

Sổ tay Sản Phụ khoa

Errol R. Norwitz

MD, PhD(Oxon), FACOG

Louis E Phaneuf Professor of Obstetrics & Gynecology

Tufts University School of Medicine

Chairman, Department of Obstetrics & Gynecology

Tufts Medical Center

Boston, MA, USA

John O. Schorge

MD, FACOG, FACS

Associate Professor of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology

Harvard Medical School

Chief, Gynecologic Oncology Service

Department of Obstetrics and Gynecology

Massachusetts General Hospital,

Boston, MA, USA

Ấn bản lần 4

Biên dịch: Nguyễn Duy Tài

MD, PhD

Giáo sư Y khoa

Trưởng Bộ môn Phụ Sản

Đại học Y Dược TP. HCM

TP.HCM, Việt Nam

 WILEY-BLACKWELL

A John Wiley & Sons, Ltd., Publication



Original title: *Obstetrics and Gynecology at a Glance*
By Errol R. Norwitz and John O. Schorge

Copyright © 2013 by John Wiley & Sons, Ltd.

All Rights Reserved. Authorised translation from the English language edition published by John Wiley & Sons Limited.
Responsibility for the accuracy of the translation rests solely with Sao Dieu Media JSC and is not the responsibility of John
Wiley & Sons Limited. No part of this book may be reproduced in any form without the written permission of the original
copyright holder, John Wiley & Sons Limited.

Copyright © 2014 by John Wiley & Sons Limited and Sao Dieu Media JSC.

Tác phẩm: Sổ tay Sản Phụ khoa

Tác giả: Errol R. Norwitz và John O. Schorge

Biên dịch: Nguyễn Duy Tài

Công ty Cổ phần Truyền thông Sáo Diêu (SDmedia) giữ bản quyền xuất bản và phát hành ấn bản tiếng Việt của quyển
sách này trên toàn thế giới theo hợp đồng chuyển giao bản quyền với John Wiley & Sons Limited.

Bất cứ sự sao chép nào không được sự đồng ý của công ty SDmedia đều là bất hợp pháp và vi phạm Luật Xuất bản Việt
Nam, Luật Bản quyền Quốc tế và Công ước Bảo hộ Bản quyền Sở hữu Trí tuệ Berne.

ISBN: 978-604-66-0812-7

Công ty Cổ phần Truyền thông Sáo Diêu
203 Nam Kỳ Khởi Nghĩa, Phường 7, Quận 3, TP.HCM
Tel: (08) 3932 1565
Fax: (08) 3932 1575
Email: info@sdmedia.vn
Website: www.sdmedia.vn

Chủ trách nhiệm xuất bản: TGĐ Chu Hùng Cường

Biên tập: Bác sĩ CKI Nguyễn Tiến Dũng

Công ty TNHH MTV Nhà Xuất bản Y học

Địa chỉ: 352 Đại Cát, Quận Ba Đình, Hà Nội

Tel: (04) 3762 8832

Fax: (04) 3762 5923

Ảnh bìa: Two month old foetus, artwork Sciepro/Science Photo Library

Thiết kế bìa: Meaden Creative & SDmedia

Thực hiện: SDmedia

In 2.000 cuốn, khổ 22 cm x 27,6 cm tại Công ty TNHH MTV Lê Quang Lộc, 161 Lý Chính Thắng, Quận 3, TP.HCM.

Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 1469-2014/CXB/10-102/YH và quyết định xuất bản số: 283/QĐ-YH ngày 27/8/2014.

In xong và nộp lưu chiểu Quý IV năm 2014.

MỤC LỤC

- Ban Biên tập 6
- Ban Biên dịch 7
- Lời nói đầu & Lời đê tặng 8
- Lời nói đầu & Lời cảm ơn (Ấn bản tiếng Việt) 9

Phần 1 Phụ khoa

Đại cương

- 1 Hồi bệnh và thăm khám lâm sàng 10
- 2 Giải phẫu cơ quan sinh dục nữ 12
- 3 Chu kỳ kinh nguyệt 14
- 4 Xuất huyết âm đạo bất thường 16
- 5 Thai ngoài tử cung 18
- 6 Đau vùng chậu 20
- 7 Nhiễm trùng đường sinh dục dưới 22
- 8 Bệnh lý chậu viêm 24
- 9 Các bệnh lý lành tính của đường sinh dục dưới 26
- 10 Các bệnh lý lành tính của đường sinh dục trên 28
- 11 Lạc nội mạc tử cung và lạc nội mạc trong cơ tử cung 30
- 12 Biện pháp ngừa thai 32
- 13 Các biện pháp triệt sản 34
- 14 Bệnh lý tuyến vú 36
- 15 Sẩy thai 38
- 16 Chấm dứt thai kỳ 40
- 17 Phẫu thuật phụ khoa 42
- 18 Đạo đức và pháp lý trong y khoa 44

Niệu dục học

- 19 Tiêu không tự chủ 46
- 20 Sa cơ quan vùng chậu (sa sinh dục) 48

Nội tiết học sinh sản và hiếm muộn

- 21 Dậy thì và dậy thì sớm 50
- 22 Vô kinh 52
- 23 Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) 54
- 24 Sẩy thai tái phát 56
- 25 Các cặp vợ chồng vô sinh 58
- 26 Kích thích phóng noãn 60
- 27 Kỹ thuật hỗ trợ sinh sản 62
- 28 Mẫn kinh và liệu pháp hormone thay thế 64

Ung thư phụ khoa

- 29 Dị sản cổ tử cung và vaccine ngừa HPV 66
- 30 Ung thư cổ tử cung và ung thư âm đạo 68
- 31 Ung thư âm hộ 70
- 32 Ung thư tử cung 72
- 33 Ung thư buồng trứng 74
- 34 Bệnh lý nguyên bào nuôi trong thai kỳ (GTD) 76

Phần 2 Sản khoa

Đại cương

- 35 Phôi thai học và sự phát triển của bào thai trong giai đoạn sớm 78
- 36 Sinh lý thai nhi 80
- 37 Nội tiết khi mang thai và chuyển dạ 82

- 38 Sự thích nghi của cơ thể mẹ khi mang thai 84
- 39 Chẩn đoán tiền sản 86
- 40 Siêu âm sản khoa 88
- 41 Sản khoa trong chăm sóc sức khỏe ban đầu 90

Các biến chứng tiền sản

- 42 Nhiễm trùng trong thai kỳ: vi khuẩn và vi sinh vật 92
- 43 Nhiễm trùng trong thai kỳ: virus và xoắn khuẩn 94
- 44 Các rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ 96
- 45 Đái tháo đường trong thai kỳ 98
- 46 Bệnh lý tim mạch trong thai kỳ 100
- 47 Bệnh lý tuyến giáp trong thai kỳ 102
- 48 Các bệnh lý nội ngoại khoa khác trong thai kỳ 104
- 49 Sử dụng thuốc trong thai kỳ 106
- 50 Rối loạn thể tích nước ối 108
- 51 Rối loạn tăng trưởng thai nhi 110
- 52 Khảo sát sức khỏe thai nhi trước chuyển dạ 112
- 53 Phù thai nhi 114
- 54 Thai nhi tử vong trong tử cung 116
- 55 Đa thai 118
- 56 Xuất huyết âm đạo trước chuyển dạ 120
- 57 Chuyển dạ sinh non 122
- 58 Hở eo tử cung và khâu eo cổ tử cung 124
- 59 Ối vỡ non 126

Theo dõi chuyển dạ

- 60 Chuyển dạ sinh thường (Phần I) 128
- 61 Chuyển dạ sinh thường (Phần II) 130
- 62 Khởi phát chuyển dạ và giục sinh 132
- 63 Chuyển dạ sinh bất thường 134
- 64 Giảm đau trong chuyển dạ 136
- 65 Theo dõi sức khỏe thai nhi trong chuyển dạ 138
- 66 Sinh giúp bằng dụng cụ 140
- 67 Mổ lấy thai 142

Các biến chứng thời kỳ hậu sản

- 68 Giai đoạn 3 chuyển dạ và băng huyết sau sinh 144
- 69 Thời kỳ hậu sản 146
- 70 Cắt bao quy đầu, cắt âm vật 148

Phần 3 Tự đánh giá

- Nghiên cứu Tình huống Lâm sàng 150
- Đáp án 152
- Tài liệu đọc thêm 161

Phụ lục

- Bảng tra từ 165
- Bảng thuật ngữ Việt-Anh 172
- Bảng thuật ngữ Anh-Việt 174

Ban Biên tập

Laura Baecher-Lind, MD, MPH

Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology
Tufts University School of Medicine
Boston, MA, USA

Lori R. Berkowitz, MD

Assistant Professor of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology
Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School
Boston, MA, USA

Brian K. Bond, PharmD, MD

Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology
Associate Director, Obstetrics and Gynecology Residency Program
Tufts University School of Medicine
Boston, MA, USA

Kelley E. Conroy, MD

Clinical Fellow in Maternal-Fetal Medicine
Tufts University School of Medicine
Boston, MA, USA

Alissa R. Dangel, MD

Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology
Tufts University School of Medicine
Boston, MA USA

Kristen P. Eckler, MD

Assistant Professor of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology
Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School
Boston, MA, USA

Trevin C. Lau, MD

Instructor of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology
Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School
Boston, MA, USA

Samantha J. Pulliam, MD

Assistant Professor of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology
Division of Urogynecology and Pelvic Reconstructive Surgery
Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School
Boston, MA, USA

Aaron K. Styer, MD

Assistant Professor of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology
Vincent Reproductive Medicine and IVF
Vincent Center for Reproductive Biology
Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School,
Boston, MA, USA

Hong-Thao N. Thieu, MD

Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology
Director, Obstetrics and Gynecology Residency Program
Tufts University School of Medicine
Boston, MA, USA

Carey M. York-Best, MD

Assistant Professor of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology
Chief, Division of General Obstetrics and Gynecology
Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School
Boston, MA, USA

Ban Biên dịch

Nguyễn Thị Thanh Hà, MD, PhD

Giám đốc Chuyên môn

Bệnh viện Phụ Sản Mê Kông

Đặng Lê Dung Hạnh, MD

Trưởng khoa Khám bệnh A

Bệnh viện Hùng Vương

Lê Văn Hiền, MD

Phó Giám đốc Chuyên môn

Bệnh viện Phụ Sản Mê Kông

Bùi Thị Phương Nga, MD, PhD

Phó trưởng Bộ môn Phụ Sản

Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Vũ Thị Nhhung, MD, PhD

Phó giáo sư Y khoa

Chủ tịch Hội Sản Phụ khoa TP. HCM

Nguyễn Vũ Hà Phúc, MD

Bộ môn Phụ Sản

Đại học Y Dược TP. HCM

Nguyễn Duy Tài, MD, PhD

Giáo sư Y khoa

Trưởng Bộ môn Phụ Sản

Đại học Y Dược TP. HCM

Nguyễn Đức Duy Tâm, MD

Bác sĩ nội trú

Đại học Y Dược TP. HCM

Hồ Việt Thắng, MD

Bộ môn Phụ Sản

Đại học Y Dược TP. HCM

Phạm Việt Thanh, MD, PhD

Trưởng Bộ môn Phụ Sản

Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Lê Quang Thanh, MD

Phó trưởng Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y

Đại học Quốc gia TP. HCM

Giám đốc

Bệnh viện Từ Dũ

Tạ Thị Thanh Thủy, MD, PhD

Trưởng khoa, Khoa Phụ ngoại

Bệnh viện Hùng Vương

Huỳnh Nguyễn Khánh Trang, MD, PhD

Phó giáo sư Y khoa

Phó trưởng Bộ môn Phụ Sản

Đại học Y Dược TP. HCM

Võ Minh Tuấn, MD, PhD

Phó giáo sư Y khoa

Bộ môn Phụ Sản

Đại học Y Dược TP.HCM

Nguyễn Thị Từ Vân, MD, PhD

Bộ môn Phụ Sản

Đại học Y Dược TP. HCM

Lời nói đầu

Các vấn đề trong y khoa và khoa học trên thế giới này sẽ không thể được giải quyết bởi những kẻ hoài nghi có tâm nhìn bó hẹp trong thực tế lâm sàng. Chúng ta cần nhiều thế hệ nam nữ dám ước mơ để đạt đến những việc tưởng chừng không thể, và sẽ luôn hỏi “Tại sao không?”.

Giáo sư Egon Diczfalusi, Viện Karolinska, Stockholm, Thụy Điển, 1992

Y khoa là ngành vẫn luôn thu hút những sinh viên thông minh nhất để siêng năng nhất vào học. Cơ hội để nuôi dưỡng những tài năng trẻ và sau này một ngày nào đó sẽ đứng lên lãnh đạo nền y khoa trong tương lai là một trong những niềm tự hào to lớn của một bác sĩ phụ trách công tác giảng dạy. Và không một lĩnh vực nào rõ ràng hơn (và cũng thách thức hơn) là trong chuyên ngành Sản khoa và Phụ khoa, một chuyên ngành cần nhiều tính nghệ thuật (art) hơn là tính khoa học (science). Mặc dù các bác sĩ làm sàng trong tất cả chuyên ngành đều được khuyến khích để thực hành y khoa chứng cứ, nhưng hiện tại nhiều câu hỏi cơ bản trong Sản Phụ khoa vẫn chưa được trả lời. Trong khi các nhà tim mạch học đã đeo lường được dòng chảy calcium trong một tế bào cơ tim đơn lẻ và những bác sĩ thận học đã tính toán được những thay đổi trong gradient nồng độ doc theo một nephron riêng biệt, các bác sĩ sản khoa-phụ khoa tiếp tục tranh cãi nhau về các câu hỏi như: Đinh LH được điều hòa bởi các yếu tố nào? Nguyên nhân gì

gây nên lạc nội mạc tử cung? Tại sao giờ vẫn chưa có test tầm soát nào hiệu quả đối với ung thư buồng trứng? Yếu tố nào gây khởi phát chuyển dạ?

Quyển sách này được viết chủ yếu dành cho sinh viên y khoa bắt đầu đi thực tập lâm sàng. Sách được thiết kế nhằm cung cấp cho người đọc một tài liệu cực kỳ cô đọng, nhưng đủ để có thể ôn tập lại sản khoa và phụ khoa khi cần thiết. Mỗi chương chỉ có hai trang: một trang nội dung và một trang hình hoặc phác đồ nhằm minh họa hoặc bổ sung cho phần nội dung. Ban Biên soạn mong muốn đây sẽ là một tài liệu thú vị, dễ đọc, và chứa nhiều thông tin hữu ích cho độc giả. Tuy nhiên, một điều chắc chắn là không có một tập sách nào có thể trả lời được tất cả mọi câu hỏi. Chúng ta khuyến khích sinh viên đặt ra nhiều câu hỏi và thử thách chính những người thầy trên lâm sàng của mình. Chỉ có như vậy thì chuyên ngành của chúng ta mới có hy vọng tiến về phía trước. Hãy luôn nhớ rằng: “Chúng ta cần nhiều thế hệ nam nữ dám ước mơ để đạt đến những việc tưởng chừng không thể, và sẽ luôn hỏi “Tại sao không?””

Errol R. Norwitz, MD, DPhil, FACOG
John O. Schorge, MD, FACOG, FACS

Lời đê tặng

Gửi đến vợ tôi, Ann; bố mẹ tôi, Rollo và Marianne; và các con tôi, Nicholas, Gabriella và Sam.

- E.R.N -

Tôi muốn gửi lời cảm ơn đến vợ tôi, Sharon; và các con tôi, Date, Lena và Rocco vì sự hỗ trợ của họ trong suốt quá trình tôi hoàn thành quyển

sách này. Bên cạnh đó, tôi muốn bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến những cố vấn của mình, những người đã tạo nguồn cảm hứng cho tôi trong suốt quá trình học tập và công tác trong chuyên ngành Sản Phụ khoa, đặc biệt là Issac Schiff, Fred Frigoletto, John Repke, Ross Berkowitz và Sam Mok.

- J.O.S -

Lời nói đầu & Lời cảm ơn (Ấn bản tiếng Việt)

Sau khi giới thiệu tới quý bạn đọc hai ấn phẩm biên dịch “Sản Phụ khoa - Những điều cần biết” của Elsevier Mosby và “Tình huống lâm sàng - Sản Bệnh” của McGraw Hill Medical, chúng tôi đã nhận được sự ủng hộ nhiệt tình của các sinh viên y khoa và bác sĩ trẻ trong nước. Theo thiển ý của chúng tôi thì đây là hai tài liệu hướng đến các bác sĩ trẻ và nhân viên y tế đã có ít nhiều kinh nghiệm về Sản Phụ khoa. Vì vậy, thật là một thiếu sót rất lớn nếu không có một tài liệu hướng về sinh viên và các nhân viên y tế mới bắt đầu tiếp xúc lâm sàng về Sản Phụ khoa.

Với tất cả đam mê và tâm huyết, chúng tôi xin giới thiệu đến các bạn quyển sách “Sổ tay Sản Phụ khoa” của Nhà Xuất bản Wiley-Blackwell nổi tiếng với thư viện Cochrane về y học chứng cứ. Đúng như lời

tác giả: “Ngành y luôn thu hút những sinh viên thông minh nhất và siêng năng nhất”, và đặc biệt là khoa Sản-Phụ vì có rất nhiều bất ngờ và đầy rủi ro. Chúng tôi hy vọng rằng tài liệu này sẽ giúp cho các sinh viên và nhân viên y tế bắt đầu đi thực tập lâm sàng buổi đầu bối rối và ngỡ ngàng với thực tế.

Trong bản dịch đầu tiên này, sai sót là điều khó tránh khỏi, mong rằng quý độc giả và các đồng nghiệp sẽ lượng thứ và tích cực gửi các ý kiến đóng góp xây dựng về cho chúng tôi để các bản dịch về sau sẽ ngày càng hoàn thiện hơn.

TP.HCM, tháng 10/2014.
Nguyễn Duy Tài, MD.

Lời cảm ơn (Ấn bản tiếng Việt)

Dự án này là thành quả của cả một tập thể. Nếu không có họ, có lẽ tập sách này khó có thể ra đời để phục vụ các bạn sinh viên và các bác sĩ trẻ. Do vậy, đầu tiên tôi muốn gửi lời cảm ơn tới mọi thành viên đã chung tay tham gia dự án này.

Tôi gửi lời cảm ơn đặc biệt đến Ban biên soạn ấn bản gốc (tiếng Anh) vì đã viết một tập sách chất lượng, cơ bản, đầy đủ, và dễ hiểu. Tiếp theo, tôi chân thành cảm ơn Ban Biên dịch đã làm việc hiệu quả, từ đó cho ra đời một bản dịch hoàn thiện và công phu.

Ngoài ra, tôi cũng muốn gửi lời cảm ơn đến những thành viên sau vì đã giúp đỡ rất nhiều trong quá trình chỉnh sửa bản thảo và thiết kế

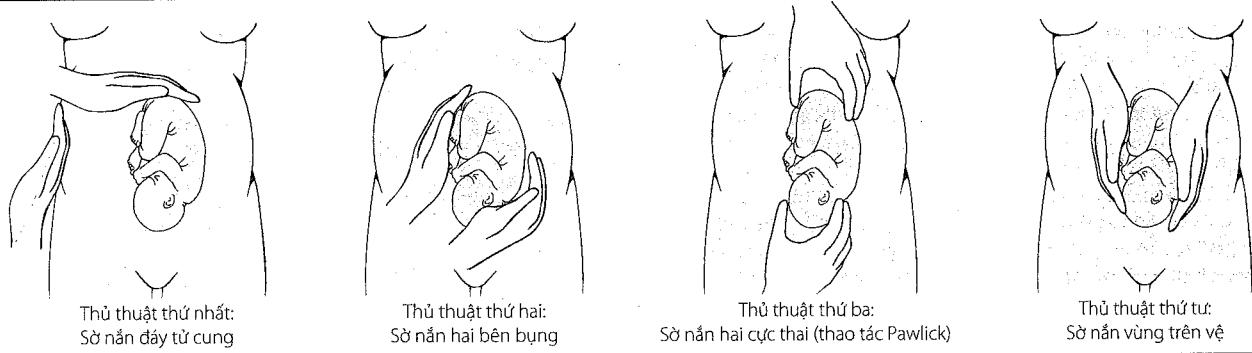
nội dung hoàn chỉnh; đó là ông Nguyễn Đức Thành, em Dương Hoàng Khánh, em Nguyễn Thị Vân Phi, và em Nguyễn Phước Vĩnh Anh. Còn rất nhiều thành viên khác cũng đã tham gia trong dự án này với nhiều vai trò khác nhau, và mọi người đều làm việc trên cả mức mong đợi. Với phong cách làm việc chuyên nghiệp và tuyệt vời, họ đã cho tôi thấy được sức mạnh của một tập thể ăn ý.

Cuối cùng, tôi xin gửi lời cảm ơn đến Wiley-Blackwell, công ty SDmedia, và Nhà Xuất bản Y học đã tạo mọi điều kiện giúp chúng tôi hoàn thành tập sách này.

- N.D.T -

1. Hồi bệnh sứ và khám lâm sàng

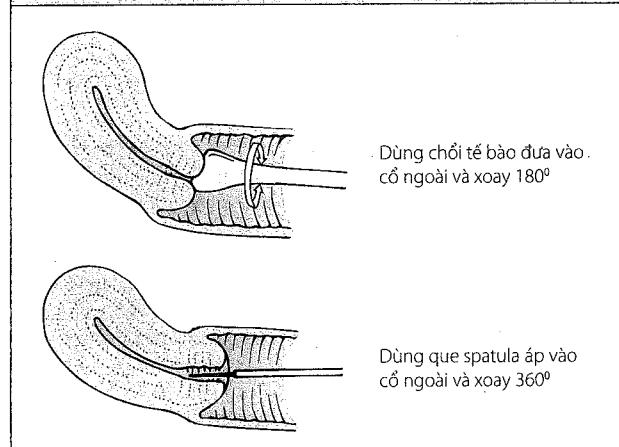
Hình 1.1 THỦ THUẬT LEOPOLD



Hình 1.2 KHÁM MỎ VỊT

GRAVES	PEDERSON
<ul style="list-style-type: none"> Nhỏ: bé gái, độc thân, mân kinh Trung bình: đã số phụ nữ Lớn: béo phì, da sần 	<ul style="list-style-type: none"> Chiều dài giống với mỏ vịt Graves nhưng hẹp hơn Chưa quan hệ tình dục Chưa từng mang thai

Hình 1.3 LÀM PAP SMEAR



Hình 1.4 KHÁM VÙNG CHẬU

Khám tử cung bằng hai tay	Khám phần phụ bằng hai tay	Khám trực tràng-âm đạo
<ul style="list-style-type: none"> Đặt ngón trỏ và ngón giữa bàn tay thuận ở túi cùng sau Ấn cổ tử cung lên trên để đẩy tử cung về phía tay trên bụng Đánh giá vị trí, kích thước, hình dạng, mật độ và tính chất của tử cung 	<ul style="list-style-type: none"> Hai ngón tay trong âm đạo đưa tới túi cùng bên Tay trên bụng đặt sát phía trong gai chậu trước trên Hai bàn tay áp sát và trượt nhẹ lên nhau để cảm giác được phần phụ 	<ul style="list-style-type: none"> Sờ vách trực tràng-âm đạo bằng ngón trỏ trong âm đạo và ngón giữa trong trực tràng Có thể sờ được dây chằng tử cung-cùng khi nó trượt ra sau khỏi cổ tử cung Cách khám tốt nhất đối với tử cung ngả sau

NHẬN HỘ KHÁM

- Trang phục thích hợp và thể hiện phong cách chuyên nghiệp. Mỉm cười khi nào thích hợp và tạo không khí thoải mái cho bệnh nhân.
- Giới thiệu tên và vai trò của bạn. Niềm nở với người thân của bệnh nhân. Giới thiệu các thành viên khác trong nhóm của bạn (nếu có).
- Bắt đầu bằng việc hỏi bệnh sử ngắn gọn và cố gắng thiết lập mối quan hệ trước khi yêu cầu bệnh nhân cởi quần áo để khám. Ngồi đối diện với bệnh nhân và nhìn vào mắt bệnh nhân khi nói chuyện.
- Chú ý lắng nghe và khuyến khích bệnh nhân đặt câu hỏi để tạo niềm tin ở bệnh nhân. Cố gắng hiểu cảm nhận của bệnh nhân để xây dựng kế hoạch điều trị hiệu quả. Nhận biết những điều quan trọng trong bệnh sử qua lời nói hoặc cử chỉ (gật đầu).
- Thỉnh thoảng cần thay đổi cách tiếp cận để phù hợp phong tục tập quán. Ví dụ văn hóa của một số nơi không khuyến khích bắt tay người đối diện, trong khi một số nơi khác, người chồng hoặc các thành viên nam trong gia đình sẽ trả lời câu hỏi thay bệnh nhân.

BỆNH SỬ

Khai thác bệnh sử tốt đòi hỏi kết hợp nhiều yếu tố phức tạp và chồng chéo. Phải tạo ra một không khí thoải mái, không hối thúc bệnh nhân, lắng nghe tất cả mối quan tâm của bệnh nhân, nhưng đồng thời vẫn tập trung và giới hạn thời gian. Cuộc nói chuyện nên toàn diện, nhưng được điều chỉnh một cách thích hợp.

- Than phiến chính (lý do đến khám).** Bệnh nhân nên được khuyến khích thể hiện mục đích, lý do đến khám bằng cách diễn đạt của họ.
- Bệnh sử.** Hỏi những câu hỏi mở thích hợp có thể giúp làm rõ than phiến chính và cung cấp các chi tiết khác.
- Tiền sử bệnh lý nội ngoại khoa.** Cần lưu ý tất cả các vấn đề sức khỏe quan trọng và cần khai thác chi tiết về những thay đổi gần đây nếu có. Cần hỏi bệnh nhân tất cả những loại thuốc đang sử dụng và tiền sử dị ứng. Hỏi tiền sử phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật bụng, vùng chậu, hoặc cơ quan sinh sản.
- Tiền sử phụ khoa.** Câu hỏi phù hợp lứa tuổi, bao gồm tiền sử kinh nguyệt chi tiết (tuổi có kinh nguyệt hoặc mãn kinh, chiều dài chu kỳ và thời gian hành kinh, kinh chót), tránh thai, tiền sử nhiễm trùng âm đạo hoặc vùng chậu, và tiền sử tình dục.
- Tiền sử sản khoa.** Số lần có thai và kết quả thai kỳ nên được hỏi chi tiết, bao gồm tuổi thai, biến chứng liên quan đến thai, và các thông tin khác có liên quan đến lần khám này.
- Tiền sử gia đình.** Bệnh nặng của người nhà (đái tháo đường, bệnh tim mạch, tăng huyết áp), đặc biệt là những người có quan hệ trực hệ, có thể ảnh hưởng đến bệnh tình lần này của bệnh nhân.
- Tiền sử xã hội.** Có ích trong một số bối cảnh, nên hỏi về nghề nghiệp, nơi ở, những người sống cùng bệnh nhân. Cũng nên hỏi thường quy về thói quen hút thuốc lá, uống rượu, và sử dụng chất gây nghiện.
- Tiền sử bệnh lý toàn thân.** Khai thác triệu chứng thực thể rất có giá trị để phát hiện ra các vấn đề sức khỏe mà bệnh nhân cứ nghĩ là bình thường. Các triệu chứng quan trọng như: thể chất (giảm hoặc tăng cân, nóng bừng mặt); tim mạch (đau ngực, khó thở); tiêu hóa ("hội chứng ruột kích thích", táo bón); tiết niệu (tiểu không tự chủ, tiểu máu); thần kinh (tê, giảm cảm giác); tâm thần (trầm cảm, ý định tự tử); và các cơ quan khác.

ĐIỀU TRỊ

1 Khám tổng quát

- Bệnh nhân nên cởi bỏ toàn bộ quần áo để khám tổng quát toàn thân. Trước khi bước ra khỏi phòng một cách kín đáo, bác sĩ có trách nhiệm phải cung cấp áo khám phù hợp cho bệnh nhân và trấn an họ bằng cách giải thích sẽ thăm khám những gì.

- Nên có một nữ giám sát trong quá trình khám, cho dù bác sĩ là nam hay nữ.

- Nên khám toàn diện, sau đó tập trung những cơ quan chính, để đánh giá sức khỏe tổng quát của bệnh nhân và tìm những dấu hiệu trực tiếp liên quan đến than phiến chính của bệnh nhân.

2 Khám bụng

- Khám bụng nên cẩn thận: *nhin* xem bụng có đối xứng, sẹo, chướng, và cách phân bố lông mu, *sờ* xem có tạng nào bị to hoặc u, và *nghe* nhu động ruột.
- Đối với bệnh nhân đang mang thai, nên thực hiện thủ thuật Leopold bốn bước (Hình 1.1): (1) sờ nắn bụng trên của người phụ nữ để xác định xem là đầu hay mông của thai nhi, (2) xác định đâu là lưng của thai nhi, (3) xác định cục của thai ở đoạn dưới tử cung, (4) xác định vị trí trán thai nhi.

3 Khám vùng chậu

- Bệnh nhân nên được yêu cầu nằm ngửa trên bàn khám, đặt bàn chân lên bàn đạp.
- Quan sát* đáy chậu bao gồm cách phân bố lông mu, da, sang thương (mụn nước, mụn cóc), bằng chứng của chấn thương, tri, và những bất thường đáy chậu. Đánh giá sa sinh dục bằng cách vén nhẹ các môi và quan sát âm đạo trong khi bệnh nhân rặn (nghiệm pháp Valsalva).
- Khám mò vịt:* chọn loại mò vịt với kích thước thích hợp (Hình 1.2), đặt mò vịt qua lỗ ngoài âm đạo và hướng đầu mò vịt xuống về phía trực tràng. Mở mò vịt để bộc lộ cổ tử cung. Khám âm đạo xem có ban đỏ, tổn thương, hoặc dịch tiết. Quan sát cổ tử cung xem có hồng, lâng, và sạch.
- Pap smear* (Hình 1.3): lấy mẫu tế bào vùng chuyển tiếp cổ tử cung (vùng nối giữa tế bào lát thành âm đạo và các tế bào tuyến cổ tử cung).
- Khám âm đạo bằng hai tay* (Hình 1.4): giúp sờ nắn tử cung và phần phụ. Bình thường khi không mang thai, kích thước tử cung khoảng 6x4 cm (tương đương quả lê). Kích thước buồng trứng bình thường khoảng 3x2 cm, nhưng thường là không sờ thấy ở bệnh nhân béo phì hoặc sau mãn kinh.
- Khám âm đạo-trực tràng* (Hình 1.4): đặc biệt có giá trị khi cơ quan vùng chậu ở túi cùng sau, có giá trị trong chuẩn bị tiền phẫu và trong ung thư phụ khoa.
- Khám trực tràng:* thực hiện một cách riêng biệt và khám theo chu vi của trực tràng có thể loại trừ bệnh ung thư ở đoạn cuối trực tràng. Có thể khám được trương lực của cơ vòng hậu môn và các bất thường khác (tri, nứt, u) và xét nghiệm tim máu ẩn trong phân.

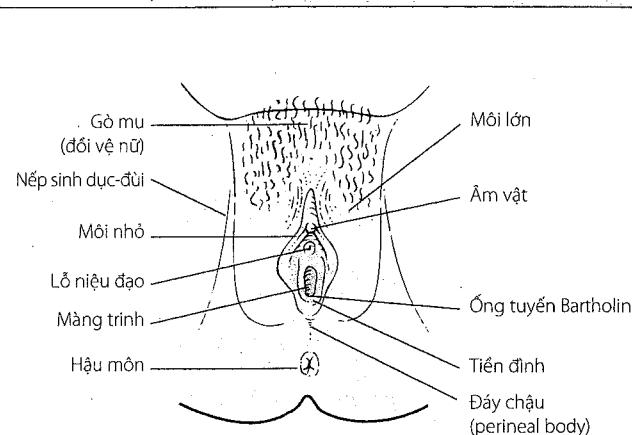
Khám sàng lọc và định phôi thai

- Bệnh nhân nên thường xuyên được tư vấn về tầm quan trọng của xét nghiệm sàng lọc, bao gồm:
 - Tự khám vú
 - Chụp nhũ ảnh
 - Pap smear
- Nên thường xuyên tổ chức những cuộc thảo luận về lối sống lành mạnh (chế độ ăn uống, tập thể dục), thực hành tình dục an toàn, và phương pháp ngừa thai.

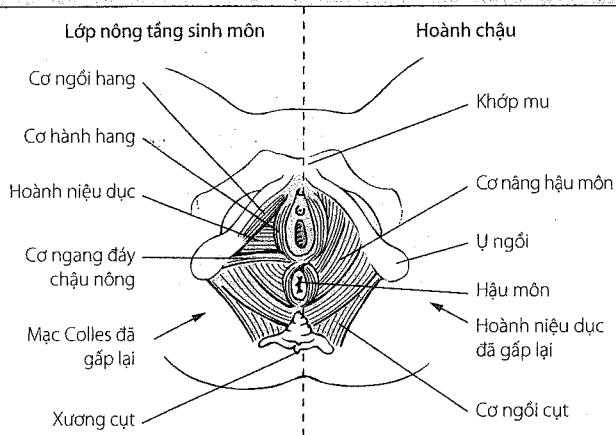


Giải phẫu cơ quan sinh dục nữ

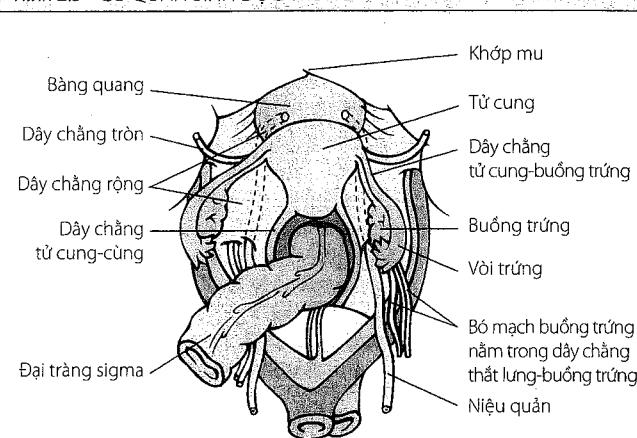
Hình 2.1 ÂM HỘ



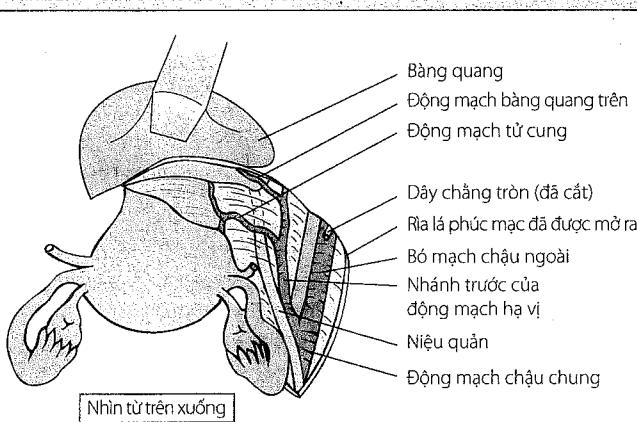
Hình 2.2 HỆ THỐNG CƠ SẢN CHÂU



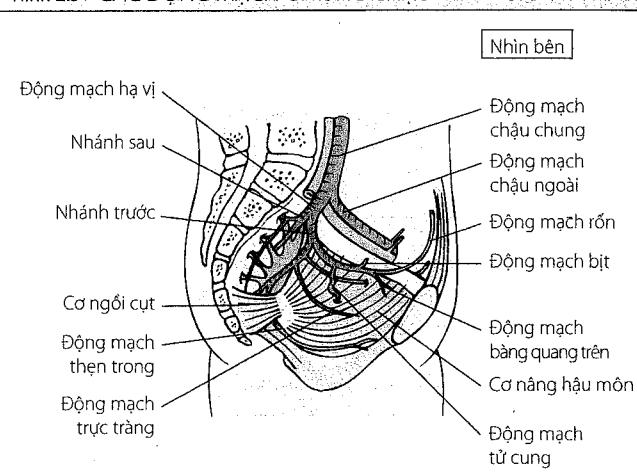
Hình 2.3 CƠ QUAN SINH DỤC TRONG



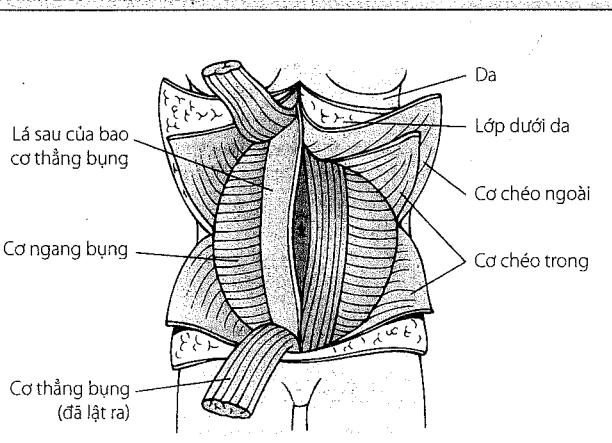
Hình 2.4 GIẢI PHẪU VÙNG VÁCH CHÂU



Hình 2.5 CÁC ĐỘNG MẠCH Ở VÙNG CHÂU



Hình 2.6 THÀNH BỤNG



Tổng quát về cơ quan sinh dục nữ (Hình 2.1 và 2.2)

- **Âm hộ** là cơ quan sinh dục nữ có thể nhìn thấy bên ngoài, được giới hạn bởi gò mu ở phía trước, hậu môn ở phía sau, và nếp sinh dục đều hai bên.
- **Đây chậu** nằm giữa lỗ niệu đạo và hậu môn, bao gồm cả da và cơ nằm bên dưới.
- **Gò mu** gồm phần da có lông mu bên trên khối mô mỡ nằm trên khớp mu.
- **Môi lớn** là nếp da lớn, có lông, ở hai bên, được cấu tạo từ mô mỡ và mô sợi bám từ gò mu đến trung tâm gần đáy chậu.
- **Âm vật** là một cơ quan ngắn, rất nhạy cảm, đầu âm vật nhìn thấy được ở bên ngoài. Âm vật ở nữ tương ứng với dương vật ở nam.
- **Môi nhỏ** là một nếp da mỏng, không có lông, ở hai bên, nằm giữa môi lớn và xuất phát từ âm vật.
- **Tiền đình** là khe giữa môi bé và chỉ được nhìn thấy khi được tách ra.
- **Tuyến Bartholin** nằm ở mỗi bên của lỗ âm đạo, ống tuyến mở ra tại vị trí 5 và 7 giờ.
- **Lớp nồng tầng sinh môn** chứa cơ hành hang, cơ ngồi hang, và cơ ngang đáy chậu nồng. Nó xuất phát từ lớp sâu của cản tầng sinh môn nồng và lên đến hoành niệu dục.
- **Hoành niệu dục** (màng đáy chậu) là một tấm mô sợi cơ hình tam giác dày đặc, kéo dài từ khớp mu đến ụ ngồi ở nửa trước của khung chậu ngoài. Chức năng chính là nâng đỡ âm đạo và đáy chậu.
- **Hoành chậu** ở trên hoành niệu dục và tạo thành giới hạn dưới của khoang bụng chậu. Nó bao gồm một dải cản hình phễu và cơ (cơ nâng hậu môn, cơ cự).

Giải phẫu cơ quan sinh dục vùng chậu và vòi trứng chậu kinhIRM (Hình 1.3 và 1.4)

- **Tử cung** là một cơ quan cấu tạo bởi cơ và mô xơ, có hình dạng, trọng lượng, và kích thước thay đổi đáng kể. Đỉnh tử cung hình vòm được gọi là "dây".
- **Cổ tử cung** được kết nối với tử cung bởi cổ trong. Được cấu tạo chủ yếu bởi mô liên kết dạng sợi dày đặc. Kênh cổ tử cung mở vào âm đạo ở cổ ngoài.
- **Âm đạo** là một ống có thành mỏng, có thể giãn nở, cấu tạo bởi sợi cơ kéo dài từ tiền đình âm hộ đến cổ tử cung.
- **Vòi trứng** gồm hai tai voi được phát sinh từ phần bên trên của tử cung, trở nên rộng ra ở đoạn thứ ba đầu xa của nó (đoạn bóng) và kết thúc tại các tua voi.
- **Buồng trứng** có màu xám trắng, hình dạng giống quả hạnh nhân gắn với tử cung bởi dây chằng tử cung-buồng trứng và vách chậu hai bên bởi một cuống mạch máu buồng trứng và dây chằng treo buồng trứng.
- **Niệu quản** là một ống cấu tạo từ cơ ở hai bên, màu trắng, có chức năng làm ống dẫn nước tiểu từ thận đến tam giác bàng quang. Niệu quản đi ngang qua chỗ chia đôi của động mạch chậu chung từ phía bên đến giữa tại vị trí vách chậu trước khi đi phía dưới các mạch máu tử cung ở hai bên cổ tử cung ("nước dưới cây cầu").
- **Bàng quang** là một cơ quan cấu tạo từ cơ, rỗng, nằm giữa khớp mu và tử cung. Kích thước và hình dạng thay đổi theo lượng nước tiểu.
- **Đại tràng sigma** vào vùng chậu bên trái, tạo thành trực tràng ở ngang đốt sống cùng thứ hai và thứ ba và kết thúc ở ống hậu môn.
- **Dây chằng tròn** là cặp dây chằng cấu tạo từ mô sợi, ở hai bên, xuất phát từ đáy tử cung và di ra khỏi vùng chậu thông qua lỗ bẹn. Chúng ít có tác dụng nâng đỡ.

• **Dây chằng rộng** là lớp phúc mạc quặt ngược bám từ thành chậu đến tử cung. Chúng hầu như không có tác dụng treo, nhưng có tác dụng bao bọc ống dẫn trứng, buồng trứng, dây chằng tròn, niệu quản, và các cấu trúc vùng chậu khác.

• **Dây chằng Mackenrodt** có tác dụng nâng đỡ cho tử cung và cổ tử cung. Nó bám từ hai bên cổ tử cung và âm đạo đến vách chậu.

• **Dây chằng tử cung-cùng** đóng một vai trò nhỏ trong việc nâng đỡ cổ tử cung. Nó bám từ phía sau phần trên cổ tử cung đến đốt sống cùng thứ ba.

Cung cấp máu động mạch của vùng chậu (Hình 2.5)

- **Động mạch chủ** chia đôi ở đốt sống thắt lưng thứ tư để hình thành hai động mạch chậu chung, và sau đó tiếp tục chia đôi để hình thành động mạch chậu ngoài và động mạch hạ vị (chậu trong).
- **Động mạch chậu ngoài** đi theo dây chằng bẹn để trở thành động mạch đùi.
- **Động mạch hạ vị** chia thành các nhánh trước và sau để cung cấp máu cho vùng chậu.
- **Động mạch buồng trứng** xuất phát từ động mạch chủ ở dưới thận và theo dây chằng treo buồng trứng vào buồng trứng.
- **Động mạch mạc treo tràng dưới (IMA)** phát sinh từ phần thấp của động mạch chủ, khoảng 3 cm trên chỗ phân đôi, cung cấp máu cho đại tràng xuống. Động mạch mạc treo tràng dưới cung cấp máu đáng kể cho vùng chậu thông qua các nhánh của động mạch hạ vị.
- **Động mạch thận** trong cung cấp máu cho trực tràng, mõi âm hộ, âm vật, và đáy chậu.

Phân bố thần kinh đường sinh dục

- **Đám rối hạ vị trên** là thành phần chính của hệ thần kinh tự chủ phân bố thần kinh đến các cơ quan sinh dục bên trong.
- **Thần kinh chậu hạ vị** đi phía trong gai chậu trước-trên ở thành bụng để cung cấp cho da vùng mu. Các dây thần kinh chậu bên nằm hơi về phía trong hơn, phân phối cung cấp cho bụng dưới, phần trên của môi lớn, và phần giữa của đùi. Cả hai dây thần kinh này có thể bị kẹt vào vết khâu da nằm ngang.
- **Thần kinh thận** phát sinh từ đám rối thần kinh cùng và đi cùng với động mạch và tĩnh mạch thận vào ống thần kinh thận (ống Alcock) phân bố cho cả sợi vận động và sợi cảm giác đến các cơ và da của đáy chậu.

Đáy bìa bạch huyết

- Âm hộ và 1/3 dưới âm đạo được dẫn lưu bởi chuỗi bạch huyết thông nối 2 đầu của hệ thống ống dẫn lưu mà chủ yếu đổ về các hạch bẹn nồng và sâu.
- 2/3 trên âm đạo và cổ tử cung chủ yếu dẫn lưu về hạch bạch huyết vùng chậu (hạch bịt, hạch chậu ngoài, hạch hạ vị).
- Tử cung có hệ thống bạch huyết phức tạp, dẫn lưu về hạch chậu và hạch cạnh động mạch chủ (trên và dưới động mạch mạc treo tràng).
- Hệ thống bạch huyết của buồng trứng và tai voi theo dây chằng treo buồng trứng đổ vào các hạch cạnh động mạch chủ phía trên, gần chỗ xuất phát của động mạch buồng trứng - trên động mạch mạc treo tràng dưới và dưới tĩnh mạch thận.

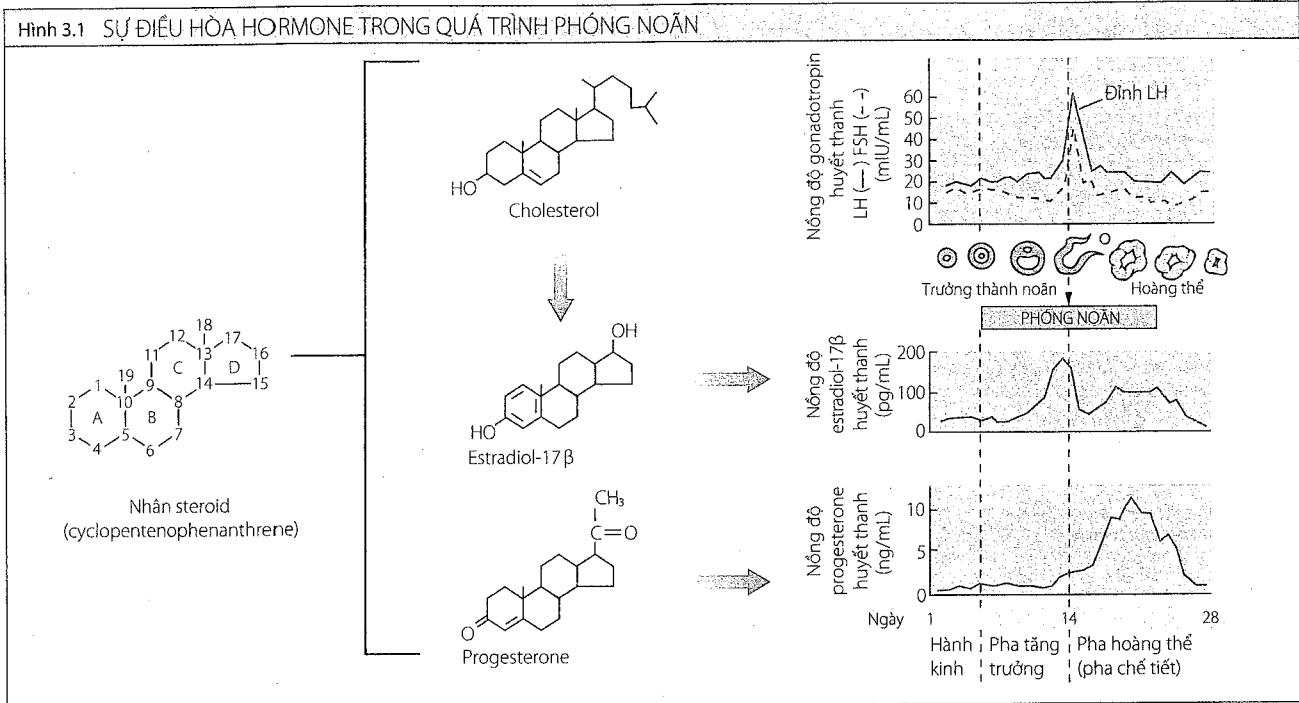
Thành bìa bụng (Hình 2.6)

Lớp của thành bụng bao gồm - từ ngoài vào trong - da, lớp dưới da (cân Scarpa), lớp cơ (bao cơ thẳng bụng, cơ chéo bụng ngoài, cơ chéo bụng trong, cơ ngang bụng), mạc ngang, và phúc mạc.

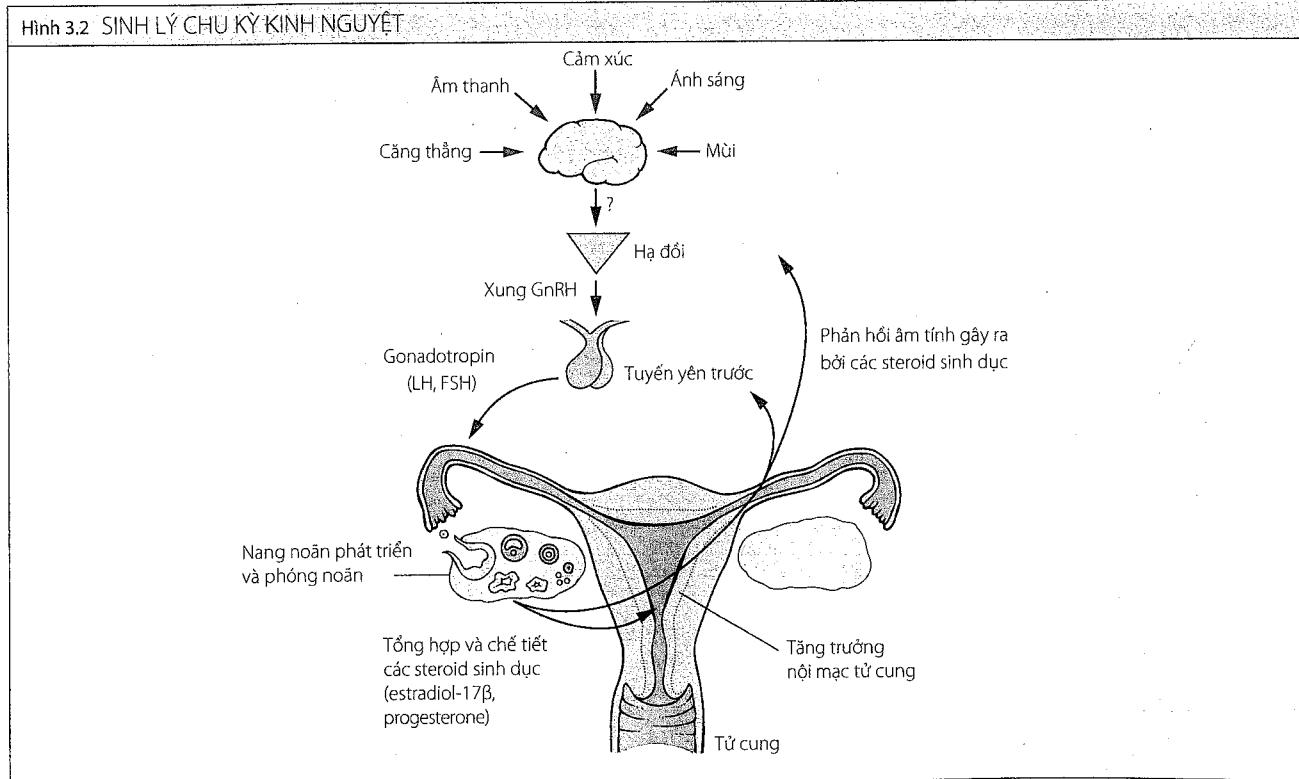
3

Chu kỳ kinh nguyệt

Hình 3.1 SỰ ĐIỀU HÒA HORMONE TRONG QUÁ TRÌNH PHÓNG NOÃN



Hình 3.2 SINH LÝ CHU KỲ KINH NGUYỆT



Chu kỳ kinh nguyệt

- *Tuổi dậy thi* (xem Chương 21) là thuật ngữ chung để chỉ thời gian chuyển tiếp từ thời thơ ấu đến sự trưởng thành giới tính.
- *Kinh nguyệt* bắt đầu xuất hiện trung bình khoảng 12 tuổi (bình thường từ 8–16 tuổi).
- *Chu kỳ kinh nguyệt* thường không đều trong suốt tuổi vị thành niên trước khi hình thành một chu kỳ buồng trứng ổn định hơn kéo dài từ 24–35 ngày (trung bình là 28 ngày). Thời gian hành kinh trung bình là từ 3 đến 7 ngày và lượng máu mất thường khoảng 80 mL.
- *Dau bụng giữa kỳ kinh* là tình trạng đau hạ vị một bên, xảy ra quanh thời gian rụng trứng mà một số phụ nữ gặp phải.
- *Mãn kinh* (xem Chương 28) được định nghĩa là sự chấm dứt chu kỳ kinh nguyệt, thường xuất hiện ở độ tuổi 50. Phụ nữ khoảng 55 tuổi mà vẫn còn xuất huyết âm đạo cần được sinh thiết nội mạc tử cung để loại trừ bệnh lý ác tính.

Hormone điều hoà sự phô đồng noãn. (Hình 3.1)

Cấu trúc vòng cyclopentenophenanthrene là khung carbon cơ bản của các hormone steroid. Cholesterol là steroid gốc tạo ra tất cả hormone như glucocorticoid, mineralocorticoid, và các steroid sinh dục.

Các giai đoạn của chu kỳ kinh nguyệt

- *Chu kỳ kinh nguyệt* bắt đầu vào ngày thứ 1 được đánh dấu bằng hiện tượng chảy máu kinh và tiếp tục vài ngày sau đó cho đến khi sự bong tróc nội mạc tử cung dừng lại (thường từ ngày thứ 4 đến ngày thứ 5).
- *Pha tăng trưởng* bắt đầu từ đầu chu kỳ kinh nguyệt và kết thúc lúc trứng rụng (thường ở ngày thứ 13 hay ngày thứ 14). Giai đoạn này được đặc trưng bởi sự dày lên của nội mạc tử cung và sự trưởng thành của nang noãn.
- *Pha hoàng thể* (giai đoạn chế tiết) bắt đầu lúc trứng rụng và kéo dài đến ngày 28 trước khi chu kỳ mới lại bắt đầu vào ngày thứ 1.

Sơ đồ lý giải kỳ kinh nguyệt (Hình 3.2)

Chu kỳ kinh nguyệt phụ thuộc và sự tương tác phức tạp giữa não, tuyến yên, buồng trứng, và nội mạc tử cung.

Não

- Vùng hạ đồi nằm ở sàn não và đóng vai trò đơn vị xử lý trung tâm của cơ quan sinh sản.
- Kích thích tế bào thần kinh từ vỏ não được vùng hạ đồi chuyển đổi thành các xung neuropeptide (hormone giải phóng gonadotropin, GnRH).
- Quá trình sản xuất GnRH ở vùng hạ đồi được điều chỉnh bởi *phản hồi âm* từ các hormone steroid (estradiol-17 β , progesterone).

Tuyến yên

- Nằm ngay dưới vùng hạ đồi, tuyến yên gồm tuyến yên thần kinh (thùy sau) và tuyến yên nội tiết (thùy trước). Thùy trước tuyến yên tiết gonadotropin (hormone hoàng thể hóa [LH] và hormone kích thích sự phát triển nang noãn [FSH]).
- Xung GnRH từ vùng hạ đồi kích thích tổng hợp và bài tiết LH và FSH. Tương tự như vùng hạ đồi, tuyến yên trước chịu phản hồi âm tính từ hormone steroid.
- Ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, nồng độ LH và FSH thường nằm trong khoảng 10–20 mIU/mL. Sau thời kỳ mãn kinh hoặc phẫu thuật cắt buồng trứng, nồng độ estradiol-17 β giảm, LH và FSH được giải phóng khỏi phản hồi âm, nồng độ lưu hành đạt hơn 50 mIU/mL.

Buồng trứng

- Tế bào mầm nguyên thủy (oogonia) phân chia bằng cách nguyên phân trong quá trình hình thành phôi thai, đạt đỉnh khoảng 7 triệu vào tháng thứ 5 của thai kỳ.
- Sau đó, giảm phân bắt đầu, kết quả là hình thành các nang nguyên thủy. Tuy nhiên, quá trình thoái hóa nhanh chóng làm giảm số lượng nang noãn còn 2 triệu khi sinh. Ở tuổi dậy thì, chỉ có khoảng 300,000–400,000 nang noãn.
- Tế bào trứng vẫn còn "nghỉ ngơi" trong kỳ đầu của phân bào giảm nhiễm cho đến khi tới tuổi dậy thì. Nang buồng trứng được bao quanh bởi các tế bào vỏ và tế bào hạt: FSH kích thích các tế bào hạt và LH kích thích các tế bào vỏ.
- Chỉ có một "nang vượt trội" duy nhất phát triển mỗi chu kỳ kinh nguyệt. Khi nó sản xuất đủ estrogen để duy trì nồng độ estradiol-17 β tuần hoàn khoảng 200 pg/mL trong 48 giờ, trực hạ dõi-tuyến yên đáp ứng bằng cách tiết ra lượng lớn gonadotropin, chủ yếu LH. Dỉnh LH này xuất hiện trước khi trứng rụng khoảng 24–36 giờ.
- Sau rụng trứng, nang thoái triển tạo thành *hoàng thể*. Cơ quan nội tiết này chủ yếu là tổng hợp progesterone để chuẩn bị nội mạc tử cung cho thai kỳ.
- Nếu sự làm tổ không xảy ra, hoàng thể sẽ thoái hóa, dẫn đến sự suy giảm hormone steroid lưu hành và khởi đầu chu kỳ kinh nguyệt mới. Sự giảm nồng độ hormone steroid tạo ra phản hồi âm, làm tuyến yên tăng tiết gonadotropin. Kết quả là một chu kỳ chiêu mộ nang noãn khác được bắt đầu.
- Nếu sự làm tổ xảy ra, phôi thai sẽ "cứu" hoàng thể bằng cách sản xuất hCG (human chorionic gonadotropin), ngăn sự hành kinh. Ở tuổi thai 7–9 tuần, nhau thai sản xuất progesterone thay cho hoàng thể.

Nội mạc tử cung

- Nội mạc tử cung thay đổi dữ dội theo chu kỳ tháng dưới sự kiểm soát của các hormone steroid do buồng trứng sản xuất.
- Nang noãn sản xuất estradiol-17 β giúp nội mạc tử cung phát triển. Sau đó, hoàng thể tổng hợp progesterone giúp nội mạc tử cung (đã được estrogen chuẩn bị) trưởng thành, tạo thuận lợi cho sự làm tổ.
- Nồng độ hormone steroid sụt giảm vào cuối giai đoạn phân tiết gây bong tróc nội mạc tử cung, dẫn đến hiện tượng hành kinh.

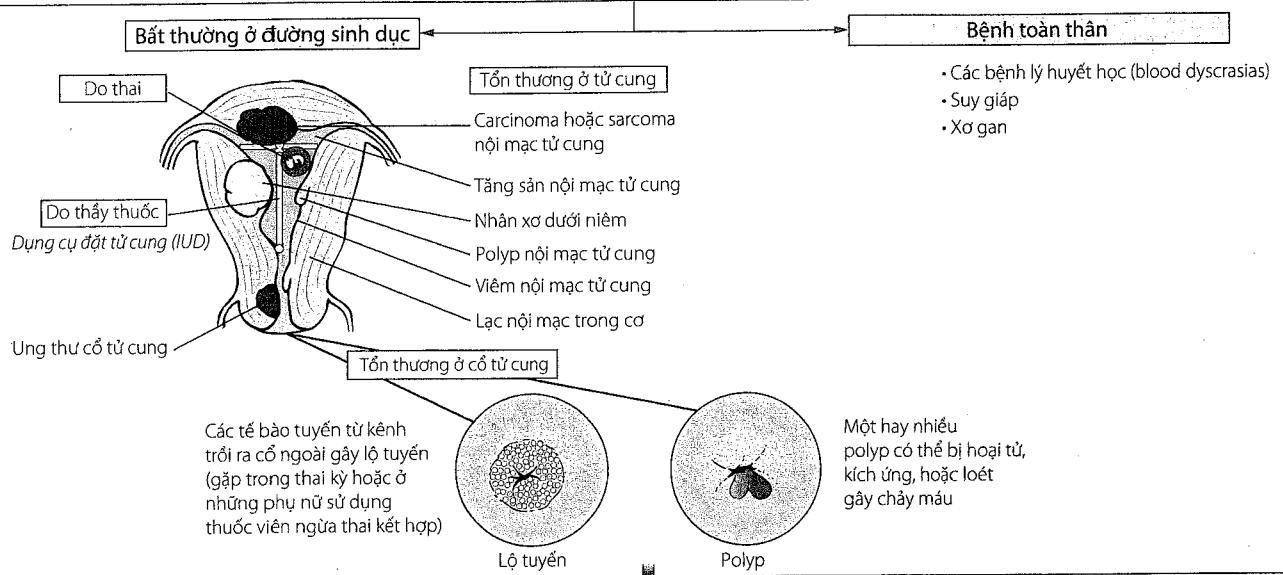
Hội chứng tiền kinh nguyệt (Premenstrual syndrome - PMS)

- *Định nghĩa*. Sự xuất hiện theo chu kỳ kinh nguyệt của một nhóm các triệu chứng làm ảnh hưởng đến cuộc sống hay công việc.
- Biểu hiện thường gặp bao gồm đầy bụng, tăng cân, táo bón, lo âu, căng tức ngực, trầm cảm, thèm ăn đường hoặc muối, tính khí khó chịu.
- Chẩn đoán dựa vào triệu chứng bệnh nhân miêu tả, các triệu chứng này có tính chu kỳ và có ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân.
- Hội chứng tiền kinh nguyệt khá phổ biến và thường nhẹ; 5%-10% bệnh nhân có triệu chứng nghiêm trọng ở một số thời điểm và 1% có triệu chứng nghiêm trọng ảnh hưởng đến công việc và quan hệ cá nhân của họ.
- Có nhiều giả thuyết đưa ra về nguyên nhân gây bệnh, nhưng vẫn chưa có sự thống nhất trong việc giải thích sinh lý bệnh của hội chứng tiền kinh nguyệt.
- *Điều trị*. Điều trị hỗ trợ, tập thể dục và điều chỉnh chế độ ăn uống. *Fluoxetine* hoặc *sertraline* đã được chứng minh là làm giảm các triệu chứng trầm cảm, giận dữ, và lo lắng.

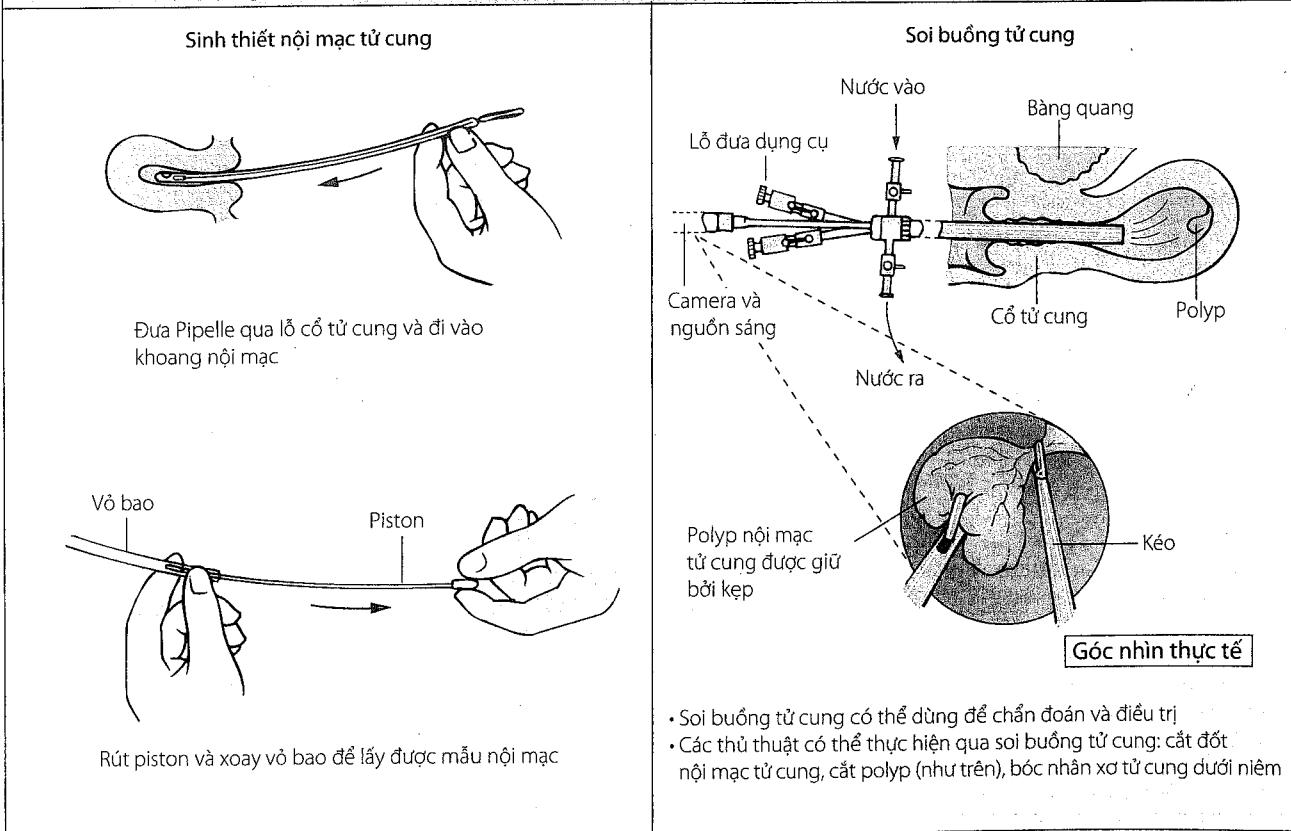


Kết xuất huyết âm đạo bất thường

Hình 4.1 CÁC NGUYÊN NHÂN THỰC THỂ GÂY XUẤT HUYẾT ÂM ĐẠO BẤT THƯỜNG



Hình 4.2 KHÁM TỬ CUNG



Điểm nêu

- **Rong kinh.** Tình trạng xuất huyết tử cung kéo dài (>7 ngày) và/hoặc nhiều (>80 mL) xảy ra đều đặn.
- **Rong huyết.** Tình trạng xuất huyết tử cung với lượng máu mất khác nhau xảy ra không đều đặn nhưng thường xuyên.
- **Kinh mau.** Khoảng cách giữa 2 chu kỳ kinh ngắn (<21 ngày).
- **Kinh thừa.** Khoảng cách giữa 2 chu kỳ kinh dài (>35 ngày).

Nguyên nhân xuất huyết âm đạo bất thường

Nguyên nhân cơ thể học (Hình 4.1)

1 Bệnh lý đường sinh dục

- **Tình trạng thai kỳ** là nguyên nhân gây xuất huyết âm đạo bất thường hay gặp nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (đoá sẩy thai, sẩy thai không trọn, sẩy thai hoàn toàn [xem Chương 15]; thai ngoài tử cung [xem Chương 5]; bệnh lý nguyên bào nuôi [xem Chương 34]). Xuất huyết do làm tổ cũng là một tình trạng thường gặp xảy ra vào khoảng thời điểm trễ kinh đầu tiên.
- **Sang thương ở tử cung** thường gây rong kinh, rong huyết vì làm tăng diện tích bể mặt, làm biến dạng mạch máu nội mạc tử cung, hay làm cho bể mặt tử cung dễ bong tróc/viêm.
- **Sang thương cổ tử cung** thường gây rong huyết (đặc biệt xuất huyết sau giao hợp) do xói mòn hoặc do chấn thương trực tiếp.
- **Nguyên nhân do điều trị y khoa:** Đặt dụng cụ tử cung, thuốc ngừa thai uống hoặc tiêm hay hormone thay thế, thuốc an thần hay các thuốc tâm thần khác. Thuốc ngừa thai dạng uống thường gây kinh nguyệt không đều trong 3 tháng đầu sử dụng, nếu bệnh nhân quên thuốc hay hút thuốc lá. Thuốc ngừa thai chỉ chứa progesterone tác dụng kéo dài (Depo-Provera, Nexplanon) thường gây ra kinh nguyệt không đều. Một vài bệnh nhân không biết mà sử dụng thảo dược (vd. cây thuộc họ ban St John's wort, nhân sâm) gây ảnh hưởng nội mạc tử cung.

2 Bệnh hệ thống

- Rối loạn tạo máu như bệnh von Willebrand và thiếu prothrombin có thể có biểu hiện xuất huyết âm đạo nhiều trong suốt tuổi vị thành niên. Các bệnh lý gây giảm tiểu cầu (leukemia, nhiễm trùng nặng) gây giảm tiểu cầu có thể biểu hiện thành rối loạn kinh nguyệt.
- Suy giáp thường gây ra rong kinh hoặc rong huyết. Cường giáp thường không liên quan đến rối loạn kinh nguyệt nhưng có thể gây ra kinh thừa hay vô kinh.
- Xơ gan thường gây ra xuất huyết thứ phát lượng lớn do giảm khả năng tổng hợp estrogen.

Nguyên nhân cơ năng (nội tiết)

Chẩn đoán xuất huyết tử cung do rối loạn chức năng (DUB) chỉ được đưa ra sau khi loại trừ nguyên nhân cơ thể học, nguyên nhân hệ thống, nguyên nhân do nhân viên y tế (đây là chẩn đoán loại trừ).

1 Xuất huyết tử cung chức năng không phong noãn

- Đây là dạng xuất huyết chiếm ưu thế trong những năm đầu dậy thì hay thời kỳ tiền mãn kinh do suy giảm chức năng thận kinh nội tiết.
- Đặc trưng bởi sự hình thành liên tục estradiol- 17β mà không có sự tạo hoàng thể và sản xuất progesterone.
- Tình trạng estrogen không có chất đối kháng dẫn đến tăng sinh nội mạc tử cung liên tục và cuối cùng vượt quá khả năng cung cấp của mạch máu gây bong tróc không đều, không dự đoán trước được.

2 Xuất huyết tử cung chức năng có phóng noãn

- Tỉ lệ: khoảng hơn 10% ở những phụ nữ buồng trứng còn hoạt động.
- Xuất huyết lượng ít giữa chu kỳ sau đỉnh LH là hiện tượng sinh lý. Chu kỳ kinh ngắn thường là do sự rút ngắn của giai đoạn nang noãn. Thay vào đó, giai đoạn hoàng thể có thể kéo dài do hoàng thể tồn tại lâu.

Chẩn đoán

- Tuổi của bệnh nhân là yếu tố quan trọng nhất để chẩn đoán.
- Nên ưu tiên loại trừ các biến chứng liên quan đến thai kỳ ở những phụ nữ trong độ tuổi sinh sản.
- Cần tìm hiểu tất cả các loại thuốc đang sử dụng để loại trừ ảnh hưởng của chúng đến chu kỳ kinh nguyệt.
- Các triệu chứng lâm sàng ngoài phụ khoa (tuyến giáp to, gan to) có thể gợi ý bệnh lý hệ thống. Xuất huyết niệu dục (nhiễm trùng tiêu) hay xuất huyết tiêu hóa có thể làm bệnh nhân tưởng lầm là xuất huyết âm đạo.
- Thăm khám vùng chậu có thể phát hiện các bất thường về cấu trúc (polyp cổ tử cung), nhưng cần khám thường xuyên thêm nhiều lần để xác định.
- Nồng độ hemoglobin, nồng độ sắt, và nồng độ ferritin trong máu là một cách đo khách quan lượng và thời gian máu mất. Có thể chỉ định thêm các xét nghiệm khác (nồng độ TSH, chức năng đông máu).
- Lịch theo dõi chu kỳ kinh nguyệt có thể giúp xác định chính xác lượng, tần số, thời gian hành kinh.
- Có thể đánh giá sự rụng trứng bằng cách hỏi bệnh sử cẩn thận, nếu cần thiết có thể dùng bộ kit dự đoán rụng trứng (xem Chương 25).
- Có thể thực hiện đánh giá tử cung kỹ hơn (Hình 4.2) ở phụ nữ không có thai bằng cách thực hiện sinh thiết nội mạc tử cung hay soi buồng tử cung. Có thể chỉ định siêu âm vùng chậu nếu không xác định được nguyên nhân gây xuất huyết.

Điều trị nội khoa

Đa số bệnh nhân xuất huyết tử cung bất thường có thể điều trị nội khoa, đặc biệt trong các trường hợp không có tổn thương cấu trúc.

- **Thuốc ngừa thai dạng uống** có thể có hiệu quả trong phần lớn các trường hợp kinh nguyệt không đều thông thường (xuất huyết tử cung chức năng không phong noãn và có phóng noãn). Tuy nhiên, xuất huyết tử cung chức năng thỉnh thoảng có thể biểu hiện dưới dạng xuất huyết cấp tính cần phải điều trị với estrogen liều cao (uống/ tiêm tĩnh mạch) ngắn hạn nhằm hỗ trợ tạm thời lớp nội mạc tử cung.
- **Thuốc kháng viêm không steroid** (mefenamic acid) đã cho thấy có tác dụng làm giảm lượng máu mất, đặc biệt ở các bệnh nhân có rụng trứng.

Điều trị ngoại khoa

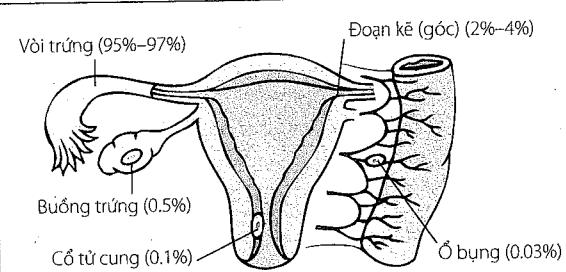
Các bất thường cấu trúc thường cần phải can thiệp phẫu thuật để làm giảm triệu chứng.

- **Nong và nạo (D&C)** có thể là biện pháp vừa chẩn đoán vừa điều trị, đặc biệt ở những bệnh nhân xuất huyết tử cung cấp tính do tăng sinh nội mạc.
- **Soi tử cung** là thủ thuật thực hiện tại phòng khám hay thực hiện trong phòng mổ và cho bệnh nhân về trong ngày, có thể sử dụng để chẩn đoán và điều trị tổn thương tử cung bất thường. Buồng tử cung được bơm đầy dịch, cho phép nhìn thấy trực tiếp các bất thường và sử dụng các dụng cụ soi tử cung.
- **Cắt đốt nội mạc tử cung** (vd. NovaSure) có thể làm giảm đáng kể lượng máu mất.
- **Cắt tử cung** (xem Chương 17) thường chỉ được chỉ định ở những bệnh nhân tổn thương cấu trúc không thể điều trị bảo tồn (đa u xơ tử cung to, sa tử cung). Có thể chỉ định cắt tử cung ở những bệnh nhân xuất huyết tử cung chức năng dai dẳng, nhưng chỉ khi không đáp ứng điều trị nội khoa.

5

Thai ngoài tử cung

Hình 5.1 VỊ TRÍ THAI NGOÀI VÀ TẦN SUẤT



Hình 5.2 YẾU TỐ NGUY CƠ

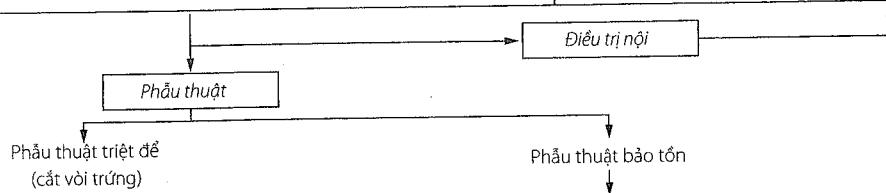
- Tiền cản viêm vùng chậu
- Tiền cản thai ngoài tử cung
- Tiền cản phẫu thuật ở tai vòi
- Có tiền sử hiếm muộn trước đây
- Đang đặt dụng cụ tử cung

Hình 5.3 CHẨN ĐOÁN

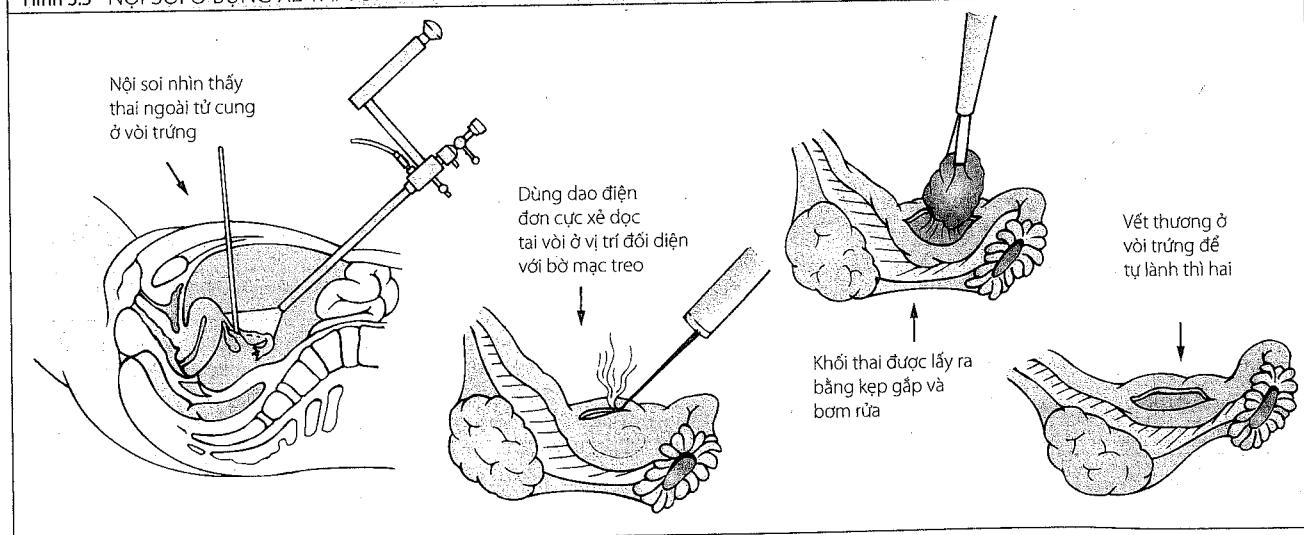
- Bệnh sử
- Khám lâm sàng
- Định lượng β -hCG huyết thanh
- Siêu âm
- Có hiện diện sản phẩm của thụ thai (vd. gai nhau) qua mẫu nạo lòng tử cung trong trường hợp không mong con

Hình 5.4 ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

Điều kiện điều trị MTX	Chống chỉ định
<p>Tuyệt đối</p> <p>Huyết động học ổn định, không có tình trạng đông chảy máu, không có phản ứng thành bụng</p> <p>Bệnh nhân còn mong con</p> <p>Vô cảm toàn thân có nhiều nguy cơ</p> <p>Bệnh nhân có thể quay lại tái khám</p> <p>Tương đối</p> <p>Khối thai ngoài chưa vỡ kích thước <3.5 cm</p> <p>Chưa có hoạt động tim thai</p> <p>Nồng độ β-hCG huyết thanh không quá 6,000-15,000 mIU/mL</p>	<p>Tuyệt đối</p> <p>Cho con bú</p> <p>Suy giảm miễn dịch</p> <p>Nghiện rượu và các bệnh gan mạn tính khác</p> <p>Loạn tạo máu, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, hoặc thiếu máu nặng</p> <p>Nhạy cảm với methotrexate</p> <p>Bệnh phổi hoạt động</p> <p>Loét sinh dục</p> <p>Suy gan, suy thận</p> <p>β-hCG >15,000 mIU/mL</p> <p>Tương đối</p> <p>Túi thai >3.5 cm</p> <p>Có hoạt động tim thai</p>



Hình 5.5 NỘI SOI Ố BỤNG XÉ TAI VÒI Ở VÒI TRỨNG ĐỐI VỚI THAI NGOÀI TỬ CUNG



Thái kỳ

Thai kỳ mà sự làm tổ không xảy ra trong buồng tử cung (Hình 5.1).

Thái kỳ ngoài tử cung

- **Tỷ lệ** ở Vương quốc Anh và Hoa Kỳ là khoảng 20/1000 thai kỳ.
- **Tỷ lệ tử vong**. Chiếm 10% tỉ lệ mẹ tử vong liên quan thai kỳ (nguyên nhân gây tử vong thường gấp nhất trong nửa đầu thai kỳ).
- **Yếu tố nguy cơ** (Hình 5.2). Tiên sử viêm vùng chậu (xem Chương 8), quan trọng nhất là do *Chlamydia trachomatis*. Tuy nhiên, >50% trường hợp không có yếu tố nguy cơ.
- **Nguyên nhân**. Nguyên nhân chính gây thai ngoài tử cung là *viêm vòi trứng cấp*: các nếp gấp trong vòi trứng bị dính vĩnh viễn cho phép các tinh trùng nhỏ đi qua, trong khi đó trứng đã thụ tinh (phôi đậu) bị mắc kẹt trong những túi tạo thành do sự dính. Ngoài thai thất bại, sự thay đổi hormone, tiên sử phá thai cũng có thể góp phần tăng nguy cơ thai ngoài tử cung.

Thái kỳ ngoài tử cung và thai ngoài tử cung

Thông thường chẩn đoán được đưa ra trước khi có triệu chứng nhờ xét nghiệm huyết thanh sớm và siêu âm ngả âm đạo.

- **Đau bụng, trễ kinh, xuất huyết âm đạo bất thường** (thường là xuất huyết lượng ít) là những triệu chứng chính.
- Thai ngoài tử cung vỡ gây đau vai ở 10%-20% trường hợp do kích thích cơ hoành vì xuất huyết ổ bụng. Ngất xỉu cũng có thể xảy ra do đau dữ dội, đột ngột. Các triệu chứng khác có thể có chóng mặt, kích thích đại tiện.
- Biểu hiện lâm sàng thường gấp nhất ở những phụ nữ thai ngoài tử cung có triệu chứng là *phản ứng thành bụng*. Một nửa trường hợp sẽ sờ được phẩn phụ. Xuất huyết nội nhiều sẽ gây mạch nhanh và hạ huyết áp.

Thái kỳ ngoài tử cung (Hình 5.3)

Cần hỏi kỹ bệnh sử và khám lâm sàng. Triệu chứng cơ năng và thực thể càng nặng thì khai thác bệnh sử và khám phải càng kỹ.

- Phải làm xét nghiệm định lượng nồng độ β-hCG nhiều lần. Trong thai kỳ bình thường, nồng độ β-hCG tăng gấp đôi trong 48 giờ ở giai đoạn sớm của thai.
- **Siêu âm ngả âm đạo** có thể nhìn thấy túi thai khi nồng độ β-hCG 1,500-2,000 mIU/mL (khoảng 5 tuần kể từ ngày kinh chót); khi nồng độ β-hCG ≥6,000 mIU/mL thì phải thấy túi thai qua siêu âm bụng.
- **Chọc dò túi cùng** có thể thực hiện ở phòng khám hay phòng cấp cứu để xác định nhanh chóng sự hiện diện máu tự do trong ổ bụng. Xét nghiệm dương tính khi chọc hút ra máu không đông. Hiện nay thủ thuật này ít được thực hiện trong thực hành lâm sàng.
- **Nạo lòng tử cung** (hay sinh thiết) có thể loại trừ thai ngoài tử cung với bằng chứng mô học của sự thụ thai. Tuy nhiên, thủ thuật này có thể làm hư thai trong tử cung, bệnh nhân cần được tư vấn nguy cơ này, và thủ thuật này nên thực hiện khi khả năng thai sống trong tử cung thấp hoặc thai không mong muốn.
- **Nội soi ổ bụng** (xem Chương 17) có thể chỉ định trong một số trường hợp để chẩn đoán và điều trị.

Điều trị

Nhờ khả năng chẩn đoán ngày càng sớm, mục tiêu điều trị đã chuyển từ giảm tỷ lệ tử vong sang giảm bệnh suất và bảo tồn khả năng sinh sản. Khi chẩn đoán đã được xác định, hiếm khi chỉ theo dõi mà không làm gì. Nếu không điều trị, 1/2 trường hợp thai ngoài tử cung sẽ tự sảy qua vòi trứng.

Điều trị nội khoa (Hình 5.4)

- **Methotrexate (MTX)** (50 mg/m^2 tiêm bắp) là phương pháp điều trị hiệu quả ở một số bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn điều trị. MTX được tiêm vào ngày 1, nhưng nồng độ β-hCG trong máu vẫn có thể tiếp tục tăng vài ngày sau đó. Điều trị được xem là đáp ứng khi nồng độ β-hCG giảm ≥15% từ ngày 4 đến ngày 7. Sau đó, cần theo dõi nồng độ β-hCG mỗi tuần một lần.
- Hầu hết các trường hợp được điều trị thành công với một liều MTX, tuy nhiên hơn 25% trường hợp cần hai hay nhiều liều MTX nếu cuối cùng nồng độ β-hCG tăng hoặc bình nguyên. Bệnh nhân có túi thai >3.5 cm, nồng độ β-hCG ban đầu >15,000 mIU/mL hoặc có hoạt động tim thai thường có nguy cơ “thất bại” điều trị MTX cao hơn, cần được điều trị ngoại khoa.
- Tác dụng phụ của MTX (buồn nôn, nôn, đầy hơi, tăng men gan thoáng qua) thường nhẹ.
- Đau bụng tăng lên gấp ở hơn 75% trường hợp do khối thai sẩy trong vòi trứng hay kích thích thanh mạc do khối máu to lên. Có thể thực hiện siêu âm để loại trừ xuất huyết nội lượng lớn. Tuy nhiên, tất cả bệnh nhân điều trị MTX nên được theo dõi kỹ trong quá trình điều trị do nguy cơ vỡ và xuất huyết.

Điều trị ngoại khoa

- **Phẫu thuật triệt để** (cắt vòi trứng) là điều trị chọn lựa cho bệnh nhân có *huyết động học không ổn định*.
- **Phẫu thuật bảo tồn** có thể xem xét ở bệnh nhân có *huyết động học ổn định*:
 - 1 *Phẫu thuật nội soi xé dọc vòi trứng* (Hình 5.5). Tiêm vasopressin trước khi xé dọc vòi trứng có thể giảm chảy máu đáng kể. Cần phải theo dõi nồng độ β-hCG máu cho đến khi không định lượng được trong phẫu thuật bảo tồn vì 5%-10% bệnh nhân có *nguy cơ thai ngoài tử cung* tồn tại và cần điều trị bổ túc bằng MTX.
 - 2 Cắt vòi trứng bán phần bao gồm cắt phần vòi trứng bị tổn thương và được chỉ định khi vòi trứng bị tổn thương rộng và tiếp tục chảy máu sau khi xé vòi trứng. Phương pháp này không nên áp dụng nếu không có kế hoạch thông nối lại vòi trứng.
- Chỉ định duy nhất của cắt buồng trứng là ổn định nội môi.

Thái đẻ non

- **Thái làm tổ** ở vị trí vòi trứng đi vào tử cung.
- Bệnh thường nặng, do bệnh nhân thường có triệu chứng trễ, khó chẩn đoán và thường gây xuất huyết nhiều khi vỡ.
- Thường cần phải *mổ hở cắt bỏ đoạn kẽ* hay *cắt tử cung*.
- **Tỷ lệ tử vong** là 2%.

Thái ở ổ bụng

- Trên lâm sàng thường chẩn đoán lầm với vỡ nang hoàng thể.
- Thường xuất huyết nhiều.

Thái ở ổ bụng

- Hầu hết xuất hiện sau khi nạo lòng tử cung.
- Có thể đáp ứng điều trị MTX, nhưng đối với những trường hợp diễn tiến lâu hơn thì cần cắt bỏ tử cung.

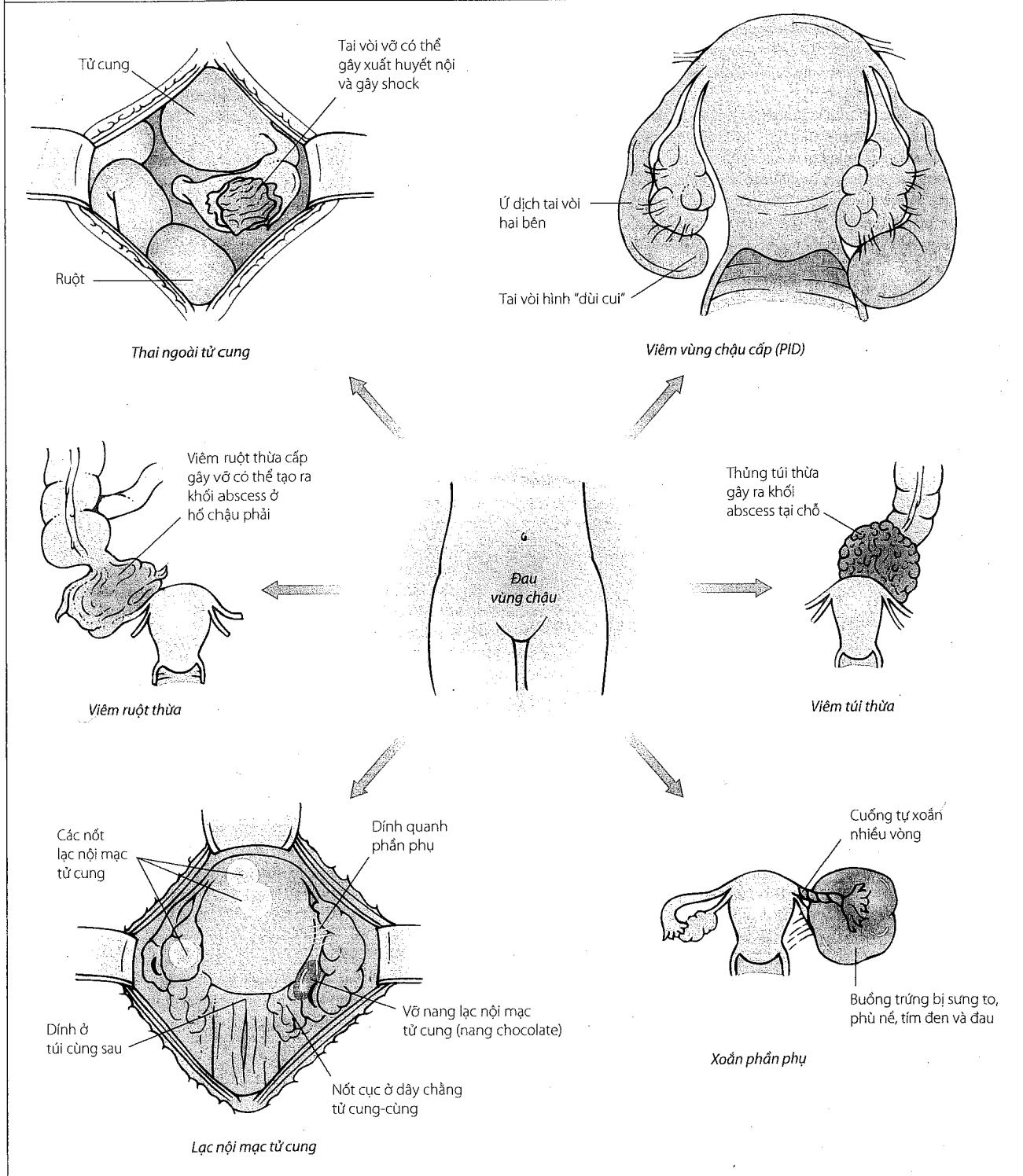
Thái trong ổ bụng

- Hầu hết thứ phát sau khi thai ngoài sẩy qua vòi trứng làm tổ vào trong ổ bụng.
- Cần mổ hở để lấy khối thai ra. Nhau thai có thể buộc và để lại *tại chỗ* vì mạch máu nuôi nhau thường xuất phát từ mạch máu đường tiêu hoá và khó lấy.



6 ĐAU VÙNG CHẬU

Hình 6.1 NGUYÊN NHÂN GÂY ĐAU VÙNG CHẬU



- Vì đau vùng chậu là cảm giác chủ quan chứ không phải cảm giác khách quan nên khó xác định nguyên nhân chính xác.
- Đau bụng kinh (đau mỗi khi hành kinh) là dạng đau thường gặp nhất trong phụ khoa.

Đau vùng chậu cấp

- Bệnh sử cho biết bản chất, mức độ, vị trí đau. Tuy nhiên, đau tạng trong ổ bụng thường khó xác định vị trí cụ thể.
- Khám thực thể bao gồm khám phụ khoa toàn diện. Đặc biệt chú ý mô phỏng lại triệu chứng đau.
- Cấy Chlamydia/lậu cổ tử cung và tổng phân tích nước tiểu; cấy nước tiểu thường giúp xác định chẩn đoán.
- Cũng có thể chỉ định siêu âm và các xét nghiệm hình ảnh học khác.
- Có thể cần hội chẩn với các bác sĩ chuyên khoa khác khi muốn làm xét nghiệm chẩn đoán chuyên biệt như gây mê, chỉnh hình, thần kinh, hoặc tiêu hóa.

Đau và/hoặc chấn thương

Có thể do những nguyên nhân nguy hiểm (võ ruột thừa) cần chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Nguyên nhân phụ khoa

Ba nhóm nguyên nhân chính: viêm, vỡ, xoắn.

- *Thai ngoài tử cung* (Hình 6.1; xem Chương 5). Ở mọi phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, ưu tiên đầu tiên trong chẩn đoán đau vùng chậu cấp là loại trừ khả năng thai ngoài tử cung vỡ.
- *Viêm vùng chậu (PID) cấp tính* (Hình 6.1; xem Chương 8) là tình trạng nhiễm trùng ngược dòng ở phụ nữ có sinh hoạt tình dục với các triệu chứng sốt cao, đau vùng chậu dữ dội, lắc cổ tử cung đau.
- *Vỡ nang buồng trứng*. Vỡ nang buồng trứng, nang hoàng thể hay nang lạc nội mạc tử cung thường là nguyên nhân thường gặp của đau vùng chậu cấp tính. Đau có thể dữ dội đến nỗi gây ngất. Bệnh có thể tự giới hạn nếu xuất huyết vào ổ bụng lượng ít.
- *Xoắn phần phụ* (Hình 6.1) thường gặp ở lứa tuổi vị thành niên hay phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Do mạch máu nuôi bị xoắn, khối ở phần phụ (u bì buồng trứng, nang nước Morgagni) có thể gây đau dữ dội do làm giảm lượng máu nuôi đột ngột. Đau thường dữ dội rồi giảm chút ít sau đó đau lại, đau kèm buồn nôn và nôn.
- *Dọa sẩy thai, sẩy thai khó tránh*, hoặc *sẩy thai không trọn* thường gây đau quặn từng cơn vùng hạ vị (xem Chương 15).
- *Thoái hóa u xơ tử cung* hoặc *u buồng trứng* thường gây đau nhói hay đau âm ỉ.

Nguyên nhân không phải phụ khoa

- *Viêm ruột thừa* (Hình 6.1) là nguyên nhân gây đau bụng ngoại khoa thường gặp nhất, xảy ra ở mọi lứa tuổi. Trong trường hợp điển hình, lúc đầu đau khu trú ở vùng thượng vị, nhưng vài giờ sau đau chuyển sang ở phần tư bụng dưới bên phải (điểm McBurney). Đau kèm theo sốt nhẹ, chán ăn, tăng bạch cầu.
- *Viêm túi thừa* (Hình 6.1) thường xuất hiện ở những phụ nữ lớn tuổi. Đau có đặc điểm là đau hố chậu trái, tiêu chảy lẫn máu, sốt và tăng bạch cầu.
- *Bệnh lý đường tiết niệu* (viêm bàng quang, viêm tuy thận, sỏi thận) đau cấp tính vùng trên vè, cảm giác đè nặng và/hoặc tiểu khó.
- *Viêm hạch mạc treo* thường theo sau nhiễm trùng hô hấp ở phụ nữ trẻ tuổi. Triệu chứng đau thường lan tỏa và mức độ ít hơn viêm ruột thừa.

Đau vùng chậu mãn tính

Hầu hết phụ nữ đều thỉnh thoảng bị đau vùng chậu. Khi triệu chứng này kéo dài từ 3-6 tháng thì gọi là đau vùng chậu mãn tính.

- Chiếm khoảng 10% lý do đến khám phụ khoa và 20%-30% trường hợp nội soi ổ bụng.
- Thông thường có rất ít tương quan giữa mức độ trầm trọng của bệnh lý và mức độ đau bệnh nhân cảm nhận: 1/3 bệnh nhân đau vùng chậu sau khi nội soi ổ bụng vẫn không xác định được nguyên nhân.
- 10%-20% trường hợp đau vùng chậu được cắt tử cung. Sau phẫu thuật, 75% bệnh nhân sẽ giảm đau nhiều.
- Bệnh nhân và bác sĩ sẽ có thể cảm thấy bất mãn vì bệnh khó điều trị và khó kiểm soát.

Nguyên nhân phụ khoa

- *Đau bụng kinh* là nguyên nhân phổ biến nhất. Đau bụng kinh nguyên phát thường không liên quan với bệnh lý vùng chậu mà được giải thích là do sự phóng thích prostaglandin quá mức từ tử cung. Đau bụng kinh thứ phát thường là do mắc phải (vd. lạc nội mạc tử cung). Thuốc ngừa thai uống và thuốc giảm đau không steroid (NSAIDs) giúp ích cho điều trị.
- *Lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng* (Hình 6.1; xem Chương 11) có mức độ đau rất khác nhau từ chỉ đau bụng kinh thông thường đến đau rất dữ dội, không đáp ứng điều trị, đau liên tục làm ảnh hưởng đến sinh hoạt bệnh nhân. Mức độ đau thường không tương quan với mức độ nặng của bệnh.
- *Lạc nội mạc trong cơ tử cung* (xem Chương 11) là bệnh lý thường gặp và chỉ được xác định khi cắt tử cung. Thông thường nhất, bệnh nhân thường không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ. Tử cung to, căng, đau nhẹ khi khám âm đạo có thể gợi ý cho chẩn đoán.
- *U xơ tử cung* (xem Chương 10) là khối u thường thấy nhất (lành tính) ở vùng chậu người phụ nữ. U xơ gây đau do chèn ép các cơ quan lân cận hay khi bị thoái hóa.
- *Hội chứng tồn dư buồng trứng đặc trưng* đặc trưng bởi tình trạng đau vùng chậu dai dẳng sau khi cắt bỏ hai phần phụ. Trong trường hợp này, một phần nang của buồng trứng được xem là nguồn gốc gây đau.
- *Sa sinh dục* (xem Chương 20) có thể dẫn đến cảm giác nặng, chèn ép, cảm giác khối sinh dục sa xuống, đau âm ỉ vùng chậu.
- *Viêm vùng chậu mãn tính* thường là hậu quả của ứ dịch vòi trứng, nang vòi trứng-buồng trứng hay đính vùng chậu. Điều trị tùy thuộc vào nguyên nhân, nhưng điều trị nội khoa cũng là một chọn lựa, bao gồm bổ sung dinh dưỡng, vật lý trị liệu, châm cứu/ bấm huyệt, thuốc chống trầm cảm.

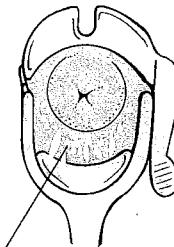
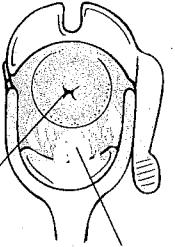
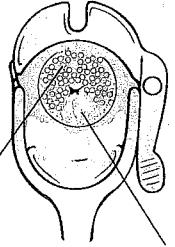
Nguyên nhân không do phụ khoa

- *Bệnh lý dạ dày-ruột* như bệnh lý viêm ruột.
- *Bệnh lý cơ xương khớp* như cẳng cơ hay thoát vị đĩa đệm.
- *Viêm mạc kẽ bàng quang* (tình trạng viêm bàng quang mãn tính).
- *Rối loạn dạng cơ thể* với điểm đặc trưng là đau và triệu chứng giống như có bệnh, nhưng liên quan đến yếu tố tâm lý (bất hòa gia đình, lạm dụng tình dục). Bệnh nhân không nhận thức được triệu chứng của họ và không cố ý làm cho việc chẩn đoán trở nên khó khăn. Những bệnh nhân nữ mắc bệnh này thường có tiền sử thắt bại điều trị với nội khoa và cả ngoại khoa với nhiều bác sĩ khác nhau.

