

KHUNG CHẬU NỮ VỀ PHƯƠNG DIỆN SẢN KHOA

Mục tiêu học tập

1. Mô tả cấu tạo và hình thể một khung xương chậu nữ.
2. Kể ra được các đường kính của đại khung và tiểu khung.
3. Mô tả được chức năng sinh lý của đáy chậu nữ.

Khung chậu là bộ phận có liên quan nhiều nhất trong cơ chế đẻ, thai nhi từ tử cung đi ra ngoài phải đi qua một ống hình trụ cong do các xương tạo thành gọi là khung xương chậu.

1. CẤU TẠO VÀ HÌNH THỂ

Khung chậu được cấu tạo bởi 4 xương:

- Phía trước và hai bên là 2 xương cánh chậu.
- Phía sau ở trên là xương cùng và ở dưới là xương cựt.

Xương cánh chậu là 2 xương dẹt to, hình cánh quạt. Mặt trong có đường vô danh chia xương chậu ra làm 2 phần: Phần trên gọi là đại khung hay khung chậu lớn, phần dưới gọi là tiểu khung hay khung chậu nhỏ.

Xương cùng có 5 đốt, đốt trên cùng nhô cao gọi là mõm nhô. Xương cùng có mặt trước lồi, mặt sau lõm và 2 bờ hai bên.

Xương cựt có từ 4 đến 6 đốt, cũng có các mặt như xương cùng.

Bốn xương của khung chậu được khớp với nhau bởi 4 khớp xương, phía trước là khớp mu, phía sau là khớp cùng - cựt, 2 bên là 2 khớp cùng - chậu. Đó là những khớp bán động cho nên các đường kính của khung chậu có thể thay đổi khi chuyển dạ.

2. ĐẠI KHUNG

Về phương diện sản khoa, đại khung không quan trọng lắm, tuy nhiên nếu đại khung hẹp thì cũng ảnh hưởng đến tiểu khung.

2.1. Các đường kính của đại khung cần nhớ (đường kính ngoài)

- Đường kính trước sau (đường kính Baudeloque): đi từ gai đốt sống thắt lưng thứ 5 đến bờ trên xương mu, đường kính này đo được là 17,5 cm (người Việt Nam).
- Đường kính lưỡng gai: nối 2 gai chậu trước trên = 22,5cm.
- Đường kính lưỡng mào: nối 2 điểm xa nhất của 2 mào chậu = 25,5 cm.
- Đường kính lưỡng ụ: nối 2 ụ lớn của xương đùi = 27,5 cm.

2.2. Hình trám Michaelis

Nối 4 điểm:

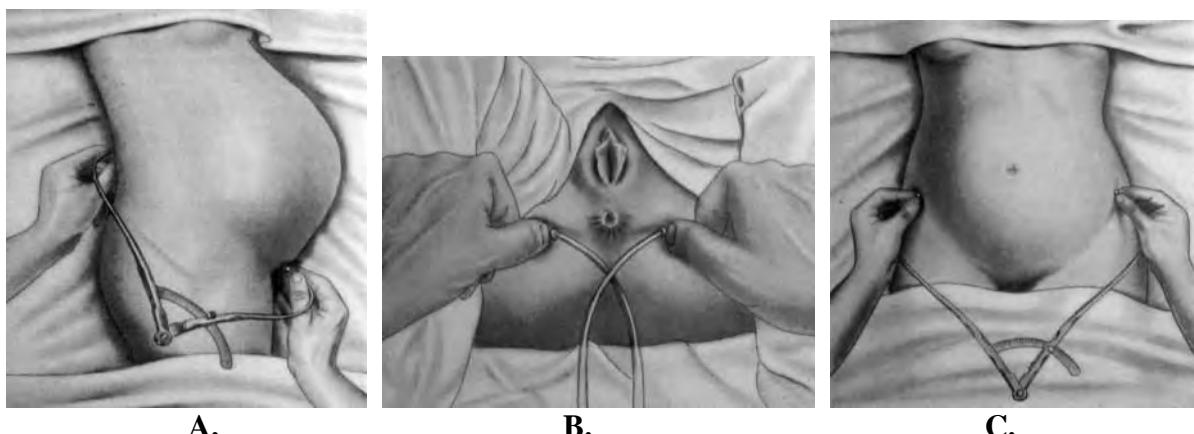
- Ở trên là gai đốt sống thắt lưng thứ 5 (L5).
- Hai bên là hai gai chậu sau trên.
- Dưới là đỉnh của nếp liên mông.

Kết quả:

- Đường kính dọc = 11cm.
- Đường kính ngang = 10 cm.
- Đường kính ngang cắt đường kính dọc làm 2 phần: trên 4cm, dưới 7 cm.

2.3. Ứng dụng lâm sàng

Trên lâm sàng người ta dùng compa Baudelocque để đo các đường kính ngoài của khung chậu. Nếu các đường kính ngoài nhỏ nhiều thì các đường kính trong cũng hẹp theo, nếu hình trám Michaelis không cân đối thì sẽ có khung chậu méo.



Hình 1. Dùng compa Baudelocque để đo các đường kính ngoài khung chậu
 A. Đường kính trước sau B. Đường kính lưỡng ụ ngồi C. Đường kính lưỡng gai

3. TIỂU KHUNG

Tiểu khung rất quan trọng về phương diện sản khoa. Thai lọt hay không là do các đường kính của tiểu khung quyết định. Tiểu khung là một ống xương hình trụ, hơi cong, mặt lõm quay ra phía trước.

- Thành trước của tiểu khung là chiều cao của khớp vẹ = 4cm.
- Thành sau là độ dài của xương cùng xương cụt khoảng 12,5cm.
- Hai thành bên hẹp dần từ trên xuống dưới nhất là ở gần gai hông nhưng sau đó lại rộng ra.
- Mặt phẳng đi qua eo trên gọi là mặt phẳng lọt.
- Mặt phẳng đi qua eo dưới gọi là mặt phẳng sổ.

Tiểu khung gồm có 3 phần hay 3 eo:

3.1. Eo trên

Eo trên có hình tim.

3.1.1 Giới hạn

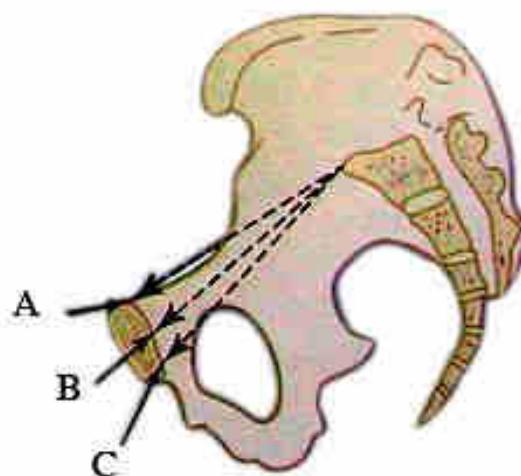
- Phía trước là bờ trên của xương mu.
- Phía sau là mõm nhô.
- Hai bên là 2 gò vô danh.

3.1.2 Các đường kính của eo trên

Eo trên hoàn toàn bằng xương nên các đường kính của eo trên không thay đổi và còn gọi là đường kính trong của khung chậu.

- Đường kính trước sau:

- + Đường kính mõm nhô - thượng mu = 11 cm.
- + Đường kính mõm nhô - hạ mu = 12cm.
- + Đường kính mõm nhô - hậu mu = 10,5cm.



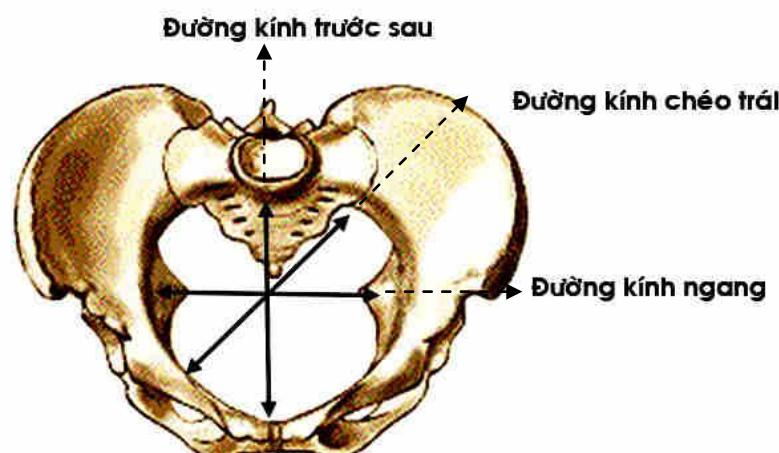
Hình 2. Các đường kính trước sau của eo trên:

A. Mõm nhô – thượng mu; B. Mõm nhô – hậu mu; C. Mõm nhô – hạ mu

Về phương diện thực hành bao giờ cũng phải đo đường kính này để biết khung chậu rộng hay hẹp, trên lâm sàng ta chỉ đo được đường kính mõm nhô - hạ mu (đường kính lâm sàng) nhưng khi thai lọt bắt buộc phải qua đường kính mõm nhô - hậu mu (đường kính hữu dụng).

Vậy muốn tìm đường kính mõm nhô - hậu mu ta lấy đường kính mõm nhô - hạ mu trừ đi 1,5cm (1,5 cm là độ dài trung bình của xương mu).

- Đường kính chéo: Đi từ khớp cùng chậu mỗi bên đến dải chậu lược bên kia.
 - + Đường kính chéo trái = 12,5cm (thai thường lọt).
 - + Đường kính chéo phải = 12cm.



Hình 2. Đường kính eo trên.

- Đường kính ngang:
 - + Ngang tối đa = 13,5 cm (ít giá trị, vì gần mõm nhô)
 - + Ngang hữu ích = 13 cm (đường kính này cắt đường kính trước sau tại điểm giữa).

3.2. Eo giữa

Eo giữa có hình ống.

3.2.1 Giới hạn

- Phía trước là bờ dưới khớp mu.
- Phía sau là mặt trước xương cùng II – III.
- Hai bên là 2 gai toạ.

3.2.2 Các đường kính

Đường kính của eo giữa quan trọng nhất là đường kính lưỡng gai hông = 10,5cm, đường kính này thường để xác định sự xuống của ngôi. Trên lâm sàng người ta lấy đường liên gai hông (vị trí 0) để xem ngôi đã lọt qua eo trên hay chưa.

3.3. Eo dưới

Eo dưới có hình trám.

3.3.1 Giới hạn

- Phía trước là bờ dưới của xương mu.
- Phía sau là đỉnh của xương cụt.
- Hai bên là hai ụ ngồi.

3.3.2 Các đường kính

- Đường kính trước sau: Đường kính mõm cụt - hạ mu = 9,5cm, đường kính này ít quan trọng vì có thể dài đến 12cm.

- Đường kính ngang: Đường kính lưỡng ụ ngồi = 10,5 - 11cm. Đây là đường kính quan trọng nhất của eo dưới. Nếu đường kính này hẹp thì thai sẽ không sở được.

4. XẾP LOẠI KHUNG CHẬU

Trên thực tế có nhiều dạng khung chậu khác nhau và cũng có nhiều cách xếp loại khung chậu. Sau đây là cách xếp loại khung chậu theo Caldwell-Moloy:

4.1 Khung chậu dạng nữ

Thường thấy nhất ở phụ nữ. Đây là loại khung chậu có hình dạng đều đặn, đường kính từ trực giữa ra trước và ra sau gần bằng nhau. Nhìn toàn diện khung chậu loại này có hình bầu dục ngang, đường kính ngang lớn hơn đường kính trước sau một ít. Gai hông không nhọn.



Hình 3. Khung chậu dạng nữ

4.2 Khung chậu dạng nam

Giống khung chậu đàn ông. Khung chậu dạng này có đường kính từ trực giữa ra trước dài hơn ra sau rõ rệt. Nhìn toàn diện khung chậu dạng này có hình quả tim, phần sau hơi phẳng, mõm nhô gồ ra phía trước, gai hông nhọn.



Hình 4. Khung chậu dạng nam

4.3 Khung chậu dạng hẫu

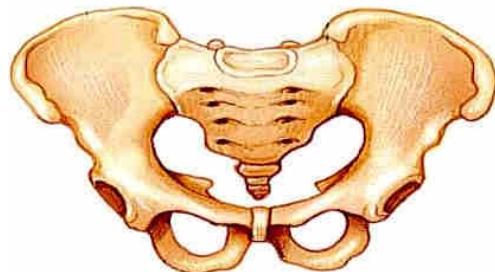
Giống như khung chậu loài khỉ. Eo trên hình bầu dục theo hướng trước sau. Dạng khung chậu này có đường kính ngang nhỏ hơn đường kính trước sau, hai gai hông nhọn, xương cùng dài.



Hình 5. Khung chậu dạng vượn người

4.4 Khung chậu dẹt

Eo trên dạng hình thận, dạng khung chậu này có đường kính ngang lớn hơn rõ rệt so với đường kính trước sau. Xương cùng ngắn và ngửa ra sau.



Hình 6. Khung chậu dạng dẹt

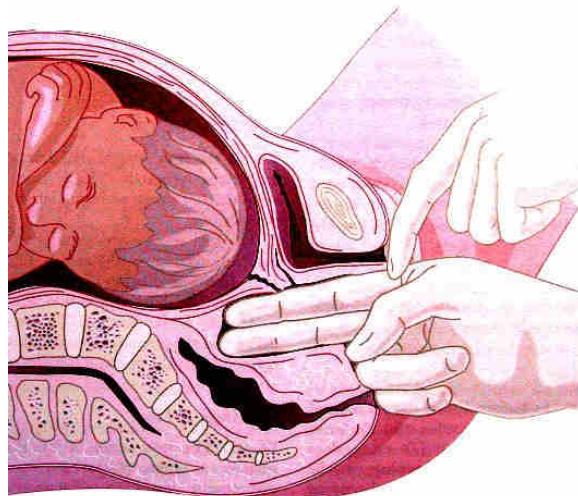
5. THỦ THUẬT ĐO KHUNG CHẬU

Khám khung chậu của một sản phụ ở những tháng cuối của thai kỳ hay mới bắt đầu chuyển dạ để ước lượng xem khung chậu có đủ rộng hay không để tiên lượng cho cuộc sinh là một điều hết sức quan trọng. Tuy nhiên trên lâm sàng người ta chỉ có thể đo một vài đường kính của khung chậu mà thôi, các đường kính còn lại chỉ có thể được đánh giá, ước lượng một cách tương đối chứ không thể có số đo cụ thể, chính xác.

Khám đại khung: đo các đường kính ngoài của khung chậu và hình trám Michaelis như đã nêu ở trên.

Khám tiểu khung: Lần lượt khám eo trên, eo giữa, eo dưới.

Eo trên, ta đo đường kính trước sau (đường kính nhô- hạ mu). Đánh giá gò vô danh, bình thường ta chỉ sờ được khoảng 1/2 đường vô danh, nếu sờ hơn 2/3 đường vô danh thì có khả năng là hẹp đường kính ngang eo trên.



Hình 7. Thủ thuật khám eo trên (đo đường kính nhô hậu mu)

Eo giữa, đánh giá đường kính ngang bằng cách khám hai gai hông nhô nhiều hay ít. Đánh giá độ cong của xương cùng, nếu mặt trước của xương cùng cong quá hay phẳng quá cũng không tốt.

Eo dưới, đo đường kính ngang tức là đường kính lưỡng ụ ngồi. Đo góc vòm vê, bình thường góc này phải trên 85° .

6. ĐÁY CHẬU

6.1. Giải phẫu đáy chậu

Khung chậu được bao bọc mặt ngoài, mặt trong bởi các cơ và cân. Lỗ trên (eo trên) thông với ổ bụng. Lỗ dưới (eo dưới) có những tổ chức cơ mỡ, da, bịt lại gọi là đáy chậu.

Đáy chậu gồm tất cả các phần mềm cân, cơ, dây chằng, bịt lỗ dưới của khung chậu.

Đáy chậu có hình trám, giới hạn phía trước là xương mu, hai bên là hai ụ ngồi, phía sau là đỉnh xương cụt.

Đường kính lưỡng ụ ngồi chia đáy chậu làm hai phần:

- Phần trước gọi là đáy chậu trước (đáy chậu niệu sinh dục).
- Phần sau gọi là đáy chậu sau (đáy chậu hậu môn).

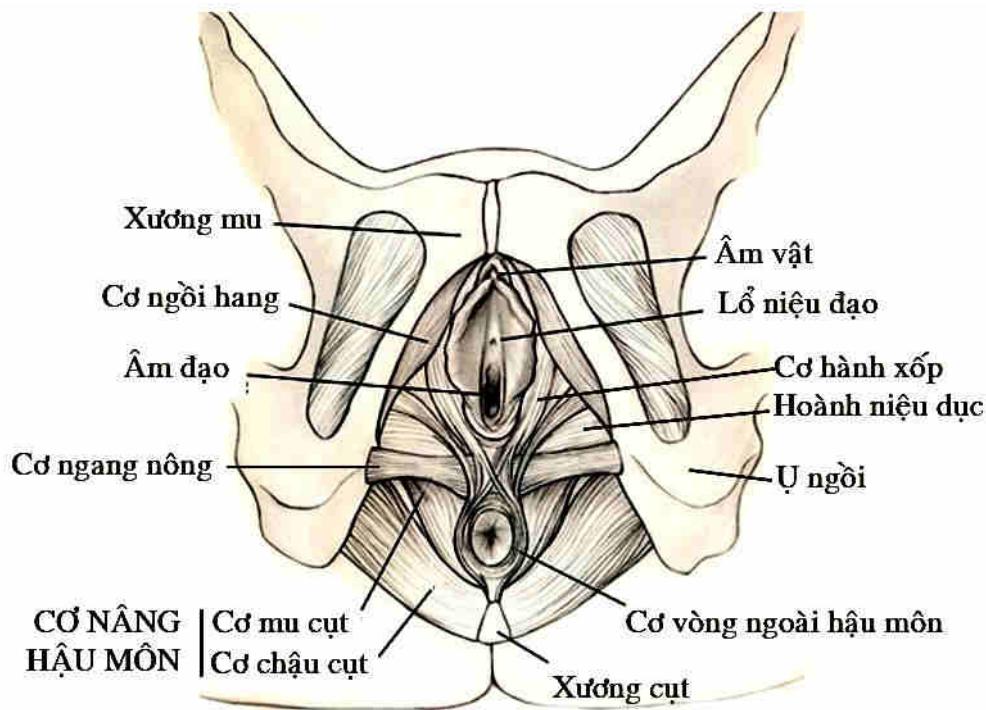
Nam và nữ có cấu tạo đáy chậu sau giống nhau nhưng đáy chậu trước thì khác nhau. Từ sâu ra nông, đáy chậu gồm ba tầng. Tầng sâu, tầng giữa và tầng nông. Mỗi tầng gồm có cơ và được bao bọc bởi một lớp cân riêng.

- Tầng sâu: gồm có cơ nâng hậu môn và cơ ngồi cụt, được bao bọc bởi hai lá của cân tầng sinh môn sâu.

- Tầng giữa: gồm cơ ngang sâu và cơ thắt niệu đạo. Cả hai cơ này đều ở đáy chậu trước và được bao bọc bởi hai lá cân của đáy chậu giữa.

- Tầng nông: gồm 5 cơ là cơ hành hang, cơ ngồi hang, cơ ngang nông, cơ khít âm môn và cơ thắt hậu môn. Cơ thắt hậu môn nằm ở đáy chậu sau, bốn cơ còn lại đều ở đáy chậu trước.

Các cơ nâng hậu môn, cơ ngang nông, cơ ngang sâu, cơ hành hang, cơ khít âm môn, cơ thắt hậu môn và cơ thắt niệu đạo đều bám vào nút thó trung tâm đáy chậu (nút thó trung tâm là một cơ và sợi nằm giữa ống hậu môn và cơ của tầng sinh môn trước).



Hình 8. Đáy chậu

6.2. Chức năng sinh lý của đáy chậu

Đáy chậu có nhiệm vụ nâng đỡ các tạng trong tiêu khung (bàng quang, tử cung, âm đạo, trực tràng). Khi đẻ, đáy chậu phải giãn mỏng và mở ra để cho ngôi thai đi qua. Khi thai qua eo dưới, ngôi phải đi qua đáy chậu mới sô được. Trong giai đoạn sô thai, nếu đáy chậu không giãn nở tốt sẽ bị rách và có thể tổn thương đến nút thớ trung tâm. Để tránh tổn thương này trong lúc đẻ người ta chủ động cắt tầng sinh môn, nhất là ở người con so, đặc biệt là con so lớn tuổi (do tầng sinh môn rắn chắc).

Trong trường hợp tầng sinh môn bị nhão do sinh nhiều lần, hoặc bị rách mà không khâu phục hồi dễ dẫn đến sa sinh dục sau này.

SINH LÝ PHỤ KHOA

Mục tiêu học tập

1. Mô tả được các chức năng của hệ thống vùng dưới đồi - tuyến yên - buồng trứng
2. Xác định được tác dụng của các hormon sinh dục nữ
3. Trình bày được các tính chất của kinh nguyệt
4. Liệt kê được các thời kỳ hoạt động sinh dục của người phụ nữ

Sinh lý phụ khoa thể hiện tất cả những vấn đề có liên quan đến những thay đổi về tính chất sinh dục và hoạt động sinh dục của người phụ nữ. Nếu kinh nguyệt là một biểu hiện bên ngoài rõ ràng của một phản ứng sinh sản ở người phụ nữ, thì bên trong cơ thể có một sự phối hợp chặt chẽ và vô cùng phức tạp của hệ thống nội tiết sinh sản, vùng dưới đồi, tuyến yên, buồng trứng. Các hormon buồng trứng một mặt tác động trực tiếp lên phần của cơ quan sinh dục như tử cung, cổ tử cung, vòi trứng, âm hộ, âm đạo, tuyến vú, mặt khác lại tác động trở lại vùng dưới đồi tuyến yên tạo thành cơ chế hồi tác. Khi có một rối loạn bất kỳ của quá trình hoạt động này sẽ dẫn đến các bệnh lý phụ khoa cũng như ảnh hưởng đến chức năng sinh sản.

1. HỆ THỐNG VÙNG DƯỚI ĐỒI - TUYẾN YÊN - BUỒNG TRỨNG

1.1. Vùng dưới đồi

Trung khu sinh dục của vùng dưới đồi nằm trong nền của trung não, phía trên giao thoa thị giác, gồm một nhóm các nhân thần kinh giàu mạch máu, có khả năng chế tiết hormon. Nhân trên thị chế tiết vasopressin, nhân bên thất chế tiết oxytocin, các chất này được các sợi thần kinh dẫn xuống thùy sau tuyến yên.

Củ xám, nhân bụng giữa, nhân lưng giữa và nhân cung tiết ra các hormon giải phóng. Trong số đó có các hormon giải phóng gonadotropin, gọi tắt là GnRH (Gonadotropin Releasing Hormon).

1.2. Tuyến yên

Tuyến yên nằm trong hố yên, nặng khoảng 0,5g, có hai thùy. Thùy trước là một tuyến nội tiết nên còn được gọi là tuyến yên tuyến (adenohypophysis). Thùy sau là một mô giống thần kinh, còn được gọi là tuyến yên thần kinh (neurohypophysis), không phải là tuyến nội tiết. Về phương diện hoạt động sinh dục, thùy trước tuyến yên chế tiết các hormon hướng sinh dục kích thích các tuyến sinh dục, đồng thời chế tiết prolactin kích thích tuyến vú. Hai hormon hướng sinh dục là FSH và LH đều là glycoprotein.

- FSH (Follicle Stimulating Hormon) kích thích nang noãn của buồng trứng phát triển và trưởng thành.

- LH (Luteinizing Hormon) kích thích nang noãn trưởng thành phóng noãn, kích thích hình thành hoàng thể và kích thích hoàng thể chế tiết.

- Prolactin là một hormon kích thích tuyến vú tiết sữa.

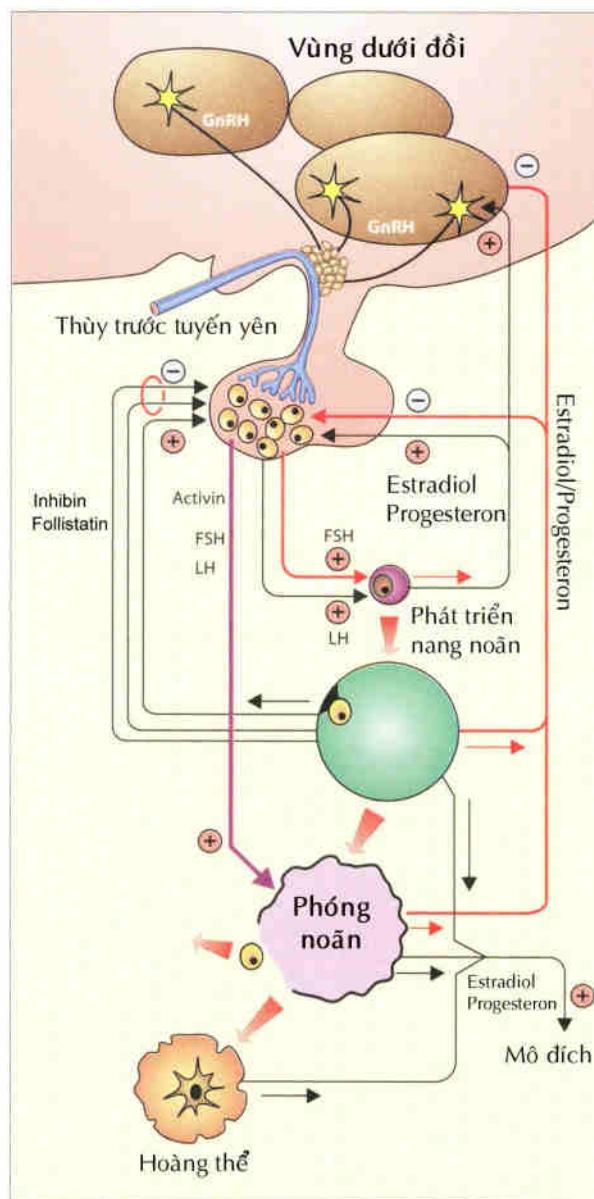
FSH và LH có các đường cong chế tiết trong chu kỳ kinh gần như song song với nhau và có đỉnh cao vào trước phóng noãn một ngày. Tuy nhiên, đỉnh FSH không cao đột ngột như đỉnh LH, cũng không tăng nhiều như đỉnh LH. Vào trước ngày phóng noãn, đỉnh LH có khi đạt trị số gấp tới 5-10 lần. Vào nửa sau của vòng kinh, trị số của FSH hơi thấp hơn so với nửa đầu của vòng kinh. Nồng độ LH vài ngày trước phóng noãn có thể tăng nhanh đột ngột, đạt đỉnh cao trước phóng noãn một ngày, sau đó lại giảm nhanh, xuống mức như trước khi phóng noãn.

1.3. Buồng trứng

Buồng trứng là tuyến sinh dục nữ, có 2 buồng trứng hình bầu dục nằm hai bên, kích

thước 4x2x1 cm; có hai chức năng: Chức năng ngoại tiết tạo noãn và chức năng nội tiết tạo các hormon sinh dục.

Buồng trứng có rất nhiều nang noãn. Số lượng các nang noãn này giảm rất nhanh theo thời gian. Khi còn là thai nhi ở tuổi thai 20 tuần, hai bên buồng trứng có 1,5 - 2 triệu nang noãn nguyên thủy. Nhưng khi em bé gái ra đời, số lượng các nang noãn này đã giảm xuống rất nhiều, chỉ còn chừng 200.000 - 300.000, nghĩa là giảm đi khoảng 10 lần trong thời gian 20 tuần. Vào tuổi dậy thì, số lượng nang noãn chỉ còn 20.000 - 30.000. Sự giảm số lượng các nang noãn là do các nang noãn bị thoái triển teo đi, các nang còn lại cũng trên đà thoái triển nhưng chậm hơn. Nếu những noãn nằm trong các nang này được thụ tinh muộn thì phôi được hình thành có thể có khả năng phát triển kém. Buồng trứng không có khả năng sản sinh những nang noãn mới.



Hình 1. Trục dưới đồi – tuyến yên – sinh dục

1.3.1. Hoạt động sinh sản

Nang noãn nguyên thủy có đường kính 0,05mm. Dưới tác dụng của FSH, nang noãn lớn lên, chín. Nang noãn chín còn gọi là nang De Graaf, có đường kính 1,5-2cm. Noãn chứa trong nang này cũng chín và chịu tác dụng phân bào. Noãn chín có đường kính 0,1mm (100 micromet).

Trong mỗi chu kỳ kinh thường chỉ có một nang noãn phát triển để trở thành nang De Graaf. Đó là nang nhạy nhất trong vòng kinh ấy. Nang này phát triển từ một nang đã đang phát triển dở dang từ cuối vòng kinh trước.

Nang noãn chín là một nang có hốc với các thành phần:

- Vỏ nang ngoài làm bởi các sợi liên kết, thực sự chỉ có tác dụng bọc lấy nang.
- Vỏ nang trong có nhiều mạch máu, là một tuyến nội tiết, có khả năng chế tiết estrogen.

- Màng tế bào hạt có tới 10-15 lớp tế bào hạt.
- Noãn trưởng thành đã giảm phân, có 22 nhiễm sắc thể thường và một nhiễm sắc thể giới X.

- Hốc nang chứa dịch nang trong đó có estrone.

Dưới tác dụng của LH, nang noãn càng chín nhanh, lòi ra phần ngoại vi của buồng trứng rồi vỡ, phóng noãn ra ngoài. Đó là hiện tượng phóng noãn. Cũng dưới tác dụng của LH, phần còn lại của nang noãn tại buồng trứng dần dần biến thành hoàng thể. Vào cuối vòng kinh, khi LH trong máu giảm xuống, hoàng thể teo đi, để lại sẹo trắng, gọi là vật trắng hay bạch thể.

1.3.2. Hoạt động nội tiết

Các tế bào hạt và những tế bào của vỏ nang trong chế tiết ra 3 hormon chính: estrogen, progesteron và androgen. Các hormon này là hormon sinh dục, có nhân steron nên còn được gọi là steroid sinh dục.

- Vỏ nang trong chế tiết estrogen.
- Các tế bào hạt của hoàng thể chế tiết progesteron.
- Các tế bào của rốn buồng trứng chế tiết androgen.

Nang noãn có thể coi là một đơn vị hoạt động của buồng trứng cả về phương diện sinh sản, cả về phương diện nội tiết. Thật vậy, nang noãn chín có khả năng phóng ra một noãn chín để thụ tinh được. Các hormon của nang noãn và của hoàng thể đủ để làm thay đổi niêm mạc tử cung giúp cho trứng làm tổ. Và nếu như người phụ nữ không thụ thai thì cũng đủ gây được kinh nguyệt.

2. TÁC DỤNG CỦA CÁC HORMON SINH DỤC NỮ

2.1. Estrogen

- Đối với cơ tử cung
 - + Làm phát triển cơ tử cung do làm tăng độ lớn, độ dài các sợi cơ.
 - + Làm tăng nhạy cảm của cơ tử cung đối với oxytoxin và các nhân tố gây co tử cung.
- Đối với niêm mạc tử cung
 - + Kích thích phân bào, gây quá sản niêm mạc tử cung, ung thư niêm mạc tử cung.
 - + Khi tụt đột ngột làm bong niêm mạc tử cung, gây chảy máu kinh nguyệt.
- Đối với cổ tử cung
 - + Làm tăng tiết, làm trong và loãng chất nhầy cổ tử cung, làm mỏ cổ tử cung khiến tinh trùng dễ xâm nhập lên đường sinh dục trên của người phụ nữ.
- Đối với âm đạo
 - + Làm phát triển và làm dày biểu mô âm đạo
 - + Làm biểu mô âm đạo chứa Glycogen. Trục khuẩn Doderlein có trong âm đạo biến glycogen này thành acid lactic, khiến pH âm đạo toan tính, ngăn cản phát triển của các vi khuẩn gây bệnh.
- Đối với âm hộ
 - + Làm phát triển các mô của âm hộ

- + Làm phát triển và chế tiết các tuyến Skene và Bartholin của âm hộ
- Đối với vú
 - + Làm phát triển các tuyến sữa và mô đệm của vú, khiến vú nở nang
- Các tác dụng khác
 - + Giữ nước, giữ Kali, gây phì.
 - + Kích thích tình dục.
 - + Làm căng các dây thanh âm khiến tiếng nói có âm sắc cao
 - + Giúp giữ Canxi ở xương, đỡ loãng xương.

2.2. Progesteron

- Đối với cơ tử cung
 - + Làm mềm cơ tử cung, giảm nhạy với oxytoxin và các nhân tố gây co
 - + Hiệp đồng với estrogen, làm tăng phát triển cơ tử cung
- Đối với niêm mạc tử cung
 - + Làm teo niêm mạc tử cung
 - + Hiệp đồng với estrogen, làm niêm mạc tử cung chế tiết. Hiệp đồng tốt nhất khi tỷ lệ estrogen/progesteron là 1/10.
- Đối với cổ tử cung
 - + Úc chế tiết chất nhầy
- Đối với âm đạo
 - + Làm phát triển biểu mô âm đạo
- Đối với vú
 - + Làm phát triển ống dẫn sữa
 - + Hiệp đồng với estrogen làm phát triển toàn diện vú
- Các tác dụng khác
 - + Lợi niệu
 - + Tăng thân nhiệt 0.3-0.5°C

3. SINH LÝ CHU KỲ KINH NGUYỆT

Trong chu kỳ kinh nguyệt bình thường, các hormon được tiết ra có tính chu kỳ, trật tự. Song song với sự tiết hormon này, niêm mạc tử cung tăng sinh nhằm chuẩn bị cho sự làm tổ của phôi.

3.1. Chu kỳ kinh nguyệt

Ở người, chu kỳ kinh nguyệt có thể được phân chia thành hai phần: chu kỳ buồng trứng và chu kỳ tử cung. Chu kỳ buồng trứng được phân chia thành giai đoạn nang noãn và giai đoạn hoàng thể, chu kỳ tử cung được phân chia thành giai đoạn tăng sinh và giai đoạn chế tiết tương ứng và hành kinh.

3.1.1. Chu kỳ buồng trứng

- Giai đoạn nang noãn: Cơ chế điều hòa ngược của hormon thúc đẩy sự phát triển có tính trật tự của một nang noãn vượt trội. Nang này trưởng thành vào giữa chu kỳ và chuẩn bị cho sự phóng noãn. Thời gian trung bình của giai đoạn nang noãn là 10-14 ngày. Sự thay đổi của thời gian giai đoạn nang noãn chịu trách nhiệm cho hầu hết của những thay đổi trong toàn bộ chu kỳ.

- Giai đoạn hoàng thể: Tính từ lúc phóng noãn đến lúc bắt đầu hành kinh, kéo dài trung bình 14 ngày.

3.1.2. Chu kỳ tử cung

- Giai đoạn tăng sinh

Sau khi hành kinh, màng rụng đáy gồm các tuyến nguyên thuỷ và mô đệm ít, đặc nằm sát cơ tử cung. Giai đoạn tăng sinh đặc trưng bởi sự nguyên phân liên tục của màng rụng chức năng tương ứng với sự tăng nồng độ estrogen trong tuần hoàn. Lúc bắt đầu giai đoạn tăng

sinh, niêm mạc tử cung tương đối mỏng. Sự thay đổi rõ nét trong thời kỳ này là sự phát triển của các tuyến nội mạc ban đầu thẳng, hẹp và ngắn thành các cấu trúc dài hơn và cuộn xoắn.

- Giai đoạn chế tiết

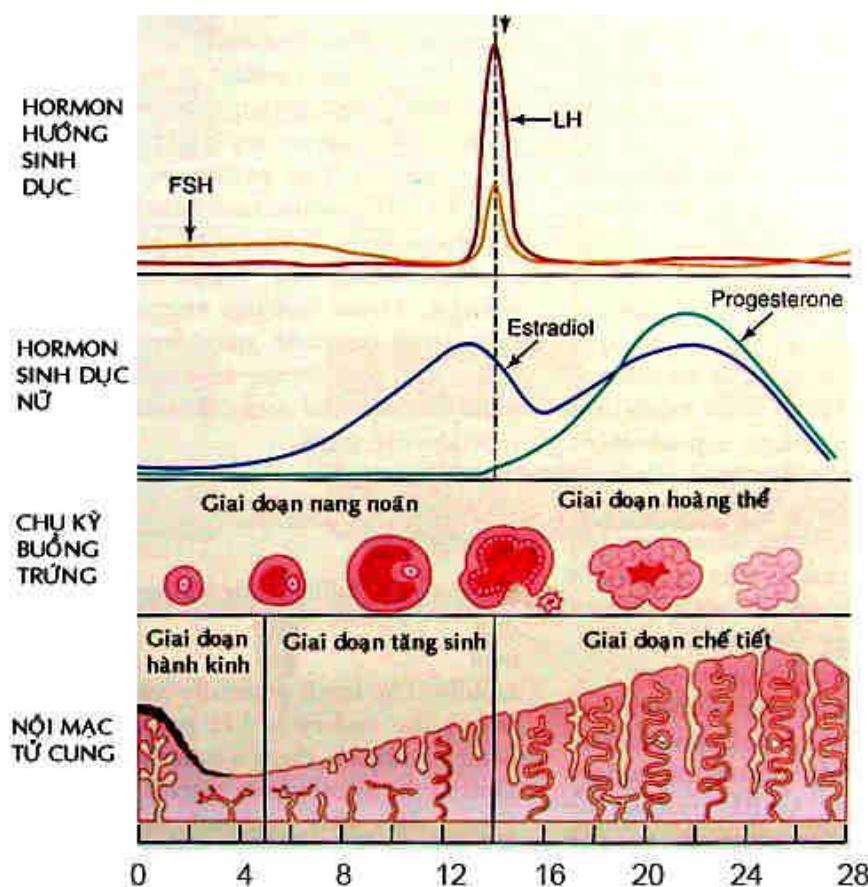
Trong một chu kỳ 28 ngày điển hình, sự phóng noãn xảy ra vào ngày thứ 14. Trong vòng 48-72 giờ sau phóng noãn, sự khởi phát chế tiết progesteron tạo nên sự thay đổi biểu hiện mô học của niêm mạc tử cung sang giai đoạn chế tiết. Giai đoạn chế tiết đặc trưng bởi ảnh hưởng của progesteron cùng với estrogen tác động lên tế bào.

Ngày 6-7 sau phóng noãn, hoạt động chế tiết các tuyến đạt cực đại và nội mạc đã được chuẩn bị tối ưu cho sự làm tổ của phôi. Cùng với sự tăng phù nề mô đệm tối đa vào cuối pha chế tiết, các động mạch xoắn có thể nhìn thấy rõ ràng rồi dài dần và cuộn lại. Khoảng ngày 2 trước khi hành kinh, có sự gia tăng đáng kể số lượng lymphocyte đa nhân di chuyển vào từ hệ thống mạch máu. Sự xâm nhập bạch cầu bảo trước sự suy sụp của mô đệm niêm mạc và khởi phát hành kinh.

- Hành kinh

Khi không có sự làm tổ của phôi, sự chế tiết của các tuyến ngừng lại và xảy ra sự phá vỡ không đều lớp màng rụng chúc năng. Kết quả làm bong lớp niêm mạc này, gây nên hành kinh. Sự thoái hoá của hoàng thể và tụt giảm độ đậm đặc ngột các sản phẩm chế tiết estrogen và progesteron là nguyên nhân của bong niêm mạc.

Một chu kỳ kinh nguyệt bình thường kéo dài 21-35 ngày, thời gian hành kinh 2-6 ngày và lượng máu mất trung bình 20-60ml.



Hình 2. Thay đổi hormone, chu kỳ buồng trứng và niêm mạc tử cung trong chu kỳ kinh nguyệt bình thường

3.2. Những thay đổi của hormon

- 3.2.1. Lúc bắt đầu mỗi chu kỳ kinh nguyệt, lượng hormon sinh dục đang giảm thấp từ cuối giai đoạn hoàng thể của chu kỳ trước.
- 3.2.2. Với sự thoái hóa của hoàng thể, FSH bắt đầu tăng và một đoàn hệ nang noãn đang phát triển được tuyển chọn. Mỗi nang này tiết ra estrogen khi chúng phát triển trong giai đoạn nang noãn. Chính estrogen kích thích niêm mạc tử cung tăng trưởng.
- 3.2.3. Lượng estrogen đang tăng tạo ra cơ chế điều hòa ngược âm tính lên sự tiết FSH của tuyến yên. FSH bắt đầu giảm vào giữa giai đoạn nang noãn. Trái lại, LH được kích thích bởi lượng estrogen được tiết ra trong suốt giai đoạn nang noãn.
- 3.2.4. Cuối giai đoạn nang noãn, trước khi rụng trứng, các thụ thể của LH hiện diện ở lớp tế bào hạt điều chỉnh sự tiết progesteron.
- 3.2.5. Đỉnh LH xuất hiện sau một mức độ kích thích vừa đủ của estrogen. Đây là nguyên nhân cơ bản của sự phồng noãn. Sự phồng noãn là mốc cho sự chuyển tiếp từ giai đoạn nang noãn sang giai đoạn hoàng thể.
- 3.2.6. Lượng estrogen bắt đầu giảm ngay trước phồng noãn, tiếp tục giảm trong giai đoạn hoàng thể sớm. Cho đến giữa giai đoạn hoàng thể, estrogen bắt đầu tăng trở lại do hoàng thể tiết ra.
- 3.2.7. Lượng progesteron tăng nhanh chóng sau phồng noãn và có thể được xem như là một dấu hiệu của sự phồng noãn.

Cả estrogen và progesteron vẫn còn tăng trong thời gian tồn tại của hoàng thể. Sau đó, hàm lượng của chúng giảm khi hoàng thể thoái hóa, vì thế tạo ra một giai đoạn cho chu kỳ kế tiếp.

4. CÁC THỜI KỲ HOẠT ĐỘNG SINH DỤC Ở PHỤ NỮ

Cuộc đời hoạt động sinh dục của người phụ nữ được chia làm bốn thời kỳ.

4.1. Thời kỳ trẻ em (trước dậy thì)

Trong tuổi thiếu niên, buồng trứng ở trong giai đoạn im lặng về mặt nội tiết, mặc dù về mặt hình thái người ta cũng phát hiện được sự trưởng thành và sự thoái hóa của nang noãn. Tuy vậy các biến đổi hình thái này không đi kèm với hoạt động nội tiết của buồng trứng. Trong thời kỳ này cũng không có sự phát triển của nang noãn đến giai đoạn nang trội hoặc hình thành hoàng thể. Sự im lặng của buồng trứng về mặt nội tiết là do sự “chưa chín muồi của vùng dưới đồi”.

4.2. Giai đoạn dậy thì

Chức năng nội tiết của buồng trứng bắt đầu hoạt động khi các tế bào thần kinh sản xuất GnRH của vùng dưới đồi đã có thể bắt đầu giải phóng GnRH một cách đồng bộ và theo xung nhịp vào hệ thống động mạch cửa tuyến yên

4.2.1. Sự phát triển vú

Estrogen bắt đầu được ché tiết từ buồng trứng có tác dụng lâm sàng thấy được đầu tiên thông qua sự phát triển vú. Núm vú nổi rõ, tiếp theo là sự phát triển mô tuyến vú, tăng sinh biểu mô ống tuyến và thuỷ tuyến dưới tác dụng của estrogen và prolactin.

4.2.2. Sự phát triển lông mu

Tiếp sau vú là sự phát triển lông mu và lông nách, chủ yếu là dưới tác dụng của androgen. Các androgen này một phần có nguồn gốc buồng trứng, một phần từ tuyến thượng thận và một phần thông qua chuyển hóa ở ngoại vi.

4.2.3. Sự tăng trưởng cơ thể

Khoảng một năm sau, sau dấu hiệu dậy thì đầu tiên sẽ xuất hiện sự tăng trưởng cơ thể mạnh mẽ. Các steroid sinh dục tác dụng trên tuyến yên làm gia tăng mạnh sự ché tiết các nội tiết tố tăng trưởng cũng như tăng ché tiết IGF-1 tại gan. Trong điều kiện này chiều cao có thể tăng trong mỗi năm đến 10 cm. Sau đó nồng độ các nội tiết tố vẫn tiếp tục tăng và có tác dụng trực tiếp lên các vùng phát triển của sụn. Cuối cùng là sự cốt hoá và kết thúc quá trình tăng

trưởng chiều cao.

4.2.4. Sự hành kinh

Lần hành kinh đầu tiên diễn ra vào khoảng một năm sau sự tăng trưởng dậy thì. Trên nguyên tắc cần xem lần hành kinh đầu tiên này là hậu quả của sự sụt giảm estrogen đơn thuần do không có hiện tượng phóng noãn. Về sau sẽ xuất hiện các chu kỳ kinh có phóng noãn với sự hình thành và hoạt động của hoàng thể.

4.2.5. Sự thay đổi cơ quan sinh dục

Dưới ảnh hưởng của các nội tiết tố sinh dục sẽ xuất hiện các biến đổi tương ứng của bộ phận sinh dục trong và ngoài. Độ dài âm đạo tăng dần đến khoảng 11 cm. Biểu mô âm đạo tăng sinh và dày lên. Do gia tăng khuẩn chí Lactobacillus lưu trú, pH âm đạo sẽ giảm xuống dưới 4,0. Môi lớn và môi nhỏ dày lên, vùng gò mu tập trung nhiều mỡ, âm vật cung to ra.

4.3. Thời kỳ hoạt động sinh dục

Tiếp theo tuổi dậy thì là thời kỳ hoạt động sinh dục, kéo dài đến khi mãn kinh. Trong thời kỳ này, người phụ nữ thường hành kinh đều đặn, tỉ lệ vòng kinh có phóng noãn tăng lên do hoạt động nội tiết của trực dưới đồi - tuyến yên - buồng trứng đã được hoàn chỉnh. Người phụ nữ có thể thụ thai được.

Trong thời kỳ này, các tính chất sinh dục phụ cũng như toàn cơ thể của người phụ nữ vẫn tiếp tục phát triển đến mức tối đa. Thời kỳ hoạt động sinh dục kéo dài 30 - 35 năm.

4.4. Thời kỳ mãn kinh

Mãn kinh là tình trạng không còn hành kinh của người phụ nữ. Nếu một thiếu nữ chưa hành kinh là do vùng dưới đồi hoạt động chưa chín muồi, thì một người phụ nữ không hành kinh ở tuổi mãn kinh là do buồng trứng đã suy kiệt, không còn nhạy cảm trước sự kích thích của các hormon hướng sinh dục, nên không còn chế tiết đủ hormon sinh dục. Kể từ khi mãn kinh, người phụ nữ không còn khả năng có thai nữa.

SỰ THỤ TINH, LÀM TỔ VÀ PHÁT TRIỂN CỦA TRỨNG

Mục tiêu học tập

1. Mô tả được quá trình sinh giao tử và sự thụ tinh.
2. Mô tả được sự di chuyển và làm tổ của trứng đã thụ tinh.
3. Mô tả được sự phát triển của trứng đã thụ tinh.

1. ĐẠI CƯƠNG

- Sự thụ tinh là sự kết hợp giữa một tế bào đực (tinh trùng) và một tế bào cái (noãn) để hình thành một tế bào mới là trứng được thụ tinh.
- Sự thụ thai là sự thụ tinh kèm theo sau đó là sự làm tổ của trứng.
- Sau khi làm tổ trứng phát triển thành thai và các phần phụ của thai (bánh rau, màng rau, dây rau và nước ối).

2. SỰ THỤ TINH

2.1. Sự phát triển của giao tử

Giao tử là tế bào sinh dục, được biệt hoá cao, giữ một nhiệm vụ duy nhất là sinh sản và không giống với bất kỳ một tế bào nào khác. Tế bào sinh dục có kích thước khá lớn (25-30 μ m), bào tương nhạt, giàu Lipid, có nhân và một thể Idiosome (gồm 2 trung thể và bộ máy Golgy). Giao tử đực là tinh trùng mang bộ nhiễm sắc thể (NST) đơn bội. Giao tử cái là noãn cũng mang bộ NST đơn bội.

2.1.1. Sự sinh tinh

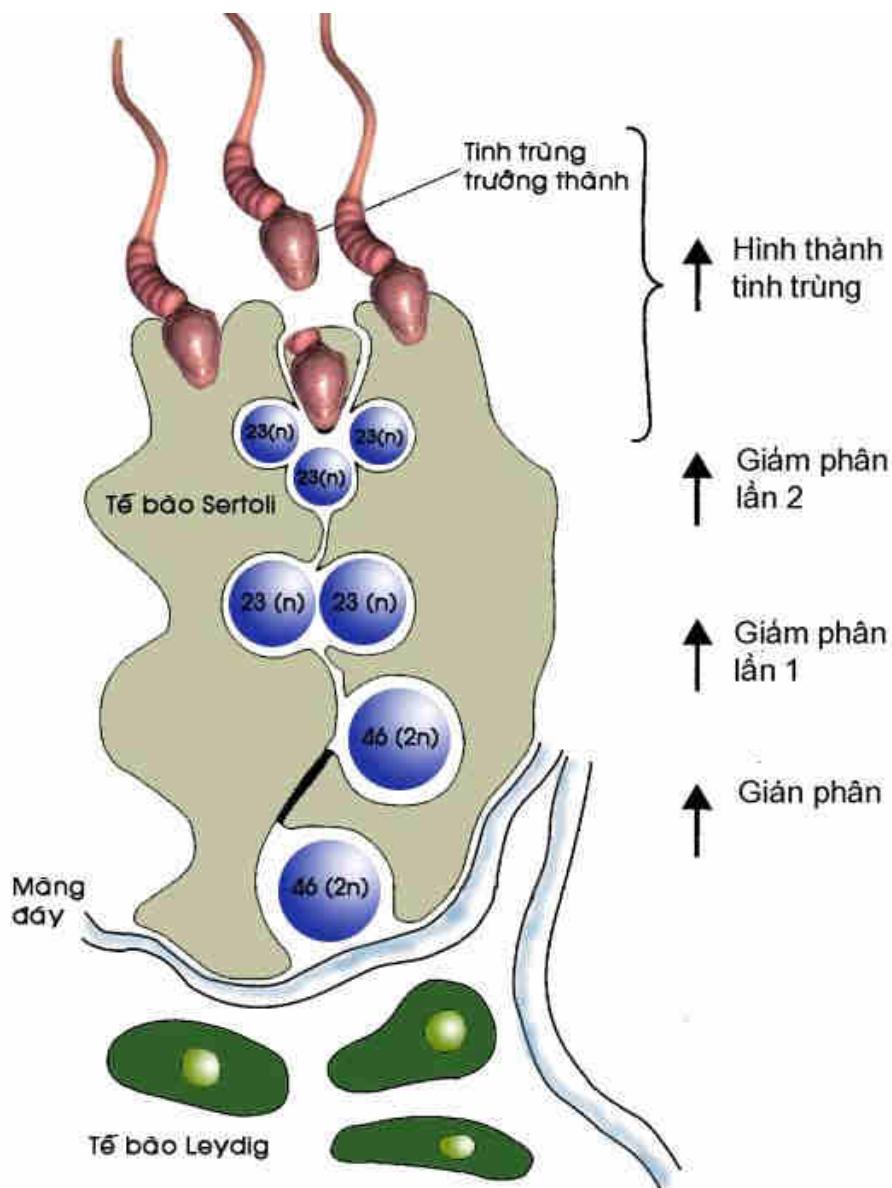
Tinh trùng được sản sinh trong ống sinh tinh. Ra khỏi ống sinh tinh, tinh trùng có hình dạng cố định nhưng chưa di động, chưa thụ tinh được, chúng chỉ có khả năng trên sau khi đi qua ống mào tinh. Tinh trùng được dự trữ tại mào tinh, ống tinh và phần lớn ở túi tinh. Sự sinh tinh trải qua nhiều giai đoạn để một tinh nguyên bào biến thành tinh trùng có khả năng thụ tinh. Qua trung gian của 5 lần phân chia, một tế bào cho ra 32 tinh trùng, quá trình kéo dài 74 ngày. Sự sinh tinh trùng là liên tục bắt đầu từ tuổi dậy thì (khoảng 200 triệu mỗi ngày).

Cấu trúc tinh trùng:

Tinh trùng là một tế bào đã được biệt hoá cao độ gồm có đầu thân và đuôi. Đầu là một khối nhân (chất nhiễm sắc) có hình tròn. Đầu được bảo vệ 3/4 phía trước bởi một cấu trúc đặc biệt gọi là thể cực đầu. Thể cực đầu chứa nhiều loại men có ảnh hưởng lên các loại protein của vỏ noãn như Hyaluronidase, Fertilysine. Đuôi nối tiếp với đầu qua trung gian đoạn cổ. Đuôi gồm có đoạn trung gian, đoạn chính và đoạn cuối. Trục của đuôi có cấu tạo đặc biệt gồm nhiều cặp ống ngoại vi và một cặp ống trung tâm, đó là bộ máy tạo ra sự cử động của đuôi. Tinh trùng được đẩy tới bởi các đợt sóng do đuôi tạo ra.

Các đặc điểm của tinh trùng:

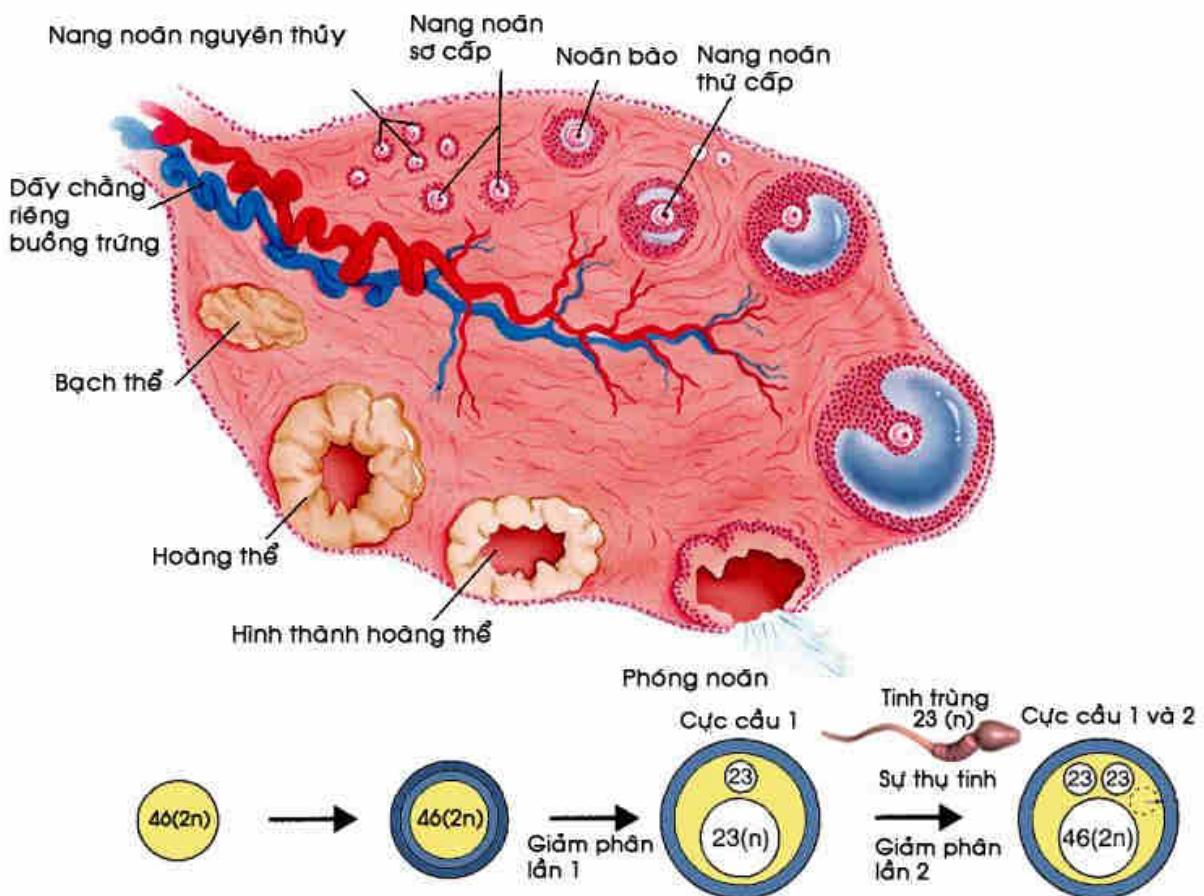
- Chiều dài 65 μ m.
- Số lượng 60-120 triệu/ml tinh dịch
- Tỷ lệ hoạt động lúc mới phóng tinh >80%.
- Tốc độ di chuyển 1,5 - 2,5mm/phút.
- Thời gian sống trung bình trong đường sinh dục nữ tuỳ thuộc độ pH: ở âm đạo pH toan sống được < 2 giờ; ở ống cổ tử cung pH > 7,5 sống được 2-3 ngày; trong vòi tử cung tinh trùng sống thêm được 2-3 ngày.



Hình 1. Sự sinh tinh trùng

2.1.2. Sự sinh noãn

Noãn hình thành từ các nang trứng. Phần lớn các noãn trong thời kỳ bào thai và sau khi sinh đã bị thoái hoá còn lại từ 400-450 đạt tới mức độ chín sau tuổi dậy thì. Bề mặt noãn có nhiều vi mao xuyên qua màng trong suốt, bào tương tích luỹ nhiều Mucopolysacharide, Phosphatase kiềm và ARN. Phần lớn ARN tập trung thành từng vùng đặc biệt. Mỗi tháng 2 buồng trứng thay phiên nhau rụng một noãn từ tuổi dậy thì đến tuổi mãn kinh. Sự rụng trứng thường xảy ra khoảng giữa ngày thứ 12 và 14 của chu kỳ kinh và chia chu kỳ thành 2 giai đoạn: Giai đoạn nang trứng (trước rụng trứng) và giai đoạn hoàng thể (sau rụng trứng). Nếu quá trình thụ tinh không xảy ra, sự thoái triển của hoàng thể dẫn đến kinh nguyệt. Giữa thời điểm cuối kỳ kinh trước và khởi đầu giai đoạn nang trứng, khoảng vài chục nang trứng đi vào giai đoạn tăng trưởng bằng cách tăng thể tích dịch nang và hốc nang lớn dần. Vào ngày thứ 6 chỉ có một nang duy nhất đạt tới tình trạng chín cần thiết: Đó là nang trội, số nang còn lại bị thoái triển. Khoảng 36 giờ trước khi rụng trứng có một sự gia tăng tối đa hormone LH (Luteinizing Hormone) thúc đẩy trứng chín nhanh. Noãn rụng kèm theo màng trong suốt, tế bào noãn, tế bào vòng tia, tế bào hạt, tất cả đi vào loa vòi tử cung.



Hình 2. Sự sinh noãn từ noãn nguyên bào cho đến lúc thụ tinh

2.1.3. Những bất thường trong sự sinh giao tử

- Sự sinh tinh là một quá trình liên tục, mỗi ngày có hàng trăm triệu tinh trùng được tạo ra, 50% mang NST X và 50% mang NST Y.

- Sự sinh noãn là một quá trình không liên tục, từng chu kỳ sinh ra những tế bào không bằng nhau (mặc dù trong cùng một lần phân bào), chỉ có một noãn hữu ích còn 2 cực cầu vô dụng.

- Các quá trình phức tạp trên có thể là nguyên nhân gây bất thường về hình thái hoặc bất thường về NST:

+ Bất thường về hình thái: rất khó quan sát những bất thường về hình thái ở noãn, nhưng đối với tinh trùng thì có thể thấy rõ hơn (ví dụ: tinh trùng hai đầu, ...).

+ Bất thường về NST: bất thường trong sự phân chia NST thường và NST giới tính.

2.2. Sự thụ tinh

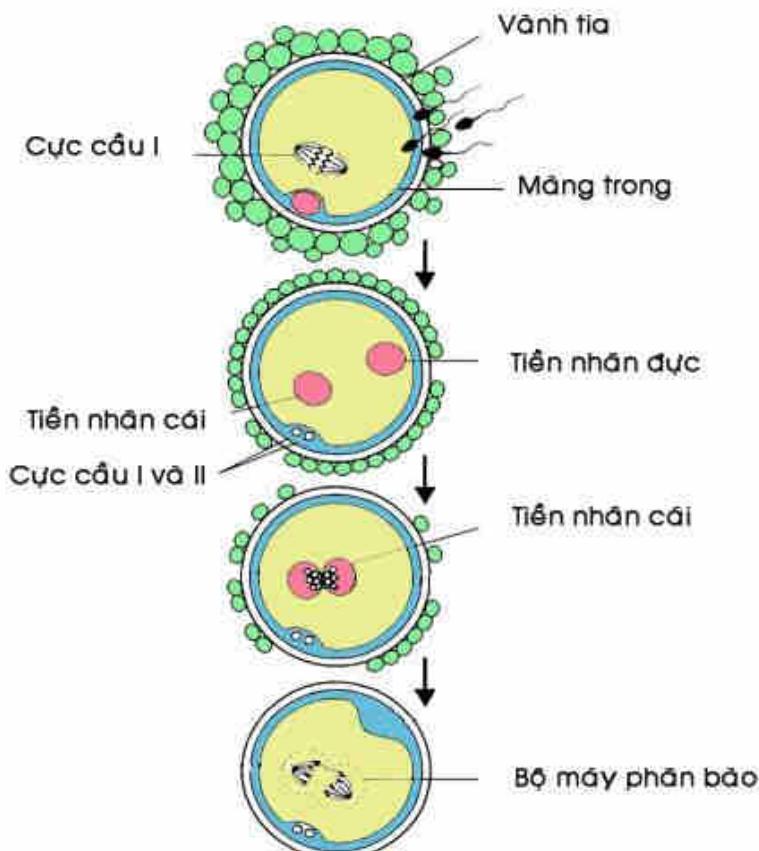
Sự hợp nhất cấu trúc tinh trùng và noãn xảy ra ở 1/3 ngoài của ống dẫn trứng. Thực chất đây là sự hòa lẫn giữa 2 bộ NST của noãn và tinh trùng.

Có khoảng 200 triệu tinh trùng trong mỗi lần phóng tinh vào âm đạo. Cổ tử cung trước đó được bít kín bởi một nút chất nhầy đặc quánh, dưới ảnh hưởng của estradiol được sinh ra từ nang trứng trong quá trình phát triển sẽ trở nên loãng hơn vào giai đoạn trước rụng trứng cho phép những tinh trùng di động nhanh nhất và mạnh nhất đi qua, số còn lại nằm lại vùng cổ tử cung và túi cùng âm đạo. Nói chung, có khoảng vài triệu tinh trùng đến được gần noãn trong thời gian thích hợp vì tinh trùng có thể sống tối 1 tuần sau khi phóng còn noãn chỉ sống được hai ngày sau khi rụng. Khi tinh trùng vượt qua màng trong suốt của noãn, một sự hòa hợp vỏ bọc noãn và vỏ bọc thân tinh trùng xảy ra, nhân tinh trùng hoàn toàn được đưa vào trong bào tương noãn, đuôi rời khỏi đầu bị giữ lại bên ngoài màng trong suốt, một phản ứng vỏ noãn sẽ ngăn chặn không cho một tinh trùng nào khác được lọt vào chất noãn. Xuất hiện trong noãn một tiền nhân đực và một tiền nhân cái. Hai tiền nhân này tiếp tục phát triển riêng

rẽ, sau đó xích lại gần nhau và hoà lẫn thành một sau khi cởi bỏ hoàn toàn màng bọc nhân. Ta có một hợp tử và sự phân cắt thành phôi bào bắt đầu.

Kết quả của sự thụ tinh:

- Tái lập bộ NST của loài ($2n$).
- Xác định giới tính của phôi: nếu tinh trùng mang NST Y thì phôi nang mang mang tính đực, nếu tinh trùng mang NST X thì phôi nang mang mang tính cái.
- Chuẩn bị để hợp tử phân cắt.



Hình 3. Sự thụ tinh, hình thành tiền nhân đực, cái và phân bào lần đầu tiên.

3. SỰ DI CHUYÊN VÀ LÀM TỔ CỦA TRÚNG ĐÃ THỤ TINH

3.1. Sự di chuyển của trứng

Sau khi thụ tinh thường xảy ra ở 1/3 ngoài vòi tử cung, trứng tiếp tục di chuyển trong vòi tử cung để đến làm tổ ở buồng tử cung. Trứng di chuyển trong phần còn lại của vòi tử cung mất 3-4 ngày, sau đó còn sống tự do trong buồng tử cung thêm 2-3 ngày nữa mới bắt đầu quá trình làm tổ. Có 3 cơ chế tham gia vào sự di chuyển của trứng:

- Nhu động của vòi tử cung.
- Hoạt động của nhung mao niêm mạc vòi tử cung.
- Luồng dịch chảy từ phía loa vòi tử cung vào buồng tử cung.

Trên đường di chuyển trứng phân bào rất nhanh, từ một tế bào ban đầu phân chia thành 2 rồi 4 tế bào mầm bằng nhau, sau đó phân chia thành 8 tế bào: 4 tế bào mầm to và 4 tế bào mầm nhỏ. Các tế bào mầm nhỏ phát triển nhanh hơn các tế bào mầm to và bao quanh các tế bào mầm to, tạo nên phôi đâu, có hình dạng bên ngoài giống hình quả dâu. Các tế bào mầm nhỏ tạo thành lá nuôi có tác dụng nuôi dưỡng bào thai; các tế bào mầm to nằm ở giữa sẽ trở thành các lá thai, sẽ phát triển thành thai nhi. Ở giai đoạn phôi đâu nhóm tế bào trung tâm lớn

hơn sẽ cho ra cúc phôi, nhóm tế bào ngoại vi nhỏ hơn ở giai đoạn 32 tế bào sẽ tiết dịch, tạo thành xoang đầy cúc phôi về một góc.

3.2. Sự làm tổ

Ở giai đoạn phôi đậu khi đã lọt vào khoang tử cung (vào khoảng ngày thứ 5 - 6 sau thụ tinh) hình thành một hốc nhỏ trong lòng phôi đậu nơi cúc phôi sẽ phát triển, những tế bào nhỏ giãn ra xung quanh hốc, tạo thành phôi nang. Phôi nang sẽ làm tổ vào nội mạc tử cung (khoảng ngày thứ 6 sau thụ tinh). Lúc này màng trong suốt đã biến mất.

Sự phát triển bình thường đòi hỏi sự hiện diện của 2 bộ NST của bố và mẹ mà vai trò không giống nhau. Bộ NST của bố sẽ cần thiết cho sự phát triển các phần phụ và bộ NST mẹ cần cho sự phát triển của cúc phôi.

Phôi nang hình thành vào ngày thứ 5, phần lớn tế bào ngoại vi tạo thành lá nuôi. Cúc phôi chứa 2 loại tế bào, một loại có số lượng ít sẽ là nguồn gốc bản phôi, phần khác sẽ cho ra những phần phụ ngoài phôi cần thiết để duy trì phôi. Phôi nang bắt đầu làm tổ vào ngày thứ 6 hoặc thứ 7 và làm tổ ở mặt đáy của cúc phôi nhờ hoạt động phân giải của lá nuôi hợp bào bằng cách bào mòn và xâm nhập dần dần vào nội mạc tử cung. Vào giai đoạn này, cúc phôi bắt đầu tách rời khỏi lá nuôi.

Vị trí làm tổ thường ở mặt sau đáy tử cung, nhưng cũng có thể "lạc chỗ". Quá trình diễn biến như sau:

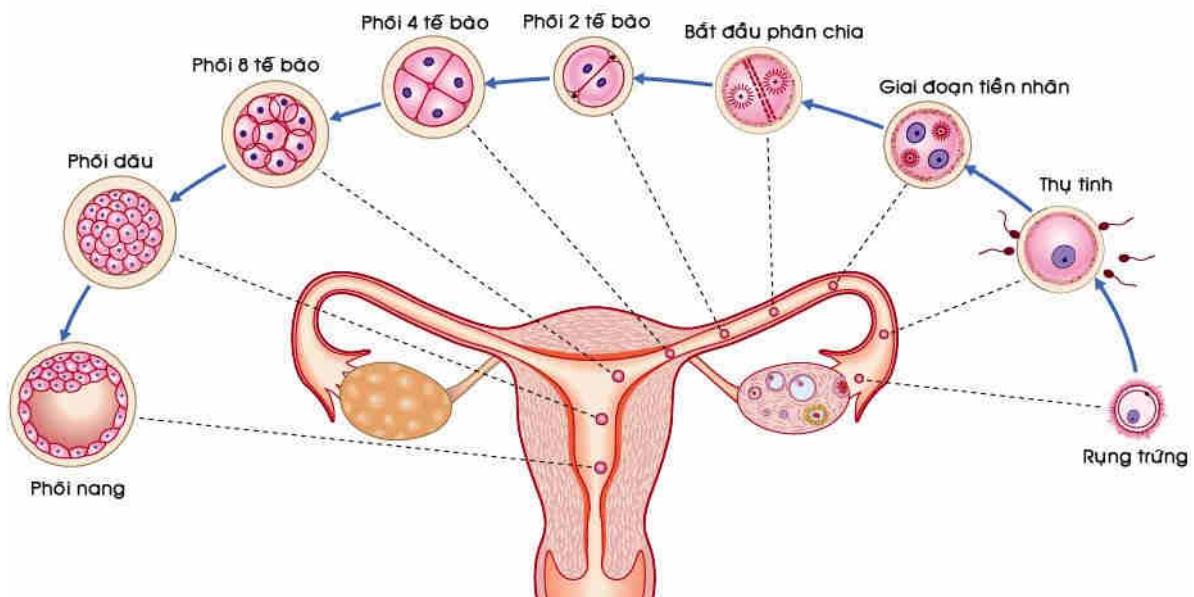
- Ngày thứ 6-8: hiện tượng dính và bám rẽ của phôi: phôi nang dính vào niêm mạc tử cung, các chân già xuất phát từ các tế bào nuôi bám vào biểu mô, một số liên bào bị tiêu huỷ và phôi nang chui qua lớp biểu mô

- Ngày thứ 9-10: phôi qua lớp biểu mô trụ, chưa nằm sâu trong lớp đệm và bề mặt chưa được biểu mô phủ kín.

- Ngày thứ 11-12: phôi nằm hoàn toàn trong lớp đệm nhưng lỗ chui qua vẫn chưa được phủ kín.

- Ngày thứ 13-14: phôi nằm hoàn toàn trong lớp đệm, được biểu mô phủ kín. Trung sản mạc được biệt hoá thành hai loại tế bào và hình thành những gai rau đầu tiên.

Trước sự làm tổ, nội mạc tử cung dưới ảnh hưởng của progesterone và các yếu tố kích thích nội mạc mạch máu (Vascular Endothelial Growth Factor - VEGF) phát triển để đủ điều kiện để đón nhận hợp tử. Trong giai đoạn phát triển nội mạc giàu mạch máu, lớp đệm xung huyết, phù nề, tuyến phát triển dài và cong queo, tích luỹ nhiều Glycogen và chất nhầy trong lông tuyến và trong tế bào.



Hình 4. Sự phát triển của phôi trong quá trình di chuyển

3.3. Những bất thường trong sự làm tổ

Thông thường phôi làm tổ ở mặt trước và mặt sau thân tử cung. Các vị trí bất thường có thể gặp: vòi tử cung, buồng trứng, cổ tử cung, trong ổ bụng, đó là thai "lạc chỗ" hay còn gọi là thai ngoài tử cung.

4. SỰ PHÁT TRIỂN CỦA TRÚNG ĐÃ THỤ TINH

Về phương diện tổ chức quá trình phát triển của trứng được chia làm hai phần:

- Phần trứng sau này trở thành thai
 - Phần trứng sau này trở thành các phần phụ của thai.
- Về phương diện thời gian quá trình phát triển của trứng được chia làm hai thời kỳ:
- Thời kỳ sắp xếp tổ chức: bắt đầu từ lúc thụ tinh đến hết tháng thứ hai.
 - Thời kỳ hoàn thiện tổ chức: từ tháng thứ ba trở đi. .

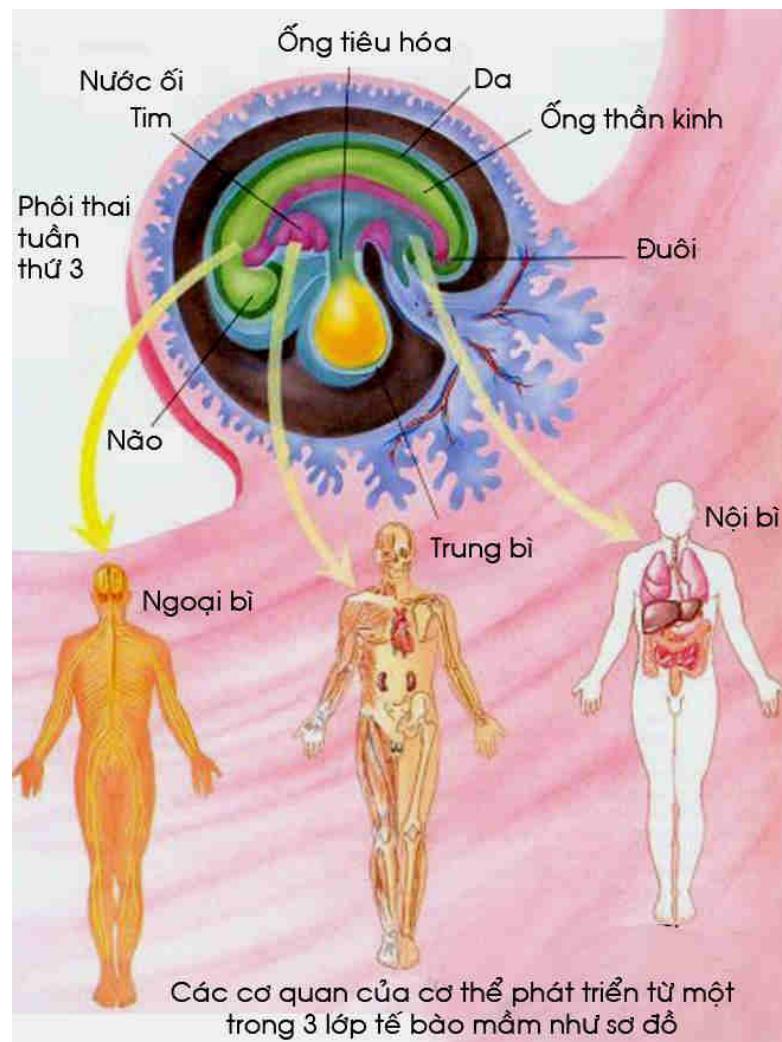
4.1. Thời kỳ sắp xếp tổ chức

4.1.1. Sự hình thành bào thai

Trong quá trình di chuyển từ nơi thụ tinh đến nơi làm tổ, trứng đã thụ tinh tiếp tục phát triển qua giai đoạn phôi dâu và đến khi làm tổ ở giai đoạn phôi nang. Các tế bào mầm to tiếp tục phân chia và phát triển thành bào thai với hai lớp tế bào: lá thai ngoài và lá thai trong. Vào ngày thứ 6-7 sau thụ tinh bắt đầu biệt hoá thành lá thai trong, ngày thứ 8 biệt hoá thành lá thai ngoài, vào tuần thứ 3 giữa hai lá sẽ phát triển thêm lá thai giữa. Các lá thai này tạo ra phôi thai và từ tuần lễ thứ 8 phôi thai được gọi là thai nhi.

Ở phôi thai mới thành lập người ta phân biệt 3 vùng: vùng trước là đầu, vùng giữa nhô ra để trở thành bụng, lưng có rãnh thần kinh, vùng sau là phần đuôi và có mạng lưới thần kinh. Vùng trước và sau dần dần phình ra để tạo hình chi trên và chi dưới. Cuối thời kỳ phôi thai phần đầu phôi to một cách không cân đối, đã có phác hình của mắt, mũi, miệng, tai ngoài; từ chi trở nên rõ nét (có chồi ngón), các bộ phận chính như tuần hoàn tiêu hoá cũng được thành lập ở thời kỳ này. Bào thai cong hình lุง tôm, phía bụng phát sinh ra nang rốn để cung cấp các chất dinh dưỡng. Từ các cung động mạch của thai các mạch máu phát ra đi vào nang rốn, đem chất dinh dưỡng nuôi thai. Đây là hệ tuần hoàn thứ nhất hay còn được gọi là hệ tuần hoàn nang rốn. Về sau ở phía đuôi và bụng bào thai mọc ra một túi khác gọi là nang niệu, trong nang này có phần cuối của động mạch chủ.

Nguồn gốc	Hình thành các bộ phận
Lá thai ngoài	<ul style="list-style-type: none"> - Hệ thần kinh - Da
Lá thai giữa	<ul style="list-style-type: none"> - Hệ xương - Hệ cơ - Mô liên kết - Hệ tuần hoàn - Hệ tiết niệu
Lá thai trong	<ul style="list-style-type: none"> - Hệ tiêu hoá - Hệ hô hấp



Hình 5. Nguồn gốc và sự hình thành các bộ phận

4.1.2. Sự phát triển của phần phụ

- Nội sản mạc: về phía lưng của bào thai một số tế bào của lá thai ngoài tan đi, tạo thành một buồng gọi là buồng ối, trong chứa nước ối, thành của màng ối là một màng mỏng gọi là nội sản mạc.

- Trung sản mạc: các tế bào mầm nhỏ phát triển thành trung sản mạc, bao gồm hai lớp: lớp ngoài là hội bào, lớp trong là các tế bào Langhans, trung sản mạc tạo thành các chân giả bao quanh trứng, được gọi là thời kỳ trung sản mạc rậm (thời kỳ rau toàn diện).

- Ngoại sản mạc: trong khi trứng làm tổ niêm mạc tử cung phát triển thành ngoại sản mạc. Người ta phân biệt 3 phần:

- + Ngoại sản mạc tử cung: chỉ liên quan đến tử cung
- + Ngoại sản mạc trứng: chỉ liên quan đến trứng
- + Ngoại sản mạc tử cung - rau: là phần ngoại sản mạc nằm giữa lớp cơ tử cung và trứng.

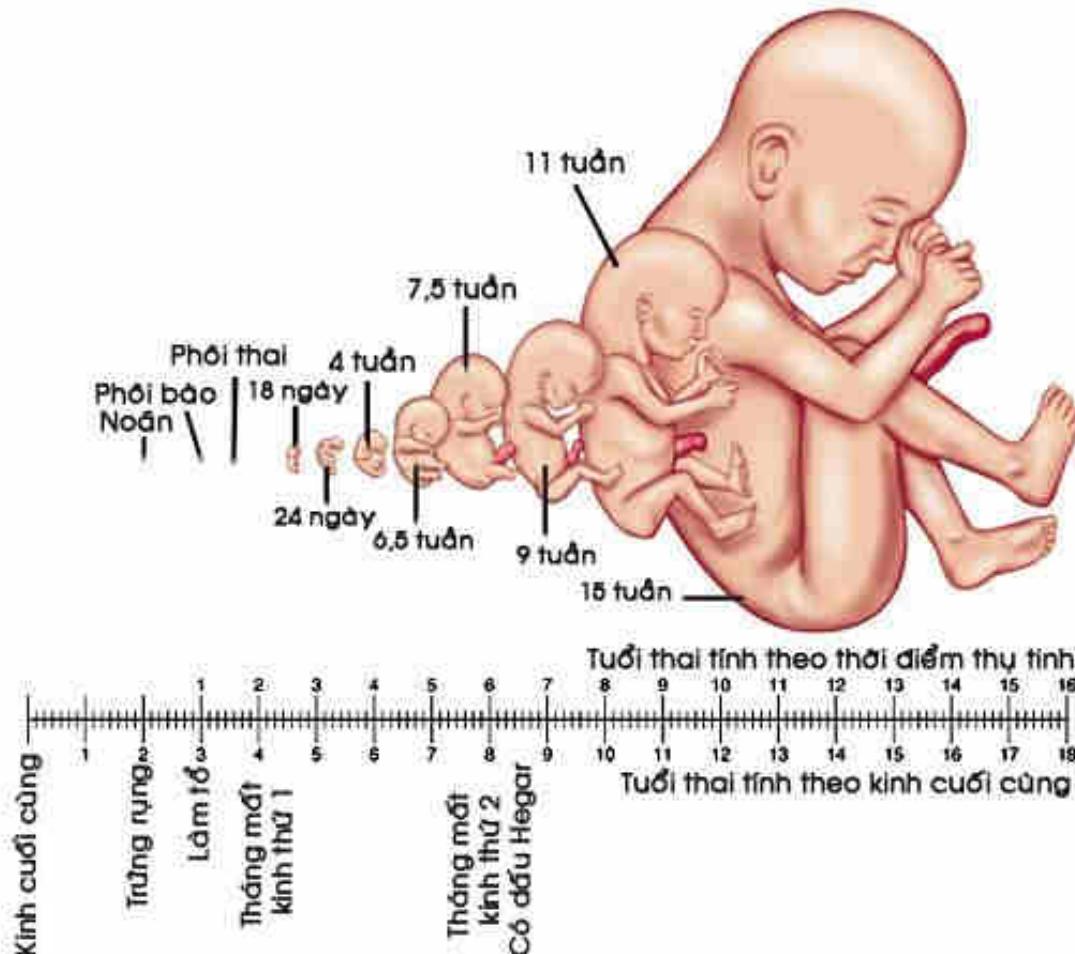
4.2. Thời kỳ hoàn chỉnh tổ chức

4.2.1. Sự phát triển của thai

Thời kỳ này phôi thai được gọi là thai nhi, bắt đầu có đủ các bộ phận và tiếp tục phát triển tới khi hoàn chỉnh tổ chức. Bộ phận sinh dục được nhận biết rõ rệt vào tháng thứ 4, thai cũng bắt đầu vận động vào cuối tuần thứ 16. Cuối tháng thứ 6 da thai còn nhăn, được bao bọc bởi chất gây, sang tháng thứ 7 da bớt nhăn do nhiều mỡ dưới da; xuất hiện móng tay và móng

chân. Các điểm cốt hoá ở đầu dưới xương đùi xuất hiện vào tuần thứ 36 và ở đầu trên xương chày vào tuần thứ 38.

Trong thời kỳ này thai sống bằng hệ tuần hoàn thứ hai hay hệ tuần hoàn nang niệu. Nang niệu lôi kéo dần các mạch máu của nang rốn sang, nang rốn teo dần đi. Cuối cùng tuần hoàn nang niệu thay thế hoàn toàn tuần hoàn nang rốn, rồi dần dần nang niệu cũng teo đi, chỉ còn lại các mạch máu, đó là động mạch rốn và tĩnh mạch rốn.



Hình 6. Kích thước thai theo tuổi thai

4.2.2. Sự phát triển của các phần phụ

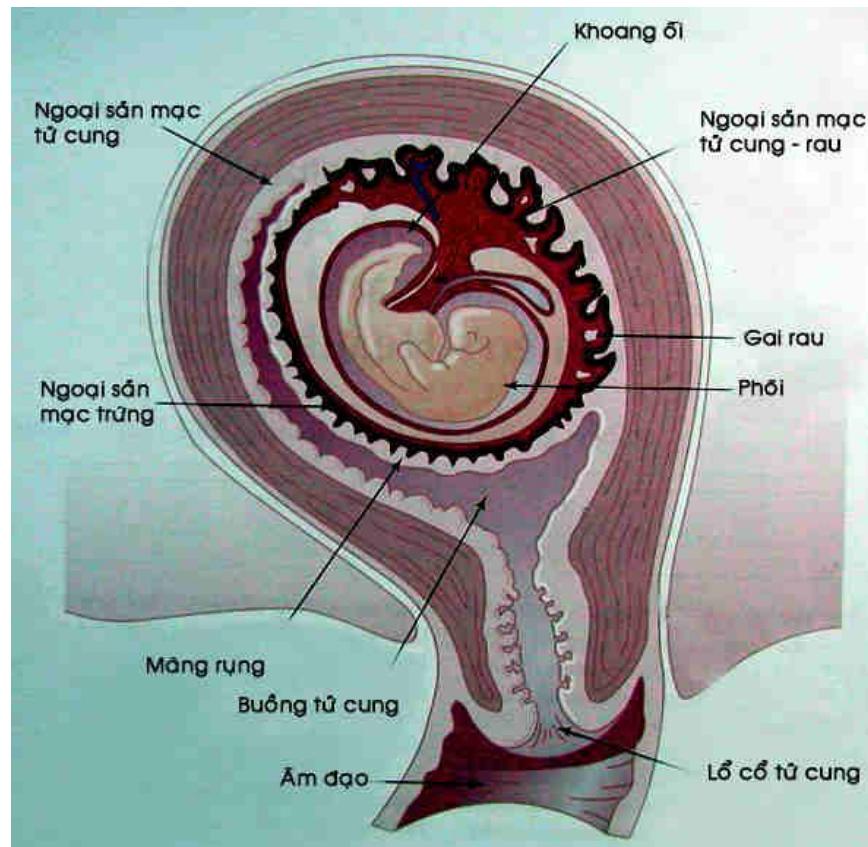
- Nội sản mạc: ngày càng phát triển, buồng ối ngày càng rộng ra và bao quanh thai nhi, thai nhi như con cá nằm trong nước.

- Trung sản mạc: các chân già sẽ tan đi, trung sản mạc trở thành nhẵn, chỉ còn lại phần bám vào tử cung sẽ tiếp tục phát triển thành gai rau với hai loại tế bào là hội bào và tế bào Langhans; trong lòng gai rau có tổ chức liên kết và các mao mạch của mạch máu rốn. Lớp hội bào đục thủng niêm mạc tử cung tạo thành các hò huyệt, chứa hai loại gai rau:

+ Gai rau dinh dưỡng lơ lửng trong hò huyệt, có nhiệm vụ trao đổi chất giữa thai và mẹ.

+ Gai rau bám sẽ bám vào nóc hoặc vách hò huyệt, giữ cho rau bám vào niêm mạc tử cung.

- Ngoại sản mạc: ngoại sản mạc trứng và ngoại sản mạc tử cung teo mỏng dần, đến gần đủ tháng hai màng này hợp làm một và chỉ còn ở một số vùng. Ngoại sản mạc tử cung - rau tiếp tục phát triển và bị đục thành các hò huyệt, có máu mẹ từ các nhánh của động mạch tử cung chảy tới; sau khi trao đổi dinh dưỡng máu theo các nhánh của tĩnh mạch tử cung trở về tuần hoàn mẹ.



Hình 7. Ngoại sản mạc

THAY ĐỔI GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ THAI PHỤ

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được sự thay đổi về nội tiết của người phụ nữ trong quá trình mang thai.
2. Mô tả được sự thay đổi cơ bản về giải phẫu và sinh lý ở cơ quan sinh dục của thai phụ.
3. Mô tả được sự thay đổi về giải phẫu và sinh lý ở các cơ quan khác của thai phụ.

1. THAY ĐỔI VỀ NỘI TIẾT

Trong khi mang thai cơ thể người phụ nữ có nhiều thay đổi lớn về giải phẫu, sinh lý và sinh hoá. Những thay đổi này xảy ra rất sớm sau khi thụ tinh và kéo dài trong suốt thời kỳ thai nghén. Nguyên nhân của các sự thay đổi này là do thay đổi về nội tiết - thần kinh gây ra.

Hai loại nội tiết tố thay đổi nhiều trong khi có thai là hCG (human Chorionic Gonadotropin) và các Steroid.

1.1. hCG: là hormon hướng sinh dục rau thai, được tạo thành từ hai tiểu đơn vị α và β . hCG được rau thai chế tiết rất sớm, trong những tuần đầu do cả hai loại đơn bào nuôi (tế bào Langhans) và hợp bào nuôi (syncytiotrophoblast), sau đó chủ yếu bởi hợp bào nuôi. Có thể phát hiện hCG trong huyết tương hoặc nước tiểu của thai phụ vào ngày thứ 8 tới thứ 9 sau khi thụ tinh. Nồng độ hCG trong huyết tương của mẹ tăng gấp đôi sau mỗi 48 giờ và đạt đỉnh điểm vào khoảng ngày thứ 60 đến 70 của thai kỳ. Sau đó, nồng độ giảm dần tới điểm thấp nhất vào khoảng ngày thứ 100 đến 130 của thai kỳ.

1.2. Các steroid

Hai steroid quan trọng nhất là progesteron và estrogen. Lượng nội tiết này tăng lên đều đặn trong quá trình mang thai và đạt mức cao nhất vào tháng cuối của thai kỳ. Trước khi chuyển dạ đẻ một vài ngày progesteron và estrogen sẽ giảm thấp xuống một cách đột ngột.

1.2.1. Progesteron: do hoàng thể sản xuất ra trong vài tuần lễ đầu khi mới có thai, sau đó từ bánh rau. Quá trình sinh tổng hợp của progesteron sử dụng LDL cholesterol của người mẹ. Lượng sản xuất tối đa là 250 mg/ngày. Tác dụng:

- Giảm trương lực cơ trơn: giảm co bóp của dạ dày, đại tràng, giảm trương lực cơ tử cung và bàng quang, niệu quản.
- Giảm trương lực mạch máu : áp lực tâm trương giảm, giãn tĩnh mạch
- Tăng thân nhiệt
- Tăng dự trữ mỡ
- Tăng nhịp thở, giảm CO₂ trong phế nang và máu động mạch.
- Làm phát triển tuyến vú.

1.2.2. Estrogen: Trong 2-4 tuần đầu tiên của thai kỳ, lượng estrogen trong cơ thể người mẹ chủ yếu do hoàng thể thai nghén sản xuất. Vào tuần thứ 7 của thai kỳ, trên 50% estrogen được sản xuất từ bánh rau. Trong bánh rau, các lá nuôi tiết ra 2 loại estrogen gồm 17 β -estradiol và estriol. Lượng estrogen sản xuất tối đa khoảng 30–40 mg/ngày, trong đó estriol chiếm khoảng 85%, nội tiết tố này tăng cho đến khi đủ tháng. Tác dụng:

- Làm tăng trưởng và kiểm soát chức năng của tử cung.
- Cùng với progesteron làm cho tuyến vú phát triển.
- Làm biến đổi thành phần hoá học của mô liên kết, giúp cho mô này chun giãn hơn, các bao khớp mềm ra và các khớp di động dễ dàng.
- Giảm bài tiết natri, gây út đọng nước trong cơ thể.

1.2.3. *Lactogen rau thai (human Placental Lactogen - hPL)*: hàm lượng hPL tăng lên đều đặn cùng với sự phát triển của bánh rau trong suốt thai kỳ. Các tác dụng chuyển hóa bao gồm cung cấp nguồn năng lượng cho quá trình trao đổi chất ở mẹ và dinh dưỡng của thai nhi; kháng insulin dẫn tới làm tăng mức insulin ở mẹ và tham gia vào quá trình tạo sữa.

1.2.4. *Relaxin*: Được chế tiết từ hoàng thể thai nghén, nội sán mạc và bánh rau. Hàm lượng cao nhất đạt trong 3 tháng đầu của thai kỳ. Relaxin tác động lên cơ tử cung, kích thích adenyl cyclase và làm giãn tử cung

1.2.5. Các tuyến nội tiết khác

- Tuyến thượng thận: Về hình thái học ít thay đổi khi có thai, nồng độ cortisol trong huyết tương tăng đáng kể. Tuyến thượng thận là nguồn duy nhất sản xuất cortisol khi mới có thai, về sau người ta cho rằng bánh rau sản sinh ra nội tiết tố này khoảng 25mg mỗi ngày. Nội tiết tố này được gắn vào globulin dưới dạng transcortin, do đó ít có tác dụng toàn thân.

Tác dụng: làm tăng đường huyết, làm thay đổi hoạt động của kháng thể.

Aldosteron cũng do tuyến thượng thận của mẹ tiết ra, trong khi có thai lượng nội tiết tố này tăng nhiều gây tình trạng ú đọng nước và muối trong cơ thể.

- Tuyến yên: trọng lượng tăng hơn bình thường từ 0,6 - 0,86 g.

FSH, LH không được chế tiết trong suốt thai kỳ, hàm lượng prolactin tăng đều trong khi mang thai. Hiện tượng tiết sữa chỉ xuất hiện khi hàm lượng prolactin vẫn cao và estrogen giảm.

- Tuyến giáp: to, có thể xuất hiện bướu giáp tồn tại một thời gian.

- Tuyến cận giáp: sản xuất nội tiết tố cận giáp giúp kiểm soát sự phân bố canxi. Trong thai kỳ thường có tình trạng hạ canxi máu do canxi được huy động cho thai.

2. THAY ĐỔI GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ Ở BỘ PHẬN SINH DỤC

2.1. Thân tử cung.

2.1.1. *Trọng lượng*: Bình thường nặng 50- 60g, cuối thai kỳ có thể tử cung nặng đến 1000g. Các yếu tố dẫn đến tăng trọng lượng tử cung:

- Phì đại sợi cơ tử cung: sợi cơ dài thêm tới 40 lần, rộng gấp 3-5 lần.

- Tăng sinh các mạch máu và xung huyết.

- Tăng giữ nước ở cơ tử cung.

2.1.2. *Hình thể*

- Ba tháng đầu tử cung có hình cầu, cực dưới phình to, có thể sờ thấy qua túi cùng bên âm đạo, đó là dấu hiệu Noble.

- Ba tháng giữa tử cung có hình trứng, cực nhỏ ở dưới, cực to ở trên.

- Ba tháng cuối tử cung có hình dáng phù hợp với tư thế của thai nhi bên trong.

2.1.3. *Vị trí*

Khi chưa có thai, tử cung nằm trong tiêu khung. Khi mang thai, từ tháng thứ hai trở đi mỗi tháng tử cung lớn lên, trên khớp vệ trung bình mỗi tháng 4cm. Dựa vào tính chất này, người ta có thể tính được tuổi thai theo công thức:

$$\text{Tuổi thai (tháng)} = \frac{\text{Chiều cao tử cung (cm)}}{4} + 1$$

2.1.4. *Cấu tạo*

- Cơ tử cung gồm 3 lớp. Lớp ngoài là lớp cơ dọc, lớp trong là lớp cơ vòng, quan trọng nhất là lớp cơ giữa gọi là lớp cơ đan. Đây là lớp cơ dày nhất, các sợi cơ đan chéo nhau về mọi hướng, trong lớp này có nhiều mạch máu. Ở đoạn dưới không có lớp cơ đan. Sau khi sô rau, lớp cơ này co chặt lại tạo thành khối an toàn của tử cung để thực hiện cầm máu sinh lý. Bình thường cơ tử

cung dày 1cm, khi có thai ở tháng thứ 4-5 lớp cơ này dày nhất có thể lên 2,5 cm, vào cuối thai kỳ lớp cơ này giảm xuống còn 0,5 – 1 cm.

- Niêm mạc tử cung: khi có thai niêm mạc tử cung biến đổi thành ngoại sản mạc, gồm ba phần: ngoại sản mạc trứng, ngoại sản mạc tử cung và ngoại sản mạc tử cung-rau.

2.1.5. Sinh lý

- Mật độ: khi chưa có thai mật độ tử cung chắc. Dưới tác dụng của các nội tiết tố khi có thai tử cung mềm.

- Khả năng co bóp và co rút: khi có thai tử cung tăng mẫn cảm, dễ bị kích thích và co bóp.

2.2. Eo tử cung: khi chưa có thai eo tử cung dài 0,5 – 1 cm, khi có thai eo tử cung giãn rộng dần, dài và mỏng ra trở thành đoạn dưới, đến cuối giai đoạn một của cuộc chuyển dạ đẻ, đoạn dưới tử cung dài 10cm. Về giải phẫu eo tử cung chỉ có hai lớp cơ, đó là lớp cơ dọc và lớp cơ vòng, không có lớp cơ đan. Do đó đoạn dưới tử cung dễ vỡ nhất khi chuyển dạ và dễ chảy máu khi rau bám thấp. Khi có thai eo tử cung mềm ra, khi khám tưởng như thân tử cung tách rời khỏi phần cổ tử cung, đó là dấu hiệu Hegar.

2.3. Cổ tử cung: cổ tử cung mềm dần, có màu tím nhạt do tăng tuần hoàn và phù nề toàn bộ cổ tử cung. Ngay sau khi thụ thai, chất nhầy ống cổ tử cung đặc lại và tạo thành nút nhày bít chặt cổ tử cung. Khi chuyển dạ nút nhày bong ra và được tống ra ngoài.

2.4. Âm hộ, âm đạo: có sự tăng sinh mạch máu, xung huyết trong da và cơ của vùng tầng sinh môn và âm hộ, các mô liên kết mềm hơn. Do hiện tượng xung huyết, niêm mạc âm đạo có màu tím nhạt và tăng tiết dịch (dấu hiệu Chadwick).

Độ pH của môi trường âm đạo dao động từ 3,5 - 6.

2.5. Buồng trứng

Hoàng thể thai nghén chế tiết progesteron tối đa trong 6-7 tuần đầu của thai kỳ, sau đó giảm dần và được thay thế bởi bánh rau.

Do tác dụng của hoàng thể thai nghén các nang noãn không chín, người phụ nữ không hành kinh và không xảy ra hiện tượng phóng noãn. Từ tháng thứ tư trở đi, hoàng thể thai nghén thoái hóa dần và teo đi.

Buồng trứng to lên, phù và xung huyết trong khi có thai.

2.6. Vòi trứng:

có hiện tượng xung huyết và mềm ra.

3. THAY ĐỔI GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ Ở CƠ QUAN KHÁC

3.1. Thay đổi ở da, cân, cơ

Ở da có thể xuất hiện các vết sắc tố, chủ yếu tập trung ở mặt và cổ, đường trắng giữa bụng. Quầng vú và da vùng cơ quan sinh dục cũng tăng sắc tố. Thành bụng bị giãn nở ra, các vết rạn thường thấy ở hai hố chậu, bụng, ngực và mặt trong đùi. Các cơ thành bụng, cân cơ thẳng to giãn rộng.

3.2. Thay đổi ở vú

Trong những tuần đầu tiên của thai kỳ, người phụ nữ thường có cảm giác căng và ngứa ở vùng vú. Sau tháng thứ 2, tuyến sữa và ống dẫn sữa phát triển làm vú to và căng lên, quầng vú sẫm màu, các hạt Montgomery nổi lên, núm vú to và sẫm màu, hệ thống tuần hoàn tăng, các tĩnh mạch to và nổi lên, nhìn thấy ở dưới da gọi là lưới tĩnh mạch Haller. Sau những tháng đầu tiên có thể gặp hiện tượng tiết sữa non.

3.3. Thay đổi trong hệ tuần hoàn

3.3.1. Máu

Khi không có thai, nước chiết khoảng 72% trọng lượng cơ thể, trong số này khoảng 5% ở trong mạch máu, khoảng 70% ở trong nội bào và dịch kẽ chiết khoảng 25%.

Khi có thai lượng dịch nội bào không thay đổi, nhưng thể tích trong lòng mạch và dịch kẽ đều tăng. Thể tích huyết tương tăng, đạt cao nhất chung quanh tuần lễ thứ 32. Thể tích trung bình khi không có thai là 2600ml, thể tích cao nhất ở người có thai con so là 3850ml gia tăng khoảng 41%, ở con rạ là 4100ml gia tăng khoảng 57%. Tỷ lệ huyết sắc tố giảm, Hematocrite giảm (bình thường khoảng 39,5% còn khoảng 35,8% khi thai 40 tuần). Máu có xu hướng loãng, làm cho thiếu máu nhược sắc và giảm áp lực thẩm thấu. Bạch cầu tăng rõ rệt từ $7 \times 10^9/l$ lúc không có thai lên đến $10 \times 10^9/l$ ở giai đoạn cuối thai nghén, chủ yếu tăng đa nhân trung tính. Tiêu cầu gia tăng trong suốt thời kỳ có thai và thời kỳ hậu sản ($300 - 400 \times 10^9/l$).

Hệ thống đông máu: Trong lúc có thai có tình trạng tăng đông, có lẽ nhằm tránh nguy cơ chảy máu ở giai đoạn sổ rau. Nồng độ Fibrinogen tăng, bình thường $2,6g/l$ tăng đến $4g/l$.

3.3.2. Tim mạch

- Cung lượng tim tăng 50%, cao nhất vào tháng thứ bảy do:

- + Nhu cầu oxy tăng
- + Thể tích máu tăng
- + Diện tích tưới máu tăng

- Nhịp tim: tăng khoảng 10 nhịp /phút

- Có thể có những thay đổi trong tiếng tim. Tiếng thổi tâm thu có thể xuất hiện ở khoảng 90% phụ nữ có thai.

- Mạch máu: huyết áp động mạch không tăng, huyết áp tĩnh mạch chi dưới tăng do tĩnh mạch chủ dưới bị tử cung mang thai chèn ép, có thể xuất hiện trĩ và giãn tĩnh mạch chi dưới.

- Hội chứng tụt huyết áp do nằm ngửa: Ở những tháng cuối của thai kỳ, tử cung đè vào tĩnh mạch chậu dẫn đến tuần hoàn tĩnh mạch về tim bị giảm, do đó giảm cung lượng tim thứ phát, gây ra hội chứng tụt huyết áp đáng kể ở khoảng 10% thai phụ..

3.4. Hô hấp

- Lòng ngực: trong thai kỳ góc sườn hoành mở rộng, đường kính ngang của lòng ngực tăng khoảng 2 cm, cơ hoành bị đẩy lên cao khoảng 4 cm.

- Thông khí: Có hai thay đổi quan trọng trong khi có thai là giảm thể tích dự trữ thở ra (do cơ hoành nâng lên) và tăng thông khí, thể tích khí lưu thông cho một nhịp thở và hấp thu ôxy/phút theo tiến triển của thai nghén.

- Tần số thở: tăng vừa phải, thai phụ thường thở nhanh và nông, đặc biệt ở những người đã thai, đa ối.

3.5. Tiết niệu

- Thận: khi có thai lưu lượng máu qua thận tăng từ $200ml/phút$ lên $250ml/phút$. Tốc độ lọc cầu thận tăng khoảng 50%, tăng nhẹ kích thước của thận

- Nồng độ creatinin trong huyết tương và urê thường giảm nhẹ.

- Đài bể thận và niệu quản thường giãn và giảm nhu động do bị tử cung mang thai chèn ép và tác động của progesteron. Sự giãn và giảm nhu động này có thể dẫn đến đánh giá sai về thể tích, chất lượng nước tiểu, tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn và thay đổi hình ảnh đường tiết niệu.

- Bàng quang: Trong những tháng đầu có thể bị kích thích gây tình trạng đái rát, những tháng sau có thể chèn ép cổ bàng quang gây bí đái.

3.6. Tiêu hoá

Niem mạc lợi có thể dày lên, mềm ra và tăng sinh tuần hoàn, dễ chảy máu khi chân thương. Trong ba tháng đầu sản phụ thường buồn nôn, nôn, tăng tiết nước bọt.

Vị trí của dạ dày và ruột non thay đổi do tử cung to lên trong thai kỳ.

Thời gian tiêu hoá ở dạ dày và ruột non thường kéo dài hơn do ảnh hưởng của các nội tiết tố hoặc yếu tố thực thể. Có thể xuất hiện chứng táo bón, trĩ.

Chứng ợ nóng cũng khá phổ biến ở phụ nữ có thai do hiện tượng trào ngược của acid vào phần dưới của thực quản.

3.7. Hệ thống cơ xương khớp

- Tăng tính di động của các khớp cùng chậu, cùng cụt và khớp mu - có thể là do ảnh hưởng của thay đổi hormone. Trong thời kỳ cuối của thai nghén phụ nữ có thai có thể có cảm giác đau, tê, và yếu ở các chi trên .

- Cột sống ưỡn ra trước trong những tháng cuối thai kỳ.

3.8. Thần kinh

Thai phụ có thể có tình trạng giảm sự chú ý, tập trung và trí nhớ trong suốt giai đoạn thai nghén và giai đoạn đầu của thời gian sau đẻ, ngoài ra cũng gặp các hiện tượng khó ngủ, thức giấc nhiều lần, giấc ngủ ngắn hơn và giảm hiệu suất của giấc ngủ nói chung.

3.9. Một số thay đổi khác

- Nhiệt độ: trong 3 tháng đầu do tác dụng của hoàng thể thai nghén nên thân nhiệt cao trên 37°C , từ tháng thứ tư nhiệt độ trở lại bình thường.

- Trọng lượng cơ thể: có thể tăng đến 25% so với khi không mang thai, trung bình khoảng 12 kg. Tăng cân chủ yếu xảy ra vào nửa sau của thời kỳ thai nghén, khoảng 0,5 kg mỗi tuần. Hiện tượng tăng cân là do sự tăng trưởng của khối thai, các tạng của mẹ tăng dự trữ mỡ, protein và sự gia tăng thể tích máu, dịch kẽ của mẹ.

+ Vú: 1 - 1,5 kg

+ Tử cung: 0,5 - 1kg

+ Thai, bánh rau: 5kg

+ Dự trữ mỡ dưới da, dự trữ protein: 4 -4,5 kg

+ Nước điện giải: 1- 1,5 kg

- Chuyển hoá: trong thai nghén người ta quan sát thấy chuyển hoá cơ bản cao, nhịp tim, hô hấp tăng để thích hợp với các đòi hỏi của thai.

+ Nhu cầu năng lượng cần khoảng 2500 cal/ ngày.

+ Thai nghén bình thường có một số đặc điểm chuyển hoá sau: giảm đường huyết trung bình khi nhịn ăn, tăng đường huyết sau bữa ăn và tăng insulin huyết. Những đặc điểm này đảm bảo việc cung cấp glucose liên tục tới thai nhi. Nếu tuyến tụy không cung cấp đủ insulin có thể dẫn đến đái tháo đường thai nghén.

CHẨN ĐOÁN THAI NGHÉN

Mục tiêu học tập

1. Nhận biết được các dấu hiệu thai nghén.
2. Nêu được các chẩn đoán phân biệt với tình trạng có thai.
3. Đọc được kết quả của các xét nghiệm có thai.

Khi có thai cơ thể người phụ nữ sẽ có nhiều thay đổi sinh lý. Đó là những thay đổi về hình thức bên ngoài cũng như các cơ quan, thể dịch trong cơ thể. Chẩn đoán có thai tương đối dễ dàng khi mà người phụ nữ đã có một chút nghi ngờ trước khi đi khám, nhưng trong nhiều trường hợp chẩn đoán khó khăn hơn và phải dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng mới tránh khỏi lầm lẫn giữa thai và một số tình trạng khác. Đôi khi người phụ nữ cũng không nói cho nhân viên y tế biết về nghi ngờ của họ đối với tình trạng có thai.

Chẩn đoán thai nghén sớm là rất cần thiết. Trong một số trường hợp, chẩn đoán có thai trở nên rất quan trọng đối với cuộc sống của người phụ nữ, nó có thể mang lại những cảm xúc đầy niềm vui hoặc sự thát vọng cho người phụ nữ. Chẩn đoán sớm có thai sẽ giúp cho việc chăm sóc thai nghén được thực hiện sớm hoặc có những quyết định chấm dứt thai nghén sớm và giúp cho người phụ nữ tránh được những nguy cơ khi thai nhi ngày một phát triển.

Chẩn đoán phân biệt tình trạng có thai với một số bệnh lý phụ khoa là cần thiết. Nếu điều kiện cho phép, cần làm xét nghiệm nước tiểu để chẩn đoán thai nghén. Nếu như xét nghiệm chẩn đoán thai không có sẵn, những dấu hiệu và triệu chứng sau có thể cho phép chẩn đoán tình trạng có thai.

Trên thực tế lâm sàng, người ta chia các dấu hiệu thai nghén làm ba nhóm:

- Dấu hiệu hướng tới có thai.
- Dấu hiệu có thể có thai.
- Dấu hiệu chắc chắn có thai.

1. DẤU HIỆU HƯỚNG TỚI CÓ THAI

Bao gồm những triệu chứng chủ quan của người mẹ:

1.1. Tắt kinh

Tắt kinh thường xuất hiện khi có thai, tuy nhiên cũng có nhiều lý do khác có thể dẫn đến tình trạng này. Tắt kinh là dấu hiệu tương đối tin cậy để chẩn đoán ở những phụ nữ khỏe mạnh, có tiền sử kinh nguyệt đều đặn, đang không cho con bú hoặc không sử dụng một biện pháp tránh thai hormon. Có rất nhiều chẩn đoán phân biệt khi bị tắt kinh. Phụ nữ có thể bị tắt kinh khi có thay đổi về hormon do thay đổi về cân nặng, sang chấn tâm lý (stress), hội chứng buồng trứng đa nang, bệnh lý tuyến giáp hoặc có thể ít gặp hơn là u tuyến chẽ tiết hormon.

Ngày đầu của kỳ kinh cuối thường được sử dụng để xác định tuổi thai và dự kiến ngày sinh theo phương pháp của Nagelé (Ngày +7, Tháng – 3). Ví dụ: nếu ngày kinh cuối là 1/1/2005 thì dự kiến ngày sinh sẽ là 8/10/2005)

1.2. Các triệu chứng sớm

Thường xuất hiện vào tháng thứ nhất, và biến mất hoặc giảm đi vào cuối tháng thứ ba. Những triệu chứng thường gặp này cũng có thể xuất hiện ở một số tình trạng sức khỏe khác, như trường hợp hiềm gấp: có thai tưởng tượng hoặc khi bụng to lên (do lớp mỡ, bụng chướng hơi, dịch trong ổ bụng).

1.2.1. Triệu chứng về tiêu hóa

Buồn nôn và nôn, đặc biệt vào các buổi sáng, có thể kèm theo táo bón hoặc tăng tiết nước bọt. Mức độ nặng nhẹ của tình trạng buồn nôn và nôn rất khác nhau, có người không có biểu hiện gì trong khi đó có người nôn hết cả thức ăn và nước uống.

1.2.2. Triệu chứng thần kinh - nội tiết

Tính dễ bị kích thích, chán ăn hoặc thèm ăn thức ăn gì đó, buồn ngủ hay mệt mỏi.

1.2.3. Thay đổi về tiêu tiêu

Tiêu rắt, thường xảy ra trong những tháng đầu do tình trạng gia tăng các mạch máu và tử cung trong hố chậu to dần lên đè vào bàng quang. Cần phân biệt với nhiễm trùng đường tiêu.

1.3. Thay đổi ở vú

Nhiều phụ nữ nhận biết được sự căng lên và thay đổi kích thước của vú khá sớm khi có thai. Vú lớn lên, các tĩnh mạch dưới da nổi nhiều, quầng vú thẫm màu, các hạt Montgomery nổi rõ. Các thay đổi này thường rõ ở người con so. Sự cương túc và tăng kích thước vú cũng có thể thấy ở những người sử dụng biện pháp tránh thai hormon và trong chu kỳ kinh nguyệt bình thường.



Vú lúc thai 8 tuần



Vú lúc thai 16 tuần

Hình 1. Hạt Montgomery ở người có thai

1.4. Niêm mạc âm đạo cổ tử cung

Ở một số phụ nữ niêm mạc âm đạo thay đổi thành màu tím so với màu hồng bình thường (Dấu hiệu Jacquemier)

1.5. Chất nhầy cổ tử cung

Progesteron làm chất nhầy cổ tử cung đặc lại.

1.6. Tăng sắc tố ở da

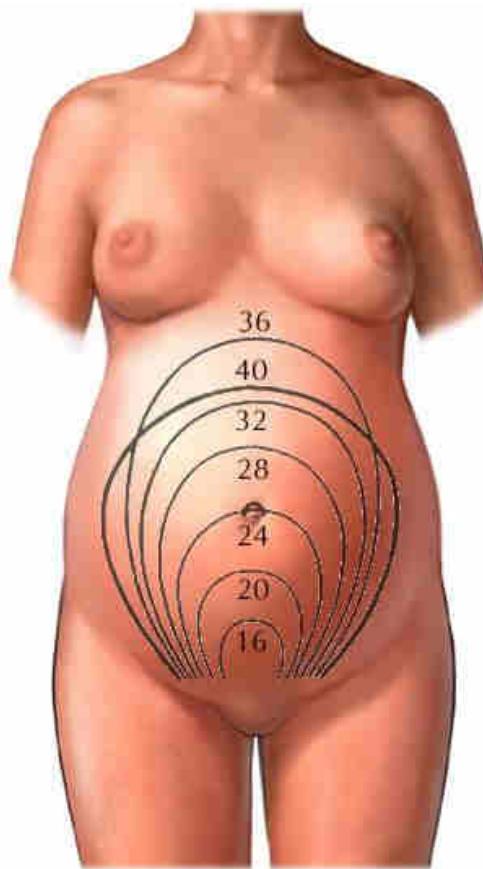
Thường xuất hiện ở đường giữa dọc thành bụng, quầng vú và mặt. Những mảng sắc tố xuất hiện trên da mặt còn có thể thấy ở phụ nữ đang sử dụng estrogen ngoại sinh. Những dấu hiệu này có thể xuất hiện ở người này mà lại không xuất hiện ở người khác

2. CÁC DẤU HIỆU CÓ THỂ CÓ THAI

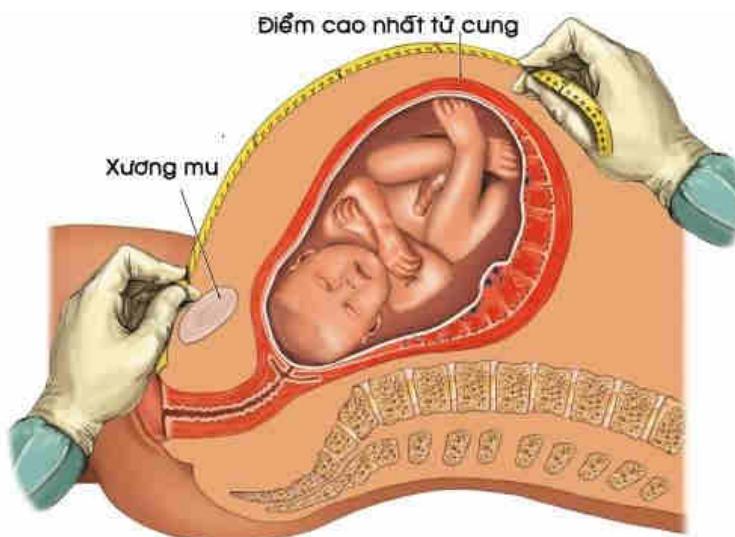
Xuất hiện thường trễ hơn, bao gồm

2.1. Bụng lớn

Từ sau tháng thứ ba là đã có thể sờ thấy tử cung qua thành bụng. Tử cung ngày càng lớn và bụng ngày càng to thêm.



Hình 2. Tử cung lớn theo tuổi thai



Hình 3. Cách đo chiều cao tử cung

2.2. Cơn co Braxton-Hicks

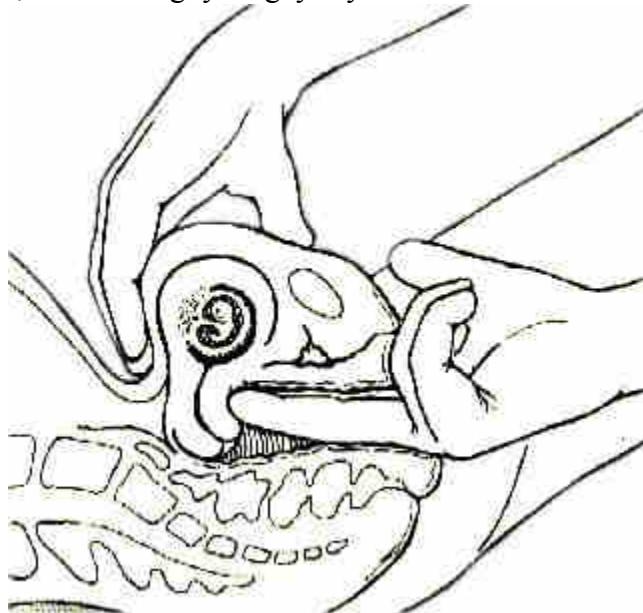
Từ tuần lễ 9-10 trở đi tử cung có những cơn co không đều và có thể nhận biết được qua thăm khám nhưng không làm cho sản phụ đau.

2.3. Dấu hiệu Noble

Do khi có thai thân tử cung lớn lên và tròn ra, trong giai đoạn sớm của thời kỳ mang thai ta có thể nhận biết được dấu hiệu này bằng cách khám âm đạo bằng tay. Tuy nhiên, tử cung có thể to ra do u xơ tử cung, lạc nội mạc tử cung, ú huyết tử cung. Các u phàn phụ hoặc nang có thể bị chẩn đoán nhầm là tăng kích thước tử cung.

2.4. Dấu hiệu Hégar

Đó là sự hoà mềm của phần dưới tử cung. Khám tiểu khung có thể nhận biết được phần dưới tử cung mềm hơn so với đáy tử cung. Bằng cách thăm khám phổi hợp hai tay, cảm giác các ngón tay như chạm vào nhau. Một số tình trạng khác như sử dụng thuốc tránh thai chứa estrogen cũng có thể làm mềm cổ tử cung. Động tác khám này nên hạn chế vì có thể gây ra sự khó chịu cho người phụ nữ và có nguy cơ gây sẩy thai.



Hình 3. Dấu hiệu Hégar

3. DẤU HIỆU CHẮC CHẮN CÓ THAI

Bao gồm nghe được tim thai, sờ được các phần của thai nhi hoặc nhìn thấy hình ảnh thai nhi qua siêu âm.

3.1. Tim thai

Với ống nghe gỗ ta có thể nghe được tim thai từ tuần lễ thứ 20-22, với tần số 120-160 nhịp/phút. Với máy Doppler ta có thể nghe được tim thai từ tuần lễ thứ 10-12 trở đi. Khi nghe tim thai nên phân biệt với mạch mẹ thường có tần số chậm hơn nhiều, bằng cách vừa nghe tim thai vừa bắt mạch mẹ (động mạch quay).

3.2. Nắn được phần thai

Cho sản phụ nằm ngửa hai chân gấp 45° , dùng hai bàn tay nắn trên tử cung có thể thấy được cực đầu, cực mông của thai nhi; ở hai bên tử cung có thể sờ được các chi của thai nhi, và có thể cảm nhận được cử động thai, phần thai bập bênh trong nước ối.

3.3. Siêu âm

Siêu âm là kỹ thuật được sử dụng phổ biến hiện nay, cho phép chẩn đoán thai sớm và chắc chắn; nhất là siêu âm với đầu dò âm đạo thường giúp nhìn thấy túi thai sớm khi 5 tuần tuổi (1 tuần sau khi trễ kinh). Đa số các trường hợp, siêu âm bụng có thể xác định được tình trạng có thai trong tử cung kể từ khi thai được 6 tuần tuổi. Với siêu âm ta có thể thấy:

- Túi thai, từ tuần lễ thứ 5 sau khi tắt kinh.
- Cấu trúc phôi từ tuần lễ thứ 6-7.
- Tim thai từ tuần lễ thứ 7-8.
- Hoạt động thai từ tuần lễ thứ 9.
- Trước tuần lễ thứ 14, với siêu âm đo chiều dài đầu mông là phương pháp tốt nhất để dự đoán tuổi thai (sai lệch 4 ngày).
 - Tuổi thai có thể được ước lượng bằng một số cách đo lường thông dụng sau:
 - + Tuổi thai (số ngày) = đường kính trung bình của túi thai + 30
 - + Tuổi thai (số ngày) = kích thước phôi + 36

+ Sau tuần thứ 14, đường kính lưỡng đỉnh của thai nhi là chỉ số chính xác nhất để tính tuổi thai.

Thai bị hỏng ở giai đoạn sớm: siêu âm phát hiện một túi thai có đường kính trung bình dưới 2,5cm nhưng không có phôi hoặc đường kính 2cm nhưng không có túi noãn hoàng và hình dạng túi thai bị biến dạng.

Khi siêu âm không xác định được túi thai trong tử cung nhưng hCG và các dấu hiệu khác nghi ngờ có thai thì phải nghĩ đến chửa ngoài tử cung. Có thể nghĩ đến chửa trứng khi hình ảnh siêu âm cho thấy các túi hình tổ ong, có thể có hoặc không có thai nhi kèm theo.



Hình 4. Chiều dài đầu móng ở thai 12 tuần theo kinh cuối cùng

3.4. X quang

Mặc dù có thể thấy được hình ảnh thai nhi khi xương thai đã được canxi hoá nhưng xét nghiệm này cần hạn chế tối đa trong thai kỳ để tránh tiếp xúc với phóng xạ cho thai nhi.

4. CÁC PHẢN ỨNG THỦ THAI

Thai nghén được xác định bởi sự hiện diện của hCG trong máu hoặc nước tiểu. Tất cả các xét nghiệm phụ thuộc vào việc phát hiện hCG (hoặc tiểu thể) bằng một kháng thể đối với phân tử hCG hoặc tiểu thể beta. Các xét nghiệm phát hiện hCG bao gồm: phản ứng ngưng kết, ELISA, miễn dịch sắc ký (Immunochromatography), miễn dịch phóng xạ (radioimmunoassay), IRMA (immunoradiometric assay), IFMA (immunofluorometric assay).

4.1. Xét nghiệm định tính (xét nghiệm nước tiểu)

Các xét nghiệm nước tiểu không đắt và thường có sẵn. Do đó khi nghi ngờ có thai, nhân viên y tế nên sử dụng những xét nghiệm này. Xét nghiệm nước tiểu cần khoảng 3-5 giọt nước tiểu để xác định kết quả. Màu của các vùng này sẽ thay đổi sau 3-5 phút. Nếu kết quả xét nghiệm âm tính, chỉ một vạch màu xuất hiện, nếu kết quả dương tính thì sẽ có 2 vạch màu xuất hiện. Nồng độ hCG trong nước tiểu là yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của xét nghiệm. Tuy nhiên, những xét nghiệm hiện nay thường có độ nhạy rất cao, có thể phát hiện được với nồng độ thấp ở mức 25mIU hoặc 1500mIU. Những xét nghiệm có độ nhạy cao (mức 25mIU) có thể cho kết quả dương tính vào thời điểm bắt đầu chậm kinh. Xét nghiệm có độ nhạy ở mức 1500mIU có thể cho kết quả dương tính vào thời điểm mà có thể phát hiện thấy túi thai bằng siêu âm với đầu dò âm đạo, thai khoảng 5 tuần tuổi. Dương tính giả rất ít xảy ra khi xét nghiệm sử dụng kháng thể đơn dòng đối với tiểu thể beta của hCG. Tuy nhiên, dương tính giả có thể xuất hiện đối với xét nghiệm sử dụng kháng thể dị dòng (Heterophilic antibodies) hoặc có u tuyến sản xuất hormon. Âm tính giả có thể xảy ra khi xét nghiệm ở giai đoạn sớm của

thời kỳ mang thai hoặc do đọc kết quả sớm trước khi đủ thời gian cần thiết cho xét nghiệm, hoặc đọc sai kết quả.

4.2. Xét nghiệm định lượng (xét nghiệm máu)

Xét nghiệm định lượng máu có thể phát hiện hCG ở nồng độ 2mIU/ml, khoảng 8 ngày sau khi rụng trứng. Định lượng hCG có thể giúp dự đoán tình trạng hỏng thai và chẩn đoán chữa ngoài tử cung. Trong thai nghén bình thường, lượng hCG tăng lên ít nhất 66% trong vòng 48 giờ đầu và 100% trong vòng 72 giờ. Nếu lượng hCG tăng thấp hơn mức nêu trên dự báo tình trạng hỏng thai hoặc chữa ngoài tử cung. Hàm lượng hCG tăng lên từ ngày trứng làm tổ và đạt đỉnh vào ngày thứ 60-70 của tuổi thai, sau đó giảm dần đến mức thấp nhất vào ngày thứ 100-130. Nếu hàm lượng hCG quá cao, trên 100.000mIU, cần phải nghĩ đến tình trạng chữa trứng. Dương tính giả hiếm khi xảy ra, dương tính giả có thể do phản ứng chéo với hormon khác, có u hoặc một số phụ nữ không có thai nhưng đã có một lượng hCG trong cơ thể. Âm tính giả còn hiếm gặp hơn dương tính giả.

Phối hợp với siêu âm, các xét nghiệm định lượng hCG có thể xác định sớm tình trạng hỏng thai và hỗ trợ chẩn đoán chữa ngoài tử cung. Nếu hàm lượng beta hCG trên 1700 đến 2000mIU, khi siêu âm với đầu dò âm đạo sẽ nhìn thấy túi thai trong buồng tử cung.

4.3. Xét nghiệm sinh học

Hiện nay các xét nghiệm sinh học sử dụng ếch, thỏ, chuột hoàn toàn được thay thế bởi các xét nghiệm nêu trên.

CHẨN ĐOÁN NGÔI - THẾ - KIỀU THẾ

Mục tiêu học tập

1. Liệt kê được các loại ngôi và mốc của ngôi thai.
2. Trình bày được cách khám bốn thủ thuật.
3. Tập hợp được các triệu chứng để chẩn đoán được ngôi - thế - kiệu thai của các loại ngôi thai.

Vào thời điểm bắt đầu chuyển dạ, vị trí của thai nhi trong tử cung là yếu tố quan trọng trong tiên lượng cuộc đẻ. Gần đến ngày sinh hoặc trong khi chuyển dạ, thông thường thai nhi nằm dọc tử cung (chiều của thai), đầu xuống dưới (ngôi thai), chỏm cúi gấp vào cổ (mức độ cúi của thai), chẩm nằm về phía trước trong tiểu khung (kiểu thế). Bốn thành tố: ngôi, chiều, độ cúi, thế và kiểu thế được sử dụng để mô tả tư thế của thai nhi so với người mẹ. Có khoảng 5% các trường hợp vị trí thai không theo hình thái thông thường và được gọi là ngôi thai bất thường. Ngôi thai bất thường đi kèm theo việc tăng nguy cơ cho cả mẹ và thai nhi.

1. ĐỊNH NGHĨA

1.1. Ngôi

1.1.1 Ngôi: là phần thai nhi trình diện trước eo trên trong khi có thai hoặc khi chuyển dạ.

Có hai loại ngôi cơ bản sau:

- Ngôi dọc: khi trực dọc của thai nhi cùng trực với trực tử cung của người mẹ. Có hai loại ngôi dọc:

+ Ngôi đầu: đầu thai nhi trình diện trước eo trên. Ngôi đầu được chia ra thành các loại: ngôi chỏm (chẩm), ngôi trán và ngôi mặt tùy thuộc vào mức độ cúi của đầu thai nhi.

+ Ngôi mông (ngôi ngược): mông thai nhi trình diện trước eo trên. Ngôi mông được chia thành: ngôi mông hoàn toàn hay còn gọi là ngôi mông đủ (khớp háng và gối gấp, mông trình diện), ngôi mông không hoàn toàn, còn gọi là ngôi mông thiếu (kiểu mông, kiểu đầu gối và kiểu chân).

- Ngôi ngang: khi trực dọc của thai nhi vuông góc hoặc bất chéo với trực tử cung của người mẹ.

Ngoài ra còn có thể gấp ngôi phức hợp.

1.1.2 Mốc của ngôi: mỗi loại ngôi thai có một điểm mốc, dựa vào điểm mốc đó để phân biệt các loại ngôi thai.

+ Ngôi chỏm: mốc là xương chẩm.

+ Ngôi mặt: mốc là mõm cằm.

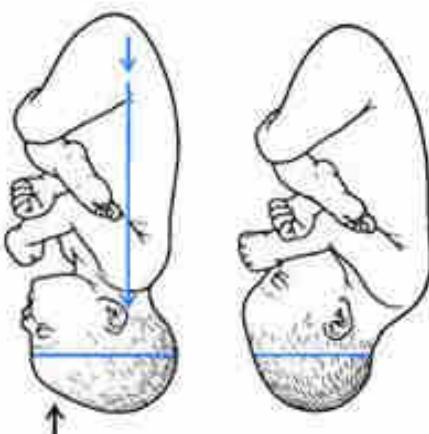
+ Ngôi trán: mốc là gốc mũi.

+ Ngôi ngang: mốc là mõm vai.

+ Ngôi mông: mốc là đỉnh của xương cùng.

1.2. Độ cúi

Độ cúi bình thường của ngôi chỏm trong cuộc chuyển dạ là đầu cúi hoàn toàn, cằm của thai nhi gấp sát vào phần trên của ngực để cho phần chẩm được trình diện trước. Nếu đầu không cúi hết sẽ đưa đến tình trạng ngôi trán và cổ ngửa ra sẽ đưa đến tình trạng ngôi mặt.



Hình 1. Độ cúi của đầu trong ngôi chôm.

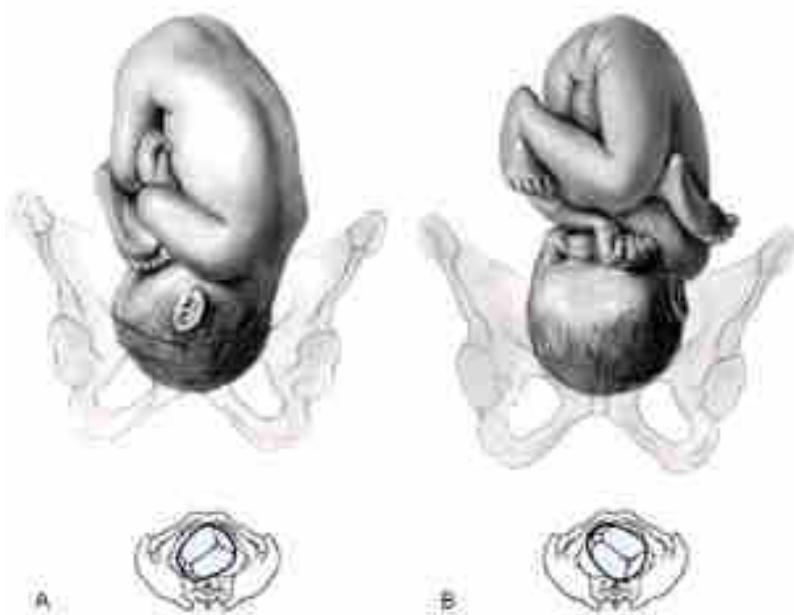
1.3. Thê

Thê là tương quan giữa điểm mốc của ngôi thai với bên phải hoặc bên trái của người mẹ hay nói rõ hơn là bên phải hoặc bên trái của khung chậu người mẹ. Vậy mỗi ngôi có hai thế: thế phải và thế trái.

1.4. Kiểu thê

Kiểu thê là mối tương quan giữa điểm mốc của ngôi thai với vị trí trước-sau của khung chậu người mẹ. Như vậy phần trình diện của thai có thể nằm ở phía Trước/Sau, bên Trái/Phải và tạo ra 6 kiểu thê lọt cho một ngôi thai.

Ví dụ ngôi chôm, có thể có các kiểu thê lọt sau đây, tính theo chiều kim đồng hồ: châm trái trước, châm trái ngang, châm trái sau, châm phải sau, châm phải ngang, châm phải trước;



Hình 2. Ngôi đầu - A.Châm trái trước B.Châm trái sau

Khi ngôi đã xuống eo giữa và eo dưới thì tùy theo cơ chế đẻ và điểm mốc của ngôi so với khung chậu của người mẹ ta có 2 kiểu thê số sau đây:

- Ngôi chôm có hai kiểu thê số đó là châm trước và châm sau tuỳ theo châm ở phía xương mu hay phía xương cùng.

- Ngôi mặt có một kiểu thê sô đó là cầm trước và một kiểu thê không sô được đó là cầm sau.
- Ngôi mông có hai kiểu thê sô đó là cùng ngang trái và cùng ngang phải.
- Ngôi trán và ngôi ngang không có kiểu thê sô vì không lọt xuống eo dưới được.

2. CHẨN ĐOÁN NGÔI, THÊ, KIỂU THÊ

Có nhiều phương pháp thăm khám để chẩn đoán ngôi, thê và kiểu thê: Sờ nắn, kết hợp nghe tim thai, khám âm đạo. Trong những trường hợp khó có thể áp dụng thêm các phương tiện cận lâm sàng như: X quang hoặc siêu âm.

2.1. Sờ nắn bụng

Để biết vị trí các phần của thai nhi, việc sờ nắn có vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán ngôi thê. Thai phụ nằm ngửa, hai chân chống để đùi tạo với mặt giường một góc 45° , làm các cơ bụng chùng dễ nắn hơn. Áp dụng bốn thủ thuật của Léopold, người khám đứng bên phải sản phụ, nắn lần lượt từ thủ thuật 1, 2, 3; đến thủ thuật 4 thì xoay nhìn về phía chân của sản phụ.

- **Thủ thuật thứ nhất:** nắn cực trên (đáy tử cung) để biết ở đáy tử cung là đầu hay là mông của thai nhi. Nếu sờ được một khối có chỗ rắn chỗ mềm, không tròn, ít di động đó là mông. Nếu sờ được một khối rắn chắc, tròn đều, dễ di động có dạng đá cục đó là đầu của thai nhi.

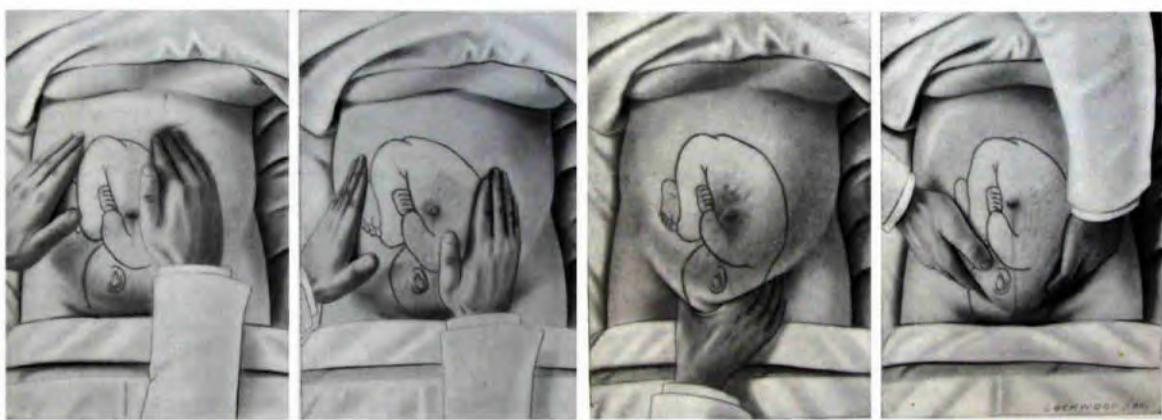
- **Thủ thuật thứ hai:** nắn nhẹ nhàng nhưng sâu hai bên bụng, để xác định bên nào là lưng, bên nào là chi của thai nhi. Nếu sờ được một diện phẳng, rắn, đều đó là lưng; đối diện với lưng nắn thấy lõn nhõn những khối to nhỏ khác nhau di động dễ, có khi nắn mạnh thấy phần thai nhi mất đi rồi hiện lại đó là tay chân của thai nhi.

- **Thủ thuật thứ ba:** Nắn cực dưới để biết có đầu hay mông, dựa vào các tính chất như nắn cực trên của tử cung. Nếu không sờ thấy gì ta nói hạ vị rõ ràng và xác định đó là trường hợp ngôi ngang.

- **Thủ thuật thứ bốn:** Người khám xoay mặt về phía chân của sản phụ:

+ Dùng một bàn tay ấn sâu xuống bờ trên xương vè, khi ngôi còn cao thì bàn tay người khám ấn xuống dễ.

+ Dùng hai bàn tay ấn dọc hai bên cực dưới của tử cung. Khi đầu chưa lọt hai bàn tay có hướng hội tụ vào nhau, khi đầu đã lọt hai bàn tay hướng ra ngoài không thể chạm vào nhau được.



Thủ thuật 1

Thủ thuật 2

Thủ thuật 3

Thủ thuật 4

Hình 3. Khám 4 thủ thuật Leopold

2.2. Khám âm đạo

Trong lúc chuyển dạ, cổ tử cung đã mở một phần hoặc toàn bộ, khám âm đạo sẽ cung cấp cho ta các yếu tố hữu ích giúp ta chẩn đoán chính xác ngôi - thê - kiểu thê.

Trong ngôi chòm phải xác định rãnh liên đỉnh và các thóp, nhất là thóp sau ở đâu so với các điểm mốc của khung chậu của người mẹ. Trong ngôi mặt cần xác định cho được vị trí của cằm, trong ngôi mông cần xác định cho được vị trí đỉnh xương cùng và hai ụ ngồi của thai nhi hoặc chân của thai nhi nếu là ngôi mông kiều ngồi xổm.

2.3. Nghe tim thai

Tim thai được nghe rõ ở lưng của thai nhi, tự nó không giúp ta chẩn đoán được ngôi, thê, kiều thê, nhưng giúp hỗ trợ cho những kết quả tìm thấy khi nắn bụng.

Ví dụ: Trong ngôi chòm thì tim thai nghe rõ ở dưới rốn của bà mẹ và tim thai nghe rõ ở bên nào thì thê ở bên ấy, trong khi đó nếu là ngôi mông sẽ nghe rõ tim thai ở ngang hoặc phía trên rốn.

2.4. Siêu âm

Một biện pháp an toàn, chính xác, được sử dụng trong những trường hợp khó như sản phụ quá mập, thành bụng quá dày quá rắn chắc hoặc rau bám trước. Một đôi khi cũng phải sử dụng đèn X quang để xác định vị trí, tư thế hoặc hình thê của thai nhi; song từ khi có siêu âm vai trò của X quang ngày càng ít.

BẢNG TÓM TẮT NGÔI THÊ KIỀU THÊ

NGÔI	MỐC	THÊ	KIỀU THÊ--LỢT	KIỀU THÊ SỐ
Chòm	Xương Chảm	Trái Phải	Chảm trái trước Chảm trái ngang Chảm trái sau Chảm phải trước Chảm phải ngang Chảm phải sau	Chảm trước Chảm sau
Mông	Đỉnh xương cùng	Trái Phải	Cùng trái trước Cùng trái sau Cùng phải trước Cùng phải sau	Cùng ngang trái Cùng ngang phải
Mặt	Cằm	Trái Phải	Cầm trái trước Cầm trái ngang Cầm trái sau Cầm phải trước Cầm phải ngang Cầm phải sau	Cầm trước
Trán	Gốc mũi	Trái Phải	Không có	Không có kiều thê số
Ngang	Mõm vai	Trái Phải	Không có	Không có kiều thê số

TÍNH CHẤT THAI NHI VÀ PHẦN PHỤ ĐẺ THÁNG

Mục tiêu học tập

1. Mô tả được cấu tạo giải phẫu và chức năng sinh lý của thai nhi đẻ tháng.
2. Trình bày được cấu tạo các phần phụ của thai nhi đẻ tháng
3. Giải thích được chức năng các phần phụ thai nhi đẻ tháng.

1. THAI NHI ĐẺ THÁNG

Thai nhi đẻ tháng có cấu tạo giải phẫu gần giống người lớn. Thai nhi đẻ tháng có trọng lượng trung bình nặng khoảng 3000g, dài 50cm. Tuy vậy khi còn sống trong tử cung hoạt động của bộ máy hô hấp và tuần hoàn của thai nhi khác với trẻ sơ sinh.

1.1. Giải phẫu

1.1.1. Đầu: Có hai phần: sọ và mặt. Sọ có 2 vùng là đỉnh sọ và đáy sọ.

- **Đáy sọ:** là một phần của các xương trán, xương thái dương, xương chẩm và các xương bướm, xương sàng. **Đáy sọ** không thể thu hẹp khi đi qua tiêu khung.

- **Đỉnh sọ:** gồm hai xương trán, hai xương đỉnh, và một xương chẩm. Giữa các xương là khớp màng mỏng giúp cho xương sọ có thể dịch chuyển và chồng lên nhau. Điều này giúp đỉnh sọ có thể thu hẹp được nhiều khi đầu thai nhi đi qua tiêu khung trong quá trình đẻ, có thể thấy các xương chồng lên nhau ở khớp nối trong và sau khi đẻ.

- Các đường khớp:

+ **Đường khớp dọc giữa:** đi từ thóp trước tới thóp sau giữa 2 xương thái dương và kết thúc tại xương chẩm.

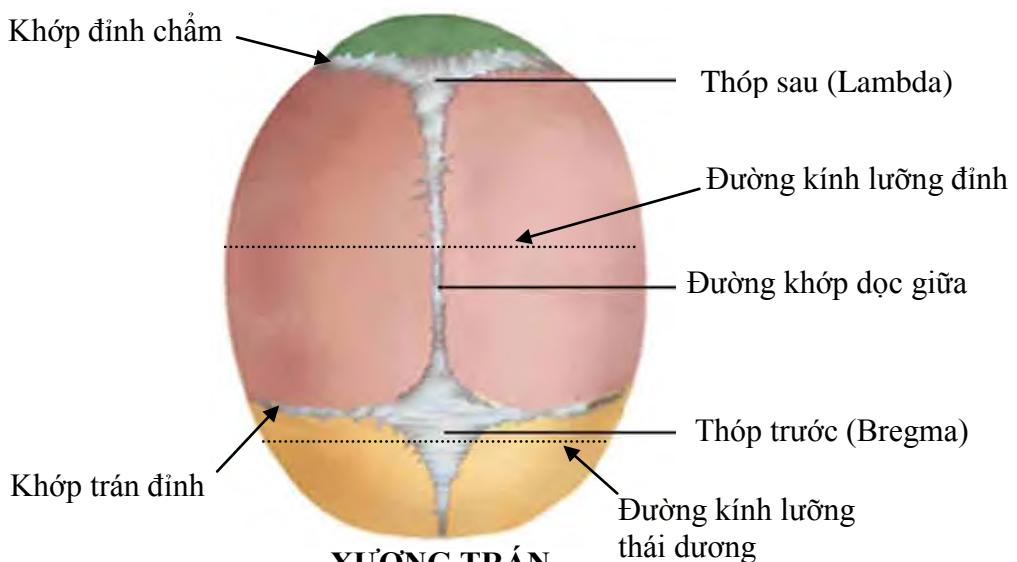
+ **Các đường khớp ngang:** Trước là đường khớp nằm giữa các xương trán và xương thái dương. Sau là khớp Lambda nằm giữa các xương thái dương và xương chẩm.

- **Thóp** là nơi giao nhau của các đường khớp dọc và đường khớp ngang. Có hai thóp chính:

+ **Thóp trước** gọi là thóp lớn (Bregma) được tạo bởi đường khớp dọc giữa với đường khớp trán - đỉnh. Thóp trước có hình tứ giác và kích thước từ 2 x 3 cm tới 4 x 6 cm.

+ **Thóp sau** gọi là thóp nhỏ (Lambda) được tạo bởi 3 đường khớp: 2 đường đỉnh - chẩm và phần cuối của đường khớp dọc giữa. Thóp sau có hình tam giác và nhỏ hơn.

XƯƠNG CHẨM



Hình 1. Thóp trước và thóp sau

Bình thường các thóp mềm. Trong trường hợp não úng thủy thì các thóp căng phồng, đường khớp giãn rộng hơn 1 cm.

Cần nắm vững đặc điểm của thóp trước, thóp sau, vị trí của các khớp nối để xác định ngôi, thế và kiểu thế, và để phát hiện các bất thường của ngôi và thai.

- Các đường kính của đầu: đầu có 3 đường kính trước - sau quan trọng như sau:

+ Hạ chẩm - thóp trước: 9,5cm đi từ hạ chẩm đến thóp trước. Đây là đường kính lọt của ngôi chồm đầu cúi tốt (đường kính nhỏ nhất).

+ Chẩm - trán: 11, 5 cm, đi từ phần trên xương chẩm đến xương trán, đây là đường kính trong trường hợp ngôi chồm đầu không cúi, không ngửa.

+ Chẩm - cầm: 13 cm nằm giữa phần trên xương chẩm và xương cầm, gấp trong ngôi thóp trước.

- Đường kính trên dưới: có 1 đường kính.

+ Đường kính hạ cầm - thóp trước 9,5cm, đi từ hạ cầm đến thóp trước, gấp trong ngôi mặt.

- Các đường kính ngang: có 2 đường kính.

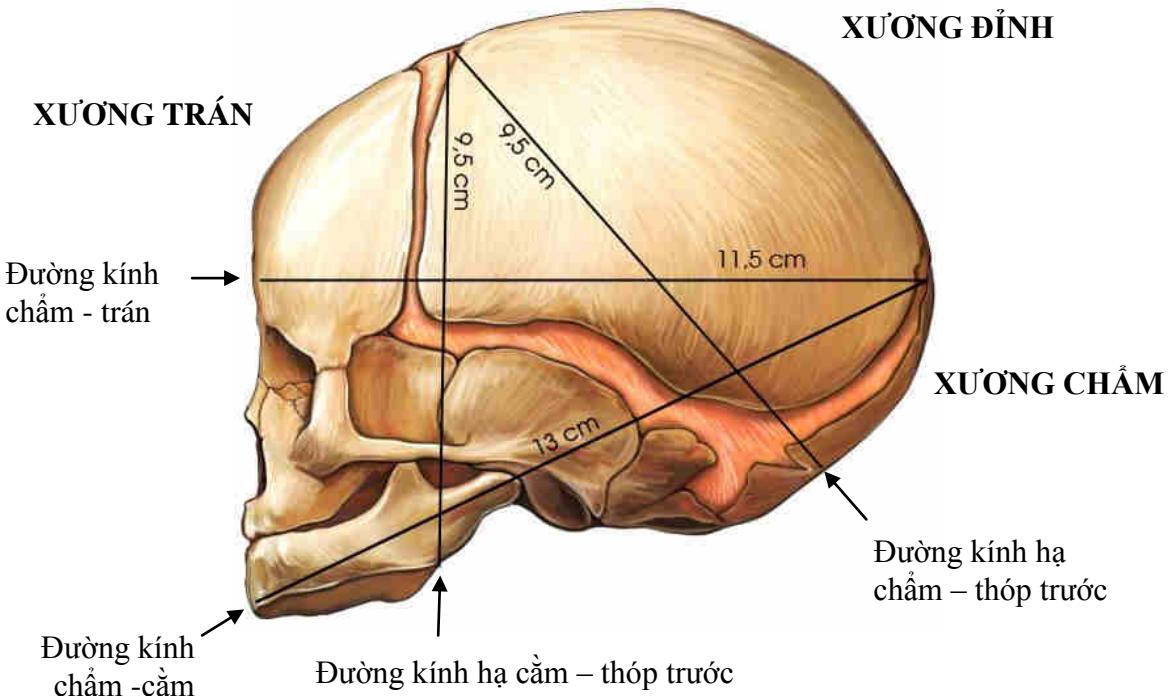
+ Lưỡng đỉnh 9, 5 cm.

+ Lưỡng thái dương 8cm.

- Vòng đầu: có 2 vòng.

+ Vòng đầu to đi qua đường kính thượng chẩm - cầm, có chu vi 38cm.

+ Vòng đầu nhỏ đi qua đường kính hạ chẩm - thóp trước, có chu vi 33cm.



Hình 2. Các đường kính của đầu.

1.1.2. Cỗ và thân

- Cỗ giúp cho đầu quay 180° , thực hiện các động tác khác dễ dàng. Nó chịu được một lực kéo dưới 50kg.

- Thân thai nhi có một số đường kính:

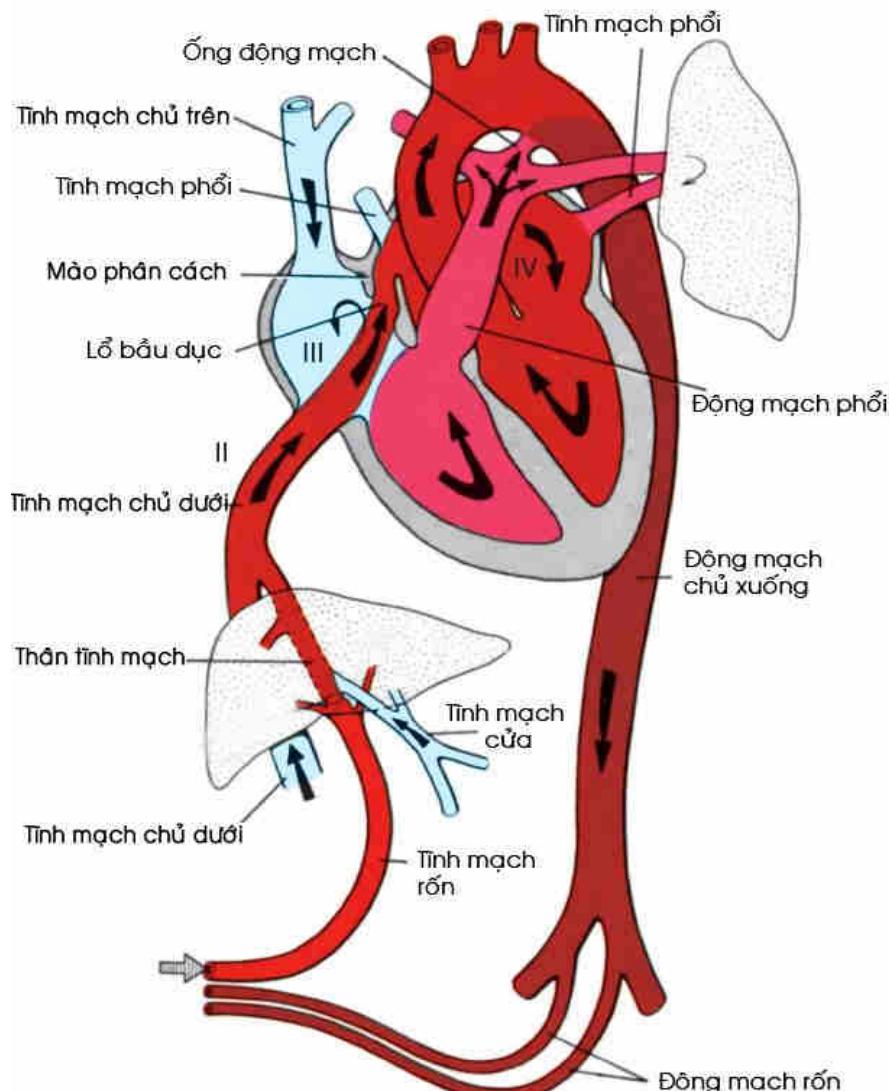
- + Đường kính lưỡng mõm vai: 12 cm, có thể thu hẹp còn 9 cm.
- + Đường kính lưỡng ụ đùi: 9 cm.
- + Đường kính cùng chày: 11 cm, có thể thu lại 9 cm.

1.2. Sinh lý

Khi còn trong tử cung thai sống nhờ mẹ qua hệ tuần hoàn tử cung - rau.

1.2.1. Hệ tuần hoàn

- Tim của thai nhi có 4 buồng: 2 tâm thất và 2 nhĩ. 2 tâm nhĩ thông nhau qua lỗ Botal.
- Động mạch chủ và động mạch phổi thông nhau qua ống động mạch.
- Từ động mạch hạ vị của thai có 2 động mạch rốn đưa máu trở lại bánh rau.



Hình 3. Tuần hoàn thai nhi

Sự lưu thông của máu thai nhi diễn ra như sau:

- Máu sau khi trao đổi chất và ôxy từ bánh rau đến thai bằng tĩnh mạch rốn, đến tĩnh mạch chủ dưới nó sẽ pha với máu từ phần dưới cơ thể của thai nhi để đổ vào tĩnh mạch chủ. Máu đến tâm nhĩ phải một phần xuống thất phải để vào động mạch phổi, một phần qua lỗ Botal vào nhĩ trái. Theo cách này, máu giàu ôxy từ bánh rau có thể tới não của thai nhi. Phổi chưa làm việc nên hầu hết máu từ động mạch phổi sang động mạch chủ nhờ ống động mạch. Động mạch chủ đồng thời nhận máu từ thất trái đi nuôi cơ thể, một phần qua hai động mạch rốn trở về rau thai. Như vậy máu thai nhi là máu pha trộn. Sau khi trẻ ra đời thì các mạch máu rốn co lại. Hiện tượng thở tạo áp lực âm trong lồng ngực, như vậy sẽ hút thêm máu từ động mạch phổi vào phổi. Với các mao mạch phổi phát triển sẽ làm giảm áp lực mạch ở phổi, do đó máu ngừng đi qua ống động mạch, ống này bít lại trong 12-24 giờ sau đẻ và trở thành một dây chằng. Đôi khi ống này vẫn ở trạng thái mở trong một khoảng thời gian, đặc biệt ở những trẻ đẻ non, do đó sẽ nghe thấy tiếng thổi tim trong trường hợp này. Lỗ Botal là một lỗ van để cho máu đi từ tim phải sang tim trái. Sau khi sinh, áp lực tâm nhĩ trái tăng lên làm cho van bị bít lại. Áp lực này bít van và sau đó trong thời gian 1 tới 3 tháng sẽ hình thành một màng có tác dụng bít van vĩnh viễn. Lúc này trẻ sơ sinh bắt đầu sống với hệ tuần hoàn vĩnh viễn như người lớn.

1.2.2. Hệ hô hấp

Khi còn trong tử cung oxy được cung cấp cho thai qua bánh rau. Khí CO₂ từ thai nhi đến gai rau thai vào hố huyết trở về máu mẹ. Máu từ tĩnh mạch rốn đến thai chứa nhiều khí O₂. Sự trao đổi khí O₂, CO₂ giữa máu mẹ và máu con là một quá trình khuếch tán đơn giản, do sự chênh lệch nồng độ khuếch tán của các chất đó.

- Độ bão hòa O₂ trong máu đến từ bánh rau tới thai nhi là 80-85%. Khi máu từ tim lên não, độ bão hòa là 60%. Hemoglobin ở thai nhi hoàn toàn có đủ khả năng mang ôxy. Thai nhi cũng có nhiều ôxy nhờ có hematocrit cao.

- Nếu có tình trạng thiếu khí O₂ sẽ xảy ra tình trạng toan hô hấp do thừa CO₂ và toan chuyển hóa do thừa acid lactic. Tình trạng trung tâm hóa tuần hoàn thai nhi xảy ra để tập trung máu cho các cơ quan quan trọng như não, tim. Do thiếu oxy nhu động ruột tăng nên sẽ tống phân su vào nước ối. Đây có thể là một dấu hiệu của suy thai.

1.2.3. Tiêu hóa

Thai nhận chất dinh dưỡng từ mẹ qua bánh rau. Thai nhi bắt đầu nuốt nước ối vào tuần 8-11. Nước ối chứa các tế bào thương bì, lông, dịch từ phổi thai nhi. Thai nhi tiêu hóa những thành phần này và tạo ra phân su. Phân su là một chất dịch sánh đặc, màu xanh đen với thành phần là chất nhầy, tế bào bong niêm mạc đường tiêu hóa, men ruột, mật và ít nước ối. Ruột thai nhi không có vi khuẩn cho tới khi sinh.

1.2.4. Bài tiết

- Da bài tiết các chất nhòn và bã vào tháng thứ 5. Quá trình này tạo chất gây nhầm bảo vệ da.

- Thận bắt đầu tiết nước tiểu khi thai mới được 11 tuần tuổi: người ta thấy trong nước ối có một phần nước tiểu thai nhi, trẻ mới sinh ra đã có nước tiểu trong bàng quang. Một vài trường hợp bệnh lý về thận của thai nhi khiến lượng nước tiểu giảm có thể làm giảm lượng nước ối. Đó là một trong những nguyên nhân gây thiếu ối (oligohydramnios).

1.2.5. Hệ thống nội tiết

Tinh hoàn bắt đầu sản xuất testosterone từ tuần thứ 7 của quá trình thai nghén. Tuyến thượng thận và tụy - từ tuần thứ 12, tuyến giáp và tuyến yên - từ tuần 20. Buồng trứng không tiết estrogen hoặc progesterone cho tới thời điểm dậy thì.

Phần lớn hệ thống nội tiết của thai nhi hoạt động từ rất sớm và hình thành đơn vị nội tiết nhau - thai.

2. CÁC PHẦN PHỤ ĐỦ THÁNG

Các phần phụ đủ tháng của thai bao gồm các màng thai, bánh rau, dây rốn và nước ối.

2.1. Màng thai

2.1.1. Màng rụng (ngoại sản mạc)

Màng rụng là màng chức năng của nội mạc tử cung ở phụ nữ có thai, còn được gọi là ngoại sản mạc. Màng rụng có 3 lớp:

- Màng rụng nền (Decidua basalis): nằm dưới phôi bào, còn được gọi là ngoại sản mạc tử cung rau.

- Màng rụng trứng (Decidua capsularis): bao phủ phôi bào, còn được gọi là ngoại sản mạc trứng

- Màng rụng thành tử cung (Decidua parietalis) bao phủ phần còn lại của buồng tử cung, còn được gọi là ngoại sản mạc tử cung.

- Khi thai đủ tháng, màng rụng trứng và màng rụng tử cung teo mỏng, dính sát vào nhau.

2.1.2. Màng đệm (trung sản mạc)

Màng đệm còn gọi là trung sản mạc, phát triển không đều. Phần bám vào màng rụng nền phát triển mạnh tạo thành các gai rau, phần còn lại của màng đệm sẽ trở thành một màng mỏng ít thấm nước.

2.1.3. Màng ối (nội sản mạc)

Màng ối, còn gọi là nội sản mạc, là một màng mỏng lót mặt trong buồng ối; che phủ mặt trong bánh rau, dây rốn. Màng ối dai và dễ thấm nước. Màng này có nhiệm vụ sản xuất, tiêu thụ nước ối, ngăn cản vi khuẩn để bảo vệ cho thai.

Màng ối nằm trong sát với thai nhi và màng đệm nằm ngoài. Trong trường hợp sinh đôi 2 noãn luôn có 2 màng ối và 2 màng đệm. Trong trường hợp sinh đôi 1 noãn sẽ có thể có 2 màng ối và 2 màng đệm nếu sự phân chia xuất hiện sớm. Nếu việc này xảy ra muộn có thể có 1 màng đệm và 2 màng ối, đây là trường hợp phổ biến nhất. Hiếm hơn, khi sự phân chia xảy ra muộn chỉ tạo ra một màng đệm và một màng ối, trường hợp này sẽ nguy hiểm hơn cho cặp song sinh.

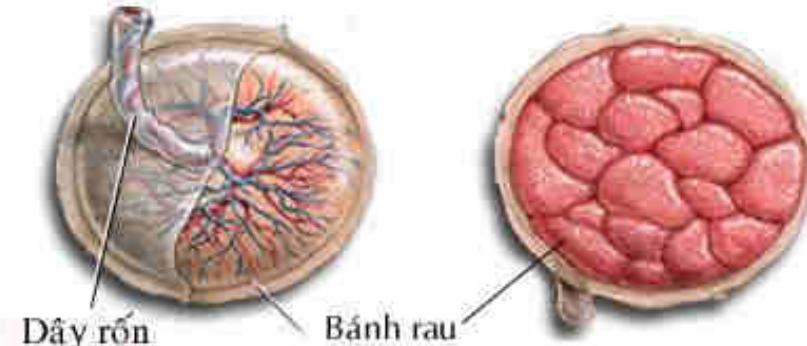
Bề dày của màng rau thai lúc 12 tuần là 0,052mm, khi đủ tháng là 0,002mm.

2.2. Bánh rau

2.2.1. Cấu tạo

Bánh rau hình tròn, đường kính khoảng 15 cm, nặng 1/6 trọng lượng thai nhi (khoảng 400 – 500 gram), dày 2,5 - 3 cm, mỏng hơn ở ngoại vi. Mỗi bánh rau gồm 15 – 20 múi, giữa các múi là các rãnh nhỏ. Bánh rau thường bám vào đáy tử cung. Bánh rau hình thành do sự phát triển của màng rụng nền và màng đệm.

Màng rụng ở vùng bánh rau có 3 lớp: lớp đáy, lớp xốp và lớp đặc. Lớp xốp là đường bong của rau sau khi sinh. Trong lớp đặc có sản bào và hồ huyết. Đại đa phần màng này rụng rau sinh và có chảy máu kèm theo.



Hình 4. Bánh rau

2.2.2. Chức năng: Bánh rau có 2 chức năng chính:

Chức năng thứ 1: đảm bảo cho thai sống và phát triển. Sự trao đổi chất thực hiện qua lớp hội bào của gai rau.

- Hô hấp: Sự trao đổi O₂ và CO₂ giữa máu mẹ và thai là một quá trình khuếch tán đơn giản do các đặc điểm sau:

- + Áp lực máu mẹ ở hồ huyết của bánh rau thấp hơn máu thai và tốc độ chảy chậm.
- + Nồng độ CO₂ thấp hơn và nồng độ O₂ trong máu mẹ cao hơn máu thai.
- + Hemoglobin của thai có khả năng gắn O₂ cao.
- + Diện tích trao đổi mẹ - thai tăng do cấu trúc dạng nhú của gai rau .

Máu trong hồ huyết phải luôn luôn được đổi mới. Trong các trường hợp mẹ bị cao huyết áp trong thai kỳ hoặc con go cường tính máu ở hồ huyết chậm đổi mới sẽ gây suy thai.

- Dinh dưỡng: Nguyên liệu tạo hình và năng lượng cần cho thai đều đưa từ mẹ vào qua gai rau.

+ Các protein phải chuyên thành axit amin và đi qua gai rau, sau đó thai mới sử dụng để tổng hợp lại thành protein đặc hiệu của thai.

+ Các Lipid rất ít đi qua rau thai nên thai thường thiếu các vitamin tan trong dầu như A, D, E, K. Do vậy trẻ sơ sinh hay bị chảy máu do giảm prothrombin và thiếu Vitamin K. Vitamin K sẽ được tổng hợp đầy đủ ở 1 tuần tuổi bởi các vi khuẩn trong ruột của trẻ sơ sinh.

+ Glucose qua rau thai nhờ hiện tượng khuếch tán, gai rau còn tham gia chuyển glucose thành glycogen và dự trữ ở gai rau.

+ Vitamin: Vitamin B, C qua rau thai dễ dàng.

Ngoài ra, gai rau còn có thể tổng hợp một số phospholipid, nhất là các steroid rau thai.

- Bảo vệ:

+ Một số kháng nguyên kháng thể có nguồn gốc protein có thể đi qua rau thai. Nhờ đó thai có khả năng miễn dịch thụ động, nhưng cũng có khi nguy hiểm cho thai nếu có sự bất đồng Rh hoặc bất đồng nhóm ABO.

+ Mầm bệnh: Các vi khuẩn không qua được rau thai. Tuy nhiên vào các tháng cuối có một số loại vi khuẩn đi qua, ví dụ trực khuẩn lao khó qua, xoắn trùng giang mai qua rau thai sau tháng thứ 5. Virus qua được rau thai nên thường gây dị ứng cho thai, ví dụ virus cúm, sốt bại liệt, Rubella (bệnh sởi Đức), thủy đậu và virus cự bào (Cytomegalovirus).

+ Thuốc và hoá chất không có quy luật. Nói chung các chất có trọng lượng phân tử dưới 600 đều qua rau dễ dàng. Ngược lại các chất có trọng lượng phân tử trên 1000 sẽ khó qua rau. Các thuốc qua rau trong 3 tháng đầu thai kỳ có thể gây dị ứng cho thai (chẳng hạn các thuốc chống động kinh, Tetracycline, rượu, ... Cho nên khi phụ nữ có thai cần tham khảo kỹ hướng dẫn sử dụng thuốc). Các thuốc qua rau được trong những tháng cuối có thể gây ảnh hưởng độc hại trên bào thai.

Chức năng thứ 2: giữ vai trò nội tiết để cơ thể mẹ phù hợp với thai nghén.

- Kích thích tố loại peptid:

+ hCG (kích dục tố rau thai - human chorionic gonadotropin): Sự chế tiết hCG bắt đầu khi có hiện tượng làm tổ, tăng nhanh đạt mức tối đa lúc tuổi thai khoảng hai tháng rưỡi. Nó có tác dụng duy trì hoàng thể và kích thích tiết ra các steroid sinh dục. Người ta sử dụng đặc điểm này để xét nghiệm chẩn đoán thai nghén.

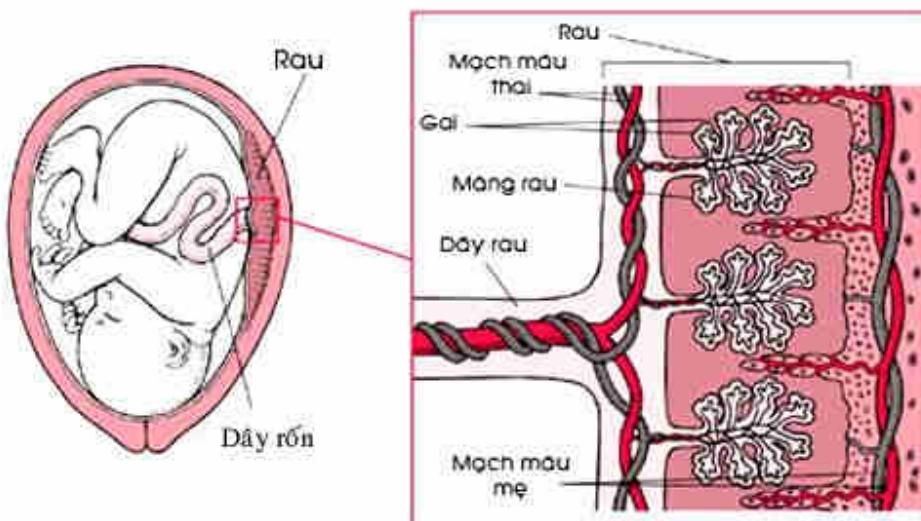
+ HPL (human placental lactogen): được tiết bởi tế bào nuôi, có tác dụng sinh sữa, biến dưỡng glucid, lipid và protid. Lượng kích thích tố tăng dần theo tuổi thai, tối đa vào tuần 36, sau đó hơi giảm.

- Các sterioide rau thai: Chủ yếu là estrogen và progesteron do bánh rau sản xuất từ tháng thứ 3, tăng cho đến gần ngày đẻ. Ở người mẹ chúng duy trì sự phát triển của tử cung, kiểm soát hoạt động của tử cung trong thai kỳ, kích thích sự phát triển của tuyến vú, duy trì thai nghén và sự phát triển của thai nhi. Người ta đo hàm lượng các chất này để đánh giá chức năng bánh nhau.

- Các steroid khác như 17 ketosteroid, glucocorticoid cũng tăng lên trong thai kỳ.

3. DÂY RỐN

- Dây rốn là 1 dây tròn, dài 40-60cm, đường kính 15 - 20mm, mềm trơn, màu trắng.
- Một đầu dây rốn bám vào bánh rau, thường bám ở trung tâm bánh rau, đôi khi bám mép bánh rau, một số ít trường hợp bám màng rau. Đầu kia bám vào da bụng thai nhi. Lớp thượng bì của da bụng bao quanh chân dây rốn 1cm, chỗ tiếp giáp giữa thượng bì và dây rốn là chỗ rốn sẽ rụng.
- Từ ngoài vào trong dây rốn là: nội sán mạc, thạch Wharton, tĩnh mạch rốn và 2 động mạch rốn xoắn quanh tĩnh mạch.
- Dây rốn không có mạch máu nuôi dưỡng riêng. Sự dinh dưỡng thực hiện nhờ quá trình thẩm thấu.
- Giữa 2 động mạch có nhánh nối để cân bằng áp lực và lưu lượng cho 2 nửa bánh rau.



Hình 5. Cấu trúc dây rốn và các mạch máu rốn.

- Các bất thường dây rốn có thể gấp: dây rốn quá dài, dây rốn quá ngắn, rốn quấn cổ, dây rốn thắt nút, xoắn... gây nên một sự chèn ép toàn hoàn đưa đến suy thai. Nếu thai nhi chỉ có 1 động mạch rốn thường kèm theo các dị tật khác của thai nhi.
- Người ta có thể lấy máu ở dây rốn để xét nghiệm khi có chỉ định.

4. NƯỚC ỐI

4.1. Tính chất

Nước ối của thai nhi đầu tháng lờ lờ trắng, pH 7,1-7,3. Nước ối cũng chứa các tế bào thượng bì, lông, các chất bã, nước tiểu và dịch từ phổi thai nhi..

Thành phần 97% là nước, còn lại là các loại khoáng chất và các chất hữu cơ. Các điện giải chính là Na^+ , K^+ , Cl^- , ngoài ra còn có P^{3+} , Ca^{2+} , Mg^{2+} . Các chất hữu cơ gồm protein, các hợp chất chứa Nitơ không phải protein, glucide, lipide, các hormon và các sắc tố.

Khối lượng 500 -1000 ml. Thể tích nước ối tăng cho tới tuần thứ 38, sau đó giảm dần.

4.2. Tái tạo

Nước ối luôn đổi mới 3 giờ / 1 lần.

Nguồn gốc

+ Do thai bài tiết: từ da thai nhi, từ khí - phế quản, đặc biệt nguồn nước ối quan trọng nhất từ thai nhi là đường tiết niệu. Vì vậy trong trường hợp thiếu ối phải khảo sát xem có bất thường, dị dạng hệ tiết niệu thai nhi không.

+ Từ máu mẹ.

- + Từ nội sản mạc.
- Hấp thu
 - + Chủ yếu do thai nhi uống nước ối. Trong trường hợp có bất thường đường tiêu hóa, có thể biểu hiện đa ối trên lâm sàng.
 - + Nước ối còn được tái hấp thu qua da, dây rốn và màng ối.

4.3. Tác dụng

Nước ối có tác dụng

- Chống sang chấn cho thai.
- Giúp bình chỉnh ngôi thai.
- Cân bằng nội môi cho thai (thai uống và bài tiết qua đường tiêu).
- Chống lại sự chèn ép của cơ thể thai nhi vào rau và cuống rốn, đặc biệt trong giai đoạn chuyển dạ.

4.4. Bệnh lý nước ối

- Đa ối, quá nhiều nước ối có thể gây đẻ non
- Thiếu ối, quá ít nước ối. Thường do việc suy giảm chức năng bánh rau, các ván đè về phổi và thận ở thai nhi. Có nguy cơ giảm ôxy huyết trong quá trình chuyển dạ do dây rốn bị chèn ép.
- Nhiễm khuẩn ối.
- Vào tuần lễ thứ 15 - 18 của thai kỳ, người ta có thể chọc hút nước ối để làm một các xét nghiệm thăm dò trong sản khoa khi cần thiết.

SINH LÝ CHUYỂN DẠ

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được cơ chế khởi phát chuyển dạ
2. Trình bày được sinh lý của cơn co tử cung và thay đổi của cổ tử cung trong chuyển dạ.
3. Giải thích được các ảnh hưởng của chuyển dạ đối với thai
4. Trình bày được các đáp ứng của thai với chuyển dạ.

1. ĐỊNH NGHĨA

Chuyển dạ là quá trình sinh lý làm xóa mờ cổ tử cung và đẩy thai, phần phụ của thai ra khỏi đường sinh dục của người mẹ. Chuyển dạ đủ tháng là chuyển dạ xảy ra từ đầu tuần 38 đến cuối tuần 42, lúc này thai nhi đã có thể sống độc lập ngoài tử cung.

2. CƠ CHẾ PHÁT KHỎI CHUYỂN DẠ

2.1. Prostaglandin

- Prostaglandin đóng vai trò cơ bản trong khởi phát chuyển dạ.
- Prostaglandin được hình thành từ axít arachidonic dưới tác động của 15-hydroxyprostaglandin dehydrogenase. Prostaglandin có trong nước ối, màng rụng và cổ tử cung. Sự sản xuất Prostaglandin F2 và PGE2 tăng từ từ trong thời kỳ thai nghén và đạt tỷ lệ cao sau khi bắt đầu chuyển dạ. Prostaglandin góp phần vào sự chín muồi cổ tử cung.
- Các yếu tố: phá ối, nhiễm trùng ối, lóc ối có thể gây tăng tổng hợp đột ngột Prostaglandin vào cuối thai kỳ.

2.2. Những yếu tố ảnh hưởng

- Estrogen: làm tăng sự nhạy cảm của cơ trơn và tốc độ truyền của hoạt động điện tê bào, do đó hỗ trợ cho cơn co tử cung. Ngoài ra, Estrogen còn làm thuận lợi cho sự tổng hợp các Prostaglandin.

- Progesteron: có tác dụng ức chế cơn co tử cung, tuy nhiên vai trò của progesteron trong chuyển dạ vẫn chưa rõ ràng.

Nồng độ của Progesteron giảm ở cuối thời kỳ thai nghén làm thay đổi tỷ lệ estrogen/progesteron góp phần khởi phát chuyển dạ.

- Yếu tố về mẹ: cơ chế màng rụng tổng hợp prostaglandin và tuyến yên giải phóng oxytoxin còn là vấn đề đang tranh luận. Người ta quan sát thấy những đỉnh kế tiếp của nồng độ oxytoxin với tần suất tăng trong chuyển dạ, đạt tối đa trong pha sổ thai. Tuy nhiên oxytoxin dường như không có vai trò trong khởi phát chuyển dạ nhưng nồng độ lại tăng lên trong quá trình chuyển dạ.

- Yếu tố về thai: người ta biết rằng nếu thai bị quái thai vô sọ, hoặc giảm sản tuyến thượng thận, thai nghén thường kéo dài, ngược lại nếu tăng sản tuyến thượng thận của thai nhi, thường gây đẻ non.

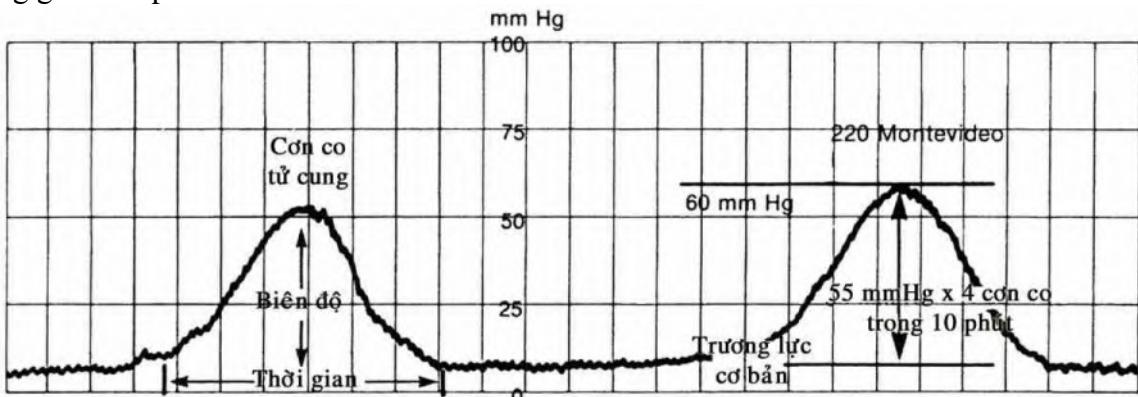
3. SINH LÝ CỦA CƠN CO TỬ CUNG VÀ NHỮNG THAY ĐỔI CỦA CỔ TỬ CUNG TRONG CHUYỂN DẠ

3.1. Cơn co tử cung

Đó là động lực chính cho phép sự xoá mờ cổ tử cung và sự xuống của thai trong tiểu khung.

