng thái dương (8,5cm): là khoảng cách xa nhất giữa hai nửa của đường khớp vòng.

Các vòng đầu:

- Hạ chẩm - thóp trước X lưỡng đỉnh (28cm)

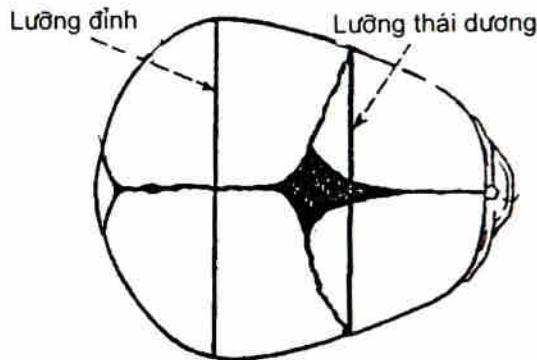
Đây là các đường kính lọt của ngôi chỏm cúi tốt.

- Chẩm - trán X lưỡng đỉnh (33cm)

Đây là những đường kính lọt của ngôi chỏm ngửa, gấp trong các thế chẩm - sau

- Cầm - thượng chẩm X lưỡng đỉnh (35cm)

Đây là vòng đầu to nhất, gấp trong ngôi trán.



Hình 3.22. Các vòng đầu

Chương 4

CHẨN ĐOÁN HIỆN TƯỢNG CÓ THAI

I. CÁC TRIỆU CHỨNG, DẤU HIỆU VÀ CÁC XÉT NGHIỆM THAI

1. Đại cương

	TUẦN LỄ										
	0	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40
Mất kinh											
Nghén											
Các xét nghiệm thai bằng nước tiểu											
Các thay đổi ở vú											
Các triệu chứng bàng quang											
Các thay đổi ở cổ tử cung											
Siêu âm đồ											
Các thay đổi ở tử cung sờ thấy được											
Các thay đổi ở âm đạo và âm hộ											
Dấu hiệu Osiander											
Dấu hiệu Hegar											
Tử cung sờ được ở ổ bụng											
Dấu hiệu bập bênh											
Các dấu hiệu X quang											
Thai máy (người con rạ)											
Bụng phát triển to lên											
Thai máy (người con so)											
Các cơn co tử cung sờ được											
Các cử động thai sờ được											
Nghe được tim thai (Pinard)											
Các phản thai sờ thấy được											
Các thay đổi ở da (rất biến động)											
(Các triệu chứng, dấu hiệu và xét nghiệm thường gặp hơn được nêu bằng đường vạch kéo dài).											

2. Các xét nghiệm miễn dịch học

Các xét nghiệm này dựa trên thực tế là 14 ngày sau khi thụ tinh, lớp trung sản mạc của nang mầm tiết ra kích dục tố rau thai (HCG). Cực điểm đạt vào lúc 10 đến 12 tuần, và nội tiết này được bài tiết qua nước tiểu của người mẹ. Dùng một kháng huyết thanh HCG có thể phát hiện ra sự hiện diện của hormon này trong nước tiểu, nhưng điều cần thiết là phải làm cho phản ứng có thể quan sát được và thường làm là dùng các hồng cầu có bọc HCG. Kháng huyết thanh và nước tiểu được trộn với hồng cầu. Nếu trong nước tiểu có chứa HCG thì kháng huyết thanh bị trung hoà và các hồng cầu sẽ kết tủa (phản ứng dương tính); nếu không có HCG trong nước tiểu thì thấy hiện tượng lắng phân tán, là do phản ứng giữa kháng huyết thanh với các hồng cầu có bọc nội tiết (phản ứng âm tính).

Kết quả dương tính có thể phát hiện ra sau khi chậm kinh 8-9 ngày.

Xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang có thể thực hiện bằng huyết tương hoặc nước tiểu để phát hiện beta - HCG. Biện pháp này là một xét nghiệm thai rất nhạy và sớm. Nó có thể đặc biệt có hiệu quả trong trường hợp nghi ngờ chưa ngoài tử cung.

Beta - HCG nước tiểu

10.000 ml U/ml

4.000 + 2 D.L.C

Xét nghiệm

BETA – HCG 2.000 trung bì

1.00 – 2 D.L.C

400 200 100

50 30

Xét nghiệm thai âm tính

4 8 12 16 20

Tuần

3. Siêu âm

Có thể phát hiện được túi thai sau khi mất kinh 5-6 tuần và thấy được cử động của tim thai từ 7 tuần.

Chữa trong buồng tử cung còn rất sớm.

Bàng quang

Túi thai.

Không thấy một cực thai nào.

4. Tia X

Ngày nay bình thường người ta không sử dụng tia X để chẩn đoán thai. Tuy nhiên, đôi khi vẫn có thể dùng các tia này trong giai đoạn cuối có thai, đặc biệt khi nghi ngờ chưa đa thai.

5. Triệu chứng và dấu hiệu

4 tuần. Vô kinh

Cần lưu ý đến các nguyên nhân, chẳng hạn như mất cân bằng buồng trứng - tuyến yên, dùng viên thuốc tránh thai và các xung động về tâm lý. Hiện tượng phong noãn có thể đã xảy ra sớm hơn hoặc muộn hơn so với bình thường.

Phụ nữ thường không hay nhớ một cách chính xác kỳ hành kinh cuối cùng của mình.

4 tuần. Hiện tượng nghén

Nhiều phụ nữ thấy khó chịu ở dạ dày trong các tháng đầu, từ mức buồn nôn, chán ăn đến ói mửa liên tiếp, đặc biệt xuất hiện vào buổi sáng. Người ta không biết rõ nguyên nhân và thường cho là tại hàm lượng estrogen và HCG, cả hai tăng lên cao trong máu. Sự co bóp của dạ dày giảm đi, và khi mới có thai cơ vòng thực quản dưới bị giãn ra.

6 tuần. Các triệu chứng ở bụng quang

Hiện tượng đái rắt xuất hiện vào tháng thứ 2 và thứ 3 là do sự kết hợp của tình trạng gia tăng các mạch máu, và áp lực của tử cung to lên. Gần đú tháng, thì đái rắt lại có thể tái hiện, chủ yếu là do đầu thai nhỉ đè lên bụng quang.

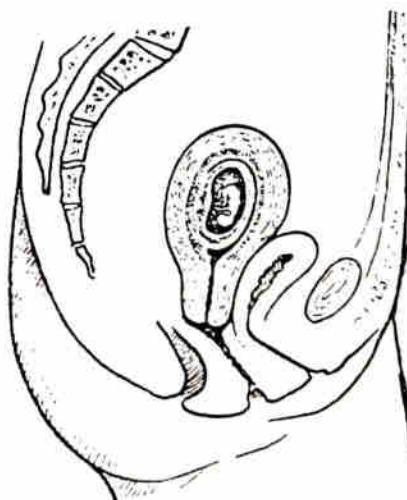
Các dấu hiệu lâm sàng

(Các dấu hiệu này kém phần quan trọng vì sự phát triển các xét nghiệm chẩn đoán thai vừa nhanh và nhạy).

Hiện tượng mềm cổ tử cung 6 tuần

Hiện tượng nẩy đập ở các cung đồ bên âm đạo tăng lên
(dấu hiệu Osiander) 8 tuần

Màu niêm mạc âm đạo thâm lại (dấu hiệu Jacquemier) 8 tuần



Hình 4.1. Thai 7 tuần

Bảy tuần. Tử cung to lên được, sờ thấy

Thai được 7 tuần thì tử cung to bằng quả trứng gà lớn.

Thai được 10 tuần thì tử cung to bằng quả cam.

Thai được 12 tuần thì tử cung to bằng quả bưởi.

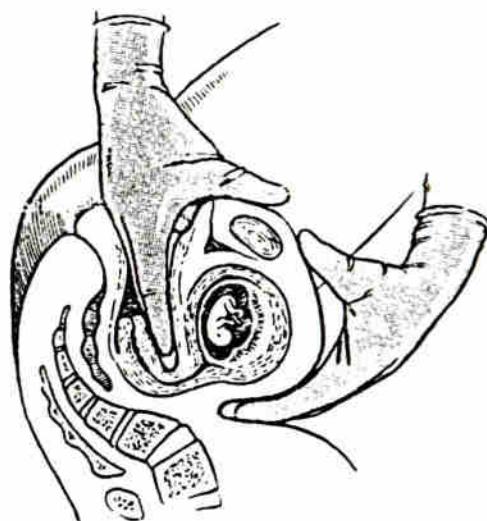
8 tuần. Dấu hiệu Hegar

Bằng cách thăm khám hai tay, đây là cảm giác mà các ngón tay tiếp nhận được như chạm vào nhau. Hiện tượng này là do đoạn dưới mềm ra hết sức.

6-8 tuần

Các triệu chứng và dấu hiệu sớm nhất - sự phát triển gia tăng mạch máu và cảm giác nặng nề, nhất là đau vú - xuất hiện vào lúc thai được 6 tuần. Khi thai 8 tuần thì núm vú và vùng chung quanh - gọi là quầng vú nguyên phát - đã đậm màu rõ rệt hơn.

Các hạt montgomery. Các tuyến bã lồi lên thành những hạt màu đỏ hồng ở quầng vú.



Hình 4.2. Dấu hiệu Hegar

16 tuần

Khi thai được 16 tuần, vú tiết ra một chất dịch trong (sữa non), có thể vắt ra được. Lúc thai 20 tuần thì quầng vú thứ phát lốm đốm đậm nhạt do nhiễm thêm sắc tố, lồi rõ lên.



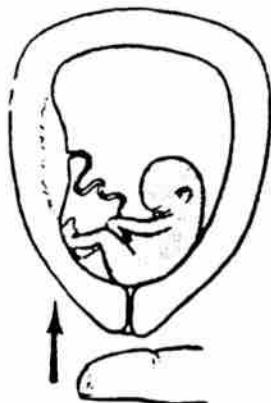
Hình 3.3. Vú lúc thai 8 tuần



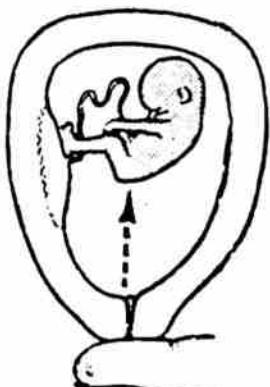
Hình 3.4. Vú lúc thai 16 tuần

14 tuần

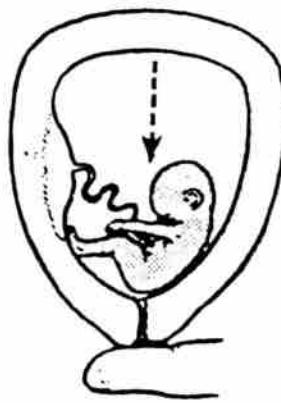
HIỆN TƯỢNG BẬP BỀNH BÊN TRONG



Hình 3.5. Đẩy nhẹ lên phía trên và giữ nguyên ngón tay tỳ vào cổ tử cung



Hình 3.6. Thai nhi bị đẩy lên phía trên



Hình 3.7. Thai nhi chìm xuống làm ngón tay có cảm giác bị đụng nhẹ vào

24 tuần

HIỆN TƯỢNG BẬP BỀNH BÊN NGOÀI

Một bàn tay vỗ nhẹ vào bụng, đồng thời đẩy thai nhi di động sang phía bên kia buồng tử cung. Bàn tay kia đặt áp lên tử cung, cảm nhận được xung động. Các nghiệm pháp này hầu như đã biến khỏi công việc thăm khám lâm sàng do sử dụng rộng rãi siêu âm.

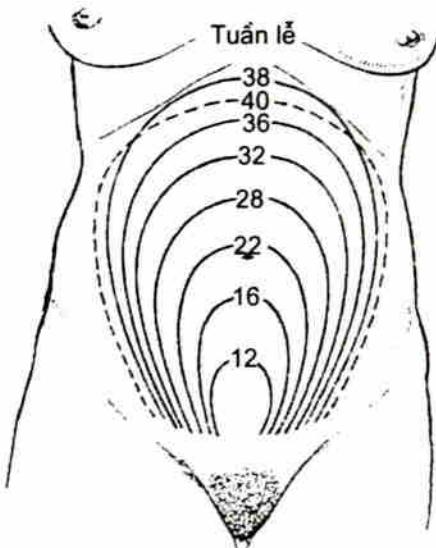
15 tuần

Bụng to lên

Tử cung vượt lên ổ bụng vào lúc được 12 tuần, và kích thước của bụng gia tăng rõ khi thai được 15 tuần.



Hiện tượng giảm chiều cao đáy tử cung xảy ra vào giữa 38 và 40 tuần được gọi là "hiện tượng sụt bụng" là do đầu thai nhi xuống thấp tì vào đoạn dưới và cổ tử cung, chuẩn bị cho cuộc chuyển dạ. Hiện tượng này không xảy ra ở các phụ nữ đã có thai lần trước, và như vậy, chiều cao đáy tử cung không phải là điều hướng dẫn chắc chắn cho hiện tượng đủ tháng.



Hình 3.9. Bụng to dần lên

16-18 tuần

Thai máy ("cảm nhận cuộc sống"):

Cảm giác về cử động thai nhi truyền tới tận phúc mạc thành bụng có thần kinh thực thể chi phổi. Nó là một cảm giác rất thoáng qua lúc bắt đầu và ở người con rạ thì dễ nhận ra sớm hơn. Nó không phải là dấu hiệu đáng tin cậy hoàn toàn, người mẹ có thể không muốn thừa nhận sự thiếu vắng của dấu hiệu này, ngay cả với chính mình, và các phụ nữ mắc chứng rối loạn thần kinh có khi mang thai tưởng tượng ("chứng giả chửa"), có thể dễ dàng tự mình khẳng định về sự hiện diện của hiện tượng thai máy này.

20 tuần

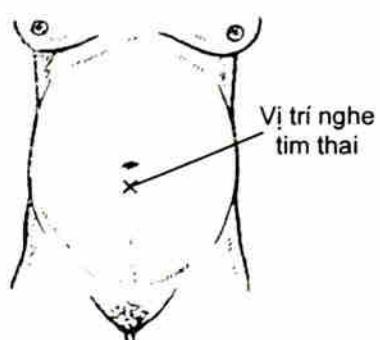
Các cơn co tử cung sờ được (dấu hiệu braxton hicks)

Tử cung có những cơn co không gây ra đau đớn từ tuần lễ thứ 9 đến tuần lễ thứ 10 trở đi, vào tuần lễ thứ 20 có thể sờ thấy các cơn co này, thoát đầu bằng phương pháp thăm khám hai tay, về sau bằng nắn bụng. Các cơn co này không theo nhịp và càng ngày càng mau hơn khi thai càng tiến triển, và vào những tuần cuối chúng có thể gây khó khăn cho việc nắn bụng. Việc phân biệt các cơn co Braxton Hicks với hiện tượng chuyển dạ sớm không phải luôn luôn rõ ràng.

24 tuần

Nghe tim thai

Có thể dùng ống nghe tim thai (Pinard) áp lên thành bụng ứng với thai nhi, để nghe tim thai. Tiếng tim thai nghe rõ nhất ở trên vùng xương bả vai trái của thai nhi, do đó điểm có cường độ âm thanh cao nhất thay đổi tuỳ theo tư thế của thai nhi.



Hình 3.10. Vị trí nghe tim thai lúc thai 24 tuần



Hình 3.11. Số nhịp đập thay đổi khoảng từ 120 đến 140 lần/phút và nhịp tim phải đều

Cần phân biệt các âm thanh khác với tiếng tim thai:

1. Mạch đập của người mẹ, truyền bằng động mạch chủ.
2. Tiếng thổi của động mạch tử cung, là một âm thổi gây nên do máu dồn vào trong các động mạch tử cung đã phát triển to lên.

Lưu lượng kế Doppler cho phép kéo dài việc nghe tim ngay từ lúc có thai còn rất sớm (xem chương 6).

20 tuần

Các cử động thai nhi sờ được

Thoạt tiên, cảm giác này chỉ là một rung động nhẹ. Các cử động mạnh thêm lên vào những tháng sau, và khi sử dụng ống nghe tim thai có thể thấy được tiếng dội vào thai người khám.

26 tuần

Các phần thai nhi sờ được

Khuôn hình của thai nhi, đầu và các chi được sờ thấy vào thời gian này. U xơ tử cung là một khối u duy nhất làm nhầm lẫn với các phần của thai nhi, song việc chẩn đoán thai không thể chỉ dựa vào dấu hiệu đơn độc này.

II. NHỮNG THAY ĐỔI Ở NGOÀI DA

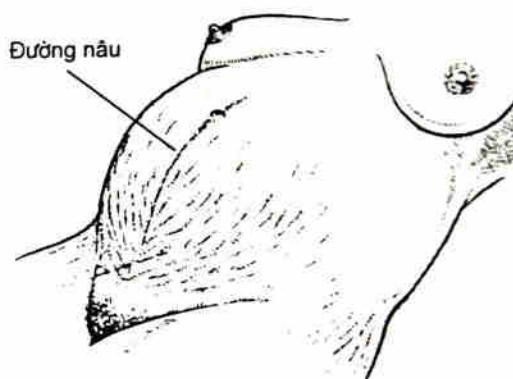
Những vùng da nhiễm sắc tố trở nên đậm hơn (núm vú, bộ phận sinh dục ngoài và vùng hậu môn). Một số vùng mới nhiễm sắc tố xuất hiện ở mặt (chloasma) và trên da bụng (đường nâu).

"Chloasma" xuất phát từ một từ Hy Lạp, có nghĩa là màu hơi xanh của một chồi cây hay nụ đang lớn.

Các thay đổi này người ta cho là do có nhiều melanin. Nội tiết kích thích sản sinh melanin thường tăng cao khi bắt đầu có thai.



Hình 3.12. Thay đổi ở da



Hình 3.13. Hai vết lằn, đường nâu

Các vết lằn do thai là các vạch ở trên da các vùng có mỡ (bụng, vú và đùi).

Sau khi đẻ các vết này thoái triển và tồn tại dưới dạng các vạch trắng.

Các vạch này là do hiện tượng căng giãn, song cũng có thể do sự chế tiết gia tăng của ACTH (hormon kích thích vỏ thượng thận) tác động tới mô liên kết.

Chương 5

SĂN SÓC TRƯỚC KHI SINH

I. CÔNG TÁC TƯ VẤN TRƯỚC KHI CÓ THAI

Công việc chăm sóc trước khi sinh có thể bắt đầu trước khi có thai. Kể cả đối với một cặp vợ chồng bề ngoài bình thường, khoẻ mạnh, đang đặt kế hoạch mang thai, cũng sẽ có lợi khi trao đổi với một người cố vấn chuyên môn là cán bộ chuyên khoa, thầy thuốc đa khoa, thầy thuốc chuyên trách kế hoạch hoá gia đình, nữ hộ sinh trong cộng đồng hoặc vệ sinh viên. Công tác tư vấn trước khi có thai nên bao quát các vấn đề:

Tiền sử bệnh và tiền sử gia đình.

Sức khoẻ chung.

Tiết chế.

Hút thuốc.

Uống rượu.

Ngừng dùng thuốc tránh thai nội tiết. Theo dõi cân nặng và huyết áp cơ bản.

Miễn dịch phòng bệnh rubeon.



Hình 5.1. Tư vấn

Trong một trường hợp không có tham vấn chuyên khoa có thể đề ra như:

Tiền sử sản khoa, có thể hướng tới việc xử trí đặc biệt.

Các bệnh mang tính gia truyền hoặc di truyền, nguy cơ lặp lại.

Những bệnh nội khoa đã biết trước, chẳng hạn như đái tháo đường, động kinh, ảnh hưởng của thai đối với bệnh và ngược lại. Các thuốc điều chỉnh, chẳng hạn như thuốc chống co giật, các steroid - nguy cơ tổn hại cho thai nhi.

Các phòng khám trước khi có thai do bệnh viện điều hành có thể đề xuất việc giám định của thầy thuốc sản khoa, bác sĩ và chuyên gia di truyền y học, nếu có yêu cầu.

Việc đặt kế hoạch có thai cần được nhấn mạnh trong y tế học đường và các chương trình giáo dục y tế.

II. SẢN SÓC TRONG KHI CÓ THAI

1. Mục đích

1. Để đảm bảo cho người mẹ và đứa trẻ ở trong một trạng thái tối ưu về sức khoẻ có thể được bằng cách xác định các vấn đề, cụ thể hay tiềm tàng, vào giai đoạn sớm nhất và đề ra biện pháp xử trí thích hợp.

2. Để huấn luyện cho người phụ nữ và chồng họ hoặc người bạn tình về hiện tượng mang thai, sự chuyển dạ và xua tan những nỗi lo lắng và sự thiếu hiểu biết.

2. Trách nhiệm

Công việc này thường bắt đầu bằng bác sĩ riêng của bệnh nhân, có sự tham gia của thầy thuốc chuyên khoa sản, nữ hộ sinh, vệ sinh viên và thầy thuốc đa khoa. Ở nước Anh, công việc theo dõi thường được bác sĩ chuyên khoa cùng với bác sĩ đa khoa chia sẻ, cùng với các đồng nghiệp nữ hộ sinh của họ. Sự bố trí tùy thuộc vào hoàn cảnh của địa phương, nhưng điều chủ yếu là việc thông tin chu đáo bằng một phiếu công tác.

Kỳ kinh cuối cùng			Date F.M.F Gestation:			BLOOD GROUP: RHESUS						Cm 50 45 40 35 30 25 20 15 10	Weeks 16 20 24 28 32 36 40		
Ngày kiểm tra siêu âm tuổi thai			AFP huyết thanh			Đã làm	Hết làm	Khước từ	Không làm	RUBELLA STATUS	IMMUNE NOT IMMUNE				
Accepted EDD		Date	Weight(kg)	B.P.	Urne	Oesoph	Wes Gesu	Fecal Height	Presenation and mobility	FMFH	Comment on General Health and Drugs Given	Return (Weeks)	Seen by		
		Prot	Sug												
														& Results	

Hình 5.2. Phiếu công tác

Công việc đỡ đẻ ở nhà hiện nay là vấn đề hiếm tại Liên hiệp vương quốc Anh. Việc lựa chọn thường có thể nằm giữa một đơn vị chuyên khoa và một đơn vị đa khoa kết hợp, thường là trực tiếp cùng với một đơn vị chuyên khoa. Những phụ nữ có thể đẻ dưới sự theo dõi của một đơn vị đa khoa, là những người không có vấn đề gì bất thường, và đẻ lần thứ hai, thứ ba hoặc thứ tư. Các thiết bị cũng có thể khác nhau tùy từng đơn vị chuyên khoa, đặc biệt là vấn đề có liên quan đến sự theo dõi săn sóc sơ sinh, vấn đề này phải được đề cập đến trong khi lựa chọn nơi đẻ thích hợp đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao.

III. TÌNH TRẠNG CHUNG VỀ SỨC KHOẺ KHI CÓ THAI

Một số hoặc toàn bộ các vấn đề sau đây sẽ được trao đổi trong tuần thăm khám đầu tiên hoặc tiếp theo.

1. Tiết chế

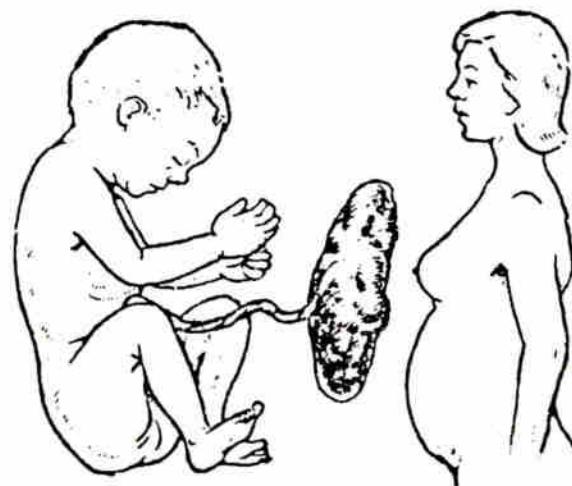
Thân thể một trẻ nặng 3,4kg (7 1/21b) lúc mới sinh ra chứa:

400g protein	25g Ca	Rau thai
220g Mỡ	16g P	chứa 55g
80g CHO	0,4g Fe	protein

Hai phần ba sự phát triển này diễn ra trong ba tháng cuối.

Người mẹ dự trữ thêm protein mới ở tử cung và vú (có lẽ tới 500g) và khi tới đủ tháng thì chuyển hoá cơ bản đã tăng lên 20%, hoặc vào khoảng 350kcal/ngày. Nếu họ đang cho con bú thì đứa trẻ cần 7,0g protein, 0,2g Ca và 300kcal/ngày lúc một tháng tuổi.

Người phụ nữ có thai hay đang cho con bú trước tiên cần có một chế độ ăn tăng protein cụ thể, chủ yếu lấy từ nguồn động vật và đặc biệt là trong 3 tháng cuối.



Hình 5.3.

Nhu cầu tính từng ngày về tiết chế trong khi có thai:			
protein	100g	410kcal	P 1,9g
Mỡ	100g	920kcal	Ca 1,5g
CHO	300g	1230kcal	Fe 15mg
		2560kcal	Vit A 6000đ.v.q.t
			Phức hợp vit B 25mg
			Vit C 100mg
			Vit D 600 đ.v.q.t.

Mục tiêu là phải cung cấp cho người mẹ một chế độ ăn hỗn hợp thỏa đáng, hợp với khẩu vị. Có thể bổ sung thêm các vitamin tan trong mỡ (A.D), acid ascorbic, sắt và acid folic.

Sữa bò là một thực phẩm tự nhiên duy nhất cân bằng, chứa gần 20g protein loại một trong mỗi pint (pint là đơn vị đo lượng tương đương với 0,568 lít), các muối khoáng và tất cả các loại vitamin và mỡ.

2. Luyện tập

Các bà mẹ cần được động viên, nên coi hiện tượng mang thai là một tình trạng khoẻ mạnh và trong chừng mực hợp lý, các hoạt động bình thường ở trong nhà và giải trí cũng nên khuyến khích.

3. Sự sạch sẽ

Vệ sinh chung cần được khuyến khích. Không tránh được hiện tượng tăng tiết mồ hôi và khí hư âm đạo trong khi có thai.

4. Giao hợp

Ở người, việc giao hợp trong lúc có thai là chuyện bình thường, nhịp độ phải tùy thuộc vào ý của người mẹ. Có thể cần kiêng giao hợp trong 3 tháng đầu nếu trước đã có tiền sử sẩy thai.

5. Hút thuốc

Những phụ nữ nghiện thuốc lá cần được khuyên giảm bớt số điếu thuốc hút mỗi ngày, và nếu có thể được thì bỏ hẳn. Người ta đã nêu lên sự tổn hại đối với phát triển của thai nhi, nguy cơ gia tăng để thiếu tháng và các hậu quả xấu đối với sự phát triển tinh thần.

6. Uống rượu

Người ta đã nêu lên một hội chứng về thai do mẹ uống rượu quá nhiều (xem chương 16), hiện tại, người ta không biết uống mức độ nào là an toàn và tốt hơn là nên khuyên các bà mẹ phải cẩn thận, tự hạn chế và chỉ thỉnh thoảng uống rượu trong giao tiếp xã hội mà thôi.

7. Thuốc men

Cần khuyên người mẹ là tránh không dùng bất kỳ một loại thuốc men nào nếu không được phép thầy thuốc của mình (xem chương 7).

8. Mặc áo quần

Áo quần cần phải rộng rãi và thoải mái, ngày nay đã có nhiều mẫu áo quần đẹp dành cho người có thai mặc. Tránh mặc các đồ may bó sát người hoặc các nịt.

9. Răng

Công việc săn sóc răng đòi hỏi giống như khi không có thai. Cần phải khám toàn bộ răng khi mới có thai, tại Liên hiệp vương quốc Anh các thai phụ chữa răng được miễn phí. Khi điều trị răng, không có chống chỉ định dùng gây tê tại chỗ.

10. Đại tiện

Táo bón là hiện tượng thường gặp trong khi mang thai, do vậy, không nên bắn khoan. Một chế độ ăn uống có nhiều chất sơ và hoa quả sẽ có lợi, khi cần thiết có thể dùng những thuốc nhuận tràng nhẹ.

11. Làm việc

Phần động các phụ nữ có thể tiếp tục đi làm cho đến cuối quý 2. Cần có nhiều cơ hội nghỉ ngơi trong 3 tháng cuối.

IV. LẦN THĂM THAI ĐẦU TIÊN

Điều lý tưởng là mỗi thai phụ cần được một bác sĩ chuyên khoa đánh giá sớm khi có thai và đề ra một kế hoạch về săn sóc trước khi sinh và lúc đẻ.

Thái độ tiếp đón của phòng khám phải thoải mái và ân cần. Cần có các cơ sở dành cho chồng và con cái đi theo.

Phải tìm hiểu những chi tiết sau đây:

1. Tiền sử kinh nguyệt

Thời gian và sự chính xác về kỳ kinh cuối (KKC).

Tính đều đặn của vòng kinh.

Thuốc tránh thai nội tiết mới dùng.

Tính ngày dự kiến đẻ (DKĐ) như sau (280 ngày kể từ ngày thứ nhất của KKC), chẳng hạn:

KKC	9.7.87
Lùi lại 3 tháng	9.4.87
Cộng thêm 1 năm	9.4.88
Cộng thêm 7 ngày	16.4.88 = DKĐ

2. Tiền sử bệnh

Các biện pháp phẫu thuật	Thuốc men
Các khó khăn trong gây mê	Bệnh nội khoa
Truyền máu	Bệnh tâm thần
Các bệnh dị ứng	Huyết khối - tắc nghẽn mạch

3. Tiền sử gia đình

Bệnh tăng huyết áp	Bệnh " di truyền"
Đái tháo đường ở họ hàng đời thứ nhất	Thai sinh đôi

4. Tiền sử xã hội

Tình trạng hôn nhân	Hút thuốc
Nơi ở và gia cảnh	Uống rượu.

5. Tiền sử sản khoa

Cần điều tra cẩn kẽ để xác định bất luận một điểm nào có thể ảnh hưởng đến cách xử trí trong lần có thai hiện tại.

6. Tiền sử các lần có thai trước

Lần có thai	Ngày tháng	Nơi đẻ	Chuyển dạ và đẻ trẻ sơ sinh							
			Tuổi thai	Chuyển dạ tự nhiên	Thời gian chuyển dạ giờ	Cách sổ thai	Giới tính	Cân nặng	Con sống	Con chết chết trong tuần lễ 1
	23.187	Nhà hộ sinh	40 tuần	Tự nhiên	10 $\frac{1}{2}$	Đẻ tự nhiên	Nam	3,3kg	Con sống	John
1	Các biến chứng Tăng huyết áp tuần 38						Cách nuôi: bú mẹ			
	20.488	Nhà hộ sinh	8 tuần							
2	Sẩy thai tự nhiên <input type="checkbox"/> nong CTC + nạo									
3										

Bệnh nhân trình bày ở đây là sản phụ 1 + 1 (nghĩa là 1 lần đẻ và 1 lần sẩy thai). Có thể giới thiệu là thai phụ 3 (nghĩa là có thai lần thứ 3). Tuy nhiên, cần chú ý là quy ước này không tính đến kết quả của cuộc đẻ, thí dụ: một phụ nữ đã chỉ có chứa một lần duy nhất, đẻ con sống, hoặc đẻ con chết lưu, hoặc đẻ sinh đôi vẫn là sản phụ 1 + 0.

7. Tiền sử tránh thai

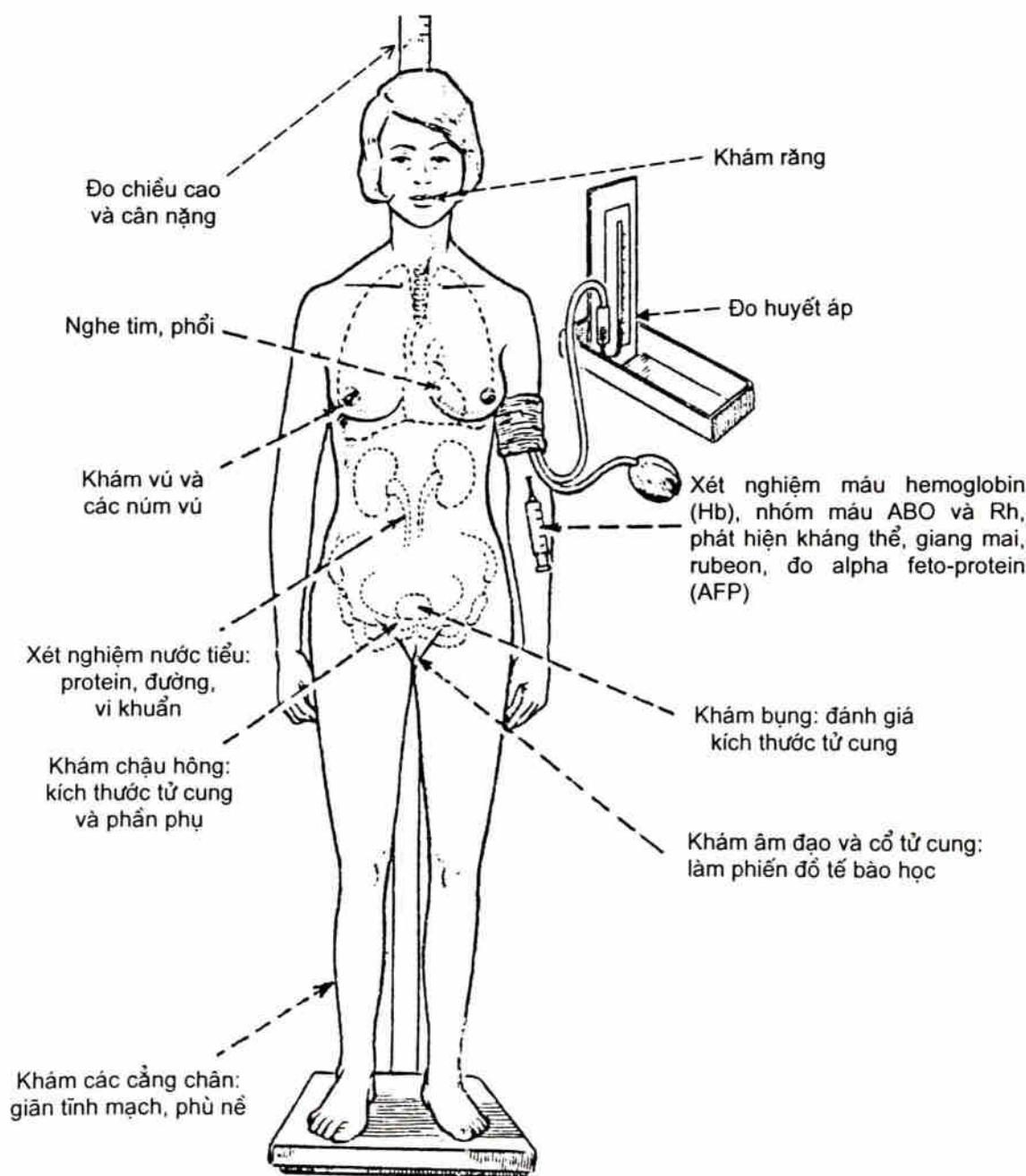
Các chi tiết về phương pháp tránh thai đã áp dụng.

Lần mang thai này có theo kế hoạch không?

Thời gian chờ đợi để có thai.

8. Các yếu tố nguy cơ

Bất luận một yếu tố nào nêu trong bảng trên có thể làm tăng các biến cố cho mẹ hoặc cho thai, cần được làm sáng tỏ trong phiếu ghi.

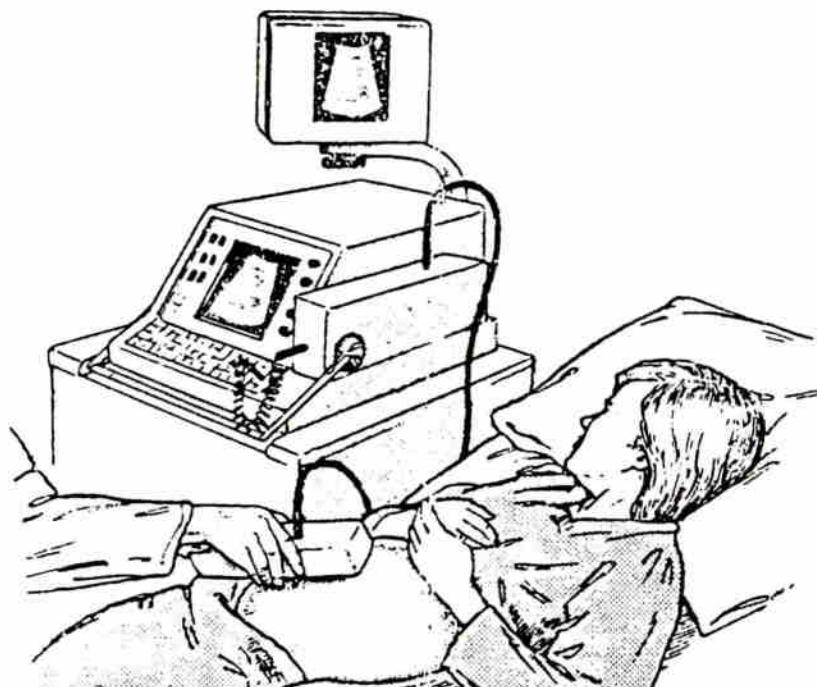


Hình 5.4. Khám thai lần đầu

Nếu có thể được thì nên kiểm tra bằng siêu âm một lần trong 3 tháng đầu. Có thể thực hiện vào lần khám đầu tiên hoặc sau đó, thường là khi thai được 16 tuần.

Lợi ích của việc kiểm tra bằng siêu âm thường kỳ trong 3 tháng đầu là:

- Khẳng định thai tiếp tục phát triển + loại trừ thai đôi.
- Đánh giá chính xác sự trưởng thành của thai (nhiều việc nhận định về sản khoa và quyết định dựa trên cơ sở này).
- Phát hiện ra các dị dạng quan trọng.



Hình 5.5. Kiểm tra bằng siêu âm động

V. THĂM KHÁM TRƯỚC KHI SINH

Hình thức thăm khám theo truyền thống là mỗi tháng một lần cho tới khi thai được 28 tuần, sau đó nửa tháng một lần tới khi thai được 36 tuần, về sau, mỗi tuần khám một lần. Giữa bệnh viện và thầy thuốc gia đình chịu trách nhiệm chung về các lần thăm khám này. Công việc săn sóc trước khi sinh là thường xuyên phát hiện tình trạng phát triển không bình thường của thai, ngôi không thuận, thiếu máu, tiền sản giật và các rối loạn khác nữa. Các biện pháp thăm dò đặc biệt chỉ được áp dụng khi có chỉ định do công việc thăm khám thường quy.

1. Huyết áp

Phải đo huyết áp mỗi lần thăm khám và phải ở mức 120/80 hoặc thấp hơn, không được vượt quá 140/90.

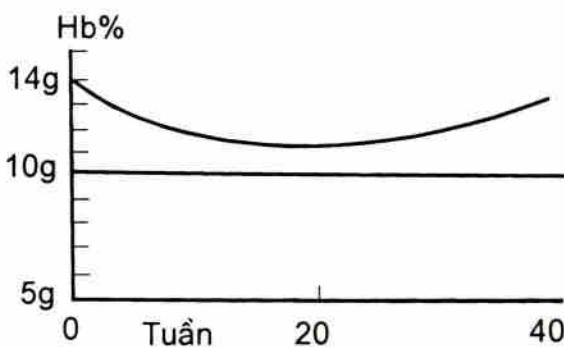
2. Nước tiểu

Mỗi lần thăm khám phải thử nước tiểu để phát hiện protein và đường. Khi phát hiện ra protein, việc đó chỉ có ý nghĩa khi đã loại trừ được vấn đề viêm nhiễm.

Thường gặp đường niệu, nhưng nếu tồn tại dai dẳng hoặc tái diễn thì cần phải tiến hành biện pháp dung nạp glucose.

3. Hemoglobin

Thiếu máu do chế độ ăn uống kém ngày nay ít gặp phổ biến, thường phòng ngừa bằng cách cho sắt (100mg hàng ngày) và acid folic (300 microgram hàng ngày). Phải đo hàm lượng hemoglobin khi mới có thai và vào khoảng lúc thai được 30 rồi 36 tuần. Hemoglobin dưới 11g là biểu hiện của tình trạng thiếu máu.



Hình 5.6. Hàm lượng Hemoglobin

4. Xét nghiệm rhesus

Cần xác định các phụ nữ rhesus âm tính ở phòng đăng ký khám thai. Cũng cần tiến hành xét nghiệm kiểm tra phát hiện các kháng thể. Công việc này cần được làm lại đều đặn trong suốt quá trình mang thai (xem chương 8).

5. Khám bụng

Việc sờ nắn bụng bao giờ cũng là một phần quan trọng của công việc săn sóc trước khi sinh.

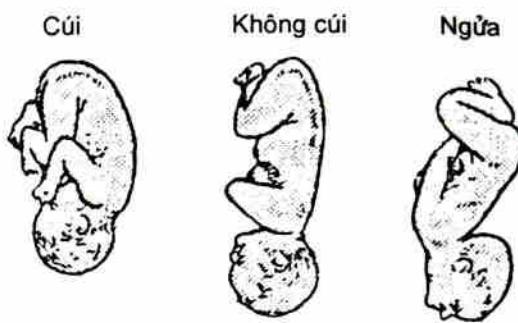
- Nó là một phương pháp dễ nhất và rẻ tiền nhất để theo dõi thai nhi.
- Các thăm khám liên tiếp do cùng một thầy thuốc sản khoa có thể cho phép phát hiện ngay tình trạng chậm phát triển của thai, hoặc kích thước tử cung tăng quá mức vì đa ối hoặc chửa đa thai.
- Điều này đòi hỏi sự tham gia của cá nhân người thầy thuốc và tính liên tục là quan trọng rõ rệt. Về phương diện này, công tác tổ chức ở nhiều phòng khám của bệnh viện còn lâu mới đáp ứng sự mong muốn.

6. Sờ nắn bụng

6.1. Các định nghĩa

6.1.1. Ngôi là phần của thai nhi ở cực dưới của tử cung, nằm ở phía trên sát với eo trên khung chậu, thí dụ: ngôi đầu, ngôi chỏm, ngôi mông...

Tư thế của thai là dáng nằm của thai nhi:



Hình 5.7. Tư thế của thai

Loại ngôi của trẻ là mối tương quan giữa trục dài của thai với người mẹ. Chỉ có loại ngôi dọc mới là loại bình thường.

6.1.2. Thể của trẻ là mối tương quan của phần thai trình diện với khung chậu người mẹ

Khung chậu hông được chia làm 8 phần, nhằm mục đích mô tả:

Để thuận tiện người ta quy định vị trí của một vùng của phần thai trình diện, đặt tên là mốc của ngôi.

Mốc của ngôi nằm ở một trong số những khoang này từ đó ta có thể của ngôi.

Như vậy, trong ngôi chỏm nếu mốc của ngôi là xương chẩm lại ở gần lồi chậu - lược trái, thì thể được gọi tên là chẩm - trái - trước (C.T.T).

Mốc của ngôi là bộ phận quy định cho ngôi.

Xương chẩm trong ngôi chỏm.

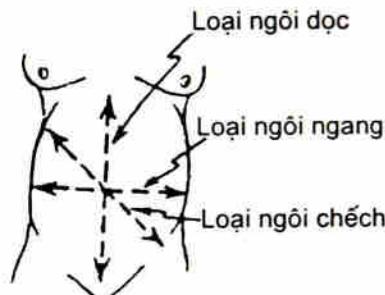
Xương cùng trong ngôi mông.

Xương cẩm trong ngôi mặt.

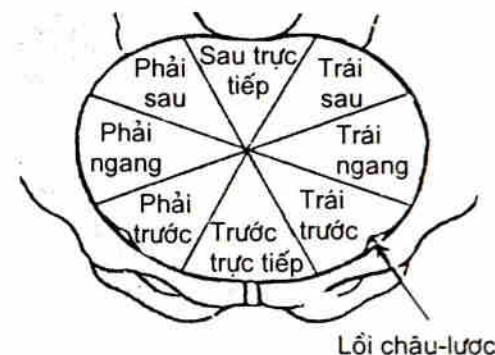
Và được sử dụng để gọi tên thể của phần thai trình diện tương quan với khung chậu.

6.2. Cách sờ nắn bụng

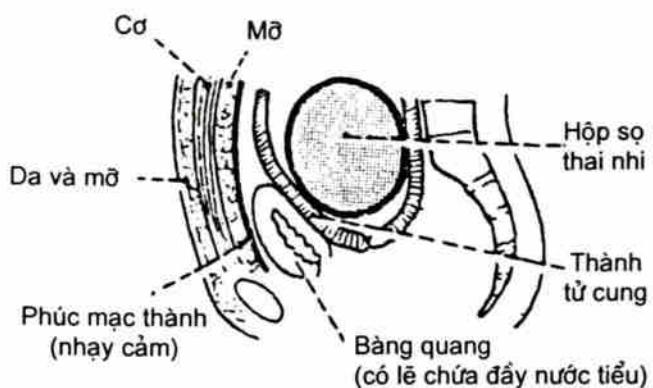
Công việc thăm khám này cần được tiến hành có hệ thống. Nên nhớ rằng những lớp mô sau đây có thể nằm ở giữa các ngón tay của bạn và đầu thai nhi.



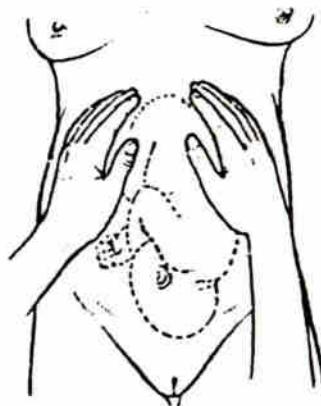
Hình 5.8. Các loại ngôi



Hình 5.9. Khung chậu hông chia 8 phần



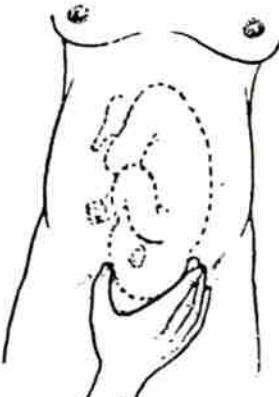
Hình 5.10. Sơ đồ



Hình 5.11. Sờ nắn đáy tử cung và xác định các phần thai ở bên trong (ở đây là mông thai).



Hình 5.12. Các bàn tay sờ nắn chung quanh tử cung xác định lưng và các chi của thai nhi



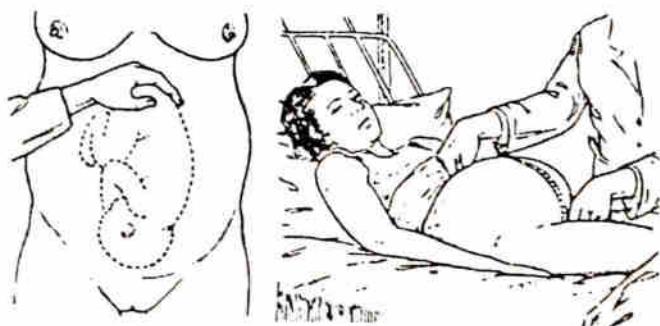
Hình 5.13. Phải sờ thấy được đầu thai nhi và cần xem liệu đầu thai di động hay đã chúc vào eo trên khung chậu.



Hình 5.14. Người khám quay mặt về phía chân bệnh nhân rồi đẩy 2 ngón tay nhẹ về phía hố chậu. Đây là biện pháp tốt nhất để sờ nắn đầu thai và xác định xem liệu có di động hoặc chúc vào khung chậu.

6.3. Người khám cần tự hỏi mình và trả lời câu hỏi

6.3.1. Chiều cao đáy tử cung có phù hợp với tuổi thai không?



Hình 5.15. Cách đo chiều cao tử cung khi có thai.

Chiều cao của đáy tử cung tính bằng cm phải tương đương với tuổi thai tính theo tuần.

6.3.2. Có phải là loại ngôi dọc không? Loại ngôi là mối tương quan của trực dài của thai nhi đối với người mẹ. Chỉ có loại ngôi dọc mới là bình thường.

6.3.3. Ngôi đầu, có phải là ngôi chỏm không?

Hiện tượng này phụ thuộc vào tư thế của thai nhi, nghĩa là mối tương quan giữa các phần khác nhau của thai với nhau.

Tư thế bình thường là *cúi hoàn toàn*. Khi cúi hoàn toàn các khớp của thai nhi đều gấp. Đôi khi đầu thai có thể ngừa. Điều này, tạo thành ngôi chỏm, ngôi duy nhất bình thường. Điều này tạo thành ngôi mặt, ngôi hết sức bất thường.

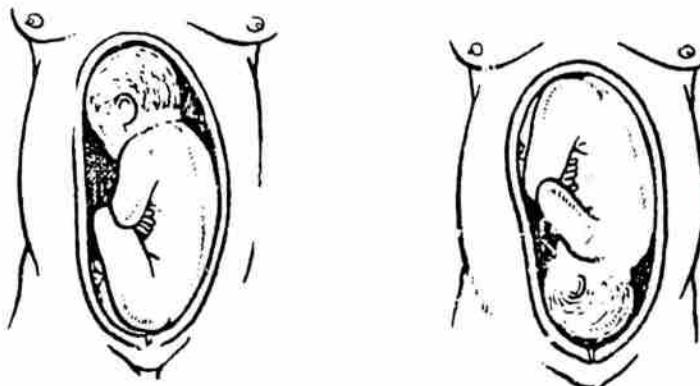


Hình 5.16. Ngôi đầu có phải là ngôi chỏm không?

6.3.4. Có phải ngôi mông không? Hay ngôi đầu

Phần ngôi trình diện là phần thai chiếm cực dưới của tử cung.

Chỉ có một ngôi đầu là bình thường sau 32 tuần. Tuy thế, lúc được 30 tuần, có tới 25% trẻ nằm theo ngôi mông.



Hình 5.17. Có phải ngôi mông hay ngôi đầu

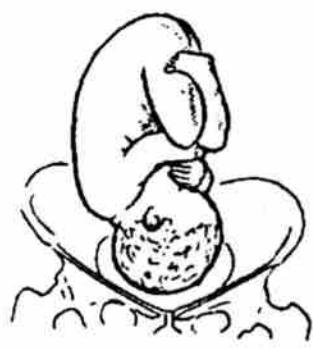
6.3.5. Thế của ngôi chỏm là thế gì?

Thế là phần tương quan của phần ngôi trình diện với khung chậu người mẹ. Để tiện gọi, người ta đổi chiếu vị trí của một vùng của phần ngôi trình diện và gọi là *mốc của ngôi*.

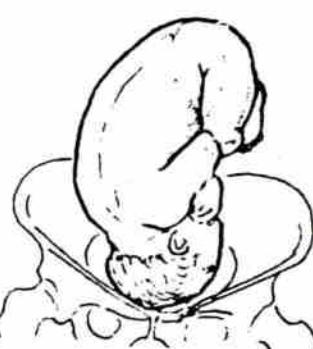
Mốc của ngôi chỏm là xương chẩm có 8 thế được xác nhận (Các thế trực tiếp trước hoặc sau, rất hiếm gặp, không trình bày ở đây).

Các tỷ lệ phần trăm nêu ở đây ứng với các thế ở eo trên, các thế ngang và trước được coi như bình thường.

Thế rất quan trọng trong sản khoa, vì nếu thai ở một thế sau trong chậu hông (nghĩa là nếu xương chẩm quay về phía xương cùng và thai nhi quay mặt ra phía trước) thì chuyển dạ đẻ sẽ kéo dài và khó khăn. Có thể giống như việc thử đút bàn chân phải vào trong một chiếc giầy trái.



Hình 5.18. Chom-phai-ngang 25% (C.P.N)



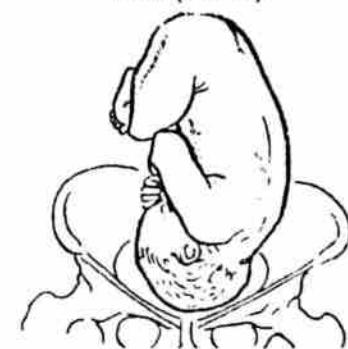
Hình 5.19. Chom-phai-truoc 10% (C.P.T)



Hình 5.20. Chom-phai-sau 10% (C.P.S)



Hình 5.21. Chom-trai-ngang 40% (C.T.N)



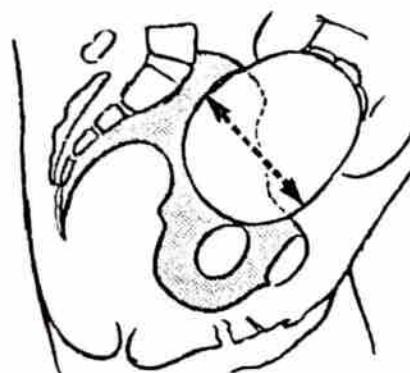
Hình 5.22. Chom-trai-truoc 12% (C.T.T)



Hình 5.23. Chom-trai-sau 30% (C.T.S)

6.3.6. Chom đã lọt chưa?

Lọt nghĩa là đường kính lưỡng đinh đã xuống dưới eo trên. Nếu chom ở mức các gai hông, thì đầu phải đã lọt, trừ khi có bướu huyết thanh hình thành. Hiện tượng lọt chỉ có thể được chẩn đoán chính xác bằng cách khám âm đạo.



Hình 5.24. Đầu đã chúc (Sờ thấy 3/5)



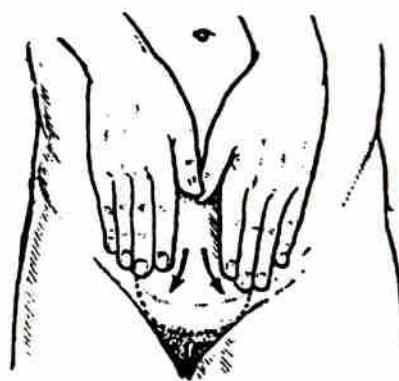
Hình 5.25. Đầu đã lọt (sờ thấy 2/5)

Một cách thuận tiện để mô tả phần đầu ở trên eo trên là xác định số "1/5" sờ thấy được. Khi đầu đã lọt thì không quá 2/5 đầu sẽ sờ thấy được ở ổ bụng.

Tuy người ta tranh luận lọt là một hiện tượng xảy ra trước khi chuyển dạ, nhưng lọt hiếm thấy cho tới khi chuyển dạ xuất hiện và thuật ngữ hiện dùng thực ra có nghĩa là phần ngôi trình dien đã "chúc", đang đi vào chậu hông, để đổi lại với "di động" hoặc còn ở trên eo trên.



Hình 5.26. Phản ứng ngôi trình dien đã "chúc"

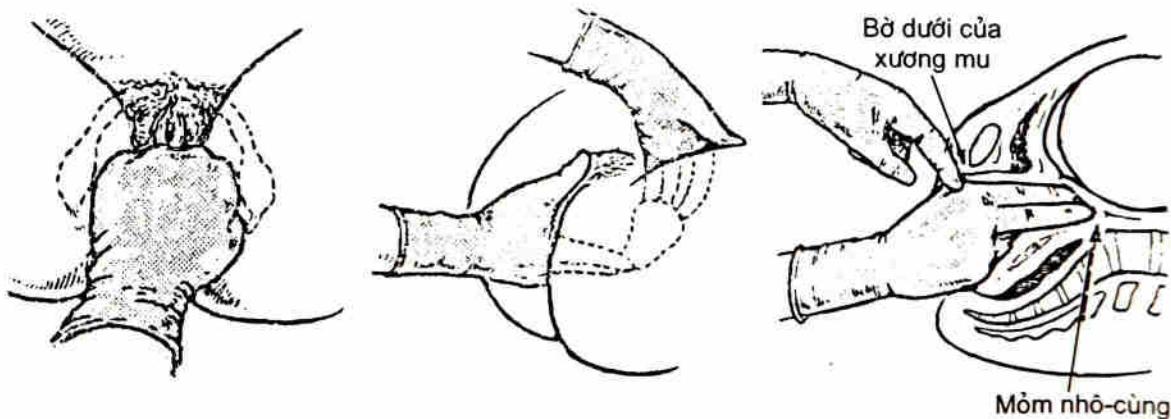


Hình 5.27. Phản ứng ngôi trình dien còn "di động".

7. Khám âm đạo trong khi có thai

Phương pháp khám âm đạo bằng hai tay không còn là một phần thường quy trong công việc thăm khám trước khi sinh, song đôi khi vẫn còn cần thiết:

1. Để đánh giá tuổi thai khi mới có chứa.
2. Để loại trừ những hiện tượng bất thường nghi ngờ, chẳng hạn như tử cung đổ sau bị mắc kẹt trong chậu hông hoặc khối u buồng trứng.
3. Để xác định phần ngôi trình dien, mà không thể nhận định chắc chắn qua sờ nắn bụng được.
4. Để loại trừ hoặc khẳng định các cơn co tử cung với các mức độ sơ sài (đối với những bệnh nhân quá nhỏ bé).



Hình 5.28. Cách khám để đánh giá tuổi thai khi mới có thai

5. Đánh giá sự mềm mại của cổ tử cung khi tới gần đú tháng.

Khám bằng hai tay trong lúc mới có thai. Hai ngón tay nằm trong âm đạo, song thường chỉ cần một ngón tay cũng có thể thu thập đầy đủ thông tin, vì bệnh nhân sẽ thư giãn nhiều hơn.

6. Đánh giá dung tích của chậu hông. Đường chéo liên hợp có thể đo được nếu tiếp cận được mỏm nhô, trong trường hợp đó, khung chậu nhỏ hơn bình thường. Đường kính lưỡng ụ ngồi có thể rộng bằng nǎm tay bình thường. Có thể đánh giá được các gai hông lồi ra và độ rộng của vòm mu. Không nghi ngờ gì là một số ý niệm về hình dạng và kích thước của chậu hông có thể thu nhập được nhờ cách sờ nắn này khi có nhiều kinh nghiệm, song cũng không phải là có ít nhầm lẫn.

VI. NHỮNG KHÓ CHỊU THƯỜNG GẶP

1. Những khó chịu chủ quan

Mệt mỏi, ngủ lơ mơ, nhức đầu, "ý thức lờ mờ" thường được bệnh nhân nêu lên khi có thai trong những tháng đầu, nguyên nhân của những hiện tượng này không rõ ràng. Hiện tượng hạ huyết áp thứ phát do giãn mạch ngoại vi có thể là nguyên nhân của những cảm giác muối ngắt.

2. Nghén

Buồn nôn và ói mửa có lẽ là do khối lượng lớn steroid lưu hành trong máu, đặc biệt là các estrogen. Các triệu chứng nghén này ít khi kéo dài quá tuần thứ 16. Chúng có thể xuất hiện bất kỳ lúc nào trong ngày và nặng thêm do nấu nướng hoặc mệt nhọc. Những trường hợp nghén nhẹ chữa bằng chế độ ăn có chất bột nhẹ (bánh quy và sữa) vào buổi sáng, và đôi khi bằng các thuốc chống nôn. Nếu tình trạng đó xấu hơn sẽ thành chứng nôn nặng thời kỳ thai nghén và tốt nhất là phải nằm viện điều trị (xem chương 8).

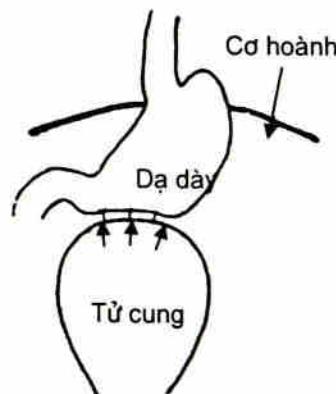
3. Táo bón

Hiện tượng này một phần do tác dụng của progesteron lên cơ trơn, một phần do tình trạng tắc nghén, vì tử cung to khi có thai.

Đại tiện 2 ngày hoặc 3 ngày một lần hoàn toàn phù hợp với sức khoẻ tốt, song đôi khi cũng phải cần đến các thuốc nhuận tràng. Bất luận một thuốc thường dùng nào đều có thể uống và vẫn đảm bảo an toàn.

4. Đau rát thượng vị

Tử cung to lên dần, đến một mức độ nhất định tình trạng thoát vị qua lỗ cơ hoành trong quá trình thai tiến triển, triệu chứng này là do dịch acid dạ dày trào ngược lên thực quản. Khi ngủ nằm cong gấp người nửa chừng có tác dụng tốt hơn. Có thể kê đơn an toàn với các thuốc kháng acid hoặc các chế phẩm hỗn hợp có alginat.



Hình 5.29

5. Chèn ép trong chậu hông

Hiện tượng chèn ép này dần dần làm tắc tuần hoàn tĩnh mạch trở về và có thể dẫn đến bệnh trĩ, giãn tĩnh mạch ở các cẳng chân, âm hộ và thành bụng.

Có thể dùng các bít tất chung đặc biệt cho cẳng chân, bệnh trĩ có thể chữa bằng các viên đạn trực tràng. Chỉ có rất ít trường hợp cần phải tiến hành cắt bỏ trĩ mà thôi.

Không thể giải quyết bằng cách gì với giãn tĩnh mạch âm hộ ngoài việc khuyên bệnh nhân nằm nghỉ ngơi.

6. Bệnh khớp chậu hông

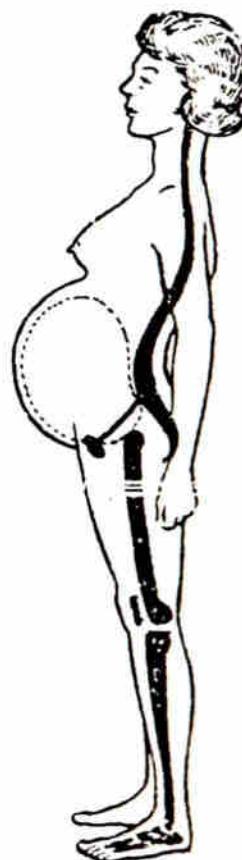
Các dây chằng của các khớp chậu hông trở thành mềm và chùng lại trong khi có thai, do hiện tượng phù nề gây ra bởi các steroid và sự phát triển của các mạch máu tăng lên, diễn ra ở tất cả các tổ chức phần mềm. Khung chậu bớt cứng hơn có thể có tác dụng tốt trong lúc chuyển dạ, song giờ đây lại có thể xuất hiện các cử động tại các khớp bình thường vốn không di động, như vậy, nhiều triệu chứng khác nhau có thể xuất hiện.

7. Đau lưng, đau tức khớp cùng - chậu, chuột rút cẳng chân, đau dây thần kinh toạ hoặc dây thần kinh đùi

Cũng như hiện tượng lỏng lẻo của các dây chằng, các khớp này có thể liên quan với những thay đổi về tư thế. "Dáng tự hào lúc mang thai", do sự thay đổi của tâm trọng lực gây nên hiện tượng lưng uốn dẻo đặc hiệu. Sự co cứng cơ cùng với hiện tượng chèn ép vào các rễ thần kinh (dẫn đến đau kiểu chuột rút và đau dây thần kinh) nhưng không có một bệnh lý thần kinh cụ thể nào. Việc điều trị nhằm tạo cho các cơ nghỉ ngơi và ngăn ngừa tình trạng gấp không thích hợp của các khớp xương sống, bằng cách cho bệnh nhân nằm ngủ trên đệm có lót ván cứng ở dưới.

8. Hiện tượng doãng khớp mu

Khớp mu doãng rộng tới 1cm vẫn coi như bình thường, nhưng nếu đau khớp mu và tình trạng doãng rộng quá 1cm thì được chẩn đoán là bán sai khớp. Cũng thường thấy đau khớp cùng - chậu, bệnh này còn có thể làm té bại người bệnh. Phương pháp điều trị duy nhất là để bệnh nhân nằm nghỉ tại giường hoàn toàn, nếu không đỡ đau khi thai tới gần đủ tháng thì lúc chuyển dạ phải gây tê ngoài bao cứng.



Hình 5.30. Hiện tượng doãng khớp mu

9. Đau xương cụt

Bệnh cảnh này thường hay gặp hơn trong thời kỳ hậu sản, là do sự chèn ép, hoặc thậm chí gãy xương xảy ra trong khi đẻ. Rất ít khi tình trạng này xảy ra vào giai đoạn trước khi sinh, cách điều trị tốt nhất là nghỉ ngơi, thường dùng một đệm cao su để tránh các điểm đau do đè ép. Nếu đau đớn vẫn tồn tại, có thể tiêm corticoid vào quanh khớp để làm giảm đau.

VII. BỆNH LÝ THẦN KINH TRONG KHI CÓ THAI

1. Hội chứng ống cổ tay

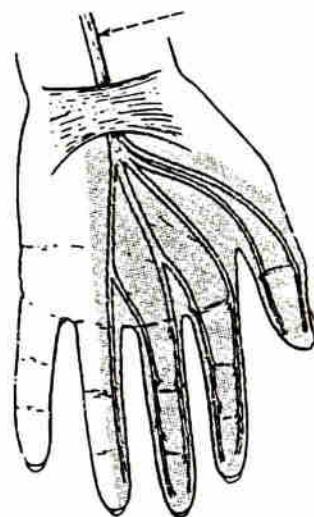
Dây thần kinh giữa bị chèn ép ở trong ống cổ tay dưới dây chằng vòng gấp. Các thai phụ thường hay than phiền cảm giác như kiến bò ở các ngón tay, song không hay gặp bệnh lý dây thần kinh giữa. Người bệnh than phiền đau và tê ở một hoặc cả hai bàn tay, liên quan tới các ngón tay do dây thần kinh giữa chi phối.

Thật hết sức tồi tệ là trong lúc thức thì các ngón tay lại như chết. Có cảm giác kim châm nhẹ tại vùng bị thương tổn, song khi thăm khám lại ít phát hiện ra điều gì. Cách điều trị thường bắt đầu bằng một liệu trình thuốc lợi tiểu và tiếp tục bằng cách băng cố định hoặc nẹp cổ tay.

Nếu cảm giác đau vẫn tiếp tục nặng lên thì phải cắt dây chằng vòng gấp.

2. Liệt mặt kiểu Bell

Liệt các cơ mặt do dây thần kinh 7 nằm trong xương thái dương bị chèn ép. Người ta không rõ nguyên nhân, song lại thấy có liên quan tới tình trạng mang thai. Bệnh khởi phát đột ngột, thường là vào 3 tháng cuối, không gây đau đớn gì. Bệnh nhân nhận thấy mình không nhăn trán hoặc là ngược lông mày lên, hoặc huýt sáo được, thức ăn có xu hướng đọng lại trong hốc miệng. Các chồi vị giác có thể bị ức chế, song khi cần phải lưỡi vẫn thấy đau. Người ta cho rằng có thể dùng prednison 50mg/ngày trong 10 ngày liền để hồi phục chức năng bình thường, nhưng cách chữa này có thể không tốt trong lúc có thai, do đó, không nên điều trị gì. Phải mất 3 tuần lễ mới bình phục được.



Hình 5.31. Dây thần kinh giữa



Hình 5.32. Liệt mặt kiểu Bell

VIII. KHÍ HƯ ÂM ĐẠO

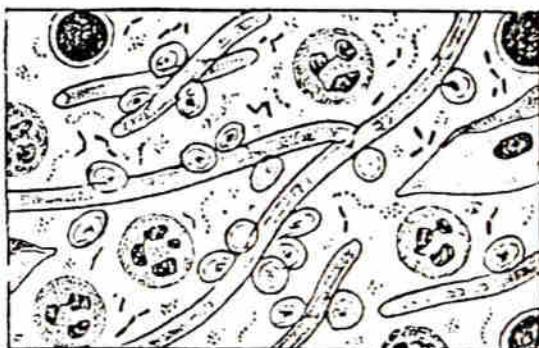
Tình trạng mạch máu tăng lên khi có thai dẫn đến hiện tượng khí hư âm đạo khá nhiều, sự ẩm ướt và độ ẩm của vùng âm hộ - tầng sinh môn kích thích sự tăng trưởng của các vi sinh vật. Bệnh nhân có thể than phiền về mùi hôi nhưng không bị ngứa, nên rửa luôn và giữ cho âm đạo khô là đủ để điều trị.

1. Bệnh nấm candida âm đạo

Viêm nhiễm do nấm *Candida albicans* là một biến chứng khó chịu nhất, bệnh dễ phát do những điều kiện thuận lợi trong khi có thai.

1. Nấm phát triển mạnh trong "vi khí hậu nhiệt đới" của âm hộ và âm đạo.
2. Các sự bảo vệ miễn dịch học chống lại nấm *Candida albicans* đòi hỏi phải có đủ dự trữ sắt và acid folic, những kho dự trữ này bị thiếu đi trong khi có thai.
3. Hàm lượng cao estrogen lưu hành trong máu giúp cho lượng glycogen trong âm đạo tăng lên, khiến cho nấm phát triển thuận lợi.
4. Sự gia tăng về hàm lượng các hormon steroid nhìn chung có lẽ có tác dụng ức chế miễn dịch (không thể áp dụng một cách vô đoán với nấm *Candida albicans*. Không thấy chứng cớ miễn dịch học rõ rệt về giảm sức đề kháng, sự hiện diện của nấm có thể không gây ra triệu chứng gì, hoặc không thấy nấm mà vẫn bị kích thích dữ dội).

Bệnh nhân than phiền là khi ra khí hư và thường xuyên bị kích thích. Cần lấy que bông xét nghiệm, có thể quan sát được những mảng đặc hiệu của loại này.



Hình 5.33. Các sợi và các bào tử nấm *Candida albicans*

Điều trị:

Đối với những trường hợp cấp tính, bệnh có thể thuyên giảm ngay do thụt rửa bằng dung dịch tím gentian 1%. Sau đó, đặt âm đạo viên nystatin hoặc chlotrimazol buổi tối và buổi sáng, trong hai tuần lễ.

Bệnh nấm âm đạo có thể không chữa tiệt căn được trong khi có thai, song cần thiết phải chữa để cho bệnh nhân đỡ đau, và làm giảm nguy cơ nhiễm bệnh cho thai nhi khi xuống qua âm đạo.

2. Bệnh trùng roi âm đạo

Nếu vi sinh vật này được phát hiện ở trong khí hư thì phải điều trị. Đã có những ý kiến là metronidazol (flagyl) gây tổn thương cho phôi, song vấn đề này không được xác nhận, các loại thuốc mỡ miconazol bôi tại chỗ được coi là có tác dụng tốt chống được cả Candida albicans lây trùng roi âm đạo.

Các thuốc này thường được dùng thích hợp hơn khi mới có thai.

IX. TIA X TRONG KHI CÓ THAI

Có thể dùng tia X để đo các đường kính hiện hữu chậu hông và để phát hiện những dị tật về xương ở thai nhi. Hình thái thăm dò này hiện nay đang giảm sút tầm quan trọng.

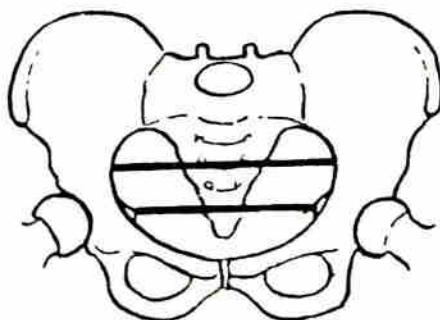
1. Nguy cơ đối với thai nhi do các bức xạ ion hoá, hiện nay cả bác sĩ và bệnh nhân đều biết rõ.

2. Ngay cả trong tay những người thành thạo, thì đo đường kính khung chậu bằng tia X cũng chưa bao giờ tiên đoán thực chính xác được, khiến cho người thầy thuốc sản khoa khỏi phải tiến hành nghiệm pháp lọt, ngoại trừ trong các trường hợp khung chậu hết sức hẹp mà lâm sàng có thể phát hiện ra.

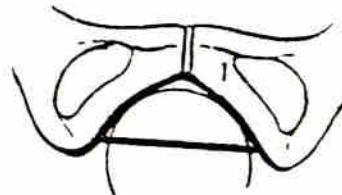
3. Khung chậu hẹp và dị dạng xương ít phổ biến hơn so với 50 năm cách đây, khi mà phương pháp đo khung chậu bằng tia X được giới thiệu, và ý nghĩa của các dị dạng, chẳng hạn như xương cùng thẳng hoặc các đốt sống dính với nhau, hay một khung chậu "dạng nam", đang là điều cần xét. Bất kỳ người phụ nữ nào để được qua đường âm đạo đều có thể được coi là có một chậu hông bình thường, dẫu cho hình dạng của nó thế nào.

Có lẽ chức năng hữu hiệu nhất của đo khung chậu bằng tia X trong sản khoa hiện đại là cung cấp một tài liệu bằng hình sau khi để của dị dạng.

1. Tư thế chụp đứng nghiêng cho phép đo các đường kính theo mặt phẳng dọc của eo trên và khảo sát được xương cùng và các đốt sống ở dưới.



Hình 5.34. Chụp đứng nghiêng

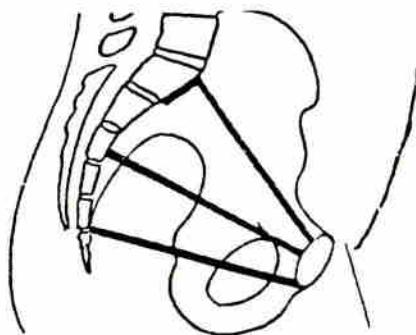


Hình 5.35. Chụp eo dưới

2. Tư thế chụp eo dưới cho thấy hình dạng của cung dưới khung mu. Có nhiều kỹ thuật đo khác nhau đã được áp dụng để tiên đoán liệu đâu có thể sốt an toàn được hay không ở dưới cung mu, song chẳng một kỹ thuật nào là đáng tin cậy cả.

3. Tư thế chụp trước sau cho phép đo đường kính ngang của eo trên và đường kính liên gai hông. Tư thế này cung cấp một vài ý niệm về hình dạng của chậu hông.

Siêu âm đã thay thế tia X một cách rộng rãi trong việc khảo sát thai nhi, nhưng X quang đôi khi vẫn có thể còn được sử dụng khi nghi ngờ có dị dạng thai, hoặc chửa đà thai vào 3 tháng cuối.



Hình 5.36. Chụp trước - sau

X. NGHỆ THUẬT LÀM MẸ VÀ LÝ LIỆU PHÁP

Phần đông các bệnh viện điều hành các lớp học về vấn đề này bao gồm mọi khía cạnh về mang thai, chuyển dạ, sinh đẻ và săn sóc sơ sinh. Ngoài vai trò giáo dục của chúng, các lớp học này giúp cho người mẹ làm quen với bệnh viện, với hy vọng gây được niềm tin của họ vào những người săn sóc mình. Các nữ hộ sinh, các thầy thuốc lý liệu, các nhà sản khoa, các người gây mê và các bác sĩ nhi khoa có thể tham gia vào các lớp học này. Các ông chồng cũng được khuyến khích tham dự một số buổi học thích hợp.

Có hai chủ đề quan trọng cần truyền đạt là chăm sóc vú, luyện tập và thư giãn.

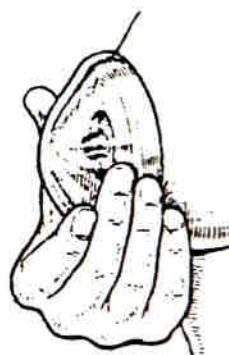
1. Chăm sóc vú

Với niềm tin là người phụ nữ sẽ cho con bú, núm vú và quầng vú phải giữ sạch bằng cách dùng xà phòng và nước để rửa, nhằm tránh sữa non đóng vảy. Nếu có các vảy này, có thể dùng một ít ether để lau sạch đi.

Trong 2 tháng cuối khi có thai, phải xoa bóp vú làm cho sữa tiết ra, để khỏi bị tắc các ống dẫn sữa.

Các núm vú tụt vào trong đôi lúc có thể làm cho lồi ra bằng cách dùng tấm độn Woolwich (Waller).

Tấm độn được áp vào vú bằng một nịt vú, núm vú được đẩy ra phía trước qua lỗ ở đáy của tấm độn.



Hình 5.37. Chăm sóc



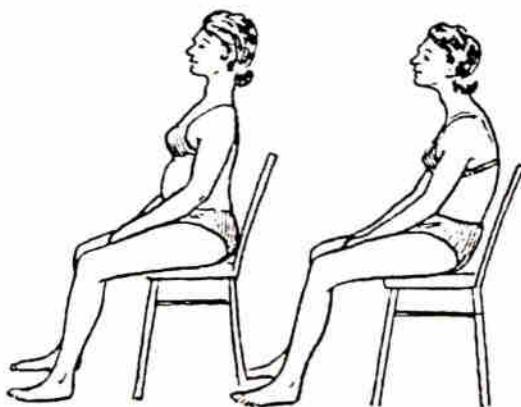
Hình 5.38. Chăm sóc vú

2. Luyện tập và thư giãn

Sợ hãi hiện tượng chuyển dạ là vấn đề phổ biến, từ lâu các thầy thuốc sản khoa vẫn tin là một người phụ nữ hốt hoảng sẽ chuyển dạ dài hơn và khó khăn hơn người phụ nữ tin cậy vào những người săn sóc mình. Các hệ thống hướng dẫn nhằm xác lập sự tin cậy này cứ lúc ẩn lúc hiện tuỳ tiện, nhưng có sự thống nhất chung là cần làm cho người bệnh được sáng tỏ bằng những bài giảng về sinh lý của hiện tượng có thai và chuyển dạ, và họ cần được hướng dẫn biết thực hiện thư giãn cơ bắp theo những nguyên tắc về lý liệu pháp.

2.1. Các bài tập luyện

Phải thực hiện bài tập luyện đơn giản hàng ngày.



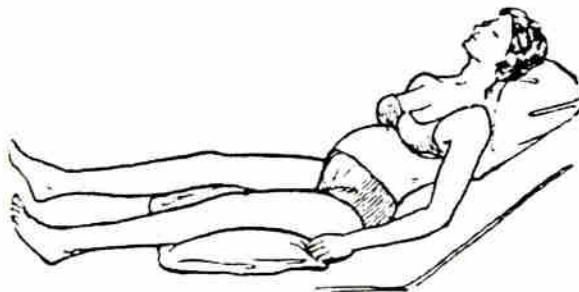
Hình 5.39. Lưng phải thẳng ra
rồi cong lại liên hoàn



Hình 5.40. Nâng cẳng chân lên cao thay đổi nhau
để tăng cường trương lực các cơ thành bụng

2.2. Thư giãn

Phải tạo một tư thế thư giãn và bằng cách thở sâu đều đặn, thư giãn có ý thức các nhóm cơ khác nhau, người bệnh bằng thực hành học cách đạt tới một trạng thái hâu như ngủ lơ mơ, theo ý muốn. Họ sẽ vận dụng biện pháp này giữa các cơn co tử cung khi đang chuyển dạ.



Hình 5.41. Đầu và vai được đỡ khi thư giãn



Hình 5.42. Thư giãn trong tư thế nửa xấp

3. Tóm tắt

Sự cải thiện về điều kiện xã hội của quần thể đang tuổi sinh đẻ có hiệu quả hơn là bất kỳ một khối lượng công việc săn sóc trước khi sinh nào trong việc làm giảm tỷ lệ tử vong, và bệnh hoạn khi có thai. Người thầy thuốc sản khoa, tuy nhiên, vẫn còn phải có nghĩa vụ theo dõi sát mỗi thai phụ bằng phương pháp hiện đại truyền thống, sử dụng các nghiệm pháp đặc biệt khi có chỉ định. Những vấn đề này được trình bày trong chương 6. Hệ thống mô tả dưới đây có thể được coi là sự cung cấp một chuẩn mực tối thiểu.

1. Xem xét sớm người mẹ và phát hiện các yếu tố nguy cơ.
2. Khẳng định mức trưởng thành của thai bằng siêu âm.
3. Thầy thuốc chuyên khoa và bác sĩ đa khoa chia nhau khám xét đều đặn. Những bệnh nhân không đến được thì cần có vệ sinh viên hoặc nữ hộ sinh của cộng đồng thăm hỏi.
4. Tiến hành các khám xét để phát hiện thai chậm phát triển, tăng huyết áp do có thai, thiếu máu, ngôi không thuận và mất cân xứng thai nhi - khung chậu.
5. Có một chương trình giáo dục tích cực và hướng dẫn thư giãn.

Chương 6

ĐÁNH GIÁ THAI NHI TRƯỚC KHI SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Chương này trình bày các nghiệm pháp và các kỹ thuật đặc biệt dành cho người thầy thuốc lâm sàng, nhằm giúp đánh giá thai nhi trong giai đoạn trước khi sinh. Các kỹ thuật này được mô tả dưới 4 tiêu đề:

1. Sự trưởng thành
2. Sự tăng trưởng
3. Sinh lực của thai
4. Dị dạng.

Trong mỗi tiêu đề này, siêu âm đóng vai trò quyết định. Từ khi siêu âm được Donald ở Glasgow đưa vào lĩnh vực sản khoa vào những năm đầu thập kỷ 60, đã diễn ra những tiến bộ lớn lao về kỹ thuật. Những máy quét siêu âm tinh đã được thay bằng cách quét theo thời điểm (siêu âm động), cho ta một hình ảnh động của thai nhi. Các máy quét siêu âm hiện đại có kích thước nhỏ, di chuyển dễ dàng và đã được cải tiến rất mạnh về khả năng phân giải hình ảnh. Kỹ xảo sử dụng các loại máy này dễ phổ biến hơn và chất lượng hình ảnh cho phép khảo sát tỉ mỉ thai nhi và bánh rau.



Hình 6.1. Hình cắt dọc lúc mới mang thai



Hình 6.2. Thai nhi 24 tuần

Sau đây là bảng tóm tắt vị trí của siêu âm trong công tác thực hành sản khoa hiện đại:

Các ứng dụng thường quy: Khẳng định thai đang phát triển trong tử cung. Đánh giá tuổi thai (đo chiều dài chỏm - móng, đường kính lưỡng đỉnh, chiều dài xương đùi). Xác định chứa đa thai. Phát hiện các dị dạng quan trọng.

Các ứng dụng đặc hiệu: Đo sảy thai (để khẳng định thai còn sống). Chảy máu trước khi đẻ (vị trí của bánh rau). Nghiên cứu sự tăng trưởng của thai (tỷ số đầu - thân, dự kiến trọng lượng thai, thể tích nước ối, cấp độ bánh rau). Đánh giá

những trường hợp có nguy cơ cao (bệnh mè, tăng alphafetoprotein, tiền sử dị dạng). Thời kỳ hậu sản (sót rau và màng). Khối u trong chậu hông.

Trợ giúp cho các biện pháp can thiệp:

Lấy mẫu lông rau. Chọc dò ối. Lấy mẫu máu thai nhi. Điều trị thai trong tử cung, thí dụ: truyền máu cho thai nhi trong buồng tử cung.

Các phát triển mới:

Doppler - nghiên cứu lượng máu. Hô hấp của thai nhi.

II. MỨC ĐỘ TRƯỞNG THÀNH CỦA THAI NHI

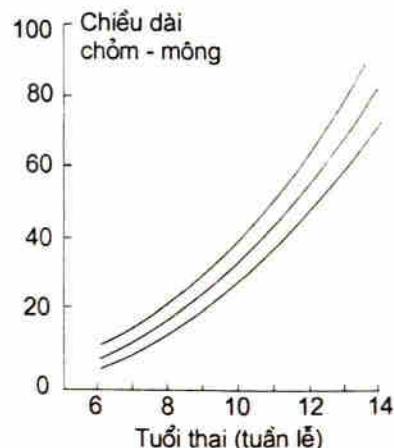
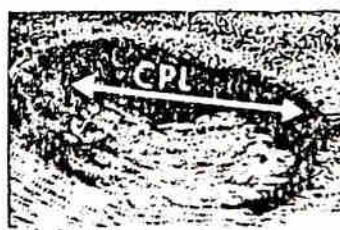
Mức độ trưởng thành của thai nhi thường được tính từ thời gian thấy kinh cuối cùng (KCC) và khẳng định bằng cách thăm khám bằng hai tay, hoặc khám bụng (xem chương 5).

Các phương pháp này có thể không chắc chắn, vì:

1. Kinh cuối cùng không chính xác hoặc bị quên.
2. Cách tính dựa trên chu kỳ kinh "bình thường" 28 ngày.
3. Việc sử dụng rộng rãi thuốc tránh thai nội tiết khiến không dự đoán được hiện tượng phóng noãn.
4. Kích thước tử cung khó đánh giá, vì béo phì, bàng quang đầy nước tiểu, bệnh nhân dễ hoảng.

1. Siêu âm

Thăm khám sớm bằng siêu âm là phương pháp tốt nhất để xác định mức độ trưởng thành của thai nhi, bằng cách đo chiều dài chỏm-mông (CDCM) hoặc đường kính lưỡng đỉnh (ĐKLĐ), vì những số liệu này phụ thuộc vào tuổi thai nhi. Lý tưởng là công việc này phải thực hiện một cách thường quy, song siêu âm có chỉ định sử dụng khi KCC không chính xác hoặc có sự không thống nhất giữa kích thước và thời gian. Việc xác định đúng mức độ trưởng thành chủ yếu dành cho việc đánh giá sự tăng trưởng tiếp sau.

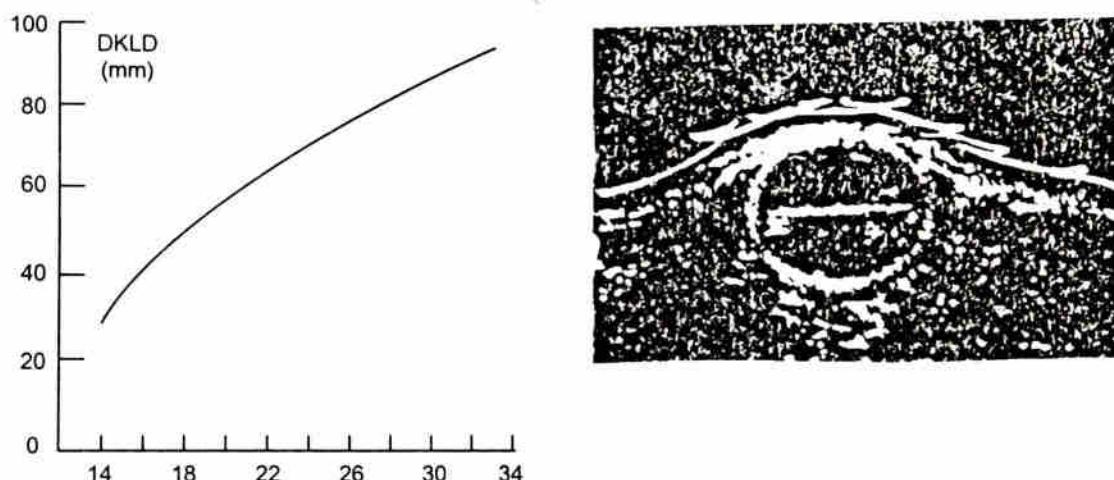


Hình 6.3. Chiều dài chỏm-mông theo tuần

Chiều dài chỏm - mông là chiều dài thai nhi được đo loại trừ các chi. Tuổi thai (tuần lẽ).

Đo đường kính lưỡng đỉnh cung cấp cho ta một điều chỉ dẫn đáng tin cậy về mức độ trưởng thành của thai nhi vào quý 2 và đầu quý 3. Sau 28 tuần, những biến động về kích thước hộp sọ và mức độ tăng trưởng làm giảm đi một cách đáng kể giá trị của cách đo ĐKLĐ.

Một đường quét ngang ổ bụng với đầu thai ở thế chỏm - ngang. Chú ý âm vang theo đường giữa có thể là các bìa phía trong của các bán cầu não.



Hình 6.4. Đường kính lưỡng đỉnh

2. Tia X -Tuổi thai (tuần lẽ)

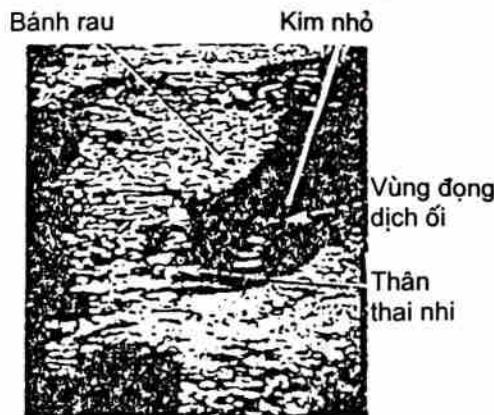
Có thể sử dụng các tia X để đánh giá mức độ trưởng thành của thai khi thai phụ được thăm khám lần đầu vào quý 3. Mức độ trưởng thành của thai được đánh giá bằng cách xác định các trung tâm cốt hoá: 36 tuần: đầu dưới xương đùi; 38 tuần: đầu trên xương chày; 40 tuần: xương hộp, song sự xuất hiện các trung tâm cốt hoá có thể bị chậm lại khi thai nhi kém phát triển. Có thể nghi ngờ tình trạng này do tư thế gấp quá mức của thai nhi, vì thiếu nước ối.

3. Thăm dò dịch ối

Bằng phương pháp chọc dò buồng ối có thể khảo sát được dịch ối để đánh giá mức độ trưởng thành về mặt chức năng của phổi, thận và da của thai nhi.

Chọc dò buồng ối có nghĩa là lấy một mẫu dịch ối bằng cách dùng một kim nhỏ để hút dưới sự hướng dẫn của siêu âm. Bằng biện pháp này có thể phát hiện ra một vùng đọng dịch ối và tránh được vị trí bám của bánh rau.

Phương pháp chọc dò buồng ối cũng có chút ít nguy cơ sảy thai (xấp xỉ 0,5%).



Hình 6.5. Thăm dò dịch ối

4. Mức độ trưởng thành của phổi

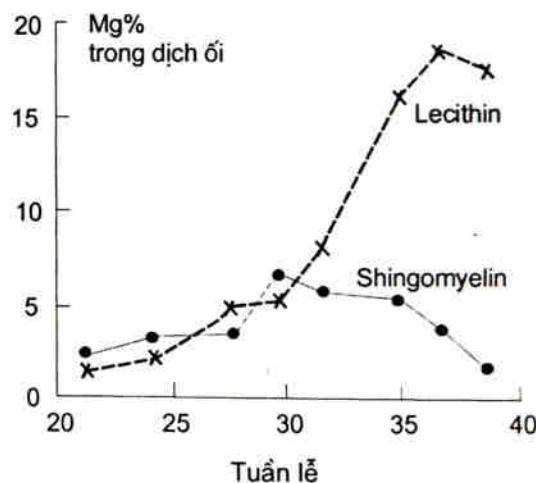
Phế nang của phổi thai nhi tiết ra mỡ trong dịch ối, bao gồm chủ yếu lecithin và sphingomyelin, xuất hiện với số lượng tăng dần. Chức năng của chất tiết này (được gọi là chất hoạt điện) là làm giảm sức căng bề mặt ở các phế nang trong lúc thở ra, và ngăn không cho chúng xẹp lại. Cơ chế này bị thương tổn sẽ dẫn đến hội chứng suy hô hấp (HCSHH). Trước 34 tuần tỷ số lecithin/sphingomyelin (TSLS) là khoảng 1/1, nhưng sau đó thì tỷ số này tăng vọt lên, vì nồng độ lecithin tăng lên. Một TSLS bằng 2/1 hoặc lớn hơn ít có khả năng gây ra hiện tượng suy hô hấp.

Một loại phospholipid khác là phosphatidyl glycerol mới được nêu ra gần đây, là một chỉ thị rất nhạy về mức độ trưởng thành của phổi. Sự hiện diện của chất này trong dịch ối, ngay cả khi lấy qua đường âm đạo, thể hiện phổi đã trưởng thành. Tầm quan trọng của các nghiệm pháp này đang giảm đi vì công tác săn sóc về nhi khoa đối với sơ sinh non yếu được cải thiện.

5. Mức độ trưởng thành của thận và da

Đánh giá mức độ trưởng thành của da bằng phương pháp nhuộm tế bào trong dịch ối bằng phẩm xanh Nile, và đánh giá chức năng thận bằng đo nồng độ creatinin, đã được nêu ra (chương 1).

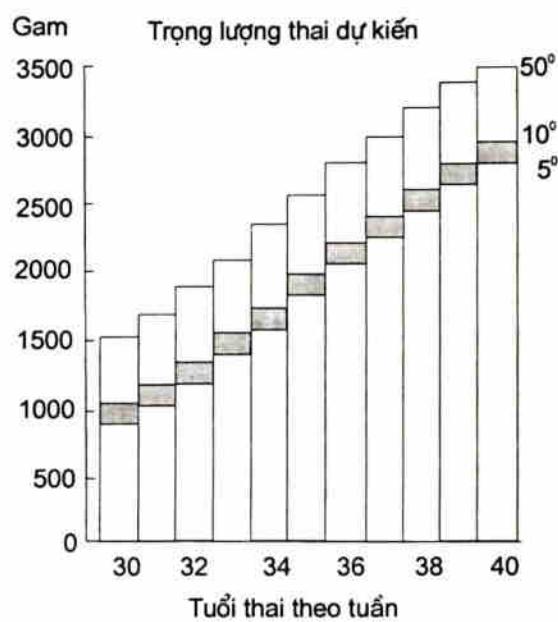
Các tế bào đã bị bong bắt máu da cam khi nhuộm bằng phẩm xanh Nile sulphat. Vào khoảng 10% tế bào lấy từ dịch ối bắt máu da cam ở 38 tuần, trong khi đó lúc đủ tháng con số này tăng lên tới 50%. Hàm lượng creatinin trong dịch ối ở mức 2mg/dl được coi là thể hiện thai nhi trưởng thành. Những nghiệm pháp này ngày nay ít có vị trí trong công tác thực hành.



Hình 6.6. Tỷ lệ lecithin/sphingomyelin trong dịch ối

6. Sự tăng trưởng của thai nhi

Sự tiến triển về tăng trưởng của thai nhi được thực hiện nhờ khám bụng và đo chiều cao từ khớp mu tới đáy tử cung liên tiếp (xem chương 5). Đây là một trong những "nghệ thuật" truyền thống của người thầy thuốc sản khoa, song quan trọng là phải biết các giới hạn của biện pháp này. Béo phì, thành bụng căng cứng, lượng dịch ối, loại ngôi thai và mức vị trí của phần ngôi có thể ảnh hưởng tới sự quan sát.



Hình 6.7. Trọng lượng thai dự kiến theo tuần

- Biểu đồ cho thấy sự tiến triển về tăng trưởng của thai nhi. Các trẻ có cân nặng ở dưới mức đường bách phân thứ 10 được coi như là "kém phát triển". Có tới 50% các thai nhi thuộc loại này mà lâm sàng không phát hiện ra được. Vì hậu quả cuối cùng của quá trình này có thể là thai chết, nên điều chủ yếu là việc phát hiện ra tình huống này cần được hoàn thiện.

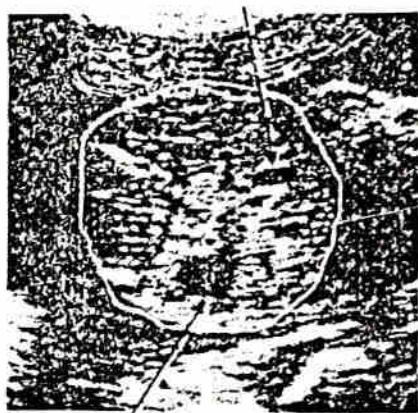
- Hiện tượng kém phát triển của thai có thể phối hợp với một số biến chứng của người mẹ trong khi mang thai, hoặc do tình trạng bất thường của thai nhi, song có nhiều trường hợp không lý giải được. Hiện tại không thể nghiên cứu tất cả các trường hợp mang thai thật chi tiết, song cần chỉ định tiến hành các nghiệm pháp đặc biệt về sự tăng trưởng của thai nhi đối với các nhóm sau đây:

- Lâm sàng ngờ ngờ kém phát triển.
- Tăng huyết áp.
- Chảy máu trước khi đẻ.
- Đái tháo đường.
- Chửa đa thai.
- Con lần trước kém phát triển. Tử vong chu sinh lần trước.

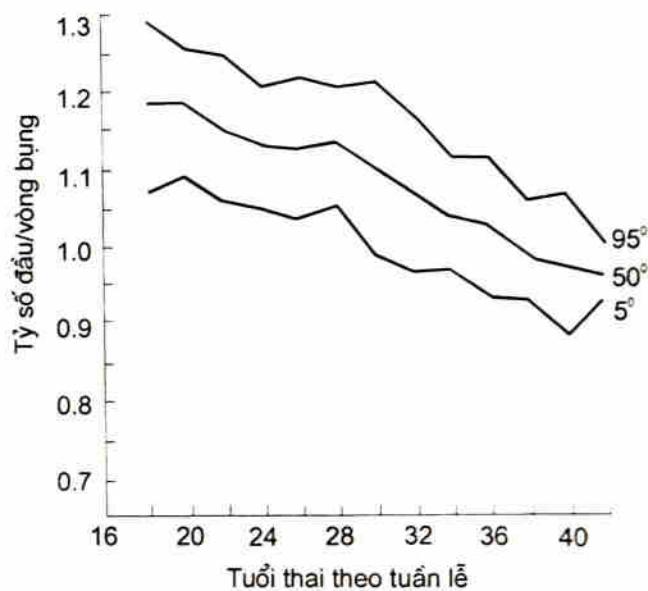
6.1. Siêu âm

Hiện nay siêu âm là phương pháp chủ yếu để đánh giá sự tăng trưởng của thai nhi. Các phép đo liên tiếp đường kính lưỡng đỉnh đã được bổ sung bằng cách đo diện tích thân thai nhi tương ứng với mức gan và chiều dài chỏm - mông (CDCM). Nhiều kiểu kết hợp khác nhau của các biện pháp này, cụ thể là tỷ số đầu/thân và tích số của diện tích thân thai với chiều dài chỏm - mông, đã được sử dụng để đánh giá các trẻ chậm phát triển.

Vào giai đoạn cuối của thai thì các đường kính của bụng thai nhi phải vượt quá số đo của đầu, vì gan tích tụ glycogen. Hiện tượng này không xảy ra ở thai nhi chậm phát triển, thiếu nuôi dưỡng và tỷ số giữa đầu với vòng bụng có thể tăng lên.



Hình 6.8. Quét siêu âm vùng bụng ở mức gan



Hình 6.9. Tỷ số đầu/vòng bụng

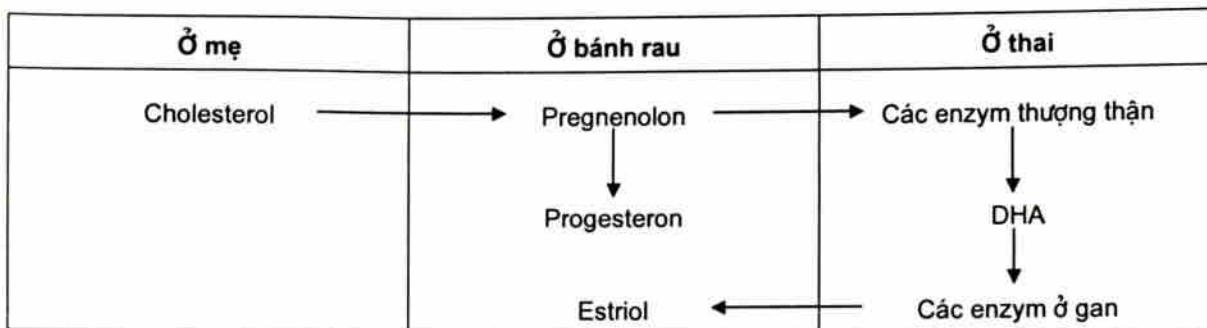
Trọng lượng thai nhi cũng được ước tính theo nhiều công thức khác nhau. Cũng như trong các cách tính lâm sàng, các trọng lượng thai nhi ở cả hai mức cực đại và cực tiểu đều kém tin cậy nhất.

6.2. Các nghiệm pháp hoá sinh

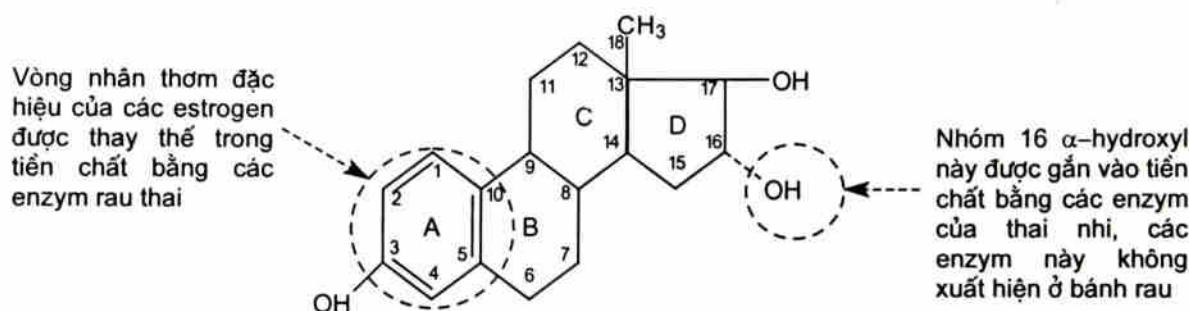
Các đo lường liên tiếp hàm lượng estriol trong nước tiểu của người mẹ đã được dùng trong nhiều năm làm một nghiệm pháp gián tiếp về sự tăng trưởng của thai. Các hàm lượng này tăng lên đều đặn khi có thai bình thường và người ta cũng thấy các hàm lượng cao hơn ở các trẻ to hơn (và trong chửa đa thai) so với các trẻ nhỏ hơn.

Bánh rau là một tạng nội tiết không hoàn chỉnh, chỉ sản xuất ra estrogen khi được cung cấp các tiền tố từ tuần hoàn của mẹ và của thai nhi.

Hiện tượng tụt các hàm lượng estriol chứng tỏ tình trạng suy yếu của cả bánh rau và thai nhi.



Về ban ngày, việc bài tiết estriol có nhiều biến động nên các đo lường được thực hiện qua một lượng nước tiểu thu trong 24 giờ hoặc qua một mẫu duy nhất khi hàm lượng estriol được tính liên quan với hàm lượng creatinin, bằng một tỷ số estriol/creatinin.

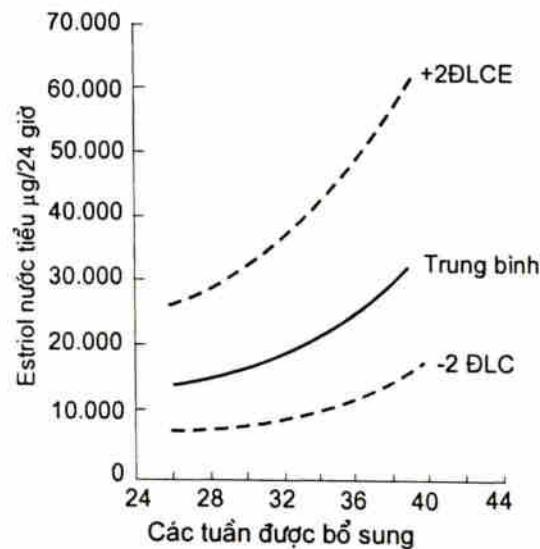


Hình 6.10. Estriol nước tiểu mg/24 giờ

Các hàm lượng estriol hoặc các tỷ số estriol/creatinin được nêu thành các đường chấm. Các đo lường liên tiếp có thể cho thấy khuynh hướng loãng, với tình trạng không thể tăng lên, cho thấy thai nhi đang bị đe doạ.

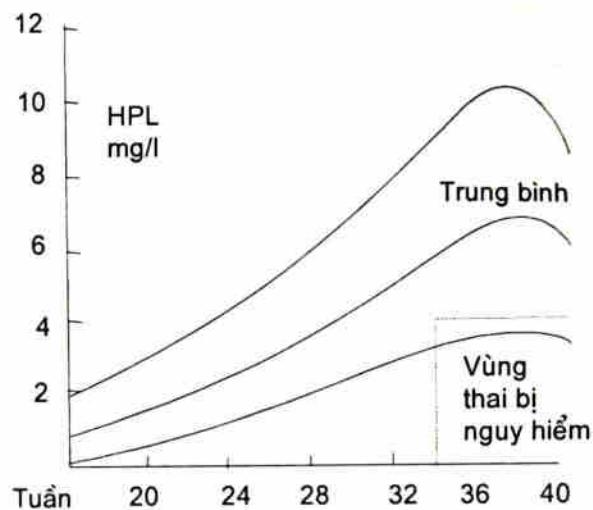
Các đo lường liên tiếp lactogen rau thai (HPL) cũng được sử dụng tương tự như vậy. HPL được lớp hội bào chế tiết ra và các hàm lượng rất phù hợp với trọng lượng của bánh rau.

Các đo lường được tiến hành qua các mẫu máu.



Hình 6.11. Estriol nước tiểu mg/24 giờ

Các nghiệm pháp này đang ngày càng bị thay thế nhiều hơn bởi các kỹ thuật lý - sinh; ở những trung tâm có các phương tiện siêu âm tốt thì các phương pháp hoá - sinh đã mất hẳn ($\text{ĐLC} = \text{độ lệch chuẩn}$).



Hình 6.12. Đo lactogen rau thai liên tiếp

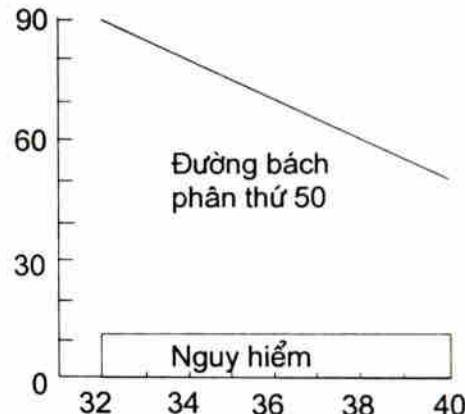
7. Sinh lực của thai

Thai nhi có thể chết trong buồng tử cung vì một biến cố bất ngờ, chẳng hạn như rau bong non hoặc sa dây rốn. Những ngẫu biến này không dự báo trước được, nhưng thai chết có thể xảy ra vào lúc cuối của một quá trình chậm phát triển, hoặc thương tổn của bánh rau do tăng huyết áp, thai già tháng hoặc nguyên nhân khác. Trong những trường hợp như vậy, người thầy thuốc sản khoa hỏi và tìm cách trả lời câu hỏi: "Thai có nguy cơ bị chết dần không?" Các nghiệm pháp được dùng để bổ sung cho những nghiệm pháp dùng trong việc đánh giá sự tăng trưởng của thai nhi, và có thể thường được dùng kết hợp với các nghiệm pháp đó, chúng được chỉ định trong trường hợp:

1. Khi sự tăng trưởng của thai nhi đang được theo dõi (xem ở trên).
2. Thai già tháng - khi quá 10 ngày so với ngày dự kiến đẻ (NDKĐ), hoặc sớm hơn ở những bà mẹ đứng tuổi.
3. Đối với bất kỳ người mẹ nào than phiền là thai máy ít đi.

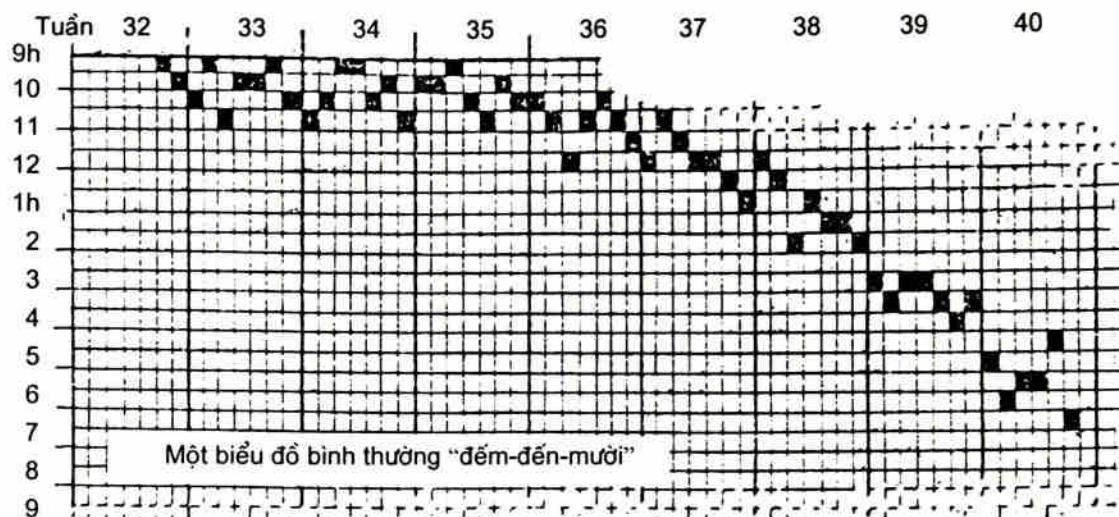
7.1. Đếm cử động của thai nhi

Mức bình thường hoạt động của thai nhi giảm từ khoảng 90 cử động trong vòng 12 giờ ở 32 tuần xuống tới khoảng 50 lần cử động khi đủ tháng. Một sự giảm sút hoạt động của thai nhi cảm nhận được này, gọi đến hiện tượng thiếu oxy.



Hình 6.13. Số đếm cử động của thai hàng ngày (SDCDCTHN)

Biểu đồ đếm cử động của thai nhi



Biểu đồ "đếm - đến - mười" của Cardiff là một biện pháp rất hay để ghi lại khoảng thời gian thấy được 10 cử động của thai nhi. Nếu người mẹ đã không thấy được 10 cử động thai trong vòng 12 giờ, họ được đề nghị ghi lại số cử động nhận thấy được và tiếp xúc với bệnh viện. Công việc khảo sát thêm được tiến hành là phương pháp ghi tim thai - cơn co tử cung. Đây là một phương pháp thăm dò sinh lý đơn giản và vô hại về theo dõi. Hình thái cử động bình thường mang một tiên lượng tốt. Tuy nhiên, bản chất chủ quan của nó làm giảm bớt tin cậy. Người mẹ cần có một chút thông minh và bà mẹ phải chính mình quyết định đâu là cử động và đâu là không phải cử động của thai nhi. Họ khó tránh khỏi là người quan sát thiếu khách quan, và một số bệnh nhân thể hiện những triệu chứng lo lắng.

(H: Thứ hai. B: Thứ ba. T: Thứ tư. N: Thứ năm. S: Thứ sáu. B: Thứ bảy. CN: Chủ nhật).

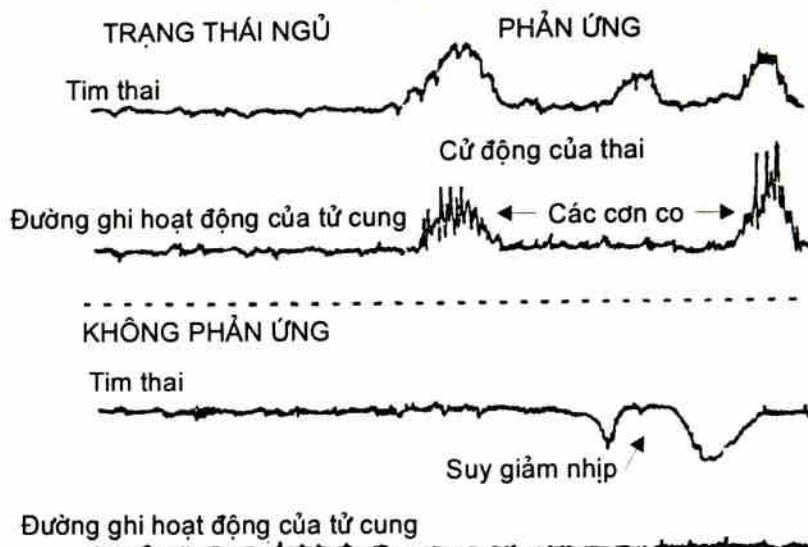
7.2. Ghi tim thai - cơn co tử cung (GTT - CCTC)

Phương pháp này hiện nay được áp dụng rộng như một nghiệm pháp về sinh lực của thai nhi, và có lợi thế lớn là cung cấp thông tin tức thì về tình trạng của thai. Tim thai được ghi liên tục nhờ một biến tử siêu âm đặt trên bụng người mẹ trong khoảng thời gian từ 20 - 30 phút. Một máy ghi cơn co tử cung cũng được đặt để ghi bất kỳ cơn co tử cung nào và người mẹ được dặn theo dõi các cử động của thai. Một đường biểu diễn bình thường vẽ ra sự biến động, và các gia tăng nhịp tim phản ứng lại với các cử động của thai nhi, hoặc với các cơn co tử cung (4 trong 20 phút).

Cũng có thể quan sát được trạng thái ngủ của thai, trong đó không thấy các cử động của thai và các gia tăng của nhịp tim.

Các đường ghi không phản ứng hoặc sự hiện diện của các suy giảm nhịp tim làm nghĩ tới hiện tượng thiếu oxy và đòi hỏi phải được đánh giá tiếp.

GTT, CCTC có thể được thực hiện hàng tuần một hoặc hai lần theo phương thức ngoại trú, hoặc ghi nhiều lần hơn ở những bệnh nhân đang nằm viện, để theo dõi tích cực. Điều quan trọng là các đường ghi này được diễn giải trong khuôn khổ của toàn cảnh lâm sàng.



Hình 6.14.

7.3. Thể tích dịch ối

Sự giảm sút thể tích dịch ối có thể là một đặc trưng của hiện tượng chậm phát triển trong buồng tử cung, và là nguyên nhân của tư thế gấp quá mức của thai thấy trong bệnh cảnh này. Dùng siêu âm đo chiều sâu của các vùng đọng dịch ối có thể ước lượng sơ bộ thể tích dịch ối.

7.4. Hoá sinh

Các việc đo lường riêng lẻ estriol và lactogen rau thai không có lợi ích gì. Khi định lượng liên tiếp mà thấy các hàm lượng đứng im thì có thể là một sự báo nguy về tình trạng của thai nhi. Tuy nhiên, vì những nghiệm pháp sinh - hoá không cung cấp thông tin kịp thời như việc ghi tim thai - cơn co tử cung, nên chúng đang bị kỵ thuật này thay thế.

7.5. Các kỹ thuật khác

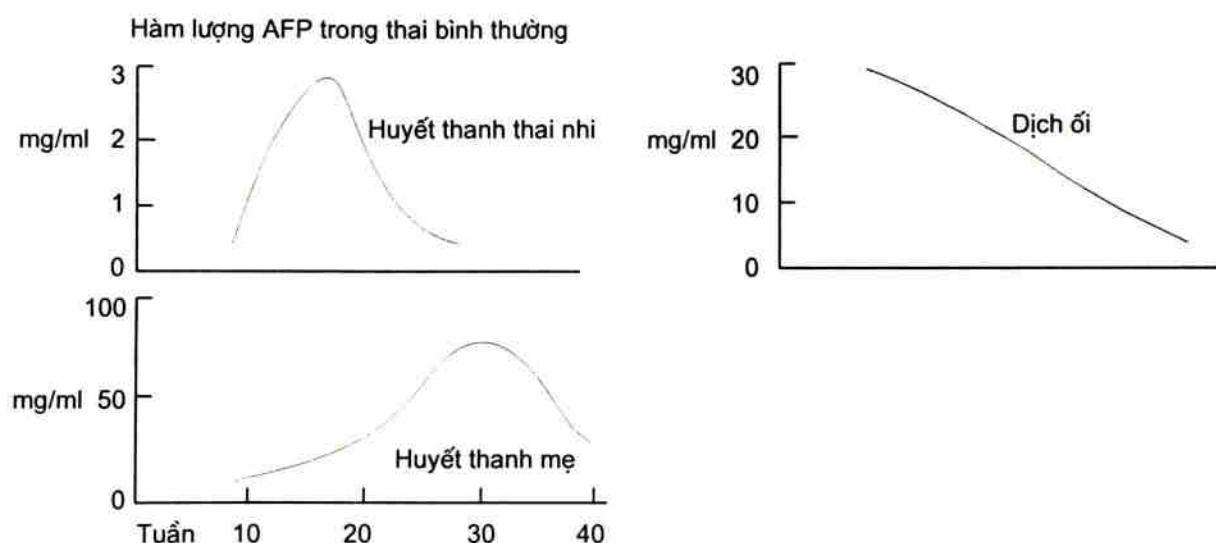
Siêu âm đã được sử dụng để nghiên cứu các cử động hô hấp của thai nhi và mức độ trưởng thành dần về cấu trúc bánh rau. Siêu âm dùng hiệu ứng Doppler đang được dùng để nghiên cứu lưu lượng dòng máu trong các mạch máu của thai nhi. Nhưng hiện tại thì không có một loại nào trong các biện pháp này được xác lập thành một chỉ thị về sinh lực của thai nhi.

III. DỊ TẬT THAI NHI

Hiện tại có thể phát hiện nhiều loại dị tật của thai nhi trong giai đoạn trước khi sinh. Một số trong các dị tật này khá nặng và có thể phát hiện được khi tuổi thai còn đủ sớm, để cho phép phá thai nếu người mẹ có nguyện vọng. Trong những trường hợp khác không có chỉ định phá thai, nhưng sự hiểu biết về hiện diện của dị tật có thể cho phép chuẩn bị điều trị dị tật này trước hoặc ngay cả trong khi thai còn nằm trong buồng tử cung. Thuật ngữ "chẩn đoán tiền sinh" đã trở thành thông dụng để mô tả những kỹ thuật này.

1. Định lượng alpha fetoprotein huyết thanh mẹ (AFP.HTM)

Nghiệm pháp này được sử dụng rộng rãi để phát hiện những dị tật thần kinh không được khép kín lạo. AFP là một protein huyết thanh chủ yếu ở thai nhi, có hàm lượng cao nhất khi được 13 tuần. Trong dịch ối cũng có một ít AFP, và thậm chí trong huyết thanh mẹ cũng có thể phát hiện được một lượng nhỏ hơn.



Hình 6.15. Hàm lượng AFP ở thai bình thường

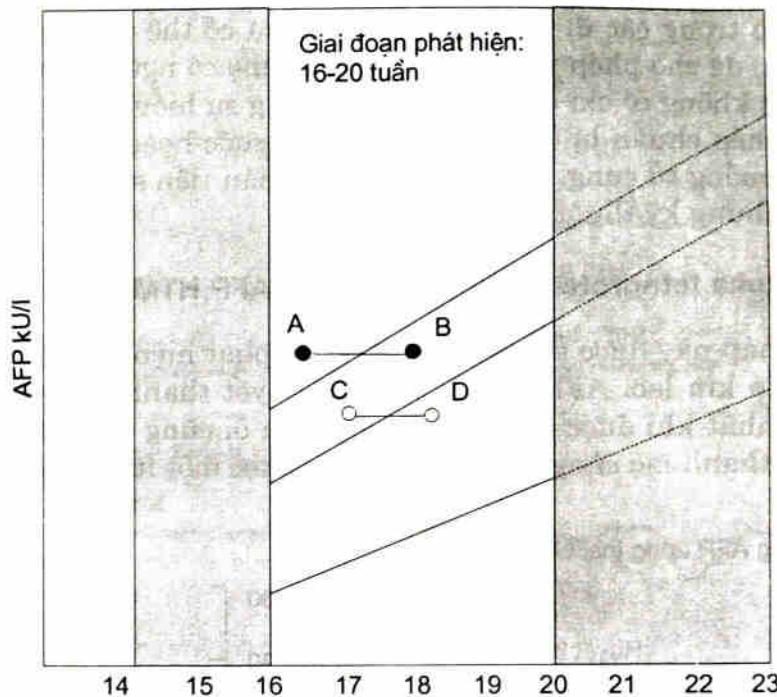
Các nghiệm pháp này cần tiến hành vào khoảng từ 16 đến 20 tuần, khi mà sự phân biệt giữa các hàm lượng bình thường và bất thường có thể đạt mức độ đáng tin cậy nhất. Điều quan trọng là phải biết rõ mức độ trưởng thành của thai nhi.

Hành động cần thực hiện dựa trên xét nghiệm AFP lần thứ nhất:

Đề nghị hiệu chỉnh biểu đồ nếu tuổi thai được chữa lại sau khi lấy mẫu

Đường ghi dự báo áp dụng tại miền Tây Scotland được trình bày ở đây. Lượng AFP.HTM tăng lên sẽ được theo dõi bằng cách thử lại và hoặc dùng phương pháp quét siêu âm kỹ lưỡng để có thể phát hiện tổn thương, hoặc dùng biện pháp chọc dò ối để đo lường AFP trong dịch ối. Toàn bộ các trường hợp vô sọ và khoảng 85% các

trường hợp dị dạng ống thần kinh không khép kín có thể được phát hiện bằng phương pháp này.



Kết quả ở trên đường
bách phân thứ 97

Kiểm tra thai bằng siêu âm, loại trừ song thai, doạ sảy
thai hoặc thai chết lưu. Đo lại AFP trong huyết thanh

NGƯỜNG CAN THIỆP

Giữa đường bách phân
90-97

Kiểm tra thai bằng siêu âm

Dưới đường bách phân
thứ 90

Không có chỉ định làm gì, ngoại trừ nghi ngờ có thai.
Kiểm tra tuổi thai

Ngày, tháng.....

.....
Ký tên

Tuần lẽ mang thai bổ sung

2. Siêu âm

Phương pháp chẩn đoán thường quy bằng siêu âm để phát hiện dị tật thai nhi trong khoảng giữa 16 - 20 tuần được một số trung tâm áp dụng, đặc biệt là ở nơi không thực hiện phương pháp thử nghiệm thường quy AFP.HTM. Dị vật của ống thần kinh và của thành bụng có thể được phát hiện bằng cách này. Phương pháp

quét siêu âm tỉ mỉ có thể được những trung tâm đặc biệt thực hiện để xác định rất nhiều dạng dị tật về hình thái. Có thể chỉ định sử dụng phương pháp này dựa vào một biện pháp phát hiện khác, chẳng hạn như AFP.HTm hay một dị dạng về lâm sàng, chẳng hạn như thừa hoặc thiếu dịch ối, hoặc tiền sử bệnh nhân. Các dị vật ở tim, ruột, thận và xương đều có thể phát hiện được bằng cách này.

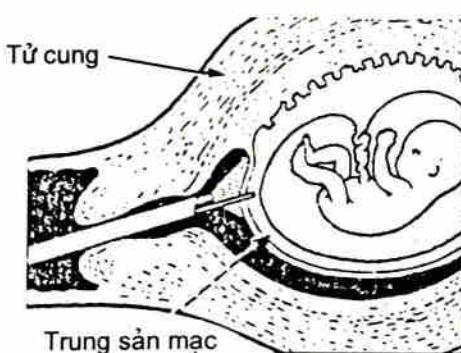
3. Chọc dò buồng ối

Phương pháp chọc dò buồng ối được sử dụng rộng rãi trong chẩn đoán tiền sinh. Có thể tiến hành các định lượng nước ối về hoá - sinh, phân tích về nhiễm sắc thể hoặc men trên các tế bào thai được nuôi cấy. Công việc nuôi cấy tế bào thường mất 2-3 tuần. Định lượng AFP trong dịch ối và phân tích về nhiễm sắc thể trong hội chứng Down là các nghiệm pháp phổ biến nhất. Xác định giới của thai và loại trừ nhiều sai lạc chuyển hoá bẩm sinh cũng có thể thực hiện được.

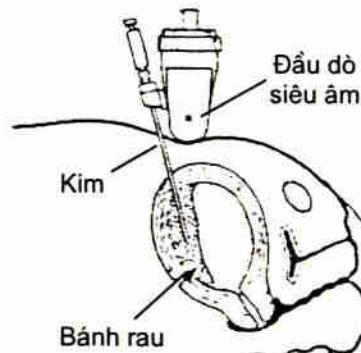
4. Lấy mẫu lông trung sản mạc (LMLTSM)

Có thể lấy mẫu các lông trung sản mạc qua âm đạo hoặc qua đường bụng bằng một kim hút, được siêu âm hay ống nội soi hướng dẫn. Phương pháp này có thể được sử dụng làm một biện pháp thay thế cho chọc dò buồng ối, để lấy bệnh phẩm nghiên cứu nhiễm sắc thể bằng quan sát trực tiếp, hay thay cho nuôi cấy tế bào khảo sát ADN và các nghiên cứu khác.

Lợi ích của nó đối với việc phân tích nhiễm sắc thể ở chỗ là nghiệm pháp có thể thực hiện khi mới có thai (8-10 tuần), mà kết quả đạt được trong vòng 48 giờ. Điều bất tiện là hiện tại, nguy cơ xảy thai do kỹ thuật này cao hơn do chọc dò buồng ối từ 2-3 lần.



Đường âm đạo



Đường xuyên thành bụng

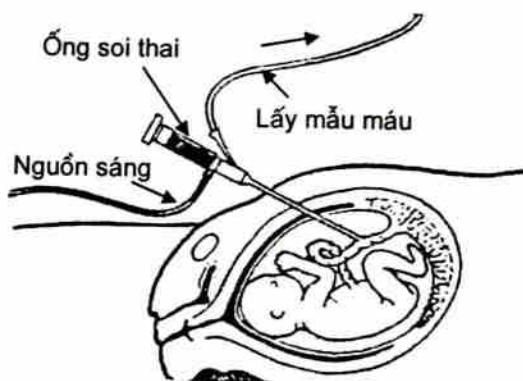
Hình 6.16. Lấy mẫu lông trung sản mạc

5. Soi thai và lấy mẫu máu thai nhi

Ống soi thai là một kính nhìn từ xa, dùng sợi dẫn quang học có thể luồn vào trong buồng ối dưới sự kiểm tra của siêu âm. Nó cho phép quan sát trực tiếp thai

nhi và làm sinh thiết da, hoặc lấy các mẫu máu từ bánh rau hoặc dây rốn. Ống soi thai trước đây được dùng chủ yếu trong việc lấy mẫu máu thai nhi, nhưng do sự tiến bộ của kỹ thuật siêu âm, việc lấy mẫu máu dây rốn (và truyền máu cho thai, thí dụ trong bệnh tương ky nhóm máu rhesus) vẫn có thể tiến hành được mà không cần đến phương pháp soi thai.

Chỉ định của lấy mẫu máu thai nhi:



Hình 6.17. Lấy mẫu máu thai nhi

Chẩn đoán bệnh hemoglobin hoặc các rối loạn về chảy máu, thí dụ như bệnh ưa chảy máu.

Xác định kiểu hình nhân tế bào.

Xác định nhóm máu.

Thăm dò về phù thai nhi.

Chương 7

CÁC BỆNH TOÀN THÂN TRONG KHI CÓ THAI

I. BỆNH TIM

Bệnh tim trong khi có thai ít gặp hơn ngày xưa là do tần xuất bệnh thấp tim giảm xuống. Ở một chừng mực nhất định điều này được bù lại bằng sự tăng các trường hợp bệnh tim bẩm sinh đạt tới tuổi sinh đẻ nhờ phẫu thuật sửa chữa, và sự gia tăng trong công tác chẩn đoán các tổn thương van tim bẩm sinh bằng siêu âm vang tâm đồ. Tại Liên hiệp vương quốc Anh, tỷ lệ được nêu lên rộng rãi là vào khoảng 1%, nhưng báo cáo về tử vong mẹ ở Scolant trong thời gian 1976 - 80 trình bày tỷ lệ ở mức 0,26%.

1. Loại tổn thương

Trước kia bệnh thấp tim gặp phổ biến hơn bệnh tim bẩm sinh từ 8 - 9 lần, sự cân bằng này đã thay đổi nhiều và tỷ lệ hiện nay xấp xỉ bằng nhau. Hẹp van tăng mạo vẫn còn là một tổn thương mắc phải phổ biến nhất. Bệnh còn ống động mạch và hở các buồng tim là các tổn thương bẩm sinh phổ biến nhất, và những bệnh này thường có thể đã được điều trị trong thời kỳ còn nhỏ, không có biến chứng. Các bệnh nhân đã được điều trị những thương tổn nặng chẳng hạn như tứ chứng Fallot vẫn có thể còn gặp.

2. Tử vong mẹ

Nguy cơ tử vong trong khi có thai do bệnh tim vào mức từ 0,3 - 0,5%

3. Hậu quả của hiện tượng mang thai đối với bệnh tim

Những thay đổi sinh lý trong hệ tim mạch đã được trình bày trong chương 2. Tóm tắt lại có thể nói rằng: có hiện tượng tăng vọt và sớm về cung lượng tim trong 3 tháng đầu và một sự tăng lên chậm hơn về sau tới mức cực đại là 40% trên mức thường vào giữa thời kỳ có thai. Trong lúc chuyển dạ, cung lượng lại còn tăng lên cao hơn trong lúc có các cơn co tử cung, nhưng lại tụt xuống giữa các cơn co. Sau đẻ lại có hiện tượng tăng cung lượng khi máu trở về hệ tuần hoàn từ giường mao mạch ở bánh rau và từ chậu hông, và các chi dưới do hiện tượng chèn ép được giải phóng, vì tử cung đã trống rỗng.

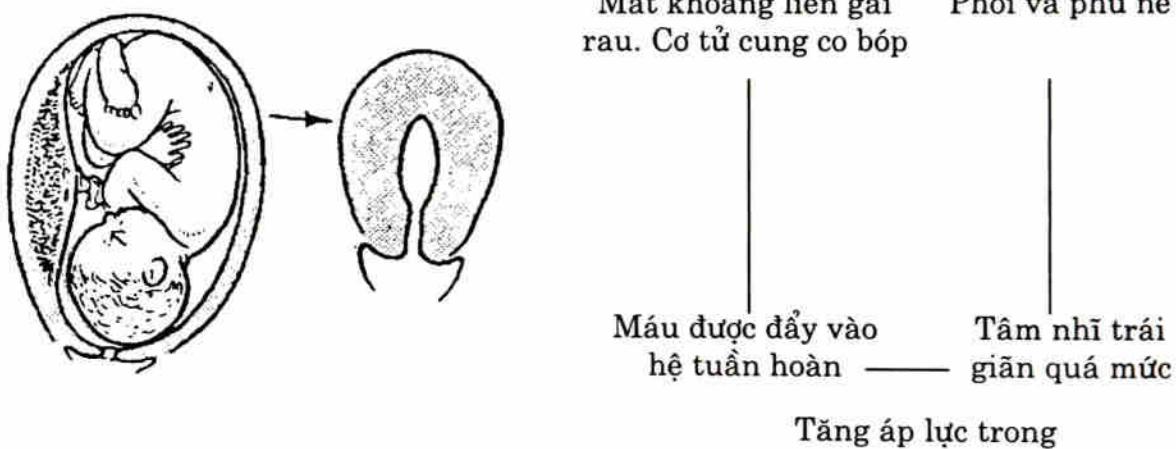
Suy tim có thể xuất hiện từ từ trong khi có thai, vì nhu cầu tăng cung lượng tim đi kèm với thể tích máu gia tăng. Suy tim cấp dưới hình thái phù phổi cấp có thể xảy ra sớm trong khi có thai, khi thể tích máu bắt đầu tăng lên hoặc khi thể tích này đang tăng tới mức cực đại. Tuy nhiên, suy tim cấp thường gặp phổ biến hơn do một sự thay đổi ngẫu nhiên nào đó. Thông thường, có một hoàn cảnh nào đó gây ra nhịp tim nhanh quá mức 110/phút và như vậy làm giảm thời kỳ tâm trương, tình trạng đầy máu tâm thất trái và cung lượng tim. Hiện tượng này, đến lượt nó, lại dẫn đến tình trạng cản trở dòng máu trong phổi và phù phổi.

4. Bất kỳ một bệnh có sốt nào

Các yếu tố làm tăng bệnh thường thấy là:

Thiếu máu	làm giảm khả năng vận chuyển oxy của máu và gây nên nhu cầu gia tăng lưu lượng dòng máu.	NHỊP TIM NHANH
Nhiễm khuẩn hô hấp	làm giảm việc oxy hoá cộng với sốt	
Bất kỳ một bệnh gây sốt nào		
Tập luyện quá mức		
Các xúc động về tâm lý		

Trong bệnh hẹp van tăng mạo, suy tim cấp cũng có thể xảy ra ngay sau giai đoạn 3 của cuộc đẻ do sự gia tăng đột ngột thể tích máu tuần hoàn nó có thể vượt quá khả năng của van tăng mạo để máu đi qua.



Viêm nội tâm mạc do nhiễm khuẩn cũng là một nguy cơ đáng lo khác. Bệnh có thể đi theo sau bất kỳ một nhiễm khuẩn nào, gây biến chứng cho hiện tượng mang thai hoặc xuất phát từ các vi khuẩn trong máu bình thường, do chuyển dạ gây nên.

5. Ảnh hưởng của bệnh tim đối với thai nghén

Người ta đã mô tả có sự gia tăng nguy cơ chuyển dạ đẻ non và thai kém phát triển trong tử cung.

6. Đánh giá trước khi có thai và khi mới có thai

(a) Công tác tư vấn trước khi có thai đối với những phụ nữ đã sẵn có bệnh tim là rất quan trọng. Nó cho phép đánh giá toàn bộ tình trạng tim của họ và các tác

động có thể ảnh hưởng tới tim của hiện tượng mang thai. Mang thai có thể là chổng chỉ định, chẳng hạn như trong hội chứng Eisenmenger hoặc trong tứ chứng Fallot.

(b) Một tiếng thổi tim có thể được phát hiện ra lần đầu tiên trong đăng ký thăm khám trước khi sinh. Các tiếng thổi dòng máu thời kỳ tâm thu thường hay gặp trong khi có thai, và khó có thể khẳng định liệu tiếng thổi đó có phải là tiếng thổi thực thể hay không. Phải tiến hành khai thác tỉ mỉ đối với bất kỳ một tiền sử bệnh nào có thể gợi lên một bệnh lý thực thể, và cần đề nghị thầy thuốc tim mạch đánh giá.

7. Phá thai và điều trị phẫu thuật

Việc phá thai không phải là một chỉ định thường để ra trên cơ sở của bệnh tim đơn thuần. Các biệt lệ của chỉ định này có thể là các tổn thương của hội chứng Eisenmenger (tỷ vong từ 30 - 50%) và tứ chứng Fallot (tỷ vong từ 4 - 20%), ngay cả khi bệnh này đã được điều trị. Sau 12 tuần thì các nguy cơ của phá thai cũng nhiều như tiếp tục giữ thai.

Bệnh thấp tim giảm đi có nghĩa là phẫu thuật mở van tăng mạo trong khi có thai hiện nay rất hiếm. Hơn nữa, các thầy thuốc mổ xẻ có khuynh hướng thích làm phẫu thuật mổ van tim, cách giải quyết này không phù hợp với có thai. Cũng với lý do đó mà những thương tổn bẩm sinh hiếm khi có chỉ định điều trị phẫu thuật trong khi có thai.

8. Sẵn sóc trước khi sinh

Việc sẵn sóc trước khi sinh do người thầy thuốc sản khoa và bác sĩ tim mạch cùng gánh vác. Các nguyên lý thật đơn giản: nghỉ ngơi nhiều và tránh các yếu tố làm nặng bệnh lên đà nêu ở phần trên.

(1) Tuyệt đại bộ phận các bệnh nhân tim khi có thai không cần nằm viện, nhưng việc tiếp nhận vào viện để nằm nghỉ ngơi và điều trị phải luôn sẵn sàng bất kỳ lúc nào. Bất luận một biến đổi nào hoặc một sự suy sụp về trạng thái của tim đều là một chỉ định để nhận vào viện và tham khảo ý kiến của chuyên khoa tim.

(2) Bệnh nhân không được hút thuốc và bất kỳ một nhiễm khuẩn đường hô hấp nào cũng cần phải điều trị hết sức tích cực.

(3) Tránh hiện tượng thiếu máu.

(4) Điều chủ yếu là phải sẵn sóc rắng chu đáo và cần phải dùng kháng sinh để điều trị.

(5) Những bệnh nhân mang van tim nhân tạo, hoặc đã phải mổ chữa bệnh tim, hoặc trong tình trạng rung tâm nhĩ, có thể phải điều trị bằng liệu pháp chống đông. Đành phải chấp nhận nguy cơ liệu pháp này đối với sự mang thai.

Warfarin là loại thuốc thích hợp nhất và phải ngừng khi thai 37 tuần. Sau đó thì thay thế bằng heparin truyền tĩnh mạch. Heparin tiêm dưới da không đủ đối với tình trạng có nguy cơ tắc nghẽn mạch toàn thân.

9. Chuyển dạ và đẻ

Có thể để cho đại bộ phận các bệnh nhân bị bệnh tim chuyển dạ. Tuy nhiên, nếu các yếu tố sản khoa làm cho kết quả cuộc chuyển dạ thành không bình thường thì mổ lấy thai theo kế hoạch có thể là phương pháp lựa chọn an toàn nhất. Mục tiêu là phải làm cho cuộc chuyển dạ càng dễ dàng và càng ít bị căng thẳng càng tốt. Cuộc chuyển dạ kéo dài làm suy sụp cả về thể chất tâm lý và làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn.

9.1. Tư thế

Phải để bệnh nhân chuyển dạ trong tư thế được đỡ dựng lên thoải mái.

Thai phụ có thể tự duy trì tư thế này để đẻ, ngay cả khi phải hỗ trợ cho cuộc đẻ. Cần tránh hết sức tư thế phụ khoa, vì sự tăng vọt của máu từ các chi dưới trở về tim khi các chi này được nhắc ra khỏi các bàn đạp.

9.2. Giảm đau

Việc giảm đau có ý nghĩa quan trọng. Nó tránh cho nhịp tim nhanh do lo lắng và đau đớn gây ra. Gây tê ngoài bao cứng là biện pháp tốt nhất miễn là cần tránh hạ huyết áp. Phương pháp này cũng cho phép tiến hành cuộc đẻ với thủ thuật theo đường bụng hoặc đường âm đạo, nếu biện pháp này là cần thiết. Nếu việc gây tê ngoài bao cứng không tiện thì cần phải dùng 15mg morphin theo cách tiến hành truyền thống.

9.3. Các thuốc kháng sinh

Có nhiều ý kiến không thống nhất với nhau về việc sử dụng thường quy các loại kháng sinh để phòng ngừa nhiễm khuẩn máu do chuyển dạ và đẻ gây nên. Phần đông tán thành việc sử dụng kháng sinh để cố gắn là giảm nguy cơ viêm nội tâm mạc. Người ta đề nghị cùng kết hợp ampicillin với gentamycin tiêm bắp.

9.4. Giai đoạn hai

Nếu giai đoạn tiến triển thuận lợi và nhanh chóng thì có thể để sản phụ đẻ thường, cắt tầng sinh môn giúp sổ dễ hơn. Tuy nhiên, không được yêu cầu bệnh nhân rặn đẻ thật mạnh và thường phải dùng fooc - xếp hoặc giác hút. Giác hút thường rất tốt vì cho phép sổ thai ở tư thế thẳng đứng.

9.5. Giai đoạn ba

Vào thời điểm này không nên vội vã. Phải dành thời gian để điều chỉnh tuần hoàn, vì máu từ vị trí bánh rau trở về hệ tuần hoàn khi tử cung co rút lại. Cũng còn có tình trạng tăng lưu lượng máu từ các chi dưới do tử cung trở nên rỗng. Nếu để rau bong tự nhiên thì sau đó có thể dùng thuốc gây co tử cung sau khi hiện tượng co rút sinh lý đã xảy ra, nhằm ngăn ngừa chảy máu vì đờ tử cung. Oxytocin tổng hợp là thuốc thích hợp nhất (tiêm bắp 10 đơn vị), tiêm sau đẻ hoặc trong khi đẻ giống như trong các cuộc đẻ thường. Thuốc này hay được dùng hơn loại ergometrin, vì tác dụng co mạch của loại sau này nhất là khi tiêm tĩnh mạch.

Thời kỳ sau giai đoạn ba là lúc nguy hiểm nhất trong khi có thai do phát triển phù phổi.

10. Phù phổi cấp

Bệnh nhân nhanh chóng không thở được, có thể trào bọt hoặc khái huyết. Cần dừng thai phụ lên và cho thở oxy bằng mặt nạ. Có thể tiêm vào tĩnh mạch morphin (10 - 15mg), frusemid (40mg) và aminophyllin (250mg). Đôi khi phải làm giảm tuần hoàn tĩnh mạch trở về bằng cách đặt các vòng cuộn bơm phồng ở các chi. Nếu thời gian cho phép, cần tham khảo ý kiến của thầy thuốc chuyên khoa tim về sử dụng digitalin.

11. Thời kỳ hậu sản

Khuyên bệnh nhân đi lại sớm, nhưng phải nghỉ ngơi nhiều. Phải cẩn thận tỉ mỉ phát hiện các chứng có nhiễm khuẩn, và bất kỳ hiện tượng sốt nào cũng cần phải tiến hành lấy máu. Cần phải tiến hành công việc tư vấn kỹ lưỡng về các lần có thai sau này.

II. CÁC BỆNH HÔ HẤP

1. Hen

Ảnh hưởng của tình trạng có thai rất thay đổi. Trong phần lớn các trường hợp, bệnh không bị ảnh hưởng gì. Bệnh nhân có thể tiếp tục dùng các thuốc vốn có. Các thuốc làm giãn phế quản, chẳng hạn như salbutamol có thể vẫn sử dụng an toàn và nếu bệnh nhân cần phải dùng các thuốc steroid thì nên dùng prednison hoặc prednisolon, vì các thuốc này qua bánh rau chậm.

2. Lao

Bệnh này hiện nay không gặp lại Liên hiệp vương quốc Anh và người ta không chụp phổi thường quy bằng tia X. Tuy nhiên, nên tiến hành chụp phổi với sự cẩn thận cần thiết nếu mới có tiền sử tiếp xúc, hoặc tiền sử gia đình bị lao. Thuốc men sử dụng giống như với bệnh nhân không có thai, tránh dùng streptomycin, hiện tại rất hiếm khi dùng loại thuốc này. Có thể dùng isoniazid, acid para - aminosalicylic và ethambutol. Khả năng gây quái thai do rifampicin chưa được khẳng định, nhưng nên kiêng không dùng trong 3 tháng đầu.