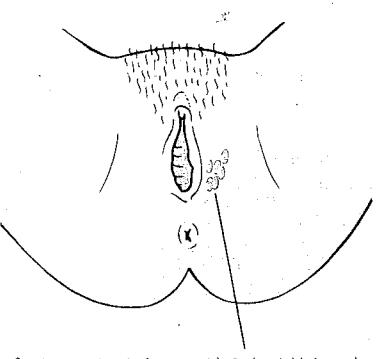
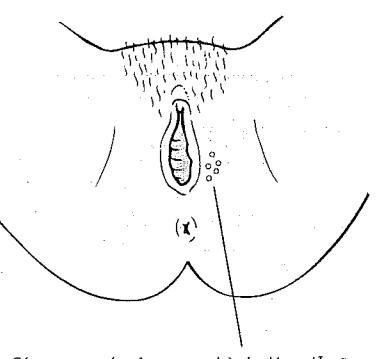
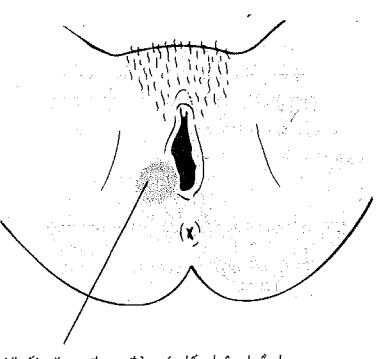


Nhiễm trùng đường sinh dục nữ

Hình 7.1 VIÊM ÂM ĐẠO

Nhiễm khuẩn âm đạo	Viêm âm đạo do nấm Candida	Viêm âm đạo do Trichomonas
 <p>Huyết trắng màu trắng xám, loãng đồng nhất, có mùi hôi (mùi cá tanh)</p> <p>Soi tươi với nước muối sinh lý</p> <p>"Clue cells" với nhiều cầu trùng bám dính lên tế bào, không có bạch cầu, rất ít lactobacilli</p> <p>pH âm đạo >4.5 (bình thường 3.8-4.2)</p>	 <p>Âm đạo thường bị sưng huyết và phù nề</p> <p>Âm đạo thường bị sưng huyết và phù nề</p> <p>Soi tươi huyết trắng với KOH</p> <p>Các sợi tơ nấm và bào tử nấm</p> <p>pH âm đạo thường ≤4.5</p>	 <p>Hình ảnh "trái dâu tây" do cổ tử cung bị viêm đỏ và có nhiều chấm xuất huyết</p> <p>Soi tươi với nước muối sinh lý</p> <p>Trichomonads (nguyên sinh vật di động, nhàn ở trung tâm và có 4 lông roi giúp di chuyển)</p> <p>Tế bào lympho >10/HPF</p> <p>pH âm đạo >4.5</p>

Hình 7.2 NHIỄM TRÙNG Ở ÂM HỘ

Mụn cóc sinh dục	Herpes sinh dục	Abscess tuyến Bartholin
 <p>Tổn thương là nhiều mụn lồi ở da và không đau, xuất hiện quanh các môi và đáy hậu. Khi xuất hiện nhiều, các tổn thương có thể dính chùm với nhau tạo nên một khối giống như bông cải</p>	 <p>Các mụn nước tập trung thành đám, dễ vỡ và có khuynh hướng khi vỡ tạo thành các vết loét nhỏ</p> <ul style="list-style-type: none"> Triệu chứng chính bao gồm: đau, nóng rát và ngứa tại chỗ 	 <p>Khối căng đau, đỏ, có dấu hiệu bội nhiễm:</p> <ul style="list-style-type: none"> Xuất hiện ở môi nhỏ/ môi lớn ở vị trí 5 giờ hoặc 7 giờ Triệu chứng chính là sốt và đau một bên âm hộ cấp tính

Viêm âm hộ-âm đạo là nguyên nhân phụ khoa thường gặp nhất làm người phụ nữ phải đi điều trị. Triệu chứng có thể bao gồm tiết dịch âm đạo, ngứa âm hộ, âm đạo có mùi hôi. Tác nhân gây bệnh có thể xác định tại phòng khám bằng cách lấy mẫu dịch âm đạo soi dưới kính hiển vi.

Nhiễm trùng âm đạo (Hình 7.1)

- Nguyên nhân. Sự phát triển quá mức của một số chủng vi khuẩn – đặc hiệu là sự giảm lactobacilli và gia tăng vi khuẩn kỵ khí.
- Tỷ lệ. Đây là nguyên nhân gây viêm âm đạo thường gặp nhất ở phụ nữ trẻ.
- Triệu chứng. Khí hư không ngứa, có mùi hôi “cá”, nhưng khoảng 50% bệnh nhân không có triệu chứng.
- Chẩn đoán. Test “bốc mùi” với KOH dương tính, pH >4.5, >20% tế bào biểu mô âm đạo bám đầy vi khuẩn (clue cells) khi xét nghiệm soi tươi với dung dịch NaCl, khí hư màu xám đồng nhất (cân ba trong bốn tiêu chuẩn lâm sàng).
- Điều trị. Metronidazole hay Clindamycin dạng uống/ đặt âm đạo.

Viêm âm đạo do Candida (Hình 7.1)

- Nguyên nhân. Hơn 200 chủng *Candida albicans* có thể cư trú ở âm đạo và gây bệnh. Người ta vẫn chưa biết rõ tại sao *Candida* có thể gây bệnh ở một số người, nhưng không gây bệnh ở những người khác.
- Tỷ lệ. Nguyên nhân thường gặp thứ hai gây viêm âm đạo có triệu chứng.
- Triệu chứng. Ngứa và đỏ âm hộ, âm đạo.
- Chẩn đoán. Soi tươi với KOH thấy sợi tơ nấm phân nhánh và nảy mầm. Có thể chỉ định cấy nấm trên môi trường Sabouraud trong một số trường hợp.
- Điều trị. Clotrimazole tại chỗ (Canestin) hoặc fluconazole uống (Diflucan).

Nhiễm Trichomonads (Hình 7.1)

- Nguyên nhân. *Trichomonas vaginalis* là một sinh vật đơn bào ký sinh và chỉ ký sinh trên người.
- Tỷ lệ. Bệnh lý nhiễm trùng qua đường tình dục phổ biến này ảnh hưởng đến 180 triệu phụ nữ trên toàn thế giới.
- Triệu chứng. Khí hư nhiều và hôi, chảy máu sau giao hợp, ban đỏ âm hộ-âm đạo.
- Chẩn đoán. Soi tươi khí hư với dung dịch nước muối sinh lý thấy Trichomonads là dấu hiệu chỉ định yếu tố gây bệnh. Các triệu chứng khác như soi thấy bạch cầu nhiều và pH >4.5. Có thể thấy yếu tố gây bệnh trên mảnh phết Pap smear ở phụ nữ không có triệu chứng.
- Điều trị. Metronidazole uống (không đặt âm đạo).

Viêm cổ tử cung do Chlamydia

- Nguyên nhân. *Chlamydia trachomatis* là một vi khuẩn ký sinh nội bào bắt buộc của tế bào biểu mô trụ.
- Tỷ lệ. Bệnh lây truyền qua đường tình dục phổ biến nhất ở Vương quốc Anh và Hoa Kỳ; 30% trường hợp liên quan với bệnh lậu.
- Triệu chứng. Khí hư mủ hoặc nhầy, chảy máu sau giao hợp và viêm âm đạo, nhưng nhiều phụ nữ không có triệu chứng được xác định thông qua xét nghiệm tầm soát hay có tiếp xúc nguồn lây.
- Chẩn đoán. Test DNA được thực hiện với mẫu thử là khí hư âm đạo (ưu tiên) hay nước tiểu, hoặc xét nghiệm miễn dịch với gắn kết men.
- Điều trị. Azithromycin hoặc doxycycline dạng uống.

Nhiễm Neisseria, viêm cổ tử cung do lậu cầu

- Nguyên nhân. *Neisseria gonorrhoeae* là một song cầu Gram(-) hiếu khí.
- Tỷ lệ. Phổ biến nhưng ít lây truyền qua đường tình dục hơn so với *Chlamydia* sp.
- Triệu chứng. Khí hư nhiều, không mùi, không gây khó chịu, màu trắng kem hoặc màu vàng, nhưng cũng có thể không có triệu chứng. 10%-20% bệnh nhân phát triển thành viêm tai với cấp tính với sốt và đau vùng đầu, 5% có biểu hiện nhiễm trùng lậu cầu lan tỏa với ớn lạnh, sốt, mệt mỏi, đau đà khớp không đối xứng, tổn thương da gây đau đớn.

◦ Chẩn đoán. Cấy dương tính trên môi trường chọn lọc như thạch Thayer-Martin, 20% bệnh nhân sẽ được phát hiện ở nhiều vị trí (hầu hết là trực tràng).

- Điều trị. Ciprofloxacin uống (thực hành Hoa Kỳ ưu tiên ceftriaxone tiêm bắp hoặc cefixime miệng, điều trị kép với azithromycin hoặc doxycycline).

Mụn cổ sinh dục (*condyloma acuminatum*) (Hình 7.2)

- Nguyên nhân. Nhiễm trùng *Human papillomavirus* (HPV) lây truyền qua tiếp xúc da với da.
- Tỷ lệ. Bệnh lây truyền qua đường tình dục do virus phổ biến nhất.
- Triệu chứng. Trường hợp không có biến chứng là không có triệu chứng.
- Chẩn đoán. Khám lâm sàng thường là đủ, nhưng soi cổ tử cung và/hoặc sinh thiết có thể cần thiết.
- Điều trị. Phương pháp áp lạnh thực hiện tại phòng khám, hoặc điều trị nội khoa tại nhà, hoặc phương pháp ít phổ biến khác tùy theo mức độ nặng của bệnh: chất gây độc tế bào tại chỗ (tricloaxetic acid, podofilox). Điều trị ngoại trú cắt bỏ hoặc phẫu thuật bằng laser, chất gây độc tế bào tại chỗ (tricloaxetic acid, podofilox).

Herpes sinh dục (Hình 7.2)

- Nguyên nhân. *Herpes simplex Virus* (HSV) type 1 (15%) hoặc type 2 (85%).
- Tỷ lệ. Bệnh lây truyền qua đường tình dục này là nguyên nhân phổ biến nhất gây loét bộ phận sinh dục.
- Triệu chứng. Thời kỳ nhiễm HSV nguyên phát được đặc trưng bởi triệu chứng toàn thân, bao gồm mệt mỏi và sốt. Tuy nhiên, Herpes sinh dục là một bệnh nhiễm trùng tái phát với các giai đoạn hoạt động xen kẽ các giai đoạn tiềm ẩn.
- Chẩn đoán. Khám lâm sàng thường là đủ, nhưng phân lập bằng nuôi cấy mô cũng rất đáng tin cậy.
- Điều trị. Aciclovir hoặc Valaciclovir uống (điều trị tại chỗ không có hiệu quả).

Giang mai

- Nguyên nhân. Xoắn khuẩn *Treponema pallidum*.
- Tỷ lệ. Bệnh lây truyền qua đường tình dục gây đại dịch ở châu Âu trong thế kỷ 15, nhưng tỷ lệ hiện mắc của nó đã giảm đáng kể.
- Triệu chứng. Đây là bệnh hệ thống với biểu hiện lâm sàng đa dạng. Giai đoạn nhiễm trùng nguyên phát được biểu hiện bằng một vết loét không đau, đơn độc tại vị trí bị nhiễm. Triệu chứng thứ phát gồm hồng ban ở lòng bàn tay và lòng bàn chân. Tổn thương da cổ điển của giang mai giai đoạn trễ là nốt gôm giang mai đơn độc.
- Chẩn đoán. Soi kính hiển vi nén đèn, lấy mủ nạo từ một tổn thương và/hoặc xét nghiệm sàng lọc huyết thanh học (xét nghiệm phản ứng huyết tương nhanh).
- Điều trị. Benzathine penicillin tiêm bắp.

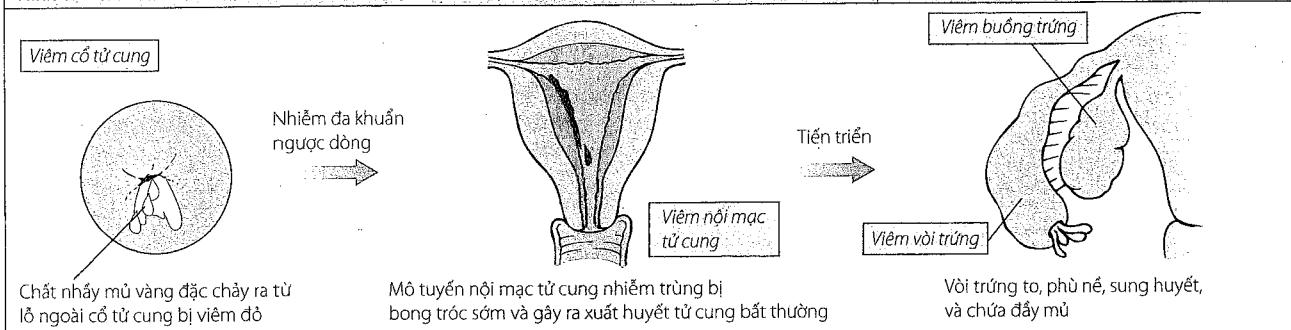
Nhiễm trùng khẩn

- Abscess tuyến Bartholin (Hình 7.2). Điều trị: rạch khối abscess và đặt ống Word để dẫn lưu.
- Bệnh chày ở gó mu (ghè) là một bệnh lây truyền qua đường tình dục, gây ngứa dữ dội do rận gây ra. Điều trị: lindane (Kwell).
- Hẹ cam mềm là một bệnh lây truyền qua đường tình dục không triệu chứng, có mụn nhỏ ở âm hộ do poxivirus gây ra. Hầu hết các trường hợp tự hết mà không cần điều trị.
- Viêm căn cơ hoại tử là một bệnh nhiễm trùng tiến triển nhanh chóng, thường xuyên gây tử vong. Điều trị: phẫu thuật ngay lập tức để cắt bỏ mô hoại tử và kháng sinh đường tĩnh mạch.
- Viêm tuyến mồ hôi mưng mủ là bệnh lý nhiễm trùng tụ cầu hoặc liên cầu khuẩn của tuyến mồ hôi âm hộ. Điều trị: cắt bỏ.
- Các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STIs) ở âm hộ hiếm gặp bao gồm: u hạt lympho sinh dục (do *Chlamydia trachomatis*), hẹ cam mềm (do *Haemophilus ducreyi*), u hạt ben (do *Calymmatobacterium granulomatis*).

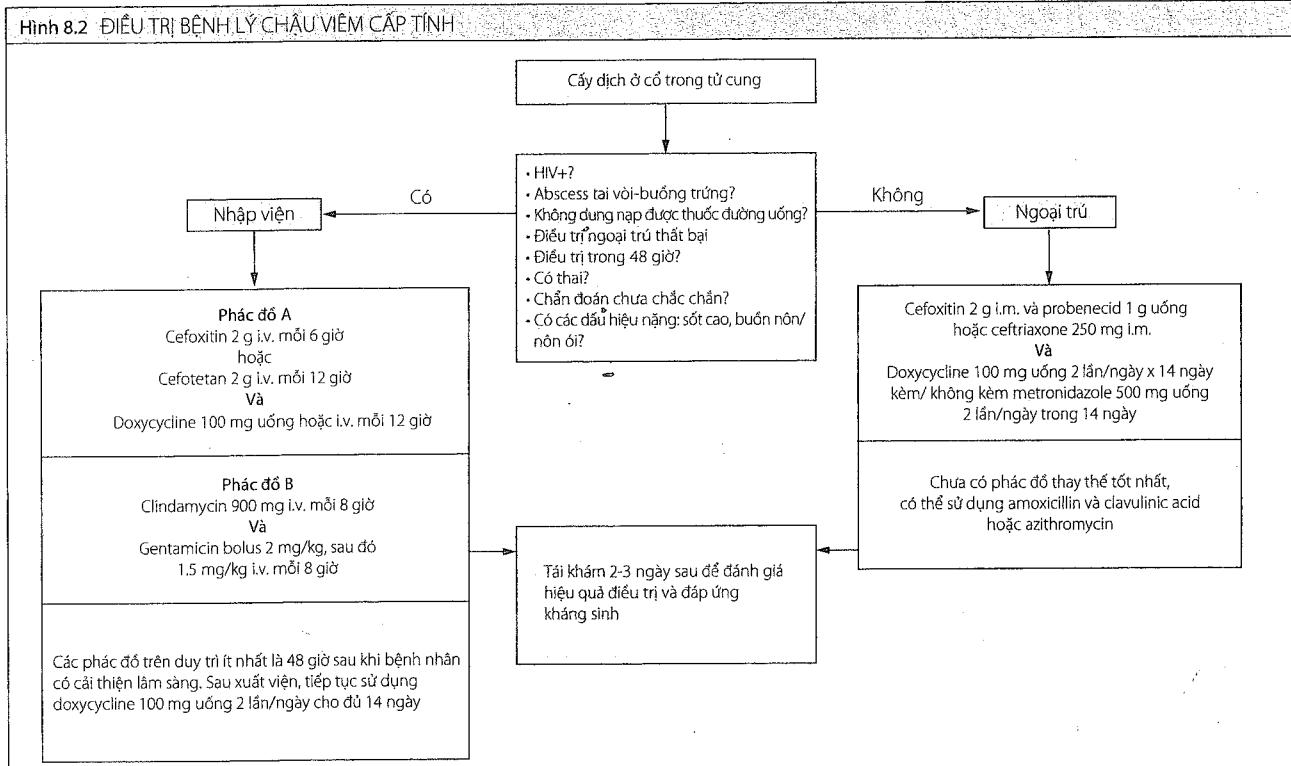
8

Bệnh lý châu viêm (PID)

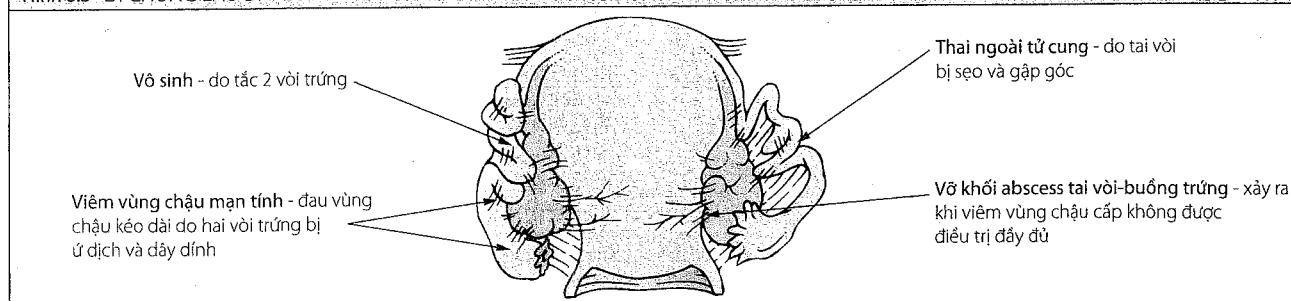
Hình 8.1 CÁC HÌNH ẢNH LÂM SÀNG CỦA BỆNH LÝ CHÂU VIÊM (PID) CẤP TÍNH



Hình 8.2 ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ CHÂU VIÊM CẤP TÍNH



Hình 8.3 ĐI CHỨNG LÂU DÀI CỦA PID



Định nghĩa: một hội chứng lâm sàng bệnh lý nhiễm trùng (Hình 8.1) mà có thể liên quan đến cổ tử cung, nội mạc tử cung, ống dẫn trứng, buồng trứng, tử cung, dây chằng rộng, khoang phúc mạc, và khu vực xung quanh gan.

- Viêm nhiễm của các cơ quan vùng chậu có thể làm hoại tử mô và hình thành ổ abscess. Cuối cùng, quá trình dẫn đến hình thành sẹo gây dính với các cơ quan lân cận.
- Viêm vùng chậu (PID) cấp tính (viêm vòi trứng) là hội chứng lâm sàng điển hình.
- Viêm vùng chậu mạn tính là một thuật ngữ cũ để chỉ đến những di chứng dài hạn của viêm vùng chậu.

Nguyễn tắc

- Cơ chế bệnh sinh của viêm vùng chậu vẫn chưa được hiểu rõ hoàn toàn nhưng liên quan đến tình trạng nhiễm trùng ngược dòng các vi khuẩn từ âm đạo và cổ tử cung.
- *Chlamydia trachomatis* và/hoặc *Neisseria gonorrhoeae* được phát hiện trong >50% trường hợp. Những tác nhân gây bệnh này có thể tấn công đường sinh dục trên trước, với các sinh vật khác gây bệnh thứ phát sau đó.
- 15% các trường hợp xảy ra sau một thủ thuật (sinh thiết nội mạc tử cung, đặt dụng cụ tử cung [IUD]) làm phá vỡ hàng rào niêm mạc cổ tử cung và trực tiếp truyền vi khuẩn đến đường sinh dục trên.

Vết thương nguy cơ

- Ví dụ điển hình của một bệnh nhân có nguy cơ cao là nữ vị thành niên đang có kinh nguyệt có nhiều bạn tình, không sử dụng biện pháp tránh thai và sống trong vùng có tỉ lệ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục cao.
- 75% trường hợp là phụ nữ <25 tuổi.
- Tỉ lệ bệnh ở người trước khi dậy thì, bệnh nhân mang thai, hoặc sau mãn kinh là rất hiếm.
- Có nhiều bạn tình làm tăng nguy cơ gấp 5 lần.
- Thụt rửa âm đạo thường xuyên làm tăng nguy cơ 3 lần.
- Phương pháp tránh thai bằng màng chắn (bao cao su, màng chắn âm đạo) làm giảm nguy cơ.
- Đặt dụng cụ tử cung là một yếu tố nguy cơ trong 3 tuần đầu tiên sau khi đặt.
- Tiền sử viêm vùng chậu là một yếu tố nguy cơ cho tương lai: 25% phụ nữ sẽ phát triển nhiễm trùng khác.

Dịch tễ học

- Hàng năm có 1 triệu phụ nữ ở Hoa Kỳ (200,000 ở Vương quốc Anh) được chẩn đoán mắc bệnh này.

Triệu chứng cơ năng và thực thể

- Viêm vùng chậu có thể xảy ra và ảnh hưởng nghiêm trọng mà không có bất kỳ triệu chứng nào.
- Đau bụng dưới là triệu chứng phổ biến nhất.
- Bệnh nhân cũng có thể bị sốt, đau khi giao hợp, kinh nguyệt không đều, buồn nôn và nôn.
- 75% có dịch mủ cổ tử cung khi khám.
- 5% biểu hiện thành hội chứng Fitz-Hugh-Curtis (viêm và dính vùng xung quanh gan), đặc trưng bởi đau phần tư bụng trên phải.

Chẩn đoán

- CDC khuyến cáo chẩn đoán theo các tiêu chuẩn bắt buộc như đau vùng bụng dưới và đau tử cung/ phần phụ hoặc đau khi lắc cổ tử cung lúc khám.
- Tiêu chuẩn phụ bao gồm thân nhiệt >38.3°C (101°F), dịch mủ cổ tử cung hay âm đạo, nhiều bạch cầu trên soi tươi với NaCl, CRP tăng, tốc độ lắng máu (ESR) tăng, và xét nghiệm lậu hay chlamydia dương tính.

• Các tiêu chí chẩn đoán xác định kinh điển bao gồm sinh thiết nội mạc tử cung thấy tế bào nội mạc tử cung viêm và nội soi ổ bụng thấy viêm. Độ nhạy và độ đặc hiệu của các "tiêu chuẩn vàng" này vẫn còn đang gây tranh cãi.

- Những bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán viêm vùng chậu vẫn có thể có một bệnh lý khác (viêm ruột thừa, lạc nội mạc tử cung, vỡ một khối của phần phụ) hoặc bình thường trong hơn 50% trường hợp.

Điều trị viêm vùng chậu cấp tính (Hình 8.2)

- Điều trị kháng sinh nên được khởi động càng sớm càng tốt.
- Bệnh nhân có thể được điều trị ngoại trú hoặc nội trú, tùy thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng.
- Abscess vòi-buồng trứng (TOAs) nên được dẫn lưu ra da hoặc phẫu thuật.
- Nên điều trị bạn tình, sàng lọc các bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục khác, và giáo dục phòng ngừa tái nhiễm.

Điều trị phẫu thuật

- Vỡ abscess vòi-buồng trứng là một trường hợp phẫu thuật cấp cứu. Nguy cơ tử vong là 5%-10%, chủ yếu là do sốc nhiễm trùng và hội chứng suy hô hấp cấp.
- Bệnh nhân có abscess vòi-buồng trứng không đáp ứng với thuốc kháng sinh và dẫn lưu ra da cũng cần phải phẫu thuật.
- Cắt vòi-buồng trứng hai bên với cắt bỏ tử cung đem lại cơ hội thành công cao nhất. Tồn lưu bất kỳ cơ quan sinh dục nào cũng đem lại nguy cơ nhiễm trùng tái phát, nhưng phẫu thuật bảo tồn nên được xem xét ở những bệnh nhân trẻ, những người còn mong muốn sinh con.

Đi chẩn đoán lâm sàng viêm vùng chậu (Hình 8.3)

Mặc dù nhiễm trùng cấp tính có thể được điều trị thành công, nhưng ảnh hưởng sau đó thì thường vĩnh viễn. Điều này có nghĩa việc ngăn ngừa di chứng lây hệ thống sinh sản là rất quan trọng.

- Vô sinh xảy ra ở 10%-15% trường hợp bị viêm vùng chậu một lần và phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh.
- Viêm vùng chậu mạn tính là một hội chứng đau tái phát xảy ra trong 20% trường hợp là kết quả của tình trạng viêm.
- *Thai ngoài tử cung* tăng 6-10 lần.

Nguyễn mủ lò

Actinomycosis

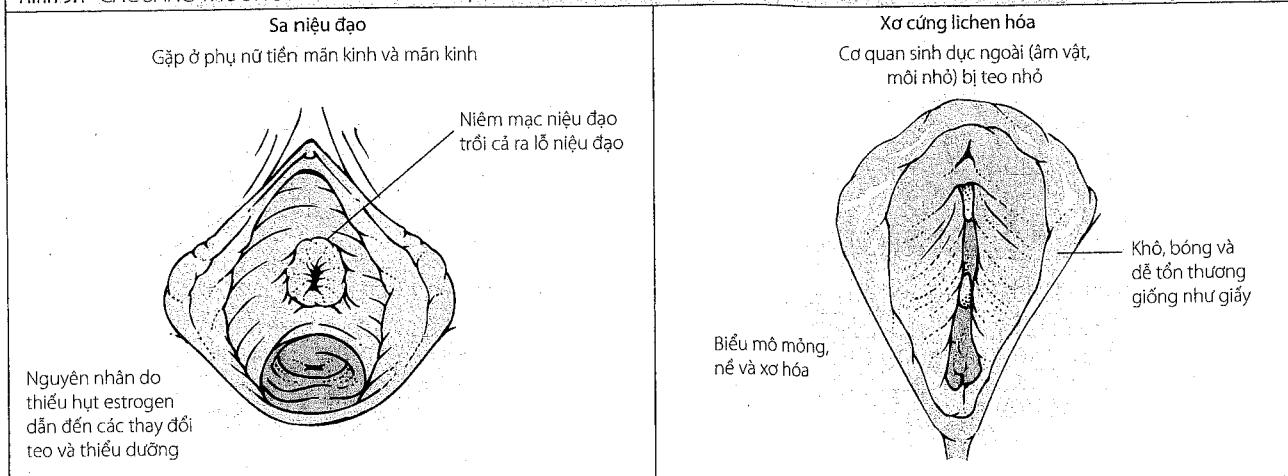
- *Actinomyces israelii* là một vi khuẩn ký khí, Gram(+), không bắt màu acid, đa hình thái.
- Nên nghĩ đến chẩn đoán nếu quan sát thấy vi khuẩn trên nhuộm Gram dịch cổ tử cung hoặc nếu có hình ảnh "hạt lưu huỳnh" khi sinh thiết nội mạc tử cung. Tuy nhiên, để chẩn đoán xác định cần kết quả cấy dương tính.
- Điều trị: Tiêm penicillin liều cao kết hợp với doxycycline uống trong 6 tuần.

Lao vùng chậu

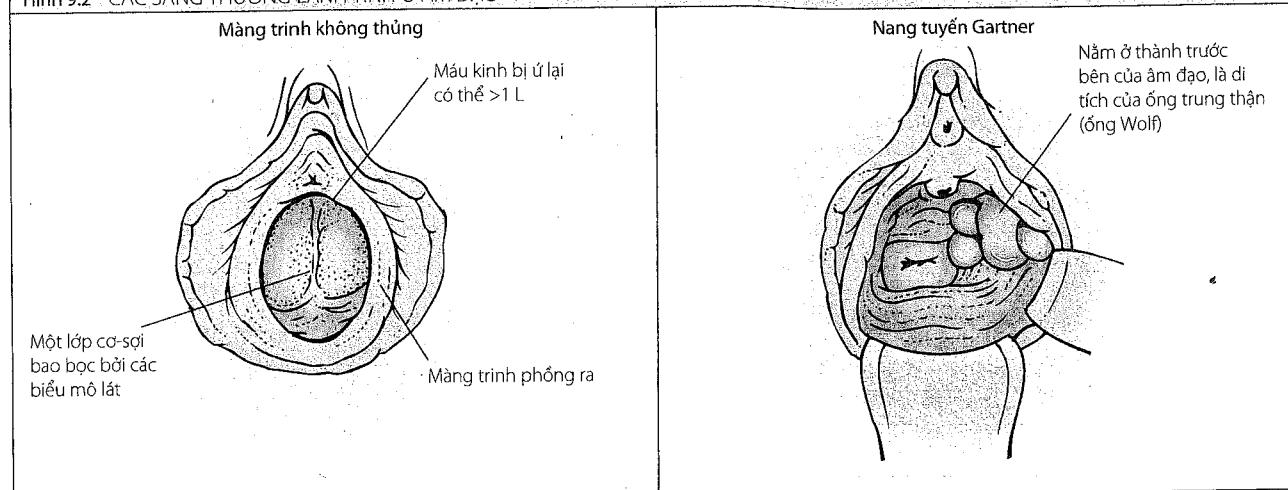
- Một nguyên nhân phổ biến của vô sinh và viêm vùng chậu ở các quốc gia đang phát triển.
- *Mycobacterium tuberculosis* là tác nhân gây bệnh.
- Chẩn đoán xác định đòi hỏi bằng chứng mô học của u hạt, các tế bào khổng lồ, và hoại tử bã đậu.
- Điều trị: Phác đồ chống lao trong 18-24 tháng.

Các bệnh lý lành tính của đường sinh dục dưới

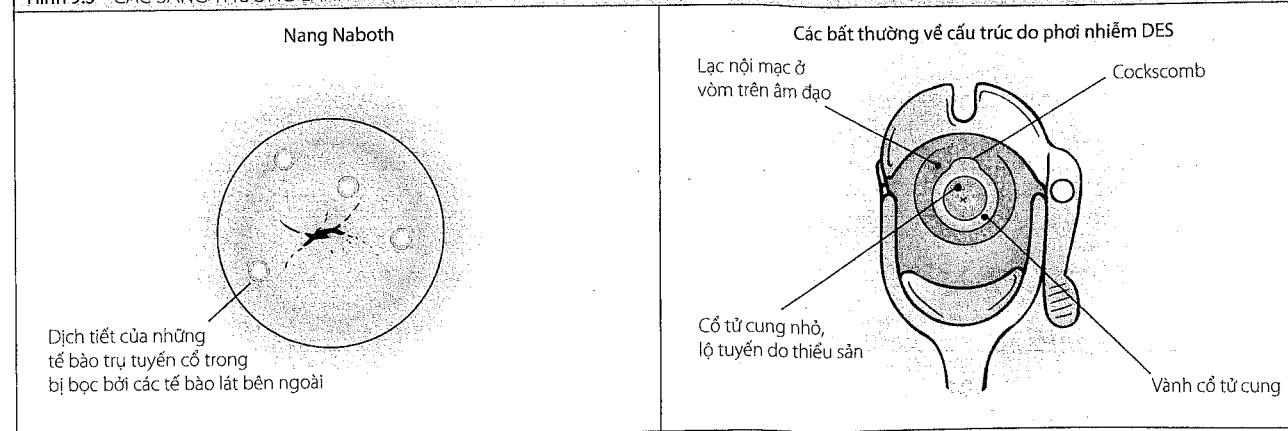
Hình 9.1 CÁC SANG THƯƠNG LÀNH TÍNH Ở ÂM HỘ



Hình 9.2 CÁC SANG THƯƠNG LÀNH TÍNH Ở ÂM ĐẠO



Hình 9.3 CÁC SANG THƯƠNG LÀNH TÍNH CỦA CỔ TỬ CUNG



Sang thương âm hộ

Bệnh lý của niệu đạo

- *Sa niệu đạo* (Hình 9.1) có thể gây ra tiểu khó, nhưng thường là không triệu chứng. *Điều trị:* bôi kem estrogen, ngâm trong nước ấm, và kháng sinh có thể làm giảm viêm và nhiễm trùng; phẫu thuật cắt bỏ hiềm khi cần thiết.
- *Túi thừa niệu đạo* là một túi hoặc túi kết nối với niệu đạo và có thể tiểu khó, són tiểu hoặc tiểu máu. *Điều trị:* cắt lọc rồi khâu từng lớp hay mở thông nang.
- *Tuyến Skene's*. Ống dẫn, u nang, hoặc abscess gây tắc nghẽn tuyến xung quanh niệu đạo. *Điều trị:* abscess đòi hỏi phải rạch và dẫn lưu.

Nang và khối u lành tính âm hộ

- *Nang tuyến Bartholin* do tắc ống bài tiết. *Điều trị:* h้า hết sẽ tự khỏi khi chăm sóc tại chỗ, nhưng các sang thương lớn hoặc tái phát cần được mở thông nang, và abscess thường phải rạch, dẫn lưu, và đặt catheter Word.
- *Thoát vị (tràn dịch, nang) của ống Nuck* là sự giãn bất thường phúc mạc bao bọc dây chằng vòng đi qua ống bẹn và vào môi lớn. *Điều trị:* cắt túi thoát vị.
- *Nang biểu mô* được hình thành khi một vùng biểu mô bị chôn bên dưới bề mặt da và trở thành nang. *Điều trị:* theo dõi hoặc cắt bỏ nếu có triệu chứng.

Sang thương biểu mô không phải ung thư

- Viêm âm hộ do Candida là tình trạng phát ban màu đỏ tươi đối xứng, gây ngứa và cảm giác bong rát. *Điều trị:* imidazol bôi, fluconazole uống.
- *Xơ hóa lichen* (Hình 9.1) là sự teo hoặc mỏng lớp biểu bì (da hành, da mỏng như giấy), thường gặp ở phụ nữ hậu mãn kinh. Các triệu chứng chính, nếu có, là ngứa. Thường chỉ cần khám là đủ chẩn đoán, nhưng sinh thiết giúp khẳng định chẩn đoán. 1% mỗi năm biến thành ung thư âm hộ. *Điều trị:* testosterone bôi tại chỗ hay corticosteroid tác dụng mạnh (clobetasol).
- *Tăng sản tế bào vảy* là một chẩn đoán loại trừ biểu hiện sự dày lên của lớp biểu bì và lichen hóa, và là vòng tròn ngứa-gãi mạn tính phản ứng lại với nấm hoặc các bệnh lý viêm âm hộ khác, chất gây dị ứng, hoặc không rõ yếu tố kích ứng. Ngứa và lột da thường biểu hiện rõ. Cơ chế bệnh sinh không rõ ràng. *Điều trị:* tránh tiếp xúc chất gây ngứa và/hoặc corticosteroid tại chỗ.
- *Lichen phẳng* là một bệnh viêm da mạn tính không rõ nguyên nhân. Nó được đặc trưng bởi nhiều sẩn da nhỏ, sáng bóng, màu tím, độc hại. *Điều trị:* corticosteroid đặt âm đạo.
- *Bệnh vảy nến và chàm âm hộ* là một viêm mạn tính không thể chữa khỏi. Chẩn đoán được xác định khi khám thấy tồn thương phân bố bất đối xứng, và sinh thiết khẳng định chẩn đoán. *Điều trị:* chiếu tia cực tím hoặc corticosteroid tại chỗ.

Sang thương âm hộ lành tính khác

- *Nevi* khởi đầu như nhóm tế bào sắc tố ở ranh giới lớp thượng bì và lớp bì. *Điều trị:* sinh thiết để loại trừ melanoma.
- *Viêm tuyến mồ hôi mưng mủ* là một bệnh lý viêm mạn tính, tiến triển đặc trưng bởi sự tắc và nhiễm trùng tuyến mồ hôi. *Điều trị:* kháng sinh hoặc phẫu thuật cắt bỏ đối với trường hợp không đáp ứng kháng sinh.
- *Đau âm hộ do kích thích* là một hội chứng đau mạn tính không rõ nguyên nhân, có thể được gợi ý khi khám lâm sàng bằng cách dùng Q tip test: chạm nhẹ đầu tampon vào tiền đình để xác định vị trí nhạy cảm. Có thể ảnh hưởng quan hệ tình dục hoặc sử dụng băng vệ sinh loại nhét âm đạo. *Điều trị:* kem estrogen bôi tại chỗ, giảm đau tại chỗ, liệu pháp giãn âm đạo hoặc sán chậu, vật lý trị liệu hoặc cắt bỏ phẫu thuật, hoặc thuốc chống trầm cảm ba vòng.
- *Đau âm hộ tự phát* là một chẩn đoán loại trừ, khám lâm sàng không phát hiện bất thường. *Điều trị:* thuốc chống trầm cảm ba vòng.

Sang thương âm đạo

Dị tật bẩm sinh

- *Bất sản ống Müller* (xem Chương 22) do sự phát triển bất thường của ống Müller xa, thường kết hợp với bít túi âm đạo kèm không có tử cung và âm đạo. *Điều trị:* nong âm đạo dần dần hoặc phẫu thuật tạo hình âm đạo.
- *Mảng trinh Không thủng* (Hình 9.2) là một bất thường trong quá trình tạo đoạn xa của ống vòm âm đạo trong quá trình tạo phôi. Vách ngăn ngang âm đạo là bất thường ở đoạn gần hơn. Thường chỉ bắt đầu chẩn đoán được khi bệnh nhân bắt đầu có kinh nguyệt với triệu chứng đau bụng có tính chu kỳ do ứ máu kinh. *Điều trị:* phẫu thuật mở lỗ màng trinh.

Nang âm đạo và các khối u lành tính

- *Nang biểu mô* là các cấu trúc nang phổ biến nhất trong âm đạo, thường do chấn thương khi sinh đẻ hoặc phẫu thuật phụ khoa. *Điều trị:* theo dõi, có thể phẫu thuật cắt nang.
- *Có thể có nhiều nang ống Gartner* (Hình 9.2) hoặc các tồn lưu biểu mô phôi thai bất thường khác, đôi khi được phát hiện ngẫu nhiên khi khám súc khoa. *Điều trị:* theo dõi, phẫu thuật cắt bỏ nếu nang gây đau.

Sang thương âm đạo khác

- *Rách âm đạo* thường gặp xảy ra sau giao hợp nhất. Các nguyên nhân khác bao gồm vết thương do vật cùn hay dị vật. *Điều trị:* phẫu thuật may lại.
- *Viêm teo âm đạo* là một bệnh gặp ở phụ nữ mãn kinh. Thiếu estrogen làm cho niêm mạc âm đạo trở nên mỏng, gãy khô và chảy máu. *Điều trị:* estrogen đường uống hoặc bôi tại chỗ.
- Dò từ bàng quang, niệu quản, ruột già hay ruột non có thể xảy ra ở bất kỳ phần nào của ống âm đạo. *Điều trị:* phẫu thuật.
- *Dị vật* (băng vệ sinh, vòng tránh thai) có thể dẫn đến viêm loét và nhiễm trùng âm đạo. *Điều trị:* loại bỏ dị vật và chăm sóc tại chỗ.

Sang thương cổ tử cung

Nang cổ tử cung và các khối u lành tính

- *Nang Naboth* (Hình 9.3) rất phổ biến, đặc điểm bình thường của cổ tử cung người lớn, với chất lỏng nhầy bên trong và thường có mạch máu trên bề mặt. *Điều trị:* không điều trị.
- *Polyp cổ tử cung* là dạng tăng sinh lành tính thường gặp nhất của cổ tử cung. Thường bắt nguồn từ viêm và sau đó tăng sinh tại chỗ. *Điều trị:* loại bỏ bằng cách xoắn cuống và kéo nhẹ ra.

Hẹp cổ tử cung

- Mắc phải sau phẫu thuật cổ tử cung, bức xạ, nhiễm trùng, ung thư, và teo.
- Các triệu chứng ở phụ nữ tiền mãn kinh có thể bao gồm đau bụng kinh, hiếm muộn, xuất huyết âm đạo bất thường, và vô kinh. Phụ nữ sau mãn kinh thường không có triệu chứng.
- Các biến chứng có thể bao gồm ứ dịch lỏng tử cung (chất lỏng trong suốt trong tử cung), ứ máu lòng tử cung, hoặc ứ mủ trong lòng tử cung. *Điều trị* (nếu cần thiết): nong cổ tử cung.

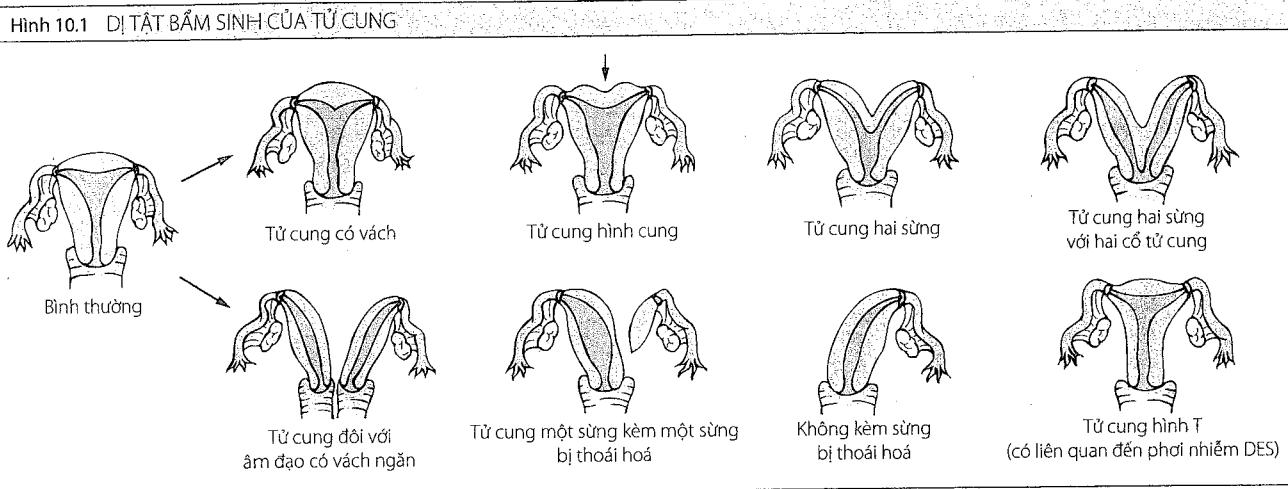
Tiếp xúc với diethylstilbestrol

- Diethylstilbestrol (DES) là một estrogen tổng hợp đã đưa vào sử dụng giữa những năm 1940 và 1970 để ngừa sẩy thai ở một số phụ nữ có thai kỳ nguy cơ cao.
- Những phụ nữ tiếp xúc với DES trong tử cung thường có phản biến mô tuyến rộng trên cổ ngoài cổ tử cung (lò tuyến cổ tử cung) và trên âm đạo (bệnh lý tuyến âm đạo), và những bất thường cấu trúc khác. *Điều trị:* không cần thiết. Liên quan đến ung thư tế bào sáng hiếm gặp ở âm đạo hoặc cổ tử cung.

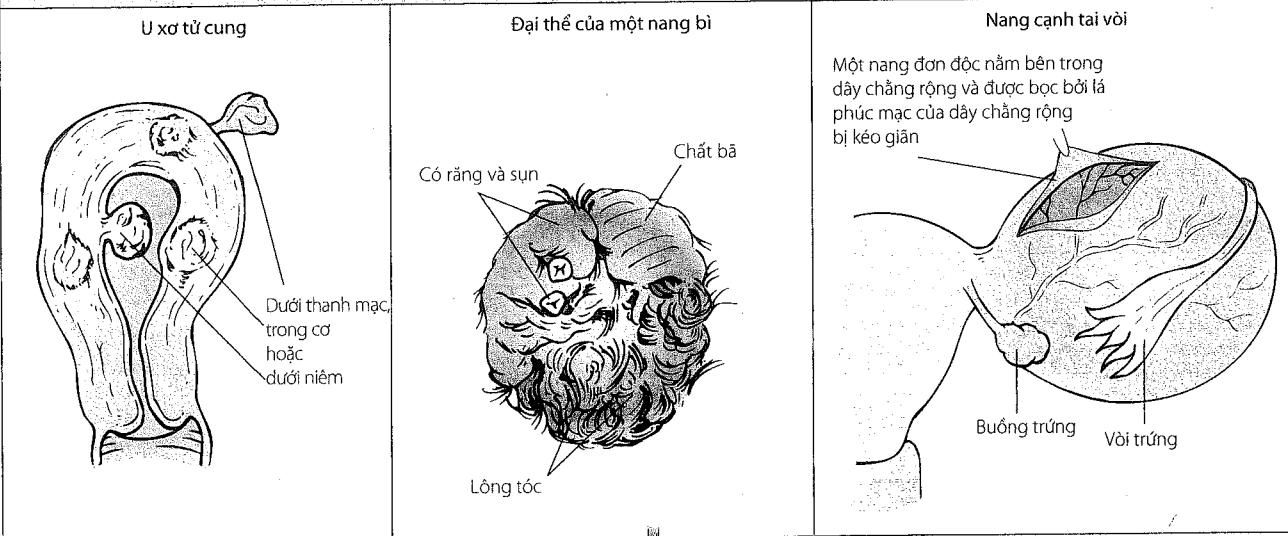
10

Các bệnh lý lành tính của đường sinh dục trên

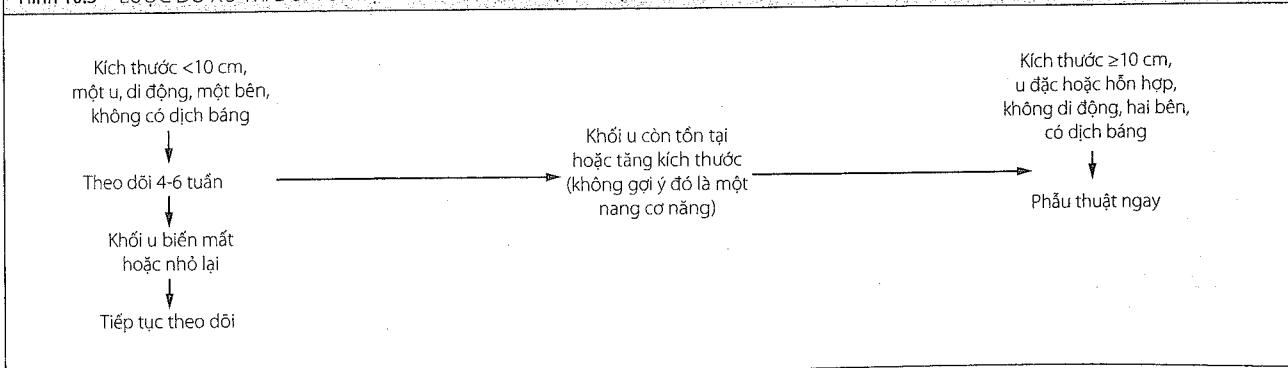
Hình 10.1 DỊ TẬT BẤM SINH CỦA TỬ CUNG



Hình 10.2 KHỐI U PHẦN PHỤ



Hình 10.3 LUẬC ĐỒ XỬ TRÍ ĐỐI VỚI MỘT KHỐI U PHẦN PHỤ Ở PHỤ NỮ TIỀN MÃN KINH



Cung và tử cung

Dị tật bẩm sinh (Hình 10.1)

- Sự hợp nhất bình thường của ống Müller trong quá trình tạo phôi sẽ hình thành khoang tử cung hình tam giác và phần trên âm đạo có hình ống. Sự hợp nhất không hoàn toàn sẽ gây ra một loạt các dị tật bẩm sinh.
- Tử cung đôi là dạng bất thường nhất với hai tử cung riêng biệt và có thể có hai cổ tử cung, và một vách ngăn âm đạo. Hợp nhất không hoàn toàn là dạng phổ biến hơn, kết quả là tử cung *hình cung*, tử cung *hai sừng*, hoặc tử cung *có vách ngăn*. Tử cung *một sừng* phát sinh từ ống Müller và ống đi kèm với nó; ống Müller khác có thể phát triển kém hoặc không có.

U xơ tử cung (u cơ trơn, u cơ) (Hình 10.2)

Khối u phổi biến nhất ở vùng chậu của nữ, hiện diện trong khoảng 50% phụ nữ và nguyên nhân hàng đầu chỉ định cắt tử cung.

- Nguyên nhân.* U xơ tử cung là sự tăng sinh lành tính cơ trơn và mô liên kết có nguồn gốc từ một tế bào duy nhất. Chúng thường nhiều, đường kính từ 1 mm đến >20 cm, và được bao quanh bởi một bao già tạo nên bởi những sợi cơ trơn nén lại. U xơ tử cung có thể tăng kích thước khi sử dụng estrogen và hầu hết nhỏ đi sau khi mãn kinh. Progestin, clomiphene, thai kỳ đôi khi làm u tăng nhanh về kích thước, thoái hóa xuất huyết và gây đau. U xơ tử cung phổi biến hơn ở phụ nữ da đen.
- Phân loại.* Tất cả các u xơ tử cung đều bắt nguồn trong cơ tử cung, tiếp tục tăng trưởng theo một hướng và cuối cùng được phân loại theo vị trí như dưới thanh mạc, trong cơ, hoặc dưới niêm mạc. Đôi khi u xơ tử cung có nhiều tế bào đang nguyên phân (u cơ trơn đang phân bào) hoặc tế bào cơ trơn tụ lại thành chùm (u cơ trơn tế bào). Các loại u này không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán sarcoma cơ trơn và không có nguy cơ ác tính.
- Triệu chứng.* Hầu hết bệnh nhân không có triệu chứng. Bệnh nhân có thể đến khám do xuất huyết tử cung bất thường, chèn ép vùng chậu, hoặc đau bụng.
- Chẩn đoán.* Sờ được tử cung to, không đều khi khám là triệu chứng gợi ý. Siêu âm có thể được sử dụng để xác định chẩn đoán. Hiện nay, u xơ tử cung có thể có nhiều biểu hiện khác nhau phụ thuộc vào vị trí và thoái hóa hay không.
- Theo dõi.* Hầu hết bệnh nhân không cần điều trị. U xơ tử cung có thể được theo dõi theo thời gian bằng cách khám hoặc siêu âm. Can thiệp có thể được chỉ định nếu (1) bệnh nhân có u to gây khó chịu, (2) bệnh nhân có xuất huyết nhiều, (3) nghi ngờ u là sarcoma dựa vào sự tăng nhanh kích thước của u, (4) u xơ tử cung gây ra thận ứ nước đáng kể, hoặc (5) nếu có sự biến dạng của buồng tử cung ở những phụ nữ đang dự tính mang thai hoặc bị sẩy thai liên tiếp.
- Điều trị nội khoa.* Thuốc ngừa thai dạng uống (OCPs), progestin, và dụng cụ tử cung có nội tiết (Mirena) đều có thể làm giảm chảy máu. Đồng vận GnRH (tức là leuprolide acetate) làm vô kinh do hạ estrogen và có thể tạm thời thu nhỏ u xơ tử cung, thường là sử dụng trước khi phẫu thuật.
- Thủ thuật không xâm lấn.* Thuyên tắc động mạch tử cung là một phương pháp thay thế cho phẫu thuật làm giảm lưu lượng máu đến u xơ. Hầu hết bệnh nhân giảm đáng kể các triệu chứng chảy máu và giảm kích thước u, tuy nhiên, lợi ích có thể chỉ tạm thời.
- Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu.* Soi buồng tử cung bóc u xơ cho u dưới niêm mạc lớn hơn 4 cm hoặc cắt bỏ nội mạc tử cung là phương pháp hiệu quả để kiểm soát chảy máu. Nội soi thường hoặc bằng robot bóc u xơ hoặc cắt tử cung có thể được thực hiện một cách an toàn nếu có thể thực hiện được, nếu cần thiết có thể cắt nhỏ u trong phẫu thuật. Đôi với u quá lớn, hoặc phức tạp, có thể mở hở để thực hiện các hoạt động một cách an toàn.

Polyp nội mạc tử cung

Phát triển nhanh tại chỗ của các tuyến nội mạc tử cung và chất nền, thường phát sinh ở đáy tử cung. Đa số là không có triệu chứng, nhưng một số trường hợp có chảy máu âm đạo bất thường. Có thể cắt bỏ qua soi buồng tử cung.

U phổi phụ

5%-10% phụ nữ sẽ phải phẫu thuật u phổi phụ trong suốt cuộc đời của họ. Siêu âm là xét nghiệm hình ảnh học được lựa chọn. Sự xuất hiện trên siêu âm hình ảnh bờ không đều, có dịch trong ổ bụng, có nhú, có vách, thì nên nghi ngờ là ác tính.

Nang buồng trứng lành tính

Sự xuất hiện trên siêu âm hình ảnh bờ không đều, có dịch trong ổ bụng, có nhú, có vách, thì nên nghi ngờ là ác tính (xem Chương 33).

- Nang chức năng* là nguyên nhân thường gặp nhất làm buồng trứng to, phát hiện trên lâm sàng trong độ tuổi sinh sản. Đây có thể là nang đơn giản lớn hoặc u nang hoàng thể xuất huyết. Đa số sẽ tự hết trong vòng 4-6 tuần.
- U bi (u quái lành tính; Hình 10.2)* chiếm khoảng 25% các khối u buồng trứng. Có kích thước khác nhau từ vài mm đến 25 cm đường kính, có ở hai bên trong 10%-15% trường hợp. Chúng thường là những nang phức tạp chứa các thành phần xuất phát từ cả ba lớp tế bào mầm (nội bì, trung bì và ngoại bì).
- U nang tiết dịch trong* là những nang có một hay nhiều ngăn, 10%-20% xảy ra hai bên.
- U nang tiết dịch nhầy* có nhiều ngăn, chia thùy, và bề mặt trơn láng. Tổn thương hai bên rất hiếm. Các tổn thương này có thể trở nên rất lớn, đôi khi nặng >50 kg.
- Lạc nội mạc tử cung buồng trứng ("u nang chocolate")* là những nang lạc nội mạc tử cung thường xảy ra hai bên, và có thể lớn khoảng 15-20 cm. Khi khám âm đạo, phần phụ thường đau và bất động do viêm và dính. Lạc nội mạc là khối đồng nhất phức tạp có thể được chẩn đoán rõ ràng hơn nhờ cộng hưởng từ vùng chậu.

U đặc buồng trứng lành tính

- U sợi buồng trứng* là dạng phổi biến nhất. Chúng phát triển chậm và kích thước rất thay đổi. *Hội chứng Meigs* đề cập đến tam chứng hiếm xảy ra gồm u buồng trứng, cổ trường, và tràn dịch màng phổi.
- U sợi tuyến dịch trong và u nang sợi tuyến* là loại u bán đặc với mô liên kết chiếm ưu thế; 25% xảy ra hai bên.

Sang thương vòi trứng

- Nang cạnh tai vòi* (Hình 10.2) thường không có triệu chứng và phát hiện tình cờ. Có vách mỏng và chứa đầy dịch. Đó là di tích của hệ thống ống Wolff (trung thận).
- Ú dịch vòi trứng* là sự giãn bất thường của vòi trứng, là di chứng của bệnh viêm vùng chậu trước đó (xem Chương 8).

Điều trị khối u phổi phụ

Đa số khối u phổi phụ là lành tính, không tùy thuộc tuổi bệnh nhân.

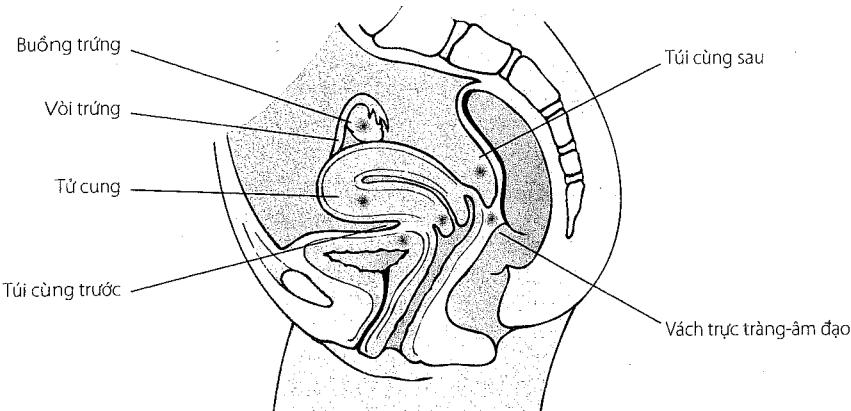
Lưu ý: tất cả các phụ nữ có u đặc buồng trứng nên cắt bỏ.

Lưu ý: giá trị CA-125 không nên được sử dụng để quyết định phẫu thuật hay không.

- Phụ nữ tiền mãn kinh* (Hình 10.3).
- Phụ nữ hậu mãn kinh.* Nang đơn giản thường có thể được theo dõi, trừ khi có triệu chứng. Nhiều loại sẽ tự hết. Tất cả các khối phổi phức tạp cần được xem xét khả năng ác tính và phẫu thuật cắt bỏ.

Lạc nội mạc tử cung và lạc nội mạc trong cơ tử cung

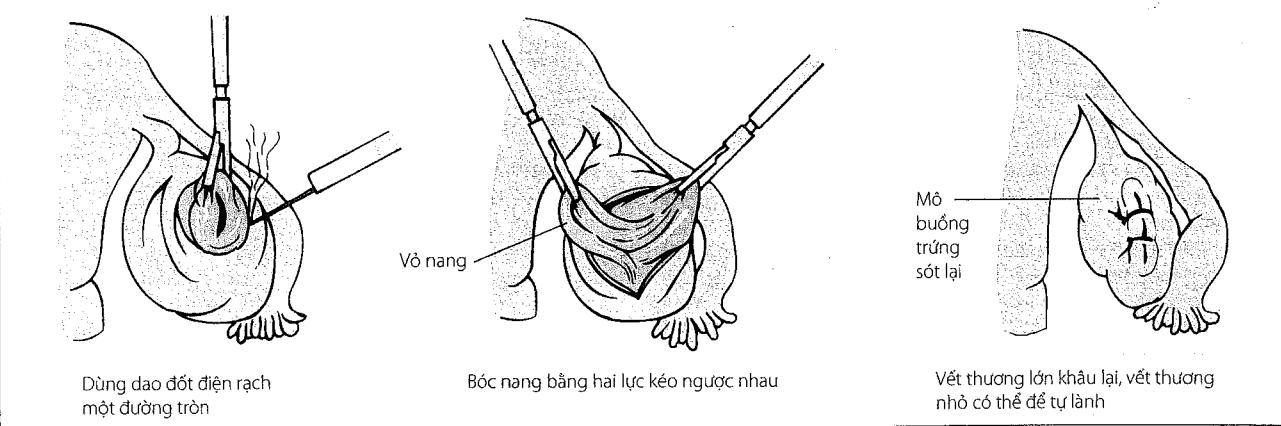
Hình 11.1 CÁC VỊ TRÍ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG THƯỜNG GẶP



Hình 11.2 PHÂN ĐỘ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG THEO HIỆP HỘ SINH SẢN HÓA KỲ (AFS)

		Cách tính điểm cho mỗi tổn thương nhìn thấy trong phẫu thuật			Giai đoạn I (tối thiểu): 1-5 điểm	Giai đoạn II (nhẹ): 6-15 điểm
		<1 cm	1-3 cm	>3 cm		
Buồng trứng	Nồng Sâu	1 2	2 4	4 6	Sang thương nóng	Sang thương sâu
	Phải Trái	Nồng Sâu	1 4	2 16	Dính nhẹ	Dính nhẹ
	Phải Trái	Nồng Sâu	1 4	2 16		
	Bít tắc túi cùng sau		Một phần 4	Toàn bộ 40		
	Dính		<1/3 khẩu kính	1/3-2/3 khẩu kính	>2/3 khẩu kính	
	Phải Trái	Nhẹ Chặt	1 4	2 8	4 16	
Tay vòi	Nhẹ Chặt	1 4	2 8	4 16	Giai đoạn III (trung bình): 16-40 điểm	Giai đoạn IV (nặng): >40 điểm
	Phải Trái	Nhẹ Chặt	1 4	2 8	4 16	
	Dính					
	Phải Trái	Nhẹ Chặt	1 4	2 8	4 16	

Hình 11.3 NỘI SOI BỎ U LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở BUỒNG TRỨNG



Lạc nội mạc tử cung và lạc nội mạc trong cơ tử cung

- **Định nghĩa.** Tuyến nội mạc tử cung chức năng và mô đệm nằm bên ngoài buồng tử cung (Hình 11.1).
- **Tỷ lệ mắc bệnh.** 5%-10% phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ; 30%-40% ở phụ nữ vô sinh và 80% phụ nữ bị đau vùng chậu mạn tính (xem Chương 6).
- **Độ tuổi.** Trong trường hợp điển hình, bệnh thường được chẩn đoán ở phụ nữ trong độ tuổi 20. Không tìm thấy ở thời kỳ trước khi kinh nguyệt xuất hiện và thoái triển sau mãn kinh.
- **Sinh bệnh học.** Trên lý thuyết, bệnh phát sinh do (1) *máu kinh trào ngược* (các tế bào sống của nội mạc tử cung di chuyển trào ngược qua vòi tử cung trong khi hành kinh và cấy ghép vào vùng chậu), (2) *chuyển sản trong khoang cơ thể* (các tế bào gốc của biểu mô trong khoang cơ thể bị kích thích biến đổi thành các tế bào giống như tế bào nội mạc tử cung), (3) *sự lan tỏa theo máu* (các tế bào nội mạc tử cung bị dịch chuyển tới những vị trí xa khác), (4) *bệnh tự miễn* (sự rối loạn hệ thống điều hòa miễn dịch làm cho các mô cấy ghép nội mạc tử cung lạc chỗ phát triển).

Triệu chứng và dấu hiệu

- Triệu chứng phổ biến nhất là *đau vùng chậu và vô sinh* nhưng nhiều bệnh nhân lại không có triệu chứng rõ ràng.
- *Đau theo chu kỳ* là dấu hiệu của lạc nội mạc tử cung, bao gồm đau bụng kinh thứ phát (bắt đầu vào trước hoặc trong kỳ kinh và đau tối đa vào lúc chảy máu nhiều nhất), cảm giác đau khi giao hợp sâu (đau khi giao hợp), đau khi đi đại tiện, đau lưng vùng xương thiêng trong khi hành kinh.
- Mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng không nhất thiết tương quan với mức độ bệnh ở vùng chậu. Thật vậy, nhiều phụ nữ mắc bệnh lạc nội mạc tử cung nhẹ giai đoạn đầu vẫn rất đau vùng chậu.
- Vô sinh có thể do biến dạng giải phẫu của cấu trúc vùng chậu vì bị lạc nội mạc tử cung lan rộng và dính nhưng cũng có thể xảy ra ở những phụ nữ mắc bệnh nhẹ mà không rõ lý do.
- Những dấu hiệu thực thể thông thường bao gồm tử cung không di động, ngả sau, có nhiều nốt nhỏ ở dây chằng tử cung-cùng với các phản ứng to ra và đau.

Chẩn đoán

- Chẩn đoán có thể dựa vào bệnh sử và khám lâm sàng bởi vì sang thương lạc nội mạc tử cung có thể xảy ra ở bất cứ nơi đâu trong cơ thể. Vị trí phổ biến nhất là ở buồng trứng.
- Siêu âm vùng chậu có thể cho thấy sự hiện diện một hay nhiều *u lạc nội mạc tử cung* (như những u nang buồng trứng chứa đầy máu) thường dính vào các cơ quan xung quanh vùng chậu.
- Phẫu thuật nội soi ổ bụng với sự quan sát trực tiếp sang thương lạc nội mạc tử cung và qua khảo sát móng của mẫu sinh thiết là tiêu chuẩn giúp chẩn đoán bệnh. Những sang thương ban đầu xuất hiện trên bề mặt màng bụng thường nhỏ và bọng nước. Những sang thương sau này có hình ảnh "bột cháy" điển hình đó là vùng nhăn nhúm màu đen, bao quanh là sẹo hình sao.

Phân loại

- Hệ thống phân loại của Hiệp hội Sinh sản Hoa Kỳ (Hình 11.2) dựa trên những gì nhìn thấy qua phẫu thuật cùng những quan điểm chủ quan để quy định cho mỗi sang thương lạc nội mạc tử cung tùy vào kích thước và chiều sâu của chúng. Sự hiện diện và sự lan rộng của những dải dính cũng được tính điểm.

Điều trị nội khoa

- Mục đích chính của điều trị nội khoa là ức chế rụng trứng và gây vô kinh. Sự giảm triệu chứng thống kinh, giao hợp đau, và đau vùng chậu thường được xem là điều trị thành công nhưng chỉ trong thời gian ngắn. Điều trị nội khoa không thể loại bỏ các sang thương.
- *Thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs)* không chỉ làm giảm đau mà còn làm giảm lượng máu kinh. Thuốc thường được dùng chung với các liệu pháp khác. Với các ca nặng hơn thì cần dùng đến thuốc giảm đau gây nghiện.
 - *Thuốc chứa progestin* kháng lại nội tiết tố nữ estrogen và ức chế sự tăng sinh của nội mạc tử cung. Liệu pháp này có thể làm giảm hoặc làm cho không có kinh theo cách có thể điều chỉnh và hồi phục lại như trước.

◦ *Thuốc uống ngừa thai (OCs)* làm giảm hoặc mất hẳn chu kỳ kinh nguyệt và cung cấp thêm estrogen. Đây là một liệu pháp dài hạn điển hình. Những loại thuốc mới hơn (theo thời vụ) được chỉ định nhằm làm giảm số chu kỳ kinh nguyệt xuống còn 3 tháng một lần hoặc thậm chí ít hơn. Nhiều khả năng có thể uống thuốc ngừa thai liên tục mà không cần dùng những viên giả được hay như trường hợp sử dụng vòng tránh thai NuvaRing hoặc miếng dán ngừa thai mà không cần nghỉ cách tuần. Phương thức này làm mất sự xuất huyết hàng tháng.

◦ *Các loại thuốc danazol và gestrinone* là những steroid có vài hoạt tính của androgen. Hai loại thuốc này đều ức chế sự phát triển của bệnh lạc nội mạc tử cung nhưng vẫn còn sử dụng hạn chế vì chúng có thể gây ra chứng rậm lông gây mất thẩm mỹ ở phụ nữ.

◦ *GnRH đồng vận* có thể gây ra giảm estrogen trầm trọng vì "mãn kinh do thuốc". Tuy đây là biện pháp điều trị khá hiệu quả nhưng có thể gây ra các triệu chứng mãn kinh khó chịu và sử dụng thuốc này hơn 6 tháng có thể dẫn tới loãng xương. Để làm mất các tác dụng phụ này hay làm tăng hiệu quả điều trị có thể sử dụng estrogen trở lại (liệu pháp add-back).

◦ *Điều trị "theo kinh nghiệm"* được tiến hành khi có các dấu hiệu và triệu chứng giúp chẩn đoán là lạc nội mạc tử cung nhưng không thể thực hiện phẫu thuật chẩn đoán xác định. Đầu tiên sẽ thử dùng viên uống ngừa thai và thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs). Sau đó sẽ điều trị bằng GnRH đồng vận (Lupron) trong 3 tháng. Phương pháp này có thể hữu hiệu với những ca kháng trị.

◦ Với những bệnh nhân điều trị theo kinh nghiệm không có hiệu quả thường phải được tiến hành phẫu thuật nội soi chẩn đoán để xác định chẩn đoán trước khi chuyển qua dùng các loại thuốc như danazol, liệu pháp điều trị lâu dài bằng GnRH đồng vận cùng với liệu pháp add-back hoặc thuốc giảm đau nhóm gây nghiện.

Điều trị phẫu thuật (Hình 11.3)

◦ Những phụ nữ trẻ mong muốn có khả năng có con trong tương lai thường phải trải qua phẫu thuật nội soi với một mục tiêu chính là cắt bỏ hoặc tiêu hủy càng nhiều mô lạc nội mạc tử cung tốt trong quá trình khôi phục lại cấu trúc giải phẫu bình thường và giữ lại mô buồng trứng bình thường. Một số trường hợp bệnh phải tiến hành nhiều cuộc phẫu thuật như vậy trong nhiều năm.

◦ Phẫu thuật nội soi thường được khuyên tiến hành khi các xét nghiệm hình ảnh học cho thấy một khối u nang lạc tuyến buồng trứng lớn hơn 4 cm hoặc trên lâm sàng nghi ngờ có dính vùng chậu. Thủ thuật cắt bỏ dây thần kinh trước xương cùng và/hoặc cắt bỏ dây thần kinh tử cung-cùng đã được cho là sự lựa chọn có lợi cho một số bệnh nhân chọn lọc.

◦ Tỉ lệ có thai có thể cải thiện ở phụ nữ mắc bệnh lạc nội mạc tử cung mức độ vừa phải đến nặng đã từng trải qua điều trị phẫu thuật.

◦ Đối với những phụ nữ lớn tuổi không lo ngại về việc sinh đẻ trong tương lai là những ứng viên tốt nhất để phẫu thuật dứt điểm (cắt bỏ tử cung và hai phần phụ).

◦ Bệnh nhân cần được tư vấn rằng chứng đau vùng chậu có thể không thuyên giảm và điều trị nội tiết thay thế với estrogen (xem Chương 28) vẫn còn là tùy ý lựa chọn. Có phương án giữ lại một hoặc cả hai buồng trứng, nhưng nguy cơ phải mổ lại vì bị đau dai dẳng là khoảng 20%.

◦ Lạc nội mạc tử cung thường xóa sạch những lớp mô tự nhiên và phẫu thuật có thể rất phức tạp do sự dính chặt, sự xơ cứng lan tỏa liên quan đến trực tràng và bàng quang.

Lạc nội mạc trong cơ tử cung

◦ **Định nghĩa.** Những tuyến nội mạc tử cung và mô đệm phát triển trong cơ tử cung.

◦ **Tỷ lệ mắc bệnh.** Xảy ra trong khoảng 20% phụ nữ.

◦ **Các triệu chứng và dấu hiệu.** Đau bụng kinh, rong kinh, giao hợp đau, và khi khám vùng chậu thấy tử cung to nhau.

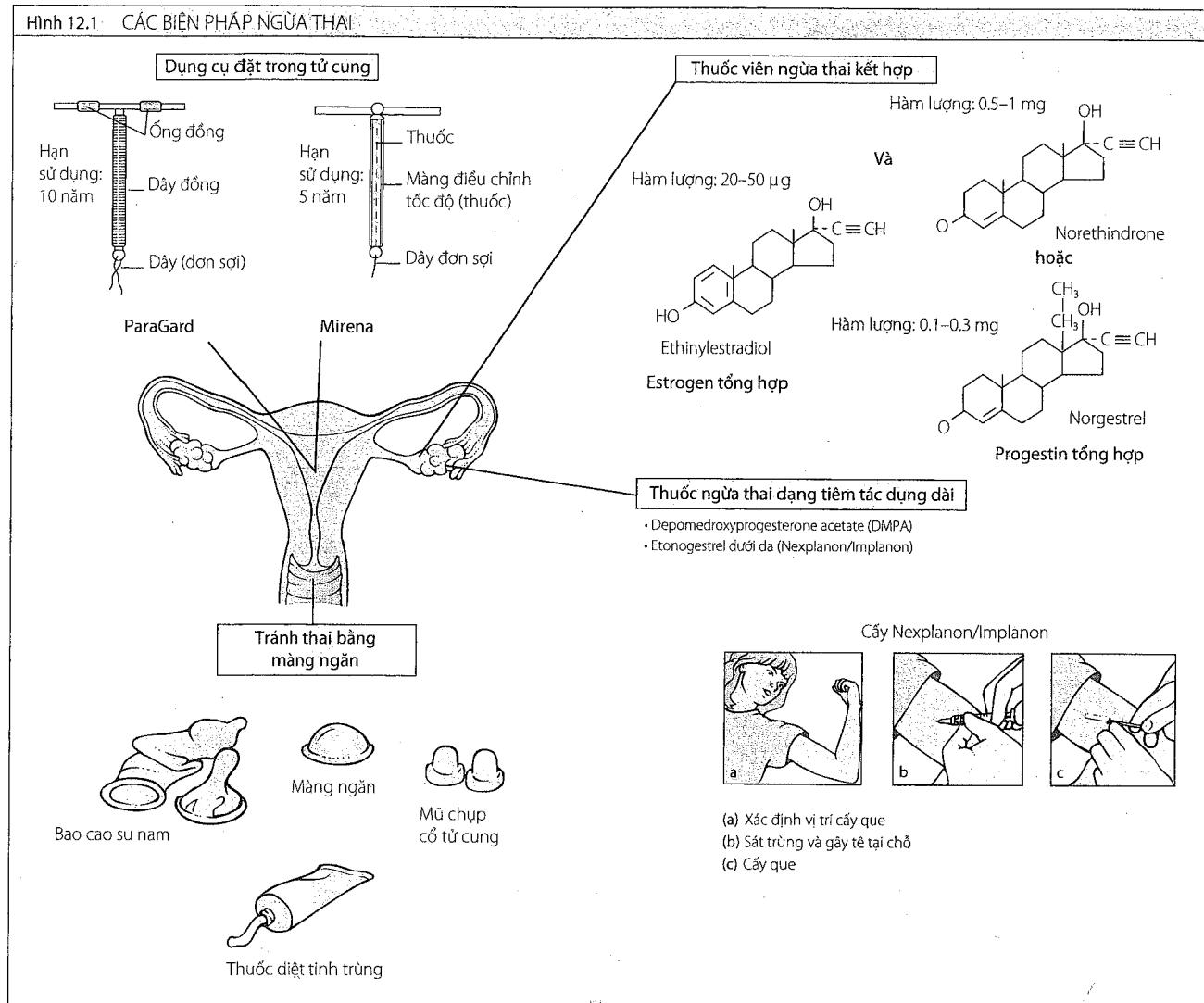
◦ **Chẩn đoán** có thể được gọi ý bởi siêu âm vùng chậu và/hoặc hình ảnh cộng hưởng từ, nhưng lạc nội mạc tử cung là một chẩn đoán về mặt mô học.

◦ **Điều trị.** Có thể được điều trị liên tục bằng thuốc viên tránh thai, Depo-Provera hoặc đặt dụng cụ tử cung Mirena nhưng trong nhiều trường hợp không có hiệu quả với điều trị nội khoa - cắt bỏ tử cung là cách tốt nhất để chữa trị cho những người có triệu chứng.

12

Biện pháp ngừa thai

Hình 12.1 CÁC BIỆN PHÁP NGỪA THAI



Hình 12.2 TỈ LỆ THẤT BẠI CỦA CÁC BIỆN PHÁP NGỪA THAI

Phương pháp	% phụ nữ mang thai trong 1 năm sử dụng biện pháp ngừa thai	
	Tỉ lệ thất bại thấp nhất	Tỉ lệ thất bại thông thường
OCs, OrthoEvra, NuvaRing, 'mini-pill'	0.3	8
Bao cao su nam	2	15
Màng chắn và thuốc diệt tinh trùng	6	16
Dụng cụ tử cung Paraguard	0.6	0.8
Vòng Mirena	0.2	0.2
Depo-Provera	0.3	3
Nexplanon/Implanon	<0.1	<0.1

- Định nghĩa. Sự tránh thai tự nguyện (kiểm soát sinh sản).
- Các biện pháp tránh thai (Hình 12.1) phụ thuộc chủ yếu vào sự vận động của người sử dụng, nhưng không có biện pháp nào là hiệu quả 100%, có thể sử dụng ngay lập tức, và chi phí thấp. Trong số các biện pháp, chỉ có sử dụng bao cao su nam và nữ mới có thể giảm nguy cơ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Thuốc uống tránh thai (OCs)

Đây là biện pháp tránh thai tạm thời phổ biến nhất ở Vương quốc Anh và Hoa Kỳ.

- Thành phần.** Hầu hết là thuốc tránh thai kết hợp có chứa estrogen và progestin tổng hợp. Các thuốc chỉ có progestin (hay còn gọi là "minipill") ít phổ biến vì có liên quan với một tỷ lệ ra huyết bất thường cao hơn.
- Cách dùng.** Một cách đơn giản, uống viên đầu tiên vào ngày thứ nhất của chu kỳ kinh nguyệt, hoặc vào ngày chủ nhật đầu tiên sau ngày bắt đầu có kinh. Sau đó, uống liên tục mỗi ngày một viên trong 21 ngày và 7 ngày sau thì mỗi ngày uống một viên giả được. Chu kỳ không rụng trứng sẽ bị xuất huyết (do sự ngừng thuốc chứa nội tiết tố). Hầu hết các viên thuốc tránh thai có 28 viên để dễ dàng cho phụ nữ uống một viên mỗi ngày, làm giảm sai sót và phòng ngừa quên uống thuốc. Các biện pháp tránh thai khác (diễn hình là bao cao su) thường được khuyến sử dụng khi bắt đầu uống thuốc tránh thai.
- Công thức.** Gần đây, một số thuốc uống tránh thai được chỉ định để tạo ra chu kỳ kinh nguyệt hàng quý thay vì hàng tháng (theo thời vụ). Những loại thuốc tránh thai khác có chứa chất nội tiết kết hợp bao gồm băng dán tránh thai hàng tuần (OrthoEvra), vòng đặt âm đạo (NuvaRing) - thay đổi mỗi 3 tuần/lần, hoặc thuốc tiêm tránh thai hàng tháng (Lunelle; không còn sử dụng ở Hoa Kỳ).
- Cơ chế hoạt động.** Các loại thuốc tránh thai ngăn chặn sự rụng trứng thông qua sự ức chế ở trung ương ngăn đình hormone tạo hoàng thể (LH) vào giữa chu kỳ cùng với các hoạt động ngoại biên làm giảm chức năng của ống dẫn trứng và làm dày chất nhầy cổ tử cung.
- Những lợi ích cho sức khỏe.** Thuốc uống tránh thai giúp giảm đau bụng kinh và giảm xuất huyết tử cung, bảo vệ tránh được các bệnh vú lành tính, ngăn ngừa sự hình thành u nang buồng trứng, và giảm tỷ lệ mắc bệnh viêm vùng chậu (PID). Ngoài ra, thuốc uống tránh thai còn làm giảm nguy cơ ung thư buồng trứng, ung thư nội mạc tử cung và có thể là cả lạc nội mạc tử cung.
- Tác dụng phụ.** Xuất huyết bất thường (nhất là nếu quên uống), buồn nôn, nhức đầu, huyết áp cao, tăng cân, đau vú.
- Chống chỉ định tuyệt đối.** Bệnh nhân mắc các bệnh: các bệnh lý thuỷến tắc mạch máu, bệnh gan mạn tính, xuất huyết tử cung chưa rõ chẩn đoán, có thai và u Tân sinh phụ thuộc estrogen.
- Chống chỉ định tương đối.** Phụ nữ trên 35 tuổi hút thuốc lá, mắc chứng đau nửa đầu, bệnh tim và biến chứng đái tháo đường.

Các biện pháp tránh thai thời đại hiện nay

Đeponedroxyprogesterone acetate (DMPA, Depo-Provera)

- Liều lượng.** Tiêm bắp 150 mg mỗi 12 tuần.
- Cơ chế.** Ngăn sự rụng trứng bằng cách ngăn đình LH tăng cao vào giữa chu kỳ.
- Tác dụng phụ.** Xuất huyết âm đạo bất thường, vô kinh, tăng cân, rụng tóc, giảm ham muốn tình dục, trầm cảm, và loãng xương.

Que cấy dưới da phóng thích etonogestrel (Nexplanon/ Implanon)

- Liều lượng.** Cấy vào vùng da dưới cánh tay một que cấy đơn. Có hiệu quả tránh thai trong 3 năm.
- Cơ chế.** Ngăn sự rụng trứng, làm suy yếu sự trưởng thành của nang noãn và làm đặc chất nhầy cổ tử cung.
- Các tác dụng phụ.** Tương tự như DMPA. Rút que cấy mất thời gian hơn lúc đặt vào và có thể cảm thấy khó chịu nhẹ do xơ hóa chỗ cấy que.

Tránh thai bằng màng ngăn

Tránh thai bằng cách ngăn chặn tinh trùng xâm nhập vào đường sinh dục nữ.

Bao cao su nam (tác dụng phòng bệnh, làm từ cao su)

- Đây là biện pháp ngăn chặn phổ biến nhất, là một lớp bao trùm lên dương vật làm từ chất liệu latex hay polyurethane, ngăn chặn sự xâm nhập của tinh dịch vào trong âm đạo.
- Dùng một lần rồi bỏ, sử dụng tiện lợi, rẻ tiền, phổ biến rộng rãi và giúp ngăn chặn sự lây lan của các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STIs).

Dụng cụ đặt trong âm đạo

- Màng chắn tránh thai** là một màng nhựa latex hình tròn được giữ tại chỗ bằng một khung kim loại có thể gấp lại. Nó ngăn không cho tinh dịch chảy vào trong kênh cổ tử cung. Thường phải được dùng cùng với một loại gel diệt tinh trùng và vẫn phải đặt tại chỗ trong vòng 6 giờ sau khi giao hợp.
- Bao cao su nữ** được đặt vừa vặn bên trong âm đạo và phủ cả đáy chậu. Loại này được sử dụng không thường xuyên.

Chất diệt tinh trùng

- Nonoxynol-9, một chất tẩy rửa không độc hại làm phá hủy màng tế bào của tinh trùng, là thành phần hoạt động chính.
- Không cần kê toa. Có nhiều loại dưới dạng bọt, kem bôi hoặc thuốc đặt.
- Đa phần thường dùng kèm với một màng ngăn âm đạo.

Dụng cụ đặt trong tử cung (vòng tránh thai), còn được gọi là LARC (biện pháp tránh thai tạm thời tác dụng lâu dài)

Đây là biện pháp tránh thai tạm thời được sử dụng phổ biến nhất trên thế giới và được xác nhận là phương pháp hàng đầu bắt kể tiền thai.

- Thuật ngữ.** Tại Hoa Kỳ, tất cả các thiết bị được đặt trong tử cung để ngừa thai được gọi là dụng cụ trong tử cung. Tại Vương quốc Anh, chỉ các thiết bị có chứa đồng được gọi là dụng cụ trong tử cung (IUDs) và các dụng cụ tránh thai trong tử cung có nội tiết tố được gọi là hệ thống trong tử cung (IUS).

- Liều lượng.** Có thể đặt bất cứ lúc nào trong chu kỳ kinh nguyệt khi đã loại trừ tình trạng thai nghén đã có trước. Thủng tử cung có thể xảy ra lúc đặt vòng vào tử cung, nhưng rất hiếm. Tỷ lệ rơi vòng là 5% trong năm đầu tiên.
- Cơ chế.** Ngăn ngừa trứng thụ tinh và làm tổ bằng cách gây ra phản ứng viêm vò khuẩn cục bộ, giúp chống lại noãn bào, tinh trùng, và hợp tử.
- Các tác dụng phụ.** Rong kinh và đau bụng kinh là nguyên nhân chính làm ngưng sử dụng vòng tránh thai chứa đồng T-380A (ParaGard) - IUD. Ngoài ra, dụng cụ đặt trong tử cung chứa nội tiết tố levonorgestrel (vòng Mirena) - IUS có thể làm giảm lượng máu kinh và giảm đau thắt. Rủi ro bị nhiễm trùng tử cung thấp trong 3 ngày đầu sau khi đặt vòng.

Người thai kinh nguyệt

(viên thuốc buỗi sáng hôm sau)

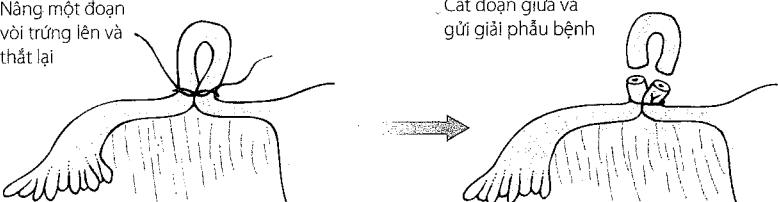
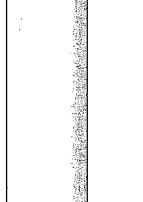
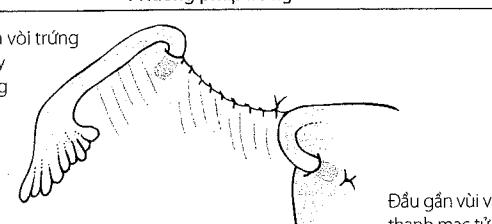
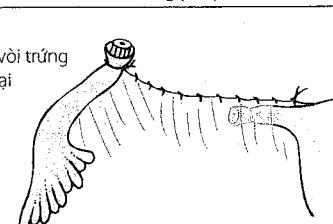
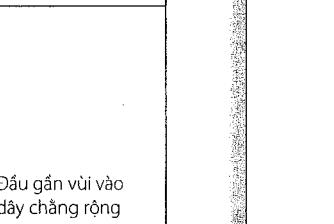
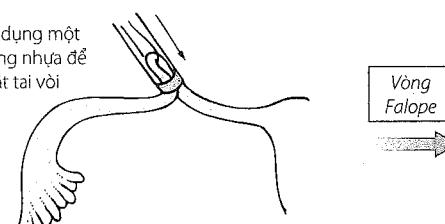
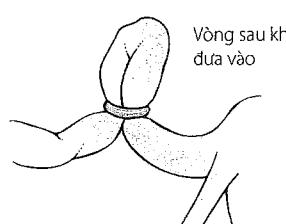
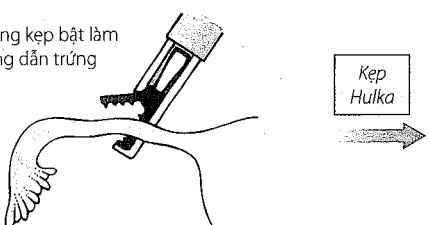
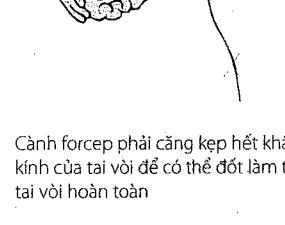
- Không được khuyến cáo là biện pháp hàng đầu. Diễn hình là biện pháp này thường được sử dụng sau khi thất bại trong việc sử dụng các biện pháp tránh thai khác hoặc sau khi quan hệ tình dục không có bảo vệ.
- Nguy cơ mang thai có thể giảm 75% nếu được uống trong vòng 72 giờ sau giao hợp không dùng biện pháp bảo vệ.
- Liều lượng.** Dùng 1 liều duy nhất 1.5 mg levonorgestrel (theo tiêu chuẩn Vương quốc Anh) hoặc hai viên thuốc (mỗi viên chứa: 0.05 mg ethinodiol và 0.25 mg levonorgestrel). Sau đó 12 tiếng thì uống liều thứ 2 (theo tiêu chuẩn Hoa Kỳ). Ngoài ra, có thể đặt thêm vòng tránh thai để ngăn trứng làm tổ.

Tỷ lệ thất bại (Hình 12.2)

Phương pháp tính ngày (kiêng kị giao hợp theo chu kỳ kinh nguyệt), **giao hợp gián đoạn** (rút dương vật trước khi xuất tinh), **thụt rửa sau khi giao hợp**, và **cho con bú kéo dài** là những phương pháp không đáng tin cậy và không được coi là các biện pháp tránh thai vì tỷ lệ thất bại cao.

13

Các biện pháp triệt sản

TRIỆT SẢN NỮ			
Hình 13.1 CÁC KĨ THUẬT VĨ PHẨU			
Thắt vòi trứng kiểu Pomeroy			
Nâng một đoạn vòi trứng lên và thắt lại	Cắt đoạn giữa và gửi giải phẫu bệnh	Vòi trứng bị tách rời sau vài tuần	
			
Phương pháp Irving	Phương pháp Uchida		
Đầu xa của vòi trứng vùi vào dây chằng rộng	Đầu xa vòi trứng bị thắt lại	Đầu gần vùi vào dây chằng rộng	
			
Hình 13.2 CÁC KĨ THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG			
Dụng cụ làm tắc cơ học	Dùng dao đốt lưỡng cực		
Sử dụng một vòng nhựa để thắt tai vòi	Vòng sau khi đưa vào	Kẹp đốt một đoạn dài 3 cm ở eo tai vòi	
			
Sử dụng kẹp bắt làm tắc ống dẫn trứng	Kẹp sau khi đưa vào	Cành forcep phải cảng kẹp hết khâu kín của tai vòi để có thể đốt làm tắc tai vòi hoàn toàn	
			
Hình 13.3 TỈ LỆ THẤT BẠI TRONG 10 NĂM			
Các phương pháp vĩ phẫu	Nội soi ổ bụng		
Pomeroy Irving Uchida	7/1000 không không	Dao đốt điện lưỡng cực Vòng Falope Kẹp Hulka Kẹp Filshie	25/1000 18/1000 37/1000 30/1000

- *Định nghĩa.* Đây là một phẫu thuật nhằm mục đích ngăn chặn vĩnh viễn hoặc loại bỏ một phần của bộ phận sinh dục nữ hoặc nam để ngăn chặn sự thụ tinh.
- *Tần suất.* Đây là biện pháp kế hoạch gia đình phổ biến nhất trên thế giới. Hơn 220 triệu cặp vợ chồng dùng phương pháp triệt sản để tránh thai, 90% trong số đó ở các nước đang phát triển.
- *Tỉ lệ triệt sản nữ:nam là 3:1.*
- *Nguy cơ.* Tất cả các bệnh nhân trải qua phẫu thuật triệt sản cần phải biết bản chất, hiệu quả, tính an toàn, và các biến chứng của phẫu thuật triệt sản cũng như của các biện pháp tránh thai thay thế khác. Bệnh nhân phải được cảnh báo về khả năng hồi tiếc sau này. Nhiều cặp vợ chồng có ý niệm sai lầm khi cho rằng quy trình triệt sản có thể dễ dàng hồi phục lại được. Các bác sĩ phẫu thuật có trách nhiệm phải nói rõ cho bệnh nhân biết đây là biện pháp tránh thai vĩnh viễn.

Triệt sản nữ

- Có thể thực hiện lúc mổ lấy thai, ngay sau sinh, sau phá thai, hoặc ở khoảng thời gian không liên quan gì đến thai nghén.
- Ở các nước đang phát triển, thắt ống dẫn trứng nhìn chung là một hình thức phổ biến để kiểm soát sinh sản và được thực hiện rộng rãi, mặc dù một số quốc gia Hồi giáo (vd. Ai Cập và Indonesia) không cho phép sử dụng biện pháp này.
- Các tổ chức y tế dựa trên đức tin ở các nước phát triển đôi khi sẽ từ chối thực hiện thắt ống dẫn trứng.
- *Ưu điểm.* Thắt ống dẫn trứng là biện pháp tránh thai vĩnh viễn, hiệu quả và an toàn. Về lâu dài, biện pháp này giúp giảm nguy cơ phát triển ung thư buồng trứng của phụ nữ lên đến 50%.
- *Các biến chứng.* Tỉ lệ tử vong là 4/100,000 ca, chủ yếu là do rủi ro trong gây mê. Biến chứng tiềm năng khác bao gồm xuất huyết, nhiễm trùng, thắt lộn dây chằng tròn, và tổn thương các tổ chức lân cận.
- *Hồi tiếc.* Đối tượng dễ hồi tiếc về sau nhất là những phụ nữ đã triệt sản khi còn trẻ tuổi (trước 25 tuổi). Các yếu tố nguy cơ gây hồi tiếc bao gồm tiền thai, tình trạng hôn nhân, và sức khỏe của con cái.
- *Sự hồi phục.* 1/500 phụ nữ triệt sản sẽ trải qua vi phẫu thuật nối vòi tử cung. Kỹ thuật này sẽ có kết quả tốt nếu chỉ một phần đoạn nhỏ của ống bị hư hỏng. Tỉ lệ có thai sau khi nối tùy thuộc vào tuổi tác của người phụ nữ và phương pháp triệt sản (phương pháp đốt điện: khoảng 40%, phương pháp gắn kẹp hay vòng: khoảng 70%-80%).

Kĩ thuật (Hình 13.1 và 13.2)

1 Mở bụng

Vị trí của vết rạch phụ thuộc vào kích thước của tử cung:

- *Thắt vòi tử cung ở thời gian không mang thai* được thực hiện bằng cách rạch một đường chính giữa từ 2-3 cm trên khớp vệ để mở đường vào bụng. Sau đó định vị tử cung rồi nâng vòi fallope bằng một ngón tay hoặc bằng kẹp Babcock. Sau khi vòi fallope đã được nhận diện bởi tua vòi thì sẽ tiến hành thắt vòi tử cung.
- *Thắt vòi tử cung ở thời kỳ hậu sản* được thực hiện lúc mổ lấy thai hoặc sau khi sinh qua ngả âm đạo. Triệt sản sau sinh ngả âm đạo thực hiện lý tưởng nhất là khi đáy tử cung còn cao trong ổ bụng (trong vòng 48 giờ sinh), rạch một đường dưới rốn từ 2-3 cm. Sức khỏe mẹ và trẻ sơ sinh phải được xác định là tốt trước khi triệt sản.

2 Nội soi thắt vòi tử cung

Đây là phương pháp thực hiện trong thời kỳ không mang thai phổ biến nhất ở các nước phát triển:

- Thiết bị làm tắc vòi cung cơ học thường được sử dụng, chẳng hạn như các clip lò xo (kẹp Filshie, Hulka) hoặc một cái băng cao su đàn hồi (vòng Falope). Những thiết bị đặc biệt này rất cần thiết và đòi hỏi phải có đầy đủ kỹ năng để sử dụng. Vòi fallope dính hoặc dày hoặc giãn to làm tăng nguy cơ lắp đặt sai và dẫn đến thắt vòi thất bại. Kẹp (5 mm) và vòng

(2 cm) ít phá hủy mô vòi tử cung hơn và thủ thuật phục hồi có khả năng thành công cao hơn.

- Đốt điện luồng cực là phương pháp phẫu thuật nội soi làm tắc vòi thường được sử dụng tại Hoa Kỳ. Để đạt được hiệu quả tối đa, ít nhất là 3 cm phần eo của vòi fallope phải được đốt đồng hoàn toàn bằng cách dùng đủ năng lượng.

3 Essure (phương pháp soi buồng tử cung, qua cổ tử cung)

Được tiến hành từ năm 2002 nhưng không dùng phổ biến và không khuyến cáo dùng cho tất cả mọi người.

- Một dụng cụ gọi là Microinsert được đặt vào đầu gần của vòi tử cung nhờ một ống thông đi xuyên qua ống nội soi buồng tử cung.
- Dụng cụ này được thiết kế để tạo ra các mỏ seо bên trong và xung quanh microinsert tại vị trí microinsert được đặt vào để bịt kín vòi tử cung.
- Không giống với các hình thức thắt vòi tử cung khác, phương pháp này không cần gây mê toàn thân hoặc rạch da.
- Sau đó ba tháng sẽ tiến hành chụp X-quang tử cung-vòi trứng(chụp HSG) để xác nhận chắc chắn đã bịt kín vòi. Bệnh nhân được hướng dẫn sử dụng biện pháp tránh thai khác cho đến khi xác nhận vòi tử cung đã bị tắc.

Xác suất thất bại của triệt sản nữ (Hình 13.3)

- Tùy thuộc vào kĩ thuật, tay nghề của bác sĩ phẫu thuật và đặc điểm của từng bệnh nhân (tuổi tác, tình trạng dinh dưỡng và ứ dịch vòi tử cung).
- Nếu mang thai sau khi đã triệt sản thì có khả năng là mang thai ngoài tử cung.

Triệt sản nam (Thắt ống dẫn tinh)

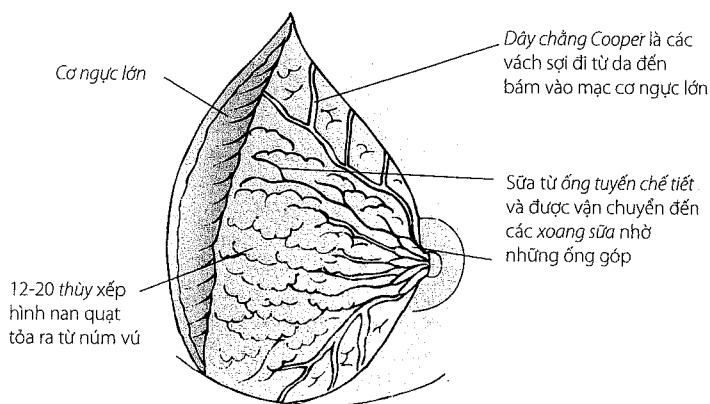
- *Phương pháp.* Thắt ống dẫn tinh là phẫu thuật làm gián đoạn ống dẫn tinh vĩnh viễn (ống vận chuyển tinh trùng trong khi xuất tinh). Bệnh nhân được phẫu thuật tại phòng khám ngoại trú đơn giản trong vòng 15 phút và chỉ bị gây tê tại chỗ, nhưng không có hiệu quả ngay lập tức. Tinh trùng bình thường sẽ trưởng thành trong các ống dẫn tinh khoảng 70 ngày trước khi xuất tinh. Vì vậy, 3 tháng hoặc 20 lần xuất tinh là điều kiện cần thiết để làm cạn kiệt hoàn toàn các tinh trùng sống trong các ống dẫn tinh. Sau khi thắt ống dẫn tinh cần phải tiến hành phân tích tinh dịch trước khi giao hợp không dùng biện pháp bảo vệ.
- *Ưu điểm.* Nếu so sánh với thắt vòi tử cung, thắt ống dẫn tinh an toàn hơn, ít tổn kém nhưng hiệu quả như nhau.

- *Các biến chứng.* Cơ bản thì tỉ lệ tử vong là số không. Phổ biến nhất là bị khói tụ ở vết thương và tự giới hạn. Biến chứng lâu dài chủ yếu là cảm giác đau tinh hoàn kéo dài ("hội chứng đau sau thắt ống dẫn tinh").
- *Hồi tiếc.* Một số đàn ông bị trầm cảm, bức tức và trải qua một khoảng thời gian nuối tiếc vì mất khả năng sinh sản. Những cảm xúc này cũng tương tự như những gì một số phụ nữ trải qua sau khi mãn kinh. Một nửa trong số những người đàn ông thắt ống dẫn tinh thường giữ bí mật việc họ đã triệt sản.
- *Sự hồi phục.* Chưa tới 5% nam giới yêu cầu được thực hiện thủ thuật nối lại ống dẫn tinh. Đây là một thủ thuật vô cùng khó khăn và tốn kém mà lại rất tốn kém và chỉ thành công 50%.
- Tỉ lệ thất bại của thắt ống dẫn tinh dưới 0.5%.