Sinh lý co cơ của sợi cơ trơn: Cơn co của sợi cơ trơn tử cung là kết quả của sự trượt các sợi actin và myosine. Sự tạo thành nối actine - myosine cần thiết của năng lượng cung cấp bởi ATP.

Cơn co tử cung ghi được trên Monitoring sản khoa, có hình chuông, thời gian nghỉ dao động giữa 1-3 phút.



Hình 1. Các thông số của cơn co tử cung

Tần số cơn co là số cơn co tính trong 10 phút.

Cường độ là số đo lúc áp lực buồng tử cung cao nhất.

Hoạt độ là tích số giữa tần số và cường độ, được tính bằng đơn vị Montévideo (UM) trong 10 phút.

Những thay đổi áp lực được trình bày bằng mmHg hoặc bằng Kilo Pascal (1mmHg = 0,133H Pa).

Trong 30 tuần đầu tử cung co co nhẹ và hoạt động của tử cung < 20UM

Từ 30 đến 37 tuần những cơn co tử cung nhiều hơn có khi đạt đến 50UM. Tần suất của nó không vượt quá 1 cơn go/1h.

Trong khi đẻ, bắt đầu của chuyển dạ đặc trưng bởi những cơn co tử cung 120 UM tăng từ từ và đạt đến 250 UM khi sô thai.

Trương lực cơ bản trong khi chuyển dạ thay đổi từ 12-13 mmHg, cường độ toàn thể là 35-50 mmHg. Tần suất của cơn co tử cung có thể đạt 4 cơn co trong 10 phút. Tư thế nằm nghiêng không làm thay đổi trương lực cơ bản nhưng cường độ cơn co tăng từ 10 mmHg, trong khi tần suất cơn co giảm.

Hiệu quả co tử cung

- Thúc đẩy thai về phía đoạn dưới tử cung.
- Làm giãn đoạn dưới và hình thành đầu ối.
- Xoá mở cổ tử cung.

Điều hoà cơn co tử cung được kiểm soát bởi:

- Estrogen cho phép tạo các protein co cơ nên sợi cơ tử cung dễ bị kích thích và làm dễ cho sự dẫn truyền các kích thích.

- Progesteron: Tăng những nỗi calci-ATP, gây hạ thấp calci tự do trong tế bào kéo theo sự giãn của các sợi cơ. Ức chế sự truyền các hoạt động điện của sợi cơ.

- Prostaglandin: giải phóng calci dự trữ trong màng tế bào.

- Oxytocin khởi phát những cơn co tử cung, làm mạnh hoạt động go, tăng lưu thông calci.

- Yếu tố thần kinh: Được thực hiện bởi sự giải phóng từng đợt những yếu tố thần kinh dẫn truyền nhất là catecholamines khuếch tán về phía các sợi cơ.

3.2. Sự hình thành đoạn dưới

Trong khi mang thai, eo tử cung phát triển và kéo dài trở thành đoạn dưới. Đoạn dưới chỉ có 2 lớp cơ ngang và dọc, không có lớp cơ đan chéo.

Ở con so, đoạn dưới được hình thành vào cuối thai kỳ, ở người con rạ, đoạn dưới thành lập vào lúc bắt đầu chuyển dạ.

3.3. Sự chín muồi của cổ tử cung (CTC)

Trong nửa đầu của thời kỳ thai nghén, CTC màu tím, đóng giữ nguyên dạng kích thước của nó, phần dưới của ống cổ lôn ra kèm lôn niêm mạc ống cổ và tạo thành lô tuyến.

Trong nửa sau của thời kỳ thai nghén CTC trở nên mềm hơn, vị trí và hướng chỉ thay đổi vào cuối thời kỳ thai nghén, các tuyến tiết nhiều chất nhầy tạo thành nút nhầy CTC

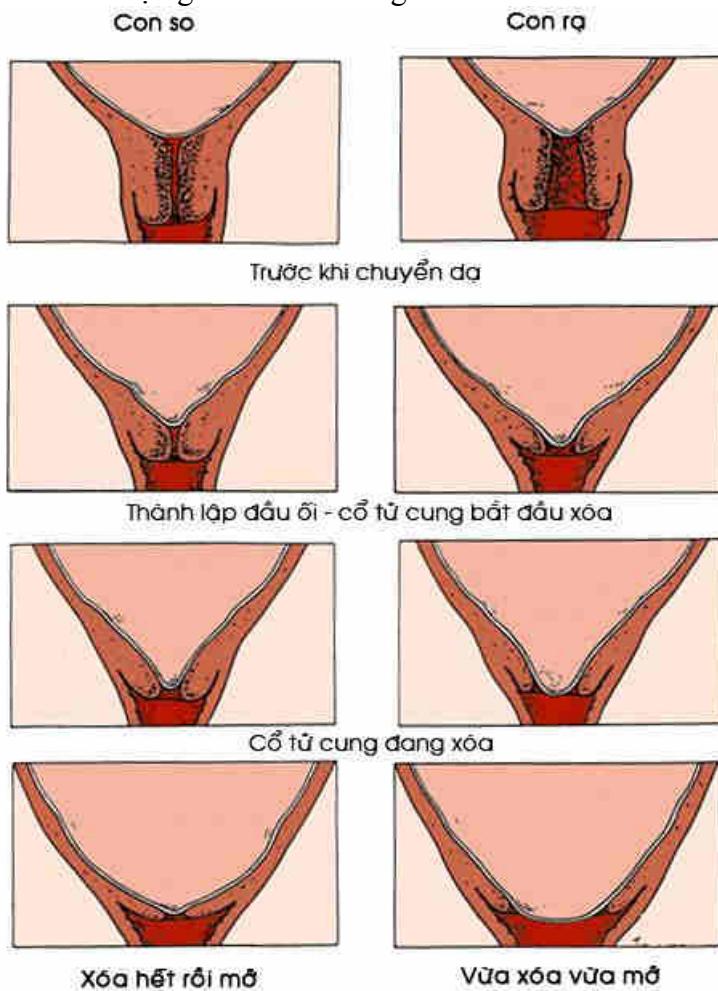
Sự chín muồi xuất hiện vài ngày trước khi chuyển dạ. CTC trở nên mềm, ngắn và hướng ra trước. Sự chín muồi là do những thay đổi ở mô liên kết dệm CTC, độc lập với con co tử cung, cốt lõi tạo keo của cổ tử cung trở nên thưa và rải rác vào cuối thai kỳ.

3.4. Sự xoá và mở cổ tử cung

Đoạn dưới nhận những lực xuất phát từ tử cung được chuyển bởi thai sau khi vỡ màng ói. Đoạn dưới trở nên mỏng hơn vì không có cơ đan. Sự chín muồi CTC tiếp tục vào đầu chuyển dạ, rồi cổ tử cung mở dưới tác dụng của con co tử cung và áp lực của ngôi thai.

Sự xoá của cổ tử cung bắt đầu bởi lỗ trong cổ tử cung mở dần, dẫn đến cổ tử cung ngắn lại. Tiếp theo là sự mở cổ tử cung từ 1 đến 10cm (mở hết). Quá trình mở cổ tử cung thể hiện sự tiến triển của chuyển dạ, nó diễn ra trong hai giai đoạn: pha tiềm tàng (CTC mở từ 0-3cm) và pha tích cực (CTC mở từ 3-10cm).

Ở người sinh con so, CTC bắt đầu xoá trước khi mở, ở người sinh con rã sự xoá và mở CTC có thể diễn ra đồng thời. Thời gian mở cổ tử cung ở mỗi sản phụ có thể khác nhau, thường thì ở người sinh con rã ngắn hơn so với người sinh con so.



Hình 2. Sự xoá mở cổ tử cung

4. CÁC GIAI ĐOẠN CỦA CHUYỂN DẠ

Có ba giai đoạn khác nhau của chuyển dạ

- Giai đoạn I là giai đoạn từ khi bắt đầu xoá mở cổ tử cung cho đến khi cổ tử cung mở hết. Đây là giai đoạn dài nhất của cuộc chuyển dạ.
- Giai đoạn II là giai đoạn sô thai, bắt đầu từ khi cổ tử cung mở hết đến khi sô thai xong.
- Giai đoạn III là giai đoạn sô rau

Thời gian của chuyển dạ bình thường		
Giai đoạn	Con so	Con rạ
Giai đoạn I	6 giờ – 18 giờ	2 giờ – 10 giờ
Giai đoạn II	30 phút – 1 giờ	5 phút – 30 phút
Giai đoạn III	0 – 30 phút	0 – 30 phút

5. SỰ THÍCH ỨNG CỦA THAI ĐỐI VỚI CHUYỂN DẠ

5.1. Những yếu tố ảnh hưởng đến thai

Trong chuyển dạ thai chịu những yếu tố ảnh hưởng khác nhau như cơn co tử cung, động lực cơ học tác động lên thai và dây rốn và thay đổi chuyển hóa của mẹ.

5.1.1. Con co tử cung

Lưu lượng trong động mạch tử cung giảm 30% khi cơn co tử cung đạt cực điểm, khi đó áp lực trong buồng ối vượt áp lực của hồ huyết (30mHg) tuân hoán gián đoạn trong khoảng 15-60 giây bởi sự chèn ép tĩnh mạch trở về. Tuy nhiên máu ở hồ huyết có dự trữ oxy để tạm thời cho thai và PO₂ trong hồ huyết giữ ổn định ở 40mmHg.

Khi sô thai, tần số và cường độ của cơn co tử cung tăng phối hợp cơn co thành bụng – lúc này áp lực buồng ối đạt đến 100 -120 mmHg, tuân hoán động mạch tử cung, hồ huyết bị gián đoạn dẫn đến sự hạ thấp PO₂ và tăng PCO₂.

Đối với thai bình thường, cơn co tử cung bình thường trong chuyển dạ không ảnh hưởng đến thai bình thường.

Cơn co tử cung quá dày hoặc quá dài có thể đe doạ một thai bình thường.

Nếu rau suy hoặc kém trước máu, dẫn đến trao đổi oxy giảm, thai có thể suy mặc dù cơn co bình thường.

Thai yếu, thai kém phát triển, do dự trữ glucoza giảm nên thai chịu đựng kém với cơn co tử cung.

Do vậy, sự bình thường của chuyển dạ phụ thuộc vào cơn co tử cung, thai, rau.

5.1.2. Lực cơ học

Nếu còn màng ối, áp lực thành tử cung không ảnh hưởng trực tiếp đến thai và dây rốn.

Sau khi ối vỡ, áp lực chèn ép vào đầu thai nhi có thể tăng 2-3 lần, dây rốn có thể bị ép giữa tử cung và thai nhi.

5.1.3. Ảnh hưởng của mẹ đến thai nhi

- Những cơn co tử cung dày và mạnh có thể dẫn đến tình trạng nhiễm toan (acid lactic) do chuyển hóa glucose theo đường khí ở thai nhi.

- Tăng thông khí phổi do mẹ thở nhanh và gắng sức trong khi đe gây ra tình trạng nhiễm kiềm hô hấp, PCO₂ hạ gây ra tình trạng giảm lưu lượng máu tử cung rau.

- Trong khi sô thai những cơn gắng rặn với thanh môn mẹ đóng lại, tăng PCO₂ và đưa đến tình trạng nhiễm toan ở mẹ, từ đó ảnh hưởng đến thai.

- Chỉ định thở oxy cho mẹ không phải luôn luôn có lợi, vì nhiễm kiềm và tăng oxy kéo theo sự hạ thấp dung lượng tử cung rau, ngược lại nó cần thiết trong trường hợp giảm oxy của người mẹ.

- Rối loạn huyết động:

- + Ở tư thế nằm ngửa: tử cung mang thai với xu hướng lệch phải nên gây chèn ép tĩnh mạch chủ dưới và dẫn đến hạ huyết áp động mạch, giảm dung lượng máu đến rau thai, có

thể làm giảm sức chịu đựng của thai trong cuộc chuyển dạ. Tư thế sản phụ nằm nghiêng trái sẽ tránh được hiện tượng này.

+ Những cơn co tử cung mạnh, hoặc có gắng rặn sẽ chèn ép động mạch chủ dưới, động mạch đùi làm giảm lưu lượng trong động mạch tử cung gây suy thai.

+ Hạ huyết áp mẹ do liệt hạch: do gây tê ngoài màng cứng có thể kéo theo tình trạng suy thai do giảm huyết áp dẫn đến giảm thể tích máu gây giảm lưu lượng máu tới rau.

+ Đau và lo lắng trong chuyển dạ làm tăng tiết cortisol và catecholamine có tác dụng co mạch tử cung và tăng tình trạng nhiễm acide lactic. Do vậy luôn phải cho giảm đau và tránh buồn phiền.

- Một số thuốc có thể làm ức chế trung tâm hô hấp và ức chế cơ tim của thai (như Barbiturat, Dolargan...).

5.2. Sự đáp ứng của thai đối với các kích thích

Hậu quả chung của tất cả những kích thích trên là giảm oxy ở thai, dẫn đến những biểu hiện thay đổi về chuyển hoá và tim mạch.

5.2.1. Những thay đổi về chuyển hoá do giảm oxy gây nhiễm toan chuyển hoá

Glycogen của gan sẽ hoạt hoá và chuyển hoá thành năng lượng. Sự chuyển hoá này luôn trong tình trạng kỵ khí, chuyển thành Lactate và CO₂. Với mức độ thiếu oxy vừa phải, thai có trọng lượng trung bình có thể thích ứng với tình trạng thiếu oxy này bằng cách sử dụng glycogen của thai. Ngược lại, đối với thai kém phát triển, không có dự trữ sẽ chịu đựng kém vì thiếu oxy.

5.2.2. Sự thay đổi về tim mạch

Khi thai có tình trạng giảm oxy người ta nhận thấy trong giai đoạn sớm, có sự tăng huyết áp, tăng nhịp tim thai do tác động của hệ Adrenergic. Trong giai đoạn muộn, nhịp tim giảm do nhiễm toan.

Phân bố lại những lượng máu riêng cho từng vùng, sự phân bố này nhằm bảo vệ những cơ quan quan trọng của thai, như tăng lượng máu cho não, tim, thượng thận và giảm lưu lượng máu tới hệ tiêu hoá, lách, xương, da, cơ, phổi. Do tình trạng ưu thán (tăng CO₂) phối hợp giảm oxy kéo theo sự giãn mạch não đưa đến ứ trệ tuần hoàn gây phù não làm tăng thiếu máu não, giải phóng Thromboplastine tổ chức gây hội chứng xuất huyết não ở trẻ sơ sinh.

5.2.3. Trong chuyển dạ

Trong thời kỳ xoá mờ cổ tử cung nhịp tim thai cơ bản nằm trong khoảng 120-160 lần/phút, tim thai có thể nhanh trong vài chục giây nhưng không bao giờ chậm không có lý do. Sự ổn định của tim thai trong chuyển dạ là bằng chứng không có nguy cơ đối với thai.

Trong lúc sổ thai: nhịp tim thai giảm chậm trong 1/3 trường hợp

Lúc sinh:

- pH = 7,25

- P_O₂ = 10mmHg

- PCO₂ = 45mmHg

- Tăng Catecholamin, Cortisol, ACTH và TSH, Angiotensin, Renin, Vasopressin trong máu. Sự thay đổi nội tiết này thường như có lợi đối với sự thích ứng của thai sau sinh.

6. SỰ THÍCH ỨNG CỦA TRẺ SƠ SINH SAU ĐẺ

Khi thai ở trong tử cung các cơ quan thai chỉ còn trong tình trạng nghỉ ngơi hoặc chưa hoạt động hoàn toàn như phổi, hệ tiêu hoá, thận ... (những trao đổi khí và chuyển hoá diễn ra ở rau thai)

- Sự duy trì thân nhiệt của thai được bảo đảm bởi sự truyền nhiệt của mẹ, sự chuyển hóa của thai, rau và nước ối.

- Tuần hoàn vận hành theo cách riêng do sức cản ngoại vi thấp vì

+ Tuần hoàn rau thai.

+ Mỗi tim thất chỉ chịu một phần của cung lượng tim.

+ Có 3 nỗi tắt riêng (ống Arantius, lỗ Botal, ống động mạch).

Ngay sau sinh, trẻ sơ sinh phải thích hợp với cuộc sống mới, các thích ứng ở phổi, tim mạch xảy ra ngay tức thì để đảm bảo cuộc sống. Những thích ứng khác ở tiêu hoá, thân nhiệt, năng lượng, thận được thiết lập chậm hơn.

6.1. Hệ thống hô hấp

Khi sô thai ngực của thai nhi bị chèn ép, điều đó loại bỏ một phần dịch ở đường hô hấp trên (khoảng 20ml), sau đó lòng ngực lấy lại thể tích của nó đưa vào phổi một lượng không khí lớn khởi phát phản xạ hô hấp. Với điểm khởi phát là hầu, không khí tràn vào phổi đầy tiếp dịch phổi ra, không khí trộn lẫn với các dịch tiết tạo thành bọt khí phủ phê nang làm thuận lợi duy trì một thể tích khí trong phê nang. Áp lực mạnh của sự thở ra đẩy dịch tiết trong nhu mô phổi về phía khoảng kẽ và hệ thống bạch huyết.

Sự bài tiết adrenalin của thai trong lúc đẻ góp phần làm giảm sự bài tiết dịch ở phổi và làm thuận lợi cho sự hấp thu dịch.

Khi tạo ra trong phổi một áp lực vượt quá 40-100 cmH₂O có thể gây vỡ phê nang, hoặc tràn khí màng phổi.

6.2. Hệ thống tuần hoàn

Hô hấp đầu tiên kéo theo sự giãn mạch.

- Hạ thấp PCO₂ và tăng PO₂ đưa tới tăng lưu lượng máu phổi
- Cắt đứt tuần hoàn rau tăng sức cản đại tuần hoàn.

Áp lực trong động mạch phổi trở nên thấp hơn áp lực động mạch chủ, động mạch đảo ngược và trở thành trái phải, máu qua từ động mạch chủ đến động mạch phổi.

6.3. Hệ tiêu hoá

Phản xạ mút kích thích sự xuống sữa non, cung cấp năng lượng, các yếu tố miễn dịch.

6.4. Thận

Huyết áp động mạch tăng, lưu lượng máu động mạch thận tăng, tăng lọc cầu thận.

6.5. Quản bình năng lượng

Glucose cung cấp bởi rau bị cắt đứt nên chuyển sang sử dụng glucogen của gan, huỷ lipit bằng oxy hoá mỡ xám của trẻ sơ sinh.

6.6. Sự thích hợp điều hoà thân nhiệt

Sự co mạch ở da, tăng chuyển hoá nhằm bảo đảm sưởi ấm. Sự sinh nhiệt bởi oxy hoá mỡ xám (tập trung chủ yếu ở vùng tầng sinh môn và hai mạn sườn của trẻ sơ sinh trong vài ngày đầu để cung cấp năng lượng đầu tiên cho trẻ). Trẻ sơ sinh bị nhiễm lạnh rất nhanh, nếu để trần hoặc làm ướt thân nhiệt bị giảm 20 trong 30 phút. Những trẻ bị ngạt hạ thân nhiệt xảy ra nhanh hơn.

6.7. Thay đổi thần kinh

Sau sinh, hệ thần kinh thực vật chiếm ưu thế nên trẻ sơ sinh ăn ngủ, cử động không ý thức, tuỳ thuộc búp bú và hô hấp.

CHẨN ĐOÁN CHUYỂN DẠ

Mục tiêu học tập

- Liệt kê được các dấu hiệu chuyển dạ và 3 giai đoạn của một cuộc chuyển dạ.
- Kể được các yếu tố cần theo dõi trong khi chuyển dạ.
- Trình bày được các nguyên tắc cơ bản trong chăm sóc sản phụ chuyển dạ đẻ.

1. ĐẠI CƯƠNG

Chuyển dạ là quá trình sinh lý, trong đó thai và rau thai được đưa ra khỏi đường sinh dục của người mẹ. Chuyển dạ là giai đoạn cuối cùng để kết thúc thời kỳ thai nghén. Đây là giai đoạn có nhiều nguy cơ nhất đối với sức khoẻ và tính mạng của mẹ và con. Do đó cần phải chẩn đoán chính xác và theo dõi sát chuyển dạ để hạn chế các tai biến xảy ra trong chuyển dạ.

2. CHẨN ĐOÁN CHUYỂN DẠ

2.1. Chẩn đoán

2.1.1. Cơ năng

- Sản phụ đau bụng từng cơn, đau ngày càng tăng và khoảng cách giữa các cơn đau ngắn lại dần.
- Ra dịch nhầy hồng âm đạo, có thể ra nước âm đạo nếu đã rỉ ối hoặc vỡ ối.

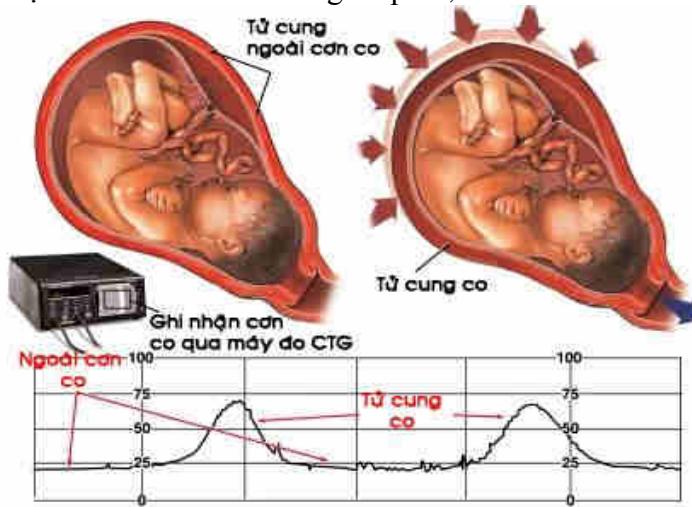


Hình 1. Dịch nhầy cổ tử cung - ối vỡ

- Có thể đau tức vùng hông và móng rặn (trong trường hợp muộn, khi ngôi thai đã xuống thấp).

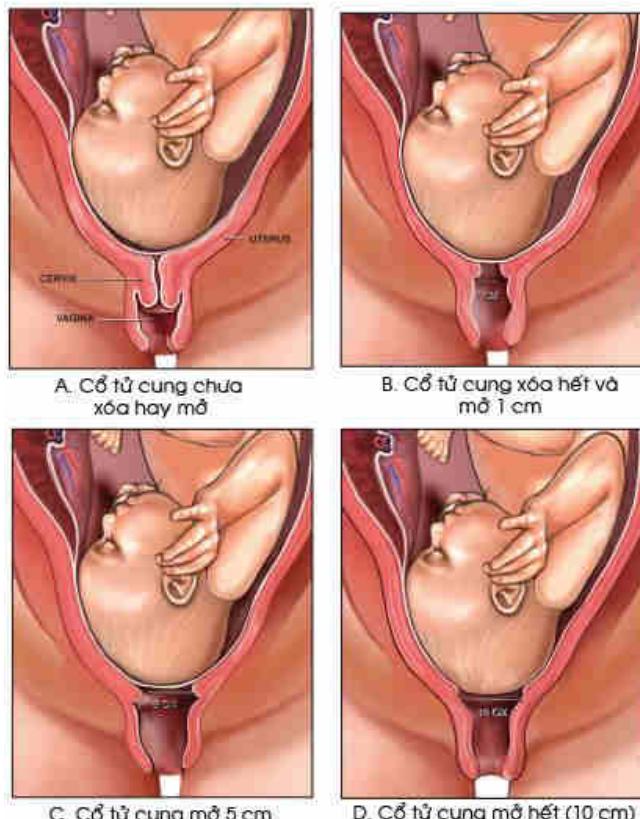
2.1.2. Thực thể

- Cơn co tử cung:
 - Xuất hiện nhịp nhàng, đều đặn, tăng dần về cường độ và thời gian.
 - Trong cơn co thấy bệnh nhân đau.
 - Xuất hiện ít nhất 2 - 3 cơn trong 10 phút, cơn co kéo dài ít nhất 20 giây.



Hình 2. Tử cung trong và ngoài cơn co.

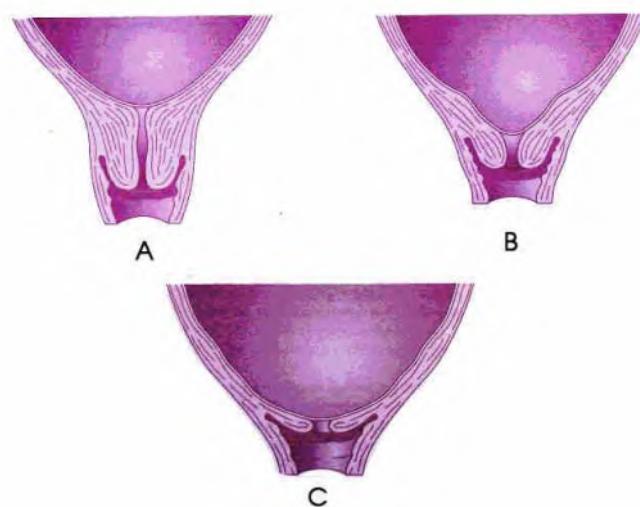
- Xoá mở cổ tử cung: xác định bằng khám âm đạo bằng tay.
 - + Ông cổ tử cung ngắn lại (hiện tượng xoá cổ tử cung)
 - + Lỗ cổ tử cung mở, có thể đút lọt một hoặc nhiều ngón tay (CTC mở).
 - + Ở người con so cổ tử cung mở sau khi đã xoá hết còn ở người con rạ, xoá mở cổ tử cung có thể xảy ra đồng thời.



Hình 3. Tiến triển cổ tử cung

- Sự thành lập đầu ối:

- + Dưới tác dụng của cơ co tử cung, một phần màng ối bị tách ra khỏi đoạn dưới, nước ối bị đẩy xuống trước ngôi tạo thành đầu ối. Khi khám âm đạo và đưa tay vào lỗ cổ tử cung sẽ cảm nhận sự bóc tách màng ối khỏi đoạn dưới và cổ tử cung và một túi dịch trước ngôi thai (ngôi đầu).



Hình 4. A. Chưa chuyển dạ B. Thành lập đầu ối C. Cổ tử cung xóa mỏng

+ Đầu ối dẹt: thường gặp trong các trường hợp ngôi thai bình chỉnh tốt. Khám thấy giữa đầu thai nhi và màng ối là một lớp dịch mỏng, chỉ phát hiện rõ trong cơn go tử cung.

+ Đầu ối phồng: thường gặp trong các ngôi thai bình chỉnh chưa tốt, ngôi bất thường, nước ối nhiều... Khám thấy giữa ngôi thai và màng ối là một lớp dịch ối dày, có thể phát hiện dễ ngay ngoài con go tử cung. Nên tránh khám trong con co tử cung vì dễ gây vỡ ối.

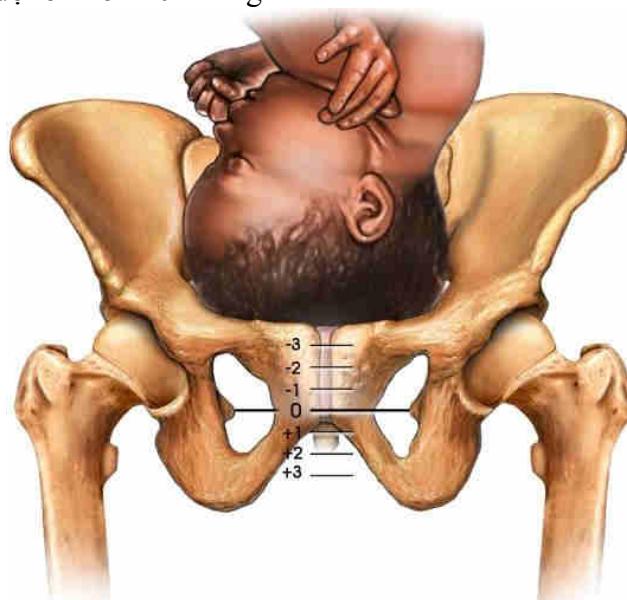
+ Ối hình quả lê: thường gặp trong các trường hợp chuyển dạ đẻ thai chết lưu do màng ối mất độ đàn hồi.

- Tiển triển ngôi thai: khi chuyển dạ, thăm thấy được sự tiến triển của ngôi. Sự tiến triển này phụ thuộc vào tác dụng của con co tử cung, kích thước và trọng lượng của thai, kích thước khung chậu của mẹ. Sự tiến triển của ngôi thai có thể được xác định bằng thăm khám ngoài (chúc, chặt, lọt hay xác định độ lọt theo phân độ 5 ngón tay) hoặc khám trong khi cỗ tử cung đã mở (độ lọt của ngôi thai theo Delle).

2.1.3. Cận lâm sàng

- Monitoring: Ghi nhận sự xuất hiện của con co tử cung:

- + Trên 2 cơn trong 10 phút
- + Cường độ lớn hơn 20mmHg



Hình 5. Độ lọt của ngôi thai theo Delle

2.2. Chẩn đoán giai đoạn của một cuộc chuyển dạ

2.2.1. Giai đoạn I

Là giai đoạn xoá mở cỗ tử cung, từ khi bắt đầu chuyển dạ cho đến khi cỗ tử cung mở hết. Giai đoạn 1 được chia làm 2 pha:

- Pha tiềm tàng (Ia): con co tàn số 3, cỗ tử cung mở $\leq 3\text{cm}$.
- Pha tích cực (Ib): con co tàn số 3 - 4, cỗ tử cung mở $> 3\text{cm}$.

2.2.2. Giai đoạn II

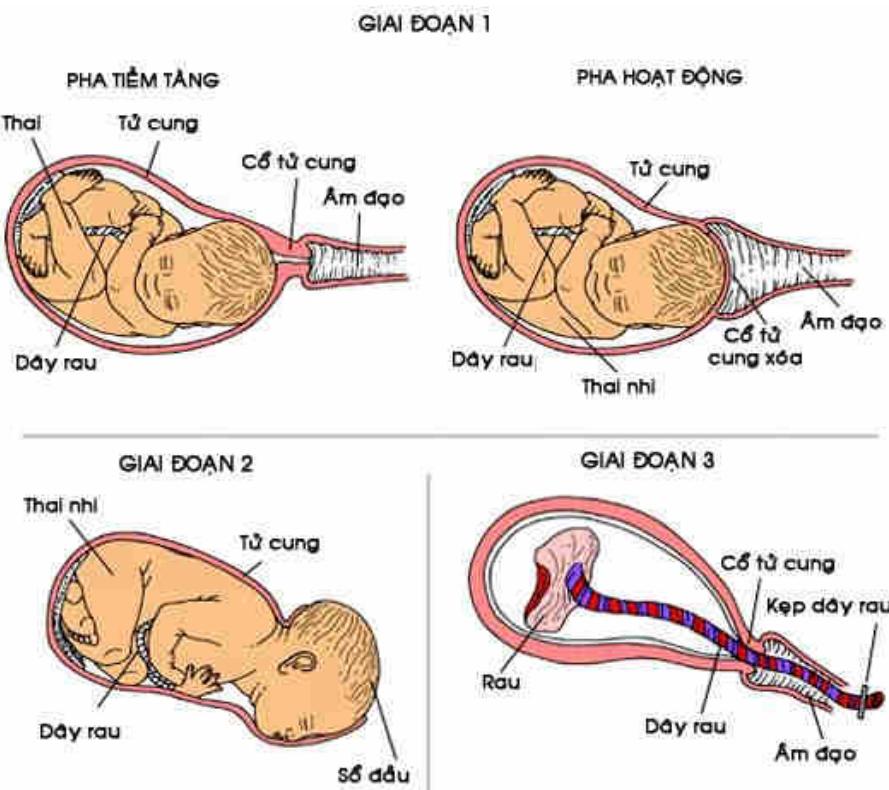
Là giai đoạn sô thai:

- + Con co tử cung tàn số 4-5, cỗ tử cung đã mở hết.
- + Ngôi thai xuống thấp, vị trí +3, đầu có thể thập thò ở âm hộ.
- + Tăng sinh môn căng phồng.

2.2.3. Giai đoạn III

Giai đoạn bong rau và sô rau:

- + Sản phụ đau bụng trở lại, có cảm giác mót rặn.
- + Dây rốn tụt thấp so với vị trí ban đầu.
- + Nghiệm pháp bong rau (+).



Hình 5. Các giai đoạn của chuyển dạ

3. THEO DÕI CHUYỂN DẠ

Dùng biểu đồ chuyển dạ để theo dõi thai phụ trong quá trình chuyển dạ.

3.1. Theo dõi toàn thân

- Mạch: theo dõi trong chuyển dạ 1 giờ một lần, sau đẻ 15 phút một lần trong giờ đầu sau sinh, 30 phút một lần trong giờ tiếp theo, 1 giờ một lần trong 4 giờ tiếp theo.
- Huyết áp: đo mỗi giờ một lần.
- Đo thân nhiệt: 4 giờ một lần.

3.2. Theo dõi con co tử cung

- Theo dõi tần số và cường độ của cơn co tử cung
- Trong pha tiềm tang 1 giờ một lần, pha tích cực 30 phút một lần. Xác định cơn co thưa yếu, quá mạnh hoặc rối loạn.

3.3. Theo dõi tim thai

- Nghe nhịp tim thai trong 1 phút
- Pha tiềm tang: 30 phút nghe một lần.
- Pha tích cực: 15 phút nghe một lần.
- Nghe trước và ngay sau khi bấm ối hay vỡ ối.
- Giai đoạn rặn đẻ thì nghe tim thai ngay sau mỗi khi rặn đẻ
- Tim thai bình thường ở khoảng giữa 110 và 160 lần/phút.
- Nếu nghe thấy nhịp tim thai tăng trên 160 lần/ phút hoặc giảm dưới 110 lần/phút trong một khoảng thời gian liên tục (trên 10 phút), thai nhi có nguy cơ nhiễm toan, cần có sự can thiệp kịp thời.

3.4. Theo dõi tình trạng ối

- Ghi nhận thời điểm vỡ ối (tự nhiên hoặc nhân tạo)
- Quan sát màu sắc và lượng nước ối.
- Nếu nước ối có màu xanh, màu đỏ hoặc nâu đen, có mùi hôi thối, đa hoặc thiếu ối đều là những dấu hiệu nguy cơ tiềm tàng cho thai.
- Nếu ối vỡ trên 6 giờ mà chưa sinh thì phải cho kháng sinh.

3.5. Theo dõi độ mở cổ tử cung

- Khám âm đạo:
 - + Pha Ia: 3 - 4 giờ một lần
 - + Pha Ib: 1 - 2 giờ một lần

3.6. Theo dõi độ tiến triển của ngôi thai.

Đánh giá độ lọt đầu thai nhi bằng nắn ngoài hoặc khám âm đạo. Nếu chuyển dạ tiến triển thuận lợi thì ngôi thai lọt và xuống tốt. Đặc điểm này có thể xác định qua việc ước lượng vị trí của phần ngôi thai thấp nhất so với gai tọa ở người mẹ.

Ghi độ lọt vào biểu đồ chuyển dạ để phát hiện sớm chuyển dạ đình trệ.

3.7. Theo dõi sổ thai

Đối với con so: thời gian sổ thai không được vượt quá một giờ kể từ khi cổ tử cung mở hết.

Đối với con rạ: không được vượt quá 30 phút.

Nghe tim thai sau mỗi lần rặn.

3.8. Theo dõi sổ rau

- Thời gian không vượt quá 30 phút kể từ khi sổ ra.
- Theo dõi lượng máu sau sổ rau
- Kiểm tra bánh rau

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

- Bà mẹ phải được theo dõi tại cơ sở y tế. Phải theo dõi chuyển dạ bằng biểu đồ chuyển dạ một cách toàn diện, có hệ thống. Kịp thời phát hiện các bất thường trong quá trình chuyển dạ và chuyển đi bệnh viện để bảo đảm an toàn cho mẹ và con.

- Đảm bảo cho mẹ có đủ nước và dinh dưỡng trong quá trình chuyển dạ.
- Nếu sản phụ được quyết định để tại cơ sở y tế, nữ hộ sinh cần phải chuẩn bị những dụng cụ tối thiểu cần thiết và phải bảo đảm vô khuẩn để đỡ đẻ. Phải thực hiện đúng qui trình khi đỡ đẻ, đỡ rau, kiểm tra rau, khi làm rốn, kiểm soát tử cung, khâu tầng sinh môn.
- Tân tình, kiên nhẫn và tỉ mỉ.
- Hỗ trợ tinh thần để giúp sản phụ bớt lo âu.

BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được nội dung biểu đồ chuyển dạ
2. Ghi và vẽ được đường biểu diễn lên biểu đồ chuyển dạ.
3. Phân tích được biểu đồ chuyển dạ qua đó phát hiện được cuộc chuyển dạ nguy cơ.

1. ĐẠI CƯƠNG

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

Biểu đồ chuyển dạ là một phương tiện rất quan trọng để theo dõi sự diễn biến của cuộc chuyển dạ. Nó được xem như hệ thống báo động sớm giúp cho người thày thuốc biết khi nào cần can thiệp và kết thúc cuộc chuyển dạ đúng lúc. Đối với tuyến y tế cơ sở, nó giúp ta biết khi nào cần chuyển tuyến. Nhờ đó, nó giúp hạ thấp rõ rệt những tai biến cho bà mẹ và thai nhi.

Những trường hợp không ghi biểu đồ chuyển dạ:

- Chảy máu trước đẻ
- Tiền sản giật nặng - sản giật
- Thai suy
- Vết mổ cũ
- Thiếu máu
- Đa thai
- Ngôi bất thường
- Chuyển dạ đẻ cực non
- Chuyển dạ tắc nghẽn rõ

2. MẪU BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ CỦA TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI

2.1. Nguyên lý: Về cơ bản biểu đồ chuyển dạ (BĐCD) này được xây dựng dựa vào các nguyên lý sau:

- Pha tiềm ẩn không kéo dài quá 8 giờ.
- Pha tích cực của giai đoạn I chuyển dạ bắt đầu kể từ khi cổ tử cung mở 3 cm trong điều kiện tử cung co bóp bình thường.
- Trong pha tích cực, tốc độ mở cổ tử cung không được dưới 1cm/giờ.
- Không nên khám âm đạo thường xuyên, phải đảm bảo vô khuẩn khi khám.
- Khi theo dõi chuyển dạ nên dùng BĐCD đã in sẵn.

2.2. Nội dung của biểu đồ chuyển dạ

BĐCD có thể sử dụng cho tất cả những trường hợp ngôi đầu chuyển dạ trong bệnh viện. Đối với tuyến y tế cơ sở BĐCD chỉ áp dụng cho những trường hợp không có nguy cơ cao, và tiên lượng có thể sinh thường bằng đường âm đạo. Đối với những trường hợp có nguy cơ cao phải chuyển ngay đến bệnh viện.

Nội dung của BĐCD gồm 3 thành phần chính: tình trạng thai, diễn tiến chuyển dạ và tình trạng mẹ.

- Những ghi nhận về tình trạng thai: Được đặt ngay trên đồ thị mở CTC, bao gồm:

+ Nhịp tim thai: Phần ghi nhận tim thai có hai đường kẻ đậm ở 120 lần/phút - 160 lần/phút để chỉ rõ giới hạn bình thường của tim thai trong khoảng này. Theo dõi nhịp tim thai là cách theo dõi an toàn và đáng tin cậy đối với tình trạng thai nhi.

+ Tình trạng màng ối, nước ối: Ghi nhận tình trạng màng ối còn hay đã vỡ, nếu ối đã vỡ thì màu sắc nước ối như thế nào.

+ Tình trạng xương sọ: nói lên sự uốn khuôn của đầu thai nhi trong tiêu khung người mẹ.

- Những ghi nhận về diễn tiến của chuyển dạ

+ Đò thị cổ tử cung: gồm hai phần

* Pha tiêm ản: Từ khi bắt đầu chuyển dạ đến khi cổ tử cung mở 3 cm, kéo dài từ 0 - 8 giờ. Đường ngang ở pha này được kẻ đậm.

* Pha tích cực: Bắt đầu khi cổ tử cung mở 3 cm đến khi mở hết. Có hai đường chéo được vẽ đậm trong pha này: đó là đường báo động đi từ 8 giờ - 15 giờ (tương ứng độ mở cổ tử cung 3 - 10cm), biểu diễn tốc độ mở cổ tử cung tối thiểu là 1cm/giờ và đường hành động được vẽ bên phải song song đường báo động 4 giờ. Nếu đò thị mở cổ tử cung chậm đến hoặc vượt quá đường báo động là có chuyển dạ bất thường.

+ Độ lọt: Được vẽ trên cùng phần đò thị mở cổ tử cung, đường biểu diễn bình thường đi xuống dần.

+ Độ lọt được đánh giá bằng nắn đầu thai nhi qua thành bụng.

+ Theo thời gian, đò thị mở cổ tử cung sẽ là một đường đi dần lên. Cuộc chuyển dạ tiến triển tốt, cổ tử cung phải mở tương xứng với độ lọt của đầu thai nhi.

+ Cơn co tử cung: Cơn co phải được ghi nhận về cường độ, tàn số và thời gian co.

- Những ghi nhận về tình trạng mẹ, bao gồm:

+ Mạch, huyết áp, nhiệt độ cơ thể.

+ Phân tích nước tiểu về thể tích, protein, aceton.

+ Thuốc và dịch truyền: Được ghi lại phần dưới phần ghi cơn co tử cung. Phần này cho phép thầy thuốc theo dõi được các thuốc và dịch truyền đã sử dụng trong chuyển dạ..

- Chế độ dùng Oxytocin được ghi lại để theo dõi sự tiến triển của chuyển dạ.

2.3. Nhận biết chuyển dạ bình thường, bất thường qua sử dụng biểu đồ chuyển dạ và thái độ xử trí

- Chuyển dạ bình thường:

+ Trên cơ sở BĐCD được áp dụng trong những trường hợp chuyển dạ sinh không có nguy cơ cao hay cấp cứu sản khoa, chuyển dạ bình thường khi:

+ Pha tiêm ản không kéo dài quá 8 giờ

+ Ở pha tích cực, đò thị mở cổ tử cung không cắt đường báo động, tức là tốc độ mở cổ tử cung $> 1 \text{ cm/giờ}$.

- Chuyển dạ bất thường: Khi pha tiêm ản kéo dài $> 8 \text{ giờ}$: Đò thị mở cổ tử cung di chuyển sang bên phải và cắt đường báo động lúc này chuyển dạ có nguy cơ kéo dài, cần phải:

+ Ở tuyến y tế cơ sở nên chuyển bệnh nhân đến tuyến có điều kiện phẫu thuật.

+ Cần đánh giá kỹ bệnh nhân đã có chuyển dạ thật sự chưa, cơn co tử cung có hữu hiệu không... để có hướng xử trí thích hợp.

- Nếu pha tiêm ản vượt qua đường hành động thì chuyển dạ đã kéo dài. Xử trí: cần đánh giá các yếu tố chuyển dạ, có thể bầm ối, điều chỉnh cơn co tử cung.

- Trong pha tích cực, nếu tốc độ mở CTC $< 1 \text{ cm/giờ}$, hoặc đường biểu diễn tiến đến đường báo động, cần thiết phải:

+ Ở tuyến y tế cơ sở, sản phụ phải được chuyển ngay đến tuyến trung tâm, trừ khi cổ tử cung đã mở hoàn toàn và đầu lọt thấp.

+ Nếu bệnh nhân đang ở tuyến trung tâm cần theo dõi sát, đánh giá cẩn thận. Tìm nguyên nhân làm cổ tử cung mở chậm như cơn co tử cung không hữu hiệu, bất thường xứng đầu chậu...

+ Nếu đồ thị mở CTC cắt đường hành động thì nên bấm ối, theo dõi sát và truyền oxytocin kích thích chuyển dạ khi không có chống chỉ định. Nếu đã xử trí như trên mà chuyển dạ vẫn không tiến triển thì nên chấm dứt cuộc chuyển dạ.

- Trong khi theo dõi bằng BĐCD có thể xảy ra một số bất thường, xử trí từng trường hợp cụ thể.

+ Thai suy

* Ở tuyến cơ sở khi phát hiện thai suy thì sản phụ nên được chuyển lên tuyến trên có điều kiện can thiệp sản khoa tốt hơn.

* Ở trung tâm y tế hay bệnh viện nếu phát hiện thai suy phải tiến hành hồi sức thai ngay, khám âm đạo để loại trừ sa dây rốn và phát hiện các nguyên nhân gây suy thai. Nếu hồi sức không kết quả thì mở lấy thai, trừ khi ngôi đã lọt thấp có điều kiện để nhanh đường dưới.

+ Nếu màng ối đã vỡ thì phải đánh giá màu sắc và lượng nước ối chảy ra để có thái độ xử trí tiếp. Nếu ối vỡ > 12 giờ thì phải dùng kháng sinh.

+ Chảy máu: tìm vị trí chảy máu, màu sắc và lượng máu.

+ Cao huyết áp, sốt, mất nước,... thì xử trí tuỳ trường hợp.

2.4. Cách ghi một biểu đồ chuyển dạ

- Để ghi một biểu đồ chuyển dạ, cần thống nhất các ký hiệu. Phần lớn các ký hiệu này đã được quy định ở lề trái của biểu đồ chuyển dạ.

- Biểu đồ chuyển dạ được lập khi có chuyển dạ thật: tần số 2 cơn co/10 phút và thời gian của mỗi cơn co ít nhất 20 giây.

- Nếu thai phụ ở pha tiềm ẩn, các số liệu được ghi ở ô, cột đầu của biểu đồ chuyển dạ.

- Nếu thai phụ ở pha tích cực thì các số liệu được ghi ở ô, cột dọc ứng với độ mở lúc lập biểu đồ chuyển dạ trên đường báo động.

BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

Họ và tên:	Số lần mang thai	Số lần sinh:	Số nhập viện
Ngày nhập viện:	Thời gian nhập viện	Mang ối đã vỡ	
<p>Nhịp tim thai (Đánh dấu chấm ●)</p>			
<p>Nước ối Độ chống khập</p>			
<p>Pha tiêm tàng Pha tích cực</p>			
<p>Số cm eo trong 10 phút</p>			
<p>Oxytocin đòn số giọt/phút</p>			
<p>Mạch ● và Huyết áp</p>			
<p>Thân nhiệt (độ C)</p>			
<p>Nước tiểu</p>			

- **Ghi giờ**

Dòng thời gian nằm dưới biểu đồ cổ tử cung là để ghi giờ trong ngày đã điều chỉnh theo nguyên tắc làm tròn số giờ thực tế khi sản phụ vào cơ sở y tế, ghi ở dòng trên trong phần thủ tục. Thí dụ:

- + Giờ vào: 5 giờ 25 phút thì giờ trong ngày ghi 5g.
- + Giờ vào: 5 giờ 32 phút thì giờ trong ngày ghi 6g.
- + Các ô trăng ở trên các số từ 1-24 để ghi giờ trong ngày sau khi đã vào trạm 1 giờ, 2 giờ sau. Thí dụ:

- + Thời gian vào là 5g thì ô 1 ghi 6g, ô 2 ghi 7g.
- + Thời gian vào là 13g thì ô 1 ghi 14g, ô 2 ghi 15g.
- Mạch mẹ, nhịp tim thai được ghi bằng ký hiệu là dấu “•”
- Độ mở cổ tử cung được ghi bằng ký hiệu (x) ở các dòng ngang có số tương ứng.
- Huyết áp được ghi bằng ký hiệu mũi tên 2 đầu (↑), đầu trên biểu thị số huyết áp tối đa; đầu dưới biểu thị số huyết áp tối thiểu.
- Tiến triển của ngôi thai (độ xuống của đầu) được ký hiệu bằng hình tròn O với quy định:

- + Cao: ghi ở dòng ngang số 5
- + Chúc: ghi ở dòng ngang số 4
- + Chặt: ghi ở dòng ngang số 3
- + Lọt cao: ghi ở dòng ngang số 2
- + Lọt vừa (hay trung bình): ghi ở dòng ngang số 1
- + Lọt thấp: ghi ở dòng ngang số 0

Trên lâm sàng có thể xác định mức độ tiến triển của ngôi bằng cách khám ngoài với một bàn tay nắm ngón đặt trên khớp vệ để tuỳ số ngón tay chạm được đến đầu thai tính ra mức độ lọt của ngôi: cao (5 ngón), chúc (4 ngón), chặt (3 ngón), lọt cao (2 ngón), lọt vừa (1 ngón) và lọt thấp (không có ngón tay nào chạm vào đầu thai nữa).

- **Chồng khớp sọ**

Chỉ số này nói lên mức độ uốn khuôn của đầu thai để thu nhỏ thể tích đầu cho dễ đi qua tiêu khung đồng thời cho biết tiên lượng ngôi có lọt xuống được dễ dàng hay không. Các ký hiệu được quy định là:

“O” khi hai đường khớp giữa 2 xương đinh của thai hơi cách nhau, đường khớp dễ nhận thấy.

“+” khi hai xương đinh giáp sát vào nhau, phát hiện khó hơn.

“++” khi hai xương đinh chèm lên nhau rõ rệt.

Có chồng khớp là có bất tương xứng giữa tiêu khung mẹ và kích cỡ thai nhi. Nếu thai phụ đang được chăm sóc ở tuyến cơ sở thì nên chuyển lên tuyến trên.

Tình trạng vỡ ối:

+ Ghi thực trạng về tình trạng đầu ối lúc tiếp nhận và những lần khám về sau:

Ký hiệu “C” cho biết ối còn hoặc chưa vỡ. Nếu còn: D: dẹt; P: phồng

Ký hiệu “T” cho biết đầu ối đã vỡ (hoặc bầm) với nước ối trong.

Ký hiệu “M” nếu đầu ối đã vỡ với nước ối có màu.

Ối vỡ tự nhiên hoặc bầm ối vào lúc nào thì đánh dấu một mũi tên ở ngay thời điểm đó cùng với các ký hiệu trên (có thể ghi thêm chữ “vỡ” hoặc “bầm” để phân biệt).

- **Nhiệt độ:**

Đo thân nhiệt của bà mẹ 4 giờ/lần và ghi kết quả vào ô nhiệt độ ở thời điểm tương ứng.

Protein nước tiểu sau khi thử có kết quả được ghi lại như sau:

(-) Nước tiểu không có Protein

(+), (++) hay (+++) khi nước tiểu có protein với mức độ ít, vừa phải hay nhiều tùy theo độ đặc trắng của nước tiểu thử sau khi đốt nóng.

- Ghi cơn co tử cung

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

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

Khi cơn co tử cung có độ dài dưới 20 giây

Khi cơn co tử cung có độ dài từ 20 giây đến 40 giây

Khi cơn co tử cung có độ dài trên 40 giây

Một nguyên tắc quan trọng cần ghi nhớ là tất cả các số đo theo dõi được ở giờ nào sẽ được ghi lại trên đường đọc của biểu đồ chuyển dạ ở bên trái của ô giờ đó. Do đó, các số liệu thu được ngay khi khám vào sẽ được ghi ở đường đọc đầu tiên trên biểu đồ chuyển dạ.

- Hướng dẫn chuyển pha: Nếu ngay khi vào, thăm khám thấy cổ tử cung đã mở được từ 3cm trở lên thì chuyển dạ của sản phụ đã chuyển sang pha tích cực từ trước đó, vì thế các số liệu thu được khi khám không ghi ở đường đọc đầu tiên của biểu đồ chuyển dạ nữa mà phải ghi ở đường đọc nằm trong pha tích cực phù hợp với độ mở của cổ tử cung lúc đó.

Trường hợp khi vào chuyển dạ đang ở pha tiềm tàng nhưng sau 4 giờ khám lại đã chuyển sang pha tích cực thì sau khi ghi các ký hiệu của giờ đó ở pha tiềm tàng phải làm động tác “chuyển” các kết quả đó sang pha tích cực ở ô và dòng thích hợp.

Lưu ý:

1. Chỉ thực hiện biểu đồ chuyển dạ khi chắc chắn không có các biến chứng của thai nghén phải xử trí ngay.

2. Biểu đồ chuyển dạ chỉ thực hiện khi có chuyển dạ thực sự.

NGÔI CHỎM VÀ CƠ CHẾ ĐỂ NGÔI CHỎM

Mục tiêu

1. Định nghĩa ngôi chỏm
2. Mô tả các dấu hiệu chẩn đoán ngôi chỏm
3. Mô tả cơ chế để ngôi chỏm

1. ĐẠI CƯƠNG

Ngôi chỏm là ngôi dọc, đầu ở dưới, trục của thai nhi trùng với trục của tử cung. Đầu thai nhi cúi tốt với xương chẩm trình diện trước eo trên.

Ngôi chỏm chiếm 95% trường hợp các ngôi thai. Điểm mốc của ngôi chỏm là xương chẩm. Đường kính lọt của ngôi chỏm là đường kính hạ chẩm- thóp trước (bình thường 9,5 cm). Ngôi chỏm có thể lọt qua eo trên khung chậu người mẹ theo 2 đường kính chéo phải và trái (chủ yếu là đường kính chéo trái, chiếm 95%). Một số trường hợp thai nhỏ hoặc thai chết có thể lọt qua đường kính ngang.

Ngôi chỏm có 2 thế (phải và trái), tương ứng với 6 kiểu thế lọt (chẩm trái trước, chẩm trái ngang, chẩm trái sau, chẩm phải trước, chẩm phải ngang, chẩm phải sau) và 2 kiểu thế số (chẩm trước và chẩm sau).

2. SỰ BÌNH CHỈNH CỦA NGÔI CHỎM

Ngôi chỏm bình chỉnh tốt phụ thuộc vào các điều kiện về mẹ, thai nhi và phần phụ của thai:

2.1. Điều kiện về mẹ

- Khung chậu bình thường về giải phẫu
- Thành bụng, các thành phần đáy chậu tốt
- Tử cung bình thường

2.2. Điều kiện về thai nhi

Thai sống và phát triển bình thường trong suốt thai kỳ

2.3. Điều kiện về phần phụ của thai

- Nước ối trung bình khoảng 500ml
- Cuống rau bình thường, dài 40-60cm
- Rau bám ở mặt trước, mặt sau thân tử cung

3. CHẨN ĐOÁN NGÔI CHỎM

Dựa vào phương pháp hỏi, nhìn, nắn, nghe và khám âm đạo khi có chuyển dạ.

3.1. Chẩn đoán ngôi

- Hỏi: tiền sử các lần đẻ trước thường là ngôi chỏm.
- Nhìn: tử cung có hình trứng.
- Khám thủ thuật 1 và 3 của Léopold: cực dưới là một khối tròn, rắn, đều, di động (khi ngôi cao lồng), đó là đầu. Cực trên nắn được một khối mềm, không đều, lớn hơn khối cực dưới, đó là mông của thai nhi.

3.2. Chẩn đoán thế

- Khám thủ thuật 2 của Léopold xác định được một diện phẳng tương ứng lưng của thai nhi. Lưng bên nào thì thế của thai nhi bên đó.
- Đôi khi nắn được bướu chẩm (to hơn bướu trán) thường thấp cùng bên với lưng thai nhi.

3.3. Chẩn đoán kiểu thê

Dựa vào 2 triệu chứng sau đây:

- Nếu nắn được 3/4 diện lưng tức là kiểu thê trước, ngược lại nắn diện lưng không rõ và nắn chỉ rõ hơn là kiểu thê sau.

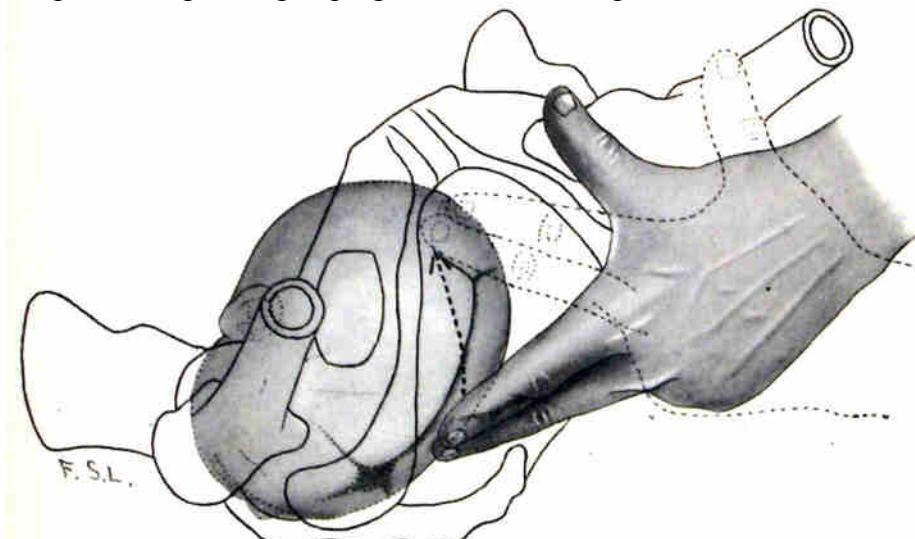
- Lúc chuyển dạ cổ tử cung đã mờ, khám âm đạo sờ được xương chẩm (thóp sau) ở phía trước của khung chậu tức là kiểu thê trước và ngược lại nghĩa là kiểu thê sau.

4. CHẨN ĐOÁN ĐỘ CÚI VÀ ĐỘ LỌT CỦA NGÔI CHỎM

4.1. Chẩn đoán độ cúi ngôi chỏm

- Ngôi chỏm cúi tốt: khám âm đạo lúc cổ tử cung đã xoá, mở sê sò được thóp sau ở chính giữa mặt phẳng eo trên khung chậu hay ngay giữa cổ tử cung.

- Ngôi chỏm cúi không tốt: lúc thóp sau ở một bên cổ tử cung. Có thể sờ được thóp trước lẫn thóp sau trong trường hợp ngôi chỏm cúi không tốt.



Hình 1. Xác định khớp dọc giữa và các thóp qua thăm khám âm đạo

4.2. Chẩn đoán độ lọt của ngôi chỏm

Chẩn đoán độ lọt của ngôi bằng cách

- Khám ngoài:

+ Nắn đầu: đặt năm ngón đặt trên khớp vệ, tuỳ số ngón tay chạm được đến đầu thai tính ra mức độ lọt của ngôi: cao (5 ngón), chúc (4 ngón), chật (3 ngón), lọt cao (2 ngón), lọt vừa (1 ngón) và lọt thấp (không có ngón tay nào chạm vào đầu thai nữa).

+ Nắn vai: có thể đánh giá đầu đã lọt qua eo trên hay chưa. Nếu đo khoảng cách từ mõm vai của thai nhi đến bờ trên khớp mu của sản phụ: >7cm tức là đầu chưa lọt và ngược lại < 7cm có nghĩa là đầu đã lọt qua mặt phẳng eo trên.

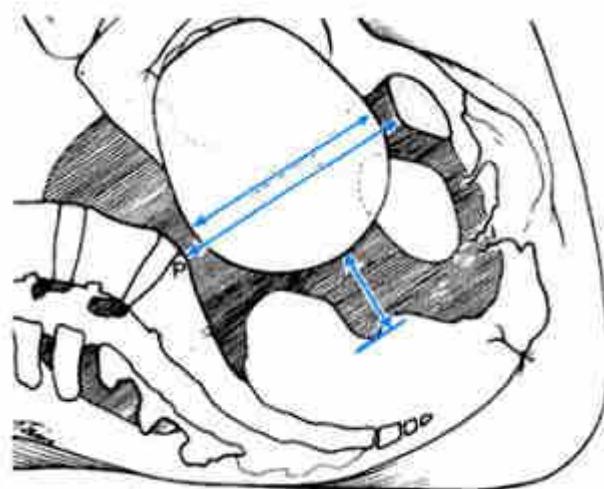
- Khám trong: dựa vào phân độ lọt của Delle.

5. CƠ CHẾ NGÔI CHỎM

Quá trình chuyển dạ đẻ là một chuỗi các động tác thụ động của thai nhi, đặc biệt là của phần ngôi thai trình diện, trong quá trình thai đi xuống để sô qua đường sinh dục

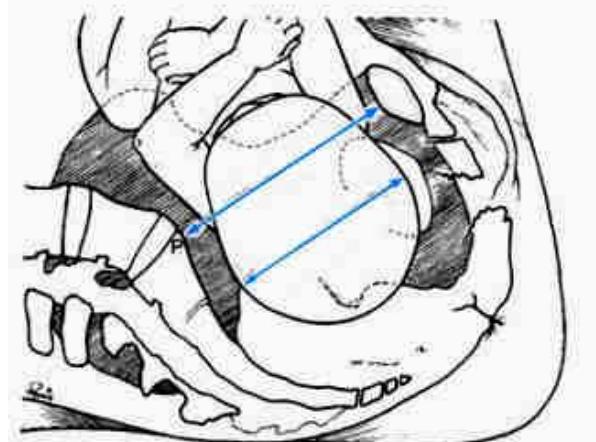
Trong một cuộc đẻ, thai nhi dù là ngôi gì cũng diễn tiến qua 4 thi chính:

- Lọt : đường kính lớn của ngôi trùng vào mặt phẳng eo trên (hay phần thấp nhất của đầu ngang vị trí -0- hai gai tọa)



Hình 1. Đường kính lớn của ngôi trùng vào mặt phẳng eo trên

- Xuống: ngôi di chuyển trong ống đẻ từ mặt phẳng eo trên đến mặt phẳng eo dưới.



Hình 2. Ngôi di chuyển từ mặt phẳng eo trên đến mặt phẳng eo dưới.

- Quay: điểm mốc của ngôi hoặc chẩm (thóp sau) quay về phía xương mu hay xương cùng

- Sổ: phần thai sổ ra ngoài âm hộ

5.1. Đẻ đầu

5.1.1. Thì lọt

- Trước khi chuyển dạ: đầu cao, cúi không tốt (đường kính chẩm trán = 11 cm, trình diện trước eo trên).

- Đè chuẩn bị lọt, con co tử cung làm đầu cúi hơn để đường kính hạ chẩm - thóp trước = 9,5 cm song song với đường kính chéo trái của mặt phẳng eo trên (Khám âm đạo sờ được rãnh dọc của đầu trùng với đường kính này).

- Lọt thực sự: quá trình diễn tiến từ khi đường kính của ngôi (đường kính lớn nhất) đi qua mặt phẳng eo trên. Đặc biệt có một số dấu hiệu lâm sàng khi đầu đã lọt như sau:

+ Qua khám bụng, chỉ có thể sờ thấy 2/5 đầu thai nhi (xem bài biểu đồ chuyển dạ).

+ Khám âm đạo cho thấy phần thấp nhất của chỏm nằm ngang mặt phẳng gai hông của thai phụ (vị trí - 0 -).

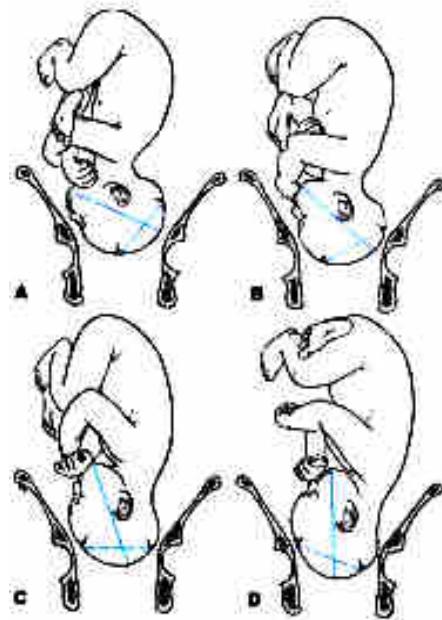
- Kiểu lọt:

+ Lọt đối xứng: 2 búrou đỉnh cùng xuống song song.

+ Lọt không đối xứng: 1 búrou xuống trước

1 búrou xuống sau

Kiểu lọt không đối xứng kiểu sau thường hay gấp hơn kiểu lọt không đối xứng kiểu trước.



Hình 3. Đầu thai nhi cúi trong chuyển dạ

5.1.2. *Thì xuống*

Là giai đoạn di chuyển của ngôi từ mặt phẳng eo trên đến mặt phẳng eo dưới ra phía âm đạo, khi đầu thai nhi xuống thấp làm tăng sinh môn căng phòng.

5.1.3. *Thì quay*

Khi đầu thai nhi chạm vào lớp cân cơ của đáy chậu thì đầu thai nhi bắt đầu quay để đường kính hạ chẩm - thóp trước (9,5 cm) trở thành song song với đường kính trước sau của eo dưới.

- Ngôi chỏm kiểu thế trước thì đầu sẽ quay 45° ra trước.

- Ngôi chỏm kiểu thế sau thì đầu sẽ quay 45° ra phía sau, hoặc có thể quay 135° ra trước.

5.1.4. *Thì sổ*

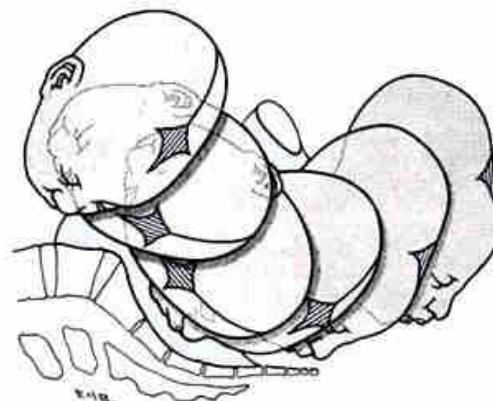
- Sau khi xuống và quay, đầu sẽ cúi thêm do:

- + Sức đẩy của cơn co tử cung
- + Sức đẩy của cơn co thành bụng lúc rặn đẻ.
- + Sức cản của đáy chậu.

Các yếu tố trên làm cho đầu chuẩn bị sổ.

- Sổ thực sự: Khi hạ chẩm thai nhi đã cố định ở bờ dưới khớp mu, dưới tác động của sức rặn và cơn co tử cung đầu thai nhi ngửa dần, âm hộ nở to để lấn lướt trán, mặt, cầm chui ra và hướng lên trên.

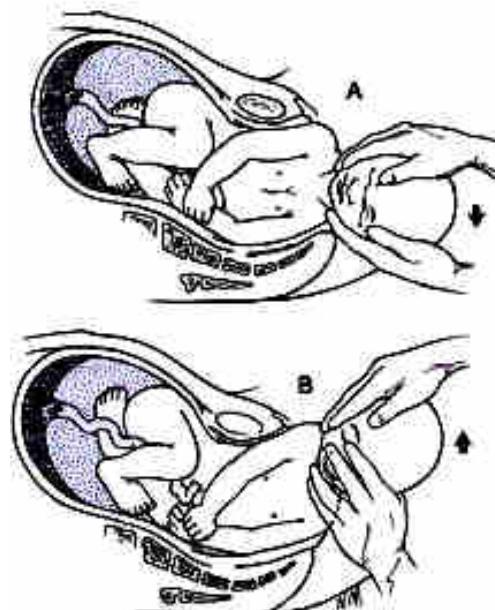
- Sau khi sổ xong đầu thai nhi sẽ quay 45° để trở về kiểu thế cũ.



Hình 4. Sô đầu

5.2. Đẻ vai

Cơ chế không khác mấy so với đẻ đầu. Sau khi sô đầu, đầu quay về vị trí cũ, đường kính lưỡng mõm vai thu hẹp từ 12 cm còn 9,5 cm và lọt theo đường kính chéo (nếu ngôi lọt theo đường kính chéo trái thì vai lọt theo đường kính chéo phải và ngược lại). Sau khi lọt, vai sô theo đường kính trước sau của eo dưới, vai trước sô đến bờ dưới cơ Delta thì dừng lại đẻ vai sau sô.



Hình 5. Đẻ vai

2.3. Đẻ mông

Giống như cơ chế đẻ vai, đường kính lớn của mông là đường kính lưỡng ụ đùi bằng 9 cm (đường kính cùng chày 11 cm) sẽ thu nhỏ còn 9 cm. Do đó đẻ mông không phải là trường hợp khó.

SÔ RAU THƯỜNG

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được các hiện tượng lâm sàng thời kỳ sô rau.
2. Mô tả các bước trong xử trí tích cực giai đoạn III

1. ĐẠI CƯƠNG

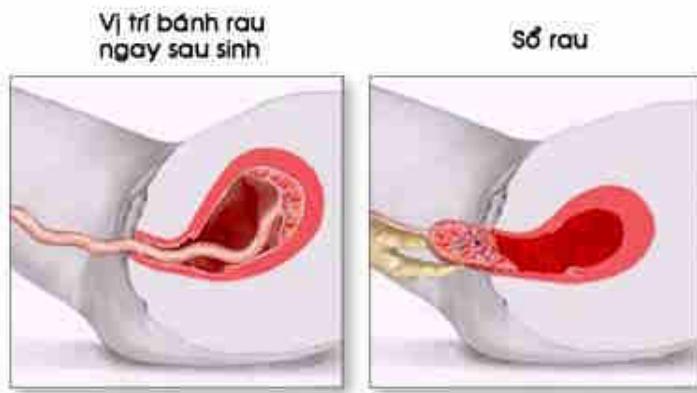
Sô rau là giai đoạn III của cuộc chuyển dạ. Bình thường, giai đoạn này kéo dài trung bình 30 phút. Sự bong rau xảy ra ở lớp nồng (lớp đặc) của màng rụng.

Sự bong rau xảy ra qua 3 thì:

- Thị bong: sau khi sổ thai, tử cung co lại nhưng vì bánh rau có tính chất đàn hồi kém nên co rùm lại, dày lên, lớp rau chèm ra ngoài vùng rau bám. Các gai rau bị kéo căng, mạch máu lớp xốp đứt gây chảy máu. Trọng lượng cục máu sau rau làm cho rau bong tiếp. Có 2 kiểu bong rau: Baudelocque và Duncan.

- Thị sổ rau: dưới tác dụng của cơ tử cung, rau bong kéo theo màng ối xuống đoạn dưới, rồi xuống âm đạo và ra ngoài.

- Thị cầm máu: nhờ sự co bóp của tất cả các sợi cơ tử cung và cơ ché đòng máu bình thường. Sau sổ rau tử cung co lại thành một khối an toàn.



Hình 1. Giai đoạn sô rau

2. CÁC HIỆN TƯỢNG LÂM SÀNG THỜI KỲ SÔ RAU

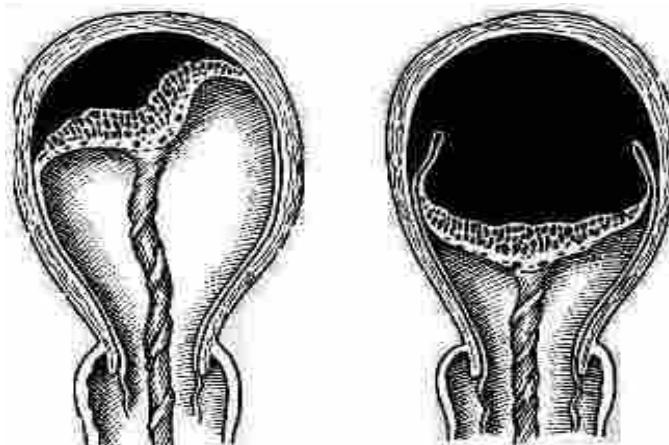
2.1 Các dấu hiệu bong rau

- Dây rốn xuống thấp.
- Máu chảy ra qua âm đạo báo hiệu rau bong khỏi thành tử cung.
- Sự thay đổi đáy tử cung từ dạng đĩa sang khối cầu.

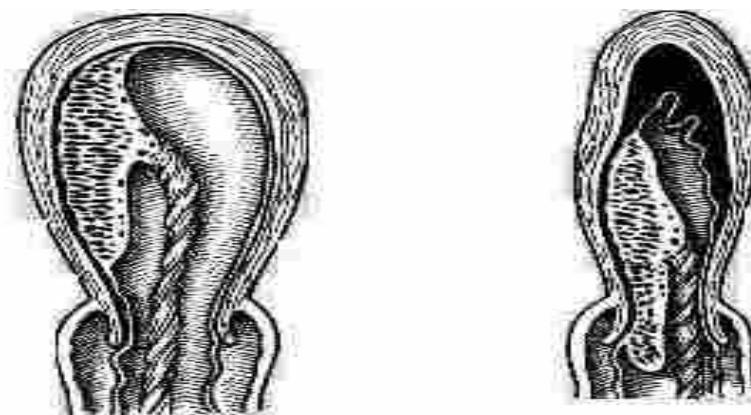
2.2 Các kiểu bong rau

2.2.1 Bong rau kiểu Baudelocque

Rau được bong từ trung tâm ra bìa của bánh rau. Toàn bộ máu cục tụ lại sau rau nên khi rau ra ngoài ta thấy nội sản mạc ra trước. Kiểu bong này ít gây sót rau và sót màng, loại bong rau này chiếm tỉ lệ 75%.

**Hình 2.** Bong rau kiểu Baudelocque

2.2.2 Bong rau kiểu Duncan: Rau được bong từ rìa của bánh rau và các màng xung quanh vào giữa, làm cho một phần huyết tụ sau rau, một phần chảy ra ngoài âm đạo nhiều. Khi rau ra ngoài ta thấy màng rụng ra trước. Kiểu bong này chiếm tỉ lệ 25% và thường gây chảy máu, sót rau và màng.

**Hình 3.** Bong rau kiểu Duncan

2.3. Các cách sô rau

- Sô rau tự động: Cả 3 thì bong-xuống-sô không có sự can thiệp của người đỡ đẻ.
- Sô rau tự nhiên: Thì bong và xuống xảy ra tự nhiên, thì sô có can thiệp
- Sô rau nhân tạo: Cả 3 thì không tự xảy ra được mà phải can thiệp.

3. XỬ TRÍ TRONG THỜI KỲ SÔ RAU

3.1. Theo dõi

Đây là thời kỳ quan trọng nhất nên phải theo dõi sát để can thiệp kịp thời nếu không sẽ có thể nguy hiểm đến tính mạng của sản phụ.

- Toàn trạng mè: mạch, huyết áp, ra máu âm đạo.
- Dấu hiệu tại chỗ: vị trí cuống rau, chảy máu âm đạo.
- Di chuyển của đáy tử cung, mật độ của tử cung.

3.2. Cách làm nghiệm pháp bong rau

Cách 1: Đặt cạnh bàn tay trên xương mu, đáy tử cung lên trên, nếu dây rốn di chuyển lên theo là rau chưa bong, nếu không di chuyển là rau đã bong.

Cách 2: Theo dõi vị trí di chuyển của dây rốn qua kẹp rốn. Nếu kẹp rốn xuống thấp hơn vị trí ban đầu thì rau đã bong.

3.3. Xử trí tích cực giai đoạn III

Mục đích: Ngăn ngừa chảy máu sau đẻ.

Các bước:

- Tiêm bắp oxytocin 10 đơn vị ngay sau khi sô thai.

Kéo dây rốn có kiểm soát: dùng kẹp Kocher để kẹp dây rốn đoạn gần với tầng sinh môn và giữ kẹp bằng 1 tay, trong khi đó tay kia đặt trên bụng sản phụ vị trí ngay trên khớp mu và án ngược tử cung lên trên. Đợi khi có một cơn co tử cung mạnh, yêu cầu sản phụ rặn và nhân viên y tế nhẹ nhàng kéo dây rốn để làm sô rau thai, vẫn tiếp tục ép một tay lên tử cung hướng lên trên. Nếu rau không xuống chờ thêm 1 - 2 phút, với cơn co tử cung tiếp theo - kiểm tra kéo nhẹ dây rốn để bánh rau sô.

Khi rau sô, dùng hai tay đỡ bánh rau, nhẹ nhàng quay bánh rau đến khi màng rau xoắn lại. Kéo xuống từ từ để cho rau sô hoàn toàn.

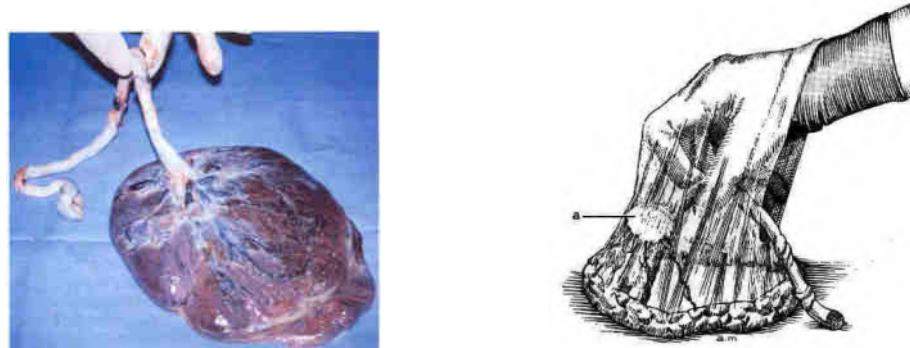
- Xoa tử cung: cứ 15 phút kiểm tra con co tử cung một lần và nếu cần thiết thực hiện lại động tác xoa đáy tử cung.

3.4. Kiểm tra rau

- Kiểm tra màng: xem có đủ không. Xem màu sắc, tính chất của màng rau trắng tươi hay vàng xanh, độ màng từ mép lỗ vỡ ối đến rìa bánh rau để kiểm ra vị trí rau bám.

- Kiểm tra bánh rau: kiểm tra mũi đú hay không bằng cách lau sạch và dùng các ngón tay kiểm tra quanh mép bánh rau. Những vị trí sần sùi hoặc mạch máu bị rách gợi ý tình trạng tổ chức bánh rau bị rách hoặc sót bánh rau phụ. Lưu ý rằng bánh rau thường có màu đỏ thẫm và mịn bóng nhưng đôi khi có thể bị vôi hoá hoặc ngâm màu phân su. Kiểm tra trọng lượng của bánh rau (bình thường bánh rau nặng khoảng 1/6 trọng lượng thai nhi).

- Kiểm tra dây rốn: đo chiều dài dây rốn (bình thường dây rốn dài từ 45-60cm), xem màu sắc, độ to nhỏ của dây rốn, đếm mạch máu để đảm bảo rằng có đủ hai động mạch và một tĩnh mạch.



Hình 4. Kiểm tra rau

HẬU SẢN THƯỜNG

Mục tiêu học tập

1. Phân biệt được những thay đổi giải phẫu, sinh lý trong thời kỳ hậu sản.
2. Mô tả được cấu tạo và tính chất của sản dịch,
3. Xác định được những hiện tượng lâm sàng trong thời kỳ hậu sản.
4. Thực hành được chăm sóc hậu sản ở cộng đồng.

1. ĐỊNH NGHĨA

Hậu sản là thời gian để trở lại bình thường của các cơ quan sinh dục về mặt giải phẫu và sinh lý (ngoại trừ vú vẫn tiếp tục phát triển để tiết sữa). Thời gian này là 6 tuần (42 ngày) tính từ sau khi đẻ..

2. SINH LÝ HỌC VÀ GIẢI PHẪU HỌC THỜI KỲ HẬU SẢN

2.1. Thay đổi ở tử cung

2.1.1 Thân tử cung

Trọng lượng tử cung ngay sau đẻ nặng khoảng 1.000 gram sau đó giảm dần đến cuối thời kỳ hậu sản sẽ trở về trọng lượng bình thường như khi chưa có thai (50- 60 g).

Trên lâm sàng người ta nhận thấy có 3 hiện tượng:

- + Tử cung co rút: sau khi đẻ, tử cung co rút lại trong vài giờ tạo thành một khối chắc, gọi là cầu an toàn, lúc này đáy tử cung ở ngay dưới rốn.
- + Tử cung co bóp: biểu hiện bởi đau bụng, ra máu và sản dịch chảy ra ngoài. Các cơn đau này biểu hiện ở người con rạ nhiều hơn ở người con so.
- + Tử cung co hồi: Sau khi đẻ đáy tử cung ở trên khớp vê khoảng 13 cm, mỗi ngày co hồi được khoảng 1cm, riêng ngày đầu có thể co hồi được nhanh hơn có thể được khoảng 2 đến 3 cm. Sau 2 tuần lễ sẽ không sờ thấy được tử cung ở trên khớp vê nữa.

2.1.2. Phần dưới tử cung

- Đoạn dưới ngắn lại và thành eo tử cung vào ngày thứ 5 sau đẻ.
- Cổ tử cung ngắn và nhỏ lại: lỗ trong đóng vào ngày thứ 8, lỗ ngoài đóng vào ngày thứ 12 hoặc hé mở, có khi thấy lỗ tuyến.

2.1.3. Nội mạc tử cung

- Sẽ trải qua hai giai đoạn để trở lại chức phận của niêm mạc tử cung bình thường.
- Giai đoạn thoái triển: xảy ra trong 14 ngày đầu sau đẻ. Lớp bề mặt bị hoại tử và thoát ra ngoài cùng với sản dịch, lớp đáy gồm đáy tuyến vẫn còn nguyên vẹn và là nguồn gốc của niêm mạc tử cung mới.

- Giai đoạn phát triển: dưới ảnh hưởng của estrogen và progesteron sau 3-6 tuần, niêm mạc tử cung được phục hồi hoàn toàn và sẽ thực hiện chu kỳ kinh nguyệt đầu tiên nếu không cho con bú.

2.2. Thay đổi ở âm đạo, âm hộ và phần phụ

- Âm hộ, âm đạo bị giãn căng trong khi đẻ cũng co dần và trở về kích thước bình thường vào ngày thứ 15.

- Màng trinh sau khi đẻ bị rách chỉ còn lại di tích của rìa màng trinh.
- Phần phụ trở lại bình thường trong hố chậu.

- Tầng sinh môn: các cơ nồng và sâu lấy lại trương lực tùy thuộc vào nhiều yếu tố, bao gồm các vấn đề liên quan đến diễn biến của cuộc chuyển dạ, can thiệp (có cắt tầng sinh môn hay không) và yếu tố cá nhân (yếu tố dinh dưỡng, di truyền) và thể dục sau đẻ.

2.3. Thay đổi ở vú

Vài ngày sau đẻ:

- Vú phát triển nhanh, căng to.
- Núm vú to và dài ra, tĩnh mạch vú nổi rõ.
- Tuyến sữa phát triển to lên có khi lan tới tận nách.
- Có hiện tượng tiết sữa, thường xảy ra sau đẻ 2 - 3 ngày. Cơ chế của hiện tượng xuồng sữa là do nồng độ estrogen tụt xuồng đột ngột sau đẻ, Prolactin được giải phóng và tác dụng lên tuyến sữa gây ra sự tiết sữa. Sự tiết sữa được duy trì bởi động tác bú.

2.4. Thay đổi ở hệ tiết niệu

Sau khi đẻ, thành bàng quang và niêm mạc niệu đạo bị xung huyết gây ra tình trạng bí tiểu, bàng quang trở nên xung huyết nhạy cảm hơn đối với sự thay đổi khối lượng nước tiểu.

3. NHỮNG HIỆN TƯỢNG LÂM SÀNG

3.1. Sự co hồi tử cung

- Tử cung thu nhỏ lại ngay sau đẻ, đáy tử cung trên vệ 13 cm và trung bình mỗi ngày thu lại 1 cm. Đến ngày thứ 12-13 thì không còn thấy đáy tử cung trên khớp vệ. Ở người sinh con so tử cung go hồi nhanh hơn ở người sinh con rạ, người đẻ thường tử cung go hồi nhanh hơn ở người mổ đẻ, cho con bú tử cung go hồi nhanh hơn không cho con bú, tử cung bị nhiễm khuẩn go hồi chậm hơn tử cung không bị nhiễm khuẩn, bí tiểu và táo bón tử cung cũng go hồi chậm hơn.

- Cơn đau tử cung: do tử cung co bóp tống máu cục và sản dịch ra ngoài. Người con rạ đau nhiều hơn con so, thường cơn đau giảm dần.

3.2. Sản dịch

- Là chất dịch chảy ra ngoài âm hộ trong thời kỳ đầu của thời kỳ hậu sản.

- Cấu tạo: là những mảnh vụn của màng rụng, máu cục và máu loãng các tế bào và dịch tiết ra từ âm đạo.

- Tính chất: vô trùng, mùi tanh nồng, pH kiềm, 2 - 3 ngày đầu sản dịch màu đỏ tươi về sau đỏ sẫm, từ ngày 4 - 8 sản dịch loãng hơn lẩn nhảy lờ lờ máu cá, từ ngày 8 - 12 sản dịch chỉ là chất nhầy, trong.

- Số lượng: Ngày thứ 1 và 2 ra nhiều, sau 2 tuần lễ sẽ hết hẳn. Ở những phụ nữ không cho con bú, ba tuần sau sinh có thể thấy kinh non do niêm mạc tử cung đã phục hồi.

3.3. Sự xuồng sữa

Ở người con so, sự xuồng sữa vào ngày thứ 3, người con rạ ngày thứ 2 với các triệu chứng:

Sốt nhẹ, ớn lạnh, nhức đầu, khó chịu, mạch hơi nhanh.. Hai vú cương to và đau. Tuy nhiên, những triệu chứng này không mang tính điển hình. Sau 24 giờ - 48 giờ các triệu chứng mất khi có hiện tượng tiết sữa.

3.4. Các hiện tượng khác

Cơn rét run sinh lý hay xảy ra ngay sau khi đẻ do mất nhiệt. Đặc điểm của cơn rét run là mạch, nhiệt độ và huyết áp vẫn bình thường.

- Mạch thường chậm lại khoảng 10 nhịp/phút và trở lại bình thường sau 5 ngày

- Nhịp thở sâu và chậm hơn do cơ hoành không bị đẩy lên cao nữa.

- Trọng lượng cơ thể giảm từ 3 - 5kg ngay sau khi sinh. Cân nặng có thể giảm xuống dần dần trong 2 tuần tiếp theo do giảm tình trạng phù.

Nếu không cho con bú, 5-6 tuần lễ sau đẻ có thể có kinh lại lần đầu tiên và đó cũng là dấu hiệu chấm dứt thời kỳ hậu sản. Kỳ kinh đầu sau đẻ thường nhiều và kéo dài hơn các kỳ kinh bình thường.

4. CHĂM SÓC HẬU SẢN

4.1. Ngày thứ nhất

Phải theo dõi sát sản phụ.

4.1.1. Trong hai giờ đầu sau đẻ

- Sản phụ phải được nằm theo dõi tại phòng đẻ.
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, toàn trạng, xoa đáy tử cung qua thành bụng để theo dõi khói an toàn tử cung, đánh giá trình trạng chảy máu âm đạo, 15 phút/lần trong giờ đầu và 30 phút/ lần trong giờ thứ hai sau đẻ.

4.1.2. Giờ thứ ba đến giờ thứ sáu

Theo dõi tích cực hai giờ đầu, nếu bình thường tiếp tục theo dõi từ giờ thứ ba đến giờ thứ 6 như sau:

- Đưa bà mẹ về phòng, cho mẹ nằm cùng phòng với con.
- Đóng băng vệ sinh, theo dõi các yếu tố ở trên 1 giờ/lần.
- Giúp người mẹ ăn uống, ngủ đủ.
- Giúp và khuyến khích mẹ cho trẻ bú sớm.
- Vận động nhẹ sau 6 giờ.
- Hướng dẫn người mẹ cách chăm sóc con, theo dõi chảy máu rốn.
- Yêu cầu bà mẹ và người nhà gọi ngay nhân viên y tế khi sản phụ chảy máu nhiều, đau bụng tăng, nhức đầu, chóng mặt hoặc có bất cứ một vấn đề gì khác.

4.1.3 Giờ thứ bảy đến hết ngày đầu

Theo dõi thể trạng, sự co hồi tử cung, băng vệ sinh (kiểm tra lượng máu mất), Tình trạng vết may tầng sinh môn hoặc các vết rách xuất hiện trong trường hợp không cắt tầng sinh môn.

4.2. Những ngày sau

- Chăm sóc tinh thần, nhất là những cuộc đẻ không theo ý muốn.
- Bảo đảm điều kiện vệ sinh tốt cho sản phụ (buồng sạch, thoáng, cách ly buồng nhiễm khuẩn).
 - Theo dõi mạch, nhiệt, huyết áp, ngày 2 lần.
 - Theo dõi sự co hồi tử cung và sản dịch.
 - Làm thuốc ngoài ngày 2 lần bằng nước muối sinh lý, hoặc bằng các dung dịch sát khuẩn.
 - Hướng dẫn bà mẹ rửa sạch đầu vú bằng gạc mềm tắm nước ấm trước khi cho bú và rửa sạch lại sau khi cho bú.
 - Theo dõi tình trạng tiêu tiện (gọi là bí tiểu nếu sau đẻ 12 giờ chưa đi tiêu được) và đại tiện (gọi là táo bón nếu sau đẻ 3 ngày chưa đại tiện được). Không nên cho thuốc nhuận tràng và thụt thảo bằng nước.
 - Ăn uống đủ chất bổ, thức ăn nhiều chất xơ, bổ sung thêm chất sắt, tránh các chất kích thích. Không nên kiêng khem quá mức. Sau đẻ ngày thứ 2 có thể tắm nước ấm, không nên ngâm mình trong bồn nước.
 - Tránh lao động nặng trong 2 tháng đầu.
 - Không nên giao hợp trong thời gian hậu sản vì dễ gây nhiễm khuẩn.
 - Có thể dùng các biện pháp sau để tránh thai sau sinh:
 - + Bao cao su.
 - + Dụng cụ tử cung có thể đặt sau 3 tháng.
 - + Thuốc tránh thai Progestatif liều thấp (Exlutron)
 - + Thuốc diệt tinh trùng tại chỗ.
 - + Triệt sản (nếu đủ con).
 - Hẹn khám lại tại trạm y tế xã vào tuần thứ 6 sau đẻ

TU VẤN NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được lợi ích của sữa mẹ và của việc nuôi con bằng sữa mẹ.
2. Trình bày được những nội dung tư vấn trong việc nuôi con bằng sữa mẹ.

1. ĐẠI CƯƠNG

Nuôi con bằng sữa mẹ cung cấp sự khởi đầu tốt nhất cho cuộc đời của mỗi trẻ.

Hàng năm, 60% trong số khoảng 10 triệu ca tử vong của trẻ dưới 5 tuổi là do yếu tố suy dinh dưỡng trực tiếp hoặc gián tiếp gây nên. Hai phần ba số các ca tử vong này liên quan đến chế độ cho ăn không phù hợp, đặc biệt là trong năm đầu tiên của trẻ. Mỗi năm có khoảng hơn một triệu trẻ em chết vì ỉa chảy, nhiễm khuẩn hô hấp và các nhiễm khuẩn khác vì trẻ không được bú mẹ đầy đủ. Dưới 35% số trẻ trên toàn thế giới được cho bú mẹ hoàn toàn đến tròn 4 tháng tuổi. Trẻ thường được cho ăn dặm quá sớm hoặc quá muộn. Thêm vào đó lượng thức ăn thiếu dinh dưỡng hoặc không an toàn cho trẻ. Những trẻ bị suy dinh dưỡng, nếu không tử vong, thường bị ốm và chịu ảnh hưởng lâu dài bởi sự chậm phát triển cơ thể. Có rất nhiều bệnh tật có thể tránh được nếu trẻ được bú mẹ đầy đủ. Truyền thông và tư vấn tốt về nuôi con bằng sữa mẹ sẽ góp phần làm giảm bớt những nguy cơ trên.

2. NHỮNG LỢI ÍCH CỦA VIỆC NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

2.1. Sữa mẹ và lợi ích của việc nuôi con bằng sữa mẹ

Sữa mẹ là nguồn thức ăn tốt nhất, phù hợp nhất đối với trẻ, nuôi con bằng sữa mẹ sẽ đảm bảo cho trẻ phát triển tốt về cả thể chất lẫn tinh thần, đồng thời hạn chế được bệnh tật, nhất là các bệnh về đường tiêu hóa, hô hấp...không một loại sữa nào có thể thay thế và so sánh được:

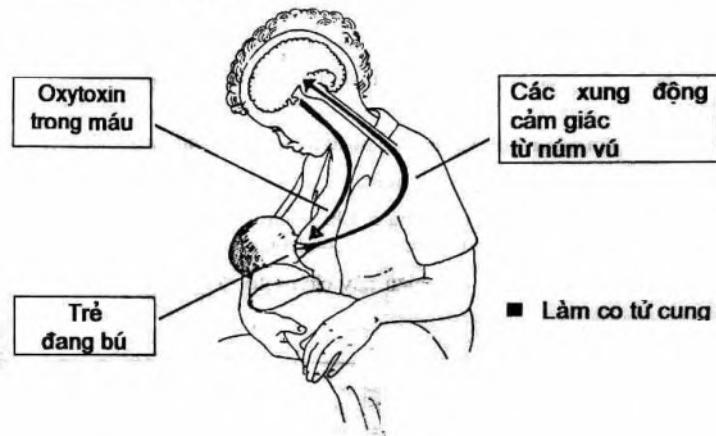
Sữa mẹ	Lợi ích nuôi con bằng sữa mẹ
<ul style="list-style-type: none"> - Nhiều chất dinh dưỡng hoàn hảo (Đầy đủ, cân đối) - Dễ hấp thu, dễ tiêu hóa, sử dụng có hiệu quả. - Không gây dị ứng cho trẻ - Nhiều bạch cầu, kháng thể giúp trẻ chống lại bệnh tật - Luôn vô trùng, nhiệt độ thích hợp, không mất thời gian pha chế. 	<ul style="list-style-type: none"> - Là cơ sở này nở tình cảm gắn bó mẹ con và giúp cho sự phát triển của trẻ. - Làm cho mẹ chậm có thai lại. - Bảo vệ sức khoẻ cho mẹ (giúp tử cung go hồi tốt, chống thiếu máu, giảm nguy cơ ung thư vú và ung thư buồng trứng) - Trẻ bú sữa mẹ sẽ chóng lớn, phát triển đầy đủ về thể lực cũng như trí tuệ. - Ít tốn kém.

2.2. Sữa non và những lợi ích của sữa non

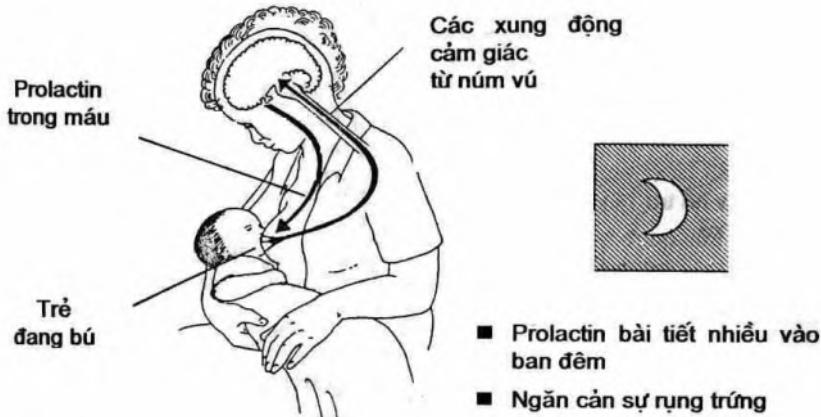
Sữa non đã có từ những ngày trước khi đẻ, số lượng tuy ít nhưng cũng đủ đáp ứng cho trẻ mới sinh trong những ngày đầu tiên, phải cho trẻ bú sớm và tận dụng sữa non vì nó có nhiều ích lợi:

Đặc tính của sữa non	Những lợi ích của sữa non
<ul style="list-style-type: none"> - Nhiều protein, lactose, nước, muối khoáng, kháng thể (IgA) - Tác dụng nhuận trường - Những yếu tố phát triển 	<ul style="list-style-type: none"> - Bảo vệ cơ thể chống nhiễm trùng và dị ứng - Tống phân su, chống vàng da - Giúp bộ máy tiêu hóa trưởng thành. Phòng chống dị ứng và chứng không dung nạp. - Phòng bệnh mắt, giảm nhiễm khuẩn.

Xảy ra TRƯỚC hoặc TRONG bú bú
làm cho sữa CHÁY RA



A.



B.

Hình 1. Sinh lý tiết sữa

3. TƯ VẤN NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

3.1 Khi mang thai

- Giải thích lợi ích của bú mẹ.
- Hồi kinh nghiệm của các bà mẹ nuôi con.
- Giải thích tầm quan trọng của việc chăm sóc vú và núm vú.

3.2 Ngay sau đẻ

3.2.1. Tư vấn về con nambi chung với mẹ

Cùng phòng, cùng giường để trẻ được gần mẹ, được mẹ chăm sóc đúng lúc, thời gian cho bú được lâu, tình cảm mẹ con sớm hình thành và phát triển tốt hơn.

3.2.2. Tư vấn về cho bú sớm

Trẻ được bú càng sớm càng tốt, muộn nhất không quá **30 phút** đầu sau đẻ. Cho trẻ bú sớm sẽ tận dụng sớm được sữa non, động tác mút vú sẽ kích thích tuyến yên tiết oxytocin và prolactin giúp tử cung của mẹ co thắt tốt hơn, tránh được băng huyết sau đẻ. Không được vắt bỗ sữa non và không cần cho trẻ uống thêm bất cứ thứ nước gì (nước cam thảo, nước đường, nước sâm...) ngoài bú mẹ.

3.2.3. Cho trẻ bú hoàn toàn từ 4 tháng đến 6 tháng sau đẻ

Sữa mẹ là thức ăn duy nhất, không cho ăn thêm bất cứ loại sữa gì, cũng như bất cứ thức ăn nào khác kể cả nước hoa quả, nước cháo, nước cơm..., ngay cả nước cũng không cần cho uống. Cho trẻ bú theo nhu cầu, cho bú cả ngày lẫn đêm.

3.2.4. Hướng dẫn cách cho con bú:

Có thể cho trẻ bú ở các tư thế khác nhau (ngồi hoặc nằm...), nhưng cần giữ cho thân trẻ nằm thoải mái áp sát vào ngực và bụng mẹ, giữ cho đầu và thân thẳng, mặt hướng về phía vú, để miệng trẻ sát ngay núm vú. Bà mẹ cho núm vú chạm vào môi trẻ, đợi khi miệng trẻ mở rộng, chuyển nhanh núm vú vào miệng trẻ, giúp trẻ ngậm sâu tới tận quầng vú. Mút vú có hiệu quả là mút chậm, sâu, có khoảng nghỉ.

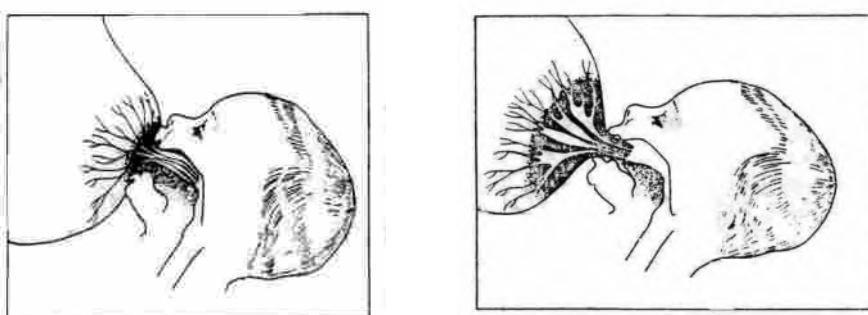


Hình 2. Tư thế khi cho con bú

A. Mẹ nằm cho con bú, B, C. Mẹ ngồi cho con bú



Hình 3. Tư thế cho trẻ sinh đôi bú



Hình 4. Cách ngậm bắt vú của trẻ khi bú mẹ

4. TU VẤN CHO CON BÚ TRONG MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

4.1 Trẻ non tháng hoặc nhẹ cân

- Trẻ sinh nhẹ cân thường gặp khó khăn trong việc bú mẹ vì phản xạ bú của trẻ chưa hoàn chỉnh. Phản xạ bú của trẻ được hoàn thiện từ tuần 34-35 của thai kỳ. Cần có những hỗ trợ đặc biệt và quan tâm đến bà mẹ vào thời điểm khó khăn này.

- Giải thích cho bà mẹ:

+ Sữa mẹ là thức ăn tốt nhất cho trẻ

+ Bú mẹ càng quan trọng hơn đối với những trẻ sinh nhẹ cân

+ Có thể phải mất nhiều thời gian hơn để trẻ sinh nhẹ cân có thể bú mẹ: Lúc đầu, trẻ thường nhanh mệt và mút kém, một lần mút ngắn, thời gian nghỉ dài, thường thiu thiu ngủ khi bú.

- Bà mẹ cần giữ trẻ tiếp xúc với vú lâu hơn, để cho trẻ có thời gian nghỉ lâu hơn giữa các lần mút, bú chậm và lâu hơn. Nói cho bà mẹ yên tâm rằng khả năng bú mẹ của trẻ ngày một tốt hơn khi trẻ lớn dần lên.

- Cần phải cho trẻ bú thường xuyên:

+ Đối với trẻ có cân nặng từ 1,25 đến 2,5kg: cho bú ít nhất 8 lần/24 giờ (3 giờ một lần)

+ Đối với trẻ nặng dưới 1,25kg: cho bú 12 lần/24 giờ (2 giờ một lần)

- Nếu trẻ bú kém và không nhận đủ lượng sữa cần thiết:

+ Khuyên khích bà mẹ vắt sữa và đổ cho trẻ ăn bằng thìa.

+ Phải đảm bảo rằng bà mẹ luôn cố gắng cho trẻ bú trước khi vắt sữa. Chỉ vắt sữa khi trẻ không thể bú được.

+ Nếu cần thiết, để sữa xuống tốt, người mẹ có thể bóp để cho ra một lượng sữa nhỏ trước khi cho trẻ bú

+ Đánh giá sự phát triển của trẻ để đảm bảo rằng trẻ đang được bú đủ lượng sữa.

Nếu trẻ chậm tăng cân (15g/kg cân nặng/1 ngày trong 3 ngày): để bà mẹ vắt sữa ra hai cái cốc. Cho trẻ uống cốc sữa thứ 2 trước, đó là cốc sữa chứa nhiều chất béo. Sau đó, nếu trẻ còn tiếp tục uống được thì cho trẻ uống cốc sữa thứ nhất.

4.2 Trẻ sinh đôi

- Giúp bà mẹ an tâm là với hai bầu vú, bà mẹ có thể nuôi cả hai con.

- Có thể cho cả hai bé bú cùng một lúc hoặc một bé bú trước, một bé bú sau.

- Nếu cả hai trẻ cùng bú:

+ Đặt một gối bên dưới để đỡ tay bà mẹ (tư thế ngồi).

+ Đặt mỗi trẻ một bên dưới một cánh tay.

- Nếu một trẻ yếu hơn, cần lưu ý tạo mọi điều kiện cho trẻ này bú đủ.

- Động viên bà mẹ kiên trì. Trẻ sinh đôi thường là non tháng, thấp cân, cần nhiều thời gian mới thích nghi với việc bú mẹ.

- Giáo dục bà mẹ và gia đình về nhu cầu ăn uống trong trường hợp sinh đôi.

- Mỗi lần cho bú, thay đổi bên vú cho trẻ

- Nếu cần thiết, có thể vắt sữa cho trẻ uống

4.3. MỘT SỐ TÌNH TRẠNG CỦA VÚ CÓ THỂ GẶP KHI NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

4.3.1. Tụt núm vú

Đây là một tình trạng khi gặp phải các bà mẹ thường lúng túng, núm vú bị tụt sâu vào trong khiến trẻ khó bú, thường khóc ví không mút được sữa. Cần khuyên bà mẹ tiếp tục cho con bú, giúp đứa trẻ bằng cách vắt ít sữa và kéo núm vú ra trước khi cho trẻ bú. Sau một số lần bú, sức mút của trẻ sẽ kéo được núm vú ra ngoài. Trường hợp khó khăn có thể nhờ thêm sự giúp đỡ của ống hút sữa áp lực âm, và sự giúp đỡ của người chồng

4.3.2. Đau rát ở núm vú

Núm vú rất nhạy cảm do được chi phối bởi mạng lưới thần kinh cảm giác phong phú. Khi trẻ mút vú, tạo ra một lực kéo lớn và trong một thời gian dài lên núm vú làm cho núm vú

bị đau, hiện tượng đau tăng dần trong 3-4 ngày đầu, sau đó dần dần quen đi. Trong nhiều trường hợp bị nhầm là nứt đầu vú. Nguy cơ của trường hợp này là người mẹ sợ mỗi khi cho con bú, có thể dẫn tới cương túc vú và sự chế tiết sữa kém đi.

4.3.3. Vú cương túc

Có thể xảy ra ở bất cứ thời điểm nào trong giai đoạn cho con bú. Nhưng thường hay gặp nhất trong tuần đầu sau đẻ hoặc khi cai sữa:

Cần thiết hút sữa ra. Nếu sữa không được hút ra, viêm vú có thể nặng lên rồi hình thành áp xe, sự tạo sữa cũng bị giảm đi. Cho bú là cách tốt nhất để hút sữa ra. Nếu trẻ bú không được, giúp đỡ bà mẹ vắt sữa bằng tay hoặc sử dụng bơm hút sữa, chườm ấm.

Chú ý: trước khi cho trẻ bú cần đắp gạc ấm vào vú, xoa bóp vú nhẹ nhàng. Còn sau bữa bú, cần đắp gạc lạnh lên vú để làm giảm sự phù nề.

4.3.4. Ít sữa

- Cần cho con bú nhiều hơn và vắt hết sữa sau khi bú để kích thích tạo sữa.

- Người mẹ được nghỉ ngơi tốt, uống nhiều hơn, nước hoa quả và sữa, ăn đầy đủ các chất dinh dưỡng.

4.3.5. Nứt đầu vú

- Khuyến khích bà mẹ xoa một chút sữa lên núm vú sau mỗi lần cho bú vì sữa có đặc tính kháng viêm và kháng khuẩn

- Đê hở vú tiếp xúc với không khí, nếu có thể được tiếp xúc với ánh nắng mặt trời. Bôi lanolin lên núm vú sau mỗi lần cho bú

4.3.6 Nhiễm nấm (tưa do nấm)

Khuyến khích bà mẹ cho bú cả hai bên cho dù vẫn bị đau bởi vì với cách này sẽ giúp phục hồi nhanh hơn.

4.3.7. Tắc ống dẫn sữa và viêm vú

- Cho con bú thường xuyên, xoa bóp vú nhẹ nhàng trong khi cho con bú, đắp gạc ấm lên vú giữa các bữa bú, nếu việc cho con bú khó khăn thì vắt sữa ra cho trẻ uống bằng thia.

- Cần tiếp tục cho trẻ bú mẹ trong khi điều trị tắc ống dẫn sữa hoặc viêm vú. Nếu có nhiễm trùng thì đưa trẻ vẫn an toàn bởi đặc tính kháng khuẩn của sữa mẹ.

KHÁM THAI - QUẢN LÝ THAI NGHÉN CHĂM SÓC THAI NGHÉN

Mục tiêu bài học

1. *Trình bày được 9 bước khám thai.*
2. *Trình bày được những nội dung của các lần khám thai.*
3. *Nêu được tầm quan trọng của quản lý thai nghén.*

1. KHÁM THAI

Không có một chuẩn quốc tế cho chăm sóc thai nghén toàn diện. Các thành tố của chăm sóc thai nghén sẽ khác nhau phụ thuộc vào bối cảnh và điều kiện (thành phố, nông thôn, tại các viện / các trung tâm chuyên tuyến, điều kiện tại các nước phát triển và các quốc gia đang phát triển v.v.). Hiện nay vẫn còn nhiều vấn đề tranh luận xoay quanh những thành tố nào hình thành một chuẩn chăm sóc thai nghén đối với những thai phụ khoẻ mạnh.

1.1. Chín bước khám thai chung

1. Hỏi:
 - Bản thân (tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, dân tộc, trình độ văn hoá, điều kiện sống)
 - Gia đình, hôn nhân
 - Kinh nguyệt (tiền sử kinh nguyệt, kinh cuối cùng)
 - Tiền sử các bệnh toàn thân.
 - Tiền sử sản, phụ khoa
 - Các biện pháp tránh thai đã dùng
 - Hỏi về lần có thai này: thai máy, có những phản nản gì không

2. Khám toàn thân: đo chiều cao, cân nặng, mạch, huyết áp, khám bướu giáp, nghe tim phổi, khám da niêm mạc, phù, khám vùng thận, phản xạ gân xương...)

3. Khám sản khoa: nắn bụng tìm đáy tử cung, các cực của thai, đo chiều cao tử cung, vòng bụng, nghe tim thai....

4 Xét nghiệm: Thử protein niệu, công thức máu (Hb, Hct), HIV, giang mai, HbSAg, đường máu....

5. Tiêm phòng uốn ván: tiêm vào quý II của thời kỳ thai nghén, tiêm 2 mũi cách nhau một tháng, tốt nhất là mũi tiêm nhắc lại phải trước ngày sinh dự đoán 4 tuần, nếu không cũng phải ít nhất là trên 2 tuần mới có hiệu quả.

6. Cung cấp viên sắt, Acid folic. Thuốc phòng sốt rét (nếu ở vùng có sốt rét lưu hành)
7. Giáo dục vệ sinh thai nghén
8. Đèn vào sổ, ghi phiếu, đèn bảng và hộp quản lý thai
9. Thông báo kết quả khám, hẹn khám lại, dặn dò đến cơ sở y tế gần nhất nếu có dấu hiệu bất thường: nhức đầu, hoa mắt, co giật, chảy máu...)

1.2. Thăm khám trong 3 tháng đầu

1.2.1. Hỏi bệnh

- Kinh cuối cùng.
- Các triệu chứng nghén như buồn nôn, nôn, trào ngược, đầy bụng và các dấu hiệu về tiết niệu,...
- Tiền sử sản khoa trước đây.
- Có mổ đẻ lần nào không, có biến chứng nào trước, trong và sau đẻ, đẻ non, hành vi nguy cơ liên quan tới sức khoẻ và thai nghén, sàng lọc những trường hợp có yếu tố bạo lực gia đình.

1.2.2. Khám thực thể

- Nắn bụng xác định đáy tử cung, đo chiều cao tử cung, phát hiện các bất thường vùng tiêu khung.

- Đặt mỏ vịt xem có viêm nhiễm cổ tử cung không
- Khám âm đạo nếu các dấu hiệu có thai chưa rõ và xác định thêm các bệnh lý khác.

1.2.3. Xét nghiệm:

- Công thức máu (Hb, Hct), HIV, BW, HBsAg, đường máu,
- Siêu âm thai (xác định tuổi thai theo chiều dài đầu-mông).
- Sàng lọc sớm các trường hợp đái đường thời kỳ có thai (nếu BMI > 29, hoặc có tiền sử cá nhân/ gia đình về bệnh đái đường trong hoặc trước thai nghén).
- Sinh thiết rau thai hoặc chọc màng ối qua bụng (để phát hiện có bất thường về gen của bào thai); sàng lọc Thalassemia (thiếu máu hồng cầu hình lưỡi liềm) trong trường hợp có chỉ định.

1.2.5. Tư vấn và giáo dục sức khoẻ

- Tư vấn di truyền.
- Tư vấn về dinh dưỡng ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, tăng 1/3 khẩu phần ăn so với trước khi có thai. Uống nhiều nước, ít nhất 2 l/ngày.
- Bổ sung 800mcg acid folic mỗi ngày ít nhất tới 13 tuần thai. Dùng vitamin tổng hợp hàng ngày, đặc biệt đối với trường hợp đa thai, những người theo chế độ ăn chay, người hút thuốc lá hoặc ăn uống thiếu chất.
- Không hút thuốc lá, không uống rượu.
- Dùng thuốc chữa bệnh phải theo hướng dẫn của bác sĩ chuyên khoa.
- Tư vấn nghỉ ngơi và ngủ ít nhất 8 giờ/ ngày, lao động và làm việc nhẹ nhàng.
- Tư vấn các hành vi sinh hoạt.

1.3. Thăm khám 3 tháng giữa

1.3.1. Hỏi bệnh

Xem lại tiền sử sản khoa. Đánh giá các triệu chứng: chảy máu, dịch,...

1.3.2. Khám thực thể

- Da niêm và mạc, cân nặng, huyết áp, phù, khám bướu giáp.
- Nghe tim phổi.
- Đo chiều cao tử cung, vòng bụng.
- Tim thai

1.3.3. Xét nghiệm

- Công thức máu (Hb, Hct)
- Protein niệu.
- Đường máu.
- Làm 3 xét nghiệm sàng lọc để phát hiện những bất thường nhiễm sắc thể (AFP, βhCG, Estriol ở giai đoạn giữa 15 và 20 tuần thai);
- Siêu âm đánh giá giải phẫu thai nhi trong giai đoạn 18-20 tuần thai, đồng thời để xác định chắc chắn tuổi thai và số bào thai, vị trí nhau thai v.v.

1.3.4. Trong trường hợp có chỉ định

Tư vấn di truyền/ chọc buồng ối qua bụng;

Bắt đầu bổ sung sắt trong trường hợp thiếu máu thiếu sắt.

1.3.5. Tư vấn và giáo dục sức khoẻ

Cùng xem xét các kết quả xét nghiệm với người bệnh; các hành vi sinh hoạt; cử động của thai; sinh lý của quá trình mang thai; nuôi con bằng sữa mẹ; vận động cơ thể (cân bằng, tăng sự linh hoạt của các khớp nối, v.v.).

1.3.6. Tiêm chủng và phòng bệnh

- Vaccin phòng uốn ván.
- Tiêm vaccin phòng cúm (trong mùa cúm).

1.4. Thăm khám 3 tháng cuối

1.4.1. Hỏi bệnh

- Cử động của thai nhi.
- Có chảy máu, dịch bất thường âm đạo hay không?
- Cơn co tử cung.
- Các dấu hiệu cơ năng của tiền sản giật (nhức đầu, hoa mắt,...)
- Các dấu hiệu của dọa sinh non hoặc dấu hiệu chuyển dạ, tìm hiểu vấn đề bạo hành gia đình.

1.4.2. Khám thực thể

- Cân nặng, huyết áp, tim thai, chiều cao tử cung, vòng bụng, ngôi thai.
- Khám cổ tử cung khi có dấu hiệu nghi ngờ chuyển dạ hoặc ra nước ối.
- Đánh giá khung chậu để sơ bộ tiên lượng cuộc đẻ.

1.4.3. Xét nghiệm

- Công thức máu (Hb, Hct)
- Protein niệu.
- Siêu âm thai để đánh giá sự phát triển của thai, ngôi thai, rau, ối.
- Sàng lọc đái đường trong thời kỳ có thai.
- Bổ sung các xét nghiệm khác nếu thấy cần thiết.

1.4.4. Trong trường hợp có chỉ định

Sàng lọc lần hai để phát hiện đái tháo đường trong thời kỳ có thai ở tuần thai thứ 24 nếu có những yếu tố nguy cơ như đã nêu (béo phì, tiền sử gia đình); trong trường hợp Rh (-), làm test kháng thể kháng D và kháng thể kháng Rh trong lần thăm khám tiếp theo.

1.4.5. Tư vấn và giáo dục sức khoẻ

Chú ý các dấu hiệu và triệu chứng đe doạ chuyển dạ sớm; các vấn đề liên quan tới gia đình/ hỗ trợ xã hội/ hỗ trợ của người chồng, bạn đời.

1.4.6. Tiêm chủng và phòng bệnh

Tiêm vắc-xin phòng cúm (trong mùa cúm), uốn ván.

1.4.6. Tư vấn và giáo dục sức khoẻ

- Kế hoạch hoá gia đình sau khi sinh, tư vấn triệt sản; đếm cử động của thai nhi (ít nhất 5 lần trong một giờ, nếu cử động thai yếu cần đi khám); các vấn đề liên quan tới công việc của bà mẹ; sự phát triển của thai nhi.

- Đi lại (nên tránh di chuyển, đi lại bằng đường hàng không/ đi lại khoảng cách xa sau 32 tuần thai);

- Các vấn đề liên quan tới lao động và sinh nở, sự sơ hãi; các dấu hiệu đe doạ của tiền sản giật (đau đầu, nhìn mờ, đau vùng thượng vị - trường hợp này cần có các thăm khám y tế phù hợp, kịp thời).

- Các vấn đề sau đẻ; các vấn đề chăm sóc trẻ sơ sinh, các triệu chứng trong giai đoạn sau của thai kỳ; tránh thai sau đẻ; đến cơ sở y tế khi xuất hiện các dấu hiệu/ triệu chứng chuyển dạ, v.v.

- Tiêm phòng sau sinh; biết cách hồi sức cho trẻ; quản lý sau sinh, các vấn đề liên quan tới chuyển dạ và sinh đẻ.

1.4.7. Tiêm chủng và phòng bệnh

- Tiêm mũi nháy lại uốn ván rốn (nếu chưa tiêm đủ 2 mũi).
- Tiêm vắc-xin phòng cúm (trong mùa cúm).
- Bổ sung sắt nếu có thiếu máu thiếu sắt

2. QUẢN LÝ THAI NGHÉN

2.1. Thế nào là quản lý thai nghén

Quản lý thai nghén là nắm được tất cả các phụ nữ có thai trong địa phương do người cán bộ y tế quản lý, ghi vào sổ, lập phiếu theo dõi để tiến hành khám thai định kỳ cho từng người nhằm đảm bảo một cuộc thai nghén bình thường và sinh đẻ an toàn cho cả mẹ và con.

Ở nước ta hiện nay bộ y tế quy định trong một cuộc thai nghén bình thường tối thiểu phải khám cho bà mẹ 3 lần.

- Lần khám thứ nhất: Khi có thai trong ba tháng đầu nhằm mục đích :
 - + Xác định đúng có thai
 - + Nếu có thai tiên hành đăng ký thai nghén (nếu thai ngoài ý muốn kế hoạch thì có thể vận động hút thai)
 - + Phát hiện các bệnh lý của người mẹ
- Lần khám thứ 2: vào 3 tháng giữa nhằm mục đích:
 - + Xem thai có phát triển bình thường không
 - + Cơ thể người mẹ có thích nghi tốt với thai nghén
 - + Tiêm phòng uốn ván mũi thứ nhất
- Lần khám thứ 3 vào 3 tháng cuối nhằm mục đích:
 - + Xem thai có thuận không, phát triển có bình thường không
 - + Bà mẹ có nguy cơ gì do thai nghén 3 tháng cuối gây ra không
 - + Tiêm mũi uốn ván thứ hai (nhắc lại)
 - + Dự kiến ngày sinh và quyết định để người mẹ đẻ tại tuyến cơ sở hay chuyển tuyến

Ngoài ba lần khám theo quy định kể trên cần dặn bà mẹ phải đi khám thêm bất kỳ lúc nào nếu có triệu trứng bất thường như đau bụng, ra máu, ra nước âm đạo, phù, nhức đầu, chóng mặt, mờ mắt...

2.2. Các công cụ quản lý thai nghén

- Sổ khám thai.
- Phiếu khám thai.
- Hộp phiếu hẹn.
- Bảng theo dõi quản lý thai sản.

Cần đăng ký thai sớm ngay từ quý đầu của thai nghén.

Tất cả các cơ sở y tế đều phải có sổ khám thai, phiếu khám thai có đầy đủ các mục theo quy định của bộ y tế.

Những cơ sở y tế cần có hộp phiếu hẹn để quản lý thai nghén tốt, phát hiện những trường hợp không đi khám thai, vận động phụ nữ có thai đến khám đầy đủ. Bảng theo dõi quản lý thai sản được treo tại trạm y tế cơ sở. Phát hiện những trường hợp thai nghén nguy cơ cao, thai nghén bất thường để chuyển tuyến kịp thời.

3. CHĂM SÓC THAI NGHÉN

Thai nghén là một hiện tượng sinh lý bình thường của người phụ nữ. Trong khi có thai sức đề kháng của người phụ nữ bị giảm sút, vì thế rất dễ bị nhiễm khuẩn, các bệnh lý mạn tính dễ tái phát và nặng lên khi có thai.

Chăm sóc thai nghén đóng một vai trò quan trọng việc chăm sóc sức khoẻ ban đầu cho bà mẹ và trẻ sơ sinh.

Những điều cần thiết:

3.1. Vệ sinh cá nhân

- Tắm rửa: nên tắm rửa hàng ngày cho sạch sẽ, mùa đông nên tắm nước ấm, không ngâm mình trong nước bẩn, tránh viêm nhiễm đường sinh dục, chú ý vệ sinh âm hộ. Nên lau rửa đầu vú mỗi ngày, nếu đầu vú lõm vào trong có thể dùng dầu vaselin thoa và kéo núm vú ra ngoài.

- Áo quần: Nên mặc rộng rãi, mềm mại thoáng mát. Mùa đông phải mặc đủ ấm. Không đi giày guốc cao gót.

- Tránh không tiếp xúc với người bị ốm, bệnh lây, lao, cảm cúm....

3.2. Chế độ ăn uống

3.2.1. Tăng cân trong quá trình mang thai

Đo lường chỉ số khối cơ thể (BMI) của người phụ nữ trước khi mang thai. Dựa trên chỉ số này, giới thiệu cho người phụ nữ những chỉ số tăng cần thường được khuyến cáo trong quá trình mang thai (xem bảng dưới, các chỉ số trong bảng được xây dựng dựa trên các Hướng dẫn của Viện Y học). Những phụ nữ thiếu cân cần tăng cân, và những phụ nữ thừa cân so với các chỉ số ở người phụ nữ cân nặng bình thường cần giảm cân.

$$\text{BMI} = \frac{\text{Cân nặng (Kg)}}{(\text{Chiều cao})^2 (\text{m}^2)}$$

Các khuyên cáo của IOM (Institute of Medicine) về tăng cân trong quá trình mang thai

Chỉ số khối cơ thể trước khi mang thai	Chỉ số tăng cân trong quá trình mang thai theo khuyên cáo của IOM (lbs/kg)
< 19,8 (Nhẹ)	28-40/ 12,5-18
19,8-26 (Bình thường)	25-35/ 11,5-16
26,1-29 (Nặng)	15-25/ 7-11,5
> 29 (Béo phì)	Ít nhất 15/ Ít nhất 6*

*1 Pound ⇔ 0,456 kg

Đối với phụ nữ có chế độ ăn phù hợp trước khi mang thai, chỉ cần tăng cường 300kcal mỗi ngày trong giai đoạn mang thai.

Chấm cân nặng của thai phụ lên biểu đồ trong mỗi lần khám thai để thể hiện sự thay đổi cân nặng theo nhóm chỉ số khối cơ thể (BMI). Những thai phụ nhẹ cân cần tăng 0,5kg mỗi tuần, những người có cân nặng bình thường cần tăng 0,4kg/tuần, và những người quá cân cần tăng 0,3kg/tuần.

3.2.2 Nhu cầu dinh dưỡng

- Axít folic: Về nguyên tắc, những phụ nữ có khả năng có thai nên tiêu thụ ít nhất 0,4mg acid folic/ ngày từ bữa ăn thường hoặc thức ăn bổ xung. Những bà mẹ có tiền sử thai nghén bị ảnh hưởng bởi những dị tật ống thần kinh cần bổ sung 4 mg axít folic trong 1 tháng trước khi có thai và tiếp tục trong suốt 3 tháng đầu của quá trình mang thai.

- Sử dụng các loại vitamin tổng hợp: Việc sử dụng vitamin tổng hợp hàng ngày hiện đang có nhiều ý kiến khác nhau, mặc dù cho tới nay hầu như chưa có bằng chứng nào cho thấy việc sử dụng này có thể gây nguy cơ nghiêm trọng cho người dùng. Các bà mẹ nên tránh sử dụng liều lượng vitamin cao hơn mức cho phép trong quá trình mang thai. Riêng việc sử dụng vitamin A với liều cao (trên 15.000 IU/ ngày) có liên quan tới việc tăng nguy cơ gây các dị dạng cho thai nhi.

- Năng lượng (Calo) đưa vào cơ thể: Tổng năng lượng đưa vào cơ thể là một yếu tố quan trọng bậc nhất ảnh hưởng tới cân nặng khi sinh. Phụ nữ khi mang thai cần bổ sung thêm 300kcal/ ngày.

- Protein: ước lượng nhu cầu protein hàng ngày đối với phụ nữ trong khi mang thai là 60 g. Những nguồn protein có lợi bao gồm protein thực vật, thịt nạc (gà và cá), và các thực phẩm ít chất béo.

- Các acid béo: các acid béo thuộc nhóm Omega-3 có trong các củ, quả, cá nhiều chất béo, và một số dầu thực vật (ví dụ dầu đậu nành) góp phần tăng cường sự phát triển thần kinh và thị giác ở thai nhi và có thể giúp phòng nguy cơ đẻ non cũng như trẻ thiếu cân khi sinh. Các acid béo đồng phân dạng trans (trans fatty acids) có trong các sản phẩm nướng, bơ thực

vật, dầu mỡ có thể làm tăng nguy cơ bệnh tim mạch ở người lớn và có thể giảm cân trẻ sơ sinh cũng như vòng đầu của trẻ. Vì vậy nên tránh dùng những thực phẩm này.

- Natri không nên hạn chế trong quá trình mang thai, tuy nhiên việc dùng quá liều lượng cho phép cũng nên tránh, chủ yếu qua việc tránh dùng nhiều các thức ăn đã được chế biến.

- Sắt: Quá trình loãng máu sinh lý trong quá trình mang thai giảm nồng độ hemoglobin. Theo khuyến cáo của Viện Y học, tất cả các phụ nữ khi mang thai cần bổ sung 30 mg sắt hàng ngày trong 3 tháng giữa và 3 tháng cuối của thời kỳ thai nghén. Nếu phát hiện thiếu máu thiếu sắt, người phụ nữ cần bổ sung 60 tới 120 mg sắt hàng ngày. Những phụ nữ đang sử dụng sắt với liều điều trị cũng cần bổ sung vào thức ăn hàng ngày 15 mg kẽm và 2 mg đồng. Những thức ăn giàu chất sắt bao gồm các loại thịt gà, cá, cây họ đậu, rau xanh có lá, và bánh mỳ hạt hoặc ngũ cốc.

- Can-xi: Lượng can xi cần cho phụ nữ có thai thuộc nhóm tuổi 19-50 là 1000mg can xi/ngày và 1.300 mg/ ngày cho nhóm phụ nữ có thai dưới 18 tuổi. Việc bổ sung này có thể được thực hiện thông qua một số chế độ ăn nhất định, trong khi một số chế độ ăn khác cần phải bổ sung thêm. Những thức ăn giàu can-xi bao gồm cá hộp có xương, các hạt thuộc họ vừng, đậu phụ, và các thức ăn hàng ngày khác.

3.3. Dùng thuốc

Nên hạn chế tối đa việc dùng thuốc vì phần lớn đều chuyển sang thai nhi qua bánh rau. Nếu cần dùng phải có ý kiến của bác sĩ. Tiêm phòng uốn ván 2 mũi cách nhau 4 tuần và mũi cuối cùng cách ngày sinh dự đoán 4 tuần.

3.4. Vận động và nghỉ ngơi

Thai nghén không làm cho người phụ nữ phải từ bỏ công việc lao động. Họ có thể lao động bình thường hàng ngày, trừ trường hợp dọa đẻ non. Không có bằng chứng nào cho thấy việc lao động thể chất làm tăng nguy cơ sẩy thai trong 3 tháng đầu của thời kỳ thai nghén.

Cần lao động phù hợp với sức khoẻ. Tránh lao động nặng, quá sức.

Không nên đi xa (nhất là 3 tháng đầu và 3 tháng cuối) dù với phương tiện gì.

Có thể tập thể dục nhẹ nhàng, tập thở sâu, đi bộ...

Giữ cuộc sống thoải mái về tinh thần, chuẩn bị tâm lý cho cuộc đẻ.

3.5. Sinh hoạt tình dục

Phụ nữ khi có thai cần được tư vấn rõ ràng sinh hoạt tình dục không hề gây nguy hiểm cho cả bà mẹ và thai nhi trong quá trình mang thai. Trường hợp rau tiền đạo, hoặc có tiền sử đẻ non nên tránh quan hệ tình dục trong khi mang thai.

CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH SAU SINH

Mục tiêu học tập

1. Phân loại được các loại trẻ sơ sinh
2. Khám được trẻ sơ sinh ngay sau sinh
3. Lập kế hoạch chăm sóc trẻ sinh sau sinh

1. ĐẠI CƯƠNG

Giai đoạn sơ sinh: từ ngày thứ 1 đến ngày thứ 28 sau sinh

- Giai đoạn sơ sinh sớm: ngày thứ 1 đến ngày thứ 7 sau sinh

- Giai đoạn sơ sinh muộn: từ ngày thứ 8 đến ngày 28 sau sinh

Sau khi sinh, trẻ có những biến đổi về chức năng các cơ quan trong cơ thể để thích nghi với cuộc sống bên ngoài tử cung Để cho giai đoạn chuyển tiếp này được điều hòa cần phải có:

- Hô hấp hiệu quả
- Hệ tuần hoàn phải thích nghi
- Thận chịu trách nhiệm điều hòa môi trường nội môi tốt
- Cơ thể tự điều hòa thân nhiệt
- Cơ thể tự điều hòa mức đường máu trong giới hạn bình thường

Vì thế, công tác chăm sóc trẻ sơ sinh có vai trò rất quan trọng cho sự phát triển của trẻ trong tương lai.

2. KHÁM TRẺ SƠ SINH TRONG PHÒNG SINH

Khám trẻ sơ sinh trong phòng sinh ngay sau khi sinh để:

2.1. Đánh giá tình trạng trẻ có cần can thiệp hồi sức không

Cần thực hiện một cách có hệ thống những bước sau:

- Đặt trẻ trên bàn sưởi ấm, lau khô trẻ
- Hút miệng, hầu họng, mũi nhanh nhung hiệu quả, nếu hút nhót lâu có thể gây phản xạ co thắt thanh quản và làm chậm nhịp tim. Nếu có hít nước ối cần phải hút trực tiếp khí quản bằng đèn soi thanh quản hoặc ngay sau khi đặt nội khí quản, trước khi bóp bóng.
- Đếm nhịp thở, tần số tim, đánh giá tính chất tiếng khóc, màu da và khả năng đáp ứng với kích thích của trẻ
- Đánh giá chỉ số Apgar: tính điểm ở phút thứ 1, phút thứ 5 và phút thứ 10. Trẻ sơ sinh đủ tháng có chỉ số Apgar:
 - + Nếu ≥ 8 điểm ở phút thứ 1 là bình thường.
 - + Từ 3 - 7 điểm ở phút thứ 1 là suy thai ở mức độ trung bình, phải có thái độ điều trị thích hợp.
 - + Nếu < 3 điểm ở phút thứ 1 là chét lâm sàng cần hồi sức cấp cứu.
- Làm rốn, chăm sóc rốn.
- Lấy nhiệt độ cơ thể

2.2. Thăm khám toàn diện và phát hiện các dị tật bẩm sinh nếu có

- Tổng trạng: quan sát đứa bé có hồng hào, cử động tay chân tốt, khóc to, phản xạ tốt hay không.
 - Nhịp thở trung bình 40-60 lần/ phút.
 - Nhịp tim trung bình 140 lần/ phút.
 - Huyết áp tối đa 60-65mmHg
 - Khám xương đầu: quan sát thóp trước hình thoi, thóp sau hình tam giác. Có thể thấy hiện tượng chồng khớp ở các trẻ suy dinh dưỡng nặng và già tháng. Xác định độ lớn và vị trí của bướu huyết thanh, bướu máu. Phát hiện não úng thủy, vô não, thoát vị não.
- Khám mặt: tìm các dấu hiệu bất thường như:

- + Xuất huyết dưới kết mạc, cườm bẩm sinh, lác mắt...
- + Sút môi, hở hàm ếch, dị tật chẻ đôi vòm hàu
- + Vị trí bất thường của tai.
- + Trong miệng có mầm răng, lưỡi tụt, ngắn...
- Khám cổ: tìm dị tật ở cổ như cổ vẹo, cổ ngắn... Khối máu tụ ở cơ ức đòn chũm làm trẻ ngoeo đầu sang một bên có thể gấp khi đẻ con to kẹt vai hay ngôi mông sỗ đầu khó.
- Khám ngực: Đếm nhịp thở, quan sát sự cân đối và di động của lòng ngực khi thở, nghe rì rào phế nang hai bên, có âm bệnh lý không khi nghe phổi. Nghe tim để xác định vị trí tim và phát hiện các âm bệnh lý.
- Khám bụng:
 - + Kiểm tra tình trạng, hình thái (bung cóc)
 - + Đánh giá tình trạng bất thường như: thoát vị rốn, thoát vị thành bụng, chiều dài, mạch máu dây rốn
- Khám tứ chi:
 - + Chi trên: đánh giá cử động, đếm, đếm các ngón tay để phát hiện tật thừa hoặc thiếu ngón.
 - + Chi dưới: kiểm tra vận động chi dưới, hoặc bàn chân bị vẹo
 - + Khám khớp háng: xem khớp háng có bị trật, hoặc lỏng lẻo không
- Khám ngoài da: bình thường đứa trẻ hồng hào, có thể phù nhẹ mí mắt, bàn chân, bàn tay. Để ý tìm các vết trầy xước ở mặt, các bướu máu ngoài da.
- Khám bộ phận sinh dục:
 - + Trẻ trai: kiểm tra tinh hoàn trong túi bìu. Hiện tượng ứ nước màng tinh hoàn có thể hết tự nhiên trong vòng 6 tháng. Nếu có hẹp bao quy đầu cần theo dõi tiêu tiêc của bé trong những ngày đầu sau sinh.
 - + Trẻ gái: âm đạo có dịch nhầy trắng, vài ngày sau sinh có thể có hiện tượng hành kinh sinh lý. Hai vú có thể hơi cương.
- Khám các phản xạ nguyên thủy: trẻ khỏe mạnh phải có các phản xạ nguyên thủy, các phản xạ này sẽ mất đi sau sinh 4-5 tháng .
 - + Phản xạ 4 điểm: dùng ngón tay trả khích thích vào phía trên, phía dưới và 2 bên mép trẻ, trẻ sẽ quay đầu, đưa lưỡi về phía bị kích thích, nếu đúng phải vú mẹ trẻ sẽ mút luôn.
 - + Phản xạ nắm: kích thích gan bàn tay trẻ, đưa ngón tay út cho trẻ nắm, trẻ sẽ nắm chặt, ta có thể nâng đầu trẻ lên khỏi bàn khám. Kích thích gan bàn chân các ngón chân trẻ sẽ co quắp lại.
 - + Phản xạ Moro: cầm hai bàn tay trẻ nâng nhẹ nhàng lên khỏi bàn khám và từ từ bỏ tay ra, trẻ sẽ phản ứng qua 3 giai đoạn:
 - Giang cánh tay ra và duỗi cẳng tay.
 - Mở rộng, xòe bàn tay
 - Óa khóc, gập và co cẳng tay, hai cánh tay như ôm vật gì vào lòng.
- Thử phản xạ Moro có thể đánh giá tình trạng liệt đám rối thần kinh cánh tay gấp trong đẻ khó do vai.
- + Phản xạ duỗi chéo: để trẻ nằm ngửa thoái mái, người khám nắm một bên chân đứa bé dùng lực duỗi ra, giữ đầu gối và kích thích gan bàn chân phía đó quan sát bàn chân bên đối diện thấy có biểu hiện 3 thì:
 - Trẻ co chân lại.
 - Trẻ duỗi chân ra.
 - Dạng chân tự do và đưa sát tối gần chân bị kích thích.
- + Phản xạ bước tự động: trẻ được giữ thẳng đứng, bế xốc hai bên nách trẻ để bàn chân chạm vào mặt bàn. Quan sát thấy trẻ dướn người lên, bàn chân đậm xuống và co lên như muốn bước về phía trước.

3. PHÂN LOẠI TRẺ SƠ SINH

Tùy mức độ trưởng thành và tình trạng dinh dưỡng, tuổi thai, cân nặng, chiều cao và vòng đầu tương ứng tuổi thai, sơ sinh được phân làm 3 loại

3.1. Sơ sinh đủ tháng

- Sơ sinh đủ tháng bình thường: cân nặng $\geq 2500\text{g}$, chiều cao $\geq 47\text{cm}$, và vòng đầu $\geq 32\text{cm}$, tương ứng tuổi thai đủ tháng 38-42 tuần.

- Sơ sinh đủ tháng thiếu dinh dưỡng:

+ Sơ sinh đẻ yếu:

- Tuổi thai 38-42 tuần
- Cân nặng và/hoặc vòng đầu(và/hoặc chiều cao) nhỏ hơn so với thai đủ tháng.

+ Suy dinh dưỡng bào thai:

- Tuổi thai 38 -42 tuần
- Cân nặng, chiều cao và vòng đầu đều nhỏ hơn tuổi thai đủ tháng.

3.2. Trẻ sơ sinh đẻ non

Tuổi thai < 37 tuần, cân nặng $< 2500\text{g}$, chiều cao $< 47\text{cm}$, vòng đầu $< 32\text{cm}$.

- Đẻ non bình thường: cân nặng, chiều cao, vòng đầu và tuổi thai tương ứng nhau.

- Đẻ non thiếu dinh dưỡng: cân nặng, chiều cao và vòng đầu nhỏ hơn so với tuổi thai, còn gọi là sơ sinh đẻ non yếu.

3.3. Sơ sinh già tháng

- Tuổi thai > 42 tuần. Biểu hiện bằng chín dấu hiệu sau:

1. Da khô, nhăn nheo và bong da.
2. Chân tay dài, khẳng khiu. Cơ nhão. Đầu to.
3. Trẻ tăng kích thích, luôn hoạt động.
4. Toàn thân mảnh khảnh, xương sọ cứng hay có dấu hiệu chòng sọ.
5. Cuống rốn vàng úa hoặc xanh do nhuộm màu phân su.
6. Móng tay, móng chân dài nhuộm vàng hoặc xanh.
7. Trường hợp già tháng nặng, toàn thân gầy gò, ngực nhô, bụng lép.
8. Da bong từng mảng lớn, khô.
9. Toàn thân nhuộm vàng, rốn khô, cứng khớp.

- Clifford chia làm 3 mức độ:

- + Độ 1: gồm các dấu hiệu 1, 2, 3.
- + Độ 2: gồm các dấu hiệu 1, 2, 3, 4, 5, 6.
- + Độ 3: đủ cả 9 dấu hiệu.

4. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH

4.1 Chăm sóc ngay sau khi sổ thai

Đội ngũ nhân viên tham gia chăm sóc- hồi sức trẻ sơ sinh phải có mặt ở phòng sinh trước khi thai sổ, kiểm tra lại các trang thiết bị, dụng cụ để tiếp nhận trẻ sơ sinh và có thể hồi sức ngay khi cần.

Khi sổ thai, thực hiện các bước sau:

- Lau khô, ủ ấm
- Dánh giá chỉ số Apgar.
- Quyết định hồi sức hay không
- Chăm sóc sơ sinh.

Qui trình chăm sóc:

- Đảm bảo sự lưu thông đường thở
- Đảm bảo thân nhiệt. Đặt trẻ ra bàn có đèn sưởi, giữ môi trường ấm từ $28-30^{\circ}\text{C}$.

4.2 Chăm sóc rốn

- Cắt rốn: Kẹp rốn thứ nhất cách chân rốn trẻ khoảng 20cm. Kẹp rốn thứ hai cách kẹp thứ nhất khoảng 2cm và gấp về phía mẹ. Cắt dây rốn giữa 2 kẹp. Đặt trẻ vào bàn làm rốn.

- Chăm sóc rốn: Sát trùng dây rốn và chân rốn bằng cồn iot 5%. Cột rốn bằng kẹp nhựa hoặc chỉ cách chân rốn 2,5- 3cm, cắt bỏ phần dây rốn còn lại trên chỗ buộc; sát khuẩn mặt cắt bằng cồn iốt 5% và để khô. Tránh để rơi iốt vào da vì dễ gây bỏng cho trẻ. Kiểm tra xem có đủ 2 động mạch và 1 tĩnh mạch rốn không. Cuống rốn và kẹp nhựa kẹp rốn được bọc bởi một miếng gạc vô trùng và băng bằng băng vô trùng, thay băng hàng ngày. Rốn thường rụng sau 1 tuần, nếu tồn tại nụ rốn có thể châm nitrate bạc để làm nhanh quá trình thành sẹo.

4.3. Các chăm sóc khác

- Chống chảy máu sơ sinh do giảm tỷ lệ prothrombin : Vitamin K1 tiêm bắp 1mg.

- Sát trùng mắt: nhổ dung dịch Nitrat bạc 1%, thường dùng dung dịch Argyrol 1%. Có thể dùng dung dịch Erythromycin 0,5% có tác dụng chống Chlamydia. Nếu mắt trẻ bị nhiễm lậu cầu nhỏ Penicillin pha loãng (500 đơn vị/ml nước cất).

- Cân, đo chiều dài, vòng đầu, vòng ngực.

- Mặc áo, quần tã cho trẻ. Áo quần và tã lót dùng loại vải mềm, mỏng, dễ thấm nước và giặt mau sạch, mặc đủ ấm.

- Cho trẻ nằm cạnh mẹ và khuyến khích cho bú mẹ sớm, khoảng 30 phút đến 1 giờ sau sinh, 4- 6 giờ sau mỗi đẻ giúp chóng lên sữa, giúp tử cung co hồi tốt và để trẻ có thể bú được sữa non (là sữa mẹ xuất hiện vài ngày đầu sau sinh), cho trẻ bú theo nhu cầu. Nên cho bú mỗi lần một vú để trẻ có thể tận dụng trong một bữa bú cả sữa đầu và sữa cuối, lần bú sau thay qua bầu vú khác để tránh hiện tượng cương sữa nếu chỉ cho bú một vú. Trước khi cho bú nên lau quanh vú bằng gạc vô trùng.

- Những trường hợp chống chỉ định cho trẻ bú sữa mẹ:

+ Mẹ đang bị lao tiền triều.

+ Mẹ bị nhiễm trùng nặng hoặc đang dùng thuốc như: thuốc điều trị bệnh lý tuyến giáp, thuốc điều trị bệnh tâm thần kinh, thuốc chống đông máu, thuốc chống ung thư. Những trường hợp này phải dùng sữa nhân tạo

-Những trường hợp phải dùng sữa nhân tạo:

+ Chế phẩm sữa pha trên thị trường có nhiều, trên nguyên tắc pha gần giống sữa mẹ: rất ít ngọt, các thành phần lipid, caséine, muối gần giống sữa mẹ.

+ Số lượng và số lần cho bú phải tùy vào tuổi thai và cân nặng của trẻ sơ sinh, trường hợp trẻ non tháng, phản xạ mút và nuốt chưa tốt có thể cho chuyền nhỏ giọt qua xông (sond) dạ dày. Đối với trẻ đẻ non phải chọn loại sữa pha dùng cho trẻ đẻ non.

- Tắm trẻ hàng ngày bằng khăn vải với nước đun sôi để nguội từ 38 - 40°C, nguyên tắc là tắm nhanh, không để trẻ nhiễm lạnh, chỉ thực sự tắm ướt cho trẻ khi cuống rốn đã rụng, thành sẹo hoàn toàn, có thể tắm với dung dịch xà phòng thích hợp với pH da của trẻ sơ sinh. Không nên dùng kem hoặc sữa tắm vì có thể gây dị ứng da. Sau khi tắm có thể dùng bột talc, các loại phấn dùng cho trẻ sơ sinh xoa vào cổ, nách, mông, bụng. Thay tã lót mỗi khi trẻ đái ướt là cách tốt nhất để chống hăm, loét cho trẻ..

- Nếu cần thiết dùng thuốc bằng đường tiêm bắp thì không bao giờ được tiêm vào mông ngay cả ở 1/4 trên ngoài vì có nguy cơ gây tổn thương dây thần kinh tọa, thích hợp nhất là tiêm ở phần giữa mặt trước đùi hoặc mặt ngoài đùi, vị trí này tương đương với thân xương đùi, dùng tay kéo da lên rồi tiêm vào.

- Theo dõi vàng da: Vàng da sinh lý: gặp ở 85 - 90% trẻ sơ sinh, xuất hiện vào ngày thứ 3 đến ngày thứ 7 ở trẻ đẻ tháng, kéo dài hơn ở trẻ non tháng.

- Theo dõi sụt cân sinh lý: trẻ giảm khoảng dưới 10% cân nặng, trở lại cân nặng lúc sinh trong vòng 10 ngày.

- Theo dõi đại tiêu tiện: trẻ đi tiêu, đi cầu phân su trong ngày đầu sau sinh.

- Chủng ngừa để đảm bảo phòng bệnh cho trẻ cần tiêm chủng ngừa lao và viêm gan B sau sinh trong vòng tháng đầu. Tất cả trẻ đều được chủng ngừa trừ một số trường hợp quá non tháng hoặc có bệnh lý đang dùng kháng sinh sẽ được chủng ngừa sau. Sau đó trẻ tiếp tục theo chương trình tiêm chủng quốc gia.

CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH SAU SINH

Mục tiêu học tập

1. Phân loại được các loại trẻ sơ sinh
2. Khám được trẻ sơ sinh ngay sau sinh
3. Lập kế hoạch chăm sóc trẻ sinh sau sinh

1. ĐẠI CƯƠNG

Giai đoạn sơ sinh: từ ngày thứ 1 đến ngày thứ 28 sau sinh

- Giai đoạn sơ sinh sớm: ngày thứ 1 đến ngày thứ 7 sau sinh

- Giai đoạn sơ sinh muộn: từ ngày thứ 8 đến ngày 28 sau sinh

Sau khi sinh, trẻ có những biến đổi về chức năng các cơ quan trong cơ thể để thích nghi với cuộc sống bên ngoài tử cung Để cho giai đoạn chuyển tiếp này được điều hòa cần phải có:

- Hô hấp hiệu quả
- Hệ tuần hoàn phải thích nghi
- Thận chịu trách nhiệm điều hòa môi trường nội môi tốt
- Cơ thể tự điều hòa thân nhiệt
- Cơ thể tự điều hòa mức đường máu trong giới hạn bình thường

Vì thế, công tác chăm sóc trẻ sơ sinh có vai trò rất quan trọng cho sự phát triển của trẻ trong tương lai.

2. KHÁM TRẺ SƠ SINH TRONG PHÒNG SINH

Khám trẻ sơ sinh trong phòng sinh ngay sau khi sinh để:

2.1. Đánh giá tình trạng trẻ có cần can thiệp hồi sức không

Cần thực hiện một cách có hệ thống những bước sau:

- Đặt trẻ trên bàn sưởi ấm, lau khô trẻ
- Hút miệng, hầu họng, mũi nhanh nhung hiệu quả, nếu hút nhót lâu có thể gây phản xạ co thắt thanh quản và làm chậm nhịp tim. Nếu có hít nước ối cần phải hút trực tiếp khí quản bằng đèn soi thanh quản hoặc ngay sau khi đặt nội khí quản, trước khi bóp bóng.
- Đếm nhịp thở, tần số tim, đánh giá tính chất tiếng khóc, màu da và khả năng đáp ứng với kích thích của trẻ
- Đánh giá chỉ số Apgar: tính điểm ở phút thứ 1, phút thứ 5 và phút thứ 10. Trẻ sơ sinh đủ tháng có chỉ số Apgar:
 - + Nếu ≥ 8 điểm ở phút thứ 1 là bình thường.
 - + Từ 3 - 7 điểm ở phút thứ 1 là suy thai ở mức độ trung bình, phải có thái độ điều trị thích hợp.
 - + Nếu < 3 điểm ở phút thứ 1 là chét lâm sàng cần hồi sức cấp cứu.
- Làm rốn, chăm sóc rốn.
- Lấy nhiệt độ cơ thể

2.2. Thăm khám toàn diện và phát hiện các dị tật bẩm sinh nếu có

- Tổng trạng: quan sát đứa bé có hồng hào, cử động tay chân tốt, khóc to, phản xạ tốt hay không.
 - Nhịp thở trung bình 40-60 lần/ phút.
 - Nhịp tim trung bình 140 lần/ phút.
 - Huyết áp tối đa 60-65mmHg
 - Khám xương đầu: quan sát thóp trước hình thoi, thóp sau hình tam giác. Có thể thấy hiện tượng chồng khớp ở các trẻ suy dinh dưỡng nặng và già tháng. Xác định độ lớn và vị trí của bướu huyết thanh, bướu máu. Phát hiện não úng thủy, vô não, thoát vị não.
- Khám mặt: tìm các dấu hiệu bất thường như:

- + Xuất huyết dưới kết mạc, cườm bẩm sinh, lác mắt...
- + Sút môi, hở hàm ếch, dị tật chẻ đôi vòm hàu
- + Vị trí bất thường của tai.
- + Trong miệng có mầm răng, lưỡi tụt, ngắn...
- Khám cổ: tìm dị tật ở cổ như cổ vẹo, cổ ngắn... Khối máu tụ ở cơ ức đòn chũm làm trẻ ngoeo đầu sang một bên có thể gấp khi đẻ con to kẹt vai hay ngôi mông sỗ đầu khó.
- Khám ngực: Đếm nhịp thở, quan sát sự cân đối và di động của lòng ngực khi thở, nghe rì rào phế nang hai bên, có âm bệnh lý không khi nghe phổi. Nghe tim để xác định vị trí tim và phát hiện các âm bệnh lý.
- Khám bụng:
 - + Kiểm tra tình trạng, hình thái (bung cóc)
 - + Đánh giá tình trạng bất thường như: thoát vị rốn, thoát vị thành bụng, chiều dài, mạch máu dây rốn
- Khám tứ chi:
 - + Chi trên: đánh giá cử động, đếm, đếm các ngón tay để phát hiện tật thừa hoặc thiếu ngón.
 - + Chi dưới: kiểm tra vận động chi dưới, hoặc bàn chân bị vẹo
 - + Khám khớp háng: xem khớp háng có bị trật, hoặc lỏng lẻo không
- Khám ngoài da: bình thường đứa trẻ hồng hào, có thể phù nhẹ mí mắt, bàn chân, bàn tay. Để ý tìm các vết trầy xước ở mặt, các bướu máu ngoài da.
- Khám bộ phận sinh dục:
 - + Trẻ trai: kiểm tra tinh hoàn trong túi bìu. Hiện tượng ứ nước màng tinh hoàn có thể hết tự nhiên trong vòng 6 tháng. Nếu có hẹp bao quy đầu cần theo dõi tiêu tiêc của bé trong những ngày đầu sau sinh.
 - + Trẻ gái: âm đạo có dịch nhầy trắng, vài ngày sau sinh có thể có hiện tượng hành kinh sinh lý. Hai vú có thể hơi cương.
- Khám các phản xạ nguyên thủy: trẻ khỏe mạnh phải có các phản xạ nguyên thủy, các phản xạ này sẽ mất đi sau sinh 4-5 tháng .
 - + Phản xạ 4 điểm: dùng ngón tay trả khích thích vào phía trên, phía dưới và 2 bên mép trẻ, trẻ sẽ quay đầu, đưa lưỡi về phía bị kích thích, nếu đúng phải vú mẹ trẻ sẽ mút luôn.
 - + Phản xạ nắm: kích thích gan bàn tay trẻ, đưa ngón tay út cho trẻ nắm, trẻ sẽ nắm chặt, ta có thể nâng đầu trẻ lên khỏi bàn khám. Kích thích gan bàn chân các ngón chân trẻ sẽ co quắp lại.
 - + Phản xạ Moro: cầm hai bàn tay trẻ nâng nhẹ nhàng lên khỏi bàn khám và từ từ bỏ tay ra, trẻ sẽ phản ứng qua 3 giai đoạn:
 - Giang cánh tay ra và duỗi cẳng tay.
 - Mở rộng, xòe bàn tay
 - Óa khóc, gập và co cẳng tay, hai cánh tay như ôm vật gì vào lòng.
- Thử phản xạ Moro có thể đánh giá tình trạng liệt đám rối thần kinh cánh tay gấp trong đẻ khó do vai.
- + Phản xạ duỗi chéo: để trẻ nằm ngửa thoái mái, người khám nắm một bên chân đứa bé dùng lực duỗi ra, giữ đầu gối và kích thích gan bàn chân phía đó quan sát bàn chân bên đối diện thấy có biểu hiện 3 thì:
 - Trẻ co chân lại.
 - Trẻ duỗi chân ra.
 - Dạng chân tự do và đưa sát tối gần chân bị kích thích.
- + Phản xạ bước tự động: trẻ được giữ thẳng đứng, bế xốc hai bên nách trẻ để bàn chân chạm vào mặt bàn. Quan sát thấy trẻ dướn người lên, bàn chân đậm xuống và co lên như muốn bước về phía trước.

3. PHÂN LOẠI TRẺ SƠ SINH

Tùy mức độ trưởng thành và tình trạng dinh dưỡng, tuổi thai, cân nặng, chiều cao và vòng đầu tương ứng tuổi thai, sơ sinh được phân làm 3 loại

3.1. Sơ sinh đủ tháng

- Sơ sinh đủ tháng bình thường: cân nặng $\geq 2500\text{g}$, chiều cao $\geq 47\text{cm}$, và vòng đầu $\geq 32\text{cm}$, tương ứng tuổi thai đủ tháng 38-42 tuần.

- Sơ sinh đủ tháng thiếu dinh dưỡng:

+ Sơ sinh đẻ yếu:

- Tuổi thai 38-42 tuần
- Cân nặng và/hoặc vòng đầu(và/hoặc chiều cao) nhỏ hơn so với thai đủ tháng.

+ Suy dinh dưỡng bào thai:

- Tuổi thai 38 -42 tuần
- Cân nặng, chiều cao và vòng đầu đều nhỏ hơn tuổi thai đủ tháng.

3.2. Trẻ sơ sinh đẻ non

Tuổi thai < 37 tuần, cân nặng $< 2500\text{g}$, chiều cao $< 47\text{cm}$, vòng đầu $< 32\text{cm}$.

- Đẻ non bình thường: cân nặng, chiều cao, vòng đầu và tuổi thai tương ứng nhau.

- Đẻ non thiếu dinh dưỡng: cân nặng, chiều cao và vòng đầu nhỏ hơn so với tuổi thai, còn gọi là sơ sinh đẻ non yếu.

3.3. Sơ sinh già tháng

- Tuổi thai > 42 tuần. Biểu hiện bằng chín dấu hiệu sau:

1. Da khô, nhăn nheo và bong da.
2. Chân tay dài, khẳng khiu. Cơ nhão. Đầu to.
3. Trẻ tăng kích thích, luôn hoạt động.
4. Toàn thân mảnh khảnh, xương sọ cứng hay có dấu hiệu chòng sọ.
5. Cuống rốn vàng úa hoặc xanh do nhuộm màu phân su.
6. Móng tay, móng chân dài nhuộm vàng hoặc xanh.
7. Trường hợp già tháng nặng, toàn thân gầy gò, ngực nhô, bụng lép.
8. Da bong từng mảng lớn, khô.
9. Toàn thân nhuộm vàng, rốn khô, cứng khớp.

- Clifford chia làm 3 mức độ:

- + Độ 1: gồm các dấu hiệu 1, 2, 3.
- + Độ 2: gồm các dấu hiệu 1, 2, 3, 4, 5, 6.
- + Độ 3: đủ cả 9 dấu hiệu.

4. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH

4.1 Chăm sóc ngay sau khi sổ thai

Đội ngũ nhân viên tham gia chăm sóc- hồi sức trẻ sơ sinh phải có mặt ở phòng sinh trước khi thai sổ, kiểm tra lại các trang thiết bị, dụng cụ để tiếp nhận trẻ sơ sinh và có thể hồi sức ngay khi cần.

Khi sổ thai, thực hiện các bước sau:

- Lau khô, ủ ấm
- Dánh giá chỉ số Apgar.
- Quyết định hồi sức hay không
- Chăm sóc sơ sinh.

Qui trình chăm sóc:

- Đảm bảo sự lưu thông đường thở
- Đảm bảo thân nhiệt. Đặt trẻ ra bàn có đèn sưởi, giữ môi trường ấm từ $28-30^{\circ}\text{C}$.

4.2 Chăm sóc rốn

- Cắt rốn: Kẹp rốn thứ nhất cách chân rốn trẻ khoảng 20cm. Kẹp rốn thứ hai cách kẹp thứ nhất khoảng 2cm và gấp về phía mẹ. Cắt dây rốn giữa 2 kẹp. Đặt trẻ vào bàn làm rốn.

- Chăm sóc rốn: Sát trùng dây rốn và chân rốn bằng cồn iot 5%. Cột rốn bằng kẹp nhựa hoặc chỉ cách chân rốn 2,5- 3cm, cắt bỏ phần dây rốn còn lại trên chỗ buộc; sát khuẩn mặt cắt bằng cồn iốt 5% và để khô. Tránh để rơi iốt vào da vì dễ gây bỏng cho trẻ. Kiểm tra xem có đủ 2 động mạch và 1 tĩnh mạch rốn không. Cuống rốn và kẹp nhựa kẹp rốn được bọc bởi một miếng gạc vô trùng và băng bằng băng vô trùng, thay băng hàng ngày. Rốn thường rụng sau 1 tuần, nếu tồn tại nụ rốn có thể châm nitrate bạc để làm nhanh quá trình thành sẹo.

4.3. Các chăm sóc khác

- Chống chảy máu sơ sinh do giảm tỷ lệ prothrombin : Vitamin K1 tiêm bắp 1mg.

- Sát trùng mắt: nhổ dung dịch Nitrat bạc 1%, thường dùng dung dịch Argyrol 1%. Có thể dùng dung dịch Erythromycin 0,5% có tác dụng chống Chlamydia. Nếu mắt trẻ bị nhiễm lậu cầu nhỏ Penicillin pha loãng (500 đơn vị/ml nước cất).

- Cân, đo chiều dài, vòng đầu, vòng ngực.

- Mặc áo, quần tã cho trẻ. Áo quần và tã lót dùng loại vải mềm, mỏng, dễ thấm nước và giặt mau sạch, mặc đủ ấm.

- Cho trẻ nằm cạnh mẹ và khuyến khích cho bú mẹ sớm, khoảng 30 phút đến 1 giờ sau sinh, 4- 6 giờ sau mỗi đẻ giúp chóng lên sữa, giúp tử cung co hồi tốt và để trẻ có thể bú được sữa non (là sữa mẹ xuất hiện vài ngày đầu sau sinh), cho trẻ bú theo nhu cầu. Nên cho bú mỗi lần một vú để trẻ có thể tận dụng trong một bữa bú cả sữa đầu và sữa cuối, lần bú sau thay qua bầu vú khác để tránh hiện tượng cương sữa nếu chỉ cho bú một vú. Trước khi cho bú nên lau quanh vú bằng gạc vô trùng.

- Những trường hợp chống chỉ định cho trẻ bú sữa mẹ:

+ Mẹ đang bị lao tiền triều.

+ Mẹ bị nhiễm trùng nặng hoặc đang dùng thuốc như: thuốc điều trị bệnh lý tuyến giáp, thuốc điều trị bệnh tâm thần kinh, thuốc chống đông máu, thuốc chống ung thư. Những trường hợp này phải dùng sữa nhân tạo

-Những trường hợp phải dùng sữa nhân tạo:

+ Chế phẩm sữa pha trên thị trường có nhiều, trên nguyên tắc pha gần giống sữa mẹ: rất ít ngọt, các thành phần lipid, caséine, muối gần giống sữa mẹ.

+ Số lượng và số lần cho bú phải tùy vào tuổi thai và cân nặng của trẻ sơ sinh, trường hợp trẻ non tháng, phản xạ mút và nuốt chưa tốt có thể cho chuyền nhỏ giọt qua xông (sond) dạ dày. Đối với trẻ đẻ non phải chọn loại sữa pha dùng cho trẻ đẻ non.

- Tắm trẻ hàng ngày bằng khăn vải với nước đun sôi để nguội từ 38 - 40°C, nguyên tắc là tắm nhanh, không để trẻ nhiễm lạnh, chỉ thực sự tắm ướt cho trẻ khi cuống rốn đã rụng, thành sẹo hoàn toàn, có thể tắm với dung dịch xà phòng thích hợp với pH da của trẻ sơ sinh. Không nên dùng kem hoặc sữa tắm vì có thể gây dị ứng da. Sau khi tắm có thể dùng bột talc, các loại phấn dùng cho trẻ sơ sinh xoa vào cổ, nách, mông, bụng. Thay tã lót mỗi khi trẻ đái ướt là cách tốt nhất để chống hăm, loét cho trẻ..

- Nếu cần thiết dùng thuốc bằng đường tiêm bắp thì không bao giờ được tiêm vào mông ngay cả ở 1/4 trên ngoài vì có nguy cơ gây tổn thương dây thần kinh tọa, thích hợp nhất là tiêm ở phần giữa mặt trước đùi hoặc mặt ngoài đùi, vị trí này tương đương với thân xương đùi, dùng tay kéo da lên rồi tiêm vào.

- Theo dõi vàng da: Vàng da sinh lý: gặp ở 85 - 90% trẻ sơ sinh, xuất hiện vào ngày thứ 3 đến ngày thứ 7 ở trẻ đẻ tháng, kéo dài hơn ở trẻ non tháng.

- Theo dõi sụt cân sinh lý: trẻ giảm khoảng dưới 10% cân nặng, trở lại cân nặng lúc sinh trong vòng 10 ngày.

- Theo dõi đại tiêu tiện: trẻ đi tiêu, đi cầu phân su trong ngày đầu sau sinh.

- Chủng ngừa để đảm bảo phòng bệnh cho trẻ cần tiêm chủng ngừa lao và viêm gan B sau sinh trong vòng tháng đầu. Tất cả trẻ đều được chủng ngừa trừ một số trường hợp quá non tháng hoặc có bệnh lý đang dùng kháng sinh sẽ được chủng ngừa sau. Sau đó trẻ tiếp tục theo chương trình tiêm chủng quốc gia.

ĐA THAI

Mục tiêu học tập

1. Phân biệt được sinh đôi đồng hợp tử và sinh đôi dị hợp tử.
2. Phân tích được các nguy cơ cao cho thai nhi và thai phụ để sinh đôi.
3. Khám và phát hiện được một trường hợp sinh đôi.
4. Theo dõi và xử trí được một trường hợp sinh đôi.

1. ĐỊNH NGHĨA

Sinh đôi (Song thai) là sự phát triển đồng thời hai thai trong lòng tử cung người mẹ. Sinh đôi chiếm tỷ lệ khoảng 1- 1,5% tổng số các trường hợp đẻ (1/80 trường hợp). Tuy nhiên hiện nay tỷ lệ này có xu hướng tăng lên cùng với sự phát triển của các phương tiện hỗ trợ sinh sản mới. Cũng như các trường hợp đa thai khác, sinh đôi là một thai nghén có nguy cơ bệnh lý và tử vong cao. Đặc điểm "nguy cơ cao" xảy ra ngay cả trong thời kỳ mang thai cũng như trong chuyển dạ đẻ.

2. PHÂN LOẠI

Dựa vào nguồn gốc phát sinh có hai loại sinh đôi:

2.1. Sinh đôi hai noãn (sinh đôi dị hợp tử)

- Sinh đôi hai noãn thường gấp hơn sinh đôi một noãn, tỷ lệ khoảng 65% - 70% tổng số sinh đôi. Nguyên nhân có thể do yếu tố dân tộc, di truyền, gia đình, con rạ đẻ nhiều lần, ngày nay do sử dụng các thuốc ngừa thai, thuốc kích thích rụng trứng trong hỗ trợ sinh sản nên tỷ lệ sinh sinh đôi tăng lên.

- Nguồn gốc: Sinh đôi hai noãn còn gọi là sinh đôi dị hợp tử. Là kết quả của sự thụ tinh giữa hai tiểu noãn với hai tinh trùng riêng biệt để trở thành hai trứng. Do nguồn gốc phát sinh khác nhau, trẻ có thể khác giới hay cùng giới. Hai thai dù cùng giới nhưng không hoàn toàn giống nhau như trong sinh đôi một noãn

- Bánh rau: Hai bánh nhau riêng biệt hay đôi khi nằm gần với nhau nhưng hệ tuần hoàn riêng biệt và không lưu thông, hai nội sản mạc, hai trung sản mạc, ngoại sản mạc có thể chung cho cả hai buồng ối hoặc riêng biệt.

2.2. Sinh đôi một noãn (sinh đôi đồng hợp tử)

- Sinh đôi một noãn hiếm gặp hơn, khoảng 1/250 trường hợp sinh, không có tính chất gia đình và di truyền, là kết quả của sự thụ tinh giữa một tiểu noãn và một tinh trùng duy nhất, nhưng trong quá trình phân bào của trứng do sự đột biến mà phát triển thành hai thai. Do có cùng nguồn gốc cho nên hai thai mang cùng tính chất di truyền, bao giờ cũng cùng giới, có thể giống nhau về hình thái cơ thể...

- Bánh rau: tùy theo sự đột biến trong quá trình phân bào của trứng sớm hay muộn mà có 3 dạng khác nhau:

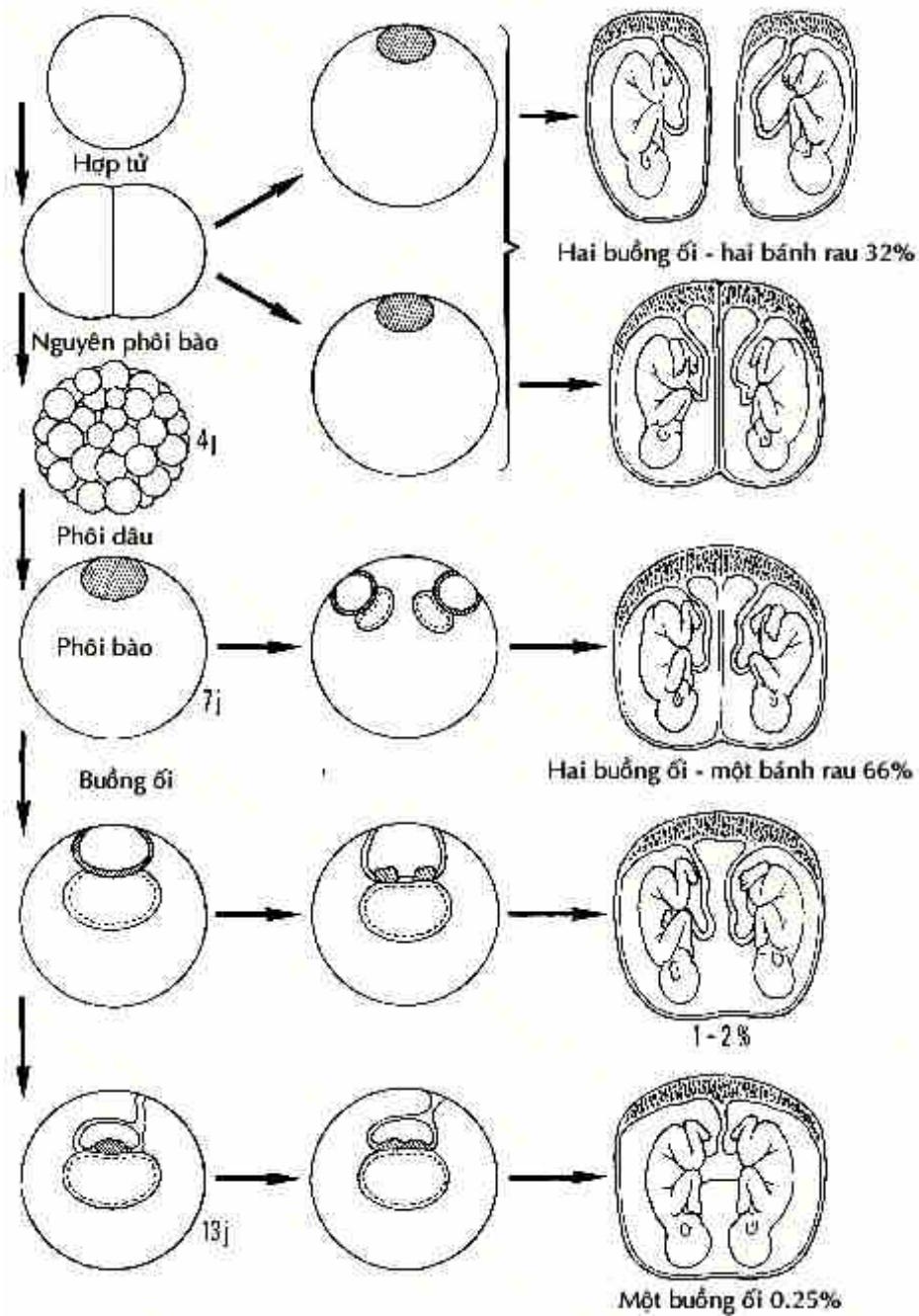
+ Nếu sự phân bào xảy ra ở thời kỳ sau khi thành lập lá nuôi và trước thành lập buồng ối (ngày 4) thì sẽ có một bánh nhau, một trung sản mạc, hai nội sản mạc. Một số hiếm có thể xảy ra là hai bánh nhau riêng biệt, hai trung sản mạc, hai nội sản mạc (1/10).

+ Nếu sự phân bào xảy ra vào thời kỳ sau thành lập buồng ối (ngày thứ 7) sẽ có một bánh nhau, một trung sản mạc, hai nội sản mạc (25- 30%), hai thai ở trong hai buồng ối nhưng nhận sự nuôi dưỡng từ một bánh nhau chung.

+ Nếu sự phân bào xảy ra từ ngày thứ 7- 13, sẽ có hai thai chung nhau một bánh nhau, cùng chung một buồng ối.

+ Nếu sự phân chia xảy ra muộn sẽ có nhiều nguy cơ hai thai dính nhau, chung tạng, quái thai. Trường hợp này rất hiếm gặp (3%).

Bánh nhau trong sinh đôi một noãn thường có các mạch máu nối thông với nhau. Có hai dạng nối thông là loại nối tiếp nông trên bề mặt nội sán mạc và loại mạch nối tiếp sâu ở trong bề dày của các múi nhau, động mạch hê này nối với tĩnh mạch hê kia hoặc ngược lại. Do tính chất này mà hai thai sẽ liên quan chặt chẽ với nhau theo hình thức cho máu và nhận máu. Thông thường sự truyền máu cho nhận diễn ra cân bằng và hai thai phát triển bình thường như nhau. Đôi khi diễn ra sự mất cân bằng tuần hoàn, một thai cho nhiều còn ngược lại thai kia nhận nhiều sẽ dẫn đến tình trạng một thai teo dét, thậm chí chết lưu trong khi thai kia có thể phù to.



Hình 1. Tóm tắt các dạng khác nhau của sinh đôi

3. ĐẶC ĐIỂM SINH ĐÔI

- Tỷ lệ thai bệnh lý và tử vong chu sản cao 7% - 10%.
- Nguy cơ tử vong chu sản chủ yếu là đẻ non.
- Tỷ lệ dị tật bẩm sinh ở sinh đôi đồng hợp tử cao hơn sinh đôi dị hợp tử.
- Trong chuyển dạ, sinh đôi đồng hợp tử có nguy cơ cao hơn sinh đôi dị hợp tử.
- Có khả năng xảy ra sự bất cân bằng tuần hoàn trong truyền máu cho nhau.

4. TRIỆU CHỨNG HỌC VÀ CHẨN ĐOÁN

Cần phải phát hiện, chẩn đoán sớm bởi vì tiên lượng của nó một phần liên quan đến sự chẩn đoán này.

4.1. Hỏi

- Tiền sử gia đình bên vợ hay chồng có người sinh đôi hoặc đa thai không. Nếu sản phụ sinh con ra thì các lần trước đã có lần nào sinh đôi chưa.
- Tiền sử sản phụ có sử dụng thuốc ngừa thai, hoặc thuốc kích thích rụng trứng trong điều trị vô sinh không, loại thuốc nào.

4.2. Cơ năng

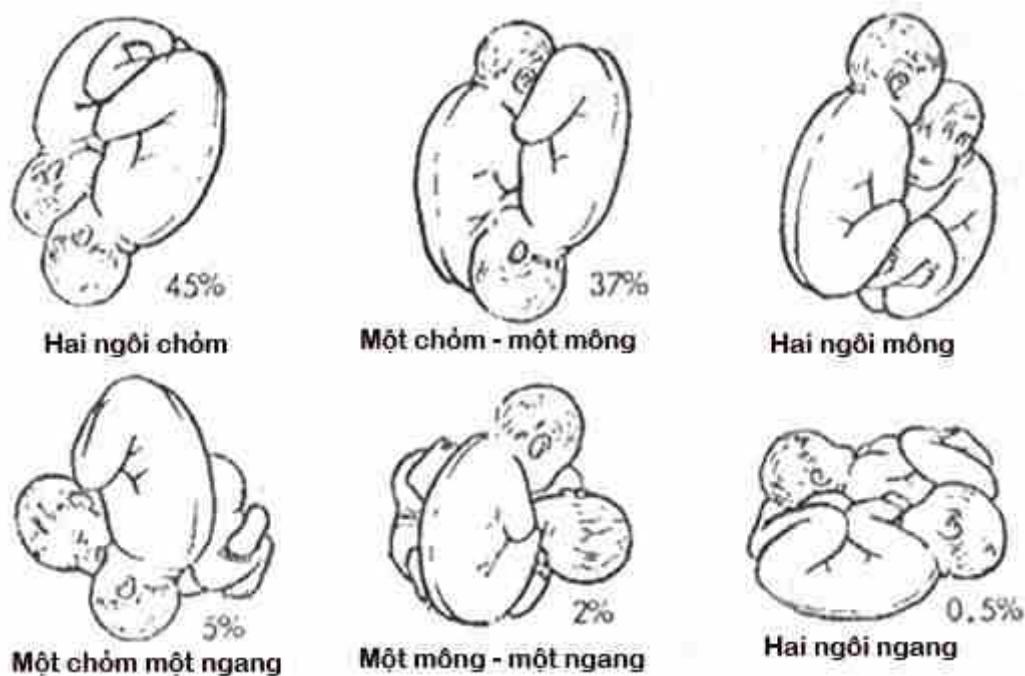
- Dấu hiệu nghén : Thai phụ có dấu hiệu nghén nhiều hơn bình thường so với lần thai trước hoặc so với người cùng có thai. Phù sờm và nhiều do tử cung to chèn ép tuần hoàn chi dưới. Sản phụ mệt mỏi, đi lại khó khăn.
- Tử cung to nhanh làm thai phụ có thể cảm thấy khó thở do cơ hoành bị đẩy lên.
- Thai máy ở nhiều nơi trên tử cung, khắp ổ bụng.