Sau khi đẻ, cần thiết phải theo dõi đặc biệt nếu người mẹ mắc lao đang tiến triển (thử đờm có vi khuẩn lao dương tính). Người mẹ có thể được ở cùng với đứa bé trong khi cả hai đều được điều trị. Hiện có vaccine BCG kháng isoniazid, phải dùng cho trẻ cùng với liệu pháp isoniazid. Tới khi trẻ được 6 - 8 tuần thì thử phản ứng Mantoux. Liệu pháp isoniazid cần được tiếp tục cho tới khi phản ứng Mantoux ở trẻ dương tính và thử đờm mẹ kết quả âm tính.

III. HUYẾT KHỐI - TẮC NGHẼN TĨNH MẠCH

Bệnh huyết khối tĩnh mạch không hay gặp trong khi có thai hoặc trong thời kỳ hậu sản, nhưng nó được chú ý nhiều vì hậu quả tàn phế và vì huyết khối tắc

nghẽn tĩnh mạch vẫn tiếp tục là một nguyên nhân làm mẹ tử vong. Người ta nêu lên bệnh gấp ở người có thai nhiều hơn gấp 5 lần so với người không mang thai mà tuổi tác tương tự.

1. Nguyên nhân

1. Các thay đổi thành phần của máu.
2. Các thay đổi về tốc độ dòng máu.
3. Các thương tổn ở lớp nội mạc của mạch máu.

Những thay đổi này được gọi là "Tam chứng Virchow"

2. Các thay đổi về thành phần của máu

Những thay đổi này đã được mô tả trong chương 2 và gây nên tình trạng tăng đông của máu.

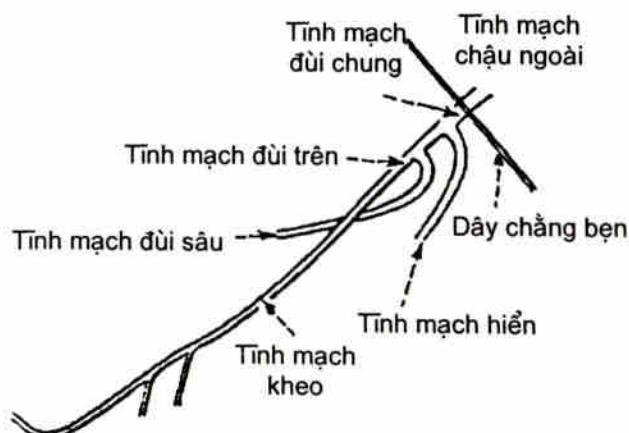
3. Các thay đổi về tốc độ dòng máu

Tốc độ của dòng máu trong các tĩnh mạch chân giảm đi nhiều vào các tuần cuối, một phần vì hậu hông bị tử cung có thai chèn ép và còn do sự giảm hoạt động của người phụ nữ tăng lên trong khi có thai. Nằm nghỉ tại giường bất luận vì lý do gì đều có thể làm gia tăng nguy cơ này. Vận động sớm sau khi đẻ hiện tại vẫn là điều bất biến.

4. Các thay đổi trong lớp nội mạc mạch máu

Những thay đổi này là do bệnh tăng huyết áp, phẫu thuật, nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc tại đường máu có thể xảy ra sau bất kỳ cuộc đẻ nào, dù là đẻ tự nhiên hay mổ đẻ. Nguy cơ huyết khối - tắc nghẽn tĩnh mạch sau mổ lấy thai cao hơn sau đẻ đường âm đạo gấp 5 lần.

5. Các vị trí hình thành huyết khối



Hình 7.1. Các xoang tĩnh mạch cẳng chân

1. Các tĩnh mạch cẳng chân (thường kéo dài đến tĩnh mạch kheo).
2. Tĩnh mạch đùi cung.
3. Tĩnh mạch chậu - đùi (có thể lan tới tĩnh mạch chủ dưới).
4. Tĩnh mạch hiển ở tại ngay đầu gối hoặc ở phía trên.
5. Huyết khối nồng trong các giãn tĩnh mạch.

Các huyết khối có thể gặp ở bất kỳ nơi nào trong số các vị trí này, trừ các giãn tĩnh mạch nồng. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp tắc nghẽn mạch phổi không có dấu hiệu gì báo trước của huyết khối tĩnh mạch. Công việc chẩn đoán lâm sàng thường phát hiện được khi có nghiệm pháp tinh xảo hơn, chứng tỏ các tĩnh mạch thông thoáng.

6. Viêm tắc tĩnh mạch nồng

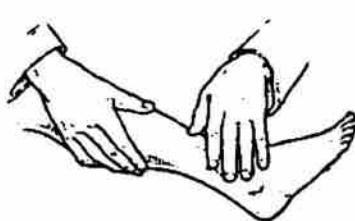
Bệnh cảnh này dễ được chẩn đoán ra. Tĩnh mạch nồng bị đỏ tấy, căng đau và vùng chung quanh bị viêm, phù.

Có thể kèm theo sốt nhẹ. Chừng nào mà bệnh chỉ khu trú ở nồng thì không có nguy cơ huyết khối - tắc nghẽn mạch.

Cách điều trị cổ điển là đắp kaolin và băng bó có thể làm cho bệnh thuyên giảm. Thỉnh thoảng cần thiết phải dùng đến các thuốc giảm đau và nên khuyên bệnh nhân vận động.

7. Huyết khối tĩnh mạch sâu

7.1. Đặc điểm lâm sàng: bệnh nhân có thể không kêu ca gì, song việc khám xét các cẳng chân theo thường quy hoặc phát hiện sốt nhẹ có thể giúp chẩn đoán ra bệnh.



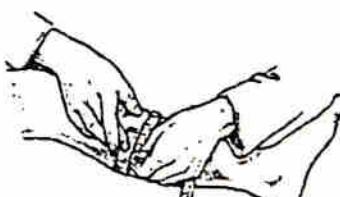
Hình 7.2. Nắn bắp chân thay cẳng đau và phù nề



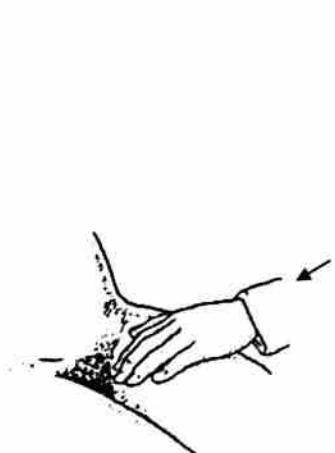
Hình 7.3. Có thể thấy dấu hiệu Hopman dương tính (bắp chân đau khi gấp bàn chân)



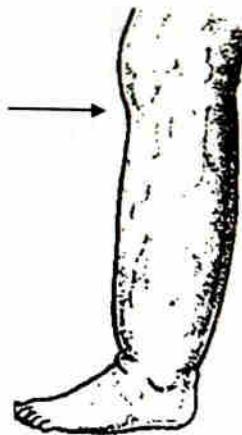
Hình 7.4. Mu tay áp vào cẳng chân bị bệnh có thể thấy nóng hơn



Hình 7.5. Đo cản thận có thể thấy sưng to hơn so với chân bên kia



Hình 7.6. Hình đá vân



Hình 7.7. Hội chứng sau viêm tĩnh mạch

Phải sờ nắn tĩnh mạch đùi ở vùng bẹn. Có thể sờ thấy tĩnh mạch này trong bệnh cảnh được gọi là bệnh "viên trắng gây đau" (phlegmsia Alba Dolens). Đây là một tên gọi cũ của tình trạng huyết khối cực nặng, làm tắc hoàn toàn tĩnh mạch đùi, gây nên hiện tượng phù cứng, khi ấn không thấy lõm xuống. Các tĩnh mạch nông tạo ra hình đá vân, song hiện tượng cấp huyết của động mạch không bị ảnh hưởng. Bệnh cảnh này rất đau, tạo ra trạng thái được gọi là hội chứng sau viêm tĩnh mạch cấp huyết của động mạch không bị ảnh hưởng. Bệnh cảnh này rất đau, tạo ra trạng thái được gọi là hội chứng sau viêm tĩnh mạch.

7.2. Các biến chứng của huyết khối

- Tắc nghẽn mạch phổi, bệnh có thể nhẹ hoặc nặng, xuất hiện chỉ một lần hoặc tái diễn, trên 50% trường hợp không có những dấu hiệu lâm sàng đi trước bệnh huyết khối.
- Hội chứng sau khi viêm tĩnh mạch, một hậu quả về thương tổn ở tĩnh mạch, đặc biệt là mất các van chức năng. Hội chứng này thể hiện bằng sưng, giãn tĩnh mạch, eczema, loét, và còn nặng hơn nếu bệnh cảnh cấp tính không được chữa một cách tích cực.

7.3. Chẩn đoán

Việc chẩn đoán không phải luôn luôn dễ dàng và các dấu hiệu lâm sàng không đáng tin cậy. Do tính chất nguy hiểm của bệnh, nhưng nguy cơ của việc điều trị và các mối liên quan trong tương lai, nên cần phải xác lập chẩn đoán chính xác.

- Chụp tĩnh mạch, dùng phẩm nhuộm màu cản quang bơm vào chân là phương pháp phù hợp nhất nhằm bảo vệ cho thai nhi.
- Siêu âm, kỹ thuật này sử dụng lưu lượng kế Doppler, đây là một máy được chế tạo nhằm mục đích nghe tim thai trong sản khoa. Phương pháp này không gây thương tổn gì, song không chính xác bằng phương pháp chụp tĩnh mạch.

Dòng máu chảy trong một tĩnh mạch tạo nên các âm thanh đặc hiệu khi được một biến từ đặt ở phía trên tĩnh mạch thu nhận.

Khi dòng máu chảy nhanh lên thì tần số và biên độ của các âm thanh cũng tăng lên. Biến từ được đặt ở trên bẹn và đùi, hoặc ở bắp chân cùng với một vòng bơm phồng. Có thể dễ dàng nghe thấy khi âm thanh tăng, nếu không nghe thấy gì cần nghĩ tới dòng máu đang bị cản trở do huyết khối.

Chất đồng vị, phương pháp này tuy là một kỹ thuật tiến hành tại bệnh phòng, song nó đòi hỏi phải có máy đặc biệt, và việc sử dụng các chất đồng vị cần tuân thủ các quy định nghiêm ngặt.

Phương pháp này không áp dụng được trước khi sinh, hoặc đối với các bà mẹ đang cho con bú.

Tiêm một lượng nhỏ fibrinogen được đánh dấu bằng ^{125}I sau khi đã chặn tuyến giáp bằng iodur natri, để ngăn tuyến này hấp thụ chất đồng vị.

Đặt một máy đếm nháy ở các cẳng chân, và nếu thấy một hiện tượng gia tăng về hoạt động phóng xạ thì nên nghĩ tới hiện tượng hình thành huyết khối.

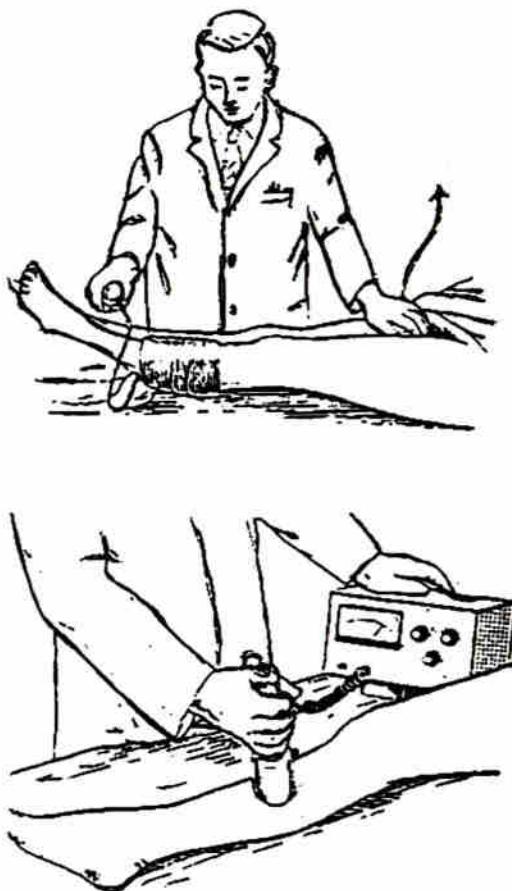
7.4. Điều trị

Mục tiêu là ngăn ngừa sự lan rộng của huyết khối và làm giảm nguy cơ cục máu nghẽn mạch. Việc điều trị cần phải được tiếp tục suốt thời gian mang thai và cả trong thời kỳ hậu sản.

Trong gian đoạn cấp tính truyền heparin tĩnh mạch với liều lượng 40.000 đ.v/ngày, cho tới khi các dấu hiệu lâm sàng đỡ lui. Điều trị bằng heparin tiêm dưới da trước khi sinh được ưu dùng hơn. Thoát đàu 7.500 đ.v trong 12 giờ, việc điều trị được theo dõi bằng định lượng heparin trong huyết tương.

Ngừng điều trị khi chuyển dạ bắt đầu, nhưng sau đó lại được tiếp tục hoặc thay bằng warfarin sau khi đẻ, và dùng tiếp trong 6 tuần sau khi đẻ.

Heparin không đi qua bánh rau nhưng không phải là không mang theo hiểm họa. Người ra đã nói tới hiện tượng tiêu muối khoáng của xương thai nhi. Warfarin là thuốc chữa bệnh thích hợp nhất cho điều trị kéo dài đối với huyết khối sau đẻ và



Hình 7.8. Siêu âm huyết khối tĩnh mạch sâu

cũng có thể dùng trước khi sinh sau 3 tháng đầu. Người ra cũng đã nêu lên thuốc này là một nguyên nhân của dị dạng hệ thống thần kinh trung ương do chảy máu vặt liên tiếp nhiều lần. Nếu sử dụng thì phải ngừng thuốc lúc thai được 37 tuần và thay thế bằng heparin.

7.5. Dự phòng

7.5.1. Ngăn ngừa tuần hoàn ngưng trệ

Các bệnh nhân có giãn tĩnh mạch cần đi bít tất chun dài lên đùi và cẳng chân dưới. Khuyên bệnh nhân tránh nằm nghỉ trước và sau khi đẻ, và người thày thuốc lý liệu cần phải săn sóc tất cả các bệnh nhân hậu sản. Lưu lại ở phòng sau đẻ càng ngắn càng có lợi hơn.

7.5.2. Truyền dextan

Dextran là các polysaccharid có trọng lượng phân tử khác nhau. Do đó, loại dextran - 40 có trọng lượng phana tử là 40.000. Các dung dịch dextran có tác dụng chống huyết khối và người ta đã phát hiện thấy nếu dùng dextran trong lúc mổ xé thì làm giảm được tần xuất huyết khối. Do đó trong khi mổ lấy thai có thể truyền 1/2 lít và 1/2 lít còn lại được truyền tiếp 48 giờ sau. Các thuốc này có thể được sử dụng để đảm bảo cho cuộc mổ ở bệnh nhân có nguy cơ cao, hoặc ở người đã được điều trị bằng các thuốc chống đông máu trước khi đẻ.

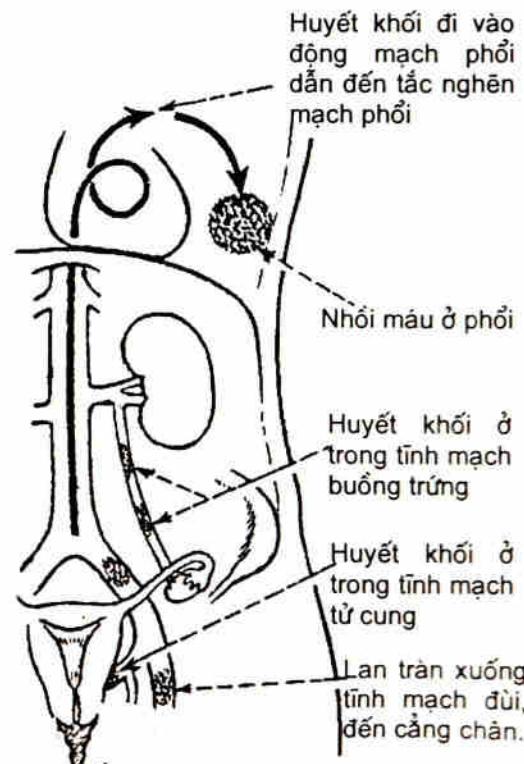
8. Huyết khối lan tràn ra toàn thân

8.1. Tắc nghẽn mạch phổi

Một cục huyết khối nằm trong động mạch phổi gây nên các dấu hiệu sốc và suy sụp tuần hoàn, tử vong thường xảy ra trong vòng 15 phút. Các cục máu nghẽn nhỏ hơn thường khó chẩn đoán ra và gây nên khó thở, đau chói phế mạc, sốt và sự khó chịu nào đó. Ít nhất trong 50% các trường hợp tắc nghẽn mạch không có biểu hiện lâm sàng về huyết khối ở chỗ nào khác.

8.2. Chẩn đoán

Chụp X quang lồng ngực có thể có ích song không phải bao giờ cũng là như vậy. Có thể gặp những biến đổi ở điện tâm đồ trong các trường hợp cục máu tắc nghẽn mạch lớn. Phương pháp chụp động mạch phổi có tác dụng chẩn đoán, song là một kỹ thuật chuyên sâu và thô bạo. Nên có sự tham gia của bác sĩ chuyên về bệnh phổi.



Hình 7.9. Lan tràn ra toàn thân

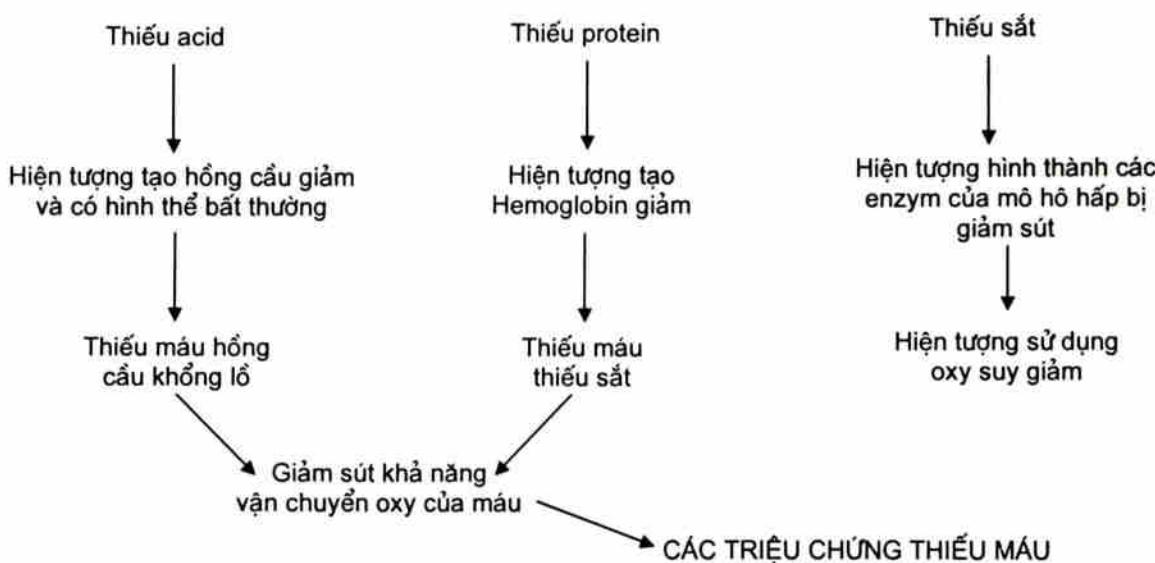
8.3. Điều trị

Truyền tĩnh mạch liên tục heparin như đã mô tả ở phần trên. Chừng nào đã có hiện tượng tắc nghẽn mạch quan trọng, thì việc điều trị tốt nhất là được theo dõi tại một đơn vị hồi sức tích cực.

IV. BỆNH THIẾU MÁU

Hiện tượng mang thai tạo ra những nhu cầu dinh dưỡng đáng kể đối với người mẹ. Do đó, không có gì là ngạc nhiên, khi bệnh thiếu máu là một biến chứng thường gặp.

Các yếu tố dinh dưỡng chủ yếu có liên quan là sắt, acid folic và các vitamin thuộc nhóm B cùng với protein.



Mặc dù có hai loại bệnh cảnh thiếu máu khác biệt nhau, mỗi loại do cụ thể thiếu riêng một yếu tố (thiếu máu thiếu sắt và thiếu hồng cầu khổng lồ do thiếu acid folic), song cần nhớ là hầu như không bao giờ có tình trạng thiếu một chất đơn độc.

Tình trạng thiếu bất kỳ một chất nào đó có thể do:

1. Lượng chất đưa vào cơ thể giảm.
2. Sự hấp thụ không bình thường.
3. Kho dự trữ bị giảm.
4. Hiện tượng sử dụng không bình thường.
5. Nhu cầu không bình thường

Phải chú ý đến sự liên quan của các nguyên lý này đối với bệnh căn của thiếu máu.

Sự hiện diện của thiếu máu làm gia tăng bệnh trong khi có thai và làm cho người mẹ dễ bị nhiễm khuẩn, và các nguy cơ mất máu trong lúc đẻ.

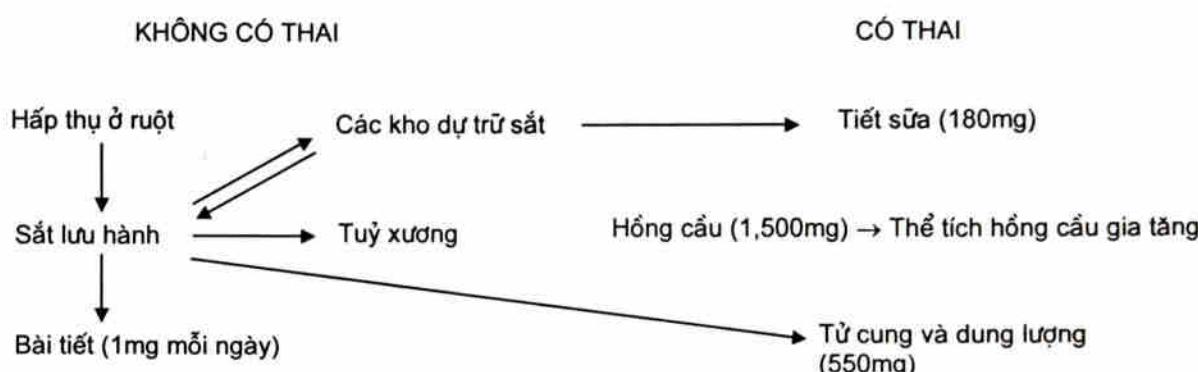
1. Bệnh thiếu máu do thiếu sắt

1.1. Đại cương

Chế độ ăn uống trung bình tại Liên hiệp vương quốc Anh đáp ứng đúng nhu cầu về sắt trong độ tuổi còn đang hành kinh.

Hiện tượng mất mát phụ (thí dụ: rong kinh) hoặc nhu cầu được cung cấp thêm sắt trong lúc có thai có thể nhanh chóng dẫn đến thiếu máu. Trong khi có thai, nhu cầu tăng về sắt có thể lên tới 1,230 mg. Tuy nhiên có tình trạng tiết kiệm 220mg là do 9 tháng vô kinh.

Toàn bộ số lượng sắt cần thêm sẽ là 1,010mg.



Những yếu tố chính trong bệnh thiếu máu này có thể là:

Chế độ ăn uống nghèo nàn ...

Nghén nặng

Giảm độ toan dịch vị

Chế độ ăn mất cân bằng các chất chứa sắt không hòa tan ...

Thiếu vitamin C

Chửa đa thai ...

Chửa lại quá nhanh - khoảng cách giữa hai lần đẻ dưới 2 năm

Đẻ nhiều lần - trên 4 lần mang thai

Chảy máu trong các lần có thai trước...

Lượng sắt đưa vào giảm

Hấp thu sắt bị giảm

Nhu cầu bất thường

1.2. Triệu chứng

Đại bộ phận bệnh nhân chẳng than phiền gì ngay cả khi thiếu máu tương đối nặng. Các cảm nghĩ chủ quan coi đó như là phần "gánh nặng của hiện tượng có thai".

Tương tự như vậy, do tình trạng giãn mạch ngoại vi khi có thai (cơ chẽ mát nhiệt), xanh xao không nhất thiết phải là một đặc trưng. Cần phải kiểm tra hàm lượng hemoglobin đều đặn trong suốt quá trình mang thai.

Việc thẩm tra sát sao có thể phát hiện ra những triệu chứng giống như thấy ở các đối tượng thiếu máu không có thai.

1.3. Những biến đổi trong máu

Những biến đổi này đã được nêu trong chương 2. Hiện tượng loãng máu dần dần trong khi có thai, làm cho không thể để ra một điểm đơn thuần về mức hemoglobin, để phân biệt người thiếu máu với người không thiếu máu. Ở các cá nhân khoẻ mạnh không mang thai, số đo hemoglobin thường là 12,6g/dl hoặc cao hơn. Giá trị này giảm đi trong khi có thai, vì sự gia tăng thể tích huyết tương vượt quá sự tăng lên của khối lượng hồng cầu. Mục tiêu đặt ra là phải có giá trị hemoglobin của bệnh nhân ở mức 11g hoặc cao hơn vào lúc đủ tháng.

1.4. Chẩn đoán

Khảo sát máu có thể thấy tình trạng nhược sắc và hiện tượng hồng cầu nhỏ. Lượng sắt và ferritin trong huyết thanh (những chất này phản ảnh sự dự trữ) đều thấp và khả năng gắn sắt tăng lên.

1.5. Điều trị

Việc điều trị sẽ thay đổi tùy theo mức độ nghiêm trọng của hiện tượng thiếu máu và thời gian có thai. Cách cho uống sắt là biện pháp thích hợp nhất tại nhiều trung tâm thuộc Liên hiệp vương quốc Anh; uống dự phòng trong suốt thời gian có thai đối với tất cả phụ nữ. Nên cho uống một chế phẩm có chứa 100mg sắt nguyên tố (tốt nhất là ở trong một viện duy nhất). Tình trạng không đỡ thường là do không uống thuốc đầy đủ; hiện tượng này đôi khi là do bệnh do sắt gây nên. Nếu thực bệnh không đỡ mà biết chắc là bệnh nhân đã có uống thuốc, thì phải tiến hành khảo sát về huyết học kỹ lưỡng hơn.

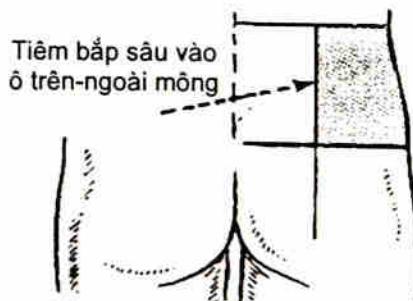
Mỗi khi có tình trạng bệnh không đỡ bằng cách cho uống thuốc hoặc bệnh nhân không chịu uống thuốc thì có thể cho sắt theo đường tiêm. Biện pháp này có thể thực hiện bằng hai cách: Tiêm bắp liên tiếp và truyền tĩnh mạch cả tổng liều.

1.5.1. Tiêm bắp liên tiếp

250mg sắt làm tăng hemoglobin lên được 1g/dl. Tiêm cách ngày một lần. Loại sắt - sorbitol, có phân tử nhỏ hơn và dễ hấp thụ hơn, có thể dùng thay cho loại sắt - dextran. Ít có khả năng nhiễm sắc tố.

1.5.2. Truyền tổng liều

Sự thiếu hụt toàn bộ sắt được điều chỉnh bằng truyền tĩnh mạch chậm dung dịch sắt - dextran hoà trong 10dl huyết thanh mặn đẳng trương trong nhiều giờ.



Hemoglobin thiếu hụt tính bằng $g \times 250 =$ số mg sắt cần điều trị.

Để bù lại sự hao hụt, mất máu trong khi đẻ và nhu cầu của thai nhi, thì con số này được tăng thêm 50%.

Thí dụ:

Số đo hemoglobin của bệnh nhân =	8g/dl
Số đo hemoglobin mong muốn =	12g/dl
Lượng hemoglobin hao hụt =	4g/dl
Sắt cần cho hemoglobin của mẹ =	$4 \times 250 = 1.000\text{mg}$
Sắt cần cho dự trữ, thai nhi và cuộc đẻ =	500mg
Tổng liều cần truyền =	1.500

Các biểu hiện dạng phản vệ có thể rất nặng và không phải là hiếm gặp. Không bao giờ nên dùng phương pháp này cho bệnh nhân đã có bất kỳ một tiền sử quá mẫn nào. Cho bệnh nhân uống thuốc kháng histamin trước khi truyền 30 phút.

Truyền dung dịch sắt với liều lượng 10 giọt/phút trong 30 phút, nếu không có phản ứng thì số giọt tăng lên là 45 giọt/phút.

Nên có sẵn một bơm tiêm chứa adrenalin 1/1000

1.6. Thiếu máu nặng khi gần đến ngày đẻ

cho tới tuần lễ thứ 35 vẫn có thể dùng sắt theo đường tiêm. Qua thời gian này, do thường không xác định chắc chắn được thời gian và dễ có khả năng chuyển dạ đẻ non, có thể truyền hồng cầu rửa cho bệnh nhân. Đây là cách điều trị cấp cứu, chỉ được áp dụng nếu hemoglobin của bệnh nhân ở dưới mức 9g/dl. Nên nhớ rằng: trong lúc hemoglobin và rồi khả năng vận chuyển oxy của máu có thể tăng lên, thì các enzym hô hấp (chứa sắt) của các mô có thể không bình thường, đặc biệt là cơ tim. Truyền máu phải hết sức chậm và tốt hơn là chia làm 2 hoặc 3 lần truyền, để tránh tình trạng suy tim. Một đơn vị máu (1 pint) nâng được giá trị hemoglobin lên khoảng 0,7g/dl.

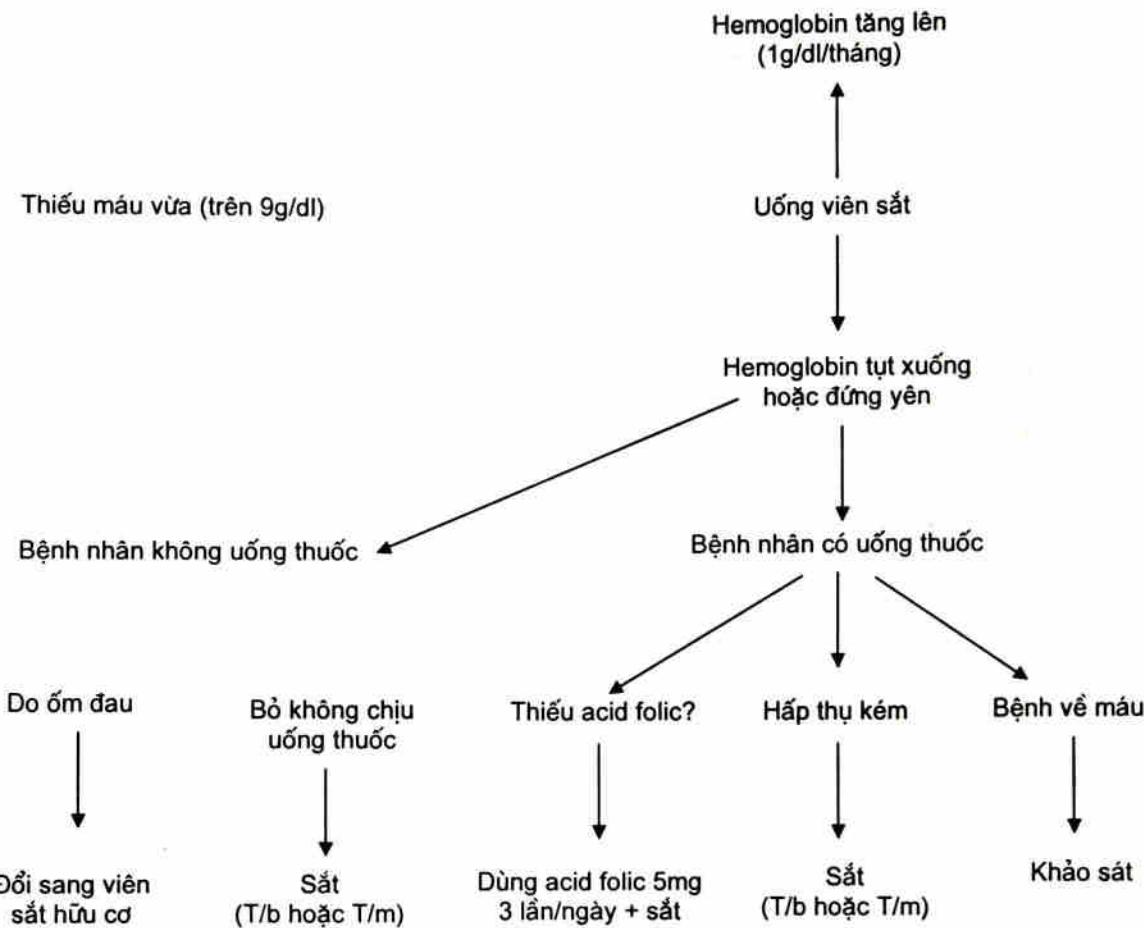
Lý do chính để truyền máu trong bệnh cảnh này không phải chủ yếu nhằm chữa thiếu máu, mà vì bất kỳ một tình trạng mất máu nào trong khi đẻ đều có thể nguy hiểm.

1.7. Các bệnh thiếu máu tro

Trong đại bộ phận các trường hợp thì thiếu máu tro là không thực hiện đúng kế hoạch điều trị đã đề ra.

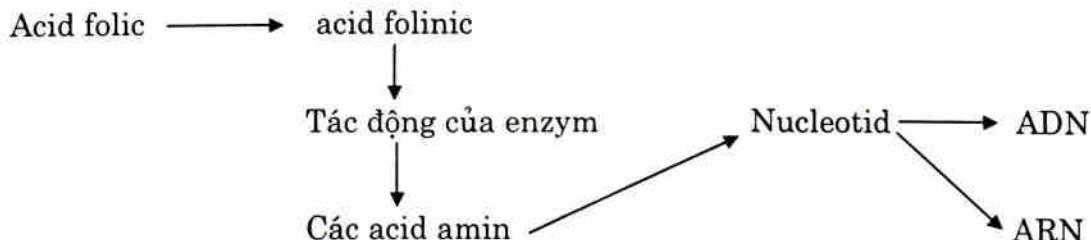
Tuy nhiên, nếu việc điều trị thiếu máu thực sự không có kết quả thì nên nhớ rằng tình trạng suy dinh dưỡng rất ít đơn độc. Phải nghi ngờ và phát hiện hiện tượng thiếu acid. Nếu hemoglobin vẫn không tăng lên được thì phải khảo sát kỹ hơn để loại trừ khả năng một bệnh máu nào đó hiếm gặp hơn.

Tóm tắt



2. Bệnh thiếu máu do thiếu acid folic

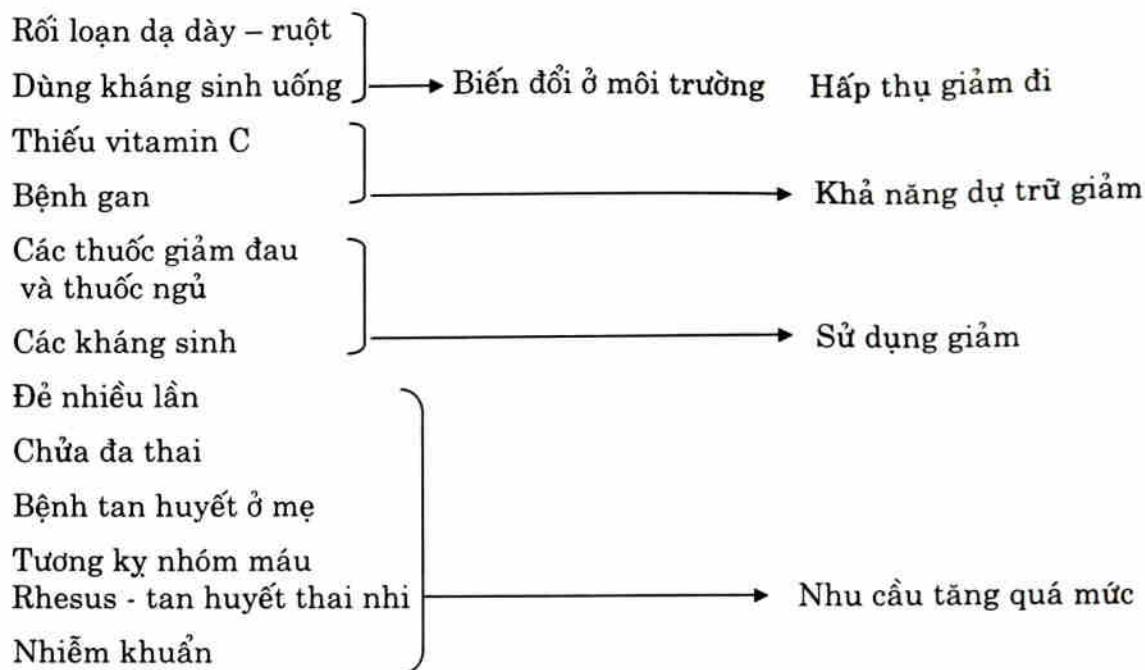
Acid folic cần thiết để cấu tạo các acid nucleic và do đó cần cho nhân tế bào. Sự vắng mặt của acid này dẫn đến tình trạng giảm sút sự tăng sinh tế bào. Những mô nào ở đó có sự suy giảm một phần, chẳng hạn như tuỷ xương là nơi có hiện tượng tăng sinh liên tục, sẽ thể hiện các hậu quả chủ yếu này.



2.1. Bệnh cǎn

Chế độ ăn uống kém
Ốm đau nhiều

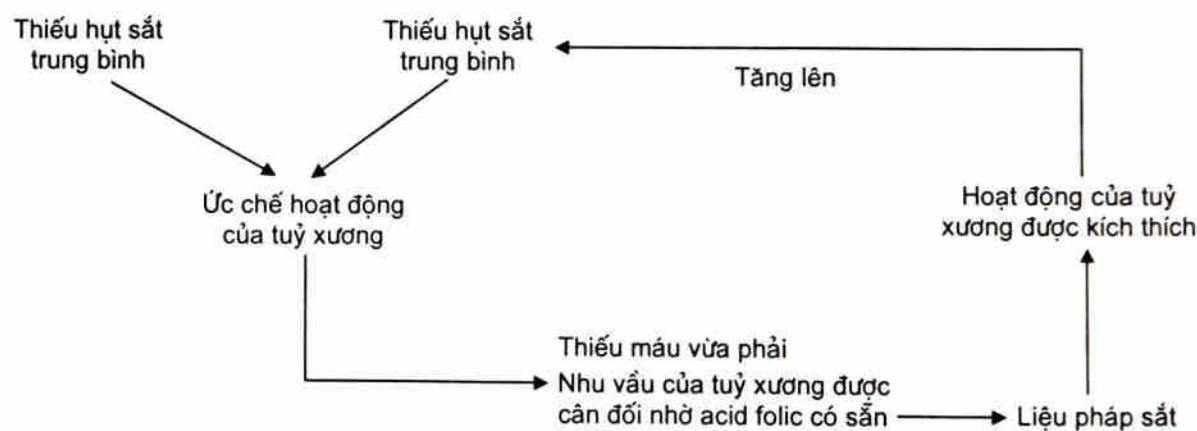
Lượng ăn uống đưa vào giảm



Các yếu tố chính là do ăn uống kém kết hợp với nhu cầu quá mức trong khi có thai. Hiện tượng hấp thụ kém cũng có thể quan trọng, và hiện tượng như thấy ở trong các bệnh về hemoglobin có thể đưa đến tình trạng thiếu acid folic

2.2. Lâm sàng

Các biểu hiện lâm sàng phụ thuộc vào mức độ nặng của tình trạng thiếu. Trong các giai đoạn đầu bệnh nhân có thể không thấy triệu chứng gì, và cũng không có dấu hiệu nào ngoài nồng lượng hemoglobin tương đối thấp. Thường có thể chẩn đoán ra bệnh khi thấy mặc dù vẫn điều trị bằng sắt, hemoglobin thoát tiến tăng lên nhưng rồi đứng yên. Sự thiếu hụt ở trong các trường hợp này là một sự thiếu hụt kép và có thể minh họa như sau:



Trong thể nặng thì sự thiếu hụt này được đặc trưng bởi thiếu máu huyết cầu non khổng lồ. Thường gặp những trường hợp này ở các bệnh nhân có lượng hemoglobin dưới mức 8g/dl. Hầu như bao giờ bệnh nhân cũng có những triệu chứng của thiếu máu như khó thở, chóng mặt, đánh trống ngực, phù ở bàn chân và cổ

chân. Có thể thấy những dấu hiệu của thiếu dinh dưỡng như viêm lưỡi, các vết nứt ở miệng và các móng nhám nhở. Lách thường to lên, trong những trường hợp hết sức nặng có thể thấy nôn mửa, ỉa lỏng, sốt và kể cả nổi ban purpura.

2.3. Xét nghiệm

Trong tuyệt đại bộ phận các trường hợp, chẩn đoán có thể dựa vào xét nghiệm máu ngoại vi, ngoài tình trạng mức hemoglobin thấp thì phần lớn những thay đổi có thể thấy được trên phiến đồ máu. Quan sát thấy các huyết cầu tố thường là đắng sắc, song cũng có thể là nhược sắc do tình trạng thiếu hụt sắt đi kèm. Quan sát thấy những tế bào máu khổng lồ chia làm nhiều đoạn và đa dạng, trong những trường hợp nặng thì thấy các huyết cầu non to, song chỉ có thể phát hiện được khi khảo sát phiến đồ máu làm từ lớp vỏ đệm. Có thể khảo sát để khẳng định hàm lượng acid folic trong máu hồng cầu, các phòng xét nghiệm bao giờ cũng tiến hành đồng thời đo hàm lượng B12 trong huyết thanh. Việc điều trị bằng acid folic không cần chờ đợi kết quả này, vì các bệnh nhân bị thiếu máu ác tính Addison thường bị vô sinh.

2.4. Điều trị

Liệu pháp dự phòng bằng acid folic (350 microgam/ngày) thường được kết hợp với việc cho uống viên sắt. Việc điều trị tình trạng thiếu hụt rõ ràng được thực hiện bằng cách cho uống 5mg acid folic mỗi ngày. Việc điều trị phải kéo dài trong suốt thời gian có thai.

Các bệnh hemoglobin là các khiếm khuyết về cấu trúc globin hoặc trong việc tổng hợp, dẫn đến hiện tượng thiếu máu do tan huyết ở các cá thể đồng hợp tử, nghĩa là ở những người thừa hưởng di truyền chuỗi globin bất thường từ cả hai bố mẹ. Những cá thể di hợp không bị thiếu máu song là những người mang khuyết tật.

Bệnh hồng cầu liêm và các bệnh thalassenia (α và β) đang tăng lên ở Liên hiệp vương quốc Anh trong quần thể nhập cư, loại thứ nhất gặp ở những người da đen, loại thứ hai gặp ở những người có nguồn gốc từ vùng Địa Trung Hải hoặc vùng Viễn Đông. Chẩn đoán xác định dựa vào điện di, nhưng có một nghiệm pháp phát hiện đối với hemoglobin S. Cần tiến hành xét nghiệm này cho tất cả các bệnh nhân da đen.

Trong bệnh hồng cầu liêm đồng hợp tử có tình trạng thiếu máu mạn tính và gia tăng nguy cơ các cơn tan huyết trong khi có thai. Bệnh thalassemia đồng hợp tử gây nên phù thai nhi và đẻ thai lưu. Tại Liên hiệp vương quốc Anh, bệnh β thalassemia là một bệnh gặp phổ biến. Hình thái dị hợp tử (bệnh thalassemia thứ yếu) gây nên thiếu máu mạn tính, nhưng thalassemia β đồng hợp tử lại gây nên thiếu máu nặng, và thường đưa đến tử vong trong thời niên thiếu.

Nếu phát hiện ra một phụ nữ là người mắc bệnh thalassemia hoặc bệnh hồng cầu liêm thì phải xét nghiệm cho người chồng. Nếu người chồng cũng lao là người mang khuyết tật di truyền này, thì công việc chẩn đoán tiền sinh có thể thực hiện bằng xét nghiệm máu qua phương pháp soi thai, hoặc bằng phương pháp lấy máu lông rau để phân tích ADN.

4. Bệnh Purura do giảm tiểu cầu vô căn (PGT.CVC)

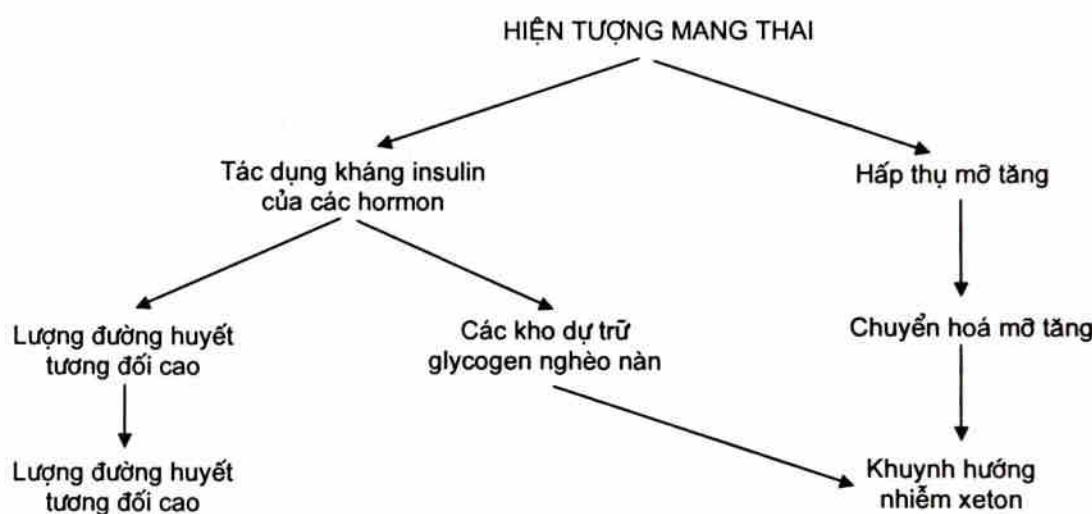
Hiện tại căn bệnh này được coi như là một bệnh tự miễn, có thể phát hiện ra kháng thể kháng tiểu cầu (IgG). Kháng thể này có thể đi qua bánh rau và gây nên bệnh cho thai nhi. Đứa trẻ có thể còn có nguy cơ ngay cả nếu người mẹ đã được cắt lách. Hiểm họa chính là chảy máu nội sọ. Nếu không bị tử vong thì các tình trạng chảy máu này có thể gây nên những thương tổn ở não.

Giảm tiểu cầu ở mẹ có thể điều trị bằng các steroid và phải có săn tiểu cầu để di truyền vào lúc đẻ. Người ta chủ trương mổ lấy thai vì quyền lợi của đứa trẻ, để tránh sang chấn.

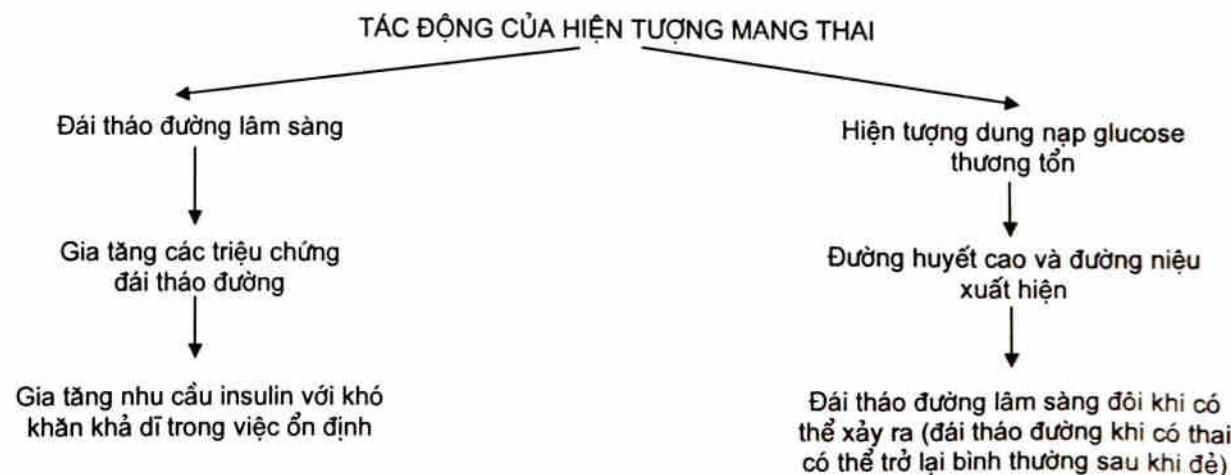
5. Bệnh đái tháo đường

5.1. Đại cương

Có thai là một trạng thái sinh đái tháo đường.



Các ảnh hưởng trên đây sẽ làm nặng bệnh đái tháo đường trên lâm sàng và có thể làm lộ rõ khả năng dung nạp glucose bị thương tổn.



Tổ chức y tế thế giới đã đề ra các tiêu chuẩn để chẩn đoán đái tháo đường và hiện tượng dung nạp glucose bị thương tổn bằng cách cho uống 75g glucose, để tiến hành nghiệm pháp dung nạp.

	<i>Lúc đó</i>	<i>Glucose huyết tương máu tĩnh mạch (mmol/l)</i>
	<i>2 giờ sau khi uống glucose</i>	
Bình thường	6,0	8,0
Dung nạp glucose bị thương tổn	8,0	≤ 8,0 đến 11,0
Đái tháo đường	≥ 8,0	≥ 11,0

Vì có thể xảy ra những dính líu liên quan đến khả năng dung nạp glucose bị thương tổn, nên một số tác giả đề nghị định lượng glucose tổng huyết tương lúc đăng ký thăm thai, và làm lại khi thai được 28 tuần. Cách này có thể cho phép xác định được ở những người nào cần phải tiến hành nghiệm pháp dung nạp glucose hoàn chỉnh. Đại bộ phận các thầy thuốc sản khoa chỉ thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose cho một số nhóm có nguy cơ cao nhất.

Danh mục chỉ định được chấp nhận rộng rãi là:

1. Đường niệu khi tiến hành xét nghiệm thường quy (hai lần hoặc nhiều hơn).
2. Đái tháo đường xảy ra ở họ hàng cấp I.
3. Cân nặng của người mẹ vượt quá 85kg.
4. Con đẻ lần trước nặng hơn 4,5kg hoặc hơn.
5. Lần trước đẻ con chết không rõ nguyên nhân, hoặc chết trong thời kỳ sơ sinh.
6. Lần trước đẻ con dị tật bẩm sinh
7. Đa ối

5.2. Ảnh hưởng của thai đối với đái tháo đường

Việc kiểm tra khó khăn hơn đối với nhu cầu của insulin tăng và mất glucose trong nước tiểu tăng lên. Biến chứng của hiện tượng mang thai hay xảy ra hơn nếu không tiến hành được việc kiểm tra.

Các thương tổn do đái tháo đường gây nên như bệnh võng mạc và bệnh nhân, đòi hỏi phải đánh giá cẩn thận. Hiện nay thái độ đối với những thương tổn này có phần lạc quan hơn và hình như có thể tránh không trở thành quá nặng.

5.3. Ảnh hưởng của đái tháo đường đối với có thai

- Làm cho tỷ lệ xảy thai tăng lên
- Làm tăng tử vong chu sinh, vì nguy cơ thai chết trong tử cung vào các tuần cuối trong lúc mang thai, nên từ lâu người ta thường can thiệp cho đẻ vào 36 - 37 tuần. Nguyên nhân của các tử vong này có thể do chuyển hoá là do

tình trạng suy rau thai. Dị dạng thai nhi đóng góp thêm vào tử vong chu sinh và có lẽ hiện tượng này liên quan đến việc kiểm soát đái tháo đường sơ sài vào giai đoạn hình thành các tạng.

- Thai to, các trẻ nhỏ có khuynh hướng to và cân nặng có thể tăng lên là do phù. Điều này dẫn tới nguy cơ đẻ khó.
- Sự trưởng thành của phổi thai nhi bị chậm lại.
- Gia tăng nguy cơ biến chứng khi có thai:

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu

Nhiễm khuẩn candida

Tiền sản giật

Đa ối.

Mọi nguy cơ đều giảm đi nhờ việc kiểm soát tốt bệnh đái tháo đường do những nhận thức nêu ở phần trên.

5.4. Cách xử trí đối với thai

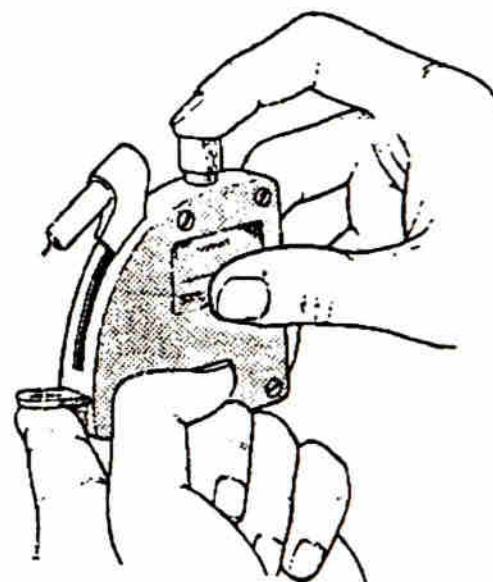
5.4.1. Trước khi có thai

Người phụ nữ đái tháo đường tiếp thu được rất nhiều điều bổ ích khi được khuyên giải và đánh giá trước lúc mình thụ thai. Cần phải nhấn mạnh tầm quan trọng của việc kiểm tra bằng cách định lượng hemoglobin A1c. Các hàm lượng hemoglobin A1c glycosyl hoá phản ánh việc kiểm soát đường huyết trong 8 - 10 tuần trước. Các hàm lượng này có thể được dùng để kiểm tra tình trạng kiểm soát đường huyết trong suốt thời gian có thai. Có thể đánh giá chức năng của thận và tình trạng của đáy mắt, nếu bệnh nhân đang uống thuốc chống đái tháo đường thì có thể thay bằng liệu pháp insulin.

5.4.2. Lúc mang thai

Người thầy thuốc sản khoa và thầy thuốc chuyên khoa trị đái tháo đường phải hợp tác với nhau theo dõi.

a) Nhận vào viện sớm để đánh giá như nêu ở trên nếu công việc này chưa được tiến hành. Phải bắt đầu bằng đánh giá tình hình đường huyết trong 24 giờ (lúc đói, trước bữa ăn trưa, trước bữa tối và vào lúc 21 giờ 30) và việc kiểm soát đường huyết nhằm giữ đường huyết ở mức dưới 8mmol/l. Thường điều trị cho bệnh nhân bằng hỗn hợp các insulin có tác dụng ngắn và trung bình. Bệnh nhân được hướng dẫn theo dõi đường huyết ở nhà, và được cung cấp dụng cụ. Thực hiện việc đánh giá khi



Hình 7.11. Dụng cụ tự động lấy mẫu máu mao mạch

mới có thai theo chế độ thường quy đặc biệt sử dụng siêu âm để nhận định mức độ trưởng thành của thai.

b) Các lần theo dõi tiếp thường được tiến hành nửa tháng một lần ở phòng khám kết hợp. Các khám xét thường quy trước khi sinh được tiến hành cùng với các nghiệm pháp phát hiện dị dạng thai nhi.

Theo dõi sự tăng trưởng của thai nhi bằng khám siêu âm liên tiếp. Mỗi tuần người mẹ được đánh giá tình hình đường huyết hai lần, các kết quả này được xem xét. Kiểm soát đường huyết được kiểm tra bằng định lượng Hb A1c.

c) Sau 32 tuần thì bệnh nhân được theo dõi hàng tuần được nhận vào nầm viện.

d) Vào lúc được 36 tuần thì bệnh nhân được nhận vào nầm viện nếu chưa ở trong bệnh viện. Tiếp tục theo dõi tình hình đường huyết. Dùng siêu âm và máy ghi tim thai - cơn co tử cung để đánh giá sự tăng trưởng và sinh lực của thai nhi.

5.5. Chuyển dạ và đẻ

Với việc kiểm soát đường huyết tốt và không có bất thường nào khác thì có thai ở các bà mẹ đái tháo đường được kéo dài quá tuần lễ 37. Cuộc đẻ ở tuần lễ 38 đến 40 hiện tại là vấn đề thực hành phổ biến tại những trung tâm có kinh nghiệm đặc biệt. Nếu hiện tượng trưởng thành của thai nhi rõ rệt thì có thể bỏ qua các nghiệm pháp về đánh giá tình trạng trưởng thành của phổi.

Nếu không có các chỉ định sản khoa thì cuộc đẻ đường âm đạo được thực hiện theo kế hoạch. Vào ngày gây chuyển dạ thì thôi không dùng liều insulin buổi sáng. Đặt dây truyền huyết thanh ngọt với 5 đ.v. insulin trong 5 dl. Tiến hành bấm ối và truyền tĩnh mạch syntocinon nếu cần thiết.

Lượng đường huyết được đo cách 2 giờ một lần, điều chỉnh dịch truyền insulin/dextrose cho phù hợp.

Có thể mổ lấy thai vì lý do sản khoa xuất hiện trong lúc chuyển dạ hoặc khi cuộc đẻ không tiến triển. Có thể để ra giới hạn thời gian quy ước là 8 - 10 giờ. Khi cần thiết phải mổ lấy thai thì tốt nhất là gây mê ngoài bao cứng, phương pháp này cho phép sớm trở lại chế độ ăn uống bình thường. Nhu cầu về insulin tụt xuống ngay sau khi đẻ và bệnh nhân trở lại dùng liều lượng insulin như trước khi có thai.

5.6. Trẻ sơ sinh

Với sự kiểm soát đường huyết tốt thì trẻ sơ sinh có thể bình thường. Chế độ kiểm soát đường huyết sơ sài đưa đến những trẻ sơ sinh to dễ bị suy hô hấp, và dễ mắc rối loạn điều hoà thân nhiệt. Hạ đường huyết do hoạt động quá mức của các đảo tuyến tuy để đáp ứng lại với đường huyết cao ở người mẹ là một nguy cơ, nên cần phải kiểm tra đường huyết 2 giờ một lần trong ngày đầu tiên. Không có chống chỉ định bú mẹ.

V. NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

Phụ nữ có thai đặc biệt dễ mắc bệnh cảnh này, nhất là khi đã có tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Các nguyên nhân thuận lợi chủ yếu là do hiện tượng ứ đọng nước tiểu, và khả năng gia tăng nhiễm khuẩn ngược dòng.

1. Hiện tượng ứ đọng nước tiểu

Progesteron thường gây nên hiện tượng mất trương lực của các cơ bể thận và niệu quản, vào thời kỳ mà chụp bể thận còn được tiến hành phổ biến trong khi có thai, thì thường quan sát thấy niệu quản có tình trạng giãn ở mức độ nào đó, và bị xoắn lại. Cộng thêm vào hiện tượng này lại còn có tác dụng cơ học của tử cung chèn ép vào niệu quản khi chúng đi qua eo trên. Tác dụng này có lẽ cao nhất vào lúc 20 - 24 tuần. Hậu quả và lưu lượng của nước tiểu giảm xuống, kích thích sự phát triển của vi khuẩn.



Hình 7.12. Phim chụp bể thận
trong khi có thai

2. Hiện tượng nhiễm khuẩn ngược dòng dễ tăng lên

Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu cao hơn rất nhiều ở phụ nữ so với nam giới, có lẽ là do vi khuẩn dễ tới bàng quang qua niệu đạo ngắn của phụ nữ. Trong khi có thai có tình trạng gia tăng mạnh về độ ẩm ướt, và các vi khuẩn ở vùng tiền đình, âm đạo, nên xảy ra hiện tượng trào ngược từ bàng quang lên niệu quản.

3. Các vị trí nhiễm khuẩn

Khi nước tiểu bị nhiễm khuẩn thì bao giờ cũng có khả năng nhu mô của thận bị ảnh hưởng tới. Trong lúc có thai, có lẽ có hiện tượng như vậy nên bệnh ở đây là viêm bể thận - thận chứ không chỉ có viêm bể thận hoặc viêm bàng quang.

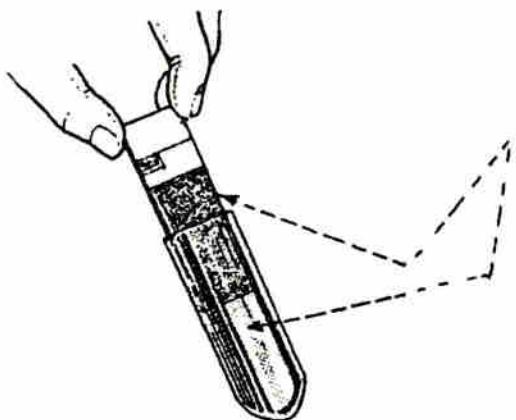
4. Vi khuẩn

Cho tới nay thì E.coli là loại gấp phổ biến nhất. Các vi sinh vật khác có thể gấp là trực khuẩn proteus, liên cầu khuẩn, faecalis và đôi khi có thể thấy loại pseudomonas aeruginosa.

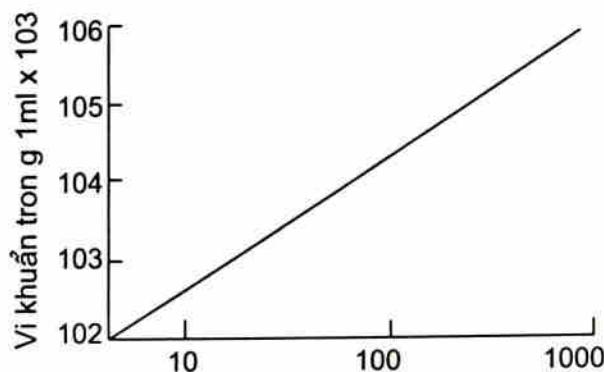
5. Đếm vi khuẩn trong nước tiểu

Một mẫu nước tiểu giữa dòng (NTGD) luôn luôn chứa một số vi sinh vật gây nhiễm khuẩn từ âm hộ, nhưng có thể xác định hiện tượng nhiễm quá mức một quần thể vi sinh bằng các biện pháp sau đây:

- Dùng nước tiểu mới lấy, sau khi âm hộ được rửa sạch theo quy chuẩn (nghĩa là không có thuốc sát khuẩn).
- Đếm cấy ngay (hoặc giữ ở 4°C cho tới khi được cấy).
- Đếm số vi khuẩn lạc mọc sau một đêm. Biện pháp này cho phép ước đoán được số vi khuẩn trong 1ml nước tiểu ở mẫu thử.
- Một mẫu nước tiểu bình thường có dưới 10.000 vi khuẩn/ml. Quá 100.000 chứng tỏ nhiễm khuẩn, 30.000 hoặc trên là nghi ngờ.



Hình 7.13. Kỹ thuật đếm.



Hình 7.14. Số vi khuẩn đếm được trên một tiêu bản

6. Kỹ thuật đếm

Có nhiều cách được áp dụng để cung cấp một nghiệm pháp phát hiện đơn giản. Hệ thống gọi là "Uricult" sử dụng tiêu bản phủ bằng thạch agar được nhúng vào trong nước tiểu mới lấy, cấy sau một đêm và ngày hôm sau đọc kết quả.

7. Nhiễm khuẩn nước tiểu không có triệu chứng

Có khoảng 6% - 7% phụ nữ đăng ký khám tại các phòng khám trước khi sinh có tình trạng nhiễm khuẩn nước tiểu qua đếm vi khuẩn. Các phụ nữ đó có nhiều nguy cơ mắc bệnh viêm bể thận - thận trong khi có thai. Bằng biện pháp phát hiện ra các đối tượng này và điều trị bất kỳ tình trạng nhiễm khuẩn nào, người ta hy vọng có thể phòng ngừa được biến chứng này.Thêm vào đó, một số người trong số các phụ nữ này (khoảng 10%) có thể có dị dạng đường tiết niệu qua phim chụp bể thận bằng tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch.

8. Đặc điểm lâm sàng

Các đặc điểm này thay đổi và thường không rõ rệt.

8.1. Đái khó: người bệnh thường khai là nước tiểu "nóng" hoặc đái buốt như "kim châm".

8.2. Sốt: nhiệt độ cơ thể lên tới 39°C , nhịp mạch cũng tăng lên.

8.3. Đau vùng thắt lưng: triệu chứng này có ý nghĩa chẩn đoán. Cảm giác căng đau có thể phát hiện thấy ở một hoặc cả hai bên thận.

8.4. Đau bụng: đau bụng thường thấy ở các ô dưới và có thể là do quá trình viêm ở các niệu quản, và bàng quang gây nên.

8.5. Có thể buồn nôn và nôn mửa: hiện tượng này có thể nặng, dựa tới tình trạng mất nước.

8.6. Có thể thấy kết quả cấy nước tiểu dương tính.

9. Xét nghiệm

Lấy một mẫu nước tiểu giữa dòng, đồng thời các que bông ngoáy họng, âm đạo cũng được gửi đi xét nghiệm.

10. Chẩn đoán phân biệt

Cả bệnh nhân lẫn thầy thuốc thường nhầm bệnh cảnh này với hiện tượng bắt đầu chuyển dạ đẻ non. Cần phát hiện đau căng vùng thắt lưng. Viêm ruột thừa cấp là chuyện rất hiếm gặp và nước tiểu phải bình thường.

Chảy máu ẩn ngẫu biến trong lúc mới có thai có thể làm ta nhầm lẫn, song trường hợp này không có sốt và nước tiểu phải vô khuẩn, cho dù có thể có protein.

Để phát hiện đau thắt lưng, thoạt tiên sờ nắn xương sống nhẹ nhàng để làm cho bệnh nhân quen với việc sờ nắn, rồi đập nhẹ vào vùng thắt lưng. Bệnh nhân sẽ co rúm lại rõ rệt.



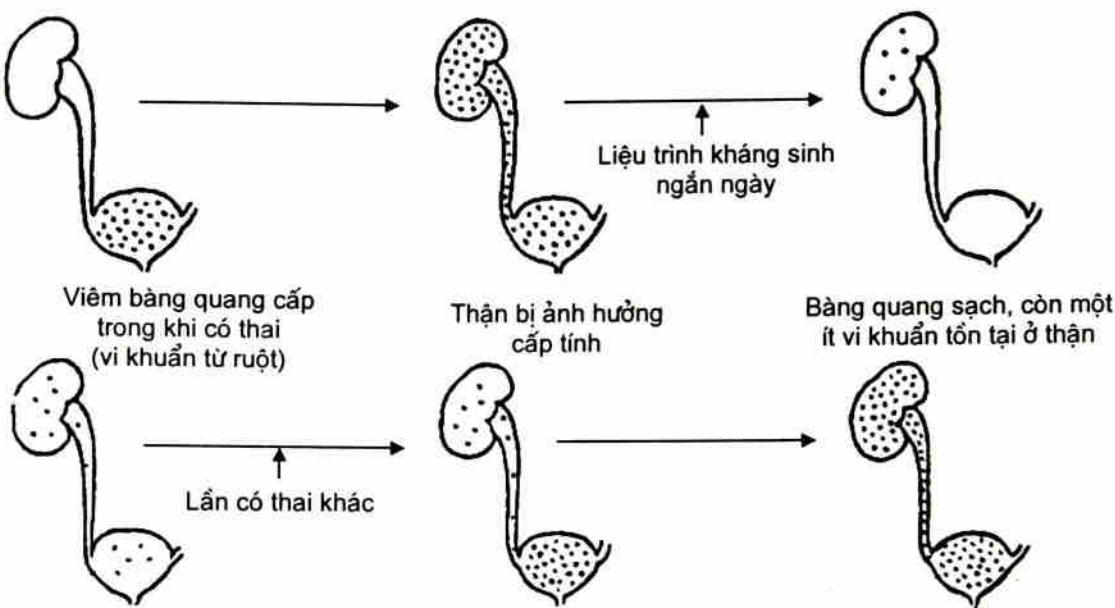
Hình 7.15. Khám đau thắt lưng

11. Điều trị

Bệnh nhân được nghỉ tại giường và cho các thuốc giảm đau nhẹ, đồng viên uống nước. Phải cho một loại "kháng sinh duy trì" như sulphadimidin hoặc nitrofurantoin cho tới khi có tác dụng rõ rệt. Việc điều trị kháng sinh được duy trì 10 ngày và nước tiểu phải vô khuẩn khi điều trị đủ liều. Tuy nhiên có thể bệnh nhân bị bệnh cấp, cần phải được tiếp nước và chữa bằng đường truyền tĩnh mạch cùng với thuốc giảm đau có tác dụng mạnh.

12. Tiên lượng

Một cơn nhiễm khuẩn đường tiết niệu bể ngoài có vẻ là riêng lẻ, có thể là giai đoạn cấp của một viêm bể thận - thận "thầm lặng", không được chẩn đoán ra, hoặc ít nhất là một giai đoạn khác trong sự phát triển bệnh.



Hình 7.16.

Nhiễm khuẩn thực sự dễ có khả năng tái phát tiếp trong khi có thai, và nhất là trong thời kỳ hậu sản. Nơi nào có nhiễm khuẩn xảy ra, thì cần phải áp dụng liệu pháp điều trị kéo dài trong thời gian có thai còn lại, hay trong thời kỳ hậu sản. Khi không còn mang thai nữa thì phải khảo sát toàn diện đường tiết niệu, chờ ít nhất 3 tháng sau, khi các thay đổi do có thai đã thoái triển.

VI. BỆNH THẬN MẠN TÍNH

Khi suy thận mạn tính phát triển, nó gây thêm biến chứng nghiêm trọng cho tình trạng mang thai, dù suy thận do nguyên nhân gì. Có sự bàn cãi xem việc có thai có thường xuyên gây tổn thương cho thận đã mắc bệnh không. Song chắc chắn là bệnh thận gây hậu quả xấu cho thai. Tăng huyết áp, nếu như chưa có, thì hầu như luôn luôn xảy ra và chức năng của bánh rau cũng bị thương tổn. Tiêu lượng thai rất kém, và nếu thương tổn thận nặng thì stress bổ sung của việc có thai có thể gây tử vong cho mẹ. Nếu bệnh nhân mắc viêm thận nặng thì nên khuyên phá thai.

Trong những trường hợp không nặng lắm và bệnh nhân khước từ phá thai, thì phải theo dõi chức năng thận một cách chặt chẽ cộng với việc theo dõi tích cực tình trạng thai nghén. Nên đề nghị thầy thuốc chuyên về bệnh thận tham gia việc xử trí, và nếu chức năng thận tồi đi thì cần mở lấy thai ngay sau khi đã nhận định thai nhi đủ trưởng thành, để có thể tồn tại được.

VII. ĐỘNG KINH

Trong tình huống này thì đây là một trường hợp quan trọng cần tới công tác tư vấn trước khi có thai. Các thuốc chống co giật hiện hành đều có khả năng gây quái thai. Nếu bệnh nhân không có cơn động kinh đã từ 2 - 3 năm, thì có thể giảm liều lượng của thuốc một cách từ từ trước khi thụ thai. Toàn bộ tỷ lệ dị dạng ở trẻ nhỏ có mẹ uống thuốc chữa động kinh là khoảng 6%, nghĩa là gấp khoảng 2 lần

nguy cơ gặp ở quần thể chung. Nếu không thể ngừng thuốc được thì liều lượng thuốc phải giảm tới mức thấp nhất, song công việc này đòi hỏi phải do nồng độ thuốc trong huyết thanh hoặc nước bọt, vì có những thay đổi về khả năng hấp thụ, phân phôi và khả năng gắn protein cùng với hiện tượng thanh thải thuốc trong khi mang thai.

Trong số các thuốc được dùng thì phenytoin gây ra hở vòm khâu cái và các thương tổn ở tim. Valproat natri đặc biệt dễ có khả năng đưa đến các dị tật của ống thần kinh. Carbamazepin gây nên chứng hộp sọ nhỏ và thai nhi chậm phát triển trong tử cung.

Các thuốc chống động kinh cũng làm cho nồng độ acid folic trong huyết thanh hạ thấp, và những biến đổi về chuyển hoá vitamin K, khiến cho nguy cơ chảy máu sơ sinh tăng lên. Như vậy, các thuốc bổ sung acid folic và vitamin K có thể dùng cho người mẹ, tất cả các trẻ sơ sinh mà mẹ được điều trị cần được tiêm vitamin K bắp thịt.

Hình như có thai không gây một ảnh hưởng cụ thể nào cho chính bệnh động kinh, và nguy cơ một bà mẹ động kinh có con cũng mắc động kinh là 1/40.

VIII. BỆNH VÀNG DA

Trong khi có thai không hay gặp bệnh vàng da, tỷ lệ bệnh chiếm 1/1.500 người có thai.

1. Bệnh căn

1.1. *Vàng da trong khi có thai*

- Bệnh gan mõ cấp tính.
- Vàng da ứ mật
- Tiền sản giật và sản giật có biến chứng

1.2. *Vàng da gián phát*

- Viêm gan virus.
- Vàng da do tắc vì sỏi mật.

1.3. *Vàng da do thuốc*

- Các thuốc gây độc cho gan.
- Các thuốc cản trở quá trình kết hợp bilirubin.
- Thuốc gây nên các bệnh cảnh tan huyết.

1.4. *Nguyên nhân của vàng da hay gặp nhất trong khi có thai là:*

- Viêm gan virus: 41%
- Vàng da do ứ mật: 21%
- Vàng da do tắc mật: dưới 6%

2. Viêm gan virus

Trong các dịch vụ thì tần suất gặp ở người không có thai và người có thai như nhau, song những trường hợp tản phát hay gặp ở người có thai. Có hai loại: viêm gan virus A là nguyên nhân của tình trạng gọi là vàng da viêm long, thường là một bệnh cảnh nhẹ; viêm gan virus B (kháng nguyên Australia) nặng hơn và kết cuộc có thể là tử vong. Viêm gan A được truyền qua phân, nước, sữa, không hay gặp ở nước Anh. Viêm gan B (vàng da do huyết thanh) lan tràn do máu và các chế phẩm từ máu. Việc gia tăng sử dụng các loại chế phẩm này gây ra nguy hiểm không những cho bệnh nhân mà còn cả cho người phục vụ. Các mẫu bệnh phẩm lấy từ một bệnh nhân mắc bệnh rất nguy hiểm, và trong lúc đẻ máu của họ có thể gây nhiễm bệnh qua đồ vải và dụng cụ. Tình trạng thiếu acid folic dễ phát triển ở bệnh nhân này, vì gan bị tổn thương không thể dự trữ được vitamin.

Sẩy thai tự nhiên và đẻ non đã được nêu lên là thường hay gặp.

3. Bệnh vàng da ú mực tái phát trong khi có thai

Đây là một bệnh vàng da nhẹ nguyên nhân không được biết rõ, xảy ra vào 3 tháng cuối. Có thể không thấy vàng da xuất hiện, mà chỉ thấy ngứa là đặc điểm duy nhất. Nước tiểu thường có màu đậm và phân bạc màu. Mỗi lần có thai bệnh lại tái phát.

Bệnh vàng da này có thể do hàm lượng steroid trong máu cao trong khi có thai gây nên. Có một loại bệnh vàng da tái phát lại xảy ra ở một số bệnh nhân uống thuốc tránh thai, cho nên, không được cấp loại thuốc này cho bất kỳ bệnh nhân nào đã mắc bệnh vàng da ú mực trong khi có thai.

4. Bệnh gan mỡ cấp khi có thai (Teo gan vàng da cấp khi có thai)

Đây là một bệnh hiếm gặp, nhưng kết cuộc bi thảm xảy ra trong 3 tháng cuối của thai nghén, với đặc điểm là các tế bào trong gan đầy các hố nhỏ chứa lipid bao quanh một nhân ở trung tâm.

Bệnh nhân buồn nôn và nôn mửa nặng, đau bụng, nôn ra máu và xuất hiện vàng da. Bệnh nhân đau đầu dữ dội và có thể lên cơn giật. Người bệnh trở nên lơ mơ rồi đi vào hôn mê, tử vong thường xảy ra sau khi đẻ nhiều ngày. Tiến triển của bệnh cũng như trong viêm gan virus bạo phát. Thường hay gặp viêm bể thận, thận cấp, bệnh nhân ở trong tình trạng thiếu đường. Tình trạng ure huyết, tăng acid máu và toan huyết xuất hiện.

Việc điều trị nặng nề về chữa triệu chứng. Có thể dùng các vitamin như B12, acid folic và các chất tiêu mỡ như cholin, song hiệu quả của những thuốc này không có gì rõ rệt. Tiêu lượng hết sức nghèo nàn. Người mẹ thường tử vong và thai đẻ ra cuối cùng đã chết.

5. Tiền sản giật - sản giật

Trong bệnh cảnh này transaminase huyết thanh và phosphatase kiềm thường tăng lên, song không hay gặp vàng da. Khi có vàng da xuất hiện thì thuộc loại tan huyết và thường là bệnh cảnh cuối cùng. Nó có liên quan với xuất huyết trong gan.

6. Sỏi mật

Bệnh sỏi mật hay kết hợp với béo phì và đẻ, song không nhất thiết là phải đẻ nhiều lần. Vàng da do sỏi mật không hay gặp trong khi có thai. Cách xử trí giống như ở bệnh nhân không có thai.

	Bilirubin huyết thanh	Transaminase huyết thanh	Phosphatase kiềm
Viêm gan virus	Tăng	Rất cao	Tăng nhẹ
Vàng da ứ mật tái phát	Bilirubin kết hợp tăng	Bình thường đôi khi cao	Tăng
Gan mỡ cấp	Tăng	Tăng vừa	Tăng vừa
Sỏi mật	Bilirubin kết hợp tăng	Bình thường	Tăng

7. Các bệnh khác

Vàng da có thể là bệnh cảnh cuối cùng trong bệnh nôn nặng do nghén, song đây là một tình huống hiếm gặp. Bệnh vàng da nhẹ hơn có thể do các bệnh tan huyết gây nên, chẳng hạn như vàng da không có sắc tố mặt trong nước tiểu, bệnh thiếu máu hồng cầu liềm, các bệnh hemoglobin.

8. Thuốc và bệnh vàng da

Teracylin với liều cao có thể gây nên chứng gan mỡ cấp. Chlorpromazin, phenothiazin, chlorpropamid và các steroid có tác dụng đồng hoá, có thể gây nên tình trạng vàng da ứ mật nhẹ.

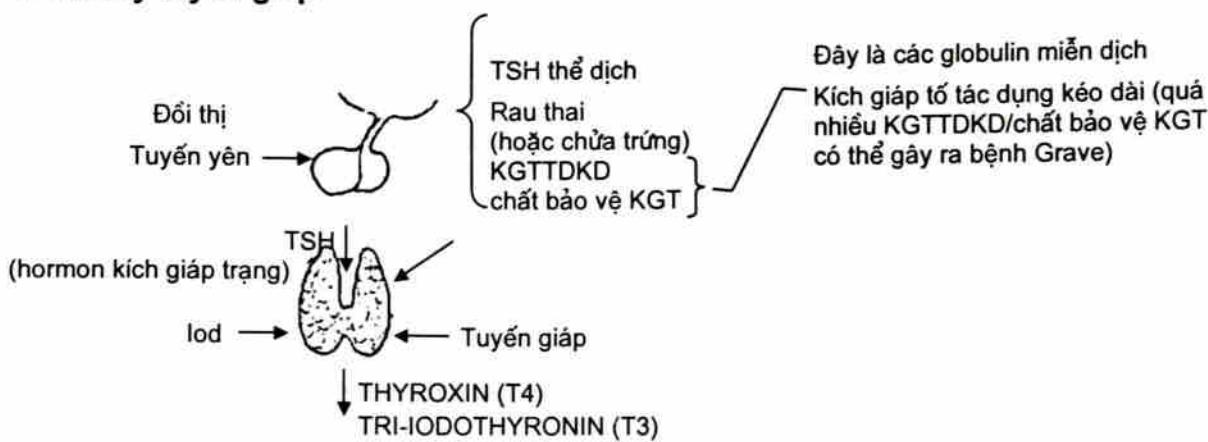
Các sulphonamid có khuynh hướng đẩy bilirubin ra khỏi vị trí của nó trong quá trình kết hợp, novobiocin ức chế quá trình kết hợp bilirubin ở trong gan. Phải tránh không được sử dụng các thuốc này cho trẻ sơ sinh vì chúng có thể gây nên vàng da và hoàng đản các nhân xám dưới vỏ.

Hiện tượng thiếu hụt glucose - 6 - phosphat dehydrogenase gặp ở các chủng người vùng Địa Trung Hải. Nếu cho phenacetin cho một bà mẹ đang cho con bú lại mắc chứng thiếu hụt này thì có thể gây nên vàng da cho đứa bé. Isoniazid và P.A.S có thể gây nên vàng da nặng giống như vàng da do virus. Transaminase huyết thanh tăng lên trước khi vàng da xuất hiện.

IX. BỆNH TUYẾN GIÁP

Bệnh tuyến giáp rõ rệt thường hiếm gặp trong khi có thai, vì chức năng tuyến giáp bình thường không ảnh hưởng tới hiện tượng sinh đẻ, song cường hoặc suy tuyến giáp có thể xuất hiện.

1. Sinh lý tuyến giáp

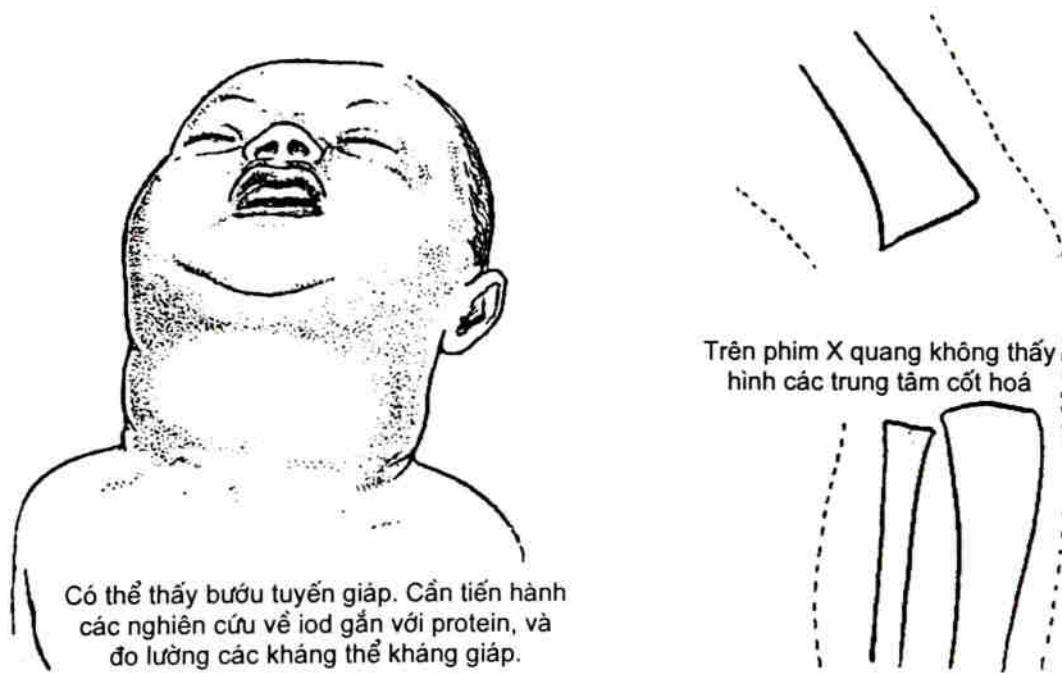


2. Cường tuyến giáp

2.1. Chẩn đoán

Đây là vấn đề khó trong lúc có thai, vì có nhiều trong số các dấu hiệu và triệu chứng như hồi hộp, giãn mạch ngoại vị, sụt cân, tim đập nhanh, bướu giáp đều có thể dễ dàng xuất hiện với một chừng mực nhất định ở các phụ nữ bình thường. Công tác chẩn đoán dựa vào lượng thyroxin tự do trong huyết thanh tăng lên.

2.2. Điều trị



Hình 7.17.

Các Thionamid (carbimazol và propylthiouracil) là chủ bài trong điều trị. Propylthiouracil ít khả năng dễ dàng qua bánh rau hoặc qua sữa mẹ, nên có thể là thuốc thích hợp nhất. Việc kiểm soát hoà - sinh có tầm quan trọng và mục tiêu là

giữ thyroxin tự do trong huyết thanh ở mức cao trong chuẩn mực bình thường. Còn có nguy cơ thai nhi bị bướu giáp do hiện tượng chế tiết hormon kích giáp trạng của thai nhi bị ức chế. Trẻ sơ sinh có thể mắc bệnh bướu giáp tạm thời hoặc suy tuyến giáp song tử vong do bướu chèn ép vào khí quản và do đần độn cũng đã được mô tả.

Đôi khi người ta tiến hành phẫu thuật cắt một phần tuyến giáp, nhưng cần phải cân nhắc một cách tinh tế để tránh suy tuyến giáp sau đẻ.

Phải khám xét kỹ lưỡng đứa bé sau khi sinh.

3. Suy tuyến giáp

Suy tuyến giáp làm giảm khả năng thụ thai, nhưng có thể được phục hồi nếu được điều trị bằng các thuốc thay thế tinh chất giáp trạng.

Trong suốt thời kỳ mang thai có thể cần dùng thyroxin với liều lượng thay đổi, vì các nhu cầu biến động trong khi tuổi thai tăng lên.

Trong một số trường hợp, tuyến giáp phì đại và chức năng của nó gia tăng khiến cho liệu pháp thay thế tinh chất tuyến giáp phải giảm bớt hoặc ngừng hẳn.

X. CÁC BỆNH NHIỄM KHUẨN

1. Bệnh lây truyền qua đường tình dục

1.1. Giang mai

Thai nhi có thể bị nhiễm khuẩn trong tử cung mà hậu quả là sảy thai, hoặc thai chết lưu, đứa trẻ đẻ ra có thể mắc giang mai bẩm sinh. Bánh rau trong bệnh giang mai là một bộ phận to, màu hồng nhạt giống như rau thai trong bệnh phù thai, thể hiện các thay đổi vi thể của viêm nội động mạch và xơ hoá.

Các xét nghiệm huyết thanh, mọi bệnh nhân cần được kiểm tra.

Các nghiêm pháp được sử dụng là xét nghiệm VDRL (phòng xét nghiệm tham khảo về bệnh hoa liễu) là test không đặc hiệu cùng với test, TPHA (kháng thể ngưng kết trong máu đối với treponema pallidum) và xét nghiệm FTA-BAS (hấp thụ kháng thể treponema huỳnh quang). Xét nghiệm cuối này là loại nhạy nhất đối với giang mai và dương tính sớm ở trong bệnh giang mai nguyên phát, và tồn tại như vậy.

Sự hiện diện của IgM trong xét nghiệm này chứng tỏ nhiễm khuẩn mới mắc.

Rất hiếm khi thấy các dấu hiệu lâm sàng trước khi sinh. Sàng giang mai nguyên phát thường ở các môi âm hộ và các hạch bẹn sưng to. Các dấu hiệu của giang mai thứ phát bao gồm sùi mào gà, mảng trắng ở niêm mạc và ban toàn thân.

Điều trị: tiêm trong nửa tháng mỗi ngày 600.000đ.v procain penicillin G có thể bảo vệ được cho thai nhi, và chữa cho thai nhi nếu như nó đã bị nhiễm khuẩn. Cả người mẹ và đứa trẻ cần được khám kiểm tra sau khi đẻ.

1.2. Bệnh lậu

Các triệu chứng ở người phụ nữ thường nhẹ, đến nỗi chúng bị bỏ qua không phát hiện ra. Bệnh nhân có thể sau đó bị viêm vòi trứng, đặc biệt trong thời kỳ hậu sản mà hậu quả cuối cùng là vô sinh. Nhiễm khuẩn lây sang cho trẻ nhỏ trong khi chuyển dạ và viêm mắt do lậu xuất hiện vào khoảng ngày thứ tư. Đó là một bệnh cảnh nặng có thể dẫn đến mù loà nếu không được chữa.

1.2.1. Chẩn đoán: tiến hành làm các phiến đồ lấy ở vùng miệng sáo và cổ tử cung. Sự hiện diện của các song cầu khuẩn gram âm trong tế bào có ý nghĩa khêu gợi rất cao. Bệnh phẩm nuôi cấy được gửi đi trong một môi trường vận chuyển.

1.2.2. Điều trị: điều trị bằng một liệu trình penicillin hoặc erythromycin.

Khi nhiễm khuẩn đang hoặc vừa xuất hiện thì phải làm một phiến đồ ở mắt trẻ sơ sinh gửi đi nuôi cấy, phải thực hiện việc điều trị bằng dự phòng.

Cũng cần khám cho các bạn tình của bệnh nhân hoặc chuyển họ đến khoa bệnh hoa liễu là cách làm tốt nhất.

Trách nhiệm trực tiếp của người thày thuốc sản khoa là bảo đảm cho người phụ nữ được điều trị đầy đủ và thai nhi được bảo vệ.

1.3. Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phái (HCSGMDMP)

Căn bệnh này là do nhiễm một loại virus đã được biết, gọi là virus miễn dịch ở người (HIV). Vào lúc sách được viết ra thì sự hiểu biết về các hậu quả của virus này đối với thai nghén còn rất sơ sài, song hậu quả có lẽ rất thảm khốc. Có thai làm tăng nguy cơ phát triển toàn phát bệnh hơn 50% nguy cơ để ra mắc bệnh, và chết trong vòng 2 năm. Các ý kiến hiện nay là nên cho những người phụ nữ này được phá thai. Cách tiến hành kiểm tra toàn thể những phụ nữ có thai được coi là có nguy cơ, là vấn đề còn đang được bàn cãi.

2. Nhiễm khuẩn "TORCH"

Tiếp đầu ngữ này được đúc kết lại để mô tả một nhóm nhiễm các virus và nguyên sinh động vật gây nên những tổn thất cho thai nhi tương tự như hậu quả của nhiễm khuẩn khi còn trong tử cung.

TO - bệnh toxoplasma R - rubeon

C - cytomegalovirus H - herpes

2.1. Bệnh toxoplasma: đây là một bệnh do động vật nguyên sinh, trong đó mèo đóng vai trò vật chủ. Hiện tượng nhiễm bệnh có thể xảy ra khi ăn phải các thức ăn sống hoặc chưa chín như thịt nịnh, hoặc bất kỳ một thực phẩm nào nhiễm phân mèo. Trong các cộng đồng có ăn các thực phẩm chế biến như vậy thường phát hiện ra các kháng thể ở nhiều người trong quần thể. Nhiễm khuẩn ở người mẹ có thể không gây ra triệu chứng gì song nó gây nên nhiều hậu quả đối với thai nhi. Nó có thể dẫn đến sảy thai hoặc thai chết lưu, và những bệnh lý về hệ thần kinh như hộp sọ nhỏ, não úng thuỷ hoặc vôi hoá não.

2.2. Bệnh Rubeon: các mối nguy hiểm của Rubeon trong khi có thai hiện nay đã được biết rất rõ. Các tổn thương tim mạch, đục nhân mắt, điếc là những thương tổn chính do nhiễm khuẩn trong khi mới có thai gây nên. Nguy cơ thương tổn cao nhất vào lúc này, và trên 30% khi nhiễm bệnh vào lúc có thai trong 4 tuần đầu. Tuy ít gặp hơn nhiều, nhiễm khuẩn vào 3 tháng giữa cũng vẫn có thể gây nên thương tổn, thường là thuộc loại tâm thần - vận động, dẫn đến tình trạng co cứng và tinh thần chậm phát triển. Tất cả các phụ nữ có thai được kiểm tra về miễn dịch Rubeon thì có khoảng 85% có biểu hiện được miễn dịch. Đối với những người không có miễn dịch cần được đề nghị tiêm chủng sau khi có thai. Người ta cũng khuyến nghị là các nữ sinh cần được tiêm chủng một cách thường quy vào lúc bắt đầu tuổi vị thành niên.

Ở nơi nào mà khi mới có thai đã tiếp xúc với bệnh Rubeon rồi thì người mẹ có thể được giải thích cho yên tâm, là họ đã được miễn dịch. Nếu có nghi ngờ lâm sàng nào về bệnh thì xét nghiệm liên tiếp có thể khẳng định hoặc bác bỏ chẩn đoán. Người ta thường đề xuất việc phá thai khi nhiễm khuẩn được khẳng định.

2.3. Cytomegalovirus: đây là một nhiễm khuẩn thường gặp, mà ở người mẹ bệnh cảnh không rõ ràng. Nhiễm khuẩn bẩm sinh có thể xảy ra từ lần nhiễm khuẩn nguyên phát hoặc tái nhiễm của người mẹ. Sẩy thai, thai chết lưu, thai chậm phát triển, hộp sọ nhỏ và bại não có thể là hậu quả. Nhiễm khuẩn trong tử cung xảy ra qua đường bánh rau, song đứa trẻ còn có thể bị nhiễm khuẩn từ cổ tử cung lúc sổ thai, hoặc qua đường sữa mẹ. Không có cách nào để khẳng định nhiễm khuẩn thai và cũng không có biện pháp điều trị hiện hành nào.

2.4. Herpes: đây là một bệnh nhiễm khuẩn hay gặp ở đường sinh dục phụ nữ, thường do HSV loại II gây nên. Bệnh này có thể xác định được bằng nuôi cấy hoặc bằng xét nghiệm kỹ lưỡng về phương diện tế bào. Nhiễm khuẩn của thai nhi có thể qua bánh rau, hoặc hay gặp hơn là trong lúc sổ thai qua âm đạo. Nếu thấy có bằng chứng về nhiễm khuẩn nặng thì nên mở lấy thai. Nhiễm khuẩn qua bánh thai có thể dẫn đến sẩy thai, thai chậm phát triển hoặc những thương tổn về thần kinh. Ở trẻ sơ sinh có thể thấy các thương tổn ở ngoài da, hoặc đứa trẻ có thể chết do nhiễm khuẩn lan tràn toàn thân. Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc ngoài da của người mẹ có thể được điều trị bằng acyclovir.

XI. CÁC BỆNH LÝ VỀ BỤNG CẤP TÍNH TRONG KHI CÓ THAI

1. Tắc ruột

Thường do các giải dính thay đổi vị trí trong khi tử cung lên cao, nhưng xoắn ruột đôi khi có thể gặp. Đau bụng, chướng hơi, nôn mửa, giảm hay mất nhu động ruột là các dấu hiệu khiến ta phải mở ở bụng.

2. Viêm ruột thừa

Điểm đau trội nhất trong khi có thai ở cao hơn, và hàm lượng các steroid cao có thể làm giảm phản ứng thường gặp đối với viêm.

Thường có tình trạng buồn nôn. Nếu còn nghi ngờ thì sau một thời gian theo dõi, cần mở bụng.

Nếu có mủ thì phải dẫn lưu qua vết mổ ít nhất một tuần. Viêm bể thận - thận cấp tính có thể có bệnh cảnh lâm sàng giống như thế, song đau cẳng vùng thắt lưng và xét nghiệm nước tiểu giúp ta chẩn đoán ra bệnh.

3. Sỏi tiết niệu

Bệnh cảnh này gây nên đau cấp tính, lan xuống phía bạn và có đái ra máu. Cách điều trị là bảo tồn, trừ khi xuất hiện ứ nước bể thận, cần thiết phải dẫn lưu niệu quản.

4. U xơ tử cung thoái hoá

Sinh hoại tử gây nên đau, nôn mửa, cứng bụng và sốt. Chẩn đoán thường khó khăn.

Giải quyết tình huống này bằng nằm nghỉ, cho thuốc giảm đau, mổ xé chỉ nên đặt ra khi có xoắn cuống của khối u xơ.

5. Thủng do loét dạ dày cấp tính

Tình huống này rất hiếm gặp khi có thai, vì hàm lượng steroid cao. Các biểu hiện lâm sàng của thủng trong những tháng đầu không thể nhầm lẫn được, song lại thường không rõ ràng vào 3 tháng cuối. Bụng ít cứng, nhưng sốc rõ rệt, có thể thấy không khí ở dưới cơ hoành bằng cách sờ nắn bụng hoặc bằng chụp X quang.

6. U nang buồng trứng

Xoắn cuống gây nên đau cấp tính, bụng căng cứng, nôn mửa và thường có sốt.

Dưới gây mê có thể phân biệt được khối u biệt lập với tử cung, cần mổ bụng.

Phẫu thuật mổ bụng trong các bệnh cảnh này thường gây nên chuyển dạ hoặc sẩy thai, tuy việc cắt bỏ một u nang buồng trứng không xoắn thường vẫn có thể an toàn. Không nên mổ lấy thai khi có nhiễm khuẩn trong ổ bụng.

Chương 8

CÁC BỆNH KHI MANG THAI

I. NÔN MƯA TRONG KHI CÓ THAI

Đây là một bệnh hay gặp và gây nhiều khổ sở cho thai phụ. Buồn nôn và nghén đã được nêu trong chương "Chăm sóc trước khi sinh"; song nôn mửa có thể xuất hiện bất kỳ lúc nào.

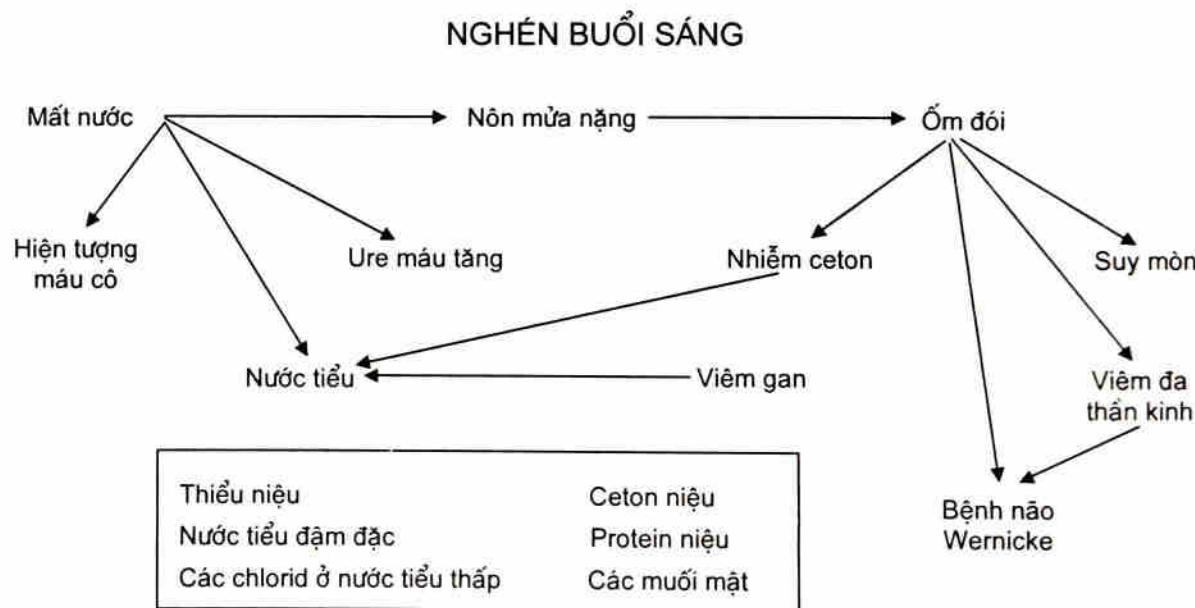
Bệnh thường có liên quan tới khoảng cách kéo dài giữa các bữa ăn; các bữa ăn nhẹ bằng chất bột có tác dụng tốt. Đôi khi có thể cần phải dùng thuốc để điều trị. Các thuốc kháng histamin chẳng hạn như meclozin và cyclizin là thích hợp nhất.

Nghén thường tự khỏi vào lúc thai 14-16 tuần.

1. Nôn nặng do thai nghén hoặc nôn ác tính do thai nghén

Đây là sự tiến triển dần dần từ nghén buổi sáng đến nôn mửa hết mọi đồ ăn thức uống.

Tình trạng này dẫn đến hiện tượng mất nước và ốm đói với nhiễm ceton, nhiều bệnh lý thần kinh, thương tổn gan, vàng da, bệnh não Wernicke và sau cùng là tử vong.



Sự tiến triển dần dần từ nghén nhẹ đến nôn nặng thường là âm thầm và có những thời gian thuyên giảm ngắn.

Khi ra viện thường bệnh chuyển biến tốt lên hoặc khỏi và kích thích niềm tin đó chỉ là do tâm lý.

Nghén có thể nặng và nguy hiểm ngay cả trước khi mất kinh. Điều này biện hộ cho thuyết thể dịch; có 1 trong 5 người nôn mửa nặng trước lúc mất kinh.

Người ta đã quy cho estrogen, progesteron và các kích dục tố rau thai là nguyên nhân, song không xác lập được một mối tương quan rõ rệt nào.



Hình 8.1. Sơ đồ

Bệnh cảnh trầm trọng thêm do chữa đa thai và chữa trứng, thuyên giảm đi khi sắp thai.

Người ta đã nêu lên các phản ứng miễn dịch. Việc không muốn có thai hoặc không chấp nhận chồng hoặc đòi hỏi phải được quan tâm nhiều hơn đã được người ta coi là những nguyên nhân tâm lý.

2. Điều trị

1. Nhận vào viện.
2. Xét nghiệm máu để định lượng hemoglobin, đếm hồng cầu, định lượng ure, đường, các điện giải và các xét nghiệm chức năng gan.
3. Cho các dịch thể truyền tĩnh mạch, muối khoáng, đường, trừ khi tình trạng toàn thân tốt và có thể dùng các dịch uống.
4. Có thể kích thích nôn miệng và chuyển hóa các hydratcarbon bằng cách dùng insulin.
- Có thể sử dụng các acid amin truyền tĩnh mạch và các vitamin.
5. Khi đã qua được tình trạng mất nước, thì cho ăn qua đường miệng, tốt hơn là không hoặc có rất ít nước kèm theo. Các dịch uống nên tách riêng. Phải tuân thủ bất kỳ một chế độ ăn nào của người bệnh trong điều kiện hợp lý cho phép.

6. Nên thử cho ăn lại theo chế độ bình thường.

7. Trở về nhà nhưng nếu bệnh trở lại thì nhận lại vào viện.

8. Trong những trường hợp nặng, dai dẳng thì có thể nuôi dưỡng hoàn toàn bằng truyền tĩnh mạch để giúp cho thai tiếp tục phát triển.

9. Có trường hợp vẫn phải phá một thai bình thường nếu có tình trạng suy sụp, mặc dù được điều trị và nếu viêm đa dây thần kinh hoặc rối loạn tâm thần xuất hiện.

10. Phải loại bỏ một thai bệnh lý khi tình trạng bệnh nhân cho phép.

Các nguyên nhân khác gây nôn mửa ngoài lúc có thai cần được quan tâm vào bất kỳ giai đoạn nào của thai. Phải xác định chẩn đoán có thai.

Viêm ruột thừa, tắc ruột, xoắn ruột có thể xảy ra và khó phát hiện. Các khối u trong ổ bụng chẳng hạn như các u nang hoặc các u xơ bị xoắn có thể gây nên buồn nôn.

Các bệnh gan, các khối u não và ure huyết có thể xuất hiện và gây nên buồn nôn trong khi có thai.

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu thường xuất hiện dưới dạng nôn mửa vào giữa và cuối thời kỳ mang thai. Phải xét nghiệm một mẫu mực nước tiểu giữa dòng.

Thoát vị lỗ cơ hoành có thể gây nên khó chịu nặng nề cho bệnh nhân với hiện tượng ợ và buồn nôn vào giữa hoặc cuối thời kỳ mang thai.

Điều trị bằng tư thế, thuốc kháng toan và bằng nhiều bữa ăn nhẹ.

Đa ối cấp và nhiễm độc thai nghén, tiền sản giật cũng có thể gây nên nôn mửa.

Bệnh gan mờ cấp trong khi có thai có thể biểu hiện bằng nôn (xem vàng da - chương 7)

II. TƯƠNG KÝ NHÓM MÁU RHESUS

Bệnh tan huyết ở trẻ sơ sinh xảy ra khi các kháng thể hình thành trong máu mẹ để phản ứng lại sự xâm nhập tuần hoàn mẹ của kháng nguyên ngoại lai; các kháng thể này đi qua bánh rau, phá huỷ các tế bào của thai có chứa kháng nguyên ngoại lai. Tương kỵ nhóm máu Rhesus là nguyên nhân hay gặp nhất của bệnh tan huyết, song nó cũng có thể do tương kỵ nhóm máu ABO khi các hemolysin có phân tử alpha và beta nhỏ xuất hiện, hoặc do sự hiện diện của các kháng thể khác, chẳng hạn như kháng thể kháng Duffy và kháng thể kháng Kell.

Có thai là thời gian mà người phụ nữ dễ bị tiếp xúc với kháng nguyên kích thích do các tế bào của thai khi lọt vào tuần hoàn mẹ. Hiện tượng này xảy ra đôi khi vào lúc bong rau, cụ thể là vào giai đoạn ba của cuộc chuyển dạ.

Nó cũng có thể xảy ra trong khi xảy thai hoặc chảy máu trước khi đẻ, hoặc do các biện pháp ngoại khoa như chọc dò buồng ối hoặc xoay thai ngoài.

Truyền máu không phù hợp nhóm không thể còn là một nguyên nhân gây nên mẫn cảm Rhesus được nữa.

1. Phân loại yếu tố Rhesus theo Fisher

Trong mỗi cá thể các gien Rhesus do hai nhiễm sắc thể mang. Gien nào trong số này cũng có thể được truyền cho thế hệ sau. Có 6 loại gien Rhesus chính, mỗi nhiễm sắc thể chứa 3 gien. Trong số 6 gien này thì 3 là gien trội C, D, E và 3 alen (alleles) của chúng, c, d, e là các gien lặn. Một nhiễm sắc thể có một locus C, một locus D và một locus E, mà vị trí này có thể được một gien trội hoặc một gien lặn của cấu trúc di truyền riêng chiếm giữ.

Gien quan trọng nhất trong tương ky nhóm máu Rhesus là gien trội D. Những người có gien này thường được gọi là Rhesus dương tính. Khi nó vắng mặt ở cả hai nhiễm sắc thể và vị trí của nó bị gien lặn d chiếm, thì cá thể được gọi là Rhesus âm tính. Thuật ngữ cấu trúc di truyền nghĩa là sự xếp đặt các gien ở trên hai nhiễm sắc thể.

Thí dụ:

CDe/cDE - Rhesus dương tính đồng hợp tử

CDe/cde - Rhesus dương tính dị hợp tử

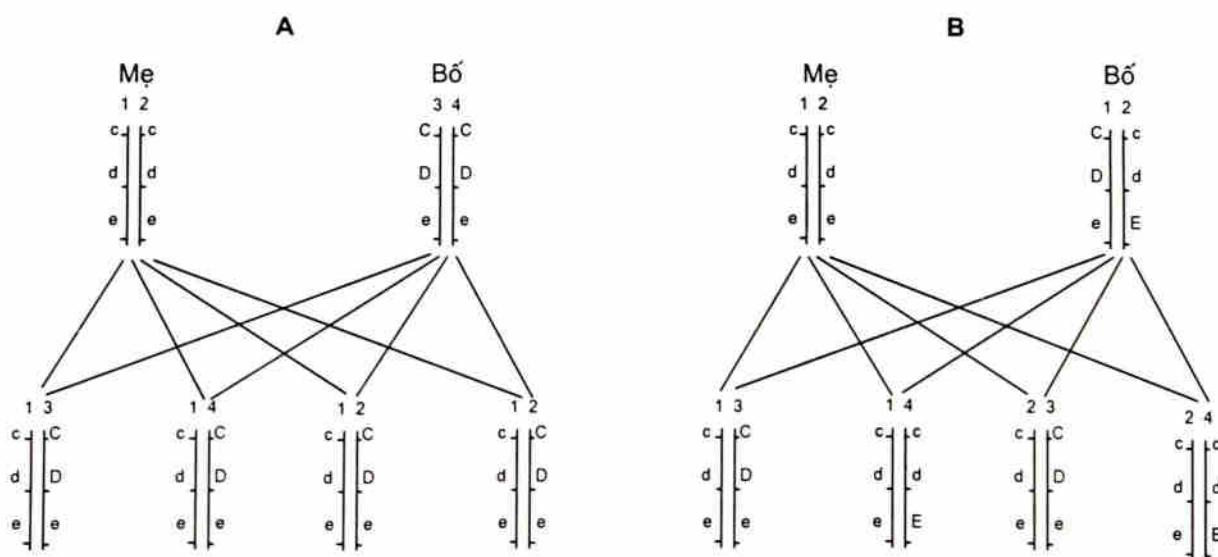
cde/cde - Rhesus âm tính

83% quần thể dân cư ở Anh là Rhesus dương tính, nghĩa là có ít nhất một gien trội D.

17% quần thể dân cư ở Anh là Rhesus âm tính, nghĩa là không có một gien trội D nào, song có 2 gien lặn d.

Do đó, trong số những người đàn ông mà một phụ nữ có Rhesus âm tính có thể kết hôn thì 83% số người này có thể là Rhesus dương tính.

Trong số này 35% là dương tính đồng hợp tử và 48% là dương tính hợp tử.



Hình 8.2. Sơ đồ

Trong gia đình A, ở đây cả hai bố mẹ là đồng hợp tử thì cấu trúc di truyền về Rhesus của các con cái bao giờ sẽ là $\begin{array}{c|c} c & C \\ d & | \\ e & e \end{array}$ D: song lại thường hay xảy ra là nếu người mẹ tạo ra các kháng thể, thì mọi đứa trẻ đều bị ảnh hưởng và kết quả của mỗi lần mang thai kế tiếp sẽ có xu thế ngày càng nặng hơn lần trước.

Trong gia đình B, kết quả của thai sẽ phụ thuộc vào nhiễm sắc thể nào của người bố được truyền. Nếu nhiễm sắc thể 3, $\begin{array}{c|c} C & C \\ D & | \\ e & e \end{array}$ được truyền cho thai nhi thì sẽ đưa đến sự hình thành kháng thể.

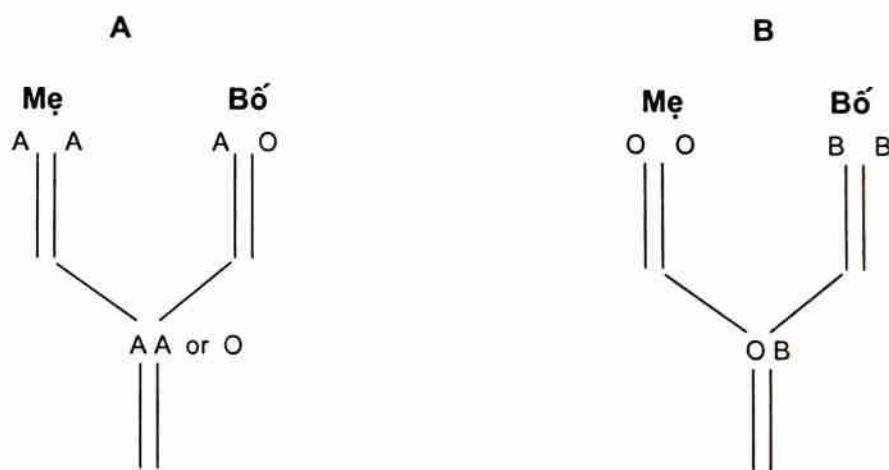
Mặt khác nhiễm sắc thể 4, $\begin{array}{c|c} c & c \\ d & | \\ E & E \end{array}$ ít có khả năng kích thích sự hình thành kháng thể. Trong các tình huống như vậy thì bệnh chỉ ảnh hưởng đến một đứa trẻ nào đó trong gia đình mà thôi.

Trong thực tế thì khả năng các gien Rhesus khác nhau kích thích sự hình thành kháng thể cũng thay đổi. D là tương kháng nguyên mạnh nhất và d là kháng nguyên yếu nhất. Trước kia, trên 95% các trường hợp tương ứng nhóm máu Rhesus là do gien trội D, song với việc đề cập dự phòng kháng D thì bệnh tan huyết do các kháng thể khác không phải là D lại tương đối quan trọng hơn. Kháng c và kháng E là các kháng thể thường gây bệnh nhiều nhất.

Một yếu tố khác quyết định liệu quá trình tạo miễn dịch có xuất hiện ở người mẹ hay không là nhóm máu ABO của người mẹ và của thai nhi.

Hiện tượng tạo miễn dịch ở người mẹ được thực hiện do hồng cầu của thai nhi thoát vào tuần hoàn mẹ. Nếu các tế bào của thai nhi có ABO phù hợp với các tế bào của mẹ thì chúng sẽ tồn tại trong tuần hoàn người mẹ và sẽ kích thích sự hình thành kháng thể. Nếu các tế bào thai nhi này có ABO tương ứng thì chúng sẽ bị tiêu diệt nhanh chóng và sẽ chẳng có sự tạo miễn dịch nào xảy ra cả.

Các tình huống có thể như sau:



Hình 8.3. Sơ đồ

Trong gia đình A máu của thai nhi phù hợp với máu mẹ, các tế bào thai nhi vẫn tiếp tục sống trong tuần hoàn người mẹ sau khi thâm nhập. Nếu người mẹ là Rhesus âm tính và thai nhi lại là Rhesus dương tính thì các kháng thể sẽ hình thành. Các tế bào thai nhi trong thí dụ B tương kỵ với máu mẹ và sẽ nhanh chóng bị tiêu diệt khi đi vào tuần hoàn người mẹ. Không một kháng thể nào có khả năng hình thành ngay cả khi có tình trạng tương kỵ nhóm máu Rhesus.

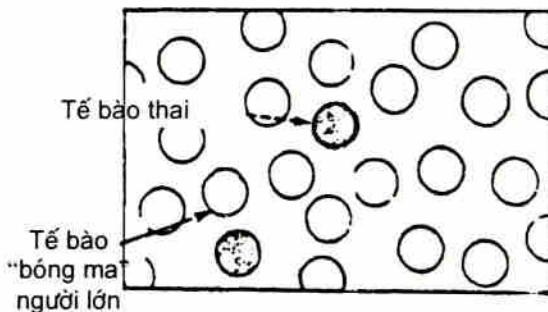
Trước khi hiện tượng tạo miễn dịch Rhesus có khả năng xảy ra thì hồng cầu của thai nhi phải cùng nhóm máu với người mẹ, hoặc thuộc nhóm O và phải có một gen Rhesus không thấy trong người mẹ.

2. Sự hình thành kháng thể và cách phát hiện

Khi các tế bào thai nhi nhập vào và tồn tại trong tuần hoàn mẹ thì có hai kháng thể được tạo ra. Kháng thể thứ nhất, kháng thể trong dung dịch mặn (IgM), thường xuất hiện sau khi kích thích 7 ngày. Nó ngưng kết các tế bào Rhesus dương tính treo trong dung dịch mặn. Kháng thể này là một phân tử lớn, không đi qua được bánh rau. 21 ngày sau hiện tượng kích thích thì kháng thể albumin (IgG) xuất hiện trong máu mẹ. Nó là một phân tử nhỏ, đi qua bánh rau dễ dàng và tấn công vào các hồng cầu Rhesus dương tính của đứa trẻ. Nó thường ngưng kết các tế bào Rhesus dương tính, miễn là chúng phải được treo trong huyết tương, huyết thanh hoặc albumin. Tuy nhiên, thường khó đọc các nghiệm pháp đối với kháng thể được hình thành theo cách này, và việc phát hiện nó được làm cho dễ dàng hơn nếu các tế bào Rhesus dương tính trước tiên được xử lý bằng các enzym như papain chẳng hạn.

3. Nghiệm pháp Kleihauer

Có thể chứng minh sự hiện diện của các tế bào thai nhi trong tuần hoàn người mẹ bằng nghiệm pháp này. Nó dựa vào thực tế là hemoglobin thai nhi bền vững hơn của người lớn khi rửa bằng acid. Khi một phiến đồ máu được nhuộm sau đãi rửa thì các tế bào của thai nhi lộ ra rất rõ so với các tế bào "bóng ma" của người lớn. Bằng cách đếm số tế bào thai nhi trong 50 vi trường với độ phóng đại thấp, có thể khái quát định lượng được 5 tế bào trong 50 vi trường = 0,5ml máu chảy.

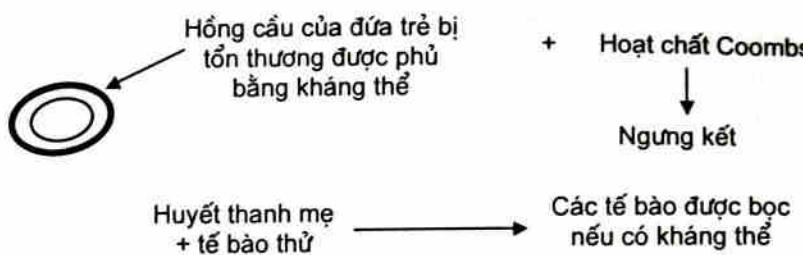


Hình 8.4

4. Nghiệm pháp Coombs

Nghiệm pháp này dựa trên thực tế là các kháng thể là các globulin.

Nếu các globulin này được tiêm cho một động vật thì các kháng thể kháng lại chúng sẽ được hình thành. Các kháng thể này, đến lượt chúng, lại được sử dụng để phát hiện sự hiện diện của các kháng thể gốc. Như vậy, hoạt chất trong nghiệm pháp Coombs là kháng globulin miễn dịch.



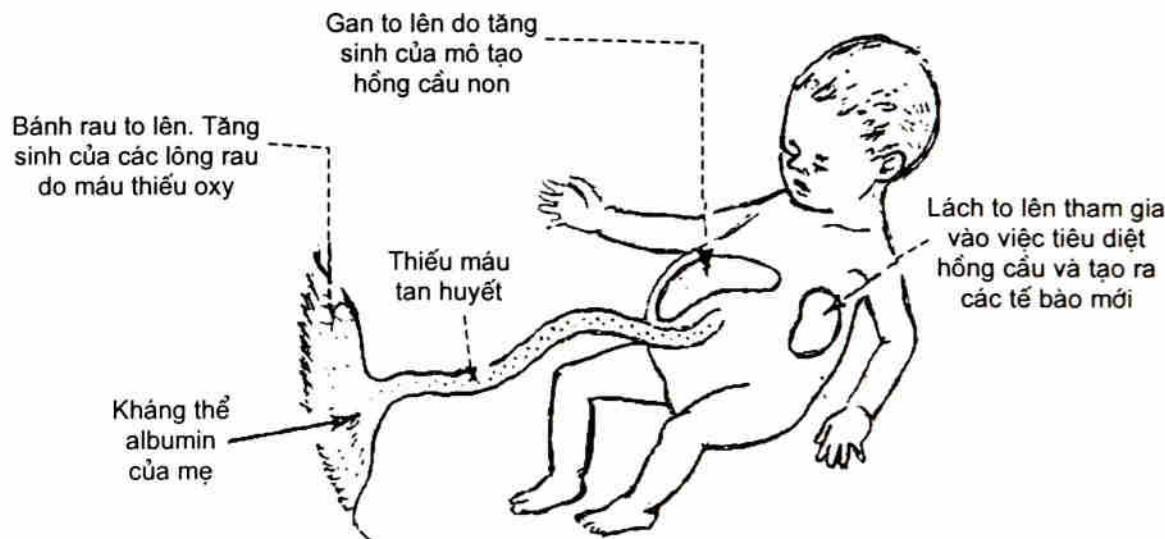
Bây giờ nhô hoạt chất Coombs vào ngưng kết

Nghiệm pháp trực tiếp được dùng để phát hiện vào lúc mới đẻ ra một thai nhi bị tổn thương. Các tế bào này từ dây rốn được treo trong hoạt chất; nếu đứa trẻ bị tổn thương (có kháng thể của mẹ gắn vào) thì hiện tượng ngưng kết sẽ xuất hiện.

Nghiệm pháp gián tiếp (nghiệm pháp ngưng kết gián tiếp) được dùng để phát hiện và đo kháng thể trong huyết thanh mẹ. Huyết thanh này dùng để treo các tế bào thử nghiệm. Kháng thể trong huyết thanh sẽ phủ lên các tế bào này và khi nhô hoạt chất Coombs vào thì hiện tượng ngưng kết xuất hiện. Bằng cách pha loãng huyết thanh của mẹ có thể đo được lượng kháng thể (do hiệu giá kháng thể).

5. Ảnh hưởng đối với thai nhi và trẻ sơ sinh

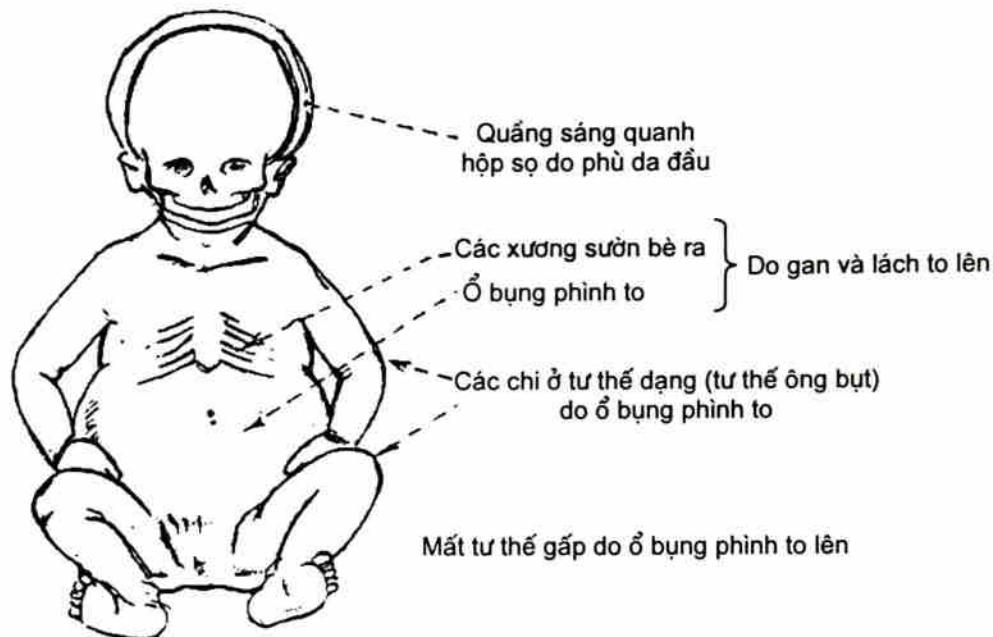
Nền tảng của bệnh là một thiếu máu tan huyết gây nên do tác động của kháng thể albumin kháng Rhesus của mẹ. Các hàm lượng bilirubin không kết hợp tăng lên và có tình trạng tạo huyết bù.



Hình 8.5. Ảnh hưởng của trẻ do tương ky nhóm máu Rhesus

Trong thể nặng nhất thì quá trình này gây nên phù thai nhi mà bao giờ cũng làm thai chết trong tử cung hoặc không lâu sau khi sinh. Ở đây mức độ nặng của thiếu máu dẫn đến suy tim và phù toàn thân. Công việc chẩn đoán tiền sinh có thể dựa vào siêu âm hoặc X quang.

PHÙ THAI NHI



Hình 8.6. Phù thai nhi

6. Ảnh hưởng đối với thai nhi và trẻ sơ sinh (tiếp theo)

Các mức độ ít nặng hơn của bệnh ở trẻ sơ sinh được gọi là hoàng đản do thai nhi hoặc thiếu máu bẩm sinh ở sơ sinh.

6.1. Thiếu máu bẩm sinh ở trẻ sơ sinh

Là một bệnh cảnh tan huyết nhẹ:

Đứa trẻ: xanh xao

Gan: hơi to lên

Lách: hơi to lên

Máu: thiếu máu nhẹ. Hb 13 - 15g/dl

Có ít hồng cầu lưới

Bilirubin hiếm khi tăng

Nước tiểu: xét nghiệm mặt âm tính

6.2. Hoàng đản do thai

Bệnh cảnh tan huyết nặng:

Đứa trẻ: vàng da rất đậm xuất hiện sau đẻ vài phút.

Gan: rất to.

Lách: to lên nhiều.

Máu: thiếu máu ngày càng tăng nhanh.

Nhiều hồng cầu lưỡi.

Hồng cầu non, nguyên hồng cầu.

Hồng cầu non, nguyên hồng cầu và bạch cầu non.

Bilirubin trực tiếp và gián tiếp cao và tăng lên tiếp.

Nước tiểu: xét nghiệm mật dương tính.

6.3. Hoàng đản các nhân xám là một bệnh cảnh có thể phát hiện trong bất kỳ hình thái nào của bệnh vàng da sơ sinh khi lượng bilirubin không kết hợp tăng lên trên mức mmol/lít. Tương ky nhóm máu Rhesus là nguyên nhân chủ yếu. Bilirubin ngấm vào mô não của thai nhi gây nên hoại tử các nơron, đặc biệt là ở các nhân vùng đáy. Đứa trẻ trở nên lì bì và bỏ bú. Các cơn co giật đánh vong mắt và đầu ngửa ra sau xuất hiện. Có thể đưa đến tử vong.

Nếu đứa trẻ sống sót thì những khuyết tật về tâm thần và thể chất vĩnh viễn sẽ xuất hiện.

7. Phòng ngừa bệnh tan huyết do tương ky nhóm máu Rhesus

Hiện tượng hình thành kháng thể bắt đầu từ lần có thai tương ky Rhesus lần đầu tiên. Nhiều phụ nữ có các kháng thể trong máu vào lúc cuối của giai đoạn hậu sản. Tuy một số nhỏ các hồng cầu thai nhi thoát vào tuần hoàn của người mẹ trong khi có thai, nhưng liều tạo miễn dịch quan trọng do người mẹ nhận được thường vào lúc đẻ, khi bánh rau ép lại và bong ra. Vì lý do đó nên hiện tượng cảm ứng Rhesus không hay xảy ra vào các lần có thai đầu tiên. Nếu thai nhi là Rhesus dương tính thì các hồng cầu này sẽ kích thích sự hình thành kháng thể.



Vấn đề là "dấu" kháng nguyên D để cho cơ chế miễn dịch ở người mẹ không phát hiện ra các tế bào là "ngoại lai", nên không tạo ra các kháng thể. Biện pháp này được thực hiện bằng cách cho người mẹ kháng D, kháng thể này tự dính vào các kháng nguyên D của hồng cầu thai nhi, làm cho chúng không bị nhận dạng ra bằng cơ chế miễn dịch, do đó không thể kích thích sự hình thành kháng thể.

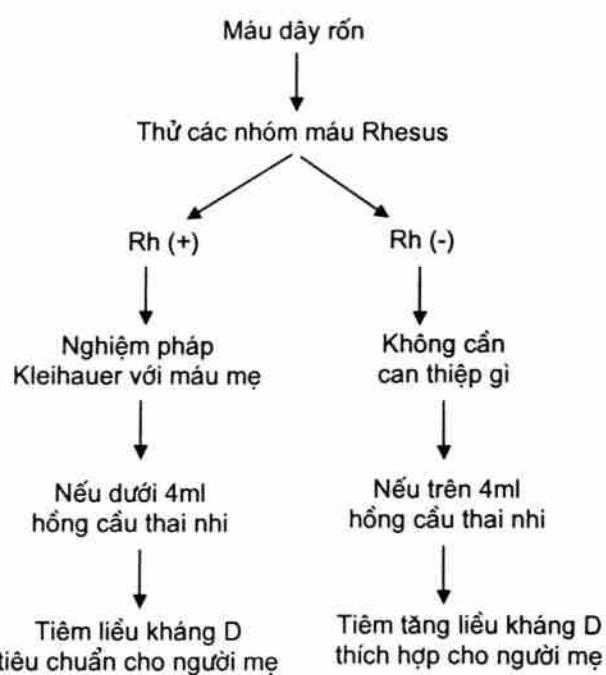


8. Biện pháp

Các nghiệm pháp được thực hiện như sơ đồ tiến triển. Tất cả các phụ nữ Rh (-), không có kháng thể, sinh con (+) được tiêm globulin kháng D. Ước lượng sơ bộ lượng máu thai nhi lọt vào tuần hoàn mẹ bằng nghiệm pháp Kleihauer, rồi điều chỉnh liều globulin. Tuy nhiên, việc cho kháng D không phụ thuộc vào nghiệm pháp Kleihauer. Liều tiêu chuẩn là 500 đơn vị quốc tế tiêm trong vòng 72 giờ sau khi đẻ. Cách điều trị này đã làm giảm một cách đáng kể tần suất các vấn đề này sinh do tương ky nhóm máu Rhesus trong khi có thai. Phải tiêm nhắc lại mỗi lần có thai.

Mỗi khi thai kết thúc trước 20 tuần (nhóm máu của thai nhi thường không thể biết được), thì phải tiêm 250 đơn vị quốc tế kháng D.

Cũng tương tự như vậy, khi thực hiện các kỹ thuật dễ gây thương tổn như chọc dò buồng ối hoặc xoay thai ngoài thì phải tiêm kháng D. Các tình huống bong rau khác như sẩy thai và chảy máu trước đẻ cần được bảo vệ bằng tiêm kháng D, liều lượng tùy thuộc giai đoạn mang thai và thể tích máu chảy được ước tính.



9. Cách xử trí đối với thai

9.1. Rhesus âm tính không có kháng thể

9.1.1. Lần khám đầu tiên. Thủ nhóm máu Rhesus và xét nghiệm phát hiện kháng thể miễn dịch.

9.1.2. Kiểm tra lại kháng thể hàng tháng sau 20 tuần.

9.1.3. Cho globulin miễn dịch kháng D nếu có các biến chứng như nêu trên.

9.1.4. Khi đẻ

Máu mẹ: Kiểm tra kháng thể và nghiệm pháp Kleihauer.

Máu dây rốn: Xác định nhóm máu ABO và Rhesus, định lượng hemoglobin, nghiệm pháp Coombs, định lượng bilirubin.

9.1.5. Cho kháng D nếu máu âm tính đối với các kháng thể đứa trẻ Rhesus (+). Nếu nghiệm pháp Kleihauer cho thấy chảy máu trên 4ml, thì cho thêm kháng D.

9.2. Rhesus âm tính có kháng thể

9.2.1. Lần khám đầu tiên

Xác định kháng thể và định lượng bằng nghiệm pháp ngưng kết gián tiếp hoặc định lượng trực tiếp.

9.2.2. Xét nghiệm kháng thể

Hàng tháng hoặc cho tới khi cách xử trí được quyết định bằng các biện pháp thăm dò khác, chẳng hạn chọc dò buồng ối.

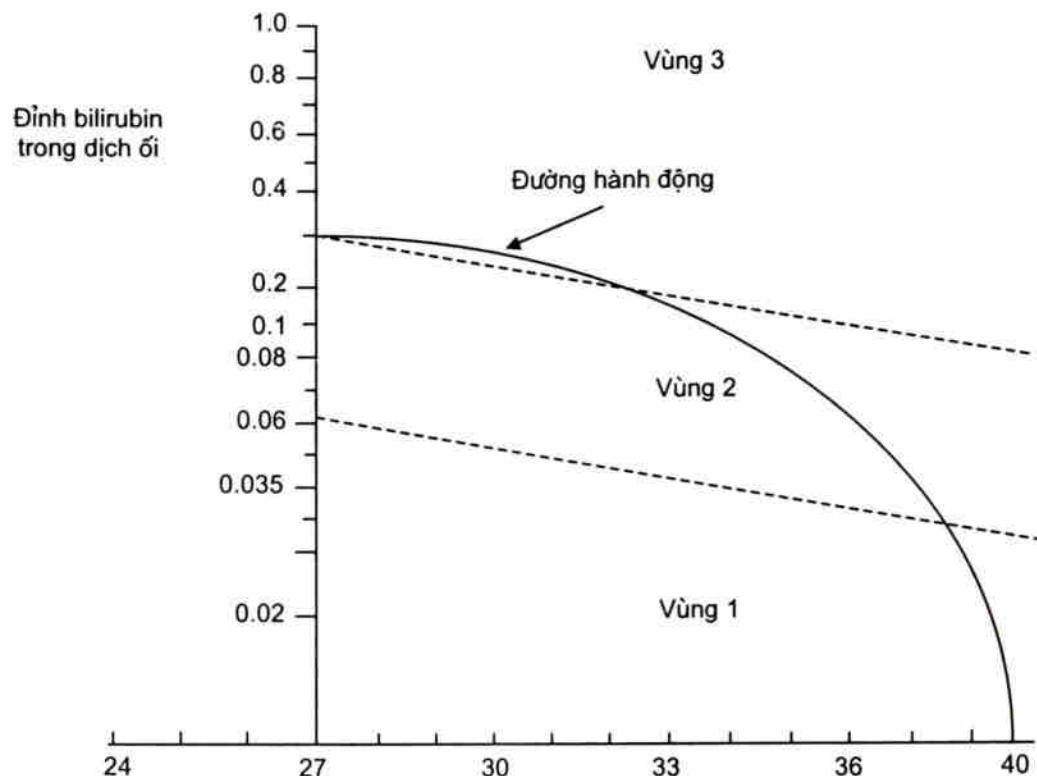
9.2.3. Xét nghiệm cấu trúc di truyền

Xét nghiệm cấu trúc cho người tình nếu là Rhesus (+) dị hợp tử thì có khả năng đứa con không bị ảnh hưởng.

4. Chọc dò buồng ối

Hàm lượng bilirubin trong dịch ối là một chỉ số tiên lượng có giá trị. Lượng rubin bài tiết vào trong dịch ối do đứa trẻ phản ánh mức độ tan huyết. Dịch lấy cек khảo sát bằng một quang phổ kế và mật độ quang học được đo bằng ánh sáng bước sóng từ 400mm đến 700mm. Trong chưa thường thì các giá trị mật độ quang học ở các bước sóng khác nhau này tạo thành một đường biểu diễn thẳng. Nếu chưa bị ảnh hưởng tương tự nhóm máu Rhesus, dịch ối chứa các sắc tố mật, các chất này tạo nên một đỉnh ở 450mm. Sự khác nhau về mật độ quang học là bình thường và bất thường ở bước sóng này là một chỉ dẫn về mức nghiêm trọng của bệnh. Phương pháp cải tiến Whifield đối với đường biểu diễn dự báo Liley với "đường hành động" hữu hiệu được áp dụng rộng rãi.

Phương pháp cải biến Whifield với đường biểu diễn dự báo Liley:



Hình 8.7. Đường biểu diễn dự báo Liley

Khi mức bilirubin vượt đường hành động thì có chỉ định điều trị. Hình thái điều trị phụ thuộc vào mức độ trưởng thành của thai nhi.

Chọc dò buồng ối được chỉ định đối với tất cả các bệnh nhân có tiền sử đẻ non bị ảnh hưởng nặng, hoặc nếu không có tiền sử này thì cũng thực hiện ở mỗi bệnh nhân có kháng thể ở mức $2,5\text{d}\text{vqt}/\text{ml}$ hoặc cao hơn, hoặc chuẩn độ trong nghiệm pháp ngưng kết gián tiếp bằng 1/8.

Chọn thời điểm để chọc dò buồng ối lần đầu tiên có ý nghĩa quyết định.

Hướng dẫn khái quát là chọc dò buồng ối vào 10 tuần trước thời gian sớm nhất thai chết hay đẻ mà còn bị ảnh hưởng nặng. Nếu không có tiền sử bệnh như vậy thì tiến hành chọc dò vào lúc thai ở 28-30 tuần. Nghiệm pháp này thường được làm lại để xác lập được chiều diễn biến sau 2-3 tuần, nhưng cũng có thể tiến hành sớm hơn trong những trường hợp nặng.

9.2.5. Siêu âm

Hiện tại siêu âm có thể phát hiện được tràn dịch màng bụng và phù da đầu, chứng tỏ thai nhi bị ảnh hưởng nặng. Phương pháp này có thể vạch ra là cần phải can thiệp trong một số trường hợp trước khi có kết quả của chọc dò buồng ối, và đặc biệt có giá trị trong những trường hợp hết sức sớm, cần phải tính đến việc truyền máu cho thai nhi.

10. Điều trị

10.1. Cuộc đẻ

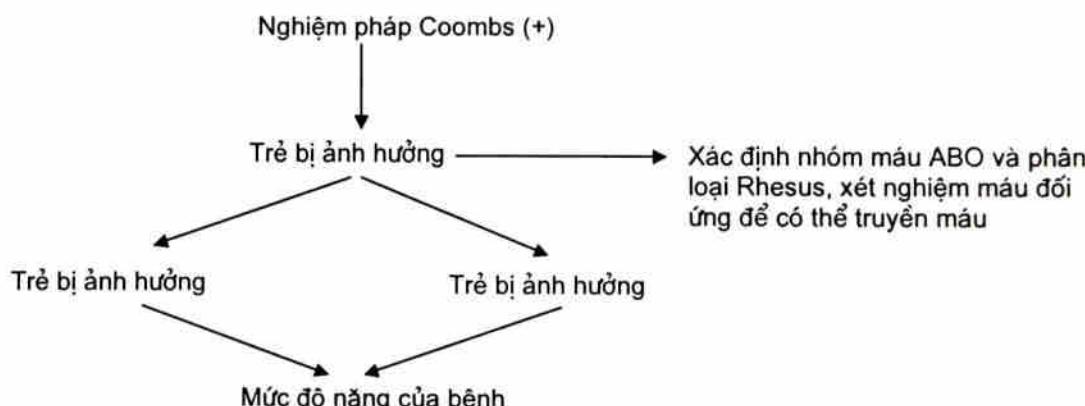
Cho đẻ đứa bé, khi cần thiết thì phải cho đẻ non, tiếp đó đánh giá tình trạng của cuộc đẻ và truyền thay máu nếu cần thiết, là cách điều trị truyền thống đối với những bệnh nhân bị cảm ứng Rhesus.

Những người có mức kháng thể hết sức thấp (dưới 2,5 đvqt/ml) có thể để cho cuộc đẻ tiến triển an toàn đến đủ tháng khi họ được gây chuyển dạ. Việc định thời gian can thiệp cho những trường hợp khác phụ thuộc vào tiền sử bệnh, kết quả chọc dò buồng ối và kiểm tra siêu âm. Ở trường hợp có chỉ định phải can thiệp sớm (32 - 33 tuần) thì việc nhận định sự trưởng thành của phổi thai nhi có thể quyết định xem liệu có nên gây chuyển dạ đẻ, hoặc có kéo dài thêm thai nghén bằng cách truyền máu cho thai nhi.

Sau khi sinh thì máu dây rốn được xét nghiệm:

- Nghiệm pháp Coombs.
- Xác định nhóm máu và phân loại Rh.
- Định lượng hemoglobin.
- Định lượng bilirubin huyết thanh.

Nghiệm pháp Coombs dương tính chứng tỏ đứa trẻ bị ảnh hưởng.

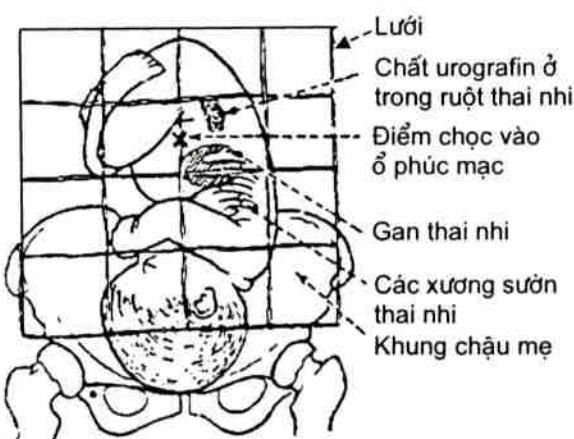


Các mức độ thiếu máu nhẹ (không dưới 12g/dl) có thể không cần phải điều trị gì, và các mức độ vàng da nhẹ có thể điều trị có kết quả bằng quang liệu pháp. Những trẻ sơ sinh bị nặng hơn có thể đòi hỏi phải được truyền thay máu. Biện pháp này có nghĩa là rút máu qua tĩnh mạch rốn và thay thế bằng loại máu vô bệnh phù hợp. Cách làm này chữa thiếu máu và làm giảm mật độ bilirubin cao lưu hành trong máu có thể gây nên hoàng đản nhân xám, và loại trừ bất kỳ kháng thể lưu hành nào. Quyết định thực hiện truyền máu không chỉ dựa đơn thuần trên các xét nghiệm máu dây rốn. Tiền sử bệnh, sự trưởng thành của trẻ sơ sinh và mức độ tăng bilirubin ở trẻ sơ sinh đều có ý nghĩa quan trọng.

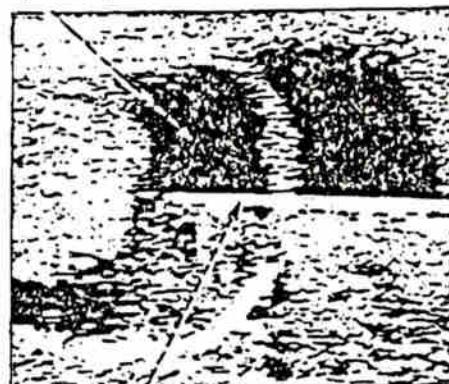
10.2. Truyền máu cho thai nhi

Truyền máu cho thai nhi qua ổ phúc mạc đã được dùng để điều trị các trẻ bị ảnh hưởng nặng có thể bị chết, ở tuổi thai mà khi đẻ và truyền thay máu có thể không thực hiện được.

Hồng cầu rửa, thường là O âm tính, được truyền vào trong ổ phúc mạc của thai nhi để dễ dàng được ngấm vào hệ tuần hoàn. Có thể hấp thụ hết được tới 120ml trong chừng ít ngày. Khi biện pháp này được đề xuất lần đầu tiên thì kỹ thuật được tiến hành dưới sự hướng dẫn của tia X, nhưng ngày nay người ta ưa dùng siêu âm động hơn.



Ổ phúc mạc thai nhi



Kim chọc qua thành bụng

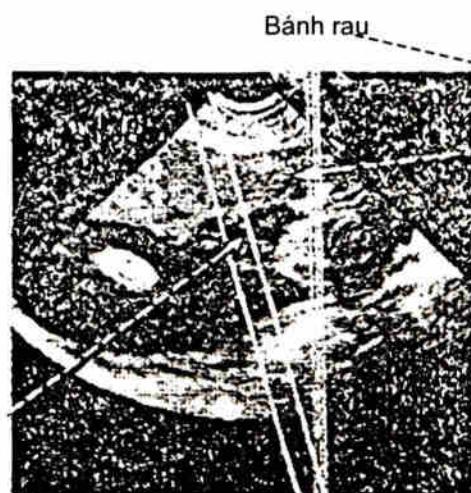
Biện pháp này có thể tiến hành lại nếu cần, cách nhau chừng 2 tuần lễ.