Bệnh lý tuyến vú

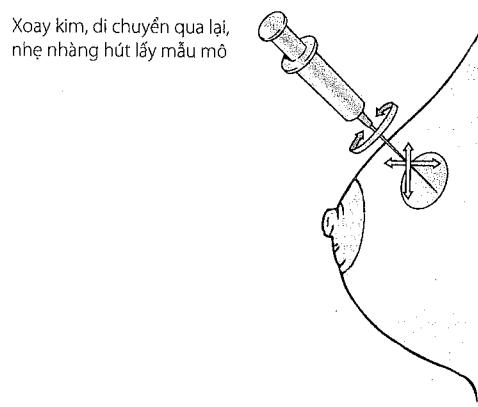
Hình 14.1 GIẢI PHẪU VÚ



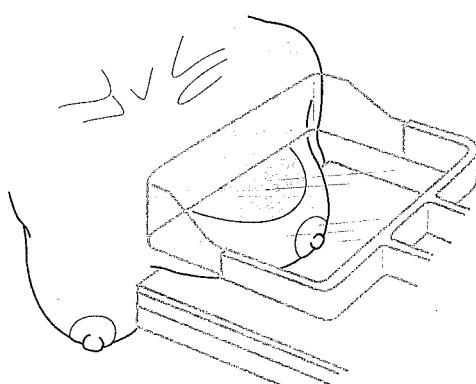
Hình 14.2: YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA UNG THƯ VÚ

Tuổi (nguy cơ tăng cao hơn sau mỗi 10 năm)	
Tiền căn ung thư vú đối bên	
Tiền sử gia đình	>4 lần
Đột biến BRCA1 hoặc BRCA2	
Kết quả sinh thiết trước đó là tiền ung thư	
Phơi nhiễm phóng xạ	2.1-4 lần
Phụ nữ không có con	
Cư trú ở vùng Bắc Mỹ hoặc Bắc Âu	
Tuổi sinh con so ≥ 35	
Có kinh sớm	
Mãn kinh muộn	1,1-2 lần
Béo phì	
Dân thành thị	
Đời sống kinh tế-xã hội cao	
Tiền căn ung thư nguyên phát ở buồng trứng hoặc nội mạc tử cung	

Hình 14.3: SINH THIẾT BẰNG KIM NHỎ



Hình 14.4: NHŨ ÁNH



- Có thể phát hiện ung thư vú khi nhìn thấy các dấu hiệu:
 - 1 Đám vôi hóa nhỏ
 - 2 Hình gai (spiculations)
 - 3 Khối đà nốt không rõ bờ
- Những đám riêng biệt (≥ 5 nốt vôi hóa nằm trong thể tích 1 cm^3) là dấu hiệu thường gặp nhất của một ung thư biểu mô (carcinoma) giai đoạn sớm

Phản ứng của vú với sự phát triển chu kỳ kinh nguyệt (Hình 14.1)

- Tuyến vú là một tuyến bã nhòn lớn biến thể và được bao bọc bởi lớp mạc nồng của thành trước ngực.
- Trọng lượng trung bình là 200-300 g trong thời kỳ còn kinh nguyệt.
- Cấu tạo: 20% là các tuyến và 80% là mô mỡ và mô liên kết.
- Mô vú rất nhạy cảm với những thay đổi nồng độ nội tiết tố theo chu kỳ phụ nữ thường bị đau ngực và căng vú trong pha hoàng thể của chu kỳ. Các triệu chứng tiền kinh xuất hiện do sự gia tăng lưu lượng máu, mạch máu căng phồng, và sự giữ nước của cơ thể.
- Vào giai đoạn gần lúc bắt đầu dậy thì, sự thay đổi đầu tiên ở vú là sự hình thành các chồi vú (xem Chương 21). Sau đó, quầng vú rộng lên và núm vú bắt đầu nhô ra.
- Estrogen chịu trách nhiệm ở giai đoạn đầu của sự phát triển vú, còn sự phát triển sau này thì cần có nồng độ progesterone của người trưởng thành.

Khám lâm sàng

- Khám vú toàn diện đặc biệt quan trọng khi xuất hiện các triệu chứng bệnh.
- Bước đầu tiên là *quan sát*. Bệnh nhân thường phải giơ tay lên trên đầu và thực hiện các động tác làm căng các cơ ngực (đặt tay lên hông và ấn vào phía trong), cuối cùng là thả lỏng và nghiêng về phía trước. Các động tác này làm nổi lên những thay đổi ở da như sụn co kéo da, sự phù nề hay tấy đỏ và những thay đổi ở núm vú như co rút, chàm, hay lở loét.
- Sờ nắn* được thực hiện tốt nhất với bệnh nhân ở cả hai tư thế ngồi và nằm ngửa. Việc kiểm tra được thực hiện theo hình vòng tròn đồng tâm, bắt đầu với phần ngoài cùng của mô vú. Các bác sĩ nên cố gắng tìm dịch chảy ra ở núm vú và khám vùng nách cẩn thận để phát hiện hạch nách.

Bệnh lý tuyến vú lành tính

Thay đổi sơi bọc tuyến vú

- Định nghĩa*. Là sự gia tăng phản ứng sinh lý bình thường của mô vú đối với nồng độ của nội tiết tố buồng trứng theo chu kỳ.
- Tần suất*. Đây là loại bệnh phổ biến nhất trong các bệnh vú lành tính.
- Các triệu chứng và dấu chung*. Đau hai vú theo chu kỳ, gia tăng sự căng và dày vú hơn, có nhiều u cục, có sự thay đổi nhanh chóng và dao động đối với kích thước vùng nang vú, đau vú tăng và đôi khi còn bị chảy dịch tự nhiên ở đầu vú.
- Khám thực thể*. Đau nhiều, di động ít những vùng bị dày lên, hay ở những u dạng nang.
- Chẩn đoán*. Kết quả mô bệnh học rất đa dạng (u nang, bệnh tuyến, xơ nang, giãn ống tuyến sữa).
- Điều trị*. Mặc áo ngực vừa vặn và nhẹ, quần áo rộng, nhẹ nhàng; giảm dùng trà, cà phê, chocolate, ngưng hút thuốc. Các loại thuốc uống tránh thai hay thuốc chứa nội tiết tố progestin hữu hiệu với khoảng 90% bệnh nhân. Danazol mang lại hiệu quả trong trường hợp có các triệu chứng nặng.

U sói tuyến vú

- Định nghĩa*. Là những khối u rắn, dai, di động tự do, đặc, và là một khối đơn độc.
- Tần suất*. Đây là loại bệnh phổ biến thứ hai trong các bệnh vú lành tính.
- Các triệu chứng và dấu chung*. Điện hình là phụ nữ trẻ trong độ tuổi 20 thường vô tình phát hiện ra một khối u không đau trong lúc tắm. Các khối u này thường tăng trưởng rất chậm, nhưng thỉnh thoảng có thể khá nhanh.
- Khám thực thể*. Kích cỡ trung bình của khối u là 2.5 cm, 15%-20% phụ nữ có thể có nhiều khối u.
- Chẩn đoán*. Phụ nữ dưới 30 tuổi hiếm khi được chẩn định chụp nhũ ảnh. Siêu âm thường hữu hiệu trong việc phân biệt giữa khối u đặc với u nang.
- Điều trị*. Nếu nguyên nhân bệnh không thể được xác định bằng phương pháp sinh thiết bằng kim nhỏ (FNA) thì sẽ chẩn định phẫu thuật cắt bỏ. Với những khối u tăng kích thước nhanh chóng và những khối u dạng đặc ở những phụ nữ trên 30 tuổi thì nên cắt bỏ.

Các bệnh lý tuyến vú lành tính khác

- Đau vú* là một triệu chứng phổ biến có ảnh hưởng nhiều đến người phụ

nữ. Giảm lượng chất béo trong chế độ ăn uống có thể giúp cải thiện đáng kể.

- Tiết sữa* thường do tác dụng phụ của thuốc (các loại nội tiết tố, phenothiazine), nhưng có khả năng là do khối u tiết prolactin.
- U nhú trong ống tuyến (vú)* thường là một khối u đơn độc và dẫn đến tiết dịch trong hoặc máu ở núm vú.
- Giãn ống tuyến sữa* là do sự giãn nở vùng dưới quầng vú và viêm quanh ống tuyến vú.
- Hoại tử mỡ* thường do bị chấn thương và là sang thương lành tính duy nhất làm lõm da.

U nhú nhô vú

Mỗi năm trên toàn thế giới có hơn 1 triệu trường hợp ung thư vú - làm cho ung thư vú trở thành căn bệnh ác tính phổ biến nhất ở phụ nữ. Cứ tám phụ nữ thì có một người bị chẩn đoán bị ung thư vú trước 80 tuổi.

Yếu tố nguy cơ (Hình 14.2)

- Trường hợp bệnh do *di truyền* (5%-10%) thường do đột biến gene *BRCA-1* hay *BRCA-2*. Những phụ nữ mang hai loại gene đột biến này có 55%-85% nguy cơ phát triển ung thư.
- Phòng ngừa* bằng cách dùng tamoxifene hay raloxifene cho những phụ nữ có nguy cơ mắc bệnh cao đang được lượng giá. Cắt bỏ vú dự phòng là phương pháp chủ yếu dành riêng cho những phụ nữ mang các gene đột biến *BRCA-1* hay *BRCA-2*.
- Chụp nhũ ảnh* (Hình 14.4) là kỹ thuật tốt nhất để sớm phát hiện bệnh nhưng tỉ lệ cho âm tính giả là 10%.

Những khuyến cáo về sàng lọc bệnh lý tuyến vú

Ở Vương quốc Anh. Chụp nhũ ảnh mỗi 3 năm một lần cho phụ nữ trong độ tuổi 50-70.

Ở Hoa Kỳ. Chụp nhũ ảnh mỗi 2 năm 1 lần cho phụ nữ tuổi từ 50-74.

- Bệnh nhân có nguy cơ cao, chẳng hạn như người mang gene *BRCA-1* hay *BRCA-2*, có thể được sàng lọc sớm hơn và thường xuyên hơn với chụp MRI vú.
- Mô bệnh học*. Loại phổi biến nhất là carcinoma ống tuyến vú xâm lấn (70%-80%), tiếp theo là ung thư biểu mô tiêu thùy (5%-8%). Tỉ lệ mắc bệnh ung thư biểu mô ống tuyến vú *tại chỗ* (DCIS) đã tăng lên đáng kể cùng với sự phổi biến của phương pháp chụp nhũ ảnh sàng lọc.
- Xác định giai đoạn ung thư dựa trên hệ thống TNM nhằm xác định mức độ lan rộng của bệnh ung thư về phương diện giải phẫu học: khối u nguyên phát (T), xâm lấn hạch bạch huyết (N), và di căn (M).

Chẩn đoán và điều trị

- Sinh thiết bằng kim nhỏ - FNA* (Hình 14.3) và *sinh thiết lõi* là những thủ thuật thường được sử dụng ở phòng khám để chẩn đoán khối u vú sờ thấy được. Sinh thiết bằng cách mổ cắt khối u là thủ thuật xâm lấn tại phòng khám ngoại trú để nhận được đầy đủ mẫu mô. Sinh thiết mổ cắt khối u có định vị bằng kim hoặc chụp X-quang tuyến vú ba chiều được chỉ định cho các khối u không sờ thấy được.
- Mổ cắt khối u sinh thiết*. Thủ thuật thực hiện tại phòng khám ngoại trú để chẩn đoán mô học đầy đủ.

- Sinh thiết bằng mổ cắt khối u có định vị bằng kim hoặc chụp X-quang tuyến vú ba chiều*. Được thực hiện đối với các u không sờ thấy được.

- Cắt bỏ khối u* là hình thức phổi biến nhất của phẫu thuật bảo tồn vú mang lại kết quả thẩm mỹ cao, sau khi cắt bỏ tuyến vú hiếm khi cần phẫu thuật tái tạo lại.

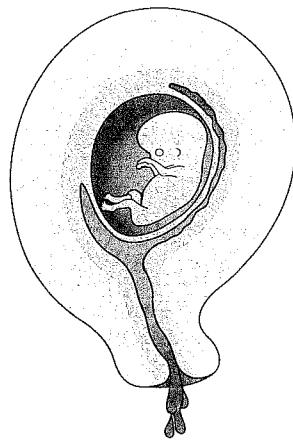
- Cắt bỏ tuyến vú triệt để cải biến*. Loại bỏ hoàn toàn mô vú, lớp mạc cơ ngực to bên dưới, và các hạch nách.

- Phẫu thuật tái tạo*. Làm giãn nở mô bằng cách cấy ghép hoặc sử dụng nắp vạt da cơ:

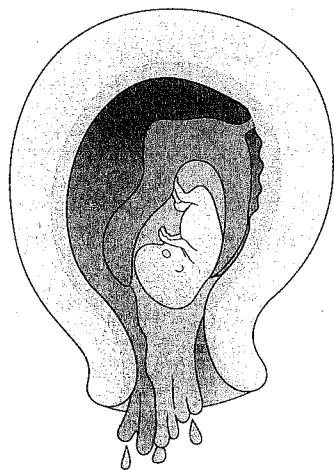
- Xạ trị hậu phẫu* có thể ngăn chặn tái phát bệnh đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao.

- Hóa trị hỗ trợ* là một vấn đề phức tạp, nhưng thường phụ thuộc vào độ tuổi của bệnh nhân, tình trạng thụ thể estrogen và progesterone và thụ thể Her-2 có thể hiện hay không. Doxorubicin, cyclophosphamide và/hoặc paclitaxel là loại thuốc gây độc tế bào phổi biến. Tamoxifen và/hoặc chất ức chế aromatase là những tác nhân nội tiết tố thường được sử dụng.

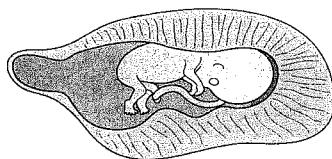
Hình 15.1 SẤY THAI



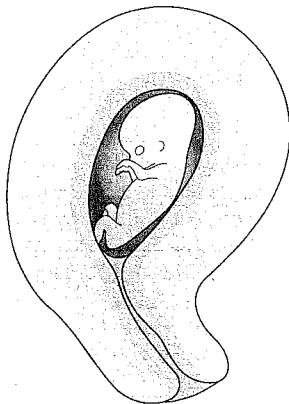
Dọa sẩy thai



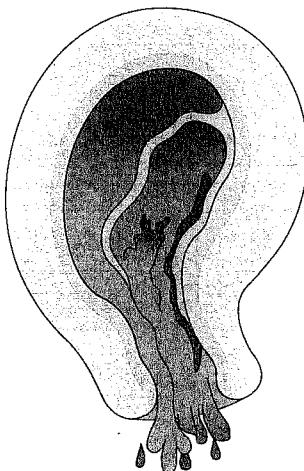
Sẩy thai khó tránh



Sẩy thai trọn



Sẩy thai còn sót



Sẩy thai không hoàn toàn

- **Định nghĩa.** Bào thai bị tống xuất ra khỏi buồng tử cung khi thai chưa có khả năng sống độc lập.
- Trong tất cả các trường hợp thụ thai, có 50%-75% sẩy thai một cách tự nhiên. Hầu hết các trường hợp đều không thể nhận ra vì quá trình này xảy ra trước hoặc vào thời gian diễn ra kỳ kinh nguyệt tiếp theo như dự kiến.

Sẩy thai tự nhiên

- **Định nghĩa.** Sẩy thai lâm sàng trước tuần thứ 20 của thai kỳ hoặc khi thai nhẹ hơn 500 g.
- Chiếm 15%-20% trong số các trường hợp có thai lâm sàng.
- Các yếu tố nguy cơ dẫn đến sẩy thai bao gồm bà mẹ lớn tuổi, nhiều con, từng sẩy thai trước đó, và hút thuốc.
- **Bệnh sử.** Xuất huyết âm đạo là triệu chứng hiện đang là phổ biến nhất, tiếp theo là đau bụng kiểu quẩn thắt.
- **Thăm khám.** Ban đầu, các dấu hiệu sinh tồn cần được kiểm tra để loại trừ sự rối loạn huyết động. Kiểm tra bằng mỏ vịt cho phép quan sát cổ tử cung và có thể thấy sản phẩm thụ thai. Khám âm đạo bằng hai tay có thể giúp ước tính tuổi thai.
- **Các xét nghiệm.** Cần kiểm tra nồng độ hCG trong huyết thanh, công thức máu và nhóm yếu tố rhesus (Rh) (hầu như tất cả bệnh nhân nhóm máu Rh(-) phải được phòng ngừa bằng cách tiêm globulin miễn dịch kháng D [xem Chương 53]).

Nguyên nhân (xem Chương 24)

- Hơn 80% các ca sẩy thai xảy ra trong ba tháng đầu tiên (<12 tuần tuổi thai). Không phải lúc nào cũng xác định được rõ ràng cơ chế chính xác gây sẩy thai, nhưng bào thai hoặc phôi thai thường chết *trước khi* bị sẩy thai tự nhiên. Do đó, tìm ra nguyên nhân của sẩy thai sớm bao gồm việc xác định nguyên nhân tử vong của thai nhi. Có ít nhất một nửa số trường hợp là do sự bất thường của nhiễm sắc thể.
- Sẩy thai trong tam cá nguyệt giữa của thai kỳ (12-20 tuần tuổi) chiếm dưới 20% trong tổng số trường hợp. Thai nhi thường chưa chết trước khi bị tống xuất và các bất thường về giải phẫu có nhiều khả năng là nguyên nhân gây sẩy thai.

Các yếu tố do thai

- **Bất thường nhiễm sắc thể.** Một nửa số trường hợp phôi thai và thai nhi bị sẩy trong ba tháng đầu có biểu hiện thể dị bộ. Thể tam bội nhiễm sắc thể thường (nhiễm sắc thể 13, 16, 18, 21, hoặc 22) là trường hợp bất thường thường gặp nhất. Thể đơn bội X (45,X) là trường hợp phổ biến thứ hai thường dẫn đến sẩy thai và đôi khi gặp ở bé gái sinh sống (hội chứng Turner, xem Chương 22). Đột biến thể tam bội thường liên quan với hiện tượng thai trừng bán phần (xem Chương 34).
- **Phát triển bất thường.** Sẩy thai trong ba tháng đầu tiên thường do sự phát triển bất thường của hợp tử, phôi, thai, và nhau. Một ví dụ phổ biến là phôi thai bị thoái hóa hoặc không có phôi (vd. trứng trống).

Các yếu tố do mẹ

Nguyên nhân sẩy thai với phôi thai có nhiễm sắc thể bình thường (thể nguyên bội) vẫn chưa được hiểu rõ, nhưng có thể là do nhiều bệnh lý y khoa khác nhau, do yếu tố môi trường và những bất thường của sự phát triển thai.

- **Dị tật tử cung.** Ngay cả u xơ tử cung to và đa nhau thường không gây sẩy thai. Hội chứng Asherman do nạo tử cung mạnh tay sẽ dẫn đến tình trạng nội mạc tử cung không đủ chức năng để nuôi dưỡng thai. Vấn đề còn băn căn là có phải do bất thường trong sự hình thành ống Müller hay do bất thường trong sự sáp nhập 2 ống Müller (xem Chương 24) là nguyên nhân gây sẩy thai hay không, và phẫu thuật chỉnh hình có thể ngăn ngừa sẩy thai không. Phẫu thuật chỉnh sửa chỉ nên được tiến hành khi đó là phương pháp chữa trị cuối cùng. Hở eo tử cung (xem Chương 58) cũng là một nguyên nhân gây sẩy thai có thể điều trị được.
- **Nhiễm trùng, các yếu tố nội tiết, nguyên nhân từ môi trường, và yếu tố miễn dịch** (xem Chương 24).

- **Chấn thương cơ thể.** Chấn thương nặng ở bụng có thể gây sẩy thai, nhưng đó chỉ là nhân tố rất nhỏ.

Phân loại và điều trị

Dọa sẩy thai (Hình 15.1)

- **Định nghĩa.** Xuất huyết tử cung trước 20 tuần tuổi nhưng cổ tử cung vẫn khép kín và bào thai vẫn còn sống.
- 20%-25% phụ nữ đang mang thai có tình trạng xuất huyết âm đạo ít hay nhiều. Tình trạng này có thể kéo dài trong nhiều ngày hoặc vài tuần. Tuy nhiên, nếu bị xuất huyết gần chu kỳ kinh nguyệt thì đó chỉ là sinh lý bình thường.
- Một nửa số trường hợp thai kỳ sẽ bị sẩy, nhưng nguy cơ sẽ thấp hơn đáng kể nếu tim thai vẫn hoạt động. Tuy nhiên, nếu không bị xảy ra tình trạng sẩy thai thì vẫn có gia tăng nguy cơ sinh non, sinh nhẹ cân, và tử vong chu sinh.
- **Điều trị.** Không có liệu pháp hữu hiệu. Bệnh nhân sẽ được theo dõi ở tình trạng để phòng sẩy thai trừ trường hợp bệnh nhân không mong muốn tiếp tục thai kỳ hoặc thai không thể sống. Nên nghỉ ngơi tại giường nhưng biện pháp này không thể làm thay đổi diễn tiến của sẩy thai.

Sẩy thai khó tránh, sẩy thai không trọn và sẩy thai trọn (Hình 15.1)

- **Định nghĩa.** Sản phẩm thụ thai bị tống xuất không thể tránh, một phần hoặc hoàn toàn trước 20 tuần tuổi qua cổ tử cung đã mở.
- Khi toàn bộ nhau thai hay một phần nhau tróc khỏi tử cung thì sự xuất huyết xảy ra. Thường xuất huyết nhiều kèm theo co thắt tử cung. Trong quá trình sẩy thai không trọn, lỗ trong cổ tử cung vẫn mở để máu có thể chảy ra ngoài. Sau khi nhau tróc hoàn toàn và sản phẩm thụ thai bị tống xuất ra hoàn toàn thì cổ trong cổ tử cung đóng lại.
- Sẩy thai không trọn thường xảy ra giữa tuần thứ 6 và tuần thứ 14 thai kỳ, sẩy thai trọn thường xảy ra trong thời gian <6 tuần hoặc >14 tuần tuổi.
- **Điều trị.** Nạo hút thai là cách cần làm khi bị sẩy thai không thể tránh hoặc không trọn; sẩy thai trọn có thể chờ để sẩy tự nhiên, không cần hút nạo.

Sẩy thai nhiễm trùng

- **Định nghĩa.** Xảy ra với bất kỳ loại sẩy thai nào, thường là khi bị dọa sẩy thai, sẩy thai không thể tránh hoặc không trọn ven kẽm theo sót trước 20 tuần tuổi.
- Phản thai còn sót lại sau khi sẩy thai tự nhiên, sau phá thai hợp pháp hay bất hợp pháp tác động như một ổ nhiễm trùng cục bộ, có thể dẫn đến tử vong nếu nhiễm trùng lan rộng.
- Bệnh nhân thường bị sốt, lạnh run, tăng bạch cầu, đau tử cung và dịch tiết ở âm đạo có mùi hôi.
- **Điều trị.** Bệnh nhân được điều trị bằng các loại kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch, nạo sạch tử cung, và điều trị hỗ trợ trong những trường hợp nặng. Tuy nhiên, một tử cung to, bị nhiễm trùng nặng có nguy cơ bị thủng tử cung lan rộng, có thể nạo với pitocin hoặc kích thích bằng prostaglandin.

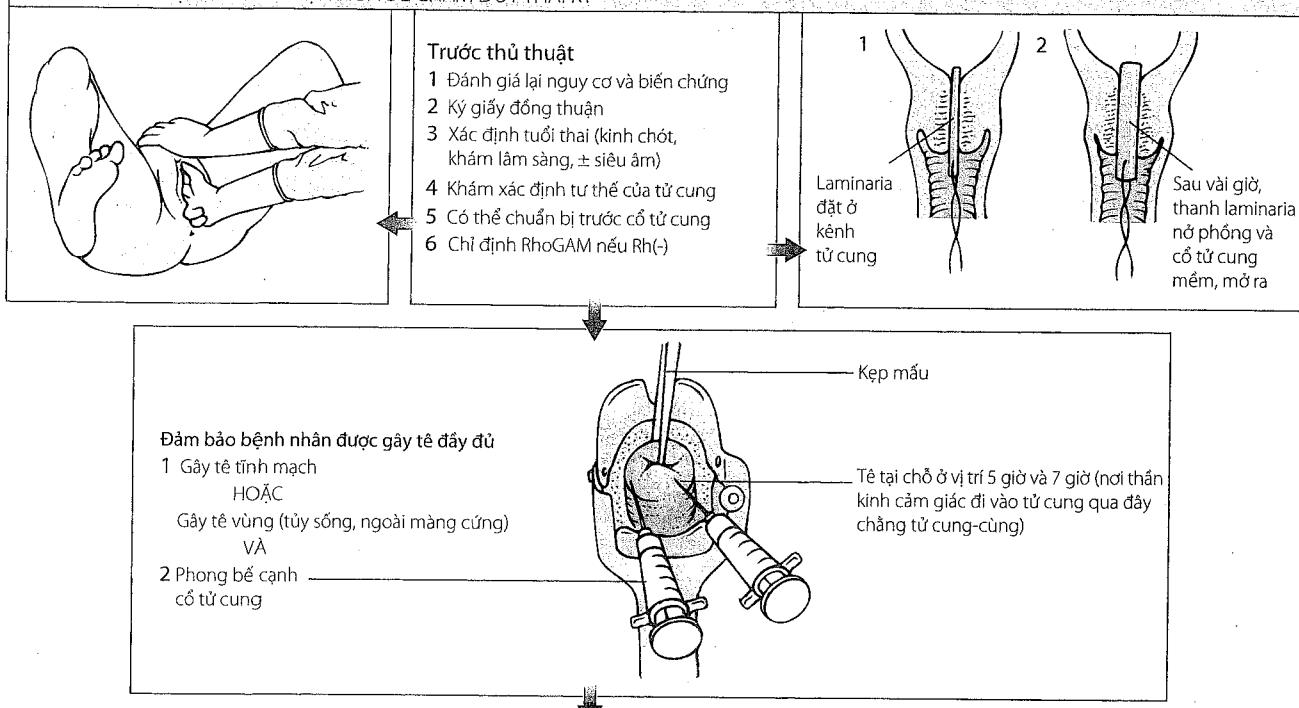
Sẩy thai lưu (Hình 15.1)

- **Định nghĩa.** Thai đã chết trước 20 tuần tuổi nhưng nhau thai chưa tróc dẫn đến lưu sản phẩm thụ thai vài ngày hoặc vài tuần phía sau cổ tử cung đóng kín.
- Thông thường, sau khi thai chết thì có giai đoạn máu chảy giảm dần và sau đó là tiết dịch màu nâu liên tục ở âm đạo. Nhiều phụ nữ không có các triệu chứng khác. Rất hiếm khi, thai đã chết lâu vẫn nằm trong tử cung có thể dẫn tới bệnh lý đông máu.
- **Điều trị.** Việc điều trị được cá nhân hóa tùy thuộc vào từng trường hợp bệnh nhân. Bệnh nhân thường khó có thể chịu đựng chờ thai sẩy tự nhiên sau khi biết thai đã chết. Điều trị nội khoa thường là lựa chọn an toàn nhất.

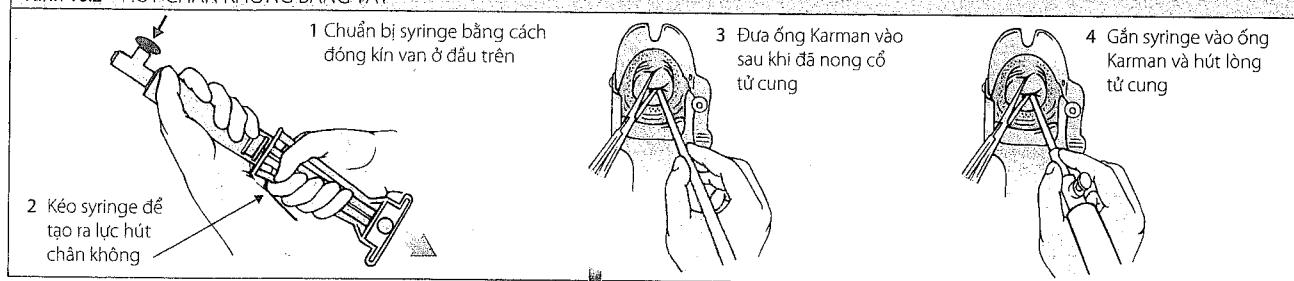
16

Chấm dứt thai kỳ

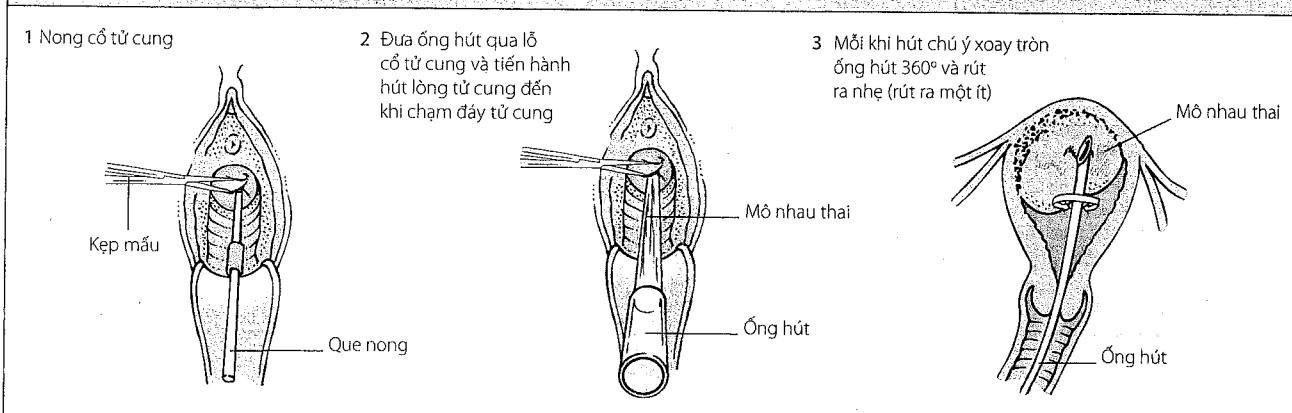
Hình 16.1 CÁC BIỆN PHÁP NGOẠI KHOA ĐỂ CHẤM DỨT THAI KỲ



Hình 16.2 HÚT CHÂN KHÔNG BẰNG TAY



Hình 16.3 HÚT CHÂN KHÔNG BẰNG ĐIỆN



- Định nghĩa. Là “sẩy thai” có chọn lọc hoặc tự nguyện thể theo yêu cầu của thai phụ làm chấm dứt thai kỳ trước khi thai có thể sống.
- Mỗi năm, có khoảng 1.2 triệu ca nạo phá thai được thực hiện ở Hoa Kỳ. Phân nửa số đó là phụ nữ dưới 25 tuổi. Khoảng 88% trường hợp thai kỳ bị nạo phá khi đã được 12 tuần tuổi, 10% từ 13 tuần tuổi đến 20 tuần và 1%-2% trên 20 tuần tuổi.
- Trên thế giới, mỗi năm có 44 triệu ca nạo phá thai. Tỉ lệ nạo phá thai (trong số 1,000 phụ nữ tuổi từ 15-44) ở Tây Âu là 12 và ở Mỹ Latin là 32.
- ½ các ca nạo phá thai trên thế giới không an toàn. Nạo phá thai không an toàn ước tính chiếm khoảng 13% nguyên nhân gây tử vong mẹ.

Lịch sử

- Nạo phá thai có lịch sử lâu dài và được thực hiện bằng nhiều phương pháp khác nhau qua hàng thế kỷ, bao gồm việc dùng thuốc phá thai bằng thảo mộc, gây thương tổn về thể chất, và đưa những dụng cụ không dùng cho phẫu thuật (kim đan, móc treo quần áo) vào tử cung. Những phương pháp này rất hiếm thấy ở các nước phát triển, nơi mà việc phá thai nội và ngoại khoa là hợp pháp và có thể thực hiện.
- Chấm dứt thai kỳ theo ý muốn tại Vương quốc Anh là hợp pháp từ khi Đạo luật về Phá thai được đưa ra vào năm 1967. Ở Hoa Kỳ, việc nạo phá thai được hợp pháp hóa với quyết định của Tòa án Tối cao Roe v. Wade vào năm 1973. Trên thế giới, luật nạo phá thai khác nhau chủ yếu tùy theo vùng. Một số quốc gia cho phép nạo phá thai theo yêu cầu (Hoa Kỳ, Canada, Vương quốc Anh, Pháp, Trung Quốc, Nga). Một số quốc gia khác cho phép nạo phá thai chỉ để bảo vệ tính mạng người phụ nữ (Ireland, Indonesia, Ai Cập). Một vài quốc gia lại cấm nạo phá thai không có sự ngoại trừ nào (Chile, Cộng hòa Dominica, Nicaragua).

Yếu tố cá nhân và xã hội

- Phụ nữ chọn phá thai do nhiều nguyên nhân khác nhau, bao gồm muốn trì hoãn hoặc kết thúc việc mang thai, liên quan đến vấn đề công việc hoặc chuyên học hành bị gián đoạn, vấn đề tài chính hoặc sự ổn định trong quan hệ tình cảm và nhận thức chưa trưởng thành.
- Ở Hoa Kỳ và Vương quốc Anh, 1% các trường hợp nạo phá thai là do bị cưỡng hiếp hoặc loạn luân, 6% do có vấn đề tiềm ẩn về sức khỏe ở người mẹ hoặc thai nhi, và 93% do nguyên nhân xã hội (thai ngoài ý muốn).
- Áp lực xã hội cũng có thể ảnh hưởng đến quyết định tiến hành nạo phá thai. Ví dụ, người phụ nữ không chấp nhận việc làm mẹ đơn thân, kinh tế không đủ để nuôi gia đình, không có hoặc không chịu sử dụng biện pháp tránh thai, hoặc do những nỗ lực từ việc kiểm soát dân số (vd. chính sách một con ở Trung Quốc).

Phá thai muộn

- Hiệu quả đến 95% đối với thai nhi đến 9 tuần tuổi.
- Chiếm gần 10% các trường hợp phá thai ở Hoa Kỳ và Vương quốc Anh.
- Ngày càng trở nên phổ biến do tính an toàn và tiện lợi.
- Hai loại thuốc được đưa ra theo trình tự như sau:
 - 1 *Mifepristone* (RU486) là thuốc kháng thụ thể progesterone, dùng để chặn hormone cần thiết cho việc duy trì thai kỳ. Trong vòng vài giờ, nội mạc tử cung bắt đầu rụng, cổ tử cung bắt đầu mềm, và có thể xảy ra chảy máu.
 - 2 *Misoprostol* (Cytotec, Hoa Kỳ) hoặc *gemeprost* (Vương quốc Anh) đều là những chất tương tự prostaglandin E₁. Tác dụng phụ bao gồm xuất huyết âm đạo, cơn đau co thắt tử cung, buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đau đầu, yếu cơ, và chóng mặt.
- Phác đồ phá thai bằng thuốc của Hoa Kỳ: (1) 24-72 giờ sau khi uống mifepristone 600 mg, người phụ nữ được uống misoprostol 400 µg (Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ [FDA] chấp thuận phác đồ này cho thai dưới 7 tuần) hoặc (2) uống mifepristone 200 mg, 6-72 giờ

sau đó sẽ đặt âm đạo hoặc đặt áp má misoprostol 800 µg (phác đồ dựa trên y học chứng cứ).

- Phác đồ phá thai bằng thuốc của Vương quốc Anh: uống mifepristone 600 mg, 48 giờ sau thì đặt âm đạo gemeprost 1 mg.
- Hơn một nửa số phụ nữ sẽ sẩy thai trong vòng vài giờ sau khi dùng một liều gemeprost hay misoprostol.
- Trong trường hợp phá thai bằng thuốc thất bại, hút thai bằng máy hoặc bằng tay sẽ được thực hiện nhằm hoàn tất việc phá thai phẫu thuật.

Các phương pháp phẫu thuật (Hình 16.1, 16.2 và 16.3)

- Những phương pháp này hiệu quả 99%.
- Chiếm khoảng 90% các ca phá thai ở Hoa Kỳ và Vương quốc Anh.
- Cổ tử cung trước tiên sẽ được làm giãn nở, sau đó sẽ dùng máy hút buồng tử cung.
- Phá thai ngoại khoa là một phương pháp đơn giản và an toàn hơn so với việc sinh đẻ nếu được thực hiện trước khi thai nhi được 16 tuần tuổi.
 - 1 *Hút chân không bằng tay (MVA)* có thể được thực hiện khi thai nhi được 6-7 tuần tuổi mà không cần gây mê vùng. Một ống bằng nhựa mềm, dẻo sẽ được gắn vào một ống bơm tiêm cầm tay tự khóa. Việc hút thai sẽ được thực hiện bằng cách động tác lặp đi lặp lại đẩy vào-rút ra và xoay.
 - 2 *Hút chân không bằng điện (EVA)* sử dụng một ống bơm điện, yêu cầu phải gây tê cạnh cổ tử cung và nong cổ tử cung, được sử dụng khi thai được từ 6 đến 15 tuần tuổi.
 - 3 *Nong và gấp thai (D&E)* được thực hiện khi thai được từ 15 đến 20 tuần tuổi. Do kích thước thai lúc này đã lớn, quá trình phá thai sẽ được thực hiện trong phòng mổ sau khi gây mê toàn thân. Chuẩn bị và nong cổ tử cung trước khi phá hủy và lấy các phần thai bằng kẹp chuyên dụng (Sopher). Nhau thai và các mô còn lại được lấy ra bằng cách hút nạo.
 - Dù là phương pháp nào, việc xác định các sản phẩm thụ thai đã được lấy ra hết là bắt buộc trước khi hoàn tất thủ thuật.

Phá thai muộn (20-24 tuần tuổi)

- 1 *Nong và hút thai (D&X)* thường được thực hiện sau khi tiêm thuốc vào tim thai (KCl hoặc digoxin) để đảm bảo tim thai ngừng đập trước khi tiến hành thủ thuật. Kĩ thuật này được thực hiện giống như D&E. Chuẩn bị cổ tử cung rất cần thiết để làm cho việc gấp các phần thai dễ dàng nhằm giảm thiểu tổn thương cho tử cung và cổ tử cung. Kĩ thuật thực hiện trên một thai sống như thế gọi là “phá thai từng phần” và bị cấm ở Hoa Kỳ.
- 2 *Khởi phát chuyển dạ* bằng các thuốc như misoprostol, mifepristone, hoặc oxytocin liều cao đường toàn thân để tạo ra các cơn co tử cung và thúc đẩy việc tổng xuất thai nhi và nhau thai ra ngoài. Ưu điểm chính so với D&X là thai nhi sinh ra được nguyên vẹn.
- 3 *Truyền muối ưu trương và/hoặc prostaglandin vào trong buồng ối* là phương pháp được sử dụng để tạo ra các cơn co tử cung và đẩy mạnh sự tổng xuất thai và nhau thai ra ngoài. Phương pháp này hiếm khi được sử dụng vì có các phương pháp sẵn có và an toàn hơn nói trên.

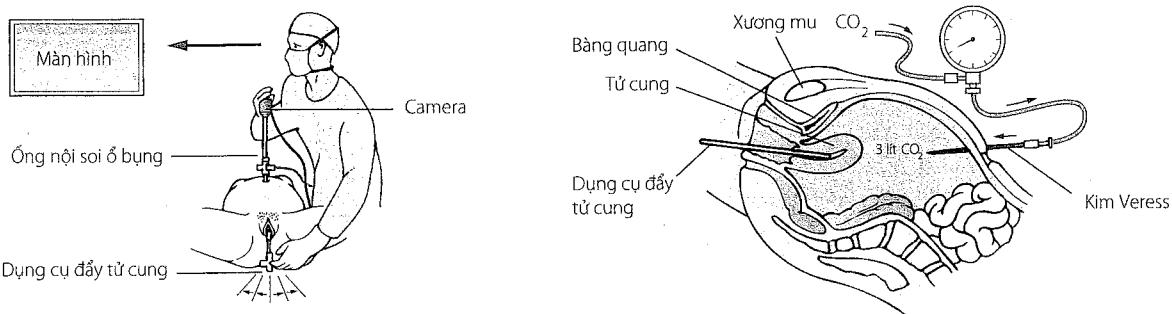
Biến chứng

- Tần suất của các biến chứng phụ thuộc vào kinh nghiệm của người làm thủ thuật và tuổi thai (biến chứng tăng nếu thai nhi <6 tuần tuổi hoặc >16 tuần tuổi).
- *Biến chứng tức thi*. Xuất huyết, tổn thương cổ tử cung, biến chứng gây mê. Việc sử dụng các dụng cụ nong thẩm thấu (laminaria) làm giảm nguy cơ thủng tử cung đáng kể.
- *Biến chứng muộn*. Sót lại các sản phẩm thụ thai, nhiễm trùng (viêm nội mạc tử cung) và nhạy cảm với Rh.
- *Tỉ lệ tử vong*. Dưới 1/100,000 nếu bệnh nhân được một bác sĩ có kinh nghiệm chăm sóc.

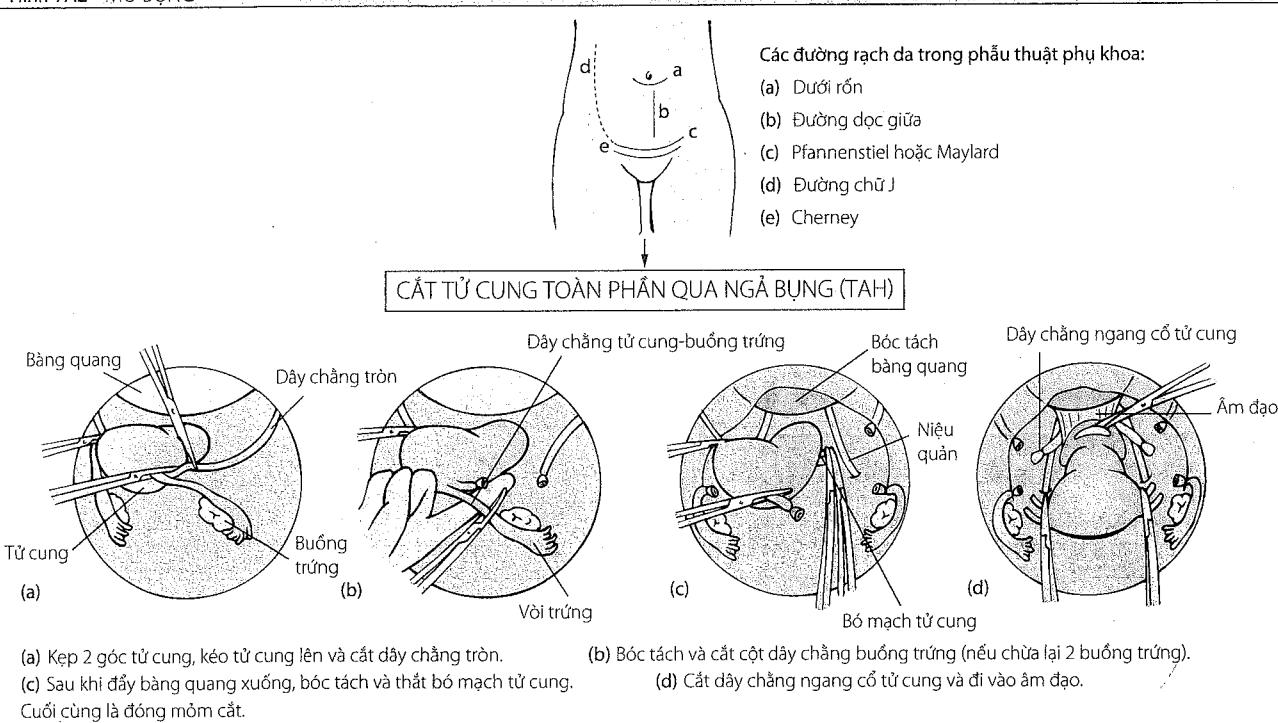


17/ Phẫu thuật phụ khoa

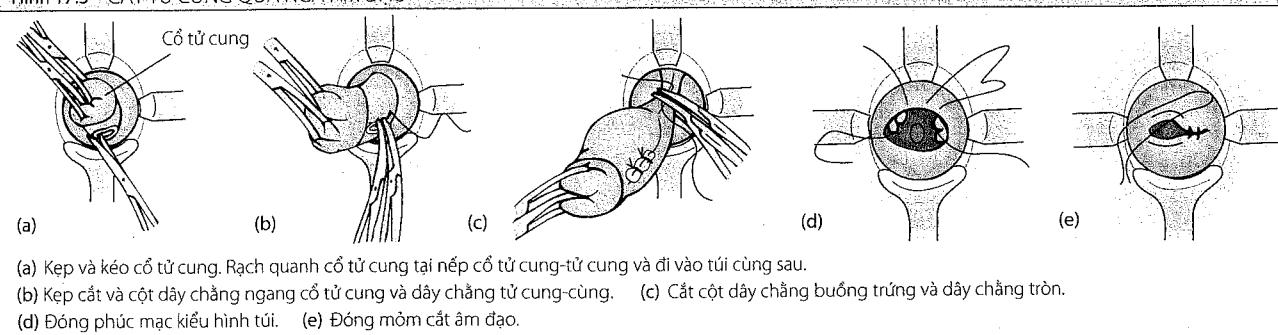
Hình 17.1 NỘI SOI Ổ BỤNG



Hình 17.2 MỔ BỤNG



Hình 17.3 CẮT TỬ CUNG QUA NGẢ ÂM ĐẠO



Phẫu thuật cắt bỏ tử cung toàn bộ (TAH)

- **Chỉ định.** Để chẩn đoán (đối với xuất huyết khi mãn kinh) và điều trị (xuất huyết tử cung cơ năng - DUB).
- **Phương pháp.** Cổ tử cung được nong ra từ từ cho đến khi cổ trong cổ tử cung đủ rộng để đưa được thia nạo vào. Buồng tử cung sau đó sẽ được nạo khắp các bề mặt bằng thia sắc.
- **Biện chứng.** Tạo một đường vào sai hướng đối với bệnh nhân có cổ tử cung teo hẹp, xuất huyết, nhiễm trùng và tử cung bị thủng.

Nội soi buồng tử cung (xem Chương 4)

- **Chỉ định.** Chẩn đoán dị胎 tử cung, bóc u xơ dưới niêm mạc, cắt bỏ nội mạc tử cung và nhiều chỉ định khác.
- **Phương pháp.** Ông soi buồng tử cung được đưa vào bên trong sau khi nong cổ tử cung và làm căng buồng tử cung bằng chất lỏng (glycine, nước muối). Các dụng cụ khác nhau (dụng cụ đốt cầm máu, kéo, resectoscope) có thể được đưa vào để thực hiện thủ thuật.
- **Biện chứng.** Giống như với D&C, chất lỏng nhược trương tràn vào mạch máu có thể gây hạ natri máu cấp tính và co giật.

Phẫu thuật cắt bỏ tử cung toàn bộ (TAH)

- Đã có một cuộc cách mạng trong phẫu thuật nội soi nhờ vào sự tối tân của thiết bị và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.
- Gắn dây, hệ thống robot daVinci giúp mở rộng hơn việc lựa chọn các loại hình phẫu thuật cho bệnh nhân.
- Thời gian nằm ở bệnh viện sau phẫu thuật ngắn hơn, những khó chịu hậu phẫu cũng ít hơn và người bệnh có thể nhanh chóng trở lại làm việc.

Nội soi ổ bụng (Hình 17.1)

- **Chỉ định.** Thắt vòi tử cung, thai ngoài tử cung, cắt bỏ ống dẫn trứng và buồng trứng, cắt tử cung hoàn toàn, nạo hạch chậu và hạch cảnh động mạch chủ, treo cổ tử cung vào xương cùng, nối vòi tử cung, bóc nhau xơ, và nhiều loại phẫu thuật khác.
- **Phương pháp.** Đưa một kim Veress vào rốn để làm tràn khí màng bụng. Phẫu thuật viên sau đó dùng ống trocar chọc xuyên vào thành bụng và đưa dụng cụ nội soi vào. Những vị trí phẫu thuật thêm có thể được mở ở góc phần tư bụng dưới để có chỗ cho các dụng cụ hỗ trợ (que thăm dò, kẹp, kéo, ống nước rửa). Việc quan sát hình ảnh của các cơ quan vùng chậu được dễ dàng hơn nhờ dụng cụ vận hành bằng tay đặt vào trong tử cung qua đường âm đạo.
- **Biện chứng.** Tổn thương các cơ quan bên trong ổ bụng, tổn thương dây thần kinh (do đặt chân sai vị trí ở hệ thống gác chân của bàn mổ), rách các mạch máu lớn, tràn khí dưới da.

Dùng robot hỗ trợ

- **Chỉ định.** Cho mọi chỉ định nội soi ở những bệnh nhân có những yếu tố kĩ thuật hạn chế đòi hỏi phải mở bụng (béo phì, dinh.).
- **Phương pháp.** Các bước đầu tiên tương tự như nội soi ổ bụng. Sau khi đặt trocar vào, robot sẽ "lắp ghép vào" để giữ camera và các vị trí phụ. Bác sĩ phẫu thuật sẽ thực hiện việc sát trùng tay và ngồi ở một "bàn điều khiển" riêng biệt để điều khiển thiết bị, trong khi một phụ tá sẽ đứng cạnh bệnh nhân để rút máy hoặc làm nhiệm vụ khác. Hình ảnh và chuỗi các chuyển động hiển thị tốt hơn.
- **Biện chứng.** Tương tự như nội soi bụng thông thường.

Phẫu thuật cắt bỏ tử cung (Hình 17.2)

- Chọn được vị trí rạch phù hợp là chính yếu để phẫu thuật thành công.
- **Đường dưới rốn.** Được dùng để thắt vòi tử cung sau khi sinh.
 - **Đường ngang giữa bụng.** Cho phép tiếp cận vùng chậu một cách hoàn hảo và có thể mở rộng lên vùng bụng trên.
 - **Đường Pfannenstiel** được sử dụng phổ biến trong các trường hợp

phẫu thuật phụ khoa; đường Maylard cho phép tiếp xúc nhiều hơn bằng cách cắt ngang những cơ thẳng bụng.

- **Đường rạch "T".** Là lựa chọn tốt nhất để mở rộng đường Pfannenstiel lên phần bụng trên.
- **Đường Cherney.** Tương tự như đường Maylard nhưng cắt các gân của cơ thẳng bụng tại vị trí gân bám vào khớp mu.

Thủ thuật cắt bỏ hoàn toàn tử cung qua đường bụng (TAH) (Hình 17.2)

- Là loại đại phẫu được thực hiện phổ biến thứ hai (sau phẫu thuật mổ lấy thai) tại Hoa Kỳ và Vương quốc Anh.
- **Chỉ định.** U xơ tử cung (phổ biến nhất), ung thư nội mạc tử cung, đau vùng chậu, xuất huyết tử cung cơ năng, nhiều chỉ định khác.
- **Phương pháp.** Cắt bỏ tử cung trên cổ tử cung là một phương pháp cải biến, thực hiện bằng cách cắt bỏ cổ tử cung sau khi thắt ống động mạch tử cung và khâu mòn xa.
- **Biện chứng.** Chảy máu, nhiễm trùng, tổn thương niệu quản đoạn xa, liệt ruột sau mổ.

Cắt phần phụ

- **Chỉ định.** U lành ở buồng trứng, ung thư phụ khoa, đau vùng chậu, và nhiều chỉ định khác.
- **Phương pháp.** Phẫu thuật vào khoang sau phúc mạc và kẹp dây chằng phieu chậu (Infundibulopelvic) trên niệu quản. Các dây chằng rộng đi kèm sẽ được bóc tách ra về phía ngoại biên và dây chằng tử cung-buồng trứng sẽ được tách ra.
- **Biện chứng.** Tụ máu, chấn thương niệu quản ở vành xương chậu.

Bóc nhau xơ

- **Chỉ định.** Có triệu chứng của u xơ tử cung, rong kinh kéo dài, vô sinh.
- **Phương pháp.** Rạch một đường qua cơ tử cung phủ trên bề mặt khối u. Cơ tử cung được bóc tách khỏi vỏ bao già của u xơ và bệnh phẩm được lấy ra ngoài. Vết rạch tử cung sau đó được đóng lại để bít kín khoảng chết và để cầm máu.
- **Biện chứng.** Xuất huyết phải cắt tử cung, bị dính sau mổ.

Phẫu thuật phụ khoa triệt để

- **Cắt bỏ tử cung triệt để** được dùng để điều trị ung thư cổ tử cung thời kỳ đầu (xem Chương 30) bằng việc loại bỏ thêm những mô mềm để làm sạch tế bào ác tính ở bờ cắt tử cung.
- **Phẫu thuật giảm tế bào ung thư** được thực hiện đối với ung thư buồng trứng nặng (xem Chương 33) và để loại bỏ tất cả những tổn thương đại thể quan sát được trong ổ bụng.
- **Phẫu thuật nạo vét vùng chậu** được thực hiện đối với những bệnh nhân chọn lọc bị ung thư cổ tử cung tái phát nặng. Phẫu thuật loại này bao gồm cắt bỏ bàng quang (trước), trực tràng (sau), hoặc cả hai cơ quan này (tổn thương), cộng thêm tử cung và các mô mềm gần kề nhằm làm cho bờ cắt không còn tế bào ác tính.

Phẫu thuật cắt bỏ tử cung (Hình 17.3)

Phẫu thuật này giúp hồi phục nhanh và thời gian ở lại bệnh viện ngắn hơn so với phẫu thuật ổ bụng.

Cắt bỏ tử cung hoàn toàn cung qua ngả âm đạo (TVH)

(Hình 17.3)

- **Chỉ định.** Cổ tử cung bị dị sản, sa tử cung, và nhiều chỉ định khác.
 - **Phương pháp.** Các bước phẫu thuật gần như ngược lại với phẫu thuật đường bụng. Cắt bỏ từng mảnh của khối u xơ tử cung cho phép cắt bỏ tử cung lớn hơn.
 - **Biện chứng.** Chảy máu, viêm mòn âm đạo, tổn thương bàng quang.
- Các loại phẫu thuật âm đạo khác được trình bày trong Chương 19 và 20.

Đạo đức và pháp lý trong y khoa

Hình 18.1 BỐN NGUYÊN TẮC Y ĐỨC CƠ BẢN

- 1 **Tôn trọng quyền tự quyết của người bệnh:** người bệnh có quyền tự quyết định trong việc thu nhận thông tin, lựa chọn và hành động dựa trên giá trị và niềm tin cá nhân.
- 2 **Vì lợi ích của người bệnh:** bốn phận của người bác sĩ là phải luôn vì lợi ích của người bệnh.
- 3 **Không gây hại cho bệnh nhân:** người bác sĩ không được làm hại hoặc gây tổn thương cho người bệnh.
- 4 **Bình đẳng:** bác sĩ có nghĩa vụ đối xử bình đẳng với mọi người.

Hình 18.2 HƯỚNG DẪN RA QUYẾT ĐỊNH PHÙ HỢP Y ĐỨC

- Xác định ai là người ra quyết định - "quyết định cuối cùng là của ai?"
- Thu thập các dữ liệu và sự kiện
- Xác định tất cả các biện pháp điều trị có thể có (về mặt y khoa)
- Đánh giá từng lựa chọn dựa vào giá trị và các nguyên tắc đạo đức liên quan
- Xác định các xung đột về mặt đạo đức (nếu có)
- Xác định lựa chọn nào là tốt nhất
- Đánh giá lại quyết định sau khi thực hiện

Hình 18.3 NGUYÊN TẮC CƠ BẢN TRONG QUẢN LÝ RỦI RO

Tổ chức phòng khám

- Giao tiếp lịch sự, nhã nhặn qua điện thoại là một yếu tố quan trọng giúp môi trường phòng khám trở nên thân thiện hơn.
- Bất kỳ nhân viên nào cũng có thể gây hiểu lầm (cho bệnh nhân) khi nói chuyện qua điện thoại.
- Giao tiếp không phù hợp có thể làm cho bệnh nhân tức giận và dẫn đến kiện tụng.
- Quay tiếp tân nên thân thiện và cởi mở.
- Chúng ta nên chú trọng đến mọi vấn đề khiến bệnh nhân đến khám để họ cảm thấy thoải mái.
- Nên khuyến khích bệnh nhân gọi đến cơ sở y tế để được thông báo kết quả xét nghiệm.
- Người bác sĩ nên xem xét lại các hóa đơn trước khi chuyển hóa đơn cho một cơ quan khác để tránh trường hợp bệnh nhân không đồng ý.

Điều trị và bản đồng thuận

- Bệnh nhân phải được tư vấn đầy đủ: chẩn đoán của bác sĩ, kế hoạch điều trị, các lựa chọn thay thế có thể được, và tiên lượng nếu bệnh nhân từ chối không điều trị.
- Bệnh nhân có quyền được biết chính xác về những nguy cơ liên quan có thể xảy ra.
- Bác sĩ phải làm việc để làm chủ được các trường hợp có tai biến nguy cấp xảy ra cho bệnh nhân trong quá trình điều trị.
- Nên thông báo cho bệnh nhân biết trình tự của các thủ thuật và thời gian dự kiến sẽ hồi phục hoàn toàn.
- Bản đồng thuận phải có bốn yếu tố: bệnh nhân phải tự nguyện, phải được trả lời thắc mắc, phải được thông tin đầy đủ và hiểu rõ nội dung bản đồng thuận.
- Sử dụng "thời gian chờ" (timeout) hỏi lại các thông tin của bệnh nhân đã trả nền phổ biến nhằm hạn chế các sai sót.

Bệnh án và hồ sơ lưu trữ

- Bệnh án có thể bảo vệ hay chống lại người bác sĩ trong một vụ kiện tụng. Bệnh án là một bằng chứng pháp lý quan trọng.
- Các ghi chú về diễn tiến bệnh không chỉ cho thấy sự đánh giá và điều trị của bác sĩ, mà còn là bằng chứng chứng tỏ sự có mặt của bác sĩ lúc đó.
- Ghi rõ thời gian ghi hồ sơ bệnh án, đặc biệt là các tướng trình phẫu thuật, là điều bắt buộc.
- Các ghi chú ghi ra tình trạng bất lợi cho bệnh nhân là điều nên tránh, nhưng cũng nên cân nhắc thận trọng ghi nhận trong những trường hợp bệnh nhân không hợp tác.
- Nếu một hồ sơ bệnh án được yêu cầu hoặc đã được hoàn thành, người bác sĩ KHÔNG được chỉnh sửa lại hồ sơ - luật sư có thể lý giải sự chỉnh sửa này là một bằng chứng đi đến kết luận bất lợi cho người bác sĩ.
- Cách sửa hồ sơ bệnh án thích hợp là gạch một đường duy nhất lên chỗ lỗi, nhưng không được tẩy xóa chỗ lỗi. Sửa lại cho đúng và ghi nhận ngày giờ, ký tắt lên chỗ đã chỉnh sửa.
- Bác sĩ học hỏi được qua việc bình bệnh án từ các đồng nghiệp.

Giao tiếp với người bệnh

- Bệnh nhân thường ít khi kiện một bác sĩ dễ giao tiếp, nói chuyện và sẵn sàng trả lời các câu hỏi, dễ gần, công bằng, tỏ ra tôn trọng người bệnh và chăm sóc tốt người bệnh.
- Giao tiếp tốt là khuyến khích các câu hỏi và có sự tham gia của các thành viên trong gia đình.
- Hơn một nửa cảm nhận của bệnh nhân được thu nhận qua ngôn ngữ cơ thể (không phải lời nói).
- Ngôn ngữ cơ thể, tư thế và nét mặt có ý nghĩa thông điệp mạnh mẽ - tích cực hay tiêu cực.

1.4. Các trường hợp cần ghi nhớ

- Lời thề Hippocrates nhấn mạnh sự đức hạnh mà từ xưa đến nay luôn dẫn dắt và tiêu biểu cho hành vi của bác sĩ và những người làm công việc chăm sóc sức khỏe. Họ sẽ hành nghề y một cách trung thực và có đạo đức.
- Sự phát triển lớn mạnh về công nghệ và kỹ thuật y khoa trong hàng thập kỷ qua dẫn đến nhiều câu hỏi phức tạp về đạo đức đối với bác sĩ sản/phụ khoa.
- Sự sẵn có của công nghệ hỗ trợ sinh sản, chẩn đoán di truyền tiền làm tổ, phá thai chọn lọc, và khả năng sống của thai non tháng là những ví dụ tiêu biểu cho các tình huống tiền thoái lưỡng nan thường hay gặp phải.
- Đạo đức ngành y được chi phối bởi bốn nguyên tắc đạo đức cơ bản (Hình 18.1).
- Những nguyên tắc chính này có thể được dùng như hướng dẫn cho những hành vi nghiệp. Tuy nhiên, mâu thuẫn vẫn này sinh, đòi hỏi người bác sĩ phải chọn lựa nguyên tắc nào nên được ưu tiên hơn.
- Các bác sĩ sản/phụ khoa thường phải đối mặt với mâu thuẫn giữa nguyên tắc của làm điều thiện và điều ác vì thực ra một thai phụ đại diện cho hai người bệnh.
- Thông thường, nhiều hướng hành động có thể hợp lý về mặt đạo đức, trong khi những trường hợp khác, có hành động không thể chấp nhận được vì có thể dẫn đến những tác hại đáng kể hay có thể làm tổn hại nghiêm trọng đến một số nguyên tắc hoặc giá trị. Song, người bác sĩ chỉ được chọn một trong những lựa chọn sẵn có và phải giải thích được cho lựa chọn đó bằng những lý lẽ đạo đức.
- Sự tham gia của các cá nhân với kinh nghiệm và hoàn cảnh cũng như quan điểm khác nhau có thể giúp ích cho việc giải quyết các vấn đề đạo đức. Hội ý với nhân viên công tác xã hội hoặc hội đồng y đức bệnh viện có thể có ích.
- Những hướng dẫn (Hình 18.2) bao gồm các bước tuân tự hợp lý có thể giúp người bác sĩ hành nghề trong việc phân tích và giải quyết vấn đề đạo đức.
- Các bác sĩ sản/phụ khoa, những người rất quen thuộc với những khái niệm về đạo đức y khoa sẽ có khả năng tiếp cận tốt hơn với các tình huống phức tạp bằng phương pháp khách quan, có trật tự và giảm thiểu khả năng giận dữ, thương tổn hoặc kiện tụng của người bệnh.

Trách nhiệm chuyên môn

- Thật không may, bác sĩ sản/phụ khoa là mục tiêu thường xuyên của những lời cáo buộc về hành động sai trái. Tại Hoa Kỳ, 75% những người làm nghề này đã từng bị kiện ít nhất một lần trong sự nghiệp của họ.
- Ảnh hưởng tác động ở nhiều mức độ nghiêm trọng khác nhau bao gồm: (1) sợ sệt bị kiện chuyên ngành sản/phụ khoa trở nên kém hấp dẫn đối với những sinh viên ngành y tương lai, (2) chi phí bảo hiểm quá cao dẫn đến việc một số vùng có ít hoặc không hề có dịch vụ chăm sóc y tế và (3) y học dự phòng làm tăng chi phí chăm sóc sức khỏe lên một cách không cần thiết.
- Hầu hết các vụ kiện sản khoa thường liên quan đến sinh nở, tiêu biểu là cáo buộc không thực hiện hoặc không mổ lấy thai kịp thời. Gần một nửa những vụ kiện này là do trẻ sinh ra bị khiếm khuyết thần kinh hoặc thai chết lưu.
- Lo lắng về những vụ kiện có thể xảy ra khiến nhiều bác sĩ sản/phụ khoa cát giãm hoặc ngừng hẳn việc khám chữa bệnh.
- Hầu hết các vụ kiện phụ khoa liên quan đến triệt sản, các biến chứng phẫu thuật, bệnh vú không được chẩn đoán, hoặc không điều trị kịp thời thai ngoại tử cung.
- Sai sót y tế xảy ra khi một phương pháp điều trị được cho là kém hơn mức độ chăm sóc bởi một bác sĩ khác thực hiện đúng mức trong những tình huống tương tự.
- Tác nhân góp phần vào sự sai sót hiện nay bao gồm: (1) bệnh nhân kỳ vọng cao, (2) kiện tụng ngày càng nhiều, (3) tiền thưởng quá nhiều, (4)

phi bảo hiểm tăng.

- Không may, toàn xã hội phải chịu đựng vì giá thành, chất lượng và sự sẵn có của dịch vụ chăm sóc sức khỏe đang bị ảnh hưởng theo chiều hướng xấu. Một nửa những vụ đòi bồi thường cuối cùng cũng bù đắp cho khả năng của luật sư bên nguyên đơn hoặc do nhận thấy không đáng theo đuổi vụ kiện.
- Sự giận dữ của người bệnh do chi phí cao một cách quá đáng dẫn đến sự thay đổi luật bồi thường căn bản tại Hoa Kỳ. Sự thay đổi này đã thành công trong việc hạn chế những tổn thất không liên quan đến tiền bạc mà là về thể xác và tinh thần của bệnh nhân (vd. nỗi đau và sự chịu đựng) ở một số tiểu bang.
- Kiểm soát rủi ro (Hình 18.3) liên quan đến quá trình hành nghề khám chữa bệnh và các thủ thuật nhằm làm giảm nguy cơ gây thương tổn cho bệnh nhân cũng như nguy cơ bị kiện.

Thông báo sự cố (AES)

- Thông báo tin xấu, đặc biệt là những trường hợp có thể phòng tránh được, là sự thật không hề dễ chịu đối với ngành y.
- Thông báo những sự việc như thế này thường rất khó khăn, và các bác sĩ có thể biết cách khiến cho việc này dễ dàng hơn.
- Bất kỳ khi nào xuất hiện biến chứng đều phải có cách xử lý nhanh chóng và phù hợp. Bệnh nhân và người nhà nên được thông báo ngay lập tức. Sự thăm khám thường xuyên về sau sẽ cho thấy bác sĩ quan tâm, thông cảm với vấn đề của bệnh nhân. Né tránh chỉ làm tăng sự thiếu tin cậy nơi người bệnh.
- Các bác sĩ cần nhanh chóng gọi bác sĩ tư vấn giúp đỡ, và nếu có chỉ định, chuyển giao sự chăm sóc sang cho bác sĩ chuyên khoa hoặc đồng nghiệp khác.
- Khi có sự cố xảy ra do sai sót của bác sĩ, về mặt đạo đức, người bác sĩ đó phải thông báo cho bệnh nhân sự thật để bệnh nhân hiểu được vấn đề gì đã xảy ra.
- Bày tỏ sự thông cảm (ghi nhận sự đau đớn mà bệnh nhân phải chịu đựng) lúc nào cũng cần thiết, nhưng sự tạ lỗi thỏa đáng (trách nhiệm giải trình cho những gì người bệnh phải chịu đựng) sẽ thay đổi tùy trường hợp. Điều các bác sĩ muốn tìm đến đầu tiên là lời khuyên từ người quản lý rủi ro của bệnh viện và trách nhiệm pháp lý của họ về vấn đề này.
- Thông báo về sự cố bất ngờ giúp cho mối quan hệ bác sĩ-bệnh nhân vững chắc hơn và nâng cao sự tin tưởng, cả đôi bên đều có lợi.
- Bệnh nhân muốn được cung cấp đầy đủ và chi tiết thông tin về sự cố, việc nhận trách nhiệm, hiểu được chuyện gì đã xảy ra, sự thông cảm, và thảo luận về những gì đang được tiến hành để tránh xảy ra tình trạng tương tự.
- Thông báo về sự cố cho bệnh nhân cũng quan trọng cho việc xoa dịu cảm giác cá nhân của bác sĩ. Có rất nhiều trở ngại xảy ra cho bác sĩ bao gồm sự xấu hổ, do thiếu huấn luyện khả năng thông báo tin xấu, và sợ kiện tụng.
- Nhiều bệnh nhân khởi kiện sau khi sự cố xảy ra do họ nghi ngờ có gì đó mờ ám hoặc họ muốn trả thù.

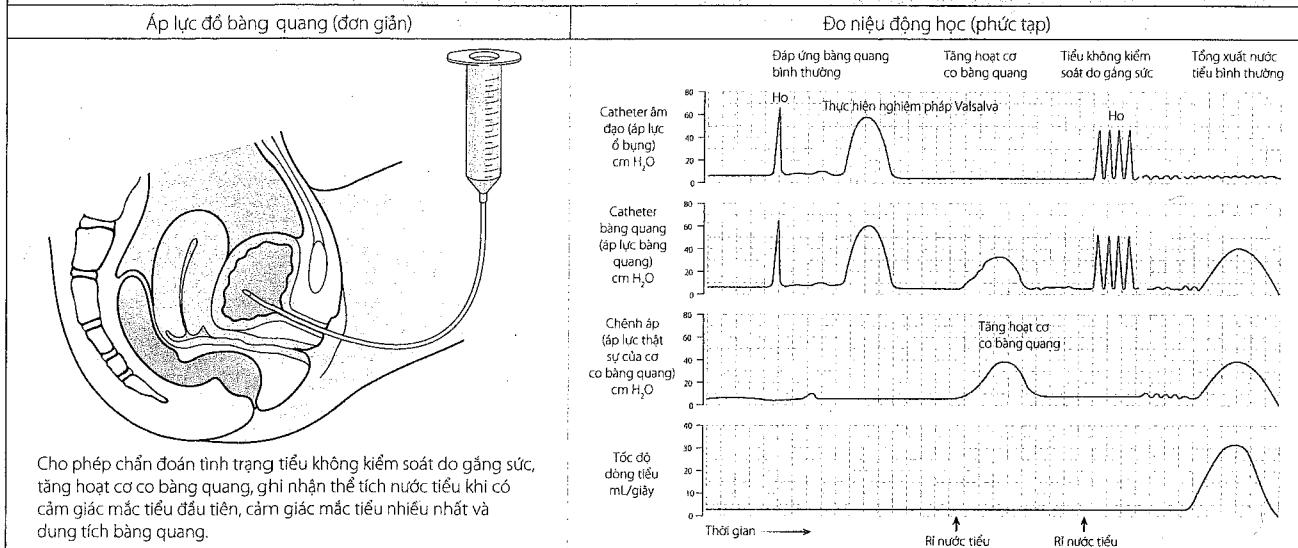
Quá trình kiện tụng

- Nguyên tắc làm nền tảng của luật là hệ thống tranh cãi giữa hai bên nguyên đơn-bị đơn, trong đó, luật sư biện hộ chỉ đưa ra chứng cứ có lợi cho thân chủ của mình thay vì đưa ra toàn bộ sự thật.
- Để chiếm ưu thế trong một vụ kiện, luật sư biện hộ của nguyên đơn phải cung cấp:
 - Tiêu chuẩn đã được thiết lập đối với quy trình thủ thuật đặc biệt hay việc thực hành khám chữa bệnh.
 - Bằng chứng cho sự sai lệch so với tiêu chuẩn đặt ra.
 - Bằng chứng cho thấy sự tổn thương.
 - Bằng chứng cho thấy sự sai lệch đặc biệt hay sự bất cẩn là nguyên nhân gây ra tổn thương đó.

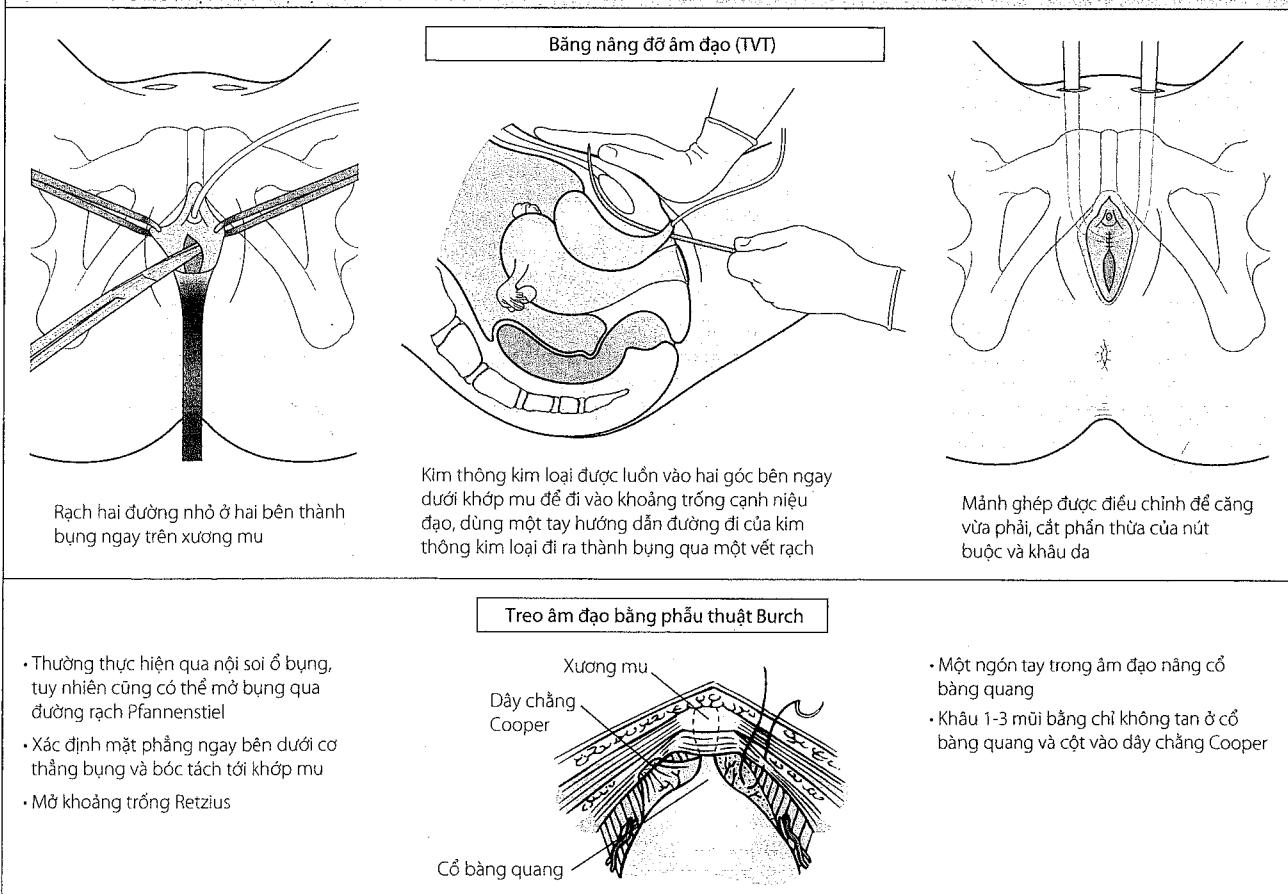


ĐỀ TÌM HIỂU VỀ CƠ BẮNG QUANG

Hình 19.1 CHẨN ĐOÁN



Hình 19.2 ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT



- *Định nghĩa.* Là sự són nước tiểu không chủ ý, nước tiểu rỉ ra nhiều và thường xuyên khiến người bệnh khổ sở về thể chất và/hoặc tinh thần.
- *Tần suất.* Tần suất mắc bệnh cao ở phụ nữ trưởng thành, mức độ nghiêm trọng tăng tuyển tính với tuổi trong suốt cuộc đời của họ: 4%-8% bệnh nhân cuối cùng phải tìm đến chữa trị y tế. Phụ nữ >60 tuổi, cứ ba người thì có một người bị vấn đề về sự kiểm soát bàng quang.
- *Cơ chế.* Việc nhịn tiểu và đi tiểu liên quan đến sự cân bằng giữa hoạt động đóng niệu đạo và co thắt cơ trơn bàng quang. Áp suất trong niệu đạo thường vượt hẳn áp suất trong bàng quang làm cho nước tiểu còn giữ lại trong bàng quang. Áp lực trong ổ bụng tăng lên (khi ho, hắt hơi) thường sẽ được truyền xuống niệu đạo và bàng quang đồng đều nhau, giúp cho bệnh nhân có khả năng nhịn tiểu. Sự cân bằng này mất đi sẽ dẫn tới nhiều loại són tiểu.

Chẩn đoán (sáu thành phần cơ bản)

1 Bệnh sử. Bệnh sử chi tiết rất quan trọng trong việc xác định mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng và loại trừ các nguyên nhân do thuốc. Sự căng thẳng tâm lý thường không liên quan chặt chẽ với lượng nước tiểu bị mất đi mà ta có thể chứng minh được.

2 Khám lâm sàng (3 phần):

- *Khám tổng quát* để loại trừ cơn mèo sảng, viêm teo niệu đạo, hạn chế nhu động, hoặc phân chất cứng.
- *Khám niệu sinh dục* có thể cho thấy mức độ nặng của trào da âm hộ do ẩm ướt liên tục. Mô âm đạo cần được kiểm tra để tìm dấu hiệu teo, hẹp, cổ bàng quang chuyển động (*thủ bàng Q-tip*), và viêm teo niệu đạo. Bệnh nhân được yêu cầu ho lặp đi lặp lại, hoặc làm nghiệm pháp Valsalva với bàng quang đầy và ở tư thế mổ lấy sỏi hoặc tư thế đứng để kích thích nước tiểu chảy ra. Khám trực tràng có thể đánh giá trương lực của cơ vòng hậu môn hoặc thấy trực tràng đầy phân.

3 Phân tích nước tiểu và cấy nước tiểu. Nhiều chứng rối loạn liên quan đến chuyển hóa và đường tiết niệu có thể tầm soát được bằng xét nghiệm nước tiểu đơn giản. Cấy nước tiểu là rất cần thiết để loại trừ nhiễm trùng trước khi tiếp tục đánh giá thêm.

4 Thể tích nước tiểu tồn lưu. Thông nước tiểu tồn dư (PVR) để loại trừ bí tiểu (PVR bình thường ≤100 mL) hoặc nhiễm trùng.

5 Biểu đồ tần số thể tích bàng quang. Đิ tiểu nhiều hơn bảy lần mỗi ngày cho thấy số lần đì tiểu có vấn đề, nhưng điều này cũng còn tùy thuộc vào thói quen và lượng nước uống vào. Bệnh nhân thường không ước tính chính xác được số lần đì tiểu, vì vậy bệnh nhân được khuyến khích nên giữ một “quyển nhật ký tiểu tiện” trong khoảng vài ngày như một phần của việc đánh giá ban đầu.

6 Niệu động là một nhóm thử nghiệm được thiết kế nhằm hỗ trợ việc xác định nguyên nhân gây rối loạn chức năng đường tiểu dưới.

- *Đo áp lực bàng quang đơn giản* (Hình 19.1) gồm việc đặt một ống thông tiểu và từ từ bơm đầy nước vô trùng vào bàng quang. Sự co thắt “cổ bàng quang” tự động (không theo chủ ý của bệnh nhân) được thể hiện bằng sự tăng cao mực nước lên trong quá trình bơm vào do phản hồi áp suất. Thông thường, cảm giác buồn tiểu đầu tiên sẽ xuất hiện khi được 150 mL và khả năng chứa của bàng quang là 400-600 mL.
- *Đo niệu dòng* được sử dụng để xác định tốc độ chảy và thời gian chảy của nước tiểu để tầm soát hiện tượng dòng chảy bị tắc nghẽn và sự co cơ bàng quang bất thường. Thông thường, tốc độ chảy cao nhất của phụ nữ là 15-20 mL/giây với thể tích nước bài tiết ra từ 150-200 mL.
- *Thử nghiệm niệu động phác tập* (Hình 19.1) yêu cầu phải đặt một ống thông trong bàng quang để đo áp lực co bóp của cơ bàng quang, và ống thông âm đạo hoặc trực tràng để giám tiếp đo áp lực trong ổ bụng.

Són tiểu do tăng áp lực ổ bụng

(Stress urinary incontinence - SUI)

Bệnh nhân có chảy một lượng nhỏ nước tiểu khi ho, cười, hắt hơi, tập thể dục, hay những chuyển động khác làm tăng áp lực trong ổ bụng và do đó tăng áp lực lên bàng quang.

◦ *Nguyên nhân.* Những thay đổi về thể chất do mang thai, sinh con, và mãn kinh thường dẫn đến yếu sàn chậu và tổn thương cấu trúc nâng đỡ niệu đạo và tổn thương thần kinh.

◦ *Cơ chế.* Nếu cân nặng đỡ bị suy yếu, niệu đạo có thể bị trễ xuống vào những thời điểm áp lực ổ bụng tăng lên, làm cho áp lực trong bàng quang vượt quá áp lực đóng cơ vòng niệu đạo (niệu đạo tăng động). Niệu đạo đóng không kín có thể do sẹo hoặc tổn thương thần kinh cơ, và gây ra một dạng SUI nặng hơn – suy yếu cơ vòng trong niệu đạo.

◦ *Chẩn đoán.* SUI chẩn đoán được dựa trên bệnh sử, khám lâm sàng và test gắng sức dương tính (lượng nước tiểu bị mất có thể đo được khi bệnh nhân đang được khám).

◦ *Điều trị không dùng phẫu thuật.* Luyện tập cơ sàn chậu (bài tập Kegel), máy phản hồi sinh học (thiết bị đo áp lực thông báo cho bệnh nhân biết đúng loại cơ được co và tăng cường co cơ đúng kỹ thuật), vòng nâng tử cung (xem Chương 20).

◦ *Điều trị phẫu thuật* (Hình 19.2):

1 *Băng nâng đỡ âm đạo (TVT)* hoặc miếng đỡ xuyên qua lỗ bịt (TOT) là những phương pháp đặt miếng đỡ nâng dưới niệu đạo ít xâm lấn và nhanh chóng trở thành “tiêu chuẩn vàng”.

2 *Phẫu thuật Burch* liên quan đến vị trí khâu ở dây chằng Cooper. Biến thể Marshall-Marchetti-Krantz (MMK) có đường chỉ khâu đi qua màng xương của khớp mu.

3 *Sửa thành âm đạo trước* (xem Chương 20) có tỉ lệ thành công vê lâu dài rất thấp.

4 *Tiêm Collagen quanh niệu đạo (Coaptite, Macroplastique)* được thiết kế như một cách điều trị SUI do suy yếu cơ vòng trong niệu đạo.

Són tiểu không tự chủ cấp kỳ

Bệnh nhân bị rỉ nước tiểu trong khi đột ngột có cảm giác cần phải đi tiểu ngay mà không có nguyên nhân rõ ràng. Hiện tượng này có thể đi kèm với tiểu nhiều lần, tiểu đêm, và bệnh nhân thường mô tả là bàng quang của họ như bị “căng cứng” hay “tăng động”.

◦ *Nguyên nhân.* Co cơ bàng quang không tự chủ. Cơ bàng quang hoạt động quá mức có thể là do mất sự ức chế của đường dẫn truyền hệ thần kinh trung ương, kích thích tại chỗ, hoặc tắc nghẽn đường ra của bàng quang.

◦ *Cơ chế.* Thường không có nguyên nhân, nhưng là kết quả của sự tổn thương những sợi thần kinh bàng quang, hệ thống thần kinh (tủy sống và não), hoặc tổn thương chính cơ của bàng quang.

◦ *Điều trị.* Thay đổi hành vi (tập luyện bàng quang, phản hồi sinh học) và/hoặc điều trị bằng thuốc (oxybutynin chloride, imipramine, mirabegron), tiêm cơ bàng quang với botulinum độc tố A, thuốc điều hòa thần kinh.

Són tiểu khi bàng quang quá căng

Bệnh nhân bị rỉ nước tiểu liên tục, không ngừng lại được hoặc vẫn tiếp tục bị rỉ nước tiểu một lúc lâu sau khi đã đi tiểu.

◦ *Nguyên nhân.* Bàng quang luôn luôn đầy và tràn, dẫn đến việc bị rỉ nước tiểu thường xuyên hoặc liên tục.

◦ *Cơ chế.* Yếu cơ trơn bàng quang, dẫn đến bàng quang không trống hoàn toàn, hoặc niệu đạo bị nghẽn (đóng chảy bị tắc nghẽn) do sa thành âm đạo nặng hay sau phẫu thuật chống són tiểu vượt quá mức cần chỉnh sửa.

◦ *Điều trị.* Dẫn lưu nước tiểu qua catheter, tiếp sau đó là điều trị các bệnh tiềm ẩn gây són tiểu.

Các loại són tiểu không tự chủ khác

◦ *Són tiểu kết hợp* do kết hợp giữa tăng áp lực trong ổ bụng và són tiểu không tự chủ cấp kỳ.

◦ *Són tiểu thoáng qua* thường khởi phát do các loại thuốc, nhiễm trùng đường tiểu, rối loạn tâm thần, khả năng chuyển động bị hạn chế, hoặc do phản ứng (táo bón nặng) có thể đẩy lên đường tiết niệu và gây cảm giác đau đớn.

◦ *Són tiểu chức năng* xảy ra khi một người không nhận ra mình cần phải đi vệ sinh, không nhận ra đâu là nhà vệ sinh, hoặc không vào nhà vệ sinh kịp lúc do nhầm lẫn, mất trí nhớ, thị lực kém, hoặc di chuyển hạn chế.

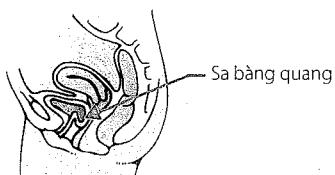
20

Sa cơ quan vùng chậu (sa sinh dục)

Hình 20.1 SA SINH DỤC

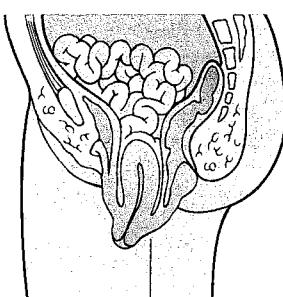
Phân loại

Sa thành trước âm đạo

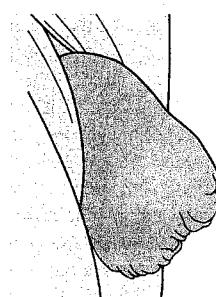


Sa thành trên

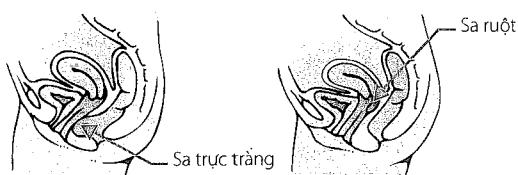
Sa tử cung toàn bộ



Sa vòm âm đạo



Sa thành sau âm đạo



Toàn bộ thành âm đạo
quanh cổ tử cung và
tử cung sa ra ngoài
hoàn toàn

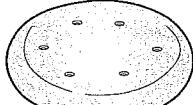
Tình trạng phù nề và khô
kéo dài có thể gây loét ướt

Các loại vòng nâng

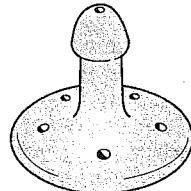
Vòng



Vòng có sàn nâng đỡ

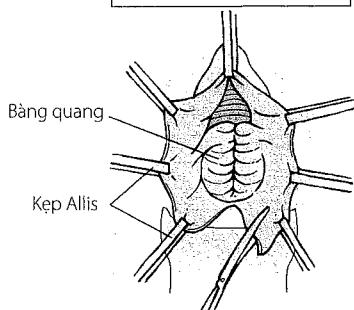


Vòng Gelhorn



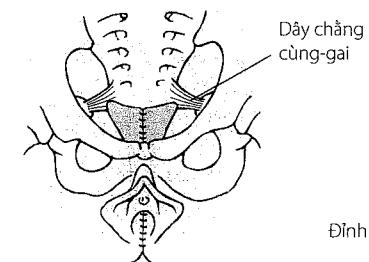
Lựa chọn phẫu thuật

Sửa thành trước âm đạo



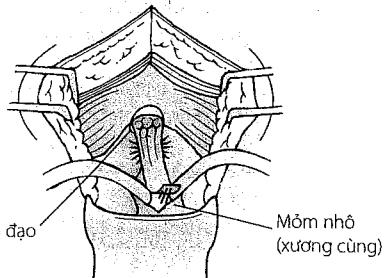
Mạc chậu trong cạnh bàng quang
được khâu gấp nếp và phần niêm mạc
thừa của âm đạo được cắt bỏ đi

Treo dây chằng cùng gai



Hai đầu của đỉnh âm đạo được khâu
lại và tiến hành sửa thành sau âm đạo

Treo tử cung vào mõm nhô ngả bụng



Mesh tổng hợp được khâu
vào mõm nhô của xương củng

- **Dịnh nghĩa.** Là sự di xuống của một hoặc nhiều cơ quan vùng chậu (vd. cổ tử cung, mỏm âm đạo [sau khi cắt bỏ tử cung], thành âm đạo trước, thành âm đạo sau, hoặc phúc mạc ở túi cùng] xuyên qua sàn chậu vào âm đạo.
- **Tần suất.** Một nửa số phụ nữ đã sinh con bị sa cơ quan vùng chậu; 10% phụ nữ sẽ trải qua phẫu thuật chữa sa cơ quan vùng chậu hoặc són tiểu trong đời. Sa cơ quan vùng chậu là chỉ định phổ biến nhất của cắt bỏ tử cung ở phụ nữ sau 55 tuổi.
- **Sự nâng đỡ vùng chậu.** Âm đạo và tử cung có ba mức nâng đỡ trong khung chậu: (1) tử cung, cổ tử cung, và phần trên âm đạo được cố định bởi dây chằng chính và dây chằng tử cung-cùng, (2) cung gần mạc chậu (đường màu trắng) và cơ nâng hậu môn nâng đỡ phần giữa âm đạo, và (3) cơ đáy chậu và phần màng nâng đỡ đoạn xa âm đạo. Phức hợp cơ nâng hậu môn (xem Chương 2) giữ vai trò nâng đỡ rất lớn đối với cơ quan vùng chậu.
- **Nguyên nhân:**
 1. **Sỗ lân sinh ngả âm đạo.** Mang thai, chuyển dạ và sinh ngả âm đạo có thể dẫn đến nhiều mức độ tổn thương các cấu trúc nâng đỡ vùng chậu, bao gồm các dây chằng, cản, cơ, và dây thần kinh của chúng.
 2. **Chủng tộc.** Sa cơ quan vùng chậu xảy ra thường xuyên ở những phụ nữ da trắng hơn người châu Á và da đen. Sự khác biệt di truyền trong cấu trúc vùng chậu và chất lượng của cơ nâng đỡ/mô liên kết được cho là chịu trách nhiệm về vấn đề này.
 3. **Thiểu estrogen.** Các mô vùng chậu rất nhạy cảm với estrogen. Sa cơ quan vùng chậu thường có triệu chứng trong độ tuổi mãn kinh do kết cấu collagen đã bị hư hỏng.
 4. **Các bệnh mạn tính** gây tăng áp lực ổ bụng lặp đi lặp lại (béo phì, "ho dai dẳng", nồng nhắc vật nặng, táo bón) có thể góp phần đáng kể trong việc làm giãn vùng chậu.
 5. **Bệnh mô liên kết.** Sử dụng steroid thường xuyên, hội chứng Ehlers -Danlos, và các điều kiện liên quan khác có thể làm xáo trộn sự bình thường, cấu trúc collagen của mô nâng đỡ vùng chậu.

Cắt bỏ tử cung

- **Bệnh sử.** Tình trạng của mỗi phụ nữ cần được đánh giá để xác định tính chất, độ nặng, và tiến triển của triệu chứng với các bệnh lý nội khoa đi kèm theo, các tình trạng sản khoa trước đây và việc dùng thuốc trong quá khứ/hiện tại.
- **Các triệu chứng.** Sa bộ phận sinh dục mức độ nhẹ thường không có triệu chứng, nhưng bệnh nhân thường than phiền nhất về chổ lồi ra tại cửa âm đạo rất khó chịu và bức bối. Do ảnh hưởng của trọng lực, một số phụ nữ phải trải qua triệu chứng sa ít vào buổi sáng và dần dần phồng lên trong ngày. Bệnh nhân có thể nhận thấy bàng quang hoặc trực tràng không trống hoàn toàn.
- **Kiểm tra vùng chậu.** Sa tử cung thì nhận thấy rất rõ, nhưng hầu hết bệnh nhân có ít triệu chứng sa tử cung:
 1. **Tư thế nằm (lý soi).** Mở rộng âm mòi và thấy có khối lồi ra. Bệnh nhân sau đó được yêu cầu gắng sức như thể đang cố gắng đi đại tiện cũng như cố gắng ho. Những giật hiện đầu tiên tại âm hộ có thể gợi ý vị trí của khuyết tật chính. Kiểm tra vách trực tràng-âm đạo có thể cho thấy sa ruột làm phình khoảng giữa trực tràng và phần trên của thành âm đạo sau, hoặc một khuyết tật xa gần đáy chậu.
 2. **Tư thế đứng.** Nếu bệnh nhân nói rằng chứng sa của họ không thể thấy được, họ có thể được yêu cầu rặn khi đang ở tư thế đứng.

Phẫu thuật loại 1 và 2

- Nhiều hệ thống (Baden-Walker, POP-Q) đã được phát triển để phân loại sa cơ quan vùng chậu:
- Phụ nữ có triệu chứng sa nhẹ được cho biết rằng việc điều trị chỉ phù hợp khi các triệu chứng ấy chắc chắn là sa tạng chậu. Áp lực ở vùng chậu không đặc hiệu hay đau lưng không giảm với phương pháp điều trị này.
 - Vòng nâng tử cung có thể được sử dụng để tránh việc phẫu thuật hoặc

để cải thiện triệu chứng trong khi chờ điều trị phẫu thuật. Mục tiêu của việc điều chỉnh là làm giảm tình trạng sa cơ quan vùng chậu mà không gây khó chịu hoặc ảnh hưởng xấu đến chức năng bàng quang.

- **Tập luyện cho cơ sàn chậu** (bài tập Kegel) là một phương thức điều trị đơn giản, không xâm lấn và được khuyến cáo như một liệu pháp hỗ trợ điều trị cho phụ nữ bị sa cơ quan vùng chậu và các triệu chứng liên quan.
- **Cắt bỏ tử cung hoàn toàn qua đường âm đạo** (TVH, xem Chương 17) chỉ làm phẫu thuật này không phải là một phương pháp điều trị sa cơ quan vùng chậu, nhưng thường được thực hiện để âm đạo tiếp cận với các dây chằng tử cung-cùng giúp treo mỏm âm đạo.

Sa bàng quang (Hình 20.1)

Lựa chọn phẫu thuật

1. **Sửa thành âm đạo trước** bao gồm làm xếp nếp mạc nội chậu âm đạo ở đường giữa để nâng đỡ và đưa bàng quang lên đúng vị trí giải phẫu của nó.

2. **Chỉnh sửa thành bên âm đạo** đưa thành trước bên âm đạo vào đúng vị trí giải phẫu của nó.

3. **Phẫu thuật may túi cùng McCall** làm rút ngắn dây chằng tử cung-cùng và gắn định nó vào mỏm âm đạo.

Sa thành trực tràng(Hình 20.1)

Lựa chọn phẫu thuật

Sửa thành sau âm đạo giống các phương pháp sửa thành trước với việc gấp nếp mạc nội chậu ở đường giữa. **May tầng sinh môn** thường được yêu cầu thực hiện do nút thó đáy chậu trung tâm bị yếu đi hay âm đạo bị hở rộng.

Sa ruột (Hình 20.1)

Lựa chọn phẫu thuật

Vì sa ruột là sự thoát vị thật sự của khoang phúc mạc ở túi cùng Douglas, điều này làm phồng vách trực tràng âm đạo, việc chỉnh sửa thường được thực hiện cùng một lúc với sửa thành sau âm đạo. Túi thoát vị có thể nhìn thấy khi âm đạo được tách rời khỏi trực tràng và cần phải bóc tách khỏi mô nằm cạnh dưới. Cố túi thoát vị được bộc lộ và may lại. Cố định dây chằng tử cung-cùng với túi thoát vị sẽ ngăn sự tái phát.

Sa tử cung (Hình 20.1)

Lựa chọn phẫu thuật

Cắt tử cung hoàn toàn là phương pháp phổ biến, nhưng sửa thành âm đạo trước và sau thường không đủ sức nâng đỡ lâu dài ở phần đỉnh âm đạo:

1. **Treo dây chằng cùng-gai (SSLS)** có thể thực hiện qua đường âm đạo bằng cách treo lớp mạc ở đỉnh âm đạo vào một hay hai dây chằng cùng-gai.

2. **Treo cổ tử cung vào mỏm nhô qua đường bụng** khi cắt bỏ tử cung hoàn toàn qua đường bụng (TAH) là một lựa chọn hợp lý mà ít bị thất bại với sa mỏm âm đạo, giao hợp đau sau phẫu thuật, và són tiểu so với phương pháp SSLS, nhưng thời gian phẫu thuật dài hơn, hồi phục lâu hơn, và nhiều biến chứng gần và xa hơn. Phẫu thuật nội soi và hỗ trợ bằng robot là lựa chọn được ưa thích do thời gian phục hồi ngắn.

3. **Đóng kín âm đạo** (phương pháp Lefort) thường được dành riêng cho phụ nữ cao tuổi hoặc những người có nguy cơ bị biến chứng cao. Ở phương pháp phẫu thuật hạn chế này, thành âm đạo trước và sau được khâu lại với nhau, làm cho việc giao hợp không còn thực hiện được nữa.

Sa mỏm âm đạo sau cắt tử cung

Lựa chọn phẫu thuật

Nội soi ổ bụng hoặc **treo cổ tử cung vào mỏm nhô** có robot hỗ trợ là lựa chọn với kỹ năng cao xâm lấn tối thiểu được ưa thích bởi các phẫu thuật viên hơn là phẫu thuật mở bụng nhưng quá trình đào tạo kéo dài. SSLS là một lựa chọn khác.

Dậy thì và dậy thì sớm

Hình 21.1 CHẨN ĐOÁN DẬY THÌ SỚM

Bệnh sử

- Tuổi bắt đầu
- Tốc độ tăng trưởng
- Tiền sử gia đình

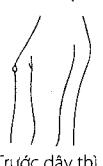


Khám lâm sàng

- Ghi nhận sự tăng trưởng
- Bách phân vị của chiều cao/cân nặng
- Khám vùng bụng-chậu
- Khám các dấu chứng thần kinh
- Phân giai đoạn Tanner

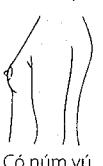
Hình 21.2 GIAI ĐOẠN TANNER

Giai đoạn 1



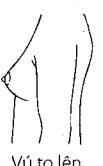
Trước dậy thì

Giai đoạn 2



Có núm vú

Giai đoạn 3



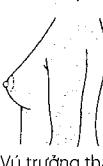
Vú to lên

Giai đoạn 4



Quảng vú nhô lên

Giai đoạn 5

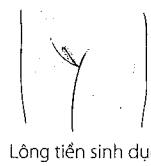


Vú trưởng thành

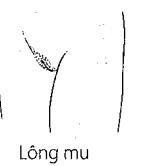
Phát triển vú



Trước dậy thì



Lông tiền sinh dục



Lông mu



Phân bố lông mu kiểu nữ nhưng chưa rộng



Phân bố lông mu kiểu nữ trưởng thành

Phát triển lông mu



Xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh

- Nồng độ TSH, LH, FSH
- Nồng độ các steroid sinh dục
- Siêu âm bụng-chậu
- X-quang đánh giá tuổi xương
- CT-scan hoặc MRI đầu

Dậy thì sớm trung ương

- Vô căn (dậy thì sớm do thể chất) (75%)
- Do tổn thương ở hệ thần kinh trung ương (5%-10%)
 - Harmatomas vùng hạ đồi
 - U vùng sọ-hầu
 - U thần kinh tế bào sao
 - Viêm màng não
 - Xạ trị vùng đầu
 - Não úng thủy
 - Tổn thương đầu
 - Lao
 - U sợi thần kinh (neurofibromatosis)
 - Động kinh

Chẩn đoán

Dậy thì sớm ngoại biên

- U tế bào hạt (10%)
- U nang buồng trứng (10%)
- Hội chứng McCune-Albright (5%)
- Vô căn
- Khác
 - suy giáp
 - tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh

Điều trị

- *Tuổi dậy thi* là giai đoạn có hàng loạt các sự kiện dẫn đến sự trưởng thành về giới tính. Thời gian này có sự tăng trưởng nhanh, sự trưởng thành xương, phát triển đặc điểm sinh dục thứ phát, và bắt đầu có khả năng sinh sản. Tuổi bắt đầu dậy thi ngày càng giảm đáng kể trong 150 năm qua, do cải thiện dinh dưỡng và điều kiện sống.
- *Tuổi vị thành niên* là thời kỳ chuyển tiếp về tâm lý và xã hội giữa thời thơ ấu và tuổi trưởng thành. Tuổi vị thành niên phần lớn trùng với tuổi dậy thi, nhưng ranh giới ít chính xác hơn, liên quan đến các đặc điểm phát triển tâm lý, xã hội, văn hóa trong khoảng thời gian tuổi thiếu nhi kể cả đặc điểm hình thể của tuổi dậy thi.
- *Thời kỳ phát triển vú* là dấu hiệu đầu tiên của tuổi dậy thi, thường bắt đầu từ 8 đến 13 tuổi và đi kèm với tăng sản xuất estrogen.
- *Thời kỳ phát triển lông mu và lông nách* là giai đoạn phát triển kế tiếp và thường xảy ra từ 11 đến 12 tuổi. Lông nách thường xuất hiện sau khi lông mu đã phát triển hoàn chỉnh.
- *Kinh nguyệt* thường xảy ra 2-3 năm sau giai đoạn phát triển vú, trung bình 11-13 tuổi. Những chu kỳ kinh nguyệt đầu tiên thường không phóng noãn và không đều.
- Yếu tố quan trọng quyết định thời điểm dậy thi là di truyền. Tuổi dậy thi bắt đầu sớm nhất ở người da đen, tiếp theo là người gốc Mỹ Latin và da trắng. Yếu tố môi trường (tổng trạng, tình trạng dinh dưỡng, vị trí địa lý) cũng rất quan trọng.