4.3. Thực thể

- Nhìn thấy bụng to, thành bụng căng, có nhiều vết rạn. Hai chân phù to, trắng mọng, đôi khi phù lên tới bụng.
- Đo chiều cao tử cung lớn hơn tuổi thai. Khi thai đủ tháng chiều cao tử cung có thể tới 35 - 40 cm trên vé, vòng bụng có thể tới 100 cm hoặc hơn.
- Nắn khó thấy đủ cả bốn cực. Thường nắn thấy ba cực, hai cực đầu một cực mông hoặc hai cực mông một cực đầu. Nếu chỉ nắn thấy hai cực thì hai cực đó phải là hai cực đầu hoặc hai mông. Đôi khi không nắn rõ được cực nào mà chỉ thấy được nhiều chi.
- Nghe: Nghe được hai ổ tim thai riêng biệt, tần số hai ổ tim thai chênh lệch hơn nhau 10 nhịp/1 phút. Khoảng cách giữa hai ổ tim thai trên 10cm.
- Khám trong giúp khăng định kết quả khám ngoài. Khám trong xác định được một cực của thai ngoài một cực đã xác định khi khám ngoài.

Ngoài việc chẩn đoán xác định sinh đôi thì việc xác định tư thế của hai thai trong buồng tử cung cũng rất quan trọng. Tỷ lệ các ngôi thường gặp là:

- + Hai ngôi chồm: 50% Một ngôi chồm, một ngôi mông: 35%
- + Hai ngôi mông: 10% Một ngôi chồm, một ngôi ngang: 3%
- + Một ngôi mông, một ngôi ngang: 2%



Hình 2. Các ngôi kết hợp trong song thai

4.4. Các phương pháp thăm dò khác

- Chụp X quang bụng: Có hình ảnh 2 đầu, 2 cột sống của thai nhi. Tuy nhiên thai dễ bị nhiễm tia X, nên cần hạn chế chụp phim. Chỉ chụp khi thai nhi đã trên 7 tháng.

- Siêu âm: Có thể phát hiện sinh đôi sớm. Chẩn đoán sinh đôi ở giai đoạn đầu dễ dàng vì ở giai đoạn này màng đệm thấy rõ, tạo thành vòng dày khác với màng ối mỏng và thưa âm vang hơn. Thai 6 tuần tuổi: Thấy hai túi ối. Thai 10 tuần: Thấy hai túi thai, hai ống tim thai. Thai > 17 tuần: Đo đường kính luồng đỉnh của mỗi thai nhi, trên siêu âm có thể theo dõi sự phát triển khác nhau của từng thai. Dấu hiệu dư ối thường gặp trong sinh đôi.

4.5. Chẩn đoán phân biệt

4.5.1. *Thai to*

Chỉ nắn thấy hai cực đầu và mông, nghe một ống tim thai..

4.5.2. *Một thai - đa ối*

Trong sinh đôi, tỷ lệ dư ối khoảng 10%, thành tử cung căng, mềm, khó nắn được các cực của thai, nghe tiếng tim thai nhỏ, xa xăm.

4.5.3. *Một thai và một khôi u buồng trứng hoặc u xơ tử cung*

Khi nắn dễ nhầm khôi u là 1 cực của thai. U xơ tử cung thường có tiền sử rối loạn kinh nguyệt, hơn nữa trong cơn co các phần thai khó xác định được còn u xơ tử cung vẫn nắn thấy rõ.

4.6. Tiển triển và các nguy cơ của sinh đôi

4.6.1. *Trong thai kỳ*

- Sẩy thai, đẻ non: Là một biến chứng thường gặp, nguy cơ đẻ non cao gấp 6 lần thai thường (khoảng 15-30% các trường hợp sinh đôi bị đẻ non trong đó khoảng 8% trước 32 tuần). Tỷ lệ tử vong chu sản và thai bệnh lý cao cũng do thai non yếu.

- Tiền sản giật: Xảy ra thường xuyên và sớm hơn các trường hợp một thai.

- Da ối: Thường xảy ra vào thời kỳ cuối của 3 tháng giữa thai kỳ. Hay gặp ở trường hợp sinh đôi một bánh nhau, bất cân bằng tuần hoàn giữa hai thai.

- Hội chứng truyền máu cho nhận: Chẩn đoán hội chứng truyền máu cho nhận thường bắt đầu từ tuần thứ 22 -24. Thai nhận có tình trạng đa ối, thai cho thì thiếu ối.

- Thai chậm phát triển trong tử cung: Là nguy cơ đứng thứ hai sau đẻ non, tỷ lệ gấp gấp

10 lần một thai. Hơn 50% trường hợp thai chết trong tử cung là hậu quả của thai chậm phát triển trong tử cung hoặc do sự bất cân bằng tuần hoàn hai thai.

- Nhau bám thấp: Là do sự tăng bề mặt của bánh nhau, nó làm tăng nguy cơ đẻ non, chảy máu do bong nhau, ngôi thai bất thường.

- Thai dị dạng: Nguy cơ thai dị dạng 2% trong sinh đôi, đặc biệt là sinh đôi đồng hợp tử (10%)

- Thiếu máu: 3,2% trường hợp

4.6.2. Trong chuyển dạ

- Đẻ khó do cơn go tử cung
- Sa dây rốn
- Đẻ khó thai thứ hai
- Hai thai mắc nhau
- Sang chấn sản khoa
- Đờ tử cung sau đẻ

5. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

5.1. Trong thời kỳ mang thai

- Theo dõi, đánh giá sự phát triển của thai định kỳ, phát hiện sớm các nguy cơ cho thai và người mẹ. Bảo đảm vệ sinh thai nghén, chế độ dinh dưỡng,

- Dự phòng hiện tượng đẻ non: Phải có một chế độ nghỉ ngơi thích hợp cho thai phụ, tránh lao động và di chuyển nhiều trong thời kỳ mang thai.

- Cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời khi có hiện tượng chuyển dạ đẻ non: Theo dõi và điều trị tại bệnh viện, nằm nghỉ tuyệt đối, dùng các thuốc giảm co, utrogestan, acid folic, sắt, vitamin D.

Việc theo dõi thai phụ và phát hiện các nguy cơ trong sinh đôi có thể được tiến hành ở tuyến xã, tuy nhiên không nên đỡ đẻ sinh đôi ở tuyến xã mà phải chuyển lên các tuyến trên.

5.2. Khi chuyển dạ

5.2.1. Nguyên tắc chung trong đẻ sinh đôi

- Kíp đỡ đẻ và săn sóc phải có ít nhất hai người trở lên. Tốt nhất nên có một nhà sản khoa, một bác sĩ nhi sơ sinh và một gây mê hồi sức.

- Trong quá trình chuyển dạ luôn theo dõi tình trạng sức khỏe của người mẹ và hai thai, nhất là thai nhi thứ hai. Phát hiện kịp thời nguy cơ suy thai và có biện pháp xử trí thích hợp. Do tử cung quá căng nên cơn co tử cung thường yếu và thưa, cổ tử cung mở chậm. Nếu đủ điều kiện có thể bấm ối cho tử cung bớt căng, điều chỉnh cơn co tử cung để chuyển dạ tiến triển tốt hơn.

5.2.2. Diễn tiến cuộc đẻ

Thông thường cuộc đẻ diễn ra qua 4 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: Đẻ thai nhi thứ nhất: Thai thứ nhất thường là ngôi thuận, đôi khi là ngôi ngược. Thường ngôi lọt chậm, cơn co yếu. Nếu là ngôi chồm thì đỡ đẻ như bình thường, chú khi khi ối vỡ dễ gây sa dây rốn. Sau khi thai số kẹp chặt dây rốn trước khi cắt đẻ ngăn ngừa mất máu của thai thứ hai nếu có tuần hoàn nối thông.

- Giai đoạn 2: Sau khi thai thứ nhất số, buồng tử cung trở thành quá rộng đối với thai thứ hai làm cho thai không bình chính tốt, dễ sinh ra ngôi bất thường như ngôi ngang, ngôi ngược. Vì vậy cần kiểm tra ngay ngôi, thế và tình trạng tim thai của thai thứ hai. Chú ý rằng thai thứ hai luôn bị đe dọa trước nguy cơ thiếu oxy .

- Giai đoạn 3: Đẻ thai thứ hai

Tùy theo thai thứ hai ngôi gì mà có hướng xử trí thích hợp. Nếu ngôi ngang thì bấm ối, nội xoay thai tìm chân kéo thai ra ngay. Nếu là ngôi dọc, ngôi có thể là thuận hay ngược, tôn trọng thời gian nghỉ ngôi sinh lý chờ có cơn go xuất hiện thì bấm ối cố định ngôi thai và sinh thường. Nếu cơn co tử cung yếu thì truyền oxytocin.

- Giai đoạn 4: Sỗ rau

Thường hai bánh nhau cùng sổ một lúc hoặc liên tiếp sổ sau khi đẻ thai thứ hai. Nhưng cũng có trường hợp hai bánh nhau đều bong khi thai thứ hai chưa sổ làm thai thứ hai chết. Trong thời kỳ sổ nhau dễ có biến chứng chảy máu do đờ tử cung, do đó phải dùng thuốc co bóp tử cung ngay và duy trì nhỏ giọt tĩnh mạch. Sau đẻ cần kiểm tra bánh nhau để chẩn đoán sinh đôi một noãn hay hai noãn

5.3. Thời kỳ hậu sản

Cần theo dõi sát sản phụ những giờ đầu sau đẻ vì dễ xảy ra chảy máu do đờ tử cung thứ phát. Bảo đảm tốt chế độ dinh dưỡng để tạo cho sản phụ khả năng nhanh chóng phục hồi sức khỏe và có đủ sữa nuôi hai con.

VI. CHỈ ĐỊNH MỒ LÁY THAI TRONG SINH ĐÔI

- Hai cực đầu của hai thai cùng xuống một lúc, chèn ép nhau.
- Thai thứ nhất là ngôi ngược, thai thứ hai thuận (hai thai có thể mắc nhau).
- Thai thứ nhất ngôi ngang.
- Thai thứ nhất bị suy thai, sa dây rau không đẩy lên được.
- Sinh đôi hai thai dính nhau.
- Rau tiền đạo, tử cung có sẹo mổ cũ, con so lớn tuổi.

THAI NGHÉN NGUY CƠ CAO

Mục tiêu học tập

1. Mô tả 4 nhóm các yếu tố nguy cơ
2. Đề nghị được các xét nghiệm nhằm theo dõi, phát hiện thai nghén nguy cơ
3. Nhận được tầm quan trọng và lợi ích của chăm sóc và theo dõi thai nghén nguy cơ.

1. ĐẠI CƯƠNG

Thai nghén nguy cơ cao là thai nghén có các yếu tố có thể ảnh hưởng đến sức khoẻ của mẹ và con.

Thai nghén nguy cơ cao gặp khá phổ biến, ở bất cứ tuổi thai nào, là nguyên nhân gây tăng tỷ lệ mắc bệnh, tử vong cho mẹ, thai và sơ sinh. Thai nghén nguy cơ cao còn có thể gây nên các loại bệnh tật, các dị dạng cho thai khi còn nằm trong tử cung hoặc làm cho trẻ bị trì trệ, kém phát triển khi đã ra đời.

Tỷ lệ thai nghén nguy cơ cao thay đổi từ 5 - 40%.

2. PHÂN NHÓM CÁC THAI NGHÉN NGUY CƠ CAO

Về mặt lâm sàng, người ta chia ra 4 nhóm nguy cơ:

2.1. Nhóm 1: các yếu tố nguy cơ có liên quan về nhân trắc học, bao gồm: tuổi mẹ, chiều cao, cân nặng, điều kiện kinh tế xã hội và các yếu tố di truyền.

2.1.1. Tuổi mẹ: Mang thai ở tuổi vị thành niên (dưới 18 tuổi) có nguy cơ tiền sản giật, thai chậm phát triển trong tử cung, doạ đẻ non và đẻ non, và mẹ thiếu năng dinh dưỡng, lây lan các bệnh viêm nhiễm theo đường tình dục.

Mẹ trên 35 tuổi có nguy cơ cao huyết áp do thai, tiền sản giật, nhau tiền đạo, bệnh béo phì, các bệnh nội khoa khác. Những bất thường về nhiễm sắc thể có thể gặp ở trẻ sinh ra từ các bà mẹ lớn tuổi

2.1.2. Chiều cao của mẹ: mẹ có chiều cao dưới 1m45 thường có nguy cơ xương chậu hẹp gây nên ngôi bất thường, đẻ khó.

2.1.3. Cân nặng mẹ

- **Mẹ nhẹ cân:** khi cân nặng dưới 40kg khi có thai có thể do thiếu dinh dưỡng, bệnh chán ăn. Nguy cơ của thiếu cân trong thai kỳ là sinh ra một em bé nhẹ cân hơn tuổi thai, chậm phát triển trong tử cung, suy thai, thai ngạt, sơ sinh hạ đường máu, giảm thân nhiệt, tỷ lệ tử vong và bệnh lý cao.

- **Mẹ béo phì:** Là những bà mẹ có cân nặng trên 70kg. Các biến chứng thường gặp ở mẹ béo phì là rối loạn cao huyết áp có từ trước và trong khi có thai, tần suất gấp từ 4 - 7%, biến chứng đái đường cũng hay gặp. Ngoài ra còn gặp các biến chứng khác như viêm đường tiết niệu, viêm tĩnh mạch. Mẹ béo phì thường sinh một em bé lớn, ngôi thế không rõ ràng, tỷ lệ mổ lấy thai cao và dễ nhiễm trùng sau mổ.

2.1.4. Các bệnh di truyền: Các bệnh do cha mẹ truyền cho con, xảy ra trong quá trình thụ thai (phối hợp giữa tinh trùng và noãn) hoặc do sự tiếp xúc với môi trường ô nhiễm. Ví dụ như chứng tam bội thể 21 (trisomie) gây ra hội chứng Usker ở trẻ nhỏ với thoái hoá sắc tố ở võng mạc, điếc, xơ cứng teo cơ.

Rối loạn nhiễm sắc thể (đơn bội thể, tam bội thể) thường gây sẩy thai ở 12 tuần đầu. Bệnh Down gặp ở sản phụ nhiều tuổi, thai bé nhỏ, non yếu, gặp ở phụ nữ quá trẻ hoặc cơ thể nhỏ bé.

2.1.5. Điều kiện về kinh tế xã hội: Mức sống vật chất thấp, lao động quá nặng nhọc, sống ở nơi chật hẹp, thiếu vệ sinh, tinh thần căng thẳng thường làm thai kém phát triển, gây tỷ lệ đẻ non cao.

2.1.6. Yếu tố dinh dưỡng: Năng lượng dự trữ trong thời gian sắp có thai, thức ăn hàng ngày và thức ăn bổ sung trong thời gian mang thai có thể ảnh hưởng tới tốc độ tăng trưởng và phát

triển của thai. Thiếu năng lượng trường diễn dẫn tới sinh ra trẻ thiếu cân. Thiếu acid folic là nguyên nhân đầu tiên ảnh hưởng đến khuyết tật ống thần kinh. Mẹ thiếu vitamin B1 có liên quan tới một số trường hợp tử vong cấp của sơ sinh và các tình trạng tim của thai nhi bị sưng huyêt. Thiếu vitamin D có thể dẫn tới tình trạng hạ canxi huyết và con tetani của sơ sinh.

Ngoài ra các yếu tố về môi trường, mẹ nghiện thuốc lá, nghiện rượu cũng là các yếu tố nguy cơ.

2.2. Nhóm 2: các yếu tố liên quan đến các bệnh lý chung

2.2.1. Các bệnh nhiễm khuẩn của mẹ

- *Bệnh nhiễm khuẩn:* thường nặng lên gây nhiều nguy cơ cho thai :

+ Thời kỳ sắp xếp tổ chức: một số bệnh do virus như cúm, sốt xuất huyết, Rubéon, do vi khuẩn Listeria, do ký sinh trùng Toxoplasma gây những dị dạng cho thai như não úng thuỷ, bụng cóc, sút mô hở hàm ếch.

+ Thời kỳ hoàn chỉnh tổ chức: do lớp hội bào mỏng dần làm cho vi khuẩn, virus, ký sinh trùng dễ thâm qua màng ngăn của rau thai (độc tố, kháng thể) gây bệnh cho thai như như viêm gan, giang mai, viêm não, viêm phổi.

- *Hậu quả của nhiễm khuẩn:*

+ Quý I bệnh của phôi, sảy thai tự nhiên.

+ Quý II chết thai, sảy thai muộn, lây nhiễm qua bánh rau.

+ Quý III lây qua bánh rau, đẻ non, chết thai.

+ Lây nhiễm chu sinh (viêm gan), trong quý II và III lây nhiễm qua bánh rau có thể gây ra nhiễm khuẩn bẩm sinh với nguy cơ thai bị bệnh.

2.2.2. Các bệnh về gan: Thường gặp viêm gan do virus gây suy gan cấp, xơ gan làm giảm chức năng gan, gây chảy máu, hôn mê, tử vong trong cuộc đẻ. Đối với thai thường bị dị dạng ở 10 tuần lễ đầu hoặc bị sảy thai. Từ tuần lễ thứ 12 trở đi làm thai bị viêm gan, gây đẻ sẩy, đẻ non hoặc chết lưu. Nếu thai nhi sinh ra từ mẹ mang kháng nguyên HBs gần 2% trong số trẻ này trở thành người mang virus mạn tính sẽ có nguy cơ bị tổn thương gan nặng.

Tình trạng huyết thanh của thai phụ ở quý 3	Nguy cơ lây cho TSS khi đẻ hoặc sau đẻ	Xử trí
Kháng nguyên HBs (+) / KN HBe (+)	90 đến 100%	Tiêm huyết thanh
Khángnguyên HBs (+) / KNHBe (-)	20%	Tiêm huyết thanh
Kháng nguyên HBs(-) / Kháng thể HBc(+)	Không biết - ít	Không xử trí
Kháng nguyên HBs (-) / kháng thể HBs(+)	0%	Không xử trí

Bảng1: Nguy cơ lây cho trẻ sơ sinh phụ thuộc vào tình trạng huyết thanh của mẹ ở quý 3.

Dự phòng cho trẻ sơ sinh mang virus bằng cách tiêm Immoglobuline đặc hiệu 0,5ml/kg tiêm bắp sau sinh 48 giờ.

Sau đó tiêm hàng tháng 0,16ml/kg trong 6 tháng và nhắc lại sau một năm.

2.2.3. Các bệnh về thận: Viêm thận, viêm mủ bể thận, cao huyết áp, các bệnh này sẽ nặng lên lúc mang thai gây nhiều biến chứng như: rau bong non, sản giật do co thắt tiêu động mạch, lượng máu rau thai ít làm rau bị xơ hoá, bánh rau nhỏ, thai kém phát triển, chết lưu. Tăng tỷ lệ tử vong chu sinh. Cần điều trị tích cực và có hệ thống hoặc phải đình chỉ thai nghén để cứu mẹ.

Nguy cơ cho mẹ: Cao huyết áp, gia tăng mức độ thương tổn thận.

2.2.4. Các bệnh tim mạch: Chủ yếu là bệnh tim mắc phải thường nặng lên, cơ thể của thai luôn trong tình trạng thiếu oxy làm thai kém phát triển. Thiếu oxy cơ tử cung gây đẻ non, sẩy thai, tử vong và bệnh lý thai tăng gấp 2 ở bệnh nhân có loạn nhịp hoàn toàn và gấp 5 lần ở tim mắt bù. Khi đẻ nếu có can thiệp bằng forceps thì dễ gây sang chấn cho thai hoặc đôi lúc phải đình chỉ thai nghén vì bệnh lý của mẹ quá nặng. Nguy cơ trẻ bị tim bẩm sinh từ 10 - 24% nếu mẹ hoặc bố cũng bị tim bẩm sinh. Nguy cơ cho mẹ: suy tim, phù phổi cấp, tử vong mẹ tăng.

2.2.5. Các bệnh về máu: Thai nghén được coi là thiếu máu khi Hb <10gr. Thường gặp thiếu máu hồng cầu nhỏ, nhược sắc do thiếu sắt hoặc thiếu máu hồng cầu to ưu sắc do thiếu acid folic, do cung cấp không đủ khi ăn uống hay do kém hấp thu ở hệ thống tiêu hoá. Ở Việt Nam thường gặp do dinh dưỡng kém hay do giun móc làm cho thai kém phát triển, đẻ non, sảy thai, hoặc chết lưu. Mẹ có thể bị suy tim khi mang thai, biến chứng lúc sinh và sổ nhau, tăng nguy cơ tắc mạch, nhiễm trùng.

2.2.6. Các bệnh nội tiết: Đái đường, Basedow, Addison gây nguy cơ cao cho thai. Bệnh Basedow có thể gây đẻ non, thai suy dưỡng, nhiễm độc thai nghén. Đối với mẹ làm tăng tỷ lệ tử vong.

2.2.7. Các bệnh khác như: Ung thư, thường tiến triển nhanh. Các bệnh nghề nghiệp như nhiễm độc chì, thuỷ ngân, các chất hoá học, phóng xạ, nghiện rượu, thuốc lá thường gây ra dị dạng, sảy thai, thai lưu hoặc đẻ non.

2.2.8. Các bệnh phụ khoa

- Thiếu năng nội tiết (Estrogen, Progesteron) gây sảy thai.
- Viêm nhiễm đường sinh dục, gây ra viêm màng thai, nhiễm khuẩn ói, nhiễm khuẩn thai.
- Các dị dạng tử cung, u xơ, hở eo... gây sảy thai hay đẻ non.

2.3. Nhóm 3: Các yếu tố liên quan đến tiền sử sản phụ khoa

- Đè khó, can thiệp thủ thuật gây sang chấn cho thai nhi
- Sản phụ có tiền sử sảy thai liên tiếp, chết lưu, đẻ non nhiều lần dễ gây ra nguy hiểm cho thai, đẻ con chết nhiều lần. Khi người phụ nữ có tiền sử sảy thai liên tiếp từ 3 lần trở lên thì chỉ có cơ hội đẻ con sống là 30% và nguy cơ đẻ non cao hơn 20% so với người bình thường.

- Điều trị vô sinh

- Mổ lấy thai, sẹo cũ ở tử cung (bóc u, tạo hình...)

2.4. Nhóm 4: các yếu tố gây nguy cơ liên quan đến bệnh lý xảy ra trong thời kỳ có thai

2.4.1. Tiền sản giật - sản giật: làm thai kém phát triển, đẻ non do mẹ bị sản giật, rau bong non, nhiều khi gây tử vong cho cả mẹ và thai

2.4.2. Nguyên nhân do phần phụ của thai

Nguyên nhân do bánh nhau

- Rau tiền đạo: gặp ở những thai phụ suy dinh dưỡng, nạo thai hay đẻ nhiều lần. Thai thường bị đẻ non, những trường hợp nặng phải mổ đẻ cứu thai phụ.

- Rau bong non: Làm hai bị thiếu oxy nghiêm trọng, thai phụ bị mất máu nhiều, đe doạ đến tính mạng của thai nhi và thai phụ.

- Rau xơ hoá (calci hoá) hay gặp trong nhiễm độc thai nghén hoặc thiếu năng nội tiết, bánh nhau kém phát triển, sự trao đổi chất dinh dưỡng, oxy giữa mẹ và thai giảm, làm cho thai kém phát triển, chết lưu hoặc đẻ non.

Nguyên nhân do màng ói

- Rỉ ói, ói vỡ non gây nhiễm khuẩn ói, nhiễm khuẩn cho thai nhi. Thai phụ đôi khi phải mổ cắt tử cung ở những trường hợp nặng.

Nguyên nhân do dây rau:

- Dây rau ngắn, dây rau cuốn cổ dây rau thắt nút, khói u ở dây rau dây rau bị chèn ép, hoặc sa dây rau đều làm cho thai nhi bình chỉnh không tốt, hoặc ngăn cản tuần hoàn nhau thai làm cho thai chết.

Nguyên nhân do nước ói

- Đa ói:

+ Đa ói cấp ít gặp, thường xuất hiện vào tháng thứ 4 hoặc thứ 5, gây khó thở cho thai phụ, phải tia ói để cứu mẹ. Trong đa ói cấp thai thường dị dạng

+ **Đa ối mạn:** thường gấp nhiều hơn, xuất hiện muộn vào những tháng cuối, tiến triển từ từ, thai thường bị dị dạng, đẻ non, ngôi thê bất thường.

- **Thiểu ối**

2.4.3. Các nguyên nhân do thai

- **Thai già tháng:** Bánh rau bị thoái hoá làm giảm cung cấp chất dinh dưỡng và oxy cho thai, thai suy dần, nhô lại các cơ quan chức năng của thai nhi suy giảm, làm thai bị chết trong tử cung, hoặc nếu đẻ ra thì cũng chết trong tuần đầu với tỷ lệ cao.

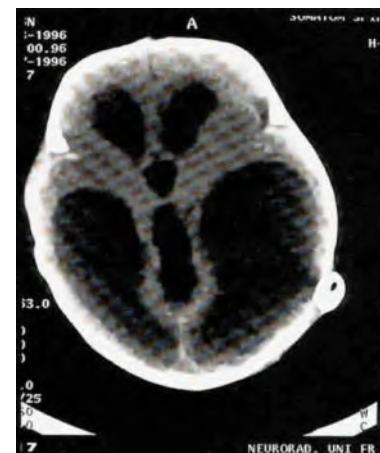
- **Thai dị dạng**

+ **Dị dạng lớn:** Não úng thuỷ, vô sọ, bụng cóc, thai thường bị chết.

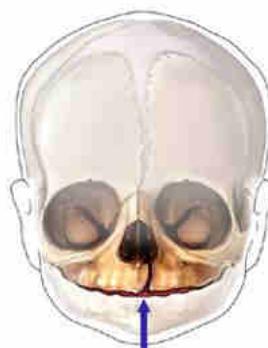
+ **Dị dạng nhỏ:** Hở hàm ếch, thừa ngón chân, ngón tay.



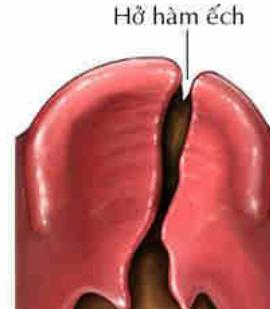
Hình 1. Quái thai vô sọ



Hình 2. CT scan não úng thuỷ



Hình 3. Hở hàm ếch



- **Thai bị bệnh và nhiễm khuẩn:** Thai bị các bệnh di truyền, bệnh bẩm sinh, bị nhiễm khuẩn trong buồng tử cung đều bị chết đột ngột, chết lưu, sảy thai hoặc đẻ non.

- **Đa thai:** sinh đôi, sinh ba thai thường nhỏ, non yếu dễ đẻ non. Khi đẻ có thể thai mắc vào nhau hoặc mắc kẹt, hoặc ngôi thê bất thường. Mẹ sau đẻ dễ bị băng huyết.

- **Bất đồng nhóm máu giữa mẹ và thai:** thường gặp là yếu tố Rh, ngày nay người ta đã phát hiện bất đồng nhóm máu A - O - B giữa mẹ và con, hậu quả sơ sinh vàng da, tan huyết, dẫn đến vàng da nhân.

Tóm lại, hậu quả của thai nghén có nguy cơ cao, thường gây:

- Sẩy thai.
- Đẻ non.
- Thai kém phát triển.
- Suy thai cấp tính và mãn tính.
- Thai chết trong tử cung.

- Tăng tỷ lệ tử vong chu sinh.
- Đối với mẹ gây tăng tỷ lệ can thiệp trong và sau đẻ, tăng tỷ lệ mổ đẻ. Thậm chí gây tử vong mẹ.

2.4.4. Một số phương pháp thăm dò sản khoa phát hiện các yếu tố nguy cơ của thai Siêu âm trong theo dõi thai nghén nguy cơ cao

- 10 - 12 tuần:** Xác định thai, số lượng thai, tình trạng thai, bệnh lý phôi hợp, phát hiện những bất thường về nhiễm sắc thể, bất thường về thai.
- 20 - 22 tuần:** Phát hiện các dị dạng thai nhi, vị trí nhau, thể tích nước ối, mạch máu cuống rốn.
- 30 - 32 tuần:** ngôi thai, sự phát triển của thai, dị dạng thai nếu có, vị trí hình dạng của bánh rau, lượng nước ối.

Doppler động mạch tử cung (từ tuần 20 - 24) ở thai nghén nguy cơ cao, thai chậm phát triển trong tử cung, tiền sản giật.

Doppler động mạch rốn 28 - 34 tuần. Thai nghén nguy cơ, nguy cơ mạch máu ở mẹ Nhiễm độc thai nghén, suy thai, song thai, thai bất thường.

Doppler động mạch não từ tuần thứ 26 thai chậm phát triển.

Monitoring sản khoa theo dõi tim thai

Rất có giá trị trong việc theo dõi và đánh giá sức khoẻ của thai nhi trong thai kỳ và trong chuyển dạ, góp phần làm giảm tỷ lệ mắc bệnh (morbidity) và tử vong (mortality) chu sinh.

3. CHĂM SÓC VÀ QUẢN LÝ THAI NGHÉN NGUY CƠ CAO

Để có thể giảm tỷ lệ tai biến trong những trường hợp thai nghén có nguy cơ cao cần phát hiện sớm, theo dõi và xử trí kịp thời bao gồm:

- Cung cấp những lời khuyên, giáo dục, tư vấn cho phụ nữ có thai và gia đình họ.
- Cung cấp các dịch vụ lâm sàng, cận lâm sàng để đảm bảo rằng người phụ nữ luôn ở nguy cơ thấp.
- Dự phòng, xử trí những vấn đề và những yếu tố bất lợi cho mẹ và thai.
- Giảm tỷ lệ bệnh suất và tử suất cho mẹ, giảm tỷ lệ bệnh suất và tử suất chu sinh.

3.1. Số lần khám thai

Ở Việt nam số lần khám thai khuyên tối thiểu là 3 lần ở thai nghén bình thường. Đối với thai nghén nguy cơ cao yêu cầu người phụ nữ khám thai 4 tuần một lần cho tới tuần 28. Sau đó 2 tuần một lần cho tới tuần 36, và hàng tuần cho tới tuần 40. Như vậy, có ít nhất từ 13 lần khám thai cho tuổi thai từ tuần thứ 8 - tuần 40.

Mỗi lần khám thai nếu nhận diện được yếu tố nguy cơ cần có thái độ xử trí thích hợp cho từng trường hợp.

3.2. Nội dung chăm sóc và quản lý thai nghén nguy cơ cao

Sơ đồ chăm sóc tiền sản

Tuần thai nghén	Hoạt động
Tuần 8-14	Xác định thai nghén. Hỏi về: tiền sử nội ngoại khoa, tiền sử gia đình và tiền sử sản khoa Khám toàn thân. Khám tiểu khung nếu có chỉ định. Xét nghiệm: phân tích nước tiểu (protein/glucoza/ máu) Công thức máu. Nhóm máu ABO/ Rh Huyết thanh học các bệnh (sởi, giang mai). Tư vấn dinh dưỡng, thể dục, chăm sóc vú, răng, vấn đề cho con bú, vấn đề kế hoạch hoá gia đình sau đẻ.
Tuần 16	Xét nghiệm máu để phát hiện những trường hợp có nguy cơ hở ống thần kinh và bệnh down

Tuần 18	Siêu âm hình thái học kiểm tra lại kết quả huyết thanh học khi 16 tuần. Xác định ngày sinh dự đoán
Tuần 22-24	Khám thai thường quy : hỏi bệnh sử, các triệu chứng đặc biệt (xuất huyết âm đạo, giảm hoặc mất cử động thai). Phân tích nước tiểu, đo chiều cao tử cung, vòng bụng. Kiểm tra huyết áp.
Tuần 28	Khám thường quy tim thai, nước ối, chiều cao tử cung đánh giá sự phát triển của thai. Làm công thức máu.
Tuần 32	Khám thai thường quy. Kiểm tra huyết áp. Thảo luận về vấn đề sinh đẻ đối với phụ nữ có thai và gia đình họ.
Tuần 36	Khám thai thường quy. Kiểm tra huyết áp công thức máu, ngôi thai bất thường hay không
Tuần 38	Khám thai thường quy. Kiểm tra huyết áp. Sự phát triển của thai. Ngôi thai bất thường
Tuần 40	Khám thường quy kiểm tra huyết áp, ngôi thai. Thảo luận về cuộc đẻ.
Tuần 41	Khám lại và thảo luận gây chuyển dạ nhân tạo.

3.3. Một số thăm dò để phát hiện thai nghén nguy cơ cao

Thăm dò	Các yếu tố nguy cơ có thể phát hiện
1. Siêu âm thai	Vị trí, số túi thai, thai bất thường
2. Xét nghiệm alpha-foetoprotein	Tật hở ống thần kinh, Down
3. Chiều cao tử cung ở thai nguy cơ cao	Bệnh lý về sự phát triển của thai
4. Siêu âm lặp lại về kích thước thai	Bệnh lý về sự phát triển của thai
5. Các tests về sức khoẻ thai nhi	Thai chết
6. Doppler mạch máu ở thai	Thai suy
7. Rhesus antibody	Thiếu máu tiêu huyết do Rh.
8. Siêu âm định kỳ	Ngôi thai, vị trí nhau, ối
9. Huyết áp và phân tích nước tiểu	Tiền sản giật
10. Thăm dò độ dung nạp glucoza	Đái đường do thai nghén
11. Xét nghiệm nước tiểu	Nhiễm trùng tiết niệu không triệu chứng
12. Huyết thanh học với giang mai, lậu	Nhiễm trùng mẹ và thai.

3.4. Một số biện pháp điều trị dự phòng trong thai nghén nguy cơ cao:

Chiến lược cung cấp	Lợi ích
1. Cung cấp vitamin và folate	Dự phòng tật hở cột sống Giảm nguy cơ mắc bệnh khi có thai
2. Siêu âm thường quy	Giảm tỷ lệ thai già tháng
3. Điều trị cao huyết áp	Giảm cao huyết áp nặng khi có thai ở phụ nữ cao huyết áp
4. Đảm bảo kiểm soát được bệnh đái đường	Giảm nhiễm trùng tiết niệu, giảm đẻ non, giảm mổ lấy thai, thai to, suy hô hấp. Tử vong chu sinh giảm
5. Khâu eo tử cung	Giảm tỷ lệ đẻ non
6. Siêu âm phát hiện thai bất thường	Giảm sự cố sinh ra trẻ sơ sinh bất thường, giảm tỷ lệ mắc bệnh của mẹ
7. Xét nghiệm hoá sinh	Giảm tỷ lệ bệnh suất và tử suất chu sinh
8. Trắc nghiệm sinh học thai nhi bình thường	Giảm tỷ lệ bệnh suất và tử suất chu sinh
9. Doppler mạch máu thai nhi	Giảm tỷ lệ bệnh suất và tử suất chu sinh
10. Nhập viện đối với cao huyết áp không có protein niệu	Giảm phát triển protein niệu nặng...

MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP THĂM DÒ TRONG SẢN KHOA

Mục tiêu học tập

Trình bày được chỉ định, chống chỉ định và kết quả của một số phương pháp thăm dò thường sử dụng trong sản khoa.

1. SOI ỐI

Soi ối lần đầu tiên thực hiện bởi Saling vào năm 1961, cho phép nhìn thấy nước ối qua màng ối nhờ vào hệ thống ánh sáng lạnh. Xét nghiệm này chỉ nên thực hiện từ tuần 37 trở đi. Soi ối là một phương pháp có thể thực hiện đơn giản, để quan sát màu sắc nước ối. Tuy nhiên giải thích kết quả phải tinh tế. Nếu xuất hiện ối xanh là dấu hiệu báo động.

1.1. Chỉ định

Trong mọi trường hợp thai nghén có nghi ngờ thai suy khi ối chưa vỡ.

1.2. Chống chỉ định

- Nhiễm trùng âm đạo
- Rau tiền đạo
- Thai chết trong tử cung (vì nguy cơ làm ối vỡ và nhiễm trùng nặng sau vỡ ối).
- Ngôi ngược.

1.3. Kết quả

- Nước ối bình thường: Màu trong, có vài nụ chất gây chuyển động.
- Nước ối có màu vàng: dấu hiệu này có thể cho thấy có phân su cũ trong nước ối, có tình trạng thai suy trước đó. Biểu hiện này không có ý nghĩa rõ ràng là thai đang suy hay không.
 - Nước ối màu xanh đặc, chứng tỏ có sự thải phân su mới. - Đôi khi sự quan sát nước ối bị hạn chế do chất nhầy cổ tử cung nhiều và đặc, hoặc trong trường hợp thiếu ối.

2. CHỌC BUỒNG ỐI

2.1. Chỉ định

2.1.1. Chỉ định chọc buồng ối ở giai đoạn đầu thời kỳ có thai (từ 16 -17 tuần)

- Tiền sử có con bị các bệnh có tính chất di truyền do rối loạn nhiễm sắc thể hay rối loạn chuyển hóa.
- Sản phụ có chồng bị bệnh liên quan đến rối loạn nhiễm sắc thể.
- Các sản phụ tuổi trên 40.

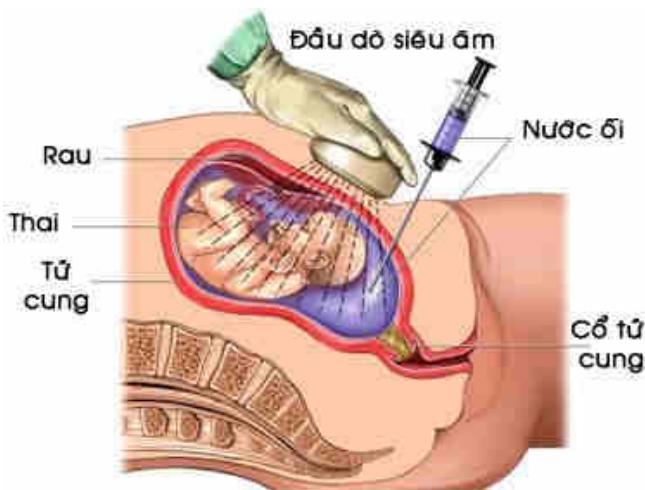
- Các trường hợp nghi ngờ có bệnh lý có tính chất di truyền:

- + Các bệnh rối loạn nhiễm sắc thể (tam thể 21, nhiễm sắc thể giới tính X...).
- + Các bệnh có rối loạn chuyển hóa: chuyển hóa đường, mỡ, axit amin và các rối loạn chuyển hóa khác.

- Các dị dạng thai: bệnh não nhỏ, không có sọ, bệnh thoát vị não, não úng thuỷ, nứt đốt sống...

2.1.2. Chỉ định chọc buồng ối ở giai đoạn muộn (thai lớn hơn 24 tuần)

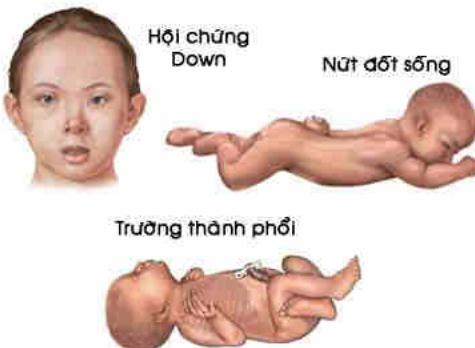
- Sản phụ có nhóm Rhesus (-).
- Sản phụ bị các bệnh có ảnh hưởng đến thai như: bệnh cao huyết áp mãn, rối loạn cao huyết áp trong thời kỳ có thai, bệnh thận, bệnh thiếu máu mãn.
- Sản phụ nhiều tuổi hoặc đã có tiền sử để con dị dạng.
- Thai kém phát triển được phát hiện qua khám lâm sàng không rõ nguyên nhân.
- Thai suy mãn do bệnh lý của mẹ hoặc do thai.
- Cần xác định sự trưởng thành của thai.
- Chọc ối để điều trị.



Hình 1. Chọc buồng ối

2.2. Phân tích kết quả

- Định lượng Bilirubin để chẩn đoán bất đồng nhóm máu mẹ - con.
- Xác định phân su trong nước ối để chẩn đoán suy thai.
- Định lượng estriol để chẩn đoán sự phát triển của thai.
- Định lượng hPL để chẩn đoán sự phát triển và trưởng thành của thai và rau thai.
- Định lượng một số men trong nước ối:
 - + Định lượng phosphatase kiềm, lacticodehydrogenase: tăng trong trường hợp thai thiếu oxy.
 - + Định lượng transaminase: có giá trị tiên lượng xấu khi tăng.
- Định lượng Creatinin và axit uric để xác định độ trưởng thành của thận thai nhi.
- Định lượng các chất phospholipid để xác định độ trưởng thành của phổi thai.
- Phân tích tế bào học để chẩn đoán các bệnh liên quan đến di truyền.
- Định lượng AFP để chẩn đoán các dị dạng về hệ thần kinh.



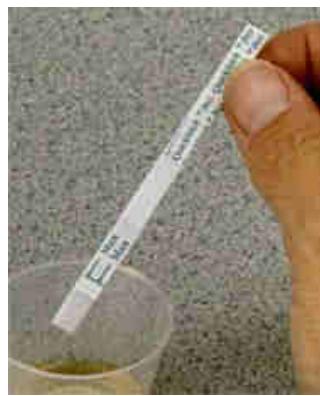
Hình 2. Một số phát hiện qua chọc buồng ối

3. XÉT NGHIỆM SINH HÓA

3.1. Định tính hCG trong nước tiểu

Hiện nay, việc định tính hCG trong nước tiểu để phát hiện có thai thường được thực hiện bằng cách sử dụng que thử thai nhanh. Xét nghiệm này cho kết quả dương tính khi nồng độ hCG từ mức 25 IU/l.

- Nếu kết quả dương tính: Khả năng có thai.
- Nếu kết quả âm tính: cần làm lại sau vài ngày vì có thể bỏ qua những thai nghén ở giai đoạn sớm.



Hình 3. Que thử thai nhanh

3.2. Định lượng β -hCG trong huyết thanh

Hiện nay, người ta sử dụng các phương pháp miễn dịch để định lượng β -hCG trong huyết thanh. Các phương pháp này cho phép phát hiện nồng độ rất thấp của β -hCG và theo dõi diễn biến của β -hCG khi định lượng liên tục.

Từ ngày thứ 10 - 20 sau thụ thai, β -hCG tăng gấp đôi sau mỗi 14 ngày. Đỉnh cao của β -hCG đạt được ở tuần thứ 9 thai kỳ.

Định lượng β -hCG trong huyết thanh giúp:

- Chẩn đoán sớm thai nghén: có thể định lượng β -hCG trước khi chậm kinh (khoảng 10 ngày sau khi trứng rụng).

- Chẩn đoán và theo dõi các bất thường thai nghén:

+ Chẩn đoán thai ngoài tử cung: bình thường β -hCG tăng gấp đôi sau mỗi 48 giờ, nếu thấp hơn thì nghi ngờ thai ngoài tử cung. Có 50% trường hợp thai ngoài tử cung có nồng độ β -hCG thấp dưới 800UI/l. Khi nồng độ β -hCG bằng hoặc cao hơn 2000UI/l, nếu siêu âm không thấy hình ảnh thai trong tử cung thì phải nghi ngờ thai ngoài tử cung. Khi nồng độ β -hCG dưới 2000UI/l và không có bằng chứng thai ngoài tử cung trên siêu âm, cần phải định lượng β -hCG nhiều lần.

+ Chẩn đoán và theo dõi bệnh té bào nuôi cần phải phối hợp định lượng β -hCG với siêu âm. β -hCG thường cao hơn 100.000 UI/l.

+ Sàng lọc huyết thanh mẹ trong 3 tháng giữa thai kỳ, kết hợp với định lượng AFP và Estriol để phát hiện hội chứng Down.

Kết quả	β -hCG (mIU/ml)
Âm tính	< 5
Nghi ngờ	5 – 25
Dương tính	> 25
3 – 4 tuần	9 – 130
4 – 5 tuần	75 – 2.600
5 – 6 tuần	850 – 20.800
6 – 7 tuần	4.000 – 100.200
7 – 12 tuần	11.500 – 289.000
12 – 16 tuần	18.300 – 137.000
16 – 29 tuần	1.400 – 53.000
29 – 41 tuần	940 – 60.000

Bảng 1. Giá trị β -hCG thay đổi theo tuổi thai

3.3. AFP (alpha-fetoprotein)

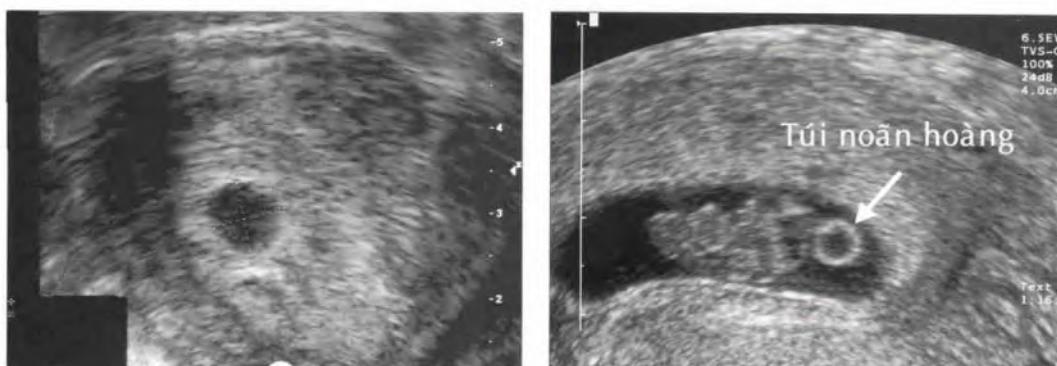
AFP được tổng hợp chủ yếu bởi gan của thai nhi, thải trừ qua nước tiểu vào buồng ối và lưu thông vào tuần hoàn của mẹ. Trong nước ối nồng độ tối đa từ 25-45mg/l vào giữa tuần 12 - 15. Trong máu của mẹ, nồng độ tối đa đạt được giữa tuần 29 – 32.

AFP kết hợp với định lượng cholinesterase để phát hiện tật hở cột sống và bất thường về nhiễm sắc thể.

4. SIÊU ÂM

4.1. Siêu âm chẩn đoán trong 3 tháng đầu thai kỳ

- Xác định có thai hay không, vị trí của túi thai.
- Xác định số lượng thai.
- Xác định tim thai: Nếu siêu âm qua đường bụng có thể thấy được tim thai lúc thai khoảng 6,5 tuần, nếu qua đường âm đạo có thể thấy được thấy tim thai lúc thai 5,5 tuần.
- Xác định tuổi thai: Xác định tuổi thai dựa theo kích thước túi thai (GS: gestational sac), túi ối (amniotic sac: AS), chiều dài đầu - mông (CRL: Crown-rump length), đường kính lưỡng đỉnh, chiều dài xương đùi. Khi tuổi thai tăng dần thì mức độ chính xác trong việc xác định tuổi thai bằng phương pháp siêu âm càng giảm đi. Khi tuổi thai từ 6-16 tuần, sai số chẩn đoán tuổi thai của siêu âm là ± 4 ngày. Khi tuổi thai từ 17-24 tuần, sai số này là ± 7 đến 10 ngày; khi thai sau 24 tuần, sai số của phương pháp là khoảng 2-3 tuần.
- Khảo sát những bất thường của thai: thai ngoài tử cung, thai trứng, thai lưu, sảy thai, bóc tách màng đệm, thai và dụng cụ tránh thai trong buồng tử cung ...
- Khảo sát các bất thường ở tử cung và phần phụ kèm thai nghén như: u xơ tử cung, khối u buồng trứng, các dị dạng tử cung...



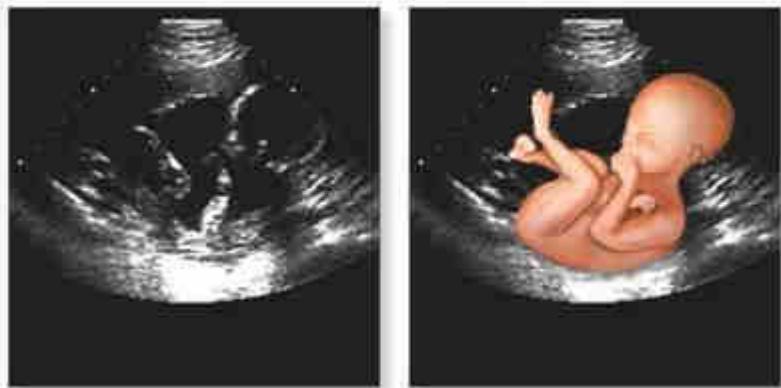
Hình 4. Siêu âm thai tuần thứ 5 và tuần thứ 7 thai kỳ



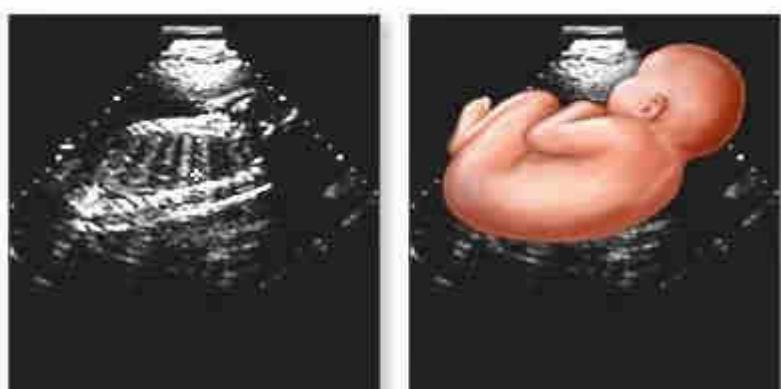
Hình 5. Hình ảnh song thai trong giai đoạn sớm thai kỳ

4.2. Siêu âm chẩn đoán trong 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ

- Khảo sát hoạt động của tim thai: vị trí, tần số, nhịp tim thai.
- Xác định số lượng thai. Nếu xác định đa thai, cần ghi nhận các thông tin về rau thai vì điều đó rất cần cho xử trí lâm sàng.
 - + Đặc điểm, số lượng, độ dày bánh rau.
 - + Dấu hiệu Delta (2 màng ối, 2 màng đệm).
 - + Giới tính thai nhi: nếu hai thai nhi khác giới tính sẽ luôn có hai màng ối và hai màng đệm. Song thai đồng giới tính còn phụ thuộc vào một số yếu tố khác để tạo nên màng đệm.
 - + So sánh kích thước 2 thai: sự khác biệt kích thước của 2 thai lớn trên 20% có mối tương quan với tỷ lệ mắc bệnh và tử vong chu sinh cao.
- Khảo sát ngôi thai
- Sự phát triển của thai: Bằng việc đo kích thước của đường kính luồng đỉnh (BPD: Biparietal diameter), hoặc chu vi vòng đầu (HC: head circumference) và chiều dài xương đùi (FL: Femur length). Đánh giá trọng lượng thai và sự phát triển của thai thường dùng chu vi vòng bụng (AC: abdominal circumference).
 - Khảo sát các bất thường về cấu trúc giải phẫu và chức năng của thai.
 - Uớc định thể tích nước ối: theo phương pháp Phelan, bình thường chỉ số ối (AFI) trong giới hạn 5-25cm, nếu ít hơn 5cm thì nghi ngờ thiếu ối, nếu trên 25cm thì có thể là đa ối.
 - Khảo sát vị trí và độ trưởng thành của bánh nhau.
 - Dây rốn: bình thường dây rốn gồm 2 động mạch và 1 tĩnh mạch.
 - Khảo sát tìm các khối bất thường ở tử cung và 2 phần phụ: tử cung dị dạng, u xơ tử cung, khối u buồng trứng...



Hình 6. Siêu âm thai vào tuần thứ 17



Hình 7. Siêu âm thai vào tuần thứ 30



Hình 8. Khối u tiền đạo do u xơ ở đoạn dưới tử cung

4.4. Vai trò siêu âm trong hướng dẫn một số thăm dò chẩn đoán tiền sản

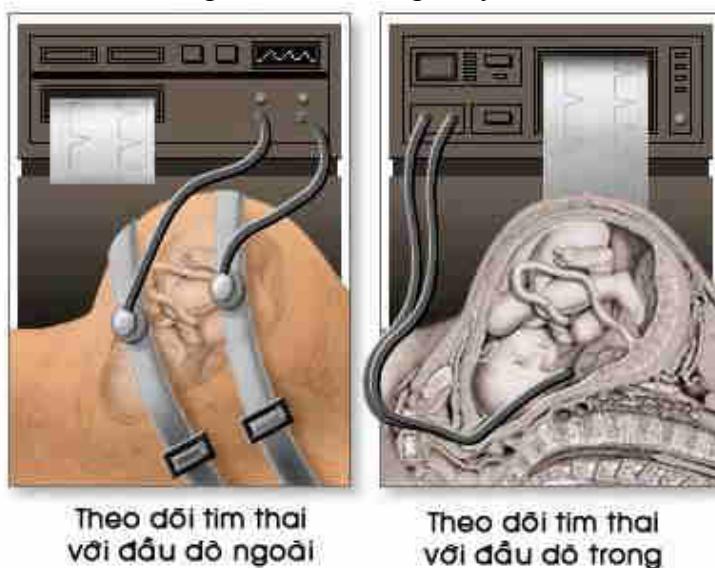
- Chọc dò ối: để đánh giá bất thường nhiễm sắc thể, định lượng AFP và acetyl cholinesterase trong dịch ối để đánh giá tình trạng dị tật ống thần kinh.
- Chọc dò dây rốn áp dụng trong việc xử trí tình trạng thai nhi thiếu máu nặng. Tuy nhiên, thủ thuật này có mối tương quan với tỷ lệ tử vong cao ở thai nhi (1%) do đó hiếm khi được sử dụng với mục đích chẩn đoán di truyền.
- Chọc hút gai rau để khảo sát di truyền học.

5. MONITORING

Sử dụng monitoring sản khoa để ghi liên tục nhịp tim thai và cơn co tử cung trong khi có thai và khi chuyển dạ.

5.1. Mục đích

- Phát hiện một số bất thường về tim thai.
- Phát hiện một số bất thường về cơn co trong chuyển dạ.



Hình 8. Ghi biểu đồ tim thai với đầu dò trong và ngoài buồng tử cung

5.2. Phân tích một biểu đồ tim thai và cơn co trên monitoring sản khoa

- Nhịp tim thai cơ bản (NTTCB) : bình thường nằm trong khoảng 120-160 lần/phút, trung bình là 140 lần/phút.

- Dao động nội tại (DDNT)

+ Dao động loại 0: khi độ dao động dưới 5 nhịp/phút.

+ Dao động loại 1: khi độ dao động trên 5 và dưới 10 nhịp/phút.

Hai loại dao động này có giá trị tiên lượng thai suy (nhưng cần phân biệt với trường hợp thai ngủ).

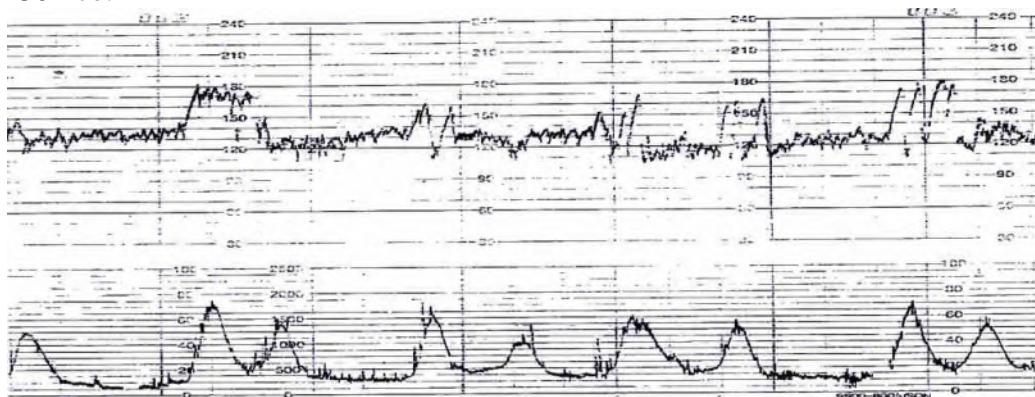
+ Dao động loại 2: khi độ dao động trên 10 và dưới 25 nhịp/phút.

+ Dao động loại 3: khi độ dao động trên 25 nhịp/phút. Là loại dao động có liên quan đến trường hợp bào thai bị kích thích, sự vận động của nó).

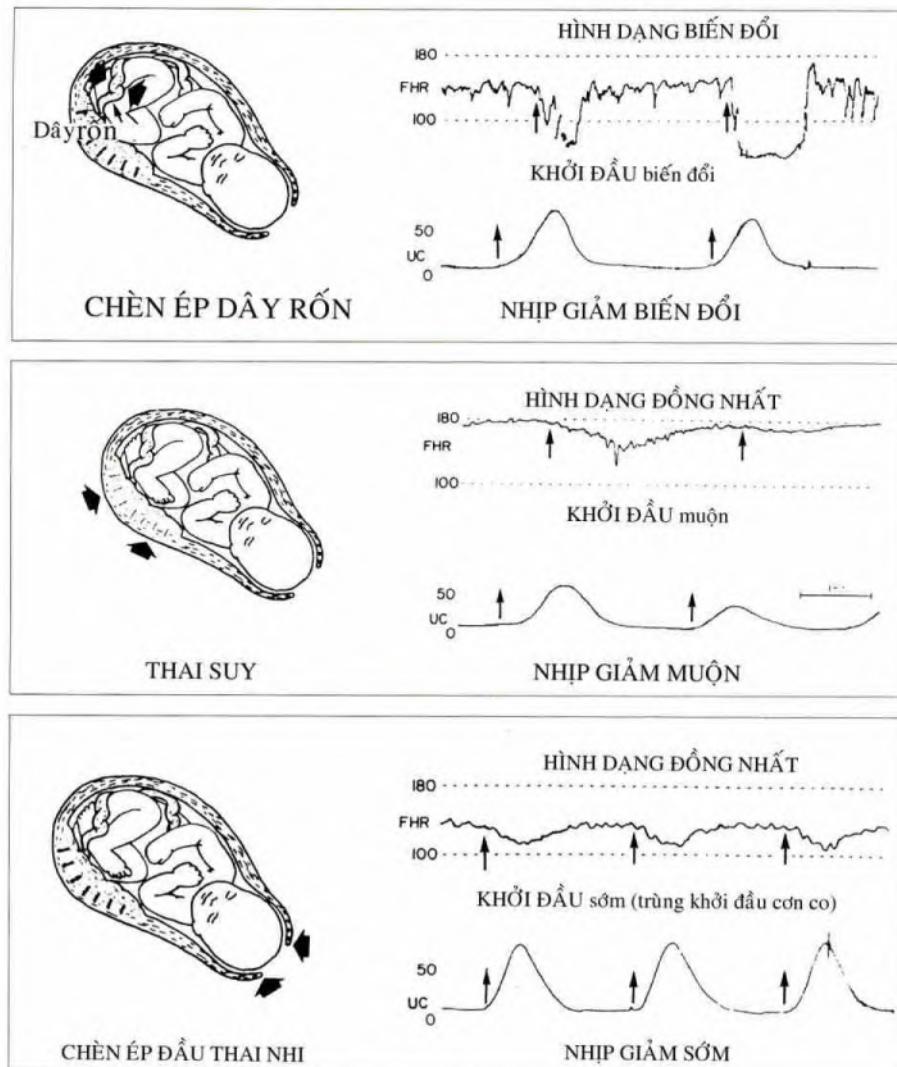
- Nhịp tăng.

- Nhịp giảm.

- Cơn co.



Hình 9. Hình ảnh CTG bình thường



Hình 10. Các loại nhịp giảm trong đo Monitoring sản khoa

THĂM DÒ TRONG PHỤ KHOA

Mục tiêu học tập

1. Lập được kế hoạch thăm dò trong phụ khoa
2. Đánh giá được kết quả của các thăm dò phụ khoa
3. Xác định được các phương pháp thăm dò cho từng cơ quan đối với bệnh nhân đến khám ở cộng đồng.

1. THĂM DÒ Ở CƠ QUAN SINH DỤC THÁP

1.1. Đo pH âm đạo

- Trong điều kiện bình thường môi trường âm đạo có tính a-xít, pH âm đạo xung quanh ngày phóng noãn là 4,2, trước và sau hành kinh pH từ 4,8 đến 5,2, trong những ngày hành kinh âm đạo có pH là 5,4. Ở phụ nữ có kinh nguyệt bình thường nếu pH trên 5,5 phải nghĩ tới viêm âm đạo (có thể do *Trichomonas*).

- Người ta có thể sử dụng giấy quỳ để đo pH âm đạo.



Hình 1. Sử dụng giấy quỳ để đo pH âm đạo

1.2. Xét nghiệm độ sạch âm đạo:

Để xét nghiệm độ sạch âm đạo người bệnh không thụt rửa âm đạo, không khám phụ khoa trước khi lấy phiến đồ âm đạo. Cách làm: lấy dịch ở túi cùng sau âm đạo, phết lên phiến kính, cố định bằng hỗn hợp cồn 90° + ête (tỷ lệ cồn 50%, ête 50%)

KẾT QUẢ

- Độ 1:

- + Trực khuẩn Doderlein: nhiều
- + Tế bào biểu mô âm đạo: nhiều
- + Các vi khuẩn khác: không có, không có nấm và *Trichomonas*
- + Bạch cầu: không có

- Độ 2:

- + Trực khuẩn Doderlein: nhiều
- + Tế bào biểu mô âm đạo: nhiều
- + Các vi khuẩn khác: có ít, không có nấm và *Trichomonas*
- + Bạch cầu: có ít

- Độ 3:

- + Trực khuẩn Doderlein: giảm
- + Tế bào biểu mô âm đạo: rất ít
- + Các vi khuẩn khác: rất nhiều, có nấm hoặc *Trichomonas*
- + Bạch cầu: rất nhiều hay (+++)

- Độ 4:

- + Trực khuẩn Doderlein: không còn
- + Tế bào biểu mô âm đạo: rất ít
- + Các vi khuẩn khác: rất nhiều, có nấm hoặc *Trichomonas*
- + Bạch cầu: rất nhiều hay (+++)

Như vậy độ 3 và độ 4 cho biết mức độ viêm và thiểu năng Estrogen của âm đạo vừa hay nặng, tuỳ thuộc vào số lượng trực khuẩn Doderlein nhiều hay ít.



Hình 2. Trực khuẩn Doderlein

1.2. Phiên đồ âm đạo tìm tế bào ung thư

Là một thăm dò khá phổ biến, dễ tiến hành. Tế bào âm đạo giúp phát hiện các thay đổi ở mức độ tế bào theo hướng tiền ung thư hoặc ung thư.

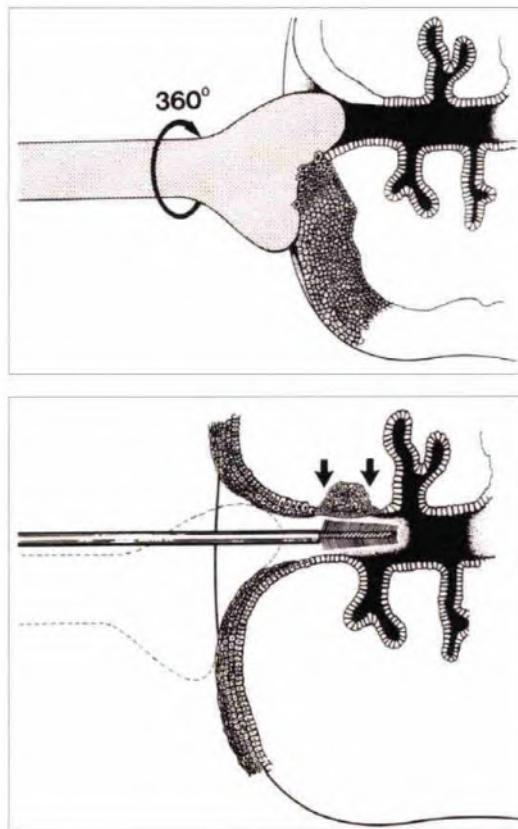
Tiêu bản được nhuộm theo phương pháp Papanicolaou và xếp loại theo danh pháp Bethesda 2001 bao gồm:

- Các thay đổi tế bào biểu mô lát:

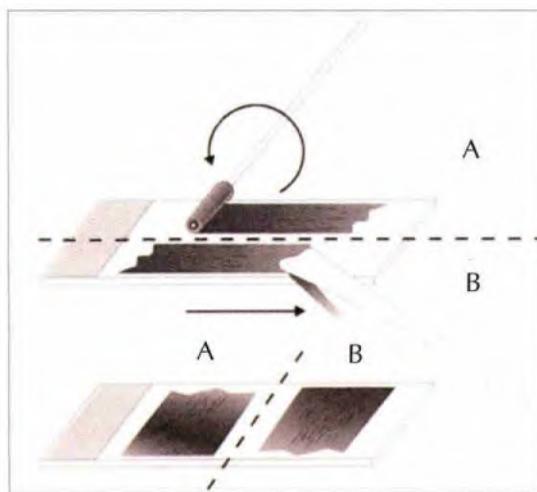
- + ASCUS (bất điển hình tế bào lát có ý nghĩa không xác định)
- + LSIL (tổn thương trong biểu mô lát mức độ thấp)
- + HSIL (thương tổn trong biểu mô lát mức độ cao)
- + Ung thư.

- Các thay đổi tế bào biểu mô trụ:

- + AGUS (bất điển hình tế bào tuyến có ý nghĩa không xác định)
- + AIS (ung thư trong liên bào biểu mô tuyến)
- + Ung thư.



Hình 3. Cách lấy bệnh phẩm để tìm tế bào từ cổ tử cung



Hình 4. Cách phết bệnh phẩm từ thà và bàn chải lên lam kính
A. Bệnh phẩm từ ống cổ tử cung, B. Bệnh phẩm từ lỗ ngoài cổ tử cung

1.3. Soi cổ tử cung

- Không chuẩn bị hoặc có chuẩn bị với dung dịch axít axetic 3% và dung dịch Lugol 3% - 5%. Soi cổ tử cung cho phép xác định:
 - + Các thương tổn lành tính như: polyp, condyloma, lạc nội mạc tử cung...
 - + Các thương tổn không điển hình như: vết trắng, vết lát đá, vết chấm đáy, vùng đờ bất thường.....
 - + Ung thư xâm nhiễm.
- Soi cổ tử cung để định hướng vùng sê sinh thiết.



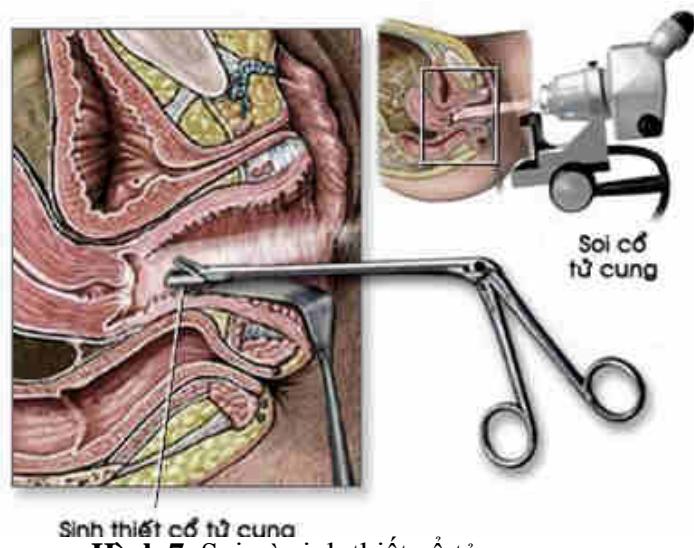
Hình 5. Máy soi cổ tử cung

	AW	Biểu mô trắng với axít axêtic (<i>aceto-white epithelium</i>)		P	Polyp
	M	Hình khám mịn hoặc thô (<i>distinct or coarse mosaic</i>)		NF	Nang Naboth (<i>Nabothian follicle</i>)
	P	Chấm đáy mịn hoặc thô (<i>distinct or coarse punctuation</i>)		L	Mảng trắng (<i>Leukoplakia</i>)
	TZ	Vùng chuyển tiếp (<i>transformation zone</i>)		V	Mạch máu (<i>vessel</i>)
	O	Biểu mô lát nguyên thủy (<i>original squamous</i>)			
	E	Biểu mô tuyến, lộ tuyến (<i>ectopy, glandular epithelium</i>)			

Hình 6. Ghi chép bằng sơ đồ các kết quả soi cổ tử cung

1.4. Sinh thiết

Chỉ định sinh thiết khi có các thương tổn nghi ngờ ở âm hộ, âm đạo, cổ tử cung như vùng loét trẹt, vùng không bắt màu với iod, mảng trắng... hoặc các tổn thương có biểu hiện ác tính.



Hình 7. Soi và sinh thiết cổ tử cung

1.5. Thăm dò chất nhầy cổ tử cung

Chất nhầy thường được đánh giá vào giai đoạn trước phóng noãn (từ ngày 12-14 của chu kỳ 28 ngày) giữa 2 phần đầu của 1 kẹp (pince) dài. Người ta quan sát số lượng, độ kéo sợi, độ trong và độ đục của chất nhầy.

+ Nhiễm trùng khi chất nhầy đục, soi dưới kính hiển vi thấy nhiều bạch cầu.

+ Dưới tác dụng của estrogen, chất nhầy nhiều và kéo sợi; Dưới tác dụng của progesteron thì chất nhầy đặc và vón lại.

2. THĂM DÒ BUỒNG TỬ CUNG

2.1. Soi buồng tử cung

Có thể soi buồng tử cung để chẩn đoán hoặc phẫu thuật.

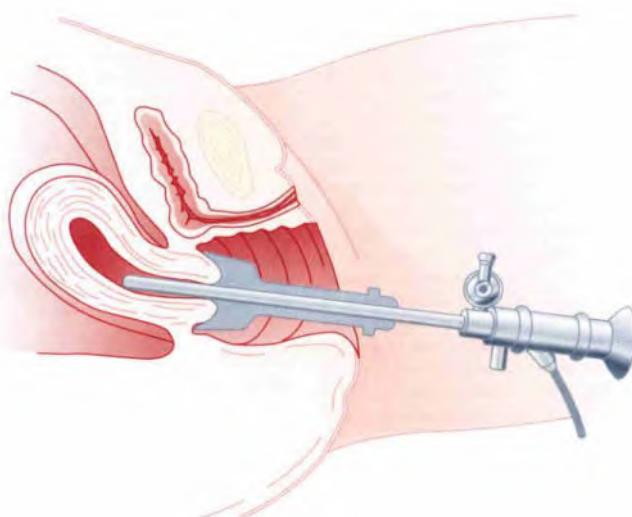
Soi buồng tử cung được chỉ định:

- Xác định nguyên nhân chảy máu âm đạo như: polyp, u xơ, teo niêm mạc, quá sản nội mạc, ung thư nội mạc tử cung.

- Đánh giá mức độ thâm nhiễm của ung thư nội mạc tử cung.

- Xác định vị trí vách ngăn tử cung để tìm cách phẫu thuật tốt nhất.

- Soi buồng tử cung giúp xác định vị trí sinh thiết nội mạc tử cung ở vùng nghi ngờ, lấy dụng cụ tử cung, cắt chỗ dính hay vách ngăn tử cung, cắt u xơ dưới nội mạc.



Hình 5. Soi buồng tử cung



Hình 6. Hình ảnh polyp buồng tử cung qua soi buồng

2.2. Sinh thiết buồng tử cung

Chỉ định trong các trường hợp bệnh lý liên quan đến nội mạc tử cung như quá sản nội mạc, polyp nội mạc, rong kinh, rong huyết trong tiền mãn kinh, vô sinh...

Tùy thuộc vào chỉ định. Có thể sinh thiết niêm mạc tử cung bằng cách nạo niêm mạc, hút bằng bơm hút Karmann hoặc sinh thiết qua nội soi buồng tử cung.

2.3. Chụp tử cung - vòi tử cung

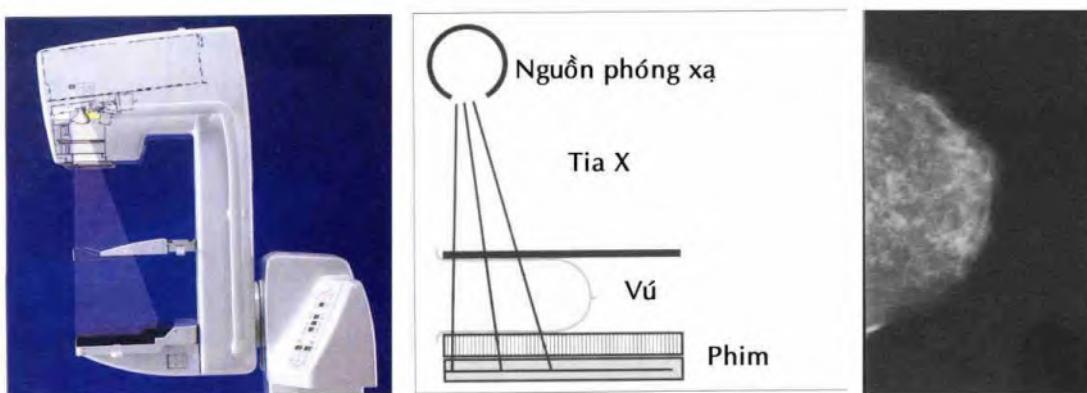
Chỉ định chụp tử cung – vòi tử cung trong trường hợp vô sinh, nghi ngờ dị dạng sinh dục.

Chụp tử cung - vòi tử cung phát hiện được các dị dạng tử cung do các khối u lấn vào buồng tử cung, dính buồng tử cung hoặc phát hiện vị trí và mức độ tắc của vòi tử cung nhờ hình ảnh do thuốc cản quang mang lại.

Thuốc cản quang tan trong dầu hoặc tan trong nước thường được sử dụng để chụp tử cung – vòi tử cung. Thời điểm tốt nhất để chụp là sau sạch kinh và trước thời điểm phỏng noãn.

3. THĂM DÒ TUYẾN VÚ

- X quang vú: Người ta chụp phim X quang vú để phát hiện sớm các tổn thương ở vú. X quang vú có giá trị chẩn đoán trong 80% các trường hợp ung thư vú .



Hình 6. Phương pháp chụp X quang tuyến vú

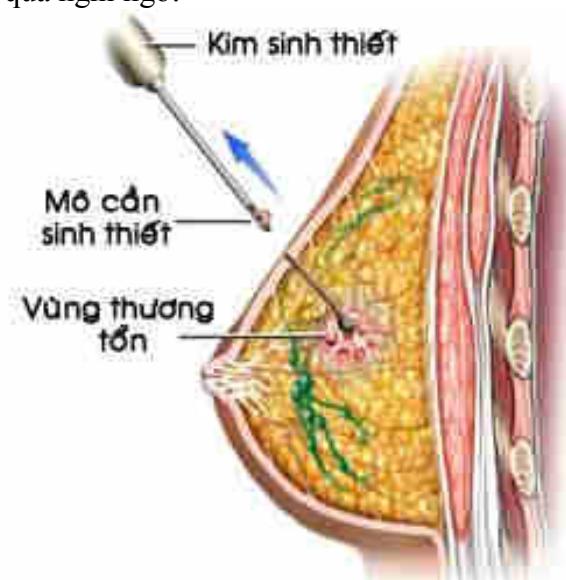
- Siêu âm: Có thể xác định bản chất một số khối u (hình ảnh âm vang trống của u nang, hình ảnh giới hạn rõ với echo giàu của u xơ tuyến vú).

- Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ: khi chọc hút tế bào phải đánh giá màu sắc của dịch, nếu dịch lẩn máu phải nghĩ tới ung thư dạng nang. Kết quả xét nghiệm của chọc hút tế bào cho phép chẩn đoán chính xác tới 90% các trường hợp.



Hình 7. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ

- Sinh thiết lõi: Giúp chẩn đoán mô học chính xác trước khi có chỉ định mổ hoặc khi các thăm dò khác có kết quả nghi ngờ.



Hình 7. Sinh thiết lõi

4. CÁC THĂM DÒ KHÁC

4.1. Thăm dò nội tiết

Định lượng các hormon căn bản được thực hiện vào đầu chu kỳ kinh (từ ngày thứ nhất đến ngày thứ 4), mẫu máu để xét nghiệm phải lấy vào buổi sáng.

- Prolactin (PRL): nồng độ bình thường trong máu của Prolactin < 20ng/ml. Khi nồng độ PRL cao cần làm các xét nghiệm như chụp X quang hoặc chụp cắt lớp hô yên để phát hiện u tuyến yên.

- FSH và LH: Chỉ định xét nghiệm FSH và LH vào đầu chu kỳ kinh, nồng độ bình thường trong huyết thanh của FSH 3-8 mUI/ml, của LH: 2-10mUI/ml. Trong chu kỳ kinh, FSH có 2 lần vượt đỉnh tối đa, đó là đầu chu kỳ và giai đoạn hoàng thể. Do vậy, phải định lượng FSH vào đầu chu kỳ, mới có thể đánh giá được. LH được tiết rất ít vào giai đoạn noãn nang, bắt đầu tăng lên để đạt được đỉnh tối đa trước khi phóng noãn sau đó giảm dần.

- Progesteron: nồng độ progesteron rất thấp vào giai đoạn nang noãn, tăng nhẹ vào lúc trước phóng noãn 1ng/ml (hay 3,18nmol/l), ở giai đoạn hoàng thể nồng độ > 10 ng/ml (31,80mmol/l).

- Estrogen: nồng độ Estradiol huyết thanh cao vào giai đoạn nang noãn trưởng thành, đạt mức trên 250 pg/ml.

Nồng độ FSH, LH, Prolactin, Estrogen, Progesteron trong máu bình thường

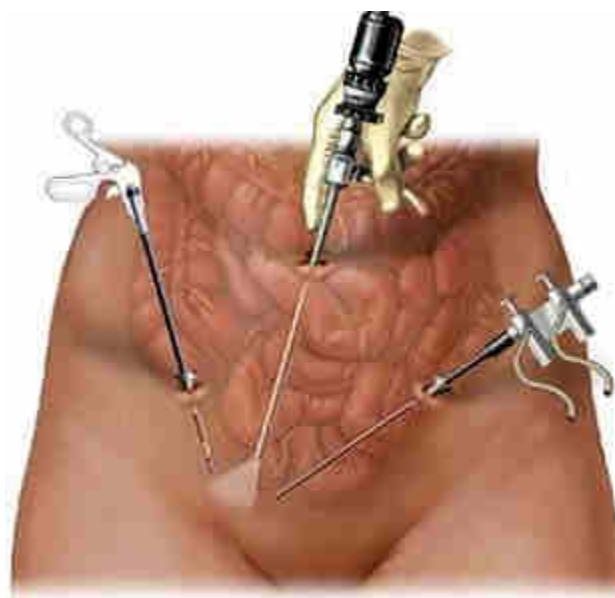
	Giai đoạn trong chu kỳ	Kết quả
FSH	Nang noãn sớm	02 - 10mIU/ml
	Đỉnh phóng noãn	10 - 23mIU/ml
	Giai đoạn hoàng thể	1,5 - 9mIU/ml
	Giai đoạn mãn kinh	30- 140mIU/ml
LH	Nang noãn sớm	1,5 - 20mIU/ml
	Đỉnh phóng noãn	17 - 80mIU/ml
	Giai đoạn hoàng thể	02 - 15mIU/ml
	Giai đoạn mãn kinh	20 - 90mIU/ml
Prolactin (PRL)		02 - 30ng/ml
Estradiol (E2)	Nang noãn	10 - 175pg/ml
	Phóng noãn	125 - 500pg/ml
	Giai đoạn hoàng thể	60 - 300pg/ml
	Giai đoạn mãn kinh	< 50pg/ml
Progesteron	Ngày 1 - 14 chu kỳ	0,2 - 1,2ng/ml
	Ngày 15 - cuối vòng kinh	2,5 - 25ng/ml

4.2. Siêu âm: Là một phương pháp phổ biến, không thể thiếu trong thăm dò phụ khoa, rất hữu ích để chẩn đoán và hướng dẫn cho một số thăm dò phụ khoa khác.

Siêu âm qua đường âm đạo cho phép nghiên cứu nội mạc tử cung, cơ tử cung, buồng trứng và vòi tử cung

4.3. Nội soi ổ bụng

Nội soi ổ bụng có thể sử dụng để chẩn đoán và phẫu thuật.



Hình 8. Nội soi ổ bụng

Khi tiến hành nội soi ổ bụng, cần mô tả chi tiết các kết quả quan sát được:

- Tử cung - sừng tử cung
- Vòi tử cung - loa vòi.
- Buồng trứng và tất cả các mặt của nó
- Túi cùng tử cung – trực tràng (túi cùng sau - túi cùng Douglas), dây chằng tử cung - cùng, ổ phúc mạc.

Trắc nghiệm xanh Methylen.

Chỉ định

- Tắc vòi tử cung ở đoạn sừng tử cung, hình ảnh ứ nước vòi tử cung qua phim chụp X quang.

- Đau hố chậu mãn tính hoặc nghi ngờ lạc nội mạc tử cung.

- Buồng trứng đa nang.

- Vô sinh không rõ nguyên nhân.

- Theo dõi thai ngoài tử cung.

ĐỀ KHÓ

Mục tiêu học tập

1. *Trình bày được sinh lý cơn co tử cung*
2. *Trình bày được các nguyên nhân, hậu quả và cách xử trí các trường hợp đẻ khó do cơn co tử cung.*
3. *Trình bày được các nguyên nhân, hậu quả và cách xử trí các trường hợp đẻ khó do các nguyên nhân cơ giới.*

1. MỞ ĐẦU

Đẻ khó là cuộc đẻ cần có sự can thiệp của người thầy thuốc. Đẻ khó có thể gây hậu quả bệnh tật, tử vong cho sản phụ và thai nhi. Để hạn chế đến mức thấp nhất tai biến của các cuộc đẻ khó, người thầy thuốc sản khoa phải nắm chắc các nguyên nhân gây đẻ khó, phân loại các nguy cơ trong quá trình quản lý thai nghén 3 tháng cuối, lúc chuyển dạ, chẩn đoán được các nguyên nhân gây đẻ khó để xây dựng phương án xử trí tốt nhất cho từng sản phụ.

2. ĐẺ KHÓ DO CƠN CO TỬ CUNG

2.1. Sinh lý cơn co tử cung

Trong thai kỳ, đặc tính của cơ tử cung thường tăng khả năng co bóp. Người ta nhận thấy có sự gia tăng một số chất như oxytocin, prostaglandin, angiotensin, serotonin, acetylcholin, adrenalin, noradrenalin..., đến quý 3 của thai kỳ nên có một vài cơn co sinh lý bình thường không gây giãn cổ tử cung xuất hiện. Chúng được gọi là cơn co Braxton - Hicks. Trong quá trình chuyển dạ thực sự thì các cơn co tử cung thường xuất hiện một cách nhịp nhàng và tăng dần về cường độ, tần số và biên độ và làm giãn cổ tử cung. Cơn co tử cung thường được phát hiện bằng cảm giác đau của người mẹ. Lúc cường độ cơn co tử cung ≥ 25 mm Hg, bắt đầu cơn co Braxton - Hicks ít khi hoặc không gây ra cảm giác đau cho sản phụ. Ngoài cảm giác đau của sản phụ, muốn phát hiện cơn co tử cung thì cần bắt cơn co bằng cách người thầy thuốc đặt tay lên bụng sản phụ (lúc cơn co tử cung đạt trị số ≥ 20 mmHg). Hiện nay sau các công trình nghiên cứu của Caldeyro - Barcia, Alvarez ở Montevideo (Uruguay), người ta đánh giá cơn co tử cung bằng đơn vị Montevideo (U.M).

Đây cũng chính là đơn vị tính hoạt độ tử cung. Hoạt độ tử cung bằng tích số của cường độ cơn co tử cung (mmHg) và tần số các cơn co tử cung (trong 10 phút). Qua khảo sát các tác giả đều nhận thấy rằng:

- Đối với cơn co Braxton - Hicks thì hoạt độ tử cung < 50 U.M.
- Lúc có chuyển dạ thực sự thì cường độ cơn co tử cung trung bình là 28 mmHg, tần số là 3 cơn co trong 10 phút, hoạt độ tử cung khoảng 85 U.M.
- Khi cổ tử cung mở hết, hoạt độ tử cung thường là 187 U.M. Cường độ mỗi cơn co tử cung khoảng 41 mmHg và tần số khoảng 4,2 cơn co trong 10 phút. Khi rặn sổ, cường độ cơn co khoảng 47 mmHg, tần số 5 cơn co tử cung trong 10 phút, hoạt độ trong thời điểm này là khoảng 235 U.M.

Cơn co tử cung là động lực chính của cuộc đẻ và thường chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố:

- Tình trạng sức khoẻ chung của sản phụ, thai nhi và phần phụ của thai nhi.
- Các thuốc tăng co, giảm co sử dụng trong chuyển dạ.
- Tư thế nằm ngửa, tần số cơn co tử cung thường tăng hơn tư thế nằm nghiêng, tuy nhiên cơn co tử cung thường mạnh hơn ở tư thế nghiêng.

Cơn co tử cung xuất phát từ 2 sừng tử cung, thường bắt đầu ở sừng phải, đi từ đáy tử cung xuống dưới, càng xuống dưới càng giảm về cường độ và biên độ. Khi có sự bất thường dẫn truyền cơn co thì dẫn đến rối loạn co bóp tử cung.

Vào thời điểm bắt đầu cuộc chuyển dạ trương lực cơ bản của cơ tử cung khoảng 8 mmHg, tăng lên khoảng 12 mmHg khi cổ tử cung mở hết. Trong trường hợp trương lực cơ tử cung tăng bất thường có thể làm chậm quá trình xoá mở cổ tử cung, gây nên đẻ khó. Tăng trương lực cơ tử cung thường xảy ra sau cơn co tử cung cường tính, tuy nhiên cũng có thể xuất hiện đơn lẻ.

Một cuộc chuyển dạ tiến triển bình thường khi cơn co tử cung bình thường nghĩa là phải nhịp nhàng có lúc nghỉ, không mạnh quá và không yếu quá, trương lực của tử cung không cao, nhịp độ và cường độ của các cơn co ngày càng tăng, khoảng cách giữa hai cơn co ngày càng ngắn lại.

Có 2 loại đẻ khó do rối loạn cơn co tử cung:

- Đẻ khó do tăng trương lực cơ bản của tử cung (*chú ý: loại này cũng đồng nghĩa với đẻ khó do cơn co tử cung tăng*).

- Đẻ khó do cơn co tử cung giảm.

2.2. Đẻ khó do cơn co tử cung tăng

Khi có sự tăng co bóp cơ tử cung quá mức bình thường tức là thời gian co dài hơn bình thường, cường độ cơn co mạnh hơn, khoảng cách giữa hai cơn co ngắn làm sản phụ kêu la, đau nhiều. Trong khi đó, trương lực cơ bản vẫn bình thường giữa các cơn co.

2.2.1. Nguyên nhân

Thường gặp là nhóm nguyên nhân cơ học như:

- Bất tương xứng giữa thai nhi và khung chậu.

- Khối u tiền đạo.

- Cổ tử cung khó mở (do viêm cổ tử cung, đốt cổ tử cung, phẫu thuật Manchester, khoét chót cổ tử cung, sẹo cổ tử cung do rách cũ, phù nề cổ tử cung do thăm khám âm đạo nhiều lần trong chuyên dã...)

- Tử cung kém phát triển, tử cung xơ hoá (thường ở sản phụ lớn hơn 35 tuổi), dị dạng tử cung (tử cung đôi...)

- Rau bong non

- Đa ối, đa thai làm cho thể tích tử cung tăng lên bất thường.

- Đoạn dưới tử cung kém phát triển.

- Sử dụng thuốc tăng co tử cung không đúng chỉ định. (Oxytocin, Prostaglandin)

- Các nguyên nhân về thần kinh, thay đổi tâm sinh lý người mẹ như tinh thần sản phụ không ổn định, lo lắng nhiều v.v.

- Các nguyên nhân khác về thai và phần phụ thai như: thai to toàn bộ hoặc từng phần (não úng thuỷ), ngôi thai, kiều thế thai thất thường, ối vỡ sớm, vỡ non làm giảm thể tích buồng tử cung.

2.2.2. Hậu quả

- Chuyển dạ đình trệ do cổ tử cung khó xoá mở.

- Suy thai, nhất là sau khi ối vỡ vì áp lực cơn co tử cung sẽ tác động trực tiếp đến bánh rau và dây rốn, hơn nữa do cơn co tử cung tăng nên tuần hoàn mè - rau - thai bị suy giảm.

- Vỡ tử cung nếu không xử trí kịp thời đặc biệt trên các sản phụ có vết mổ cũ, dị dạng tử cung, tử cung nhi dạng, con rạ (đẻ nhiều lần).

2.2.3. Xử trí

- Ngưng dùng thuốc tăng co (nếu đang dùng), điều chỉnh cơn co bằng các thuốc giảm co như Papavérin, Spasmavérin, Spasmalgin, Seduxen, Dolargan (Dolosal).

- Mổ lấy thai nếu khung chậu hẹp hoặc bất tương xứng đầu chậu.

- Liệu pháp tâm lý: động viên, giải thích để sản phụ yên tâm, nhất là các sản phụ hay lo lắng, suy nhược thần kinh. Nếu cần thiết thì sử dụng seduxen, dolargan .

2.3. Đẻ khó do cơn co tử cung giảm

Cơn co tử cung giảm khi giảm cường độ, biên độ, tần số.

2.3.1. Nguyên nhân

- Nguyên phát: Sản phụ suy nhược, thiếu máu, thiếu nước, suy tim, lao phổi, tử cung kém phát triển, u xơ tử cung.

- Thú phát: Đa ối, đa thai, chuyển dạ kéo dài, ối vỡ sớm, nhiễm khuẩn ối, lạm dụng các thuốc giảm co vào giai đoạn đầu của chuyển dạ.

2.3.2. Hậu quả

- Chuyển dạ đình trệ.
- Cô tử cung phù nề, chậm tiến triển.
- Nhiễm khuẩn ối.
- Suy thai.

2.3.3. Xử trí

- Kháng sinh: nếu ối vỡ trên 6 giờ để phòng nhiễm khuẩn ối.

- Tăng co: nếu ối đã vỡ trên 12 giờ bằng cách chuyển oxytocin 5 đơn vị hoà trong 500 ml dung dịch Glucoza 5%, tăng giảm số giọt tùy theo tình trạng cơn co. Nếu chỉ số Bishop > 6 điểm: hiệu quả tốt.

- Bấm ối: nếu đa ối, đa thai để tạo cơn co tử cung.

- Trong giai đoạn thai sỗ, nếu cơn co tử cung thưa, yếu cần phối hợp thuốc tăng co hoặc hỗ trợ forceps, giác hút nếu có chỉ định và đủ điều kiện.

3. ĐÈ KHÓ DO NGUYÊN NHÂN CƠ HỌC

Đè khó do nguyên nhân cơ học nghĩa là tất cả những nguyên nhân gây cản trở quá trình lọt, xuồng và sổ của thai.

3.1. Nguyên nhân thuộc về người mẹ

3.1.1. Khung chậu bất thường

Gọi là khung chậu bất thường khi một hoặc nhiều đường kính của khung chậu ngắn hơn bình thường. Trên lâm sàng người ta thường gặp:

- Khung chậu hẹp

+ Khung chậu có tất cả các đường kính đều giảm, bao gồm hai loại sau:

* Khung chậu hẹp toàn bộ: Khi các đường kính giảm đều ở eo trên và eo dưới (đường kính nhô hậu vệ < 8,5 cm).

* Xử trí: mổ lấy thai khi thai đủ tháng và có dấu hiệu chuyển dạ.

+ Khung chậu giới hạn: Khi đường kính nhô hậu vệ từ 8,5 - 10 cm; nhưng trọng lượng thai bình thường có thể làm nghiêm pháp lọt ngôi chòm, nếu diễn tiến thuận lợi thì để đường âm đạo, ngược lại thì mổ lấy thai. Trường hợp ngôi chòm mà thai to hoặc các ngôi bất lợi thì nên chỉ định mổ lấy thai khi có dấu hiệu chuyển dạ.

- Khung chậu biến dạng

+ Hẹp eo trên, hẹp eo dưới, hoặc khung chậu méo, bao gồm:

+ Khung chậu hẹp eo trên: Khung chậu dẹt khi các đường kính ngang và đường kính chéo không đổi chỉ có đường kính trước sau ngắn hơn bình thường. Khung chậu dẹt có cột sống cong trước làm eo trên hẹp, eo dưới rộng, vì vậy nếu thai lọt được thì sổ sẽ dễ dàng.

+ Chẩn đoán dựa vào đường kính nhô hậu vệ và thái độ xử trí tùy thuộc vào đường kính này.

+ Khung chậu hẹp eo dưới: là loại khung chậu có cột sống cong sau, nguyên nhân do gù, lao cột sống, thương tổn cột sống ở thấp. Dạng khung chậu này hình phễu, thai sẽ lọt dễ dàng qua eo trên, nhưng khó hoặc không sổ được qua eo dưới dễ bị mắc kẹt trong tiểu khung. Chẩn đoán dựa vào đường kính lưỡng ụ ngồi, nếu đường kính này < 9 cm thì thai không sổ được.

+ Thái độ xử trí: Cần tiên lượng sớm để có chỉ định mổ lấy thai, nếu thai nhỏ sổ được thì có thể phải cắt rộng tầng sinh môn.

+ Khung chậu méo: còn gọi là khung chậu không đối xứng, do cột sống bị vẹo vì bệnh còi xương, sai khớp háng bẩm sinh một bên hay bị bại liệt. Việc chẩn đoán dựa vào hình trám Michaelis, dáng đi để định mức độ lệch. Hai đường kính chéo của eo trên dài ngắn khác biệt rõ rệt, nếu ngôi lọt hướng vào đường kính chéo lớn thì tiên lượng tốt.



Hình 1. Khung chậu méo

+ Thái độ xử trí: Dựa vào đường kính nhô hậu vệ. Nếu đường kính này bình thường, trọng lượng thai trung bình, chỏm hướng theo đường kính chéo lớn của eo trên thì ta có thể bấm ối làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm. Nếu tiến triển thuận lợi thì đẻ đường dưới, ngược lại thì mổ lấy thai. Các trường hợp khác đều có chỉ định mổ lấy thai khi có dấu chuyển dạ.

3.1.2. Khối u tiền đạo

Đây là các khối u nằm trong tiêu khung cản trở ngôi không lọt và không sô được, thường gặp là khối u buồng trứng nằm ở túi cùng sau của âm đạo, u xơ ở eo hay ở cổ tử cung. Ngoài ra có các khối u tiền đạo khác ít gặp hơn như u âm đạo, u vòi trứng, u dây chằng rộng, u thận, u trực tràng, u bàng quang, tử cung đôi....

Xử trí: Mổ lấy thai và giải quyết khối u nếu u tiền đạo làm ngôi không lọt..

3.1.3. Âm đạo chít hẹp, vách ngăn âm đạo

- Âm đạo chít hẹp do bị rách phức tạp trong những lần đẻ trước hoặc sau những cuộc mổ có liên quan đến âm đạo như mổ sa sinh dục, mổ rò bàng quang âm đạo, rò trực tràng âm đạo. Xử trí: Mổ lấy thai khi có dấu hiệu chuyển dạ.

- Do dị tật bẩm sinh âm đạo có vách ngăn dọc, vách ngăn ngang.

Xử trí: Nếu đủ điều kiện để đường dưới, cắt vách ngăn khi cổ tử cung mở hết, ngôi lọt thấp.

3.2. Đẻ khó do thai

3.2.1. Thai to toàn bộ

Thai to khi trọng lượng của thai > 4.000 gram (ở Châu Âu) hay > 3.500 gram ở Việt Nam, ở trường hợp này nếu khung chậu bình thường có thể làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm, nếu thất bại thì mổ lấy thai. Các ngôi khác có chỉ định mổ lấy thai khi chuyển dạ.

3.2.2. Thai to từng phần

- Đầu to: thường gặp não úng thuỷ. Chẩn đoán dựa vào khám âm đạo (các đường khớp của đầu thai nhi dãn rộng), siêu âm hoặc X quang.

Xử trí:

+ Nếu não úng thuỷ to có thể chọc sọ để tháo bớt nước não tuỷ và sau đó huỷ thai qua đường âm đạo.

+ Trường hợp não úng thuỷ nhỏ, thai nhi có thể sống thì chỉ định mổ lấy thai nếu không đẻ được đường dưới.

- Vai to: gặp trong trường hợp thai to, thai vô sọ, mẹ bị đái tháo đường.

Xử trí: Nếu đầu đã sổ, có thể hạ tay theo thủ thuật Jacquemier.

- Bụng to: thường gặp ở dạng bụng cóc do cổ chướng, thận đa nang, gan to, lách to. Tiên lượng khó sờ thai hoặc khi đã sờ đầu rồi thì bị mắc ở bụng.

Xứ trí: chọc bụng hút dịch bụng báng, moi hết phủ tạng rồi sau đó kéo thai ra qua đường âm đạo.

- Thai dính nhau trong sinh đôi: Gặp trong sinh đôi cùng một noãn, có thể dính lưng, dính bụng... Chỉ định mổ lấy thai.

3.2.3. Đẻ khó do ngoài, thé, kiếu thé

- Ngôi chồm: Gặp trong ngôi chồm kiếu thé sau. Một số trường hợp nếu ngôi sở kiếu châm cùng sẽ gây sờ khó khăn. Xứ trí: Cắt rộng tầng sinh môn hoặc hỗ trợ thủ thuật.

- Ngôi mặt: Ngôi mặt chỉ sờ được theo kiểu cầm vê, ngôi mặt cầm sau thì mổ lấy thai.

- Ngôi trán: Đường kính tròn diện trước eo trên thường là *đường kính thượng châm - cầm* (13,5 cm). Vì vậy thai đủ tháng sẽ không lọt được nên chỉ định mổ lấy thai.

- Ngôi vai: đối với trường hợp đơn thai, không để được đường dưới, chỉ định mổ lấy thai. Đối với thai thứ hai trong trường hợp song thai, nội xoay và đại kéo thai.

- Ngôi ngược: là ngôi đẻ khó, đặc biệt là sờ đầu. Các biến chứng thường gặp trong đẻ ngôi ngược là mắc đầu hậu, sa dây rốn, suy thai, nên đa số các trường hợp có chỉ định mổ lấy thai.

3.2.4. Da thai

- Song thai cùng là ngôi đầu sẽ cản trở nhau, làm ngôi thai xuống chậm.Ở giai đoạn chuẩn bị lọt, đầu sẽ không cuộn tốt, phải mổ lấy thai.

- Ngôi thứ nhất ngược, ngôi thứ 2 là ngôi đầu: Đầu của thai thứ nhất có thể vướng vào thai thứ 2 và không xuống được.

- Hai thai dính nhau: mổ lấy thai.

3.3. Đẻ khó do phần phụ của thai

3.3.1. Rau tiền đạo

Rau tiền đạo bán trung tâm hay trung tâm hoàn toàn phải mổ cấp cứu vì chảy máu và không để được đường âm đạo. Đối với những trường hợp khác có thể bấm ối để giảm bớt sự chảy máu, nếu sau khi bấm ối, máu không cầm được thì phải mổ lấy thai.

3.3.2. Dây rốn

- Sa dây rốn: Chỉ định mổ lấy thai, khi thai còn sống.

- Dây rốn ngắn: Thường gặp do dây rốn quấn cổ nhiều vòng gây ngôi bất thường, ngôi không lọt được.

3.3.3. Da ối và thiếu ối

- Trong đa ối phần lớn thai bình chỉnh không tốt và tử cung quá căng làm cho con co tử cung bị rối loạn, một số trường hợp ối vỡ đột ngột làm ngôi thai trở thành ngôi ngang, sa dây rốn, gây ra đẻ khó. Các nguyên nhân này làm tăng chỉ định mổ lấy thai.

- Trường hợp thiếu ối: ảnh hưởng tới quá trình trao đổi oxy của thai nhi, thai bình chỉnh không tốt, gây đẻ khó, chỉ định mổ lấy thai.

NGÔI NGƯỢC

Mục tiêu học tập

1. Chẩn đoán được ngôi ngược trong chuyển dạ.
2. Mô tả được cách xử trí đỡ đẻ ngôi ngược
3. Kể ra được những chỉ định mổ lấy thai trong ngôi ngược.

1. ĐỊNH NGHĨA

Ngôi ngược hay ngôi mông là một ngôi dọc; đầu ở trên, mông hay chân ở dưới.

2. PHÂN LOẠI

Có 2 loại ngôi ngược

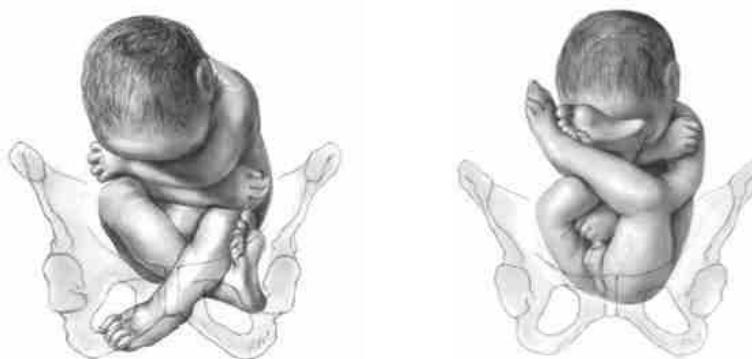
Ngôi ngược hoàn toàn (mông và 2 chi dưới gập lại).



Hình 1. Ngôi ngược hoàn toàn

Ngôi ngược không hoàn toàn gồm:

- Ngôi ngược không hoàn toàn kiểu mông (mông và 2 chân vắt ngược lên đầu).
- Ngôi ngược không hoàn toàn kiểu chân (2 chân duỗi thẳng)
- Ngôi ngược không hoàn toàn kiểu đầu gối (thai quỳ gối trong tử cung).



A.

B.

Hình 2. A. Ngôi ngược kiểu chân B. Ngôi ngược kiểu mông

3. NGUYÊN NHÂN

Hai yếu tố hình thành ngôi ngược:

- Sinh non (thai chưa kịp bình chỉnh thành ngôi thuận)
- Các yếu tố cản trở bình chỉnh của thai.

Các nguyên nhân:

- Phía mẹ: Tử cung kém phát triển, tử cung đồi, tử cung hai sừng, tử cung có vách ngăn, u xơ tử cung, khối u tiền đạo, con rạ sinh nhiều lần.
- Phía thai nhi: Đa thai, thai dị dạng (đặc biệt gấp trong não úng thủy)
- Phía phần phụ của thai: thiêu ối, đa ối, nhau tiền đạo...

4. THÉ VÀ KIỀU THÉ

- Điểm mốc: đỉnh xương cùng.
- Lung bên nào thì thé bên đó.
- Đường kính lọt: đường kính lưỡng ụ đùi = 9,5 cm.
- 4 kiểu thé lọt:
 - + Cùng chậu trái trước
 - + Cùng chậu trái sau
 - + Cùng chậu phải trước
 - + Cùng chậu phải sau
- 2 kiểu số:
 - + Cùng chậu trái ngang
 - + Cùng chậu phải ngang

5. CHẨN ĐOÁN

- Hỏi: sản phụ cảm giác tức một bên hạ sườn.
- Nhìn: tử cung hình trứng, trực dọc.
- Nghe tim thai: ngang rốn hay cao hơn rốn.
- Khám 4 thủ thuật (các thủ thuật Léopold).
 - + Cực trên (đáy tử cung) là đầu.
 - + Cực dưới (vùng đoạn dưới) là mông.
- Khám âm đạo:
 - + Nhất là lúc đã chuyển dạ sẽ thấy xương cùng, mông và 2 chân thai nhi (mông đù) nếu ối chưa vỡ.
 - + Hoặc có thể sờ được xương cùng, mông, hậu môn và cơ quan sinh dục, bàn chân (cần phân biệt với bàn tay : chân ngón ngắn, gót, 2 mắt cá, gót chân là một góc vuông tạo giữa bàn chân và cẳng chân).
 - Siêu âm: sử dụng thường quy trong ngôi ngược để xác định trọng lượng thai, các bất thường của thai
 - X quang: giúp chẩn đoán phân biệt với các ngôi khác, chẩn đoán đầu ngửa.

6. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ TRONG NGÔI NGƯỢC

6.1. Nguyên tắc

- Phải khám xét cẩn thận, tiên lượng kỹ càng để có thái độ xử trí chính xác. Việc xử trí một ngôi ngược không được phép để trở thành một cấp cứu, phải có chỉ định cụ thể trước khi chuyển dạ bắt đầu.
 - Có hai hướng xử trí là sinh đường âm đạo hay mổ lấy thai.

6.2. Xử trí

6.2.1. Đề đường âm đạo

- Chuẩn bị đỡ đẻ: tốt nhất ngôi ngược nên để ở trung tâm có khả năng phẫu thuật.
- Cho sản phụ:

- + Hướng dẫn cách đỡ đẻ, cách rặn.
- + Sản phụ nằm theo tư thế sản khoa.
- Về nhân viên Y tế:
 - + Phải có đủ người (2 đến 3 người).
 - + Các phương tiện hồi sức sơ sinh, oxytocin, dịch truyền.

6.2.2. Kỹ thuật đỡ đẻ ngôi ngược

- Đặt sẵn một đường truyền tĩnh mạch khi cổ tử cung mở gần hết.
- Nếu có thể nên gây mê thần kinh nhẹ.
- Nên để cuộc chuyển dạ xảy ra một cách tự nhiên : chờ đợi - chờ đợi-chờ đợi.
- Lưu ý tình trạng cổ tử cung phải mở hết, không kéo chân thai nhi.
- Đẻ sinh tự nhiên:

Phương pháp Vermelin:

Chỉ định: trường hợp con rạ, thai nhỏ, tầng sinh môn giãn tốt, để cuộc đẻ xảy ra một cách tự nhiên, không có bất kỳ một sự trợ giúp nào, không có một sự can thiệp thủ thuật nào trên thai nhi.

Phương pháp Xôvianôp:

Mục đích của phương pháp đó là làm cho ngôi lọt và xuống trong tiêu khung một cánh từ từ, không nhanh quá, lợi dụng ngôi làm cho cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn giãn tốt. Muốn thế, người hộ sinh phải giữ cho ngôi không sô ra ngoài trong một thời gian nhất định.

- Đối với ngôi ngược không hoàn toàn kiểu mông, mục đích của phương pháp là lợi dụng khôi ngực và chân của thai nhi khá to để làm cho cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn giãn tốt.

Đến thì sô đầu sử dụng thuốc để giúp con co mạnh lên, hướng dẫn thai phụ rặn mạnh, kết hợp với án đầu thai nhi ở phía trên khớp mu.

Cho thai phụ nằm theo kiểu nửa nằm nửa ngồi. Hồi sức thai có hệ thống mặc dù thai không suy bằng glucose và oxy, vì theo Xôvianôp trong ngôi ngược thai dễ suy.

- Đối với ngôi ngược hoàn toàn: khi ngôi đã thập thò ở âm hộ người hộ sinh dùng một miếng gạc lớn án vào âm hộ mỗi khi có cơn co, thời gian án vào âm hộ để giữ mông không sô súa có thể từ 15- 25 phút, nhưng phải theo dõi tim thai, nếu thai suy phải dừng giữ mông để mông sô. Nếu thai không suy, trong cơn rặn, mông thai nhi muốn đẩy bật tay người hộ sinh ra ngoài, lúc đó buông tay ra để mông sô.

- Đối với ngôi ngược không hoàn toàn kiểu mông: khi mông sô ra ngoài hai tay người hộ sinh ôm vào đùi thai nhi, ngón cái về phía sau đùi, các ngón khác về phía xương cùng, hướng thai nhi lên trên, chuyển dần tay về phía thân thai nhi, giữ cho chân thai nhi luôn luôn áp vào bụng và ngực giúp giãn nở các phần mềm tốt.

- Sinh ngôi ngược có can thiệp từng phần:

- + Để sinh tự nhiên đến rốn, chỉ hỗ trợ trong thi sinh vai, tay và đầu hậu.
- + Khi mông đã sô, nếu thấy dây rốn căng phải kéo nhẹ dây rốn ra để đỡ căng (không đụng đến bụng và thân thai nhi).

+ Hỗ trợ sinh vai: lúc vai đã lọt và sắp sô, nhắc nhẹ thân thai nhi về phía xương vẹm người mẹ để vai sau và tay sô ra ngoài rồi hạ thân thai nhi xuống để vai trước sô. Sau khi đã sô 2 vai và tay, xoay nhẹ thân thai nhi ở vị trí nằm sấp (không để thai nằm ngửa). Nếu tay thai nhi giơ cao hay vòng sau gáy phải dùng các thủ thuật hạ tay.

Trường hợp vai sau đã đi qua bờ của tiêu khung trong khi vai trước vẫn còn cao (nằm trên vai sau) phải dùng thủ thuật Lovset (nằm hai đùi thai nhi với các ngón tay ở phía trước, ngón cái ở phía sau đùi, quay thân của thai nhi sao cho vai sau được đưa ra phía trước, thường

quay theo chiều kim đồng hồ, trong quá trình đó cánh tay sẽ bị đẩy xuống phía dưới đến bờ dưới cung xương vệ và sô ra ngoài. Tránh ôm vào bụng thai nhi gây phản xạ thở của trẻ.

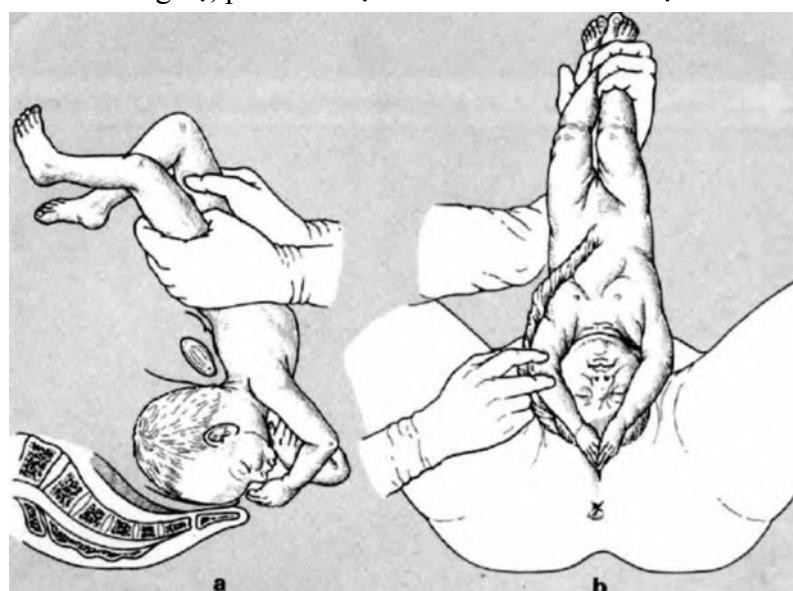
Trường hợp các cánh tay kẹt sau gáy, có thể xử trí tình huống này bằng thủ thuật tương tự, trong đó đưa trẻ được quay đủ 180^0 như vậy trong quá trình quay cánh tay trước được đẩy ra phía trước qua mặt đứa trẻ và cuối cùng xuống phía dưới để có thể sô ra bên dưới cung vệ. Cùng một quá trình ấy được thực hiện cho cánh tay kia.

- Hỗ trợ sinh đầu hậu :

Hai tay người đỡ đẻ ôm vào khung chậu của thai nhi kéo nhẹ thai theo hướng xuống dưới và ra sau cùng lúc người phụ đẩy trên đáy tử cung để đầu cuộn tốt cho đến khi hạ châm sô đến bờ dưới khớp vệ, nâng thai ngược lên về phía bụng mẹ để đầu thai ngừa dần, cầm, mặt và các phần còn lại của đầu sẽ lần lượt sô ra khỏi âm hộ.

Sô đầu hậu:

+ Thủ thuật Bracht (áp dụng trong những trường hợp con nhỏ, con rạ, tầng sinh môn mềm giãn tốt): mông đã sô đến rốn cả khối thân thai nhi, 2 chân duỗi thẳng (người đỡ đẻ cầm 2 chân) giữ cho lưng thai nhi luôn sát vào xương vệ của mẹ cộng với sức đẩy cơn co tử cung và sức án trên xương vệ, phần còn lại của thai nhi sẽ sô ra tự nhiên.

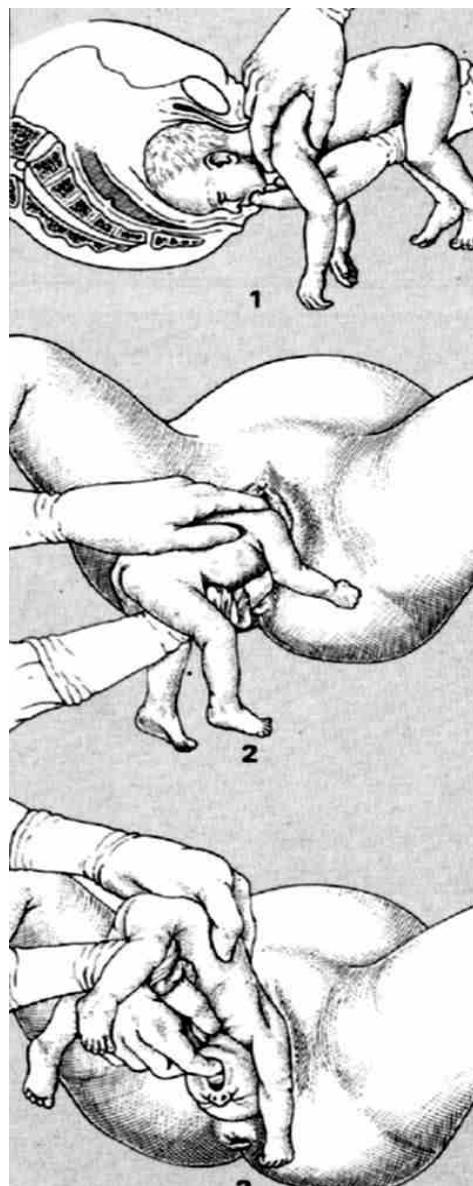


Hình 3. Thủ thuật Bracht

+ Thủ thuật Mauriceau (áp dụng cho con so, tầng sinh môn chắc) sau khi vai đã sô ra ngoài để thai nhi nằm vắt trên mặt trong của cẳng tay người đỡ. Ngón trỏ và ngón giữa của bàn tay này đè vào hàm dưới trên lưỡi胎 (cần thận tránh làm rách hæm lưỡi của thai). Mục đích giúp đầu hậu cuộn tốt, dùng ngón trỏ và ngón giữa của bàn tay còn lại đè lên vai gáy thai nhi tạo một lực kéo theo phương hướng ra sau và xuống dưới; Phải kéo đều tay, liên tục với cơn co tử cung thật tốt đến khi hạ châm sô ra đến bờ dưới khớp vệ, lúc đó cho đầu ngừa dần bằng cách nâng thai lên dần về phía bụng mẹ để sô mặt và các phần còn lại của đầu.

+ Ngoài ra còn có thể lấy đầu hậu bằng Forceps Piper

+ Đại thủ thuật kéo thai ngôi ngược: là thủ thuật can thiệp trên toàn bộ cuộc sinh non mông, phải gây mê và chuẩn bị như một cuộc mổ.



Hình 4. Thủ thuật Mauriceau

Ngày nay người ta đã chỉ định mổ lấy thai thay cho chỉ định đại kéo thai.

Chỉ định đại kéo thai:

- Điều trị tiếp sau nội xoay thai.
- Ngôi mông có dấu hiệu suy thai và đủ điều kiện để sinh đường âm đạo tức thì.
- Áp dụng cho ngôi mông thiểu kiều chân và ngôi mông đú.

6.2.2. *Chỉ định mổ lấy thai ngôi ngược*

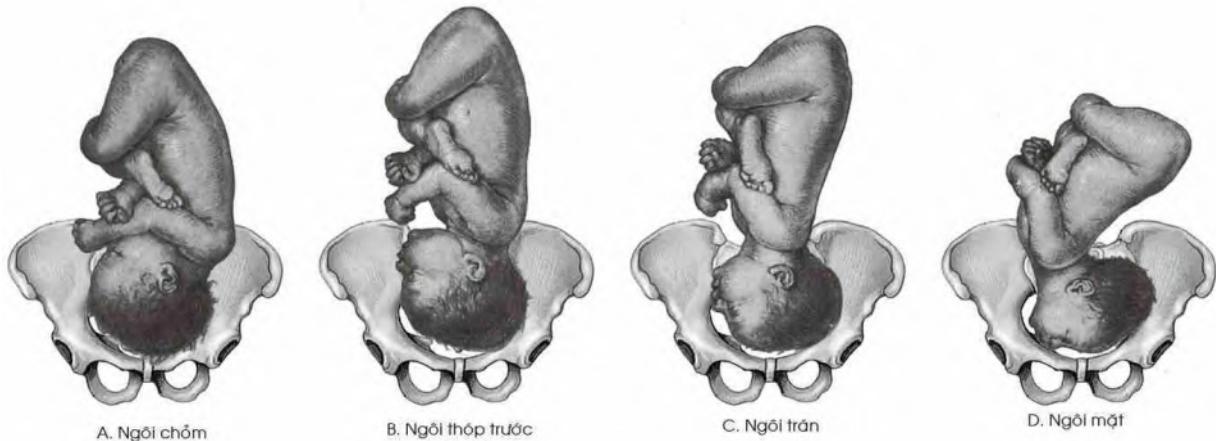
- Con so, ngôi ngược ước lượng trọng lượng thai trên 3000 gram
- Con rạ, ngôi ngược ước lượng trọng lượng thai khá to so với lần sinh trước.
- Tiền sử sinh khó ở những lần sinh trước.
- Con so, ngôi ngược, mẹ lớn tuổi.
- Ngôi ngược con quý
- Ngôi ngược sa dây rốn
- Ngôi ngược suy thai trong chuyển dạ
- Ngôi ngược chuyển dạ kéo dài, chuyển dạ khó khăn....

NGÔI MẶT, NGÔI TRÁN NGÔI THÓP TRƯỚC, NGÔI NGANG

Mục tiêu học tập

1. Kẻ được các nguyên nhân gây nên ngôi bất thường.
2. Mô tả được các triệu chứng và chẩn đoán ngôi bất thường
3. Lựa chọn hướng xử trí thích hợp cho từng loại ngôi.

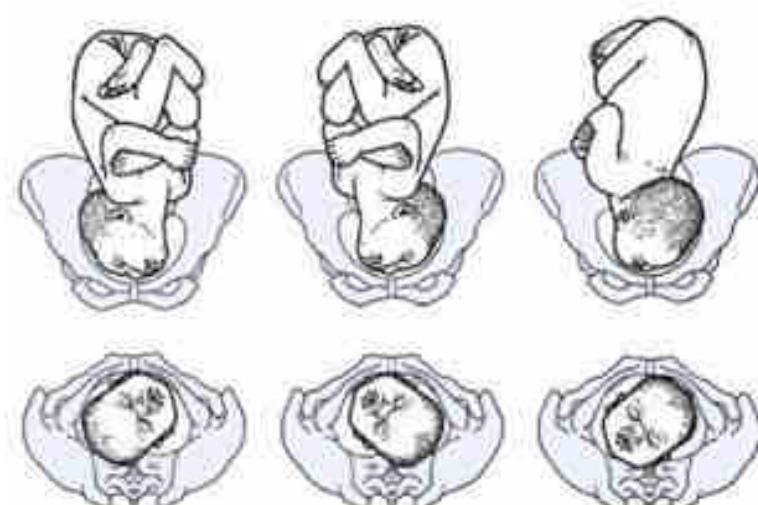
Khác với ngôi chồm là ngôi mà đầu cúi tốt, ngôi mặt, ngôi trán và ngôi thóp trước là những ngôi đầu ngửa hoặc cúi không tốt. Nguyên nhân thường gặp của các ngôi này thường do sự bất thường xứng đầu - châu. Việc chẩn đoán sớm các ngôi bất thường có ý nghĩa quan trọng cho mẹ và cho thai. Trong quá trình chuyển dạ ngôi mặt, ngôi thóp trước có thể tiến triển và có thể để được qua đường âm đạo, ngôi trán và ngôi ngang phải mổ lấy thai ngay



1. NGÔI MẶT

1.1. Định nghĩa

Ngôi mặt là ngôi đầu ngửa tối đa, mặt trình diện trước eo trên, vùng chồm dựa vào lưng thai nhi. Mốc của ngôi mặt là cằm, ngôi mặt kiểu cằm trước để tương đối dễ hơn ngôi mặt cằm sau. Tỷ lệ ngôi mặt 1 - 3/1000 cuộc đẻ. Tiêu lượng một cuộc đẻ ngôi mặt ít thuận lợi hơn so với ngôi chồm.



Hình 1. Ngôi mặt

1.2. Nguyên nhân

Các yếu tố thuận lợi cho ngôi mặt có thể là do mẹ, do thai, do phần phụ của thai.

- Về phía mẹ : Do dị dạng tử cung, tử cung 2 sừng, tử cung lệch hay đổ trước, có u xơ tử cung ở eo hoặc tử cung nhão ở người con rạ đẻ nhiều lần

- Về phía thai: Thai to, đầu to, u ở cổ, thai vô sọ, cột sống bị gù.

- Phần phụ: Rau tiền đạo, đa ối, dây rau quần cổ.

1.3. Cơ chế đẻ

Người ta phân biệt ngôi mặt nguyên phát là ngôi có từ trước khi chuyển dạ và ngôi mặt thứ phát xảy ra khi đã chuyển dạ. Đa số ngôi mặt là thứ phát cho nên có tác giả cho rằng ngôi mặt là ngôi xảy ra trong chuyển dạ.

Trong đẻ ngôi mặt, ngôi thai bình chỉnh không tốt, ói dễ vỡ, cổ tử cung xoá mờ chậm, chuyển dạ kéo dài. Mốc của ngôi mặt là cầm, đường kính lọt là hạ cầm - thóp trước 9,5 cm.

1.3.1. Thị lọt

Mặt trình diện toàn bộ ở eo trên, lọt luôn là đôi xứng, trung tâm của ngôi tương ứng với trung tâm của eo trên. Kiểu cầm chậu trái trước gấp nhiều hơn cầm chậu phải trước: Lọt sẽ xảy ra không khó khăn vì đường kính lọt hạ cầm thóp trước 9,5 cm, đường kính lưỡng gò má 8,5 - 9 cm lọt dễ dàng qua eo trên.

1.3.2. Thị xuồng và quay

Đây là thị quyết định có khả năng để được đường dưới hay không, điều này tuỳ thuộc vào sự tiến triển thuận lợi hay ngừng tiến triển. Sự tiến triển ngôi thai phụ thuộc hoàn toàn vào hướng quay của đầu.

- Đầu quay về phía trước:

Đối với kiểu thế sau đầu quay 135^0 ra trước, với kiểu thế trước đầu quay 45^0 để lụa theo đường kính trước sau của eo dưới, cầm hướng tới khớp mu. Hiện tượng xuồng tiếp diễn và móm cầm thoát khỏi bờ dưới khớp mu rồi đầu cuí từ từ để sô ra.

- Đầu quay về phía sau:

Kiểu cầm sau lọt khó vì đầu khó giữa hẳn, cầm bị đưa vào hõm của xương cùng, cổ không uốn dài được. Muốn cho ngôi xuồng, tiểu khung phải tiếp nhận đường kính úc - thóp trước của thai nhi là 15 cm. Do đó một khung chậu bình thường không thể thích ứng với một thai nhi bình thường, và cuộc đẻ trong kiểu thế cầm sau thông thường giải quyết bằng mổ lấy thai.

1.3.3. Thị sổ

- Chỉ xảy ra đối với kiểu thế trước. Cầm xuồng tới khớp mu, cổ ưỡn dài để cầm tới bờ dưới khớp mu và cố định ở đó. Đầu bắt đầu cuí để dần dần sổ miệng, mũi, thóp trước rồi đến trán và cuối cùng là thượng chẩm. Như vậy đường kính thượng chẩm cầm 13,5 cm sổ cuối cùng, nên khi thai sổ dễ bị rách tầng sinh môn, cần cắt rộng tầng sinh môn tránh tổn thương phức tạp.

- Ở kiểu thế sau, ngôi không xuồng được và không lọt được, cuộc đẻ sẽ bị ngừng lại vì ngôi mắc kẹt trong tiểu khung.

1.4. Triệu chứng và chẩn đoán

1.4.1 Trong khi có thai:

Thăm khám ngoài cho dấu hiệu gọi ý đầu ngừa.

- Nếu kiểu cầm sau: Nắn thấy bướu chẩm to, tròn, rắn, giữa bướu chẩm và lưng có rãnh gáy gọi là dấu hiệu nhát rìu.

- Nếu kiểu cầm trước nắn dễ thấy chân tay, cầm hình móng ngựa rõ, khó thấy lưng, bướu chẩm và rãnh gáy.

1.4.1 Khi chuyển dạ

Khám ngoài như chưa chuyển dạ nhưng khó hơn vì tử cung đã có cơn co, khó nắn thấy dấu hiệu nhát rìu.

Thăm âm đạo: Phải thăm khám nhẹ nhàng, tránh chấn thương mặt, nhãn cầu. Trong ngôi mặt luôn sờ thấy mũi, thậm chí con sờ thấy bướu huyết thanh nằm đối diện với cầm. Cầm cứng hình móng ngựa, không bao giờ sờ thấy thóp trước.

- Khi ói chưa vỡ: Đầu ói phòng, ngôi cao, khó xác định chẩn đoán. Phải thăm khám cẩn thận, tránh làm ói vỡ dễ sa dây rốn.

- Khi ối đã vỡ, cổ tử cung xoá mờ rộng sờ thấy vòm mặt, sống mũi, hai hố mắt, lỗ mũi, hàm trên, miệng, hàm dưới. Nếu ối vỡ đã lâu, mặt phù nề, có thể nhầm với ngôi móng nhưng có thể phân biệt được vì hậu môn và hai ụ ngồi luôn luôn thẳng hàng trong khi miệng và hai xương gò má thì ở 3 điểm tạo thành các góc của một tam giác. Cũng cần phân biệt với ngôi trán, nhưng ngôi trán không sờ thấy cầm.

- Trường hợp thai vô sọ thường số bằng ngôi mặt, nhưng trong ngôi mặt ở thai vô sọ không sờ thấy buồu chẩm, X quang không thấy hộp sọ.

- Kiểu thế của ngôi được xác định bởi vị trí cầm :

Cầm chậu trái trước:	20%
Cầm chậu phải sau:	30%
Cầm chậu phải trước:	27%
Cầm chậu phải sau:	10%.

- Trường hợp nghi ngờ nên cho siêu âm hoặc chụp X quang để xác định chẩn đoán và loại trừ thai dị dạng.

1.5. Thái độ xử trí

1.5.1 Tuyến xã

Tư vấn cho sản phụ và gia đình rồi chuyển lên tuyến trên.

1.5.2. Tuyến huyện và các tuyến trên

Dựa vào nguyên tắc:

- Nếu khung chậu bình thường, cầm sau chưa cố định, vẫn có thể hy vọng cho sinh tự nhiên được vì 2 / 3 các trường hợp cầm sau sẽ tự xoay thành cầm trước.

- Hướng quay của đầu: Chỉ để đường âm đạo khi cầm quay về phía trước, dưới khớp mu, phải theo dõi sát vì sự quay của cầm sau ra trước rất lâu. Chuyển dạ kéo dài, lọt giả, ngôi thai không tiến triển, thường gặp trong kiểu cầm quay về phía sau còn gọi là cầm cùng, cầm cùng không thể để được phải mở lấy thai. Thai có nguy cơ bởi có thể sa dây rốn, chèn ép dây rốn giữa chẩm và lưng, giảm tuần hoàn rốn.

- Sô thai: Cầm, miệng, mũi, trán, thóp trước, xuất hiện ở âm hộ, rồi đến hạ chẩm. Trong thi này phải kiểm soát kỹ các phần thai nhi sô vì dễ gây rách胎 sinh môn.

2. NGÔI TRÁN

2.1. Đại cương

Ngôi trán là ngôi mà phần trán trình diện trước eo trên, tỷ lệ 1 / 1000 trường hợp. Là ngôi trung gian giữa ngôi chẩm và ngôi mặt. Vì đường kính của ngôi là thượng chẩm - cầm 13,5 cm không thể lọt qua đường kính chéo của eo trên 12 cm nên ngôi trán không để được đường âm đạo. Chẩn đoán càng sớm càng cho phép đặt ra chỉ định mở lấy thai để tránh tất cả các biến chứng cho mẹ và thai.

2.2. Cơ chế để

Mặc dù ngôi trán là ngôi để khó thường phải mở lấy thai khi thai nhi đủ tháng, tuy nhiên cũng có những trường hợp có thể để được nếu thai quá nhỏ. Do đó, có hai tình huống cần phân biệt rõ:

2.2.1. Chuyển dạ thai đủ tháng, trọng lượng thai bình thường

Đầu cao, đường kính lọt của ngôi là thượng chẩm cầm 13,5cm không lọt được, do đó phải mở lấy thai

2.2.2. Đối với một thai non tháng hoặc trọng lượng thai nhỏ

Đây là một tình huống đặc biệt, có thể để đường âm đạo. Thường chỉ gặp khi trọng lượng thai quá nhỏ, trong song thai hoặc thai non tháng. Không bao giờ quên rằng đây là một cuộc đẻ khó, phải theo dõi cẩn thận.

- Thị lọt:

Đầu lọt theo đường kính ngang hoặc chéo. Đầu thai nhi giảm thể tích bằng các hiện tượng chùng các xương của sọ, thường xuất hiện bướu huyết thanh sớm, trán dài theo khung chậu nhỏ, trong khi chẩm dài về phía lưng.

- Thị xuống và quay

Ngôi xuống chậm và khó, trán thường quay ra trước. Mặt thai nhi nằm dưới xương vè, cằm trên của thai nhi đối diện với bờ dưới xương vè. Chẩm nằm dọc mặt trước xương cùng. Trục của đầu thai nhi nằm trên trực trước - sau của eo trên.

- Thị sổ:

+ Thị sổ được thực hiện như ngôi mặt cầm trước:

+ Đầu cúi để cho phần đầu của thai nhi đi từ mũi đến hạ chẩm xuất hiện ở âm hộ

+ Đầu ngửa: Hạ chẩm cố định vào âm hộ, đầu ngửa để cho miệng và cầm sổ

Khi chẩm thai nhi sổ, tầng sinh môn dãn rộng nên chỉ định cắt tầng sinh môn để tránh rách và sang chân cho trẻ.

2.3. Triệu chứng và chẩn đoán

2.3.1. Khám lâm sàng

Ngôi trán là ngôi chỉ xảy ra trong thời kỳ chuyển dạ nên chỉ chẩn đoán được trong thời kỳ chuyển dạ.

- Nhìn: Tử cung hình trứng tương ứng với một ngôi dọc, đầu ở dưới.

- Nắn: Nắn ngoài thấy đầu cao, cúi không tốt, ở một bên là bướu chẩm tròn đều, có rãnh gáy. Đôi khi sờ thấy cầm phía đối diện biểu hiện sự ngửa của đầu.

- Thăm âm đạo: Người ta chỉ có thể chẩn đoán được ngôi trán khi ngôi đã cố định. Tất cả các ngôi còn di động về sau có thể cúi tốt hơn để trở thành ngôi chồm.

Thăm âm đạo có thể thấy:

- Điểm mốc của ngôi là gốc mũi không bao giờ bị biến dạng bởi bướu huyết thanh, mỗi bên có gờ trên hố mắt và nhẫn cầu. Các dấu hiệu âm tính rất quan trọng để chẩn đoán gián biệt với các ngôi khác. Trong ngôi trán có thể sờ thấy gốc mũi và thóp trước, nhưng không bao giờ sờ thấy thóp sau cũng như không sờ thấy miệng và cầm.

- Thóp trước với 4 cạnh và 4 góc của nó (Hình trám)

- Để xác định kiểu thế của ngôi dựa vào vị trí gốc mũi nằm ở phía nào so với khung chậu của người mẹ:

+ Mũi chậu trái trước và mũi chậu phải sau đối với đường kính chéo trái.

+ Mũi chậu phải trước và mũi chậu trái sau đối với đường kính chéo phải.

+ Mũi chậu trái ngang và mũi chậu phải ngang đối với đường kính ngang.

2.3.2. Cận lâm sàng

Chụp X quang và siêu âm có hai ưu điểm:

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

- Loại trừ các bất thường của thai (Quái thai vô sọ, não úng thuỷ)

2.4. Thái độ xử trí

Khi đã xác định là ngôi trán các bước xử trí như sau:

2.4.1. Tuyến xã

Theo dõi sát các cuộc chuyển dạ để ngôi thuận để phát hiện sớm, đặc biệt là các trường hợp ngôi cao, không lọt, chuyển dạ kéo dài. Nếu chẩn đoán là ngôi trán cần chuyển lên tuyến trên ngay.

2.4.2. Tuyến huyệt và các tuyến trên

Các bước xử trí như sau:

- Khi ối chưa vỡ, ngôi cao lồng nên chờ đợi xem sự tiến triển của ngôi:

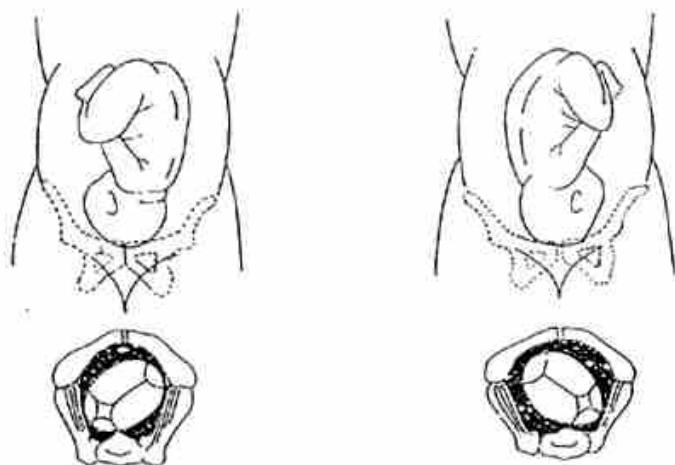
+ Nếu tiến triển không thuận lợi, ngôi không lọt được, chuyển dạ kéo dài, chỉ định mổ lấy thai ngay.

- + Nếu tiền triển thuận lợi, ngôi có tự biến thành ngôi chòm hoặc ngôi mặt trong lúc chuyển dạ. Có thể để đường âm đạo
- Khi màng ối đã vỡ, ngôi trán đã cố định, mở lấy thai ngay.

3. NGÔI THÓP TRƯỚC

3.1. Đại cương

Ngôi thóp trước là một ngôi đầu ngừa nhẹ, trung gian giữa ngôi trán và chòm. Trong ngôi thóp trước, không thể sờ được thóp sau khi khám. Trong khi ngôi chòm kiểu chầm cùng, thóp sau luôn sờ được.



Hình 2. Ngôi thóp trước

3.2. Cơ chế đẻ

Lọt có thể xảy ra nhờ đầu cúi tốt, chuyển ngôi thóp trước thành ngôi chòm. Nếu không lọt, sự xuống và quay của ngôi rất khó khăn. Đường kính lọt của ngôi là đường kính chẩm - trán: 12 cm. Sự biến dạng của đầu và bướu huyết thanh thường xuất hiện sớm và trầm trọng. Khi đó việc xác định ngôi gặp nhiều khó khăn. Đầu thai nhi cũng sở hữu phép quay dạng chữ S., điểm trực được tạo bởi xương vệ và gốc mũi. Đầu cúi cho phép sở trán, thóp trước, chẩm và hạ chẩm đều cố định vào đáy chậu, rồi đầu ngừa cho mũi miệng, cầm sở.

3.3. Lâm sàng

- Khám ngoài: ít có giá trị.
- Thăm khám âm đạo: Sờ được thóp trước, điểm mốc của ngôi trình diện ở trung tâm, gốc mũi có thể sờ thấy nhưng ở ngoại vi và không ở trung tâm như trong ngôi trán. Vị trí của thóp trước xác định kiểu thế của ngôi, phải hoặc trái, trước hoặc sau. Kiểu thế trước thường gấp nhất >80%.

3.4. Thái độ xử trí

Nếu tiền triển không thuận lợi: Ngôi không lọt hoặc lọt giả phải mở lấy thai.

Phần lớn các trường hợp tiền triển thuận lợi. Thời gian chuyển dạ và sở thai thường kéo dài, tỷ lệ can thiệp trong thời kỳ sở thai cao.

4. NGÔI NGANG

4.1. Đại cương

Ngôi ngang (ngôi vai) là một ngôi không thuận, ngôi thai không nằm dọc theo trực tử cung mà nằm ngang hoặc chéch. Mốc của ngôi là móm vai. Tỷ lệ ngôi ngang khoảng 0,3 - 0,5%.

Nguyên nhân: Ngôi ngang thường hay gặp ở những sản phụ để con rạ hơn là con so và hay gặp ở chuyển dạ thiếu tháng hơn là đủ tháng.

Bất luận một nguyên nhân nào cản trở đầu thai lọt vào khung chậu đều dễ gây ra ngôi ngang. Tương tự như các ngôi không thuận khác, song thai, đa ối, nhau tiền đạo, khung chậu hẹp, hình dạng thai bất thường, tử cung dị dạng là những nguyên nhân thường gặp, tuy nhiên nguyên nhân hay gấp nhất là do cơ tử cung, cơ thành bụng nhão ở người con rạ để nhiều lần.

Kiểu ngôi là ngang hoặc chéch, ngôi chéch chỉ là ngôi tạm thời, nó sẽ biến thành ngôi dọc hay ngôi ngang vào lúc chuyển dạ nên còn gọi là ngôi không cố định.



Hình 2. Ngôi ngang.

4.2. Triệu chứng và chẩn đoán

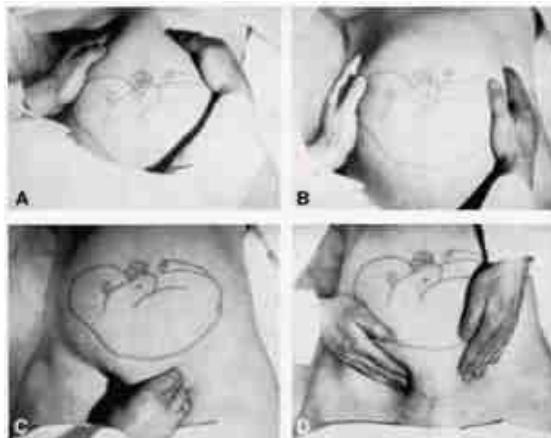
Cần phát hiện ngôi vai sớm ngay từ cuối thai kỳ hay ngay từ đầu thời kỳ chuyển dạ.

- Nhìn: Bụng bè ngang, đáy tử cung như nằm gần rốn.

- Sờ nắn:

+ Không thấy cực thai ở phần thấp của tử cung mà lại sờ được 2 cực ở 2 hố hông.

+ Nắn trên xương vè không thấy gì trừ khi chuyển dạ lâu, vai đã lọt vào trong tiểu khung. Phải xác định thêm xem lung ở đâu. Nếu lung trước sờ thấy diện phẳng, nếu lung sau sờ thấy chân tay lỗn nhỗn. Thường lung luôn ở trước.



Hình 3. Bốn thủ thuật trong khám ngôi ngang.

- Thăm âm đạo:

Thăm âm đạo phát hiện thấy một hố chậu rỗng, và một phần thai trình diện không bình thường. Vai có thể tưởng nhầm với mông, song các xương sườn tạo nên một cảm giác đặc biệt.

Nếu chuyển dạ đã lâu, một vai sẽ lọt chặt vào tiêu khung và thường đi kèm với sa một cánh tay vào âm đạo, thò ra ngoài âm hộ gọi là ngôi ngang sa tay.

Dựa theo vị trí của vai người ta có thể phân biệt:

- + Vai chậu phải
- + Vai chậu trái

- Cận lâm sàng: Chụp Xquang và siêu âm có thể xác định khi có nghi ngờ trong chẩn đoán cũng như chọn lựa hướng xử trí thích hợp.

4.3. Thái độ xử trí

4.3.1. Tuyến xã

Khám và phát hiện sớm các trường hợp ngôi vai.

Tư vấn cho sản phụ và chuyển lên tuyến trên. Trường hợp ối đã vỡ cần sử dụng các thuốc giảm go và kháng sinh dự phòng trước khi chuyển

4.3.2. Tuyến huyệt và các tuyến trên

Ở người con so, đứng trước một trường hợp ngôi ngang phải nghĩ đến nguyên nhân có thể là khung chậu hẹp. Tất cả con so khung chậu hẹp hay bình thường mà lúc chuyển dạ còn giữ ngôi ngang đều phải mở lấy thai. Không tiến hành thủ thuật xoay thai, kéo thai.

- Nếu ngôi ngang, ối đã vỡ chỉ định mở lấy thai ngay.
- Chỉ định nội xoay thai: Ở người con rạ, có thể tiến hành nội xoay thai trong trường hợp thai nhi nhỏ $< 2500\text{g}$, thai thứ hai trong song thai giúp đầu quay và xuống được tiêu khung, chuyển dạ có thể tiến triển bình thường. Tuy nhiên chỉ tiến hành ở nơi có phòng mổ và khi có đủ điều kiện: khung chậu rộng rãi, thai con rạ, ối còn nguyên, con co thưa, và cổ tử cung mở hết.

Nếu thai nhi đã chết, cổ tử cung mở hết, có thể dùng dụng cụ cắt thai trong ngôi ngang buồng trôi, tuy nhiên thủ thuật này cũng rất nguy hiểm cho mẹ vì vậy nếu không có kinh nghiệm vẫn nên mở lấy thai.

ĐA ÓI

Mục tiêu học tập

1. Liệt kê các nguyên nhân gây đa ói
2. Trình bày các triệu chứng của đa ói cấp và đa ói mãn
3. Chẩn đoán phân biệt được đa ói và một số bệnh lý khác.
4. Trình bày hướng xử trí của đa ói

1. CHỨC NĂNG SINH LÝ CỦA NƯỚC ỐI

Túi ói được tạo ra khoảng ngày thứ 12 sau khi trứng thụ tinh. Trong quý đầu của thời kỳ thai nghén, nước ói có tính đẳng trương và tương tự như huyết tương của người mẹ. Trong quý hai và nửa sau của thời kỳ thai nghén dịch ói trở nên nhược trương.

Thể tích nước ói tăng dần cho đến đầu của 3 tháng cuối thai kỳ và từ đó hằng định cho đến khi thai đủ tháng. Trong giai đoạn tuần thứ 37 đến tuần thứ 41, thể tích nước ói giảm đi 10%. Từ tuần thứ 42 trở đi, thể tích nước ói giảm đi rất nhanh, khoảng 33% trong một tuần.

Nước ói có vai trò:

- Bảo vệ thai khỏi các sang chấn trực tiếp lên tử cung.
- Điều hoà thân nhiệt cho thai nhi.
- Cho phép thai cử động tự do trong tử cung.
- Trao đổi nước, điện giải giữa thai nhi và mẹ.
- Giúp cho sự bình chỉnh của thai nhi.
- Trong chuyển dạ, đầu ói giúp cho sự xoá mỏ cổ tử cung.

Dịch ói thay đổi tuỳ thuộc chủ yếu vào sự bài tiết của màng ói, sự thẩm thấu của thành mạch và nước tiểu của thai nhi. Trong vòng một giờ có khoảng 350 - 375 ml nước ói được thay thế.

2. NGUYÊN NHÂN

Nói chung đa ói là do sự sản xuất quá mức nước ói hoặc do rối loạn tái hấp thu của nước ói. Có những nguyên nhân về phía mẹ, thai nhi và rau thai.

2.1. Nguyên nhân về phía mẹ

- Tiểu đường trước hoặc trong khi mang thai là nguyên nhân thường gặp.
- Kháng thể kháng Rh và các bệnh tán huyết thứ phát do kháng thể bất thường có thể gây tình trạng thiếu máu thai nhi trầm trọng hoặc phù thai nhi có liên quan đến tình trạng đa ói.
- Loạn dưỡng tăng trương lực cơ (ít gặp).

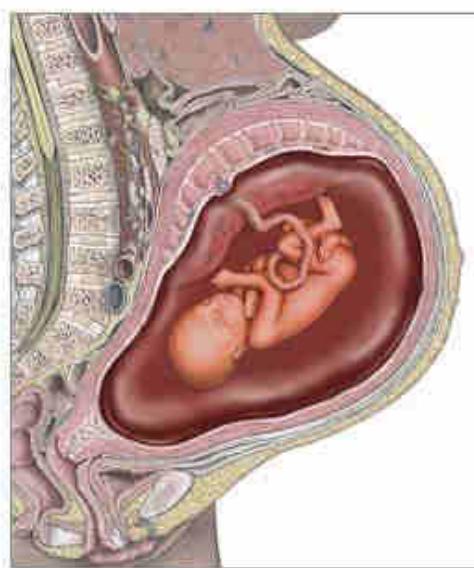
2.2. Nguyên nhân rau thai

- U mạch máu màng đệm có thể gây suy tim thai nhi và dẫn đến tình trạng đa ói.
- Các bệnh lý viêm nội mạc tử cung hoặc gây thương tổn bánh rau (giang mai)

2.3. Nguyên nhân do thai

- Bất thường hệ thống thần kinh trung ương thai nhi (vô sọ, khuyết tật ống noron thần kinh).
- Khuyết tật cấu trúc hệ thống tiêu hoá (tắc ống thực quản hoặc ống tiêu hoá).
- Bất thường nhiễm sắc thể thai nhi.
- Phù thai không do yếu tố miễn dịch: có tiên lượng rất xấu và thường liên quan đến đa ói. Trường hợp điển hình có tình trạng phù rau thai.
- Hội chứng truyền máu song thai: là một rối loạn có tiên lượng xấu, xuất hiện với tỷ lệ 15% trong thai nghén song thai một màng đệm, hai túi ói, là biến chứng do đa ói ở thai nhận máu.

3. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN



Hình 1. Đa ối.

Bình thường lượng nước ối khoảng 300 - 800ml, từ 800 - 1500ml gọi là dư ối. Đa ối khi lượng nước ối vượt quá trên 2000ml (con số này ít có ý nghĩa vì trên thực tế lâm sàng không thể ước lượng chính xác được lượng nước ối). Chẩn đoán được thực hiện bằng siêu âm và cho kết quả ước lượng gián tiếp về thể tích nước ối).

Tỷ lệ đa ối khoảng 0,2 - 1,6 %.

Người ta thường dùng chỉ số nước ối (A.F.I: amniotic fluid index) qua siêu âm để xác định đa ối. Gọi là đa ối khi chỉ số nước ối (A.F.I) vượt trên 25 cm (đo theo kỹ thuật của Phelan) phương pháp này nên được ưu tiên sử dụng trong trường hợp song thai.

3.1. Các hình thái lâm sàng

Trên lâm sàng ta có thể gặp 2 hình thái, đó là đa ối cấp và đa ối mãn, đa ối cấp ít gặp hơn.

3.1.1. *Đa ối cấp*

Đa ối cấp thường xảy ra vào tuần thứ 16-20 của thai kỳ, thường gây chuyển dạ trước tuần thứ 28 hoặc do các triệu chứng quá trầm trọng nên phải đình chỉ thai nghén.

Những triệu chứng chủ yếu gây ra do nước ối phát triển nhanh làm tử cung to nhanh chèn ép vào cơ hoà nh gây khó thở. Hình ảnh lâm sàng phụ thuộc vào mức độ của đa ối và mức độ nhanh chóng của giai đoạn khởi bệnh:

- Bụng lớn nhanh và căng cứng
- Tử cung căng cứng và ân đau
- Không sờ được các phần thai nhi, khám kỹ có thể có dấu hiệu cục đá nôi.
- Tim thai khó nghe hoặc nghe xa xăm.
- Thở âm đạo thấy đoạn dưới căng phồng, cổ tử cung hé mở, đầu ối căng
- Phù và giãn tĩnh mạch đặc biệt là chi dưới do tĩnh mạch chủ dưới bị chèn ép.
- Tình trạng khó thở ở bà mẹ và tiếp theo có thể xảy ra suy hô hấp.

Dị dạng cấu trúc thai nhi cần được loại trừ bằng siêu âm trong tình huống này vì đa ối cấp tính có thể kèm theo dị dạng thai nhi như tắc nghẽn thực quản hoặc đoạn cao của ống tiêu hoá, quái thai vô sọ, tật nứt cột sống (spina bifida)....

3.1.2. *Đa ối mãn*

Đa ối mãn chiếm 95% các trường hợp đa ối và thường xảy ra vào những tháng cuối của thai kỳ. Bệnh tiến triển chậm nên bệnh nhân dễ thích nghi với các triệu chứng hơ n. Bệnh nhân không đau nhiều và không khó thở nhiều như trong đa ối cấp.

Sản phụ đến khám trong ba tháng cuối vì cảm thấy nặng bụng , bụng căng, khó thở, tim đập nhanh. Các triệu chứng thường phát triển từ từ. Nước ối tăng dần đến một lượng lớn làm tử cung căng to gây khó thở, mệt mỏi.

Khám thực thể:

- Tử cung lớn hơn so với tuổi thai.
- Có dấu hiệu sóng vỗ.
- Sờ nắn khó thấy các cực của thai nhi và có dấu hiệu cục đá nổi.
- Thăm âm đạo thấy đoạn dưới căng phồng.

3.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: Siêu âm không những có vai trò giúp chẩn đoán xác định mà còn giúp phát hiện sớm những bất thường của thai nhi và phần phụ.
 - Xét nghiệm nước ối: định lượng α Feto – protein, Acetylcholinesterase, làm nhiễm sắc thể phát hiện các khuyết tật ống thần kinh.
 - Các xét nghiệm tổng quát khác để tìm các bệnh có thể có của mẹ như giang mai , đái đường, nhiễm Toxoplasma, nhóm máu và sàng lọc kháng thể ...

3.3. Chẩn đoán phân biệt

- *Chửa trứng*: gặp trong thời kỳ đầu của thai kỳ, bụng thường lớn nhanh hơn so với tuổi thai, có ra máu âm đạo tự nhiên, ít ỏi. Định lượng thấy βhCG huyết thanh rất cao, siêu âm thấy hình ảnh tuyết roi hay chùm nho, ruột bánh mỳ.
- *Song thai*: bụng to nhanh đều trong thai kỳ, có nghén nhiều, thai máy nhiều chỗ, khám thấy nhiều cực, nhiều chi... Chẩn đoán loại trừ chính xác qua siêu âm.
- *Bụng báng*: không có dấu hiệu thai nghén, có dấu sóng vỗ, gõ đục vùng thấp, bụng bè ngang, có tuần hoàn bằng hệ. Chẩn đoán gián biệt nhờ siêu âm.
- *Khối u buồng trứng* : bệnh nhân thường không có biểu hiện của có thai và các triệu chứng nghén, bụng thường lớn dần, đôi khi có cảm giác tức nặng hay đau nhiều trong trường hợp có biến chứng.Khám lâm sàng và siêu âm giúp chẩn đoán phân biệt.
- *Bí tiểu cấp*: bệnh nhân có cảm giác căng tức và xuất hiện bụng lớn nhanh mà trước đó không có. Khi nghi ngờ nên thông tiểu

4. ĐIỀU TRỊ

Việc nghỉ ngơi, dùng thuốc lợi tiểu, hạn chế uống nước , và muối là những biện pháp ít có hiệu quả và không nên khuyến khích sử dụng các biện pháp này .

4.1. Đa ối cấp

- Chọc ối: làm giảm các triệu chứng về hô hấp cho mẹ . Đây chỉ là liệu pháp có tính chất tạm thời.
 - Định chỉ thai nghén bằng cách gây chuyển dạ: Nếu thai nhi có dị dạng cấu trúc hoặc bất thường nhiễm sắc thể, nhân viên y tế cần phải tư vấn cho cặp vợ chồng về tiên lượng và một số giải pháp để lựa chọn, bao gồm cả việc chấm dứt thai nghén.

4.2. Đa ối mãn

Trong trường hợp bệnh nhẹ thì không cần can thiệp mà chỉ chờ đợi cho thai nhi đủ tháng nếu không có các chỉ định sản khoa khác.

Nếu bệnh nhân xuất hiện khó thở, đau bụng hoặc đi lại khó khăn thì cho bệnh nhân nhập viện.

- **Điều trị nội khoa:** Gần đây người ta dùng Indomethacine để điều trị đa ối . Thuốc này có tác dụng làm giảm lượng dịch ối tiết ra hoặc làm tăng sự tái hấp thu nước ối , làm giảm lượng nước tiểu thai nhi thải ra và là m tăng sự trao đổi dịch qua màng thai . Tuy nhiên, Indomethacine gây tình trạng đóng sớm ống động mạch nếu sử dụng kéo dài trên 48 -72 giờ hoặc sử dụng sau khi thai được 32 tuần. Có một số biến chứng khác của thai nhi và trẻ sơ sinh đã được biết có liên quan đến việc sử dụng Indomethacine. Bao gồm: tăng tỷ lệ viêm ruột hoại

tử ở trẻ sơ sinh, tăng huyết áp mạch phổi, thiếu năng thận ở trẻ sơ sinh. Chính vì những lý do nêu trên, Indomethacin ít được sử dụng trong điều trị đa ói và phải hết sức cẩn thận khi dùng.

Liệu dùng 1,5 – 3 mg/kg/ngày.

- **Gây chuyển dạ:** khi thai 38-39 tuần hoặc thai phụ khó thở, đi lại khó khăn.

- **Bấm ói khi sinh :** Bấm ói chủ động làm giảm căng tử cung và giúp chuyển dạ được tiến triển thuận lợi, đồng thời hạn chế rau bong non và sa dây rốn . Do có một lượng dịch lớn nên khi lượng dịch này bị rút đi đột ngột làm giảm nhanh áp lực và diện tiếp xúc giữa rau thai và buồng tử cung, điều này có thể làm rau bong non và sa dây rốn. Do đó, cần phải thực hiện thủ thuật bấm ói một cách thận trọng, sử dụng kim để dịch ói chảy ra từ từ. Cần phải chuẩn bị sẵn sàng cho cuộc mổ lấy thai để phòng có tai biến xảy ra khi bấm ói.

Trong chuyển dạ thường con co tử cung yếu do tử cung bị căng quá mức do đó có thể bấm ói sớm để làm giảm áp lực của buồng ói giúp chuyển dạ tiến triển nhanh hơn.

Khi tia ói chú ý cố định ngôi thai để đề phòng sa dây rốn.

Nếu cần, có thể hỗ trợ con co tử cung bằng oxytocin.

Do tử cung quá căng, nguy cơ chảy máu sau sinh do đờ tử cung vì vậy phải cho thuốc co bóp tử cung ngay sau sinh.

5. TIỀN LUỢNG

Nói chung tỷ lệ tử vong chu sinh tăng cao theo độ trầm trọng của đa ói.

Tiền lượng con xấu dù trên siêu âm không phát hiện các dị dạng thai.

Tỷ lệ tử vong trẻ cao do thai thường đẻ non kèm với thai bất thường (39%), sa dây rốn, rau bong non do buồng tử cung bị căng quá mức...

Biến chứng mẹ hay gặp là chảy máu do đờ tử cung , rau bong non, ngôi thai bất thường làm tăng chỉ định các thủ thuật can thiệp . Các biểu hiện về rối loạn hô hấp của mẹ có thể xuất hiện, từ mức khó thở cho đến tình trạng suy hô hấp nặng. Tình trạng này có thể thấy rõ trong các trường hợp đa ói cấp.

THIỂU ỐI

Mục tiêu học tập

1. Định nghĩa được thiểu ối
2. Kể được các nguyên nhân của thiểu ối trong các giai đoạn của thai kỳ
3. Phân biệt thiểu ối sớm của thai kỳ và thiểu ối trong giai đoạn cuối thai kỳ
4. Xác định được các vấn đề cơ bản trong điều trị thiểu ối

1. ĐẠI CƯƠNG

Thiểu ối là khi lượng nước ối giảm so với lượng nước ối bình thường tính theo tuổi thai và ở dưới đường bách phân (percentile) thứ 5.

Tỷ lệ thiểu ối khoảng 0,4 - 3,9%.

Nguyên nhân dẫn tới thiểu ối bao gồm ối vỡ sớm , ối vỡ non , bất thường cấu trúc thai nhi, thai quá ngày sinh , thai kém phát triển trong tử cung ... Tuy nhiên, có nhiều trường hợp thiểu ối không xác định được nguyên nhân.

Thiểu ối xảy ra trong giai đoạn sớm của t hai kỳ thường có tiên lượng xấu , trong khi thiểu ối ở thai quá ngày sinh thường có tiên lượng tốt hơn.

Thiểu ối có nguy cơ gây chèn ép dây rốn và đưa đến suy thai , nguy cơ này càng tăng lên trong chuyển dạ.

2. NGUYÊN NHÂN THIỂU ỐI

2.1. Nguyên nhân do mẹ

- Bệnh lý của người mẹ có ảnh hưởng đến tính thâm của màng ối và chức năng của rau thai gây thai kém phát triển và chức năng tái tạo nước ối như: bệnh cao huyết áp, tiền sản giật, bệnh về lý về gan, thận...

2.2. Nguyên nhân do thai

Ở mọi giai đoạn của thai kỳ , nguyên nhân thường gặp nhất của thiểu ối là vỡ ối sớm . Thường có một số bất thường bẩm sinh của thai kỳ kèm theo thiểu ối . Các bất thường của thai kết hợp với thiểu ối hay gặp là:

- *Hệ thần kinh* : Mặc dù các bất thường chính của hệ thần kinh có thể có liên quan tới lượng nước ối bình thường và sự tăng lượng nước ối, nhưng chỉ trong một số trường hợp là có liên quan tới thiểu ối.

- + Thai vô sọ
- + Não úng thuỷ
- + Thoát vị não màng não

- *Hệ tiêu hoá*: hiếm gặp, thường thì tắc nghẽn đường tiêu hoá là nguyên nhân gây đa ối.

- + Thoát vị rốn.
- + Dò thực quản - khí quản
- + Teo hành tá tràng

- *Hệ hô hấp*:

- + Giảm sản phổi

- *Hệ tiết niệu*:

+ Tắc nghẽn đường tiết niệu hoặc không có thận. Các bệnh lý thường gặp là bất sản thận, nghịch sản thận, thận đa nang.

Thiểu ối trong thai chậm phát triển trong tử cung xảy ra sau một tình trạng thiếu oxy của bào thai, giảm tưới máu phổi và giảm tiết dịch.

Nhiễm trùng thai cũng có thể là một nguyên nhân của thiểu ối . Một số thuốc kháng Prostaglandin hay hoá trị liệu ung thư có thể gây thiểu ối .

Khoảng 30 % trường hợp không tìm thấy nguyên nhân

3. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

- Chiều cao tử cung thường nhỏ hơn so với tuổi thai rõ, số đo thường thấp và có chiều hướng đi xuống so với đường chuẩn.
- Thai thường cử động yếu. Khi thực hiện 4 thủ thuật của Leopol có cảm giác thấy rõ các phần thai nằm sát dưới bàn tay mà không cảm thấy có nước ối, khó làm động tác di động đầu thai nhi.
- Siêu âm có chỉ số nước ối thấp, thường dưới đường percentile thứ 5 so với tuổi thai hoặc khi tuổi thai sau 35 tuần có chỉ số nước ối (AFI) ≤ 5 , hoặc là buồng ối lớn nhất có độ sâu ≤ 2 cm.

4. ĐIỀU TRỊ

Cần phải chẩn đoán phân biệt thiếu ối với ối vỡ non. Cho đến nay chưa có phương pháp điều trị và phòng ngừa thiếu ối nào thật sự hữu hiệu. Do đó cần khuyên các sản phụ đi khám thai định kỳ, làm các xét nghiệm để phát hiện sớm các bệnh lý của người mẹ và các bất thường của thai nhi để có hướng điều trị kịp thời và theo dõi cẩn thận.

Siêu âm là một xét nghiệm có tính chất thường quy nhằm đánh giá lượng nước ối và phát hiện các dị dạng thai nhi, đồng thời khảo sát doppler tuần hoàn tử cung - rau và tuần hoàn thai nhi để đánh giá tình trạng thai. Các trường hợp khi có thiếu ối phải khảo sát kỹ hình thái và chức năng hệ tiết niệu thai nhi.

Trên siêu âm nếu khoang ối lớn nhất < 10 mm và chỉ số nước ối AFI < 5 là chắc chắn có thiếu ối. Nếu AFI trong khoảng 5 - 24 biểu hiện nước ối trong giới hạn bình thường.

Thiếu ối hầu như không gây biến chứng gì cho mẹ, vẫn đề điều trị thay đổi tùy thuộc vào tình trạng thai.

4.1. Khi thai chưa đủ tháng

Nếu thiếu ối mà không có dị dạng bẩm sinh lớn ở các cơ quan tiết niệu, tiêu hoá, thần kinh... có thể là do suy hay tắc một phần tuần hoàn tử cung - rau thai. Cho đến nay vẫn chưa có phương pháp điều trị nào được cho là đặc hiệu. Trong những trường hợp này thì nên khuyên bệnh nhân nằm nghiêng trái, kiểm soát các bệnh lý đi kèm, đảm bảo chế độ dinh dưỡng đầy đủ nhằm cải thiện tuần hoàn tử cung - rau thai nhằm cố gắng giữ thai phát triển đến trên 35 tuần.

Trong các trường hợp thiếu ối và có các dị dạng cấu trúc thai nhi, cần phải làm thêm các xét nghiệm để xác định các bất thường đó có khả năng điều trị hay không, cũng như có bất thường về nhiễm sắc thể hay không để có quyết định điều trị giữ thai hay đình chỉ thai nghén.

Trường hợp thai chậm phát triển trong tử cung mà không tìm được nguyên nhân thì thai độ xử trí tùy thuộc vào sự diễn tiến của tình trạng suy thai trong tử cung. Thai chậm phát triển trong tử cung ở quý ba và có thiếu ối là dấu hiệu nặng của tình trạng chậm tăng trưởng thai. Cần cân nhắc khả năng chấm dứt thai kỳ được khi có tình trạng suy thai và /hoặc phổi thai nhi đã trưởng thành.

4.2. Khi thai đủ tháng

Khi đã xác định thai đủ tháng và biểu hiện thiếu ối thì cần được theo dõi bằng monitoring. Nếu khi không làm test đà kích hoặc trong khi làm test đà kích có xuất hiện tim thai chậm hay Dip biến đổi thì cần chỉ định mổ lấy thai để chấm dứt thai kỳ. Nếu làm test đà kích mà nhịp tim thai vẫn trong giới hạn bình thường thì cần đánh giá thêm chỉ số Bishop để có chỉ định khởi phát chuyển dạ.

4.3. Trong chuyển dạ

Thiếu ối làm tăng nguy cơ suy thai và đẻ khó vì chèn ép dây rốn và thai khó bình chỉnh tốt trong chuyển dạ, vì vậy cần phải theo dõi sát các yếu tố chuyển dạ để có tiên lượng và xử trí kịp thời.

5. BIẾN CHÚNG

Tiên lượng thai thường xấu với tỷ lệ chết cao với những trường hợp thiểu ói ở giai đoạn sớm của thai kỳ. Mặt khác, thai trải qua thiểu ói kéo dài dù là do nguyên nhân nào đều có thể mang những hậu quả do thiểu ói như thiểu sản phổi , dị dạng mặt và xương (loạn sản xương hông, cụt chi, vẹo chân và các khiếm khuyết khác ở chi).

Thiểu ói thường gây thiểu sản phổi vì 3 nguyên nhân sau:

- Do bị chèn ép vào lồng ngực làm giảm các cử động của phổi
- Giảm các cử động thở của thai nhi
- Do phổi kém phát triển.

SÂY THAI

Mục tiêu học tập

1. Xếp loại được các nguyên nhân gây sảy thai.
2. Mô tả các triệu chứng để chẩn đoán dọa sảy thai và sảy thai.
3. Phân loại được 6 hình thái lâm sàng của sảy thai.
4. Lựa chọn cách điều trị dọa sảy thai và sảy thai.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Gọi là sẩy thai khi thai bị tống xuất ra khỏi buồng tử cung, chấm dứt thai kỳ trước tuổi thai có thể sống được một cách độc lập bên ngoài tử cung (ngay cả khi có sự can thiệp của y tế). Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO): Sẩy thai khi thai bị tống xuất ra khỏi buồng tử cung trước tuần thứ 22 của thai kỳ hoặc trọng lượng nhỏ hơn 500 gam. Sẩy thai sớm là trường hợp sẩy thai trước 12 tuần và sẩy thai muộn là từ 12-20 tuần.

1.2. Phân loại

Sẩy thai có thể gồm:

- Sẩy thai tự nhiên: là những loại sẩy thai đột nhiên xảy ra ở người có thai bình thường.
- Sẩy thai liên tiếp: khi sẩy thai tự nhiên từ 3 lần liên tiếp trở lên. Theo Malpas, ở người phụ nữ có tiền sử sẩy thai 3 lần liên tiếp thì chỉ có cơ hội để con sống là 50% và nguy cơ để non cao hơn 20% so với người bình thường.

1.3. Tần suất

- Tỷ lệ sẩy thai thực sự rất khó đánh giá vì nhiều trường hợp sẩy thai xảy ra trước khi người phụ nữ nhận biết được mình có thai.
- Trong số những trường hợp nhận biết được mình có thai, tỷ lệ sẩy thai chiếm khoảng 12% và một nửa trong số này xảy ra trước khi thai 8 tuần tuổi.
- 80% trường hợp sẩy thai xảy ra trong 3 tháng đầu và 20 % xảy ra trong 3 tháng giữa.

1.4. Cách sẩy thai theo tuổi thai

- Sẩy thai hai tháng đầu (dưới 8 tuần lễ): Hầu hết các trường hợp sẩy thai trước 8 tuần là sẩy thai hoàn toàn. Thời kỳ này, tổ chức chỉ là một bọc bằng quả trứng chim, trong có phôi, bên ngoài có các gai rau. Nếu sẩy, thường sẩy một thi, ra cả bọc lẫn với máu. Ngoại sản mạc rất mỏng, sẽ ra trong những ngày sau. Do đó, thời kỳ này ít bị sót nhau, băng huyết.
- Sẩy thai tháng thứ ba và thứ tư (8-16 tuần lễ): Thai làm tổ chắc chắn hơn, được nuôi dưỡng tốt hơn nên tỷ lệ sẩy giảm xuống. Trong độ tuổi này thường gặp sẩy thai không hoàn toàn. Thời kỳ này, phôi đã lớn thành thai nhi, nếu sẩy thường sẩy từng phần, thi đầu: thai ra, thi hai: rau ra, thi ba: ngoại sản mạc ra. Vì vậy dễ bị sót rau và thường băng huyết nặng.
- Sẩy thai tháng thứ năm và tháng thứ sáu: Sẩy thai diễn ra như cuộc đẻ: thi đầu thai ra, thi sau rau và màng rau ra.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY SÂY THAI

Chẩn đoán nguyên nhân gây sẩy thai là vấn đề quan trọng nhưng thường khó khăn. Đối với những trường hợp sẩy thai sớm 2 lần liên tiếp hoặc có một lần sẩy thai muộn, phải hỏi kỹ tiền sử, quá trình xuất hiện bệnh, khám toàn thân và bộ phận sinh dục, nếu cần kết hợp với xét nghiệm huyết học, sinh hóa, tế bào và tổ chức học bọc trứng, đôi khi phải chụp buồng tử cung ngoài thời kỳ có thai mới có thể tìm được nguyên nhân.

Khoảng một nửa trường hợp sẩy thai có thể biết rõ nguyên nhân.

2.1. Các nguyên nhân chung

- Nguyên nhân toàn thân:
 - + Bệnh tim, bệnh thận.

- + Mẹ bị đái tháo đường.
- + Giang mai có thể gây sảy thai vào tháng thứ 4 và tháng thứ 5 (vi khuẩn giang mai qua rau sau 5 tháng nên thường gây sinh non hơn là sảy thai).
- + Suy nhược cơ thể, thiếu sinh tố (nhất là Vitamin E).
- Viêm nhiễm niêm mạc tử cung (bệnh Toxoplasmoses, Listerioses).
- Nguyên nhân miễn dịch: thai như một mảnh ghép trong tử cung người mẹ, phản ứng loại bỏ thai qua trung gian lympho bào T của người mẹ chống lại kháng nguyên thai sẽ ức chế sự phát triển của phôi do bất tương hợp hệ thống HLA (Humane Lymphocyte Antigens).
 - Yếu tố môi trường: hút thuốc, uống rượu, bức xạ, độc tố...
 - Rối loạn nhiễm sắc thể: Nếu nuôi cấy胎胚 của những bọc thai sảy để làm nhiễm sắc đồ thì thấy khoảng 50-85% những trường hợp sảy là do rối loạn nhiễm sắc thể. Tuy nhiên, theo Mishell và cộng sự, 80-90% trường hợp thai bị sảy ở những bà mẹ sảy 3 hoặc trên 3 lần có nhiễm sắc thể bình thường. Những rối loạn thường gặp là ở các cặp nhiễm sắc thể thường số 6, 12, 13, 16, 17, 18, 21 hoặc ở nhiễm sắc thể giới tính (XO trong hội chứng Turner) hoặc đơn bội thể, tam bội thể, hình khuyết. Tam bội nhiễm sắc thể thường là bất thường hay gặp nhất (50-65%), tiếp theo là đơn thể 45XO (7-15%), tam bội (15%), tứ bội (10%) và các bất thường cấu trúc (5%).

2.2. Nguyên nhân sảy thai tự nhiên

- Nhiễm khuẩn cấp: nhiễm khuẩn làm thai chết hoặc do thân nhiệt tăng cao gây nên con co tử cung và sảy thai. Các nguyên nhân thường gặp là Rubéon, cúm, nhiễm Toxoplasma, sốt rét, viêm phổi, thương hàn....

- Sang chấn: sang chấn mạnh, đột ngột, hoặc nhiều sang chấn nhỏ liên tiếp có thể gây sảy thai. Những sang chấn này có thể là những cảm xúc tự nhiên do sợ hãi, xúc động quá độ hoặc những chấn thương thực thể như chấn thương vùng bụng hay do phẫu thuật.

- Nhiễm độc: Những nghề nghiệp độc hại nếu không được bảo vệ cẩn thận cũng có thể là nguyên nhân gây sảy thai.

- Trứng làm tổ bất thường:

- + Làm tổ ở góc hoặc ở eo dễ bị sảy.
- + Sinh đôi, đa thai, đa ối.

+ Chửa trứng toàn phần hoặc bán phần vì vậy những bệnh phẩm sảy thai tự nhiên đều phải làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

2.3. Nguyên nhân sảy thai liên tiếp

Gọi là sảy thai liên tiếp khi sản phụ bị sảy thai tự nhiên liên tiếp từ 3 lần trở lên. Thường do nhiều nguyên nhân khác nhau:

- Nguyên nhân ở tử cung: Những bất thường tử cung do bẩm sinh hoặc mắc phải:

- + Tử cung kếm phát triển, khám thấy tử cung nhỏ, cổ tử cung nhỏ và dài.
- + U xơ tử cung to hoặc nhiều nhân.
- + Các dị dạng ở tử cung như tử cung đôi, tử cung hai sừng, vách ngăn tử cung.

+ Hở eo tử cung: thường do tổn thương rách cổ tử cung sau đẻ, do nong nạo, khoét chót cổ tử cung hoặc cắt cụt cổ tử cung. Bệnh thường gây sảy thai đột ngột vào 3 tháng giữa của thai kỳ, trên lâm sàng xảy ra rất đột ngột, không có dấu hiệu báo trước, cổ tử cung mở nhưng sản phụ không thấy đau, chuyển dạ xảy ra rất nhanh sau vài cơn co mạnh và vỡ ối. Các lần sảy sau có khuynh hướng xảy ra sớm hơn với trọng lượng thai nhỏ hơn. Ngoài thai kỳ, hở eo tử cung được chẩn đoán chắc chắn khi đút lọt nến Hegar số 9 qua cổ tử cung một cách dễ dàng.

- Nguyên nhân nội tiết: tất cả các rối loạn nội tiết đều có thể gây sảy thai, ví dụ:

+ Giảm hormon hướng sinh dục rau thai (hCG) và nội tiết tố sinh dục (estrogen, progesteron).

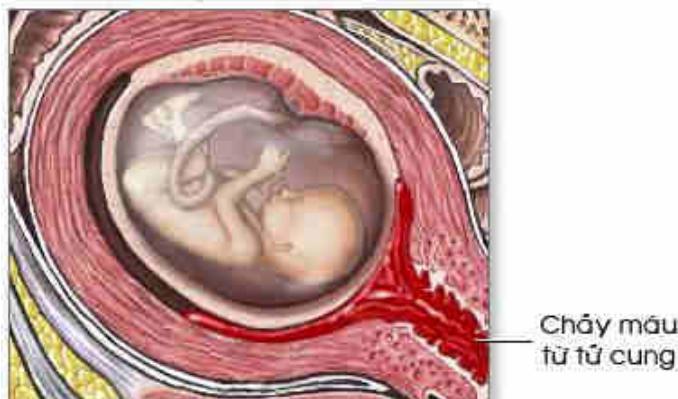
- + Cường androgen, cường hoặc thiểu năng giáp trạng cũng có thể gây sảy thai.

- Bất tương hợp yếu tố Rh giữa thai và mẹ.

3. LÂM SÀNG

3.1. Dọa sẩy thai

Phôi thai còn sống, chưa bị bong ra khỏi niêm mạc tử cung.



Hình 1. Dọa sẩy thai

- *Cơ nǎng:*

- + Ra máu âm đạo là triệu chứng chủ yếu. Ra máu đỏ hoặc máu đen, lượng ít, có thể kéo dài nhiều ngày, máu thường lẫn với dịch nhầy. Đó là một dấu hiệu báo động về một quá trình thai nghén diễn ra không bình thường.

- + Sản phụ có cảm giác tức, nặng bụng dưới hoặc đau lưng.