Truyền máu trực tiếp vào trong lòng mạch khi thai còn rất nhỏ (dưới 23 tuần) đã được áp dụng trong những năm gần đây.

Có thể tiêm trực tiếp vào dây rốn, dưới sự hướng dẫn của ống soi thai hoặc của siêu âm.

10.3. Điều trị bằng huyết tương tinh chế

Việc làm giảm hàm lượng các kháng thể cao đã thực hiện được bằng cách dùng một máy tách tế bào theo dòng liên tục. Như vậy, trong một số trường hợp có thể tránh được hoặc trì hoãn việc truyền máu qua ổ phúc mạc. Tuy nhiên, việc cần thiết sử dụng liệu pháp đó đã giảm đi vì các cải tiến về kỹ thuật truyền máu thai nhi và các tiêu chuẩn săn sóc sơ sinh.



III. TĂNG HUYẾT ÁP TRONG KHI MANG THAI

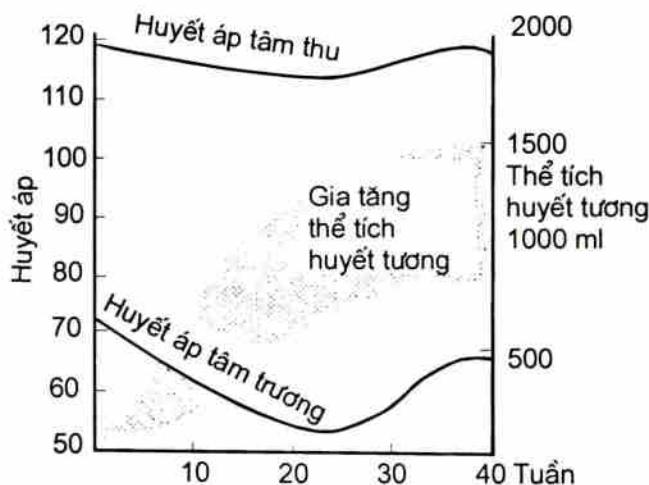
1. Đại cương

Huyết áp tăng lên trong khi có thai là một biến chứng thường gặp và nguy hiểm, có khả năng gây tử vong và biến chứng cho cả người mẹ lẫn thai nhi.

Huyết áp bình thường lúc nghỉ không bao giờ trên 120/80 và vì thể tích huyết tương tăng lên trung bình 12dl nên có lẽ có tình trạng giãn mạch giúp cho huyết áp ngoại biên giữ ở mức thấp. Nếu hiện tượng giãn mạch này bị sự co mạch kháng lại sẽ dẫn đến tăng huyết áp. Sự cấp huyết đối với các tạng giảm sút kể cả ở tử cung và vùng bánh rau.

Số đo huyết áp 140/90 mmHg hoặc khi huyết áp tâm trương tăng lên quá 20 mmHg được coi là bất thường.

Tỷ lệ chung được nêu lên thay đổi nhiều, thường ở trong khoảng từ 12% đến 25% các trường hợp có thai.



Hình 8.11.

2. Phân loại

- Tăng huyết áp gây nên do thai, khi huyết áp tăng lên sau 20 tuần ở người phụ nữ trước kia có huyết áp bình thường. Loại này bao gồm những bệnh nhân mà hiện tượng tăng huyết áp là dấu hiệu đầu tiên của tiền sản giật, và một số bệnh nhân có tăng huyết áp tiềm tàng tiên phát.
- Tăng huyết áp săn có, khi huyết áp đã tăng lên trước khi có thai hoặc trong 20 tuần đầu. Tình trạng này có thể do tăng huyết áp tiên phát, các bệnh lý về thận hoặc tuyến thượng thận, các bệnh của mô liên kết, do liệu pháp hoặc do hẹp động mạch chủ.

Thuật ngữ *tiền sản giật* được áp dụng ngày càng nhiều cho các bệnh nhân có tăng huyết áp và protein niệu phát triển vào nửa sau của thời kỳ mang thai.

Các trường hợp biệt lệ ngoài thời gian này có thể do chửa trứng, chửa đa thai và bệnh tương kỵ nhóm máu Rhesus nặng. Hai triệu chứng thực thể khác, protein niệu và phù, thường phối hợp với cao huyết áp.

Protein niệu là một biến chứng nặng của tăng huyết áp. Nó thể hiện thận bị tổn thương và nó cũng được hàm ý là chức năng của bánh rau cũng bị tổn thương tương tự, mà hậu quả đe doạ đối với đứa trẻ. Lượng protein niệu thấp trong khi có thai là tình trạng bình thường song phải ở mức dưới 300mg/thể tích nước tiểu 24 giờ. Các nguyên nhân khác của protein niệu: bội nhiễm, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, bệnh thận, bệnh lý mô liên kết, protein niệu do tư thế đứng thẳng "protein niệu lưng ưỡn".

Phù nề trong khi có thai, thậm chí lan ra toàn thân cũng hay gặp, được coi là bình thường nếu không kết hợp với tăng huyết áp. Tuy nhiên, không nên bỏ qua hiện tượng này. Nó có thể báo sớm sự phát triển của tiền sản giật, và khi kết hợp với tình trạng có thai tăng huyết áp thì có thể là bệnh nặng lên, hoặc tiến triển tới sản giật.

3. Tiền sản giật

Tiền sản giật là một bệnh xảy ra ở nửa sau thời kỳ có thai, được biểu hiện bằng tăng huyết áp, chứng cớ của tổn thương thận (xem phần dưới) và thường phối hợp với phù nặng.

Tỷ lệ gấp: 5% đến 7% các trường hợp chửa con so. Ở đây bệnh là "nguyên phát", nghĩa là xảy ra ở bệnh nhân huyết áp trước kia bình thường và mất đi sau khi đẻ.

Tiền sản giật cũng có thể là "thứ phát", nghĩa là chồng chập với một tình trạng tăng huyết áp đã có từ trước. Nguy cơ của tiền sản giật chồng chập trong tăng huyết áp tiên phát xấp xỉ từ 30-35% và trong bệnh thận thì tới trên 60%.

3.1. Bệnh căn

Nguyên nhân của căn bệnh này không được biết song rõ ràng thường gặp ở một số nhóm người nhất định:

1. Các người chửa con so hoặc lần có thai đầu tiên với một người tình nhất định.
2. Nguy cơ tăng lên cùng với tuổi.
3. Tiền sử gia đình có tiền sản giật hoặc tăng huyết áp.
4. Tăng huyết áp vốn sẵn có từ trước.
5. Chửa đa thai.
6. Chửa + đái tháo đường
7. Chửa trứng
8. Cảm thụ Rhesus nặng.

3.2. Các biến đổi chức năng phối hợp

Người ta đã thu thập được một khối lượng lớn dữ kiện về các biến đổi về giải phẫu bệnh, sinh lý bệnh trong căn bệnh đã được nguyên cứu nhiều này. Ý nghĩa của nhiều điều quan sát được vẫn chưa rõ ràng. Tuy nhiên có một số biến đổi chức năng đã được biết khá rõ cần thiết cho công việc xử trí lâm sàng tức thì:

3.2.1. Chức năng thận bị thương tổn

Những biến đổi đặc hiệu ở cầu thận đã được mô tả là đặc trưng của "tiền sản giật thực thụ". Tuy nhiên có bằng chứng rối loạn chức năng của cả cầu thận lẫn ống thận.

(a) Protein niệu (xem phần trên) có nghĩa là đã có thăng thoát protein khỏi các cầu thuận. Phải định lượng các mức này sau khi đã loại trừ bội nhiễm và nhiễm khuẩn.

(b) Ứ đọng acid uric: 80% acid trong nước tiểu được tiết ra từ ống lượn xa. Vì chức năng này bị thương tổn nên urat trong huyết tương tăng lên. Các hàm lượng 350mmol/l là điều có ý nghĩa và có thể là một báo hiệu sớm sự khởi đầu của tiền sản giật.

(c) Các hàm lượng ure và creatinin có thể tăng lên. Các mức trên 6mmol/l và 100mmol/l theo thứ tự là có ý nghĩa.

3.2.2. Đóng máu rải rác trong lòng mạch (DMRRTLM)

Tình trạng này được thể hiện bằng sự gia tăng các sản phẩm thoái giáng của fibrin (từ số lượng bình thường là 3mg/ml lên tới 14) và số lụy tiểu cầu tụt (bình thường là 300.000/mm³ xuống tới 150.000). Mức tiểu cầu còn có thể hạ thấp hơn nhiều trong những trường hợp nặng, và có thể quan sát được hiện tượng tan huyết vi mạch thứ phát sau khi các mạch máu nhỏ bị tắc, cùng với các mảnh hồng cầu trong máu ngoại vi.

3.2.3. Cấp huyết tử cung - bánh rau

Việc khảo sát vùng quan trọng này đặc biệt khó khăn, song những công trình đã tiến hành cho thấy có sự giảm sút đáng kể về cấp huyết tử cung - rau trong tiền sản giật. Ảnh hưởng xấu đến sinh lực thai nhi là hiển nhiên và cũng là một điều cần quan tâm trong cách xử trí với những bệnh nhân này.

Trong thực hành, sự suy giảm chức năng rau thai thường đổi tại cho thương tổn thận đang xấu đi, thí dụ như tăng protein niệu.

4. Sản giật

Tiền sản giật là một bệnh có những dấu hiệu nhưng không có triệu chứng. Tuy nhiên, nếu có tiến triển thành sản giật, người bệnh có thể kêu nhức đầu, rối loạn thị giác do huyết áp tăng lên và đau bụng, hay được cho là tại xuất huyết dưới bao ở gan. Bệnh nhân có thể giãy giụa, vật vã, tăng phản xạ rồi sau đó là các cơn co giật kiểu động kinh xuất hiện.



Hình 8.12. Một cơn sản giật

Tỷ lệ: Một biến chứng hiếm gặp lại tại Liên hiệp vương quốc Anh, dưới 1/1000 trường hợp có thai.

Tử vong. Nó vẫn còn là một biến chứng nguy hiểm với tử vong thai nhi lên tới 30%.

Tử vong mẹ do xuất huyết não, suy tim hoặc suy thận là 2-3%.

4.1. Đặc điểm lâm sàng

1. (Hay gặp) các dấu hiệu của tiền sản giật bạo phát - huyết áp rất cao, protein niệu nặng và phù cấp - kêu nhức đầu và rối loạn thị giác.
2. Mặt nhăn nhúm, bàn tay quắp lại.
3. Giai đoạn tăng trương lực cơ gây co cứng, ngừng thở, tím tái.
4. Giai đoạn giật giãn cách với các động tác co giật, trong khi đó bệnh nhân có thể ngã khỏi giường.
5. Thời kỳ mất tri giác.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

1. Động kinh. Động kinh không phối hợp với tăng huyết áp.
2. Xuất huyết dưới khoang nhện hoặc xuất huyết não. Hôn mê sâu. Có thể cần chọc dò tuỷ sống.
3. U não. Phải chú ý đến bệnh cảnh này nếu bệnh nhân không đỡ khi được điều trị bằng các thuốc chống co giật, hoặc nếu hôn mê sâu.
4. Urê huyết do một nguyên nhân khác ngoài thai.

Phải kiểm soát huyết áp bằng các thuốc hạ huyết áp.

Cần phòng ngừa các cơn co giật bằng các thuốc chống co giật.

Khi bệnh nhân lên cơn sản giật phải kết thúc thai nghén.

4.3. Biến chứng

1. Tăng huyết áp gây ra xuất huyết não hoặc huyết khối.
2. Các cơn giật liên tiếp với các giai đoạn ngừng thở đưa đến phù phổi và suy tim.
3. Hoại tử gan có thể dẫn đến suy gan cấp.
4. Hoại tử cầu thận hoặc ống thận có thể dẫn đến vô niệu.
5. Hoại tử bánh rau sẽ làm cho thai chết.

5. Các xét nghiệm sau tử cung

Có thương tổn rộng rãi ở các mao mạch do tăng huyết áp và đông máu rải rác trong lòng mạch. Gan thể hiện xuất hiện dưới bao và các vùng hoại tử nhỏ, có thể quan sát được bằng kính hiển vi, ở vùng quanh khoang cửa của các tiểu thuỷ gan. Não có xuất huyết ở vùng cầu não hoặc ở bao trong, hoặc có nhiều vùng xuất huyết nhỏ rải rác trong não chất. Xuất huyết cũng ở trong phổi, tuyến thượng thận và ở các cơ quan khác; quan sát vi thể có thể phát hiện thương tổn ở quản cầu thận và ở các tế bào ống lượn của thận, và ở các mạch máu của bánh rau.

6. Các biến chứng lâm sàng của tăng huyết áp khi thai nghén

1. Thai nhi chậm phát triển trong buồng tử cung - nguy cơ tăng lên trong bệnh tiền sản giật có protein niệu.
2. Thai ngạt và chết trong buồng tử cung.
3. Rau bong non.
4. Sản giật.
5. Tai biến mạch máu não.
6. Suy tim.
7. Suy thận.

Thêm vào những biến chứng này là các nguy cơ cho cả người mẹ lẫn đứa trẻ do mổ đẻ hoặc đẻ non.

7. Xử trí tăng huyết áp khi thai nghén

7.1. Phát hiện

Không có một biện pháp phát hiện nào được xác lập và có ý nghĩa thực hành khác ngoài việc chăm sóc chu đáo trước khi sinh.

Người thầy thuốc đa khoa thực hành và bác sĩ chuyên khoa của bệnh viện phải cùng nhau chia sẻ việc kiểm tra đều đặn, đặc biệt đối với các nhóm được xem là có nguy cơ cao.

7.2. Theo dõi

Đây là những cách theo dõi thường quy thực hiện cho các bệnh nhân đã được xác nhận là tăng huyết áp. Các quyết định điều trị được dựa trên cơ sở của những theo dõi này. Ngày nay, nhiều bệnh nhân tăng huyết áp được theo dõi ngoại trú ở các đơn vị chăm sóc ban ngày, chỉ nhận vào viện đối với những trường hợp nặng hơn mà thôi.

Tương tự như vậy, mức độ trầm trọng của bệnh có thể quyết định số lần theo dõi.

1. Đo huyết áp liên tiếp.
2. Định lượng protein niệu.
3. Định lượng liên tiếp mức acid uric.
4. Đếm số lượng tiểu cầu liên tiếp.
5. Đánh giá sự tăng trưởng và sinh lực của thai nhi bằng các biểu đồ, ghi tim thai - cơn co tử cung và đánh giá trọng lượng của thai nhi và thể tích dịch ối bằng siêu âm (xem chương 6).

7.3. Điều trị

7.3.1. Nằm nghỉ tại bệnh viện

Nhận vào viện nếu huyết áp tâm trương ở mức 100mmHg hoặc cao hơn. Sự hiện diện của protein niệu và bằng chứng của thai nhi bị thương tổn cũng là các chỉ định nhận vào viện. Nhiều bệnh nhân bị tăng huyết áp xuất hiện muộn trong khi có thai không đòi hỏi phải điều trị gì trước khi đẻ.

7.3.2. Các thuốc hạ huyết áp

Các loại thuốc này có thể được sử dụng trong ba tình huống - tăng huyết áp mạn tính, tăng huyết áp do mang thai và trong điều trị cơn tăng huyết áp hoặc sắp lên cơn sản giật (xem phần dưới).

Nhiều thầy thuốc sản khoa dè dặt đối với các thuốc này mặc dù những nguy cơ của tăng huyết áp, vì ngoại những tác dụng của chúng tới việc cấp huyết bánh rau.

Những nghiên cứu mới đây nêu lên là có thể có lợi cho thai khi điều trị tăng huyết áp mạn tính, hoặc tăng huyết áp do mang thai, song mức huyết áp nào cần phải điều trị còn là vấn đề tranh luận. Nhiều người có lẽ tán thành một huyết áp tâm trương duy trì trên 100 mmHg.

1. Methyldopa đã được xác định rõ trong điều trị tăng huyết áp mạn tính. Nó không làm giảm được tỷ lệ tiền sản giật chồng chập lên bệnh tăng huyết áp, nhưng tính an toàn của thuốc trong khi có thai được chấp nhận.

2. Các thuốc ức chế cơ quan cảm thụ beta đã được phát hiện là có tác dụng kiểm soát huyết áp tốt, và người ta cũng đã nêu lên là nó có thể làm chậm sự tiến

triển của bệnh trong chứng tăng huyết áp do mang thai. Hình như ít có sự lựa chọn giữa các thuốc, chẳng hạn như oxprenolol, atenlo và labetalol.

7.3.3. Đẻ

Đẻ là cách điều trị tối hậu của tăng huyết áp khi có thai; việc chọn thời điểm cho cuộc đẻ phụ thuộc vào việc theo dõi sinh lực thai và tình trạng sức khoẻ của người mẹ đã nêu ở trên. Kéo dài hiện tượng mang thai bằng nghỉ tại giường hoặc bằng liệu pháp dùng thuốc có thể làm giảm những nguy cơ đẻ non và cải thiện các cơ may để theo đường âm đạo. Phong bế ngoài bao cứng đối với giảm đau trong khi chuyển dạ và trong mổ lấy thai có tác dụng rất tốt, miễn là số lượng tiểu cầu tương đối đủ.

8. Doạ sản giật và sản giật

Nếu phát hiện ra những dấu hiệu báo trước đã mô tả trong phần "sản giật" thì phải tiến hành ngay việc điều trị cấp cứu:

8.1. Nếu đã xảy ra một cơn giật thì nhiệm vụ đầu tiên là đặt ống nội khí quản và cho thở oxy bằng mặt nạ.

Tiêm ngay lập tức 20mg diazepam vào tĩnh mạch có thể làm ổn định tình hình.

8.2. Liệu pháp chống co giật

- Truyền Diazepam hoặc chlormethiazol để thực hiện liệu pháp duy trì.
- Tiêm phenytoin vào tĩnh mạch hoặc tiêm bắp là một cách điều trị khác hình như đang ngày càng được áp dụng phổ cập. Thuốc có lợi là không làm cho bệnh nhân bị ngủ.

8.3. Liệu pháp hạ huyết áp

Các thầy thuốc sản khoa vẫn còn quen dùng hydralazin 10-20mg tiêm tĩnh mạch. Nó là loại thuốc có tác dụng ngắn có thể tiêm chậm hoặc truyền nhỏ giọt. Cũng có thể tiêm tĩnh mạch diazoxid và hình như khi dùng các liều thấp hơn (30-100mg) so với trước kia thì thật sự an toàn. Các liều cao hơn đã gây ra hiện tượng tăng đường huyết ở trẻ sơ sinh. Tác dụng của cả hai loại hydralazin và diazoxid là gây nên hiện tượng giãn cơ trơn của thành mạch, như vậy về lý thuyết, không thể ảnh hưởng đến lưu lượng máu ở tử cung.

8.4. Cuộc đẻ

Nếu đứa trẻ còn sống sót sau cơn sản giật thì phải cho đẻ ngay khi đã kiểm soát được tình thế. Ngày nay, mổ lấy thai có thể là biện pháp thích hợp nhất. Tuy nhiên, có chiều hướng là các bệnh nhân sản giật chuyển dạ tự nhiên, và nếu cổ tử cung tiến triển thuận lợi, thì chọc ối và kích thích bằng oxytocin để khởi động. Nếu tiến hành mổ lấy thai thì gây mê toàn thân có một số ích lợi rõ rệt, nhưng có thể gây tê ngoài bao cứng miễn là không có biểu hiện gì về rối loạn đông máu.

8.5. Lượng bài niệu

Phải dùng một ống thông dẫn lưu bằng quang để chờ, nhằm tránh kích thích do bằng quang đầy nước tiểu và để giúp cho việc chăm sóc thuận tiện. Phải đo thể tích nước tiểu hàng giờ; nếu có tình trạng thiểu niệu hoặc vô niệu thì cần kích thích bài niệu bằng truyền nhỏ giọt tĩnh mạch mannitol. Nếu suy thận vẫn tồn tại sau đẻ thì phương pháp thẩm phân thường đem lại kết quả tốt.

8.6. Hệ thống tuần hoàn - hô hấp

Phải thường xuyên chú ý phát hiện các dấu hiệu của xung huyết và phù phổi; nếu có bất luận một dấu hiệu nào của suy tim thì phải dùng đến digitalin.

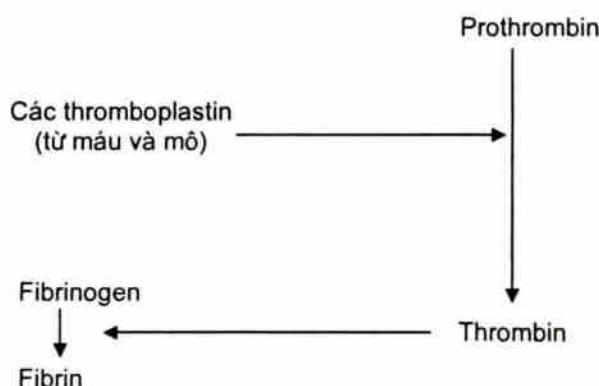
8.7. Rối loạn đông máu

Ít nhiều có hiện tượng đông máu rải rác trong lòng mạch; cần theo dõi những yếu tố đông máu như fibrinogen, số lượng tiểu cầu, các sản phẩm thoái giáng của fibrin, thrombin. Thiếu máu sau đẻ là tình trạng phổ biến.

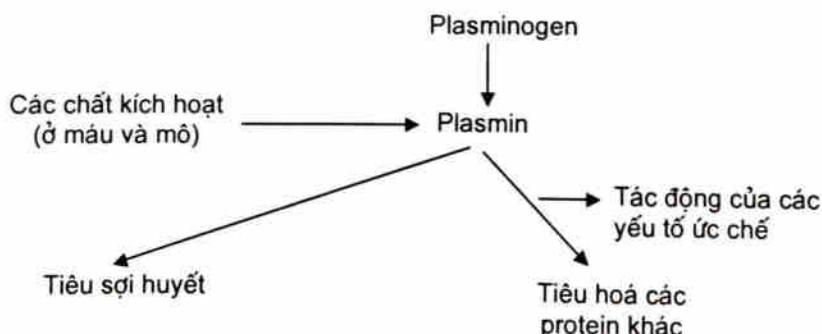
IV. Rối loạn đông máu trong khi mang thai

Hiện tượng cầm máu bình thường dựa vào sự co thắt của các mạch máu, tụ tập của tiểu cầu để phản ứng lại thương tổn của nội mạc mạch máu, và vào sự hình thành fibrin để tạo ra cục máu. Hệ thống này được cân bằng bởi cơ chế tiêu sợi huyết, nó làm mất sợi huyết và phục hồi lại sự thông thoáng của mạch máu.

1. Cơ chế đông máu



2. Cơ chế tiêu sợi huyết



Hai cơ chế này bình thường ở trong trạng thái cân bằng động. Cơ chế đông máu được hoạt hoá mỗi khi nội mạc mạch máu bị rách. Hiện tượng tiêu sợi huyết ngăn ngừa tắc mạch ngay khi sự lành lặn của nội mạc được phục hồi, và tiêu di khung fibrin khi không còn cần thiết tại vùng sửa chữa.

Hiện tượng suy giảm hoặc không đông máu có thể thực hiện theo hai cách:

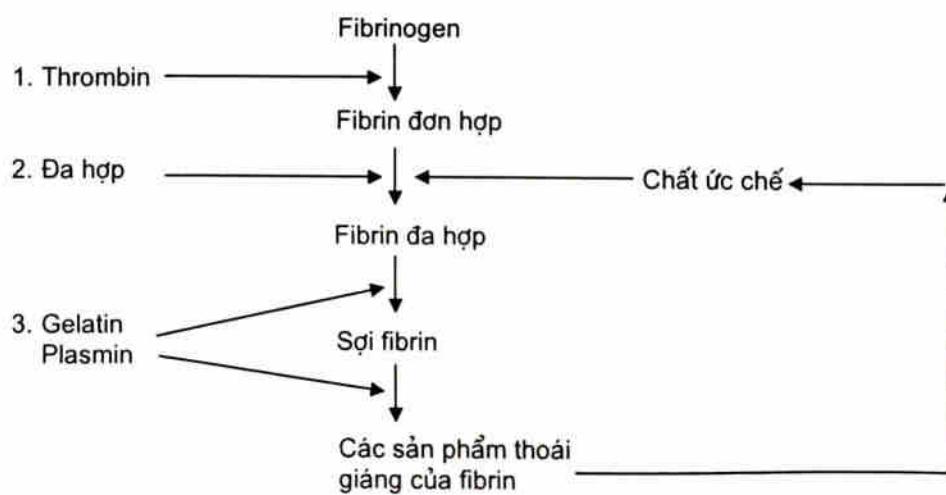
- Thiếu fibrinogen và các yếu tố khác do sự hình thành hoặc một cục máu đông lớn, hoặc nhiều cục máu đông nhỏ trong lòng mạch. Thường thấy cả hai loại thương tổn này do các thromboplastin của mô lọt vào trong dòng máu.
- Hiện tượng tạo các chất kích hoạt plasminogen quá mức dẫn đến hiện tượng tiêu bất kỳ cục máu nào đã hình thành.

Các hiện tượng này thường tạo ra giai đoạn của hội chứng rối loạn đông máu. Giai đoạn 1 bao giờ cũng có tình trạng thiếu fibrinogen, do bản chất của thương tổn gây ra, để khởi động giai đoạn tiêu sợi huyết.



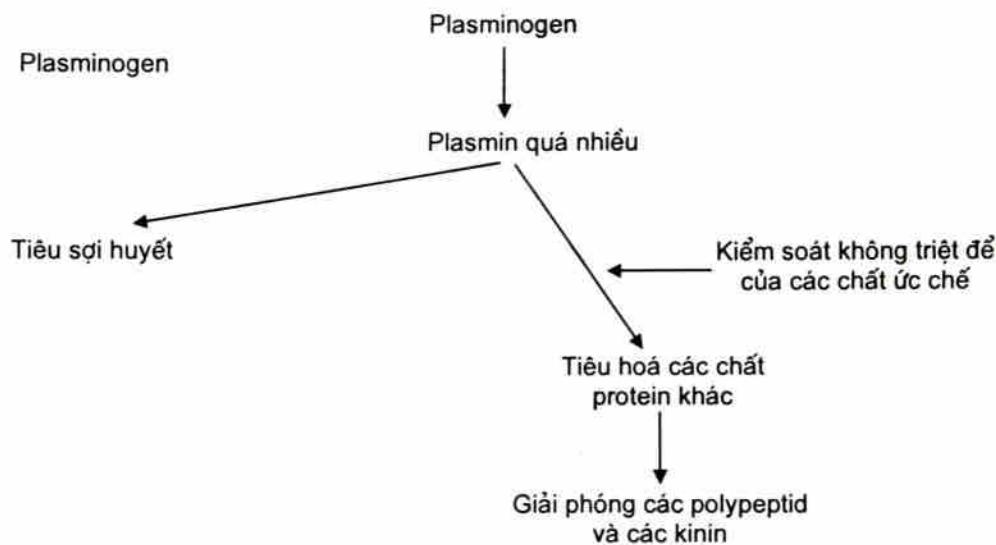
Giai đoạn 2 đặc biệt dễ xảy ra trong khi có thai, vì chất kích hoạt plasminogen có trong tử cung và phổi ở nồng độ cao.

Một khi hai giai đoạn này hoạt động thì một biến chứng khác lại xuất hiện do mối tương tác của chúng. Sự hình thành fibrin diễn ra theo 3 bước:



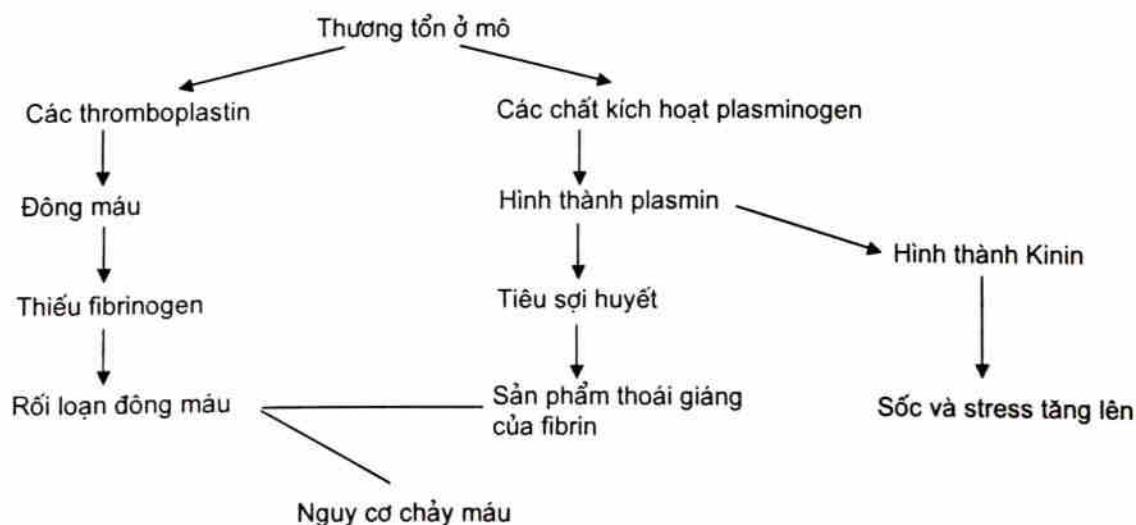
Các sản phẩm của tiêu sợi huyết làm rối loạn bước thứ hai và đưa đến tình trạng tạo cục máu đông kém, dễ dẫn đến hiện tượng tiêu sợi huyết hơn. Như thế dẫn đến một vòng luẩn quẩn.

Thêm vào hiện tượng rối loạn đông máu, bệnh nhân thường thể hiện những triệu chứng của stress ở một mức độ hoàn toàn không tương ứng với tầm quan trọng của bệnh cảnh gốc gây nên. Điều này có lẽ là do tình trạng ức chế không hoàn toàn tác dụng tiêu hoá của plasmin.



Các kinin là hậu quả của hiện tượng các α_2 globulin, chúng có tác dụng gây đau, làm tăng thẩm thấu các mao mạch, làm co bóp một số cơ tròn này nhưng lại làm giãn một số khác.

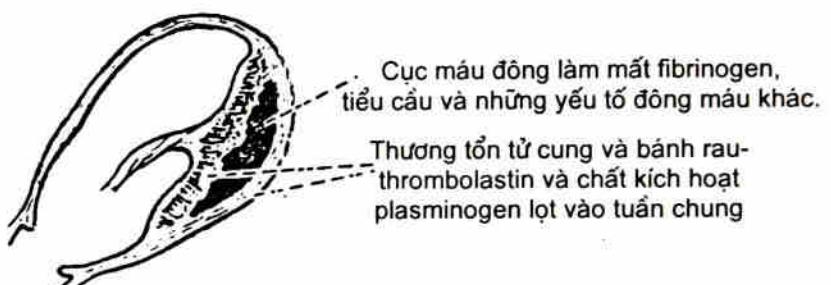
Tình thế có thể tóm tắt như sau:



1. Bệnh cản

Hội chứng rối loạn đông máu gây nên chủ yếu do bốn bệnh cảnh trong khi có thai.

1.1. Chảy máu âm thẩm ngẫu biến



Hình 8.13.

1.2. Tắc mạch nước ối

Biến cố hãi hùng này thường là thê thảm nhưng may là hiếm gặp. Chỉ có thể chẩn đoán chính xác sau tử vong, khi phát hiện ra chất gây ở thai nhi và các đám tế bào bong trong các mạch máu phổi. Đây là một biến chứng do chọc ối, mổ lấy thai hoặc đôi khi do xoay thai ngoài. Truy mạch đột ngột kết hợp với nhịp tim nhanh, thở nhanh, tím tái và hạ huyết áp. Nhiều cục nghẽn mạch nhỏ khu trú ở phổi, huyết áp tĩnh mạch, động mạch phổi tăng lên. Nhiều cục fibrin nhỏ trong lòng mạch được hình thành cũng như các cục nghẽn mạch do nước ối. Có lẽ phổi bị thương tổn giải phóng ra fibrinolysin.

1.3. Thai chết lưu

Rối loạn đông máu có thể xảy ra trong bệnh cảnh này, song chỉ trong trường hợp thai đã chết còn lưu lại trong buồng tử cung ít nhất một tháng. Các thromboplastin gây nên các cục nghẽn mạch nhỏ; các chất kích hoạt plasminogen được giải phóng từ bánh rau đang thoái hoá và thai nhi.

1.4. Sẩy thai nhiễm khuẩn

Trong tình huống này cơ chế cũng tương tự như vậy, các mô bị hoại tử giải phóng ra nhiều yếu tố khác nhau. Bệnh cảnh lại còn bị trầm trọng thêm do sự hiện diện của nhiễm khuẩn; tình trạng nhiễm khuẩn này có thể gây nên một phản ứng Schwartzmann.

3. Chẩn đoán và điều trị

Tuy một trường hợp rối loạn đông máu có thể là rõ ràng nhưng khó khăn ở chỗ là chẩn đoán giai đoạn. Về phương diện lý thuyết có ba giai đoạn:

1. **Đông máu.** Các thromboplastin có thể còn lưu hành trong máu ngay cả sau khi lượng fibrinogen vốn có sẵn bị tiêu huỷ.
2. **Mất fibrinogen.** Trong giai đoạn này không còn thấy các thromboplastin nữa, song fibrinogen và các yếu tố đông máu khác bị mất đi.
3. **Tiêu sợi huyết**

Giai đoạn thứ nhất hết sức ngắn và hiếm khi ảnh hưởng tới việc tiếp cận công việc điều trị. Khó khăn ở chỗ là phân biệt các giai đoạn 2 và 3 do thực tế tình hình của bệnh nhân thường nguy ngập, mà các xét nghiệm đặc hiệu lại mất quá nhiều thời gian.

Đại bộ phận những trường hợp rối loạn đông máu có thể điều trị được bằng cách kết hợp truyền máu toàn phần, truyền hồng cầu và tiểu cầu khi có chỉ định. Việc sử dụng heparin để đảo ngược lại tình trạng đông máu rải rác trong lòng mạch vẫn còn có nhiều ý kiến tranh luận, nên điều quan trọng là có sự chỉ dẫn của chuyên gia về huyết học.

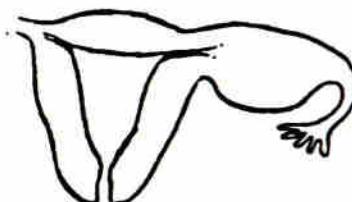
Chương 9

CHẢY MÁU ÂM ĐẠO TRONG KHI MANG THAI

I. TÓM TẮT CÁC NGUYÊN NHÂN

1. Chửa lạc vị trí

- 6-8 tuần
- Chảy máu màng rụng



Hình 9.1. Chửa lạc vị trí

2. Sẩy thai

- Thường xảy ra trước 16 tuần
- Chảy máu trước khi đẻ
- Sau 28 tuần
- Rau bong non
- Rau tiền đạo



Hình 9.2. Sẩy thai

3. Chửa trứng

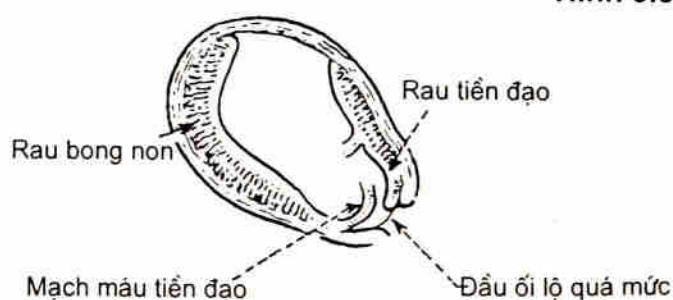
- Thường xảy ra trước 16 tuần
- Dị dạng của bánh rau (xem chương 13)
- Thí dụ:

 - Bánh rau bám kiểu vành
 - Theo định nghĩa, chảy máu sau 28 tuần, song các bệnh cảnh này có thể xuất hiện trong 3 tháng giữa.



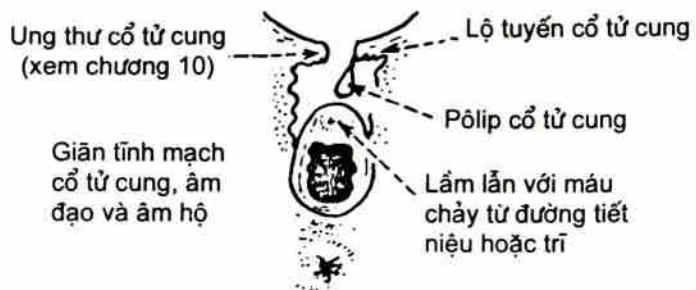
Hình 9.3. Chửa trứng

4. Chảy máu trong khi đẻ



Hình 9.4. Rau bong non

5. Các nguyên nhân ngẫu biến



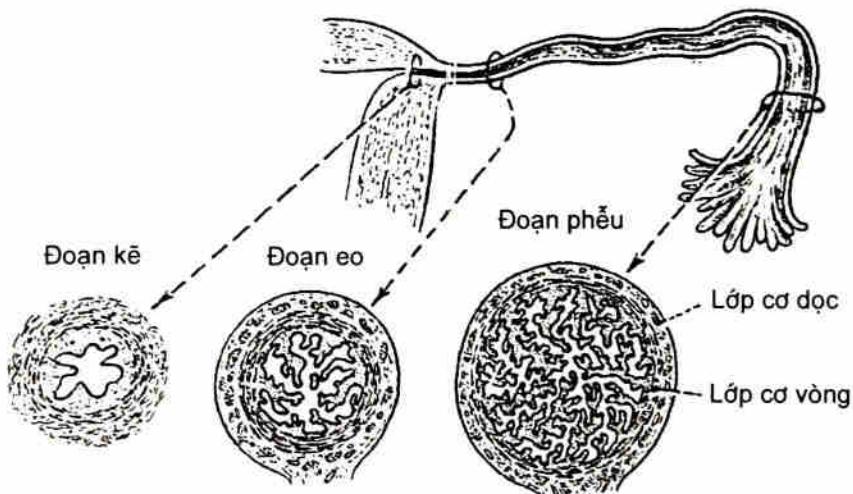
Hình 9.5. Các nguyên nhân ngẫu nhiên

Có thể gặp bất kỳ vào giai đoạn nào khi có thai

II. CHỮA LẠC VỊ TRÍ

1. Định nghĩa

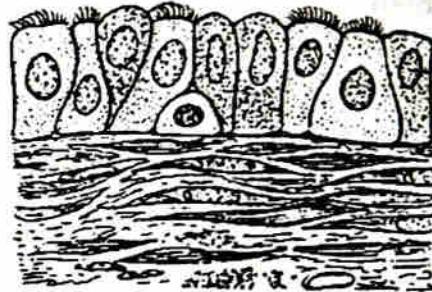
Chữa lạc vị trí là một bệnh cảnh trong đó sản phẩm của thụ thai phát triển ở ngoài buồng tử cung. Cho đến nay vị trí hay gặp nhất là vòi Fallope. Vòi Fallope dài 10cm. Đường kính của nó thay đổi từ 1mm ở đoạn kẽ tới 5mm ở đầu tận của loa vòi.



Hình 9.6. Chửa lạc vị trí

Cấu trúc cơ vòi trứng gồm hai lớp, lớp trong vòng và lớp ngoài dọc. Nhu động của vòi trứng đặc biệt tăng mạnh trong và sau khi phóng noãn. Niêm mạc được xếp chun lại hay có nhiều nếp, khi càng đến gần phễu thì các nếp này càng hoàn chỉnh và nhiều thêm lên.

Niêm mạc chỉ gồm có một lớp tế bào có nhung mao và chẽ tiết, nằm tựa trên một màng đáy dưới niêm mạc và không có phản ứng màng rụng, do đó, lớp cơ dễ bị các nguyên bào nuôi xâm nhập.



Hình 9.7. Niêm mạc vòi trứng

2. Nguyên nhân

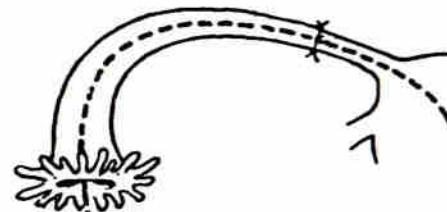
Hiện tượng làm tổ lạc vị trí có thể là ngẫu nhiên hoặc là hậu quả của một dị dạng của vòi trứng làm tắc nghẽn, hoặc làm chậm sự di chuyển của trứng đã thụ tinh.

2.1. Viêm nhiễm ở vòi trứng hoặc chậu hông - trước đó còn tồn dư thương tổn nội mạc, hoặc xoắn vặn do dính

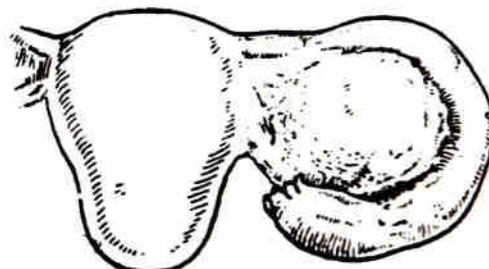
2.2. Phẫu thuật ở vòi trứng trước, thí dụ như triệt sản, khâu phục hồi vòi đã triệt sản hoặc mở thông vòi trứng.

2.3. Dụng cụ tử cung (DCTC). Các phụ nữ thụ thai với một DCTC còn nằm tại chỗ có nguy cơ gia tăng lạc vị trí. Hiện tượng này có thể do nhiễm khuẩn hoặc ảnh hưởng tới sự co bóp của vòi trứng.

2.4. Các dị dạng bẩm sinh của vòi trứng, chẳng hạn như thiểu sản, kéo dài hoặc có túi thừa.



Hình 9.8. Khâu nối vòi trứng



Hình 9.9. Các phẫu thuật ở vòi trứng



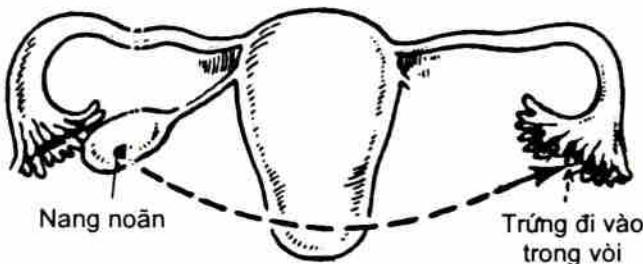
Hình 9.10. Dị dạng bẩm sinh

2.5. Sự di chuyển của trứng đi qua chậu hông để tới vòi trứng bên phia đối diện với nang noãn, từ đó xảy ra hiện tượng phóng noãn.

Hiện tượng phóng noãn.

Nang noãn.

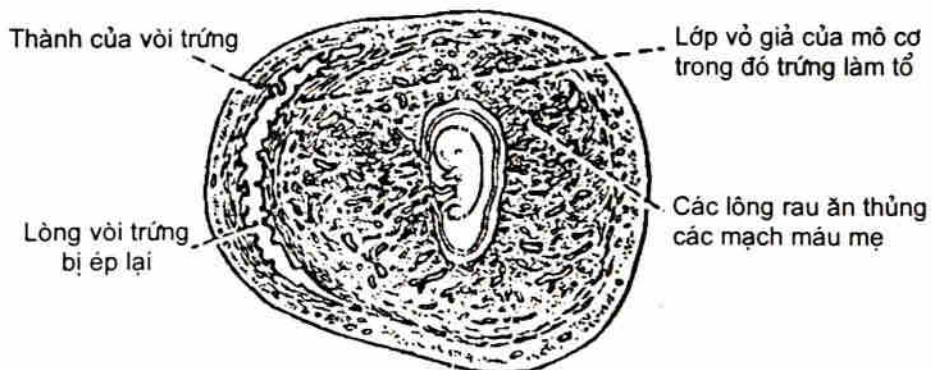
Trứng đi vào vòi.



Hình 9.11. Sự di chuyển của trứng

3. Sự làm tổ của trứng

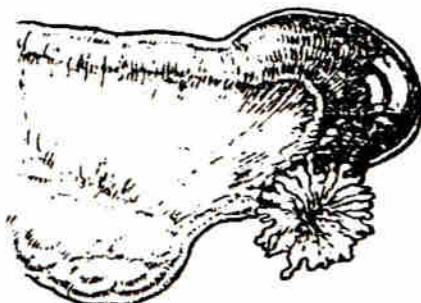
Vì không có màng rụng ở trong niêm mạc vòi trứng, và cũng không có lớp niêm mạc, nên trứng nhanh chóng được vùi qua lớp niêm mạc và làm tổ trong thành lớp cơ của vòi trứng, đục thủng các mạch máu của người mẹ và gây nên hoại tử cơ cùng với các tế bào của tổ chức liên kết.



Hình 9.12. Sự làm tổ

3.1. Đoạn bóng

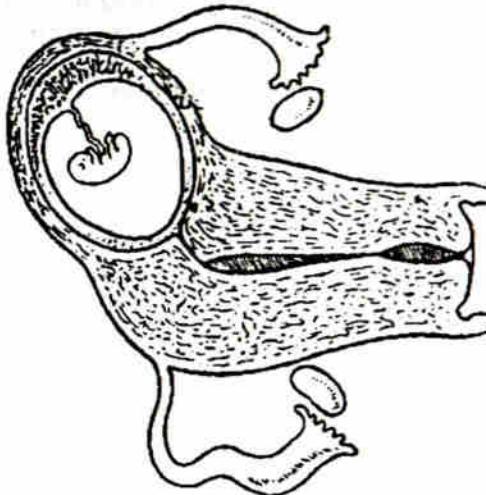
Đoạn bóng của vòi trứng là vị trí làm tổ hay gấp nhất, tiếp theo là eo vòi.



Hình 9.13. Đoạn bóng

3.2. Đoạn kẽ

Sự làm tổ của trứng ở đoạn kẽ rất hiếm gặp, nhưng rất nguy hiểm vì nó kết thúc bằng vỡ lớp cơ tử cung, gây chảy máu nặng.



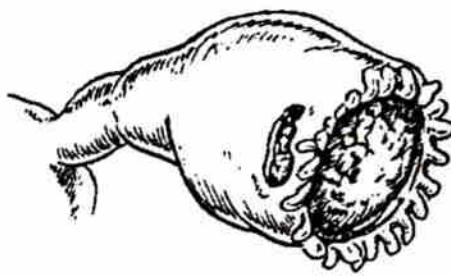
4. Hậu quả

Thành lớp cơ vòi trứng không có khả năng của cơ tử cung để có thể phì đại và giãn ra, cho nên chứa trong vòi trứng bao giờ cũng kết thúc bằng hiện tượng vỡ vòi và trứng bị chết.

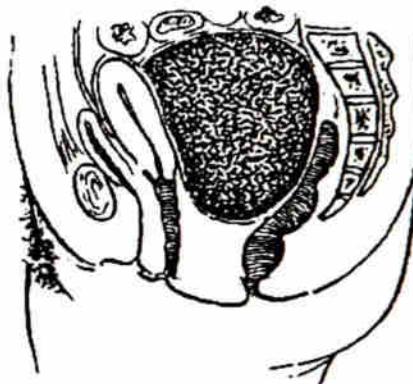
Hình 9.14. Ở đoạn kẽ

4.1. Vỡ vào trong lòng vòi trứng (sẩy vòi trứng)

Đây thường là chửa trong phần bóng ở vào khoảng 8 tuần.



Hình 9.15. Sẩy vòi trứng

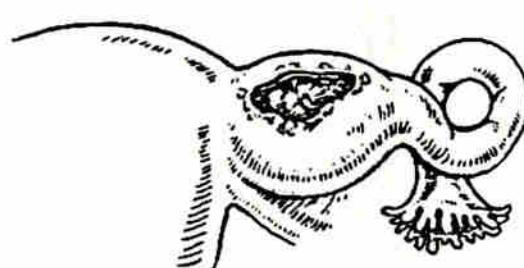


Hình 9.16. Máu đọng trong túi cùng Douglas

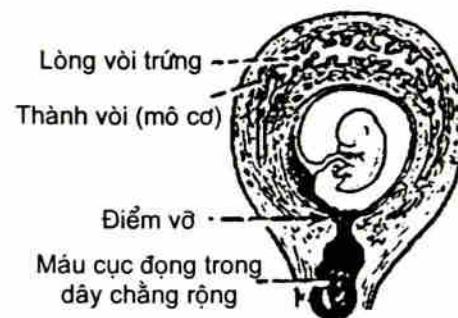
Khối thai bị đẩy ra ngoài, toàn bộ hay một phần về phía đầu tận của loa vòi, có lẽ do áp lực của máu đọng. Có ít máu chảy rỉ rỉ vào trong ổ phúc mạc và máu này có thể đọng thành cục trong túi cùng Douglas. Lúc này nó được gọi là huyết tụ trong tiểu khung.

4.2. Vỡ vào trong ổ phúc mạc

Hiện tượng này có thể xảy ra đột ngột, hoặc do áp lực (chẳng hạn khi rặn ỉa, giao hợp hoặc khám hậu môn) và xảy ra chủ yếu từ đoạn eo hẹp vào trước 8 tuần, hoặc ở đoạn kẽ vào 12 tuần. Máu chảy thường là nặng.



Hình 9.17. Vỡ vào trong ổ phúc mạc

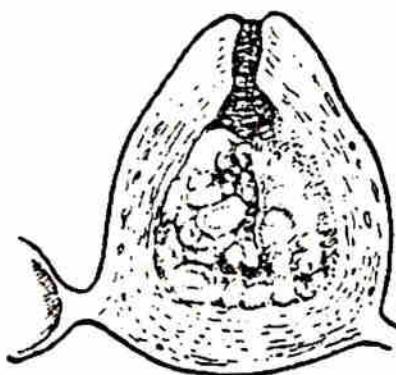


Hình 9.18. Vỡ ngoài phúc mạc

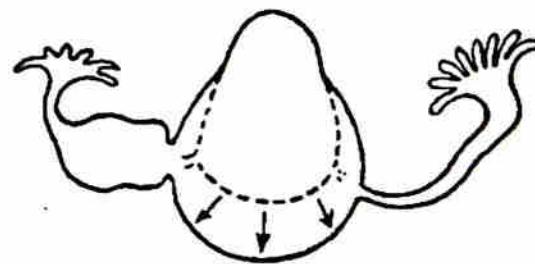
Đôi khi vỡ có thể ở ngoài phúc mạc giữa các lá của dây chằng rộng - huyết tụ dây chằng rộng. Máu chảy ở vị trí này dễ có khả năng kiểm soát.

5. Ảnh hưởng đến tử cung

- Tử cung to lên trong 3 tháng đầu giống hệt như việc làm tổ của trứng bình thường; kích thước tử cung có thể giống như tử cung có thai cùng tuổi. Đây là nguồn gốc của sự nhầm lẫn trong chẩn đoán.
- Màng rụng tử cung phát triển rất phong phú và khi trứng hoặc phôi bị chết, thì chảy máu xuất hiện, vì màng rụng thoái hoá.
- Hiếm thấy màng rụng này bị đẩy ra ngoài thành một khuôn, để rồi vài tuần sau nó được thay thế (có lẽ trước cả khi chẩn đoán lâm sàng) bằng một nội mạc tử cung bình thường.



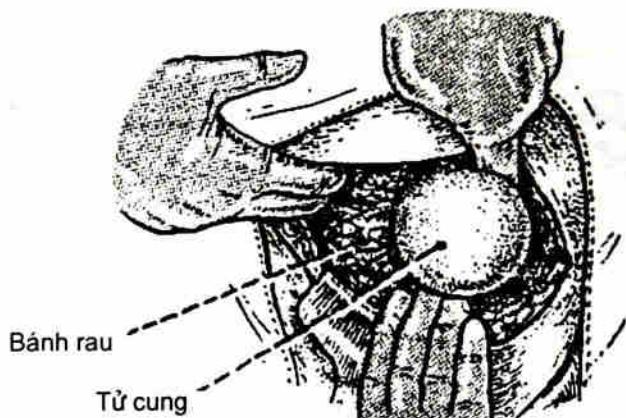
Hình 9.19. Tử cung to lên



Hình 9.20. Hiện tượng chảy máu khi phôi chết

- Tử cung không có thai to lên

Hình 9.21 cho thấy một tử cung không có thai to lên bằng một thai được 16 tuần. Người ta trông thấy khi mổ một trường hợp chứa ổ bụng ở tuần thứ 34, ở đây bánh rau bám vào sàn chậu hông và dây chằng rộng.



Hình 9.21. Chửa ở ổ bụng

6. Các triệu chứng và dấu hiệu

Chửa trong vòi trứng có thể biểu hiện theo nhiều cách khác nhau, thường hay chẩn đoán nhầm.

6.1. Đau

Ở bụng dưới bao giờ cũng thấy hoặc có thể như dao đâm hoặc như cơn đau quặn "đau quặn tử cung". Đau có thể lan lên vai nếu máu trào lên cơ hoành và kích thích dây thần kinh hoành; đau mạnh đến mức có thể làm cho bệnh nhân ngất lịm.

Đau là do vòi trứng co thai bị giãn ra, do sự cố gắng của nó nhằm co bóp và đẩy trứng ra ngoài, và do phúc mạc bị kích thích do máu trào vào.

6.2. Chảy máu âm đạo

Thường xảy ra sau khi trứng đã chết và là tác dụng của hiện tượng giảm estrogen. Máu thường nâu thẫm và ít; tính chất thường của chảy máu làm bệnh nhân nhầm với hành kinh và chính như vậy vô tình cung cấp một tiền sử bệnh sai lầm. Có khoảng 25% chùa vòi trứng không có biểu hiện chảy máu âm đạo.

6.3. Mất máu trong

Nếu mất máu từ từ sẽ dẫn đến thiếu máu. Nếu chảy máu nặng và nhanh (như khi một mạch máu lớn bị đục thủng) thì các dấu hiệu của truy mạch và sốc sẽ xuất hiện. Chảy máu trong cấp tính là một hậu quả bi thảm và nguy hiểm nhất của chùa vòi trứng, song nó thường không hay gặp bằng bệnh cảnh thể hiện máu chảy rỉ rỉ trong chậu hông.

6.4. Khám chậu hông

Ở bệnh nhân tĩnh sẽ phát hiện được sự căng đau tột độ ở vòi trứng có thai, hoặc trong túi cùng Douglas nếu đã có một khối máu tụ đọng lại.

Nếu thai đã quá lớn và chưa bị vỡ, có thể phát hiện thấy một nang (rất căng đau) ở trong cùng đồ âm đạo.

Nhưng thường chỉ gặp dấu hiệu duy nhất là căng đau mà thôi.

6.5. Phúc mạc bị kích thích

Có thể đưa đến phản ứng co cơ, đái rắt, và nếu muộn hơn có sốt nhẹ. Tất cả những biểu hiện này dẫn đến việc chẩn đoán nhầm với viêm ruột thừa.

6.6. Dấu hiệu và triệu chứng của hiện tượng mới mang thai

Có thể biểu hiện ra và giúp ta phân biệt bệnh cảnh này với những nguyên nhân khác của đau bụng dưới. Tiền sử kinh nguyệt có thể bị nhầm lẫn như được nêu trong cột đối diện; Khi làm tổ xảy ra ở đoạn eo, thì vòi trứng có thể vỡ ngay cả trước khi bệnh nhân thấy mất kinh.

6.7. Khám bụng

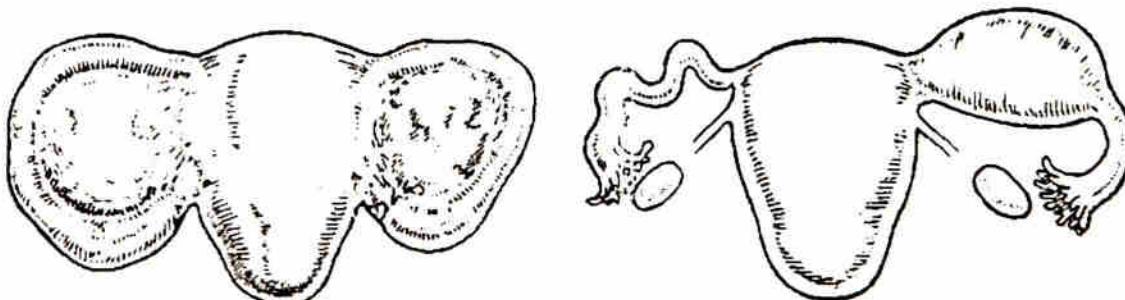
Có thể phát hiện tình trạng căng cứng ở hố chậu bên này hoặc bên kia. Nếu đã chảy máu nhiều vào ổ phúc mạc, có thể thấy co cứng ở khắp ổ bụng và có phản ứng khi ta nắn bụng.

7. Chẩn đoán

1. Viêm vòi trứng
2. Sẩy thai
3. Viêm ruột thừa
4. Xoắn cuống u nang buồng trứng.
5. Vỡ thê vàng hay nang bọc noãn.
6. Thủng ổ loét dạ dày.

7.1. Viêm vòi trứng

Sưng phồng và đau cả hai bên, sốt cao hơn và xét nghiệm thai thường âm tính. Có thể thấy khí hư có mủ từ cổ tử cung ra.



Hình 9.22. Viêm vòi trứng (cả hai bên)

Hình 9.23. Chửa vòi trứng

7.2. Sẩy thai, doạ sẩy hoặc sẩy thai không hoàn toàn

Chảy máu là đặc điểm lâm sàng trội nhất và thường đi trước dấu hiệu đau. Máu chảy thường có màu đỏ hơn là nâu, và đau bụng từng cơn giống như chuyển dạ.

Tử cung to hơn và mềm hơn; cổ tử cung bè ra hoặc giãn mở. Nạo có thể giúp cho việc phát hiện, song không thể dựa vào hình ảnh quan sát bằng mắt thường được.

7.3.3. Viêm ruột thừa

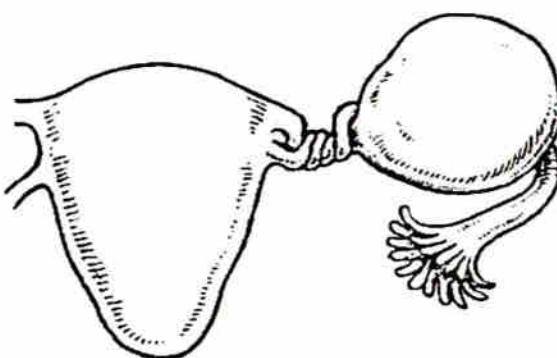
Vùng co cứng ở cao hơn và khu trú vào điểm Mac Burney.

Có thể thấy một chỗ sưng phồng nếu đã hình thành một áp xe ruột thừa, song nó không nằm sâu trong hố chậu nhỏ như khối phồng của vòi trứng. Sốt cao hơn và thường thì xét nghiệm thai âm tính và có vô kinh.

7.4. Xoắn cuống u nang buồng trứng

Khối nang xoắn thường có thể biệt lập với tử cung, trong khi đó thì chửa ở vòi trứng thường lại dính với tử cung. Co cứng có thể rõ rệt, chảy máu trong ổ phúc mạc có thể gây nên sốt.

Không thấy các dấu hiệu và triệu chứng của có thai, song tiền sử lại có nhiều cơn đau đột ngột đã qua đi.



Hình 9.24. Xoắn u nang buồng trứng

7.5. Vỡ nang hoàng thể

Thực tế không thể phân biệt được hiện tượng này với chửa vòi trứng thăm khám được, song một phản ứng nghiêm trọng như vậy hiếm gặp.

7.6. Các hỗ trợ cho chẩn đoán

7.6.1. Bao giờ cũng phải khai thác bệnh sử kỹ mỉ

Hỏi chi tiết về kinh cuối cùng theo giả định, thời điểm của kinh cuối cùng và sự xuất hiện của nó.

7.6.2. Bao giờ cung nghì tới chữa vòi trứng

Một phụ nữ đau bụng dưới lại có khả năng có chứa cần phải được coi là bị chữa lạc chỗ cho tới khi chứng minh được không phải.

7.6.3. Xét nghiệm thai

Một xét nghiệm âm tính không loại được một trường hợp chữa lạc chỗ, song một xét nghiệm dương tính là rất có ý nghĩa. Các nghiệm pháp hiện đại dựa trên cơ sở của các kháng thể đơn cloned hoặc thử nghiệm bêta HCG có thể phát hiện được có thai khi còn rất sớm. Khi kết hợp khám xét bằng siêu âm tử cung chúng có thể chỉ ra sự cần thiết phải thăm dò tiếp tục.

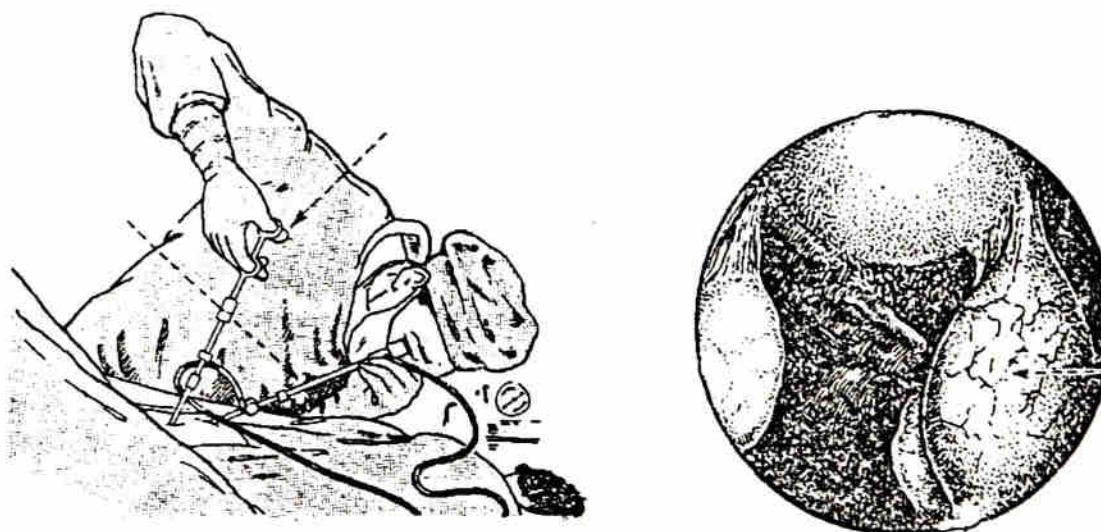
7.6.4. Siêu âm

Giá trị chủ yếu của nó là loại trừ chứa trong tử cung. Nếu công việc này được tiến hành khi xét nghiệm thai dương tính thì dễ có khả năng chữa lạc vị trí.

7.6.5. Soi ổ bụng

Phương pháp này đã trở thành một biện pháp chủ chốt để chẩn đoán trong trường hợp nghi chữa lạc vị trí.

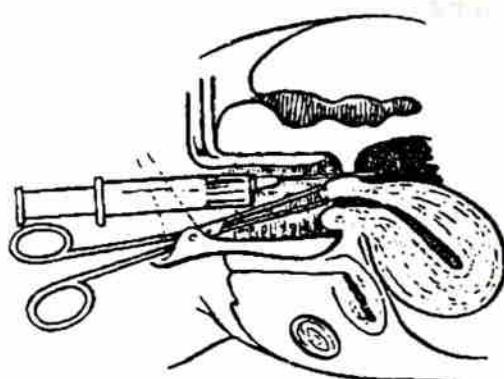
- Một nguồn sáng được truyền vào ống soi nhờ một dây dẫn quang mềm chiếu sáng ổ bụng bằng ánh sáng không phát nhiệt.



Hình 9.25. Soi ổ bụng

- Ống soi ổ bụng đặc biệt có lợi để xác định một chứa vòi trứng chưa vỡ, mới chỉ có triệu chứng nghi ngờ và để loại trừ viêm vòi trứng, và hiện tượng chảy máu từ những u nang buồng trứng nhỏ. Trong một số ít tình huống, khi có máu và có nhiều chỗ dính do viêm thì công việc quan sát kỹ có thể bị trở ngại, như vậy phải mở ổ bụng.

7.6.6. Chọc dò cùng đồ (đưa kim qua cùng đồ sau cửa âm đạo vào túi cùng Douglas)

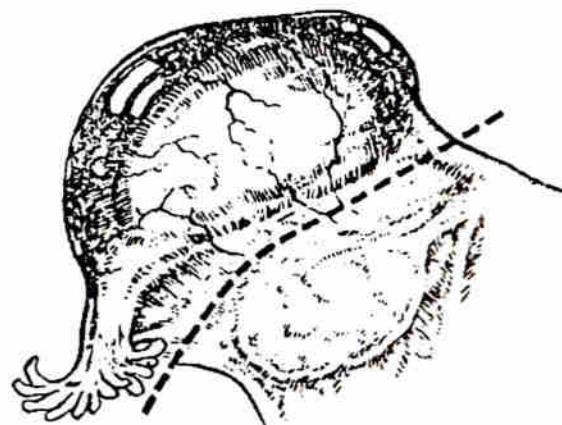


Hình 9.26. Chọc dò cùng đồ Douglas

Biện pháp này có thể giúp chẩn đoán khi không có soi ổ bụng. Máu trong ổ bụng chưa đông, nếu hút được thì đó là một chỉ định mở bụng. Tuy nhiên, biện pháp này không phát hiện được một chửa vòi trứng chưa vỡ; đối với lạc nội mạc tử cung cũng thế. và nếu các dính do viêm cố định các tạng trong chậu hông thì có thể chọc phải ruột.

8. Xử trí

- Khi đã xác định được chẩn đoán, thì bước tiếp là mở bụng không trì hoãn.
- Nếu có chảy máu và sốc thì phải phục hồi thể tích máu bằng cách truyền máu toàn phần hoặc các dịch làm tăng thể tích tuần hoàn, rồi tiến hành phẫu thuật. Tình trạng bệnh nhân sẽ được cải thiện ngay sau khi chảy máu đã được cầm.
- Cắt vòi trứng là biện pháp thích hợp nhất. Phải lấy hết máu loãng và máu cục trong ổ phúc mạc. Bảo tồn và phục hồi vòi trứng, ngay cả khi có thể thực hiện được cũng không nên làm vì nguy cơ tái phát bệnh. Không nên có ý định phục hồi trừ khi có lý do bắt buộc, chẳng hạn như lần trước đã mất đi một vòi trứng ở một bệnh nhân khẩn thiết có con.



Hình 9.27. Cắt vòi trứng

III. CHỮA TRONG Ổ BỤNG

Chữa trong ổ bụng rất hiếm gặp. Trứng bị đẩy ra khỏi vòi và lại bám vào một nơi nào khác trong chậu hông, hoặc sự làm tổ ngay từ đầu đã xảy ra trong phúc mạc.

1. Đặc điểm lâm sàng

- Có tiền sử "doạ sẩy" và chảy máu thất thường.
- Bệnh nhân tiếp tục cảm thấy khó chịu ở bụng và thai nhi cử động thì gây đau đớn.
- Dị dạng của thai nhi là hiện tượng thường gặp và tỷ lệ thai chết cao. Thai chết có thể kèm theo tình trạng nung mủ và túi mủ vỡ vào ruột, hoặc bàng quang, hoặc bị vôi hoá, tạo thành thạch thai.

Trứng có thể bị đẩy vào trong hoặc ra sau ổ phúc mạc. Nguyên bào lá nuôi phát triển liên tục với nguồn cung cấp máu gần nhất (thường là ở dây chằng rộng và mặt sau tử cung), và ở vị trí sau phúc mạc, thì việc kề sát với các mạch máu lớn sẽ làm tăng nguy cơ chảy máu.

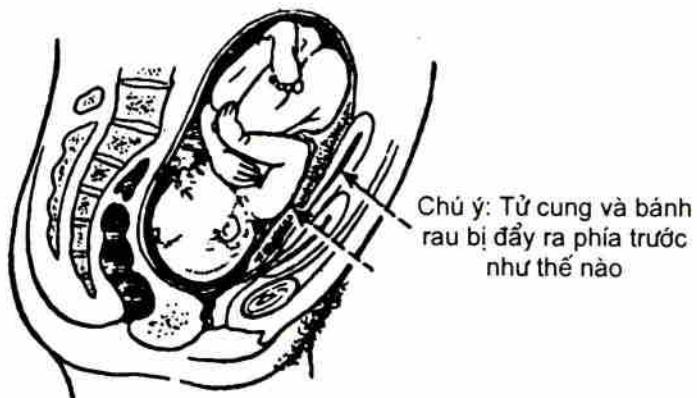
2. Chẩn đoán: khó khăn.

Không thể dựa vào việc sờ nắn ngay cả khi có thể phát hiện thấy các chi thai nhi dễ dàng.

Siêu âm có thể cho thấy thai nhi ở ngoài tử cung và tư thế bất thường của thai do thiếu nước ối gây nên.



Hình 9.28. Vò vào giữa các lá của dây chằng rộng



Hình 9.29. Hình ảnh siêu âm

3. Điều trị

Một khi đã phát hiện ra hoặc nghi ngờ nhiều đến chữa trong ổ bụng thì tốt hơn là nên mở bụng, vì lợi ích của người mẹ. Lấy thai nhi ra, thắt dây rốn và đóng ổ

bụng lại. Không được bóc bánh rau ra trừ khi có thể cầm máu được một cách chắc chắn. Sự phục hồi thường là chậm trong khi bánh rau đang được tiêu di dân, xét nghiệm thai có thể tồn tại dương tính trong khoảng 4 tuần.

IV. SẤY THAI

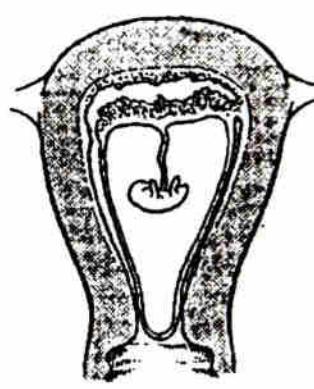
Sẩy thai là hiện tượng khôi thai đã chết bị đẩy ra ngoài trước khi tuổi thai được 28 tuần.

1. Chảy máu

Chảy máu xảy ra ở màng rụng dẫn đến tình trạng hoại tử tại chỗ và viêm.



Hình 9.30. Chảy máu ở màng bụng



Hình 9.31. Cổ tử cung bắt đầu mở

2. Trứng đã bị bong ra một phần hoặc hoàn toàn

tác động như một dị vật gây nên các cơn co tử cung. Cổ tử cung bắt đầu mở.

Cho tới 12 tuần, trước lúc bánh rau phát triển đầy đủ thì sẩy thai có thể hoàn toàn như trong hình 9.32.

Từ tuần thứ 24 túi thai có khả năng bị vỡ đẩy thai ra ngoài trong khi đó rau bị giữ lại.

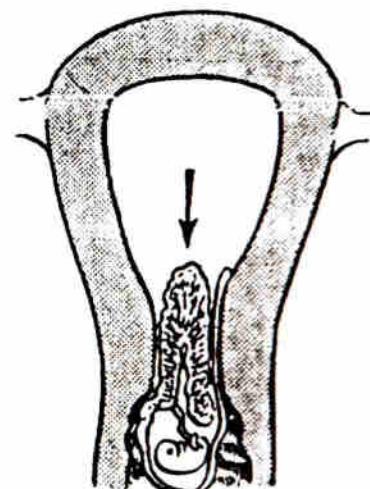
Từ tuần lễ thứ 24 trở đi cơ chế giống như chuyển dạ bình thường, mặc dù bánh rau thường bị sót lại nhiều hơn.

3. Khôi thai bị tống ra ngoài toàn bộ

màng rụng rụng xuống trong vài ngày sau đó, lẫn trong lượng sản dịch.

4. Phân loại

Một khi sẩy thai được coi là không tránh được vì lượng máu mất hoặc do cổ tử cung mở thì nó có thể hoặc:



Hình 9.32. Sẩy thai

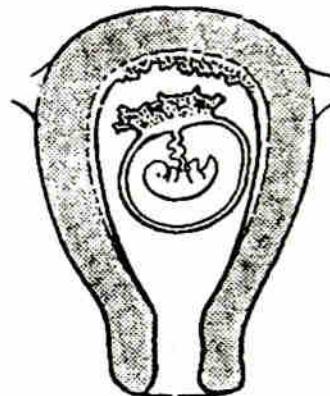
4.1. Sẩy hoàn toàn

Có cảm giác các cơn co tử cung "giống như cuộc chuyển dạ ngắn". Cổ tử cung mở ra và máu tiếp tục chảy. Thai nhi và bánh rau (thường cùng với màng còn nguyên vẹn) bị đẩy ra ngoài hoàn toàn. Tử cung co lại và không cần điều trị gì ngoại trừ tình trạng thiếu máu do chảy máu gây nên.

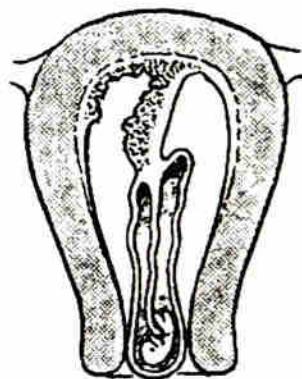
4.2. Sẩy không hoàn toàn

Mặc dù có các cơn co tử cung và cổ tử cung mở ra, nhưng chỉ có thai nhi và một số màng bị đẩy ra ngoài. Rau thai vẫn còn bám một phần vào tử cung, máu tiếp tục chảy. Loại sẩy thai này cần phải giải quyết hoàn chỉnh bằng các thủ thuật ngoại khoa.

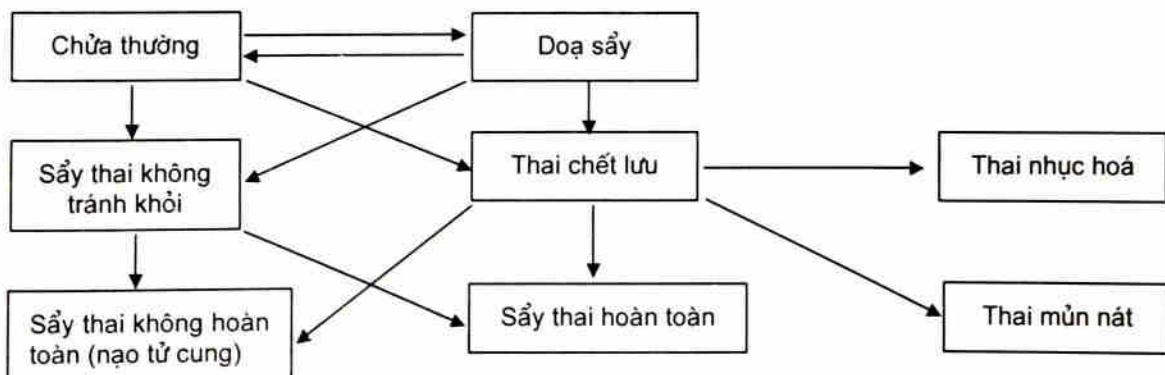
Việc phân loại được dựa trên cơ sở kết hợp giữa các khái niệm lâm sàng và bệnh lý giải phẫu, và cũng nên tương đối linh hoạt cho phù hợp với bệnh cảnh trong đó việc chẩn đoán lâm sàng chỉ có tính chất giả định. Nhiễm khuẩn có thể gây nên biến chứng cho bất kỳ loại sẩy thai nào và thường hay do phá thai phạm pháp gây nên.



Hình 9.33. Sẩy hoàn toàn



Hình 9.34. Sẩy không hoàn toàn



3. Bệnh căn

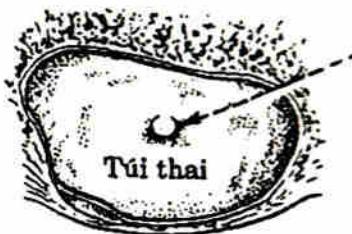
Trong tuyệt đại bộ phận trường hợp không phát hiện được nguyên nhân.

3.1. Trứng phát triển bất thường

Một nửa số phôi thu được sau sẩy thai có tình trạng bất thường về nhiễm sắc thể, hoặc về cấu trúc. Tương tự nhóm máu ABO giữa người mẹ và thai chiếm gần tới 50%, gấp hơn hai lần dự kiến.

3.2. Tình hình bệnh của mẹ

Sốt cao, suy tim do xung huyết, đồng miến dịch Rh nặng, bệnh thận mạn tính, là những bệnh gây ra sảy thai. "Mất cân bằng nội tiết", một bệnh lý không xác định rõ ràng - thường liên quan đến suy giảm progesteron. Hiện tượng này vẫn chưa được khẳng định là nguyên nhân của sảy thai.



Hình 9.35. Túi thai

4. Nguyên nhân tử cung

Những nguyên nhân cơ học thường hiếm gặp song có thể phát hiện ra như:

4.1. Tử cung có thai bị kẹt

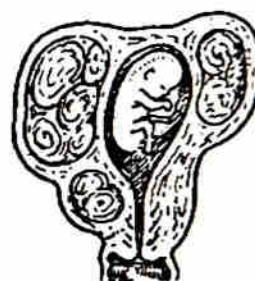
Tử cung có thai to lên không vượt lên khỏi được hố chậu nhỏ vì bị khuất chuyển ra sau.



Hình 9.36. Tử cung có thai bị kẹt

4.2. U xơ tử cung

Một tử cung bị xoắn vặn bởi u xơ có thể không bình chỉnh được với thai đang lớn lên.



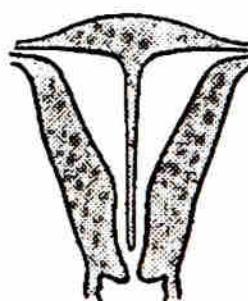
4.3. Hở cổ tử cung

Các vết rách hoặc hở eo tử cung cơ năng có thể làm cho tử cung không giữ được thai một cách bình thường. Sẩy thai xuất hiện vào 3 tháng giữa (xem trang 203)

Hình 9.37.

4.4. Tử cung dị dạng bẩm sinh

Có thể ảnh hưởng tới sự phát triển của thai đang lớn lên.



Hình 9.39. Tử cung dị dạng



Hình 9.38. Hở cổ tử cung

5. Đặc điểm lâm sàng

Chảy máu thường là dấu hiệu đầu tiên và có thể rất nặng nếu rau không bong hoàn toàn.

Bệnh nhân thường đau từng cơn, "giống như một cuộc chuyển dạ ngắn". Đau mất đi khi sẩy thai hoàn toàn. Cổ tử cung mở có nghĩa là sẩy thai không tránh được.

5.1. Doạ sẩy

Sẩy thai được coi là doạ sẩy khi có bất kỳ hiện tượng chảy máu nào xuất hiện trước tuần thứ 28. Đau có thể đi kèm với doạ sẩy, nhưng quá trình sẩy thai có thể chưa bắt đầu trong tử cung, và thai vẫn có khả năng tiếp tục phát triển. Một số phụ nữ có xu hướng chảy máu trong những tháng đầu không rõ lý do gì. Có thể là màng rụng rụng xuống vào thời gian mất kinh cho tới tận 12 tuần. Cách chữa cho bệnh nhân là nằm nghỉ tại giường. Phải tiến hành chẩn đoán siêu âm để xác định là thai vẫn còn sống.

Trong trường hợp như vậy thì cần động viên người bệnh và cho cử động dần dần.

5.2. Sẩy thai không tránh được

Ở đây chảy máu có thể còn nhẹ và cổ tử cung còn đóng. Về phương diện lâm sàng một người đàn bà có thể bị doạ sẩy thai nhưng có chảy máu ở sau bánh rau và trứng đã chết.

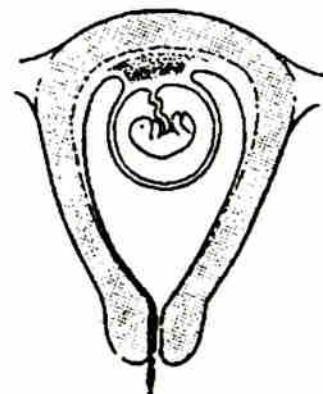
Những cơn co tử cung gây đau sẽ xảy ra và cổ tử cung bắt đầu mở. Siêu âm xác định là thai không tiếp tục phát triển nữa; cách điều trị là nạo buồng tử cung.

5.3. Sẩy thai không hoàn toàn

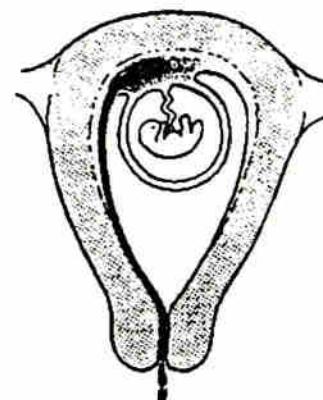
Bệnh nhân có thể đã bị chảy máu nhiều và có các cơn co tử cung gây đau. Trong âm đạo có thể thấy mô thai và máu cục. Có thể cầm máu bằng cách tiêm bắp ergometrin 0,5mg.

Cách điều trị này thường được kết hợp với một thuốc giảm đau như pethidin hoặc morphin. Biện pháp này có thể cầm máu chờ cho đến khi tử cung được nạo bằng dụng cụ.

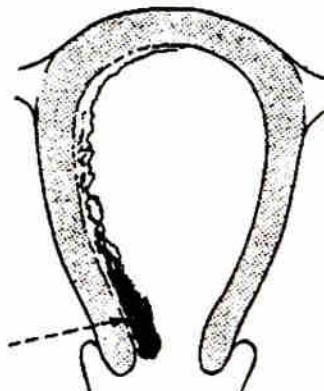
Vì giảm thể tích tuần hoàn có thể cần phải truyền máu.



Hình 9.40. Doạ sẩy



Hình 9.41. Sẩy không tránh được

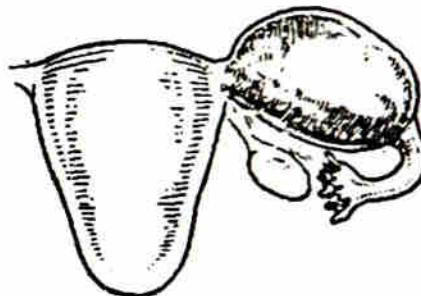


Hình 9.42. Sẩy không hoàn toàn

6. Chẩn đoán phân biệt

6.1. Chửa vòi trứng

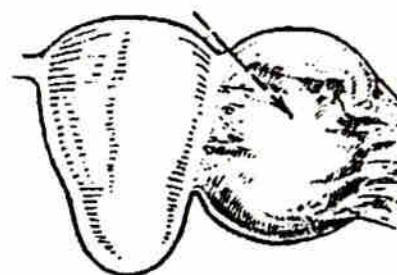
Vòi trứng bị sưng phồng lên có thể không tách biệt được với tử cung to lên. Thường có một bệnh sử dữ dội và chảy máu nhẹ song có thể cần phải tiến hành soi ổ bụng.



Hình 9.43. Chửa ở vòi trứng

6.2. U mủ vòi trứng

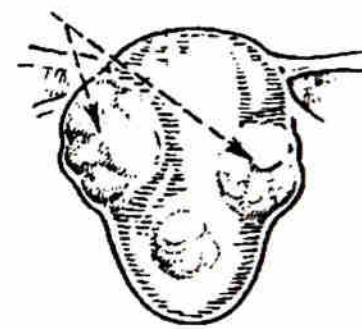
Tử cung có thể cũng bị dính và thường có chảy máu thất thường. Có thể không thấy rõ chứng cớ của sự có thai tuy nhiên có những dấu hiệu toàn thân về nhiễm khuẩn.



Hình 9.44. Ú mủ vòi trứng

6.3. U xơ tử cung

Nếu bệnh nhân không béo quá thì phải sờ thấy được tình trạng lồi lõm của khối u. Chảy máu có thể nặng nhưng không có bệnh sử mất kinh. Có thể vừa gặp sẩy thai lại vừa thấy u xơ tử cung.

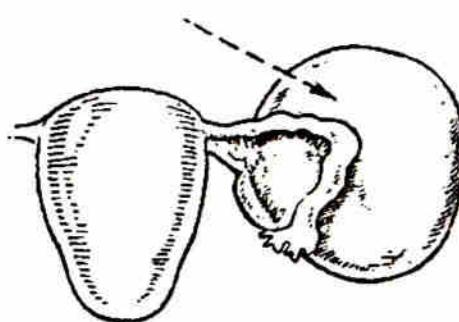


Hình 9.45. U xơ tử cung

6.4. U nang buồng trứng

Các u nang hoàng tuyến hay nang noãn có thể gây nên mất kinh và chảy máu thất thường. Khi thăm khám thấy tử cung tách rời.

Một số chảy máu tử cung không có cơ sở giải thích thực thể; bệnh nhân chấp nhận hoặc mong muốn chẩn đoán sẩy thai, vì không mong điều gì tốt hơn nữa.



Hình 9.46. U nang buồng trứng

6.5. Bệnh tử cung xuất huyết

Bệnh tử cung xuất huyết có thể lầm với sẩy thai, vì có giai đoạn mất kinh rồi tiếp theo là chảy máu nặng. Sự phân biệt chỉ có thể thực hiện được nhờ xét nghiệm về mô học mà thôi.

7. Xử trí

7.1. Điều trị bằng thủ thuật đối với sẩy thai không hoàn toàn

7.1.1. Phải thực hiện công việc này tại phòng mổ; bệnh nhân cần được gây mê.

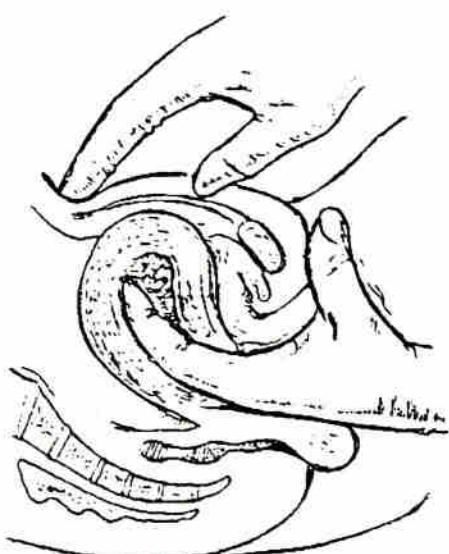
7.1.2. Người bệnh có thể chảy máu:

- Trước khi vào viện.
- Khi đang nằm trong bệnh viện.
- Trong lúc đang tiến hành thủ thuật.

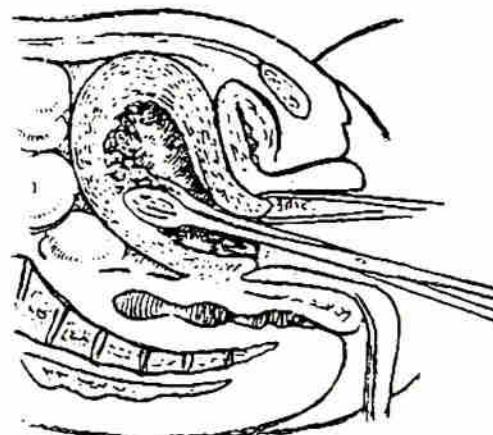
Chảy máu có thể nặng; phương tiện truyền máu phải sẵn sàng trong tay.

7.1.3. Người làm thủ thuật luôn luôn phải nhớ rằng tử cung có thai có thể bị thủng dễ dàng bởi các dụng cụ kim loại.

a. "Nạo trước bằng tay" được thử làm trước.



Hình 9.47. Nạo trước bằng tay



Hình 9.48. Kẹp gấp trứng

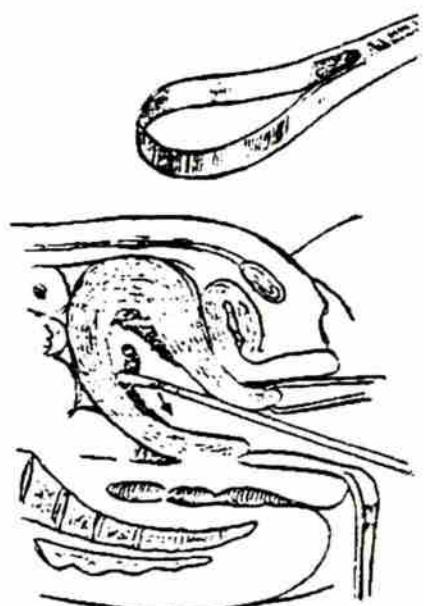
b. Lấy rau bằng kẹp gấp trứng

Mở rộng các má của kẹp gấp trứng và xoay để gấp lấy mô thai rồi kéo nhẹ nhàng ra ngoài. Trước khi dùng bất kỳ một dụng cụ nào trong buồng tử cung thì nên tiêm 10 đơn vị syntocinon hoặc 0,25mg ergometrin vào tĩnh mạch, làm cho tử cung co lại và thành tử cung dày lên.

7.2. Nạo tử cung

Có thể thử dùng một thia cùn trước; nhưng thường cần đến một thia sắc.

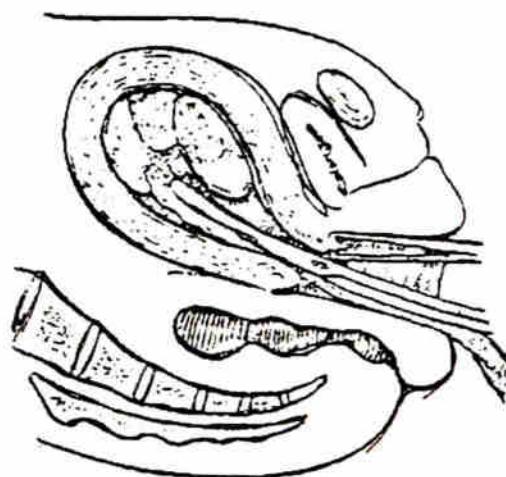
Mặt lõm của vòng thia nạo được ép vào thành tử cung và kéo xuống phía dưới. Sau đó lại áp tiếp vào phần khác của thành tử cung. Không đẩy thia nạo lên thành tử cung.



Hình 9.49. Tạo tử cung bằng thia

7.3. Chèn gạc tử cung

Biện pháp này chỉ cần thiết nếu máu vẫn chảy tiếp tục từ một tử cung đã rỗng mà thuốc gây co rút tử cung không có hiệu quả, hoặc nếu tử cung vẫn còn sót các phần thai mà nếu nạo thì quá nguy hiểm.



Hình 9.50. Chèn gạc tử cung

Điều quan trọng là phải chèn toàn bộ buồng tử cung, chỉ chừa đúng đoạn dưới. Dùng gạc vô khuẩn khô và gạc chèn phải rút ra sau 12 giờ.

V. THAI CHẾT LƯU

1. Định nghĩa

Thai chết lưu là hiện tượng một trứng đã chết bị giữ lại nhiều tuần trong buồng tử cung.

2. Triệu chứng, chẩn đoán

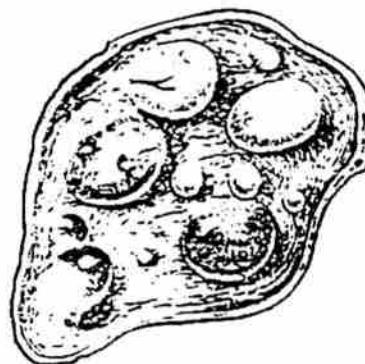
Hiện tượng trứng đã chết xảy ra mà không được biết hoặc chỉ thể hiện bằng chảy máu âm đạo chút ít; chảy máu có thể ngừng lại sau khi được điều trị như doạ sẩy.

Tuy thế, các tuyến vú ngừng lại không phát triển lên nữa và tử cung thu nhỏ lại vì dịch ối bị hấp thu đi. Xét nghiệm thai sẽ âm tính sau khi trứng chết khoảng một tuần; siêu âm có thể khẳng định được tình trạng này.

Nếu được giữ lại trong buồng tử cung dài ngày thì thai có thể kết thúc dưới dạng:

2.1. *Thai nhục hoá*

Thai nhục hoá là một khôi chia thành mui của cục máu đông thành phiến. Các chỗ lồi vào trong buồng tử cung đã co rùm lại là do chảy máu liên tiếp giữa trung sản mạc và màng rụng tạo nên. Khi thai còn rất non (tới 12 tuần) trứng đã chết có thể hoàn toàn bị tiêu diệt.



Hình 9.51. Thai nhục hoá

2.2. *Thai nhi mủn nát*

Các xương hộp sọ xẹp lại và chồng lên nhau; cột sống gập lại (những biến đổi này gọi là "dấu hiệu Spalding nhìn thấy trên phim X quang"). Nội tạng bị hoại tử; ổ bụng chứa đầy một chất dịch lᾶn máu. Da bị tróc hết sức dễ dàng.

Các biến đổi về cơ thể bệnh ở thai như xác ướp (thai nhi bị ép mỏng) và vôi hoá (thạch thai) rất hiếm gặp.



Hình 9.52. Thai mủn nát

3. Điều trị

Nếu cứ để mặc thì đại bộ phận những trường hợp thai chết lưu sẽ bị đẩy ra một cách tự nhiên; song giai đoạn chờ đợi có chút ít nguy cơ rối loạn cơ chế đông máu; phải phát hiện tình trạng này trước khi bắt tay vào việc làm sạch tử cung.

Nếu tử cung không to hơn kích thước của thai từ 8 đến 10 tuần thì có thể nạo. Thủ thuật này đòi hỏi phải có kinh nghiệm và vì máu chảy xối xả cho tới khi tử cung đã được nạo sạch, nên phải có sẵn các phương tiện truyền máu.

Nếu tử cung quá to không thể nạo được, thì nên dùng prostaglandin E2 theo đường ngoài màng ối.

VI. SẢN THAI NHIỄM KHUẨN

1. Đại cương

Nhiễm khuẩn có thể gây ra biến chứng cho sản thai một khi tử cung bắt đầu mở, hoặc đưa dụng cụ vào trong buồng tử cung.

2. Nguyên nhân

2.1. Việc nạo buồng tử cung bị chậm trễ. Hoặc bệnh nhân không đi khám kịp thời, hoặc việc nạo tử cung đã không hoàn hảo. Nhiễm khuẩn xảy ra từ các vi khuẩn nằm trong âm đạo sau 48 giờ.

2.2. Chấn thương do thủng tử cung hoặc do rách cổ tử cung. Hiện tượng lành vết thương bị chậm lại và nhiễm khuẩn thường thấy hơn là viêm phúc mạc hoặc viêm tủy tổ chức tế bào. Dĩ nhiên là phá thai phạm pháp đặc biệt dễ gây nên nhiễm khuẩn.

2.3. Các vi sinh gây nhiễm khuẩn

Những vi sinh này thường là các vi khuẩn cộng sinh ở âm đạo hay ở ruột.

1. Liên cầu khuẩn yếm khí.
2. Trực khuẩn dạng coli.
3. Clostridium welchii.
4. Vi khuẩn gây hoại tử.

Bất kỳ vi khuẩn nào thuộc các loại này đều có thể gây nên sốc nhiễm khuẩn, nhưng đặc biệt là hai loại cuối (xem phần mô tả).

3. Đặc điểm lâm sàng

Chảy máu nhẹ vẫn tiếp tục kèm với sốt và mạch nhanh. Khi thăm khám phát hiện ra chậu hông căng, đau; bệnh nhân bồn chồn lo lắng.

4. Điều trị

Điều trị phải tích cực để hạn chế nguy cơ sốc nhiễm khuẩn. Phải làm phiến đồ cổ tử cung và phần trên của âm đạo cùng với cấy máu; dùng kháng sinh có phổ rộng

chẳng hạn như cephalosporin cùng với một thuốc có hiệu lực đối với các vi khuẩn yếm khí nêu trên. Cần nạo tử cung càng sớm càng tốt; để các chất nhiễm khuẩn trong buồng tử cung chẳng có lợi gì. Tử cung bị nhiễm khuẩn đặc biệt dễ bị thương tổn do chấn thương.

VII. SẤY THAI LIÊN TIẾP

1. Định nghĩa

Sẩy thai liên tiếp là hiện tượng sẩy thai tự nhiên kế tiếp nhau diễn ra ít nhất tới 3 lần.

2. Bệnh căn

Phải nghi ngờ một nguyên nhân gây tái phát song điều này hiếm khi có thể xác định được mặc dù cách phát hiện bất kỳ các bệnh cảnh khác nhau nào đã được nêu lên ở trang trước.

3. Điều trị

Công việc điều trị thường là theo kinh nghiệm, và khi thành công thì không thể không tính đến những tác dụng tâm lý của việc săn sóc chặt chẽ về y tế. Nghỉ ngơi và đảm bảo là thai vẫn tiếp tục phát triển phải dựa vào chẩn đoán siêu âm.

3.1. Do hở cổ tử cung

Sẩy thai liên tiếp thường được cho là tại nguyên nhân này, đặc biệt là khi đã có tiền sử chấn thương, chẳng hạn như phá thai trong 3 tháng giữa hoặc một ngẫu biến làm cổ tử cung thương tổn trong khi đẻ. Bệnh cảnh này thường không phổ biến nên có khuynh hướng hay bị chẩn đoán lạm dụng. Bệnh sử của bệnh nhân là điều hướng dẫn tốt nhất để chẩn đoán, và các đặc điểm sau đây giúp ta chẩn đoán phân biệt giữa hở eo tử cung với các nguyên nhân gây sẩy thai khác.



Hình 9.53.

- Thái bị sẩy vào 3 tháng giữa hay đầu 3 tháng cuối.
- Cổ tử cung có thể mở ra một cách thầm lặng, gây nên thoát vị túi thai và vỡ các màng ối.
- Chảy máu không phải là một đặc điểm.

Nếu thấy cổ tử cung bị thương tổn thì phải sửa chữa lại, song thường tổn thương khó có thể nhìn hoặc sờ được. Cách điều trị là khâu cổ tử cung (kiểu khâu Mac Donald, kiểu khâu Sirodkar: khâu vòng cổ tử cung) được áp dụng theo kinh nghiệm.

- Kỹ thuật khâu vòng cổ tử cung

– Dưới gây mê, dùng một kẹp để cặt cổ tử cung rồi khâu mốc 4 mũi bằng chỉ không tiêu ở ngang tâm lỗ trong cổ tử cung. Đường khâu được buộc lại để nén nong cổ số 6 không lọt qua được, và cắt chỉ khi thai đến tuần 37.

– Biện pháp điều trị này không được gây hại gì nhưng thường được áp dụng một cách quá bất hợp lý cho những bệnh nhân bị sẩy thai liên tiếp, mà nguyên nhân hở cổ tử cung không có gì là rõ ràng. Cho nên mặc dù khâu sẩy thai vẫn không tránh được, thì phải tháo chỉ khâu để tránh thương tổn cho cổ tử cung.

3.2. Do thiếu năng nội tiết

Hoàng thể tiết ra progesteron, chủ yếu để duy trì thai trong giai đoạn đầu, song sự phụ thuộc vào nội tiết này ngừng lại khi thai được 8-10 tuần. Do đó, thiếu năng progesteron là nguyên nhân sẩy thai còn đang tranh luận. Chắc chắn không có sự xác nhận nào về lý thuyết cho việc sử dụng progesteron ngoại lai trong 3 tháng giữa.

Bằng chứng của thiếu năng progesteron có thể phát hiện bằng cách định lượng progesteron trong huyết thanh, hoặc nếu không có xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang thì dùng các nghiệm pháp sau:

3.2.1. Tế bào học âm đạo

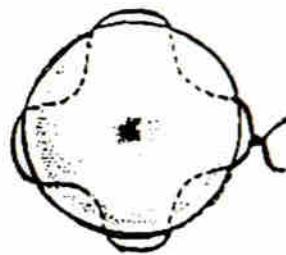
Trong khi có thai có hiện tượng tăng sinh của các lớp tế bào trung gian của niêm mạc âm đạo; loại tế bào gấp nhiều nhất là "tế bào hình thoi" - một tế bào có hình bầu dục hoặc hình thuyền với bờ dày, bào tương kiềm tính, sáng và nhân có những hốc. Khi thiếu năng progesteron có hiện tượng biến đổi về hình thái; số lượng tế bào sừng hoá và nhân đông tăng lên.

Có nhiều tế bào gấp góc với cá nhân đông nhỏ, thường là có phản ứng toan tính.

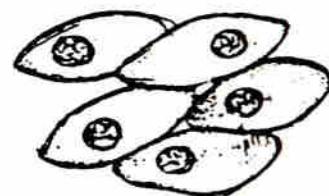
Khi tế bào này vượt quá 20% số lượng tế bào ("một chỉ số nhân đông cao") thì người ta chẩn đoán là thiếu năng progesteron.

3.2.2. Dịch nhầy cổ tử cung kết tinh hình lá dương sĩ

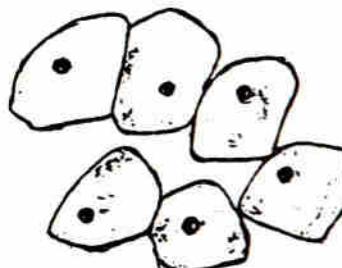
Đây là một biện pháp khám xét vi thể dịch nhầy cổ tử cung đã được để khô đi trong đó có thể quan sát thấy các tinh thể Na, Cl và KCl, khi không có ảnh hưởng của progesteron.



Hình 9.54. Kỹ thuật khâu cổ tử cung



Hình 9.55. Các tế bào hình thoi



Hình 9.56. Các tế bào nhân đông

Cả hai xét nghiệm này đều được dùng trong vòng kinh bình thường làm các nghiệm pháp xác định hiện tượng phóng noãn.



Hình 9.57. Dịch nhầy kết tinh hình lá dương sĩ

VIII. CHỮA TRỨNG VÀ UNG THƯ NGUYÊN BÀO NUÔI

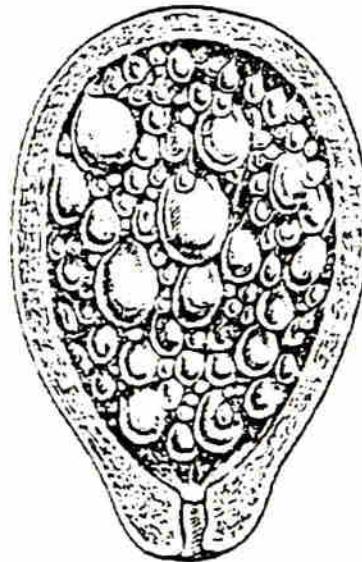
Chữa trứng ở bánh rau là một dạng tân sản của lớp nguyên bào nuôi, có thể dẫn đến một hiện tượng tăng sinh thực sự ác tính của các nguyên bào nuôi, gọi là ung thư nguyên bào nuôi.

1. Mô học

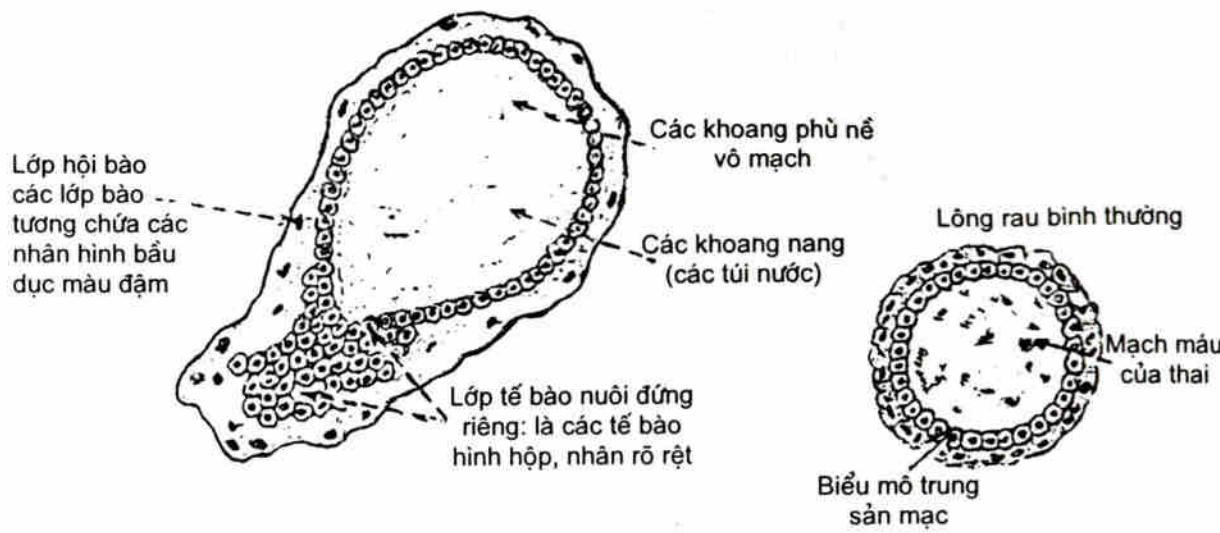
Nhìn bằng mắt thường thì chữa trứng giống như một chùm nho màu hơi trắng, thường lẫn với máu cục. Về phương diện vi thể, các lông rau có 3 loại biến đổi:

1. Tăng sinh nguyên bào nuôi ở cả lớp hội bào và lớp tế bào nuôi đứng riêng (các tế bào Langhan).
2. Những biến đổi ứ nước trong mô đệm, tạo thành các túi nước.
3. Không có các mạch máu của thai nhi.

Trong một lông rau bình thường các lớp nguyên bào nuôi chỉ có một lớp tế bào; không có hiện tượng tăng sinh; mô đệm chứa nhiều tế bào và có các mạch máu của thai.



Hình 9.58. Chữa trứng nhìn đại thể



2. Chửa trứng hoàn toàn và chửa trứng không hoàn toàn

Hiện tại chửa trứng được phân chia thành hoàn toàn hoặc không hoàn toàn. Việc phân biệt dựa trên xét nghiệm mô học và bằng chứng của kiểu nhân; sự phân biệt này có ý nghĩa đáng kể về lâm sàng.

2.1. Chửa trứng hoàn toàn

Loại này có những biến đổi thoái hóa nước toàn bộ và không có tuần hoàn thai. Tăng sinh của các nguyên bào nuôi đứng riêng rất rõ.

Trong tuyệt đại bộ phận các trường hợp thì kiểu nhân là 46 XX, hoàn toàn từ sự tham gia về phía người bố gây nên. Sự thụ thai là do tinh trùng đơn bội thể (23X), chúng phân đôi các nhiễm sắc thể mà không có hiện tượng phân bào. Tại sao lại không có sự tham gia của trứng khi không được biết rõ. Chửa trứng hoàn toàn dễ có khả năng trở thành ác tính.

2.2. Chửa trứng không hoàn toàn

Loại chửa trứng này phôi hợp với thai (ngay cả khi chỉ có một chứng cớ duy nhất là các dấu vết vi thể). Hiện tượng biến đổi thành chửa trứng thay đổi, và tuy có tăng sinh thì cũng ở mức vừa phải. Kiểu nhân bất thường hay phát hiện được nhất là tam bộ thể (69 XXX hoặc XXY), kết quả của thụ thai do nhiều tinh trùng gây nên. Loại chửa trứng không hoàn toàn ít có khả năng trở thành ác tính.

3. Bệnh căn của chửa trứng

Người ta chưa biết rõ trừ những yếu tố bao gồm tuổi, môi trường và có thể là cấu trúc di truyền. Chửa trứng thường hay thấy ở người Châu Á hơn là người Caucase. Tần xuất ở người Châu Âu vào khoảng 1/2000 so sánh với tần suất cực cao là 1/250 ở Philippines.

3.1. Tuổi người mẹ

Chửa trứng hay gặp phần lớn ở những phụ nữ dưới 20 tuổi và trên 45, và là những phụ nữ rất hay phát hiện có những dị dạng bẩm sinh. Ở các nước Châu Á, nơi có tỷ lệ sinh đẻ cao, phụ nữ có khuynh hướng tiếp tục sinh nở cho tới lúc đã đứng tuổi trong cuộc đời sinh sản của mình.

3.2. Đẻ nhiều và dinh dưỡng kém

Tuy không có bằng chứng gì về sự giảm sút chế độ ăn uống đặc hiệu là nguyên nhân; các yếu tố này thường gây ra dị tật bẩm sinh, ở mỗi xã hội. Các nước châu Á có tỷ lệ sinh đẻ cao và tử vong chu sinh cùng tử vong trẻ nhỏ cũng cao. Họ cũng phải giải quyết các vấn đề gây ra do suy dinh dưỡng.

4. Đặc điểm lâm sàng

Bệnh cảnh hiếm gặp này có xu hướng bất ngờ song phải luôn luôn nghĩ đến trong những trường hợp doạ sảy thai, hoặc nôn nghén nặng.

4.1. Các triệu chứng

4.1.1. Chảy máu

Đây hầu như là quy luật. Có thể gặp tình trạng đông máu trong lòng mạch ở mức độ nhẹ đi kèm với chửa trứng; tiểu cầu giảm và các sản phẩm thoái giáng của fibrin tăng.

4.1.2. Nghén nặng

Triệu chứng này có thể do sự gia tăng chế tiết của HCG, tuy rằng chưa bao giờ nó được khẳng định là nguyên nhân của nghén nặng trong trường hợp có thai thường.

4.1.3. Xanh tái và khó thở

Thiểu máu thường nặng hơn dự kiến và có thể chảy máu nặng ở trong buồng tử cung.

4.1.4. Lo lắng và run chân tay

HCG là một glycoprotein tương tự hormon kích giáp trạng; nó có các tính chất kích thích tuyến giáp yếu.

4.2. Các dấu hiệu

4.2.1. Tử cung to lên

Đa số bệnh nhân có dấu hiệu này vào khoảng tuần 14, và phần lớn trường hợp tử cung lớn hơn so với tuổi thai. Sự hiện diện của các nang vỏ - hoàng tuyến ở buồng trứng gấp vào khoảng 10% số trường hợp, có thể bổ sung cho cảm giác này.

4.2.2. Không thấy tiếng tim thai

Rất hiếm thấy chửa trứng với thai cùng tồn tại.

4.2.3. Không thấy các phần thai nhi

Tử cung có cảm giác mềm nhèo.

4.2.4. Các dấu hiệu của tiền sản giật

Tăng huyết áp và protein niệu ở tuần 16 có ý nghĩa khêu gợi rất mạnh là chửa trứng.

4.2.5. Mức trầm trọng của thiếu máu không cắt nghĩa được

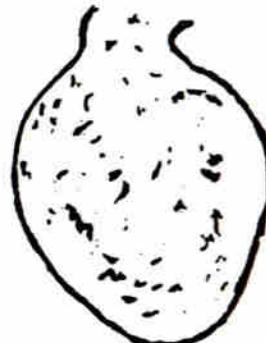
4.2.6. Các bọng nước tụt qua âm đạo ra ngoài (giúp xác định chẩn đoán)

4.2.7. Các dấu hiệu của cường năng tuyến giáp

4.3. Sẩy bọc nước

Hiện tượng này gặp trong 3 tháng đầu. Trong các sản phẩm của hiện tượng thụ thai thường có tình trạng kết hợp giữa các lông rau bình thường với các lông rau bị ú nước. Song trong loại lông rau thứ hai này biểu mô bị teo đi.

Tình huống này có thể nhầm với chửa trứng không hoàn toàn; song lớp nguyên bào nuôi bị teo và bệnh cảnh không phải là một khối u tân tạo.



Hình 9.60. Sẩy bọc nước

5. Chẩn đoán bằng siêu âm

Siêu âm đã trở thành phương pháp chính để chẩn đoán chửa trứng. Nó hết sức chính xác, miễn là chửa trứng đã phát triển đầy đủ, vì âm vang phát sinh từ khối các bọng nước tạo nên một hình ảnh đặc hiệu là "bão tuyết". Việc quét siêu âm phải do người có kinh nghiệm tiến hành, vì các hình ảnh bọng nước có thể nhầm với sẩy thai nhiễm khuẩn hoặc u xơ.



Hình 9.61. Siêu âm

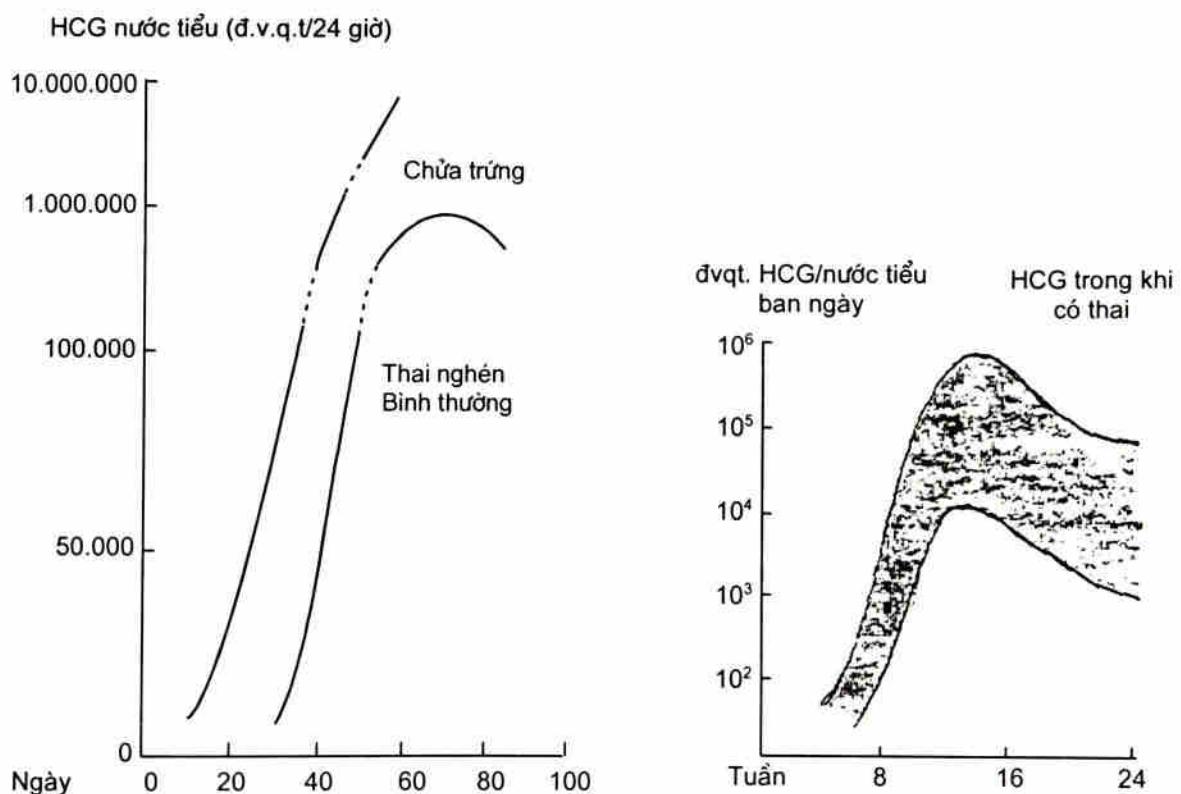
6. Chẩn đoán bằng kích dục tố rau thai

Vì phần lớn các nguyên bào nuôi tiết ra HCG nên xét nghiệm loại kích dục tố này là cách đo lường khối lượng mô của khối u. Khái quát lượng kích dục tố rau thai cao được phát hiện khi có chửa trứng. HCG là một glycoprotein của hai chuỗi polypeptid, alpha và beta. Beta chỉ có trong HCG; hiện nay người ta có thể dùng xét

nghiệm miễn dịch huỳnh quang cực chính xác để tìm beta HCG. Tuy vậy, đối với công việc chẩn đoán và theo dõi thông thường thì xét nghiệm HCG tiêu chuẩn là đủ đáp ứng.

Có những biến động lớn về mức của nội tiết này trong thai thường, chúng đạt mức cao nhất vào khoảng 14 tuần rồi sau đó tụt xuống.

Để có thể chẩn đoán được trước 14 tuần, thì phải đạt được trên mức 1000 đvqt/ml huyết thanh. Khoảng 1/3 số trường hợp không khẳng định được nên có thể cần làm liên tiếp xét nghiệm để chẩn đoán.



Hình 9.62. HCG nước tiểu 24 giờ

7. Điều trị

Khi đã chẩn đoán xác định được thì phải lấy trứng ra khỏi tử cung.

7.1. Nguy cơ trước khi nạo

- Chảy máu
- Nguyên bào nuôi xâm nhập và làm thủng cơ tử cung.
- Lan tràn các tế bào có khả năng ác tính.

7.2. Nguy cơ trong khi nạo

- Chảy máu.

- Thủng tử cung do dụng cụ.
- Lan tràn các tế bào có khả năng ác tính.

Không nghi ngờ gì hình như những biện pháp tích cực, chẳng hạn như cắt tử cung, mổ tử cung và dùng các thuốc co bóp tử cung, làm tăng gấp 3 lần nhu cầu phải dùng hoá liệu pháp để giải quyết các mức độ khác nhau của trạng thái ác tính. Tuy nhiên, vì tính an toàn tức thì cho bệnh nhân có thể phải cần đến một hình thức nào đó trong số những biện pháp này. Kế hoạch sau đây được đề xuất để xử trí:

1. Sau khi sảy tự nhiên, tử cung phải được nạo hút sạch hoàn toàn.
2. Nếu sẩy tự nhiên không diễn ra thì có thể thử làm sạch tử cung bằng phương pháp hút. Công việc này thực sự đơn giản đối với tử cung bằng thai 14 tuần.
3. Nếu kích thước tử cung to tới mức người thầy thuốc sản khoa ngại không dám dùng biện pháp nạo hút, thì phải gây sẩy bằng cách dùng prostaglandin ngoài buồng ối cùng với oxytocin khi cần thiết. Có khi phải nạo bằng thia để làm sạch tiếp buồng tử cung.

Chửa trứng không phải là trường hợp hay gặp nên có rất ít thầy thuốc sản khoa có kinh nghiệm sâu sắc về các xử trí bằng nạo thia. Người ta cũng đã biết làm sạch trứng trong một tử cung rất to có thể gây nên đông máu rải rác trong lòng mạch và sôc, dẫn đến tử vong.

4. Trong trường hợp một phụ nữ đã đứng tuổi, gia đình đã đẻ con, thì phẫu thuật cắt tử cung có thể là đúng đắn; đặc biệt là việc lan tràn các nguyên bào nuôi có thể hầu như hoàn toàn tránh được bằng cách cặt sớm trước các mạch máu tử cung.

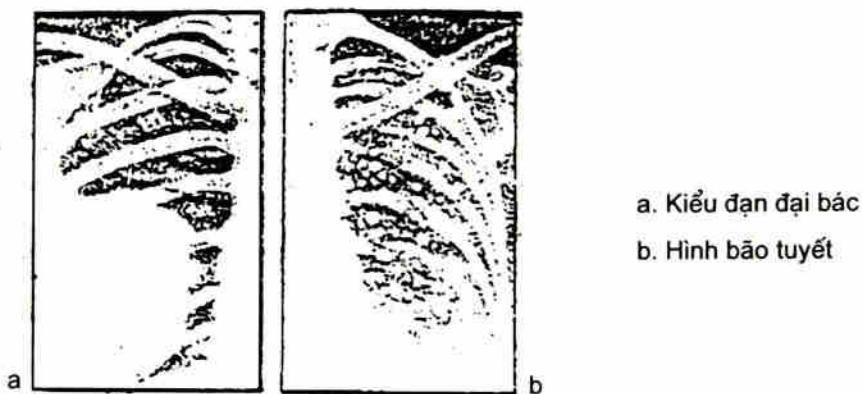
8. Theo dõi

Mặc dù nó có thể gây nên những biến chứng tức thì nghiêm trọng, song chữa trứng đặc hiệu quan trọng vì có khoảng 17% các trường hợp bệnh vẫn tồn tại và chuyển thành ác tính ở mức độ khác nhau. Hậu quả này hay gặp đối với chữa trứng hoàn toàn hơn là với chữa trứng không hoàn toàn; song mỗi bệnh nhân cần được theo dõi trong một thời gian dài bằng các xét nghiệm miễn dịch phong xạ về HCG huyết thanh, hoặc nước tiểu.

8.1. Các chỉ định về hoá liệu pháp

1. Trong mọi trường hợp chữa trứng có hàm lượng HCG cao tồn tại tối 2 tháng sau khi đã nạo trứng.
2. Bất kể tình huống nào còn HCG trong huyết thanh sau 6 tháng.
3. Chảy máu dai dẳng ngay cả khi không lấy được nguyên bào nuôi trong bệnh phẩm nạo tử cung. Đó là dấu hiệu của sự xâm nhập vào cơ tử cung.
4. Có bằng chứng di căn nguyên bào nuôi đi tới não hoặc phổi.

Phim chụp X quang phế trường có thể phát hiện hình mờ rộng (di căn kiểu đạn đại bác) hoặc nhiều tắc mạch phổi do nguyên bào nuôi (hình bão huyết).



Hình 9.64. Di căn

8.2. Các yếu tố thiên về việc dùng hóa liệu pháp

1. Chửa trứng hoàn toàn có khả năng dễ trở thành ác tính hơn so với chữa trứng không hoàn toàn. Vì việc phân biệt không phải bao giờ cũng đơn giản khi xét nghiệm về mô học, nên điều quan trọng là khi có thể được nêu xác định cấu trúc nhiễm sắc thể nhân của mô chữa trứng. Chửa trứng hoàn toàn hầu như bao giờ cũng có kiểu nhân là 64 XX; song một ít trường hợp cũng được phát hiện là có cấu trúc 46 XY.
2. Nguyên bào nuôi tăng sinh một cách bất thường dễ tồn tại (xem hình thái mô học thương tổn ác tính).
3. Việc sử dụng bất kỳ một thuốc co bóp tử cung nào hoặc việc áp dụng phẫu thuật, chẳng hạn như cắt tử cung thường dễ có khả năng lan tràn nguyên bào nuôi hơn là phương pháp nạo hút.
4. Việc sử dụng thuốc tránh thai uống sau khi nạo trứng. Các steroid giới tính ngoại lai kéo dài sự tồn tại của nguyên bào nuôi và làm chậm sự giảm đào thải HCG; có lẽ là do tác dụng ức chế miễn dịch.

IX. CHỮA TRỨNG XÂM LẤN VÀ UNG THƯ NGUYÊN BÀO NUÔI

Cách phân loại các mức độ biến đổi ác tính khác nhau trong chữa trứng không đạt được sự nhất trí hoàn toàn. Một hệ thống danh pháp đơn giản có thể như sau:

1. Chữa trứng.
2. Các mức trung gian về biến đổi ác tính (Chữa trứng xâm lấn, chữa trứng tiêu huỷ, ung thư nguyên bào nuôi có lông rau).
3. Ung thư nguyên bào nuôi.

Cả hai loại chữa trứng xâm lấn và ung thư nguyên bào nuôi là các bệnh cảnh hiếm gặp. Các triệu chứng và dấu hiệu tương tự như triệu chứng và dấu hiệu do

chữa trứng gây nên, nhưng có di căn xuất hiện. Khối u càng ác tính thì di căn càng xuất hiện sớm. Khái huyết và xuất huyết não là hậu quả thường thấy, những di căn tại chỗ âm đạo cũng thường hay gặp.

1. Chữa trứng xâm lấn

Chữa trứng tiêu huỷ, ung thư nguyên bào nuôi có lông rau)

Lớp lá nuôi giữ nguyên cấu trúc lông rau nhưng xâm nhập vào cơ tử cung và cơ thể tạo di căn.

2. Ung thư nguyên bào nuôi

Ung thư biểu mô trung sản mạc, ung thư nguyên bào nuôi không có lông rau).

Cấu trúc lông rau không còn. Lớp tế bào lá nuôi xâm nhập cơ tử cung và các mạch máu, gây nên chảy máu nặng và di căn.

Cần nhấn mạnh là hình thái mô học thay đổi rất rộng rãi. Khối u càng ác tính thì tính chất không đều của tế bào và hoạt động phân bào mạnh. Ung thư nguyên bào nuôi thường được phát hiện sớm khi có thai gây nên do chữa trứng, nhưng cũng có thể xuất hiện sau sẩy thai hoặc thậm chí cả sau có thai đủ tháng.

Dù loại nào trong các bệnh cảnh này, một khi đã chẩn đoán ra thì cần chỉ định dùng ngay hoá liệu pháp.

3. Hoá liệu pháp

Hoá liệu pháp nhằm mục đích chữa khỏi bệnh; người ta gọi là chữa khỏi khi không còn phát hiện được HCG trong huyết thanh nữa. Tuy nhiên, ngay cả khi b-HCG không còn phát hiện thấy trong các nồng độ thấp hơn 3m đvqt/ml; đây là nồng độ thể hiện cho 5000 nguyên bào nuôi ở nơi nào đó trong cơ thể, cho nên theo dõi HCG cần được tiến hành kéo dài vô định.

Hoá liệu pháp chữa bệnh nguyên bào nuôi là một công việc chuyên khoa hoá; ở Liên hiệp vương quốc Anh được phân công cho một đơn vị duy nhất; tất cả các trường hợp bệnh đều có thể được chuyển đến cơ sở này. Tử vong do khối u nguyên bào nuôi hiện nay rất hiếm tại Liên hiệp vương quốc Anh.

3.1. Methotrexat

Methotrexat là thuốc chủ chốt được sử dụng; nó là một dẫn xuất của acid folic và là một loại trong nhóm chống chuyển hoá chống lại hiện tượng nhân bào.



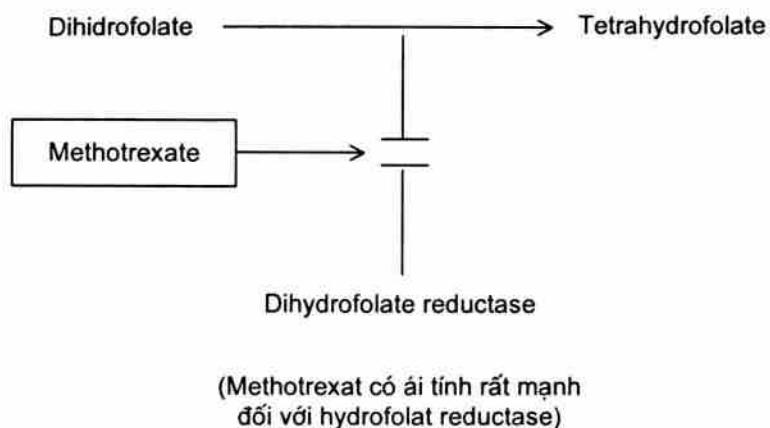
Hình 9.65. Còn cấu trúc lông rau

Cổ tử cung bị các nguyên bào nuôi đứng riêng và hội bào xâm nhập



Hình 9.66. Không còn cấu trúc lông rau

Liều lượng của thuốc bị giới hạn với các phản ứng phụ đối với tuỷ xương và ống tiêu hoá; có một giới hạn thực tiễn về dung nạp thuốc khi công việc điều trị phải ngừng lại, để làm cho mô bình thường có thể phục hồi được. Liệu trình trung bình có thể là 35mg tiêm bắp, cách 48 giờ một lần, tiêm 4 liều. Sau liệu trình này 24 giờ thì dùng "liệu pháp cứu nguy" bằng acid folinic để làm giảm bớt độc tính của methotrexat.



Việc điều trị được theo dõi bằng xét nghiệm HCG và đếm tế bào máu. Methotrexat được đào thải nguyên vẹn qua nước tiểu ra ngoài, nên chức năng thận phải được đảm bảo thỏa đáng.

3.2. Liệu pháp kết hợp

Việc sử dụng hoá liệu pháp với nhiều loại thuốc được đề cập đến khi methotrexat/acid folinic có vẻ hoặc trở nên vô hiệu. Cách lựa chọn phải phù hợp riêng với từng bệnh nhân, việc sử dụng chúng cần phải có sự theo dõi của chuyên gia ung thư học.

3.3. Bất lợi

1. Bằng chứng mô học của ung thư nguyên bào nuôi.
2. Các khối u lớn hoặc các u thứ phát lan tràn.
3. Phát hiện muộn các tế bào khối u còn sót lại.
4. Các nồng độ HCG rất cao.
5. Trước đã điều trị bằng hoá liệu pháp không khỏi.

3.4. Thuận lợi

1. Bằng chứng của chửa trứng xâm lấn đơn thuần.
2. Không có chứng cớ tái phát hoặc lan rộng: khối u nhỏ.
3. Phát hiện sớm tế bào khối u còn sót lại.

4. Các nồng độ HCG tương đối thấp đang tụt xuống (sự đào thải HCG có ý nghĩa định lượng khái quát lượng khối u).

4. Các yếu tố miễn dịch

Mô nguyên bào nuôi mang bản chất một dị ghép và người ta dự kiến có một phản ứng miễn dịch giữa vật chủ và khối u của họ. Trong 90% các trường hợp khối u có những dấu hiệu phản ứng gồm các tế bào lympho, tương bào và tổ chức bào; phản ứng miễn dịch này càng rõ rệt thì tiên lượng càng sáng sủa hơn. Hệ thống nhóm máu ABO cũng ảnh hưởng đến tiên lượng, tiên lượng này xấu nhất ở những phụ nữ thuộc nhóm máu B và AB có chồng thuộc nhóm máu O hoặc A.

5. Có thai sau hóa liệu pháp

Methotrexat có thể lưu lại trong cơ thể tới 8 tháng, nguy cơ về lý thuyết là có thể gây thương tổn đối với tế bào noãn trưởng thành, làm tăng tần xuất dị tật thai nhi. Tuy nhiên, điều này hình như thực tế không được khẳng định, mặc dù vậy nên khuyên các bệnh nhân hoàn có thai một năm để các trứng có khả năng bị thương tổn có thể rụng đi. Nên sử dụng các màng ngăn tránh thai hơn là thuốc tránh thai uống hoặc dụng cụ tử cung, vì có thể gây nên chảy máu thất thường dễ nhầm lẫn với bệnh.

X. BĂNG HUYẾT TRƯỚC KHI ĐẺ

Băng huyết trước khi đẻ là tình trạng chảy máu từ đường sinh dục sau khi có thai 28 tuần và trước khi sinh đứa trẻ. Đây là một định nghĩa thực tiễn, vì nó bao gồm những nguyên nhân chảy máu ngẫu biến được giải thích trong bảng tóm tắt ở phần đầu của chương này. Những nguyên nhân này được giải quyết ở phần khác. Một định nghĩa khác, không còn được ưa dùng nữa, là chảy máu ở vùng bánh rau.

Hiện tượng này khu trú trong hai bệnh cảnh là rau tiền đạo (băng huyết không tránh được) và bong rau non (băng huyết biến cố). Một số lượng lớn các trường hợp băng huyết trước đẻ vẫn không giải thích được, ngay cả khi bánh rau được kiểm tra sau đẻ, nhằm phát hiện những dấu hiệu của rau bong non.

1. Rau tiền đạo (Băng huyết không tránh được)

1.1. Định nghĩa, phân loại

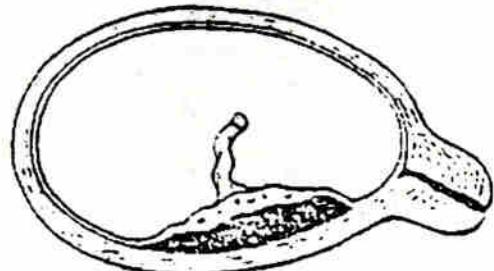
Bánh rau bám thấp trong tử cung, khiến cho nó nằm dọc theo ngôi thai hoặc ở trước ngôi.

Nguyên nhân không rõ. Tần suất ở người đẻ con rã cao hơn và có sự phôi hợp với dị dạng thai nhi. Chửa song thai với vùng bám của bánh rau rộng dễ gây ra rau bám thấp, ít nhất một phần của bánh rau. Rau tiền đạo được chia ra làm 4 loại hoặc độ, trong đó này thì 2 loại đầu là hay gặp hơn cả.

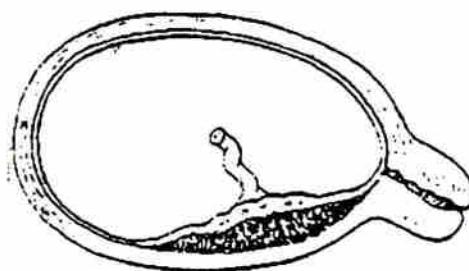
Loại 1

Bìa thấp của bánh rau bám vào đoạn dưới ("rau bám thấp")

Loại 2. Bánh rau bò sát tới lỗ trong cổ tử cung khi cổ tử cung đóng, nhưng không chùm lên lỗ này ("rau bám mép")



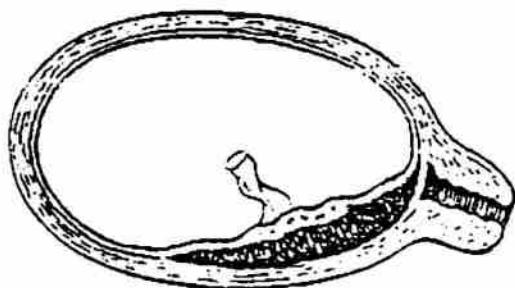
Hình 9.67. Loại 1



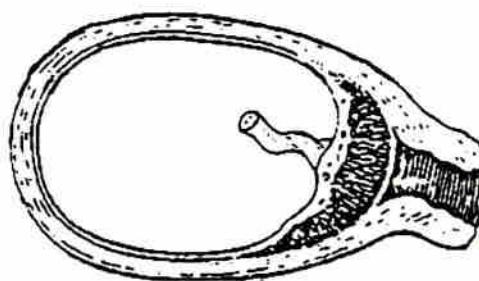
Hình 9.68. Loại 2

Loại 3. Bánh rau chùm lên lỗ trong cổ tử cung khi cổ tử cung đóng, nhưng không phủ hoàn toàn lúc cổ tử cung mở ("Rau tiền đạo bán")

Loại 4. Bánh rau chùn lên lỗ cổ tử cung kể cả khi cổ tử cung đã mở hết ("Rau tiền đạo trung tâm hoặc hoàn toàn")



Hình 9.69. Loại 3



Hình 9.70. Loại 4

Việc phân thành một loại riêng biệt nào thường được dựa vào thăm khám trước khi đẻ hoặc quan sát trong lúc mổ lấy thai; do vậy, có một sự thiên lệch chủ quan. Hơn nữa, mức độ mở của cổ tử cung vào lúc đánh giá có thể làm thay đổi cách phân loại; rau tiền đạo thuộc loại 1 khi cổ tử cung mở 2cm có thể trở thành loại 2 lúc mở 4 hoặc 5cm.

1.2. Các dấu hiệu và triệu chứng

Việc hình thành đoạn dưới do căng giãn ra làm bánh rau bong và máu chảy ra từ các xoang tinh mạch của người mẹ. Hiện tượng này thường xảy ra quanh tuần thứ 32, song cũng có thể bắt đầu sớm hơn, vào thời gian cuối của 3 tháng giữa lúc mang thai. Mất máu có thể nhẹ hoặc nặng, có xu hướng tái phát. Hiện tượng chảy máu không gây đau đớn gì vì máu thường không bị ứ lại trong buồng tử cung.

1.3. Chẩn đoán

Sự hiện diện của bánh rau ở đoạn dưới đáy ngôi thai lên trên và có thể gây ra ngôi không thuận hoặc một ngôi ghêch, hoặc ngôi ngang. Bụng mềm, không căng đau và tình trạng của người bệnh có thể phản ánh lượng máu mất trông thấy. Xác định chẩn đoán bằng cách dùng siêu âm để định vị bánh rau. Biện pháp này rất chính xác song ở những mức độ rau tiền đạo nhẹ (đặc biệt khi ở thành sau) có thể không khẳng định được liệu bánh rau có lấn vào đoạn dưới không. Chụp X quang phần mềm và định vị bánh rau bằng đồng vị phóng xạ hiện nay không dùng nữa.

1.4. Xử trí

Nếu thai còn thiếu tháng (dưới 37 tuần) mục tiêu là điều trị bảo tồn. Bệnh nhân phải nằm ở bệnh viện và phải có sẵn máu đã thử chéo. Có thể từ bỏ thai độ điều trị bảo tồn nếu chảy máu nặng hoặc dai dẳng. Rau tiền đạo là một bệnh cảnh lắt léo và chảy máu không lường trước được.

1.5. Thăm khám tại phòng mổ và cuộc đẻ

Nếu thai tiếp tục đến 37 - 38 tuần, có thể xác định mức độ rau tiền đạo bằng thăm khám âm đạo tại phòng mổ. Công việc này được thực hiện dưới gây mê; phòng mổ được trang bị và nhân viên chuẩn bị mổ lấy thai. Khám kỹ lưỡng các cung đồ âm đạo để phát hiện bánh rau và nếu không thấy được bánh rau, thì một ngón tay đưa vào qua cổ tử cung để thăm khám đoạn dưới tử cung. Nếu phẫu thuật viên khẳng định được chẩn đoán và đáng giá mức độ tiền đạo của rau, có thể không cần việc khám xét này, vì sợ gây băng huyết.

Các điều trị rau tiền đạo ngày nay là mổ lấy thai, trừ đối với loại 1 khi có thể xé màng ối và nếu chảy máu không xảy ra nữa thì có thể đợi đẻ tự nhiên.

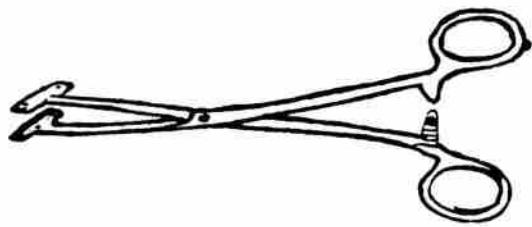
Theo thông lệ, mổ lấy thai đoạn dưới được tiến hành ngay cả khi rau bám vào mặt trước, khi phẫu thuật viên đưa tay vòng theo bánh rau hoặc dưới bánh rau để lấy thai nhi ra.

Nếu việc thăm khám đã làm cho máu chảy như thác thì có thể mổ thân tử cung, nó có lợi chút ít về tốc độ cuộc mổ. Vì tính chất co rút của đoạn dưới kém, đôi khi có khó khăn trong việc cầm máu sau khi sổ thai và rau. Phẫu thuật cắt tử cung có thể là việc cần thiết tối hậu.

Nếu xảy ra băng huyết nguy hiểm mà phương tiện để mổ lấy thai lại không sẵn sàng, có thể áp dụng các biện pháp nhằm kiểm soát chảy máu bằng cách ép ngôi thai vào bánh rau.



Hình 9.71. Bánh rau



Hình 9.72. Kẹp Willett

Nếu đầu trình diện thì dùng kẹp Willett cắp vào da đầu thai và kéo liên tục. Đối với ngôi mông, có thể hạ một cẳng chân nếu có thể lách được ít nhất 2 ngón tay qua cổ tử cung.

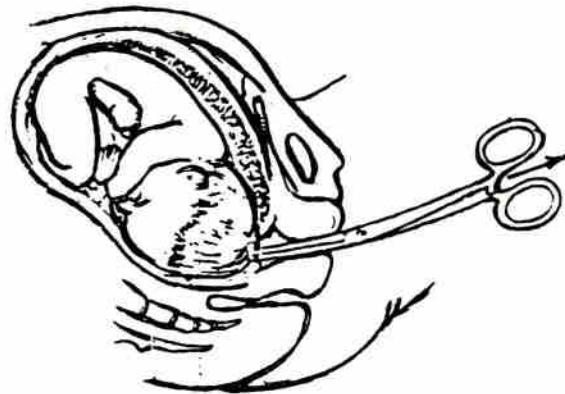
Đây là những biện pháp tuyệt vọng, hầu như chắc chắn sẽ đưa đến tử vong cho thai. Chỉ áp dụng những biện pháp này khi chính người mẹ đang bị đe doạ vì băng huyết không kiểm soát được.

2. Rau bong non (băng huyết biến cố)

Thuật ngữ này có nghĩa là sự bong của một bánh rau bám ở vị trí bình thường. Nó thường dẫn đến chảy máu qua đường âm đạo ("thể lộ ra ngoài"), nhưng máu thường lưu lại trong tử cung thành một cục máu đọng sau rau và đôi khi không có chảy máu ra ngoài ("thể ẩn"). Khi nào vừa có chảy máu ra ngoài lại có băng chứng máu cục sau rau thì băng huyết được mô tả là thể hỗn hợp.

2.1. Bệnh căn

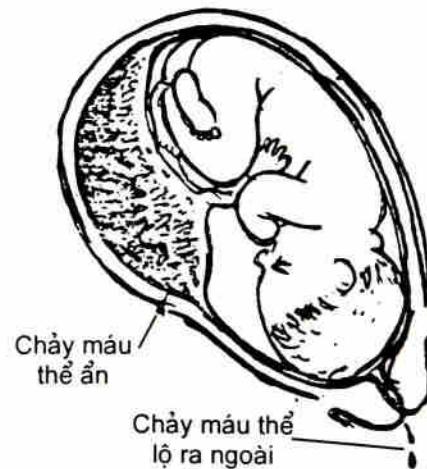
Bệnh căn của rau bong non không biết rõ nhưng có nhiều yếu tố được đề xuất ra là những nguyên nhân có liên quan:



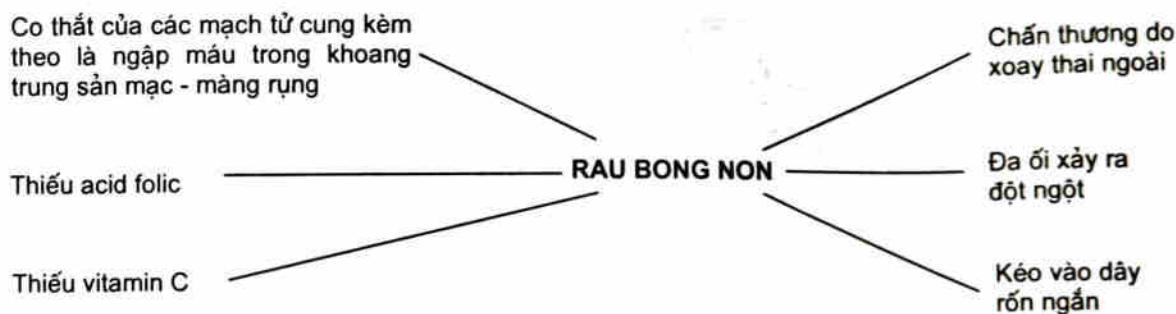
Hình 9.73. Kẹp Willett được đặt vào vị trí



Hình 9.74. Hạ một cẳng chân nếu ngôi ngược



Hình 9.75. Rau bong non



Một số bệnh nhân nhất định hình như dễ bị mắc chứng rau bong non song nguyên nhân còn không biết rõ.