Cơ sở sinh học của tuổi dậy thi

- Những thay đổi tuổi dậy thi được kích hoạt bởi sự trưởng thành của trục hạ đồi-tuyến yên-buồng trứng.
- Sự khởi đầu của tuổi dậy thi được báo trước bởi sự tiết Gonadotropin-releasing hormone (GnRH) thành xung của vùng hạ đồi.
- Sự tăng sản xuất gonadotropin (luteinizing hormone [LH], follicle-stimulating hormone [FSH]) của tuyến yên đáp ứng với các xung của GnRH là *dấu hiệu* nội tiết của tuổi dậy thi.
- Giai đoạn trưởng thành cuối cùng là sự xuất hiện của đỉnh LH ở giữa chu kỳ do đáp ứng với những phản hồi dương của các steroid sinh dục, chủ yếu là estradiol-17 β . Đỉnh LH này gây ra sự phóng noãn và chu kỳ kinh nguyệt bình thường (xem Chương 2).

Điều trị sớm

- Cần phải đánh giá dậy thi sớm bởi vì nó có thể (1) gây ra sự trưởng thành xương sớm và giảm chiều cao khi trưởng thành, (2) dấu hiệu của một khối u hoặc bệnh lý nghiêm trọng khác, hoặc (3) tạo điều kiện khiến trẻ trở thành đối tượng của lạm dụng tình dục.
- *Định nghĩa*. Những thay đổi tuổi dậy thi xuất hiện trước 8 tuổi.
 - *Hướng dẫn đánh giá*. Sự phát triển của vú hay lông nách, lông mu nên được đánh giá nếu xảy ra trước 7 tuổi ở trẻ da trắng và trước 6 tuổi ở trẻ da đen.

Chẩn đoán (Hình 21.1)

- Cần đánh giá để phân biệt số ít trường hợp có bệnh lý gây dậy thi sớm so với đa số các trẻ dậy thi sớm nhưng sức khỏe vẫn bình thường.
- *Bệnh sử*. Xác định tuổi dậy thi, tốc độ tăng trưởng, và tiền sử gia đình là rất quan trọng. Xác định bệnh kèm theo (nhược giáp), sử dụng thuốc (estrogen), hoặc có tiền sử chấn thương đầu cũng quan trọng.
 - *Khám thực thể*. Thay đổi đầu tiên dễ quan sát thấy là sự tăng tốc độ tăng

trưởng. Khám bụng-châу nên tập trung khám cơ quan sinh dục ngoài, loại trừ một khối u vùng châу, và tìm các triệu chứng của cùi chỏ androgen. Khám thân kinh có thể phát hiện một khối u nội sọ. Sự phát triển vú và lông mu sớm có thể được đánh giá bằng bảng phân giai đoạn Tanner.

- *Xét nghiệm*. Xét nghiệm chức năng tuyến giáp, nồng độ LH/FSH, và hormone sinh dục có thể hỗ trợ chẩn đoán.
- *Chẩn đoán hình ảnh*. Siêu âm bụng-châу là một cách chính xác phát hiện khối u buồng trứng. Chụp X-quang xác định tuồi xương. Nên chụp CT-scan hoặc MRI đầu nếu nghi ngờ có khối u nội sọ.

Các dạng dậy thi sớm (Hình 21.2)

Dậy thi sớm trung ương

- *Định nghĩa*. Trưởng thành sớm của trục hạ đồi-tuyến yên-buồng trứng (phụ thuộc gonadotropin).
- *Tuổi bắt đầu*. Trong độ tuổi từ 6 đến 8.
- *Di chứng*. Nghiêm trọng nhất là tầm vóc thấp khi trưởng thành. Trẻ nhất thời cao hơn các bạn đồng tuổi, nhưng lại tiếp hợp sụn xương sớm, gây thấp lùn khi trưởng thành.

Nguyên nhân:

- *Dậy thi sớm vô căn phổ biến* nhất ở các bé gái >4 tuổi. Là tình trạng tự nhiên không rõ. Cần theo dõi để loại trừ chậm phát triển trí não, buồng trứng, hoặc tuyến thượng thận. *Điều trị*: đồng vận GnRH ở các bé gái có kinh nguyệt <8 năm hoặc những người có tuổi dậy thi tiến triển nhanh bất thường, có tuồi xương sớm >2 năm so với tuồi thực. Mục tiêu của điều trị là giảm tiết gonadotropin, làm giảm tốc độ tăng trưởng, và chậm trưởng thành xương để cho phép phát triển chiều cao tối đa khi trưởng thành. Điều trị liên tục cho đến tuổi dậy thi trung bình.

- *Tổn thương hệ thần kinh trung ương*: thường xuất hiện ở các bé gái <4 tuổi. Triệu chứng thần kinh (rối loạn thị giác, đau đầu) thường xuất hiện trước sự phát triển về giới tính. Hầu hết các tổn thương ở gần vùng hạ đồi. *Điều trị*: phẫu thuật, hóa trị liệu, và/hoặc xạ trị.

Dậy thi sớm ngoại biên

- *Định nghĩa*. Trưởng thành sớm giới tính không do kiểm soát ở vùng hạ đồi-tuyến yên (độc lập với gonadotropin). Bệnh lý tiềm tàng làm kích hoạt quá trình dậy thi.

Nguyên nhân:

- *Chủ yếu do u buồng trứng sản xuất estrogen*. U tế bào hạt là phổ biến nhất, nhưng nang noãn, u tế bào vỏ, và u tế bào Sertoli-Leydig cũng có thể xảy ra. *Điều trị*: phẫu thuật cắt bỏ.

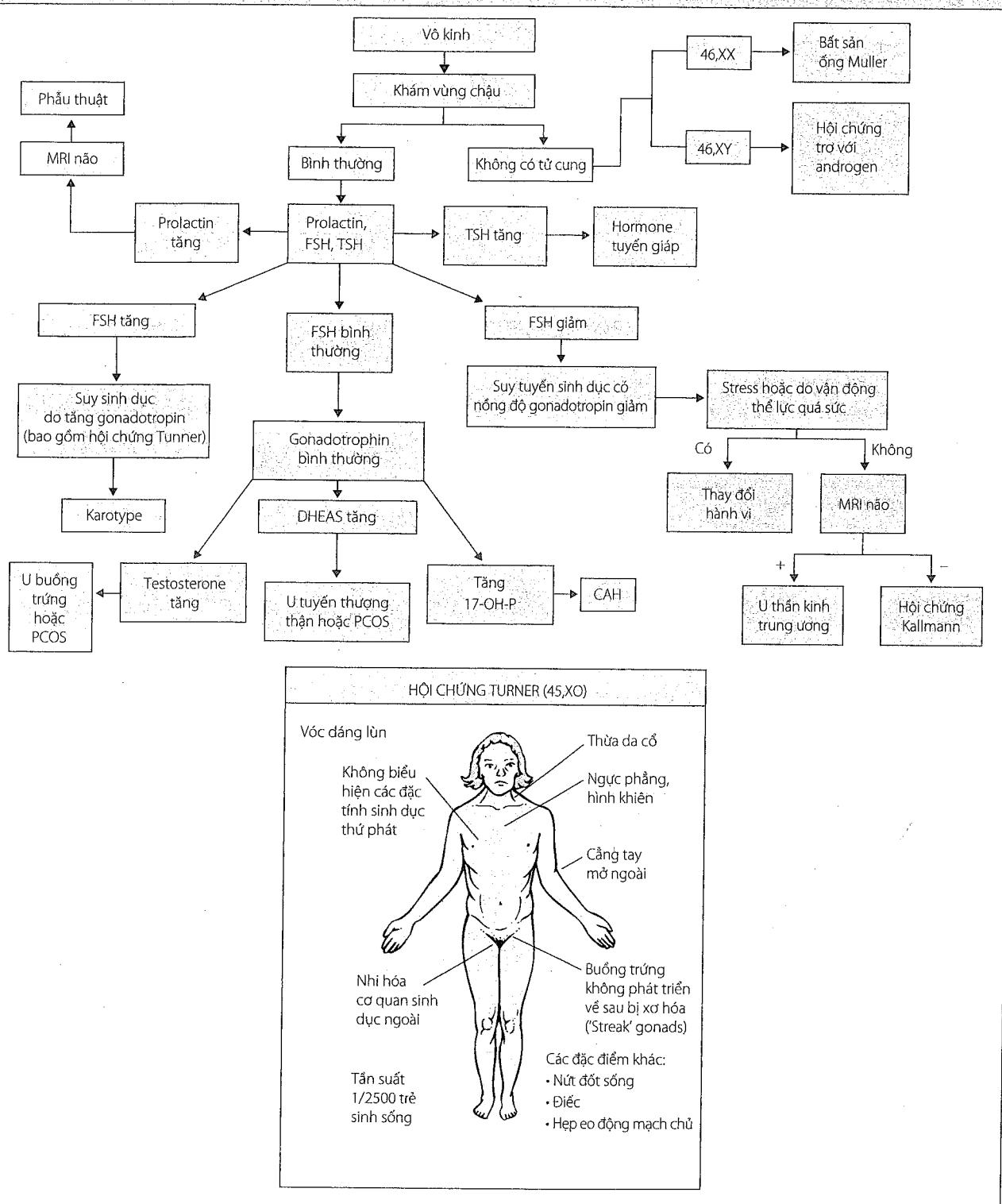
- *Hội chứng McCune-Albright* (loạn sản xơ da xương) bao gồm tổn thương nang trong xương, nốt café-au-lait (cafe sô), trưởng thành giới tính sớm. *Điều trị*: testolactone (một chất ức chế aromatase) ngăn cản việc chuyển đổi từ tiền chất estrogen trở thành estrogen hoạt động và dẫn đến giảm tốc độ tăng trưởng và trưởng thành xương. Bệnh cơ bản là không thể chữa khỏi.

- *Nguyên nhân do điều trị*: do dùng nội tiết tố ngoại sinh quá mức. *Điều trị*: ngừng thuốc.

Dậy thi sớm đơn lẻ

- *Định nghĩa*. Sự xuất hiện sớm một triệu chứng của tuổi dậy thi (thường phát triển vú). *Điều trị*: tình trạng này thường tự giới hạn và không cần điều trị.

Hình 22.1 ĐÁNH GIÁ VÀ CHẨN ĐOÁN VÔ KINH NGUYỄN PHÁT



- Định nghĩa. (1) Không có kinh nguyệt khi 14 tuổi và không có các dấu hiệu phát triển dậy thì khác, (2) không có kinh nguyệt khi 16 tuổi mặc dù có dấu hiệu dậy thì khác, hoặc (3) có kinh nguyệt trước đó nhưng bây giờ không có trong một thời gian tương đương với ba chu kỳ hoặc 6 tháng.
- Vô kinh sinh lý xảy ra ở phụ nữ tiền dậy thì, trong thai kỳ và cho con bú, và sau khi mãn kinh.
- Vô kinh bệnh lý xảy ra ở 3%-4% phụ nữ tuổi sinh sản và cần được xác định nguyên nhân.
- Do có sự trùng lắp đáng kể, nên tránh sử dụng phân loại vô kinh nguyên phát hay thứ phát như trước đây.
- Cần có cách tiếp cận có hệ thống để đưa ra chẩn đoán chính xác (Hình 22.1).

Rối loạn vùng hạ đồi

Bẩm sinh

- Nguyên nhân thường gặp ở thanh thiếu niên:

1 *Bất sản ống Müller* (hội chứng Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser; xảy ra 1/5,000 bé gái): không có toàn bộ hoặc một phần của tử cung và âm đạo. *Điều trị:* tạo hình âm đạo bằng cách nong hoặc phẫu thuật (phẫu thuật McIndoe).

2 *Màng trinh không thủng* (1/2,000) và *vách ngăn ngang âm đạo* (1/70,000 phụ nữ) ngăn cản không cho máu chảy ra. *Điều trị:* mở màng trinh/ cắt bỏ màng trinh.

Mắc phải

1 *Dính buồng tử cung* (hội chứng Asherman) sau nạo tử cung thô bạo vào giai đoạn sớm thai kỳ có thể dẫn đến sẹo, gây trở ngại cho sự phát triển và bong tróc nội mạc tử cung. *Điều trị:* soi buồng tử cung gỡ dính và kích thích nội mạc tử cung với estrogen.

2 *Hẹp cổ tử cung* có thể là kết quả của nong và nạo, khoét chớp cổ tử cung, hoặc nhiễm trùng. *Điều trị:* nong cổ tử cung.

Rối loạn nội tiết

Suy sinh dục do tăng gonadotropin (Suy buồng trứng sớm)

- Nguyên nhân. Rối loạn chức năng buồng trứng nguyên phát - không phải do vùng hạ đồi hoặc tuyến yên.
- Định nghĩa. Mất số lượng noãn bào trước 40 tuổi.
- Chẩn đoán. Đo hai lần (cách nhau ít nhất 1 tháng) nồng độ FSH huyết thanh đều >40 mIU/mL.
- Tỷ lệ. Xảy ra ở 1/100 phụ nữ <40 tuổi.
- Loạn sản tuyến sinh dục được đặc trưng bởi dài xơ tuyến sinh dục (dài mô xơ ở buồng trứng). Sự tổng hợp các steroid buồng trứng không xảy ra do không có nang noãn. Vú không phát triển vì nồng độ estradiol tự do rất thấp. *Hội chứng Turner* (45,XO) chiếm >50% bệnh nhân. Nguyên nhân còn lại thường do bất thường nhiễm sắc thể không do di truyền hoặc mất đoạn nhiễm sắc thể. *Điều trị:* liệu pháp hormone thay thế để phát triển mô vú và ngăn ngừa loãng xương. Sự hiện diện của nhiễm sắc thể Y là chỉ định cắt bỏ mô tuyến sinh dục để ngăn chặn bệnh lý ác tính do có khoảng 25% trưởng hợp sẽ phát triển thành u (ác tính).
- Những bất thường mắc phải bao gồm các bệnh tự miễn (vd. nhược cơ), hóa trị, xạ trị, hoặc nhiễm trùng. *Điều trị:* không, nhưng nên xem xét liệu pháp hormone thay thế.

Suy sinh dục do giảm gonadotropin

- Nguyên nhân. Rối loạn chức năng vùng hạ đồi-tuyến yên.
- Định nghĩa. Giảm gonadotropin kích thích buồng trứng dẫn đến nang noãn không phát triển và nồng độ estrogen rất thấp.

1 Các rối loạn vùng hạ đồi

- Rối loạn vùng hạ đồi di truyền là vô căn. Hội chứng Kallmann là một trong những biến thể thường liên quan đến mất khứu giác và các bất thường đường giữa mặt. *Điều trị:* liệu pháp hormone thay thế.
- Rối loạn chức năng vùng hạ đồi mắc phải có thể là do các khối u não, căng thẳng về thể chất hoặc tinh thần, giảm cân, tập thể dục, hoặc tình trạng mang thai già (khả năng kiểm soát các quá trình sinh lý). *Điều trị:* trừ khi có khối u, thay đổi hành vi hoặc nội tiết tố thay thế có thể thích hợp, hoặc có thể không cần điều trị nếu nguyên nhân vô kinh không đe dọa đến sức khỏe.

2 Rối loạn tuyến yên

- Rối loạn tuyến yên di truyền có thể dẫn đến thiếu sản. *Điều trị:* liệu pháp hormone thay thế.

• Rối loạn chức năng tuyến yên mắc phải chủ yếu do u tuyến tiết prolactin, nhưng cũng có thể do u di căn hoặc hội chứng Sheehan (suy tuyến yên do băng huyết sau sinh nặng, tuyến yên thiếu máu cục bộ, và hoại tử). *Điều trị:* thường chỉ định phẫu thuật cắt bỏ cho bệnh nhân u tuyến yên kích thước lớn. Những bệnh nhân có tăng prolactin khác cần được theo dõi bằng cách đo nồng độ prolactin nhiều lần và các xét nghiệm hình ảnh học để loại trừ sự phát triển của u tuyến yên kích thước lớn. Điều trị hội chứng Sheehan bằng hormone thay thế.

3 Bệnh mạn tính

Những bệnh mạn tính như bệnh thận giai đoạn cuối, AIDS, hoặc bệnh gan tiến triển cũng có thể dẫn đến vô kinh.

Suy sinh dục với gonadotropin bình thường

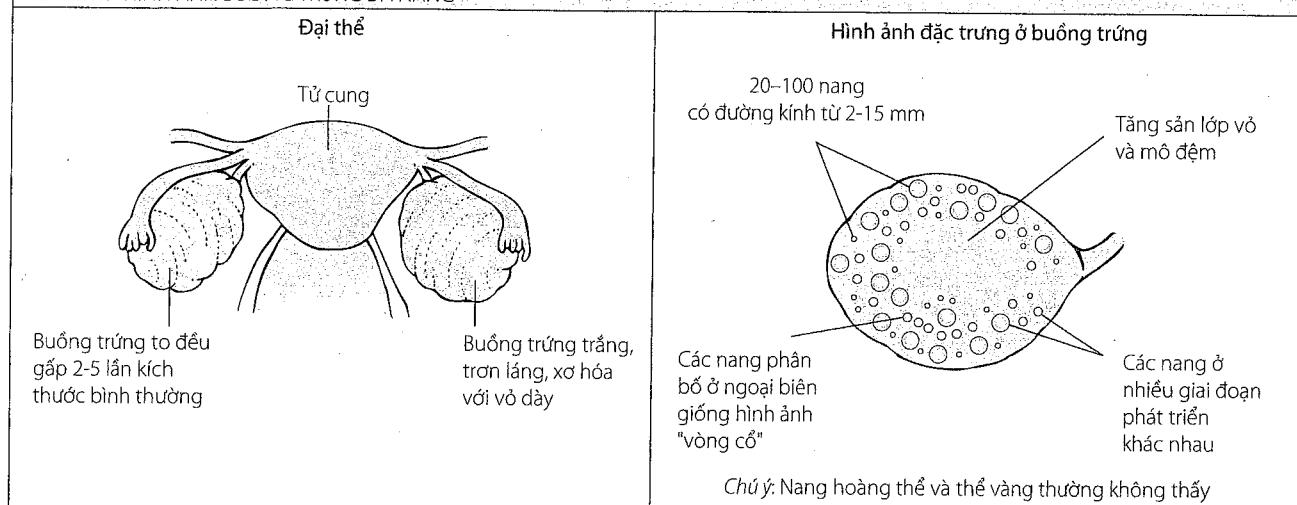
- Nguyên nhân. Các bệnh lý gây vô kinh, nhưng không đi kèm với bất thường nồng độ gonadotropin:
 - Hội chứng buồng trứng đa nang* (PCOS) (xem Chương 23).
 - Tăng sản thượng thận bẩm sinh* (CAH; khởi phát ở tuổi trưởng thành): triệu chứng lâm sàng tương tự như PCOS, nhưng thường là do một đột biến gene gây cản trở con đường tạo androgen từ tiền chất của progesterone. *Điều trị:* liệu pháp hormone thay thế.
 - Tăng prolactin* và suy giáp.

Vô sinh sinh

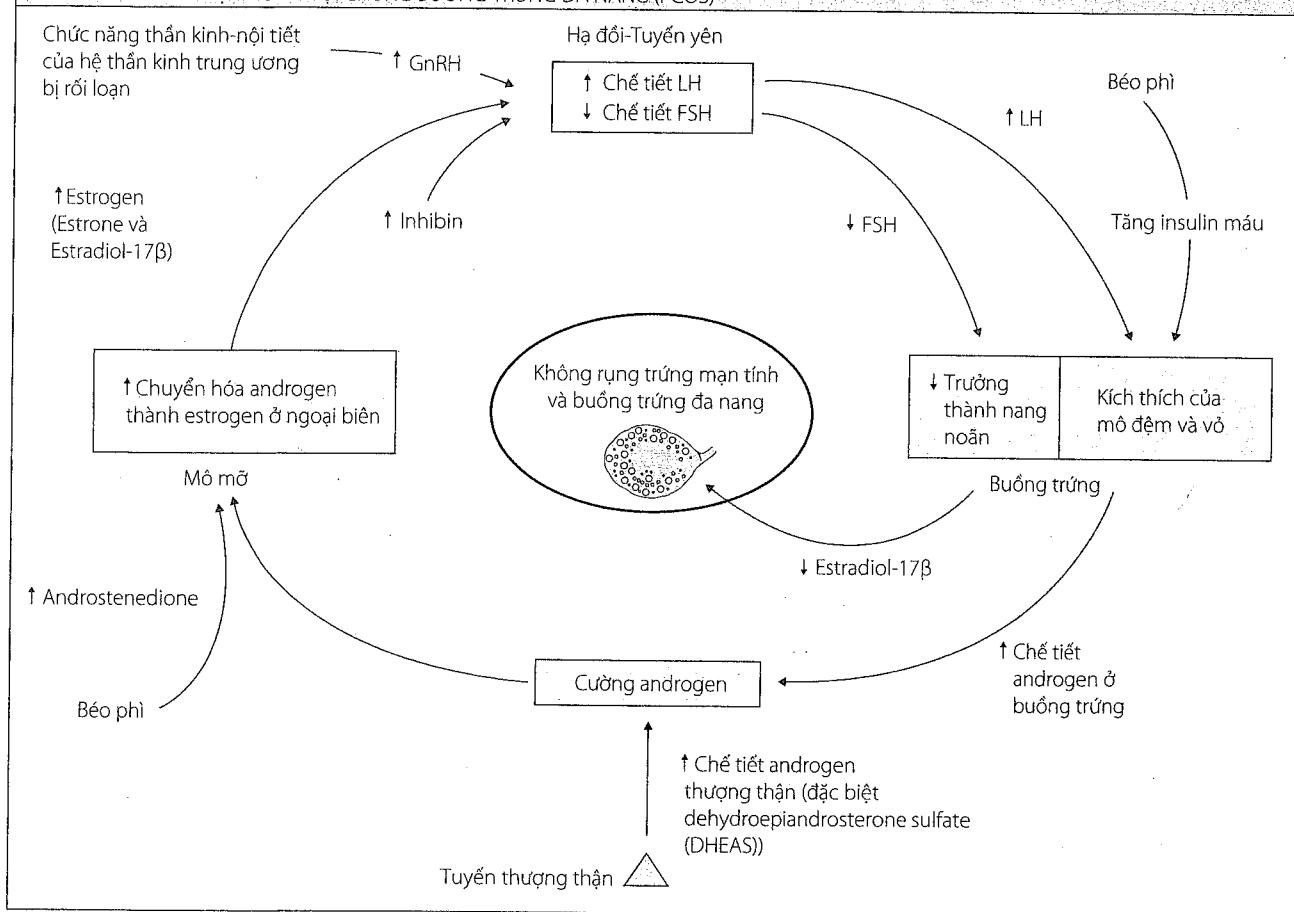
- Cũng như rất nhiều các chẩn đoán được thực hiện trong thời thơ ấu hoặc trẻ vị thành niên, quá trình tư vấn là rất quan trọng. Bệnh nhân có thể bị sang chấn tâm lý nặng khi biết rằng họ không có tử cung, mang kiểu gene nam giới, hoặc bị vô sinh vĩnh viễn.
- May mắn thay, các bất thường giải phẫu thường có thể sửa chữa để phục hồi chức năng cho bệnh nhân.
- Bệnh nhân có nồng độ gonadotropin cao có thể thụ thai bằng cách sử dụng trứng người khác và thụ tinh ống nghiệm (xem Chương 27).
- Bệnh nhân giảm gonadotropin có thể có khả năng mang thai khi điều trị với GnRH hoặc gonadotropin (xem Chương 27).
- Đối với những trường hợp có nồng độ gonadotropin bình thường, đặc biệt là những người bị hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS), thường sẽ phỏng noãn khi điều trị với clomiphene citrate (xem Chương 26).

Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS)

Hình 23.1 HÌNH ẢNH BUỒNG TRỨNG ĐA NANG



Hình 23.2 SINH LÝ BỆNH CỦA HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG (PCOS)



- **Định nghĩa.** Là một rối loạn do nhiều nguyên nhân, đặc trưng bởi tình trạng cường androgen, không phóng noãn man tính và không giải thích được, sau khi đã loại trừ các nguyên nhân thứ phát (u tuyến tiết androgen). Trước đây, PCOS được gọi là hội chứng Stein-Leventhal.
- **Tỷ lệ.** 5% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, xảy ra ở tất cả các chủng tộc và dân tộc, là một rối loạn nội tiết phổ biến nhất của phụ nữ độ tuổi này, và là nguyên nhân hàng đầu gây vô sinh.
- **Nguyên nhân.** Chưa xác định được gene hoặc yếu tố môi trường nào gây nên.

Các biểu hiện lâm sàng

- **Bệnh sử.** Tập trung vào tính chất kinh nguyệt, thai kỳ trước (nếu có), sử dụng thuốc, hút thuốc lá, uống rượu, chế độ ăn uống, tiền sử gia đình có người bị đái tháo đường và bệnh tim mạch.
- **Khám thực thể** nên tìm kiếm các triệu chứng: hói, mụn trứng cá, phì đại âm vật, phân bố lông trên cơ thể, và các dấu hiệu của kháng insulin (béo phì trung tâm, dấu hiệu acanthosis nigricans). Khám âm đạo (bằng hai tay) có thể phát hiện buồng trứng to (Hình 23.1).
- **Các xét nghiệm:** testosterone hoặc dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) hữu ích cho việc chẩn đoán cường androgen. Khối u tiết androgen của tuyến thượng thận hoặc buồng trứng luôn đi kèm tăng nồng độ androgen, nhưng không có giá trị tuyệt đối nào để kết luận đó là do khối u hay loại trừ không do khối u.
- **Chẩn đoán hình ảnh** như siêu âm vùng chậu có thể loại trừ khối u đặc buồng trứng và có thể chứng minh đặc tính "đa nang" của buồng trứng (Hình 23.1).
- **Tiêu chuẩn chẩn đoán.** Năm 2003, các chuyên gia đã đưa ra đồng thuận Rotterdam rằng chẩn đoán là PCOS nếu thỏa 2 trong 3 tiêu chuẩn sau : (1) phóng noãn thưa và/hoặc không phóng noãn, (2) cường androgen, và (3) buồng trứng đa nang trên siêu âm, và các rối loạn nội tiết khác đã được loại trừ.

Sinh lý kinh nguyệt (Hình 23.2)

- PCOS là hậu quả cuối cùng của một "vòng xoáy bệnh lý" gồm nhiều rối loạn nội tiết khác nhau, và PCOS có thể có nhiều yếu tố khởi phát khác nhau.
- Vẫn chưa rõ nguyên nhân bệnh sinh chính nằm ở buồng trứng hay vùng hạ đồi, nhưng các rối loạn chính dường như là việc gửi tín hiệu "không phù hợp" đến vùng hạ đồi và tuyến yên.
- LH tăng (dấu hiệu của PCOS) là kết quả từ sự tăng sản xuất estrogen ngoại vi (phản hồi dương) và tăng tiết GnRH.
- FSH giảm do tăng sản xuất estrogen ngoại vi (phản hồi âm) và tăng tiết inhibin.
- PCOS được đặc trưng bởi một tình trạng tăng LH và ức chế FSH mạn tính, thay vì tăng theo chu kỳ như một chu kỳ kinh nguyệt bình thường (xem Chương 3).
- Tăng LH kích thích nhu mô và tế bào vỏ buồng trứng tăng sản xuất androgen. Androgen được chuyển hóa (ở mô ngoại biên) tạo thành estrogen, gây kéo dài tình trạng không phóng noãn.
- Do FSH bị ức chế, nên dù nang noãn tăng trưởng nhưng không trưởng thành đầy đủ và rụng trứng (hoàng thể hiếm khi được tìm thấy). Nồng độ androgen cao ngăn chặn sự phát triển nang noãn bình thường và gây nên sự thoái triển sớm.
- **Buồng trứng** là nơi tiết androgen chủ yếu; tuyến thượng thận chỉ tiết một lượng ít.
- Tăng mô mỡ ở bệnh nhân béo phì góp phần vào việc tăng quá trình

chuyển hóa androgen thành estrogen.

- Tăng testosterone tự do (gây rậm lông), vì nồng độ globulin liên kết hormone giới tính (SHBG) giảm trong PCOS.

Biểu hiện lâm sàng

- **Rối loạn kinh nguyệt** (80%): bắt đầu ngay sau khi có kinh nguyệt, kể cả vô kinh thứ cấp và/hoặc kinh thưa.
- **Rậm lông** (70%): sự phát triển lông quá mức giống nam giới (lông ở môi trên, cằm, ngực, lưng).
- **Béo phì** (50%): góp phần đáng kể vào các rối loạn chuyển hóa trong PCOS.
- **Vô sinh** (75%): do không phóng noãn kéo dài.
- **Acanthosis nigricans** là một dấu hiệu ngoài da của tình trạng kháng insulin và tăng insulin. Biểu hiện bằng mảng xám nâu, mượt như nhung, đôi khi giống mụn cóc ở cổ, háng, và nách.
- **Hội chứng HAIR-AN** (*hyperandrogenism – cường androgen, insulin resistance – đề kháng insulin, và acanthosis nigricans*) biểu hiện cho tình trạng không phóng noãn kéo dài do cường androgen.

Điều trị

- **Tăng sản nội mạc tử cung/ ung thư nội mạc tử cung** (xem Chương 32)
- **Kháng insulin/ đái tháo đường type 2**
- **Tăng huyết áp, bệnh tim mạch, rối loạn lipid máu**
- **Đột quỵ**
- **Tăng cân.**

Điều trị

Điều trị PCOS theo nhu cầu của bệnh nhân gồm bốn mục tiêu chính: (1) giảm nồng độ insulin, (2) điều trị vô sinh, (3) điều trị rậm lông hoặc mụn trứng cá, và (4) điều trị rối loạn kinh nguyệt để ngừa tăng sản và ung thư nội mạc tử cung. Hiện nay vẫn còn nhiều tranh luận về phương pháp điều trị nào là tối ưu.

- Can thiệp giúp giảm cân hoặc kháng insulin có thể có lợi cho tất cả các mục tiêu điều trị và làm giảm những chu kỳ không phóng noãn.

Điều trị nội khoa

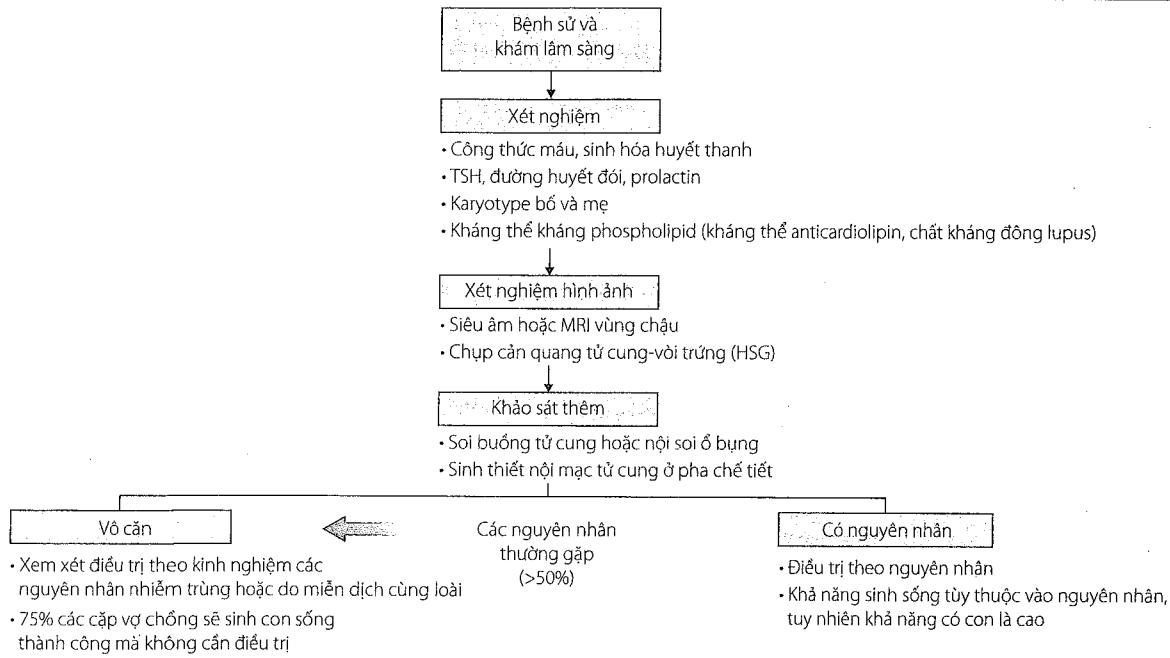
- 1 **Thuốc ngừa thai dạng uống** là phương pháp điều trị dài hạn PCOS bằng cách giảm tiết LH, FSH và ức chế buồng trứng tiết androgen, kích thích gan sản xuất SHBG, giảm nồng độ DHEA (dehydroepiandrosterone) và phòng chống tăng sinh nội mạc tử cung. Cyproterone acetate (Dianette/Diane), spironolactone, hoặc eflornithin (tại chỗ) có thể hữu ích ở những bệnh nhân bị rậm lông quá mức.
- 2 **Progestin** đã được chứng minh khả năng ức chế tuyến yên tiết LH và FSH, giảm androgen tự do, nhưng thường gây xuất huyết tử cung bất thường.
- 3 **Thuốc tăng nhạy cảm insulin** (metformin) giảm nồng độ androgen tự do, nâng cao tỉ lệ phóng noãn, và cải thiện dung nạp đường.
- 4 **Clomiphene citrate** (xem Chương 26) là thuốc đầu tay được sử dụng điều trị cho phụ nữ mong muôn có thai.

Điều trị phẫu thuật

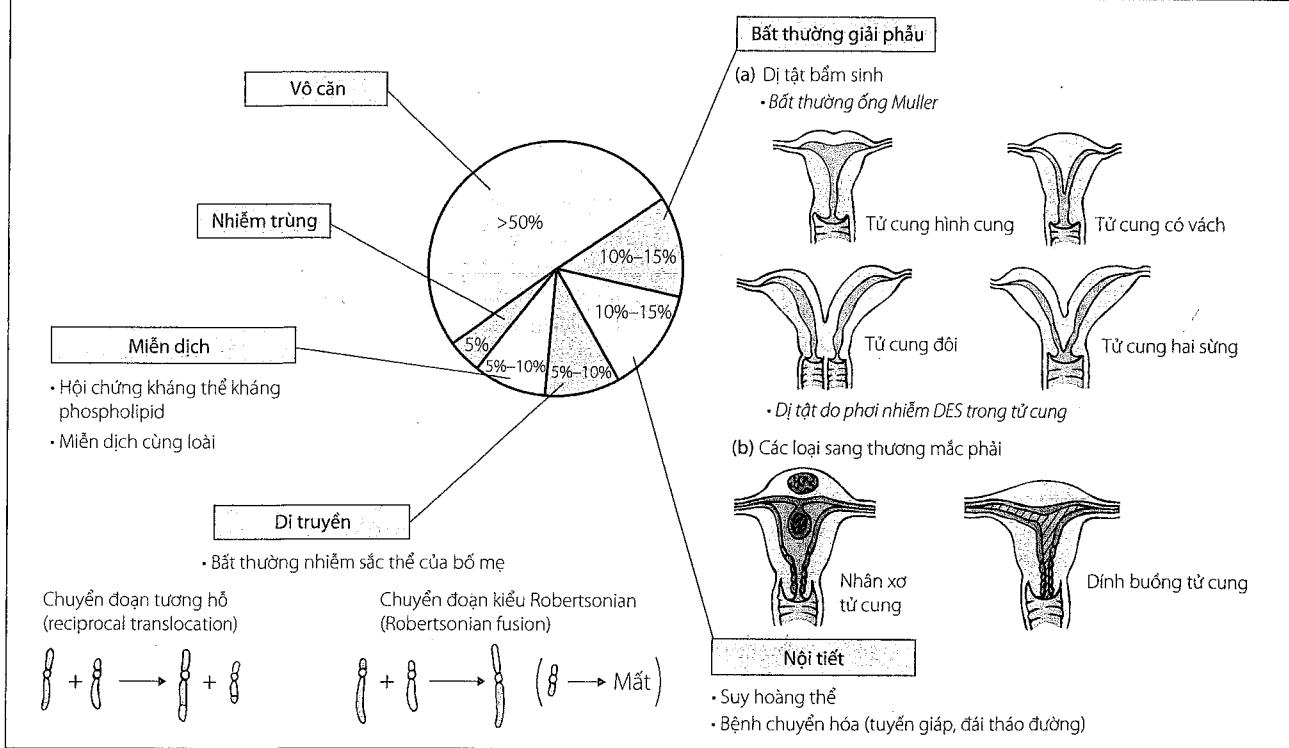
- 1 **Đốt điểm buồng trứng** bằng laser hoặc đốt điện không có nhiều lợi thế so với điều trị nội khoa trong vô sinh, và thường không có lợi thế lâu dài trong việc điều trị các rối loạn chuyển hóa.
- 2 **Loại bỏ lông** (bằng laser, dòng điện, kem rụng lông) là những phương pháp điều trị phổ biến trong điều trị chứng rậm lông.

Sẩy thai tái phát

Hình 24.1 TIẾP CÂN SẤY THAI TÁI PHÁT



Hình 24.2 NGUYÊN NHÂN SẤY THAI TÁI PHÁT



- Định nghĩa. Có ≥3 lần sẩy thai liên tiếp, thường xảy ra trước tuần lứa 20 của thai kỳ.
- Tỷ lệ: 1% các trường hợp mang thai trong độ tuổi sinh sản.

Đánh giá (Hình 24.1)

- Bệnh sử. Hình thức sẩy, thời điểm sẩy, và đặc điểm của lần sẩy thai trước. Tiền sử tiếp xúc với chất độc môi trường và các loại thuốc, tiền sử nhiễm trùng phụ khoa hoặc nhiễm trùng sản khoa, loại trừ khả năng giao phối giữa những người có quan hệ huyết thống.
- Khám thực thể có thể giúp phát hiện các bệnh hệ thống hoặc dị tật tử cung.
- Các xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh nên được sử dụng tùy trường hợp.

Nguyễn nhiễm (Hình 24.2)

Hầu hết sẩy thai tái phát (RPL) không có nguyên nhân rõ ràng. Các cặp đôi lo lắng thường tự tìm đến các phương pháp điều trị kinh nghiệm dân gian mà kết quả vẫn chưa được chứng minh.

Vô căn (>50%)

- Nhiều trường hợp không xác định được nguyên nhân. Việc cung cấp thông tin và tư vấn có vai trò quan trọng vì 60%-70% phụ nữ có ít nhất một lần sinh con sống trước đó sẽ có thai kỳ tiếp theo bình thường.

Yếu tố giải phẫu (10%-15%)

- Bất thường tử cung thường kết hợp với sẩy thai vào tam cá nguyệt 2. Ảnh hưởng của dị tật bẩm sinh (xem Chương 10) do bất thường hợp nhất của ống Müller và những tổn thương mắc phải là một vấn đề vẫn còn nhiều tranh cãi. Phẫu thuật có thể giúp ích trong một số trường hợp.
- Hở eo tử cung (xem Chương 58) cũng là nguyên nhân gây sẩy thai ở tam cá nguyệt 2. Khâu eo cổ tử cung có thể có ích trong một số trường hợp.

Yếu tố nội tiết (10%-15%)

- Suy hoàng thể là tình trạng hoàng thể không tiết đủ progesterone, kết quả là progesterone không đủ để chuẩn bị nội mạc tử cung cho sự làm tổ và/hoặc không có khả năng duy trì thai kỳ giai đoạn sớm. Để chẩn đoán, cần phải sinh thiết nội mạc tử cung ngoài thời gian hành kinh hai lần (tiến hành sau hành kinh ≤2 ngày) trong hai chu kỳ liên tiếp. Thường điều trị bằng cách bổ sung progesterone, nhưng lợi ích vẫn còn đang được nghiên cứu.
- Rối loạn chuyển hóa (suy giáp, đái tháo đường kiểm soát kém, hội chứng buồng trứng đa nang [xem Chương 23]) cần được chẩn đoán và điều trị bệnh lý gốc. Rối loạn nội tiết nhẹ và không có triệu chứng thường không phải là nguyên nhân.

Yếu tố di truyền (5%-10%)

Trong những tình huống nhất định, mặc dù không có cách điều trị, thụ tinh trong ống nghiệm (IVF, xem Chương 27) với chẩn đoán di truyền trước khi phôi làm tổ có thể giúp xác định phôi bất thường và làm giảm nguy cơ sẩy cho thai kỳ sau.

- Bất thường nhiễm sắc thể của bố mẹ là nguyên nhân duy nhất đã được chứng minh gây sẩy thai liên tiếp. Kiểu gene thường gặp nhất là đột biến chuyển đoạn cân bằng thường gấp ở người nữ. Hai phần ba thuộc loại chuyển đoạn tương hỗ (trao đổi đoạn giữa hai nhiễm sắc thể mà không mất vật liệu di truyền). Một phần ba là chuyển đoạn Robertson (sự hợp nhất giữa hai nhiễm sắc thể có centromere nằm gần sát một đầu [diễn

hình là 13, 14, 15, 21, hoặc 22], dẫn đến kết quả cuối cùng là mất một centromere và hai nhánh ngắn). Nguy cơ sẩy thai ở cặp vợ chồng có chuyên đoạn là >25%. Phương pháp điều trị duy nhất là thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) với tinh trùng hoặc trứng của người khác.

- Phôi thai thể dị bộ (bộ nhiễm sắc thể) tái phát nhiều lần là một dạng bất thường (không phải ngẫu nhiên) ở một số cặp vợ chồng. Hầu hết bất thường dị bộ do mẹ lớn tuổi. Chẩn đoán tiền sản thông qua chọc ối hoặc sinh thiết胎盤 có thể hữu ích trong một số trường hợp - nhưng không có phương pháp điều trị.

Các yếu tố miễn dịch (5%-10%)

- Hội chứng kháng thể kháng phospholipid là một rối loạn tự miễn đặc trưng bởi các kháng thể lưu hành chống lại màng phospholipid và ít nhất một hội chứng lâm sàng cụ thể (sẩy thai liên tiếp, huyết khối không giải thích được, thai lưu). Việc chẩn đoán đòi hỏi ít nhất một xét nghiệm huyết thanh học (kháng đông lupus, kháng thể kháng cardiolipin). Điều trị là dùng aspirin phối hợp với heparin (hoặc prednisone trong một số trường hợp).

- Miễn dịch cùng loài được nhiều tác giả đề xuất như một yếu tố gây những trường hợp RPL vô căn. Trong khi mang thai, hệ thống miễn dịch người mẹ tiếp xúc kháng nguyên của thai nhi có 50% khác biệt với mình và sản xuất các yếu tố "ức chế" nhằm bảo vệ thai nhi. Không tạo được yếu tố "ức chế" có thể góp phần gây sẩy thai, nhưng chưa có bằng chứng khoa học chứng minh giả thuyết này và không có xét nghiệm chẩn đoán cụ thể. Liệu pháp miễn dịch đã được sử dụng nhằm cố gắng để thúc đẩy khả năng dung nạp miễn dịch với kháng nguyên từ người bố.

Nhiễm trùng (5%)

Nhiễm Listeria monocytogenes, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Toxoplasma gondii, và virus (herpes simplex, cytomegalovirus, rubella) liên quan đến sẩy thai tự nhiên, nhưng không có bằng chứng chứng minh gây ra sẩy thai liên tiếp. Chẩn đoán bằng cách lấy dịch cổ tử cung, do nồng độ virus, hoặc các kháng thể. Kháng sinh có thể hữu ích nếu một tác nhân gây bệnh được xác định. Tuy nhiên, điều trị theo kinh nghiệm với doxycycline hoặc erythromycin có thể có hiệu quả và giúp tiết kiệm chi phí.

Các yếu tố nguy cơ khác

- Tình trạng tăng đông (có xu hướng tạo cục máu đông) làm tăng nguy cơ RPL. Nguyên nhân phổ biến nhất là đột biến yếu tố V Leiden và prothrombin G2010A. Điều trị chống đông có thể cải thiện khả năng thai kỳ diễn tiến đến khi đủ tháng.
- Độc tố môi trường như thuốc lá, rượu, sử dụng café nhiều có liên quan với tăng nguy cơ sẩy thai tự nhiên, nhưng không liên quan sẩy thai liên tiếp. Tuy nhiên, nên giảm bớt sử dụng các chất này nếu có thể.
- Thuốc như thuốc đối kháng folic acid, valproic acid, warfarin, khí gây mê, tetrachloroethylene, và isotretinoin (Accutane) cũng là một số nguyên nhân bị nghi ngờ có liên quan với tình trạng sẩy thai.

Thận trọng

- Nếu xác định được nguyên nhân, điều trị theo nguyên nhân.
- Theo dõi sát trong khi mang thai thường được khuyến cáo cho bệnh nhân bị sẩy thai liên tiếp. Các cặp vợ chồng thường lo lắng, tuyệt vọng. Nhưng may mắn là khả năng đạt được việc sinh con sinh sống cũng cao.

25

Các cặp vợ chồng vô sinh

Hình 25.1 NGUYÊN NHÂN VÔ SINH

DO NỮ

1 Buồng trứng

- Rối loạn phóng noãn
- Hội chứng buồng trứng đa nang (không phóng noãn mạn tính)
- Suy buồng trứng sớm
- Vô kinh do nguyên nhân tại vùng hạ đồi

2 Tai vòi và phúc mạc

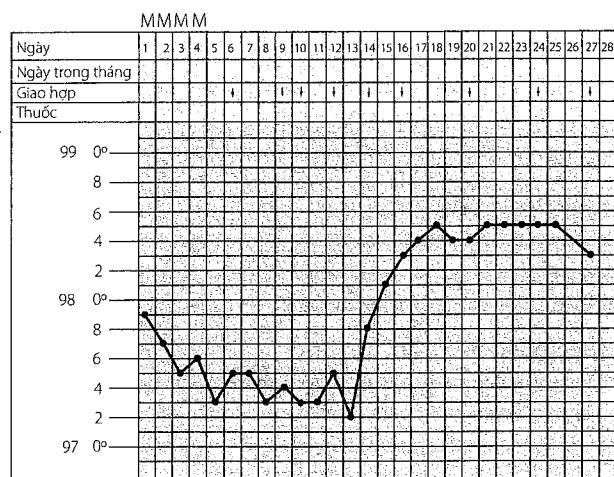
- Dây dính vùng chậu
- Lạc nội mạc tử cung
- Tiền căn thai ngoài tử cung vỡ
- Tiền căn phẫu thuật ở tai vòi hoặc vùng chậu

Chú ý: Tắc vòi trứng có thể được chẩn đoán qua chụp HSG hoặc qua nội soi ổ bụng

3 Cổ tử cung

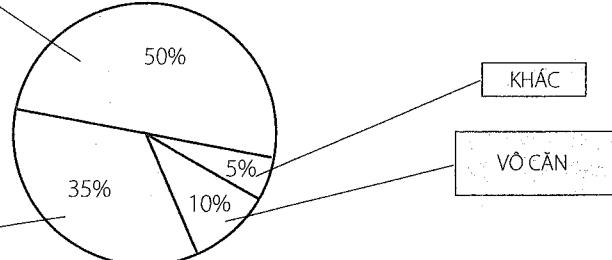
- Hẹp cổ tử cung
- Viêm cổ tử cung

Biểu đồ thân nhiệt cơ bản



Một ví dụ về Biểu đồ thân nhiệt cơ bản cho thấy biểu đồ dạng 2 pha điển hình với các ghi chú về ngày hành kinh (M) và các thời điểm giao hợp (↓).

DO NAM



1 Tinh trùng ít vô căn

(nguyên nhân thường gặp)

2 Giãn tĩnh mạch tĩnh hoàn

3 Khác

- Tắc ống dẫn tinh (sau viêm mào tĩnh hoàn, sau cắt ống dẫn tinh)
- Không đưa được tinh trùng vào âm đạo (lỗ tiểu đóng thấp, bất lực)

Tinh dịch đồ bình thường

Thể tích	$\geq 2 \text{ mL}$
pH	7.2–7.8
Mật độ	$\geq 20 \times 10^6 \text{ tinh trùng/ml}$
Di động	$\geq 50\%$ tinh trùng di động
Hình dạng	$\geq 30\%$ (WHO) và $>4\%$ (tiêu chuẩn khắt khe) tinh trùng có hình dạng bình thường

Tổng số tinh trùng di động $>10 \times 10^6/\text{mẫu thử}$

có biện pháp tránh thai ở phụ nữ <35 tuổi hoặc sau 6 tháng ở phụ nữ ≥ 35 tuổi.

- Khả năng thụ thai.** Là xác suất thụ thai trong một chu kỳ kinh nguyệt. Trong các cặp vợ chồng bình thường là 20%-25%, xác suất tích lũy là 85%-90% cơ hội mang thai trong vòng 12 tháng.
- Vô sinh.** Không có khả năng thụ thai sau 12 tháng giao hợp mà không

- Vô sinh nguyên phát dùng để chỉ những cặp vợ chồng chưa bao giờ có thai. Vô sinh thứ phát để chỉ các cặp vợ chồng có ít nhất một lần thụ thai trước đây.

Tâm suất

- 10%-15% các cặp vợ chồng bị vô sinh.
- Tỷ lệ vô sinh vẫn không đổi, nhưng số lượng đến khám đã tăng gấp ba so với cách đây 20 năm. "Đại dịch vô sinh" được cho là do các cặp vợ chồng muốn hoàn có con và tỷ lệ chi trả bảo hiểm tăng khi cung cấp các dịch vụ này.

Yếu tố nguy cơ

- Khả năng thụ thai bắt đầu giảm sau 28 tuổi và thường giảm với tốc độ nhanh hơn sau 35 tuổi.
- Hút thuốc lá, sử dụng ma túy, nghề nghiệp và môi trường làm giảm khả năng sinh sản.

Danh giá ban đầu

- Mục tiêu chính của việc đánh giá vô sinh là tiếp cận hợp lý để chẩn đoán, đánh giá chính xác tiến triển và tiên lượng, và để giáo dục các cặp vợ chồng.
- **Bệnh sử:** Chi tiết về tuổi người vợ, thai kỳ trước đây, và thời gian cố gắng có thai, thời gian giao hợp, sử dụng chất bôi trơn, và các rối loạn chức năng cương dương hoặc xuất tinh. Tiền sử phụ khoa bao gồm tuổi có kinh nguyệt lần đầu, chu kỳ kinh nguyệt, tiền sử bệnh lây truyền qua đường tình dục, tiền sử phẫu thuật vòi trứng hoặc vùng chậu, nhiễm trùng vùng chậu hoặc thai ngoài tử cung, và bất thường Pap smear cần phải thực hiện đốt điện (LEEP) hoặc phẫu thuật cắt lanh.
- **Khám thực thể:** Triệu chứng rối loạn nội tiết (rậm lông, gan to, tuyến giáp to) hoặc bệnh lý phụ khoa (u xơ tử cung, lạc nội mạc vùng chậu) có thể rõ ràng hoặc nổi bật.
- **Xét nghiệm:** Các xét nghiệm liên quan khả năng sinh sản bao gồm: nồng độ FSH ngày thứ 3, estradiol, hormone kích thích tuyến giáp (TSH), prolactin, chụp X-quang tử cung vòi trứng, và tinh dịch đồ. Một số xét nghiệm cần làm khác không liên quan khả năng sinh sản bao gồm công thức máu, Pap smear, và nồng độ virus trước khi sinh (vd. HIV, viêm gan virus B và C, rubella và thủy đậu) và sàng lọc các bệnh lý di truyền ở một số chủng tộc (xơ nang, bệnh lý hemoglobin, bệnh Tay-Sachs, bệnh Canavan, teo cơ cột sống...).

Chẩn đoán

- Các nguyên nhân phổ biến của vô sinh được đánh giá như sau:
 - 1 Xác định thời điểm rụng trứng (chu kỳ kinh nguyệt, bộ dụng cụ thử nước tiểu để đo nồng độ LH, thân nhiệt cơ bản)
 - 2 Dự trữ buồng trứng (FSH ngày thứ 3, estradiol, test đáp ứng clomiphene citrate, hormone kháng ống Müller [nói có bằng chứng])
 - 3 Tinh dịch đồ
 - 4 Đánh giá tắc vòi và tử cung (chụp X-quang tử cung-vòi trứng, siêu âm buồng tử cung [FemVue] sử dụng chất lỏng [saline])
 - 5 Bệnh lý nội tiết (rối loạn chức năng tuyến giáp, tăng prolactin, hội chứng buồng trứng đa nang)

Nguyên nhân vô sinh (Hình 25.1)

Nguyên nhân do người nữ (50%)

- 1 Yếu tố buồng trứng (không phóng noãn, rối loạn chức năng phóng noãn, suy buồng trứng sớm) (20%)
 - **Bệnh sử:** Vô kinh thứ phát, chu kỳ kinh nguyệt không đều.
 - **Khám thực thể:** Béo phì, rậm lông, vú tiết sữa, thể trạng gầy (vô kinh do rối loạn chức năng vùng dưới đồi).
 - **Xét nghiệm sàng lọc:** Thường xác định có phóng noãn bằng cách hỏi bệnh sử (chu kỳ kinh nguyệt đều [21-35 ngày], bộ dụng cụ thử nước tiểu để phát hiện đỉnh LH giữa chu kỳ (dấu hiệu của sự phóng noãn), biểu đồ theo dõi thân nhiệt, nồng độ progesterone từ giữa đến cuối giai đoạn hoàng thể. Dự

trữ buồng trứng có thể được đánh giá bằng nồng độ FSH ngày thứ 3 chu kỳ kinh, estradiol, hormone kháng ống Müller (antimüllerian hormone), và/hoặc test thử thách với clomiphene.

- **Điều trị:** Kích thích phóng noãn (xem Chương 26).

2 Yếu tố vòi trứng và phúc mạc (20%)

- **Bệnh sử:** Nhiễm trùng vùng chậu hoặc thai ngoài tử cung có thể gây dinh vùng chậu, vòi trứng. Thống kinh thứ phát hoặc đau vùng chậu theo kỳ kinh có thể gợi ý đến lạc nội mạc vùng chậu. Tuy nhiên, không có yếu tố nguy cơ rõ ràng trong >50% trường hợp.
- **Khám thực thể:** Tử cung dính phía sau, nốt lạc nội mạc ở âm đạo trực tràng, và ở vùng tử cung-cùng là những dấu hiệu của lạc nội mạc vùng chậu.
- **Xét nghiệm sàng lọc:** Chụp X-quang tử cung-vòi trứng (HSG: hysterosalpingogram): tiêm thuốc cản quang qua cổ tử cung vào trong tử cung. Xét nghiệm đánh giá sự thông suốt của vòi trứng cũng như buồng tử cung để loại trừ các bất thường gây tắc tử cung, vòi trứng (vd. polyp nội mạc tử cung, u xơ tử cung, dinh buồng tử cung). Gần đây, phương pháp siêu âm buồng tử cung, sử dụng chất lỏng tạo sóng siêu âm (vd. FemVue) đã được sử dụng. Nội soi ổ bụng kèm rửa ống dẫn trứng là "tiêu chuẩn vàng" chẩn đoán vì có thể loại trừ dinh và lạc nội mạc vùng chậu.
- **Điều trị:** Phẫu thuật tạo hình vòi trứng (tuboplasty) hoặc thụ tinh trong ống nghiệm (xem Chương 27).

3 Nguyên nhân do người nam (35%)

- **Bệnh sử:** Chấn thương tinh hoàn, nhiễm trùng hệ niệu-sinh dục, hóa trị, tiếp xúc với bức xạ, phẫu thuật đường tiết niệu, rối loạn cương dương hoặc xuất tinh, sử dụng thuốc lá hoặc ma túy.
- **Khám thực thể:** Lỗ niệu đạo đóng thấp, giãn tĩnh mạch tinh hoàn, tinh hoàn ẩn (tinh hoàn không xuất), teo tinh hoàn.
- **Xét nghiệm sàng lọc:** Tinh dịch đồ là xét nghiệm sàng lọc chính cho vô sinh nam. Mẫu tinh dịch phải được phân tích sau 2-3 ngày kể từ ngày lấy mẫu. Nếu một mẫu thử có kết quả bất thường (vd. số lượng, độ di động, hoặc hình thái học của tinh trùng) ta cần lặp lại test sau đó 4 tuần.
- **Điều trị:** Điều trị ngoại khoa điều trị giãn tĩnh mạch tinh hoàn; bơm tinh trùng vào tử cung hoặc thụ tinh trong ống nghiệm có hoặc không có tiêm tinh trùng vào trứng (ICSI) tùy thuộc vào các thông số của tinh dịch đồ.

4 Vô căn (10%-15%)

- **Bệnh sử:** Người vợ có chu kỳ phóng noãn bình thường và tất cả xét nghiệm dự trữ buồng trứng, xét nghiệm nội tiết, chụp X-quang tử cung vòi trứng, và tinh dịch đồ của chồng bình thường.
- **Khám thực thể và xét nghiệm sàng lọc:** Không có gì bất thường.
- **Điều trị:** Kích thích phóng đơn noãn và đa noãn với bơm tinh trùng vào tử cung (IUI) hoặc thụ tinh trong ống nghiệm.
- **Tiền lượng:** Khoảng 60% các cặp vợ chồng vô sinh không rõ nguyên nhân nếu không điều trị vẫn sẽ mang thai trong vòng 3-5 năm.

5 Nguyên nhân cổ tử cung (10%)

- **Bệnh sử:** Tiền sử phẫu thuật cổ tử cung (khoét chớp, đốt điện), nhiễm trùng, hoặc tiền căn cản phoi nhiễm diethylstilbestrol (DES) trong giai đoạn phôi thai.
- **Khám thực thể:** Bất thường, tổn thương cổ tử cung.
- **Xét nghiệm sàng lọc:** Không đáng tin cậy. Test sau giao hợp là một phương pháp để đánh giá tương tác giữa tinh trùng và chất nhầy cổ tử cung. Tuy nhiên, điều này không còn được xem như một tiêu chuẩn có ý nghĩa cho chẩn đoán.
- **Điều trị:** Bơm tinh trùng vào tử cung.

26

Kích thích phóng noãn

Hình 26.1 PHÂN LOẠI RỐI LOẠN PHÓNG NOÃN CỦA WHO (TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI)

	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 3
Cơ chế	Suy hạ đồi-tuyến yên 	Rối loạn chức năng hạ đồi-tuyến yên 	Suy buồng trứng (cơ quan đích)
Ảnh hưởng: 1 LH+FSH 2 Estradiol-17 β	↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓	Bình thường Bình thường	↑ ↑ ↑ ↓ ↓ ↓
Tần suất	Thường gặp	Thường gặp nhất	ít gặp nhất
Chẩn đoán chính	Vô kinh do nguyên nhân hạ đồi	Buồng trứng đa nang (PCOS)	Suy buồng trứng
Điều trị	Liệu pháp Gonadotropin (hMG) hoặc GnRH	Clomiphene citrate	Xin trứng

Hình 26.2 HỘI CHỨNG QUÁ KÍCH BUỒNG TRỨNG (OHSS)

	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Tần suất	Thường gặp	ít gặp	<2%
Dấu hiệu/triệu chứng (thường xảy ra 5-7 ngày sau phóng noãn)	Khó chịu nhẹ ở vùng chậu	Buồn nôn/nôn ói Chướng bụng Tăng cân	Các biến chứng hiếm gặp: Võ buồng trứng gây xuất huyết nội và hội chứng suy hô hấp ở người lớn (ARDS) Thiếu niệu, mất cân bằng điện giải
Quá phát buồng trứng	<6 cm	6-12 cm	>12 cm
Nồng độ estradiol-17 β	2,000-4,000 pg/mL	4,000-6,000 pg/mL	>6,000 pg/mL
Điều trị	Theo dõi	Theo dõi sát, hạn chế khám bụng và vùng chậu	Nhập viện và điều trị hỗ trợ Chú ý: có thể đe dọa tính mạng

Chú ý:

- Nếu không có thai, các triệu chứng sẽ hồi phục trong 7 ngày.
- Nếu có thai, các triệu chứng có thể kéo dài đến vài tuần.

Tổng quát các rối loạn phóng noãn

- Vô sinh do buồng trứng (không phóng noãn) là bất thường chính của 20% cặp vợ chồng vô sinh.
- Bệnh nhân được phân loại thành ba nhóm (Hình 26.1).
- Kích thích phóng noãn là một trong những phương pháp điều trị vô sinh thành công nhất. Chúng ta cần phải lựa chọn bệnh nhân thật cẩn thận.

Các phương pháp kích thích phóng noãn

Clomiphene citrate (Clomid, Serophene)

- **Chi định.** Thuốc phổ biến nhất được sử dụng để gây phóng noãn. Là lựa chọn hàng đầu để điều trị cho những phụ nữ không phóng noãn mạn tính nhưng có đủ estrogen và nồng độ gonadotropin bình thường (nhóm WHO 2). Thường không có hiệu quả kích thích phóng noãn cho các trường hợp nhóm WHO 1.
- **Ưu điểm/ nhược điểm.** An toàn, hiệu quả, rẻ tiền, dùng đường uống.
- **Cơ chế tác dụng.** Clomiphene là một chất điều hòa thụ thể estrogen có chọn lọc (SERM), có cấu trúc liên quan với tamoxifen và diethylstilbestrol (DES). Thuốc làm giảm phản hồi âm tính của estrogen, do đó kích hoạt vùng dưới đồi tiết GnRH, và làm tuyển yên tiết FSH, LH, dẫn đến chiêu mộ nang noãn, và phóng noãn xảy ra sau liều cuối cùng 5-12 ngày.
- **Liều dùng.** Liều khởi đầu là 50 mg mỗi ngày trong 5 ngày, bắt đầu từ ngày 3 hoặc 5 của chu kỳ kinh nguyệt. Liều được tăng 50 mg trong mỗi chu kỳ cho đến khi xảy ra phóng noãn. Nếu không đáp ứng với liều 150 mg hàng ngày, cần phải đánh giá thêm.
- **Theo dõi đáp ứng điều trị.** Phát triển nang noãn có thể được theo dõi trên siêu âm hoặc bằng bộ dụng cụ đo LH trong nước tiểu sau liều clomiphene cuối cùng 4-5 ngày. Nồng độ progesterone tăng lên sau liều clomiphene cuối cùng 14-17 ngày là dấu hiệu của giai đoạn hoàng thể và cho thấy sự phóng noãn đã xảy ra. Lúc chu kỳ kết thúc, hoặc sự thụ thai xảy ra hoặc một chu kỳ mới được bắt đầu. Khi sự phóng noãn đã được ghi nhận ở một liều clomiphene nhất định, tăng liều trong chu kỳ tiếp theo không có lợi ích. Trung bình, phóng noãn thường xảy ra sau liều cuối cùng Clomid 5-11 ngày.
- **Biện pháp hỗ trợ.** Việc bổ sung hCG có thể cần thiết ở những phụ nữ có buồng trứng và phát triển nang noãn nhưng không phóng noãn. Metformin cũng có thể được sử dụng ở phụ nữ vô sinh phóng noãn thừa, cường androgen, không dung nạp glucose, và để kháng insulin.
- **Tiền lượng.** 80% trường hợp sẽ có phóng noãn với clomiphene, mặc dù chỉ có 40% sẽ có thai. Thành công cao nhất trong vài tháng điều trị đầu tiên. Khi thất bại thụ thai trong vòng 6 chu kỳ điều trị với clomiphene, chúng ta nên cân nhắc lựa chọn phương pháp khác.
- **Tác dụng phụ.** Phổ biến là nóng bừng mặt, căng ngực, các triệu chứng thi giác, và buồn nôn, nhưng không liên quan liều sử dụng.
- **Chống chỉ định.** Bệnh gan, mang thai.
- **Các biến chứng.** Đa thai (6%), hội chứng quá kích buồng trứng (OHSS, hiếm gặp).

Human menopausal gonadotropins (hMGs) hoặc FSH tái tổ hợp (rFSH)

- **Chi định.** hMG là lựa chọn điều trị trong trường hợp rối loạn chức năng rụng trứng và giảm nồng độ estrogen và gonadotropin (nhóm WHO 1). Những chất này cũng được sử dụng trong nhóm WHO 1 không đáp ứng với clomiphene. FSH tái tổ hợp thường được dùng để kích thích phóng nhiều noãn ở những người có chức năng phóng noãn bình thường (vô sinh không rõ nguyên nhân) hoặc để kích thích phóng noãn ở những người không phóng noãn (nhóm WHO 2).
- **Ưu điểm/ nhược điểm.** Tốn kém, đòi hỏi phải theo dõi trên siêu âm.

- **Cơ chế tác dụng.** hMG là tinh chất của gonadotropin (LH, FSH) chiết xuất từ nước tiểu của phụ nữ mãn kinh. FSH tái tổ hợp được sản xuất từ các dòng tế bào biến đổi gene. Hai dạng của rFSH là α- và β-folitropin. Sử dụng các chất này giúp phát triển và trưởng thành nang noãn.

- **Liều dùng.** Liều dùng có thể thay đổi và phụ thuộc vào dự trữ buồng trứng.

- **Theo dõi đáp ứng điều trị.** Siêu âm và đo estradiol-17 β liên tiếp trong mỗi chu kỳ để theo dõi đáp ứng của buồng trứng. Siêu âm được thực hiện để xác định số nang noãn và kích thước của chúng. Sự gia tăng nồng độ estradiol-17 β trong giai đoạn hoạt động này diễn ra nhanh chóng và nang thường mở rộng 2-3 mm/ngày.

- **Liệu pháp hỗ trợ.** Khi nang vượt trội có đường kính 16-20 mm, tiêm bắp liều duy nhất 5,000-10,000 IU hCG tĩnh khiết hoặc tiêm dưới da 250 Mg hCG tái tổ hợp nhằm thay thế cho việc tăng LH nội sinh để kích hoạt phóng noãn.

- **Tiền lượng.** Phụ thuộc vào tuổi người vợ, dự trữ buồng trứng, nguyên nhân gây vô sinh.

- **Biến chứng.** Đa thai (10%-30%), thai ngoài tử cung, hội chứng quá kích buồng trứng (OHSS) (Hình 26.2). Hội chứng quá kích buồng trứng hiếm xảy ra khi điều trị gonadotropin. Hội chứng này thường tự giới hạn, bắt đầu 3-5 ngày sau khi dùng hCG, đạt đỉnh 7-10 ngày sau khi dùng hCG, và tự giới hạn khi chu kỳ mới bắt đầu nếu sự thụ thai không xảy ra. Nếu thụ thai xảy ra, nó có thể kéo dài đến 10-20 ngày sau khi dùng hCG.

Bromocriptine mesylate (Parlodel)

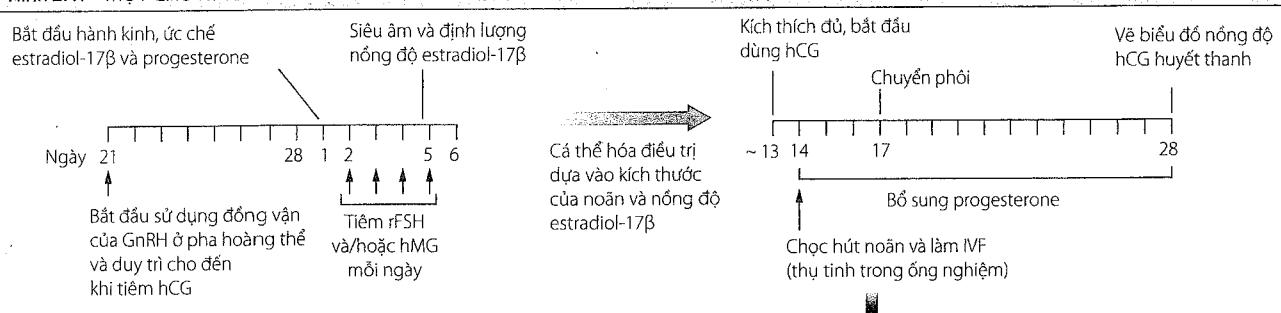
- **Chi định.** Bromocriptine chỉ được chỉ định cho phụ nữ có rối loạn phóng noãn do tăng prolactin thứ phát (do u tuyến yên tiết prolactin) hoặc tăng prolactin vò cắn.
- **Ưu điểm/ nhược điểm.** Làm giảm kích thước khối u tiết prolactin, điều hòa rối loạn kinh nguyệt do tăng prolactin, hoặc (tình trạng) chảy sữa bất thường.
- **Cơ chế tác dụng.** Nồng độ prolactin cao gây rối loạn chu kỳ kinh nguyệt bằng cách ức chế vùng dưới đồi tiết GnRH. Bromocriptine là một chất đồng vận dopamine ức chế tuyển yên tiết prolactin.
- **Liều dùng.** Liều duy trì lý tưởng là 2.5 mg. Có thể được tăng liều 1.25 mg hàng tuần cho đến khi chu kỳ kinh nguyệt bình thường.
- **Tiền lượng.** Bromocriptine sẽ điều hòa chu kỳ kinh nguyệt trong 90% trường hợp tăng prolactin.
- **Tác dụng phụ.** Buồn nôn, nôn, nhức đầu, hạ huyết áp tư thế (có thể giảm thiểu bằng cách dùng thuốc trước khi ngủ).

Các hormone giúp phóng thích GnRH

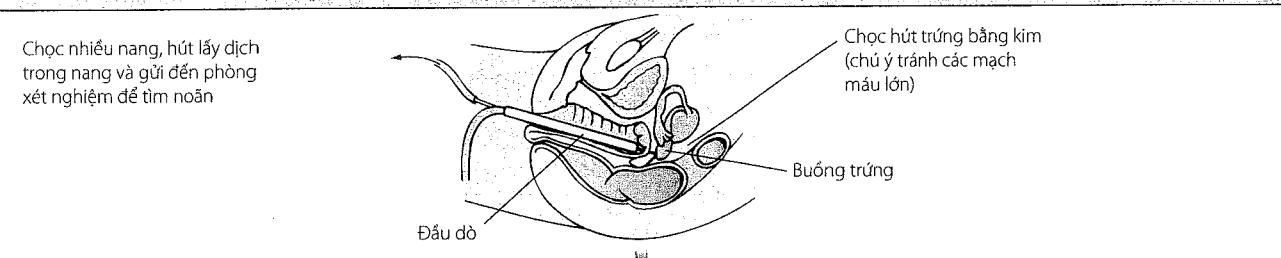
- **Chi định.** Điều trị GnRH dạng xung động (bơm đặt dưới da) có thể sử dụng ở những bệnh nhân thất bại rụng trứng (nhóm WHO 1). Hiện nay, GnRH ít được sử dụng do sự xuất hiện của cách điều trị với các chế phẩm chúa gonadotropin.
- **Ưu điểm/ nhược điểm.** Bệnh nhân phải mang bơm và ống thông liên tục.
- **Cơ chế tác dụng.** GnRH ngoại sinh có tác dụng kích thích tuyển yên giải phóng gonadotropin và do đó gây phóng noãn.
- **Liều dùng.** GnRH tiêm tĩnh mạch (5-10 mg mỗi xung) hoặc tiêm dưới da (10-20 mg mỗi xung).
- **Tiền lượng.** 80% trường hợp thụ thai trong vòng 6 chu kỳ.
- **Biến chứng.** Hội chứng quá kích buồng trứng và đa thai rất hiếm xảy ra, bởi vì bơm GnRH chỉ tạo ra FSH với nồng độ như sinh lý. Các biến chứng thường nhẹ, xảy ra tại chỗ, và có liên quan đến ống thông.

Kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (ART)

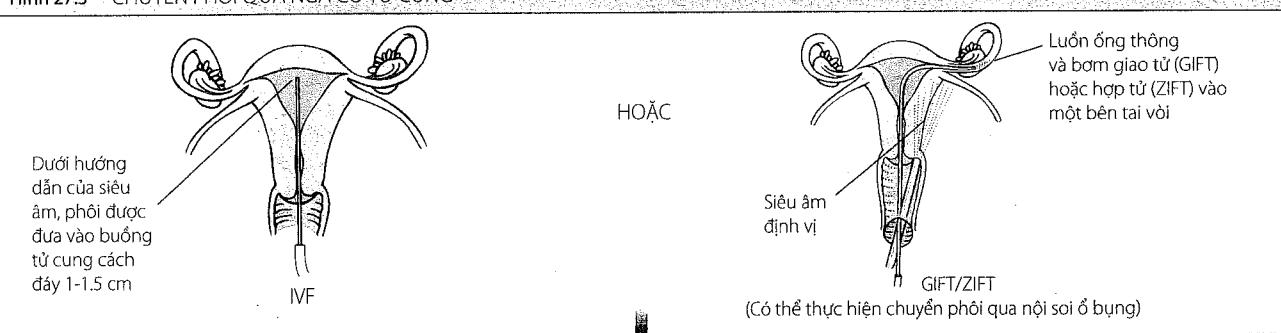
Hình 27.1 MỘT CHU KỲ KÍCH THỊCH IVF ĐIỀN HÌNH



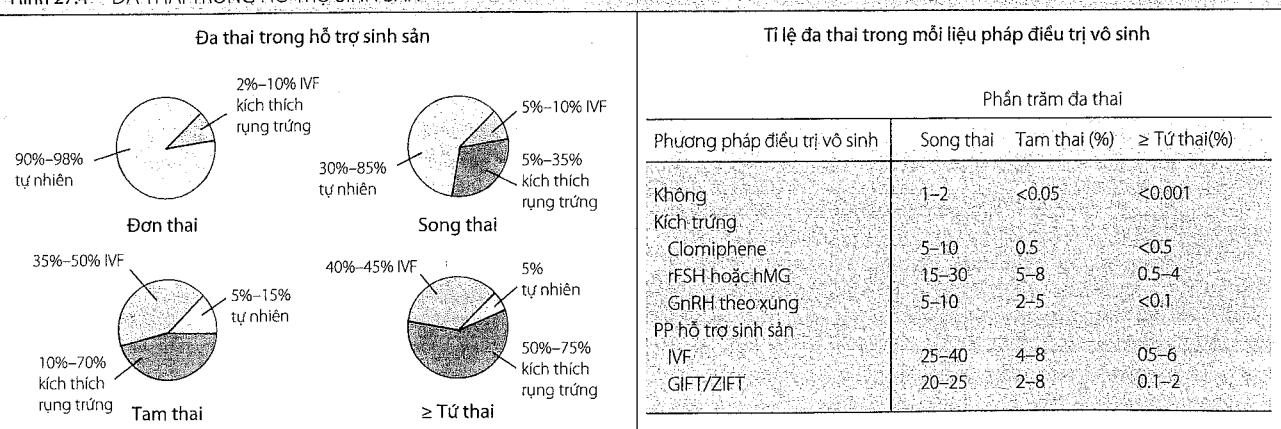
Hình 27.2 LẤY NOÃN NGẢ ÂM ĐAO DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM



Hình 27.3 CHUYỂN PHÔI QUA NGẢ CỔ TỬ CUNG



Hình 27.4 ĐA THAI TRONG HỖ TRỢ SINH SẢN



- **Định nghĩa.** Xử lý trực tiếp và thao tác trên tế bào trứng và tinh trùng để tạo điều kiện tối ưu cho sự thụ thai. Tuy nhiên, thụ tinh ống nghiệm (IVF) thường được thực hiện trong đĩa Petri.
- **Phân loại.** IVF là một ví dụ điển hình của các thủ thuật hỗ trợ sinh sản (Assisted reproductive technology - ART). Các ví dụ khác bao gồm chuyển tinh trùng hoặc hợp tử vào vòi trứng, nhưng các kỹ thuật này ít được sử dụng.
- **Tần suất.** Trẻ thụ tinh ống nghiệm đầu tiên đã ra đời năm 1978. Kể từ đó, ART phát triển nhanh chóng. Có >125,000 trường hợp được thụ tinh trong ống nghiệm tại Hoa Kỳ mỗi năm.
- **Mục tiêu.** Để tối đa hóa cơ hội mang thai thành công, giảm thiểu các nguy cơ của các trường hợp đa thai.

Thực hành trong ống nghiệm (In vitro Fertilization - IVF)

Lựa chọn bệnh nhân

- Lúc đầu, IVF dùng để hỗ trợ các trường hợp vô sinh do bất thường vòi trứng. Hiện nay, IVF được sử dụng rộng rãi trong nhiều trường hợp vô sinh đã thất bại với các phương thức khác.
- Tuổi của người nữ thường là yếu tố tiên đoán đầu tiên khả năng thụ tinh ống nghiệm thành công. Hầu hết các chương trình thụ tinh ống nghiệm hạn chế điều trị thụ tinh ống nghiệm đối với phụ nữ ở độ tuổi lên đến 43.9. Mặc dù mẫn kinh tạo rào cản thụ thai, IVF đã giúp phụ nữ 50-60 tuổi thụ thai nhờ vào trứng của người khác.
- Nồng độ FSH >10 mIU/mL và/hoặc estradiol >80 pg/mL vào ngày thứ 3 của chu kỳ kinh nguyệt thường biểu hiện sự suy giảm dự trữ buồng trứng và sẽ đáp ứng với kích thích buồng trứng.
- IVF sử dụng trứng của người khác được khuyến cáo cho những phụ nữ bị giảm đáng kể dự trữ buồng trứng bất kể tuổi tác, người có suy buồng trứng sớm hoặc được xem là vô sinh (vd. bệnh nhân hội chứng Turner, loạn sản buồng trứng).

Kích thích buồng trứng

- Mặc dù thụ tinh trong ống nghiệm với những chu kỳ không được kích thích hoặc chu kỳ được kích thích với clomiphene thì ít tốn kém, nhưng ít tế bào trứng được thu hoạch và tỷ lệ thành công thấp. Những kỹ thuật này ít được sử dụng. Kiểm soát hội chứng buồng trứng quá kích sẽ giúp tối đa hóa việc thu hồi nhiều tế bào trứng trưởng thành.
- Một chu kỳ IVF được kích thích điển hình (Hình 27.1) thường được khởi đầu bằng cách sử dụng các chất đồng vận GnRH (vd. leuprolide acetate, nafarelin acetate) ở cuối giai đoạn hoàng thể hoặc trước khi sử dụng thuốc ngừa thai phôi hợp. Chất đồng vận GnRH ngăn chặn phóng noãn sớm, giảm những chu kỳ bị hủy bỏ (do tạo hoàng thể sớm), và làm tăng khả năng mang thai ở mỗi chu kỳ.
- Tăng trưởng và phát triển nang noãn bằng rFSH và hMG (tiêm bắp) mỗi ngày (xem Chương 26). Một khi buồng trứng được kích thích đầy đủ (khi có ít nhất 3 nang noãn với >16-18 mm, estradiol huyết thanh ≥ 600 pg/mL), kích thích bằng hCG thay thế cho đỉnh LH để thúc đẩy sự trưởng thành nang noãn, chuẩn bị cho sự phóng noãn và lấy noãn.
- Trong thụ tinh ống nghiệm (IVF), 5%-10% chu kỳ bị hủy bỏ do đáp ứng nang noãn không đủ.

Lấy noãn

- Lấy noãn dưới hướng dẫn của siêu âm ngả âm đạo (Hình 27.2) được thực hiện 35-37 giờ sau khi dùng hCG.
- Số lượng tế bào trứng thu hoạch có thể có liên quan đến số lượng nang noãn có kích thước >12 mm. Noãn thu được sau đó sẽ được đánh giá về mức độ trưởng thành.

Thụ tinh

- Tinh dịch được lấy vào ngày lấy noãn. Tinh trùng được "rửa sạch" và ủ trong môi trường dinh dưỡng.

- Bốn giờ sau khi lấy noãn, khoảng 25,000-50,000 tinh trùng được cho vào một đĩa chứa một noãn bào duy nhất.
- Mười tám giờ sau khi thụ tinh, trứng được xem dưới kính hiển vi xem có thụ tinh không (sự hiện diện của hai tiền nhân). Tế bào trứng trưởng thành có tỉ lệ thụ tinh là 50%-70%.
- Tế bào trứng trải qua thụ tinh bình thường và trở thành phôi được giữ trong môi trường nuôi cấy và quan sát quá trình phát triển. Sau khi chuyển phôi, những phôi còn lại (có chất lượng tốt) có thể được trữ lạnh.

Nuôi cấy và chuyển phôi

- Trứng đã thụ tinh được đặt trong môi trường phát triển và được kiểm tra hàng ngày cho đến ngày thứ 3 (3 ngày sau khi lấy noãn).
- Phôi được phân loại dựa trên số lượng tế bào (phôi bào), mức độ tăng trưởng của phôi bào có đối xứng, định hướng thế nào, và mức độ phân mảnh.
- Việc chuyển phôi có thể được thực hiện vào ngày thứ 3 hoặc thứ 5.
- Số lượng phôi được chuyển phụ thuộc vào số phôi có sẵn, tuổi người phụ nữ, các vấn đề sức khỏe khác. Ở Vương quốc Anh, thường tối đa hai phôi được chuyển, trừ vài trường hợp.
- Chuyển phôi qua cổ tử cung (Hình 27.3) bao gồm chuyển phôi và một lượng nhỏ chất dinh dưỡng vào một ống thông mềm, sau đó đặt qua cổ tử cung, và sau đó tiêm vào dưới hướng dẫn của siêu âm.

Hỗ trợ giai đoạn hoàng thể

- Bổ sung progesterone được bắt đầu vào ngày lấy noãn và tiếp tục cho đến khi thai khoảng 10 tuần, khi đó nhau thai có thể tự sản xuất progesterone. Bổ sung progesterone giúp cải thiện dự hậu thai kỳ trong các trường hợp làm IVF.
- Định lượng β-hCG huyết thanh 12-14 ngày sau khi chuyển phôi để đánh giá kết quả của sự làm tổ.

Những kỹ thuật phổ biến trong ART

Chẩn đoán di truyền tiền làm tổ (PGD)

- "Sàng lọc phôi" có thể được thực hiện trên phôi trước khi làm tổ. Đột biến di truyền cụ thể hoặc các rối loạn di bội (nhiễm sắc thể) có thể được phát hiện sau khi phân tích một phần phôi thai.
- PGD là một phương pháp thay thế cho chẩn đoán tiền sản, có thể tránh chấm dứt thai kỳ bằng cách bảo đảm trẻ sẽ không bị một số bệnh lý đặc hiệu (vd. bệnh xơ nang, hồng cầu hình liềm).

Tiêm tinh trùng vào bào tương trứng (ICSI)

- ICSI là phương pháp tiêm trực tiếp một tinh trùng duy nhất đã được chọn lọc vào trứng. Điều này thường được sử dụng trong trường hợp vô sinh nam (có bất thường tinh dịch đồ), hoặc thụ tinh không tối ưu hay đã thất bại với IVF trong chu kỳ trước.

Chuyển phôi trữ lạnh

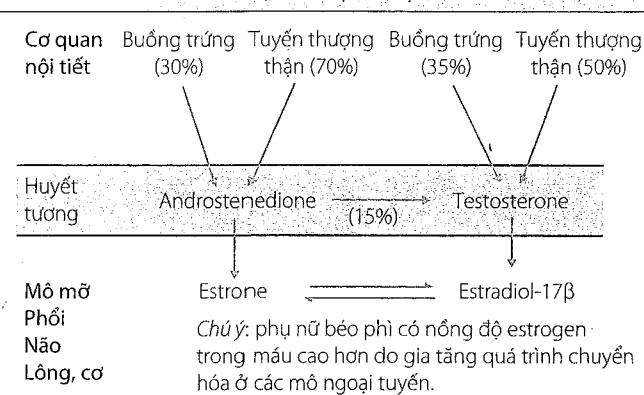
- Ưu điểm chính là không cần phải kiểm soát quá trình kích thích buồng trứng và lấy noãn, và linh hoạt trong thời gian chuyển phôi.

Dự hậu thai kỳ

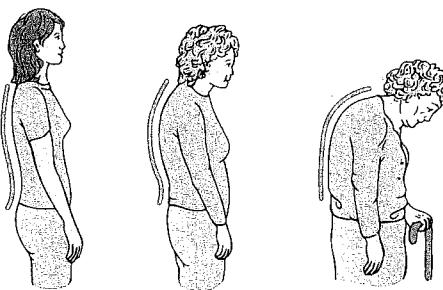
- Tỉ lệ sinh sống trên mỗi chu kỳ thụ tinh ống nghiệm phụ thuộc vào tuổi của người mẹ và nguyên nhân gây vô sinh. Thông thường, những bệnh nhân ở độ tuổi <35 hoặc thụ tinh bằng trứng của người khác có tỉ lệ mang thai sinh sống tốt nhất.
- *Ảnh hưởng của ART lên tỉ lệ đa thai* (Hình 27.4). Chuyển giao nhiều phôi có thể cải thiện tỉ lệ mang thai, nhưng cũng sẽ tăng số trường hợp đa thai.

Mãn kinh và liệu pháp hormone thay thế

Hình 28.1 NGUỒN ESTROGEN Ở PHỤ NỮ HẬU MÃN KINH

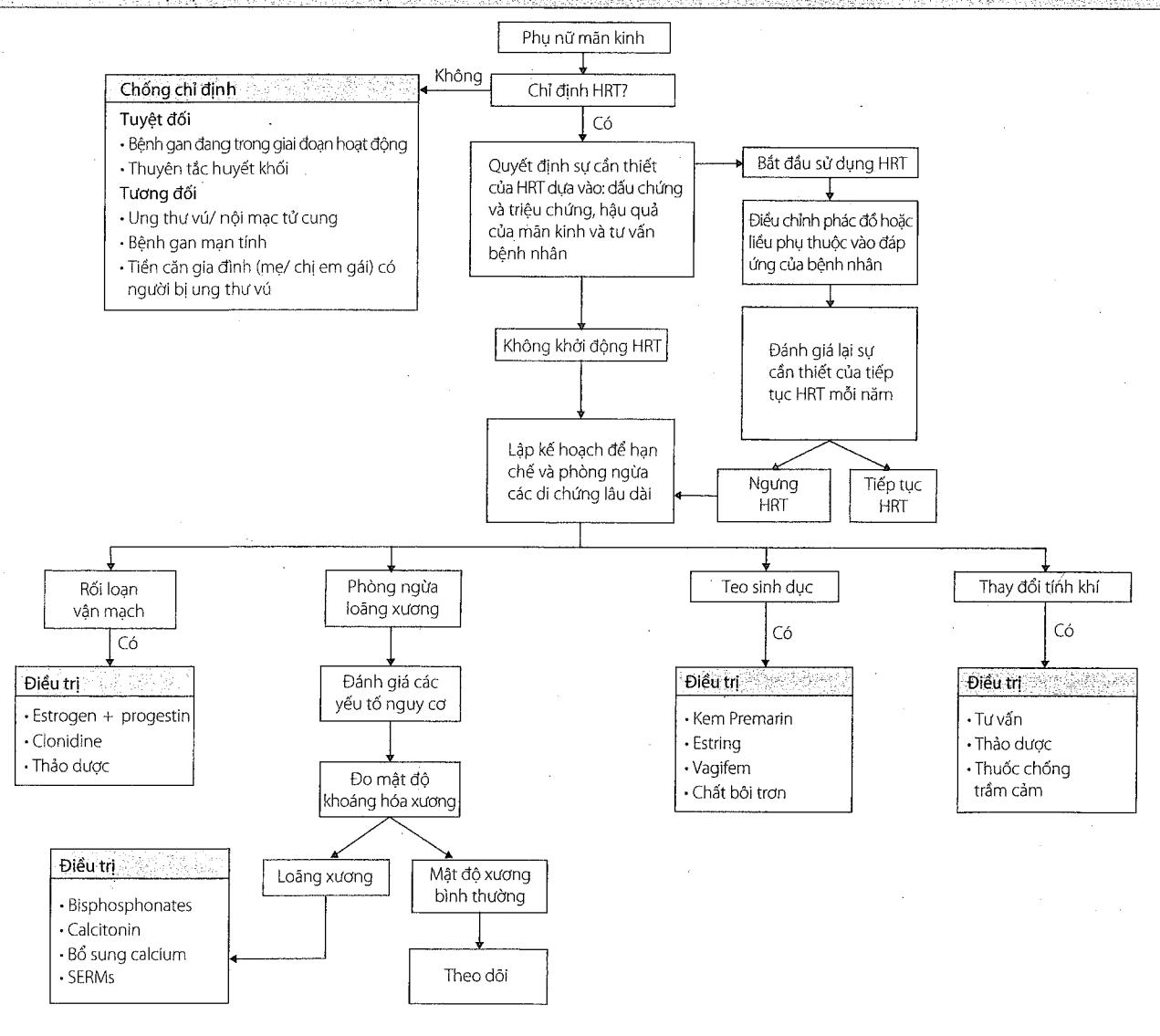


Hình 28.2 ẢNH HƯỞNG CỦA LOĂNG XƯƠNG



Loãng xương đặc trưng bởi sự giảm chiều cao, gù, gãy đốt sống do chèn ép và xuất hiện bướu lưng điển hình xảy ra ở phụ nữ lớn tuổi hậu mãn kinh

Hình 28.3 ĐIỀU TRỊ NỘI TIẾT THAY THẾ Ở PHỤ NỮ MÃN KINH



MÃN KINH

- **Định nghĩa.** Sự mất kinh vĩnh viễn trong 12 tháng do chấm dứt quá trình chiêu mộ nang noãn, lựa chọn và phát triển nang noãn dù có tăng nồng độ các hormone FSH, LH.
- **Tuổi.** Độ tuổi trung bình là 51.4 và có thể được quy định trước trong bộ gene di truyền của từng cá thể.
- **Các yếu tố nguy cơ** của mãn kinh sớm bao gồm hút thuốc lá và phẫu thuật (cắt bỏ tử cung).

Thời kỳ quanh mãn kinh

- **Định nghĩa.** Giai đoạn chuyển tiếp trước khi mãn kinh, kéo dài từ giai đoạn sinh sản đến những năm sau mãn kinh. Các dấu hiệu và ảnh hưởng của quá trình chuyển đổi sang mãn kinh có thể xuất hiện sớm khi 35 tuổi, mặc dù hầu hết phụ nữ nhận thấy được những thay đổi khoảng 10 năm sau đó, thường đến khoảng những năm cuối tuổi 40 (từ 45-49 tuổi). Thời gian và mức độ của các triệu chứng quanh mãn kinh ở từng người không thể dự đoán trước một cách chắc chắn.
- **Triệu chứng** bao gồm tăng cân, đặc biệt là ở vùng bụng dưới, mông và đùi. Có giả thuyết cho rằng triệu chứng này là do thích ứng của cơ thể để duy trì ít estrogen còn lại và để bảo vệ xương vì estrogen giảm sẽ tăng nguy cơ loãng xương.
- **Rối loạn kinh nguyệt.** 10% phụ nữ ngưng ra kinh nguyệt đột ngột, nhưng đa số trường hợp trải qua 4-5 năm thay đổi độ dài chu kỳ kinh do (tình trạng) suy buồng trứng tiến triển.
- **Sản xuất hormone.** Ban đầu đặc trưng bởi FSH cao và giảm nồng độ inhibin, nhưng nồng độ estradiol-17 β và LH bình thường. Tuy nhiên cũng có sự khác biệt ở từng người.

Sinh lý buồng trứng sau mãn kinh

- **Estrogen.** Buồng trứng hầu như không sản xuất estrogen sau mãn kinh do không có sự phát triển nang trứng. Nguồn estrogen có nguồn gốc chủ yếu từ ngoại vi do chuyển hóa từ androgen (Hình 28.1).
- **Gonadotropin.** FSH tăng từ 10-20 lần và LH tăng gấp 3 lần mà đỉnh là 1-3 năm sau mãn kinh.
- **Androgen.** Nồng độ gonadotropin tăng cao làm chất nền buồng trứng tăng sản xuất androgen.

Thay đổi do thiếu hụt estrogen

Thiếu hụt estrogen gây ra phần lớn các triệu chứng, dấu hiệu, và di chứng của thời kỳ mãn kinh.

1 Vận mạch không ổn định

- **Cơn bốc hỏa** ảnh hưởng đến 70% phụ nữ giai đoạn quanh mãn kinh.
- **Đặc trưng** bởi sự gia tăng đột ngột thân nhiệt do giảm nồng độ estrogen. Cảm giác nóng bừng xảy ra khi thân nhiệt đạt đỉnh và bắt đầu trở lại bình thường nhanh chóng.
- **Cũng** có thể là kết quả của sự giảm estrogen đột ngột mà không do tình trạng giảm estrogen trước đó. Như vậy, tần suất và cường độ cơn bốc hỏa giảm theo tuổi. Phụ nữ béo phì có thể ít có triệu chứng.

2 Loãng xương

- Estrogen giảm sự hủy xương. Ở phụ nữ mãn kinh có sự tăng hủy xương, quá trình tạo xương giảm đi, và kết quả là loãng xương và thường dẫn đến gãy xương.
- Loãng xương là khi trị số BMD (mật độ khoáng hóa xương) ≤ 2.5 SD (Standard deviations) so với trị số trung bình ở người trẻ khi đo mật độ xương trực. Thiếu chất xương là khi BMD thấp hơn trị số trung bình từ 1.0-2.5 SD.

- Loãng xương có ảnh hưởng nghiêm trọng (Hình 28.2): 50% phụ nữ >75 tuổi có gãy xương cột sống và 25% sẽ gãy xương chậu khi 80 tuổi, gây ảnh hưởng sức khỏe nặng nề do tàn tật hoặc tử vong.
- Các yếu tố nguy cơ bao gồm gốc châu Âu hoặc châu Á, chỉ số BMI thấp, hút thuốc, và tiền sử gia đình có người bị loãng xương.
- Kiểm tra mật độ xương (DXA) phải được thực hiện trên cơ sở nguy cơ của bệnh nhân và không chỉ định trừ khi kết quả ảnh hưởng đến quyết định điều trị. Điều trị loãng xương hiệu quả nhất là dùng bisphosphonate.

3 Teo sinh dục

- Mô đoạn dưới âm đạo, môi âm hộ, niệu đạo, và tam giác bàng quang đều phụ thuộc vào tác động của estrogen.
- Giao hợp đau, khô teo âm đạo, khó tiểu, tiểu gấp, và tiểu không tự chủ là các triệu chứng phổ biến.

4 Rối loạn khí sắc

- Mãn kinh không có ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe tâm thần.
- Mệt mỏi, lo âu, đau đầu, mất ngủ, trầm cảm, và kích thích thường gấp hơn trong thời kỳ tiền mãn kinh, hiện vẫn chưa được chứng minh có phải do giảm estrogen hay không.

Liệu pháp hormone thay thế

Hormone replacement therapy - HRT (Hình 28.3)

- **Lợi ích.** Bổ sung estrogen cho phụ nữ mãn kinh sẽ có hiệu quả điều trị cơn bốc hỏa, loãng xương, teo sinh dục, và có thể trong rối loạn tâm thần. Nguy cơ mắc bệnh Alzheimer, viêm xương khớp, ung thư đại tràng, rụng răng, và lão hóa da cũng có thể giảm, nhưng không được chứng minh rõ ràng trong các nghiên cứu. Chưa tìm thấy bằng chứng giảm nguy cơ bệnh lý tim mạch.
- **Nguy cơ.** Estrogen làm tăng nguy cơ tăng sinh và ung thư nội mạc tử cung (xem Chương 32), trừ khi bổ sung thêm progestin. Người có tiền sử cắt bỏ tử cung không cần progestin. Nguy cơ ung thư vú tăng lên vừa phải, tùy thuộc vào thời gian sử dụng và tiền căn gia đình.
- **Tác dụng phụ.** Buồn nôn, xuất huyết âm đạo bất thường, đau đầu và căng ngực.

- **Các phác đồ.** Estrogen liên hợp (Premarin 0.625 mg, estradiol 0.1 mg) vào ngày 1-25 của tháng và Provera (10 mg vào những ngày 13-25), estrogen liên hợp liên tục hàng ngày (Premarin, estradiol, estrogen qua da 0.05 mg) và Provera 2.5 mg. Ngoài ra còn có miếng dán âm đạo và miếng dán qua da.

- **Các loại thuốc thay thế.** Raloxifene (Evista) là một chất điều hòa thụ thể estrogen chọn lọc (SERM) có tác dụng tương tự với estrogen trên mô xương và cholesterol, nhưng lại có tác dụng đối kháng estrogen trên mô vú và nội mạc tử cung. Gabapentin, thuốc chống trầm cảm (paroxetine), và venlafaxine (Effexor) cũng đã được sử dụng thành công để điều trị cơn bốc hỏa.

- **Thảo dược.** Sản phẩm từ đậu nành, isoflavones, thảo dược St John, và rễ rắn đen có thể hữu ích trong điều trị ngắn hạn các triệu chứng vận mạch hoặc trầm cảm. Tuy nhiên, có ít dữ liệu để chứng minh hiệu quả tương đương với HRT và tương tác của chúng với thuốc khác.
- **Tuần thủ vẫn còn** là một vấn đề quan trọng với HRT bởi vì hầu hết những lợi ích có thể dài hạn (chủ yếu là bảo vệ xương) và không có kết quả ngay lập tức (ngoại trừ cơn bốc hỏa). Gần đây, mối quan tâm về nguy cơ gây ung thư vú, huyết khối, và đột quỵ là những nguyên nhân chính khiến người ta ngưng dùng HRT.