- *Thực thể:*

- + Khám ngoài ít có giá trị vì tử cung và phần thai đang còn nhỏ nên khó phát hiện triệu chứng.

- + Đặt mỏ vịt luôn cần thiết để phát hiện chảy máu từ buồng tử cung và loại trừ nguyên nhân chảy máu từ các tổn thương ở cổ tử cung, âm đạo.

- + Khám âm đạo: Cổ tử cung dài, đóng kín, thân tử cung mềm, to tương ứng với tuổi thai.

- *Siêu âm:* Rất cần thiết để đánh giá nguyên nhân chảy máu

- + Có hiện tượng bóc tách một phần nhỏ của bánh rau hay màng rau, bờ túi ói đều và rõ, có âm vang của phôi, có tim thai hoặc không.



Hình 2. Hình ảnh siêu âm bóc tách màng ối

3.2. Sẩy thai khó tránh

- Ra máu: máu ra nhiều, đỏ tươi, có thể không ra máu nhiều nhưng lại kéo dài dây dưa trên 10 ngày.

- Dau bụng: đau vùng hạ vị, đau từng cơn ngày càng tăng.

- Khám âm đạo: cổ tử cung có hiện tượng xóa, có thể hé mở lọt ngón tay, đoạn dưới phình to do bọc thai tụt xuống phía cổ tử cung làm cho cổ tử cung có hình con quay.

3.3. Đang sẩy thai

- Ra máu âm đạo nhiều, tươi, có máu cục.
- Đau quặn từng cơn vùng hạ vị do tử cung co thắt mạnh để tống thai ra.
- Khám thấy đoạn dưới tử cung phình to do bọc thai đã bong khỏi thành tử cung. Cổ tử cung mở, đôi khi có thể thấy khói nhau thai đang nằm lấp ló ở cổ tử cung.

3.4. Sẩy thai sót rau

Thường bệnh nhân đã có triệu chứng doạ sẩy trước đó, rồi có một lúc đau bụng nhiều hơn, ra máu nhiều hơn. Bệnh nhân có thể ghi nhận có một mảng mô được tống xuất ra khỏi âm đạo. Tuy nhiên, ra máu âm đạo vẫn tiếp diễn và vẫn còn đau bụng âm ỉ.

- Khám thấy cổ tử cung còn hé mở hay đã đóng kín. Thân tử cung còn to hơn bình thường.

- Bệnh nhân có thể có biểu hiện nhiễm trùng.
- Siêu âm có thể cho thấy hình ảnh sót rau trong buồng tử cung.



Hình 3. Sẩy thai sót nhau

3.5. Sẩy thai băng huyết

- Ra máu âm đạo nhiều, máu tươi. Bệnh nhân có thể biểu hiện tình trạng choáng mất máu.
- Khám âm đạo thấy nhiều máu tươi lẫn máu cục. Thường có phần thai thập thò ở cổ tử cung hoặc trong âm đạo. Trường hợp bệnh nhân vào viện muộn, thai đã sẩy thì không còn các triệu chứng này mà chỉ nổi bật các triệu chứng chảy máu.

3.6. Sẩy thai nhiễm khuẩn

- Sản phụ ra máu âm đạo kéo dài kèm theo hội chứng nhiễm trùng: sốt, mạch nhanh, vã mồ hôi, mặt nhiễm trùng, bạch cầu tăng, CRP tăng.
- Khám âm đạo thấy cổ tử cung hé mở, máu âm đạo sẫm màu, hôi. Tử cung mềm, ấn đau.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán xác định

Cần khai thác đầy đủ các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán được các thể lâm sàng của bệnh lý sẩy thai.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

4.2.1. Thể giả sẩy của thai ngoài tử cung

Trong thai ngoài tử cung cũng có ra máu âm đạo và phần ngoại sản mạc tử cung bong ra nguyên khối nên dễ nhầm với sẩy thai.

Khám thấy các dấu hiệu của thai ngoài tử cung như chậm kinh, ra máu, tử cung mềm, ấn đau, túi cùng Douglas đầy và đau. Tử cung không lớn tương xứng với tuổi thai, có thể sờ được khối u cạnh tử cung đau. Nếu nạo buồng tử cung, hình ảnh giải phẫu bệnh lý mô nạo sẽ là niêm mạc tử cung có phản ứng màng rụng, không thấy gai rau trong khối sẩy. Siêu âm: không thấy túi thai trong buồng tử cung, niêm mạc tử cung dày, không có hình ảnh các mảng tổ chức rau, xét nghiệm βhCG để củng cố chẩn đoán.

4.2.2. Chửa trứng

Thường có rong huyết kéo dài, gây thiếu máu, nôn nhiều.

Khám tử cung thường lớn hơn tuổi thai, có thể sờ thấy hai nang hoàng tuyến. Không sờ được các phần thai, không nghe được tim thai.

Định lượng β hCG trong máu trên 100.000 mUI/ml.

Siêu âm: có hình ảnh胎胚 rời.

4.2.3. Viêm phần phụ

Nếu cấp tính thì có hội chứng nhiễm khuẩn cấp và thường đau cả hai bên hố chậu.

4.2.4. Viêm ruột thừa

Có hội chứng nhiễm khuẩn và rối loạn tiêu hóa, điểm đau khu trú ở hố chậu phải.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Dọa sẩy thai

- Nghỉ ngơi tuyệt đối, ăn nhẹ chống táo bón.

- Bổ sung sinh tố, nhất là Vitamin E, có thể sử dụng acid folic 300 mg/ngày và Vitamin B6.

- Thuốc giảm co

- Điều trị nội tiết:

- + Progesteron tự nhiên nhằm giảm co bóp tử cung là chính, không nên dùng các progesteron tổng hợp vì có khả năng gây dị tật thai nhi, nhất là trong giai đoạn tạo phôi ở hai tháng đầu thai kỳ. Một số tác giả chỉ định progesteron đơn độc, một số khác phối hợp với estrogen do tăng hiệu quả dinh dưỡng đối với tử cung. Utrogestan 100 mg, liều lượng tùy từng trường hợp, có thể cho tới 400 mg/ngày.

- + Pregnyl: dùng 10.000 UI vào lúc chẩn đoán có thai, sau đó 5.000 UI 2 lần 1 tuần cho đến tuần thứ 12.

- + Không nên điều trị nội tiết đối với thai quá 14 tuần.

- Sử dụng kháng sinh khi nghi ngờ có nhiễm khuẩn.

- Tránh giao hợp cho đến 2 tuần sau khi ngưng ra máu.

5.2. Sắp sẩy và đang sẩy hoặc sẩy thai sót rau

Nguyên tắc là phải nạo buồng tử cung để lấy hết thai và rau, để phòng băng huyết và nhiễm khuẩn. Trong khi xử trí phải dựa vào tình trạng toàn thân của bệnh nhân, tuổi thai, sự xoa, mở cổ tử cung để xử trí thích hợp.

5.2.1. Sẩy thai băng huyết

- Tuyến xã: chuyển tuyến trên, nếu có choáng truyền dịch mặn đắng trưng 9% trong khi chuyển tuyến hoặc chờ tuyến trên xuồng xử trí.

- Tuyến huyền: hồi sức tích cực bằng truyền dịch và máu. Khi tình trạng toàn thân cho phép thì nong cổ tử cung, gấp bọc thai ra, hút hay nạo nạo buồng tử cung. Sau nạo tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin. Có thể cho oxytocin nhiều lần nếu còn chảy máu. Cũng có thể dùng Misoprostol đường trực tràng để giúp khống chế chảy máu.

5.2.2. Mới sẩy thai không băng huyết

- Tuyến xã: Cho uống kháng sinh, tư vấn và chuyển tuyến huyền.

- Tuyến huyền: Siêu âm buồng tử cung, nếu đã sạch không cần hút hay nạo lại. Nếu còn sót rau nạo lấy hết tổ chức rau.

5.2.3. Sẩy thai nhiễm khuẩn

- Cho kháng sinh, tư vấn, chuyển tuyến.

- Cho kháng sinh liều cao phối hợp và oxytocin.

- Nạo buồng tử cung sau ít nhất 12 - 24 giờ. Khi nạo phải cẩn thận vì dễ bị thủng tử cung và nhiễm khuẩn lan tỏa.

- Trong trường hợp nhiễm khuẩn nặng (viêm tử cung toàn bộ, nhiễm khuẩn huyết) có thể chỉ định cắt tử cung. Cần tư vấn trước và sau phẫu thuật.

5.3. Sẩy thai liên tiếp

Để xác định nguyên nhân phải sử dụng các phương pháp thăm dò và xét nghiệm như định lượng hormon, xét nghiệm giang mai, yếu tố Rh, nhiễm sắc đồ, chụp buồng tử cung...

- Mổ bóc nhâm xơ tử cung, mổ cắt vách ngăn tử cung....
- Khâu vòng cổ tử cung cho các trường hợp hở eo tử cung.
- Điều trị những nguyên nhân toàn thân: giang mai, đái tháo đường, viêm thận.
- Điều trị nguyên nhân do rối loạn nội tiết như thiếu năng giáp trạng; với thiếu hụt estrogen, progesteron thì nên điều trị ngay và sớm từ khi mới có thai và liên tục trong 12 tuần đầu của thai kỳ...

THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG

Mục tiêu học tập

1. Xác định nguyên nhân thai chết trong tử cung.
2. Mô tả triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của thai chết trong tử cung
3. Kể ra các nguy cơ của thai chết trong tử cung.
4. Lựa chọn được cách xử trí thai chết trong tử cung.

1. ĐẠI CƯƠNG

Thai chết trong tử cung là những thai bị chết mà còn lưu lại buồng tử cung. Trong nhiều trường hợp nguyên nhân gây thai chết khó xác định được. Sau khi thai chết, người mẹ có thể đứng trước hai nguy cơ lớn:
- Các sản phẩm thoái hoá của thai đi vào tuần hoàn mẹ gây nên tình trạng rối loạn đông máu gây chảy máu, đe dọa tính mạng người mẹ.
- Nguy cơ nhiễm trùng cao, tiến triển nhanh và nặng nề, đặc biệt là sau khi ối vỡ. Ngoài ra, thai chết còn gây ảnh hưởng nhiều đến tâm lý, tình cảm của người mẹ

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nguyên nhân về phía mẹ

- Cao huyết áp trong thai kỳ, sản giật đều có thể gây chết thai nếu không được điều trị hay điều trị không đúng. Khi tiền sản giật càng nặng, tỷ lệ thai chết càng cao
- Các bệnh mạn tính: viêm thận, xơ gan, bệnh tim...
- Mẹ bị các bệnh nội tiết: Basedow, thiểu năng giáp, đái tháo đường, thiểu năng hay cường tuyến thượng thận.
- Các bệnh nhiễm khuẩn (bệnh lậu, giang mai...), nhiễm ký sinh trùng (đặc biệt là sốt rét ác tính làm cho thai chết gần 100%), nhiễm virus (Viêm gan, quai bị, cúm, sởi,...). Trong các trường hợp nặng thai chết có thể là do tác động trực tiếp của nguyên nhân gây bệnh lên thai, bánh rau hoặc do tình trạng sốt của mẹ (vì hệ thống điều hoà nhiệt của thai chưa hoạt động, khả năng điều hoà nhiệt rất kém).

2.2. Nguyên nhân do thai

- Đa thai
- Di tật bẩm sinh
- Di tật di truyền
- Nhiễm khuẩn

2.3. Nguyên nhân do rau

- Bất thường của dây rốn: Dây rốn thắt nút, dây rốn ngắn, dây rốn quấn cổ, dây rốn bị chèn ép hoặc bị xoắn quá mức.
- Bệnh lý bánh rau: phù rau thai, bánh rau xơ hoá, bánh rau bị bong.
- Vỡ ối sớm.
Có một tỷ lệ không nhỏ thai chết không rõ nguyên nhân

3. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

Tùy theo tuổi thai và thời gian thai chết trong tử cung mà có các hình thái khác nhau:

3.1. Thai bị tiêu

Thai bị chết trong những tuần đầu, ở giai đoạn rau toàn diện thì thai có thể bị tiêu hoàn toàn, chỉ còn túi ối (trứng trống).

3.2. Thai bị teo đét

Khi tuổi thai 3-4 tháng, nếu thai chết sẽ bị teo đét lại: da vàng sám như màu đất, nhăn nheo bọc lấy xương, nước ối ít, sánh đặc, vẫn đục và cuối cùng sẽ khô đi để lại một lớp như sáp trắng bao quanh thai.

3.2.1. Thai bị ủng mục

Khi tuổi thai hơn 5 tháng, nếu thai chết sẽ bị ủng mục. Lớp ngoại bì bị bong, bong dần từ chân lên đầu thai nhi. Lớp nội bì thâm Hemoglobin nên có màu đỏ tím. Các nội tạng bị rữa, xương sọ ẹp, chồng lên nhau, ngực xẹp, bánh nhau vàng úa, teo đét xơ cứng lại. Màng nhau vàng úa, nước ối cạn dần có màu hồng đỏ, dây rốn teo nhỏ. Chúng ta có thể dựa vào hiện tượng lột da để xác định thời gian thai chết:

Ngày thứ ba: bong da bàn chân.

Ngày thứ tư: bong da chi dưới.

Ngày thứ tám: bong da toàn thân.

3.2.2. Thai bị thối rữa

Nếu ối vỡ, nhiễm trùng lan toả rất nhanh, gây nhiễm độc cho mẹ. Vì khuẩn có thể gấp là các vi khuẩn ký sinh, hoại thư sinh hơi.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

4.1. Thai dưới 20 tuần bị chết

Việc chẩn đoán thai chết ở giai đoạn này tương đối khó khăn vì thường thai chết âm thầm, không có triệu chứng.

- Bệnh nhân có đã các dấu hiệu có thai: Chậm kinh, nghén, bụng to dần, hCG dương tính, siêu âm thấy các phần thai và hoạt động của tim thai.

- Ra máu âm đạo tự nhiên, ít một, máu đỏ sẫm hay nâu đen, không kèm theo đau bụng. Đây là một dấu hiệu phổ biến của thai chết dưới 20 tuần.

- Tử cung không lớn lên, ngược lại tử cung sẽ nhỏ lại và nhỏ hơn tuổi thai

- Xét nghiệm hCG trong nước tiểu âm tính (sau khi thai chết khoảng 2 tuần)

- Siêu âm: Rất có giá trị trong chẩn đoán sớm: Trên siêu âm thấy hình ảnh của thai nhưng không có hoạt động của thai và tim thai. Có khi chỉ thấy túi ối mà không có phần thai (trứng trống). Hình ảnh túi ối rõ ràng, méo mó không đều càng chắc chắn thai đã chết. Nếu có nghi ngờ nên kiểm tra lại sau một tuần.

4.2. Thai trên 20 tuần

Triệu chứng lâm sàng khá rõ, dễ xác định được thời gian thai chết hơn.

- Bệnh nhân đã có các dấu hiệu có thai với các dấu hiệu thai sống: bụng lớn, vú phát triển, có dấu hiệu thai máy. Nắn thấy rõ các phần của thai, nghe được tim thai, siêu âm có tim thai và cử động thai.

- Trong một vài trường hợp, thai chết xảy ra ở bệnh nhân có nguy cơ cao đang được theo dõi. Người ta có thể phát hiện các dấu hiệu suy thai trước khi thai chết trong khi đang theo dõi một thai nghén nguy cơ cao. Ít khi thai chết trong quá trình chuyển dạ.

- Xuất hiện dấu hiệu thai chết: không thấy cử động của thai (đây thường là dấu hiệu để bệnh nhân đi khám), bụng nhỏ dần, vú tiết sữa non, có thể ra máu âm đạo nhưng hiếm gặp ở giai đoạn này.

- Nếu bệnh nhân có một số bệnh lý kèm theo như tiền sản giật, bệnh tim thì bệnh sẽ có xu hướng giảm nhẹ sau khi thai chết.

- Thăm khám: Khám thực thể và tiền sử không có nhiều giá trị chẩn đoán thai chết. Trong đa số trường hợp, dấu hiệu duy nhất là không có cử động của thai.

- + Chiều cao tử cung nhỏ hơn tuổi thai. Đo chiều cao tử cung nhỏ lại so với lần đo trước đặc biệt có ý nghĩa trong chẩn đoán thai chết trong tử cung.

- + Nắn bụng không rõ phần thai.

+ Không nghe được tim thai. Tim thai không nghe được khi khám có thể gợi ý thai chết. Tuy nhiên, điều đó chưa thể khẳng định chẩn đoán, chẩn đoán thai chết được khẳng định qua siêu âm.

- Cận lâm sàng:

+ Siêu âm: Không thấy cử động của thai, không có hoạt động của tim thai, đầu thai méo mó, có thể thấy một viên âm vang nghèo quanh hộp sọ do da đầu bị bong ra (Dấu hiệu Hallo).

+ X quang: sau khi thai chết khoảng 10 ngày có hình ảnh chồng xương sọ (dấu hiệu Spalding 1), cột sống bị gấp khúc, đốt sống chồng nhau (dấu hiệu Spalding 2) hoặc vòng sáng quanh đầu (dấu hiệu Devel). Đôi khi thấy bóng hơi trong buồng tim hoặc trong cách mạch máu lớn (dấu hiệu Robertson)

Chẩn đoán thai chết luôn cần được khẳng định qua siêu âm. Đó là dấu hiệu tim thai không hoạt động.

4.3. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt cần đặt ra đối với một thai nhỏ có tuổi thai dưới 20 tuần

- Thai ngoài tử cung

- Tử cung có u xơ: Khám thấy tử cung to hơn bình thường và ra máu âm đạo.

- Thai trứng: Đặc biệt dễ nhầm với thai trứng thoái hoá, đôi khi không thể phân biệt được trên lâm sàng và cả siêu âm, chỉ khi làm giải phẫu bệnh lý mới chẩn đoán xác định được.

- Thai còn sống: Đây là một vấn đề có thể xảy ra nếu chẩn đoán vội vàng. Tất cả các triệu chứng cơ năng, thực thể hoặc siêu âm cũng có thể không chính xác. Do đó, cách tốt nhất để tránh lầm lẫn là không nên vội vàng khi chẩn đoán và xử trí. Phải thăm khám kỹ, phối hợp các xét nghiệm, thăm dò nhiều lần mới được xác định chẩn đoán.

5. TIỀN TRIỀN CỦA THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG

5.1. Chuyển dạ đẻ của thai chết trong tử cung

Hầu hết (90%) là chuyển dạ tự nhiên, thai sẽ bị tống ra ngoài tử cung sau khi chết 2-3 tuần. Chuyển dạ tự nhiên thường xảy ra ở các trường hợp con rụng, thai gần đủ tháng, có chỉ số Bishop > 6

- Đau bụng tăng dần như chuyển dạ.

- Có hiện tượng xoá, mờ cổ tử cung.

- Ối phòng hình “quả lê” do màng ối chết mất tính đàn hồi.

- Ối có thể vỡ, nước ối hồng hoặc đen bẩn, dễ gây nhiễm trùng.

- Rau thường sổ ngay sau khi thai sổ và hay có biến chứng chảy máu

- Nhiễm trùng hậu sản dễ xảy ra trong thời kỳ hậu sản

Trường hợp tiền triền không thuận lợi (con so, tuổi thai nhỏ, chỉ số Bishop >5) cần phải phát khỏi chuyển dạ sau khi đã chuẩn bị đầy đủ.

5.2. Biến chứng

5.2.1. Rối loạn đông máu

Rối loạn đông máu là một biến chứng nặng của thai chết trong tử cung. Thời gian thai chết và lưu trong buồng tử cung càng lâu, nếu chết lưu trên 4 tuần thì nguy cơ rối loạn đông máu càng cao. Fibrinogen giảm hoặc mất, kèm theo giảm tiểu cầu gây chảy máu không đông. Cơ chế có thể do:

- Đông máu rải rác trong lòng mạch (CIVD): Các sản phẩm của rau thai thoái hoá, hoại tử sẽ kích hoạt quá trình sinh thromboplastin ở máu mẹ, dẫn tới tăng quá trình đông máu nên tăng tiêu thụ Fibrinogen

- Tiêu huỷ Fibrinogen: sản phẩm thoái hoá của rau thai có thể kích hoạt sự sản sinh quá nhiều plasminogen (chất phân huỷ Fibrin) gây nên tiêu sợi huyết.

Dù rối loạn đông máu do CIVD hay do tiêu sợi huyết thì biểu hiện lâm sàng cũng là chảy máu không đông từ tử cung. Chảy máu có thể xuất hiện ngay sau đẻ hoặc sau khi can thiệp.

5.2.2. Biến chứng nhiễm trùng:

Nếu thai chết nhung chưa có vỡ ối thường là vô trùng, chỉ nhiễm trùng khi ối đã vỡ. Biến chứng nhiễm trùng xảy ra rất nhanh, có thể đưa đến tình trạng nhiễm trùng máu, sốc nhiễm trùng đặc biệt là do vi khuẩn Gram âm.... Các vi khuẩn có thể gặp là *Colibacille*, *Proteus*, *Pseudomonas*, thậm chí cả *Chlostridium Perferingent*.

5.2.3. Ảnh hưởng đến tâm lý

Tâm lý người mẹ bị ảnh hưởng nghiêm trọng khi thai chết, nhất là ở những thai phụ hiếm con, vô sinh. Ngoài ra họ còn có tâm lý lo sợ khi phải mang thai đã chết, do đó cần giải thích cẩn kẽ, động viên để thai phụ tránh được những ảnh hưởng xấu cho lần mang thai này và những lần mang thai sau.

6. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

6.1. Tuyến xã

Tư vấn và chuyên tuyến trên xử trí vì thai chết trong tử cung có thể có các biến chứng nặng nề như: chảy máu, nhiễm khuẩn, có thể gây nguy hiểm đến tính mạng người mẹ.

6.2 Tuyến huyên và các tuyến cao hơn

6.2.1 Nguyên tắc chung

Không vội vàng xử trí

- Chỉ quyết định điều trị sau khi đã có chẩn đoán chính xác và chuẩn bị đầy đủ
- Làm các xét nghiệm: công thức máu, phân loại nhóm máu, chức năng đông máu toàn bộ, đặc biệt là lượng fibrinogen máu, và một số xét nghiệm cần thiết khác.
- Nếu xét nghiệm có hiện tượng rối loạn chức năng đông máu thì phải điều trị rối loạn đó rồi mới đặt vấn đề giải quyết thai lưu. Các thuốc sử dụng để điều chỉnh rối loạn đông máu:
 - + Fibrinogen truyền tĩnh mạch.
 - + Máu tươi toàn phần.
 - + Thuốc chống tiêu sinh sợi huyết: E.A.C, Transamine 250mg x 2-4 ống/ngày.

Những trường hợp dù xét nghiệm chức năng đông máu bình thường cũng cần chuẩn bị sẵn máu tươi hoặc các chế phẩm như Fibrinogene, để điều trị khi có biến chứng rối loạn đông máu thứ phát xảy ra.

(Một số tác giả sử dụng Heparin để điều trị với liều từ 50000 - 100000 đơn vị, tuy nhiên vẫn đề này cần được nghiên cứu thêm để có thể áp dụng mà không gây tai biến.)

- Những nguy cơ đáng lưu ý đối với thai chết lưu là rất dễ bị nhiễm khuẩn sau khi vỡ ối hoặc sau khi thai, rau ra có thể chảy máu nặng do rối loạn chức năng đông máu, hoặc đờ tử cung. Vì vậy cần phòng chống nhiễm khuẩn tốt, dùng kháng sinh toàn thân, liều cao và phối hợp kháng sinh trong 5-7 ngày.

6.2.2. Nong cổ tử cung, nạo

- Nạo buồng tử cung được áp dụng cho những trường hợp thai chết mà thể tích tử cung nhỏ hơn tử cung có thai 3 tháng hoặc chiều cao tử cung < 8 cm.
- Phải giảm đau cho bệnh nhân trước khi nạo, dùng thuốc tăng co tử cung và kháng sinh. Không để sót tổ chức nhau, thai.
- Chú ý theo dõi để phòng chảy máu, biến chứng rối loạn đông chảy máu sau nạo.

6.2.3 Khởi phát chuyển dạ

Khi đã chẩn đoán khẳng định thai chết, cần phát khởi chuyển dạ để tống thai. Phản ứng của bệnh nhân có thể khác nhau đối với hình thức xử trí này. Một số bệnh nhân có thể đồng ý khởi phát chuyển dạ ngay, một số khác cần đợi một thời gian nhất định (có thể vài giờ hoặc vài ngày) để họ ổn định về tinh thần. Cả hai trường hợp này đều có thể chấp nhận.

Khi thai chết trong tử cung từ 3-4 tuần, lượng fibrinogen trong máu có thể giảm, dẫn tới rối loạn đông máu-chảy máu

Khởi phát chuyển dạ bắt đầu với việc chuẩn bị bệnh nhân và sau đó truyền ôxytôxin tĩnh mạch. Bệnh nhân có tiền sử mổ để cần được chú ý để tránh nguy cơ vỡ tử cung.

Thai chết lưu sóm có thể được xử trí bằng việc đặt dung cụ và nong rồi đưa thai ra. Ở phụ nữ có thai chết lưu trước 28 tuần tuổi, khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandin E2 đặt âm đạo (misoprostol đặt âm đạo) hoặc dùng đường uống và/ hoặc ôxytôxin (thường áp dụng ở những phụ nữ có sẹo mổ ở tử cung). Đối với những phụ nữ có thai chết lưu sau 28 tuần tuổi nên dùng những liều thấp hơn.

Prostaglandin E2 và misoprostol không nên dùng ở những phụ nữ có tiền sử phẫu thuật tử cung vì có nguy cơ vỡ tử cung.

6.2.4. Đánh giá nguyên nhân:

Ngoài những nguyên nhân rõ ràng như: dây rốn thắt nút, quần cổ...cần tìm hiểu những yếu tố nguy cơ bệnh lý từ phía mẹ như: tiêu đường, nhiễm khuẩn, cao huyết áp...và phía thai và phần phụ của thai: làm giải phẫu bệnh lý, thử máu, nuôi cấy, phân tích nhiễm sắc thể...

Có tới 50% trường hợp thai chết lưu không rõ nguyên nhân. Tuy nhiên việc đánh giá nguyên nhân thai chết có thể tác động tới việc ước lượng tàn số xuất hiện và giúp cải thiện tốt hơn hoạt động tư vấn, quản lý thai nghén, hệ thống chẩn đoán trong thời kỳ mang thai của phụ nữ và quản lý thai

7. DỰ PHÒNG

Việc dự phòng thai chết trong tử cung là một vấn đề khó khăn bởi nhiều trường hợp không tìm được nguyên nhân, tuy nhiên giảm được tỷ lệ thai chết nếu làm tốt những việc sau:

- Đăng ký quản lý thai nghén, tư vấn tốt cho các bà mẹ khi mang thai ngay từ những tuần lễ đầu tiên, chú trọng chế độ dinh dưỡng và làm việc, tránh các lao động nặng, lao động trong môi trường độc hại. Không để sót các trường hợp thai quá ngày sinh

- Phát hiện, chẩn đoán, điều trị sớm các bệnh lý của mẹ trước và trong khi mang thai. Thận trọng khi dùng thuốc cho phụ nữ có thai.

- Khi nghi ngờ thai chết lưu: Nếu ở tuyến xã phải tư vấn và chuyển ngay lên tuyến trên, nếu ở tuyến trên phải cho nhập viện và điều trị kịp thời.

THAI NGOÀI TỬ CUNG

Mục tiêu học tập

1. Kể ra được các nguyên nhân của thai ngoài tử cung
2. Trình bày được triệu chứng, chẩn đoán, các hình thái lâm sàng của thai ngoài tử cung
3. Trình bày được cách xử trí cho từng hình thái lâm sàng của thai ngoài tử cung

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Thai ngoài tử cung (Grossesse Extra Uterine – GEU) là trường hợp trứng được thụ tinh, làm tổ và phát triển ở ngoài buồng tử cung.

1.2. Dịch tễ học

Tần suất: Thai ngoài tử cung chiếm 1 - 2% thai nghén. Đây là nguyên nhân gây tử vong cao nhất trong sản khoa trong 3 tháng đầu thai kỳ (4-10%). Tuy nhiên tỷ lệ tử vong mẹ giảm trong những năm trở lại đây do chẩn đoán sớm và điều trị sớm.

Tỷ lệ thai ngoài tử cung tăng có liên quan với, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, đặc biệt Chlamydia trachomatis, viêm nhiễm tiểu khung, tiền sử nạo phá thai, sử dụng một số biện pháp tránh thai như đặt dụng cụ tử cung hay mẹ lớn tuổi...

2. NGUYÊN NHÂN

Gồm tất cả những nguyên nhân ngăn cản hoặc làm chậm cuộc hành trình của trứng qua vòi tử cung để vào buồng tử cung. Thường gặp là do biến dạng và thay đổi nhu động vòi tử cung:

- Viêm vòi tử cung (hay gấp nhất).
- Các khối u trong lòng hoặc bên ngoài đè ép.
- Dị dạng vòi tử cung, hoặc vòi tử cung bị co thắt bất thường.
- Xơ dính do phẫu thuật đã thực hiện trước đó trên vòi tử cung, các phẫu thuật vùng bụng, hoặc hậu quả của lạc nội mạc tử cung.
- Thuốc ngừa thai đơn thuần progestin.
- Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản như kích thích rụng trứng bằng Gonadotropin, thụ tinh trong ống nghiệm...
- Tiền sử vô sinh.

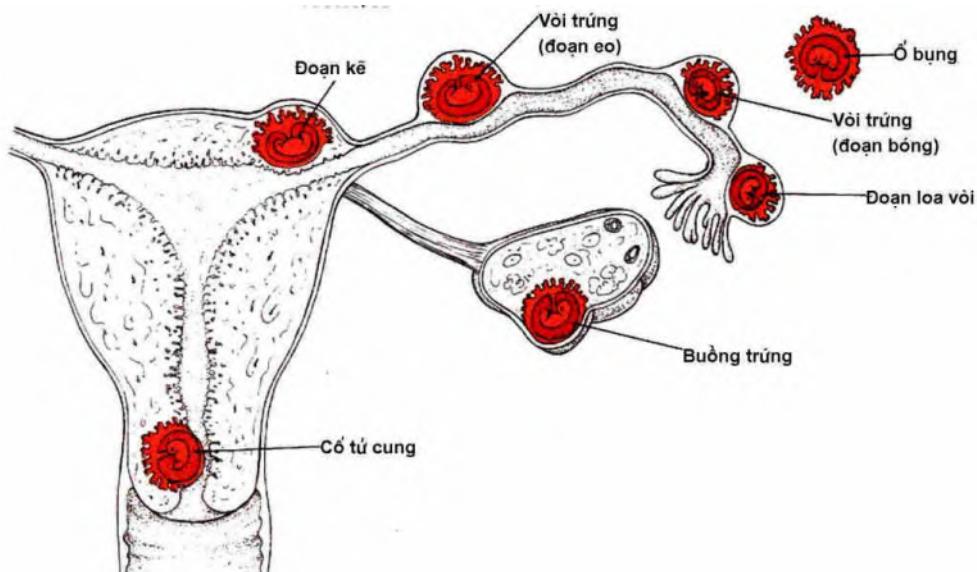
3. PHÂN LOẠI

Thai ngoài tử cung có thể là ở vòi tử cung, buồng trứng hoặc trong ổ bụng, trong ống cổ tử cung. Thai ở buồng trứng và trong ổ bụng rất hiếm gặp.

- Vòi tử cung: 95 - 98%
- Buồng trứng: 0,7 - 1%
- Ống cổ tử cung: 0,5 - 1%
- Ổ bụng: hiếm gặp

Nếu chửa ở vòi tử cung, phôi có thể làm tổ ở 4 vị trí khác nhau:

- Đoạn bóng: 78%
- Đoạn eo: 12%
- Đoạn loa: 5%
- Đoạn kẽ: 2%

**Hình 1.** Các vị trí làm tổ của phôi

4. GIẢI PHẪU BỆNH - SINH LÝ BỆNH

4.1. Vòi tử cung và tử cung

- Vòi tử cung không đảm bảo cho thai làm tổ, vì niêm mạc của vòi tử cung ít biến đổi so với niêm mạc tử cung và lớp cơ vòi tử cung rất mỏng do đó thai chỉ phát triển được một thời gian ngắn rồi những biến chứng sẽ xảy ra.

- Tử cung do ảnh hưởng của các hormon thai nghén nên tử cung cũng phản ứng to hơn bình thường, mềm ra, niêm mạc tử cung chuyển thành ngoại sản mạc.

4.2. Sự tiến triển của thai làm tổ ở vòi tử cung

- Vỡ vòi tử cung: do gai rau ăn sâu vào lớp cơ làm thủng vòi tử cung, hoặc do vòi tử cung căng to làm vỡ vòi, đồng thời các nhánh mạch máu cũng bị vỡ gây chảy máu vào ổ bụng. Mức độ chảy máu có thể khác nhau:

+ Chảy ồ ạt, gây tràn ngập máu trong ổ bụng

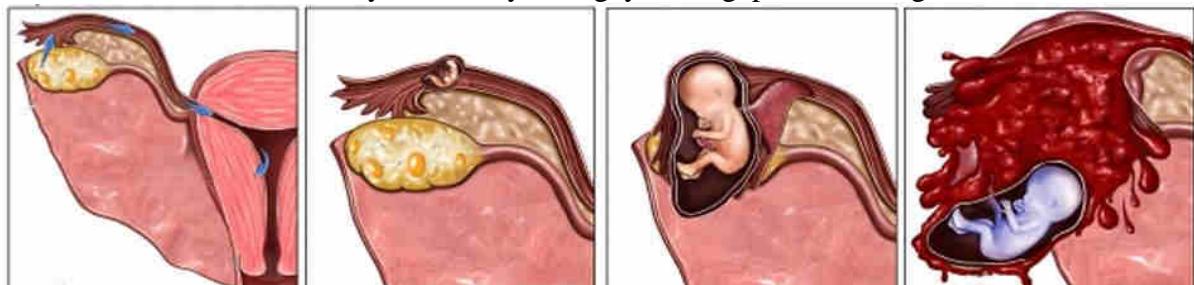
+ Chảy từ từ ít một, đọng ở vùng thấp và được khu trú lại, tạo ra khối máu tụ.

- Sẩy thai: vì thai làm tổ lạc chỗ nên dễ bị bong ra gây sẩy và chảy máu.

+ Nếu máu chảy được khu trú trong vòi tử cung thì được gọi là ú máu vòi tử cung, bọc thai còn nhỏ sẽ chết và tiêu đi.

+ Nếu bọc thai bong dần, máu chảy ít một, đọng lại trong túi cùng Douglas hoặc ở cạnh tử cung và được ruột, mạc treo, mạc nối đến khu trú để tạo thành khối máu tụ.

+ Nếu bọc thai sẩy, máu chảy ồ ạt gây tràn ngập máu ổ bụng.



A. Phóng noãn, trứng theo vòi tử cung vào buồng tử cung

B. Phôi làm tổ ở đoạn bóng vòi tử cung bên phải

C. Phôi thai lớn dần làm căng phồng vòi tử cung

D. Phôi thai lớn làm vỡ vòi tử cung, sẩy qua loa và xuất huyết ổ bụng

Hình 2. A. Thai ngoài tử cung ở đoạn bóng vòi tử cung

5. LÂM SÀNG

5.1. Thai ngoài tử cung chưa vỡ

- Triệu chứng cơ năng

+ Tắt kinh: hay có khi chỉ chậm kinh vài ngày hoặc có rối loạn kinh nguyệt, có thể có dấu hiệu nghén, vú căng.

+ Đau bụng: vùng hạ vị, một bên, âm ỉ

+ Ra huyết: Huyết ra ít một, rỉ rả, màu nâu đen, có khi lẫn màng, không đông.

- Triệu chứng thực thể

+ Cổ tử cung hơi tím, mềm, đóng kín, có máu đen từ trong lòng tử cung ra.

+ Tử cung lớn hơn bình thường, mềm, nhưng không tương xứng với tuổi thai.

+ Có khối u cạnh tử cung mềm, bờ không rõ, di động, chạm đau hoặc hiêm hơn có thể sờ thấy khối u có dạng hơi dài theo chiều dài của vòi tử cung

- Cận lâm sàng

+ hCG: Định tính hCG chỉ gợi ý có hoạt động của tế bào nuôi giúp xác định có thai, tuy nhiên khi hCG âm tính ta cũng chưa loại trừ được thai ngoài tử cung. Định lượng nồng độ β - hCG thấy nồng độ hCG thấp hơn so với thai nghén bình thường.

+ Siêu âm: Không có túi thai trong buồng tử cung, có khối âm vang hỗn hợp hoặc có hình ảnh túi thai ngoài tử cung. Có thể có hình ảnh tụ dịch ở cùng đồ sau, hoặc trong ổ bụng (tùy lượng dịch và máu chảy ra). Nếu siêu âm đường bụng nghi ngờ phải siêu âm đường âm đạo để kiểm tra.

+ Soi ổ bụng: Đây là phương pháp giúp xác định chẩn đoán và xử trí.

5.2. Thai ngoài tử cung vỡ tràn ngập máu ổ bụng

- Choáng: Do tình trạng chảy máu ồ ạt trong ổ bụng. Bệnh nhân có biểu hiện vật vã, chân tay lạnh, mạch nhanh, huyết áp hạ.

- Triệu chứng cơ năng

+ Có chậm kinh, tắt kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt.

+ Ra huyết đen, ít một.

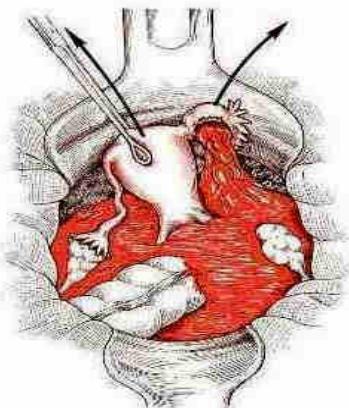
+ Thường có những cơn đau vùng hạ vị đột ngột, dữ dội làm bệnh nhân choáng váng hoặc ngất đi.

- Triệu chứng thực thể

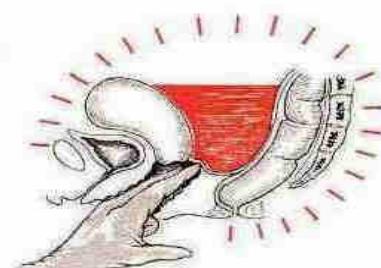
+ Khám bụng: Bụng căng, hơi chướng, có phản ứng phúc mạc khắp bụng, đặc biệt là vùng hạ vị, gõ đục ở vùng thấp.

+ Khám âm đạo: Túi cùng sau đầy, ấn vào bệnh nhân đau chói (tiếng kêu Douglas).

+ Di động tử cung rất đau, có cảm giác tử cung bồng bềnh trong nước. Khó xác định tử cung và hai phần phụ vì bệnh nhân đau và phản ứng nên khó khám.



A



B

Hình 3. A. Thai ngoài tử cung tràn ngập máu ổ bụng, **B.** Tiếng kêu Douglas

Chọc dò túi cùng Douglas: Chỉ thực hiện khi không có siêu âm hoặc nghi ngờ chẩn đoán. Hút ra máu đen loãng, không đông dễ dàng.

5.3. Khối huyết tụ thành nang

- Toàn thân

- + Da hơi xanh hoặc hơi vàng do thiếu máu và tan máu.
- + Toàn thân không suy sụp, nhưng mệt mỏi, gầy sút.

- Triệu chứng cơ năng

- + Có chậm kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt.
- + Ra huyết đen âm đạo ít một, dai dẳng.
- + Có đau vùng hạ vị, có khi đau trội lên rồi giảm đi.
- + Đau tức ở bụng dưới, kèm những dấu hiệu chèn ép như táo bón, đái khó.

- Triệu chứng thực thể

+ Tử cung hơi to, có khối u cạnh, trước hay sau tử cung. Đặc điểm của khối u là mật độ chắc, bờ không rõ, không di động, ân rất rát tức, đôi khi khối u dính với tử cung thành một khối khó xác định vị trí và thể tích tử cung.

- Cận lâm sàng

- + hCG có thể âm tính, chứng tỏ thai đã chết.
- + Chọc dò qua túi cùng Douglas vào khối u bằng kim to có thể thấy máu đen, lẫn máu cục.
- + Siêu âm: có khối cạnh TC, âm vang không đồng nhất, ranh giới không rõ ràng.

5.4. Thai trong ổ bụng

- Tiền sử đã có triệu chứng như doạ sẩy trong những tháng đầu thai kỳ.

- Triệu chứng cơ năng

- + Đau bụng, đau tăng khi có cử động thai.
- + Có thể có hiện tượng bán tắc ruột: nôn, buồn nôn, bí trung đại tiện.
- + Ra huyết, lượng ít (ở 70% trường hợp).

- Thực thể

+ Cảm giác thai ở nông ngay dưới da bụng, không có cơn co tử cung.
+ Khám âm đạo: kích thước tử cung bình thường, tách biệt với khối thai. Ngôi thai bất thường trong 50-60% các trường hợp.

- Cận lâm sàng

+ Siêu âm: thai nằm ngoài tử cung, xen kẽ giữa các quai ruột non, thường bị suy dinh dưỡng, có các kích thước nhỏ hơn tuổi thai, bờ khối thai không đều, mặt rau không phẳng, nước ối thường ít, hình ảnh mạc nối, ruột, tử cung, rau tạo thành một vỏ dày khó phân biệt với cơ tử cung.

+ X quang bụng không chuẩn bị: không có bóng mờ của tử cung bao quanh thai, bóng hơi của ruột nằm chồng lên các phần thai, trên phim chụp nghiêng thấy các phần thai nằm vắt qua cột sống lưng của mẹ.

5.5. Chẩn đoán gián biệt

- Sẩy thai.
- Chửa trứng.
- Viêm phần phụ.
- Vỡ nang De Graaf (khó phân biệt và hiếm).
- Viêm ruột thừa.
- Khối u buồng trứng xoắn.
- Cơn đau của sỏi niệu quản.
- Khối u lạc nội mạc tử cung (chẩn đoán phân biệt với thể huyết tụ thành nang).
- Khối u đường tiêu hoá (chẩn đoán phân biệt với thể chửa trong ổ bụng).

6. XỬ TRÍ

Thai ngoài tử cung là một cấp cứu cần được phát hiện sớm và chuyển tuyến để được điều trị sớm ở cơ sở có khả năng phẫu thuật.

6.1. Thai ngoài tử cung chưa có biến chứng chảy máu trong ổ bụng

6.1.1. Điều trị nội khoa

Điều kiện:

- Khối thai ngoài tử cung chưa vỡ
- Lượng dịch trong ổ bụng dưới 100ml
- Đường kính khối thai dưới 4cm.
- Chưa thấy tim thai trên siêu âm.
- Nồng độ β - hCG không vượt quá 6000 mIU/ml
- Bệnh nhân không có chống chỉ định với Methotrexate

Thuốc sử dụng: Methotrexate (MTX - Acide amino-4 méthyl-10 folique) là một loại hoá chất chống tăng sinh tế bào của nhóm antifolic thường được sử dụng nhất. Những loại thuốc khác đã được nghiên cứu sử dụng nhưng ít hiệu quả hơn rất nhiều.

Liều dùng: MTX 50mg/m² da cơ thể tiêm bắp và có thể lặp lại liều

6.1.2. Phẫu thuật

- *Điều trị tận gốc*: Cắt bỏ vòi tử cung đến sát góc tử cung và giữ lại buồng trứng, lau sạch ổ bụng, nếu sản phụ đã đẻ nhiều lần và/ hoặc sản phụ có tiền sử thai ngoài tử cung nhiều lần (và không mong muốn sinh thêm con) thì triệt sản luôn vòi tử cung bên đối diện, đóng bụng, không cần dẫn lưu.

- *Điều trị bảo tồn*: chỉ đặt ra với những bệnh nhân còn trẻ, chưa có con, tình trạng vòi tử cung bên kia bất thường và tổn thương vòi tử cung cho phép. Xé vòi tử cung, hút hoặc lấy bọc thai ra và cầm máu.

- *Phẫu thuật nội soi*: Ngày nay người ta thường chỉ định và ứng dụng kỹ thuật mổ nội soi trong những trường hợp thai ngoài tử cung thể đơn giản và chưa có biến chứng.

6.2. Thai ngoài tử cung tràn ngập máu ổ bụng

- Phải hồi sức chống choáng và chuyển bệnh đi bằng phương tiện nhanh nhất đến nơi có khả năng phẫu thuật gần nhất.

- Mổ ngay không trì hoãn, mổ càng sớm càng tốt, vừa mổ vừa hồi sức tích cực bằng truyền máu, truyền dịch, nếu có thể nên truyền máu hoàn hồi.

6.3. Thai ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang

- Nếu phát hiện được hoặc ngờ cần phải tư vấn và gửi đi bệnh viện sớm vì có thể có hai biến chứng xảy ra: vỡ gây chảy máu lại trong ổ bụng với bệnh cảnh giống như chửa ngoài tử cung vỡ và nhiễm khuẩn.

- Tuyến có cơ sở phẫu thuật: Chẩn đoán xác định và mổ để tránh vỡ thứ phát và nhiễm khuẩn trong ổ máu tụ. Bệnh nhân phải được chuẩn bị tốt trước khi mổ.

6.4. Thai trong ổ bụng (thai phát triển trong ổ bụng)



Hình 4. Thai ngoài tử cung ở ô bụng

- Nếu thai chết, phải mổ lấy thai sớm, tránh biến chứng rối loạn đông máu cho mẹ.

- Nếu thai còn sống :

+ Dưới 28 tuần: mổ ngay để lấy thai ra ngay.

+ Sau 28 tuần: có thể chờ đợi và mổ khi thai khoảng 36-38 tuần, sản phụ phải được nhập viện và theo dõi nghiêm ngặt. Trong lúc mổ nếu rau bám chặt vào các cơ quan trong ô bụng thì để bánh rau lại không bóc, không nên gắp bóc hết rau ra vì có thể gây chảy máu rất nhiều. Phần rau còn lại có thể sẽ tự huỷ hoặc có thể thúc đẩy quá trình tự huỷ của rau thai bằng Methotrexate.

7. TIÊN LƯỢNG

- Nếu chẩn đoán sớm và xử trí lúc thai ngoài tử cung chưa vỡ, tiên lượng thường tốt.

- Nếu chẩn đoán muộn, xử trí không kịp thời, tỷ lệ tử vong 1-1,5%.

- Khoảng 30% các trường hợp có thể có thai lại bình thường sau đó.

- Tỷ lệ tái phát thai ngoài tử cung ở các lần có thai sau khoảng 10%.

8. PHÒNG BỆNH

Để giảm tỷ lệ thai ngoài tử cung, tư vấn cho chị em giữ vệ sinh phụ nữ tốt (vệ sinh hàng ngày, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh khi giao hợp, khi sẩy, đẻ).

Hạn chế các trường hợp phải nạo phá thai, phòng ngừa viêm nhiễm sinh dục, nhất là các bệnh lây truyền qua đường tình dục là yếu tố nguy cơ hàng đầu của thai ngoài tử cung.

Vận động chị em đi khám phụ khoa định kỳ hoặc có triệu chứng bất thường phải đi khám phụ khoa ngay để phát hiện sớm các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục và phải điều trị tích cực.

Vận động chị em khi có thai nên đi khám sớm ngay những ngày đầu chậm kinh để có thể kịp thời phát hiện các tai biến sớm của thai nghén, trong đó có thai ngoài tử cung để có thể xử trí kịp thời làm giảm nguy cơ tử vong mẹ và biến chứng.

RAU BONG NON

Mục tiêu học tập

1. Mô tả các dấu hiệu lâm sàng, cân lâm sàng để chẩn đoán xác định rau bong non.
2. Trình bày xử trí cho từng thể lâm sàng rau bong non.
3. Trình bày được tiến triển và biến chứng.

1. ĐẠI CƯƠNG

Rau bong non là một cấp cứu sản khoa, là bệnh lý nặng toàn thân, biến chuyển nhanh chóng làm tử vong mẹ và con. Nguyên nhân là rau bám đúng chỗ song bị bong trước khi sổ thai do có sự hình thành khối huyết tụ sau rau. Khối huyết tụ lớn dần làm bong dần bánh rau, màng rau khỏi thành tử cung, cắt đứt sự trao đổi ôxy giữa mẹ và con.

Tỷ lệ gấp 0,6% - 1%. Rau bong non là nguyên nhân gây tử vong của 10 - 15% các trường hợp thai chết trong vòng 3 tháng cuối.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CO'

Nguyên nhân trực tiếp là sự phá vỡ của các mạch máu của niêm mạc tử cung nơi rau bám.

Các yếu tố nguy cơ bao gồm:

- Tiền sản giật
- Sự căng giãn đột ngột quá mức của tử cung
- Những thương tổn của mạch máu tại bánh rau, tại vùng rau bám, xuất hiện trong các bệnh lý: rau tiền đạo, cao huyết áp, đái tháo đường
- Sự thay đổi thể tích đột ngột của tử cung như trường hợp chọc hút nước ối trong đa ối, hoặc song thai sau khi thai thứ nhất ra
 - Dây rốn ngắn
 - Sang chấn
 - Thiếu acide folic, thường gặp ở những sản phụ có mức sống thấp
 - Hút thuốc, sử dụng Cocain
 - Có tiền sử rau bong non
 - Mẹ lớn tuổi

3. GIẢI PHẪU BỆNH

3.1. Đại thể

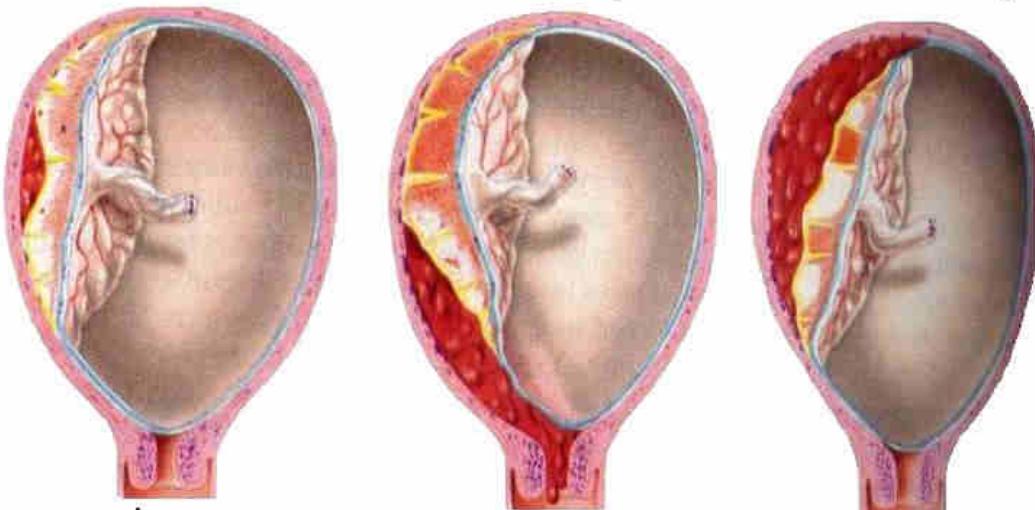
Cần chú ý tổn thương giải phẫu bệnh lý có khi không phù hợp với các thể lâm sàng. Trên lâm sàng có thể là bệnh cảnh nhẹ nhưng tổn thương giải phẫu bệnh lý lại nặng và ngược lại.

- Khối máu tụ sau rau: có thể nhỏ hoặc to từ 500 - 1500g, khối huyết tụ này làm bong dần bánh rau, nếu khối huyết tụ nhỏ rau bong ít, thai có thể sống. Nếu khối huyết tụ lớn làm rau bong hoàn toàn thì thai chết.

- Bánh rau: mặt phía nội mạc bình thường, mặt về phía tử cung do khối máu tụ chèn ép bị lõm xuống.

- Tử cung: Các mạch máu ở vùng rau bám bị xung huyết và vỡ ra, tạo thành những mảng nhồi huyết ở tử cung, nhẹ thì chỉ có mảng nhồi huyết ở vùng rau bám, nặng thì nhồi huyết lan toả khắp tử cung, có khi tổn thương lan đến dây chằng rộng, các phần phụ và nhiều cơ quan khác, các ổ nhồi huyết sẽ làm tách các sợi cơ tử cung, dịch và máu sẽ thẩm vào ổ bụng, cơ tử cung sẽ mất khả năng đàn hồi và khả năng co bóp, nên sau khi đẻ dễ bị đờ tử cung.

- Các phần phụ và phủ tạng khác: trong các trường hợp nặng và rất nặng các tổn thương sẽ lan toả đến vòi trứng, buồng trứng, thận, gan, tuy tạng... các tổn thương nhồi huyết cũng giống như ở tử cung.



Hình 1. Rau bong non.

3.2. Vi thê

Tổn thương vi thê thường là tổn thương các mạch máu, các mao mạch bị căng, vỡ, phù nề và xung huyết.

4. SINH LÝ BỆNH

Sự hình thành khối máu tụ sau rau sẽ đưa đến các hậu quả:

4.1. Về phía thai

Nhanh chóng tạo nên tình trạng thiếu dưỡng khí do:

- Nơi rau bong làm cắt đứt một phần sự trao đổi dưỡng khí giữa mẹ và con.
- Tử cung co cứng và tình trạng hạ huyết áp ở mẹ làm giảm lưu lượng máu từ tử cung qua rau.

4.2. Về phía mẹ

Có thể xảy ra:

- Choáng do mất máu.
- Tình trạng rối loạn đông máu: giảm hoặc mất hoàn toàn fibrinogen, hội chứng đông máu rải rác trong lòng mạch và hiện tượng tiêu fibrinogen thứ phát.

5. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

5.1. Triệu chứng

5.1.1. Toàn thân

- Choáng: Bệnh nhân xanh, niêm mạc nhợt nhạt, hốt hoảng, thở nhanh, chân tay lạnh, mạch có thể chậm, huyết áp có thể bình thường hay giảm nhẹ.

5.1. 2. Cơ năng

- Đau bụng: thường đau nhiều, bắt đầu đau ở tử cung sau lan ra khắp bụng, bụng càng căng cứng, càng đau nhiều.
- Chảy máu: âm đạo thường là máu loãng, không có máu cục.

5.1. 3. Thực thể

- Dấu hiệu tiền sản giật: 60 - 70% các trường hợp rau bong non có tiền sản giật (phù, protein niệu, cao huyết áp).

- Tử cung co cứng liên tục, bè cao tử cung tăng dần theo thể tích khối máu tụ. Do con co tử cung thường thấy trương lực cơ bắn tăng.

- Biến động tim thai tuỳ thuộc vào thể lâm sàng.
- Máu ra ở âm đạo thường là máu loãng, sẫm màu và không đông.
- Khám âm đạo: đoạn dưới căng phồng, cổ tử cung giãn mỏng và cứng, có khi thấy đầu ói phòng căng, bấm ói nước ói màu hồng.

5.1. 3. Cận lâm sàng

- Công thức máu: hồng cầu, tiểu cầu, Hct giảm.
- Monitoring: Trương lực cơ bản tử cung tăng lên 3 - 4 lần so với bình thường.
- Siêu âm: thấy khối máu tụ sau rau.
- Fibrinogen: giảm hoặc không có.

5.2. Chẩn đoán xác định: dựa theo các thể lâm sàng.

- **Thể ẩn:** không thể phát hiện được trên lâm sàng trước khi đẻ, chỉ có thể phát hiện khi kiểm tra thấy cục máu sau rau. Đôi khi tình cờ phát hiện khi kiểm tra siêu âm trước đẻ.

- Thể nhẹ:

- + Toàn trạng bình thường, sản phụ không có biểu hiện choáng.
- + Chảy máu âm đạo ít hoặc không có.
- + Trương lực cơ tử cung có thể tăng nhẹ.
- + Tim thai bình thường.
- + Chưa có biểu hiện rối loạn đông chảy máu.
- + Siêu âm: có thể có hình ảnh khối máu tụ sau rau.

- Thể trung bình:

- + Mạch nhanh, nhỏ, có thể hạ huyết áp.
- + Chảy máu âm đạo có thể có hoặc không, máu loãng, sẫm màu, không đông.
- + Trương lực cơ tử cung tăng, co tử cung cường tính.
- + Tim thai biểu hiện suy.
- + Sinh sợi huyết giảm.

- **Thể nặng:** Còn gọi là phong huyết tử cung - rau hay hội chứng Couvelaire. Có đầy đủ các triệu chứng điển hình:

- + Toàn thân biểu hiện mất máu nặng.
- + Thường có tiền sản giật
- + Chảy máu âm đạo không tương xứng với tình trạng mất máu toàn thân.
- + Tử cung co cứng như gỗ và đau liên tục.
- + Không có tim thai.
- + Có rối loạn đông máu, có thể chảy máu ở các phủ tạng như phổi, dạ dày, thận, buồng trứng, ruột, chảy máu những chỗ tiêm chích...
- + Xét nghiệm sinh sợi huyết giảm hoặc không có, tiểu cầu giảm, hồng cầu và hematocrit giảm

Thể	Choáng	Chảy máu	Tiền sản giật	Trương lực cơ tử cung	Fibrinogen	Tim thai
Thể ẩn	-	-	-	Không thay đổi	Bình thường	+
Thể nhẹ	-	+	±	Cường tính	Giảm nhẹ hoặc bình thường	+
Thể trung bình	+	++	+	Co cứng	Giảm	±
Thể nặng	+++	+++	+++	Cứng như gỗ	Giảm nhiều, thậm chí không còn	-

Bảng 1. Các thể lâm sàng của rau bong non

5.3. Chẩn đoán phân biệt

5.3.1. Đa ối cấp

Thường xảy ra vào ba tháng giữa, tử cung to nhanh, không có chảy máu, thai thường dị dạng. Nguy cơ rau bong non rất cao khi màng ối vỡ (do sự giảm nhanh thể tích buồng tử cung).

5.3.2. Rau tiền đạo

Tử cung không co cứng, tim thai có thể còn, không có rối loạn đông máu, sờ được bánh rau, không đau bụng, máu âm đạo tươi lẩn máu cục.

5.3.3. Vỡ tử cung

Có dấu hiệu dọa vỡ hoặc vỡ tử cung, máu âm đạo tươi đi kèm triệu chứng chảy máu trong.

6. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

6.1. Xử trí trước đẻ

6.1.1. Thể ẩn:

thường không phát hiện trước nên không xử trí gì

6.1.2. Thể nhẹ

- Tuyển cơ sở:

+ Sơ cứu: giảm đau, giảm co: Papaverin 40mg (1 - 4 ống tiêm bắp)

+ Chuyển tuyến chuyên khoa có nhân viên Y tế đi kèm

- Tuyển chuyên khoa:

+ Giảm đau, an thần, giảm co (Papaverin hoặc Dolosal...)

+ Sản khoa: bấm ối sớm, thúc đẩy cuộc đẻ kết thúc nhanh; nếu khó khăn thì chỉ định mổ lấy thai ngay.

+ Ngoại khoa: Trong mổ cần đánh giá sát tổn thương tại tử cung để có quyết định đúng đắn là bảo tồn tử cung hay phải cắt bán phần tử cung vì trong thể nhẹ triệu chứng lâm sàng đôi khi không rõ rệt, nhưng tổn thương tử cung lại nặng (không tương xứng với thể lâm sàng).

6.1.3. Thể trung bình

- Tuyển cơ sở:

+ Cấp cứu: giảm đau, giảm co, và lập đường truyền tĩnh mạch (dịch truyền tùy điều kiện cơ sở đang có sẵn)

+ Chuyển ngay lên tuyến chuyên khoa có nhân viên Y tế đi kèm.

- Tuyển chuyên khoa:

+ Chống choáng:

* Bù khói lượng tuần hoàn (truyền máu và dịch thay thế máu) bù điện giải, Cortison (sử dụng Hydrocortison đường truyền tĩnh mạch ...)

* Kháng Histamin tổng hợp và các thuốc phong bế thần kinh giao cảm

* Trị tim

+ Chống rối loạn đông máu

* E.A.C (4 -8g tiêm tĩnh mạch); Transamin (250mg - 1000mg truyền TM)

* Fibrinogen (2 - 4g tiêm TM)

+ Sản khoa: Chỉ lấy thai ra khi CTC đã mở rộng, sau bấm ối ngôi thai tiến triển nhanh, thường đẻ dễ dàng...

Các trường hợp: CTC mở ít, nguy cơ diễn biến nặng lên phải chỉ định mổ ngay để cứu mẹ và con.

+ Ngoại khoa: Sau khi mổ lấy thai cần đánh giá tổn thương thực thể tại tử cung để quyết định bảo tồn tử cung hay phải cắt bán phần để cầm máu.

5.1.4. Thể nặng

- Tuyển cơ sở: Thực hiện song song 2 việc

+ Cấp cứu ngay khi bệnh nhân vào: Thở oxy liên tục và thiết lập ngay đường truyền tĩnh mạch (bằng loại dịch truyền tại cơ sở đang có sẵn) và sử dụng các thuốc hồi sức, thuốc giảm đau, giảm co qua đường truyền tĩnh mạch

+ Mời ngay kíp mổ tuyến chuyên khoa về hồi sức và mổ cấp cứu tại chỗ, tránh vận chuyển bệnh nhân gây nặng hơn tình trạng sốc.

- Tuyến chuyên khoa:

+ Thở oxy liên tục

+ Chống choáng tích cực bằng truyền máu tươi, dung dịch thay thế máu, bù điện giải, corticoid, kháng Histamin tổng hợp, trợ tim, giảm đau... (liều trị như ở thể trung bình)

+ Chống rối loạn đông máu: E.A.C, Transamin, Fibrinogen liên tục (tất cả tiêm theo đường tĩnh mạch như điều trị ở thể trung bình)

+ Chống vô niệu bằng Lasix tiêm bắp hay tĩnh mạch liều cao

+ Chống nhiễm khuẩn bằng kháng sinh toàn thân phối hợp

+ Chỉ định mổ lấy thai nhanh (mặc dù con đã chết) và cắt ngay TC bán phần vì thường là tử cung đã tồn thương nặng (phải cắt tử cung tới hết vùng có nhồi huyết bầm tím)

Chú ý: Xử trí thể nặng phải nhanh chóng, phải tiến hành song song hồi sức chống sốc tích cực với mổ cắt tử cung.

6.2. XỬ TRÍ SAU ĐẺ

Không thực hiện ở tuyến cơ sở mà chỉ thực hiện ở tuyến chuyên khoa

- Tiếp tục điều trị chống sốc cho mẹ và hồi sức sơ sinh (nếu con sống)

- Theo dõi chảy máu sau đẻ, sau mổ đặc biệt khi còn đẻ lại tử cung. Nếu thấy còn ra máu loãng thâm màu liên tục chứng tỏ điều trị nội khoa chống đông máu không kết quả hoặc tử cung đã đờ không hồi phục thì phải chỉ định mổ lại cắt TC ngay để cầm máu.

- Tiếp tục theo dõi chức năng gan thận để điều trị kịp thời khi có biến chứng.

- Theo dõi tình trạng nhiễm khuẩn sau đẻ sau mổ để kịp thời điều chỉnh liều kháng sinh và phối hợp kháng sinh hợp lý.

7. ĐƯỢC PHÒNG

7.1. VỚI TUYẾN CƠ SỞ

- Truyền thông giáo dục SĐKH và Bảo vệ sức khoẻ sinh sản

- Tuyên truyền và tổ chức khám và quản lý thai nghén đúng, đầy đủ tại tuyến cơ sở

- Chuyển lên khám, theo dõi và đẻ tại tuyến trên những trường hợp thai nghén có nguy cơ hoặc có những yếu tố thuận lợi dễ xảy ra rau bong non...

7.2. TUYẾN CHUYÊN KHOA: Phòng các biến chứng nặng của rau bong non

- Chẩn đoán sớm và phân loại đúng các thể lâm sàng rau bong non để cho xử trí nhanh chóng phù hợp và tích cực ngay từ đầu.

- Cần có một bộ phận chuyên sâu về hồi sức tích cực với đầy đủ các phong tiện: máy móc, thuốc men, dịch truyền, nguồn máu tươi dự trữ và nhân lực khi cấp cứu...

8. BIẾN CHÚNG

8.1. Choáng

Thường nặng, nhất là sau khi thai ra vì:

- Tử cung đang căng to được giải phóng đột ngột

- Chảy máu nhiều.

8.2. Chảy máu

Do rối loạn đông chảy máu, giảm trầm trọng sinh sọt huyết.

8.3. Vô niệu

- Do thể tích máu giảm, huyết áp tụt làm giảm tưới máu cầu thận.

- Thiếu oxy thận: do giảm tưới máu và co mạch, gây hoại tử vỏ thận.

8.4. Biến chứng khác

Ngoài ra rau bong non có thể để lại các di chứng sau :

- Suy gan cấp
- Suy thận mạn.
- Suy tuyến thượng thận.
- Cao huyết áp.

5. Tử vong

- Tử vong sớm: gặp trong thể nặng không được xử trí kịp thời. Tử vong con 100%.
- Tử vong muộn đối với mẹ: thường do biến chứng của một loạt các rối loạn suy chức năng các tạng (gan, thận), biến chứng tắc mạch...

RAU TIỀN ĐẠO

Mục tiêu học tập

1. Định nghĩa rau tiền đạo và mô tả được các hình thái lâm sàng.
2. Trình bày được các yếu tố thuận lợi và triệu chứng lâm sàng.
3. Nêu được các nguyên nhân chảy máu cần chẩn đoán phân biệt với rau tiền đạo.
4. Trình bày được hướng xử trí rau tiền đạo.

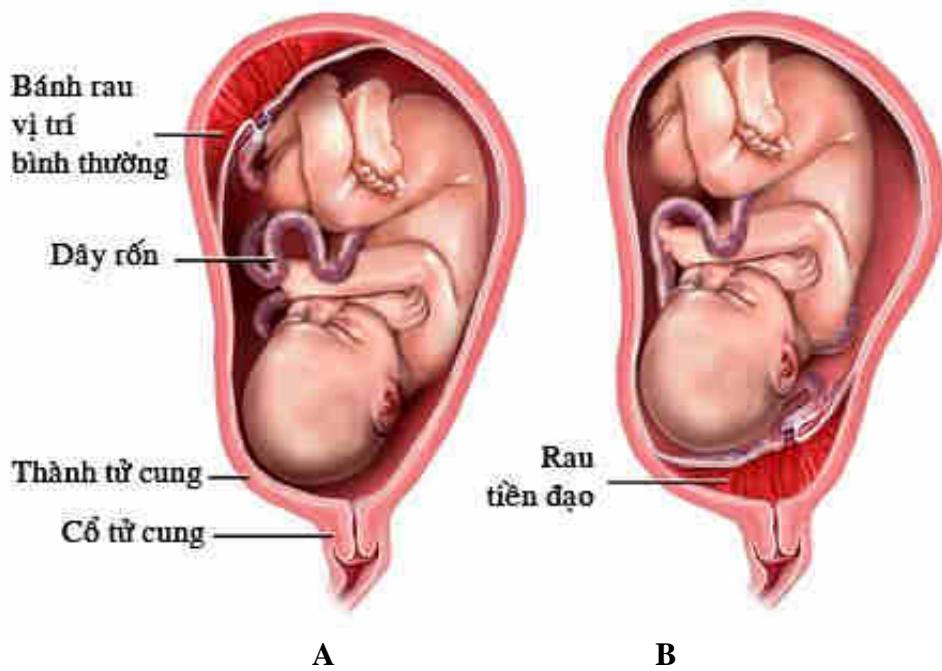
1. ĐẠI CƯƠNG

Rau tiền đạo là bánh rau bám ở đoạn dưới tử cung, có thể che lấp một phần hoặc toàn bộ lỗ trong cổ tử cung.

Rau tiền đạo xảy ra khoảng 1/200 trường hợp thai nghén, là một trong những nguyên nhân chính gây chảy máu trong ba tháng cuối của thai kỳ, trong chuyển dạ và sau đẻ. Vì vậy, rau tiền đạo còn là một cấp cứu trong sản khoa.

Cơ chế chảy máu trong rau tiền đạo:

- Đoạn dưới thành lập trong 3 tháng cuối thai kỳ.
- Sự co kéo của đoạn dưới ở diện rau bám gây bóc tách.
- Gai rau bám sâu vào cơ tử cung ở đoạn dưới.



Hình 1. A. Rau bám vị trí bình thường B. Rau tiền đạo

2. PHÂN LOẠI

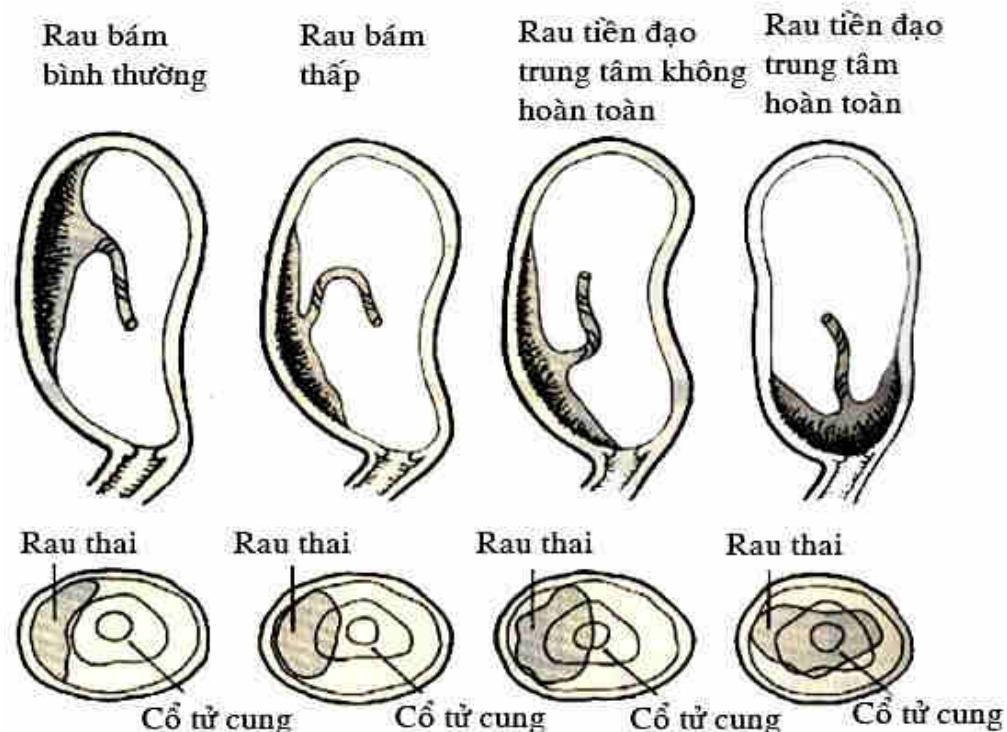
2.1. Phân loại theo giải phẫu

- Rau bám thấp: bánh rau bám lan xuống đoạn dưới của tử cung nhưng chưa tới lỗ trong cổ tử cung.
- Rau bám mép: bờ của bánh rau bám sát mép lỗ trong cổ tử cung.
- Rau tiền đạo trung tâm không hoàn toàn: bánh rau che lấp một phần lỗ trong tử cung.
- Rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn: bánh rau che lấp toàn bộ lỗ trong cổ tử cung.

2.2. Phân loại theo lâm sàng

- Rau tiền đạo trung tâm: bao gồm loại bán trung tâm và trung tâm hoàn toàn. Thái độ xử trí chủ yếu là mổ lấy thai.

- Rau tiền đạo không trung tâm: bao gồm loại rau bám thấp và bám mép. Các trường hợp này có thể theo dõi để đường âm đạo.



Hình 2. Phân loại theo giải phẫu nhau tiền đạo

3. CÁC YẾU TỐ THUẬN LỢI

Người ta chưa hiểu đầy đủ nguyên nhân sinh ra rau tiền đạo. Tuy nhiên, tần suất rau tiền đạo tăng lên ở những thai phụ có tiền sử sau:

- Đẻ nhiều lần.
- Mô lấy thai.
- Mô bóc nhân xơ tử cung, cắt góc tử cung trong điều trị thai làm tổ ở sừng tử cung, tạo hình tử cung...
- Nạo thai, hút điêu hoà kinh nguyệt nhiều lần.
- Đẻ có kiểm soát tử cung hay bóc rau nhân tạo
- Viêm nhiễm tử cung
- Da thai
- Tiền sử đã mang thai bị rau tiền đạo.

4. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

4.1. Triệu chứng lâm sàng

- *Triệu chứng cơ năng*: Chảy máu âm đạo là triệu chứng chính, thường xuất hiện vào ba tháng cuối của thai kỳ, đôi khi sớm hơn.

+ Chảy máu thường xuất hiện đột ngột, không có nguyên nhân, không có triệu chứng báo trước.

+ Lượng máu ít trong những lần đầu, có thể tự cầm, sau đó lại tái phát nhiều lần và lần sau có khuynh hướng nhiều hơn những lần trước và khoảng cách giữa các lần ngắn lại.

+ Máu ra đỏ tươi lẫn máu cục.

- *Triệu chứng thực thể*:

+ Toàn trạng bệnh nhân biểu hiện tương ứng lượng máu mất ra ngoài. Mạch, huyết áp, nhịp thở có thể bình thường hay thay đổi tùy sự theo mất máu nhiều hay ít.

+ Nắn tử cung thường thấy ngôi đầu cao lồng hoặc ngôi bất thường.

+ Nghe tim thai: Tình trạng tim thai thay đổi tùy thuộc vào lượng máu mất ra ngoài.

+ Khám âm đạo:

* Kiểm tra bằng mỏ vịt hay van âm đạo nhằm chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân gây chảy máu từ các tổn thương ở cổ tử cung và âm đạo.

* Nên hạn chế và thận trọng khi khám âm đạo bằng tay vì có thể làm rau bong thêm, gây chảy máu ồ ạt, nguy hiểm cho cả mẹ lẫn con.

- Cận lâm sàng:

+ Siêu âm: xác định được vị trí bám chính xác của bánh rau sớm. Phương pháp này an toàn và có giá trị chẩn đoán cao (độ chính xác 95% với đầu dò đường bụng và 100% với đầu dò đường âm đạo), trước khi có biểu hiện lâm sàng là chảy máu. Siêu âm còn giúp theo dõi tiến triển của rau tiền đạo trong thai kỳ.

+ Chụp cộng hưởng từ giúp chẩn đoán chính xác rau tiền đạo nhưng đây là một phương pháp tốn kém và phức tạp nên ít được sử dụng rộng rãi như siêu âm.

4.3. Chẩn đoán phân biệt

4.3.1. Rau bong non

Thường có hội chứng tiền sản giật - sản giật. Máu âm đạo đen loãng, không đông, sản phụ đau bụng nhiều, tử cung co cứng, thai suy nhanh chóng.

4.3.2. Vỡ tử cung

Thường có dấu hiệu doạ vỡ, thai suy hoặc chết, sản phụ choáng nặng, có dấu hiệu xuất huyết nội.

4.3.3. Các nguyên nhân khác

Một số nguyên nhân chảy máu từ cổ tử cung (viêm lộ tuyến, polyp, ung thư...), chảy máu âm đạo. Trong khi chuyển dạ chẩn đoán phân biệt với đứt mạch máu của dây rau, máu chảy ra đỏ tươi, thai suy rất nhanh.

5. XỬ TRÍ

5.1. Tuyến xã

- Khi nghi ngờ và chẩn đoán được rau tiền đạo thì phải chuyển tuyến trên khám chẩn đoán và theo dõi điều trị.

- Trường hợp đã có chuyển dạ hay chảy máu âm đạo nhiều, cần hồi sức chống choáng tích cực và sử dụng thuốc giảm go và chuyển lên tuyến trên cùng cán bộ y tế đi kèm.

5.2. Tuyến huyện và các tuyến chuyên khoa

Nguyên tắc trong điều trị rau tiền đạo là phải dựa vào tuổi thai, phân loại lâm sàng, mức độ chảy máu.

5.2.1. Xử trí rau tiền đạo khi chưa chuyển dạ

- Chăm sóc, theo dõi

+ Khuyên bệnh nhân vào viện để điều trị và dự phòng cho lần chảy máu sau.

+ Nghỉ ngơi tại giường, hạn chế đi lại tối đa.

+ Chế độ ăn uống: đầy đủ dinh dưỡng, chống táo bón.

+ Theo dõi sự phát triển của thai và bánh rau. Xác định lại chẩn đoán rau tiền đạo thuộc loại nào, tuổi thai và trọng lượng thai để có biện pháp xử lý cho phù hợp.

+ Làm các xét nghiệm máu như công thức máu, hemoglobin, hematocrit, phân loại máu. Chuẩn bị máu tươi để truyền khi cần thiết.

- Điều trị

* Điều trị duy trì: khi thai chưa trưởng thành và mức độ chảy máu không nhiều.

+ Thuốc giảm co tử cung như Spasmaverin, Salbutamol, Magné Sulfate.

+ Kháng sinh.

+ Viên sắt và các vitamin.

* Chấm dứt thai kỳ

+ Nếu rau tiền đạo trung tâm thì nên chủ động mổ lấy thai khi thai đủ tháng để tránh chảy máu khi chuyển dạ

+ Nếu chảy máu nặng, hoặc điều trị chảy máu không có kết quả nên chủ động mổ lấy thai để cầm máu cứu mẹ là chính không kể tuổi thai.

5.2.2. Xử trí rau tiền đạo khi chuyển dạ

- Rau tiền đạo không trung tâm

+ Đa số các trường hợp này có thể sinh đường dưới. Khi chuyển dạ nên bấm ối để hạn chế chảy máu. Nếu sau bấm ối máu vẫn tiếp tục chảy nên mổ lấy thai.

+ Khi có quyết định cho sinh đường âm đạo cần phải theo dõi sát toàn trạng và các dấu hiệu sinh tồn của sản phụ, số lượng máu mất và tình trạng thai. Nếu toàn trạng mẹ xấu đi do mất máu nhiều, hoặc phát sinh thêm các yếu tố nguy cơ khác thì phải mổ lấy thai cấp cứu.

+ Sau khi thai sỗ, bánh rau thường bong sớm vì một phần đã bị bong trước sinh. Chỗ rau bám có thể chảy máu, cần dùng các thuốc co hồi tử cung. Nếu không kết quả phải cắt tử cung bán phần thấp.

- Rau tiền đạo trung tâm

+ Chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối. Trường hợp chảy máu nhiều không kiểm soát được thì có thể buộc động mạch tử cung hoặc động mạch hạ vị để cầm máu. Nếu không có kết quả thì phải cắt tử cung bán phần thấp để cầm máu.

5.2.3. Thời kỳ hậu sản

- Theo dõi sát để đề phòng chảy máu thứ phát sau sinh và nhiễm khuẩn.

- Trong thời kỳ hậu sản nếu mẹ thiếu máu nhiều phải truyền máu để bù lại số lượng máu đã mất và uống thêm viên sắt.

- Trẻ sơ sinh cần được chăm sóc đặc biệt vì phần lớn là trẻ non tháng

6. PHÒNG BỆNH

Đăng ký quản lý thai nghén chặt chẽ nhằm phát hiện sớm các trường hợp rau tiền đạo. Nếu cần thiết, cho thai phụ nhập viện để theo dõi và điều trị, hạn chế chảy máu tới mức thấp nhất.

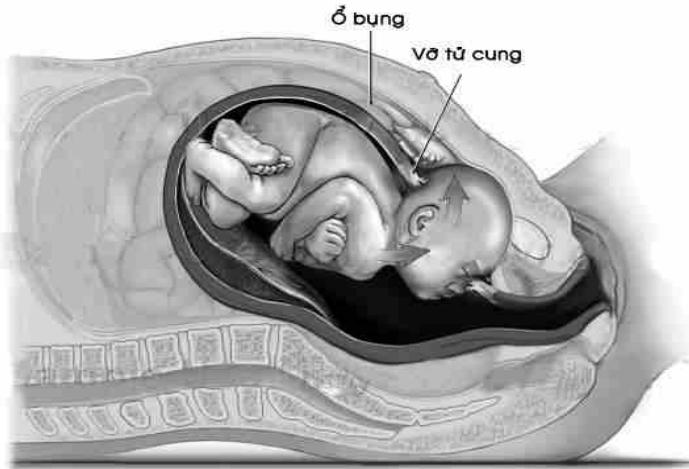
VỠ TỬ CUNG

Mục tiêu học tập

1. Liệt kê các nguyên nhân vỡ tử cung trong thai kỳ và trong chuyển dạ
2. Mô tả triệu chứng của dọa vỡ tử cung
3. Mô tả triệu chứng điển hình của vỡ tử cung hoàn toàn
4. Xác định hướng xử trí và dự phòng vỡ tử cung

1. ĐẠI CƯƠNG

Vỡ tử cung là một tai biến sản khoa. Nếu không phát hiện và xử trí kịp thời sẽ gây tử vong cho mẹ và thai nhi. Vỡ tử cung trong chuyển dạ thường gặp hơn vỡ tử cung trong thai kỳ.



Hình 1. Vỡ tử cung

2. VỠ TỬ CUNG TRONG THAI KỲ

2.1. Nguyên nhân:

- Có thể xảy ra trên các thai phụ có sẹo mổ cũ ở tử cung do:
- Mổ lấy thai ở thân tử cung.
 - Khâu lại tử cung bị vỡ.
 - Mổ lấy thai từ hai lần trở lên (sẹo mổ ngang đoạn dưới tử cung trước đó, số lần mổ càng nhiều càng làm tăng nguy cơ vỡ tử cung).
 - Mổ cắt góc tử cung trong phẫu thuật điều trị chửa ngoài tử cung ở sừng
 - Mổ lấy thai bị nhiễm khuẩn tại vết mổ hoặc tử cung
 - Phẫu thuật bóc nhau xơ tử cung (nếu u xơ tử cung ăn vào nội mạc tử cung).
 - Khâu lỗ thủng tử cung sau nạo phá thai.
 - Tai nạn, sang chấn trực tiếp.

2.2. Triệu chứng

Vỡ tử cung trong thai kỳ có thể xảy ra ở 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ nhưng không có dấu hiệu dọa vỡ tử cung.

- Triệu chứng cơ năng
 - + Đau xảy ra đột ngột ở vùng tử cung (thường ở vị trí vết mổ cũ.)
 - + Ra máu ở âm đạo.

- Triệu chứng toàn thân

Trong một số trường hợp bệnh nhân có dấu hiệu choáng, đôi khi choáng nặng: da mặt tái nhợt, nhịp thở nhanh, thở nồng, vẻ mặt hốt hoảng, lo lắng, chân tay lạnh toát, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp hạ, đôi khi có thể ngừng tim.

- Triệu chứng thực thể

- + Đau bụng: đau có thể lan toả toàn bụng, có khi phản ứng phúc mạc rất rõ.

+ Tử cung không còn hình dạng ban đầu, có thể sờ thấy các phần thai ngay dưới thành bụng, trường hợp vỡ tử cung không hoàn toàn có thể còn sờ thấy tử cung nhưng có điểm đau chói tại vùng sẹo của tử cung.

+ Nghe tim thai: Tim thai không còn nghe được.

+ Gõ bụng: bụng đục toàn bộ.

+ Khám âm đạo: ngôi thai không sờ thấy, có máu chảy ra theo tay.

Cần chú ý: Có trường hợp sẹo cũ bị nứt, nên không có dấu hiệu điển hình của chảy máu trong như đã mô tả ở trên.

- Cận lâm sàng

+ Siêu âm: Nếu vỡ tử cung hoàn toàn sẽ thấy trong ổ bụng có: thai nhi, tim thai không đậm đặc, dịch

+ Xét nghiệm: Trong xét nghiệm máu có giảm số lượng hồng cầu, hemoglobin (Hb) và hematocrit (Hct). Hồng cầu, Hb, Hct giảm nhiều trong trường hợp mất máu nặng.

3. VỠ TỬ CUNG TRONG CHUYỀN DẠ

Vỡ tử cung trong chuyển dạ được chia làm 2 nhóm:

- Vỡ tử cung tự nhiên xảy ra không do sự can thiệp thủ thuật.

- Vỡ tử cung do can thiệp bởi các thủ thuật sản khoa như nội xoay thai, lấy đầu hậu trong đỡ để ngôi ngược, đỡ thủ thuật forceps, giác hút và đẩy bụng trong giai đoạn rặn sổ ...

3.1. Nguyên nhân

3.1. 1. Nguyên nhân về phía mẹ

- Đẻ khó do khung chậu: khung chậu hẹp tuyệt đối, khung chậu hẹp eo giữa và eo dưới (hình phễu), khung chậu méo...

- Sẹo mổ cũ ở tử cung.

- Sản phụ đã đẻ nhiều lần, có tiền sử sinh đa thai nên cơ tử cung nhão, mỏng, dễ vỡ.

- Sản phụ đã nhiều lần phải nạo phá thai

- Đẻ khó do các khối u tiền đạo như: u xơ ở eo tử cung, u nang buồng trứng và một số u khác trong tiểu khung.

3.1. 2. Nguyên nhân về phía thai

- Thai to toàn bộ: trọng lượng thai trên 4000g, gây bất tương xứng giữa thai và khung chậu người mẹ

- Thai to từng phần như não úng thủy.

- Do ngôi và kiểu thế bất thường: ngôi chồm đầu cúi không tốt, ngôi mặt cầm cùng, ngôi trán, ngôi thóp trước, ngôi ngang ...

- Đa thai: do các thai vướng nhau hoặc dị dạng

3.1. 3. Nguyên nhân do can thiệp

- Các thủ thuật thực hiện không đúng chỉ định, chưa đủ điều kiện hoặc không đúng kỹ thuật.

- Sử dụng thuốc tăng co không chính xác (chỉ định, liều lượng) và theo dõi không cẩn thận.

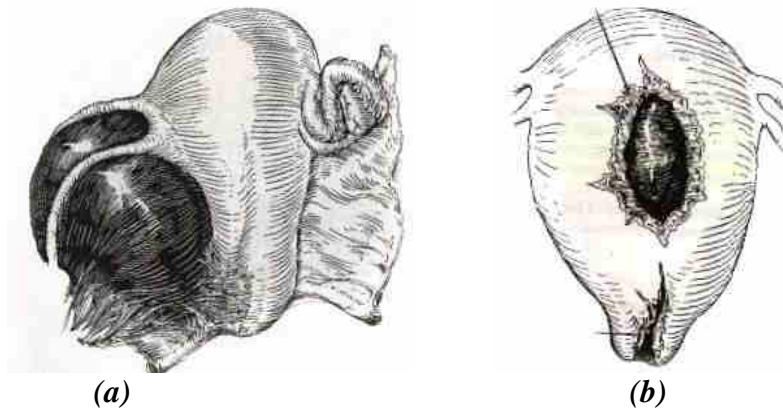
3.2. Giải phẫu bệnh lý

3.2. 1. Vỡ tử cung hoàn toàn

Hình thái này chiếm 80% các trường hợp vỡ tử cung. Toàn bộ bì dày thành tử cung đều bị xé rách (niêm mạc, cơ đèn phúc mạc). Vị trí rách thường ở bên trái và mặt trước đoạn dưới tử cung, vết rách có thể kéo dài từ cổ tử cung đến thân tử cung. Trong vỡ tử cung hoàn toàn thai, nhau nước ối bị đẩy vào ổ bụng của mẹ nên mẹ dễ bị viêm phúc mạc.

3.2. 2. Vỡ tử cung không hoàn toàn

Hình thái này còn gọi là vỡ tử cung dưới phúc mạc. Chỉ có lớp niêm mạc và lớp cơ bị xé rách, phúc mạc đoạn dưới bị bong ra nhưng vẫn chưa bị rách. Máu không chảy vào ổ bụng người mẹ mà chảy vào dây chằng rộng tạo thành khối máu tụ trong dây chằng rộng, tiểu khung. Trường hợp vỡ tử cung không hoàn toàn thai và rau vẫn ở trong tử cung nên thai có thể còn sống.



Hình 2. (a) Vỡ tử cung trong dây chằng rộng. (b) Vỡ tử cung hoàn toàn

3.2.3. Vỡ tử cung ở người có sẹo mô cũ

Thường do sẹo ở tử cung bị vỡ hoặc bị nứt một phần, trường hợp này bờ vết rách không nham nhở và có khi ít chảy máu.

3.2.4. Vỡ phúc tạp

Tổn thương của vỡ tử cung phúc tạp bao gồm vỡ tử cung hoàn toàn với tổn thương rộng, có thể kéo dài xuống âm đạo, xé rách túi cùng, bàng quang hoặc đứt động mạch tử cung. Do tổn thương phúc tạp, bệnh nhân thường bị choáng nặng nên việc xử trí rất khó khăn và hậu phẫu nặng nề.

3.3. Triệu chứng

Vỡ tử cung thường có dấu hiệu báo trước mà ta thường gọi dấu hiệu dọa vỡ tử cung. Đó là dấu hiệu rất quí cho người thầy thuốc, nếu phát hiện và xử trí kịp thời sẽ hạn chế được vỡ tử cung. Vỡ tử cung ở người có sẹo mô cũ thường xảy ra đột ngột không có dấu hiệu dọa vỡ

3.3.1. Doạ vỡ tử cung

- Triệu chứng cơ năng

+ Thai phụ đau nhiều, quắn quại do co cơ mạnh và dày.

- Triệu chứng thực thể

+ Nhìn: Thấy rõ tử cung bị chia làm hai khối, thắt ở giữa như hình quả bầu nậm. Khối dưới là đoạn dưới bị kéo dài (có khi lên tới rốn), giãn mỏng, khối thân tử cung bị đẩy lên cao. Chỗ thắt ở giữa gọi là vòng Bandl, lúc tử cung gần vỡ vòng Bandl càng lên cao và càng rõ.

+ Cơ co tử cung mạnh, dồn dập.

+ Sờ nắn: hai dây chằng tròn bị căng như hai sợi dây đàn, đoạn dưới giãn mỏng.

Vòng Bandl và dây chằng tròn bị kéo căng tạo thành dấu hiệu Bandl - Frommel.

+ Tim thai có biểu hiện bất thường: nhanh, chậm, hoặc không đều.

+ Khám âm đạo: có thể tìm thấy các nguyên nhân gây cảm trở chuyển dạ như khung chậu hẹp, ngôi thai bất thường (ngôi ngang, ngôi trán, ngôi mặt cầm cùng), thai to hoặc bất thường xứng đầu - chậu...

3.3.2. Vỡ tử cung

- Triệu chứng cơ năng:

+ Ở sản phụ đã có dấu hiệu dọa vỡ đột nhiên đau chói, đau nhiều ở chỗ vỡ, sau đó dịu đi.

+ Chảy máu: âm đạo có máu đỏ tươi chảy ra, số lượng nhiều hoặc ít tùy theo vị trí vỡ và có kèm tổn thương mạch máu không.

- Triệu chứng thực thể:

+ Nếu mắt máu nhiều có tình trạng choáng: màu da nhợt nhạt, niêm mạc mắt trắng bêch, thở nhanh - nóng, vã mồ hôi, chân tay lạnh, mạch nhanh, huyết áp hạ.

+ Nhìn: không còn thấy hình dạng tử cung .

+ Sờ nắn: nếu thai còn trong buồng tử cung thì tử cung vẫn còn hình thể cũ nhưng sờ vào chỗ vỡ thai phụ sẽ đau chói, bụng có phản ứng. Nếu thai bị đẩy vào ổ bụng ta sờ thấy các phần của thai lõn nhô ra dưới da bụng.

+ Nghe: tim thai không có hoặc có biểu hiện suy thai trong trường hợp nứt sẹo mổ cu ở đoạn dưới.

+ Khám âm đạo: có máu đỏ tươi chảy ra theo tay, ngồi thai cao, đẩy lên dễ dàng.

+ Thông tiểu: nước tiểu có màu hồng hoặc đỏ tùy theo có vỡ bàng quang hay không.

3.4. Chẩn đoán

3.4.1. Chẩn đoán xác định

- Đoạ vỡ tử cung: thai phụ đau bụng dữ dội, con co dồn dập, có vòng Bandl hắc dấu hiệu Bandl-Frommel.

- Vỡ tử cung: đã có dấu hiệu dọa vỡ tử cung (trừ trường hợp có sẹo mổ ở tử cung), thai phụ thấy đau chói, ra máu âm đạo đỏ tươi, có tình trạng choáng tuy thuộc vào mức độ mất máu, không còn tim thai, sờ thấy phần thai dưới da bụng.

- Vỡ tử cung sau đẻ, sau thủ thuật: sau đẻ thấy ra máu âm đạo nhiều, bóc nhau nhân tạo và kiểm soát tử cung hoặc kiểm tra cổ tử cung mới phát hiện ra vỡ tử cung.

3.4.2. Chẩn đoán phân biệt

- Nhau tiền đạo: không có dấu hiệu dọa vỡ, chảy máu ra ngoài là chủ yếu, tim thai có thể mất khi máu chảy nhiều, không đau bụng, khám âm đạo sờ thấy bánh nhau.

- Nhau bong non: có thể có các dấu hiệu của tiền sản giật (protein niệu, phù, huyết áp cao), máu chảy ra âm đạo là máu loãng không đông, tử cung co cứng như gỗ, không nghe thấy tim thai, giảm fibrinogen máu, choáng có thể xảy ra

4. TIỀN LUỢNG

Vỡ tử cung nguy hiểm đến tính mạng cho cả mẹ và con.

- Thai suy hoặc chết vì con co dồn dập, nhau bong.

- Tỷ lệ tử vong mẹ phụ thuộc vào:

+ Độ phức tạp của tổn thương

+ Thái độ xử trí và điều kiện gây mê- hồi sức.

+ Phương tiện di chuyển bệnh nhân.

5. ĐIỀU TRỊ

Tất cả các loại vỡ tử cung đều phải mổ cấp cứu, vừa hồi sức vừa mổ.

- Hồi sức chống choáng bằng cách bồi phụ lượng máu đã mất, truyền dịch điện giải.

- Phẫu thuật: tùy thuộc vào tình trạng toàn thân của bệnh nhân, thời gian vỡ, tình trạng nhiễm khuẩn, vỡ đơn giản hay phức tạp, tuổi và số con sống của bệnh nhân mà quyết định cắt hay bảo tồn tử cung.

+ Khâu phục hồi tử cung: chỉ khâu lại tử cung khi bệnh nhân còn trẻ, còn nguyên vọng sinh đẻ, vết rách không phức tạp.

+ Cắt tử cung: khi bệnh nhân nhiều tuổi, đã đẻ nhiều lần có đủ con, nhiễm khuẩn, vỡ phức tạp.

- Trong và sau mổ dùng kháng sinh liều cao, có thể phối hợp hai loại kháng sinh.

6. DỰ PHÒNG

Dự phòng có vai trò rất quan trọng để hạ thấp tỷ lệ vỡ tử cung, tỷ lệ tử vong do vỡ tử cung.

- Trong thai kỳ: cần khám thai thường xuyên, phát hiện sớm các nguy cơ đẻ khó như khung chậu hẹp, khung chậu méo, có sẹo mổ cũ ở tử cung, thai to, ngồi bất thường ...

+ Tuyền xã, tuyền huyện không có khả năng phẫu thuật không được quản lý các loại đẻ khó mà phải chuyển lên tuyền trên đê quản lý.

+ Các thai phụ có sẹo ở tử cung phải được vào viện trước khi chuyển dạ để theo dõi cẩn thận và chỉ định can thiệp đúng lúc.

- Trong chuyển dạ :

+ Khám phát hiện sớm các nguyên nhân đẻ khó.

+ Sử dụng biếu đồ chuyển dạ để theo dõi, phát hiện sớm dấu hiệu chuyển dạ đình trệ, dọa vỡ tử cung để xử trí kịp thời.

+ Sử dụng các thuốc tăng co cầm phải đúng chỉ định, đúng liều lượng và theo dõi cẩn thận.

+ Khi làm thủ thuật đường dưới như nội xoay thai, cắt thai, forceps, giác hút ... phải đúng chỉ định và đủ điều kiện. Sau thủ thuật phải kiểm tra sự toàn vẹn của ống đẻ.

+ Cân đầy bụng trong giai đoạn rặn sô thai.

ĐÈ NON

Mục tiêu học tập

1. Kể ra các nguyên nhân gây đẻ non
2. Trình bày các triệu chứng chẩn đoán do đẻ non, đẻ non
3. Trình bày các yếu tố tiên lượng và dự phòng do đẻ non
4. Trình bày cách xử trí do đẻ non, đẻ non

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Theo tổ chức Y tế thế giới, đẻ non là một cuộc chuyển dạ xảy từ tuần 22 đến trước tuần thứ 37 của thai kỳ tính từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng.

1.2. Tỷ lệ

- Đẻ non có tỷ lệ từ 5% đến 15 % trong tổng số các cuộc đẻ.
- Chủng tộc: da trắng 8,5%, da đen: 18,3%. (Theo Tổ chức Y Tế Thế Giới, 1997)
- Tỷ lệ đẻ non ở Pháp vào 1972 là 8,2% và 1981 còn 5,6%.
- Tại Bệnh viện Trung ương Huế, tỷ lệ đẻ non là 7,8 % (1995)

1.3. Tầm quan trọng đối với cộng đồng

Đẻ non nguy hiểm cho trẻ sơ sinh, tỷ lệ tử vong chu sản càng cao khi tuổi thai càng non. Đặc biệt, trẻ đẻ non có nguy cơ cao về di chứng thần kinh. Trước 32 tuần tỷ lệ di chứng là 1/3. Từ 32- 35 tuần tỷ lệ di chứng thần kinh là 1/5. Từ 35 đến 37 tuần tỷ lệ di chứng là 1/10.

Chăm sóc một trường hợp đẻ non rất tốn kém. Ngoài ra khi lớn lên trẻ còn có những di chứng về tâm thần kinh, là gánh nặng cho gia đình cũng như xã hội.

Mẹ bị đẻ non thì cũng dễ biến chứng sót rau, nhiễm khuẩn hậu sản.

Do đó đẻ non là một trong những vấn đề quan trọng đặt ra cho các thầy thuốc và xã hội.

2. NGUYÊN NHÂN

Có khoảng 50% đẻ non không xác định rõ lý do.

Sau đây là một số nguyên nhân và yếu tố thuận lợi:

2.1. Yếu tố xã hội

- Dời sống kinh tế xã hội thấp, không được chăm sóc trước sinh đầy đủ.
- Cân nặng của mẹ thấp và/hoặc tăng cân kém.
- Lao động vất vả trong lúc mang thai.
- Tuổi mẹ dưới 20 hoặc con so lớn tuổi trên 35 tuổi.
- Mẹ nghiện thuốc lá, rượu hay các chất cocain.

2.2. Do mẹ

2.2.1. Nguyên nhân do bệnh lý toàn thân

- Các bệnh lý nhiễm trùng: nhiễm trùng đường tiết niệu, nhiễm trùng nặng do vi khuẩn, virus.

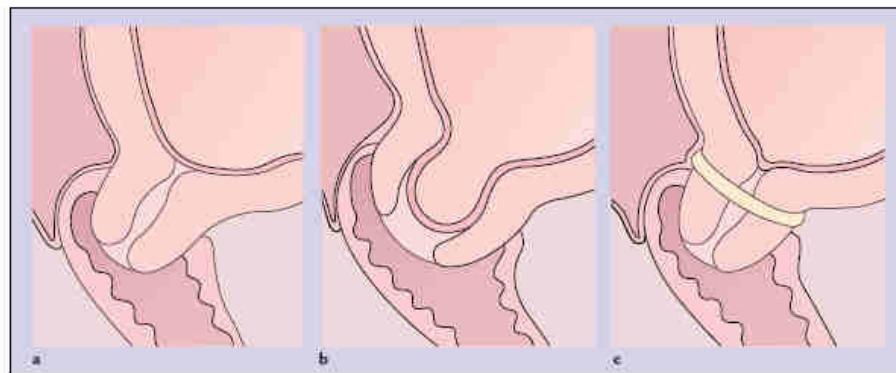
- Các chấn thương trong thai nghén: Chấn thương trực tiếp vào vùng bụng hoặc gián tiếp do phẫu thuật vùng bụng.

- Nghề nghiệp: các nghề tiếp xúc với hóa chất độc, lao động nặng, căng thẳng.
- Bệnh toàn thân của mẹ: bệnh tim, bệnh gan, bệnh thận, thiếu máu.
- Rối loạn cao huyết áp do thai: Tiền sản giật - sản giật (9%)
- Miễn dịch: Hội chứng kháng thể kháng Phospholipid.

2.2.2. Nguyên nhân tại chỗ

- Tử cung dị dạng bẩm sinh: chiếm 5% trong đẻ non. Nếu có nguyên nhân này thì nguy cơ đẻ non là 40%. Các dị dạng thường gặp: tử cung hai sừng, một sừng, tử cung kén phát triển, vách ngăn tử cung.

- Bất thường mắc phải ở tử cung: Dính buồng tử cung, u xơ tử cung, tử cung có sẹo.
- Hở eo tử cung: 100% đẻ non nếu không được điều trị.
- Các can thiệp phẫu thuật tại cổ tử cung như khoét chớp.



Hình 1. A. Cổ tử cung bình thường, B. Hở eo tử cung, C. Khâu vòng cổ tử cung

2.2.3. Viêm nhiễm âm đạo - cổ tử cung

2.2.4. Tiền sử sinh non

- Nguy cơ tái phát 25 - 50 %. Nguy cơ này tăng cao nếu có nhiều lần sinh non trước đó.

2.3. Do thai và phần phụ của thai

- Ối vỡ non, ối vỡ sớm: 10% đầu tháng và 30% đẻ non, có nguy cơ nhiễm trùng cho thai.
- Nhiễm trùng ối.
- Đa thai: 10- 20% đẻ non.
- Đa ối: do tử cung quá căng gây chuyển dạ sớm.
- Rau tiền đạo: 10% trong các trường hợp đẻ non vì gây chảy máu trước đẻ hoặc ối vỡ.
- Rau bong non.

Tóm lại muốn tìm hiểu nguyên nhân về đẻ non, ta phải xem xét lại toàn bộ bệnh lý sản phụ khoa, có những nguyên nhân về phía mẹ, về phía thai, và phần phụ của thai, có những nguyên nhân phối hợp.

3. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN DOẠ ĐẺ NON VÀ ĐẺ NON

3.1. Doạ đẻ non

3.1.1. Triệu chứng cơ năng

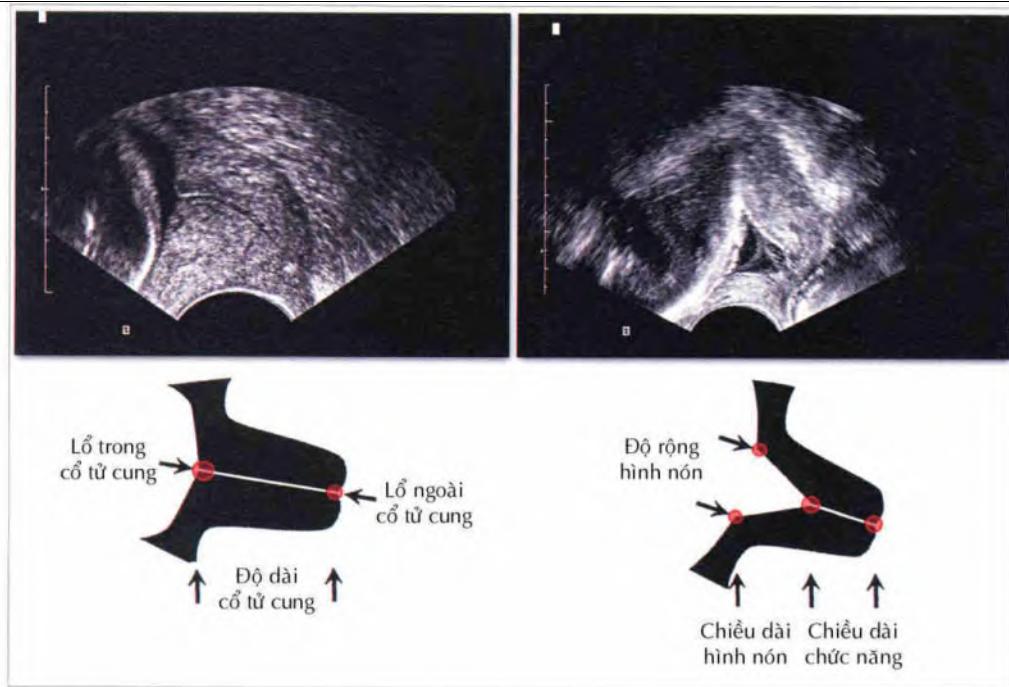
- Đau bụng: Sản phụ cảm giác đau bụng từng cơn hoặc trì nặng bụng dưới.
- Ra dịch âm đạo: có thể là dịch nhầy âm đạo, ra máu hoặc nước ối.

3.1.2. Triệu chứng thực thể

- Cơn go tử cung: thưa nhẹ, có 1 - 2 cơn go tử cung trong 10 phút và thời gian quan sát trên 30 phút.
- Cổ tử cung có thể còn dài, đóng kín nhưng cũng có thể xoá và mở đến < 4cm.
- Ối vỡ non: dẫn đến chuyển dạ trong một thời gian ngắn. Nó là bước ngoặt trong đẻ non bởi vì nó làm cho buồng ối bị hở, tăng thêm nguy cơ nhiễm khuẩn.

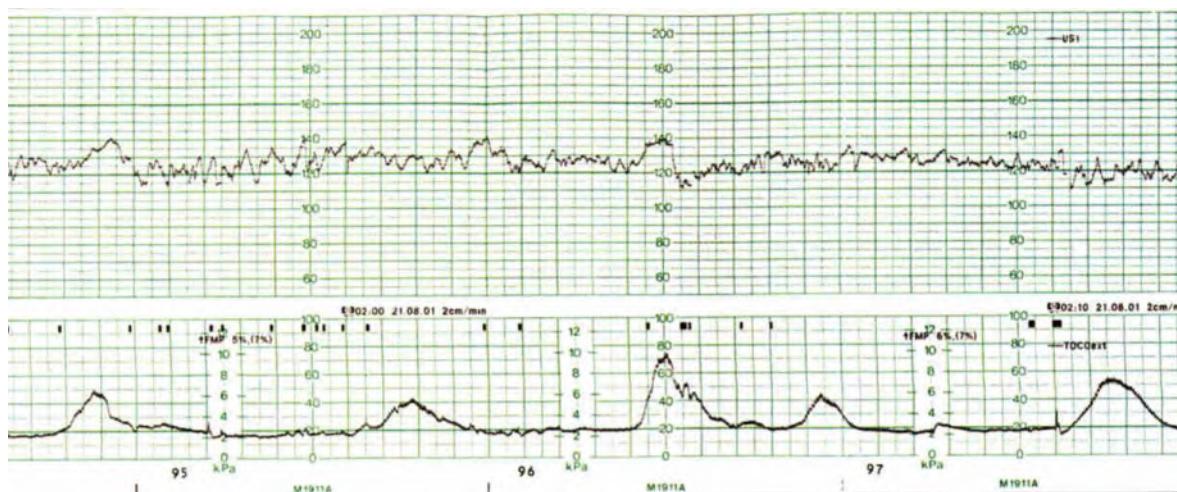
3.1.3. Cận lâm sàng

- Siêu âm: khảo sát độ dài cổ tử cung, nếu dưới 2,5cm thì nguy cơ đẻ non cao.



Hình 2. Đo cổ tử cung qua siêu âm với mẫu biểu đồ để đo độ dài, chiều dài hình nón và độ rộng cổ tử cung trong chẩn đoán dọa sinh non

- Đánh giá thai và theo dõi con go bằng Monitoring, có 1-2 con co đều đặn trong 10 phút.
 - Chỉ số dọa đẻ non dưới 6
 - Ngoài ra cần làm các xét nghiệm để tìm nguyên nhân:
 - + Tế bào vi trùng nước tiểu.
 - + Xét nghiệm vi khuẩn ở cổ tử cung.
 - + Nếu sốt phải kéo máu tìm ký sinh trùng sốt rét, CRP, cây máu tuỳ trường hợp.
- Cân nhắc việc chọc dò ối để loại bỏ khả năng nhiễm trùng màng ối.



Hình 3. Đánh giá thai và theo dõi con go bằng Monitoring, 2 con co trong 10 phút ở thai 32 tuần

3.2. Đẻ non

3.2.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng: Sản phụ đau bụng từng cơn, các cơn đau tăng dần.

-
- Ra dịch âm đạo: có thể là dịch nhầy âm đạo, ra máu hoặc nước ối.

3.2.2. Triệu chứng thực thể

- Con go tử cung: có 2 - 3 con go tử cung trong 10 phút, tăng dần.
- Cổ tử cung xoá trên 80%, hoặc mở trên 2 cm, đầu ối bắt đầu thành lập hoặc ối vỡ sớm.
- Theo dõi con go bằng Monitoring, nếu có 2 - 3 con go đều đặn trong 10 phút.
- Chỉ số doạ đẻ non lớn hơn 6

4. CÁC YẾU TỐ TIỀN LUỢNG:

Dựa vào 4 yếu tố: con go, thay đổi ở cổ tử cung, ối vỡ, ra máu âm đạo và người ta đã xây dựng nên một chỉ số doạ đẻ non

Bảng 1. Chỉ số doạ đẻ non

Điểm Yếu tố	1	2	3	4
Go tử cung	Không đều	Đều		
Ói vỡ		Có thể		Rõ ràng
Ra máu	Vừa	> 100ml		
Mở cổ tử cung	1cm	2cm	3cm	≥ 4cm

Bảng2 : Khả năng định chỉ chuyên dạ thành công (*theo chỉ số doạ đẻ non*)

Chỉ số	1	2	3	4	5	6	≥7
Chuyên dạ ngừng lại (%)	100	90	84	38	11	7	0

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Doạ đẻ non

5.1.1. Tuyến xâm

- Không nên điều trị doạ đẻ non, chuyển tuyến trên càng sớm càng tốt.

5.1.2. Tuyến huyền và tuyến bệnh viện chuyên khoa:

Sử dụng các thuốc ức chế chuyển dạ.

- Các nghiên cứu so sánh hiệu quả của các thuốc cho thấy không có thuốc nào có ưu thế vượt trội. Tất cả những thuốc này chỉ có thể kéo dài thời gian mang thai trong một khoảng thời gian hạn chế từ 2 -7 ngày, đây là khoảng thời gian để sử dụng steroid và vận chuyển bà mẹ đến cơ sở y tế có phòng hồi sức sơ sinh. Do đó, việc chọn loại thuốc nào phụ thuộc vào sự có sẵn của thuốc và những tác dụng phụ đối với bà mẹ và thai nhi.

- Các loại bêta - mimetic

+ Là các thuốc hướng beta giao cảm.

- Ritodrine là thuốc có tác dụng trực tiếp làm giảm cơ trơn của tử cung và của phổi. Pha 150mg trong 500ml dung dịch mặn đẳng trương.

+ Liều tấn công: Bắt đầu truyền với tốc độ 20ml/giờ và cứ 15 phút tăng lên 10ml/giờ và tăng tối đa là 70ml/giờ.

+ Liều duy trì: Khi cắt được cơn tiếp tục duy trì thêm 12 giờ. Trước khi rút đường truyền 30 phút cho uống Ritodrine cứ 2 giờ 10mg trong 24 giờ và sau đó duy trì ở liều 20mg/4- 6 giờ cho đến khi thai được 36 tuần. Ngưng thuốc khi nhịp tim mẹ trên 150 lần /phút và tim thai trên 200 lần/ phút. Huyết huyết áp tâm thu trên 180mmHg và huyết áp tâm trương dưới 40mmHg.

+ Tác dụng phụ trên bà mẹ bao gồm: tăng nhịp tim, tăng đường huyết, tăng Insuline huyết, hạ Kali huyết, rùng mình, đánh trống ngực, bồn chồn, buồn nôn, nôn, ảo giác.

+ Tác động lên thai nhi: nhịp tim nhanh, hạ canxi huyết, hạ đường huyết, hạ huyết áp, tăng bilirubine huyết, xuất huyết não thất.

+ Chống chỉ định trong bệnh tim, cường giáp, tăng huyết áp không kiểm soát được, đái tháo đường nặng, các bệnh gan và bệnh thận mãn tính. Các bệnh nhân trên 35 tuổi cũng có chống chỉ định.

- Terbutaline: Chỉ định, chống chỉ định giống Ritodrine.

+ Liều tấn công: Liều khởi đầu 250mcg, truyền TM với tốc độ 10-80 µg/phút cho đến khi chuyển dạ ngừng lại. Sau đó tiêm dưới da 0,25- 0,5mg/2- 4giờ trong 12 giờ tiếp theo.

+ Liều duy trì: liều uống 5mg cứ 4- 6 giờ một lần cho đến khi thai được 36 tuần.

Dé non

Tác dụng phụ trên bà mẹ: loạn nhịp, phù phổi, thiếu máu cơ tim, hạ huyết áp, nhịp tim nhanh.
Tác động lên thai nhi: nhịp tim nhanh, tăng đường huyết, tăng Insuline huyết, phì đại cơ tim, thiếu máu cơ tim.

- Các chất đối kháng Calci

+ Magnesium Sulfate: Là thuốc thay thế cho các thuốc beta hướng giao cảm khi có chống chỉ định dùng các thuốc này hoặc khi có ngộ độc thuốc.

* Liều tấn công: 4-6g trong 100ml Dextrose 5% truyền tĩnh mạch từ 15-20 phút.

* Liều duy trì: 2g/giờ truyền TM, trong vòng 12 giờ, sau đó là 1g/1 giờ trong 24 - 48 giờ. Theo dõi nồng độ Mg⁺⁺ huyết thanh duy trì từ 5-7mg/dL.

* Tác dụng phụ trên bà mẹ: nóng bừng, ngủ lịm, đau đầu, mệt mỏi, khô miệng, ức chế hô hấp, giảm phản xạ gân xương. Thử phản xạ gân xương để phát hiện quá liều thuốc. Ngừng tim và hô hấp có thể xuất hiện nếu dùng quá liều. Có thể dùng chất đối kháng là Calci (Calcium gluconate hoặc calci clorua liều 1g tiêm TM chậm).

* Tác động lên thai nhi: ngủ lịm, giảm trương lực cơ, suy hô hấp.

- + Nifedipine:

* Liều tấn công: 20mg ngâm dưới lưỡi mỗi 20 phút, tối đa 3 liều.

* Sau đó khi đã cắt cơn go thì duy trì liều 10-20mg đường uống trong mỗi 4-6 giờ.

* Chống chỉ định đối với trường hợp có bệnh tim, huyết áp thấp (dưới 90/50mmHg). Không sử dụng cùng với Magnesium sulphate. Cần thận khi sử dụng cho người có bệnh lý ở thận.

* Tác dụng phụ trên bà mẹ: nóng bừng, đau đầu, buồn nôn, hạ huyết áp thoáng qua. Tác động lên thai nhi: hiện chưa có ghi nhận đặc biệt gì.

- Thuốc ức chế tổng hợp Prostaglandine: Indomethacin liều 25mg/6 giờ trong 5 ngày hoặc nhét hậu môn 100mg sau đó uống 25mg/6 giờ cho đến 24 giờ sau khi không còn cơn go nữa. Thuốc này có những tác động ngược trên thai nhi: co thắt ống động mạch, tăng áp lực phổi, thiếu ối, xuất huyết não thất, viêm ruột hoại tử và tăng bilirubine huyết

- Sử dụng Corticosteroid

+ Giúp cho phổi thai nhi trưởng thành tránh được bệnh màng trong, chỉ dùng cho trường hợp thai dưới 35 tuần.

+ Cho corticoide ở mẹ làm giảm từ 40-60% nguy cơ bệnh màng trong ở sơ sinh.

+ Betamethason (Celestene) tiêm bắp 2 ống/ một ngày hoặc một ống /ngày trong 2 ngày, hoặc Dexamethasone (Dexaron): 12mg/ngày (3 ống) tiêm bắp x 2 ngày liên tiếp. Hiệu quả tối đa của Corticosteroid đạt được trong vòng 24-48 giờ, do đó cố gắng trì hoãn cuộc chuyển dạ ít nhất 24 giờ sau khi sử dụng thuốc này.

5.2. Dé non

5.2.1. Tuyến xã

- Tư vấn, chuyển tuyến trên càng sớm càng tốt

- Trường hợp đã đẻ ở xã:

+ Chăm sóc trẻ sơ sinh theo phác đồ chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng, nhẹ cân.

+Chăm sóc mẹ: theo dõi chảy máu, kiểm soát tử cung nếu nhau thiếu tư vấn, chuyển tuyến trên nếu cần.

5.2.2. Tuyến huyết và tuyến bệnh viện chuyên khoa

Thái độ xử trí cho một chuyển dạ đẻ non có khác nhau, tuỳ thuộc ối còn hay đã vỡ, tuổi thai là một yếu tố rất quan trọng.

- Cần đảm bảo cho trẻ ít bị chấn thương nhất trong đẻ vì trẻ non tháng rất yếu ớt. Người ta dễ dàng chỉ định mổ lấy thai vì lợi ích của đứa trẻ nếu là ngôi mông, suy thai.

- Đẻ đường dưới được chấp nhận khi là ngôi chòm và có đủ điều kiện.

- Sau đẻ phải kiểm soát tử cung để tránh sót rau, tìm dị dạng tử cung, xét nghiệm vi khuẩn (rau, nước tiểu và trẻ sơ sinh).

- Cần có sự theo dõi đặc biệt trong chuyển dạ và có phòng chăm sóc tích cực cho các trẻ

non tháng sau đẻ.

- Hồi sức thai và chống ngạt: Cho mẹ thở oxy ngắt quãng, mỗi lần 10 phút, 3-4 đợt/giờ, lưu lượng 6-8l /phút.

- Tránh sang chấn cho thai: Bảo vệ đầu ói đến khi mở gân hết hoặc mở hết. Hạn chế sử dụng oxytocin. Giúp thai sổ dễ dàng bằng cách cắt rộng tầng sinh môn khi sổ thai.

- Tránh mất nhiệt cho trẻ mới đẻ, đảm bảo ủ ấm cho trẻ.

6. DỰ PHÒNG

Sau khi đã xác định các yếu tố nguy cơ, vai trò dự phòng là cố gắng loại bỏ các yếu tố nguy cơ:

- Không nên đi du lịch xa, động viên nghỉ ngơi tối đa.
- Tôn trọng thời gian nghỉ trước đẻ 6 tuần (8 tuần nếu trên 3 con)
- Điều trị các nhiễm khuẩn nếu có.
- Ôn định các bệnh lý của mẹ như nhiễm độc thai nghén, đái đường, đặc biệt các thai nghén có nguy cơ cao.
- Khâu vòng cổ tử cung từ tuần thứ 12- 14 nếu có hở eo.



Hình 4. Kỹ thuật khâu vòng cổ tử cung theo phương pháp Mc Donald

CHẢY MÁU SAU SINH

Mục tiêu học tập

1. Phân loại các nguyên nhân chảy máu sau đẻ
2. Lựa chọn các xử trí ban đầu chảy máu sau đẻ
3. Lựa chọn các biện pháp phòng chống cho từng trường hợp.

1. ĐẠI CƯƠNG

Chảy máu sau sinh là một biến chứng trầm trọng, một trong 5 tai biến chính của sản khoa. Ngày nay, nhờ các tiến bộ của hồi sức cấp cứu đã làm giảm sự trầm trọng của biến chứng này. Chảy máu sau đẻ vẫn là nguyên nhân gây tử vong chính trong sản khoa, đặc biệt khi có biểu hiện rối loạn đông máu. Biến chứng này thường xảy ra bất ngờ do vậy cần phải có biện pháp dự phòng và điều trị tích cực.

Chảy máu sau đẻ là khi lượng máu mất trên 500ml hoặc choáng do mất máu xảy ra sau đẻ và thường xảy ra trong 24 giờ đầu. Tuy nhiên, một số trường hợp chỉ mất lượng máu ít hơn nhưng đã ảnh hưởng đến tổng trạng chung của sản phụ, tùy theo thể trạng và bệnh lý trước đó.

Tần suất: Trong y văn đối với đẻ đẻ thường dưới tần suất chảy máu trên 300ml là 18%-26%, chảy máu nặng trên 1000ml từ 3 - 4,5% sau đẻ hoặc 6% sau mổ lấy thai.

Chảy máu xảy ra ngay sau đẻ có thể do 3 nguyên nhân:

- Bệnh lý trong thời kỳ sổ rau: do sót rau, đờ tử cung.
- Tổn thương đường sinh dục: vỡ tử cung, rách cổ tử cung, rách âm đạo, rách tầng sinh môn.
- Bệnh lý rối loạn đông máu (rất hiếm gặp).

2. BỆNH LÝ THỜI KỲ SỐ RAU

2.1. Sót rau

Rau sót nhiều hoặc ít trong tử cung đều gây chảy máu.

2.1.1. Rối loạn về co bóp tử cung

Đờ tử cung là nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ thường gặp nhất. Ngược với đờ tử cung là tăng trương lực tử cung dưới dạng co thắt tử cung, tạo vòng thắt ở lỗ trong cổ tử cung hoặc ở sừng tử cung làm rau bị cầm tù trên vòng thắt.

2.1.2. Bám bất thường của bánh rau

Rau cài răng lược (rau bám chặt, rau bám vào cơ tử cung, rau xuyên cơ tử cung) loại này hiếm gặp, tỷ lệ 1/10.000 cuộc đẻ, chỉ xảy ra trong trường hợp bất thường của niêm mạc tử cung: sẹo cũ, dính, u xơ, giảm sản nội mạc, viêm nội mạc, dị dạng tử cung.

2.1.3. Bất thường về vị trí bánh rau

Rau bám đoạn dưới, trên vách tử cung dị dạng, trên vùng tử cung mỏng. Hoạt động tử cung ở vùng này ít hiệu quả để bong rau. Nguy cơ rau cài răng lược ở trên các chỗ bám này cũng cao hơn.

Điều trị: chỉ định kiểm soát lòng tử cung trong trường hợp chảy máu do sót rau. Đối với trường hợp sau sổ thai một giờ rau không bong, nghiệm pháp bong rau âm tính, hoặc chảy máu nhiều phải bóc rau nhân tạo, nếu không kết quả thì mổ cắt tử cung bán phần.

2.1.4. Dự phòng

Lý tưởng nhất là phải dự phòng các trường hợp chảy máu sau đẻ:

- + Tôn trọng các nguyên tắc trong thời kỳ sổ rau.
- + Nếu xử trí tích cực giai đoạn 3 cần phải thực hiện đúng kỹ thuật
- + Kiểm tra kỹ bánh rau, trong trường hợp sót rau phải kiểm tra lòng tử cung.

2.2. Đò tử cung

2.2.1. Nguyên nhân:

- Sản phụ suy nhược, thiếu máu, tăng huyết áp, tiền sản giật...
- Nhược cơ tử cung do chuyển dạ kéo dài.
- Tử cung giãn quá mức do song thai, đa ối, thai to.
- Tử cung mất trương lực sau khi đẻ quá nhanh.
- Sót rau, màng rau trong buồng tử cung
- Bất thường tử cung: u xơ, tử cung dị dạng.
- Đò tử cung do sử dụng thuốc: Sau gây mê bằng các thuốc mê họ Halothane(fluothane) sử dụng Betamimetic, dùng ôxytôxin không liên tục sau khi sẩy thai.

Trên lâm sàng có hai mức độ đò tử cung:

- Đò tử cung còn phục hồi: là tình trạng cơ tử cung bị giảm trương lực nên tử cung co hồi kém, đặc biệt ở vùng rau bám; nhưng cơ tử cung còn đáp ứng với các kích thích cơ học và thuốc.
- Đò tử cung không hồi phục: cơ tử cung không còn đáp ứng với các kích thích trên.

2.2.2. Triệu chứng và chẩn đoán

- Chảy máu: chảy máu ngay sau sẩy rau là triệu chứng phổ biến nhất. Máu có thể chảy liên tục hoặc khi ấn vào đáy tử cung máu sẽ chảy ồ ạt ra ngoài.

- Tử cung nhão, mềm do co hồi kém hoặc không co hồi, không có khôi an toàn mặc dầu rau đã sẩy.

2.2.3. Xử trí

Phải xử trí khẩn trương, tiến hành song song cầm máu và hồi sức.

- Dùng mọi biện pháp cơ học để cầm máu: xoa tử cung qua thành bụng, chẹn động mạch chủ bụng, ép tử cung bằng hai tay.

- Thông tiểu để làm rõ ràng bằng quang.

- Làm sạch lòng tử cung: Lấy hết rau sót, lấy hết máu cục.

- Tiêm 5-10 đơn vị ôxytôxin tiêm bắp hoặc tiêm vào cơ tử cung, nếu tử cung vẫn không co thì tiêm bắp Ergometrine 0,2mg(cũng có thể truyền tĩnh mạch để có tác dụng nhanh hơn)

- Truyền nhỏ giọt tĩnh mạch ôxytôxin 5-10 đơn vị trong 500 ml dung dịch glucoza 5%

- Truyền dịch chống choáng

- Trong 2 giờ đầu mỗi 15 phút xoa đáy tử cung một lần, kéo dài trong 2 phút cho đến khi có cảm giác tử cung co cứng thành khói dưới tay.

Tuy nhiên nếu sau khi xoa bóp tử cung, tiêm ôxytôxin hoặc Ergometrin nhưng máu tiếp tục chảy và mỗi khi ngừng xoa tử cung lại nhão, phải nghĩ đến đò tử cung không hồi phục, lập tức chỉ định can thiệp phẫu thuật (buộc hai động mạch tử cung, cắt tử cung bán phần...).

- Tuyến xã: Nếu không cầm máu được thì mời tuyến trên hỗ trợ hoặc chuyển tuyến trên

- Tuyến huyền: Xử trí như trên, nếu không cầm máu được thì mổ cắt tử cung bán phần.

2.2.4. Dự phòng

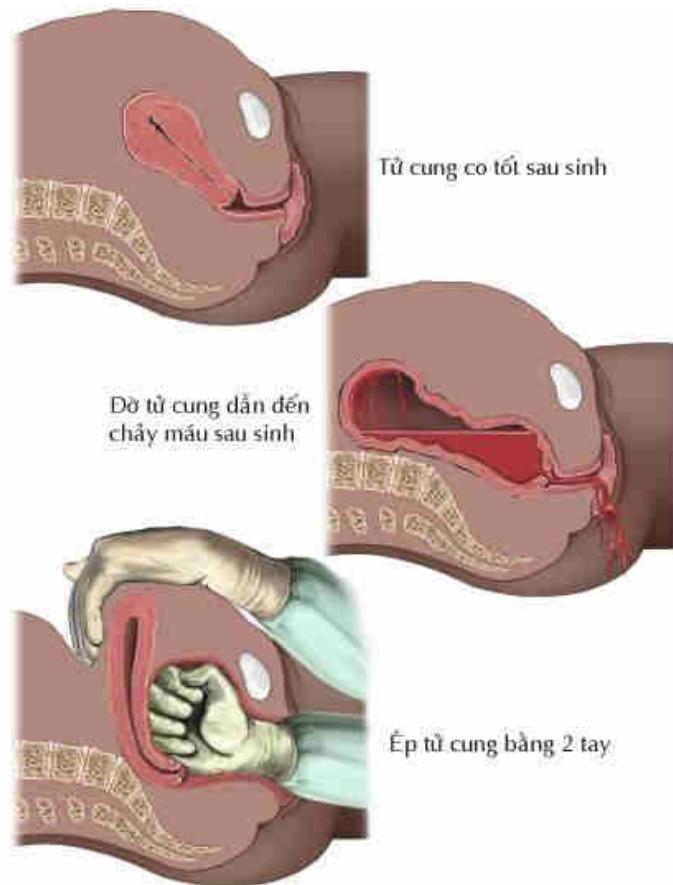
Trong trường hợp chuyển dạ kéo dài hoặc tử cung bị giãn quá mức do thai to, đa ối, các trường hợp con rụ đẻ nhiều lần nên:

- Theo dõi cuộc đẻ bằng biểu đồ chuyển dạ

- Tiêm bắp 10 đơn vị ôxytôxin khi vai trước sẩy hoặc ngay sau sẩy thai nhưng phải chắc chắn rằng không còn thai thứ 2.

- Xử trí tích cực giai đoạn III bao gồm: tiêm ôxytôxin, kéo nhẹ dây rốn có kiểm soát và xoa tử cung.

- Misoprostol 200 mcg x 2 viên đặt trực tràng sau sẩy rau.



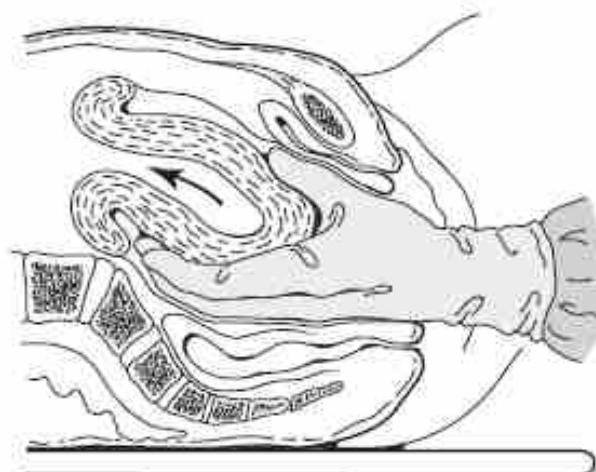
Hình 1. Đò tử cung và xử trí ép tử cung bằng 2 tay

2.3. Lộn lòng tử cung

Là biến chứng hiếm gặp, do các nguyên nhân: keo dây rốn, đẩy đaiy tử cung khi sổ rau. Triệu chứng thường gặp là đau dữ dội, chảy máu nhiều, choáng, mót rặn. Mót rặn chỉ gặp trong hai trường hợp sau đẻ, đó là khôi máu tụ âm đạo, tiểu khung hoặc lộn lòng tử cung.

Khám bụng: Tuỳ theo mức độ có thể thấy lõm ở đáy tử cung, hoặc không sờ thấy tử cung trên vách. Khám âm đạo thấy khôi tử cung trong âm đạo, mềm, đau, có thể co bóp, có vòng thắt tử cung trên khôi đó.

Xử trí: nếu chẩn đoán sớm có thể đẩy tử cung trở lại, sau đó tiêm ôxytôxin và phải giữ tay trong lòng tử cung để kiểm soát sự co bóp của tử cung, nếu thất bại phải mổ cắt tử cung.



Hình 2. Đẩy tử cung trở lại trong lộn lòng tử cung

2.4. Rau cài răng lược

Ở người có tiền sử đẻ nhiều lần, nạo thai nhiều lần, viêm niêm mạc tử cung; chất lượng niêm mạc tử cung không còn tốt nên các gai rau bám trực tiếp vào cơ tử cung (không có lớp xốp của ngoại sán mạc), có khi gai rau xuyên sâu vào chiều dày lớp cơ tử cung. Có thể chỉ một phần bánh rau bám vào lớp cơ hay toàn bộ bánh rau bám vào lớp cơ, người ta phân rau cài răng lược thành các loại sau:

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

- Rau cài răng lược bán phần: chỉ một phần bánh rau bám sâu vào cơ tử cung do đó bánh rau có thể bong một phần, gây chảy máu. Lượng máu chảy tùy thuộc vào vào tình trạng co của lớp cơ tử cung và mức độ bong rau.

 - Có 3 mức độ cài của gai rau:

 - + Rau bám chặt.

 - + Rau bám xuyên cơ tử cung.

 - + Rau xuyên thủng cơ tử cung, có thể bám vào các tạng lân cận.

2.4.1. Triệu chứng lâm sàng

- Nếu rau cài răng lược toàn phần thì sau sổ thai một giờ rau vẫn không bong, tuy không chảy máu.

- Nếu rau cài răng lược bán phần thì sau khi thai sổ, rau vẫn không bong hết nên không sổ được, chảy máu nhiều hay ít tùy theo diện rau đã bong rộng hay hẹp.

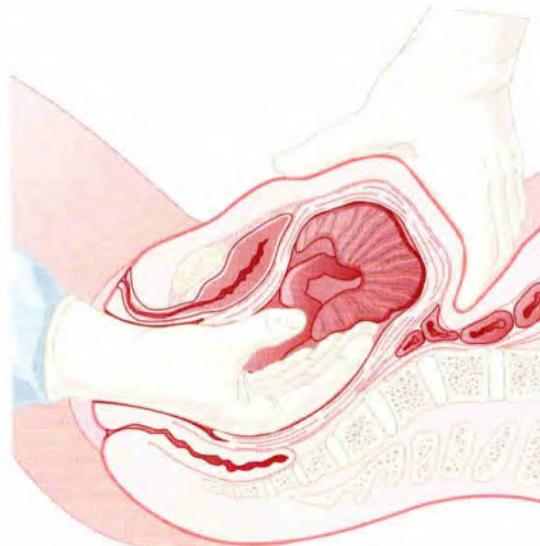
- Chỉ có thể chẩn đoán chắc chắn dựa vào thử bóc rau không kết quả hay chỉ bóc được một phần và máu chảy nhiều.

- Cần chú ý phân biệt với rau mắc kẹt (rau bị cầm tù):

Trường hợp này bánh rau đã bong nhưng không sổ tự nhiên được vì bị mắc kẹt trong tử cung do vòng thắt của lớp cơ đan. Đặc biệt bánh rau dễ bị mắc kẹt trong trường hợp tử cung hai sừng, khi ấy chỉ cần cho tay vào buồng tử cung sẽ lấy được rau ra vì bánh rau đã bong hoàn toàn.

2.4.2. Xử trí

- Nếu máu chảy trong thời kỳ sổ rau hoặc trên một giờ rau không bong thì bóc rau nhân tạo, kiểm soát tử cung.



Hình 3. Bóc nhau bằng tay

- Nếu bóc rau không được do rau bám xuyên vào cơ tử cung, phải mổ cắt tử cung bán phần, hồi sức, truyền dịch, truyền máu trong và sau mổ.

- Trường hợp rau tiền đạo cài răng lược phải cắt tử cung bán phần thấp hoặc cắt tử cung hoàn toàn để cầm máu.
- Tuyến xã: Nếu chảy máu khi rau chưa bong thì bóc rau nhân tạo, kiểm soát tử cung và dùng ôxytôxin. Nếu rau không bong và không chảy máu thì chuyển tuyến trên.
- Tuyến huyền: Bóc rau nhân tạo, kiểm soát tử cung, nếu bóc không được thì cắt tử cung bán phần.

3. CHẨN THƯƠNG ĐƯỜNG SINH DỤC

3.1. Vỡ tử cung

Xem bài "Vỡ tử cung"

3.2. Rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn

3.2.1 Nguyên nhân

- Về phía mẹ: Tầng sinh môn rắn ở người sinh con so lớn tuổi, nhiễm khuẩn, phù nề và có sẹo cũ ở tầng sinh môn
- Về phía thai: thai to, thai số kiều chẩm cùng, sô đầu hậu trong ngôi ngược
- Do thủ thuật: đẻ hỗ trợ bằng forceps, giác hút..

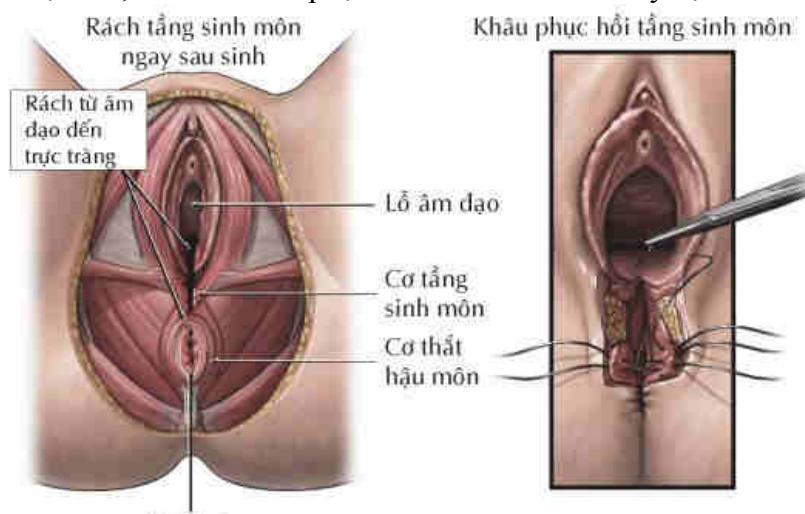
3.2.2 Chẩn đoán:

Sau khi sô thai thấy máu vẫn chảy ra, có thể nhìn thấy ngay máu chảy từ vết rách hay vết cắt tầng sinh môn, cần kiểm tra kỹ chỗ rách để xác định mức độ rách tầng sinh môn:

- Độ I: Rách da và niêm mạc âm đạo
- Độ II: Rách da, niêm mạc âm đạo và một phần cơ tầng sinh môn (thường là cơ hành hang)
- Độ III: Rách cơ tầng sinh môn tới tận nút thó trung tâm
- Độ IV: Rách qua nút thó trung tâm tới tận phần trực tràng âm đạo, làm âm đạo thông với trực tràng

3.2.2 Xử trí

- Gây tê tại chỗ hoặc sử dụng các thuốc giảm đau
- Khâu phục hồi sau khi sô rau và biết chắc là tử cung không còn sót rau
- Khâu từ trong ra ngoài, từ lớp sâu đến nông, khâu mũi rời, các mũi cách rau 0,5 cm. Mũi khâu đầu tiên của lớp niêm mạc phải trên đỉnh vết rách 0,5-1cm.
- Khâu 3 lớp: lớp niêm mạc và lớp cơ ở trong bằng catgut, lớp da ở ngoài bằng chỉ không tiêu; Không để khoảng trống giữa 2 lớp, không để lệch hoặc chồng mép. Riêng đối với rách tầng sinh môn độ IV, vì phẫu thuật phức tạp, vết rách khó liền do sản dịch và nước tiểu gây nhiễm khuẩn tại chỗ, chỉ nên khâu phục hồi sau khi hết thời kỳ hậu sản.



Hình 4. Rách âm đạo - tầng sinh môn và kỹ thuật khâu

3.2.3. Chăm sóc

- Giữ vết khâu luôn sạch: phải rửa âm hộ ngày 2-3 lần nhất là sau đại tiện, tiểu tiện.
- Giữ vết khâu khô: Sau khi rửa phải thấm khô
- Chế độ ăn: ăn nhẹ, tránh táo bón
- Nếu vết khâu phù nề cần cắt chỉ sớm
- Cắt chỉ sau 5 ngày

3.2.4. Dự phòng :

- Hướng dẫn cho sản phụ cách rặn đẻ
- Giữ tầng sinh môn đúng phương pháp khi sổ thai
- Đỡ đẻ đúng kỹ thuật.
- Cắt tầng sinh môn khi có chỉ định.

3.3. Rách cổ tử cung

3.3.1. Nguyên nhân

Tất cả các trường hợp chảy máu ngay sau đẻ, phải kiểm tra cổ tử cung. Tần suất có thể gấp 11% ở con so, 4% ở con rạ. Rách thường ở hai vị trí 3- 9 giờ, có thể kéo lên đến vòm âm đạo, đôi khi rách cổ tử cung lên đến đoạn dưới. Rách cổ tử cung có thể gặp khi sổ thai mà cổ tử cung chưa mở hết, sinh thủ thuật, đẻ nhanh, cổ tử cung xơ chai.

3.3.2. Chẩn đoán:

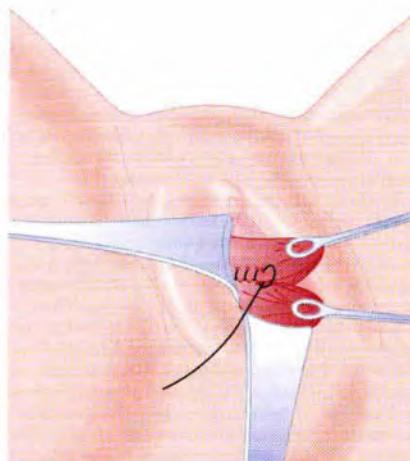
Sau khi sổ thai hoặc rau máu ra nhiều màu đỏ tươi, kiểm tra cổ tử cung thấy có chỗ rách nham nhở hoặc không liên tục, đang chảy máu(lưu ý vị trí 3 giờ và 9 giờ)

Rách nông: Đinh vết rách ở dưới chỗ bám âm đạo - cổ tử cung

Rách sâu: Đinh vết rách ở trên chỗ bám âm đạo - cổ tử cung, phải kiểm tra kỹ xem có vỡ tử cung, rách bàng quang hoặc tổn thương trực tràng

3.3.2. Xử trí

Đánh giá cẩn thận tổn thương, phải thấy rõ đinh vết rách, khâu phục hồi vết rách bằng các mũi rời. Trường hợp rách trên âm đạo, nếu ngoài phúc mạc có thể khâu đường dưới, nếu trong phúc mạc đôi khi phải phẫu thuật.



Hình 5. Khâu vết rách cổ tử cung

4. BỆNH LÝ RỐI LOẠN ĐÔNG CHẢY MÁU

4.1. Nguyên nhân

Chảy máu do bệnh lý rối loạn đông máu thường nặng, có thể gặp trong các bệnh lý sản khoa như rau bong non, thai chết trong tử cung, nhiễm trùng tử cung, tắc mạch nước ối, hoặc một số bệnh lý nội khoa khác như viêm gan siêu vi cấp, xuất huyết giảm tiểu cầu,...

4.2. Các yếu tố chẩn đoán sinh học

- Tăng thời gian Quick

- Tăng thời gian hoạt hoá cephaline
- Giảm số lượng tiêu cầu
- Giảm fibrinogen.
- Giảm tỷ lệ của các yếu tố II, V, giảm Antithrombin III, tăng các sản phẩm thoái hoá fibrin(PDF)

4.3. Điều trị

- Điều trị: bổ sung các yếu tố thiếu: truyền máu tươi, Plasma tươi, cung cấp các yếu tố đông máu. Fibrinogen cô đặc được chỉ định trong trường hợp giảm Fibrinogen nặng.
 - Heparin ít sử dụng trong chảy máu sản khoa.
 - Sau khi điều chỉnh các yếu tố đông máu và ngừng chảy máu, nên dự phòng tắc mạch do huyết khối bằng Calciparin trong 21 ngày.
 - Phẫu thuật cắt tử cung bán phần kèm buộc động mạch hạ vị trong một số trường hợp có chỉ định.

5. ĐỀ PHÒNG CHẢY MÁU SAU SINH

- Sử dụng biểu đồ chuyển dạ để phát hiện chuyển dạ bất thường và phải xử trí thích hợp
- Sử dụng thuốc tăng và giảm co đúng chỉ định, liều lượng
- Đỡ đẻ đúng kỹ thuật
- Kiểm tra rau và màng rau tránh để sót rau, sót màng
- Sau sinh phải kiểm tra ống đẻ để phát hiện các tổn thương
- Tư vấn và vận động thực hiện sinh đẻ có kế hoạch

THAI GIÀ THÁNG

Mục tiêu học tập

1. Phân tích quá trình sinh lý bệnh học của thai già tháng.
2. Mô tả các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của thai già tháng.
3. Lựa chọn cách xử trí thai quá ngày sinh.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Thời gian thai nghén bình thường trung bình là 9 tháng 10 ngày hay 285 ngày (10 ngày tính từ ngày đầu của kinh cuối cùng).

Thai nghén được gọi là già tháng khi tuổi thai theo lý thuyết vượt quá 42 tuần hoặc 294 ngày.

1.2. Tỷ lệ

Khoảng 3- 12% thai nghén vượt quá tuần 42, nhưng thực tế thì tỷ lệ thai già tháng không vượt quá 4% (do không nhớ ngày kinh cuối cùng chính xác, hoặc thời gian phóng noãn chậm) .

Tỷ lệ biến chứng ở mẹ và thai gia tăng theo tuổi thai, tỷ lệ tử vong chu sinh tăng từ giữa tuần thứ 41 và 42, gấp đôi vào tuần 43 và cao gấp 4 - 6 lần vào tuần 44 so với thai đủ tháng.

Biến chứng cho mẹ ngay cả mổ lấy thai cũng tăng gấp đôi với chảy máu, nhiễm trùng, bục vết thương.

Vấn đề chẩn đoán và xử trí thai già tháng rất quan trọng vì tử vong sơ sinh cao, gấp 3 lần so với trẻ sinh trong khoảng 38 - 41 tuần.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân của thai già tháng vẫn chưa biết rõ. Tuy nhiên có một số yếu tố nguy cơ như: thai vô sọ, thiếu sulfatase rau thai, sử dụng progesteron kéo dài, tiền sản sinh quá ngày.

Nguyên nhân thường gặp nhất là tính tuổi thai không chính xác.

3. SINH LÝ BỆNH HỌC

Bánh rau và nước ối đóng một vai trò quan trọng trong quá trình vận chuyển và chuyển hóa sinh học của thai nhi. Trong thai già tháng, lượng nước ối giảm dần, bánh rau thoái hóa dần dần đến giảm dòng máu ở bánh rau và các chất dinh dưỡng đến thai. Do đó thai bị suy trường diễn trong tử cung và có thể chết trong tử cung hoặc chết trong khi chuyển dạ (do có cơn go tử cung). Vì vậy, thai già tháng là thai nghén bị đe dọa, thiếu ôxy là nguyên nhân chính của suy thai, khi thai đẻ ra sống thì nó có biểu hiện tổn thương đặc biệt theo kiểu gầy, bị mất nước, da nhăn nheo nhuộm đầy phân su.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Lâm sàng

- Hỏi bệnh sử để định tuổi thai:

+ Kinh cuối cùng: lấy mốc là ngày đầu của kinh cuối cùng để tính tuổi thai.

+ Thời gian thụ tinh: nếu có điều trị vô sinh, vì đây là mốc rất có giá trị để chẩn đoán tuổi thai.

+ Lần thăm khám sản khoa đầu tiên: nếu có làm phản ứng sinh học, hoặc siêu âm để chẩn đoán thai sớm (trong quý đầu) thì rất có giá trị.

+ Thời gian xuất hiện thai máy: con so thường vào tuần thứ 18 tuần, con rụt tuần 16.

+ Giảm cử động thai xảy ra đột ngột ở những thai phụ có thai đạp nhiều, cần phải được xem xét nghiêm túc.

- Đo bề cao tử cung giảm qua 2 lần thăm kế tiếp kèm với giảm lượng nước ối (có tính chất gợi ý).

4.2. Xét nghiệm bổ sung

- Siêu âm sớm (đặc biệt trong quý đầu) giúp chẩn đoán chính xác tuổi thai.

- Siêu âm muộn ít chính xác hơn nhưng nếu thấy lượng nước ối ít và bánh rau vôi hóa cũng gợi ý chẩn đoán.

- Doppler: Phương pháp này cho phép khảo sát tình trạng huyết động học của thai và tuần hoàn rau thai để tiên lượng suy thai.

- Monitor thai để tìm suy thai mãn (thử nghiệm không đã kích 2 lần/ tuần hoặc thử nghiệm đã kích).

- Soi ối: tìm dấu hiệu suy thai mãn, có thể thấy ối màu vàng hoặc màu xanh .

- Chọc hút nước ối: chỉ cho khẳng định thai đã trưởng thành mà không cho phép chẩn đoán thai già tháng.

- Chụp X quang để tìm điểm hóa cốt: điểm Béclard (đầu dưới xương đùi). Điểm TOD (đầu trên xương chày). Tỷ lệ âm tính giả khá cao hiện nay ít được sử dụng

Hiện nay không có một tiêu chuẩn nào cho phép khẳng định chắc chắn thai già tháng, tuy nhiên tốt nhất có thể dựa vào:

- Ngày kinh cuối cùng

- Siêu âm

- Lượng nước ối: Nước ối ít

Sau khi đã loại trừ các sai lầm lớn về tuổi thai, chỉ còn một khả năng là theo dõi chặt chẽ lúc cuối thời kỳ thai nghén để phát hiện suy thai.

Dù sao đi nữa, mọi thai nghén vượt quá 41 tuần và 3 ngày là phải có ý kiến của bác sĩ sản khoa theo dõi và đỡ đẻ.

5. BIẾN CHỨNG CỦA THAI QUÁ NGÀY

5.1. Nguy cơ cho mẹ

- Gia tăng khả năng mổ lấy thai và đẻ có can thiệp thủ thuật.

- Chảy máu sau sinh.

- Nằm viện dài ngày và có nhiều biến chứng.

5.2. Nguy cơ cho thai

- Thiếu ối (thiếu năng rau thai)

+ Chèn ép dây rốn

+ Suy thai

+ Tử vong thai đột ngột.

- Rối loạn trưởng thành thai (chiếm tỷ lệ 10- 20% thai quá ngày).

- Hội chứng hít phân su: 25-30 % thai 42 tuần có phân su trong dịch ối.

- Thai lớn: gây đẻ khó, tổn thương xương và gãy xương và đẻ lại chứng thần kinh tại chỗ và lâu dài.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ THAI GIÀ THÁNG

6.1. Tuyến xã

Chuyển thai phụ lên tuyến trên sau khi đã tư vấn.

6.2. Tuyến huyện trở lên

6.2.1. Nhập viện

Nếu tuổi thai trên 41 tuần và phải được theo dõi sát, sản phụ sẽ được xác định độ trưởng thành và tình trạng sức khoẻ thai nhi.

Hướng dẫn bệnh nhân theo dõi cử động thai, hướng dẫn cho thai phụ đếm cử động thai bắt đầu vào một giờ nhất định trong ngày. Bình thường thai cử động trên 10 lần trong thời gian 12 giờ. Nếu số lần cử động thai giảm dần hay giảm đột ngột là dấu hiệu của suy thai.

Ví dụ sau 2 giờ mà không thấy thai máy cần cảnh giác. Sau 12 giờ không thấy thai máy có thể thai đã chết.

Theo dõi chỉ số nước ối bằng siêu âm: Siêu âm thai kiểm tra dịch ối ít nhất 2 lần/tuần. Thiếu ối được định nghĩa khi chỉ số nước ối < 5 hoặc túi ối lớn nhất < 2 x 2cm). Thiếu ối có liên quan đến nguy cơ cao của suy thai và tử vong sơ sinh.

Theo dõi suy thai bằng máy monitor: hai thử nghiệm hay được dùng là thử nghiệm không đả kích (non-stress test) và thử nghiệm đả kích (contraction stress test) như test vú núm vú hoặc test truyền oxytocin. Thử nghiệm này được làm 2 lần/tuần. Chỉ định mổ lấy thai nếu có xuất hiện Dip II.

6.2.2. Chăm sóc thai kỳ

- Trong trường hợp con hiếm hoặc bất thường xứng đàu chậu nên mổ lấy thai.
- Nếu có tình trạng suy thai: mổ lấy thai.
- Trong những trường hợp khác như thai đã trưởng thành, thai không suy, tiến hành làm test đả kích, nếu dương tính phải mổ lấy thai. Nếu âm tính, phải khởi phát chuyển dạ và đánh giá chỉ số Bishop để tiên lượng khả năng gây chuyển dạ.

Bảng chỉ số Bishop

Điểm	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Đánh giá				
Độ mở CTC (cm)	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Độ xoá CTC (%)	0-30	40 - 50	60 - 70	>=80
Độ lọt của thai	-3	-2	-1 - 0	+1 - +2
Mật độ CTC	Cứng	Vừa	Mềm	
Hướng CTC	Sau	Trung gian	trước	

- Nếu CTC có thể mở, chỉ số Bishop trên 5, gây chuyển dạ bằng truyền Oxytocin. Trong khi giục sinh phải theo dõi sát tim thai bằng monitoring vì thai có thể suy rất nhanh.

- Nếu CTC không mở, chỉ số Bishop dưới 5, nên kết hợp với các phương pháp thăm dò khác như theo dõi cử động thai, siêu âm đánh giá chỉ số nước ối, monitoring để quyết định gây chuyển dạ hoặc theo dõi tiếp.

- Trong trường hợp gây chuyển dạ, làm mềm CTC bằng misoprostol 50mcg đặt âm đạo.
- Nếu trong quá trình chuyển thất bại hoặc xuất hiện suy thai thì cũng phải mổ lấy thai.

6.3. Chăm sóc em bé

Cần phải xem lại trẻ sơ sinh có bị bong da hay không, rau, ối như thế nào. Khi đã xác định là thai già tháng, cần phải thực hiện các biện pháp săn sóc đặc biệt, hút kỹ phân su đường hô hấp, điều chỉnh toan biến dưỡng, tiêm Vitamin K1, kháng sinh dự phòng...và theo dõi sự phát triển của trẻ.

Lưu ý: chẩn đoán thai già tháng dựa vào những dấu hiệu nghi ngờ. Do đó đòi hỏi người thày thuốc phải theo dõi sát bệnh nhân và quyết định xử trí đúng lúc, tránh những can thiệp trên một thai chưa đủ tháng, nhưng cũng không để xảy ra tình trạng suy thai và tử vong thai trong bụng mẹ do rau già cỗi và thoái hóa.

TIỀN SẢN GIẬT - SẢN GIẬT

Mục tiêu học tập

1. Phân loại cao huyết áp trong thai nghén.
2. Mô tả các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của tiền sản giật- sản giật.
3. Lựa chọn cách điều trị theo từng thể lâm sàng.
4. Kể ra được các biện pháp dự phòng cao huyết áp trong thai nghén.

1. ĐẠI CƯƠNG

Cao huyết áp là một triệu chứng có thể có sẵn trước khi mang thai, hoặc xuất hiện lúc mang thai, hay nặng lên do thai nghén. Như vậy, cao huyết áp khi có thai có thể có nguyên nhân độc lập với tình trạng mang thai hoặc nguyên nhân do thai và là dấu hiệu báo động, biểu hiện của một thai kỳ nguy cơ cao, có thể gây tử vong cho mẹ và thai nhi.

Trong sản khoa, cao huyết áp đi kèm với protein niệu và phù tạo nên một bệnh cảnh đặc biệt mà trước đây người ta đây người ta thường gọi là nhiễm độc thai nghén, nay được gọi là tiền sản giật - sản giật.

Phân loại các rối loạn cao huyết áp do thai :

- Cao huyết áp do thai:
 - + Tiền sản giật: Tiền sản giật nhẹ, tiền sản giật nặng
 - + Sản giật
- Cao huyết áp mạn tính trước khi có thai, không nặng lên trong khi có thai
- Cao huyết áp mạn tính trước khi có thai nặng lên trong khi có thai
 - + Cao huyết áp nặng lên thành tiền sản giật
 - + Cao huyết áp nặng lên thành sản giật
- Cao huyết áp thoáng qua: xuất hiện trong khi mang thai hoặc chuyển dạ trong 3-4 giờ rồi trở lại bình thường.

2.TIỀN SẢN GIẬT

2.1. Định nghĩa

Tiền sản giật là bệnh lý do thai nghén hoặc ảnh hưởng của một thai nghén rất gần gây nên với sự xuất hiện cao huyết áp với protein niệu, có hoặc không kèm theo phù. Tiền sản giật - sản giật thường xảy ra sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ và chấm dứt sau 6 tuần sau đẻ. Tuy nhiên, với sự hiện diện của bệnh lá nuôi, tiền sản giật nặng có thể xuất hiện trước thời điểm đó.

Trước đây người ta thường gọi tiền sản giật là nhiễm độc thai nghén hay hội chứng protein niệu, nhưng ngày nay người ta nhận thấy chính huyết áp cao là triệu chứng thường gặp nhất và gây nên các biến chứng trầm trọng cho mẹ và thai.



Hình 1. Cao huyết áp, phù và protein niệu trong tiền sản giật

2.2. Tỷ lệ

Tiền sản giật xảy ra khoảng 5-10 % và sản giật chiếm khoảng 0,2- 0,5% trong tổng số thai nghén.

2.3. Bệnh nguyên và các yếu tố ảnh hưởng

2.3.1. Bệnh nguyên

Cho đến nay người ta vẫn chưa hiểu rõ nguyên nhân sinh bệnh của tiền sản giật. Một số yếu tố sau đây có thể góp phần trong sự xuất hiện tiền sản giật - sản giật.

- Hiện tượng miễn dịch
- Di truyền.
- Các yếu tố dinh dưỡng.
- Phản ứng, stress.
- Phản xạ do căng tử cung trong đa thai, thai to.
- Thiếu máu cục bộ tử cung - nhau.
- Mất cân bằng giữa Prostacyclin và Thromboxan:
 - + Tăng sản xuất thromboxan A2 (chất gây co mạch và dễ hình thành cục máu đông.)
 - + Giảm sản xuất prostacyclin (chất gây giãn mạch).

Điều này làm giảm tỷ lệ prostacyclin/thromboxan A2, gây co mạch và dẫn đến tăng huyết áp.

2.3.2. Các yếu tố nguy cơ

- Con so
- Thai phụ lớn tuổi (trên 35 tuổi).
- Đa thai, đa ối.
- Chửa trứng, biểu hiện tiền sản giật thường xảy ra sớm.
- Thai nghén kèm đái tháo đường, bệnh thận mãn tính, cao huyết áp mãn tính.
- Tiền sử có tiền sản giật - sản giật.

2.4. Triệu chứng

2.4.1. Cao huyết áp

Cao huyết áp là triệu chứng cơ bản để chẩn đoán xác định tiền sản giật. Cao huyết áp được xác định khi tuổi thai từ 20 tuần trở lên với các giá trị sau :

- Huyết áp tối đa $\geq 140\text{mmHg}$ hoặc
- Huyết áp tối thiểu $\geq 90\text{mmHg}$.

Những trường hợp có huyết áp tối đa tăng hơn 30mmHg hoặc huyết áp tối thiểu tăng hơn 15mmHg so với trị số huyết áp khi chưa có thai cần được quan tâm đặc biệt, vì có thể xuất hiện tiền sản giật - sản giật.

Lưu ý: Phải đo huyết áp 2 lần cách nhau 4 giờ, sau khi nghỉ.

2.4.2. Phù:

Đặc điểm của phù:

- + Phù toàn thân, không giảm khi nghỉ ngơi.
- + Phù trắng, mềm, có dấu ấn lõm.
- + Tăng cân nhanh, quá 0,5kg/tuần.

Có thể phù nhiều, phù toàn thân, các chi to lên, ngón tay tròn trĩnh, mặt nặng, mí mắt húp lại, âm hộ sưng to. Bụng căng lên, nổi hầm dây thắt lưng hay sau khi nghe tim thai còn hầm dây vết của ống nghe. Có khi phù cả phủ tạng, phù phúc mạc nên có nước trong ổ bụng, màng phổi, não. Võng mạc có thể bị phù nên bệnh nhân bị nhức đầu, mờ mắt. Trong một số trường hợp, phù có thể nhẹ, kín đáo, chỉ khi ấn lên mắt cá chân mới phát hiện được hoặc sáng hơi nặng mặt.

2.4.3. Protein niệu: Protein niệu thường là dấu hiệu sau cùng của bộ ba triệu chứng. Mức độ protein niệu có thể thay đổi nhiều trong 24 giờ, do đó xét để nghiệm protein niệu chính xác nước tiểu phải được lấy mẫu trong 24 giờ.

Protein niệu dương tính khi lượng protein lớn hơn 0,3g/l/24 giờ hoặc trên 0,5g/l/ mẫu nước tiểu ngẫu nhiên.

Mức độ protein niệu trong 24 giờ

Vết	# 0,1 g/l
+	# 0,3 g/l
++	# 1,0 g/l
+++	# 3 g/l

2.4.4. Các xét nghiệm : Bệnh nhân tiền sản giật cần được làm các xét nghiệm sau

- Công thức máu, hematocrit, hemoglobin, tiểu cầu
- Chức năng thận: Ure, creatinin, axit uric, protein niệu. Ngoài ra tùy thuộc vào mức độ tổn thương thận trong nước tiểu có thể có hồng cầu, bạch cầu, trụ niệu
- Chức năng gan: SGOT, SGPT.
- Điện giải đồ và dự trữ kiềm
- Chức năng đông chảy máu toàn bộ.
- CRP, Protid máu.
- Soi đáy mắt
- Đánh giá tình trạng thai qua siêu âm và monitoring.

3.5. Chẩn đoán tiền sản giật

Dựa vào ba triệu chứng chính là cao huyết áp, phù và protein niệu.

3.5.1. Tiền sản giật nhẹ

- Huyết áp tâm thu 140 - <160 mmHg
- Huyết áp tâm trương 90 - <110 mmHg
- Protein niệu từ (+) đến (++)

3.5.2. Tiền sản giật nặng: khi có ít nhất một trong những dấu hiệu sau:

- Huyết áp tối đa ≥ 160 mmHg và/hoặc tối thiểu ≥ 110mmHg,
- Protein niệu ≥ 3g/l.(+++)
- Rối loạn thị giác và tri giác.
- Đau đầu nhưng không đáp ứng với các thuốc giảm đau thông thường.
- Đau vùng thượng vị hoặc phần tư trên của hạ sườn phải.
- Phù phổi hoặc xanh tím.
- Thiểu niệu: lượng nước tiểu <400ml/24 giờ.
- Giảm tiểu cầu: số lượng tiểu cầu <150.000/mm³.
- Tăng men gan.
- Thai chậm phát triển

3.6. Chẩn đoán phân biệt

- Cao huyết áp mãn tính: tiền sử đã có cao huyết áp, hoặc cao huyết áp xuất hiện trước tuần thứ 20 của thai kỳ.
- Các bệnh lý về thận: viêm thận cấp, viêm thận mãn, viêm mủ bể thận, hội chứng thận hư.
 - Phù do tim, phù do suy dinh dưỡng.

3.7. Biến chứng của tiền sản giật

3.7.1.. Biến chứng cho mẹ

- Hệ thần kinh trung ương: phù não, xuất huyết não- màng não.
- Mắt: Phù võng mạc, mù mắt,
- Thận: Suy thận cấp.
- Gan: Chảy máu dưới bao gan, vỡ gan.
- Tim, phổi: suy tim cấp, phù phổi cấp (gặp trong tiền sản giật nặng hoặc sản giật).
- Huyết học: Rối loạn đông - chảy máu, giảm tiểu cầu, đông máu rải rác trong lòng mạch.

3.7.2. Biến chứng cho thai

- Thai chậm phát triển trong tử cung (56%).
- Đẻ non (40%), do tiền sản giật nặng hoặc sản giật phải cho đẻ sớm.
- Tử vong chu sinh (10%): Tỷ lệ tử vong chu sinh tăng cao nếu đẻ non hoặc biến chứng rau bong non.

Tiền sản giật nặng, sản giật có thể tiến triển thành hội chứng HELLP (Hemolysis-Elevated Liver enzyme- Low plateletes: tan huyết, tăng các men gan và giảm tiểu cầu). Hội chứng này có thể đe doạ tính mạng cho mẹ và con.

3.8. Xử trí

3.8.1. Dự phòng: Vì nguyên nhân chưa rõ nên dự phòng bệnh lý này không có biện pháp đặc hiệu, cần làm tốt những việc sau:

- Đăng ký quản lý thai nghén là khâu cơ bản nhất trong dự phòng tiền sản giật - sản giật. Đảm bảo chế độ ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, bổ sung Canxi. Chế độ ăn ít muối (muối ăn) không ngăn ngừa được tiền sản giật
- Thai phụ cần được giữ ấm.
- Phát hiện sớm, điều trị kịp thời những sản phụ có nguy cơ cao để ngăn ngừa xảy ra sản giật.
- Chăm sóc liên tục trong thời kỳ hậu sản.

3.8.2. Điều trị

Nguyên tắc điều trị: Bảo vệ mẹ là chính, có chiêu cống đến con.

- Tiền sản giật nhẹ: Có thể điều trị và theo dõi ở tuyến y tế cơ sở

- + Nghỉ ngơi và nằm nghiêng trái.
- + Có thể cho uống thuốc an thần Seduxen (Diazepam) 5mg.
- + Theo dõi hàng tuần, nếu nặng lên phải nhập viện và điều trị tích cực.
- + Nếu thai đã đủ tháng nên châm dứt thai kỳ ở tuyến chuyên khoa.

- Tiền sản giật nặng

Phải nhập viện và theo dõi tại tuyến tỉnh và được điều trị tích cực. Theo dõi huyết áp 4 lần/ngày, cân nặng và protein niệu hàng ngày, xét nghiệm đếm tiểu cầu, Hct, đánh giá các chức năng gan, thận, rối loạn đông chảy máu, hội chứng HELLP, siêu âm và theo dõi tim thai liên tục. Chế độ điều trị cụ thể như sau:

+ Điều trị nội khoa

- Nghỉ ngơi và nằm nghiêng trái
- Thuốc an thần: Diazepam tiêm hoặc uống.
- Sử dụng Magnesium Sulfate

Liều tấn công

- Dung dịch Magnesium Sulfate 4 gam, pha loãng trong 20ml dung dịch Glucoza 5% tiêm tĩnh mạch chậm trên 5 phút.
- Ngay sau đó dùng 10g Magnesium sulfate 50% (10ml) tiêm bắp sâu, mỗi bên 5g hoà với 1ml Lidocain 2%.

Liều duy trì

- Truyền tĩnh mạch Magnesium sulfate 15%, liều lượng 1g trong một giờ hoặc tiêm bắp 4g mỗi 5 giờ.

Trong khi dùng cần bảo đảm:

- Có phản xạ xương bánh chè.
- Tần số thở ít nhất là 16 lần/ phút.
- Lượng nước tiểu tối thiểu trên 30ml/ giờ hoặc 100ml/4 giờ
- Có sẵn thuốc đối kháng là Gluconat calci hoặc Clorua calci.

Khi có ngộ độc, bệnh nhân có thể bị ngừng thở phải thông khí hỗ trợ bằng mặt nạ hoặc đặt nội khí quản cho đến khi hô hấp trở lại, phải cho ngay Calcium Gluconate 1g (10ml dung

dịch 10%) hoặc calci chlorua tiêm tĩnh mạch chậm để trung hoà tác dụng của Magnesium Sulfate.

Nồng độ tác dụng và ngộ độc của Magnesium Sulfat :

Tác dụng và ngộ độc	Nồng độ (mg/dl)
Chóng co giật	4,8-8,4
Giảm phản xạ xương bánh chè	10-12
Ngừng hô hấp	15-17
Ngừng tim	30- 35

* Lưu ý:- Không được dùng quá 24g/24giờ

- Theo dõi nồng độ ion Magnesium mỗi 4-6giờ /lần, để điều chỉnh liều dùng.

- **Thuốc hạ huyết áp:** sử dụng thuốc hạ huyết áp khi có huyết áp cao (160/110mmHg):
 - **Hydralazin hoặc Dihydralazin** là thuốc được lựa chọn đầu tiên.

Thuốc có tác dụng làm giãn các tiểu động mạch, tăng lưu lượng máu đến tim và thận ngoài ra thuốc còn làm tăng lượng máu đến bánh nhau.

Thời gian bán huỷ của thuốc: 1 giờ, thuốc được thải trừ qua gan.

Liều dùng: Dihydralazin 5 - 10 mg tiêm tĩnh mạch chậm, có thể lập lại liều 5mg, sau 10-20 phút nếu cần. Tổng liều là 100mg/24giờ, có thể chuyển tĩnh mạch chậm 10mg trong 100ml Dextrose 5%.

Một số thuốc hạ huyết áp có thể dùng thay thế như:

- **Labetalol:** thuốc hạ huyết áp chẹn α và β, liều 10-20mg tiêm tĩnh mạch chậm.
- **Nifedipin** (thuốc ức chế kênh calci): Biệt dược là Adalat 10mg, ngâm dưới lưỡi hoặc giọt 3 giọt dưới lưỡi. Thuốc có tác dụng tốt trong trường hợp cao huyết áp đột ngột.
- Thuốc lợi tiểu: chỉ sử dụng khi có đe doạ phù phổi cấp và thiếu niệu.

+ Điều trị sản khoa và ngoại khoa:

Nếu tiền sản giật nặng không đáp ứng với với điều trị hoặc xảy ra sản giật thì chấm dứt thai kỳ với mọi tuổi thai. Trước khi chủ động chấm dứt thai kỳ, cần ổn định tình trạng bệnh nhân trong vòng 24- 48 giờ giống như trong sản giật.

Nên sinh thủ thuật nếu đủ điều kiện, hoặc mổ lấy thai khi có chỉ định sản khoa hoặc cần nhanh chóng chấm dứt thai kỳ.

4. SẢN GIẬT

4.1. Định nghĩa

Sản giật được xác định là khi xuất hiện những cơn co giật hoặc hôn mê, xảy ra trên một bệnh nhân có hội chứng tiền sản giật nặng. Đây là một biến chứng cấp tính của tiền sản giật nặng nếu không được theo dõi và điều trị đúng mức.

Sản giật có thể xảy ra ở các thời điểm khác nhau: trước đẻ (50%), trong đẻ (25%) và sau đẻ (25%).

4.2. Triệu chứng và chẩn đoán

4.2.1. Lâm sàng

Cơn giật điển hình thường trải qua 4 giai đoạn.

- **Giai đoạn xâm nhiễm:** kéo dài từ 30 giây đến 1 phút, với những cơn kích thích ở vùng mặt, miệng, mí mắt nháy nháy, nét mặt nhăn nhúm, sau đó cơn giật lan xuống hai tay.

- **Giai đoạn giật cứng:** xảy ra khoảng 30 giây, biểu hiện bằng những cơn giật cứng lan toả khắp người. Toàn thân co cứng, các cơ thanh quản và hô hấp bị co thắt làm cho bệnh nhân ngạt thở vì thiếu oxy.

- **Giai đoạn giật gián cách:** Sau cơn giật, các cơ toàn thân giãn ra trong chốc lát rồi tiếp tục những cơn co giật toàn thân, lưỡi thè ra thụt vào nên rất dễ cắn phải lưỡi, mặt tím do ngưng thở, miệng sùi bọt mép. Giai đoạn giật gián cách kéo dài khoảng 1 phút.

- *Giai đoạn hôn mê*: Các cử động co giật nhẹ và thưa dần rồi chấm dứt. Bệnh nhân đi vào tình trạng hôn mê. Bệnh nhân có thể hôn mê nhẹ hoặc hôn mê sâu tùy thuộc mức độ nặng hay nhẹ của bệnh. Nếu nhẹ thì sau 5-7 phút bệnh nhân sẽ tỉnh lại, nếu nặng thì bệnh nhân hôn mê sâu. Hôn mê có thể kéo dài từ vài giờ đến vài ngày. Bệnh nhân mất tri giác, đồng tử giãn rộng, rối loạn cơ vòng nên đại tiểu tiện không tự chủ. Trường hợp nặng bệnh nhân có thể tử vong.

4.2.2. Chẩn đoán

- *Chẩn đoán xác định*: dựa và triệu chứng lâm sàng của cơn giật điển hình trên một bệnh nhân có hội chứng tiền sản giật nặng.

- *Chẩn đoán phân biệt*

+ Động kinh: có tiền sử động kinh trước khi có thai.

+ Cơn Tetanie: có thể có hay không có tiền sử. Các ngón tay duỗi thẳng và co dùm lại như bàn tay người đỡ đẻ.

+ Cơn Hysteria: sự biểu hiện các cơn giật không giống nhau, tuy không tính nhưng người xung quanh nói vẫn biết; Mất tri giác nhưng không mất phản xạ.

+ Các tai biến mạch máu não: xuất huyết não, thuyên tắc mạch não do huyết khối. Tổn thương não (u não, áp-xe não).

+ Các bệnh nhiễm trùng: viêm màng não, viêm não.

+ Các bệnh chuyển hóa: hạ calci máu, hạ glucoza máu, hôn mê do urê máu cao, hôn mê gan, hôn mê do đái tháo đường. . .

4.3. Biến chứng

4.3.1. Về phía mẹ

- Cắn phải lưỡi khi lên cơn giật

- Ngạt thở, suy hô hấp

- Suy tim cấp, phù phổi cấp

- Xuất huyết não - màng não

- Chảy máu dưới bao gan, vỡ gan

- Suy gan cấp, suy thận cấp

- Mù mắt, thong manh, ngớ ngắn

- Có thể để lại di chứng cao huyết áp mãn, suy gan, suy thận mãn.

- Tử vong

4.3.2. Về phía con

- Thai kém phát triển trong tử cung.

- Đẻ non.

- Thai chết trong tử cung.

4.4. Điều trị sản giật

4.4.1. Chế độ chăm sóc

- Giữ bệnh nhân tại nơi yên tĩnh, tránh mọi kích thích, không cho ăn.

- Ngáng miệng bằng thanh ngáng có quần vải để đề phòng cắn phải lưỡi. Đây là một việc làm bắt buộc vì khi bệnh nhân lên cơn giật rất dễ cắn lưỡi.

- Nằm giường có thanh chắn, cố định bệnh nhân.

- Hút đờm dài để phòng tắc đường hô hấp.

- Thở oxy qua mặt nạ hoặc ống thông mũi.

- Theo dõi cơn giật, huyết áp, lượng nước tiểu, mạch, nhiệt độ. Tất cả được ghi vào bảng theo dõi để phục vụ điều trị.

4.4.2. Xử trí tại tuyến y tế cơ sở:

- Nguyên tắc: bệnh nhân phải được sơ cứu trước khi chuyển tuyến, phải có nhân viên y tế hộ tống khi chuyển lên tuyến trên.

- Cần thực hiện đầy đủ chế độ chăm sóc: Hút đờm dài, ngáng miệng, tiêm thuốc an thần, lập một đường truyền tĩnh mạch trước và trong khi chuyển tuyến.

4.4.3. Điều trị nội khoa

* Thuốc chống co giật và đề phòng cơn giật:

- Để chống co giật có hiệu quả yêu tố then chốt trong điều trị là sử dụng thuốc chống co giật đủ liều lượng. Co giật ở sản phụ đang điều trị hầu hết do sử dụng không đủ liều lượng thuốc chống co giật. Magnesium sulfate là thuốc được chọn lựa để phòng và chống co giật.

- Lưu ý thuốc này phải dùng tại bệnh viện, phải theo dõi sát, đề phòng ngộ độc.

- Nếu không có Magnesium sulfate, có thể thay bằng Diazepam; nhưng có nhiều nguy cơ ức chế hô hấp cho thai hơn vì Diazepam đi qua hàng rào rau thai một cách tự do.

- Liều lượng, cách dùng Magnesium Sulfate giống như điều trị tiền sản giật nặng.

- Nếu cơn giật tái diễn sau 15 phút, dùng thêm 2g Magnesium sulfate 20% tiêm chậm vào tĩnh mạch (thận trọng khi tiêm Magnesium sulfate vào tĩnh mạch vì thuốc có thể gây ngưng thở đột ngột do ức chế hô hấp).