Tần suất rau bong non đã tụt xuống rất nhiều cùng với sự giảm số bệnh nhân đẻ nhiều lần, kết hợp với sức khoẻ chung của những người có thai tốt hơn lên.



Hình 9.75. Rau bong non

2.2. Các dấu hiệu và triệu chứng

- Bệnh nhân kêu đau bụng, có thể dữ dội và liên tục. Đau nhất khi có nhiều máu chảy "ẩn", hoặc có thể chỉ đau nhẹ hay không đau khi máu chảy "lộ ra ngoài" hoàn toàn.
- Nếu có chảy máu âm đạo, thì thường có thể chẩn đoán ngay ra bệnh.
- Tử cung có thể cứng và căng đau do cục máu ứ đọng và do máu thoát qua mạch máu ngầm vào thành tử cung. Thuật ngữ "tử cung Couvelaire" được dùng để chỉ bệnh cảnh này. Trong những trường hợp nặng, máu có thể lan tới dây chằng rộng hoặc ổ phúc mạc. Rất khó phát hiện được tim thai bằng ống nghe thường, hoặc cảm nhận được cơn co tử cung.
- Có thể thấy biểu hiện của tình trạng giảm thể tích tuần hoàn mà mức độ phụ thuộc vào lượng băng huyết.
- Trong những trường hợp nặng thì có thể mất tiếng tim thai.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

Những trường hợp rau bong non nhẹ và mới phát rất khó phân biệt với chuyển dạ đẻ thường ra nhiều dịch nhầy. Việc chẩn đoán một băng huyết hỗn hợp thường không có gì khó khăn, song rau bong non có thể ẩn có thể cần phải phân biệt với:

- Đa ối cấp tính.
- U xơ tử cung thoái hoá.
- Phản ứng phúc mạc do thủng dạ dày, viêm ruột thừa hay các nguyên nhân khác.

2.3. Các biến chứng của rau bong non

2.3.1. Máu không đông

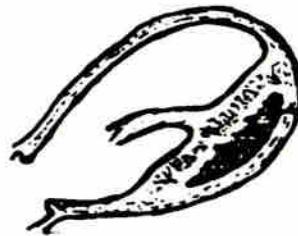
Cục máu đông = làm mất fibrinogen. Gây tổn thương cho tử cung và bánh rau = thoát các thromboplastin và các chất kích hoạt plasminogen vào trong tuần hoàn chung.

Trong những trường hợp rau bong non nặng thể hỗn hợp, hoặc "thể ẩn" có thể xảy ra hiện tượng máu không đông do sự tiêu thụ các yếu tố gây đông máu, hoặc do sự phát triển của tình trạng tiêu sợi huyết (xem chương 7).

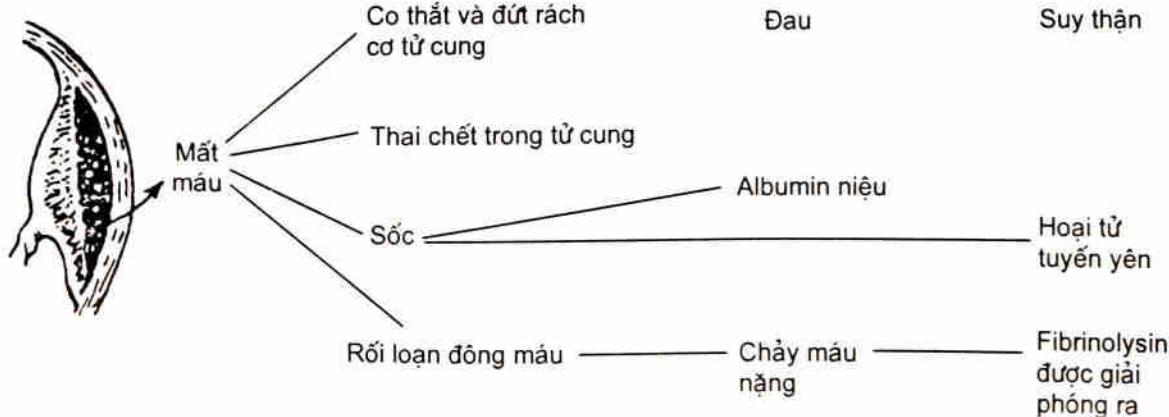
Tất cả bệnh nhân có chảy máu trước khi đẻ cần được kiểm tra về đông máu ngay khi nhập viện. Một trường hợp rối loạn đông máu không phát hiện ra hoặc không được chữa có thể đưa đến chảy máu thảm khốc và sốc. Điều quan trọng là phải chữa sự rối loạn này trước khi diễn ra cuộc

2.3.2. Suy thận

Sốc do giảm thể tích tuần hoàn nặng cuối có thể đưa đến suy thận mà thoát đầu là hemoglobin niệu, rồi thiếu niệu hoặc vô niệu. Tình trạng này có thể hoặc do tổn thương ống thận hoặc do hoại tử vỏ thận. Phải theo dõi cẩn thận lượng bài niệu trong tất cả các trường hợp rau bong non nặng. Các biến chứng và các mối nguy hiểm của bệnh cảnh này có thể như sau:



Hình 9.77. Cục máu đông



Cần nhận thức được là nguy cơ hoặc do rối loạn đông máu, hoặc do suy thận xảy ra đều có thể giảm xuống nhờ truyền máu nhanh và nhiều, để phục hồi thể tích máu lưu hành cùng với việc làm rỗng tử cung. Tương tự như vậy, các cơ may để đứa trẻ sống sót có thể tăng lên nhờ sự cấp huyết được cải thiện tại vùng bánh rau bám.

2.4. Cách xử trí

2.4.1. Các trường hợp nhẹ hoặc không rõ ràng. Chảy máu nhẹ sau bánh rau đôi khi xảy ra, gây nên một vùng căng cứng ở tử cung.

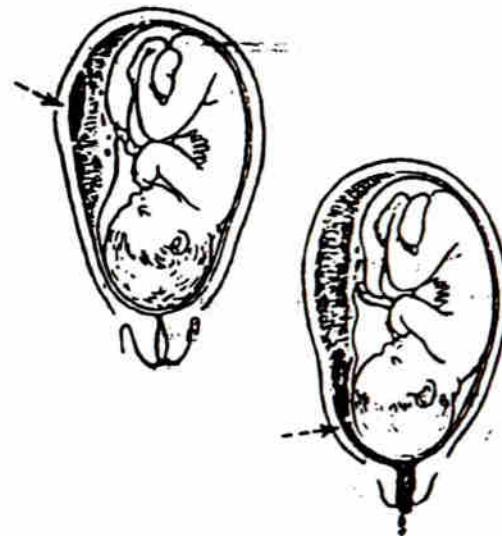
Bệnh nhân kêu đau song ít có rối loạn toàn thân. Tương tự như vậy, chảy máu nhẹ ra ngoài có thể gây rối loạn không đáng kể. Trong cả hai hoàn cảnh này cách điều trị là nằm nghỉ tại giường, thuốc an thần nếu cần thiết và theo dõi.

Phải đo lượng hemoglobin và tiến hành theo dõi hiện tượng đông máu. Có thể loại trừ rau tiền đạo bằng siêu âm chẩn đoán. Các triệu chứng thường dịu đi nhanh chóng và cho bệnh nhân vận động; có thể để cho thai tiếp tục phát triển. Sự tăng trưởng của thai nhi cần được theo dõi sát sao và khi để phải kiểm tra bánh rau, để phát hiện chứng cổ của cục máu đông cũ, hoặc sự hiện diện của một miếng phễu.

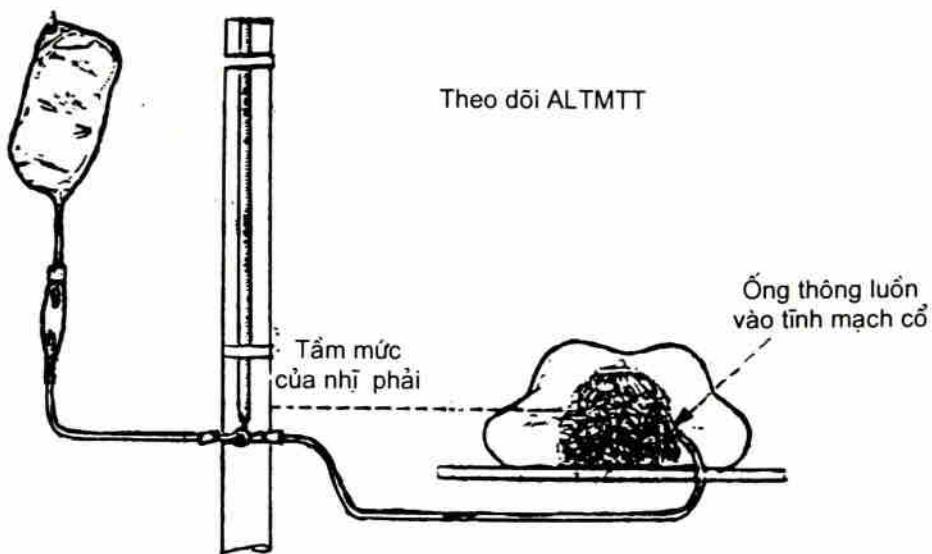
Phải đo lượng hemoglobin và tiến hành theo dõi hiện tượng đông máu. Có thể loại trừ rau tiền đạo bằng siêu âm chẩn đoán. Các triệu chứng thường dịu đi nhanh chóng và cho bệnh nhân vận động, có thể để cho thai tiếp tục phát triển. Sự tăng trưởng của thai nhi cần được theo dõi sát sao khi để phải kiểm tra bánh rau, để phát hiện chứng cổ của cục máu đông cũ, hoặc sự hiện diện của một miếng phễu.

2.4.2. Rau bong non rõ rệt

- g. Nhanh chóng đánh giá tình trạng của người mẹ và thai nhi.
- b. Lấy máu để định lượng hemoglobin, thử chéo và kiểm tra đông máu.
- c. Cho thuốc an thần và giảm đau để chữa sốc và chống đau.
- d. Truyền máu để điều chỉnh hiện tượng giảm thể tích tuần hoàn. Tốc độ và thể tích cần truyền tốt nhất là được theo dõi bằng đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (ALMTT)
- e. Làm cho cuộc đẻ tiến triển nhanh.



Hình 9.78. Chảy máu nhẹ sau bánh rau hoặc không rõ ràng



Hình 9.79. Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm

2.4.3. Cuộc đẻ

Nếu đứa trẻ đã chết thì cố gắng cho đẻ theo đường âm đạo. Thực hiện thăm khám âm đạo và bấm ối; cuộc chuyển dạ thường nhanh chóng. Thường rất hay gặp khi thăm khám âm đạo là thấy cổ tử cung đã mở khá rộng. Sự hiện diện của các cơ co tử cung có thể không phát hiện được do tử cung cứng vi bong rau non. Nếu khi nhập viện phát hiện được tim thai bằng siêu âm, thì tiến hành mổ lấy thai là biện pháp đang thịnh hành để lấy đứa trẻ ra. Như đã trình bày, tình trạng của đứa trẻ sẽ được cải thiện nhờ việc phục hồi thể tích máu lưu hành. Tử cung có thể co rút kém sau khi sổ rau, cho nên tình trạng chảy máu do đờ tử cung có thể cộng thêm các nguy cơ cho người mẹ phải đương đầu. Phải dùng các thuốc gây co tử cung tiêm tĩnh mạch và ergometrin, do tác dụng tương lực với tử cung là loại thuốc thích hợp nhất. Sau khi đẻ, việc theo dõi cẩn thận lượng bài niệu là vấn đề chủ chốt và phải phát hiện tình trạng thiếu máu.

2.5. Một phương pháp tiếp cận lâm sàng đối với chảy máu trước khi đẻ

Nhiều trường hợp chảy máu trước khi đẻ không thật phù hợp một cách rõ rệt với việc mô tả rau tiền đạo và rau bong non đã nêu. Việc chẩn đoán không rõ ràng; cả người mẹ và đứa trẻ có vẻ vẫn tốt. Cách xử trí bảo tồn hoặc chờ đợi là thích hợp; cách tiếp cận dưới đây được đề xuất:

1. Nhận vào viện và cho bệnh nhân nằm nghỉ tại giường.
2. Đánh giá chung về người mẹ và đứa trẻ, gồm định lượng hemoglobin và kiểm tra đông máu.
3. Thăm khám sớm bằng mổ vịt để loại trừ những nguyên nhân tại chỗ hoặc khẳng định hiện tượng máu chảy từ buồng tử cung ra (nghĩa là vị trí bánh rau). Không bao giờ thăm khám bằng ngón tay.

4. Xác định vị trí bánh rau bằng siêu âm.
5. Cho vận động khi đã ngừng chảy máu.
6. Cho các bà mẹ có Rhesus âm tính không có kháng thể globulin miễn dịch kháng D.
7. Bệnh nhân có thể về nhà khi máu đã ngừng chảy và sau khi đã loại trừ rau tiền đạo.
8. Tiếp tục theo dõi trước khi sinh để loại trừ tình trạng chậm phát triển của thai.
9. Nên tiến hành khám tại phòng mổ vào tuần 38 để loại trừ rau tiền đạo.
10. Xem xét kỹ lưỡng rau và các màng sau cuộc đẻ, để xác định về nguyên nhân chảy máu.

Chương 10

CHỮA ĐA THAI VÀ CÁC BIẾN CHỨNG KHÁC TRƯỚC KHI SINH

I. CHỮA ĐA THAI

1. Định nghĩa

Chữa đa thai là một thuật ngữ được sử dụng khi có trên một thai ở trong tử cung. Chửa song thai gấp với tỷ lệ 1 trên khoảng 80 trường hợp mang thai ở người Caucase; thường hay gặp hơn đối với người da đen và ít thấy ở người Mông Cổ. Sự khác biệt là do biến động của chữa thai đôi hai noãn; trường hợp song thai một noãn đều giống nhau ở mọi chủng tộc. Theo quy luật của Hellin (thống kê toán học) chữa sinh ba có tỷ lệ là 1/802 (6,400) lần có thai; chữa sinh tư gấp trong 1/803 (512,000) lần có thai.

Chẩn đoán siêu âm trong lúc mới có thai đôi khi thấy hình thai đôi nhưng đến lúc cuối chỉ để một thai.

Những phụ nữ dùng thuốc gây phóng noãn có thể gặp tỷ lệ chữa đa thai cao hơn.

Song thai có thể là đơn noãn (đơn hợp tử hoặc một trung sản mạc) - từ một trứng hoặc hai noãn (song hợp tử hoặc hai trung sản mạc) - từ hai trứng sinh ra. Song thai hai noãn gấp cao hơn song thai đơn noãn từ 3-4 lần.



Hình 10.1. Song thai

Tỷ lệ hai noãn, chứ không phải một noãn phụ thuộc vào tuổi tác, lần đẻ và di truyền. Chửa song thai hay gặp ở những bà mẹ lớn tuổi và đẻ nhiều lần. Tiền sử gia đình (có lẽ chỉ về phía mẹ) làm tăng nguy cơ hơn.

Vấn đề quan trọng của chữa đa thai là làm tăng tử vong chu sinh; số liệu này cao hơn nhiều lần so với chữa một thai. Hiện tượng này chủ yếu do tình trạng non yếu và dị dạng của thai gây nên. Phần lớn những biến chứng khi mang thai gấp phổ biến hơn và sự nặng nề cho người mẹ là rõ ràng.

2. Chẩn đoán

2.1. Khi mới có thai: ở những trung tâm sử dụng siêu âm là biện pháp thường quy thì phần lớn các trường hợp song thai đều được phát hiện ra.

Chửa đa thai về lâm sàng nghi ngờ khi thấy tử cung to dần lên hơn tuổi thai.



Hình 10.2. Túi thai sinh đôi vào lúc 8 tuần



Hình 10.3. Khám lâm sàng

Những nguyên nhân khác có thể gây nên tử cung to bất thường khi mới có thai là:

- Nhờ nhầm ngày tháng - chảy máu sau khi thụ thai được coi là hành kinh.
- Đa ối - hiếm gặp khi mới có thai.
- U xơ tử cung. Các u này có xu hướng xẹp xuống và mềm ra khi có thai nhưng có thể không đều.
- U nang trong ổ bụng. Thường có thể phân biệt được hai khối.
- Chửa trứng. Thường kèm theo ra máu ít. HCG bài tiết trong nước tiểu có thể tăng rất nhiều.
- Bí đái "ống thông sẽ chữa khỏi". Hiện tượng này có thể do tử cung khuất chuyển sau mắc kẹt gây nên.

Siêu âm có thể phân biệt được tất cả các bệnh cảnh này.

2.2. Có thai đã muộn: tử cung thường là tròn hơn và to hơn bình thường so với ngày tắt kinh. Có thể thấy đa ối. Hiện tượng này thường gặp trong song thai đơn noãn hơn là do hai noãn. Không dễ xác định khối thai này là một thai, song để chắc chắn chẩn đoán thì phải xác định được ba cực thai (đầu hoặc mông).



Hình 10.4. U xơ



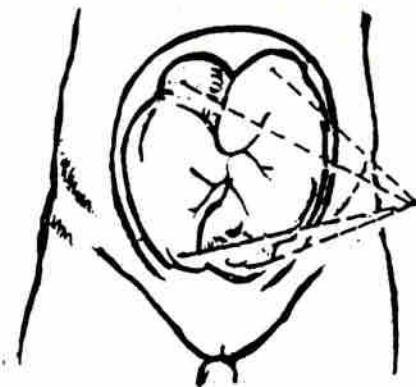
Hình 10.5. Chửa trứng



Hình 10.6. U nang



Hình 10.7. Bí đái



Hình 10.8. Các cực thai



Hình 10.9. Có thể nghe thấy hai tim thai song phải nghe cùng một lúc và phải cách nhau 10 nhịp.

Nhất thiết phải xác định khi lâm sàng nghi ngờ song thai. Điều này thường có thể giải quyết được nhờ siêu âm, nhưng có trường hợp nếu thai đã lớn đôi lúc cần thiết phải chụp X quang, nhất là khi có khả năng nhiều hơn hai thai.

3. Các biến chứng

Các biến chứng chủ yếu được minh họa dưới đây, nhưng không được quên rằng những cái gọi là các biến chứng nhẹ khi có thai, thí dụ như đau rát thượng vị, giãn tĩnh mạch trĩ và những hậu quả do tăng áp lực, tất cả đều có thể làm tăng thêm gánh nặng cho người mẹ.



4. Cách xử trí

4.1. Đang mang thai. Công việc chăm sóc trước khi sinh tiến hành như bình thường; phát hiện những biến chứng nêu ở trên. Cần đảm bảo một chế độ ăn uống

tốt và bổ sung thêm sắt cùng acid folic. Trước kia người ta hay khuyên nên cho nhập viện theo chế độ thường quy nhằm tránh hiện tượng chuyển dạ đẻ non. Hiện nay cách làm này thường không phổ biến, nhưng phải sẵn sàng để một bà mẹ mệt mỏi và quá nặng gánh được vào viện.

Sự phát triển của siêu âm và phương pháp ghi tim thai - cơn co tử cung hiện nay cho phép đánh giá sự tăng trưởng và sinh lực của từng thai nhi theo cách mà trước kia không thể làm được. Phải thực hiện việc ghi tim thai - cơn co tử cung liên tiếp trong những tuần cuối của thời kỳ có thai.



Hình 10.10. Ghi tim thai - cơn co tử cung cùng một lúc trong trường hợp song thai.

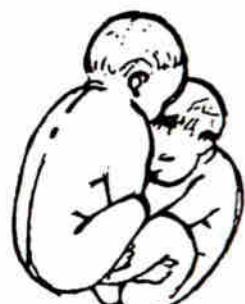
4.2. Chuyển dạ và cuộc đẻ: song thai có thể thể hiện theo nhiều cách, nhưng ít nhất 3/4 trường hợp thì thai thứ nhất là ngôi chỏm.



Hình 10.11. Hai ngôi chỏm



Hình 10.12. Một chỏm-một mông



Hình 10.13. Hai ngôi mông



Hình 10.13. Một chỏm -
một ngang



Hình 10.14. Một mông-
một ngang



Hình 10.15. Hai ngôi ngang

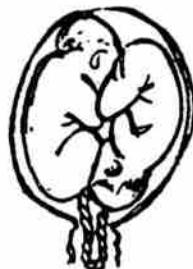
Kiểu ngôi của thai thứ hai không quan trọng cho tới khi thai thứ nhất sinh.

Chuyển dạ thường tiến triển thuận chiều. Sa dây rốn có nguy cơ tăng lên vì phần ngôi trình diện trước eo trên nhỏ hoặc ngôi không thuận. Cần thăm khám âm đạo khi màng ối vỡ.

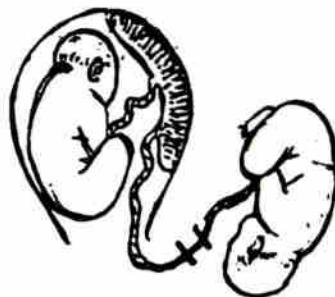
Phải theo dõi cả hai tim thai, tim thai thứ nhất được ghi bằng một điện cực cắm vào da đầu của thai; ghi tim thai thứ hai ở bên ngoài thành bụng.

Giảm đau bằng gây tê ngoài bao cứng là một biện pháp lý tưởng nếu có thể được, vì nó cho phép thực hiện bất kỳ một sự can thiệp nào cần thiết, đặc biệt là đối với thai nhi thứ hai trong cuộc đẻ. Công việc này cần được tiến hành trong phòng mổ với những phương tiện thích hợp và có đội ngũ nhân viên sẵn sàng. Ngoài người bác sĩ sản khoa và các nữ hộ sinh nên có thêm một thày thuốc gây mê và một bác sĩ nhi khoa.

Sau khi sổ thai thứ nhất thì dây rốn phải kẹp hai lần; trong trường hợp song thai đơn noãn thì có nguy cơ chảy máu của thai thứ hai từ dây rốn của thai thứ nhất.

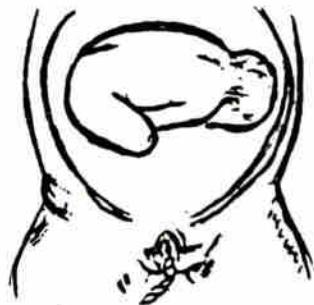


Hình 10.16. Phần ngôi trình diện nhỏ

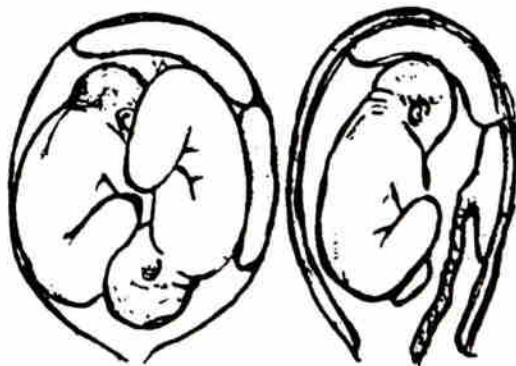


Hình 10.17. Kẹp dây rốn 2 lần

Khi thai thứ nhất đã sổ thì cần kiểm tra ngay kiểu thế của thai thứ hai và nếu cần thiết thì có thể thực hiện xoay thai ngoài thành ngôi chỏm, hoặc ngôi mông; nếu ngoài xoay không được thì tiến hành nội xoay thai và thực hiện lấy mông (xem chương 12)

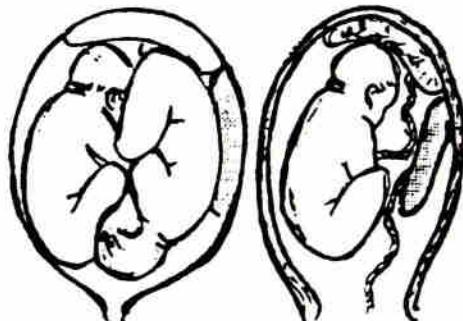


Hình 10.18. Nội xoay thai



Hình 10.19. Diện bám của bánh rau đang co rúm lại

Trì hoãn cho thai thứ hai sổ gây ra nguy cơ làm thai tử vong, vì diện bám của bánh rau bị co rúm lại cùng với hiện tượng sổ thai thứ nhất; kích thước tử cung giảm đi cũng làm biến đổi hệ thống mạch máu của tử cung. Để tránh tình trạng này thì bấm ối thứ hai khi là ngôi dọc và bảo người mẹ rặn. Cách làm này thường kích thích các cơn co tử cung. Có thể dùng oxytocin khi cuộc đẻ bị chậm lại. Sau đó để sổ tự nhiên hoặc tiến hành lấy mông. Dùng forceps hoặc giác hút sản khoa nếu là ngôi đầu, có thể khắc phục được tình trạng chậm sổ. Nên tiêm tĩnh mạch oxytocin đối với thai thứ hai, để kích thích cơn co tử cung.



Hình 10.20. Bánh rau đang bong

Rất ít khi bánh rau thứ nhất sổ ra trước thai thứ hai. Chảy máu thường không nặng. Tử cung đang co bóp mạnh và hiện tượng thu nhỏ kích thước vùng bánh rau bám với sự chèn ép của thai nhi vào tử cung giúp kiểm soát mất máu.

Cần kết thúc cuộc đẻ thai thứ hai không chậm trễ, cho bánh rau sổ càng sớm càng tốt, nếu cần có thể bóc rau nhân tạo và cho thuốc co bóp tử cung.

5. Các biến chứng khác song thai mắc vào nhau

Rất hiếm thấy song thai mắc vào nhau; trong tình huống này thì phần của thai này mắc vào phần khác của thai kia làm không xuống được. Nó thường xảy ra với thai đầu là ngôi mông và thai thứ hai là ngôi chỏm. Đầu của thai thứ hai tụt xuống cùng với vai, khiến cho đầu thai thứ nhất không lọt được trong chậu hông.

Điều quan trọng là phải phát hiện sớm vì tình huống này làm cho thai nhi tử vong cao. Cách điều trị là đẩy đầu thai nhi dưới lên khỏi chậu hông để giải phóng cho đầu của thai thứ nhất, khiến nó có thể sổ được. Nếu không thể đẩy lên được thì thai thứ nhất sẽ chết và buộc phải tiến hành huỷ thai để cho thân sổ ra và sau đó thai thứ hai sẽ sổ ra.



Hình 10.21. Song thai mắc vào nhau

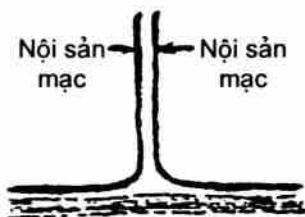
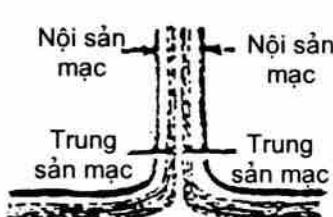
Song thai dính vào nhau là do hiện tượng phân tách các thai sinh đôi đơn noãn không hoàn chỉnh; cho nên không thể sổ thai theo đường âm đạo được, trừ một số trường hợp hiếm thấy hoặc do thiếu tháng nặng.

Chửa sinh ba hoặc sinh tư cũng có những vấn đề và những khó khăn tương tự.

Chuyển dạ đẻ non là hiện tượng rất hay gặp, vì khối thai tăng lên và tỷ lệ tử vong chu sunh cũng cao hơn. Cũng như trong các trường hợp dị dạng sản khoa khác, mổ lấy thai bao giờ cũng là biện pháp thích hợp nhất.

6. Các bánh rau và các màng

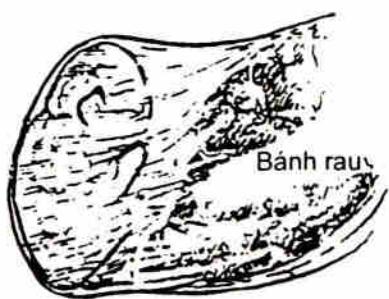
Các bánh rau có thể dùng riêng biệt hoặc trông như một bánh khiến cho việc chẩn đoán sinh đôi đơn noãn hay hai noãn không xác định được. Phải kiểm tra các màng rau giữa các túi ối.



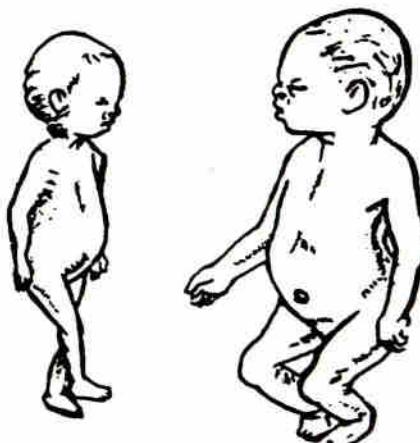
Hình 10.22. Hai noãn hoặc đơn noãn hai trung sản mạc

Hình 10.23. Đơn noãn. Trung sản mạc

Song thai hai noãn có hai nội sản mạc kép kiểu nhân bánh mợt hoặc hai trung sản mạc (hai trung snả mạc này dính vào nhau); tuy vậy, cũng có khi song thai đơn noãn có thể có thai trung sản mạc nếu sự phân chia của đĩa phôi đã xảy ra trước khi hình thành nội sản mạc. Song thai là một trung sản mạc đơn noãn có thể có một hoặc hai buồng ối. Việc xét nghiệm cấu trúc di truyền có thể cần thiết nhằm xác định các trẻ sinh đôi có giới tính giống nhau, có hai trung sản mạc là do hai noãn hay một noãn.



Hình 10.24. Thai bị ép mỏng



Hình 10.25. Hội chứng truyền máu

6.2. *Thai bị ép mỏng*. Đôi khi một thai sinh đôi không phát triển được, trở thành vô định hình hoặc teo quắt và bị ép dẹp lại. Hiện tượng này được gọi là thai ép mỏng. Thai này có thể lộ ra rõ rệt; cũng có khi bị các màng của bánh rau bọc lại.

"Hội chứng truyền máu" đôi khi gặp ở song thai đơn noãn. Hiện tượng này phụ thuộc vào một shunt động - tĩnh mạch của bánh rau. Hệ thống động mạch của một thai đổ vào hệ thống tĩnh mạch của thai kia, nên hệ động mạch của nó bơm một phần máu vào trong hệ tuần hoàn của thai kia, khiến từ bản thân nó bị đói song lại làm cho thai kia bù bãm, phì ra và da hồng cầu.

II. CHUYỂN DẠ ĐẺ NON

1. Đại cương

Chuyển dạ đẻ non được định nghĩa là sự khởi phát chuyển dạ trước khi thai đủ 37 tuần.

Tỷ lệ: 5-10% các cuộc sinh đẻ, nhưng là nguyên nhân chủ yếu của tử vong chu sinh.

2. Nguyên nhân

Một số bệnh cảnh có thể gây nên nguy cơ gia tăng chuyển dạ đẻ non như:

a. Các yếu tố xã hội:

Các nhóm có đời sống kinh tế - xã hội thấp kém.

Tuổi người mẹ quá trẻ.

Cân nặng của mẹ thấp.

Hút thuốc lá.

b. Tử cung bị căng giãn quá mức:

Chửa đà thai.

Đa ôi.

c. Dị dạng tử cung:

Bẩm sinh.

Hở eo cổ tử cung.

d. Dị dạng của thai.

Các bệnh gây sốt cho mẹ.

Viêm nội sán mạc (võ màng ối non)

f. Băng huyết trước khi đẻ

g. Chấn thương:

Thương tích.

Mổ xé trong lúc có thai.

Nhiều trường hợp không giải thích được và cơ chế tham gia vào việc gây ra kích thích hoạt động của tử cung không được rõ ràng.

3. Phòng ngừa

Cải thiện về dinh dưỡng và tình trạng sức khoẻ chung của quần thể và giảm hút thuốc lá có thể có lợi.

Thực hiện khâu cổ tử cung trong trường hợp có bằng chứng hở eo cổ tử cung (xem chương 9).

Việc sử dụng dự phòng bằng cho uống các thuốc có tác dụng giống giao cảm bêta trong những tình huống có nguy cơ cao, chẳng hạn như chửa song thai cũng đã được nêu lên. Mỗi hoài nghi về tính an toàn và hiệu quả của chúng cho đến nay vẫn chưa được giải quyết.

4. Điều trị

Việc quyết định liệu có nên làm ngừng chuyển dạ đẻ non không sẽ phụ thuộc vào thời gian mang thai, cân nặng sơ sinh dự kiến và những phương tiện cứu chữa sơ sinh có sẵn. Những tiến bộ trong công tác chăm sóc nhi khoa đã làm giảm bớt sự cần thiết phải có những cố gắng nhằm trì hoãn cuộc đẻ.

4.1. Các thuốc có tác dụng giống giao cảm bêta salbutamol và ritodrin kích thích sự kiểm soát giao cảm bị ức chế đối với cơ tử cung. Các thuốc này có nhiều tác dụng phụ, bao gồm tăng nhịp tim, tăng đường huyết và giảm hàm lượng kali huyết thanh người mẹ. Nhịp mạch trong khoảng từ 130 - 140 thì có thể chấp nhận được, nhưng liều lượng cao có thể gây nên loạn nhịp tim trầm trọng. Đã có nhiều báo cáo cụ thể về phù phổi sau khi dùng các thuốc có tác dụng bêta kết hợp với các steroid vỏ thượng thận (nhằm làm cho phổi thai nhi trưởng thành), có lẽ là do kết hợp của hiện tượng giãn mạch với ứ đọng nước và natri, cho nên, có lẽ không nên kết hợp hai loại thuốc này với nhau. Bệnh tim và đái tháo đường là những chống chỉ định đối với các thuốc có tác dụng bêta.

Liều lượng: dùng một bơm tiêm chậm bắt đầu với liều 50 microgam/phút, tiêm tĩnh mạch, và tăng dần lên cho tới khi các cơn co tử cung ngừng hẳn, hoặc khi nhịp mạch của người mẹ vượt quá 140. Liều lượng này thường đòi hỏi phải dùng ít nhất trong 12 giờ, và một khi đã kiểm soát được cơn co tử cung rồi thì có thể thay bằng cách uống thuốc.

4.2. Các chất đối kháng calci: nifedipin (adalat) được dùng trong điều trị bệnh thiếu máu cơ tim và hình như tác dụng của nó là ức chế dòng ion calci trong các sợi cơ. Nhóm các thuốc này cũng có tác dụng ức chế cơ tử cung, nhưng cho tới nay cũng chưa thấy có lợi ích gì hơn so với các thuốc giống giao cảm bêta.

4.3. Các thuốc ức chế prostaglandin: chẳng hạn như indomethacin ức chế sự sản sinh men tổng hợp nên có tác dụng rõ rệt làm giảm hoạt động của tử cung. Tuy nhiên, người ta đã thấy những liều cao có thể dẫn đến hiện tượng đóng sớm ống động mạch thai, do đó không nên dùng.

4.4. Các steroid vỏ thượng thận: người ta đã dùng một loại steroid vỏ thượng thận (betamethason) truyền tĩnh mạch để gây nên hiện tượng trưởng thành của phổi

thai nhi trước 32 tuần. Thuốc này có thể dùng kết hợp với một thuốc có tác dụng giống giao cảm bêta, nhằm trì hoãn cuộc đẻ thêm một số ngày. Các tác dụng phụ đã được nêu ra (xem phần trên), nên quyết định dùng betamethason phải tham khảo ý kiến của đồng nghiệp nhi khoa.

Về phương diện thực hành, sử dụng các thuốc này để ức chế hoạt động của tử cung, về tổng thể đã không thấy có triển vọng gì. Đánh giá hiệu quả khó vì tính không cụ thể của các triệu chứng quanh cuộc chuyển dạ. Nếu thuốc cho đủ sớm để làm ngừng hoạt động co bóp của tử cung thì rất có thể là bệnh nhân đã ở trong tình trạng "chuyển dạ giả", và khi cổ tử cung đã mở tới 3cm mà chuyển dạ đã rõ ràng, thì bất luận thế nào cũng khó mà đảo ngược được tình thế.

III. VỐ ỐI NON

1. Đại cương

Đây là hiện tượng rách các màng ối trước khi chuyển dạ, vào lúc thai chưa đủ 37 tuần.

2. Nguyên nhân

Đôi khi không rõ nhưng lưu ý các tình huống sau đây:

- Hở eo cổ tử cung
- Dị dạng thai nhi
- Đa ối
- Nhiễm khuẩn

3. Nguy hiểm

Nhiễm khuẩn trong buồng tử cung (có thể làm cho thai chết), chuyển dạ đẻ non.

4. Cách xử trí

- Nhập vào viện.
- Lập bảng thân nhiệt, cách 4 giờ ghi một lần.
- Khảo sát kỹ bằng siêu âm để phát hiện dị dạng thai nhi.
- Xét nghiệm nước ối để tìm bằng chứng của hiện tượng trưởng thành của phổi thai (phosphatidyl glycerol). Mẫu bệnh phẩm lấy qua đường dùng mỏ vịt vô khuẩn và tránh không được thăm khám bằng ngón tay.
- Nên cho đẻ nếu đã xác định được sự trưởng thành của phổi thai nhi hoặc xuất hiện nhiễm khuẩn.
- Ngược lại thì điều trị bảo tồn. Một tình trạng mang thai có thể vẫn tiếp tục giữ được trong nhiều tuần nếu nhiễm khuẩn không phát triển.

Đôi khi kháng sinh được sử dụng để điều trị dự phòng, nhưng vi khuẩn kháng thuốc có thể xuất hiện nếu việc dùng các thuốc này kéo dài liên tục trong một thời gian nào đó. Tuy nhiên, sau khi sinh sẽ phải điều trị cho đứa trẻ.

IV. THAI GIÀ THÁNG

Thuật ngữ này được áp dụng đối với hiện tượng có thai kéo dài bất thường - quan niệm chung là 294 ngày tính từ ngày thứ nhất của kỳ kinh cuối cùng.

Thai già tháng vẫn là một chỉ định để gây chuyển dạ, chủ yếu vì sợ thai bị ngạt. Bánh rau có biểu hiện "lão hoá" cả về cấu trúc lẫn chức năng sau khi thai đã đủ tháng và tỷ lệ tử vong chu sinh bắt đầu tăng lên đối với thai kéo dài quá 42 tuần.

Nguy cơ của có thai kéo dài có thể thay đổi cùng với những yếu tố khác, ví dụ như tuổi mẹ tăng lên và bệnh tăng huyết áp.

Một cách chọn lọc để can thiệp là nên làm và biện pháp này được các phương pháp đánh giá hiện đại hỗ trợ như:

- Khảo sát thường quy bằng siêu âm sớm cho phép đánh giá một cách chính xác về mức độ trưởng thành.
- Có thể tiến hành đánh giá "già tháng" đối với thai nhi vào lúc đã đủ tháng +10 ngày nữa.
 - + Siêu âm có thể ước lượng được trọng lượng của thai, tư thế của thai (ngôi cúi quá mức và lượng nước ối giảm đi), và thể tích nước ối (đo vùng đọng nước ối lớn nhất).
 - + Ghi tim thai - cơn co tử cung (có thể làm liên tiếp nếu được coi là cần thiết) có thể cung cấp trực tiếp về sinh lực của thai nhi.

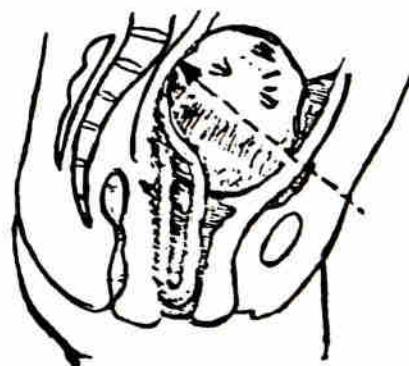
V. HIỆN TƯỢNG SA VÀ SA TRONG BỌC ỐI CỦA DÂY RỐN

1. Dấu hiệu chẩn đoán

Sa dây rốn xuất hiện sau lúc các màng ối vỡ, khi mà ngôi không bình chỉnh tốt hoặc ngôi bất thường. Hiện tượng này kết hợp với đẻ nhiều lần và đẻ non, bất cân xứng thai nhi - khung chậu và đa ối.



Hình 10.27. Dây rốn ở âm hộ



Hình 10.28. Dây rốn sa ảnh hưởng đến thai nhi

Một khi dây rốn đã ra ngoài tử cung, và đặc biệt khi đã sa ra ngoài âm đạo thì việc cung cấp máu cho thai nhi bị đình trệ, hoặc là do nhiệt độ hạ xuống, hoặc do co thắt của các mạch máu, hoặc do bị chèn ép ở giữa eo trên và ngói. Nếu cuộc đẻ không được giải quyết trong vòng 40 phút thì thai có khả năng bị chết.

Sự hiện diện của da dây rốn có thể không được phát hiện ra cho tới lúc dây rốn xuất hiện ở âm hộ hoặc do sờ thấy dây rốn trong khi thăm khám âm đạo, để đánh giá tiến triển của chuyển dạ, hoặc do suy thai cấp tính xuất hiện đột ngột. Điều quan trọng là phải thăm khám âm đạo ngay khi các màng ối đã vỡ cho tất cả các bệnh nhân có tình trạng ngói không bình chỉnh tốt, hoặc ngói không lọt.



Hình 10.29. Sa dây rốn trong bọc

Hình 10.30. Sa dây rốn ẩn

Sa dây rốn trong bọc ối có nghĩa là có thể sờ thấy được dây rốn ở cổ tử cung qua các màng ối chưa bị vỡ. Sa dây rốn ẩn có nghĩa là dây rốn nằm dọc ngói nhưng có thể không sờ thấy khi thăm khám âm đạo.

Nó là một tình huống hết sức nguy hiểm và có thể gây nên hiện tượng suy thai bất ngờ.

2. Điều trị

– Xác định xem dây rốn còn đập hay không đập nữa và tiếng tim thai. Khi thai đã chết, có thể để cho cuộc chuyển dạ tiến triển bình thường (nếu như không có biến chứng nào khác).

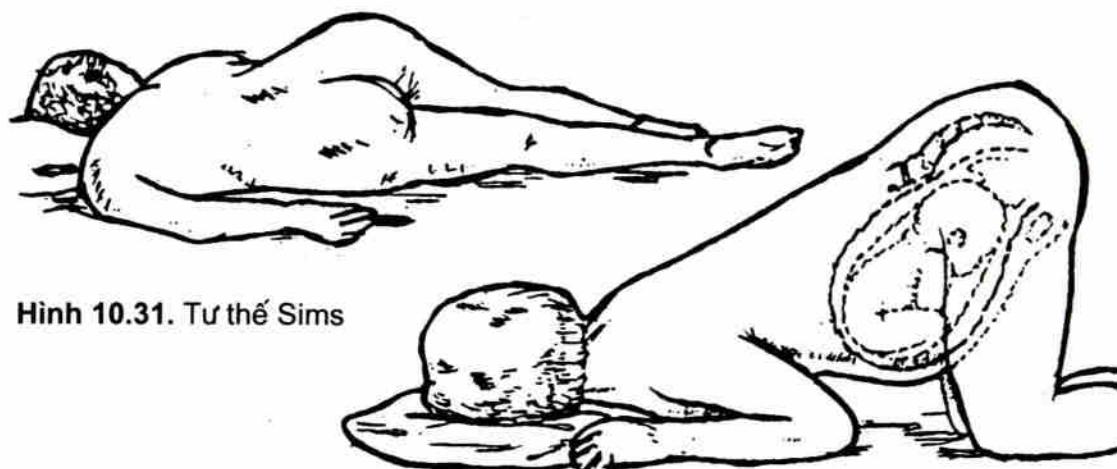
– Nếu thai hẵn còn sống, cần tiến hành mổ lấy thai ngay lập tức, trừ khi có thể để thai sổ theo đường âm đạo bằng foóc-xép hoặc việc lấy mông có thể tiến hành thuận lợi.

– Khi đang chuẩn bị cho cuộc mổ thì phải đẩy ngược dây rốn vào trong âm đạo rồi giữ dây rốn bằng gạc hoặc bằng tay. Có thể thử giúp cho dây rốn tránh bị ép vào giữa ngói và khung chậu bằng cách cho bệnh nhân nằm theo một tư thế thích hợp. Chân giường phải được kê cao lên.

- Phải hết sức nhẹ nhàng khi chạm vào dây rốn.
- Sa dây rốn, mặc dù thường làm trẻ chết nhưng lại không gây một nguy cơ nào cho người mẹ, trừ khi sao nhãng những điều cần quan tâm thích đáng về tiết

kiệm thời gian. Dẫu cho cần hết sức khẩn trương nhưng phải chuẩn bị thật chu đáo đối với người mẹ; do vậy phải có máu đã thử chéo để sẵn sàng sử dụng.

– Khi đã phát hiện bằng thăm khám âm đạo thấy dây rốn trong bọc ối thì có chỉ định mổ lấy thai; song chừng này mà màng ối chưa vỡ thì chưa có nguy cơ tức thì đối với thai nhi, và còn có thêm thời gian.



Hình 10.31. Tư thế Sims



Hình 10.32. Tư thế gói - ngực

VI. ĐA ỐI

Bình thường nước ối có một thể tích từ 500-1500ml và nếu nước ối quá nhiều thì người ta gọi là đa ối. Về phương diện lâm sàng có thể phát hiện được tới 2 lít.

1. Các dấu hiệu

- Tử cung to hơn dự kiến
- Khó xác định được thai nhi và các phần của thai nhi.
- Khó nghe thấy tim thai.
- Thai nhi bập bênh dễ dàng.
- Phát hiện dấu hiệu ba động.
- Vòng bụng đo ngang qua rốn tới trên 100cm trước khi thai đủ tháng.



Hình 10.33. Khám lâm sàng

Vòng bụng thay đổi ít nhiều - tình trạng lên xuống như thuỷ triều.

2. Các nguyên nhân

Hiện tượng quá nhiều nước ối thường do dị dạng thai nhi - đặc biệt là vô sọ, gai đôi cột sống, teo thực quản, phù thai và song thai đơn noãn.

Người ta thấy u mạch máu của bánh rau trong một số hiếm trường hợp bị đa ối.

Các bệnh của người mẹ gây nên đa ối có thể thấy là đái tháo đường và những thể rất nặng của bệnh tim và tiền sản giật.

Đa ối thường phát triển từ từ trong 3 tháng cuối.



Hình 10.34. Đa ối

3. Triệu chứng

Các triệu chứng là do tử cung to và trọng lượng tử cung gây nên.

- Bệnh nhân nặng nề và khó thở.
- Ăn uống khó tiêu.
- Phù nề, giãn tim mạch và trĩ.
- Bụng có thể đau.

Đa ối có thể là cấp tính - phát triển rất nhanh; thường từ 24 - 30 tuần. Đau bụng cấp và cảm giác như bụng muốn vỡ ra, thường là các triệu chứng được thể hiện ra ngoài. Hay thấy hiện tượng nôn mửa. Da bụng căng bóng, đôi khi phù nề và thường thấy những vân khía mới xuất hiện. Tử cung căng, đau, có thể chẩn đoán nhầm với băng huyết ngẫu biến ẩn (hội chứng rau bong non), nhưng không thấy sốc.

Đa ối, dù là cấp hay mạn tính, đều có thể dẫn đến sẩy thai hoặc đẻ non.

4. Cách xử trí

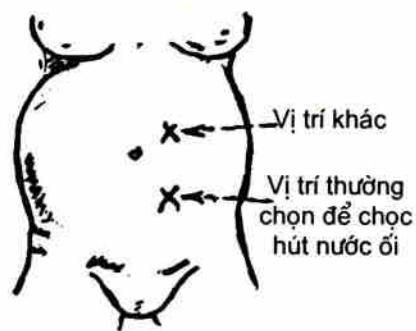
Phải tiến hành chẩn đoán bằng siêu âm kỹ lưỡng, nhằm phát hiện nguyên nhân của bệnh cảnh này. Nếu thai bình thường thì mục tiêu là bảo tồn tình trạng thai nghén. Nằm nghỉ và cho thuốc an thần có thể có tác dụng và đôi khi cần phải chọc tháo nước ối, nhằm làm nhẹ các triệu chứng gây suy sụp cho người bệnh.

- Chọc tháo nước ối

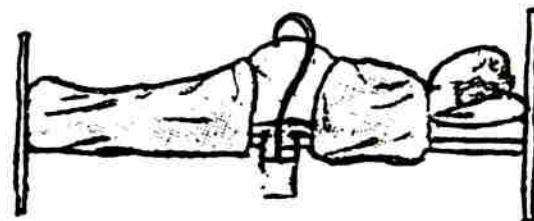
Xác định vị trí bám của bánh rau bằng siêu âm; luồn một kim hoặc một ống thông bằng chất dẻo vào trong buồng tử cung.

- Thông nước tiểu bằng quang.
- Gây tê tại chỗ vào da bụng ở phần tư dưới trái. Nếu có chứa song thai, thì túi ối trên thường hay bị ảnh hưởng, do đó vị trí chọc dò có thể ở ngay trên rốn.

- Chọc kim qua thành bụng vào trong tử cung (nếu hút ra máu thì chọn vị trí khác), rồi rút ra một cách từ từ 10dl dịch ối; có thể làm dịu được đau đớn cho bệnh nhân.



Hình 10.35. Các vị trí chọc tháo nước ối



Hình 10.36. Dẫn lưu nước ối

Đôi khi biện pháp hút tháo nước ối như thế có thể kích thích hoạt động co bóp của tử cung và bụng lại có xu hướng đẩy lên nhanh chóng.

Nếu thấy thai nhi dị dạng thì có thể gây chuyển dạ. Phải tháo nước ối một cách chậm chạp, vì tháo quá nhanh một thể tích nước ối lớn có thể làm cho bánh rau bị rách ra, dẫn đến các vấn đề của bong rau non.

5. Chẩn đoán phân biệt

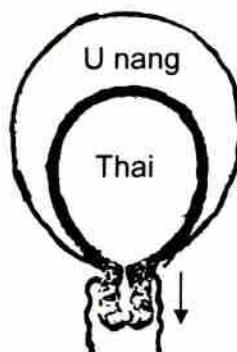
5.1. Chửa đa thai

Không có ba động

5.2. U nang buồng trứng

U nang có xu hướng ép vào thai và cổ tử cung tụt xuống trong chậu hông.

Đa ối lại có xu hướng nâng thai lên khỏi chậu hông và cổ tử cung ở cao.



Hình 10.37. U nang chèn thai bào CTC tụt xuống



Hình 10.38. Đa ối nâng thai lên CTC ở cao

5.3. Chửa trúng

Gặp trong khi mới có thai, song thường kèm theo ra máu.

5.4. Một bàng quang đầy nước tiểu. Hiện tượng này thường do tử cung bị kẹt trong chậu hông gây nên.

Siêu âm có thể phân biệt được các bệnh cảnh này nếu sau khi khám lâm sàng vẫn còn nghi ngờ.

VII. THIẾU ỐI

Đây là một bệnh cảnh hiếm gặp; trong tình huống này nước ối có thể rút xuống chỉ còn một vài ml hoặc dịch trắng đục như sữa.

Sự tăng trưởng chậm của thai trong buồng tử cung thường do thiếu ối gây nên ở một mức độ nhất định, và trong các trường hợp teo thận thì thực tế không có nước ối.

Hiện tượng không có nước ối làm da thai nhi khô và sần như da thú, và còn có thể gây nên những hiệu ứng do chèn ép, thí dụ như bàn chân vẹo, vẹo cổ vì thiếu nước ối đệm và ngăn cách.

Thuật ngữ này được dùng khi trực dọc của thai nhi liên tiếp thay đổi so với tử cung. Kiểu ngôi biến động là một cách gọi khác. Có thể gặp kiểu ngôi ngang, chêch hoặc dọc; song không một kiểu ngôi nào được duy trì. Bệnh nhân thường là người đã đẻ nhiều lần.

1. Các nguyên nhân

- Các cơ thành bụng và cơ tử cung bị giãn nở.
- Đa ối.
- Xoắn vặn cực dưới của tử cung, thí dụ: rau tiền đạo hoặc khối u trong hố chậu.
- Thai nhi dị dạng.

Dị tật bẩm sinh của tử cung có xu hướng đưa đến một ngôi không thuận, nhưng ổn định.

Kiểu ngôi không ổn định không phải là vấn đề lớn cho tới tận 4 hoặc 5 tuần có thai cuối cùng. Nguy cơ lường trước được là chuyển dạ có thể bắt đầu hoặc là các màng ối có thể bị vỡ, trong khi đó ngôi lại không thuận, dẫn đến cuộc chuyển dạ bị đình trệ hoặc sa dây rốn. Chính vì lẽ đó mà trong công tác thực hành nên khuyên bệnh nhân có kiểu ngôi không ổn định vào viện khi thai được khoảng 38 tuần. Trong khi thai tiến triển thì khả năng chuyển dạ hoặc vỡ ối càng tăng lên.

Nước ối nhiều nhất vào lúc thai khoảng 35 tuần (xấp xỉ 1 lít) và ít hơn vào lúc thai đủ tháng (khoảng 5 dl). Với sự tăng cường của thai thì nước ối thậm chí còn ít hơn một cách tương đối, cho nên tình trạng này có thể ổn định kiểu ngôi và ngôi thai.

2. Các phương pháp kiểm soát

- Thời gian - vì nước ối giảm đi mà thai lại tăng lên, khiến tính bất ổn định giảm bớt, nên có thể dẫn đến chuyển dạ bình thường.
- Xoay thai ngoài để trở thành ngôi dọc thường dễ dàng. Cách làm này có thể lặp lại liên tiếp với hy vọng là những biến đổi về nước ối, và thai nhi có thể làm cho ổn định.
 - Đa ối và một thai nhi bề ngoài bình thường dễ có chỉ định chọc tháo nước ối, làm biện pháp để ổn định ngôi.
 - Một thai nhi dị dạng không phù hợp với cuộc sống, chẳng hạn như vô sọ, thì nên phá thai nhưng không được mổ lấy thai.
 - Có thể dùng oxytocin kích thích tử cung khi tới gần đủ tháng nếu là kiểu ngôi thuận. Và nếu hoạt động co bóp tử cung xuất hiện khi bấm ối.
 - Có thể xé các màng ối để cố định ngôi thai rồi dùng oxytocin để kích thích chuyển dạ. Cách làm này có thể thất bại và kiểu ngang hoặc chéo lại tái hiện, thì cần tiến hành mổ lấy thai.
 - Những tình huống bất thường, chẳng hạn như các khối u và rau tiền đạo có thể xử trí bằng các biện pháp dành riêng cho các bệnh cảnh đó.
 - Tất cả các trường hợp đã có một kiểu ngôi không ổn định cần được khám xét kỹ càng.
 - Nếu màng ối chưa vỡ thì có thể tiến hành ngoại xoay.
 - Mổ lấy thai chọn lọc là biện pháp an toàn nhất.

IX. CÁC TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

1. Người chữa con so lớn tuổi

Thuật ngữ thiếu tính chúc tụng và khá xúc phạm này thường được áp dụng đối với một người phụ nữ có thai lần đầu tiên vào lứa tuổi trên 35.

Dĩ nhiên nó là một con số áp đặt và các bệnh nhân ở lứa tuổi này, những ai có tâm hồn và cơ thể trẻ trung, đã thụ thai không có gì là khó khăn, có thể thường sinh đẻ rất dễ dàng. Hiện tượng có thai trong một số phụ nữ thuộc nhóm này, tuy vậy, đã xảy ra một thời gian dài vô sinh và trong suy nghĩ của người chăm sóc họ có một cảm giác là tương lai thụ thai của người phụ nữ đó có thể tương đối thấp. Tỷ lệ tử vong chu sinh tổng thể trong nhóm này tăng lên cũng như tỷ lệ mổ lấy thai. Tần suất của những biến chứng trước khi sinh sau đây tăng lên và cần được quan tâm đặc biệt.

- a. Sẩy thai
- b. Hội chứng Down.
- c. Các bệnh lý tăng huyết áp.
- d. Thai chậm phát triển trong tử cung.

- e. Chuyển dạ đẻ non.
- f. Các bệnh phụ khoa, thí dụ: u xơ.

2. Hội chứng loạn dưỡng đẻ khó

Thuật ngữ này được dùng để mô tả các phụ nữ có một kiểu thể chất đặc biệt,

thường thể hiện dưới dạng những phụ nữ con so lớn tuổi, đã có tình trạng thụ thai khó khăn và có trạng thái sinh sản yếu kém.

Người phụ nữ thường lùn, mập mạp. Có xu hướng béo phì, hệ thống lông tóc phân phôi dạng đàn ông và mất khung chậu dạng nam. Các bàn tay rộng, vuông, các ngón thường ngắn và bằng nhau.

Phần mềm khung chậu thường rắn chắc, thiếu khả năng đàn hồi.

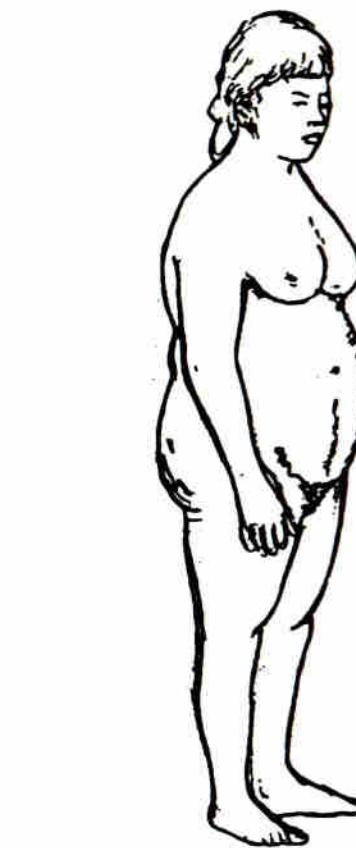
Tiền sản giật tương đối hay gấp.

Dễ gặp hiện tượng thai già tháng và cũng hay thấy các kiểu thể chỏm sau.

Cuộc chuyển dạ thường kéo dài, thiếu hài hoà, đẻ hay phải can thiệp bằng phẫu thuật.

3. Người đẻ con rạ nhiều lần

Thuật ngữ này ngày nay ít sử dụng, vì sự hạn chế tầm vóc gia đình, song cũng phải nhớ là số lần đẻ tăng lên thì tỷ lệ tử vong chu sinh tăng theo. Sự gia tăng tử vong thai nhi ở lần chửa thứ tư và các lần sau rất nặng nề (xem biểu đồ).



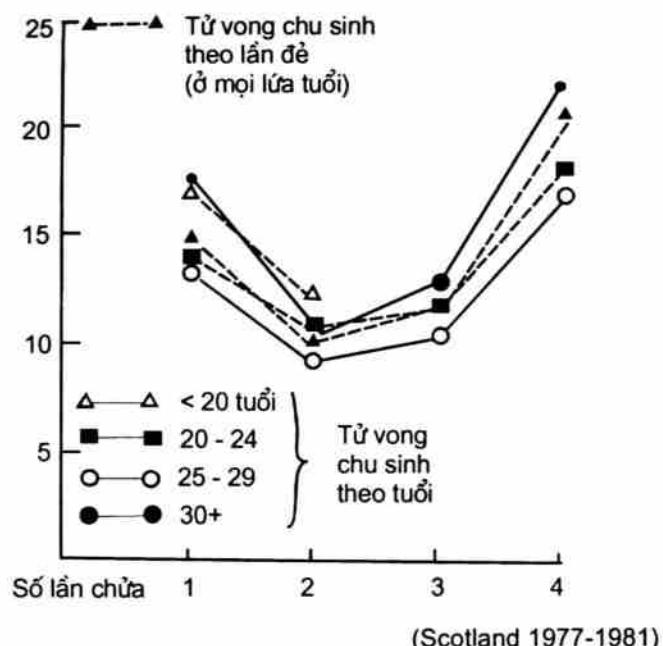
Hình 10.39. Dạng phụ nữ đẻ khó

Người mẹ đẻ nhiều phải chịu đựng những vấn đề của tuổi tác tăng lên với những hậu quả của nó, sự quấy rầy của một gia đình nhiều trẻ nhỏ và sự suy sụp mà nó có thể gây nên, đặc biệt là khi có ít thời gian nghỉ ngơi giữa các lần mang thai.

Hậu quả có thể là thai phụ thiếu chăm lo cho bản thân và chăm sóc trước khi sinh sơ sài. Lê tất nhiên, những yếu tố này là không thể tránh được ở các nhóm phụ nữ có đời sống xã hội - kinh tế thấp kém.

Tỷ lệ các biến chứng sau đây tăng lên:

- Thiếu máu
- Kiểu ngôi không ổn định do cơ chùng nhão.
- Rau bong non.
- Vỡ tử cung.
- Băng huyết sau đẻ.

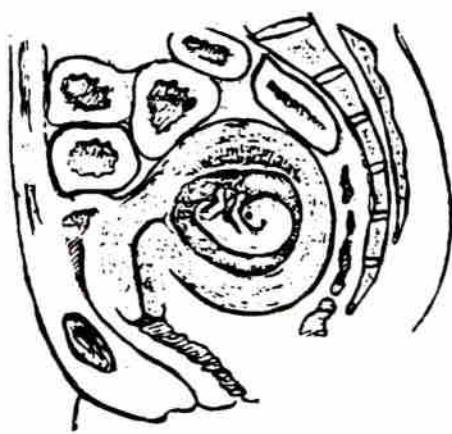


Hình 10.40. Biểu đồ tỷ lệ tử vong chu sinh theo số lần đẻ

X. TỬ CUNG KHUẤT CHUYỂN VÀ DỊ DẠNG

1. Tử cung có thai khuất chuyển sau

Bệnh cảnh này có lẽ là hậu quả của thụ thai xảy ra ở một tử cung đã sẵn bị khuất chuyển sau. Kết quả thường gặp nhất là sự điều chỉnh tự nhiên vào giữa tuần thứ 10 và thứ 12, song đôi khi tử cung bị mắc kẹt trong chậu hông trong lúc to lên, đặc biệt là khi có sự cản trở hiện tượng điều chỉnh này, thí dụ: các vùng dính hoặc khung chậu hẹp.



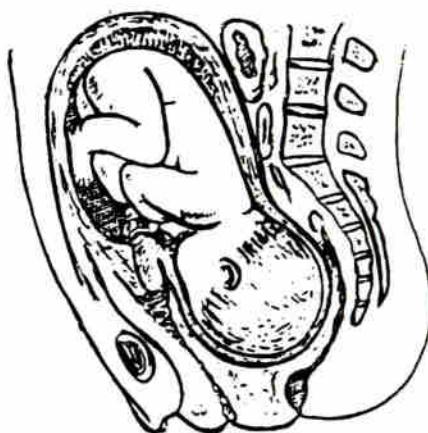
Hình 10.41. Tử cung khuất chuyển bị mắc kẹt



Hình 10.42. Chú ý là niệu đạo bị kéo ra rất dài

Bệnh nhân kêu đau trong chậu hông và đau lưng, khi đại tiện rất đau đớn. Niệu đạo bị ép lại và kéo dài ra gây nên đái rắt, trào nước tiểu do bị ứ đọng quá nhiều và nhiễm khuẩn, đôi lúc có thể thấy bí đái cấp tính và vỡ bàng quang. Hơn nữa, việc cung cấp máu cho bàng quang bị đình trệ nên người ta cũng đã nêu lên hoại tử bàng quang.

Nếu không điều chỉnh lại thì thai thường bị sẩy, song nó cũng có thể vẫn tiếp tục nhờ quá trình tạo túi - phì đại và giãn thành trước của tử cung có thể cho phép tử cung phát triển lên ổ bụng. Nếu một trường hợp có thai như thế tiến tới đủ tháng thì lúc đó phải mở lấy thai.



Hình 10.43. Hiện tượng tạo túi của tử cung

2. Chẩn đoán

Đái rắt và són đái khi mới có thai bao giờ cũng cần phải thăm khám chậu hông. Trong trường hợp tử cung khuất chuyển sau, cổ tử cung ở cao phía sau khớp mu và khó tiếp cận được, bàng quang bị đẩy lên cao, có thể thấy tử cung mềm nằm trong túi cùng Douglas.

3. Chẩn đoán phân biệt

Bí đái và túi cùng Douglas phồng cũng có thể còn do:

- Huyết tụ do chửa ở vòi trứng. Cảm giác căng đau rất nặng.
- U xơ tử cung theo quy luật thì cứng hơn và lồi lõm không đều.
- Một u nang buồng trứng có thể đẩy tử cung lên trên và ra trước.

Có thể phân biệt được những thương tổn này bằng chẩn đoán siêu âm.

4. Điều trị

4.1. Nếu phát hiện ra một tử cung có thai khuất chuyển sau không có triệu chứng gì

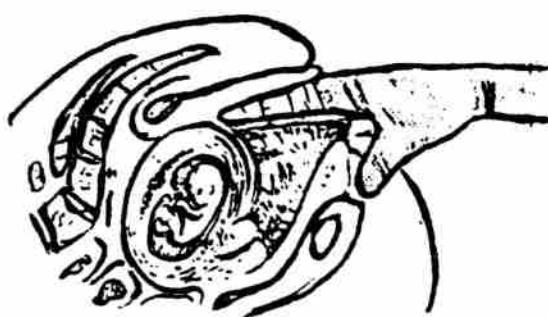
Chúng ta cần thăm khám chậu hông hàng tuần cho tới khi tử cung thoát ra khỏi được chậu hông vào tuần thứ 12 hoặc 13.

4.2. Nếu có những triệu chứng về tiết niệu hoặc những triệu chứng khác

Phải cho bệnh nhân vào viện nằm tại giường nghỉ trong 48 giờ, đặt ống dẫn lưu bằng quang tại chỗ. Có thể đặt một vòng nâng âm đạo có lò xo lớn cùng lúc đó và bệnh nhân phải nằm theo tư thế sấp ít nhiều. Nếu cách điều trị đơn giản này bị thất bại thì có thể phải điều trị bằng tay, bệnh nhân được gây mê.

Cổ tử cung được kéo xuống dưới bằng một kẹp, bệnh nhân trong tư thế nằm phủ phục đầu gối - khuỷu tay. Đẩy đẩy tử cung lên trên qua cung đồ sau của âm đạo.

Một biện pháp khác là chỉ dùng ngón tay đẩy theo đường trực tràng và âm đạo.



Hình 10.44. Đẩy tử cung qua cung đồ sau âm đạo



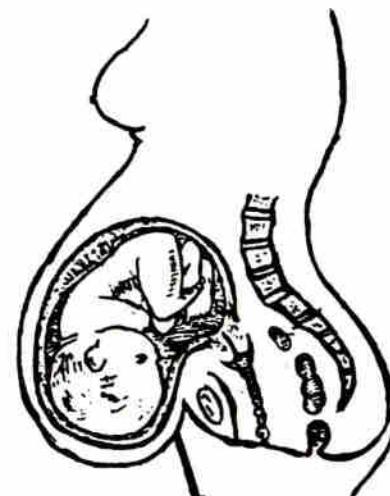
Hình 10.45. Đẩy tử cung qua trực trong

2. Khuất chuyển ra trước của tử cung ("bụng ỏng")

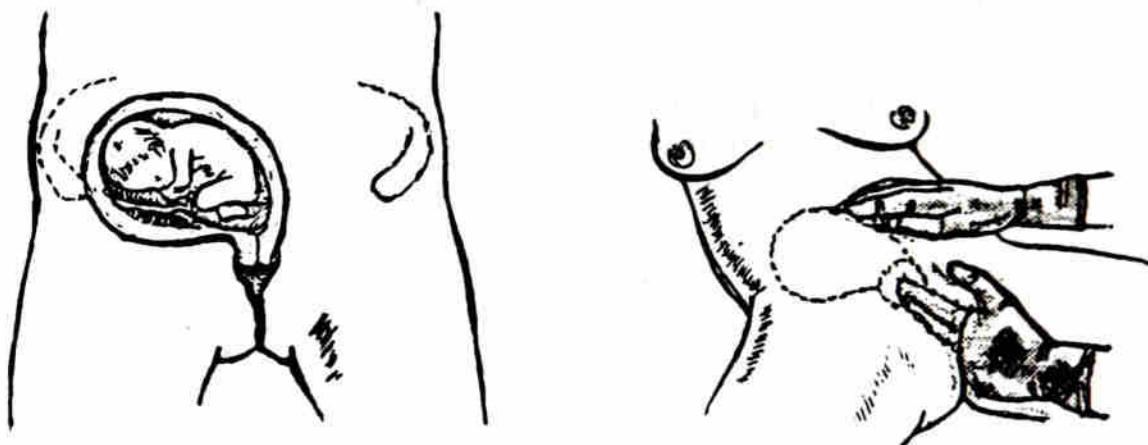
Nếu khung chậu bị hẹp không cho ngôi lọt hoặc nếu các cơ quan của thành bụng yếu (hậu quả của các lần mang thai liên tiếp) thì tử cung sẽ đổ ra phía trước. Hiện tượng lưng ưỡn bù trừ xuất hiện, người phụ nữ sẽ rất khó chịu vì đau lưng và các cơ ở thành bụng căng ra. Tình huống này làm cho hiện tượng lọt của ngôi chậm lại, và dù không thấy có trạng thái bất cân xứng nào khác vẫn có thể gây nên vỡ tử cung. Dùng nịt đõ trong khi có thai có thể có tác dụng tốt.

3. Tử cung lệch sang phía bên

Có thể phát hiện tình trạng này giữa tuần thứ 6 đến tuần thứ 10, khi mà eo tử cung mềm ra rõ rệt nhất (dấu hiệu Hegar). Hiện tượng này không mang ý nghĩa lâm sàng gì đặc biệt, trừ khi có thể nhầm với chữa vòi trứng hoặc chữa trong tử cung hai sừng.



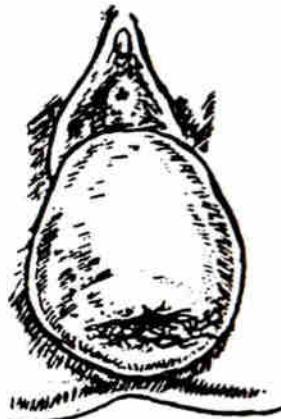
Hình 10.46. Tử cung đổ trước



Hình 10.47. Tử cung lệch sang bên

4. Sa tử cung

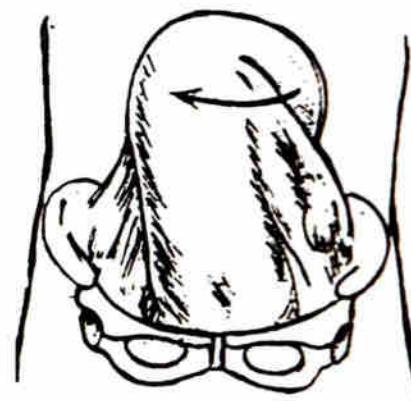
Hiện tượng này có thể cùng tồn tại với tình trạng mang thai và có thể nặng thêm lên trong những tháng đầu vì các mô bị mềm và căng giãn ra. Cổ tử cung lồi ra khá xa ngoài âm hộ, bị phù nề và loét. Có thể dùng một vòng đỡ để giữ cho tử cung ở đúng vị trí cho tới khi nó đã quá lớn không tụt xuống được qua hố chậu nhỏ nữa (thường là vào khoảng tuần lễ thứ 20).



Hình 10.48. Sa tử cung

5. Tử cung bị xoắn vặn

Trong lúc có thai tử cung bị xoay sang phải ở mức độ nhất định là chuyện bình thường, có thể là do đại tràng chậu hông chiếm một khoang nhất định trong hố chậu trái. Đôi khi hiện tượng xoay này có thể tới 90% và nếu thấy trong khi mổ lấy thai thì cần cẩn thận để tránh rạch vào dây chằng rộng trái và các động mạch. Xoắn nặng dễ có thể gây nên những rối loạn về cấp huyết, không ngoại trừ là một biến chứng khi có thai ở trong một sừng của tử cung đôi thường được chẩn đoán nhầm là chảy máu ngẫu biến ẩn.



Hình 10.49. Tử cung bị xoắn vặn

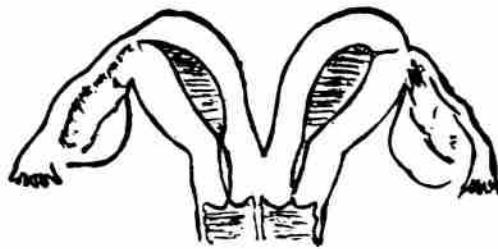
6. Các dị dạng bẩm sinh

Những dị dạng này là hậu quả của hiện tượng dính vào nhau không hoàn chỉnh

của các ống Muller. Tử cung, cổ tử cung, âm đạo, riêng từng bộ phận hoặc toàn thể, có thể là một tạng hay tạng kép, hoặc ở trạng thái trung gian, do đó việc phân loại khó khăn và danh pháp thường lẫn lộn. Những dị dạng ở đây mô tả mang tính đại diện.

6.1. Tử cung đôi

Khi cả hai sừng đều phát triển tốt thì thai tiến triển bình thường. Việc chẩn đoán khó khăn trừ khi thấy được một âm đạo và cổ tử cung kép, tuy nhiên việc thăm khám chậu hông thường quy dễ bị bỏ qua.



Hình 10.50. Tử cung, cổ tử cung và âm đạo kép (tử cung đôi - hai tử cung)

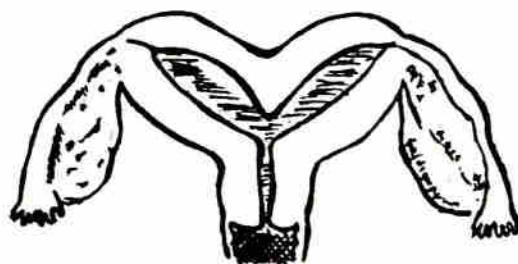


Hình 10.51. Sờ thấy âm đạo và cổ tử cung kép

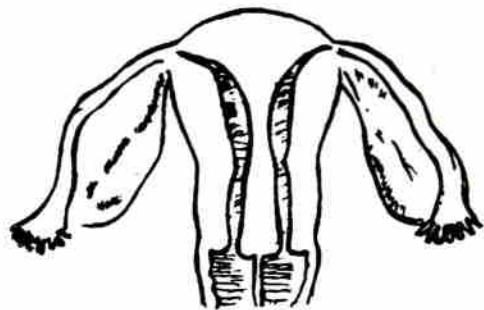
Xoắn vặn của một sừng dễ xảy ra hơn so với tử cung bình thường và có thể xảy ra trong khi xoay thai, khiến cho thai nhi bị chết cùng với các triệu chứng của băng huyết ngẫu biến. Sừng tử cung không mang thai phát triển màng rụng riêng của nó và phì đại, chiếm chỗ trong hố chậu nhỏ làm cuộc chuyển dạ bị ách tắc.

Tử cung hai sừng một cổ tử cung

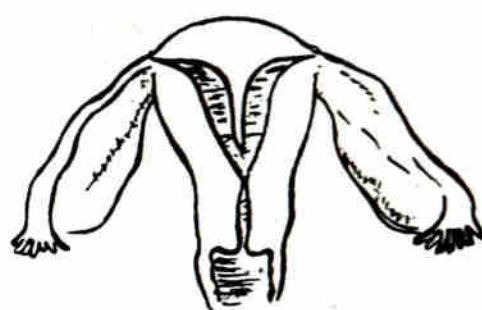
Không thể chẩn đoán được tình huống này trừ khi mở ổ bụng, hoặc có lẽ trong lúc bóc rau nhân tạo đối với bánh rau bị mắc, hay gặp trong các loại dị dạng này. Loại tử cung này hay gây nên ngôi mông - đầu thai nằm trong một sừng, chân nằm trong sừng bên kia.



Hình 10.52. Tử cung hai sừng một cổ tử cung, một âm đạo

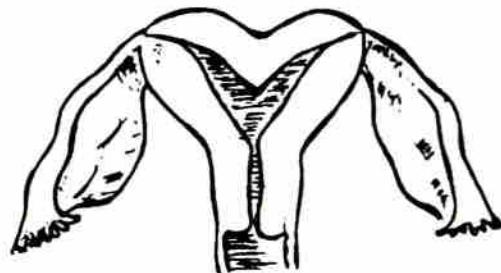


Hình 10.53. Tử cung có vách ngăn



Hình 10.54. Tử cung có vách ngăn lửng

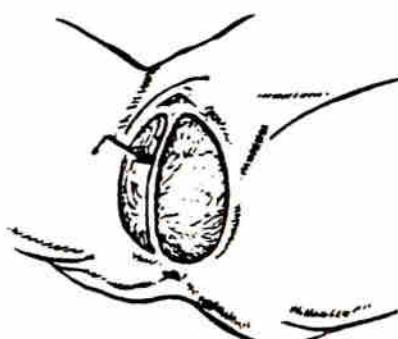
Nhóm dị dạng này chỉ có thể phát hiện được khi mở tử cung trong mổ lấy thai, tuy người ta thường nghi ngờ tử cung hình cánh cung khi sờ nắn thành bụng mà thành bụng lại mỏng. Nhóm dị dạng này dễ gây nên sảy thai và một số biến chứng vào những tháng cuối khi có thai, chẳng hạn như kiếu ngôi bất thường hoặc không ổn định và bánh rau bị mắc nghẽn không sổ được.



Hình 10.55. Tử cung hình cánh cung (tử cung hình tim)

6.2. Vách ngăn âm đạo

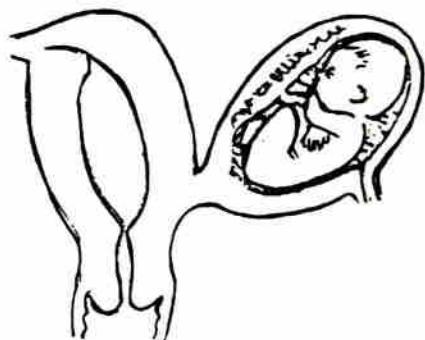
Các vách ngăn này có thể xảy ra độc lập trong đường sinh dục bình thường và cũng hay thấy những vách ngăn không hoàn toàn. Đôi khi giai đoạn hai bị chậm lại vì vách ngăn cản không cho đầu di xuống. Cách điều trị tốt nhất là chờ cho tình huống xảy ra, tới khi vách ngăn bị căng ra thì tiêm một ít thuốc tê tại chỗ, rồi thắt và cắt bằng kéo.



Hình 10.56. Vách ngăn âm đạo

6.3. Chửa trong sừng phụ (chửa ở sừng tử cung)

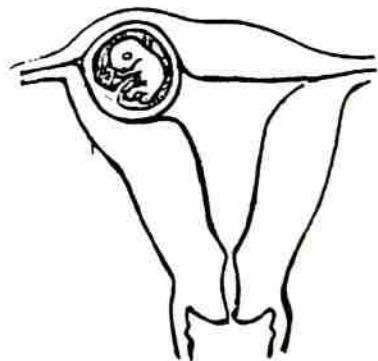
Ngay cả khi sừng này không có đường thông với âm đạo thì một tinh trùng "lang thang" có thể vẫn thụ tinh cho một trứng ở phía bên đó. Vỡ sừng tử cung gây chảy máu nặng, thường xảy ra vào tháng thứ 4; song người ta cũng đã nêu lên là thai có thể tiếp tục tiến triển đến đủ tháng. Sừng không có thai phì đại, bệnh cảnh thường hay được chẩn đoán (tình cờ) là chữa trong vòi trứng, vì các triệu chứng đều giống nhau. Cách điều trị là cắt bỏ vòi trứng khi có thai.



Hình 10.57. Chửa trong sừng phụ

6.4. Chửa góc vòi trứng

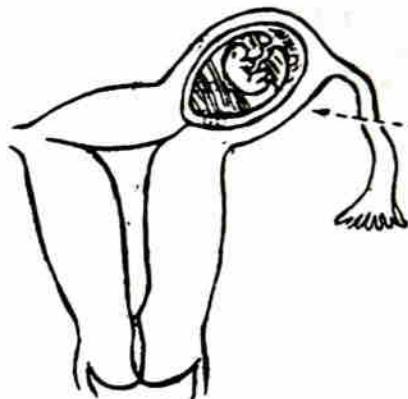
Trứng làm tổ ở góc vòi trứng gần lỗ vòi trứng. Bệnh cảnh này gây đau dữ dội khi thai phát triển lên và tử cung to lên khi thai phát triển lên và tử cung to lên không cân đối. Hiện tượng này có thể tiến triển đến đủ tháng, song có xu hướng là sẩy thai và có thể được chẩn đoán là chữa trong vòi trứng, vì bệnh nhân đau liên tục và khối phồng lên không đều.



Hình 10.58. Chửa góc vòi trứng

6.5. Chửa ở đoạn kẽ

Đây là một hiện tượng làm tổ lạc chỗ trong đoạn kẽ của vòi trứng, được trình bày trong phần chữa lạc chỗ. Nó được đưa vào phần này vì thể hiện về lâm sàng tương tự và khi nắn thấy giống như chữa ở góc hoặc ở sừng tử cung.



Hình 10.59. Chửa ở đoạn kẽ

XI. CÁC KHỐI U GÂY BIẾN CHỨNG KHI MANG THAI

Các khối u quan trọng là ung thư cổ tử cung, u xơ tử cung và u nang buồng trứng

1. U xơ tử cung

Mang thai khi có hiện diện của u xơ là một tình trạng khá hiếm. U xơ gây nên vô sinh và thường thấy ở những phụ nữ đứng tuổi.

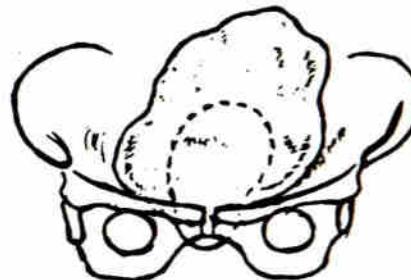
1.1. Chẩn đoán

Các u xơ rắn hơn bất kỳ khối u nào khác trong chậu hông và cũng thường thấy nhiều khối, song việc chẩn đoán chỉ mang tính chất giả định. Phải nghĩ đến tất cả những trường hợp như chửa sinh đôi, chửa trong vòi trứng, các u nang buồng trứng, viêm vòi trứng, chửa ở sừng hay ở góc tử cung. Nhưng thường thì các u xơ không gây ra triệu chứng gì và có thể để nguyên như vậy.

Các triệu chứng chèn ép: nếu các u xơ rất to hoặc đè vào chậu hông thì bệnh nhân có thể than phiền về đái khó, đại tiện khó, trương bụng, giãn tĩnh mạch và thậm chí cả khó thở nữa. Cách điều trị bao giờ cũng mang tính chất bảo tồn, trừ khi xuất hiện tắc ruột. Phẫu thuật bóc nhau xơ trong khi có thai gây chảy máu rất nặng và thường kèm theo sảy thai.

1.2. Thoái hoá

Các u xơ dễ bị "thoái hoá đỗ" (nhồi máu) trong khi có thai, khi thấy u trở nên căng, đau và gây nên triệu chứng sốt. Chỉ cần cho thuốc an thần cho tới khi bệnh cảnh dịu đi sau ít ngày, tuy vậy cũng có khi phải mở bụng để loại trừ viêm ruột thừa. Thoái hoá cũng có thể gây biến chứng trong thời kỳ hậu sản.



Hình 10.60. U xơ có nhiều thuỷ ở thai 12 tuần

1.3. Cách xử trí lúc chuyển dạ

Nếu u xơ làm cho thai không xuống và lọt được thì phải mổ lấy thai, nếu không thì nên để chuyển dạ tiến triển bình thường. Nếu có nghi ngờ bị ách tắc thì nên để chuyển dạ tiếp tục thêm một thời gian, để xem liệu cổ tử cung mở có thể làm cho u xơ chuyển chệch sang một bên không.

Nếu phải mổ lấy thai, không nên bóc u xơ cùng lúc đó. U xơ thoái triển rất nhanh trong những tháng sau để và đường rạch tử cung có thể mổ qua vùng đáy để tránh phạm phải khối u, có thể làm chảy máu nhiều.



Hình 10.61. U xơ làm cuộc chuyển dạ bị đinh trệ.

2. Các u nang buồng trứng

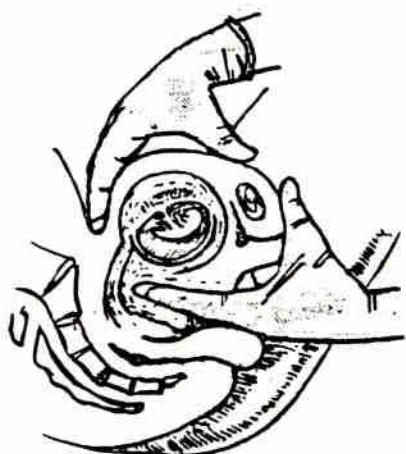
Thường phải cắt bỏ ngay các khối u này vì chúng có khuynh hướng gây nên những biến chứng cơ học và vì khả năng ác tính.

Loại hay gặp nhất là u nang đơn thuần (70%) hoặc u nang bì (25%). Có khoảng 5% là các ung thư.

2.1. Chẩn đoán

Thăm khám bằng sờ nắn khi mới có thai dễ hơn nhiều trước khi tử cung choán gần hết chậu hông. Một u nang buồng trứng thường di động nhiều hơn là một trường hợp ú nước hoặc ú mủ vòi trứng, và ít căng đau hơn chửa ở vòi trứng.

Việc chẩn đoán các khối u buồng trứng ở cạnh tử cung có thai trở nên đơn giản hơn do sự phát triển của siêu âm.



Hình 10.62. Sờ nắn một bàng quang đầy nước tiểu.

- Một bàng quang chứa đầy nước tiểu, nhất là khi bị tử cung có thai đầy ra khỏi chậu hông dễ bị nhầm với một u nang.

- Một tử cung có thai bình thường từ tháng thứ 2 đến tháng thứ 4 có vùng eo hết sức mềm (xem dấu hiệu Hegar) và rất dễ nhầm cổ tử cung là tử cung và tử cung là u nang buồng trứng.

- U nang có thể là một hoàng thể lớn. Nguyên tắc hành động là theo dõi hơn là mổ bất kỳ một u nang đơn độc nào có kích thước bằng quả quýt. Vậy mà thậm chí có khi người ta cắt bỏ cả một hoàng thể.

2.2. Các biến chứng trong u nang

2.2.1. *Xoắn* là biến chứng hay gặp nhất có thể dẫn đến vỡ u nang. Các triệu chứng mang tính cấp, với đau bụng đột ngột, nôn mửa và sốt. Các triệu chứng này dịu đi, để rồi lại xuất hiện sau ít ngày. Khi khám chậu hông có thể phát hiện ra một khối nang căng đau, không phân biệt được với chửa trong vòi trứng.

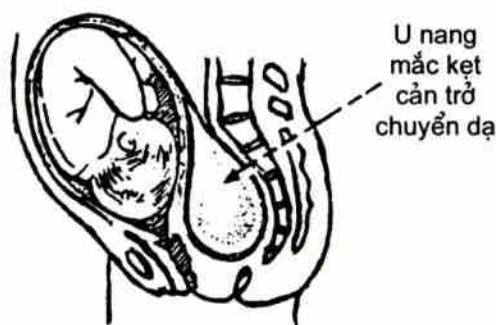
2.2.2. *Các triệu chứng chèn ép*, có thể xuất hiện nếu u nang bị mắc kẹt trong chậu hông hoặc có kích thước rất to. Các triệu chứng này có thể gồm đái khó, đau, chướng bụng, giãn các tĩnh mạch, đại tiện khó.

2.2.3. *Mưng mủ*. Hiện tượng này dễ xảy ra trong thời kỳ hậu sản do chấn thương trong cuộc đẻ.

2.3. Các biến chứng đối với thai

2.3.1. *Sẩy thai* có xu hướng tăng lên nếu u nang to.

2.3.2. *Một u nang trong chậu hông*, có thể làm ách tắc cuộc chuyển dạ, gây nên ngôi không thuận, đầu không lọt.



Hình 10.63. U nang mắc kẹt sẽ cản trở chuyển dạ

2.4. Điều trị

Nguyên tắc là cắt bỏ u nang ngay khi phát hiện ra và chẩn đoán được bản chất của u. Mở bụng trong lúc mới có thai thường không có gì khó khăn vì ít phải

thao tác đến tử cung để tiếp cận u nang. Nếu khối u nang được phát hiện vào lúc đầu tháng hay gần đầu tháng và không nằm trong chậu hông có thể gây chuyển dạ rồi sau đó vài ngày thì tiến hành cắt bỏ u nang. Nếu u nang có khả năng gây ách tắc cuộc chuyển dạ thì phải mổ lấy thai và cắt bỏ u đi.

Quyết định khó khăn nhất nảy sinh vào lúc thai ở 3 tháng giữa, khi mà mổ bụng để cắt bỏ khối u có thể phải thao tác nhiều tới tử cung. Người thầy thuốc sản khoa phải quyết định liệu có thể trì hoãn an toàn việc cắt bỏ u nang cho tới lúc thai nhi có đủ sinh lực được không.

3. Ung thư cổ tử cung

3.1. Phiến đồ cổ tử cung dương tính trong khi mang thai

Cách xử trí phiến đồ tử cung dương tính trong khi có thai đã được đơn giản hoá cao độ nhờ áp dụng phương pháp soi cổ tử cung. Khám bằng soi cổ tử cung có thể đủ khẳng định hoặc cho phép làm sinh thiết một cách an toàn, để thực hiện việc chẩn đoán xác định.

3.2. Điều trị

Cách điều trị đúng đắn bệnh cảnh này đòi hỏi phải phá thai. Các ý kiến muốn trì hoãn điều trị vì sự an toàn của thai cần được bàn bạc đầy đủ với người mẹ. Nếu đứa trẻ có khả năng sống được, thì cần mổ lấy thai, tiếp đó là cách điều trị như thường lệ. Khi mới có thai thì có thể thực hiện mổ tử cung lấy thai hoặc điều trị bằng tia xạ từ bên ngoài, biện pháp này sẽ làm cho thai chết và sảy thai. Các điều trị trong trường hợp này là phải bổ sung bằng đặt Caesium.

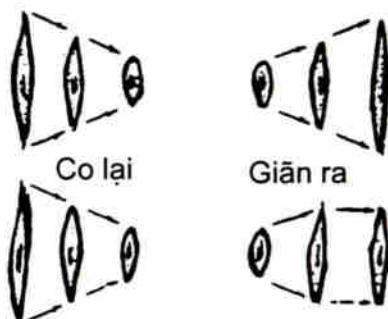
Chương 11

CHUYỂN DẠ ĐẺ THƯỜNG

Chuyển dạ đẻ là quá trình sinh con. Cổ tử cung mở ra để đáp ứng lại các cơ co tử cung, đường sinh dục được hình thành và đứa trẻ đi xuống qua chậu hông.

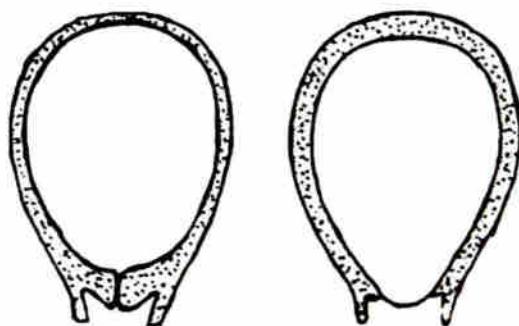
I. HOẠT ĐỘNG CỦA TỬ CUNG

Các sợi của cơ tử cung co lại và giãn ra giống như mọi cơ khác. Trong chuyển dạ, khi các sợi cơ giãn ra thì chúng không trở lại chiều dài ban đầu mà ngắn dần lại: đó là hiện tượng co cơ.



Hình 11.1. Co cơ

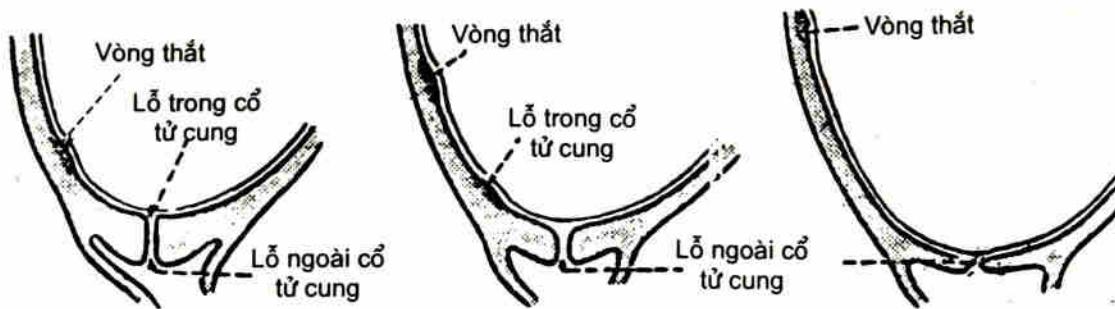
Dung lượng của tử cung như vậy giảm dần đi và chiều dày của thành tử cung tăng lên.



Hình 11.2. Chiều dày tử cung trước chuyển dạ và trong chuyển dạ

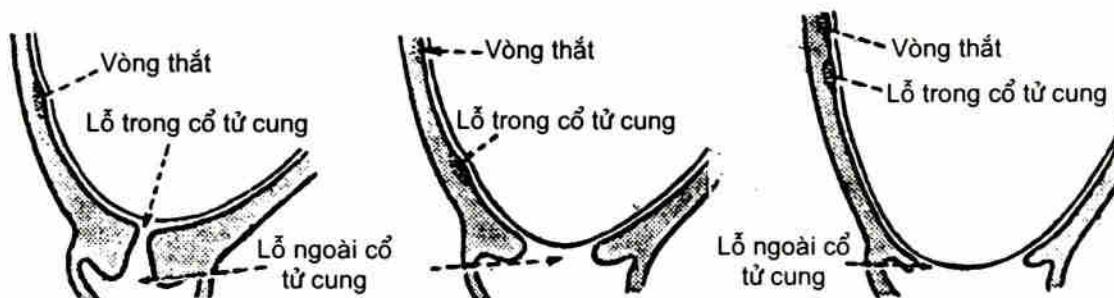
Khi chuyển dạ đẻ tiến triển thì các cơ co tử cung tăng lên về tần số, sức bóp và thời gian. Cơ của đoạn dưới tử cung (xem chương 2) mỏng và tương đối thụ động, còn cổ tử cung thì gồm chủ yếu là tổ chức liên kết.

Tác dụng của hiện tượng co rút dần cơ phần trên tử cung là làm cho đoạn dưới căng và mỏng ra, tạo nên hiện tượng xoá và mở của cổ tử cung. Nơi tiếp nối giữa đoạn trên và đoạn dưới của tử cung được gọi là vòng thắt sinh lý.



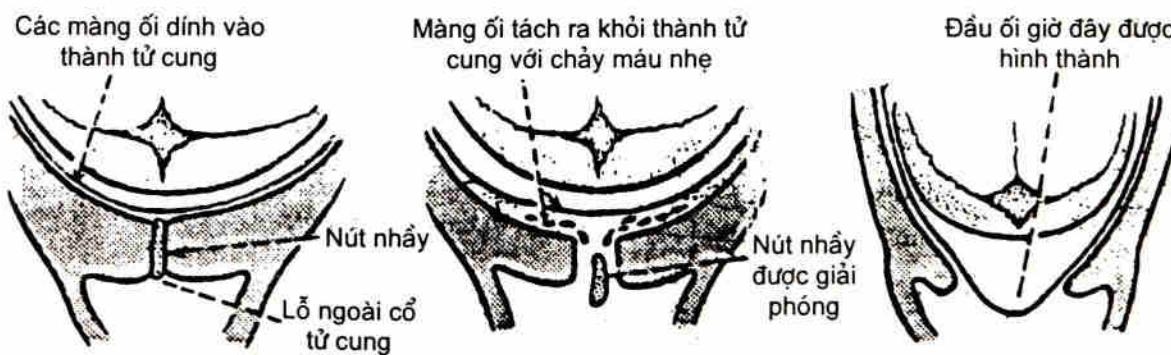
Hình 11.3. Hiện tượng CTC xoá mở ở con sói

Hiện tượng xoá rõ rệt nhất ở người chửa con sói. Ở người đẻ con rạ thì hiện tượng xoá và mở cùng đồng thời diễn ra.



Hình 11.4. Xoá mở CTC ở con rau

Hiện tượng xoá và mở của cổ tử cung làm cho các màng ối tách ra khỏi vùng lỗ trong cổ tử cung, gây chảy máu nhẹ và giải phóng nút nhầy hoặc còn gọi là nắp đậy. Hiện tượng này tạo nên "nhựa chuối báo" và tạo điều kiện cho đầu ối hình thành.



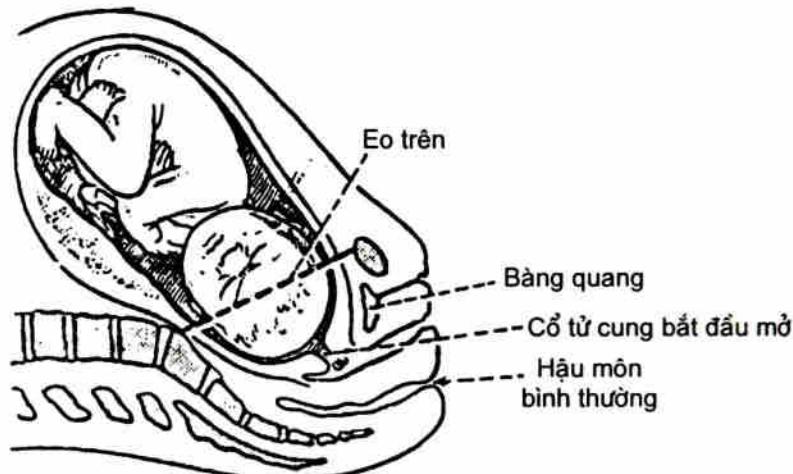
Hình 11.5. Sự thành lập đầu ối

II. NHỮNG THAY ĐỔI Ở ĐƯỜNG SINH

1. Lúc bắt đầu chuyển dạ đẻ

Chuyển dạ đẻ được chia ra làm 3 giai đoạn:

- Giai đoạn một: từ lúc bắt đầu đến khi cổ tử cung mở hết.
- Giai đoạn hai: từ lúc mở hết đến khi đẻ đứa trẻ.
- Giai đoạn ba: từ lúc trẻ đẻ đến khi sổ rau (sau đẻ con).

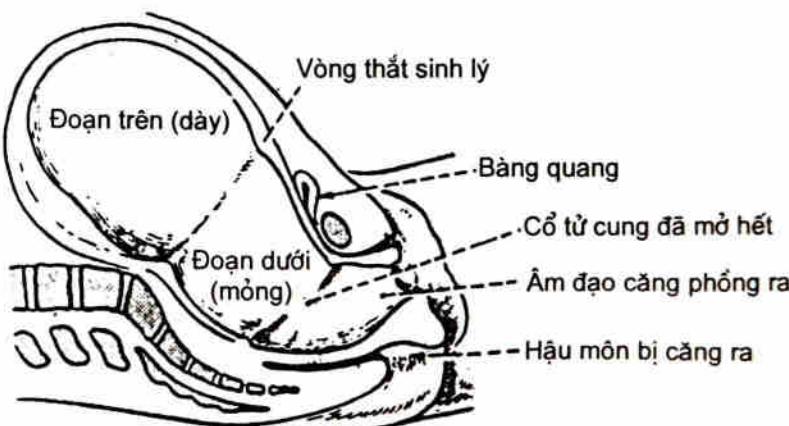


Hình 11.6. Cổ tử cung bắt đầu mở

2. Đường sinh ở lúc bắt đầu của giai đoạn hai

Thai nhi đi xuống trong hố chậu nhỏ trong giai đoạn một và hai của cuộc chuyển dạ.

Đường sinh được thành lập nhờ cổ tử cung, âm đạo mở ra và do các cơ của sàn chậu hông và tầng sinh môn bị căng giãn và di chuyển.

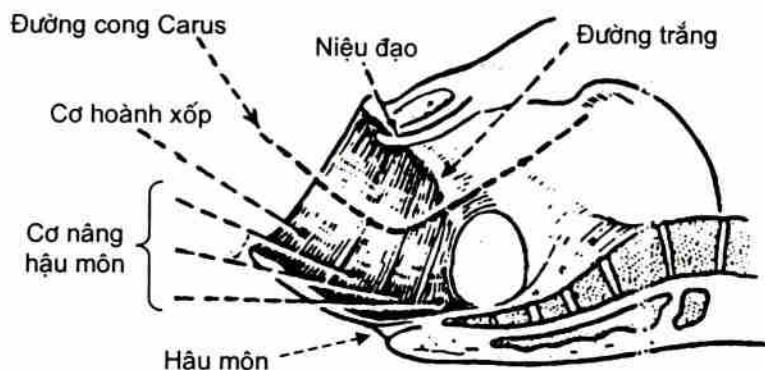


Hình 11.7. Đường sinh được thành lập

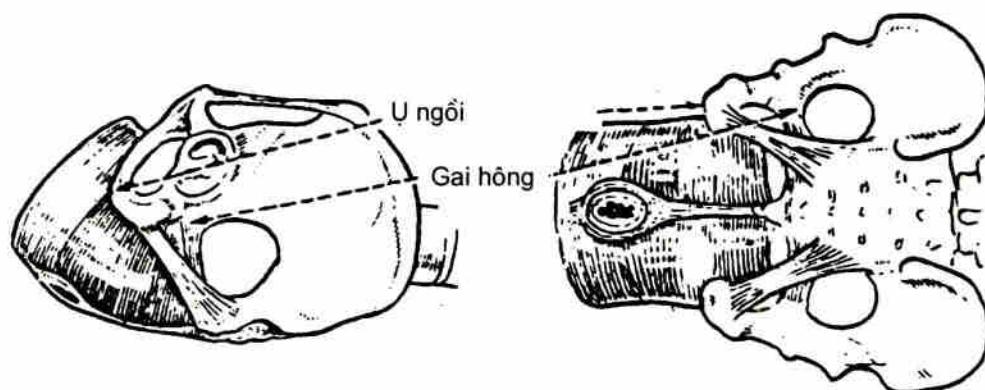
Bàng quang bị đẩy lên trên xương mu do cơ các nơi dính vào tử cung, niệu đạo bị căng giãn, ruột bị ép lại.

Vào lúc cuối giai đoạn hai, đường sinh đã được thành lập hoàn chỉnh. Lối ra của đường sinh thẳng góc với lối vào. Hiện tượng gấp góc này được gọi là đường cong Carus.

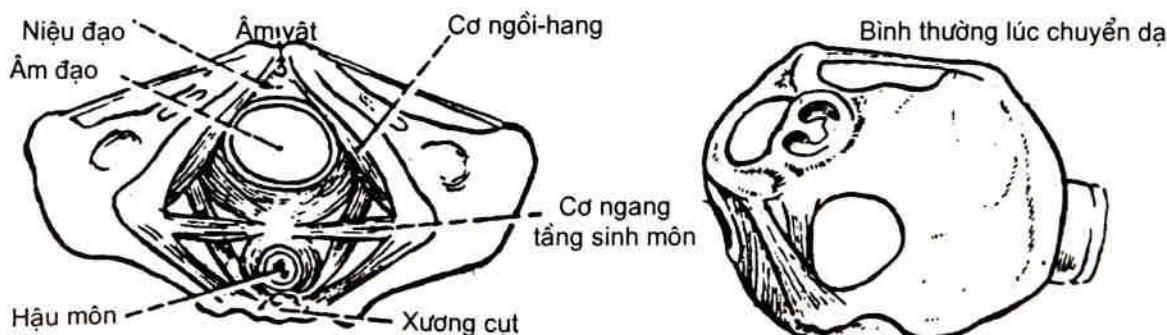
Các sơ đồ sau nhấn mạnh hiện tượng căng giãn và di chuyển đã đưa âm hộ tụt xuống thấp hơn vị trí bình thường.



Hình 11.8. Đường sinh giãn rộng



Hình 11.9. Đường sinh nhìn từ phía ngoài chậu hông và từ phía sau lưng



Hình 11.10. Hiện tượng căng giãn và di chuyển nhìn từ phía dưới (sau khi đẻ)

III. CƠ CHẾ CỦA CUỘC CHUYỂN DẠ ĐẺ

Cơ chế của cuộc chuyển dạ đẻ là một chuỗi các động tác thụ động của đứa trẻ, đặc biệt là của phần ngôi trình diệu, trong khi thai đi xuống qua đường sinh.

Hình minh họa cơ chế của cuộc chuyển dạ đẻ trong đó chỏm ở thế Chỏm - Trái - Ngang (Ch.Tr.N) (xem chương 5).

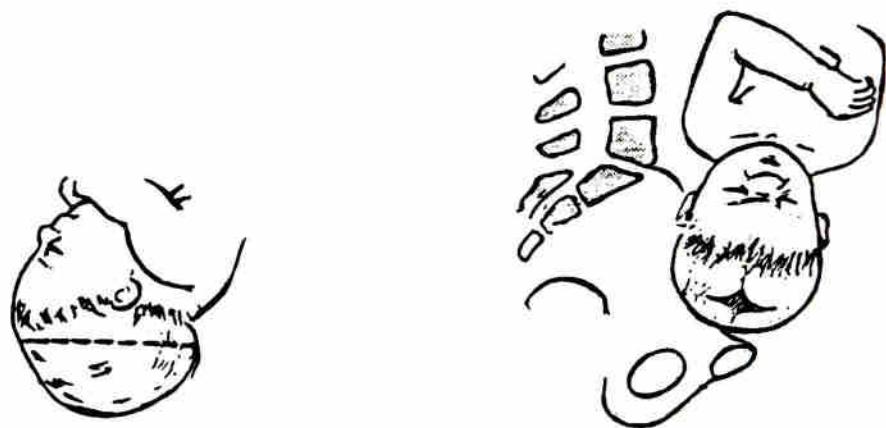
1. Cơ chế bình thường

Đầu trình diệu theo đường kính ngang của eo trên chậu hông với chỏm ở thế trái. Trước khi lọt thường ở tình trạng không đối xứng, nghĩa là xương đinh này hay xương bên kia là phần ngôi trình diệu.



Hình 11.11. Cơ chế bình thường

2. Không đối xứng



Hình 11.12. Không đối xứng

Sơ đồ cho thấy xương đinh sau là phần ngôi trình diệu, đây là hiện tượng không đối xứng sau (Nếu xương đinh trước là phần ngôi trình diệu thì đó là hiện tượng không đối xứng).

3. Hiện tượng cúi

Lúc mới bắt đầu chuyển dạ thai nhi ở trong tư thế cúi nhưng cổ chưa hoàn toàn cúi hẳn, nên đường kính chẩm - trán là đường kính trình diện.



4. Hiện tượng thai thu hẹp

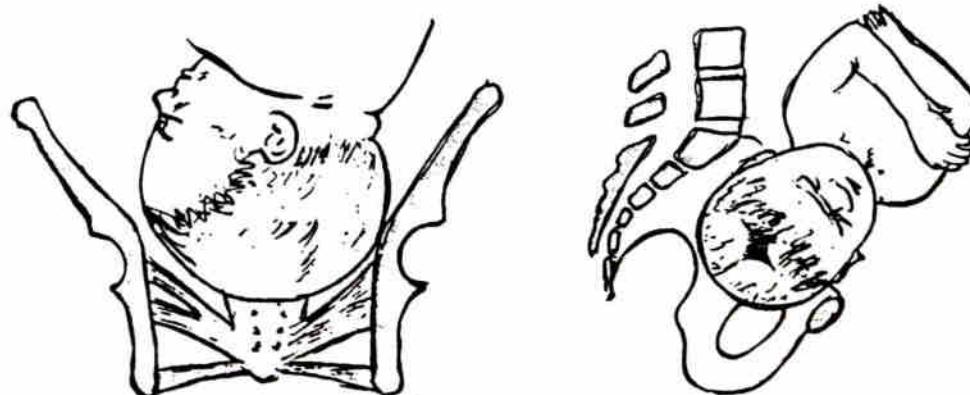
Khi chuyển dạ tiến triển thêm thì thai nhi thu hẹp lại. Cổ cúi hẳn và đường kính hạ chẩm - thóp trước trở thành đường kính trình diện



5. Hiện tượng xuống và lọt xảy ra

Lọt là sự xuống của các đường kính trình diện qua eo trên của khung chậu. Bộ phận trình diện - là đỉnh chỏm - giờ đây ở gần mức của các gai hông.

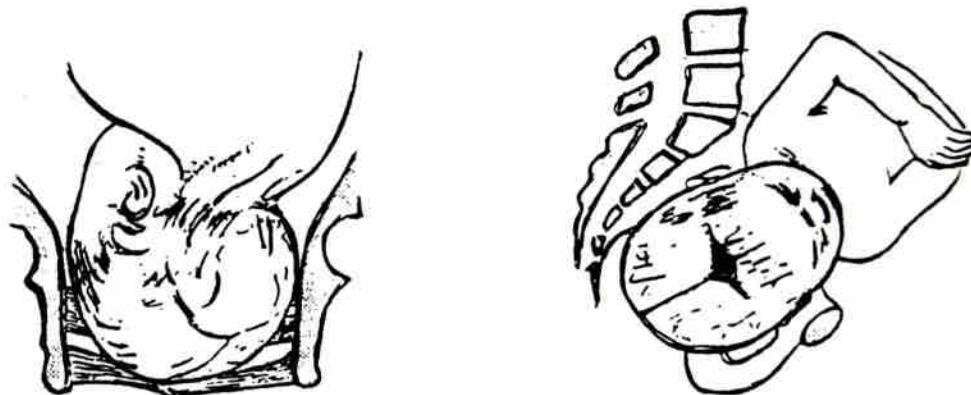
Hình 11.3. Hiện tượng thai thu hẹp



Hình 11.4. Đỉnh chỏm ở mức gai hông

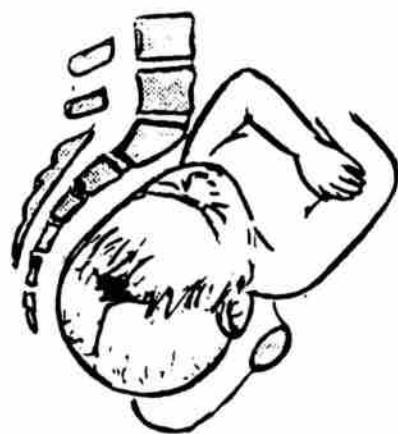
- Hiện tượng xuống tiếp tục và chỏm quay trong hố chậu nhô ra phía trước theo đường kính chéo phải để đưa chỏm tới lỗ bịt trái ở phía trước.

Bây giờ ở thế Chỏm - Trái - Trước (Ch - Tr - T)



Hình 11.5. Thế chỏm - trái - Trước

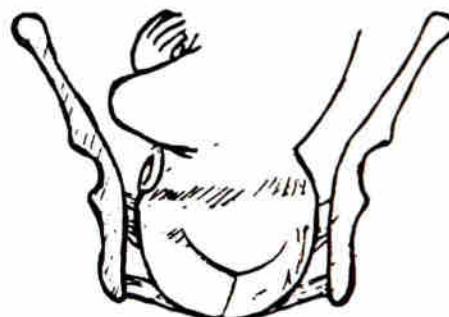
Thế Ch.Tr.T bị ảnh hưởng một phần bởi sự hiện diện của đại tràng Sigma trong khoang trái trước của chậu hông. Chú ý cổ thai nhi bị vặn như thế nào.



Hình 11.6. Thế Ch.Tr.T bị ảnh hưởng một phần của đại tràng Sigma.

- Hiện tượng xuống tiếp tục và chỏm đến sàn chậu hông. Bây giờ chỏm quay ra trước. Đây là quay trong. Đầu lúc này thành chỏm trước. Chú ý sự vặn của đầu và vai. Vai ở trong đường chéo trái trên.

- Tiếp tục là thai nhi sau khi đã tới sàn chậu hông thì quay ra trước (quay trong)



Hình 11.7. Chỏm quay ra trước

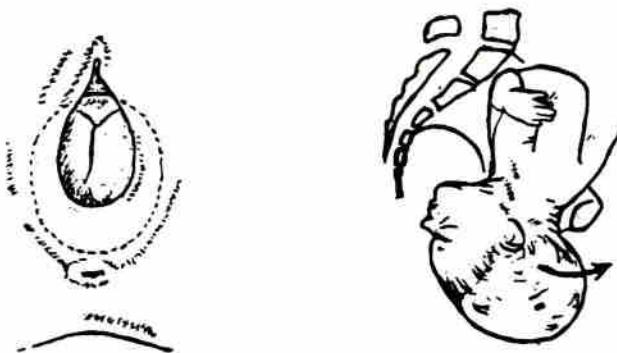


Hình 11.8. Quay trước

Độ quay là 45° từ đường kính chéo và gọi là quay trước hoặc quay ngắn.

Bây giờ đầu xuống dưới khớp mu. Hiện tượng xuống tiếp của thai nhi đẩy đầu ra trước bằng sự chuyển dạ và chỏm sổ ra.

Sau khi tăng vòng quay chuyển dạ thì xương mu đẩy thóp trước, trán và mặt sổ ra.



Hình 11.9. Đầu xuống dưới khớp mu

Hiện tượng xuống và sổ của đầu đã đưa các vai vào trong chậu hông. Đầu thai nhi sổ ra ở vị trí chéo với đường vai. Đường kính lưỡng mỏm vai nằm theo đường kính chéo của chậu hông.

Đường kính lưỡng mỏm vai là khoảng cách giữa các mỏm cùng vai, bằng 11cm.



Hình 11.10. Hiện tượng sổ đầu

Giờ đây đầu quay về vị trí bình thường so với các vai. Động tác này được gọi là hiện tượng phục hồi thế.

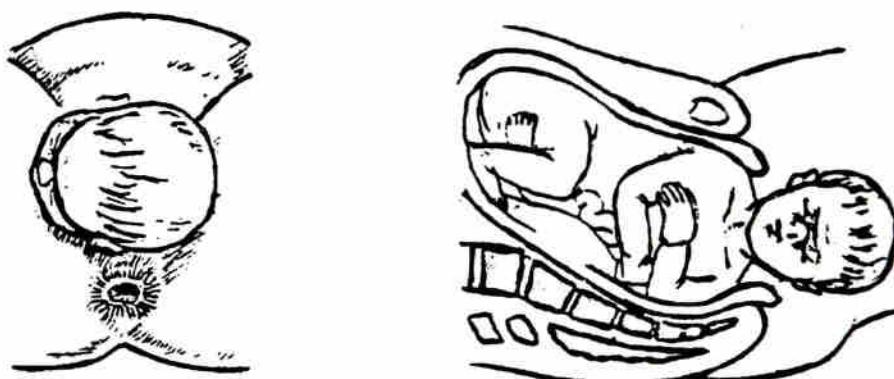
Hiện tượng xuống vẫn tiếp tục: các vai quay để đưa đường kính lưỡng mỏm vai hướng vào đường kính trước - sau của eo dưới.



Hình 11.11. Hiện tượng phục hồi thế

Hiện tượng xuống và quay này làm cho đầu quay sao cho chẩm nằm kề với đùi trái của mẹ. Đây là hiện tượng quay ngoài.

Vai trước giờ đây trượt dưới xương mu và với động tác cong nghiêng của thân thai nhi vai sau sổ ra. Phần còn lại của thai nhi sổ theo một cách dễ dàng.



Hình 11.12. Hiện tượng quay ngoài

IV. CHẨN ĐOÁN CHUYỂN DẠ ĐỂ

Thời điểm bắt đầu cuộc chuyển dạ thường không rõ ràng vì hiện tượng mở và xoá của cổ tử cung có thể đã hiện diện trước lúc chuyển dạ, đặc biệt là ở người đẻ con rạ. "Nhựa chuối báo" không phải là bao giờ cũng có và có thể quan sát trong một thời gian mới xác định được chẩn đoán.

Chuyển dạ thật

Các cơ co đều đặn. Có "Nhựa chuối báo". Cổ tử cung mở và xoá từ từ.

Chuyển dạ giả

Các cơn co thất thường. Không có "Nhựa chuối báo" không thấy cổ tử cung mở và xoá từ từ.

1. Chuyển dạ được phát hiện nhờ:

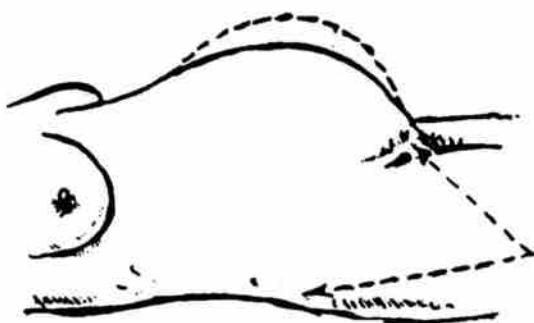
1.1. Các cơn co tử cung sớm được, theo nhịp đều đặn và ngắn quãng

Khoảng thời gian giữa các cơn co từ 10 phút hoặc ngắn hơn, và mỗi cơn co có thể kéo dài tới nửa phút hoặc dài hơn.

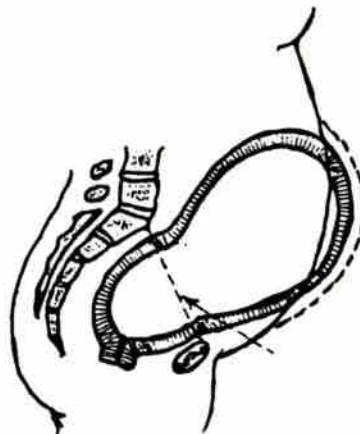
Tử cung rắn chắc lại và nhô lên, làm cho đường viền thành bụng thay đổi. Hiện tượng này là do tử cung nhô ra phía trước khiến cho nó cùng hướng với đường sinh. Động tác này có thể dễ hơn nếu bệnh nhân đứng thẳng. Cho nên đi lại có thể tạo ra thuận lợi về cơ học.

Sản phụ thấy đau ở vùng trên xương cùng và vùng bụng dưới.

Đường viền thành bụng thay đổi theo cơn co.



Hình 11.13. Đường viền thành bụng



Hình 11.14. Eo trên

1.2. Nhựa chuối báo là một ít dịch nhầy lẩn máu từ âm đạo ra. Nó là do màng thai ở cực dưới tách ra gây chảy máu hoà với nút nhầy ở cổ tử cung.

1.3. Hiện tượng mở cổ tử cung. Theo sau hiện tượng này là sự hình thành đầu ối hoặc túi ối.

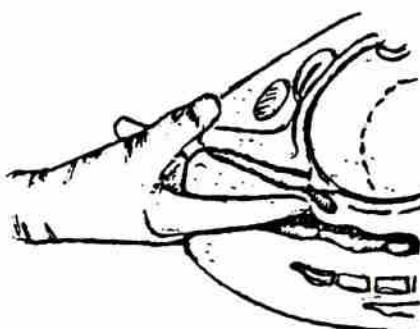
- Độ mở cổ tử cung được tính bằng cách thăm khám âm đạo hay trực tràng và biểu thị đường kính ngang của cổ tử cung hoặc các mức độ mở.



Hình 11.15. Khám độ mở cổ tử cung

- Thăm khám trực tràng

Cách làm này không có nguy cơ nhiễm khuẩn, song đem lại ít thông tin hơn phương pháp thăm khám âm đạo và cũng không thật chính xác. Biện pháp này rất tốt để đánh giá mức xuống của phần ngôi trình dien. Phần trên âm đạo và trực tràng nằm sát với nhau. Chỉ có thể đưa một ngón tay vào mà thôi.



Hình 11.16. Thăm khám qua trực tràng

2. Sự tiến triển của chuyển dạ dễ được tính bằng

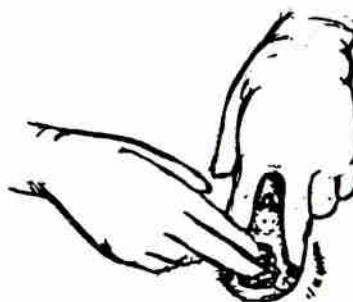
- Sự tăng lên của sức mạnh, tần số và thời gian của các cơn co tử cung, được đánh giá bằng sờ nắn, biến tử đặt bên ngoài thành bụng hoặc ống thông đặt trong buồng tử cung (xem trang)

- Hiện tượng mở cổ tử cung. Hiện tượng này được đánh giá bằng thăm khám âm đạo hoặc trực tràng.

- + Thăm khám âm đạo phải đảm bảo vô khuẩn.
- + Sau khi rửa sạch âm hộ, bàn tay đi găng banh các môi âm hộ ra.
- + Các ngón tay của bàn tay phải nhẹ nhàng đưa vào trong âm đạo.



Hình 11.17.



Hình 11.8. Đưa tay nhẹ nhàng các ngón tay vào trong âm đạo

Các điều cần lưu ý:

1. Mức độ mở và xoá của cổ tử cung.
2. Có hay không có đầu ối.

3. Tình trạng nước ối, nếu có (trong? lân phân su?).
4. Thể của phần ngôi trình diện. Công việc này được xác định bằng cách sờ nắn các đường khớp và các thóp tương quan với các đường kính khung chậu.
5. Mức độ xuống của phần ngôi trình diện. Việc này được nhận định bằng cách so sánh tương quan của nó với eo trên hoặc với các gai hông.

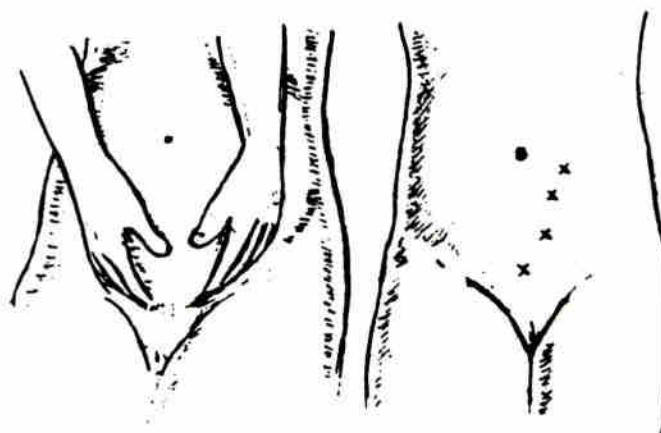


Hình 11.19. Đầu cúi tốt ở thế Ch.Tr.N

Sơ đồ hình 11.19 trình bày một đầu cúi tốt ở thế Chỏm - Trái - Ngang (Ch.Tr.N) hâu như đã lọt (đường kính hạ chẩm - thóp trước ở sát ngay trên eo trên), cổ tử cung đã mở khoảng 3 ngón tay và đầu ối đã xuất hiện.

3. Hiện tượng xuống của phần ngôi trình diện

- Hiện tượng này có thể xác định nhờ:
 - + Sờ nắn bụng và (11.20a)
 - + Thay đổi các vị trí nghe tim thai (11.20b).



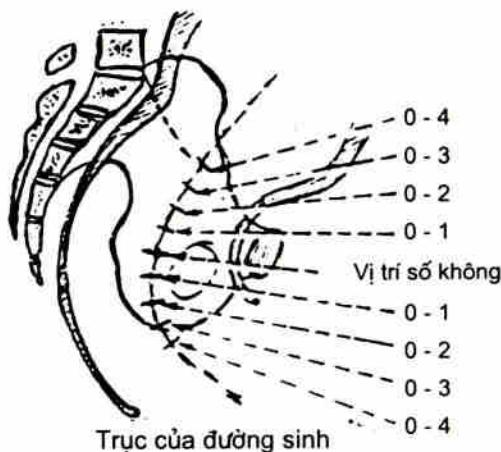
Hình 11.20. Khám bụng và nghe tim thai

- Nhờ phương pháp thăm khám âm đạo, hiện tượng xuống được đánh giá bằng tính điểm vị trí số không.

Số không là mức ngang các gai hông, đó là eo giữa chậu hông, cách đánh giá được tính bằng centimet ở trên hoặc dưới vị trí số không.

Bộ phận chủ chốt của ngôi ở vị trí số không = vừa lọt.

So sánh với các phần nằm ở trên eo trên - trang 275.



Hình 11.21. Đường cong Carus.

+ Giai đoạn một của chuyển dạ đẻ ở người chưa con so kéo dài tới 12 giờ và đôi khi còn dài hơn, với người phụ nữ đẻ con rạ thường 4-8 giờ. Tác dụng của sức mạnh các cơn co tử cung tăng lên đối với người mẹ có thể biểu lộ rõ rệt qua bề ngoài của họ. Trong lúc có các cơn co, họ có vẻ không quan tâm đến những gì khác, và chỉ tập trung vào cách thở mà họ đã học được. Thai phụ có thể suy nhược do các cơn co tử cung. Thường thì vỡ ối tự nhiên xảy ra trong lúc giai đoạn một tiến triển.

Giai đoạn hai bình thường của chuyển dạ ở người chưa con so kéo dài khoảng một giờ, và ở người đẻ con rạ thì còn ngắn hơn nhiều. Có thể phát hiện ra giai đoạn này nhờ sự thay đổi tính chất của các cơn co tử cung. Các cơn co mạnh hơn và thúc đẩy xuống làm cho bệnh nhân buồn rã; các lực phụ giờ đây phát huy tác dụng. Cơ hoành cố định, người bệnh nín thở và các cơ bụng co lại. Đôi lúc, người mẹ cảm thấy buồn nôn và có thể nôn mửa. Họ có thể có cảm giác là ruột sắp sửa tụt xuống do trực tràng bị chèn ép, và hiện tượng này có thể có một tác dụng ức chế đối với người phụ nữ cho tới khi được giải thích về nguyên nhân. Đầu thai xuống sâu trong chậu hông và có thể trong thấy hoặc sờ thấy được qua tầng sinh môn.



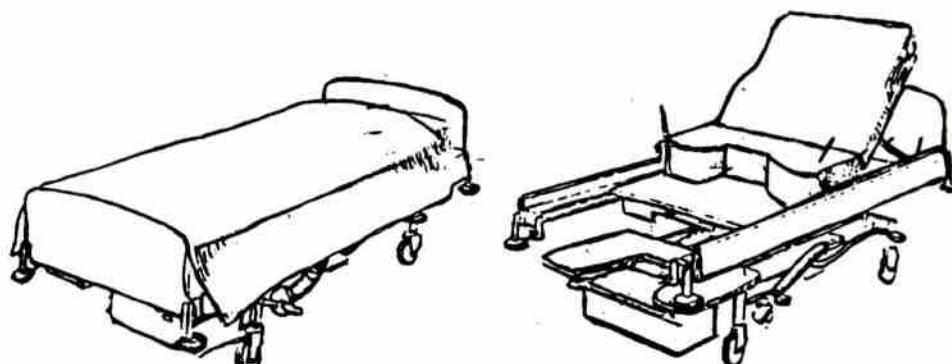
Hình 11.21. Sờ thấy đầu qua tầng sinh môn

V. CÁCH XỬ TRÍ CHUYỂN DẠ ĐẺ

1. Những điều cần quan tâm chung

Mục tiêu là tạo cho người mẹ một bầu không khí thư duỗi, thân thiện, trong khuôn khổ này theo dõi chặt chẽ tình hình sức khoẻ của họ và đứa trẻ.

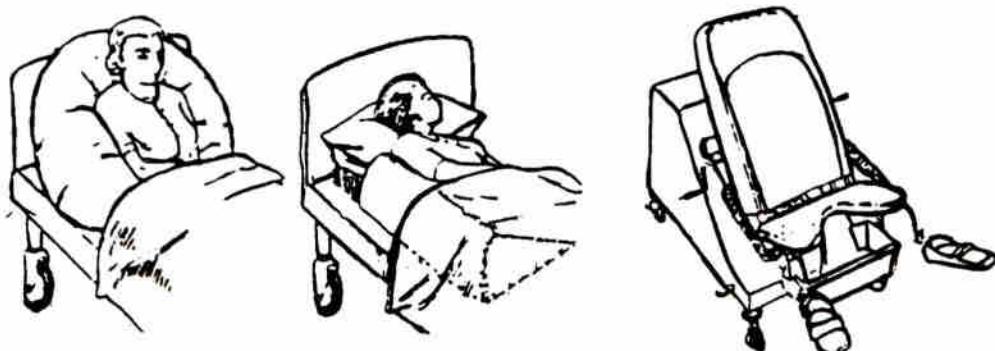
Nên động viên sự có mặt của chồng, bạn tình hoặc bà mẹ. Cần đáp ứng một cách tốt nhất những sở thích có liên quan đến sự tiến triển của chuyển dạ và cuộc đẻ của sản phụ. Chỗ nào mà sở thích riêng được xem như không khuyến khích thì cần phải giải thích và thường là vấn đề có thể dễ dàng được dàn xếp. Phòng chờ đẻ cần có buồng khách được trang bị bằng các ghế có tiện nghi với nhiều chiều cao và chủng loại khác nhau. Có thể mua vui và giải trí bằng radio và vô tuyến truyền hình. Cần có một phòng đẻ riêng, có giường để người mẹ có thể nghỉ ngơi nếu họ mong muốn. Các giường đẻ hiện đại có thể được bố trí giống như các giường bình thường đối với giai đoạn một của cuộc chuyển dạ đẻ, nhưng lại phải đảm bảo các điểm cho phép tiến hành các thủ thuật khi cần thiết.



Hình 11.22. Giường đẻ hiện đại

Nếu người mẹ nằm tại giường trong giai đoạn một thì họ phải được (a) dựng ngồi lên bằng các đệm hình hạt đậu, hoặc (b) nằm nghiêng bằng độn để tránh nằm ngửa vì có thể gây hạ huyết áp.

Một số phụ nữ thích đẻ ở tư thế ngồi thẳng lên hoặc ngồi xổm. Tư thế đầu có thể thực hiện được bằng cách dùng các đệm hình hạt đậu hoặc một ghế đẻ.



Hình 11.23.

2. Chăm sóc người đẻ

2.1. Đại cương

Người mẹ không được để một mình. Một người nữ hộ sinh hỗ trợ có thể làm giảm các nỗi sợ hãi và tạo được niềm tin cho thai phụ. Cạo nhẹ vùng tầng sinh môn trong trường hợp cần thiết phải cắt tầng sinh môn. Nếu trực tràng đầy phân thì có thể đặt một viên đạn hậu môn để giảm bớt nguy cơ phân vẩy bẩn vào lúc cuối của chuyển dạ. Có thể tắm bằng bồn hoặc hương sen.

2.2. Tiết chế

Phải kiêng ăn uống vì thức ăn qua dạ dày chậm chạp có thể dẫn đến nguy cơ hít phải các chất chứa trong dạ dày nếu phải gây mê toàn thân. Cách cho thuốc thường quy bằng các loại chống toan hiện nay nhiều bệnh viện không thực hiện nữa, song loại thuốc tương ky H, chẳng hạn như cimetidin có thể được sử dụng tiêm bắp nếu để có khả năng phải can thiệp phẫu thuật.

2.3. Nhịp mạch

Huyết áp và lượng bài niệu cần được đo một cách đều đặn: nếu xuất hiện tình trạng nhiễm ceton hoặc mất nước thì điều trị bằng các dịch thể truyền tĩnh mạch.

2.4. Tiến triển

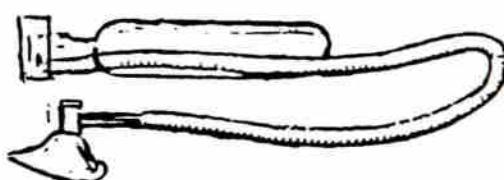
Trong cuộc chuyển dạ được đánh giá như đã mô tả (xem 264)

2.5. Giảm đau có thể cho khi cần thiết

Biện pháp lựa chọn phụ thuộc vào sở thích của người mẹ, phản ứng của họ với các cơn co tử cung và thời gian dự tính của cuộc chuyển dạ.

2.6. Thuốc và dụng cụ

- Dụng cụ thiết kế để bệnh nhân tự thở qua mặt nạ hoặc chụp miệng được gắn vào một trụ



Hình 11.24. Entonox

- Gây mê bằng thở - Entonox là một hỗn hợp 50/50 của oxy và oxid nitric: có thể sử dụng thuốc mê này vào thời gian cuối của giai đoạn một hoặc trong giai đoạn hai của cuộc chuyển dạ.

- Các thuốc gây ngủ - Pethidin 100-200mg, morphin 10-20mg và pentazocin (fortal) là những chủ bài có tác dụng rõ ràng đối với phụ nữ trong chuyển dạ. Hai

loại thuốc đều có thể kết hợp với promazin sparın để làm bớt tỷ lệ buồn nôn. Tất cả ba loại thuốc trên đều làm ức chế hô hấp thai nhi cho nên cần cho naloxon (narcan neonatal) tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp nếu đứa trẻ bị ảnh hưởng.

- Gây tê ngoài màng cứng liên tục - thuốc gây tê tại chỗ 0,25 - 0,5 bupivacain được tiêm nhỏ giọt cách 3-4 giờ một lần qua một ống thông đặt vào khoang ngoài bao cứng. Biện pháp này làm cho bệnh nhân hoàn toàn không đau do chuyển dạ. Phần đông là các thầy thuốc sản khoa cho rằng gây tê ngoài bao cứng là thích hợp nếu bệnh nhân yêu cầu, và là phương pháp tốt nhất trong một số trường hợp, thí dụ: tăng huyết áp, chuyển dạ đẻ non.

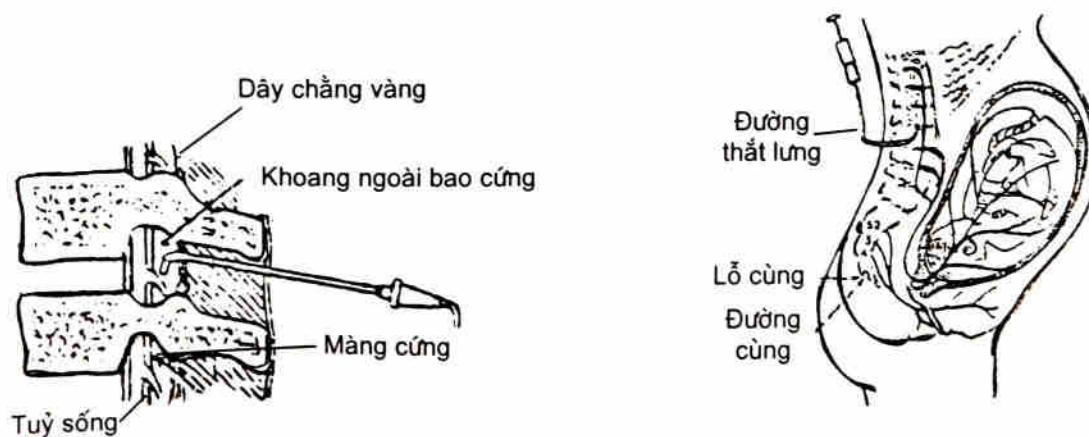
Sử dụng biện pháp này đã làm thay đổi cách xử trí đối với cuộc chuyển dạ để khó hoặc kéo dài, có tác dụng tốt đối với nhiều phụ nữ. Không thấy tình trạng suy yếu của người mẹ, nhưng người thày thuốc sản khoa không được phép nhầm lẫn bỏ qua các dấu hiệu của chuyển dạ bị ách tắc và tác dụng của các cơ co tử cung kéo dài đối với người mẹ và thai nhi.

Nhược điểm của phương pháp này là sau khi gây tê người bệnh phải nằm nghiêng để tránh tụt huyết áp.

Nó cũng có thể dẫn đến tình trạng kéo dài giai đoạn hai của chuyển dạ do vô tình làm mất cơn rặn, khiến cho tỷ lệ đẻ đường âm đạo phải can thiệp tăng lên. Điều này không có nghĩa là không tránh được trong trường hợp dùng bupivacain với nồng độ loãng, các nữ hộ sinh quen xử trí các cuộc chuyển dạ như thế. Cuộc đẻ can thiệp, cả với phẫu thuật mổ lấy thai, cũng có thể được tiến hành bằng gây tê ngoài bao cứng.

Gây tê ngoài bao cứng nên do người gây mê có kinh nghiệm tiến hành, và theo dõi trong suốt quá trình chuyển dạ, ngay cả khi có các nữ hộ sinh chăm sóc thành thạo nhất. Khoang ngoài bao cứng rộng khoảng 4mm, nằm giữa màng cứng và cốt mạc của ống sống. Phía trên nó được giới hạn bởi lỗ to, nơi màng cứng hòa vào cốt mạc và ở phía dưới dây chằng che phủ lỗ cùng.

Có thể tiêm thuốc tê vào khoang này, vì có các dây thần kinh sống lưng đi qua khoang, nên hiệu quả giống như gây tê tuỷ sống mà không có nguy cơ gây nhức đầu, phản ứng màng não hoặc chấn thương các rễ thần kinh.



Hình 11.25. Gây tê ngoài bao cứng

2.7. Các tai biến

1. Tụt huyết áp nhẹ (khoảng 20%)
2. Nhiễm khuẩn.
3. kim chọc vào khoang não - tuỷ (đây là một thất bại của kỹ thuật).
4. Bàng quang mất trương lực, dễ đòi hỏi phải thông nước tiểu (khoảng 40% trường hợp).
5. Phong bế tuỷ sống hoàn toàn.

Tình trạng này xảy ra khi bơm thuốc vào khoang não - tuỷ. Hô hấp bị liệt và hạ huyết áp. Đây là một cấp cứu cấp tính về gây mê.

6. Giai đoạn hai. Cho người mẹ rặn, miễn là cổ tử cung phải được xác nhận đã mở hoàn toàn. Rặn non có thể làm cho cổ tử cung phù nề và trì hoãn sự tiến triển.

Rặn có thể làm cho người mẹ chóng mệt.

3. Chăm sóc đứa trẻ

Đánh giá tình trạng đứa trẻ trong cuộc chuyển dạ phụ thuộc chủ yếu vào việc theo dõi nhịp tim thai. Bao giờ cũng cần sự lưu ý hiện diện của phân su trong nước ối, song ở mức cao nhất cũng chỉ là một báo hiệu rằng có thể có vấn đề. Hiện tượng ngạt thai đã được xác nhận là làm tăng tiết phó giao cảm, kích thích ruột thai nhi và đưa đến tình trạng đẩy phân su ra ngoài.

3.1. Ghi tim thai

Phương pháp truyền thống theo dõi tim thai ngắt quãng giữa các cơn co tử cung bằng ống nghe Pinard có một nhược điểm là những thay đổi về nhịp tim lúc đầu được coi là phối hợp với các cơn co tử cung, và liên quan đến những cơn co này đúng vào thời điểm theo dõi.



Hình 11.26. Ống nghe Pinard

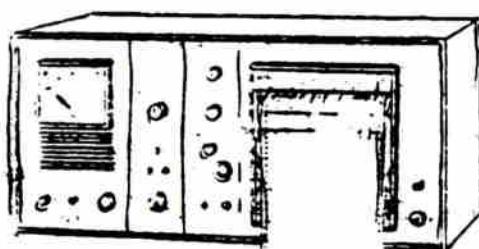
Tuy vậy, việc ghi tim thai liên tục ngày nay đã được xác định có bất tiện là làm cho người mẹ phải cột vào giường đẻ. Trong khi đó thì việc sử dụng biện pháp

này trở nên bắt buộc đối với những cuộc chuyển dạ có nguy cơ cao, có thể dùng biện pháp này ngắt quãng đối với các bà mẹ bình thường bằng cách tháo điện cực của máy ghi để mẹ có thể cử động và tiến hành ghi liên tục khi người mẹ đồng ý nằm tại giường hay trên ghế. Sự phát triển phương pháp do từ xa làm cho những mâu thuẫn này trở nên lỗi thời.

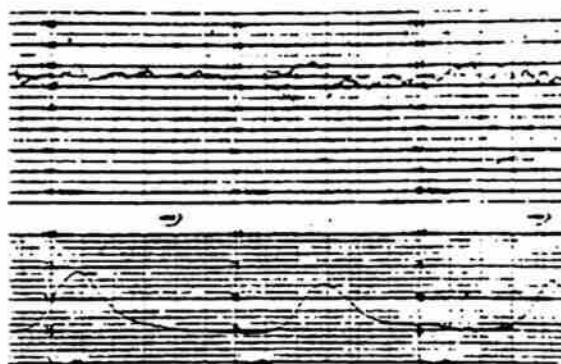
3.2. Theo dõi nhịp tim thai liên tục

Máy theo dõi nhịp tim thai cung cấp một bản ghi nhịp tim thai liên tục và các cơn co tử cung, và cũng cho biết tức thì nhịp tim thai qua một biểu đồ, một đèn chớp và một tín hiệu nghe thấy.

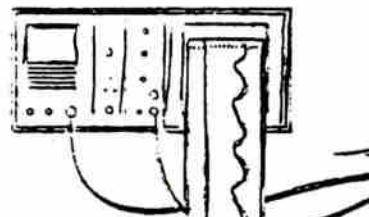
Có thể ghi được nhịp tim thai (NTT) bằng một máy phát - thu siêu âm (biến tử) hoặc qua điện tâm đồ thai do một điện cực kẹp vào da đầu của thai. Các cơn co tử cung được phát hiện bằng một máy ghi cơn co đặt bên ngoài, là một công cụ ghi áp lực rất tinh tế, hoặc nếu cần chính xác hơn thì bằng một ống thông đặt trong buồng tử cung.



Hình 11.27. Máy theo dõi tim thai



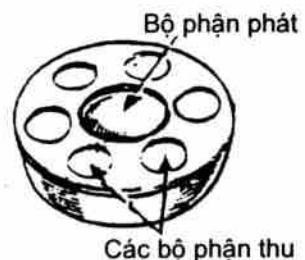
Hình 11.28. Ghi bằng siêu âm



Hình 11. 29. Theo dõi sản phụ

Các sóng âm có tần số cực cao (2 triệu dao động trong một giây) được phát ra từ tinh thể trung tâm, và số lượng sóng phản xạ từ bề mặt của tim thai về đủ được

thu nhận bởi sáu bộ phận thu. Trong khi bề mặt tim chuyển động, thì các sóng trở về có tần số khác (hiệu ứng Doppler) và mức đo có các khác biệt về tần số thu nhận sẽ được máy ghi lại.



Hình 11.30. Máy thu phát

3.3. Ghi điện tâm đồ thai

Máy theo dõi ghi mức ở đó sóng R của điện tâm đồ thai thu được từ một điện cực da đầu. Phương pháp này mang lại một đường ghi tốt hơn phương pháp ghi bằng siêu âm, song hơi phức tạp hơn một chút - màng ối phải đã vỡ và phải tiếp cận được phần ngõi trinh điện - trong khi đó người nữ hộ sinh có thể vận hành máy ghi bằng siêu âm bất kỳ ở giai đoạn nào trong lúc chuyển dạ.