Bí sẩn cổ tử cung và vaccine ngừa HPV

Hình 29.1 Phân loại tế bào học cổ tử cung theo hệ thống Bethesda 2001

Bất thường tế bào biểu mô	Xử trí
Tế bào lát • ASC (tế bào lát không điển hình) có ý nghĩa không xác định (ASC-US) không loại trừ HSIL (ASC-H)	HPV (+) → Soi cổ tử cung HPV (-) → Pap lặp lại sau 12 tháng → Soi cổ tử cung
• LSIL (tổn thương trong biểu mô mức độ thấp) bao gồm tổn thương do HPV và dị sản nhẹ (CIN 1) • HSIL (tổn thương trong biểu mô mức độ cao) bao gồm dị sản trung bình (CIN 2) và dị sản nặng (CIN 3/CIS) • Carcinoma tế bào lát	→ Soi cổ tử cung hoặc làm Pap lặp lại sau 3-6 tháng → Soi cổ tử cung
Tế bào tuyến • AGC (tế bào tuyến không điển hình) • Adenocarcinoma cổ trong tại chỗ (AIS) • Adenocarcinoma	→ Soi cổ tử cung + dánh giá loại trừ ung thư tử cung
Dụng cụ sinh thiết cổ tử cung	Đốt điện (LEEP)
Trên: dụng cụ bấm sinh thiết Dưới: cây nạo kinh cổ tử cung	Trên: dây đốt điện đầu tròn dùng để cầm máu Dưới: vòng dây đường kính 1.0 cm
Máy soi cổ tử cung (colposcope)	Khoét chớp bằng dao lạnh

Tổn thương cổ tử cung

Tầm soát bằng phết tế bào cổ tử cung

- **Mục đích.** "Pap" smear có thể phát hiện được các tổn thương tiền ung thư (dị sản), qua đó giúp điều trị sớm và làm giảm tần suất và tử suất của ung thư cổ tử cung.
- **Diễn tiến tự nhiên.** CIN thường xuất phát từ vùng chuyển tiếp tế bào lát-trụ của cổ tử cung.
- **Phết tế bào bất thường.** 9/10 kết quả phết tế bào là bình thường, 1/20 tổn thương nhẹ, 1/100 tổn thương mức độ trung bình, 1/200 tổn thương mức độ nặng, và <1/1,000 là ung thư xâm lấn.
- **Kỹ thuật.** Phết tế bào cổ tử cung dễ thực hiện và không gây đau (xem Chương 1).
- **Độ nhạy.** 10%-25% tổn thương bị bỏ sót khi thực hiện một phết tế bào cổ tử cung đơn lẻ, do lỗi kỹ thuật lấy tế bào hoặc do lỗi đọc kết quả.
- **Các kỹ thuật làm Pap.** Pap smear cổ điển được thực hiện bằng cách dùng tay phết tế bào lên lam kính và xịt dung dịch cố định lại. Phương pháp tế bào nhúng dịch (LBC) được thực hiện bằng cách lấy mẫu tế bào đưa vào lọ, nhờ đó các tế bào cổ tử cung sẽ được bảo quản tốt hơn và làm tăng độ nhạy của xét nghiệm.
- **Khoảng cách tầm soát:**
 - Hoa Kỳ. Bắt đầu tầm soát ở tuổi 21 và thực hiện mỗi 3 năm. Có thể giãn khoảng cách tầm soát lên mỗi 5 năm ở phụ nữ ≥30 tuổi khi kết hợp với xét nghiệm HPV. Ngưng thực hiện tầm soát ở các phụ nữ nguy cơ thấp lớn hơn 65 tuổi.
 - Vương quốc Anh. Bắt đầu tầm soát ở tuổi 25 và thực hiện mỗi 3 năm. Có thể giãn khoảng cách tầm soát lên mỗi 5 năm ở phụ nữ ≥50 tuổi. Phụ nữ ≥65 tuổi chỉ thực hiện tầm soát nếu bệnh nhân không được tầm soát từ 50 tuổi trở đi hoặc khi có bất thường trong kết quả tầm soát gần đây.
- **Phân loại:**
 - Hoa Kỳ. Hệ thống Bethesda 2001 (Hình 29.1) được sử dụng để chuẩn hóa kết quả phết tế bào cổ tử cung. Bất thường tế bào lát không điển hình hiện nay được phân loại sâu hơn là: tế bào lát không điển hình "có ý nghĩa không xác định", hoặc tế bào lát không điển hình chưa loại trừ "tổn thương mức độ cao". Tổn thương tế bào tuyến bao gồm "tế bào tuyến không điển hình" hoặc adenocarcinoma tế bào tuyến tại chỗ (AIS) hoặc adenocarcinoma giúp hướng dẫn cho xử trí.
 - Vương quốc Anh. Phết tế bào cổ tử cung được phân loại thành CIN 1, CIN 2, CIN 3, hoặc tổn thương trong biểu mô tế bào tuyến cổ tử cung (CGIN). Phân loại này không hoàn toàn đúng vì CIN chỉ có thể được chẩn đoán chính xác qua sinh thiết.

Xét nghiệm HPV

- **Phương pháp.** Kỹ thuật lai tạo Capture II có thể phát hiện được sự hiện diện của ít nhất 1 trong 13 loại HPV nguy cơ trung bình-cao (vd. HPV 16).
- **Giá trị.** Có giá trị chủ yếu trong trường hợp kết quả tế bào học cổ tử cung là ASC-US (tế bào lát không điển hình có ý nghĩa không xác định) tại Hoa Kỳ. Hơn 80% kết quả Pap là LSIL (tổn thương trong biểu mô mức độ thấp) và HSIL (tổn thương trong biểu mô mức độ cao) có HPV dương tính, vì vậy thực hiện xét nghiệm HPV ít có giá trị hỗ trợ trong hai trường hợp này.
- **Yêu cầu.** Mẫu xét nghiệm HPV được thực hiện trên mẫu LBC còn lại hoặc trên mẫu được lấy giống với cách lấy mẫu của xét nghiệm Pap smear truyền thống.

Soi cổ tử cung

Chỉ định

Hoa Kỳ. ASC-US (HPV dương tính hoặc xét nghiệm tế bào học cổ tử cung lặp lại), ASC-H, LSIL (xét nghiệm tế bào học cổ tử cung lần đầu hoặc lặp lại), HSIL, và AGC.

Vương quốc Anh. CIN 1 (xét nghiệm tế bào học cổ tử cung lần đầu hoặc lặp lại), CIN 2, CIN 3, và CGIN.

- **Mục đích.** Soi cổ tử cung là phương pháp đánh giá vi thể vùng chuyển tiếp (TZ), giúp nhìn thấy trực tiếp các tổn thương nghi ngờ (vết trắng, thể khâm, chấm đáy, và/hoặc mạch máu bất thường), và sinh thiết chẩn đoán.
- **Dụng cụ soi cổ tử cung** (Hình 29.1). Một máy soi hai kính cho phép quan sát cổ tử cung ở độ phóng đại 5-40 lần. Bộ lọc xanh giúp nhìn rõ kiểu phân bố mạch máu vì khi nhìn qua bộ lọc này các mạch máu có màu đèn tương phản trên nền màu xanh lá cây nhạt.
- **Kỹ thuật.** Lau sạch cổ tử cung và dùng gòn tra dung dịch acetic acid 3%-5% lên cổ tử cung. Biểu mô dị sản sẽ chuyển sang màu trắng sau 1-2 phút. Soi cổ tử cung gọi là "không đạt yêu cầu" nếu không quan sát hết được vùng chuyển tiếp và toàn bộ độ rộng của sang thương.
- **Sinh thiết** nên thực hiện ở vị trí có sang thương nghi ngờ nhất. Hiếm khi dùng thuốc an thần hoặc gây mê tại chỗ cho bệnh nhân, cầm máu bằng cách tra dung dịch bạc nitrate hoặc sắt sulfate (dung dịch Monsel). Có thể thực hiện nạo cổ trong (ECC) nếu nghi ngờ có tổn thương ở cổ trong hoặc trường hợp tổn thương tiến triển lan vào cổ trong.

Xử trí các trường hợp bị CIN

- **Điều trị:** thường có chỉ định điều trị đối với kết quả sinh thiết là CIN 2, CIN 3, và CIN 1 kéo dài (không thoái triển sau 1 năm). Tuy nhiên, việc điều trị quá mức đối với các tổn thương không gây hại là một giải thích tại sao các khuyến cáo hiện nay đều kéo giãn khoảng cách tầm soát, vì hầu hết các tổn thương CIN 1-2 đơn thuần sẽ tự thoái triển về bình thường mà không cần điều trị.
- **Khoét chóp bằng vòng điện (LEEP)** là phương pháp phổ biến nhất (Hình 29.1). LEEP được thực hiện dưới gây mê tại chỗ, LEEP cắt rời mô, hơn là phá hủy mô, cho phép chẩn đoán và điều trị chỉ trong một lần can thiệp.
- **Khoét chóp bằng dao lạnh** (Hình 29.1) được chỉ định đối với AIS hoặc tổn thương tế bào lát đã lan tới kênh tử cung.
- **Đốt laser và đốt lạnh** giúp tiêu hủy các tế bào dị sản, nhưng khuyết điểm là không lấy được mô để có chẩn đoán mô học và loại trừ bệnh lý xâm lấn.

U tìu cổ tử cung và/hoặc màng âm đạo (Vaginal and cervical neoplasia - VAIN)

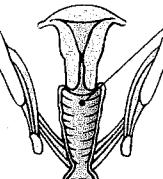
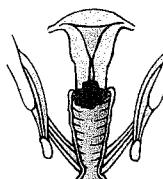
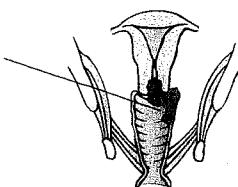
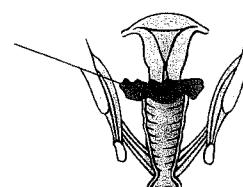
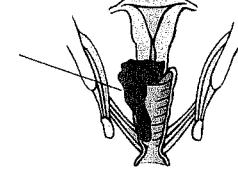
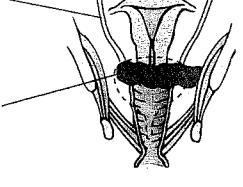
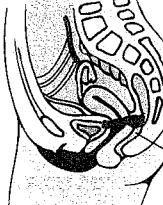
- Bệnh nhân thường có CIN trước đó hoặc đồng thời.
- Nên nghỉ ngơi nếu Pap smear bất thường tồn tại lâu ở bệnh nhân không còn cổ tử cung hoặc kết quả soi cổ tử cung là bình thường. VAIN hay xuất phát từ vòm âm đạo và thường là đa ổ.
- **Điều trị.** Cắt bỏ tổn thương, kem 5-fluorouracil bôi âm đạo, hoặc đốt laser.

Vaccine ngừa HPV

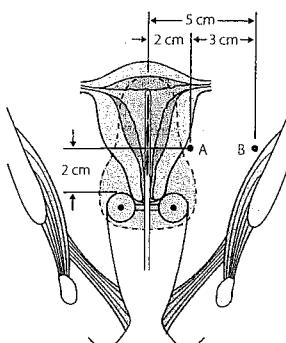
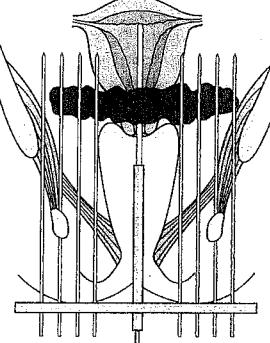
- **Mục đích.** Chủng ngừa HPV giúp ngăn ngừa nhiễm một số loại HPV có liên quan đến sự phát triển của ung thư cổ tử cung, mụn cóc sinh dục, và một số loại ung thư ít gặp khác (ung thư hậu môn, âm hộ, âm đạo, và dương vật).
- **Cơ chế.** Các thành phần gây miễn dịch của virus lấy từ protein vỏ của HPV tái tổ hợp.
- **Các loại vaccine.** Hiện nay có hai loại vaccine trên thị trường: Gardasil và Cervarix. Cả hai loại vaccine này đều có tác dụng bảo vệ đối với HPV-16 và HPV-18, đây là hai tác nhân gây 70% các trường hợp ung thư cổ tử cung và một số loại ung thư đường sinh dục khác. Gardasil còn có tác dụng bảo vệ đối với HPV-6 và HPV-11 gây mụn cóc sinh dục.
- **Đối tượng chủng ngừa.** Vaccine HPV được khuyến cáo đối với các bé gái và phụ nữ từ 9-25 tuổi, lý tưởng là chủng ngừa trước khi phơi nhiễm với HPV. Các nhân viên y tế cộng đồng ở cả Vương quốc Anh và Hoa Kỳ đều được khuyến cáo chủng ngừa HPV vì đây là đối tượng có nguy cơ cao nhiễm HPV.
- **Vương quốc Anh.** Các bé gái 12-13 tuổi hiện đã được chủng ngừa.
- **Hoa Kỳ.** Vaccine HPV được khuyến cáo đối với các bé gái 11-12 tuổi. Ngoài ra, vaccine còn được khuyến cáo đối với phụ nữ 13-26 tuổi chưa được chủng ngừa HPV hoặc chưa hoàn tất chương trình chủng ngừa.

Ung thư cổ tử cung và ung thư âm đạo

Hình 30.1 PHÂN GIAI ĐOẠN UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

<p>Ung thư còn giới hạn ở cổ tử cung và chỉ xác định được trên vi thể với độ sâu không quá 5.0 mm và độ rộng không quá 7.0 mm</p>  <ul style="list-style-type: none"> Giai đoạn Ia-1: độ sâu không quá 3.0 mm và độ rộng không quá 7.0 mm Giai đoạn Ia-2: độ sâu 3.1-5.0 mm và độ rộng không quá 7.0 mm 	<p>Ung thư còn giới hạn ở cổ tử cung và tổn thương dưới lâm sàng lớn hơn giai đoạn Ia-2 HOẶC tổn thương nhìn thấy được trên lâm sàng</p>  <ul style="list-style-type: none"> Giai đoạn Ib-1: đường kính tổn thương không quá 4.0 cm Giai đoạn Ib-2: Đường kính tổn thương >4.0 cm
<p>Tổn thương lan đến 2/3 âm đạo, nhưng chưa xâm lấn đến chu cung</p>  <ul style="list-style-type: none"> Giai đoạn IIa-1: tổn thương không quá 4.0 cm tại vị trí đường kính lớn nhất Giai đoạn IIa-2: tổn thương >4.0 cm tại vị trí đường kính lớn nhất 	<p>Tổn thương xâm lấn tới chu cung, nhưng chưa lan tới vách chậu</p> 
<p>Tổn thương xâm lấn <1/3 dưới âm đạo, nhưng chưa lan tới vách chậu</p> 	<p>Niệu quản U gây tắc niệu quản</p> <p>Tổn thương xâm lấn tới vách chậu và/hoặc thận ứ nước hoặc thận mất chức năng (trừ khi có bằng chứng cho thấy do nguyên nhân khác)</p> 
<p>Tổn thương xâm lấn ra khỏi đường sinh dục, ăn lấn tới niêm mạc bàng quang, trực tràng</p>  <p>HOẶC trực tràng</p>	<p>Di căn xa, lan tới hạch trên đòn, não, dưới da, hoặc phổi</p> 
<p>Giai đoạn IVa</p>	<p>Giai đoạn IVb</p>

Hình 30.2 Xạ trị tại chỗ (brachytherapy)

 <p>Song song và hình trứng</p> <ul style="list-style-type: none"> Tia xạ phát ra theo hình quả lê 	 <p>Xen kẽ</p> <ul style="list-style-type: none"> Sử dụng trong các trường hợp ung thư tiền liệt gây biến dạng về giải phẫu
--	--

Ung thư cổ tử cung

Dịch tễ học và các yếu tố nguy cơ

- **Tần suất (mỗi năm).** Tại Hoa Kỳ có 12,000 trường hợp mới và 4,200 trường hợp tử vong; tại Vương quốc Anh có 3,400 trường hợp mới và 950 trường hợp tử vong. Ung thư cổ tử cung là loại ung thư gây tử vong thường gặp nhất tại các nước đang phát triển - nơi thiếu các chương trình tầm soát có hiệu quả. Ước tính trên toàn thế giới có 530,000 trường hợp ung thư cổ tử cung, và 275,000 trường hợp tử vong mỗi năm.
- **Tuổi trung bình.** Độ tuổi quanh 50 tại Hoa Kỳ hoặc Vương quốc Anh.
- **Nguy cơ.** Ung thư cổ tử cung là bệnh lý ở phụ nữ có hoạt động tình dục. Thường gặp ở các phụ nữ có tình trạng kinh tế-xã hội thấp, quan hệ tình dục sớm và có nhiều bạn tình.
- **HPV** là tác nhân chính gây ung thư cổ tử cung. HPV-6 và -11 gây sang thương condyloma lâm tính. HPV-16, -18, -31 và -45 là nguyên nhân gây 80% các trường hợp ung thư cổ tử cung xâm lấn.

Phòng ngừa và chẩn đoán

- **Tầm soát.** Thực hiện Pap smear định kỳ giúp làm giảm 90% các trường hợp tử vong do ung thư cổ tử cung. Vaccine HPV (xem Chương 29) có tiềm năng lớn để loại bỏ ung thư cổ tử cung.
- **Triệu chứng.** Ung thư cổ tử cung ở giai đoạn sớm có thể hoãn toàn không có triệu chứng gì. Ra máu sau giao hợp là một dấu hiệu sớm thường gặp. Dấu hiệu rong kinh, rong huyết xảy ra trễ hơn. Các triệu chứng khi bệnh đã tiến triển bao gồm: mệt mỏi, sụt cân, đau vùng chậu, đau lưng, đau chân, phù chân (một bên), rò phân hoặc nước tiểu.
- **Khám lâm sàng.** Sang thương ở cổ tử cung có thể là chồi sùi, hình bông cải, hoặc loét. Trường hợp sang thương nhỏ, có thể nhìn thấy được toàn bộ sang thương. Tuy nhiên, khó có thể đánh giá hết được toàn bộ sang thương nếu sang thương đã lan rộng vượt ra khỏi cổ tử cung, xâm lấn vào bàng quang, trực tràng, hoặc vùng chư cung.

Bệnh học (giải phẫu bệnh)

- **Carcinoma tế bào lát** (75%-80%) là dạng thường gặp nhất, nhưng tần suất đang giảm dần ở các nước có chương trình tầm soát rộng rãi bằng Pap smear.
- **Adenocarcinoma** (20%-25%) thường khó phát hiện và đang có xu hướng gia tăng, đặc biệt là ở các phụ nữ trẻ.

Phân giai đoạn (Hình 30.1)

- **Chú ý.** Ung thư cổ tử cung được phân giai đoạn theo lâm sàng.
- Ung thư cổ tử cung chủ yếu phát triển qua xâm lấn trực tiếp tại chỗ. Di căn theo đường máu và bạch huyết càng dễ xảy ra hơn khi khối u lớn dần.
- Giai đoạn Ia được chẩn đoán chủ yếu qua sinh thiết cổ tử cung.
- Giai đoạn Ib-1 thường được chẩn đoán khi nhìn thấy một sang thương nhỏ trên đại thể.
- Giai đoạn Ib-2 đến IVa đòi hỏi phải được đánh giá đầy đủ dưới gầm mề, X-quang ngực, soi bàng quang, soi trực tràng, và trong một số trường hợp có thể cần phơi chụp UIV hoặc thụt tháo với barium. CT-scan, MRI và/hoặc PET KHÔNG giúp ích cho phân giai đoạn, tuy nhiên nếu có điều kiện thì có thể thực hiện các xét nghiệm này để giúp định hướng điều trị.

Điều trị

- **Điều trị phụ thuộc vào giai đoạn:**
 - 1 Giai đoạn Ia-1: khoét chéo sinh thiết cổ tử cung hoặc cắt tử cung đơn giản nếu bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ.
 - 2 Giai đoạn Ia-2/Ib-1: thường được điều trị bằng phẫu thuật cắt tử cung triệt để. Cắt tử cung triệt để khác với cắt tử cung đơn giản ở chỗ phẫu thuật cắt tử cung triệt để cắt cả mô cạnh tử cung đến vách chậu, cắt động mạch tử cung sát gốc, cắt 1/3 trên âm đạo, và một

nửa dây chằng tử cung-cùng để có được bờ phẫu thuật an toàn không còn tế bào ung thư. Nạo hạch chậu ± hạch cạnh động mạch chủ cũng được thực hiện thường quy. Trước đây, người ta dùng kỹ thuật mở bụng, gần đây kỹ thuật mổ nội soi hoặc mổ có hỗ trợ của robot đã trở nên phổ biến hơn. Phẫu thuật Schauta cắt tử cung triệt để qua ngả âm đạo cũng là một lựa chọn nhưng ít sử dụng hơn.

3 Giai đoạn Ib2/IIa: thường điều trị chủ yếu bằng hóa trị-xạ trị, cisplatin mỗi tuần hoặc mỗi 3 tuần, sau đó tiếp tục xạ trị (xạ trị ngoài hoặc xạ trị tại chỗ). Cắt tử cung triệt để có thể thích hợp trong một số trường hợp nhất định nhưng hầu hết các bệnh nhân sẽ cần phài hóa-xạ trị sau phẫu thuật vì các yếu tố nguy cơ (di căn hạch, xâm lấn sâu cổ tử cung).

4 Giai đoạn IIb/ IIIa/ IIIb/ IVa: điều trị chủ yếu bằng hóa trị-xạ trị, vì phẫu thuật ở giai đoạn này ít khi lấy hết được tế bào ác tính ở bờ phẫu thuật.

5 Giai đoạn IVb: điều trị giảm nhẹ với hóa trị ± xạ trị trực tiếp.

• **Điều trị hỗ trợ.** Hóa-xạ trị sau phẫu thuật có lợi đối với các bệnh nhân ung thư giai đoạn sớm có nguy cơ cao (có hạch, xâm lấn sâu).

• **Tái phát.** Xạ trị được chỉ định đối với các bệnh nhân tái phát sau phẫu thuật đơn thuần. Phẫu thuật cắt rộng vùng chậu (cắt bàng quang, tử cung, trực tràng và các cấu trúc lân cận khác) là biện pháp duy nhất có thể chữa lành đối với các trường hợp tái phát sau xạ trị với sang thương nằm giữa vùng chậu.

• **Điều trị giảm nhẹ.** Hầu hết các bệnh nhân ung thư cổ tử cung tái phát không còn chỉ định phẫu thuật vì bệnh đã xâm lấn thành chậu hoặc đã di căn xa. Hóa trị với cisplatin, paclitaxel và bevacizumab là phác đồ hóa trị giảm nhẹ có hiệu quả nhất, đặc biệt đối với bệnh nhân chưa điều trị với cisplatin trước đó. Xạ trị vùng có thể giúp làm giảm các triệu chứng đau gây ra do các sang thương ở ngoài trường xạ ban đầu.

• **Chất lượng cuộc sống.** Bệnh nhân ung thư cổ tử cung tiến triển thường bị đau nhức xương hoặc đau thần kinh dữ dội khiến phải tăng liều sử dụng chất giảm đau nhóm opiate. Hầu hết các bệnh nhân sẽ diễn tiến tới suy thận do tắc niệu quản hai bên trừ khi được chuyển lưu nước tiểu. Bệnh nhân thường bị dò bàng quang-âm đạo, hoặc dò trực tràng-âm đạo nếu u phá hủy mô lân cận.

Tiền lượng

• Di căn hạch bạch huyết là yếu tố giúp tiên lượng tốt nhất (ngoại trừ giai đoạn bệnh).

• Nếu được điều trị, 80%-90% bệnh nhân ung thư giai đoạn I và 50%-65% bệnh nhân ung thư giai đoạn II còn sống sau 5 năm từ khi được chẩn đoán. Chỉ 25%-35% bệnh nhân ung thư giai đoạn III và ≤15% bệnh nhân ung thư giai đoạn IV còn sống sót sau 5 năm.

Ung thư cổ tử cung

• **Tần suất (mỗi năm).** Tại Hoa Kỳ có 2,700 trường hợp mới và 850 trường hợp tử vong; tại Vương quốc Anh có 280 trường hợp mới và 100 trường hợp tử vong. Sự xâm lấn của ung thư cổ tử cung và di căn thứ phát từ các bệnh lý phụ khoa ác tính khác là nguyên nhân ngày càng phổ biến.

• **Phân giai đoạn.** Tương tự ung thư cổ tử cung.

• **Bệnh học.** Carcinoma tế bào lát (85%-90%) là hình thái mô học thường gặp nhất, tiếp theo là adenocarcinoma (5%). Các bé gái phơi nhiễm với diethylstilbestrol (DES) trong tử cung (do mẹ sử dụng) vào những năm 1960 có tỷ lệ tăng nguy cơ bị adenocarcinoma âm đạo tế bào sáng ở những trẻ này. Tuy nhiên, ung thư âm đạo do phơi nhiễm DES trong tử cung ngày nay ít gặp vì DES đã bị cấm sử dụng từ những năm 1970.

• **Điều trị.** Xạ trị là phương pháp điều trị được chọn lựa đầu tay vì phẫu thuật khó thực hiện do ung thư gây biến dạng về cấu trúc cơ thể học.



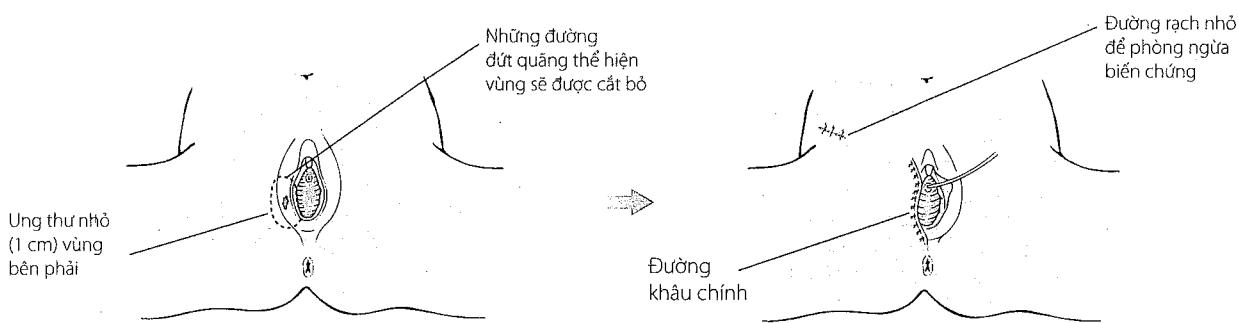
Vùng Cánh đòn ngực

Hình 31.1 CÁC GIAI ĐOAN CỦA UNG THƯ ÂM HỘ

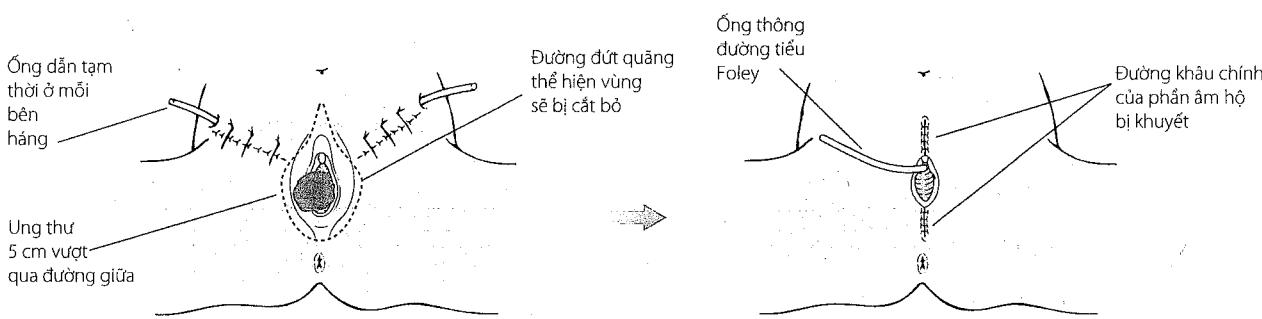
- | | | | |
|------|---|------|--|
| Ia | ≤Thương tổn có kích thước ≤2 cm, giới hạn trong âm hộ và đáy chậu, xâm lấn vào mô đệm không quá 1.0 mm (không có di căn hạch) | IIIb | 2 hoặc nhiều hạch bị di căn (≥ 5 mm) hoặc thêm ≥3 hạch di căn (kích thước ≤5 mm) |
| Ib | Thương tổn có kích thước >2 cm hoặc xâm lấn vào mô đệm >1.0 mm giới hạn trong âm hộ hoặc đáy chậu (không có di căn hạch) | IIIc | Các hạch dương tính đều di căn ra khỏi vỏ bao |
| II | Khối u lan rộng xuống niệu đạo dưới, âm đạo dưới, hoặc hậu môn bất kể kích thước | IVa | Khối u xâm lấn đến bất kỳ bộ phận nào sau đây: niệu đạo trên, bàng quang, niêm mạc, niêm mạc trực tràng, xương hay các hạch thoát vị bị loét (ulcerated inguino - femoral nodes) |
| IIIa | 1 hạch bị di căn (kích thước ≥5 mm) hoặc thêm 1-2 hạch di căn (kích thước ≤5 mm) | IVb | Di căn xa bất kỳ bao gồm các hạch bạch huyết vùng chậu |

Hình 31.2 PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ÂM HỘ GIAI ĐOAN ĐẦU

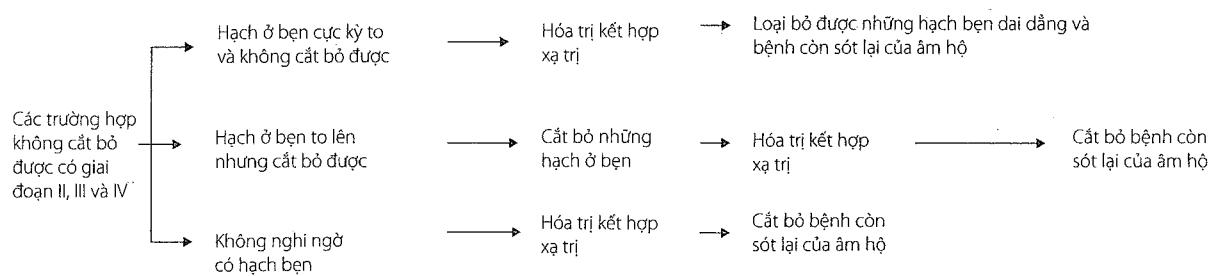
Cắt bỏ hoàn toàn một phần âm hộ và bắn đỗ hạch bạch huyết



Cắt bỏ hoàn toàn âm hộ và nạo hạch bạch huyết hai bên bẹn



Hình 31.3 XỬ TRÍ ĐỐI VỚI UNG THƯ ÂM HỘ TIẾN TRIỂN



HÌNH 31.1 CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT UNG THƯ ÂM HỘ

(Phẫu thuật cắt rộng vùng da bị ảnh hưởng,..) (Hình 31.1)

- Một nửa số bệnh nhân không có triệu chứng, một số bệnh nhân khác có cảm giác khó chịu tại chỗ như: ngứa, đau, và nóng rát.
- 20% trường hợp bệnh nhân có kèm theo ung thư âm hộ xâm lấn.
- **Yếu tố nguy cơ:** Bệnh nhân nhiễm HIV hoặc mắc các bệnh lý gây suy giảm miễn dịch khác. Hút thuốc lá cũng là một yếu tố nguy cơ cao.
- **Chẩn đoán:** Quan sát âm hộ cẩn thận khi khám phụ khoa là cách chẩn đoán hiệu quả nhất. VIN có thể có nhiều dạng sang thương: mụn cóc, nốt ruồi, condyloma, hoặc sang thương không thể nhìn thấy trên lâm sàng. Cần tra acetic acid (ít nhất 5 phút) vào các sang thương trước khi soi cổ tử cung. Sinh thiết bất kỳ một tổn thương nghi ngờ nào bằng dụng cụ sinh thiết da Keyes (Keyes punch) dưới gây tê tại chỗ. Phụ nữ trước mãn kinh thường dễ có các sang thương đa ổ liên quan với HPV.
- **Điều trị phẫu thuật:** Cắt rộng vùng da tại chỗ (cắt âm hộ bán phần đơn giản) thường chỉ định đối với các tổn thương nhỏ và đơn ổ. Cần cắt mỏ dù rộng để loại trừ trường hợp bệnh đã xâm lấn, tuy nhiên cắt rộng như vậy có thể gây biến dạng cấu trúc cơ thể học. Đốt laser CO₂ đặc biệt có hiệu quả đối với các trường hợp tổn thương đa ổ, rải rác, như phương pháp hút Cavitron dưới siêu âm (CUSA). Cắt rộng da âm hộ ít khi được chỉ định, chỉ dùng đối với các trường hợp sang thương rộng, dính liền nhau.
- **Điều trị nội khoa:** Bôi Imiquimod (Aldara) tại chỗ giúp kích thích hệ miễn dịch chống lại vùng da nhiễm HPV. 5-Fluorouracil (5-FU) là một tác nhân điều trị tại chỗ khác, khuyết điểm của 5-FU là gây kích ứng tại chỗ và hiệu quả điều trị không ổn định, thuốc sẽ kém hiệu quả nếu bệnh nhân không tuân thủ tốt điều trị.

Ung thư âm hộ

Dịch tễ học và yếu tố nguy cơ

- **Tần suất (mỗi năm):** Tại Hoa Kỳ có 4,500 trường hợp mới và 950 trường hợp tử vong; tại Vương quốc Anh có 1,000 trường hợp mới và 350 trường hợp tử vong - chiếm 5% tất cả các ung thư phụ khoa.
- **Tuổi trung bình:** 65 tuổi.
- **Yếu tố nguy cơ:** Phơi nhiễm HPV là một yếu tố nguy cơ - đặc biệt là các phụ nữ trẻ - và condyloma hoặc VIN thường là dạng tổn thương xảy ra trước khi bị ung thư (âm hộ). Loạn dưỡng âm hộ, vd. xơ hóa lichen, hoặc tình trạng viêm mạn tính do vệ sinh cá nhân kém thường gặp ở người già.

Dự phòng và chẩn đoán

- **Tầm soát:** Khám âm hộ hàng năm là biện pháp ngăn ngừa hiệu quả nhất. Tuy nhiên, dù bệnh nhân đã chú ý tới có chỗ "gỗ" lên bất thường ở âm hộ nhưng nhiều bệnh nhân vẫn không đi khám trong nhiều tháng hoặc nhiều năm.
- **Triệu chứng:** Sang thương điển hình thường là một chỗ gỗ lên hoặc là một vết loét, có thể gây ngứa và kích ứng, đôi khi gây chảy máu và tiết dịch tại chỗ. Bệnh nhân có thể có các triệu chứng như đau, tiểu khó, hay giao hợp đau. Do đa số bệnh nhân bối rối và ngại khám, nên thậm chí đối với những bệnh lý đã tiến triển nặng cũng không thể phát hiện một cách kịp thời.

Bệnh học (giải phẫu bệnh)

- **Carcinoma tế bào lát (90%)** là dạng mô học thường gặp nhất, tiếp theo là melanoma (5%).
- Bệnh có thể khởi phát ở bất cứ vị trí nào trên âm hộ, 70% sang thương xuất hiện ở hai môi, thường gặp nhất là ở môi lớn.
- Ung thư âm hộ thường di căn theo đường bạch huyết tới hạch bẹn nồng đầu tiên. Nếu chưa di căn hạch bẹn thì hầu như bệnh không bao giờ cho di căn tới hạch bụng-chậu. Xâm lấn trực tiếp tới âm đạo, niêm đạo và hậu môn cũng là một hướng lan khác của sang thương.

Giai đoạn (Hình 31.1)

- **Chú ý:** Ung thư âm hộ được phân giai đoạn theo *phẫu thuật*.
- 30%-40% bệnh nhân khi phát hiện đã ở giai đoạn III hoặc IV.

Điều trị

- **Phương pháp phẫu thuật (Hình 31.2)** phụ thuộc chủ yếu vào kích thước của sang thương và mục tiêu đạt được của bờ phẫu thuật an toàn. Khi phẫu thuật triệt để nên cắt rộng để đạt được bờ an toàn là ít nhất 2 cm trên đại thể và cắt sâu đến mạc chậu nằm bên dưới.
- **Dánh giá di căn hạch rất quan trọng:** Cổ điển, người ta thường nạo hạch bẹn và đặt dẫn lưu trong 2 tuần. Gần đây, sinh thiết hạch canh gác (SLNB) đối với u <4 cm tỏ ra có hiệu quả làm giảm được bệnh suất sau mổ:

- 1 Giai đoạn Ia: điều trị bằng cắt lọc rộng (tại chỗ).
- 2 Giai đoạn Ib: điều trị bằng cắt âm hộ bán phần triệt để và SLNB hoặc nạo hạch.

- 3 Giai đoạn II-III còn chỉ định phẫu thuật: điều trị bằng cách kết hợp phẫu thuật triệt để cùng với đánh giá tình trạng di căn hạch.

- **Hóa trị-xạ trị:** Đối với giai đoạn II-III không còn chỉ định phẫu thuật và giai đoạn IV, cần xạ trị ngoài kết hợp với hóa trị đồng thời (thường sử dụng cisplatin có hoặc không có 5-FU), sau đó phẫu thuật để loại bỏ hết mô bệnh còn sót. Ghép da, vạt da cơ hoặc áp dụng các thủ thuật phục hồi giải phẫu khác để khép miệng vết thương trong một số trường hợp.

- **Biến chứng của phẫu thuật:** Tỷ lệ hở vết thương sau mổ cao (>50%) sau cắt âm hộ triệt để do rất khó để giữ cho vết thương được khô và sạch. Bệnh nhân thường lớn tuổi và sức khỏe kém. Phù chi dưới mạn tính là một di chứng kéo dài ở các bệnh nhân trải qua nạo hạch - đặc biệt ở bệnh nhân có xạ trị sau mổ.

- **Điều trị hỗ trợ:** Di căn hạch bẹn là một chỉ định chủ yếu cho xạ trị ngoài hỗ trợ. Lợi ích của việc hóa trị đồng thời còn đang được nghiên cứu.

- **Tái phát:** Hầu hết bệnh tái phát ở nơi gần với tổn thương ban đầu và có thể phẫu thuật cắt bỏ được. Di căn xa hiếm khi đáp ứng với hóa trị.

Tiền lượng

- **Số lượng hạch bẹn di căn** là yếu tố tiên lượng độc lập quan trọng nhất.
- Nhìn chung, ung thư âm hộ có tỷ lệ sống còn sau 5 năm là 75%, nhưng tỷ lệ này còn thay đổi tùy theo giai đoạn, loại tổn thương, tuổi, và sức khỏe tổng quát của người bệnh. Tỷ lệ sống còn 5 năm giảm chỉ còn 20% nếu bệnh nhân đã có di căn hạch chậu, nhưng đạt tối >90% nếu bệnh nhân có sang thương nằm ở giai đoạn I.

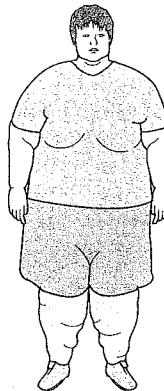
Melanoma âm hộ

- Thường xảy ra chủ yếu ở phụ nữ da trắng hậu mãn kinh.
- Vị trí thường ở môi nhỏ hoặc âm vật.
- Tổn thương điển hình thường là các sang thương thay đổi màu sắc (sẫm màu).
- Không thể phân loại giai đoạn theo FIGO: tiên lượng chủ yếu dựa vào độ sâu của xâm lấn. Melanoma âm hộ được phân loại theo Clark hoặc Breslow, sang thương càng xâm lấn thì tiên lượng càng xấu.
- **Điều trị:** Phẫu thuật cắt triệt để với bờ phẫu thuật an toàn ít nhất là 2 cm trên đại thể - SLNB dân thay thế cho phương pháp nạo hạch bẹn.

Bệnh Paget vùng âm hộ

- Một dạng u tân sinh trong biểu mô (hiếm gặp).
- Chủ yếu gặp ở phụ nữ da trắng hậu mãn kinh.
- 20% có kèm adenocarcinoma.
- **Điều trị:** Băng cắt rộng tại chỗ, tuy nhiên bờ phẫu thuật thường vẫn còn tế bào ác, bệnh rất hay tái phát.

Hình 32.1 ESTROGEN HOẠT ĐỘNG KHÔNG CÓ ĐỐI KHÁNG

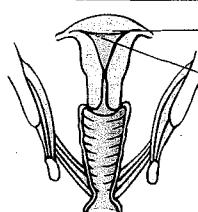


- 1 Béo phì
 - Mô mỡ tăng lên gây nên hiện tượng chuyển hóa của androgen-estrogen
- 2 Tamoxifen
 - Tác động giống estrogen lên tử cung
 - Tác động kháng estrogen lên mô vú
- 3 Hội chứng đa nang buồng trứng
 - Chu kỳ 21
- 4 Estrogen ngoại sinh
 - Estrogen sau mãn kinh không kèm progestin
 - Thảo dược (vd. St. John's Wort - cây cỏ ban) cho những hormone "tự nhiên"



Ung thư nội mạc tử cung grade 1

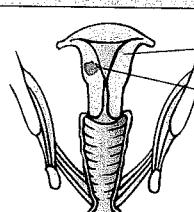
Hình 32.2 CÁC GIAI ĐOẠN UNG THƯ NỘI MAC TỬ CUNG



Nội mạc tử cung

Khối u giới hạn trong tử cung và không xâm lấn quá phân nửa lớp cơ tử cung

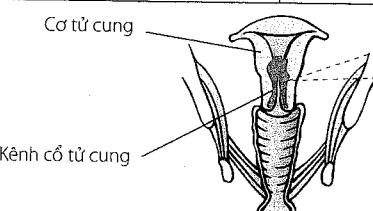
Giai đoạn Ia



Cơ tử cung

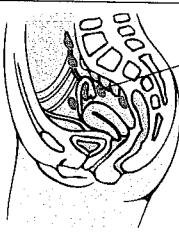
Xâm lấn bằng hoặc hơn phân nửa lớp cơ tử cung

Giai đoạn Ib

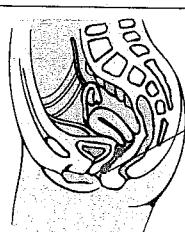


Lan rộng ra cổ tử cung và cả chất nền cổ tử cung

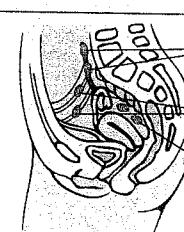
Giai đoạn II



Khối u xâm lấn vào thanh dịch và/hoặc màng phụ của tử cung



Di căn vào âm đạo hoặc lan ra bao dạ con

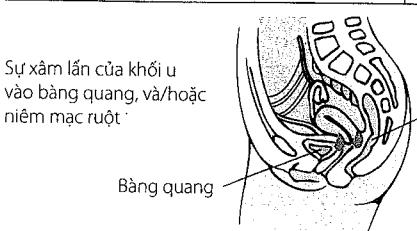


IIIc-2 Hạch cảnh động mạch chủ
IIIc-1 Hạch chậu
Lan đến các hạch bạch huyết sau màng bụng

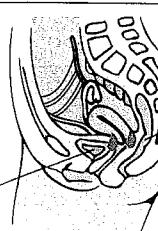
Giai đoạn IIIa

Giai đoạn IIIb

Giai đoạn IIIc

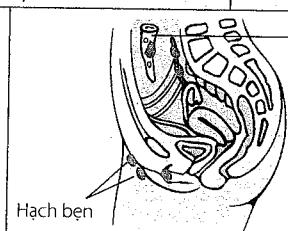


Sự xâm lấn của khối u vào bàng quang, và/hoặc niêm mạc ruột



Bàng quang

Trục tràng



Mạc nối

Di căn xa bao gồm di căn trong ổ bụng và/hoặc di căn hạch bẹn

Giai đoạn IVa

Giai đoạn IVb

Ung thư nội mạc tử cung (23%)

- **Định nghĩa.** Tăng sinh bất thường của mô tuyến nội mạc tử cung.
- **Nguyên nhân.** Dưới kích thích của estrogen nội sinh hoặc ngoại sinh kéo dài.
- **Phân loại:**
 - 1 *Tăng sinh kèm tế bào-không-diễn-hình:* tăng tỉ số nhân/bào tương nhân tăng sắc, và mất sự phân cực tế bào. Hơn 40% bệnh nhân có kết quả sinh thiết là tăng sinh nội mạc tử cung không diễn hình sẽ diễn tiến thành ung thư tuyến nội mạc tử cung giai đoạn sớm.
 - 2 *Tăng sinh không kèm tế bào-không-diễn-hình:* là tổn thương lành tính, chẩn đoán chính xác dựa vào mô học.
- **Chẩn đoán.** Bệnh nhân thường bị xuất huyết tử cung bất thường hoặc kết quả Pap smear có tế bào tuyến không diễn hình. Sinh thiết nội mạc tử cung tại phòng khám (xem Chương 4) giúp xác định chẩn đoán.
- **Điều trị.** Điều trị bảo tồn chức năng sinh sản bằng thuốc ngừa thai uống, progestin, hoặc đặt dụng cụ tử cung chứa progesterone (xem Chương 12), sinh thiết nội mạc tử cung lại sau 3-6 tháng để đánh giá hiệu quả điều trị. Hầu hết các trường hợp tăng sinh nội mạc không diễn hình được khuyến cáo nên cắt tử cung.

Ung thư nội mạc tử cung (23%)

Dịch tễ học và yếu tố nguy cơ

- **Tần suất (mỗi năm).** Tại Hoa Kỳ có 47,000 trường hợp mới và 8,000 trường hợp tử vong; tại Vương quốc Anh có 7,700 trường hợp mới và 2,000 trường hợp tử vong – nguy cơ trọn đời là 2% đối với dân số chung.
- **Tuổi trung bình.** 60 tuổi.
- **Nguyên nhân.** Phơi nhiễm với estrogen làm tăng nguy cơ ung thư nội mạc tử cung. Các yếu tố bảo vệ bao gồm: đa sản, có thai và hút thuốc lá.
- **Yếu tố di truyền.** Các phụ nữ bị ung thư đại tràng di truyền không polype (HNPCC) đột biến gene (MLH1, MSH2) có nguy cơ bị ung thư nội mạc tử cung trọn đời là 40%-60%.

Phòng ngừa và chẩn đoán

- **Tầm soát.** Sinh thiết nội mạc tử cung thường quy không được khuyến cáo, ngay cả ở bệnh nhân đang điều trị với tamoxifen. Pap smear cũng không phải là một phương pháp sàng lọc có độ nhạy cao.
- **Dự phòng.** Thuốc ngừa thai dạng uống làm giảm nguy cơ ung thư nội mạc tử cung. Điều trị nội tiết trong tăng sinh nội mạc tử cung giúp tổn thương trở về bình thường hoặc ngăn chặn tổn thương tiến triển thành ung thư.
- **Triệu chứng và khám lâm sàng.** Xuất huyết tử cung bất thường là triệu chứng thường gặp. Xuất huyết tử cung bất thường hoặc rong kinh, cường kinh ở phụ nữ trước mãn kinh và bất kỳ một xuất huyết tử cung hậu mãn kinh nào cũng đều nên được khám và đánh giá cẩn thận.
- **Chẩn đoán.** Chẩn đoán bước đầu dựa vào thăm khám vùng chậu, làm Pap smear và sinh thiết nội mạc tử cung.

Bệnh học (giải phẫu bệnh)

- Carcinoma tuyến dạng nội mạc tử cung (>80%) là loại mô học thường gặp nhất và là loại có tỉ lệ điều trị khỏi bệnh cao nhất.
- Carcinoma nhú thanh dịch và carcinoma tế bào sáng có độ ác tính cao, và bệnh thường đã di căn vào ổ bụng ngay khi tổn thương chưa xâm lấn hoặc xâm lấn tối thiểu vào lớp cơ tử cung. U hỗn hợp trung mô tử ống Müller (carcinosarcoma) có các thành phần ác tính xuất phát từ tử cung (đồng nhất) nhưng cũng có thể chứa xương, sụn hoặc cơ vận (không đồng nhất). Nếu kết quả mô học cho thấy loại tế bào có

nguy cơ cao thì ta phải làm thêm các xét nghiệm hình ảnh học ở ngực, bụng và vùng chậu trước khi phẫu thuật. Khi bệnh đã tiến triển, điều trị giống như ung thư biểu mô buồng trứng (xem Chương 33) nhưng tiên lượng rất xấu.

- Độ biệt hóa mô học được đánh giá dựa vào cấu trúc u và tỉ lệ mô đặc trong u. Grade 1, 2, 3 tương ứng với tỉ lệ mô đặc trong u lần lượt là ≤5%, 6%-50%, và >50%.
- Carcinoma nội mạc tử cung di căn theo đường bạch huyết hoặc đường máu, xâm lấn trực tiếp và di căn theo vòi trứng.

Giai đoạn (Hình 32.2)

- Ung thư nội mạc tử cung được phân giai đoạn *theo phẫu thuật*.
- 75% bệnh nhân phát hiện ở giai đoạn I.

Điều trị

- **Điều trị chủ yếu.** Trước đây, điều trị thường là phẫu thuật mở bụng, tìm tế bào ác tính trong dịch ổ bụng, cắt tử cung toàn phần và hai phần phụ, nhưng gần đây kỹ thuật mở nội soi và mổ có hỗ trợ của robot đã được áp dụng phổ biến hơn. Xạ trị có thể được chỉ định đối với các bệnh nhân có nhiều nguy cơ khi phẫu thuật, nhưng tỉ lệ điều trị khỏi giảm xuống khoảng 10%-15%.
- **Di căn hạch bạch huyết.** Chỉ định nạo hạch vẫn chưa được thống nhất. Trước đây, nạo hạch dựa vào (1) mức độ biệt hóa của u trên kết quả sinh thiết trước mổ và (2) mức độ xâm lấn vào cơ tử cung (được chẩn đoán trong lúc phẫu thuật) – tuy nhiên, nạo hạch dựa vào hai yếu tố này vẫn chưa chính xác. Gần đây, người ta đang xem xét đến chỉ định nạo hạch dựa vào các thuật toán chuyên biệt hoặc sự đánh giá di căn đến các hạch canh gác.
- **Điều trị hỗ trợ.** Xạ trị tại chỗ (trong âm đạo) được chỉ định đối với các trường hợp có "nguy cơ trung gian" (IA grade 3, IB grade 1-2). U có nguy cơ cao hơn (từ IB grade 3, II trở lên) được điều trị với xạ trị ngoài ± hóa trị.
- **Tái phát.** Xạ trị hoặc cắt rộng vùng chậu (hiếm) có thể được chỉ định đối với ung thư nội mạc tử cung tái phát tại chỗ. Các vị trí di căn xa nhạy với hóa trị paclitaxel, doxorubicin, và cisplatin (TAP), hoặc paclitaxel và carboplatin. Các phác đồ này có tỉ lệ đáp ứng cao nhất.
- **Điều trị giảm nhẹ.** Điều trị nội tiết (progesterin, tamoxifen) ít có độc tính và có tỉ lệ đáp ứng tốt – đặc biệt là u grade 1.

Tiền lượng

- Ung thư nội mạc tử cung có tiền lượng tốt vì được phát hiện sớm qua dấu hiệu xuất huyết âm đạo bất thường.
- Tỉ lệ sống còn 5 năm sau điều trị: giai đoạn I: 85%, giai đoạn II: 50%, giai đoạn III: 30% và giai đoạn IV: <5%.

Sarcoma tử cung (2%)

- U có độ ác tính cao, tiền lượng xấu.
- Phẫu thuật cắt bỏ u là điều trị duy nhất để cải thiện khả năng điều trị bệnh.

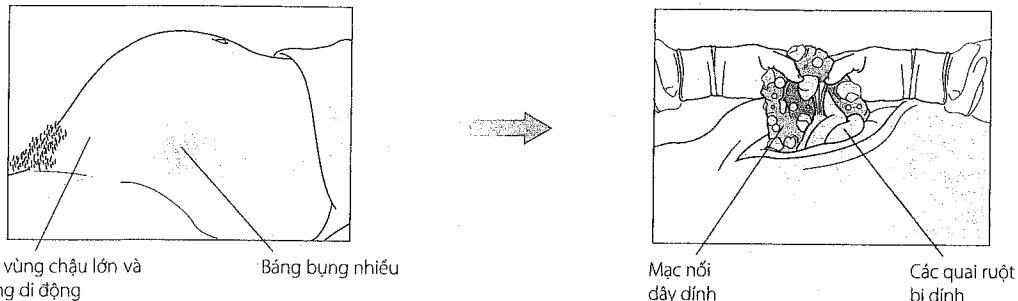
1 **Sarcoma cơ trơn tử cung:** phân biệt với u xơ tử cung lành tính ở đặc điểm có sự phân bào mạnh trong u. Bệnh thường di căn đến phổi theo đường máu.

2 **U mô đệm nội mạc tử cung:** hiếm gặp, u mềm, thường có dạng polyp, trồi vào khoang nội mạc tử cung. Sarcoma mô đệm nội mạc tử cung (trước đây, u được đánh giá là biệt hóa thấp) có tiền lượng tương đối tốt hơn so với các sarcoma có grade cao và không biệt hóa khác. Chẩn đoán phân biệt chủ yếu dựa vào số lượng phân bào trong tế bào khối u.



Ung thư buồng trứng

Hình 33.1 DẤU HIỆU BỆNH LÝ ĐÃ TIẾN TRIỂN NĂNG



Hình 33.2 PHÂN GIAI ĐOẠN CỦA UNG THƯ BUỒNG TRỨNG

Giai đoạn Ia	Giai đoạn Ib	Giai đoạn Ic
Giai đoạn IIa	Giai đoạn IIb	Giai đoạn IIc
Giai đoạn IIIa	Giai đoạn IIIb	Giai đoạn IIIc
Được xác định là bệnh lý di căn xa	Di căn ở các hạch bạch huyết trên xương đòn hoặc da	Di căn đến nhu mô phổi
	Di căn đến nhu mô của gan và lách (không phải di căn trên bê mặt)	Tràn dịch màng phổi ác tính có tế bào ung thư
		Giai đoạn IV

Ung thư buồng trứng (ung thư buồng trứng)

- **Tần suất (mỗi năm).** Tại Hoa Kỳ có 22,000 trường hợp mới và 15,500 trường hợp tử vong; tại Vương quốc Anh có 7,000 trường hợp mới và 4,300 trường hợp tử vong. Ở các nước công nghiệp phương Tây, số bệnh nhân tử vong do ung thư buồng trứng nhiều hơn cả số bệnh nhân tử vong do tất cả các ung thư phụ khoa khác cộng lại.
- **Tuổi trung bình.** 60 tuổi.
- **Yếu tố nguy cơ.** Sinh ít con, tiền căn gia đình bị ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng, sống tại các nước công nghiệp phương Tây. Yếu tố bảo vệ bao gồm da sần, cho con bú, (tình trạng) không phóng noãn kéo dài.
- **Yếu tố di truyền** chiếm 5%-10% các trường hợp. Phụ nữ có người trong gia đình (mẹ hoặc chị em gái) bị ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng trước mán kinh nên được tư vấn di truyền. Xét nghiệm có thể phát hiện người mang đột biến tại gene *BRCA-1* hoặc *BRCA-2*.
- **Tầm soát.** CA-125 ± siêu âm ngả âm đạo không giúp phát hiện sớm hay làm giảm tử suất của ung thư biểu mô buồng trứng.
- **Dự phòng.** Thuốc viên ngừa thai dạng uống có thể làm giảm tỉ lệ ung thư buồng trứng đến 50%.
- **Dự phòng bằng cách cắt bỏ buồng trứng.** Phụ nữ nguy cơ cao (mang đột biến gene *BRCA*) có thể được đề nghị cắt phần phụ hai bên dự phòng lúc 35 tuổi hoặc sau khi đã sinh đủ con. Cắt buồng trứng dự phòng có thể làm giảm 90% nguy cơ ung thư buồng trứng và 50% nguy cơ ung thư vú. Tuy nhiên, vẫn có thể xảy ra carcinoma phúc mạc nguyên phát (hiếm gặp).
- **Triệu chứng.** Ung thư buồng trứng giai đoạn sớm thường có các triệu chứng như bụng to lên và có các triệu chứng về tiết niệu. Hầu hết các triệu chứng này là mơ hồ khiến cho cả bệnh nhân hoặc bác sĩ không chú ý đến. Khi bệnh đã tiến triển thì các dấu hiệu thường gặp là mệt mỏi, ăn không tiêu hay các triệu chứng khác của đường tiêu hóa.
- **Khám lâm sàng.** Có thể nghĩ ngờ ung thư buồng trứng ở giai đoạn sớm khi khám vùng chậu phát hiện có một khối u ở vùng bụng. Khi bệnh tiến triển, các dấu hiệu lâm sàng trở nên rõ ràng hơn (Hình 33.1).
- **Chẩn đoán.** Siêu âm ngả âm đạo là một phương pháp cận lâm sàng nhạy nhất để đánh giá u phần phụ. CT-scan vùng bụng-chậu và X-quang ngực giúp đánh giá di căn. Chọc dò ổ bụng được chỉ định chủ yếu trong trường hợp không phát hiện được khối u buồng trứng.

Phân giai đoạn (Hình 33.2)

- Ung thư buồng trứng được phân giai đoạn theo *phẫu thuật*.
- 2/3 bệnh nhân khi chẩn đoán đã ở giai đoạn III-IV.

Điều trị

- **Ung thư buồng trứng giai đoạn sớm** là các trường hợp còn chỉ định phẫu thuật cắt tử cung, cắt phần phụ hai bên, phẫu thuật phân giai đoạn (tế bào học dịch ổ bụng, sinh thiết phúc mạc ngẫu nhiên, cắt bỏ mạc treo, nạo hạch chậu, nạo hạch canh động mạch chủ) và có thể thực hiện qua nội soi ổ bụng. Bệnh nhân giai đoạn Ia-Ib, grade 1-2 sau phẫu thuật không cần hóa trị bổ sung.
- **Điều trị ung thư buồng trứng giai đoạn tiến triển** gần đây có nhiều tranh cãi. Tại Hoa Kỳ, đa số các bệnh nhân vẫn được phẫu thuật mở bụng, cắt tử cung, cắt phần phụ hai bên, và phẫu thuật làm giảm tế bào để loại bỏ tất cả các tổn thương thấy được. Trong khi tại Vương quốc Anh và châu Âu, các bệnh nhân được hóa trị với phác đồ có chứa platinum 3-4 chu kỳ trước, sau đó mới tiến hành phẫu thuật làm giảm tế bào ung thư.
- **Điều trị hỗ trợ.** Hóa trị với carboplatin ± paclitaxel 6 chu kỳ là tiêu chuẩn vàng đối với bệnh nhân giai đoạn IC-IV. Một số bệnh nhân có thể sẽ đạt được hiệu quả điều trị cao hơn với paclitaxel “liều dày” (mỗi tuần) hoặc hóa trị có platinum truyền vào trong phúc mạc. Phản ứng các bệnh nhân sẽ đáp ứng với điều trị. Phẫu thuật mở bụng lần hai (nhìn lại) không giúp cải thiện tỉ lệ sống còn, vì vậy ngoại trừ trong các thử nghiệm lâm sàng thì không nên thực hiện thường xuyên. Lợi ích của hóa trị “duy trì” liên tục để ngăn tái phát còn chưa rõ.
- **Yếu tố tiên lượng.** Giai đoạn bệnh, số lượng tế bào ung thư còn sót lại sau phẫu thuật, lượng dịch bàng, tuổi bệnh nhân, và lâm sàng.

◦ **Theo dõi.** Khi bệnh đã thoái lui, bệnh nhân cần được tái khám định kỳ để theo dõi triệu chứng và khám lâm sàng. Theo dõi nồng độ CA-125 huyết thanh được thực hiện thường quy tại Hoa Kỳ, tuy nhiên do giá trị lâm sàng của CA-125 chưa được chứng minh ở Vương quốc Anh nên không được dùng để theo dõi bệnh nhân. Khi nghi ngờ bệnh tái phát, cần thực hiện các test hình ảnh học để chẩn đoán.

◦ **Tái phát.** Xảy ra trong 80% các trường hợp ung thư tiến triển. Bệnh nhân đáp ứng kém với phác đồ hóa trị có platinum ban đầu nên được cân nhắc chỉ định phẫu thuật làm giảm tế bào “lần hai” và/hoặc hóa trị lại với phác đồ chứa platinum. Nếu không, nên cân nhắc hóa trị với các thuốc thay thế.

◦ **Điều trị giảm nhẹ.** Hầu hết các bệnh nhân về cuối sẽ bị tắc ruột và suy dinh dưỡng do u di căn lan rộng vào phúc mạc. Điều trị giảm nhẹ với mục đích làm giảm các triệu chứng, qua đó giúp cho bệnh nhân cảm thấy dễ chịu hơn. Có thể nuốt ăn qua sonde dạ dày hoặc tĩnh mạch ở các bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối.

U buồng trứng giáp bì (nguy cơ ác tính thấp)

- Chiếm 10%-15% ung thư biểu mô buồng trứng.
- Tuổi phát hiện trẻ (trung bình: 35 tuổi).
- Điều trị bao gồm cắt tử cung và phần phụ hai bên (hoặc cắt phần phụ một bên nếu cần bảo tồn chức năng sinh sản), và phẫu thuật phân giai đoạn. Hiếm khi cần chỉ định hóa trị sau phẫu thuật. Tiết lượng rất tốt: tỉ lệ sống còn sau 10 năm là 95%.

U ổ bụng và bì (ung thư buồng trứng có u ổ bụng) (<5%)

- Tuổi chẩn đoán rất trẻ (trung bình: 20 tuổi).
- 1 **U nghịch mầm (50%):** thường gặp nhất. LDH (lactate dehydrogenase) có thể là chất đánh dấu u có ích, có đến 20% trường hợp u ở hai bên và 2/3 trường hợp chẩn đoán ở giai đoạn I. Khả năng điều trị thành công cao.
- 2 **U xoang nội bì (20%):** có thể Schiller-Duval trên kết quả mô học, AFP thường tăng cao. Đây là loại u tế bào mầm có tỉ lệ gây tử vong cao nhất.
- 3 **U quái chưa trưởng thành (15%-20%):** có sự hiện diện của các tế bào thần kinh chưa trưởng thành, đây là đặc điểm giúp phân biệt u quái chưa trưởng thành với u bì.
- **Điều trị.** Tùy theo tuổi của bệnh nhân mà có thể cắt phần phụ một bên (bao tồn chức năng sinh sản) và phẫu thuật phân giai đoạn bệnh, hoặc cắt tử cung và phần phụ hai bên. Hóa trị với phác đồ gồm bleomycin, etoposide, và cisplatin (BEP) thường chỉ định cho tất cả bệnh nhân trừ u nghịch mầm hoặc u quái chưa trưởng thành giai đoạn IA.

U dây sinh dục (<5%)

- Độ tuổi phát hiện rất dao động, trung bình là 50 tuổi.
- 1 **U tế bào hạt (70%):** thường gặp nhất. Trên mô học có sự hiện diện của các thể Call-Exner, 80%-90% bệnh nhân chẩn đoán ở giai đoạn I. Inhibin A/B hoặc estradiol có thể là hai chất đánh dấu có ích.
- 2 **U tế bào Sertoli-Leydig (10%-20%):** có thể gây tình trạng nam hóa dần dần, >95% trường hợp phát hiện ở giai đoạn I.
- **Điều trị.** Cắt tử cung và phần phụ hai bên (hoặc cắt phần phụ một bên trong trường hợp muốn bảo tồn chức năng sinh sản cho bệnh nhân), và tiến hành phẫu thuật phân giai đoạn. Thường không có chỉ định điều trị hỗ trợ thêm sau khi can thiệp ngoại khoa.

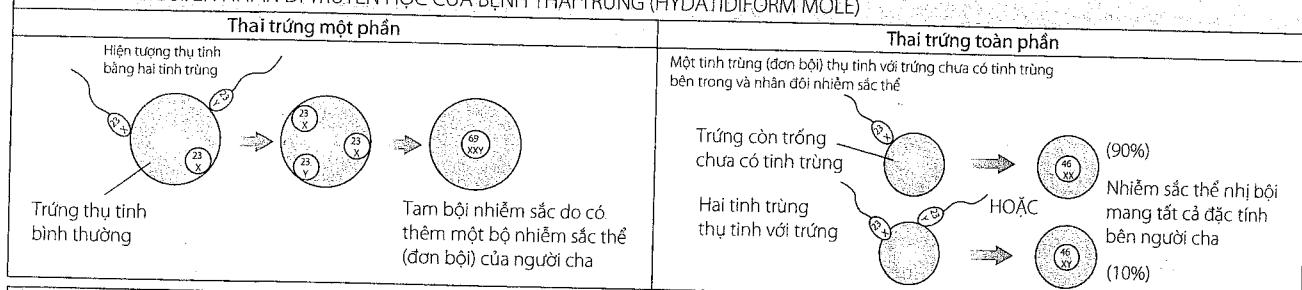
Ung thư vòi trứng

- Theo y văn, ung thư vòi trứng rất hiếm gặp, tuy nhiên các tua vòi là những vị trí tiềm ẩn của nhiều loại “ung thư buồng trứng”, đặc biệt là những loại ung thư do đột biến gene (*BRCA-1/BRCA-2*).
- Phân giai đoạn, điều trị, và tiên lượng tương tự như ung thư buồng trứng.



34) Bệnh lý nguyên bào nướu trong thai kỳ (GTD)

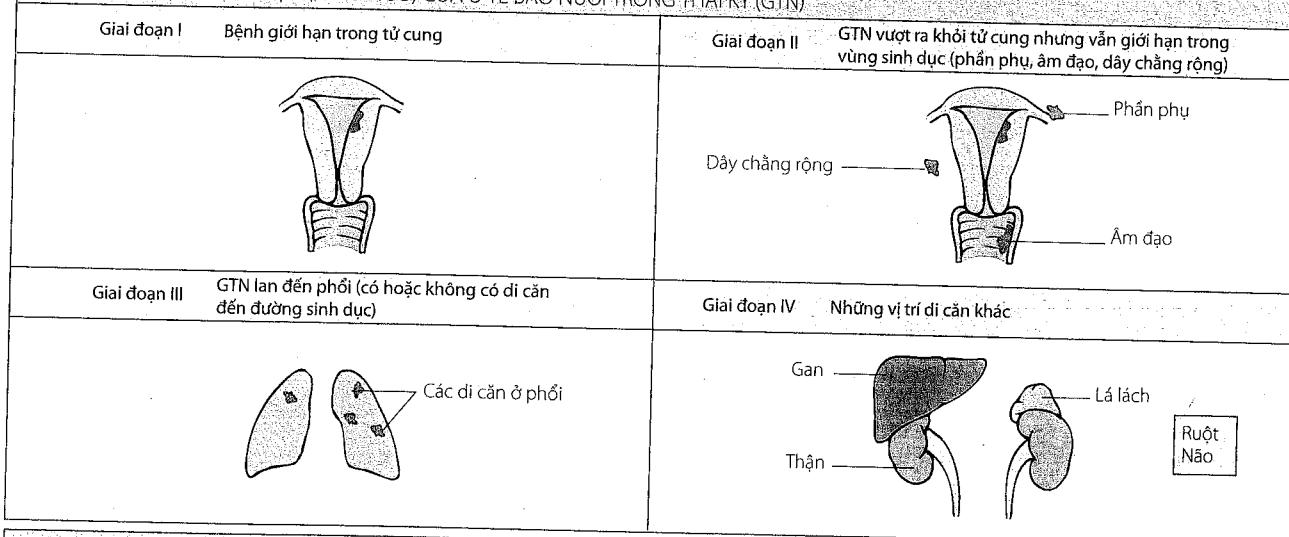
Hình 34.1 NGUYÊN NHÂN DI TRUYỀN HỌC CỦA BỆNH THAI TRỨNG (HYDATIDIFORM MOLE)



Hình 34.2 CÁC ĐẶC TRƯNG CỦA BỆNH THAI TRỨNG

Đặc trưng	Thai trứng một phần	Thai trứng toàn phần
Karyotype	69,XXX hoặc 69,XXY	46,XX hoặc 46,XY
Bệnh lý		
Thái nhi	Còn	Không còn
Gai nhau	Khu trú, phù nề mức độ,	Phù lan tỏa
Tăng sản lớp tế bào nướu	Khu trú, tối thiểu	Lan tỏa, mức độ rộng
Biểu hiện lâm sàng		
Triệu chứng/dấu hiệu	Sẩy thai	Thai trứng
Kích thước tử cung	Phù hợp	28% lớn hơn tuổi thai
GTN		
Không di căn	3%-4%	15%
Di căn	0	4%

Hình 34.3 PHÂN GIAI ĐOẠN (THEO FIGO) CỦA U TẾ BÀO NUÔI TRONG THAI KỲ (GTD)



Hình 34.4 Hệ thống chấm điểm tiên lượng của WHO (đã cải biến)

Điểm	0	1	2	4
Độ tuổi	<40	≥40	-	-
Tiền sử mang thai	Thái trứng	Sẩy thai	Thái đú tháng	-
Khoảng thời gian (số tháng) từ lúc mang thai (index pregnancy)	<4	4-7	7-13	-
Serum trước trị liệu (IU/mL)	<10 ³	10 ³ - <10 ⁴	10 ⁴ - <10 ⁵	≥13
Kích thước lớn nhất của khối u (bao gồm tử cung)	-	3-5 cm	≥5 cm	≥10 ⁵
Vị trí di căn	Phổi	Lách, thận	Thuốc đường ruột	Gan
Số lượng di căn	-	1-4	5-8	Não
Hóa trị thất bại trước đây	-	-	Một thuốc	>8
				≥2 thuốc

Sổ tay Sản Phụ khoa, Ấu bản lần 4. Errol R. Norwitz và John O. Schorge.

76 © 2013 John Wiley & Sons, Ltd. SDmedia phát hành năm 2014.

- **Định nghĩa.** Là bệnh lý có liên quan đến sự phát triển bất thường của tế bào nuôi: thai trứng (tùy phần và bán phần), choriocarcinoma, u nguyên bào nuôi tại nơi nhau bám.
- **Chất đánh dấu u.** Nồng độ β -hCG trong huyết thanh tăng rất cao.

Thai trứng

- **Tần suất.** Nhật Bản có tần suất thai trứng cao nhất (2/1,000 thai kỳ so với 0.6-1.1/1,000 ở Châu Âu và Bắc Mỹ). Tần suất thai trứng khác nhau trên thế giới một phần do các số liệu báo cáo là số liệu trên dân số chung hay số liệu của bệnh viện.
- **Các yếu tố nguy cơ.** Mẹ trên 35 tuổi (tăng >2 lần), tiền căn thai trứng (tăng 10 lần), sử dụng thuốc ngừa thai dạng uống dài hạn (tăng 2 lần), chế độ ăn thiếu β -carotene và vitamin A.
- **Nguồn gốc từ nhiễm sắc thể** (Hình 34.1).
- **Triệu chứng lâm sàng.** Thai trứng bán phần thường có triệu chứng giống như một trưởng hợp sẩy thai ở tam cá nguyệt 1 hay đầu tam cá nguyệt 2. Nồng độ β -hCG có thể bình thường hoặc tăng nhẹ. Thai trứng toàn phần thường có triệu chứng xuất huyết âm đạo bất thường (85%), đây là triệu chứng khiến bệnh nhân đi khám. Các dấu hiệu sớm là thiếu máu (<10%), nghén nôn hoặc tiền sản giật. Nồng độ β -hCG tăng rất cao (>100,000 mIU/mL).
- **Siêu âm.** Nghìn ngòi thai trứng bán phần nếu có mô thai nhi và gai nhau thoái hóa nước một phần, đường kính của túi thai tăng. Thai trứng toàn phần có hình ảnh gai nhau thoái hóa nước toàn bộ và không có mô thai, hình ảnh giống “bão tuyết”. Siêu âm ở tam cá nguyệt 1 có thể giúp chẩn đoán sớm thai trứng.
- **Chẩn đoán** thai trứng phải dựa trên kết quả mô học. Thai trứng bán phần với hình ảnh thai dị tật (dính ngón, đầu nước, thai chậm tăng trưởng), gai nhau thoái hóa nước từng phần và tăng sản tế bào nuôi ít. Thai trứng toàn phần không có mô thai, gai nhau thoái hóa nước toàn bộ (giống chùm nho), tế bào nuôi tăng sản mạnh. Nhuộm miễn dịch với p57 hoặc làm karyotype (định lượng bộ nhiễm sắc thể) có thể được chỉ định trong một số trường hợp.
- **Điều trị.** Hút nạo lòng tử cung (EVA; xem Chương 16) thường là điều trị đầu tiên đối với thai trứng vì bệnh nhân đa số là trẻ tuổi và còn mong muốn có con. Cắt tử cung có thể được chỉ định ở một số bệnh nhân không còn mong muốn sinh thêm con.
- **Dự phòng.** Globulin miễn dịch anti-D nên được dùng ở bệnh nhân Rh(-).
- **Theo dõi.** Sau hút nạo nên theo dõi nồng độ β -hCG cho đến khi âm tính.
- **Nên khuyến khích** bệnh nhân ngừa thai bằng *thuốc ngừa thai nội tiết*, ưu điểm của thuốc ngừa thai nội tiết là làm giảm gây nhiễu lên kết quả xét nghiệm β -hCG.
- **Dự hậu sản khoa của bệnh nhân.** Bệnh nhân vẫn có thể có con bình thường ở những thai kỳ sau. Nguy cơ thai trứng tái phát tăng 10 lần (khoảng 1%).

U nguyên bào nuôi tại nơi nhau bám

- **Những lần mang thai trước.** Đa số các u nguyên bào nuôi thường xảy ra sau thai trứng, tuy nhiên cũng có thể xảy ra sau bất kỳ một thai kỳ nào (bô thai hoặc sẩy thai [xem Chương 15], thai ngoài tử cung [xem Chương 5], hay thai kỳ bình thường).
- **Chẩn đoán.** Tiêu chuẩn chẩn đoán u nguyên bào nuôi chưa được thống nhất, chẩn đoán khi có một trong các tiêu chuẩn sau:
 - 1 Nồng độ β -hCG bình nguyên qua 4 lần do trong ít nhất 3 tuần.
 - 2 Nồng độ β -hCG tăng qua 3 lần do trong vòng ít nhất 2 tuần.
 - 3 Nồng độ β -hCG còn tồn tại sau 6 tháng.
 - 4 Kết quả giải phẫu bệnh là choriocarcinoma.
- **Choriocarcinoma:** các tế bào nuôi và nguyên bào nuôi tăng sinh

mạnh nhưng không có cấu trúc gai nhau. Thai trứng xâm lấn có thể có đặc điểm mô học của choriocarcinoma hoặc thai trứng, nhưng nếu có di căn thì luôn là choriocarcinoma.

- **U nguyên bào nuôi tại nơi nhau bám (PSTT):** là một hình thái hiếm gặp của choriocarcinoma, thường kém nhạy với hóa trị, điều trị cần cắt tử cung.

Phân giai đoạn (Hình 34.3)

- Phân giai đoạn u nguyên bào nuôi theo giải phẫu.
- Kết hợp X-quang ngực, CT-scan vùng bụng-chậu và khám lâm sàng là cách hiệu quả để chẩn đoán sự lan rộng của bệnh. Nếu X-quang ngực bất thường, cần chỉ định CT-scan vùng ngực và đầu.
- Sinh thiết các tổn thương di căn nghi ngờ không được khuyến cáo vì có thể gây chảy máu nhiều.
- Bảng điểm tiên lượng mới của WHO (Hình 34.4) xếp loại bệnh nhân u nguyên bào nuôi thành nguy cơ thấp (0-6 điểm) và nguy cơ cao (>7 điểm).

Điều trị

- U nguyên bào nuôi nguy cơ thấp (WHO: 0-6 điểm) thường điều trị đơn trị liệu với methotrexate tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch. Nếu kháng methotrexate, có thể chuyển sang điều trị với dactinomycin truyền tĩnh mạch ngắn quãng. Gần đây, methotrexate tỏ ra có hiệu quả kém hơn so với dactinomycin, tuy nhiên methotrexate vẫn được sử dụng rộng rãi vì ít độc tính.
- U nguyên bào nuôi nguy cơ cao (WHO: >6 điểm) và u nguyên bào nuôi nguy cơ thấp đã thất bại với đơn trị liệu nên được điều trị với phác đồ nhiều thuốc (etoposide, methotrexate, dactinomycin, cyclophosphamide, vincristine [EMA/CO]) vì các trường hợp này thường có nguy cơ cao kháng với đơn hóa trị. Bệnh nhân kháng với EMA/CO có thể chuyển sang sử dụng phác đồ EMA/EP (EP: etoposide, cisplatin) hoặc sử dụng paclitaxel thay thế cho etoposide và cisplatin.
- **Theo dõi.** Theo dõi nồng độ β -hCG cho đến khi về âm tính và hoàn tất điều trị. Bệnh nhân cần phải được theo dõi tiếp tục sau đó trong 12 tháng (giai đoạn I-III) đến 24 tháng (giai đoạn IV).
- **Tiền lượng.** 98%-100% bệnh nhân giai đoạn I-II và 75%-80% bệnh nhân giai đoạn IV được điều trị khỏi. Tại Vương quốc Anh và Hoa Kỳ có rất ít bệnh nhân tử vong vì u nguyên bào nuôi, tuy nhiên các bệnh nhân giai đoạn IV thường bị suy kiệt nặng và thường không đủ sức chống chọi đối với bệnh tật.

U nguyên bào nuôi tại nơi nhau bám

- Là hình thái hiếm gặp của u nguyên bào nuôi trong đó có tế bào nuôi trung gian.
- Chẩn đoán thường khó khăn vì nồng độ β -hCG không tăng quá cao và triệu chứng chảy máu ít rầm rộ.
- Cắt tử cung là điều trị chính bởi vì u kém nhạy với hóa trị.

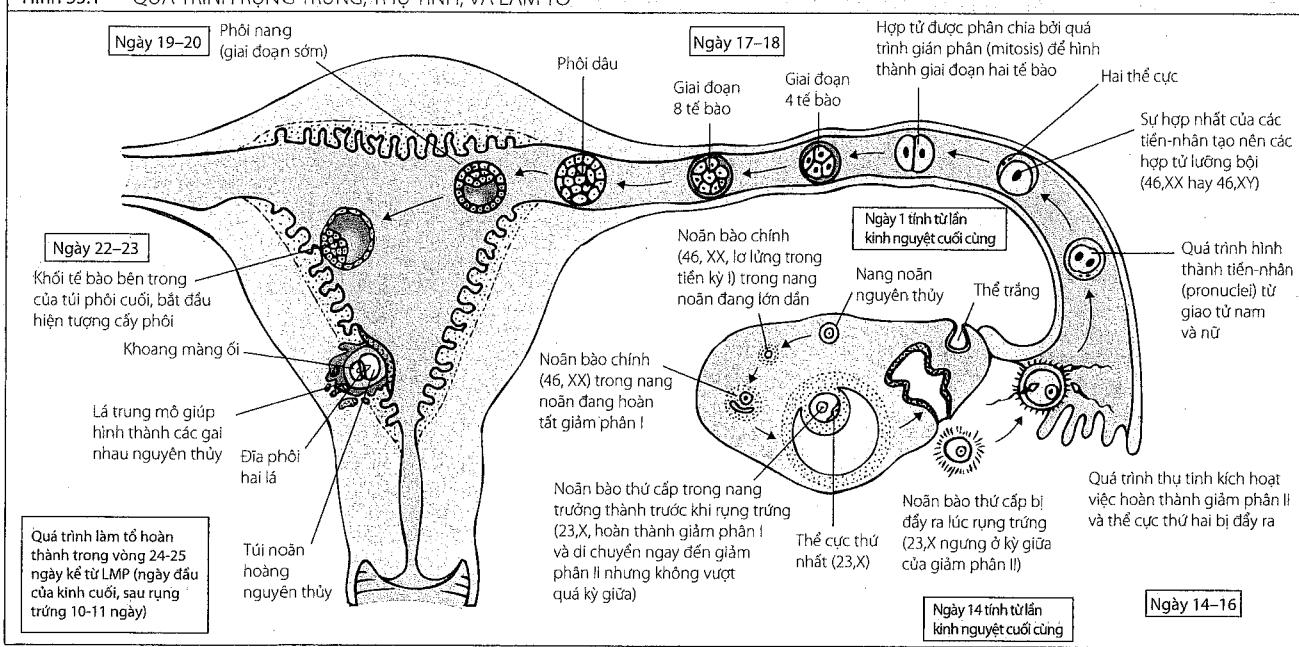
hCG tăng quá mức

- **Định nghĩa.** Nồng độ hCG tăng nhẹ kéo dài khiến các nhà lâm sàng phải điều trị cho bệnh nhân nhưng nồng độ hCG thực sự là không tăng và cũng không có sự hiện diện của bệnh lý nguyên bào nuôi.
- **Nguyên nhân.** Một số bệnh nhân có các yếu tố trong huyết thanh (kháng thể dị hợp) phản ứng với kháng thể hCG làm cho kết quả xét nghiệm dương tính giả.
- **Chẩn đoán.** hCG nước tiểu âm tính hoặc kết quả âm tính khi pha loãng huyết thanh nhiều lần.
- **Điều trị.** Phát hiện các xét nghiệm dương tính giả, và bệnh nhân không cần điều trị.

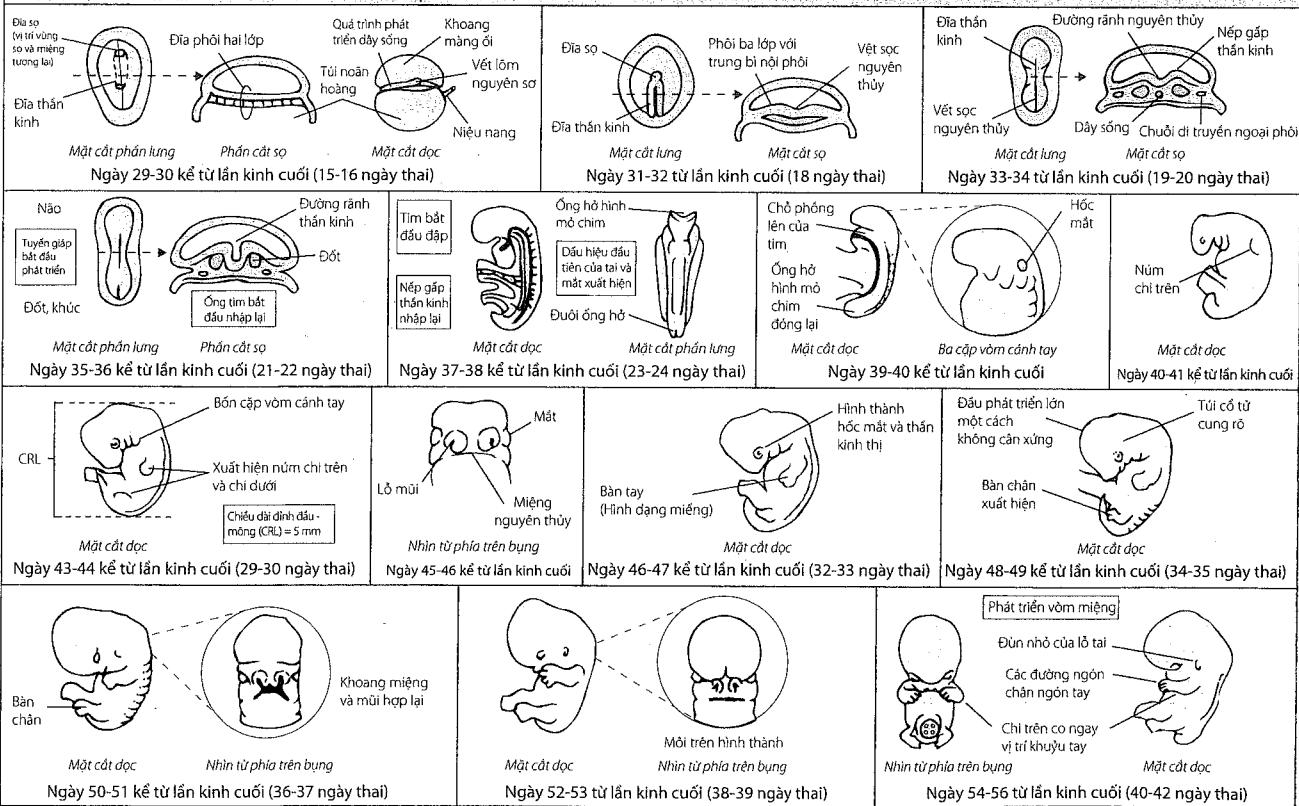


Hình ảnh giải phẫu và sự phát triển của bào thai trong giai đoạn sớm

Hình 35.1 QUÁ TRÌNH RUNG TRỨNG, THỦ TỊNH, VÀ LÀM TỐ



Hình 35.2 THỜI GIAN ĐẦU CỦA PHÔI VÀ SỰ PHÁT TRIỂN THAI



(Hình 35.1)

Định nghĩa

- Tuổi thai: thời gian mang thai từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối (LMP), ngày kinh cuối này xảy ra trước thời điểm rụng trứng và thụ tinh khoảng 2 tuần.
- Từ khi thụ tinh đến lúc thai 10 tuần (8 tuần sau khi thụ thai), bào thai được gọi là phôi, từ sau 10 tuần thì được gọi là thai.

tục trong khi phôi còn di chuyển trong vòi trứng. Các phôi bào tiếp tục phân chia, tạo thành một khối tế bào hình cầu gọi là phôi đậu.

- Phôi đậu đi vào buồng tử cung khoảng 3-4 ngày sau khi thụ tinh. Chất lỏng tích tụ giữa các phôi bào tạo ra một khoang chứa đầy dịch, phôi đậu trở thành phôi nang.
- Một số ít tế bào (khối tế bào bên trong) tập trung tại một cực của túi phôi. Những tế bào này sẽ tạo thành phôi thai. Các tế bào bên ngoài ngoại bì phôi trở thành nguyên bào nuôi (nhau thai).

Phát triển nang noãn và rụng trứng

- Tế bào mầm nguyên thủy có mặt trong phôi thai (nữ) vào cuối tuần thứ ba. Số lượng tế bào mầm trong buồng trứng của thai đạt đỉnh khoảng 7 triệu vào tháng thứ 5. Sau đó, một số tế bào này bị thoái hóa, chỉ 2 triệu nang noãn nguyên thủy còn lại trong buồng trứng lúc mới sinh và còn khoảng 300,000-400,000 nang noãn trong buồng trứng trước dậy thì.
- Nang nguyên thủy có bộ nhiễm sắc thể lưỡng bội (46,XX), bị dừng lại trong kỳ đầu của giảm phân I. Trong giai đoạn nang noãn, một số tế bào trứng trưởng thành dưới ảnh hưởng của FSH (follicle-stimulating hormone), hoàn tất giảm phân I. Điều này dẫn đến sự hình thành nang noãn thứ cấp với một bộ nhiễm sắc thể đơn bội (23,X) và tổng xuất thể cực I. Nang trưởng thành là nang de graaf (được mô tả bởi de Graaf năm 1677). Nang thứ cấp đi vào quá trình giảm phân II nhưng dừng lại ở kỳ giữa. Quá trình lựa chọn một nang vượt trội duy nhất xảy ra tại thời điểm này.
- Định LH (luteinizing hormone) gây ra hiện tượng phóng noãn vào ổ bụng.

Sự thụ tinh

- Thụ tinh giữa một trứng trưởng thành và một tinh trùng duy nhất (23,X hoặc 23,Y) xảy ra trong vòi trứng trong vòng vài giờ đầu tiên sau khi rụng trứng. Thành phần di truyền của tinh trùng xác định giới tính của thai.
- Thụ tinh thúc đẩy nang noãn thứ cấp hoàn thành giảm phân II. Các giao tử (đơn bội) kết hợp tạo thành hợp tử, có bộ nhiễm sắc thể lưỡng bội (46,XX hoặc 46,XY).

(Hình 35.2)

Sự phát triển của phôi sau khi làm tổ

- Đến ngày 24-26 của thai kỳ, đĩa phôi có 2 lá, bao gồm ngoại bì phôi và nội bì phôi.
- Sự tăng sinh tế bào tại đĩa phôi tạo một đường giữa phôi được gọi là đường nguyên thủy. Các tế bào sau đó lan rộng ra hai bên từ đường nguyên thủy giữa nội bì và ngoại bì để hình thành trung bì. Kết quả tạo một đĩa phôi có ba lá.
- Ba lớp mầm phát triển thành tất cả các cơ quan của thai. Hệ thống thần kinh và lớp biểu bì cùng với thành phần phụ của nó (lỗ chân lông, tóc) có nguồn gốc từ ngoại bì. Đường tiêu hóa và các tuyến tiêu hóa (tuyến tụy, gan), tuyến giáp phát sinh từ nội bì. Bộ xương, lớp hạ bì, cơ, và mạch máu và cơ quan niệu dục có nguồn gốc từ trung bì.

Phát triển bào thai giai đoạn sớm

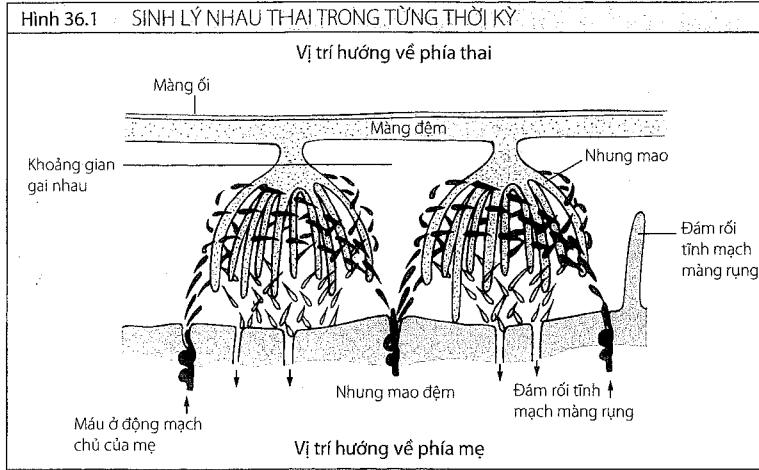
Giai đoạn phôi kết thúc sau khi tuổi thai được 10 tuần (8 tuần sau thụ thai). Chiều dài từ đầu đến mông (CRL) thời điểm này là 4 mm. Giai đoạn thai được đặc trưng bởi sự phát triển và trưởng thành các cấu trúc hình thành trong giai đoạn phôi.

Tuổi thai (tuần)	CRL (mm)	Cân nặng thai (g)	Đặc điểm bên ngoài
Theo kinh cuối	Theo thụ tinh		
12	10	8	Ngón tay, ngón chân có thể nhìn thấy; ruột trong dày rốn
16	14	12	Có thể xác định giới tính rõ ràng; nhìn thấy cổ; đầu thẳng
20	18	16	Hiện diện chất bã của thai
24	22	21	Da đỏ và nhăn nheo; có lông tơ (lông trên cơ thể); giới hạn của sự sống còn của thai nhí
28	26	25	Mắt mở phần mở; có lông mày, lông mi
32	30	28	Hoàn thiện hình dạng; khả năng sống >95%
36	34	32	Da hồng và mịn màng; cơ thể đầy đặn; tinh hoàn xuống dần
40	38	36	Ngực hiện rõ; tinh hoàn trong bìu; núm vú nhô ra

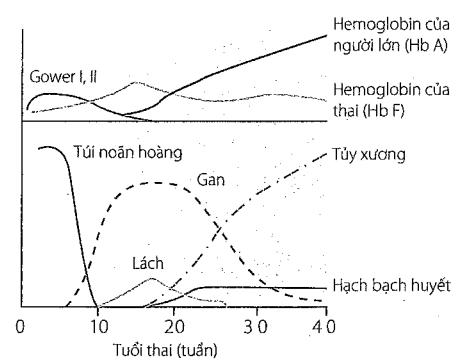


Sinh lý thai nhi

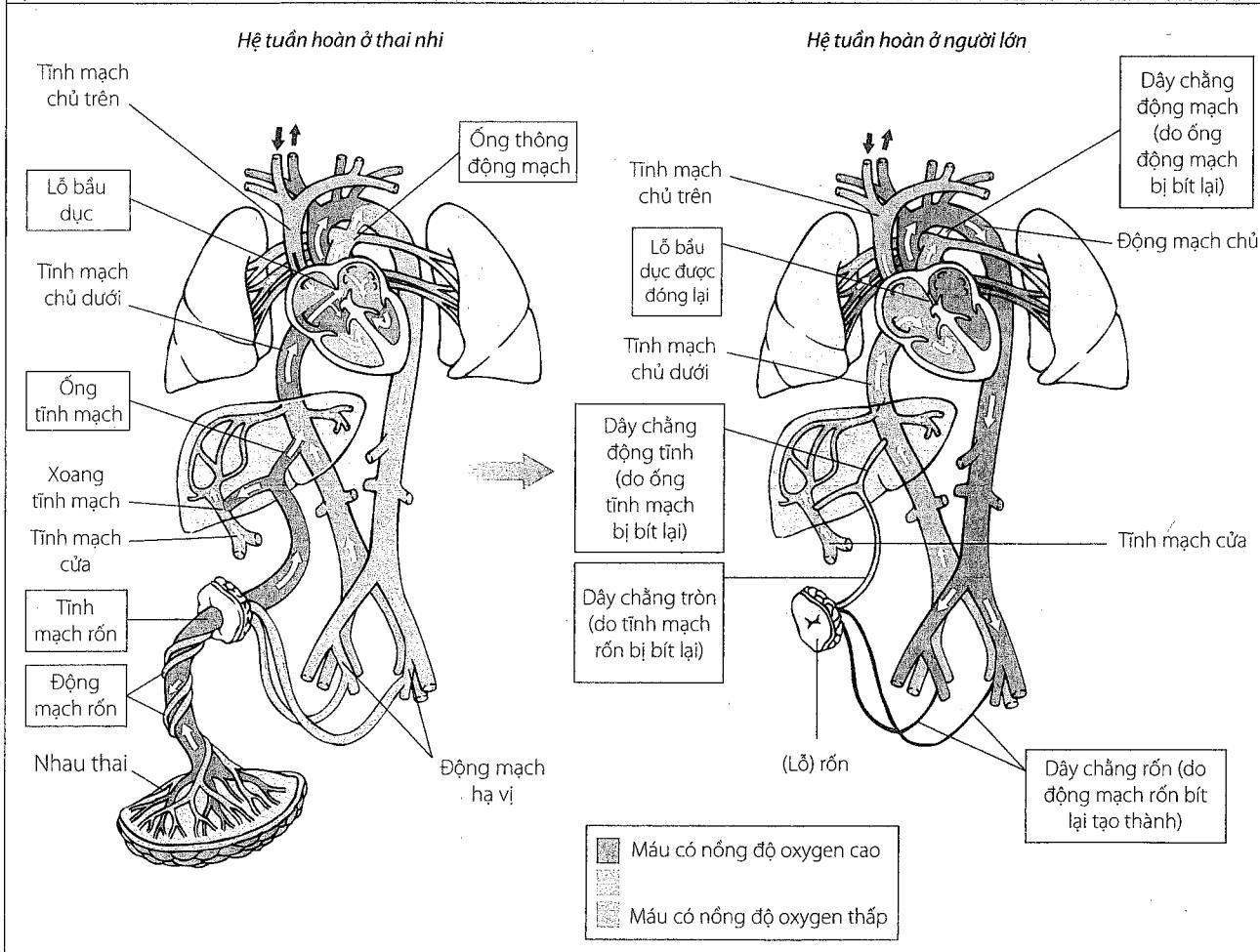
Hình 36.1 SINH LÝ NHAU THAI TRONG TỪNG THỜI KỲ



Hình 36.2 MẠNG LƯỚI TẠO HUYẾT CẤU VÀ CÁC DẠNG TỔNG HỢP HEMOGLOBIN TRONG QUÁ TRÌNH MANG THAI



Hình 36.3 VÒNG TUẦN HOÀN THAI NHI VÀ SỰ THÍCH ỨNG CỦA THAI NHI VỚI MÔI TRƯỜNG NGOÀI TỬ CUNG



Sinh lý thai nhi

- Nhau thai có một số chức năng, bao gồm chuyển các chất dinh dưỡng và oxygen từ mẹ đến thai, bài tiết các chất thải của thai nhi, tổng hợp các protein và các hormone.
- Nhau thai được phân loại là *màng nội mô mạch máu-màng đệm*, vì nó chỉ có ba lớp tế bào tách hoàn toàn mẹ và thai nhi: lớp nguyên bào nuôi của thai, lớp đệm có nhung mao, và lớp nội mô mao mạch. Nhung mao nằm giữa các khoảng giữa nhung mao chứa đầy máu từ mẹ (Hình 36.1).
- Nhung mao tạo ra một tỉ lệ diện tích bề mặt cao, tổng diện tích bề mặt lúc thai đủ tháng khoảng 10 m^2 .
- Sự vận chuyển các chất qua nhau xảy ra do khuếch tán (oxygen, CO_2 , điện, đường đơn), vận chuyển tích cực (sắt, vitamin C), hoặc khuếch tán có hỗ trợ (globulin miễn dịch).
- Nhau có khả năng dự trữ lớn; 30%-40% số lượng nhung mao (nhau thai) có thể mất mà không có bằng chứng của suy nhau thai.

Sinh lý thai nhi

Dinh dưỡng

- Phôi bao gồm gần như hoàn toàn là nước. Tuy nhiên, sau 10 tuần, thai nhi phụ thuộc vào chất dinh dưỡng từ tuần hoàn của mẹ qua nhau.
- Thai nhi trung bình cân nặng 3,400 g. Cân nặng lúc sinh bị ảnh hưởng bởi chủng tộc, tình trạng kinh tế-xã hội, con lần thứ mấy, yếu tố di truyền, bệnh đái tháo đường, hút thuốc lá, và giới tính thai nhi. Khi thai gần đủ tháng, thai nhi tăng khoảng 30 g/ngày.

Hệ tim mạch

- Tím thai bắt đầu đậm khi tuổi thai 4-5 tuần.
- Lượng máu trong tuần hoàn nhau thai là khi thai đủ ngày là 120 mL/kg (tổng cộng khoảng 420 mL).
- Khi sinh, tuần hoàn thai có sự thay đổi đáng kể (Hình 36.3). Các mạch rốn, ống động mạch, lỗ bầu dục, và ống tĩnh mạch co lại. Điều này có lẽ do sự thay đổi áp lực oxygen trong vòng vài phút sau khi sinh. Phản xạ của các động mạch rốn teo lại trong vòng 3-4 ngày và trở thành *dây chằng rốn*, và tĩnh mạch rốn trở thành *dây chằng tròn* của gan. Ống tĩnh mạch mất chức năng trong vòng 10-90 giờ sau sinh, teo lại và hình thành *dây chằng tĩnh mạch* khi trẻ 2-3 tuần tuổi.

Hệ hô hấp

- Trong vòng vài phút sau sinh, phổi phải có khả năng cung cấp oxygen và loại bỏ khí CO_2 để thai tồn tại.
- Vận động của ngực thai có thể được phát hiện ở 11 tuần. Khả năng thai "thở" nước ối vào phổi lúc thai 16-22 tuần quan trọng đối với sự phát triển bình thường của phổi. Nếu quá trình này không xảy ra, phổi có thể bị thiểu sản.
- Surfactant là một chất làm giảm sức căng bề mặt phế nang và ngăn cho phế nang không xẹp sau khi sinh. Surfactant do phế bào loại II (type II pneumocytes) tiết ra.
- Sự trưởng thành về chức năng thể hiện qua sự tăng surfactant trong phổi. Thiếu surfactant gây ra *bệnh màng trong* (HMD) hoặc *hội chứng suy hô hấp* (RDS), và xảy ra chủ yếu ở trẻ sinh non. *Liệu pháp corticosteroid* trước sinh thúc đẩy sản xuất surfactant và giảm 50% nguy cơ bị RDS.

Máu thai nhi

- Vị trí tạo tế bào máu thay đổi theo tuổi thai (Hình 36.2).
- Nồng độ hemoglobin của máu thai tăng lên đến mức 15 g/dL như người trưởng thành ở giữa thai kỳ, và tăng đến 18 g/dL khi sinh. Hematocrit trung bình của thai là 50%.
- Hemoglobin F (hemoglobin bào thai) có ái lực cao đối với oxygen hơn hemoglobin A (hemoglobin người trưởng thành). Hemoglobin A hiện diện trong bào thai từ 11 tuần và tăng tuyến tính với tuổi thai (Hình 36.2). Sự thay đổi từ hemoglobin F sang hemoglobin A xảy ra khi tuổi thai khoảng 32-34 tuần. Khi thai đủ tháng, 75% tổng số hemoglobin là hemoglobin A.
- Hematocrit trung bình của thai là 50%.