- Dung dịch Magnesium sulfate 50% 10ml (5g) + 1ml Lidocain 2% tiêm bắp mỗi 4 giờ, luân phiên mỗi mông.

- Liệu trình Magnesium sulfate tiếp tục được sử dụng đến 24 giờ sau sinh hoặc cơn giật cuối cùng.

* Sử dụng Diazepam(Seduxen) trong tiền sản giật nặng và sản giật

-Liều tấn công :

Diazepam 10mg tiêm tĩnh mạch chậm trên 2 phút.

Nếu cơn giật tái diễn: lập lại liều tấn công.

-Liều duy trì:

+ Diazepam 40mg, pha trong 500ml dung dịch chuyên tĩnh mạch (Glucoza 5% hoặc Ringers lactat) đủ để giữ cho bệnh nhân ngủ nhưng có thể đánh thức.

+ Bệnh nhân có thể bị ức chế hô hấp khi dùng quá 30mg/ 1 giờ.

Không dùng quá 100mg Diazepam trong 24 giờ. Hô hấp hỗ trợ khi có suy hô hấp (mặt nạ oxy, bóp bóng ambu, đặt nội khí quản)

- Dùng thuốc đường trực tràng:

+ Dùng thuốc đường trực tràng nếu đường tĩnh mạch không thực hiện được. Liều tấn công 20mg hút vào một bơm tiêm 10ml, tháo bơm kim, bôi trơn đầu ống và đưa bơm tiêm vào trực tràng đến nứa ống. Bơm thuốc và giữ bơm tiêm tại chỗ, khép mông lại trong 10 phút để thuốc không trào ra. Có thể sử dụng Catheter để đưa thuốc vào hậu môn.

+ Nếu sau 10 phút không cắt được cơn giật, có thể sử dụng thêm 10mg mỗi giờ hoặc nhiều hơn tuỳ theo trọng lượng và đáp ứng lâm sàng của bệnh nhân.

* Thuốc hạ huyết áp:(xem phần điều trị tiền sản giật nặng).

Nếu như huyết áp tâm trương trên 110mmHg sẽ có nguy cơ xuất huyết não, để đề phòng tai biến này phải điều chỉnh để huyết áp tâm trương ở giữa khoảng 90-100mmHg

Hydralazin hoặc Dihydralazine là thuốc được lựa chọn.

Liều dùng: Dihydralazine 5-10mg tiêm tĩnh mạch chậm, nếu cần có thể lập lại liều 5mg cứ 10-20 phút cho đến khi huyết áp giảm, hoặc liều Dihydralazine 12,5mg tiêm bắp cách 2 giờ. Tổng liều Dihydralazine là 100mg trong 24 giờ.

Nếu Dihydralazine không có sẵn, có thể dùng:

Labetolol 10mg tiêm tĩnh mạch. Nếu đáp ứng chưa tốt (huyết áp tâm trương trên 110mmHg) sau 10 phút cho thêm 20mg tiêm tĩnh mạch và có thể tăng liều này lên tới 40-80mg để đạt kết quả điều trị.

Nifedipine viên nang 10mg ngâm dưới lưỡi.

Lưu ý: Nifedipine có khả năng tương tác với Magnesium sulfate dẫn đến hạ huyết áp mạnh.

- Lợi tiểu và vấn đề chuyên dịch:

Thuốc lợi tiểu chỉ dùng khi có thiểu niệu, đe doạ phù phổi, phù não. Lượng dịch cần bù phụ thuộc vào sự bài tiết nước tiểu. Trong trường hợp bệnh nặng cần đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP). Lượng dịch chuyên vào bằng lượng nước tiểu trong ngày cộng với 700ml

dịch.

- Sử dụng kháng sinh để dự phòng bội nhiễm.

4.4.4. Điều trị sản khoa và ngoại khoa

Nếu thai nhi còn sống sau cơn giật thì cuộc đẻ cần phải được tiến hành ngay khi bệnh nhân ổn định.

Khởi phát chuyển dạ, nếu tiến triển thuận lợi thì phá ối. Không nên để sản phụ phải dùng sức rặn, cần hỗ trợ thủ thuật khi đẻ (forceps). Có thể mổ lấy thai khi có chỉ định.

*Lưu ý:

- Không được dùng Ergometrin sau đẻ cho bệnh nhân tiền sản giật- sản giật vì tăng nguy cơ co giật và tai biến mạch máu não.

- Trong trường hợp tiền sản giật nặng cần châm dứt thai kỳ trong vòng 24 giờ kể từ khi bắt đầu có triệu chứng. Nếu sản giật cần khởi phát chuyển dạ trong vòng 12 giờ từ khi bắt đầu có cơn giật.

4.4.5.Theo dõi và điều trị trong thời gian hậu sản

- Tiếp tục theo dõi, điều trị chống co giật trong 24 giờ sau đẻ hoặc cơn giật cuối cùng.
- Tiếp tục điều trị cao huyết áp nếu có.
- Tiếp tục theo dõi lượng nước tiểu.
- Tư vấn các biện pháp tránh thai.

NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

Mục tiêu học tập

1. Kể ra được các yếu tố thuận lợi và các loại vi khuẩn gây nhiễm khuẩn hậu sản.
2. Trình bày được triệu chứng của các thể lâm sàng trong nhiễm khuẩn hậu sản.
3. Lựa chọn được hướng xử trí các thể lâm sàng của nhiễm khuẩn hậu sản ở tuyến y tế cơ sở.

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm khuẩn hậu sản (NKHS) là một trong những tai biến sản khoa thường gặp, đặc biệt là ở các nước đang phát triển do nhiều nguyên nhân từ cơ sở và trang thiết bị yếu kém, thực hiện quy trình khống chế nhiễm khuẩn trong lĩnh vực sức khoẻ sinh sản chưa được đảm... NKHS là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trong các tai biến Sản khoa.

1.1. Định nghĩa

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

1.2. Đường vào

- Đường máu
- Nhiễm khuẩn ngược dòng từ âm đạo và/hoặc cổ tử cung
- Qua các tổn thương của sinh dục trong và sau khi đẻ: tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung bị tổn thương trong đẻ
- Sản dịch là môi trường tốt cho vi khuẩn

1.3. Nguyên nhân/các yếu tố nguy cơ

- Cơ sở vật chất trang thiết bị không đảm bảo vô khuẩn.
- Các chỉ định và kỹ thuật can thiệp không đúng thời điểm (trường hợp đang nhiễm khuẩn) trong lĩnh vực sản khoa.
- Chăm sóc trước, trong và sau đẻ không đảm bảo qui trình.
- Các nhiễm khuẩn ở đường sinh dục không được xử trí tốt trước đẻ.
- Chuyển dạ kéo dài, ối vỡ non, ối vỡ sớm.

1.4. Mầm bệnh các loại vi khuẩn phân lập được

Vì khuẩn	Bệnh viện Trung ương Huế	Viện BVBMTSS
Tụ cầu	50,4%	76%
<i>E.Coli</i>	31,2%	30,8%
Phổi hợp	33,6%	
<i>Aerobacter</i>	12,0%	
Dịch vết mổ	Dịch âm đạo	
Tụ cầu	78,2%	44,1%
<i>E.Coli</i>	13,0%	35,2%
<i>Aerobacter</i>	17,0%	10,7%
Phổi hợp	43,4%	31,3%

2. CÁC HÌNH THÁI NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

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

- Đây là hình thái nhẹ nhất
- Các triệu chứng/dấu hiệu:
 - + Sốt nhẹ 38°C - 38,5°C
 - + Vùng tầng sinh môn có biểu hiện viêm tấy, đỏ, đau, trường hợp nặng có mủ (khỏi tụ máu âm hộ/âm đạo có thể là nơi đặc biệt dễ nhiễm khuẩn).

- Tiến triển thường tốt nếu được phát hiện và điều trị kịp thời.
- Điều trị:
 - + Cắt chỉ ngắt khoảng nếu vết khâu phù nề, cắt chỉ toàn bộ nếu vết thương có tấy đỏ và mủ.
 - + Kháng sinh đường uống hoặc đường toàn thân.
 - + Vệ sinh tại chỗ hàng ngày bằng dung dịch Betadine 10%.

2.2. Viêm nội mạc tử cung

Đây là hình thái nhẹ, thường gặp, nếu không điều trị kịp thời có thể đưa đến các biến chứng.

2.2.1. Triệu chứng

- Sốt xuất hiện 2-3 ngày sau đẻ.
- Mạch nhanh 100 - 120 l/phút, mệt mỏi
- Tử cung co hồi chậm.
- Sản dịch hôi, có thể có mủ lẫn máu.

2.2.2. Điều trị

- Thuốc co hồi tử cung.
- Kháng sinh đường tiêm.
- Nong cổ tử cung trong trường hợp bế sản dịch.
- Cấy sản dịch, sau đó điều chỉnh kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Nạo buồng tử cung nếu có sót rau, tốt nhất sau khi đã dùng kháng sinh 24 giờ.

2.3. Viêm cơ tử cung

- Đây là hình thái hiếm gặp, thường xảy ra sau viêm nội mạc không được điều trị kịp thời và tích cực. Tiêu lượng phụ thuộc vào chẩn đoán và điều trị.
- Những biến chứng có thể xảy ra là viêm phúc mạc hoặc nhiễm trùng máu.

2.3.1. Triệu chứng

- Sốt cao 39-40°C, biểu hiện nhiễm trùng nặng.
- Sản dịch hôi thối, ra máu lẫn mủ.
- Tử cung to mềm và nắn đau.

2.3.2. Điều trị

- Cấy sản dịch, điều trị theo kháng sinh đồ
- Dùng kháng sinh đường tiêm liều cao, phô rộng và phối hợp 2-3 loại kháng sinh (Beta-Lactam, Aminosid, Metronidazol).
- Thuốc co hồi tử cung (oxytocin)
- Nâng cao thể trạng, bù nước và điện giải, truyền máu nếu cần thiết.
- Nạo kiểm tra buồng tử cung trong trường hợp sót nhau.
- Cắt tử cung trong các trường hợp nặng.

2.4. Viêm dây chằng và phần phụ

2.4.1. Triệu chứng

- Xuất hiện muộn 8 -10 ngày sau đẻ
- Sốt, mệt mỏi
- Tử cung co hồi chậm, sản dịch hôi
- Nắn thấy khối u cạnh tử cung đau, bờ không rõ

2.4.2. Điều trị

- Kháng sinh phù hợp với kháng sinh đồ trong hai tuần hoặc cho đến khi khỏi
- Thuốc co hồi tử cung
- Giảm đau, kháng viêm
- Dẫn lưu túi mủ qua âm đạo
- Nếu nặng phải cắt tử cung bán phần và dẫn lưu

2.4.3. **Tiến triển:** phụ thuộc vào thời gian phát hiện và điều trị; khỏi hoặc biến thành ổ mủ, viêm phúc mạc khu trú, viêm phúc mạc toàn thể.

2.5. Viêm phúc mạc tiêu khung

Viêm phúc mạc tiêu khung là nhiễm khuẩn lan từ tử cung, dây chằng rộng, phần phụ, đáy chậu. Vi khuẩn cũng có thể xâm nhập từ vết thương tầng sinh môn trực tiếp vào tổ chức liên kết hoặc qua hệ thống bạch huyết.

2.5.1. Triệu chứng

- Thời gian xuất hiện 3 - 15 ngày sau đẻ, sau các hình thái khác của nhiễm khuẩn hậu sản.
 - Sốt cao 39 - 40°C, rét run, mạch nhanh
 - Biểu hiện nhiễm trùng và nhiễm độc nặng, sốt dao động
 - Đau âm ỉ hạ vị
 - Tiêu buốt, tiêu rát, hội chứng giả lỵ
 - Tử cung to, đau, di động kém.
 - Đau túi cùng sau khi khám

2.5.2. Điều trị

- Nội khoa: Điều trị kháng sinh đường tiêm liều cao, phổi rộng và phổi hợp 2-3 loại (Beta-Lactam, Aminosid, Metronidazol).
- Ngoại khoa: Dẫn lưu mủ từ túi cùng qua âm đạo (tốt nhất dưới hướng dẫn siêu âm).

2.5.3. Tiến triển:

Có thể dẫn tới viêm phúc mạc toàn thể.

2.6. Viêm phúc mạc toàn thể

2.6.1. Triệu chứng:

thường xuất hiện muộn

- Nếu viêm phúc mạc sau mỗi các triệu chứng có sớm
- Sốt cao 39 - 40°C, rét run, mạch nhanh và nhỏ.
- Nhiễm độc nhiễm trùng nặng, hoi thở hoi, thở nhanh - nóng
- Nôn, buồn nôn
- Ảo chảy, phân thối khăm
- Bụng chướng, cảm ứng phúc mạc
- Tử cung to, ẩn đau
- Cổ tử cung chưa đóng kín, các túi cùng căng đau
- Xét nghiệm :
 - + Công thức máu có bạch cầu tăng cao, thiếu máu tán huyết.
 - + CRP cao, hematocrit cao.
 - + Rối loạn điện giải và toan chuyển hoá.
 - + Rối loạn chức năng gan thận.
 - + Cấy sán dịch xác định được vi khuẩn gây bệnh.
 - + Siêu âm: có dịch ổ bụng, các quai ruột chướng, có thể xác định được bất thường ở tử cung và nguyên nhân gây viêm phúc mạc.

2.6.2. Tiêu lượng

- Tiêu lượng tốt nếu được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời.
- Tiêu lượng xấu nếu chẩn đoán muộn hoặc viêm phúc mạc kèm nhiễm trùng máu, thường để lại di chứng dính và tắc ruột, có thể tử vong.

2.6.3. Điều trị

- Nội khoa:
 - + Nâng cao thể trạng, bồi phụ nước, điện giải.
 - + Kháng sinh liều cao, phối hợp, phổi diệt khuẩn rộng (Beta-Lactam, Aminosid, Metronidazol)
- Ngoại khoa: Phẫu thuật để dẫn lưu ổ mủ, hoặc cắt tử cung. Trong khi phẫu thuật cần cấy dịch ổ bụng, làm kháng sinh đồ.

2.7. Nhiễm khuẩn máu

- Là hình thái nặng nhất trong nhiễm khuẩn hậu sản.

- Tỷ lệ tử vong cao, có thể để lại nhiều di chứng.

2.7.1. Triệu chứng

Thời gian xuất hiện sau can thiệp thủ thuật sớm nhất từ 24 - 48 giờ.

- *Hội chứng nhiễm trùng nặng*: Sốt cao, rét run, môi khô, lưỡi bẩn, mặt hốc hác do mất nước và nhiễm độc.

- *Hội chứng thiếu máu*: da xanh, hồng cầu và Hb giảm.

- *Các dấu hiệu choáng*: trạng thái tâm thần bất định, tụt huyết áp và rối loạn vận mạch và tình trạng nhiễm toan máu.

- Tử cung to, mềm, ấn rất đau, cổ tử cung hé mở, sản dịch nhiều bẩn đục như mủ lᾶn máu và có mùi hôi.

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

- *Cấy máu*: phải thực hiện trước khi sử dụng kháng sinh để tìm tác nhân gây bệnh, phải cấy máu ít nhất 3 lần, cách nhau một giờ.

- *Công thức máu*: Bạch cầu tăng rất cao, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao, hematocrit tăng, tốc độ lắng máu tăng cao.

- Chức năng gan thận suy giảm, rối loạn các yếu tố đông chảy máu.

2.7.2. Điều trị

- Nội khoa:

- + Hồi sức chống choáng, truyền dịch, chống rối loạn nước, điện giải.

- + Kháng sinh phô rộng, liều cao, phối hợp, tốt nhất phải dựa theo kháng sinh đồ.

- Ngoại - Sản khoa: nhằm loại bỏ ổ nhiễm khuẩn

- + Cắt tử cung sau 6 giờ điều trị, chậm nhất là 24 giờ sau khi điều trị.

- + Có thể giữ tử cung ở những bệnh nhân còn trẻ, mong muốn có con và đáp ứng tốt với điều trị nội khoa.

2.8. Choáng nhiễm khuẩn

Choáng nhiễm khuẩn là biến chứng nặng của nhiễm khuẩn hậu sản, một tình trạng suy sụp tuần hoàn do nội độc tố của vi khuẩn.

Tỷ lệ tử vong cao tới 60% - 75%.

2.8.1. Mầm bệnh

Nhiều loại vi khuẩn có thể gây ra choáng nhiễm khuẩn như:

- Các loại vi khuẩn Gram dương: Tụ cầu vàng, liên cầu tan máu, clostridium

- Các loại vi khuẩn Gram âm: *Escherichia coli*, *Pseudomonas pyocyanea*

2.8.2. Triệu chứng

- Biểu hiện nổi bật là suy tuần hoàn và suy hô hấp: Tím tái toàn thân, nổi vân tím, khó thở, thở nhanh nông, mạch nhanh, huyết áp tụt kẹp.

- *Hội chứng nhiễm trùng nặng*: sốt cao đột ngột, có thể đến 40 - 41°C, môi khô, lưỡi bẩn.

- Thần kinh: lơ mơ, vật vã, ảo giác hoặc li bì.

- Thiếu niệu

- Công thức máu bạch cầu tăng cao, men gan tăng, urê máu tăng, rối loạn nước và điện giải. Cấy máu có thể tìm thấy vi khuẩn.

2.8.3. Điều trị

Mục đích là chống nhiễm khuẩn, chống trụy tim mạch và các biến chứng.

- Nội khoa:

- + Hồi sức chống choáng, bồi phụ nước và điện giải. Truyền máu nếu có biểu hiện thiếu máu nặng hoặc rối loạn đông chảy máu.

- + Trợ tim

- + Corticoid

- + Kháng sinh liều cao, phô rộng, phối hợp, theo kháng sinh đồ.

- Ngoại - Sản khoa:

+ Sau khi điều trị choáng ổn định cần loại bỏ ổ nhiễm khuẩn: dẫn lưu ổ mủ, nạo buồng tử cung hoặc cắt tử cung.

3. DỰ PHÒNG

Muốn hạn chế các nhiễm khuẩn hậu sản cũng như các biến chứng của nó, cần làm tốt những việc sau:

- Đảm bảo điều kiện vô khuẩn khi đỡ đẻ, khi tiến hành thăm khám, các thủ thuật phẫu thuật sản phụ khoa.
- Xử trí tốt các tổn thương sinh dục khi đẻ.
- Phát hiện sớm, điều trị tích cực các trường hợp nhiễm khuẩn sinh dục trước, trong và sau đẻ.

SỐC TRONG SẢN KHOA

Mục tiêu học tập

1. Mô tả các thay đổi sinh lý của phụ nữ mang thai
2. Phân loại được các loại sốc trong sản khoa
3. Lựa chọn được các biện pháp điều trị sốc trong sản khoa
4. Đề nghị các biện pháp dự phòng

1. THAY ĐỔI CỦA THAI PHỤ TRONG THAI KỲ VÀ TRONG CHUYỂN ĐẠ

1.1. Thay đổi về tuần hoàn

1.1.1. Nước

Ngay từ khi bắt đầu có thai, sản phụ đã giữ nước trong cơ thể. Đến tuần thứ 13, nước ngoài các mạch máu, trong các tổ chức ngoài tử cung và tuyến vú bắt đầu tăng cho đến lúc đẻ. Tổng lượng nước ngoài tế bào tăng khoảng 1,51%. Ở đây có đặc điểm là nước giữ lại trong cơ thể được phân phối đều trong các tổ chức phần mềm, và thông thường được giữ lại ở 2 chi dưới. Nước tăng dần và tăng nhiều trong 10 tuần cuối cho đến khi chuyển dạ và sau đẻ thì giảm một cách đột ngột.

1.1.2. Máu

Thể tích huyết tương tăng nhanh và nhiều hơn nước ngoài tế bào. Đến tuần thứ 6 của thai nghén, thể tích huyết tương tăng một cách rõ ràng và tiếp tục tăng cho đến tuần thứ 30-34. Đến lúc này huyết tương đã tăng được 50% so với trước khi chưa có thai. Sau đó thể tích huyết tương giữ vững, không thay đổi cho đến khi đẻ. Sau đẻ, đến tuần thứ 6 thì thể tích huyết tương trở lại bình thường như trước khi chưa có thai. Thể tích toàn bộ hồng cầu cũng bắt đầu tăng từ tháng thứ hai và đến khi đẻ thì tăng được 30%. Nếu xét cả thể tích huyết tương lẫn hồng cầu sẽ thấy khi thai lớn dần thì trong mạch máu có sự pha loãng máu.

1.2. Thay đổi về tim mạch

Nhip tim của sản phụ tăng dần với thời gian thai nghén. Thể tích tâm thu và lưu lượng tim tăng dần và cao nhất ở tuần thứ 28 và 36, sau đó xuống thấp một ít, nhưng vẫn còn rất cao so với trước khi có thai.

Áp lực động mạch tối đa và tối thiểu đều giảm vào tuần thứ 20, nhưng sau đó trở lại dần như cũ. Sở dĩ huyết áp động mạch giảm là vì thời gian này có nhiều mạch máu phát triển ở rau thai. Cần nhớ rằng, nhiều sản phụ khi nằm ngửa trên bàn đẻ, nhất là khi được gây mê, gây tê tuỷ sống hoặc gây tê ngoài màng cứng, có thể bị suy tim đột ngột, vì tĩnh mạch chủ bị tử cung chèn ép nên máu về tim không đủ.

1.3. Thay đổi về đông máu và tiêu sợi huyết

Đây là một vấn đề được chú ý nhiều khi sản phụ đến thời kỳ đẻ ở người khoẻ mạnh, thai nghén bình thường, cũng có sự thay đổi về đông máu và tiêu sợi huyết. Tỷ lệ fibrinogen trong máu tăng dần khi có thai và cao nhất lúc đẻ (từ 3,5 đến 5,5g/l). Vì thể tích huyết tương tăng 50%, do đó toàn bộ fibrinogen cũng tăng quá 50%. Các yếu tố đông máu khác như thromboplastinogen các yếu tố VII, VIII, IX, X cũng tăng trong giai đoạn cuối của thời kỳ thai nghén.

Năm 1970, Coloditz và Josey cho một vài con số huyết áp tĩnh mạch trung ương do qua tĩnh mạch đùi trên như sau:

Phụ nữ không có thai: 7,8 - 11,2cm H₂O (trung bình: 9cm H₂O)

Phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu: 6,8 - 8,2cm H₂O (trung bình: 7,7cm)

Phụ nữ có thai 3 tháng giữa: 3,6 - 4,6cm H₂O (trung bình 4cm H₂O)

Phụ nữ có thai trong 3 tháng cuối: 2,0 - 4,4cm H₂O (trung bình 3,8cm H₂O).

Như vậy, càng về cuối thời kỳ có thai huyết áp tĩnh mạch trung ương càng thấp dần. Một điều đáng chú ý là khi đo huyết áp tĩnh mạch trung ương phải xem bệnh nhân nằm ngửa

hay nằm nghiêng. Nếu bệnh nhân nằm ngửa, huyết áp tĩnh mạch chủ có thể bị chèn, máu về tim giảm, do đó huyết áp tĩnh mạch trung ương sẽ thấp.

Năm 1970, Goltner và cộng sự theo dõi sự thay đổi của huyết áp tĩnh mạch trung ương theo sự co bóp của tử cung. Trong khi tử cung co bóp, huyết áp tĩnh mạch trung ương sẽ từ 4,5cmH₂O lên 5,8cm H₂O. Sở dĩ huyết áp tĩnh mạch trung ương lên cao hơn bình thường vì khi co bóp, tử cung đẩy vào tĩnh mạch chủ một khối lượng từ 250 - 300ml máu để đưa về tim phải. Sau khi đẻ xong, đến ngày thứ 3 hoặc ngày thứ 5, huyết áp tĩnh mạch trung ương sẽ lên 7,5cm H₂O, vì tuần hoàn trở về tim tăng hơn trước khi đẻ

Khả năng tiêu sợi huyết tăng trong quá trình thai nghén, tỷ lệ plasminogen tăng, nhưng các chất hoạt hoá plasminogen thì giảm và các chất ức chế fibrinolysin như anpha 1 antitrypsin và anpha 2 macroglobulin thì tăng.

Người ta thấy rằng, máu của người mẹ bị tăng đông tạm thời trong giai đoạn chuyển dạ và đặc biệt lúc đẻ.

1.4. Thay đổi về hô hấp

Ngay trong những tuần đầu tiên thai nghén, người phụ nữ đã thở nhiều. Cơ chế của tăng hô hấp được xem như do progesteron gây nên. Nhịp thở tăng khoảng 10% so với trước khi có thai. Khí lưu thông tăng khoảng 40%, trong khi đó độ giãn nở của phổi, thể tích sống không thay đổi. Sức cản của đường thở, thể tích khí cặn chức năng, thể tích khí dự trữ thở ra giảm. Sau khi đẻ xong độ giãn phổi sẽ tăng từ 25 đến 30%.

1.5. Thay đổi về các khí trong máu

Nhiều công trình cho thấy, trong khi có thai cho đến khi chuyển dạ và đẻ, các khí trong máu, độ bão hòa oxy huyết cầu tố của sản phụ khác người bình thường. Tuy nhiên, nhiều tác giả thấy rằng, áp lực riêng phần của oxy trong máu động mạch (PaO₂) của sản phụ có thấp hơn bình thường trong những tháng cuối của thời kỳ thai nghén, vì có shunt động - tĩnh mạch phổi, vì mất thăng bằng giữa hô hấp và tuần hoàn do cơ hoành bị đẩy lên cao. Trong thời gian chuyển dạ, sản phụ thở nhiều, áp lực riêng phần của CO₂ (PaCO₂) sẽ hạ thấp. Song song với nhược thán, sẽ có toan chuyển hoá. Kiềm thừa có thể xuống đến - 10Eq/l (nếu sản phụ không được giảm đau một cách đầy đủ).

1.6. Nguy cơ trào ngược

Làm tắc đường hô hấp gây ngạt cấp tính hoặc hội chứng Mendelson: trong khi rặn đẻ, áp lực trong dạ dày của sản phụ lên cao.

	Áp lực trung bình trong dạ dày (cm H ₂ O)	Sức cản tối đa của cơ thắt tâm vị (CmH ₂ O)	Chênh lệch về áp lực (cm H ₂ O)
Bình thường lúc không có thai	12,1	34,8	22,7
Có thai không có bệnh tim	17,2	44,8	27,6
Có thai có bệnh tim	16,5	23,8	7,3

Nếu sản phụ được gây mê, đặc biệt gây mê bằng thiopental, thì góc Hiss mở rộng, sức cản của cơ thắt tâm vị không còn nữa, nên nước và thức ăn trong dạ dày sẽ trào ngược lên trên dễ dàng, và vì thanh quản cũng mở rộng, nên nước và thức ăn sẽ chảy xuống khí - phế quản, gây ra tai biến trên. Hậu quả là thiếu oxy rất nặng, sản phụ có thể chết ngay.

2. CÁC LOẠI SỐC THƯỜNG GẶP TRONG SẢN KHOA

2.1. Sốc do mất máu

Trong sản khoa, sốc mất máu thường do các nguyên nhân sau:

- Vỡ chữa ngoài tử cung.
- Vỡ tử cung.
- Rách đường sinh dục và tàng sinh môn.

- Sót nhau.
- Đờ tử cung
- Rau tiền đạo
- Rau bong non

Bệnh cảnh của sốc giống như trong sốc mất máu nói chung:

- Huyết áp động mạch tụt.
- Mạch nhanh.
- Toàn thân nhợt nhạt.
- Mũi và các đầu chi rất lạnh

Tùy theo nguyên nhân gây sốc mà có một số đặc điểm như sau:

Đối với vỡ chửa ngoài tử cung: nhiều sản phụ lúc đến viện, mặc dù các (triệu chứng của chảy máu trong và triệu chứng chung của vỡ chửa ngoài tử cung rõ ràng, nhưng huyết áp động mạch vẫn giữ gần như bình thường, mạch chỉ hơi nhanh 120 - 130 lần/phút. Đến khi gây mê xong và phẫu thuật viên mở bụng, thì huyết áp động mạch tụt đột ngột từ 100 - 80mmHg xuống 0mmHg và trong ổ bụng đã có 1.500 - 2.000 ml máu hoặc nhiều hơn. Điều này nhắc nhớ là một khi nghi ngờ vỡ chửa ngoài tử cung, phải tìm cách xác định để mở ngay, đồng thời phải tìm cách hồi sức để sốc không chuyển sang giai đoạn không phục hồi.

Đối với sốc xảy ra do tai biến khi đẻ như vỡ tử cung, rau tiền đạo, rau bong non nếu là con so, chuyển dạ kéo dài, sản phụ lo lắng, mệt mỏi, thì mặc dù mất ít máu: nhưng sốc đã có thể xảy ra và rất nặng. Những sản phụ đã đẻ nhiều lần, chuyển dạ nhanh, ít lo lắng, thì chịu đựng được mất máu khá hơn so với những người đẻ con so, nhưng một khi sốc đã xảy ra, thì hậu quả sẽ nghiêm trọng hơn, dẫn sốc đến giai đoạn không phục hồi một cách nhanh chóng.

Bản thân sản phụ đến ngày đẻ lượng hòng cầu, huyết cầu tố đã thấp, nếu bị một số bệnh thiếu máu thì huyết cầu tố trong máu lại càng thấp và khi bị sốc thì tình trạng thiếu oxy sẽ rất nặng.

Những sản phụ đã đẻ nhiều lần, sau khi đẻ xong, tử cung co lại chậm hơn so với các sản phụ mới đẻ lần đầu, nên lượng máu mất trong và sau khi sinh có thể nhiều hơn. Một khi bị mất máu, thiếu oxy thì tử cung lại càng đờ hơn, mất máu sẽ nhiều hơn, đây là một vòng luẩn quẩn làm cho sốc càng nặng hơn.

Không kể những trường hợp bị tắc mạch do nước ối, ở những sản phụ có rối loạn đông máu như tiêu sợi huyết hoặc đông máu rải rác trong lòng mạch, thường sốc dễ chuyển sang giai đoạn không phục hồi. Cơ chế như sau: mặc dù trong những tháng cuối của thai nghén, fibrinogen, các yếu tố đông máu khác như thromboplastin VII, VIII, IX, X tăng, plasminogen tăng, các chất ức chế fibrinolysis tăng, các chất hoạt hóa plasminogen giảm nhưng do thiếu oxy nhanh chóng và trầm trọng, toàn chuyển hóa nặng nên các yếu tố đông máu cũng như các yếu tố tiêu sợi huyết dễ bị hoạt hóa. Trên lâm sàng, sẽ thấy ở vết mổ hoặc ở âm đạo chảy máu ra rất nhiều và không đông. Sản phụ lạnh toát, mạch nhanh, khó bắt, huyết áp động mạch không có, môi và các đầu chi tái nhợt. Nếu không được can thiệp kịp thời thì sản phụ chết trong thời gian ngắn.

2.2. Sốc nhiễm khuẩn

Trong sản phụ khoa, sốc nhiễm khuẩn thường do:

- Thường gặp trong những thường hợp phá thai không an toàn
- Sót rau sau đẻ.
- Có viêm nhiễm ở vòi trứng và ống dẫn trứng, hoặc đường sinh dục từ trước.
- Vỡ tử cung đến muộn.

Triệu chứng lâm sàng giống như trong các sốc nhiễm khuẩn nói chung.

Đối với phá thai không an toàn thường dễ bị nhiễm khuẩn huyết hoặc nhiễm khuẩn yếm khí, hoặc có các hội chứng gan - thận kèm theo. Ngoài tình trạng truy tim mạch nặng, môi và các đầu chi tái nhợt, da có nhiều đám vân, sốt cao, rét run, môi khô, lưỡi bẩn,

bệnh nhân còn bị vàng da, vàng mắt, không có nước tiểu. Các vi khuẩn tìm thấy thường là những liên cầu tan huyết yếm khí, có thể có loại vi khuẩn hoại sinh hơi.

Trong nhiều trường hợp vỡ tử cung đến muộn, bệnh nhân ở trong tình trạng nhiễm khuẩn nhiễm độc rất nặng và khi mổ ổ bụng sản phụ có mùi thối. Đa số trường hợp bệnh nhân đến viện với tình trạng truy tim mạch. Một số lớn chết trên bàn mổ hoặc ngay sau khi mổ, vì bệnh nhân vừa bị sốc mất máu vừa bị sốc nhiễm khuẩn rất nặng.

2.3. Sốc do tắc mạch nước ối

Tắc mạch do nước ối ít gặp, có thể gặp trong đẻ thường hoặc phải can thiệp bằng fooc - xếp, hoặc mổ lấy thai. Trên lâm sàng thường nổi bật ba hội chứng:

- Khó thở.
- Truy tim mạch
- Rối loạn đông máu

Trong khi chuyển dạ, tự nhiên sản phụ thấy khó thở, thiếu oxy, như có người chẹn lấy cổ. Kèm theo còn có đau ngực dữ dội. Sản phụ hốt hoảng, có cảm giác như sắp chết đến nơi. Toàn thân tím tái, đặc biệt môi và đầu chi tím đen.

Huyết áp động mạch không có, mạch không sờ thấy, nhịp tim rất nhanh và xa xăm. Có thể có loạn nhịp và ngoại tâm thu, hoặc nhịp nhanh thất.

Song song với các triệu chứng trên, có máu đen chảy ra ở âm đạo hoặc ở vết mổ, máu dâng lên, chảy thành dòng, thành vũng rất nhanh chóng. Tại các vết tiêm ở tay, ở các tĩnh mạch cũng có các đám xuất huyết. Lấy máu tĩnh mạch cho vào một ống nghiệm để 10 - 15 - 30 phút hay lâu hơn nữa máu cũng không đông, sản phụ chết nhanh chóng. Cơ chế như sau:

- Tắc mạch do nước ối: nước ối vào dòng máu của người mẹ có thể qua:
 - + Các mạch máu ở cổ tử cung
 - + Ở rau khi rau bị tổn thương
 - + Các hố huyết khi vỡ ối
 - + Các mạch máu bất kỳ của tử cung khi mổ lấy thai.

- Rối loạn đông máu: trong nước ối có nhiều thromboplastin, nên khi vào máu mẹ, đã hoạt hoá hàng loạt các yếu tố đông máu của người mẹ, gây nên hội chứng đông máu rải rác trong lòng mạch. Một mặt do cơ chế phản ứng tự nhiên khi có đông máu mạnh, một mặt do plasminogen của người mẹ đã lên cao khi có thai nên khi được hoạt hoá sẽ chuyển thành plasmin, gây tiêu sợi huyết rất nặng. Ở đây có thể xem tiêu sợi huyết vừa là nguyên nhân song song với đông máu rải rác trong lòng mạch, vừa là thứ phát sau hội chứng đông máu này.

2.4. Sốc do chấn thương

Do lộn lòng tử cung, là sốc do đau đớn và mất máu. Điều trị gây mê để đặt lại vị trí.

3. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán sốc trong sản khoa cũng giống như trong sốc chấn thương, mất máu, nhiễm khuẩn nói chung, vẫn phải dựa vào lâm sàng là chủ yếu. Lâm sàng bao gồm:

- Tụt huyết áp kéo dài.
- Mạch nhanh.
- Mũi và các đầu chi lạnh

Nếu là sốc nhiễm khuẩn thì có kèm theo hội chứng nhiễm khuẩn, nếu là do tắc mạch nước ối, thì có kèm theo các hội chứng suy thở và rối loạn đông máu nói trên.

Trong hai trường hợp sốc do nhiễm khuẩn và sốc do tắc mạch nước ối thì phải:

- Cấy máu, cấy nước tiểu, cấy dịch âm đạo, tìm vi khuẩn (làm nhiều lần)
- Làm các xét nghiệm đông máu.

Xét nghiệm đông máu	Tiêu sợi huyết	Đông máu rải rác lòng mạch
Thời gian đông máu	Kéo dài	Kéo dài
Thời gian Howell	Kéo dài (bình thường 1 phút 30)	Kéo rất dài
Nghiệm pháp Vonkaulla tiêu euglobulin	Rất ngắn 15 phút 30 phút, (bình thường trên 2 giờ)	Bình thường hoặc ngắn vừa phải.
Lượng tiểu cầu	Bình thường 150.00 - 300.000	Xuống thấp 80.000 - 90.000 rất thấp,
Lượng fibrinogen	thấp hoặc bình thường	1,5 - 2g/100ml
Biểu đồ đông máu	giảm đông, hình một đường thẳng hay hình âm tha (diapason) hẹp.	giảm đông, hình thoi hoặc hình âm tha (diapason) hẹp
Nghiệm pháp ethanol	âm tính	dương tính
Nghiệm pháp protamin sunfat	âm tính	dương tính
Sản phẩm thoái hoá fibrin	dưới 80 µg/100ml	trên 80 µg/100ml

Nếu không có phòng sinh hoá, thì lấy 2 ml máu tĩnh mạch của người mẹ cho vào ống nghiệm để trong vòng 15 phút. Nếu không đông hoặc nếu có đông tạm thời, nhưng khi lật ngược ống thì cục máu tan ngay, như vậy là hoặc có tiêu sợi huyết, hoặc có đông máu rải rác trong lòng mạch. Với phương pháp thô sơ này không thể phân biệt được hai rối loạn trên đây.

Song song với các xét nghiệm trên, nên làm các xét nghiệm pH các khí trong máu, kiểm du, tìm xeton trong nước tiểu, để đánh giá tình trạng toan chuyển hoá. Làm các xét nghiệm chức năng gan (bilirubin, photphat kiềm, SGOT, SGPT), chức năng thận, ure máu, creatinin máu, ure niệu, tỷ trọng albumin, trụ niệu, để làm chẩn dọa cho điều trị.

4. NGĂN NGỪA VÀ ĐIỀU TRỊ

4.1. Ngăn ngừa

- Phải làm cho sản phụ an tâm, ít lo lắng trong những ngày gần sinh và trong thời gian chuyển dạ.

- Không nên để sản phụ làm việc đến tận ngày đẻ.

- Nên áp dụng các phương pháp giảm đau trong khi đẻ như tập luyện theo phương pháp đẻ không đau, gây tê tại chỗ thần kinh thận, gây tê vùng đuôi ngựa, cho sản phụ thở oxy một khi chuyển dạ lâu, đẻ khó.

- Nếu phải mổ lấy thai cấp cứu nên gây mê nội khí quản với tỷ lệ oxy ít nhất 60%.

- Chú ý tư thế sản phụ, nếu nằm ngửa mà huyết áp tụt thì phải chuyển nằm nghiêng ngay. Đè phòn trào ngược đối với những sản phụ mới ăn no.

- Phải phát hiện sớm và điều trị tích cực những trường hợp bị nhiễm độc thai nghén hoặc các bệnh van tim.

- Phải cho sản phụ chất sắt trong thời gian thai nghén, nếu sản phụ thiếu máu nặng (hồng cầu dưới 3 triệu, huyết cầu tố dưới 10g/100ml).

Ở đây không dựa vào hematocrit, vì không chính xác. Phải truyền máu nhưng phải có chuẩn bị trước.

Phải chọn máu mới lấy và khi lấy người cho máu nhịn đói, không có viêm gan virut, dùng máu cùng nhóm (thử chéo 2 lần).

Phải cho sản phụ thuốc lợi tiểu (lasix x 20mg), cho đái trước một khối lượng nước ít nhất 500ml rồi mới bắt đầu truyền máu. Cứ 500ml nước đái ra thì truyền vào 250ml máu. Để tránh nguy cơ truyền quá nhiều, cho nên không được truyền một khối lượng nhiều cùng một lúc. Trong hoàn cảnh quá cấp bách cũng chỉ nên truyền không quá 500ml máu (nếu bệnh nhân không bị chảy máu) và tốt nhất nên truyền riêng hồng cầu (bỏ lại huyết tương).

- Không nên thăm khám thai qua âm đạo quá nhiều khi không cần thiết. Mỗi khi khám phải rửa tay, mang găng tay vô khuẩn.

- Phát hiện sớm và kịp thời mọi biểu hiện có nhiễm khuẩn.

4.2. Điều trị

4.2.1. Đối với sốc mất máu

Cách thức điều trị giống như trong các sốc chấn thương và mổ nói chung. Nhưng trong trường hợp sốc mất máu do vỡ chữa ngoài tử cung, thì có thể lấy máu đó truyền lại cho sản phụ (truyền máu hoàn hồi), để đưa lại huyết cầu tố, các yếu tố đông máu cho sản phụ và phải truyền sớm.

- Hạn chế tối thiểu các huyết thanh, đặc biệt huyết thanh mặn khi sản phụ bị nhiễm độc thai nghén, bị bệnh tim.

- Có thể dùng các chất có phân tử lớn để thay thế máu như huyết tương tươi, huyết tương khô, albumin.

- Trong điều kiện chưa có máu mà phải dùng các huyết thanh, thì phải hết sức thận trọng, phải dựa vào huyết áp động mạch, huyết áp tĩnh mạch trung ương và đặc biệt phải cho thở oxy dưới áp lực. Nếu cầu thiết phải đặt nội khí quản, làm hô hấp nhân tạo và đặt PEEP từ + 5 đến + 10cm H₂O. (PEEP: Positive End Expiratory Pressure, áp lực dương cuối thì thở ra)

- Nếu truyền dung dịch kiềm để trung hòa tình trạng toan chuyển hoá, thì phải dựa vào công thức và nguyên tắc như đã trình bày ở phần trước.

- Phải cho bệnh nhân các thuốc an thần và giảm đau theo công thức: valium 5 - 10mg + Fentanyl 0,05 - 0,1mg, tiêm mạch máu hoặc cho đường miên nhân tạo.

- Nếu sản phụ đền muộn, sốc đã nặng, phải:

+ Truyền Dextran 40.000 để điều trị kết dính té bào máu, với liều lượng 500 - 1000ml, tốc độ 30 - 50ml/phút, song song với truyền máu hoặc các dung dịch khác.

+ Trợ tim bằng Dopamin 5µg/kg/phút hoặc Isoprenalin 0,1 µg/kg/phút.

- Nếu sản phụ đái ít, huyết động mạch, huyết tĩnh mạch trung ương đã trở lại bình thường, phải cho Lasix từ 20 - 200mg/ngày, bảo đảm mỗi giờ đái được ít nhất 60ml nước tiểu.

- Nếu đã có rối loạn đông máu, thì phải chẩn đoán thật đúng để điều chỉnh, tuy vậy, trước khi dùng các thuốc đặc hiệu phải:

+ Đảm bảo hô hấp thật tốt. Nếu cần phải thêm PEEP để đưa áp lực từng phần của oxy trong máu động mạch lên ít nhất 100mmHg.

+ Phải nâng được huyết áp động mạch và giữ ở mức 100 - 120mmHg.

+ Phải điều chỉnh thăng bằng kiềm toan.

- Nếu không có phương tiện xét nghiệm sinh hoá thì nên truyền dextran 40.000 và máu tươi là chủ yếu. Nếu vẫn không có kết quả thì dùng hỗn hợp Heparin và axit Epsilon Aminocaproic (E.A.C.A).

4.2.2. Đối với sốc nhiễm độc nhiễm khuẩn

- Chống nhiễm khuẩn:

+ Kháng sinh: kháng sinh phô rộng, phối hợp và làm kháng sinh đồ để điều chỉnh kháng sinh sau đó

+ Có thái độ xử trí cụ thể đối với từng bộ phận bị nhiễm khuẩn.

- Chống truy tim mạch: cũng giống như trong các trường hợp sốc nhiễm khuẩn nói chung, nhưng nếu tình trạng nhiễm khuẩn kéo dài, sốc nặng lên, thì cần cắt bỏ tử cung.

4.2.3. Đối với sốc tắc mạch do nước ối

Đây là một loại sốc khó điều trị nhất. Phương pháp điều trị phải khẩn trương và phối hợp nhiều mặt.

- Đặt nội khí quản, làm hô hấp nhân tạo với áp lực dương không xen kẽ hoặc dương liên tục, hay thêm PEEP + 5 đến + 10mmHg H₂O, với nồng độ oxy từ 60 - 80%, bảo đảm PaO₂ từ 100 - 120mmHg.

- Phải hỗ trợ tim bằng Dopamin hoặc Isoprenalin song song với sử dụng các thuốc ức chế anpha Adrenecgic, để làm giãn mạch và có tác dụng vừa giảm gánh nặng sau tim, vừa mở rộng vi tuần hoàn, hạn chế đến mức tối thiểu sự thiếu oxy ở các mô.

- Phải cho Heparin (mặc dù bệnh nhân đang mổ) với liều lượng đầu tiên 0,5 mg/kg, sau đó cứ 4 hoặc 6 giờ một lần, tiêm thêm 0,25 - 0,5mg/kg hoặc cao hơn (dựa vào các xét nghiệm đông máu) để giữ thời gian đông máu từ 30 - 60 phút, thời gian Howell 2,30 - 3 phút, tỷ lệ Prothrombin 30% TEG (Emx/k = 5 - 10).

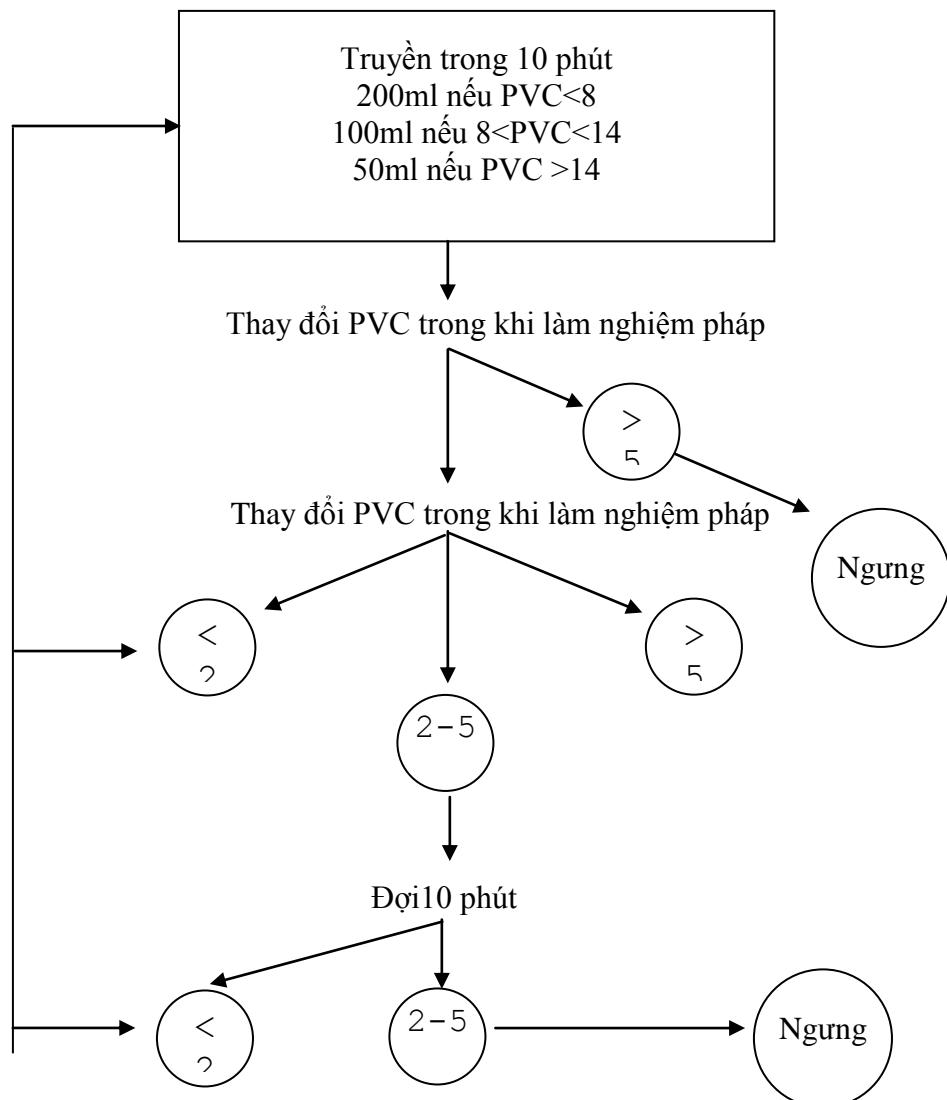
- Nếu sau khi cho heparin mà nghiệm pháp Vonkaulla vẫn còn bị rối loạn (dưới 30 phút) thì có thể cho axit Epsilon Aminocaproic (E.A.C.A) từ 1- 2g, tiêm mạch máu.

- Phải cho Dextran 40.000 và truyền máu tươi, lượng Dextran không quá 1,500ml, lượng máu tươi thì dựa vào huyết áp tĩnh mạch trung ương, huyết áp động mạch, vào hematocrit (giữ ở 30 - 35%), cho máu tươi để chống mất sợi huyết.

- Phải cho các dung dịch kiềm Natribicarbonat (dựa vào kết quả sinh hoá). Trong điều kiện không làm kịp xét nghiệm sinh hoá, có thể cho theo công thức sau đây: Vml (dung dịch 7,40%) = 10 x P (kg).

- Phải đặt thông đái, để theo dõi nước tiểu, cho các thuốc lợi tiểu Manitol 20% hoặc Lasilix, để mỗi giờ có thể có được 60ml nước tiểu.

- Fibrinogen 4g, nếu không kết quả 1 giờ sau cho tiếp.



BỆNH TIM VÀ THAI NGHÉN

Mục tiêu học tập

1. Kể ra được ảnh hưởng của bệnh tim đối với thai nghén và ngược lại.
2. Kể ra được tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tim
3. Lựa chọn các biện pháp điều trị bệnh tim trong thai kỳ
4. Xác định được các điểm cần tư vấn trong bệnh tim và thai nghén.

Bệnh tim ở phụ nữ mang thai thường đưa đến những nguy cơ cho cả mẹ và con. Tần suất mắc bệnh khoảng 1 - 2% trong đó 90% do hậu quả của thấp khớp.

1. ẢNH HƯỞNG CỦA BỆNH TIM ĐỐI VỚI THAI NGHÉN

1.1. Ảnh hưởng của bệnh tim đối với thai nghén

Những người mẹ mắc bệnh tim có thể có hiện tượng thiếu oxy và dinh dưỡng ở tổ chức, tùy theo thời điểm và mức độ mà có các ảnh hưởng khác nhau như:

- Thai chậm phát triển trong tử cung, thai suy mạn.
- Nhẹ cân so với tuổi thai
- Doạ sẩy thai, sẩy thai
- Doạ đẻ non, đẻ non
- Thai chết trong tử cung, thai chết trong chuyền dạ.
- Thai có thể bị dị dạng ở những thai phụ bị bệnh tim bẩm sinh có tím

Tuy vậy, thai nghén vẫn có thể phát triển bình thường ở những thai phụ bị bệnh tim khi chưa mất bù.

1.2. Ảnh hưởng của thai nghén lên bệnh tim

Thai nghén ảnh hưởng nhiều đến tim ở nửa sau của thai kỳ, các biến chứng thường gặp:

- Suy tim cấp
- Phù phổi cấp
- Thuyên tắc mạch phổi
- Rối loạn nhịp tim

Thiếu máu trong thai kỳ: tình trạng thiếu máu sẽ làm tăng lưu lượng tim, tim phải làm việc nhiều để đưa đến suy tim kể cả suy tim độ I và II. Nếu thiếu máu nhẹ chỉ cần cho thêm Sắt và B12 - Nếu thiếu máu nặng thì truyền hồng cầu khôi, tim và điều trị nguyên nhân.

2. CÁC TRƯỜNG HỢP TIM BỆNH LÝ TRONG THAI KỲ

2.1. Những bệnh tim thường gặp

- Hẹp van hai lá: bệnh lý thường gặp nhất (66%), có nhiều biến chứng tim - sản. Gần như tất cả các bệnh nhân hẹp van hai lá đều mắc thấp tim. Những thay đổi huyết động trong thai kỳ có thể gây xung huyết phổi ở những bệnh nhân này.

- Hở van hai lá: cũng thường do bệnh thấp chiếm 34% trong bệnh lý van 2 lá. Thai phụ bị hở van hai lá chịu đựng thai kỳ tốt hơn hẹp van 2 lá.

- Các bệnh hở van tim khác: như hở van 3 lá, hở van động mạch phổi, hở van động mạch chủ thường kết hợp với bệnh lý van 2 lá.

- Hẹp van động mạch chủ: Những bệnh nhân bị bệnh này không có khả năng duy trì cung lượng tim bình thường.

2.2. Các bệnh tim bẩm sinh

- Thông liên nhĩ: Đây là dạng thường gặp
- Thông liên thất: ít gặp hơn. Thông liên thất nhẹ và trung bình vẫn có khả năng mang thai bình thường. Tuy nhiên, những trường hợp có tổn thương thông liên thất nặng có thể tạo

ra shunt phải-trái khi tăng áp động mạch phổi. Sự đảo shunt này được gọi là hội chứng Eisenmenger, hội chứng này có liên quan tới tỷ lệ tử vong mẹ cao (30-50%).

- Còn ống động mạch: Ít gặp, trường hợp ống thông nhỏ vẫn có thể đáp ứng tốt với thai kỳ.

- Tứ chứng Fallot: là bệnh tim có tím hay gấp ở tuổi trưởng thành. Bệnh nhân này kém chịu đựng các thay đổi huyết động đột ngột do chuyển dạ và thay đổi tư thế. Thai nhi thường bị nhẹ cân, sinh non nhưng lại có trưởng thành phổi sớm so với tuổi thai do đáp ứng tình trạng thiếu oxy mãn.

2.3. Các bệnh tim khác

- Viêm cơ tim, suy tim do thiếu vitamin B1.

- Bệnh lý cơ tim (cardiomyopathy): có thể do nghiện rượu, cường cathécholamin, nghiện cocaine, xơ cứng bì...

- Bệnh cơ tim chu sinh (peripartum cardiomyopathy): Là các suy tim xảy ra ở những tháng cuối thai kỳ hay trong vòng 6 tháng sau đẻ mà không phát hiện được nguyên nhân hay bệnh tim trước đó. Người ta nhận thấy thai nghén dễ làm bệnh lý cơ tim xuất hiện nhưng cơ chế chưa rõ. Bệnh này hay gặp sau đẻ, tỷ lệ 1/1300 - 1/4000 cuộc đẻ.

3. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Rất nhiều thay đổi sinh lý của thời kỳ thai nghén có xu hướng làm cho việc chẩn đoán bệnh tim trở nên khó khăn hơn.

3.1. Các triệu chứng và dấu hiệu

- Khó thở và khó thở khi nằm, có thể xuất hiện sớm từ tháng thứ 5 của thai kỳ, và nặng dần lên theo tuổi thai.

- Ho ra máu.

- Cảm giác tức ngực, mệt ngực, ngất khi gắng sức do tim bị chèn ép, thay đổi trực.

- Tím tái, ngón tay dùi trống, khum mặt kính đồng hồ

- Tĩnh mạch cổ nổi.

- Nhịp tim thường nhanh, có thể có ngoại tâm thu hoặc các loạn nhịp khác.

- Nghe tim phát hiện được các tiếng bệnh lý: Rung tâm trương, thổi tâm thu lớn hơn 3/6, tiếng thứ hai tách đôi...

- Nghe phổi có thể nghe được ran âm, hoặc các dấu hiệu tiền triệu của phù phổi cấp và phù phổi cấp.

- Xquang có bóng tim to, bè ngang và cơ hoành bị đẩy cao lên

- Điện tim có biểu hiện suy tim (dày thất phải, dày thất trái) hoặc loạn nhịp.

3.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tim

Năm 1958 Burwell và Mercalfe đã đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Có tiếng rung tâm trương, tiếng thổi tâm thu liên tục hoặc thổi tiền tâm thu.

- Tiếng thổi tâm thu ($\geq 3/6$), đặc biệt có kèm theo rung miu.

- Các triệu chứng bệnh tim rõ ràng.

- Loạn nhịp tim nặng, block.

Nếu thai phụ có một trong bốn triệu chứng trên là có bệnh tim.

3.3. Phân độ suy tim theo chức năng (Hội Tim học New York)

Độ 1: Hoạt động thể lực không bị hạn chế (chưa suy tim)	Tiền lượng còn tốt
Độ 2: Hoạt động thể lực giảm nhẹ Triệu chứng cơ năng xuất hiện khi gắng sức	
Độ 3: Hoạt động thể lực giảm. Triệu chứng cơ năng xuất hiện khi gắng sức nhẹ.	Tiền lượng dè dặt
Độ 4: Triệu chứng cơ năng xuất hiện ngay cả khi nghỉ ngơi	

3.4. Chẩn đoán phân biệt

- Thiếu máu: Thiếu máu trong khi có thai có nhiều triệu chứng: khó thở, mệt, mạch nhanh, hồi hộp, tim có tiếng thổi tâm thu. Thiếu máu nặng có nhiều dấu hiệu giống suy tim.
- Rối loạn nước, điện giải: Aldosteron được tiết ra nhiều hơn trong khi có thai và đạt đỉnh cao khi chuyển dạ. Aldosteron gây ra tình trạng giữ nước và Natri nên thai phụ dễ bị suy tim cấp. Cần lưu ý aldosteron tiết ra nhiều khi có tiền sản giật, suy tim.

4. NHỮNG BIẾN CHỨNG

4.1. Phù phổi cấp

Xem bài phù phổi cấp trong thai nghén

4.2. Loạn nhịp tim

4.2.1. Loạn nhịp đều

Là các thay đổi về tần số tim/phút, có hai loại thay đổi về tần số: nhịp tim nhanh và nhịp tim chậm.

- Nhịp tim nhanh:

- + 80 – 120 lần/phút nhịp nhanh từ nút Keith - Flack
- + 120 – 140 lần/phút nhịp nhanh do rung nhĩ
- + > 140 lần/phút thường là cơn nhịp nhanh kịch phát

- Nhịp tim chậm:

- + Nhịp tim từ 40 -60 lần/phút
- + Nhịp tim từ 40 - 20 lần/phút

Chẩn đoán loạn nhịp kiểu này không khó chỉ cần bắt mạch.

4.2.2. Loạn nhịp không đều

Thường hay gặp là ngoại tâm thu, bệnh nhân có cảm giác hụt hẫng, tim như ngừng đập, bắt mạch thấy nhịp không đều có khi mất nhịp. Nếu ngoại tâm thu > 5% là bệnh lý, nếu có ngoại tâm thu nhịp đôi (kép) nhiều là có nguy cơ cao.

4.2.3. Loạn nhịp hoàn toàn

Thường xảy ra trên bệnh nhân có bệnh tim hoặc suy tim. Tim đập không đều cả thời gian và biện độ, thường do rung nhĩ, xung động từ nhĩ không xuống đến thất, sóng P mất được thay bằng sóng f, nhịp thất không đều: khoảng R-R dài ngắn khác nhau không theo qui luật.

Nguyên nhân thường do thiếu máu cơ tim, thấp tim, nhiễm độc hormon giáp, viêm cơ tim, nhiễm khuẩn...

4.3. Tắc mạch do huyết khối

Tai biến viêm tắc mạch trong lúc mang thai là một trong các nguyên nhân hàng đầu của tử vong mẹ. Tỷ lệ biến chứng này 3-5%, Trong đó 25% xảy ra trong thai kỳ, 75% trong thời kỳ hậu sản. Trên lâm sàng thường gặp viêm tắc tĩnh mạch chi dưới, ngoài ra cũng có thể gặp huyết khối ở mạch vành, não, phổi và mạc treo ruột.

Triệu chứng viêm tắc tĩnh mạch chi dưới:

- + Sốt.
- + Có biểu hiện thừng tĩnh mạch nóng, đau và viêm.
- + Đau ở bắp chân, chân bị viêm tắc sưng to. Đau tăng lên khi sờ vào tĩnh mạch đùi ở vùng tam giác đùi.
- + Siêu âm Doppler chi dưới thấy hình ảnh giãn tĩnh mạch và giảm lưu lượng máu.

4.4. Suy tim

Triệu chứng lâm sàng thường biểu hiện với:

- + Mệt mỏi, khó thở, mạch nhanh ≥ 110 lần/phút.
- + Đau tức ngực hoặc cơn đau thắt ngực thoáng qua.
- + Tĩnh mạch cổ nổi, gan lớn, phản hồi gan-tĩnh mạch cổ dương tính (suy tim phải)

5. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

5.1. Trong thời kỳ mang thai

- Không để tăng cân quá mức: nên ăn kiêng với chế độ ăn ít muối ($\leq 2\text{g/ngày}$).
- Tránh hoạt động thể lực, nghỉ ngơi nằm nghiêng trái ít nhất 1 giờ/ngày.
- Tránh thiếu máu.
- Quản lý thai nghén chặt chẽ với sự phối hợp giữa Sản khoa và Nội tim mạch.

5.2. Xử trí nội khoa

Chủ yếu là dự phòng và điều trị các tai biến.

- Theo dõi sát ngay từ khi có thai, phát hiện các biến chứng để điều trị kịp thời.
- Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, ăn uống hợp lý.
- Tư vấn cho bệnh nhân các dấu hiệu nguy hiểm.
- Điều trị nội khoa bao gồm: Trợ tim, lợi tiểu, an thần, chống huyết khối và dự phòng nhiễm trùng.

5.3. Xử trí sản khoa

5.3.1. Trong khi có thai

- Chưa suy tim

+ Con so: có thể giữ thai để đẻ nếu thai phụ được theo dõi và chăm sóc nội khoa kỹ. Nên cho thai phụ vào viện trước để 1 tháng

+ Con rạ: nên đình chỉ thai nghén. Nếu thai đã gần đủ tháng, sức khỏe của mẹ cho phép thì giữ thai đến đủ tháng, có thể cho đẻ có hỗ trợ thủ thuật hoặc mổ lấy thai nếu có chỉ định

- Đã có suy tim

+ Con so: cần cân nhắc kỹ và thống nhất giữa sản khoa và nội tim mạch.

Suy tim độ I, II: Thai nhỏ dưới 6 tháng nên đình chỉ thai nghén; nếu thai trên 6 tháng, thai phụ có yêu cầu và có khả năng điều trị thì nên chiêu cố nguyện vọng của họ. Trong quá trình điều trị phải đánh giá kết quả điều trị. Khi không đáp ứng điều trị phải đình chỉ thai nghén.

Suy tim độ III, IV: Phải đình chỉ thai nghén dù ở tuổi thai nào. Tuy nhiên phải lựa chọn phương pháp, thời điểm thích hợp nhất. Cần có sự hỗ trợ của bác sĩ nội tim mạch

+ Con rạ: nên đình chỉ thai nghén bằng các biện pháp an toàn và triệt để. Nếu thai gần đủ tháng cũng có thể điều trị thêm một thời gian ngắn đến đủ tháng rồi mổ lấy thai chủ động.

- Trong khi tiến hành các biện pháp trên chú ý các vấn đề sau :

+ Giảm đau tốt để đề phòng ngừng tim do đau hoặc do phản xạ.

+ Ngăn ngừa thuyền tắc mạch do huyết khối xảy ra sau thủ thuật, sau mổ

+ Đảm bảo vô khuẩn và sử dụng kháng sinh để ngăn ngừa nhiễm trùng trong và sau đình chỉ thai nghén.

+ Hạn chế chảy máu đến mức thấp nhất để giảm lượng dịch truyền khi hồi sức, để phòng quá tải dễ đưa đến suy tim và phù phổi cấp.

5.3.2. Khi chuyển dạ

Ở người có bệnh tim việc đẻ đường dưới có lợi do hạn chế được các nguy cơ của mẹ liên quan đến phẫu thuật và hậu phẫu. Trong chuyển dạ có nguy cơ xảy ra mất bù đột ngột, nên cuộc đẻ phải diễn ra ở nơi có các bác sĩ tim mạch, gây mê, sản khoa, nhi khoa phối hợp.

- Khi đang chuyển dạ: Sản phụ nên được dùng thuốc trợ tim, an thần, thở oxy, nằm nghiêng trái. Nếu phải điều chỉnh cơn co bằng oxytocin nên dùng oxytocin 10 đơn vị pha trong 500ml glucoza 5% để tránh quá tải cho tim.

- Khi sô thai: Lấy thai bằng Forcep nếu đủ điều kiện để tránh găng súc cho sản phụ. Cần chú ý chống rối loạn huyết động sau khi sô thai bằng cách chèn túi cát lên bụng bệnh nhân và hạ thấp 2 chân ngay sau đẻ.

- Nếu phải mổ lấy thai nên mổ lấy thai chủ động tốt hơn khi đã chuyển dạ để tránh các thay đổi huyết động tăng lên khi gây mê và chuyển dạ.

- Thời kỳ sổ rau: Tôn trọng sinh lý sổ rau, chỉ can thiệp khi cần thiết, cần kiểm tra kỹ bánh rau để phát hiện sót rau.

5.3.3. Thời kỳ hậu sản

Trong thời kỳ này còn tồn tại các thay đổi huyết động, nguy cơ nhiễm khuẩn và tắc mạch.

- Điều trị kháng sinh có hệ thống, tối thiểu là 1 tuần.

- Chú ý dự phòng huyết khối: hướng dẫn sản phụ ngồi dậy và vận động sớm. Chỉ định heparin trọng lượng phân tử thấp trong 15 ngày cho những người có nguy cơ cao.

- Cho con bú: có thể cho con bú nếu sản phụ chưa có suy tim mắt bù, vẫn theo dõi các tai biến tim sản, nếu xuất hiện các dấu hiệu bất thường phải ngưng cho con bú.

- Nếu phải cắt sữa nên dùng Parlodel (Bromocriptine).

6. TƯ VẤN TRONG BỆNH TIM VÀ THAI NGHÉN

- Giải thích tầm quan trọng của việc theo dõi sát quá trình thai nghén.

- Trao đổi với bệnh nhân sự cần thiết của việc phải sinh trong bệnh viện chuyên khoa

- Nếu các dấu hiệu nguy hiểm, biến chứng trong thai kỳ và khi chuyển dạ để thai phụ biết và cảnh giác.

+ Sau sinh cần tư vấn các biện pháp tránh thai và kế hoạch hoá gia đình. Tránh thai ở người bệnh tim gồm có các biện pháp sau:

+ Thuốc tránh thai: Progestatif liều thấp, liên tục.

+ Bao cao su

+ Xuất tinh ngoài âm đạo, màng ngăn âm đạo, thuốc diệt tinh trùng...

+ Thắt vòi tử cung nên được đặt ra khi:

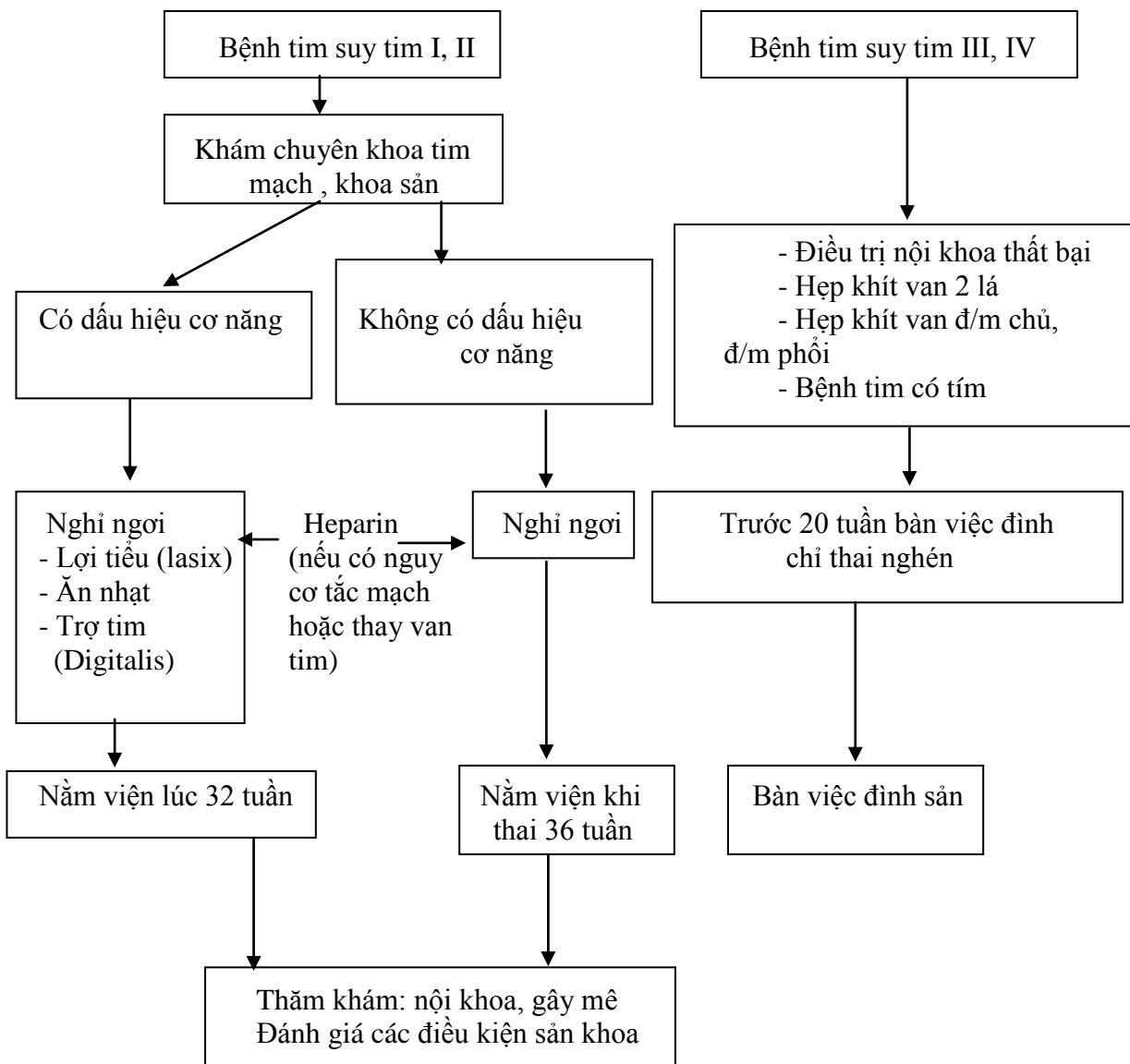
* Nếu thai nghén sẽ làm bệnh tim nặng thêm.

* Nếu bệnh tim nặng không thể cải thiện bằng điều trị nội khoa, ngoại khoa hoặc chống chỉ định có thai lại (suy tim độ III, IV). Cần thảo luận chỉ định này với vợ chồng bệnh nhân, bác sĩ tim mạch. Nếu phải thắt vòi tử cung nên làm xa cuộc đẻ để tránh các nguy cơ viêm tắc tĩnh mạch.

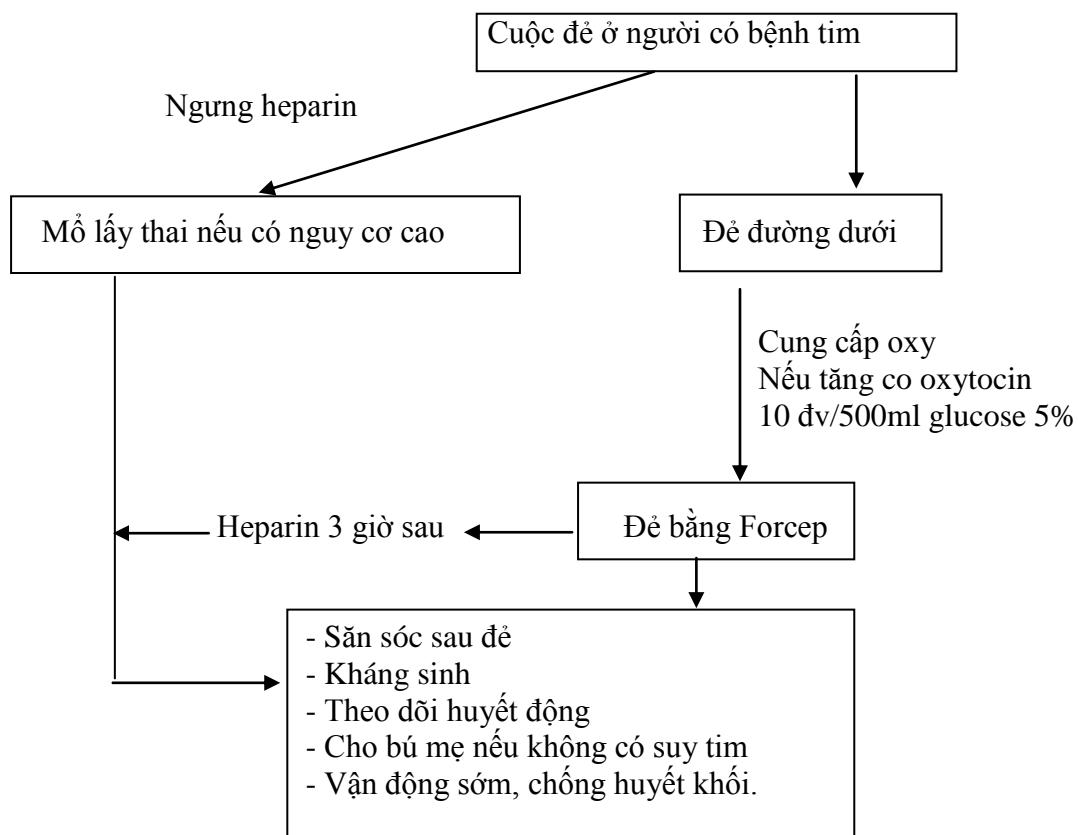
+ Có thể đặt vấn đề thắt ống dẫn tinh cho người chồng để tránh nguy cơ của phẫu thuật cho người vợ.

SƠ ĐỒ THEO DÕI THAI NGHÉN VÀ XỬ TRÍ CUỘC ĐẺ Ở THAI PHỤ BỆNH TIM

Sơ đồ 1: Theo dõi thai nghén trong trường hợp bệnh tim có suy



Sơ đồ 2: Theo dõi và xử trí cuộc đẻ ở người có bệnh tim



PHÙ PHỔI CẤP TRONG SẢN KHOA

Mục tiêu học tập

1. Phân tích ảnh hưởng của thai nghén đối với hệ tuần và bệnh tim của người mẹ
2. Xác định nguyên nhân và chẩn đoán phù phổi cấp trong thai kỳ
3. Thiết lập kế hoạch xử trí phù phổi cấp do huyết động và phù phổi cấp do tổn thương

1. ĐẠI CƯƠNG

Phù phổi cấp là cấp cứu số một nội khoa có thể gặp trong thực hành sản khoa. Phù phổi cấp trong sản khoa thường xảy ra ở các bệnh nhân mắc bệnh tim, cao HA, bệnh thận hoặc các bệnh nhiễm trùng trong lúc mang thai. Cũng có khi do truyền dịch quá nhiều, quá nhanh.

Tỷ lệ phù phổi cấp chiếm 15% các biến cố tim-sản và tử vong chiếm 50% các biến cố tim sản-tỷ lệ tử vong của phù phổi cấp còn cao (68%).

1.1. Các thay đổi về tuần hoàn khi mang thai

1.1.1. Nước

Ngay từ khi bắt đầu mang thai đã có hiện tượng giữ nước trong cơ thể. Tổng lượng nước ngoại bào tăng 1,51%. Đặc điểm là nước được giữ lại phân phôi đều trong tổ chức phần mềm. Nước tăng dần và tăng nhiều trong 10 tuần cuối cho đến khi chuyển dạ, sau để giảm đột ngột.

1.1.2. Máu

Thể tích huyết tương tăng nhanh và nhiều hơn nước ngoại bào. Đến tuần thứ 6 thể tích huyết tương tăng rõ ràng và còn tăng cho tới tuần 34, khi do huyết tương tăng 50% so với trước khi mang thai và ổn định cho tới lúc đẻ. Sau đẻ sáu (6) tuần thể tích huyết tương mới trở lại bình thường.

1.1.3. Tim mạch

Nhịp tim của thai phụ tăng cùng với tuổi thai thường là tăng khoảng 15%. Thể tích tâm thu và lưu lượng tim tăng dần đạt tối đa ở tuần 28-36 rồi giảm xuống chút ít, tuy vậy còn rất cao so với trước khi có thai. Lưu lượng tim tăng do nhu cầu tiêu thụ oxy cao cho mẹ (vú, tử cung) thai và phần phụ- Đồng thời do khối lượng máu tăng nên lưu lượng máu tăng. Nhu cầu oxy của mẹ tăng 20-25% lưu lượng tim tăng 40-50%.

Tốc độ tuần hoàn tăng do có shunt (thông) đ/m - tĩnh mạch ở hò huyết.

Tư thế của tim: Tử cung lớn dần đẩy cơ hoàng lên cao làm cho tim từ trực dọc chuyển sang tư thế nằm ngang (horizontal), đồng thời có xoay quanh trực dọc của nó làm cho cung giữa trái phòng, cung đ/m phổi nhô ra- Như vậy các mạch máu từ tim ra bị gấp nhẹ vì vậy tim làm việc trong điều kiện khó khăn hơn.

1.2. Các thay đổi tuần hoàn trong và sau đẻ

Trong khi chuyển dạ do xuất hiện cơ co tử cung nên nhu cầu oxy tăng. Đồng thời co tử cung sẽ dồn máu vào tuần hoàn mẹ mỗi cơn co là 250 = 300ml (500ml), hết cơ co máu lại trở về tử cung. Sự tăng công cơ học đột ngột cùng với sự thay đổi liên tục làm cho các quả tim bệnh lý không đáp ứng được.

Thời kỳ sổ rau xảy ra các hiện tượng:

- Sau khi sổ thai có hiện tượng dừng đột ngột tuần hoàn tử cung rau.

- Thiếu hòng cầu vận chuyển oxy do hiện tượng mất máu khi bong rau.

- Lượng máu lưu thông tăng trong hệ tuần hoàn vì tử cung co đưa đến gánh nặng đột ngột cho tim.

- Lượng máu qua tim tăng khoảng 20% trong thời gian ngắn do sau đẻ có hiện tượng giảm áp lực ổ bụng- Sự thay đổi đột ngột này dễ gây ngừng tim, phù phổi, suy tim cấp ở các bệnh nhân tim. Do vậy thời kỳ sổ rau là thời nguy hiểm cho các bệnh nhân tim.

Thời kỳ hậu sản: Mặc dù khối lượng tuần hoàn giảm dần, lượng nước bào giảm (do

oestrogène giảm) nhưng do nhu cầu ôxy vẫn cao do quá trình tạo sữa và phát triển của vú, trên nền một dự trữ năng lực hoạt động của tim bị suy giảm và còn tồn tại ảnh hưởng rối loạn huyết động trong cuộc đẻ nên nguy cơ suy tim và phù phổi vẫn có khả năng xảy ra nhất là ở những bà mẹ phải lao động và cho con bú.

Tóm lại cần phải chú ý một số điểm đau: (Theo C. Champagne).

- Đau và co tử cung sẽ làm gia tăng cung lượng tim từ 10-15%.
- Trong lúc rặn sổ cung lượng tim tăng 40-46%.
- Lúc bong rau và sổ rau là lúc cung lượng tim tăng cao nhất có thể đến 80% do máu hoàn hồi và lượng máu tĩnh mạch chỉ dưới trở về tim). Do đó đây là giai đoạn nguy hiểm với nhiều biến cố tim sản.

1.3. Các thay đổi của áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP) (theo Coloditz)

- Phụ nữ không có thai : 7,8-11,2 cmH₂O (trung bình 9)
- Có thai 3 tháng đầu : 6,8-8,2 cmH₂O (trung bình 7,7)
- Có thai 3 tháng giữa : 3,6-4,6 cmH₂O (trung bình 4,1)
- Có thai 3 tháng cuối : 2,0-4,4 cmH₂O (trung bình 3,8)

Càng về cuối thai kỳ CVP càng thấp dần- Phải chú ý tư thế nằm ngửa của thai phụ tĩnh mạch bị chẹn máu về tim giảm nên CVP thấp. Trong khi chuyển dạ do co bóp của tử cung CVP thay đổi tăng từ 4,5 lên 5,8cm H₂O, mỗi co tử cung đẩy vào tĩnh mạch chủ 250-300ml máu, đồng thời với nó là các hiện tượng các mạch máu tử cung rau bị khép, tử cung nâng lên bót chèn vào tĩnh mạch chủ (máu về tim nhiều hơn và do kích thích giao cảm (theo Goltner, Martin Sam billan).

- Các thuốc gây co bóp tử cung làm tăng CVP trong 24 giờ sau đẻ.

1.4. Các thay đổi về hô hấp

Do ảnh hưởng của Progesteron nên trong thai kỳ người phụ nữ thở nhiều hơn, nhịp thở tăng 10%, không khí lưu thông tăng 40%, độ giảm của phổi, dung tích sống không thay đổi. Sức cản đường thở, thể tích cặt chức năng, thể tích khí dự trữ thở ra giảm. Sau khi đẻ độ giãn phổi tăng 25-30%. Thể tích thông khí phút trong thai kỳ tăng từ 7,25 lên 10,5l/1'.

2. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN PHÙ PHỔI CẤP

- Mức độ nặng hay nhẹ của bệnh tim trong đó điển hình nhất là hẹp van 2 lá với biến chứng chủ yếu của nó là phù phổi (70-90%). Hẹp càng khít bệnh càng nặng và biến chứng càng nhiều.

- Tỷ lệ thương van bệnh càng nặng.
- Số lần đẻ: Những người đẻ con so có bệnh tim nguy cơ xảy ra thấp hơn so với người đẻ nhiều.
 - Tuổi thai: Thai càng lớn biến cố tim sản xảy ra càng nhiều.
 - + 25% trong thai nghén.
 - + 50% xảy ra trong thời kỳ chuyển dạ và sổ rau.
 - + 25% xảy ra ở thời kỳ hậu sản.

- Các bệnh lý cao HA trong thai kỳ, nhất là tiền sản giật nặng cơn phù phổi cấp có nhiều thuận lợi xảy ra khi ta làm đầy lòng mạch khi gây tê ngoài màng cứng hay túy sống trong vô cảm cho bệnh nhân cao huyết áp. Người ta cũng thấy rằng phù phổi cấp cũng có thể xảy ra ở giai đoạn hậu sản, đây là giai đoạn cao điểm, có thể trầm trọng hơn so với lúc mang thai, thông thường HA lên trở lại với trị số cao từ giờ thứ 12 sau đẻ- Đây là giai đoạn dễ có suy tim và phù phổi cấp, nguy cơ sẽ gia tăng nếu có phù nhiều, truyền dịch nhiều khi đẻ. Việc truyền dịch quá nhiều gây ra quá tải tuần hoàn.

- Sử dụng corticoides khi muôn giúp đỡ trưởng thành phổi của thai nhi sẽ làm giữ muối và nước, đặc biệt nếu đồng thời có dùng các thuốc kích thích (do chất này cũng có tính giữ muối, nước và làm hạ kali). Do vậy không dùng phổi hợp 2 loại thuốc này và cũng không

được dùng dung dịch muối để tiêm truyền 2 loại thuốc đã nêu.

- Ngoài ra phù phổi cấp còn gặp trong các trường hợp thiếu máu, suy dinh dưỡng, nhiễm trùng, sốt rét và bệnh thận, ngộ độc thuốc và các độc chất khác ..vv...

3. SINH LÝ BỆNH

3.1. Luật Starling

Theo E.H. Starling bình thường có một trạng thái cân bằng giữa lượng dịch thoát ra khỏi tuần hoàn (mao mạch) bằng lượng dịch hấp thu vào tuần hoàn (mao mạch+ bạch mạch).

Trong các trường hợp bất thường sẽ có:

- Có sự cản trở tuần hoàn bạch mạch làm cho lượng dịch thặng dư không được hấp thu vào hệ bạch mạch.

- Gia tăng lượng dịch thặng dư (giảm áp lực keo huyết tương, tăng áp lực mao mạch, nó sẽ không được hấp thu hết vào hệ bạch mạch (dịch bị ứ trong khoang kẽ, tăng thể tích khoang kẽ và phù xuất hiện. Bình thường sự thoát dịch qua mao mạch phổi và được hấp thụ qua hệ bạch mạch với lưu lượng 10-20ml/giờ.

Hàng rào phế nang mao mạch phổi có 3 phần:

- Màng mao mạch phổi
- Gian bào
- Hàng rào phế nang

3.2. Cơ chế phù phổi cấp

Phù phổi cấp là một tình trạng tràn ngập đột ngột thanh dịch từ huyết tương thẩm qua mao mạch phổi vào phế nang rồi vào hệ thống phế quản. Nói khác đi phù phổi là tình trạng tích lũy dịch ở gian bào và phế nang.

Trong phù phổi cấp sự xuất hiện bọt là do thanh dịch phổi hợp với luồng khí lưu thông, thể tích dịch thoát ra tăng lên nhiều. Tình trạng này ngăn cản sự khuyếch tán của các chất khí đưa đến sự giảm ôxy máu, tăng CO₂ tổ chức. Nguy cơ giảm O₂ tổ chức ngày càng trầm trọng hơn do sự gia tăng tính thẩm của mao mạch và làm cho suy tim và suy thận chức năng dễ xuất hiện.

3.2.1. Trong phù phổi huyết động

Có nhiều yếu tố làm gia tăng lưu lượng máu qua màng mao mạch:

- Áp lực keo nội mạch giảm do giảm protid máu.
- Giảm áp lực thủy tĩnh gian bào do rút nhiều và nhanh dịch màng phổi.
- Gia tăng áp lực thủy tĩnh nội mạch gấp được khi:

+ Suy tim có rối loạn chức năng thất trái thì tâm trương sẽ làm gia tăng áp lực cuối tâm trương thất trái lên nhĩ trái rồi đến tĩnh mạch phổi, cuối cùng là mao mạch phổi (tràn dịch màng tim viêm màng tim co thắt).

+ Hẹp van 2 lá nhất là hẹp 2 lá khít.

Trong phù phổi cấp do nguyên nhân tim mạch yếu tố cơ học là chính. Hiện tượng phù kẽ khi áp lực mao mạch 15mmHg, phù phế nang khi áp lực mao mạch vượt quá 30mmHg (thực sự nó là hiện tượng gia tăng đột ngột áp lực của mao mạch phổi).

3.2.2. Trong phù phổi tổn thương

Phù phổi cấp do tổn thương ở màng phế nang, mao mạch (nguyên nhân thần kinh, nhiễm độc, nhiễm khuẩn).

Lưu lượng máu qua màng mao mạch gia tăng do sự tổn thương hàng rào phế nang- mao mạch làm tăng tính thẩm và sự phản hồi. Trong khi đó không có thay đổi thông số huyết động.

Tuy nhiên cũng cần lưu ý rằng dù bất kỳ loại phù phổi cấp nào cũng đều có sự tham gia của cả yếu tố huyết động và các yếu tố phổi hợp (như: thần kinh, nội tiết, nhiễm trùng, tăng tính thẩm mao mạch).

4. PHỔI CẤP HUYẾT ĐỘNG

4.1. Nguyên nhân

Nguyên nhân chủ yếu là do các bệnh tim mạch, như trên đã nêu tình trạng thai nghén làm cho bệnh tim nặng lên, dễ biến chứng. Cần chú ý đến các bệnh nhân hẹp van 2 lá có tỷ lệ phù phổi cấp cao 70-90%, hở động mạch chủ, cao huyết áp nặng trong tiền sản giật.

- Các bệnh lý của thận gây rối loạn nước, điện giải và mất protein.
- Truyền dịch nhiều và nhanh ở các bệnh nhân sốc, thiếu niệu hoặc vô niệu.

4.2. Thời điểm xuất hiện

Phù phổi cấp có thể xuất hiện trong mọi giai đoạn của thai nghén.

- Thai dưới 28 tuần các rối loạn huyết động liên quan với bệnh tim là chính.
- Thai trên 28 tuần: Tình trạng thai nghén và gắng sức làm rối loạn huyết động.
- Trong lúc chuyển dạ: Tim đột ngột mệt bù. Trong bệnh hẹp van 2 lá, tim hoạt động nhiều trong chuyển dạ trong khi tim phải còng tốt, đẩy máu lên phổi làm gia tăng áp lực động mạch phổi đưa đến phù phổi cấp.

Tuy nhiên không phải đẻ xong là hết, phù phổi cấp cũng như các biến cố tim sản vẫn có thể xảy ra ngay sau sổ rau hoặc trong thời kỳ hậu sản.

4.3. Chẩn đoán

4.3.1. Thể điển hình

- Đây là cơn kịch phát, tính chất rầm rộ với các tính chất và triệu chứng sau:
 - + Sản phụ đột ngột khó thở, nhịp thở nhanh, ho nhiều, môi và đầu chi tím, tinh thần hốt hoảng lo sợ, tức ngực, vã mồ hôi lạnh chân tay.
 - + Các triệu chứng trên nặng lên nhanh: Ran ẩm nhỏ hạt ở đáy phổi dâng lên nhanh như sóng triều, gõ đục đáy phổi- Từ ho khan chuyển sang khạc ra đờm bọt hồng ngày càng nhiều.
 - + Tim thường có nhịp nhanh > 100 lần/ phút, kèm theo các tiếng tim bệnh lý (rung tâm trương). Đôi khi có tiếng ngựa phi.
 - + Nếu có suy tim trái thì tiếng tim mở.
 - + Huyết áp: Huyết áp thường kép, HA tăng cao trong tiền sản giật, các bệnh thận hoặc cơn tăng huyết áp. Có thể gấp HA hạ do trụy tim mạch, đây là bệnh cảnh nặng chứng tỏ tim mệt bù và suy hô hấp cấp.
 - + Áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP) thường cao (15 cmH2O, với biểu hiện tĩnh mạch cổ nổi). CVP cao giúp ta chẩn đoán giãn biệt với phù phổi cấp do tổn thương.
 - + Sinh hóa: Dịch phế quản có nhiều hồng cầu, bạch cầu- phản ứng Rivalta (-) do ít protein < 30g/l- PaO₂ < 60 torr (áp lực O₂ động mạch ngoại vi).
 - + Xquang: Hai phổi mờ kém sáng hình cánh bướm, có 2 giai đoạn.
 - Ở giai đoạn phù kẽ
 - + Sự xuất hiện của tái phân bố mạch máu phia phổi là một dấu hiệu sớm.
 - + Đám mờ cạnh rốn phổi, quang cảnh phế quản.
 - + Các đường kerley biểu hiện của ứ dịch mô kẽ.
 - Kerley A: Đinh phổi có đám mờ hình dài.
 - Kerley B: Ngoại biên và đáy phổi có đám mờ hình dài.
 - Ở giai đoạn phù phổi nang
 - + Xuất hiện các đám mờ dạng đám mây, bờ không đều, giới hạn không rõ, ở quanh rốn phổi đối xứng (hình cánh bướm đã nêu ở trên nếu điển hình) cũng có khi không đối xứng hoặc chỉ có ở một bên phổi.



Hình 1. X quang phổi cấp

4.3.2. Thể bán cấp

Cũng xuất hiện với khó thở đột ngột, cảm giác ngứa cổ, có thể không có đờm bọt. Loại này hay gặp. Ngoài ra người ta có thể gặp thể tối cấp chỉ diễn tiến nhanh trong vòng vài phút. Bất kỳ thể lâm sàng nào của phù phổi cấp cũng đều cho tiên lượng xấu như nhau.

Lưu ý: phù phổi cấp thường có tiền triệu trước vài giờ hoặc lâu hơn. Nếu phát hiện sớm các tiền triệu rất có lợi trong điều trị và có thể ngăn chặn được cơn phù phổi xảy ra.

4.4 .Chẩn đoán phân biệt

4.4.1. Con hen phế quản

Phổi nhiều ran rít và ran ngáy, gõ vang lồng ngực căng.

4.4.2. Viêm phổi - phế quản

Có nhiều loại ran: rít, ngáy, ran nổ, và ran âm, có vùng gõ đục.

4.4.3. Suy tim do thiếu B1

Có nhiều dấu hiệu giống phù phổi nhưng không có ran âm dâng lên nhanh- Đáp ứng nhanh với B1- phản xạ gân gối và gân gót mắt.

4.4.4. Hen tim

Cũng rất dễ nhầm với phù phổi, thường có khó thở thì thở ra, ran rít, ran rống- Thứ phát sau phù quanh phế nang.

4.5. Điều trị

Xử trí phù phổi cấp phải đi vào 3 việc chính.

- Hô hấp: Giải quyết tình trạng ngạt thở cấp.

- Tuần hoàn: Thường là 1 suy tim trái, thường có tăng áp lực ở tiểu tuần hoàn.

- Tiết niệu: Thận không đủ sức thải nhanh 1 lượng lớn nước tiểu Na⁺ giảm gánh thắt trái.

Đối với phù phổi cấp do huyết động lòn lượt xử trí như sau:

- Đặt bệnh nhân ngồi thẳng, tựa lưng, thông 2 chân xuống ghế đỡ. Đây là biện pháp làm giảm bớt lưu lượng máu về tim nhanh và đơn giản.

- Thở oxy qua mũi với lượng 8-12l/1' qua cồn pha nước giúp phá vỡ bọt.

- Garô hoặc băng ép các gốc chi (3 chi) thay đổi mỗi 15 phút.

- Tiêm tĩnh mạch các thuốc sau:

+ Morphin 0,01g x 1 ống (cũng có thể tiêm dưới da hoặc dùng seduxen 10mg hòa loãng tiêm tĩnh mạch chậm), không dùng nếu bệnh nhân có bệnh phổi mẫn tính.

+ Lasix (Furosemide) 20mg x 2 - 4 ống tiêm tĩnh mạch có thể dùng 20mg sau mỗi 15 phút. Cần phải chú ý tác dụng giảm thể tích máu và kali máu đột ngột. Lợi điểm của thuốc là có tác dụng giảm được áp lực mao mạch phổi do gia tăng nhanh sức chứa tĩnh mạch.

+ Cedilanid 0,4mg hoặc Digoxin 0,25mg tiêm tĩnh mạch làm gia tăng sự co bóp

cơ tim. Chỉ định khi: nhịp nhanh trên thất, rung nhĩ nhanh. Chống chỉ định khi loạn nhịp thất, rối loạn dẫn truyền, rối loạn kali máu nặng.

- Nếu sau 15 phút không đỡ

+ Trích máu 300ml nếu garô không kết quả - không được làm khi bệnh nhân có thiếu máu, trụy mạch, biện pháp này nên giới hạn chỉ định.

+ Nếu có cao HA có thể dùng Rausedyl 1mg tiêm tĩnh mạch chậm trong 15 phút hoặc Adalat 10mg ngâm dưới lưỡi hoặc Acebutolol 0,5-1mg/kg truyền tĩnh mạch hoặc Natri Nitro Prussiate 0,5 - 3 micro gram/kg - phút. Ngày nay trong cấp cứu phù phổi cấp người ta dùng Lenitral (Trinitrine) 3mg tiêm tĩnh mạch 1/2 - 1 lồng trong 30 giây - 1 phút có thể lặp lại sau 10 phút, sau đó duy trì bằng truyền tĩnh mạch với liều từ 1-2 mg/giờ

- Nếu có thể: Đặt nội khí quản hút đờm, bọt- bóp bóng với ôxy 100% trong 15 phút sau đó co thở máy với FiO₂ 0,6 (ôxy 60%) khi có trụy tim mạch bắt buộc phải thông khí nhân tạo.

- Xử trí sản khoa: Xử trí sản khoa sau khi cơn phù phổi cấp đi qua và ổn định.

+ Thai nhỏ dưới 28 tuần chấm dứt thai kỳ bằng cách mổ lấy thai, triệt sản.

+ Thai trên 28 tuần, mổ lấy thai, triệt sản hoặc cắt tử cung bán phần nếu nguyên nhân của phù phổi cấp là do bệnh tim, thận.

+ Trong lúc chuyển dạ: Phá ối khi cổ tử cung mở 2-3cm để rút ngắn chuyển dạ - Rút ngắn giai đoạn 2 của chuyển dạ bằng cách hỗ trợ forcep nếu có đủ điều kiện, tránh cho bệnh nhân rặn đẻ. Nếu có thể cho bệnh nhân nằm để nghiêng trái. Nếu đẻ theo tư thế sản khoa thì ngay sau sổ thai phai hạ thấp chân ngay. Sau đẻ, đặt vấn đề triệt sản khi bệnh nhân ổn định.

5.6. Dự phòng

Phối hợp cả các biện pháp nội khoa và sản khoa.

- Sử dụng thuốc giảm đau, an thần trong khi chuyển dạ, lựa chọn các thuốc không làm tim đập nhanh.

- Nếu được thì gây tê thần kinh thẹn, hoặc gây tê vùng cho đẻ.

- Thở đầy đủ oxy trong chuyển dạ và sau đẻ.

- Tránh để chảy máu quá mức sau đẻ, nếu bị sưng khó hồi sức- Hạn chế sử dụng thuốc co bóp tử cung ở gian đoạn này nếu không có tình trạng chảy máu.

- Tránh mổ lấy thai nếu không có chỉ định rõ về lý do sản khoa.

- Các bệnh nhân suy tim III và IV không cho con bú.

- Giữ bệnh nhân tại bệnh viện tối thiểu 1 tuần sau đẻ, làm tốt công tác tham vấn biện pháp tránh thai. Ở các bệnh nhân đã có biểu hiện suy tim thì từ đó được coi là suy tim IV.

5. PHÙ PHỔI CẤP TỐN THƯƠNG

Phù phổi tổn thương gặp trong nhiều trường hợp khác nhau, bệnh cảnh chính là hội chứng suy hô hấp ở người lớn. Có 3 nhóm nguyên nhân gây ra phù phổi cấp tổn thương.

5.1. Nguyên nhân

5.1.1. Các tổn thương của màng phế nang - mao mạch

- Hít phải dịch dạ dày và chất nén thường làm tắc đường hô hấp, gây ngạt cấp tính. Trong khi rặn đẻ áp lực trong dạ dày của sản phụ lên cao.

	Áp lực trung bình trong dạ dày	Sức cản tối đa của cơ thắt tâm vị	Chênh lệch áp lực
Bình thường không thai nghén	12,1 cmH ₂ O	34,8 cmH ₂ O	22,7 cmH ₂ O
Có thai không có bệnh tim	17,2	44,8	27,6
Có thai có bệnh tim	16,5	23,8	7,3

- Trong lúc gây mê, góc Hiss của dạ dày mở rộng sức cản của cơ thắt tâm vị mất dịch vị,

thức ăn trong dạ dày trào ngược dễ dàng, nước và thức ăn chảy vào khí phế quản gây ra hội chứng Mendelson - Hậu quả gây ra tổn thương màng phế nang; thiếu ôxy rất nặng, tỷ lệ tử vong cao.

- Hít phải các khí độc: phốt pho, NO₂ - thuốc trừ sâu, các loại acide bay hơi mạnh.

5.1.2. Các bệnh phổi cấp tính

Biểu hiện của các bệnh lý nhiễm khuẩn cấp tính ở phổi: Cúm ác tính, Cytomegalovirus do phế cầu, lao kê và do Legionellose, sốt rét ác tính thể phổi, Pneumocytose.

5.1.3. Các tổn thương gián tiếp

- Các tình trạng choáng nhiễm trùng, chấn thương và phản vệ.
- Các bệnh lý nhiễm khuẩn nặng: nhiễm trùng gram âm, viêm phúc mạc.
- Do truyền dịch quá nhanh, quá nhiều làm bilan (+) ở những bệnh nhân thiếu niệu, vô niệu hoặc bệnh nhân suy tim ăn mặn. Cần chú ý đến việc truyền máu cho sản phụ phải nắm được sự gia tăng đến 40% thể tích máu so với trước khi có thai ii do đó rất dễ bị suy tim và phù phổi cấp.
- Tình trạng ngộ độc các thuốc: heroin, an thần, aspirin, toan céton do đái đường và các chất cản quang.

5.2. Thời điểm xuất hiện

Phù phổi cấp do tổn thương thường xuất hiện muộn sau nhiễm bệnh.

- Tiến triển của bệnh xảy ra từ từ, suy hô hấp cấp nặng dần lên.
- Cách điều trị cũng khó hơn tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh.
- Trong quá trình điều trị nếu nghi ngờ cũng nên xử trí như phù phổi cấp.

5.3. Chẩn đoán

Bệnh cảnh rất thay đổi tùy thuộc nguyên nhân. Sử dụng các dấu hiệu âm tính để giúp hướng chẩn đoán: không khó thở khi nằm, tiền sử không mắc bệnh tim. Khạc đờm có protein > 30g/l. Tuy nhiên nó cũng có các triệu chứng sau:

5.3.1. Hô hấp

- Nhịp thở tăng, khó thở nặng dần, phổi có ran âm nhưng không dâng lên nhanh.
- Bệnh nhân vật vã, tím, thở ôxy hoặc thông khí hỗ trợ với áp lực dương ngắn (PPI hoặc IPPV: Intermittent Positive Pressure Ventilation/ Pressure Positive Intermittente) vẫn không đỡ.

5.3.2. Tuần hoàn

- Mạch nhanh huyết áp tăng sau đó sẽ trụy mạch.
- Các rối loạn nhịp tim có thể xảy ra.
- Các chỉ số huyết động không thay đổi: áp lực tĩnh mạch trung ương không cao, có khi thấp- áp lực mao mạch phổi dưới 12mmHg, trong khi phù phổi do huyết động các chỉ số này đều cao (CVP (15cmH2O; áp lực mao mạch phổi (30mmHg).

5.3.3. Cận lâm sàng

- PaO₂ (áp lực riêng phần của O₂ máu động mạch) giảm < 60 torr, hỗ trợ hô hấp với PPI mà paO₂ không tăng.
 - Dịch phế quản có Rivalta (+) (Protein > 30-50g/l.
 - Xquang có đám mờ không đều, có thể có xẹp phổi.
 - Điện tim không thay đổi.

5.4. Chẩn đoán gián biệt

5.4.1. Đợt cấp của suy hô hấp

Bệnh nhân tím nhiều hơn tái, rên rít, rên ngáy nhiều. Có dấu hiệu suy tim phải, gan lớn, tĩnh mạch cổ nổi, có tiền sử và có sốt.

5.4.2. Nhồi máu phổi sau đẻ

Tiền sử cá nhân về bệnh thuyên tắc, nằm lâu khi có thai hoặc sau đẻ.

- Đột nhiên đau ngực dữ dội, trụy mạch khó thở.

- Khạc ra máu (xin xem thêm phần tắc mạch phổi ở bài nhiễm khuẩn hậu sản).

5.4.3. Tắc mạch nước ối

Triệu chứng báo trước không đặc hiệu, xuất hiện đột ngột có thể xảy ra trong chuyển dạ đẻ thường có vỡ ối, co cơ cường tính, trong khi mổ lấy thai hoặc thủ thuật, trên các sản phụ đẻ nhiều...

Chẩn đoán dựa trên 3 hội chứng cơ bản: suy hô hấp cấp - suy tuần hoàn - chảy máu do rối loạn đông máu.

5.5. Điều trị

- Đặt ống nội khí quản, hút đờm dài để khai thông hô hấp, thở máy với áp lực dương. Cuối thì thở ra (positive end expiratory pressure) + 5-10 cmH₂O.FiO₂ = 0,6 (60%).

- Đảm bảo huyết động bằng cách truyền Dopamin hoặc Dobutamin. Cần theo dõi áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP: Central Venous Pressure).

- Điều trị nguyên nhân gây bệnh

- + Kháng sinh mạnh.

- + Chống sốt rét bằng Quinin hoặc Artesunat.

- + Quinin sulfat 10mg/kg mỗi 8 giờ trong ngày đầu TB (tiêm bắp).

- + 10mg/kg mỗi 12 giờ các ngày sau TB.

- + Artesunat 2mg/kg/24 giờ ngày đầu & 1,2mg/kg-24 giờ sáu ngày sau.

- Hạn chế di chuyển bằng Corticoide với Methylprednisolon 30-60mg mỗi 4 giờ.

- Xử trí sản khoa: Thông thường thai sẽ bị sẩy, đẻ non do nhiễm trùng, nhiễm độc của mẹ. Sau sẩy hay đẻ non, cần nạo buồng tử cung, tránh tình trạng sót rau.

- Nếu điều trị hiệu quả có thể giữ thai nhưng cần biết rằng thai thường bị suy dinh dưỡng (chậm phát triển) trong tử cung.

- Nếu điều trị không kết quả mà thai vẫn sống và phát triển thì phải xử trí như phù phổi cấp do huyết động.

5.6. Dự phòng

- Chuẩn bị tốt bệnh nhân khi gây mê.

- Đề phòng các bệnh nhiễm trùng phổi cấp tính.

- Khi chấn thương phải được giảm đau tốt.

- Điều trị sớm các trường hợp nhiễm trùng nặng.

- Hạn chế đưa một lượng dịch lớn vào cơ thể.

THIẾU MÁU VÀ THAI NGHÉN

Mục tiêu học tập

1. Giải thích được sự thay đổi huyết học lúc có thai.
2. Kể được các tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu máu trong thời kỳ mang thai.
3. Thực hiện được điều trị dự phòng và điều trị thiếu máu tùy theo tuyến công tác.

1. MỞ ĐẦU

Thiếu máu trong thai nghén chiếm từ 10 - 15% thiếu máu nặng chiếm 1/5 trường hợp tổng số thiếu máu trong thai kỳ. Bệnh lý thiếu máu sẽ làm tăng tỷ lệ tử vong mẹ và thai nhi (có thể suy thai, đẻ non...)

2. SỰ THAY ĐỔI HUYẾT HỌC LÚC MANG THAI

Trong cơ thể của sản phụ mang thai, luôn có sự tăng thể tích huyết tương biểu hiện ngay ở ba tháng đầu của thai kỳ, thường tăng trong khoảng từ 30 - 50% lúc cuối thời kỳ thai nghén). Thường có sự tăng nhiều thể tích huyết tương hơn là huyết cầu (đặc biệt là hồng cầu) dẫn đến sự giảm hematocrit, chính vì vậy không thể dựa vào yếu tố hematocrit để chẩn đoán tình trạng thiếu máu.

Chuyển hóa sắt cũng biến đổi trong lúc có thai và nhu cầu của nó thường tăng lên:

- Do tăng tạo hồng cầu.
- Do nhu cầu của thai, thay đổi từ 200 - 300 mg và tăng gấp đôi trong trường hợp song thai.

Việc không hành kinh trong lúc có thai cũng làm hạn chế sự tiêu thụ sắt. Ngoài ra, hấp thụ sắt khi có thai tăng từ 30 - 90% và tình trạng cần huy động sắt dự trữ của mẹ đã cho phép giữ được cân bằng cung cầu trong giai đoạn cuối của thai kỳ nếu không có tình trạng thiếu sắt trước khi có thai hay tiêu thụ sắt bất thường do đa thai hay tình trạng chảy máu trong thai kỳ. Hiện tượng mất máu trong lúc sờ rau hay cho con bú trong thời kỳ hậu sản còn làm tăng nhu cầu sử dụng sắt và chính các lần mang thai quá gần nhau sẽ không cho phép tái tạo lại kho dự trữ sắt của sản phụ.

Một sự thay đổi khác trong thời kỳ mang thai là chuyển hóa acide folic. Acide folic là một đồng yếu tố cần cho việc tổng hợp AND. Nếu việc tổng hợp này bất thường sẽ có ảnh hưởng lên nguyên hồng cầu, nó sẽ sinh ra các hồng cầu to bất thường nhưng lại chứa một lượng hemoglobin bình thường. Acide folic rất cần cho mẹ và thai nhi. Nhu cầu acide folic thường tăng gấp đôi trong lúc mang thai. Nếu chế độ ăn uống đầy đủ sẽ cho phép thỏa mãn sự đòi hỏi cần tăng lên ngoại trừ trường hợp có rối loạn việc hấp thụ acide folic và thiếu acide folic thường phối hợp với việc thiếu sắt. Đây cũng chính là hai nguyên nhân chính dẫn đến thiếu máu trong thai kỳ.

Đặc biệt, nếu thiếu Vitamin B12 cũng gây ra thiếu máu hồng cầu khổng lồ. Cho nên biểu hiện thiếu máu trong thai kỳ được biểu hiện tình trạng thiếu sắt, hiếm gặp hơn là thiếu Folat.

3. ĐỊNH NGHĨA THIẾU MÁU TRONG THAI NGHÉN

Người ta định nghĩa thiếu máu trong thai nghén khi tỷ lệ hemoglobin (Hb)<10g/100ml và được gọi là thiếu máu nặng nếu Hb < 8g/100ml máu.

4. NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ THUẬN LỢI GÂY NÊN THIẾU MÁU TRONG THAI NGHÉN

- Đẻ nhiều lần.
- Cho con bú kéo dài.

- Da thai.
- Chảy máu kéo dài trước lúc có thai (rong kinh...)
- Chế độ ăn uống nghèo dinh dưỡng.

Về góc độ dịch tễ học thì các phụ nữ Bắc Phi có đầy đủ các yếu tố thuận lợi nói trên.

Ngoài ra, một yếu tố thuận lợi khác là nhiễm khuẩn đường tiết niệu (đặc biệt là nhiễm khuẩn mãn tính đường tiết niệu cũng thường gây nên thiếu máu).

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

- Da, niêm mạc nhợt nhạt.
- Suy nhược cơ thể.
- Nhịp tim nhanh, khó thở, ù tai, chóng mặt.
- Có thể viêm lưỡi (3 tháng cuối thai kỳ)
- Vàng da nhẹ: có thể do thiếu Folat

6. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm công thức máu: hồng cầu giảm.
- Hemoglobin (Hb) giảm $< 10\text{g}/100\text{ml}$ máu.
- Xét nghiệm tủy đốt: hồng cầu nhỏ, hồng cầu to, hồng cầu bình thường tùy theo loại thiếu máu.
- Xét nghiệm sắt huyết thanh, Acide folic, Folat đều giảm.

7. TIỀN LUỢNG

Thiếu máu trong thai nghén có thể dẫn đến:

- Nguy cơ đẻ non, suy dinh dưỡng thai nhi.
- Tăng thể tích bánh rau.
- Nếu chảy máu thêm trong thai kỳ, lúc chuyển dạ, sau đẻ... thì tình trạng sản phụ nặng hơn so với sản phụ bình thường.
 - Tình trạng thiếu Oxygen làm mẹ mệt, nhịp tim nhanh lên.
 - Trong giai đoạn hậu sản, thiếu máu thường làm tăng nguy cơ nhiễm trùng hậu sản (viêm tắc tĩnh mạch)

8. ĐIỀU TRỊ

- Nếu tỷ lệ Hb $> 8\text{g}/100\text{ml}$ cho sản phụ dùng (sắt) Fe với liều 200mg mỗi ngày là đủ, không cần chuyền máu cho sản phụ. Có thể dùng các loại như Tardyferon 80 mg, Tardyferon B9, Ferrous sulfate: dùng liên tục trong thời kỳ mang thai và cả trong 6 tháng đầu sau đẻ. Nếu bệnh nhân không dung nạp thuốc sắt qua đường tiêu hóa (trong 3 tháng đầu thai nghén nếu nôn nhiều), có thể dùng đường tiêm: Jectofer 100 mg: dùng hai ống tiêm bắp 2 ống mỗi ngày.
- Nếu tỷ lệ Hb $< 8\text{g}/100\text{ml}$ có thể truyền máu thêm cho sản phụ. Nên truyền máu trước tuần lễ thứ 36 hay trong điều trị đẻ non, phối hợp điều trị sắt tối thiểu một tháng để đề phòng mất bù máu lúc đẻ và sau sổ rau.
- Điều trị dự phòng ở tuyến dưới trong quản lý thai nghén bằng cách cho sản phụ dùng sắt suốt thai kỳ (đặc biệt nhóm sản phụ có nguy cơ thiếu máu). Cho sử dụng sắt dự phòng Ferrous sulfate 100mg mỗi ngày. Ngoài sắt cần sử dụng phối hợp acide folic, Folat (đối với mẹ có tiền sử con họ bị dị dạng ống thần kinh (tật nứt đốt sống) hay đã dùng các loại thuốc kháng acide folic, thậm chí điều trị dự phòng ba tháng trước khi thụ thai: cho Speciafuldine 5 mg mỗi ngày hay Lederfolin 15 ngày uống một ống.

9. PHÒNG BỆNH

Cần phát hiện nguy cơ thiếu máu trong thai nghén bằng cách cho xét nghiệm:

- Công thức máu: ở tháng thứ tư của thai nghén và tùy kết quả để xử trí.

- Xét nghiệm Hemoglobin để điều trị nếu Hb < 10g/100ml.
- Nếu khám phát hiện có hạch, giảm bạch cầu, giảm bạch cầu đa nhân trung tính, bệnh bạch cầu cấp, u lympho bào, xuất huyết giảm tiểu cầu di truyền... cần mời thêm chuyên khoa huyết học truyền máu để cùng hội chẩn và điều trị.

10. KẾT LUẬN

Đối với các nước chậm tiến hay các nước đang phát triển như nước ta hiện nay vẫn còn xuất hiện tình trạng thiếu máu trong thai kỳ cho nên việc quản lý thai nghén cần làm tốt về chất lượng, từ đó có phương án đề phòng các nguy cơ xảy ra cho mẹ và con do tình trạng thiếu máu gây ra.

NHIỄM TRÙNG TIẾT NIỆU VÀ THAI NGHÉN

Mục tiêu học tập

1. Mô tả được các đặc điểm thuận lợi dễ bị nhiễm trùng tiết niệu khi có thai.
2. Xác định được tác động xấu của nhiễm trùng tiết niệu lên thai kỳ.
3. Mô tả được các thể lâm sàng của nhiễm trùng tiết niệu trong thai kỳ.
4. Lựa chọn được cách điều trị tùy theo tình trạng lâm sàng của sản phụ.

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng đường tiết niệu là bệnh lý hay gặp ở người phụ nữ, đặc biệt xảy ra tần suất cao đối với các trường hợp mang thai. Đôi lúc nhiễm trùng đường tiết niệu xảy ra âm thầm, lặng lẽ không có triệu chứng rõ ràng nhưng đa số đều có biểu hiện lên chức năng tiểu tiện tùy theo các phần của hệ tiết niệu như các hình thái viêm bàng quang, viêm đài bể thận, viêm thận một bên hoặc hai bên. Các ổ nhiễm khuẩn có thể phát hiện sớm trước lúc mang thai hoặc đồng lúc song song trong suốt thai kỳ của sản phụ.

2. NGUYÊN NHÂN THUẬN LỢI VÀ CƠ CHẾ SINH BỆNH

2.1. Nguyên nhân thuận lợi

Trong thời kỳ mang thai nhất là trong 3 tháng cuối, tử cung thường nghiêng sang phải sẽ đè ép vào niệu quản và thận phải nên dễ gây ứ nước thận và viêm thận.

Trong thời kỳ hậu sản, một số sản phụ thường bí tiểu do cuộc đẻ gây ra như không thông tiểu trước cho sản phụ; bí tiểu cũng có thể do nguyên nhân kinh phản xạ vì chấn thương đường sinh dục dưới, do thủ thuật Forceps, giác hút, đại kéo thai... gây ra hoặc cũng có khi do dùng nhiều thuốc tăng so và các thuốc này lại có tác dụng chống lợi tiểu trong lúc đẻ và nếu sau đẻ không dùng thuốc tăng go nữa làm cho nước tiểu thải ra nhanh hơn. Hoặc dùng thông tiểu trước, trong và sau sinh không đảm bảo vô trùng nên nhiễm khuẩn tiết niệu càng dễ xảy ra. Không thông tiểu trước đẻ sẽ làm bàng quang căng to gây ứ đọng nước tiểu và nhiễm khuẩn sẽ có cơ hội xảy ra.

2.2. Cơ chế sinh bệnh

Trong thời kỳ có thai, những sự thay đổi về sinh lý nội tiết- thần kinh và cơ thể học tạo thành cơ chế sinh bệnh nhiễm trùng tiết niệu như dưới tác dụng của Progesterone khi mang thai sẽ làm nhu động ruột, nhu động niệu quản giảm nên sản phụ hay bị táo bón và ứ đọng nước tiểu hơn.

3. HÌNH THÁI LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Tùy vị trí giải phẫu bị nhiễm trùng có thể gặp các hình thái lâm sàng sau đây:

3.1. Nhiễm trùng tiết niệu không có triệu chứng

3.1.1 Tỉ lệ gặp thay đổi

Tùy thuộc vào số lần sinh. Sinh càng nhiều càng dễ bị nhiễm khuẩn tiết niệu.

Tùy thuộc vào điều kiện kinh tế xã hội: sản phụ nghèo, hoàn cảnh kinh tế khó khăn, vệ sinh kém...dễ bị nhiễm khuẩn tiết niệu.

3.1.2 Triệu chứng chẩn đoán

Chỉ dựa vào xét nghiệm cận lâm sàng: Cấy vi trùng trên mẫu nghiệm nước tiểu lấy giữa dòng (qua thông tiểu) sản phụ: Nếu có trên 100.000 vi khuẩn/ml nước tiểu, có thể kết luận nhiễm trùng tiết niệu không có triệu chứng.

3.1.3 Ảnh hưởng đối với thai kỳ

Một số tác giả nhận thấy khoảng 25% các trường hợp nhiễm trùng tiết niệu không có triệu chứng sẽ dẫn đến nhiễm trùng tiết niệu có triệu chứng. Hình thái này thường dẫn đến đẻ non hoặc thai kém phát triển trong tử cung.

3.1.4 Điều trị

Cần dùng một đợt điều trị kháng sinh 10 ngày. Có thể dùng một trong các loại thuốc sau đây:

- Nitrofurantoin (Macrodantin) 100mg/ngày 1 lần
- Nibiol 100mg x 6 viên/ngày chia 3 lần (uống)
- Ampicilline hay Cephalosporin 2gam/ngày chia 4 lần
- Sulfasoxazole (Gantrisin) 1gam/ngày chia 4 lần

3.2. Viêm niệu đạo-Viêm bàng quang

3.2.1 Triệu chứng chẩn đoán

Thường gặp các triệu chứng kinh điển như tiêu buốt (thường tiêu buốt cuối dòng), tiêu rắt, tiêu khó, tiêu nhiều lần (lượng nước tiểu ít và bắt sản phụ phải rặn tiểu trong mỗi lần tiểu tiện).

Ngoài ra có thể xét nghiệm cặn lảng nước tiểu: thấy chứa các tế bào mủ, vi khuẩn, hồng cầu nhiều trên vi trường.

3.2.2Ảnh hưởng trên thai kỳ

Thường ít biến chứng nhưng vẫn có thể dẫn đến động thai, sẩy thai đặc biệt vào những tháng đầu tiên của thời kỳ mang thai.

3.2.3 Điều trị

Dùng một đợt kháng sinh điều trị trong 10 ngày, nên dùng các loại kháng sinh đặc hiệu nếu dùng theo kháng sinh đồ càng tốt. Kết quả điều trị thường tốt nếu chỉ nhiễm trùng niệu đạo hay bàng quang.

Các loại kháng sinh thường dùng:

- Nitrofurantoin (Macrodantin) 100mg/ngày 1 lần
- Nibiol 100mg x 6 viên/ngày chia 3 lần (uống).
- Ampicilline hay Cephalosporin 2gam/ngày chia 4 lần
- Sulfasoxazole (Gantrisin) 1gam/ngày chia 4 lần

Nếu cây nước tiểu trả lời âm tính vẫn điều trị theo hướng trên nếu có triệu chứng rõ ràng nói trên (tiêu buốt, tiêu rắt, tiêu khó, tiêu nhiều lần...) và có thể nghĩ đến nguyên nhân khác như Chlamydia Trachomatis. Loại nguyên nhân này có thể dùng kháng sinh Erythromycin 2gam/ngày trong 10 ngày.

3.3. Viêm thận bể thận cấp tính

3.3.1 Triệu chứng chẩn đoán

Đây là hình thái nặng của nhiễm trùng đường tiết niệu đối với thai kỳ hay gặp vào 20 tuần lễ sau của thai nghén, nguyên nhân hay gặp là do nhiễm trùng tiết niệu từ dưới ngược dòng lên trên (theo niệu quản). Về lâm sàng thường gặp các triệu chứng sau đây:

Xuất hiện đột ngột trên một sản phụ bình thường hay có thể gặp ở sản phụ đã bị viêm niệu đạo hoặc viêm bàng quang đã có trước đó. Những triệu chứng giúp chẩn đoán:

- Tiêu buốt, tiêu khó, tiêu máu
- Sốt, rét run, sốt thường cao, có thể 40°C
- Đau một bên hông hoặc hai bên (lúc khám).
- Kém ăn hoặc chán ăn.
- Buồn nôn, hay nôn mửa.

- Xét nghiệm nước tiểu về tế bào cặn lảng cho kết quả nước tiểu chứa nhiều vi khuẩn, bạch cầu, mủ. Các loại vi khuẩn gây bệnh có thể là Gram (âm) hoặc Gram (dương) như: *Escherichia Coli* (80%), *Klebsiella*, *Pneumonia*, *Enterobacter*, *Proteus*... Nếu cây máu có thể gấp 15% trường hợp nhiễm khuẩn máu.

Cần chẩn đoán phân biệt với các trường hợp sau đây:

- Đau do con go tử cung (có chuyển dạ)
- Viêm ruột thừa
- Rau bong non

- U xơ tử cung hoại tử
- Nhiễm khuẩn vùng tiêu khung trong thời kỳ hậu sản

3.3.2Ảnh hưởng trên thai kỳ

Thường dẫn đến đẻ non, thai chết trong tử cung nếu chẩn đoán muộn và điều trị không tích cực.

3.3.3Điều trị và chăm sóc

Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường.

Truyền dịch và theo dõi lượng nước tiểu để đánh giá chức năng thận và phát hiện sớm hình thái nhiễm trùng tiết niệu lan tỏa.

Theo dõi thêm về các chỉ số huyết áp, mạch, nhiệt độ.

Điều trị các loại kháng sinh có kháng phô rộng như Axon, Cefomic, Trizon... hoặc có thể dùng phối hợp Ampicilline (hay Pénicilline) liều cao với Gentamycin. Theo dõi kỹ trong 2 ngày đầu điều trị. Nếu các triệu chứng lâm sàng nói trên giảm hoặc biến mất cần tiếp tục điều trị thêm cho đến 10 ngày. Nếu sau 2 ngày theo dõi (mặc dù đã dùng kháng sinh tích cực) vẫn không thuyên giảm về triệu chứng, cần phải đổi kháng sinh dựa theo kết quả kháng sinh đồ.

Có thể phải điều trị phẫu thuật lấy sỏi tiết niệu hoặc giải phóng Abces quanh thận nếu tình trạng bệnh nhân ngày càng nặng hơn và qua các cận lâm sàng phát hiện các loại bệnh nói trên.

3.4. Viêm thận bể thận mạn tính

3.4.1Tiền sử

Có thể bị viêm niệu đạo, viêm bàng quang hoặc viêm thận bể thận cấp tính.

3.4.2Triệu chứng lâm sàng

Thường ít xuất hiện các triệu chứng lâm sàng chỉ biểu lộ suy chức năng thận (suy thận) lúc bệnh quá nặng.

3.4.3Ảnh hưởng lên thai kỳ và sản phụ

Tiền lượng bệnh thường tùy thuộc đến mức độ tổn thương ở thận. Thường tiên lượng xấu cho mẹ khi bị suy thận. Nếu chức năng thận còn tốt, huyết áp còn trong giới hạn bình thường người ta nhận thấy thai vẫn phát triển bình thường như các sản phụ khác.

3.4.4Điều trị

Điều trị như viêm thận cấp tính nhưng cần chú ý theo dõi kỹ về chức năng thận. Đôi khi có thể kết hợp chạy thận nhân tạo nếu đủ điều kiện và đúng chỉ định.

4. KẾT LUẬN

Cần chẩn đoán sớm và phải điều trị tích cực các trường hợp nhiễm trùng tiết niệu trong thai kỳ để tránh nhiều biến chứng xấu có hại cho cả mẹ và thai nhi. Cho nên cần phải quản lý thai nghén tốt. Ngoài ra trong quá trình khám và xử trí cần tránh các yếu tố thuận lợi gây nên nhiễm trùng tiết niệu như sang chấn sản khoa, thông tiểu cần hạn chế nếu thấy chưa cần thiết. Ngoài ra cần điều trị viêm âm hộ, âm đạo, cổ tử cung trong quá trình thai nghén để phòng lây nhiễm qua đường tiết niệu.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ THAI NGHÉN

Mục tiêu học tập

1. Mô tả được các loại đái tháo đường và thai nghén
2. Phân tích được các ảnh hưởng của bệnh đái tháo đường khi có thai.
3. Trình bày nguyên tắc và hướng điều trị bệnh đái tháo đường trong khi có thai.

1. ĐẠI CƯƠNG

Trước khi phát hiện ra Insulin, bệnh đái tháo đường thường là nguyên nhân gây vô sinh hoặc khó có thai. Đối với bà mẹ, bệnh này gây tử vong 2/3 số phụ nữ có thai trong quá trình mang thai, nhưng vẫn đề ảnh hưởng lớn của bệnh là đối với thai nhi.

Những năm gần đây, được phát hiện và điều trị cho những thai phụ có bệnh đái tháo đường người ta nhận thấy :

- Giảm đáng kể tỷ lệ tử vong chu sinh.
- Vẫn có khoảng 4 - 8% dị dạng bẩm sinh.
- Thai chết trong tử cung.
- Thai nhi có nguy cơ hạ đường huyết sau đẻ

2. NHẮC LẠI VỀ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Là bệnh chuyển hóa, có đặc trưng là tăng glucose huyết. Glucose huyết tăng do sự tiết insulin bị thiếu, hoặc do insulin có tác dụng kém hoặc do phối hợp cả hai yếu tố trên. Tăng glucose huyết mãn tính trong đái tháo đường dẫn đến những thương tổn, những rối loạn, suy yếu chức năng nhiều cơ quan đặc biệt là mắt, thận, thần kinh và mạch máu.

Ăn uống quá độ làm tăng đường huyết, kích thích tế bào (của đảo tụ tạng tăng sinh và tăng tiết insulin, gây mập phì do tế bào của cơ thể đón nhận nhiều insulin và sử dụng nhiều glucose để tạo năng lượng và dự trữ glycogène và chất béo. Đến một lúc nào đó các tế bào (của đảo tụ tạng mất đáp ứng với những kích thích gây nên do tăng đường huyết, tế bào đích mất khả năng sử dụng glucose do mất đáp ứng với insulin. Và hậu quả là bệnh đái đường xuất hiện.

3. PHÂN LOẠI

Hiện nay có nhiều cách phân loại, dựa vào:

3.1. Ảnh hưởng của insulin

- Đái tháo đường type I: Là loại đái tháo đường phụ thuộc insulin. Đây là dạng nặng, thường xuất hiện sớm khi tuổi còn trẻ. Đôi khi cũng gặp ở người lớn không mập phì. Do các tế bào (của đảo tụ tạng không đáp ứng với mọi kích thích của insulin, vì vậy trong máu của bệnh nhân không có insulin, đường huyết tăng, gây kích thích sản xuất glucagon là một nội tiết tố làm hạ đường huyết do tế bào (của tuyến tụy tiết ra. Dạng đái tháo đường này dễ bị biến chứng toan chuyển hóa và phải được điều trị thường xuyên với insulin ngoại sinh.

- Đái tháo đường type II: Là loại đái tháo đường không phụ thuộc insulin. Dạng này thường xuất hiện ở người trưởng thành, trong máu của bệnh vẫn có đủ insulin cho nên trong điều kiện hoạt động bình thường không gây toan chuyển hóa. Nhưng vì tế bào đích không nhạy cảm với insulin và tế bào (của đảo tụ tạng không đáp ứng tố với glucose trong máu của bệnh nhân nên biến chứng toan chuyển hóa có thể xảy ra một khi nhu cầu của cơ thể tăng.

- Đái tháo đường type II được chia làm hai nhóm nhỏ :

+ Đái tháo đường không phụ thuộc insulin, không mập phì: Dạng này đáp ứng tốt với chế độ dinh dưỡng có kiểm soát và các chất hạ đường huyết dạng uống. Đôi khi đường huyết không điều chỉnh được tốt thì phải dùng thêm insulin, ít có nguy cơ toan chuyển hóa.

+ Đái tháo đường không phụ thuộc insulin, có béo phì: dạng này thường được gây nên do các yếu tố ngoài tự tạng, làm cho tế bào đích không nhạy cảm với insulin nội sinh. Bệnh thường xuất hiện ở người trưởng thành và không gây toan chuyển hóa.

3.2.Thời gian mắc bệnh

- Đái tháo đường type B: thời gian mắc bệnh < 10 năm
- Đái tháo đường type C: thời gian mắc bệnh từ 10 đến 20 năm.
- Đái tháo đường type D: thời gian mắc bệnh > 20 năm
- Đái tháo đường type F: khi bệnh đái tháo đường có các bệnh lý về tăng sinh ở vòm mạc và hoặc bệnh lý cầu thận.

3.3. Sàng lọc và chẩn đoán bệnh đái tháo đường - thai nghén

3.3.1. Sàng lọc

Bệnh đái tháo đường - thai nghén thường không có triệu chứng lâm sàng rõ, để phát hiện bệnh cần dựa vào test sàng lọc và nghiệm pháp dung nạp đường và nên áp dụng cho những sản phụ có yếu tố nguy cơ như :

- Béo phì, cân nặng của mẹ vượt quá 85kg.
- Trong gia đình có người bị bệnh đái tháo đường.
- Tiền sử bản thân bị bệnh đái tháo đường (50% bị lại).
- Tiền sử đẻ con to ($> 4,500\text{kg}$), suy yếu, thai lưu, dị tật bẩm sinh, đa ối...
- Test sàng lọc: Cho sản phụ uống 50g glucose vào giữa tuần 24 -28 của thai kỳ, bất kỳ thời điểm nào trong ngày, bất kỳ thời gian nào sau khi ăn. Nếu glucose huyết một giờ sau khi test $\geq 140\text{mg/dl}$ (7,8mmol/L), những người này cần làm mghiệm pháp dung nạp đường để xác định chẩn đoán.

3.3.2. Chẩn đoán

Có nhiều tiêu chuẩn để chẩn đoán bệnh đái tháo đường. Hội nghị Quốc tế về đái tháo đường đề nghị sử dụng tiêu chuẩn của Carpenter - Coustan với test dung nạp đường như sau:

Cách thực hiện: Lấy máu xét nghiệm đường của sản phụ, rồi cho uống 100g đường, vào buổi sáng, nhịn đói qua đêm ít nhất là 8giờ nhưng không quá 14giờ. Bệnh nhân không hút thuốc trong quá trình test, với các hoạt động thể lực bình thường. Và lấy 3 mẫu máu khác nhau vào 3 giờ liên tiếp để định lượng đường máu.

Bình thường:

- + Khi đói : Đường máu $< 95\text{mg/dl}$ (hoặc 5,3mmol/L)
- + Sau 1giờ : Đường máu $< 180\text{mg/dl}$ (hoặc 10,0mmol/L)
- + Sau 2giờ : Đường máu $< 155\text{mg/dl}$ (hoặc 8,6mmol/L)
- + Sau 3giờ : Đường máu $< 140\text{mg/dl}$ (hoặc 7,8mmol/L)

Nếu bệnh nhân có nhiều hơn hoặc bằng 2 trị số glucose huyết cao hơn giá trị trên là đủ tiêu chuẩn chẩn đoán.

3.4. Diễn biến của bệnh đái tháo đường khi có thai

Bệnh đái tháo đường có thể có trước khi có thai gọi là đái tháo đường và thai nghén hoặc chỉ xuất hiện trong khi có thai gọi là đái tháo đường thai nghén.

3.4.1. Bệnh đái tháo đường chưa ổn định

- Ngưỡng thanh thải glucose qua nước tiểu bị giảm, căn nguyên do: tăng tính lọc của cầu thận và giảm tái hấp thu đường ở các ống thận.

- Khả năng dung nạp đường giảm, điều này dẫn đến sự gia tăng đường máu. Dưới tác dụng kép của các glucocorticoid và nhất là nội tiết tố HPL (human placental lactogen) làm cho đường máu có xu hướng tăng thường xuyên và chỉ được duy trì ở mức bình thường bởi sự suy chúc năng của tế bào (của đảo Langhans tụ tạng tuyến).

- Sự không ổn định của bệnh đái tháo đường khi có thai rõ nhất :

- + Vào quý đầu: Nguy cơ giảm đường huyết.
- + Vào quý ba: Từng đợt tăng toan chuyển hóa (acido-cétose.)

- Nhìn chung, những nhu cầu của insulin gia tăng vào giữa tuần lễ thứ 16 đến thứ 20 của thời kỳ thai nghén, để rồi ổn định cho đến cuối thai kỳ khi không có nhiễm trùng, không có mệt mỏi hay có chấn thương về tinh thần. Những nhu cầu này giảm ngay lập tức sau khi đẻ, rồi sau đó trở về mức như trước khi có thai.

3.4.2. Bệnh đái tháo đường có biến chứng

Đặc biệt là các thương tổn ở nhãn cầu, và thận, biến chứng cao huyết áp do thai, đa ối.

3.5. Ảnh hưởng của bệnh đái tháo đường khi có thai

Bệnh đái tháo đường có thể gây nên các biến chứng bất kỳ thời điểm nào của quá trình thai nghén :

- Trong quá trình mang thai:

+ Sẩy thai tự nhiên: 15 - 20%

+ Thai chết trong tử cung, thường xảy ra vào khoảng tuần lễ 36 trở đi, thường kết hợp với đa ối.

+ Dị dạng thai nhi có khoảng 10 - 15%.

+ Thai to (4,5-6kg). Bệnh bào thai khi mẹ bị bệnh đái tháo đường phụ thuộc vào lượng đường huyết của mẹ. Đường huyết cao dẫn đến việc tăng dung nạp glucide và insulin huyết thai nhi tăng.

- Trong khi sinh: có 3 biến chứng hay gặp đó là

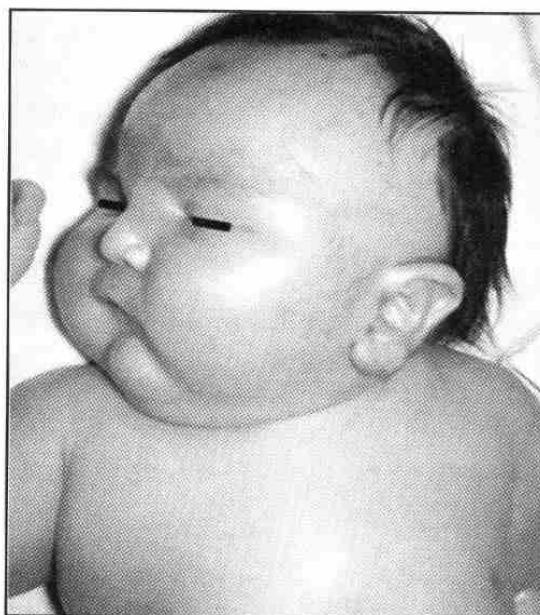
+ Đè khó cơ học, thai nhi khó lọt.

+ Đè khó do thai to, vì đường kính lưỡng móm vai lớn hơn 12cm.

+ Chảy máu vào giai đoạn bong nhau.

- Với trẻ sơ sinh:

+ Thai to với sự phì đại các tạng phủ như: gan to, lách to, tim to....phù mọng, tích mỡ dưới da quá dày và phì đại đảo tuyến Langhans.



Hình 1. Trẻ sơ sinh có mẹ bị đái tháo đường

+ Nguy cơ mắc bệnh màng trong, ú trệ hệ tiêu hóa dẫn đến phù phổi cấp tính ngay sau đẻ.

+ Thai nhi đẻ bị suy với các dấu hiệu thâm kinh cơ như co giật sơ sinh do hạ calci máu sơ sinh. Hạ đường huyết sơ sinh xuất hiện rõ nhất vào giờ thứ 3 sau đẻ, giảm kali máu.

- Hiện nay, nhờ vào sự săn sóc tích cực và điều trị bệnh chúng ta đã thấy có một sự thay đổi rõ về bệnh đái tháo đường và thai nghén. Những nguy cơ cần để ý đến là:

- + Cần chú ý đến những bất thường nhỏ nhất ngay cả khi bệnh đái tháo đường ổn định.
 - + Tăng huyết áp và tiền sản giật.
 - + Nhiễm trùng đường tiêu.
 - + Dọa sinh non.
 - + Suy thai mãn tính.

Khi chúng ta phát hiện ra những nguy cơ trên thì tiên lượng của mẹ và con khả quan hơn.

- Tỷ lệ tử vong chu sinh giảm (2.7%) Ở Bệnh Viện Port-Royal từ năm 1971 - 1981 khi nghiên cứu # 370 thai phụ có bệnh đái tháo đường và 4% dị dạng bẩm sinh (C. Tchobrobutsky) .

- Nhìn chung thai chết trong tử cung # 2,1% cũng ở Bệnh Viện Port-Royal (Pháp).

- Số lượng bệnh màng trong cũng giảm nhờ vào việc điều trị làm trưởng thành phổi của thai nhi.

- Tuy nhiên tỷ lệ dị dạng bẩm sinh vẫn còn cao, đặc biệt là dị dạng về tim của thai nhi. Điều kiện thuận lợi để gây ra dị dạng này vẫn chưa được biết rõ. Nhưng người ta thấy có một sự liên quan giữa sự dị dạng này và những bà mẹ có các vết thương thoái hóa hoặc có thai vào tuần lễ đầu ở những bà mẹ có bệnh đái tháo đường mà không được phát hiện.

3.6. Hướng điều trị

3.6.1. Nguyên tắc điều trị

- Phải có một sự cộng tác có hiệu quả giữa bác sĩ sản khoa và bác sĩ chuyên ngành đái tháo đường.

- Nên điều trị ở những trung tâm chữa bệnh đái tháo đường.

3.6.2. Theo dõi bà mẹ

- Ngay từ khi có thai, thai phụ phải được theo dõi bởi bác sĩ sản khoa và bác sĩ chuyên ngành đái tháo đường.

- Thai phụ nên nhập viện ở khoa chữa bệnh đái tháo đường với hy vọng:

+ Chuẩn hóa chế độ tiết thực: từ 1800 - 2000Kcal/ngày và 180 - 200g đường chia làm 3 bữa ăn trong ngày.

+ Chia liều insulin sử dụng làm 3 lần/ngày - đêm.

+ Phải hướng dẫn cho thai phụ: Được tự xét nghiệm đường máu 6 lần mỗi ngày. Thứ hai phải xác định ngưỡng glucose ở thận của thai phụ. Thứ ba là phải được sử dụng liều insulin phù hợp và chế độ ăn hàng ngày.

- Nhiễm trùng đường tiêu, tăng huyết áp, định lượng protein niệu và phát hiện những tổn thương ở đáy mắt. Xác định tuổi thai bằng siêu âm.

- Các nhà sản khoa và đái tháo đường phải khám thai phụ thường xuyên về tình hình bệnh cứ 15 ngày một lần, và nhiều hơn nữa một khi mà bệnh xuất hiện những biến chứng như: Tăng trọng lượng, tăng huyết áp, protein niệu, tăng a.uric máu, xét nghiệm tế bào vi trùng đường tiêu và kiểm tra thường xuyên đường máu.

- Mục đích của điều trị là làm thế nào cho đường máu về gần với mức bình thường, thứ nữa tránh các bệnh lý của thai nhi do đái tháo đường gây nên.

- Thai phụ nên nhập viện ở khoa sản từ tuần 32 - 34 của thai kỳ, một đôi khi muộn hơn cũng có thể được.

3.6.3. Theo dõi thai nhi

Thai nhi phải được theo dõi sát băng:

- Siêu âm nhiều lần để phát hiện dị dạng, sự tăng trưởng.

- Phải định lượng estradiol niệu và huyết thanh hàng ngày cho đến cuối thai kỳ.

- Ghi nhịp tim thai bằng monitoring sản khoa một đèn hai lần ngày vào cuối thai kỳ.

- Thai phụ tự ghi nhận các cử động của thai nhi 3lần/ngày, mỗi lần 30phút.

- Xét nghiệm tỷ L/S trong nước ối để xác định độ trưởng thành của phổi thai nhi trước khi quyết định chấm dứt thai kỳ.

3.6.4. Sự sinh đẻ

- Nếu bệnh đái tháo đường đã ổn định, thì có thể đợi đến 38 tuần hoặc cho đến khi đủ tháng để sinh.

- Trong thực tế, thai độ xử trí có thể thay đổi tùy theo type đái tháo đường:

+ Ở bệnh đái tháo đường type B (thời gian diễn biến của bệnh <10 năm) và C (thời gian diễn biến của bệnh từ 10 đến 20 năm) mà đã không có biến chứng nào. Xét nghiệm nước ối được tiến hành từ tuần thứ 36 hoặc 37 của thai nghén. Nếu tỷ L/S là bằng hoặc lớn hơn 2 lần thì em bé có thể sống được điều này cho phép khởi phát chuyển dạ. Nếu sự trưởng thành phổi chưa thực hiện được thì xét nghiệm nước ối sau 8 ngày.

+ Ở bệnh đái tháo đường type D (thời gian diễn biến của bệnh > 20 năm hay có sự hiện diện của các thương tổn thoái hóa) và F (có các bệnh lý về tăng sinh ở vòm mạc và hoặc bệnh lý cầu thận) hoặc một khi mà thai nghén có biến chứng như cao huyết áp, viêm mủ cầu thận.... thì xét nghiệm nước ối được thực hiện vào đầu tuần lễ thứ 35 của thai nghén.

+ Đối với đái tháo đường không ổn định thì phát khởi chuyển dạ từ khi có dấu hiệu trưởng thành ở phổi của thai nhi.

- Sự sinh đẻ bằng đường âm đạo nên được thực hiện khi mà điều kiện phần mềm và khung chậu tốt (ở người con rạ), nhưng vấn đề thường nhất là mổ lấy thai (đa số được thực hiện ở người con so), khi mổ lấy thai nên gây mê toàn thân, hay gây tê vùng (ngoài màng cứng) sau khi đã đạt được tỷ đường máu ở mức bình thường trong nhiều giờ trước khi tiến hành phẫu thuật.

3.6.5. Hậu sản

Săn sóc hậu sản cũng cần chú ý đến khả năng dễ bị nhiễm trùng hậu sản, nhiễm trùng đường tiêu với kháng sinh dự phòng.

Nên khuyên sản phụ triệt sản khi có đủ con, nhất là những trường hợp đái tháo đường đã có biến chứng.

Vấn đề ngừa thai nếu muốn dùng chỉ kê đơn với các thuốc tránh thai chỉ có progesteron đơn thuần.

3.7. Những hình thái lâm sàng đặc biệt

3.7.1. Tình trạng tiền đái tháo đường

Thai phụ có các dấu chứng như sau: mập, thai nhi có trọng lượng quá mức bình thường (> 4kg). Các xét nghiệm gây tăng đường máu là bình thường, tuy nhiên các tai biến và các biến chứng do bệnh đái tháo đường cho thai và cho mẹ cũng có thể xảy ra.

3.7.2. Tình trạng đái tháo đường tiềm tàng

Thường được phát hiện khi :

- Tiền sử các nhân hoặc gia đình (thai to, thai dị dạng, thai chết trong tử cung)
- Đường máu lúc đói và sau khi ăn từ tuần lễ thứ 28 của thai kỳ bằng hoặc lớn hơn 1,40g/l.
- Thủ nghiệm tăng đường máu có gợi ý, đường huyết tăng (1,45g) và thời gian trở về bình thường là 120 phút.

VIÊM RUỘT THỦA VÀ THAI NGHÉN

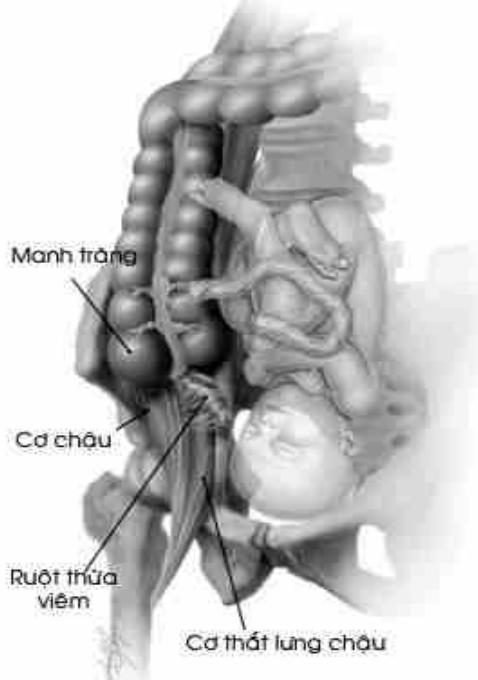
Mục tiêu học tập

1. Trình bày được triệu chứng, chẩn đoán viêm ruột thừa cấp tính trong thời kỳ thai nghén.
2. Mô tả được nguyên tắc xử trí viêm ruột thừa trong thai kỳ.
3. Liệt kê được các bước xử trí viêm ruột thừa lúc mang thai tại tuyến đang công tác.

1. MỞ ĐẦU

Viêm ruột thừa cấp tính chiếm tỷ lệ từ 1/1000 đến 1/2000 trường hợp có thai. Viêm ruột thừa cấp tính có thể gặp trong bất kỳ giai đoạn nào của thai nghén. Tuy nhiên, lúc mang thai viêm ruột thừa thường tiến triển nhanh hơn và có nhiều biến chứng xấu cho cả mẹ và thai nhi.

Đối với cơ chế bệnh sinh và lý do nguy hiểm cho sản phụ và thai nhi là trong lúc mang thai vì tử cung sung huyết cho nên tình trạng viêm nhiễm thường nặng hơn. Hơn nữa do tình trạng viêm nhiễm kích thích tử cung mang thai nên dẫn đến sẩy thai đẻ non. Lúc thai phát triển, các cơ quan khác như đại tràng, tiểu tràng, mạc nối lớn đều bị đẩy lên cao không đến bao phủ được tổ chức ruột thừa viêm nên viêm ruột thừa vỡ mủ nhanh chóng hình thành viêm phúc mạc ruột thừa hay áp-xe ruột thừa, ít hay không có hình thành đám quánh ruột thừa.



Hình 1. Ruột thừa viêm

2. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

2.1.1 Triệu chứng lâm sàng trong 3 tháng đầu thời kỳ thai nghén

Triệu chứng lâm sàng không có đặc điểm gì khác với người phụ nữ không có thai:

- Sốt, mạch nhanh, vẻ mặt nhiễm trùng.

- Đau vùng hố chậu phải.

- Nôn thường xuất hiện muộn hơn, có khi nhầm với triệu chứng nôn nghén trong giai đoạn đầu của thai kỳ.

- Dấu hiệu Mac Burney dương tính, ấn bụng đau ở vùng hố chậu phải.

- Khám âm đạo: Tử cung lớn tương ứng tuổi thai, túi cùng phải không đầy, ấn đau.

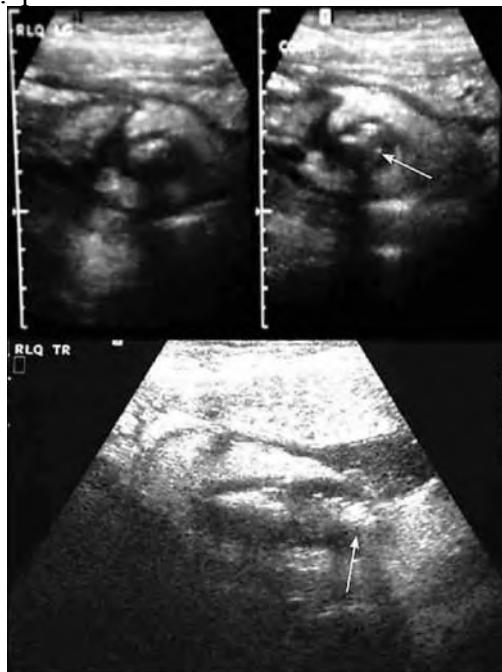
2.1.2 Triệu chứng lâm sàng trong 6 tháng cuối kỳ thai nghén

Do thai phát triển nhiều hơn 3 tháng đầu nên tử cung thường đầy ruột thừa lên cao và ép ra ngoài thành bụng nên triệu chứng thường phức tạp, bệnh càng khó chẩn đoán, gồm các triệu chứng:

- Sốt cao, mạch nhanh, vẻ mặt nhiễm trùng.
- Đau thường ở cao hơn vị trí bình thường, như trên mào chậu có khi vùng hạ sườn phải. Cơn đau quặn bụng càng lúc càng nặng nề hơn.
- Thường có rối loạn nhu động ruột như: ỉa chảy, táo bón, liệt ruột cơ năng.
- Khám: Có cơn go tử cung do tử cung bị kích thích. Cho sản phụ nằm ngửa, lấy tay đẩy tử cung sang phải sản phụ thường kêu đau hay cho sản phụ nằm nghiêng trái để tử cung có thai bị đẩy sang trái thường phát hiện viêm ruột thừa nếu ấn vào vùng hố chậu phải, hạ sườn phải sẽ giúp xác định điểm đau rõ rệt hơn.
- Khám âm đạo phổi hợp nắn bụng: Túi cùng phải không đầy, ấn đau ít.

2.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: Số lượng bạch cầu tăng, bạch cầu trung tính tăng cao.
- Siêu âm: Chẩn đoán ruột thừa viêm dễ trong 3 tháng đầu nhưng khó khăn hơn trong 6 tháng cuối của thai kỳ do sự phát triển của thai nhi.



Hình 2. Hình ảnh ruột thừa viêm qua siêu âm

2.3. Chẩn đoán

Chẩn đoán viêm ruột thừa trong lúc mang thai thường khó khăn hơn bình thường vì điểm đau không điển hình; đặc biệt nếu viêm ruột thừa xảy ra trong chuyển dạ, cơn go tử cung thường làm mờ đi dấu hiệu đau của ruột thừa viêm.

Chẩn đoán phân biệt: Cần phân biệt với các bệnh lý sau:

2.3.1 Trong các hình thái có hội chứng nhiễm khuẩn nặng

Cần phân biệt với:

- Viêm mủ bể thận phải, nhiễm khuẩn tiết niệu (tiểu buốt, tiểu rát, tiểu máu...)
- Viêm túi mật cấp (sốt, đau vùng túi mật...)
- Viêm phần phụ cấp (đau hai bên hố chậu, sốt)

2.3.2 Trong các hình thái không có sốt

Chủ yếu chỉ dựa vào dấu hiệu đau thì cần phân biệt với:

- Dấu hiệu bắt đầu chuyển dạ.

- Huyết tụ sau rau (trong rau bong non).
- Cơn đau quặn thận, cơn đau do áp-xe gan.
- Khối u buồng trứng biến chứng (xoắn).

3. TIẾN TRIỀN VÀ TIÊN LUỢNG

3.1. Đối với sản phụ

Nếu không được mổ kịp thời thì viêm ruột thừa cấp tính sẽ chuyển thành áp-xe ruột thừa hoặc viêm phúc mạc.

Viêm phúc mạc toàn thể do ruột thừa viêm vỡ mủ sau sảy thai, sau đẻ thường nặng hơn do tử cung go hồi lại làm ổ mủ lan tỏa vào ổ bụng. Bệnh nhân thường bị vô sinh, thai ngoài tử cung do viêm nhiễm phần phụ thứ phát làm ảnh hưởng đến khâu kín của hai vòi trứng.

3.2. Đối với thai nhi

Viêm ruột thừa thường dẫn đến sảy thai, đẻ non, thai chết lưu trong tử cung, nhiễm trùng nặng sơ sinh lúc đẻ.

4. XỬ TRÍ

4.1. Đối với tuyến dưới

Nếu chẩn đoán ruột thừa viêm lúc khám thai cần chuyển ngay lên tuyến trên để có điều kiện tốt hơn giải quyết cho bệnh nhân.

4.2. Đối với tuyến trên

Trong lúc có thai nếu nghi ngờ là viêm ruột thừa thì nên mổ sớm.

Mổ theo đường Mac Burney: Nếu ruột thừa bình thường cũng cần cắt bỏ ruột thừa rồi khâu vùi gốc. Trong quá trình phẫu thuật, cố gắng tránh đụng chạm đến tử cung để giảm nguy cơ gây co bóp tử cung, bao giờ cũng phải kiểm tra phần phụ phải xem có bị viêm thứ phát hay không, nhưng không được cắt bỏ để tránh cắt nhầm buồng trứng có hoàng thể thai nghén. Nếu là túi mủ ruột thừa (Áp-xe ruột thừa) hoặc phúc mạc viêm do ruột thừa vỡ mủ cần mổ cắt bỏ ruột thừa, rửa ổ bụng và dẫn lưu.

Trong chuyển dạ nếu không ngăn được thì cố gắng cho đẻ đường âm đạo, nếu không đẻ được thì mổ lấy thai sau đó cắt ruột thừa viêm, trường hợp cần thiết đôi khi cắt tử cung bán phần.

Ngoài ra cần lưu ý để hạn chế sảy thai, đẻ non, trước và sau khi mổ phải cho bệnh nhân dùng thuốc giảm go (Papaverin) và Progesteron trong thời gian cần thiết để giúp duy trì cho thai phát triển.

Sau khi mổ, cần chú ý dùng kháng sinh tiêm liều cao (có thể dựa vào kháng sinh đồ lúc lấy dịch mủ ổ viêm).

5. KẾT LUẬN

Viêm ruột thừa trong lúc mang thai thường khó chẩn đoán, đặc biệt trong 6 tháng cuối của thai kỳ. Tuy nhiên do bệnh cảnh diễn tiến phức tạp cho nên cần chẩn đoán phát hiện sớm và giải quyết phẫu thuật để tránh được hậu quả xấu cho mẹ và thai do viêm ruột thừa cấp tính gây ra.

SỐT RÉT VÀ THAI NGHÉN

Mục tiêu học tập

1. Mô tả tiêu chuẩn chẩn đoán sốt rét ác tính kết hợp thai nghén.
2. Xác định được nguy cơ cho mẹ và con do sốt rét ác tính gây ra.
3. Thực hiện được các bước xử trí theo từng tuyến và những công tác dự phòng để hạn chế tỷ lệ tử vong mẹ và con.

1. MỞ ĐẦU

Sốt rét là một bệnh nguy hiểm vì có thể đe dọa tính mạng của sản phụ và thai nhi, đặc biệt là sốt rét ác tính. Tiêu lượng thường xấu đối với người có thai con so bị bệnh sốt rét ác tính. Sốt cao, rét run dẫn đến tử cung co bóp làm tăng nguy cơ sảy thai, đẻ non. Ngoài ra, thai có thể chết trong tử cung do hạ đường huyết.

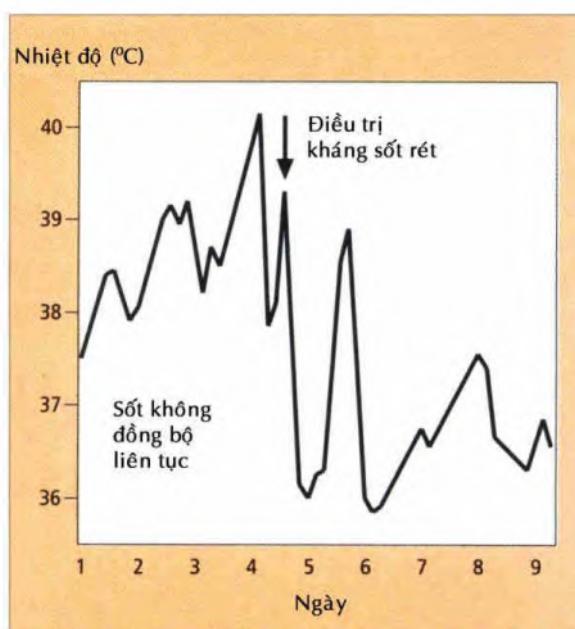
2. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán thường dễ ở những vùng có sốt rét lưu hành nhưng triệu chứng và biến chứng của sốt rét ác tính cũng thường lẫn lộn với nhau.

2.1. Triệu chứng

Có thể phối hợp các triệu chứng sau:

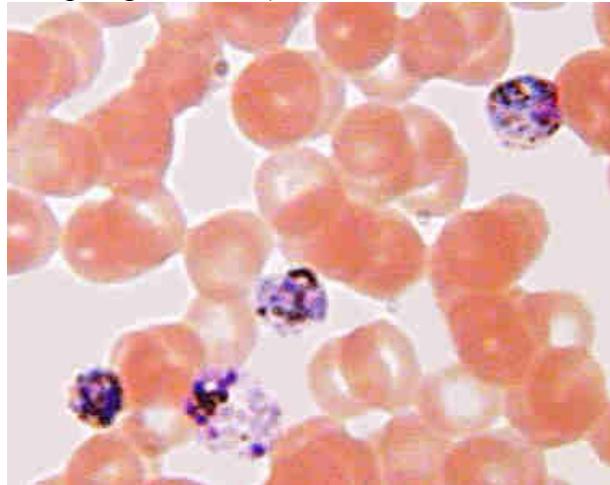
- Sốt cao, nhiều khi có hạ thân nhiệt, có tình trạng choáng nhiễm ký sinh trùng.
- Hôn mê kéo dài.
- Thiếu máu nặng.
- Vàng da.
- Đái ra huyết cầu tố.
- Suy thận cấp (bệnh nhân có thể thiếu niệu)
- Phù phổi cấp kết hợp suy hô hấp cấp, rối loạn tiêu hóa (nôn...).
- Rối loạn nước, điện giải kiềm toan, có tình trạng toan axit lactic.
- Hạ đường máu kèm tình trạng choáng nặng.
- Rối loạn chức năng đông chảy máu: hay gặp đông máu rải rác trong lòng mạch.
- Bội nhiễm nhiều cơ quan (hay gặp bội nhiễm ở phổi hoặc nhiễm khuẩn huyết).



Hình 1. Đường biểu diễn nhiệt độ của sốt rét do *P. falciparum malaria*

2.2. Chẩn đoán xác định thường dựa vào các triệu chứng chính sau

- Hôn mê kéo dài > 6 giờ (sau khi loại trừ hôn mê do đường máu).
- Xét nghiệm máu ngoại vi có thể phân biệt được ký sinh trùng *Plasmodium falciparum* > 5% (xét nghiệm 3 lần liên tiếp, 3 giờ một lần).



Hình 2. *Plasmodium falciparum* trong máu ngoại vi

- Không có các dấu hiệu của các bệnh khác như: Viêm não màng não, tai biến mạch máu não, hạ đường máu, hôn mê do nhiễm độc cấp; ngộ độc rượu cấp; sốt thương hàn.

2.3. Chẩn đoán theo tuyến

Nếu sản phụ ở vùng sốt rét cần chẩn đoán dựa trên các triệu chứng

2.3.1. Ở tuyến xã

- Sản phụ suy nhược, sốt cao, n้าm liệt giường.
- Kèm rối loạn ý thức.

- Nôn mửa, đôi lúc nôn cả thuốc đang dùng.

- Có thể kèm triệu chứng chảy máu (đái ra máu, ỉa ra máu, chảy máu dưới da. Dấu hiệu dây thắt dương tính. Nước tiểu có màu đen (đái ra huyết sắc tố)).

2.3.2. Ở tuyến huyện

Ngoài các triệu chứng đã nêu ở tuyến xã, còn có thể gặp thêm:

- Tình trạng thiếu máu nặng, vàng da, vàng mắt.
- Hạ thân nhiệt, sốt hoặc hạ huyết áp
- Rối loạn nước tiểu, điện giải, xuất hiện hiệu chứng phù.

2.3.3. Ở tuyến tỉnh

Ngoài những dấu hiệu tuyến xã, huyện, chúng ta cần tìm thêm các dấu chứng sau đây:

- Các ổ nhiễm khuẩn (viêm phổi), nhiễm khuẩn huyết.

- Phù phổi cấp, hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển.

- Hạ đường máu.

- Suy thận cấp.

Tiêu chuẩn cận lâm sàng chẩn đoán ký sinh trùng cho tuyến huyện và tuyến tỉnh:

- Trong máu ngoại vi có > 5% hồng cầu có *Plasmodium Falciparum*. Cần điều trị thuốc quinine đặc hiệu mặc dù đôi khi tỷ lệ < 5% về ký sinh trùng sốt rét.

- Nếu kết quả xét nghiệm lần 1 trả lời âm tính, cần tiếp tục làm lại xét nghiệm cứ 3 giờ sau làm lại 1 lần (có thể thực hiện 3 lần xét nghiệm cách nhau 3 giờ)

3. XỬ TRÍ

Thường xử trí khó khăn; tiên lượng lại nặng cho cả mẹ và thai nhi. Cần xử trí theo 3 hướng:

3.1. Điều trị đặc hiệu

3.1.1. Ở tuyến xã

- Dùng quinine 10 mg/kg cân nặng (8,3 mg hoạt chất) tiêm bắp cứ 8 giờ 1 lần cho đến khi bệnh nhân uống được thuốc. Điều trị liên tục một đợt (7 ngày).

- Có thể thay bằng chloroquine 10 mg/kg/24 giờ, tổng liều 25 mg/kg cân nặng.

- Nên chuyển sớm cho tuyến trên tiếp tục điều trị.

3.1.2. Ở tuyến huyện

Điều trị như tuyến xã.

3.1.3. Ở tuyến tỉnh

- Quinine 10 mg/kg cân nặng (8,3mg hoạt chất) trong 500 ml dung dịch Glucoza 5% truyền nhỏ giọt tĩnh mạch chậm trong 4 giờ, cứ 8 giờ điều trị 1 lần. Điều trị liên tục một đợt 5 ngày.

- Hoặc dùng chloroquine 5 mg hoạt chất/kg cân nặng trong 500 ml dung dịch Glucoza 5% truyền nhỏ giọt tĩnh mạch chậm trong khoảng từ 4 - 6 giờ. Lập lại biện pháp điều trị trên sau 12 giờ. Điều trị liên tục trong 5 ngày.

- Đo ECG (Điện tim) hàng ngày để theo dõi và xử trí. Trong trường hợp QRS dãn rộng > 12% giây thì nên giảm liều lượng thuốc đặc hiệu điều trị sốt rét nói trên cho sản phụ.

3.2. Hồi sức chống choáng cho bệnh nhân

- Chống suy thận cấp bằng Furosemid liều cao: Cho 2 đến 4 ống Furosemid 20 mg, cho sử dụng sớm 48 giờ đầu tiên nếu bệnh nhân vô niệu. Có thể dùng đến > 20 ống Furosemid thường phối hợp với Dopamin (2 - 5 mcg/kg/phút)

- Nếu sản phụ sốt cao > 39°C: Cần chườm lạnh đầu, cho Paracetamol, Analgin. Không nên dùng Aspirin.

- Chống co giật bằng Phénoobarbital 0,20g (tiêm bắp) hoặc Diazepam 10mg (tiêm bắp). Nếu bệnh nhân hôn mê sâu, cần đặt ống nội khí quản, thở máy hỗ trợ hô hấp (nếu có điều kiện tuy tuyến) và cho sản phụ nằm theo tư thế nghiêng.

- Chống thiếu máu: Cần truyền máu cho sản phụ nếu hémoglobin < 10g/100ml, hematocrit < 20%. Truyền máu tươi đồng nhóm hoặc truyền hồng cầu khôi. Nếu sản phụ đãi ra huyết cầu tố cần truyền máu nhiều đợt và không nên điều trị thuốc Corticoid.

- Chống suy hô hấp cấp và phổi cấp bằng cách đặt ống cathether đo C.V.P (đo áp lực tĩnh mạch trung ương). Ngoài ra, cần hạn chế truyền dịch, không nên truyền quá 1.500ml/24 giờ nếu C.V.P > 7 cm H2O. Có thể truyền phối hợp với Furosemide 20 - 40 mg. Nếu sản phụ bị suy hô hấp cấp cần đặt ống nội khí quản, hút đờm dài, thông khí nhân tạo nếu có điều kiện tại cơ sở.

- Công tác điều dưỡng: Cần nuôi dưỡng và chăm sóc tích cực bằng cách bảo đảm chế độ ăn đầy đủ 2000 calo/ngày, nuôi dưỡng qua thông dạ dày. Nếu nước tiểu > 1000 ml/24 giờ số lượng dịch chuyền và nước thức ăn là 1500 - 2000 ml. Để đề phòng hạ đường máu xảy ra, cần truyền tĩnh mạch Glucoza 30% 500ml/24 giờ. Cần chống loét cho sản phụ bằng cách lay trở cơ thể của sản phụ thường xuyên.

3.3. Điều trị sản khoa

3.3.1. Chưa chuyền dạ

Cần điều trị nội khoa (thuốc đặc hiệu cho sốt rét ác tính), hồi sức chống choáng và chưa cần thiết can thiệp chuyen khoa phụ sản. Cho thêm thuốc hạ sốt để tránh cơn go tử cung.

3.3.2. Có dấu hiệu chuyền dạ

Phải phá ối sớm để cuộc đẻ tiến triển nhanh, lúc ngôi thai đã lọt, đủ điều kiện nên hỗ trợ Forceps lấy thai. Theo dõi sản phụ 24/24 giờ (Hộ lý bậc I) để đề phòng chảy máu sau đẻ vì có thể rối loạn chức năng đông máu và cần chuẩn bị máu tươi đông nhóm, Fibrinogen, Hemocaprol, E.A.C.A (Epsilon Amino Caproid Acid) để xử trí cho sản phụ. Cần chuẩn bị các phương tiện và chế độ chăm sóc trẻ sơ sinh tốt vì mẹ bị sốt rét ác tính sơ sinh thường non tháng, suy dinh dưỡng.

4. KẾT LUẬN

Sốt rét ác tính thường đe dọa sức khỏe, tính mạng sản phụ và sơ sinh. Các tai biến sản khoa như chảy máu, nhiễm khuẩn cũng thường xảy ra. Cho nên cần chuyển đến tuyến trên có điều kiện điều trị, hồi sức tốt mới mong giảm thấp tỷ lệ tử vong cho sản phụ và sơ sinh, góp phần cùng ngành y tế chăm sóc, quản lý bà mẹ an toàn.

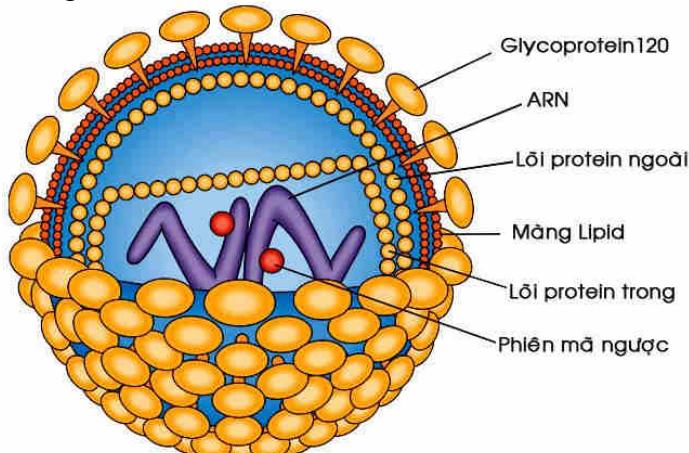
HIV/AIDS VÀ THAI NGHÉN

Mục tiêu học tập

1. Xác định được các yếu tố nguy cơ và đường lây truyền HIV
2. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh khi có thai
3. Trình bày được hướng điều trị cho các tuyến y tế và các biện pháp dự phòng hiện nay

1. ĐẠI CƯƠNG

Virus gây suy giảm miễn dịch ở người (Human Immunodeficiency Virus - HIV) gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (gọi tắt là hội chứng AIDS - Acquired Immuno Deficiency Syndrom) là một bệnh lây truyền. Tuy mới được thông báo từ 1981, nhưng có lẽ bệnh này đã xuất hiện từ lâu và được lan truyền từ Châu Phi sang Châu Mỹ (Bắc Mỹ), Châu Âu, sau đó lan sang Châu Á và Châu Mỹ La Tinh. Từ đó bệnh dịch không ngừng phát triển, đã lan rộng trên toàn thế giới.



Hình 1. Virus HIV

Bệnh được truyền qua các đường khác nhau như: máu, tinh dịch, dịch tiết âm đạo và qua sữa mẹ khi cho con bú.

Nguyên nhân gây bệnh hiện nay đã rõ là do các virus thuộc họ Rétrovirus, chúng có chứa một loại men sao chép ngược cho phép chúng xâm nhập vào nhiễm sắc thể tế bào vật chủ, cư trú trong hệ gen của các tế bào bị nhiễm và nhân lên ở đó. Khi xâm nhập vào máu virus HIV phá huỷ các tế bào Lympho T4 và các tế bào thần kinh trung ương gây sự suy giảm miễn dịch tế bào, phát sinh nhiều loại u bướu và những nhiễm trùng cơ hội và gây nguy cơ tử vong.

Đường lây truyền HIV cho phụ nữ:

- Giao hợp không được bảo vệ (qua tinh dịch).
- Dùng các ống kim tiêm đã nhiễm HIV, truyền máu và các chế phẩm của máu có chứa HIV.

- Người mẹ khi bị nhiễm HIV khi có thai có thể truyền cho con (qua bánh rau khi có thai, qua máu và dịch âm đạo khi chuyển dạ đẻ, qua sữa khi cho con bú).

2. DỊCH TỄ HỌC

Theo số liệu của Tổ chức Y tế Thế giới, trên toàn thế giới có khoảng 5 triệu người HIV(+) (1997), một nửa là phụ nữ. Năm 2000 số phụ nữ mắc bệnh này khoảng 14 triệu và khoảng 4 triệu trong số đó sẽ chết vì AIDS.

Ở Mỹ khoảng 89% phụ nữ mắc phải hội chứng suy giảm miễn dịch đang trong lứa tuổi sinh đẻ. Phụ nữ có thai nhiễm HIV khoảng 6%, mặc dù vậy 50% trong số họ vẫn quyết định giữ thai.

Đến cuối năm 2003, ít nhất trên thế giới đã có 42 triệu người bị nhiễm HIV còn sống và khoảng 30 triệu người đã chết. Cứ mỗi ngày qua đi đã có thêm 14.000 người mới bị nhiễm HIV.

Tại Việt Nam, tính đến ngày 31/12/2004, lũy tích số người được phát hiện nhiễm HIV trên toàn quốc là 90.380 người, trong đó có 14.428 trường hợp AIDS và 8.348 trường hợp AIDS đã tử vong. Dự báo đến năm 2010, Việt Nam sẽ có khoảng 350.000 người nhiễm HIV/AIDS.

Theo Uỷ ban Quốc gia phòng chống AIDS, số trẻ bị nhiễm HIV ngày càng tăng. Năm 1997 phát hiện 7 trường hợp và đến năm 2002 đã có 20 trường hợp dưới 5 tuổi được phát hiện nhiễm HIV từ mẹ. Trong khi đó, sau 2 năm, tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV đã tăng gấp 2 lần (từ 0,2% năm 2000 lên 0,4% vào thời điểm tháng 5/2002).

3. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ LÂY TRUYỀN HIV TRONG KHI MANG THAI

3.1. Các yếu tố nguy cơ trong lây truyền nhiễm HIV từ mẹ sang con

- Nồng độ virus cao hơn 1.000 con/ml huyết tương.
- Tình trạng miễn dịch kém.
- Không dùng thuốc chống virus khi mang thai.
- Có bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Vỡ ối kéo dài (một số nghiên cứu cho thấy thời gian này là trên 4 giờ, những nghiên cứu khác cho thấy nguy cơ tăng với mỗi giờ vỡ ối) .
- Viêm màng ối.

3.2. Lây truyền HIV trong khi mang thai

- Giai đoạn mang thai: HIV có khả năng lây truyền cho thai qua bánh rau. Sự lây truyền này có thể xảy ra trong suốt thời kỳ thai nghén, nhưng tỷ lệ lây truyền cao khi tuổi thai trên 18 tuần.

- Trong quá trình chuyển dạ: Sự lây truyền HIV thường xảy ra muộn quanh thời kỳ chuyển dạ; đó là do cơn go tử cung đầy máu mẹ mang theo HIV vào tuần hoàn bánh rau hoặc đứa trẻ tiếp xúc trực tiếp với dịch âm đạo có chứa HIV, nhất là những trường hợp đẻ khó, ối vỡ sớm, chuyển dạ kéo dài, có nhiều tổ chúc của mẹ bị dập nát,...

- Giai đoạn cho con bú: sự lây truyền HIV qua sữa mẹ là cách lây truyền hay gặp nhất. Nguy cơ này có liên quan đến thời gian cho con bú dài hay ngắn.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Lâm sàng

- Giai đoạn nhiễm HIV: Người nhiễm HIV không có biểu hiện gì trên lâm sàng, chẩn đoán chủ yếu dựa vào xét nghiệm.

- Giai đoạn bệnh AIDS: được chia làm 4 giai đoạn phụ thuộc vào các bệnh lý liên quan đến HIV như tình trạng:

- + Sụt cân, sốt kéo dài, đau họng . . .
- + Nhiễm trùng cơ hội.
- + Các bệnh ác tính.
- + Mức độ hoạt động về thể lực của cơ thể.

4.2. Cận lâm sàng

- Dựa vào test ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay): cho phép phát hiện kháng thể kháng HIV với độ nhạy # 99%.

- Kết quả ELISA dương tính được khẳng định bởi test Western blot.

- Kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang: cho các tế bào bị nhiễm tiếp xúc với huyết thanh của bệnh nhân, phản ứng (+) tính nếu kháng thể hiện diện cố định trên những tế bào bị nhiễm có thể thấy được bởi kỹ thuật huỳnh quang.

- Kỹ thuật RIPA (Radio-Immuno Precipitation Assay) là kỹ thuật đặc hiệu nhất dùng chất hoạt tính phóng xạ. Xét nghiệm này được chỉ định khi mà các kết quả trước bị nghi ngờ hoặc muốn khẳng định.

- PCR (Polymerase Chain Reaction) là một phương pháp chuyên biệt nhạy cảm dùng để xác định loại ADN. Ngày nay nó được dùng như một trắc nghiệm để xác định ADN của virus HIV.

- Sự tiến triển về lâm sàng của bệnh được đánh giá bằng tổng số tế bào Lympho T CD4:

+ Nếu tổng số CD4 lớn hơn 500 tế bào/mm³ coi như không có suy giảm miễn dịch, và không có nhu cầu điều trị.

+ Tổng số CD4 từ 200-500 tế bào/ mm³ đòi hỏi có sự can thiệp.