Hình 10.31. Ghi điện tâm đồ

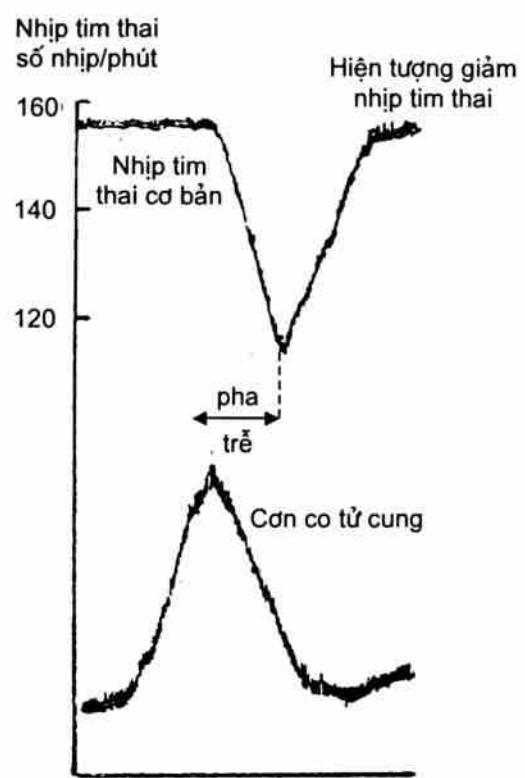
3.4. Phân tích các đường ghi nhịp tim thai trong cuộc đẻ

3.4.1. Mức nhịp trung bình cơ bản phải vào khoảng từ 120 - 160 phút. Nhịp tim nhanh bền có thể là một báo hiệu của suy thai, và nhịp tim chậm nặng, kéo dài là một điềm xấu.

3.4.2. Sự biến động nhịp cơ bản. Nhịp tim thai bình thường dao động ± 10 nhịp/phút, cứ mỗi thời khoảng 5 giây hoặc như thế - bằng chứng khả năng phản ứng bình thường của thai đối với stress trong cuộc chuyển dạ. Mất tính biến động này, đặc biệt là khi kết hợp với nhịp tim nhanh, thể hiện ngạt nặng (Hiện tượng này đôi khi được quy là "biến động từng nhịp").

3.4.3. Sự đáp ứng của nhịp tim thai đối với các cơn co tử cung. Cơn co tử cung tác động như một stress đối với thai nhi, gây nên tình trạng giảm sút tạm thời việc cấp huyết oxy hoá. Nhịp tim thai bình thường phải được duy trì với cơn co hoặc chỉ thể

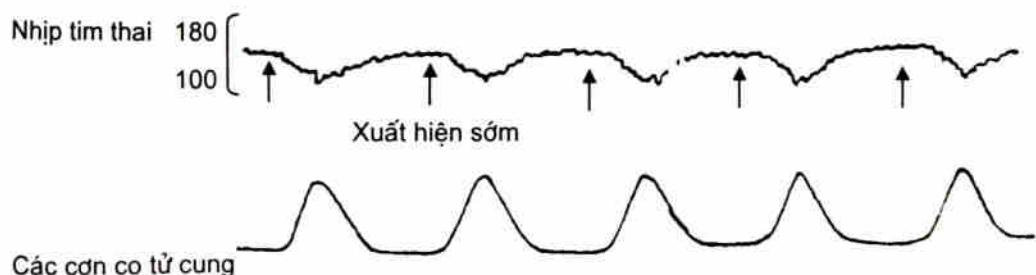
hiện một tình trạng giảm nhẹ dưới 40 nhịp/phút. Nếu mức này lớn hơn con số này và đặc biệt nếu có "pha trễ" hoặc giảm muộn xảy ra sau giai đoạn cơn co tử cung, thì có thể đã có một mức độ ngạt bệnh lý.



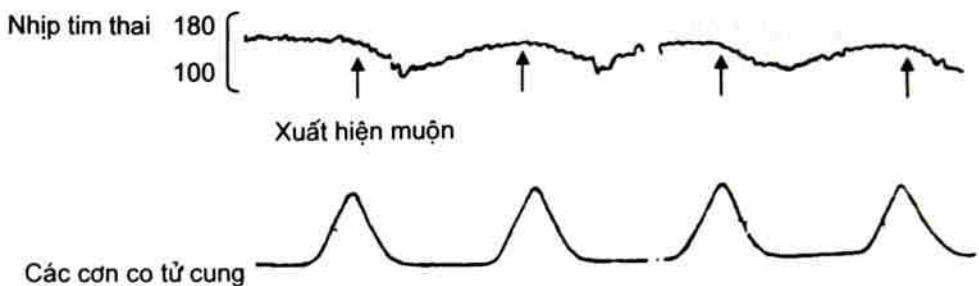
Hình 10.32. Phân tích các đường ghi nhịp tim thai

Các hiện tượng giảm nhịp có thể được phân loại như sau:

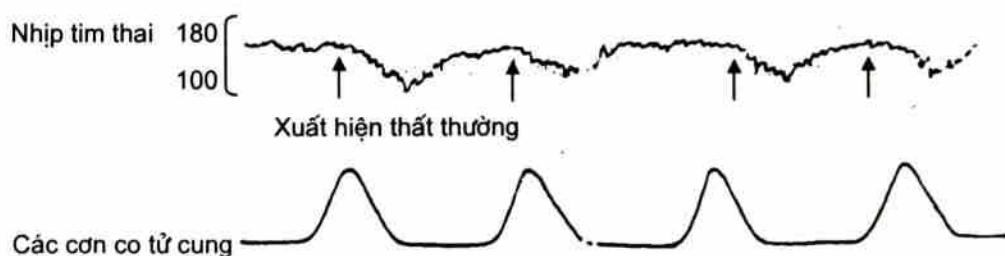
a. *Sớm*, ở nơi nào mức nhịp tim thai thấp nhất trung với cực điểm của các cơn co. Hiện tượng này có thể là bình thường trong giai đoạn cuối cuộc chuyển dạ, song không được bỏ qua nếu có bền vững và nặng.



b. *Muộn*, ở nơi nào mức nhịp tim thai thấp nhất xuất hiện sau cực điểm của cơn co. Các trạng thái này thể hiện thai bị thiếu oxy.

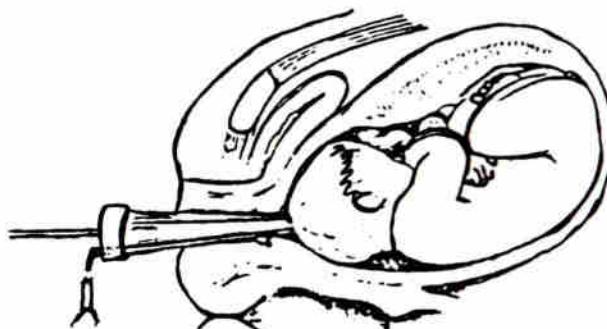


c. Biến đổi, ở nơi nào hình thái và thời điểm xuất hiện của hiện tượng giảm nhịp tim thai thay đổi thất thường so với các cơn co tử cung. Các trạng thái này được cho là do dây rốn bị chèn ép. Thường hay gặp các dạng này và có thể có liên quan đến tư thế của người mẹ. Không nên bao giờ bỏ qua những trạng thái đó nếu bền vững hoặc kết hợp với những đặc trưng không thuận khác.



3.2. Lấy mẫu máu thai nhi

Trong công việc căng thẳng của cuộc chuyển dạ bình thường, người mẹ dần dần bị nhiễm toan chuyển hoá (sự mất mát lượng dự trữ kiềm đậm của mình), nhưng pH được duy trì ở mức $7,38 \pm 0,03$. Trong chuyển dạ có rối loạn chức năng thì trạng thái nhiễm toan có thể tới mức làm hạ pH thực sự.



Hình 10.33. Dùng ống soi ối lấy mẫu máu

Bình thường pH của thai nhi toan hơn: $7,30 \pm 0,05$, song với sự hiện diện của thiếu oxy thì nó bù lại bằng quá trình dị hoá yếm khí lượng dự trữ glycogen của thai, dẫn đến tình trạng ứ đọng acid lactic và làm pH tụt xuống.

Để lấy được mẫu máu thai nhi để đo pH, người ta dùng một ống đặc biệt (ống soi ối) đưa qua cổ tử cung đã mở đủ rộng. Dùng một dao trích có bảo vệ, hút lấy một giọt máu da đầu đưa vào pH kế để phân tích.

Cũng có một nguy cơ nhỏ là chảy máu da đầu khó cầm lại được, hơn nữa việc lấy mẫu máu da đầu cần phải tiến hành lại, cứ hai ba giờ một lần khiến cho thai nhi có thể bị suy yếu đi.

Các chỉ định lấy mẫu máu da đầu thai:

Có thể thấy là kỹ thuật này tốn thời gian và phiền phức, gây trở ngại cho người bệnh và những người săn sóc họ. Tuy nhiên, chừng nào mà các điện cực theo dõi liên tục pH thai nhi và O₂ chưa được lưu hành phổ biến thì lấy mẫu máu da đầu thai vẫn là nghiệm pháp duy nhất để khẳng định, hoặc loại trừ tình trạng thai bị thiếu oxy do việc theo dõi nhịp tim thai, hoặc sự hiện diện của phân su gợi ra.

Các mức pH giữa 7,20 và 7,25 có giá trị nghi ngờ, đòi hỏi phải đo lại liên tiếp nếu vẫn để cho cuộc chuyển dạ tiến triển. Các mức dưới 7,20 thể hiện tình trạng nhiễm toan của thai nhi nặng, cần có chỉ định can thiệp cho thai nhi số ngay.

4. Sản đồ trong xử trí chuyển dạ đẻ

Sản đồ là một đường biểu diễn tiến triển của cuộc chuyển dạ, đã được sử dụng rộng rãi trong nhiều tình huống khác nhau.

Friedman xây dựng biểu đồ về hiện tượng mở cổ tử cung và thời gian (một biểu đồ cổ tử cung) đem áp dụng vào trong cách xử trí lâm sàng của cuộc chuyển dạ. Nguyên tắc này đã được sửa đổi và phỏng theo nhiều nhà sản khoa, và hiện nay ta có một sản đồ chỉ rõ sự tiến triển và cách xử trí trong chuyển dạ.

Phần lớn những sản đồ nêu lên hiện tượng mở cổ tử cung và hiện tượng xuống của đầu thai nhi theo thang 5 bậc như Crichton đã mô tả (qua thành bụng), hoặc bằng cách tính điểm số không (qua đường âm đạo).

Không sờ thấy đầu.

Sờ được bướu trán, không thấy bướu chẩm.

Sờ được bướu trán, bướu chẩm thấy ít.

Sờ thấy bướu trán dễ, sờ thấy bướu chẩm.

Bướu trán ở cao, bướu chẩm sờ thấy dễ.

Đầu hoàn toàn ở trên eo trên.

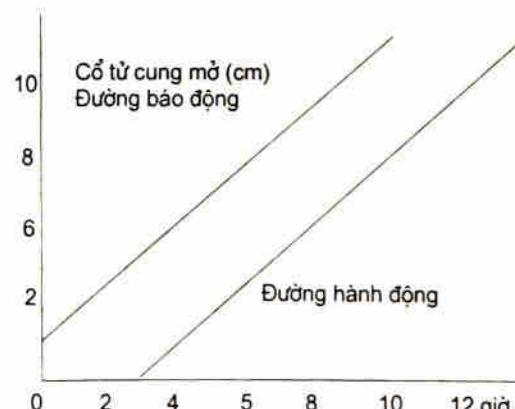
Philpott đã lấy 1cm mở cổ tử cung trong một giờ làm một thang hợp lý.

Ông vẽ "đường báo động" bắt đầu từ 1cm và 4 giờ sau đó một "đường hành động". Những người khác đã thay đổi các biểu đồ này để phân biệt giữa người chưa con so với các trường hợp con rạ.

Ban đầu các sản đồ được đưa vào để minh họa hiện tượng mở cổ tử cung và để thông báo sự tiến triển bình thường bị thất bại, hiện nay chúng được dùng để giải thích tất cả những theo dõi thường quy đối với người mẹ và đứa trẻ cùng với hoạt động co bóp của tử cung và thuốc sử dụng.

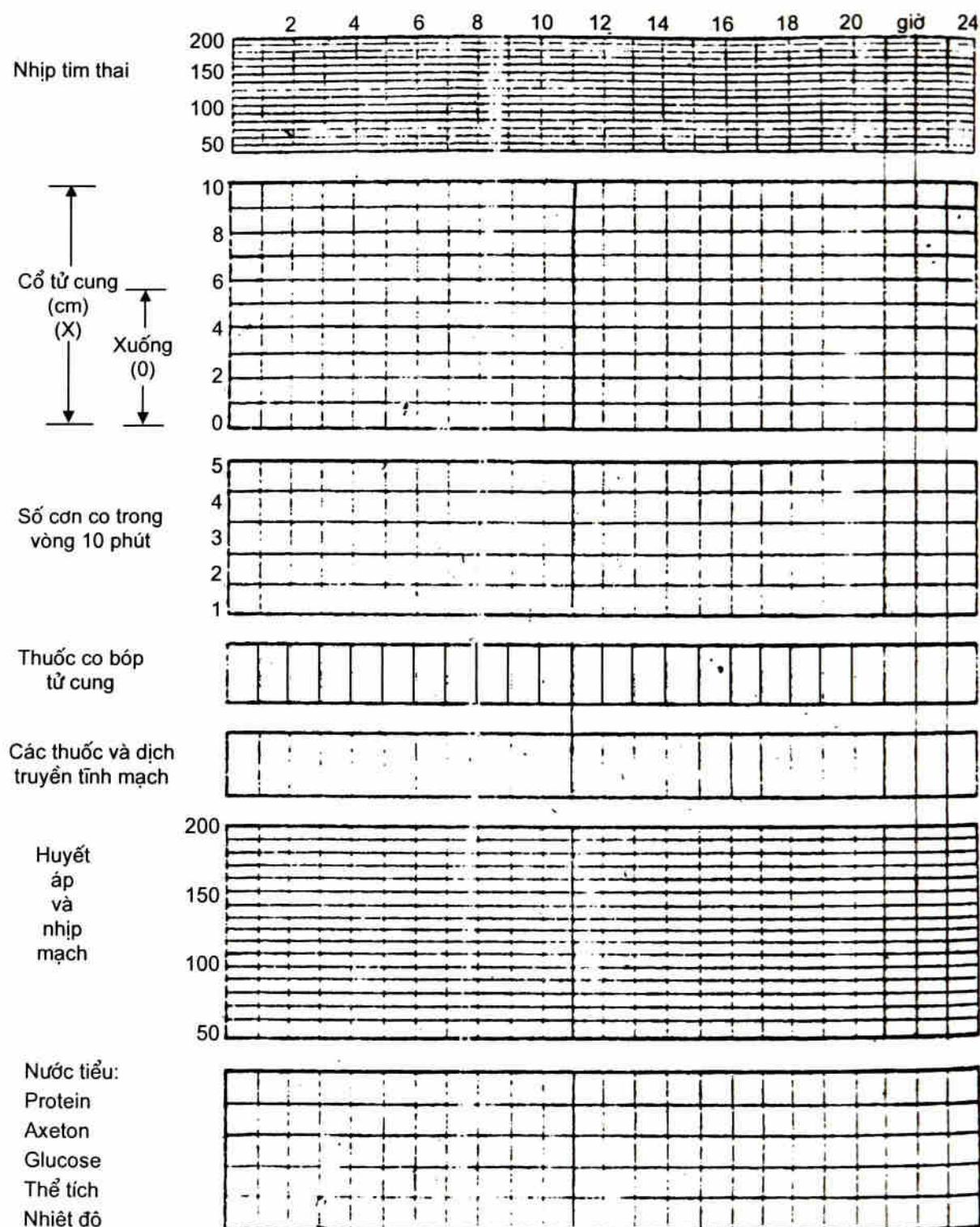


Hình 10.34. Thang 5 bậc ở trên eo trên châu hông



Hình 10.35. Biểu đồ Philpott

Sơ đồ: Theo dõi chuyển dạ



5. Cách xử trí - đở đẻ

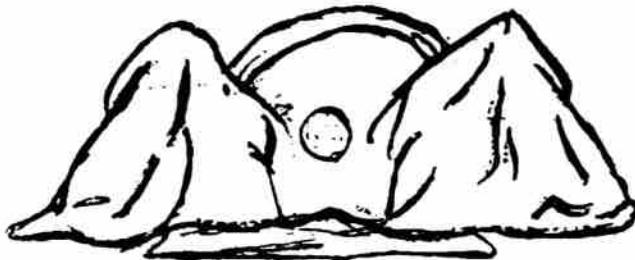
Vì trong thời gian còn lại của cuộc chuyển dạ, người mẹ có thể thường được người chồng đi kèm, ngay cả trong cuộc đẻ phải can thiệp. Để giúp tạo nên một không khí thân thuộc "như ở nhà", nhiều bệnh viện đã bỏ không dùng các áo choàng và khẩu trang vô khuẩn cho những người săn sóc, họ chỉ mang găng vô khuẩn mà thôi.

Đại bộ phận phụ nữ đẻ trong tư thế nằm ngửa, song tư thế để nghiêng trái hoặc dựng ngồi lên có thể được ưa thích hơn. Nếu cuộc đẻ thực hiện theo tư thế nằm ngửa, thì người mẹ phải được chèn nghiêng bằng cách dùng một cái đệm nhằm tránh hạ huyết áp trong tư thế ngửa.

Đối với người mẹ

Khăn chèn chân và đùi vô khuẩn.

Sang và đệm vô khuẩn đặt phía dưới mông và trên giường đẻ. Khăn vô khuẩn chùm lên bụng.



Để cắt và khâu lại tầng sinh môn

Thuốc tê, bơm, kim tiêm. Kéo để cắt tầng sinh môn. Chỉ và kim để khâu lại.



Để săn sóc trẻ sơ sinh (xem săn sóc sơ sinh và ngạt)

Khăn vô khuẩn để đón bé. Ống hút nhớt. Oxygen. Đèn soi thanh quản. Giường sơ sinh ấm. Bơm tiêm, kim và các ống naloxon (narcan)



Để thấm và lau sạch

Các bát đựng dung dịch. Gạc thấm và bông nõn. Gạc độn bông hút Gamgee. Bông nõn để lau mắt trẻ.



Để săn sóc dây rốn

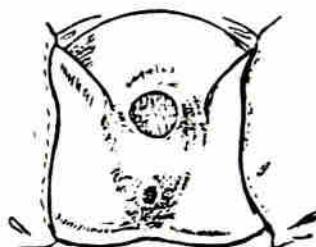
Kìm kẹp dây rốn hoặc clamp, hoặc chỉ buộc rốn. Kéo cắt dây rốn.

Để kiểm soát chảy máu

Thuốc co bóp tử cung. Bơm và kim tiêm. Kìm kẹp cầm máu.



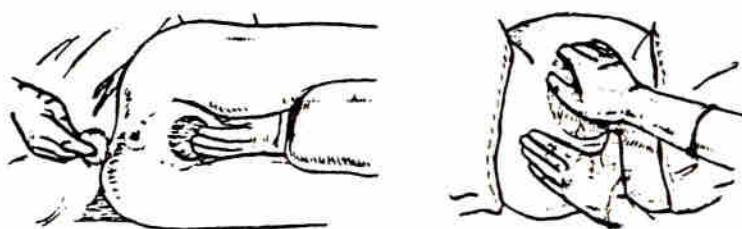
Với hiện tượng xuống và quay thêm của đầu thì tầng sinh môn căng phồng lên, hậu môn giãn ra, âm đạo mở dưới tác dụng của các cơ co tử cung. Có hiện tượng rút ngắn thời gian giữa các cơ co, song mỗi cơ làm chuyển dạ tiến triển thêm và thai chuẩn bị sổ.



Hình 10.36. Thai chuẩn bị sổ

Đỡ đẻ là một biện pháp vô khuẩn và sát khuẩn

Cuộc đỡ đẻ đưa trẻ có thể được tiến hành theo tư thế nghiêng trái hoặc nằm ngửa.



Hình 10.37. Trong tư thế nằm nghiêng trái chân phải được kê cao lên

Hình 10.38. Trong tư thế nằm ngửa vùng hậu môn không quan sát được rõ ràng.

Dùng một miếng gạc thấm dung dịch sát khuẩn đặt lên hậu môn. Có thể thấy được bướu trái ở sau hậu môn, nơi mõm của xương cùng.

Đẩy xuống dưới vào đầu có thể làm đầu cúi, và khiến cho bướu chẩm trượt dưới xương mu. Đường kính làm căng giãn thường là đường kính chẩm - trán.



Hình 10.39.



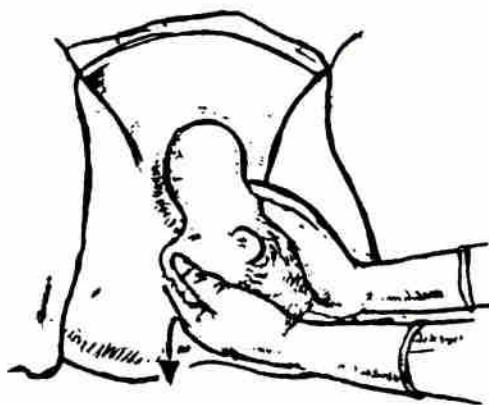
Hình 10.40.

Tầng sinh môn chụp lấy đầu khi không có khoảng dừng giữa các cơn co nữa, và do đường kính lưỡng đỉnh đã lọt qua chậu hông xương.

Khi chỏm đã lộ ra thì giúp cho đầu ngừa để nó sổ ra. Giờ đây phải kiểm tra vùng cổ để xem có thấy dây rốn không, nếu có dây rốn thì nới rộng ra; lau sạch mặt đứa trẻ.

Giờ đây diễn ra hiện tượng phục hồi thế, rồi đến hiện tượng quay bên ngoài trong lúc các vai đi xuống chậu hông. Bây giờ nắm lấy đầu, các ngón tay bên trái ở dưới cầm và hàm, các ngón tay bên phải ở dưới xương chẩm.

Kéo đầu xuống phía hậu môn để đưa vai trước ra khỏi bờ dưới xương mu.

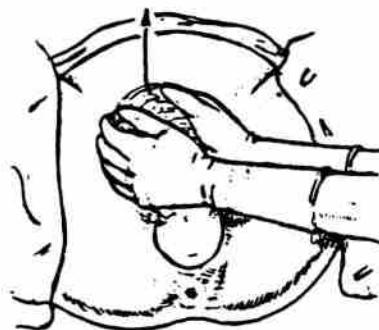


Hình 10.41. Kéo đầu xuống

Sau khi vai trước sổ thì nâng đầu lên phía trên mu. Biện pháp này cho phép vai sau trượt qua tầng sinh môn và sổ ra ngoài.

Không cần phải kéo, chỉ hướng dẫn cho thai sổ.

Tầng sinh môn thường hay bị rách do đẻ vai: đặc biệt là khi cho sổ vội vàng không chờ cho cơn co tử cung xuất hiện.

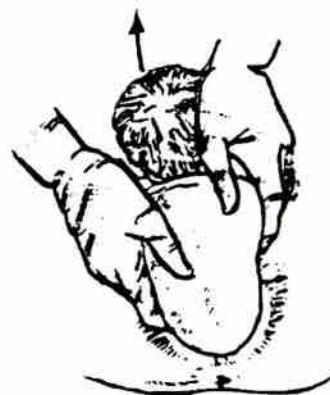


Hình 10.42. Nâng đầu lên trên mu

Bây giờ nắm lấy các vai và thân sê sổ ra bằng cách lướt qua phía trên mu.

Đôi khi có thể hỗ trợ cho biện pháp này bằng cách trước tiên đỡ lấy vai sau nâng lên phía trên. Như vậy thân và cẳng chân sẽ sổ ra.

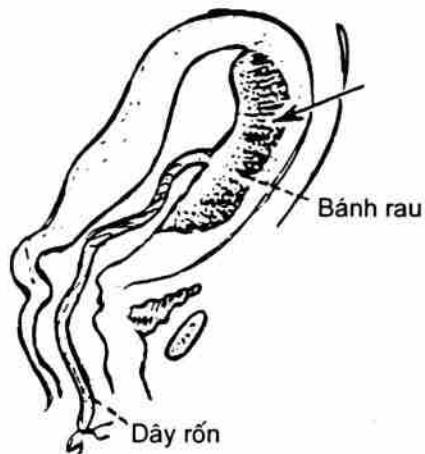
Khai thông miệng và mũi đứa trẻ bằng tư thế và hút nhót. Trẻ sau đó sẽ khóc, nằm giữa hai chân hoặc nằm trên bụng người mẹ; cắt dây rốn giữa hai kẹp hoặc các nút buộc.



Hình 10.43. Thai sổ

Cách xử trí - giai đoạn ba

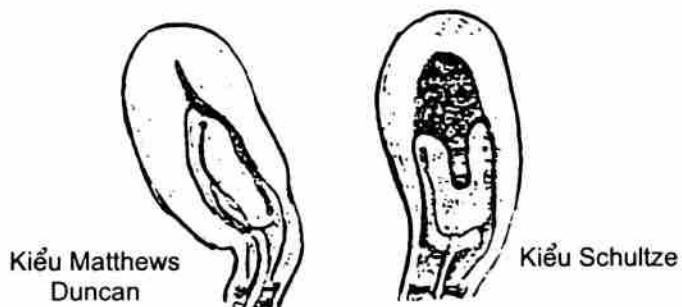
Giai đoạn một và hai giờ đây đã thực hiện xong, bắt đầu giai đoạn ba. Cách xử trí giai đoạn ba bắt đầu ngay trong lúc đỡ đứa trẻ. Hầu như trong một cuộc đẻ thường, cách tiến hành ở khắp nơi là tiêm bắp thịt syntometrin (syntocinin 5 đơn vị và ergometrin 0,5mg) hoặc vào lúc tầng sinh môn đang chụp lấy đầu thai hoặc lúc vai trước đang sổ. Syntocinon sẽ có tác dụng trong 2 phút rưỡi - 3 phút: mục đích là để giảm bớt nguy cơ của giai đoạn ba và hiện tượng băng huyết tức thì. Nếu thuốc được tiêm vào lúc tầng sinh môn đang chụp lấy đầu thai và thực hiện việc sổ thai còn lại không vội vã, thì thuốc sẽ có thể phát huy hiệu quả đối với tử cung sau khi việc đỡ đẻ đứa trẻ đã hoàn thành.



Hình 10.44.

Rau thường bám vào đáy tử cung và ở phía trước. Đoạn dưới đã bị căng giãn ra, không còn trương lực nữa cho nên xẹp lại. Đoạn trên tử cung rắn chắc, đáy tử cung ở ngay phía dưới rốn.

Có hai kiểu rau bong cổ điển. Đoạn trên của tử cung co bóp, làm cho rau bong, lúc này thường có một ít máu chảy ra.



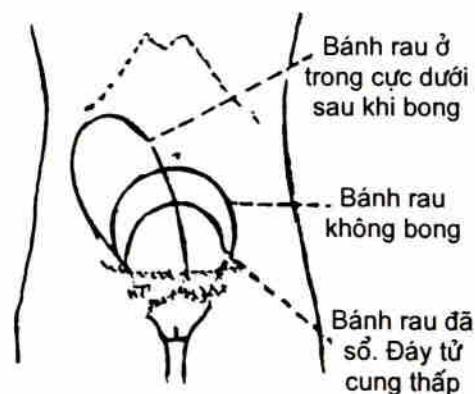
Hình 10.45. Kiểu rau

Giờ đây bánh rau tụt xuống đoạn dưới làm nổi hình nó lên. Đáy tử cung vượt lên trên rốn, cứng rắn, không còn chứa bánh rau nữa, hẹp hơn và hay lệch về một bên.

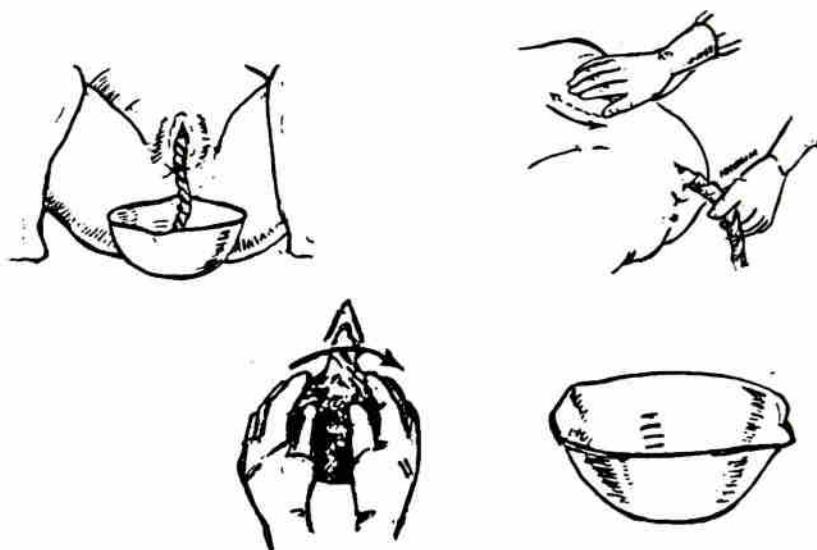
Rồi sau đó bánh rau được đẩy ra ngoài hoặc phải lấy rau.

Đoạn dưới giờ đây lại rộng, xẹp lại, đáy tử cung bây giờ thu hẹp, cứng rắn, ở giữa rốn và xương mu.

Hiện nay cách xử trí giai đoạn ba được giải thích dưới ánh sáng của sự mô tả sinh lý này. Tốt nhất là thực hiện theo tư thế nằm ngửa.



Hình 10.46. Bánh rau đã sổ



Hình 10.47. Giai đoạn sổ rau

– Sờ nắn nhẹ nhàng có thể thấy được chiều cao, bề rộng và mật độ của đáy tử cung. Xoa bóp vùng đáy có thể gây nên hoạt động co bóp thất thường của tử cung, làm bánh rau bong không hết và gây chảy máu.

– Nên buộc hoặc kẹp dây rốn ở ngay sát âm hộ. Bánh rau đi xuống sẽ làm nút buộc chuyển ra xa âm hộ. Đặt một bát áp vào tầng sinh môn để hứng nếu có chảy máu ra.

– Các dấu hiệu rau bong là: Đáy tử cung thu hẹp lại, rắn và bồng bềnh. Chảy máu nhẹ. Dây rốn dài ra.

– Rau đã bong có thể đỡ bằng cách kéo vào dây rốn trong khi bàn tay kia duy trì sức ép vào vùng đáy, ngược lên trên (phương pháp Brandt - Andrews).

Cách kéo vào dây rốn đã trở thành biện pháp thông dụng nhất để đỡ rau. Bằng cách khác, có thể đề nghị người mẹ rặn để đẩy bánh rau ra ngoài khi mà bánh rau đã bong. Nguy cơ của việc kéo vào dây rốn là lộn tử cung (xem chương 13) hoặc đứt dây rốn.

– Khi bánh rau xuất hiện ở âm hộ, dùng hai bàn tay nắm lấy nó, xoay vặn nhẹ nhàng để làm cho các màng ối bong ra hoàn toàn. Đặt một bát áp vào tầng sinh môn để có thể đánh giá được mức độ mất máu. Mất máu bình thường vào khoảng 250ml.

– Giờ đây xoa bóp đáy tử cung để đảm bảo cho đáy co rút lại.

– Quan sát âm đạo, các môi âm hộ và tầng sinh môn để phát hiện rách, hoặc các thương tổn khác. Lau âm hộ bằng gạc rồi đặt một khói bằng gạc phủ lên để thẩm sản dịch chảy ra.

– Kiểm tra lại bánh rau. Dùng dây rốn nâng bánh rau lên để xem màng rau có bị thiếu không. Sau đó lật mặt bánh rau bám về phía mẹ để xem bánh rau có đủ không. Một mặt rau bị khuyết là một chỉ định phải kiểm soát tử cung ngay lập tức.

CHUYỂN DẠ ĐỂ BẤT THƯỜNG

I. GÂY CHUYỂN DẠ ĐỂ

Kết thúc hiện tượng mang thai bằng cách gây chuyển dạ để có chỉ định khi nghỉ ngơi, hoặc chắc chắn có nguy cơ đối với người mẹ hoặc đứa trẻ. Hoặc cho cả hai.

1. Những chỉ định như vậy là

Các bệnh lý tăng huyết áp.

Chửa già tháng.

Thai nhi bị ảnh hưởng xấu, thí dụ: thai chậm phát triển.

Mẫn cảm nhóm Rh.

Mẹ bị đái tháo đường.

Bệnh tăng huyết áp và chửa già tháng từ lâu đã là những nhóm bệnh hay gặp nhất. Gây chuyển dạ để trong những trường hợp như vậy thường được tiến hành trên cơ sở những số liệu dịch tễ, ngược lại với nguy cơ đối với một trường hợp riêng lẻ. Các biện pháp hiện đại để đánh giá tình trạng của thai nhi nhằm xác định nguy cơ đối với một cá thể; như vậy tránh được sự can thiệp không cần thiết.

2. Những nguyên nhân khác cần gây chuyển dạ để là

- Thai dị dạng hoặc đã chết
 - + Nguyên do chính phải can thiệp là làm giảm nhẹ sự suy sụp của người mẹ.
- Lý do xã hội
 - + Việc gây chuyển dạ để có thể do yêu cầu của người mẹ vì một số lý do xã hội, hoặc gia đình.

Người thầy thuốc sản khoa có thể chấp nhận một cách hợp lý các yêu cầu như vậy, nếu các xét nghiệm cho thấy cuộc đẻ thuận lợi và không có đặc điểm gì làm cho việc can thiệp trở nên nguy hiểm.

Hiệu quả của những biện pháp gây chuyển dạ để hiện đại có thể làm cho người thầy thuốc sản khoa quá nhiệt tình khi áp dụng những biện pháp đó. Bất kỳ một biện pháp can thiệp nào cũng phải đưa tới cuộc đẻ dù bằng cách gì; do đó phải cân nhắc kỹ.

3. Các phương pháp gây chuyển dạ đẻ

Khi chuyển dạ tới gần thì cổ tử cung có những thay đổi, được gọi là "chín muồi", khiến cho nó có thể "dễ đáp ứng" và được gọi là cổ tử cung "thuận lợi". Điều kiện của cổ tử cung là yếu tố quan trọng nhất trong một cuộc gây chuyển dạ thành công, và khi cổ tử cung chưa chín muồi, thì cuộc chuyển dạ thường hay kéo dài, ngạt thai và phải can thiệp bằng phẫu thuật.



Hình 12.1. Cổ tử cung chưa chín muồi



Hình 12.2. Cổ tử cung chín muồi

- Một cổ tử cung chưa chín muồi, rắn, dài, đóng kín và không xoá.
- Một cổ tử cung chín muồi, mềm, xoá hoặc đang xoá, đút lọt ngón tay.

3.1. Thang điểm Bishop

Đây là một phương pháp được chấp nhận để ghi mức độ chín muồi của cổ tử cung trước khi chuyển dạ (so sánh với chỉ số Apgar cho sơ sinh). Thang điểm này tính đến chiều dài, độ mở và mật độ cổ tử cung, và mức xuống của đầu thai. Tổng điểm bằng 9 hoặc cao hơn là thuận lợi.

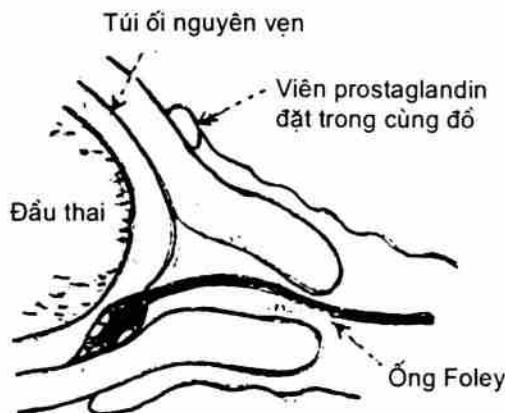
Bảng cho điểm cổ tử cung

	0	1	2	3
Độ mở (cm)		< 2	2-4	>4
Độ dài (cm)		> 2	1-2	<1
Mật độ	Rắn	T.bình	Mềm	
Tư thế	Sau	T.gian Trước		
Mức xuống	0-3	0-2	0-1:0	0+
Cộng				

3.2. Sự chín muồi của cổ tử cung

Các sợi tạo keo cấu thành cổ tử cung có thể mềm ra rất nhiều về mật độ nhờ dùng prostaglandin đặt tại chỗ. Có thể dùng viên âm đạo dinoproston 3mg (prostin E2) đặt vào trong cùng đồ sau để làm cho cổ tử cung mềm ra vào xoá. Hiện tượng này sẽ cho phép chọc ối và kể cả làm chuyển dạ xuất hiện.

Trong những trường hợp đặc biệt, thí dụ như thai chết lưu thì có thể bơm dung dịch dinoproston vào trong tử cung ở phía ngoài mang ối qua một ống Foley.



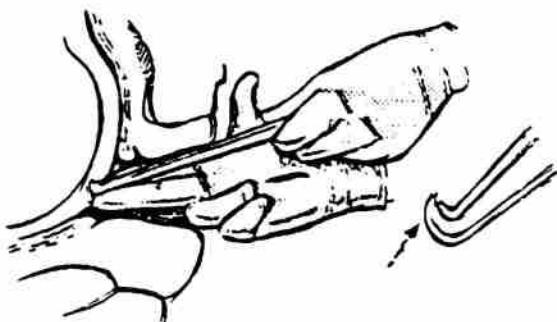
Hình 12.3. Phương pháp để cổ tử cung chín muồi

3.3. Chọc ối (xé màng ối)

Công việc này được thực hiện để gây chuyển dạ đẻ (gây chuyển dạ bằng thủ thuật), hoặc trong lúc chuyển dạ đẻ thủ thuật cho chuyển dạ tiến triển nhanh hơn. Hoặc là để cập một điện cực vào da đầu thai, hoặc để đo pH của máu thai nhi. Chọc ối hình như là cho prostaglandin nội sinh được chế tiết ra.

Thường có hai phương pháp được mô tả:

3.3.1. Chọc đầu ối



Hình 12.4. Móc chọc ối Hollister
Dụng cụ này có mỏ nhọn móc vào đầu ối

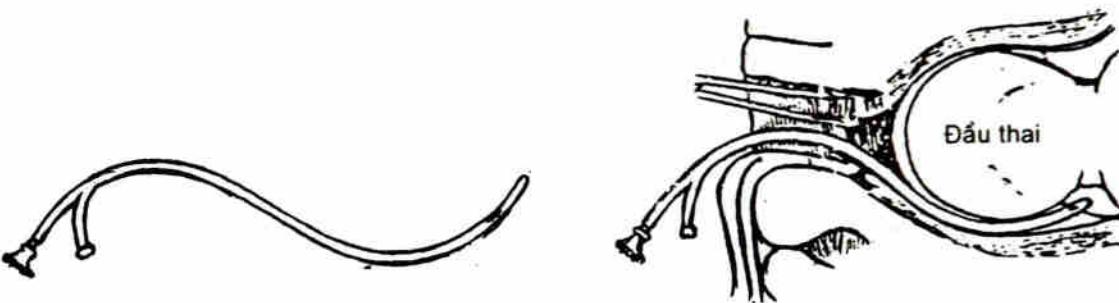


Hình 12.5. Kẹp chọc ối Goodwin.
Hình cong luồn theo âm đạo - cổ tử cung.
Răng kẹp chọc thủng đầu ối

Thủ thuật có thể tiến hành mò bằng cách đưa dụng cụ theo các ngón tay hoặc bằng cách dùng mỏ vịt quan sát trực tiếp.

3.3.2. Chọc hậu ối

Dụng cụ dùng là ca-nuyn Drew - Smythe. Đưa dụng cụ vượt qua đầu thai bằng cách sờ hoặc nhìn để chọc ối vào vị trí vùng cổ.



Hình 12.6. Chọc chậu ối bằng Canuyn Drew - Smythe

Phương pháp chọc hậu ối hiện nay hân hưu mới áp dụng. Nó không có hiệu quả bằng chọc đầu ối. Có nguy cơ gây tổn thương cho tử cung hoặc bánh rau. Đôi khi máu chảy nhiều làm cho thai nhi bị chết. (cần tiến hành xét nghiệm Kleihauer nếu bị chết. (Cần tiến hành xét nghiệm Kleihauer nếu có chảy máu). Có thể xảy ra tắc mạch nước ối, làm mẹ bị tử vong.

Phương pháp này được thực hiện với kỹ thuật vô khuẩn và có khi phải cho thuốc an thần để có thể thăm khám được đầy đủ. Màu sắc và lượng nước ối chảy ra phải được ghi lại. Phải kiểm tra không thấy dây rốn trước và sau khi tiến hành thủ thuật.

3.3.3. Các biến chứng của chọc ối

- a) Không gây được các cơn co tử cung có hiệu lực

Chuyển dạ có thể không xuất hiện sau khi chọc ối đơn thuần, và phải kích thích thêm tử cung bằng truyền tĩnh mạch oxytocin sau khoảng 3 giờ nếu các cơn co tử cung không thỏa đáng.

- b) Bong rau (phong huyết tử cung)

Hiện tượng này có thể do giảm đột ngột thể tích nước ối trong trường hợp đã có đa ối.

- c) Chảy máu

Hay gặp khi chọc hậu ối. Ca-nuyn có thể gây nên chảy máu cho thai hoặc cho người mẹ; có thể nặng đến mức phải chỉ định mổ.

Phương pháp tốt nhất để xác định nguồn gốc của máu là dùng xét nghiệm Kleihauer, một phương pháp lâm sàng, biện pháp này là nhuộm một phiến máu sao cho các tế bào thai hiện rõ lên trên một vi trường có các tế bào "bóng ma" của người mẹ (xem chương 8)

- d) Sa dây rốn

Tình trạng này chỉ có thể xảy ra với một ngôi bình chỉnh không tốt; nó thường được quan niệm sai lầm là biến chứng này ít khi xảy ra khi chọc hậu ối hơn là khi chọc đầu ối. Phải theo dõi hiện tượng sa dây rốn ẩn hoặc rõ rệt bằng các dấu hiệu báo trên máy theo dõi nhịp tim thai.

e) Nhiễm khuẩn

Tử cung không tránh khỏi bị nhiễm khuẩn từ âm đạo trong vòng 24 giờ từ lúc bấm ối. Cả người mẹ và đứa trẻ đều bị đe doạ. Nhiễm khuẩn có thể được làm cho chậm lại bằng cách sử dụng kỹ thuật diệt khuẩn cẩn thận; và dùng kháng sinh mỗi khi có sự trì hoãn.

f) Tắc mạch phổi do nước ối

Bệnh cảnh hiếm gặp này thể hiện một tình trạng sốc nặng khởi phát rất nhanh, khó thở dữ dội và thường chảy máu. Nó do chọc ối và các cơ tử cung mạnh gây nên; cần phân biệt với sản giật, phong huyết tử cung, vỡ tử cung và hít phải dịch toan dạ dày. Việc điều trị đòi hỏi phải thông khí phổi với áp lực dương và điều chỉnh rối loạn đông máu không tránh khỏi.

Khám nghiệm sau khi tử cung phổi người mẹ sẽ thấy những tế bào của thai và lông tơ, chất nhầy, song chất nhầy này đến phổi như thế nào thì không rõ.

Có một tình huống hiếm gặp gọi là vagitus uterinus đôi khi thấy sau khi bấm ối. Vagitus là tiếng kêu của đứa trẻ; có thể nghe thấy như tiếng mèo kêu khẽ từ trong buồng tử cung, có lẽ do thai nhi thở. Hiện tượng này được coi là một dấu hiệu không tốt.

3.4. Truyền oxytocin tĩnh mạch

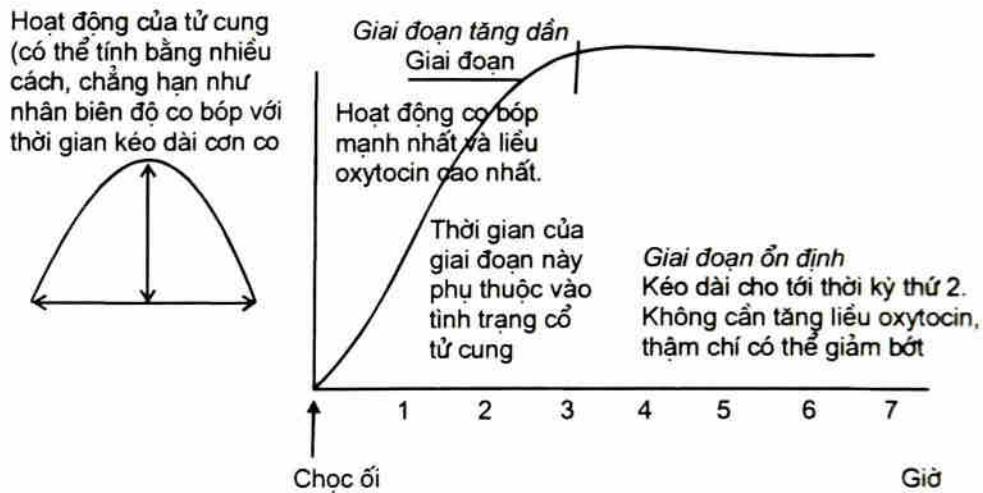
Oxytocin tổng hợp thường được truyền tĩnh mạch nhỏ giọt liên tục sau khi bấm ối để kích thích cơ tử cung. Thỉnh thoảng người ta cũng có thể tiến hành biện pháp này lúc màng ối còn nguyên vẹn, thí dụ: để giúp cố định thai với kiểu ngôi không vững trước khi chọc ối. Cũng giống như chọc ối, truyền nhỏ giọt tĩnh mạch oxytocin cũng còn được dùng để thúc đẩy cuộc chuyển dạ đẻ.

Oxytocin tổng hợp không có yếu tố gây co mạch, không giống như oxytocin tự nhiên, nhưng là một loại thuốc rất mạnh, đôi khi không lường trước được vì sự cảm thụ của tử cung có thể thay đổi rộng rãi. Bác sĩ hoặc nữ hộ sinh phải có mặt trong suốt thời gian dùng và sử dụng thuốc rất thận trọng.

3.4.1. Tác dụng đối với cơ co tử cung

Tác dụng này thay đổi với thời gian và sự tiến triển của chuyển dạ. Vì liều oxytocin quá nhỏ sẽ không có tác dụng và liều quá cao có thể gây ngạt thai hoặc vỡ tử cung, nên điều cần thiết là phải điều chỉnh liều lượng theo sự đáp ứng của cá nhân người bệnh.

Phương pháp tốt nhất là truyền bằng một bơm chậm hoặc ống đếm giọt. Dùng 5 dl dung dịch Hartmann hoà đối với 2 đơn vị syntocinon, bắt đầu bằng 10 giọt/phút (2,66đ/phút). Liều này được tăng dần cứ 15 phút một lần cho tới khi đạt được các cơ co thoả đáng.



Số đơn vị syntocinon trong 500 ml d.d.Hartmann	Số giọt trong một phút				
	10	20	40	60	80
	Liều syntocinon mil.đ.v/phút				
2	2.66	5	11		21
8		21	43		85
16			85	128	171
32			171	256	341

3.4.2. Các tai biến của oxytocin

a) cơ co tử cung kém

Tình trạng này xảy ra khi chọc ối đã được tiến hành mặc dù cổ tử cung không thuận lợi. Phải làm cho cổ tử cung chín muồi trước trong các trường hợp này bằng prostaglandin đᾶ.

Đôi khi, cơ co tử cung bề ngoài có vẻ tốt, nhưng cổ tử cung mở không đáng kể và cuộc chuyển dạ buộc phải kết thúc bằng phẫu thuật mổ lấy thai. Hiện tượng này là do không có sự hài hòa của cơ co tử cung

b) Các hình thái nhịp tim thai bất thường

Sử dụng oxytocin kéo dài hoặc quá nhiều có thể gây nên ngạt thai do tử cung bị kích thích quá mức. Phải theo dõi nhịp tim thai liên tục cho tất cả các bệnh nhân được kích thích bằng oxytocin.

c) Kích thích quá mức

Dùng quá liều có thể gây ra các cơn co tử cung mạnh quá mức và gây đau, thậm chí có thể dẫn đến co cứng kéo dài (coen co cứng). Nếu tử cung bị kích thích quá mức đã rõ rệt thì phải ngừng truyền để cho tử cung có thể giãn ra. Để đánh giá

đúng liều lượng oxytocin có thể cần đặt một ống ca-nuyn trong buồng tử cung mặc dù kỹ thuật này quá mạnh đối với cách sử dụng thường quy.

d) Vỡ tử cung

Khi sử dụng oxytocin luôn luôn phải nghĩ tới khả năng vỡ tử cung. Việc này khó xảy ra ở người chưa con so nhưng cũng đã được nêu lên. Nó có thể dễ gặp hơn ở người con rạ hoặc ở bệnh nhân trước đó đã có mổ lấy thai hoặc phẫu thuật mổ tử cung. Người ta khuyên nên dùng một ca-nuyn trong buồng tử cung đối với những bệnh nhân như thế và gây tê ngoài bao cứng cần được áp dụng một cách thận trọng, nó có thể làm mờ những dấu hiệu sớm của vỡ tử cung.

e) Ngộ độc nước

Hiện tượng này là hậu quả của việc truyền các liều cao oxytocin kéo dài với thể tích lớn dịch không có điện giải. Có thể không gặp tình trạng này trong cuộc chuyển dạ dùng liều oxytocin bình thường hoà trong dung dịch Hartmann.

3.4.3. Thúc đẩy chuyển dạ tiến triển

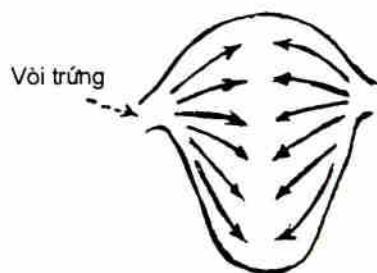
Sự tiến triển của một cuộc chuyển dạ để tự nhiên có thể làm cho nhanh hơn bằng cách chọc ối và truyền oxytocin. Bằng các biện pháp kỹ thuật này, phần lớn phụ nữ có thể để trong vòng 12 giờ. Như vậy tránh cuộc chuyển dạ kéo dài có thể làm cho người mẹ suy sụp, thai suy và nhiễm khuẩn buồng tử cung. Tuy nhiên, những việc can thiệp như vậy không được tiến hành tự động, việc sử dụng chúng một cách không phân biệt đã làm cho một số bà mẹ căm ghét. Nếu xét cần phải thúc nhanh cuộc đẻ thì lý do của việc này cần được giải thích và trao đổi với người mẹ.

II. HOẠT ĐỘNG CO BÓP TỬ CUNG BẤT THƯỜNG

Sinh lý của tử cung không được hiểu biết rõ như của tim, song những hình thái hoạt động có bóp trong chuyển dạ trước kia đã được nghiên cứu sâu bằng cách áp lực cả ở trong lẫn ngoài tử cung. Từ nghiên cứu này đã nảy sinh ra thuyết Cục tính tử cung, nó vẫn chưa bị truất bỏ toàn bộ song nó đang không được thừa nhận, vì người ta đã thu được nhiều kinh nghiệm qua cuộc chuyển dạ được thúc đẩy.

Mỗi cơn co tử cung được xuất phát từ vùng các vòi trứng và các dây chằng tròn, rồi lan ra khắp tử cung.

Các cơn co thể hiện hình thái độ chênh với ưu thế ở vùng đáy tử cung và đoạn dưới tử cung, là hoạt động yếu nhất. Đây là trạng thái cực tính tử cung bình thường.



Hình 12.7. Điểm xuất phát của cơn co

Trước khi chuyển dạ và trong chuyển dạ giả không có trạng thái cực tính trong hoạt động của tử cung.

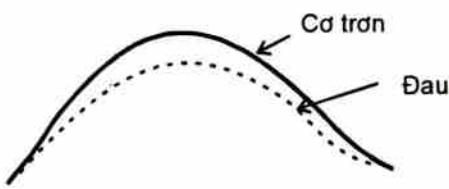


Hình 12.8. Trạng thái tĩnh tử cung bình thường



Hình 12.9.

Với hoạt động tử cung bình thường có thể sờ thấy cơn co trước khi bệnh nhân thấy khó chịu hoặc đau.



Hình 12.10. Cơn co trước đau



Hình 12.11. Cực tính tử cung bình thường

Trạng thái cực tính tử cung bình thường tiến triển thuận lợi nhờ thai cúi tốt và ngôi bình chỉnh tốt đè vào cực dưới của tử cung. Cực tính tử cung bình thường cho phép đoạn dưới thụ động dễ dàng căng ra và thư giãn dưới tác dụng trội của phần trên tử cung chủ động.

Đoạn dưới tử cung mỏng dần trong khi đoạn trên dày dần lên.

1. Cực tính bình thường

Trong khuôn khổ của khái niệm về cực tính bình thường hoặc hoạt động co bóp của tử cung hài hòa, người ta có thể thấy hai trạng thái bất thường.

1.1. Các cơn co tử cung yếu (Trương lực cơ tử cung yếu)

Hoạt động co bóp tử cung yếu và thưa thớt; chuyển dạ tiến triển chậm chạp.

Tiến trình của cuộc chuyển dạ đẻ có thể được thay đổi đơn giản nhờ cọc ối kết hợp với truyền tĩnh mạch oxytocin nếu cần thiết.

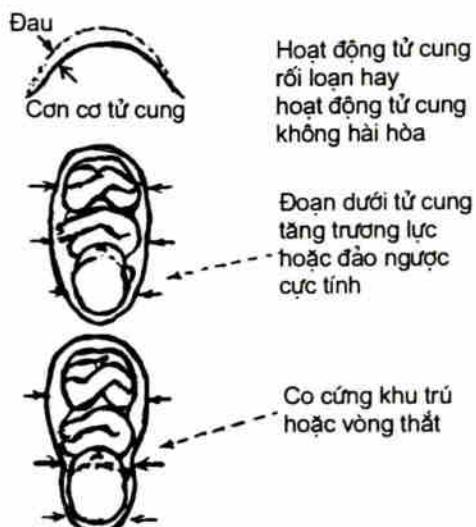
1.2. Các cơn co tử cung mạnh quá mức

Những cơn co này có thể làm cho cuộc chuyển dạ và đẻ diễn ra nhanh. Hiện tượng này có thể gây nên suy thai do áp lực kéo dài tại vùng bám của bánh rau hoặc làm cho đầu thai nhanh khuân rất nhanh. Nếu có cảm trở cơ học đối với sự tiến triển trong tình trạng này (thí dụ: ngôi không thuận) thì có nguy cơ vỡ tử cung.

2. Cực tính tử cung bất thường đã được nêu lên trong 3 tình trạng:

2.1. Hoạt động tử cung không hài hòa

Các cơn co tử cung có vẻ như đủ mạnh và gây đau nhưng không có hiệu quả. Mỗi tương quan giữa phần trên và đoạn dưới tử cung bị rối loạn. Đây là hiện tượng của các cuộc chuyển dạ con so và có thể do các kiểu thế chồm sau hoặc bất cân xứng nhẹ gây nên. Về vai trò của oxytocin trong trường hợp này có nhiều ý kiến khác nhau. Một số người ủng hộ thúc đẩy chuyển dạ tiến triển nhanh không công nhận đây là một bệnh cảnh thực.



Hình 12.12. Cực tính bất thường

2.2. Có thể gặp hiện tượng co cứng khu trú hoặc vòng thắt ôm quanh phần hẹp của thai, thường ở giữa đầu và các vai. Khi mổ lấy thai có thể phát hiện ra hiện tượng này.

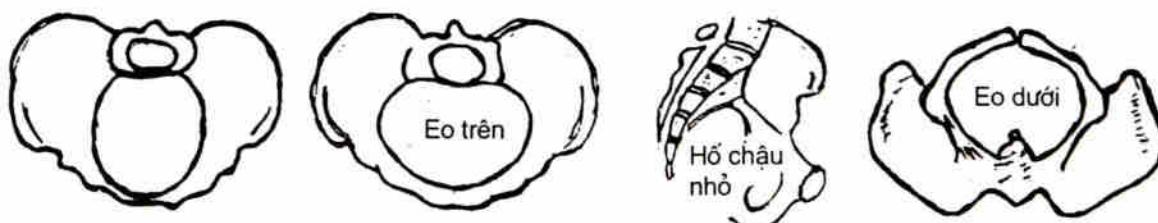
2.3. Cổ tử cung cứng

Hiện tượng này có thể là thứ phát hay bẩm sinh. Chấn thương hoặc phẫu thuật ở cổ tử cung có thể dẫn đến sẹo hoặc làm mất tính đàn hồi bình thường. Nếu không phát hiện ra tình trạng này trong cuộc chuyển dạ đẻ có thể dẫn đến vỡ tử cung.

III. KHUNG CHẬU HẸP

Một khung chậu hẹp là một khung chậu trong đó một đường kính quan trọng ngắn hơn đường kính ở khung chậu dạng nữ bình thường 1 cm.

1. Khung chậu dạng nữ



Hình 12.13. Khung chậu dạng nữ

Khung chậu dạng nhân hầu vẫn có thể xem là một khung chậu bình thường về lâm sàng, vì các số đo của khung chậu này tương đương với của khung chậu dạng nữ quay 90° , mặc dù đầu thai có xu hướng lọt và xuống theo trục trước sau.

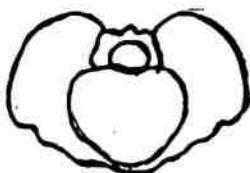
Khung chậu dạng nhân hầu thường hay gấp kết hợp với hiện tượng cùng hóa cao - đốt sống thắt lưng thứ năm dính vào xương cùng tạo nên đoạn thứ sáu. Hiệu quả là làm thay đổi góc của eo trên khung chậu khiến cho góc này bằng khoảng 75° , mà bình thường thì góc chỉ bằng 55° .

Tình trạng này làm cho hiện tượng lọt của ngôi thai khó khăn và chậm lại. Xương cùng dài làm cho chậu hông sâu hơn khiến cho đầu thai phải di chuyển dài hơn ở trong các giới hạn của hố chậu nhỏ.



Hình 12.14. Hiện tượng cùng hóa cao

2. Khung chậu dạng nam là một khung chậu có dung tích giảm dần khi đầu thai xuống sâu hơn. Điều khó khăn nhất là ở eo dưới. Đôi khi dạng khung chậu này còn được gọi là khung chậu hình phễu.



Hình 12.15. Khung chậu dạng nam



Hình 12.16. Khung chậu dạng phễu



Hình 12.17. Khung chậu dạng dẹt

3. Khung chậu dạng dẹt hay khung chậu bẹt bị hẹp ở eo trên, hố chậu nhỏ và eo dưới rộng. Khó khăn xảy ra ở eo trên.

Một khung chậu thuộc một dạng thuần tuý không phải lúc nào cũng thấy được và có nhiều khung chậu mang các đặc điểm hỗn hợp. Chẳng hạn, một eo trên dạng nam có đường kính chéo liên hợp bình thường, song nếu phần còn lại của khung chậu lại có những đặc điểm của khung chậu dạng nữ, thì có thể không nhận thấy dung lượng eo trên bị giảm.

4. Các nguyên nhân

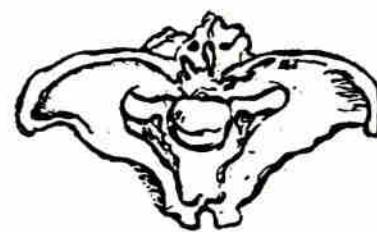
Biến dạng chủ yếu của khung chậu hiếm thấy tại Liên hiệp vương quốc Anh, và đại đa số những dị dạng khung chậu gấp đều là nhẹ về hình dáng, hoặc kích thước, liên quan đến chiều cao và cấu trúc của người mẹ.



Hình 12.18. Khung chậu Naegele



Hình 12.19. Biến dạng do dinh dưỡng



Hình 12.20. Bệnh về xương

4.1. *Di truyền*

- Không có biến dạng
- Khung chậu hẹp toàn diện.
- Có biến dạng (thí dụ: bất sản sụn, khung chậu Naegele - thiếu một cánh xương cùng).

4.2. *Bệnh về xương*, thí dụ: lao, cốt tuỷ viêm

4.3. *Chấn thương*, thí dụ: gãy khung chậu cũ

4.4. *Dinh dưỡng*, thí dụ: còi xương, bệnh nhũn xương. Một khung chậu hết sức biến dạng được giới thiệu ở trên.

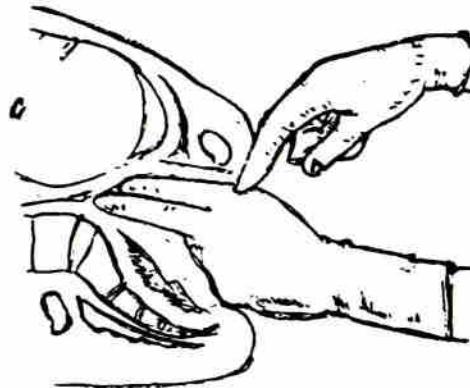
5. *Việc đánh giá trước khi sinh*

Kích thước của khung chậu liên quan đến chiều cao của mẹ, và nếu mẹ dưới 155 cm thì phải nghi ngờ khung chậu hẹp.

Trước kia việc đánh giá khung chậu theo chế độ khám thường quy thường được tiến hành vào lúc thai được 36 tuần. Ngày nay công việc này hay bị bỏ qua với lý lẽ là hiếm có khung chậu hẹp đến nỗi phải loại trừ nghiệm pháp lọt (xem trang 295). Việc đánh giá hoàn chỉnh hơn về kích thước khung chậu và hiện tượng bất cân xứng thai nhi - khung chậu chắc chắn có thể thực hiện trong lúc chuyển dạ. Có lẽ nên cho thuốc giảm đau hoặc phong bế ngoài bao cứng.

Tuy nhiên, với trường hợp phải thăm khám, thì cần phát hiện những thông tin sau:

5.1. *Có thể đo được đường kính chép liên hợp* nếu tiếp cận được mỏm nhô - cùng, trong trường hợp này thì khung chậu nhỏ hơn bình thường.



Hình 12.21. Tiếp cận mỏm nhô đo đường kính chéo

5.2. Có thể sờ nắn để thấy được độ cong và chiều dài xương cùng, khớp cùng - cụt và khả năng di động của nó. Định vị các dây chằng cùng - gai hông ở mỗi bên bằng cảm giác sờ gai hông mỗi dây chằng này phải lọt được dễ dàng hai ngón tay. Độ dày và mức lồi của các gai hông cần được đánh giá, đặc biệt là khi các gai này có xu hướng nhô vào trong hố chậu nhỏ.



Hình 12.22. Sờ độ cong xương cùng



Hình 12.23. Sờ gai hông

5.3. Góc vòm mu được ước lượng bằng cách đặt ngón tay vào dưới khớp mu rồi chẽ các ngón tay ra. Góc này phải không nhỏ hơn 90° .



Hình 12.24. Đo góc vòm mu

5.4. Đường kính liên ụ ngồi phải rộng bằng chiều rộng của nǎm tay bình thường

Hiếm khi phải chụp phim X quang để đánh giá khung chậu trong giai đoạn trước khi sinh (trừ khi chụp phim đứng nghiêng).

Bất cân xứng thai nhi khung chậu xuất hiện khi ngôi thai quá lớn so với chậu hông. Việc đánh giá này là một cách phán xét về lâm sàng và là một cách so sánh giữa đầu thai nhi và eo trên khung chậu. Đầu có thể quá to hoặc khung chậu có thể quá nhỏ. Thế hoặc ngồi không thuận của một đầu thai bình thường có thể gây nên hiện tượng bất cân xứng. Đầu thai nhi là một thước đo khung chậu tốt nhất và nếu đầu lọt trong thời kỳ trước khi sinh thì có thể không có vấn đề gì cần đặt ra. Nếu đầu thai không lọt, có thể làm nghiệm pháp thử cho đầu lọt bằng cách bảo bệnh nhân ngồi dậy và cúi về phía trước.



Hình 12.25. Đo đường kính liên ụ ngồi



Hình 12.26. Phương pháp Munro Kerra

Việc đánh giá bất cân xứng có thể thực hiện bằng cách thủ đầu thai ép vào eo trên bằng một tay, còn các ngón tay của bàn tay kia đo mức xuống trong khi ngón tay cái nhận định hiện tượng chồm khớp mu (phương pháp Munro Kerra).

IV. NGHIỆM PHÁP LỌT

Thuật ngữ này được dùng khi kết quả của cuộc chuyển dạ không rõ ràng. Ngay cả dùng siêu âm để đánh giá trọng lượng thai, đường kính lưỡng đinh và nhận xét các đặc điểm của khung chậu người mẹ về lâm sàng hoặc bằng điện quang thì không phải bao giờ cũng có thể tiên lượng được kết quả của chuyển dạ, do đó mới có thuật ngữ "nghiệm pháp lọt". Nó nhắc nhở những người theo dõi cho người mẹ về sự không rõ ràng của tình thế, đòi hỏi họ phải hết sức cảnh giác, nếu cần, có thể mổ lấy thai ngay khi nghiệm pháp lọt được xem là đã thất bại. Nghiệm pháp lọt chỉ thực hiện đối với ngôi đầu mà thôi, và không bao giờ được tiến hành đối với ngôi mông. Câu này thoạt đầu được dùng để mô tả sự thử thách bất cân xứng ở eo trên. Biện pháp này có phạm vi quá hẹp về lâm sàng, vì vậy thuật ngữ nên được áp dụng cho những nghiệm pháp về bất cân xứng cơ học và không dùng đối với các biện pháp khác, chẳng hạn như "nghiệm pháp thử sẹo mổ" sau khi đã mổ lấy thai.

Những yếu tố không rõ ràng trong cuộc chuyển dạ để có thể ảnh hưởng tới kết quả của nghiệm pháp lọt là:

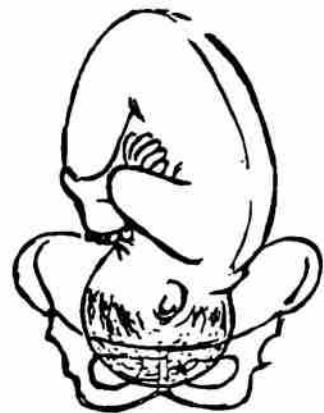
1. Chất lượng hoạt động co bóp của tử cung.
2. Khả năng đầu đứa trẻ uốn khuân an toàn.
3. Sinh lực của người mẹ và của đứa trẻ.

Lý tưởng nhất là nghiệm pháp lọt có thể được bắt đầu với cuộc chuyển dạ tự nhiên mà các màng ối còn nguyên vẹn. Chỉ nên gây chuyển dạ nếu có chỉ định về nội khoa, và kích thích hoạt động co bóp của tử cung bằng cách sử dụng oxytocin nên rất thận trọng. Hoạt động co bóp của tử cung tốt là vấn đề chủ chốt, tuy nhiên, nhiều nghiệm pháp lọt bị thất bại do các cơn co tử cung tồi tệ hơn là do bất cân xứng đầu thai nhi - khung chậu, là điều được biết rõ ràng. Tiến triển trong cuộc chuyển dạ và sinh lực thai nhi được theo dõi chặt chẽ; phải thấy rằng việc can thiệp bằng phương pháp mổ lấy thai đã được hạ thấp nhờ biện pháp này.

V. THẾ XẤU VÀ NGÔI KHÔNG THUẬN

1. Thế xấu

Thế xấu có nghĩa là chồm không ở vị trí đúng. Từ ngữ này bao gồm các thế chồm sau (Ch-S) và đầu thai ngửa, làm một dạng ngôi trán.



Hình 12.27. Bình thường



Hình 12.28. Thế xấu (C-S)

Ngôi không thuận nghĩa là sự trình diện của bất kỳ phần thai bào ngoài ngôi chỏm, như ngôi mặt, ngôi trán, ngôi mông, ngôi vai và ngôi hồn hợp.



Hình 12.29. Ngôi không thuận



Hình 12.30. Bình chỉnh tốt



Hình 12.31. Bình chỉnh không tốt

2. Nguy hiểm

2.1. Ngôi bình chỉnh không tốt

Đầu ối không được bảo vệ tránh khỏi sức mạnh của các cơn co tử cung, lồi qua một cổ tử cung chưa mở hết ("đầu ối hình khúc döi").

2.2. Các màng ối bị vỡ sớm, dây rốn có thể sa qua ngôi thai

2.3. Các cơn co có thể không đều và yếu

Nếu hiện tượng uốn khuôn xảy ra và ngôi thai bình chỉnh tốt, cuộc đẻ có thể tiến triển bình thường, cũng có khi cổ tử cung ngừng không mở sau khi vỡ ối.

2.4. Ở người phụ nữ đẻ con rạ, cuộc chuyển dạ có thể tiến triển nhanh dù cho ngôi bình chỉnh không tốt.

Với một ngôi không thuận, chẳng hạn như ngôi trán hoặc ngôi vai còn có nguy cơ cuộc chuyển dạ đẻ bị cản trở gây vỡ tử cung nếu không phát hiện ra.

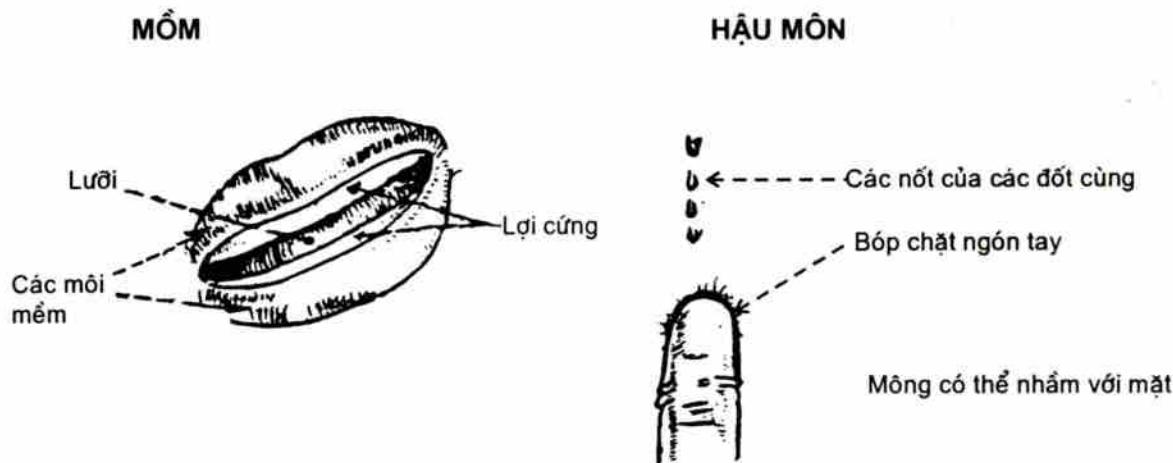
3. Chẩn đoán ngôi thuận

3.1. Khám bụng

- Một kiểu ngôi không phải là ngôi dọc có thể dẫn đến ngôi ngang.
 - + Nếu kiểu ngôi là dọc thì hoặc là ngôi đầu hoặc ngôi mông.
 - + Nếu đầu trình diện ở eo trên thì phần chính của ngôi hoặc sẽ làm chỏm, mặt hoặc trán. Có thể nghi ngờ hai ngôi sau này khi thấy chiều rộng bất thường của đầu.

3.2. Thăm khám âm đạo

Mồm và hậu môn có thể nhầm với nhau.



Mồm có thể nhầm với hậu môn vì phù nề làm mất trạng thái lỏng lẻo của miệng.

Nếu nghi ngờ thì tránh dùng sức, vì các tổ chức như mắt hoặc bộ phận sinh dục có thể bị thương tổn.

3.3. Xương cùng

Xương cùng được phát hiện nhờ dựa vào hình dáng, gờ nối các nốt của các đốt sống và có thể thấy cả lỗ cùng và phần sau của mào chậu. Các nốt của đốt sống liên tục với các đốt xương sống phía trên.



3.4. Các gờ trên hố mắt

Các gờ trên hố mắt được phát hiện nhờ đường cong kép, gốc mũi, các hố mắt và khớp trán. Tất cả các bộ phận này có thể bị che lấp một phần do chỏm.

3.5. Mũi

Mũi được phát hiện ra nhờ lõm hình "yên" và cảm giác đàm hồi chắc của mũi.



Bàn chân và bàn tay có thể nhầm với nhau



3.6. Bàn chân

Nếu cho các ngón tay trượt từ cổ chân tới ngón chân thì gót chân vẫn thấy rõ được.

Các ngón chân dài gần bằng nhau.



3.7. Bàn tay

Nếu cho các ngón tay trượt từ cổ tay đến lòng bàn tay thì "gót chân" biến mất.

Các ngón thay dài ngắn khác nhau và ngón cái tách riêng ra.

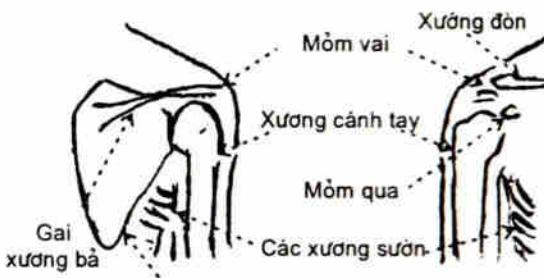


Xác định bên phải hoặc bên trái dựa vào vị trí của ngón chân cái hoặc ngón tay cái.



3.8. Vai

Vai được phát hiện nhờ xương cánh tay, xương bả, mỏm vai, mỏm quạ, xương đòn và các xương sườn. Tất cả các xương này không thể sờ thấy ngay được.



Đầu gối và khuỷu tay có thể nhầm với nhau

3.9. Đầu gối

Đầu gối có một chỗ lõm vì nắp khớp gối chưa hình thành



3.10. Khuỷu tay

Khuỷu tay có đỉnh của mỏm khuỷu.



Thế chỏm - sau là một thế xấu của đầu, gặp trong 13% trường hợp các ngôi chỏm. Phần tròn diện trước eo trên là chỏm và mốc là xương chẩm.

4.1. Các nguyên nhân thường gặp

Bụng ống (đổ nhiều ra trước) - gặp ở người đẻ nhiều lần.

Eo trên của khung chậu dạng nhân hầu - eo này dễ đưa đến thế Chỏm - Cùng hoặc Chỏm - MU.

Eo trên khung chậu dạng Nam - đường kính ngang của eo trên ở gần phía xương cùng, dễ làm cho đường kính lưỡng đỉnh bình chỉnh ra sau.

Xương cùng phẳng với một đầu cúi, ít dẫn đến ngửa hơn và thế Chỏm - Cùng.

Bánh rau bám vào thành trước của tử cung có xu hướng tạo cho thai nhi uốn cong theo bánh rau.

Thế Chỏm - Ngang của đầu và hiện tượng lệch sang phải và vặn sang phải của tử cung, dễ dàng tạo cho đầu ngửa và xuống theo thế Chỏm - Phải - Sau. Đại tràng chậu hông chiếm khoang chậu trái sau cũng phụ thêm vào nguyên nhân này.

Sự ngẫu nhiên rõ ràng cũng là một nguyên nhân quan trọng.

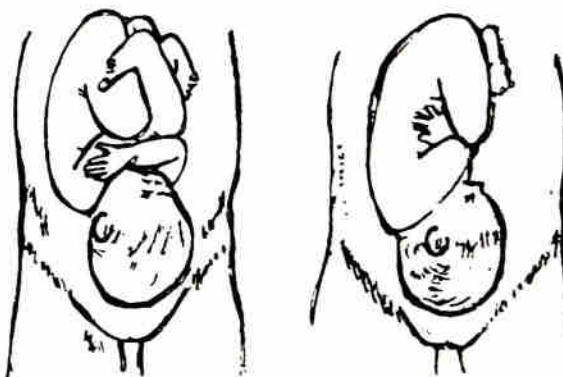


4.2. Chẩn đoán

4.2.1. Sờ nắn

a) Có thể sờ thấy lưng thai nhi ở một bên hoặc có khi khó xác định (hình 12.32)

b) Đầu thai ở thế sau - bên và có thể di động ở trên eo trên vào cuối lúc mang thai, ngay cả ở người chưa con so. Các chi ở phía trước gây nên vùng lõm phía trên đầu. Hiện tượng này có thể rất rõ sau khi đã vỡ ối. (Hình 12.33)



Hình 12.32. Lấy thai
nhi ở 1 bên

Hình 12.33. Đầu ở
thế sau

4.2.2. Nghe tim thai

Tim thai nghe thấy rõ nhất ở bên hông nhưng tụt xuống tận mu khi đầu quay và xuống.

4.2.3. Thăm khám âm đạo

Các màng ối có xu hướng vỡ sớm, thường trước lúc chuyển dạ. Nếu màng ối còn nguyên vẹn thì có thể lồi qua cổ tử cung, làm cho đầu ối giống hình ngón tay, hoặc có thể choán đầy phần trên của âm đạo, che lấp phần ngôi. Phần ngôi là chỏm nhưng có tình trạng ngửa (cúi không hoàn toàn) nên có thể thấy dễ dàng thóp trước ở phần trước của chậu hông, gần lồi chậu - lược. Đường khớp dọc hướng vào khớp cùng - chậu. Thóp sau không dễ thấy cho tới khi đầu ở phần dưới của hố chậu nhỏ.

4.3. Cơ chế

4.3.1. Có hai kiểu Chỗm - Sau được nêu lên

a) Thế Chỗm-Sau: Cúi với đường kính lọt hạ chẩm - trán và lưỡng đỉnh là 10cm x 95 cm.

b) Thế Chỗm - Sau: Ngửa với đường kính lọt là chẩm - trán và lưỡng đỉnh là 11,5 cm x 9,5 cm.

Lọt xảy ra theo đường kính ngang hoặc đường kính chéo phải của eo trên. Xuống theo đường kính chéo phải của chậu hông tạo ra thế Chỗm - Phải - Sau. Hiện tượng xuống tiếp tục tới sàn chậu hông.



Hình 12.34. Vị trí tim thai gần mu



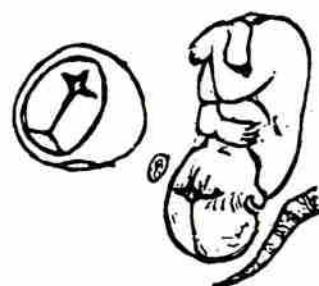
Hình 12.35. Ối giống hình ngón tay



Hình 12.36.



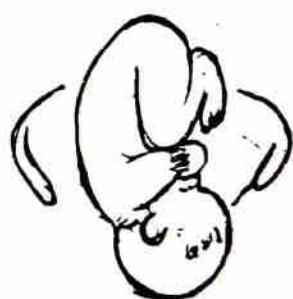
Hình 12.37.



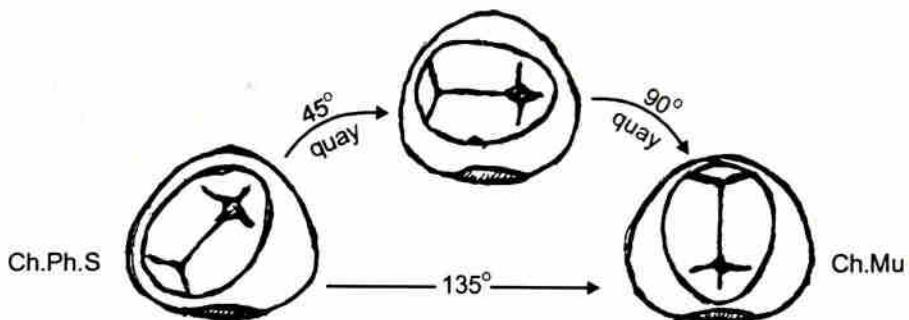
Hình 12.28.

4.3.2. Sự tiến triển tiếp theo phụ thuộc vào hiện tượng cúi của đầu

a) Nếu đầu cúi thêm trong khi xuống thì chẩm chạm vào sàn chậu hông trước tiên và quay ra trước qua thế Chỗm - Phải - Bên, và rồi tới thế Chỗm - Phải - Trước, và tới thế Chỗm - Mu.



Hình 12.39



Hình 13.40. Quá trình quay về chẩm mu 135°

Như vậy chẩm đã quay một góc 135° để đưa chẩm tới khớp mu. Hiện tượng này được gọi là quay dài. Sau đó thì cơ chế cũng giống như đối với thế Chóm - Trước.

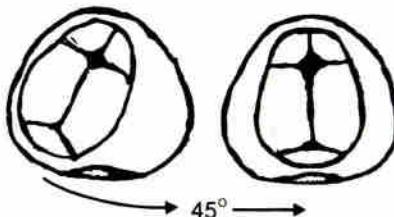
b) Nếu đầu vẫn không cúi hoàn toàn trong khi xuống thì quay của xương chẩm ra phía trước có thể không xảy ra, nhưng xương chẩm lại có thể quay ra phía sau, đem xương chẩm tới lõm của xương cùng. Hiện tượng này được gọi là quay ngắn (45°) và gây ra thế Chóm-Sau hay là thế Chóm - Cùng.

Bây giờ cơ chế khó làm cho đầu cúi vì bị hạn chế bởi ngực thai nhi tuy rằng trán ép vào xương mu làm cho đầu cúi chút ít. Phần mềm bị căng giãn nhiều hơn so với thế Chóm T. và thai sổ mặt áp vào xương mu.

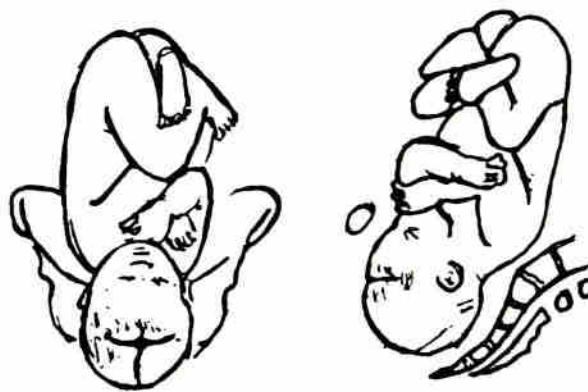
Nếu hiện tượng này không xảy ra thì đi tới bế tắc và cuộc chuyển dạ sẽ bị đình trệ.

Đôi khi hiện tượng quay dài của thế Chóm - Sau bị dừng lại và đầu ở vào thế Chóm-Ngang ở trong hố chậu nhỏ. Đây là một thế đầu bị mắc ngang.

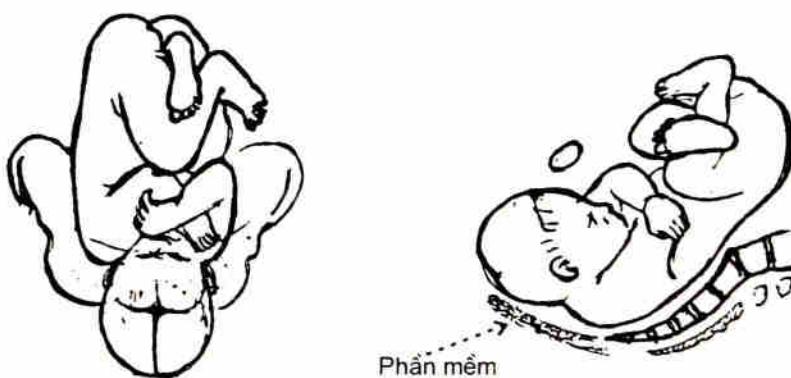
Chóm-Phải-Sau Chóm-Sau vững



Hình 12.41. Quay ngắn (45°)



Hình 12.42. Cúi khó do ngực thai nhi

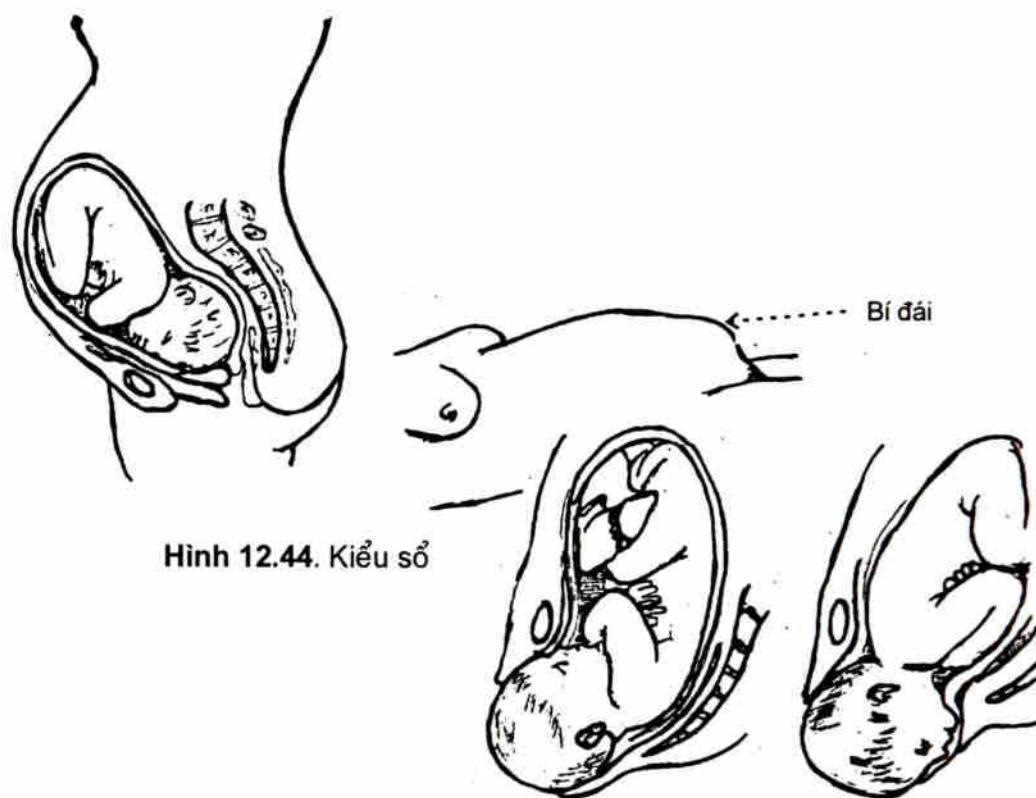


Hình 12.43. Đầu ở thế chỏm quay

4.4. Chuyển dạ đẻ

Các thế Chỏm - Sau có thể đưa đến sự chuyển dạ hỗn loạn, đặc biệt ở người con so. Các cơ co tử cung có thể gây đau kèm theo đau lưng rất khó chịu, song hoạt động tử cung rối loạn và tiến triển chậm. Cần phải giảm đau cho bệnh nhân tốt, lý tưởng nhất là gây tê ngoài bao cứng. Việc đánh giá chính xác chất lượng hoạt động co bóp của tử cung bằng cách đưa ống thông vào trong buồng tử cung có thể có lợi, và cũng có thể sử dụng syntocinon.

Thường gặp bí đái trong những cuộc chuyển dạ đẻ như thế; có khi cần phải thông đái. Người mẹ có thể có cảm giác mót rặn dữ dội trước khi đến giai đoạn hai, có lẽ là do xương cùng và trực tràng bị chèn ép. Nhưng cố gắng rặn non có thể làm chậm sự tiến triển vì làm cho cổ tử cung phù nề; việc gây tê ngoài bao cứng lại tỏ ra tác dụng tốt trong tình trạng này.



Hình 12.44. Kiểu sổ

4.5. Cuộc đẻ

Hai phần ba trường hợp có thể sổ tự nhiên theo thế Chỏm - Mu. 12% có thể sổ tự nhiên theo thế mặt đối diện với xương mu (Chỏm - Cùng). Đường kính Chẩm - Trán làm cho tầng sinh môn căng phồng; có thể cắt rộng tầng sinh môn.

Hiện tượng quay trong hố chậu nhỏ có thể bị ngừng lại do các gai hông lồi nhiều hoặc bị hạn chế lại, vì các đường kính khung chậu bị giảm đi như trong khung chậu dạng nam. Cuộc đẻ như vậy phải giải quyết bằng mổ xẻ hoặc nếu cổ tử cung đã mở hết thì phải quay bằng tay, hay bằng forceps, hoặc phải sử dụng giác hút (xem chương 14).

VI. NGÔI MÔNG

Ngôi mông là một ngôi không thuận, gặp một trong khoảng 40 trường hợp chuyển dạ đẻ thai, đủ tháng.

1. Nguyên nhân

Mông là phần ngôi trình diện trong 25% trường hợp trước 30 tuần, cho nên đẻ thiếu tháng là một yếu tố quan trọng.

Các cẳng chân của thai nhi có thể duỗi ra và cản trở hiện tượng thân gập lại, cho nên ngôi mông với các cẳng chân duỗi thẳng thường đặc biệt hay gặp ở người chửa con so.

Chửa đà thai có thể gây cản trở cho việc thai xoay tự nhiên.

Những nguyên nhân khác có liên quan như dị dạng thai nhi, đà ôi, tử cung mềm nhão và bụng ống, hình dáng eo trên hoặc tử cung bất thường, rau tiền đạo.

Có ba loại ngôi mông được mô tả như sau:

1.1. *Thai gập hoàn toàn*

1.1.1. *Ngôi mông hoàn toàn hay mông đủ*

1.2. *Thai không gập hoàn toàn với cẳng chân duỗi*

1.1.2. *Ngôi mông thực (ngôi mông thiếu)*

1.3. *Một hoặc cả hai đùi duỗi*

1.2.2. *Ngôi mông kèm bàn chân hay mông không hoàn toàn*



Hình 12.45. Ngôi mông
nằm tròn



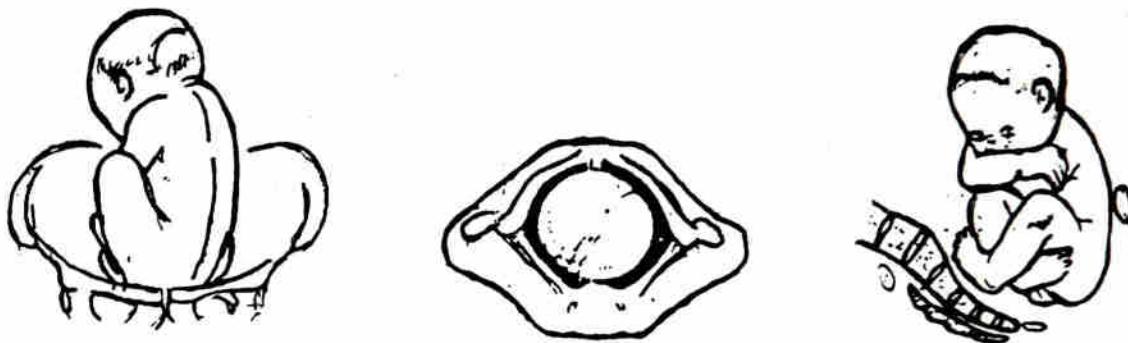
Hình 12.46. Ngôi mông thiếu



Hình 12.47. Mông không
hoàn toàn

2. Cơ chế

Mốc của ngôi là xương cùng; phần ngôi trình diện là mông trước. Đường kính lưỡng mấu chuyển dài (đường kính ngang giữa các mấu chuyển lớn của thai nhi) là 10cm. Thế hay gặp nhất là Cùng - Trái - Trước (cg.Tr.T.). Khi có chuyển dạ, mông thu gọn lại, tụt xuống và lọt (đường kính lưỡng mào chậu).



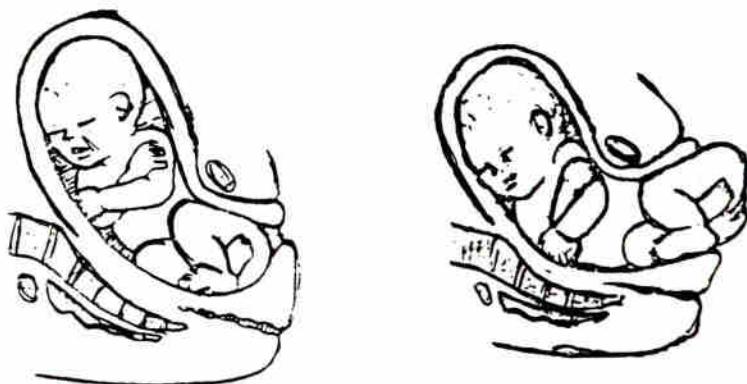
Hình 12.48. Cùng - Trái - Trước

Ngôi tiếp tục xuống dưới tới khi mông chạm vào sàn chậu hông. Mông trước quay ra trước ở dưới xương mu (quay trong chậu hông).



Hình 12.49. Xuống, quay trong chậu hông

Thân thai cong nghiên quanh xương mu cho phép mông trước trượt trên tầng sinh môn. Mông sổ ra cùng với các cẳng chân. Một động tác phục hồi theo các xương chậu diễn ra.



Hình 12.50. Mông sổ

Giờ đến lượt các vai lọt theo cùng một đường kính khung chậu như các xương chậu hông - thế Chéo - Trái. (Đường kính lưỡng móm cùng - vai là 11 cm).

Trong khi tiếp tục xuống thì xảy ra hiện tượng quay trong chậu hông của các vai, làm cho một vai tì vào dưới xương mu còn vai kia lọt vào hõm xương cùng. Vai và cánh tay trước sổ ra đầu tiên.



Hình 12.51. Vai lọt thế chéo trái



Hình 12.52. Vai trước sổ



Hình 12.53. Đường kính lọt của đầu

Đầu đi xuống hố chậu nhỏ và quay để đưa chẩm tới lưỡi xương mu. (12.54 a, b).

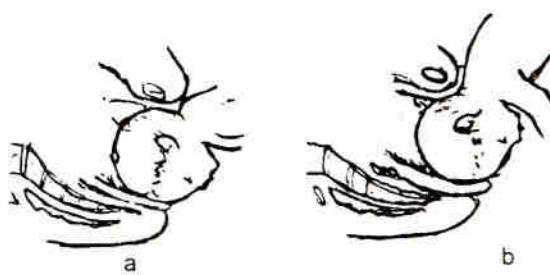
Chẩm dừng lại ở chẽ xương my và đầu được sổ ra bằng cách cúi gập. Cằm, mặt và trán sổ ra trước rồi đến chẩm. Đôi khi chẩm lại quay ra phía sau. (12.55 a,b)

Nếu đầu cúi gập thì gốc mũi dừng lại ở phía sau xương mu và chẩm cùng với chỏm được sổ ra trước, sau đó là mặt. (12.56a)

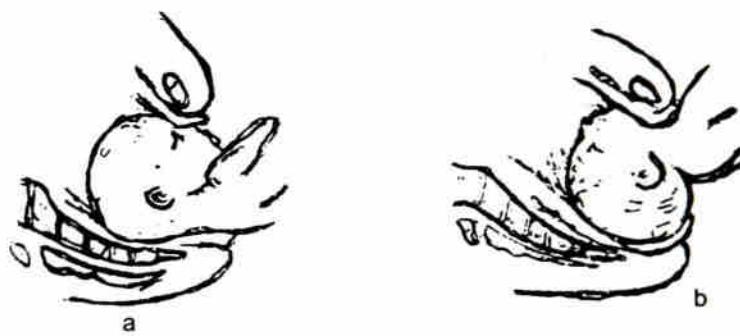
Nếu đầu ngửa ra thì cằm dừng lại ở trên xương mu; chẩm và chỏm sổ ra, rồi đến mặt sổ theo (12.56b)



Hình 12.54. Đầu lọt chẩm mu



Hình 12.55. Sổ đầu



Hình 12.56.

3. Chẩn đoán

3.1. Sờ nắn

- Kiểu ngôi dọc.
- Cực dưới chắc.
- Các chi ở về một phía.
- Đầu rắn ở phía đáy tử cung (có thể không sờ thấy đầu ở đáy vì nó núp dưới các xương sườn - bao giờ cũng phải khẳng định bằng thăm khám chậu hông).



Hình 12.57. Ngôi mông thực



Hình 12.58. Ngôi mông đú

3.2. Nghe tim thai

Tim thai (T.Th) nghe rõ nhất ở phía trên rốn.

3.3. Thăm khám âm đạo

Không thấy đầu trong hố chậu nhỏ. Sờ thấy các mông mềm và xương cùng cứng và lồi lõm. Các bàn chân có thể thấy trong hố chậu coi như mốc của ngôi.

3.4. Siêu âm

Việc phân biệt đầu và mông không phải bao giờ cũng dễ dàng, song có thể phát hiện được đầu bằng quét siêu âm.

4. Các mối nguy hiểm

4.1. Trước khi sinh

Cùng với các ngôï không thuận khác, có nguy cơ ối hay bị vỡ sớm và sa dây rốn. Điều này ít gặp hơn trong ngôï mông thiêus, vì nó là một ngôï bình chinh tốt.

4.2. Khi đẻ

Hiểm hoạ chính trong cuộc đẻ ngôï mông là diễn ra nhanh, đầu di xuống qua hố chậu nhỏ nhanh. Sự chèn ép và giảm chèn ép nhanh có thể gây nên chấn thương nội sọ.

Ngược lại, sự trì hoãn không đúng lúc trong cuộc đẻ có thể dẫn đến ngạt do dây rốn bị chèn ép, ít nhất từ lúc sổ các vai.

Các chấn thương có thể xảy ra khi cần phải can thiệp trong cuộc đẻ.

4.3. Các nguy cơ đối với thai nhi

Xuất huyết nội sọ do rách lều tiểu não hoặc liềm não - do hiện tượng uốn khuôn nhanh.

Trật đốt sống cổ, liệt Erb-Duchenne. Thương tổn cơ ức - châm do kéo thai.

Vỡ tạng thường là gan hoặc thận do chèn ép, hoặc do thao tác vụng.

Phù cơ quan sinh dục và bầm tím do sự hình thành bướu thanh huyết.

Trật khớp vai, gãy xương đòn. Gãy xương cánh tay khi sổ chi trên.

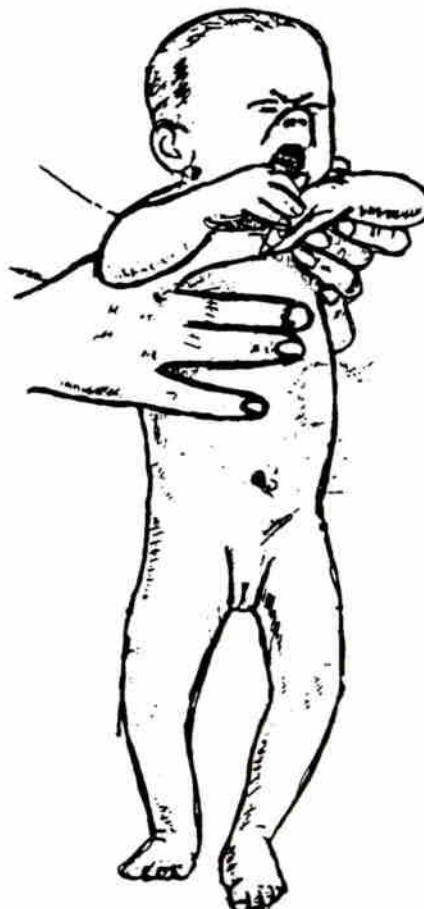
Dây rốn bị sa. Hay gặp trong ngôï mông kèm bàn chân hơn là với ngôï mông đùi.

Trật khớp háng do kéo. Gãy xương đùi - khi gấp cẳng chân đang duỗi lại.

Rách khớp gối. Thay vì gấp lại làm cho khớp gối dạng quá mức trong lúc cho cẳng chân sổ.

Bánh rau thường bong trong giai đoạn hai của cuộc chuyển dạ đẻ, vì tử cung co bóp mạnh và đầu thai nhi ở trong hố chậu nhỏ. Do đó, có nguy cơ làm thai bị ngạt.

Công việc hỗ trợ bằng thủ thuật để kết thúc cuộc đẻ là điều quan trọng và có thể là một sự cần thiết đột ngột. Nên cắt tầng sinh môn để cho việc can thiệp được dễ dàng, nếu không cắt có thể dẫn đến rách tầng sinh môn hoàn toàn.



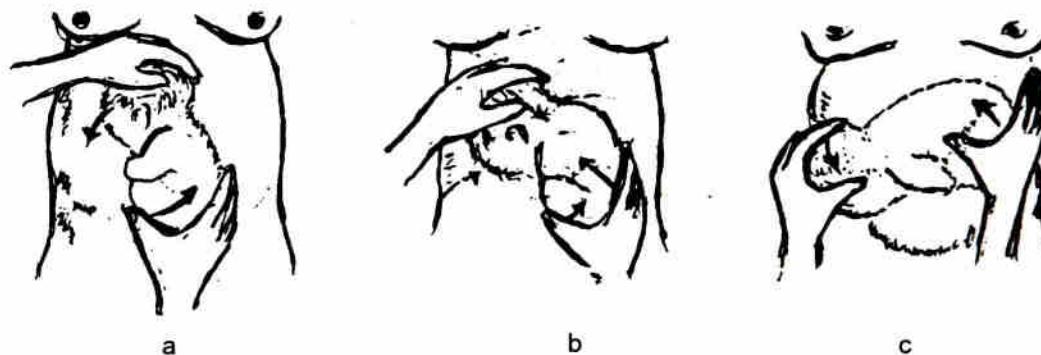
Hình 12.59. Các nguy cơ đối với thai

5. Xử trí trước sinh

5.1. Ngoại xoay

Như đã nêu, nhiều thai nhi nằm theo ngõi mông vào lúc 30 tuần. Phần lớn các trường hợp này xoay tự nhiên vào lúc 32 tuần - 34 tuần. Nếu hiện tượng này không xảy ra thì phải xem xét các nguyên nhân khả dĩ và cần chẩn đoán siêu âm, để định vị bánh rau và loại trừ dị dạng thai nhi.

Lúc đó có thể thử xoay đầu thai ngoài thành bụng. Đối với người chữa con so, công việc này có thể tiến hành vào khoảng 34 tuần: ở người phụ nữ để nhiều lần đòi khi có thể thực hiện muộn hơn. Có thể cho uống 10mg Diazepam để làm giãn cơ và đặt người mẹ nằm trong tư thế Trendelenburg (đầu dốc) để giúp cho mông thoát khỏi eo trên.



Hình 12.60. Giúp mông thoát khỏi eo trên

- Mông phải dễ thoát ra khỏi hố chậu nhỏ.
- Đè vào khối thai làm cho thai nhi gấp lại và giúp cho nó có thể trượt vòng. Nếu các cẳng chân bị gấp lại thì đứa bé có thể đạp quanh điểm này.
- Một khi đã qua vị trí nằm ngang thì các bàn tay chỉ cần đẩy đơn giản khối thai vào vị trí.

5.2. Các biến chứng

- Bánh rau có thể bị bong một phần. Phải kiểm tra tim thai khi xoay xong và thăm khám âm đạo để phát hiện chảy máu.
- Có thể gặp những biến chứng bất ngờ, chẳng hạn như tử cung dị dạng hoặc dây rốn ngắn.
- Dùng sức quá mạnh có thể làm vỡ tử cung.

5.3. Các chống chỉ định

- Nhiễm độc thai nghén (vì dễ gây nên chảy máu từ rau).
- Sẹo mổ cũ ở tử cung.
- Chữa đa thai hoặc dị dạng thai nhi.

Nguyên nhân thất bại hay gặp nhất là thai quá to hoặc quá ít nước ối, hoặc các cẳng chân duỗi ra "nẹp" lấy thai nhi.

Các xử trí (trước khi sinh)

Nếu xoay thai không có kết quả thì phải quyết định xem liệu có nên thử cho đẻ qua đường âm đạo được không? Một số thầy thuốc sản khoa xem việc đẻ ngôi mông theo đường âm đạo là quá nguy hiểm nên chủ trương mở lấy thai trong mọi trường hợp. Tuy nhiên, Phẫu thuật mở lấy thai đem đến tỷ lệ tử vong và bệnh cao hơn là đẻ đường âm đạo, và không phải là không gây chấn thương cho đứa trẻ nếu chẳng hạn khi đoạn dưới thành lập không tốt. Do đó, điều hợp lý là đề cập đẻ đường âm đạo cho một số trường hợp như:

5.4. Chỉ định

1. Có thai đủ tháng
2. Ước tính trọng lượng thai và đường kính lưỡng đỉnh qua siêu âm thấy thai nhi có kích thước vừa phải (không nặng quá 3,5 - 3,75 kg).
3. Khung chậu người mẹ được đánh giá bằng chụp X quang nghiêng và thăm khám lâm sàng là rộng.
4. Không thấy có các biến chứng sản khoa nào khác có ý nghĩa quan trọng.

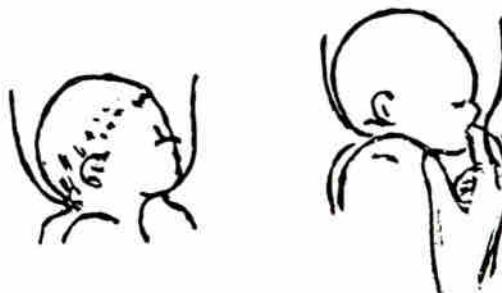
6. Đẻ ngôi mông

Chuyển dạ thường tiến triển bình thường đối với ngôi mông căng chân duỗi. Đối với ngôi mông căng chân gấp và ngôi mông kèm bàn chân có nguy cơ hay gây vỡ ối non và sa dây rốn. Trong các trường hợp này cũng vậy, đặc biệt nếu là thiếu tháng, mông có thể trượt qua một cổ tử cung chưa mở hết và cuộc đẻ diễn biến nhanh.

Trong những trường hợp này thì không có cách nào khác là kết thúc cuộc đẻ bằng cách luồn một tay lên trên bụng thai nhi và đưa nhón tay vào trong miệng đứa trẻ. Kéo vào hàm để giúp cho đầu cúi và chui qua cổ tử cung.

Trường hợp nào mà cuộc chuyển dạ để tiến triển bình thường thì gây tê ngoài bao cứng là cách làm giảm đau tốt nhất, có thể ngăn ngừa được tình trạng rặn non và cho phép điều khiển đầu thai nhi số.

Phải để nằm theo tư thế phụ khoa khi đẻ để cho đứa trẻ treo trên tầng sinh môn.



Hình 12.61. Kéo hàm giúp đầu cúi tốt



Hình 12.62. Cắt TSM khi mông làm âm hộ căng phồng

Một khi mông đã tiếp cận sàn chậu hông thì cần phải cho thân thai nhanh chóng theo chiều nghiêng để chuyển dạ tiến triển. Có thể giúp cho hiện tượng này bằng cách cắt tầng sinh môn khi mà mông sau đã làm cho âm hộ căng phồng.

Nếu các cẳng chân gập thì chúng sẽ tuột ra ngoài, song nếu các cẳng chân này duỗi thì phải hạ chân khi đã có thể tiếp cận được hốm khoeo.

Ấn vào vùng khoeo để gấp khớp gối và làm chuyển nó về phía thân.

Các ngón tay lắn dọc theo cẳng chân về phía cổ chân để giúp cho gối gấp thêm.

Túm lấy cổ chân; bàn chân được kéo xuống dưới quét qua phía cẳng bên.



Hình 12.63. Ấn khoeo



Hình 12.64. Giúp gối gấp



Hình 12.65. Túm lấy cổ chân

Kéo một quai dây rốn xuống phía dưới ngay khi có thể thực hiện được để tránh có thể làm đứt cuống rốn về sau.

Khi làm cho một cẳng chân đã sổ được thì cẳng chân kia sổ theo nhanh chóng.

Cuộc để tiến triển tự nhiên và khi xương bả vai trước xuất hiện thì cho cánh tay sổ bằng cách (1) đặt hai ngón tay của bàn tay phù hợp (bàn tay phải nếu là vai phải) qua xương đòn, và quét các ngón tay này quanh mỏm vai và xương cánh tay tới tận khuỷu, và làm cho cẳng tay sổ ra. (2) nắm lấy các cổ chân nâng chúng lên phía trên. Biện pháp này cho phép tay sau sổ theo cách tương tự.

(3). Để cho thân thai treo cho tới khi đầu xuống trong hố chậu nhỏ, ló ra chỏm tóc của thai nhi.



Hình 12.66. Sổ cánh tay (1), cẳng tay sổ (2), thai nhi treo (3)

Có thể cho đầu sổ theo một trong ba cách tùy theo sự lựa chọn của người thày thuốc sản khoa.

- Thủ thuật mauriceau - Smellie - Veit

Đứa trẻ được đặt nằm dọc theo cánh tay trái, ngón tay giữa đặt trong mồm, các ngón trỏ và ngón nhẫn tỳ vào các xương gò má. Các ngón tay này kéo xuống có tác dụng làm cho đầu cúi. Ngón tay trỏ và ngón tay cái bàn tay phải cắp lấy một vai; ngón giữa đè vào vùng chẩm, còn hai ngón nữa thì cắp lấy vai bên kia. Hai bàn tay cùng kéo xuống có thể làm cho đầu sổ và giữ cho nó cúi.

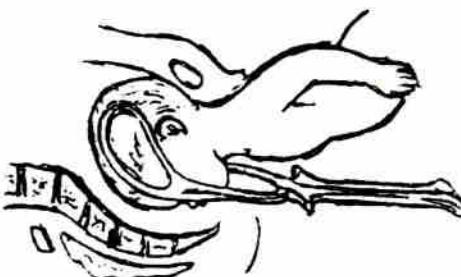


Hình 12.67. Sổ đầu bằng thủ thuật Mauriceau - Smellie - Veit

- Forceps

Có thể cho đầu sổ bằng forceps để kết thúc cuộc đẻ. Một người phụ nâng đứa trẻ lên cao bằng hai bàn chân trong khi đặt các thia forceps.

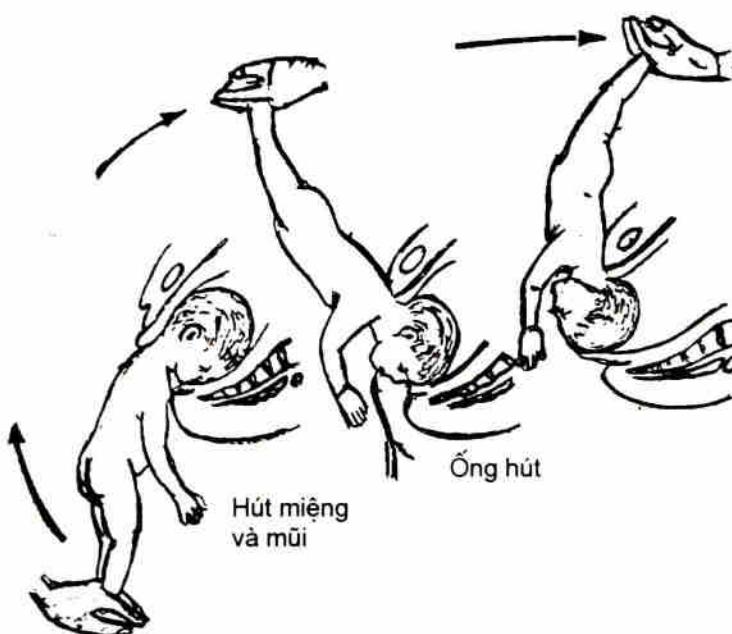
Tiếp đó kéo forceps theo hướng của đường sinh dục. Forceps kiểm soát và hạn chế được hiện tượng uốn khuôn của đầu.



Hình 12.68. Sổ đầu bằng forceps

- Phương pháp Burns - Marshall

Nắm lấy các bàn chân, với thao tác nhẹ nhàng quét theo một cung phía trên bụng mẹ. Làm như vậy miệng sẽ sổ ra và kết thúc cuộc đẻ từ từ bằng thao tác đúng đưa tiếp trên bụng mẹ.



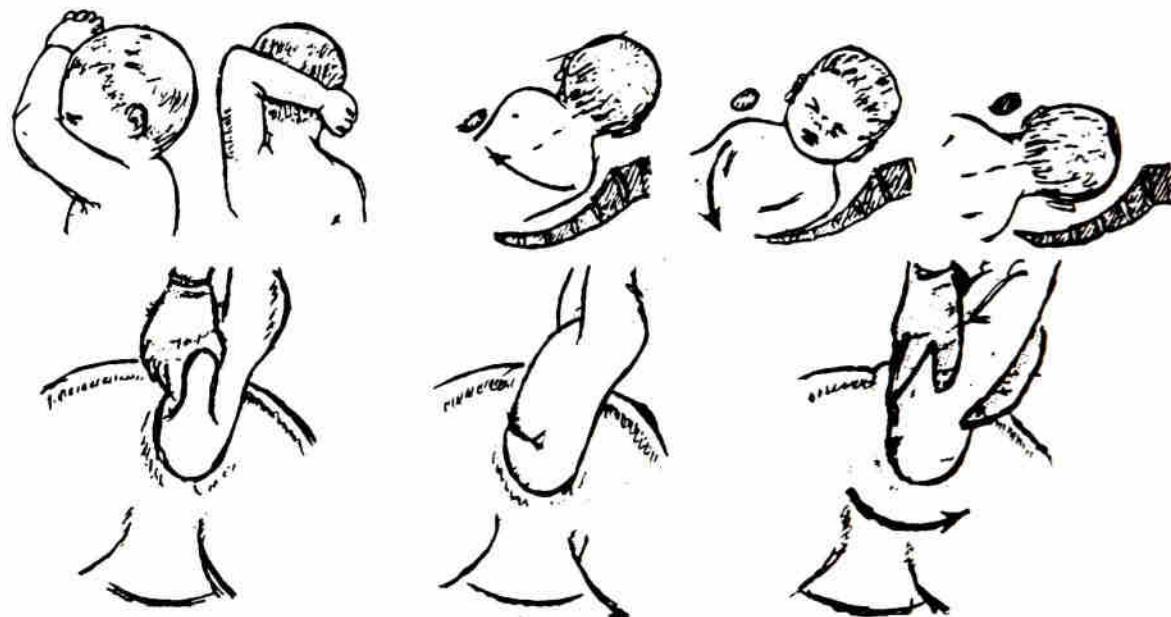
Hình 12.69. Phương pháp Burns - Marshall

Trong mọi trường hợp, cuộc đẻ đầu cần phải càng từ từ càng tốt để giảm bớt nguy cơ thương tổn cho các màng trong hộp sọ phải chịu áp lực và giảm áp đột ngột. Các đường thở phải được làm thông càng nhanh càng tốt bằng cách hút mũi và mồm. Sau đó cuộc đẻ có thể chậm mà không sợ thai bị ngạt và nó cũng cho phép giảm áp lực và tăng áp lực từ từ lên hộp sọ. Phương pháp cho đầu sổ không quan trọng; vấn đề là ở chỗ kinh nghiệm của người đỡ đẻ và việc thực hiện cuộc đẻ có kiểm soát.

Cuộc đẻ có thể gặp sự cố do tay duỗi ra hoặc cánh tay chuyển ra sau gáy. Các sự cố này có thể được giải quyết tốt bằng thủ thuật Lovset.

Thủ thuật này vận dụng độ nghiêng của eo trên, thành trước ngắn và thành sau dài của hố chậu nhỏ. Vai trước ở trên xương mu trong khi đó vai sau ở dưới mõm nhô, và nếu bây giờ đổi vị trí cho các vai này bằng cách cho vai sau nằm dưới eo trên và đúng ngay ở dưới khớp mu, thì nó có thể sổ dễ dàng.

Thủ thuật này được thực hiện bằng cách nắm lấy chậu hông đứa trẻ kéo nhẹ trong khi quay để đưa vai sau ra phía trước. Hướng quay phải sao cho cánh tay sau trườn qua phía ngực (quay ngược chiều kim đồng hồ với lưng về phía trái của mẹ và quay theo chiều kim đồng hồ với lưng về phía phải của mẹ).



Hình 12.70. Thủ thuật Lovset

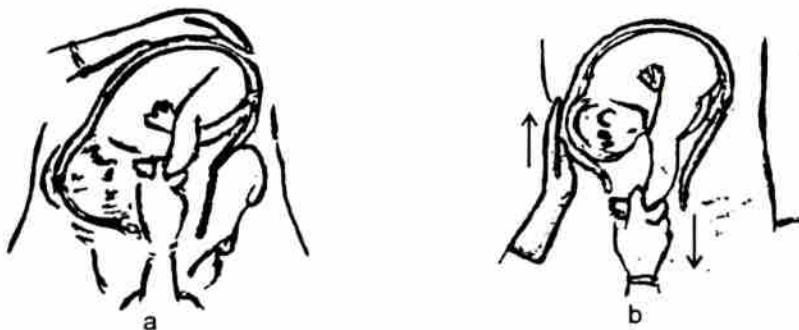
Rồi sau đó cánh tay được kéo ra ngoài và quay ngược trở lại, dùng cánh tay đã sổ để kéo, khiến cho cánh tay nguyên ở phía trước đã trở thành tay sau ở dưới mõm nhô, bây giờ lại quét vòng trong hố chậu nhỏ để có thể lấy ra ngoài ở phía dưới khớp mu. (Thông thường cánh tay thứ hai có thể được lấy ra một cách dễ dàng mà không phải quay thêm khi mà cánh tay thứ nhất đã sổ).

Cuộc đẻ đã mô tả, mà đại bộ phận của đứa trẻ được sổ ra nhờ sức rặn của người mẹ và người thầy thuốc sản khoa can thiệp cho đầu sổ (có áp dụng hay không thủ thuật Lovset) được phân loại là cuộc đẻ ngôi mông có hỗ trợ.

- Kéo thai ngôi mông (đại kéo thai) là một biện pháp khác được thực hiện chủ yếu để lấy ra một thai sinh đôi thứ hai sau khi đã làm nội xoay thai. Thường thai đôi này nằm ngang và màng ối có thể đã vỡ (nếu không thì đã có thể làm được ngoại xoay thai).

Đưa một tay vào trong buồng tử cung nằm lingleton của bàn chân trước (kéo vào chân sau có thể làm cho lưng đứa trẻ quay về phía lưng người mẹ, nếu có thể được thì kéo cả hai chân) (12.71a).

Kéo chân xuống phía dưới và bàn tay bên ngoài đẩy đầu lên phía trên (12.71b).



Hình 12.71

Kéo nhẹ vào chân đã sổ cho tới khi mông được cố định, thì lúc đó lấy chân kia ra và người thầy thuốc sản khoa kết thúc cuộc đẻ (12.72).

Các cánh tay bao giờ cũng sẽ duỗi ra là do kết quả của kéo thai, áp dụng thủ thuật Lovset, sau đó là cho đầu sổ như đã mô tả.

- Các biến chứng**

Nguy cơ có thể gặp là vỡ tử cung, chấn thương cho thai nhi và nhiễm khuẩn.

Không bao giờ được thử nội xoay thai khi tử cung đã bóp chặt lấy thai nhi đã bị mắc kẹt và đoạn dưới mỏng.

Ngôi mặt là một ngôi không thuận, chiếm khoảng 1 cho 300 cuộc đẻ.

Phần ngôi trình diện là mặt và mốc là mõm cầm.



Hình 12.72. Kéo chân

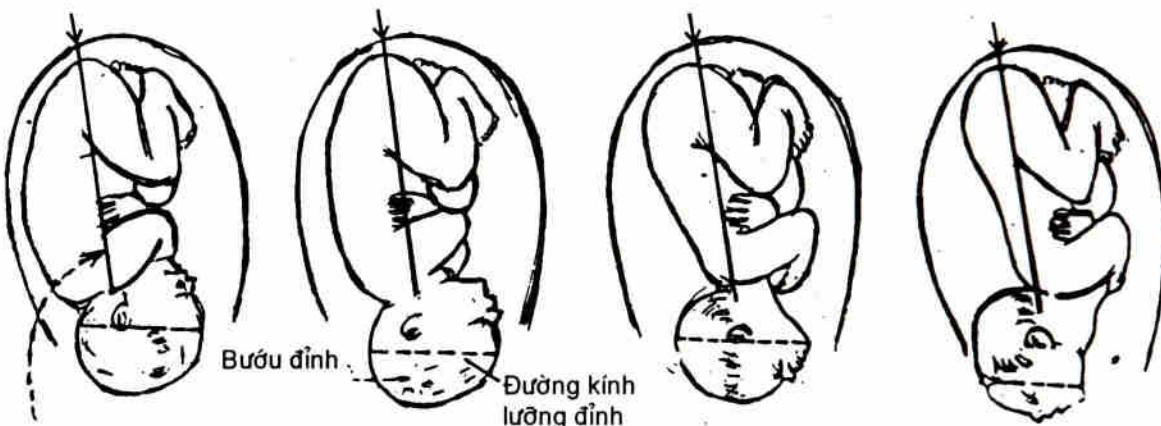
1. Nguyên nhân

Tử cung mềm nhão hoặc bụng ống, da ối, khung chậu dẹt, chứa đa thai, non tháng, tử cung lệch vẹo, tuyến giáp to hoặc u vùng cổ, vô sọ, co cứng các cơ của lưng

và cổ, thai chết, hộp sọ thai nhi dài (hộp sọ dài = đầu dài - chiều ngang nhỏ dưới 4 phần 5 chiều dài).

Ngôi mặt có thể là ngôi nguyên phát, nghĩa là nó có từ trước khi chuyển dạ, song thường gấp hơn lại là ngôi mặt thứ phát, nghĩa là xuất hiện trong khi chuyển dạ đẻ.

Ngôi thế chỏm - sau không cúi hoàn toàn và tử cung lệch vẹo rõ rệt có thể làm cho đầu ngửa.



Hình 12.73. Ngôi chỏm sau cúi không tốt

Hoạt động co bóp của tử cung, bình thường có xu hướng làm cho khôi thai thu nhỏ lại, thì trong thực tế lại gây nên tình trạng ngửa của đầu ở vị trí khớp đội - chẩm, vì lưng của thai nhi nằm cùng chiều với hướng lệch của tử cung. Tử cung thường lệch vẹo sang phía bên phải. Một đầu ở thế Ch. P.Ng, hơi ngửa một chút, có thể chuyển thành ngôi mặt nếu chẳng hạn trong một khung chậu dẹt có hiện tượng mắc một phần đường kính lưỡng đỉnh, song đối với đường kính lưỡng đỉnh, song đối với đường kính lưỡng thái dương lại dễ qua hơn (chú ý: trán là một ngôi trung gian trong các hiện tượng biến đổi thành ngôi mặt).

Nếu thai nhi có lưng ở phía đối diện thì với cùng các sức co bóp của tử cung lại có thể làm thai thu nhỏ lại và cúi tốt hơn (12.74).



Hình 12.74. Cúi tốt

2. Cơ chế

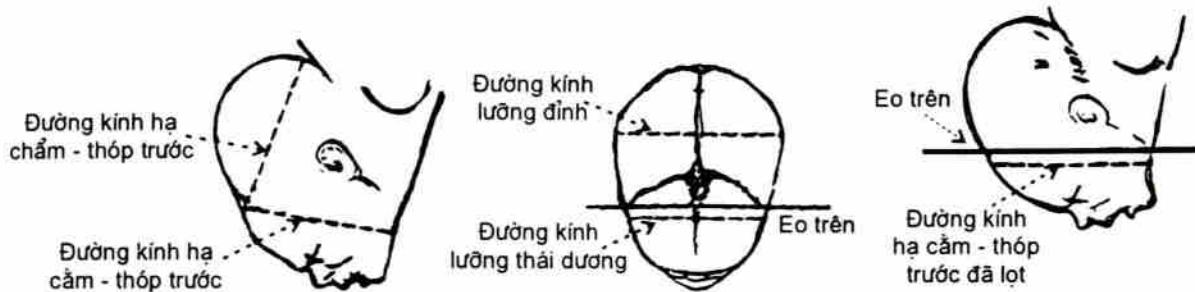
Các đường kính lọt trong ngôi mặt là hạ cầm - thóp trước cùng với đường kính lưỡng đỉnh.

Đường kính hạ cầm - thóp trước và hạ chẩm - thóp trước có cùng kích thước (9,5 cm). Do đó, các đường kính lọt có cùng kích thước như trong ngôi chỏm bình thường.

Trong một ngôi chỏm bình thường thì đường kính hạ chẩm - thóp trước và đường kính lưỡng đỉnh ở trên cùng một bình diện.

Trong một ngôi mặt thì đường kính hạ cầm - thóp trước và lưỡng tính nằm trong các bình diện khác nhau. Các đường kính hạ cầm - thóp trước và lưỡng đỉnh cùng lọt với nhau.

Trong một ngôi chỏm bình thường thì các đường kính lọt đi vào bình diện của eo trên cùng với nhau.



Hình 12.75. Các đường kính

Trong một ngôi mặt đường kính hạ cầm - thóp trước đi vào bình diện của eo trên, sau đó là đường kính lọt khác (12.76).

Hiện tượng lọt thông thường theo đường kính ngang của eo trên tạo nên thế cầm - ngang phải hoặc trái. Hay gấp hơn cả là thế Cầm - Trái - Ngang (ca. Tr.Ng).

Hiện tượng xuống tiếp tục diễn ra cho tới khi chạm vào sàn chậu hông và hiện tượng quay xuất hiện.

Nơi chung phần lõi cầm hướng và quay ra phía trước (hiện tượng quay trong hố chậu nhỏ) tới đường kính chéo - cầm - trái - trước (Ca.T.Tr).

Khi tiếp tục xuống nữa thì hiện tượng quay hoàn chỉnh, đưa cầm tới khớp mu. Đây là cơ chế gấp trong 75% các trường hợp ngôi mặt.



Hình 12.76. Các vùng nhạy lọt trước, tiếp theo là các vùng đậm



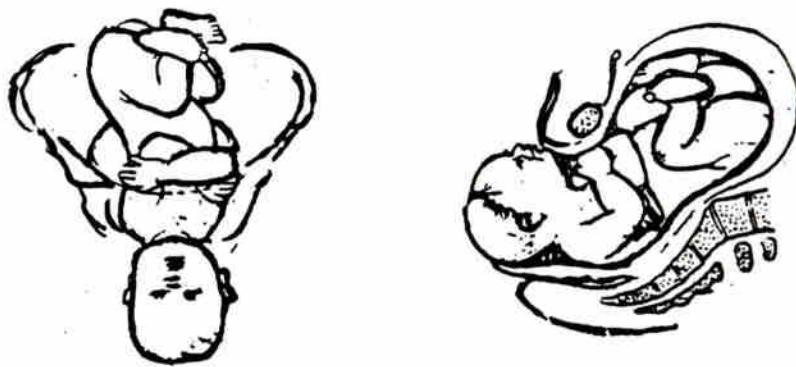
Hình 12.77. Sự quay trong hố chậu nhỏ

Hiện tượng xuống tiếp diễn và mỏm cầm thoát khỏi bờ dưới xương mu và gấp từ từ để cho đầu sổ ra.



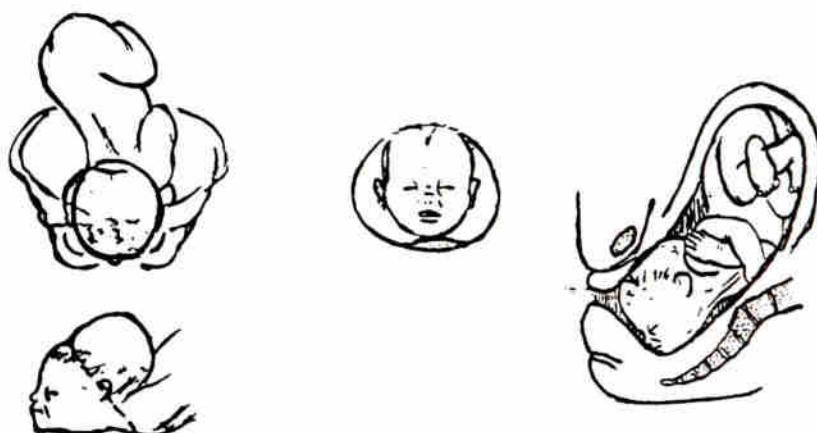
Hình 12.78. Cầm thoát khỏi xương mu

Sau đó thế của ngôi phục hồi, hiện tượng quay bên ngoài diễn ra và tiếp tục xuống thêm để thai sổ ra như gấp trong cuộc đẻ của ngôi chỏm ở thế sau bên vững.



Hình 12.79. Xuống tiếp và sổ

Nếu bướu trán hướng và quay về phía trước thì cầm được đưa vào hõm của xương củng.



Hình 12.80. Bướu trán tiếp tục quay ra trước

Hiện tượng này giờ đây là một cơ chế khó, vì đầu cần phải ngừa thêm hơn nữa để đạt tới phần dưới của đường sinh dục - và như vậy thì các vai cũng phải lọt.

Một chậu hông bình thường không thể nào thích ứng với một thai nhi bình thường, vì đường kính thóp trước - úc là 18cm.

Mặc kẹt như thế xảy ra và cuộc đẻ trong thế cầm - sau thông thường sẽ phải giải quyết bằng mổ lấy thai.

Chỉ có một thai nhi nhỏ kết hợp với một khung chậu rộng rãi mới có thể đẻ được mà thôi.

Hiện tượng xuống vẫn tiếp tục diễn ra, chỏm ép tụt vào các vai cho tới khi xuống chậm ở phía sau xương mu, tầng sinh môn trượt phía dưới cầm, đầu bắt cuí chõ chõm sổ ra.

Lúc này cơ chế lại tương tự như trong thế chõm - trước.

Sự hình thành bướu thanh huyết

Trong các ngôi mặt bướu thanh huyết hình thành từ các tổ chức phần mềm bao bọc các xương mặt, cho nên hiện tượng bầm giập là quy luật. Cần phải giải thích cho người mẹ là mặt đứa trẻ sẽ trở lại bình thường sau ít ngày.

3. Cách xử trí và đỡ đẻ

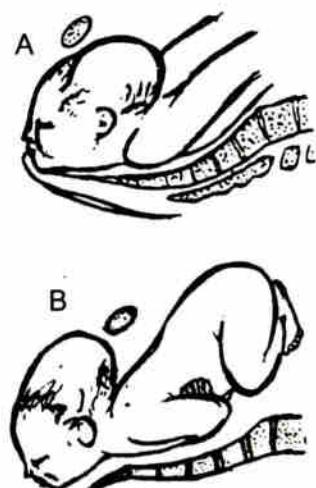
3.1. Sờ nắn

1. Kiểu ngồi dọc
2. Đầu ở cực dưới
3. Rãnh lõm giữa đầu và lưng (sờ rõ nhất khi đã vỡ ối)
4. Không thấy đầu lồi ra phía bụng

Khó chẩn đoán bằng phương pháp sờ nắn (X quang có thể xác định được)

3.2. Nghe tim thai

Tim thai nghe rõ nhất ở phía trước của thai nhi.



Hình 12.81. Chõm ép vào vai, cầm cuí tốt - sổ



Hình 12.82. Ngôi trán



Hình 12.83. Mốc của phổi khi thăm khám âm đạo

3.3. Thăm khám âm đạo

Ngôi mặt thoát tiên bình chỉnh kém cho nên các cơn co tử cung có thể yếu ớt và thất thường; ối vỡ non kèm theo nguy cơ sa dây rốn.

Cuộc chuyển dạ sau đó có thể tiến triển bình thường khi mà bướu thanh huyết đã hình thành. Hiện tượng lọt của đường kính lưỡng đỉnh và quay của đầu chỉ có thể xảy ra khi mà cầm đã ở sâu trong chậu hông. Nếu cầm quay ra phía trước tự nhiên thì có thể để được. Vì vậy hợp lý nhất là chờ đợi và theo dõi khi phát hiện ra ngôi mặt khi mới chuyển dạ.

Nếu cầm quay ra phía sau thì cần phải can thiệp mổ lấy thai. Rất hân hữu mới gặp các trường hợp thai sổ tự nhiên (đầu hết sức nhỏ hoặc thai vô sọ).

Nếu tới giai đoạn hai tiến triển lại bị trì trệ, có thể sử dụng forceps để kết thúc cuộc đẻ. Nếu đầu thai bị mắc lại trong thế ngang, có thể quay bằng tay hoặc bằng forceps kiểu Kielland.

VIII. NGÔI TRÁN

Ngôi trán không vững và có khuynh hướng biến thành ngôi chỏm hoặc ngôi mặt.

Nguyên nhân giống như đối với ngôi mặt.

- Không có cơ chế cho ngôi trán với một thai nhi kích thước bình thường và khung chậu bình thường, vì các đường kính lọt là cầm - dọc (thường là chẩm - cầm) và lưỡng đỉnh.

Đường kính thượng chẩm - cầm là 14 cm, mà đường kính rộng nhất của khung chậu là 12,5 cm.

- Nếu đầu nhỏ hoặc chậu hông rộng thì hiện tượng uốn khuôn xuất hiện; hiện tượng lọt và xuống xảy ra.

+ Các cơn co tử cung dần xuống dưới. Kích thước của đầu ở trước và sau trán đều bằng nhau. Như vậy lực đòn bẩy để đầu cúi hoặc ngửa đều bằng nhau.

+ Kháng lực của các phần chậu hông không đều nhau hoặc hướng thúc chéch của các cơn co có thể tạo cho đầu cúi hoặc ngửa hơn, dẫn tới ngôi chỏm hoặc ngôi mặt.

+ Lực thúc chéch và kháng lực đồng đều có thể làm cho đầu cúi.

+ Lực thúc theo đường chéch khác có thể làm đầu ngửa.

+ Lực thúc thẳng và kháng lực không đồng đều có thể làm cho đầu ngửa. Tình trạng bất đẳng đối nhau của lực kháng có thể làm cho đầu cúi.



Hình 12.84. Đường kính phôi > đường kính khung chậu



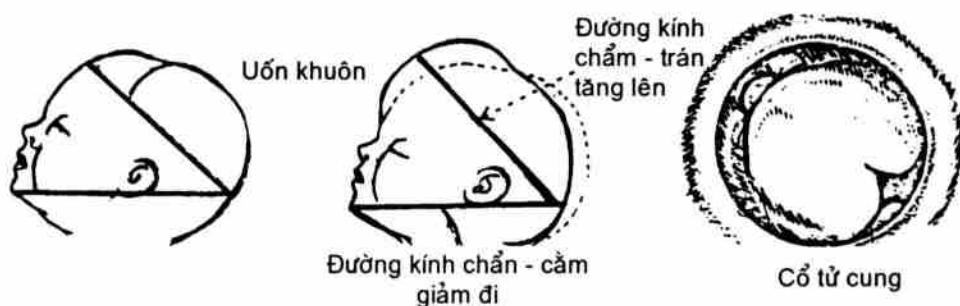
Hình 12.85. Lọt được do đầu nhỏ hơn khung chậu (a,b,c)

+ Lực thúc chéch và lực kháng không đồng đều có thể làm tăng hoặc trung hoà lẫn nhau.

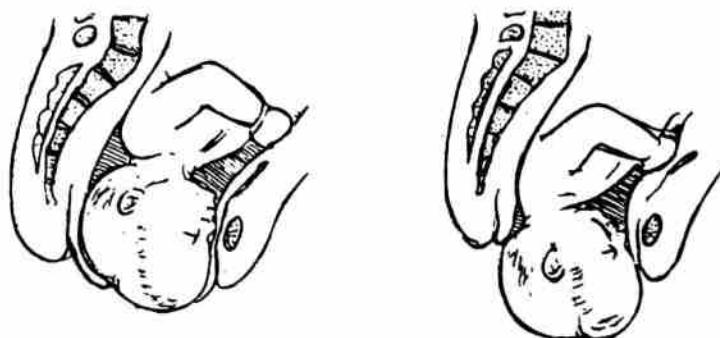
Nếu hiện tượng biến đổi thành ngôi chỏm hoặc ngôi mặt không xảy ra thì tình trạng uốn khuôn làm giảm đường kính chẩm - cầm và làm tăng đường kính chẩm - trán.

1. Cơ chế đẻ

Chỉ có thể đẻ được khi mà thai nhi rất nhỏ so với khung chậu



Hình 12.86. Uốn khuôn



Hình 12.87. Trán đi xuống sàn chậu hông từ từ và quay ra trước ở dưới khớp mu.

Hình 12.88. Tiếp đó là hiện tượng cúi để cho trán, vòm sọ và chẩm sổ ra.

Sau đó có thể đẻ tương tự như thế chỏm - sau (Ch.S.)



Hình 12.89. Đầu uốn ra sau ở phía dưới tầng sinh môn để cho mặt và cầm sổ.

2. Cách xử trí

2.1. Sờ nắn

Cảm giác giống như ngôi chỏm bình thường trừ thấy đầu to một cách không thích hợp, vì ta sờ nắn qua đường kính thượng chẩm - cầm. Đầu hình như bất cân xứng.

2.2. Nghe tim thai, vị trí tiếng tim không có giá trị

2.3. Thăm khám âm đạo

Đầu ở cao vì bất cân xứng. Các màng ối vỡ non trong khi chuyển dạ. Sờ thấy trán qua cổ tử cung có thể xác định trán nhô:

1. Thóp trước và đường khớp trán.
2. Gờ trên hố mắt và gốc mũi.

Ngôi trán bình chỉnh kém cho nên các màng ối có thể vỡ non và chuyển dạ có thể chậm trễ lúc ban đầu. Có nguy cơ sa dây rốn. Với một thai nhi và khung chậu bình thường thì không thể chuyển dạ dễ được. Tuy nhiên, ngôi không bền vững, do đó điều hợp lý hơn cả là quan sát trong lúc mới chuyển dạ để xem liệu có thể chuyển thành ngôi chỏm hay ngôi mặt được không. Dù sao thì thường phải mở lấy thai.

Phải nghi ngờ là ngôi trán khi thấy một phụ nữ đẻ con ra bất ngờ có đẻ khó



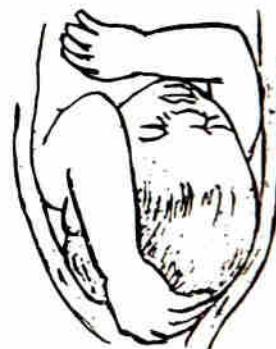
Hình 12.90. Ngôi trán

IX. NGÔI HỒN HỢP

Tình trạng này có nghĩa là một chi sa bên cạnh phần ngôi trình diện. Nó là một biến chứng hiếm gặp và hay thấy nhất là đầu với tay, tuy rằng đầu với chân và mông với tay cũng đã được nêu lên.

1. Các nguyên nhân thuận lợi

Nó xảy ra với ngôi bình chỉnh kém "thế xấu", ngôi không thuận, bất cân xứng, các trẻ quá nhỏ như vậy là những điều kiện thuận lợi. Hiện tượng này cũng có thể gặp ở những người đẻ nhiều lần bụng mềm nhèo làm cho đầu nằm cao; dây rốn cũng có thể bị sa.



Hình 12.91. Ngôi đầu sa tay

2. Điều trị

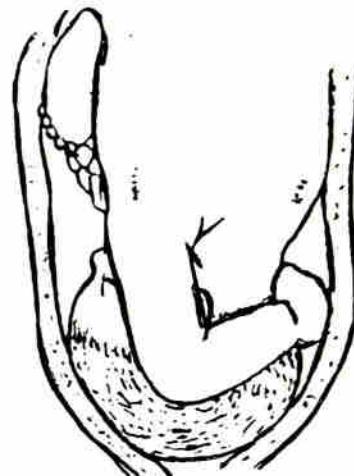
Thường là không cần làm gì cả. Nếu sờ thấy tay ở trước đầu và có thể làm cuộc đẻ chậm lại thì phải đẩy nó lên cao ra khỏi đường xuống. Điều quan trọng là phải phân biệt tay với chân bằng cách xác định thấy hay không thấy gót.

3. Cánh tay chuyển ra sau gáy

Tình trạng này không thể dễ được và phải được phát hiện khi đặt forceps thất bại, vì một lý do nào đó không biết rõ. Khi sờ thấy cánh tay, thì thủ đưa trở lại vị trí cũ của nó ở trước thai sau khi đã đẩy đầu lên, song có thể rất cần phải mổ lấy thai.

X. NGÔI VAI

Ngôi vai 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 người đẻ con so, và hay thấy ở chuyển dạ đẻ thiếu tháng hơn là đủ tháng.



Hình 12.92. Ngôi đầu tay quặt ra sau gáy

1. Bệnh căn

Bệnh căn cũng tương tự như các ngôi không thuận khác như song thai, đa ối, rau tiên đạo, khung chậu hẹp, bất luận một nguyên nhân nào cản trở đầu thai lọt vào trong chậu hông đều dễ gây ra ngôi ngang. Hình dạng thai bất thường (do một dị tật nào đó), hoặc một hình dáng tử cung bất thường, thí dụ: tử cung vách ngăn lửng, đều là những nguyên nhân ngẫu hợp. Tuy nhiên, nguyên nhân hay gặp nhất là sự mềm nhèo của cổ tử cung, cơ thành bụng ở những người đẻ nhiều lần.

Kiểu ngôi là ngang hoặc chéch.

Đầu có thể ở bên phải hoặc bên trái, lưng có thể ở phía trước hoặc ở phía sau.

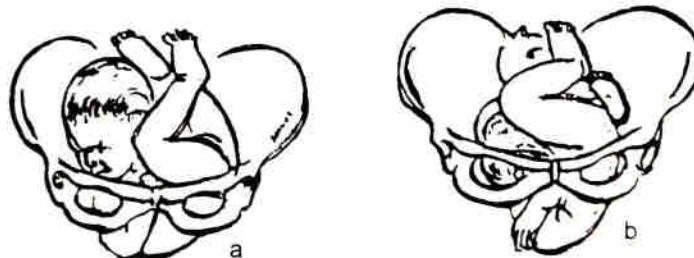
Mốc của ngôi là vai.

Thăm khám âm đạo phát hiện thấy một hố chậu rỗng, và một phần thai trình diện không bình thường. Vai có thể tưởng nhầm với mông, song các xương sườn tạo nên một cảm giác biệt. Khi thai nhi và khung chậu có kích thước bình thường thì cuộc chuyển dạ bị tắc nghẽn và không có cơ chế đẻ.



Hình 12.93. Ngôi ngang

Nếu khung chậu rộng và đứa trẻ nhỏ thì tiến triển tự nhiên có thể xảy ra, kết thúc bằng cuộc đẻ mông, song nếu thai nhi có thể sống được thì mổ lấy thai sẽ tốt hơn.