Hệ tiêu hóa

- Ruột non thai có nhu động vào tuần thứ 11. Vào lúc 16 tuần, thai có thể nuốt.
- Gan (thai nhi) hấp thụ thuốc nhanh chóng nhưng chuyển hóa chậm vì những cơ chế bất hoạt và thải độc thuốc của gan vẫn còn kém phát triển cho đến cuối thai kỳ.
- Trong ba tháng cuối, gan dự trữ một lượng lớn glycogen và những enzyme chịu trách nhiệm tổng hợp glucose.

Hệ niệu-sinh dục

- Thai bắt đầu bài tiết nước tiểu từ giai đoạn sớm của thai kỳ, nước tiểu của thai nhi là thành phần chính của nước ối, đặc biệt khi tuổi thai >16 tuần.
- Chức năng thận hoàn thiện từ khi thai kỳ tiến triển.

Hệ thần kinh

- Tế bào thần kinh tiếp tục phát triển trong suốt thai kỳ và ít nhất sau sinh 2 năm. Hệ thần kinh trung ương muôn phát triển đòi hỏi hoạt động tuyến giáp bình thường.
- Thai có thể cảm nhận được âm thanh ở tuần 24-26. Vào lúc 28 tuần, mắt thai rất nhạy cảm với ánh sáng.
- Steroid sinh dục là yếu tố quyết định các hành vi về giới tính.

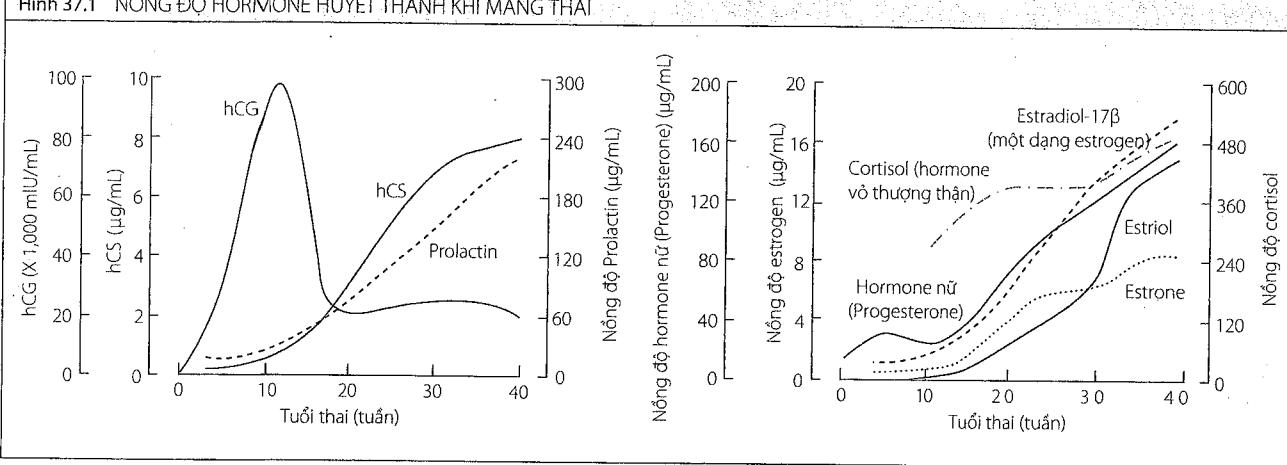
Hệ miễn dịch

- IgG thai có nguồn gốc chủ yếu từ người mẹ. Kháng thể IgG từ mẹ sang bào thai được vận chuyển qua các receptor bắt đầu ở tuổi thai 16 tuần, nhưng phần lớn các kháng thể IgG qua nhau thai trong 4 tuần cuối của thai kỳ. Như vậy, trẻ sinh non có mức IgG lưu hành rất thấp. IgM không được vận chuyển tích cực qua nhau. Như vậy, nồng độ IgM trong thai phản ánh chính xác đáp ứng của hệ miễn dịch thai khi bị nhiễm trùng.
- Tế bào lympho B xuất hiện trong gan khi thai được 9 tuần, và trong máu và lách lúc thai 12 tuần. Tế bào T rời khỏi tuyến ức khi thai khoảng 14 tuần.
- Thai không hấp thụ nhiều IgG (miễn dịch thụ động) từ sữa non, mặc dù IgA trong sữa mẹ có thể bảo vệ chống lại một số bệnh nhiễm trùng đường ruột.

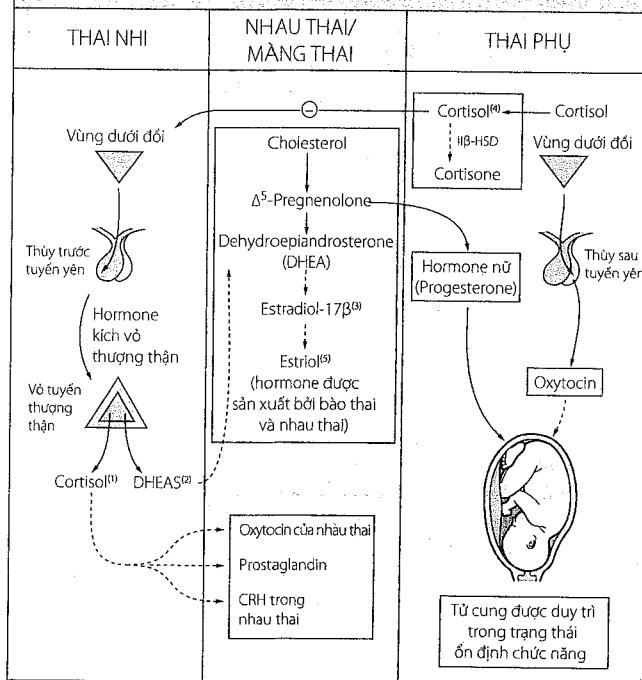
Hệ nội tiết (xem Chương 37)

- Cả oxytocin và vasopressin được tiết ra bởi vùng hạ đồi khi thai 10-12 tuần.
- Tuyến giáp của thai bắt đầu hoạt động ở 12 tuần. Rất ít hormone tuyến giáp của thai có nguồn gốc từ mẹ (xem Chương 47).

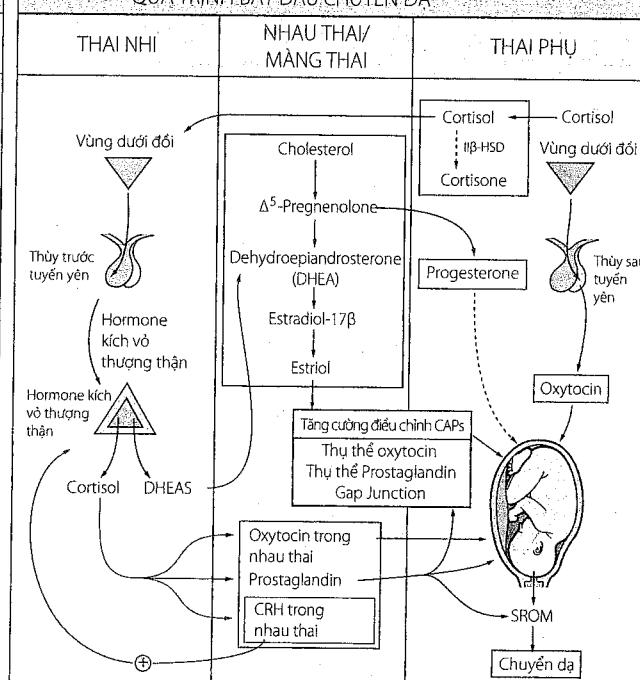
Hình 37.1 NỒNG ĐỘ HORMONE HUYẾT THANH KHI MANG THAI



Hình 37.2 NHỮNG NHÂN TỐ DUY TRÌ SỰ ỔN ĐỊNH TỬ CUNG KHI MANG THAI



Hình 37.3 NHỮNG NHÂN TỐ THAM GIA TRONG QUÁ TRÌNH BẮT ĐẦU CHUYỂN ĐA



*1. Cortisol: Loại hormone do tuyến thượng thận sinh ra

2. DHEAS: Loại hormone do tuyến thượng thận sinh ra

3. Estradiol-17 β : một loại estrogen bài tiết nhiều nhất

4. Cortisol: Hormone vỏ thượng thận

5. Estriol: Hormone được sản xuất bởi bào thai và nhau thai

Nhau thai là nguồn nội tiết tố phong phú, bao gồm human chorionic gonadotropin (hCG), human chorionic somatolactotropin (hCS), các hormone steroid, oxytocin, growth hormone (GH), corticotropin-releasing hormone (CRH), pro-opiomelanocortin, prolactin, và gonadotropin-releasing hormone (GnRH). Chúng ta sẽ thảo luận một số chất sau đây.

Human chorionic gonadotropin (hCG)

- Human chorionic gonadotropin (hCG) là một hormone protein có hai tiểu đơn vị khác nhau, tiểu đơn vị α giống với LH, FSH và TSH, nhưng có một tiểu đơn vị β đặc thù. hCG có liên quan nhiều nhất với LH.
- hCG chỉ được sản xuất từ hợp bào nuôi và có thể được phát hiện trong huyết thanh mẹ 8-9 ngày sau khi thụ thai. Đây là cơ sở của tất cả các xét nghiệm chẩn đoán thai kỳ.
- hCG tăng gấp đôi mỗi 48 giờ trong một vài tuần đầu tiên của thai kỳ, đạt đỉnh điểm của khoảng 80,000-100,000 mIU/mL khoảng từ 8-10 tuần. Sau đó, nồng độ hCG giảm xuống còn khoảng 10,000-20,000 mIU/mL, và vẫn giữ ở mức đó trong suốt thời gian còn lại của thai kỳ.
- Chức năng chính của hCG đường như là duy trì progesterone sản xuất từ hoàng thể, cho đến khi nhau thai có thể đảm nhận vai trò sản xuất progesterone khi thai khoảng 6-8 tuần. Progesterone là chất cần thiết để duy trì thai kỳ trong giai đoạn sớm, vd. nếu ta phẫu thuật cắt bỏ hoàng thể hoặc sử dụng một chất đối kháng progesterone (vd. RU 486, mifepristone) trước 7 tuần (49 ngày) của thai kỳ sẽ gây sẩy thai.
- hCG cũng có các tác động giống tuyến giáp (0.025% của TSH), chỉ có ý nghĩa lâm sàng nếu nồng độ hCG tăng cao như trong thai tr匡 toàn phần.

Human chorionic somatolactotropin

- hCS - trước đây là hPL - là một tập hợp của các hormone protein sản xuất duy nhất từ nhau thai, và có liên quan chặt chẽ với cả prolactin và hormone tăng trưởng (GH).
- Sự sản xuất hCS ti lệ thuận với khối lượng nhau thai và tăng đều đặn trong suốt thai kỳ.
- Chức năng của hCS chưa được biết đến, nhưng nó có tác dụng tương tự như một chất kháng insulin và có thể tham gia vào tình trạng kháng insulin, đây cũng là một điểm đặc trưng khi mang thai.

Các hormone steroid

- Nhau thai là nơi sản xuất progesterone và estrogen chính trong thai kỳ.
- Trong nhau thai, estrogen được tổng hợp từ tiền chất androgen và chuẩn bị cho tử cung vào chuyển dạ. Progesterone có nguồn gốc chủ yếu từ cholesterol và đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì sự bắt buộc của tử cung trước khi chuyển dạ.

Quá trình sinh sản và sự thay đổi của nhau thai trước khi chuyển dạ

- Quá trình sinh sản rất quan trọng cho việc duy trì nòi giống. Mỗi loài có cách chuyển dạ khác nhau. Sự khác biệt này phản ánh mức độ tiến hóa của sinh vật hoặc có thể đưa ra giải pháp cho những vấn đề sinh sản của mỗi loài (như sự khác biệt trong nhau thai, thời gian

mang thai, và số lượng con mỗi khi mang thai).

- Sự tiến bộ khá chậm trong hiểu biết của chúng ta về cơ chế chuyển dạ ở người phản ánh việc thiếu các mô hình động vật thích hợp và những khó khăn trong việc suy luận từ cơ chế nội tiết ở nhiều loài động vật đến các cơ chế phức tạp liên quan đến quá trình cận tiết hoặc toàn tiết trong quá trình sinh đẻ ở người.

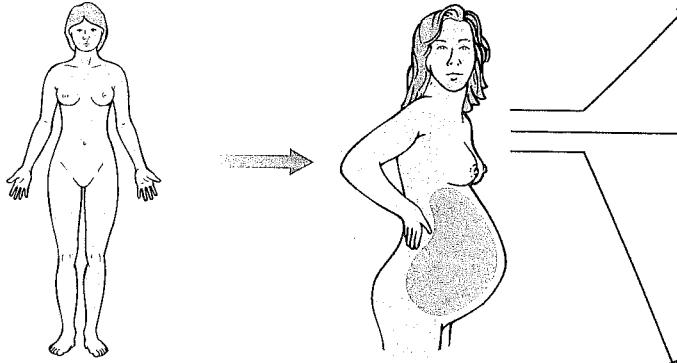
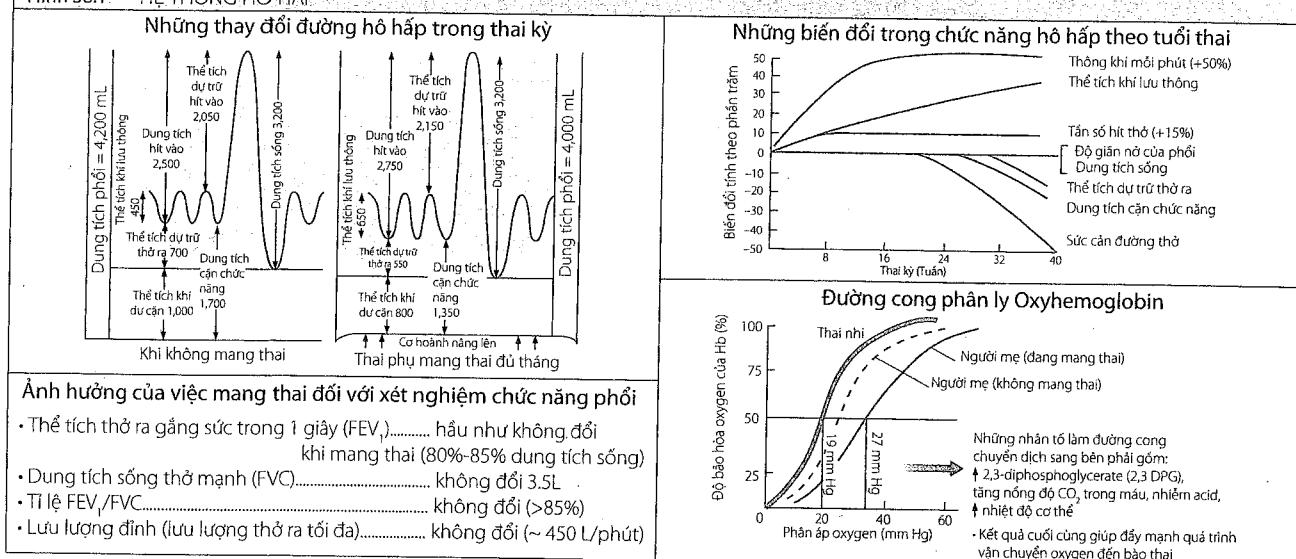
Chuyển dạ

- Nhiều bằng chứng cho thấy rằng, trong hầu hết các loài sinh con, thai kiểm soát thời gian chuyển dạ. Điều này có thể là do kích hoạt của trục hạ đồi-tuyến yên-thượng thận (HPA) của thai nhi trước khi vào chuyển dạ. Đây là cơ chế chung cho tất cả các loài sinh con.
- “Chuỗi phản ứng thúc đẩy chuyển dạ” được trình bày trong hình 37.1 và 37.2.
- Nhau thai của người là một cơ quan tạo steroid không hoàn chỉnh. Sự sản xuất estrogen bởi nhau thai đòi hỏi bắt buộc phải có androgen. Androgen này được thai cung cấp dưới dạng DHEAS (dehydroepiandrosterone sulfate).
- Sự kích hoạt của trục HPA của thai khi thai đủ ngày làm cho vùng trung gian tuyến thượng thận thai nhi tiết ra một lượng nhiều DHEAS. DHEAS được hydroxy hóa trong gan của thai và đi qua tuần hoàn thai đến nhau thai, sau đó được chuyển đổi chủ yếu thành estriol (16-hydroxyestradiol-17β).
- Thai kỳ ở người được đặc trưng bởi tình trạng tăng estrogen không tương xứng với các động vật có vú khác. Nhau thai là nơi sản xuất estrogen chính. Nồng độ của estrogen trong tuần hoàn mẹ tăng lên theo tuổi thai. Estrone nhau thai và estradiol-17β có nguồn gốc chủ yếu từ androgen C19 của mẹ (testosterone và androstenedione), trong khi estriol có nguồn gốc chủ yếu từ DHEAS thai nhi. Estrogen không gây ra các cơn co thắt tử cung, nhưng thúc đẩy một loạt các thay đổi của cơ tử cung (tăng số lượng thụ thể prostaglandin, thụ thể oxytocin, và các gap junction) nhằm nâng cao khả năng tạo cơn gò tử cung.
- Ngoài DHEAS, tuyến thượng thận của thai nhi cũng sản xuất cortisol, cortisol có hai tác dụng:

- 1 Chuẩn bị cơ quan của thai thích ứng cuộc sống ngoài tử cung sau khi sinh.
- 2 Thúc đẩy sản xuất một số sản phẩm từ nhau thai, bao gồm corticotropin-releasing hormone (CRH), oxytocin, và prostaglandin (đặc biệt là prostaglandin E₂ - PGE₂).
- CRH của nhau thai khởi phát một vòng phản hồi dương tính bằng cách kích thích trục HPA thai để sản xuất DHEAS và cortisol nhiều hơn, sau đó các chất này lại kích hoạt CRH của nhau thai. (Tác dụng kích thích này của cortisol lên CRH nhau thai ngược với tác dụng của cortisol lên CRH từ mẹ).
- Oxytocin từ nhau thai tác động trực tiếp trên cơ tử cung gây ra cơn gò và gián tiếp bằng sự sản xuất prostaglandin (đặc biệt là prostaglandin F_{2α} - PGF_{2α}) từ màng rụng.
- PGF_{2α} được sản xuất chủ yếu bởi màng rụng (mẹ) và tác động lên cơ tử cung để kích hoạt thụ thể oxytocin và các gap junction, và do đó thúc đẩy cơn co tử cung.
- PGE₂ chủ yếu có nguồn gốc từ nhau thai và có lẽ đóng vai trò quan trọng trong quá trình làm chín muối cổ tử cung và sự vỡ ối tự nhiên (SROM).

Sự thay đổi của cơ thể mẹ khi mang thai

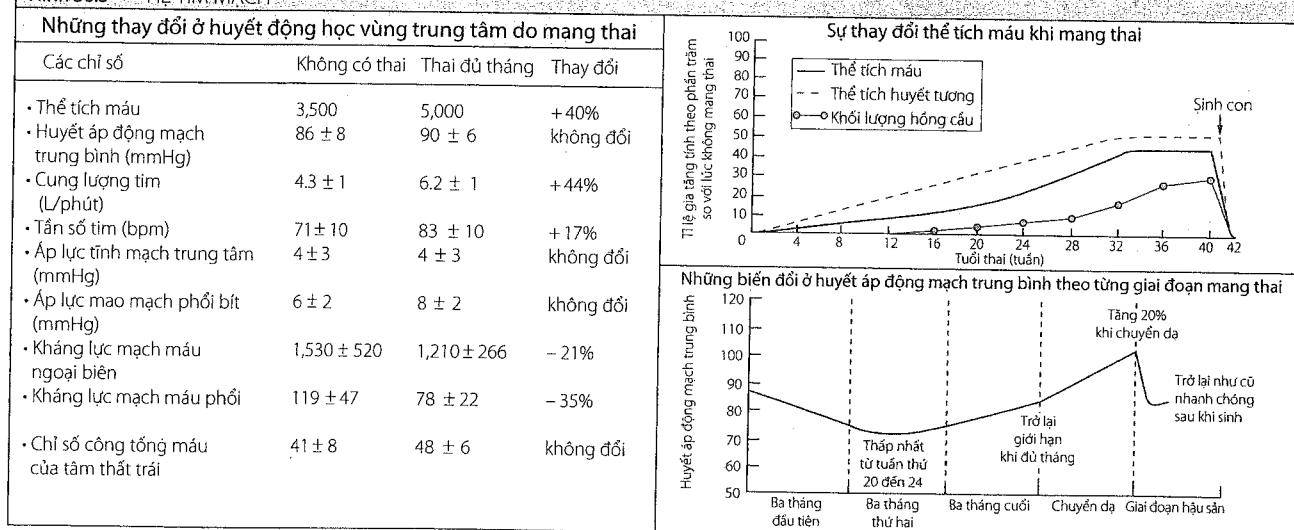
Hình 38.1 HỆ THỐNG HÔ HẤP



Hình 38.2 TĂNG CÂN KHI MANG THAI

Chất béo (mỡ)	3.5 kg
Ngực	0.4 kg
Tử cung	1.0 kg
Máu	1.3 kg
Dịch ngoại bào	1.5–4.5 kg
Thái nhi	3.4 kg
Nhau thai	0.7 kg
Dịch ối	0.8 kg
Tổng trọng lượng đủ tháng	12.5 kg (khoảng 0–23 kg) 26.5 lbs (khoảng 0–50.6 lbs)

Hình 38.3 HỆ TIM MẠCH



- Sự thích nghi sinh lý ở người mẹ để đáp ứng với nhu cầu trong thai kỳ. Chúng bao gồm:
 - Nuôi dưỡng thai (tăng kích thước, cung cấp dinh dưỡng và oxygen, giải phóng chất thải của thai nhi)
 - Bảo vệ thai (khỏi bị đói, khỏi tiếp xúc thuốc, chất độc)
 - Chuẩn bị tử cung cho quá trình chuyển dạ
 - Bảo vệ người mẹ khỏi bị tổn thương tim mạch có thể xảy ra khi sinh.
- Tuổi mẹ, dân tộc, yếu tố di truyền, bệnh di kèm của mẹ ảnh hưởng đến khả năng thích ứng với thai kỳ của người mẹ.
- Tất cả các hệ cơ quan của người mẹ phải thích ứng với thai kỳ. Chất lượng, mức độ, và thời gian của sự thích ứng khác nhau giữa các cá nhân cũng như các cơ quan khác nhau.

Hệ hô hấp (Hình 38.1)

- Sự thích ứng của đường hô hấp trong thai kỳ để cung cấp oxygen cho mẹ và thai, và để vận chuyển CO₂ từ bào thai cho người mẹ.
- Nhiều phụ nữ mang thai có cảm giác khó thở nhưng lại không phát hiện được bệnh lý nào. Lý do của điều này chưa rõ ràng.
- Các cơ chế của sự thay đổi hô hấp trong thai kỳ. Xương sườn phát triển ra hai bên và cơ hoành nâng lên khoảng 4 cm.
- Trong thời gian mang thai, thể tích khí tăng 200 mL (40%), kết quả dung tích sống tăng 100-200 mL (5%) và thể tích cặn giảm 200 mL (20%), do đó giảm thể tích không khí trong phổi vào cuối kỳ thở ra. Nhịp thở không thay đổi. Kết quả cuối cùng là tăng thông khí phút và giảm PCO₂ động mạch (xem bảng dưới đây). PO₂ động mạch hau não không thay đổi. Nồng độ bicarbonate giảm cho phép độ pH vẫn không thay đổi. Do đó, khi mang thai trong cơ thể có tình trạng *nhiêm kiềm hô hấp còn bù*.

	pH	PO ₂ (mmHg)	PCO ₂ (mmHg)
Phụ nữ không mang thai	7.40	93-100	35-40
Phụ nữ mang thai	7.40	100-105	28-30

Hệ tim mạch (Hình 38.3)

- Progesterone gây giảm kháng lực mạch máu trong đầu thai kỳ, dẫn đến giảm huyết áp. Đáp ứng lại, cung lượng tim tăng khoảng 30%-50%.
- Kích hoạt hệ thống renin-angiotensin làm tăng angiotensin II, gây tăng tái hấp thu sodium và nước (làm thể tích máu tăng 40%) và co các mạch máu ngoại vi.

Hệ tiêu hóa

- Buồn nôn ("nghén") xảy ra trong >70% trường hợp có thai. Triệu chứng thường hết khi thai khoảng 17 tuần.
- Progesterone gây giãn cơ trơn đường tiêu hóa, kết quả là sự làm rỗng dạ dày bị chậm và tăng hiện tượng trào ngược.
- Thai kỳ có liên quan đến sỏi mật (sỏi túi mật). Hầu hết sỏi túi mật trong thai kỳ là sỏi cholesterol.
- Mang thai là một tình trạng "dễ gây đái tháo đường" với sự kháng insulin và làm giảm hấp thu glucose ngoại vi (do tăng các hormone kháng insulin của nhau thai, chủ yếu là hCS [human chorionic somatotropin]). Các cơ chế này để đảm bảo có thể cung cấp glucose liên tục cho thai nhi.

Hệ niệu - sinh dục

- Độ lọc cầu thận (GFR) tăng 50% vào đầu thai kỳ, dẫn đến tăng thanh thải creatinine và giảm 25% nồng độ creatinine và urea huyết thanh.
- Tăng GFR làm tăng lượng sodium được lọc qua cầu thận. Nồng độ aldosterone tăng từ hai đến ba lần để hấp thu lại sodium.
- Tăng GFR cũng làm giảm quá trình tái hấp thu glucose. Do đó, có khoảng 15% phụ nữ mang thai bình thường có đường trong nước tiểu.
- Thận và niệu quản từ nước nhẹ là triệu chứng thường gặp trên siêu âm, do tăng nồng độ progesterone và một phần từ tử cung (mang thai) chèn ép vào.
- 5% phụ nữ mang thai có vi khuẩn trong nước tiểu. Mang thai không làm tăng tần suất nhiễm trùng tiểu không triệu chứng, nhưng các trường hợp này có nhiều khả năng tiến triển thành viêm thận-bể thận (20%-30%).

Hệ huyết học

- Tăng thể tích nội mạch gây thiếu máu do pha loãng. Nồng độ erythropoietin tăng dẫn đến tổng số lượng hồng cầu tăng, nhưng không bao giờ bù đắp được tình trạng thiếu máu (sinh lý).
- Số lượng bạch cầu có thể tăng nhẹ khi mang thai, nhưng tần suất (%) thường không thay đổi khi xét nghiệm.
- Giảm tiểu cầu nhẹ (<150,000 tiểu cầu/mL) gặp trong 10% phụ nữ mang thai. Đây có lẽ là do pha loãng và hiếm khi có biến hiện lâm sàng.
- Khi mang thai có tình trạng tăng đông do tăng các yếu tố II (fibrinogen), VII, IX, và X. Những thay đổi này bảo vệ người mẹ khỏi bị mất máu quá nhiều khi sinh, nhưng cũng tăng nguy cơ tạo huyết khối.

Hệ nội tiết (xem Chương 37)

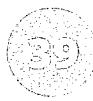
- Estrogen làm gan tăng sản xuất TBG (globulin gắn kết hormone tuyến giáp), dẫn đến sự gia tăng nồng độ hormone giáp (toàn phần). Tuy nhiên, nồng độ TSH, triiodothyronine (T₃) tự do, và thyroxine tự do (T₄) không thay đổi.
- Nồng độ calcium huyết thanh giảm trong thai kỳ dẫn đến tăng hormone tuyến cận giáp, điều này sẽ làm tăng chuyển đổi cholecalciferol (vitamin D₃) thành dạng hoạt động, 1,25-dihydroxycholecalciferol (DHCC), bởi 1α-hydroxylase trong nhau thai. Điều này dẫn đến tăng hấp thu calcium từ đường ruột.
- Nồng độ aldosterone và cortisol tăng lên trong thai kỳ.
- Prolactin tăng trong thai kỳ, nhưng chức năng hiện vẫn chưa rõ. Có lẽ hormone này đóng vai trò quan trọng hơn trong việc tiết sữa sau sinh.

Hệ miễn dịch

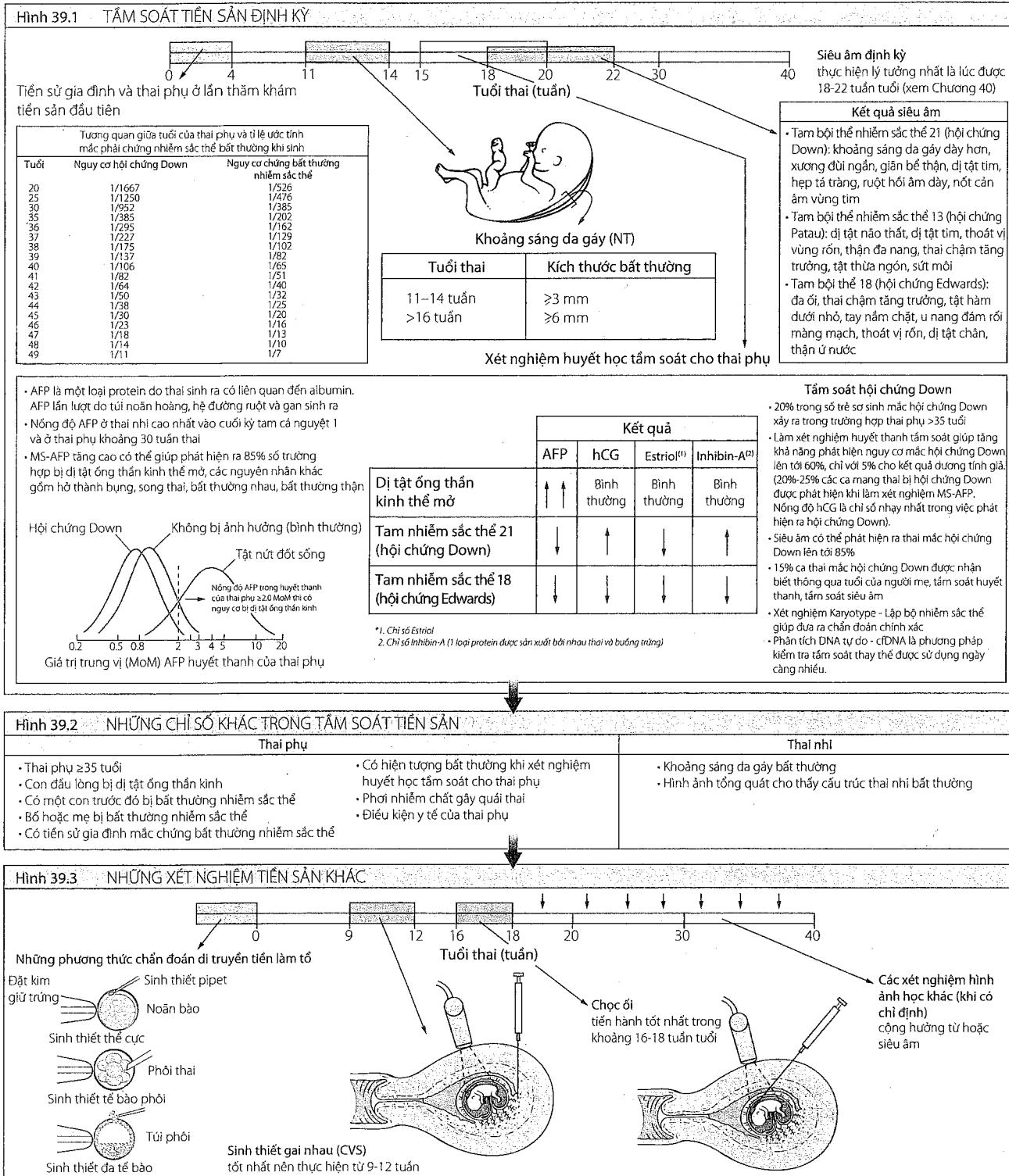
Quá trình đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào bị giảm trong suốt thai kỳ. Do đó, thai phụ tăng nguy cơ nhiễm virus và lao.

Hệ cơ xương và hệ da

- Sự thay đổi tư thế (vùng thắt lưng cong ra trước quá mức) và đau vùng hông lưng thường gặp trong thai kỳ.
- Tăng estrogen và MSH (melanocyte-stimulating hormone) gây tăng sắc tố da ở rốn, đầu vú, đường giữa bụng (đường đen), và khuôn mặt (nám da mặt).
- Tăng estrogen cũng có thể dẫn đến những thay đổi về da như sao mạc và lông bàn tay son.



Chương 39: TẨM SOÁT TIỀN SẢN



Điểm đặc trưng của các bệnh di truyền

- Bất thường bẩm sinh chỉ những khiếm khuyết về cấu trúc lúc sinh. Di tật bẩm sinh nặng (những người mất chức năng sống hoặc yêu cầu phẫu thuật lớn) xảy ra ở 2%-3% trẻ sinh sống, và 5% trường hợp có dị tật nhẹ.
- Trong dị tật bẩm sinh, 30%-40% có một nguyên nhân, bao gồm bất thường nhiễm sắc thể (0.5% trẻ sinh sống), khiếm khuyết đơn gene (1% số trường hợp sinh), rối loạn đa yếu tố, và tiếp xúc chất gây quái thai, 60%-70% không rõ nguyên nhân.

Phân loại các bất thường nhiễm sắc thể

Rối loạn nhiễm sắc thể thường

- *Trisomy 21 (hội chứng Down)*. Đây là rối loạn nhiễm sắc thể thường phổ biến nhất. Tỉ lệ là 1/800 trẻ sinh sống, nhưng có liên quan chặt chẽ với tuổi của người mẹ (Hình 39.1). Tiêu lượng lâu dài phụ thuộc chủ yếu sự hiện diện của dị tật tim.
- *Trisomy 18 (hội chứng Edward)*. 1/3,500 ca sinh. Bệnh này được đặc trưng bởi tình trạng thai chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR), một động mạch rốn duy nhất, bàn tay co quắp, bàn chân biến dạng đặc thù. Chỉ có <10% trường hợp sống sót đến 1 tuổi.
- *Trisomy 13 (hội chứng Patau)*. 1/5,000 ca sinh. Thai chậm tăng trưởng trong tử cung với các dị tật như hở hàm ếch, bất thường ở mắt, và dư ngón. Chỉ có <3% sống đến 3 tuổi.
- *5p- (mất đoạn trong nhánh ngắn nhiễm sắc thể số 5) (hội chứng mèo kêu)*. 1/20,000 ca sinh. Mắt tròn, có các nếp gấp hình rẽ quạt, không có khả năng học tập, và khóc ré, đơn điệu như tiếng mèo. Khả năng sống thay đổi tùy trường hợp.

Rối loạn nhiễm sắc thể giới tính

- *47,XXY (hội chứng Klinefelter)*. Rối loạn nhiễm sắc thể giới tính phổ biến nhất, 1/500 ca sinh. Kiểu hình nam, nhưng có phán bố mỡ và phát triển vú giống nữ. Lông mu và nách bình thường, rất ít tóc trên khuôn mặt. Nguy cơ ung thư vú tăng 20 lần. Thường vô sinh.
- *45,X (hội chứng Turner)*. 1/2,500 trẻ sinh sống (nhưng khoảng 25% sẩy thai sớm). Nữ lùn với cổ cổ màng, vô kinh nguyên phát, bất thường tại thận, dị tật tim (hẹp động mạch chủ), vô sinh.
- *47,XYY*. 1/800 tất cả trường hợp sinh. Nam cao với cơ quan sinh dục và nồng độ testosterone bình thường, nhưng trí tuệ kém phát triển. Thường có khả năng sinh sản.

Phân loại các rối loạn di truyền

Đột biến trội trên nhiễm sắc thể thường (70%)

- Kế thừa từ bố hoặc mẹ hoặc một đột biến mới.
- *Ví dụ*: Bệnh Huntington, u sợi thần kinh, chứng loạn sản sun, hội chứng Marfan.

Đột biến gene lặn trên nhiễm sắc thể thường (20%)

- Sàng lọc di truyền khó khăn do nhiều đột biến khác nhau có thể dẫn đến rối loạn lầm sàng giống nhau.
- *Ví dụ*: Bệnh hông cầu hình liêm (tỉ lệ người châu Phi mang gene là 1/10), xơ nang (1/20 ở người da trắng), bệnh Tay-Sachs (1/30 ở người Do Thái), β-thalassemia (1/25 phụ nữ ở Địa Trung Hải).

Đột biến gene lặn liên kết với nhiễm sắc thể X (5%)

- *Ví dụ*: Loạn dương cơ Duchenne, bệnh ưa chảy máu.

Đột biến gene trội liên kết với nhiễm sắc thể X (hiếm)

- *Ví dụ*: Còi xương kháng vitamin D, tiểu máu di truyền.

Di truyền đa yếu tố

- Có thể đơn độc hoặc là một phần của hội chứng lâm sàng.
- *Ví dụ*: Khiếm khuyết ống thần kinh, bàn chân vẹo (ngón chân dùi trống), não úng thủy, sứt môi, dị tật tim.

Chẩn đoán tiền sản bằng sàng lọc sơ sinh (Hình 39.1)

- *Bệnh sứ của bệnh nhân* có thể xác định thai nhi có nguy cơ bị dị tật (bất thường di truyền), vd. nguy cơ khiếm khuyết ống thần kinh tái phát là 1% (so với nguy cơ nền là 0.1%).
- *Nguy cơ di bội* (chủ yếu là hội chứng Down) tăng theo *tuổi của người mẹ*. "Mẹ lớn tuổi" là những phụ nữ ≥35 tuổi khi thai đến ngày dự sinh. Những người phụ nữ này chiếm 5%-8% ca sinh và chiếm 20%-30% ở trẻ bị hội chứng Down.
- *Đo khoảng sáng da gáy (NT)* trong tam cá nguyệt 1 tương quan với dị tật thai nhi. NT >2.5 mm ở 8-12 tuần gấp trong 2%-6% thai nhi, trong đó 50%-70% có bất thường nhiễm sắc thể. *Tầm soát dị tật trong tam cá nguyệt 1* gồm NT và xét nghiệm huyết thanh: PAPP-A và β-hCG.
- *Sàng lọc ở tam cá nguyệt 2* bao gồm xét nghiệm huyết thanh của mẹ, sử dụng bảng hiệu chỉnh nguy cơ dị tật thai theo tuổi của người mẹ. Quad-test thực hiện lúc thai 15-20 tuần sử dụng bốn marker: α-fetoprotein (AFP), β-hCG, inhibin A, và estriol. Biến số quan trọng nhất là tuổi thai, là nguyên nhân thường gây dương tính giả nhiều nhất.

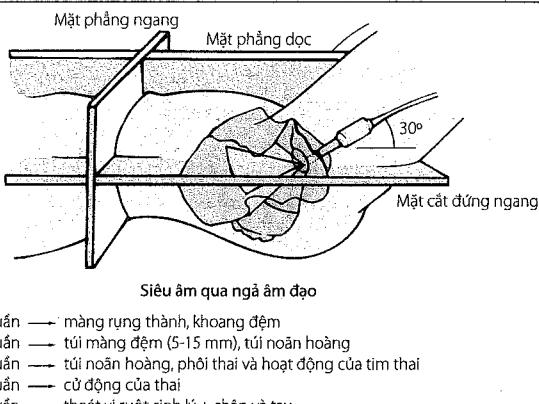
Xét nghiệm tiền sản chuyên sâu

- *Chọc ối*: lấy mẫu nước ối xung quanh thai nhi. Có thể sử dụng dịch ối hay tế bào thai nhi làm karyotype, xét nghiệm phân tích DNA, hoặc đo nồng độ các loại enzyme. Khi thực hiện lúc thai 16-18 tuần, tỉ lệ sẩy thai là 1/400. Tại Hoa Kỳ, chọc ối được thực hiện cho phụ nữ ≥35 tuổi, vì nguy cơ dị tật thai xấp xỉ bằng tỉ lệ sẩy do chọc ối. Chọc ối sớm (<15 tuần) có tỉ lệ sẩy thai cao hơn, và không nên được thực hiện.
- *Sinh thiết胎盘 (CVS)*: lấy mẫu mô胎盘 ở 9-12 tuần. Mô có thể được sử dụng để phân tích DNA, thử nghiệm di truyền tế bào, hoặc xét nghiệm enzyme. Ưu điểm: chẩn đoán sớm. Nhược điểm: tỉ lệ sẩy thai cao (1%), khả năng vấy nhiễm bởi tế bào của mẹ, và tế bào lấy mẫu sau này trở thành nhau thai hơn là thai. CVS thực hiện khi thai <9 tuần làm tăng gấp ba lần nguy cơ bị các khuyết tật tự chi.
- *Xét nghiệm máu cuống rốn qua da (PUBS)*: chọc hút máu thai nhi từ dây rốn dưới hướng dẫn siêu âm. Ưu điểm: xác định karyotype thai nhanh chóng và đo lường các thông số huyết học, miễn dịch, và các thông số về tình trạng toan/kiếm của thai nhi. Cũng có thể thực hiện truyền máu cho thai, nhưng tỉ lệ sẩy thai là 1%-5%.
- *Xét nghiệm khác* có thể bao gồm MRI hoặc các thủ thuật xâm lấn (nội soi thai, sinh thiết mô thai).
- *Lựa chọn mới trong tương lai*:
 - 1 *Chẩn đoán di truyền trước khi làm tổ* (Hình 39.3): Phân tích di truyền một hoặc nhiều tế bào loại bỏ trước khi chuyển phôi vào trong ống nghiệm.
 - 2 *Xét nghiệm tế bào thai tồn tại* trong tuần hoàn của mẹ (khoảng 1 tế bào thai/10,000 tế bào mẹ). Khả năng cô lập các tế bào như vậy (hoặc DNA) có thể là một lựa chọn để phân tích di truyền thai.
- *Xét nghiệm tiền sản không xâm lấn (NIPT)*: giải mã trình tự DNA các tế bào tự do trong tuần hoàn của mẹ, 4%-10% trong số đó đến từ thai nhi (nhau thai). Một mẫu máu của người mẹ có thể được gửi càng sớm càng tốt trong 9 tuần đầu. Có thể phát hiện thai trisomy 21 và 18 với độ nhạy >99% và tỉ lệ dương tính giả là 0.2%, nhưng đây không được coi là xét nghiệm chẩn đoán xác định; chúng ta được khuyến cáo có thể tiến hành CVS hoặc chọc ối để chẩn đoán tại thời điểm này.

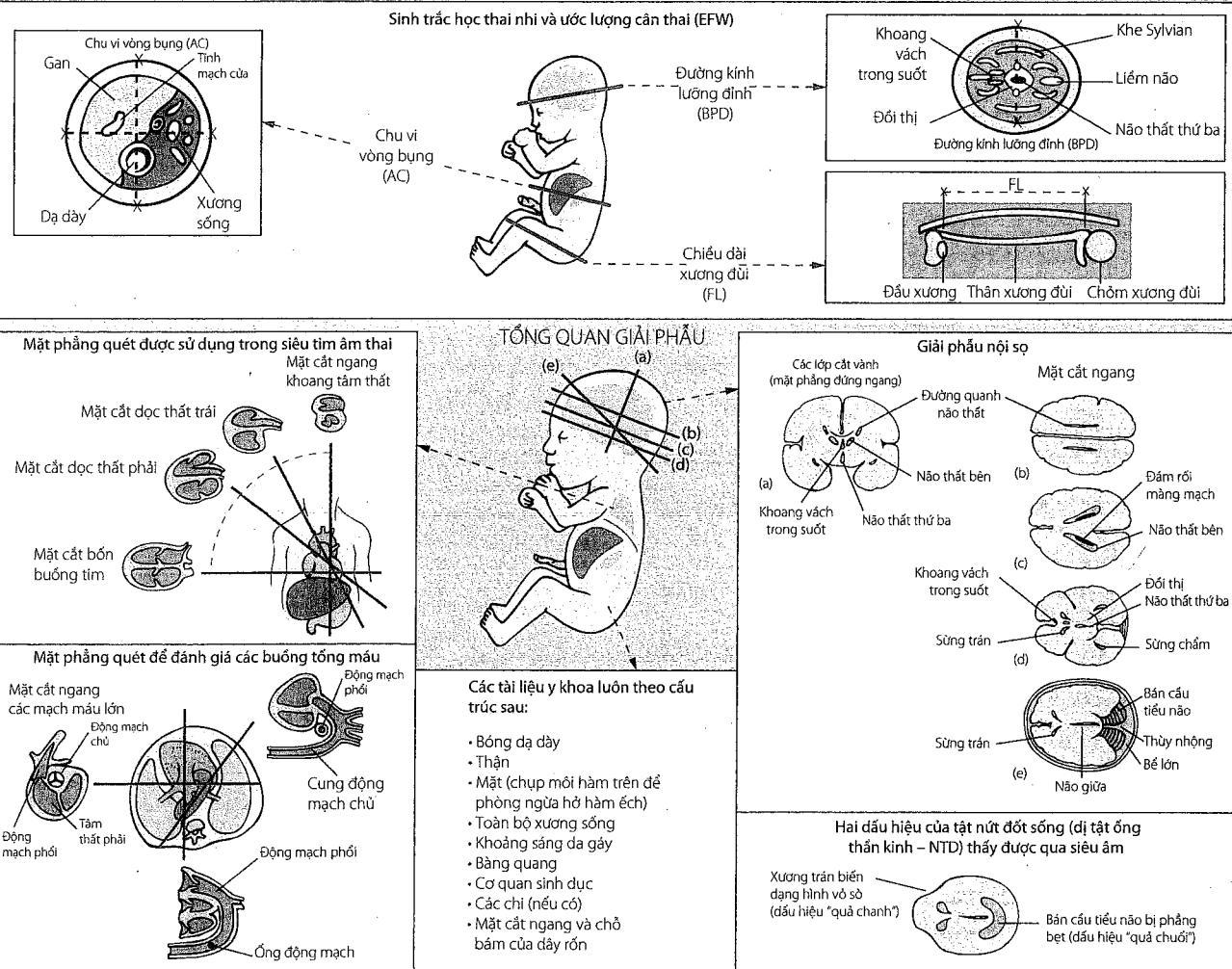
Hình 40.1 CÁC CHỈ ĐỊNH CHO SIÊU ÂM SẢN KHOA

Thai phụ	Thai nhi
- Khối u vùng chậu	- Ước lượng tuổi thai
- Kích thước tử cung > tuổi thai	- Đánh giá sự phát triển của thai nhi
- Theo dõi tư phát triển của nhân xơ tử cung	- Xác định ngôi thai
- Đánh giá chiều dài kênh cổ tử cung với những thai phụ có cổ tử cung ngắn dẫn đến nguy cơ sinh non	- Nghi ngờ đa thai
-	- Nghi ngờ thai lưu
-	- Theo dõi thai dị tật
-	- Trắc đổi sinh-vật lý
-	- Nghi ngờ thai ngoài tử cung
Tử cung-nhau thai	Yếu tố khác
- Xuất huyết âm đạo không rõ nguyên nhân, nghi ngờ nhau bong non	- Xét nghiệm chọc dò ối hoặc sinh thiết gai nhau (CVS)
- Nghi ngờ thai trống	- Nồng độ AFP bất thường trong huyết thanh thai phụ
- Nghi ngờ dị tật tử cung	- Hỗ trợ khám eo tử cung
- Nghi ngờ tình trạng đa ối hoặc thiếu ối	- Ngoại xoay thai
- Tiếp tục theo dõi vị trí nhau thai sau khi xác định là nhau tiền đạo (nằm che tử cung)	- Hỗ trợ cho quá trình phẫu thuật (chuyển phôi, truyền máu trong tử cung và nội soi thai)

Hình 40.2 SIÊU ÂM Ở TÂM CÁ NGUYỆT THỨ NHẤT



Hình 40.3 SIÊU ÂM Ở TÂM CÁ NGUYỆT THỨ HAI VÀ BA



Nhắc nhở: Nguyên tắc của siêu âm

- Siêu âm sử dụng sóng có tần số cao (3.5-5 MHz đối với siêu âm ngả bụng và 5-7.5 MHz đối với siêu âm ngả âm đạo). Sóng có tần số càng cao thì độ phân giải càng tốt, nhưng độ xuyên thấu mô càng ít.
- Siêu âm đòi hỏi nhiều kinh nghiệm.

Chỉ định (Hình 40.1)

Sử dụng siêu âm thường quy có thể phát hiện bất thường của thai, xác định chính xác tuổi thai, và giúp chẩn đoán đa thai sớm. Tuy nhiên, siêu âm tỏ ra tốn kém và hiệu quả cải thiện kết quả chẩn đoán chưa rõ ràng.

Biến chứng

Siêu âm không có tác dụng phụ lên thai. Bất lợi chủ yếu là kết quả dương tính giả và âm tính giả.

Các guideline trong siêu âm sản khoa

Siêu âm trong tam cá nguyệt 1 (Hình 40.2)

- Đánh giá sự hiện diện của *túi thai*. Túi thai trong tử cung nên được quan sát thấy khi β -hCG \geq 1,000-1,200 mIU/mL qua siêu âm ngả âm đạo và khi β -hCG \geq 6,000 mIU/mL qua siêu âm bụng. Nếu không thấy túi thai, chúng ta cần xem xét khả năng thai ngoài tử cung.
- Nếu túi thai được xác định, cần xem có *yolk sac* (thường thấy rõ khi β -hCG \geq 7,000 mIU/mL) và phôi (khi β -hCG \geq 11,000 mIU/mL) hay chưa.
- Nên khảo sát *tuổi thai*. Chiều dài từ đầu đến mông (CRL) trong tam cá nguyệt đầu là một yếu tố quyết định chính xác tuổi thai, chênh lệch 3-5 ngày (so với sai số ± 2 tuần trong tam cá nguyệt thứ 2 và ± 3 tuần trong tam cá nguyệt cuối).

$$\text{Tuổi thai ước tính (tuần)} = \text{CRL (mm)} + 6.5$$

Vào cuối tam cá nguyệt 1, đo đường kính lưỡng đỉnh (BPD) để ước tính tuổi thai.

- Thường quan sát được *hoạt động của tim thai nhi* khi cực của thai nhi được nhìn thấy rõ ràng. Nếu CRL là 3-5 mm nhưng không thấy hoạt động của tim thai, cần theo dõi và siêu âm trong 3-5 ngày sau đó để đánh giá khả năng sống của thai. Một khi đã thấy hoạt động của tim thai, tỉ lệ sẩy thai giảm xuống còn khoảng 5%.
- Xác định *số lượng thai*. Nếu xác định là đa thai, nên xác định số màng đệm (xem Chương 55).
- Đo *khoảng sáng da gáy* (NT) (xem Chương 39).
- Đánh giá những bất thường không liên quan thai của tử cung, cấu trúc phần phụ, và túi cùng.

Siêu âm trong tam cá nguyệt 2 (Hình 40.3)

- Đánh giá *hoạt động của tim thai* và *số thai* nhi.
- *Ước tính lượng nước ối* (xem Chương 50).
- Xác định *vị trí nhau thai*. Bằng quang gián quá mức hoặc tử cung thấp có thể gây ấn tượng sai lầm là nhau tiền đạo. Nếu xác định nhau tiền đạo ở 18-22 tuần, nên thực hiện siêu âm liên tiếp để theo dõi vị trí nhau thai. Chỉ có 5% trường hợp nhau tiền đạo được xác định trong tam cá nguyệt 2 vẫn tồn tại đến khi thai đủ tháng.
- Nên quan sát *dây rốn*, và *số lượng mạch máu* (một động mạch rốn

duy nhất có thể gợi ý bất thường dị bội của thai, đặc biệt nếu có bất thường cấu trúc khác), vị trí nhau bám (nếu có thể), và vị trí nhau bám vào thai nhi (để loại trừ khuyết tật thành bụng trước) cần được lưu ý. Thoát vị thành bụng của ruột giữa vào dây rốn thường xảy ra ở thai 8-12 tuần và không nên chẩn đoán nhầm với khiếm khuyết thành bụng.

- Đo *chiều dài cổ tử cung*. Cổ tử cung ngắn có liên quan nguy cơ sinh non.
- Đánh giá *tuổi thai*.
- *Khảo sát hình thái* (Hình 40.3) tốt nhất được thực hiện ở 18-22 tuần.
- Đánh giá tử cung và phần phụ.

Siêu âm trong tam cá nguyệt 3

- Giống như siêu âm tam cá nguyệt 2.
- *Ước lượng cân nặng thai* (EFW) bằng cách sử dụng trung bình của ba số đo trong một lần đo: chiều dài xương đùi (FL), chu vi vòng bụng (AC), và đường kính lưỡng đỉnh (BPD). Các số đo được chuẩn hóa ở từng thời điểm tuổi thai (Hình 40.3). Trong ba số đo, chu vi vòng bụng là quan trọng nhất trong quá trình ước lượng EFW. Đây cũng là chỉ số khó đo nhất. Một sự khác biệt nhỏ chu vi vòng bụng dẫn đến một sự khác biệt cân nặng thai lớn. Vì vậy kết quả là, sai số của siêu âm khi ước lượng cân thai là 15%-20%.
- *Khảo sát hình thái học* chi tiết phải được thực hiện mỗi lần siêu âm dù đã khảo sát hình thái ở tam cá nguyệt 2. Một số bất thường của thai sẽ trở nên rõ ràng trong giai đoạn cuối thai kỳ (như lùn do bất sản sụn).

Siêu âm Doppler velo

- Siêu âm Doppler velo cho biết hướng và đặc điểm của lưu lượng máu, và có thể kiểm tra tuần hoàn giữa mẹ-nhau thai và giữa nhau thai-thai.
- Siêu âm Doppler velo không nên thực hiện thường quy. Chỉ thực hiện khi có chậm tăng trưởng trong tử cung, dị tật dây rốn, thiếu ối không giải thích được, tiền sản giật, và bất thường tim thai.

Siêu âm tim thai (Hình 40.3)

Được chỉ định trường hợp có nguy cơ bất thường tim thai cao (vd. thai kỳ nguy cơ do mẹ bị đái tháo đường hay bệnh tim bẩm sinh). Siêu âm để phát hiện những rối loạn của thai nhi trong các trường hợp thai bị thể dị bội.

- Bất thường trisomy 13 hoặc trisomy 18 thường có bất thường cấu trúc nghiêm trọng, có thể phát hiện trên siêu âm.
- Bất thường trisomy 21 (hội chứng Down) có thể không có bất thường, dị tật về cấu trúc chỉ có thể được phát hiện vào cuối thai kỳ (hep tá tràng), hoặc bất thường sinh trắc học hoặc hình thái học (xương đùi ngắn, giãn bể thận). Chỉ có khoảng 30%-50% thai bị hội chứng Down phát hiện bằng siêu âm thường quy (xem Chương 39). Khảo sát hình thái bình thường giảm nguy cơ mắc hội chứng Down khoảng 50%.

Siêu âm và phù thai nhi

Fù thai là tình trạng bệnh lý đặc trưng bởi tình trạng tích tụ chất lỏng quá nhiều ở thai. Đây là một chẩn đoán trên siêu âm (xem Chương 53).

Sản khoa trong chăm sóc sức khỏe ban đầu*

Hình 41.1 THỜI GIAN VÀ CHỈ ĐỊNH XÉT NGHIỆM KHI MANG THAI

Test	Chỉ định để làm test	Thời điểm thực hiện test	Bối cảnh xét nghiệm	Nhận xét
Lần khám thai đầu tiên				
Công thức máu (CBC)	✓ Thiếu máu ✓ Số lượng tiểu cầu	Lần khám thai đầu tiên (lặp lại trong tam cá nguyệt 3)	Mọi người	<ul style="list-style-type: none"> Ké đơn thuốc giúp bổ sung sắt cho phụ nữ có nồng độ Hb <1 g/dL
Sàng lọc và phân loại nhóm máu (T&S)	✓ Yếu tố Rh ✓ Tự kháng thể	Lần khám thai đầu tiên (lặp lại trong tam cá nguyệt 3)	Mọi người	<ul style="list-style-type: none"> Nếu là Rh(+) thì phải kiểm tra người bố Nếu là Rh(+) thi phải dùng kháng thể chống D (anti-D) immunoglobulin) trong vòng 72 giờ từ khi bị xuất huyết âm đạo vào tuần thứ 28 và sau khi sinh nếu có chỉ định của bác sĩ Nếu Rh đã được miễn dịch thì phải kiểm tra nồng độ mỗi tháng, tối nhất là MFM, không dùng kháng thể chống D (anti-D) immunoglobulin) Tiêm vaccine nếu có kết quả âm tính (nhưng không tiêm trong suốt thai kỳ)
Kháng thể Rubella	✓ Tính trạng miễn dịch Rubella	Lần khám thai đầu tiên	Mọi người	<ul style="list-style-type: none"> Các test sàng lọc bao gồm VDRL và RPR; tuy nhiên, ta cần một test để chắc chắn (vd. FTA, MHA-TP)
Xét nghiệm VDRL (hoặc RPR)	✓ Cho bệnh giang mai	Lần khám thai đầu tiên (lặp lại trong tam cá nguyệt 3)	Mọi người	<ul style="list-style-type: none"> Chẩn đoán yếu cầu xét nghiệm Elisa (xét nghiệm hấp thụ miễn dịch liên kết) và western blot Cần xác định thêm về tam cá nguyệt 3 đối với bệnh nhân có nguy cơ cao
HIV	✓ Nhiễm HIV	Lần khám thai đầu tiên	Mọi người	<ul style="list-style-type: none"> Không cần thiết khi bệnh nhân vào tiền hành xét nghiệm tầm soát
Xét nghiệm Pap (kiểm tra thay đổi của tế bào trong cổ tử cung)	✓ Ứng thử cổ tử cung	Lần khám thai đầu tiên	Mọi người	<ul style="list-style-type: none"> Không cần thiết khi bệnh nhân vào tiền hành xét nghiệm tầm soát
Viêm gan virus B	✓ Nhiễm viêm gan virus B	Lần khám thai đầu tiên	Mọi người	<ul style="list-style-type: none"> Kháng thể và vaccine viêm gan virus B có thể giúp thai nhi không bị nhiễm
Phân tích nước tiểu, cây nước tiểu và làm kháng sinh đồ	✓ Protein niệu ✓ Đường niệu ✓ Nhiễm khuẩn	Lần khám thai đầu tiên (lặp lại trong tam cá nguyệt 3)	Mọi người	<ul style="list-style-type: none"> Lặp lại hàng tháng với bệnh nhân có nguy cơ cao (mắc bệnh hồng cầu hình liềm, đái tháo đường và có tiền sử tái phát nhiễm trùng đường niệu).
Tầm soát bệnh xơ nang (CF)	✓ Bệnh nhân mắc bệnh xơ nang	Bất kỳ lúc nào	Mọi người	<ul style="list-style-type: none"> Tất cả phụ nữ nên được khuyến cáo kiểm tra để sớm phát hiện ra mầm bệnh Nếu thai phụ cho kết quả dương tính thì người bố nên được xét nghiệm và sau đó xin được tư vấn về di truyền
Tư vấn di truyền	✓ Cho những hội chứng di truyền dựa trên những chi tiết trong phả hệ gia đình	Lần khám thai đầu tiên	Bệnh nhân có nguy cơ cao	<ul style="list-style-type: none"> Nhóm sắc tộc Do Thái: bệnh Canavan (thoái hóa xốp hệ thần kinh), bệnh Tay Sachs, rối loạn thần kinh trong già dinh Còn nếu gia đình mắc chứng chậm phát triển trí tuệ ở nam, hội chứng nhiễm sắc thể đe dọa Cần nhắc xét nghiệm chứng thiếu máu β-thalassemia cho những phụ nữ vùng Địa Trung Hải (Y), đặc biệt với những bệnh nhân bị thiếu máu nghiêm trọng
Xét nghiệm điện di hemoglobin	✓ Cho các chứng rối loạn hemoglobin	Lần khám thai đầu tiên	Bệnh nhân có nguy cơ cao	<ul style="list-style-type: none"> Phụ nữ Hoa Kỳ gốc Phi nên được khuyến cáo tiến hành tầm soát chứng hồng cầu hình liềm Xem xét tiến hành cho phụ nữ vùng Địa Trung Hải mặc chứng thiếu máu để ngăn chặn mắc phải bệnh β-thalassemia
Xét nghiệm Chlamydia	✓ Nhiễm bệnh	Lần khám thai đầu tiên	Bệnh nhân có nguy cơ cao	<ul style="list-style-type: none"> Xét nghiệm DNA với xét nghiệm cây
Xét nghiệm Gonorrhoea (bệnh lậu)	✓ Nhiễm bệnh	Lần khám thai đầu tiên	Bệnh nhân có nguy cơ cao	<ul style="list-style-type: none"> Xét nghiệm DNA nội bộ xét nghiệm cây
Tầm soát nhiễm độc nước tiểu	✓ Sử dụng các loại thuốc cầm	Trong mỗi lần khám thai	Bệnh nhân có nguy cơ cao	
Cân nặng (kg/m ²)	✓ Tăng cân ✓ Tiết sản giật (72w)	Trong mỗi lần khám thai	Mọi người	<ul style="list-style-type: none"> Kiểm tra chức năng của thận và gan, lấy nước tiểu trong vòng 24 giờ đối với bệnh nhân có nguy cơ cao
Chi số khói cơ thể (MBI)				
Huyết áp				
Protein trong nước tiểu				
Tam cá nguyệt 1				
Siêu âm	✓ Xác định ngày sinh ✓ Khả năng tồn tại của thai nhi ✓ Đa thai	Thăm khám tiền sản lần đầu tiên	Khi được chỉ thi lâm sàng	<ul style="list-style-type: none"> Siêu âm sớm để biết ngày sinh thường được khuyến cáo ở các nước châu Âu, còn Hoa Kỳ thi không
Nguy cơ thai dị bội trong 3 tháng đầu tiên	Danh giá nguy cơ thai dị bội	Trong tuần thứ 11-14	Mọi người	<ul style="list-style-type: none"> Sử dụng chất chỉ thị huyết thanh (β-hCG, PAPP-A) hoặc siêu âm (khoảng sáng đã già) để điều chỉnh nguy cơ thai dị bội có liên quan đến tuổi của thai phụ
Tam cá nguyệt 2				
Xét nghiệm lao qua da (PPD test)	✓ Tiếp xúc với bệnh lao	Bắt cứ lúc nào nhưng thường được tiến hành vào tam cá nguyệt 2	Mọi người	<ul style="list-style-type: none"> Nếu cho kết quả dương tính thi phải chụp X-quang lồng ngực Nếu kết quả chụp dương tính thi phải ngắn chấn vi khuẩn lao hoạt động và tiêm ngừa dự phòng INH
Sinh thiết nhau thai (CVS)	✓ Lập bô nhiễm sáu thể bào thai	11-14 tuần	Bệnh nhân có nguy cơ cao	<ul style="list-style-type: none"> Xét nghiệm chẩn đoán cho thai bị lệch bộ NST Sinh thiết nhau mang đậm đément nhau thai không được tiến hành khi thai chưa được 9 tuần tuổi
Tầm soát thai dị bội bằng huyết thanh mẹ ở tam cá nguyệt 2	Ước lượng nguy cơ thai bị lệch bộ nhiễm sắc thể	15-20 tuần	Mọi người	<ul style="list-style-type: none"> Quét test sử dụng 4 chất chỉ thị huyết thanh (β-hCG, estriol, AFP, inhibin A) để điều chỉnh nguy cơ thai bị lệch bộ liên quan đến tuổi của thai phụ Không bao gồm siêu âm
Xét nghiệm định lượng nồng độ AFP trong máu mẹ (MS-AFP)	Ước lượng nguy cơ dị tật ống thần kinh	15-20 tuần	Mọi người	<ul style="list-style-type: none"> 1 trong số các chất chỉ thị huyết thanh của Quad test Nồng độ AFP trong huyết thanh thai phụ cao (>2 MoM) có khả năng dẫn đến dị tật khiếm khuyết ống thần kinh Siêu âm mang tính chẩn đoán
Chọc ối	✓ Lập bô nhiễm sáu thể bào thai	15-20 tuần	Bệnh nhân có nguy cơ cao	<ul style="list-style-type: none"> Xét nghiệm chẩn đoán cho thai bị lệch bộ nhiễm sắc thể Xét nghiệm dị tật không được tiến hành khi thai <15 tuần tuổi (cố thể tăng nguy cơ bị sảy thai)
Khảo sát hình thái học thai nhi	✓ Để kiểm tra dị tật thai nhi ✓ Để phát hiện các dấu chỉ điểm "mèm" của thai có lệch bộ là NST	18-22 tuần	Mọi người	<ul style="list-style-type: none"> Xét nghiệm tầm soát thai có hiện tượng lệch bộ lỗi nhiễm sắc thể (có thể phát hiện ra hầu hết các trường hợp胎 bối lỗi nhiễm sắc thể 13 và 18 nhưng chỉ 50% các trường hợp tam bối lỗi nhiễm sắc thể 21) Xét nghiệm chẩn đoán cho trường hợp dị tật thai khi
Siêu âm tim thai	✓ Để phát hiện dị tật thai nhi	20-22 tuần	Bệnh nhân có nguy cơ cao	<ul style="list-style-type: none"> Xét nghiệm tầm soát thai có hiện tượng lệch bộ lỗi nhiễm sắc thể (có thể phát hiện ra hầu hết các trường hợp胎 bối lỗi nhiễm sắc thể 13 và 18 nhưng chỉ 50% các trường hợp tam bối lỗi nhiễm sắc thể 21) Xét nghiệm chẩn đoán để phát hiện dị tật tim thai
Xét nghiệm Fibronectin bào thai (IFN) và do chiều dài kênh cổ tử cung (CL)	Ước lượng nguy cơ sinh non	Đo chiều dài kênh cổ tử cung trong khoảng 16-32 tuần tuổi xét nghiệm Fibronectin bào thai từ 22-34 tuần tuổi	Bệnh nhân có nguy cơ cao	<ul style="list-style-type: none"> Đo chiều dài kênh cổ tử cung bằng cách siêu âm qua đường âm đạo Hai xét nghiệm trên có thể tiến hành cùng lúc để phát hiện nguy cơ sinh non
Xét nghiệm thử胎 glucose (GTT) sớm	✓ Bệnh đái tháo đường thai kỳ	16-20 tuần	Bệnh nhân có nguy cơ cao	<ul style="list-style-type: none"> 1 giờ sau khi uống glucose sẽ làm xét nghiệm tầm soát Nếu cho kết quả âm tính sau khi làm xét nghiệm uống glucose thi phải làm lại xét nghiệm này trong giai đoạn 24-28 tuần tuổi
Xét nghiệm thử胎 glucose (GTT) thường quy	✓ Bệnh đái tháo đường thai kỳ	24-28 tuần	Mọi người	<ul style="list-style-type: none"> 1 giờ sau khi uống glucose sẽ làm xét nghiệm tầm soát. Lấy mẫu xét nghiệm dung nạp glucose sau 3 giờ để chẩn đoán
Xét nghiệm dung nạp glucose (GTT)	✓ Bệnh đái tháo đường thai kỳ	Sau khi làm xét nghiệm uống glucose	Chỉ khi mẫu xét nghiệm uống glucose dương tính	<ul style="list-style-type: none"> Test dung nạp glucose (GTT) sau 3 giờ là test chẩn đoán xác định đối với đái tháo đường thai kỳ
Tam cá nguyệt 3				
Xét nghiệm Streptococcus nhóm B (GBS)	✓ Phát hiện tinh trùng mang vi khuẩn GBS ở vùng dây chậu	35-36 tuần	Mọi người	<ul style="list-style-type: none"> Nếu kết quả dương tính, phải điều trị trong thời kỳ mang thai với penicillin IV để ngăn ngừa trường hợp trẻ bị nhiễm khuẩn GBS khởi phát sớm
Siêu âm	✓ Sự tăng trưởng của bào thai ✓ Theo dõi sự phát triển của bào thai di động	Sau 24 tuần	Bệnh nhân có nguy cơ cao	<ul style="list-style-type: none"> Chỉ kiểm tra cân nặng thai nhi ước tính (EFW) khi có sự chênh lệch số đo từ 15%-20% trong vòng 3-4 tuần
Siêu âm	✓ Nước ối ✓ Vị trí bào thai ✓ Vị trí nhau thai	Sau 24 tuần	Khi lâm sàng có chỉ định	<ul style="list-style-type: none"> Làm trắc đồ sinh-vật lý (BPP) và nước ối (AFV) sau 24 tuần tuổi
Kiểm tra sức khỏe thai nhi	✓ Sức khỏe thai nhi	Sau 24 tuần	Khi lâm sàng có chỉ định	<ul style="list-style-type: none"> Sẽ tiến hành làm non-stress Test (NST) mỗi tuần sau khi thai được 32 tuần tuổi

*Xem thêm phụ lục trang 16.

Bảng 41.1 Mức độ chăm sóc chu sinh

Mức độ chăm sóc	Nội dung cần chăm sóc	Người thực hiện
Cơ bản (Mức độ I)	Ghi nhận nguy cơ trước khi sinh, khám sức khỏe, xét nghiệm, và giải thích các kết quả. Xác định tuổi thai. Đánh giá rủi ro liên tục và giới thiệu bác sĩ chuyên khoa, nếu có chỉ định. Hỗ trợ tâm lý-xã hội, tư vấn các biện pháp sinh con.	Bác sĩ sản khoa, bác sĩ gia đình, nữ hộ sinh đã được đào tạo, y tá có thực hành sản khoa trước đây.
Chuyên khoa (Mức độ II)	Chăm sóc cơ bản cộng với xét nghiệm chẩn đoán thai (vd. siêu âm, chọc ối, tư vấn di truyền). Chuyên môn hóa trong xử trí các biến chứng nội khoa và biến chứng sản khoa.	Bác sĩ sản khoa.
Chuyên khoa (Mức độ III)	Chăm sóc cơ bản và chuyên khoa cộng với phương pháp chẩn đoán thai tiên tiến (vd. siêu âm thai có mục đích), tư vấn di truyền và chẩn đoán thai nhi tiền tiến và điều trị (vd. sinh thiết胎胎, xét nghiệm máu cuống rốn qua da, truyền máu trong tử cung). Có thể tư vấn khám tại các bác sĩ nhà di truyền học lâm sàng. Sản khoa sâu trong việc quản lý các biến chứng nặng ở mẹ.	Các chuyên gia trong các lĩnh vực chăm sóc sức khỏe mẹ và thai,

Mục tiêu của quá trình chăm sóc chu sinh

- Để tăng cường sức khỏe và hạnh phúc của sản phụ, thai nhi, trẻ sơ sinh, và gia đình 1 năm sau khi sinh.
- Các nội dung chính của chăm sóc sơ sinh bao gồm: (1) đánh giá rủi ro, bao gồm cả đánh giá trước khi thụ thai; (2) tiếp tục nâng cao sức khỏe; và (3) đánh giá và can thiệp cả sức khỏe và tâm lý xã hội.
- Ba mức độ chăm sóc sơ sinh được mô tả (trong Bảng 41.1).

Các vấn đề cần được giải quyết thường quy

- Xác định tuổi thai chính xác.
- Folic acid (400 µg hàng ngày cho tất cả phụ nữ độ tuổi sinh đẻ).
- Xác định và điều trị bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STIs), dài tháo đường, bệnh tuyến giáp, nhiễm HIV, viêm gan virus B.
- Xác định chứng phenylketon niệu ở mẹ (PKU).
- Ngưng sử dụng Coumadin (warfarin), vitamin A, và các chất gây quái thai khác.
- Tư vấn về rủi ro của việc sử dụng thuốc lá, rượu, và các chất gây nghiện bất hợp pháp.
- Tư vấn về việc sử dụng dây an toàn khi mang thai.
- Trấn an về sự an toàn của quan hệ tình dục và hoạt động thể lực (mức độ trung bình) trong thai kỳ không nguy cơ.
- Xem xét lại các triệu chứng/dấu chứng của thai kỳ có nguy cơ, bao gồm cả sinh non và tiền sản giật.
- Kiểm tra tình trạng miễn dịch đối với rubella.
- Hỏi về bệnh thủy đậu (cần nhắc kiểm tra tình trạng miễn dịch thủy đậu nếu không có tiền căn bị thủy đậu).
- Tư vấn về phòng chống nhiễm toxoplasma (lây nhiễm qua phân mèo, các loại thịt chưa nấu chín, đất).
- Tư vấn về chủng ngừa cúm trong thai kỳ.
- Tư vấn về an toàn thực phẩm: tránh thịt sống hoặc nấu chưa chín, gia cầm, cá, sò hến, pa-tê, sữa chưa được tiệt trùng (nguy cơ nhiễm Listeria sp., Toxoplasma sp.); tránh hấu hết các loài cá lớn (thủy ngân).
- Bổ sung vitamin tổng hợp (đặc biệt là cho người hút thuốc, các trường hợp đa thai, ăn uống kém, người ăn chay).
- Khuyến khích cho con bú.

QUESTION GIỎI HỎI VỀ MỌNG ĐẦU CÓ NGUY CƠ CAO?

- 20% thai kỳ (tỷ lệ 1/5) có nguy cơ cao. Yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến hậu thai kỳ có thể tồn tại trước khi mang thai hoặc xuất hiện trong khi mang thai hoặc khi chuyển dạ (Hình 41.1). Ở những sản phụ có nguy cơ thấp, khám thai thường mỗi 4 tuần đến khi thai 28 tuần, khám thai mỗi 2-3 tuần đến khi thai 36 tuần, và sau đó khám thai mỗi tuần cho đến khi sinh.
- Thái kỳ nguy cơ cao

Các yếu tố của sản phụ

- Bệnh lý trước đó (dài tháo đường, tăng huyết áp mạn tính, bệnh lý tim

mạch, bệnh thận mạn tính, bệnh phổi mạn tính)

- Tiền sản giật
- Dài tháo đường thai kỳ
- Béo phì
- Huyết khối tĩnh mạch
- Tiền sử sản khoa nhiều nguy cơ (sinh non, vỡ ối non, thai chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR), nhau bong non, tiền sản giật, sẩy thai tái phát)
- Mẹ lớn tuổi hay nhỏ tuổi

Yếu tố của thai nhi

- Tiếp xúc với độc chất trong thai kỳ (chất độc môi trường, thuốc, ma túy)
- Bất thường về giải phẫu hoặc nhiễm sắc thể của thai đã biết
- Có anh (chi) có bất thường giải phẫu hoặc nhiễm sắc thể
- Tiền sử gia đình có một bệnh di truyền
- Đa thai (đặc biệt là nếu chỉ có một màng rụng)
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR)
- Thai to
- Miễn dịch cùng loài
- Nhiễm trùng ối
- Sức khoẻ thai nghี ngờ ("suy thai")

Yếu tố tử cung-nhau thai

- Ối vỡ non trên thai non tháng (PPROM)
- Thiếu ối không rõ nguyên nhân
- U xơ tử cung lớn
- Phẫu thuật tử cung trước đó, đặc biệt là vết mổ dọc thân tử cung
- Nhau bong non
- Bất thường tử cung
- Nhau tiền đạo
- Nhau cài răng lược
- Mạch máu tiền đạo
- Hở eo tử cung

Sản/ Phụ khoa là một phân khoa trong chăm sóc sức khỏe ban đầu

Đối với một số phụ nữ, khám sản/ phụ khoa hàng năm có thể là thăm khám y khoa duy nhất. Như vậy, sản/ phụ khoa là một phân khoa trong chăm sóc sức khỏe ban đầu. Khám định kỳ hàng năm là cơ hội để tầm soát các bệnh lý và các vấn đề tâm lý xã hội, chẳng hạn như:

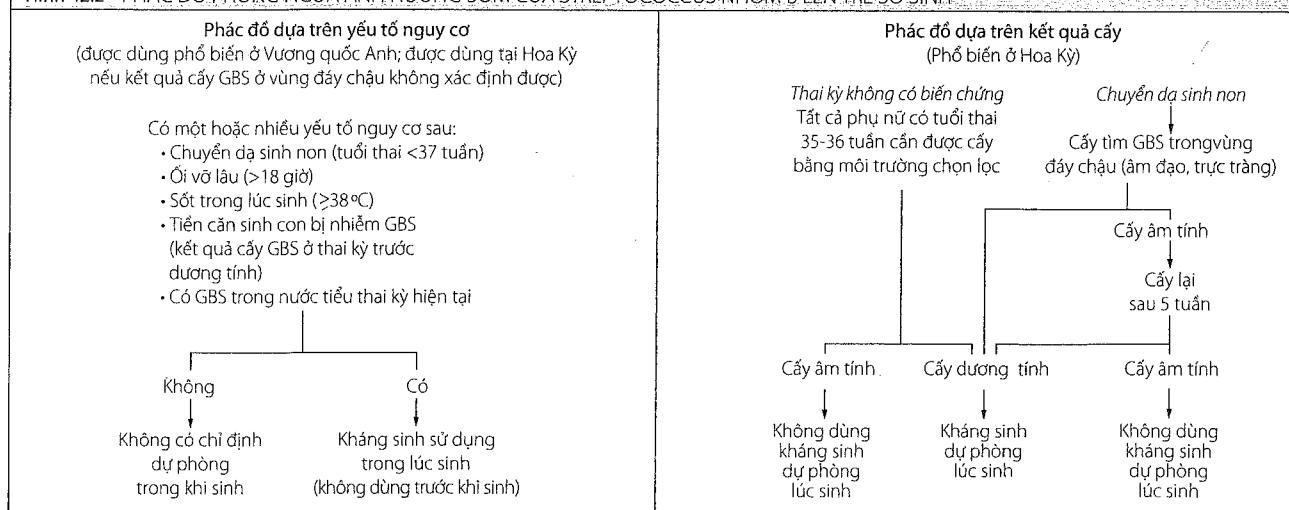
- Sàng lọc ung thư cổ tử cung (Pap smear)
- Sàng lọc ung thư vú (tự kiểm tra, chụp nhũ ảnh)
- Sàng lọc ung thư đại tràng (xét nghiệm máu ẩn trong phân, nội soi đại tràng)
- Sàng lọc tăng huyết áp và tăng lipid, tăng cholesterol
- Xét nghiệm sàng lọc bệnh dài tháo đường và bệnh tuyến giáp, nếu có chỉ định
- Thảo luận về các biện pháp tránh thai
- Bạo lực gia đình và trầm cảm
- Đảm bảo chủng ngừa đầy đủ.

Nhiễm trùng trong thai kỳ: vi khuẩn và vi sinh vật

Hình 42.1 NHIỄM VI KHUẨN VÀ VI SINH VẬT TRONG THAI KỲ

	Chẩn đoán	Tác nhân	Các dấu chứng và triệu chứng	Những ảnh hưởng lên thai nhi/ trẻ sơ sinh
Vi khuẩn	Nhiễm Streptococcus nhóm B	<i>Streptococcus agalactiae</i>	Có thể không có triệu chứng và không gây bệnh Nhiễm trùng tiểu Viêm màng ối Viêm nội mạc tử cung	Sớm: nhiễm trùng sơ sinh Trễ: viêm màng não
	Viêm màng ối (nhiễm trùng ối)	Nhiều loại vi khuẩn: • <i>Bacteroides sp.</i> • <i>Streptococcus agalactiae</i> • <i>E. coli</i>	Có triệu chứng sốt; mạch nhanh, đau tử cung, tăng bạch cầu, và/hoặc huyết trắng hồi	Nhiễm trùng sơ sinh
	Nhiễm Listeria	<i>Listeria monocytogenes</i> từ phô mai không được tiệt trùng, các loại thịt đã được chế biến	Không triệu chứng (thường gặp) Triệu chứng giống cúm Mệt mỏi (giống bệnh tăng bạch cầu đơn nhân) Viêm màng não (hiếm gặp)	Sớm: nhiễm trùng sơ sinh Trễ: viêm màng não
	Nhiễm lao	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Không triệu chứng (thường gặp) Lao tiến triển: ho, sổ mũi hôi đêm, sụt cân, ho ra máu	Những trường hợp nhiễm lao bẩm sinh có thể bị tử vong (đặc biệt lao màng não)
	Nhiễm khuẩn âm đạo	Sự phát triển quá mức của các vi khuẩn thường trú trong âm đạo	Chuyển dạ sinh non Huyết trắng	Đystate sớm Nhẹ cân lúc sinh
	Bệnh lậu	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Chuyển dạ sinh non Viêm màng ối Lậu cầu lan tỏa Huyết trắng	Nhiễm trùng sơ sinh Viêm kết mạc sơ sinh do lậu cầu
	Nhiễm Chlamydia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Không triệu chứng Chuyển dạ sinh non Viêm màng ối	Viêm kết mạc mắt Viêm phổi
Vi sinh vật	Nhiễm Toxoplasmosis	<i>Toxoplasma gondii</i>	Không triệu chứng Mệt mỏi Nỗi hạch, đau cơ	Sẩy thai Vôi hóa trong sọ Gan lách to Viêm màng mạch-võng mạc, co giật
	Nhiễm Trichomoniasis	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Huyết trắng Ối vỡ non	Nhẹ cân lúc sinh

Hình 42.2 PHÁC ĐỒ PHÒNG NGỪA ẢNH HƯỞNG SỚM CỦA STREPTOCOCCUS NHÓM B LÊN TRẺ SƠ SINH



Nhiễm vi khuẩn (Hình 42.1)

Streptococcus nhóm B

- Tần suất.** Tại các quốc gia phát triển, nhiễm trùng sơ sinh do Streptococcus nhóm B (GBS) chiếm 1.8/1,000 trẻ sinh sống.
- Dấu hiệu/triệu chứng ở mẹ.** 20% thai phụ nhiễm GBS không có triệu chứng tại chỗ (âm đạo hoặc quanh hậu môn).
- Ảnh hưởng lên thai/ trẻ sơ sinh.** Hai dạng nhiễm trùng sơ sinh do GBS:
 - Nhiễm trùng sơ sinh sớm (80%):** nhiễm trùng sơ sinh sớm do GBS vì lây truyền từ mẹ sang con trong quá trình chuyển dạ và sinh. Các dấu hiệu nặng của nhiễm trùng sơ sinh (suy hô hấp, sốc nhiễm trùng) thường phát triển trong 6-12 giờ sau sinh. Tỷ lệ tử vong cao (25%) và thường để lại di chứng thần kinh cho trẻ.
 - Nhiễm trùng sơ sinh muộn (20%):** do nhiễm trùng bệnh viện hoặc nhiễm trùng mắc phải từ cộng đồng. Thường có biểu hiện trễ, >1 tuần sau sinh, bệnh cảnh thường là viêm màng não. Tỷ lệ tử vong thấp hơn nhiễm trùng sơ sinh sớm do GBS nhưng bệnh thường để lại các di chứng thần kinh.
- Phòng ngừa.** Phác đồ phòng ngừa nhiễm trùng sơ sinh sớm do GBS khác nhau ở các quốc gia. Ở Vương quốc Anh, sử dụng phác đồ dựa vào các yếu tố nguy cơ. Bệnh nhân sẽ được điều trị GBS trong chuyển dạ nếu có một trong các yếu tố nguy cơ sau: tiền sản có nhiễm trùng sơ sinh (kể cả không có GBS dương tính ở thai kỳ trước), nhiễm GBS ở đường tiết niệu ở thai kỳ lần này, chuyển dạ sinh non, sút, hoặc vỡ ối ≥18 giờ. Sử dụng phác đồ này sẽ có 15%-20% thai phụ được điều trị và ngăn chặn được 65%-70% các trường hợp nhiễm trùng sơ sinh sớm do GBS. Tại Hoa Kỳ, thống nhất một phác đồ tầm soát như sau: tất cả các thai phụ đều được tầm soát tình trạng nhiễm GBS ở tuần 35-37 của thai kỳ. Các bệnh nhân nhiễm GBS sẽ được sử dụng kháng sinh trong chuyển dạ. Áp dụng phác đồ này sẽ có 25%-30% thai phụ được điều trị và ngăn chặn 85%-90% các trường hợp nhiễm trùng sơ sinh sớm do GBS. Đối với các thai phụ không xác định được tình trạng nhiễm GBS, trong lúc chuyển dạ nên được điều trị theo phác đồ dựa vào yếu tố nguy cơ của bệnh nhân.
- Điều trị.** Sử dụng penicillin trong chuyển dạ (Cephalosporin thế hệ hai, erythromycin, hoặc clindamycin nếu có dị ứng với penicillin và còn nhạy với GBS; vancomycin nếu dị ứng với penicillin và có tình trạng kháng thuốc).

Nhiễm trùng ối

- Tần suất.** 1%-10% thai kỳ.
- Dấu hiệu/triệu chứng ở mẹ.** Nhiễm trùng ối là một chẩn đoán lâm sàng. Chẩn đoán xác định đòi hỏi phải có mẫu cấy nước ối dương tính. Mẹ có thể có các biến chứng bao gồm: nhiễm trùng, hội chứng suy hô hấp cấp ở người lớn (ARDS), phổi phổi, và tử vong.
- Ảnh hưởng lên thai/ trẻ sơ sinh.** Nhiễm trùng sơ sinh, viêm phổi, tử vong.
- Phòng ngừa.** Tránh để vỡ ối kéo dài >18 giờ.
- Điều trị.** Dùng ngay kháng sinh phổ rộng và tiến hành giục sinh. Nhiễm trùng ối không phải là chỉ định mổ lấy thai, tuy nhiên, tỷ lệ mổ lấy thai gia tăng do liên quan đến chuyển dạ bất thường và kết quả các test sức khỏe thai có bất thường.

Nhiễm Listeria

- Nhiễm Listeria là một nguyên nhân gây nhiễm trùng sơ sinh không thường gặp do lây truyền qua nhau thai. Mẫu cấy máu và dịch tiết cổ tử cung nên được thực hiện ở tất cả các thai phụ có dấu hiệu nghi ngờ. Nhiễm Listeria là một nguyên nhân phổ biến gây thai chết lưu và tỷ lệ tử vong sơ sinh cao.
- Điều trị.** Ampicillin và gentamycin.

Lao

- Tần suất.** Nhiễm lao trong thai kỳ rất hiếm gặp ở các nước phát triển. Nhiễm lao thường gặp ở dân nhập cư.
- Dấu hiệu/triệu chứng ở mẹ.** Hầu hết các thai phụ nhiễm lao thường không có triệu chứng, nhiễm lao thể hoạt động hiếm gặp.

Bảng 42.1 Đọc kết quả phản ứng nội bi (PPD) tầm soát nhiễm lao

Nguy cơ rất cao	Nguy cơ cao	Không có nguy cơ
Nhiễm HIV X-quang ngực bất thường Tiếp xúc với người bệnh lao	Dân nhập cư Dùng thuốc đường tiêm tĩnh mạch Bệnh nội khoa làm tăng nguy cơ bị lao	
↓	↓	↓
Dương tính: ≥5 mm	Dương tính: ≥10 mm	Dương tính: ≥15 mm (đường kính nốt sần, không tính quầng đỏ)

- Ảnh hưởng lên thai/ trẻ sơ sinh.** Tỷ lệ nhiễm lao bẩm sinh hoặc nhiễm lao giai đoạn sơ sinh cao nhưng có thể bị bỏ sót chẩn đoán.
- Phòng ngừa.** Test PPD là một phương pháp tầm soát lao chính xác. Lý giải kết quả test phụ thuộc vào yếu tố nguy cơ của bệnh nhân (Bảng 42.1).
- Điều trị.** Phản ứng PPD dương tính cần chụp X-quang ngực. Nếu X-quang bình thường nên sử dụng isoniazid (INH) trong 6 tháng đối với các phụ nữ <35 tuổi (có thể trì hoãn điều trị cho đến sau sinh). Nếu X-quang bất thường cần điều trị ngay với INH và ethambutol, đồng thời cho cấy đàm ba lán với mẫu đàm buổi sáng sớm để loại trừ có lao phổi hoạt động.

Nhiễm khuẩn âm đạo (xem Chương 7)

Nhiễm khuẩn âm đạo (BV) là nguyên nhân phổ biến nhất gây tiết dịch âm đạo bất thường trong thai kỳ, thường liên quan đến chuyển dạ sinh non. Tuy nhiên vẫn chưa có bằng chứng rõ ràng về lợi ích của việc điều trị các trường hợp nhiễm khuẩn âm đạo không triệu chứng để làm giảm nguy cơ sinh non.

Nhiễm Chlamydia và lậu (xem Chương 7 và 8)

- Tần suất.** Đây là loại nhiễm trùng qua đường tình dục rất phổ biến.
- Dấu hiệu/triệu chứng ở mẹ.** Thường không có triệu chứng.
- Ảnh hưởng lên thai/ trẻ sơ sinh.** Nhiễm chlamydia và lậu không được điều trị ở mẹ làm tăng bệnh suất ở trẻ sơ sinh.
- Phòng ngừa.** Cấy dịch tiết ở cổ tử cung trong giai đoạn sớm của thai kỳ có thể giúp phát hiện tình trạng có nhiễm bệnh. Tra mắt với thuốc mỡ kháng sinh giúp phòng ngừa nhiễm trùng mắt ở trẻ sơ sinh.
- Điều trị.** Chlamydia: erythromycin hoặc azithromycin (uống); lậu: ceftriaxone (tiêm mạch), hoặc cefuroxime/ceftriaxone (uống).

Nhiễm vi sinh vật (Hình 42.1)

Toxoplasmosis

- Tần suất.** Nhiễm toxoplasma trong thai kỳ hiếm gặp.
- Dấu hiệu/triệu chứng ở mẹ.** Hầu hết bệnh nhân không có triệu chứng, nhưng một số bệnh nhân có thể có bệnh cảnh giống cúm.
- Ảnh hưởng lên thai/ trẻ sơ sinh.** Chỉ nhiễm toxoplasma cấp tính trong thai kỳ mới có khả năng lây truyền cho thai, 10% trẻ mới sinh nhiễm trùng có biểu hiện lâm sàng.
- Phòng ngừa.** Nhiễm toxoplasma mắc phải do ăn các loại thịt sống hoặc chua nấu chín có nhiễm bào nang vi sinh vật, hoặc do tiếp xúc với mèo nhiễm bệnh. Thai phụ cần giữ vệ sinh, và nên tránh việc dọn dẹp chỗ đựng phân/ nước tiểu của vật nuôi. Cần giữ vệ sinh cá nhân sạch sẽ.
- Điều trị.** Sulfadiazine và pyrimethamine.

Nhiễm Trichomonas (xem Chương 7)

- Nhiễm Trichomonas ở âm đạo** rất thường gặp.
- Điều trị.** Metronidazole.



Nhiễm trùng trong thai kỳ: virus và xoắn khuẩn

Hình 43.1 NHIỄM TRÙNG TRONG THAI KỲ: VIRUS VÀ XOẮN KHUẨN

	Tác nhân	Triệu chứng và dấu chung	Ảnh hưởng lên thai nhi/ trẻ sơ sinh	Phòng ngừa	Điều trị
Virus	Rubella	Triệu chứng nhẹ (phát ban, đau khớp, nổi hạch lan tỏa)	<i>Hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh</i> • Điếc, tổn thương ở mắt (đục thủy tinh thể), bệnh tim bẩm sinh (còn ống động mạch), chậm phát triển trí tuệ, thai chậm tăng trưởng trong tử cung	Tiêm ngừa MMR cho trẻ và những người lớn chưa có miễn dịch (lúc không mang thai)	Không
	Cytomegalovirus	• Không triệu chứng (thường gặp) • Nhiễm siêu vi nhẹ • Hội chứng giống bệnh tăng bạch cầu đơn nhân • Viêm gan (hiếm gặp)	<i>Bệnh lý thể vùi do CMV</i> • Gan-lách to, vôi hóa nội sọ, viêm màng mạch-võng mạc, học hành kém, viêm phổi mờ kẽ • 30% tử vong • Mất khả năng nghe	Không	Không
	HIV	• Không triệu chứng • Nhiễm siêu vi nhẹ • AIDS	AIDS lúc còn bé	Dùng bao cao su, màng ngăn âm đạo, kiêng giao hợp, tránh sử dụng thuốc đường tĩnh mạch	Zidovudine (AZT) và mổ lấy thai chủ động để tránh lây truyền từ mẹ qua con. HAART nếu có chỉ định
	Varicella-zoster	• "Thủy đậu" (thường gặp nhất) • Viêm phổi (10%-20%) • Viêm màng não (hiếm) • Zona	<i>Hội chứng nhiễm varicella bẩm sinh</i> • Viêm màng mạch-võng mạc, teo vỏ não, thận ứ nước, thiếu sản xương dài • Phơi nhiễm khi tuổi thai <20 tuần <i>Nhiễm trùng khi thai gần đủ trưởng thành</i> • Thủy đậu lành tính • Nhiễm varicella lan tỏa kịch phát có thể gây tử vong	• Tiêm ngừa VZV cho người chưa có miễn dịch (lúc không mang thai) • VZIG trong vòng 96 giờ cho người phơi nhiễm với VZV và cho trẻ mới sinh, nếu có chỉ định	Acyclovir
	Herpes simplex virus (HSV)	Sản nhiễm • Bệnh toàn thân, sốt, đau khớp, đau nơi sang thương vùng sinh dục, nổi hạch Tai nhiễm • Đau nơi sang thương vùng sinh dục (phồng rộp, loét)	• Sang thương nhiễm herpes trên da và miệng • Nhiễm virus huyết • Viêm màng não do herpes • Nhiễm HSV lan tỏa (các di chứng thần kinh, tử suất cao)	Mổ lấy thai nếu xuất hiện các sang thương hoặc xuất hiện triệu chứng trong lúc chuyển dạ	Phòng ngừa bằng acyclovir tại thời điểm 35-36 tuần nhằm giảm sự xuất hiện của các sang thương trong quá trình chuyển dạ
Xoắn khuẩn	Virus viêm gan B và C	Triệu chứng bệnh nhẹ/ trung bình (buồn nôn, nôn, gan-lách to, vàng da, đau bụng ¼ trên phải)	Nhiễm virus mạn tính	• Tránh quan hệ với bạn tình bị nhiễm, tránh sử dụng thuốc đường tĩnh mạch hoặc truyền máu bị nhiễm • Tiêm ngừa virus viêm gan B (chưa có vaccine cho virus viêm gan C)	Tiêm HBIG và vaccine viêm gan B cho trẻ mới sinh. Cần nhắc điều trị thuốc chống retrovirus nếu nồng độ virus viêm gan B quá cao.
	Giang mai (<i>Treponema pallidum</i>)	• Thời kỳ I (tổn thương đơn độc trên đường sinh dục hoặc gồm) • Thời kỳ II (phát ban, loét tiết nhầy trong miệng, nổi hạch, sần ướt) • Giang mai thần kinh thời kỳ III hoặc giang mai màng não-mạch máu	<i>Thái lưu</i> <i>Nhiễm giang mai bẩm sinh sớm</i> • Phát ban dạng dát-sần • "Nghẹt mũi" • Gan-lách to • Viêm màng mạch-võng mạc <i>Nhiễm giang mai bẩm sinh muộn</i> • Hầm răng Hutchinson • Sâu răng do giang mai • Biến dạng xương hình lưỡi kiếm • Bất thường hệ tim mạch • Nghe kém tiếp nhận-thần kinh	• Tránh quan hệ với bạn tình bị nhiễm • Điều trị cho những phụ nữ bị nhiễm để tránh lây truyền từ mẹ qua con	Penicillin (trong thai kỳ, những phụ nữ bị dị ứng với penicillin nên sẽ làm giảm nhạy cảm trước và sau đó sẽ tiến hành điều trị với penicillin)
	Bệnh Lyme (<i>Borrelia burgdorferi</i>)	• Nhiễm trùng tại chỗ (sốt, ban đỏ, nổi hạch) • Bệnh tiến triển lan tỏa	• Dây thì sorm • Thái lưu • Phát ban ở trẻ mới sinh	Tránh bị ve cắn (mặc quần áo dài, xịt thuốc, diệt trừ ve)	Erythromycin

Sổ tay Sản Phụ khoa, Ấn bản lần 4. Errol R. Norwitz và John O. Schorge.

Nhiễm virus (Hình 43.1)

Rubella

- **Tần suất.** Hiếm gặp ở các nước phát triển.
- **Lây truyền.** Qua đường không khí
- **Dấu hiệu/triệu chứng ở mẹ.** Nhiễm Rubella ("sởi Đức") thường có bệnh cảnh giống như nhiễm virus (mức độ nhẹ).
- **Chẩn đoán.** Chẩn đoán huyết thanh với IgM dương tính hoặc nồng độ kháng thể IgG tăng có ý nghĩa (tăng gấp 4 lần sau 4-6 tuần).
- **Ảnh hưởng lên thai/ trẻ sơ sinh.** Nguy cơ của hội chứng Rubella bẩm sinh (CRS) tùy thuộc vào tuổi thai lúc mẹ bị nhiễm: 90% nhiễm trước 11 tuần, 33% nhiễm lúc 11-12 tuần, 11% nhiễm lúc 13-14 tuần, 4% nhiễm lúc 15-16 tuần, 0% nhiễm sau 16 tuần.
- **Phòng ngừa.** Chủng ngừa với vaccine MMR. MMR là vaccine sử dụng virus sống giảm động lực và không được khuyến cáo sử dụng khi đang mang thai.
- **Điều trị.** Không có điều trị đặc hiệu.

Cytomegalovirus (CMV)

- **Tần suất.** 1%-2% thai kỳ.
- **Lây truyền.** Tiếp xúc với dịch tiết, quan hệ tình dục.
- **Dấu hiệu/triệu chứng ở mẹ.** 20% bệnh nhân có biểu hiện của hội chứng nhiễm siêu vi không đặc hiệu (sốt, viêm họng, hạch to).
- **Chẩn đoán.** Độ lưu hành của tái hoạt huyết thanh CMV cao (>50%) và đa type huyết thanh của CMV gây giới hạn giá trị tầm soát huyết thanh.
- **Ảnh hưởng lên thai/ trẻ sơ sinh.** 90% trẻ mới sinh nhiễm CMV không có biểu hiện lúc sinh, nhưng các dấu chứng nhiễm CMV biểu hiện sau đó là: điếc và/hoặc chậm phát triển tâm thần vận động.
- **Phòng ngừa.** Chưa có vaccine.
- **Điều trị.** Không có điều trị đặc hiệu.

Virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV)

- **Tần suất.** Hiếm ở các nước phát triển, nhưng tỉ lệ hiện mắc rất cao ở các nước đang phát triển (vd. Nam Phi: cứ ba thai phụ thì có một thai phụ bị nhiễm HIV).
- **Lây truyền.** Quan hệ tình dục, sử dụng chất gây nghiện đường tĩnh mạch, lây truyền từ mẹ sang con.
- **Dấu hiệu/triệu chứng ở mẹ.** Có nhiều triệu chứng đa dạng và có thể thay đổi tùy từng trường hợp khác nhau.
- **Chẩn đoán.** Test ELISA huyết thanh và xác định lại với test western blot.
- **Ảnh hưởng lên thai/ trẻ sơ sinh.** Trẻ nhiễm HIV có thể tiến triển thành AIDS với tỷ suất chu sinh rất cao.
- **Phòng ngừa.** Quan hệ tình dục an toàn, tránh tiêm chích các chất gây nghiện, do lường nồng độ virus trong huyết thanh, và điều trị với thuốc kháng virus nếu có chỉ định.
- **Điều trị.** Thực hiện test HIV trước sinh. Điều trị Zidovudine (AZT) làm giảm nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con từ 25%-33% xuống còn 8%, và đặc biệt làm giảm lây truyền từ mẹ sang con chỉ còn 0%-2% nếu nồng độ virus <1,000 copies/mL. Mỗ lấy thai chủ động có thể làm giảm lây truyền từ mẹ sang con nếu nồng độ virus >1,000 copies/mL. Chúng ta tiếp tục điều trị với liệu pháp kháng retrovirus (HAART) nếu bệnh nhân đang dùng thuốc hoặc đang cần nhắc điều trị trong thai kỳ.