+ Tổng số CD4 nhỏ hơn 200 tế bào/mm³ hoặc cao hơn nhưng kèm nhiễm nấm hay sốt âm i trên 37,8°C thì bệnh nhân có nguy cơ tăng các biến chứng.

- Người nhiễm HIV có tổng số Lympho dưới 1200 tế bào/ mm³ được xem là suy giảm miễn dịch nặng.

5. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM HIV TỪ MẸ SANG CON CỦA VIỆT NAM

5.1. Chẩn đoán sớm người có thai HIV (+)

- Vấn đề đặt ra là làm thế nào để phát hiện các phụ nữ có thai nhiễm HIV sớm, vì vậy cần làm xét nghiệm HIV hàng loạt cho thai phụ bằng test ELISA, kể cả khi không có những nguy cơ rõ ràng. Nếu test ELISA (+) cần làm thêm test Western blot để khẳng định chẩn đoán.

- Theo quy định hiện nay, chỉ một số trung tâm có trang thiết bị đầy đủ sau khi kiểm tra lại mẫu máu được chẩn đoán là HIV (+) qua các xét nghiệm mới được phép thông báo cho thai phụ.

5.2. Các trường hợp muôn đinh chỉ thai nghén

- Với các thai nhỏ dưới 22 tuần, sau khi được tư vấn, nếu thai phụ đồng ý phá thai thì giải quyết hút hay nạo thai tùy theo tuổi thai. Những trường hợp này sẽ được thực hiện ở cơ sở có phẫu thuật, có Bác sĩ chuyên khoa sản. Sau khi nạo thai bệnh được điều trị như các bệnh nhân HIV khác.

- Nếu thai phụ muốn giữ thai thì cơ sở y tế nên gởi đến khoa sản bệnh viện huyện hoặc tuyến có kỹ thuật cao hơn để được quản lý và điều trị dự phòng lây nhiễm cho con bằng thuốc chống Rétrovirus.

5.3. Xử trí trong trường hợp thai phụ bị nhiễm HIV

Cần phải điều trị cho thai phụ bị nhiễm HIV với mục đích làm giảm lây nhiễm từ mẹ sang con, nếu người mẹ và gia đình sau khi được tư vấn vẫn muốn giữ thai.

5.3.1 Ở tuyến xã

Tư vấn cho thai phụ về khả năng lây truyền HIV từ mẹ sang con và chuyển lên tuyến trên.

5.3.2 Ở tuyến huyện

Nếu thai phụ đồng ý phá thai:

- Tùy tuổi thai mà tiến hành các kỹ thuật nạo phá thai an toàn.

- Cần tư vấn về các biện pháp tránh thai và tránh lây lan sang người khác sau khi đã phá thai.

- Sau khi đã phá thai chuyển bệnh nhân về trung tâm y tế dự phòng để quản lý và điều trị.

Nếu thai phụ muốn giữ thai:

- Quản lý thai nghén.
- Tư vấn cho thai phụ về nguy cơ lây truyền cho con và khả năng chỉ phòng lây nhiễm được trong 3/4 trường hợp mặc dù đã uống thuốc đầy đủ.
 - Tùy điều kiện của cơ sở điều trị có thể lựa chọn một trong hai phác đồ sau:
 - + Phác đồ sử dụng Nevirapine: Khi bắt đầu có dấu hiệu chuyển dạ thực sự hoặc trước khi mổ lấy thai, cho thai phụ uống một lần duy nhất một viên Nevirapine 200mg.
 - + Phác đồ sử dụng Zidovudine: Zidovudine 600mg/ngày, chia hai lần, bắt đầu uống từ tuần thứ 36 của thai kỳ cho đến khi chuyển dạ. Trong trường hợp thai phụ đến khám thai muộn sau tuần thứ 36 của thai kỳ cũng cho uống như trên với liều Zidovudine 600mg/ngày cho đến khi chuyển dạ. Khi chuyển dạ sử dụng liều 300mg trong mỗi 3 giờ cho đến khi sinh.

Các điểm cần được thực hiện khi đỡ đẻ:

- Đối với thai phụ:
 - + Bảo đảm tuyệt đối vô khuẩn khi đỡ đẻ.
 - + Lau rửa âm đạo nhiều lần bằng bông tẩm dung dịch Chlorua de Belzalkonium hay Chlorhexidine 0,2%.
 - + Không cạo lông vùng sinh dục.
 - + Tránh bầm ối và cắt tầng sinh môn khi không cần thiết.
 - + Chỉ định mổ lấy thai khi có chỉ định sản khoa.
 - + Tư vấn cho người mẹ về lợi ích nuôi con bằng sữa thay thế sữa mẹ nếu có điều kiện để giảm bớt nguy cơ lây truyền bệnh.
- Đối với trẻ sơ sinh:
 - + Không đặt điện cực vào đầu thai nhi (monitoring sản khoa).
 - + Không lấy máu da đầu để làm pH.
 - + Tắm cho trẻ ngay sau khi sinh.
 - + Ngay sau khi trẻ được sinh ra, cán bộ y tế khoa Sản phải thông báo cho khoa Nhi biết để trẻ được chăm sóc đặc biệt ở cả hai khoa Sản và Nhi của bệnh viện.

Điều trị sau sinh:

- Điều trị cho trẻ sơ sinh:
 - + Nếu người mẹ uống Nevirapine, thì cho con uống một lần duy nhất Sirô Nevirapine với liều 2mg/kg cân nặng trong vòng 72 giờ đầu sau sinh. Cần cho Nevirapine ngay tại thời điểm sinh nếu quãng thời gian giữa liều Nevirapine ở mẹ và thời điểm sinh để dưới 2 giờ.
 - + Nếu người mẹ được uống Zidovudine, thì sau đẻ từ 8 - 10 giờ cho con uống Sirô Zidovudine với liều 2mg/kg cân nặng, cứ 6 giờ uống một lần cho đến 6 tuần tuổi. Trong trường hợp không có Zidovudine thì cho uống Nevirapine như trên.

- Điều trị cho mẹ: Nếu cần thiết và có điều kiện sẽ áp dụng điều trị đặc hiệu cho mẹ bằng thuốc chống Retrovirus và thuốc chống nhiễm trùng cơ hội.

- Vấn đề cho con bú: Nên tư vấn và khuyên người mẹ không nên cho con bú để tránh lây truyền bệnh qua sữa. Hướng dẫn cho người mẹ cách dùng các sản phẩm thay thế sữa mẹ. Trường hợp không có điều kiện dùng sữa thay thế phải cho trẻ bú mẹ và cần chú ý đến các vết thương trong miệng của trẻ sơ sinh cũng như dùng để người mẹ mắc các bệnh đầu vú như nứt đầu vú, vì có thể làm tăng nguy cơ lây nhiễm. Trường hợp trẻ non tháng có thể cho trẻ ăn sữa mẹ bằng thìa hoặc qua sond dạ dày, nếu không có sữa ngoài.

5.4. Dự phòng

- Thông tin giáo dục là bước quan trọng nhất để tất cả các phụ nữ, đặc biệt là phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ tự bảo vệ mình và bảo vệ con của mình.
- An toàn trong tình dục: để tránh các bệnh lây truyền qua đường tình dục (dùng bao cao su nam nữ).

- Vận động người phụ nữ có thai, người chồng hay người tình thử HIV để có thái độ xử trí rõ ràng đối với thai nghén. Nếu có điều kiện, người phụ nữ cũng nên cần biết mình có bị nhiễm HIV hay không trước khi quyết định có thai.

- Ngay cả khi người phụ nữ có thai mà HIV âm tính thì cũng cần phải tư vấn cách phòng chống, tránh nhiễm HIV và nên thử lại HIV vào quý II của thai kỳ để loại trừ việc bị nhiễm HIV trong khi có thai.

- Trong trường hợp có thai mà HIV dương tính thì phải tư vấn và vận động phá thai để giảm tỷ lệ lây truyền nhiễm HIV từ mẹ sang con. Nếu người mẹ và gia đình sau khi đã tư vấn mà vẫn muốn giữ thai thì khuyên và cho điều trị thuốc chống HIV.

NHIỄM HIV LIÊN QUAN ĐẾN SỨC KHOẺ SINH SẢN

Mục tiêu học tập

1. Trình bày 4 đặc điểm khác biệt cơ bản của phụ nữ so với nam giới trong nhiễm HIV.
2. Nêu những điểm khác biệt trong sử dụng thuốc ARV và thuốc phòng nhiễm trùng cơ hội ở phụ nữ.
3. Trình bày các biện pháp phòng bệnh cho thai nhi khi mẹ bị nhiễm HIV.

Do lây qua đường quan hệ tình dục và từ mẹ sang con, virut HIV ảnh hưởng lớn đến nhiều mặt của quá trình sinh sản. Phòng nhiễm HIV cho phụ nữ, chăm sóc, theo dõi sức khoẻ những phụ nữ có thai nhiễm HIV, phòng lây nhiễm cho thai nhi là những biện pháp tích cực để hạn chế những tác hại của virut HIV lên quá trình sức khoẻ sinh sản.

1. PHỤ NỮ DỄ NHIỄM HIV HƠN NAM GIỚI

Ngoài đường truyền máu và qua các đường tiêm chích tĩnh mạch, không có gì khác biệt so với nam giới, phụ nữ thường có nguy cơ nhiễm HIV hơn nam giới trong quan hệ tình dục.

Nguy cơ phụ nữ nhiễm HIV từ người bạn tình HIV(+) cao hơn nam giới lây nhiễm từ bạn tình nữ HIV (+) vì những lý do sau:

1.1 Về giải phẫu và sinh lý

- Cấu trúc giải phẫu và mô học của âm đạo: Virut HIV thường không xuyên qua da bình thường, nhưng có thể xuyên qua niêm mạc, nhất là những niêm mạc có cấu trúc lỏng lẻo. Đê thích nghi với quá trình sinh sản, cấu trúc âm đạo người phụ nữ có những tính chất đặc biệt như: có tính đàn hồi rất lớn, cầu nối giữa các tế bào âm đạo rất rộng. Các tính chất này, giúp cho âm đạo có thể dãn kích thước và tiết dịch bôi trơn, thuận lợi cho quá trình giao hợp và sinh nở, nhưng cũng làm cho các virut, nhất là HIV dễ xuyên qua niêm mạc âm đạo, vào bên trong cơ thể.

- Trong quá trình giao hợp khác phái, người phụ nữ tiếp xúc với dịch sinh dục của bạn tình nam với diện rộng: toàn bộ niêm mạc âm đạo (trong khi bộ phận sinh dục nam chỉ có 1/3 là niêm mạc). Thời gian tiếp xúc cũng dài hơn. Với nam giới, chỉ trong thời gian quan hệ tình dục; thì với nữ giới, quá trình tiếp nhận dịch sinh dục kéo dài đến sau quá trình quan hệ do sự lưu giữ tinh dịch. Các biện pháp súc rửa âm đạo sau giao hợp, không hạn chế được sự lây nhiễm mà ngược lại, có thể làm tăng thêm nguy cơ lây nhiễm vì làm dễ tồn thương bề mặt âm đạo và HIV dễ xuyên vào trong cơ thể hơn. Hiện nay, các hóa chất diệt tinh trùng, dùng để tránh thai, có thể làm tồn thương vì thể niêm mạc âm đạo, cũng làm tăng nguy cơ nhiễm HIV. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng các thuốc diệt tinh trùng hiện đang được phát triển với chức năng phòng lây nhiễm HIV.

- Những thay đổi sinh lý của niêm mạc âm đạo theo chu trình kinh nguyệt: trong thời gian rụng trứng, niêm mạc âm đạo thường mềm và mỏng hơn (tạo thuận lợi cho quá trình giao hợp và do đó thụ thai). Ham muốn tình dục cũng tăng thêm. Những điểm này thuận lợi cho quá trình nhiễm HIV nếu người bạn tình nam HIV(+).

- Các bệnh viêm nhiễm phụ khoa, các bệnh lây qua đường tình dục (STD) ở phụ nữ thường không rõ ràng và rất ít triệu chứng. Do đó dễ chuyển sang trạng thái mạn tính và bẩn thỉu người bệnh không biết mình mắc bệnh, nên không điều trị. Những yếu tố này cũng làm cho người phụ nữ dễ nhiễm HIV hơn.

1.2 Về xã hội

- Những yếu tố xã hội cũng làm người phụ nữ có nguy cơ lây nhiễm HIV cao hơn nam giới. Trong quan hệ tình dục, dù mãi dâm hay vợ chồng, ở nhiều địa phương, người đàn ông thường là quyết định, người phụ nữ không có quyền chọn sử dụng bao cao su hay không. Nếu từ chối quan hệ tình dục không có bao cao su, người phụ nữ có thể bị ruồng bỏ, thậm chí đánh

đập. Điều này khiến biện pháp phòng tránh hữu hiệu là bao cao su không được áp dụng triệt để cho người phụ nữ, chưa kể chất lượng bao cao su xấu, quá trình xử dụng không đúng cách, làm tăng khả năng lây nhiễm HIV.

- Về mặt mài dâm khác giới, tàn số tiếp khách của nữ thường nhiều hơn mài dâm nam, do đó làm tăng nguy cơ lây nhiễm.

- Bạo hành cưỡng hiếp phụ nữ vẫn còn phổ biến, làm tăng thêm nguy cơ nhiễm HIV cho nữ giới.

2. TIẾN TRIỂN TỰ NHIÊN CỦA NHIỄM HIV Ở NỮ GIỚI

Cho đến nay chưa có một nghiên cứu nào đủ để khẳng định tiến triển tự nhiên của HIV nữ giới khác tiến trình tự nhiên ở nam giới. Một số công trình nhỏ chứng tỏ rằng quá trình tiến đến tử vong của nữ giới nhanh hơn nam giới. Tuy nhiên, nguồn gốc của kết luận này, có thể từ những đối xử phân biệt, mức độ kinh tế, mức độ quan tâm, chăm sóc và điều trị của gia đình và xã hội khi người phụ nữ nhiễm HIV ít hơn so với nam giới.

Mô hình bệnh nhiễm trùng cơ hội và các biến chứng khác của HIV giữa nam và nữ giới cũng rất ít khác nhau. Nhiễm nấm Candida thực quản, nhiễm CMV, nhiễm virut Herpes simplex thường hay gặp ở phụ nữ nhiều hơn nam giới. Ngược lại, U Kaposi da rất ít gặp ở nữ giới, và nếu có, thường là Kaposi nội tạng, hạch bạch huyết, và do đó thường được chẩn đoán muộn hơn.

3. BỆNH PHỤ KHOA Ở PHỤ NỮ HIV (+)

Loạn sản và ung thư cổ tử cung xâm nhập hay gặp hơn ở phụ nữ HIV(+) so với phụ nữ (-). Hiện nay, bệnh này được xếp như một nhiễm trùng cơ hội của HIV, bản chất do virut papilloma người (HPVs), trong đó các type 16, 18, 31, 45 chiếm hơn 80% trường hợp.

Nhiễm nấm Candida âm đạo có thể xuất hiện trước Candida miệng, và là một triệu chứng chỉ điểm của nhiễm HIV nếu dai dẳng, không tự hồi phục, khó điều trị hay tái phát dễ dàng khi ngưng điều trị.

Từ năm 1993, ung thư cổ tử cung xâm lấn được CDC xếp vào giai đoạn AIDS, trong khi các bệnh nấm Candida âm đạo, loạn sản cổ tử cung, ung thư cổ tử cung tại chỗ, và các bệnh nhiễm trùng vùng chậu phụ nữ được xếp vào nhóm B.

4. HIV VÀ THAI NGHÉN

Thật sự thai nghén không đầy nhanh quá trình tiến triển tự nhiên của HIV, ít nhất là đối với những thai phụ chưa tiến vào giai đoạn AIDS. Tuy nhiên, nhiễm HIV làm cho nguy cơ nhiễm trùng trong suốt thai kỳ và trong thời gian chu sinh của thai phụ tăng lên so với người không nhiễm HIV. Theo dõi và chăm sóc kỹ suốt thai kỳ và trong thời gian chu sinh của thai phụ nhiễm HIV sẽ khiến quá trình sinh sản diễn ra suôn sẻ như người bình thường, tất nhiên không kể đến tai biến truyền HIV cho thai nhi.

5. VẤN ĐỀ LÂY TRUYỀN HIV CHO THAI NHI

Người mẹ HIV(+) có thể truyền cho thai nhi qua nhiều thời kỳ khác nhau:

- Suốt trong thời gian thai kỳ.
- Trong thời gian chu sinh
- Sau sinh, trong suốt thời gian cho con bú.

Tỷ lệ truyền HIV cho con khi không có thuốc kháng HIV thay đổi tùy theo quốc gia, từ 14-40%. Nguy cơ càng cao khi tình trạng miễn dịch của mẹ càng thấp T CD4(+) thấp, tải lượng virut cao, nhiễm trùng cơ hội. Các yếu tố làm tăng nguy cơ gồm thiếu vitamin A, mẹ hút thuốc lá, sử dụng ma tuý, mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác và đồng nhiễm virut viêm gan C.

Nhiều chứng cứ khẳng định HIV có thể truyền cho trẻ sơ sinh trong thời gian sinh nở. Có những trẻ có kết quả xét nghiệm âm tính đối với mẫu máu lấy ngay sau khi sinh (tức là trẻ không bị truyền từ mẹ sang trong thời gian ở trong tử cung) nhưng sau đó 2 hoặc vài tháng xét nghiệm lại cho kết quả dương tính mặc dù những trẻ này không được bú mẹ (được hiểu là trẻ bị nhiễm trong cuộc chuyển dạ), hoặc trong những trường hợp sinh đẻ, những đứa trẻ sinh ra trước thường bị nhiễm HIV cao hơn. Trẻ thường có nguy cơ nhiễm trong khi sinh do tiếp xúc với dịch sinh dục của mẹ có nồng độ virut cao. Nhiễm trùng ối cũng là một nguy cơ quan trọng gây nhiễm HIV cho trẻ.

Các kỹ thuật sản khoa xâm nhập như chọc ối, hút với áp lực chân không, forceps có thể làm tăng nguy cơ nhiễm HIV cho trẻ. Tuy nhiên, trong mỗi trường hợp cần có những đánh giá đúng mức về nguy cơ. Ví dụ, một trường hợp có suy thai cần phải cho đẻ có can thiệp ngay sẽ tốt hơn là nguy cơ phải chờ đợi đẻ mổ đẻ.

Nuôi con bằng sữa mẹ ở trẻ trước đó chưa nhiễm, làm tăng nguy cơ nhiễm HIV 15 %.

6. CHĂM SÓC PHỤ NỮ NHIỄM HIV

6.1 Trường hợp không mang thai

- Nói chung không có khác biệt lớn so với chăm sóc nam giới nhiễm HIV. Một số điểm cần lưu ý: Xét nghiệm huyết thanh để theo dõi giang mai, CMV và Toxoplasma rất quan trọng vì có thể ảnh hưởng đến những lần mang thai sau đó. Những phụ nữ HIV (+), mà huyết thanh âm tính với các bệnh kể trên cần có biện pháp để phòng nghiêm ngặt: rửa tay thường xuyên, nhất là trước khi ăn để phòng CMV (thường từ trẻ em truyền sang), Không tiếp xúc với mèo (phòng Toxoplasma).

- Tư vấn phụ nữ nhiễm HIV sử dụng biện pháp tránh thai nếu họ không muốn có thai, và sử dụng tình dục an toàn (bao cao su) để phòng tránh thai cũng như lây nhiễm HIV cho bạn tình chưa nhiễm. Nếu họ vẫn muốn có con, những phụ nữ này cần được tư vấn sâu hơn về những nguy cơ lây truyền cho bạn tình (nếu bạn tình chưa nhiễm) và cho thai nhi. Đồng thời phải xem xét việc sử dụng thuốc kháng virut.

- Cần lưu ý, ở phụ nữ sinh nở nhiều lần, có thể cho phản ứng dương tính giả với các xét nghiệm ELISA và kết quả không xác định được với xét nghiệm WESTERN-BLOT. Trong trường hợp này cần dựa vào 3 chiến lược tầm soát HIV để xác định. Nếu có điều kiện, thực hiện xét nghiệm Western Blot với HIV 1 và HIV 2. Xét nghiệm nhiều lần với kit của nhiều hãng khác nhau, hoặc sử dụng các xét nghiệm tìm trực tiếp HIV và đếm tế bào T CD4(+) để chẩn đoán.

- Sử dụng thuốc kháng virut HIV: cho đến nay chưa có gì khác biệt so với nam giới. Theo một số báo cáo thì một số phụ nữ mập phì dùng Zidovudine kéo dài có thể gây hậu quả hoại tử gan (do nhiễm mỡ) tối cấp. Các thuốc kháng protease thường làm thay đổi nồng độ thuốc ngừa thai đường uống. Đã có một số báo cáo về tình trạng nhiễm axít lactic và tử vong tại Hoa Kỳ liên quan đến việc sử dụng dd4 và ddi (ức chế phiên mã ngược nucleosid) trong thời kỳ mang thai. Một số thuốc khác trong nhóm này (như AZT, 3TC) được cho biết có tác dụng tốt và an toàn. Có mối lo ngại về tình trạng nhiễm độc gan liên quan đến việc sử dụng neviripine ở những phụ nữ có lượng CD4 >250, phụ nữ có tiền sử kết quả xét nghiệm chức năng gan cao hơn mức bình thường, phụ nữ viêm gan B, C. Các ban do Nevirapine gây ra thường gặp nhiều ở phụ nữ.

- Về các bệnh cơ hội: Phụ nữ nhiễm HIV thường nhiễm Candida thực quản nhiều hơn nam giới chúng tôi đã lý giải ở trên. Nhiễm nấm âm đạo có thể đi trước nhiễm nấm miệng. Cần theo dõi tình trạng cổ tử cung bằng phiến đồ Papanicolaou mỗi 6 tháng. Nếu âm tính, có thể theo dõi hàng năm. Khi nghi ngờ có thể soi cổ tử cung và sinh thiết.

- Vấn đề mang thai: Nói chung, phụ nữ nhiễm HIV không nên mang thai, ngay cả khi đưa thẳng tinh trùng vào âm đạo không qua giao hợp (tránh lây cho chồng). Lý do chính là thai nhi không thể chắc chắn không nhiễm HIV dù có được theo dõi và dùng thuốc đúng cách.

Đến nay, các phương pháp dự phòng cho thai nhi nhiễm HIV khi mẹ HIV(+) đều không có hiệu quả 100%. Trong những trường hợp rất đặc biệt do tập quán, văn hóa, tập tục gia đình, người phụ nữ vẫn muốn có con, cần giải thích rất kỹ về những tai biến và nguy hiểm cho cả mẹ lẫn con. Nếu người phụ nữ chấp nhận thì theo dõi như trong trường hợp phụ nữ HIV(+) mang thai.

6.2 Khi mang thai

Đa số trường hợp phụ nữ được phát hiện nhiễm HIV khi đến khám thai. Nhiều vấn đề đặt ra trong trường hợp này: Nếu đang sờm, có chấm dứt thai kỳ không? Vấn đề sử dụng thuốc kháng HIV và các thuốc phòng bệnh cơ hội trong thai kỳ. Vấn đề bảo vệ thai nhi không nhiễm HIV cũng như không bị tác hại bởi các bệnh nhiễm trùng cơ hội, các thuốc phòng bệnh cơ hội, các thuốc điều trị bệnh cơ hội (gây sảy, sinh non, nhiễm trùng, dị tật bẩm sinh...)

Tư vấn và để bệnh nhân tự quyết định có duy trì thai kỳ hay không? Điều này tuỳ thuộc vào phong tục tập quán, tín ngưỡng, hoàn cảnh gia đình và thai nhi có phải là đứa con mong muốn hay không. Người thầy thuốc chỉ thông báo những nguy cơ mà thai nhi có thể gặp phải, trong đó lớn nhất là lây nhiễm HIV. Mặc dù các biện pháp bảo vệ đã làm giảm tỷ lệ truyền HIV từ mẹ sang con rất lớn, nhưng vẫn không hoàn toàn triệt tiêu được nguy cơ này.

Sử dụng thuốc kháng HIV trong thai kỳ: không dùng Efavirenz cho phụ nữ có thai (có khả năng gây u quái cho thai). Hầu hết các thuốc kháng HIV còn lại đều không có bằng chứng gây ra u quái cho thai, trên động vật thực nghiệm cũng như cho người. Tuy nhiên, bằng chứng an toàn tuyệt đối với những khảo cứu *in vivo* có kiểm soát vẫn chưa được đầy đủ. Vì vậy, khi có chỉ định dùng thuốc, phải cân nhắc giữa lợi ích và bất lợi cho mẹ và thai nhi trước khi sử dụng. Khi chỉ định thuốc, cần tham khảo lại những chỉ dẫn mới nhất về thuốc kháng HIV và thai nghén.

Bảng dưới đây nêu rõ một số tính chất và xếp loại của cơ quan quản lý Dược và thực phẩm Hoa Kỳ (FDA), gồm có:

- Loại A: Những thuốc đã được nghiên cứu đầy đủ, không có tai biến cho thai nhi trong quý đầu của thai kỳ, và không có chứng cứ là nguy hiểm cho thai nhi trong suốt thai kỳ còn lại.

- Loại B: Những thuốc nghiên cứu trên động vật không có hại cho thai kỳ, nhưng trên người thì chưa có nghiên cứu khẳng định. Nhưng cũng chưa có bằng chứng cho thấy có tai biến.

- Loại C: Những thuốc chưa xác định rõ có tai biến cho thai hay không, chỉ sử dụng khi lợi ích dùng thuốc vượt quá những tai biến có thể có do thuốc.

- Loại D: Những thuốc có bằng chứng là có tai biến cho thai nhi. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, lợi ích của thuốc mang lại cao hơn tai biến do nó đem lại, và cũng có thể chấp nhận được.

- Loại X: Tai biến rõ rệt và không nên dùng.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA THUỐC KHÁNG HIV VÀ THAI NGHÉN

THUỐC KHÁNG HIV	XÁC DỰ PHÒNG CHO THAI	NHẬN DÙNG CHO TRẺ SƠ SINH	CỦA CHO TRẺ LỚN	FD A XÉ P LỢ AI	QUA NHA U THAI	DẠ G THU ÓC NUỚ C
Nhóm úc chế RT nucleoside Didanosin (ddI, videx)	0	+	+	B	+	+

Lamivudin (3TC, Epivir)	0	0	+	C	+	+
Stavudine (d4T, Zerit)	0	0	+	C	+	+
Zalcitbine (ddC, Hivid)	0	0	0	C	+	+
Zidovudine (AZT, Retrovir)	+	+	+	C	+	+
Nhóm úc ché non-nucleoside						
Delavirdine (Recriptor)	0	0	0	C	?	0
Nevirapine (Viramune)	0*	0	0	C	+	+
Úc ché protease						
Indinavir (Crixivan)	0	0	0	C	+	0
Nelfinavir (Viracept)	0	0	+	B	?	+
Ritonavir (Norvir)	0	0	+	B	+	+
Saquinavir (Invirase)	0	0	0	B	?	0

6.3 Xử dụng thuốc phòng và điều trị bệnh cơ hội

Trimethoprime-sulfamethoxazole được sử dụng để phòng và điều trị bệnh viêm phổi do *Pneumocystis carinii*, *Toxoplasma*, *Isospora belli*. Tỷ lệ tai biến vàng da nhân thấp và có thể chấp nhận được.

Kháng nấm: trong 3 tháng đầu chỉ sử dụng Amphotericine B, từ tháng thứ 4 trở đi của thai kỳ có thể dùng các thuốc kháng nấm azole (Fluconazole, Itraconazole). Các thuốc azole chưa bảo đảm tính an toàn cho thai nhi trong 3 tháng đầu.

Acyclorvir có thể dùng trong thai kỳ, nhưng Gancyclovir và Foscarnet thì không.

6.4 Dự phòng nhiễm HIV cho thai nhi khi mẹ HIV(+)

- Kể từ tuần thứ 14 trở đi của thai kỳ: dùng Zidovudine (AZT) 100mg x 5 lần/ ngày (uống) hay 200mg x 3 lần/ ngày hoặc 300 mg x 2 lần/ngày.

- Trong thời gian chu sinh: AZT 2mg/kg tiêm TM, sau đó truyền AZT 1mg/kg/giờ trong thời gian sinh cho đến khi cắp rốn.. Nếu mổ lấy thai, thuốc được đưa vào 4 giờ trước khi mổ.

- Với trẻ sơ sinh: Zidovudine elixir, 2mg/kg uống, 4 lần/ ngày. bắt đầu 6 n giờ sau sinh và tiếp tục đến 6 tuần.

Nhiễm HIV ở phụ nữ thường có ảnh hưởng lớn đến sức khỏe sinh sản hơn nam giới. Nếu đã lỡ mang thai, cần lưu ý khi xử dụng các thuốc kháng HIV và các thuốc phòng và điều trị nhiễm trùng cơ hội. Cần cân nhắc giữa ích lợi và bất lợi cho cả mẹ lẫn con khi quyết định dùng thuốc. Sử dụng thuốc ARV theo chiến lược của từng quốc gia cho mẹ trong thai kỳ và cho cháu ngay sau khi sinh đã làm giảm tỷ lệ nhiễm HIV cho trẻ rất đáng kể, nhưng không triệt tiêu hẳn nguy cơ này.

SUY THAI

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được sinh lý bệnh của suy thai
2. Liệt kê được nguyên nhân của suy thai
3. Mô tả được các triệu chứng của suy thai cấp và suy thai mãn
4. Trình bày được các nguyên tắc xử trí suy thai cấp và mãn

1. ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN LOẠI

Suy thai là một quá trình bệnh lý do tình trạng thai thiếu oxy trong máu hoặc thiếu oxy tổ chức khi thai đang sống trong tử cung. Hiện nay, người ta còn gọi suy thai là tình trạng bất ổn của thai nhi bao gồm: giảm thành phần oxy trong máu, giảm oxy trong tổ chức, tình trạng tăng ion hydro trong máu (thai nhi nhiễm toan), biểu hiện với những thay đổi về nhịp tim thai được ghi nhận bằng máy theo dõi nhịp tim thai (ví dụ: nhịp giảm biến đổi lặp lại, nhịp giảm muộn, nhịp nhanh, nhịp chậm hoặc tình trạng bất thường).

Suy thai cấp thường xảy ra đột ngột trong quá trình chuyển dạ, đe doạ tính mạng đứa bé, ảnh hưởng đến sự phát triển tinh thần, thể chất của đứa bé trong tương lai nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời. Đánh giá được tình trạng sức khoẻ của thai nhi trong chuyển dạ có ý nghĩa quan trọng nhằm đảm bảo một cuộc đẻ an toàn cho cả mẹ và con. Suy thai cấp chiếm tỷ lệ dưới 20% các cuộc đẻ.

Suy thai mãn xảy ra từ từ trong quá trình mang thai, các triệu chứng thường không rầm rộ, tuy nhiên có thể nhanh chóng chuyển thành suy thai cấp khi chuyển dạ.

2. SINH LÝ BỆNH

- Sự thắt nghẽn: Khi thiếu oxy sẽ xảy ra hiện tượng co mạch ngoại vi nhưng não và cơ trơn có hiện tượng giãn mạch để tăng sự tưới máu, đảm bảo cho chức năng sống của các cơ quan quan trọng. Trong giai đoạn đầu tiếng tim vẫn bình thường do thai nhi trưởng thành có dự trữ ôxy đảm bảo cho 2 phút nếu trao đổi khí bị cản trở

- Thay đổi tần số tim thai: Bình thường lưu lượng máu qua thai là 180-200ml/kg/phút. Khi có tình trạng giảm oxy sẽ xảy ra hiện tượng co thắt mạch máu làm tăng áp lực tưới máu ở não, tim, thượng thận. Đồng thời hệ thống nhận cảm áp lực, nhận cảm hoá học hoạt động làm tăng nhịp tim thai. Tuy nhiên, nếu tình trạng thiếu oxy kéo dài thì bản thân cơ tim cũng sẽ thiếu oxy, nhịp tim sẽ chậm dần và ngưng đập.

- Sự thải phân su vào nước ối: Do hiện tượng giảm oxy và tăng CO₂ trong máu thai nhi nên xảy ra tình trạng tăng nhu động ruột, giãn cơ vòng hậu môn nên phân su được tống vào buồng ối làm cho nước ối lẫn phân su hoặc có màu xanh.

- Sự thay đổi về sinh hoá:

+ Toan hô hấp: Khởi đầu là toan hô hấp do sự gia tăng của CO₂ trong máu, có thể hồi phục nếu sự trao đổi máu mẹ và con bình thường.

+ Toan chuyển hoá: Tình trạng thiếu oxy kéo dài buộc các cơ quan phải chuyển hóa yếm khí tạo ra các sản phẩm chuyển hóa trung gian là Axít Lactic, Axít Pyruvic... các sản phẩm này tích tụ lại làm nặng thêm tình trạng toan máu. Nếu tình trạng toan kéo dài các cơ quan không thể hồi phục. Giai đoạn cuối cùng là cơ tim bị ức chế, tim đập chậm lại, pH máu thai giảm < 7,25 thai chết.

- Hậu quả đối với trẻ sơ sinh:

Nếu tình trạng thai suy không được xử trí kịp thời, tình trạng thiếu ôxy kéo dài đe dọa trẻ sinh ra có thể bị các bệnh lý sau:

- + Tồn thương não, phù não, hôn mê, co giật, xuất huyết não
- + Tim to do thiếu oxy kéo dài
- + Suy thận chức năng
- + Suy gan với vàng da do tăng bilirubin gián tiếp
- + Rối loạn chức năng đông máu
- + Có thể gặp viêm ruột hoại tử
- + Tử vong sơ sinh có thể xảy ra

3. NGUYÊN NHÂN

3.1. Các nguyên nhân về phía mẹ

Các yếu tố làm giảm lưu lượng tuần hoàn tử cung - rau:

- Gia tăng sức cản ngoại vi làm luồng máu từ mẹ đến hò huyết bị giảm.

- Cơn co tử cung: Trong mỗi cơn co tử cung, tuần hoàn tử cung – nhau bị gián đoạn trong 15-60 giây, lượng máu cung cấp sẽ bị giảm đi khoảng 50%. Thật vậy, khi xuất hiện cơn co tử cung có áp lực > 50mmHg các động mạch bị chèn ép nên lượng máu đến hò huyết giảm. Thai nhi sống được nhờ có dự trữ ô-xy, năng lượng trong hò huyết (tổng lượng máu dự trữ trong hò huyết khoảng 250 ml). Thời gian ngừng lưu thông máu giữa mẹ và con thường ngắn, nên thai bình thường có thể chịu đựng được. Nếu tần số, cường độ cơn co tăng, thời gian cơn co kéo dài sẽ làm tăng thời gian ngừng lưu thông máu giữa mẹ và con, dẫn đến thai không thể hồi phục giữa các cơn co ...

- Tư thế nằm ngửa của sản phụ làm tử cung đè ép vào động mạch chủ gây giảm dòng chảy của máu mẹ đến tử cung. Tử cung có thể đè lên tĩnh mạch chủ làm giảm lưu lượng máu trở về tim, gây hạ huyết áp và giảm tưới máu. Tình trạng này được giải quyết khi thay đổi tư thế của bà mẹ sang tư thế nằm nghiêng.

- Chảy máu ở mẹ: Tình trạng chảy máu ở mẹ làm tụt huyết áp đe dọa suy thai. Trong rau bong non khởi máu tụ sau nhau còn làm cắt đứt sự trao đổi máu giữa mẹ và con.

- Mẹ bị thiếu máu mãn, nhiễm trùng.

- Vì bất cứ nguyên nhân gì, nếu có tình trạng giảm tuần hoàn ngoại vi ở bà mẹ đều có thể gây ra tình trạng giảm lưu lượng máu đến tử cung, rau thai từ đó gây tổn hại đến thai nhi.

3.2. Nguyên nhân do thai

- Thai non tháng
- Thai chậm phát triển
- Thai già tháng
- Thai dị dạng
- Thai thiếu máu hoặc nhiễm trùng

3.3. Nguyên nhân do phần phụ của thai

- Rau tiền đạo, rau bong non
- Bánh rau vôi hoá trong thai già tháng
- Sa dây rốn, dây rốn thắt nút
- Vỡ mạch máu rốn (trong trường hợp dây rốn bám màng...)
- Ối vỡ non, ối vỡ sờm

3.4. Nguyên nhân sản khoa

- Các trường hợp đe dọa do nguyên nhân cơ học
- Bất thường xứng đầu -chậu

- Ngôi thai bất thường
- Chuyển dạ kéo dài
- Rối loạn cơn co (tăng tần số và trương lực)

3.5. Nguyên nhân do thuốc

- Thai nhi bị úc chế do dùng các thuốc gây mê, giảm đau
- Dùng thuốc tăng co không kiểm soát làm tăng cơn co.

5. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

5.1. Suy thai mãn

5.1.1. Lâm sàng

- Chiều cao tử cung nhỏ hơn so với tuổi thai: Bè cao tử cung nhỏ hơn số tuần 5cm kể từ tuần thứ 16 đến 32. Ví dụ: Bè cao 23cm trong khi tuổi thai 28 tuần.

- Giảm cử động thai.

Cử động thai: Bình thường thai máy trong quá trình mang thai, thai ít máy tức là trương lực cơ giảm có thể có suy thai. Mức hoạt động của thai trung bình 90 lần trong 12 giờ ở tuổi thai 32 tuần và khoảng 50 lần trong 12 giờ khi thai đủ tháng. Khi thai có sự giảm cử động gợi ý thai thiếu oxy. Ví dụ: khi thai 38 tuần nếu bà mẹ cảm nhận cử động thai nhi dưới 4 lần/giờ là có lý do để lo lắng và cần phải có những kiểm tra .

- Nhịp tim thai thay đổi: tần số dưới 110 lần/phút hoặc trên 160 lần/phút.
- Sờ nắn được các phần thai qua da bụng chứng tỏ có thiếu ối.

5.1.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm

+ Đo kích thước của thai để suy ra trọng lượng thai, sau đó so sánh với trị số mẫu. Đo đường kính lưỡng đỉnh, chu vi vòng bụng, chiều dài xương đùi dưới đường Percentile thứ 10.

+ Đánh giá tình trạng rau thai và nước ối. Nếu độ trưởng thành (độ can-xi hoá) của rau cao hơn so với tuổi thai có thể là một trong những biểu hiện của thai kém phát triển trong buồng tử cung. Thể tích nước ối giảm được biểu hiện qua chỉ số nước ối (AFI) < 7cm

+ Siêu âm Doppler đo trớ kháng động mạch rốn RI ≥ 0,8.

+ Siêu âm xác định tuổi thai và theo dõi độ phát triển của thai, so sánh các trị số hàng tuần để đánh giá.

- Theo dõi bằng Monitoring sản khoa

+ Thủ nghiệm không đả kích: Ghi nhịp tim thai khi chưa có cơn go tử cung. Trong suy thai mãn có thể có các dấu hiệu sau:

- Biên độ dao động giảm
- Giảm các nhịp tăng về biên độ và thời gian
- Có thể xuất hiện nhịp giảm
- Tăng hoặc giảm tần số tim thai cơ bản

+ Test đả kích: Thủ nghiệm ôxytôxin hay test vê núm vú để khảo sát sức chịu đựng của thai nhi trong tử cung khi có cơn co tử cung.

- Test dương tính: khi có nhịp giảm muộn trong ít nhất là 50% số cơn co.
- Test âm tính: không có nhịp giảm.

Chấm dứt kích thích ngay khi có các dấu hiệu sau:

• Xuất hiện nhịp chậm muộn tương ứng với mỗi cơn co mặc dù cơn co chưa đạt 3 cơn co trong 10 phút.

- Nếu cơn co kéo dài quá 90 giây
- Nếu khoảng cách giữa 2 cơn co ngắn hơn 20 giây

- Nêu cơn co cường tính.

5.2. Suy thai cấp

5.2.1. Lâm sàng

* Thay đổi về tim thai

- Thay đổi tần số: Bình thường tim thai có tần số 120- 160l/phút. Gọi là nhịp tim thai chậm khi tần số dưới 120 l/phút và nhịp tim thai nhanh khi tần số trên 160 l/phút. Người ta thấy rằng với nhịp nhanh từ 160-180 l/phút thì chưa thấy sự tương quan với suy thai, biểu hiện bằng chỉ số APGAR và pH máu sau sinh.

- Thay đổi tần số tim thai trong và ngoài cơn co: nếu trong cơn co tần số tim thai giảm 1/3 thì phải nghi ngờ có suy thai.

- Các nguyên nhân làm thay đổi tần số tim thai :

+ Nguyên nhân của nhịp tim thai nhanh

- Thiếu oxy còi bù.
- Mẹ bị thiếu máu.
- Mẹ sốt, nhiễm trùng.
- Do dùng thuốc (tăng co, kích thích β, Atropin...)
- Thai non tháng.
- Nhiễm trùng ối.
- Mẹ lo lắng, kích thích.
- Bệnh lý tim bẩm sinh của thai.

+ Nguyên nhân của nhịp tim thai chậm

- Thiếu oxy mất bù.
- Chèn ép cuống rốn (do phản xạ cuống rốn).
- Hạ thân nhiệt.
- Mẹ dùng thuốc (úc chế β, Magnésium sulfate...)
- Bệnh lý tim bẩm sinh của thai.
- Dị dạng thai.

Khi xuất hiện nhịp tim thai chậm là dấu hiệu cảnh báo cần có thái độ xử trí tích cực

- Thay đổi về nhịp tim thai: khi có suy thai tim thai sẽ không đều.

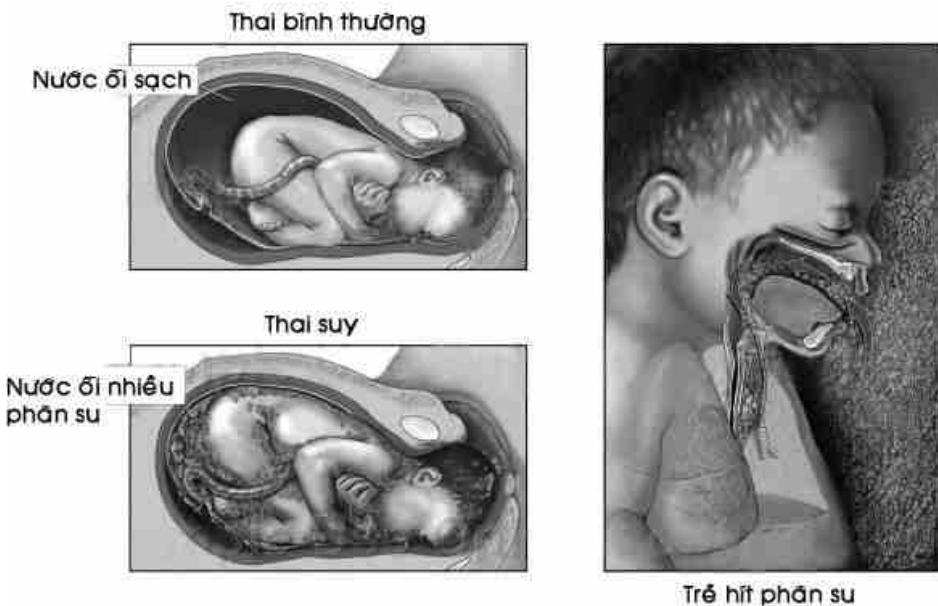
- Thay đổi về cường độ tim thai: tiếng tim nghe nhỏ, mờ xa xăm.

* Thay đổi nước ối

Ngoại trừ ngôi ngược khi đã lọt, mọi trường hợp có phân su trong nước ối đều cho biết thai đã hoặc đang suy. Phân su trong nước ối là tình trạng thường gặp, khoảng 20-23% các cuộc chuyển dạ đủ tháng có hiện tượng này, nó có thể liên quan đến tình trạng suy thai ở một số trường hợp. Trong trường hợp không có máy theo dõi tim thai liên tục (monitoring), để an toàn có thể coi tình trạng có phân su trong nước ối như là dấu hiệu của suy thai.

+ Nước ối có màu xanh: thể hiện thai có suy trước đây và tạm thời có tiên lượng gần như ối trong, có khoảng 5% trong số này thai hít nước ối gây ra hội chứng suy hô hấp sơ sinh

+ Nước ối có dải phân su đó là tình trạng bài tiết phân su khi còn trong tử cung biểu hiện của thai suy trong chuyển dạ.



Hình 1. Trẻ hít phân su gây suy hô hấp sơ sinh

5.2.2. Cận lâm sàng

- Monitoring sản khoa

Mục đích của việc theo dõi nhịp tim thai trước chuyển dạ hoặc trong chuyển dạ là để phát hiện sớm những thay đổi nồng độ oxy ở thai nhi để đề phòng những tổn thương tổ chức hoặc tử vong cho thai nhi, đặc biệt khi có chuyển dạ. Nhịp tim thai phải được xem xét trong một bối cảnh lâm sàng cụ thể như tuổi thai, tình trạng mẹ, những đánh giá khác về thai nhi, việc sử dụng thuốc.v.v. cần phải theo dõi nhịp tim thai có hệ thống.

+Nhịp tim thai bình thường trên Monitoring sản khoa:

- Nhịp tim thai cơ bản 120-160 l/phút
- Có ít nhất hai nhịp tăng trong 10 phút
- Dao động nội tại 5-25 l/phút
- Không có nhịp giảm

+Khi thai suy, nhịp tim thai trên Monitoring có thể biểu hiện:

- Nhịp tim thai cơ bản dưới 120 hoặc trên 160 lần/phút
- Dao động nội tại dưới 5 nhịp/phút, kéo dài trên 30 phút
- Xuất hiện nhịp giảm chậm, giảm kéo dài và nhịp giảm biến đổi

- *Soi ối:* Có thể kiểm tra màu sắc của nước ối ngay giai đoạn đầu của chuyển dạ bằng phương pháp soi ối. Bình thường nước ối trong hoặc có lẫn ít chất gây. Nước ối xanh hoặc lẫn phân su là có biểu hiện của suy thai. Ngày nay soi ối ít được sử dụng .

- *Do pH máu da đầu*

+ Bình thường pH lúc bắt đầu chuyển dạ $7,29 \pm 0,05$ duy trì trong suốt cuộc chuyển dạ nếu không có suy thai.

+ Khi cổ tử cung mở hết pH giảm nhẹ $7,28 \pm 0,05$

+ Khi rặn số giảm còn $7,23 \pm 0,06$

+ Có mối liên hệ giữa nhịp giảm muộn và pH với chỉ số APGAR xấu, khi pH $<7,25$ là nghi ngờ nếu pH $<7,20$ là bệnh lý.

Hiện nay xét nghiệm này hầu như không còn được sử dụng.

4. HƯỚNG XỬ TRÍ

4.1. Suy thai mãn

Nguyên tắc xử trí là lấy thai ra khỏi môi trường tử cung đã bất lợi cho thai nhưng phải đúng lúc, tránh can thiệp quá sớm gây nên biến chứng do thai non tháng.

- Điều trị nội khoa:

- + Điều trị ổn định bệnh lý của mẹ
- + Đẻ sản phụ nghỉ ngơi và tăng cường dinh dưỡng
- + Dùng Corticoide để kích thích trưởng thành phổi thai nhi khi thai dưới 34 tuần

- Điều trị sản khoa:

- + Nếu thai suy nặng, tuổi thai 28-30 tuần: tiên lượng rất xấu, nên chuyển đến những cơ sở đầy đủ điều kiện chăm sóc sơ sinh.
- + Thai 30-34 tuần: việc chấm dứt thai kỳ cần cân nhắc
- + Thai trên 36 tuần: nên chủ động chấm dứt thai kỳ

Nói chung trừ khi thai quá non hoặc thai suy quá nặng nên nghĩ đến chấm dứt thai kỳ khi các số đo sinh học không tăng thêm qua 3 tuần theo dõi.

Nên mổ lấy thai để tránh nguy cơ gây sang chấn cho con. Theo dõi sinh bằng đường âm đạo khi điều kiện thật thuận lợi và test đả kích âm tính.

4.2. Suy thai cấp

Tùy nguyên nhân cụ thể gây suy thai cấp mà có hướng xử trí thích hợp.

4.2.1. Nội khoa

- Cung cấp oxy cho mẹ: cho thở oxy 5-6l /phút, ngắt quãng, nồng độ riêng phần SaO₂ của thai có thể tăng được 4-7% .
 - Nằm nghiêng trái để hạn chế việc tử cung chèn ép vào các mạch máu lớn ở bụng
 - Truyền dịch: nên theo dõi huyết động của mẹ, nếu thấp thì bù dịch để giúp cải thiện nội môi cho thai. Có thể dùng Ringers lactat, Natribicarbonat 4,2%, nếu nhịp tim thai trở lại bình thường có thể theo dõi tiếp. Không nên sử dụng dung dịch Glucôza truyền cho mẹ để hồi sức thai vì sẽ làm tăng nguy cơ hạ đường máu ở trẻ sơ sinh ngay sau đẻ.
 - Cho kháng sinh khi có biểu hiện nhiễm trùng, hạ sốt khi sốt trên 38,5°C.

4.2.2. Sản khoa

- Tìm kiếm các nguyên nhân gây suy thai để có hướng xử trí thích hợp
 - + Nếu con co mạnh, dày thì cho thuốc giảm co (No-spa, Buscopan...). Nếu đang sử dụng ôxytoxin thì ngừng sử dụng hoặc làm giảm tốc độ truyền ôxytoxin. Việc sử dụng ôxytoxin trong chuyển dạ là nguyên nhân số một gây suy thai cấp trong phần lớn các trường hợp.
 - + Sa dây rốn: nếu cuống rốn còn đập thì cho mẹ nằm mông cao, lấy gạc tẩm dung dịch Natri Clorua 0,9% âm để bọc cuống rốn, chuyển mổ lấy thai cấp cứu.
 - + Nếu không tìm được nguyên nhân, điều trị suy thai không kết quả thì tùy điều kiện mà mổ lấy thai hoặc đặt forceps nếu đủ điều kiện (đầu lọt, thai sống, không có bất thường xứng đầu chậu).
 - + Nếu nước ối đặc phân su, nên mổ lấy thai.

4.2.3. Dự phòng

- Theo dõi chuyển dạ bằng biểu đồ chuyển dạ để phát hiện sớm suy thai và can thiệp lấy thai ra kịp thời
 - Đánh giá đúng tình trạng bệnh lý của mẹ và thai
 - Theo dõi liên tục tim thai 15-30 phút/lần phù hợp với chuyển dạ
 - Điều chỉnh cơn co cho phù hợp với giai đoạn chuyển dạ
 - Nếu có điều kiện nên theo dõi tim thai liên tục với Monitoring sản khoa, phát hiện sớm các nhịp tim thai bất thường.

SUY HÔ HẤP TRẺ SƠ SINH

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được các yếu tố nguy cơ của suy hô hấp sơ sinh.
2. Nêu được 3 biểu hiện chính của suy hô hấp sơ sinh.
3. Trình bày được cách xử trí ban đầu và cách phòng suy hô hấp sơ sinh.

1. SỰ THÍCH NGHI VỀ HÔ HẤP CỦA TRẺ SƠ SINH VỚI MÔI TRƯỜNG BÊN NGOÀI - SINH LÝ BỆNH SUY HÔ HẤP SƠ SINH

Sau khi ra đời hệ hô hấp với phổi bắt đầu hoạt động biếng hiện nhịp thở đầu tiên; để duy trì hoạt động hô hấp cần tạo được dung tích dự trữ cơ năng bảo đảm sự trao đổi khí liên tục giữa các phế nang và các mao mạch, đồng thời sức căng bề mặt cần phá vỡ (nhờ Surfactant) để phế nang không bị xẹp. Muốn cho sự trao đổi khí ở phổi tốt hệ tuần hoàn phải bảo đảm cung cấp đầy đủ chất lượng máu qua phổi, tạo sự thăng bằng giữa thông khí và tuần hoàn. Sự thích nghi của phổi sơ sinh đòi hỏi phải có sự hoạt động bình thường của hệ thần kinh trung ương (để duy trì động tác thở và điều hòa nhịp thở) cũng như cung cấp đủ năng lượng do chuyển hóa cơ thể để đảm bảo các chức năng hô hấp và tuần hoàn.

Suy hô hấp sơ sinh biểu hiện sự thích nghi của phổi hoặc các cơ quan khác không được hoàn chỉnh vì bệnh lý; trẻ sơ sinh không tự cung cấp được dưỡng khí bằng 2 phổi của mình. Ngay sau sinh hoặc sau một thời gian vài giờ đến vài ngày trẻ sơ sinh có thể xuất hiện suy hô hấp khi có bất kỳ một thương tổn nào của các cơ quan có liên quan; đó là hệ hô hấp, tuần hoàn, thần kinh, chuyển hóa.

2. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA SUY HÔ HẤP SƠ SINH

2.1. Trước đẻ

Mẹ bị mắc các bệnh như: đái đường trong suốt thời gian mang thai, bệnh nhiễm trùng, bệnh mạn tính, nhiễm độc thai nghén.

2.2. Trong đẻ

- Mẹ:

- + Có các yếu tố nguy cơ nhiễm trùng: chuyển dạ kéo dài, ối vỡ sớm, mẹ có sốt, nhiễm trùng ối.
- + Mẹ bị thiếu oxy, bị xuất huyết.
- + Mẹ dùng một số thuốc trong quá trình mang thai và sinh đẻ: an thần, gây mê, giảm đau, oxytocin, dịch nhược trương.
- + Ối lẩn phân su.
- + Sinh khó.

- Con:

- + Sinh thiếu tháng
- + Ngôi thai bất thường.
- + Bất thường dây rốn.
- + Sinh can thiệp forceps, giác hút, mổ đẻ, đẻ có chấn thương.
- + Trẻ song thai thứ 2 (thường xảy ra đối với thai thứ 2).
- + Suy thai (giảm nhịp, nhịp chậm, giảm dao động nội tại tim thai, một số chỉ số sinh lý khác thấp), ngạt.

2.3. Sau đẻ

- Đẻ non, nhẹ cân so với tuổi, già tháng.
- Hạ thân nhiệt do không được giữ ấm.
- Tăng thân nhiệt (do bọc trẻ quá kỹ, hoặc là dấu hiệu của nhiễm trùng).
- Chậm cho bú (nguy cơ hạ đường huyết).

3. CÁC DẤU HIỆU LÂM SÀNG

3.1. Ba dấu hiệu chính của suy hô hấp sơ sinh

3.1.1. Tím tái và co mạch:

Tình trạng tím tái là dấu hiệu của không bão hoà hemoglobin, có thể:

- Khu trú (môi, đầu chi) hay toàn thân.
- Kín đáo hay rõ ràng.
- Liên tục hay thoáng qua.

- Da tái có thể thấy khi trẻ có tình trạng co mạch do tác động của tăng PaCO₂ hoặc nhiễm toan nặng.

3.1.2. Rối loạn nhịp thở

- Thở nhanh > 60 lần / phút.
- Thở chậm < 30 lần / phút (thường xuất hiện khi bị tắc nghẽn đường thở hay khi trẻ ở giai đoạn kiệt sức).
- Thở không đều, có cơn ngưng thở ≤15 giây và tái diễn, hoặc thở nắc.
- Ngừng thở: có cơn ngưng thở >15 giây.

3.1.3. Dấu hiệu gắt súc:

Biểu hiện qua các dấu hiệu: Di động ngực bụng không đồng bộ, cánh mũi pháp phòng, rút lõm hõm úc, co kéo liên sườn, tiếng rên.

3.2. Những dấu hiệu bất thường kèm theo

- Nghe phổi rì rào phế nang kém, thông khí phổi giảm và giảm di động lồng ngực
- Có ran
- Huyết áp giảm, thời gian vi tuần hoàn tăng.
- Giảm trương lực cơ, giảm vận động.

4. PHÂN LOẠI SUY HÔ HẤP VÀ ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ

4.1. Phân loại suy hô hấp

Trẻ sơ sinh được phân loại có suy hô hấp khi có bất kỳ biểu hiện nào trong 3 dấu hiệu chính: Tím tái, Rối loạn nhịp thở, Dấu hiệu thở gắt súc.

4.2. Đánh giá mức độ suy hô hấp:

Bảng chỉ số Silverman:

Thang điểm	0	1	2
. Di động ngực bụng	Cùng chiều	Ngực ít di động	Ngược chiều
. Cánh mũi pháp phòng	Không	Vừa	Mạnh
. Rút lõm hõm úc	Không	Vừa	Mạnh
. Co kéo liên sườn	Không	Vừa	Mạnh
. Tiếng rên	Không	Qua ống nghe	Nghe bằng tai

Tổng số điểm: - Bình thường: 0 điểm.

- Suy hô hấp vừa: 4 - 6 điểm.

- Suy hô hấp nhẹ: ≤ 3 điểm.

- Suy hô hấp nặng: > 6 điểm.

5. XỬ TRÍ BAN ĐẦU SUY HÔ HẤP SƠ SINH

5.1. Cấp cứu ban đầu

- Tư thế trẻ: Đặt trẻ ở tư thế nằm ngửa cổ thích hợp để đường thở không bị luỗi hoặc hàm làm cản trở.

- Hút miệng-mũi: Hút sạch dịch, đầu tiên hút ở miệng rồi hút mũi.

- Kích thích thở: Xoa nhẹ nhàng da vùng lưng và lòng bàn chân.

- Hô hấp hỗ trợ: Cho trẻ thở oxy qua ống thông mũi khi trẻ còn tự thở nhưng không hiệu quả hoặc bóp bóng qua mặt nạ (hay nội khí quản) khi ngưng thở.

5.2. Chuyển gấp đi bệnh viện và bảo đảm nguyên tắc chuyển an toàn trên đường đi (giữ thân nhiệt trẻ ở mức bình thường và phòng hạ đường huyết) đồng thời với thông khí hỗ trợ.

6. PHÒNG SUY HÔ HẤP SƠ SINH

6.1. Đôi với mẹ

- Trước đẻ

- + Hướng dẫn cho sản phụ biết chế độ dinh dưỡng nâng cao thể trạng.
- + Giáo dục vệ sinh thai nghén và quản lý thai nghén; đặc biệt các sản phụ có nguy cơ cao.
 - + Phát hiện và điều trị các nguyên nhân gây đẻ non, suy dinh dưỡng bào thai, suy thai, ngạt chu sinh ...

- Trong đẻ

- + Tránh lạm dụng thuốc giảm đau, chỉ định quá mức dịch nhược trương và oxytocin.
 - + Giúp mẹ thở tốt khi chuyển dạ, hạn chế xuất huyết.
 - + Tránh kẹp rốn muộn và đảm bảo giữ trẻ ở vị trí ngang với tử cung cho đến khi kẹp dây rốn.
 - + Nếu có thuốc, có thể cho người phụ nữ có nguy cơ đẻ non sử dụng Corticosteroids trước khi thai 32 tuần tuổi.

6.2. Đôi với trẻ

- Bảo đảm chăm sóc và nuôi dưỡng:

- + Hút sạch dịch họng cẩn thận trước khi nhịp thở đầu tiên bắt đầu.
- + Trẻ được lau khô, giữ ấm, bảo đảm thân nhiệt ổn định ngay sau đẻ.
- + Trẻ được cho bú mẹ sớm.
- + Bảo đảm khâu vô trùng, đặc biệt tại bệnh viện.

- Bảo đảm theo dõi: để kịp thời phát hiện biểu hiện suy hô hấp.

- + Những trẻ có nguy cơ cao đều được theo dõi sát ngay sau đẻ.
- + Tất cả trẻ sơ sinh cần được khám đầy đủ và chi tiết trong vòng 96 giờ đầu sau đẻ.

HỒI SỨC SƠ SINH

Mục tiêu học tập.

1. Giải thích ảnh hưởng của tình trạng ngạt lên hệ tuần hoàn, chuyển hóa của thai nhi.
2. Đánh giá mức độ trầm trọng của trẻ sau sinh dựa vào chỉ số APGAR.
3. Thực hiện kỹ thuật hồi sức trẻ sơ sinh bị ngạt

1. ĐẠI CƯƠNG

Ngạt ở trẻ sơ sinh là tình trạng đứa bé thất bại trong việc khởi động và duy trì hô hấp lúc mới sinh dẫn đến hậu quả là thiếu oxy máu, toan chuyển hoá. Ngạt có thể gây tử vong sơ sinh hoặc để lại nhiều di chứng.

Theo WHO có khoảng 3% trong tổng số 120 triệu trẻ sơ sinh mỗi năm ở các nước đang phát triển bị ngạt khi sinh cần được hồi sức. Mỗi năm có khoảng 900.000 trẻ tử vong do ngạt.

2. SINH LÝ BỆNH HỌC TRẺ SƠ SINH NGẠT

Trường hợp trẻ bị ngạt sau khi sinh, do phổi của trẻ chưa hoạt động nên trao đổi khí không thể xảy ra ở phổi dẫn đến tình trạng thiếu oxy kéo dài. Trong khi đó, dây rốn đã bị cắt, sơ sinh không còn liên hệ với tuần hoàn mẹ. Do thiếu oxy mạch máu phổi càng co lại, máu về tim trái ít nên lỗ Botal không đóng lại được. Chỉ cần đứa trẻ ngạt trong vài phút sẽ dẫn đến nguy cơ:

- PaO₂ giảm dần đến 0 mmHg
- PaCO₂ tăng dần đến 100 mmHg
- pH máu giảm < 7,20

Nếu không được hồi sức hữu hiệu, tình trạng ngạt sơ sinh kéo dài sẽ đưa đến toan hô hấp rồi toan chuyển hoá.

Trẻ bị ngạt thiếu oxy nên chuyển hóa Glucose phải đi theo con đường yếm khí, giải phóng nhiều acid lactic làm pH máu ngày càng giảm. Do đó, mục đích của phương pháp hồi sức sơ sinh là đưa không khí vào tận phế nang làm cho phổi hoạt động, cải thiện tình trạng thiếu oxy máu và toan chuyển hoá.

3. PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ TRẺ SƠ SINH NGAY SAU ĐỂ

Chỉ số APGAR: Là phương tiện hữu ích trong việc đánh giá trẻ sau sinh ở thời điểm 1 phút và lặp lại ở 5 phút sau sinh.

Bảng điểm APGAR

Dấu hiệu	0	1	2
Nhịp tim	Không có	< 100 lần/1'	> 100 lần/ 1'
Hô hấp	Không có	Chậm, không đều	Tốt, khóc
Trương lực cơ	Mềm nhũn	Có vài sự co cơ các chi	Vận động tốt
Phản xạ	Không đáp ứng	Nhăn mặt	Khóc to
Màu da	Xanh, tím toàn thân	Thân hồng, tay chân tím	Toàn thân hồng

Theo nhiều tác giả, chúng ta nên đánh giá chỉ số APGAR ở những thời điểm 1 phút, 3 phút, 5 phút, 10 phút sau sinh.

Trẻ tốt đạt 10 điểm là tối đa.

Đánh giá điểm số APGAR sau 1 phút để xác định xem có cần hồi sức hay không?

- APGAR 8 - 10/1 phút: Tình trạng trẻ tốt, chỉ cần hút sạch dịch ở mũi - họng

- APGAR 4 - 7/1 phút: Trẻ ngạt từ nhẹ đến trung bình. Trẻ có hô hấp yếu, trương lực cơ nhão, màu sắc da xanh đến tím nhưng nhịp tim và kích thích phản xạ tốt. Cần phải hồi sức cho đứa bé.

- APGAR 0 - 3/1 phút: Trẻ ngạt nặng, không khóc, không thở, mạch rốn không đập hoặc đập dưới 80 lần/phút. Nhịp tim chậm hoặc không nghe được. Đáp ứng phản xạ yếu hay không có, phải hồi sức tích cực.



Hình 1. Đánh giá chỉ số Apgar

4. CHỈ ĐỊNH HỒI SỨC

4.1. Điểm số APGAR 8 - 10/1 phút

Chỉ cần hút sạch nhớt ở mũi - họng

4.2. Điểm số APGAR 4 - 7/1 phút

Trẻ ngạt từ nhẹ đến trung bình còn gọi là ngạt tím

- Nếu trẻ chỉ tím tái nhưng nhịp tim > 100 lần/ phút thì làm theo các bước sau:

- + Làm thông đường hô hấp bằng cách hút dịch ở miệng, mũi - họng .
- + Giúp thở bằng mặt nạ.

+ Nếu sau đó trẻ thở tốt không cần tiêm thuốc.

- Nếu sau hồi sức 5-10 phút mà tình trạng trẻ không cải thiện, thì:

- + Tiêm Bicarbonat natri 4,2% (5ml/kg) và dung dịch Glucose 10% (3-4ml/kg) vào tĩnh mạch rốn.

+ Theo dõi nhịp tim trẻ nếu chậm < 100 lần/phút thì thực hiện theo phác đồ (sơ đồ 2).

+ Khám kỹ để phát hiện dị tật hẹp lỗ mũi sau hay thoát vị cơ hoành...

4.3. Điểm số APGAR 0 - 3/1'

Trẻ ngạt nặng hay còn gọi là ngạt trắng. Phải hồi sức tích cực, trong vài phút đầu tiên cần thực hiện ngay những động tác sau:

- Hút sạch họng.
- Thông khí hỗ trợ và đặt nội khí quản.
- Giữ ấm cho trẻ.
- Cùng một lúc: Vừa hỗ trợ hô hấp, vừa bóp tim ngoài lồng ngực.
- Nếu nhịp tim < 60/l/ phút, cho Adrenalin qua ống nội khí quản hay tiêm tĩnh mạch rốn.
- Tiếp tục bóp bóng oxy 100% qua ống nội khí quản.
- Đánh giá chỉ số APGAR lúc 5 phút và 10 phút.

Nếu kết quả tốt sau khi hồi sức, trẻ bắt đầu thở nắc rồi hồng hào dần. Khi đó vẫn tiếp tục xoa bóp kích thích tim, tiếp tục cho thở oxy 10 -15 phút, cho đến khi trẻ thở tốt, khóc to, có phản xạ tay chân tốt. Đánh giá lại chỉ số APGAR nếu trên 7 có thể rút ống nội khí quản.

Kết quả xấu, nếu sau 5 phút hồi sức trẻ vẫn không tự thở được, tiêm Adrenalin 1/10.000 vào tĩnh mạch rốn hoặc bơm vào ống nội khí quản. Nếu sau khi bơm thuốc và 15 phút hồi sức tích cực mà tình trạng trẻ vẫn không tốt hơn, thì ngưng hồi sức.

5. PHƯƠNG PHÁP HỒI SỨC

5.1. Dụng cụ và phương tiện

- Quả bóp cao su (Poire)
- Ống hút nhót
- Máy hút điện
- Mặt nạ sơ sinh nhiều cỡ
- Bóng ambu sơ sinh
- Đèn soi thanh quản (để đặt ống NKQ).
- Ống nội khí quản sơ sinh - kèm Magill
- Máy thở áp lực dương cho trẻ em (nếu có)
- Thuốc:
 - + Dung dịch Glucose 10%, 5%
 - + Dung dịch Natri Bicarbonate 4,2%
 - + Calcium gluconate 10%
 - + Albumin 5%
 - + Adrenaline 1/1.000
- Lò sưởi điện hoặc túi nước nóng, bóng đèn sưởi.
- Giường âm hoặc lồng kính để theo dõi sau khi hồi sức.

5.2. Kỹ thuật

Các nguyên tắc hồi sức sơ sinh:

- | | |
|-------------------|---|
| A - (Airway) | : Thông đường hô hấp |
| B - (Breathing) | : Hỗ trợ hô hấp |
| C - (Circulation) | : Bảo đảm tuần hoàn tối thiểu có hiệu quả |

5.2.1 Làm sạch đường hô hấp

Đặt trẻ nằm đầu hơi thấp, nghiêng trái, hút nhót ở họng và mũi. Nếu trẻ có hít phân su đặc, phải đặt nội khí quản để hút sạch phân su với ống hút cỡ lớn và cho thông khí áp lực dương sau khi đã làm sạch đường hô hấp. Khi đường hô hấp được làm sạch và tình trạng trẻ tốt hơn, đặt sonde dạ dày để hút hết những phân su còn đọng lại trong dạ dày.

5.2.2 Giữ ấm

Đặt trẻ nơi khô ráo, có đèn sưởi bức xạ bên trên, lau khô ngay lập tức. Sự giảm nhiệt độ là một kích thích góp phần làm suy yếu trẻ. Nếu cần hồi sức, trẻ phải được sưởi ấm cho đến khi chuyển trẻ về phòng sơ sinh.

5.2.3 Hỗ trợ hô hấp

Nếu trẻ không thở, kích thích trẻ bằng cách búng vào gan bàn chân hay xoa má, ngực, bụng, lưng đồng thời cho thở oxy 100% qua mặt nạ là đủ kích thích trẻ thở. Nếu hô hấp của trẻ không bắt đầu sau để 30 giây, thì cho thở oxy qua mặt nạ, đủ để tạo sự di động của lồng ngực. Áp lực bóp bóng cho động tác thở đầu tiên là 30 - 35cmH₂O. Đối với trẻ thiếu tháng, lúc đầu sử dụng áp lực cao hơn sau đó giảm dần để có được sự di động nhẹ nhàng của lồng ngực. Sự thông khí hỗ trợ cũng nên thực hiện khi nhịp tim của trẻ < 100 nhịp/phút. Sử dụng biện pháp thông khí với áp lực dương:

- Thông khí bằng bóng ambu và mặt nạ (mask): dễ thực hiện và thường có hiệu quả.
 - + Để đầu trẻ hơi ngửa ra sau, mặt nạ được giữ bởi ngón cái và 2 ngón trỏ và giữa của bàn tay trái, đặt mặt nạ phủ kín lên miệng, mũi của bé; Hai ngón tay còn lại dùng để nâng cằm. Bóp bóng bằng bàn tay phải, cung cấp khí giàu oxy với tần số 40 lần/phút. Người thực hiện tốt nhất là đứng về phía đầu của bé.
 - + Hiệu quả của thông khí được đánh giá bằng cách quan sát cử động lồng ngực của trẻ và sự tăng nhịp tim.
- Thông khí qua ống nội khí quản
 - + Chỉ định:
 - * Sau khi thông khí bằng bóng và mặt nạ thất bại.

- * Tắc nghẽn đường thở nghi ngò do bướu giáp hoặc tật hàm nhỏ.
- * Thông khí cho trẻ hít phải phân su sau khi đã hút sạch trong khí quản, thoát vị cơ hoành.
- * Phối hợp với bóp tim ngoài lồng ngực.

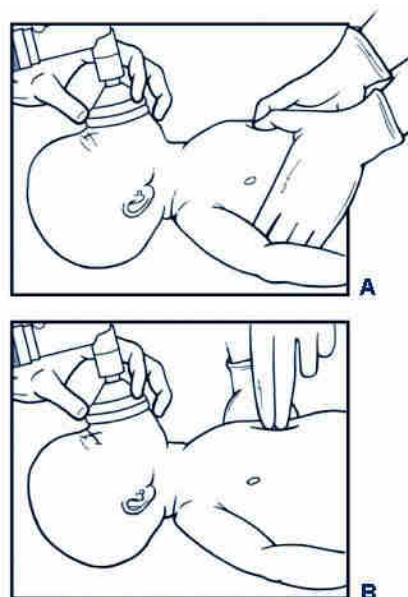


Hình 1. Đặt nội khí quản

5.2.4 Bóp tim ngoài lồng ngực

Thực hiện khi vừa mới nghe được tim thai trước khi sinh nhưng không nghe được tiếng tim hoặc tim ngừng đập sau khi sinh, hoặc trong khoảng 30 giây từ khi bắt đầu thông khí mà nhịp tim không đạt trên 100 nhịp/phút.

Kỹ thuật: Dùng 2 ngón tay đặt trên thành ngực trước, tại vị trí 1/3 dưới đường giữa xương ức. Tần số bóp tim 100 - 120 lần/ phút, cứ 3 lần bóp tim xen kẽ một lần bóp bóng. Nếu trong vòng 30 giây thực hiện xoa bóp tim ngoài lồng ngực kết hợp với bóp bóng mà trẻ không đáp ứng tốt nên cho thuốc.



Hình 2. Hai kỹ thuật ép tim ngoài lồng ngực

A. Dùng 2 ngón tay cái B. Dùng ngón trỏ và ngón giữa

6. CÁC THUỐC SỬ DỤNG VÀ DỊCH TRUYỀN DÙNG CHO HỒI SỨC SƠ SINH

6.1. Đường sử dụng

- Đường tĩnh mạch ngoại biên: Không có sẵn từ phút đầu.
- Đường tĩnh mạch rốn: Chích thuốc trực tiếp, nhanh nhưng có thể có tai biến thiếu máu cục bộ hay huyết khối tại động mạch hạch vị.
- Đường nội khí quản: Một vài loại thuốc có thể qua đường nội khí quản nhanh chóng và có hiệu quả tương đương đường tĩnh mạch.

6.2. Các loại thuốc thông thường

6.2.1 Adrenalin

- Chỉ định: Khi nhịp tim < 60 lần/ phút sau 30 giây thông khí và xoa bóp tim ngoài lồng ngực.
- Liều 0,1ml 1% pha loãng với 0,9 ml NaCl 9% tiêm tĩnh mạch rốn hay đường nội khí quản.

6.2.2 Bicarbonate Natri 4,2%

- Liều 2 - 8 ml/kg tiêm tĩnh mạch có thể lặp lại sau 10 phút.
- Chỉ dùng trong trường hợp bị toan chuyển hóa, không có lợi trong trường hợp chỉ có toan hô hấp đơn thuần.
- Chỉ định:
 - + Ngưng tim kéo dài
 - + Rối loạn hô hấp kéo dài > 10 phút
 - + Chú ý: Tiêm bicarbonat chậm vào tĩnh mạch thời gian tối thiểu là trên 2 phút.

6.2.3 Glucose 10%

- Liều 3-5ml/kg, không nên cho quá nhiều Glucose, vì trong điều kiện thiếu oxy Glucose sẽ chuyển hóa theo con đường yếm khí tạo ra rất ít năng lượng mà giải phóng nhiều acid lactic gây toan chuyển hóa.

6.2.4. Naloxone

- Chỉ định khi trẻ bị ức chế hô hấp do các thuốc thuộc nhóm morphine. Liều 0,1mg/kg, # 0,3mg cho một lần tiêm.
 - Cách pha: lấy 0,5 ml (1/2ống = 0,2mg) pha với 1,5 ml NaCl 9%.
 - Dùng liều 0,1ml dung dịch pha/kg tĩnh mạch, tiêm bắp hay đường nội khí quản.
 - Có thể cho nhiều lần vì thời gian tác dụng của thuốc ngắn hơn so với các thuốc nhóm Morphin.

6.2.5 Albumine 5%

- Chỉ định khi giảm thể tích tuần hoàn.
- Liều 10 - 20 ml/kg tiêm tĩnh mạch trên 15 phút.

6.2.6. Isuprel

- Nếu tim chậm kéo dài.
- Liều 5 - 20 µg/kg/liều tiêm tĩnh mạch với tốc độ 0,1 - 1 µg/kg/phút.

7. TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ HỒI SỨC

- Lâm sàng:
 - + Trẻ hết tím tái, hồng hào, khóc được
 - + Trẻ thở đều, thở sâu, tự thở
 - + Nhịp tim > 100 lần phút, đều rõ.
 - + Phản xạ tốt, trương lực cơ bình thường
- Sinh hóa: Ôn định được tình trạng toan hóa trong máu.
 - + pH > 7.3
 - + PaCO₂ < 40mmHg
 - + PaO₂ = 60 - 70mmHg

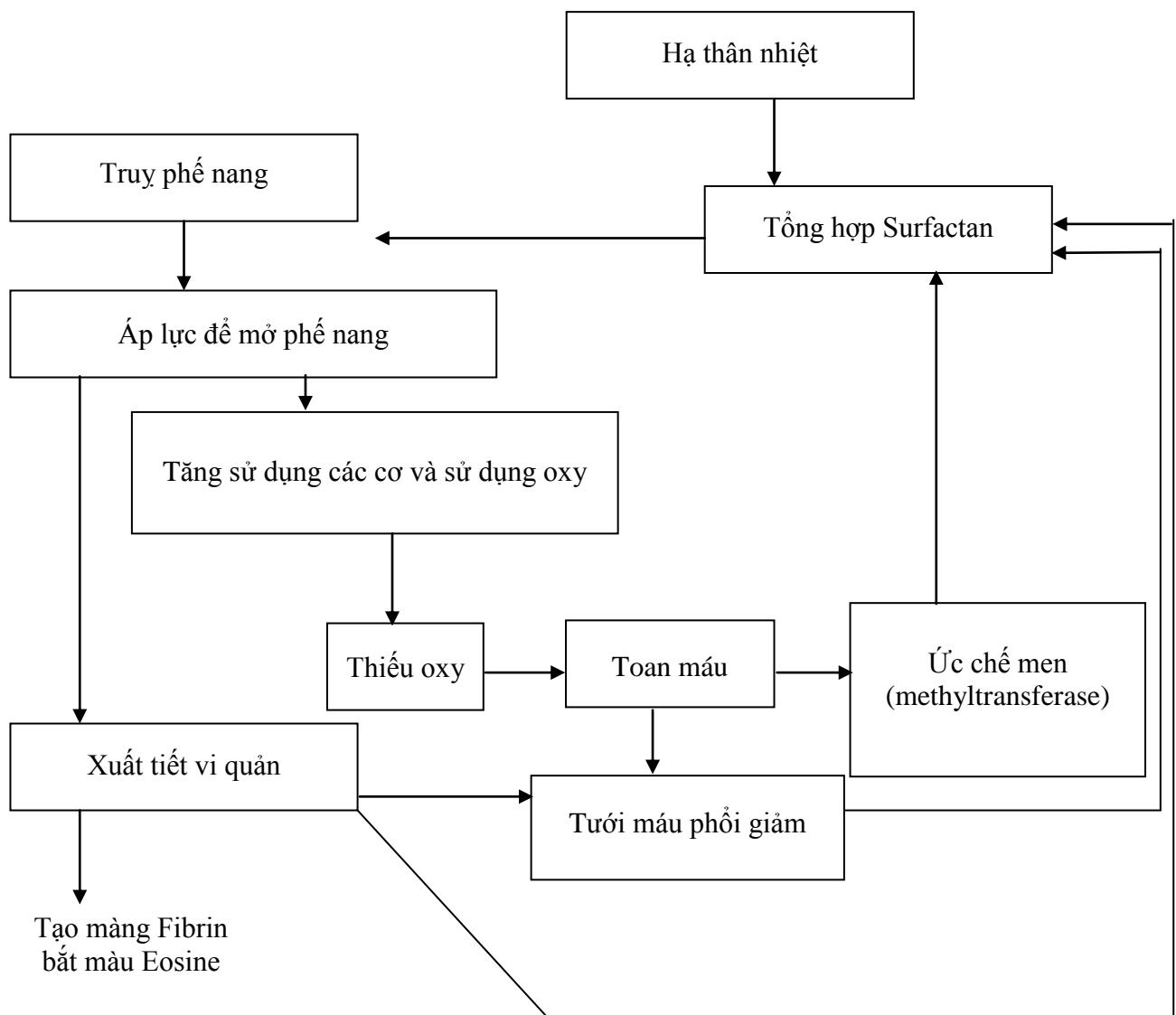
8. CHĂM SÓC TRẺ SAU HỒI SỨC

Những trẻ được hồi sức có hiệu quả cần phải quan sát và theo dõi thêm sau đó. Các rối loạn bao gồm:

8.1. Rối loạn chuyển hóa:

- Tình trạng nhiễm toan.
- Hạ đường huyết.
- Hạ Calci huyết.
- Hạ thân nhiệt.

Sơ đồ 1: Ảnh hưởng của hạ thân nhiệt đến hô hấp.



8.2. Di chứng ở hệ thần kinh trung ương

- Phù não dẫn đến hôn mê hay co giật.
- Xuất huyết não trước hết là xuất huyết trong não thất, có thể xảy ra ở trẻ thiếu tháng, tiên lượng xấu.

8.3. Di chứng ở thận

- Suy thận cấp: Hầu hết là do hoại tử ống thận cấp.
- Hoại tử vỏ thận, huyết khối tĩnh mạch thận sẽ là nguyên nhân của suy thận sau ngạt.

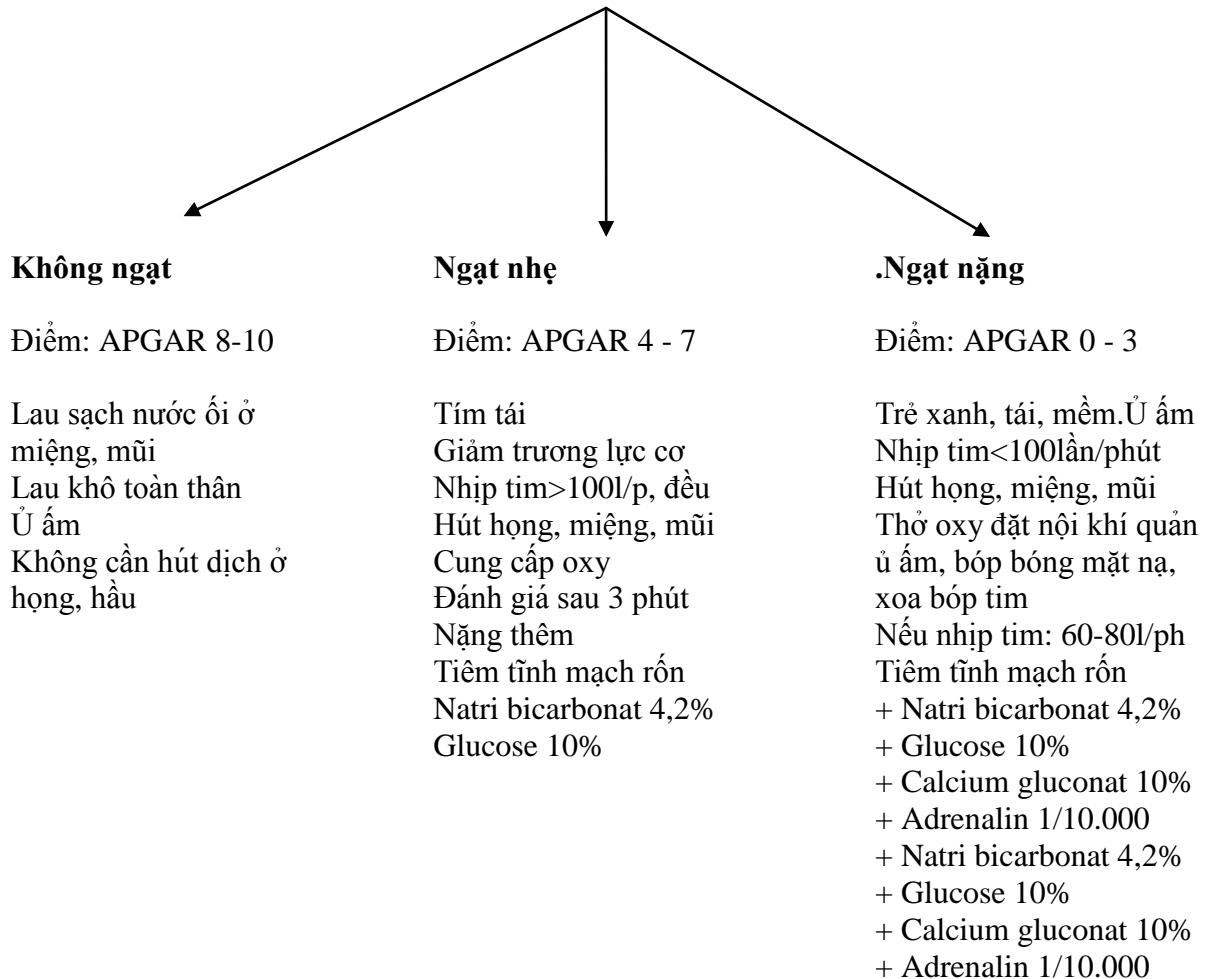
8.4. Di chứng ở tim

Ở trẻ ngạt, tim là cơ quan bị ảnh hưởng nhiều nhất và có thể gây tổn thương nặng gây tử vong trẻ.

8.5. Di chứng ở phổi

Co thắt mạch ở phổi nên duy trì shunt phải - trái, máu qua ống động mạch hay lỗ bầu dục làm tồn tại tuần hoàn bào thai đưa đến tình trạng xanh tím nặng.

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ HỒI SỨC SƠ SINH TRẺ SƠ SINH



Sơ đồ 2. Phác đồ xử trí trẻ ngạt ngay sau sinh

BỆNH NÃO DO THIẾU OXY - THIẾU MÁU CỤC BỘ

Mục tiêu học tập

1. Nhận được định nghĩa của bệnh não thiếu oxy - thiếu máu cục bộ.
2. Trình bày được 2 nhóm nguyên nhân chủ yếu gây bệnh não thiếu oxy - thiếu máu cục bộ.
3. Trình bày được các triệu chứng và thể lâm sàng của bệnh não do thiếu oxy.
4. Nhận được cách điều trị.

Bệnh não do thiếu oxy - thiếu máu cục bộ (ngạt chu sinh) là kết quả của những sự kiện xảy ra trước sinh, trong sinh và ngay sau sinh. Những sự kiện này sẽ gây ra:

- Tình trạng thiếu oxy của thai còn nằm trong tử cung và của trẻ sơ sinh (giảm oxy) khi sinh ra.
- Thay đổi sự trao đổi khí (tăng CO₂).
- Giảm tưới máu của nhiều cơ quan khác nhau (đặc biệt là thiếu máu cục bộ tại não)

1. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh não thiếu oxy hiện nay được định nghĩa dựa trên tập hợp các tiêu chuẩn sau:

- Suy thai cấp (bất thường nhịp tim thai, nước ối có phân su)
- Apgar < 3 trong ít nhất 5 phút
- Nhiễm toan chuyển hóa nặng (PH < 7, Kiềm dư < 16 mmol/l)
- Triệu chứng thần kinh: co giật, giảm trương lực cơ, giảm mức độ tỉnh táo
- Tổn thương đa phủ tạng ngay lập tức ở giai đoạn sơ sinh (đặc biệt tổn thương gan và thận)

Loại trừ tất cả những nguyên nhân khác của bệnh lý não bẩm sinh hoặc chuyển hóa

Cần nhấn mạnh 2 điểm:

- Chỉ dựa vào chỉ số APGAR là không đủ để chẩn đoán.
- 20 % di chứng thần kinh ở trẻ sơ sinh đủ tháng là do ngạt chu sinh.

2. NGUYÊN NHÂN: 2 nhóm nguyên nhân chính:

2.1. Sang chấn sản khoa

- Tụ máu sau nhau, nhau tiền đạo, sa dây rốn, ngôi bất thường.
- Sinh khó do thai to, bất thường xứng giữa khung chậu mẹ và thai, chuyển dạ kéo dài, những bất thường trong chuyển dạ kể trên càng nặng nề nếu thai nhi hoặc mẹ đã có vấn đề bệnh lý (sơ sinh già tháng, phát triển bất thường trong tử cung, mẹ bị đái đường).

2.2. Nhiễm trùng sơ sinh sớm truyền bằng đường mẹ - thai:

có thể làm rối loạn huyết động học của não bộ gây tổn thương não bộ trước sinh.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

3.1. Lâm sàng

Trong trường hợp điển hình có các triệu chứng:

- Ít hoặc không có triệu chứng khu trú.
- Tổn thương hoàn toàn não bộ.
- Rối loạn thần kinh giao cảm.
- Có mối liên quan rõ rệt giữa lâm sàng và giải phẫu, có 3 thể lâm sàng theo mức độ từ nhẹ đến nặng (phân loại Sarnat).

3.2. Cận lâm sàng:

có giá trị chẩn đoán và tiên lượng:

- EEG có giá trị chẩn đoán và tiên lượng.

- Siêu âm qua thóp: ít cung cấp thông tin, có thể thấy xẹp não thất chứng tỏ tình trạng phù não.

- Scanner não khẳng định những tổn thương sau: giảm đậm độ lan tỏa, mất sự phân biệt chất trắng - chất xám rõ nhất vào ngày thứ 3, ngày 10-14 xuất hiện teo não.

- MRI càng có giá trị chẩn đoán tổn thương não.

3.3 Các thể lâm sàng

Dấu hiệu lâm sàng tóm tắt theo phân loại Sarnat như sau:

3.3.1. Thể 1: (thể nhẹ) thường hay gặp nhất (4- 6 % trẻ sinh ra), biểu hiện có phù não (chính tình trạng phù não gây ra những dấu hiệu lâm sàng, hồi phục nhanh), tăng trương lực cơ tứ chi, giảm trương lực cơ thân và cơ cổ, cử động tự phát biến mất, thay vào đó là tình trạng kích thích. Tiếng khóc bình thường (ít khi khóc thét), đáp ứng kém với kích thích. Có thể có cử động bất thường hai mắt. Thể này không có co giật, cũng không có rối loạn rõ phản xạ nguyên thủy tuy sống và không có rối loạn ý thức.

3.3.2. Thể 2: (thể trung bình) hiếm gặp hơn so với thể 1 (2% trẻ sinh ra). Thể này thường có tổn thương vừa vỏ não vừa phù não. Dấu hiệu lâm sàng bao gồm tăng trương lực cơ kèm tăng kích thích và co giật, thường xuất hiện 12 - 24 giờ sau với triệu chứng giảm trương lực cơ toàn bộ, phản xạ nguyên thủy tuy sống biến mất, không nuốt được, rối loạn thần kinh thực vật (hạ huyết áp, thở không đều, ngưng thở). Tiêu lượng nặng hơn.

3.3.3. Thể 3: (thể nặng) hiếm gặp (0,5% trẻ sinh ra ở những nhà hộ sinh được trang bị tốt). Thể này có tổn thương hoại tử tế bào thần kinh, chính tổn thương này gây tình trạng hôn mê có thể kèm co giật liên tục làm ý thức của trẻ không trở về bình thường. Triệu chứng xuất hiện vài giờ sau sinh. Xét nghiệm điện não đồ là cần thiết cho thấy hình ảnh bệnh lý. Tử vong 1/2 trường hợp.

PHÂN LOẠI BỆNH NÃO THIẾU MÁU CỤC BỘ - THIẾU OXY THEO SARNAT

	Thể 1	Thể 2	Thể 3
Ý thức	Tăng đáp ứng, kích thích	Thần thở kém linh hoạt	Hôn mê
Tư thế	Co cẳng chân và cẳng tay	Co cẳng chân và cẳng tay mạnh	Tùng cơn mất não
Trương lực cơ	Bình thường	Giảm trương lực cơ	Co cứng
Phản xạ gân - xương	Tăng	Tăng và không hạn chế	Giảm hoặc không có
Co giật cơ	Đôi khi có	Có	Không
Phản xạ nguyên thủy tuy sống			
Mút	Có, yếu	Yếu hoặc không có	Biến mất
Moro	Tăng	Không hoàn toàn	Biến mất
Nǎm	Bình thường - hơi tăng	Tăng	Biến mất
Hệ thần kinh tự động			
Đồng tử	Dẫn	Co	Thay đổi hoặc nhìn sững
Hô hấp	Đều	Thay đổi về tần số và biên độ	Ngừng thở, thở không đều
Nhip tim	Bình thường hoặc nhanh	Nhip tim chậm	Nhip tim chậm
Co giật	Không	Thường có	Hiếm
EEG	Bình thường	Bệnh lý	Đăng điện
Thời gian	< 24 giờ	2 -14 ngày	

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Trước sinh: Làm tất cả mọi biện pháp để làm giảm thời gian thiếu oxy.

4.2. Trong phòng sinh: Hồi sức ngay tức thì sau sinh để tránh thiếu oxy thiếu máu cục bộ sau sinh.

4.3. Xử trí tiếp theo

Những biện pháp cần thực hiện như sau:

- Duy trì huyết áp, pH, PaO₂, đường máu, canxi huyết.
- Điều trị cắt cơn co giật và ngăn ngừa tái phát: Diazepam trong cơn co giật (0,5 mg/kg/liều IV hoặc đường hậu môn), Phenobarbital (liều tấn công: 20mg/kg, nhắc lại 48 giờ sau bởi một liều duy trì: 5 mg/kg). Nếu không thể không chế được cơn co giật, sử dụng Phenylhydantoin (liều tấn công từ 15-20 mg/kg, tiếp đó 4-8mg/kg/ngày).

- Chống phù não bằng cách hạn chế cung cấp nước, duy trì PaO₂ từ 35 – 40 mmHg bằng cách thông khí nhân tạo. Duy trì áp lực trong não bằng cách duy trì huyết áp ở mức cao trong giới hạn bình thường.

- Theo dõi trẻ để phát hiện các tình trạng tổn thương thận, gan, ruột hoặc rối loạn đông máu.

- Người ta đang nghiên cứu chất bảo vệ thần kinh.

- Hạ nhiệt toàn thân và hạ nhiệt ở đầu (33 độ) bằng phương pháp làm lạnh đang được nghiên cứu và kết quả chưa rõ ràng. Vào thời điểm hiện nay, các khuyến cáo cho rằng vẫn nên duy trì thân nhiệt của trẻ ở mức bình thường.

NHIỄM TRÙNG SƠ SINH SỚM DO VI KHUẨN TRUYỀN BẰNG ĐƯỜNG MẸ - THAI

Mục tiêu học tập

1. Kể được các nguyên nhân và cách lây nhiễm của nhiễm trùng sơ sinh sớm truyền bằng đường mẹ - thai.
2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán bệnh nhiễm trùng sơ sinh sớm truyền bằng đường mẹ - thai.
3. Mô tả được các dạng lâm sàng của nhiễm trùng sơ sinh sớm truyền bằng đường mẹ - thai.
4. Trình bày được cách điều trị nhiễm trùng sơ sinh sớm truyền bằng đường mẹ - thai.

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng trong thời kỳ sơ sinh có thể phân làm 2 loại: nhiễm trùng sơ sinh sớm truyền bằng đường mẹ-thai và nhiễm trùng mắc phải sau sinh.

Sức đề kháng trẻ sơ sinh đối với nhiễm trùng yếu kém do đáp ứng miễn dịch thể dịch, miễn dịch té bào chưa phát triển đầy đủ. Ngoài ra, trẻ còn dễ bị nhiễm trùng vì da trẻ non yếu, nhiều mạch máu, pH da kiềm, niêm mạc đường tiêu hóa dễ bị xâm nhập.

Nhiễm trùng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong thời kỳ sơ sinh với tỷ lệ 13 – 15 % ở các nước trên thế giới. Ở Việt Nam tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh còn cao. Theo dõi xác định sớm những yếu tố nguy cơ, phát hiện sớm những biến đổi lâm sàng, những biến đổi về huyết học có thể phát hiện sớm bệnh nhiễm trùng sơ sinh cho phép xử trí sớm, góp phần đáng kể giảm tỷ lệ tử vong đối với những trẻ bị nhiễm trùng.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CÁCH LÂY NHIỄM

2.1. Nguyên nhân

Bà vi khuẩn thường gây nhiễm trùng sơ sinh sớm:

- Liên cầu khuẩn nhóm B, Colibacille, Listeria.
- Những vi khuẩn ký khí và ái khí khác cũng có thể gây nhiễm trùng truyền bằng đường mẹ - thai nhưng với tần suất ít gấp hơn như: *Haemophilus*, *Meningococcus*, *Staphylococcus*, *Pneumococcus*....

2.2 Cách lây nhiễm

2.2.1. Lây nhiễm trước sinh

- Sớm: truyền bằng đường máu, qua nhau thai.
- Chậm > 5 tháng:
 - + Bằng đường máu: vi khuẩn, nhiễm trùng huyết ở phụ nữ mang thai do E.Coli, Listeria.
 - + Bằng đường tiếp xúc, viêm màng ói.

2.2.2. Lây nhiễm trong khi sinh

- Do nhiễm trùng ói có hoặc không ói vỡ sờm > 6 giờ (thường do liên cầu khuẩn nhóm B).
 - Lây nhiễm trong khi lọt qua đường sinh dục mẹ.
 - Lây nhiễm qua những dụng cụ trong khi can thiệp những thủ thuật sản khoa.

3. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

3.1. Tiền sử

- Mẹ có sốt trước và trong vòng 3 ngày sau sinh.
- Tiền sử nhiễm trùng đường niệu – sinh dục.
- Ói vỡ trên 12 giờ hoặc dịch ói bắn và hôi.
- Đè non không có nguyên nhân rõ ràng.

- Đè cổ can thiệp thủ thuật sản khoa.

3.2. Lâm sàng

- Rối loạn thân nhiệt.
- Rối loạn tiêu hóa như bú chậm, bú kém hoặc bỏ bú, nôn hoặc ỉa chảy, chướng bụng.
- Ngủ li bì, rối loạn trương lực cơ
- Vận động yếu, không đổi xứng 2 bên.
- Rối loạn hô hấp, tuân hoàn
- Có thể có dấu xuất huyết, vàng da, cứng bì, gan lách to...

3.3. Cận lâm sàng

- *Vị khuẩn học:*

- + Soi tươi, nhuộm Gram, nuôi cây dịch ói, dịch hầu họng, dịch dạ dày, dịch ống tai ngoài hoặc phân su, cây mẫu bánh nhau.... Xét nghiệm này cho phép xác định nhanh vi khuẩn gây bệnh.
 - + Bệnh phẩm vi khuẩn học trung ương gồm cây máu, cây nước tiểu, cây dịch não tủy.
 - + Kháng nguyên hòa tan vi khuẩn: có thể tìm được Liên cầu khuẩn nhóm B, Colibacille mang kháng nguyên K1.

- *Huyết học và sinh hóa*

- + CTM có giá trị gợi ý nhiễm trùng sơ sinh sớm nếu như:
 - Số lượng bạch cầu giảm $< 5\ 000/\text{mm}^3$ hoặc tăng $> 25\ 000/\text{mm}^3$; có bạch cầu non trong máu ngoại vi $> 10\%$ của toàn bộ bạch cầu hoặc $> 20\%$ của số lượng bạch cầu trung tính.
 - Giảm tiêu cầu $< 100\ 000/\text{mm}^3$
 - + Tăng Fibrin $> 3,8\text{g/l}$ ngày thứ nhất và 4g/l nếu sau ngày thứ nhất.
 - + CRP $> 20\text{mg/l}$
 - + Những xét nghiệm khác không đặc hiệu cho chẩn đoán nhưng nói lên tiên lượng bệnh: nhiễm toan chuyển hóa, CIVD, tăng Bilirubine máu sớm.

4. CÁC DẠNG LÂM SÀNG

4.1. Nhiễm trùng huyết

- Da tái, trụy mạch, hạ thân nhiệt.
- Ban xuất huyết, gan lách to, vàng da.
- Co giật, mất nước, cứng bì.
- Bú kém.

4.2. Viêm màng não mủ

- Đơn thuần hoặc kết hợp với dạng nhiễm trùng huyết.
- Chẩn đoán khó vì không có dấu hiệu viêm màng não mủ rõ ràng.
- Co giật, thóp phồng, hở đường khớp sọ, nôn mửa.
- Thường sốt cao hơn là hạ thân nhiệt.
- Rên è è, ngủ lịm, hôn mê.

4.3. Nhiễm trùng khu trú

- Viêm phổi: là dạng hay gặp nhất trong nhiễm trùng mẹ-thai.
- Nhiễm trùng đường tiêu, Viêm ruột hoại tử.
- Viêm phúc mạc, Viêm xương-tủy xương, Viêm kết mạc mắt.

4.4. Nhiễm trùng tại chỗ

- Nhiễm trùng da
- Nhiễm trùng rốn
- Nhiễm trùng vú.
- Ỉa chảy.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị nguyên nhân

Dùng kháng sinh phô rông khi chưa có kết quả vi khuẩn học.

Khi xác định được vi khuẩn, kháng sinh điều trị chỉ định theo kháng sinh đồ. Có nhiều tác giả khuyên nên bắt đầu bằng 2 kháng sinh kết hợp (ampicilline + aminoglycosides) để tránh vấn đề vi khuẩn kháng thuốc và chọn lọc thuốc. Sau đó nếu lâm sàng có chuyển biến nhiễm trùng nặng sẽ phối hợp thêm một kháng sinh thứ 3 thuộc nhóm Céphalosporines thế hệ thứ 3.

Một số tác giả khuyên nên phối hợp 3 thứ kháng sinh cùng một lúc nếu lâm sàng có biểu hiện rõ nhiễm trùng rồi sau đó giảm bớt một thứ kháng sinh tùy vào kết quả xét nghiệm vi khuẩn học.

Liều lượng và khoảng cách tiêm thuốc đôi khi dùng liều duy nhất tùy thuộc vào sự trưởng thành của chức năng gan và khả năng lọc của cầu thận trong giai đoạn này.

Ampicilin

Liều: 100mg/kg/24 giờ		
Tuổi thai	Thời gian sau sinh	Khoảng cách cho thuốc
<29 tuần	0-28 ngày	12 giờ một lần
	>28 ngày	8 giờ một lần
30-36 tuần	0-14 ngày	12 giờ một lần
	>14 ngày	8 giờ một lần
37-44 tuần	0-7 ngày	12 giờ một lần
	>7 ngày	8 giờ một lần
>45 tuần	tất cả	6 tiếng một lần

Gentamycin

Tuổi thai	Liều lượng	Khoảng cách cho thuốc
<28 tuần	2,5mg/kg/liều	24 giờ một lần
29-35 tuần	3,5mg/kg/liều	24 giờ một lần
>35 tuần	5mg/kg/liều	24 giờ một lần

Nếu kết quả xét nghiệm vi khuẩn âm tính và trẻ không có triệu chứng lâm sàng, có thể dừng kháng sinh sau 2-3 ngày điều trị. Trong những trường hợp khác, cần tiếp tục điều trị kháng sinh 10 ngày (15 - 21 ngày đối với viêm màng não, và dài hơn đối với E.Coli).

Điều trị hỗ trợ: thở oxy, nấm lồng áp, truyền dịch nuôi dưỡng, truyền dịch cao phân tử như plasma tươi trong trường hợp có sốc.

VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN GIÁN TIẾP Ở TRẺ SƠ SINH

Mục tiêu học tập

- Liệt kê được nguyên nhân và các yếu tố liên quan đến vàng da.
- Trình bày được các dấu hiệu lâm sàng của vàng da tăng bilirubin gián tiếp.
- Phân loại được vàng da ở trẻ sơ sinh.
- Nêu được cách xử trí ban đầu.

1. CƠ CHẾ VÀ DỊCH TỄ HỌC CỦA VÀNG DA SINH LÝ, VÀNG DA BỆNH LÝ

Cơ chế vàng da:

- Tăng sản xuất bilirubin do vỡ hồng cầu.
- Kém bắt giữ bilirubin từ huyết tương do giảm ligandin và protein Y, Z.
- Kém kết hợp bilirubin ở gan do giảm hoạt động của Glucuronyl Transferase.
- Tăng chu trình ruột gan do mức độ beta glucuronidase ở ruột cao (vi khuẩn ruột kém).

Ở giai đoạn sơ sinh, vàng da là một biểu hiện hay gặp do nhiều nguyên nhân; Vàng da tăng bilirubin tự do có thể gặp ở 60% trẻ đủ tháng và 80% ở trẻ đẻ non. Tình trạng này có thể đơn giản từ vàng da sinh lý đến trầm trọng như vàng da nhân. Đây là một biến chứng nguy hiểm vì trẻ có thể tử vong (10% số trường hợp) hoặc bị di chứng nặng nề về thần kinh cả tinh thần và vận động.

2. CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN VÀNG DA

2.1. Con

- Sang chấn sản khoa.
- Ngạt.
- Cho bú muộn.
- Chậm thai phân su.
- Tắc đường tiêu hoá.
- Nhiễm trùng.
- Trẻ đẻ non, nhẹ cân so với tuổi thai.
- Suy giáp bẩm sinh.

2.2. Mẹ

- Nhiễm trùng trong lúc mang thai.
- Bệnh tiểu đường.
- Dùng thuốc như sulfonamides, nitrofurantoin, kháng sốt rét...

2.3. Gia đình

- Anh hay chị ruột có vàng da do bất đồng nhóm máu (có kèm thiếu máu) hay vàng da do sữa mẹ.
- Yếu tố di truyền.

3. DẤU HIỆU LÂM SÀNG CỦA VÀNG DA

3.1. Vàng da

- Bắt đầu từ niêm mạc (mắt, lưỡi), sau đó phát triển từ mặt xuống ngực, bụng, đén đùi, đến cẳng chân (Tay), đền bàn chân (Tay).
- Màu vàng sáng, tươi, vàng nghệ.

- Vàng da có thể diễn biến nhanh hoặc chậm; nếu phát triển nhanh là có nguy cơ tăng cao bilirubin, giai đoạn phục hồi sẽ diễn biến với tốc độ ngược lúc xuất hiện.

3.2. Nước tiểu: Từ vàng nhạt đến vàng đậm.

3.3. Phân: vàng bình thường

3.4. Thiếu máu: tùy theo mức độ tan máu

3.5. Những dấu hiệu bất thường khác như: nôn, ngủ lịm, bú kém, sụt cân, ngưng thở, nhịp thở nhanh, nhịp tim chậm, hạ thân nhiệt, xanh tái, tử ban, gan to, lách to, đau thần kinh (li bì hay kích thích, tăng hoặc giảm trương lực cơ)... gặp trong bệnh cảnh nặng.

Khi bilirubin gián tiếp tăng rất cao sẽ gây ra bệnh vàng da nhân. Biểu hiện ban đầu là tình trạng li bì, giảm trương lực cơ, bú kém; tiếp đó chuyển sang tình trạng kích thích, khóc thét, tăng trương lực cơ. Sau đó trẻ tiếp tục tăng trương lực cơ, khóc thét và có thể chuyển sang co giật, hôn mê.

4. XÉT NGHIỆM

4.1. Giai đoạn đầu

- Tăng Bilirubin toàn phần chủ yếu là bilirubin gián tiếp.
- Hematocrit, hemoglobin giảm trong tan máu.
- Nhóm máu ABO và Rh của mẹ và con.
- Xét nghiệm Coombs nếu mẹ có nhóm máu O hoặc mẹ có Rh (-)

4.2. Giai đoạn sau

- Huyết đồ đếm hồng cầu lười (nếu có nghi ngờ các bệnh tán huyết).
- Cấy máu, phân tích nước tiểu.
- Xét nghiệm chức năng tuyến giáp, G6PD
- Điện di hemoglobin.

5. PHÂN LOẠI VÀNG DA

5.1. Vàng da sinh lý

- Thời gian xuất hiện vàng da sau 24 giờ tuổi.
- Mức độ vàng da nhẹ - trung bình (thường bilirubin < 12 mg%)
- Tốc độ vàng da tăng chậm; đạt mức độ cao nhất vào ngày thứ 3 - 5 (ở trẻ đủ tháng), ngày thứ 5 - 6 (ở trẻ đẻ non); rồi giảm dần.
- Vàng da kéo dài dưới 10 ngày.
- Vàng da đơn thuần, không kèm với các dấu hiệu bất thường khác.

5.2. Vàng da bệnh lý

- Vàng da xuất hiện sớm trước 24 - 36 giờ tuổi.
- Mức độ vàng da vừa - rõ, vàng toàn thân (bilirubin toàn phần cao > 12 mg% ở trẻ đủ tháng, giá trị thấp hơn ở trẻ đẻ non).
 - Tốc độ vàng da tăng nhanh (bilirubin tăng > 5mg % / ngày hoặc > 9 μmol / L / giờ).
 - Vàng da kéo dài trên 1 tuần (ở trẻ đủ tháng) hay trên 2 tuần (ở trẻ đẻ non).
 - Vàng da có kèm với bất kỳ dấu hiệu bất thường khác.
 - Bilirubin trực tiếp > 2mg % bất kỳ thời điểm nào (>10% lượng bilirubin).

6. XỬ TRÍ BAN ĐẦU ĐỐI VỚI VÀNG DA

6.1. Theo dõi vàng da

- Theo dõi sát các đặc điểm của vàng da thông qua khám bệnh hàng ngày; đặc biệt về thời gian xuất hiện, vị trí, mức độ, diễn tiến cũng như thời gian kéo dài.
- Theo dõi hàng ngày bằng cách hỏi mẹ và khám trẻ để kịp thời phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường kèm theo.

6.2. Vàng da bệnh lý

- Xử trí ban đầu:
 - + Cấp cứu về hô hấp nếu trẻ có suy hô hấp.
 - + Nếu nghi ngờ vàng da do nhiễm trùng cho liều kháng sinh đầu tiên trước khi chuyển viện.
 - + Điều trị phòng hạ đường huyết: cho trẻ bú mẹ hoặc vắt sữa mẹ (hay sữa khác) cho uống bằng thìa hay nhỏ giọt qua ống thông mũi dạ dày.

- Chuyển gấp đi bệnh viện, bảo đảm nguyên tắc an toàn trên đường đi: Giữ âm trê, kiềm tra và phòng hạ đường huyết.

6.3. Xử trí tăng bilirubin gián tiếp

- Trẻ đủ tháng khoẻ mạnh:

Giờ tuổi	Bilirubin (mg%)	Xử trí	
		Liệu pháp ánh sáng	Thay máu
< 24	Vàng da rõ	Chuyển	
25 – 48	> 15	X	
	> 20	X	X
49 – 72	> 18	X	
	> 25	X	X
> 72	> 20	X	
	> 25	X	X

+ Sử dụng bilirubin toàn phần, không trừ đi bilirubin gián tiếp hoặc trực tiếp.

+ Yếu tố nguy cơ: Bệnh tan máu miễn dịch đồng loại, thiếu G6PD, ngạt, tình trạng ngủ lịm rõ, thân nhiệt không ổn định, nhiễm trùng, nhiễm toan, hoặc Albumin máu < 3g/dl (nếu đo được).



Hình 1. Liệu pháp ánh sáng

- Trẻ đủ tháng, yếu: bắt đầu liệu pháp khi mức độ bilirubin toàn phần trong máu ở mức thấp (xấp xỉ 2mg%, thấp hơn các mức nêu trên).

- Trẻ thiếu tháng: do có nguy cơ ngấm bilirubin não nên cần thực hiện liệu pháp can thiệp sớm ngay khi nồng độ Bilirubin toàn phần trong huyết thanh còn ở mức thấp. Nhìn chung, không được để nồng độ bilirubin ở trẻ vượt quá mức: Cân nặng của trẻ x 10 (ví dụ: trẻ nặng 1,5kg thì phải giữ mức bilirubin dưới 15mg%).

VIÊM PHẦN PHỤ

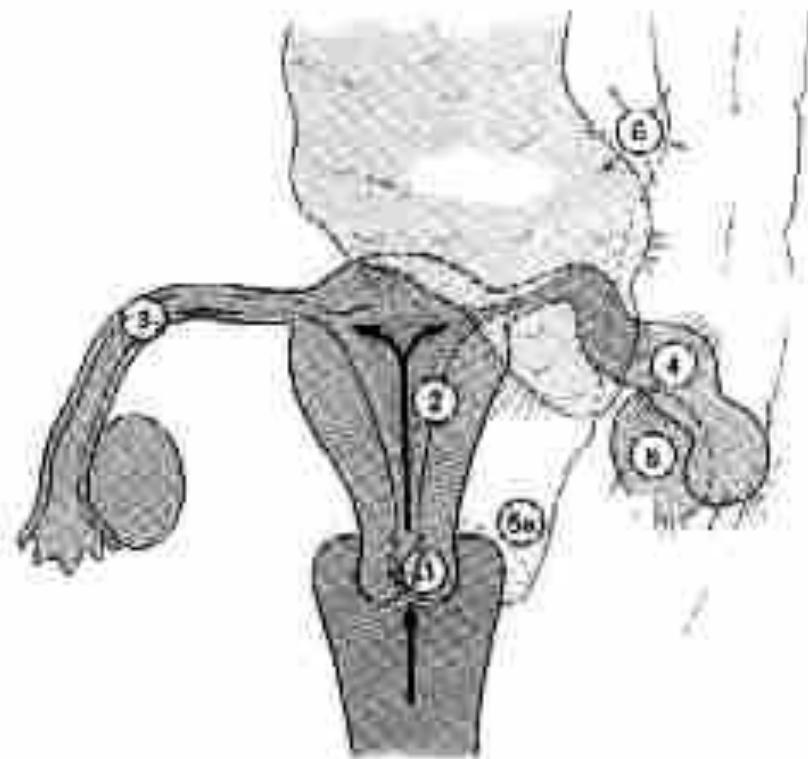
Mục tiêu học tập

1. Mô tả được các loại vi khuẩn gây bệnh thường gặp.
2. Kể được các thể lâm sàng của viêm phần phụ.
3. Trình bày được hướng xử trí của viêm phần phụ.

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm nhiễm đường sinh dục là một trong những bệnh phổ biến ở phụ nữ, nó có liên quan mật thiết với quan hệ tình dục, nhất là trong những trường hợp có nhiều bạn tình, ý thức vệ sinh tình dục kém, đó là điều kiện thuận lợi cho bệnh phát triển. Như vậy có nghĩa bệnh thường xuất phát từ đường sinh dục thấp. Tuy nhiên, không phải lúc nào cũng rõ ràng vì có khi kết quả vi trùng học không hoàn toàn giống nhau giữa bệnh phẩm dịch âm đạo và ở vòi tử cung. Ngoài ra, nó còn là hậu quả của các biến chứng trong sinh đẻ như nạo hút, bóc rau sau đẻ, đặt dụng cụ tử cung không bảo đảm vô khuẩn và nhất là trong các trường hợp phá thai không an toàn.

Phần phụ ở người phụ nữ bao gồm: buồng trứng, vòi tử cung (vòi trứng), dây chằng rộng. Viêm phần phụ phần lớn thường bắt đầu từ viêm vòi tử cung, sau đó lan ra xung quanh.



Hình 1: Các vị trí viêm nhiễm sinh dục.

1. Viêm cổ tử cung;
2. Viêm nội mạc tử cung;
3. Viêm vòi tử cung ;
4. Úm vòi tử cung ;
5. Áp-xe vòi tử cung ;
- 6.a Áp-xe Douglas;
- 6.b Viêm phúc mạc tiêu khung

2. VI KHUẨN GÂY BỆNH CHỦ YẾU

- Lậu cầu (*Neisseria Gonorrhoea*), chiếm 20 - 40% viêm nhiễm hố chậu, xét nghiệm trực tiếp sẽ phát hiện song cầu khuẩn hình hạt cà phê, gram âm.

- *Chlamydia trachomatis*, tỷ lệ 40 - 50% của viêm nhiễm hô hấp, khó phát hiện khi xét nghiệm trực tiếp. Miễn dịch huỳnh quang là biện pháp tốt để phát hiện

- *Mycoplasmas hominis*.

- Các loại vi khuẩn khác có thể gặp trong một số điều kiện như: nhóm ái khí (*Colibacille, lactobacille, protéus, staphylocoque*), nhóm ký khí (*Bacteroides, fragilis, clostridium*)

Trong thực tế thì phần lớn các trường hợp viêm sinh dục đều do nhiều loại vi khuẩn gây ra (bao gồm cả nhóm vi khuẩn ái khí và yếm khí) nên việc điều trị thường gặp nhiều khó khăn.

3. LÂM SÀNG

Tùy theo vi khuẩn gây bệnh, bệnh cảnh lâm sàng thường biểu hiện dưới dạng cấp tính, bán cấp tính và mãn tính. Dạng mãn tính thường phát hiện tình cờ khi bệnh nhân đi khám vô sinh.

3.1. Hình thái cấp tính

- Viêm phần phụ cấp thường xảy ra sau đẻ, sau sảy thai hoặc sau các can thiệp thủ thuật ở vùng tiểu khung như nạo hút, đặt vòng, tháo vòng... và sau viêm âm đạo cấp do vi khuẩn lậu.

- Triệu chứng lâm sàng nổi bật là đau vùng bụng dưới đột ngột ở phụ nữ, đau tăng khi đi lại, thường đau cả hai bên (chiếm 90%). .

- Rối loạn kinh nguyệt, xảy ra trong 50% các trường hợp, các dấu hiệu nặng nề kích thích vùng bụng dưới như mót rặn, đi lỏng, tiêu khó, tiêu không hết nước tiểu (chiếm 15 - 25 % các trường hợp).

- Sốt có thể là dấu hiệu kèm theo các triệu chứng này, nhiệt độ có khi trên 39°C.

- Có thể nôn hoặc buồn nôn.

- Khám bụng thấy đê kháng vùng bụng dưới, nhưng không co cứng thành bụng, có dấu giảm áp- Blumberg(+).

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

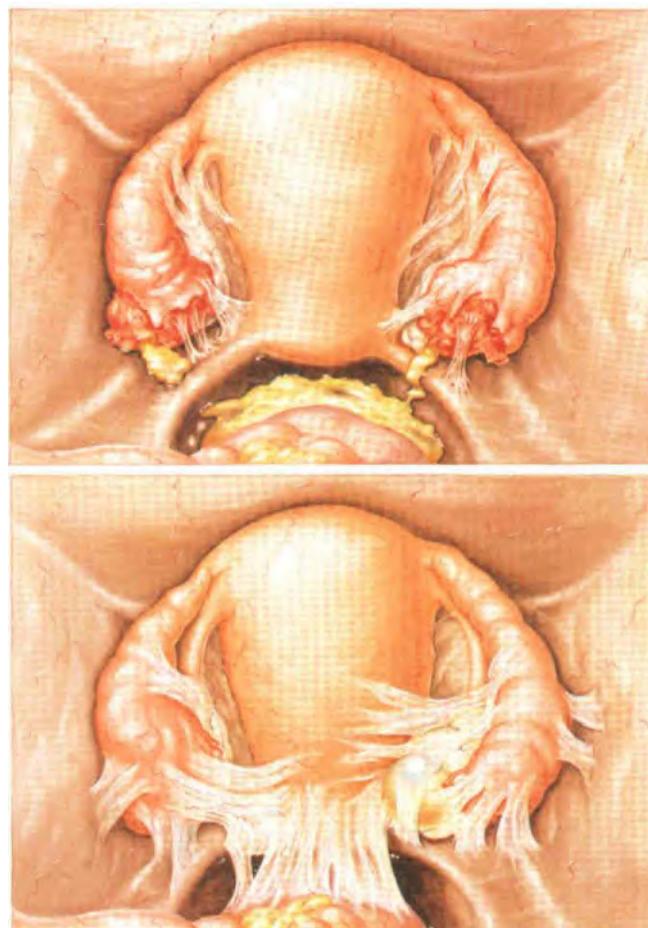
- Thăm khám phổi hợp bằng hai tay trong âm đạo và trên bụng , ta thấy tử cung mềm, khi lay động tử cung sẽ gây đau, hai phần phụ nè, đau. Đôi khi phát hiện thấy khối cạnh tử cung, thường ở mặt sau của tử cung, dính không di động.

- Cận lâm sàng:

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

+ CRP tăng.

+ Cấy máu có thể phát hiện vi khuẩn gây bệnh. Xét nghiệm dịch cổ tử cung để phát hiện vi khuẩn lậu và Chlamydia. Trên thực tế, xét nghiệm không phải lúc nào cũng cho kết quả dương tính vì viêm phần phụ có thể xảy ra do tạp khuẩn. Siêu âm để phát hiện các khối viêm nhiễm và áp-xe phần phụ.

**Hình 2.** Viêm dính phần phụ

3.2. Hình thái bán cấp

Chiếm 30% các trường hợp. Triệu chứng lâm sàng thường nhẹ hơn với:

- Đau âm ỉ vùng hạ vị hoặc thắt lưng, có khi đau nhói.
- Rong kinh thường hay gấp.
- Khí hư không rõ ràng và không đặc hiệu.
- Sốt nhẹ, $37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C .
- Khám bụng: thường thấy bụng mềm, nắn thấy có đè kháng cục bộ vùng bụng dưới.
- Khám âm đạo: có thể thấy đau một hoặc hai bên của phần phụ, có khối nề khó phân biệt ranh giới với tử cung. Có dấu hiệu đau khi lay động cổ tử cung
 - Khám trực tràng: bệnh nhân rất đau khi khám
- Cận lâm sàng:
 - Bạch cầu tăng với bạch cầu trung tính tăng vừa phải.
 - CRP tăng.
 - Siêu âm xác định được khối phần phụ với âm vang (écho) hỗn hợp.
 - Nội soi ổ bụng, có thể gặp các thương tổn phổi hợp viêm phần phụ, viêm quanh gan dạng màng dính giữa gan và cơ hoành, hoặc mặt trên gan với thành trước ổ bụng như các sợi dây đàn violin (hội chứng Fitz-Hugh-Curtis: viêm quanh gan thứ phát sau viêm sinh dục không đặc hiệu. Có các dấu hiệu sốt, đau hạ sườn phải lan lên vai, có các dấu hiệu ở tiểu khung làm nghĩ đến viêm phần phụ. Tuy nhiên không có vàng da, các xét nghiệm chức năng gan và siêu âm đường mật đều bình thường)

3.3. Hình thái mãn tính

- Nguyên nhân: do viêm phần phụ cấp tính không được điều trị đầy đủ, kịp thời .
- Triệu chứng

+Cơ năng :

- Đau: đau vùng hạ vị hay hai bên hố chậu, thường có một bên trội hơn. Đau thay đổi về cường độ, thời gian, từng cơn hay liên tục; khi đi lại nhiều làm việc nặng đau tăng, khi nghỉ ngơi đau ít hơn.
 - Khí hư: không nhiều, không đặc hiệu.
 - Ra máu: có thể ra máu bất thường trước và sau hành kinh hoặc rong kinh.
- +Thực thể: khám âm đạo phổi hợp nắn bụng có thể phát hiện.
- Tử cung di động hạn chế, đau khi lay động
 - Có thể có khối cạnh tử cung, ấn đau, ranh giới không rõ do vòi tử cung dính với buồng trứng thành một khối .

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Đau do bệnh đường tiêu hoá và tiết niệu
 - + Viêm ruột thừa cấp: viêm phần phụ thấy đau cả 2 bên, điểm của phần phụ phải thấp hơn điểm đau của ruột thừa viêm.
 - + Viêm mủ bể thận
 - + Viêm đại tràng.
- Đau do bệnh lý phụ khoa
 - + Chửa ngoài tử cung: chậm kinh, đau bụng một bên hố chậu, rong huyết
 - HCG (+)
 - Siêu âm: không thấy túi ối trong buồng TC.
 - Viêm, ú nước vòi tử cung do lao

5. TIẾN TRIỂN

5.1. Thuận lợi

Khi sử dụng kháng sinh sớm, phù hợp bệnh sẽ diễn tiến tốt với biểu hiện hết sốt, đỡ đau bụng, các xét nghiệm cận lâm sàng sẽ trở lại bình thường trong một vài ngày. Nội soi có thể chỉ định nếu vẫn tồn tại một khối ở vùng chậu sau khi đã dùng kháng sinh phù hợp.

5.2. Các diễn biến khác

5.2.1. Viêm phúc mạc dày chậu

Đây là một hậu quả khi viêm phần phụ không được điều trị đúng cách, cũng có khi trở thành một cấp cứu bụng đối với các nhiễm trùng nặng. Viêm phúc mạc khu trú ở đáy chậu vì các tạng lân cận, đặc biệt là mạc nối lớn, đại tràng sigma cùng với các quai ruột non nằm cạnh cơ quan sinh dục che phủ làm hạn chế sự lan rộng của nhiễm trùng. Khi khám xét vùng bụng thấy có phản ứng khu trú ở hạ vị, một đôi khi có dấu hiệu co cứng thành bụng, phần bụng trên rốn thì mềm. Khám âm đạo- trực tràng rất đau, hạ vị có khối dính, khó xác định. tử cung và ranh giới giữa tử cung với khối viêm dính

5.2.2. Áp-xe phần phụ

Các ổ áp-xe hình thành từ một viêm vòi tử cung mà không phát hiện được hoặc điều trị không tốt. Trên siêu âm cho ta hình ảnh một khối cạnh tử cung, hình bầu dục, bờ dày, âm vang (echo) hỗn hợp. Soi ổ bụng cho phép chọc dò tháo mủ, rửa ổ áp-xe với dung dịch nước muối sinh lý, phải kết hợp các kháng sinh có phô kháng khuẩn rộng .

5.2.3. Áp-xe buồng trứng:

hiếm gặp, bệnh cảnh lâm sàng giống như ú mủ vòi tử cung. Khi mở phát hiện được phải cắt buồng trứng .

5.2.4. Viêm tấy lan toả đáy chậu

Nhiễm trùng có thể tạo nên một ổ áp-xe dưới phúc mạc, có thể lan lên cao hơn trong dây chằng rộng hoặc xuống phía dưới hướng ra phía tầng sinh môn. Việc điều trị thường là phẫu thuật để dẫn lưu ổ mủ.

5.2.5. Viêm phúc mạc toàn thể

Nhiễm trùng lan ra khỏi hố chậu gây viêm phúc mạc toàn thể.

Có các triệu chứng của nhiễm trùng nặng: sốt cao, nhiễm độc...

Có các dấu hiệu bụng ngoại khoa :phản ứng phúc mạc, đề kháng thành bụng...

5.2.6. Tiễn triển lâu dài: Có thể có các đợt tái phát nặng hoặc nhẹ khi có nhiễm khuẩn ở cơ quan sinh dục hay ngoài cơ quan sinh dục

5.3. **Di chứng**

Di chứng thường gặp của viêm nhiễm hố chậu đó là:

- Vô sinh do: tắc vòi tử cung hai bên, dính tua loa vòi...
- Thai ngoài tử cung.
- Đau vùng chậu kinh niên.

6. ĐIỀU TRỊ

Viêm nhiễm hố chậu do nhiều loại vi khuẩn nên thường khó điều trị. Có nhiều phác đồ điều trị tùy thuộc vào hình thái lâm sàng.

6.1. **Viêm cấp do Chlamydia và lậu**

- Điều trị tuyến cơ sở:

- + Ofloxacin 400mg đường uống trong 14 ngày hoặc
- + Levofloxacin 500mg/ngày trong 14 ngày.
- + Có thể phối hợp với Metronidazole 500mg uống trong 14 ngày.
- + Có thể phối hợp với Doxycycline 100mg x 2 viên uống/ngày x 14 ngày.

Chú ý:

- + Điều trị ngoại trú nếu trong 24 – 48 giờ không cải thiện, phải nhập viện điều trị.
- + Để tránh tái phát cần phải điều trị cả bạn tình.

- Điều trị nội trú:

- + Cephalosporin III 2g tiêm tĩnh mạch mỗi 12 giờ và Doxycycline 100mg tiêm tĩnh mạch mỗi 12 giờ cho đến khi cải thiện.
- + Sau đó, Doxycycline 100mg x 2 viên uống/ngày trong 14 ngày

6.2. Áp - xe phần phụ, viêm phúc mạc đáy chậu

Sau khi dùng kháng sinh toàn thân, phối hợp (Ceftriazone + Aminozide + Metronidazole). Có thể điều trị bằng nội soi với giải phóng các sợi dính, chọc dò túi mủ, rửa ổ áp-xe, cần thiết có thể dẫn lưu.

Có một vài tác giả khuyên nên dùng kháng sinh mạnh sau đó nội soi gỡ dính, tháo mủ và dẫn lưu ổ bụng. Có những tác động về mặt giải phẫu khi tiến hành nội soi do viêm và dính, do đó cần đặc biệt chú ý khi tiến hành các thủ thuật ngoại khoa.

6.3. **Viêm phúc mạc bán cấp**

Viêm phúc mạc dính, cần phải ưu tiên điều trị *Chlamydia trachomatis* bằng cách phối hợp nhóm cycline (Doxycycline, Vibramycin) với Gentamycin hoặc Metronidazole. Thời gian điều trị là khoảng 21 ngày. Trong tất cả các trường hợp nên phối hợp điều trị cho bạn tình

6.4. Viêm phúc mạc toàn thể : Ngoại khoa:do nhiễm trùng lan ra khỏi hố chậu nên phải can thiệp ngoại khoa để giải quyết nguyên nhân, làm sạch và dẫn lưu ổ bụng. Lấy bệnh phẩm xét nghiệm vi khuẩn .

-Nội khoa: bôi phụ nước,điện giải, kháng sinh trước và sau phẫu thuật.

7. DỰ PHÒNG

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

- Phát hiện sớm, điều trị tích cực viêm nhiễm đường sinh dục dưới ngay khi mới nhiễm
- Phát hiện và điều trị viêm niệu đạo ở nam và nữ có hiệu quả
- Sử dụng bao cao su ở những người có nguy cơ cao với bệnh lây qua đường tình dục.
- Tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn khi làm các thủ thuật sản phụ khoa.

- Tuyên truyền, hướng dẫn cách vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh cá nhân,vệ sinh giao hợp.
- Vận động sinh đẻ có kế hoạch, tránh có thai ngoài ý muốn.
- Tuyên truyền lối sống lành mạnh.

SÙI MÀO GÀ SINH DỤC

Mục tiêu học tập

1. Xác định được tầm quan trọng của sùi mào gà sinh dục liên quan đến HIV và sùi khoé sinh sản
2. Trình bày được các biểu hiện lâm sàng của sùi mào gà sinh dục
3. Chẩn đoán được các thể sùi mào gà thông thường.
4. Nêu các biện pháp điều trị và tư vấn phòng bệnh sùi mào gà sinh dục và các bệnh lý lây truyền qua đường tình dục khác

1. ĐẠI CƯƠNG

Sùi mào gà sinh dục (SMGSD) là các nhú mềm, màu đỏ thịt hay màu da bình thường, xuất hiện ở niêm mạc miệng, da, hậu môn - sinh dục do nhiễm HPV (*Human Papilloma virus*). SMGSD là một trong các BLTQĐTD khá phổ biến ở cả 2 giới nam và nữ.

Hiện nay có mối liên hệ giữa sùi mào gà sinh dục và gia tăng nhiễm HIV, đặc biệt một số type HPV có thể gây ung thư cổ tử cung.

Đa số nhiễm HPV không có triệu chứng.

1.1. Nguyên nhân

HPV là loại DNA papovavirus sinh sôi nảy nở trong nhân các tế bào biểu mô bị nhiễm vi rút. Trên 20 type của HPV có thể gây nhiễm ở hệ sinh dục : thường gặp nhất là típ 6, 11; cũng có thể gặp các típ 16, 18, 31, 33. Các típ 16, 18, 31, 33, 35 có liên quan chặt chẽ với loạn sản và ung thư biểu mô. Người có nhiều bạn tình có khả năng nhiễm các type HPV không có các biểu hiện lâm sàng.

1.2. Đường lây

Chủ yếu do quan hệ tình dục:

- Sinh dục - sinh dục
- Miệng - sinh dục
- Hậu môn - sinh dục

Các đường lây khác có nhưng ít gặp hơn: trẻ sơ sinh lây từ mẹ, do các thủ thuật như đốt điện...

Trong khi sinh mẹ bị nhiễm HPV vùng hậu môn - sinh dục có thể truyền HPV sang trẻ sơ sinh, gây hạt com sinh dục ngoài và bệnh u nhú thanh quản ở trẻ. HPV có thể tồn tại suốt đời dưới trạng thái nằm im (không hoạt động) và trở thành từng đợt nhiễm vi rút.

1.3. Tuổi và các yếu tố nguy cơ

1.3.1. Tuổi

Thành niên và trưởng thành (thời kỳ hoạt động tình dục), tỷ lệ mắc bệnh cao ở ngoài tuổi 20.

1.3.2. Các yếu tố nguy cơ

- Có nhiều bạn tình và số lần tiếp xúc sinh dục tăng.
- Bạn tình bị nhiễm SMGSD ngoài.
- Bạn tình có nhiều bạn tình khác.
- Nhiễm các BLTQĐTD khác

2. CÁC BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

2.1 Thời gian ủ bệnh: Từ nhiều tuần đến nhiều tháng /năm

2.2. Các triệu chứng ở da

Thường không có triệu chứng cơ năng, tình cờ phát hiện được. Có thể có các triệu chứng ngứa, nóng rát, xuất huyết khi đụng chạm vào, tiết dịch âm đạo / niệu đạo, giao hợp đau trong trường hợp kích thước lớn hoặc điều trị không thích hợp.

2.3. Khám thực thể

2.3.1. Các tổn thương da - niêm mạc

Có 4 loại tổn thương hay gặp:

- Sản nhỏ
- Sùi “súp lo”
- Hạt cơm sừng
- Mảng / sản phẳng (thường gặp ở cổ tử cung)

Các tổn thương có màu nâu, nâu nhạt, đỏ hồng hay màu da. Tổn thương có thể là một, rải rác hay hợp lại, đôi khi tạo thành một khối lớn vài cm đường kính, đặc biệt ở những người bị suy giảm hay ức chế miễn dịch tổn thương thường rất lớn.



Hình 1. Nhiễm HPV với mòng gà

2.3.2. Vị trí

Nam giới:

- Dây hãm
- Rãnh quy đầu
- Quy đầu
- Da bao
- Thân dương vật
- Da bìu

Nữ giới:

- Môi bé, môi lớn
- Âm vật
- Vùng quanh lỗ niệu đạo
- Tầng sinh môn
- Âm đạo
- Cổ tử cung (tổn thương phẳng)

Cả 2 giới:

- Tầng sinh môn
- Quanh hậu môn
- Ống hậu môn
- Trực tràng
- Lỗ niệu đạo

- Niệu đạo
- Bàng quang
- Miệng - họng
- Dây thanh âm (trẻ < 5 tuổi , người lớn > 20 tuổi).

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa vào lâm sàng vì các tổn thương sùi mào gà sinh dục rất đặc hiệu.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Các tổn thương sần / cục ở cơ quan sinh dục ngoài :

- Tuyến bả
- Sần sinh lý quanh vành quy đầu
- Gai sinh dục
- Dày sừng bả nhòn
- U mạch sừng hoá (angiokeratoma)
- U mềm lây
- Sần phì giang mai
- Viêm nang lông
- Cục ghẻ

4. CẬN LÂM SÀNG:

- **Nghiệm pháp Acetic:** bôi dung dịch acetic acid 5% lên vùng nghi ngờ (cỗ tử cung, quy đầu, hậu môn), sau 5 - 10 phút quan sát bằng kính lúp hay đèn soi cỗ tử cung thấy các sần nhỏ màu trắng. Chủ yếu phát hiện tình trạng nhiễm HPV không có biểu hiện lâm sàng.

- **Phiến đồ cỗ tử cung hay Pap smear:** nên khuyến cáo tất cả các phụ nữ làm phiến đồ cỗ tử cung 1 lần / năm vì HPV là tác nhân chính gây ung thư cỗ tử cung.

- **Giải phẫu bệnh, DNA, huyết thanh:** nếu cần.

5. TIẾN TRIỀN VÀ DỰ HẬU

HPV có thời gian ủ bệnh từ 3 tuần đến 8 tháng. Đa số các bệnh nhân nhiễm HPV đều phát triển SMGSD sau khi nhiễm khoảng 2 - 3 tháng. Khoảng 10 -30% các trường hợp mắc bệnh có thể thoái lui một cách tự nhiên trong vòng 3 tháng và tình trạng nhiễm HPV không có triệu chứng tồn tại gần như suốt đời.

Sự tái phát có thể xảy ở những người có chức năng miễn dịch bình thường cũng như suy giảm miễn dịch. Các tổn thương có thể tái phát ngay cả khi được điều trị đúng do sự tồn tại và tái hoạt của HPV ở vùng da bình thường quanh các tổn thương.

Phụ nữ mang thai các tổn thương SMGSD thường gia tăng kích thước, số lượng và tình trạng nhiễm khuẩn thứ phát của SMGSD. Nếu sinh qua đường âm đạo thì trẻ có nguy cơ phát triển bệnh u nhú đường hô hấp sau này.

Chú ý các type 16, 18, 31 và 33 là các tác nhân chính gây loạn sản và ung thư biểu mô tế bào gai của cỗ tử cung.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Nguyên tắc

- Hiện nay chưa có thuốc diệt HPV nên các phương pháp điều trị chỉ là điều trị triệu chứng .

- Phải điều trị sùi mào gà sinh dục cho cả 2 người .
- Sùi mào gà sinh dục phải được điều trị từ tuyến huyện trở lên.
- Cần phải thực hiện phiến đồ cỗ tử cung cho các đối tượng nhiễm HPV hàng năm.

- Bắt buộc thử nghiệm HIV, HBV và huyết thanh giang mai.

6.2.Các phương pháp điều trị

- Phẫu thuật cắt bỏ bằng dao điện.
- Bôi hoá chất:
 - + Imiquimod, kem 5% (Aldara).
 - + Podofilox (Condylox) dung dịch / gel 0,5 %.
 - + Ni tơ lỏng.
 - + Podophyllin 10-25 %.
 - + TCA 80 -90 %.
- Laser C0₂.

7. TƯ VẤN

HPV có nguy cơ lây nhiễm cao do vây cần phải :

- Khám, theo dõi và điều trị khi phát hiện bạn tình / chồng / vợ có triệu chứng SMGSD.
 - Tái khám định kỳ vì HPV có nguy cơ tái phát.
 - Khuyến cáo bệnh nhân bị SMG cổ tử cung cần làm phiến đồ cổ tử cung hàng năm để phát hiện sớm ung thư cổ tử cung.
 - Xét nghiệm HIV khi bị nhiễm SMGSD.
 - Phụ nữ có thai cần phải được điều trị SMGSD trước khi sinh vì nguy cơ lây bệnh cho trẻ sơ sinh. SMG ở phụ nữ có thai: chuyên tuyến trên để điều trị ở bất kỳ giai đoạn nào.
 - Khuyến cáo sử dụng bao cao su đúng cách và thường xuyên .

HỘI CHỨNG TIẾT DỊCH NIỆU ĐẠO

Mục tiêu học tập

1. Xác định tầm quan trọng và nêu được các tác nhân chủ yếu gây hội chứng tiết dịch niệu đạo
2. Trình bày được các triệu chứng của hội chứng tiết dịch niệu đạo
3. Liệt kê được các biến chứng của hội chứng tiết dịch niệu đạo ảnh hưởng đến sức khoẻ sinh sản
4. Trình bày được các xét nghiệm thường dùng để chẩn đoán hội chứng tiết dịch niệu đạo không có biến chứng.
5. Nêu được các phác đồ điều trị hội chứng tiết dịch niệu đạo và tư vấn được các biện pháp dự phòng tiết dịch niệu đạo.

1. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng tiết dịch niệu đạo dùng cho quản lý viêm niệu đạo ở nam giới. Đây là bệnh lây truyền qua đường tình dục (BLTQĐTD) thường gặp nhất ở nam giới.

Hội chứng bao gồm có sự chảy dịch từ lỗ niệu đạo kèm theo những triệu chứng như đái buốt, đái khó.

Tác nhân gây bệnh thường gặp lậu cầu và *Chlamydia trachomatis*

Tác nhân gây bệnh ít gặp hơn: *Herpes simplex*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans*.

Trong thực tế sự phối hợp giữa nhiễm lậu cầu và *C. trachomatis* rất phổ biến

Việc xác định nguyên nhân gây nên hội chứng tiết dịch niệu đạo nhiều khi rất khó khăn và đó cũng là lý do giải thích tại sao bộ Y tế khuyến cáo sử dụng các biện pháp điều trị, dự phòng dựa vào tiếp cận hội chứng tiết dịch niệu đạo ở tuyến Y tế cơ sở.

Các vị trí giải phẫu thường bị nhiễm bệnh:

- Lỗ niệu đạo và tất cả các phần của niệu đạo
- Tiền liệt tuyến
- Tinh hoàn
- Mào tinh hoàn

Cách lây truyền: Chủ yếu lây truyền qua đường tình dục, quan hệ tình dục với người nhiễm bệnh

Tuổi và các yếu tố nguy cơ mắc bệnh:

- Tuổi: thường gặp ở độ tuổi hoạt động tình dục
- Các yếu tố nguy cơ thường gặp
 - + Độc thân và dưới 35 tuổi
 - + Thay đổi bạn tình mới trong vòng 3 tháng
 - + Bạn tình hiện tại đang bị một nhiễm khuẩn lây truyền tình dục
 - + Bạn tình vừa mới dùng bao cao su
 - + Có hơn 1 bạn tình

2. CÁC BIỂU HIỆN LÂM SÀNG CỦA HỘI CHỨNG TIẾT DỊCH NIỆU ĐẠO

2.1. Viêm niệu đạo do lậu

2.1.1. Nam giới

- *Viêm niệu đạo cấp (VNĐC):*

- + Thời gian ủ bệnh trung bình từ 3-5 ngày, hiếm khi trên 15 ngày
- + Triệu chứng viêm niệu đạo thường báo trước bởi:
 - ❖ Rầm rức ở niệu đạo
 - ❖ Tiếp theo là cảm giác đau buốt dọc niệu đạo trước khi đi tiểu: chiếm 80% trường hợp người mắc bệnh lần đầu.

- ❖ Tiêu rắt: Đau cảm giác như dao cắt khiến bệnh nhân sợ đi tiêu, dẫn đến tiêu rắt.
- ❖ Xuất tiết dịch mủ ở niệu đạo rất sớm, mủ có màu hơi vàng, số lượng nhiều, loãng dễ ra, tiết liên tục suốt ngày đêm, nên gọi là tiết dịch tự nhiên.

Những lần mắc bệnh sau do niệu đạo xơ chai nên không còn triệu chứng đau buốt, tiêu rắt, chỉ còn lại triệu chứng tiết dịch mủ.

Trong một số trường hợp nếu không điều trị hoặc điều trị không thích hợp dễ đưa đến tiết dịch nhầy buổi sáng được gọi là giọt sương mai

+ Khám lâm sàng:

- ❖ Miệng sáo sưng, đỏ, có mủ
- ❖ Ép hay vuốt từ gốc dương vật hướng về lỗ niệu đạo có mủ chảy ra

- **Viêm niệu đạo không có triệu chứng:** ngày càng tăng chiếm tỉ lệ 5 - 20% các trường hợp.

- **Viêm niệu đạo biến chứng (VNĐBC)** thường dễ bị bỏ qua, gồm các triệu chứng:

+ Viêm tinh hoàn:

- ❖ Tinh hoàn sưng, đau
- ❖ Da bao tinh hoàn có thể đỏ

+ Viêm mào tinh hoàn: Thường sưng và đau tinh hoàn 1 bên kèm theo cảm ứng đau của mào tinh và ống dẫn tinh, đôi khi kèm theo sưng nề và đỏ của vùng da mào tinh hoàn

Hai biến chứng trên dễ ảnh hưởng đến vô sinh nếu không điều trị kịp thời

2.1.2. Nữ giới: thường đi kèm với hội chứng tiết dịch âm đạo

2.2. Viêm niệu đạo do Chlamydia

Thời gian ủ bệnh thay đổi từ vài ngày đến vài tháng, thường không thể xác định một cách chính xác, có thể thay đổi từ 10- 60 ngày, trung bình 2 -3 tuần.

Thường gặp ở nam giới

2.2.1. Viêm niệu đạo: thường gặp gồm 2 triệu chứng:

- Đái khó

- Tiết nhầy niệu đạo: nhầy trắng hoặc trong, ít, dạng sợi thường gặp hơn là mủ, ít đau kèm cảm giác ngứa ở niệu đạo hay hơi rát, nhầy mủ hiếm gặp.

Khám lâm sàng:

- Đôi khi chỉ quan sát được một giọt nhầy nhỏ vào buổi sáng hoặc ép dọc niệu đạo mới thấy xuất hiện dịch nhầy.

- Không sưng hạch bẹn, không bao giờ có tổn thương ở dương vật và lỗ tiểu, không đau ở niệu đạo.

2.2.2. Viêm trực tràng: gặp ở người quan hệ tình dục qua đường hậu môn.

2.3. Viêm niệu đạo do Trichomonas vaginalis

Những năm gần đây viêm niệu đạo tái phát và tồn lưu sau khi điều trị lâu và chlamydia có chiều hướng gia tăng ở nam giới..

2.3.1. Viêm niệu đạo

- Đái khó: 25 % các trường hợp

- Tiết dịch niệu đạo: ít, nhầy trong hoặc nhầy mủ, không mùi, xuất hiện từng đợt.

- Đôi khi có cảm giác kiến bò, ngứa ở lỗ tiểu hay dọc theo niệu đạo.

- Cảm giác nóng sau khi giao hợp.

2.3.2. Viêm niệu đạo không có triệu chứng

Chỉ phát hiện khi nữ bạn tình có triệu chứng nhiễm Trùng roi âm đạo.

3. CÁC XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN

Khi bệnh nhân có các biểu hiện viêm niệu đạo ta cần tiến hành các xét nghiệm soi tươi, nhuộm gram và nuôi cấy dịch tiết.

3.1. Soi tươi

Lấy dịch niệu đạo

- Soi tươi với nước muối sinh lý: tìm *Trichomonas vaginalis* (độ nhạy 60%).
- Soi tươi với dung dịch KOH 10%: tìm nấm men (*Candida*).

3.2. Nhuộm gram

3.2.1 Viêm niệu đạo do lậu: Nhuộm gram dịch niệu đạo nhằm mục đích xem có sự hiện diện của lậu cầu hay không. Xét nghiệm dương tính khi quan sát thấy các song cầu gram (-) hình hạt cà phê tập trung chủ yếu ở nội bào. Đây là xét nghiệm chủ yếu để chẩn đoán lậu cầu ở tuyến cơ sở vì độ nhạy và độ đặc hiệu cao trên 90%

3.2.2 Viêm niệu đạo không do lậu:

- Nhuộm gram không thấy lậu cầu ở phiến đồ dịch niệu đạo.
- Nam giới: > 5 bạch cầu đa nhân / vi trường (vật kính dầu)

3.3. Nuôi cấy: Thường ít thực hiện

3.3.1. Lậu cầu: môi trường thạch máu -chocolate và đặc biệt nhất là Thayer - Martin.

3.3.4. Chlamydia trachomatis: nuôi cấy tế bào là xét nghiệm để chẩn đoán *Chlamydia trachomatis*.

3.3.5. Các xét nghiệm khác

Thường ít thực hiện

- DNA probe: Lậu cầu, *Chlamydia trachomatis*.
- Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp, PCR, LCR: chẩn đoán *Chlamydia trachomatis*.

Có thể lấy bệnh phẩm là nước tiểu hay dịch tiết niệu đạo.

4. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định dựa vào:

- Tiền sử có quan hệ tình dục với người mắc bệnh
- Các biểu hiện lâm sàng
- Xét nghiệm tìm nguyên nhân gây bệnh

5. ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH

5.1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị sớm và điều trị luôn cho cả bạn tình.
- Cần xét nghiệm huyết thanh giang mai, HIV, viêm gan B để phát hiện bệnh đi kèm.
- Hẹn tái khám sau khi hoàn tất điều trị

5.2. Điều trị theo tác nhân gây bệnh

5.2.1. Viêm niệu đạo do lậu

Thuốc điều trị:

- Cephalosporin thế hệ 3:
 - + Ceftriaxon 250mg, tiêm bắp liều duy nhất , hoặc
 - + Cefixime 400 mg, liều duy nhất.
- Spectinomycin: 2g tiêm bắp, liều duy nhất.
- Fluoro -quinolon (FQ):
 - + Ciprofloxacin 500 mg, uống liều duy nhất, hoặc
 - + Ofloxacin 400 mg, liều duy nhất.

Phải điều trị lậu kết hợp với điều trị Chlamydia nơi không có xét nghiệm xác định Chlamydia.

Tình trạng kháng Penicilin và kháng Fluoro – Quinolon ngày càng tăng, kháng Ciprofloxacin gấp ở Đông Nam Á, châu Âu (60% ở Áo, >20% ở Pháp, tháng 9/2005).

Theo dõi điều trị:

- Tái khám sau 7 ngày

- Nếu tồn tại các triệu chứng:

- + Kiểm tra lại xem bệnh nhân có tuân thủ các nguyên tắc điều trị;
- + Tìm lại nguyên nhân của sự tái nhiễm ;
- + Nếu không thì phải xét nghiệm lại.

5.1.2. Viêm niệu đạo không do lậu

- *Chlamydia trachomatis* và các tác nhân tương tự

- + Doxycyclin 200 mg / ngày x 7 ngày, hoặc
- + Tetracyclin 0,5g x 4 lần / ngày x 7 ngày, hoặc
- + Azithromycin 1g, uống liều duy nhất hoặc
- + Erythromycin 0,5g x 4 lần / ngày x 7 ngày.

Các loại *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma* có đề kháng với họ Cyclin hoặc Macrolid nhưng tỷ lệ đề kháng không cao.

- *Trichomonas vaginalis*

Metronidazol 2 g, uống liều duy nhất.

Đã có những trường hợp *Trichomonas* đề kháng với Metronidazol.

5.3. Dự phòng

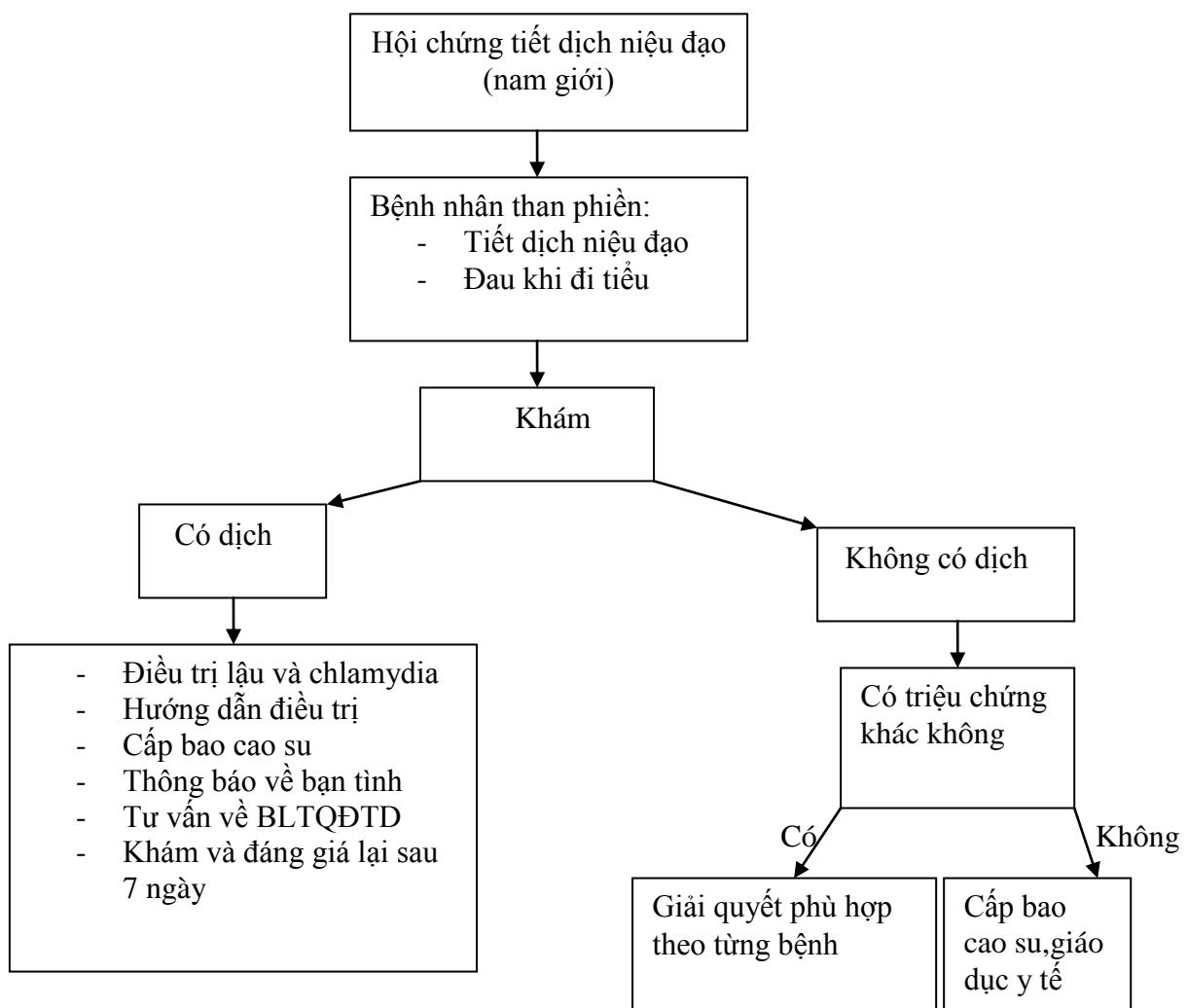
- Dự phòng cá nhân:

- + Khuyến cáo sử dụng bao cao su khi tiếp xúc sinh dục với bạn tình mới.
- + Hạn chế thay đổi bạn tình.

- Dự phòng cộng đồng:

- + Nên chú ý đến *Chlamydia trachomatis* là một tác nhân sinh bệnh hầu như không được biết đến ở giới trẻ.
 - + Giáo dục giới tính tập trung chủ yếu vào độ tuổi vị thành niên.
 - + Khám định kỳ, xét nghiệm để phát hiện BLTQĐTD đối với các đối tượng có nguy cơ cao.

Sơ đồ tiếp cận hội chứng:



LOÉT SINH DỤC

Mục tiêu học tập

1. Xác định được tầm quan trọng và nêu được các tác nhân chủ yếu gây loét sinh dục
2. Trình bày được các triệu chứng của loét sinh dục
3. Liệt kê được các biến chứng của loét sinh dục ảnh hưởng đến sức khoẻ sinh sản
4. Trình bày được các xét nghiệm thường dùng để chẩn đoán loét sinh dục không có biến chứng.
5. Nêu được các phác đồ điều trị loét sinh dục và tư vấn được các biện pháp dự phòng loét sinh dục, hạn chế nguy cơ lây nhiễm HIV

1. ĐẠI CƯƠNG

Loét sinh dục (LSD) là tình trạng mất lớp biểu mô của da hoặc niêm mạc sinh dục.

Nhiều bệnh lây truyền qua đường tình dục gây nên hội chứng lóet sinh dục. Bệnh lý loét sinh dục ngày càng trở nên quan trọng vì loét sinh dục là một trong số các bệnh có nhiều nguy cơ lây nhiễm HIV.

1.1. Nguyên nhân

Các nguyên nhân gây LSD thay đổi tùy theo địa dư

- Các tác nhân bệnh thường gặp là:
 - + *Treponema pallidum* gây bệnh giang mai
 - + *Herpes simplex virus* típ 2 (HSV-2) gây bệnh mụn rộp sinh dục
- Ít gặp:
 - + *Hemophilus ducreyi* gây bệnh hạ cam
 - + Bệnh Ghé
 - + Bệnh U hạt bẹn

Riêng ở Việt Nam thường gặp bệnh Ghé

1.2. Dịch tễ học

Loét sinh dục hiếm khi được báo cáo, trong số các tác nhân gây bệnh khác nhau chỉ có các té tết chẩn đoán bệnh giang mai là được sử dụng rộng rãi. Như vậy các số liệu về dịch tễ học của loét sinh dục không hoàn toàn đúng.

1.2.1. *Cách lây truyền:* chủ yếu là quan hệ tình dục.

- Giới tính và tuổi
 - + Nam > Nữ
 - + Tỷ lệ mắc bệnh giảm dần từ 20 - 49 tuổi
- Các yếu tố nguy cơ:

Các yếu tố nguy cơ của bệnh lóet sinh dục cũng thay đổi tùy theo nhóm dân và các tác nhân gây bệnh.

+ Bệnh herpes ngày càng tăng, ở Mỹ herpes sinh dục là 1 trong 3 BLTQĐTD thường gặp (*chlamydia* và u nhú tình dục), ở Scandinavia tỷ lệ phụ nữ có thai nhiễm herpes sinh dục tăng gấp 2 lần trong vòng 20 năm qua (từ 19% - 33%). Thầy thuốc và bệnh nhân cần phải lưu ý đến các biểu hiện lâm sàng của bệnh vì đây cũng là một trong những nguy cơ truyền HIV.

+ Tỷ lệ mắc bệnh giang mai ở nhóm nam đồng tính luyến ái (các nước công nghiệp hóa) khá cao, nay có chiều hướng giảm do sự thay đổi hành vi tính dục khi đại dịch AIDS bùng nổ.

+ Tỷ lệ mắc bệnh hạ cam thuộc về tầng lớp kinh tế - xã hội thấp và nguồn lây bệnh thường là gái mại dâm, nam giới không cắt bao da qui đầu thường dễ mắc bệnh hơn (điều tra ở lính Mỹ mắc bệnh hạ cam, tỉ lệ mắc bệnh là 3,1)

Loét sinh dục phải được xếp hạng ưu tiên hàng đầu trong chương trình kiểm soát BLTQĐTD vì có thể truyền HIV trong quá trình giao hợp.

2. HÌNH ẢNH LÂM SÀNG

Chẩn đoán bệnh loét sinh dục thường phức tạp vì các hình ảnh lâm sàng thường không điển hình và sự nhiễm khuẩn phối hợp là thường gặp.

2.1. Loét sinh dục

2.1.1. Vị trí

Ở nam giới đa số các vết loét sinh dục khu trú ở:

- Rãnh quy đầu-da bao
- Vùng dây hãm
- Quy đầu
- Mặt trong và ngoài da bao
- Thân dương vật

Ở nữ giới các vết loét sinh dục khu trú ở:

- Cổ tử cung
- Vách âm đạo
- Tầng sinh môn

Các vị trí khác:

- Quanh hậu môn và trực tràng : gặp ở nữ và nam đồng tính luyến ái.
- Ở bìu
- Ngoài sinh dục: trong miệng, môi, họng , ngón tay, vú và đùi (hiếm).

2.1.2. Số lượng và kích thước

Thường mỗi tác nhân gây bệnh đều có hình thái đặc biệt do đó cần phải lưu ý đến:

- Tổn thương sơ phát
- Hình dạng tổn thương
- Bờ tổn thương
- Đáy tổn thương

2.1.3. Tính chất vết loét

- Cứng hay mềm
- Đau hay không đau
- Đáy sạch hay có mủ
- Bè mặt bằng phẳng hay gồ ghề
- Bờ tròn đều hay nham nhở...

2.2. Hạch bạch huyết

Bệnh lý hạch bạch huyết sinh dục thường phối hợp với loét sinh dục, mà loét sinh dục thường là biểu hiện đầu tiên

- Hạch sưng
- 1 bên hoặc 2 bên
- Sờ có cảm giác bùng nhùng
- Đau hoặc nhạy cảm đau
- Viêm hạch cấp hoặc mãn tính
- Độ chắc của các hạch và lớp da ở trên hạch
- Sự di động của các hạch bệnh lý
- Cách sắp xếp của các hạch

3. CẬN LÂM SÀNG

3.1. Cách lấy bệnh phẩm

Tổn thương được rửa sạch với nước muối sinh lý và thâm khô băng gạc vô trùng. Sau đó kẹp tổn thương giữa 2 ngón tay cái và ngón trỏ, bóp nhẹ đến khi xuất hiện chất tiết, lấy chất tiết để tìm:

- *Treponema pallidum*
- *Hemophilus ducreyi*
- *Virus herpes*
- Các vi khuẩn khác

3.2. Kính hiển vi

3.2.1. Kính hiển vi nền đen

Tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán giang mai sớm và lây; nếu kết quả khởi đầu âm tính, làm lại xét nghiệm vài ngày sau.

3.2.2. Kính hiển vi quang học

- Nhuộm Giemsa: chẩn đoán virus *herpes* (tест Tzanck chỉ có giá trị khi các mụn nước còn nguyên vẹn), tế bào đa nhân khổng lồ, hiện tượng ly gai.

- Nhuộm Gram: không cần phải làm vì độ tin cậy thấp cho chẩn đoán *Hemophilus ducreyi*.

3.3. Phân lập các tác nhân gây bệnh (nếu có)

3.3.1. Cấy vi rút: là phương pháp lựa chọn để chẩn đoán *herpes* sinh dục.

3.3.2. Cấy vi khuẩn: tìm *Hemophilus ducreyi* để chẩn đoán bệnh Hạ cam, tỷ lệ mọc khoảng 80% khi cấy vào các môi trường chọn lọc.

3.3.3. Chọc hạch: để xét nghiệm kính hiển vi nền đen (Giang mai sớm và lây).

3.4. Huyết thanh học chẩn đoán giang mai

Huyết thanh giang mai là xét nghiệm đầu tiên phải được thực hiện đối với hội chứng loét sinh dục.

- Xét nghiệm không đặc hiệu: Rapid Plasma Reagins (RPR), Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), có thể (-) khi bệnh nhân mới xuất hiện sưng, nhưng test này luôn dương trong giang mai mắc sớm và lây. Hiện nay xét nghiệm miễn dịch sắc ký (the one step Syphilis test) cho kết quả nhanh sau 5- 10 phút, đơn giản và chính xác hơn các xét nghiệm trên.

- Xét nghiệm đặc hiệu: Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption (FTA-Abs); *Treponema pallidum* Hemagglutination (TPHA),

Các xét nghiệm cần cho chẩn đoán loét sinh dục:

	Giang mai	Herpes sinh dục	Hạ cam
K.H.V	KHV nền đen	Phát hiện kháng nguyên	Gram (ít nhạy cảm)
Cây	Không sử dụng	Cây tế bào	Rất nhạy cảm (ở môi trường chọn lọc)
Huyết thanh học	RPR/ VDRL FTA - Abs TPHA	Hiếm khi sử dụng (chẩn đoán Herpes sơ phát)	Đang thực nghiệm

4. CHẨN ĐOÁN VÀ HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ

4.1. Chẩn đoán

4.1.1. Loét sinh dục và hạch bệnh lý

4.1.2. Cận lâm sàng:

- Kính hiển vi nền đen
- Cây virút
- Cây môi trường đặc biệt: H. ducreyi
- Huyết thanh giang mai

Chú ý: trong điều kiện của Việt Nam, khả năng của các xét nghiệm còn bị hạn chế rất nhiều. Do vậy chẩn đoán đầu tiên nên đặt ra là giang mai vì đây là bệnh quan trọng nhất.

Tóm tắt các đặc điểm lâm sàng các bệnh loét sinh dục

	Giang mai 1	Herpes sinh dục	Hạ cam
Thời gian ủ bệnh	9- 90 ngày (TB 2-4 tuần)	2-7 ngày	1-35 ngày (TB 3-7 ngày)
Số lượng thương tổn	Thường 1, có thể nhiều hơn	Nhiều: có thể kết hợp thành một cụm, hay gặp ở đợt sơ phát	Thường 1- 3, có thể nhiều
Mô tả vết loét	Loét tròn hay bầu dục, giới hạn rõ, bờ hơi gồ cao	Các mụn nước nông, nhỏ dính chùm và/hoặc trơ ; Các mụn nước có thể hợp lại thành bọng nước hay loét lớn; bờ không đều	Loét đau, đào sâu đến lớp trung bì, bờ không đều, bóc tách được, đường kính từ vài mm-2cm
Đáy	Đỏ, nhẵn và ánh hay đóng vảy, tiết thanh dịch khi ép	Đỏ, sáng và nhẵn	Đáy bẩn, có nhiều chồi thịt, nhỏ, mũ màu vàng, chảy máu khi chạm vào
Độ cứng	Cứng, không thay đổi hình dạng khi ép	Không	Mềm, thay đổi hình dạng khi ép
Đau	Không đau, có thể cảm ứng đau khi bị nhiễm khuẩn thứ phát	Thường có, rõ ở đợt sơ phát hơn là tái phát	Thường có
Hạch bẹn	Một hoặc hai bên, chắc,	Thường hai bên, chắc và	Một bên, (hiếm khi

	có thể di động, không đau, không nung mủ	cảm ứng đau, thường gấp ở đợt sơ phát hơn là tái phát	hai bên), da bê mặt hạch đỏ, khối cố định, cảm ứng đau, có thể nung mủ
Các triệu chứng cơ năng	Hiếm	Thường gặp trong đợt sơ phát : run lạnh, sốt, buồn nôn, đau đầu , đau cơ toàn thân	Hiếm
Diễn biến nếu không điều trị	Thoái lui chậm (khoảng 2- 6 tuần) để sang thời kỳ thứ phát	Sự tái phát là quy luật	Có thể tiến triển đến các tổn thương trọt
Các xét nghiệm chẩn đoán	-KHV nền đen - FTA-Abs -TPHA - RPR/VDRL	- Tết Tzanck - Nuôi cấy -MDHQ trực tiếp -KHV điện tử -PCR	Nuôi cấy, hiếm khi làm sinh thiết Nhuộm Gram ít đặc hiệu



Hình 1. Loét do giang mai



Hình 2. Loét do Herpes Simplex Virus

4. 2. Hướng dẫn xử trí

Đối với mọi trường hợp loét sinh dục do các căn nguyên trên, cán bộ y tế cần xác định và điều trị cho các bạn tình. Nếu xác định được nguyên nhân thì điều trị nguyên nhân

Nếu vết loét không xác định được là giang mai hay hạ cam thì điều trị đồng thời giang mai và hạ cam

4.2.1. Các phác đồ điều trị

Phác đồ điều trị Giang mai

Dùng 1 trong các thuốc sau :

- Benzathin Penicillin G 2,4 triệu đơn vị , tiêm bắp 1 lần liều duy nhất, chia mỗi bên mông 1,2 triệu đơn vị

- Đối với người dị ứng với Penicillin:

+ Doxycycline 100mg uống 2 viên/ngày trong 10 ngày, hoặc

- + Tetracyclin 500mg uống 4 lần/ngày trong 10 ngày, hoặc
- + Erythromycin 500mg uống 4 lần/ngày trong 10 ngày, hoặc

Phác đồ điều trị Hẹp cam

Dùng 1 trong các thuốc sau:

- Ceftriaxon 250mg tiêm bắp liều duy nhất , hoặc
- Azithromycin 1g uống liều duy nhất , hoặc
- Erythromycin 500mg x 4lần/ngày x 7 ngày, hoặc
- Ciprofloxacin 500mg x 3 lần/ngày x 3 ngày

Phác đồ điều trị Herpes sinh dục

Trong đợt sơ phát dùng một trong các thuốc sau:

- Acyclovir 400mg uống x 3 lần/ngày x 7 ngày hoặc 200mg x 5 lần ngày x 7 ngày trong đợt sơ phát hoặc cho đến khi tổn thương thoái lui.
- Famcyclovir 250mg uống x 2 lần/ngày x 7 ngày, hoặc
- Valacyclovir 1g uống x 2 lần / ngày x 7 ngày

Trong đợt tái phát dùng liều như trên trong 5 ngày.

4.2.2. Vết loét cần tắm gạc với nước ấm nhiều lần: dùng để rửa sạch các chất xuất tiết, mủ và các chất hoại tử.

4.2.3. Rach da: dọc lưng da bao qui đầu để làm giảm sự bí tiểu gây ra do bệnh nhân bị chít hẹp da bao qui đầu.

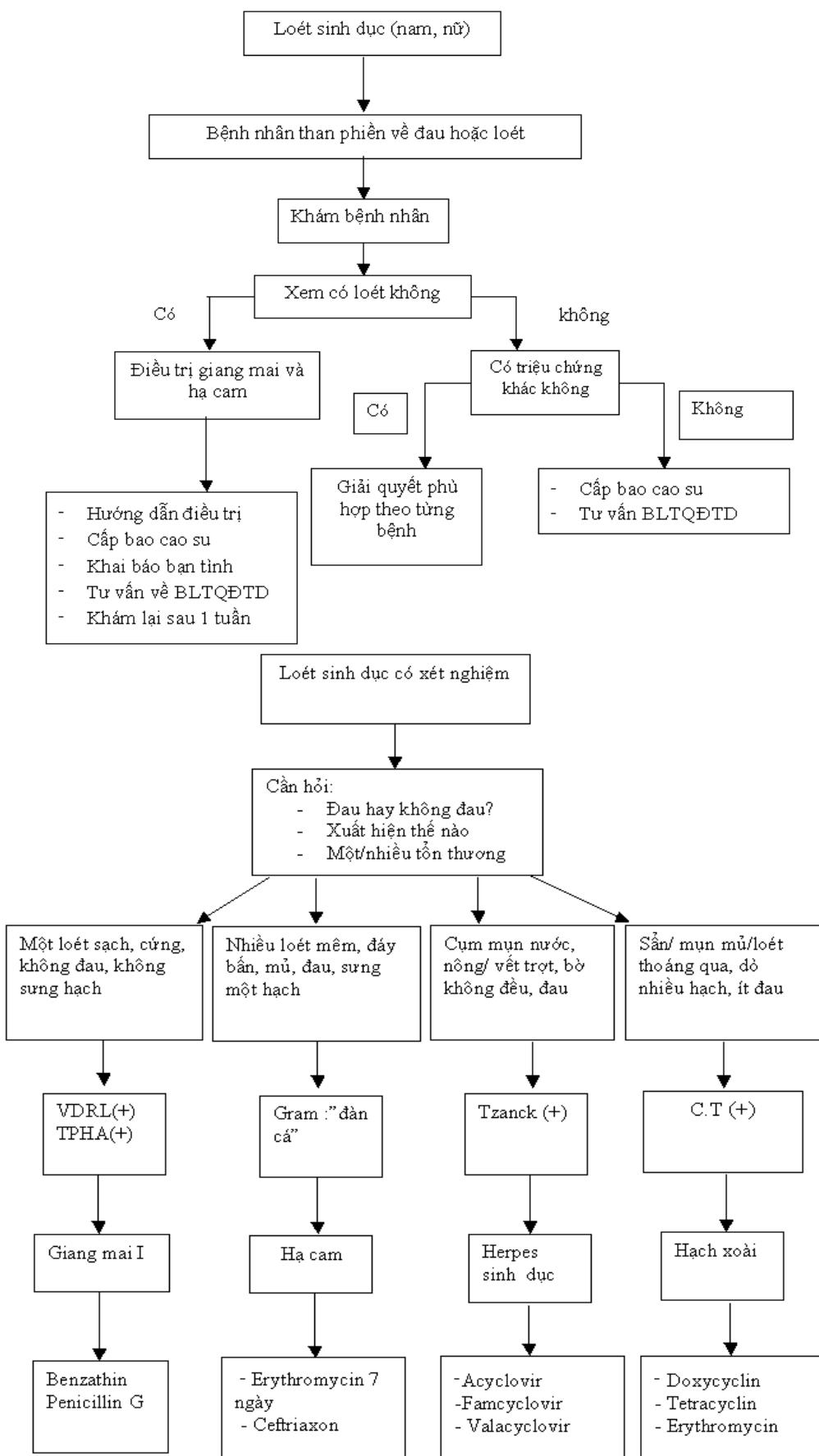
4.2.4. Chuyển tuyến khi

- Không có sẵn các thuốc trên .
- Các triệu chứng không giảm sau 1 đợt điều trị.
- Herpes tái phát từ 6 lần trở lên trong 1 năm.
- Trong trường hợp bệnh giang mai và hạ cam không đáp ứng với điều trị hoặc bệnh herpes sinh dục có biểu hiện lâm sàng nặng và lan toả (có thể do nhiễm HIV).
- Trường hợp bệnh nhân nữ có thai sắp sinh bị herpes sinh dục sơ phát cần chuyển tuyến trên vì nguy cơ nhiễm herpes cho trẻ sơ sinh. Có thể cho điều trị trước 4 giờ hoặc trong 4 giờ trước khi vỡ ối.

5. TU' VĂN

- Phải tuân thủ các phác đồ điều trị, đặc biệt đối với giang mai và hạ cam để phòng các biến chứng của bệnh.
- Khám lại theo đúng lịch hẹn
- LSD nhất là herpes sinh dục có nguy cơ nhiễm HIV rất cao và nguy cơ lây nhiễm cao cho thai nhi đặc biệt ở giai đoạn chuyển dạ. Khả năng lây nhiễm cho bạn tình là rất cao.
- Thực hiện tình dục an toàn và hướng dẫn sử dụng BCS đúng cách và thường xuyên.
- Thông báo và điều trị cho bạn tình.
- Thông báo các địa điểm tư vấn và xét nghiệm HIV.

Sơ đồ tiếp cận hội chứng



KHỐI U BUỒNG TRỨNG

Mục tiêu học tập

1. Phân biệt u nang buồng trứng cơ nang và thực thể
1. Mô tả được đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng của u nang thực thể
2. Liệt kê các biến chứng của u nang buồng trứng
3. Kể được các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư buồng trứng
4. Xác định được hướng xử trí của u nang buồng trứng thực thể và ung thư buồng trứng.

Phần I: U NANG BUỒNG TRỨNG

1. ĐỊNH NGHĨA

U nang buồng trứng là những khối u buồng trứng có vỏ mỏng, bên trong có chứa dịch đơn thuần hay phổi hợp với các thành phần khác. Bệnh thường gặp ở mọi lứa tuổi, nhiều nhất từ 30- 45 tuổi. Chẩn đoán tương đối dễ nhưng triệu chứng và tiền triển phức tạp nên việc điều trị và tiên lượng còn gặp nhiều khó khăn.

2. PHÂN LOẠI

2.1. U nang cơ nang

Là loại u nang không có tổn thương giải phẫu, chỉ tổn thương về chức năng buồng trứng. Đường kính thường nhỏ hơn 6cm, có loại lớn nhanh nhưng mất sớm, chỉ tồn tại sau vài chu kỳ kinh nguyệt.

Có ba loại u nang cơ nang:

2.1.1. U nang bọc noãn:

Được sinh ra từ bọc De Graaf không vỡ vào ngày quy định, tiếp tục tiết estrogen, u thường nhỏ, kích thước thay đổi. Dịch trong nang có màu vàng, chứa nhiều estrogen.

2.1.2. U nang hoàng tuyến:

Thường gặp ở người chưa trứng, chorio, do tăng hCG. Có khi gặp ở người đang điều trị vô sinh bằng hormon sinh dục của tuyến yên với liều cao. Khi khỏi bệnh nang hoàng tuyến sẽ biến mất.

2.1.3. U nang hoàng thể:

Được sinh ra từ hoàng thể. Chỉ gặp trong thời kỳ thai nghén do chứa nhiều thai, u nang chế tiết nhiều estrogen, progesteron.

2.2. U nang thực thể

Do tổn thương thực thể giải phẫu buồng trứng. U thường phát triển chậm nhưng không bao giờ mất. Kích thước u nang thường lớn, có vỏ dày đa số lành tính.

Có 3 loại u nang thực thể

2.2.1. U nang bì: Thường gặp ở người trẻ, kích thước nhỏ, cuống dài, trong chứa tuyến bã, rãnh, tóc, dịch bã đậu là các tổ chức có nguồn gốc bào thai.