Hình 12.94. Thân thai bị gập đôi để sổ vì thai đã chết (a,b)

Đôi khi, lúc đứa trẻ đã chết, nó có thể bị đẩy ra, vai sổ trước rồi tiếp theo là phần thân còn lại của đứa trẻ bị gấp lại để sổ (thân bị gập đôi). Đây là hiện tượng sổ tự nhiên.

2. Cách xử trí

2.1. Sờ nắn

- Chiều cao đáy tử cung nhỏ hơn so với dự kiến.
- Bề rộng của tử cung dài hơn so với dự kiến
- Đầu ở một bên hông, mông bên phía đối diện.
- Ngôi có thể nằm ngang hoặc chéch.

2.2. Nghe tim thai

Vị trí của tim thai không có giá trị (nghe rõ nhất qua phía lưng thai nhi).

2.3. Thăm khám âm đạo

Trước khi chuyển dạ hoặc khi mới bắt đầu thì chậu hông rỗng. Bàn tay, cánh tay hoặc khuỷu nằm trong hố chậu nhỏ, hoặc có thể sờ thấy các xương sườn, móm cùng vai hay mào chậu.

Nếu gặp trước khi sinh thì phải loại từ các nguyên nhân như rau tiền đạo bằng quét siêu âm.

Bệnh cảnh thường có thể được coi như một bộ phận của kiểu ngôi không bền vững (xem chương 10).

Khi mới chuyển dạ, nếu màng ối còn nguyên vẹn, có thể thử ngoại xoay để biến thành ngôi đầu hay ngôi mông. Nếu màng ối đã vỡ và nước ối đã hết, tử cung bóp chặt lấy thai thì thao tác rất nguy hiểm. Phẫu thuật mổ lấy thai là cách điều trị tốt nhất, ngay cả khi thai nhi đã chết. Đoạn dưới tử cung có thể kén phát triển, do đó có khi phải tiến hành mổ thân tử cung.



Hình 12.95. Ngôi ngang



Hình 12.96. Xoay thai ngoài biến thành ngôi đầu

CÁC TRẠNG THÁI BẤT THƯỜNG CỦA GIAI ĐOẠN BA

Giai đoạn ba của cuộc chuyển dạ đẻ vẫn là một giai đoạn không lường trước được và nguy hiểm nhất xét trên quan điểm của người mẹ.

Phân đầu của chương này trình bày hai biến chứng tương đối hay gặp của giai đoạn ba:

Bánh rau mắc kẹt - tỷ lệ 1-2% và băng huyết sau đẻ nguyên phát (BHSĐNP) - tỷ lệ 3-4% và tuy hiếm gặp nhưng là một biến chứng rất nặng; lộn tử cung.

I. BÁNH RAU MẮC KẸT

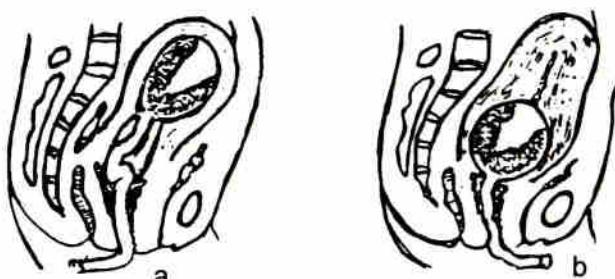
Bánh rau thường bong trong vòng vài phút sau sổ thai, khi đã tiêm syntometrin như được mô tả trong chương 11, vào lúc mà tầng sinh môn chụp lấy đầu thai nhi hoặc khi vai trước sổ. Nếu bánh rau không sổ 20 phút sau thì chắc chắn phải coi là nó đã bị "mắc kẹt".

1. Nguyên nhân

1.1. Bánh rau bong nhưng không sổ

Trong những trường hợp như vậy thường thấy có những dấu hiệu bong rau - chảy máu, thay đổi hình dạng tử cung, dây rốn dài ra. Nếu không thấy những dấu hiệu này thì chảy máu trong buồng tử cung có thể xảy ra vì tử cung không thể co rút hoàn toàn cho tới lúc nó đã trống rỗng. Do đó, đáy tử cung rộng và mềm, nhão, như thế che lấp thực tế là bánh rau đã bong. Không phát hiện ra các dấu hiệu bong rau này là một trong các trường hợp hay gặp nhất về xử trí sai lầm ở giai đoạn ba.

Trong tình huống này, xoa bóp đáy tử cung để làm cho nó co bóp rồi đỡ bánh rau theo phương pháp Arandt-Andrews. Kéo nhẹ dây rốn, bàn tay kia đáy tử cung lên cao để tránh khỏi lộn tử cung. Hai bàn tay đẩy qua kéo lại, nếu rau đã bong thì nó phải sổ ra ngoài.



Hình 13.1. Rau bong nhưng không sổ (a,b)



Hình 13.2. Xoa bóp đáy tử cung

1.2. Bánh rau dính một phần hay hoàn toàn

Nếu bánh rau không thể bong được chút nào thì sẽ không có chảy máu. Rau bám vào sừng tử cung thường có thể gây ra hiện tượng này.

Rau bong một phần sẽ gây ra chảy máu nhưng đáy tử cung vẫn rộng vì bánh rau vẫn còn nằm trong đoạn trên tử cung. Người ta cho rằng các thao tác không cần thiết trong giai đoạn ba dễ làm cho rau bong không hoàn toàn.

Hiện thường co thắt kiểu mặt kính đồng hồ có thể xuất hiện ở đoạn dưới và cổ tử cung bắt đầu đóng lại trong trường hợp đã sử dụng các thuốc co bóp tử cung.

1.3. Rau cài răng lược là một nguyên nhân hiếm gặp của bánh rau mắc kẹt. Bánh rau bám rất thường vào lớp cơ tử cung do tình trạng hình thành màng rụng kém. Thường rau chỉ cài răng lược một phần, và cũng chỉ bong một phần nên đưa đến chảy máu. Rất hiếm trường hợp bánh rau cài răng lược hoàn toàn, trong tình huống này không có chảy máu. Những cố gắng bóc bánh rau bằng tay làm cho các xoang mạch máu mở ra, gây chảy máu rất nặng, có thể cần thiết phải cắt tử cung.

Phải nghi ngờ rau cài răng lược khi người làm thủ thuật gặp khó khăn không tìm thấy diện bóc tách khi định bóc rau nhân tạo. Có thể cứ để bánh rau trong buồng tử cung nếu không có chảy máu, song nhiễm khuẩn chắc chắn sẽ xảy ra. Có lẽ trong tình huống hiếm gặp này, cắt tử cung là cách giải quyết an toàn nhất.

2. Cách điều trị

Công việc can thiệp trở nên cần thiết hoặc vì chảy máu, hoặc sau hai mươi phút rau không sổ.

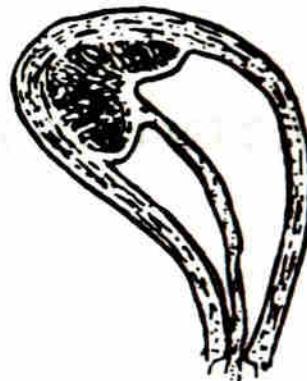
Nên thử cho rau sổ bằng cách xoa kích thích cơ tử cung và kéo vào dây rốn như trước đã trình bày. Nếu rau vẫn bám chắc thì dây rốn có thể bị đứt.

Nếu xảy ra tình trạng này hoặc việc thử cho sổ rau bị thất bại thì cần bóc rau nhân tạo dưới gây mê.

Không được trì hoãn công việc này vì nguy cơ băng huyết do rau bong không hoàn toàn. Tuy vậy, bản thân biện pháp này không phải là không có nguy cơ nhiễm khuẩn và làm tổn thương tử cung.

2.1. Bàn tay bôi một lớp kem khử khuẩn được đưa vào âm đạo, lấn theo dây rốn

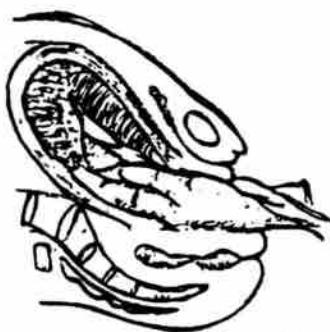
2.2. Các ngón tay bắt đầu tách bánh rau khỏi thành tử cung. Không bao giờ được túm lấy bánh rau khi rau chưa tách xong.



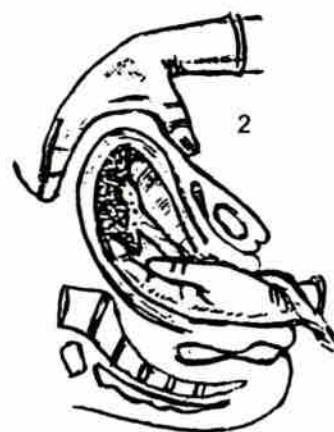
Hình 13.3. Bánh rau dính một phần hay hoàn toàn



Hình 13.4. Cổ tử cung đóng lại do dùng thuốc co bóp tử cung



Hình 13.5. Bàn tay lẩn theo dây rốn



Hình 13.6. Lác ngón tay tách dần bánh rau ra khỏi tử cung

Lưu ý là bàn tay trên thành bụng ép tử cung vào bánh rau và để tránh làm rách đoạn dưới.

Kiểm tra ngay bánh rau để thấy bánh rau đủ, nếu có nghi ngờ thì phải kiểm soát lại tử cung đó dùng ergometrin hoặc oxytocin và xoa tử cung cho nó có rút lại.

II. BĂNG HUYẾT SAU ĐẺ NGUYÊN PHÁT (BHSĐNP)

Băng huyết sau đẻ nguyên phát là tình trạng mất máu khoảng 5 dl từ đường sinh, hoặc nhiều hơn trong vòng 24 giờ sau khi đẻ. Sau 24 giờ, chảy máu bất thường được xếp vào loại băng huyết sau đẻ thứ phát.

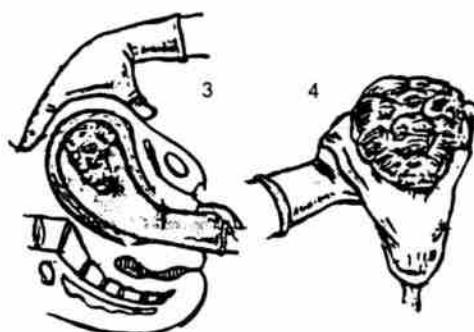
1. Nguyên nhân

1.1. Tử cung mất trương lực

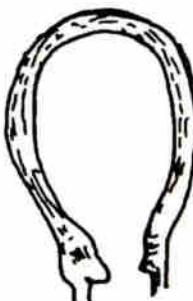
Tử cung mặc dù trống rỗng nhưng không co rút được nên không kiểm soát được máu chảy ở vùng rau bám. Đây là nguyên nhân hay gặp nhất và có khả năng nguy hiểm nhất.

Các nguyên nhân thuận lợi.

- Tử cung bị căng giãn quá mức (chửa song thai, đa ối, thai to).
- Đẻ nhiều lần (xơ hoá cơ tử cung).
- Chuyển dạ đẻ kéo dài (đờ tử cung)
- Dùng syntocinon để thúc chuyển dạ.



Hình 13.7. Tay trên thành bụng ép tử cung vào bánh rau (3), kiểm tra bánh rau (4)



Hình 13.8. Tử cung mất trương lực

- e) Gây mê toàn thân.
- f) Rau tiền đạo - đoạn dưới tử cung không co rút được đủ chắc để làm ngừng chảy máu.
- g) Phong huyết tử cung rau - tử cung "Couvelaire" có thể không co rút lại. Thêm vào đó có thể xuất hiện rối loạn đông máu.



Hình 13.9. Bánh rau bong
một phần - tử cung không
thể co rút lại được



Hình 13.10. Sót các
mảnh rau



Hình 13.11. Chấn thương
(tử cung, cổ tử cung,
âm đạo, cắt tầng sinh môn)

2. Hậu quả của băng huyết sau đẻ nguyên phát

- Chảy máu có thể rất nhanh, làm cho suy sụp tuần hoàn, dẫn đến sốc và tử vong.
- Thiếu máu sau đẻ và biến chứng.
- Tốn thương việc cấp huyết cho tuyến yên (rất hiếm gặp), dẫn đến hoại tử tuyến yên. Hội chứng Sheehan.
- Lo sợ các lần chữa sau. Băng huyết đối với người mẹ là khủng khiếp.

3. Các điều trị

3.1. Đo lượng máu mất

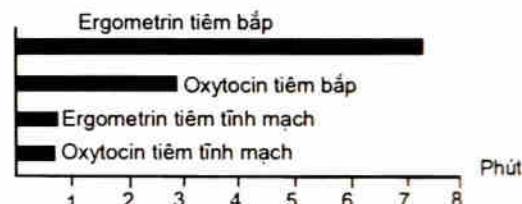
Máu trào ra khăn trải giường và các khăn vải thường bị bỏ qua, và chỉ có máu hứng được vào bát là thực sự được đo lường. Lượng máu mất theo dự kiến như vậy bao giờ cũng thấp hơn lượng mất thực sự, sự đáp ứng của người mẹ sẽ được điều khiển nhờ hàm lượng hemoglobin của họ.

3.2. Sử dụng các thuốc co bóp tử cung

Có hai loại thuốc được dùng: ergometrin 0,5 mg và oxytocin 5 đ.v.

Syntometrin là một loại có tính chất kết hợp cả hai thứ thuốc này. Ergometrin gây nên các cơn co cứng của tử cung và cũng có tác dụng co mạnh.

Do đó, nó có thể gây nên tăng huyết áp. Đặc biệt khi tiêm tĩnh mạch. Tác dụng của nó đối với tử cung kéo dài trong 2 - 3 giờ.



Hình 13.12. Thời gian tính từ lúc tiêm
tới khi oxytocin phát huy tác dụng

Oxytocin tổng hợp gây nên co tử cung theo nhịp. Thực tế nó không ảnh hưởng tới toàn thân khi dùng với liều điều trị và tác dụng kéo dài trong khoảng 20 - 30 phút. Trong công tác cấp cứu cũng có thể tiêm tĩnh mạch, gây tác dụng tức thì.

3.3. Kế hoạch điều trị

Mục đích là làm ngừng chảy máu cho người bệnh.

- a) Tiêm thuốc co bóp tử cung vào tĩnh mạch.
- b) Xoa kích thích cơn co tử cung để kiểm soát chảy máu và nếu rau không sổ thì thủ đỡ rau bằng cách kéo dây rốn.
- c) Nhanh chóng đánh giá tình trạng của người mẹ.
Đặt dây truyền tĩnh mạch và gửi máu làm thử nghiệm chéo.
- d) Chữa nguyên nhân
- e) Nếu rau đã sổ thì kiểm tra rau có đủ không. Nếu có nghi ngờ thì tiến hành kiểm soát tử cung.
- f) Nếu tử cung co rút tốt, máu vẫn tiếp tục chảy, phải nghi ngờ thương tổn cổ tử cung hay âm đạo. Việc nhận định đúng hiện tượng này có thể đòi hỏi phải thực hiện dưới gây mê.
- g) Nếu đã loại trừ cả hai nguyên nhân này thì xác định chuyển dạ là đờ tử cung.

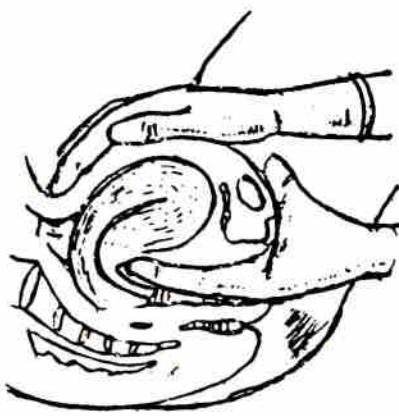
Điều trị đờ tử cung

Sau khi đã loại trừ bánh rau thiếu và chấn thương đường sinh dục bằng kiểm tra kỹ lưỡng rồi thì ép tử cung giữa hai bàn tay để kiểm soát máu chảy và kích thích cơn co.

Các ngón tay của bàn tay ép vào cùng đồ trước. Nếu không thể ép chặt vì âm đạo nhão thì có thể đưa cả nắm tay vào.



Hình 13.13. Bánh rau được kiểm tra trên mặt phẳng để phát hiện mủi thiếu



Hình 13.14. Ép ngón tay vào cùng đồ trước



Hình 13.15. Ép cả nắm tay

Nếu biện pháp này không có hiệu quả thì phải chèn chặt tử cung bằng gạc. Gạc chèn thường để tại chỗ ít nhất trong 12 giờ. Nếu tử cung vẫn không co lại được thì cần tiến hành cắt tử cung. Vào lúc này người bệnh có thể đã ở trong tình thế nặng; do đó quyết định mổ, mặc dù khó khăn, cũng không nên đe ra quá muộn. Trong trường hợp chảy máu dai dẳng, thì cần phải xem có tình trạng rối loạn đông máu không.

III. LỘN TỬ CUNG CẤP TÍNH

Lộn tử cung cấp tính là một tình huống rất hiếm gặp trong công tác thực hành hiện đại, song lại quan trọng vì hậu quả nghiêm trọng của nó.

Độ I (không hoàn toàn)

Đáy tử cung bị lộn tới gần lỗ ngoài cổ tử cung - Thăm khám âm đạo chẩn đoán được.

Độ II (hoàn toàn)

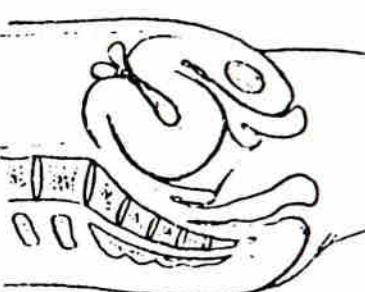
Toàn bộ thân tử cung bị lộn tới lỗ trong cổ tử cung, lồi vào âm đạo.

Độ III

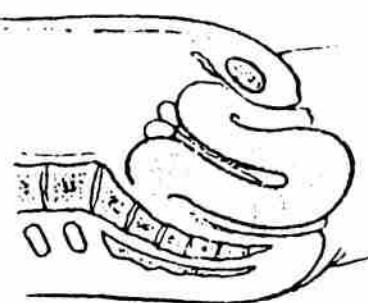
Tử cung, cổ tử cung, âm đạo bị lộn, sa ra ngoài âm hộ.



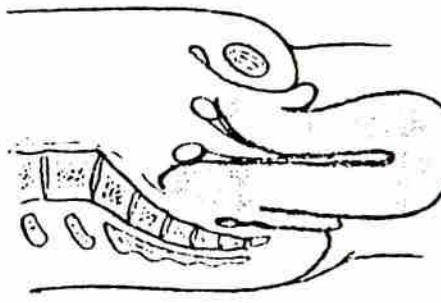
Hình 13.16. Chèn chặt tử cung bằng khạc



Hình 13.17. Lộn tử cung độ I



Hình 13.18. Lộn tử cung độ II



Hình 13.19. Lộn tử cung độ III

1. Nguyên nhân

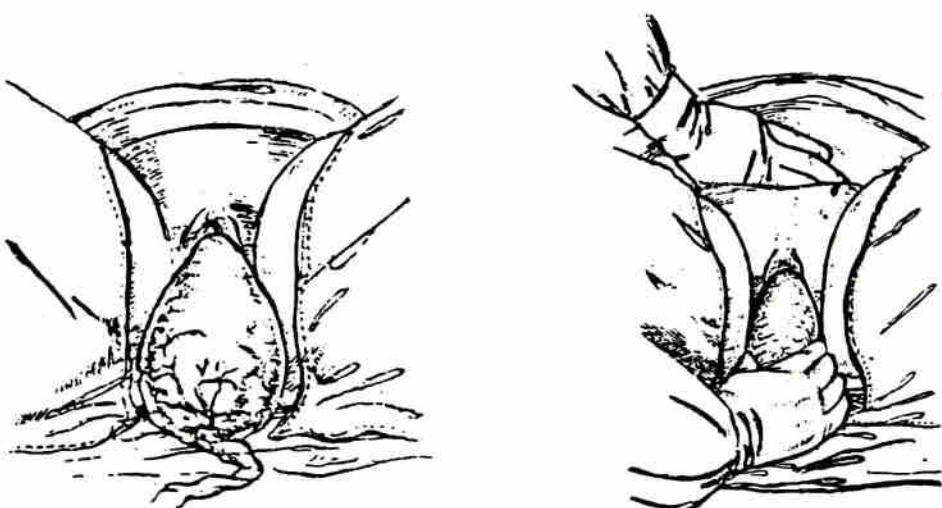
- Phần lớn hay gặp do kéo quá mạnh vào dây rốn để cho ra sổ trong khi tử cung không co rút được.
- Nó dễ xuất hiện do các cơ tử cung quá nhão ở những phụ nữ đẻ nhiều lần, và do bánh rau bám vào vùng đáy. Nó có thể diễn ra bởi bất kỳ một cơn rặn nào đột ngột.

2. Các hậu quả

- Thường là sốc rất nặng và có thể chảy máu. Nếu không được điều trị có thể dẫn đến tử vong.
- Hay thấy nhiễm khuẩn; vô niệu và suy thận có thể đi kèm với sốc.
- Lộn tử cung có thể chuyển thành mạn tính.
- Tử cung có thể bị bóp nghẹt và rụng vì hoại tử.

3. Cách điều trị

Nếu người bác sĩ có mặt ngay khi lộn tử cung xảy ra thì phải cố dùng tay đặt lại tử cung ngay lập tức. Không được dùng sức quá nhiều và nếu không có hiệu quả ngay, thì người thầy thuốc chỉ cần đơn giản đặt lại tử cung nằm trong âm đạo và thực hiện việc điều trị sốc. Để nguyên bánh rau nếu nó còn bám vào tử cung thì có lẽ an toàn hơn. Bóc rau có thể đưa đến băng huyết nặng.



Hình 13.20. Đặt lại tử cung bằng cách nhồi

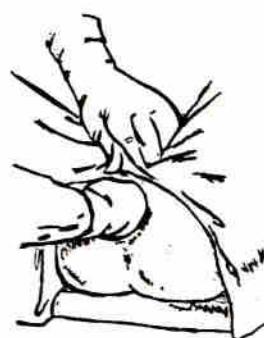
3.1. Đặt lại tử cung bằng cách nhồi

Dưới gây mê, thử chỉnh lại lộn tử cung bằng cách đặt lại tử cung dần dần, thoát tiên đẩy vào phần tử cung lộn ra ngoài sau cùng. Phần khó khăn nhất để đẩy lên là vòng thắt giữa đoạn trên và đoạn dưới.

Một khi đã đặt lại được rồi thì bàn tay giữ trong buồng tử cung cho tới khi ergometrin hoặc oxytocin đã làm cho tử cung co cứng lại được.

3.2. Áp lực thuỷ tinh

Nếu cách nhồi lại tử cung thất bại, có thể thử chỉnh lại bằng phương pháp thuỷ tinh của O'Sullivan.



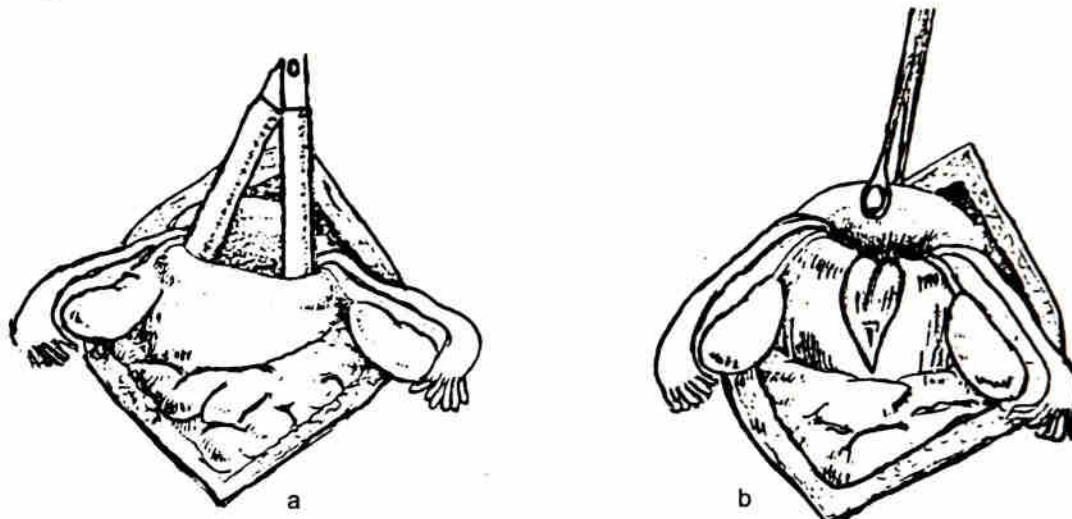
Hình 13.21. Phương pháp O'Sullivan

Luồn một vòi hương sen vào trong cùng đồ sau của âm đạo, người phụ khép âm hộ lại quanh nắm tay của người làm thủ thuật. Cho dung dịch mặn ấm chảy vào (có thể tới 2 ga - lông) cho tới khi áp lực này dần dần chỉnh lại được tư thế của tử cung.

3.3. Đặt lại tử cung qua đường bụng

Nếu các biện pháp khác đều thất bại thì phải mở bụng.

Căng vòng thắt ra; rồi sau đó cắt đôi phần sau của vòng này và móc thân tử cung lên rồi khâu lại.



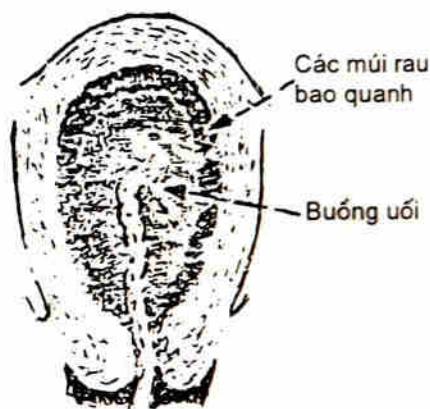
Hình 13.22. Đặt qua đường bụng

IV. CÁC DỊ DẠNG CỦA BÁNH RAU

Bánh rau phát triển lên từ trung sản mạc nhăn nhúm, tức là phần tiếp xúc với vùng màng rụng có nhiều mạch máu nhất. Bất kỳ một sự phát triển dị dạng nào đều có ý nghĩa quan trọng.

1. Bánh rau màng (đồng nghĩa: phân tán)

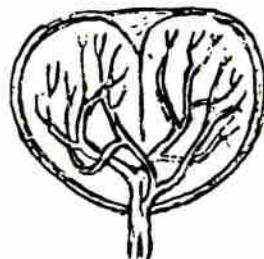
Hầu như ít nhiều toàn thể lớp trung sản mạc phát triển thành những gai rau chúc năng, chiếm đại bộ phận thành tử cung. Hiện tượng này có thể gây ra sót rau trong giai đoạn ba. Băng huyết trước khi đẻ cũng có thể xảy ra. Một dạng khác là bánh rau vòng, ở đây bánh rau bao quanh trung sản mạc giống như một vòng rộng. Hiện tượng này ở giống chó là bình thường, trong khi đó thì kiểu bánh rau màng ở lợn cũng là bình thường.



Hình 13.23. Bánh rau màng

2. Bánh rau phân đôi

Một phần của bánh rau bị chia đôi thành hai thùy, với các mạch máu nối.

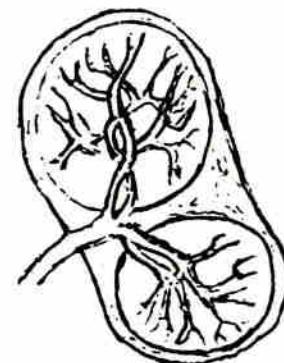


Hình 13.24. Bánh rau phân đôi

3. Bánh rau kép

Bánh rau chia hẳn ra làm 2 thùy, với các mạch máu liên kết với nhau để tạo nên dây rốn.

Đôi khi một phần hay cả bánh rau bị chia làm hai hay nhiều thùy (bánh rau nhiều thùy). Trong loại bánh rau phụ có hiện tượng nối mạch máu giữa thùy rau chính và thùy phụ. Các mạch máu nối này có thể bị đứt trong khi đẻ. Có thể nhìn thấy các mạch máu bị rách ở vùng bìa của màng rau. Trong trường hợp như vậy thì thùy rau phụ bị sót lại, phải bóc rau nhân tạo ra.

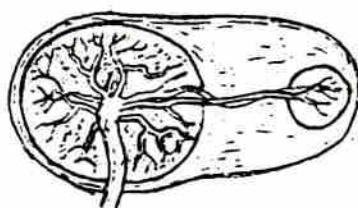


Hình 13.25. Bánh rau kép

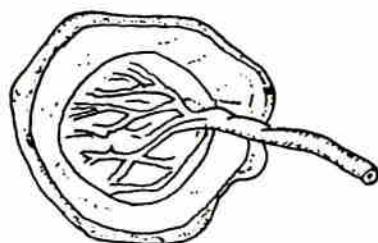
4. Bánh rau phụ ("bánh rau thê")

5. Bánh rau bám vàng

Các màng rau trống như bám vào bờ trong của bánh rau, và ở vùng chung quanh có một vòng dây màu trắng ngà, thực tế đó là một nếp của trung sâm mạc bị nhồi máu. Loại dị dạng này có liên quan đến băng huyết trước và sau đẻ.



Hình 13.26. Một dạng của bánh rau kép



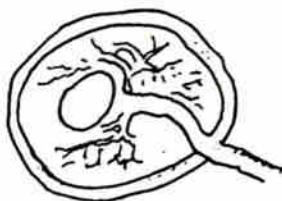
Hình 13.27. Bánh rau bám vàng

6. Bánh rau mở cửa sổ

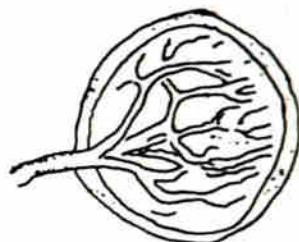
Một vùng khuyết xuất hiện ở giữa bánh rau. Nó có thể làm nhầm với tính trạng mũi rau bị sót.

7. Bánh rau Battledore

Đôi khi dây rốn bám vào bìa bánh rau thay vì bám ở giữa. Hiện tượng này không có ý nghĩa gì về lâm sàng.



Hình 13.28. Bánh rau mở cửa sổ



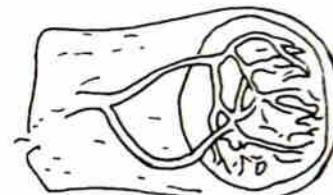
Hình 13.29. Bánh rau Battledore

8. Bánh rau bám màng

Bánh rau đã phát triển xa chỗ dính của dây rốn một khoảng cách. Các mạch máu phân chia ở trong các màng rau. Nếu chúng vắt qua cực dưới của trung sản mạc thì xuất hiện một bệnh cảnh được gọi là mạch máu tiền đạo. Khi các màng ối vỡ, lúc đó làm băng huyết, có thể làm cho thai nhi mất hết máu.

Những vùng nhồi máu ở bánh rau là các vùng thoái hoá trong và thường bị calci hoá. Nguyên nhân không được biết rõ, chúng không mang ý nghĩa lâm sàng gì đặc biệt, trừ khi quá rộng để có thể ảnh hưởng đến việc nuôi dưỡng thai nhi.

Các khối u của rau thai là hết sức hiếm gặp và u mạch của bánh rau là khối u duy nhất có ý nghĩa lâm sàng nào đó. Nó thường đi kèm với hiện tượng đa ối.



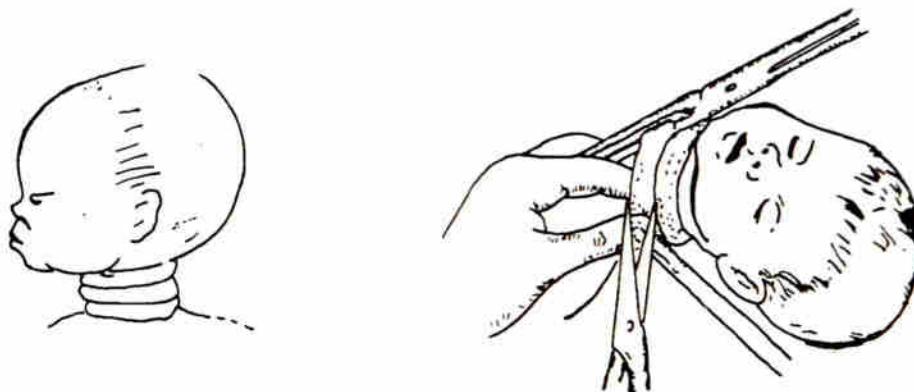
Hình 13. 30. Bánh rau bám màng

V. CÁC DỊ DẠNG CỦA DÂY RỐN

1. Dây rốn quấn cổ

Dây rốn có thể quấn quanh cổ thai nhi một hoặc hai vòng, là hiện tượng hay gặp khi đẻ ngôi chỏm; thường là vô hại. Ngay khi trông thấy cổ thai nhi ở âm hộ thì phải cặt và cắt đôi vòng dây rốn này trước khi đẻ vai và thân sọ.

Rất ít khi thấy sáu hoặc bảy vòng dây rốn quấn chặt quanh cổ. Khi ngồi xuống thì dây rốn thắt chặt lại; việc cung cấp máu bị cắt đứt; đứa trẻ chết ngay khi đẻ ra. Đây là một nguyên nhân của suy thai cấp tính.



Hình 13.31. Dây rốn quanh cổ

2. Chiều dài của dây rốn bất thường

Chiều dài trung bình khoảng 50 cm, song các dây rốn cực ngắn (15cm) hoặc cực dài (150cm) cũng đã thấy, tuy hiếm. Dây rốn sa hoặc quấn quanh cổ thai nhi hình như dễ thấy đối với các dây rốn quá dài, trong khi đó thì thai xuống chạm hoặc rau bong non lại có thể xảy ra với những dây rốn quá ngắn. Một dây rốn có chiều dài bình thường có thể trở nên ngắn tương đối vì quấn quanh cổ nhiều vòng.



Nút thực



Nút giả

3. Các nút thắt ở dây rốn

Các nút thực sự thường rất hay gặp song chất thạch Wharton thường có tác dụng ngăn ngừa tắc nghẽn dây rốn do bị thắt nút. Các nút giả là những chỗ lồi ra của khung mô liên kết đôi khi chứa các tĩnh mạch bị giãn.

4. Một động mạch rốn duy nhất

Phát hiện này đôi khi liên quan với các dị tật bẩm sinh ở thai nhi.

THỦ THUẬT - PHẪU THUẬT SẢN KHOA VÀ CÁC THƯƠNG TỔN CỦA NGƯỜI MẸ

I. CẮT TẦNG SINH MÔN (từ Hy Lạp: cắt vùng xương mu)

Là một đường rách ở tầng sinh môn trong lúc đẻ.

1. Chỉ định

1.1. Để phòng tránh rách tầng sinh môn

Hoặc tình trạng căng giãn quá mức của các cơ. Khó hạn chế nổi được một đường rách và nó có thể lan đến cả cơ vòng hậu môn, sự căng giãn quá mức làm cho sa sinh dục dễ phát triển trong những năm về sau.

1.2. Để bảo vệ thai nhi

Nếu thai non tháng hoặc đang bị thúc vào một tầng sinh môn cứng rắn làm cho cuộc đẻ bị đình trệ.

1.3. Để tránh thương tổn do một ngôi trình diệu bất thường

Các thế chỏm sau, các ngôi mặt đầu hậu trong các cuộc đẻ ngôi mông, và tất cả các cuộc đẻ can thiệp bằng thủ thuật. Trong những trường hợp như thế, có thể cắt tầng sinh môn trước khi tầng sinh môn bị căng phồng. Người thầy thuốc sản khoa phải tự mình căng tầng sinh môn ra trước khi cắt.

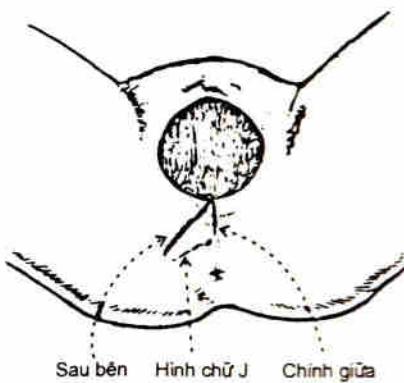
2. Các kiểu đường rách

2.1. Đường cắt chính giữa để thực hiện

Và cũng dễ phục hồi lại nhất, song trong tình huống căng giãn nó không đảm bảo che chở cơ vòng hậu môn được.

2.2. Đường cắt sau - bên

Khâu phục hồi lại khó hơn vì các mép co lại không đều nhau. Việc ráp lại về giải phẫu như vậy đôi khi khó thực hiện. Đường cắt này bảo vệ tốt nhất, tránh thương tổn cho cơ vòng của hậu môn, và đáp ứng tốt nhất cho mục tiêu của thủ thuật.



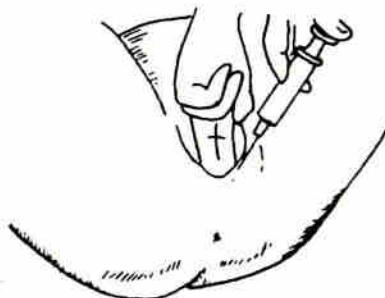
Hình 14.1. Các kiểu đường cắt tầng sinh môn

2.3. Đường cắt hình chữ J

Là một thoả hiệp về lý thuyết, trong thực tế trở thành đường cắt sau - bên.

3. Vô cảm

Ở bệnh nhân còn tỉnh thì phương pháp tốt nhất là tiêm 10 ml lignocain 1% theo dọc đường dự định cắt. Phải có thời gian để cho thuốc tê phát huy tác dụng.

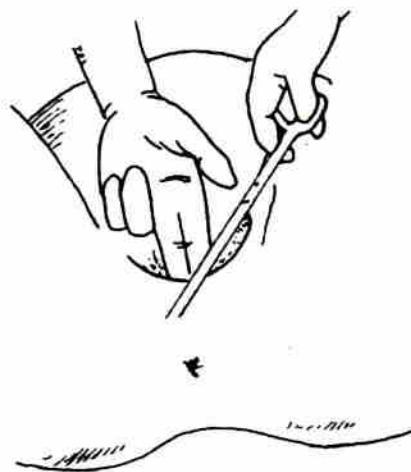


Hình 14.2. Gây tê lignocain 1%

4. Kỹ thuật cắt

Đặt hai ngón tay như hình mô tả để bảo vệ cho đầu thai, dùng kéo cắt một đường dài gọn. Điều quan trọng là phải bắt đầu từ mép sau của âm hộ, nếu không thì việc phục hồi giải phẫu sẽ khó khăn khi khâu. Đường cắt dài quá sẽ mở vào hố ngồi - trực tràng, làm mõ lộ ra, song miễn là không bị nhiễm khuẩn thì hiện tượng này cũng không ảnh hưởng gì đến lành sẹo.

Chọn thời điểm cắt tầng sinh môn phải dựa vào kinh nghiệm. Nếu cắt quá sớm sẽ làm tăng mất máu; nếu thực hiện quá muộn thì rách âm đạo hoặc các cơ sâu của tầng sinh môn có thể xảy ra.

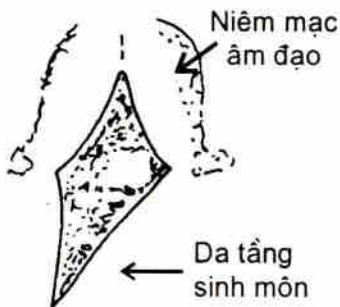


Hình 14.3. Cắt tầng sinh môn

5. Kỹ thuật khâu phục hồi

Tiến hành khâu phục hồi bằng 3 lớp với chỉ tự tiêu.

- Niêm mạc âm đạo - dùng đường khâu vắt bắt đầu từ vị trí (1) và kết thúc ở màng trinh, ráp các điểm (2a) và (2b) với nhau.



- Cơ - dùng các mũi khâu rời, vùi các nút buộc vào trong lớp cơ.

- Da tầng sinh môn - khâu vắt hoặc khâu mũi rời, vùi các mũi khâu vào dưới bề mặt da.

II. SỔ THAI BẰNG FORCEPS

Phương pháp này vẫn còn là một biện pháp thông dụng trong thực hành sản khoa tại Anh tuy tỷ lệ có xu thế tụt xuống trong những năm gần đây. Mức độ đẻ bằng forceps khoảng 15% là phổ biến tại nhiều trung tâm ở Anh.

1. Các chỉ định sử dụng Forceps

1.1. Chậm tiến triển trong giai đoạn hai của chuyển dạ

- Tình trạng này có thể do:
- Các cơn co yếu kém,
- Sức rặn của mẹ yếu,
- Đầu quay không tốt,
- Tầng sinh môn rắn,
- Sử dụng gây tê ngoài bao cứng.

Ở nơi nào sử dụng gây tê ngoài bao cứng thì một số thầy thuốc sản khoa có thể để cho giai đoạn hai kéo dài hơn bình thường nhiều.

1.2. Suy thai

1.3. Bệnh lý của mẹ

Tăng huyết áp,
Bệnh tim,
Mẹ suy sụp,
Chấn động tâm lý quá mức.

2. Các điều kiện đỡ đẻ bằng Forceps

2.1. Cổ tử cung phải mở hoàn toàn

2.2. Ngôi thai trình diện phù hợp

Ngôi chỏm.
Ngôi mặt.
Đầu hậu trong ngôi mông.

2.3. Ít nhất đầu thai đã lọt và không có vấn đề cơ học đáng kể nào

Đây là những yêu cầu cơ bản, nếu không theo dõi được những điều này thì sẽ dẫn đến thương tổn cho thai hoặc cho người mẹ. Có thể bổ sung thêm vào những yêu cầu này là:

2.4. Bàng quang phải trống rỗng

2.5. Phương thức vô cảm phù hợp

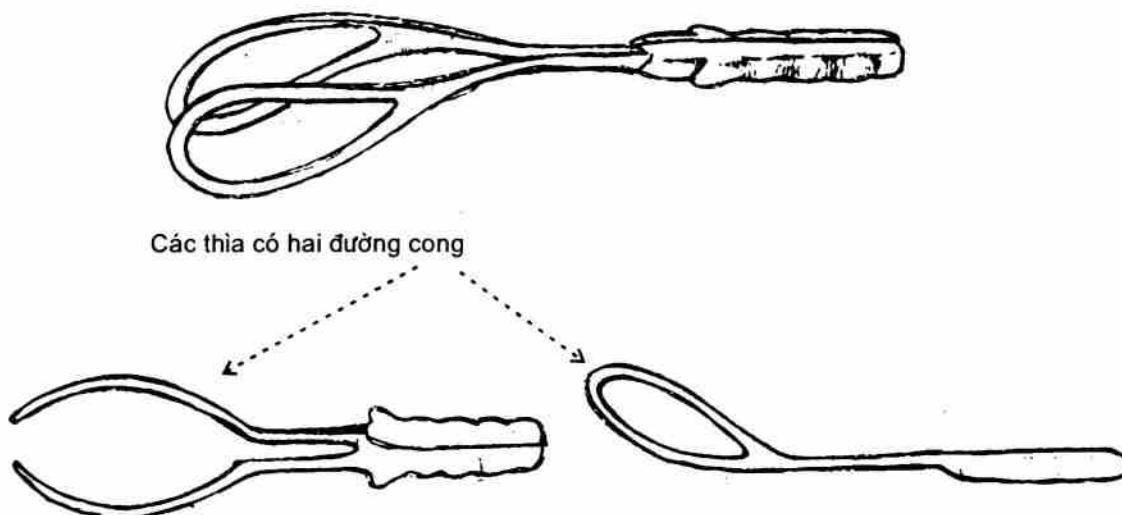
III. CÁC LOẠI FORCEPS SẢN KHOA

1. Cấu tạo

Forceps sản khoa được thiết kế để ôm lấy đầu thai khi nằm trong âm đạo và làm thai sổ bằng cách kéo có hướng dẫn, mà không gây thương tổn cho mẹ hoặc thai.

Một bộ forceps gồm có hai cành có thể khớp với nhau.

Đường cong đầu được tạo ra để đảm bảo ôm tốt lấy đầu thai.



Hình 14.4. Forceps sản khoa

2. Có nhiều kiểu khoá forceps khác nhau

Đường cong chậu hông cho phép các thia hợp với đường cong của đường sinh dục



Hình 14.5. Kiểu khóa Smeillie hay khóa Anh

Hình 14.6. Kiểu khóa Pháp

3. Có hai thủ thuật forceps

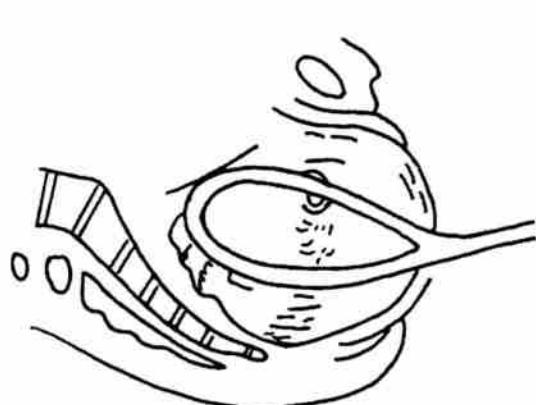
3.1. Forceps thấp

Đầu thai nhi đã tới sàn tầng sinh môn và trông thấy được ở âm hộ.

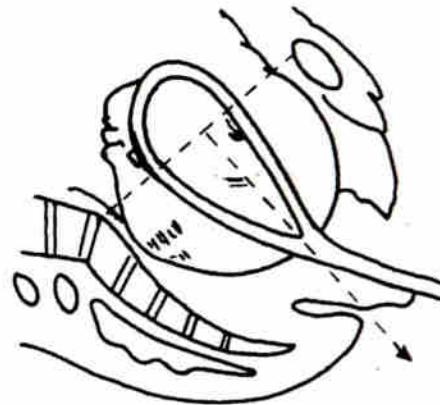
3.2. Forceps trung bình

Ngôi đã lọt vào phần chủ chốt của đầu ở dưới mức các gai hông.

Đặt forceps khi đầu không lọt gọi là "forceps cao". Trong tình huống này trực chậu hông đòi hỏi phải kéo "lượn vòng góc", cho nên một số forceps có cần tháo rời được trên các cán kéo cho phép kéo trong trực của chậu hông.

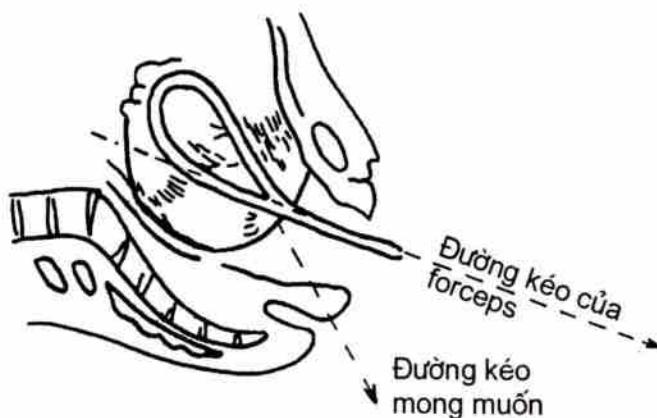


Hình 14.7. Forceps thấp

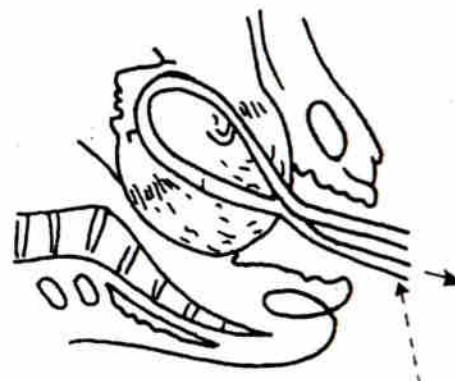


Hình 14.8. Forceps trung bình

Kỹ thuật kéo theo trực này có thể không cần thiết trong công tác thực hành hiện nay khi ta có thể mổ lấy thai để tránh một cuộc sổ thai bằng forceps khó khăn.



Hình 14.9. Đường kéo



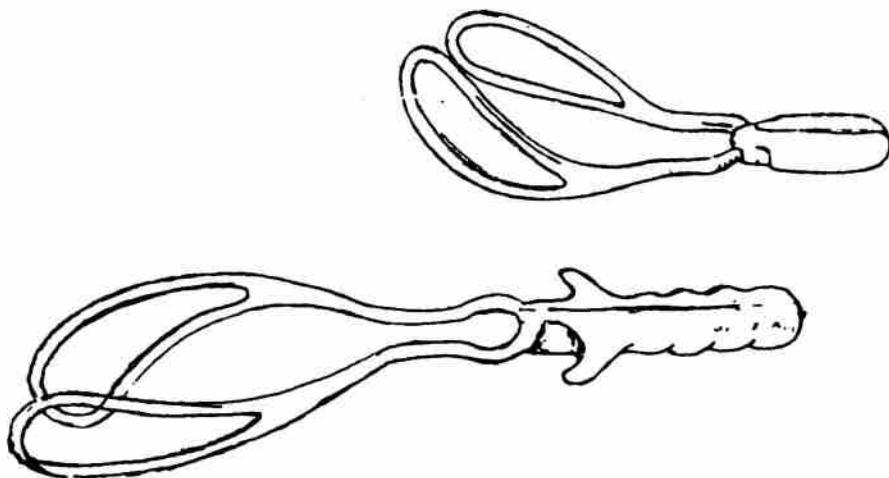
Hình 14.10. Cần ké theo trực
của đường cong chậu hông

4. Những forceps chuyên dùng cho 3 loại thủ thuật

Có nhiều hình thái forceps khác nhau. Những forceps trình bày ở đây là các loại được biết đến nhiều và được chuyên dùng cho ba loại thủ thuật chính - forceps thấp, forceps trung bình và sổ thai bằng forceps vừa quay vừa kéo.

4.1. Forceps wrigley

Forceps Wrigley được thiết kế để sử dụng khi đầu thai ở tầng sinh môn và dùng biện pháp gáy tê tại chỗ. Nó là một dụng cụ nhẹ, có các đường cong chậu hông và đầu với kiểu khoá Anh.



Hình 14.11. Forceps Wrigley

4.2. Forceps Anderson (hay Simpson)

Forceps này thích hợp với sổ thai bằng forceps trung bình, mà đường khớp dọc của đầu thai nhi ở trong trực trước - sau. Nó có các đường cong đầu thai nhi và chậu hông, song thân và cán dài, nặng hơn so với kiểu forceps Wrigley.

4.3. Forceps Kielland

Loại forceps này thoạt tiên được thiết kế sổ đầu thai nhi ở eo trên hoặc ở trên eo này, nằm theo trực ngang của chậu hông và để quay đầu thai khi nó đã ở trong hố chậu nhỏ. Ngày nay forceps này được sử dụng để quay và kéo đầu thai nhi ra ở thế ngang-sau hoặc thế chẩm-sau.



Hình 14.12. Forceps Kielland

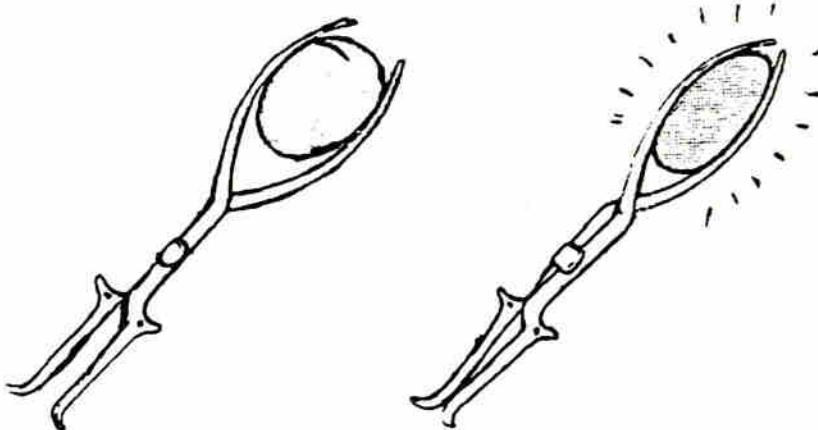
Thìa forceps có độ cong chậu hông rất nhẹ và thực tế là một forceps kéo theo trực. Đường cắt tầng sinh môn phải rộng. Do độ cong nồng nên đảm bảo quay trong âm đạo an toàn. Kéo xuống phía dưới giúp cho đầu thai nhi quay.

Kiểu khoá vuốt cho phép các thùa trượt lên nhau, chỉnh lại hoặc hỗ trợ cho kiểu lọt không đối xứng của đầu thai nhi khi cần thiết.



Hình 14.13. Kiểu khoá vuốt

Loạt động tác do khoá tạo nên này làm cho forceps có thể gây ép đầu thai nhi, gây ra tử vong, nếu dụng cụ không được sử dụng đúng.



Hình 14.14. Cách đặt đúng

Hình 14.15. Ép đầu thai nhi quá nhiều

IV. KỸ THUẬT SỔ THAI BẰNG FORCEPS

1. Chuẩn bị

Bệnh nhân thường được đặt trong tư thế nằm ngửa, tuy có một số thầy thuốc thích tư thế nằm nghiêng trái.

Rửa sạch và che phủ âm hộ; phải đảm bảo vô khuẩn.

Cần có một người gây mê trừ khi cuộc sổ thai được tiến hành chỉ bằng gây tê tại chỗ tầng sinh môn hay gây tê thần kinh thận.

Phải có sẵn phương tiện và nhân viên để hồi sức sơ sinh nếu cần thiết.

2. Vô cảm

- Dùng forceps Wrigley đặt forceps thấp thì chỉ cần gây tê tại chỗ để cắt tầng sinh môn.
- Phương pháp gây tê để dùng forceps làm sổ đầu thai nằm ở giữa chậu hông nhỏ thường là kết hợp giữa gây tê tại chỗ và phong bế thần kinh thận. Dung dịch lignocain 1% không pha adrenalin là đủ và có thể tiêm tới 50 ml vẫn an toàn.

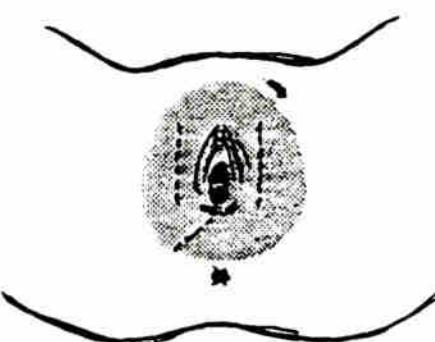
2.1. Gây tê tại chỗ

Các nhánh thần kinh chính chi phổi âm hộ và tầng sinh môn

Vùng âm hộ và tầng sinh môn cần được phong bế



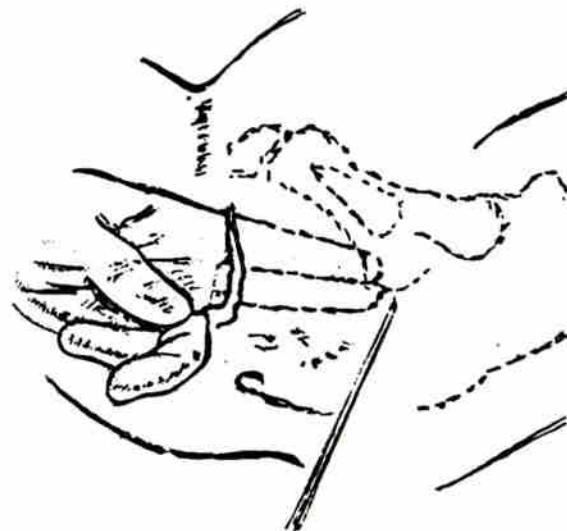
Hình 14.16. Gây tê các nhánh thần kinh



Hình 14.17. Vùng TSM cần được phong bế

2.2. Phong bế dây thần kinh thận

Ngón trỏ đặt ở gai hông (dây thần kinh thận chạy sau gai này), dùng một kim dài xuyên theo đường hố ngồi trực tràng. Khi mũi kim, gai hông và ngón tay gặp nhau thì tiêm 5 ml lignocain vào đó. Nên rút pít tông trước khi tiêm thuốc để biết chắc là kim không đâm vào mạch máu. Có thể dùng kim chọc qua đường âm đạo nếu người thầy thuốc thấy cách này dễ hơn, và nên dùng một kim có vỏ bảo vệ.



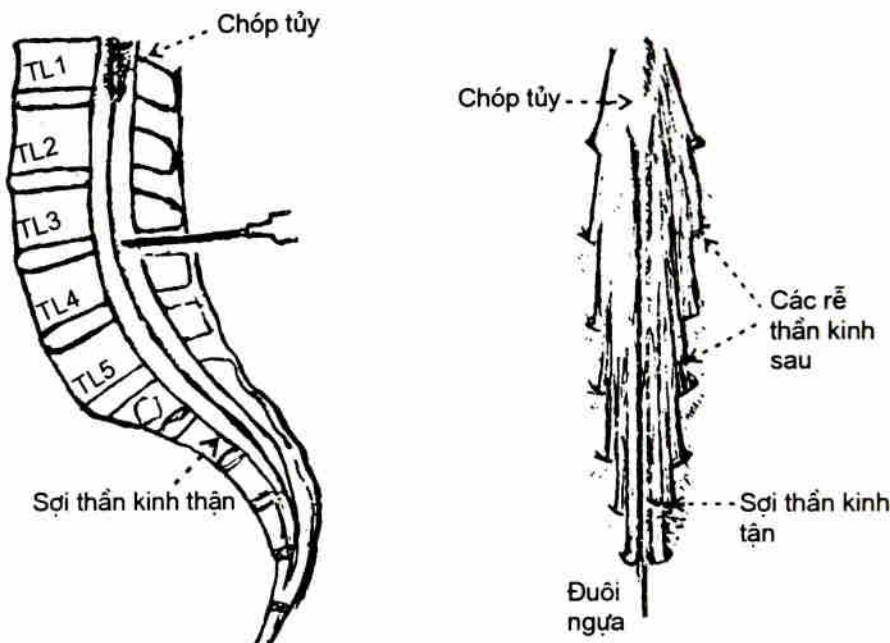
Hình 14.18. Một kim xuyên âm đạo có vỏ bảo vệ

2.3. Phong bế ngoài bao cứng được sử dụng rộng rãi và phù hợp với mọi cách sổ thai theo đường âm đạo (xem chương II).

2.4. Gây tê ống sống đôi khi được sử dụng vì tác dụng nhanh chóng, khi cần phong bế hoàn toàn và gây tê ngoài bao cứng chưa đạt hiệu quả.

Tuỷ sống tận cùng ở mức TL 1-2; các dây thần kinh thắt lưng và cùng, hầu hết đi thẳng xuống phía dưới. Thuốc tê tiêm vào mức TL3-4 hoặc TL4-5 có thể làm

tê vùng mặt trong đùi, mà không có nguy cơ gây thương tổn cho bản thân tuy sống. Cách phong bế này đôi khi được gọi là "phong bế hình yên".



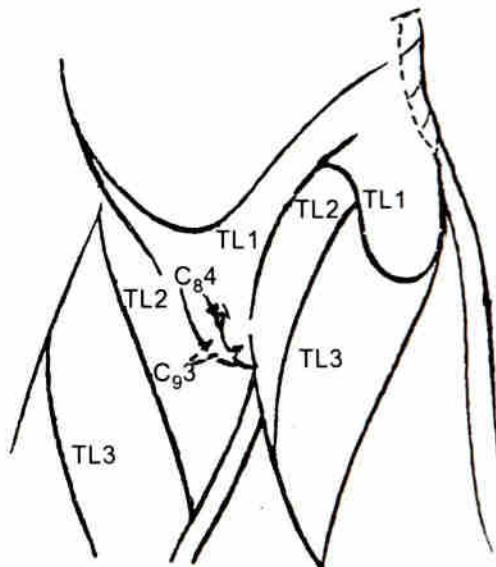
Hình 14.19. Gây tê ống sống

- Sinh lý gây tê ống sống

Đây là tác dụng của phương pháp "cắt thần kinh giao cảm bằng hoá học". Các sợi thần kinh tự trị trước hạch bị phong bế trước, sau đó đến các chi nhánh chi phối cảm giác nhiệt, thống giác, xúc giác, vận động và cảm thụ bản thể theo thứ tự. Hoạt động cơ của khung xương có thể vẫn còn khi đã mất cảm giác hoàn toàn.

- Các tác dụng đối với hệ tuần hoàn

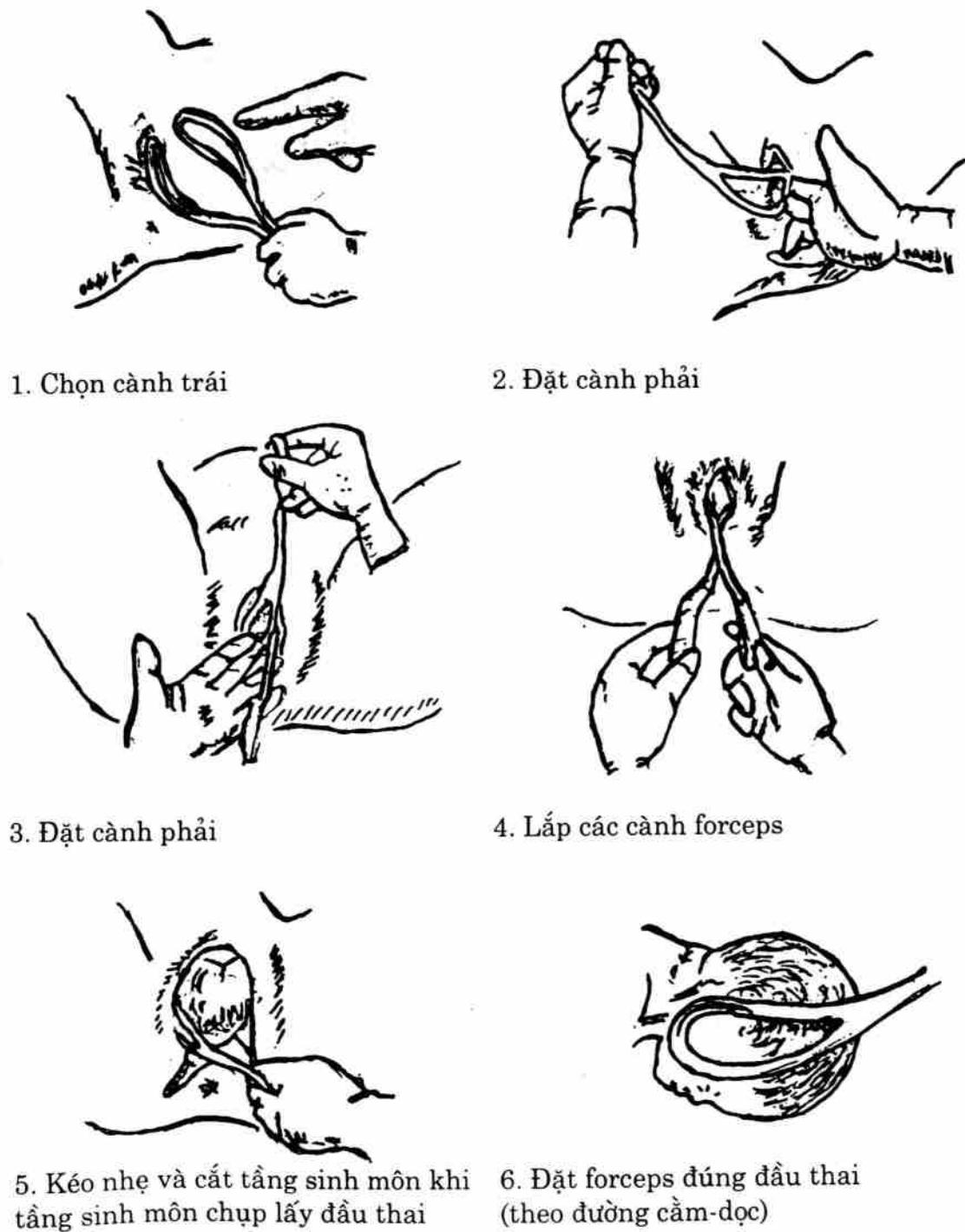
Các sợi trước hạch bị liệt làm cho động mạch giãn ra cùng với tuần hoàn tĩnh mạch trở về và cung lượng tim tụt xuống. Mất máu trong lúc mổ có thể làm nặng thêm tình trạng này và gây nên tụt huyết áp nghiêm trọng.



Hình 14.20. Các vùng bị mất cảm giác do phong bế hình yên

3. Kỹ thuật

3.1. Đặt forceps thấp

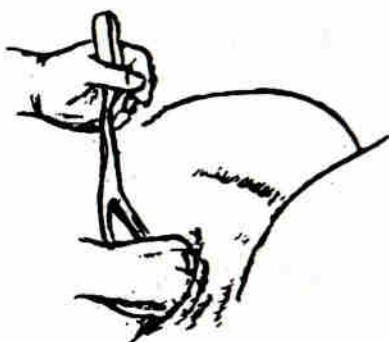


Hình 14.21. Kỹ thuật đặt forceps thấp

3.2. Đặt forceps trung bình



1. Cắt tầng sinh môn rộng trước khi đặt forceps



2. Đặt cành trái. Bàn tay che cho âm đạo khỏi bị tổn thương do đặt cành forceps thiếu thận trọng



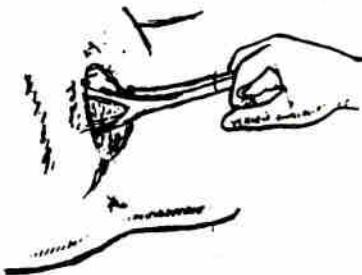
3. Đặt cành phải



4. Lắp khớp các cành forceps



5. Kéo, duy trì áp lực đều xuống dưới để giữ theo trục của đường sinh

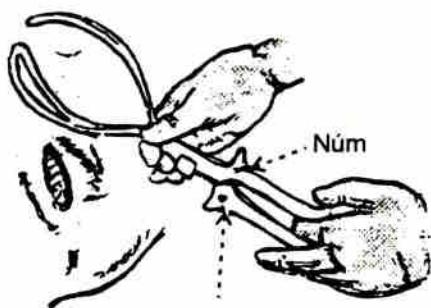


6. Khi tầng sinh môn chụp lấy đầu thai nhi thì các cán forceps được nâng lên, đầu vượt qua tầng sinh môn

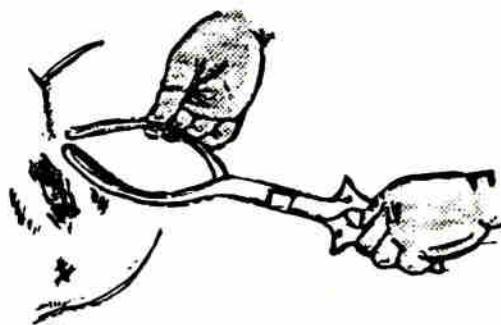
Hình 14.22. Kỹ thuật đặt forceps cao

3.3. Sơ thai bằng forceps kielland

Phải xác định thế của chỏm, ở đây lấy kiểu thế Chỏm-Phải-Ngang làm thí dụ:



1. Cầm forceps hướng các núm về phía chỏm thai nhi



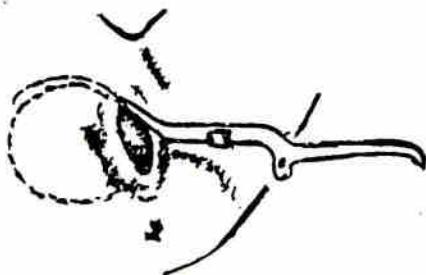
2. Chọn cành trước đặt trước tiên (một số thầy thuốc thích đặt cành sau trước)



3. Phương pháp trực tiếp:
Dùng các ngón tay che lấy cành trước và đặt vào đúng vị trí (xem
điểm 5) bên cạnh đầu thai nhi



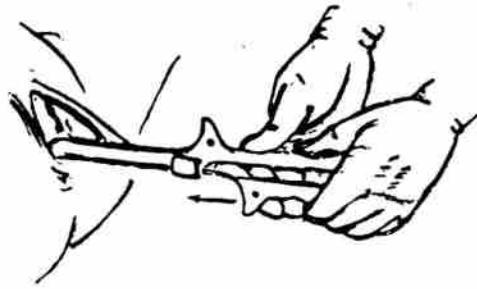
4. Phương pháp lừa dần:
Cành forceps nhờ các ngón tay che đỡ
được đặt vào phía bên (qua mặt thai nhi
rồi nhẹ nhàng luồn quanh đến nằm ở
đỉnh đầu của thai



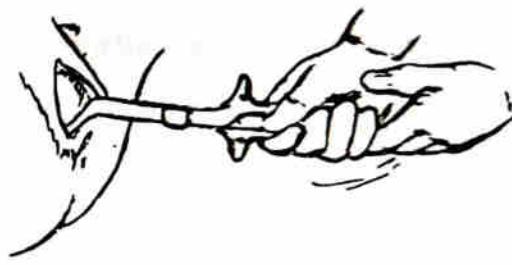
5. Giờ đây phần lõm của cành forceps
nằm áp vào bên trái của đầu thai nhi
(ở phần cao nhất)



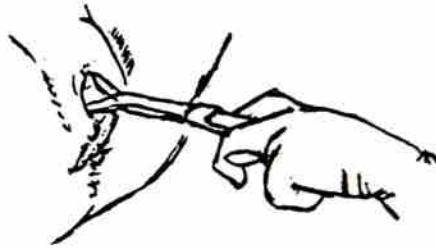
6. Cành sau được áp vào phía bên phải
của đầu thai (ở phần thấp). Âm đạo được
bảo vệ nhờ bàn tay hướng dẫn cành forceps



7. Forceps được khớp lại với nhau.Chú ý hiện tượng không cân xứng của các cành forceps



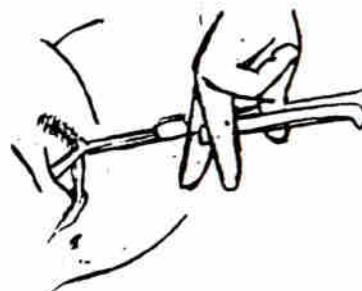
8. Điều chỉnh lại hiện tượng không cân xứng để cho các cành forceps đối xứng với nhau



9. Quay đầu thai nhẹ nhàng về thế Chom-Mu) chỉnh lại hiện tượng không cân xứng của các cành và kéo nhẹ, giúp cho đầu quay trong trực của chậu hông.Cần phải cắt rộng tầng sinh môn



10. Để tránh ép quá mạnh lên đầu thai thì dùng ngón tay cái đặt vào giữa các cành của forceps



11. Trong lúc đầu ngửa ra thì phải đổi hướng kéo lên phía trên

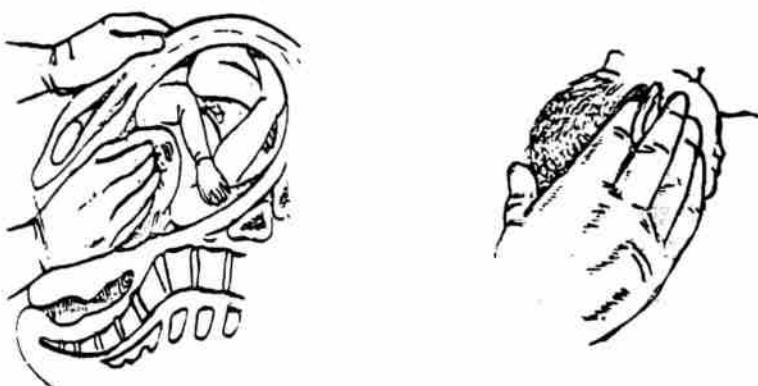
Hình 14.23. Kỹ thuật đặt forceps Kielland

3.4. Quay đầu thai bằng tay

Biện pháp này có thể dùng thay thế cho cách quay bằng forceps, tiếp đó cho thai sổ bằng các cành forceps Anderson. Thoạt tiên xác định đúng thế của đầu thai nhi bằng cách sờ tìm thóp trước. Biện pháp này có thể hết sức khó khi mà hiện tượng uốn khuôn đã nhiều hoặc đã có bướu thanh huyết.

Có thể sờ thấy một tai. Phải xác định gốc của loa tai để phân biệt bên trái và bên phải.

Tiếp đó bàn tay phải ôm lấy đầu trong khi bàn tay trái qua thành bụng đẩy vai ra phía trước. Có khi phải đẩy nhẹ đầu lên một chút. Khi đã quay được đầu thì phải giữ nó ở nguyên vị trí cho tới lúc đặt các cành forceps.



Hình 14.24. Quay đầu bằng tay

3.5. Các kiểu đặt forceps khác

3.5.1. Sổ thai ở thế Chỏm-Sau (thế Chỏm-Cùng)

Đây có thể là phương pháp sổ thai dễ nhất và tốt nhất khi mà đầu thai ở thế Chỏm-Sau, miễn là đầu phải lọt thấp trong chậu hông. Chỉ cần kéo nhẹ và tránh cho thai nhi khỏi nguy cơ của thao tác. Cần cắt rộng tầng sinh môn.

3.5.2. Trong ngôi mông, có thể đặt forceps lấy đầu thai nhi khi đầu đã nằm trong chậu hông. Các cành forceps Anderson thích hợp hơn nhờ độ dài của chúng.

3.5.3. Trong ngôi mặt (Cầm-Trước) có thể đặt forceps trực tiếp (phải quay các thế Cầm-Sau).



Hình 14.25. Thế Chỏm-Cùng



Hình 14.26. Forceps Andreson
lấy đầu hậu



Hình 14.27. Thế cầm trước

4. Đặt thử forceps

Thuật ngữ này được dùng khi có chỉ định sổ thai, nhưng người thày thuốc sản khoa vẫn còn do dự liệu có thể cho thai sổ qua đường âm đạo một cách an toàn về cơ học được không.

Biện pháp này đòi hỏi phải có một thày thuốc có nhiều kinh nghiệm và cuộc để được tiến hành ngay tại buồng mổ với phương tiện và nhân viên sẵn sàng, để tiến hành mổ lấy thai.

Thăm khám lại cẩn thận trong buồng mổ có thể giúp cho người thày thuốc khẳng định không thể cho sổ thai qua đường âm đạo được. Tuy vậy, nếu vẫn còn không chắc chắn, thì người thày thuốc cũng có thể đặt các cành forceps và có thể tiến hành kéo. Nếu đặt các cành forceps khó khăn hoặc đã kéo forceps thỏa đáng mà đầu thai vẫn không xuống, thì phải mổ lấy thai.

Điều quan trọng và thai độ tiếp cận của người thày thuốc với biện pháp này, nghĩa là phải ý thức rõ ràng được là có khi cần thiết phải mổ lấy thai.

5. Các tai biến của sổ thai bằng forceps

5.1. Các vết rách

- Không tránh được các vết rách tầng sinh môn nếu không cắt tầng sinh môn đúng lúc.
- Thành âm đạo có thể bị nứt ra, nhất là khi bị ép giữa đầu thai nhi và gai hông, hoặc do đặt forceps không cẩn thận.
- Cổ tử cung và âm đạo có thể bị rách trong lúc quay bằng forceps Kielland. Sau khi sổ thai phải kiểm tra kỹ thành âm đạo và cổ tử cung, cần khâu phục hồi lại mọi thương tổn.

5.2. Băng huyết

Ngoại trừ do các vết rách thì cũng không có khả năng chảy máu nhiều hơn sổ thai tự nhiên. Nhiều thày thuốc sản khoa cho tiêm tĩnh mạch thuốc gây co bóp tử cung lúc vai đứa trẻ sổ khi thực hiện cuộc đẻ bằng forceps. Cách làm này cho phép kết thúc nhanh giai đoạn ba bằng dây rốn.

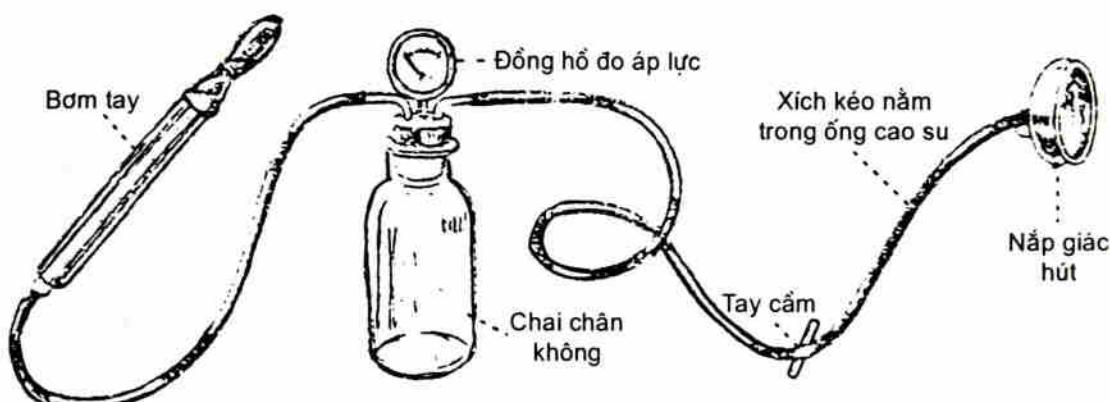
5.3. Thương tổn cho đứa trẻ

Nếu đã đặt đúng các cành forceps, đầu thai ắt phải được bảo vệ bằng khung cứng của các cành forceps. Khi kéo quá mạnh thì có thể gây nên bầm giập, liệt dây thần kinh mắt hoặc lún xương hộp sọ.

V. GIÁC HÚT SẢN KHOA

1. Cấu tạo

Giác hút sản khoa là một dụng cụ kéo được sử dụng làm một biện pháp thay cho forceps sản khoa. Giác hút dính chặt vào đầu đứa trẻ nhờ sức hút và được tiến hành trong lúc người mẹ vẫn tỉnh, để họ có thể tham gia thêm bằng sức rặn của mình.



Hình 14.28. Cấu tạo giác hút

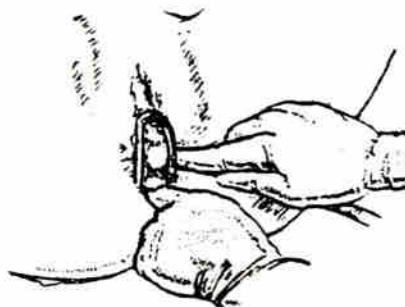
2. Kỹ thuật

Nắp giác hút bám được nhờ làm nổi lên một bướu thanh huyết nhân tạo. Giác hút nguyên mẫu của Malmstrom gồm một nắp bằng kim loại và một bơm tay. Áp lực âm được nâng lên cứ hai phút thêm $0,2 \text{ kg/cm}^2$ cho tới cực đại là $0,8 \text{ kg/cm}^2$. Bệnh nhân thường được đặt trong tư thế phụ khoa; yêu cầu về vô khuẩn giống như khi đặt forceps. Có lẽ biện pháp vô cảm thuận tiện nhất là phong bế dây thần kinh thận, nhưng đôi khi chỉ cần cho thở thuốc mê nhẹ hoặc dùng thuốc tê tại chỗ cũng đảm bảo cắt tầng sinh môn.

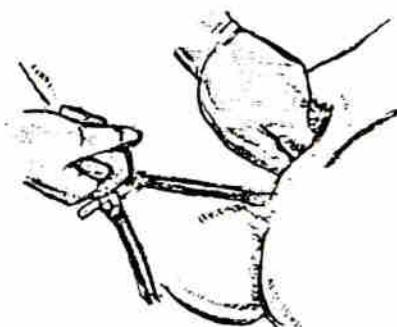
2.1. Nắp giác hút được đưa vào trong âm đạo

Khi đặt nó lên da đầu thì phải hết sức tránh các thóp và các đường khớp.

2.2. Dùng bàn tay phải kéo xuống phía dưới trong khi dùng bàn tay trái đè nắp giác hút áp vào đầu thai nhi



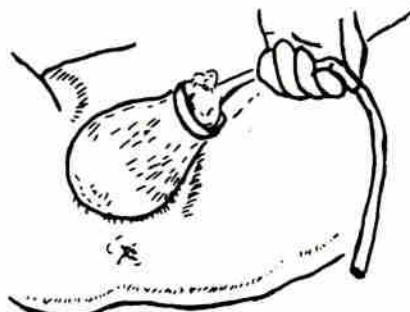
Hình 14.29. Đưa nắp giác hút vào âm đạo



Hình 14.30. Đè nắp vào đầu thai nhi

2.3. Khi đấu sổ thì có thể cần phải cắt tầng sinh môn.

2.4. Bướu thanh huyết nhâm tạo ngay sau khi sổ thai do nắp giác hút tạo ra.



Hình 14.31



Hình 14.32. Bướu huyết teo do nắp tạo ra

3. Loại giác hút mồi

Gần đây một loại giác hút sản khoa mới với nắp giác hút bằng silicon dẻo và bơm điện đã trở nên quen thuộc. Lợi ích của dụng cụ mới là nó tạo nên một "búi tó" ít rõ rệt hơn trên da đầu thai nhi, và tốc độ chân không có thể nâng lên nhanh.

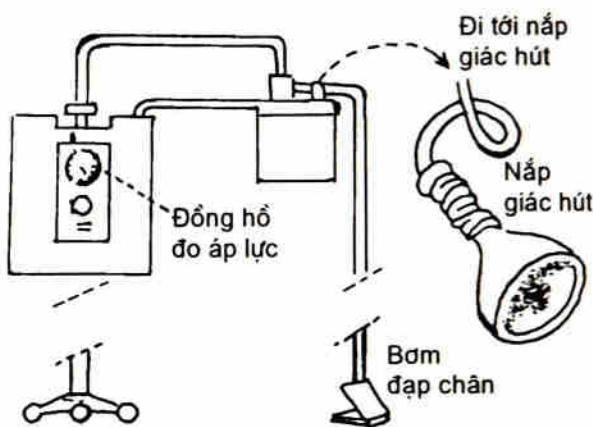
4. Vị trí của giác hút sản khoa

Dụng cụ đã được đưa vào sử dụng làm một biện pháp để tránh cho sổ thai bằng forceps khó khăn, và kể cả mổ lấy thai ở những bệnh nhân chuyển dạ tiến triển chậm mà cổ tử cung thực sự chưa mở hoàn toàn. Đôi khi nó vẫn còn được sử dụng vì mục đích này, song chủ yếu giác hút là một dụng cụ được ưa chuộng bởi các thầy thuốc sản khoa, họ ưa dùng nó ngay cả khi sổ thai bằng forceps cũng dễ dàng.

Giống như forceps thông thường nó chỉ được dùng khi đầu đã lọt và không có nghi ngờ gì về mất cân xứng đầu thai-khung chậu. Một biệt lệ đối với quy định này là trong trường hợp thai sinh đôi với thứ hai mà đầu còn ở tương đối cao. Trong những trường hợp như vậy đặt giác hút sản khoa có thể đơn giản và an toàn hơn dùng forceps.

5. Những điều cần lưu ý khi sử dụng

- Cần phải cẩn thận khi đặt nắp giác hút lên da đầu thai nhi để tránh cho cạnh của nắp khỏi chùm lên niêm mạc âm đạo.



Hình 14.33. Giác hút nắp bằng silicon

- Không nên kéo trong thời gian dài hoặc quá mạnh. Kéo lâu quá 10 phút có thể làm tăng nguy cơ thương tổn cho da đầu thai nhi, huyết tụ dưới cốt mạc hộp sọ hoặc nghiêm trọng hơn là chảy máu dưới cân mạc thần kinh.

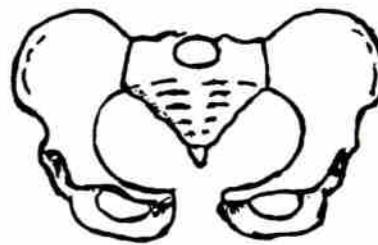
VI. PHẪU THUẬT MỞ KHỚP MU

Mở khớp mu nghĩa là cắt các sợi của khớp mu giúp cho thai sổ qua đường âm đạo khi có hiện tượng mất cân xứng vừa phải. Biện pháp này có một vị trí trong thực hành sản khoa tại các nước đang phát triển, khi các phương tiện để mở lối thai không phổ biến, hoặc là để tránh nguy cơ vỡ của một sẹo mổ lối thai trong lần chửa sau đối với các phụ nữ đang được những nhân viên chuyên môn không thành thạo theo dõi ở những vùng xa xôi, hẻo lánh.

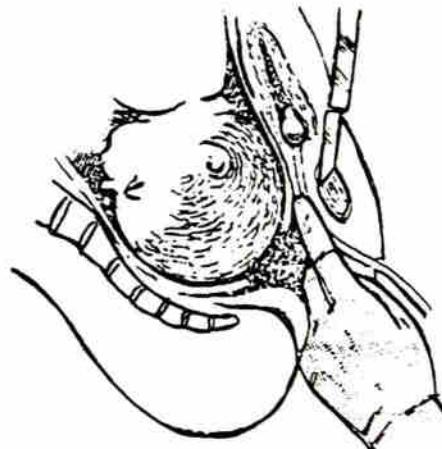
Đường kính ngang có thể được nới rộng thêm tới 3cm và góc vòng mu được mở rộng, song các đường kính trước sau ít tăng lên.

1. Nguyên lý của phẫu thuật

1. Đầu phải xuống tới mức 2/5 hoặc sâu hơn trong chậu hông.
2. Cổ tử cung phải mở ít nhất 8 cm đối với người chửa con so hoặc 6 cm đối với người đẻ con dạ.
3. Người phụ giữ các cẳng chân trong tư thế dạng (không dùng nạng đỡ chân) để tránh cho các tổ chức âm đạo giãn quá nhiều khi khớp bị cắt rời ra.
4. Đặt một ống thông bàng quang và một ngón tay trong âm đạo đẩy niệu đạo sang phía bên, để tránh gây thương tổn.
5. Khớp mu và tầng sinh môn được phong bế bằng thuốc tê tại chỗ.
6. Dùng dao mổ trích một đường rạch và giữa khớp. Lưỡi dao di chuyển để cắt các sợi của khớp mu.
7. Cho thai sổ tự nhiên hoặc bằng đặt giác hút kết hợp với cắt tầng sinh môn.
8. Băng các cẳng chân của bệnh nhân lại với nhau sau mổ trong 12 giờ, sau đó cho vận động dần dần.



Hình 14.34. Mở khớp mu



Hình 14.35. Kỹ thuật mổ

2. Các tai biến

Thương tổn phần mềm và rò trong khi mổ hoặc són nước tiểu về sau.

Đau khớp chậu hông về sau và đi lại khó khăn.

Tỷ lệ các biến chứng này có thể giảm đi một cách rõ rệt khi phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm, song chỉ có một số rất ít thầy thuốc sản khoa ở Liên hiệp vương quốc Anh thành thạo kỹ thuật này, phẫu thuật mổ đoạn dưới lấy thai đã thay thế hoàn toàn biện pháp này.

VII. PHẪU THUẬT MỔ LẤY THAI

Phẫu thuật mổ lấy thai là cách cho thai sổ qua đường rạch thành bụng và tử cung. Phẫu thuật này được thực hiện tương đối phổ biến trong thập kỷ vừa qua tại Liên hiệp vương quốc Anh. Phẫu thuật mổ lấy thai đã thay thế phẫu thuật mổ lấy thai đường âm đạo phức tạp và được áp dụng ngày một tăng trong cách xử trí những thai nhi bị "đe dọa", đặc biệt nếu là đẻ non.

Tuy nhiên, cần phải nhớ là tỷ lệ bệnh và tử vong của phẫu thuật mổ lấy thai cao hơn nhiều so với đẻ đường âm đạo và cách xử trí bệnh nhân cho lần chửa sau dễ bị ảnh hưởng bởi thực tế là họ đã mang sẹo ở tử cung.

1. Chỉ định

Quyết định mổ lấy thai thường dựa trên sự kết hợp của nhiều yếu tố hoặc nhiều tình huống. Bảng thống kê dưới đây trình bày những chỉ định chung về mổ lấy thai, song không nên coi đây là một bảng liệt kê hoàn chỉnh.

1.1. Trong khi chuyển dạ

- Suy thai chậm tiến triển trong giai đoạn một do rối loạn hoạt động co bóp của tử cung, hoặc nghi ngờ có mất cân xứng thai nhi-khung chậu.

1.2. Trong các cấp cứu

- Sa dây rốn.
- Tiền sản giật bạo phát.
- Phong huyết tử cung rau mà thai còn sống
- Rau tiền đạo

1.3. Không cấp cứu

- Đã mổ lấy thai hai lần và trong một số trường hợp:
 - + Thai chậm phát triển trong buồng tử cung.
 - + Tiền sử sản khoa nặng nề.
 - + Mẹ đái tháo đường, ngôi mông (đặc biệt đối với thai non tháng).

2. Vô cảm

Gây mê ngoài bao cứng đã trở nên phương pháp được ưa thích trong vô cảm khi mổ lấy thai ở nhiều bệnh viện.

- Ưu điểm

+ Tránh được những nguy hiểm của phương pháp gây mê toàn thân (không đặt được ống nội khí quản, hút phải các chất chứa trong dạ dày).

+ Làm tăng khả năng co rút của tử cung.

+ Cho phép người mẹ và người chồng trông thấy và nghe thấy tiếng con mình khóc lúc ra đời. Phục hồi sau mổ nhanh chóng.

Việc chuẩn bị thuốc để gây mê ngoài bao cứng có thể tốn kém thời gian, nếu thời gian ngắn và lại tránh không muốn gây mê toàn thân thì có thể gây mê túy sống.

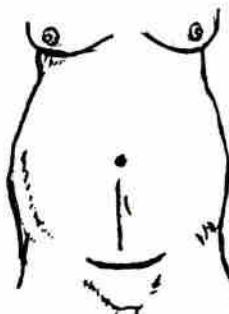
Tuy nhiên, gây mê toàn thân vẫn còn được sử dụng phổ biến, nhất là đối với những trường hợp có băng huyết nặng như rau tiền đạo. Có thể có người phụ nữ hoảng sợ cảnh phải mổ bụng khi vẫn còn tỉnh và đề nghị được gây mê toàn thân.

3. Mổ đoạn dưới tử cung

Trong phẫu thuật này, người ta rạch một đường ngang vào đoạn dưới. Nó là một phẫu thuật được ưa chuộng hơn cả.

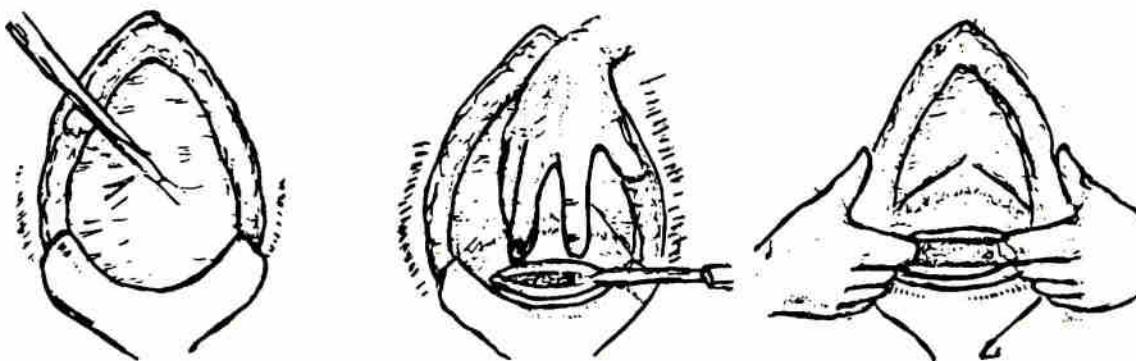
Mặc dù hơi phức tạp hơn khi tiến hành, song khâu phục hồi tử cung thường đơn giản, seo lành tốt và ít xảy ra vỡ tử cung sau này.

Có thể tiếp cận đoạn dưới hoặc qua đường rạch thành bụng giữa giữa và dưới rốn, hoặc qua đường rạch ngang trên xương mu.



Hình 14.36. Mổ đoạn dưới tử cung

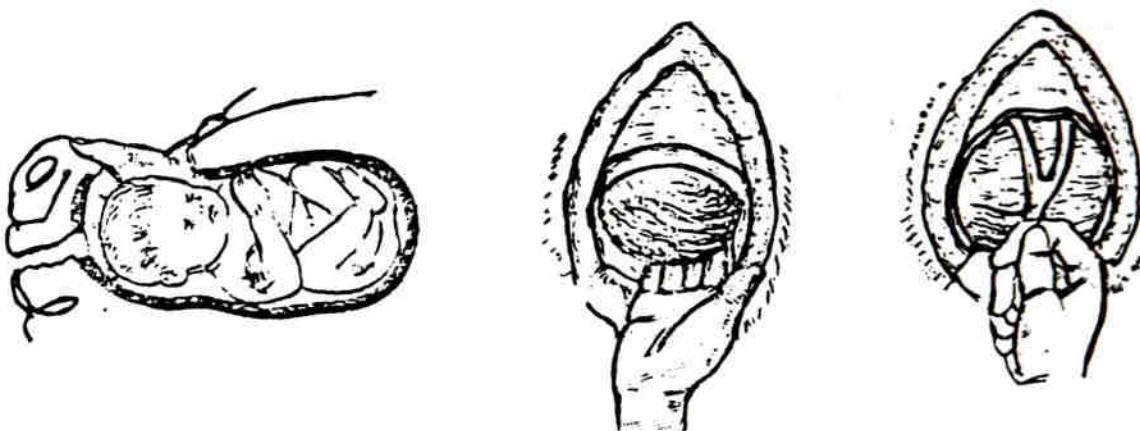
4. Kỹ thuật mổ đoạn dưới



Nhắc lá phúc mạc dính lỏng lẻo giữa tử cung và bàng quang lên.

Cắt lá phúc mạc để lộ ra đoạn dưới tử cung, rạch một đường ngang nhỏ.

Dùng các ngón tay để mở rộng đường rạch tử cung.

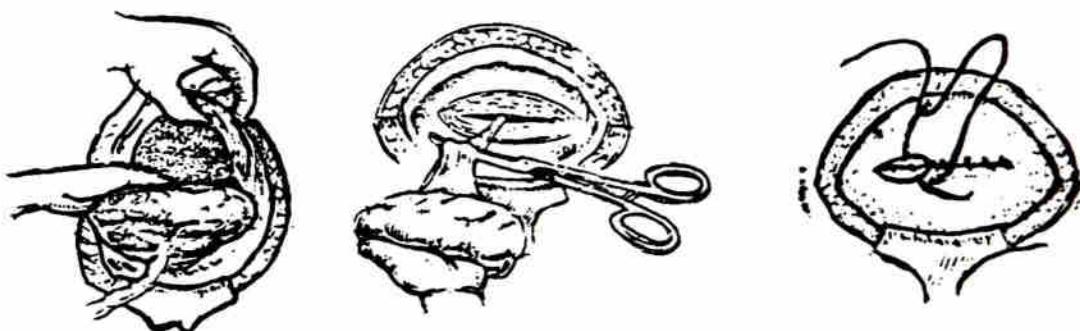


Bàn tay phải của phẫu thuật viên luồn vào trong buồng tử cung để bắt đầu đưa trẻ lên, trong khi đó người phụ mổ đẩy vào đáy tử cung để đẩy bé ra ngoài.

Đôi khi có thể phải lấy đầu thai bằng forceps.

Tiêm ergometrin hoặc oxytocin tổng hợp rồi bóc rau và màng rau.

Vết mổ tử cung được khâu lại bằng hai lớp catgut. Khâu phủ lại phúc mạc.



Hình 14.37. Kỹ thuật mổ đoạn dưới

VIII. PHẪU THUẬT MỔ LẤY THAI CỔ ĐIỂN

Phương pháp này dùng một đường rạch dọc vào đoạn trên của tử cung.

Phẫu thuật nhanh và dễ dàng; song nó là một phẫu thuật bụng hơn là một cuộc mổ vào chậu hông; hay xảy ra viêm phúc mạc và tắc ruột. Sự co hồi của tử cung có thể làm cho sẹo không liền tốt, và sẹo có thể bị vỡ nứt trong lần có thai sau. Tuy nhiên, phẫu thuật này đôi khi vẫn còn có chỉ định:

1. Chỉ định

1. Một số trường hợp rau tiền đạo mà dưới thành lập kém.
2. Ngôi ngang hay không ổn định đoạn dưới kém phát triển.
3. Để thiểu tháng nhiều, trong trường hợp đó đoạn dưới chưa thành lập.

4. U xơ làm xoắn vặt tử cung.

5. Khi một phẫu thuật viên chưa có kinh nghiệm đang phải mổ cấp cứu.

Cách tốt nhất là kéo nhẹ vào các cẳng chân để lôi đứa trẻ ra ngoài. Bóc bánh rau như trước, khâu lại vết mổ bằng ba lớp.

2. Kỹ thuật mổ lấy thai cổ điển

Chẹn gạc để cách ly các tạng ở bụng, mổ tử cung theo đường giữa. Nếu rau thai bám ở mặt trước (14% trường hợp) thì cần cắt ngang bánh rau hoặc gạt sang một bên. Máu chảy không phát hiện được.



Hình 14.39. Chẹn gạc cách ly các tạng

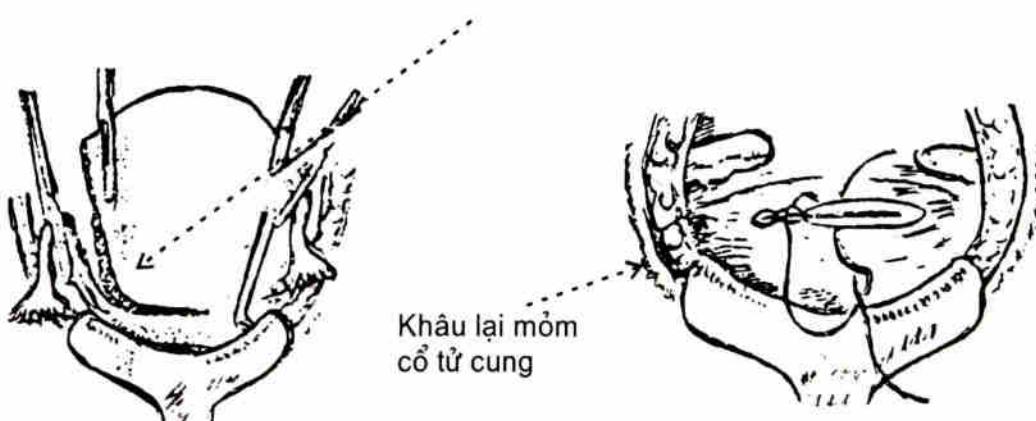


Hình 14.40. Kéo cẳng chân để lấy thai

3. Các tai biến

3.1. Băng huyết

Mổ lấy thai là một phẫu thuật có nhiều mạch máu, lượng máu mất thường khoảng 500-1000 ml. Cho nên bao giờ cũng phải thử máu chéo và đặt sẵn bộ truyền nhỏ giọt tĩnh mạch. Chảy máu tăng lên xảy ra trong các trường hợp rau tiền đạo hoặc chứa đa thai; ở đây có thể do vùng rau bám co rút kém.



Hình 14.41. Khâu lại mổ cổ tử cung

Nếu đường rạch đoạn dưới bị rách ở các góc trong khi lấy thai ra các mạch máu tử cung to có thể bị rách và băng huyết sẽ rất nặng. Bệnh nhân có thể bị sốc hết sức nhanh chóng. Khâu lại thường có thể kiểm soát được tình trạng mất máu, song nếu không khâu được thì phẫu thuật viên có thể cần phải cắt tử cung. Xác định cổ tử cung không phải bao giờ cũng dễ dàng, nên có thể tiến hành cắt tử cung bán phần.

3.2. Trướng bụng sau mổ

Ruột chướng hơi sau mổ hay gặp trong phẫu thuật mổ lấy thai, song tình trạng mềm nhèo của các cơ thành bụng tuy có thể làm tăng trương bụng lên nhưng lại giảm đau do trương bụng. Tiếng nhu động ruột có thể giảm đi và bí trung tiện trong 24-28 giờ đầu. Nếu tình trạng "liệt ruột" này không lùi đi nhanh thì phải hút dạ dày và truyền dịch.

3.3. Toác vết mổ và nhiễm khuẩn

Vì bụng chướng nên đường rạch dọc thành bụng bị căng ra, nên biến chứng toác vết mổ hay gặp hơn sau các phẫu thuật về bụng khác. Bởi lẽ đó, đường rạch ngang thành bụng được ưa chuộng hơn. Đường rạch Pfannenstiel rất ít khi bị toác, song hình thành máu tụ lại tương đối phổ biến, do đó điều quan trọng là phải cầm máu cẩn thận.

3.4. Tắc mạch phổi

Nguy cơ của biến chứng nghiêm trọng này tăng lên trong phẫu thuật mổ lấy thai so với để đường âm đạo. Nguy cơ này giảm đi khi cho bệnh nhân vận động sớm và gây tê ngoài bao cứng lại giúp cho cơ thể vận động sớm.

IX. CÁC THỦ THUẬT HỦY THAI

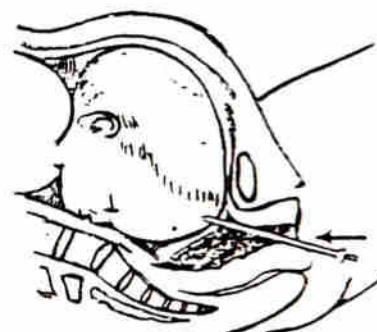
Các biện pháp này được chỉ định để làm giảm khối lượng của các thai đã chết, hoặc thai dị dạng về đại thể khiến cho chúng có thể sổ qua đường âm đạo. Ngày nay, mổ lấy thai thường được ưa chuộng hơn. Thủ thuật duy nhất có thể áp dụng trong thực hành hiện nay là chọc hộp sọ đối với thai nhi bị não úng thủy. Công việc này có thể được tiến hành trong giai đoạn hai của cuộc chuyển dạ để, cho phép thai sổ qua đường âm đạo.

Chọc sọ

Khoan thủng hộp sọ để dịch não tủy thoát ra ngoài và làm hộp sọ xẹp đi. Bất kỳ một dụng cụ nhọn nào đều có thể dùng được, chẳng hạn như một trôca có lỗ rỗng và ca-nuyn.

Ngôi đầu

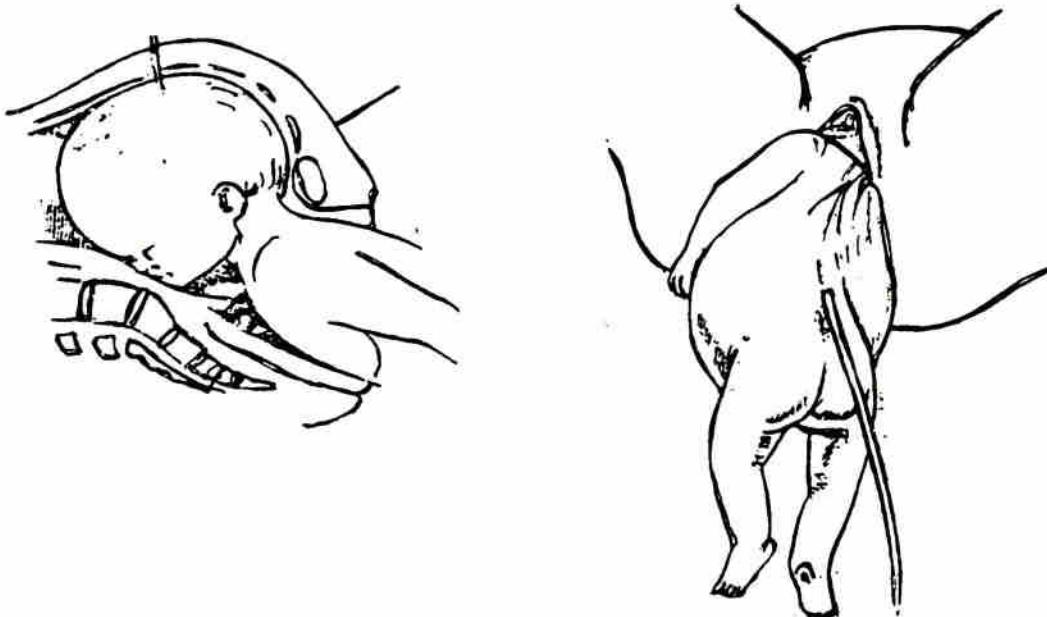
Qua đường âm đạo chọc thủng các đường khớp của hộp sọ, người phụ phải ép đầu xuống phía dưới để tránh làm vỡ đoạn dưới tử cung trong khi người phẫu thuật viên đẩy trôca lên phía trên.



Hình 14.4.2. Cho sọ ngôi đầu

Ngôi mông

Trôca được chọc xuyên qua thành bụng. Nếu có hiện tượng thoát vị màng não thì có thể dẫn lưu não úng thủy bằng cách đưa một thông đái nam uốn thẳng vào trong ống tủy sống.



Hình 14.33. Ngôi mông

X. PHẪU THUẬT TRIỆT SẢN

Trong công tác thực hành đây là cách làm mất sự thông thoát của các vòi Fallope. Thuận tiện nhất cho người bệnh là tiến hành kỹ thuật này ngay trong giai đoạn sau đẻ, nhưng vì phẫu thuật này có liên quan ở mức độ nhẹ với huyết khối-nghẽn mạch đã được xác nhận trong thời kỳ hậu sản, khôn ngoan hơn là hoãn lại ít nhất sau hai tháng. Một lý do nữa để trì hoãn là để cho người bệnh có thời gian suy nghĩ lại quyết định của mình mà không bị những tác động của tình trạng mang thai.

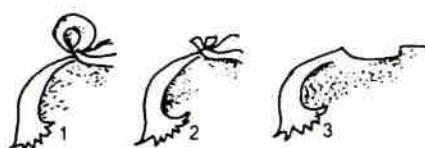
1. Thắt vòi trứng

Dùng chỉ catgut thắt một quai của vòi trứng, rồi cắt phần dindh của quai này đi.

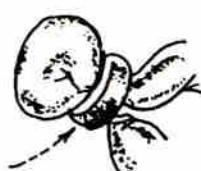
Khi chỉ catgut tiêu di thì vùng bị cắt sẽ tách xa nhau, để lại một đoạn khuyết ở vòi trứng. Đây là phương pháp triệt sản Pomeroy.

2. Làm tắc vòi trứng

Các vòi Fallope có thể bị tắc lại bằng các vòng nhẫn hoặc các kẹp được đặt qua soi ổ bụng.



Hình 14.34.

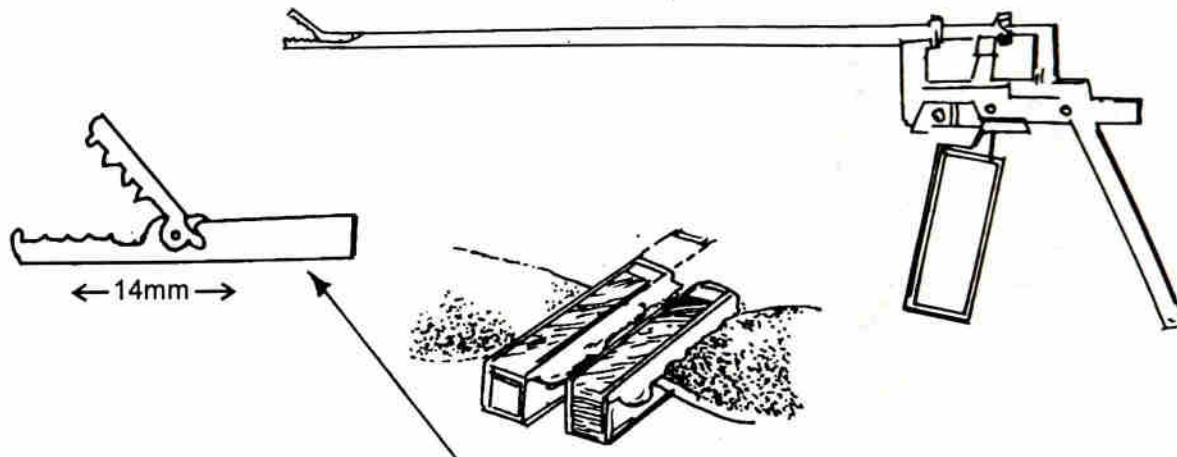


Hình 14.35. Nhẫn Yoon

3. Kỹ thuật

3.1. Cần đặt kẹp Hulka-Clemens

3.2. Cần đập kẹp Hulka-Clemens



Hình 14.37. Cần đặt Hulka

Hình 14.36. Cần đặt kẹp Hulka-Clemens

Kẹp gồm có hai hàm bằng chất dẻo trơ, khớp vào nhau nhờ một lò so bằng thép không rỉ mạ vàng.

Người bệnh phải hiểu rằng phẫu thuật có tính chất vĩnh viễn, và đôi khi tuy có thể làm cho vòi trứng thông lại, song chức năng bình thường đưa đến thụ thai có thể chẳng có gì là đảm bảo.

Bất luận dùng biện pháp nào cũng vẫn có một nguy cơ thất bại rất nhỏ, từ 3-4/1000. Các vòi trứng đã được thắt vẫn có thể thông lại qua lỗ rò, kẹp hoặc vòng thắt đều có thể bị hỏng.

XI. PHÁ THAI

Phá thai trước thời gian thai nhi có khả năng sống đã được luật pháp công nhận tại Liên hiệp vương quốc Anh, nếu tình trạng tiếp tục mang thai có thể đưa đến nguy cơ lớn:

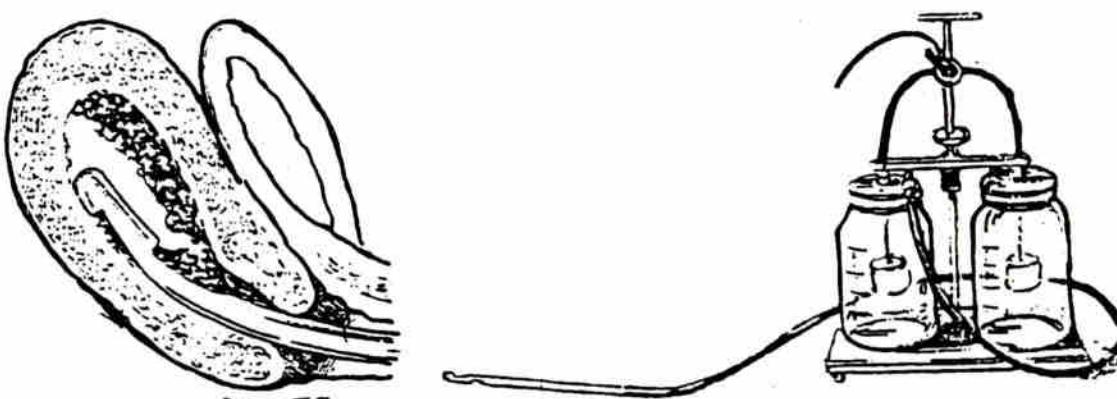
1. Cho cuộc sống của người mẹ.
2. Cho sức khỏe tinh thần và thể chất của người mẹ.
3. Cho đứa con (hay các con) đang sống về sức khỏe tinh thần hoặc thể chất.
4. Nếu có nguy cơ rõ ràng về tình trạng bất thường nghiêm trọng về tinh thần hoặc thể chất đối với đứa bé.

Hiện nay tuổi thai có khả năng sống được về mặt pháp lý là 28 tuần, song thời gian này có thể còn giảm xuống, có lẽ tới 24 tuần, trong một tương lai không xa. Có rất ít vụ phá thai được tiến hành sau 24 tuần, song vẫn còn một số lượng đáng kể trong khoảng giữa 20 và 24 tuần, thường liên quan tới việc phát hiện muộn dị dạng thai nhi.

Tại Scotland, năm 1986, có khoảng 9500 trường hợp phá thai hợp pháp và con số trong cùng năm tại Anh và xứ Wales vượt quá 170.000 trường hợp. Tại Scotland trên 90% các vụ phá thai được thực hiện theo điều luật 2 và 3/4 các phụ nữ hoặc là chưa có chồng, ly thân, ly dị hoặc góa bụa.

1. Phá thai bằng phương pháp hút chân không

Đây là phương pháp tốt nhất cho tuổi thai dưới 12 tuần. Nhiều kiểu thia nạo bằng chất dẻo được dùng phổ biến, ít khả năng gây thương tổn cho tử cung hơn dụng cụ kim loại.



Hình 14.38. Phá thai bằng hút chân không

- Các biến chứng

- Nhược điểm chính là dễ bị sót nếu tuổi thai lớn hơn dự kiến. Có thể phải dùng kẹp gấp các phần thai hút không được.
- Có thể thủng tử cung tuy ít khả năng, song nếu đã xảy ra thì phải tiến hành mở bụng.
- Nhiễm khuẩn. Nếu nghi ngờ hút còn sót thì phải cho kháng sinh và nạo lại sau 48 giờ.
- Thai càng lớn thì mất máu càng nhiều. Thai 12 tuần dự kiến có thể mất từ 2,5 đến 5 dl máu.

2. Phá thai bằng prostaglandin

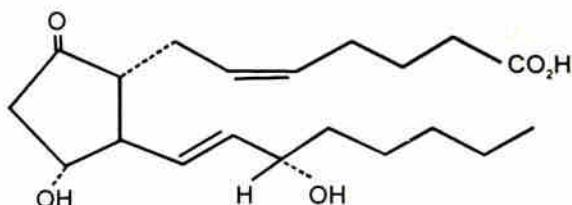
2.1. Kỹ thuật

Có thể dùng tác dụng gây co bóp tử cung của prostaglandin để phá thai ở bất kỳ tuổi nào.

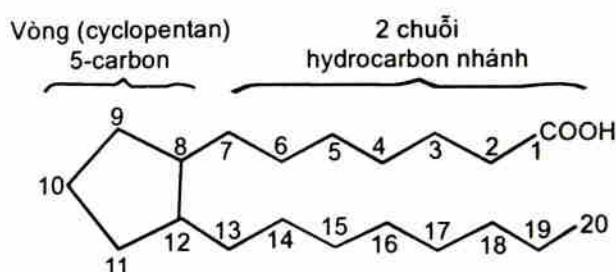
- Prostaglandin là tên được đặt năm 1935 cho một chất tìm thấy trong tinh dịch người có tác dụng làm co bóp cơ trơn, và được cho là một hormon tiết ra từ tuyến tiền liệt. Hiện nay người ta biết có tới ít nhất 13 hợp chất có liên quan, được tổng hợp từ các acid béo nhờ một hệ thống các men tổng hợp prostaglandin thấy ở mọi tổ chức.

Prostaglandin có tác dụng như các "hormon tại chỗ" ở ngay nơi hình thành và được giải phóng ra trong bất cứ tình trạng phân hủy tổ chức nào.

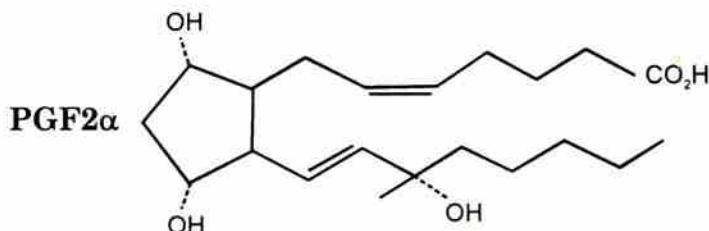
Danh pháp của các prostaglandin dựa trên cơ sở acid prostanoic.



PGE2 (Dinoproston). Đây là loại prostaglandin thường dùng tại Liên hiệp vương quốc Anh. Nó mạnh hơn loại PGF 2α từ 10-20 lần.

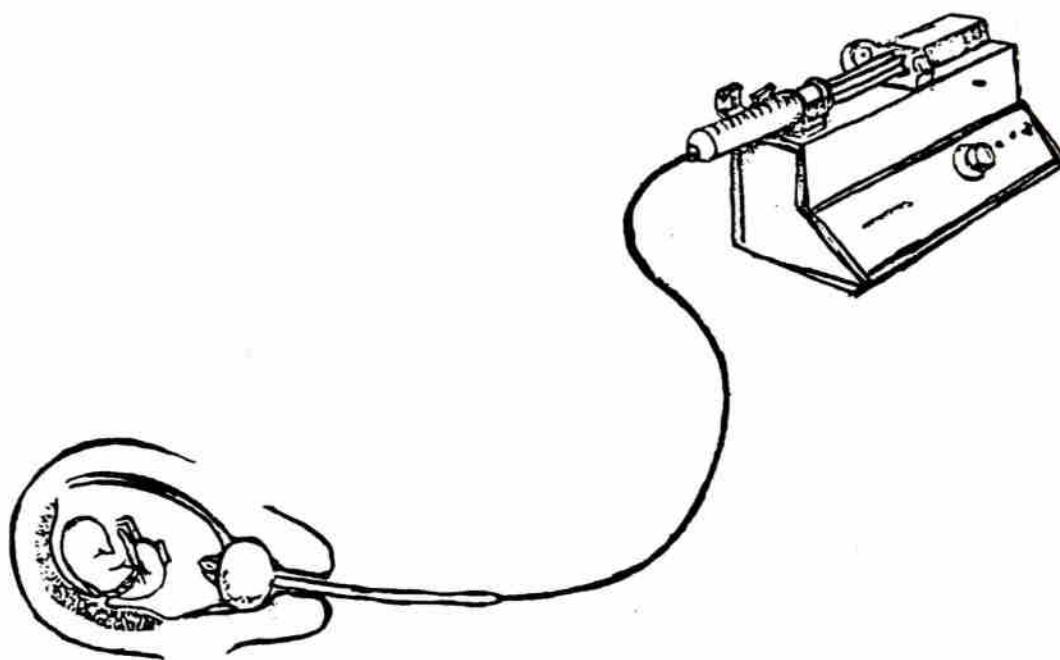


Lưu ý nhóm khác nhau gắn vào vòng cyclopentan.



Sự chuyển hóa của các prostaglandin tự nhiên rất nhanh và bắt đầu ở nguyên tử carbon 15. Việc gắn một nhóm methyl vào vị trí 15 tạo ra chất tương tự 15-methyl-PGF 2α khó thoát giáng ở phổi và gan hơn, do đó có tác dụng kéo dài hơn.

- Loại PGE2 có thể dùng truyền tĩnh mạch, bơm vào trong buồng ối hoặc bơm ngoài màng ối qua cổ tử cung. Đường ngoài màng ối gây ra ít phản ứng phụ nhất và đã trở thành kỹ thuật thông dụng nhất. Luồn một ống Foley số 12 vào qua cổ tử cung và nối với một bơm đầy 50 ml có chứa 5 mg PGE2 hòa trong 50 ml dung dịch mặn (100 micrgam trong 1 mililit). Bơm đầy thuốc rất chậm, thường bắt đầu bằng 1 đến 2 ml một giờ, có thể tăng liều lượng lên. Người ta thường truyền tĩnh mạch oxytocin thêm để kích thích, tuyệt đại bộ phận bệnh nhân sẽ sẩy thai trong vòng 12 đến 18 giờ. Trong nhiều trường hợp, thai sẩy không hoàn toàn nên phải nạo lại tử cung.



Hình 14.39. Bơm đẩy qua ống Foley số 12 vào buồng tử cung

2.2. Các biến chứng của phương pháp phá thai bằng PGE2

- Có thể làm bệnh nhân buồn nôn, nôn.
- Có thể xảy ra xanh tái, rét run và đau tử cung dữ dội, nếu dịch truyền đưa trực tiếp vào trong hệ tuần hoàn.
- Có thể xảy ra hiện tượng kích thích quá mức tử cung, người ta đã nêu lên những trường hợp vỡ tử cung và thương tổn ở cổ tử cung.
- Đặt ống thông trong buồng tử cung trong thời gian dài mang theo nguy cơ gây nhiễm khuẩn.

Phá thai bằng thuốc về mặt tâm lý gây khổ sở cho bệnh nhân nhiều hơn là phá thai bằng thủ thuật ngoại khoa, và có lẽ là một sự chịu đựng nặng nề hơn.

Về phương diện lâm sàng nó là một biện pháp sản khoa, đòi hỏi những người phục vụ, săn sóc phải có kiến thức về thuật đõ đẽ.

3. Phương pháp bơm thuốc vào trong buồng ối

Phương pháp bơm dung dịch ure ưu trương vào trong buồng ối có thể làm chết thai và gây ra các cơn co tử cung. Thường kết hợp prostaglandin E2 với ure để tạo được một kích thích mạnh đối với tử cung. Người ta đã bỏ phương pháp bơm dung dịch mặn ưu trương hoặc glucose, vì các biện pháp này có nhiều nguy cơ hơn.

Phương thức tác dụng của dung dịch ưu trương chưa được biết rõ, song có tình trạng đông máu trong lòng mạch nhẹ, các sản phẩm thoái giáng của fibrin tăng lên, hàm lượng fibrinogen trong huyết tương và số lượng tiểu cầu tụt xuống. Mức progesteron cũng tụt xuống có lẽ là do thương tổn của bánh rau.

3.1. Kỹ thuật

Có thể cho thuốc chuẩn bị trước cho bệnh nhân, để đảm bảo vô khuẩn triệt đẻ, hút 150 ml nước ối ra, dùng một bơm tiêm 50 ml và kim tiêm có lỗ rỗng bơm vào 80g ure và 140 ml dung dịch mặn. Có thể thêm 2,5 mg prostaglandin.

3.2. Các nhược điểm

- Tử cung ít nhất phải có kích thước thai 16 tuần để dễ phù hợp với kỹ thuật. Nếu muộn hơn giai đoạn này thì có thể làm cho bệnh nhân căng thẳng hơn, đặc biệt là khi họ đã thấy thai máy.

- Như phương pháp dùng các prostaglandin ngoài buồng ối, tử cung có thể bị kích thích quá mức. Truyền tĩnh mạch nhỏ giọt oxytocin cần thận trọng, phải nhớ là có khả năng gây thương tổn cho tử cung và cổ tử cung.

- Sót rau và chảy máu có thể xảy ra nên cần tiến hành biện pháp này tại một cơ sở sản khoa.

- Các vết rách cổ tử cung và thậm chí cả lỗ rò có thể xuất hiện. Khi làm xong phải kiểm tra lại cổ tử cung.



Hình 14.40. Kỹ thuật bơm thuốc vào buồng ối



Hình 14.41. Lưu ý vết rách cổ tử cung

4. Phẫu thuật mổ tử cung đường bụng

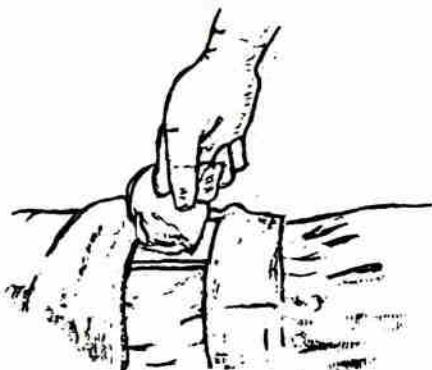
Việc đưa ra phương pháp dùng các prostaglandin ngoài buồng ối đã làm cho phẫu thuật này trở thành không thông dụng. Ngày nay, bình thường người ta không mổ nữa nếu không kèm theo ý định triệt sản.

Mở tử cung kèm theo triệt sản có thể vẫn còn là phương pháp điều trị nhân đạo nhất đối với người phụ nữ đúng tuổi mang thai khi họ đã xác định không muốn có thêm con nữa, và mong tránh phải chịu đựng sự khó chịu của biện pháp phá thai bằng thuốc.

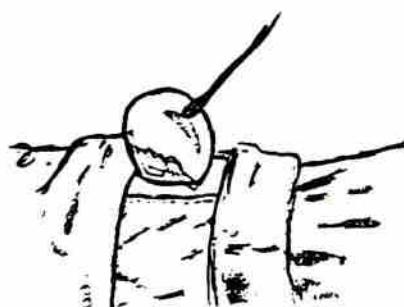
Các nhược điểm cơ bản của phương pháp này vẫn là các nguy cơ của bất kỳ một phẫu thuật nào về bụng - gây mê toàn thân, nhiễm khuẩn, huyết khối và nguy cơ nhẹ là vỡ tử cung trong lần có thai sau.

Rạch một đường nhỏ trên xương mu, dùng một ngón tay móc qua đường rạch nhỏ để bắt tử cung ra ngoài. Vẫn có thể bọc lộ một tử cung lớn ra ngoài một vết mổ nhỏ.

Sau khi đã lấy và bách rau ra, dùng thìa nạo lại buồng tử cung. Điều quan trọng là tránh để các tổ chức màng bụng trào ra vết mổ thành bụng, vì lạc nội mạc tử cung ở vết mổ là một di chứng thường gặp.



Hình 14.42. Bắt tử cung ra ngoài qua đường rạch nhỏ



Hình 14.43. Nạo lại bằng thìa

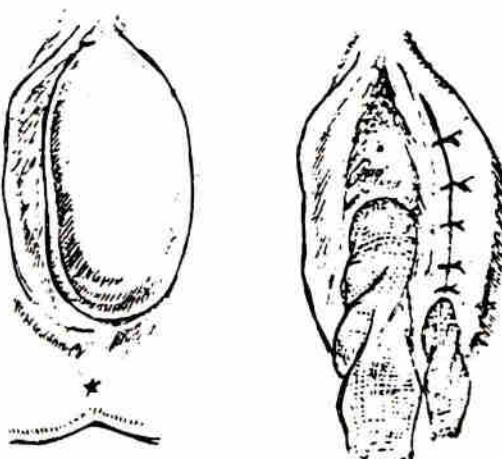
XII. CÁC THƯƠNG TỔN CỦA NGƯỜI MẸ

1. Các thương tổn ở âm hộ

1.1. Máu tụ âm hộ

Các tĩnh mạch âm đạo bị vỡ (sau cuộc đẻ kéo dài hoặc can thiệp bằng thủ thuật) có thể làm cho máu thoát ra ngoài rất nhiều, lan xuống phía dưới tới tận môi lớn. Nếu diễn ra cấp và nặng, nó sẽ làm cho bệnh nhân đau đớn, đau cùng với mất máu nhanh chóng đưa đến sốc.

Máu tụ có thể không phát triển mãi cho tới khi khâu lại tầng sinh môn.



Hình 14.44. Máu tụ âm hộ khâu lại TSM

- **Cách điều trị**

Tiêm thuốc giảm đau và truyền máu nếu cần thiết.

Máu tụ có thể khu trú, song nếu nó tiếp tục tăng lên thì phải mở tháo ổ máu tụ dưới gây mê toàn thân. Ổ máu tụ có thể cần phải khâu lại và có khi phải chèn gạc.

Có thể phải dùng kháng sinh.

1.2. Các vết rách ở tiền đình

Không hay gặp các vết rách này, chúng xuất hiện do bị căng giãn quá mức trong cuộc đẻ (xem rách tầng sinh môn). Các thương tổn này có thể chảy máu xối xả, nhất là khi rách lan đến động mạch âm vật, cần thiết phải khâu lại.

Nếu vết rách đi sát gần miếng sáo phải đặt ống thông và dẫn lưu liên tục trong vòng 48 giờ, kết hợp với bảo vệ bằng kháng sinh.

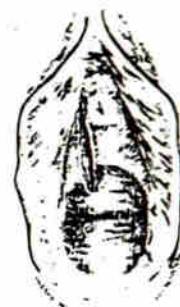
2. Các vết rách tầng sinh môn

Các vết rách này thường hay gặp ở người chưa con so có tầng sinh môn cứng rắn hơn. Có lẽ yếu tố quan trọng nhất là độ rộng của vòm mu (dẫn đến không gian sử dụng), kích thước và thế của đầu thai nhi. Tất cả các ngôi không thuận đều làm tăng tình trạng căng giãn của tầng sinh môn.

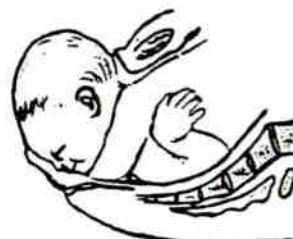
Trong thế Chỏm-Trước đường kính hạ chẩm-trán (10,0cm) làm căng âm hộ, và phần rộng nhất của đầu thai ở dưới vòm xương mu.

Khi thế là Chỏm-Sau (Chỏm-Cùng) đường kính chẩm-trán (11,5cm) làm âm hộ căng giãn, và phần rộng nhất của đầu làm căng giãn tầng sinh.

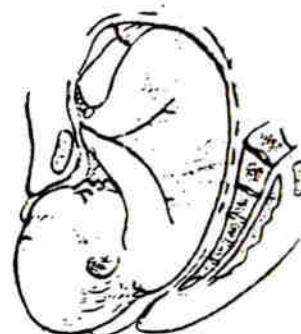
Khi là ngôi mặt, một khi cầm đỡ số đường kính hạ cầm-dọc (13,5cm) sẽ làm âm hộ căng dần, và phần rộng nhất của đầu lại đi qua tầng sinh môn.



Hình 14.45. Vết rách tiền đình



Hình 14.46. Ngôi chỏm. Thế chỏm - Trước (Chỏm - Mu)



Hình 14.47. Ngôi chỏm. Thế Chỏm - Sau (Chỏm - Cùng)



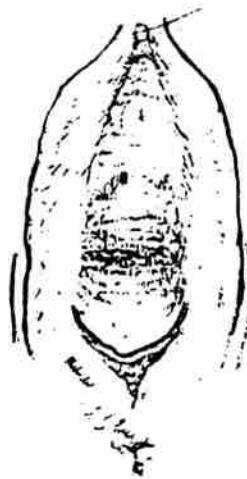
Hình 14.48. Ngôi mặt. Thế Cầm - Trước

2.1. Rách tầng sinh môn (TSM) độ I

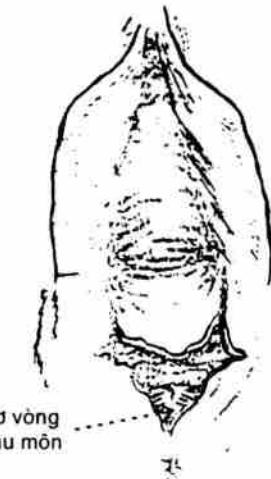
Niêm mạc âm đạo và da tầng sinh môn bị rách, song các cơ tầng sinh môn còn nguyên vẹn.

2.2. Rách tầng sinh môn độ II

Thân tầng sinh môn (nút thớ trung tâm) bị rách thẳng tới cơ vòng hậu môn (đôi khi một phần cơ vòng cũng bị thương tổn). Các vết rách âm đạo thường lan rộng ra cả hai phía của âm đạo.



Hình 14.49. Rách TSM độ I



Hình 14.50. Rách TSM độ II

2.3. Rác độ III - "Rách hoàn toàn"

Toàn bộ cơ vòng hậu môn bị đứt đôi, có thể cả thành trực tràng cũng bị rách. Chú ý là các đầu tận của cơ vòng có xu hướng co rút lại. Thương tổn này, nếu không được khâu phục hồi lại thì người bệnh sẽ mắc chứng són phân.



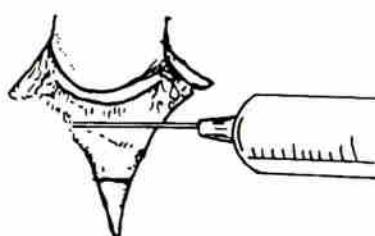
Hình 14.51. Các đầu bị đứt của cơ vòng hậu môn

3. Kỹ thuật khâu phục hồi

Cần phải khâu lại các vết rách tầng sinh môn ngay sau khi đẻ. Khâu ngay thì mất máu sẽ ít hơn, nguy cơ nhiễm khuẩn giảm bớt và người bệnh thường ở trong trạng thái thư giãn, phấn khích.

3.1. Các vết rách độ I và độ II

Khâu phục hồi được tiến hành trong điều kiện vô khuẩn, bệnh nhân nằm theo tư thế phụ khoa có đèn rọi sáng tốt. Tiêm 20 - 30ml dung dịch lignocain 1% vào các cơ và dưới da.



Hình 14.52. Tiêm Lignocain 1% vào cơ và dưới da.

Điều quan trọng là phải ráp lại đúng giải phẫu. Có thể kiểm soát được chảy máu; dùng gạc thấm máu để làm rõ các tổ chức. Phần ranh giới phía trên vết rách phải được bọc lộ rõ bằng cách dùng các ngón tay căng ra để khâu, có thể bắt đầu khâu từ đó.

Đóng lại các vết rách âm đạo bằng đường khâu vắt với chỉ catgut số 1.

Khâu các cơ tầng sinh môn lại với nhau bằng chỉ catgut số 1, với các mũi khâu rời.

Đóng da chùm lên cơ bằng chỉ catgut hoặc chỉ không tiêu.

Các mũi khâu thắt quá chắc sẽ gây đau. Phải đảm bảo âm đạo đút lọt được 2 ngón tay dễ dàng sau khi khâu phục hồi xong.



Hình 14.53. Ráp đúng giải phẫu



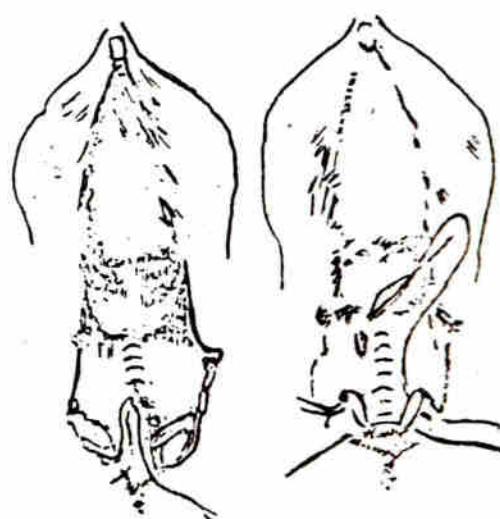
Hình 14.54. Kỹ thuật khâu

3.2. Các vết rách độ III

Các vết rách như thế liền sẹo tốt hơn nhiều nếu được khâu phục hồi lại ngay hơn là để muộn sau nhiều tháng, hoặc nhiều năm. Tốt nhất là tiến hành khâu dưới gây mê toàn thân.

1. Thành trực tràng được khâu lại bằng chỉ catgut nhỏ tẩm chromic, thắt nút về phía trực tràng.

2. Hai đầu của cơ vòng hậu môn được kéo lên bằng kẹp và khâu ráp lại với nhau bằng 2 đến 3 mũi catgut số 1 (hậu môn phải đút lọt được ngón tay út).



Hình 14.55. Khâu thành trực tràng

3. Việc khâu phục hồi tiếp giống như đối với rách độ II. Niêm mạc vùng rìa hậu môn cần được khâu lại bằng chỉ catgut nhỏ.

3.3. Điều trị hậu phẫu

1. Chế độ ăn ít bã trong một tuần.
2. Ruột được gây táo trong nhiều ngày, nên phải cho thuốc làm mềm phân.
3. Nếu ruột không có nhu động có thể cần thụt dầu.

Nếu khâu phục hồi bị thất bại thì phải chờ 3 tháng rồi mới khâu lại lần thứ hai.

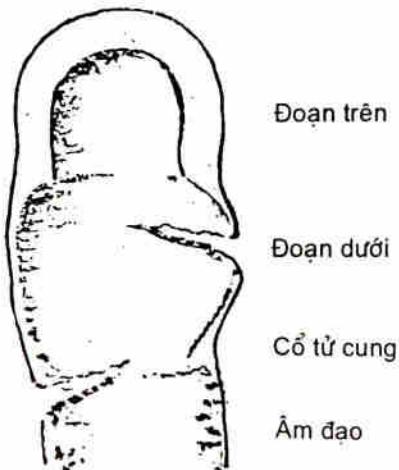
Nếu sau khi vết rách lành sẹo tốt lại tiếp tục có thai, có thể xem xét đến khả năng mở lối lấy thai. Dĩ nhiên là phải cắt tầng sinh môn rộng.

3.4. Rách thành âm đạo

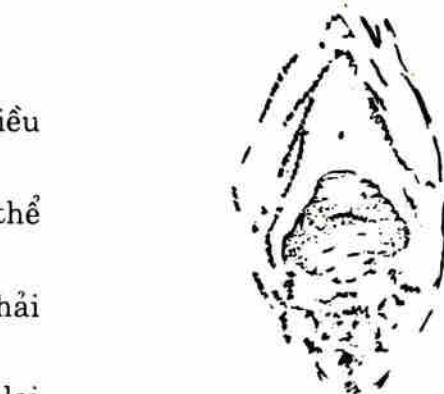
3.4.1. Nguyên nhân

Loại vết rách này không hay gặp nhưng là một thương tổn trầm trọng. Vị trí thường gặp nhất là cùng đồ sau hoặc bên, và có khi cả cổ tử cung cũng bị rách. Rách có thể do cuộc chuyển dạ bị ách tắc, song thường là do đặt forceps sai kỹ thuật, nhất là khi định cho thai số mà cổ tử cung chưa mở hết.

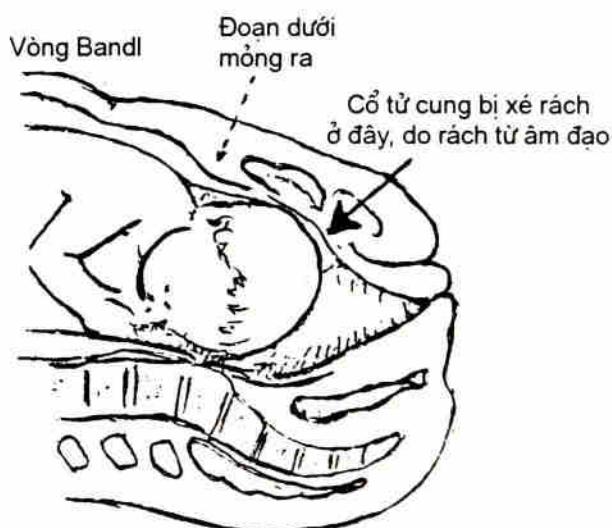
Trong cuộc chuyển dạ bị ách tắc vòng co thắt bệnh lý (vòng Bandl) là một dấu hiệu đoạn dưới và cổ tử cung bị co kéo quá mức. Rách có thể xảy ra ở đoạn dưới hoặc ở chỗ nối giữa cổ tử cung-âm đạo (xem vỡ tử cung).



Hình 14.57. Rách thành âm đạo



Hình 14.56. Một vết rách hoàn toàn không lành sẹo được

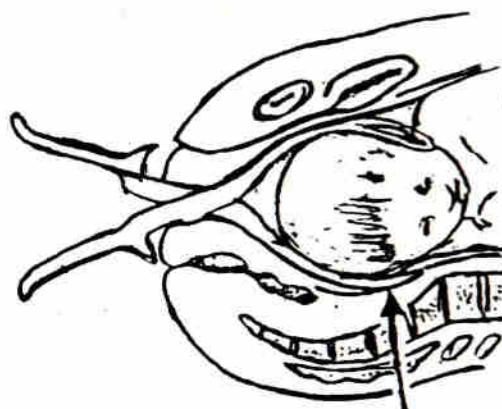


Hình 14.58. Rách ở đoạn dưới hoặc chỗ nối giữa tử cung-âm đạo

Nếu cành sau của forceps Kielland không được bàn tay hướng dẫn đúng thì đầu thia có thể làm thủng, và xé rách cùng đồ sau.

3.4.2. Cách điều trị

Nếu ngón tay thăm khám đút lọt hoàn toàn qua vết âm đạo thì phải mổ bụng để kiểm tra độ thương tổn. Các triệu chứng là vỡ tử cung và thường là chảy máu rất nặng. Có thể phải truyền máu, và phẫu thuật cắt tử cung có lẽ là cách nhanh và dễ nhất để làm ngừng chảy máu.



Hình 14.59. Thủng cùng đồ do bàn tay không hướng cành sau của forceps

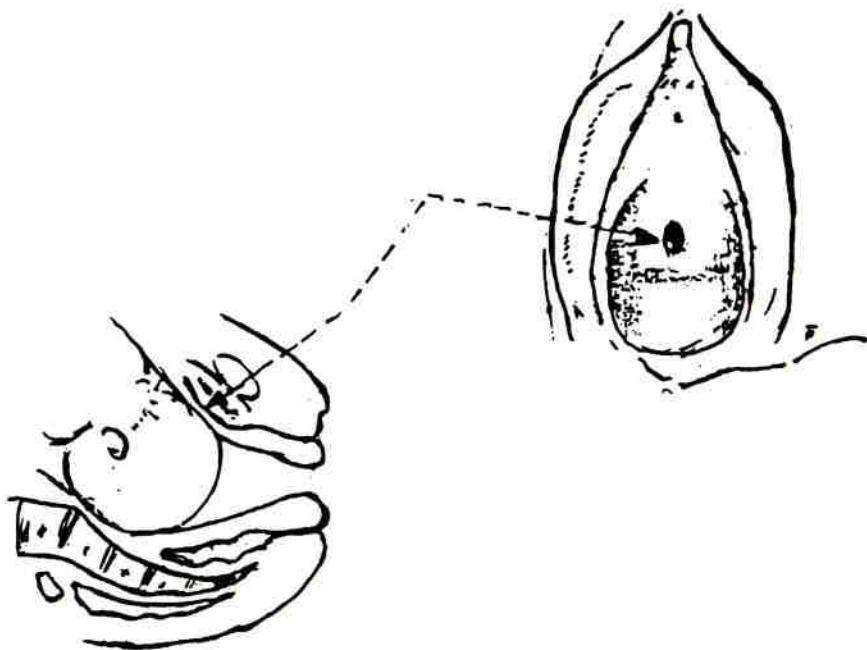
3.5. Các lỗ rò âm đạo

Các lỗ rò âm đạo là các thương tổn không hay gặp trong sản khoa ngày nay.

3.5.1. Rò bàng quang - âm đạo

a) Lỗ rò này do chấn thương trực tiếp gây ra, thí dụ: sổ thai bằng thủ thuật hoặc thành âm đạo và bàng quang bị chèn ép kéo dài giữa đầu thai nhi và khớp mu của mẹ.

Nếu do chấn thương, nước tiểu xuất hiện ngay lập tức, song nếu do hoại tử thì phải đủ năm ngày sau nước tiểu mới xuất hiện.