Varicella-zoster virus (VZV)

- **Tần suất.** 1/7,500 thai kỳ.
- **Lây truyền.** Qua đường không khí (khả năng lây nhiễm cao).
- **Dấu hiệu/triệu chứng ở mẹ.** Xuất hiện các nốt đặc trưng của thủy đậu. Tỷ suất ở mẹ lên đến 50% đối với người trưởng thành bị viêm phổi hoặc viêm não.
- **Chẩn đoán.** Lâm sàng nghi ngờ, chẩn đoán xác định với test huyết thanh.
- **Ảnh hưởng lên thai/ trẻ sơ sinh.** Nhiễm VZV trong 3 tháng đầu thai kỳ có nguy cơ bị hội chứng varicella bẩm sinh là 2%-3%. Nhiễm VZV lúc thai

gắn trưởng thành giống với nhiễm virus lúc tuổi nhỏ.

- **Phòng ngừa.** Chỉ 5% người trưởng thành chưa có miễn dịch với VZV. Sử dụng kháng thể varicella-zoster (VZIG) hoặc acyclovir nếu thai phụ bị phơi nhiễm.
- **Điều trị.** Nên tránh cho sinh tại thời điểm mẹ bị nhiễm giai đoạn cấp. Những trẻ có nguy cơ nên được dùng VZIG. Acyclovir cũng có thể hữu ích.

Herpes simplex virus (xem Chương 7)

- **Tần suất.** Nhiễm HSV sơ sinh xuất hiện 2-4/10,000 ca sinh.
- **Lây truyền.** Do tiếp xúc trực tiếp.
- **Dấu hiệu/triệu chứng ở mẹ.** Nhiễm HSV nguyên phát thời kỳ đầu có thể có các triệu chứng toàn thân. Nhiễm HSV cả khi nhiễm nguyên phát hay tái nhiễm đều đặc trưng bởi các tổn thương bóng nước và đau.
- **Ảnh hưởng lên thai/ trẻ sơ sinh.** Nhiễm Herpes sơ sinh do lây truyền từ đeđường sinh dục (me) bị nhiễm HSV, nguy cơ lây truyền là 50% đối với nhiễm HSV nguyên phát và 0%-4% đối với những trường hợp tái nhiễm.
- **Phòng ngừa.** Mỗ lấy thai khi vào chuyển dạ được khuyến cáo đối với tất cả thai phụ nhiễm HSV sinh dục nguyên phát. Lựa chọn phương pháp sinh khi vào chuyển dạ đối với các thai phụ bị tái nhiễm HSV (có sang thương và/hoặc triệu chứng) vẫn còn nhiều bàn cãi. Tại Vương quốc Anh, các thai phụ này vẫn được phép cho sinh ngả âm đạo, tuy nhiên tại Hoa Kỳ có khuyễn hướng cho mỗ lấy thai.
- **Điều trị.** Acyclovir dự phòng khi 35-36 tuần có thể giúp ngăn chặn các sang thương giai đoạn hoạt động trong lúc chuyển dạ ở các phụ nữ nguy cơ cao.

Virus viêm gan B và C

- **Tần suất.** 1%-2% thai kỳ.
- **Đeđường lây truyền.** Quan hệ tình dục, tiêm chích tĩnh mạch, lây truyền từ mẹ sang con.
- **Dấu hiệu/triệu chứng ở mẹ.** Thường là bệnh cảnh nhiễm virus mức độ nhẹ/ trung bình.
- **Chẩn đoán.** Xét nghiệm huyết thanh học.
- **Ảnh hưởng lên thai/ trẻ sơ sinh.** Virus viêm gan B, C không phải là tác nhân gây quái thai, tuy nhiên có thể gây nhiễm cho trẻ sơ sinh. Tỉ lệ lây truyền dọc từ mẹ sang con của virus viêm gan B dao động từ 15% (mẹ có kháng nguyên e-[HbeAg] âm tính) đến 80% (mẹ có kháng nguyên e-[HbeAg] dương tính), và của virus viêm gan C từ 0%-5% (mẹ có HIV âm tính) đến 35%-50% (mẹ có HIV dương tính).
- **Phòng ngừa.** Quan hệ tình dục an toàn, tránh tiêm chích chất gây nghiện. Bú sữa mẹ còn tranh cãi, nhưng tốt nhất là không nên cho con bú. Viêm gan virus B đã có vaccine phòng ngừa hiệu quả.
- **Điều trị.** Con của người mẹ có HBsAg dương tính nên được sử dụng cả globulin miễn dịch HBIG và vaccine viêm gan virus B trong vòng 12 giờ sau sinh. Chưa có phương cách điều trị hiệu quả đối với virus viêm gan C.

Nhiễm xoắn khuẩn (Hình 43.1)

Giang mai (xem Chương 7)

- **Tần suất.** Hiếm gặp ở các nước phát triển.
- **Lây truyền.** Quan hệ tình dục.
- **Dấu hiệu/triệu chứng ở mẹ.** Bệnh nhân có thể có biểu hiện của giang mai nguyên phát, giang mai giai đoạn 2, hoặc giang mai giai đoạn 3.
- **Chẩn đoán.** Test huyết thanh RPR (rapid plasma reagent) hoặc VDRL (Venereal Disease Research Laboratory). Xét nghiệm phải được thực hiện trước khi bắt đầu điều trị.
- **Ảnh hưởng lên thai/ trẻ sơ sinh.** Thai lưu hoặc trẻ có biểu hiện của giang mai bẩm sinh (giai đoạn sớm hoặc muộn).
- **Phòng ngừa.** Quan hệ tình dục an toàn. Giang mai bẩm sinh không thường gặp nếu mẹ đã được điều trị.
- **Điều trị.** Penicillin.

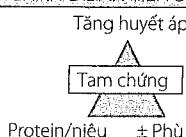


Các rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ

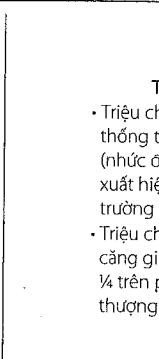
Hình 44.1 CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA TIỀN SẢN GIẬT

Mang thai lần đầu
Thuộc chủng tộc châu Mỹ gốc Phi hoặc châu Phi
Tiền căn bị tiền sản giật
Thuộc lứa tuổi nguy cơ (<15 tuổi hoặc >35 tuổi)
Tiền sử gia đình bị tiền sản giật
Đa thai
Tăng huyết áp mạn tính
Bệnh thận mạn tính
Hội chứng có kháng thể kháng phospholipid
Bệnh lý rối loạn collagen mạch máu (thuốc nhóm bệnh lý về mô liên kết)
Đột biến gene T235 angiotensinogen

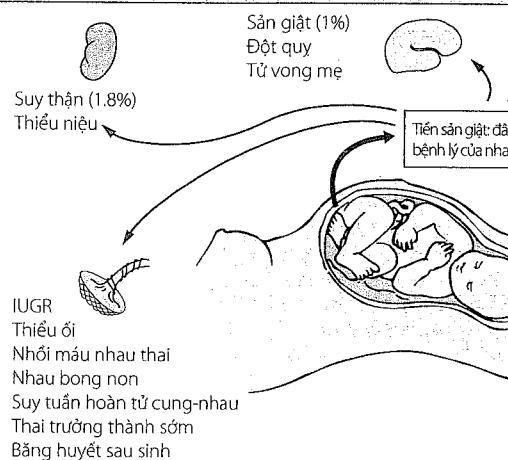
Hình 44.2 CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN GIẬT



Hình 44.3 PHÂN LOẠI TIỀN SẢN GIẬT

Tiền sản giật "nặng"	Tiền sản giật "nặng"		
	Triệu chứng	Dấu chứng	Cân lâm sàng
Tiền sản giật "nặng" • Bao gồm tất cả thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật, nhưng không có dấu hiệu của nhóm tiền sản giật "nặng" 	<ul style="list-style-type: none"> Triệu chứng rối loạn hệ thống thần kinh trung ương (nhức đầu nhiều, nhìn mờ, xuất hiện điểm đen trong thị trường (scotoma)) Triệu chứng của tình trạng căng giãn bao gan (đau bụng ¼ trên phải và/hoặc đau thượng vị) 	<ul style="list-style-type: none"> Tăng huyết áp nặng ($\geq 160/110 \text{ mmHg}$ qua hai lần đo cách nhau tối thiểu 6 giờ) Phù phổi Sản giật (co giật toàn thể hoặc hôn mê không tìm được nguyên nhân) Tai biến mạch máu não (đột quỵ) Thai chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR) 	<ul style="list-style-type: none"> Protein/niệu ($>5 \text{ g/24 giờ}$) Suy thận hoặc thiếu niệu ($<500 \text{ mL/24 giờ}$) Tổn thương tế bào gan (nồng độ transaminase huyết thanh >2 lần bình thường) Giảm tiểu cầu ($<100,000 \text{ tiểu cầu/mm}^3$) Đông máu nội mạch Hội chứng HELLP (tán huyết, tăng men gan, giảm tiểu cầu)

Hình 44.4 BIỂN CHỨNG GẦN

BIỂN CHỨNG GẦN	BIỂN CHỨNG XA
 <p>Tiền sản giật đây là một bệnh lý của nhau thai</p>	<p>Tăng huyết áp không thể kiểm soát Đông máu nội mạch lan tỏa (DIC) Hội chứng HELLP (tán huyết, tăng men gan, giảm tiểu cầu) (4%)</p> <p>Phù phổi cấp (2%) Viêm phổi hít Suy hô hấp cấp (ARDS)</p> <p>Tổn thương gan Suy gan Vỡ gan ? Gan nhiễm mỡ</p> <ul style="list-style-type: none"> Những biến chứng xa của tiền sản giật hầu như luôn hồi phục hoàn toàn (ngoại trừ tai biến mạch máu não) <ul style="list-style-type: none"> ↑ nguy cơ bị tăng huyết áp mạn tính Không phải chống chỉ định của thuốc ngừa thai đường uống (nếu huyết áp trở về bình thường) ↑ nguy cơ bị tiền sản giật/sản giật trong thai kỳ lần sau (+25%); phụ thuộc vào độ nồng, tuổi thai, và huyết áp trong lúc điều trị Tỉ lệ tái phát của tiền sản giật là 10% ↑ nguy cơ bị các biến chứng khác trong thai kỳ lần sau (nhau bong non, IUGR, chuyển dạ sinh non, ↑ tỉ lệ tử vong chu sinh)

Tăng huyết áp trong thai kỳ là một nguyên nhân phổ biến thứ hai gây tử vong mẹ tại các nước phát triển (sau bệnh lý thuyên tắc), gây ra 15% các trường hợp tử vong mẹ.

Ảnh hưởng của thai kỳ lên hệ tim mạch của mẹ

- Thể tích máu tăng lên 800 mL ở tuần 12 (1.5 L trong song thai).
- Huyết áp giảm ở giai đoạn sớm của thai kỳ (do giảm kháng lực hệ mạch máu thử phát dưới tác động của progesterone), tiếp tục giảm đến tam cá nguyệt 2, và trở về mức huyết áp cơ bản khi thai gần trưởng thành.

Phân loại

1 Tăng huyết áp mạn tính

- Định nghĩa.** Tăng huyết áp xảy ra trước khi mang thai. Chẩn đoán khi huyết áp $\geq 140/90$ mmHg trước tuần lẻ thứ 20 của thai kỳ.
- Biến chứng.** Sản phụ tăng nguy cơ bị tiền sản giật, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, nhau bong non, thai lưu.
- Điều trị.** Tiếp tục điều trị với thuốc hạ áp nhưng tránh sử dụng các thuốc ức chế men chuyển (vì nguy cơ gây dị tật cho thai nhi, và gây ra các tổn thương thận tiền triền và không hồi phục). Thuốc lợi tiểu cũng không nên dùng.
- Đánh giá sức khỏe thai nhi (siêu âm định kỳ để đánh giá sự tăng trưởng của thai, ± NST) nên bắt đầu thực hiện từ sau 32 tuần. Chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 40 tuần.

2 Tiền sản giật trên nền tăng huyết áp mạn tính (xem 'Tiền sản giật' ở dưới)

3 Tăng huyết áp thai kỳ

- Còn gọi là tăng huyết áp thai kỳ không có protein niệu.
- Chẩn đoán.** Huyết áp $\geq 140/90$ mmHg ở tam cá nguyệt 3 và không có bằng chứng của tiền sản giật, đây là chẩn đoán loại trừ.
- Nguyên nhân.** Nguyên nhân được cho là do sự đáp ứng sinh lý quá mức của hệ tim mạch của mẹ đối với thai kỳ.
- Hiếm khi gây ra các biến chứng xấu cho mẹ và con.

4 Tiền sản giật

- Còn gọi là tăng huyết áp thai kỳ có protein niệu (+), hay nhiễm độc thai nghén.
- Định nghĩa.** Đây là một bệnh lý toàn thân đặc hiệu xảy ra trong thai kỳ và thời gian hậu sản. Nói đúng hơn, đây là một bệnh lý của nhau thai bởi vì nó có thể xảy ra trong các thai kỳ có sự hiện diện của tế bào non mà không cần có mô thai (vd. thai trứng toàn phần).
- Tần suất.** 6%-8% thai kỳ.
- Yếu tố nguy cơ** (Hình 44.1).
- Chẩn đoán** (Hình 44.2). Đây là một chẩn đoán lâm sàng dựa trên hai yếu tố:
 - 1 *Tăng huyết áp mới khởi phát* được định nghĩa là huyết áp do ở tư thế ngồi $\geq 140/90$ mmHg kéo dài trên một thai phụ có huyết áp bình thường trước đó (định nghĩa trước đây còn chẩn đoán khi có sự gia tăng của huyết áp tâm thu ≥ 30 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 15 mmHg so với huyết áp trong tam cá nguyệt 1, tiêu chuẩn này hiện nay không còn được sử dụng nữa).
 - 2 *Đạm niệu mới khởi phát* được định nghĩa ≥ 300 mg/24 giờ hoặc $\geq 1+$ trong nước tiểu tại một thời điểm, với điều kiện không có nhiễm trùng đường tiết niệu.

trùng đường tiết niệu.

Chú ý. Chúng ta chỉ nên đặt ra chẩn đoán xác định tiền sản giật khi tuổi thai > 20 tuần. Tăng huyết áp thai kỳ có đậm niệu trước tuần lẻ 20 có thể xảy ra trong trường hợp thai trứng, nghiên ma túy hoặc có bất thường nhiễm sắc thể thai nhi (hiếm).

- Phân loại** (Hình 44.3). Tiền sản giật "nhẹ" và tiền sản giật "nặng". Không có phân loại tiền sản giật "trung bình".
- Nguyên nhân.** Nguyên nhân của tiền sản giật hiện vẫn chưa được biết rõ. Các giả thuyết bao gồm: bất thường trong đáp ứng miễn dịch của mẹ đối với thai nhi, bất thường về di truyền, mất cân bằng trong chuyển hóa prostaglandin, và các độc tố trong tuần hoàn và/hoặc các yếu tố co mạch nội sinh. Có những yếu tố có thể dự báo sớm sự phát triển của tiền sản giật trong thai kỳ. Yếu tố khởi phát là sự xâm lấn thất bại của các tế bào non xảy ra từ tuần 8-18, chịu trách nhiệm cho sự tái cấu trúc của các động mạch xoắn xâm lấn vào cơ tử cung để phát triển nhau thai và hình thành nên hệ tuần hoàn nhau thai. Cùng với sự tiến triển của thai kỳ, nhu cầu chuyển hóa của thai gia tăng, vì vậy các động mạch xoắn không còn phù hợp để cung cấp đủ lượng máu cần thiết, dẫn đến "sự rối loạn chức năng nhau thai" gây ra các biểu hiện lâm sàng của tiền sản giật, kết quả cuối cùng là tình trạng co mạch và tổn thương nội mạc lan rộng.
- Biến chứng** (Hình 44.4). Sản giật – được định nghĩa là có một hay nhiều cơn co giật toàn thân, hoặc hôn mê xảy ra trong bệnh cảnh tiền sản giật mà không có nguyên nhân thần kinh nào khác – được coi là giai đoạn cuối của tiền sản giật. Co giật là một biểu hiện của tiền sản giật nặng, có đến 50% sản giật xảy ra ở tuổi thai chưa trưởng thành. Ở thai trưởng thành, 75% sản giật xảy ra trong lúc chuyển dạ hoặc trong 48 giờ sau sinh.
- Điều trị.** Chấm dứt thai kỳ là biện pháp điều trị hiệu quả duy nhất đối với tiền sản giật:
 - 1 Tiền sản giật "nhẹ": chấm dứt khi tuổi thai $> 36-37$ tuần.
 - 2 Tiền sản giật "nặng": chấm dứt thai kỳ bất chấp tuổi thai (ngoại trừ tiền sản giật "nặng" chỉ có đậm niệu đơn thuần hoặc thai bị IUGR còn quá non tháng với điều kiện các test đánh giá sức khỏe thai cho kết quả bình thường). Gần đây, đối với các trường hợp tiền sản giật "nặng" chỉ có tăng huyết áp đơn thuần và tuổi thai < 32 tuần, người ta có khuynh hướng có thể cân nhắc điều trị bảo tồn (theo dõi sát).
- Mổ lấy thai thường quy không tỏ ra có lợi. Tuy nhiên, khả năng sinh ngả âm đạo thành công ở các bệnh nhân tiền sản giật có thai non tháng và cổ tử cung không thuận lợi chỉ có 15%-20%.
- Kiểm soát huyết áp rất quan trọng để ngăn chặn tai biến mạch máu não (thường xảy ra khi huyết áp $\geq 170/120$ mmHg), nhưng không làm ảnh hưởng đến diễn biến của tiền sản giật.
- Nên sử dụng magnesium sulfate tĩnh mạch trong chuyển dạ và kéo dài ít nhất 24 giờ sau sinh để ngăn chặn sản giật.
- Phòng ngừa.** Mặc dù kết quả của vài nghiên cứu gần đây tỏ ra có hiệu quả nhưng aspirin liều thấp (acetylsalicylic acid hoặc ASA) và/hoặc bổ sung calcium vẫn không phòng ngừa được tiền sản giật xảy ra ở cả phụ nữ nguy cơ cao và nguy cơ thấp.
- Tiền lượng.** Tiền sản giật và các biến chứng của nó luôn giới hạn sau khi sinh (ngoại trừ biến chứng của tai biến mạch máu não). Đa niệu (> 4 L/ngày) là dấu chứng lâm sàng chính xác nhất cho thấy có sự hồi phục. Tiền lượng của thai nhi phụ thuộc nhiều vào tuổi thai lúc sinh và các vấn đề liên quan đến thai non tháng.

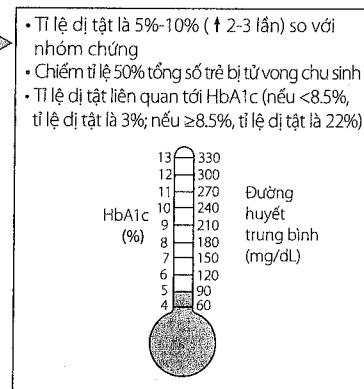
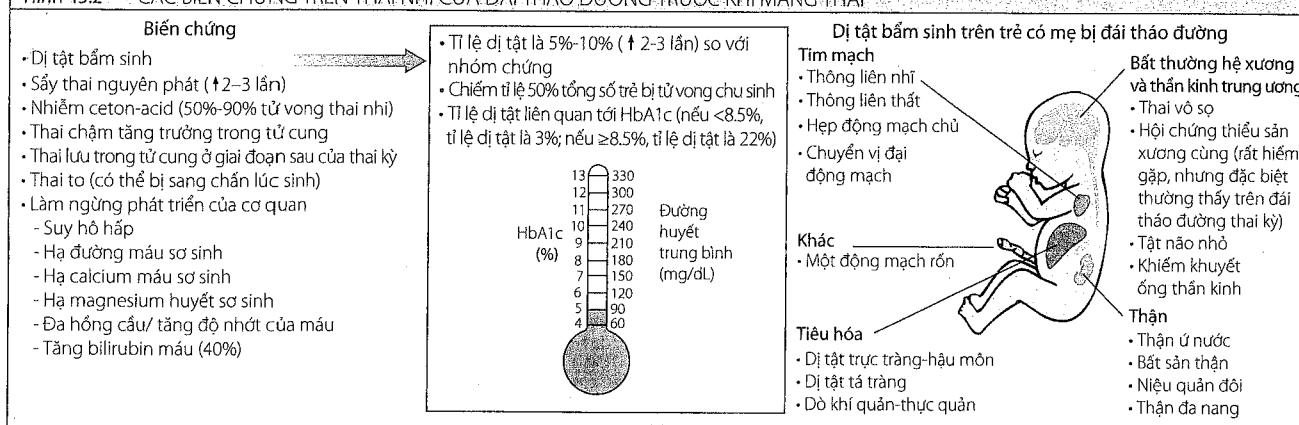
45

Đái tháo đường trong thai kỳ

Hình 45.1 CÁC BIỂN CHỨNG TRÊN MẸ CỦA ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRƯỚC KHI MANG THAI

- Tiền sản giật (12%)
- Tăng huyết áp mạn tính (10%)
- Nhiễm ceton-acid (8%)
- Đa ối (18%)
- Chuyển dạ sinh non (8%)
- Mổ lấy thai (20%-60%)
- Các tình trạng cấp cứu khác (hạ đường huyết, hôn mê)
- Di truyền (nguy cơ trẻ bị đái tháo đường là 4%-5% nếu mẹ bị đái tháo đường type 1; 25%-50% nếu mẹ bị đái tháo đường type 2)

Hình 45.2 CÁC BIỂN CHỨNG TRÊN THAI NHI CỦA ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRƯỚC KHI MANG THAI



Hình 45.3 KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ TIỀN SẢN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Hạn chế hấp thu đường:

- Chế độ ăn dành cho người đái tháo đường (36 kcal/kg hoặc 15 kcal/lb cho cân nặng lý tưởng + 100 kcal cho mỗi tam cá nguyệt với tỉ lệ 40%-50% carbohydrate, 20% protein, 30%-40% chất béo để tránh chuyển hóa đậm)
- Insulin (liều insulin khác nhau ở mỗi người, nhưng liều thông thường là 0.7-1.0 IU/kg/ngày chia thành 2/3 liều buổi sáng (2/3 NPH, 1/3 tác dụng nhanh) và 1/3 liều buổi chiều (50% NPH, 50% tác dụng nhanh))
- Mục tiêu: đường huyết tối <95 mg/dL; đường huyết 1 giờ sau ăn <140 mg/dL.
- Theo dõi đường huyết tại nhà tối thiểu 4 lần mỗi ngày

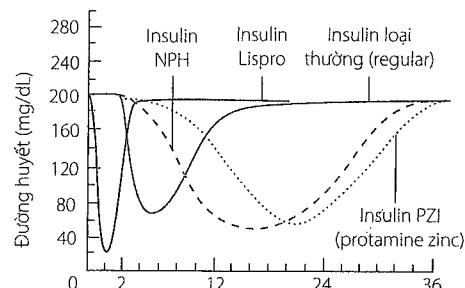
Khám chuyên khoa mắt định kỳ mỗi tam cá nguyệt

Siêu âm khảo sát hình thái học thai nhi lúc tuổi thai 18-22 tuần
(bao gồm siêu âm tim thai)

Cân nhắc khám chức năng tuyến giáp (6% trường hợp có bệnh lý tuyến giáp đi kèm),
thực hiện bộ xét nghiệm tiền sản giật, đậm niệu 24-giờ và độ thanh thải creatinine
HbA1c (như trên)

Đánh giá sức khỏe thai nhi (non-stress test, siêu âm đánh giá sự tăng trưởng) sau
tuần 32 để đánh giá nguy cơ thai chậm tăng trưởng trong tử cung và dấu hiệu suy thai

Thời gian tác dụng của các loại insulin



Sinh lý

Trong thai kỳ xảy ra tình trạng kháng insulin và giảm sử dụng glucose ở mô ngoại vi (do nhau thai tiết ra các hormone có hoạt tính kháng insulin), nhờ đó thai nhi được cung cấp đầy đủ glucose.

Tần suất

3%-5% thai kỳ.

Biến chứng trên mẹ

- Đái tháo đường thai kỳ thường ít gây biến chứng cho mẹ. Các thai phụ bị đái tháo đường thai kỳ không có nguy cơ bị nhiễm toan keton – là tình trạng gây ra do sự khan hiếm insulin.
- Chú ý trong điều trị để tránh gây hạ đường huyết do tiêm insulin quá liều.
- Đái tháo đường thai kỳ là một test tầm soát để kháng insulin; 50% sẽ bị đái tháo đường thai kỳ ở lần mang thai tiếp theo; 40%-60% sẽ phát triển thành đái tháo đường về sau.

Biến chứng trên thai nhi

Con của người mẹ đái tháo đường thai kỳ không được kiểm soát tốt sẽ tiếp xúc với nồng độ glucose cao, vì vậy dễ có nguy cơ thai to. Thai to (xem Chương 51) thường làm gia tăng nguy cơ mổ lấy thai và các sang chấn khi sinh (xem Chương 63).

Tầm soát

- Test gánh nặng glucose* (glucose load test-GLT) được sử dụng để tầm soát đái tháo đường thai kỳ. Ở Vương quốc Anh, việc tầm soát được khuyến cáo thực hiện đối với những phụ nữ có nguy cơ cao ở tuần lễ 28. Các yếu tố nguy cơ bao gồm: tiền căn gia đình bị đái tháo đường, đường niệu dương tính, mẹ béo phì hoặc có tiền căn đái tháo đường thai kỳ, thai to hoặc thai chết lưu không giải thích được. Ở Hoa Kỳ, việc tầm soát đái tháo đường thai kỳ được thực hiện đối với tất cả các thai phụ ở tuần lễ 24-28, thai phụ có nguy cơ cao được tầm soát ở tuần lễ 16-20 và lặp lại ở tuần lễ 24-28.
- Test gánh nặng glucose không phải là một xét nghiệm đường huyết đối, tuy nhiên các thai phụ không nên ăn sau khi uống 50 g glucose cho đến khi lấy được mẫu máu một giờ sau uống glucose. Test đường tĩnh nên được làm tiếp *test dung nạp glucose* (glucose tolerance test - GTT). Nguồn cut-off của GLT $\geq 7.8 \text{ mmol/L}$ ($\geq 140 \text{ mg/dL}$) sẽ phát hiện được 80% phụ nữ bị đái tháo đường thai kỳ với đường tĩnh giả là 14%-18%; nguồn cut-off $\geq 7.2 \text{ mmol/L}$ ($\geq 130 \text{ mg/dL}$) phát hiện được 90% trường hợp đái tháo đường thai kỳ với đường tĩnh giả là 20%-25%.
- Chẩn đoán xác định đái tháo đường thai kỳ đòi hỏi phải thực hiện GTT test; không có nguồn của GLT để chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ. Tại Vương quốc Anh, sử dụng test GTT 2 giờ với 75 g glucose. Chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ khi đường huyết đối $\geq 5.5 \text{ mmol/L}$ ($\geq 100 \text{ mg/dL}$) và đường huyết 2 giờ $> 7.9 \text{ mmol/L}$ ($> 140 \text{ mg/dL}$). Tại Hoa Kỳ, sử dụng test GTT với 100 g glucose uống. Đo lượng đường trong máu tĩnh mạch lúc đối, và 1, 2, 3 giờ sau uống. Chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ khi có ít nhất 2 giá trị bất thường, tương ứng: ≥ 105 (≥ 5.8), ≥ 190 (≥ 10.5), ≥ 165 (≥ 9.1), và $\geq 145 \text{ mg/dL}$ ($\geq 8.0 \text{ mmol/L}$), theo tiêu chuẩn của NDDG. Ngoài ra còn có các nguồn chẩn đoán khác của Carpenter và Coustan.

Quản lý trong thai kỳ

- Mục tiêu không để thai to và các biến chứng của thai to xảy ra bằng cách duy trì đường huyết ở nguồn mong muốn (đường huyết đối $< 95 \text{ mg/dL}$ [$< 5.2 \text{ mmol/L}$] và đường huyết 1 giờ sau ăn $< 140 \text{ mg/dL}$ [$< 7.8 \text{ mmol/L}$]).
- Chế độ ăn tiết chế được khuyến cáo đối với tất cả các bệnh nhân.
- Đối khi cần phải điều trị. Nếu đường huyết đối $> 95 \text{ mg/dL}$ ($> 5.2 \text{ mmol/L}$) nên bắt đầu điều trị ngay vì tiết chế ăn uống không kiểm soát

được đường huyết đối. Mặc dù insulin là "tiêu chuẩn vàng" trong đái tháo đường thai kỳ, nhưng việc sử dụng các thuốc hạ đường huyết uống đang ngày càng phổ biến.

Quản lý trong chuyển dạ

- Mỗi lấy thai có thể lựa chọn nếu có thai to để tránh các nguy cơ sang chấn khi sinh (xem Chương 63).
- Các hormone có hoạt tính kháng insulin trong thai kỳ có nguồn gốc từ nhau thai, vì vậy không cần điều trị gì thêm trong giai đoạn sau sinh.
- Tất cả các phụ nữ bị đái tháo đường thai kỳ nên được làm lại test 75 g glucose ở thời điểm 6-8 tuần hậu sản, vì các phụ nữ này có nguy cơ phát triển thành đái tháo đường về sau.

Đái tháo đường trước mang thai

Sinh bệnh học

Nguyên nhân do thiếu insulin tuyệt đối (đái tháo đường type 1 hay đái tháo đường phụ thuộc insulin) hoặc do tăng đế kháng insulin ở mô ngoại vi (đái tháo đường type 2 hay đái tháo đường không phụ thuộc insulin).

Tần suất

<1% phụ nữ độ tuổi sinh đẻ.

Phân loại

- Tuổi khởi phát và thời gian bị đái tháo đường không liên quan đến dự hậu thai kỳ.
- Yếu tố tiên lượng xấu bao gồm: nhiễm toan keton, đường huyết không được kiểm soát tốt, tăng huyết áp, viêm thận bể thận, có biến chứng mạch máu.

Biến chứng

Trái với đái tháo đường thai kỳ, đái tháo đường trước mang thai làm tăng bệnh suất và tử suất của mẹ và chu sinh (Hình 45.1 và 45.2).

Quản lý trong thai kỳ (Hình 45.3)

- Những phụ nữ bị đái tháo đường được khám kiểm tra lý tưởng nhất là trước khi mang thai. Các biến chứng của thai kỳ như thai dị tật, sẩy thai có liên quan trực tiếp với mức độ kiểm soát đái tháo đường khi thụ thai.
- Quản lý chặt chẽ trong thai kỳ có thể làm giảm tử suất chu sinh từ 20% xuống còn 3%-5%.
- Gần 5% hemoglobin trong máu mẹ được đường hóa-HbA1c, trong đó HbA1c là huyết sắc tố đường hóa không đảo ngược chiếm 80%-85% nồng độ HbA1c. Hỗn cầu có vòng đời 120 ngày, do đó định lượng HbA1c phản ánh được mức độ kiểm soát đường huyết 3-4 tháng trước. Nên đo HbA1c trước khi mang thai, ở lần khám thai đầu tiên và mỗi 4-6 tuần trong thai kỳ.

Quản lý trong chuyển dạ và sau sinh

- Nếu kiểm soát tốt đái tháo đường, có thể chờ để vào chuyển dạ tự nhiên khi thai đủ trưởng thành. Do có nguy cơ bị mất tim thai nên các thai phụ bị đái tháo đường trước mang thai nên được sinh ở tuần lễ 39-40.
- Nếu ước lượng thai to ($\geq 4,500 \text{ g}$) nên mổ lấy thai chủ động để tránh các sang chấn khi sinh.
- Thai phụ không nên ăn trong lúc chuyển dạ. Thay vào đó nên truyền tĩnh mạch với glucose (dextro 5%, tốc độ 75-100 mL/giờ) và kiểm tra đường huyết mỗi 1-2 giờ. Nên sử dụng regular insulin tiêm dưới da hoặc truyền tĩnh mạch để duy trì đường huyết ở mức 100-120 mg/dL (5.5-6.6 mmol/L).
- Trong 48 giờ đầu sau sinh, nhu cầu insulin của bệnh nhân giảm (giai đoạn tro) nên bệnh nhân có thể dung nạp được với nguồn đường huyết 150-200 mg/dL (8.2-11.0 mmol/L) ở giai đoạn này. Sau khi ăn uống trở lại, bệnh nhân nên được dùng lại insulin.

Bệnh lý tim mạch trong thai kỳ

Hình 46.1 ĐIỀU TRỊ CÁC LOẠI BỆNH LÝ TIM MẠCH TRONG THAI KỲ

Thông các buồng tim	Shunt phái-trái	Hẹp van hai lá/ hẹp van động mạch chủ								
<ul style="list-style-type: none"> Nếu tồn thương nhỏ, bệnh nhân thường không có triệu chứng và không cần phải điều trị gì Thông liên thất lỗ lớn (VSD) thường sẽ kèm theo hở van động mạch chủ, suy tim sưng huyết, loạn nhịp, tăng áp phổi Sử dụng bộ lọc khí trên tất cả các đường truyền tĩnh mạch nhằm tránh truyền tắc mạch do khí tràn ngược vào 	<ul style="list-style-type: none"> Do tăng áp phổi kèm theo shunt mạch máu không qua phổi Trong thai kỳ, tình trạng giảm kháng lực mạch máu hệ thống đã làm nặng thêm shunt mạch máu, do đó làm hạ oxygen máu nhiều hơn Điều trị: tránh hạ huyết áp, duy trì tiền tái, oxygen, đặt các bộ lọc khí trên các đường truyền tĩnh mạch 	<ul style="list-style-type: none"> Tồn thương bệnh lý này đặc biệt nguy hiểm trong thai kỳ do sự thay đổi cung lượng tim và giãn nhĩ trái (gây nên loạn nhịp và/hoặc tạo huyết khối) Điều trị: duy trì tiền tái, tránh tình trạng nhịp tim nhanh. Cần nhắc sử dụng β-blocker cho những trường hợp nhịp tim lúc ổn định >90-100 nhịp/phút. Sử dụng thuốc giảm đau hợp lý lúc chuyển dạ có thể giúp hạn chế tình trạng nhịp tim nhanh Truyền máu tự thân ngay sau khi sinh có thể gây ra phù phổi cấp 								
Van nhân tạo		Sa van 2 lá								
<ul style="list-style-type: none"> Các nguy cơ bao gồm: huyết khối, van tim mất chức năng, nhiễm trùng (viêm nội tâm mạc nhiễm trùng) Điều trị: thuốc kháng đông cho tất cả các trường hợp van tim cơ học, kháng sinh dự phòng viêm nội tâm mạc 		<ul style="list-style-type: none"> Bệnh nhân thường không có triệu chứng gì Điều trị triệu chứng bằng β-blocker 								
Bệnh cơ tim		Dự phòng viêm nội tâm mạc nhiễm trùng								
<ul style="list-style-type: none"> Biểu hiện bằng rối loạn chức năng thất trái và giãn toàn bộ các buồng tim Sự tăng cung lượng tim trong thai kỳ có thể dẫn đến tình trạng mất bù Điều trị: tránh hạ huyết áp, cần nhắc kỹ khi truyền dịch, nếu cần thì dùng thuốc tăng co bóp để tăng cung lượng tim 		<p>Phác đồ dự phòng viêm nội tâm mạc trong lúc chuyển dạ-sinh</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Phác đồ nhóm nguy cơ thấp</td> <td>Amoxicillin, 3 g uống trước thủ thuật 1 giờ hoặc ngay khi bắt đầu chuyển dạ.</td> </tr> <tr> <td>Phác đồ tiêu chuẩn</td> <td>Lặp lại amoxicillin, 1,5 g uống mỗi 6 giờ cho đến khi sinh</td> </tr> <tr> <td>Dị ứng với penicillin</td> <td>Ampicillin, 2 g IV + gentamicin, 1,5 mg/kg IV (không quá 80 mg) trước thủ thuật 30 phút hoặc ngay khi bắt đầu chuyển dạ. Lặp lại liều như trên mỗi 8 giờ cho đến khi sinh</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Thay thế bằng vancomycin, 1g IV trong vòng 1 giờ, cách nhau mỗi 12 giờ</td> </tr> </tbody> </table>	Phác đồ nhóm nguy cơ thấp	Amoxicillin, 3 g uống trước thủ thuật 1 giờ hoặc ngay khi bắt đầu chuyển dạ.	Phác đồ tiêu chuẩn	Lặp lại amoxicillin, 1,5 g uống mỗi 6 giờ cho đến khi sinh	Dị ứng với penicillin	Ampicillin, 2 g IV + gentamicin, 1,5 mg/kg IV (không quá 80 mg) trước thủ thuật 30 phút hoặc ngay khi bắt đầu chuyển dạ. Lặp lại liều như trên mỗi 8 giờ cho đến khi sinh		Thay thế bằng vancomycin, 1g IV trong vòng 1 giờ, cách nhau mỗi 12 giờ
Phác đồ nhóm nguy cơ thấp	Amoxicillin, 3 g uống trước thủ thuật 1 giờ hoặc ngay khi bắt đầu chuyển dạ.									
Phác đồ tiêu chuẩn	Lặp lại amoxicillin, 1,5 g uống mỗi 6 giờ cho đến khi sinh									
Dị ứng với penicillin	Ampicillin, 2 g IV + gentamicin, 1,5 mg/kg IV (không quá 80 mg) trước thủ thuật 30 phút hoặc ngay khi bắt đầu chuyển dạ. Lặp lại liều như trên mỗi 8 giờ cho đến khi sinh									
	Thay thế bằng vancomycin, 1g IV trong vòng 1 giờ, cách nhau mỗi 12 giờ									

Hình 46.2 CHẨN ĐOÁN HUYẾT KHỐI TÍNH MẠCH SÂU

Thai kỳ làm tăng nguy cơ bị thuyên tắc huyết khối		
Tam giác virchow	Út trệ máu tĩnh mạch	Thành mạch bị phá hủy
giải thích nguyên nhân cơ bản của sự thành lập cục máu đông		
Tình trạng tăng đông		
ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA HUYẾT KHỐI TÍNH MẠCH SÂU		
Cơ năng:	phù một bên và/hoặc đau bắp chân hoặc đùi	
Thực thể:	xác định tình trạng phù một bên có hoặc không kèm theo đau bắp chân hoặc đau căng cứng mạch máu bị huyết khối. Dấu hiệu Homan (đau bắp chân khi ta duỗi bàn chân ra phía sau) chỉ có giá trị tiên đoán 30%-40% các trường hợp huyết khối tĩnh mạch sâu	

XÉT NGHIỆM HÌNH ẢNH HỌC XÁC ĐỊNH HUYẾT KHỐI TÍNH MẠCH SÂU		
Xét nghiệm	Độ chính xác	Đánh giá
Siêu âm Doppler*		
Tĩnh mạch gần (gốc chi)	85%-95% ≤50%	Không xâm lấn, rẻ, nhưng rất kém trong phát hiện huyết khối tĩnh mạch đoạn xa
Tĩnh mạch vùng bắp chân		Không xâm lấn, rẻ, nhưng rất kém trong phát hiện huyết khối tĩnh mạch đoạn xa
Đo trở kháng mạch máu đồ	90%-95% <30%	Chính xác, xâm lấn (có nguy cơ xuất huyết)
Tĩnh mạch gần		Chính xác, chống chỉ định cho phụ nữ mang thai
Tĩnh mạch vùng bắp chân		
Tĩnh mạch đồ	95%-99%	
Tĩnh mạch gần [¹²⁵ I] Fibrinogen	80%-90%	
Tĩnh mạch xa (tối ngang mức giữa đùi)		

*còn được gọi là siêu âm chỉ dưới không xâm lấn (lower extremity non-invasive test - LENI)

Hình 46.3 CHẨN ĐOÁN THUYỀN TẮC PHỔI

Đặc điểm lâm sàng														
Cơ năng:	nhịp tim nhanh, khó thở, thở nhanh, đau ngực kiểu màng phổi, ho, và/hoặc khạc ra máu.													
Thực thể:	có thể thấy xanh tím, rale ở phổi, và/hoặc tiếng co màng phổi. Dấu chứng nhẹ nhất của thuyên tắc phổi là tình trạng nhịp tim nhanh không rõ nguyên nhân.													
Cận lâm sàng:	EKG có thể biểu hiện tăng gánh thất phải (S_1, Q_3, T_3 với trực diện tim lệch phái). Khí máu động mạch không có nhiều vai trò trong chẩn đoán thuyên tắc phổi mặc dù hữu ích trong việc đánh giá đáp ứng điều trị. 70% phụ nữ bị thuyên tắc phổi sẽ có bằng chứng huyết khối tĩnh mạch sâu trên LENI.													
Xạ hình thông khí-tưới máu (ventilation-perfusion: V/Q)														
	<ul style="list-style-type: none"> Xạ hình thông khí-tưới máu bình thường, trung gian, hoặc bất thường cho thấy nguy cơ bị thuyên tắc phổi là thấp, trung bình hoặc cao Nếu xạ hình thông khí-tưới máu bình thường, ta có thể loại trừ chẩn đoán thuyên tắc phổi Kết quả từ các nghiên cứu tiền cứu cho thấy hầu hết các cận lâm sàng trong chẩn đoán thuyên tắc phổi có độ nhạy cao (96%), nhưng không đặc hiệu (10%) Xạ hình thông khí-tưới máu nguy cơ cao (có sự bất tương xứng do giảm tưới máu) có độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán thuyên tắc phổi (97%) 													
Chụp cản quang hệ mạch máu phổi														
	<ul style="list-style-type: none"> Có độ chính xác nhất trong chẩn đoán thuyên tắc phổi, nhưng vì đây là cận lâm sàng xâm lấn, do đó sẽ tồn tại những nguy cơ tiềm ẩn (xuất huyết, suy thận cấp, tràn khí màng phổi) 													
Chỉ định chụp cản quang hệ mạch máu phổi														
Nguy cơ theo xạ hình thông khí-tưới máu	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cao</th> <th>Trung bình</th> <th>Thấp</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>96%</td> <td>88%</td> <td>56%*</td> </tr> <tr> <td>66%*</td> <td>28%*</td> <td>16%</td> </tr> <tr> <td>40%*</td> <td>16%</td> <td>4%</td> </tr> </tbody> </table>		Cao	Trung bình	Thấp	96%	88%	56%*	66%*	28%*	16%	40%*	16%	4%
Cao	Trung bình	Thấp												
96%	88%	56%*												
66%*	28%*	16%												
40%*	16%	4%												
	*cần thiết phải chụp cản quang													

ĐIỀU TRỊ THAI KỲ VÀ NGHỆ THUỐC HỘ KHỎI

Tần suất

1% thai kỳ.

Nguyên nhân

- Tim bẩm sinh chiếm >50% các trường hợp bệnh tim mạch trong thai kỳ.
- Các nguyên nhân thường gặp khác bao gồm: bệnh mạch vành, tăng huyết áp và rối loạn chức năng tuyến giáp. Các nguyên nhân hiếm gặp bao gồm: viêm cơ tim, bệnh lý cơ tim, viêm màng ngoài tim co thắt, rối loạn nhịp. Trước đây, bệnh tim hậu thẩm chiếm khoảng 90% các bệnh tim trong thai kỳ, tuy nhiên ngày nay hiếm gặp.

Tiền lượng

Tiền lượng phụ thuộc vào 4 yếu tố:

- Chức năng tim.** Phân loại lâm sàng của Hiệp hội Tim mạch New York (NYHA) 1928 (xem bảng bên dưới).
- Các tình trạng lâm sàng có thể làm tăng cung lượng tim (đa thai, thiếu máu, bệnh lý tuyến giáp).**
- Thuốc.**
- Các đặc tính của sang thương tim.**

Điều trị (Hình 46.1)

- Có thể cho phép chờ vào chuyển dạ tự nhiên khi thai trưởng thành. Khởi phát chuyển dạ được chỉ định đối với các bệnh nhân bệnh tim cần phải theo dõi xâm lấn.
- Giảm đau đầy đủ (nên gây tê vùng).
- Nâng cao trái để cung cấp đủ oxygen.
- Theo dõi ECG và SpO₂ liên tục.
- Theo dõi lượng dịch xuất-nhập.
- Cân nhắc theo dõi huyết động học xâm lấn đối với bệnh nhân có phân độ NYHA III-IV.
- Xem xét rút ngắn giai đoạn hai chuyển dạ.

Bảng 46.1 Tử vong mẹ liên quan với tổn thương tim

Nhóm 1 (tỷ lệ tử vong <1%)	Thông liên nhĩ Thông liên thất Còn ống động mạch Tử chứng Fallot (đã phẫu thuật) Van tim nhân tạo Bệnh lý van động mạch phổi/ van ba lá Hẹp van hai lá (NYHA I-II)
Nhóm 2 (tỷ lệ tử vong 5%-10%)	2A Hẹp van động mạch chủ Hẹp van hai lá (NYHA III-IV) Hẹp eo động mạch chủ (không do van) Tử chứng Fallot (chưa phẫu thuật) Tiền căn đã bị nhồi máu cơ tim Hội chứng Marfan với động mạch chủ bình thường 2B Hẹp van hai lá có biến chứng rung nhĩ Van tim nhân tạo Tăng áp phổi
Nhóm 3 (tỷ lệ tử vong 25%-50%)	Hẹp eo động mạch chủ (do van) Hội chứng Marfan có tổn thương động mạch chủ

Bảng 46.2 Phân loại bệnh tim của mẹ trên lâm sàng (theo NYHA)

Phân độ Chức năng tim		
I	Không bị ảnh hưởng	Hoạt động bình thường không bị giới hạn
II	Bị ảnh hưởng nhẹ	Hoạt động bình thường bị giới hạn nhẹ
III	Bị ảnh hưởng đáng kể	Có triệu chứng khi hoạt động bình thường
IV	Bị ảnh hưởng nặng nề	Có triệu chứng ngay cả khi nghỉ ngơi

ĐIỀU TRỊ HUYẾT KHỐI TÌNH MẠCH SÂU

Tần suất

- Đây là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho mẹ.
- Huyết khối tĩnh mạch sâu (DVT) xảy ra trong 0.05%-0.3% thai kỳ (hình 46.2). Tỉ lệ này tăng gấp 3-5 lần trong chuyển dạ và gấp 3-15 lần sau mỗi lấy thai. Nếu không được điều trị, 15%-25% bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch sâu sẽ có biến chứng thuyền tắc phổi (4%-5% nếu được điều trị) (Hình 46.3).

Nguyên nhân

Thai kỳ là một tình trạng tăng đông sinh lý. Ở phụ nữ có thai, nguy cơ xảy ra bệnh lý huyết khối cao gấp 5 lần so với khi không có thai. Các yếu tố nguy cơ bao gồm: chấn thương (phẫu thuật), nhiễm trùng, béo phì, mẹ lớn tuổi, và bệnh ưu huyết khối (thrombophilia) sẵn có (xem bên dưới).

Điều trị

- Heparin không phân đoạn** là điều trị đầu tay khi có thuyền tắc huyết khối cấp tính. Sử dụng đường tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da với mục tiêu giữ PTT cao 1.5-2.0 lần so với bình thường. Heparin không đi qua nhau nên không gây quái thai. Các tác dụng có hại bao gồm: xuất huyết (5%-10%), giảm tiểu cầu (2%), và loãng xương (liên quan liều). Khi có xuất huyết cấp tính cần điều trị ngay với protamine sulfate (chất đối kháng của heparin) để đảo ngược các tác dụng của heparin.
- Heparin trọng lượng phân tử thấp** (LMWH) đang dần thay thế heparin không phân đoạn trong các trường hợp không mang thai. LMWH có ưu điểm là an toàn nhưng hiệu quả điều trị không cao. Do thời gian bán hủy dài và không có đối kháng protamine sulfate, vì vậy đa số tác giả đều khuyến cáo nên chuyển từ LMWH sang heparin không phân đoạn ở tuần lễ 35-36 thai kỳ.
- Nên tiếp tục điều trị trong suốt thai kỳ và tiếp tục cho đến 6-12 tuần hậu sản. Sau sinh, có thể điều trị với warfarin uống (warfarin có thể gây quái thai, vì vậy nên tránh dùng trong thai kỳ). Warfarin có thể dùng được khi cho con bú.
- Các biện pháp điều trị thay thế khác (thuốc tiêu sợi huyết hay can thiệp phẫu thuật) tốt nhất nên tránh.

Dự phòng

- Phụ nữ bị huyết khối tĩnh mạch sâu không giải thích được có 5%-10% nguy cơ tái phát lại trong thai kỳ lần sau. Đối với các phụ nữ có tiền căn bị bệnh lý huyết khối (xem bên dưới) nên được điều trị **dự phòng** trong thai kỳ với heparin (5,000-10,000 U tiêm dưới da 2 lần/ngày). PTT sẽ không tăng. Hoạt tính của kháng-yếu-tố Xa nên nằm trong khoảng 0.1-0.3 U/mL. Việc quản lý bệnh nhân có tiền căn huyết khối tĩnh mạch sâu nhưng không có các rối loạn tăng đông nào vẫn còn tranh cãi. Tại Vương quốc Anh, các phụ nữ này chỉ được dùng thuốc kháng đông dự phòng trong giai đoạn hậu sản (dùng ít nhất 6 tuần). Tại Hoa Kỳ, có xu hướng sử dụng kháng đông **dự phòng** trong cả thai kỳ và hậu sản.
- Các phụ nữ có tiền căn bị thuyền tắc phổi, **thuốc kháng đông** được chỉ định sử dụng trong suốt thai kỳ. Mục tiêu duy trì PTT ở mức 60-80 giây (cao hơn 2.0-2.5 lần bình thường) hoặc hoạt tính kháng "yếu" tố Xa đạt 0.6-1.0 U/mL. Kháng đông được tiếp tục sử dụng sau sinh trong vòng ít nhất 6 tuần.

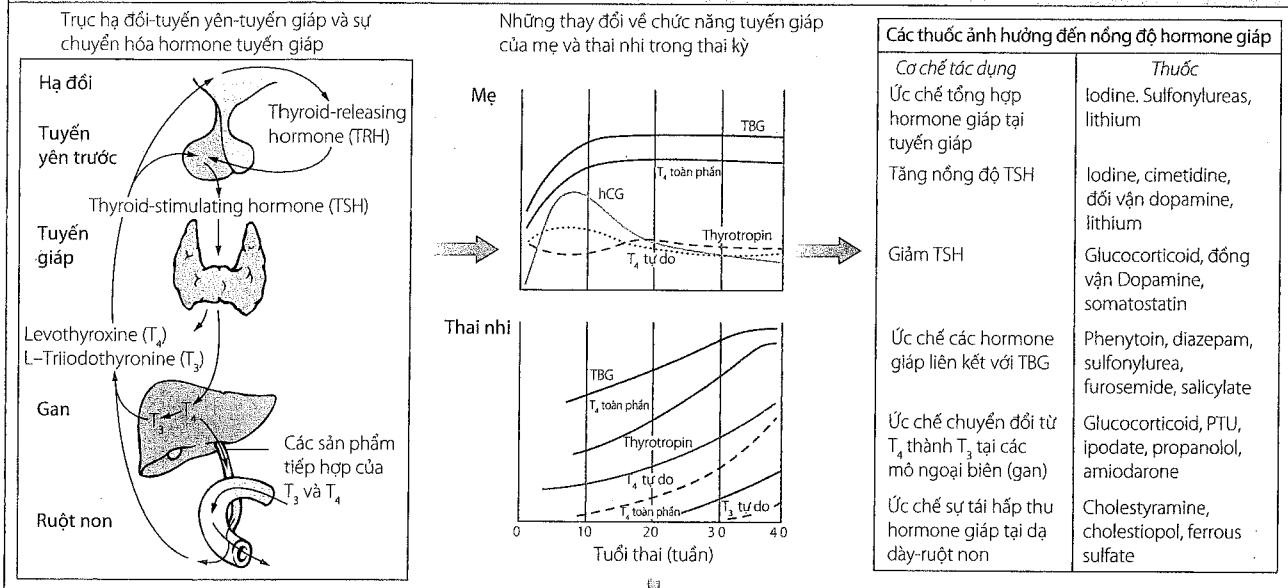
Bảng 46.3 Các rối loạn đông máu dễ dẫn tới thuyền tắc huyết khối

Tình trạng	Test có đáng tin cậy trong thai kỳ?
Thiếu yếu tố V Leiden	Có (xét nghiệm di truyền học)
Khiếm khuyết gene Prothrombin	Có (xét nghiệm di truyền học)
Thiếu protein C	Không (nồng độ có thể tăng khi có thai)
Thiếu protein S	Không (nồng độ có thể giảm khi có thai)
Thiếu Antithrombin III	Không (nồng độ có thể tăng khi có thai)
Chất kháng đông Lupus	Có (tìm kháng thể trong máu)
Kháng thể anticardiolipin	Có (tìm kháng thể trong máu)

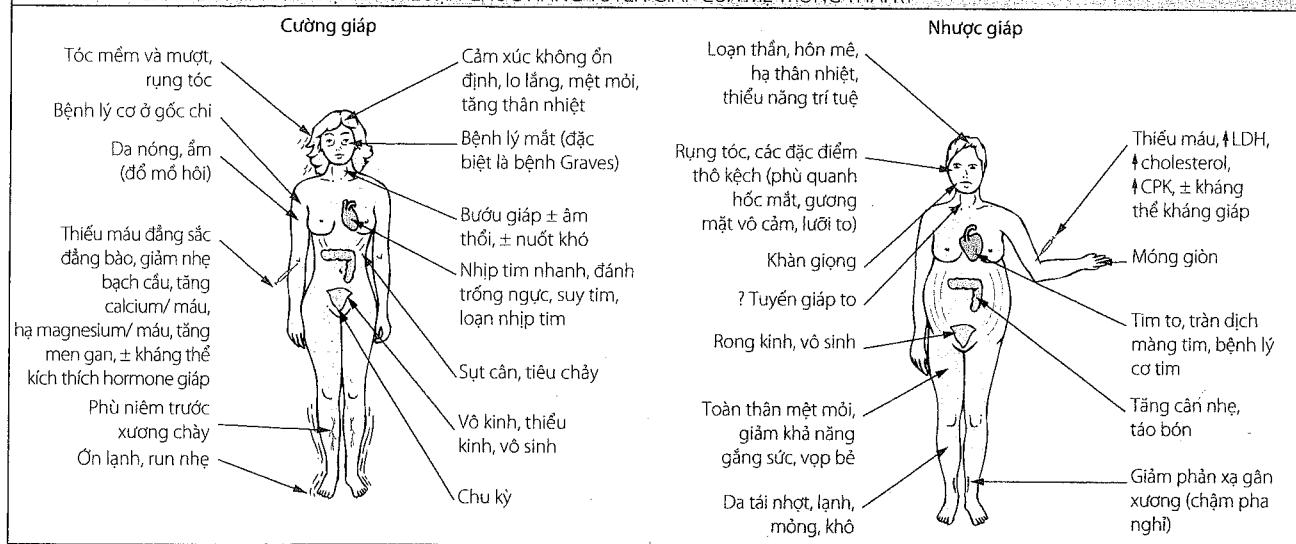
47

Bệnh lý tuyến giáp trong thai kỳ

Hình 47.1 SINH LÝ TUYẾN GIÁP



Hình 47.2 CHẨN ĐOÁN TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP CỦA MẸ TRONG THAI KỲ



Hình 47.3 CÁC DẤU CHỨNG/TRIỆU CHỨNG HƯỚNG TỚI TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP, CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH DỰA THEO XÉT NGHIỆM CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP

Xét nghiệm chức năng tuyến giáp	Đơn vị	Giới hạn bình thường (không có thai)	Giới hạn bình thường (trong thai kỳ)	Cường giáp	Nhuộm giáp
Thyroid-stimulating hormone (TSH)	mU/L	0.2-4.0	0.8-1.3	Không thay đổi	Giảm rõ rệt
Thyroid-binding globulin (TBG)	mg/L	11-21	23-25	Tăng	Không thay đổi
T_4 toàn phần	$\mu\text{g}/\text{dL}$	3.9-11.6	10.7-11.5	Tăng	Giảm
T_4 tự do	ng/dL	0.8-2.0	1.0-1.4	Không thay đổi	Giảm
T_3 toàn phần	ng/dL	91-208	205-233	Tăng	Bình thường hoặc giảm
T_3 tự do	$\mu\text{g}/\text{dL}$	190-710	250-330	Không thay đổi	Giảm

Sinh lý tuyến giáp (Hình 47.1)

- Hormone tuyến giáp trong tuần hoàn: thyroxine levothyroxine (T_4) và L-triiodothyronine (T_3) được gắn kết với protein chuyên chở là TBG (thyroxine-binding globulin), chỉ có <1% tuần hoàn trong máu là ở dạng tự do (có hoạt tính sinh học).
- Iodine cần thiết cho sự sản xuất ra hormone và chức năng tuyến giáp của thai nhi phụ thuộc vào iodine của người mẹ.
- Các bệnh lý nội khoa khác và một số thuốc có thể ảnh hưởng đến chức năng tuyến giáp.

Chức năng tuyến giáp trong thai kỳ

- Estrogen có hai ảnh hưởng lên chức năng tuyến giáp của thai kỳ:
 - Làm tăng nồng độ TBG tuần hoàn trong máu, do đó làm tăng nồng độ của T_3 , T_4 toàn phần.
 - Làm tăng quá trình sialyl-hóa (sialylation) của TBG, làm giảm độ thanh thải ở gan của T_3 và T_4 .Mặc dù có những thay đổi này nhưng nồng độ T_3 , T_4 tự do trong máu vẫn không thay đổi.
- <0.1% hormone tuyến giáp đi qua nhau thai. Vì vậy, các xét nghiệm chức năng tuyến giáp thai nhi (mặc dù hiếm, nhưng nếu có chỉ định) đáng tin cậy và độc lập với chức năng tuyến giáp của người mẹ.
- Chức năng tuyến giáp có thể được đo lường trong máu thai nhi sớm từ tuần 12 của thai kỳ.

Cuồng giáp (nhiễm độc: suy giáp)

Tần suất

0.05%-0.2% thai kỳ.

Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định đòi hỏi phải thực hiện xét nghiệm chức năng tuyến giáp (Hình 47.2 và 47.3).

Nguyên nhân

- Bệnh Graves là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra cuồng giáp trong thai kỳ (95%). Nguyên nhân là do có sự hiện diện của kháng thể kích thích tuyến giáp trong máu. Các dấu hiệu ở mắt là điểm đặc trưng cho bệnh Graves. Kháng thể IgG đi qua được nhau thai, vì vậy thai nhi có nguy cơ bị rối loạn chức năng tuyến giáp.
- Bướu giáp đa nhân nhiễm độc: cuồng giáp và tuyến giáp to, có thể sờ được.
- Nghén năng: thường là do nồng độ hCG trong máu tăng cao, 50%-70% phụ nữ có xét nghiệm sinh hóa gợi ý có tình trạng cuồng giáp nhưng không có biểu hiện triệu chứng.
- Cuồng giáp có thể xảy ra thứ phát do nồng độ hCG trong máu tăng cao trong bệnh lý nguyên bào nuôi thai kỳ.
- Carcinoma tế bào nang giáp do di căn (hiếm).
- T_3 hoặc T_4 ngoại sinh.
- Viem giáp De Quervain (hiếm): bệnh lý cấp tính và gây đau.

Biến chứng

- Biến chứng cho mẹ. Vô sinh, sẩy thai tái phát, suy tim (10%-20%), cơn bão giáp (<0.1%).
- Biến chứng cho con. Sinh non, IUGR, tăng tỉ lệ tử vong chu sinh.

Điều trị

- Mục tiêu điều trị trong thai kỳ là kiểm soát tình trạng nhiễm độc tuyến giáp nhưng tránh gây ra suy giáp cho thai nhi và/hoặc suy giáp sơ sinh tạm thời.

- Thuốc kháng giáp là điều trị lựa chọn trong thai kỳ. Propylthiouracil (PTU) được ưa thích sử dụng bởi vì PTU vừa có tác dụng ngăn cản sự phóng thích hormone từ tuyến giáp vừa ức chế chuyển hóa T_4 thành T_3 ở mô ngoại biên. Carbimazole có thể gây ra loại dị tật thai hiếm gặp là bất sản da bẩm sinh (aplasia cutis congenita). Điều trị PTU khởi đầu dùng liều 100-150 mg x 3 lần/ngày, điều trị sau 3-4 tuần mới có đáp ứng trên lâm sàng. Nên kiểm tra nồng độ TSH mỗi 4-6 tuần hoặc mỗi khi điều chỉnh liều.

- Chống chỉ định tuyệt đối dùng iodine phóng xạ để phá hủy mô tuyến giáp trong thai kỳ.

- Tránh tối đa phẫu thuật trong thai kỳ nếu có thể, chỉ định trong trường hợp điều trị nội khoa thất bại, tốt nhất nên thực hiện phẫu thuật ở tam cá nguyệt 2.

- Xét nghiệm chức năng tuyến giáp thai nhi nên thực hiện thường quy sau 32 tuần để có bằng chứng của rối loạn chức năng tuyến giáp thai nhi nếu có. Nhịp tim thai nhanh >160 lần/phút là một dấu chứng nhạy cảm của tình trạng cường giáp thai nhi.

Suy giáp

Tần suất

0.6% tất cả các trường hợp mang thai.

Chẩn đoán (Hình 47.2 và 47.3)

- Chẩn đoán xác định dựa vào xét nghiệm chức năng tuyến giáp.
- Suy giáp dưới lâm sàng trong thai kỳ có thể gây ra tình trạng thiếu nồng độ trí tuệ ở thai nhi. Tuy nhiên, thực hiện xét nghiệm TSH thường quy ở tất cả các thai phụ không được khuyến cáo.

Nguyên nhân

- Viêm giáp Hashimoto (viêm giáp dòng lympho bào mạn tính): tuyến giáp chắc, có hiện diện của kháng thể anti-thyroglobulin hoặc anti-microsomal trong máu. Phụ nữ bị viêm giáp Hashimoto khi có thai có thể cải thiện tạm thời các triệu chứng.
- Suy giáp sau điều trị cường giáp: cần bổ sung hormone tuyến giáp.
- Viêm giáp nhiễm trùng (viêm giáp mưng mủ): sốt, tuyến giáp to đau.
- Viêm giáp bán cấp: lâm sàng giống với viêm giáp nhiễm trùng với tuyến giáp sưng đau, ± sốt. Thường là do nhiễm virus, bệnh sẽ tự giới hạn.
- Thiếu Iodine (hiếm gặp).

Điều trị

- Chẩn đoán sớm suy giáp giúp tránh được các biến chứng thai kỳ (nhau bong non, IUGR, thai chết lưu) và thiếu nồng độ trí tuệ ở thai nhi.
- Điều trị levothyroxine (thyroxine) nên khởi đầu với liều 100-150 µg/ngày. Nên kiểm tra nồng độ TSH mỗi 4-6 tuần hoặc mỗi khi điều chỉnh liều.
- Phụ nữ đang điều trị thyroxine trước khi mang thai nên được theo dõi nồng độ TSH mỗi 4-6 tuần. Hầu hết các thai phụ cần tăng liều điều trị 30%-50% trong thai kỳ.

Viêm giáp hậu sản

- Tần suất. 4%-10% tất cả các thai phụ trong giai đoạn hậu sản.
- Nguyên nhân. Chưa rõ, nhưng có thể do nguyên nhân tự miễn.
- Đặc điểm lâm sàng. Đây là tình trạng cường giáp tạm thời xảy ra trong 2-3 tháng hậu sản (mệt mỏi, chóng mặt, sут cân, hồi hộp), hoặc là một tình trạng suy giáp tạm thời xảy ra trong 4-8 tháng hậu sản (mệt mỏi, tăng cân, trầm cảm).
- Điều trị. Điều trị hỗ trợ và thường có thể giảm liều dần trong vòng 1 năm.

Bệnh lý thần kinh

Nhức đầu

- Đây là một triệu chứng thường gặp trong thai kỳ.
- Nguyên nhân.** Migraine, đau đầu căng cơ, trầm cảm. Các nguyên nhân ít gặp hơn bao gồm viêm xoang, bệnh não giả u, bệnh lý mạch máu não, u não, viêm động mạch thái dương, nhiễm trùng (viêm màng não, viêm não), tiền sản giật và đau đầu sau gây tê túy sống (gấp >30% phụ nữ trong tuần đầu tiên sau gây tê túy sống, bệnh thường nhẹ và tự giới hạn).
- Phân lớn các trường hợp nhức đầu thường là lành tính. Nhức đầu gây rối loạn giấc ngủ và tăng lên khi vận động hoặc có đi kèm với các dấu thần kinh khu trú có thể gợi ý một tổn thương cấu trúc.

Động kinh

- Tần suất.** 0.3%-0.6% thai kỳ. Bệnh lý thần kinh thường gặp nhất trong thai kỳ.
- Phân loại.** Nguyên phát (vô căn) hoặc thứ phát (chấn thương, nhiễm trùng, bệnh lý mạch máu não, nghiện ma túy hoặc các bệnh lý chuyển hóa). Động kinh trong thai kỳ cần phải được cảnh giác với tiền sản giật-sản giật cho đến khi có bằng chứng loại trừ.
- Ảnh hưởng của động kinh trên thai kỳ.** Các biến chứng sản khoa gồm có tăng nguy cơ bị nghén nặng, sinh non, tiền sản giật, mổ lấy thai, nhau bong non, và tử vong chư sinh. Tuy nhiên, hầu hết các thai phụ bị động kinh ít khi bị biến chứng trong thai kỳ.
- Ảnh hưởng của thai kỳ lên động kinh thường thay đổi.** Estrogen làm giảm ngưỡng co giật, trong khi progesterone lại làm tăng ngưỡng co giật. Tần suất co giật gia tăng trong 45% thai phụ, giảm trong 5% và không đổi trong 50%. Nếu co giật được kiểm soát tốt trước khi mang thai, nguy cơ xấu ít khi xảy ra. Tuy nhiên, nếu co giật không được kiểm soát tốt, thai kỳ sẽ làm tăng tần suất cơn co giật. Một số yếu tố sinh lý trong thai kỳ (chậm làm trống dạ dày, gia tăng thể tích huyết tương, thay đổi sự gắn kết protein, tăng chuyển hóa ở gan) làm cho hiệu lực của các thuốc chống co giật bị thay đổi trong thời kỳ có thai.
- Ảnh hưởng lên thai và trẻ sơ sinh.** Những phụ nữ bị co giật tăng 2-3 lần nguy cơ dị tật thai nhi kể cả khi đã được điều trị. Hơn nữa, các thuốc chống co giật cũng là tác nhân gây quái thai (xem Chương 49). Tần suất dị tật thai gia tăng cùng với số lượng thuốc chống co giật điều trị: 3%-4% với một loại thuốc, 5%-6% với hai loại thuốc, 10% với ba loại thuốc, và 25% với bốn loại thuốc. Vì vậy, đơn điều trị với một loại thuốc chống co giật được khuyến cáo. *Valproic acid* có thể gây khiếm khuyết ống thần kinh (NTDs) trong 1% trường hợp. Nguy cơ cao nhất xảy ra nếu dùng thuốc từ ngày 17 đến ngày 30 sau thụ thai (ngày 31 đến ngày 44 vô kinh). Folic acid (4 mg/ngày) có thể làm giảm tần suất NTDs. 10%-30% thai phụ điều trị với *phenytoin* sinh con có một hay nhiều hơn các dị tật: bất thường sọ mặt, dị tật tim, dị tật chi (thiểu sản đốt ngón xa, thiểu sản móng), hoặc IUGR. Trẻ có tất cả các dị tật trên được gọi là “hội chứng Hydantoin thai nhi” (hiếm gặp). Điều trị với các thuốc co giật khác (trimethadione, phenobarbital, carbamazepine) cũng có thể gây ra các dị tật tương tự.
- Điều trị động kinh trong thai kỳ.** Nên xem xét ngừng các thuốc chống co giật trước khi thụ thai đối với những phụ nữ không bị co giật trong ít nhất 2 năm, tuy nhiên 25%-40% trường hợp sẽ bị tái phát cơn co giật trong lúc mang thai.

- Co giật có thể gây thiếu oxygen ở mẹ và gây tổn thương cho thai nhi. Mục đích của điều trị là kiểm soát cơn co giật với một loại thuốc ở liều tối thiểu có hiệu quả.
- Các biến chứng thường ít xảy ra trong giai đoạn chuyển dạ và sinh. Benzodiazepine nên được sử dụng cẩn trọng trong chuyển dạ.
- Tất cả các thuốc chống co giật đều đi qua sữa mẹ. Nồng độ thuốc qua sữa khác nhau ở từng loại (2% với valproic acid; 30%-45% với phenytoin, phenobarbital, và carbamazepine; 90% với ethosuximide). Tuy nhiên, sử dụng các thuốc co giật không phải là một chống chỉ định của cho con bú.

Cấp cứu thần kinh trong thai kỳ

Tình trạng động kinh

- Định nghĩa.** Các cơn co giật xảy ra liên tiếp và mất ý thức.
- Đây là một cấp cứu đối với mẹ và bé.
- Điều trị.** Điều trị cũng giống ở người không mang thai: ổn định sinh hiệu, kiểm soát co giật, và ngừa co giật tái phát. Nhịp tim thai nhanh tạm thời thường xảy ra. Hồi sức thai nhi *trong tử cung* trước khi quyết định cho sinh. Co giật kéo dài có thể gây nhau bong non.

Các bệnh lý về tri giác, nhận thức

- Định nghĩa.** Các bệnh lý gây lú lẫn, rối loạn tri giác và hôn mê.
- Chẩn đoán phân biệt.** Cần phân biệt với các nguyên nhân giống như ở phụ nữ không mang thai, nhưng cần lưu ý đến nguyên nhân sản giật.
- Điều trị.** Điều trị nguyên nhân và điều trị nâng đỡ.

Các rối loạn tâm thần trong thai kỳ

- Các thuốc hướng tâm thần nên tiếp tục điều trị trong thai kỳ vì khả năng tái phát bệnh gây ra nguy cơ cho thai kỳ cao hơn so với nguy cơ do thuốc điều trị gây ra.
- Các khuyến cáo về điều trị thuốc:
 - Sử dụng liều tối thiểu có hiệu quả
 - Cần nhắc tri hoãn việc điều trị cho đến sau tam cá nguyệt 1 để giảm thiểu nguy cơ gây dị tật cho thai nhi (xem Chương 49)
 - Tránh sử dụng các thuốc an thần ngay trước sinh để tránh nguy cơ úc chế lên trẻ sơ sinh
 - ECT (electroconvulsive therapy) thường tránh dùng trong thai kỳ, tuy nhiên ECT khá an toàn đối với thai nhi.

Trầm cảm sau sinh

- Tần suất.** 8%-15% giai đoạn hậu sản.
- Yếu tố nguy cơ.** Trầm cảm trước sinh (30% nguy cơ), tiền căn trầm cảm sau sinh (70%-85%).
- Định khởi phát các triệu chứng ở 2-3 tháng sau sinh, và thường tự giới hạn trong 6-12 tháng.
- Chăm sóc hỗ trợ và theo dõi hàng tháng. Điều trị thuốc nếu cần thiết.

Loạn thần sau sinh

- Tần suất.** 1-2/1,000 ca sinh sống.
- Yếu tố nguy cơ.** Con so, tiền căn gia đình hoặc bản thân mắc các bệnh lý tâm thần, tiền căn loạn thần sau sinh (25%-30% nguy cơ).
- Định khởi phát triệu chứng là 10-14 ngày sau sinh.
- Nhập viện, điều trị nội khoa, và ECT khi có chỉ định.

Bệnh phụ sản và thai

Hen

- Tần suất: 1%-4% thai kỳ.
- Thai kỳ có thể có nhiều ảnh hưởng khác nhau lên diễn tiến của bệnh hen (25% cải thiện, 25% xấu hơn, 50% không thay đổi). Các bệnh nhân bị hen nhẹ và được kiểm soát hen sẽ dung nạp tốt với thai kỳ. Ở những phụ nữ bị hen nặng, các triệu chứng sẽ có nguy cơ trở nặng hơn.
- Điều trị:** Giống như ở người không mang thai: nhập viện, steroid, và/hoặc đặt nội khí quản khi cần.
- Biến chứng:** IUGR, thai lưu, tử vong mẹ.

Thuyên tắc ối

- Là một cấp cứu sản khoa với 80%-90% tử vong mẹ.
- Yếu tố nguy cơ:** Đa sản, chuyển dạ kéo dài, thai chết lưu, tăng co quá mức với oxytocin, nhau bong non, mổ lấy thai.
- Lâm sàng: khởi phát đột ngột và cấp tính với khó thở, hạ huyết áp, rối loạn đông máu, giảm oxygen máu. Điều trị chủ yếu là nâng đỡ.

Phù phổi

- Phân loại: phù phổi do tim và không do tim.
- Yếu tố nguy cơ:** Quá tải tuần hoàn, nhiễm trùng, tiền sản giật, sử dụng thuốc giảm gà.
- Điều trị:** Cũng giống như ở phụ nữ không mang thai. LMNOP: lasix (lợi tiểu), morphine, hạn chế muối và dịch truyền (Na^{+} -water restriction), oxygen, tư thế đầu cao (position upright). Có thể cần nhắc dùng thuốc kháng sinh.

Bệnh thận và thai

Nhiễm trùng tiểu không triệu chứng

- Tần suất: 4%-7% thai kỳ, gần giống với xuất độ ở phụ nữ không mang thai.
- Trong thai kỳ, nhiễm trùng tiểu không triệu chứng có khuynh hướng dễ tiến triển thành viêm thận-bể thận (20%-30%).
- Escherichia coli* là tác nhân gây bệnh thường gặp nhất.

Suy thận mạn tính

- Biến chứng:** Vô sinh (thường liên quan đến tình trạng không phóng noãn kéo dài), sẩy thai, tiền sản giật, IUGR, thai chết lưu, và sinh non.
- Dự hậu thai kỳ phụ thuộc vào chức năng thận của bệnh nhân, sự hiện diện và độ nặng của tăng huyết áp. Mức độ tiểu đạm không ảnh hưởng lớn dự hậu thai kỳ.
- Ở các bệnh nhân suy thận mạn tính giai đoạn cuối, ghép thận là cơ hội tốt nhất để bệnh nhân có thể có con (đặc biệt khi chức năng thận ổn định trong 1-2 năm và không có tăng huyết áp đi kèm). Ba tác nhân ức chế miễn dịch (cyclosporin, azathioprine, prednisone) nên tiếp tục được sử dụng trong thai kỳ.

Bệnh tự miễn và thai

Lupus ban đỏ hệ thống (SLE)

- SLE thường không nặng lên trong thai kỳ. Dự hậu thai kỳ có liên quan chủ yếu với độ nặng của bệnh thận.
- Biến chứng:** Tiền sản giật, IUGR, sinh non.

Kháng thể anti-Ro và anti-La ở mẹ

Liên quan với (tình trạng) block tim thai hoàn toàn trong 5%-10% trường hợp.

Xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn (ITP)

- ITP là một bệnh lý ở mẹ do có sự hiện diện của kháng thể kháng tiểu cầu trong máu người mẹ. Cần phân biệt ITP với *giảm tiểu cầu do miễn*

dịch cùng loài (ATP) – đây là tình trạng bệnh lý, trong đó số lượng tiểu cầu trong máu mẹ vẫn bình thường nhưng có kháng thể kháng tiểu cầu (thường là anti-PLA1/2) đi qua nhau thai và gây ra giảm tiểu cầu ở thai, ngoài ra còn có thể gây xuất huyết não thất ở thai. ATP được coi như bệnh rhesus của tiểu cầu.

- Chẩn đoán phân biệt:** Tiền sản giật, bệnh lý đông máu, thuốc, giảm tiểu cầu trong thai kỳ.
- Biến chứng:** IgG có thể đi qua nhau thai và gây giảm tiểu cầu ở thai. Tuy nhiên, số lượng tiểu cầu của mẹ và số lượng tiểu cầu của thai ít có liên hệ với nhau. ITP hiếm khi gây xuất huyết não thất ở thai nhi.
- Điều trị:** Corticosteroid có thể sử dụng khi có giảm tiểu cầu nặng ở mẹ. Hiếm khi phải truyền Ig (tĩnh mạch), tách huyết cầu, hay cắt lách trong thai kỳ. Mổ lấy thai không giúp cải thiện dự hậu thai nhi.

Viêm khớp dạng thấp

- Cải thiện hơn trong thai kỳ (75% trường hợp), nhưng >90% phụ nữ sẽ tái phát trở lại trong 6 tháng sau sinh.
- Corticosteroid an toàn trong thai kỳ. Muối vàng, các thuốc gây độc tế bào, penicillamine, thuốc chống sốt rét có thể gây các biến chứng có hại cho thai nhi, tuy nhiên vẫn có thể dùng nếu có chỉ định.

Các bệnh lý ngoại khoa trong thai kỳ

- Tần suất: 2-3/1,000 thai kỳ.
- Chỉ định:** Viêm ruột thừa, bệnh lý đường mật, bệnh lý buồng trứng.
- Biến chứng:** Xuất huyết, biến chứng gây mê, nhiễm trùng, sinh non. Các biến chứng có thể giảm tối thiểu nếu phẫu thuật được tiến hành trong tam cá nguyệt 2.
- Kĩ thuật:**
 - Nằm nghiêng trái nếu thai ≥20 tuần để cải thiện hối lưu tĩnh mạch
 - Theo dõi thai liên tục khi tuổi thai ≥24 tuần
 - Tránh sử dụng các thuốc gây quái thai (xem Chương 49)
 - Xem xét phương pháp vô cảm phù hợp (xem Chương 64).

Viêm ruột thừa

- Tần suất: Tần suất viêm ruột thừa không gia tăng khi có thai (1/1,500 thai kỳ), nhưng viêm ruột thừa nhiễm trùng thường có nguy cơ đe dọa trong thai kỳ.
- Chẩn đoán:** Vị trí ruột thừa nằm cao hơn khi có thai, ngoài ra có dấu hiệu và triệu chứng khác cũng giống ở người không mang thai.
- Điều trị:** Phẫu thuật cắt ruột thừa qua một đường rạch da cạnh giữa lèch phải thường được khuyến cáo (đường da này có thể mở rộng trong trường hợp ruột thừa khó xác định vị trí hoặc dùng trong mổ lấy thai nếu có chỉ định).

Bảng 48.1 Dự hậu thai kỳ ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính

	Phân loại bệnh thận mạn tính		
	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Creatinin huyết thanh (mmol/L)	120-150	150-250	>250
Creatinin huyết thanh (mg/dL)	<1.4	1.4-2.5	>2.5
Biến chứng (%)	20	40	85
Sinh sống (%)	95	90	50
Đi chung (%)	<5	25	55

Sử dụng thuốc trong thai kỳ

Hình 49.1 BẢNG PHÂN LOẠI CÁC THUỐC DÙNG TRONG THAI KỲ THEO NHÓM NGUY CƠ CỦA FDA

Loại	Định nghĩa	Ví dụ
A	- Các nghiên cứu (có kiểm soát) trên phụ nữ không chứng minh được nguy cơ của thuốc đến thai nhi và khả năng gây ảnh hưởng xấu trong tương lai	- Vitamin C, folate, L-thyroxine
B	- Các nghiên cứu trên động vật không cho thấy nguy cơ đối với bào thai, nhưng chưa có nghiên cứu (có kiểm soát) trên phụ nữ mang thai; hoặc những nghiên cứu trên động vật cho thấy thuốc có ảnh hưởng xấu cho bào thai tuy nhiên, không được chứng minh trên phụ nữ mang thai thông qua các nghiên cứu (có kiểm soát)	- Hydrochlorothiazide, α-methyldopa, ampicillin
C	- Các nghiên cứu trên động vật cho thấy thuốc có ảnh hưởng xấu cho bào thai, tuy nhiên không được chứng minh trên phụ nữ mang thai; hoặc chưa có nghiên cứu có kiểm soát nào được thực hiện trên động vật hoặc phụ nữ. Chỉ sử dụng thuốc nhóm này nếu các lợi ích từ thuốc nhiều hơn nguy cơ đối với thai nhi	- Theophylline, nifedipine, digoxin, β-blockers, verapamil, zidovudine (AZT), acyclovir
D	- Có bằng chứng cho thấy có nguy cơ đối với bào thai người, nhưng lợi ích khi sử dụng thuốc cho phụ nữ mang thai có thể chấp nhận được bất kể nguy cơ mà thuốc gây ra	- Cytoxin, spironolactone, nhóm ức chế men chuyển (ACE-I), methotrexate, phenytoin
X	- Các nghiên cứu trên người hoặc động vật cho thấy có sự bất thường bào thai, hoặc nguy cơ sử dụng thuốc trên phụ nữ mang thai quá nhiều so với những lợi ích từ thuốc mang lại. Chống chỉ định cho phụ nữ mang thai hoặc chuẩn bị mang thai	- Aminopterin, isotretinoin (vitamin A), các loại đồng vị phóng xạ, các thuốc ngừa thai đường uống

Hình 49.2 CÁC LOẠI THUỐC ĐƯỢC CHỌN LÀ KHÔNG GÂY QUÁI THAI

• Acetaminophen	Thuốc an thần nhẹ (vd. fluoxetine)
• Aciclovir	Các hóa chất liên quan đến nghề nghiệp
• Thuốc chống nôn (vd. phenothiazines)	Thuốc ngừa thai đường uống
• Các thuốc kháng histamine (vd. doxylamine)	Thuốc diệt côn trùng
• Aspirin	Trimethoprim/sulfamethoxazole
• Caffeine	Thuốc diệt tinh trùng đặt âm đạo
• Hairspray (thuốc xịt tóc)	Zidovudine (AZT)
• Metronidazole	

Hình 49.3 CÁC LOẠI THUỐC ĐƯỢC CHỨNG MINH LÀ CÓ LỢI TRONG THAI KỲ

• Folic acid (folate) - 4 mg/ngày (gấp 10 lần liều cho phép) bắt đầu dùng từ trước khi thai 4 tuần sẽ làm giảm nguy cơ bị khuyết tật ống thần kinh đến 70%-80%
• Zidovudine (AZT) - làm giảm sự lây truyền HIV từ mẹ sang con từ 25% xuống 8%
• Acyclovir - 200 mg uống 3 lần/ngày sau tuần thứ 36 của thai kỳ, dùng trên phụ nữ bị tái nhiễm trùng herpes sinh dục hoặc nhiễm herpes sinh dục lần đầu trong thai kỳ sẽ làm giảm nguy cơ phải mổ lấy胎 do herpes hoạt động trong chuyển dạ
• Viên thuốc bổ sung sắt - ngăn ngừa thiếu máu
• Các loại thuốc vô cảm - giảm đau trong chuyển dạ

Hình 49.4 CÁC LOẠI THUỐC ĐƯỢC CHỨNG MINH GÂY QUÁI THAI TRÊN NGƯỜI

Androgen	Biểu hiện nam tính hóa ở nữ giới, phát triển sinh dục ở nam giới	Mức độ ảnh hưởng tùy vào liều lượng thuốc. Nếu dùng thuốc trước tuần thứ 9, thai kỳ sẽ xảy ra tình trạng 'hop nhất môi-blù' (labioscrotal fusion). Tình trạng phi thai sẽ xảy ra bất kỳ lúc nào
Nhóm ức chế men chuyển (ACE-I)	Bất sản ống thận ở thai nhi, thiếu ối, suy thận ở trẻ mới sinh, mất khả năng với hóa xương sọ, IUGR	Tỷ lệ tử vong thai ~30%, đặc biệt khi dùng thuốc vào tam cá nguyệt 2 và 3
Thuốc kháng cholinergic	Tắc ruột phân su ở trẻ mới sinh	-
Thuốc kháng giáp (antithyroid)	Bướu giáp ở thai nhi và trẻ mới sinh, nhược giáp	Propylthiouracil (PTU) thường được ưu tiên hơn vì methimazole có liên quan đến sự bất sản da (aplasia cutis)
Dẫn xuất từ coumarin (vd. warfarin)	Bệnh lý phôi thai do warfarin (warfarin embryopathy) (bất sản xương mũi, loạn sản sụn gốc chi dạng đốm [stippled bone epiphysis], chi ngắn các đốt ngón, teo dây thần kinh thị giác [optic atrophy], chậm phát triển trí tuệ, não nhỏ], IUGR, ngừng trệ phát triển tâm thần)	15%-25% thai nhi tiếp xúc với warfarin trước tuần thứ 9 sẽ bị dị tật, mặc dù bệnh lý phôi thai do warfarin chỉ xảy ra trong khoảng 5%-8% trường hợp. Nếu thai nhi tiếp xúc với warfarin ở giai đoạn muộn sẽ gây teo dây thần kinh thị giác, ngừng trệ phát triển tâm thần, nhau bong non, xuất huyết thai nhi
Carbamazepine (tegretol)	Khuyết tật ống thần kinh (neural tube defect), não nhỏ, IUGR, hội chứng thai nhi bị phơi nhiễm với các chất giống hydantoin (fetal hydantoin-like syndrome)	0.5% nguy cơ bị khuyết tật ống thần kinh
Cyclophosphamide	Bất thường hệ thần kinh trung ương	-
Đối kháng folic acid (aminopterin, methotrexate)	Bất thường hệ thần kinh trung ương và tử chi	Tất cả các độc chất này đều gây quái thai. Làm tăng tỉ lệ sẩy thai. ~30% thai nhi có sống sau tam cá nguyệt thứ nhất sẽ có dị tật
Diethylstilbestrol (DES)	Adenocarcinoma tế bào sáng của âm đạo và cổ tử cung, bất thường cổ tử cung và tử cung, có thể gây vô sinh ở nam giới	Vaginal adenosis ¹ gặp trong 50% phụ nữ dùng DES trước tuần thứ 9 của thai kỳ. Có nguy cơ thấp bị adenocarcinoma ở âm đạo
Lithium	Bệnh tim bẩm sinh (? dị tật Ebstein)	Nguy cơ thấp bị bất thường ở tim. Sử dụng thuốc trong tháng cuối của thai kỳ có thể gây đột tính lên tuyền giáp, thận, hệ thần kinh trung ương
Phenytoin	IUGR, mắt khả năng học hành, não nhỏ, dị dạng vùng sọ mặt, bất thường tim, thiếu sán móng tay và đốt ngón xa của các chi	<10% thai nhi sẽ bị tất cả các đặc điểm "fetal hydantoin syndrome" nếu dùng thuốc trong tam cá nguyệt thứ nhất, nhưng ~30% thai nhi sẽ có một vài đặc điểm. Ánh hưởng của thuốc sẽ tùy thuộc vào thai nhi có được thừa hưởng gene đột biến sản xuất epoxide hydrolase hay không, đây là một enzyme cần thiết để làm giảm sự chuyển hóa của chất gây quái thai phenytoin epoxide
Streptomycin và kanamycin	Mất khả năng nghe, tổn thương dây thần kinh VIII	Không có báo cáo nào về gentamycin và vancomycin gây độc lén tai
Tetracycline	Thiếu sán men răng, nhuộm vàng (vính viễn) răng sữa, ? thiếu nồng xương dài	Ánh hưởng của thuốc sẽ giới hạn nếu dùng trong tam cá nguyệt thứ hai hay thứ ba
Thalidomide	Thiếc chi ở hai bên cơ thể, loa tai nhỏ/ mất loa tai, bất thường ở tim và ống tiêu hóa	~20% thai nhi sẽ bị dị tật nếu sử dụng thuốc trong khoảng ngày thứ 35-50 của thai kỳ
Trimethadione và paramethadione	Hở khẩu cái, dị tật tim, IUGR, chậm phát triển trí tuệ, não nhỏ, dị dạng vùng mặt	Sử dụng thuốc trong tam cá nguyệt 1 sẽ có ~60%-80% nguy cơ bị dị tật hoặc bị sẩy thai
Valproic acid	Các dị tật nhỏ trên mặt, khuyết tật ống thần kinh	~1% nguy cơ bị khuyết tật ống thần kinh, đặc biệt là tật chè đổi cột sống đang hở
Vitamin A và các dẫn xuất (vd. isotretinoin và retinoid)	Tăng tỉ lệ sẩy thai nguyên phát, loa tai nhỏ, dị tật hệ thần kinh trung ương, chậm phát triển trí tuệ, dị dạng vùng sọ mặt, dị tật tim, khe hở môi và khẩu cái, bất sản tuyến ức	Isotretinoin tồn động trong cơ thể, nhưng dị tật vẫn có thể xảy ra ngay cả ngay sử dụng thuốc trong thời gian dài. Liều gây quái thai là > 8000 µg/ngày (liều cho phép là 800 µg/ngày). Nguy cơ của sử dụng retin A tại chỗ thi không được biết rõ

¹Vaginal adenosis: một tình trạng có sự xuất hiện ở thành âm đạo các tế bào dì sản ở cổ tử cung hoặc biểu mô nội mạc tử cung

Thuốc trong thai kỳ

Tần suất

- 20%-25% trường hợp có sử dụng các thuốc thông thường trong thai kỳ.
- Dị tật thai nhi xảy ra trong 3%-4% trường hợp sinh sống, và 70% các dị tật này là không biết rõ nguyên nhân. Ước tính có 2%-3% dị tật là do thuốc, và 1% là do độc tố môi trường.

Thử nghiệm thuốc trong thai kỳ

- Các thử nghiệm thuốc rất khó thực hiện trong thai kỳ bởi lo ngại nguy cơ lâm thai, vì vậy nhiều thuốc không được cấp phép về tính an toàn và sử dụng trong thai kỳ.
- Các khuyến cáo dùng thuốc thường chỉ dựa trên dữ liệu từ các nghiên cứu ở động vật. Tuy nhiên, từ khi phát hiện có mối liên quan của bệnh lý ở phôi (người) và thalidomide, nhiều người tin rằng không thể tiên đoán các dị tật thai (ở người) nếu chỉ dựa vào các nghiên cứu ở động vật. Tuy nhiên, một điều cần lưu ý là các thuốc gây dị tật ở người đều gây dị tật tương tự ở động vật.

Dược động học trong thai kỳ

- Dược động học là một chuyên ngành nghiên cứu về tác dụng và chuyển hóa của thuốc trong cơ thể.
- **Sự hấp thu thuốc thay đổi trong thai kỳ.** Quá trình làm trống dạ dày và tiết dịch vị giảm khi có thai. Nhu động ruột cũng giảm. Thể tích khai lưu thông tăng làm thay đổi sự hấp thu của thuốc khi sử dụng đường hít.
- **Sự phân bố thuốc trong cơ thể** thay đổi khi có thai. Thể tích huyết tương tăng 40%, dịch toàn cơ thể tăng 7-8 L, khối lượng mõi cung tăng 20%-40%. Mặc dù các thay đổi này có thể làm giảm nồng độ thuốc nhưng do nồng độ albumin giảm, lipoprotein và các acid béo tự do tăng, kết quả là các protein gắn kết với nhiều loại thuốc bị giảm sút trong thai kỳ, làm cho nồng độ thuốc tự do (có hoạt tính sinh học) tăng trong máu.
- **Chuyển hóa và thải trừ** của thuốc cũng thay đổi trong thai kỳ. Nồng độ hormone steroid cao ảnh hưởng lên chuyển hóa ở gan và kéo dài thời gian bán hủy của một số thuốc. Độ thanh lọc cầu thận tăng 50%-60%, do đó làm tăng độ thanh thải của một số thuốc.

Quái thai học

- Quái thai học là một ngành nghiên cứu về sự phát triển bất thường của thai nhi cả về cấu trúc lẫn chức năng.
- Ngoại trừ các thuốc có trọng lượng phân tử lớn (vd. heparin), hầu hết tất cả các thuốc đều ít nhiều có thể đi qua nhau thai.
- Ảnh hưởng của thuốc lên thai phụ thuộc vào liều, thời điểm sử dụng, thời gian dùng thuốc, tương tác với các yếu tố chưa xác định quy định mức độ tổn thương về cấu trúc của thai như gene và môi trường. Thai có nguy cơ tổn thương cao nhất ở giai đoạn hình thành phôi (ngày 17-54 sau thụ thai).
- Phổi nhiễm ở bố mẹ như không bao giờ gây ra dị tật ở thai.

Phân loại nguy cơ thuốc trong thai kỳ (Hình 49.1)

Tổ chức FDA (Hoa Kỳ) định nghĩa năm phân loại nguy cơ sử dụng thuốc trong thai kỳ: A, B, C, D, X. Mỗi loại thuốc được xếp vào một nhóm phân loại nguy cơ dựa vào tỉ số nguy cơ-lợi ích, vd. mặc dù thuốc ngừa thai uống không phải là tác nhân gây quái thai, nhưng chúng được xếp vào bảng phân loại X bởi vì chúng không có lợi khi tiếp tục sử dụng trong thai kỳ.

Nguyên tắc sử dụng thuốc trong thai kỳ

- Chỉ sử dụng thuốc khi có chỉ định.

- Nếu có thể, nên tránh sử dụng thuốc trong tam cá nguyệt 1.
- Lựa chọn các thuốc an toàn (nên sử dụng các thuốc có bằng chứng sử dụng lâu dài).
- Sử dụng với liều tối thiểu có hiệu quả.
- Nên sử dụng đơn trị liệu.
- Khuyến cáo bệnh nhân không nên tự ý mua và sử dụng thuốc mà không có ý kiến của bác sĩ.

Sử dụng chất gây nghiện

Cocaine

- Cocaine có liên quan với các bệnh lý gồm thai chậm tăng trưởng trong tử cung, nhồi máu não và nhau bong non. Các dị tật thai nhi được báo cáo (dị tật ngắn chi, nang lỗ não, tật đầu nhỏ, teo ruột, viêm ruột hoại tử, rối loạn nhân cách) có thể xảy ra thứ phát do tình trạng co thắt mạch khi sử dụng cocaine.
- Các biến chứng lên mè bao gồm: vỡ tử cung, tăng huyết áp, co giật, tử vong.

Rượu bia

- Hội chứng thai rượu (FAS) bao gồm bất thường sọ mặt (thiểu sản mặt giữa), rối loạn hệ thần kinh trung ương (đầu nhỏ, học kém), IUGR. Bất thường tại tim và thận cũng có thể gặp.
- Nguy cơ dị tật liên quan đến mức độ sử dụng rượu bia: 10% nếu ít dùng, 15% nếu sử dụng trung bình, 30%-40% nếu dùng nhiều (≥ 6 ly/ngày). Không có ngưỡng rượu bia an toàn tuyệt đối khi sử dụng trong thai kỳ.

Cannabis (marijuana)

- Khả năng gây quái thai không rõ.
- Có mối liên quan yếu với sinh non, IUGR và chậm phát triển tâm thần.

Hút thuốc lá (Nicotine và Thyocyanate)

- 20%-30% phụ nữ tiếp tục hút thuốc lá trong thai kỳ.
- Tác động có hại bao gồm: giảm khả năng thụ thai, tăng nguy cơ sẩy thai, sinh non, tử vong chu sinh, thai nhẹ cân (giảm 200 g cân nặng lúc sinh cho mỗi 10 điếu thuốc hút trong 1 ngày).
- Tình trạng phơi nhiễm với khói thuốc lá ở trẻ sơ sinh có liên quan với hội chứng trẻ sơ sinh tử vong đột ngột, hen, nhiễm trùng hô hấp, giảm khả năng tập trung.

Caffeine

- Ảnh hưởng gây quái thai không rõ.
- Có mối liên quan yếu với sẩy thai (tự nhiên).

Độc tố môi trường

Phóng xạ

- Liên quan đến sẩy thai, não nhỏ, chậm phát triển trí tuệ, ung thư.
- Thai phơi nhiễm với >5 -10 rad có nguy cơ bị dị tật (ước lượng mức độ phóng xạ thai bị phơi nhiễm khi thực hiện chụp X-quang thông thường là 1-3 mrad).

Nhiệt

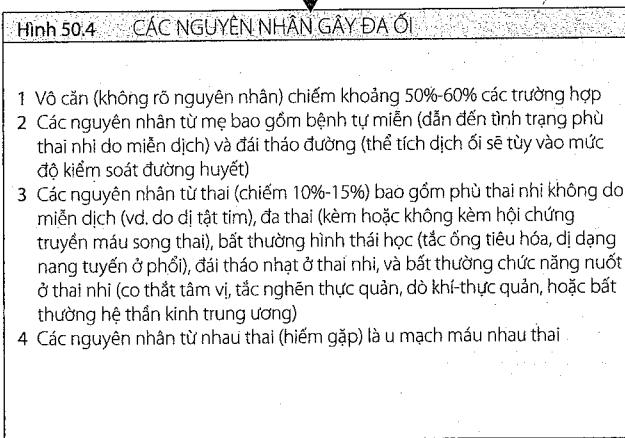
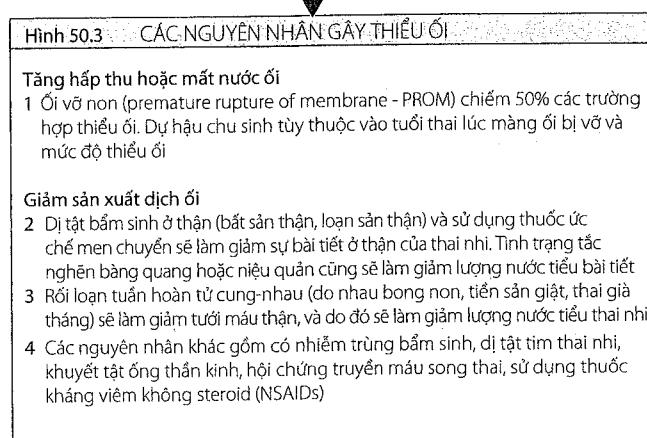
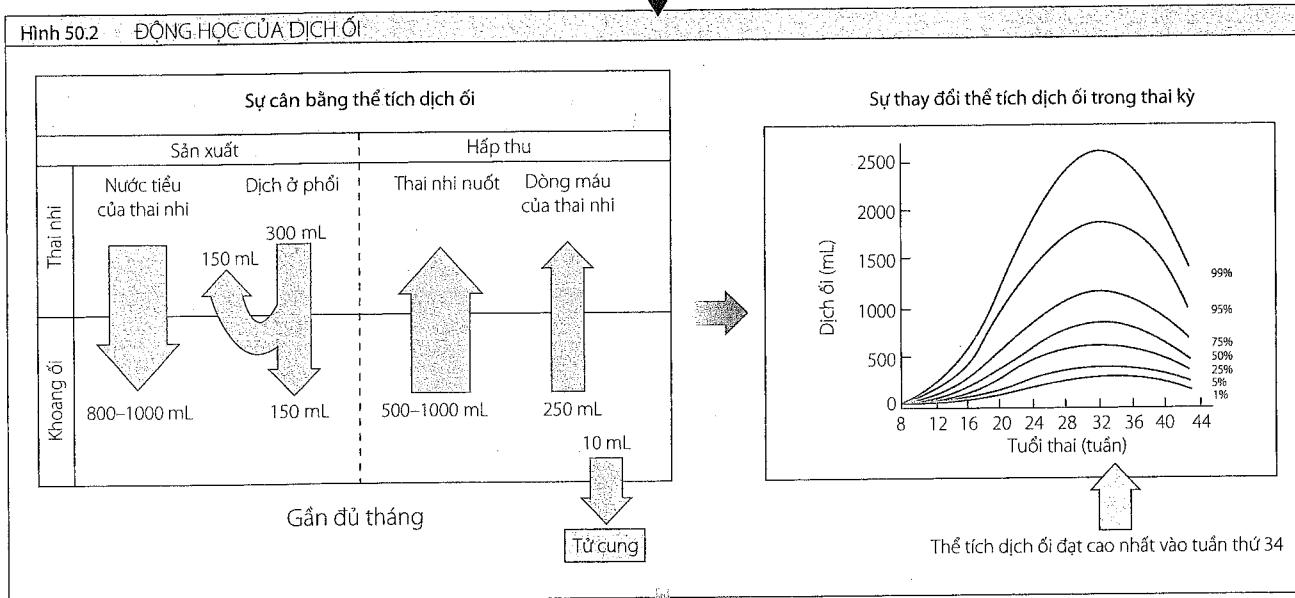
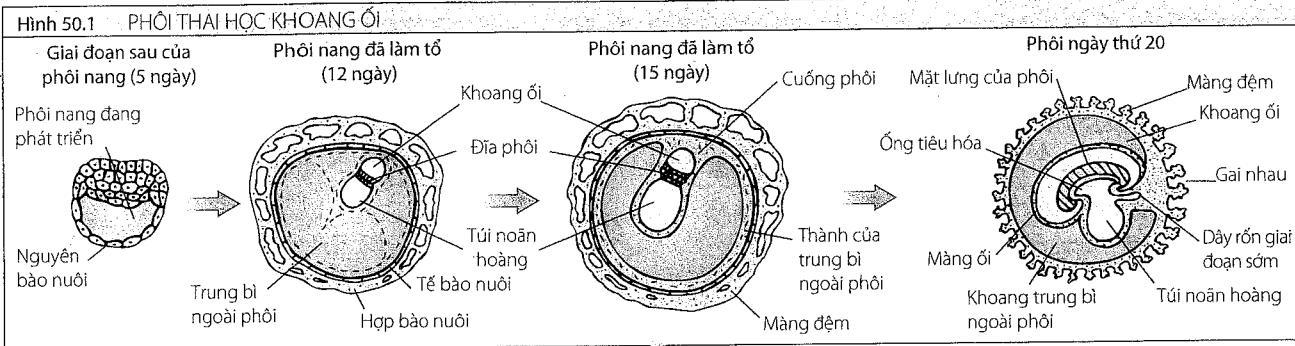
- Ít có liên quan với sẩy thai và dị tật ống thần kinh.