2.2.2. U nang nước: Thường gặp ở người trẻ, u có cuống dài, vỏ mỏng, thường chỉ 1 túi, tròn, ít dính, có dịch trong hoặc vàng chanh.

2.2.3. U nang nhầy: Là loại u to nhất có khi nặng 40-50 kg. Hay dính các tạng xung quanh, u nang có nhiều túi. Dịch trong nang đặc hay dịch nhầy, màu vàng nhạt hay nâu.



Hình 1. Bệnh phẩm đại thể u nang nước (phải) và u nang nhầy (trái) của buồng trứng.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Triệu chứng cơ nang

- U nang nhỏ: Triệu chứng nghèo nàn, khối u tiến triển nhiều năm bệnh nhân vẫn hoạt động bình thường, được phát hiện khi khám sức khoẻ, khám phụ khoa hay siêu âm.

- Trường hợp u lớn: bệnh nhân cảm giác nặng bụng dưới, có dấu hiệu chèn ép các tạng xung quanh gây tiêu rát, bí tiểu, bí đại tiện.

3.2. Triệu chứng thực thể

- U nang to, thấy bụng dưới to lên như mang thai, sờ thấy khối u di động, có khi đau. Khám âm đạo: Tử cung nhỏ, cạnh tử cung có khối tròn đều di động dễ dàng, ranh giới biệt lập với tử cung.

- Trường hợp u nang dính hay u nang trong dây chằng rộng thì di động hạn chế có khi mắc kẹt trong tiêu khung. Chú ý khi khám không nên đè mạnh hay đẩy lên có thể gây vỡ nang.

3.3. Cận lâm sàng

- Phân ứng tim hCG âm tính

- Siêu âm thấy ranh giới khối u rõ

- Soi ổ bụng chỉ làm khi khối u nhỏ, nghi ngờ có chứa ngoài tử cung

- Chụp bụng không chuẩn bị nếu là u nang bì sẽ thấy cản quang.

- Chụp tử cung - vòi tử cung với thuốc cản quang thấy tử cung lệnh một bên, vòi tử cung bên khối u kéo dài ôm lấy khối u.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào dấu hiệu thực thể và một số xét nghiệm cận lâm sàng

4.2. Chẩn đoán phân biệt

- Có thai: Tiền sử tắt kinh, tử cung to, mềm, hCG (+)

- Ứ dịch vòi tử cung: có tiền sử viêm nhiễm, thường viêm 2 bên

- Chửa ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang: Chậm kinh, rong huyết, có khối cạnh tử cung đau

- U xơ tử cung có cuồng: Chụp tử cung cản quang thấy hai vòi tử cung bình thường

- Cô chướng: Gõ đục toàn bụng, khám khối u không rõ

- Lách to: có tiền sử sốt rét hay các bệnh về máu, khối u ở cao.

- Thận đa nang, u mạc treo: Khối u cao, chạm cực dưới khó khăn

- Bàng quang đầy nước tiểu: Cần thông tiểu trước khi khám.

Nói chung các trường hợp khó, cần khám kỹ, kết hợp lâm sàng, siêu âm, hội chẩn với ngoại khoa để xác định thêm.

5. BIẾN CHỨNG

5.1. Xoắn u nang

Là biến chứng hay gặp nhất. Các khối u có đường kính trung bình (từ 8-15cm), cuống dài hay bị xoắn. Có 2 hình thức xoắn:

5.1.1. Xoắn cấp tính:

Bệnh cảnh xảy ra đột ngột, đau bụng dữ dội, có thể ngất xỉu, mạch, huyết áp ổn định có thể nôn, buồn nôn, ấn. Khối u đau.

Khi khám ấn vào khối u rất đau, di động hạn chế.

5.1.2. Xoắn bán cấp:

Đau từ từ âm ỉ, khi thay đổi tư thế thì giảm hoặc hết đau, do tự tháo xoắn, nhưng thỉnh thoảng lại tái phát.

5.2. Chảy máu trong nang

Là hậu quả của xoắn. Cơ chế như buộc ga-rô lỏng, máu út không trở về được gây vỡ mạch, nang to dần lên.

5.3. Vỡ u nang

Do xoắn nang không được điều trị kịp thời, do sang chấn, thăm khám không nhẹ nhàng hay do tai nạn. Hậu quả là chảy máu ổ bụng cấp tính

5.4. Viêm nhiễm

U nang dính với các tạng xung quanh gây ra viêm phúc mạc khu trú

5.5. Chèn ép

U nang có thể chèn ép các tạng lân cận gây bấn tắc ruột, đại, tiểu tiện khó.

5.6. Ung thư hoá

Ung thư có thể xảy ra ở cả 3 loại u nang thực thể, nhưng u nang nước thường gặp nhất: Bệnh nhân gầy, u to nhanh, nhiều thuỷ xâm lấn các tạng xung quanh.

5.7. U nang và thai nghén

U nang có thể gây sẩy thai, đẻ non, u tiền đạo, ngôi bất thường, xoắn u nang sau đẻ.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. U nang cơ năng

Cần theo dõi định kỳ, chỉ phẫu thuật khi biến chứng

6.2. U nang thực thể

Phẫu thuật là chủ yếu, tốt nhất nên mổ chương trình Trong trường hợp u lành tính, u ở 2 buồng trứng, bệnh nhân trẻ nên bóc u nang để lại phần lành. Khi mổ tốt nhất nên lấy cả khối, nếu u mắc kẹt hay quá to thì hút bớt dịch nên chèn gạc tốt để hạn chế dịch chảy vào ổ bụng.

Khối u dính nên cẩn thận vì có thể gây tổn thương các tạng xung quanh

Khi phẫu thuật u nang buồng trứng xoắn phải cẩn, cắt trước khi tháo xoắn.

Các khối u đều phải gửi làm giải phẫu bệnh để xác định lành hay ác tính.

Trường hợp u ác tính phải cắt tử cung hoàn toàn, cắt bỏ phần phụ bên kia, cắt một phần mạc nối lớn và tiếp tục điều trị hoá chất.

Phần II: UNG THU BUỒNG TRỨNG

1. ĐẠI CƯƠNG

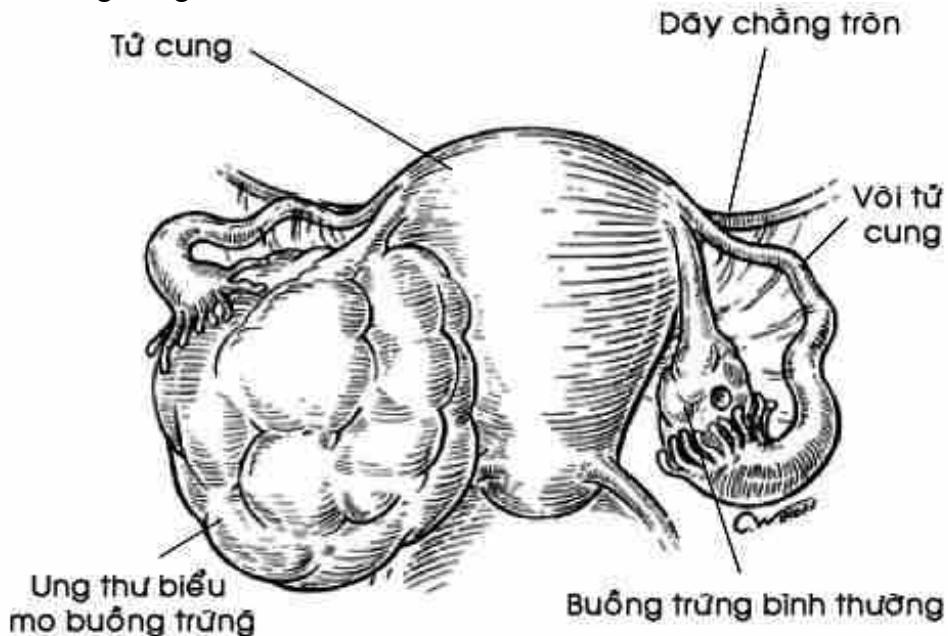
Ung thư buồng trứng là loại ung thư thường gặp trong các bệnh ung thư phụ khoa, tỷ lệ tử vong cao. Ung thư buồng trứng xếp hàng thứ 3 sau ung thư vú và ung thư cổ tử cung, là loại ung thư ngày càng tăng, chẩn đoán sớm hơn nhưng điều trị khó khăn, tiên lượng xấu.

1.1. Yếu tố thuận lợi

Ung thư buồng trứng thường gặp ở những phụ nữ có mức sinh hoạt cao và ở những nước công nghiệp. Phụ nữ da trắng có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn. Nguy cơ tăng ở lứa tuổi sau 40, trung bình là 50 - 59 tuổi.

1.2. Nguyên nhân

Cho đến nay, người ta chưa biết rõ nguyên nhân, tuy vậy những yếu tố như ô nhiễm môi trường đặc biệt là chất amian và bột talc (Hydrous magnesium silicate) là hai hóa chất hay gây ung thư buồng trứng.



Hình 2. Ung thư biểu mô buồng trứng

2. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng

Triệu chứng hay gặp là đau bụng, bụng lớn, cảm giác khó chịu, có thể ra máu ở tử cung. Ung thư buồng trứng thường thầm lặng, không có triệu chứng báo trước nên 70 % bệnh nhân đến khám vì tự sờ thấy khối u ở bụng hay do đi khám phụ khoa mà phát hiện ra.

- Những triệu chứng chèn ép liên quan với giai đoạn phát triển ban đầu.

- Triệu chứng lan rộng vào ổ bụng biểu hiện bằng hiện tượng cổ trường

- Những triệu chứng về nội tiết như mất kinh hoặc tăng tiết estrogen.

Một khối u có khuynh hướng ác tính khi khám thấy kích thước khối u phát triển nhanh, mật độ khối u chắc, di động hạn chế và phát triển cả hai bên buồng trứng.

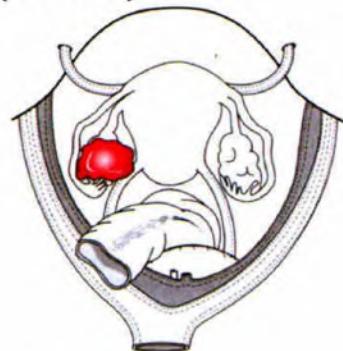
- Thăm âm đạo: Nếu u nhỏ không có gì đặc biệt. Khi khối u to mà đường kính từ 5 cm ở những phụ nữ 40-60 tuổi. Khám thấy lỗ nhôn, nhiều thùy, nhiều nhú, có thể có dịch ổ bụng, di động hạn chế, có thể phát triển cả hai buồng trứng.

2.2. Các giai đoạn của ung thư buồng trứng:

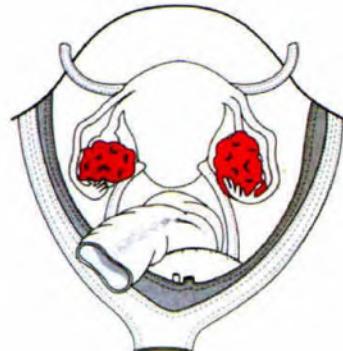
- Giai đoạn I: U khu trú ở buồng trứng

- Ia: U một bên, vỏ nguyên vẹn, u không lan ra mặt ngoài, không có cỗ trướng
- Ib: U hai bên, vỏ nguyên vẹn, u không lan ra mặt ngoài, không có cỗ trướng
- Ic: U ở giai đoạn Ia hay Ib, lan ra mặt ngoài ở một hay 2 buồng trứng (Vỏ bị vỡ, có cỗ trướng, tế bào phúc mạc loại IV)
- Giai đoạn II: U xâm lấn một hay hai bên buồng trứng và xâm lấn đến chậu hông.
 - IIa: Lan tỏa vào tử cung, ống cổ tử cung
 - IIb: Xâm lấn đến tổ chức khác của chậu hông
 - IIc: Xâm lấn chậu hông tế bào ác tính trong dịch ổ bụng
- Giai đoạn III: U xâm lấn 1 hay 2 buồng trứng, có di căn ngoài tiêu khung: di căn màng bụng, di căn hạch.
 - IIIa: Di căn màng bụng ngoài chậu hông
 - IIIb: Di căn màng bụng ngoài chậu hông có kích thước < 2 cm
 - IIIc: Di căn màng bụng ngoài chậu hông có kích thước > 2 cm
- Giai đoạn IV: Khối u ở 1 hay 2 buồng trứng và có di căn xa

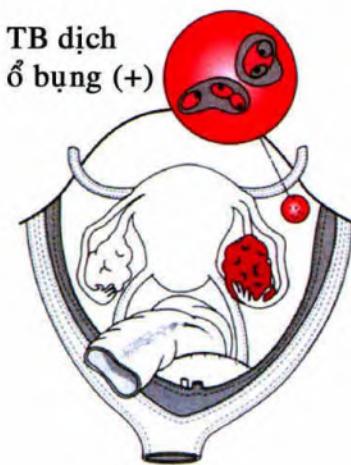
Phân giai đoạn K buồng trứng (FIGO)



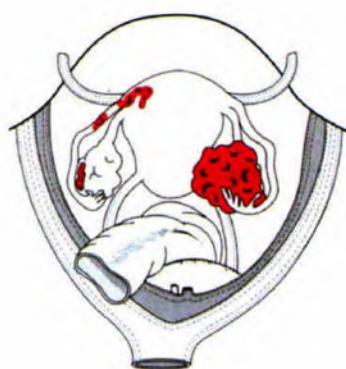
Giai đoạn Ia



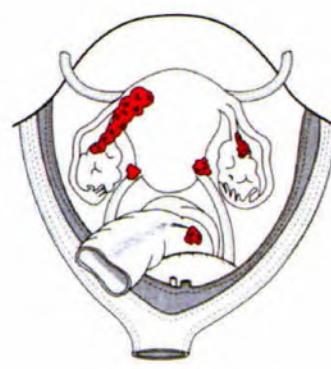
Giai đoạn Ib



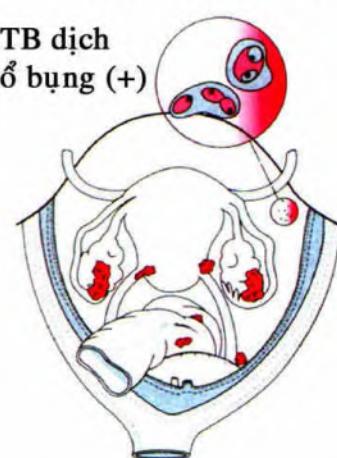
Giai đoạn Ic



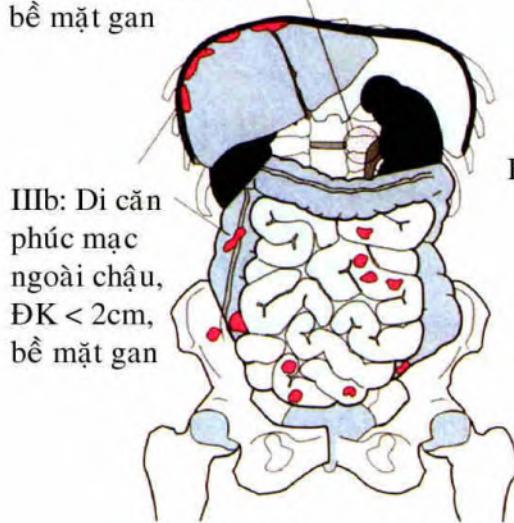
Giai đoạn IIa



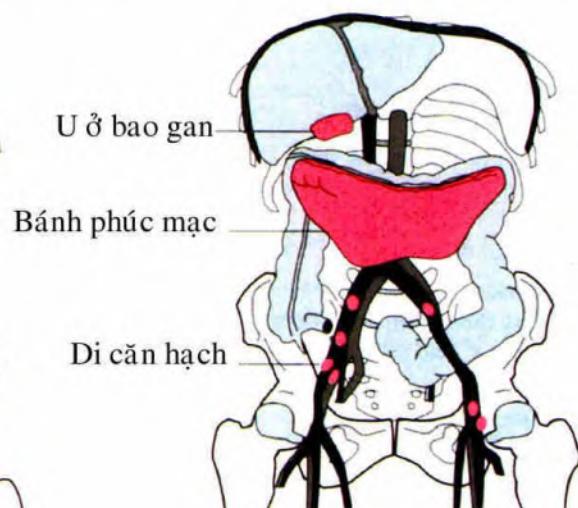
Giai đoạn IIb



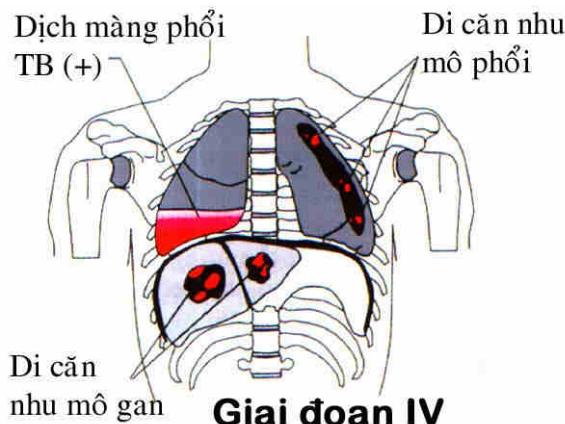
Giai đoạn IIc



Giai đoạn IIIa,b



Giai đoạn IIIc

**Hình 3.** Các giai đoạn của ung thư buồng trứng

2.3. Cận lâm sàng

- Tế bào học âm đạo cổ tử cung: ít có giá trị trong chẩn đoán ung thư buồng trứng.
- Tế bào nước cổ trướng: 96 % ung thư giai đoạn muộn có tế bào ung thư rụng, phiến đồ dương tính. Theo Graham có những trường hợp ung thư ở giai đoạn sớm, tế bào không rụng trong tiêu khung do đó có khoảng 34 % âm tính giả. Đây là phương pháp tốt để chẩn đoán và theo dõi sự tiến triển của bệnh.
- Siêu âm: Khối u ở 1 hay 2 buồng trứng, có nhiều chồi, nhú, có nhiều hốc, u hỗn hợp, có thể kèm theo dịch ổ bụng sẽ gợi ý một u ác tính.
- CA 125: Là chất chỉ điểm trong ung thư, đặc biệt khi nồng độ CA 125 trong ung thư buồng trứng tăng là bệnh tiến triển và khi nồng độ CA 125 giảm là bệnh thoái triển, thông thường sau phẫu thuật nồng độ CA 125 trở lại bình thường sau 3 tháng .
- Alpha -fetoprotein huyết thanh và beta hCG giúp phân biệt bản chất của khối u
Nếu khối u buồng trứng có kèm theo cổ trướng thì cổ trướng có giá trị trong tiến triển và tiên lượng bệnh. Cổ trướng là nước vàng chanh có tiên lượng xấu, nếu nước cổ trướng lẫn máu thì tiên lượng rất xấu, 70 % bệnh nhân chết trong năm đầu.

3. ĐIỀU TRỊ

Điều trị khối u ác tính buồng trứng vẫn còn được tranh cãi nhiều vì việc phát hiện bệnh sớm gặp khó khăn, do tính chất giải phẫu bệnh phức tạp, do tiến triển và tiên lượng khó lường trước.

3.1. Phẫu thuật

Là biện pháp đầu tiên và quan trọng nhằm mục đích: đánh giá toàn bộ khối u, lấy tổ chức gửi giải phẫu bệnh hoặc giúp điều trị hóa liệu pháp bổ sung. Nếu trường hợp không cắt được toàn bộ khối u thì lấy mẫu sinh thiết, sau đó điều trị hóa chất cho khối u nhỏ đi để có thể mổ lại lần hai, lần 3. Nếu là ung thư thì cắt khối u, cắt buồng trứng bên kia, cắt mạc nối lớn, cắt tử cung hoàn toàn.

3.2. Hóa liệu pháp

Là phương pháp điều trị bổ sung quan trọng, có tác dụng đặc biệt đối với các trường hợp có thương tổn ở nhiều nơi, hoặc ở sâu phẫu thuật khó khăn hay quang tuyến không tới được.

Hóa liệu pháp có những ưu điểm sau:

- Đa số bệnh nhân chịu được
- Có thể điều trị kéo dài
- Có thể điều trị trong nhiều tình huống khác nhau như tấn công, duy trì.

Nhưng hóa liệu pháp có những nhược điểm sau:

- Tác dụng thay đổi trên từng bệnh nhân và từng loại ung thư.
- Sau một thời gian có hiện tượng quen thuốc.

- Độc cho hệ tạo huyết, gây giảm miễn dịch, do đó trước khi dùng phải kiểm tra chức năng gan, thận và công thức máu.

- Phải điều trị kéo dài, nếu ngừng thuốc đột ngột thường nguy hiểm cho bệnh nhân. Có nhiều loại hóa chất điều trị ung thư buồng trứng, có thể xếp thành các nhóm chính.

+ Nhóm các chất làm hủy hoại ADN có tác dụng trong toàn bộ chu kỳ sinh sản của tế bào. Ví dụ, Thiotepa, Alkeran, Cyclophosphamid, Chlorambucil.

+ Các chất chống chuyển hóa, chống lại sinh sản ADN bằng cách thay thế một chất khác vào chuỗi tổng hợp. Ví dụ: Fluouracil, Methotrexate.

+ Các chất chống phân bào, tác dụng chủ yếu trong giai đoạn phân bào như: Cisplatin, Carboplatin, Decarbasin.

+ Kháng sinh chống ung thư Actinomycin D, Adriamycin, Bleomycin, Platinum

3.3. Quang tuyển liệu pháp

Là phương pháp điều trị đã có từ lâu. Cơ sở của phương pháp này dùng tia xạ để diệt các tế bào đang phân chia (nhanh hơn 50 lần so với các tổ chức bình thường)

Liều dùng 6000 Rad, thời gian 24 - 30 ngày.

4.TIỀN LUỢNG VÀ TƯ VẤN

Vì khối u buồng trứng có nguy cơ ngày càng gia tăng, triệu chứng cơ năng lại rất nghèo nàn, diễn biến lại phức tạp. Chẩn đoán thường muộn, nên việc điều trị gặp nhiều khó khăn. Vì vậy, việc tư vấn cho bệnh nhân có tính chất đặc biệt quan trọng. Công tác chăm sóc sức khoẻ phải làm tốt ở tuyến cơ sở. Tổ chức khám phụ khoa định kỳ để phát hiện sớm các khối u buồng trứng ở mọi lứa tuổi. Những khối u buồng trứng dù nhỏ cũng cần được quản lý, theo dõi chặt chẽ. Nên gửi lên tuyến có đủ điều kiện để xác định chẩn đoán và xử lý kịp thời các trường hợp nghi ngờ ác tính để tránh các hậu quả không tốt xảy ra cho người bệnh.

U XƠ TỬ CUNG

Mục tiêu học tập

1. Kể được các vị trí của u xơ tử cung.
2. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của u xơ tử cung.
3. Kể được các ảnh hưởng của u xơ tử cung đối với thai nghén.
4. Trình bày được các biện pháp xử trí u xơ tử cung.

1. ĐẠI CƯƠNG

- U xơ tử cung (UXTC) là khối u lành tính, có nguồn gốc từ tế bào cơ trơn tử cung, tỷ lệ 20-25% ở các phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, kích thước thường dưới 15cm. U xơ tử cung thường ít có triệu chứng. Tuy nhiên khi khối u lớn thì có thể gây rong kinh, rong huyết, đau và vô sinh. Nguyên nhân chưa được biết rõ, nhưng giả thuyết về cường estrogen được nhiều tác giả ủng hộ.

- Thường gặp ở phụ nữ từ 35-40 tuổi
- U xơ tử cung không gặp trước tuổi dậy thì

2. GIẢI PHẪU BỆNH

2.1. Đại thể

U xơ tử cung là một khối u đặc, không có vỏ, có hình tròn hoặc bầu dục, mật độ chắc, mặt cắt màu trắng, giới hạn rõ với lớp cơ tử cung bao quanh có màu hồng. Khối u có cấu trúc là cơ trơn.

Số lượng u có thể chỉ có một hoặc nhiều nhân, kích thước không đều.

2.2. Vi thể

Các sợi cơ trơn hợp thành bó, đan xen với nhau thành khối. Xen kẽ với sợi cơ trơn là tổ chức liên kết. Nhân tế bào có hình bầu dục, tròn, không có hình ảnh nhân chia. Khi mổ kinh khối u có thể nhỏ dần, sợi cơ giảm thay vào đó là các sợi collagen kèm canxi hoá. Ngoài ra niêm mạc tử cung dày lên kiểu quá sản.



Hình 1. Bệnh phẩm u xơ tử cung: hình ảnh đại thể (phải) và hình ảnh vi thể (trái)

3. VỊ TRÍ CỦA U XƠ TỬ CUNG

Theo vị trí giải phẫu và cấu trúc của cơ tử cung thì u xơ tử cung được phân chia thành các loại sau:

3.1. Ở thân tử cung

3.1. 1. U dưới phúc mạc

U ở dưới phúc mạc, có thể có cuống hoặc không có cuống. Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, u được phát hiện do biến chứng chèn ép các tạng xung quanh, làm thay đổi vị trí vòi tử cung, buồng trứng - loại này thường bị chẩn đoán nhầm với khối u buồng trứng.

3.1. 2. U kẽ

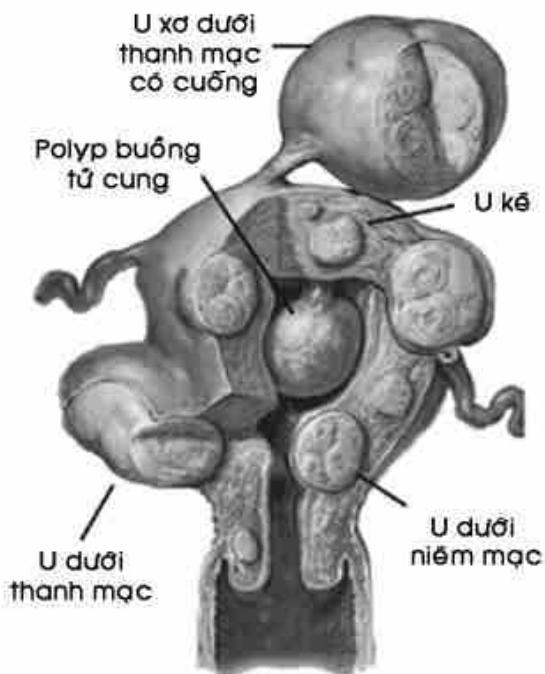
Loại này hay gặp nhất phát triển từ phần giữa của lớp cơ tử cung, u có thể lấn vào buồng tử cung, làm biến dạng buồng tử cung. Có thể có nhiều khối u, kích thước lớn, hình tròn và đối xứng.

3.1. 3. U dưới niêm mạc

Loại này thường chỉ có một khối u, hay phối hợp với các bất thường của niêm mạc tử cung, gây nhiều triệu chứng bất thường như ra huyết, kinh đau. U phát triển lấn vào buồng tử cung, niêm mạc tử cung bị hoại tử, chảy máu. Khi khối u có cuống, nó chui qua eo vào ống cổ tử cung hoặc nằm trong âm đạo, gọi là polyp buồng tử cung.

3.2. Ở cổ tử cung

Loại này thường phát triển về phía âm đạo. Nếu u xơ cổ tử cung phát triển ở thành sau, sẽ lấn vào cùng đồ Douglas gây chèn ép trực tràng. Nếu u xơ ở thành trước, nó sẽ phát triển trong hố chậu có thể đè vào bàng quang hoặc niêm đạo. Khối u có thể có cuống, được bao phủ bởi niêm mạc ống cổ tử cung, lấn ra ngoài lỗ cổ tử cung, cổ tử cung như bị xoá gọi là polyp ống cổ tử cung.



Hình 2. Các vị trí của u xơ tử cung

4. TRIỆU CHỨNG

UXTC thường ít có triệu chứng và thường được phát hiện tình cờ. Các triệu chứng biểu hiện phụ thuộc vào vị trí và kích thước khối u.

4.1. Triệu chứng toàn thân:

Có thể gặp tình trạng thiếu máu, mức độ thiếu máu phụ thuộc vào tình trạng mất máu

4.2. Triệu chứng cơ năng

- Khí hư loãng như nước.
- Rong kinh, cường kinh là triệu chứng chính, gặp trong 60% trường hợp. Máu kinh thường có máu cục lẩn máu loãng. Kinh kéo dài ngày 7 - 10 ngày hoặc dài hơn.
- Đau vùng hạ vị hoặc vùng hố chậu, đau có thể tăng lên trước hoặc trong khi có kinh. Đau hoặc tức bụng kéo dài có thể do khối u chèn ép vào tạng lân cận.

4.3. Triệu chứng thực thể

- Nhìn: nếu khối u lớn có thể thấy khối u gồ lên ở vùng hạ vị
 - Sờ nắn bụng: khối u ở hạ vị có mật độ chắc, di động liên quan với tử cung.
 - Khám mò vịt: Nếu u xơ ở cổ tử cung có thể thấy polyp có cuống nằm ở lỗ ngoài cổ tử cung
 - Khám âm đạo phôi hợp với nắn bụng: phát hiện toàn bộ tử cung to, chắc, nhẵn, đều (có khi gồ ghề) không đau. Nếu u xơ dưới niêm mạc có thể phát hiện cạnh tử cung một khối u tương tự như khối u phần phụ; Khi lay cổ tử cung, khối u di động theo.
 - Khám trực tràng: rất cần thiết để phân biệt u xơ tử cung phát triển về phía sau hay khối u trực tràng.
- 4.4. Cận lâm sàng**
- Siêu âm : kích thước tử cung tăng, đo được kích thước của u xơ tử cung và kích thước của nhân xơ tử cung. Siêu âm cản quang (bom nước muối hoặc dịch cản quang vào buồng tử cung) có thể phát hiện polyp buồng tử cung. Chẩn đoán siêu âm có thể khó khăn trong trường hợp u nang buồng trứng dính với tử cung, hoặc tử cung bị dị dạng.
 - Soi buồng tử cung để chẩn đoán và điều trị các u xơ dưới niêm mạc.
 - Xét nghiệm tế bào âm đạo để phát hiện các tổn thương cổ tử cung kèm theo.
 - CT- scan được chỉ định trong trường hợp cần phân biệt với các ung thư ở tiêu khung.



Hình 3. Hình ảnh u xơ tử cung dưới niêm mạc qua soi buồng

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào triệu chứng cơ năng, thực thể và cận lâm sàng. Chẩn đoán thường dễ khi khối u lớn và có nhiều nhân xơ.

5.2. Chẩn đoán gián biệt

- Có thai: phải dựa vào xét nghiệm β hCG và siêu âm để phân biệt với có thai bình thường, doạ sẩy thai, thai chết lưu.
- Khối u buồng trứng: thường biệt lập với tử cung, di động khối u không làm di chuyển cổ tử cung. Chẩn đoán phân biệt giữa khối u buồng trứng với u xơ tử cung dưới phúc mạc đôi khi khó khăn.
- Ung thư thân tử cung: Tất cả những trường hợp ra huyết bất thường ở thời kỳ tiền mãn kinh, mãn kinh cần được loại trừ ung thư thân tử cung. Các xét nghiệm bổ sung như: soi buồng tử cung và nạo sinh thiết giúp chẩn đoán xác định.

6. TIẾN TRIỀN VÀ BIẾN CHỨNG

6.1. Tiến triển

U xơ tử cung thường tiến triển chậm, sau một thời gian khối u có thể tăng kích thước gây nên triệu chứng và biến chứng. Chỉ khoảng 0,05% trường hợp u xơ tử cung biến chứng thành sarcoma. Nếu khối u nhỏ không gây triệu chứng hoặc biến chứng gì đáng kể. Thời kỳ mãn kinh, u xơ tử cung có thể ngừng phát triển.

6.2. Biến chứng

6.2.1. U xơ tử cung ở người không có thai

- Chảy máu: rong kinh, rong huyết thường là biểu hiện chính, hay gặp trong u dưới niêm mạc. Ra huyết kéo dài dẫn đến thiếu máu.

- Chèn ép:

+ U xơ trong dây chằng rộng chèn ép vào niệu quản đưa đến ứ đọng đại bể thận. Biến cố nhẹ ở đường tiết niệu là đái rắt, đái khó...

+ U xơ ở mặt sau tử cung chèn ép vào trực tràng gây táo bón.

- Xoắn khối u dưới phúc mạc có cuống: đau dữ dội ở vùng hố chậu, kèm dấu hiệu kích thích phúc mạc (nôn, bí trung tiện). Toàn thân suy sụp, mạch nhanh, bụng chướng. Choáng có thể xảy ra do đau

- Thoái hoá: một số trường hợp khối u to có thể có biến chứng thoái hoá hoại tử vô khuẩn hoặc thoái hoá kính.

- Ung thư hoá: hiếm gặp

6.2.2. U xơ tử cung và thai nghén

- Chậm có thai, hoặc vô sinh

- Khi có thai: u xơ tử cung có thể gây sẩy thai, đẻ non

- U xơ tử cung có thể gây rau tiền đạo, rau bám chặt.

- Đẻ khó: tùy theo vị trí u xơ có thể gây ra ngôi thai bất thường, ngôi cúi không tốt hoặc trở thành khối u tiền đạo khi chuyển dạ

- Khi chuyển dạ: thường gây chuyển dạ kéo dài, rối loạn cơn co. Thời kỳ số rau thường gây băng huyết, đờ tử cung.

- Trong một số trường hợp vị trí của khối u có thể gây trở ngại cho đường rạch cơ tử cung khi mổ lấy thai. Ví dụ, thay vì phẫu thuật theo đường mổ ngang đoạn dưới có thể phải rạch thân tử cung để lấy thai.

- Thời kỳ hậu sản: u xơ có thể gây bế sản dịch, nhiễm khuẩn hậu sản, u xơ dưới thanh mạc có cuồng có thể bị xoắn.

- Biến chứng sau đẻ của u xơ

+ Khối u bị kẹt ở cùng đồ Douglas gây chèn ép bàng quang, trực tràng

+ Khối u dưới phúc mạc bị dính vào phúc mạc

+ Biến chứng nhiễm khuẩn có thể xảy ra ở ngay khối u, niêm mạc tử cung và vòi tử cung. Bệnh nhân có những cơn đau bụng, sốt, bạch cầu tăng, toàn thân suy sụp.

7. ĐIỀU TRỊ

Phương pháp điều trị phụ thuộc vào tuổi bệnh nhân, số lần có thai, tình trạng thai nghén, mong muốn có thai trong tương lai, vị trí và kích thước khối u.

7.1. Điều trị nội khoa

Mục đích chủ yếu là hạn chế sự phát triển của khối u và các triệu chứng rong kinh, rong huyết.

7.1.1. Chỉ định

- Có một số u xơ nhỏ, không biến chứng chỉ cần theo dõi, không cần điều trị

- U xơ nhỏ, không có biến chứng hoặc ở tuổi sắp mãn kinh hoặc chờ mổ vì một số bệnh lý nội khoa, nhưng phải ngừng điều trị trước phẫu thuật ít nhất 10 ngày.

7.1.2. Điều trị

Có thể sử dụng một số thuốc như Medroxyprogesteron acetat, chất đồng vận GnRH, hoặc Danazol. Tác dụng của thuốc đạt được tối đa sau 3-6 tháng dùng thuốc khối u có thể giảm được 50% thể tích, sau đó thể tích khối u không giảm thêm. Nếu ngừng thuốc khối u sẽ dần dần tăng kích thước trở lại.

Liều lượng:

- Medroxyprogesteron 10mg/ngày x 10 ngày, từ ngày 16-25 của vòng kinh.

- GnRH agonist

7.2. Điều trị ngoại khoa

7.2.1. Chỉ định

- U xơ có biến chứng: chảy máu, điều trị nội khoa thất bại, chèn ép, hoại tử, xoắn hay kết hợp với vô sinh
- U xơ phôi hợp tồn thương khác: sa sinh dục, u nang buồng trứng, nghịch sản cổ tử cung
- U xơ tử cung to hay lớn dần lên (>8cm)
- U xơ làm biến dạng buồng tử cung: u xơ dưới niêm mạc gây chảy máu và nhiễm khuẩn

7.2.2. Điều trị bảo tồn

- Gây tắc mạch: người ta đã ứng dụng thành công phương pháp làm tắc mạch khói nhân xơ bằng một catheter đặt qua động mạch đùi, đưa lên động mạch tử cung và bơm chất gây tắc mạch như: hạt gelatin xốp(Gelfoam), hạt silicon, hạt polyvinyl alcohol (PVA).
- Bóc nhân xơ bảo tồn tử cung bằng mổ hở hoặc nội soi.
- Cắt polyp buồng tử cung qua soi buồng hoặc mổ hở.

7.2.3. Điều trị triệt để

Cắt tử cung hoàn toàn, có thể cắt hai hay một phần phụ tuỳ thuộc vào từng trường hợp cụ thể và tuổi người bệnh.

CHỮA TRỨNG

Mục tiêu học tập

1. Nêu được các yếu tố thuận lợi dẫn đến chữa trứng.
2. Mô tả các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm để chẩn đoán chữa trứng
3. Liệt kê được các tiền triễn và biến chứng của chữa trứng
4. Trình bày được hướng xử trí chữa trứng và theo dõi sau nạo trứng.

1. ĐẠI CƯƠNG

Chữa trứng là bệnh của tế bào nuôi, do sự tăng sinh của các hợp bào và lớp trong lá nuôi của gai nhau, tạo thành những túi chứa chất dịch, dính vào nhau như chùm nho.

Chữa trứng là một bệnh bắt nguồn từ thai nghén. Trong phần lớn các trường hợp, chữa trứng là một dạng lành tính của nguyên bào nuôi do thai nghén. Chữa trứng nói riêng hay bệnh nguyên bào nuôi nói chung có một ánh hưởng lớn tới sức khỏe người phụ nữ. Bởi vì, ngoài các biến chứng nhiễm độc, nhiễm trùng, xuất huyết, chữa trứng còn có một tỷ lệ biến chứng thành ung thư nguyên bào nuôi (Choriocarcinoma) khá cao khoảng từ 20-25%.

2. TỶ LỆ

Trên thế giới, tỷ lệ chữa trứng rất khác biệt, tỷ lệ này khá cao ở các nước Đông Nam Á.

Quốc Gia/vùng	Tỷ Lệ
Mỹ	1/1500 thai nghén
Nhật	1/522 thai nghén
Pháp	1/2000 thai nghén
Philippine	7/1000 trường hợp đẻ
Malaysia	2,8/1000 trường hợp đẻ
Việt nam	
Hà Nội (Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh)	1/500 trường hợp đẻ
TP Hồ Chí Minh (Bệnh viện Từ Dũ)	1/100 trường hợp đẻ

3. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

3.1. Điều kiện sống

Dinh dưỡng kém và điều kiện sống thiếu thốn, điều này có thể lý giải về tỉ lệ mắc bệnh cao ở Châu Á.

3.2. Tuổi

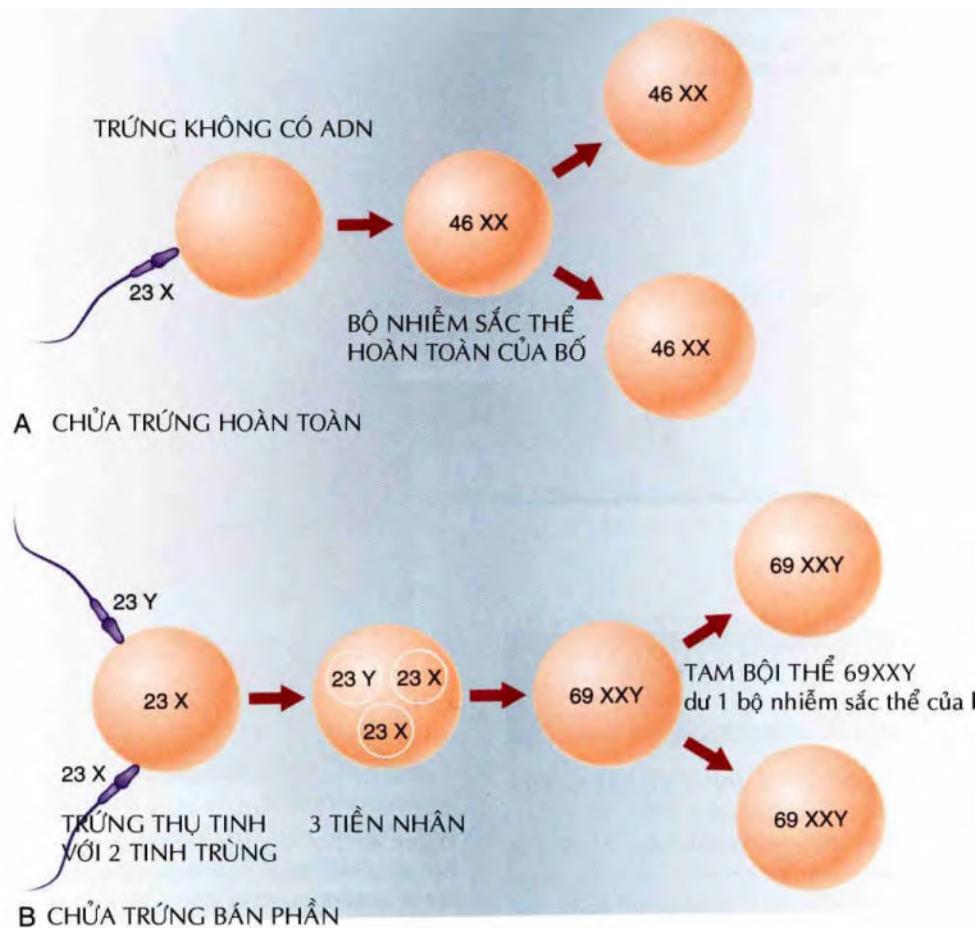
Khi so sánh những người phụ nữ mang thai ở các độ tuổi khác nhau cho thấy nguy cơ mắc bệnh tương đối khác nhau; chẳng hạn như khi mang thai trước tuổi 20 thì tỷ lệ này là 1,5% nhưng sau tuổi 40 tỷ lệ là 5,2%.

3.3. Bất thường nhiễm sắc thể

- *Chữa trứng toàn phần*: nghiên cứu di truyền học tế bào đã chứng minh 94% số chữa trứng có nhiễm sắc đới là 46XX, đó là sự thu tinh của một noãn không có nhân với một tinh trùng, sau đó nhân đôi để tạo thành 46 nhiễm sắc thể. Có khoảng 4-6% chữa trứng toàn phần có 46 nhiễm sắc thể với giới tính XY.

- *Chữa trứng bán phần*: Có cả thai nhi và rau thai. Trên phương diện di truyền đó là một tam bội thể do hai tinh trùng thụ tinh với một tế bào noãn bình thường, có kiểu gen là 69 XXY, XXX hay XYY. Khả năng ác tính của chữa trứng bán phần thấp hơn chữa trứng toàn phần.

3.4. Suy giảm miễn dịch



Hình 1. Cơ chế tạo thành chữa trứng

4. GIẢI PHẪU BỆNH

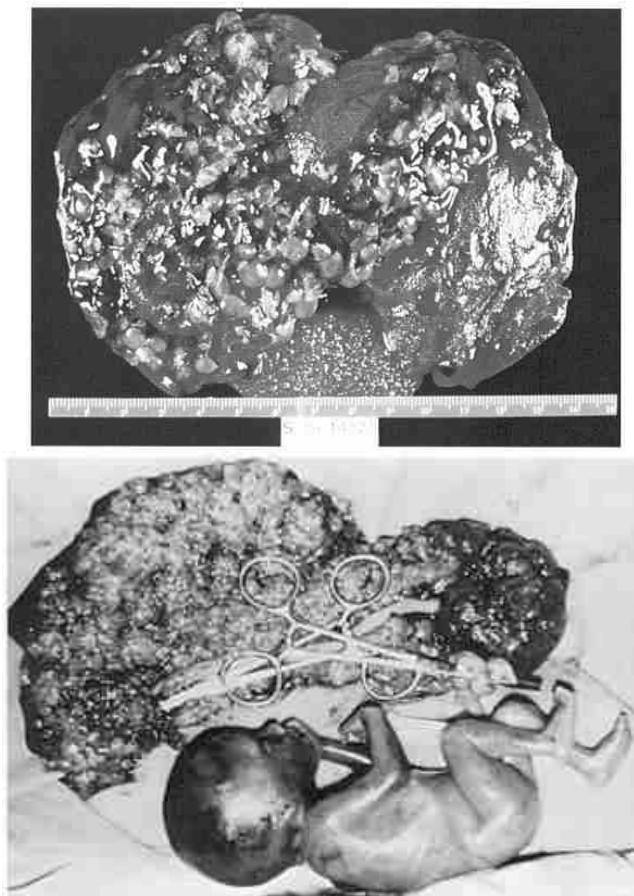
4.1. Đại thể

Có 2 loại thai trứng:

- Chữa trứng toàn phần: toàn bộ gai rau phát triển thành các túi trứng
- Chữa trứng bán phần: bên cạnh các túi trứng còn có mô rau thai bình thường, hoặc có cả phôi, thai nhi thường chết trong giai đoạn 3 tháng đầu.

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

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



Hình 2. Bệnh phẩm đại thể chữa trứng toàn phần và bán phần.

4.2. Vi thể

Các túi trứng thể tích lớn hơn gai rau rất nhiều, lớp nguyên bào nuôi bọc ngoài bị căng mỏng, trực liên kết động-tĩnh mạch bị thoái hoá không còn mạch máu. Tổ chức liên kết thưa thớt và chỉ chứa một chất dịch trong như nước.

5. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

5.1. Cơ năng

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

5.2. Thực thể

- Toàn thân: mệt mỏi, biểu hiện thiếu máu.
- Tử cung mềm, bè cao tử cung lớn hơn tuổi thai (trừ trường hợp chữa trứng thoái triển).
- Không sờ được phàn thai.
- Không nghe được tim thai.
- Nang hoàng tuyến xuất hiện trong 25-50%, thường gặp cả 2 bên.
- Khám âm đạo có thể thấy nhân di căn âm đạo, màu tím sẫm, dễ vỡ gây chảy máu.
- Có thể có dấu hiệu tiền sản giật (10%)
- Có thể có triệu chứng cường giáp (10%)

5.3. Cận lâm sàng

- **Siêu âm:** cho thấy hình ảnh tuyết rơi hoặc lỗ chổ như tổ ong. Có thể thấy nang hoàng tuyến hai bên, không thấy phôi thai (chửa trứng toàn phần).
- **Định lượng β-hCG:** là xét nghiệm cơ bản để chẩn đoán và theo dõi chữa trứng. Lượng β-hCG tăng trên 100 000mUI / ml.
- **Các xét nghiệm khác:** định lượng HPL (Human placental lactogen), thường cao trong thai thường, nhưng rất thấp trong chữa trứng.
- **Định lượng Estrogen:** Trong nước tiểu Estrogen dưới dạng các Estrone, estradiol hay estriol đều thấp hơn trong thai thường, do sự rối loạn chế tiết của rau và do không có sự biến đổi estradiol và estriol xảy ra ở tuyến thượng thận của thai nhi. Sự khác biệt này thấy rõ khi tuổi thai từ 14 tuần trở lên.



Hình 3. Hình ảnh siêu âm của chữa trứng toàn phần.

5.4. Chẩn đoán phân biệt

- Triệu chứng ra máu âm đạo cần phân biệt với:
 - + Doạ sẩy thai thường: tử cung không to hơn tuổi thai, lượng β-hCG không cao.
 - + Thai ngoài tử cung: ra máu âm đạo, tử cung nhỏ, có khối cạnh tử cung đau.
 - + Thai chết lưu: tử cung nhỏ hơn tuổi thai, β-hCG âm tính, vú có tiết sữa non. Có thể nhầm với chữa trứng thoái triển. Siêu âm giúp ta chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt chính xác.
- Tử cung lớn cần phân biệt với:
 - + U xơ tử cung to xuất huyết
 - + Bệnh thận
 - + Thai to
 - + Đa thai
- Triệu chứng nghén phân biệt với nghén nặng trong thai thường, đa thai.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Tuyến xã

- Chuyển lên tuyến trên nếu chữa trứng chưa sẩy.
- Nếu chữa đang sẩy: thiết lập đường chuyền, hồi sức chống choáng, sử dụng Oxytocin và các thuốc go hồi tử cung, nhanh chóng chuyển lên tuyến trên.

6.2. Tuyến huyệ và các tuyến chuyên khoa

6.2.1. Nạo hút trứng

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

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

- Thường dùng máy hút dưới áp lực âm để hút nhanh, đỡ chảy máu.

- Trong khi hút phải chuyền tĩnh mạch dung dịch Glucose 5% pha với 5 đơn vị Oxytocin để giúp tử cung co hồi tốt, tránh thủng tử cung khi nạo và cầm máu.

- Nạo lại lần 2 sau 2 - 3 ngày.

- Sau nạo phải dùng kháng sinh chống nhiễm trùng.

- Gói tổ chức sau nạo làm giải phẫu bệnh.

6.2.2. Phẫu thuật

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

6.2.3. Theo dõi sau nạo trứng

- *Lâm sàng:*

+ Toàn trạng, triệu chứng nghén, triệu chứng ra máu âm đạo, sự nhão lại của nang hoàng tuyến và sự co hồi tử cung.

- *Cận lâm sàng:* định lượng β hCG 8 ngày/1 lần cho đến khi âm tính. Nếu xét nghiệm 3 lần liên tiếp âm tính thì mới được khẳng định là âm tính. Sau đó định lượng 2 tháng một lần cho đến hết thời gian theo dõi.

+ *Xét nghiệm chích năng gan, thận*

+ *X quang phổi:* tìm nhân di căn.

+ *Siêu âm:* tìm nhân di căn, theo dõi nang hoàng tuyến.

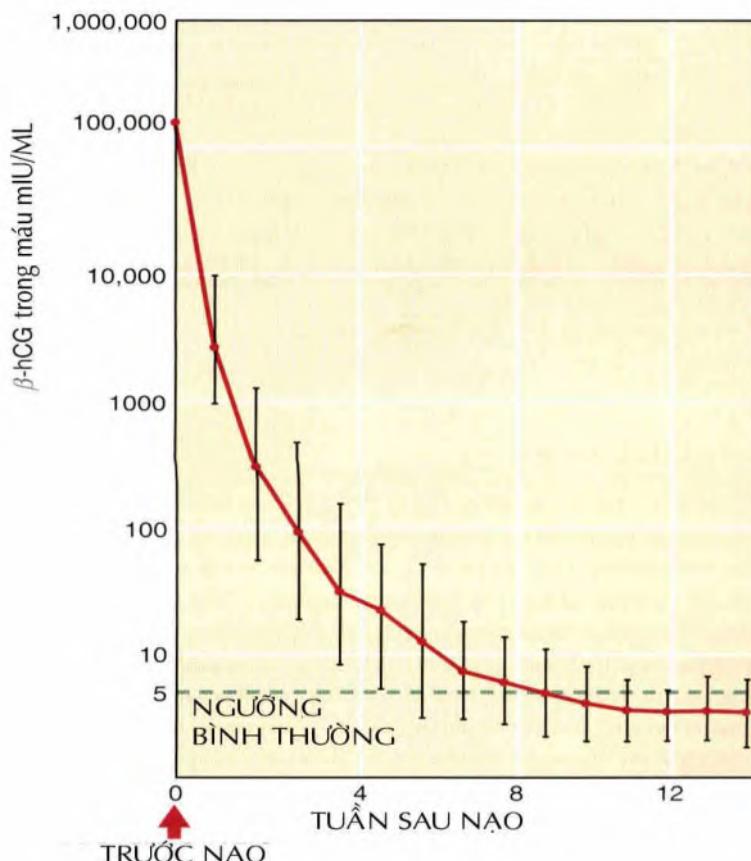
Tiến triển bệnh lý: Những tiến triển không tương ứng với các tiêu chuẩn lành bệnh được coi là tiến triển không thuận lợi.

+ Tử cung vẫn to, nang hoàng tuyến không mất đi hoặc xuất hiện nhân di căn âm đạo

+ β -hCG không biến mất sau 3 tháng.

+ β -hCG tăng trở lại sau 3 lần định lượng cách nhau 8 ngày.

+ Bình thường β -hCG biến mất 12 tuần sau nạo trứng.



Hình 4. Diễn biến bình thường của nồng độ Beta-hCG sau nạo trứng

Tiêu chuẩn đánh giá chữa trứng có nguy cơ cao:

- + Kích thước tử cung trước nạo to hơn tuổi thai 20 tuần
- + Có 2 nang hoàng tuyến to 2 bên
- + Tuổi của mẹ trên 40
- + Nồng độ β -hCG tăng rất cao
- + Có biến chứng của thai trứng như nhiễm độc thai nghén, cường giáp.
- + Chữa trứng lặp lại.

6.2.4. Thời gian theo dõi

- Cần gửi giải phẫu bệnh mô nạo hoặc tử cung để có chẩn đoán mô học lành tính hay ác tính.
- Thời gian theo dõi: 2 năm, ít nhất 12 - 18 tháng.
- Có biện pháp ngừa thai phù hợp
 - + Ngừa thai bằng bao cao su
 - + Hoặc thuốc ngừa thai.

Có thể sử dụng viên thuốc ngừa thai dạng kết hợp mà không làm thay đổi nồng độ β -hCG trong máu. Người ta khuyên nên dùng viên thuốc ngừa thai liều thấp.

7. TIẾN TRIỂN

7.1. Tiến triển tự nhiên

Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời thường sảy trứng bằng huyết nặng, nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.

7.2. Tiến triển sau nạo thai trứng

- Tiến triển tốt: trong 80- 90% các trường hợp. Bệnh nhân hết ra máu, tử cung co hồi nhanh sau 5 - 6 ngày, nang hoàng tuyếnh nhỏ dần và biến mất, nồng độ β-hCG giảm nhanh trong vài ngày, có thể giảm xuống còn 350 - 500mUI/ml trong vài tuần.

Theo Kistner trong 80% các trường hợp nồng độ β-hCG trở về bình thường sau 30 - 60 ngày sau nạo.

- Tiến triển xấu: có đến 15 - 27% thủng tử cung do trứng ăn sâu vào cơ tử cung, chửa trứng xâm lấn và choriocarcinoma.

8. BIẾN CHỨNG

- Băng huyết sau sẩy, sau nạo
- Thủng tử cung sau nạo hút trứng
- Nhiễm khuẩn sau sẩy, sau nạo trứng.

9. PHÒNG BỆNH

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

TỔN THƯƠNG LÀNH TÍNH CỔ TỬ CUNG

Mục tiêu học tập

1. Mô tả cấu trúc giải phẫu và tổ chức học, sinh lý cổ tử cung.
2. Mô tả các dấu hiệu lâm sàng của các tổn thương lành tính ở cổ tử cung.
3. Điều trị các tổn thương lành tính cổ tử cung.

1. ĐẠI CƯƠNG

Các tổn thương cổ tử cung rất hay gặp, chủ yếu là các tổn thương lành tính, trước đây thường gọi chung là viêm loét cổ tử cung. Ngày nay qua việc dùng máy soi cổ tử cung, ta phân biệt được nhiều loại tổn thương. Tuy các tổn thương lành tính này không phải là ung thư song cần phải điều trị vì:

- Diễn biến có thể kéo dài, gây lo lắng, ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân.
- Có thể gây viêm nhiễm đường sinh dục trên và vô sinh.
- Có thể tiến triển thành ung thư nếu không được điều trị.



Hình 1. Cổ tử cung bình thường

2. CỔ TỬ CUNG BÌNH THƯỜNG

2.1. Hình dạng

Cổ tử cung có thể thay đổi hình thể tùy thuộc người phụ nữ đã sinh đẻ hay chưa. Ở người chưa đẻ cổ tử cung thường tròn, ở người con rạ lỗ cổ tử cung có thể sẽ bè ra theo chiều ngang.

2.2. Tổ chức học và biến đổi

Phía ngoài cổ tử cung được bao phủ bởi lớp biểu mô lát tầng (các tế bào gai). Phía trong lỗ cổ tử cung được che phủ bởi lớp biểu mô tuyến (biểu mô trụ đơn). Vùng chuyển tiếp ở lỗ ngoài cổ tử cung là ranh giới giữa biểu mô lát và biểu mô trụ.

- Khi mang thai cổ tử cung hé mở thấy được một phần biểu mô tuyến của ống tử cung.

- Sau mãn kinh lớp tế bào biểu mô ở bè ngoài nhạt màu hơn, ranh giới tổ chức học không thấy rõ rệt vì tụt vào sâu trong ống cổ tử cung.

2.3. Sinh lý cổ tử cung

Biểu mô tuyến ở cổ tử cung gồm có hai loại tế bào:

- Tế bào tiết nhầy: Bên trong tế bào chứa chất nhầy. Nhân của tế bào bị đẩy xuống cực dưới.

- Tế bào có nhung mao: Chất nhầy chế tiết ra được đẩy vào âm đạo nhờ tác dụng của các nhung mao.

Hai loại tế bào này chịu ảnh hưởng của estrogen là chính, chúng tạo ra dịch nhầy có pH 7-7,5, tính chất của dịch nhầy vì thế cũng thay đổi theo chu kỳ kinh:

+ Trong nửa đầu kỳ kinh (trước khi rụng trứng) chất nhầy ở cổ tử cung trong, nhày và nhiều nhất vào trước ngày rụng trứng.

+ Trong nửa sau kỳ kinh(sau rụng trứng) dịch cổ tử cung dần đặc lại do ảnh hưởng của progesteron.

2.4. Sự tái tạo

Lộ tuyến cổ tử cung cũng có thể là tình trạng sinh lý ở cổ tử cung, lúc này biểu mô tuyến bò ra che phủ một phần cổ tử cung, tạo nên hình ảnh không nhẵn, đỏ và có ít dịch nhầy che phủ. Lộ tuyến thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ hoặc đang dùng các thuốc tránh thai có estrogen. Lộ tuyến thường do sự thay đổi của pH âm đạo hoặc do cường estrogen. Do vậy, nếu điều chỉnh được các thay đổi này lộ tuyến cũng sẽ mất dần.

- Khi có sự tái tạo, lớp biểu mô lát ở vùng lộ tuyến bò vào trong, che phủ lớp biểu mô trụ hoặc lớp biểu mô trụ dị sản (chuyển sản). Dù với hoàn cảnh nào quá trình tái tạo cũng không thể hoàn thiện, có thể sẽ tồn tại các đám lộ tuyến hoặc các nang Naboth.



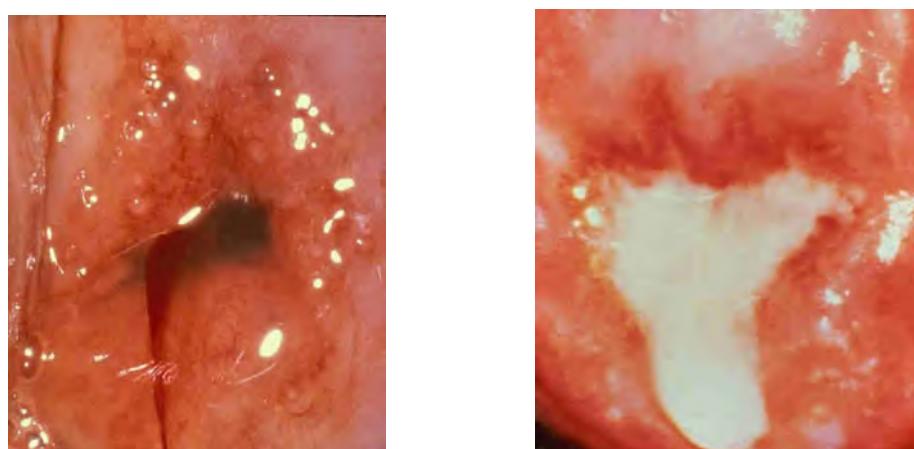
Hình 2. Nang Naboth và lộ tuyến cổ tử cung

3. CÁC TỔN THƯƠNG LÀNH TÍNH Ở CỔ TỬ CUNG

3.1. Các tổn thương không đặc hiệu

3.1.1. Viêm cổ tử cung

Nguyên nhân gây viêm thường do các vi khuẩn có mặt trong âm đạo, lậu cầu khuẩn, Chlamydia... Cổ tử cung đỏ rực, khí hư đục, nhày, đôi khi như mủ, hôi. Vùng viêm nhiễm có thể bị giả mạc che phủ, chạm vào dễ chảy máu.



Hình 3. Viêm cổ tử cung do Chlamydia với lộ tuyến, khí hư và dễ chảy máu

3.1.2. Viêm ống cổ tử cung

Chủ yếu sẽ thấy có dịch nhầy đục ở ống hoặc khí hư bẩn và đục nếu ép mỏ vịt vào cổ tử cung.

3.1.3. Lộ tuyến cổ tử cung

Vùng lộ tuyến cổ tử cung khi bị nhiễm khuẩn đỏ rực, dễ chảy máu. Khám âm đạo có thể gây đau cho bệnh nhân. Vùng lộ tuyến khi bôi Lugol không bắt màu iodine

3.1.4. Điều trị

- Điều trị các tổn thương không đặc hiệu: các tổn thương không đặc hiệu ở cổ tử cung thường chỉ cần điều trị tại chỗ tùy theo nguyên nhân (các thuốc kháng sinh, kháng nấm hoặc chống đơn bào). Khi có viêm lỗ trong cổ tử cung phải điều trị kháng sinh toàn thân.

- Điều trị lộ tuyến: Nếu lộ tuyến cổ tử cung không kèm theo viêm thì lộ tuyến có thể tự khỏi. Trong các trường hợp lộ tuyến rộng kèm theo viêm, tái phát thì điều trị chống viêm bằng thuốc đặc hiệu, sau đó có thể đốt lộ tuyến (băng nhiệt, hoá chất, đốt điện hay đốt lạnh) để diệt biểu mô trụ, giúp biểu mô lát phục hồi. Thời điểm để đốt lộ tuyến thường sau sạch kinh 3-5 ngày. Không được đốt lộ tuyến khi đang có thai, khi đang viêm âm đạo cấp tính hoặc có tổn thương nghỉ ngò.

Quá trình điều trị lộ tuyến có thể để lại các di chứng lành tính, hoặc lộ tuyến có thể tái phát. Các di chứng lành tính đó là:

+ Nang Naboth là do biểu mô lát mọc che phủ qua miệng tuyến chưa bị diệt, chất nhầy tiếp tục chế tiết ra ngày càng nhiều sẽ phồng lên thành nang, khi nang vỡ sẽ để lại lỗ nang.

+ Cửa tuyến: giữa vùng biểu mô lát còn lại các miệng tuyến tiếp tục tiết nhầy.

+ Đảo tuyến: tụ tập một số tuyến còn lại trong biểu mô lát mới hồi phục.

Đối với các di chứng lành tính, nếu ít thì chỉ cần chống viêm để biểu mô lát tự phục hồi.

3.2. Các tổn thương viêm đặc hiệu

3.2.1. Lao cổ tử cung: ít khi có lao cổ tử cung đơn thuần, nó có thể xảy ra khi có lao phần phụ và lao nội mạc tử cung. Tổn thương có dạng loét, sùi dễ chảy máu nên dễ nhầm với ung thư cổ tử cung. Sinh thiết sẽ thấy các nang lao và tế bào viêm đặc hiệu.

3.2.2. Sẹng giang mai

Sẹng (chancre) giang mai có thể có ở cổ tử cung, tổn thương là ổ loét cứng, bờ rõ, dễ chảy máu, thường kèm với hạch.

Xét nghiệm trực tiếp bệnh phẩm có xoắn khuẩn giang mai (*T. pallidum*).



Hình 4. Xoắn khuẩn *Treponema pallidum*

3.2.3. Điều trị: theo nguyên nhân

3.3. Các tổn thương khác

3.3.1. Polyp cổ tử cung

- Polyp lỗ trong cổ tử cung còn gọi là polyp niêm mạc, polyp thường có cuống nhỏ, tổ chức mềm. Dễ chảy máu sau giao hợp.
- Polyp lỗ ngoài thường nằm ở ống cổ tử cung là một polyp xơ, màu hồng đậm, có thể làm biến dạng cổ tử cung.
- Đối với các polyp cuống nhỏ có thể xoắn bàng kẹp.



Hình 5. Polyp cổ tử cung

3.3.2. Lạc nội mạc tử cung ở cổ tử cung

Do tế bào nội mạc tử cung lạc chỗ. Lạc nội mạc tử cung ở cổ tử cung có thể thấy rõ sau sạch kinh dưới dạng nốt xanh hoặc đen rải rác trên cổ tử cung. Các nốt này to lên và rõ hơn khi có kinh.



Hình 6. Lạc nội mạc tử cung ở cổ tử cung

4. KHÁM PHÁT HIỆN TỒN THƯƠNG LÀNH TÍNH Ở CỔ TỬ CUNG

4.1. Lâm sàng: Cổ tử cung có thể nhìn thấy và sờ được khi thăm khám.

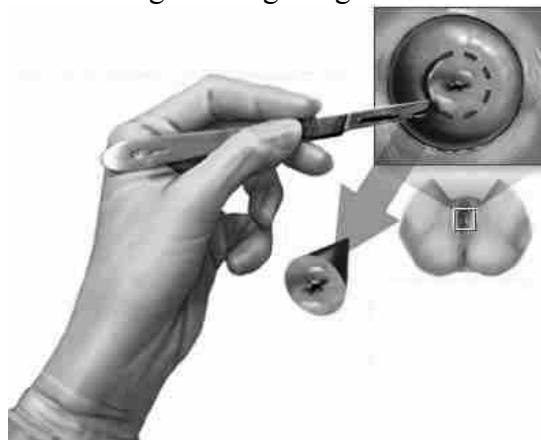
- Khám bằng mỏ vịt: Quan sát được các tổn thương như viêm, polyp cổ tử cung, viêm lỗ trong cổ tử cung. Ngoài ra ta còn có thể lấy bệnh phẩm để nhuộm Gram, cây, làm phiến đồ âm đạo, phết mỏng cổ tử cung để tầm soát ung thư.

- Khám âm đạo: Sờ được cổ tử cung, đánh giá độ lớn của cổ tử cung, mật độ cổ tử cung và phát hiện đau khi lay cổ tử cung.

4.2. Cận lâm sàng: để phát hiện, xác định các tổn thương lành tính ở cổ tử cung nên làm các xét nghiệm sau

- Phiến đồ âm đạo - cổ tử cung
- Sinh thiết trực tiếp.
- Soi cổ tử cung: Giúp đánh giá cấu trúc lành tính của bề mặt cổ tử cung, vùng chuyển tiếp, loạn dưỡng, polyp, lộ tuyến cổ tử cung. Sau khi bôi axit acetic có thể phát hiện các tổn thương không điển hình: loạn sản (nghịch sản), tổn thương tiền ung thư hoặc ung thư, giúp sinh thiết đúng chỗ tổn thương.

- Khoét chót: Cũng được coi là một sinh thiết lớn lấy được cổ ngoài và vùng chuyển tiếp, như vậy sẽ lấy được tổn thương ở những vùng mà soi cổ tử cung không thấy.



Hình 7. Khoét chót cổ tử cung

5. DỰ PHÒNG

Các tổn thương lành tính ở cổ tử cung ảnh hưởng nhiều đến sức khoẻ sinh sản của người phụ nữ, nên phòng bệnh có một vai trò quan trọng:

- Giải thích cho người phụ nữ hiểu các tổn thương lành tính cổ tử cung dễ khám, dễ phát hiện điều trị đơn giản, có hiệu quả, tạo cho họ có ý thức khám phụ khoa định kỳ khoảng mỗi năm một lần để phát hiện sớm các tổn thương, có kế hoạch điều trị, theo dõi.

- Tổn thương lành tính cổ tử cung thường do nhiễm trùng, sinh đẻ nhiều gây ra vì vậy cần giải thích tầm quan trọng của vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh cá nhân, vệ sinh giao hợp .

- Xây dựng ý thức vô khuẩn và khử khuẩn cho nhân viên y tế khi làm các thủ thuật.

- Khi có tổn thương ở cổ tử cung dù là lành tính cũng nên điều trị dứt điểm, không để xảy ra các tái tạo bất thường.

UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

Mục tiêu học tập

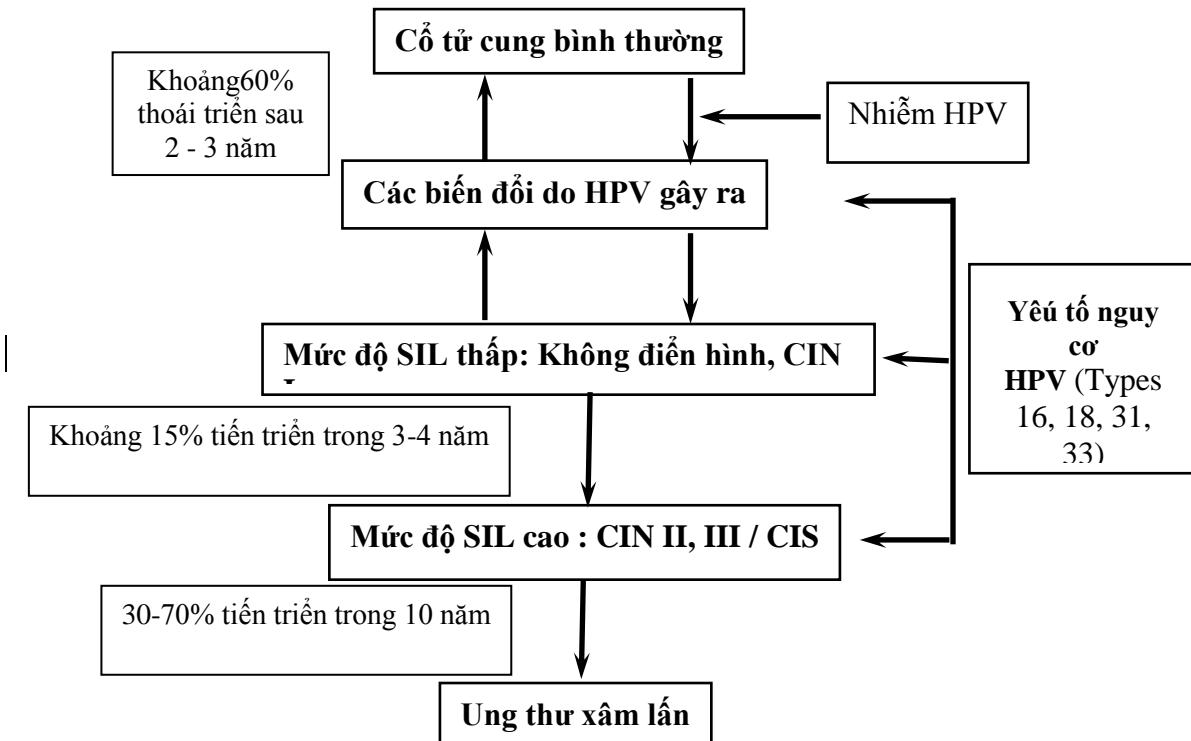
- Liệt kê được các yếu tố nguy cơ của ung thư cổ tử cung..
- Trình bày được triệu chứng, chẩn đoán và phân giai đoạn ung thư cổ tử cung.
- Trình bày được các xét nghiệm sàng lọc tầm thường ung thư và ung thư.
- Trình bày được các phương thức điều trị cho từng giai đoạn của ung thư cổ tử cung.

1. ĐẠI CƯƠNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

- Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là khối u ác tính đứng hàng thứ hai sau ung thư vú, thường xảy ra ở ranh giới giữa biểu mô lát tầng và biểu mô trụ của cổ tử cung.
- Theo số liệu của Hiệp hội phòng chống ung thư thế giới thì UTCTC chiếm 12% các ung thư đường sinh dục nữ. Tại Viện ung bướu Hà Nội, ung thư cổ tử cung chiếm khoảng 6%. Nếu tính trên tổng số dân thì UTCTC chiếm từ 6,6 - 8,6/100.000 dân. Trong khi đó, tỷ lệ này tại thành phố Hồ Chí Minh là 35,6/100.000
- Kết quả điều trị UTCTC phụ thuộc vào thời điểm chẩn đoán. Nếu chẩn đoán muộn việc điều trị gặp nhiều khó khăn và kết quả điều trị thấp.
- Các yếu tố nguy cơ:
 - + Nhiễm *Human Papilloma virus (HPV)*, *Herpes virus*.
 - + Tuổi: từ 40 -70.
 - + Hút thuốc lá
 - + Sinh nhiều: từ 5 con trở lên.
 - + Quan hệ tình dục sớm.
 - + Có nhiều bạn tình.
 - + Vệ sinh cá nhân kém.
 - + Suy giảm hệ thống miễn dịch do HIV/AIDS, dùng corticoid kéo dài, hoá trị liệu...
 - + Thuốc ngừa thai dạng uống, yếu tố gia đình.
 - + Tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục, nhiều lần

2. GIẢI PHẪU BỆNH

- #### 2.1. Ung thư trong liên bào (carcinoma in situ):
- Tế bào ung thư chiếm toàn bộ bề dày lớp biểu mô nhưng chưa xâm lấn qua màng đáy.
- ##### 2.1.1. Bất thường về mặt tế bào:
- Nhiều tế bào bệnh lý có nhân lớn, không đồng đều, chất nhiễm sắc bất màu đậm, có nhiều sự phân bào bất thường dạng nhân quái nhân chia.
- ##### 2.1.2. Bất thường về cấu trúc:
- Mất hiện tượng phân tầng bình thường của các lớp tế bào.
- #### 2.2. Ung thư xâm lấn:
- Tế bào ung thư phá huỷ lớp màng đáy và xâm lấn vào tổ chức đệm, trường hợp này ta gọi là ung thư xâm lấn. Có khoảng 95% các trường hợp là ung thư biểu mô lát và khoảng 5% dạng biểu mô trụ.



Biểu đồ 1. Tiến triển của các thương tổn tiền ác tính và ung thư ở cổ tử cung



Hình 1. Hình ảnh đại thể ung thư cổ tử cung ở cổ ngoài (trái) và ống cổ tử cung (phải)

2.3. Lan tràn của ung thư cổ tử cung

2.3.1. Tại chỗ

- Từ vùng chuyển tiếp ở bìu mặt cổ tử cung - âm đạo lan xuống âm đạo, lan lên eo của tử cung,
- Xâm lấn sâu về phía trước, đến vách bàng quang-âm đạo và bàng quang.
- Xâm lấn ra phía sau phên trực tràng - âm đạo và trực tràng.
- Xâm lấn ra hai bên đáy chằng rộng, niệu quản và vách chậu.

2.3.2. Theo đường bạch mạch

Ung thư lan theo đường này đến chuỗi hạch chậu ngoài, chậu trong, cũng có khi ung thư lan tràn bất thường, chẳng hạn bỏ qua chuỗi hạch chậu hông tới ngay nhóm hạch động mạch chủ bụng “di căn theo kiều kỹ sĩ”.

Rất hiếm khi thấy ung thư di căn theo đường máu.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

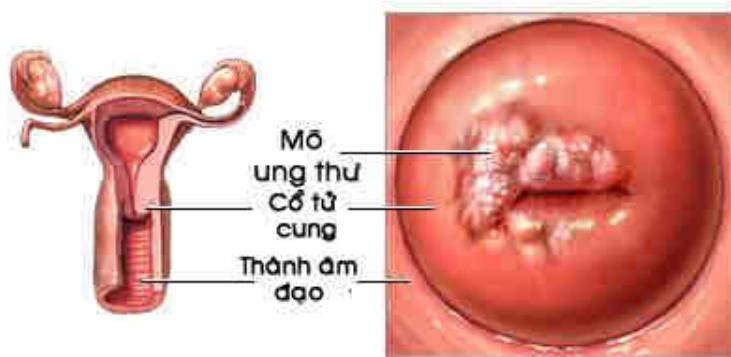
3.1. Các thương tổn tiền lâm sàng

Ở giai đoạn sớm, các triệu chứng cơ năng thường nghèo nàn. Khi khám âm đạo - cổ tử cung bằng mỏ vịt có thể thấy cổ tử cung trông giống như bình thường hoặc có vết loét trót, một vùng trắng không điển hình hoặc tăng sinh mạch máu

3.2. Các thương tổn rõ trên lâm sàng

Bệnh nhân thường đến khám với triệu chứng ra máu âm đạo bất thường giữa kỳ kinh, ra máu sau giao hợp, hoặc khí hư hôi, lẫn máu, có thể phối hợp với tình trạng cơ thể suy kiệt.

Khám mỏ vịt hiện diện một khối sùi, dễ chảy máu khi chạm vào. Khi bôi Lugol vùng tổn thương không bắt màu (nghiệm pháp Schiller âm tính). Một số trường hợp muộn hơn cổ tử cung sẽ biến dạng, loét sâu hoặc cổ tử cung bị mất hẳn hình dạng. Sinh thiết được thực hiện ở cả vùng lành và vùng bệnh lý. Ngoài ra, cần phải đánh giá mức độ lan tràn và xâm lấn của ung thư vào các túi cùng âm đạo, nên dây chằng rộng, bàng quang, trực tràng và các vùng kế cận.



Hình 2. Thương tổn cổ tử cung trên lâm sàng

3.3. Cận lâm sàng

3.3.1. Tế bào âm đạo: Giúp phát hiện các thay đổi ở mức độ tế bào theo hướng tiền ung thư hoặc ung thư. Tiêu bản được nhuộm theo phương pháp Papanicolaou và xếp loại theo danh pháp Bethesda 2001 bao gồm:

Các thay đổi tế bào biểu mô lát:

ASCUS (bất điển hình tế bào lát có ý nghĩa không xác định)

LSIL (tổn thương trong biểu mô lát mức độ thấp)

HSIL (thương tổn trong biểu mô lát mức độ cao)

Ung thư.

Các thay đổi tế bào biểu mô trụ:

AGUS (bất điển hình tế bào tuyến có ý nghĩa không xác định)

AIS (ung thư trong liên bào biểu mô tuyến)

Ung thư.

3.3.2. Soi cổ tử cung

- Không chuẩn bị: tổn thương dạng sùi hoặc loét, bề mặt dễ chảy máu, nhiều mạch máu tăng sinh.

- Chứng nghiệm Hinselmann (chứng nghiệm axít axêtic): Khi bôi acid acetic 3%, vùng tổn thương trở nên trắng đục, có thể có hình chấm đáy hoặc hình lát đá.

- Chứng nghiệm Schiller: Bôi dung dịch Lugol 3%, vùng tổn thương không bắt màu nâu.

Ngoài các thương tổn trên, cần phải xác định vùng chuyển tiếp.



A. Chứng nghiệm Hinselmann

B. Chứng nghiệm Schiller

Hình 3. Soi cổ tử cung

3.3.3. Sinh thiết: Được lấy từ vùng chuyển tiếp và vùng nghỉ ngò, cho phép khảo sát mô học một cách chính xác và đầy đủ.

3.3.4. Chẩn đoán hình ảnh

Để giúp đánh giá đầy đủ mức độ lan tràn và xâm lấn của ung thư, có thể chỉ định một số thăm dò sau: siêu âm, chụp UIV, chụp cắt lớp vi tính (CT Scan), cộng hưởng từ hạt nhân (MRI).

3.4. Các giai đoạn lâm sàng

Phân loại theo FIGO -1994 (Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique).

- Giai đoạn Ia: Ung thư xâm lấn chỉ được xác định trên vi thể. Tất cả các tổn thương đại thể thậm chí với xâm lấn nông thuộc ung thư giai đoạn Ib, xâm lấn giới hạn đến mô đệm sâu tối đa 5mm và không rộng hơn 7mm.

+ Giai đoạn Ia1: Xâm lấn mô đệm sâu không quá 3mm và không rộng quá 7mm.

+ Giai đoạn Ia2: Xâm lấn mô đệm sâu hơn 3mm, nhưng không quá 5mm và lan rộng không quá 7mm.

- Giai đoạn Ib: Tổn thương lâm sàng khu trú ở cổ tử cung hoặc tổn thương tiền lâm sàng lớn hơn giai đoạn Ia.

+ Giai đoạn Ib1: Tổn thương lâm sàng có kích thước không quá 4cm.

+ Giai đoạn Ib2: Tổn thương lâm sàng có kích thước lớn hơn 4cm.

- Giai đoạn II: Ung thư lan lên khỏi cổ tử cung nhưng chưa lan rộng đến thành chậu.

 Ung thư xâm lấn âm đạo nhưng chưa lan đến 1/3 dưới.

+ Giai đoạn IIa: Không có xâm nhiễm nền dây chằng rộng.

+ Giai đoạn IIb: Có xâm nhiễm rõ ràng nền dây chằng rộng.

- Giai đoạn III: Ung thư lan đến thành chậu. Khám trực tràng, không thấy có khoang trống không có ung thư giữa khối u và thành chậu. Khối u lan xuống 1/3 dưới âm đạo. Tất cả các trường hợp thận ứ nước hoặc thận câm đều thuộc giai đoạn III trừ khi do nguyên nhân khác gây ra.

+ Giai đoạn IIIa: Không lan đến thành chậu nhưng xâm lấn đến 1/3 dưới âm đạo.

+ Giai đoạn IIIb: Lan đến thành chậu hay thận ứ nước hoặc thận câm.

- Giai đoạn IV: Ung thư lan khỏi vùng chậu hoặc có bằng chứng lâm sàng xâm lấn niêm mạc bàng quang hay trực tràng.

+ Giai đoạn IVa: Lan đến cơ quan lân cận.

+ Giai đoạn IVb: Lan đến cơ quan xa.

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

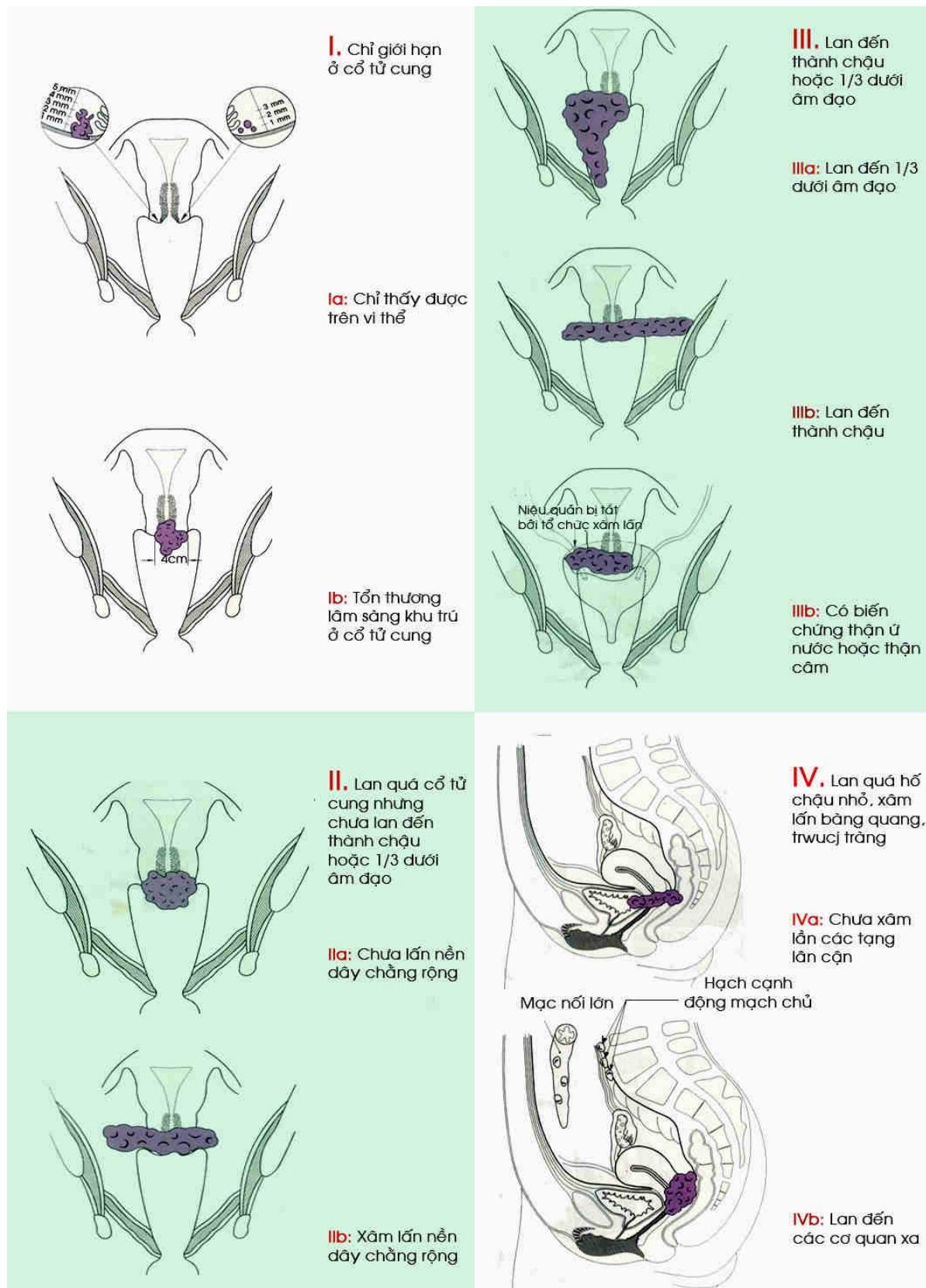
4.1. Lộ tuyến, loét trẹt cổ tử cung: là thương tổn thường gặp ở cổ tử cung.

4.2. Polyp cổ tử cung: Dạng polyp tuyến bị hoại tử hoặc nhiễm khuẩn.

4.3. Lạc nội mạc tử cung: Dễ nhầm nhất là vào giai đoạn chảy máu trùng với hành kinh trên nền của thương tổn lạc nội mạc tử cung.

4.4. Giang mai cổ tử cung: có thể gặp sẩn giang mai nguyên phát ở cổ tử cung.

4.5 Lao cổ tử cung: rất hiếm gặp, có tiền sử lao sinh dục.



Hình 4. Phân loại ung thư cổ tử cung theo FIGO -1994

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Các biện pháp điều trị

5.1.1. Xạ trị

- Xạ trị ngoài: sử dụng Cobalt 60, tổng liều 50-60 grays. Biến chứng thường gặp là viêm bàng quang, viêm ruột, các phản ứng của da như tình trạng xơ cứng hở bì. Quang tuyến liệu pháp được dùng như một biện pháp bổ sung trong trường hợp có di căn đến hạch, hoặc điều trị trước mổ trong trường hợp khối u quá lớn.

- Xạ trị tại chỗ: sử dụng radium hoặc césium, bằng cách đặt các nguồn tia xạ vào âm đạo - cổ tử cung.

Các biến chứng thường gặp là: Nhiễm trùng, viêm bàng quang thoáng qua, loét trực tràng, dò bàng quang-âm đạo, dò bàng quang-trực tràng.

Phương pháp này chỉ có khả năng tiêu diệt những ổ ung thư tại chỗ và một số chuỗi hạch lân cận.

5.1.2. Điều trị ngoại khoa

- Các phương pháp cắt bỏ thương tổn tại chỗ: Khoét chóp

- Phẫu thuật Wertheim-Meigs

+ Cắt tử cung toàn phần rộng rãi đến 1/3 trên âm đạo.

+ Lấy hạch và lấy hết mô mờ dọc theo các chuỗi hạch thành chậu.

+Lấy nhóm hạch cạnh động mạch chủ.

5.1.3 Điều trị hóa chất

- Hoá liệu pháp trước phẫu thuật tò ra hữu ích trong các trường hợp khối u trên 2cm.

- Liệu trình với Cisplatin 50 mg/m², Vincristine 1 mg/m² và Bleomycine 25 mg/m² trong ngày 1-3/3 tuần có thể làm giảm bớt kích thước khối u, tạo điều kiện cho phẫu thuật dễ dàng và kéo dài thời gian tái phát.

Cho đến nay vẫn chưa xác định được liệu pháp hoá chất tối ưu sau phẫu thuật, nhưng kết quả từ các nghiên cứu hiện có cho thấy Cisplatin đơn thuần liều thấp (40 mg/m² hàng tuần) hoặc Cisplatin (50 - 75 mg/m² ngày thứ nhất) phối hợp với 5-FU (1000 mg/m² trong 4 ngày tiếp theo) có thể cải thiện thời gian sống còn của bệnh nhân.

5.2. Chỉ định điều trị

5.2.1. Ung thư trong liên bào

Ở người phụ nữ còn trẻ, còn có nguy cơ sinh đẻ, có thể khoét chóp hay cắt cựt cổ tử cung, và sau đó cần phải được theo dõi định kỳ 6 tháng với 3-4 lần làm tế bào học âm đạo. Ở người phụ nữ đã qua menopause, lớn tuổi có thể cắt tử cung toàn phần rộng rãi.

5.2.2. Ung thư xâm lấn

Thông thường xử trí theo phác đồ phối hợp giữa xạ trị và phẫu thuật.

- Giai đoạn I – IIa: Chủ yếu là phẫu thuật theo phương pháp Wertheim-Meigs, cắt tử cung hoàn toàn, cắt hai phần phụ, cắt 1/3 trên âm đạo,lấy hết các tổ chức liên kết dưới hai lá dây chằng rộng, nạo hạch trong hố chậu và dọc theo động mạch chủ bụng. Đối với giai đoạn Ib, nhiều tác giả nêu lợi ích của xạ trị trước phẫu thuật nhằm giảm mức độ ác tính của tế bào ung thư, diệt những ổ lan tràn quanh tổn thương nguyên phát, ngăn chặn di căn. Xạ trị trước mổ, nguồn xạ sử dụng là césium hay radium, ngừng xạ trị khoảng 6 tuần trước phẫu thuật, xạ trị sau mổ dùng tia Cobalt chiếu vào vùng chậu nơi đã lấy hạch có tế bào ung thư.

- Giai đoạn IIb và giai đoạn III: xạ trị và đánh giá lại để cân nhắc chỉ định phẫu thuật.

- Giai đoạn IV: xạ trị và điều trị hỗ trợ, có thể áp dụng phẫu thuật tạm thời như dẫn lưu bàng quang, hậu môn nhân tạo.

6. TIÊN LUẬN

Các yếu tố tiên lượng: phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, di căn hạch, kích thước khối ung thư, thể trạng của bệnh nhân và mức độ triệt để của phẫu thuật.

Tỷ lệ sống sau 5 năm:

- + Giai đoạn ung thư trong liên bào: 100%
- + Giai đoạn I: 80%
- + Giai đoạn II: 50%
- + Giai đoạn III: 20-30%
- + Giai đoạn IV: dưới 10%

7. DỰ PHÒNG

Ung thư cổ tử cung nguy hiểm vì gây tử vong cao vào giai đoạn xâm lấn, song tiến triển chậm, nếu được phát hiện sớm có thể điều trị khỏi. Do đó dự phòng ung thư cổ tử cung có vai trò rất lớn trong việc làm giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong. Để phòng bệnh, cần hướng dẫn các biện pháp dự phòng cho phụ nữ:

- Sinh ít
- Thực hiện tốt vệ sinh phụ nữ.
- Khám phụ khoa định kỳ, ít nhất là 1 lần/năm để thực hiện các xét nghiệm sàng lọc (làm phiến đồ âm đạo - cổ tử cung...) hoặc đến khám ở cơ sở chuyên khoa khi có dấu hiệu bất thường như: ra máu sau giao hợp, khí hư bất thường.
- Điều trị sớm và triệt để các tổn thương lành tính cổ tử cung
- Không quan hệ tình dục quá sớm, không có nhiều bạn tình.

UNG THƯ NIÊM MẠC TỬ CUNG

Mục tiêu học tập

1. Mô tả được các yếu tố nguy cơ của ung thư niêm mạc tử cung.
2. Giải thích được sự lan tràn của ung thư niêm mạc tử cung.
3. Mô tả được các triệu chứng chẩn đoán của bệnh.
4. Lựa chọn được các phương thức điều trị.

1. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư niêm mạc tử cung là các khối u phát triển từ niêm mạc tử cung, là một loại ung thư thường gặp ở người lớn tuổi. Có hơn 80% bệnh nhân ung thư niêm mạc tử cung gặp ở người mãn kinh, trong đó có khoảng 95% có nguồn gốc từ biểu mô tuyến của nội mạc tử cung.

2. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

- Tuổi: từ 50-70
- Không sinh đẻ hoặc đẻ ít
- Béo phì (trên 25kg so với bình thường)
- Đái tháo đường.
- Cao huyết áp.
- Bệnh lý ở tử cung: quá sản nội mạc tử cung.
- Mãn kinh muộn: sau 55 tuổi.
- Dùng estrogen đơn thuần, kéo dài.
- Tiền sử ung thư buồng trứng, ung thư vú và ung thư đại tràng.

3. GIẢI PHẪU BỆNH

3.1. Đại thể

Lòng tử cung có một khối mềm sùi dễ vỡ, có thể dạng như polyp mọc lấn vào buồng tử cung.



Hình 1. Hình ảnh ung thư niêm mạc tử cung

3.2. Vi thể

Là một loại ung thư tuyến (adenocarcinom), từ đó tiên lượng bệnh tùy thuộc vào mức độ biệt hoá của tế bào:

- Grade 1: Hình ảnh của quá sản không điển hình, song có các tế bào ác tính, lớp cơ không bị xâm lấn. Tiêu lượng tốt.

- Grade 2: Các tuyến nhỏ hơn, ép sát vào nhau, lớp cơ mới bị xâm lấn, ở đó thấy rõ các tế bào ác tính. Biệt hoá trung bình.

- Grade 3: Có thể thấy các cấu trúc tuyến nhỏ và các tế bào không biệt hoá. Loại ác tính nhất.

3.3. Sự lan tràn của ung thư niêm mạc tử cung

Ung thư niêm mạc tử cung không lan tràn nhanh bằng ung thư cổ tử cung, vì cơ tử cung là một hàng rào có tác dụng khá tốt.

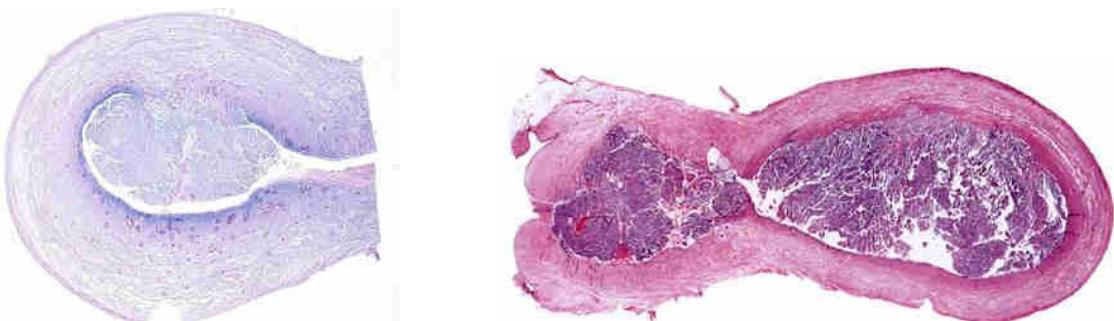
3.3.1. Lan tràn tại chỗ: Sự xâm lấn chậm vào lớp cơ tử cung là cách xâm lấn hay gặp nhất. Nó có thể làm cho tử cung to lên một cách đáng kể.

3.3.2. Lan tràn theo đường bạch huyết: Có khoảng từ 30- 40% ung thư lan tràn theo đường này, ở thân tử cung tổ chức ung thư phát triển xuống eo tử cung rồi xuống đáy dây chằng rộng, đến hệ thống hạch châu trong, châu ngoài và xa hơn nữa; sự lan tràn này dễ xảy ra hơn khi khối u bị thoái triển và thành tử cung bị ung thư xâm lấn sâu.

3.3.3. Lan theo đường dẫn tự nhiên (vòi tử cung): Các tế bào ung thư có thể đi theo vòi tử cung, theo cùng đường tràn vào trong ổ phúc mạc của máu kinh, điều này giải thích cho các trường hợp di căn buồng trứng đơn thuần.

3.3.4. Lan tràn đến các tạng khác trong ổ bụng: hiếm gặp, có thể thấy di căn đến gan, phổi.

3.3.5. Lan tràn theo đường tĩnh mạch: ít thấy.



Hình 2. Bệnh phẩm đại thể ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn I (phải) và giai đoạn II (trái)

4. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Thường bệnh nhân đến khám vì:

4.1. Ra máu bất thường (# 95% các trường hợp)

Ra máu ở người đã mãn kinh là một dấu hiệu có giá trị, có khi ra máu trong thời kỳ tiền mãn kinh, làm cho ta làm với những rối loạn của thời kỳ này. Ra máu thường kèm theo khí hư nhiều, hôi.

4.2. Hỏi bệnh

Có thể phát hiện được các yếu tố nguy cơ hiện tại cũng như trong tiền sử.

4.3. Khám thực thể

- Khám mỏ vịt: Cũng có khi thấy âm đạo bình thường, hơi teo ở những người mãn kinh. Thường thì khí hư nhiều, nhầy loãng, hôi, có khi là mủ. Trong trường hợp này thường kèm theo đau và cảm giác nặng nề ở vùng hạ vị.

- Khám âm đạo bằng tay, tử cung thường có kích thước bình thường, cũng có thể hơi to và mềm. Có khi phát hiện u xơ tử cung đi kèm.

4.4. Xét nghiệm:

4.4.1. *Té bào bệnh học*: Bệnh phẩm là dịch hút từ buồng tử cung. Đây là dấu hiệu quyết định chẩn đoán.

- Thuận lợi: Dễ thực hiện, ít có biến chứng.

- Không thuận lợi: Những trường hợp ung thư giai đoạn sớm có thể khó phát hiện.

4.4.2. *Chụp buồng tử cung*: chỉ bơm thuốc cản quang với áp lực nhẹ đủ thuốc ngâm trong buồng tử cung mà không cần lan ra hai vòi trứng, có thể thấy hình ảnh khuyết, bờ không đều, nham nhở, buồng tử cung lớn, có hình ảnh đọng dịch. Thủ thuật này hiện nay ít được chỉ định.

4.4.3. *Soi buồng tử cung*: quan sát trực tiếp hình ảnh nội mạc tử cung cũng như thương tổn một cách chính xác như nụ sùi, vùng loét hoại tử chảy máu, hoặc hình ảnh quá sản nội mạc tử cung chạm vào dễ chảy máu, xác định được độ lan rộng và giúp định vị vùng sinh thiết.

- Thuận lợi: Dễ làm, có thể tiến hành nhanh ở phòng khám bệnh.

- Không thuận lợi: Phương tiện đắt.

4.4.4. *Nạo sinh thiết toàn bộ tử cung*: tiến hành cẩn thận, đề phòng thủng. Tốt nhất nên làm từ ngoài vào trong và để riêng bệnh phẩm: ống cổ tử cung và buồng tử cung. Sử dụng thìa nạo hoặc ống hút Novak. Kết quả sinh thiết giúp phân loại mô học.

4.4.5. *Siêu âm*: Nhất là siêu âm theo đường âm đạo cho hình ảnh thực thể của tử cung, nội mạc dày hoặc đánh giá độ lan tràn và bề dày lớp cơ. đồng thời siêu âm cũng giúp khảo sát các bệnh lý phổi hợp như u xơ tử cung, u nang buồng trứng...

4.4.6. *Chụp cắt lớp*: là một phương pháp khá hữu hiệu để xác định mức độ xâm lấn và lan tràn của ung thư, nhất là ở các giai đoạn muộn. Phương pháp này được chỉ định trong những trường hợp cần thiết phải chẩn đoán phân biệt.

Cần phải đánh giá tình trạng ung thư tuyến khác có thể kèm theo như ung thư vú hoặc đại tràng.

5. CÁC GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG

Theo FIGO 1988 (Fédération Internationale de Gynécologie et Obsstétrique).

Giai đoạn I:

IA : tổn thương giới hạn ở niêm mạc tử cung (bè mặt)

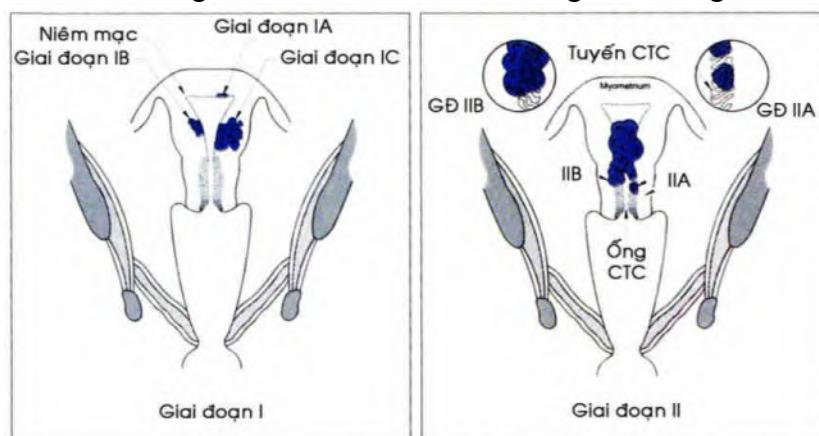
IB : tổn thương ăn sâu vào lớp cơ tử cung <50%

IC : tổn thương ăn sâu vào lớp cơ tử cung >50%

Giai đoạn II:

IIA: tổn thương lan vào ống cổ tử cung, chỉ ở niêm mạc

IIB: tổn thương lan vào tổ chức đệm của ống cổ tử cung



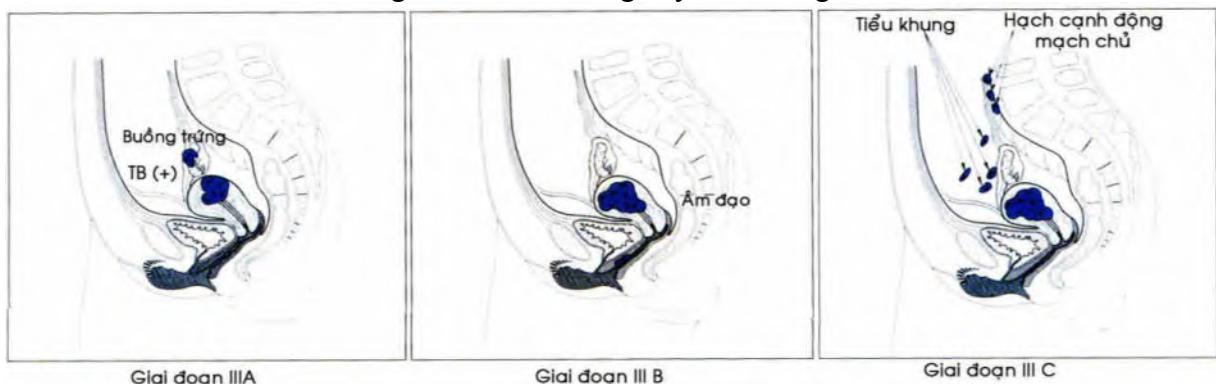
Hình 3. Phân độ ung thư niêm mạc tử cung theo FIGO 1998 – giai đoạn I và II

Giai đoạn III:

III A: tồn thương xâm nhiễm vào thanh mạc hay phần phụ hay té bào phúc mạc dương tính

III B: tồn thương di căn âm đạo

III C: tồn thương di căn tiểu khung hay cạnh động mạch chủ

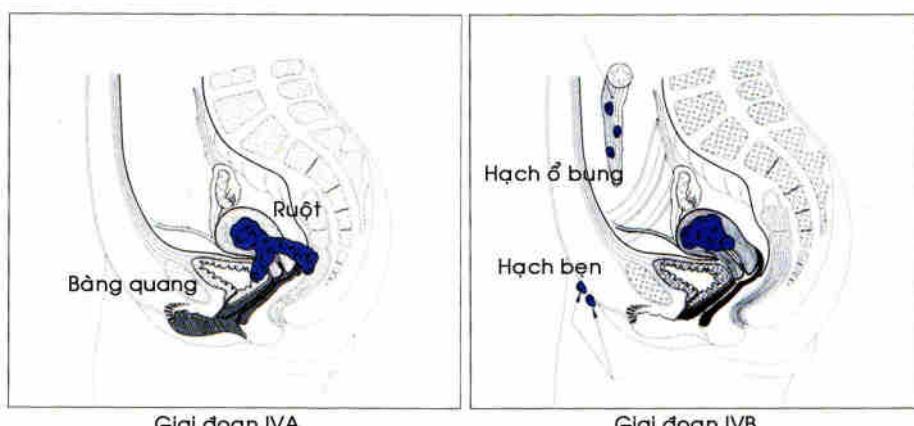


Hình 4. Phân độ ung thư niêm mạc tử cung theo FIGO 1998 – giai đoạn III

Giai đoạn IV:

IVA: tồn thương ung thư xâm nhiễm vào bàng quang hay ruột

IVB: ung thư di căn xa bao gồm di căn hạch trong ổ bụng hay hạch bẹn



Hình 5. Phân độ ung thư niêm mạc tử cung theo FIGO 1998 – giai đoạn IV

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Chỉ định điều trị: cần phải cân nhắc kỹ theo thể trạng và giai đoạn.

- Theo giai đoạn (Theo phân loại FIGO):

+ Giai đoạn 1: cắt tử cung toàn phần, lấy hạch dọc tĩnh mạch, nếu hạch xâm nhiễm thì xạ trị ngoài. U biệt hoá cao thì bổ sung nội tiết.

+ Giai đoạn 2: tia xạ tại chỗ và phẫu thuật cắt tử cung toàn phần rộng rãi và lấy hạch. Sau 4-6 tuần thì tia xạ ngoài nếu hạch xâm nhiễm.

+ Giai đoạn 3: Nếu mổ được thì cắt bỏ và xạ trị, nếu không thì xạ trị bằng kim radium đặt tại chỗ và hormon liệu pháp kết hợp (thực hiện tại chuyên khoa ung thư).

+ Giai đoạn 4: Điều trị triệu chứng bằng progestatif. Trong trường hợp tái phát ở mõm cắt âm đạo thì đặt kim Radium.

6.2. Điều trị phẫu thuật

Phẫu thuật là phương pháp cơ bản. Tuỳ theo trường hợp mà chỉ định cắt tử cung toàn phần, cắt hai phần phụ, hoặc cắt tử cung rộng rãi có nạo hạch, cắt hết mạc nối lớn, nên cắt tử cung qua đường bụng để quan sát rõ các tổn thương phổi hợp.

6.3. Tia xạ

- Chỉ định đối với ung thư giai đoạn muộn hoặc điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật
- Radium, Cobalt tại chỗ (thuộc chuyên khoa ung thư).

6.4. Hormon liệu pháp

- Progestatif liều cao (tuỳ theo các thụ thể) như dùng Depoprovera 150mg x 3 lần/tuần. Hiệu quả không rõ ràng, thường chỉ định trong trường hợp dịch rửa phúc mạc dương tính.

6.5. Hoá liệu pháp: ít hiệu quả, chỉ dùng khi tái phát ở phụ nữ trẻ

- 5 Fluoro-uracile và canxi folinat (giúp giảm độc tính của 5-FU).
- Adrimycine.

6.6. Kết quả điều trị

- + Ở giai đoạn I có # 90% sống sau 5 năm.
- + Ở giai đoạn II thì có # 75%.
- + Giai đoạn III có # 30%.
- + Giai đoạn IV có ít hơn 9% sống sau 5 năm.
70% tái phát xảy ra trong 2 năm đầu sau điều trị.

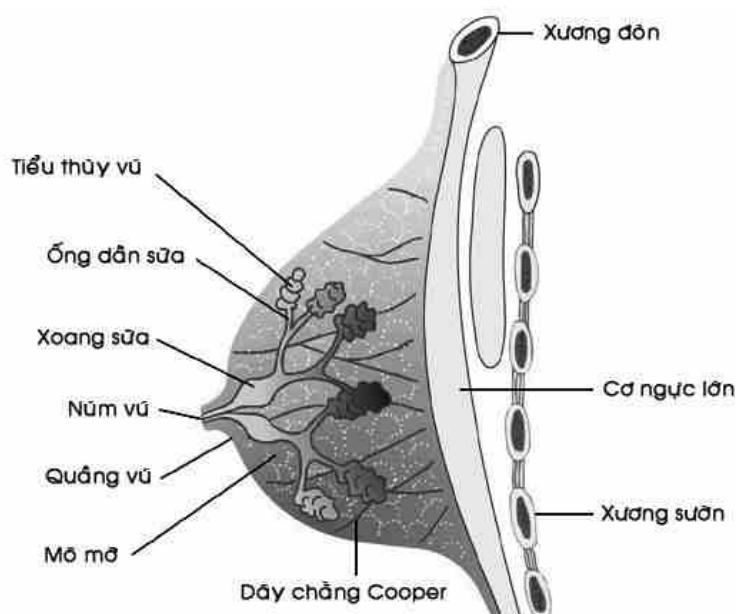
BỆNH VÚ LÀNH TÍNH

Mục tiêu học tập

1. Mô tả được các tổn thương giải phẫu bệnh trong bệnh vú lành tính.
2. Phân biệt được các dạng lâm sàng trong bệnh vú lành tính.
3. Xác định được cách xử trí cho từng trường hợp cụ thể.

1. GIẢI PHẪU HỌC TUYẾN VÚ

Ở phụ nữ trưởng thành kích thước và hình dạng bình thường của vú có thể thay đổi đáng kể. Khi đứng, núm vú ngang với khoảng gian sườn bốn, có thể thấy vú trải dài từ xương ức đến đường nách trước và vùng được gọi là đuôi nách, nơi một phần của mô vú lan vào mỗi bên nách. Mô vú nằm trên cân ngực, ở dưới là cơ ngực lớn, trên các cơ răng cưa trước ở hai bên và được bao quanh bởi lớp nồng và sâu của cân dưới da. Cân ngực chỉ thâm nhập nách tại đuôi nách. Vú là một khối được nâng đỡ và treo lên bởi các dây chằng Cooper, đây là các vách mô liên kết sợi gắn liền các lớp sâu với các lớp nồng của cân dưới da và từ đó với da. Nếu các dây chằng Cooper bị ảnh hưởng, như một quá trình viêm hoặc tân sinh phát triển trong khối vú sẽ đưa đến sự co kéo da và thường được xem như dấu hiệu gián tiếp của ung thư vú.



Hình 1. Giải phẫu tuyến vú

Quầng sắc tố chứa các tuyến bã giúp bôi trơn núm vú trong thời kỳ cho con bú. Các bó cơ trơn nằm trong da và giúp núm vú cương lên khi vú bị kích thích.

Tuyến vú của phụ nữ có 10 - 20 thùy, sắp xếp hình nan hoa, mỗi thùy chứa vô số tiểu thùy tạo bởi các cụm nang sữa. Biểu mô lát sừng hoá đi từ da núm vú vào trong ống dẫn sữa tiếp nối với các tế bào lát trụ, nơi phân cách giữa biểu mô lát sừng hoá với biểu mô tuyến. Các ống dẫn sữa được lót bởi một hoặc hai lớp thượng mô trụ. Các tế bào thượng mô này nằm trên màng đáy là màng phân cách chúng với gian chất và mô mỡ xung quanh. Ống dẫn sữa không có các sợi cơ, nhưng các tế bào thượng mô cơ chung quanh và các sợi đàn hồi đáp ứng với kích thích nội tiết tố (ví dụ Oxytocin), dẫn đến việc vận chuyển sữa về phía núm vú. Các ống dẫn sữa nối với các ống trong tiểu thùy và các ống này lại nối với các nang sữa. Lòng nang sữa được phủ bởi lớp biểu mô trụ thấp giúp tạo sữa vào giai đoạn cuối thai kỳ và thời kỳ cho con bú.

Nếu không có bất kỳ tình trạng bệnh lý nào (ví dụ giãn ống dẫn sữa), đường kính ống dẫn sữa khoảng 0,5mm. Bóng là sự giãn nở của hệ thống để dự trữ sữa trong thời kỳ cho con bú. Mỗi thùy nằm chìm trong mô mỡ và cùng dây chằng Cooper có vai trò chính trong việc tạo đường nét cho vú.

Cung cấp máu:

Vú nhận máu từ ba nguồn chính: động mạch ngực trong (dưới và bên xương úc), động mạch ngực bên, các nhánh đầu vai - ngực của động mạch nách.

Máu tĩnh mạch tập hợp thành vòng nối tĩnh mạch bao quanh tĩnh mạch dưới núm vú và liên tục với tĩnh mạch nách hoặc tĩnh mạch ngực trong thông qua các nhánh nối

Các mạch lymphô bắt nguồn dọc theo các ống trong khoảng liên tiêu thùy và dẫn lưu dịch từ phần tư trong dưới đến các hạch bạch huyết cạnh úc. Bạch huyết vùng trung tâm vú, phần tư trên ngoài và dưới ngoài được dẫn đến nhóm hạch ngực trong nách. Hiểu rõ dẫn lưu bạch huyết của tuyến vú là cần thiết để biết ung thư vú di căn qua đường bạch huyết như thế nào.

2. SINH LÝ HỌC TUYẾN VÚ

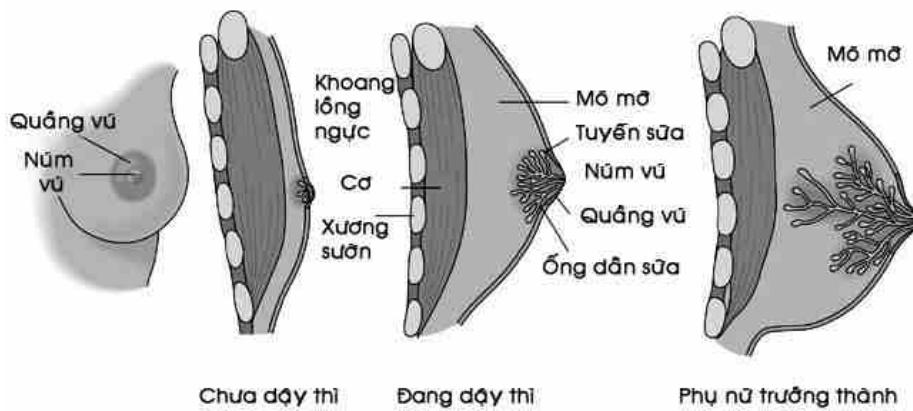
2.1. Thời kỳ sơ sinh

Chỗi vú và sự tiết sữa ở thời kỳ sơ sinh là do ảnh hưởng của nội tiết tố từ người mẹ (nồng độ estrogen cao) trong thai kỳ, sẽ biến mất trong vài tuần sau sinh.

2.2. Dậy thì

Kích thích đầu tiên để vú phát triển là các nội tiết tố buồng trứng, nội tiết tố này sau đó sẽ dẫn đến sự phát triển của vú. Đáp ứng với estradiol, tế bào biểu mô ống tuyến tăng sinh và các nhánh ống phát triển.

Estrogen, progesteron, prolactin, Insulin, cortisol, thyroxin và nội tiết tăng trưởng cần cho sự biệt hóa đầy đủ của vú bao gồm cả quá trình tiết sữa.



Hình 2. Các thời kỳ phát triển của vú

2.3. Những thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt

Vú ở người trưởng thành đáp ứng với các thay đổi nồng độ nội tiết tố xảy ra trong chu kỳ kinh nguyệt. Trong giai đoạn nang noãn, các ống và nhu mô vú tăng sinh. Trong giai đoạn hoàng thể, sự dãn rộng của các ống, sự gia tăng hoạt động tiết dịch trong ống và sự phì nề giữa các tiêu thùy dưới ảnh hưởng của progesteron dẫn đến sự gia tăng thể tích vú.

Với sự bắt đầu của kỳ kinh, vú trở về kích thước nhỏ nhất vào ngày thứ 8 của chu kỳ kinh. Thời điểm này lý tưởng cho việc thăm khám vú và chụp X quang vú cho hình ảnh có chất lượng cao.

2.4. Thai kỳ và thời kỳ cho con bú

Như đã mô tả ở trên, mặc dù vú đã trưởng thành nhưng vẫn chưa hoạt động cho đến khi có thai, đây là lúc xảy ra sự biệt hóa hoàn toàn của các tế bào nhũ nang tận cùng trong các tế bào tạo sữa. Vú to ra là một trong những dấu hiệu gián tiếp đầu tiên của có thai, đây là kết quả của sự tăng sinh tuyến.

Nồng độ prolactin tăng từ lúc mang thai 8 tuần cho đến khi thai đủ tháng. Estrogen từ nhau kích thích tuyến yên sản xuất và giải phóng prolactin.

Sữa đầu tiên còn gọi là sữa non được tạo bởi các tế bào nhũ nang bị thoái hóa mỡ và bong ra cùng các bạch cầu. Nồng độ estrogen và progesteron giảm sau khi sinh làm giải phóng prolactin và sự tiết sữa được thiết lập 3-4 ngày sau sinh.

2.5. Sự thay đổi của vú trong thời kỳ mãn kinh

Sau mãn kinh, mô tuyến teo nhỏ dần và được thay thế bởi mô mỡ.

3. ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN LOẠI

3.1. Định nghĩa

Bệnh vú lành tính là tất cả các bệnh lý của vú, ngoại trừ ung thư vú và các bệnh lý nhiễm trùng vú.

Bệnh lý này thường gặp ở biểu mô ống dẫn sữa, hoặc ở mô liên kết và mô mỡ.

3.2. Phân loại các bệnh vú lành tính

3.2.1. Bệnh vú lành tính lan toả

Có 2 dạng thường gặp:

- Bệnh xơ nang tuyến vú (Fibrocystic), tuổi hay gặp 29-49, tỷ lệ 34% tới hơn 50%.
- Dẫn ống dẫn sữa (Ductal ectasia), tuổi 35 -55, tỷ lệ 4%

3.2.2. Bệnh vú lành tính khu trú

- U xơ tuyến vú (Fibroadenoma of the breast), tuổi hay gặp 20 -49, chiếm tỷ lệ 19%.
- U nhú lòng tuyến (Intraductal papilloma).

3.2.3. Các khối u lành tính khác

- Khoảng 10%.
- U mô thừa (hamartoma). Phần lớn xuất hiện ở phụ nữ trên 35 tuổi.
- U mạch máu (Hemangioma)
- U mỡ (Lipoma).

4. CÁC BỆNH VÚ LÀNH TÍNH THƯỜNG GẶP

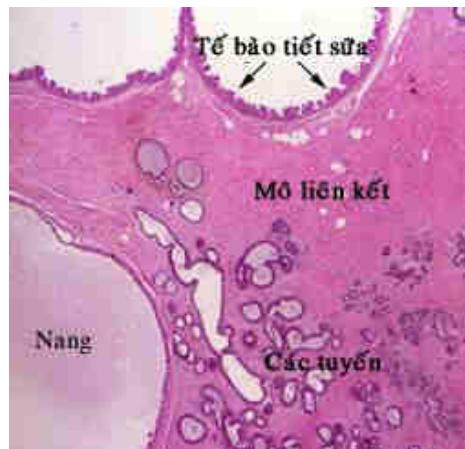
4.1. Xơ nang tuyến vú

Bệnh lý này có thể có hoặc không có những biểu hiện lâm sàng như đau hoặc khó chịu.

4.1.1. Giải phẫu bệnh

Đó là một tổn thương lan toả bao gồm nhiều bất thường phối hợp. Có 3 thành tố chính:

- **Các ống:** tăng sinh ống và sự hình thành nang.
- **U nang:** là do các phần của ống dẫn sữa ít nhiều bị dãn và chẽ tiết thanh dịch. Số lượng và kích thước của các u nang này thay đổi tùy trường hợp.
- **Các phân thuỷ:** tăng sinh tuyến (tăng sinh phân thuỷ) và tăng sinh tuyến xơ cứng
- **Đệm:** Xơ hoá



Hình 3. Giải phẫu bệnh xơ nang tuyến vú

Các thương tổn tăng sinh (tăng sinh các tế bào biểu mô, tăng sinh tuyến xơ cứng, u nhú) tăng nguy cơ ung thư vú. Sự tăng sinh kết hợp loạn sản làm tăng nguy cơ này tới 4-5 lần. Những thay đổi không tăng sinh (tăng sinh tuyến, nang, giãn ống dẫn sữa) không làm tăng nguy cơ ung thư vú.

4.1.2. Sinh lý bệnh

Đây là dạng bệnh lý phụ thuộc hormon. Đôi với tình trạng mất cân bằng giữa estrogen và progesteron trong một thời gian dài, tổ chức vú trải qua nhiều thay đổi hình thái khác nhau. Vào thời điểm tăng tiết estrogen, các tế bào biểu mô tăng sinh trong các ống (tăng sinh ống) và các phân thuỷ (tăng sinh tuyến). Với mức estrogen giảm, biểu mô cuộn xoắn, các ống trở thành nang, các phân thuỷ và vùng đệm tăng tổ chức xơ (tăng biểu mô tuyến xơ cứng và xơ cứng vùng đệm).

Bệnh lý này biến mất khi dừng chế tiết estrogen và progesteron (mãn kinh). Việc dừng quá trình rụng trứng qua việc sử dụng viên thuốc tránh thai, thuốc tiêm depo-provera v.v. có thể làm giảm một phần các triệu chứng nhưng không phải trong trường hợp nào cũng vậy.

4.1.3. Lâm sàng

- Tuổi: bệnh thường bắt đầu sau 30 tuổi, hay gặp ở giữa lứa tuổi 40-50. Các triệu chứng mất đi sau mãn kinh.

- Dấu hiệu cơ năng: Đau vú theo chu kỳ: thường xuất hiện khoảng 8 ngày trước khi hành kinh, biến mất sau hành kinh, đau tự nhiên, lan ra hai tay.

- Dấu hiệu thực thể:

+ Các u nang đặc trưng: Khói u tròn, giới hạn rõ, hơi cứng, thường đau, vị trí thường ở 1/4 trên ngoài, kích thước và số lượng thay đổi.

+ Các mảng cứng: lâm sàng thường thấy những mảng cứng trên vú giới hạn không rõ, vị trí hay gặp là 1/4 trên ngoài mất đi sau hành kinh.

+ Vú tăng thể tích.

4.1.4. Cận lâm sàng

- X quang vú (mammography): Trên X quang cho thấy

+ Vú tăng mật độ

+ Cản quang mờ tương ứng với các vùng bị phù nề

+ Cản quang tròn tương ứng với u nang.

+ Những vết canxi hoá to, nhỏ rải rác, không tập trung thành nhóm.

- Siêu âm có thể giúp phân biệt giữa các nang và các tổn thương cứng.

- Chọc hút làm tế bào.

- Chọc hút các nang cho phép đánh giá màu sắc của dịch. Khi chọc hút dịch lỗ máu phải nghĩ tới ung thư dạng nang. Tuy nhiên, nếu dịch trong, vẫn đục, vàng hoặc xanh, khi đó thường là nang lành tính. Sau chọc hút nang, cần khám lại vú nhằm đảm bảo khối u đã hoàn toàn loại bỏ. Nếu khối u còn sót, cần tiến hành sinh thiết.

4.1.5. Chẩn đoán phân biệt

- Đau:

+ Hội chứng tiền kinh: Thường đau ít hơn và bắt đầu 2-3 ngày trước khi có kinh, không có tăng thể tích vú rõ rệt, khám thấy vú mềm và đều đặn.

+ Đau thần kinh liên sườn: Đau thường 1 bên, thoảng qua vị trí ở một điểm xác định, không liên qua đến chu kỳ kinh.

- U nang: Có thể nhầm với u xơ tuyến. Việc xác định phân biệt giữa nang với khối u rắn qua khám thực thể sẽ không cho kết quả tin cậy. Trong trường hợp này, cần tiến hành siêu âm hoặc chọc hút/sinh thiết.

- Mảng cứng: Có thể khó phân biệt với một trường hợp ung thư vú, các mảng cứng này thường biến mất sau hành kinh, cải thiện với điều trị progestérone. Các mảng cứng liên quan tới u xơ nang thường ở cả hai bên, và có cảm giác một mảng dày khác với một khối cứng. Bất kể một khối cứng nào tồn tại trong hơn 2 chu kỳ kinh cần phải sinh thiết.

4.1.6. Điều trị

Có thể bắt đầu điều trị nếu bệnh nhân cảm thấy khó chịu và mong muốn được điều trị. Cảm giác đau thường biến mất một cách tự nhiên, và trong trường hợp này thường chỉ cần trấn an người bệnh là đủ.

- Chế độ ăn: Nên tránh các thực phẩm có chứa methylxanthines(cà phê, trà,côca côla, sôcôla). Tuy nhiên, không có bằng chứng rõ ràng đây là một biện pháp hiệu quả.

- Điều trị nội tiết:

+ Giai đoạn hoàng thể đơn thuần, từ ngày 15 -25 của chu kỳ kinh, 5mg medroxy - progesterone acetate (MPA).

+ Đồng vận Dopamin (ức chế prolactin), bromocriptine 2,5mg, tăng dần liều, khởi đầu với 0,5mg, 1mg, 2,5mg. Các tác dụng phụ gồm buồn nôn, chóng mặt.

+ Kháng estrogen, Danazol 100- 200mg/ngày, từ ngày 15-25 chu kỳ kinh. Do các thuốc này có tác dụng androgen nên việc sử dụng hormone này bị hạn chế.

+ Tamoxifen (Nolvadex) với liều 10mg/ngày từ ngày thứ 5 đến thứ 25 của vòng kinh.

- Thuốc kháng viêm không steroid.

- Phẫu thuật: Cắt bỏ nang trong các trường hợp:

+ Chọc dò dịch có lẫn máu

+ Có u nhú trong nang

+ Tế bào nghi ngờ

Có thể thực hiện dẫn lưu đơn thuần đối với nang có đau.

Sinh thiết giải phẫu bệnh trong các trường hợp:

+ Tồn tại mảng cứng sau dẫn lưu nang hoặc sau 2 chu kỳ kinh .

+ Nghi ngờ.

+ Có các tế bào loạn sản khi sinh thiết.

4.2. U xơ tuyến

4.2.1. Định nghĩa: khói u phát triển từ mô liên kết giữa các tiêu thuỷ.

4.2.2. Lâm sàng

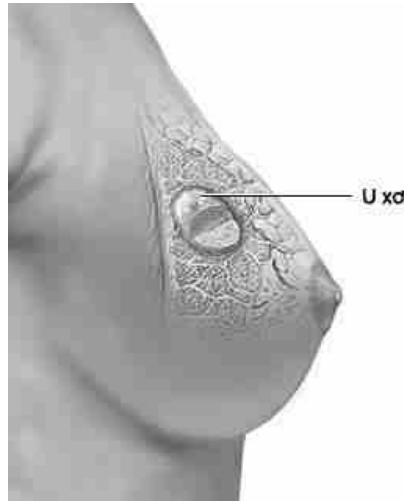
- Thường xảy ra trước tuổi 35

- Triệu chứng: Khối u có đặc điểm:

+ Chắc, xơ, đêu, tròn hoặc hình trứng, di động dưới da, không đau, không liên quan với chu kỳ kinh.

+ Kích thước thay đổi khoảng 2- 3cm.

+ Số lượng: thường chỉ có một u, đôi khi có nhiều u và xuất hiện kế tiếp theo thời gian.



Hình 2. U xơ tuyến vú

4.2.3. Cận lâm sàng

- X quang vú: cho thấy hình ảnh cản quang tròn, giới hạn rõ.
- Siêu âm: hình ảnh giới hạn rõ với echo(âm vang) giàu. Siêu âm và chụp vú ít có giá trị chẩn đoán đối với một khối cứng
 - Tế bào học: đối với một khối cứng, nên chọc dò bằng kim nhỏ hoặc sinh thiết giúp khẳng định chẩn đoán và loại trừ ung thư.

4.2.4. Dạng lâm sàng

- U xơ tuyến tái phát.
- U xơ tuyến to: thường phát triển nhanh dễ nhầm với khối u dạng lá

4.2.5. Tiến triển

U xơ tuyến không tạo nên yếu tố nguy cơ gây ung thư, thường ổn định và không đáp ứng với điều trị nội tiết. .

4.2.6. Điều trị

- Trước 35 tuổi:
 - + Theo dõi định kỳ mỗi 6 tháng
 - + Phẫu thuật khi:
 - ◆ Các xét nghiệm cho kết quả khác nhau.
 - ◆ Khối u to và phát triển nhanh
- Sau 35 tuổi:
 - Phẫu thuật cắt bỏ khối u làm giải phẫu bệnh.

4.3. Dẫn ống dẫn sữa

Dẫn các ống dẫn sữa là một quá trình diễn tiến thông thường nhưng ít kèm theo các dấu hiệu lâm sàng khó chịu. Đây là sự dẫn không đặc hiệu các ống dẫn sữa dưới quầng vú.

4.3.1. Lâm sàng

- Tuổi: hay gặp ở tuổi 25 - 50
- Triệu chứng:
 - + Tiết dịch ở núm vú, có thể gấp một bên hoặc 2 bên, tiết dịch tự nhiên, thường là dịch trong hoặc xám.
 - + Các áp-xe quanh quầng vú tái phát là một biến chứng của dẫn ống dẫn sữa.

4.3.2. Điều trị: Không cần điều trị gì nếu đã loại trừ ung thư.

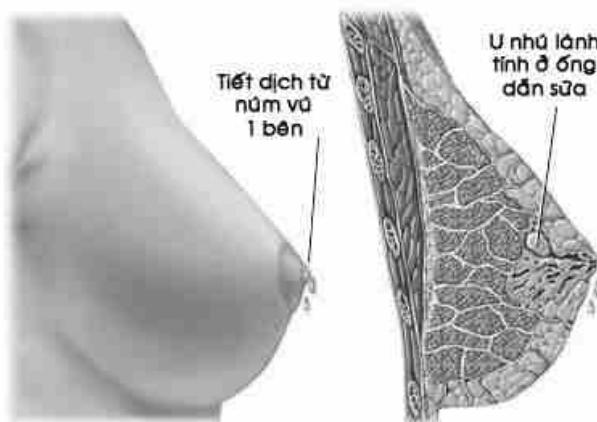
4.4. U nhú trong ống dẫn sữa

4.4.1. Định nghĩa:

Đó là sự tăng sinh biểu mô trung tâm trên trực tiếp liên kết và phát triển trong lòng ống dẫn sữa. Về mặt tổ chức học, các u nhú hình thành các lá nhú với các hạt xơ và có biểu mô tăng sinh bao phủ. Thêm vào đó, thường thấy các vùng đặc, hoặc thành ỏ hoặc thành mảng rõ. Biểu mô tăng sinh bao gồm các tế bào biểu mô và co-biểu mô.

4.4.2. Triệu chứng cơ năng:

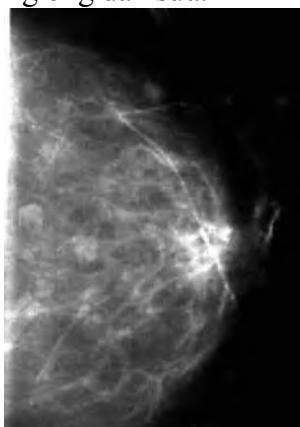
Tiết dịch hoặc máu tự nhiên một hoặc 2 bên vú. Ép xung quanh quầng vú có thể thấy dịch chảy ra từ núm vú. Dấu hiệu này thường gặp nhất ở bệnh lý u nhú trong ống dẫn sữa.



Hình 3. U nhú ống dẫn sữa

4.4.3. Cận lâm sàng

- Chụp X quang: nhằm loại trừ ung thư vú
- Chụp ống dẫn sữa (galactography): sau khi tiêm chất cản quang vào ống dẫn sữa, sẽ thấy ống dẫn sữa bị tắc và u nhú trong ống dẫn sữa.



Hình 4. Hình ảnh ống dẫn sữa bị tắc qua chụp ống dẫn sữa

4.4.4. Điều trị:

Phẫu thuật là phương pháp chủ yếu. Người ta có thể đánh dấu khối u trước mổ bằng cách tiêm xanh methylen..

4.4.5. Tiến triển:

U nhú trong ống dẫn sữa thường lành tính.

4.5. U mỡ

Là sự tăng sinh của các tế bào mỡ, tạo nên khối u có vỏ bọc.

4.5.1. Chẩn đoán

Hình ảnh siêu âm của u mỡ giống như mô mỡ tuyến vú, phản âm kém, đồng nhất dễ nén ép. Khi có ít mô sợi, u mỡ có thể kém đồng nhất với thành phần sinh âm, một viền tăng âm do vỏ bao có thể điển hình. Khối u đường kính 35mm, bờ rõ nhẵn, cấu trúc đồng nhất.

4.5.2. Điều trị:

Cắt bỏ u khi có triệu chứng hoặc vì lý do thẩm mỹ. Thủ thuật thực hiện với đường rạch da quanh quầng vú.

4.6. Túi sữa

Nếu tắc ống dẫn sữa trên một bệnh nhân đang cho con bú có thể đưa đến sự tạo thành u bọc dịch chứa sữa, gọi là túi sữa. Túi sữa trong trường hợp chảy sữa không liên quan đến hậu sản thì hiếm gặp.

Xử trí

Vì chẩn đoán túi sữa rõ ràng trong thời kỳ cho con bú nên chọc hút để chẩn đoán và điều trị. Có thể lặp lại thủ thuật này trong trường hợp tái phát.

5. KHÁM VÚ VÀ CÁC PHƯƠNG PHÁP THĂM DÒ TUYẾN VÚ

5.1. Khám vú

Đối với phụ nữ chưa mãn kinh thời điểm khám vú tốt nhất từ ngày thứ 8 đến ngày thứ 10 của chu kỳ kinh. Với phụ nữ mãn kinh hoặc đã cắt tử cung nên chọn vào một thời điểm cố định để khám.

Thực hiện các bước của quá trình khám ở 2 tư thế:

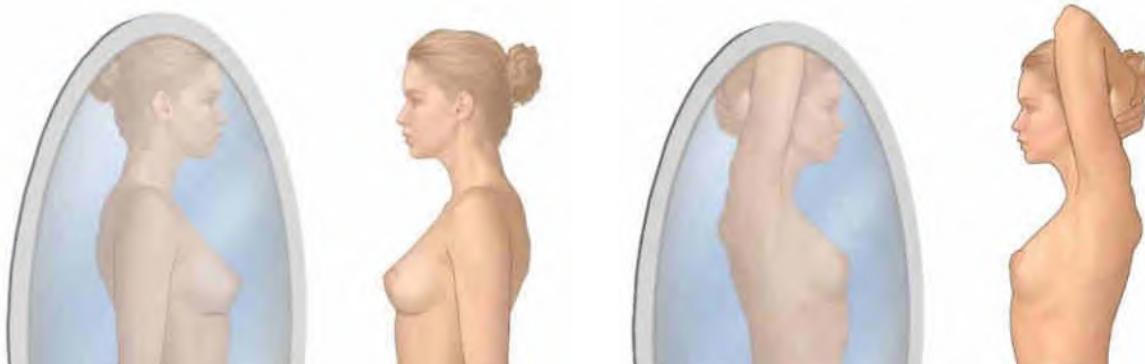
- Đứng thẳng, tay chống hông
- Nằm với tay vòng qua đầu.

5.1.1. Quan sát: Sự cân đối của vú, biến dạng, biến đổi của da, thay đổi màu sắc

5.1.2. Sờ nắn hai bên vú

- Khám vú theo đúng phương pháp tất cả các khu và dưới núm vú (khám trên và dưới từ trái qua phải hoặc khám theo xoắn ốc bắt đầu từ núm vú đi ra ngoài)

- Kiểm tra xem có dịch chảy từ núm vú, những thay đổi ở da
- Ghi nhận các kết quả khám theo từng vùng và theo chiều kim đồng hồ, kích thước, tính đồng đều (dạng nang, rắn, mềm-dàn hồi), di động, có ranh giới ngoại tiếp rõ ràng hay (ngược lại, có thể một phần của nhu mô vú), căng đau.
- So sánh giữa vùng nghi ngờ với vùng đối diện vú bên kia .
- Khám các hạch bạch huyết: vùng nách, vùng trên xương đòn



Hình 3. Tư thế tự quan sát vú



A. Tư thế nằm

B. Tư thế đứng

C. Các hướng tự khám vú

Hình 4. Hướng dẫn tự khám vú

5.2. Các xét nghiệm

5.2.1. Chụp vú

- Nên tiến hành chụp kiểm tra hàng năm vào độ tuổi 50-60, còn đối với độ tuổi 40-50 và trên 65 hiện còn nhiều ý kiến tranh luận xung quanh việc có cần chụp kiểm tra hàng năm hay không. Việc chụp không đưa lại kết quả đủ độ nhạy và đặc hiệu ở phụ nữ trẻ vì mật độ của vú khi chụp cao hơn.

- Độ nhạy: 80-94%: độ nhạy của kết quả sẽ tăng lên theo tuổi. Độ nhạy sẽ giảm đáng kể ở những phụ nữ thuộc giai đoạn tiền mãn kinh. Độ đặc hiệu: khoảng 95-98%

- Kết quả chụp vú (mammography) khi có khối bất thường ở vú để chẩn đoán khác với kết quả chụp vú mang tính sàng lọc, kiểm tra và thủ thuật này cần được tiến hành theo một qui trình khác. Chụp vú chẩn đoán có thể gồm: nhìn tổng quát, chụp từng điểm, chụp để lấy hình ảnh tiếp tuyến v.v.



Hình 5. Hình ảnh chụp vú

- Chụp vú trong trường hợp khối bất thường sờ nắn trước tiên nhằm sàng lọc và kiểm tra bên vú đối xứng xem có khối ung thư không phát hiện được qua sờ nắn (3% các trường hợp có khối ung thư cả 2 bên vú). Một kết quả chụp vú bình thường với sự có mặt của khối u sờ nắn được thường có khoảng 15-20% cũng không cung cấp thêm thông tin nào khác. Do đó cần tiếp tục kiểm tra thêm (sinh thiết).

- Chụp vú không thể giúp phân biệt chính xác những khối u lành và ác tính, tuy nhiên, trong một số trường hợp có thể giúp cung cấp thêm thông tin định dạng khối u. Theo một đánh giá (Layfield), kết quả chụp vú bị diễn giải nhầm là u lành tính trong 8% các trường hợp mắc ung thư và được chẩn đoán là ung thư trong 16% các ca có khối u lành tính. Kết quả phân tích hệ thống BI-RADS gần đây cho thấy 20% trường hợp ung thư vú được chẩn đoán là bình thường và 0% trường hợp nghĩ nhiều tới u ác tính khi không có ung thư (20% trong các trường hợp lành tính được diễn giải theo kết quả BI-RADS 3 hoặc 4). Chính vì vậy, cần những xét nghiệm tiếp tục để khẳng định kết quả chẩn đoán.

- Kết quả chụp vú cần được ghi nhận một cách hệ thống. Một trong những hệ thống lưu trữ phổ biến là phân loại BI-RADS (Viết tắt của Hệ thống báo cáo kết quả chẩn đoán hình ảnh và dữ liệu liên quan tới bệnh vú) của Trường đào tạo chẩn đoán X-quang của Hoa Kỳ:

0. Đánh giá chưa đầy đủ, cần thêm các chẩn đoán hình ảnh

1. Bình thường

2. Bất thường lành tính

3. Có khả năng lành tính/ có khả năng ác tính. Cần tiếp tục theo dõi thêm một giai đoạn ngắn: 2% nguy cơ mắc ung thư.

4. Nghị ngờ khối u ác tính

5. Được coi là ác tính tới khi tìm được bằng chứng khẳng định chẩn đoán

5.2.2. Siêu âm

- Không được coi là xét nghiệm sàng lọc phù hợp vì độ nhạy thấp

- Hỗ trợ cho chụp vú trong trường hợp cần phân biệt giữa u nang và khối đặc
- Có thể bắt đầu bằng siêu âm và/ hoặc làm tách biệt (trước khi chụp vú) đối với phụ nữ trẻ (dưới 35 tuổi) có nghi ngờ khối u nang.
- Có ích lợi trong việc hướng dẫn chọc hút sinh thiết đối với các khối u nang hoặc định vị các điểm can xi hoá hoặc các khối rắn trong quá trình sinh thiết trung tâm khối u.

5.2.3. Chọc hút bằng kim

- Ngược với chọc hút bằng kim nhỏ (FNA), đây là việc chọc hút nang có sử dụng bơm tiêm và kim chuẩn không hút các tổ chức tế bào. Đây là một thủ thuật đơn giản, rẻ tiền, và người làm cần được huấn luyện cơ bản. Dịch hút có máu cần được gửi đi làm tế bào học và cần thực hiện chọc hút bằng kim nhỏ hoặc sinh thiết tổ chức.

- Trong trường hợp dịch hút trong, không cần làm tiếp các thủ thuật khác, nang tiêu biến, không tái phát và quả chụp vú cho kết quả bình thường.

- Chụp vú cần tiến hành cùng với việc chọc hút nang ngay cả trong trường hợp dịch hút từ nang trong. Việc chọc hút có thể làm trước hoặc sau chụp vú, tuy nhiên, cần nhớ việc chọc hút ngay trước khi chụp vú có thể tạo ra khối huyết tụ, khối này có thể che khuất hoặc ảnh hưởng một phần hình ảnh chụp vú. Nên chờ 2 tuần giữa các thủ thuật này.

- Khi nang vú được xác định qua chụp vú nhưng không thể sờ nắn được, có thể tiến hành chọc hút với sự hướng dẫn của siêu âm. Đối với những khối u sờ nắn được, việc chọc hút có thể không cần tới sự hỗ trợ của siêu âm.

5.2.4. Chọc hút bằng kim nhỏ (FNA):

Đây là thủ thuật hút các tổ chức tế bào sử dụng một bơm tiêm đặc biệt và các kỹ thuật hút tổ chức tế bào.

Đây là thủ thuật mang tính chẩn đoán và điều trị (giảm đau). Vì lý do này, siêu âm sẽ là thủ thuật được lựa chọn nhiều hơn để chẩn đoán các nang sờ nắn được.

Đảm bảo gần 100% độ đặc hiệu. Các kết quả dương tính giả có thể xảy ra với hoại tử mỡ, viêm vú, các u nhú ống dẫn sữa, u xơ tuyến và sự thay đổi liên quan tới tia xạ.

Không thể phân biệt các ung thư xâm lấn và không xâm lấn hoặc giữa các u hạch và ung thư ít biệt hoá.

Độ nhạy của thủ thuật là 85-94% và phụ thuộc vào kỹ năng của người thực hiện. Các kết quả âm tính giả thường do chọn vị trí chọc hút không chính xác.

Người thực hiện thủ thuật này cần được đào tạo và có chuyên gia tế bào bệnh học có kinh nghiệm đọc kết quả.

5.2.5. Sinh thiết trung tâm khối u:

Giúp lấy phần tổ chức trung tâm khối u (loại sờ nắn được) hoặc được xác định bằng X-quang.

Thường sử dụng kim chọc cỡ 14, có thể dùng với máy hút hoặc không. Thủ thuật này lấy được trung tâm khối u để tiến hành xét nghiệm tế bào.

Thủ thuật này ít tổn kém và ít nguy cơ hơn so với sinh thiết và phẫu thuật mổ, không để lại sẹo.

5.2.6. Sinh thiết phẫu thuật mở

Cắt bỏ khối u và cắt rộng thêm 1cm bờ tổ chức lành (lumpectomy) (trừ trường hợp ngoại lệ đối với những khối u lành tính như u tuyến xơ, thường được cắt bỏ với một diện mở rộng tối thiểu so với ranh giới khối u)

5.2.7. Các phương pháp kết hợp:

Sàng lọc kết hợp 3 phương pháp

Việc kết hợp giữa khám thực thể, chọc hút bằng kim nhỏ (FNA) hoặc sinh thiết trung tâm khối u và chụp vú sẽ tăng độ chính xác của chẩn đoán bệnh.

Khi cả 3 xét nghiệm trên cho cùng một kết quả, có thể khẳng định tính chính xác và chắc chắn của chẩn đoán tới 99%.

6. QUI TRÌNH CHẨN ĐOÁN BỆNH

Việc lựa chọn các phương pháp chẩn đoán phụ thuộc vào:

- Tính sẵn có và tính chính xác của các phương pháp: chọc hút bằng kim nhỏ (FNA), chụp vú, siêu âm và chỉ định phẫu thuật

- Có nghi ngờ u ác tính

Các qui trình kết hợp các xét nghiệm chẩn đoán khác nhau về thứ tự và thời điểm tiến hành. Đa phần các trường hợp đều cần tiến hành 3 chẩn đoán kết hợp: khám thực thể, chụp vú và/hoặc siêu âm, và sinh thiết.

Các lựa chọn khác bao gồm:

- Chọc hút bằng kim nhỏ hoặc chọc hút đơn thuần thường được coi là lựa chọn 1 so với siêu âm trong các trường hợp nghi ngờ khối u nang.

- Đối với những phụ nữ trẻ nghi ngờ có u tuyến xơ, nếu chọc hút bằng kim nhỏ khẳng định kết quả chẩn đoán thì không cần làm thêm xét nghiệm khác như chụp vú.

- Đối với phụ nữ dưới 35 tuổi (trừ những đối tượng có tiền sử gia đình nổi bật liên quan tới việc mắc u vú), chụp vú không phải là lựa chọn ban đầu. Nên tiến hành chẩn đoán bằng siêu âm và/hoặc chọc hút bằng kim nhỏ trước tiên.

Những điểm cần lưu ý :

+ Chọc hút bằng kim nhỏ thông thường không hoàn toàn loại bỏ chẩn đoán ung thư. Sinh thiết trung tâm khối u sẽ cho chẩn đoán có độ nhạy và độ chính xác cao hơn.

+ Chụp vú thông thường trong trường hợp khối u thuộc dạng sờ nắn được cũng không loại trừ ung thư.

+ Nếu các xét nghiệm chẩn đoán cho kết quả khác nhau: trường hợp chụp vú cho kết quả nghi ngờ, còn chọc hút bằng kim nhỏ lại cho kết quả âm tính cần tiếp tục chẩn đoán và theo dõi chặt chẽ.

+ Cần theo dõi thường xuyên (ví dụ khám định kỳ 3-6 tháng một lần trong vòng 18 tháng) ngay cả khi chẩn đoán khối u lành tính để phát hiện các kết quả âm tính giả.

UNG THƯ VÚ

Mục tiêu học tập

1. Tóm tắt được phân loại ung thư vú theo TNM
2. Liệt kê được các yếu tố tiên lượng của ung thư vú
3. Trình bày được chẩn đoán và đưa ra thái độ xử trí ung thư vú

1. ĐẠI CƯƠNG

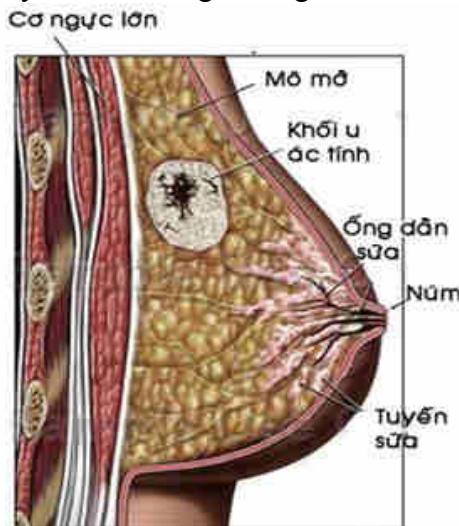
Ung thư vú là u tân sinh ác tính thường gặp ở phụ nữ tại các nước công nghiệp, tần suất 60 đến 70/100.000 dân/năm.

Ở các nước đang phát triển, ung thư vú chiếm 30% ung thư phụ khoa, đứng hàng thứ hai sau ung thư cổ tử cung. Ở Việt Nam, tỷ lệ tử vong do ung thư vú cao hơn ung thư cổ tử cung ở phía bắc, ngược lại ở phía nam, ung thư cổ tử cung lại đứng hàng đầu.

Tuổi: tăng rất nhanh kể từ 40 tuổi, trung bình 50-60. Tử vong do ung thư vú tăng một cách đều đặn mỗi năm.

- Các yếu tố nguy cơ:

- + Tiền sử gia đình: có mẹ hoặc chị bị ung thư vú, đặc biệt là bị trước thời kỳ mãn kinh.
- + Chưa sinh đẻ.
- + Thai nghén muộn sau 30 tuổi.
- + Tiền sử các ung thư tuyến khác bao gồm ung thư nội mạc, buồng trứng và ruột.



Hình 1. Khối u ác tính ở vú

2. GIẢI PHÂU BỆNH

2.1. Ung thư biểu mô tại chỗ: thường không có biểu hiện lâm sàng. Các tế bào ác tính ở bên trong của ống hoặc thuỷ vú, chưa xâm lấn.

Cần phân biệt ung thư biểu mô ống tại chỗ (in situ) và ung thư biểu mô tiêu thụy tại chỗ vì có sự khác biệt trong điều trị. Ung thư biểu mô tiêu thụy tại chỗ điều trị bằng liệu pháp phong toả hóa môn hoặc cắt bỏ khối u, trong khi ung thư biểu mô ống tại chỗ điều trị bằng cắt bỏ khối u hoặc cắt bỏ vú.

2.2. Ung thư xâm lấn: Khi các tế bào ác tính xâm lấn mô liên kết quanh ống dẫn sữa (ung thư biểu mô ống) hoặc quanh tiêu thụy (ung thư biểu mô tiêu thụy).

2.2.1. Đại thể: Đó là khối u chắc, không đều, không giới hạn rõ, dính với tổ chức xung quanh thường có màu trắng xám.

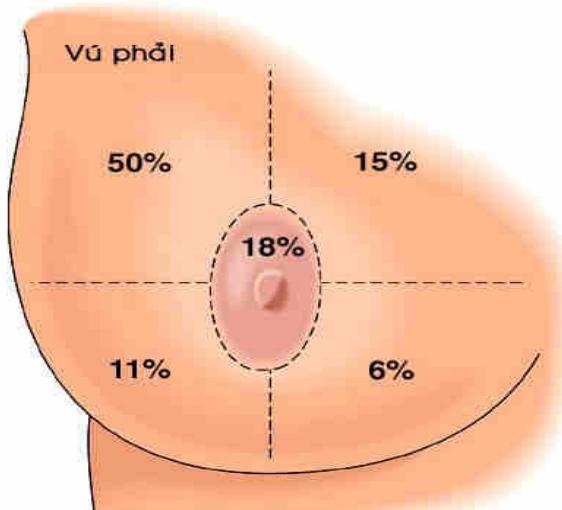
2.2.2. Vị thể: Đa số các trường hợp ung thư vú xâm lấn phát sinh từ liên bào của thuỷ hay óng dẫn của tuyến vú, ung thư tổ chức liên kết của vú rất hiếm gặp.

- Ung thư biểu mô óng xâm lấn: phát triển từ các óng dẫn sữa. Chiếm 80% trong tổng số các ung thư vú, mức độ biệt hoá của ung thư liên quan mật thiết đến tiên lượng bệnh.

- Ung thư biểu mô tiêu thuỷ xâm lấn: phát triển ở phần cuối của thuỷ vú (tiêu thuỷ) loại này thường có nhiều ổ và gấp cả 2 vú. Vì thế, việc điều trị thường gặp khó khăn mặc dù cắt bỏ hai vú hoặc tạo hình hoặc hoá liệu pháp kết hợp.

3. TIỀN TRIỂN

3.1. Vị trí: có thể gặp bất cứ ở vị trí nào trên vú nhưng thường gặp nhất là một phần tư trên ngoài.



Hình 2. Tỷ lệ xuất hiện khối u theo vùng

3.2. Tiền triển tại chỗ: thời gian phát triển khối u thay đổi tùy trường hợp. Một khối u đường kính 1cm phát triển trong vòng 10 năm. Do vậy, khi chẩn đoán trên lâm sàng phát hiện được khối u là lúc bệnh đã ở giai đoạn muộn, có thể đã phát triển sang các phần khác của cơ thể.

3.3. Lan tràn theo hệ bạch huyết

Lan tràn trong ung thư vú chủ yếu là theo đường bạch huyết, sau đó theo đường máu và lan tràn trực tiếp.

Một khối u < 3cm trong hơn 1/3 trường hợp đã có xâm lấn hệ bạch huyết; các nhóm hạch nách là nhóm chủ yếu bị tổn thương, rồi đến các nhóm hạch:

- Nhóm dưới cơ ngực bé.
- Nhóm sau cơ ngực bé.
- Nhóm thượng đòn.
- Nhóm vú trong.

3.4. Di căn

Vị trí di căn thường gặp là phổi, xương, gan.

Nếu có di căn thì thường di căn rất sớm. Người ta nhận thấy rằng từ 1g khối u giải phóng trong tuần hoàn 3 triệu tế bào trong 24 giờ.

Do vậy ung thư vú được xem như một bệnh toàn thân với điểm khởi đầu là tuyến vú. Vì thế điều trị tại chỗ là chưa đủ, có 90% các trường hợp tái phát xuất hiện ở các bộ phận xa vú.

3.5. Phụ thuộc hormon

Ung thư vú là bệnh có đặc tính phụ thuộc vào hormon, những trường hợp có thụ thể Estrogen và thụ thể Progesteron dương tính thì 80% đáp ứng với điều trị hormon và ngược lại các trường hợp âm tính chỉ có dưới 10% đáp ứng với điều trị hormon.

4. PHÂN LOẠI THEO T. N. M.

4.1. Tumor (T) kích thước khối u đo được trên lâm sàng

- TX: u nguyên phát được đánh giá được.
- TIS: khối u có thể là biểu mô ống hoặc biểu mô tiêu thuỷ tại chỗ hoặc bệnh Paget (chưa xâm lấn).
- T0: khối u không sờ được trên lâm sàng (nhưng đã xâm lấn).
- T1: khối u có đường kính lớn nhất ≤ 2cm
- T2: khối u có đường kính lớn nhất từ 2-5 cm
- T3: khối u có đường kính lớn nhất > 5cm
- T4: khối u với mọi kích thước lan tràn trực tiếp đến da; thành ngực.

4.2. Nodule (N): tình trạng của bệnh lý hạch

NX: Hạch vùng không thể đánh giá được

No: Không có hạch di căn vùng.

N1: Di căn vào hạch nách cùng bên, hạch còn di động được.

N2: Di căn hạch nách cùng bên, hạch không di động hoặc tạo thành đám.

N3: Di căn hạch dưới đòn cùng bên hoặc di căn hạch vú trong cùng bên.

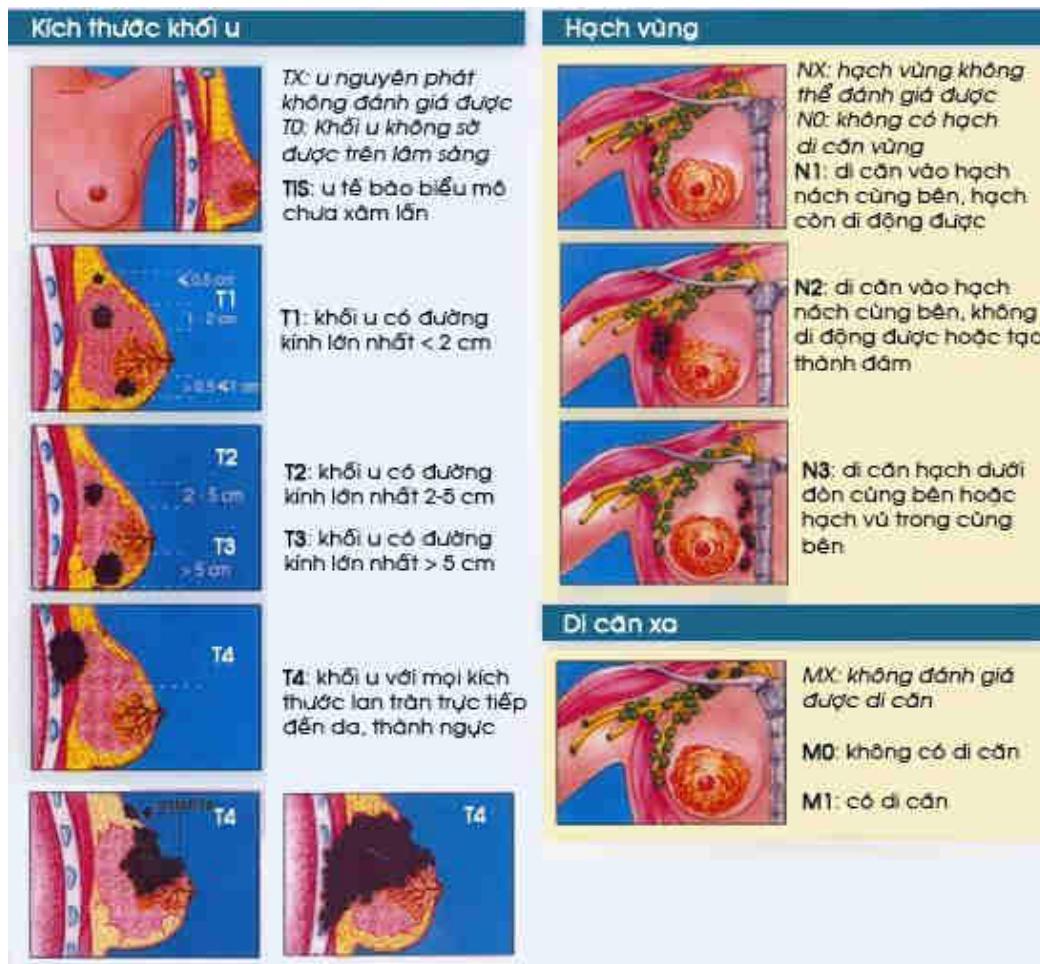
Ký hiệu N (-) và N (+) tương ứng với không hoặc có xâm lấn hạch về mặt tổ chức học.

4.3. Metastase (M): di căn được phát hiện trên lâm sàng hoặc bằng X quang

MX: Không đánh giá được di căn.

Mo: Không có di căn.

M1: Có di căn



Hình 3. Phân loại ung thư vú theo T.M.N

5. CÁC YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG

- Kích thước khối u.
- Mức độ biệt hoá tế bào.
- Sự hiện diện của các thụ thể hormon estrogen, progesteron.
- Vị trí di căn hạch có ý nghĩa lớn trong tiên lượng. Khi đã di căn hạch thượng đòn tiên lượng thường xấu.

Về lâm sàng cần thêm khái niệm về đánh giá sự tiến triển của khối u gọi là pha tiến triển hay PEV ($P=?$ $E=?$ $V=?$).

PEV0: Khối u được xem là không tiến triển

PEV1: khối u tăng gấp đôi thể tích trong 3 tháng.

PEV2: khối u với các dấu hiệu viêm da

PEV3: khối u với các dấu hiệu viêm, chiếm đến 2/3 vú (ung thư biểu mô tuyến vú thể viêm tấy).

6. CHẨN ĐOÁN

Trong 80% các trường hợp đến khám là do bệnh nhân tự phát hiện thấy có một u nhỏ ở vú.

6.1. Lâm sàng

Ung thư vú xâm lấn có thể biểu hiện bởi các dấu hiệu lâm sàng khác nhau tùy theo giai đoạn. Triệu chứng chính là sờ thấy khối u ở vú. Ngoài ra khi quan sát và sờ nắn vú có thể tìm thấy dấu co kéo da, dấu hiệu da cam, vết loét trơn, mất cân xứng giữa hai vú, tiết dịch bất thường ở vú. Trường hợp muộn có thể sờ thấy hạch nách.

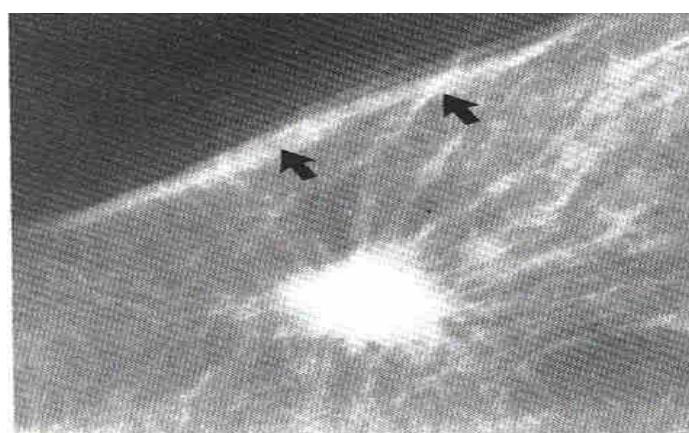
6.2. Cận lâm sàng

- Chụp X quang vú (mammography): có giá trị chẩn đoán trong 80% trường hợp.
Phải chụp cả hai bên với 3 film mỗi vú (thẳng, nghiêng, xiên nách).

Các hình ảnh ác tính:

- + Hình ảnh hình gai đá
- + Khối u không đều
- + Các điểm canxi hoá nhỏ, không đều, tập trung thành đám.
- + Da vùng khối u dày

Nếu có điều kiện hay trong trường hợp nghi ngờ thì chụp CT Scan có khả năng phát hiện cao hơn nhiều kể cả những tổn thương 1mm.



Hình 4. Vôi hoá hình sao

Ung thư xâm lấn

- Siêu âm: hữu ích đối với các trường hợp vú có mật độ cao, cho phép thấy tổn thương không đồng nhất với giới hạn mờ.

- Chọc hút tế bào với kim nhỏ cho phép chẩn đoán chính xác 90% trường hợp.
- Sinh thiết: một vài loại kim cho phép lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh, phương pháp này rất được ưa thích trong những trường hợp mổ không phải là ý định đầu tiên.
- Phát hiện di căn: Bao gồm chụp phim phổi, siêu âm gan, chụp xương nháy nháy, định lượng CA 15-3 (Carcinoma Antigen)

6.3. Hình thái lâm sàng khác

6.3.1. Hình thái tiềm ẩn: là những tổn thương kích thước nhỏ dưới 1cm nên khó phát hiện khi khám lâm sàng, nên phải làm các xét nghiệm hỗ trợ để phát hiện. Người ta phân biệt 2 dạng về tổ chức bệnh học trên phim X - quang.

- Ung thư xâm lấn: biểu hiện dưới dạng hình sao, cản quang không đều hoặc các điểm canxi tập trung thành đám không đều.
- Ung thư tại chỗ: biểu hiện chủ yếu dưới dạng các điểm canxi hoá.

6.3.2. Hình thái tiến triển và toàn phát: dễ phát hiện trên lâm sàng.

- Ung thư tiến triển nhanh đến PEV2, PEV3. Thường tiên lượng rất xấu.
- Dạng toàn phát tương ứng với các ung thư giai đoạn muộn đó là các khối u thể tích lớn với sự co rút da, xâm lấn da hoặc lan tràn đến cơ ngực lớn.

6.3.3. Các hình thái đặc biệt: có thể biểu hiện bởi các dấu hiệu gián tiếp.

- Co rút một bên núm vú.
- Tiết dịch tại núm vú: thanh dịch hoặc dịch lẩn máu.
- Bệnh Paget: thường biểu hiện như eczéma ở một trong 2 núm vú.
- Hình thái theo vị trí:
 - + Ung thư $\frac{1}{4}$ trên ngoài thường gặp nhất.
 - + Ung thư trung tâm dưới núm vú: đặt vấn đề điều trị tại chỗ

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Điều trị tại chỗ

7.1.1. Phẫu thuật: có thể bảo tồn vú hoặc không bảo tồn

- Cắt bỏ vú + nạo hạch: Phẫu thuật Patey.
- Cắt bỏ vú tận gốc: Phẫu thuật Halsted (cắt bỏ vú, cơ ngực lớn và nạo hạch nách).
- Cắt bỏ khối u + nạo hạch nách.
- Cắt bỏ hai buồng trứng mục đích là loại bỏ nguồn sản xuất estrogen nội sinh ở phụ nữ trước mãn kinh trong trường hợp thụ thể estrogen và progesteron dương tính.

7.1.2. Điều trị tia xạ: có nhiều phương pháp

- Tia xạ trên vú sau khi cắt bỏ khối u + nạo hạch
- Tia xạ trên da vùng ngực sau khi cắt bỏ vú
- Tia xạ trên vùng hạch: hạch nách, chuỗi hạch vú trong, chuỗi hạch thượng đòn.

7.2. Điều trị di căn xa

7.2.1. Hóa trị liệu:

Các thuốc được dùng trong đa hóa trị liệu bao gồm: Endoxan, 5FU, Methotrexate và Anthracyclines.

Có nhiều phương pháp hóa trị liệu với các mục đích khác nhau:

- Hoá trị liệu với mục đích tiêu diệt các di căn nhỏ ở xa được chỉ định sau mổ tuỳ theo các yếu tố tiên lượng, mô học và sinh dục.
- Hoá trị liệu với mục đích giảm thể tích khối u hoặc ngăn chặn sự phát triển khối u chỉ định trước mổ đối với các khối u thể tích lớn, hoặc tiến triển.

7.2.2. Điều trị hormon

Nguyên tắc của điều trị hormon là làm giảm kích thước khối u hoặc các di căn với ảnh hưởng của estrogen. Các chế phẩm kháng estrogen (Tamoxifene) có ức chế sự cố định Estradiol ở mô vú, có thể được lựa chọn đầu tiên đối với các trường hợp tiến triển có thụ thể (+). Liệu pháp này có thể áp dụng để điều trị hỗ trợ.

Dự phòng hoặc chữa trị các di căn có thể sử dụng đơn độc hoặc phối hợp với hoá trị liệu.

SA SINH DỤC

Mục tiêu học tập

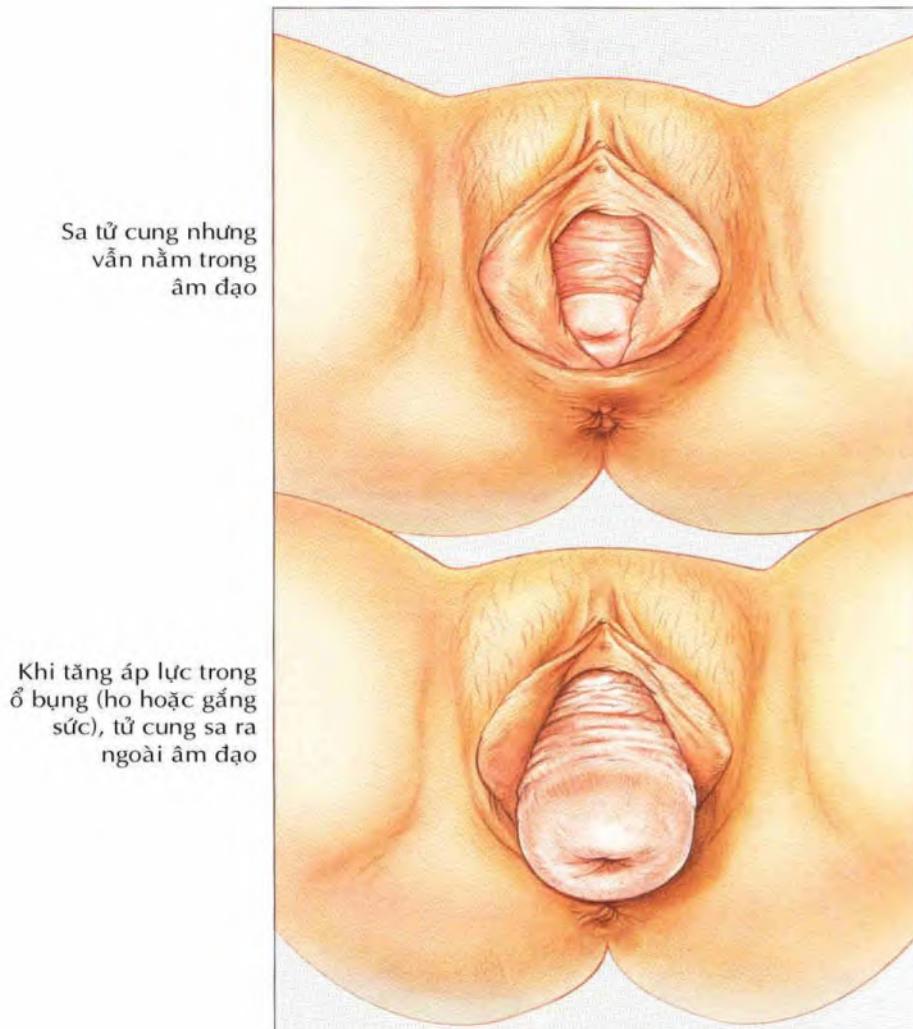
1. Giải thích được cách sinh bệnh và nguyên nhân của sa sinh dục.
2. Mô tả các triệu chứng của bệnh sa sinh dục.
3. Giải thích được cách phòng ngừa bệnh của sa sinh dục.
4. Xác định được các phương pháp điều trị sa sinh dục.

1. ĐẠI CƯƠNG

Sa sinh dục là hiện tượng tử cung sa xuống thấp trong âm đạo hoặc sa hẳn ra ngoài âm hộ, thường kèm theo sa thành trước âm đạo và bàng quang hoặc thành sau âm đạo và trực tràng.

Sa sinh dục là một bệnh khá phổ biến ở phụ nữ Việt Nam, nhất là phụ nữ làm việc nặng, sinh đẻ nhiều, đẻ không an toàn trong lứa tuổi 40-50 tuổi trở lên. Người chưa đẻ lần nào cũng có thể sa sinh dục nhưng ít gấp hơn và chỉ sa cổ tử cung đơn thuần.

Bệnh không nguy hiểm đến tính mạng nhưng ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt, lao động.



Hình 1. Sa sinh dục

2. CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Do sự thay đổi tư thế tử cung

Bình thường tư thế tử cung trong hố chậu là gập trước, đố trước - thân tử cung gập với cỗ tử cung một góc 120° . Cỗ tử cung gập với trục âm đạo một góc 90° .

Các trường hợp tử cung đố sau, hay tử cung trung gian là yếu tố làm dễ sa sinh dục.

2.2. Do tổ chức cơ

Cơ hoành chậu và cơ nâng hậu môn là các tổ chức quan trọng nhất để giữ cho tử cung khỏi sa. Các trường hợp rách cơ vòng hậu môn, màng cơ giãn mỏng, nhân trung tâm của tầng sinh môn bị phá huỷ, dẫn đến sa thành âm đạo, sa tử cung.

2.3. Do tổ chức liên kết và dây chằng

Đó là do giãn các dây chằng tử cung - cùng, dây chằng tròn, dây chằng rộng. Các trường hợp giãn dây chằng đều gây sa sinh dục.

Tổ chức liên kết dưới phúc mạc và trên cơ nâng hậu môn kết hợp thành những vách ràng buộc các tạng với thành chậu, đáy chậu. Khi các tổ chức này bị tổn thương hoặc lỏng lẻo cũng góp phần vào sa sinh dục.

3. NGUYÊN NHÂN

3.1. Chửa đẻ

Đè nhiều, đè dày, đè không an toàn, không đúng kỹ thuật, rách tầng sinh môn không khâu.

3.2. Lao động quá nặng

Lao động quá nặng hay quá sớm sau đẻ làm áp lực ổ bụng tăng lên khi các tổ chức còn yếu, chưa trở lại bình thường.

3.3. Rối loạn dinh dưỡng

Thường gặp những người bị bệnh mãn tính, suy dinh dưỡng, lớn tuổi.

3.4. Cơ địa

Ngoài ra còn do cơ địa bẩm sinh ở phụ nữ chưa đẻ lần nào, ở phụ nữ có sự thay đổi giải phẫu và chức năng của cơ quan sinh dục. Các trường hợp này thường sa cỗ tử cung đơn thuần.

4. GIẢI PHẪU BỆNH VÀ PHÂN LOẠI

4.1. Thể bệnh

4.1.1. Sa sinh dục ở người chưa đẻ

Ở những người chưa đẻ thường là sa cỗ tử cung đơn thuần. Cỗ tử cung dài, sa ra ngoài âm hộ nhưng thành âm đạo không sa.

4.1.2. Sa sinh dục ở người đẻ nhiều lần

Trước tiên là sa thành trước hoặc sa thành sau âm đạo sau đó kéo tử cung sa theo.

4.2. Phân độ

4.2.1. Sa độ I

- Sa thành trước âm đạo (kèm theo sa bàng quang)

- Sa thành sau (kèm theo sa trực tràng)

- Cỗ tử cung ở thấp nhưng còn ở trong âm đạo, ngang với hai gai toạ, chưa nhìn thấy ở ngoài âm hộ.

4.2.2. Sa độ II

- Sa thành trước âm đạo (kèm theo sa bàng quang)

- Sa thành sau âm đạo (kèm theo sa trực tràng)

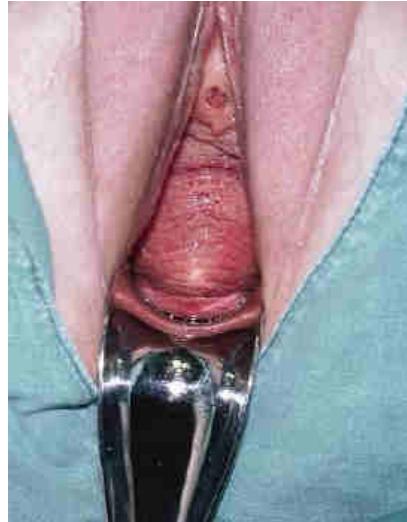
- Cỗ tử cung thấp thò âm hộ

4.2.3. Sa độ III

- Sa thành trước âm đạo (kèm theo sa bàng quang)

- Sa thành sau âm đạo (kèm theo sa trực tràng)

- Tử cung sa hẳn ra ngoài âm hộ

**Hình 2.** Các kiểu sa sinh dục**Hình 3.** Sa thành trước âm đạo và sa bàng quang

5. TRIỆU CHỨNG

Đặc điểm của bệnh là tiến triển rất chậm có thể từ 5-20 năm sau mỗi lần đẻ, lao động nặng thường diễn, sức khoẻ yếu, mức độ sa sinh dục lại tiến triển thêm.

5.1. Cơ năng

Triệu chứng cơ năng rất nghèo nàn. Tuỳ thuộc từng người sa nhiều hay ít, sa lâu hay mới sa, sa đơn thuần hay phối hợp.

Triệu chứng thường là khó chịu, nặng bụng dưới, đau r้า, đau són, đau không tự chủ, có khi đại tiện khó. Triệu chứng trên chỉ xuất hiện khi bệnh sa lâu, mức độ cao.

5.2. Thực thể

Thường gấp 3 độ như trên, nếu sa độ II hay độ III bệnh nhân có thể thấy một khối sa ra ngoài âm hộ.

Cổ tử cung thường viêm trẹt do sa ra ngoài, cọ sát và do thiếu nồng nội tiết Chẩn đoán dễ.