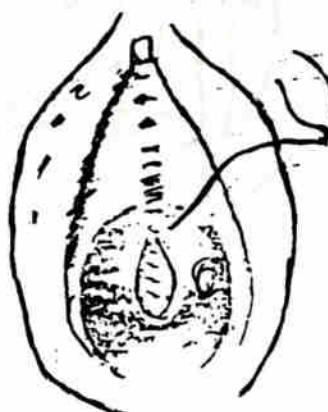
Hình 14.60. Lỗ rò bàng quang âm đạo

b) Khâu lại lỗ rò bằng quang - âm đạo

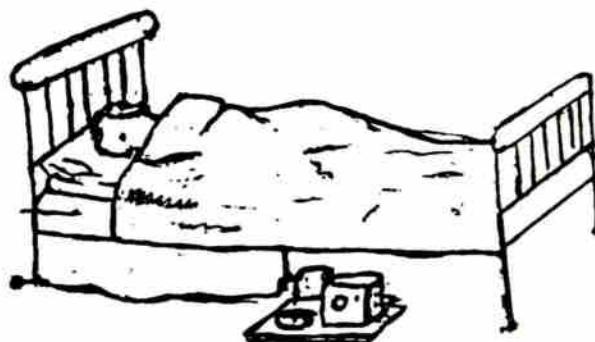
Nếu phát hiện trong cuộc đẻ thì phải tiến hành đóng lại ngay, dùng chỉ catgut nhỏ (khâu kiểu mũi rời xuyên, rồi tiếp đó dùng kiểu khâu vắt).

Đặt dẫn lưu bằng quang liên tục, tốt hơn là kèm với máy hút trong một tuần và cho kháng sinh.

Phải động viên bệnh nhân nằm nghiên hoặc xấp càng lâu càng tốt, để ngăn không cho nước tiểu đọng ở vùng đáy bàng quang.



Hình 14.61. Khâu kiểu mũi rời xuyên, dùng khâu vắt



Hình 14.62. Nằm sấp, nghiêng tại giường

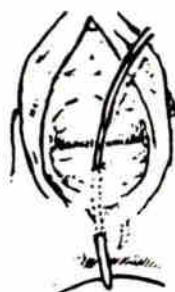
Nếu lỗ rò là hậu quả của một vết thương hoại tử và không xuất hiện trong vòng 5 ngày sau đẻ, thì đặt dẫn lưu có thể phải kéo dài trong nhiều tuần, để hy vọng nó có thể đóng lại tự nhiên hoặc ít nhất thì cũng thu nhỏ lại. Việc chữa lại sau đó là một biện pháp phụ khoa.

3.5.2. Lỗ rò trực tràng - âm đạo

a) Loại lỗ rò này hầu như bao giờ cũng xảy ra sau khi một vết rách hoàn toàn được khâu lại ngưng không lành sẹo hẳn.

b) Khâu phục hồi

Không được cố khâu lại ít nhất là trong 3 tháng, sau đó thì phẫu thuật được thực hiện tại buồng phụ khoa. Thường là phải mở tầng sinh môn ra ở mức độ nhất định để có thể di động được trực tràng trước khi khâu.



Hình 14.63. Lỗ rò trực tràng - âm đạo

4. Các thương tổn ở cổ tử cung

4.1. Rách cổ tử cung

Cổ tử cung bao giờ cũng bị rách ở mức độ nhất định trong cuộc đẻ. Hiện tượng này tạo nên hình dáng của cổ tử cung người đẻ con rạ. Các cơ co tử cung mạnh tác động lên một cổ tử cung cứng hoặc có một sẹo mổ cũ có thể dẫn đến rách cổ tử cung nghiêm trọng. Nguyên nhân thường gặp nhất là chấn thương ngoại khoa sau đẻ

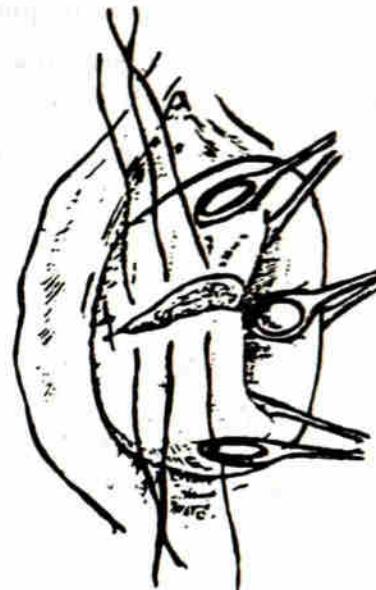
forceps, hoặc đẻ ngôi mông. Phải nghĩ tới rách cổ tử cung khi máu chảy nhiều mặc dù tử cung co cứng. Cần kiểm tra cổ tử cung, song có thể gặp khó khăn vì chảy máu hoặc vì tổ chức bị mủn ra.

Cần phải có nhiều kẹp hình tim và ít nhất và một trợ thủ khi tiến hành kiểm tra, và nếu phát hiện ra thì phải khâu lại vết rách bằng các mũi khâu rời với chỉ catgut.

Khi khâu xong có thể truyền máu cho bệnh nhân nếu trước đó chưa thực hiện.

4.2. Đứt vòng cổ tử cung

Loại rách hiếm gặp này thường xuyên xảy ra ở một người con so mà các cơn co tử cung mạnh, thúc chỏm vào một cổ tử cung cứng. Phần cổ tử cung trong âm đạo dần dần hình thành tình trạng hoại tử do chèn ép, và cổ tử cung bị hoại tử, rách ra, rời ra trước đầu thai. Máu chảy ít và mổ tử cung lành sẹo tốt.



Hình 14.64. Khâu phục hồi rách CTC

5. Vỡ tử cung

Vỡ tử cung là một thương tổn không hay gặp tại Liên hiệp vương quốc Anh, hầu như luôn luôn là do vỡ các sẹo mổ lấy thai cũ. Tuy nhiên, có thể thấy vỡ tử cung ở người đẻ con rạ mà cuộc chuyển dạ bị ách tắc do mất cân xứng đầu thai nhi-khung chậu, hoặc do ngôi không thuận.

5.1. Vỡ sẹo mổ lấy thai ở thân tử cung

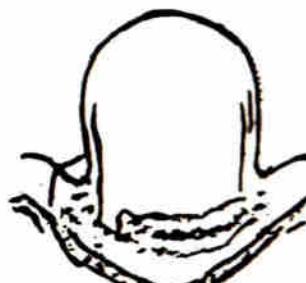
Tình trạng này có thể xảy ra vào giai đoạn cuối của thời kỳ có thai hay vào lúc bắt đầu chuyển dạ. Máu chảy thường nhẹ vì thai nhi, bánh rau được đẩy vào trong ổ phúc mạc, và tử cung co rút lại. Đau bụng cấp tính và sốc có thể xuất hiện.

5.2. Vỡ sẹo mổ đoạn dưới tử cung

Hiện tượng này không phải bao giờ cũng dễ phát hiện, vì vỡ ban đầu ở ngoài phúc mạc. Nứt sẹo mổ đoạn dưới thực tế có thể không gây ra chảy máu hoặc sốc, chỉ phát hiện ra vỡ lúc mổ vì lý do chuyển dạ chậm tiến triển. Tuy vậy, nếu vết rách lan rộng thì có thể chảy máu vào trong ổ phúc mạc kèm theo đau dữ dội và sốc.



Hình 14.65. Vỡ sẹo mổ ở thân



Hình 14.66. Vỡ sẹo
đoạn dưới tử cung

5.3. Vỡ tử cung tự nhiên

Điển hình, người bệnh là người đẻ nhiều lần, cuộc chuyển dạ đã bị ách tắc vì ngôi không thuận hoặc mất cân xứng. Các cơn co tử cung trước đó rất mạnh và vỡ xuất phát từ đoạn dưới gây ra đau đớn, chảy máu, rái ra máu và truy tim mạch.

5.4. Chẩn đoán và điều trị

Việc chẩn đoán đôi khi rõ ràng nhưng cũng có thể không phát hiện được nếu không mổ bụng. Phải phát hiện đau bụng dai dẳng, mạch tăng lên và máu từ dưới âm đạo chảy ra. Sau khi tử cung vỡ thì các cơn co tử cung ngừng.

Chảy máu trong ổ bụng.

Hiện tượng này có thể gây nên truy mạch nhanh chóng. Máu có thể khu trú ở sau phúc mạc thành khối máu tụ trong dây chằng rộng. Phải để ý đến chảy máu ngẫu biến trong khi chẩn đoán.

Thay đổi hình dạng của bụng phồng lên. Nếu thai nhi bị đẩy hoàn toàn hoặc một phần vào trong ổ bụng thì tử cung sẽ co lại, có thể phát hiện được như là một khối riêng biệt trong ổ bụng. Thăm khám âm đạo thấy hố chậu rỗng.

Một khi đã chẩn đoán ra thì phải tiến hành mổ bụng và truyền máu.

Phẫu thuật cắt tử cung thường là cách điều trị an toàn nhất, song quyết định này phụ thuộc vào mức độ thương tổn và lâm sàng của bệnh nhân. Nếu vết rách nhỏ thì biện pháp đơn giản nhất có thể là khâu phục hồi, bảo tồn tử cung.

Nếu quyết định cắt tử cung, vết rách trong đại bộ phận trường hợp đã hoàn chỉnh nửa phẫu thuật rồi. Những bước tiếp trong phẫu thuật được nêu lên dưới đây. Nếu chảy máu nghiêm trọng thì đây là một phẫu thuật trong đó tốc độ mổ có ý nghĩa quan trọng.



Hình 14.67. Vỡ tự nhiên



Hình 14.68. Phẫu thuật ổ bụng khâu hoặc cắt tử cung bán phần

Cắt các vòi Fallope và các dây chằng rộng, để lại các buồng trứng và một phần các vòi trứng.

Sau khi cắt là phúc mạc ở nơi vỡ thì đáy bàng quang tách ra khỏi thành tử cung, tiến hành cắt tử cung bán phần.

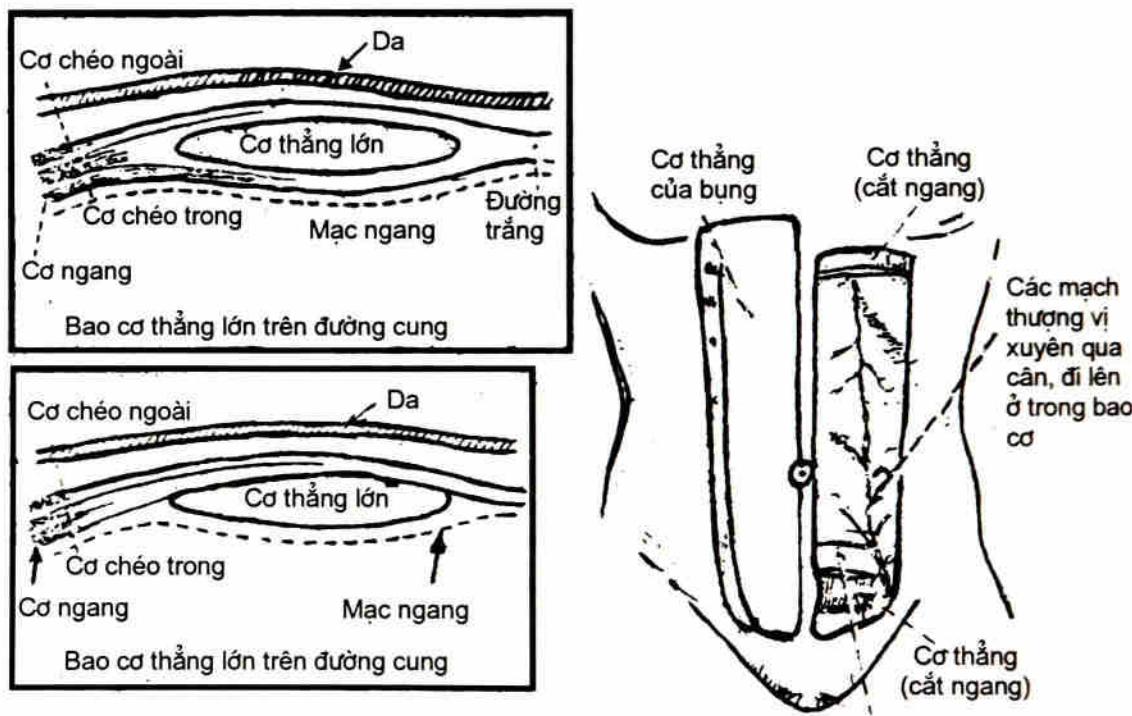
6. Máu tụ trong bao cơ thẳng lớn

Đây là một bệnh cảnh hiếm xảy ra, chủ yếu gặp ở người đã đẻ nhiều lần, là hậu quả của họ hoặc gắng sức rặn đột ngột. Các sợi cơ và các nhánh của tĩnh mạch thương vị sâu bị đứt ra.

- Đây là một bệnh được chẩn đoán chủ yếu dựa vào bệnh sử của hiện tượng gắng sức đột ngột, sau đó là cơn đau.

- Nếu đứt vỡ xảy ra ở dưới rốn, thì máu có thể trào ra ở bất cứ nơi nào theo mạch ngang và thực tế là ở sau phúc mạc. Nếu đứt vỡ ở trên rốn thì máu tụ dễ có khả năng khu trú lại.

- Có tình trạng đau đớn, cảm ứng phúc mạc và bụng phồng lên không rõ ràng. Nếu mất máu nhiều thì có thể trụy tim mạch. Phải phân biệt bệnh cảnh này với chảy máu ngẫu biến, vỡ tử cung hoặc vỡ u nang buồng trứng.



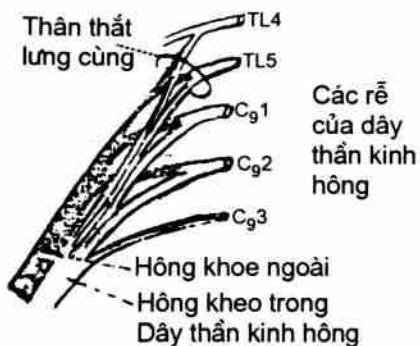
Hình 14.69. Máu tụ trong bao cơ thẳng lớn

Cách điều trị. Nếu máu tụ nhỏ và khu trú thì có thể để cho ổ máu tụ tự tiêu đi, song thường phải can thiệp bằng phẫu thuật: mở lấy máu cục, thắt lại các điểm chảy máu, đóng thành bụng và dẫn lưu.

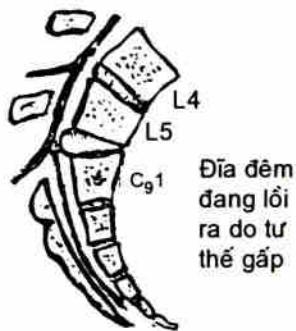
7. Viêm dây thần kinh do chấn thương (đồng nghĩa: liệt sản khoa)

Viêm dây thần kinh do chấn thương là một bệnh cảnh hiếm gặp, trong đó 1 hay 2 chân có các dấu hiệu thương tổn dây thần kinh vận động hoặc cảm giác xuất hiện ngay sau khi chuyển dạ.

Dây thần kinh hông khoeo ngoài chia ra thành nhánh cơ bì và nhánh chầy trước là hay bị thương tổn nhất.



Hình 14.70. Tổn thương dây thần kinh hông khoeo



Hình 14.71. Thoát vị đĩa đệm

7.1. Các cơ chế gây bệnh

7.1.1. *Thoát vị đĩa đệm (giữa TL 4-5 hoặc TL5-Cg1)*. Thoát vị đĩa đệm là một thương tổn do gấp, có thể do tư thế phụ khoa cong quá mức gây nên trong khi sổ thai bằng forceps.

7.1.2. *Đầu thai nhi có thể ép vào thân thắt lưng-cùng khi nó đi qua khớp cùng-chậu (đặc biệt là khi chậu hông dẹt)*. Dây thần kinh thắt lưng 5 là rễ lớn nhất của dây thần kinh hông.

7.1.3. *Xương cùng có thể hơi quay một chút ra phía sau trong khi chuyển dạ và kéo vào thân thắt lưng-cùng*. Sổ thai bằng forceps có liên quan rõ rệt với viêm dây thần kinh.

7.1.4. *Dây thần kinh hông khoeo có thể bị ép giữa đầu xương mác với nạng đỡ khoeo chân khi nằm tư thế phụ khoa mà không dùng đệm*.



Hình 14.72. Viêm dây thần kinh TL5

VIÊM DÂY THẦN KINH DO CHẤN THƯƠNG

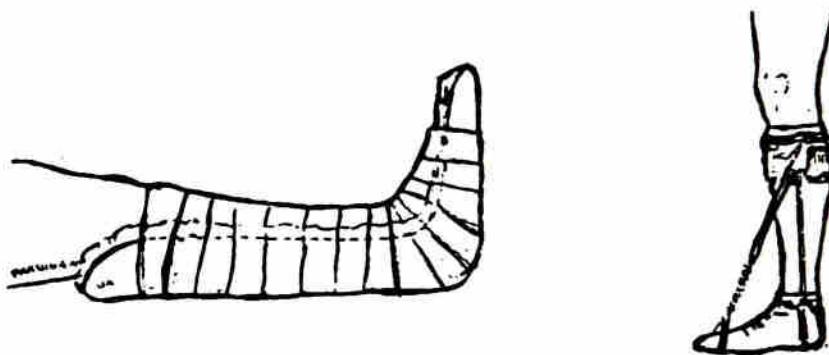
- Đau ở vùng thần kinh hông chi phổi (rễ TL5 có thể tham gia chi phổi da mặt sau đùi) và có thể có cảm giác kiến bò ở phần dưới cẳng chân.

- Teo nhẽo cơ có thể nhẹ hoặc lan đến tận các cơ mông.
- TL4,5; Cg1,2). Các phản xạ gân có thể thay đổi nhưng phản xạ cổ chân thường giảm đi và phản xạ đầu gối tăng.
- Bàn chân thuồng thay đổi từ mức gấp bàn chân yếu đến liệt hoàn toàn cơ mác, cơ chày trước và cơ duỗi ngón chân dài. Người bệnh có thể không gấp được bàn chân của mình hoặc không duỗi được các ngón chân.
- Rối loạn cảm giác. Tăng cảm giác đau (cảm giác châm kim tăng lên) và cảm giác tê bì thể hiện ở vùng da trên các cơ gấp cổ chân và các cơ mác, thường ở mức độ nhẹ.

7.2. Cách điều trị

Nếu phát hiện hoặc nghi ngờ thoát vị đĩa đệm, thì bệnh nhân phải được săn sóc với bản gãy xương đặt ở dưới đệm. Có thể cần phải kéo để làm giảm đau. Bàn chân thuồng được bảo vệ bằng lồng đắp và nẹp bột mặt sau cẳng chân. Khi bắt đầu đi lại có thể cần cố định bằng một bàn đế sắt ngắn trong nhiều tháng cho tới khi chức năng hồi phục hoàn toàn. Có thể coi một thời gian bị viêm dây thần kinh do chấn thương là một chỉ định mổ lấy thai đối với lần có thai về sau.

Đau lưng kết hợp với bước đi thot có thể là hậu quả của khớp cùng-chậu bị căng giãn sau khi đẻ hoặc thậm chí do cả khớp cùng-cụt bị giãn (đau khớp cùng-cụt), song trong những trường hợp như thế thì không thấy có chứng cứ nào của tổn thương nơron thần kinh vận động thấp.



Hình 14.73.

- a. Nẹp bột mặt sau cẳng chân
- b. Bàn đế ngắn bằng sắt

HẬU SẢN BÌNH THƯỜNG VÀ BỆNH LÝ

I. THỜI KỲ HẬU SẢN

Thời kỳ hậu sản là giai đoạn tiếp sau cuộc sinh đẻ khi người phụ nữ trở lại gần giống như trạng thái trước khi có thai.

Vì lý do đăng ký nhiễm khuẩn nên thời kỳ hậu sản được quy định theo luật pháp là 14 ngày (tại Anh và xứ Wales), và 21 ngày (Scotland) sau khi đẻ.

Cần phải có một nữ hộ sinh để trông nom một phụ nữ trong thời kỳ hậu sản trong một thời gian ít nhất 10 ngày sau khi đẻ.

Tử cung mang một diện chảy máu nham nhỏ-dó là một vết thương. Phải phòng ngừa nhiễm khuẩn.

Trẻ sơ sinh đòi hỏi phải được trông nom và thăm khám cẩn thận. Phải bắt đầu cho bú mẹ (hoặc làm mát sữa một cách thích đáng).

Trương lực các cơ yếu đi; các dây chằng giãn ra sau mang thai và chuyển dạ. Cần cho tập thể dục có hệ thống để giúp phòng tránh các tổn thương tư thế mạn tính, thoát vị và sa sinh dục.

Tình tình người mẹ không ổn định; họ cần được thông cảm và tương trợ.

Sự chuẩn bị về thể chất và tâm lý tốt đối với sinh đẻ, các cuộc chuyển dạ ngắn bớt căng thẳng, vận động sớm đã làm giảm được tỷ lệ bệnh trong thời kỳ hậu sản. Không cần phải săn sóc nhiều, nhiều phụ nữ có thể trở về gia đình sau một thời gian ngắn dưỡng sức tại bệnh viện. Đây là một hoàn cảnh mong muốn, đòi hỏi một dịch vụ đỡ đẻ có hiệu quả và tập thể phối hợp nhịp nhàng.

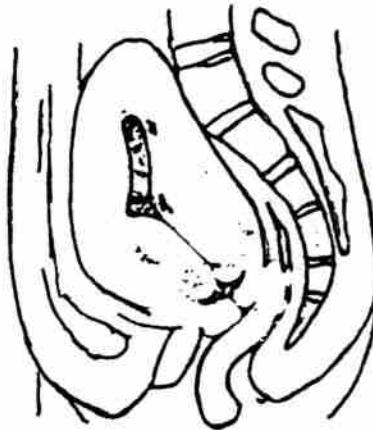
1. Các biến đổi sinh lý

Quá trình nhờ có mà tử cung trở về tình trạng giống hâu như trạng thái trước khi mang thai được gọi là hiện tượng thoái triển. Đây là một thí dụ sâu sắc về hiện tượng teo do mất sự hỗ trợ của các nội tiết của bánh rau.

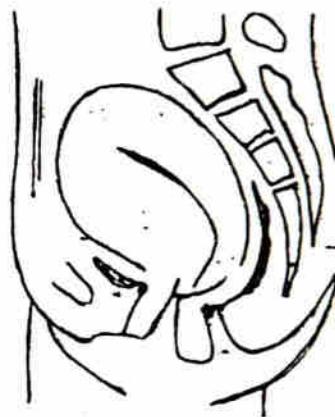


Hình 15.1. Thời kỳ hậu sản

Sự thoát triển do hiện tượng tự tiêu-một tình trạng tiêu hóa các tương bào thừa bằng enzym và huyết khối, thoát hóa kính của các mạch máu gây nên, song các vết tích của các tổ chức xơ - đàn hồi vẫn còn tồn tại là một bằng chứng của tình trạng có thai. Nội mạc tử cung được tái sinh vào ngày thứ 10, trừ vùng bám của bánh rau phải mất tới 6 tuần.



Hình 15.2. Tử cung sau khi đẻ



Hình 15.3. Tử cung vào ngày thứ 6

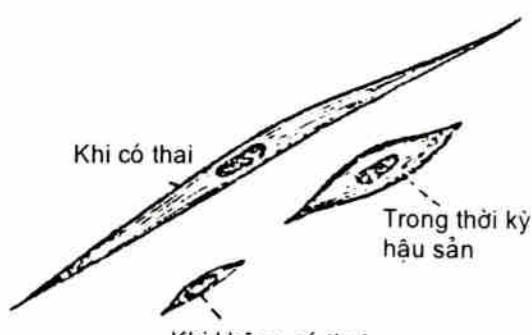
Sản dịch (khí hư do đẻ) bao gồm chủ yếu máu và màng rụng hoại tử. Các chất này kéo dài chừng 2-3 tuần rồi nhạt dần và cạn đi. Ban đầu dính, dịch vô khuẩn nhưng vào ngày thứ 3-4 thì ở mặt trong tử cung thấy có những khuẩn lạc cộng sinh từ âm đạo phát triển (như liên cầu khuẩn không gây tán huyết, E.Coli v.v...).

Tử cung giảm chỉ còn bằng khoảng 1/25 kích thước của nó vào khoảng 6 tuần, tuy rằng chẳng khi nào nó trở lại hoàn toàn đúng với các tỷ lệ như khi chưa đẻ bao giờ.

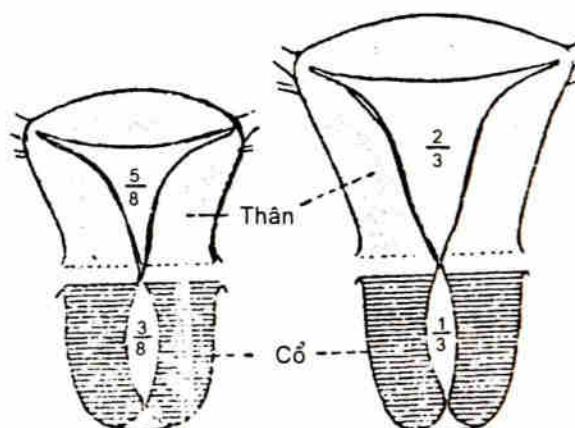
- Các sợi cơ tử cung



Hình 15.4. Tử cung không có thai



Hình 15.5. Các sợi cơ tử cung



Hình 15.6. Tử cung chưa đẻ con

15.7. Tử cung đã đẻ con

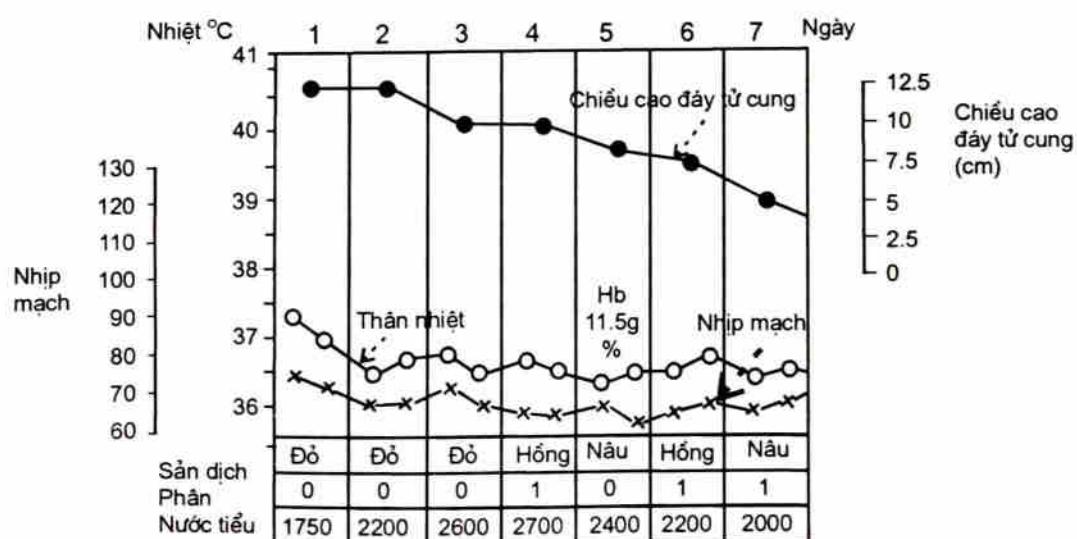
- Kích thước giảm đi một phần là do máu và các mạch máu mất đi, và một phần là do sự tiêu hóa một lượng lớn tương bào của các tế bào. Số lượng của các tế bào có lẽ không giảm đi nhiều, song riêng các sợi cơ ngắn lại và mỏng đi nhiều hơn so với lúc mang thai.

- Cổ tử cung không bao giờ trở lại hình thái ban đầu nữa, và mặc dù đã lành sẹo hoàn toàn nó sẽ vẫn mang bằng chứng của sinh đẻ.

- Âm đạo và âm hộ bị căng giãn ra rất nhiều trong khi chuyển dạ, đã trở lại trạng thái trước khi mang thai vào tuần lễ thứ 3. Các gờ nhăn ở âm đạo và các mô thoái triển tới mức không còn rõ rệt như trong tình trạng chưa đẻ nữa. Chỉ còn những nụ có chân nhỏ của màng trinh (các nút hình lá - "các mấu thịt hình lá cây") và cũng giống như cổ tử cung đã đẻ, là bằng chứng của lần mang thai trước.

2. Các hình thái lâm sàng

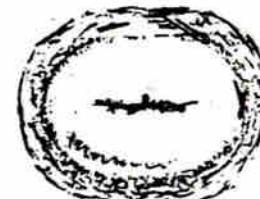
Bảng 15.1. Bảng theo dõi sau đẻ



2.1. Chiều cao đáy tử cung được đo hàng ngày. Bàng quang phải rỗng và tử cung được xoa cho co lại; đo chiều cao tử cung trên khớp mu. Khi tử cung không thoái triển cần nghĩ tới sót rau.



Hình 15.8. Cổ tử cung chưa đẻ



Hình 15.9. Cổ tử cung đã đẻ



2.2. Nhịp mạch có xu hướng chậm đi, khoảng 60-70/phút, có lẽ là do người phụ nữ đang được nghỉ ngơi hoàn toàn sau sự căng thẳng của chuyển dạ.

2.3. Nhiệt độ có thể tăng lên nhẹ trong vòng 24 giờ đầu, song sau đó phải ở trong các giới hạn bình thường. Sốt dai dẳng đòi hỏi phải điều tra nguyên nhân (xem trang 394).

2.4. Táo bón trong vài ngày là một quy luật, progesteron tiếp tục ức chế hoạt động cơ trơn. Trĩ là một biến cố thường thấy và gây phiền toái.

2.5. Nước tiểu

– Có hiện tượng bài niệu tăng trong vòng từ ngày thứ 2 đến thứ 5, và lượng nitrogen trong nước tiểu tăng lên nhiều. Cơ thể mất đi hiện tượng giữ nước quá mức trong lúc mang thai; lượng bài tiết nitrogen cao là hậu quả trực tiếp của quá trình tự tiêu đang tiến triển ở tử cung. Bí tiểu tiện thường hay gặp, nhất là sau cuộc đẻ can thiệp bằng thủ thuật. Hiện tượng này có thể do phù nề ở cổ bàng quang, là hậu quả của sự căng giãn, bầm giập hoặc do đau vì các mủi khâu tầng sinh môn.

2.6. Sản dịch phải thay đổi màu sắc dần dần từ đỏ ngả sang vàng nhạt trong vòng 10 ngày, có nhiều thay đổi trong hiện tượng này do các biến động về lượng máu đang mất trong giai đoạn này. Quá nhiều sản dịch đỏ tươi thì phải nghỉ đến sót rau.

2.7. Máu

– Hàm lượng hemoglobin có ý nghĩa quan trọng và phải ổn định vào ngày thứ 5, khi đang tiến tới tình trạng máu cô đặc.

3. Hiện tượng tiết sữa và nuôi còn bằng sữa mẹ

3.1. Sự tiết sữa

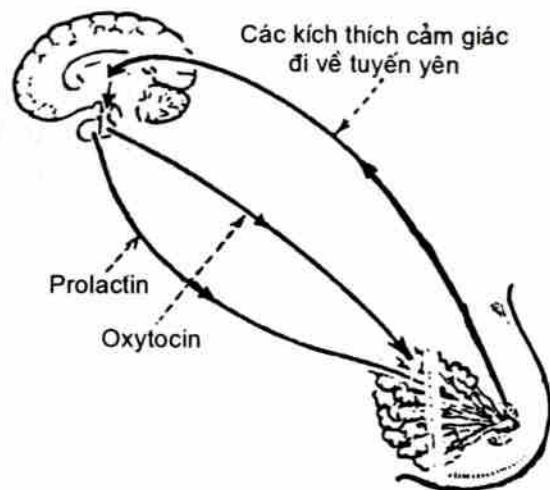
Prolactin từ thùy trước tuyến yên làm cho các tuyến sữa tiết ra sữa. Oxytocin từ thùy sau tuyến yên tác động tới các tế bào mô-cơ bao quanh các tuyến làm cho sữa được bài tiết vào trong ống dẫn sữa rồi vào núm vú. Oxytocin cũng còn kích thích lượng prolactin tiết ra thêm.

3.2. Phản xạ "xuống sữa"

Phản xạ "tích sữa"

Phản ứng "đầy sữa ra"

– Phản xạ có điều kiện do kích thích của miệng đứa trẻ ở núm vú (hoặc thậm chí do việc chuẩn bị cho bú) làm tiết sữa.



Hình 15.10. Phản xạ có điều kiện của sự tiết sữa

- Các estrogen của bách rau ức chế tiết prolactin; phải mất 3 hoặc 4 ngày thì hiện tượng này mới mất đi hẳn. Sữa bình thường cho tới lúc này còn chưa được tiết ra. Khi mà các estrogen còn chế ngự (trong khi có thai và ngay sau khi đẻ) thì chỉ có sữa non được tiết ra.
- Sữa non là một dịch màu hơi vàng, chứa lượng protein lớn hơn nhiều so với sữa bình thường cộng với các tế bào biểu mô bong ra. Chức năng của nó chưa được biết rõ song hàm lượng gamma-globulin cao của nó có thể là một nguồn cung cấp các kháng thể cho đứa trẻ, những kháng thể này cần cho trẻ trong những tháng đầu.
- Các chủ trại sữa bao giờ cũng cho các hệ con bú sữa non để bảo vệ chúng chống lại bệnh.

Tỷ lệ % chất trong sữa non và sữa mẹ

	Sữa non	Sữa mẹ
Protein	6%	1%
Milk	2,5%	3,5%
Hydrat carbon	3%	7%

3.2. Nuôi thay thế sữa mẹ

Nuôi nhân tạo thay thế cho con bú mẹ. Có thể cần đến biện pháp này khi phải tạm ngừng cho bú vì núm vú, hoặc trong trường hợp sinh đôi thay đổi lần bú mẹ bú bằng chai.

3.3. Nuôi bổ sung

Nuôi bổ sung thực hiện vào cuối lúc bú mẹ khi đứa trẻ chưa đủ no hoặc không tăng cân. Thời cho trẻ ăn thêm từ 30-50ml sữa khác.

3.4. Ức chế hiện tượng tiết sữa

Người mẹ phải quyết định trước khi đẻ liệu mình có định cho con bú hay không. Nếu phải nuôi đứa trẻ bằng chai sữa thì sau khi đẻ phải băng ép vú lại, phần lớn phụ nữ không cần dùng thuốc men gì để tránh tiết sữa.

Nếu các vú căng sữa hoặc nếu cần phải làm ngừng tiết sữa sau khi đã bắt đầu cho con bú thì cho bromocryptin với liều lượng 2,5mg, hai lần một ngày, trong 2 tuần liền là thuốc thích hợp nhất, nên tránh dùng estrogen vì làm tăng nguy cơ huyết khối tĩnh mạch.

3.5. Cai sữa

Cai sữa là sự thay đổi dần từ chế độ cho bú mẹ sang hẳn chế độ ăn nhân tạo hoặc ăn sam (sữa và các thức ăn nửa đặc). Ba tháng có lẽ là thời gian hợp lý để người mẹ bắt đầu cho bú chai thay cho bú mẹ vào lúc 2 giờ chiều, tiếp tục trong một tuần. Bữa bú vào 6 giờ sáng có thể là bữa bỏ cho bú sau cùng, vú có xu hướng căng nhất vào thời gian đó do sau một đêm nghỉ ngơi.

Việc cho bú nên giảm từ từ từng bước so với nhu cầu, song nếu phải cai sữa ngay lập tức thì có thể cần đến bromocryptin.

3.6. Các vấn đề ảnh hưởng đến nuôi con bằng sữa mẹ

Bất luận một trạng thái bệnh lý nào cũng đều có thể ảnh hưởng xấu tới việc nuôi con bằng sữa mẹ ngay lập tức.

3.6.1. Không đủ sữa

Cách duy nhất để chứng minh hiện tượng này là cân đứa trẻ trước và sau mỗi bữa bú trong 24 giờ. Nếu người mẹ không tạo ra ít nhất được 60ml sữa cho mỗi bữa bú và đứa trẻ không lên cân, thì người mẹ phải ăn, uống thêm lên và phải sống thanh thản tới mức cao nhất. Người ta chưa biết có thuốc nào làm tăng được tiết sữa.

3.6.2. Quá nhiều sữa

Có thể ngờ tình trạng này nếu đứa trẻ iả sống phân - số lượng nhiều và mùi khó chịu, đôi khi còn vẩy máu - hoặc còn để lại vú không hết sữa. Nó cũng còn có thể ợ sữa, thậm chí nôn trong khi bú hoặc ngay sau bữa bú. Những đứa trẻ như thế thường là mạnh khỏe, hau ăn. Cách điều trị là giảm bớt thời gian cho bú để làm giảm kích thích, cho trẻ uống thêm nước chín nếu trẻ không ngủ.

3.6.3. Núm vú đau

Các vết nứt, nẻ ở vú do trẻ mút quá mạnh để cố ngậm được đầu vú vào mồm. Chính vì hiện tượng này mà trong thời kỳ trước khi sinh con cần khuyến khích việc làm cho đầu vú nhô ra. Cách điều trị là dùng một mộc bảo vệ núm vú để qua đó trẻ mút hoặc để núm vú nghỉ trong 24 giờ, dùng cách vắt sữa nhằm tránh hiện tượng cương vú sữa. Có thể bôi một loại kem hoặc dịch phun để bảo vệ núm vú.

4. Thể dục sau khi sinh con

Trong nửa thời gian mang thai về sau, các dây chằng mềm ra và lỏng lẻo (có lẽ do hậu quả của hiện tượng giữ nước gây nên bởi các nội tiết của bánh rau), các cơ bị căng giãn ra, tư thế bị thay đổi để bù lại cân nặng tăng lên của tử cung mang thai. Trong cuộc đẻ, sàn chậu hông bao giờ cũng bị căng giãn ra và có thể bị thương tổn.

Sau khi sinh con phải tập thể dục để phòng ngừa sự phát triển của thoát vị, sa sàn chậu hông và các khuyết tật tư thế, chẳng hạn như giãn khớp cùng - chậu; để phòng ngừa ứ trệ tuần hoàn và làm giảm nguy cơ huyết khối hoặc nghẽn mạch.

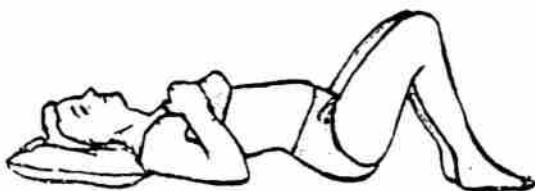
Bên cạnh việc vận động sớm người bệnh cần được hướng dẫn trong một khóa học theo hệ thống những bài tập thể dục để ra, nhằm phục hồi trương lực cho các nhóm cơ khác nhau, nhất là nhóm cơ thắt lưng - lưng, bụng và tầng sinh môn. Sau đây là những thí dụ:



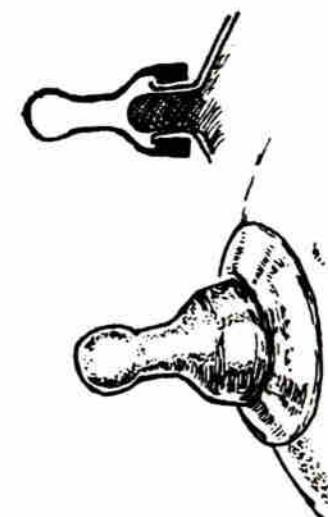
Hình 15.12. Bàn tay bệnh nhân ép lên các cơ thành bụng. Đầu tiên tập thở bằng ngực rồi sau đó thở bằng bụng



Hình 15.13. Ruỗi thẳng cả hai đầu gối, cẳng chân vắt chéo lên nhau. Tập co và duỗi các cơ mông, đùi. Hậu môn và tầng sinh môn thót lại như cố nhịn đại



Hình 15.14. Nằm ngửa, đầu gối co lại, lắc bụng và mông ra phía sau. Lắc ra phía trước làm nặng thêm tình trạng khó chịu cho khớp cùng - chậu



Hình 15.11. Mộc bảo vệ núm vú lúc cho bú



Hình 15.15. Ngồi trên ghế, cúi từ từ ra trước để chạm các ngón chân rồi lại từ từ ngồi lên và làm thẳng hai vai ra

5. Băng huyết sau đẻ thứ phát

Băng huyết sau đẻ thứ phát là hiện tượng chảy máu bất thường đường sinh dục từ sau khi đẻ 24 giờ cho tới hết thời kỳ hậu sản.

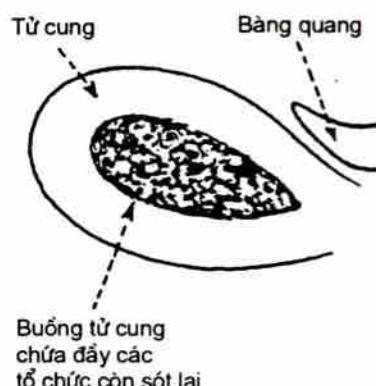
5.1. Nguyên nhân

1. Sót rau. Tình trạng này không tránh khỏi dẫn đến nhiễm khuẩn.
2. Nhiễm khuẩn trong buồng tử cung có hoặc không có sót rau.
3. Tử cung chậm thoái triển hoặc sản dịch không thoát được hết, đôi khi đưa đến chảy máu tươi muộn hơn dự kiến.

5.2. Cách xử trí

1. Dùng siêu âm để chẩn đoán sót rau.
2. Dùng kháng sinh (phổ diệt khuẩn rộng + thuốc chống vi khuẩn ký khí, thí dụ như metronidazole).
3. Nạo tử cung nếu phát hiện sót rau.

Đây là một bệnh cảnh lắt léo; chảy máu đôi khi vẫn dai dẳng sau khi đã nạo tử cung. Có khi cần phải chèn gạc buồng tử cung và thậm chí phải tiến hành phẫu thuật cắt tử cung.



Hình 15.16. Sót rau sau đẻ

6. Sốt hậu sản

Sốt hậu sản có nghĩa là thân nhiệt ở 38°C , kéo dài hoặc tái phát trong vòng 24 giờ, trong vòng 21 ngày (14 ngày ở nước Anh) sau khi sinh con hoặc sẩy thai. Định nghĩa này xuất phát từ thời kỳ mà việc đăng ký sốt hậu sản (dù do nguyên nhân gì) là một trách nhiệm mang tính pháp lý.

Hiện nay tình trạng này không còn ở Scotland nữa.

Sốt hậu sản có thể do một trạng thái nhiễm khuẩn ở đường sinh dục hay ở ngoài đường sinh dục.

1. Đường sinh dục - tầng sinh môn, âm đạo, tử cung, phần phụ.
2. Vú.
3. Hệ thống tiết niệu (xem Chương 7).
4. Viêm tĩnh mạch - huyết khối nông hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu (xem Chương 7).
5. Hệ thống hô hấp - Cảm lạnh thông thường, cúm, sau gây mê toàn thân.

Do đó, sốt hậu sản đòi hỏi phải khám toàn diện thực thể; xét nghiệm vi sinh vật nước tiểu, ngoáy họng hoặc lấy đờm, qua bông thấm phần trên âm đạo và trong một số trường hợp cần lấy máu.

Đồng nghĩa: sốt hậu sản, nhiễm khuẩn hậu sản, sốt giường đẻ.

Những khuẩn có thể xảy ra trong khi chuyển dạ, nhất do vỡ ối đã kéo dài. Việc thăm khám âm đạo trong khi chuyển dạ, ngay cả lúc hết sức cản thận đảm bảo vô khuẩn vẫn có thể làm cho vi khuẩn di chuyển từ âm đạo tới tử cung dễ dàng. Vi khuẩn đáng ngại nhất có thể gặp ở âm đạo bình thường vô bệnh là liên cầu khuẩn tan huyết bêta.

– Tới tận giữa thế kỷ này thì nhiễm khuẩn trong khi sinh đẻ vẫn còn là một nguyên nhân chính về tử vong và bệnh của người mẹ. Sự phát triển các kháng sinh đã cung cấp một biện pháp điều trị đối với tình trạng này, song việc săn sóc chu đáo hơn, những cải tiến các phương tiện dùng ở bệnh viện và tránh tình trạng quá đông, tất cả đều góp phần làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn đường sinh dục.

– Trong thời kỳ hậu sản, nhiễm khuẩn có thể đi vào qua một hoặc nhiều vết thương này là:

– Vùng bánh rau là một vết thương nham nhở với các tĩnh mạch mở đã được bịt lại bằng các cục huyết khối.

– Một môi trường cây tốt.

– Cổ tử cung hầu như bao giờ cũng bị rách, ngay cả trong khi đẻ thường.

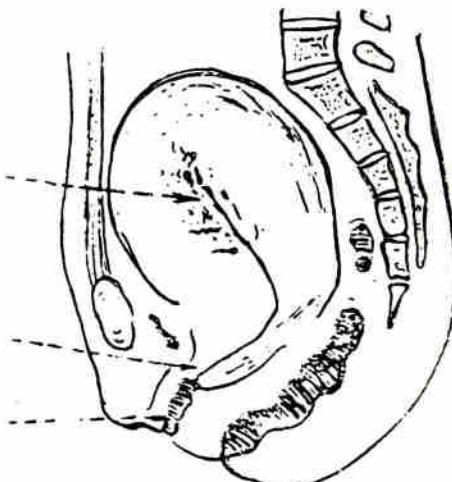
– Âm đạo thường bị rách hoặc bị cắt trong thủ thuật cắt tầng sinh môn.

– Trong thời kỳ hậu sản, người mẹ cần được động viên vận động càng sớm càng tốt, và phải tắm hoặc dùng chậu rửa âm hộ ít nhất hai lần mỗi ngày.

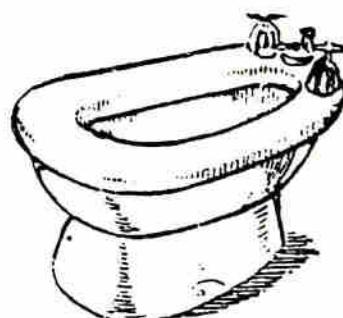
6.1. Nhiễm khuẩn đường sinh dục

6.1.1. Viêm nội mạc tử cung

Viêm nội mạc tử cung là hình thái hay gặp nhất và nhẹ nhất của nhiễm khuẩn đường sinh dục.



Hình 15.17. Đường sinh dục dễ nhiễm khuẩn sau đẻ

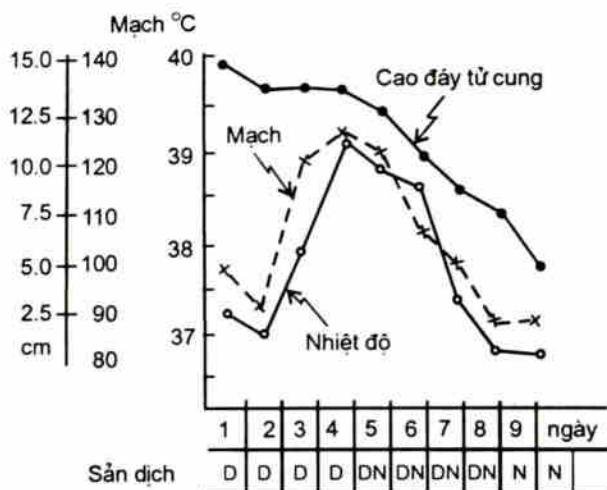


Hình 15.18. Chậu rửa âm hộ

4 dấu hiệu kinh điển:

- 1) Sốt 37,8 - 39°C.
- 2) Mạch 100 - 120 lần/phút.
- 3) Chiều cao đáy tử cung không tụt xuống - Tử cung thoái triển kém.
- 4) Sản dịch vẫn đỏ và có mùi hôi rất đặc biệt.

Bảng 15.3. Bảng theo dõi mục, t°, chèn co tử cung, sản dịch.



a) Xét nghiệm

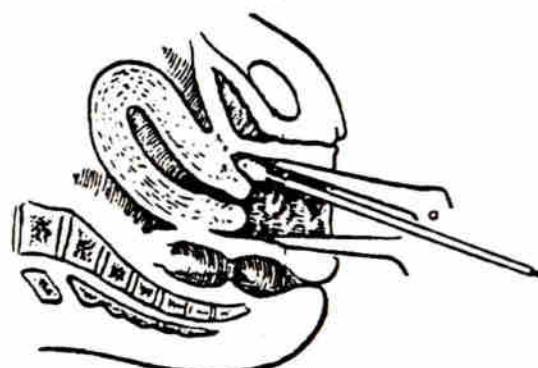
Lấy qua bông thấm dịch âm đạo và cổ tử cung qua một mỏ vịt vô khuẩn. Nếu chẩn đoán không rõ thì ngoáy họng và lấy mẫu nước tiểu giữa dòng gửi đi để xét nghiệm.

b) Cách điều trị

Cho một kháng sinh có phổ diệt khuẩn rộng, chẳng hạn như cephalosporin kết hợp với metronidazole để điều trị các nhiễm khuẩn kỳ khí trong khi chờ kết quả xét nghiệm vi khuẩn. Phải duy trì điều trị ít nhất 5 ngày. Nên tiến hành cấy máu.



Hình 15.19. Thoái triển tử cung bình thường

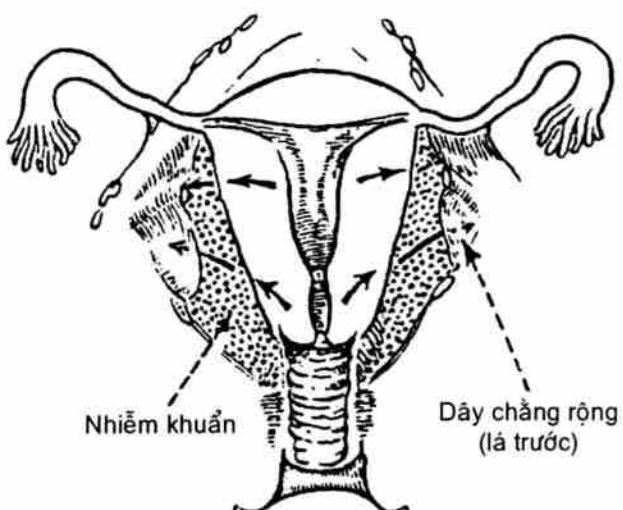


Hình 15.20. Làm phiến đồ phần trên âm đạo

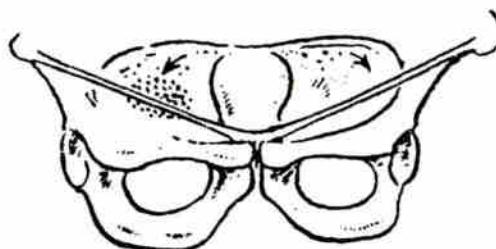
6.1.2. Viêm dây chằng rộng (đồng nghĩa: viêm tổ chức tế bào)

Nhiễm khuẩn có thể lan từ tử cung, từ một vết rách cổ tử cung và thậm chí cả từ viêm tĩnh mạch - huyết khối, hoặc viêm phúc mạc vào vòng tổ chức liên kết lỏng lẻo, tạo nên một viêm tủy dây chằng rộng. Nhiễm khuẩn có thể lan rộng sau phúc mạc theo bất kỳ hướng nào, thường là giữa các lá của dây chằng rộng, chung quanh âm đạo hoặc trực tràng, hay cả lên vùng thắt lưng. Đôi khi nhiễm khuẩn lan tràn theo dọc dây chằng tròn và rồi có thể tụ lại trên dây chằng bẹn, gần lỗ bẹn.

Bệnh cảnh xuất hiện muộn hơn so với viêm nội mạc tử cung, thường vào tuần thứ hai, với sốt và mệt mỏi. Thăm khám âm đạo phát hiện thấy có một khối rộng, rất cứng; sản dịch màu đỏ, nặng mùi. Đau có thể nhẹ hơn dự kiến.



Hình 15.21. Viêm dây chằng rộng



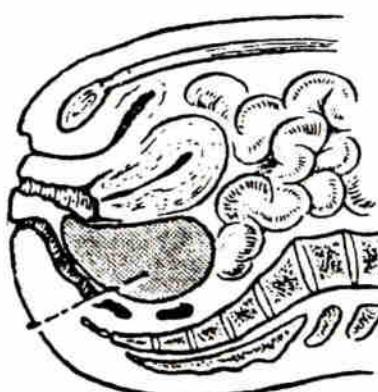
Hình 15.22. Thăm âm đạo
có một khối rộng lớn

Cách điều trị:

Dùng kháng sinh thích hợp trong hai hoặc nhiều tuần hơn, cho đến khi chậu hông trở lại bình thường. Nếu túi mủ xuất hiện thì phải dẫn lưu. Nếu điều trị kết quả không quả quan thì phải đi tìm vùng lan tỏa, nên biết là có khả năng gây nên áp xe dưới cơ hoành.

6.1.3. Viêm phúc mạc và viêm vòi trứng

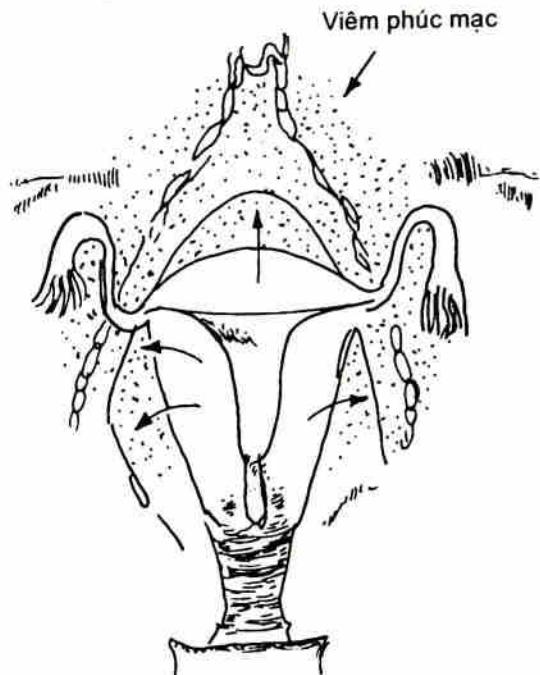
Cả hai bệnh cảnh này hầu như không phân biệt được và cũng đều không hay gặp. Phúc mạc chậu hông có thể ảnh hưởng theo cùng một cách như với dây chằng rộng và cùng lan dọc theo các vòi Fallope. Viêm phúc mạc toàn thể có thể xảy ra, thể hiện bằng tắc ruột cơ năng; rất hiếm khi nhiễm khuẩn cấp và bột phát đến mức thấy sốc "nhiễm khuẩn: hoặc "không hồi phục".



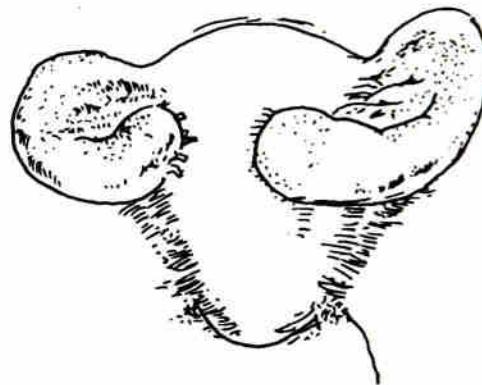
Hình 15.23. Túi mủ khu trú trong
chậu hông

Chẩn đoán và điều trị

Trong một số trường hợp không thể loại trừ được viêm ruột thừa cấp mà không phải mổ bụng thăm dò, song ngược lại thì cách điều trị giống như các phương hướng đã trình bày đối với viêm đại dày chằng rộng. Nếu mở bụng chỉ thấy viêm vòi trứng cấp thì phải đóng lại ổ bụng, không dẫn lưu.



Hình 15.24. Sự lan tràn của nhiễm khuẩn trong viêm phúc mạc



Hình 15.25. Viêm vòi trứng cấp. Tắc vòi trứng vĩnh viễn không hay gấp

6.2. Hiện tượng căng vú sữa

Trong khi hàm lượng estrogen lưu hành tụt xuống thì lượng prolactin từ tuyến tiền yên sản xuất ra lại tăng lên.

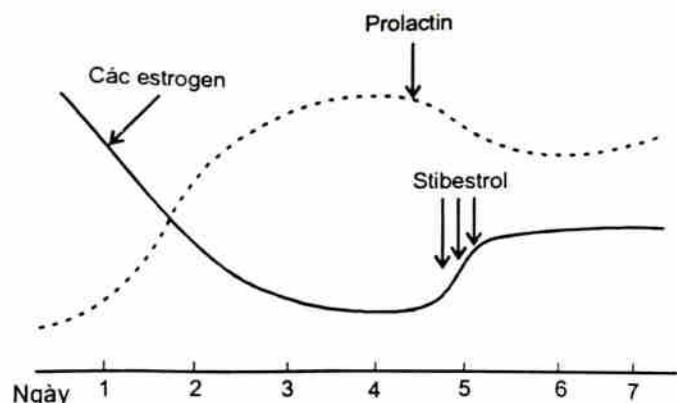
Nếu lượng sữa tiết ra vượt xa lượng sữa được bú đi (như khi đứa trẻ yếu hoặc ngủ li bì) thì vú đầy lên quá mức, tuẫn hoản tĩnh mạch và bạch mạch bị tắc nghẽn, vú sưng phù nề, phình to, đau nhức và thậm chí căng cứng khó vắt được sữa. Căng vú sữa cũng có thể do các ống dẫn sữa bị tắc vì sữa non hoặc các chất tiết của tuyến bã cô đọng trong thời kỳ trước khi sinh con. Cách điều trị là để cho vú nghỉ ngơi, dùng nịt chắc để nâng đỡ vú hoặc băng lại, vắt sữa ngay sau khi vú đã mềm ra.

Căng vú sữa là một bệnh cảnh gây đau nhức hết sức, có thể cần phải cho thuốc giảm đau. Giảm bớt lượng dịch uống vào hoặc cho thuốc lợi niệu có thể có tác dụng phụ trợ, song mặc dù như phản bác

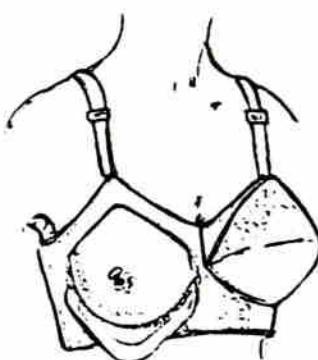


Hình 15.26. Vú bị căng sữa

đã nêu lên vẫn có thể phải dùng stibestrol với liều 15mg, cách 8 giờ một lần trong 24 giờ để làm ngừng tiết sữa tạm thời.



Hình 15.27. Stibestrol ức chế prolactin



Hình 15.28. Nịt vú nuôi con có tác dụng nâng vú tốt

6.3. Nhiễm khuẩn vú

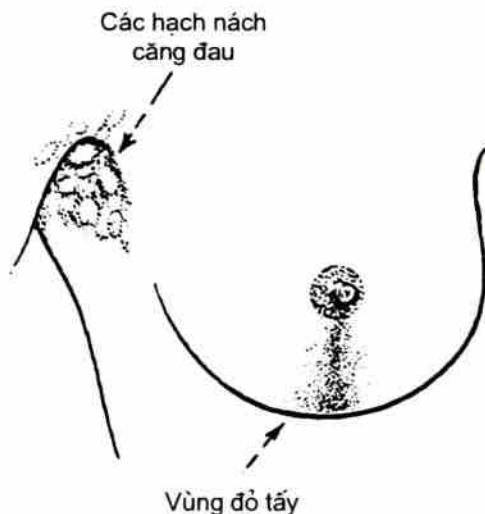
Viêm vú là một bệnh của tiết sữa.

- Nhiễm khuẩn (hầu như bao giờ cũng là tụ cầu khuẩn vàng) đi vào qua một núm vú bị nứt hoặc bị trượt ra, tạo nên một nhiễm khuẩn tại chỗ của nhu mô và tổ chức kẽ, dẫn tới sự hình thành áp xe.

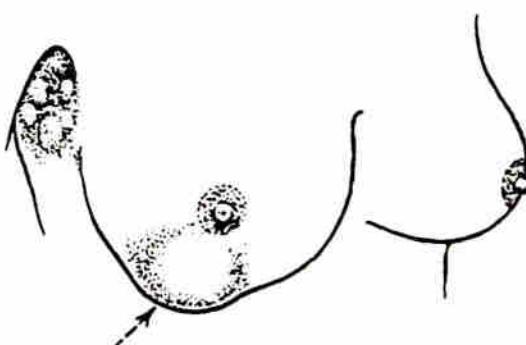
- Triệu chứng biểu hiện bắt đầu thường là sốt. Rồi thấy một vùng đau nhức và nổi màu đỏ xuất hiện ở vú lan tỏa ra phía ngoài, đỏ và căng cứng xong không lùng nhùng hoặc phồng lên. Vào giai đoạn này phải cho thuốc kháng sinh theo kinh nghiệm. Cloxacillin hoặc flucloxacillin là những thuốc thích hợp nhất. Vì vi khuẩn có thể là một tụ cầu khuẩn đã kháng penicillin.

- Vú được băng đỡ có thể làm cho việc tiết sữa tạm ngừng hoặc ngừng hẳn; trong nhiều trường hợp nhiễm khuẩn có thể sẽ dịu đi.

- Giai đoạn sau là hiện tượng viêm rõ rệt - vú đỏ rực, phồng lên, đau nhức có thể đã chứa mủ mặc dù chưa thấy dấu hiệu lùng nhùng. Nếu chưa rõ



Hình 15.29. Nhiễm khuẩn vú



Hình 15.30. Vùng đau nhức và phồng lên

ràng chưa đến lúc đẻ rạch tháo thì có thể chườm nóng bằng đắp bột kaolin, hoặc dùng một nguồn nhiệt khác rơi vào trong vòng một ngày, song tốt hơn là nên rạch sớm còn hơn là tháo muộn. Phải cho ngừng tiết sữa trong giai đoạn này.

- Dưới gây mê toàn thân, rạch một đường theo hình nan hoa, phá bỏ mọi túi mủ. Đặt một ống dẫn lưu trong vòng 3 ngày và gửi mủ đi cấy khuẩn, làm kháng sinh đồ.

- Nhiễm khuẩn vú cấp tính cũng có thể xảy ra khi bắt đầu cai sữa. Trong những trường hợp như vậy, có lẽ nhiễm khuẩn đã có và khi dòng sữa dẫn lưu bị ngừng lại thì phản ứng viêm thường lệ sẽ xảy ra. Cách điều trị cũng giống như đối với viêm vú đang tiết sữa.

- Đôi khi có tổ chức tuyến vú lan rộng thành một đuôi ở vùng nách, đuôi này phồng lên làm đau nhức trong khi tiết sữa. Hiện tượng này sẽ dịu đi nhưng cũng có trường hợp gây khó chịu nhiều đến mức phải làm ngừng tiết sữa.

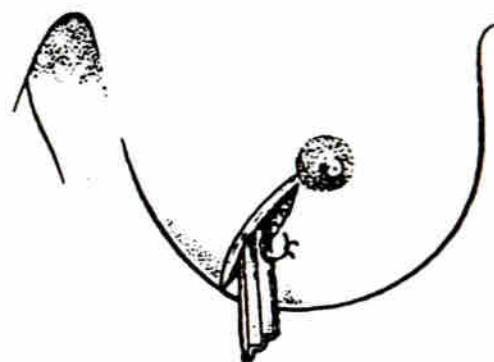
Túi sữa đóng. Đây là một sự tích tụ sữa ở trong một thùy mà ống dẫn sữa của thùy này bị tắc do chất tiết bị cô đọng lại. Thường thì túi sữa đóng này tiêu đi và nên để yên trừ khi gây khó chịu lớn.

Nguy cơ người phụ nữ đang nuôi con bằng sữa mẹ bị viêm tuyến vú giảm đi nhiều nếu họ được hướng dẫn đúng về cách săn sóc vú và núm vú trong khi mang thai, và nếu tránh được căng vú sữa trong thời kỳ hậu sản. Nếu người bệnh đã quyết định không nuôi con bằng sữa mẹ thì việc ức chế tiết sữa phải tiến hành ngay từ đầu.

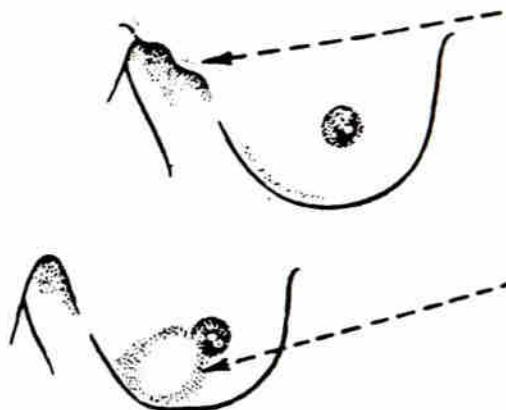
6.4. Sốc nhiễm khuẩn

(Sốc nội độc tố hay sốc những khuẩn huyết: nhiễm khuẩn huyết Gram âm)

Biến chứng trầm trọng này đôi khi theo sau nhiễm khuẩn hậu sản. Tình trạng này có nghĩa là suy sụp tuần hoàn nặng do độc tố của vi khuẩn. Các độ tố này gây nên những thương tổn mạch máu dẫn đến tăng tính thấm của mao mạch, hoặc huyết khối lan tràn ở các tiểu động mạch và mao mạch (đóng máu rải rác trong lòng mạch). Tỷ lệ tử vong của bệnh cảnh này tới trên 60% và có thể là di chứng của bất kỳ một biện pháp phẫu thuật nào cũng như nhiễm khuẩn hậu sản.



Hình 15.31. Đặt ống dẫn lưu mủ 3 ngày



Hình 15.32. Cần phân biệt hai bệnh cảnh này với viêm

6.4.1. Vi khuẩn gây bệnh

Gram dương:

- Tụ cầu khuẩn
- Liên cầu khuẩn
- Clostridium

Gram âm:

- Escherichia coli
- Bacteroides fragilis
- Pseudomonas pyocyanea

Bất luận vi sinh vật nào kể cả virus hoặc nấm đều có thể gây ra sốc. Chúng giải phóng ra các polysaccarid hoặc các protein ngoại lai ở trong dòng máu hoặc là một ngoại độc tố đặc hiệu, hoặc do giải phóng nội độc tố khi bị tan rã (như trong trường hợp vi khuẩn gram âm), kích thích hệ thống miễn dịch. Hiện tượng này dẫn đến việc giải phóng các chất hoạt mạch như serotonin, các prosaglandin, histamin và các kinin (các polypeptid).

6.4.2. Bệnh lý học

- Thiếu máu ở các tạng
 - + Thoát tiện gây nên tình trạng co thắt là một biện pháp nhằm duy trì khói lượng tuần hoàn, rồi tiếp đó là đông máu rải rác trong lòng mạch.
- Cung lương của tim thấp
 - + Đầu tiên có tình trạng giảm sút khói lượng tuần hoàn cấp tính do giãn mạch ngoại vị, rồi sau đó là suy cơ tim do hậu quả của các nội độc tố.
- Tổn thương ở não
 - + Có tình trạng thiếu oxy, làm tăng co mạch, dẫn đến trạng thái hoảng hốt, lẩn lộn ý thức và hôn mê.
- Phổi

Hiện tượng tưới máu cho mô thấp theo sau giảm sút khói lượng tuần hoàn, song ngay cả sau khi đã được điều chỉnh rồi, thương tổn mao mạch có thể dẫn đến suy sụp ở phổi (phổi sốc).

- Gan và lách

Các nội độc tố ức chế các thực bào (tế bào Kupffer) của gan và của hệ thống liên vông - nội mạc nói chung, quan trọng trong việc hình thành cả vi huyết khối.

- Thận

- + Tưới máu thấp dẫn đến suy thận, toan huyết chuyển hóa và thiếu oxy nặng thêm.

6.4.3. Các dấu hiệu và triệu chứng

a) Giai đoạn cường động sớm

Các phản ứng trước tiên của cơ thể đối với nhiễm khuẩn là sốt, giãn mạch cục bộ để cải thiện việc tưới máu cho vùng bị thương tổn. Kháng lực ngoại vi sụt đi được tính bằng hiện tượng tăng nhịp tim và có thể có tình trạng đái nhiều. Ở giai đoạn này tuy huyết áp hơi thấp nhưng người bệnh thường vẫn ấm, tỉnh táo và hốt hoảng.

b) Giai đoạn suy sụp tinh thần

Sự bắt đầu của giai đoạn này có thể hết sức đột ngột, tưởng như tắc mạch nước ối hoặc nhồi máu cơ tim. Bệnh nhân đi vào hôn mê, tình trạng co thắt mạch nghiêm trọng làm cho chân tay lạnh ngắt, tím tái, không lấy được huyết áp và mạch nữa, các xét nghiệm về đông máu rải rác trong lòng mạch dương tính, các dấu hiệu suy sụp của các tạng khác nhau xuất hiện dần dần.

6.4.4. Điều trị

Phát hiện ra sớm là vấn đề sống còn và vì cách điều trị bệnh là phức tạp nên cần có chuyên khoa sâu và phải tiến hành tại một đơn vị hồi sức tích cực.

Nhiễm khuẩn: cho tới khi có kết quả xét nghiệm hướng dẫn thì việc điều trị bằng kháng sinh dựa vào kinh nghiệm.

Thí dụ: Lincomycin 600mg - 8 giờ một lần - tiêm bắp.

Gentamycin 80 mg - 6 giờ một lần - tiêm tĩnh mạch.

Metronidazole 500 mg - 8 giờ một lần - tiêm tĩnh mạch.

Nếu có thể thì bất kỳ một ổ nhiễm khuẩn nào cũng phải giải quyết bằng ngoại khoa. Sức đề kháng bình thường của cơ thể chống lại vi khuẩn hiện tượng thực bào, trong sốc nó bị ức chế, việc dùng kháng sinh để diệt các vi khuẩn trong dòng máu mang một nguy cơ làm tăng lượng nội độc tố lưu hành.

a) Tuần hoàn

Các nguyên tắc là đạt được sự gia tăng cung lượng tim và thể tích máu lưu hành, khiến cho việc tưới máu ở mô được hồi phục.

Cho đủ lượng các loại dịch như máu, protein huyết tương, dextran hoặc polygelin (haemaccel) để duy trì thể tích huyết cầu vào khoảng 30%.

Hoạt động co bóp của tim được cải thiện nhờ dùng các loại thuốc catecholamin, chẳng hạn như isoprenalin hoặc dobutamin, chúng làm tăng cung lượng tim và làm giảm hiện tượng co thắt ngoại vi nhờ làm co các tiểu động mạch giãn ra.

b) Đông máu

Các xét nghiệm để phát hiện đông máu rải rác trong lòng mạch gồm:

Thời gian prothrombin 12 - 14 giây.

Thời gian thromboplastin bán phần 30 - 40 giây.

Thời gian đông thrombin 8 - 11 giây.

Các sản phẩm thoái giáng của fibrin ở mức dưới 10 μ g/ml. Không tránh khỏi ở mức độ nhất định tình trạng đông máu rải rác trong lòng mạch và nếu máu toàn phần không được đáp ứng thỏa đáng, thì phải cho thêm huyết tương tươi hóa băng.

c) Phổi

Sau khi hồi sức ban đầu có tình trạng tăng thông khí phổi tiềm tàng, theo sau hiện tượng này có thể là tình trạng suy phổi từ từ dẫn đến hội chứng suy thở người lớn, nó là sự đáp ứng của phổi đối với tổn thương mạch kéo dài và đông máu rải rác trong lòng mạch. Cách điều trị duy nhất là thông khí phổi qua một ống nội khí quản.

d) Thận

Thiếu niệu có tính chất quy luật, nếu tính thẩm huyết thanh tiến tới 1 (bình thường trên 2) thì cần phải truyền dung dịch mannitol.

Có thể phải cho làm thẩm phân máu.

e) Hiện tượng co mạch

Có thể phải khắc phục hiện tượng này bằng các thuốc giãn mạch, thí dụ như thymoxamin (opilon) 30mg; dùng hết sức thận trọng vì tác dụng giãn mạch đột ngột lên áp lực tĩnh mạch trung tâm.

h) Liệu pháp corticoid

Dùng hai liều dexamethason 30mg, cách 8 giờ. Các corticoid chống lại tình trạng co mạch và nhiễm toan, song chúng lại cũng ức chế các đáp ứng chống lại viêm nhiễm, trong đó có hiện tượng thực bào. Việc sử dụng corticoid trong sốc còn có nhiều tranh cãi.

i) Naloxon

Naloxon hydrochlorid (narcan) là một chất tương ky với thuốc có nha phiến,

đã được sử dụng với kết quả tốt trong những trường hợp sốc mà huyết áp thấp kéo dài. Nó chống lại tác dụng của các chất nha phiến nội sinh bêta-endorphin được giải phóng ra với khối lượng lớn trong các bệnh cảnh do stress, và là một chất làm hạ huyết áp cũng như một chất nha phiến. Cách điều trị như thế dễ làm đau xuất hiện, cần được điều trị bằng biện pháp giảm đau ngoại lai.

6.5. Bệnh lý tâm thần trong thời kỳ hậu sản

Trầm cảm nặng trong thời kỳ hậu sản ngày nay không gặp phổ biến, và trạng thái sảng do ngộ độc thực tế đã biến mất, vì các chuẩn mực sản khoa được cải thiện. Tuy thế, các bệnh lý tâm thần tiềm tàng hoặc có sẵn dễ nặng thêm lên do stress trong lúc mang thai, và chuyển dạ; bên cạnh trạng thái trầm cảm nhẹ thường thấy thì cả hai bệnh thần kinh trầm cảm và bệnh rối loạn tâm thần thỉnh thoảng cũng gặp. Tỷ lệ vào khoảng 1 trên 2000.

6.5.1. Trầm cảm nhẹ sau đẻ ("bệnh sầu thảm ngày thứ tư")

Vào khoảng ngày thứ ba hoặc thứ tư, có thể thấy người phụ nữ khóc chảng do nguyên cớ rõ ràng, thể hiện lo lắng quá mức về một vấn đề nào đó thông thường đối

với đứa bé, hoặc bản thân họ. Đây là hiện tượng thường hay gặp và nguyên nhân không rõ. Tình trạng mệt mỏi rõ ràng, đau tăng sinh môn, cho bú khó khăn và một cảm giác đối cực đã theo sau cuộc sinh đẻ có thể là những nguyên nhân tham gia. Với cách khuyên giải thông cảm và nâng đỡ, phần lớn các bà mẹ này có thể trở lại bình thường trong vòng 48 giờ. Có khoảng 10% nhóm phụ nữ này có thể sau đó thể hiện các triệu chứng trầm cảm, chẳng hạn như cáu gắt, mệt mỏi, nhức đầu, không biết cách cư xử với đứa con hoặc với các trẻ khác, mất dục cảm và có thể phải mất đến một năm sau họ mới có thể phục hồi lại năng lực bình thường của mình. Một số ít những phụ nữ này có thể đôi khi cần đến sự săn sóc về tâm thần.

6.5.2. Bệnh thần kinh trầm cảm

Đây là mức độ trầm cảm nặng hơn, dễ thấy ở một bệnh nhân có khuynh hướng bệnh thần kinh ám ảnh hoặc hysteria, và không nên xếp một cách đơn giản vào loại bệnh sâu thảm ngày thứ tư. Các bệnh nhân này cần được điều trị về tâm thần, song kết quả thường là tốt.

6.5.3. Trầm cảm tâm thần

Trầm cảm hoặc tâm thần phân liệt dễ xuất hiện ở những bệnh nhân rối loạn tâm thần trong thời kỳ hậu sản, đội ngũ cán bộ nhân viên sản khoa cần theo dõi thường xuyên các triệu chứng hoang tưởng. Có thể có tình trạng nhầm lẫn và mất định hướng về thời gian và không gian; các hoang tưởng paranoia ("các điều dường viễn đẩu độc tôi") hoặc là trạng thái đố kị với đứa con. Trừ khi thì họ có thể được trông nom trong một phòng riêng tại cơ sở sản khoa, do bác sĩ tâm thần chịu trách nhiệm. Phải đề phòng trầm cảm nặng dẫn đến tự sát hoặc giết con, mặc dù vẫn phải để đứa trẻ nằm chung với mẹ càng nhiều càng tốt, để xây dựng được "sự gắn bó mẹ con". Có thể cho các thuốc chống trầm cảm, và nếu trong vòng một tuần không có chuyển biến tốt thì phải chuyển bệnh nhân đến một cơ sở điều trị bệnh tâm thần.

6.5.4. Tác động của mối quan hệ mẹ - con

Chỉ trừ tình trạng trầm cảm cực ngắn, bất cứ cái gì cũng đều liên quan đến sự rối loạn phát triển mối quan hệ này, ngược đãi đứa con về sau là thấy phổ biến hơn, đặc biệt khi người mẹ bị rối loạn nhân cách và trí thông minh không bình thường.

6.6. Thăm khám sau khi sinh con

Công việc này thường được tiến hành vào 6 tuần sau khi đẻ:

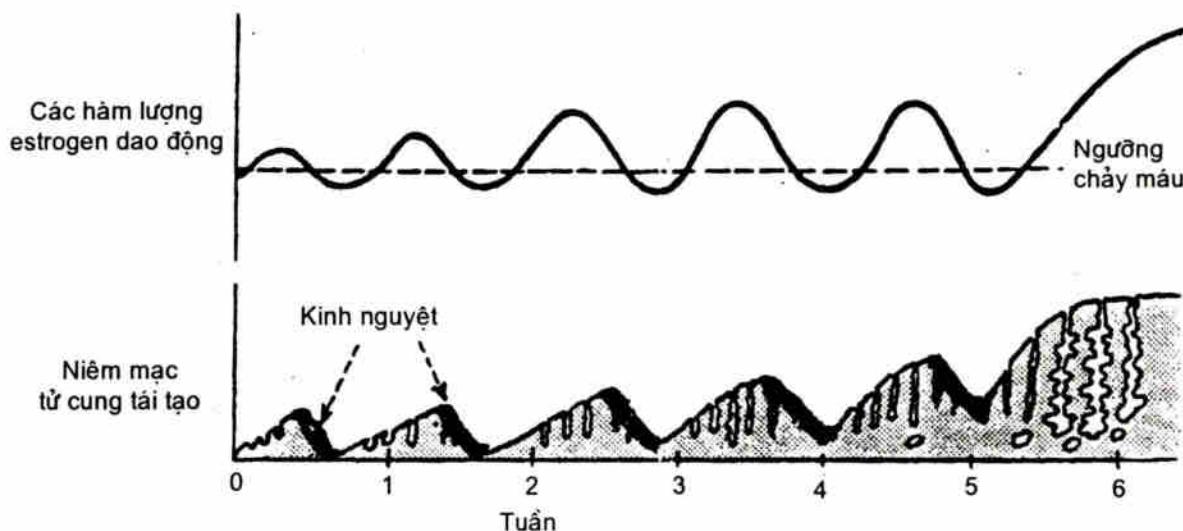
1. Để đánh giá tình trạng sức khỏe và đặc biệt là huyết áp của các phụ nữ đã có tăng huyết áp.
2. Đảm bảo đường sinh dục đã trở lại trạng thái bình thường.
3. Đảm bảo chắc chắn là hiện tượng tiết sữa thỏa đáng (hoặc hiện tượng này đã được làm mất đi hoàn toàn và đứa trẻ đang phát triển tốt).
4. Để đề xuất các biện pháp sinh đẻ kế hoạch nếu được sản phụ đề cập.

5. Để bàn bạc về các lần mang thai sau, nhất là nếu đã có các biến chứng, thí dụ: mổ lấy thai hoặc để con chết.

6.6.1. Hiện tượng hồi kinh

Ở người đang cho con bú kinh nguyệt bị đình lại, trong khoảng chừng 3 tháng sau đó kinh xuất hiện lại kể cả trường hợp vẫn tiếp tục cho con bú. Nếu kinh nguyệt đang xảy ra thì có lẽ là phóng noãn cũng xuất hiện. Phóng noãn có thể xuất hiện lại trước cả kinh nguyệt và đã được nêu lên sớm tới mức 7 tuần.

Ở các phụ nữ không cho con bú, estrogen nội sinh làm nội mực tử cung phát triển. Khi nó tụt xuống thấp thường như thấy trong thời kỳ hậu sản, thì niêm mạc tử cung không thể được duy trì, nó sẽ rụng xuống. Hiện tượng này được nêu lên như là sự tiếp tục của sản dịch. Phóng noãn có thể xuất hiện sau đó 5 tuần.



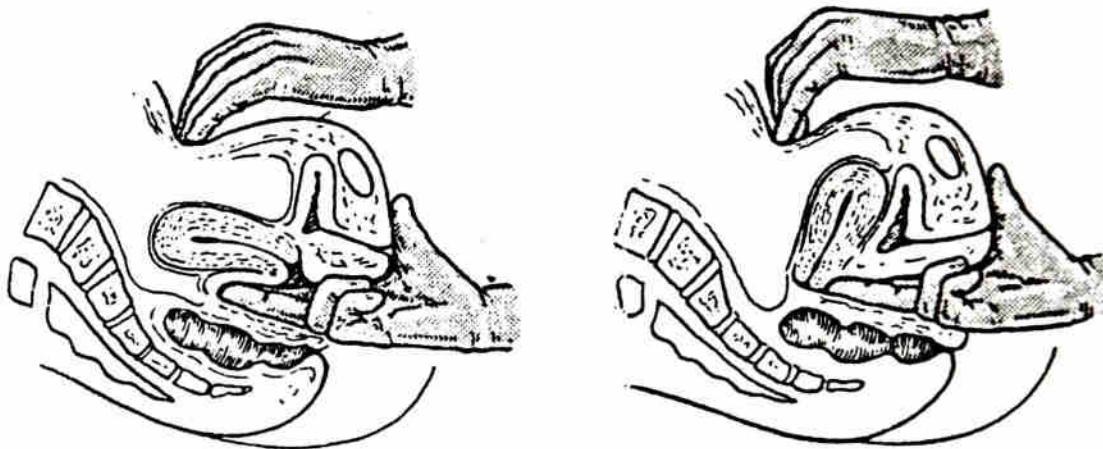
Hình 15.33. Đồ thị hiện tượng kinh nguyệt

Có những biến động rộng rãi trong hình thái này. Một số trường hợp hiếm gặp là chưa được phát hiện ra trong lần thăm khám sau khi sinh con này.

6.6.2. Thăm khám lâm sàng

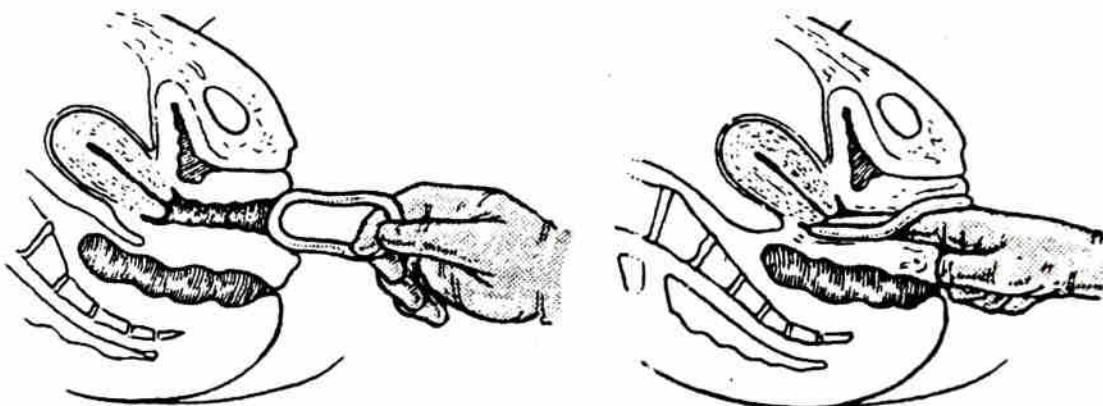
Sự thoái triển của tử cung phải hoàn toàn sau sáu tuần. Cần ghi lại kích thước, hình dạng và tính chất di động của tử cung và sờ được những chỗ rách ở âm đạo, cổ tử cung, để đảm bảo chắc chắn là không có khả năng gây nên đau đớn khi giao hợp.

Tử cung có thể thấy bị khuất chuyển sau, Hiện tượng này có nghĩa là hiện tượng di chuyển sau của tử cung, thân tử cung gấp ra sau thay vì ngả ra trước. Nó có thể bị bỏ qua nếu không gây nên các triệu chứng như đau lưng hoặc đau khi giao hợp. Nếu nghi ngờ tư thế này là các triệu chứng gây bệnh thì phải điều chỉnh lại tư thế tử cung bằng một vòng đỡ Hodge.



Hình 15.34. Tử cung gấp sa sau

Chữa ở tử cung khuất chuyển sau được gọi là "lật lại tử cung", bàn tay điều chỉnh "lắc" tử cung ra phía trước (tiếng Pháp: bascule là cái nôi).

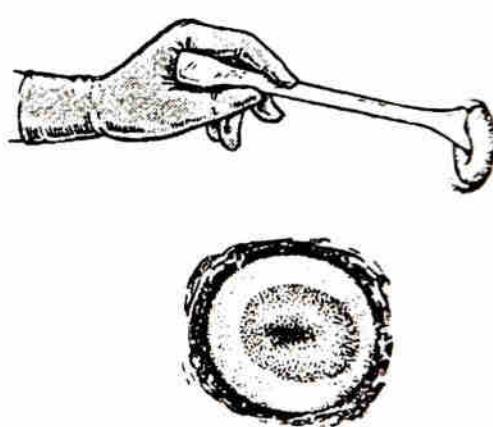


Hình 15.35. Đặt một vòng đỡ Hodge

Vòng đỡ phải để tại chỗ trong vòng một tháng. Nó không được để cho bệnh nhân còn có cảm giác thấy sau một hoặc hai ngày, và không được gáy nên rối loạn chức năng nào của chậu hông, kể cả việc giao hợp.

Đặt một mỏ vịt rồi quan sát cổ tử cung. Có thể làm một phiến đồ âm đạo nếu xét nghiệm này trong vòng ba năm chưa được thực hiện.

Cổ tử cung có thể thể hiện trạng thái lộ tuyến, là một tình trạng phát triển ra ngoài của niêm mạc buồng tử



Hình 15.36. Lộ tuyến ở tử cung

cung. Hiện tượng này không cần phải can thiệp gì nếu không gây nên các triệu chứng, thí dụ như ra nhiều khí hư.

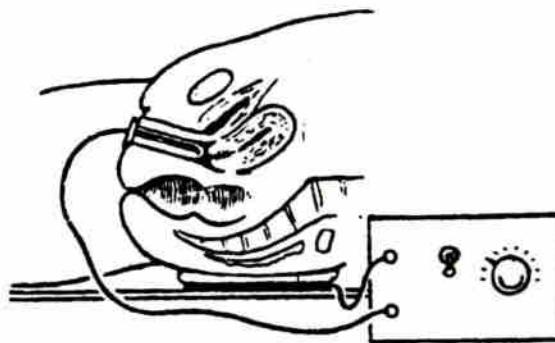
Bất kỳ một can thiệp nào (đốt lạnh, liệu pháp thấu nhiệt) cần được trì hoãn để cho phép dị sản biểu mô lát tầng diễn ra tự nhiên.

6.6.3. Khí hư

Ra khí hư nhẹ là quy luật ở vào lúc sau đẻ sáu tuần. Nếu ra nhiều và kích thích thì cần lấy bệnh phẩm xét nghiệm vi khuẩn và tiến hành điều trị.

6.6.4. Hiện tượng són nước tiểu

Hiện tượng này đôi khi xuất hiện, ngay cả khi không có dấu hiệu nào của sa sinh dục và không có tiền sử đẻ khó. Bệnh cảnh này hầu như bao giờ cũng được giải quyết tốt bằng lý liệu pháp đơn giản (chẳng hạn như co, duỗi chủ động các cơ nâng hậu môn), song thỉnh thoảng có thể phải áp dụng dòng điện cảm ứng để điều trị tại một khoa lý liệu pháp.



Hình 15.37. Dùng dòng điện cảm ứng khi són nước tiểu.

Chương 16

TRẺ SƠ SINH

Vòng đầu 33-35,5cm. Đầu có thể được phủ lông tơ (tóc thai nhi). Các tóc này sẽ rụng đi.

Nhịp thở 30-40 lần/phút, ban đầu thở nôn.

Nhiệt độ da 36,4-37°C.

Bụng phồng, thường sờ thấy gan 1-2cm dưới bờ sườn thường sờ thấy được các thận.

Các chi ấm và thường tròn trĩnh. Toàn bộ da nhanh chóng chuyển sang màu hồng.

Chiều dài 51cm (20 inch). Cân nặng 3,5kg (7,5 pound).

Mắt khô. Trẻ sơ sinh ít khi chảy nước mắt. Mắt bao giờ cũng xanh khi mới sinh ra.

Mạch đập 120 - 140 lần/phút.

Cuống dây rốn được buộc hoặc kẹp lại. Nó sẽ tắc lại sau 3-4 ngày, và rụng sau 6-9 ngày.

Ở bé trai, các tinh hoàn phải đã tụt xuống bìu dài rồi.

Thai nhi trong bụng mẹ được bao phủ một lớp chất tiết của các tuyến bã gọi là "vernix caseosa" (từ La tinh: một lớp che phủ như pho mát). Chất này bảo vệ cho da khỏi bị mủn nát khi nằm trong dịch ối và có tính chất chống vi khuẩn.

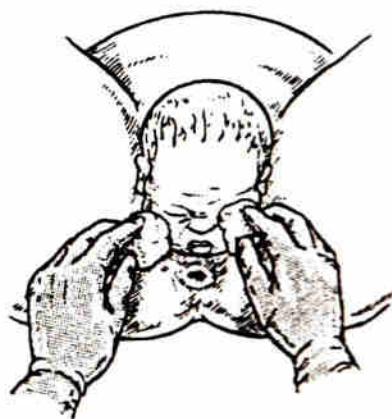
I. SĂN SÓC TRẺ SƠ SINH

1. Lau chùi mắt

Có thể chùi mắt cho trẻ bằng bông nón để loại bỏ bất kỳ một chất tiết nhiễm khuẩn nào như lậu cầu khuẩn chẳng hạn, mặt dầu biện pháp này một số trung tâm không còn áp dụng nữa. Tại một số nước có thể quy định theo luật phải nhỏ mắt dự phòng cho trẻ bằng thuốc kháng khuẩn.



Hình 16.1. Trẻ sơ sinh

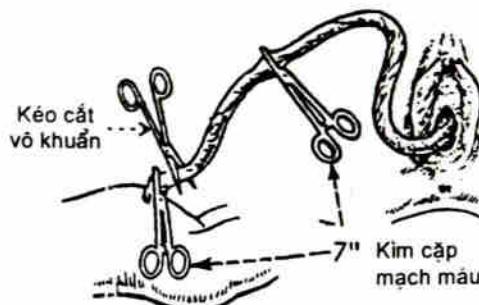


Hình 16.2. Lau chùi mắt

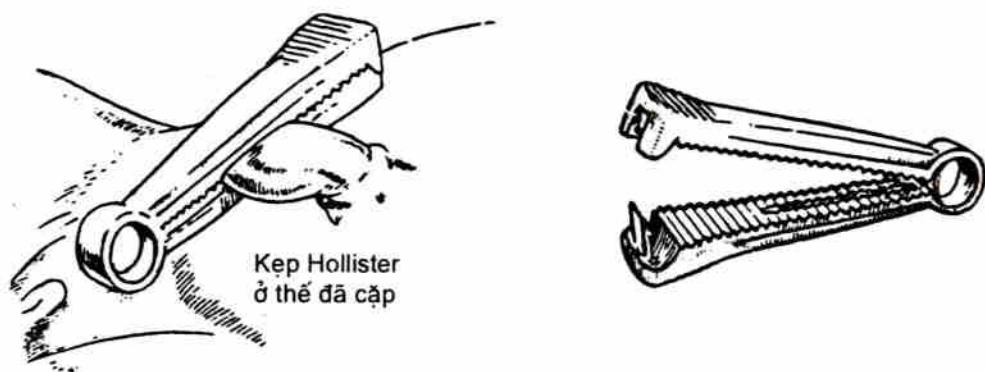
2. Kẹp và buộc dây rốn

Nếu buộc dây rốn cầu tâ đúja trẻ có thể nhanh chóng mất đi một lượng máu lớn.

Dây rốn được kẹp và buộc lại ngay sau khi không đập nữa.



Hình 16.3. Kẹp, buộc dây rốn



Hình 16.4. Kẹp Hollister

Phải hút hết các chất nhầy, máu và phân su trước khi trẻ có thể có nguy cơ hít phải. Công việc này có thể tiến hành bằng một ống hút dịch nhầy bằng miệng như hình vẽ hoặc bằng một bơm tiêm, hoặc một phương tiện hút cơ học.

Đánh giá tình trạng sơ sinh sau khi đẻ

Hệ thống tính điểm Apgar được chấp nhận rộng rãi, việc đánh giá được tiến hành sau khi sinh một phút và cho điểm lại sau 5 phút. Điểm tính trên 7 là tình trạng của sơ sinh tốt. Điểm bằng 3 hoặc dưới sau một phút cho thấy cần phải tiến hành hồi sinh tích cực và toàn diện, gồm cả đặt ống nội khí quản và thông khí phổi. Điểm bằng 6 hoặc dưới lúc 5 phút cho thấy ngạt chu sinh.



Hình 16.5. Hút hết chất nhầy, máu phân su

Bảng 16.1. Bảng Apgar

Dấu hiệu	Điểm 0	Điểm 1	Điểm 2
Màu sắc da	Tím tái Xanh tái	Tím tái ngoại vi	Hồng hào
Trương lực cơ	Mềm nhũn	Cử động chân tay	Tối
Hô hấp	Không thở	Ngáp	Tốt
Nhịp tim	Không đập	< 100	> 100
Đáp ứng kích thích	Không có	Nhẹ	Tốt

Trung tâm hô hấp của thai nhi đáp ứng lại hai nguồn kích thích.

1. Các thay đổi về hàm lượng khí trong máu (CO_2 cao, O_2 thấp) diễn ra trong giai đoạn hai và lúc sổ thai, miễn là giai đoạn ngạt không kéo dài.
2. Các kích thích cảm giác diễn ra do thay đổi từ các điều kiện nước ấm trong tử cung sang nhiệt độ lạnh hơn ở môi trường bên ngoài; trong môi trường này thai nhi tức thì bị tác động và chịu chi phối.

Cần phải có một áp lực âm tính tương đối cao để thắng lại sự đối kháng của phổi với hiện tượng giãn nở, song sự thích nghi của phổi tăng lên sau đó, dần dần ít và cần đến sự cố gắng. Lần thở đầu tiên là hết sức quan trọng, nếu không xảy ra trong vòng một phút sau khi thai sổ thì được xem là có tình trạng ngạt.

1. Các mức độ ngạt

1.1. Ngạt nguyên phát

("Ngạt tím" theo cách gọi cũ).

Tím tái, trương lực cơ vẫn còn chút ít, nhịp tim trên 100 lần/phút. Có thở và thở ngáp.

1.2. Ngạt thứ phát

("Ngạt trắng" theo cách gọi cũ).

Tình trạng này đôi khi được gọi là ngạt tận cùng, vì nếu nó không được chữa ngay sẽ đưa đến tổn thương não và tử vong. Da màu trắng xám nhạt, không còn trương lực cơ, nhịp tim dưới 100 lần/phút.

Trong công tác thực hành thường khó quyết định về mức độ ngạt, nhất là có tình trạng bị ức chế do thuốc.

2. Nguyên nhân của ngạt

2.1. Trước khi sinh

Bất luận tình huống nào dẫn đến ngạt thai, chẳng hạn như suy rau thai, tiền sản giật, phong huyết tử cung.

2.2. Trong khi sinh

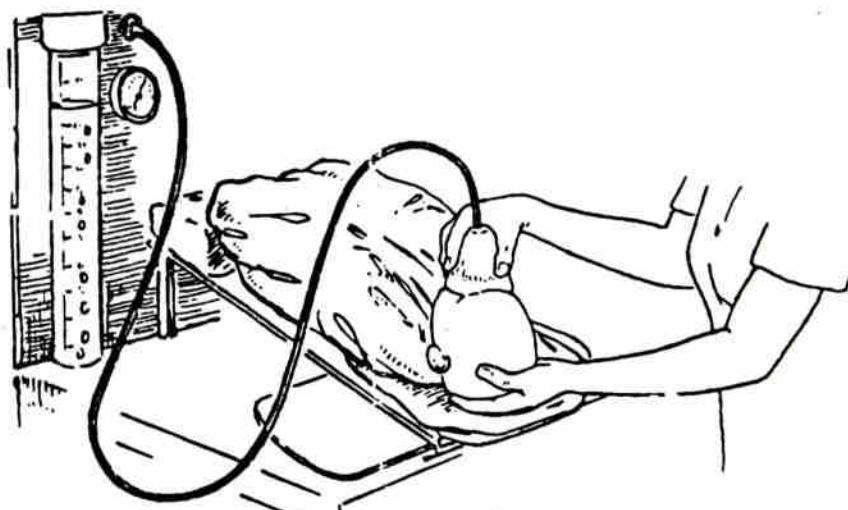
- Cuộc chuyển dạ thiếu oxy kéo dài.
- Đẻ bị chấn thương.
- Thuốc có thuốc phiện.
- Thuốc mê (ngay cả gây tê ngoài màng cứng kéo dài).

2.3. Sau khi sinh

- Đẻ non.
- Chấn thương não.
- Dị tật bẩm sinh như thoát vị cơ hoành.

3. Xử trí ngạt nguyên phát

1. Phải hút nhẹ nhàng nước ối, dịch nhầy, phân su khỏi miệng và mũi. Công việc này không dễ làm giảm đi sự tắc nghẽn của đường thở nếu có, song nó thường đủ để kích thích cho trẻ thở ngáp.
2. Trẻ được lau khô nhẹ nhàng nhằm làm giảm mất nhiệt do bay hơi, rồi được đắp bằng một khăn ấm.
3. Đặt một chụp thở oxy lên mặt bé. Mục tiêu không phải để bóp khí vào phổi mà để làm cho hô hấp giàu thêm dưỡng khí.
4. Úc chế hô hấp do thuốc



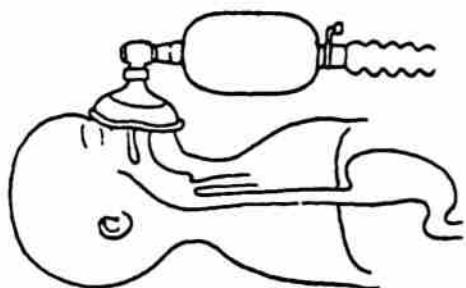
Hình 16.6. Hỗ trợ hô hấp cho bé

Các loại thuốc như morphin, pethidin và pentazocin hay dùng trong khi chuyển dạ đều đi qua hàng rào rau thai và gây nên ức chế hô hấp trong một chừng mặc nhất định, do đó đưa đến ngạt (pCO_2 gia tăng và hiện tượng bão hòa oxy giảm xuống); người ta đã cho thấy là pethidin có tác dụng kéo dài, làm chậm việc ăn uống

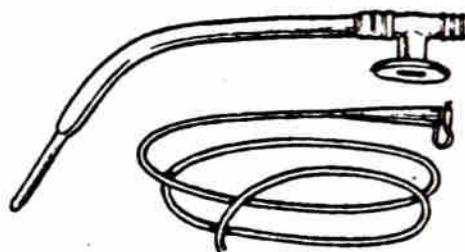
và các phản xạ khác. Nếu nghi ngờ bị ức chế do thuốc thì phải tiêm naloxon hydrochlorid (narcan neonatal) 40mg vào tĩnh mạch rốn hoặc bắp thịt.

4. Cách xử trí ngạt thứ phát

Nếu trẻ sinh ra trong tình trạng bị ngạt hoặc nếu không đáp ứng với cách điều trị đơn giản này, thì phải cho thở oxy bằng cách bóp bóng với mặt nạ thở hoặc sau khi đặt nội khí quản bằng ống nội khí quản. Kỹ thuật này đòi hỏi phải có kinh nghiệm thực hành và tốt nhất là do một người thầy thuốc gây mê hay bác sĩ nhi khoa thực hiện; song người thầy thuốc sản khoa và nữ hộ sinh cũng nên có chút ít kinh nghiệm. Điều quan trọng là phải lấy phân su khi trông thấy được ở phần trên đường thở và thanh quản trước khi thực hiện hô hấp hỗ trợ.



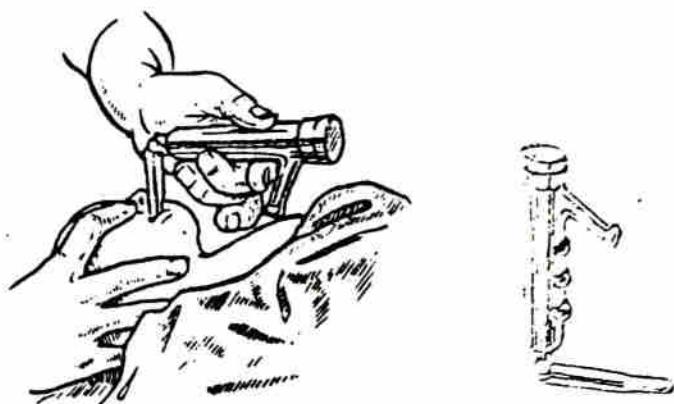
Hình 16.7. Thông khí bằng bóng và mặt nạ



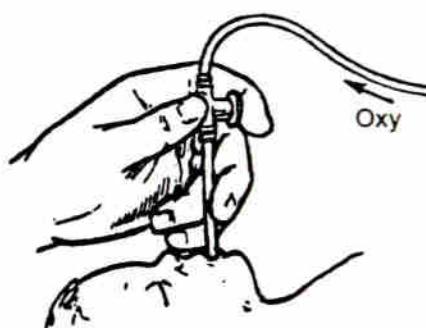
Hình 16.8. Ống nội khí quản và ống hút dịch nhầy

Người ta sử dụng một ống nội khí quản đặc biệt với vai ống gần đầu tận để tránh đưa ống vào quá sâu. Ống hút dịch nhầy vừa nhỏ để có thể đút qua ống nội khí quản cũng được trình bày ở đây.

Thanh quản sơ sinh nằm đối diện với đốt sống cổ C3 và C4. Đầu ống soi thanh quản chạm tới tiểu thiệt, đẩy ra phía trước để cho phép nhìn thấy rõ các thanh đới.



Hình 16.9. Đặt soi thanh quản cánh thẳng



Hình 16.10. Điều chỉnh áp lực không được quá 30cm H₂O

Một khi đã đặt được ống thì điều chỉnh áp lực bằng một ngón tay đè lên lỗ thoát. Thường cho oxy đi qua một áp kế nước có tác dụng duy trì cho áp lực thông khí không quá được mức 30 cm nước.

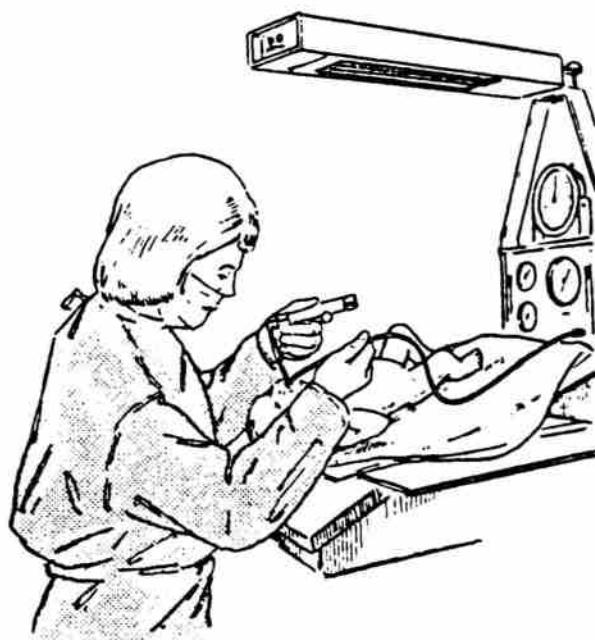
III. NGẠT - PHƯƠNG PHÁP HỒI SINH

1. Phương pháp hô hấp áp lực dương ngắt quãng

Phương pháp cung cấp oxy này được gọi là hô hấp áp lực dương ngắt quãng, nó đòi hỏi kinh nghiệm khi tiến hành.

Dấu hiệu đầu tiên hồi phục là tim thai đập nhanh và mạnh hơn, lên tiếp theo là tình trạng cổ thở và màu sắc da hồng lên. Một khi đứa trẻ tự thở được thì phải tính xem có nên chuyển bé đến một cơ sở săn sóc đặc biệt không.

Có thể cần mất đến 20 phút tiến hành hô hấp áp lực dương ngắt quãng trước khi có thể thở được tự nhiên hoặc xác nhận là không tránh được tử vong.



Hình 16.11. Phương pháp hồi sinh

2. Các biện pháp khác

2.1. Bóp tim

Nếu nhịp tim dưới 50 thì phải bóp tim theo nhịp bằng cách ép vào vùng xương ức theo một nhịp 5 lần ép thì bóp thở một lần.

2.2. Thân nhiệt hạ

Một đứa trẻ bị ngạt thì mất nhiệt rất nhanh, đặc biệt là khi thiếu tháng, nên nhiệt độ yêu cầu của phòng chuyển dạ ở mức 25°C là quá thấp. Nhiệt độ tại chỗ được cung cấp bằng khăn ấm và tốt hơn là dùng một lò sưởi 400 W gắn vào bàn hồi sinh.

2.3. Nhiễm toan

Cần được điều chỉnh bằng cách tiêm 5ml - đương lượng/kg loại bicarbonat phân tử, kèm với 5ml dung dịch dextrose 10%. Tiêm qua đường tĩnh mạch rốn sau khi luồn một ống thông vào dây rốn.

2.4. Thuốc men

Trừ naloxon (narcan) đảo ngược các tác dụng ức chế của các loại nha phiến ra, trong công tác hồi sinh thuốc men ít có tác dụng cứu chữa.

IV. NẤT NHIỆT Ở TRẺ SƠ SINH

Nếu nhiệt độ da tụt xuống dưới $36,5^{\circ}\text{C}$ thì trẻ mất nhiệt nhanh hơn là nhiệt được sinh ra. Vì nhiệt độ trung tâm tụt xuống nên chuyển hoá giảm xuống và thân nhiệt hạ xuất hiện. Các trẻ đẻ non có lớp mỡ mỏng, những trẻ đẻ khó đặc biệt dễ mắc nguy cơ này.

1. Sự tạo nhiệt

- Năng lượng do ăn uống.
- Hoạt động chuyển hoá xảy ra chủ yếu ở các cơ (các trẻ nhỏ không có phản xạ rét run bảo vệ).
- Mỡ bị phân huỷ. Mỡ tại một số vùng chẳng hạn lớp bao bọc tầng sinh môn (mỡ nâu) có thể bị dị hoá rất nhanh.

2. Mất nhiệt ở ngoài ra

- Nhiệt bức xạ.
- Bay hơi từ da ẩm ướt phơi ra không khí.
- Đổi lưu.
- Dẫn truyền.

Một lượng nhiệt nhỏ bị thất thoát qua hô hấp, trong nước tiểu và phân.

3. Đặc điểm lâm sàng của thân nhiệt hạ (thương tổn lạnh)

Hiện tượng này hiếm gặp và có thể tránh được.

Trẻ khó thức giấc, sờ lạnh, ngủ li bì và lười ăn. Chân tay, mi mắt bị phù, tổ chức dưới da cứng lại. Má và đầu chi đỏ ửng, trẻ lại không khóc; nhìn bẽ ngoài nhầm tưởng là khoẻ mạnh.

Vì chuyển hoá giảm xuống nên đứa trẻ bị hạ đường huyết rồi chết.

Chú ý tình trạng phù nề ở mặt. Các vùng chàm mờ là vùng bị đỏ và phù cứng dưới da.

4. Điều trị

Rất khó có thể đảo ngược được tình trạng thân nhiệt hạ nên cách điều trị có hiệu quả là phòng ngừa toàn diện.

Phòng chuyển dạ phải có nhiệt độ trên 25°C.

Phải thực hiện các biện pháp hồi sinh dưới một đèn sưởi hồng ngoại.

Phải lau khô trẻ khi đẻ ra và bọc bằng khăn khô. Phải quấn tã cẩn thận nếu đặt trẻ trong buồng bệnh.

Nếu cần phải chuyển đến một đơn vị săn sóc đặc biệt thì trẻ phải được đặt nằm trong một nôi ấm. Một khi đã ở trong lồng ấp thì mục tiêu của người thầy thuốc nhi khoa là duy trì một nhiệt độ ở 37°C. Các trẻ quá nhỏ có thể cần nhiệt độ môi trường cao tới 37°C.

V. PHÁT HIỆN CÁC DỊ TẬT BẨM SINH

- Một số dị tật hay gặp hơn cần được phát hiện ngay khi trẻ ra đời.

Dị tật của hệ thần kinh là hay gặp nhất.

Phải khám toàn bộ cột sống và sờ nắn để phát hiện thoát vị màng não.

- Có thể thấy nhiều vầng tai hoặc thậm chí thiếu một tai.

Khuôn mặt có thể mang những đặc điểm của các khuyết tật về tâm thần, chẳng hạn như hội chứng down hoặc các tam bội thể khác.

Phải khám miệng để phát hiện hở hàm ếch và sứt môi.

Cần khám kỹ lưỡng hậu môn để loại trừ một hậu môn không thủng hoặc hậu môn lạc vị trí.

- Rốn có thể bị thoát vị gây nên thoát vị rốn, hoặc có thể thấy thoát vị thành bụng, chứng thoát tạng. Phải có ba mạch máu rốn: 2 động mạch và 1 tĩnh mạch.

Bộ phận sinh dục ngoài, có thể có dị dạng, khiến cho việc định giới đưa trẻ gặp khó khăn - ái nam ái nữ. Ở bé trai có thể gặp lạc miệng sáo thấp.

- Có thể gấp bàn chân vẹo ở các bàn chân. Cả bàn tay lẫn bàn chân có thể thấy hiện tượng dính ngón hoặc thừa ngón.



Hình 16.12. Cách phát hiện dị tật bẩm sinh

VI. CÁC NGHIỆM PHÁP KIỂM TRA THƯỜNG QUY

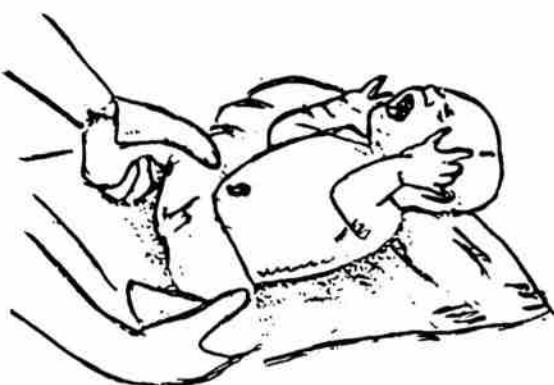
1. Trật khớp háng bẩm sinh

Thuật ngữ trật khớp háng bẩm sinh bao gồm nhiều mức độ khớp háng không vững khác nhau.

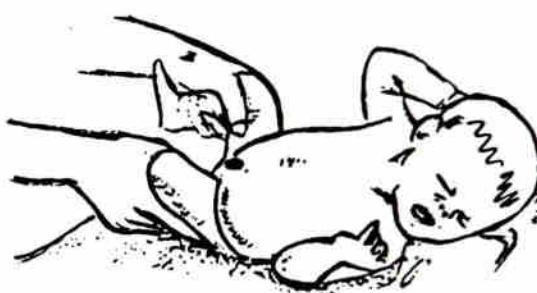
Lý tưởng nhất là chẩn đoán ra được vào ngày đầu tiên để đảm bảo kết quả điều trị tối ưu, song vào giai đoạn này tia X khó có thể phân tích được, vì đại bộ phận khớp háng lúc đó là sụn.

Ở đứa trẻ bình thường các khớp háng gấp có thể dạng được 90° khi trẻ nằm ngửa.

Hiện tượng dạng khớp ra bị hạn chế có thể là một chỉ định cần tiếp tục điều tra và theo dõi.



Hình 16.13. Trẻ bình thường khớp háng dạng 90°



Hình 16.14. Nghiệm pháp Ortolani

Các ngón tay nắm lấy cẳng chân gấp, theo dọc đùi. Nếu khớp bị trật thì động tác dạng đùi ép buộc sẽ gây nên tiếng "cục" lúc chỏm đùi trượt vào ổ khớp.

2. Bệnh Phenyl ceton niệu

Bệnh phenyl ceton niệu là bệnh được biết đến nhiều nhất trong nhóm nhiều bệnh về rối loạn chuyển hóa bẩm sinh khác nhau, nhưng hiếm gặp. Trong bệnh này đứa trẻ không có khả năng chuyển acid amin phenylalanin thành tyrosin do di truyền. Bệnh có ít nhất ba loại được mệnh danh đúng hơn là "cường phenylalanin huyết". Bệnh phenyl ceton niệu "cổ điển" (97% số trường hợp) là do thiếu phenylalanin hydroxylase. Có thể hoàn toàn kiểm soát được bệnh này bằng tiết chế.

2.1. Phenyl ceton niệu ở đứa trẻ

Mọi trẻ nhỏ đều được kiểm tra phát hiện bằng xét nghiệm Guthrie; xét nghiệm này cho thấy là acid amin phenylalanin có hàm lượng bất thường ở trong máu sau khi tình trạng ăn uống của đứa trẻ đã ổn định (7-10 ngày).

Đĩa xét nghiệm thám máu trích từ gót chân trẻ được đặt vào trong một vòng trực khuẩn subtilis, trong đó có một chất ức chế. Nếu pH hiện diện với nồng độ bất thường thì chất ức chế bị trung hoà đi, trực khuẩn subtilis sẽ mọc.

Nếu phản ứng dương tính thì cần phải cho trẻ làm các xét nghiệm phức tạp để xác định loại bệnh phenyl ceton niệu.

2.2. Phenyl ceton niệu ở người mẹ

Bệnh được di truyền do một gen lặn, người ta đã tính có khoảng 1: 50.000 bà mẹ bị mắc bệnh phenyl ceton niệu không được phát hiện ra. Nhóm "có nguy cơ" sau đây cần được kiểm tra để phát hiện.

- 1) Các bà mẹ có tiền sử gia đình mắc bệnh phenyl ceton niệu.
- 2) Các bà mẹ đã có những đứa con có đầu nhỏ (đây là một sự kết hợp với phenyl ceton niệu).

Việc kiểm tra phát hiện bị kó khăn do sự biến động rộng của nồng độ pH về ban ngày, cho nên phải làm nhiều xét nghiệm.

Một bà mẹ mắc bệnh phenyl ceton niệu nếu có thai phải quay trở lại chế độ tiết chế nghiêm ngặt có lượng pH thấp, người mẹ không được cho con bú vì sữa có thể chứa pH với nồng độ cao. Vấn đề bệnh phenyl ceton niệu sẽ tăng lên vì nhiều trẻ sơ sinh có bệnh được phát hiện lúc ra đời, và trưởng thành bình thường nhờ kết quả của việc kiểm soát tiết chế.

Trong loại I thường gặp, tiết chế phải có pH thấp cho tới tận lúc trưởng thành. Không kiểm soát được phenyl ceton niệu đưa đến chậm phát triển tinh thần và các thương tổn dần dần về thần kinh.

Máu xét nghiệm Guthrie cũng có thể sử dụng để loại trừ bệnh suy tuyến giáp, bằng cách đo lượng thyroxin hoặc hormon kích giáp.

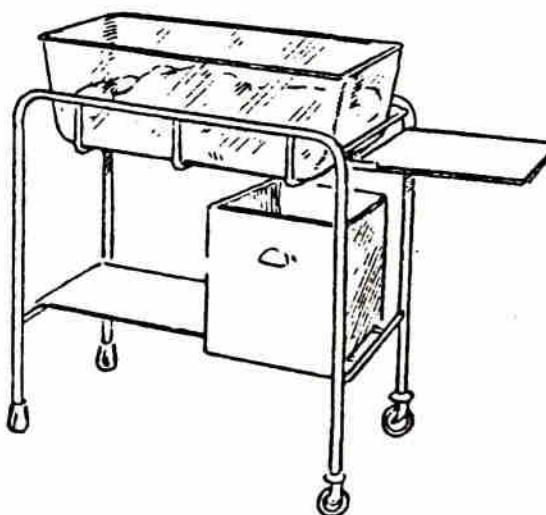
VII. CÔNG TÁC CHĂM SÓC

1. Xử trí đái với trẻ sơ sinh

Phần đông trẻ sơ sinh được tiêm vitamin K (1mg) vào bắp thịt ngay sau khi ra đời để phòng ngừa bệnh chảy máu.

Khoảng sau khi đẻ 6-8 giờ, lâu sạch hết chất gây, máu, phân su cho trẻ bằng các mảnh gạc thấm nước vô khuẩn chùi nhẹ rồi mặc cho

Họ tên bệnh nhân	
Địa chỉ	
Ngày tháng	
Thời gian cho ăn lần đầu	
Chai <input type="checkbox"/> Bú <input type="checkbox"/> Cả sữa <input type="checkbox"/> mẹ <input type="checkbox"/> hai <input type="checkbox"/>	
NHỎ MÁU VÀO TẤT CẢ CÁC VÒNG TRÒN	
	
	



Hình 16.15. Chiếc nôi lý tưởng

bé một áo choàng và quần bằng khăn, đặt trong một nôi để ở nhiệt độ phòng khoảng từ 18-20°C.

Chiếc nôi lý tưởng cho trẻ sơ sinh phải chống được gió lùa và có thể làm vệ sinh dễ dàng, và nên có thêm một hộp để đựng các đồ vệ sinh được cấp riêng cho từng trẻ.

2. Mối quan hệ mẹ-con

Những trẻ nhỏ đã bị cách ly khỏi mẹ vì non yếu hoặc bệnh sau này thường dễ bị người mẹ khước từ và không được săn sóc về thể chất tốt. Ngược lại trẻ nhỏ là một vấn đề xã hội ngày càng được xác nhận ở nước Anh, hoặc riêng từng người hoặc cả hai cha mẹ đều phạm tội.

Giải quyết các yếu tố xã hội khó khăn hơn - người mẹ quá trẻ, rối loạn về mặt tâm lý, trí thông minh kém, sống trong cảnh nghèo túng - song hiện nay người ta đã xác nhận tầm quan trọng của "gắn bó" người mẹ với đứa con.

Thúc đẩy tính chất gắn bó bằng cách chăm sóc người mẹ và đứa trẻ trong cùng một phòng, với chiếc nôi nằm cạnh giường để tạo nên sự tiếp xúc khăng khít. Người bố nên có mặt trong suốt cuộc chuyển dạ, và đứa trẻ phải được đặt trong vòng tay của bà mẹ ngay khi đã cắt rốn xong. Nếu cần phải đưa vào nơi săn sóc đặc biệt thì phải có cơ sở cho phép cả hai bố mẹ được lui tới thăm con thường xuyên.

VIII. CHO CON BÚ

Đứa trẻ cần được cho bú càng sớm càng tốt sau khi sinh. Phải theo dõi trẻ kỹ lưỡng trong bữa bú để phát hiện tình trạng hít phải sữa hoặc nuốt sữa khó khăn. Nếu trẻ "xùi bọt", phải loại trừ bệnh teo thực quản.

Nên cho trẻ bú luôn. Người mẹ phải thoái mái và có thể bế con thế nào cho cả hai đều được thư giãn và dễ chịu.

Có thể phải dạy cho trẻ biết "cố định" nghĩa là biết ngậm chắc vú.

Đứa trẻ dùng môi tìm núm vú mẹ.

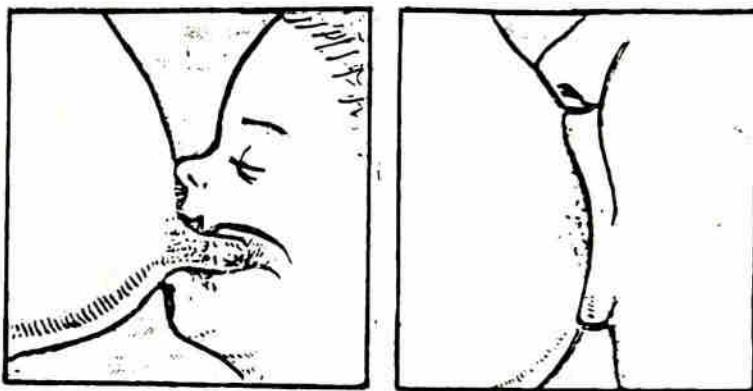
Núm vú được "cố định" miệng mút lấy núm vú và quẳng vú.



Hình 16.16. Cho con bú



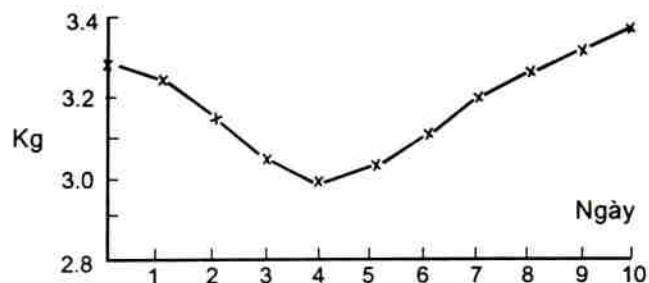
Hình 16.17. Cách ngậm vú



Hình 16.18. Môi trẻ trực tiếp với quầng vú

Khi đã được bú mẹ, đứa trẻ cần 110 cal/kg/ngày - năng lượng này được cung cấp nhờ 150ml sữa/kg/ngày. Phần đông trẻ nhỏ bú 6-8 bữa/ngày, mất 10 phút bú mỗi vú, nghỉ một chút giữa chừng để cho khí nuốt vào ợ lên. Sau hiện tượng sụt cân ban đầu (trước khi hiện tượng tiết sữa ổn định) cân nặng lại được nâng lên khoảng 30g/ngày.

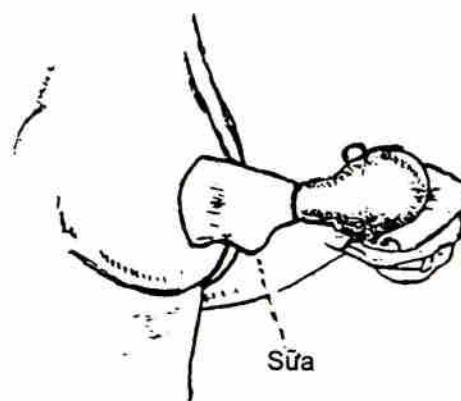
Đứa trẻ phải được cho bú mỗi khi trẻ muốn bú, hiện tượng này kích thích tiết sữa ra. Nên cho bú cách 3-4 giờ một lần.



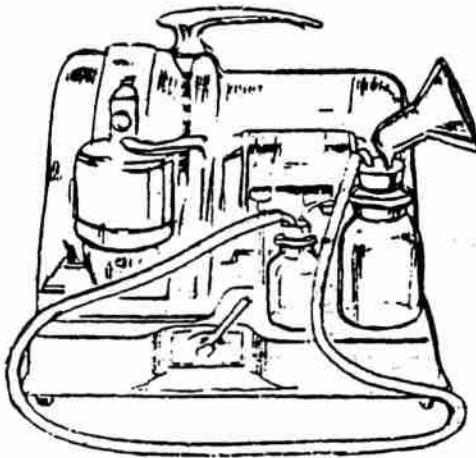
Biểu đồ 1: Biểu đồ cân nặng của bé trong 10 ngày đầu tiên

Nếu bất kỳ lý do gì mà trẻ không thể mút vú được thì có thể phải vắt sữa để duy trì tiết sữa và tránh căng vú sữa. Có thể dùng bơm bóp bằng tay hoặc "hút sữa", dụng cụ này đơn giản và dễ sử dụng.

Người mẹ có thể dùng cách khác để vắt sữa nhờ một máy hút sữa cơ học, được điều khiển bằng động cơ điện, máy này tạo ra cách hút nhẹ nhàng, ngắt quãng, bắt chước gần giống như cách mút sữa bình thường.



Hình 16.19. Cách vắt sữa



Hình 16.20. Máy hút sữa



Hình 16.21. Một số bà mẹ thích vắt sữa bằng tay

IX. CÁC LỢI ÍCH CỦA SỮA MẸ

1. Thành phần hóa học

Tất cả các động vật có vú đều nuôi con bằng nguồn sữa duy nhất thích ứng tự nhiên với các nhu cầu của chúng. Mỡ trong sữa mẹ được hấp thu tốt hơn nhiều mỡ bơ trong sữa bò chưa chế biến. Loại sữa này kết hợp với calci trong ruột để làm giảm sự hấp thu calci. Hạ calci huyết trẻ sơ sinh gây nên các cơn giật và có lẽ tạo ra hiện tượng thiếu sản men răng, sau đó làm cho răng bị hà.

2. Bảo vệ chống lại nhiễm khuẩn

Sữa mẹ chứa một lượng lớn IgA, gồm nhiều kháng thể đặc hiệu chống E.coli và virus hợp bào đường hô hấp. Loại globulin miễn dịch này bền vững trong dạ dày, đi tới ruột không bị hư hại, tại đây tác động tới các vi sinh vật gây bệnh và ức chế sự sinh sản của các vi khuẩn đó.

Sữa mẹ ở mức độ nhất định kích thích sự phát triển của các trực khuẩn bifidus trong ruột, và làm giảm pH nên ức chế sự phát triển của các vi khuẩn sinh bệnh giống như ở trong âm đạo của người lớn.

Tác dụng chống vi khuẩn được tăng cường thêm nhờ tỷ lệ cao của protein gắn sắt (lactoferrin) trong sữa mẹ. Một khi ở trong ruột nó làm giảm lượng sắt tự do thấp hơn nhiều so với mức cần thiết cho sự phát triển của vi khuẩn.

3. Năng lượng

Trẻ nuôi bằng chai sữa có thể hấp thu nhiều calo hơn và thường nặng cân hơn trẻ bú mẹ. Nếu bữa sữa ăn quá đậm đặc thì lượng muối natri quá thừa làm cho trẻ khóc nhiều vì khát, tình trạng này làm nhầm tưởng trẻ bị đói nên lại cho ăn thêm. Nếu không bổ sung nước thì hàm lượng Na rất cao trong huyết tương (natri huyết tăng) có thể gây nên thương tổn cho não. Có thể tránh được tình trạng này nhờ sử dụng công thức chế biến sữa bò thích hợp.

4. Sự gắn bó của người mẹ

Sự gần gũi về thân thể hình như là một yếu tố trong tính chất gắn bó, thời điểm gây cấn là một ít tuần đầu của cuộc sống. Các bà mẹ cho con bú có thể gần gũi với con hơn và cũng nâng niu con mình trùm mền hơn.

X. THUỐC TRONG SỮA MẸ

Hầu như mọi thuốc do người mẹ uống đều thấy trong sữa mẹ ở một nồng độ nào đấy và sẽ được đứa trẻ hấp thu. Nồng độ phụ thuộc vào nhiều yếu tố được lý khác nhau, chẳng hạn như được gắn vào sữa. Do đó người thày thuốc lâm sàng chỉ nên cho người mẹ đang nuôi con các thuốc thực sự cần thiết mà thôi, song phần đông các thuốc thường sử dụng tới đứa trẻ với liều lượng không đáng kể.

1. Kháng sinh

Các sulphonamid đẩy bilirubin ra khỏi albumin gắn, và có thể gây ra hoặc làm gia tăng bệnh vàng da.

Tetracyclin có thể làm mất màu răng của bé.

Gentamycin và kanamycin có thể làm tổn thương thính giác.

Penicilin và cephalosporin thường là an toàn.

Các thuốc an thần và chống co giật.

Phải tránh dùng các loại benzodiazepin và các barbiturat.

Có thể sử dụng phenotoin.

2. Các thuốc chống động

Heparin không truyền qua sữa cho nên an toàn.

Warfarin được gắn vào các protein của người mẹ và hiện diện trong sữa với lượng không đáng kể.

3. Các thuốc kháng giáp

Hình như propylthiouracil vẫn an toàn chừng nào mà tình trạng tuyến giáp vẫn có thể theo dõi được.

Không được dùng carbimazole.

4. Các thuốc khác cần tránh

Các thuốc nhuận tràng.

Lithium.

Các loại nha phiến.

Các thuốc độc với tế bào.

Các thuốc ức chế miễn dịch.

XI. NUÔI NHÂN TẠO

Nuôi nhân tạo là cách nuôi bằng sữa bò đã chế biến, thường từ sữa đậm đặc được làm khô hoặc cho bốc hơi. Sữa bò có protein gấp ba lần sữa mẹ, song lại ít chất carbon hydrat hơn. Vì lẽ đó mà người ta thường bổ sung thêm carbon hydrat.

Bảng 16.2. Tỷ lệ chất sữa mẹ và sữa bò

	Sữa mẹ	Sữa bò
Protein	1,0%	3,5%
Chất béo	3,5	3,5
CHO	7,0	4,5
Cal/dl	67	65

Các nhu cầu về calo và dịch của một đứa trẻ tăng lên trong một ít ngày đầu của cuộc sống. Thoát tiên là 50 cal/kg/24 giờ (xấp xỉ 70 ml/kg trong một ngày) rồi tăng lên vững chắc trong tuần đầu. Các nhu cầu về calo xấp xỉ bằng 110 cal/kg/ngày kể từ ngày thứ 5 trở đi. Nhu cầu này được bảo đảm bằng 150 ml/kg/ngày của chế độ nuôi nhân tạo. Thí dụ: một đứa trẻ 3,5kg cần xấp xỉ 525 ml/ngày, nghĩa là 80-90 ml một bữa x 6 bữa mỗi ngày.

1. Chuẩn bị một bữa cho trẻ như thế nào

(Đây là một phương pháp chế biến vô khuẩn)

1) Rót một thể tích nước đun sôi đã để nguội vào trong chai.

2) Cho thêm một số thìa bột vào (tránh đóng quá đầy) - một thìa cho 30ml nước.

3) Vặn nút vú lại.

4) Thủ nhiệt độ.

Thủ nhiệt độ chai sữa bằng cách nhô lên mu tay. Nhiệt độ này phải bằng mức thân nhiệt.

Hiện nay trong các bệnh viện sữa được cung cấp trong chai 120ml sẵn cùng với nút vú. Cách làm này giảm bớt rất nhiều nguy cơ nhiễm khuẩn.



Hình 16.23. Thủ nhiệt độ sữa



Hình 16.22. Làm nguội sữa bằng nước lạnh



Hình 16.24. Sữa pha sẵn trong chai

Sau mỗi bữa, phải rửa sạch tất cả các dụng cụ và khử khuẩn bằng luộc sôi, hoặc bằng ngâm trong thuốc sát khuẩn.

2. Phương pháp luộc sôi

Luộc chai và nắp vú trong 5 phút trong một cái soong đủ rộng để chứa được chai ngập trong nước. Để trong soong, đậy nắp.

3. Phương pháp khử khuẩn

(Sau khi đã rửa sạch)

(Hypochlorit là loại thuốc không có mùi vị và vô hại cho đứa trẻ, thí dụ: milton).



1) Mỗi ngày chuẩn bị dung dịch thuốc khử khuẩn theo hướng dẫn. Nhúng chai và nắp vú vào, đảm bảo phải ngập nước và ngâm ít nhất 3 giờ.



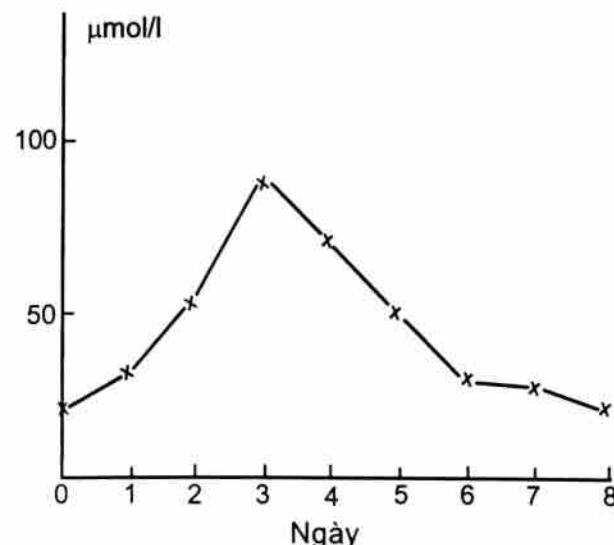
2) Khi chuẩn bị xong bữa sữa, vớt chai và nắp vú; đổ sữa vào chai mà không phải xúc lại chai, đậy một chụp lên nắp vú tối tận lúc cho ăn.

Các bữa ăn phải được chuẩn bị và cho vào tủ lạnh từng bữa.

XII. SINH LÝ CỦA TRẺ SƠ SINH

1. Vàng da sinh lý

Gặp ở khoảng phần ba trẻ sơ sinh bình thường vào giữa ngày thứ 2 và 5. Hiện tượng này một phần do tình trạng chưa trưởng thành của các tế bào gan và tăng bilirubin trong máu, vì các hồng cầu bị phá huỷ (hàm lượng Hb giảm từ 20g lúc mới sinh xuống 11g vào tháng thứ ba).



2. Phân

Phân su - chủ yếu do các tế bào bong, dịch nhầy và sắc tố mật tạo nên - được đẩy ra ngoài trong 2-3 ngày đầu. Phải thấy phân su xuất hiện trong vòng 36 giờ sau khi sinh. Ruột khi mới sinh vô khuẩn nhưng sau vài giờ đã có các khuẩn lạc phát triển.

Phân xuất hiện vào ngày thứ 5, thường có màu vàng nhạt, mùi thối. Trẻ bú mẹ đại tiện ít hơn trẻ ăn bằng chai.

Sơ đồ 2. Hàm lượng bilirubin không kết hợp trong tuần lề đầu sau khi ra đời.

3. Hệ thống hô hấp

Phổi của thai nhi không chứa khí, có đầy dịch phổi và nước ối. Thai nhi có áp lực oxygen trong máu động mạch vào khoảng 30 - 35 mmHg. Tình trạng này chuyển rất nhanh tới mức của người lớn khi hô hấp được thành lập, nhịp thở khoảng 30 lần/phút và có thể rất thất thường.

4. Nước tiểu

Thai nuốt dịch ối và dịch bài tiết của thận trong buồng tử cung. Trong vòng 24 giờ đầu sau khi sinh trẻ phải đái ra nước tiểu. Phải theo dõi đại tiện và tiểu tiện

- Các hiện tượng này là bằng chứng của chức năng bình thường.

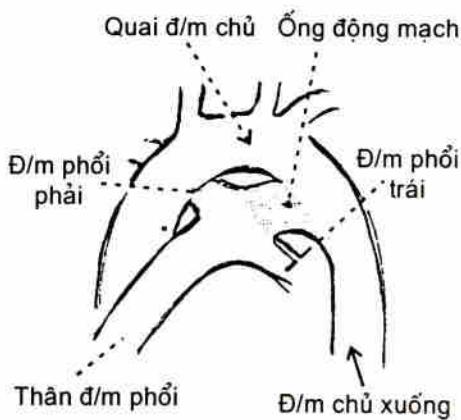
5. Hệ thống sinh dục

Các biểu hiện của tình trạng giảm sút estrogen có thể xuất hiện, được gọi là "cơn sinh dục" (hậu quả của tuần hoàn bánh rau bị ngừng lại).

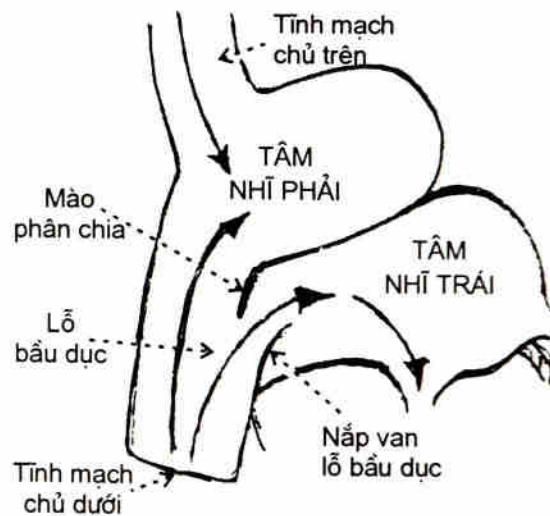
Đôi khi có thể thấy các vú phồng lên, thậm chí còn tiết ra một ít sữa non ("sữa phù thuỷ"). Bé gái có thể chảy một chút máu ở âm đạo, bé trai có thể bị tràn dịch màng tinh hoàn thoáng qua. Không cần phải điều trị gì.

6. Hệ thống tim mạch

Với nhịp thở đầu tiên, phổi nở ra; các mạch phổi co lại trước đó thì hay kích thước tăng lên. Ống động mạch, có một lớp áo cơ rất mỏng, co lại mạnh và tất cả máu từ tâm thất phải đi lên phổi. Hiện tượng này sẽ làm tăng áp lực của tâm nhĩ trái, trong khi đó thì áp lực của tâm nhĩ phải lại giảm đi vì dòng máu ở bánh rau bị ngừng lại. Máu giờ đây có xu hướng chảy từ bên trái sang bên phải qua lỗ bầu dục, tình trạng này làm cho lỗ này bị đóng lại.



Hình 16.25. Hệ thống tim mạch

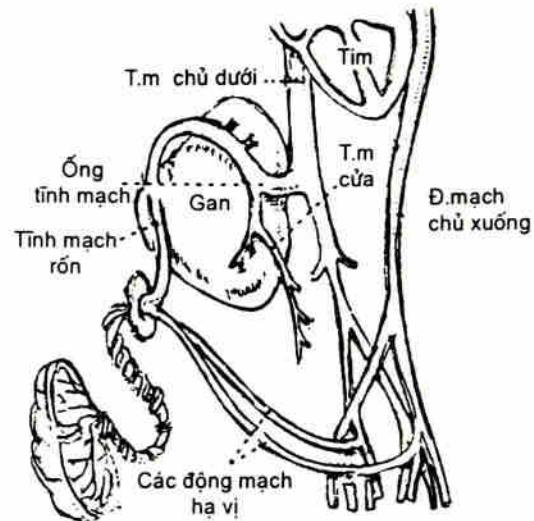


Hình 16.26. Lỗ bầu dục tăng dần

Ống động mạch được đóng lại một cách chức năng hẫu như lập tức và bị tắc hẳn vào tuần thứ 6. Lỗ bầu dục đóng lại dần dần và có thể phải mất nhiều tháng song hẫu như đóng lại một cách cơ năng một khi áp lực tâm nhĩ trái lớn hơn so với bên phải.

Sau khi dây rốn được cắt lại thì các động mạch rốn cũng bị huyết khối; tồn tại dưới dạng các động mạch hạ vị bị tắc lại.

Tĩnh mạch rốn tắc lại sau ngày thứ 4 đến 6, tồn tại dưới dạng dây chằng tròn của gan. Ống tĩnh mạch đóng lại muộn hơn một chút và tồn tại dưới dạng dây chằng tĩnh mạch.



Hình 16.27. Tĩnh mạch rốn tắc lại

XIII. THEO DÕI THƯỜNG QUA

Các bảng theo dõi trẻ sơ sinh cần ghi chi tiết, tỷ mỷ. Tình trạng của một đứa trẻ có thể suy giảm rất nhanh.

Bảng 16.3. Bảng theo dõi sơ đồ

Ngày	1	2	3	4	5	6	7
°C							
kg							
Nhiệt độ	37.4	36.3	35.9	35.6	36.0	36.5	37.3
Cân nặng	3.2	3.1	3.2	3.0	3.0	3.2	3.3
Mạch	132	128	124	128	120	116	112
Hô hấp	32	30	28	24	28	32	2.4
Ăn ống	Nước muối 60mlx5	60mlx5	70mlx5	70mlx5	85mlx5	85mlx5	
Phân	Phân su			III	III	III	III
Nôn trớ	-	I	-	I	-	-	-
Dây rốn	✓	✓	✓	✓	/	Rung	✓

1. Cân nặng

Thường sụt cân trong 3-4 ngày đầu, ngay cả khi cho ăn nhân tạo. Cân nặng lúc mới sinh phải lấy lại được trong vòng 10 ngày.

2. Nhiệt độ

Khoảng $36,7^{\circ}\text{C}$, nhưng thường có tình trạng thân nhiệt không ổn định nhẹ trong vòng tuần đầu.

Mạch

Ghi được bằng cách nghe tiếng đập mõm tim. Thường từ 120 - 150 lần/phút.

3. Hô hấp

Nhip thở khoảng 30 lần/phút ban đầu, về sau chậm hơn.

Thở không đều hay gấp trong tuần đầu.

4. Nôn trớ

Nôn trớ là một dấu hiệu không đặc trưng ở trẻ nhỏ. Nó có thể làm nhân viên chuyên môn lưu ý tới khả năng của một bệnh khác, chẳng hạn như nhiễm khuẩn. Nôn có màu mật là một biểu hiện nguy hiểm và có thể là triệu chứng của tắc ruột, bao giờ cũng phải điều tra.

5. Các bữa ăn

Bữa ăn đầu tiên thường là nước đã đun sôi trong trường hợp trẻ hít phải dịch ối hoặc mắc dị tật bẩm sinh.

6. Phân

Tiếp sau phân sau là phân bình thường, vào ngày thứ 4 có màu vàng và mùi thối, trẻ bú mẹ có thể đại tiện ít lần hơn.

7. Lười ăn

Cân phải theo dõi chặt chẽ những trẻ lười ăn để phát hiện xem có biểu hiện bệnh lý nào không, chẳng hạn như nhiễm khuẩn, hạ đường huyết.v.v...

8. Đứa trẻ nhẹ cân

Tình trạng này có nghĩa là cân nặng của trẻ sơ sinh bằng hoặc thấp hơn 2,5kg. Nguyên nhân có thể hoặc do chuyển dạ thiếu tháng hoặc do không phát triển được tốt trong buồng tử cung - hiện tượng chậm phát triển trong tử cung. Một đứa trẻ có thể vừa đẻ non vừa chậm phát triển.

9. Trẻ đẻ non

Đây là đứa trẻ đẻ trước tuần thứ 37. Đứa trẻ như vậy có thể nặng hơn 2,5kg, song vẫn bất lợi vì tình trạng non yếu của nó.

10. Trẻ chậm phát triển

Đây là đứa trẻ có cân nặng ở dưới đường bách phân thứ 10 so với tuổi thai của nó. Đứa trẻ như thế bao giờ cũng nhẹ hơn 2,5kg, tiền lượng phụ thuộc vào nguyên nhân làm cho trẻ không phát triển được tốt.