Cần chẩn đoán phân biệt:

- Lộn lòng tử cung.
- Cổ tử cung dài, phì đại đơn thuần ở những phụ nữ còn trẻ, chưa đẻ.
- Polyp cổ tử cung.
- Khối u âm đạo.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Điều trị nội khoa

Ở những bệnh nhân già yếu, mắc các bệnh mãn tính, không có điều kiện phẫu thuật.

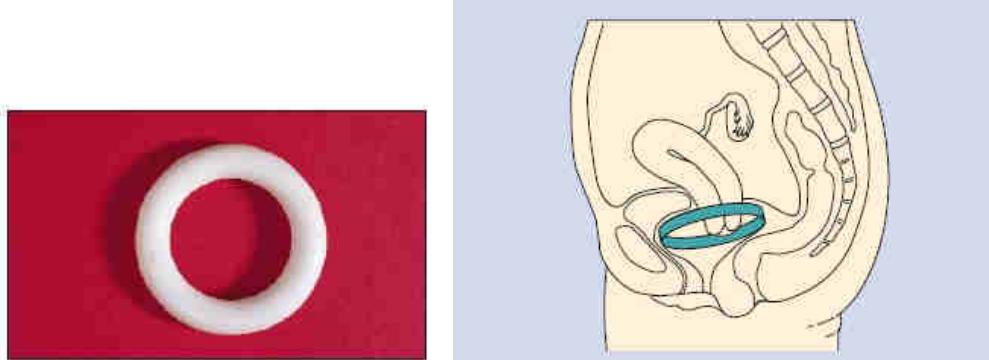
Vệ sinh hằng ngày, hạn chế lao động, có thể dùng các thuốc đông y nhưng kết quả không được như mong muốn.

Có 3 khả năng áp dụng:

- Phục hồi chức năng, đặc biệt là ở tầng sinh môn: Hướng dẫn các bài tập co cơ để phục hồi các cơ nâng ở vùng đáy chậu. Phương pháp này có thể làm mất các triệu chứng cơ năng và lùi lại thời gian phẫu thuật. Nếu phải phẫu thuật, thì việc phục hồi trương lực cơ đáy chậu cũng làm hạn chế tái phát sau mổ.

- Vòng nâng đặt trong âm đạo.

- Estrogen (ovestin, colpotropin): Đôi khi có tác dụng tốt với một số trường hợp có triệu chứng cơ năng như đau bàng quang, giao hợp đau, có tác dụng tốt để chuẩn bị phẫu thuật.



Hình 4. Vòng nâng đặt trong âm đạo

6.2. Điều trị ngoại khoa

Là phương pháp chủ yếu trong điều trị sa sinh dục. Có nhiều phương pháp phẫu thuật trong điều trị sa sinh dục. Mục đích phẫu thuật nhằm phục hồi hệ thống nâng đỡ tử cung, nâng bàng quang, làm lại thành trước, thành sau âm đạo, khâu cơ nâng hậu môn và tái tạo tầng sinh môn. Phẫu thuật sa sinh dục chủ yếu bằng đường âm đạo hơn là đường bụng. Ngoài cắt tử cung đơn thuần, nó còn tái tạo lại các thành âm đạo, vì vậy phẫu thuật trong sa sinh dục còn mang tính chất thẩm mỹ. Đây là ưu điểm chủ yếu mà phẫu thuật đường bụng không thể thực hiện được.

Các yếu tố có liên quan đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật:

- Tuổi và khả năng sinh đẻ sau khi phẫu thuật.
- Khả năng sinh lý tình dục
- Thể trạng chung của bệnh nhân
- Mức độ sa sinh dục

Có nhiều phương pháp phẫu thuật sa sinh dục. Ba phương pháp thông dụng là:

6.2.1. Phương pháp Manchester

Chỉ định chủ yếu cho phụ nữ còn trẻ, muốn có con và sa độ II. Phẫu thuật này cũng có thể áp dụng cho những bệnh nhân già sa sinh dục độ III mà không chịu được một cuộc phẫu thuật lớn.

Các bước phẫu thuật chính:

- Cắt cụt cổ tử cung.
- Khâu ngắn dây chằng Mackenrodt
- Khâu nâng bàng quang
- Làm lại thành trước.
- Phục hồi cổ tử cung bằng các mũi Sturmdorf
- Làm lại thành sau âm đạo

6.2.2. Phương pháp Crossen

Chỉ định: sa sinh dục độ III.

Phẫu thuật Crossen chỉ được tiến hành khi cổ tử cung không bị viêm loét.

- Cắt tử cung hoàn toàn theo đường âm đạo. Buộc chéo các dây chằng Mackenrodt và dây chằng tròn bên kia để treo mỏm cắt khâu vào nhau thành cái võng chắc, chống sa ruột.

- Khâu nâng bàng quang.

- Làm lại thành trước,
- Khâu cơ năng hậu môn, làm lại thành sau âm đạo.

6.2.3. Phương pháp Lefort

Đây là phương pháp đơn giản áp dụng cho người già, không còn quan hệ sinh lý, âm đạo cổ tử cung không viêm nhiễm.

Kỹ thuật: khâu kín âm đạo

Ngoài ra, người ta có thể chỉ làm lại thành trước âm đạo, nâng bàng quang, hoặc làm lại thành sau âm đạo và nâng trực tràng.

Nếu áp dụng phương pháp này ở phụ nữ vẫn còn tử cung, cần phải để hai rãnh nhỏ trong âm đạo để thoát dịch trong tử cung ra. Nếu khâu kín toàn bộ có thể gây tình trạng áp xe tử cung, tiêu khung.

7. PHÒNG BỆNH

- Không nên đẻ nhiều, đẻ sớm, đẻ dày. Nên đẻ ở nhà hộ sinh hoặc cơ sở y tế đủ điều kiện.
 - Không để chuyển dạ kéo dài, không rặn đẻ quá lâu. Thực hiện các thủ thuật phải đảm bảo đủ kiều kiện, đúng chỉ định và đúng kỹ thuật.
 - Các tổn thương đường sinh dục phải được phục hồi đúng kỹ thuật.
 - Sau đẻ không nên lao động quá sớm và quá nặng.
 - Tránh tình trạng táo bón.

CHẢY MÁU BẤT THƯỜNG TỪ TỬ CUNG

Mục tiêu học tập

1. Phân biệt được rong kinh và rong huyết
2. Trình bày được các nguyên nhân rong kinh - rong huyết
3. Trình bày được chẩn đoán và xử trí một số tình huống chảy máu bất thường từ tử cung

1. ĐẠI CƯƠNG

Chảy máu bất thường ở tử cung là một vấn đề rất hay gặp trong lâm sàng phụ khoa với rất nhiều nguyên nhân khác nhau.

Rong kinh thường là cơ năng. Rong huyết thường là thực thể.

Rong kinh, rong huyết đều là triệu chứng.

Định nghĩa:

- Rong kinh (Menorrhagia) là hiện tượng ra huyết kéo dài quá 7 ngày, có chu kỳ.
- Rong huyết (Metrorrhagia) là hiện tượng ra huyết từ đường sinh dục ra ngoài kéo dài trên 7 ngày, không có chu kỳ.

2. NGUYÊN NHÂN

Bước đầu tiên của việc đánh giá là phải xác định chắc chắn nguồn gốc chảy máu, loại trừ đường tiêu hoá hoặc tiết niệu.

2.1 Nguyên nhân chảy máu

1. Biến chứng của thai nghén
2. Bất thường đường sinh dục
3. Bệnh toàn thân
4. Các yếu tố do thuốc
5. Rong kinh, rong huyết cơ năng.

2.2 Chẩn đoán phân biệt trong chảy máu bất thường ở tử cung

Các tổn thương thực thể ở cơ quan sinh dục:

- U xơ tử cung: u xơ dưới niêm mạc.
- Polyp tử cung, cổ tử cung.
- Ung thư cổ tử cung.
- Ung thư thân tử cung.
- Lạc nội mạc tử cung ở cơ tử cung.
- Dị dạng tử cung.
- Lao sinh dục.
- Các khối u nội tiết của buồng trứng (thecome, granulosome)

Các biến chứng liên quan với thai nghén:

- Sẩy thai.
- Bệnh té bào nuôi.
- Thai ngoài tử cung
- Các biến chứng sau đẻ như sót nhau, viêm nội mạc tử cung.

Bệnh toàn thân:

- Các bệnh về máu (hemogenie).
- Thiếu máu mãn tính.
- Suy kém nuôi dưỡng.
- Các bệnh về gan.

Các yếu tố do thuốc

- Điều trị các thuốc chống đông máu
- Thuốc tiêm (Depo-Provera), cấy tránh thai, thuốc tránh thai uống
- Điều trị hormon thay thế

Rong kinh, rong huyết cơ nǎn: sự không phóng noãn là nguyên nhân thông thường của rong kinh cơ nǎn.

- Tuổi dậy thì.
- Tiền mãn kinh.
- Không phóng noãn rã rác trong tuổi sinh đẻ.

3. ĐÁNH GIÁ LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

Có thể thiết lập việc đánh giá chảy máu tử cung bất thường một cách hợp lý dựa trên các thông tin thu thập được.

3.1. Hỏi bệnh sử

Có thể biết được đặc điểm của kiếu chảy máu thông qua hỏi bệnh sử: tàn suát, thời gian và lượng kinh. Xác định chảy máu có chu kỳ hay không cũng là điều quan trọng. Chảy máu có chu kỳ thường liên quan với có phóng noãn. Các đặc điểm khác bao gồm tuổi bệnh nhân, tiền sử tình dục (xác định nguy cơ của bệnh lây truyền qua đường tình dục), các bệnh phụ khoa trước đó, sử dụng thuốc hoặc các hormon ngừa thai và các bệnh nội khoa mãn tính.

3.2. Khám thực thể

Nên tìm hiểu các dấu hiệu toàn thân khi khám thực thể. Cần đặc biệt chú ý đến các dấu hiệu và triệu chứng của nhược năng giáp, bệnh gan, tăng prolactin máu, các rối loạn ăn uống và bệnh đông máu. Khám phụ khoa cẩn thận bao gồm phiên đồ âm đạo. Nên lấy dịch âm đạo-cổ tử cung để tìm lậu cầu hoặc Trichomonas vaginalis nếu nghi ngờ.

3.3. Các xét nghiệm

Trong phần lớn các trường hợp việc đánh giá bằng các xét nghiệm cận lâm sàng chỉ giới hạn ở công thức máu. Tuy nhiên nên làm xét nghiệm thử thai ở tất cả các phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ. Các xét nghiệm khác chỉ được chỉ định sau khi hỏi bệnh sử và khám thực thể.

4. ĐẶC ĐIỂM CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ MỘT SỐ TÌNH HUỐNG CHẢY MÁU TỬ CUNG BẤT THƯỜNG

4.1. Rong kinh, rong huyết tuổi trẻ

Thường quen gọi là rong kinh dậy thì vì thông thường hay gặp ở tuổi dậy thì.

4.1.1. Nguyên nhân

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

4.1.2. Triệu chứng

Kinh nguyệt kéo dài, thường là huyết tươi xảy ra sau một vòng kinh dài (chậm kinh).

Toàn trạng thiếu máu.

Khám thực thể nhiều khi tử cung to mềm, cổ tử cung hé mở (phân biệt sẩy thai)

4.1.3. Điều trị

Bước đầu tiên là loại trừ những nguyên nhân ác tính, các bệnh về máu nhất là ở những người con gái trong lần thấy kinh đầu tiên đã bị rong kinh, sau đó mới đặt vấn đề điều trị cầm máu.

Nạo bằng hormon: tiêm progesteron hoặc uống progestagen 20mg/ ngày. Thông thường 4 - 5 ngày cầm máu. Ngừng thuốc 2 - 3 ngày ra huyết trở lại làm bong triệt để niêm mạc tử cung. Thời gian và lượng máu khi ra huyết trở lại tương tự như huyết kinh của người bình thường.

Để phòng rong kinh trong vòng kinh sau cho tiếp vòng kinh nhân tạo, có thể cho progestagen đơn thuần vào nửa sau dự kiến của vòng kinh, có thể cho kết hợp estrogen với progestagen như kiều viên tránh thai.

Có thể cho thuốc kích thích phóng noãn như clomifen.

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

Trong những trường hợp rất hạn hưu, điều trị bằng mọi biện pháp không kết quả mới phải nạo buồng tử cung bằng dụng cụ.

Để cầm máu nhanh có thể dùng loại estrogen phức hợp sulfat tan trong nước premarin 25mg, tiêm tĩnh mạch, có thể cầm máu trong vòng nửa giờ.

4.2. Rong kinh, rong huyết tiền mãn kinh

- Trong tất cả những trường hợp rối loạn kinh nguyệt tiền mãn kinh đều phải nghi ngờ có nguyên nhân ác tính

- Rong kinh tiền mãn kinh, sinh thiết niêm mạc tử cung phần lớn có hình ảnh phát triển. Hình ảnh quá sản tuyến nang gấp nhiều gấp 10 lần so với lứa tuổi 20 - 45.

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

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

+ Cầm máu nhanh (đỡ mất máu).

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

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

Ngày nạo được tính là ngày đầu tiên của kỳ kinh tới. Thông thường cho progestagen từ ngày thứ 16, mỗi ngày 10mg, uống trong 10 ngày, uống trong 3 vòng kinh liền.

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

4.3.1. Cường kinh (kinh nhiều)

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

- Nguyên nhân

Phần lớn do tổn thương thực thể ở tử cung, u xơ tử cung, polype tử cung, lạc nội mạc tử cung tại cơ tử cung làm tử cung không co bóp được, niêm mạc tử cung khó tái tạo nên khó cầm máu. Cũng có thể do tử cung kém phát triển.

Cường kinh cơ năng ít gặp hơn.

- Điều trị

+ Trẻ tuổi:

Tử cung co bóp kém: Thuốc co tử cung.

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

+ Lớn tuổi:

Nếu có tổn thương thực thể nhỏ chưa có chỉ định phẫu thuật có thể chỉ định progestagen vài ngày trước khi hành kinh. Cũng có thể cho progestagen liều cao (mắt kinh 3 - 4 tháng liền).

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

4.3.2. Rong kinh do chảy máu trước kinh

- Nguyên nhân

Có thể do tổn thương thực thể như viêm niêm mạc tử cung, polype buồng tử cung. Nhưng có thể do giai đoạn hoàng thể ngắn vì hoàng thể teo sớm estrogen và progesteron giảm nhanh.

- Điều trị

Trên 35 tuổi: nạo niêm mạc tử cung.

Thuốc: progestagen hoặc viên thuốc tránh thai nữa sau vòng kinh.

4.3.3. Rong kinh do chảy máu sau kinh

- Nguyên nhân

Thực thể: không hiếm (viêm niêm mạc tử cung, u xơ tử cung, polype buồng tử cung, u ác tính trong buồng tử cung).

Cơ năng: Có thể do niêm mạc tử cung có những vùng bong châm hoặc có những vùng tái tạo châm.

- Điều trị

Trước hết phải loại trừ nguyên nhân thực thể.

Nếu do hoàng thể kéo dài thì cho progestagen hoặc estrogen kết hợp với progestagen vào các ngày 20 - 25 của vòng kinh. Sau khi ngưng thuốc vài ngày, niêm mạc tử cung sẽ bong gợn và không rong kinh. Nếu do niêm mạc tử cung tái tạo châm có thể cho Ethinyl - estradiol 0,05mg mỗi ngày 1 - 2 viên trong các ngày 3 - 8 của vòng kinh.

4.3.4. Rong kinh do quá sản tuyến nang niêm mạc tử cung

Kinh chậm, ra nhiều huyết và kéo dài. Niêm mạc tử cung dày, có những nhú nhô dài hoặc hình dạng polype trông mượt như nhung.

- Nguyên nhân

Estragen tác dụng kéo dài gây nên hình ảnh hang lỗ chẽ của niêm mạc tử cung.

- Điều trị

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

+ Thuốc: Progestagen 10mg/ngày trong 10 ngày, kể từ ngày thứ 16 của vòng kinh trong 3 tháng.

+ Mổ cắt tử cung ở phụ nữ trên 40 tuổi.



Hình 1. Quá sản nội mạc tử cung

VÔ SINH

Mục tiêu học tập

1. Định nghĩa được vô sinh
2. Xác định một số nguyên nhân vô sinh nữ, nam
3. Trình bày được các bước trong thăm khám, chẩn đoán và điều trị vô sinh.

1. MỞ ĐẦU

Vô sinh là một trọng tâm trong chương trình chăm sóc sức khoẻ sinh sản. Điều trị vô sinh là một nhu cầu cấp thiết cho những cặp vợ chồng vô sinh nhằm đảm bảo hạnh phúc gia đình và phát triển hài hòa với xã hội.

Bình thường sau một năm chung sống khoảng 80 – 85% các cặp vợ chồng có thể có thai tự nhiên. Theo thống kê trên thế giới, tỷ lệ vô sinh chiếm khoảng 8 – 15 % các cặp vợ chồng. Ở Việt Nam hiện nay, vô sinh chiếm 12 – 13 % tổng số cặp vợ chồng, tương đương với gần một triệu cặp vợ chồng.

2. ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN LOẠI VÔ SINH

2.1. Định nghĩa

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

Khả năng sinh sản đạt đỉnh cao ở khoảng từ 20 - 25 tuổi và giảm dần sau 30 tuổi ở phụ nữ và sau 40 tuổi ở nam giới.

2.2. Phân loại vô sinh

2.2.1. Vô sinh nguyên phát (Vô sinh I)

Hai vợ chồng chưa bao giờ có thai, mặc dù đã sống với nhau trên một năm và không dùng biện pháp tránh thai nào.

2.2.2. Vô sinh thứ phát (Vô sinh II)

Hai vợ chồng trước kia đã có con hoặc đã có thai, nhưng sau đó không thể có thai lại mặc dù đang sống với nhau trên một năm và không dùng biện pháp tránh thai nào.

3. NGUYÊN NHÂN

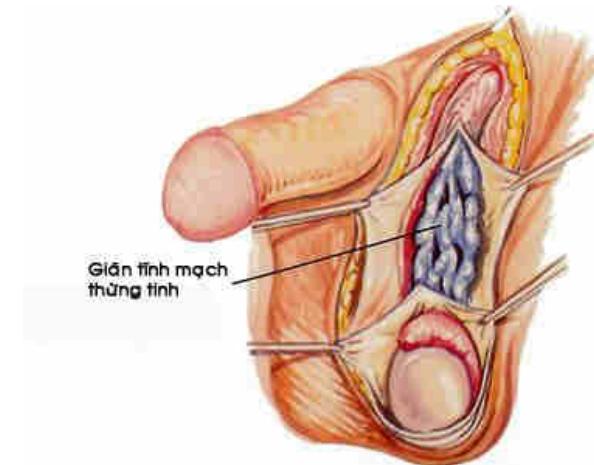
Sự thụ thai có thể đạt được khi có các điều kiện đó là: (1) có sự phát triển nang noãn và phóng noãn; (2) có sự sản xuất tinh trùng đảm bảo chất lượng; (3) tinh trùng gặp được noãn; (4) sự thụ tinh, làm tổ và phát triển tại tử cung cho đến đủ trên 37 tuần. Khi có rối loạn bất kỳ khâu nào trong chuỗi các hoạt động sinh sản này đều dẫn đến kết cục bất lợi. Như vậy một cặp vợ chồng vô sinh có thể do chồng, hoặc do người vợ hoặc cho cả hai. Các dữ liệu thu được cho thấy khoảng 30-40 % các trường hợp vô sinh do nguyên nhân nam giới đơn thuần, 40 % do nữ giới, 10 % do kết hợp cả nam và nữ và 10% không rõ nguyên nhân.

Nói chung nguyên nhân vô sinh có thể phân như sau:

3.1. Vô sinh do nam giới

3.1.1. Bất thường tinh dịch: vô tinh do tắc nghẽn hoặc do bất sản, giảm chất lượng tinh trùng (tinh trùng ít, yếu, dị dạng).

3.1.2. Bất thường giải phẫu: giãn tĩnh mạch thừng tinh, lỗ tiểu đóng thấp, đóng cao, tinh hoàn ẩn.

**Hình 1.** Giãn tĩnh mạch thừng tinh

3.1.3. Rối loạn chức năng: giảm ham muốn, rối loạn cương dương, rối loạn phóng tinh, chứng giao hợp đau.

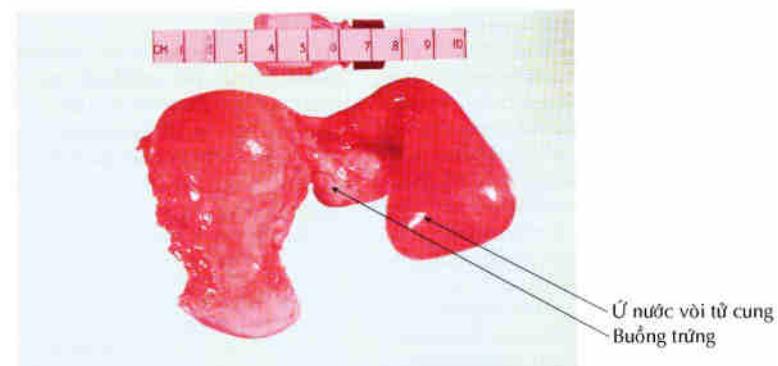
3.1.4. Các nguyên nhân khác: chấn thương tinh hoàn, phẫu thuật niệu sinh dục, triệt sản nam, viêm nhiễm niệu sinh dục hay nguyên nhân di truyền.

3.2. Nguyên nhân do nữ giới

3.2.1. Bất thường phóng noãn: Vòng kinh không phóng noãn do ảnh hưởng của trực dưới đồi - tuyến yên - buồng trứng, u tuyến yên.

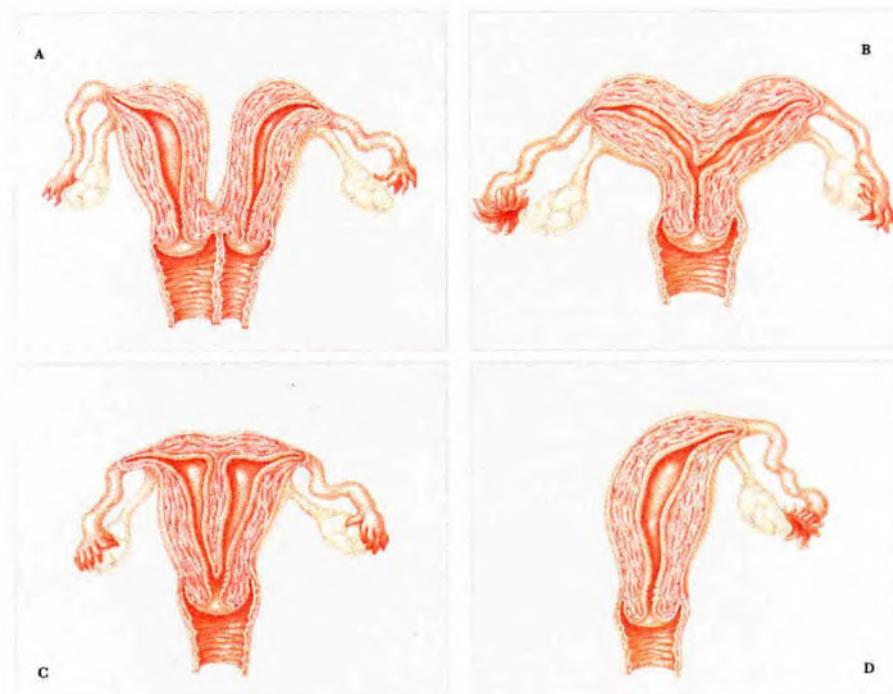
**Hình 2.** Khối u tuyến yên qua chụp cộng hưởng từ

3.2.2. Nguyên nhân do vòi tử cung: Các bệnh lý có thể gây tổn thương vòi tử cung như viêm nhiễm đường sinh dục, bệnh lây qua đường tình dục, tiền sử phẫu thuật vùng chậu và vòi tử cung, lạc nội mạc tử cung ở vòi tử cung, bất thường bẩm sinh ở vòi tử cung hay do triệt sản.

**Hình 2.** Viêm ú nước vòi tử cung (bên trái)

3.2.3. Nguyên nhân tại tử cung: U xơ tử cung, viêm dính buồng tử cung, bất thường bẩm sinh

(dị dạng tử cung hai sừng, tử cung có vách ngăn, không có tử cung...)



Hình 3. Tử cung bất thường

A. Tử cung đôi, B. Tử cung 2 sừng, C. Vách ngăn tử cung, D. Tử cung 1 sừng

3.2.4. Nguyên nhân do cổ tử cung: chất nhầy kém, kháng thể kháng tinh trùng, tổn thương ở cổ tử cung do can thiệp thủ thuật (khoét chớp, đốt điện...), cổ tử cung ngắn.

3.2.5 Nguyên nhân khác: Tâm lý tình dục, chứng giao hợp đau, các dị dạng bẩm sinh đường sinh dục dưới...

3.3. Vô sinh không rõ nguyên nhân

Khoảng 10% vô sinh không thể tìm nguyên nhân chính xác sau khi đã thăm khám và làm tất cả các xét nghiệm cần thiết để thăm dò và chẩn đoán.

4. CÁC BƯỚC KHÁM VÀ THĂM ĐÒ CHẨN ĐOÁN

4.1. Thăm khám

Nguyên tắc khám vô sinh là khám cả hai vợ chồng, đảm bảo riêng tư cá nhân, kín đáo. 4.1.1. Hỏi bệnh

Mục đích của hỏi bệnh nhằm khai thác thông tin về cả hai vợ chồng:

- Tuổi, nghề nghiệp và địa dư.
- Thời gian mong muôn có con và quá trình điều trị trước đây.
- Tiền sử sản khoa mang thai, sảy, sinh đú tháng hay nạo phá thai.
- Khả năng giao hợp, tần suất, tình trạng xuất tinh và những khó khăn gặp phải.
- Tiền sử mắc các bệnh nội ngoại khoa và các thuốc đang dùng hiện tại.

Về phía người vợ cần hỏi thêm:

- Tuổi bắt đầu hành kinh, tính chất kinh nguyệt, thời gian của mỗi kỳ kinh, lượng kinh nhiều hay ít, có đau bụng khi hành kinh không.
- Tiền sử viêm nhiễm sinh dục và cách điều trị
- Tiền sử mắc các bệnh lý phụ khoa hay các phẫu thuật vùng tiêu khung.

4.1.2. Khám lâm sàng

Về phía người vợ, cần khám:

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

- Khám phụ khoa gồm quan sát qua mổ vịt, thăm âm đạo, kết hợp với nắn bụng nhằm phát hiện những tổn thương về đường sinh dục chủ yếu là tình trạng viêm nhiễm và các khối u phụ khoa. Chú ý tình trạng ché tiết của cổ tử cung, độ sạch và độ phát triển niêm mạc âm đạo... Ngoài ra tư thế bất thường của tử cung là một điểm cầm lưu ý, tử cung gấp về một phía là một nguyên nhân gây cản trở tinh trùng thâm nhập lên đường sinh dục trên. Tử cung có nhân xơ trong buồng tử cung cũng có thể là một nguyên nhân vô sinh.

Về phía người chồng cần khám:

- Quan sát về toàn thân: tầm vóc, tính chất sinh dục phụ như lông, tóc, lông mu, lông nách, giọng nói.

- Tiền sử, bệnh sử có liên quan đến việc nhiễm sinh dục, tiền sử quai bị, lao tinh hoàn. Đối với quai bị cần lưu ý hỏi về tuổi mắc bệnh trước dậy thì hay sau dậy thì, có viêm tinh hoàn kèm theo không. Ngoài ra còn hỏi về tình trạng phẫu thuật liên quan đến sinh dục như thoát vị bẹn, tinh hoàn lạc chỗ.

- Kích thước dương vật, vị trí lỗ tiểu, biểu hiện viêm nhiễm.

- Khám bìu, sự hiện diện tinh hoàn trong bìu cũng như kích thước và mật độ, kiểm tra thửng tinh, mào tinh.

4.2. Cận lâm sàng

4.2.1. Thăm dò ở người nữ

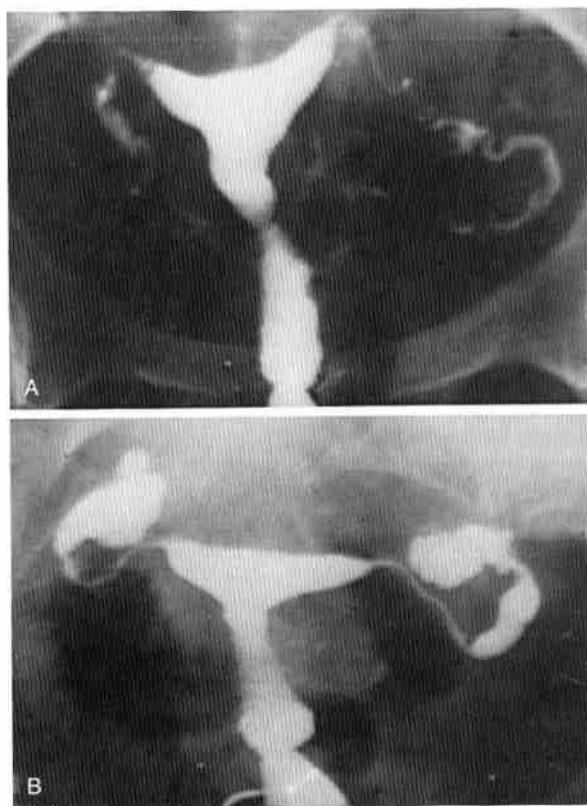
- Xét nghiệm nội tiết: nội tiết tố hướng sinh dục (LH, FSH), nội tiết sinh dục (estrogen, progesteron), nội tiết thai nghén (hCG)...Tiến hành các thử nghiệm nội tiết để đánh giá chức năng của vùng dưới đồi - tuyến yên hay buồng trứng qua đáp ứng của nội tiết tố.

- Thăm dò phóng noãn: Đo thân nhiệt cơ sở, chỉ số tử cung, sinh thiết niêm mạc tử cung định ngày...Khi có phóng noãn xảy ra, đường biểu diễn thân nhiệt có 2 thì, chỉ số cổ tử cung sau phóng noãn vài ngày phải giảm xuống 0.0.0.0 do hiện diện progesteron từ hoàn thể tiết ra. Sinh thiết niêm mạc tử cung từ ngày 21 – 24 của chu kỳ kinh 28 ngày, tìm thấy hình ảnh ché tiết, chỉ sử dụng 1 lần trước khi điều trị để chẩn đoán khi các xét nghiệm nói trên không rõ ràng.

- Thử nghiệm sau giao hợp: Sự sống của tinh trùng trong đường sinh dục nữ phụ thuộc vào sự di chuyển nhanh chóng tinh trùng vào niêm dịch cổ tử cung. Đây là cơ sở của thử nghiệm sau giao hợp (Huhner test). Từ 2-10 giờ sau giao hợp hút dịch từ ống cổ tử cung. Thử nghiệm dương tính nếu ít nhất tìm thấy được 5 tinh trùng khoẻ trong một môi trường ở vật kính x 40. Thử nghiệm sau giao hợp đơn thuần không thay thế đánh giá khả năng sinh sản của chồng, và không thay thế xét nghiệm tinh dịch đồ được. Viêm âm đạo, cổ tử cung có thể sai lạc việc đánh giá nghiệm pháp, cần thiết điều trị khỏi viêm nhiễm trước khi thử thử nghiệm Huhner.

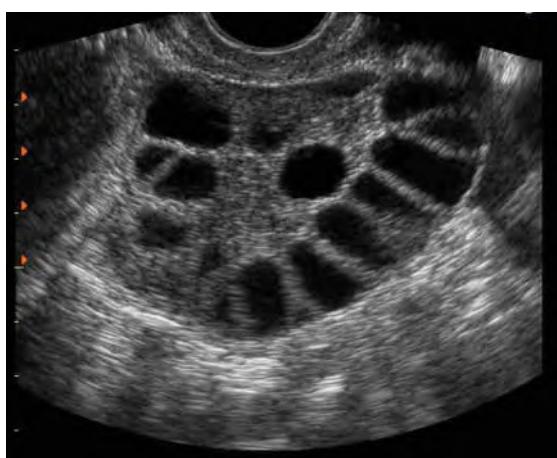
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm phụ khoa, siêu âm theo dõi sự phát triển nang noãn, siêu âm thai sớm, chụp phim tử cung vòi tử cung, chụp tuyến yên bằng X quang thường quy hoặc cắt lớp vi tính.



Hình 6. Hình ảnh ứ dịch vòi tử cung trên siêu âm**Hình 7.** Chụp phim tử cung vòi tử cung

A. Tử cung - vòi tử cung bình thường B. Ứ dịch vòi tử cung

- Phẫu thuật nội soi: chẩn đoán các bất thường sinh dục, nội soi gỡ dính vòi trứng, buồng trứng, bơm thông vòi trứng, đốt điểm buồng trứng...



A.



B.

Hình 8. Buồng trứng đa nang

A. Siêu âm buồng trứng đa nang B. Phẫu thuật nội soi đốt điểm buồng trứng

- Xét nghiệm nhiễm sắc thể đồ phát hiện các bất thường di truyền.

4.2.2. Thăm dò ở người nam

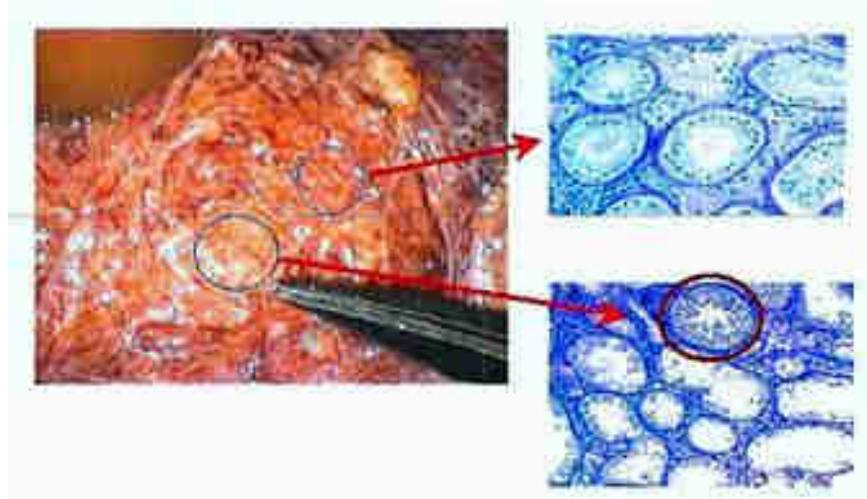
- Xét nghiệm nội tiết: định lượng nội tiết tố hướng sinh dục (LH, FSH), nội tiết sinh dục (testosterone)...

- Xét nghiệm tinh dịch: Phân tích tinh dịch theo yêu cầu và kỹ thuật chuẩn hoá của Tổ chức Y tế thế giới nhằm đánh giá một cách khách quan tinh dịch về các thông số như thể tích, đại thể, mật độ, độ di động, tỷ lệ sống, hình thái... Các thông số tinh dịch đồ bình thường:

Chỉ số	Giá trị bình thường
Thể tích	$\geq 2\text{ml}$
PH	7.2 đến 7.8
Mật độ tinh trùng	$\geq 20 \times 10^6/\text{ml}$
Tổng số tinh trùng	$\geq 40 \times 10^6$
Độ di động	> 50% di chuyển tới trước > 25% di chuyển theo đường thẳng nhanh trong vòng 60 phút sau khi lấy mẫu.
Hình thái học	> 30% có hình thái bình thường
Sống sót	> 50% tinh trùng sống.
Bạch cầu	$< 1 \times 10^6/\text{ml}$
Kẽm (tổng số)	$\leq 2.4 \text{ micromol mỗi lần phóng tinh}$
Acid citric (tổng số)	$\leq 52 \text{ micromol (10mg) mỗi lần phóng tinh}$
Fructose (tổng số)	$\leq 13 \text{ micromol mỗi lần phóng tinh}$
Thử nghiệm gắn antiglobulin	< 10% tinh trùng gắn các hạt dính
Thử nghiệm hạt miễn dịch	< 10% tinh trùng gắn các hạt dính

Bảng 1. Các thông số tinh dịch đồ (theo Tổ chức Y tế thế giới - 1999)

- Chẩn đoán hình ảnh: Khảo sát bìu, tinh hoàn, thừng tinh qua siêu âm, chụp đường dẫn tinh.
- Sinh thiết tinh hoàn, mào tinh, thừng tinh tìm sự hiện diện của tinh trùng trong trường hợp mẫu tinh dịch vô tinh.



Hình 9. Sinh thiết tinh hoàn

- Xét nghiệm nhiễm sắc thể đồ phát hiện các bất thường di truyền

5. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị vô sinh là điều trị cả hai vợ chồng và điều trị toàn diện. Nói chung, việc điều trị cụ thể tùy vào từng cá thể với các nguyên nhân khác nhau. Tuy nhiên, có thể phân theo các phương pháp chính sau:

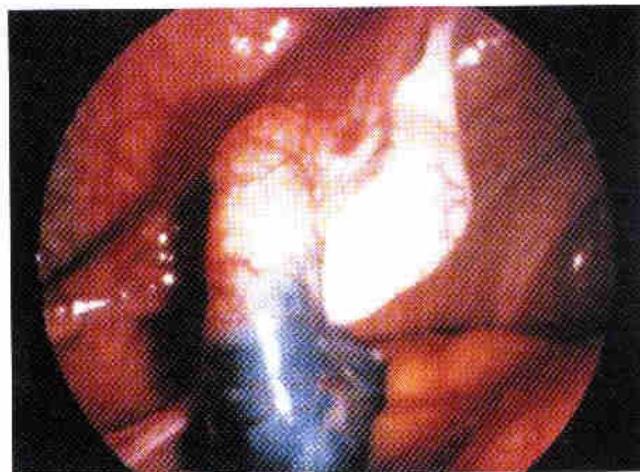
5.1. Về phía người vợ

4.3.1. Về phía người vợ

- Nếu có bất thường phóng noãn: chỉ định kích thích buồng trứng theo nhiều phác đồ

khác nhau nhằm tăng sự phát triển nang noãn, tăng trưởng thành và phóng noãn.

- Tắc vòi tử cung: phẫu thuật mổ thông vòi tử cung qua mở bụng hoặc qua nội soi.



Hình 10. Hình ảnh test thông vòi bằng xanh methylen trong phẫu thuật nội soi thông vòi tử cung

- Điều trị viêm nhiễm đường sinh dục nếu có trước khi thăm dò nguyên nhân vô sinh. Có khoảng 5% bệnh nhân vô sinh có thai tự nhiên chỉ mới sau khi điều trị viêm âm đạo, cổ tử cung hoặc thay đổi môi trường âm đạo..

- Các điều trị hỗ trợ cần thiết khác như chỉ định Bromocriptin trong trường hợp vô kinh tiết sữa, chế phẩm tăng nhạy cảm insulin (metformin) trong hội chứng buồng trứng đa nang...

- Phẫu thuật có thể chỉ định như nội soi gỡ dính, đốt điểm buồng trứng đa nang, bóc u lạc nội mạc, sửa chữa các dị dạng sinh dục...

4.3.2. Về phía người chồng

- Bất thường tinh dịch đồ: tuỳ vào mức độ bất thường mà chỉ định phương pháp can thiệp.

+ Nội tiết tố: có thể cải thiện chất lượng tinh trùng trong những trường hợp do nguyên nhân nội tiết, bất thường mức trung bình, tuy nhiên quá trình điều trị thường dài ngày, tốn kém và không cải thiện nhiều.

+ Thụ tinh nhân tạo với bơm tinh trùng sau lọc rửa vào trong buồng tử cung được ưu tiên chỉ định cho trường hợp bất thường tinh trùng trung bình. Đây là phương pháp đơn giản, dễ thực hiện, gần với sinh lý nhất và tỷ lệ có thai cộng đồng khá tốt.

+ Thụ tinh trong ống nghiệm: là một thành tựu trong điều trị vô sinh với khả năng can thiệp tối đa, đặc biệt những người tinh trùng ít, yếu và dị dạng nặng. Những trường hợp vô tinh do tắc nghẽn, tinh trùng có thể được trích từ tinh hoàn, mào tinh để tiêm vào trong bào tương trứng. Đây cũng có thể là chỉ định trong trường hợp vô sinh do vòi trứng không có khả năng phẫu thuật, suy buồng trứng hay vô sinh không rõ nguyên nhân.

- Bất thường chức năng tình dục: loại trừ các nguyên nhân thực thể (dái tháo đường, bất thường mạch máu, thần kinh, u xơ tiền liệt tuyến...), tâm lý liệu pháp, các chế phẩm kích thích tình dục chỉ được chỉ định sau khi đã loại trừ các bệnh lý thực thể và chỉ dùng hạn chế với sự theo dõi của thầy thuốc.

- Có thể chỉ định phẫu thuật sửa chữa trong giãn tĩnh mạch thừng tinh, lỗ tiểu đóng thấp, tinh hoàn lạc chỗ...

CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI

Mục tiêu học tập

1. Liệt kê được các biện pháp tránh thai.
2. Xác định được chỉ định và chống chỉ định của từng phương pháp.
3. Trình bày được cách phát hiện và xử trí các tác dụng phụ và biến chứng của từng phương pháp.

1. ĐẠI CƯƠNG

Các biện pháp tránh thai là các biện pháp nhằm ngăn chặn sự thụ tinh và quá trình làm tổ. Nó có thể là một hàng rào cơ học hoặc hoá học ngăn cản sự thành lập giao tử, hoặc ngăn chặn sự làm tổ của trứng.

Việc phòng tránh thai ngoài kế hoạch và giãn khoảng cách sinh có tác động sâu sắc đến việc bảo vệ sức khoẻ, giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong bà mẹ, trẻ em. Tuy nhiên việc áp dụng các biện pháp tránh thai phải là một quyết định tự nguyện dựa trên sự lựa chọn một biện pháp thích hợp của khách hàng sau khi đã nhận được đầy đủ các thông tin về mỗi biện pháp. Vai trò của nhân viên y tế là cung cấp cho khách hàng mọi thông tin về những thuận lợi, bất lợi cũng như cách sử dụng của mỗi phương pháp.

Hiệu quả của các phương pháp tránh thai được tính theo chỉ số Pearl (P):

$$P = \frac{\text{Số trường hợp thất bại} \times 1000}{\text{Tổng số vòng kinh được quan sát}}$$

P: Số trường hợp thất bại có thai/ 100 phụ nữ sử dụng phương pháp tránh thai/ 1 năm.

Ngoài vấn đề hiệu quả tránh thai cao, các phương pháp tránh thai còn phải không ảnh hưởng đến người sử dụng và được chấp nhận sử dụng một cách rộng rãi.

2. CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI

2.1. Dụng cụ tử cung

Dụng cụ tử cung (DCTC) đã được khẳng định là một phương pháp tránh thai cao, được công nhận để sử dụng rộng rãi. Cho đến nay DCTC là một trong những BPTT có hiệu quả cao và được sử dụng rộng rãi nhất.

2.1.1. Các loại dụng cụ tử cung

DCTC được chia làm hai loại là vòng kín và vòng hở

- DCTC hở: (TCu, Multiload)
- DCTC kín: (Ota, Dana)
 - + Chứa đồng
 - + Chứa thuốc

Dụng cụ tử cung được làm bằng Polyethylene có Bari Sulfat để cản quang.

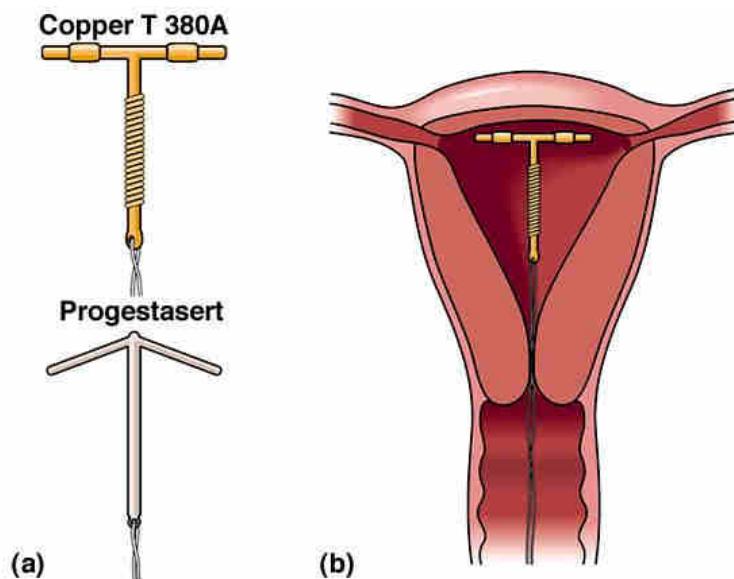
- *Hình dạng:* DCTC có nhiều hình dạng khác nhau như: Vòng tròn (Ota), hình xoắn ốc (Margulies), hình chữ S (lippes, Dana), vòng chữ T (T, Tcu).

- *Kích cỡ:* Một số dụng cụ tử cung có nhiều cỡ khác nhau.

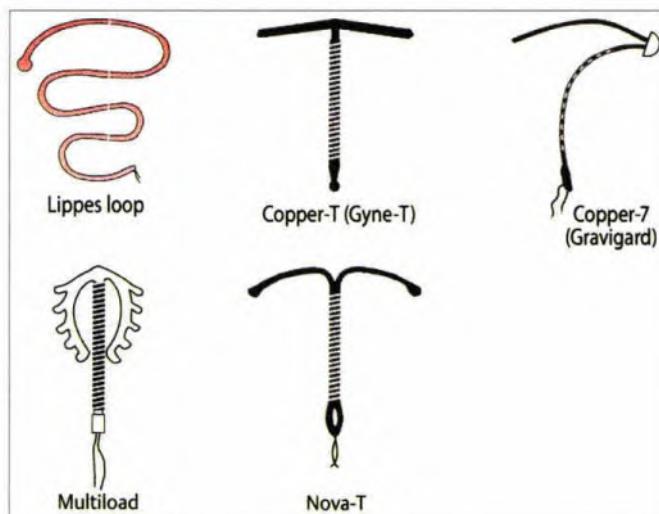
- *Có 2 loại DCTC cơ bản:* loại không có đồng hoặc tấm thuốc (trơ) và loại có đồng hoặc tấm thuốc. DCTC có đồng hoặc thuốc, để cho chất thuốc hoặc đồng phóng ra có tác dụng tránh thai cao hơn. Diện tích mặt đồng cuốn quanh DCTC có thể nhiều ít từ 120 - 380 mm. Diện tích đồng càng nhiều, tác dụng tránh thai càng cao. Loại có tâm Levonorgestrel (Minera) chứa 52 mg Levonorgestrel giải phóng chậm 20mcg/ngày.

Ở Việt nam loại được sử dụng rộng rãi là Multiload 375 (MLCu 375) với 2 cánh có thể gấp vào thân, dây đồng 375mm và TCu 380A. hình chữ T với một dây đồng 314 mm quấn

xung quanh thân T, 2 cánh ngang có 2 miếng đồng 33mm, chân T có dây không màu thắt nút tạo thành dây đeo.



Hình 1. a. Hai loại vòng chữ T có đồng và không có đồng
b. Vị trí đặt vòng trong tử cung



Hình 2. Các loại dụng cụ tử cung

2.1.2. Cơ chế tác dụng

Cơ chế tác dụng cơ bản của DCTC:

- Gây phản ứng viêm thứ phát tại niêm mạc tử cung, phá huỷ tinh trùng, ngăn cản sự làm tổ của noãn đã thụ tinh.

- Làm đặc dịch nhầy ở cổ tử cung, cản trở sự di chuyển của tinh trùng (đối với dụng cụ có chứa nội tiết tố).

2.1.3. Ưu điểm

- DCTC có hiệu quả tránh thai cao, đặc biệt loại Tcu 380A có tỷ lệ thất bại dưới 1%.
- Dễ sử dụng, kinh tế, không ảnh hưởng đến sức khỏe, thời gian tránh thai lâu dài, chỉ đặt 1 lần tránh thai từ 10-12 năm (Tcu 380 A), dễ có thai sau khi tháo DCTC.

2.1.4. Chỉ định

Chỉ định cho mọi đối tượng muốn tránh thai tạm thời hoặc lâu dài trong tuổi sinh đẻ (kể cả trong thời kỳ cho con bú).

DCTC (loại chứa đồng) còn được dùng như một biện pháp tránh thai khẩn cấp.

2.1.5. Chống chỉ định

- Về phụ khoa: Rối loạn kinh nguyệt (rong kinh, rong huyết, đau bụng kinh), viêm nhiễm đường sinh dục trên, viêm âm đạo - cổ tử cung do vi khuẩn; nhiễm trùng hậu sản hoặc nhiễm trùng do nạo thai, khối u lành tính hoặc ác tính ở cơ quan sinh dục, dị dạng tử cung.

- Về sản khoa: đang có thai hoặc nghi ngờ có thai.

- Các bệnh lý khác: viêm tắc tĩnh mạch sâu hoặc tắc mạch phổi, suy gan nặng hoặc các khối u gan (đối với DCTC chứa levonorgestrel).

2.1.6. Thời điểm đặt DCTC

- Thời điểm đặt DCTC thuận lợi nhất là sau khi sạch kinh 3 ngày vì thời điểm này ít có khả năng có thai, cổ tử cung mềm hơn và hé mở, có thể ít gây chảy máu. Tuy nhiên, có thể đặt DCTC bất kỳ ngày nào trong vòng kinh, khi đã chắc chắn người đó không có thai.

- Sau đẻ: Có thể đặt sau 6 tuần (hết thời kỳ hậu sản). Phải chú ý là ở thời điểm này cổ tử cung rất mềm, dễ thủng tử cung. Ngoài ra cũng có thể đặt DCTC sau khi hút điểu hoà kinh nguyệt hay sau khi nạo thai, nhưng với điều kiện chắc chắn là không sót rau và nhiễm khuẩn.

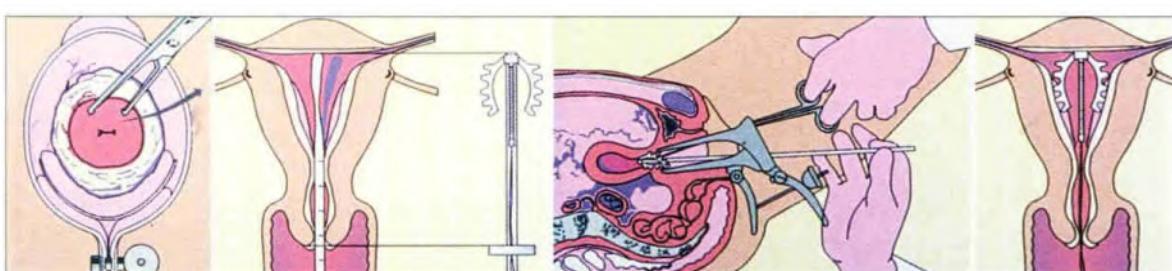
- Đặt DCTC (loại chứa đồng) để tránh thai khẩn cấp: Cần đặt càng sớm càng tốt trong vòng 5 ngày sau khi giao hợp không được bảo vệ.

- Sau khi đặt DCTC người phụ nữ cần kiêng giao hợp 1 tuần. Theo đúng lời hẹn khám lại của cán bộ y tế, thông thường khám lại vào các thời điểm:

+ 1 tháng, 3 tháng sau khi đặt.

+ 1 năm 1 lần đến kiểm tra lại.

- Khi có các dấu hiệu bất thường như: người phụ nữ không sờ thấy dây của DCTC trong âm đạo của mình, chậm kinh (nghi có thai), rong huyết hoặc ra máu bất thường, đau bụng hoặc đau khi giao hợp, ra khí hư nhiều kèm theo sốt phải đi khám ngay tại các cơ sở y tế.



Hình 3. Kỹ thuật đặt dụng cụ tử cung

2.1.7. Tác dụng phụ và biến chứng

2.1.7.1. Tác dụng phụ có thể gặp

- Đau bụng: Người phụ nữ có thể cảm thấy đau thắt vài ngày sau khi đặt DCTC. Với loại chứa đồng nhiều phụ nữ có cảm giác đau bụng kinh nhiều hơn.

- Ra máu: Ra máu ngay sau khi đặt DCTC hoặc đến kỳ kinh máu ra nhiều hơn thường lệ. Ra máu thường xảy ra trong 2 - 3 tháng đầu sau khi đặt, nếu quá 3 tháng triệu chứng chảy máu không giảm phải đến khám lại.

Trường hợp sử dụng DCTC levonorgestrel có thể gặp hiện tượng ra máu thấm giọt nhẹ và không định kỳ trong 4-6 tháng, sau đó trở lại bình thường và lượng máu kinh có thể ít hơn.

2.1.7.2. Biến chứng có thể gặp

Một số biến chứng có thể gặp là thủng tử cung, nhiễm trùng, chảy máu nhiều, đau tiêu khung, thống kinh, DCTC chui vào ổ bụng và có thể có thai.

2.2. Thuốc tránh thai

Từ năm 1950, sự xuất hiện thuốc tránh thai uống (Pincus) là một phát minh lớn. Đây là phương pháp tránh thai tạm thời, có hiệu quả cao. Cùng với phương pháp DCTC nó góp phần đáng kể làm giảm tỷ lệ phát triển dân số toàn cầu, và qua đó đã giảm tỷ lệ bệnh lý, tử vong các bà mẹ, các cặp vợ chồng đã chủ động được khoảng cách lứa sinh con. Ở Việt Nam, từ thập kỷ 60 TTTU cũng đã được biết đến, nhưng trong vài năm gần đây TTTU mới được sử dụng một cách rộng rãi.

2.2.1. Các loại viên tránh thai

2.2.1.1. Viên thuốc tránh thai kết hợp (VKH)

- Thành phần: Viên thuốc tránh thai kết hợp gồm 2 thành phần là:

+ Estrogen tổng hợp: Ethinyl-estradiol (E.E).

+ Progestin tổng hợp: 17 hydroxyprogesterone hoặc 19-nortestosterone. Xu hướng hiện nay sử dụng progestatif thuộc thế hệ 3 ít gây tác dụng không mong muốn.

Progestin là thành phần tránh thai chủ yếu, tuy nhiên trong cơ chế tránh thai, estrogen và progestin đều có tác dụng đồng vận lên tuyến yên. Estrogen là thành phần nhằm giải quyết chảy máu thâm giọt do progestin đơn thuần gây ra, nhưng tác dụng phụ, tai biến của TTTU thường do estrogen gây ra.

Liều của E.E là 50mcg cho loại viên cổ điển, 20 -35 mcg cho loại viên liều thấp. Tỷ lệ thất bại của VKH dao động từ 0,1% tới 5% chủ yếu do dùng không đúng.

- Cách trình bày của thuốc

Trong các chương trình KHHGĐ, hiện nay thường sử dụng loại thuốc tránh thai viên kết hợp 1 giai đoạn: liều Progestin phối hợp kéo dài suốt vòng kinh:

Loại 1 giai đoạn:

+ Microgynon, New choice, Ideal (Levonorgestrel 0,15mg, EE 0,03mg).

+ Rigevidon (desonorgestrel 0,15mg, EE 0,03mg).

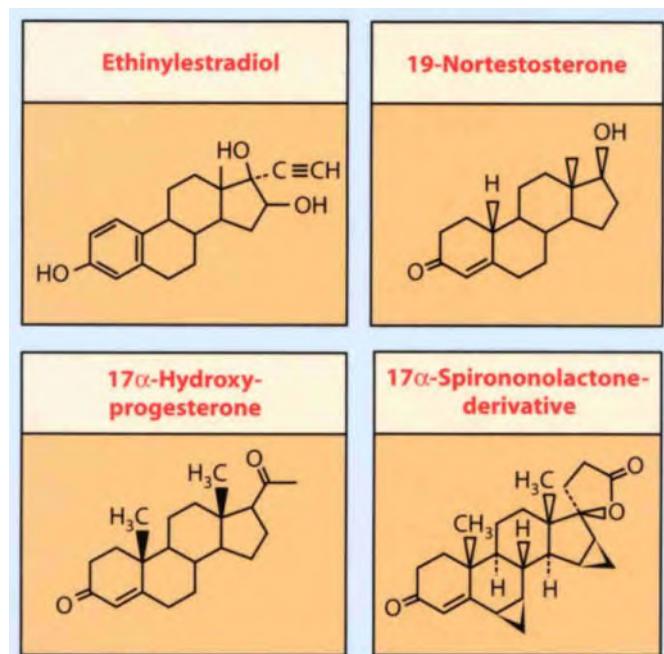
+ Marvelon (desogestrel 0,15mg, EE 0,03mg).

+ Mercilon (desogestrel 0,15mg, EE 0,02mg).

Loại 2 giai đoạn: Liều progestatif tăng ở 10 ngày sau của vòng kinh (Gynophase, Adopal, miniphase)

Loại 3 giai đoạn: Viên 3 pha cho phép giảm tổng liều steroid nhưng hiệu quả tránh thai không thay đổi (Tri-Regol, Tri-Mihulet, Tri-nordiol).

Thuốc được đóng vỉ 21 viên hoặc vỉ 28 viên (trong đó có 21 viên có thành phần thuốc và 7 viên đệm không chứa thuốc tránh thai).



Hình 4. Thành phần thuốc tránh thai

- Cơ chế tránh thai
 - + Úc chế phóng noãn do úc chế giải phóng FSH, LH từ trực dưới đồi - tuyến yên.
 - + Cản trở sự làm tổ của trứng do biến đổi nội mạc tử cung không phù hợp.
 - + Ngăn cản sự di chuyển của tinh trùng do chất nhầy cổ tử cung đặc lại.
- Chỉ định và chống chỉ định
 - Chỉ định: Tất cả phụ nữ muốn sử dụng một biện pháp tránh thai tạm thời, hiệu quả cao và không có chống chỉ định.
 - Chống chỉ định:
 - + Có thai hoặc nghi ngờ có thai.
 - + Đang cho con bú và dưới 6 tuần sau sinh
 - + Ra máu âm đạo bất thường chưa rõ nguyên nhân.
 - + Đang theo dõi các loại khối u.
 - + Phụ nữ trên 35 tuổi hút thuốc lá.
 - + Các bệnh lý nội khoa như cao huyết áp, đái tháo đường, bệnh gan, thận...
 - + Điều trị với các thuốc chống co giật như Phenyltoin, Carbamazepin, Barbiturat hoặc kháng sinh như Griseofulvin, Rifampicin.
 - Tác dụng phụ
 - + Ra huyết thâm giọt thường hay gấp ở 2-3 chu kỳ kinh nguyệt đầu tiên ngay sau khi dùng thuốc.
 - + Cương vú, đau vùng tiêu khung (kiểu giả có thai).
 - + Nhức đầu, thay đổi tâm lý, ham muốn tình dục.
 - + Tăng cân nhẹ do giữ muối, giữ nước.
- Các tác dụng phụ này thường chỉ xuất hiện trong thời gian đầu dùng thuốc.
- Cách sử dụng
 - + Bắt đầu uống viên thứ nhất từ ngày 1 đến ngày 5 của vòng kinh, uống mỗi ngày một viên vào một giờ nhất định theo chiều mũi tên trên vỉ thuốc. Với vỉ 28 viên, khi hết vỉ thì uống viên đầu tiên của vỉ tiếp theo vào ngày hôm sau dù đang còn kinh. Với vỉ 21 viên khi hết vỉ nghỉ 7 ngày rồi dùng tiếp vỉ sau.
 - + Sau đẻ không cho con bú: uống từ tuần thứ tư sau đẻ.
 - + Sau nạo, sau sẩy thai, có thể bắt đầu sớm trong vòng 5 ngày đầu sau nạo.

+ Xử trí khi quên thuốc: Nếu quên thuốc 1 viên thì uống ngay khi nhớ ra và tiếp tục như bình thường. Nếu quên thuốc 2 viên liên tiếp thì phải uống mỗi ngày 2 viên trong hai ngày sau đó. Đồng thời dùng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ cho đến khi hết vỉ thuốc. Nếu quên từ 3 viên trở lên, bỏ vỉ thuốc và bắt đầu dùng vỉ mới. Dùng biện pháp hỗ trợ trong 7 ngày đầu tiên. Hàng năm, người phụ nữ cần phải đi khám kiểm tra 1 lần hoặc khi có dấu hiệu bất thường.

2.2.1.2. Viên tránh thai đơn thuần

Viên thuốc tránh thai đơn thuần chỉ có Progestin, không có Estrogen. Ngoài tác dụng ngừa thai, còn thường được sử dụng với mục đích điều trị. Có 2 loại:

- Progestin liều thấp, liên tục (microprogestatif)

+ Thành phần, cách trình bày của thuốc:

Viên tránh thai progestin liều thấp hay được sử dụng là EXLUTON (lynestrenol 0,5mg), vỉ 28 viên. Ngoài ra còn có thể gấp ở thị trường: Microval (Levonorgestrel 0,03mg), Milligynon (Norethisterone Acetate, 0,6mg). Ogyline (norgestrienone).

+ Cơ chế tránh thai:

Làm đặc chất nhầy cổ tử cung, ngăn cản tinh trùng xâm nhập lên đường sinh dục trên. Làm teo nội mạc tử cung, giảm khả năng làm tổ.

+ Hiệu quả tránh thai cao đạt đến 97%.

- Viên Progestin liều cao (macroprogestatif)

Các chế phẩm có thể là: Norlutin (Noréthisterone 5mg), Orgametril (Lynestrenol 5mg). Một số thuốc có dẫn xuất từ progesteron như Lutanyl (Nomegestrol 5mg), Luteran (Chlomadinon 5mg), Surgestone (Promegeston 0,125mg) ít gây nam tính hoá khi sử dụng dài ngày. Các viên progestin liều cao ít sử dụng vì mục đích tránh thai và thường dùng trong điều trị.

2.2.1.3. Viên tránh thai khẩn cấp

Viên tránh thai khẩn cấp còn gọi là viên thuốc tránh thai sáng hôm sau.

- Cơ chế tác dụng: làm niêm mạc tử cung phát triển không thuận lợi cho sự làm tổ.

- Chỉ định: Trường hợp giao hợp không được bảo vệ, bị cưỡng dâm.

- Cách sử dụng: viên tránh thai khẩn cấp chỉ có Progestin đơn thuần: Loại thường được sử dụng là Postinor (Levorgestrel 0,75mg) Viên đầu tiên uống càng sớm càng tốt trong vòng 72 giờ sau giao hợp không được bảo vệ, viên thứ hai uống sau viên thứ nhất 12 giờ.

Viên thuốc tránh thai kết hợp (Ideal, Choice, New choice, Tetragynon): Uống 4 viên thuốc tránh thai kết hợp trong vòng 72 giờ sau giao hợp, 12 giờ sau đó uống tiếp 4 viên.

Tác dụng phụ thường gặp triệu chứng chóng mặt, buồn nôn và nôn sau khi dùng viên tránh thai khẩn cấp.

2.2.2. Thuốc tiêm tránh thai

Thuốc tiêm tránh thai DMPA là loại hormon progestin có tác dụng tránh thai 1 tháng hay 3 tháng.

- Depo-provera (medroxyprogesterone acetate) chế phẩm của progesteron tự nhiên được pha chế trong dung dịch nhũ tương tinh thể nhỏ do đó được hấp thu chậm.

- Noristerat (noréthisterone) 200mg.

Cơ chế tác dụng: Thuốc tiêm DMPA liên tục ức chế phóng noãn, làm niêm mạc tử cung mỏng và làm đặc chất nhầy cổ tử cung.

Chỉ định cho những người phụ nữ muốn dùng biện pháp tránh thai dài hạn, có hồi phục, hiệu quả cao mà không phải dùng thuốc hàng ngày. Ưu điểm: Hiệu quả cao, có tác dụng lâu dài, chỉ cần tiêm một lần cho 4 tuần, 12 tuần.

Có thể hồi phục lại khả năng sinh sản. Không ảnh hưởng nhiều đến tim mạch, thích hợp cho phụ nữ trên 35 tuổi phải đề phòng với estrogen. Có thể dùng cho phụ nữ cho con bú, không ảnh hưởng đến giao hợp, dễ sử dụng.

Tác dụng phụ: ra huyết thâm giọt, rong kinh giữa kỳ, vô kinh, tăng cân nhẹ. Việc sử dụng kéo dài thường đi kèm với việc giảm mật độ khoáng trong xương và sẽ trở lại bình thường sau khi ngừng sử dụng thuốc.

Chống chỉ định: dưới 6 tuần sau sinh; Nhiều yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch; Huyết áp cao không kiểm soát; Bệnh mạch; đang bị viêm tắc tĩnh mạch sâu; có tiền sử hoặc đang bị bệnh tim do thiếu máu; tiền sử đột quỵ; có tiền sử hoặc đang mắc ung thư vú; tiểu đường phụ thuộc insulin với những thay đổi mạch hoặc diễn biến bệnh trên 20 năm; đang bị viêm gan do virus, xơ gan nặng, các khối u gan.

Nhược điểm: Vì thuốc có tác dụng kéo dài nên không thể ngưng tác dụng ngay hoặc lấy ra khỏi cơ thể khi có tai biến xảy ra hoặc muốn có thai trở lại.

Tỷ lệ thất bại là 0,3%

Thời điểm tiêm, liều lượng: Mũi tiêm có thể thực hiện vào bất cứ lúc nào trong chu kỳ kinh nguyệt với điều kiện là chắc chắn không có thai. Tốt nhất là trong vòng 7 ngày đầu của kỳ kinh hoặc sau nạo hút. Nếu cho con bú thì tiêm 6 tuần sau đẻ.

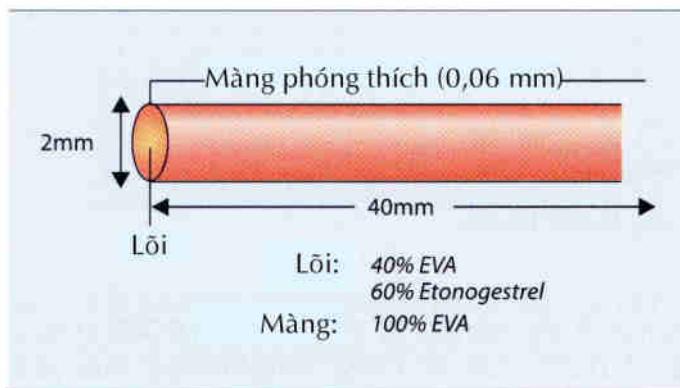
Chế độ chuẩn là cứ 12 tuần dùng một liều 150mg DMPA, tiêm bắp sâu. Có thể sớm hoặc muộn hơn 2 tuần vẫn có tác dụng.

2.2.3. Thuốc cấy tránh thai

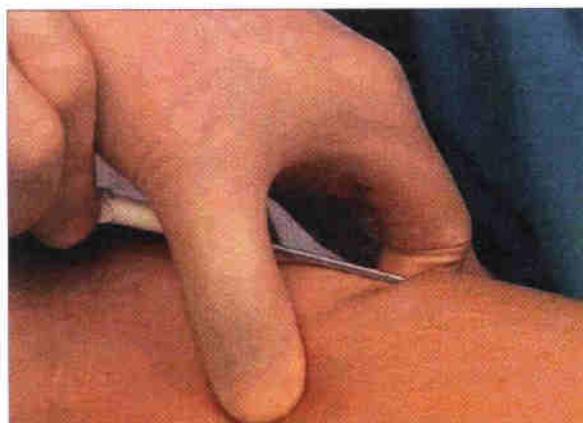
Thuốc cấy tránh thai hiện nay có 2 loại:

- Norplant: Loại này có 6 nang mềm, vỏ bằng chất dẻo sinh học, mỗi nang chứa 36mg Levonorgestrel. Hormon này thấm qua thành nang vào máu một cách liên tục đảm bảo tác dụng tránh thai kéo dài 5 năm. Tỷ lệ thất bại là 0,2%.

- Implanon: Chỉ có một nang chứa 68mg Etonogestrel và có tác dụng 3 năm.
- Nơi cấy: mặt trong cánh tay không thuận (thường là tay trái), cấy nông dưới da.
- Noplant cấy 6 nang hình nan quạt.
- Implanon cấy ở khoảng giữa mặt trong cánh tay. Tác dụng phụ chủ yếu là ra máu âm đạo thâm giọt.



Hình 5. Cấu trúc của que cấy Implanon



Hình 6. Kỹ thuật cấy Implanon

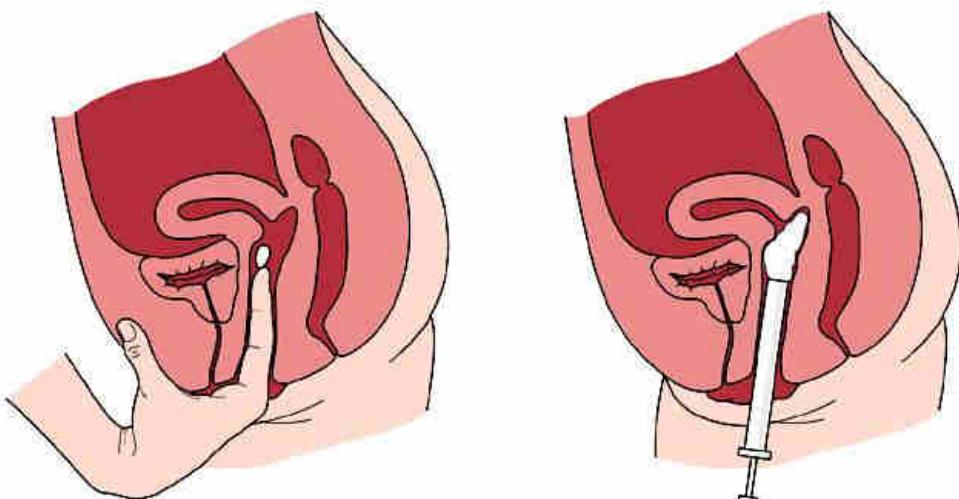
2.2.4. Thuốc diệt tinh trùng

Là những loại chất có tác dụng hoá học để diệt hoặc làm mất khả năng di chuyển của tinh trùng. Ngoài ra nó có tác dụng như một dung môi tạo nên màng chắn, hoặc tạo bọt nhằm đẩy tinh trùng ra xa cổ tử cung.

Các chất thường dùng: acid lactic, nicoceptin, nonoxynol 9, Chlorure benzalkonium (Pharmatex). Thuốc phải đảm bảo diệt tinh trùng nhanh, không gây cảm giác khó chịu, không làm giảm khoái cảm. Thuốc được sản xuất dưới dạng kem, nhũ tương, viên đạn, viên sủi bọt, loại khí dung sủi bọt để đặt vào âm đạo.

Trước khi giao hợp 5 phút đặt hoặc bơm thuốc vào âm đạo, thuốc chỉ tác dụng trong vòng 1 giờ. Nhược điểm là gây nóng âm đạo, mỗi lần giao hợp phải đặt thuốc lại.

Tỷ lệ thất bại khoảng 10%. Nên kết hợp thuốc diệt tinh trùng với một trong các tránh thai khác kết quả tránh thai sẽ cao hơn.



Hình 7. Thuốc diệt tinh trùng

3. CÁC PHƯƠNG PHÁP TRÁNH THAI TRUYỀN THỐNG

Là những phương pháp tránh thai đơn giản, dễ áp dụng, có tác dụng tránh thai ngắn hạn. Đây là những phương pháp được sử dụng từ lâu và có tác dụng nhất định trong việc hạn chế phát triển dân số.

3.1. Áp dụng ở nam giới

3.1.1. Phương pháp sử dụng bao cao su

Bao cao su ngăn không cho tinh dịch vào âm đạo. Bao được làm bằng cao su latex rất mỏng có hoặc không phủ lớp diệt tinh trùng. Ngoài tác dụng tránh thai cao bao cao su còn có

tác dụng phòng các bệnh lây truyền theo đường tình dục, đặc biệt là HIV/AIDS đang có nguy cơ lan tràn khắp thế giới.

Chỉ định: Tất cả mọi người muốn tránh thai tạm thời mà không muốn dùng các biện pháp khác hoặc muốn phòng chống các bệnh lây truyền qua đường sinh dục, trừ trường hợp bị dị ứng với chất cao su khi dùng. Tỷ lệ thất bại: 14%.

3.1.2. Phương pháp xuất tinh ra ngoài âm đạo

Xuất tinh ra ngoài âm đạo để không cho tinh trùng vào trong âm đạo để gặp trứng thụ tinh do đó còn gọi là phương pháp giao hợp ngắt quãng. Hiện nay nhiều cặp vợ chồng sử dụng phương pháp này. Tỷ lệ thất bại khá cao, khoảng 24%.



Hình 8. Hướng dẫn mang bao cao su cho nam giới

3.2. Áp dụng ở nữ giới

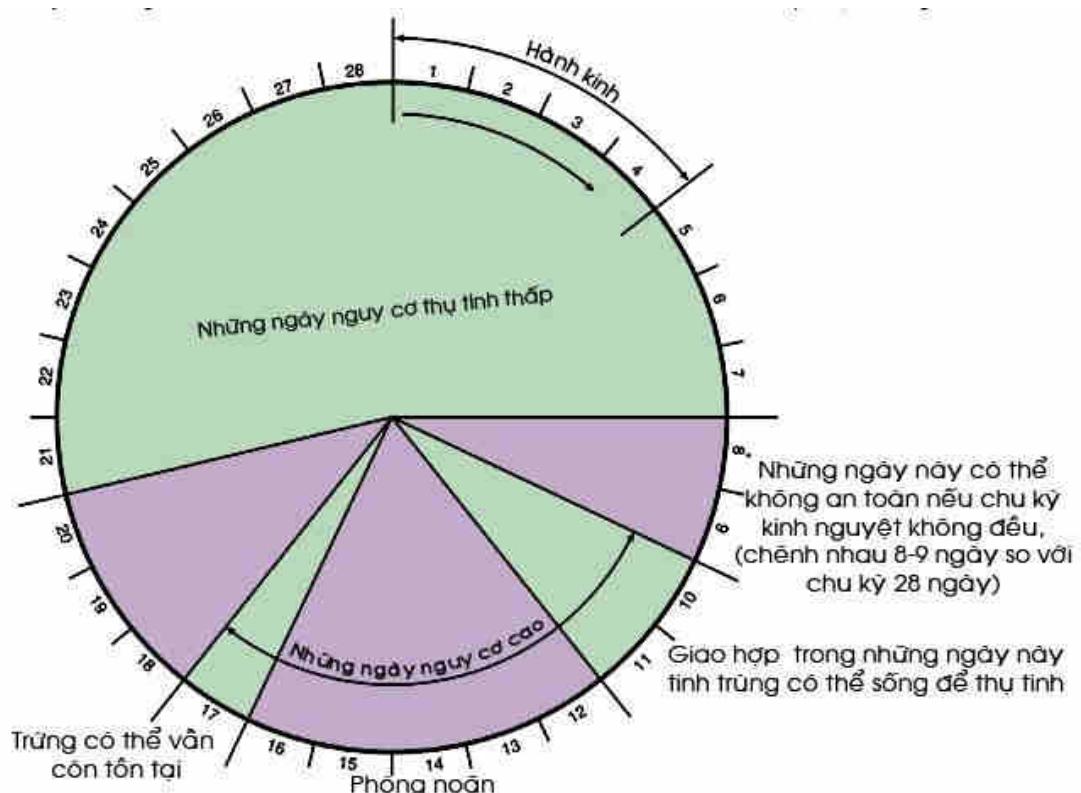
3.2.1. Phương pháp Ogino-Knauss

Phương pháp Ogino-Knauss là phương pháp tránh thai cổ điển và hiện nay vẫn là một trong những phương pháp được quan tâm.

- Cơ chế tác dụng

Phương pháp dựa vào hiện tượng phóng noãn bao giờ cũng xảy ra ở thời gian cố định từ 12 - 16 ngày trước kỳ kinh tới. Ước tính thời gian có thể thụ tinh của noãn khoảng 10 - 24 giờ, thời gian thụ tinh của tinh trùng trong đường sinh dục nữ là 48 giờ. Vì vậy muốn tránh thai thì cần tránh giao hợp trước khi dự kiến có phóng noãn 2 ngày và sau phóng noãn 1 ngày.

Ogino-Knauss là phương pháp tránh thai tự nhiên bằng cách tránh giao hợp vào thời kỳ rụng trứng. Hiệu quả của phương pháp này tùy thuộc theo từng người và mức độ theo dõi để xác định thời kỳ rụng trứng có chính xác hay không. Ngoài ra phương pháp này có đặc điểm là khó áp dụng đối với những phụ nữ không có thói quen theo dõi kinh nguyệt một cách đều đặn, ở người đang cho con bú, vô kinh. Tỷ lệ thất bại dao động từ 2-21%.

**Hình 9.** Phương pháp Ogino-Knauss

3.2.2. Biện pháp cho bú vú kinh

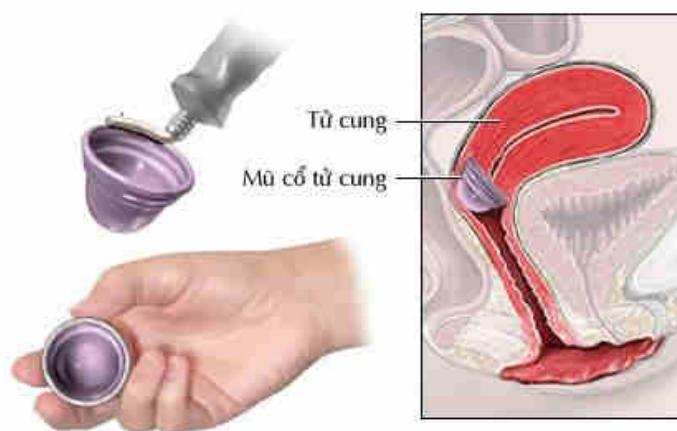
Có thể áp dụng ở những phụ nữ cho con bú hoàn toàn, chưa có kinh trở lại và con dưới 6 tháng tuổi. Hiệu quả tránh thai có thể tới 98%.

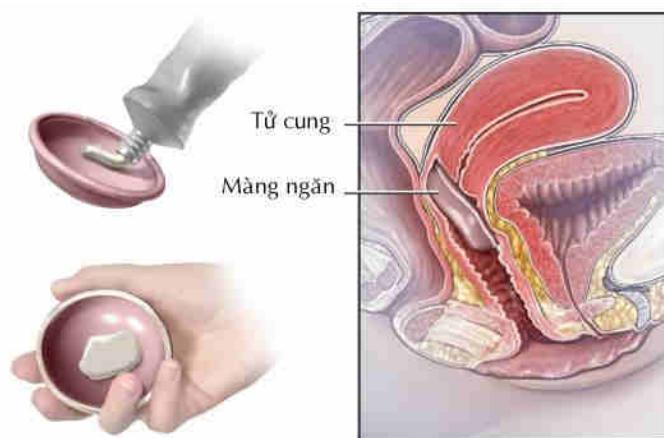
Biện pháp dựa trên cơ sở trẻ bú mẹ tác động lên vùng dưới đồi, ảnh hưởng đến mức độ và nhịp điệu của sự tiết các hormon giải phóng, ức chế sự phóng noãn.

Đây là phương pháp tránh thai rất được khuyến khích ở các nước đang phát triển.

3.2.3. Mũ cổ tử cung, màng ngăn âm đạo

Dụng cụ làm bằng kim khí hoặc chất dẻo để ngăn cản không cho tinh trùng vào tử cung. Tỷ lệ thất bại của màng ngăn âm đạo, mũ cổ tử cung gần 20% cho mỗi loại. Các phương pháp này hiện nay rất ít được sử dụng.

**Hình 10.** Mũ cổ tử cung

**Hình 11.** Màng ngăn âm đạo

4. PHƯƠNG PHÁP ĐÌNH SẢN TỰ NGUYỆN

Đình sản là biện pháp hiệu quả cao, đơn giản và có thể hồi phục bằng can thiệp phẫu thuật.

4.1. Đình sản nữ

Là phương pháp làm tắc vòi tử cung, ngăn cản vĩnh viễn không cho tinh trùng và trứng gặp nhau để thụ tinh.

4.1.1. Chỉ định và chống chỉ định

Tất cả phụ nữ tự nguyện áp dụng.

4.1.2. Ưu, nhược điểm của phương pháp đình sản nữ

Hiệu quả tránh thai có thể đạt đến 100% nếu như cắt và thắt đúng phương pháp, không ảnh hưởng đến kinh nguyệt, sức khoẻ, tâm sinh lý và hoạt động tình dục.

4.1.3. Thực hiện phương pháp đình sản nữ

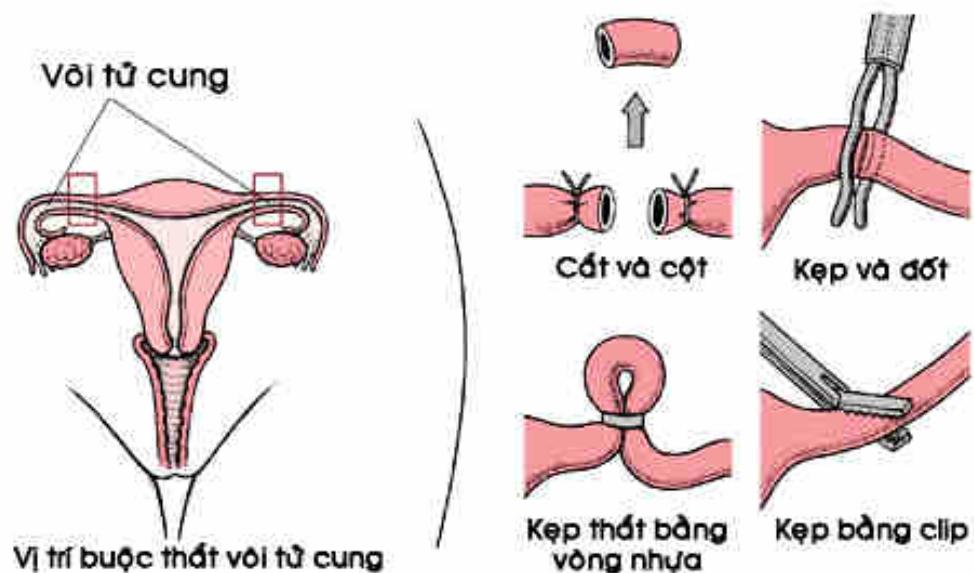
- Thời điểm:

+ Sau khi đẻ: Tiến hành từ 24 đến 48 giờ là dễ thực hiện nhất

+ Sau nạo, sau sảy thai.

+ Kết hợp đình sản trong mổ lấy thai, phẫu thuật phụ khoa.

- Kỹ thuật: Đình sản là một loại phẫu thuật nhỏ, chỉ cần rạch thành bụng khoảng 2 cm để cặt 2 vòi trứng lên thắt và cắt. Ngoài ra có thể đình sản nữ qua nội soi bằng ống soi, ống soi được đưa qua một điểm cắt nhỏ vào ổ bụng, sau đó là thủ thuật đốt điện vòi trứng. Phương pháp này đòi hỏi các trang thiết bị đắt tiền và phức tạp, đồng thời cũng không dễ thực hiện.



Hình 12. Đinh sǎn nữ**4.2. Đinh sǎn nam**

Thắt ống dẫn tinh là một trong những biện pháp tránh thai ít phổ biến hiện nay trên toàn thế giới. Tuy nhiên đây là một trong những biện pháp có hiệu quả, an toàn, đơn giản và tiện lợi.

4.2.1. Cơ chế tác dụng

Phương pháp thắt và cắt ống dẫn tinh làm cho tinh trùng không thể di chuyển từ tinh hoàn và mào tinh đi qua ống dẫn tinh và phóng vào âm đạo khi xuất tinh để gặp trứng.

Sau khi thắt ống dẫn tinh, tinh hoàn vẫn hoạt động bình thường, tinh trùng vẫn được sản xuất, các hormon vẫn bình thường nên không ảnh hưởng đến giới tính và hoạt động sinh dục.

4.2.2. Chỉ định

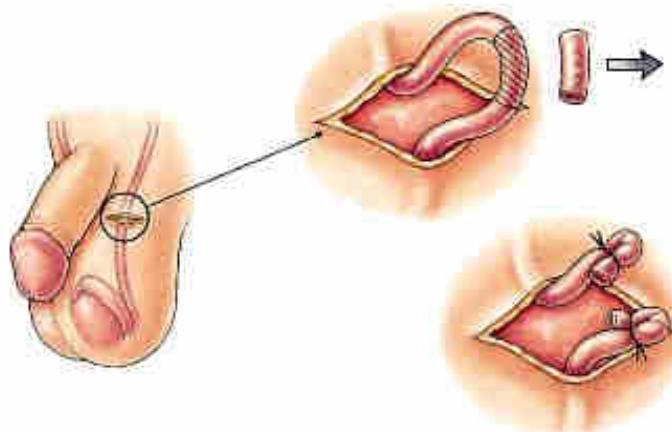
Nam giới tự nguyện áp dụng.

4.2.3. Kỹ thuật

Kỹ thuật không dùng dao mổ đang trở thành biện pháp phổ biến. Với kỹ thuật này chỉ cần châm một vết nhỏ 1mm vào da bìu bằng kẹp, mở rộng ra để định vị và tách và thắt các ống dẫn tinh.

4.2.4. Theo dõi

Phương pháp thắt ống dẫn tinh đạt hiệu quả 99 - 99,5%, tỷ lệ thất bại do giao hợp không được bảo vệ ngay sau khi tiến hành thủ thuật. Do đó nên tránh giao hợp trong 2-3 ngày và dùng bao cao su trong 20 lần xuất tinh sau khi đã cắt, thắt ống dẫn tinh. Nếu có điều kiện trước khi giao hợp bình thường nên đến bệnh viện thử lại tinh trùng, nếu còn tinh trùng thì phải tiếp tục dùng bao cao su hoặc phương pháp khác.

**Hình 13. Đinh sǎn nam**

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐÌNH CHỈ THAI

Mục tiêu học tập

1. Nêu được các chỉ định và phác đồ phá thai bằng thuốc.
2. Trình bày được các chỉ định và kỹ thuật hút và nạo thai
3. Kể được các tai biến thường gặp trong hút và nạo thai.

Trong các trường hợp có thai ngoài ý muốn vì những lý do khác nhau (như công tác, kinh tế khó khăn...) thì việc đình chỉ thai là cần thiết.

Đình chỉ thai là một thủ thuật an toàn nếu được thực hiện trong điều kiện đảm bảo và do cán bộ y tế đủ trình độ đảm trách. Vì vậy, việc áp dụng các biện pháp đình chỉ thai nghén nên thực hiện ở các tuyến y tế có đủ điều kiện, nhằm giảm các tai biến có thể xảy ra.

Đình chỉ thai hiện nay gồm hai phương pháp: nội khoa và nạo hút thai.

1. PHÁ THAI NỘI KHOA (đối với tuổi thai không quá 49 ngày)

1.1. Các thuốc sử dụng

Mifepriston (RU 486): là 17 Norsteroid có tính kháng Progesteron, có hiệu quả gây thai chết. Mifepriston tranh chấp các thụ thể progesteron.

Misoprostol (Cytotec, Alsoben): là một prostaglandin E1 có tác dụng gây co tử cung.

1.2. Cách sử dụng

Cho bệnh nhân uống 1 viên Mifepriston 200mg, theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng toàn thân trong 15 phút. Sau 36 - 48 giờ uống Misoprostol (400mcg), theo dõi sau 4 giờ. Việc dùng Misoprostol tại nhà là an toàn với điều kiện người phụ nữ dễ dàng đến cơ sở y tế không quá 30 phút bằng bất cứ phương tiện gì.

Có thể cho uống thêm Paracetamol, Papaverin.

- Đa số trường hợp sẽ sẩy thai tự nhiên một thì, không cần phải nạo kiềm tra buồng tử cung.

- Nếu sau khi sẩy thai, ra máu nhiều thì nạo cầm máu cho kháng sinh, theo dõi 5 - 7 ngày.

2. HÚT THAI CHÂN KHÔNG

2.1. Chỉ định

Tuổi thai ≤ 12 tuần.

2.2. Chống chỉ định

Nhiễm trùng đường sinh dục cấp.

3. Kỹ thuật

Cho uống thuốc giảm đau trước nửa giờ.

Khám xác định kích thước và tư thế tử cung

Thay găng vô khuẩn.

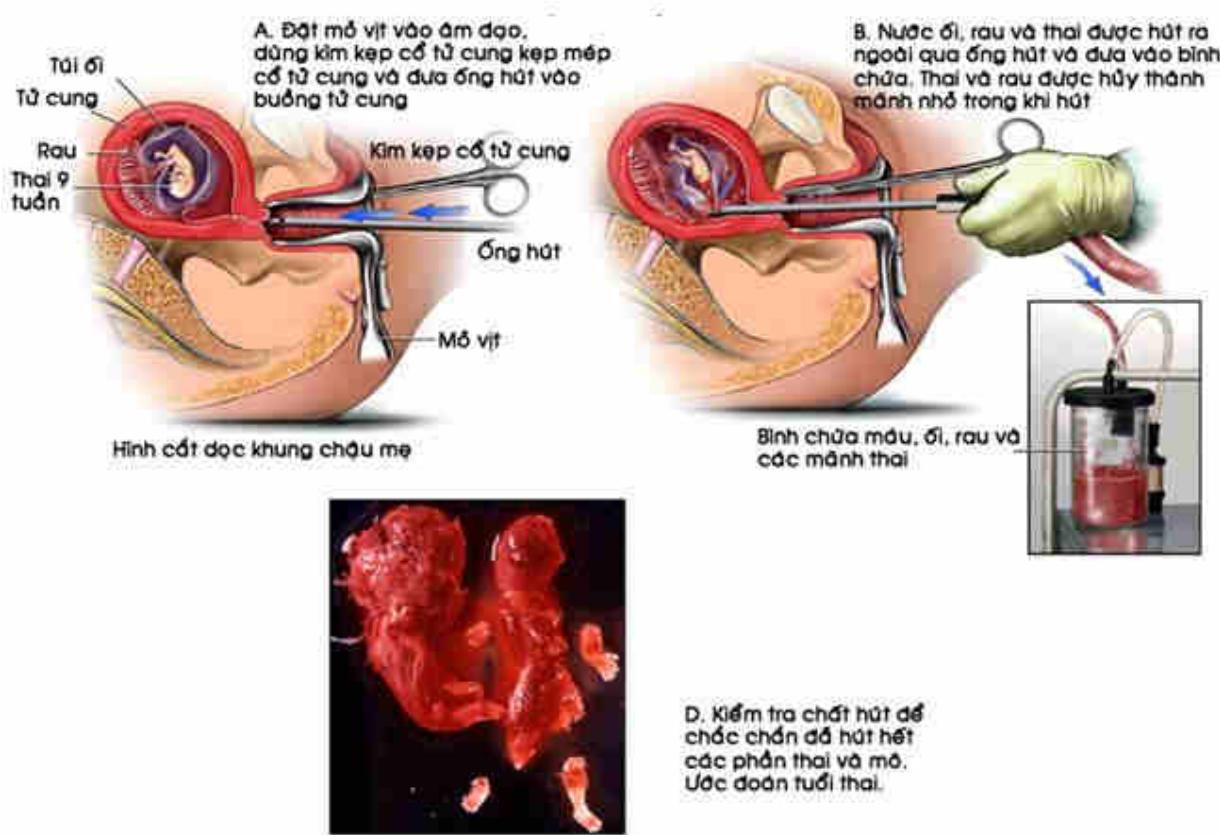
Sát khuẩn âm hộ, trải sảng sạch.

Đặt van âm đạo, sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.

Gây tê tại cổ tử cung.

Đo buồng tử cung bằng ống hút.

- Nong cổ tử cung nếu cần.
 - Hút thai.
 - Kiểm tra chất hút.
 - Xử lý dụng cụ và chất thải theo quy trình.
- Sau thủ thuật, cần theo dõi 30 phút, cho kháng sinh uống trong 5 - 7 ngày và hẹn tái khám sau 7 ngày.
- Bệnh nhân có thể ra ít máu một vài ngày, không sốt, không đau bụng, kinh nguyệt thường trở lại sau 1 tháng.
- Thủ thuật được coi là kết quả khi tử cung không to lên sau 2 tuần thăm khám lại và xét nghiệm thai nghén âm tính. Nếu xét nghiệm còn dương tính và siêu âm còn sót tổ chức thì nên hút lại.



Hình 1. Hút thai chân không

3. PHÁ THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG VÀ NẠO

3.1. Chỉ định

Tuổi thai từ 8 đến 12 tuần lẽ và ở những nơi chưa thực hiện hút thai.

3.2. Kỹ thuật

Giảm đau toàn thân

Đặt van âm đạo, sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung, sau khi đã khám để xác định độ lớn và tư thế của tử cung.

Nong cổ tử cung từ số nhỏ đến lớn tùy tuổi thai.

Dùng kẹp hình tim luồn vào buồng tử cung, khi chạm vào đáy tử cung thì lùi lại một ít để gấp thai.

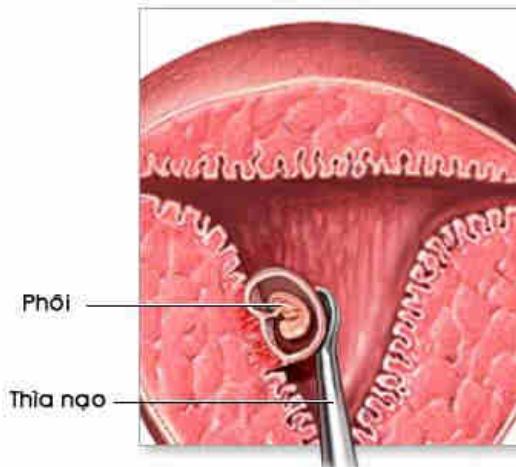
Dùng thia nạo lại lòng tử cung. Khi niêm mạc tử cung sạch, người nạo có cảm giác gòn gòn ở đầu thia.

Đo lại buồng tử cung (nếu cần).

Xử lý dụng cụ và chất thải.

Trong khi gấp và nạo lòng tử cung, có thể truyền 5 đơn vị oxytoxin trong dung dịch Dextrose 5% hay tiêm bắp 5 - 10 đơn vị oxytoxin để tử cung co tốt và tránh thương tổn niêm mạc tử cung.

Sau nạo xong cần cho kháng sinh 5 - 7 ngày, theo dõi tình trạng nhiễm khuẩn, ra máu kéo dài, sốt, đau bụng...



Hình 2. Nạo lòng tử cung

3.3. Các tai biến có thể xảy ra trong và sau nạo thai

- Choáng do đau.
- Chảy máu do đờ tử cung, sót rau, rách hoặc thủng tử cung.
- Thủng tử cung, bệnh nhân cảm giác đau chói, có dấu xuất huyết nội. Cần theo dõi sát, để phát hiện kịp thời, có thể can thiệp bằng phẫu thuật nếu cần.
- Nhiễm trùng sau nạo do sót rau, hay do không được vô khuẩn cần cho kháng sinh mạnh, sau 1, 2 ngày thì nạo lại.
- Dính buồng tử cung do hút, nạo gây tổn thương niêm mạc tử cung. 2, 3 tháng sau nạo không có kinh, kèm đau bụng vùng tiêu khung. Có thể xác định bằng chụp buồng tử cung có thuốc cản quang, siêu âm.
- Nhiễm trùng nặng, tử vong, đặc biệt trong các trường hợp nạo phá thai không an toàn.

4. PHƯƠNG PHÁP NONG - GẤP

4.1. Chỉ định

Tuổi thai từ 13 đến 18 tuần.

4.2. Kỹ thuật

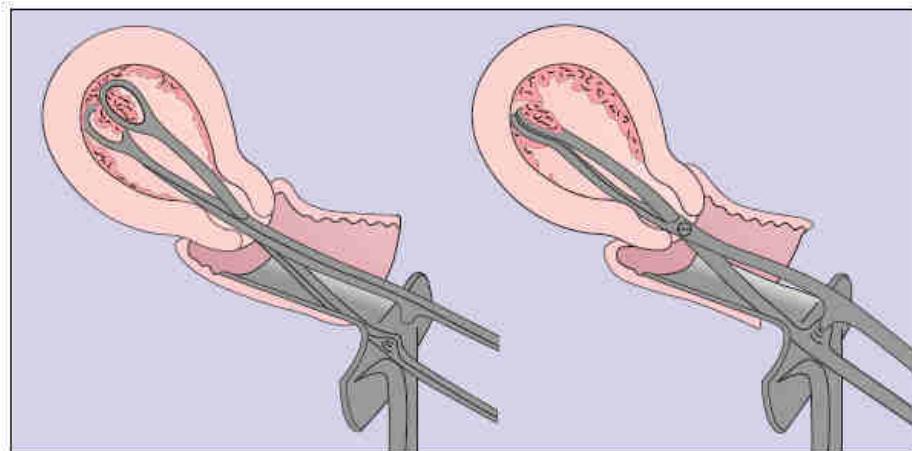
Phương pháp này chỉ áp dụng ở các bệnh viện thành phố, tuyến tỉnh và tuyến trung ương. Cần thận trọng với các trường hợp dị dạng sinh dục, có sẹo mổ cũ và các bệnh nội khoa.

Sử dụng thuốc Misoprostol (Cytotec) để làm mềm cổ tử cung.

Nong cổ tử cung bằng que nong, sau đó dùng bơm chân không ống hút lớn (12mm) kết hợp với kẹp gấp thai để lấy thai ra.

Sau thủ thuật cần theo dõi sát mạch, nhiệt, huyết áp, máu âm đạo, đau bụng, co hồi tử cung trong vòng 4 giờ.

Dùng kháng sinh 5 - 7 ngày. Hẹn tái khám sau 10 - 15 ngày để xử trí kịp thời các tai biến có thể xảy ra.



Hình 3. Gắp thai

5. TƯ VẤN NẠO PHÁ THAI

Thảo luận kỹ với khách hàng về quyết định chấm dứt thai kỳ.

Cần nói rõ sự nguy hiểm và những tai biến có thể xảy ra trong lúc nạo phá thai và những hậu quả của nó.

Sau khi nạo phá thai, cần nói rõ các dấu hiệu nguy hiểm cho khách hàng biết để đến khám ngay, tránh tình trạng chậm trễ gây hậu quả nghiêm trọng cho tính mạng của khách hàng.

Cần thông tin về các biện pháp tránh thai, hướng dẫn lựa chọn biện pháp thích hợp và sử dụng đúng, để tránh có thai ngoài ý muốn.

Nói rõ các dấu hiệu có thai sớm để khách hàng nhận biết, hạn chế các trường hợp phá thai lớn gây hậu quả nghiêm trọng.

TƯ VẤN TRONG ĐÌNH CHỈ THAI

Mục tiêu bài học

1. Nêu được các thời điểm tiến hành tư vấn trong nạo phá thai.
2. Nêu các yêu cầu của cán bộ tư vấn nạo phá thai.
3. Kể được các nội dung của cuộc tư vấn nạo phá thai.
4. Thực hiện được đúng quy trình các bước tư vấn.

Đình chỉ thai là phương pháp đình chỉ thai trong dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Đình chỉ thai phần lớn là do không được tư vấn đầy đủ về các biện pháp kế hoạch hóa gia đình.

Người cung cấp dịch vụ cần phải quan tâm đến nhu cầu của khách hàng để thực hiện tư vấn có hiệu quả, giúp cho khách hàng tự quyết định việc đình chỉ thai, chọn lựa được phương pháp đình chỉ thai, cách tự chăm sóc sau thủ thuật, áp dụng các BPTT phù hợp. Điều đó có thể giúp cho việc tránh các thai nghén không mong muốn, cải thiện sức khoẻ bà mẹ và trẻ em thông qua giãn khoảng cách an toàn giữa các lần sinh.

1. THỜI ĐIỂM TIẾN HÀNH TƯ VẤN

Tư vấn trong nạo phá thai phải được tiến hành một cách toàn diện, có chất lượng cao, cần phải nhẫn mạnh từng dịch vụ chăm sóc phá thai chất lượng cao bao gồm các thời điểm sau:

1.1. Tư vấn trước thủ thuật

- Đánh giá khả năng tiếp nhận thông tin của khách hàng.
- Tìm hiểu nhu cầu và cảm giác của khách hàng.
- Tìm hiểu về nguyện vọng sinh con tiếp theo.
- Tìm hiểu khả năng hỗ trợ từ gia đình và bạn bè.
- Dựa trên điều kiện của khách hàng cung cấp thông tin sau:
 - + Tư vấn lựa chọn (giữa việc phá thai với việc để thai và chăm sóc thai nghén)
 - + Phương thức tiến hành
 - + Quá trình thủ thuật, phương pháp giảm đau.
 - + Cách thở và thả lỏng trong khi làm thủ thuật
 - + Lợi ích, tác dụng phụ, biến chứng và nguy cơ liên quan đến thủ thuật nạo phá thai.
 - + Khả năng sinh sản sau nạo phá thai.
 - + Những biện pháp ngừa thai sẵn có tại cơ sở.

1.2. Tư vấn trong thủ thuật

Duy trì tư vấn bằng giao tiếp bằng lời và không lời một cách tích cực và hiệu quả. Luôn có thái độ nhẹ nhàng, calm thông và động viên để tăng cường sự hợp tác của khách hàng khi tiến hành thủ thuật. Không được có thái độ xét đoán và chỉ trích hành vi của khách hàng, điều này sẽ đưa đến ảnh hưởng có lợi cho việc chăm sóc khách hàng. Động viên khách hàng thở đúng cách và thư giãn.

1.3. Tư vấn sau thủ thuật

Phát hiện những cảm giác, vấn đề của khách hàng liên quan đến quá trình làm thủ thuật. Khuyến khích và động viên khách hàng.

Nói với khách hàng cách tự chăm sóc bản thân sau nạo.

- Thảo luận những biện pháp tránh thai thích hợp ngay sau nạo. Đảm bảo rằng khách hàng chắc chắn biết cách sử dụng biện pháp tránh thai mà khách hàng lựa chọn. Lý tưởng nhất là biện pháp đó được sử dụng trước khi khách hàng rời khỏi cơ sở y tế.

- Thảo luận về các bệnh nhiễm trùng đường sinh dục và bệnh lây qua đường tình dục.

- Nhắc lại những tác dụng phụ, dấu hiệu nguy hiểm, nguy cơ và bảo họ quay trở lại khi có dấu hiệu nguy hiểm.

- Đề nghị khách hàng nhắc lại những vấn đề quan trọng cần theo dõi.

- Đánh giá nhu cầu về sức khoẻ nói chung và vấn đề liên quan đến sức khoẻ sinh sản

Khách hàng càng có nhiều thông tin trước và trong và sau quá trình thực hiện thủ thuật thì họ càng có khả năng tự chăm sóc bản thân mình tốt hơn sau thủ thuật

Trên thực tế khách hàng ít khi có giao tiếp với hệ thống chăm sóc y tế, do đó người tư vấn phải tận dụng mọi cơ hội để có thể khai được bất kỳ nhu cầu nào của khách hàng về thể chất cũng như về mặt tinh thần của người phụ nữ.

2. YÊU CẦU CÀU CÀU CỦA MỘT CÁN BỘ TU VẤN

Để cung cấp dịch vụ phá thai an toàn và toàn diện, nhân viên y tế ngoài lòng nhiệt tình với công việc còn phải có kinh nghiệm đặc biệt trong tư vấn nạo phá thai, kiến thức chuyên môn rộng rãi, áp dụng kỹ năng giao tiếp có hiệu quả. Phải quan tâm đến nhiều yếu tố như tuổi tác, tình hình cuộc sống, trình độ văn hoá, nghề nghiệp và thái độ của họ v.v...

2.1. Về kiến thức

- Nhận thức được nhu cầu của khách hàng

- Nắm vững chính sách, pháp luật của nhà nước về sức khoẻ sinh sản và các chuẩn mực xã hội.

- Nắm được 6 bước thực hành tư vấn.

- Kiến thức chung về các phương pháp phá thai.

- Kiến thức chung về các biện pháp tránh thai.

- Những quy định về chuyên tuyến.

2.2. Về kỹ năng tư vấn

- Kỹ năng tiếp đón khách hàng

- Kỹ năng lắng nghe: Đây là một trong những kỹ năng quan trọng mà mọi cán bộ tư vấn đều phải được đào tạo nhằm giúp họ thể hiện được sự quan tâm của mình đến khách hàng

- Kỹ năng giao tiếp: Sử dụng kỹ năng giao tiếp không lời và có lời một cách có hiệu quả

- Kỹ năng giải quyết vấn đề.

Nhin chung những người làm công tác tư vấn cho người sử dụng các biện pháp KHHGD phải thiết lập được sự tin cậy của khách hàng rồi để chị ấy tự đánh giá tình của cá nhân, có quyết định đúng đắn về KHHGD và sử dụng các biện pháp đó có hiệu quả.

Như vậy mỗi cán bộ tư vấn cần được đào tạo về 2 nội dung có tầm quan trọng như nhau, đó là :

+ Thu thập được các thông tin từ khách hàng và cung cấp các thông tin cho khách hàng có hiệu quả

+ Biết cách lắng nghe khách hàng và nói chuyện với khách hàng theo cách có thể giúp họ quyết định lựa chọn biện pháp KHHGD

Tại các cơ sở không có nhân viên chuyên làm công tác tư vấn thì phải đào tạo nhân viên hiện có các kỹ năng tư vấn về các dịch vụ phá thai cơ bản cũng như về những vấn đề sức khoẻ có liên quan

3. NỘI DUNG CÁC VẤN ĐỀ TU VẤN

Cuộc tư vấn nên bao gồm những vấn đề sau đây:

3.1. Thông tin chính xác về tình trạng sức khoẻ của người phụ nữ, các kết quả xét nghiệm, sự lựa chọn biện pháp, các phương pháp giảm đau.

3.2. Lợi ích và nguy cơ của các thủ thuật phá thai cũng như phương pháp giảm đau.

3.3. Đảm bảo rằng người phụ nữ đã hiểu kết quả chẩn đoán, thủ thuật, giảm đau và chăm sóc theo dõi sau thủ thuật nếu cần.

3.4. Tìm hiểu cảm giác của người phụ nữ về thai nghén của mình, việc phá thai, nguyện vọng được chăm sóc cũng như tương lai về sức khoẻ sinh sản của bản thân họ.

3.5. Bất kỳ mối quan tâm nào về sức khoẻ mà người phụ nữ đưa ra vào thời điểm đó.

4. QUY TRÌNH TƯ VẤN

4.1. Tư vấn thăm khám

- Lập các thủ tục hành chính.
- Giải thích về mục đích thăm khám và quá trình thăm khám.
- Đề nghị các xét nghiệm cần làm.
- Hỏi về tiền sử sản, phụ khoa và các vấn đề có liên quan.

4.2. Tư vấn về việc quyết định phá thai

Sau khi xác định tình trạng thai nghén của khách hàng, tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về thai nghén. Đưa ra những khả năng để khách hàng lựa chọn:

- Tiếp tục mang thai, sinh con và nuôi con.
- Quyết định phá thai.

Nếu sau khi tư vấn khách hàng muốn giữ thai và sinh con thì chuyên khách hàng đến nơi đăng ký và quản lý thai nghén.

Nếu khách hàng quyết định phá thai, tư vấn cho khách hàng những phương pháp phá thai sẵn có tại cơ sở, giúp khách hàng lựa chọn trên cơ sở tự nguyện, có thông tin đầy đủ và chính xác.

Giúp khách hàng hiểu được lợi ích, nguy cơ của từng phương pháp để khách hàng lựa chọn phương pháp bằng thủ thuật hay bằng thuốc (việc chọn phương pháp phù hợp còn phụ thuộc vào tuổi thai).

4.3. Tư vấn về quá trình thủ thuật

- Thông báo về thời gian cần thiết để tiến hành thủ thuật.
- Phương pháp giảm đau trong khi tiến hành thủ thuật.
- Các bước của thủ thuật.
- Giới thiệu người thực hiện thủ thuật.
- Các thông tin về nguy cơ, tai biến có thể gặp phải.

4.4. Tư vấn về chăm sóc và theo dõi sau thủ thuật

- Sau khi tiến hành thủ thuật khách hàng cần thực hiện đầy đủ những chỉ dẫn của bác sĩ.

Cụ thể là:

- + Dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ
- + Kiêng giao hợp ít nhất 1 tuần sau nạo.
- + Chỉ dùng băng vệ sinh, không dùng các nút bông đặt vào âm đạo.
- + Không được rửa sâu vào trong âm đạo.
- + Tự chăm sóc sau thủ thuật về chế độ vệ sinh, dinh dưỡng.
- + Phải đi thăm khám ngay khi có các dấu hiệu bất thường như đau bụng, ra máu nhiều hoặc kéo dài, sốt, khí hư bẩn và hôi...
- + Nếu không có gì bất thường cũng nên đi thăm khám lại theo lịch hẹn của bác sĩ.

4.5. Tư vấn về các biện pháp tránh thai sau thủ thuật

- Thông báo cho khách hàng về khả năng có thai lại sớm nên cần bắt đầu áp dụng một BPTT ngay sau thủ thuật là việc cần thiết.

- Giới thiệu các BPTT sẵn có tại cơ sở, giúp khách hàng lựa chọn biện pháp thích hợp.
- Giới thiệu các địa điểm thuận lợi để khách hàng có thể tiếp cận dễ dàng với các dịch vụ KHHGĐ.

- Ngoài ra phải nhắc lại những biện pháp tránh thai mà khách hàng đã chấp nhận hoặc thay đổi biện pháp khác nếu không còn phù hợp. Phải đảm bảo chắc chắn rằng khách hàng đã biết cách sử dụng đúng biện pháp lựa chọn.

Trong khi hầu hết các biện pháp tránh thai đều thích hợp về mặt sức khoẻ ngay sau nạo phá thai, song cũng có những trường hợp phải hoãn sử dụng một số biện pháp như những phụ nữ có bị các tai biến trong và sau thủ thuật như tổn thương đường sinh dục, nhiễm trùng...

Cần phải xem xét những biện pháp tránh thai nhất định nào đó thích hợp với những phụ nữ phá thai ở 3 tháng giữa của thai kỳ:

+ Cần nhắc việc đặt dụng cụ tử cung với sự trợ giúp của siêu âm.

+ Nếu người phụ nữ mong muốn đình sản bằng phương pháp nội soi ổ bụng thì cũng phải chờ cho đến khi tử cung trở lại bình thường (khoảng 6 tuần)

+ Nếu người phụ nữ muốn sử dụng phương pháp tránh thai tự nhiên thì phải chờ cho đến khi kinh nguyệt trở lại bình thường (phương pháp tính vòng kinh...)

4.6. Tư vấn cho nhóm đối tượng khách hàng đặc biệt

- Vị thành niên: Khi cung cấp tư vấn cho khách hàng trong lứa tuổi này người cán bộ tư vấn cần chú ý các điểm sau:

+ Dành nhiều thời gian hơn

+ Đảm bảo tính bí mật

+ Nên tư vấn về việc sử dụng bao cao su vì ngoài nhiệm vụ ngừa thai bao cao su còn có khả năng phòng tránh các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục

- Những người bị bạo hành:

+ Thể hiện sự đồng cảm trong tư vấn

+ Tạo mối quan hệ tốt và tin cậy khách hàng

+ Giới thiệu cho khách hàng các dịch vụ xã hội để giúp khách hàng vượt qua được hoàn cảnh.

+ Đảm bảo rằng khách hàng có được một kế hoạch sống an toàn trong tương lai.

+ Cung cấp dịch vụ tránh thai mà khách hàng có thể trách thai chủ động được.

- Phụ nữ có HIV dương tính:

Các phụ nữ nhiễm HIV cần được tư vấn đặc biệt hoặc chuyển tuyến trên. Cần chú ý một số vấn đề khi tư vấn:

+ Giao hợp mà không sử dụng bao cao su sẽ lây nhiễm cho bạn tình.

+ Bao cao su phải sử dụng đúng cách cho mỗi lần giao hợp để tránh lây nhiễm.

+ Bất cứ một thai nghén nào cho đến khi sinh đều có thể có nguy cơ nhiễm

HIV cho con.

- Phụ nữ tái nạo phá thai:

Những phụ nữ tái nạo thai thường là do chưa được tư vấn tương ứng về KHHGĐ. Trong trường hợp tái nạo phá thai nhân viên tư vấn nên:

+ Tránh đánh giá khách hàng trong quá trình tư vấn

+ Tìm hiểu kinh nghiệm của chị ấy về sử dụng phương pháp ngừa thai, phương pháp nào đã được áp dụng có hiệu quả hoặc không đạt kết quả

+ Giải quyết bất kỳ khó khăn nào trong sử dụng BPTT

+ Tư vấn cho chị ấy về phương pháp tránh thai khẩn cấp

- Những người hành nghề mại dâm:

+ Khuyến khích việc sử dụng hai biện pháp bảo vệ song song là bao cao su với một phương pháp khác

+ Khuyên không nên đặt dụng cụ tử cung vì khả năng dễ lây nhiễm các bệnh (trừ khi cô ta luôn sử dụng bao cao su trong tất cả các lần quan hệ tình dục)

+ Tư vấn về biện pháp tránh thai khẩn cấp

+ Chuyển tuyến nếu cần thiết.

- Chuyển tuyến:

Nếu cơ sở của bạn không đủ cung cấp các dịch vụ KHHGĐ mà khách hàng lựa chọn thì nên chuyển đến nơi có thể đáp ứng được nhu cầu của chị ấy.

MỘT SỐ VẤN ĐỀ SỨC KHOẺ TRONG THỜI KỲ MÃN KINH

Mục tiêu học tập

- Trình bày được các thay đổi nội tiết và tâm sinh lý trong thời kỳ mãn kinh.
- Trình bày được các bệnh lý thường gặp trong thời kỳ mãn kinh.

Quanh tuổi từ 45 - 55, phụ nữ chuyển sang một giai đoạn chuyển tiếp của đời sống sinh sản - tuổi tắt dục và mãn kinh. Sự chuyển tiếp này là một phần trong quá trình có tuổi của một phụ nữ và thường diễn ra không có vấn đề. Tuy nhiên, một số phụ nữ cần có dịch vụ của thầy thuốc để xử trí giai đoạn chuyển tiếp này.

Thêm vào đó, một số ung thư đường sinh dục như ung thư cổ tử cung, ung thư vú, ung thư thận tử cung tăng lên ở người có tuổi.

Mặc dù những phụ nữ này không cần các biện pháp kế hoạch hoá gia đình, họ vẫn có nguy cơ bị lây theo đường tình dục và HIV/AIDs và có thể bị các nhiễm khuẩn đường sinh dục khác.

Các vấn đề khác của sức khoẻ người có tuổi, như bệnh tim mạch, các bệnh ác tính khác, chứng giảm trí nhớ đều là những vấn đề sức khoẻ cộng đồng quan trọng cho phụ nữ có tuổi.

1. CÁC THUẬT NGỮ LIÊN QUAN ĐẾN THỜI KỲ MÃN KINH

1.1. Tiền mãn kinh: bắt đầu khá sớm trước khi xuất hiện các triệu chứng đầu tiên của rối loạn quanh mãn kinh, thường vào khoảng 40 tuổi và kết thúc bởi chu kỳ kinh sinh lý cuối cùng.

1.2. Mãn kinh

- Hiện tượng mãn kinh: là tình trạng vô kinh ở người phụ nữ trong ít nhất 12 tháng.
- Thời kỳ mãn kinh: khoảng thời gian tính từ hiện tượng mãn kinh cho đến hết cuộc đời.

Tuổi mãn kinh trung bình hiện nay từ 48-50 tuổi.

2. MỘT SỐ THAY ĐỔI VỀ GIẢI PHẪU HỌC CỦA CƠ QUAN SINH DỤC NỮ

2.1. Buồng trứng

Buồng trứng của người đạt trọng lượng tối đa khoảng 10 gram vào lúc 20 tuổi và giảm dần trọng lượng xuống dưới 5 gram vào tuổi 60. Về mặt mô học buồng trứng sau mãn kinh cho thấy có hiện tượng xơ hoá, số lượng nang noãn nguyên thuỷ giảm đáng kể, không còn hoạt động. Sau khi các nang noãn thoái hoá hết, nhiều mạch máu ở rốn và tuỷ buồng trứng xơ hoá, thoái hoá kính, trên tiêu bản cắt ngang nhìn có màu trắng.

2.2. Vòi tử cung

Kích thước của hai vòi tử cung giảm dần, lớp biểu mô vòi trứng mỏng dần, có khi xẹp hẳn, các lông mao giảm dần và cuối cùng là biến mất, khả năng chẽ tiết cũng dần mất đi. Nhu động của cơ vòi tử cung giảm đáng kể.

2.3. Tử cung

Tử cung giảm dần kích thước và trọng lượng do mất dần lớp cơ tử cung. Thành tử cung mỏng dần, chiều cao có thể giảm còn 3 cm. Niêm mạc tử cung của phụ nữ mãn kinh có thể có nhiều biến đổi hình thái và tổ chức học: Niêm mạc mỏng, teo đét, thoái hoá, là hình thái thường gặp nhất.

2.4. Cổ tử cung

Cổ tử cung teo nhỏ dần, giảm rõ vài năm sau mãn kinh. Lớp niêm mạc ống cổ tử cung mỏng dần và nhạt màu. Lỗ cổ tử cung thu nhỏ lại, ranh giới giữa biểu mô trụ và biểu mô lát lùi sâu vào phía trong lỗ ngoài cổ tử cung. Ngay sau khi mãn kinh chất nhầy cổ tử cung có thể còn khá tốt nhưng khi nồng độ estrogen xuống thấp lượng chất nhầy sẽ giảm mạnh, chất nhầy đặc quánh, nhiều thành phần tế bào hơn và không kết tinh dương xỉ.

2.5. Âm đạo

Sau mãn kinh các nếp gấp ngang giảm nhiều làm âm đạo dần trở nên chật hơn, ngắn hơn, các nhú quanh tiền đình và thành âm đạo trở nên phẳng. Niêm mạc âm đạo dần mỏng đi, nhạt màu, dễ bị loét trót, giảm chít và có thể phát triển các vùng dính.

2.6. Âm hộ

Trong giai đoạn sớm sau mãn kinh chỉ xuất hiện một số biến đổi nhỏ ở âm hộ, nhưng các thay đổi này sẽ trở nên rõ rệt (65 tuổi trở đi). Môi lớn nhỏ lại và mỏng hơn do lớp mỡ dưới da bị mất đi, môi bé nhỏ, đôi khi mất hẳn hoặc dính lại với nhau phía dưới âm vật, âm vật nhỏ dần. Các tuyến Skene, Bartholin teo nhỏ và ngừng chít. Một số trường hợp teo và xơ hoá nặng dẫn đến xơ teo âm hộ.

3. MỘT SỐ THAY ĐỔI TÂM SINH LÝ

3.1. Các rối loạn vận mạch

Còn "bốc hoả": là cơn phừng nóng thoáng qua và tái diễn, kèm theo vã mồ hôi, cảm giác nóng toàn thân, hồi hộp đánh trống ngực, lo lắng, đôi khi kèm theo ón lạnh sau đó.

3.2. Các thay đổi tâm lý

Khoảng 20% các phụ nữ trong độ tuổi mãn kinh có các biểu hiện rối loạn dạng trầm cảm.

Ở một số phụ nữ có thể gặp thay đổi tính tình, giảm ham muốn tình dục, giảm tập trung, mất ngủ.

3.3. Các thay đổi nội tiết

Ở phụ nữ tiền mãn kinh - mãn kinh, buồng trứng teo nhỏ nhanh chóng và giảm số lượng noãn bào đáng kể. Buồng trứng trở nên kém nhạy cảm đối với những kích thích từ trực dưới đồi - tuyến yên dẫn đến giảm lượng 17-estradiol (E2). Đồng thời, nồng độ FSH tăng. Các androgen trong cơ thể phụ nữ bình thường được sản xuất từ tuyến thượng thận và mô liên kết của rốn và tuỷ buồng trứng. Hoạt động sản xuất androgen này vẫn tiếp tục cho đến giai đoạn sau mãn kinh. Một số mô trong cơ thể như gan, cơ, da, tử cung và đặc biệt là mô mỡ dưới da có thể chuyển hóa androgen thành estrogen nhờ men thơm hoá, chủ yếu là chuyển androstenedione thành estrone, do đó nồng độ estrone thay đổi không đáng kể sau mãn kinh.

4. CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG GẶP TRONG THỜI KỲ MÃN KINH

4.1. Viêm âm hộ - âm đạo do thiếu dưỡng

Khoảng 40% phụ nữ mãn kinh có triệu chứng của viêm âm đạo thiếu dưỡng, triệu chứng sớm nhất là giảm độ ẩm của môi trường âm đạo. Các triệu chứng ở âm đạo bao gồm khô, đau khi giao hợp và viêm nhiễm âm đạo tái diễn. Niêm mạc âm đạo và cổ tử cung bắt màu kém với dung dịch Lugol.

Có nhiều yếu tố gây ra sự gia tăng rõ rệt các viêm nhiễm âm hộ - âm đạo ở độ tuổi này:

- Thiếu năng estrogen làm giảm hệ vi khuẩn chí âm đạo, pH trở nên kiềm, tạo điều kiện cho sự xâm nhập của hệ vi khuẩn đường ruột vào môi trường âm đạo thiếu dưỡng niêm mạc âm đạo.

- Sự suy giảm miễn dịch tế bào và miễn dịch thể dịch.

Các triệu chứng lâm sàng có thể đơn thuần ở bộ phận sinh dục hoặc phối hợp với bệnh lý đường tiết niệu (buốt, đau khi tiểu tiện...). Trong trường hợp có viêm âm đạo nhiễm khuẩn kèm theo, tác nhân thường gặp Gardnerella, Candida albican, vi khuẩn đường ruột (E. Coli), hiếm gặp Trichomonas vaginalis.

4.2. Són tiểu

Ở phụ nữ tiền mãn kinh – mãn kinh, suy cơ thắt niệu đạo ảnh hưởng chức năng co thắt bình thường, niêm mạc niệu đạo thiếu dưỡng gây cảm giác són tiểu, tiểu lắt nhắt.

4.3. Loãng xương

Như mọi tổ chức khác trong cơ thể, hệ xương cũng bị lão hóa. Các thay đổi của hệ xương xảy ra do tăng tiêu xương và kém hấp thu Canxi dẫn đến làm yếu các xương trong cơ thể, nên dễ gãy xương sau sang chấn và gãy xương bệnh lý. Có thể dự phòng loãng xương bằng một chế độ ăn giàu Canxi trong suốt đời người phụ nữ (từ thời thiếu niên) và tăng mức cung cấp sau mãn kinh và thường xuyên tập luyện thể dục tiếp sau mãn kinh.

4.4. Các bệnh lý hệ tim mạch

Phụ nữ lớn tuổi có nguy cơ mắc phải các bệnh lý tim mạch với một tần suất ngày càng gia tăng. Nguyên nhân thường gặp nhất gây nên bệnh lý tim mạch của độ tuổi này là tình trạng xoá vữa mạch máu, nếu xảy ra trên thành động mạch sẽ gây nên xoá vữa động mạch. Nồng độ estrogen cao trong giai đoạn hoạt động sinh dục có vai trò bảo vệ trong các biểu hiện sớm của bệnh tim mạch thông qua một cơ chế duy trì nồng độ HDL cao và LDL thấp. Sự thiếu hụt estrogen nội sinh khi mãn kinh làm cho tỷ lệ này thay đổi theo hướng ngược lại, tạo điều kiện cho sự hình thành các tủy thương xoá vữa.

5. CÁC UNG THƯ PHỤ KHOA

5.1. Ung thư niêm mạc tử cung

Ung thư biểu mô tuyến niêm mạc tử cung phát triển trong thân tử cung, còn được gọi là ung thư thân tử cung. Đỉnh cao của bệnh ở tuổi 55 - 65.

Chảy máu sau mãn kinh là triệu chứng thường gặp nhất và gặp sớm trong quá trình bệnh. Việc chẩn đoán dựa vào kết quả giải phẫu bệnh lý qua sinh thiết nội mạc tử cung.

5.2. Ung thư vú

Cho đến nay, tình trạng tăng nồng độ estrogen kéo dài có thể là yếu tố nguy cơ gây ung thư vú. Đối với phụ nữ tiền mãn kinh – mãn kinh, nếu có ra máu âm đạo bất thường hay đau vú cần được khảo sát cẩn thận về bệnh lý tuyến vú, đặc biệt là ung thư vú.

5.3. Ung thư cổ tử cung

Đây là một bệnh lý có thể gặp trong độ tuổi tiền mãn kinh – mãn kinh, nhưng nguyên nhân gây bệnh không phải do rối loạn nội tiết.

6. TƯ VẤN SỨC KHỎE CHO PHỤ NỮ TIỀN MÃN KINH - MÃN KINH

6.1. Các vấn đề cần tư vấn

- Khám phụ khoa định kỳ là quan trọng đối với người có tuổi
- Cung cấp thông tin về giai đoạn tắt đực mãn kinh và tính chất bình thường của giai đoạn này trong đời người phụ nữ
 - Hỗ trợ cách đối phó với bệnh ác tính và các hậu quả của bệnh
 - Khuyên về dinh dưỡng
 - Khuyên phòng loãng xương
 - Khuyên về các hoạt động tình dục và tình dục an toàn
 - Tư vấn về các nhu cầu sau cắt bỏ vú, sau cắt tử cung.
 - Tư vấn này cần làm cho người phụ nữ và cả cho người chồng hoặc bạn tình.

6.2. Các điểm lồng ghép trong tư vấn

- Cung cấp cơ hội cho phụ nữ có tuổi nói về các nhu cầu đối với thông tin và dịch vụ sức khỏe nếu họ xuất hiện ở phòng khám nhi, ở phòng khám thai..
 - Cần chủ động hỏi han về sức khoẻ sinh sản của phụ nữ mãn kinh khi họ xuất hiện ở cơ sở y tế vì các vấn đề sức khoẻ khác
 - Dinh dưỡng tốt và tập thể dục trong suốt cuộc đời sinh sản của phụ nữ sẽ phòng được một số vấn đề gặp sau mãn kinh cũng như cần có thói quen tiếp tục tập luyện khi đã có tuổi.

TƯ VẤN KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH

Mục tiêu học tập

1. Nêu được 5 mục đích của tư vấn kế hoạch hóa gia đình.
2. Kể ra được 10 quyền cơ bản của khách hàng.
3. Xác định 4 phẩm chất cần có của người làm tư vấn kế hoạch hóa gia đình.
4. Thực hành 6 bước trong quá trình tư vấn kế hoạch hóa gia đình.

Tư vấn kế hoạch hóa gia đình (KHHGD) là một dạng truyền thông (giao tiếp hai chiều) trực tiếp giữa người làm tư vấn với một người hay một cặp vợ chồng là khách hàng về những vấn đề riêng tư (thậm chí bí mật không thể chia sẻ với người khác) theo yêu cầu của họ trong lĩnh vực KHHGD.

1. MỤC ĐÍCH CỦA TƯ VẤN KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH

- 1.1. Giúp khách hàng chọn đúng biện pháp tránh thai (BPTT) và sử dụng đúng biện pháp đã chọn.
- 1.2. Giúp tăng số người sử dụng các BPTT.
- 1.3. Giúp tăng tỷ lệ tiếp tục sử dụng và tuân thủ các nguyên tắc sử dụng BPTT, từ đó giúp hạn chế những trường hợp có thai ngoài ý muốn.
- 1.4. Tăng cường sức khoẻ sinh sản cho khách hàng, và giảm chi phí chương trình KHHGD.
- 1.5. Giúp khách hàng hiểu rõ và thực hành tình dục an toàn, góp phần giảm số có thai ngoài ý muốn và các bệnh lây qua đường tình dục.

2. QUYỀN CƠ BẢN CỦA KHÁCH HÀNG

Khi làm các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản kể cả tư vấn, người cán bộ y tế (CBYT) cần coi khách hàng đến với dịch vụ của mình là đối tượng được phục vụ.

Khách hàng có 10 quyền cơ bản sau đây:

2.1. Quyền được thông tin

Khách hàng cần được thông tin đầy đủ về lợi ích và tính sẵn có của các dịch vụ KHHGD và các cơ sở y tế.

2.2. Quyền được tiếp cận dịch vụ và thông tin

Để đảm bảo quyền này của khách hàng, cơ sở KHHGD phải ở nơi thuận tiện, gần gũi, dễ tìm, dễ đến. Giá cả dịch vụ (nếu có) phải phù hợp với khả năng chi trả của đa số trong cộng đồng.

2.3. Quyền được tự do lựa chọn biện pháp tránh thai và từ chối hoặc chấm dứt BPTT

CBYT phải giúp đỡ khách hàng lựa chọn BPTT thích hợp nhất với họ nhưng không được áp đặt họ chấp nhận biện pháp nào đó cơ sở mình có sẵn hoặc bắn thận minh cho là tốt. Khi khách hàng không muốn áp dụng một BPTT nào thì dù bất cứ lý do gì cũng phải giúp họ ngừng thực hiện và tư vấn cho họ về các BPTT khác.

2.4. Quyền được nhận dịch vụ an toàn

Mọi thao tác, thủ thuật thực hiện trên khách hàng phải theo đúng chuẩn và hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc để có thể hạn chế tối đa các tai biến.

Trong quá trình tư vấn, các khách hàng cần được thông tin về cả những ưu điểm, thuận lợi của BPTT cũng như những điểm hạn chế, các nguy cơ và những tai biến có thể xảy ra cho mỗi BPTT.

2.5. Quyền được đảm bảo bí mật

Không được để lộ tên khách hàng đến tư vấn hoặc thực hiện các dịch vụ KHHGD, cũng như không để lộ tay những người không có trách nhiệm các giấy tờ ghi chép những điều t

nhi của khách hàng. Không đem chuyện riêng của khách hàng khi tư vấn để kể cho người khác, ngay cả với người trong gia đình họ dù với mục đích để giáo dục, ngăn ngừa.

2.6. Quyền được hưởng sự kín đáo, tết nhị

Các cơ sở thực hiện KHHGD cần có địa điểm yên tĩnh, giúp đảm bảo tính riêng tư khi tư vấn khách hàng cũng như cần kín đáo không để người ngoài nhìn hoặc nghe thấy nội dung cuộc trao đổi. Khi tư vấn muốn lấy trường hợp điển hình để làm gương thuyết phục không được nói tên tuổi, địa chỉ của những nhân chứng đó.

2.7. Quyền được tôn trọng

CBYT không phải chỉ lẽ phép với khách hàng trong giao tiếp là đủ mà còn cần thể hiện sự quan tâm, thông cảm đối với những nỗi lo lắng, đau đớn của khách hàng. Cần đặt mình vào hoàn cảnh của khách để có lời lẽ, thái độ, cử chỉ thích hợp. Trong cách đối xử, không phân biệt tuổi tác (dù khách còn là vị thành niên), chức vị, nam nữ, giàu nghèo, có thân quen với mình từ trước hay không.

2.8. Quyền được thoái mái khi tiếp cận dịch vụ

Không giữ khách hàng quá lâu trong quá trình làm dịch vụ. Việc phục vụ khách hàng cần thực hiện thứ tự trước sau nghiêm túc, và không nên dành ưu tiên ngoại lệ nào do mối quan hệ thân quen giữa khách hàng với người cung cấp dịch vụ. Không để khách hàng phải chờ đợi khi CBYT đang bận làm việc riêng hay "tán gẫu". Cần tạo cho nơi ngồi chờ của khách có trang trí đẹp mắt phù hợp với phong tục, văn hoá vùng đó; có sách báo tuyên truyền, không khí thoáng mát, sạch sẽ, dễ chịu, có sẵn nơi vệ sinh... Khi tư vấn, người cung cấp dịch vụ cần dùng những lời dễ hiểu, tránh sử dụng từ hoặc thuật ngữ chuyên môn. Các thông điệp nên trao đổi một cách ngắn gọn và rõ ràng để khách hàng hiểu được vấn đề.

2.9. Quyền được tiếp tục nhận dịch vụ

Không được ép buộc khách hàng một BPTT nào đó họ đã dùng mà nay muốn chuyển đổi. Nếu khách hàng muốn chuyển sang một cơ sở dịch vụ khác, CBYT cần tôn trọng sự lựa chọn của họ. Khách hàng cũng cần được nhắc nhở đến hẹn khám lại, tư vấn thêm khi cần thiết.

2.10. Quyền được bày tỏ ý kiến

Khách hàng có quyền được góp ý kiến xây dựng, phê bình về các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ. Những ý kiến khách hàng nêu đúng phải được cảm ơn và tích cực khắc phục, sửa chữa. Những ý kiến chưa hoàn toàn đúng cũng phải được cảm ơn và rút kinh nghiệm để phục vụ mỗi ngày một tốt hơn. Việc lấy ý kiến nhận xét của khách hàng cần được làm trực tiếp, thường xuyên, nghiêm túc nhằm góp phần cải thiện chất lượng dịch vụ

3. CÁC PHẨM CHẤT CẦN CÓ CỦA NGƯỜI TƯ VẤN KHHGD (4 CHỮ "T")

3.1. Tôn trọng khách hàng

- Dù họ ở bất cứ thành phần nào trong xã hội.
- Luôn luôn lắng nghe nhu cầu và ý kiến của khách hàng.

3.2. Thông cảm và thấu hiểu khách hàng

- Nhạy cảm với nhu cầu khách hàng để xuất.
- Tìm hiểu tâm tư, mong muốn của khách hàng.
- Đảm bảo tính riêng tư, bí mật và kín đáo cho khách hàng.

3.3. Thành thật với khách hàng

- Cần nói thật về mọi BPTT bao gồm cả thuận lợi và nhược điểm, tác dụng phụ và các biến chứng.

- Không từ chối cung cấp thông tin cho khách hàng. Trường hợp người tư vấn chưa rõ về thông tin đó thì hẹn khách hàng trả lời sau, không được vì sỉ diện trả lời bừa.

3.4. Thông tin rõ ràng, có trọng tâm cho khách hàng

- Dùng câu từ ngắn gọn, đơn giản, dễ hiểu, tránh dùng từ chuyên môn khi tư vấn.

- Sử dụng nhiều phương tiện hỗ trợ: tranh ảnh, mô hình, hiện vật và khuyến khích khách hàng quan sát trực tiếp (quan sát vỉ thuốc tránh thai, sờ mó vào vòng tránh thai, xé bao cao su ra xem xét).

- Tìm hiểu phản hồi của khách hàng qua quan sát thái độ, cử chỉ, câu hỏi của khách hàng nhằm tìm hiểu xem họ có hiểu nội dung trao đổi và cảm thấy thoải mái trong quá trình tư vấn hay không.

- Tóm tắt và nhấn mạnh những điểm quan trọng cho khách hàng dễ nhớ.

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH TƯ VẤN (sáu chữ "G")

4.1. Gặp gỡ

- Thái độ tiếp xúc ban đầu cần hết sức thân mật, cởi mở để tạo niềm tin, xoá bỏ ngăn cách, e ngại giữa khách hàng và người tư vấn.

- Chào hỏi khách hàng. Mời ngồi ngang hàng (không nên ngồi đối diện qua bàn làm việc).

- Tự giới thiệu tên và chức danh của người tư vấn với khách hàng.

- Xin được hỏi tên, tuổi, địa chỉ, tình trạng hôn nhân (có hay chưa có gia đình) của khách hàng. Tuy nhiên nếu khách hàng không muốn trả lời cũng không ép buộc.

- Mở đầu: Không bao giờ đặt câu hỏi một cách sốc sàng ("anh (chị) cần hỏi cái gì?") mà nên nhẹ nhàng hỏi: " Tôi có thể giúp anh (chị) điều gì?" hay " Nào, ta bắt đầu, xin anh (chị) cho biết chúng ta có thể trao đổi với nhau vấn đề gì?" v.v...

4.2. Gợi hỏi

- Hỏi khách hàng các thông tin liên quan đến sức khoẻ và nhu cầu tránh thai để lượng giá xem khách hàng đã hiểu biết các vấn đề đó thế nào. Nên sử dụng các câu hỏi mở, không dùng các câu để khách chỉ có thể trả lời "có", "không".

- Chăm chú lắng nghe, không bao giờ tỏ ra sốt ruột, ngắt lời khách hàng. Dùng ngôn ngữ hình thể biểu hiện sự tán đồng (mỉm cười, gật đầu), sự thông cảm (lắng nghe, chăm chú, nét mặt), khi cần chọn từ ngữ thích hợp giúp cho khách hàng diễn tả điều mà họ đang lúng túng, chưa biết nói như thế nào.

- Khi nghe có thể hỏi thêm để biết rõ nhận thức của khách hàng nhưng không nói nhiều, đặc biệt không phê phán những nhận thức chưa đúng của khách hàng đã nêu ra.

4.3. Giới thiệu

- Giới thiệu những BPTT hiện có tại cơ sở y tế.

- Cung cấp các thông tin về cả ưu điểm lẫn nhược điểm, các tác dụng phụ và biến chứng của từng BPTT. Trong quá trình trao đổi, người cung cấp dịch vụ có thể đặt các câu hỏi để tìm hiểu sự hiểu biết từ phía khách hàng. Với những điểm qua gợi hỏi đã biết khách hàng hiểu đúng thì không nói nhiều và nên nhấn mạnh " như anh (chị) đã biết rất đúng rằng... ". Với những điều khách hàng chưa rõ thì giải thích kỹ. Đối với những điều khách hàng hiểu chưa đúng nên lựa lời nói để khách hàng có nhận thức lại nhưng không bao giờ nói là họ đã nhận thức sai.

4.4. Giúp đỡ

- Giúp khách hàng tự lựa chọn một BPTT thích hợp nhất với họ. Có thể đưa ra vài ba BPTT phù hợp với chỉ định cụ thể của khách để họ tự quyết định.

- Trường hợp khách hàng lựa chọn một BPTT nhưng thấy không đúng chỉ định (ví dụ muốn dùng vòng tránh thai trong khi đang có nhiều khí hư) thì giải thích lý do chưa áp dụng được vào thời điểm đó và giúp họ chọn một BPTT khác phù hợp.

- Tuy nhiên người cung cấp dịch vụ không bao giờ nên áp đặt BPTT theo ý chủ quan của mình.

4.5. Giải thích

- Khi khách hàng đã chấp nhận một BPTT, cần giải thích đầy đủ về cách sử dụng BPTT đó.

- Chỉ dẫn rõ ràng cách thức thực hiện (bao cao su, BPTT tự nhiên, biện pháp cho bú vú kinh) và quy trình tiến hành.

- Giải thích những nguyên nhân có thể dẫn đến thất bại và cách xử trí.
- Trình bày rõ các tác dụng phụ có thể gặp và cách xử trí tại nhà và khi nào cần đi khám lại.
- Nêu cho khách biết những dấu hiệu cảnh báo của các biến chứng và cách xử trí.
- Nói rõ khả năng có thai trở lại sau khi ngừng sử dụng BPTT.
- Giải thích tại sao khách hàng cần phải đến kiểm tra định kỳ và khuyên thực hiện đầy đủ.
- Giải thích mọi thắc mắc hoặc hiểu chưa đúng của khách hàng.
- Cuối cùng, không quên đề nghị khách hàng đặt câu hỏi nếu họ có nhu cầu.

4.6. Gặp lại

- Trước khi chào tạm biệt, dặn dò khách hàng những điểm quan trọng nhất, hẹn thời điểm tái khám và nói cho khách hàng biết cơ sở y tế lúc nào cũng sẵn sàng đón tiếp họ.

- Cung cấp cho khách hàng các tư liệu truyền thông có sẵn tại cơ sở.

SỨC KHOẺ SINH SẢN

Mục tiêu học tập

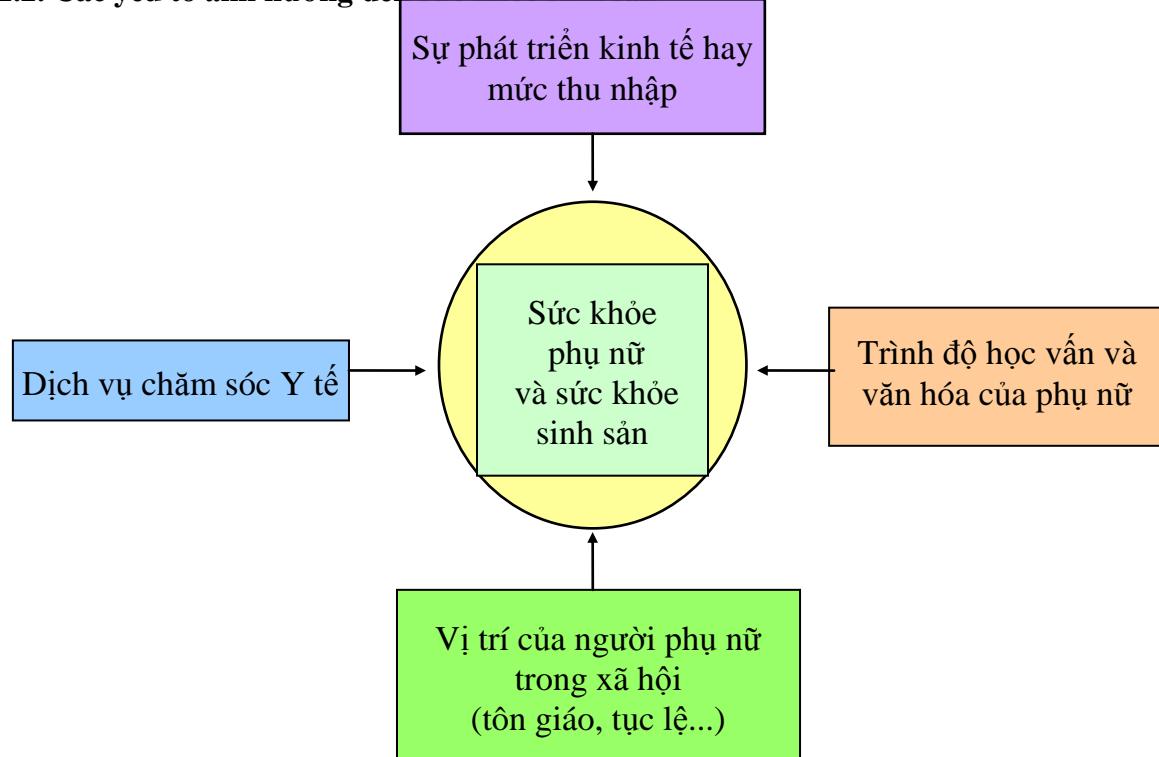
1. Trình bày được định nghĩa sức khỏe sinh sản
2. Trình bày được các thành tựu, tồn tại và thách thức trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản
3. Nêu được các nội dung chăm sóc sức khỏe sinh sản
4. Thực hiện được các biện pháp chăm sóc sức khỏe sinh sản

1. ĐỊNH NGHĨA SỨC KHOẺ SINH SẢN

1.1. Định nghĩa

Theo Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển ở Cairo, 1994 (ICPD 1994): “Sức khỏe sinh sản là sự thoái mái hoàn toàn về thể chất, tinh thần và xã hội, không chỉ đơn thuần là không có bệnh tật hoặc tàn phế của hệ thống sinh sản”. Điều này cũng hàm ý là mọi người, kể cả nam và nữ, đều có quyền được nhận thông tin và tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các biện pháp kế hoạch hóa gia đình an toàn, có hiệu quả và chấp nhận được theo sự lựa chọn của mình, bảo đảm cho người phụ nữ trải qua quá trình thai nghén và sinh đẻ an toàn, tạo cho các cặp vợ chồng cơ may tốt nhất để sinh đẻ con lành mạnh.

1.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe sinh sản



2. CHIẾN LƯỢC QUỐC GIA VỀ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ SINH SẢN (2001 - 2010)

2.1. Những thành tựu cơ bản

Mặc dù không có mức tăng trưởng kinh tế đặc biệt, Việt Nam vẫn có những thành tựu đáng kể trong lĩnh vực y tế và sức khoẻ sinh sản. Sự hỗ trợ mạnh mẽ về chính sách và sự tiếp cận rộng rãi của nhân dân với chăm sóc sức khoẻ ban đầu đã góp phần quan trọng vào những kết quả khả quan đạt được về mặt này.

Trong những năm qua, đầu tư của nhà nước cho sự nghiệp bảo vệ sức khoẻ nghiên cứu và lĩnh vực DS-KHHGĐ không ngừng được tăng lên đã tạo điều kiện cho việc cung cấp và phát triển mạng lưới cơ sở y tế/ KHHGĐ rộng khắp đến tận các bản làng thôn xóm trong cả

nước. Các dịch vụ phòng, chữa bệnh cho bà mẹ trẻ em, chăm sóc trước, trong và sau sinh, các dịch vụ KHHGĐ... kể cả do nhà nước và tư nhân cung cấp được mở rộng và chất lượng ngày càng được nâng cao. Nhờ đó chúng ta đã thu được những kết quả đáng khích lệ:

- So sánh năm 1989 với năm 1999, số con trung bình của một phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đã giảm từ 3,8 con xuống còn 2,3 con và gia tăng dân số tự nhiên đã giảm từ 2,21% xuống còn 1,43%.

- Trong thời gian từ 1990 - 1999 tỷ lệ tử vong mẹ đã được hạ thấp từ 200/100.000 trẻ đẻ ra sống xuống còn 100/100.000 và số tai biến sản khoa đã giảm được 52%.

- Tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi giảm từ 45,1‰ trong năm 1994 (3) xuống chỉ còn 36,7‰ năm 1999.

- Tỷ suất chết trẻ dưới 5 tuổi đã giảm từ 55,5‰ trong giai đoạn 1982 - 1986 còn 37,7‰ trong những năm 1992-1996 và tỷ lệ suy dinh dưỡng ở cùng lứa tuổi đã giảm từ 44,9% năm 1994 xuống còn 36,7% năm 1999.

- Tỷ lệ áp dụng các biện pháp tránh thai năm 1988 là 53,7% đã tăng lên đến 75,3% vào năm 1997 và tỷ lệ sinh con được cán bộ có chuyên môn đỡ đẻ tăng từ 55% trong các năm 90-94 lên 71% trong các năm 95-97.

2.2. Nhũng tồn tại

2.2.1. Mức sinh ở nước ta tuy đã giảm nhưng chất lượng công tác KHHGĐ còn yếu thê hiên ở tỷ lệ thất bại trong sử dụng các biện pháp tránh thai còn cao. Số con trung bình của một phụ nữ ở tuổi sinh đẻ là 2,3 nhưng ở các vùng trung du, miền núi, duyên hải miền Trung và Tây Nguyên, số này vẫn còn ở mức trên 3 hoặc 4 con.

2.2.2. Dân số nước ta mỗi năm vẫn tăng thêm khoảng một triệu người, như vậy dự tính vào năm 2020 dân số có thể lên tới gần 100 triệu, trong đó có khoảng 22 triệu người thuộc nhóm vị thành niên từ 10-19 tuổi. Nhóm dân số này là nguồn nhân lực chủ yếu của đất nước trong tương lai gần và cũng là đối tượng có nguy cơ cao về SKSS nhưng công tác chăm sóc SKSS cho vị thành niên chưa làm được nhiều.

2.2.3. Việc chăm sóc phụ nữ có thai và các bà mẹ còn nhiều thiếu sót. Tỷ lệ các bà mẹ được khám thai và khi đẻ được cán bộ chuyên môn giúp đỡ còn thấp, việc chăm sóc sau sinh, việc hướng dẫn cho bú mẹ và cách nuôi con chưa được chú ý làm tốt. Nguyên nhân là do sự yếu kém của hệ thống cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ bà mẹ trẻ em, đặc biệt là ở một số vùng khó khăn. Do đó, tỷ lệ tử vong mẹ với những nguyên nhân chủ yếu là các tai biến sản khoa cũng như tỷ lệ tử vong chu sinh còn cao, nhất là ở các vùng nói trên.

2.2.4. Tỷ lệ mắc các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản và bệnh lây truyền qua đường tình dục khá cao, sự tăng nhanh HIV/ AIDS, đặc biệt là trong những thanh niên dưới 25 tuổi đang là điều đáng lo ngại. Trong khi đó việc giáo dục tuyên truyền và cung cấp các dịch vụ phòng và chữa chưa được phổ cập rộng rãi với sự phối hợp tham gia của mọi cơ sở trong và ngoài ngành y tế, công cũng như tư.

2.2.5. Tỷ lệ vô sinh ở các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ còn cao nhưng các biện pháp nhằm dự phòng và điều trị vô sinh, nhất là việc áp dụng những kỹ thuật cao còn hạn chế.

2.2.6. Bệnh ung thư ở phụ nữ được xếp vào hạng nguyên nhân tử vong thứ hai sau các bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh trùng, trong đó phổ biến nhất là ung thư vú và ung thư cổ tử cung và tỷ lệ mắc ở nông thôn cao hơn nhiều ở thành thị.

2.2.7. Các vấn đề về SKSS ở người cao tuổi cũng đang đặt ra nhiều nhiệm vụ phải giải quyết trong khuôn khổ các hoạt động CSSKSS trong những năm tới.

2.3. Nhũng thách thức

2.3.1. Nhận thức về nội dung và ý nghĩa của SKSS chưa được đầy đủ, sự thiếu hiểu biết về cách đề phòng các nguy cơ đối với SKSS cùng với những tập tục lạc hậu trong lối sống cũng như trong hành vi ứng xử khi có các vấn đề về sức khoẻ của nhân dân, nhất là ở các vùng dân

tộc và các vùng khó khăn về địa lý, kinh tế và văn hóa xã hội đã góp phần tạo nên những tồn tại về mặt SKSS như đã nêu ở trên.

Các cấp lãnh đạo Đảng, chính quyền, các đoàn thể quần chúng từ trên xuống đến cơ sở tuy đã quan tâm đến công tác chăm sóc sức khoẻ nghiên cứu, bảo vệ sức khoẻ bà mẹ và trẻ em và kế hoạch hoá gia đình (BVSKBMTE/ KHHGD), song vì còn rất ít tiếp nhận được những kiến thức và thông tin về SKSS và sức khoẻ tình dục nên chưa có sự quan tâm đúng mức.

Công tác thông tin, giáo dục truyền thông và tư vấn về SKSS còn nhiều thiếu sót về nội dung và loại hình, về xác định đối tượng tham gia và kỹ năng giáo dục truyền thông, về sản xuất tài liệu tuyên truyền vận động cũng như về kinh phí v.v...

2.3.2. Hệ thống cung cấp các dịch vụ BVSKBMTE/KHHGD tuy đã được xây dựng tương đối hoàn chỉnh và có nhiều năm kinh nghiệm hoạt động, song vẫn còn nhiều nhược điểm và tồn tại. Đội ngũ cán bộ còn thiếu nghiêm trọng, đặc biệt là nữ hộ sinh, trình độ kiến thức, tay nghề chưa đáp ứng các nhu cầu, không được định kỳ cập nhật một cách cần thiết, hệ thống giám sát chất lượng các dịch vụ kém hiệu lực và ít khả năng cải thiện tình hình. Những điều này trên đã làm cho các đơn vị này kém sức hấp dẫn đối với người sử dụng. Sự yếu kém đó còn nghiêm trọng hơn ở những vùng có nhiều khó khăn về địa lý, kinh tế như miền núi, vùng sâu, vùng xa và đã tạo nên sự cách biệt rõ rệt về các chỉ số sức khoẻ giữa thành thị, nông thôn và giữa các vùng.

2.3.3. Việc đầu tư ngân sách cho lĩnh vực này tuy đã được quan tâm song chưa đáp ứng được nhu cầu ngày càng tăng của nhân dân trong khi việc huy động cộng đồng lại yếu và còn gặp nhiều khó khăn ở những vùng nghèo.

2.3.4. Công tác chỉ đạo và quản lý cũng còn nhiều thiếu sót như chưa xác định rõ nhu cầu một số mặt chăm sóc, nhất là chăm sóc SKSS theo quan niệm mở rộng; các quy định về phân cấp nhiệm vụ, chất lượng kỹ thuật... chưa được cập nhật, bổ sung cho đầy đủ và phù hợp với những quan niệm mới: hệ thống thông tin quản lý y tế và hệ thống thanh tra, kiểm tra việc cung cấp các dịch vụ CSSKSS chưa được hoàn thiện và kém hiệu lực. Đa số các thành viên trong hệ thống chỉ đạo và quản lý các hoạt động CSSKSS ở mọi cấp hiện nay vẫn là nam giới.

2.3.5. Vai trò của các Bộ, các ngành, các đoàn thể, các tổ chức chính phủ, chi chính phủ, tư nhân v.v. liên quan đến vấn đề CSSKSS chưa được nghiên cứu phân tích kỹ để xác định nội dung tham gia của các bên và cơ chế phối hợp nhằm tạo ra sức mạnh tổng hợp cho các hoạt động CSSKSS.

2.4. Các nội dung chính của chăm sóc sức khoẻ sinh sản

2.4.1. Kế hoạch hoá gia đình

2.4.2. Làm mẹ an toàn

2.4.3. Thông tin - giáo dục truyền thông và tư vấn.

2.4.4. Nạo hút thai an toàn.

2.4.5. Phòng và điều trị vô sinh.

2.4.6. Phòng và chữa các bệnh lây truyền theo đường tình dục / nhiễm khuẩn đường sinh sản.

2.4.7. Sức khoẻ sinh sản vị thành niên.

2.4.8. Đề phòng và phát hiện sớm các ung thư sinh dục.

2.4.9. Sức khoẻ phụ nữ tiền mãn kinh và mãn kinh.

2.5. Các mục tiêu

Mục tiêu 1: Tạo được sự chuyển biến rõ rệt về nhận thức cũng như sự ủng hộ và cam kết thực hiện các mục tiêu và các nội dung của CSSKSS trong mọi tầng lớp nhân dân, trước hết trong cán bộ lãnh đạo các cấp.

Mục tiêu 2: Duy trì vững chắc xu thế giảm sinh. Bảo đảm quyền sinh con và lựa chọn các biện pháp tránh thai có chất lượng của phụ nữ và các cặp vợ chồng. Giảm có thai ngoài ý muốn và các tai biến do nạo hút thai.

Mục tiêu 3: Nâng cao tình trạng sức khoẻ của phụ nữ và các bà mẹ, giảm tỷ lệ bệnh tật, tử vong mẹ, tử vong chu sinh và tử vong trẻ em một cách đồng đều hơn giữa các vùng và các đối tượng, đặc biệt chú ý các vùng khó khăn và các đối tượng chính sách.

Mục tiêu 4: Dự phòng có hiệu quả để làm giảm số mắc mới và điều trị tốt các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản và các bệnh lây truyền qua đường tình dục, kể cả HIV/ AIDS và tình trạng vô sinh.

Mục tiêu 5: CSSKSS tốt hơn cho người cao tuổi, đặc biệt là phụ nữ cao tuổi, phát hiện và điều trị sớm các trường hợp ung thư vú và các ung thư khác của đường sinh sản nam và nữ.

Mục tiêu 6: Cải thiện tình hình sức khoẻ sinh sản, sức khoẻ tình dục (SKTD) của vị thành niên (VTN), thông qua việc giáo dục, tư vấn và cung cấp các dịch vụ CSSKSS phù hợp với lứa tuổi.

Mục tiêu 7: Nâng cao sự hiểu biết của phụ nữ và nam giới về giới tính và tình dục để thực hiện đầy đủ quyền và trách nhiệm sinh sản, xây dựng quan hệ tình dục an toàn, có trách nhiệm, bình đẳng và tôn trọng lẫn nhau nhằm nâng cao sức khoẻ sinh sản và chất lượng cuộc sống.

2.6. Các biện pháp chăm sóc sức khoẻ sinh sản

2.6.1. KHHGĐ

Thực hiện đa dạng hóa các biện pháp tránh thai, cung cấp rộng rãi các biện pháp tránh thai mới đồng thời cung ứng đầy đủ bao cao su và các biện pháp để kết hợp phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục, kể cả HIV/AIDS

2.6.2. Bảo đảm cung cấp các dịch vụ chăm sóc các bà mẹ trước, trong và sau sinh, chăm sóc sơ sinh và trẻ em

Phát triển các dịch vụ chăm sóc trước khi sinh, giảm bớt tỷ lệ các bà mẹ không được khám thai trước khi sinh con, tăng tỷ lệ thai phụ được thăm thai dù 3 lần có chất lượng. Tăng tỷ lệ sinh con được cán bộ chuyên môn giúp đỡ. Đồng thời tăng cường cơ sở vật chất, trang thiết bị và cán bộ chuyên môn có đủ trình độ cho các khoa sản và ngoại sản của các bệnh viện tuyến huyện, nhất là các huyện vùng cao, vùng sâu và hải đảo để có thể thực hiện được các thủ thuật chăm sóc sản khoa thiết yếu và cấp cứu sản khoa nhằm giảm tử vong mẹ. Đây mạnh mẽ là các biện pháp để giảm tỷ lệ tử vong mẹ, phòng chống các bệnh tật, biến chứng sau sinh và hướng dẫn cách chăm sóc và nuôi con, đặc biệt là nuôi con bằng sữa mẹ, đồng thời tư vấn cho các bà mẹ về KHHGĐ, giúp họ quyết định và thực hiện một cách đúng đắn việc sinh con lần sau. Có chế độ ghi chép, theo dõi các hoạt động chăm sóc sau sinh và có tổng kết đánh giá những tiến bộ sau này.

2.6.3. Nạo phá thai an toàn, xử lý tốt các biến chứng và chăm sóc sau nạo phá thai

Có đủ cán bộ chuyên môn vững tay nghề và các điều kiện vật chất trang thiết bị thuốc men cần thiết để thực hiện nạo phá thai an toàn, điều trị tốt các tai biến do nạo phá thai và thực hiện tốt các chăm sóc và tư vấn sau nạo phá thai.

2.6.4. Dự phòng và điều trị các nhiễm khuẩn đường sinh sản, các bệnh lây truyền đường tình dục HIV/AIDS

Mọi cơ sở y tế và một số cơ sở dịch vụ KHHGĐ có điều kiện về cơ sở vật chất và cán bộ cần được cung cấp các trang thiết bị, thuốc men để chẩn đoán, điều trị các bệnh thông thường về nhiễm khuẩn đường sinh sản và lây truyền đường tình dục. Đối với những vùng xa xôi, đi lại khó khăn cần tổ chức các đội dự phòng, phát hiện và điều trị lưu động các bệnh trên và có chính sách khuyến khích đi khám chữa bệnh như giảm hoặc miễn phí, đặc biệt là cho các đối tượng nghèo, có hoàn cảnh khó khăn và ở những vùng có tỷ lệ mắc cao.

2.6.5. Phát hiện và điều trị sớm các ung thư đường sinh sản

Tổ chức rộng rãi việc thăm khám hàng loạt phát hiện bệnh ung thư, đặc biệt là ở phụ nữ bằng các xét nghiệm hoặc nghiệm pháp đơn giản, tổ chức khám phát hiện ung thư ung thư định kỳ 6 tháng, một năm một lần, có phương tiện lấy bệnh phẩm, làm xét nghiệm, chú ý các phụ nữ 45 tuổi trở lên. Bảo đảm việc CSSKSS người cao tuổi và chẩn đoán, điều trị, chăm sóc các bệnh nhân ung thư ở các bệnh viện theo quy định được phân cấp.

2.6.6. *Dự phòng và điều trị vô sinh*

Phát hiện và điều trị sớm các bệnh liên quan đến vô sinh bằng cách kiện toàn và nâng cao chất lượng các kỹ thuật chẩn đoán và điều trị vô sinh ở các tuyến đồng thời nghiên cứu để ban hành các văn bản pháp qui về cho và nhận tế bào noãn, tinh trùng và những vấn đề khác có liên quan đến việc có con nhờ kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

2.6.7. *CSSKSS vị thành niên*

- Đối với thiếu niên:

+ Nguyên lý hành động là cung cấp thông tin cho các thiếu niên hiểu rõ về giới tính, đề phòng có thai ngoài ý muốn, đề phòng các bệnh lây truyền theo tình dục có nguy cơ dẫn đến vô sinh. Cũng cần giáo dục cho những người trẻ tuổi rõ cần tôn trọng sự tự quyết của phụ nữ và chia sẻ với họ trách nhiệm trong những vấn đề về tình dục và sinh sản. Đề sớm không những có nguy cơ làm tăng nhanh dân số và còn làm tăng nguy cơ tử vong người mẹ, tăng tỉ mắc bệnh và tử vong của trẻ lên nhiều. Lấy chồng sớm và đẻ sớm làm giảm khả năng học tập và lao động của các phụ nữ trẻ, làm giảm chất lượng cuộc sống của họ và con cái họ.

+ Tình yêu và luyến ái lành mạnh.

+ Phổ biến kiến thức về vệ sinh kinh nguyệt và vệ sinh bộ phận sinh dục.

+ Mục tiêu là giải quyết những vấn đề về sức khỏe tình dục và sinh sản của thiếu niên, chủ yếu là tránh có thai ngoài ý muốn và phá thai trong những điều kiện kém an toàn, tránh những bệnh lây truyền theo đường tình dục và nhiễm HIV, làm giảm hẳn tỉ lệ có thai ở tuổi thiếu niên.

+ Biện pháp gồm hướng dẫn thiếu niên xử sự đúng đắn về giới tính và sinh sản. Những bậc làm cha mẹ và những người có trách nhiệm trước chính quyền có quyền, có nghĩa vụ và trách nhiệm làm việc đó kể cả việc xóa bỏ những luật lệ và quy tắc xã hội, tôn giáo ngăn cấm cung cấp thông tin về sức khỏe sinh sản và chăm sóc sức khỏe sinh sản cho thiếu niên.

- Giới tính và các mối liên quan giữa hai giới:

+ Giới tính và mối liên quan giữa hai giới là một khái thống nhất, ảnh hưởng đến khả năng tạo cho người đàn ông và người đàn bà có một cuộc sống lành mạnh, làm chủ được vận mệnh của mình về phương diện sinh sản. Những quan hệ bình đẳng giữa nam và nữ trong lĩnh vực tình dục và sinh sản trong đó có sự tôn trọng đầy đủ và hoàn toàn về cơ thể con người, ý thức trách nhiệm bình đẳng và quan tâm lẫn nhau tạo điều kiện cho những quan hệ hài hòa giữa nam và nữ trên cơ sở tôn trọng lẫn nhau.

+ Bạo lực đối với phụ nữ và sự cưỡng dâm ngày càng phổ biến khiến AIDS và các bệnh lây truyền theo tình dục ngày càng đe dọa và chà đạp lên những quyền cơ bản của phụ nữ và gây ra nguy cơ chủ yếu và thường xuyên cho sức khỏe của họ.

+ Mục tiêu nhằm khuyến khích đẩy mạnh những thông tin, giáo dục và dịch vụ để phát triển những quan hệ bình đẳng và tôn trọng lẫn nhau giữa hai giới để cải thiện chất lượng cuộc sống con người.

+ Biện pháp gồm những hoạt động giáo dục trong gia đình, trong cộng đồng, trong trường học, ngoài trường học theo từng lứa tuổi, kể cả người lớn đặc biệt đối với nam giới. cấm sản xuất và buôn bán các văn hóa phẩm khiêu dâm đối với trẻ em.

+ Nội dung gồm những vấn đề cấp thiết như tránh những thai nghén không mong muốn, ngăn chặn lan truyền bệnh AIDS, bệnh lây truyền theo đường tình dục và những hành động hung bạo đối với phụ nữ trong đó có cả cưỡng dâm, bóc lột và cưỡng ép mại dâm.

2.7. Phát hiện sớm các khối u phụ khoa

- Thường xuyên tự nắn vú để phát hiện sớm các khối u và điều trị sớm khi nó mới xuất hiện.

- 6 tháng một lần nên làm phiến đồ âm đạo - cổ tử cung để phát hiện những tế bào bất thường, hoặc soi cổ tử cung nếu thấy có tổn thương và điều trị sớm những tổn thương ở cổ tử cung.

2.8. Rối loạn tiền mãn kinh và mãn kinh

- Những dấu hiệu bất thường có thể có trong giai đoạn tiền mãn kinh: rong kinh, kinh mau, kinh thưa...

- Những dấu hiệu bất thường có thể gặp trong thời kỳ mãn kinh: bốc hỏa, hồi hộp, đánh trống ngực, lạnh đầu chi.

- Những nguy cơ có thể gặp trong thời kỳ mãn kinh: loãng xương dẫn đến gãy xương (hay gặp nhất là gãy cổ xương đùi và cột sống thắt lưng), ung thư niêm mạc tử cung.

TỬ VONG BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH

Mục tiêu học tập

1. Nêu được định nghĩa và nguyên nhân gây tử vong mẹ
2. Trình bày được nguyên nhân tử vong của trẻ sơ sinh
3. Tóm tắt được các yếu tố ảnh hưởng đến tử vong mẹ và trẻ sơ sinh
4. Nêu biện pháp khắc phục

1. ĐỊNH NGHĨA

"Tử vong mẹ là tử vong của người phụ nữ trong khi mang thai hoặc trong vòng 42 ngày sau khi kết thúc thai kỳ, không phụ thuộc vào thời gian và địa điểm mang thai, do bất kỳ nguyên nhân nào có liên quan hoặc bị nặng lên bởi quá trình mang thai hoặc quản lý thai nghén. Các nguyên nhân tử vong mẹ trong trường hợp này không bao gồm các nguyên nhân do tai nạn hoặc sự cố bất ngờ" (Tổ chức Y tế Thế giới WHO 1990).

2. TỬ VONG CỦA BÀ MẸ

2.1. Tình hình bệnh tật và tử vong mẹ

Các biến chứng của thai nghén và quá trình sinh đẻ là những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và ảnh hưởng sức khoẻ nghiêm trọng ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại các nước đang phát triển. Thống kê trên thế giới cho thấy một con số ước tính 529.000 phụ nữ chết hàng năm do các nguyên nhân liên quan tới thai nghén. Bên cạnh đó số trường hợp phụ nữ khác bị các ảnh hưởng sức khoẻ như tổn thương đường sinh dục, nhiễm khuẩn và tàn tật trong quá trình mang thai hoặc khi sinh đẻ cao gấp 20 lần so với tử vong mẹ. Điều này có nghĩa ít nhất 10 triệu phụ nữ mỗi năm bị ảnh hưởng đến sức khoẻ do sinh đẻ.

Những phụ nữ đã từng bị suy dinh dưỡng mãn tính trong quá trình phát triển dễ có nguy cơ đẻ khó khi chuyển dạ. Thiếu máu cũng là yếu tố chỉ báo nguy cơ chảy máu và nhiễm trùng máu trong khi sinh nở và đã được xác định ít nhất trong 20% các trường hợp tử vong mẹ ở các nước đang phát triển.

Các yếu tố gây ra bệnh tật và tử vong ở mẹ cũng ảnh hưởng tới khả năng sống sót của bào thai và trẻ sơ sinh, dẫn tới khoảng 8 triệu tử vong sơ sinh hàng năm (khoảng một nửa số này là tử vong bào thai).

Vùng	Tỉ lệ tử vong(/100.000 trẻ sơ sinh sống)
Toàn Thế giới	400
Châu Phi	830
Châu Á	330
Châu Âu	24
Tây Âu	17
Châu Mỹ La tinh	190
Bắc Mỹ	8
Úc và New Zealand	6

Nguồn: UNICEF/WHO 2005

Bảng 1: Tỉ lệ tử vong mẹ theo vùng

Tại Việt Nam, tỉ lệ tử vong mẹ năm 2000 được ước tính 130 ca tử vong trên 100.000 ca sinh sống. Tỷ lệ này đặc biệt cao ở các vùng sâu, vùng cao. Sự khác biệt giữa các vùng tử vong mẹ cũng rất cao: Tây Nguyên: 418/100.000, vùng núi phía Bắc 298/100.000, vùng ven

bển phía Bắc và đồng bằng sông Cửu Long là 200/100.000. Nguyên nhân tử vong chủ yếu do năm tai biến sản khoa, đứng đầu là băng huyết sau sinh (41%) và nhiễm trùng hậu sản (20%).

2.2. Nguyên nhân gây tử vong mẹ

2.2.1. Nguyên nhân trực tiếp

2.2.1.1. Băng huyết

- Băng huyết trước khi sinh xảy ra vào khoảng giữa tuần thứ 28 và 40 của thời kỳ mang thai, có thể do rau bong non, rau tiền đạo...
- Băng huyết trong khi sinh: thường do vỡ tử cung và tổn thương đường sinh dục,
- Băng huyết sau sinh: thường xuất hiện trong những giờ đầu sau sinh. Đây thường là kết quả do chảy máu thời kỳ sô rau, tổn thương đường sinh dục.
- Băng huyết do thủng tử cung trong nạo thai to.

2.2.1.2. Nhiễm trùng: thường dẫn đến bệnh cảnh nặng nề gây tử vong do nhiễm trùng huyết.

- Nhiễm trùng hậu sản
- Nhiễm trùng sau nạo phá thai

2.2.1.3. Tiền sản giật nặng - Sản giật

Bệnh nhân có thể tử vong trong bệnh cảnh phù phổi cấp, hội chứng HELLP, sản giật, băng huyết sau sinh...

Bảng 2: Nguyên nhân tử vong của người mẹ

Nguyên nhân	Tỷ lệ (%)	Số người chết/năm
Băng huyết	21	111.090
Nạo thai không an toàn	14	74.060
Tăng huyết áp (sản giật)	13	68.770
Đẻ khó	8	42.320
Nhiễm trùng huyết	8	42.320
Biến chứng phụ khoa	11	74.060
Nguyên nhân gián tiếp	25	132.250

Nguồn: UNFPA, 2001

2.2.2. Nguyên nhân gián tiếp

Nguyên nhân gián tiếp gây ra tử vong cho người mẹ có thể từ trước và do có thai nên là trầm trọng thêm, chiếm khoảng 15 - 20 % tỷ lệ tử vong.

Ví dụ: Bệnh tim và thai nghén, Basedow và thai nghén, đái tháo đường và thai nghén, viêm gan siêu vi cấp, thiếu máu, bệnh sốt rét, HIV/AIDS.

Tỷ lệ tử vong các bà mẹ ở các nước đang phát triển:

- Trước khi sinh: 23,9 %
- Trong khi sinh: 15,5 %
- Sau khi sinh: 60,6 %

3. TỬ VONG CỦA TRẺ SƠ SINH

Hàng năm trên toàn thế giới có 7,3 triệu thai nhi và trẻ sơ sinh chết vào những tháng cuối thai kỳ, lúc sinh và trong vòng 4 tuần sau sinh, trong đó có khoảng 3,3 triệu trẻ em chết khi mới sinh và 4 triệu chết trong giai đoạn sơ sinh và 4 triệu trẻ em khác chết trong năm đầu tiên của cuộc đời (WHO, 2005). Nguyên nhân chủ yếu là do suy hô hấp, nhiễm trùng, suy dinh dưỡng.

4. NHỮNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TỶ LỆ TỬ VONG CỦA BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH

4.1. Các yếu tố ảnh hưởng đến tử vong mẹ

- Dân trí: thực hiện quản lý thai nghén trước sinh chưa đầy đủ; chăm sóc trước, trong và sau sinh chưa chặt chẽ; Sinh đẻ tại nhà...

- Kinh tế: Chất lượng cuộc sống không đảm bảo, dinh dưỡng kém
- Mạng lưới y tế địa phương: Công tác tư vấn sức khỏe sinh sản, nạo phá thai không an toàn...

4.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến tử vong trẻ sơ sinh

Bảng 4:Ảnh hưởng của một số bệnh của mẹ đối với trẻ sơ sinh

Mẹ bị bệnh	Ảnh hưởng nghiêm trọng đối với thai nhi và sơ sinh
Thiếu máu nghiêm trọng	Nhẹ cân, ngạt thở chết khi lọt lòng
Băng huyết	Ngạt thở, giảm lưu lượng máu, chết sau khi lọt lòng
Tăng huyết áp khi mang thai	Nhẹ cân, ngạt thở chết khi lọt lòng
Nhiễm trùng máu	Trẻ sơ sinh nhiễm trùng huyết
Đè khó	Ngạt thở, con chết khi lọt lòng, nhiễm trùng máu, thương tổn, khuyết tật
Nhiễm trùng trong khi mang thai (STDs; HIV)	Đè non, sơ sinh nhiễm khuẩn mắt, mù mắt, viêm phổi. Chết ngay khi lọt lòng, nhiễm bệnh giang mai, lây truyền HIV trực tiếp từ mẹ sang con
Viêm gan	Viêm gan
Sốt rét	Nhẹ cân, đè non, chậm lớn
Có thai ngoài ý muốn	Phát triển nguy cơ tật bệnh do sự sỉ nhục ngược đãi và sự bất chấp
Sinh đè không đảm bảo vô khuẩn	Trẻ sơ sinh bị nhiễm trùng, uốn ván

4.3. Mô hình 3 chậm

- Chậm quyết định tìm kiếm sự chăm sóc (nhân tố văn hoá/ kinh tế xã hội/ trình độ giáo dục)
- Chậm xác định và đi đến cơ sở y tế (khả năng tiếp cận với cơ sở y tế)
- Chậm tiếp nhận điều trị đầy đủ và thích hợp (chất lượng chăm sóc)

5. BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC

- Tăng cường quản lý thai nghén trước đẻ để tuyên truyền giáo dục vận động các bà mẹ mang thai phải được khám đầy đủ tối thiểu 3 lần.
 - Tăng cường chăm sóc trong khi đẻ, bắt buộc theo dõi chặt chẽ sản phụ từ khi chuyển dạ tới khi đẻ. Thực hiện vô khuẩn sản khoa nghiêm túc.
 - Tăng cường đội ngũ cán bộ chuyên khoa sản - nữ hộ sinh tại tuyến cơ sở. Tăng cường bổ sung trang thiết bị.
 - Giảm nạo phá thai không an toàn.
 - Nâng cao vị thế của phụ nữ.
 - Giảm tử vong mẹ có thể thực hiện được bằng cách ngăn ngừa thai nghén không mong muốn ngăn ngừa các biến chứng xảy ra trong khi mang thai, xử trí thích hợp với bất kỳ một biến chứng nào xảy ra.
 - Nâng cao kỹ năng cho nữ hộ sinh bao gồm nâng cao năng lực xử trí ban đầu các biến chứng sản khoa và cấp cứu sản khoa.
 - Dịch vụ cấp cứu sản khoa phải đảm bảo chất lượng phương tiện chuyển tuyến lâm sàng.
 - Cung cấp đầy đủ thuốc thiết yếu và trang thiết bị.