Mặc dù công việc xác định và điều trị các trẻ này đòi hỏi kỹ thuật nhi khoa thành thạo, song việc chẩn đoán là vấn đề hết sức quan trọng đối với thầy thuốc sản khoa. Da của trẻ chậm phát triển có xu hướng thô, thậm chí còn nhăn nheo, dây rốn có thể nhỏ và chứa ít thạch Wharton. Đứa trẻ chậm phát triển thường tinh táo và lanh lợi, trong khi đó trẻ đẻ non dễ bị giảm trương lực hơn.

11. Các biến chứng

11.1. Đèn non

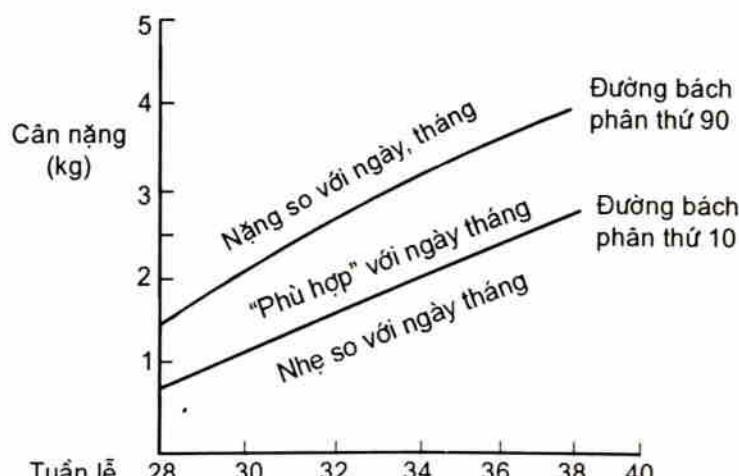
- Thân nhiệt hạ.
- Hội chứng suy thở.
- Vàng da.
- Nhiễm khuẩn.
- Xuất huyết não.

11.2. Chậm phát triển

- Thân nhiệt hạ.
- Hạ đường huyết.
- Hạ calci huyết.

XIV. XÁC ĐỊNH TUỔI THAI

Xác định tuổi thai cho một đứa trẻ sơ sinh có thể cũng khó như tính mức trưởng thành trong khi có thai. Không thể dựa vào cân nặng được - trẻ có thể nhẹ cân, nặng cân hoặc cân nặng phù hợp với ngày tháng. Phương pháp đánh giá của thầy thuốc nhi khoa sử dụng dựa trên hệ thống do Dubowitz và cộng sự đề xuất (Tạp chí nhi khoa 1970, 77.1).



Sơ đồ 16.3. Xác định tuổi thai

1. Các biểu hiện bên ngoài

Có 10 dấu hiệu bên ngoài, mỗi dấu hiệu có 1 thang điểm thay đổi.

Bảng 16.4. Dựa vào dấu hiệu bên ngoài cho điểm trẻ sơ sinh

		0	1	2	3	4
Thí dụ	1 Phù nề	Rõ rệt phù nề ở bàn chân bàn tay	Không rõ phù nề ở bàn tay bàn chân	Không có phù nề		
	2 Lông tơ	Không có lông tơ	Nhiều, dài và dày ở toàn bộ lưng	Lông thưa, nhất là ở phần dưới lưng	Ít lông tơ và có những vùng không có lông	Ít nhất một nửa lưng không có lông
	3 Độ cứng của tai	Vành tai mềm, dễ cuộn lại không giãn ra.	Vành tai mềm, dễ cuộn lại, giãn ra chậm.	Sụn tối bờ của vành tai, song có nhiều chỗ mềm để giãn ra	Vành tai cứng - sụn tối bờ. Vành tai giãn ra nhanh	

2. Các biểu hiện thần kinh

Có 10 nghiệm pháp kiểm tra tự thể và phản xạ, mỗi nghiệm pháp có một thang điểm thay đổi. Các nghiệm pháp này phụ thuộc vào tình trạng tinh táo và không bị ngạt của đứa trẻ.

Thí dụ:

Điểm tối đa là 70 và tuổi thai có thể được tính theo một bảng. Một trẻ đủ tháng (trên 37 tuần) phải đạt trên 45 điểm.

DẤU HIỆU THẦN KINH	ĐIỂM					
	0	1	2	3	4	5
Tự thể						
Đầu ngửa sau						
Treo bụng						

XV. HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP VÔ CĂN

Hội chứng suy hô hấp vô căn là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất của tử vong sơ sinh. Công việc xử trí các trẻ mắc bệnh ở trong tay người thầy thuốc nhi khoa, nhưng việc phòng tránh hội chứng suy hô hấp vô căn và làm giảm mức độ trầm trọng của bệnh lại chủ yếu là tránh nhiệm của thầy thuốc sản khoa.

1. Định nghĩa

- Nhịp thở 60 lần/phút
- Xương ức bị kéo lõm lại
- Thở ra khò khè
- Xuất hiện trong vòng 4 giờ sau khi sinh và kéo dài ít nhất 24 giờ.

2. Nguyên nhân

Do thiếu hụt chất hoạt điện trong các phế nang

Các chất hoạt điện là những lipid (chủ yếu là lecithin, dipalmitoyl phosphatidylcholin) được sản xuất ra liên tục do những phế bào loại II ở thành phế nang. Nó tạo ra một lớp đơn trên bề mặt thấm dịch của phế nang, có tác dụng làm hạ sức căng bề mặt, làm cho phổi dễ giãn nở ra hơn. Trong khi thở ra người ta cho rằng chất hoạt điện đóng đặc lại dưới áp lực, và "giống như một cỗng gạch xây cánh cung" nẹp lấy phế nang và phòng ngừa xẹp phổi.

3. Bệnh lý học

Phổi chưa trưởng thành (hoặc bị thương tổn) không tiết ra đủ chất hoạt điện khiến cho cần phải có nhiều sức hơn là trẻ có được để làm cho phổi nở ra. Phổi bị xẹp lại, các phế nang được lót bằng một lớp tơ huyết gọi là màng kính.



Hình 16.28. Lưu ý xương ức bị lõm lại rõ rệt

4. Đặc điểm lâm sàng

Trong khi xuất hiện thở nhanh thì hiện tượng gắng sức để thở tăng được thể hiện rõ rệt bởi thành ngực thụt lại. Đầu trẻ bất đầu khò khè trong khi không khí được đẩy vào thanh quản bị đóng một phần, nhằm làm cho các phế nang mở ra càng lâu càng tốt. Xẹp phổi và thiếu oxy đưa đến co thắt mạch phổi và tím tái xuất hiện, nó bị nặng thêm lên bởi shunt từ phải sang trái qua lỗ bầu dục và ống động mạch. áp lực CO₂ tăng lên; đường huyết hạ và calci huyết hạ xuất hiện. Phù nề do hạ protein trong máu thường hay thấy ở trẻ thiếu tháng lại tăng lên.

5. Các yếu tố thuận lợi

1) Tình trạng non yếu.

Chất hoạt điện đầu tiên được sản xuất ra lúc khoảng 22 tuần và tăng vọt lên tới mức trưởng thành vào giữa tuần 34 và 36.

2) Thiếu oxy cấp tính trong cuộc đẻ (thiếu oxy mạn tính như trong tiền sản giật và nhồi máu của bánh rau không gây rủ vong, hình như kích thích tiết ra chất hoạt điện, có lẽ là một đáp ứng đối với stress).

3) Thiếu oxy sau đẻ như khi trẻ sinh ra trong trường hợp có một bệnh cảnh bị sốc.

6. Chẩn đoán phân biệt

- 1) Thở nhanh tạm thời của trẻ sơ sinh ("phổi ướt").

Đây là một bệnh cảnh thường là nhẹ xảy ra ở trẻ đẻ tháng.

- 2) Hít phân su.

Có thể thấy phân su trong lúc sổ thai, hút ra từ họng và khí quản của đứa trẻ.

- 3) Viêm phổi - xảy ra sau khi vỡ ối đã lâu.

- 4) Dị dạng của tim

Thoát vị cơ hoành. Tim bị đẩy sang một bên, thường là sang phải và bụng lõm hình thuyền. Chụp X quang có thể xác định được chẩn đoán.

7. Phòng ngừa

- 1) Hết sức ngăn ngừa chuyển dạ đẻ non (xem chương 10).

2) Theo dõi trong khi chuyển dạ, tránh đẻ ngạt, nên chỉ định mổ lấy thai vì dễ dàng hơn cho những trẻ thiếu tháng, hồi sinh ngay và có hiệu quả; tránh hiện tượng thân nhiệt bị hạ.

3) Dùng corticoid cho người mẹ để kích thích tiết chất hoạt điện. Người ta đã biện hộ lợi ích của việc sử dụng betamethason vào giữa tuần 30-32. Phải cho thuốc này trước khi chuyển dạ ít nhất 48 giờ (xem chương 10).

8. Điều trị

Bệnh này cần được trông nom trong một đơn vị săn sóc nhi khoa đặc biệt; nó đòi hỏi cần sự thành thạo về nhi khoa. Nguyên tắc là:

- 1) Tránh những thao tác không cần thiết.

2) Tránh mất nhiệt. Phải săn sóc một trẻ thiếu tháng ở trần trong điều kiện nhiệt độ 36°C .

3) Cung cấp nồng độ oxy cao. Loại lồng áp thông dụng không thể duy trì nồng độ oxy cao hơn 30% và có thể cần phải dùng một hộp dầu. Nếu không có biến chuyển tốt thì phải dùng biện pháp áp lực đường thở dương tính liên tục (ALĐTDTLT). Biện pháp này có ý nghĩa là cho oxy qua phổi dưới áp lực dương tính, hoặc bằng mặt nạ hoặc bằng ống thông mũi, hoặc bằng ống nội khí quản. Nguy cơ chính của áp lực đường thở dương tính liên tục là khí phế mạc. Trẻ đang suy sụp có thể cần phải thông khí phổi áp lực dương ngắt quãng.



Hình 16.29. Dòng khí đảm bảo cho biện pháp ALĐTDTLT

4) Điều chỉnh hiện tượng nhiễm toan.

Dung dịch Na bicarboonat phân tử (7,4%) đã được dùng từ lâu để điều chỉnh nhiễm toan chuyển hoá, nhưng đã có những ý kiến cho rằng việc tiêm đột ngột một liều lượng lớn kiềm có thể làm thêm nguy cơ chảy máu trong não thất. Dùng dung dịch 4,2% thì an toàn hơn và cần tiêm chậm, song không được để tình trạng nhiễm toan tồn tại.

5) Duy trì huyết áp.

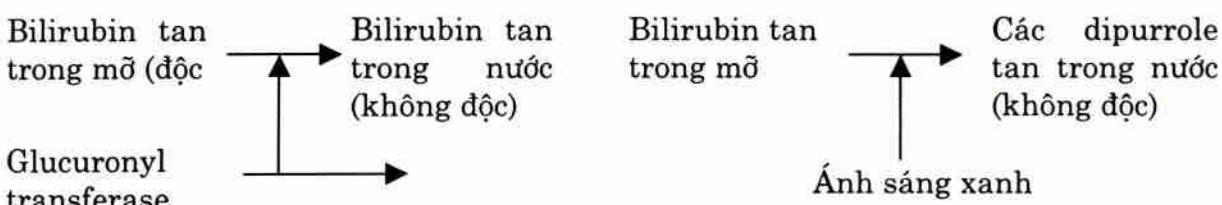
6) Thay thế cho chất hoạt điện.

Biện pháp này đang được tích cực nghiên cứu; một số các chế phẩm dùng để nhỏ vào khí quản đã cho thấy có kết quả hứa hẹn.

XVI. VÀNG DA Ở TRẺ SƠ SINH

Vàng da hay gặp ở những trẻ đủ tháng (vàng da sinh lý), đặc biệt là khi bắt đầu cho trẻ bú mẹ, và hầu như bao giờ cũng là quy luật đối với trẻ đủ tháng. Mức nồng độ quá cao của bilirubin không kết hợp (tan trong mỡ)có thể gây nên tổn thương cho não, đặc biệt ở các trẻ đẻ non.

Sinh lý. Bilirubin không kết hợp bắt nguồn từ sự hoà giáng của hemo-globin hoặc là: được kết hợp trong gan... hoặc là... Bị phân hủy trong da do ánh sáng xanh (quang phân).



Vàng da phát triển nếu chức năng gan kém. Nó không thuộc loại vàng da do tắc mật - là loại gặp nhiều nhất. Nếu sự bài tiết của gan bị tổn thương, thì vàng da là do tắc mật - không hay gặp.

1. Các nguyên nhân của vàng da không do tắc mật

- 1) Thiếu thăng
- 2) Ngạt trong khi đẻ.
- 3) Tượng kỵ nhóm máu ABO hoặc Rh (tan huyết - trong lòng mạch).
- 4) Máu tràn ra tổ chức do bầm giập (tan huyết - ngoài mạch máu).
- 5) Nhiễm khuẩn.

Có nhiều bệnh cảnh khác không hay gặp làm cho vàng da xuất hiện, ngoài phạm vi trách nhiệm của người thầy thuốc sản khoa.

2. Các xét nghiệm

Phải xác định nhóm máu ABO và Rhesus cho mẹ và con cùng với nghiệm pháp Coombs. Phải định lượng hemoglobin, đem đo lượng hồng cầu lưới và làm một loạt các xét nghiệm định lượng nồng độ của bilirubin không kết hợp.

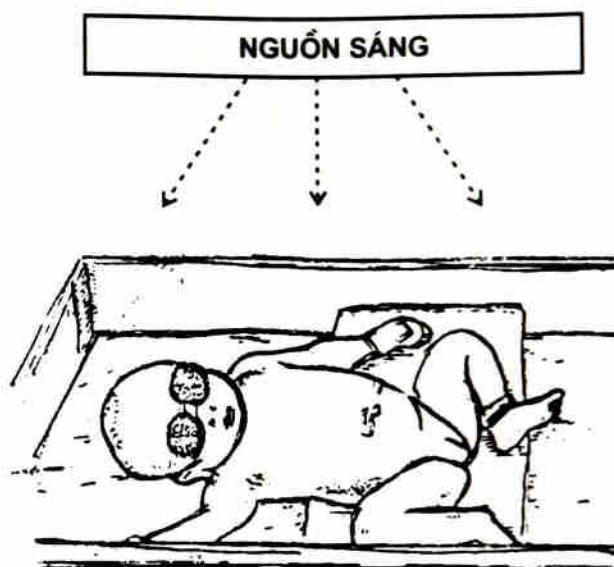
3. Điều trị

1) Phòng ngừa hết sức tình trạng đẻ non.

2) Cho uống đủ dịch.

3) Quang liệu pháp - dùng một nguồn sáng nhân tạo bằng đèn huỳnh quang để kích thích hiện tượng quang phân. Biện pháp này được thực hiện khi hàm lượng bilirubin huyết thanh lên trên mức 200 mmol/l. Phải băng mắt trong khi rời ánh sáng.

4) Truyền thay máu (trang 176) có thể cần thiết nếu quang liệu pháp không có hiệu quả.



Hình 16.30. Quang liệu pháp

XVII. XUẤT HUYẾT NỘI SƠ

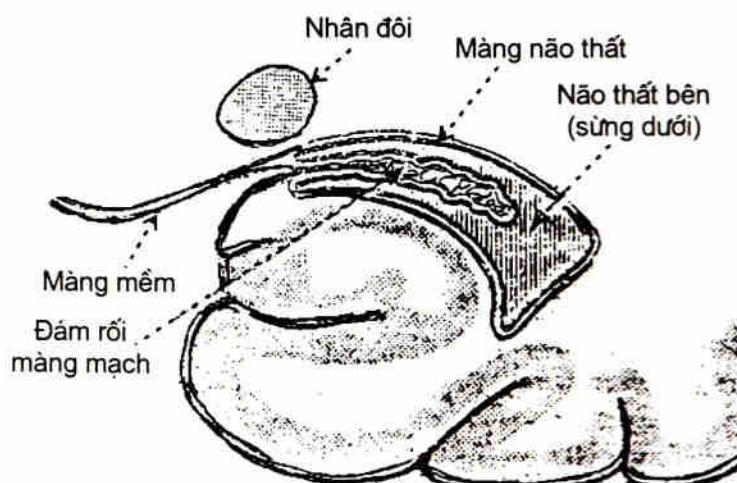
Bệnh cảnh này dễ dẫn đến tử vong; các trẻ sống sót thường có thương tổn não. Nó có thể xảy ra ở các não thất, trong chất não, trong khoang dưới màng cứng hoặc là hậu quả của rách màng cứng.

1. Xuất huyết dưới màng não thất/trong não thất

Chảy máu bắt đầu tại các mạch máu dưới màng não thất, phủ nhân đuôi trong thành của não thất bên. Máu có thể ngừng chảy vào giai đoạn này hoặc lan tới não thất hoặc tới toàn bộ hệ thống bao thất.

1.1. Đặc điểm lâm sàng

Đa số trường hợp bệnh xảy ra ở trẻ thiếu tháng, thường trong vòng ba ngày đầu. Trẻ có thể bị liệt và



Hình 16.31. Xuất huyết dưới màng não thất

không có phản ứng, trong vòng 12 giờ có thể sẽ xảy ra những cơn đau tím tái và các cơn giật. Trong khi chảy máu tiến triển thì trẻ đi vào hôn mê rồi tử vong hoặc não úng thuỷ phát triển. Hiện nay bệnh có thể được phát hiện ra nhờ chẩn đoán bằng siêu âm hộp sọ.

1.2. Bệnh căn

Nguyên nhân không được biết rõ song có một số yếu tố kết hợp như:

- **Sản khoa**

Non yếu

Suy thai trong khi chuyển dạ

Suy thai mạn tính khi mang thai

Chấn thương do đẻ

- **Nhi khoa**

Non yếu

Thiếu oxy do hội chứng suy hô hấp

Rối loạn đông máu

1.3. Điều trị

Không có biện pháp điều trị đặc hiệu, việc bảo vệ thai nhi và trẻ sơ sinh trong các giai đoạn thiếu oxy là cách phòng ngừa tốt nhất.

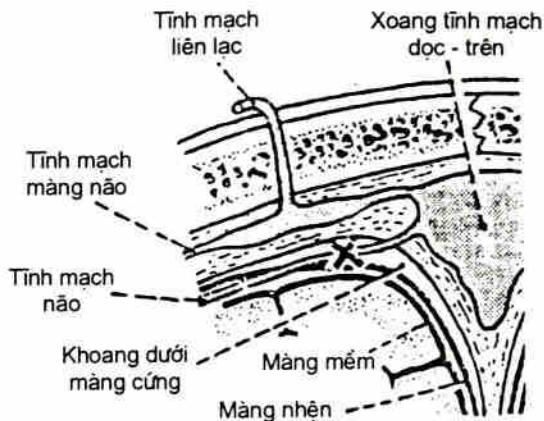
1.4. Xuất huyết não

Xuất huyết não thường là hậu quả của tổn thương do ngạt với hiện tượng chảy máu là hậu quả của các mạch máu bị tổn thương. Tình trạng này thường gây nên các biến chứng lâu dài quan trọng.

2. Xuất huyết dưới màng cứng

Đây là một bệnh cảnh hiếm gặp trong công tác thực hành sản khoa hiện đại. Nó thường dễ là biến chứng của bất kỳ một thương tổn hộp sọ não, dẫn đến chảy máu trên phần lồi của não và hình thành máu tụ. Một số dấu hiệu khu trú có thể xuất hiện nhưng việc chẩn đoán khó khăn và luôn luôn phải nghĩ tới bệnh cảnh này khi gặp nghi ngờ có thương tổn hộp sọ.

Chảy máu xuất phát từ các tĩnh mạch của não bị vỡ ra ở khoang dưới màng cứng. Máu lan ra các thuỷ trán, các dấu hiệu đầu tiên của não bị kích thích là tình trạng tăng hưng phấn và các cơn giật. Xuất huyết vũng mạc và các động tác bất thường của nhãn cầu sau đó sẽ xuất hiện. Việc chẩn đoán dựa vào phát hiện máu nhuộm màu nước não tuỷ trong khoang dưới màng cứng, nếu ổ máu tụ đã hình thành thì phải tiến hành loại bỏ tình trạng não chèn ép.



Hình 16.32. Xuất huyết dưới màng cứng



Hình 16.33. Hình ảnh này cho thấy các nhân cầu bị kéo lệch là một dấu hiệu hay gấp

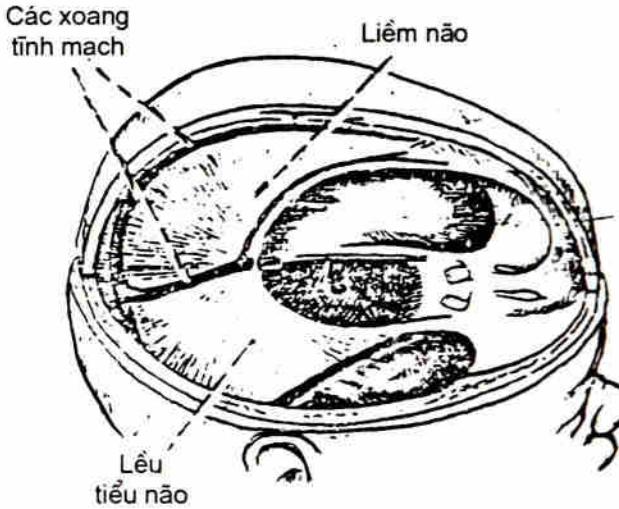
Các vết rách ở màng cứng

Loại thương tổn này là hậu quả của tình trạng uốn khuôn quá mức, có thể thấy trong các cuộc chuyển dạ lâu, không được theo dõi.

Não của thai nhi được bảo vệ chống lại các tổn thương trong cuộc chuyển dạ bởi:

1. Sự mềm mại và tình trạng uốn khuôn của các màng xương.
2. Khả năng của các thóp "thu bớt lại" khi bị ép
3. Tác dụng đệm của dịch não tuỷ.
4. Sự sắp xếp về giải phẫu của vách ngăn là màng cứng với các bờ tự do.
5. Khả năng uốn hình của tổ chức não.

Tuy nhiên, đôi khi tình trạng xoắn vặn xảy ra quá mức khiến cho bờ tự do của lều tiểu não bị rách làm thương tổn cả các mạch máu. Tử vong xảy ra vì áp lực nội sọ tăng lên, đặc biệt là vào thân não và tuỷ sống.



Hình 16.34. Các vết rách ở màng cứng



Hình 16.35. Hiện tượng uốn khuôn của đầu thai nhi

Tổn thương này do các cuộc đẻ khó gây ra, chẳng hạn như đặt forceps cao, đẻ ngôi mông, v.v..., song cũng có thể xảy ra trong trường hợp đẻ tự nhiên ngôi chỏm.

Các dấu hiệu và triệu chứng là của tình trạng ngạt sơ sinh. Chẩn đoán xác định dựa trên mổ xác sau khi tử vong.

XVIII. CÁC CHẨN THƯƠNG DO CUỘC ĐẺ

1. Gãy xương dài

Các xương hay bị gãy nhất là xương đòn, xương cánh tay và xương đùi, là do hậu quả của cuộc sổ thai quá gượng ép. Trong trường hợp của xương đòn thì có thể không thấy dấu hiệu gì và hai tuần sau là có can xương.

Đối với trường hợp xương dài thì phải xạ Moro sẽ mất ở chi đó, và có thể cần phải chụp X quang. Ở trẻ khoẻ mạnh sự hình thành can xương nhanh nên không cần phải nẹp.

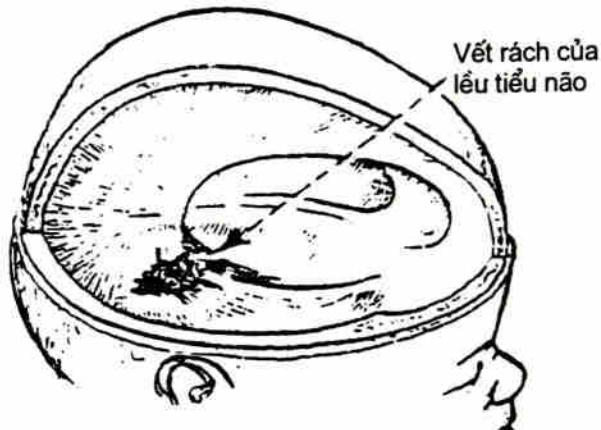
Phản xạ Moro - Để phản ứng lại một tiếng động hay một rung đột ngột, đứa trẻ dang tay và chân ra rồi lại khép lại khi vỗ nụng nhẹ bé.

2. Tổn thương đứt rời thần kinh cánh tay

Tình trạng này là do gấp nghiêng cổ quá mức trong đỡ đẻ ngôi chỏm hoặc ngôi mông.

2.1. Liệt Erb C5,6

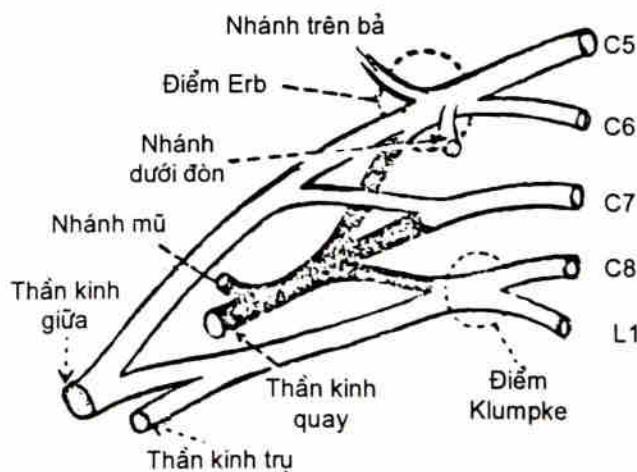
Đây là bệnh cảnh hay gặp nhất. Các cơ khép và gấp của phần trên cánh tay bị tổn thương, cánh tay ở tư thế đặc biệt, mệnh danh là "hậu bàn nhận thường".



Hình 16.36. Vết rách của lều tiểu não



Hình 16.37. Phản xạ Moro



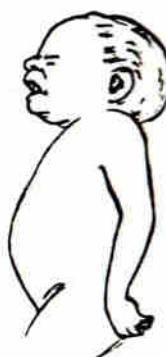
Hình 16.38. Liệt Erb

2.2. Liệt Klumpke C8, L1. Bàn tay bị liệt, cổ tay thông, mất phản xạ nắm.

2.3. Hội chứng Horner

Mất chi phối của thần kinh giao cảm ở đốt lưng 1. Biểu hiện bằng sụp mi, mắt không nhắm kín được, giãn đồng tử. Hội chứng này thường gặp cùng với liệt Klumpke, song cả hai loại thương tổn này đều hiếm gặp.

Đại bộ phận các mức độ thương tổn có thể không phải điều trị gì, các thương tổn nặng cần được chuyên gia chỉnh hình kiểm tra.



**Hình 16.39. Liệt Klumpke
và hội chứng Horner**

3. Lún xương hộp sọ

Hiện tượng này đôi khi gặp do đầu của thia forceps gây nên trong cuộc đẻ khó.

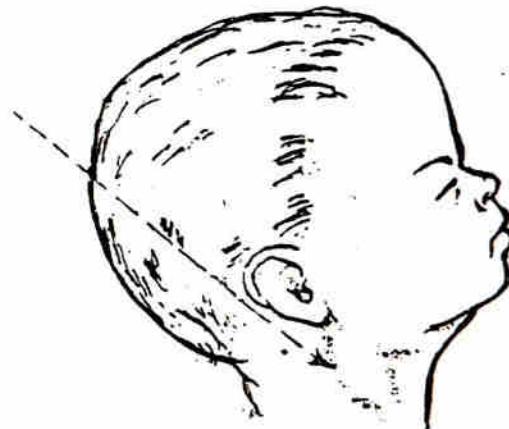
Thường là không cần điều trị gì song nếu thấy não bị kích thích hoặc có liệt nhẹ thì có thể phải can thiệp bằng ngoại khoa. Có thể tránh được các thương tổn này bằng mổ lấy thai hơn là để sổ thai khó khăn qua đường âm đạo.



Hình 16.40. Lún xương hộp sọ



Hình 16.41. Liệt mặt



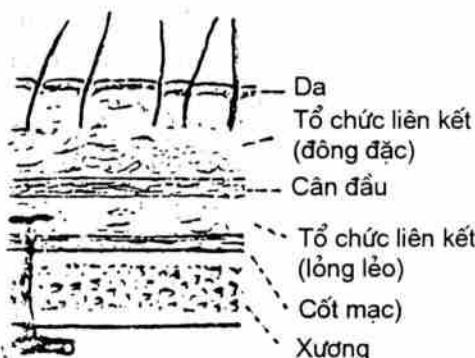
Hình 16.42. U cơ úc - chũm

5. U cơ úc - Chūm

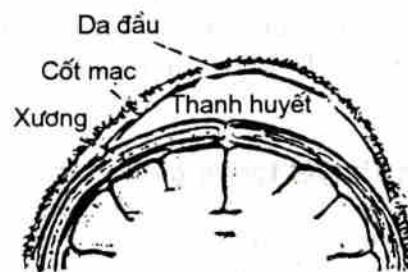
Đây là một khối không đau nổi lên ở vùng cơ úc-chūm, trong tuần lẽ đầu sau khi ra đời. Người ta vẫn quan niệm là do chấn thương, song nguyên nhân vẫn chưa biết rõ. Vẹo cổ là một di chứng có thể gặp; phải hướng dẫn cho người mẹ làm cho cơ này căng ra mỗi ngày 3-4 lần. Sự tập luyện này ban đầu có thể làm cho bé bị đau.

6. Các thương tổn nồng ở đầu

Các vết trượt da đầu nhẹ có thể gây ra trong quá trình sổ thai bằng forceps, hoặc giắc hút sản khoa. Những vết thương này, theo nguyên tắc, chỉ cần điều trị tại chỗ song tổ chức liên kết đồng đặc làm cho các mạch máu không co lại được, cho nên các vết thương da đầu chảy máu nhiều.



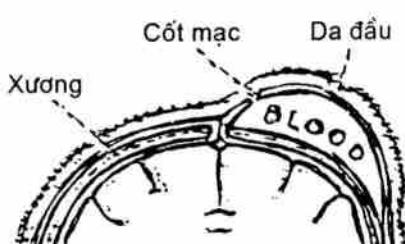
Hình 16.43. Các tổn thương nồng ở đầu



Hình 16.44. Bướu thanh huyết

7. Bưới thanh huyết

("Đầu thay thế"). Đây là một tình huống bình thường do sự chèn ép của cổ tử cung làm sự lưu thông của máu tĩnh mạch và bạch huyết bị ngừng lại trong khi chuyển dạ. Thanh huyết thẩm ra ngoài được tích lại giữa cân và cốt mạc; nó sẽ biến mất vài giờ sau khi đẻ.



Hình 16.45. Huyết tụ dưới cốt mạc

8. Huyết tụ dưới cốt mạc

Là hiện tượng đọng máu giữa cốt mạc và xương hộp sọ, được giới hạn lại do các chẽ dính của cốt mạc ở các đường khớp. Nó thường do chấn thương và có thể

chưa xuất hiện tới tận nhiều giờ sau khi đẻ. Không nên hút hoặc dẫn lưu khôi tự máu này, thông thường nó sẽ tiêu đi trong vài tuần.

XIX. CÁC DỊ TẬT BẨM SINH

Nhiều khuyết tật thường gặp không rõ nguyên nhân. Một số khác có thể cất nghĩa bằng một trong 3 cơ chế sau đây:

- A. Các khuyết tật về gen di truyền.
- B. Các hiện tượng lạc nhiễm sắc thể có thể mang tính gia truyền.
- C. Khuyết tật ngẫu hợp do nguyên nhân môi trường hoặc không rõ.

Công tác tham vấn di truyền có thể bổ ích đối với trường hợp A và B.

Nhu cầu tham vấn như vậy đôi khi xuất hiện vào lúc mới có thai song thường nó được tìm hiểu khi sinh ra một đứa trẻ tật nguyền. Đánh giá nguy cơ và các khả năng thường là vấn đề dành cho chuyên gia, song người thầy thuốc sản khoa và thầy thuốc đa khoa thực hành có thể cần phải góp ý kiến cho những trường hợp về sau.

1. Các khuyết tật về gen di truyền

Các gen nằm ở vị trí đặc hiệu trên các đôi nhiễm sắc thể. Một đôi gen như vậy được gọi là đồng hợp tử.

1.1. Các gen trội

Những gen này như tên gọi, chúng là những gen "mạnh".

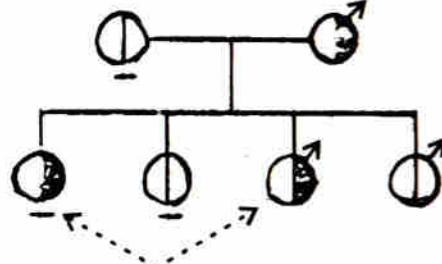
Sự hiện diện của một gen bất thường như thế có thể lấn át ảnh hưởng của một gen bình thường của nhiễm sắc thể đối diện, và bệnh bao giờ cũng lộ ra.

Như vậy cá thể thường là dị hợp tử đối với gen bất thường. 50% con cái có thể sẽ bị mắc bệnh.

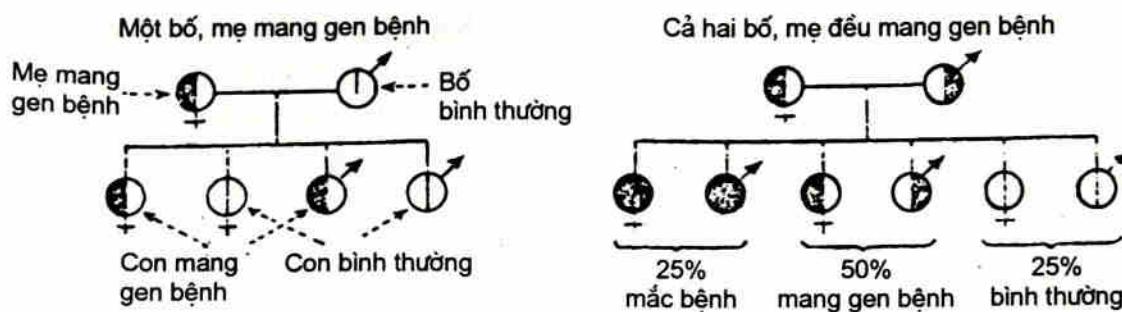
Thí dụ: bát sán sụn, hiện tượng tạo cốt không hoàn chỉnh, bệnh hồng cầu tròn bẩm sinh, thiếu máu hồng cầu liềm và múa vòn Huntington.

1.2. Các gen lặn

Những gen này là các gen "yếu". Nếu chỉ có một allele của một đôi của các gen bất thường và là gen lặn thì ảnh hưởng của nó có thể bị gen bình thường ở nhiễm sắc thể đối diện át đi. Chỉ trong trường hợp cả hai gen đều bất thường thì bệnh mới thể hiện ra được. Trong một gia đình cả hai bố mẹ cần phải là những người mang gen bệnh và cùng có loại gen này nghĩa là cả hai đều là đồng hợp tử, thì bệnh mới có thể được truyền cho con.



Hình 16.46. Con cái bất thường



Hình 16.47. Không có biểu hiện bệnh

Thí dụ: phần lớn các sai lạc chuyển hoá bẩm sinh. Các bệnh này có nhiều và ảnh hưởng tới nhiều con đường chuyển hoá khác nhau. Tầm quan trọng ở chỗ là nếu khuyết tật được phát hiện sớm, thì có thể phòng ngừa được quá trình bệnh lý về sau trong một số trường hợp, nhưng không là tất cả, nhờ tiết chế.

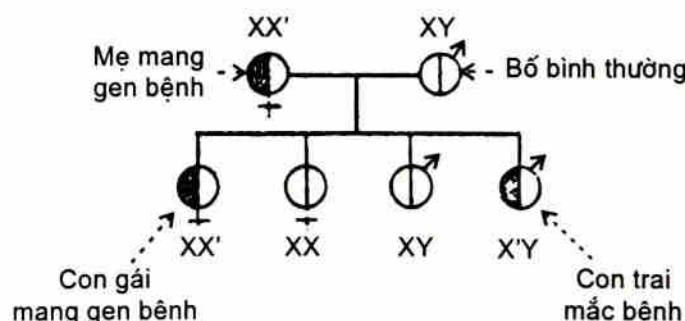
Điều này áp dụng đặc biệt cho những khuyết tật di truyền nào ảnh hưởng tới chuyển hoá của hydrat carbon và acid amin, chẳng hạn như phenylketon niệu. Tuy nhiên nó không áp dụng đối với bệnh quan trọng nhất về mặt số lượng trong nhóm này là bệnh xơ hoá thành nang ở phổi, tỷ lệ mang gen bệnh của bệnh cảnh này tại Liên hiệp vương quốc Anh chiếm tới gần 1/20.

1.3. Bệnh gen lặn liên quan đến giới tính

Đây là một hoàn cảnh đặc biệt, ở đó gen lặn gắn vào một nhiễm sắc thể giới tính, thường là nhiễm sắc thể X.

Ở người phụ nữ ảnh hưởng của gen lặn trên một nhiễm sắc thể X được đổi tác lại bởi gen bình thường trội hơn trên nhiễm sắc thể X thứ 2.

Người phụ nữ do đó là người mang gen bệnh nhưng không bị mắc bệnh. Người đàn ông có gen lặn bất thường ở trên nhiễm sắc thể X đơn độc bị mắc bệnh vì không có sự đối kháng lại tác dụng của nó. Tình hình của gia đình được trình bày trên biểu đồ. 50% con là nữ giới sẽ mang gen bệnh và 50% con là nam giới sẽ biểu hiện bệnh.



Hình 16.48

Thí dụ: bệnh loạn dưỡng cơ Duchenne, bệnh ưa chảy máu.

2. Các bất thường của nhiễm sắc thể

Những tình trạng này là do các bất thường xuất hiện trong quá trình trưởng thành của tế bào noãn hay của tinh trùng, nghĩa là vào lúc phân bào giảm nhiễm.

Các sai lạc vào thời gian này có thể gây nên sự phân tách nhiễm sắc thể không đều nhau đưa đến hậu quả ở tế bào mầm; nhưng tế bào này hoặc có số nhiễm sắc thể ít hơn hoặc có nhiều hơn bình thường. Khi thụ thai tình trạng bất thường này có thể được truyền sang cho con. Tình trạng bất thường mà người thầy thuốc sản khoa hay gặp nhất là hội chứng Down, do một nhiễm sắc thể 21 thừa (tam bội thể 21). Việc chẩn đoán dựa vào xét nghiệm cấu trúc nhân tế bào thai nuôi cấy được lấy bằng phương pháp chọc dò buồng ối, hoặc xét nghiệm trực tiếp tổ chức lấy ở bệnh phẩm gai trung sản mạc (xem chương 6). Tỷ lệ tam bội thể 21 tăng lên cùng với tuổi của người mẹ. Trong một số ít trường hợp hội chứng Down là do chuyển đoạn nhiễm sắc thể di truyền và trong tất cả các trường hợp, cần xét nghiệm cho bố mẹ về loại khuyết tật này. Những thí dụ khác về các bất thường của nhiễm sắc thể là các tam bội thể 18 và 13, hội chứng Turner, hội chứng Klinefelter; cả hai hội chứng này là các khuyết tật của nhiễm sắc thể giới tính.

Bảng 16.5. Tỷ lệ tam bội thể so với tuổi mẹ

Tuổi mẹ	Nguy cơ tam bội thể 21
20-24	1 trong 1.500
25-25	1 trong 1.200
30-34	1 trong 900
35	1 trong 250
38	1 trong 125
40	1 trong 80
45	1 trong 22

2.1. Các rối loạn do nhiều yếu tố (bệnh di truyền)

Các bệnh này là hậu quả của việc kết hợp nhiều gen bất thường và ảnh hưởng của môi trường lén phôi, và thai nhi. Nguy cơ gặp lại đã được tính trên cơ sở của kinh nghiệm và chỉ có giá trị xấp xỉ. Điều quan trọng khi trao đổi về "xác suất có hay không có thể xảy ra", với cha mẹ là để cho một cách nhìn câu đố, để cho họ tự quyết định. Một tình huống 1 trong 2 nguy cơ dị tật có nghĩa là một tình huống 19 trong 20 cơ may của đứa con bình thường.

Có thể thấy rõ là trong một số bệnh cảnh, thí dụ: tất cả những rối loạn do gen trội, một vài bệnh do gen lặn liên quan với nhiễm sắc thể giới tính, chẳng hạn như bệnh ưa chảy máu và các rối loạn nhiễm sắc thể, người thầy thuốc thực hành có thể cho biết những khả năng. Trong nhiều trường hợp, cần phải khảo sát thêm trước khi mạnh dạn đưa ra ý kiến của mình. Khi còn nghi ngờ thì phải tham khảo ý kiến của thầy thuốc di truyền nội khoa.

Bảng 16.6. Xác suất đứa con thứ 2 mắc bệnh do gen di truyền

Bệnh cảnh	Xác suất đứa con II mắc bệnh
Dị tật ống thần kinh	1 trong 20
Vô sọ	
Hở hàm ếch	1 trong 25
Bệnh tim bẩm sinh	1 trong 30
Đái tháo đường	1 trong 12
Động kinh	1 trong 20

Có thể thực hiện được ít nhất ba loại xét nghiệm về nhiễm sắc thể của các tế bào thai nhi đã lấy được:

2.2. Khảo sát nhiễm sắc chất giới tính và xác định giới tính của thai

Công việc này được thực hiện trực tiếp trên máu lấy được.

2.3. Phân tích nhiễm sắc thể (làm nhiễm sắc đồ)

Chụp ảnh nhân tế bào sau khi làm ngừng hiện tượng phân bào; các ảnh của nhiễm sắc thể được sắp xếp lại theo thứ tự kích thước. Loại nhiễm sắc thể lớn nhất được gọi là số 1.

2.4. Phân tích enzym

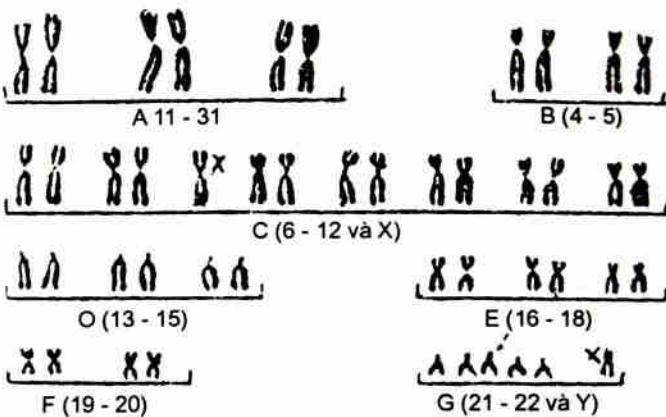
Các phương pháp này phức tạp phải do nhiều phòng xét nghiệm phối hợp với nhau thực hiện.

Trong trường hợp người mẹ được phát hiện là người mang gen bệnh của một khuyết tật gen lặn liên quan tới giới tính, chẳng hạn như bệnh loạn dưỡng cơ Duchenne; các thai nam mà 50% có nguy cơ mắc bệnh, có thể bị sẩy thai.

Biện pháp này cho phép xác định được hội chứng Down do tam bội thể 21, cũng như một số bệnh hiếm gặp khác như 45XO (hội chứng Turner), hoặc mang thêm một nhiễm sắc thể nữa (hội chứng Klinefelter). Có thể làm nhiễm sắc đồ cho tất cả các trường hợp có tiền sử một đứa con mắc bệnh, hoặc khi người mẹ 35 tuổi hay già hơn.

Phương pháp này cho phép chuẩn đoán nhiều bệnh mang gen lặn autosom, chẳng hạn như bệnh phenylketon niệu. Biện pháp này nên thực hiện khi đã có một con mắc bệnh.

Đây là nhiễm sắc đồ của một bệnh nhân nam giới mắc bệnh loạn dưỡng cơ Duchenne. Chú ý nhiễm sắc thể thứ ba ở số 21.



Hình 16.49. Nhiễm sắc đồ bị loạn dưỡng cơ Duchenne

3. Các khuyết tật do môi trường hoặc không rõ nguyên nhân

Đây là những khuyết tật xuất hiện ở các trường hợp mang thai riêng lẻ. Có thể phát hiện được nguyên nhân trong một số trường hợp, chẳng hạn như nhiễm khuẩn hoặc thuốc mẹ dùng. Trong những tình huống như thế có thể khẳng định với bố mẹ là khuyết tật không mang tính chất gia truyền.

Đối với những trường hợp khác, dù nguyên nhân không rõ nhưng hình như vẫn cứ có một yếu tố gia đình tác động như đã trình bày trong mục những khuyết tật do nhiều yếu tố gây ra ở trang 445.

Người thầy thuốc sản khoa và nữ hộ sinh nên có một số kiến thức về tiên lượng đối với những khuyết tật hay gặp trong khi đẻ, để có thể giải đáp những câu hỏi của người mẹ và tiến hành điều trị khi cần.

4. Các khuyết tật của ống thần kinh

Phần lớn những khuyết tật này có thể phát hiện được trước khi sinh, nhờ tình trạng tăng fetoprotein trong huyết thanh mẹ, hoặc bằng chẩn đoán siêu âm thường quy (xem chương 6).

Nguyên nhân những khuyết tật ống thần kinh không được biết rõ. Có tình trạng phân bố theo tầng lớp xã hội hình thái gradien và theo địa dư - Vùng Bắc Anh, xứ Wales, Ireland và Scotland có tần suất cao hơn vùng phía Nam và Đông nước Anh. Tình trạng thiếu vitamin chung quanh thời gian thụ thai đã được người ta nêu lên và hiện tại đang được xem xét tích cực.

4.1. Thoát vị màng não và thoát vị màng não-tuỷ sống

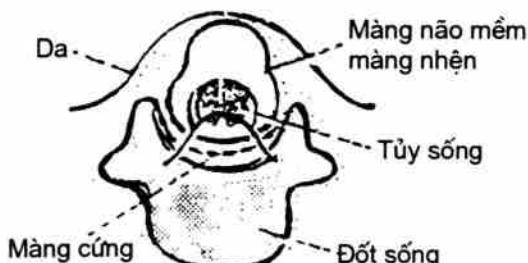
Các thoát vị màng não và tuỷ sống qua khuyết xương do dị dạng của trung bì làm cho các cung đốt sống không dính lại được với nhau (tật gai đôi), và màng cứng sau không phát triển được. Thường gặp hiện tượng này xảy ra ở vùng thắt lưng - cùng.

4.2. Thoát vị màng não

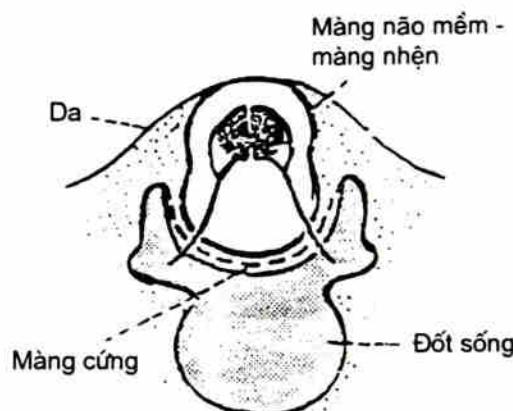
Da che phủ thoát vị màng não mềm-màng nhện (có khi rất nhẹ).

Bệnh nhân không bị liệt và đóng lại bằng phương pháp ngoại khoa có thể chờ tới 6 tháng sau.

Tiên lượng nên dè dặt cho tới khi chắc chắn là tổ chức thần kinh không bị liên quan. Nói khác đi, đứa trẻ có thể vẫn phát triển bình thường.



Hình 16.50. Thoát vị màng não



Hình 16.51. Thoát vị màng não - tủy

4.3. Thoát vị màng não-tủy

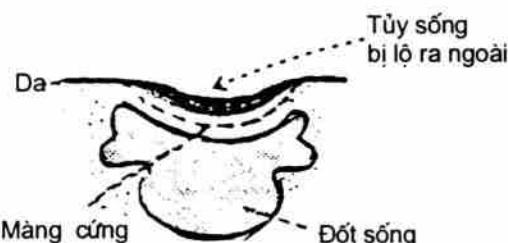
Tủy sống cũng như các màng não tuỷ bị đẩy ra ngoài; biểu mô thần kinh tạo thành đáy túi. Da không che phủ hết, nhiễm khuẩn dễ có khả năng xuất hiện nếu không được đóng lại trong vòng 24 giờ. Thường thấy trẻ bị liệt cẳng chân, liệt ruột và bàng quang, não úng tuỷ. Phải tham khảo ý kiến ngoại khoa ngay về khả năng phục hồi.

Thoát vị tủy sống

4.4. Vô sọ

Vô sọ là hiện tượng không phát triển của vòm sọ và da đầu một cách đầy đủ.

Vẫn có mặt và nền sọ. Hiện tượng này thường được phát hiện khi mới có thai và người ta khuyên nên phá thai vì bệnh cảnh không cho phép thai sống được. Nếu mang thai cứ tiến triển thì hay gặp đa ối, do thai không có khả năng nuốt nước ối và không có hormon chống bài niệu và do đám rối



Hình 16.52. Mặt trong của tủy sống bị phơi ra ngoài



Hình 16.53. Vô sọ

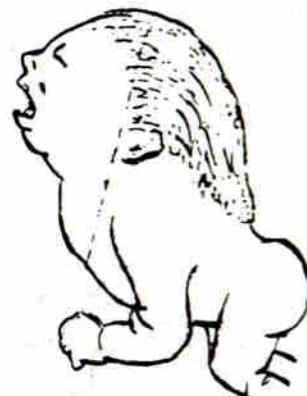
màng mạch và các màng não không được che phủ. Mang thai vô sọ không có đa ôi có thể kéo dài, tình trạng này được quy cho là do thai không có tuyến yên tiết ra hormon gây co bóp tử cung.

Trong chuyển dạ, mặt thường là bộ phận trình diện ở eo trên và đôi khi có thể xảy ra tình trạng đẻ vai khó khăn.

4.5. Thoát vị não chẩm

Thoát vị não chẩm là một khuyết tật ở xương chẩm tại vùng lỗ chẩm lớn, và hiện tượng dính của xương chẩm với các cung thần kinh không nối liền lại với nhau. Thai mắc bệnh cảnh này không thể sống được.

Thường hiếm khi gặp đẻ khó vì đa ôi và chuyển dạ đẻ non. Song nếu thai tiến triển tới đủ tháng thì có thể gặp mất cân xứng nặng, vì đường kính ức - thóp trước cổ lọt qua chậu hông. Phải áp dụng thủ thuật huỷ thai hoặc mổ lấy thai để làm cho thai số.



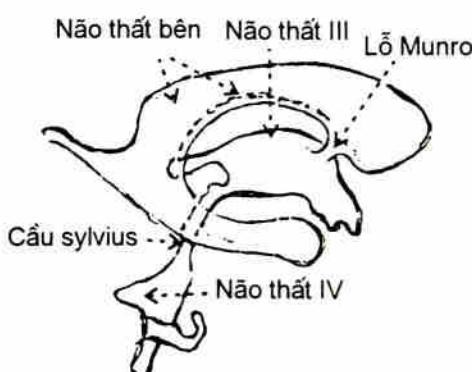
Hình 16.54. Thoát vị não chẩm

4.6. Não úng thuỷ

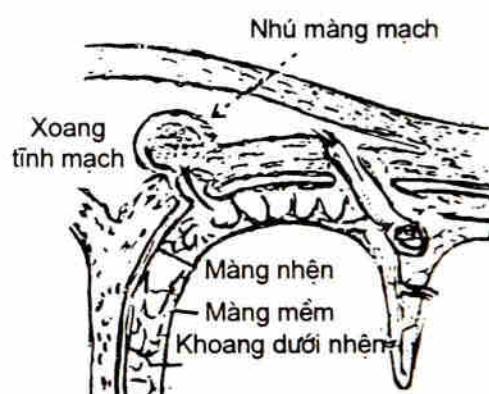
Não úng thuỷ là tình trạng não và hộp sọ bị căng ra do áp lực trong các não thất tăng lên.

4.6.1. Sinh lý bệnh

Dịch não tuỷ được các đám rối động mạch chuyên biệt gọi các đám rối màng mạch tiết ra chủ yếu ở các não thất bên. Sau đó dịch não đi qua các não thất III và IV, và qua lỗ giữa, lỗ bên của não thất IV để vào khoang dưới nhện. Nó được các xoang tĩnh mạch của màng cứng hấp thụ qua các nhú của màng mạch gọi là các nhú màng mạch, hay các tiểu thể Pacchioni.



Hình 16.55. Các não thất



Hình 16.56. Tiểu thể Pacchioni

Nếu dòng dịch não tuỷ bị tắc thì áp lực trong các não thất sẽ tăng dần lên, đầu thai nhi phình to ra đến mức không thể đẻ thai số được nếu không can thiệp bằng phẫu thuật.

4.6.2. Các nguyên nhân tắc

Tắc các điểm thông thương giữa các não thất giữa, hoặc tắc lỗ não thất IV đưa dịch ra khoang dưới nhện. Tình trạng tắc như vậy có thể do bị dạng bẩm sinh, hoặc chấn thương và khi dịch não tuỷ chỉ ở trong các não thất thì gọi là não úng thuỷ trong hay não úng thuỷ không lưu thông.

Nhiều loạn về hấp thu dịch não tuỷ do tắc ở màng não, hoặc huyết khối xoang tĩnh mạch ở màng cứng. Hiện tượng này có thể bẩm sinh hoặc do nhiễm khuẩn hoặc lúc đầu chấn thương, được gọi là não úng thuỷ ngoại hay não úng thuỷ lưu thông.

Cách phân biệt này chủ yếu cần cho các thày thuốc nhi khoa, vì họ có thể giảm áp lực trong não úng thuỷ không thông, song thày thuốc sản khoa nên lưu ý đến những khả năng của các trường hợp nhẹ. Người ta nêu ra có khoảng 40% não úng thuỷ ở trẻ nhỏ tự nhiên ngừng phát triển.

Bằng sờ nắn hoặc nhờ chụp X quang hay chẩn đoán siêu âm có thể phát hiện dễ dàng những trường hợp phát triển nặng, song lại rất khó xác định chắc chắn đối với não úng thuỷ mức độ nhẹ. Nếu nghi ngờ, phải mổ lấy thai mặc dù có nguy cơ cao về khuyết tật thần kinh phổi hợp. Khi chẩn đoán đã rõ ràng thì dùng thủ thuật chọc sọ (xem chương 14).

5. Các tổn thương tim

Các tổn thương bẩm sinh ở tim chỉ đứng hàng thứ hai về tỷ lệ gấp so với các khuyết tật của ống thần kinh. Việc phát hiện ra các bệnh này ngày càng trở nên quan trọng, vì các tiến bộ lớn trong phẫu thuật tim ở trẻ nhỏ. Việc chẩn đoán đã được cải thiện nhờ sự phát triển của phương pháp tâm siêu âm ký sinh.

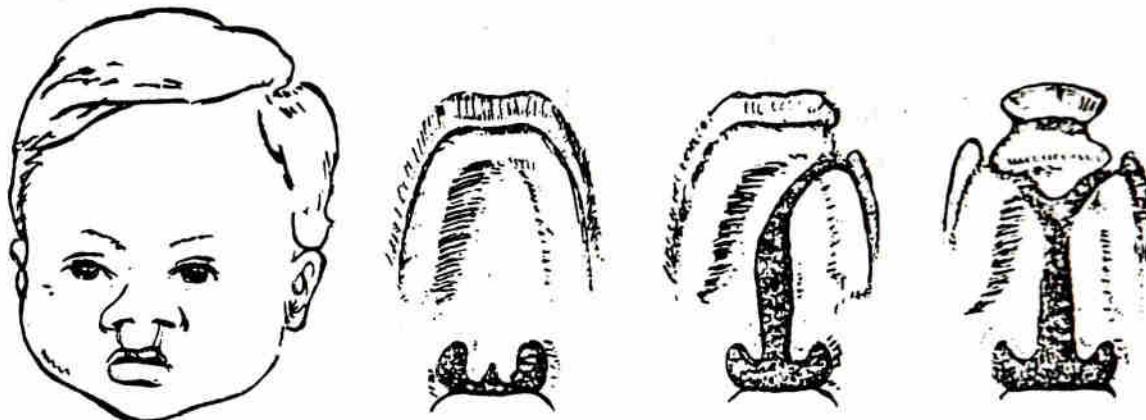
Có nhiều tổn thương chỉ có thể được phát hiện nhờ việc đánh giá tỷ mỷ về nhi khoa. Biểu hiện lâm sàng thường không rõ ràng, song những tình trạng sau đây là những chỉ định phải tham khảo ý kiến nhi khoa gấp:

1. Thở khó khăn - nhịp thở nhanh và nhịp tim nhanh cũng biểu hiện cùng với bằng chứng khác về suy tim.
2. Tím tái
3. Nhanh chóng xuất hiện tình trạng "sốc".
4. Phát hiện tiếng thổi của tim.

6. Sứt môi và hở hàm ếch

Môi và vòm khẩu cái có thể bị thương tổn riêng biệt, nhưng thường thì cả hai đều bị thương tổn.

Cần nói cho người mẹ biết là khi mổ tái tạo lại vào lúc khoảng 4 tháng có thể thu được kết quả thẩm mỹ khả quan, và sau khi vòm khẩu cái đã được mổ để chữa thì chừng một năm có thể dạy cho trẻ tập nói bình thường. Có thể phải cho ăn bằng thìa nếu bú yếu; chỗ nứt phải được giữ sạch sẽ.



Hình 16.57. Sứt môi cả hai bên "môi thỏ"

Hình 16.58. Hở hàm ếch mềm "tiểu thiện phân đôi"

Hình 16.59. Hở hàm ếch một bên

Hình 16.60. Hở hàm ếch hai bên

7. Đường tiêu hóa

7.1. Teo thực quản với rò khí-phế quản.

Đoạn trên bị tịt lại ở mức đốt sống lưng 3-4 và khoảng cách giữa đầu tịt tới chân răng phía trước là 10cm.

Phải nghi ngờ trong giai đoạn trước khi sinh trong trường hợp da ối không cắt nghĩa được. Đối với trẻ sơ sinh khi cố cho trẻ ăn làm cho trẻ bị sặc và tím tái và có thể thấy "xùi bọt" - do dịch nhầy tiết ra nhiều mà không được nuốt đi. Công tác chẩn đoán có thể chắc chắn nếu dùng một ống thông cao su vô khuẩn bôi trơn đưa vào bị tắc lại cách chân răng 10-12cm. Cần tiếp tục hút và chờ xác nhận của thầy thuốc nhi khoa.



Hình 16.61. Teo thực quản với rò khí quản

Hình 16.62. Trục tràng không phát triển

7.2. Hậu môn không thủng

Có rất nhiều dạng dị tật ở vùng hậu môn-trục tràng, có khi mở đại tràng dẫn lưu là một biện pháp cấp cứu. Cần theo dõi việc tháo phân, song do có lỗ rò nên làm cho người quan sát nhầm lẫn, vì có một ít phân đi qua niệu đạo hoặc âm đạo.



Hình 16.63. Lỗ rò trực tràng - niệu đạo



Hình 16.64. Màng ổ khớp không đứt ra



Hình 16.65. Lỗ rò trực tràng - âm đạo

7.3. Thoát vị rốn

Một số tạng trong ổ bụng nằm trong dây rốn và thành bụng không phát triển hoàn toàn. (Nó là sự tồn tại của trạng thái bình thường khi thai được 10 tuần). Túi thoát vị mỏng có màng trong như thạch (cuống rốn); mạch máu của dây rốn chạy trên túi thoát vị.

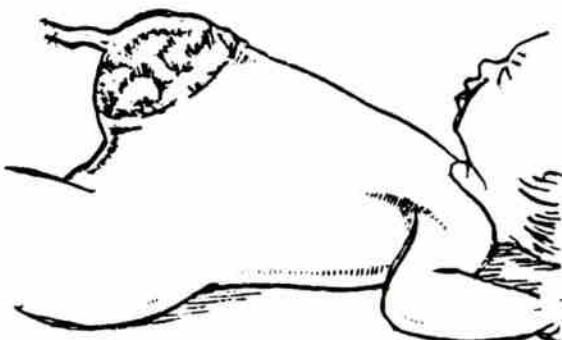
Khả năng khâu phục hồi phụ thuộc vào kích thước của thoát vị, song trước khi mổ phải giữ cho túi này luôn luôn ẩm bằng gạc thấm dung dịch mặn để tránh bị khô và nứt ra.

7.4. Thoát vị thành bụng

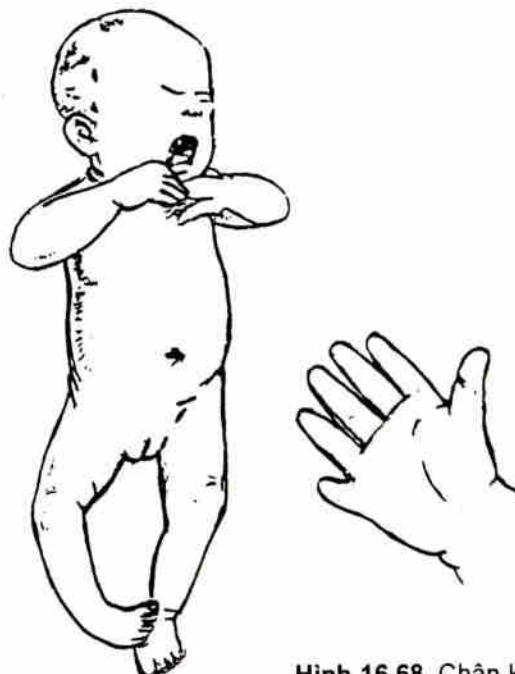
Thuật ngữ này mô tả sự hiện diện của khuyết tật thành bụng cùng với hiện tượng sa một số hoặc toàn bộ các tạng trong ổ bụng.

8. Bàn chân khoèo (từ La tinh talipes = đi bằng gót hay bằng cổ chân).

Trong chứng bàn chân khoèo thực thu bao giờ cũng có mức độ phản ứng lại nhất định đối với hiện tượng chỉnh thể thụ động. Điều trị bắt đầu khi ra đời để làm giảm tối thiểu tình trạng xoắn thích nghi của các phần mềm và các xương cổ chân. Hướng dẫn cho người mẹ biết cách căng và chỉnh lại dị tật này một cách



Hình 16.66. Thoát vị rốn



Hình 16.67.

Hình 16.68. Chân khoèo
kiểu móng ngựa

đều đặn, phải chuyển đứa trẻ đến phẫu thuật tại viện nhi khoa ngay. Hiện nay ít khi cần phải tiến hành mổ xé.

9. Tật thừa ngón

Hay gặp các mẫu thịt thừa, có thể loại bỏ đi bằng cách thắt lại. Những ngón thừa phát triển hoàn chỉnh cần phải cắt bằng phẫu thuật bất cứ vào thời gian nào khi trẻ đã đủ lớn để có thể chịu đựng được cuộc mổ.

XXII. TÁC ĐỘNG CỦA CÁC THUỐC ĐỐI VỚI THAI NHI

Có rất ít thuốc nếu không phải là không có thuốc nào đã được chứng minh là có đầy đủ các tác dụng tiên đoán trước hoàn toàn hay hằng định trên thai nhi khi cho người mẹ dùng thuốc. Tuy nhiên có một số thuốc được xác nhận là gây nên tỷ lệ cao về thương tổn, hoặc dị tật cho thai nhi, do đó, khi dùng chúng phải hết sức thận trọng.

Không được dùng thuốc cho một số người phụ nữ đang có thai hay có thể mang thai trong quá trình điều trị nếu lợi ích của thuốc đem lại cho họ không lớn hơn hẳn tiềm năng nguy cơ cho thai nhi. Trong các bệnh, chẳng hạn như động kinh, nguy cơ do thuốc gây ra phải chấp nhận vì tác dụng của việc ngừng thuốc lại có thể không chấp nhận nổi. Người phụ nữ có thai bình thường đòi hỏi dùng thuốc rất ít.

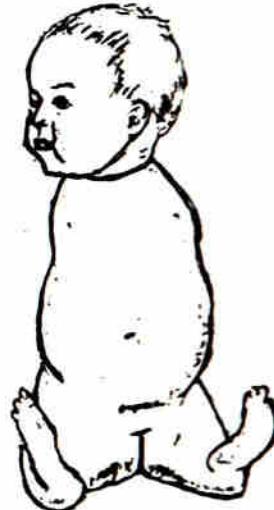
1. Các loại tổn thương cho thai nhi

1. Sự biến dị gen có thể xuất hiện ở trứng trước hoặc trong khi thụ thai. Chúng thường làm cho thai bị chết mà hậu quả là sẩy thai.
2. Các tế bào phôi có thể bị thương tổn trong khi biệt hoá bởi các thuốc gây quái thai. Nguy cơ lớn nhất vào lúc giữa 3 tuần và 3 tháng sau lần thấy kinh cuối.
3. Sự tăng trưởng của thai nhi có thể bị chậm lại trong quý 2 và 3, đôi khi gây nên thai chết lưu.
4. Các thuốc dùng khi thai gần đủ tháng hoặc trong cuộc chuyển dạ có thể có những tác dụng không tốt sau khi đẻ.

2. Thảm họa Thalidomid

Loại thuốc này được đưa vào thị trường ở những năm cuối thập kỷ 50, như một thuốc giảm trương lực có tác dụng tốt và vô hại, song trong năm 1961, hàng trăm trẻ nhỏ bị ảnh hưởng của thuốc đã ra đời, nó được xác minh là nguyên nhân của tật thiểu chi thể (làm cho các xương dài không phát triển được: phoca = hải cẩu). Giai đoạn thảm khốc này đã nhắc nhở các bác sĩ và bệnh nhân về những nguy cơ khả dĩ của việc dùng thuốc trong khi mang thai, và tạo nên thái độ thận trọng hiện nay.

Các tác hại của thuốc đối với một số thuốc đã được nêu lên trong trang 425 có liên quan với việc nuôi con bằng sữa mẹ.



Hình 16.69. Thảm họa Thalidomid

Việc dùng thuốc chống co giật, thuốc kháng giáp và thuốc chống đông trong khi có thai đã được trình bày trong chương 7.

Những thuốc sau đây có thể có những tác hại:

3. Các thuốc giảm đau

Cần tránh dùng aspirin với liều cao vào lúc cuối thời kỳ có thai, vì nó có thể gây rối loạn chức năng tiểu cầu và có thể làm gia tăng nguy cơ chảy máu. Thuốc này cũng có thể làm cho ống động mạch tắc lại sớm. Tình trạng này cũng có thể áp dụng đối với các thuốc chống viêm không chứa steroid khác.

4. Các thuốc tâm thần

Lithium đã gây ra những dị tật bẩm sinh và bướu giáp sơ sinh.

5. Các hormon giới tính

Người ta thấy các loại nor-progestogen sử dụng với mục đích tránh thai gây ra chứng rậm lông ở mức độ nhẹ cho các bé gái, thường thường phì đại âm vật có thể sớm mất đi.

Các nghiệm pháp phát hiện thai bằng hormon áp dụng các liệu trình ngăn estrogen/progestogen tổng hợp dễ gây nên chảy máu do sút nội tiết nếu bệnh nhân không mang thai. Chứng cứ nghiên cứu về dịch tễ học thay có mối liên quan với hở hàm ếch và các dị tật khác.

Kinh nghiệm của trường phát Mỹ đưa ra bằng chứng là estrogen điều trị cho người mẹ để tránh sẩy thai gây ra ung thư âm đạo cho các thiếu nữ ở tuổi vị thành niên.

6. Các thuốc độc tế bào

Những thuốc này mang nguy cơ gây quái thai cao.

7. Rượu

Những bà mẹ nghiên cứu rượu nặng dễ sinh ra các trẻ nhỏ biểu hiện một số dấu hiệu của "hội chứng ngộ độc rượu ở thai nhi" - đầu nhỏ, thiểu sản xương hàm trên, dị tật mắt và dị tật của đường tiêu hoá. Các trẻ này thường có tầm vóc nhỏ hơn bình thường và trương lực yếu, sự phát triển bị chậm lại. Cần lưu ý là disulfiram (antabuse) có thể được dùng trong điều trị đã được nêu lên có liên quan đến các dị dạng ở chi.

8. Thuốc lá

Các bà mẹ nghiên cứu thuốc lá có tần suất sẩy thai, đẻ non và tử vong chu sinh cao hơn. Con của những người nghiên cứu thuốc lá nhẹ cân hơn so với các con của những người không hút thuốc; sự phát triển về thể lực và tinh thần có thể bị chậm lại lâu dài. Thương tổn ảnh hưởng tới sự tăng trưởng có lẽ là hậu quả của một thành phần nào đó trong khói thuốc lá, chẳng hạn như oxyd carbon: người ta cũng thấy khả năng vận chuyển oxy của máu giảm đi.

Chương 17

TỬ VONG MẸ VÀ THAI NHI

I. TỬ VONG MẸ

Tử vong mẹ - chết trong khi sinh đẻ - trong 200 năm gần đây là một thảm kịch diễn đi diễn lại, nó đã tạo ra những nỗ lực chung, dần dần hướng vào việc nghiên cứu, pháp chế, giáo dục và hành chính từ những vấn đề này đã phát triển những chuẩn mực cao đối với các công tác săn sóc sản khoa có được như ngày nay. Sinh đẻ chưa thật sự an toàn, song các trường hợp chết của mẹ hiện nay không còn gấp phổ biến nữa, khiến tỷ lệ tử vong của thai đã trở thành một chỉ thị của việc cải thiện tiếp tục.

Tử vong mẹ là số lượng chênh lệch của các phụ nữ có thai đối với một nghìn trường hợp đẻ non sống và chết:

$$\frac{\text{Số chết của các bà mẹ}}{\text{Sơ sinh (sống và chết)}} \times 1.000 = \text{tử vong nhẹ}$$

Phải tính cả số chết do sẩy thai, vì số này chỉ được cộng thêm vào tử số thôi, do đó sự gia tăng không thật chính xác. Tử vong mẹ thực sự có thể tính như sau:

$$\frac{\text{Số chết do có thai}}{\text{Số người có thai}} \times 1000$$

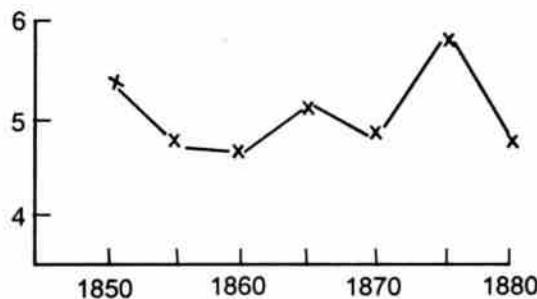
Con số này có thể thấp hơn tử vong mẹ được chấp nhận, song chắc chắn không thu thập được vì bản thân sẩy thai hoặc mang thai đều không được ghi lại rõ ràng.

Tử số cũng còn bị ảnh hưởng vì các định nghĩa. Trên thế giới, người ta tính bao gồm các trường hợp chết trong vòng 42 ngày sau khi sinh con, như tại Liên hiệp vương quốc Anh. Điều tra nội bộ về tử vong mẹ (xem trang 462) lại tính tất cả những trường hợp chết xảy ra trong vòng một năm sau khi đẻ.

Các tỷ lệ tử vong được Tổng giáp đốc cơ quan đăng ký công bố; báo cáo đầu tiên xuất hiện vào năm 1839. Cho đến trước năm 1874 nguyên nhân tử vong không bắt buộc phải ghi vào giấy chứng nhận; năm 1857 viên hộ lại thành phố Birmingham xác nhận là "không có một ai đã từng xác định chết tại giường đẻ hoặc do sốt hậu sản. Sinh đẻ đã phải đăng ký chỉ từ năm 1907 (và đẻ con chết chỉ từ năm 1915); do đó, các thống kê về tử vong trong thế kỷ 10 có lẽ chỉ được chấp nhận là số lượng xấp xỉ.

- Một số nguyên nhân tử vong năm 1841
 - Sốt hậu sản
 - Viêm phúc mạc
 - Viêm tĩnh mạch tử cung
 - Băng huyết
 - Suy sụp hoàn toàn
 - Suy nhược
 - Co giật
 - ĐIÊN
 - Các nguyên nhân khác

Hậu sản



Biểu đồ 17.1. Tỷ lệ tử vong mẹ/1.000
(tại Anh và xứ Wales, 1850-1880)

Các tỷ lệ này cho thấy hàng năm số chết trong khoảng từ 3 đến 5 nghìn, khoảng 60% do nhiễm khuẩn.

Từ điểm xuất phát, các báo cáo của Tổng giám đốc cơ quan đăng ký than phiền về số chết của quá nhiều phụ nữ trong khi sinh đẻ - "dòng tử vong tiếp diễn sâu thẳm" - và bàn luận về nguyên nhân.

"Những trường hợp gây bối rối nhất cho các thầy thuốc thực hành không nghi ngờ gì là những người đáng thương sót, và trong một số ít trường hợp chính những thầy thuốc này truyền bệnh lây cho bệnh nhân của mình" (1841).

"Một bộ phận lớn trong số 500.000 phụ nữ Anh hàng năm sinh đẻ mỗi năm, không được theo dõi gì, được đỡ bởi các nữ hộ sinh; những người này do một nguyên nhân nào đó, có lẽ do sự tê liệt trong tập quán gia đình không có một sự hướng dẫn sơ bộ nào về giải phẫu và các vấn đề khác" (1841).

"Một thành viên của hội phẫu thuật hoàng gia đã đăng ký không có thêm một chứng chỉ nào khác không phải qua kỳ thi về hành nghề sản khoa. Nhiều người hoạt động mạnh và thành đạt trong hành nghề; những người khác e rằng có lẽ làm việc thiếu kỹ xảo, bất lợi cho chính bản thân họ và cho các bệnh nhân" (1879).

1. Tử vong mẹ tại Anh và xứ Wales năm 1875 *tỷ lệ 6/1.000)

Nhiễm khuẩn (sốt hậu sản v.v...) là một biến chứng thảm hại nhất. Sự lây truyền do những nhân viên trông non làm lây từ bệnh nhân này sang bệnh nhân khác đã được Alexander Gordon ở Aberdeen mô tả vào năm 1795 ("thật là ghê tởm cho tôi phải ghi nhận rằng chính mình đã làm một phương tiện mang nhẽm khuẩn tới một số đông phụ nữ"). Năm 1848, Smmelweiss công bố những kết quả của mình - một sự giảm tỷ lệ tử vong ở bệnh khoa của ông từ 12% xuống 3% bằng cách bắt sinh viên rửa tay bằng thuốc sát khuẩn trước khi thăm khám các bệnh nhân. Pasteur và Lister công bố những phát minh lớn của mình; song tỷ lệ tử vong người mẹ vẫn không thay đổi.

Bảng 17.1. Tử vong mẹ tại Anh và xứ Wales năm 1875 (tỷ lệ 6/1.000)

Nhiễm khuẩn	2162
Băng huyết	1038
Co giật	538
Sẩy thai	185
Điên	115
Vỡ tử cung	36
Các nguyên nhân khác	36
	4610

Vào những năm 1870 tỷ lệ tử vong ở các cơ sở điều trị đang bị tấn công. Florence Nightingale đã phải đóng cửa bệnh phòng lưu bệnh nhân ở bệnh viện trường đại học hoàng gia vì vấn đề này, và bà đã mô tả chi tiết những thiết kế dành cho một đơn vị sản khoa được cải thiện. Cơ sở này có thể ngăn không để các sinh viên y khoa mang theo nhiễm khuẩn vào.

Những kết quả cao hơn từ trại tế bần Liverpool nêu ra trong bảng này được quy một cách đúng đắn cho việc cách ly nó, không có khách thăm, thường xuyên rắc vôi bột các buồng bệnh do những người được cứu tế và việc sàng lọc chặt chẽ các phụ nữ có thai ở mọi giai đoạn. Trong những khuyến cáo của Florence Nightingale có thể nhận thức rõ các nguyên tắc tổ chức của các đơn vị sản khoa ngày nay ít nhất cho tới tận kỷ nguyên của các kháng sinh.

Bảng 17.2. Tỷ lệ tử vong ở một số cơ sở

Cơ sở	Tử vong
Bệnh viện trường đại học hoàng gia 1862-67	33.3
Bệnh viện hoàng hậu Charlotte 1828-68	25.3
Trại tế bần Liverpool 1867	9.0
Anh và xứ Wales 1867	5.1
(Theo Florence Nightingale)	

**Bảng 17.3. Tử vong mẹ trong năm 1910 (tại Anh và xứ Wales) 3.191 chết
(tỷ lệ 3,6/1.000)**

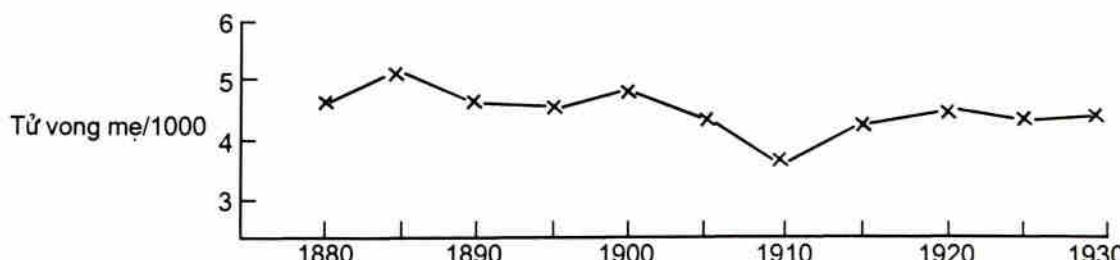
Nhiễm khuẩn	1274	Lộn tử cung	8
Rau tiền đạo và băng huyết	612	Chọc hộp sọ	7
Co giật	439	Não úng thuỷ	4
Huyết khối - tắc nghẽn mạch	334	Gây mê bằng chloroform	4
Sẩy thai	80	Đẻ can thiệp dụng cụ	3
Chữa lạc vị trí	78	Rau dinh chặt	3
Điên	48	Sa tử cung	2
Nôn mửa	38	Xương cứng	2
Khung chậu hẹp	31	Rách âm đạo	2
Vỡ tử cung	28	Đa ối	2
Ngôi không thận	16	Quái thai	1
Mổ lấy thai	15		

Có thể thấy những nguyên nhân chính đã gặp là:

Nhiễm khuẩn. Băng huyết. Nhiễm độc thai nghén (co giật). Huyết khối-tắc nghẽn mạch và chấn thương.

Vào lúc giao thời của thế kỷ đã có một sự cải thiện nhẹ, là hậu quả có lẽ của nhiều yếu tố: sự hiểu biết và áp dụng tốt hơn về học thuyết "Lister", sự cải thiện chung về vệ sinh, điều kiện môi trường được pháp chế Y tế công cộng thực hiện và đạo luật về các nữ hộ sinh năm 1902, một trong nhiều đạo luật điều chỉnh sự đào tạo và thực hành của các nữ hộ sinh.

Tuy nhiên, đồng thời cũng thấy có sự giảm đột ngột và vững chắc đối với tử vong trẻ nhỏ; và vào những năm 1920, sau thế chiến lần I, điều trở nên rõ ràng là các nguy cơ đẻ con không giảm đi nhiều hơn so với các tỷ lệ 80 năm về trước, trong khi điều tai tiếng lại lớn hơn theo tỷ lệ.



Biểu đồ 17.2. Anh và xứ Wales, 1880 - 1930
Tử vong mẹ/1000

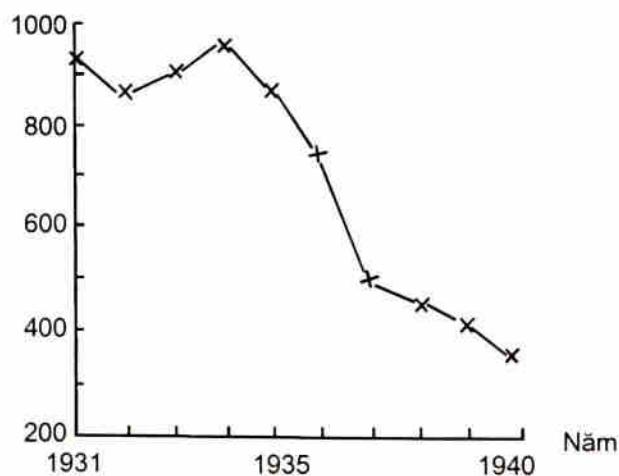
Với việc hình thành Bộ Y tế vào năm 1919, bước vào một giai đoạn điều tra chính thức sôi động. Các phòng khám trước khi sinh còn được thành lập rộng rãi

mặc dù sự phản đối của nghề thầy thuốc; nhiều công trình theo dõi liên tục được tiến hành và báo cáo. Cuối cùng điều đã biết từ lâu được khẳng định một cách công khai: một số lớn những trường hợp tử vong của người mẹ lê ra có thể tránh được nếu chuẩn mực về xử trí sản khoa đã cao hơn. Một báo cáo vào năm 1932 đã nêu lên "Bốn yếu tố tránh được" là:

1. Không được săn sóc trước khi sinh đẻ.
2. Sai lầm trong cách xử trí.
3. Thiếu các trang bị hợp lý.
4. Sự cẩu thả của bệnh nhân.

Bảng 17.4. Cho thấy nguyên nhân tử vong năm 1932 giống như năm 1910
Ủy ban nghiên cứu tử vong mẹ Anh và xứ Wales, 1932

3059 tử vong được điều tra về		
Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ%
Nhiễm khuẩn	1.111	36,3
Nhiễm độc thai	506	16,4
Băng huyết	450	14,8
Sẩy thai	410	13,4
Sốc và chấn thương	319	10,4
Huyết khối-tắc		
Nghẽn mạch	206	6,8
Chửa lạc vị trí	55	1,8

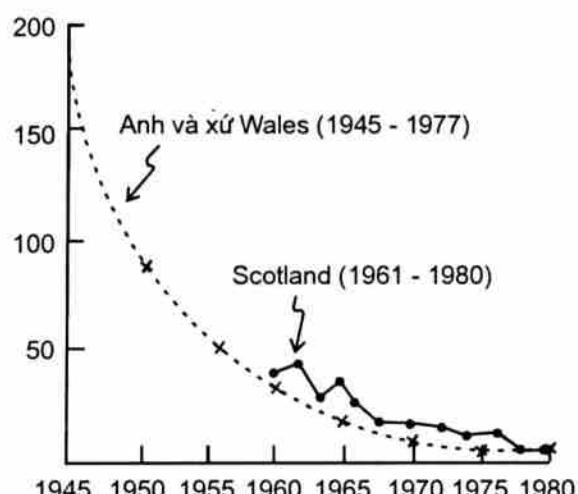


Biểu đồ 17.3. Tử vong do nhiễm khuẩn hậu sản
(Anh và xứ Wales) 1931 - 1940

Vào thời kỳ đầu những năm 30, tỷ lệ tử vong hầu như đứng yên, thậm chí hơi tăng lên. Mãi tới năm 1935, tác dụng kháng khuẩn của loại sulphonamid prontosil được chứng minh. Nó là tác dụng của các kháng sinh, hầu như tiêu diệt tử vong do nhiễm khuẩn hậu sản, và sự phát triển của các công tác truyền máu sau thế chiến II đã làm cho việc sinh đẻ được an toàn như ngày nay.

Trong năm 1973, một báo cáo nữa nêu ra một loạt những khuyến nghị - đào tạo bác sĩ tham vấn, kiểm tra, cung ứng các bệnh viện sản khoa thỏa đáng, các phòng khám trước khi sinh, các phân đội bay, tổ chức công tác cán bộ y tế thăm hỏi. Những công việc này đã tạo nên nền móng cho công tác thực hành hiện đại.

Rồi từ đó đã có những công việc cải thiện liên tục; tử vong của người mẹ ngày nay được tính bằng các con số cụ thể hoặc tỷ lệ trên 100.000, hơn là các tỷ lệ phần trăm. Năm 1976-1978 tại Anh và xứ Wales có 227 tử vong (11,9/100.000); tại Scotland trong 5 năm 1976-1980 có 44 trường hợp (13,3/100.000).



Biểu đồ 17.4. Tỷ lệ tử vong mẹ trên 100.000

Bảng thống kê kèm theo đây nêu lên những nguyên nhân chủ yếu tử vong người mẹ tại Anh và xứ Wales 5 năm trước, và sau thế chiến II. Trong các năm 1976-78, có 227 tử vong mẹ xảy ra tại Anh và xứ Wales.

Bảng 17.5. Tỷ lệ tử vong mẹ do các nguyên nhân

Năm	1935	1950
Số liệu	2,425	554
Sẩy thai	27%	17%
Nhiễm độc thai	22	30
Băng huyết	19	13
Chấn thương	23	16
Huyết khối	13	10
Nhiễm khuẩn	5	4

Các số liệu của Scotland trong 5 năm 1976-80 rất nhỏ (44) song phù hợp với các con số này.

Bảng 17.6. Bảng thống kê tử vong mẹ do các nguyên nhân

Các nguyên nhân như sau:	
Tắc nghẽn mạch phổi	45
Các bệnh tăng huyết áp	29
Băng huyết	26
Gây mê	24
Chữa lạc vị trí	22
Sẩy thai	19
Nhiễm khuẩn	17
Vỡ tử cung	14
Tắc mạch nước ối	11
Linh tinh	20
Tắc nghẽn mạch phổi	7
Băng huyết	7
Gây mê	6
Tắc mạch nước ối	6
Sẩy thai	5
Bệnh tăng huyết áp	4

Tầm quan trọng của các tắc nghẽn mạch phổi là một nguyên nhân tử vong nổi bật lên, giống như sự tiến bộ tương đối (do giảm các nguyên nhân khác) của gây mê toàn thân. Tử vong do sẩy thai đã giảm xuống, nó là một khuynh hướng đã bắt đầu trước khi đưa ra đạo luật phá thai.

2. Uỷ ban điều tra mật về tử vong người mẹ

Uỷ ban điều tra đặc biệt về tử vong mẹ được thành lập tại Liên hiệp vương quốc Anh từ những năm 1930. Hệ thống hiện tại được đề xuất ở Anh và xứ Wales năm 1952, và ở Scotland 1965. Kể từ đó, một loạt những báo cáo, mỗi bản bao quát nhiều năm, đã được công bố. Mỗi vùng bổ nhiệm mỗi chuyên gia sản khoa tham vấn làm người nhận định; và về sau những chuyên viên nhận định về gây mê được bổ sung thêm. Họ được mời xem xét các hoàn cảnh của mỗi trường hợp chết và xác định nếu có thể được những yếu tố có thể tránh được. Việc xác định về những yếu kém do Uỷ ban điều tra trong những năm qua đã giúp cho việc cải thiện chất lượng của các cơ sở sản khoa.

Tử vong được phân loại "trực tiếp" khi nào mà chết là do biến chứng của tình trạng mang thai. Tử vong "gián tiếp" là những trường hợp xuất phát từ những

bệnh vốn đã có sẵn từ trước, hoặc bệnh phát triển trong khi có thai nặng thêm lên do những thay đổi về sinh lý của hiện tượng mang thai. Tử vong "rủi ro" là những trường hợp xảy ra bất ngờ trong khi có thai, song dù thế nào cũng không phải do tình trạng mang thai gây ra, chẳng hạn như chết do tai nạn xe máy.

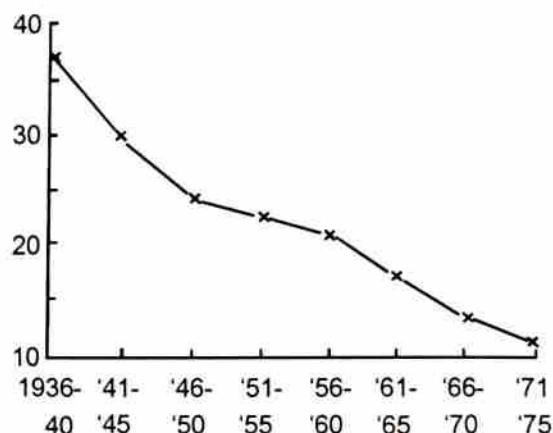
Sự giảm sút các số liệu làm cho việc duy trì tính mật của những báo cáo này khó khăn thêm lên, và báo cáo của Scotland trong các năm 1976-1980 có thể là báo cáo cuối cùng dưới dạng hiện nay. Người ta định kết hợp nó với bản nhận định 5 năm tình hình tử vong chu sinh của Scotland mới hình thành gần đây.

II. TỬ VONG THAI NHI

Tử vong trẻ nhỏ đã luôn luôn là mối quan tâm của xã hội. Tại Anh và xứ Wales năm 1839, tử vong trẻ em dưới 3 tuổi là 343 cho 1000 trường hợp, song người thầy thuốc sản khoa tự cảm thấy một trách nhiệm đặc biệt đối với các cuộc đẻ con chết và các trường hợp chết sơ sinh trong tuần đầu mới ra đời - "tử vong chu sinh". Vì các trường hợp chết trong tuần lễ đầu thường được quy cho những yếu tố xuất hiện trong khi mang thai hay trong cuộc đẻ, tỷ lệ tử vong kết hợp này đã được xem là một chỉ số của chuẩn mực trong công tác thực hành về sản khoa ở các cơ sở.

1. Đẻ con chết

Đẻ con chết là khi một đứa trẻ không thở hoặc không biểu hiện một dấu hiệu nào khác của sự sống sau khi đã hoàn toàn tách ra khỏi người mẹ. Tại Liên hiệp vương quốc Anh, tỷ lệ đẻ con chết được coi là số trẻ đẻ ra chết trên tổng số 1000 trường hợp đẻ con sống và chết. Đẻ con chết đã là một tình huống phải khai báo từ năm 1915, và phải được đăng ký từ năm 1927 (ở Scotland năm 1939). Thi hài có thể không được xử lý cho tới khi người bác sĩ đã cấp chứng nhận đẻ con chết và hộ lại viên cấp chứng nhận đăng ký.



Biểu đồ 17.5. Tỷ lệ đẻ con chết/1000 tổng số cuộc đẻ
(Anh và xứ Wales, 1940 - 1975)

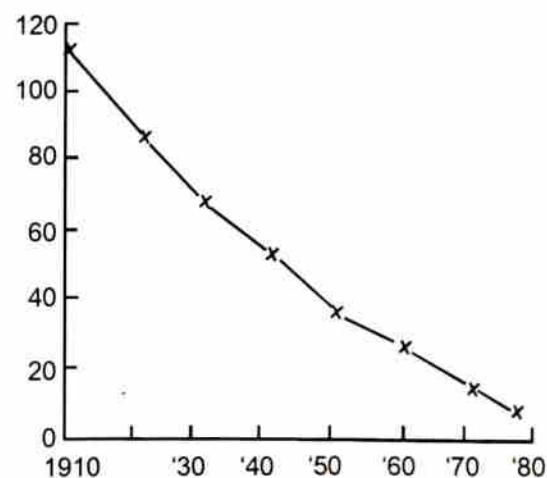
Sự giảm xuống rõ rệt vào giữa năm 1940 và 1946 được quy cho là do cải thiện việc nuôi dưỡng của tầng lớp phụ nữ lao động có thai, bị ảnh hưởng bởi hệ thống chia khẩu phần ăn trong thời gian chiến tranh. Tỷ lệ đẻ con chết vẫn đang tiếp tục giảm xuống một cách vững chắc, và ở Scotland năm 1985, tỷ lệ này là 5,5/1000.

2. Tỷ lệ tử vong trẻ nhỏ

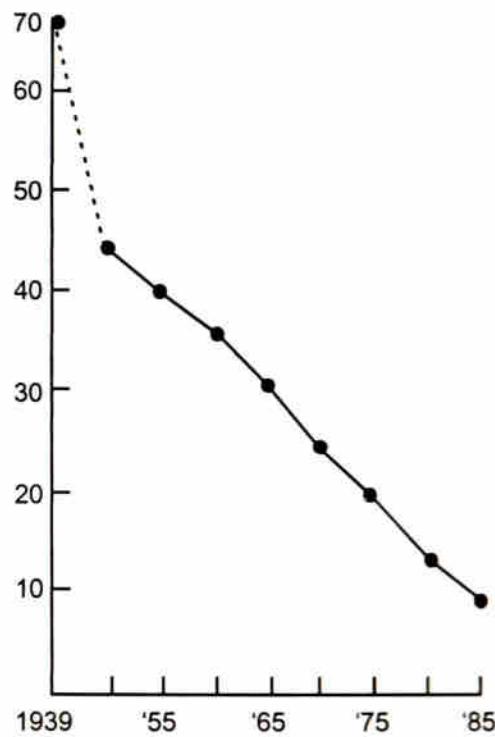
Các trường hợp chết của trẻ nhỏ đẻ ra sống trong thời gian đầu được tính vào tỷ lệ tử vong trẻ nhỏ. Tỷ lệ này là số chết của tất cả các trẻ nhỏ dưới 1 tuổi cho 1000 cuộc đẻ con sống.

Tình trạng tụt xuống của tỷ lệ tử vong trẻ nhỏ là kết quả của sự cải thiện điều kiện môi trường gia đình và vệ sinh, những vấn đề này đã kéo theo chúng những thay đổi lớn lao về xã hội của thế kỷ này, sự phân phối lại của cải và sự gia tăng chi phí xã hội.

Tỷ lệ tử vong trẻ nhỏ bao gồm thêm cả tử vong sơ sinh, mọi trường hợp chết dưới 4 tuần, và các trường hợp chết trong tuần đầu tiên. Hiện nay các nhóm này chiếm quá nửa của tỷ lệ tử vong trẻ nhỏ.



Biểu đồ 17.6. Tử vong trẻ nhỏ/1000
Đẻ con sống (Anh và xứ Wales 1910 - 1976)



Hình 17.7. Tử vong chu sinh/1000
(Scotland 1939 - 1985)

Tỷ lệ tử vong chu sinh là số đẻ con chết cộng với số tử vong trong tuần đầu cho 1000 cuộc đẻ con sống và chết. Số liệu thống kê này là mối quan tâm sát sao

nhất của các thầy thuốc sản khoa và nhi khoa, vì nó ghi lại số chết của những bệnh nhân của họ, và tỷ lệ tử vong chu sinh đối với một đơn vị sản khoa là một thước đo về chuẩn mực săn sóc dành cho người bệnh trong một mức độ nhất định. Nhiều yếu tố đã kết hợp lại để tạo ra sự cải thiện rõ rệt này về tỷ lệ tử vong chu sinh, tình hình sức khoẻ chung được cải thiện, số bệnh nhân đẻ nhiều ít hơn và công việc săn sóc trước khi sinh, trong cuộc đẻ cải thiện. Trong một mức độ nào đó, việc tụt xuống có thể thấy mang tính nhân tạo, vì công tác săn sóc nhi khoa sơ sinh có thể kéo dài cuộc sống của một số trẻ vượt quá tuần đầu tiên; do đó, vượt qua định nghĩa của tỷ lệ tử vong chu sinh. Cũng giống như vậy, việc sử dụng các chẩn đoán trước khi sinh và phá thai trong các bệnh cảnh khả dĩ làm thai chết đã làm giảm các trường hợp tử vong do dị dạng thai nhi. Vì lẽ đó một số tác giả biện hộ cho việc đề xuất cách tính mới đối với tổn thất chu sinh, nó có thể bao gồm cả sảy thai 3 tháng giữa, tử vong sơ sinh và trẻ nhỏ có liên quan đến chu sinh.

Những nguyên nhân chính của tử vong chu sinh ở Scotland đã được phân tích trong một công trình nghiên cứu theo dõi có tính toàn quốc cho những năm 1977-1981 và bản thân nhận định này hiện nay đã được xác lập thường xuyên.

Phân loại những trường hợp tử vong là bảng đã được Blair trình bày năm 1954 và được dùng trong cơ quan theo dõi sinh đẻ ở Anh. Sự phân chia các nguyên nhân tử vong năm 1981 như sau:

	%
Sinh nhẹ cân (dưới 2500g - Mẹ không có biến chứng gì)	31
Dị tật thai nhi	23
Sinh đủ cân (lớn hơn 2500g - Mẹ không biến chứng gì)	12
Băng huyết trước khi đẻ	12
Nhiễm độc thai nghén	19
Bệnh của mẹ	5
Chấn thương	3
Tương kỵ nhóm máu Rhesus	9
Các nguyên nhân khác	3

Việc phân loại có thể mở rộng ra một cách có lợi nhằm phân ra các trẻ chậm phát triển với các trẻ đẻ thiếu tháng, và phân biệt các loại băng huyết trước khi đẻ và các bệnh của người mẹ.

Bảng 17.7. Tử vong chu sinh theo tuổi mẹ và lân đẻ (Scotland, 1977-1981)

	0	1	2	3+	Tổng cộng
Dưới 20 tuổi	17,4	12,6		16,9	
20-29 tuổi	13,9	10,6	11,4	18,2	12,6
25-29 tuổi	13,1	9,3	10,4	17,9	11,3
30 và trên	17,2	10,7	12,3	23,0	14,8
Tổng cộng	14,7	10,2	11,5	21,5	13,1

Có thể nhận thấy là những tỷ lệ tử vong chu sinh cao nhất thấy ở các phụ nữ ở mọi lứa tuổi có con lần thứ 4 hoặc con tiếp theo, và ở những phụ nữ có con lần đầu tiên dưới 20 tuổi. Tầng lớp xã hội là sự đánh giá về giáo dục, phát triển thể chất, chế độ ăn uống; các phụ nữ có con lần đầu tiên dưới 20 tuổi. Tầng lớp xã hội là sự đánh giá về giáo dục, phát triển thể chất, chế độ ăn uống; các phụ nữ ở các tầng lớp xã hội I và II có tỷ lệ tử vong chu sinh thấp hơn những người thuộc tầng lớp xã hội IV và V. Khả năng sinh sản thấp kém hơn của các phụ nữ dưới lứa tuổi 20 một phần là do các bà mẹ thuộc tầng lớp xã hội loại IV và V chiếm ưu thế. Các nhóm đứng tuổi có thể gồm nhiều phụ nữ đẻ nhiều lần; nguy cơ của bệnh kết hợp gây biến chứng cho thai tăng theo tuổi.

PHÒNG TRÁNH THAI

I. TRÁNH THAI BẰNG NỘI TIẾT

Tránh thai bằng nội tiết có 3 dạng:

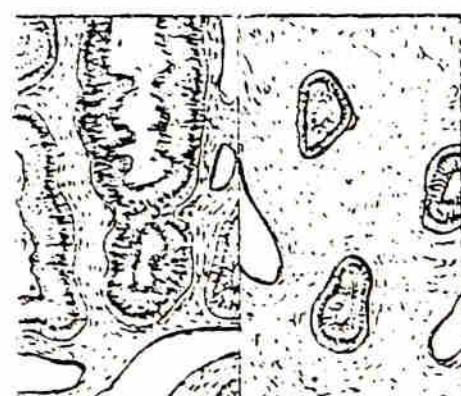
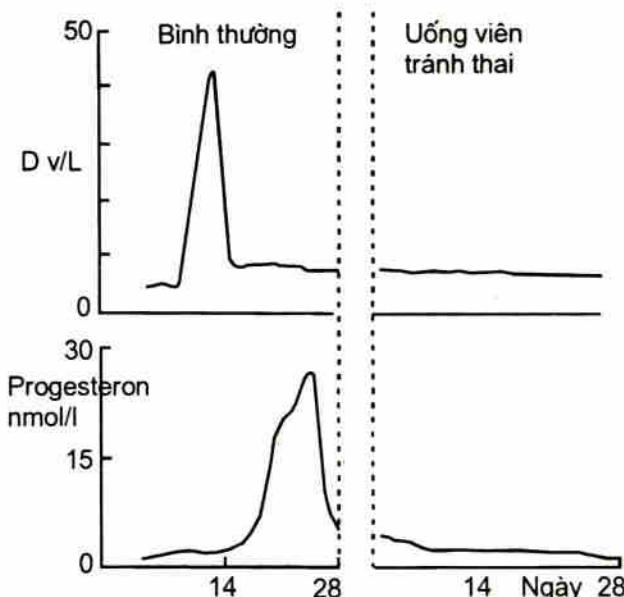
1. Viên thuốc kết hợp (estrogen/progestogen).
2. Viên thuốc chỉ đơn thuần có progestogen.
3. Progestogen tiêm.

1. Viên thuốc kết hợp

Cho tới nay đây là dạng phổ biến và tránh thai bằng thuốc uống. Có khoảng chừng 3 triệu phụ nữ tại Liên hiệp vương quốc Anh được nêu lên "đang dùng viên tránh thai". Ngoài triệt sản, nó là một dạng tránh thai có hiệu quả nhất và đối với nhiều phụ nữ thì đây là dạng dễ chấp nhận nhất về phương diện thẩm mỹ. Mỗi ngày uống một viên thuốc trong 21, 22 hoặc 28 ngày thuỷ thuộc vào công thức, hiện tượng chảy máu do nội tiết giảm sút thường sẽ xảy ra vào những ngày không uống thuốc hoặc trong 1 ngày uống placebo của các chế phẩm uống hàng ngày.

1.1. Các tác dụng của thuốc

(a) Viên thuốc phòng ngừa hiện tượng phóng noãn. Chế tiết FSH bị ức chế khiến không cho nang noãn phát triển bình thường và đỉnh LH bị triệt tiêu. Hiện tượng này chủ yếu do estrogen gây nên, song các progestogen có thể cũng ức chế được hiện tượng phóng noãn. ít nhất là với các liều cao.



Nội mạc bình thường Hình ảnh "giả teo"

Hình 18.1. Hình ảnh nội mạc tử cung progesteron lúc bình thường và khi dùng thuốc tránh thai

(b) Nội mạc tử cung không phát triển bình thường và sự thiếu vắng hoàng thể phòng ngừa hiện tượng chuẩn bị của một niêm mạc phù hợp với hiện tượng chuẩn bị của một niêm mạc phù hợp với hiện tượng làm tổ. Có tình trạng "già teo" khiến cho ngay cả nếu phóng noãn vẫn xảy ra thì cũng không thể làm tổ được. Đây là tác dụng kết hợp giữa estrogen và progestogen.

(c) Những thay đổi ở dịch nhầy làm cho tinh trùng khó vượt qua. Đây là tác dụng của progestogen.

1.2. Thành phần

Viên thuốc kết hợp gồm có một hoặc hai estrogen, hoặc là ethinyl estradiol hoặc loại 3-methylester, mestranol, có tác dụng nhẹ hơn. Tất cả các viên thuốc này chứa từ 20-50 microgam estrogen. Có 6 loại progestogen thường được dùng. Hiệu lực của các thuốc này thay đổi khá nhiều, như được đánh giá bằng tác dụng của chúng tôi với nội mạc tử cung. Các nội tiết này (với hàm lượng chứa trong các chế phẩm khác nhau) là:

1. Desogestrel	0,15mg
2. Ethynodiol diacetat	1,0-2,0mg
3. Levonorgestrel	0,15-0,25mg
4. Lynestrenol	1,0mg
5. Norethisteron	1,0mg
6. Norethisteron acetat	1,0-4,0mg

Phần lớn các viên thuốc này là loại một pha, nghĩa là chứa cùng một hàm lượng estrogen và progestogen trong suốt vòng kinh. Tuy nhiên, có một loại chế phẩm hai pha và nhiều loại viên thuốc ba pha nhằm mục đích bắt chước sự thay đổi theo chu kỳ về hàm lượng các nội tiết. Tuy vậy, loại estrogen không bị đối kháng không được sử dụng bất kỳ vào thời gian nào.

1.3. Chọn viên thuốc tránh thai

Hiện nay có chừng khoảng 30 loại chế phẩm kết hợp khác nhau. Thông thường có thể cho dùng một chế phẩm chứa 30 đến 50 microgam estrogen, nhưng mục đích là tìm cho đối tượng sử dụng chế phẩm nào làm cho họ kiểm soát tốt được vòng kinh mà không gây nên những phản ứng phụ. Nói chung, tăng liều progestogen lên (hoặc dùng một loại có tác dụng mạnh hơn, chẳng hạn như norgestrel hoặc desogestrel) có thể giảm được lượng máu mất khi hành kinh. Tình trạng kiểm soát vòng kinh kém có thể cần đến sự thay đổi tới 50 microgam estrogen. Các viên thuốc theo pha có tổng liều steroid thấp nhất và có thể thích hợp hơn đối với những phụ nữ đứng tuổi. Tuy nhiên, chúng cũng không an toàn nếu quên không uống thuốc đều đặn.

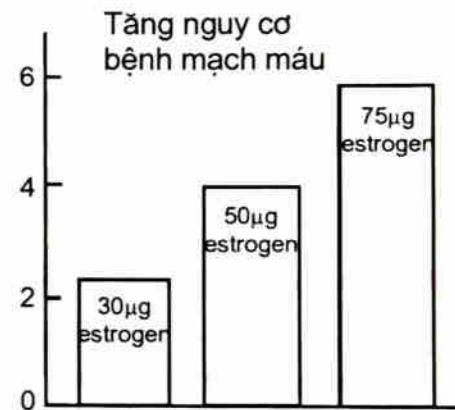
1.4. Các phản ứng phụ chủ yếu

Nhiều công trình nghiên cứu lâm sàng và cận lâm sàng, phân tích dịch tễ học đều cung cấp xác nhận có mối kết hợp giữa viên tránh thai kết hợp với bệnh huyết khối-tắc nghẽn tĩnh mạch, nhồi máu cơ tim và đột quy. Có thể thấy những tác động chuyển rộng rãi ở những người uống thuốc, và trong số những tác động ở những người này hình như thấy có hiện tượng gia tăng huyết khối tĩnh mạch và bệnh về động mạch. Tuy vậy, cần nhớ rằng nguy cơ là rất thấp, và tuyệt đại bộ phận những thông tin chúng ta thu được đều xuất phát từ các viên thuốc có liều cao hơn liều sử dụng hiện tại. Hy vọng là thế hệ viên thuốc tránh thai hiện nay có thể làm giảm tỷ lệ những biến chứng nghiêm trọng.

1.4.1. Huyết khối-tắc nghẽn mạch

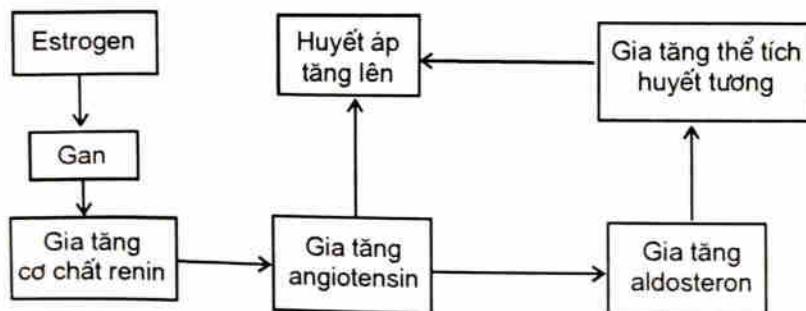
Hiện tượng này hình như là do thành phần estrogen và phụ thuộc vào liều dùng, vì thế mới đưa ra loại thuốc có liều estrogen thấp hoặc chỉ đơn thuần có progestogen. Ngay cả với các viên thuốc có hàm lượng estrogen thấp thì cũng gây nên nguy cơ cao hơn một cách có ý nghĩa đối với những phụ nữ trên 25 tuổi; tăng huyết áp và béo phì là những nguyên nhân thuận lợi.

Nguy cơ phụ thuộc trực tiếp lượng estrogen uống vào và cũng phụ thuộc vào lượng progestogen



1.4.2. Nhồi máu cơ tim và đột quy

Người ta đã nêu ra những người dùng thuốc tránh thai uống có nguy cơ về các bệnh này tăng gấp bốn lần, nhất là đối với những phụ nữ trên 35 tuổi lại hút thuốc lá. Bệnh của động mạch được quy cho chủ yếu do tác dụng của các progestogen gây nên. Có thời gian ta đã nêu lên là các biện pháp dùng thuốc tránh thai uống làm thay đổi những đặc trưng của các lipoprotein theo chiều hướng của bệnh mạch máu. Nhiều loại progestogen sử dụng sản sinh ra cholesterol-lipoprotein có tỷ trọng cao (C-LTTC) ở các mức thấp, estrogen hình như làm tăng (C-LTTC); đã có những progestogen mới được đưa ra, trong các thuốc đó thì tác dụng này đã được làm giảm đi.



1.4.3. Tăng huyết áp

Các biện pháp uống thuốc tránh thai làm cho huyết áp tăng dần lên, đôi khi tới mức độ của tăng huyết áp. Thể tích máu tăng lên do hiện tượng giữ nước và sự chế tiết angiotensin tăng lên.

1.5. Các phản ứng phụ thứ yếu

Estrogen	Estrogen và Progestogen	Progestogen
Chảy máu do thoát sự kiểm soát của nội tiết.	Tăng cân	Trứng cá. Trầm cảm.
Buồn nôn.	Vô kinh sau uống thuốc	Khô âm đạo.
Đau tức vú.		Mất dục cảm. Kháng insulin (đây không phải là một biến chứng nhỏ trong đái tháo đường).

1.6. Ung thư và viên thuốc tránh thai

Progestogen kích thích hoạt động phân bào ở biểu mô tuyến vú, người ta đã công bố những bằng chứng cho thấy những người dùng thuốc tránh thai uống trong thời gian dài trước 25 tuổi, nhất là thuốc có các progestogen tác dụng mạnh, có thể tăng nguy cơ ung thư vú về sau. Bằng chứng cũng cho thấy những người uống thuốc tránh thai trong thời gian dài có nguy cơ cao hơn đối với ung thư cổ tử cung và loạn sản, có lẽ vì các hormon steroid làm giảm miễn dịch đối với các yếu tố gây bệnh có tính kháng nguyên. Những người uống thuốc thời gian dài cần được khám xét về tế bào học cổ tử cung đều đặn.

Việc sử dụng thuốc tránh thai uống kéo dài ức chế hoạt động phân bào ở nội mạc tử cung và sự trưởng thành của nang noãn ở buồng trứng, những tác dụng này được coi như đem lại một sự bảo vệ nào đó đối với ung thư của các tổ chức này.

1.7. Chống chỉ định

Dưới đây nêu lên những chống chỉ định thường được chấp nhận đối với viên thuốc tránh thai và những trường hợp trong đó phải đặc biệt quan tâm. Tuy thế, cần biết rằng trong số này ít có chống chỉ định có tính chất tuyệt đối, và các nguy cơ của bệnh nhân uống thuốc phải cân nhắc với nguy cơ mang thai có khả năng tăng lên nếu một biện pháp thay thế khác áp dụng. Các chống chỉ định tuyệt đối là bệnh tim mạch, bệnh gan và ung thư vú.

1.7.1. Chống chỉ định

Tiền sử bệnh tim mạch.

Tăng huyết áp.

Nghịen thuốc lá nặng.

Béo phì.

Bệnh migraine.

Viêm gan mạn tính.

Ung thư vú.

Trầm cảm nội sinh.

1.7.2. Quan tâm đặc biệt

Các bệnh tạo keo.

Xơ nhĩ (otosclerosis).

Đái tháo đường.

Bệnh hồng cầu liêm.

Phẫu thuật.

Giãn tĩnh mạch nặng.

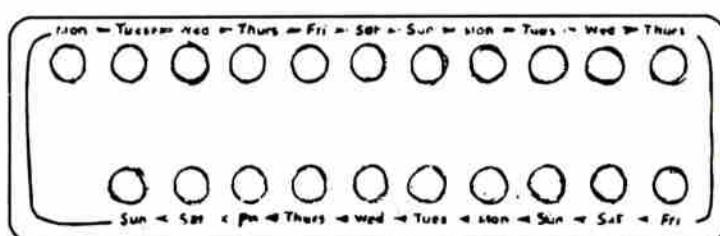
Tiền sử mắc bệnh trầm cảm.

Trên 35 tuổi.

1.8. Thất bại của viên thuốc tránh thai

Tỷ lệ thất bại của viên thuốc tránh thai kết hợp rất nhỏ, trong khoảng từ 0-1% và thường có yếu tố tránh được.

1. Bệnh nhân có thể quên không uống thuốc. Cách đóng gói của các hằng dược tuy rất khéo nhưng không phải là dễ dàng. Nếu quên uống một viên thì ngày sau phải uống hai viên.



Hình 18.2. Thuốc tránh thai

2. Viêm dạ dày-ruột, có lẽ theo sau sự bất cẩn về chế độ ăn uống có thể ảnh hưởng đến sự hấp thụ thuốc.

3. Một số nhóm thuốc chảng hạn như các thuốc chống co giật, thường là phenytoin và phenobarbiton, và kháng sinh rifampicin đã được nêu lên là làm tăng hoạt động chuyển hóa của các men gan, như vậy làm tăng sự đào thải các steroid tránh thai (tham khảo: cách điều trị vàng da sơ sinh do phenobarbiton).

4. Nhiều thuốc kháng sinh kể cả ampicillin gây ra tăng chảy máu do thoát kiểm soát của nội tiết, và người ta cũng đã nêu lên trường hợp mang thai. Các thuốc tránh thai uống được kết hợp ở trong gan, bài tiết qua mật, một phần được hấp thụ lại. Nếu vi khuẩn ở ruột bị kháng sinh ức chế, có thể không diễn ra hiện tượng hấp thụ nữa, đưa đến tăng hiện tượng thải trừ qua đường ruột, nhưng làm thấp hàm lượng các steroid lưu hành trong máu.

1.9. Theo dõi lâm sàng

1. Phải ghi chép bệnh sử và tiền sử gia đình chi tiết để xác định các yếu tố nguy cơ.
2. Khám xét thực tế gồm cân, đo huyết áp, khám vú, thăm khám chậu hông và làm phiến đồ âm đạo nếu thấy cần thiết.
3. Đánh giá sau 3 tháng để phát hiện các phản ứng phụ và kiểm tra huyết áp.
4. Kiểm tra vú và huyết áp 6 tháng một lần.
5. Thăm khám chậu hông và làm phiến đồ cổ tử cung 3 năm một lần.

2. Viên tránh thai có progestogen đơn thuần

Viên thuốc này không chứa estrogen và đôi khi được gọi là "viên thuốc mini". Hàng ngày uống một liều progestogen tối thiểu, không có ngày nghỉ thuốc.

Nó tạo ra tác dụng tránh thai do tác dụng kết hợp của nó trên nội mạc tử cung và dịch nhầy cổ tử cung (xem trang 468).

Hiệu quả tránh thai của nó kém hơn viên thuốc kết hợp, tỷ lệ thất bại thường được nêu lên là 2-3/100 phụ nữ năm. Nhưng kết quả khả quan hơn cũng đã được nêu lên (xem trang 481).

Các chỉ định.

1. Chống chỉ định với các loại estrogen hoặc ngược lại không thích hợp.
2. Tuổi trên 35.
3. Khi đang cho bú.
- 4 Các bệnh nhân đái tháo đường.

Lợi ích chính của viên thuốc chỉ có progestogen đơn thuần là không có những rối loạn chuyển hóa quan trọng, và điều bất lợi chủ yếu của nó (ngoài vấn đề tăng tỷ lệ mang thai) là làm rối loạn chu kỳ kinh nguyệt. Nếu bệnh nhân vẫn có thai thì có nguy cơ gia tăng hiện tượng chửa lạc vị trí. Việc theo dõi lâm sàng cũng như đối với viên thuốc tránh thai kết hợp.

3. Các thuốc progestogen tiêm

Có hai loại thuốc hỗn hợp có tác dụng kéo dài đang được lưu hành tại Anh và nhiều nước khác dùng cho người dùng thuốc tránh thai lâu dài. Những thuốc này là medroxyprogesteron acetat 150mg, tiêm cách 3 tháng một lần và norethisteron oenanthate 200mg - tiêm cách hai tháng một lần. Chúng ức chế hiện tượng phồng

noãn và có tác dụng thường gặp của progestogen đối với nội mạc tử cung và dịch nhầy cổ tử cung. Tỷ lệ có thai là dưới 1%. Tác dụng chuyển hóa có ý nghĩa duy nhất là làm giảm cholesterol-lipoprotein có tỷ trọng cao (C-LTTC); hiện tượng này cũng xảy ra đối với các loại progestogen uống. Các thuốc này dùng thích hợp với các bệnh nhân lẽ ra uống viên thuốc có progestogen đơn thuần, lại có độ tin cậy đặc biệt và tránh phải uống thuốc. Các tác dụng phụ chủ yếu là kinh nguyệt thất thường và vô kinh. Thêm nữa, có thể có tình trạng chậm thụ thai trở lại sau khi ngừng dùng thuốc. Khó có thể mang thai lại 8-9 tháng sau khi tiêm lần cuối cùng.

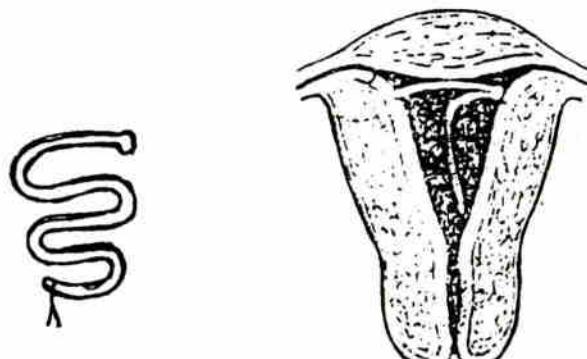
II. DỤNG CỤ TỬ CUNG (DCTC)

Một DCTC được cấu tạo bằng polythen và đồng (vàng, bạc, thép không rỉ cũng đã được sử dụng) và dễ uốn để có thể được kéo vào trong một cần đặt đưa vào trong buồng tử cung.

Vòng Lippes được lưu hành với nhiều kích thước khác nhau và là loại dụng cụ tử cung "trơ" duy nhất có thể kiểm được tại Anh. Nó được làm bằng polythen, hơi to hơn các vòng chứa đồng, cho nên có lẽ dễ gây nên hành kinh ra nhiều. Về lý thuyết thì vòng phải sử dụng được lâu dài, nhưng gần đây có những báo cáo đã nêu lên là những dụng cụ trơ này tạo điều kiện thuận lợi cho các vi sinh vật giống loại nấm actinomyces phát triển, đặc biệt là loại actinomyces israelii, ở những người đặt DCTC lâu ngày. Do đó, ngay cả đối với các DCTC trơ, tốt hơn có thể nên thay trong các khoảng thời gian cách nhau không quá 5 năm.

Các DCTC chứa đồng có thêm một dây đồng quấn vòng quanh, được co là có khả năng làm tăng hiệu quả tránh thai lên. Đường kính của chúng mảnh hơn khiến cho có thể đặt các dụng cụ này dễ dàng hơn, và người ta cho rằng lượng máu khi mất cũng ít hơn.

Vì sự hấp thụ dần dần đồng nên các DCTC này được thay đổi cứ 2-5 năm một lần. Các DCTC tạo nên nồng độ muối đồng tại chỗ rõ rệt có thể bảo vệ lại tình trạng nhiễm vi khuẩn.



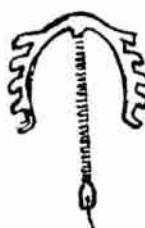
Hình 18.3. Vòng Lippes



Hình 18.4. Vòng 7-Đồng
(Gravigard)



Hình 18.5. T-Đồng
(T-Nova)



Hình 18.6. MultiLoad



Hình 18.7. Novagard
(T-Nova)

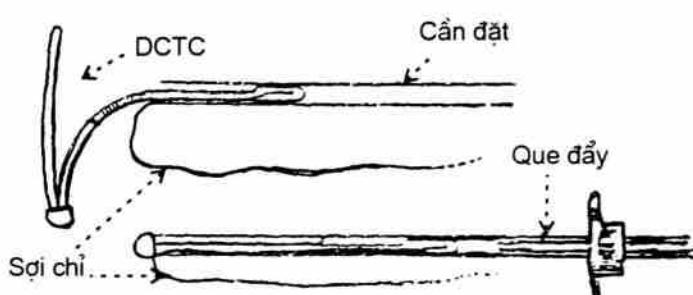
1. Cơ chế tác dụng

Dụng cụ này hình như có tác dụng ngăn cản hiện tượng làm tổ. Chắc chắn có phản ứng viêm gây ra cho nội mạc tử cung, có sự gia tăng các globulin miễn dịch, gợi đến một phản ứng miễn dịch. Các hình thái nội tiết không thay đổi gì, song giai đoạn hoàng thể thường là ngắn lại vào khoảng hai ngày, có lẽ là do tăng tiết của prostaglandin.

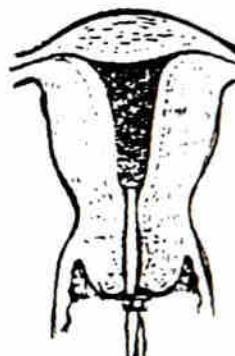
2. Nguyên tắc đặt các DCTC

2.1. DCTC thoạt tiên được gấp lại và đẩy vào trong một ống bằng chất dẻo gọi là cần đặt.

2.2. Sau đó cần đặt được đưa vào trong buồng tử cung.



Hình 18.8. Nguyên tắc đặt



Hình 18.9. Đưa cần vào buồng tử cung

2.3. DCTC được đẩy ra khỏi cần đặt nhờ một que...

2.4. Rồi DCTC đã chiếm lấy vị trí ở trong tử cung



Hình 18.10. DCTC được đẩy ra khỏi cần



Hình 18.11. DCTC đã ở trong buồng tử cung

3. Kỹ thuật đặt DCTC

3.1. Bọc lộ cổ tử cung, lau sạch và dùng một kẹp để cắp

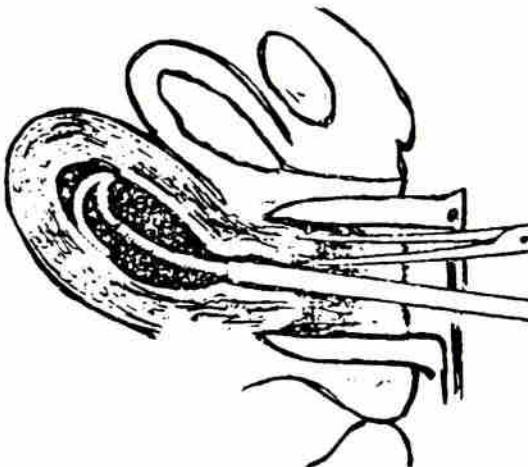
3.2. Đưa cần đặt vào rồi đẩy DCTC vào trong buồng tử cung. Cắt bớt sợi chỉ, chỉ để lại chừng 2 inch nằm trong âm đạo.

Đối với những phụ nữ quá hốt hoảng có thể cần dùng thuốc an thần, hoặc thậm chí cả gây mê khi cần thiết.

4. Các biến chứng của DCTC

4.1. Lượng máu mất khi hành kinh tăng

Nguyên nhân có thể là do tăng hoạt động tiêu sợi huyết chung quanh DCTC. Có thể làm giảm tối thiểu hiện tượng này bằng cách dùng các chất chống tiêu sợi huyết như acid aminocaproic, hoặc acid tranxamic. Các thuốc chống prostaglandin chẳng hạn như acid mefanemic hoặc diclofenac cũng có hiệu quả.



Hình 18.12. Kỹ thuật đặt DCTC

4.2. Nhiễm khuẩn

Có nguy cơ gia tăng bệnh nhiễm khuẩn chậu hông, nhất là trong năm đầu; các DCTC trơ gây nên hiện tượng nhiễm nấm actinomycetes nếu để lâu dài. Có tình trạng không thống nhất ý kiến về nên để một DCTC trong bao lâu nếu không gây ra triệu chứng gì, song việc tháo bỏ thường là khó khăn nếu đặt trong nhiều năm tại chỗ, và hình như thay DCTC trong khoảng thời gian từ 3-5 năm là thích hợp.

4.3. Mang thai

Hiện tượng này gặp trong khoảng từ 1 - 1,5% phụ nữ năm, dễ xảy ra nhất trong hai năm đầu. Nguy cơ chửa lạc vị trí ở những người đặt DCTC cao hơn và chiếm 1,2 trên một nghìn phụ nữ năm.

4.4. Rơi DCTC

Tỷ lệ rơi DCTC chiếm khoảng 5-10%, thường xảy ra trong 6 tháng đầu.

4.5. Lạc DCTC

DCTC vượt qua thành tử cung vào trong ổ phúc mạc hoặc dây chằng rộng. Người ta cho rằng hiện tượng này bắt đầu ngay từ lúc đặt nhầm đường; một khi đã phát hiện được bằng X quang thì phải lấy bằng phương pháp soi ối bụng.

5. Các chống chỉ định tránh thai bằng DCTC

1. Đang có bệnh viêm hố chậu.
2. Rong kinh.

3. Tiền sử chữa lạc vị trí.
4. Thống kinh nặng

III. PHÒNG TRÁNH THAI SAU GIAO HỢP

1. Phòng tránh thai sau giao hợp (phòng tránh thai "buổi sáng hôm sau")

Phương pháp phòng tránh thai sau khi giao hợp đã được nghiên cứu trong nhiều năm, thường dưới dạng các dịch thuật khác nhau, song không đem lại kết quả, vì tinh trùng di chuyển mau lẹ lên ống cổ tử cung và buồng tử cung. Các biện pháp hiện đại hết sức có hiệu quả nếu được tiến hành đủ sớm.

1.1. Estrogen liều cao

Ethinyl estradiol 5mg, hoặc diethylstibestrol 50mg uống hàng ngày trong 5 ngày liền, chia thành các liều nhỏ, bắt đầu dùng trong vòng 72 giờ sau giao hợp. Các liều lượng này gây nên buồn nôn và nôn mửa, có thể nặng đến nỗi bệnh nhân không thể tiếp tục điều trị được nữa. Có thể thấy các hàm lượng antithrombin III giảm sút, góp phần làm tăng nguy cơ huyết khối-tắc nghẽn mạch.

1.2. Liều gấp đôi viên thuốc tránh thai

Uống hai viên chứa 50 μ g ethinylestradiol và 500 μ g levonorgestrel (eugynon-50 hoặc ovran) trong vòng 72 giờ và lại uống tiếp sau 12 giờ. Cách điều trị này dễ chịu hơn.

1.3. Cơ chế tác dụng

Chức năng của hoàng thể bị ức chế và việc chuẩn bị của nội mạc tử cung cho hiện tượng làm tổ của trứng bị cản trở.

1.4. Các biến chứng do điều trị nội tiết

1. Có thể không tránh khỏi mang thai, như vậy về lý thuyết có nguy cơ phôi bị ảnh hưởng.
2. Nếu xảy ra có thai thì nguy cơ chữa lạc vị trí tăng lên.

1.5. Đặt DCTC

Có thể áp dụng phương pháp này tới tận 5 ngày sau khi giao hợp. Nó có thuận lợi là không bị thất bại cho bệnh nhân, nên đề cập khi cách điều trị bằng nội tiết có chống chỉ định, song cũng giống như các nội tiết steroid, không được sử dụng biện pháp này khi có tiền sử chữa lạc vị trí.

2. Các vấn đề cần quan tâm về đạo đức

Sự phân biệt giữa phòng tránh thai và phá thai phụ thuộc vào tuổi ở đó cá nhân được coi là đã ra đời-vào lúc thụ thai hay làm tổ và cho dù áp dụng phương

pháp tránh thai sau giao hợp nào đi nữa, vẫn có thể không có gì đảm bảo về thời điểm ở đó đã có sự can thiệp vào quá trình tự nhiên.

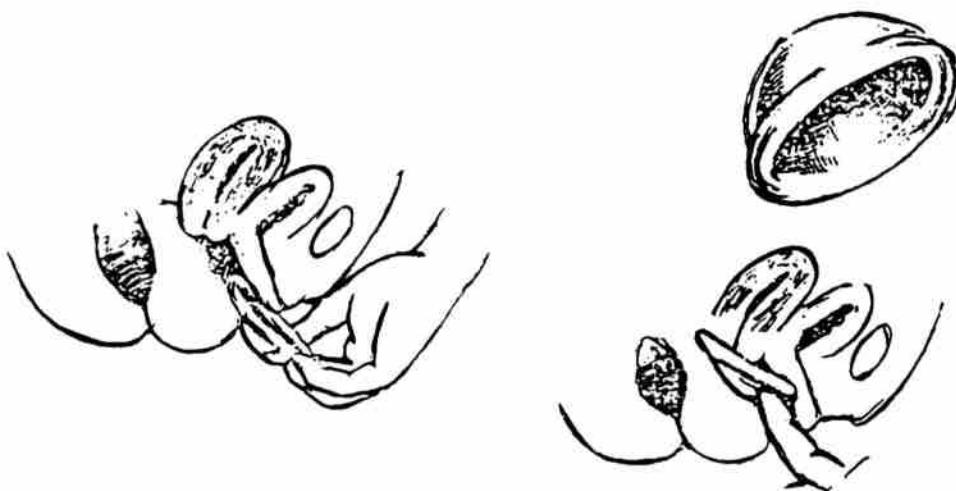
IV. CÁC PHƯƠNG PHÁP DÙNG MÀNG NGĂN

1. Màng ngăn âm đạo (mũ Hà Lan)

Đây là một màng ngăn bằng cao su được bôi bằng một thuốc mỡ diệt tinh trùng có thể ngừa được tinh trùng tiếp cận buồng cổ tử cung. Biện pháp này ít hiệu quả hơn các thuốc tránh thai uống hoặc dụng cụ tử cung, nếu không được áp dụng đúng theo các điều hướng dẫn, song nó không gây ra một tác dụng phụ nào.

Màng ngăn được bôi thuốc mỡ diệt tinh trùng quanh các cạnh và ở cả hai phía, rồi được lùa vào cùng đồ sau của âm đạo.

Bờ trước của màng ngăn thúc vào sau khớp mu.



Hình 18.13

Hình 18.14.

Không được tháo màng ngăn cho đến tận 6 giờ sau khi giao hợp, nếu giao hợp lại tiếp tục trong thời gian đó thì phải đặt thêm thuốc mỡ trước bằng một dụng cụ bơm thuốc. Một biện pháp thay thế cho màng ngăn âm đạo là mũ chụp cổ tử cung hay vòm âm đạo khít hơn.

2. Các thuốc đặt âm đạo diệt tinh trùng

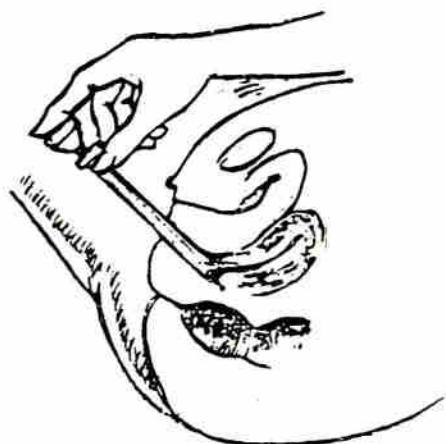
Các chất dien tinh trùng được đặt vào trong âm đạo dưới dạng thuốc mỡ, viên đặt, gel hoặc khí dung. Phải đặt một liều thuốc diệt tinh trùng trước mỗi lần giao hợp. Biện pháp này đơn giản hơn màng ngăn âm đạo, song có lẽ không chắc chắn bằng.

2.1. Thuốc mỡ diệt tinh trùng

Thuốc mỡ diệt tinh trùng bơm vào phần trên âm đạo

2.2. Bọt xốp

Đặt một miếng bọt xốp bán sẵn vào trong âm đạo và có thể để tại chỗ ít nhất trong 24 giờ. Bọt xốp không cần thử lại, thoải mái hơn, khi thấm với thuốc mỡ diệt tinh trùng sẽ là một màng ngăn có hiệu quả tốt.



Hình 18.15



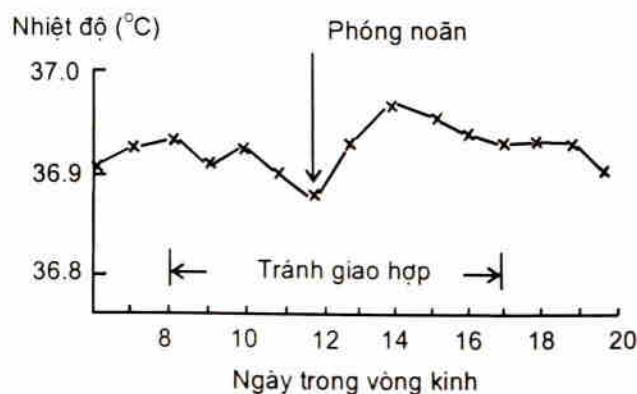
Hình 18.16

V. CÁC PHƯƠNG PHÁP TỰ NHIÊN

1. Phương pháp theo nhịp sinh lý ("Giai đoạn an toàn")

Người phụ nữ phải lấy nhiệt độ mỗi buổi sáng và quan sát sự tăng nhiệt độ bền vững biểu thị cho hiện tượng phóng noãn. Các đường biểu diễn như thế hiện nay không được chấp nhận là những chỉ thị chính xác cao, song những phụ nữ hành kinh đều thường có thể xác định được thời gian trước khi phóng noãn với mức độ khá chính xác.

Nếu bằng chứng cho thấy phóng noãn, giả thử giữa ngày thứ 12 và 14, thì 24 giờ để cho noãn tồn tại và 3 ngày cho thời gian sống của tinh trùng trong đường sinh dục; các thời gian này đều là những giả định. Điều này có nghĩa phải kiêng giao hợp từ ngày thứ 9 đến ngày thứ 15 và một khoảng 24 giờ bảo đảm an toàn ở hai đầu, làm kéo dài giai đoạn tránh giao hợp là từ ngày thứ 8 đến hết ngày thứ 17.



Hình 18.17. Sơ đồ ngày tránh giao hợp

2. Phương pháp dựa vào phóng noãn (Phương pháp Billings)

Hướng dẫn cho người phụ nữ xác định thời kỳ trước phóng noãn bằng cách theo dõi cảm giác của âm đạo do những thay đổi ở dịch nhầy cổ tử cung gây nên.

Phương pháp này đề xuất những cơ hội giao hợp giống như phương pháp theo nhịp sinh lý, song có thể chính xác hơn.

Trên thực tế, nên bảo đảm chắc chắn hơn bằng cách kết hợp sự phân biệt tuỳ ý giữa các ngày an toàn và không an toàn, và sự quan sát chặt chẽ các dấu hiệu thực thể cùng với các triệu chứng.

Bảng 18.1. Phương pháp giao hợp theo nhịp sinh lý

Giả sử 5 ngày	Hành kinh	
2-3 ngày	"Các ngày an toàn sớm"	Cảm giác âm đạo khô
4-5 ngày	Các ngày ẩm ướt- Không an toàn	Lượng dịch nhầy quanh tăng
2 ngày	Đỉnh phóng noãn - Không an toàn	Dịch nhầy nhiều, trong, loãng
3 ngày	Sau phóng noãn - Không an toàn	Dịch nhầy giảm đi dần
11 ngày	"Các ngày an toàn muộn"	Dịch nhầy rất ít

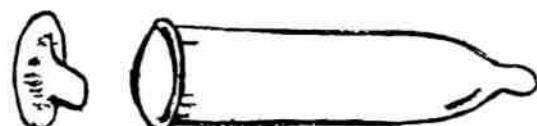
3. Các phương pháp cho nam giới

3.1. Giao hợp nửa chừng

Biện pháp này có nghĩa là rút dương vật ra ngoài đúng vào trước khi phóng tinh. Nó được áp dụng một cách rộng rãi và có thể thích hợp với những cặp vợ chồng khả năng thụ thai thấp, song một số tinh trùng có thể rớt vào âm đạo, và rút dương vật ra vào lúc cục khoái cảm là không tự nhiên

3.2. Bao dương vật (condom)

Một bao cao su mỏng chụp khít vào dương vật. Nó làm giảm cảm giác và có thể bị tụt khi rút dương vật ra sau khi giao hợp, song nó là một biện pháp rất có hiệu quả nếu được áp dụng đúng.



Hình 18.18. Bao dương vật

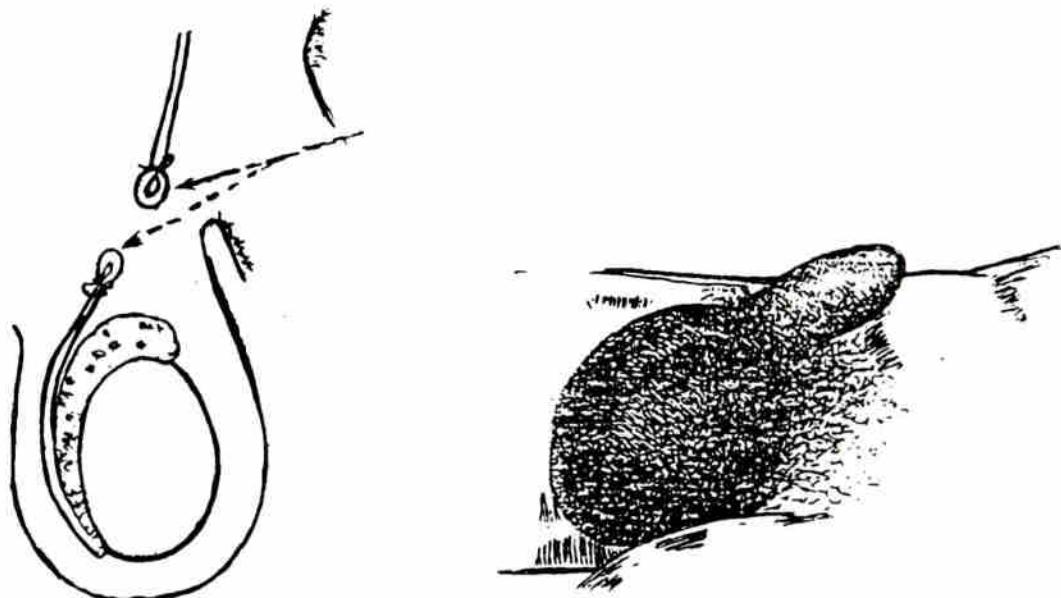
Phẫu thuật cắt ống dẫn tinh

Có thể dùng một phẫu thuật đơn giản kết hợp với gây tê tại chỗ để cắt ống dẫn tinh.

1. Phải mất nhiều tháng để cho hệ thống dự trữ sạch hết tinh trùng, một số tinh trùng không cử động có thể vẫn tồn tại, ý nghĩa của những tinh trùng này không rõ ràng. Có thể mất đến một năm trước khi có được lượng tinh phóng ra không còn tinh trùng.

2. Có khoảng 5% bệnh nhân gặp những biến chứng nhỏ bao gồm các phản ứng vận mạch phó giao cảm, khói máu tụ và nhiễm khuẩn nhẹ. Đôi khi có những báo cáo nêu lên hiện tượng nhiễm khuẩn nặng.

3. Có thể thấy những biến chứng lây dài bao gồm xuất hiện các kháng thể tự miễn chống tinh trùng, thường khó nổi phục hồi lại ống dẫn tinh nếu cần thiết.



Hình 18.19. Khối máu tụ lớn ở bìu và dương vật sau khi cắt ống dẫn tinh

Hình 18.20. Triệt sản nữ được trình bày trong chương 14

4. Các tỷ lệ thất bại trong phòng tránh thai

4.1. Có 4 yếu tố ảnh hưởng tới tỷ lệ thất bại của bất kỳ một phương pháp tránh thai nào.

4.1.1. Sự yếu kém đi liền với biện pháp

Thí dụ: phương pháp dựa theo nhịp sinh lý, phụ thuộc vào sự nhận định chính xác thời gian phóng noãn, chẳng hạn bao giờ có thể chắc chắn bằng phương pháp uống thuốc tránh thai.

4.1.2. Tuổi tác

Với tất cả các biện pháp, tỷ lệ thất bại giảm đi khi tuổi tác tăng lên

4.1.3. Sự vận động

Mọi biện pháp phụ thuộc vào việc quyết định của người phụ nữ sử dụng nó một cách đúng đắn. Vậy viên thuốc tránh thai có thể quên không uống; người sử dụng màng ngăn âm đạo "phó mặc số phận", ngay cả với DCTC, nghi ngờ vòng bị tụt vẫn có thể bỏ qua. Tầng lớp xã hội cũng ảnh hưởng tới sự vận động.

4.1.4. Thời gian áp dụng

Tỷ lệ thất bại, nhất là đối với các biện pháp làm tắc giảm xuống khi mà thời gian sử dụng, và do đó, thói quen tăng lên. Điều nhận định này cũng đúng với DCTC, có lẽ vì DCTC có hiệu quả hơn khi nó được đặt lâu tại chỗ. Kéo dài sự sử dụng chính bản thân nó là một biểu thị của tình trạng vận động tốt.

4.2. Bảng thống kê các tỷ lệ thất bại

Bảng sau đây được lấy từ nghiên cứu của Vessey và cộng sự (1982); các ố liệu của các tác giả dựa trên việc theo dõi kéo dài trên 17.000 phụ nữ, vào khoảng 40% trong số này thuộc các tầng lớp xã hội loại I và II.

Bảng 18.2. Bảng thống kê tỷ lệ thất bại trong phòng tránh thai

Biện pháp	Số có thai võ kế hoạch	Số phụ nữ-năm theo dõi	Tỷ lệ thất bại cho 100 phụ nữ-năm
Uống thuốc			
5µg estrogen	61	37412	0,16
30µg estrogen	21	7749	0,27
Progestogen đơn thuần DCTC	21	1756	1,2
Vòng Saf.T	85	6791	1,3
7-Đồng	34	2200	1,5
Màng ngăn âm đạo	485	2546	1,9
Bao dương vật	449	12492	3,6
Giao hợp nửa chừng	45	674	6,7
Hoá chất đơn thuần	36	303	11,9
Phương pháp nhịp sinh lý	25	161	15,5

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

SẢN KHOA HÌNH MINH HỌA

Chịu trách nhiệm xuất bản

HOÀNG TRỌNG QUANG

Biên tập:

BS. NGUYỄN THỊ TỐT

Sửa bản in:

BS. NGUYỄN THỊ TỐT

Trình bày bìa:

CHU HÙNG

Kt vi tính:

BÙI THỊ THƯƠNG

TRẦN HẢI YẾN

In 1000 cuốn, khổ 19 x 27cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.

Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 23 - 2006/CXB/43 - 271/YH

In xong và nộp lưu chiểu quý IV năm 2006.