Trường điện từ

- Ảnh hưởng gây quái thai không rõ.



Rối loạn thể tích nước ối



Phôi thai học khoang ối (Hình 50.1)

Màng ối là một màng mỏng của thai, bắt đầu được hình thành từ ngày thứ 8 sau thụ thai và tạo thành một túi nhô phủ lên mặt lưng của dĩa phôi. Màng ối bao quanh lấy phôi đang phát triển. Dịch ối chứa trong khoang ối.

Động học nước ối (Hình 50.2)

Duy trì thể tích nước ối là một quá trình động học phản ánh sự cân bằng giữa hai quá trình sản xuất và hấp thụ nước ối.

Sản xuất nước ối

- Trước tuần lề thứ 8, dịch ối được sản xuất bằng cách thẩm thấu dịch qua màng ối và da thai nhi (dịch thấm).
- Lúc tuổi thai 8 tuần, thai bắt đầu bài tiết nước tiểu vào khoang ối. Nước tiểu thai nhi nhanh chóng trở thành nguồn cung cấp chính của nước ối sau này. Thai gần trưởng thành có 800-1000 mL nước tiểu thai được sản xuất mỗi ngày.
- Phổi thai nhi cũng tham gia sản xuất một phần nước ối (300 mL/ngày lúc thai trưởng thành) nhưng phần lớn dịch này được thai nuốt vào trước khi đi vào khoang ối.

Hấp thu nước ối

- Trước tuần lề thứ 8, dịch ối được tái hấp thu thụ động qua cơ chế thẩm thấu.
- Ở tuần thứ 8, thai nhi bắt đầu nuốt được. Lúc này, quá trình nuốt của thai nhi trở thành cơ chế hấp thu nước ối chính yếu. Thai gần trưởng thành có 500-1000 mL nước ối được hấp thu mỗi ngày bằng cách nuốt như vậy.
- Một lượng nước ối ít hơn được hấp thụ qua các màng thai và đi vào máu (thai nhi). Thai gần trưởng thành có 250 mL dịch ối được hấp thụ bằng cách này mỗi ngày.
- Một lượng nhỏ nước ối qua màng ối và đi vào máu của mẹ (10 mL mỗi ngày ở thai gần trưởng thành).

Các thay đổi thể tích nước ối trong thai kỳ (Hình 50.2)

Thể tích nước ối đạt tối đa ở tuần lề 34 (750-800 mL) và giảm dần sau đó còn 600 mL lúc thai 40 tuần. Nước ối tiếp tục giảm sau tuần lề 40.

Vai trò của nước ối

Nước ối có nhiều vai trò quan trọng, bao gồm:

- Là môi trường đậm giúp giảm thiểu sang chấn từ bên ngoài lên thai
- Bảo vệ dây rốn khỏi sự chèn ép
- Tạo môi trường cử động cho thai, nhờ đó thai phát triển hệ cơ xương toàn diện
- Góp phần vào sự trưởng thành phổi thai nhi
- Là chất bôi trơn cho da thai nhi
- Ngăn nhiễm trùng ối ở mẹ và nhiễm trùng thai nhi nhờ có đặc tính kiềm khuẩn
- Góp phần ổn định thân nhiệt thai nhi.

Đo thể tích ối

Siêu âm là phương pháp ước lượng thể tích nước ối chính xác hơn do bể cao tử cung. Có nhiều kỹ thuật đánh giá thể tích ối trên siêu âm đã được mô tả:

- Đánh giá chủ quan thể tích nước ối.

- Đo độ sâu khoang ối lớn nhất không chứa dây rốn (MVP)

- Chỉ số ối (AFI) là một phương pháp bán định lượng để đánh giá thể tích nước ối, làm giảm thiểu sai lệch kết quả do thể tích nước ối giữa các lần quan sát khác nhau ở cùng một người hay nhiều người siêu âm. AFI là tổng độ sâu của bốn khoang ối lớn nhất ở mỗi 1/4 tử cung. AFI bình thường từ 5-20 cm từ sau tuần lề 20.

Ý nghĩa lâm sàng quan trọng của thể tích ối

- Thể tích nước ối là một chỉ dấu để đánh giá sức khỏe thai.
- Thể tích nước ối bình thường gợi ý tình trạng tươi máu tử cung-nhau đầy đủ. Bất thường thể tích nước ối thường liên quan đến dự hậu bất lợi cho thai nhi.

Thiểu ối

- **Định nghĩa.** Thể tích nước ối quanh thai nhi giảm bất thường.
- **Tần suất.** 5%-8% thai kỳ.
- **Chẩn đoán.** Nên nghi ngờ có thiểu ối nếu bể cao tử cung nhỏ hơn so với tuổi thai. Thiểu ối được xác định trên siêu âm khi tổng thể tích nước ối <300 mL, độ sâu khoang ối lớn nhất <2 cm, hoặc AFI <5 cm ở thai trưởng thành hoặc nhỏ hơn bách phân vị thứ 5 so với tuổi thai.
- **Nguyên nhân.** (Hình 50.3).
- **Điều trị.** Các biện pháp điều trị trước khi chuyển dạ tương đối hạn chế, trừ trường hợp có bất thường về cấu trúc (vd. hẹp van niệu đạo sau ở thai nam thì ta có thể tiến hành phẫu thuật sửa chữa trong tử cung). Thời điểm sinh phụ thuộc vào tuổi thai, nguyên nhân, và sức khỏe thai. Trong chuyển dạ, truyền dung dịch tinh thể vào khoang ối (*truyền ối*) có thể giúp cải thiện kiểu nhịp tim thai bất thường (đặc biệt là nhịp giảm bất định lặp lại) và có thể làm giảm tỉ lệ mổ lấy thai.
- **Dự hậu.** Thiểu ối làm tăng tử suất và bệnh suất chu sinh ở mọi tuổi thai.
- **Biến chứng.** Hội chứng dài băng ối (ABS - là tình trạng màng ối dính chặt vào thai nhi gây ra dị tật nghiêm trọng có thể gây cụt chi) hoặc gây biến dạng cơ xương do thai nhi bị chèn ép trong tử cung (vd. tật bàn chân quặp).

Đa ối

- **Định nghĩa.** Thể tích nước ối quanh thai nhi già tăng bất thường.
- **Tần suất.** 0.5%-1.5% thai kỳ.
- **Chẩn đoán.** Nên nghi ngờ đa ối khi bể cao tử cung lớn hơn so với tuổi thai. Đa ối được xác định trên siêu âm khi tổng thể tích ối >2 L, độ sâu khoang ối lớn nhất ≥10 cm, hoặc AFI >20 cm ở thai trưởng thành hoặc lớn hơn bách phân vị 95 so với tuổi thai.
- **Nguyên nhân.** (Hình 50.4).
- **Điều trị.** Điều trị trong thai kỳ giới hạn. Các thuốc nhóm NSAIDs (indomethacin) có tác dụng làm giảm lượng nước tiểu của thai, nhưng có thể gây ra đóng sớm ống động mạch ở thai. Rút bớt dịch ối chỉ có hiệu quả tạm thời. Trong chuyển dạ, lóc ối có kiểm soát có thể làm giảm tần suất các biến chứng xảy ra do giảm áp lực quá nhanh (sa dây rốn, nhau bong non).
- **Dự hậu.** Đa ối làm tăng bệnh suất của mẹ, tăng bệnh suất và tử suất chu sinh (ở thai nhi).
- **Biến chứng.** Tử cung căng giãn quá mức có thể làm mẹ bị khó thở hoặc phù khẩn cấp ở chi dưới và âm hộ. Trong chuyển dạ, đa ối có thể gây ra ngôi bất thường, rối loạn chuyển dạ và/hoặc băng huyết sau sinh.



Rối loạn tăng trưởng thai nhi

Hình 51.1 CÁC NGUYÊN NHÂN LÀM THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG (INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION - IUGR)

Các nguyên nhân từ thai	Các nguyên nhân từ tử cung-nhau	Nguyên nhân từ mẹ
Yếu tố di truyền (5%-15%) <ul style="list-style-type: none"> Bất thường nhiễm sắc thể thai nhi (2%-5%) gồm các thể trisomies ($18 > 13 > 21$) và bất thường nhiễm sắc thể giới tính. Hầu hết những thai nhi bị IUGR do bất thường nhiễm sắc thể thì đều có bất thường về mặt hình thái học, chỉ 2% là không bị bất thường Đi tắt đơn gene (3%-10%) như phenylketon niệu, dị tật lùn Giới hạn chức năng nhau thai dạng thể khâm (hiếm) Bất thường hình thái học thai nhi (1%-2%) <ul style="list-style-type: none"> Bất thường hệ tim mạch Bất sản hai thận Đa thai (2%-3%) <ul style="list-style-type: none"> Nguy cơ bị IUGR tăng theo số lượng thai Tình trạng sê năng hơn trong hội chứng truyền máu song thai 	Rối loạn tuần hoàn tử cung-nhau (25%-30%) <ul style="list-style-type: none"> Tăng huyết áp mạn tính, tiền sản giật Hội chứng xuất hiện kháng thể kháng phospholipid (25% thai nhi bình thường về hình thái học và cấu trúc nhiễm sắc thể có mẹ chứa chất kháng đông lupus [lupus anticoagulant - LAC] hoặc kháng thể kháng cardiolipin [anticardiolipin antibodies - ACA]) Đạm niệu kéo dài không rõ nguyên nhân (25% nguy cơ bị IUGR) Nhau bong non thể mạn tính Dây rốn bám màng (velamentous insertion of umbilical cord)	Dùng thuốc và/hoặc các chất gây hại <ul style="list-style-type: none"> Dùng các chất cấm (cocaine) Nghiện thuốc lá nặng (đặc biệt thường thấy trên những phụ nữ lớn tuổi) Dinh dưỡng kém (đặc biệt là tình trạng biếng ăn do thai kỳ chống lên tình trạng kém dinh dưỡng có sẵn) <ul style="list-style-type: none"> Các bệnh lý nội khoa của mẹ Cường giáp kiểm soát kém Bệnh lý hemoglobin Bệnh phổi mạn tính Bệnh lý tim mạch kèm xanh tím (cyanotic heart disease) Thiếu máu Nhiễm trùng (5%-10%) <ul style="list-style-type: none"> Sốt rét (là nguyên nhân phổ biến nhất của IUGR trên toàn thế giới) Nhiễm Rubella Nhiễm Cytomegalovirus ? Nhiễm Varicella

Hình 51.2 CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA IUGR

<ul style="list-style-type: none"> Tăng huyết áp (tăng huyết áp mạn tính và tăng huyết áp thai kỳ) Đa thai Tiền căn sinh con bị IUGR Mẹ tăng cân ít Mẹ bị thiếu máu nặng Kháng thể kháng phospholipid Đái tháo đường có biến chứng mạch máu Mẹ nghiện thuốc lá/ thuốc gây hại Chênh lệch giữa bé cao tử cung và tuổi thai $\geq 3-4$ cm
Chú ý: các yếu tố nguy cơ chỉ hiện diện trong khoảng 50% trường hợp IUGR

Hình 51.3 CHẨN ĐOÁN IUGR

- Nên chú ý chẩn đoán trên những bệnh nhân có nguy cơ cao
- Khám lâm sàng có thể sẽ bỏ sót >50% thai nhi bị IUGR
- Chẩn đoán xác định bằng siêu âm:
 - (i) Ước lượng cân thai < bách phân vị thứ 5 (hoặc thấp hơn 2 độ lệch chuẩn từ trung bình) tính theo tuổi thai
HOẶC
 - (ii) Ước lượng cân thai < bách phân vị thứ 10 tính theo tuổi thai và có bằng chứng suy thai (thiếu ối, Doppler động mạch rốn bất thường)
- Siêu âm kiểm tra nhiều lần sẽ hữu ích hơn chỉ siêu âm duy nhất một lần trong việc chẩn đoán IUGR, theo dõi tăng trưởng thai nhi, và để phát hiện thiếu ối hoặc Doppler cho thấy bất thường vận tốc dòng máu động mạch rốn

Hình 51.5 ĐIỀU TRỊ TÌNH TRẠNG IUGR

- Cố gắng xác định nguyên nhân gây ra (siêu âm tìm dị tật thai nhi, kiểm tra nhiễm sắc thể đố, loại trừ các nguyên nhân do bệnh lý nhiễm trùng)
- Khảo sát sức khỏe thai nhi thường xuyên (thông thường là 2 lần/tuần)
- Cân nhắc cho sinh khi tuổi thai thích hợp (≥ 34 tuần), khi đã có bằng chứng trưởng thành phổi, hoặc khi các test đánh giá sức khỏe thai nhi cho diễn tiến xấu dần (trắc đồ sinh-vật lý cho kết quả xấu, mất hoặc đảo ngược sóng cuối tim trưởng trong Doppler khảo sát động mạch rốn)
- 50%-80% trường hợp thai nhi bị IUGR sẽ bị "suy thai" trong chuyển dạ cần phải mổ lấy thai
- Gửi giải phẫu bệnh mô nhau/màng ối sau khi sinh để tìm bằng chứng bệnh lý mạch máu.

Hình 51.4 SINH LÝ BỆNH CỦA TUẦN HOẢN TỬ CUNG-NHAU TRONG IUGR

- Bất thường dòng chảy mạch máu tử cung-nhau
- Giảm dưỡng chất đến thai nhi (glucose, oxygen, amino acid, các yếu tố tăng trưởng)
- Sự tăng trưởng thai nhi bắt đầu suy giảm theo một trình tự (các mô dưới da → hệ cơ xương → các cơ quan thiết yếu như não, tim, gan, thận)
- Dưỡng chất, oxygen và năng lượng cần thiết để phát triển đơn vị nhau thai bắt đầu giảm đến giới hạn, dẫn đến sự thiếu oxygen, toan hóa và tử vong
- Sự biến đổi trong các kết quả khảo sát tiền sản trên thai nhi phản ánh diễn tiến sinh lý bệnh (theo trình tự):
 - Tỉ lệ tâm thu/tâm trương (tỉ lệ S/D) của động mạch rốn bắt đầu tăng tương ứng với sự tăng kháng lực trong mạch máu nhau thai
 - Sự tăng trưởng của thai nhi trên siêu âm chậm lại hoặc ngừng hẳn
 - Thiếu ối bắt đầu xuất hiện vì thiếu tưới máu thận của thai nhi
 - Mất dạo động nội tại tim thai kèm theo nhịp giảm tuần tiến
 - Thai tử vong trong tử cung (intrauterine fetal demise - IUD)

Định nghĩa IUGR:

- *Thai nhẹ cân* (LBW) là cân nặng lúc sinh <2,500 g bất kể tuổi thai.
- *Thai nhỏ so với tuổi thai* (SGA): nhỏ hơn bách phân vị thứ 10 của tuổi thai. Thai lớn hơn bách phân vị thứ 90 được gọi là “*thai lớn so với tuổi thai*” (LGA). Thai ở bách phân vị thứ 10 đến thứ 90 gọi là “*phù hợp với tuổi thai*” (AGA). Phân loại cân nặng thai nhi thích hợp phụ thuộc vào việc tính tuổi thai có chính xác hay không, vì cân nặng lúc sinh phụ thuộc vào tuổi thai và tốc độ tăng trưởng của thai.

Thái chí điểm tăng trưởng trong tử cung (IUGR)

- **Định nghĩa.** IUGR là tình trạng thai nhi không đạt được sự tăng trưởng đầy đủ.
- **Tần suất.** 4%-8% thai nhi được chẩn đoán IUGR.
- **Phân loại.** IUGR có thể phân loại thành *dối xứng* (thai nhi nhỏ toàn bộ, tình trạng suy dinh dưỡng diễn ra trong thời gian dài) hoặc *không đối xứng* (đầu thai nhi lớn hơn so với thân mình, đây là hậu quả do ưu tiên dành chất dinh dưỡng cho não và giúp gợi ý tình trạng suy dinh dưỡng mới xảy ra). Tuy nhiên, cách phân loại này ít có giá trị trên lâm sàng.
- **Nguyên nhân.** IUGR là hậu quả chung (trên lâm sàng) của nhiều bệnh lý có nguồn gốc do thai, do tử cung-nhau, hoặc do mẹ. Nên cố gắng tìm nguyên nhân trước sinh để có cơ sở tư vấn, siêu âm đánh giá sự phát triển của thai, đồng thời có thể phát hiện một số dị tật về hình thái học nếu có, ngoài ra chúng ta có thể hội chẩn với các bác sĩ sơ sinh. Trong đa số trường hợp, các nguyên nhân thường rõ ràng (Hình 51.1).
- **Yếu tố nguy cơ.** Nhiều tình trạng do di truyền hoặc mắc phải đưa đến IUGR (Hình 51.2).
- **Chẩn đoán.** Chẩn đoán IUGR trên lâm sàng không đáng tin cậy, nhưng bắp cao tử cung nhỏ hơn so với tuổi thai (3-4 cm) có thể gợi ý chẩn đoán. Chẩn đoán xác định IUGR nhờ siêu âm (Hình 51.3).
- **Sinh lý bệnh.** IUGR thường do tưới máu tử cung-nhau thai không đầy đủ (Hình 51.4).
- **Phòng ngừa.** Nghỉ ngơi và dùng aspirin liều thấp tỏ ra không có lợi hoặc có lợi rất ít trong phòng ngừa IUGR ở các phụ nữ nguy cơ cao.
- **Điều trị** (Hình 51.5). Nguyên tắc điều trị:
 - 1 Nhận biết các phụ nữ nguy cơ cao IUGR
 - 2 Chẩn đoán sớm
 - 3 Tim nguyên nhân
 - 4 Đánh giá sức khỏe thai định kỳ (thường mỗi tuần) với non-stress test (NST) hoặc biểu đồ tim thai-cơn gò (CTG) (xem Chương 52).
 - 5 Chọn thời điểm sinh thích hợp.
- **Biến chứng.** Tăng tỉ lệ bệnh suất và tử suất chu sinh bất chấp tuổi thai, nhưng với cùng cân nặng thì trẻ sinh non tháng hơn có tiền lượng xấu hơn. Bệnh suất sơ sinh (hội chứng hít ối phản su, hạ đường huyết, da hồng cầu, xuất huyết phổi) xảy ra ở 50% trẻ IUGR. Các nghiên cứu được tiến hành trong thời gian dài cho thấy tần suất di chứng não (từ nhẹ như chậm phát triển tâm thần đến nặng như bại não) ở trẻ IUGR

đủ tháng tăng gấp 38 lần, tần suất này còn cao hơn ở trẻ IUGR non tháng.

Thái to

- **Định nghĩa.** Thai to được định nghĩa khi ước lượng cân thai ≥4,500 g.
- **Tần suất.** Ở các nước đang phát triển, 5% trẻ có cân nặng lúc sinh >4,000 g và 0.5% có cân nặng >4,500 g.
- **Yếu tố nguy cơ.** Một số yếu tố có liên quan với thai to, tuy nhiên đa số phụ nữ có các yếu tố nguy cơ này lại sinh con có cân nặng trong giới hạn bình thường.

1 *Mẹ bị đái tháo đường* là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất (35%-40%).

2 *Thai quá ngày* (10%-20%): 2.5% trẻ ≥42 tuần có cân nặng >4,500 g.

3 *Mẹ béo phì* (10%-20%): BMI trước mang thai >30 kg/m². Lâm sàng và siêu âm ước tính cân nặng thai nhi ở các phụ nữ béo phì thường khó khăn và không chính xác.

4 *Các yếu tố nguy cơ khác* bao gồm đa sản, tiền cản sinh con to, thai nam, mẹ cao, mẹ lớn tuổi, hội chứng Beckwith-Wiedemann.

- **Chẩn đoán.** Ước lượng trọng lượng thai trên lâm sàng dựa vào thủ thuật Leopold hay đo bắp cao tử cung thường không đáng tin cậy. Siêu âm thường được sử dụng để ước lượng cân thai (xem Chương 40). Tuy nhiên, kỹ thuật siêu âm hiện nay chỉ đánh giá chính xác trọng lượng thai nhi thực sự trong 15%-20% trường hợp.

- **Phòng ngừa.** Kiểm soát chặt chẽ đái tháo đường trong thai kỳ làm giảm tỉ lệ thai to.

Điều trị:

1 *Trong thai kỳ.* Phụ nữ có yếu tố nguy cơ hoặc đã biết có thai to nên được siêu âm mỗi 3-4 tuần để theo dõi biểu đồ tăng trưởng của thai.

2 *Khởi phát chuyển dạ.* Mặc dù có mối liên quan giữa thai to với mổ lấy thai và sang chấn lúc sinh, tuy nhiên khởi phát chuyển dạ sớm không được khuyến cáo đối với các trường hợp nghỉ ngơi thai to (thai đã đủ tháng). Khởi phát chuyển dạ làm tăng gấp đôi nguy cơ mổ lấy thai, không làm giảm nguy cơ kẹt vai hay bệnh suất sơ sinh. Vì vậy, cách tiếp cận này không được khuyến cáo.

3 *Để tránh sang chấn khi sinh, nên mổ lấy thai chủ động (dự phòng)* đối với trường hợp mẹ đái tháo đường có ước lượng cân thai >4,500 g, hay mẹ không có đái tháo đường với ước lượng cân thai >5,000 g.

4 *Nên sinh ngả âm đạo* ở một cơ sở y tế đầy đủ điều kiện, có nhân viên gây mê hồi sức và hồi sức nhi sơ sinh. Chúng ta nên tránh sinh giúp bằng dụng cụ (ngả âm đạo) trong các trường hợp này.

- **Bệnh suất và tử suất thai nhi.** Thai to làm tăng nguy cơ thai lưu trong tử cung và tử vong sơ sinh (xem Chương 54), sang chấn khi sinh, đặc biệt là tai biến kẹt vai và liệt đám rối cánh tay (xem Chương 63). Các biến chứng khác bao gồm hạ đường huyết, hạ calcium máu, và vàng da.

- **Bệnh suất của mẹ.** Bệnh suất của mẹ gia tăng do thai to làm tăng tần suất mổ lấy thai. Các biến chứng khác của mẹ bao gồm băng huyết sau sinh, tổn thương tăng sinh mòn, nhiễm trùng hậu sản.



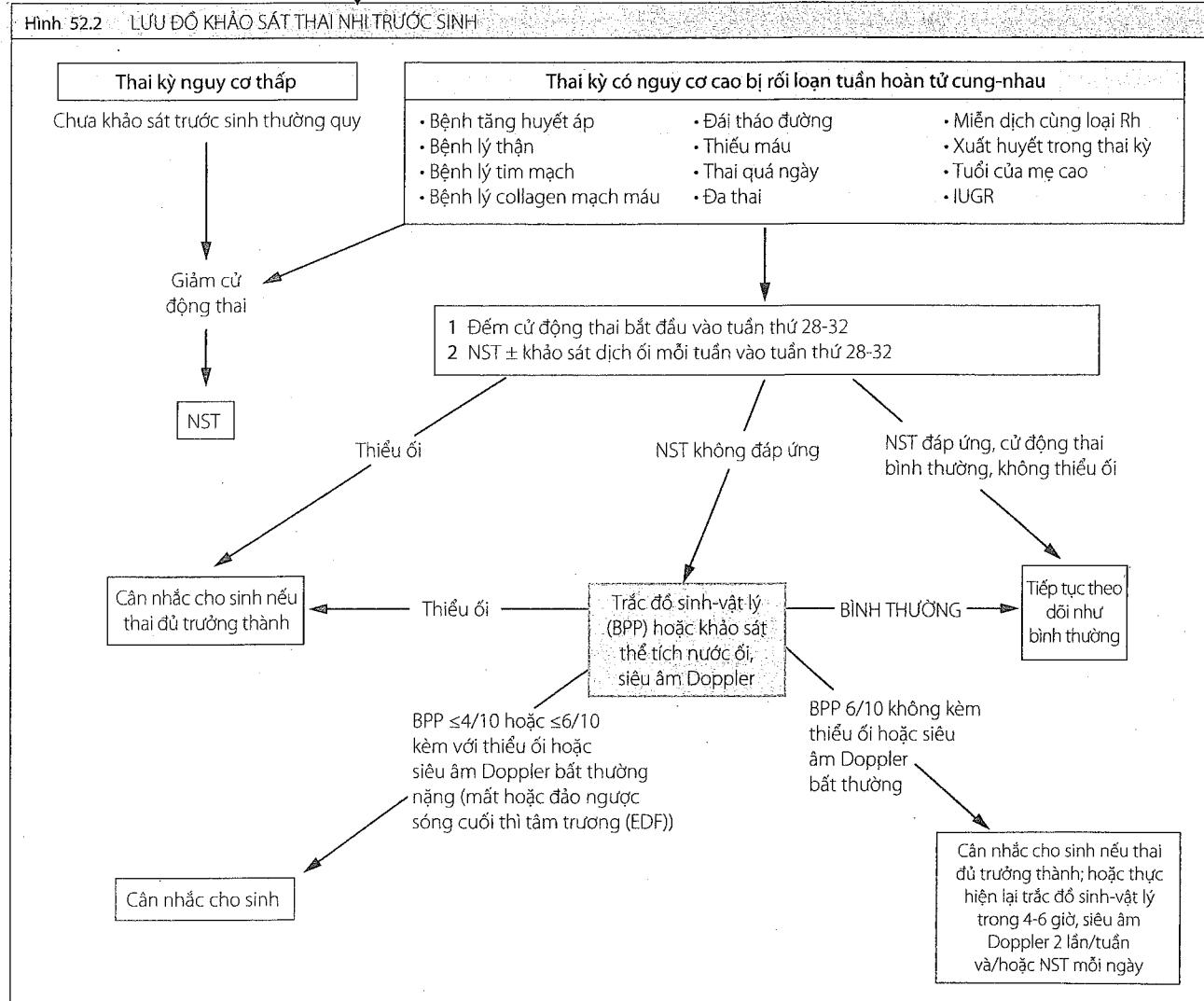
Khảo sát sức khỏe thai nhi trước chuyển dạ

Hình 52.1 ĐÁNH GIÁ SỨC KHỎE THAI NHI

Trước sinh	Trong lúc sinh	Sau sinh
Non-stress test (NST) • Chỉ theo dõi bên ngoài tử cung (bằng Doppler) Trắc đồ sinh-vật lý Đếm cử động thai nhi (biểu đồ "thai máy") Khảo sát Doppler động mạch rốn Kích thích bằng âm rung (vibroacoustic stimulation) Stress test	Non-stress test (NST) • Bên ngoài tử cung (Doppler) • Bên trong tử cung (điện cực da đầu thai nhi) Kích thích da đầu thai nhi Đo độ bão hòa oxygen/ mạch máu thai nhi (?)	Biểu hiện lâm sàng (co giật, bú kém, cử động bất thường) Điểm số APGAR Đo pH dây rốn

Xem Chương 65 để biết thêm chi tiết

Hình 52.2 LƯU ĐỘ KHẢO SÁT THAI NHI TRƯỚC SINH



Đại cương

Bác sĩ sản khoa có đến hai bệnh nhân: mẹ và thai. Đánh giá sức khỏe của mẹ tương đối dễ dàng, nhưng đánh giá sức khỏe thai nhi gặp nhiều khó khăn hơn. Một số test có thể giúp chúng ta đánh giá được sức khỏe của thai trước chuyển dạ và trong khi sinh (Hình 52.1).

Mục đích

- Nhiều nguyên nhân có thể gây tổn thương não thai nhi không hồi phục, bao gồm dị tật bẩm sinh, xuất huyết não, hạ oxygen máu, nhiễm trùng, thuốc, chấn thương, hạ huyết áp, bệnh lý chuyển hóa (hạ đường huyết, rối loạn chức năng tuyến giáp).
- Đánh giá sức khỏe thai trước sinh có thể không dự đoán hay phát hiện được tất cả các nguyên nhân này. Mục đích của đánh giá sức khỏe thai trước sinh (Hình 52.2) là nhận biết sớm một thai nhi có nguy cơ hay không để phòng tránh bệnh suất hoặc tử suất liên quan đến tình trạng suy tuần hoàn tử cung-nhau.
- Các test đánh giá sức khỏe thai cho phép giả định:
 - Thái kỳ có biến chứng ngạt thai, tình trạng này có thể làm cho thai tử vong hoặc gây di chứng vĩnh viễn cho thai.
 - Các test đánh giá trước sinh hiện tại có thể phân biệt được thai nhi có bị ngạt hay không ngạt.
 - Phát hiện ngạt ở giai đoạn sớm có thể cho phép can thiệp kịp thời, giúp cải thiện dự hậu chu sinh cho thai.

Người ta không hoàn toàn chứng minh được các giả định nói trên đúng. Tuy nhiên, có tối đa 15% các trường hợp bại não là có liên quan đến (tình trạng) ngạt khi sinh.

Chú ý: Tất cả các test đánh giá sức khỏe thai nên được lý giải dựa trên tuổi thai, thai có dị tật bẩm sinh hay không, và các yếu tố nguy cơ trên lâm sàng.

Đánh giá trước sinh

Non-stress test (NST)

- Còn gọi là biểu đồ tim thai-cơn gò (CTG).
- NST ghi nhận thay đổi của tim thai theo thời gian (xem Chương 65). NST phản ánh sự trưởng thành của hệ thần kinh tự chủ. Ưu điểm của NST là không xâm lấn, thực hiện đơn giản, có sẵn, và rẻ tiền. Tuy nhiên, giải thích kết quả NST thường phụ thuộc vào nhiều yếu tố chủ quan.
 - Nếu NST có “đáp ứng” thì có chắc là thai khỏe không? NST với tim thai cơ bản bình thường (110-160 lần/phút), dao động nội tại trung bình, và ít nhất có 2 nhịp tăng trong 20 phút kéo dài ≥15 giây và tăng hơn ≥15 nhịp/phút so với tim thai cơ bản (≥ 10 nhịp/phút trong ≥10 giây nếu tuổi thai <32 tuần). Thực hiện NST mỗi tuần từ sau tuần lứa 32 có thể làm giảm tử suất chu sinh. Do vậy, NST có đáp ứng chứng tỏ là sức khỏe thai nhi được bảo đảm.
 - Nếu NST không “đáp ứng” thì có đáng lo ngại không? NST không đáp ứng nên được giải thích dựa trên tuổi thai: chỉ có 65% thai nhi có NST đáp ứng ở 28 tuần, 95% ở 32 tuần. Khi NST có đáp ứng ghi nhận được trong thai kỳ, thường là kết quả cũng sẽ ghi nhận có đáp ứng trong suốt cuộc sinh. NST không đáp ứng ở tuổi thai đủ trưởng thành chỉ liên quan với 20% trường hợp có dự hậu chu sinh hiểm nguy. Giá trị của NST không đáp ứng phụ thuộc vào kết cục lâm sàng. Đối với kết cục Apgar 5 phút <7 (diểm), NST không đáp ứng ở tuổi thai trưởng thành có độ nhạy 57%, giá trị tiên đoán dương tính là 13%, giá trị tiên đoán âm tính là 98% (giả định xuất độ lưu hành là 4%). Đối với kết cục là tồn thương não vĩnh viễn, NST không đáp ứng ở tuổi thai trưởng thành có tỉ lệ dương tính giả lên đến 99.8%.
 - Có thể thay thế cho kích thích bằng xung động âm thanh? Đánh giá đáp ứng của nhịp tim thai đối với một kích thích bằng xung động âm thanh. Kết quả dương tính khi có nhịp tăng trên NST (≥ 15 nhịp/phút trong ≥15 giây). Đây là một phương pháp hỗ trợ giúp giảm thời gian đo NST và giảm tỉ lệ NST không đáp ứng ở thai trưởng thành, nhờ đó

không cần thiết phải làm một test khác để đánh giá thêm.

Trắc nghiệm sinh vật lý (Biophysical profile - BPP)

- BPP sử dụng một hệ thống các điểm số trên siêu âm để đánh giá sức khỏe thai.
 - Có năm biến số cần ghi nhận trong BPP cổ điển: NST, cử động thai, trương lực cơ, thể tích nước ối, và hô hấp của thai. Cách cho điểm mỗi biến số như sau: 2 điểm nếu bình thường, 0 điểm nếu không có hoặc có nhưng bất thường. Thể tích nước ối là yếu tố quan trọng nhất. Gần đây, BPP cải biến có thể không cần thực hiện NST.
 - Khuyến cáo điều trị dựa vào BPP cổ điển:

Điểm	Ý nghĩa	Điều trị khuyến cáo
8-10	Bình thường	Không can thiệp
6	Nghi ngờ có ngạt	Lặp lại sau 4-6 giờ. Cân nhắc cho sinh nếu có thiếu ối
4	Nghi ngờ có ngạt	≥ 36 tuần hoặc có bằng chứng đã trưởng thành phổi thì chỉ định cho sinh <36 tuần, lặp lại sau 4-6 giờ hoặc cho sinh nếu có bằng chứng đã trưởng thành phổi. Nếu BPP ≤4 kéo dài thì chỉ định cho sinh
0-2	Rất có khả năng bị ngạt	Cần đánh giá để cho sinh ngay

Cử động thai (biểu đồ “thai máy”)

- Cảm nhận của mẹ về cử động thai là đáng tin cậy.
- Cử động thai giảm cùng với tuổi thai, thiếu ối, hút thuốc lá, và sử dụng liệu pháp corticosteroid trước sinh.
- “Thai máy” được tính bằng cách đếm số cử động thai trong 1 giờ hoặc bằng cách tính thời gian thai máy được 10 lần. Nên đếm cử động thai ít nhất 2 lần/ngày.
- Đếm cử động thai ở các thai kỳ nguy cơ cao có thể giúp làm giảm tử suất chu sinh 4 lần.

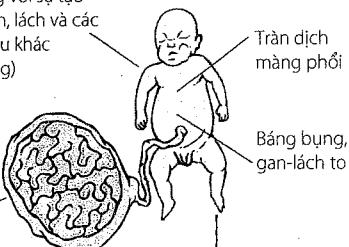
Siêu âm Doppler đo vận tốc mạch máu rốn

- Siêu âm Doppler động mạch rốn đo lường trở kháng của dòng máu từ thai nhi đến nhau thai.
- Trong các trường hợp IUGR, nếu có đảo ngược sóng tâm trương hoặc mất sóng tâm trương sẽ có liên quan đến các kết cục chu sinh xấu, vì vậy chúng ta nên chỉ định chấm dứt thai kỳ khi có dấu hiệu này trên Doppler. Tuy nhiên, hiện chúng ta vẫn chưa rõ ý nghĩa khi các dấu hiệu này xuất hiện ở một trường hợp thai kỳ phát triển bình thường.
- Bắt thường dòng chảy của động mạch não giữa (MCA) và ống động mạch có thể giúp quyết định thời điểm chấm dứt thai kỳ trong IUGR.

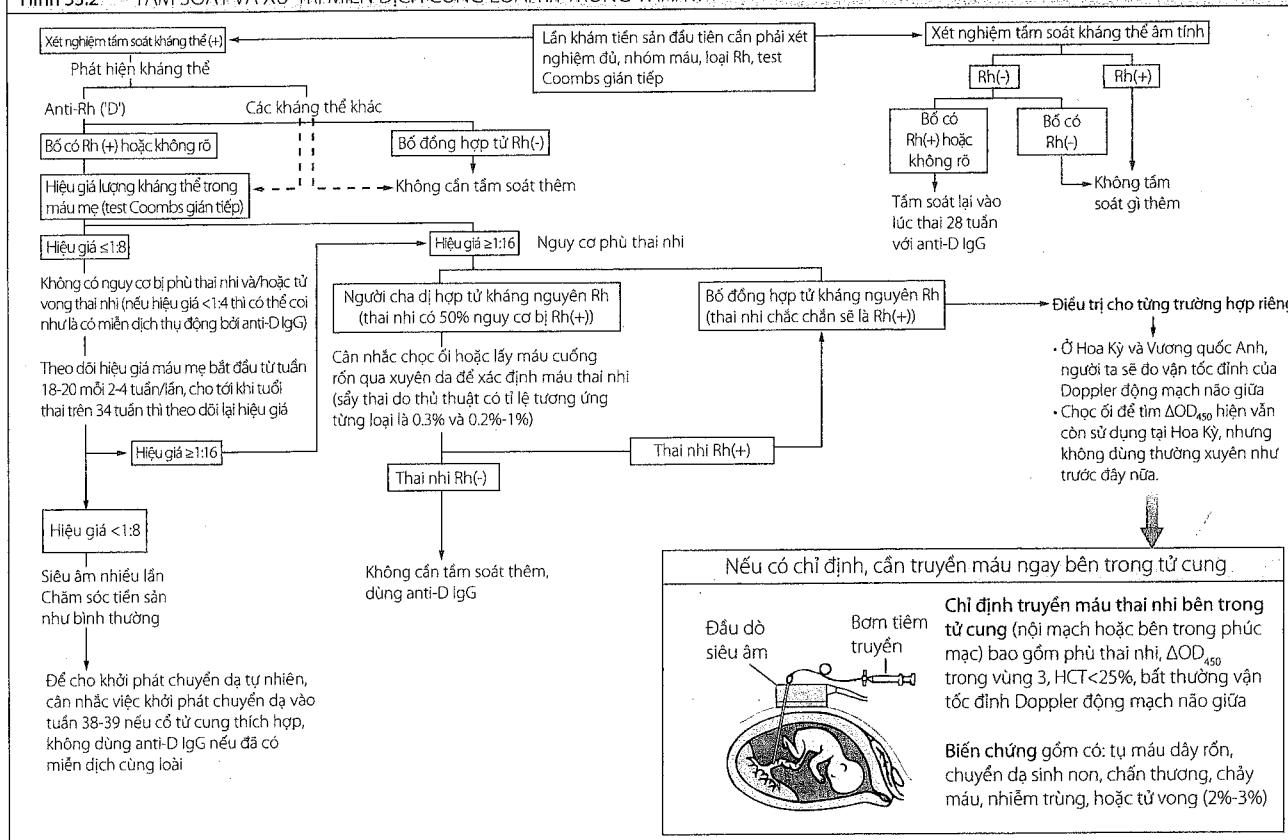
Stress test

- Stress test đánh giá đáp ứng của nhịp tim thai đối với cơn gò tử cung. Để thực hiện stress test phải có ít nhất 3 cơn gò/10 phút. Một stress test âm tính (không có nhịp giảm khi có cơn gò) chứng tỏ sức khỏe thai đảm bảo. Một stress test dương tính (nhịp giảm muộn hoặc nhịp giảm bất định xuất hiện ≥50% số cơn gò) có liên quan đến kết cục chu sinh xấu trong 35%-40% trường hợp, tuy nhiên tỉ lệ dương tính giả cao >50%. Một stress test nghỉ ngơi nên được làm lại sau 24-72 giờ. Hơn 80% stress test làm lại sẽ cho kết quả âm tính.
- Bất lợi của stress test là mất thời gian, nhân viên phải được đào tạo, và có thể vội vàng kết luận “suy thai” và phải mở lấy thai, vì vậy stress test không được sử dụng thường quy trong thực hành lâm sàng.

Hình 53.1 BẢNG PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ PHÙ THAI NHI

Nhẹ (50%)	Trung bình (25%)	Nặng (25%)
<p>Không cần điều trị</p> <p>Thiếu máu nhẹ lúc sinh</p> <ul style="list-style-type: none"> Hemoglobin >10 g/dL Bilirubin gián tiếp trong huyết thanh <15-20 mg/dL 	<ul style="list-style-type: none"> Khi thai nhi vẫn còn trong tử cung, sản phẩm từ sự phá hủy hồng cầu (bilirubin) được vận chuyển qua nhau thai và được chuyển hóa trong cơ thể mẹ Sau sinh, trẻ có nguy cơ bị vàng da nhân (bilirubin vào trong não) với tỉ lệ tử vong 90%. Để tránh bilirubin gián tiếp động lọt trong cơ thể, ta cần phải dùng liệu pháp chiếu đèn Trẻ thường bị thiếu máu mức độ trung bình vào thời điểm mới sinh 	 <p>Nhau thai bị phù nề</p> <p>Các biến chứng cho mẹ gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> Đa ối (~50%-70%) Thiếu máu Tiền sản giật (35%-50%) Băng huyết sau sinh Sót nhau <p>Tràn dịch màng phổi</p> <p>Bàng bụng, gan-lách to</p> <p>Phù toàn thân (anasarca)</p>

Hình 53.2 TẨM SOÁT VÀ XỬ TRÍ MIỄN DỊCH CÙNG LOÀI Rh TRONG THAI KỲ



Định nghĩa

- “Hydrop” (từ có gốc Latin) có nghĩa là phù thai.
- Là tình trạng ứ dịch bất thường ở hơn một khoang ngoại mạch (ở thai nhi).

Tần suất

<1% thai kỳ.

Chẩn đoán

- Chúng ta chẩn đoán phù thai nhi khi trên siêu âm có sự tích dịch bất thường ở hơn một khoang ngoại mạch của thai; phù dưới da, tràn dịch ổ bụng, tràn dịch màng ngoài tim, hay màng phổi. Phù dưới da, hoặc phù nhau thai. Đa ối gấp trong 50%-75% trường hợp.
- Để tìm nguyên nhân gây phù thai nhi chúng ta cần chú ý:
 - Hồi tiền sử (vd. nhiễm trùng ở mẹ trước đó)
 - Tầm soát huyết thanh (tầm soát nhóm máu và kháng thể, tầm soát kháng thể TORCH-toxoplasmosis, rubella, cytomegalovirus, herpes)
 - Kleihauer-Betke test (xét nghiệm giúp đánh giá xuất huyết mẹ-thai)
 - Siêu âm ± khảo sát karyotype của thai nhi.

Tiền lượng

- Phụ thuộc tuổi thai, mức độ phù, và nguyên nhân.
- Tỉ lệ tử suất chu sinh >50%.

Phân loại

Phù thai không miễn dịch (90%)

- Định nghĩa.** Phù thai không do nguyên nhân miễn dịch.
- Tần suất.** 1/2,000 trường hợp sinh sống. Từ khi có mặt IgG anti-D, nguyên nhân không miễn dịch đã trở thành nguyên nhân phổ biến nhất gây phù thai.
- Nguyên nhân.** Các nguyên nhân chính gây phù thai không miễn dịch bao gồm:
 - Vô căn (không rõ nguyên nhân) (50%-60%)
 - Bất thường tim mạch (20%-35%): rối loạn nhịp và các dị tật về cấu trúc bẩm sinh.
 - Bất thường nhiễm sắc thể (15%): như hội chứng Turner.
 - Bất thường huyết học (10%): α-thalassemia, thiếu máu thai nhi.
 - Khác: dị tật về cấu trúc, nhiễm trùng, hội chứng truyền máu song thai, bất thường mạch máu, bất thường nhau thai, và các bệnh lý chuyển hóa bẩm sinh.
- Điều trị.** Phụ thuộc vào tuổi thai, mức độ của phù thai, và nguyên nhân. Chấm dứt thai kỳ trước khi thai có khả năng sống được là một lựa chọn. Siêu âm có thể giúp xác định chẩn đoán, mức độ nặng (Hình 53.1), và theo dõi tiến triển của phù thai. Đối với các trường hợp phù thai mức độ trung bình và nặng, có thể chấm dứt thai bất chấp tuổi thai.

Phù thai miễn dịch (10%)

- Còn gọi là loạn nguyên hồng cầu thai nhi hay bệnh lý tán huyết.
- Nguyên nhân.** Phù thai miễn dịch xảy ra khi hồng cầu thai biểu hiện một protein không có ở mẹ. Hệ thống miễn dịch của mẹ có thể trả nên nhạy cảm và sản xuất kháng thể chống lại các protein la này. Kháng thể IgG đi qua nhau và tiêu diệt hồng cầu thai nhi, gây ra tình trạng thiếu máu và suy tim cung lượng cao ở thai. Phù thai miễn dịch thường có Hct <15% (bình thường 50%). Kháng nguyên protein thường gặp nhất trên bề mặt hồng cầu là kháng nguyên D, còn gọi là rhesus (Rh) D. Các kháng nguyên khác cũng có thể gây ra phù thai miễn dịch nặng là Kell, RhE, Rhc, và Duffy. Các kháng nguyên gây phù thai miễn dịch nhẹ

hơn là ABO, Rhe, RhC, Fy^a, Ce, k, và s. Bất tương đồng Lewis có thể gây thiếu máu nhẹ nhưng không gây phù thai vì bản thân các kháng thể này là kháng thể IgM không qua được nhau thai, 60% phù thai miễn dịch là do bất tương đồng nhóm máu ABO.

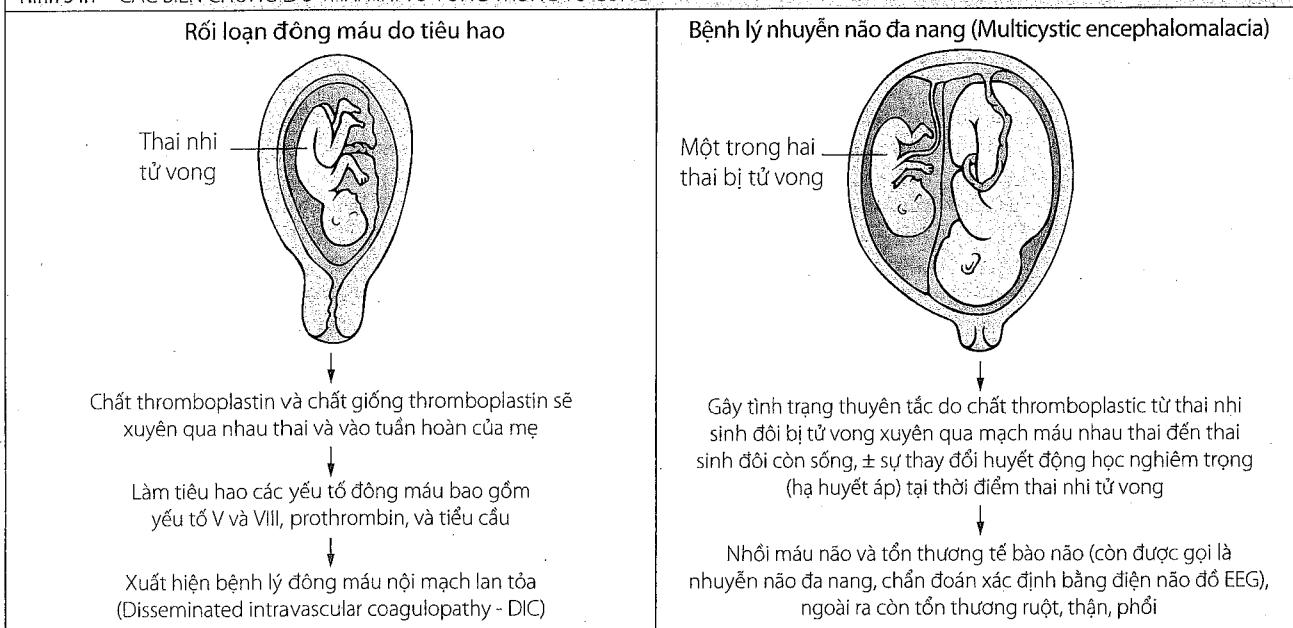
- Tầm soát.** Xét nghiệm kháng thể và nhóm máu được khuyến cáo thực hiện đối với tất cả các thai phụ ở lần khám thai đầu tiên.
- Miễn dịch cùng loài do bất tương hợp yếu tố Rh** (Hình 53.2). Kháng nguyên RhD chỉ được biểu hiện trên hồng cầu nguyên thủy xuất hiện ở thai 38 ngày tuổi. Đột biến gene D trên nhiễm sắc thể số 1 gây thiếu biểu hiện kháng nguyên D ở hồng cầu tuần hoàn trong máu. Các cá nhân như vậy sẽ có nhóm máu Rh(-). Đột biến này xảy ra đầu tiên ở vùng Basque (Tây Ban Nha), sự khác nhau về độ lưu hành của Rh(-) giữa các chủng tộc phản ánh số người có dòng máu Tây Ban Nha trong tổ tiên của họ (người da trắng 15%, người Hoa Kỳ gốc Phi 8%, châu Phi 4%, người Hoa Kỳ bản xứ 1%, châu Á <<1%).
- Nếu con của một người mẹ Rh(-) cũng có Rh(-) thì sẽ không có tình trạng nhạy cảm của Rh xảy ra. Tuy nhiên, có đến 60% phụ nữ Rh(-) có con mang Rh(+).
- Người mẹ Rh(-) tiếp xúc chỉ với một lượng nhỏ khoảng 0.25 mL máu Rh(+) có thể sản sinh ra kháng thể chống lại. Đáp ứng miễn dịch tiên khởi là IgM (không qua được nhau thai) nên số thai kỳ bị ảnh hưởng hiếm khi xảy ra. Tuy nhiên, kháng thể IgG kích hoạt đáp ứng miễn dịch ở các lần mang thai tiếp theo đi qua nhau thai được và có thể gây ra hiện tượng tán huyết.
- Yếu tố nguy cơ** của nhạy cảm Rh:
 - Truyền máu không tương hợp (95% xảy ra nhạy cảm)
 - Thái ngoài tử cung (<1%)
 - Sẩy thai (3%-6%)
 - Chọc ối (1%-3%)
- Có thai (có khoảng 16%-18% số trường hợp sẽ bị mẫn cảm sau khi mang thai bình thường trước đó mà không sử dụng kháng thể anti-D IgG 1.3% nếu sử dụng anti-D IgG lúc sinh, và 0.13% sẽ bị nếu sử dụng kháng thể anti-D IgG lúc sinh và lúc thai 28 tuần).
- Phòng ngừa.** Tạo miễn dịch thụ động với anti-D IgG có thể giúp tiêu hủy hồng cầu thai trước khi hồng cầu thai tạo ra đáp ứng miễn dịch ở người mẹ. Anti-D IgG nên dùng trong 72 giờ sau tiếp xúc, tiêm bắp 300 µg (Hoa Kỳ) hoặc 500 IU (Vương quốc Anh) anti-D IgG sẽ giúp tiêu hủy được 30 mL máu toàn phần hay 15 mL hồng cầu thai.
- Điều trị.** Tán huyết thai nhi qua trung gian miễn dịch gây phóng thích sắc tố mật vào dịch ối, có thể đo lường được bằng phương pháp ghi nhận sự thay đổi trong mật độ quang học ở bước sóng 450 nm (ΔOD_{450}). Có thể chọc ối để đánh giá mức độ tán huyết. Các kết quả ΔOD_{450} dịch ối tương ứng với tuổi thai vẽ nên đường cong Liley giúp tiên đoán dự hậu thai nhi. Nếu ΔOD_{450} nằm cao trên 80% vùng 2 hoặc nằm trong vùng 3 của đường cong Liley, nên can thiệp ngay. Gắn dây, đo vận tốc tối đa của động mạch não giữa qua siêu âm Doppler giúp phát hiện thai bị thiếu máu nặng có cần can thiệp ngay hay không. Phụ thuộc vào tuổi thai, can thiệp có thể là chấm dứt thai hoặc truyền máu thai nhi qua cuống rốn.

Thể tích máu bị truyền qua lại giữa mẹ và con (mL)	Tần suất lúc sinh (%)	Nguy cơ miễn dịch cùng loài (%) ^a
Rất ít, không đo được	50	Tối thiểu
<0.1	45-50	3
>5	1	20-40
>30	0.25	60-80

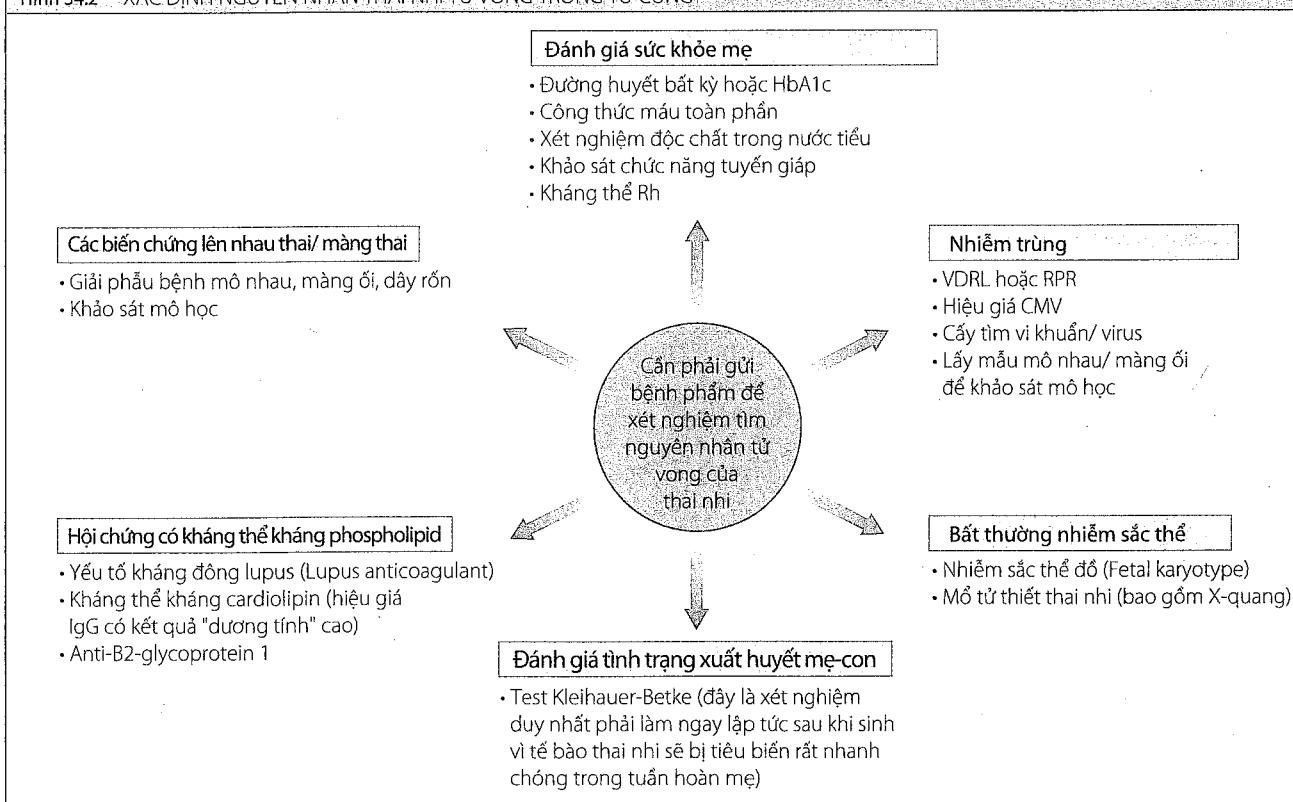
^aKhông có anti-D IgG.

Thai nhi tử vong trong tử cung

Hình 54.1 CÁC BIẾN CHỨNG DO THAI NHI TỬ VONG TRONG TỬ CUNG



Hình 54.2 XÁC ĐỊNH NGUYÊN NHÂN THAI NHI TỬ VONG TRONG TỬ CUNG



Định nghĩa

Thai nhi tử vong trong tử cung (IUFD) hoặc thai lưu là tình trạng thai chết trước khi sinh.

Tần suất

Ở các nước đang phát triển, tỷ lệ thai lưu đã giảm từ 15-16/1,000 trường hợp sinh vào những năm 1960 xuống còn 7-8/1,000 trường hợp sinh vào những năm 1990.

Yếu tố nguy cơ

Mẹ lớn tuổi, đa thai, thai quá ngày, thai nhi nam, thai to ($\geq 4,500$ g).

Chẩn đoán

- **Triệu chứng.** Nếu thai lưu ở giai đoạn sớm của thai kỳ, bệnh nhân có thể không có triệu chứng gì ngoài các triệu chứng khi có thai (buồn nôn-nôn, căng vú). Ở giai đoạn sau của thai kỳ, nghi ngờ thai lưu nếu mẹ không cảm nhận được cử động thai (thai máy).
- **Dấu hiệu.** Khám thai không nghe được tim thai sau 12 tuần và/hoặc tử cung không lớn thêm.
- **Xét nghiệm.** Nồng độ hCG giảm có thể hỗ trợ cho chẩn đoán ở giai đoạn sớm của thai kỳ.
- **X-quang.** Trước đây, chụp X-quang bụng có thể giúp chẩn đoán xác định thai lưu. Ba dấu hiệu trên X-quang gợi ý chẩn đoán là: dấu chông sọ (dấu Spalding), cột sống gù quá mức, và cõi hơi trong cơ thể thai nhi. Tuy nhiên, hiện nay X-quang không còn được dùng để chẩn đoán thai lưu nữa. Siêu âm với hình ảnh không có hoạt động tim thai ở thai hơn 6 tuần là tiêu chuẩn vàng để xác định chẩn đoán thai lưu. Các dấu hiệu khác trên siêu âm có thể gặp là dấu phù da đầu và dấu hiệu phân hủy của thai.

(Tử vong thai nhi trong tử cung là một khái niệm)

Bệnh sử

Giai đoạn tiềm tàng (từ lúc thai bắt đầu lưu cho đến khi sinh ra) thay đổi phụ thuộc vào nguyên nhân gây thai lưu và tuổi thai. Thai lưu ở tuổi thai càng sớm thì giai đoạn tiềm tàng càng dài. Hơn 90% phụ nữ sẽ vào chuyển dạ tự nhiên trong 2 tuần sau khi thai lưu.

Biến chứng (Hình 54.1)

Khoảng 20%-25% phụ nữ bị thai lưu hơn 3 tuần có thể bị biến chứng đông máu nội mạch lan tỏa (DIC) do sự tiêu thụ quá mức các yếu tố đông máu.

Điều trị

- Lưu ý rằng chúng ta cần phải cố gắng hết sức để tránh phải mổ lấy thai đối với trường hợp thai lưu. Vì vậy khuyến cáo nên theo dõi để chờ đi vào chuyển dạ tự nhiên. Tuy nhiên, nhiều thai phụ mong muốn được chấm dứt thai càng sớm càng tốt vì họ không muốn bị căng thẳng khi mang trong bụng một thai lưu như vậy.
- Thai lưu ở giai đoạn sớm có thể chấm dứt bằng cách nong và nạo lòng tử cung. Sau 20 tuần, phương pháp chấm dứt thai an toàn nhất là gây khói phát chuyển dạ. Làm chín muồi cổ tử cung có thể cần thiết.
- Chúng ta cần tôn trọng khoảng thời gian riêng tư của gia đình bệnh nhân sau khi biết tin bé mất. Nên tư vấn đầy đủ cho gia đình, khuyến khích gia đình giữ thân thể em bé lại, có thể đặt tên cho em bé và ra quyết định xử lý như thế nào đối với phần thai sau khi sinh ra.
- Nhận biết nguyên nhân gây thai lưu (Hình 54.2) có thể giúp ích cho việc tư vấn bệnh nhân về các lần mang thai trong tương lai. Giải phẫu tử

thì là một bước quan trọng giúp chẩn đoán nguyên nhân gây thai lưu.

Nguyên nhân

- 50% thai lưu không nguyên nhân (vô căn).
- **Tình trạng bệnh lý nội khoa của mẹ** (tăng huyết áp, tiền sản giật, đái tháo đường) cũng làm gia tăng tần suất thai lưu. Chẩn đoán và điều trị sớm có thể làm giảm nguy cơ thai lưu.
- **Các bất thường của nhau thai** (nhau tiền đạo, nhau bong non) cũng có thể gây thai lưu. Bất thường của dây rốn là một nguyên nhân khó dự đoán được, thường gặp nhất trong song thai một nhau thai-một buồng ối trước tuần lễ 32.
- Nên xác định karyotype của thai trong tất cả các trường hợp thai lưu để xem có dị tật về nhiễm sắc thể hay không, đặc biệt trong trường hợp đã biết thai có bất thường về nhiễm sắc thể. Thai lưu trong tử cung càng lâu thì tỷ lệ thành công của phân tích di truyền học tế bào càng giảm. Đôi khi, chọc ối lấy các tế bào còn sống có thể giúp ích nhiều cho phân tích di truyền học tế bào.
- **Xuất huyết thai nhi-mẹ** (hồng cầu thai qua nhau thai đi vào cơ thể người mẹ) có thể gây thai lưu. Hiện tượng này xảy ra ở tất cả các thai kỳ nhưng với số lượng rất ít (<0.1 mL). Hiếm gặp, có trường hợp chảy máu thai nhi-mẹ với số lượng lớn. Kleihauer-Betke test cho phép ước lượng thể tích máu thai nhi có mặt trong tuần hoàn mẹ.
- **Hội chứng kháng thể kháng phospholipid.** Chẩn đoán dựa trên bệnh cảnh lâm sàng (≥ 3 lần thai lưu trong tam cá nguyệt 1 hoặc ≥ 1 lần thai lưu trong tam cá nguyệt 2 không giải thích được, thuỷ tắc huyết khối không giải thích được, giảm tiểu cầu tự miễn) và có ≥ 1 xét nghiệm khẳng định chẩn đoán.
- **Thai lưu do nhiễm trùng ối** thường có biểu hiện khi khám lâm sàng. Xét nghiệm nhau thai, khảo sát mô học thai nhi, màng nhau/ thai và dây rốn có thể giúp chẩn đoán.

(Tử vong một trong hai thai nhi (trường hợp song thai))

Tiền lượng

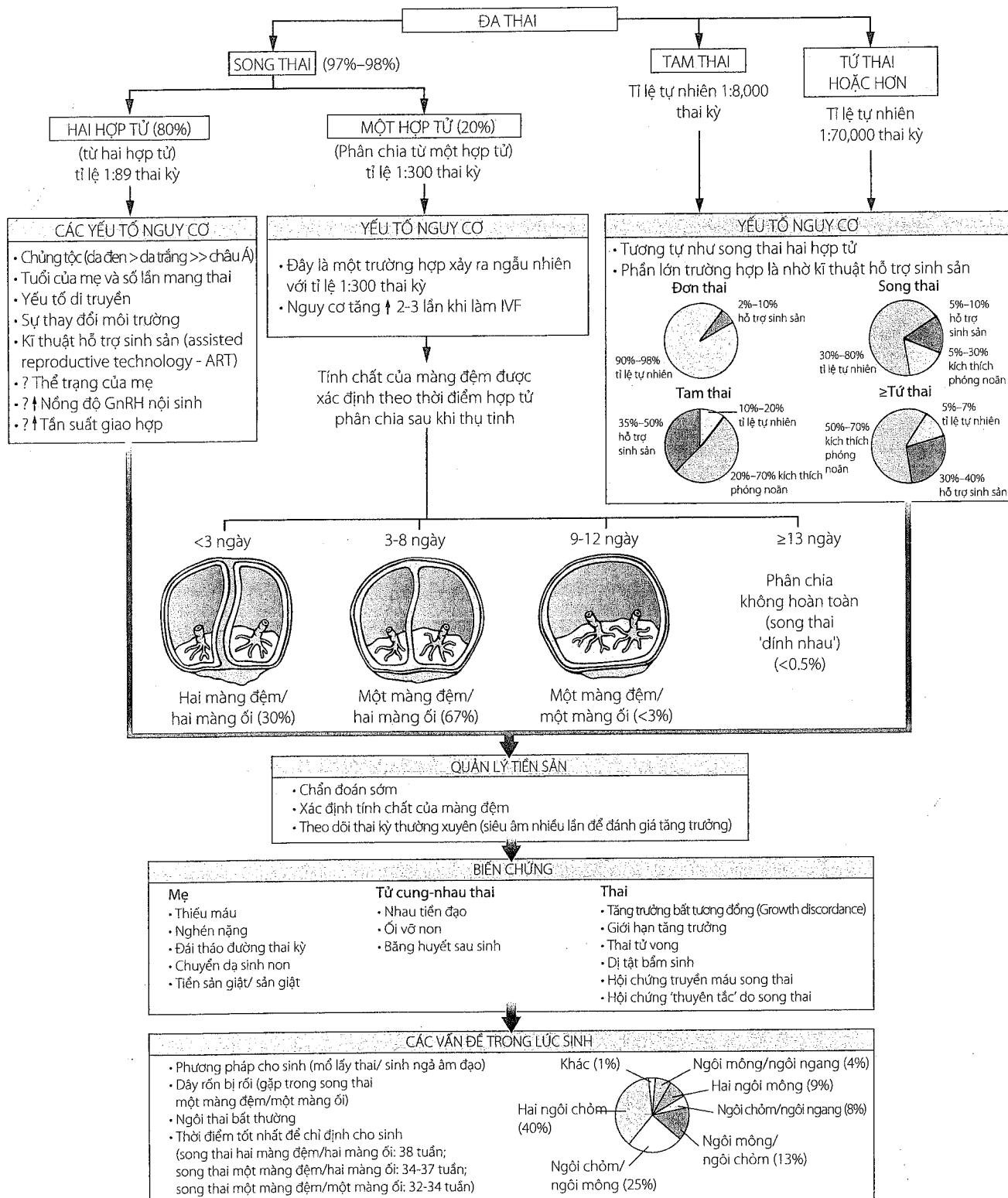
- Tiền lượng khả năng sống còn của thai còn lại sau khi đã lưu một thai trong song thai phụ thuộc vào nguyên nhân, tuổi thai, mức độ truyền máu song thai, và khoảng cách thời gian từ lúc một thai lưu cho đến khi thai sống còn lại được sinh ra.
- Song thai khác trứng không có hiện tượng truyền máu song thai (xem Chương 55), vì vậy một thai sau khi lưu ít ảnh hưởng lên sự sống còn của thai còn lại. Thai bị lưu có thể bị hấp thu hoàn toàn hoặc bị chèn ép, và hợp nhất với các màng thai (*thai giấy*). Bệnh lý DIC ở mẹ cực kỳ hiếm gặp.
- Hiện tượng truyền máu ở nhiều mức độ có thể gặp trong 99% trường hợp song thai cùng trứng. Một thai lưu thường sẽ gây lưu thai thứ hai. Trường hợp thai thứ hai còn sống, thai này sẽ có nguy cơ cao bị *nhuyễn não* (*nhuyễn não*).

Điều trị

- Điều trị đối với thai sống còn lại phụ thuộc vào tuổi thai và loại song thai một nhau thai hoặc hai nhau thai.
- **Đánh giá sức khỏe thai** (đếm cử động thai, NST, BPP) nên được thực hiện thường xuyên. Chỉ định cho sinh ngay nếu có “suy thai” hoặc NST không đáp ứng.
- Cho sinh khi có bằng chứng đã trưởng thành phổi hoặc khi tuổi thai đủ tháng.



Hình 55.1 LƯU ĐỒ SƠ LƯỢC VỀ ĐA THAI



Tần suất

- 1%-2% trường hợp sinh.
- Phần lớn (97%-98%) các trường hợp là song thai, trong đó 80% là song thai khác trứng (hai hợp tử).
- Đa thai ngày càng phổ biến, do kết quả của kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, đặc biệt là da thai với ≥3 thai - ngày nay chiếm 0.1%-0.3% trường hợp sinh.

Chẩn đoán

- Nên cảnh giác da thai ở các phụ nữ có yếu tố nguy cơ (Hình 55.1), các triệu chứng nghén biểu hiện quá mức, hoặc kích thước tử cung lớn hơn tuổi thai ước đoán.
- Siêu âm giúp xác định chẩn đoán.

Kiểu nhau (Hình 55.1)

- Kiểu nhau là kiểu sắp xếp của các màng nhau, đây là một yếu tố tiên lượng quan trọng trong các trường hợp đa thai.
- Tử suất chu sinh ở song thai cùng trứng (30%-50%) cao hơn trong song thai khác trứng (10%-20%), đặc biệt cao trong các trường hợp song thai một nhau thai/một buồng ối (65%-70%).
- Kiểu nhau được chẩn đoán chính xác nhất khi kiểm tra các màng thai lúc sinh. Chẩn đoán trước sinh sẽ gặp nhiều khó khăn hơn. Chẩn đoán xác định được các trường hợp song thai hai nhau thai/hai buồng ối khi phát hiện hai thai khác nhau về giới tính hoặc hai nhau thai riêng biệt.

Biến chứng

Các biến chứng trước chuyển dạ xảy ra trong 80% trường hợp song thai so với trong đơn thai là 30%.

1 Đa thai chiếm 10% các trường hợp tử vong *chu sinh*.

2 *Sinh non* gia tăng theo số lượng thai: tuổi thai trung bình là 40 tuần trong đơn thai, 37 tuần trong song thai, 33 tuần trong tam thai, và 29 tuần trong tứ thai.

3 *Vỡ ối non trên thai non tháng* xảy ra trong 10%-20% trường hợp đa thai (xem Chương 59).

4 *Phát triển bất xứng giữa các thai* (trọng lượng giữa các thai chênh lệch nhau ≥20% ước lượng cân thai) xảy ra ở 5%-15% trường hợp trong song thai và 30% trường hợp trong tam thai. Tỉ lệ tử vong chu sinh tăng gấp 6 lần.

5 Một trong hai thai bị *chết lưu* (xem Chương 54).

6 *Da ối/thiếu ối trong song thai*: máu nuôi tới hai thai không đồng đều, trong đó một thai là thai “cho” và một thai là thai “nhận”. Cả thai cho và thai nhận đều bị ảnh hưởng xấu. Hội chứng truyền máu song thai dẫn đến da ối/thiếu ối gấp trong 15% song thai một nhau thai, do có tình trạng thông nối mạch máu giữa tuần hoàn của các thai. Chẩn đoán sau sinh dựa vào sự chênh lệch giữa các thai: cân nặng ≥20% hoặc Hct ≥5 g/dL. Tiêu lượng phụ thuộc vào tuổi thai, mức độ nặng của quá trình truyền máu, và nguyên nhân. Tử suất chu sinh là 40%-80%. Điều trị bao gồm: theo dõi, chọc ối, indomethacin (làm giảm lưu lượng nước tiểu thai), laser làm thuyên tắc mạch thông nối, hoặc giảm số thai chọn lọc.

7 *Hội chứng “Stuck-twin”* là một chẩn đoán trên siêu âm với hình ảnh một thai bị thiếu ối nặng và mắc kẹt trong các màng thai của chính nó. 40% các trường hợp này xảy ra sau một tình trạng da ối/thiếu ối rất nặng. Tử suất chu sinh rất cao.

8 *Đảo ngược胎子* (TRAP) là một biến chứng hiếm gặp của song thai cùng trứng (1/35,000 trường hợp sinh), xảy ra khi có sự thông nối mạch máu trong dây rốn hoặc trong nhau thai làm cho dòng máu từ một thai bị đảo ngược chảy vào động mạch rốn của thai còn lại trước khi đi về nhau thai. Kết quả là có một thai (được gọi là thai “không tim” [“acardiac”]) bị đa dị tật bẩm sinh: không đầu và thân, không tim, và bất sản các cơ quan khác. Tiêu lượng cho thai nhi bình thường sẽ được cải thiện nếu lấy thai “không tim” ra.

9 *Quấn dây rốn* hiếm gặp (1/25,000 trường hợp sinh), nhưng biến chứng này có thể xảy ra trong 70% thai kỳ song thai một nhau thai/một buồng ối, >50% gây tử vong chu sinh. Thường chúng ta sẽ chỉ định mổ lấy thai. Nguy cơ tử vong do quấn dây rốn giảm sau 32 tuần, nhưng tử suất chu sinh chung lại gia tăng trong tam cá nguyệt 3. Vì lý do này nên các trường hợp song thai một nhau thai/một buồng ối thường được chỉ định chấm dứt thai kỳ khi tuổi thai 32-34 tuần.

Các vấn đề trong xử trí đa thai

Giảm số thai chọn lọc

- 10%-15% đa thai với nhiều thai sẽ tự giảm số thai trong tam cá nguyệt 1. Các trường hợp không xảy ra giảm thai tự nhiên nên được giảm thai chọn lọc ở thời điểm 13-15 tuần.
- Tỉ lệ sẩy thai do thủ thuật trước 20 tuần là 15% (dao động khoảng 5%-35%), tỉ lệ này gần tương đương với nguy cơ sẩy thai của đa thai nhiều hơn song thai.
- Lợi ích của giảm thai chọn lọc là giúp kéo dài thai kỳ, tăng trọng lượng thai nhi lúc sinh, giảm thai non tháng, và giảm tử suất chu sinh. Đối với đa thai ≥4 thai, lợi ích của giảm thai chọn lọc nhiều hơn so với nguy cơ. Trong trường hợp không có sự bất thường nào của thai thì giảm thai trong song thai không tỏ ra có lợi. Thực hiện giảm thai chọn lọc trong tam thai để thành song thai vẫn còn tranh cãi. Nhìn chung thì giảm thai trong tam thai thành song thai có thể giúp cải thiện dự hậu thai kỳ tốt hơn.

Tầm soát dị tật bẩm sinh

• Xét nghiệm huyết thanh mẹ (trong tam cá nguyệt 2) để tầm soát thể dị bội và/hoặc xét nghiệm AFP tầm soát dị tật hở ống thần kinh có thể thực hiện trong song thai (nhưng không làm trong tam thai) ở tuần 15-20 giống như trong đơn thai. *Tầm soát dị bội ở tam cá nguyệt I* (khoảng sáng da gáy + PAPP-A, β-hCG) đang trở thành xét nghiệm được sử dụng rộng rãi trong đa thai (xem Chương 39).

• Trong song thai khác trứng, nguy cơ dị bội (bất thường nhiễm sắc thể) độc lập ở mỗi thai. Vì vậy, khả năng karyotype bất thường ở một hay cả hai thai là cao hơn so với trong đơn thai. Ở Hoa Kỳ có khuynh hướng chọc ối khi nguy cơ dị bội là ngang bằng hoặc cao hơn so với nguy cơ sẩy thai do thủ thuật (1/400). Trong đơn thai, khả năng này xảy ra khi mẹ ≥35 tuổi. Trong song thai, khả năng này xảy ra khi mẹ khoảng 32 tuổi.

Cách sinh

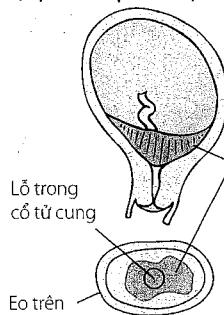
- Cách sinh trong song thai phụ thuộc vào ngôi thai, tuổi thai (hoặc ước lượng cân thai), sức khỏe của mẹ và thai.
- Mổ lấy thai thường được khuyến cáo đối với đa thai trong trường hợp ngôi thai trình diện không phải là ngôi đầu, và đa thai với nhiều thai, mặc dù cũng có thể cho sinh ngả âm đạo đối với một số trường hợp chọn lọc.

Nxuat huyet am dae truoc chuyen da

Hình 56.1 CÁC LOẠI NHAU TIỀN ĐẠO

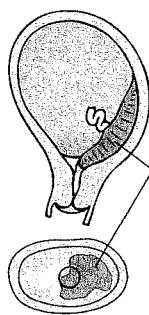
THỂ NĂNG

Nhau tiền đạo hoàn toàn
(độ 4 theo phân loại của châu Âu)



Lỗ trong
cổ tử cung
Eo trên

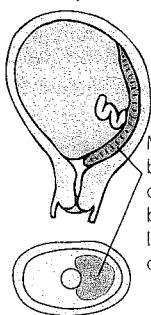
Nhau tiền đạo một phần
(độ 3)



Nhau tiền đạo
che lấp một phần
của lỗ trong
cổ tử cung

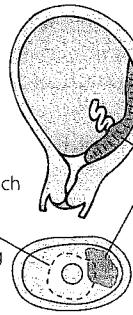
THỂ NHẸ

Nhau tiền đạo bám mép
(độ 2)



Mép nhau thai
bám sát
chứ không
bám lên
lỗ trong
cổ tử cung

Nhau bám thấp
(độ 1)

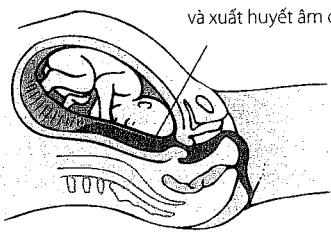


Mép dưới
của nhau thai
bám ở đoạn dưới
tử cung và
cách lỗ trong
cổ tử cung <2 cm,
nhưng không che lấp
lỗ trong

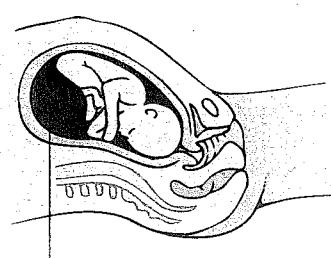
Hình 56.2 CÁC LOẠI NHAU BONG-NON

Xuất huyết ra ngoài (80%)

Nhau thai bong sớm,
có khối máu tụ
sau nhau thai
và xuất huyết âm đạo

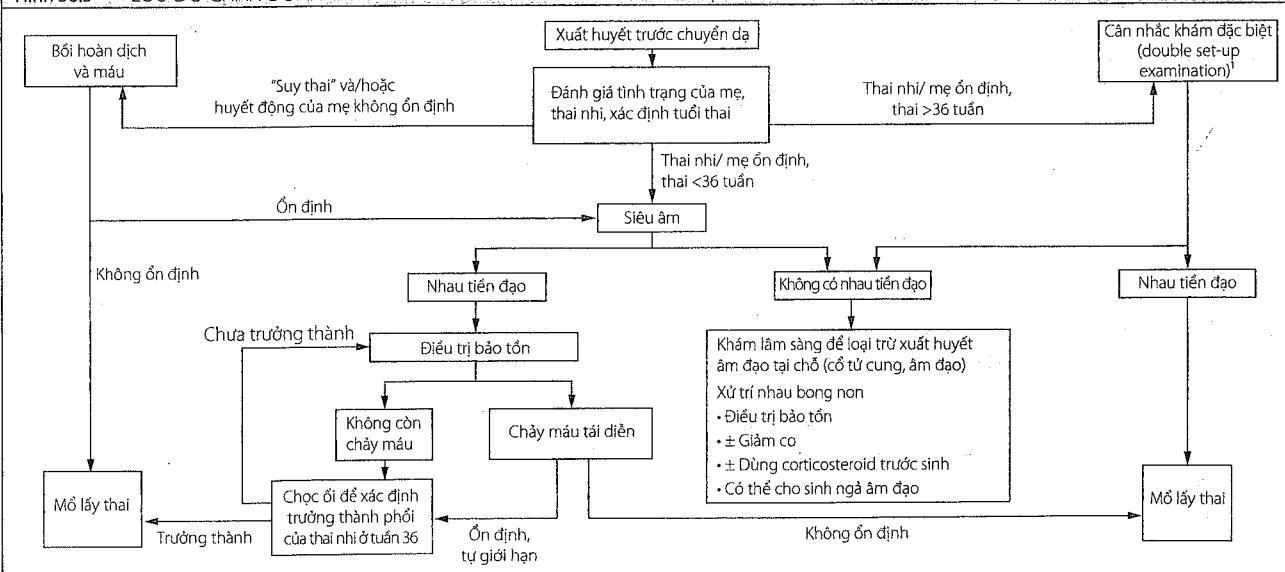


Xuất huyết thể ẩn (20%)



Mức độ bong của nhau rất đa dạng, nhau bong một phần
hoặc nhau bong toàn bộ làm thai nhi tử vong

Hình 56.3 LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ XUẤT HUYẾT TRƯỚC CHUYỂN ĐA



¹Double set-up examination: Khám trong điều kiện phòng mổ và mở lồng thai nếu cần

Định nghĩa

Xuất huyết âm đạo xảy ra từ tuần lề 24 thai kỳ đến trước khi chuyển dạ.

Tần suất

4%-5% thai kỳ.

Chẩn đoán phân biệt

Nhau tiền đạo (20%)

- **Định nghĩa.** Nhau thai nằm ở lỗ trong cổ tử cung ngay trước phần trinh diện của ngôi thai.
- **Tần suất.** 1/200 thai kỳ.
- **Yếu tố nguy cơ.** Đa sản, mẹ lớn tuổi, tiền căn nhau tiền đạo, tiền căn mổ lấy thai, hút thuốc lá.
- **Phân loại** (Hình 56.1).
- **Chẩn đoán.** Lâm sàng có xuất huyết âm đạo với máu đỏ tươi và không đau. Máu chảy ra có nguồn gốc từ mẹ. Thường đi kèm với ngôi bất thường vì nhau thai gây cản trở sự bình chỉnh của ngôi thai. Nhau tiền đạo có thể được phát hiện tinh cờ khi làm siêu âm.

Chú ý. Khi có xuất huyết âm đạo ở một thai phụ, chúng ta cần lưu ý tránh khám âm đạo cho đến khi loại trừ được nhau tiền đạo.

- **Siêu âm.** Siêu âm giúp chẩn đoán chính xác nhau tiền đạo. Trong các trường hợp nhau tiền đạo được phát hiện trong tam cá nguyệt 2, chỉ có 5% trường hợp còn tồn tại cho tới khi thai đủ tháng.

◦ **Điều trị trước chuyển dạ.** Mục đích là giúp thai trưởng thành càng nhiều càng tốt, đồng thời giảm thiểu nguy cơ cho mẹ và thai. "Suy thai" và xuất huyết nghiêm trọng ở mẹ là các chống chỉ định kéo dài thai kỳ, và có thể cần phải can thiệp mổ lấy thai cấp cứu bất chấp tuổi thai. Tuy nhiên, hầu hết các trường hợp xuất huyết đều không đe dọa tính mạng của bệnh nhân. Theo dõi cẩn thận có thể trì hoãn cho sinh trong đa số trường hợp. Cho phép điều trị ngoại trú đối với các bệnh nhân xuất huyết âm đạo ít với điều kiện phải hạn chế vận động và nhà gần bệnh viện. Vị trí nhau thai trong nhau tiền đạo có thể thay đổi trở về bình thường, khi đó cho sinh ngả âm đạo.

- **Điều trị trong chuyển dạ.** Mổ lấy thai chủ động nên thực hiện ở 36-37 tuần. Ít khi nào chúng ta cho sinh ngả âm đạo, nhưng có thể chỉ định trong trường hợp thai đã lưu, thai dị tật nặng, chuyển dạ thuận lợi và xuất huyết âm đạo ít, hoặc trường hợp thai non tháng chưa có khả năng sống. Có thể khám âm đạo trong phòng khám đặc biệt (*double set-up examination*) nếu siêu âm không thể loại trừ được nhau tiền đạo và bệnh nhân có chỉ định sinh ngả âm đạo. Khám âm đạo phải được thực hiện tại phòng mổ có đội ngũ gây mê hồi sức và phẫu thuật. Nếu có nhau tiền đạo, ngay lập tức phải mổ lấy thai. Nếu không sờ chạm được nhau thai, có thể xé ối/ lóc ối và khởi phát chuyển dạ.

◦ **Biến chứng của mẹ.** Nhau cài rắng lược (các gai nhau bám bất thường vào cổ tử cung) ít gặp, chiếm khoảng 1/2,500 thai kỳ, nhưng chiếm tỉ lệ đến 5% trong các trường hợp nhau tiền đạo, còn nếu có tiền căn mổ lấy thai một lần thì tỉ lệ bị tai biến này là 10%-25%, và lên tới >50% bị nhau tiền đạo khi có ≥2 vết mổ cũ.

- **Biến chứng cho trẻ sơ sinh.** Sinh non, ngôi bất thường. Nhau tiền đạo thường không liên quan với tình trạng IUGR.

Nhau bong non (30%)

- **Định nghĩa.** Nhau bong ra khỏi thành tử cung sớm.
- **Tần suất.** 1/120 thai kỳ.
- **Yếu tố nguy cơ.** Tăng huyết áp, tiền căn nhau bong non, chấn thương, hút thuốc lá, cocaine, tử cung bất thường hoặc có nhân xơ, đa sản, mẹ lớn tuổi, PPROM, dã chảy máu, giảm áp lực nhanh ở tử cung quá căng giãn (đa thai, đa ối).
- **Phân loại** (Hình 56.2).
- **Chẩn đoán** (Hình 56.3). Lâm sàng có xuất huyết âm đạo (80%), gö tử cung (35%), và bụng căng đau (70%), ± "suy thai" (50%). Tử cung nhạy đau gợi ý có thể có thâm nhiễm máu vào cơ tử cung (tử cung Couvelaire). Số lượng máu chảy ra ở âm đạo không tương xứng với lượng máu mất vì máu chảy ra có thể còn nằm trong tử cung. Đo bê cao tử cung và vòng bụng nhiều lần có thể giúp theo dõi khối máu tụ sau nhau.
- **Siêu âm.** Khối máu tụ sau nhau phải ≥300 mL mới có thể thấy được trên siêu âm. Chỉ 2% trường hợp nhau bong non có thể thấy được qua siêu âm. Nước ối đổi màu như màu rượu vang đỏ gợi ý nhiều đến nhau bong non.
- **Điều trị trước sinh** (Hình 56.3). Cho nhập viện ngay để đánh giá tình trạng mẹ và thai. Cách sinh và thời điểm sinh phụ thuộc vào tuổi thai, sức khỏe mẹ và tình trạng cổ tử cung. Trường hợp có rối loạn huyết động học cần can thiệp mổ lấy thai cấp cứu. Có thể cho theo dõi trong trường hợp nhau bong non thể nhẹ và thai còn non tháng. Nhau bong non là một ch้อง chỉ định tương đối của thuốc giảm gö.
- **Biến chứng của mẹ.** Tử vong (do xuất huyết, suy tim, hoặc suy thận) thay đổi từ 0.5% đến 5%. Những trường hợp có mất máu nhiều nên được truyền máu ngay. Rối loạn đông máu trong gấp trong khoảng 10% trường hợp.
- **Biến chứng của thai.** Thai chết lưu trong 10%-35% trường hợp do suy thai, mất máu nặng, và các biến chứng của thai non tháng. Nhau bong non còn làm gia tăng tỉ lệ IUGR và dị tật bẩm sinh.
- **Tái phát.** 10% sau một lần nhau bong non, 25% sau hai lần nhau bong non.

Mạch máu tiền đạo (hiếm)

- **Định nghĩa.** Xuất huyết từ mạch máu của thai nhi nằm vắt ngang qua hoặc chay gần với lỗ trong cổ trong cổ tử cung (máu chảy ra là máu thai nhi).
- **Chẩn đoán.** Apt test (test tách rửa hemoglobin với dung dịch kiềm) thực hiện bằng cách cho 2-3 giọt dung dịch kiềm vào 1 mL máu. Hồng cầu thai không bị vỡ nên hồng dịch vẫn có màu đỏ. Nếu là hồng cầu mẹ, hồng cầu sẽ bị vỡ làm cho hồng dịch có màu nâu.
- **Biến chứng.** Máu chảy có nguồn gốc từ thai nhi, vì vậy tử suất của thai rất cao >75% do thai bị mất máu quá nhiều.
- **Điều trị.** Mổ lấy thai cấp cứu được chỉ định nếu thai còn sống.

Nguyên nhân khác (50%)

- Chuyển dạ sớm.
- Tổn thương đường sinh dục dưới (polyp cổ tử cung, viêm loét).

Chuyển dạ sinh non

Hình 57.1 DƯỢC LÝ CỦA THUỐC XỬ TRÍ CHUYỂN ĐA SINH NON

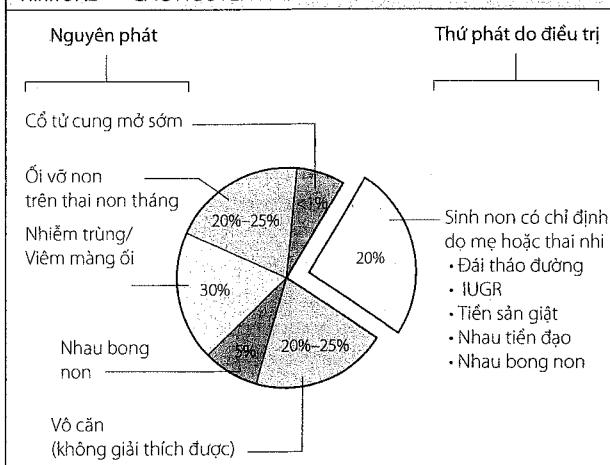
Thuốc giảm gà	Đường dùng (liều dùng)	Hiệu quả*	Tác dụng phụ chính trên mẹ	Tác dụng phụ chính trên thai nhi
Ức chế kênh calcium - Nifedipine	Đường uống (20-30 mg mỗi 4-8 giờ)	Có hiệu quả	Hạ huyết áp, nhịp tim nhanh (đáp ứng), nhức đầu, buồn nôn, nóng bức, làm giảm tác dụng của magnesium sulfate, độc gan	-
Đóng vận β-Andrenergic - Terbutaline sulfate	IV (2 µg/phút, tối đa 80 µg/phút) SC (0,25 mg mỗi 20 phút) Đường uống (2,5-5 mg mỗi 4-6 giờ) Bơm tiêm tự động IV (0,02 mL/giờ) IV (50 µg/phút; tối đa 350 µg/phút) IM (5-10 mg mỗi 2-4 giờ) Đường uống (10-20 mg mỗi 3-4 giờ)	Có hiệu quả Có hiệu quả Không hiệu quả Không hiệu quả Có hiệu quả Có hiệu quả Không hiệu quả	Bồn chồn, lo lắng, mất ngủ, phát ban, buồn nôn, nôn, loạn nhịp tim, đau ngực, thiếu máu cơ tim, đánh trống ngực, hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, phổi phổi cấp, liệt ruột, hạ potassium máu, hạ đường huyết, nhiễm toan máu	Tím thai nhanh, hạ huyết áp, tắc ruột, tăng insulin máu, hạ đường huyết, tăng bilirubin máu, hạ calcium máu, ? phù thai
Đối kháng oxytocin - Atosiban	IV (1 µmol/L/phút, tối đa 32 µmol/L/phút)	Có hiệu quả	Buồn nôn, nhức đầu, đau ngực, đau nhức khớp	?
Ức chế prostaglandin - Indomethacin	Đường uống (25-50 mg mỗi 4-6 giờ) Đặt hậu môn (100 mg mỗi 12 giờ)	Có hiệu quả Có hiệu quả	Rối loạn tiêu hóa (buồn nôn,Ợ nóng), nhức đầu, phát ban, bệnh thận mỏ kẽ, kéo dài thời gian chảy máu	Thiểu niệu thoáng qua, thiếu ối, ống động mạch đóng sớm và tăng áp phổi kéo dài, ? viêm ruột hoạt tử, xuất huyết nội mạch
Magnesium sulfate	IV (bolus 4-6 g, duy trì 2-3 g/giờ) Đường uống (100-120 mg mỗi 4 giờ)	Có hiệu quả Không hiệu quả	Buồn nôn, nôn, tắc ruột, nhức đầu, mệt mỏi, hạ huyết áp, phổi phổi cấp, ngừng tim-phổi, ? hạ calcium máu (magnesium không hấp thu qua đường uống)	Giảm dao động nôi tại tim thai, trẻ mới sinh ngủ lơ mơ, giảm trương lực co, ? tắc ruột, ? hội chứng cỏi xương bẩm sinh (khi dùng thuốc điều trị >7-10 ngày) ?? Tăng tần số tử vong ở trẻ nhẹ cân
Thuốc khác - Nitroglycerine	TD (10-50 mg mỗi ngày) IV (bolus 100 µg, sau đó 1-10 µg/kg mỗi phút)	Chưa được chứng minh Chưa được chứng minh	Hạ huyết áp, nhức đầu	Tím thai nhanh

*Tính hiệu quả được xác định nếu được chứng minh tri hoãn cuộc sinh 24-48 giờ khi so sánh với nhóm dùng placebo hoặc nhóm chứng

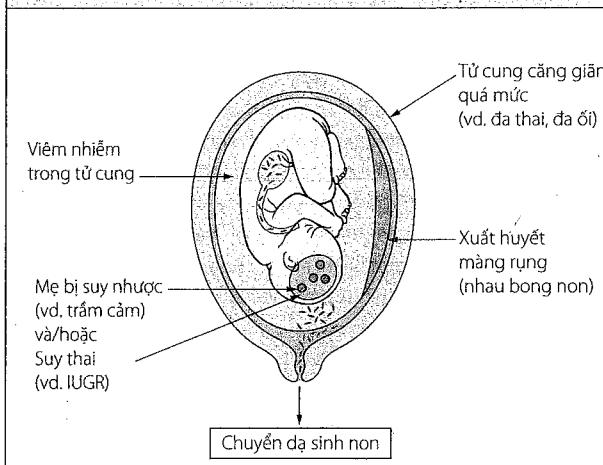
IM, tiêm bắp; IV, tiêm tĩnh mạch; SC, tiêm dưới da; TD, dùng qua da

*Đây là loại thuốc duy nhất được FDA chứng nhận có hiệu quả làm giảm tỉ lệ sinh non (nhưng hiện không còn được dùng tại Hoa Kỳ nữa)

Hình 57.2 CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY SINH NON



Hình 57.3 BỐN CƠ CHẾ CHÍNH GÂY CHUYỂN ĐA SINH NON



Định nghĩa

Chuyển dạ sinh non là khi có chuyển dạ trước tuổi thai 37 tuần.

Tần suất

- Chiếm 8%-12% (gần 1/8) tất cả thai kỳ
- Chiếm 85% tất cả các biến chứng và tử vong chu sinh.

Sinh lý bệnh

Chuyển dạ sinh non là do có sự phá vỡ cơ chế duy trì tình trạng ổn định của tử cung suốt thai kỳ hoặc có sự kích thích chuyển dạ đến sớm. Có bốn yếu tố riêng biệt được xác định, bao gồm: stress, nhiễm trùng, tử cung căng giãn, và xuất huyết (Hình 57.3).

Nguyên nhân

- Chuyển dạ sinh non là một hội chứng hơn là một chẩn đoán bởi vì nguyên nhân của nó rất đa dạng (Hình 57.2).
- Ở tất cả thai non tháng, 20% là do chỉ định của bác sĩ (chỉ định do mẹ hoặc thai), 30% do nhiễm trùng ối/ viêm màng ối, 20%-25% do PPROM, và 20%-25% do tự phát (vô căn).

Dự đoán sinh non

- Phải nhận biết được các yếu tố nguy cơ của sinh non (xem Bảng 57.1). Tuy nhiên, nếu chỉ đơn thuần dựa vào các yếu tố về tiền căn/ dịch tê sẽ không phát hiện được >50% các trường hợp sinh non.
- Mặc dù cơn gò tử cung là điều kiện tiên quyết đối với chuyển dạ sinh non, nhưng việc *theo dõi cơn gò tại nhà* không làm giảm tần suất sinh non.
- Nếu khám cổ tử cung còn bình thường, cần đánh giá sự thay đổi của cổ tử cung qua nhiều lần khám. Tuy nhiên, dấu hiệu xoa hoặc mở cổ tử cung chỉ xảy ra sinh non trong 4% nếu nguy cơ thấp hoặc 20% nếu thai phụ có nguy cơ cao.
- Có mối liên quan nghịch chặt chẽ giữa độ dài kênh tử cung (CL) trên siêu âm với sinh non ở cả hai đối tượng nguy cơ thấp và nguy cơ cao. CL không được khuyến cáo thực hiện ở bệnh nhân nguy cơ thấp. Ở bệnh nhân nguy cơ cao, đo CL nên thực hiện ở tuần 16-20, sau đó lặp lại mỗi 2-4 tuần cho đến 30-32 tuần.
- Một số *marker sinh hóa/ nội tiết* có liên quan với sinh non, nhưng chỉ có fibronectin (fFN) ở dịch cổ tử cung-âm đạo được xem là công cụ hữu ích để tầm soát sinh non. Giá trị của fFN nằm ở giá trị tiên đoán âm cao: 99% phụ nữ có fFN âm tính ở tuần 22-24 sẽ không sinh trong 1 tuần sau đó, 98% trong 2 tuần, và 89% trong 3 tuần. fFN có giá trị tiên đoán dương tính kém (chỉ có 25% phụ nữ có fFN dương tính sẽ sinh trước 35 tuần).
- Nhiễm trùng âm đạo* (nhiễm khuẩn âm đạo, *lậu*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*) có liên quan với sinh non. Tuy nhiên, việc tầm soát và điều trị ở các trường hợp nguy cơ cao không triệu chứng thì không được khuyến cáo vì không làm giảm nguy cơ sinh non.
- Nhiễm trùng ối* là nguyên nhân của 30% trường hợp sinh non. Mẫu lấy dịch ối dương tính giúp chẩn đoán xác định nhưng các marker của nhiễm trùng (interleukin-6 cao, đường thấp, CRP tăng, bạch cầu cao trong dịch ối) cũng có thể gợi ý cho chẩn đoán.
- Một số *xét nghiệm nội tiết* cũng có thể dự báo chuyển dạ sinh non. Nồng độ estriol tăng trong nước bọt thai phụ ($\geq 2.1 \text{ ng/mL}$) dự báo được nguy cơ sinh non ở các đối tượng nguy cơ cao. Các xét nghiệm nội tiết khác (relaxin, corticotropin-releasing hormone) cũng có khả năng dự báo.

Điều trị

- Cần xác định *chẩn đoán* chuyển dạ sinh non trước khi bắt đầu điều trị. Chẩn đoán đòi hỏi phải có cả hai yếu tố là cơn gò và sự thay đổi ở cổ tử cung (cổ tử cung $\geq 2 \text{ cm}$ và/hoặc xoa $\geq 80\%$ ở người con so).
- Nên tìm *nguyên nhân* của chuyển dạ sinh non.
- Chống chỉ định tuyệt đối* dùng thuốc giảm gò trong trường hợp nhiễm trùng tử cung, suy thai, chảy máu âm đạo, thai lưu. PPROM là chống chỉ định tương đối.
- Nghỉ ngơi và bù dịch thường được khuyến cáo, mặc dù hiệu quả chưa được chứng minh.
- Điều trị nội ngắn hạn* (Hình 57.1) là chủ yếu. Tuy nhiên, không có dữ

liệu đáng tin cậy nào chứng minh thuốc giảm gò có thể trì hoãn được cuộc sinh quá 24-48 giờ. Không có thuốc giảm gò nào tỏ ra có ưu thế điều trị rõ ràng. Vì vậy, tác dụng phụ của thuốc thường được xem xét để lựa chọn dùng thuốc giảm gò nào trong từng bệnh cảnh lâm sàng cụ thể:

- 1 Úc chế kênh calcium (nifedipine) có hiệu quả giảm gò, ít tác dụng phụ nên đang nhanh chóng trở thành một trong các loại thuốc giảm gò đầu tay.
- 2 Đóng vận β -adrenergic cũng thường được dùng, nhưng gây nhiều tác dụng phụ cho mẹ.
- 3 Atosiban (đối vận thụ thể oxytocin) được sử dụng phổ biến và nitroglycerin sử dụng ở một số trung tâm của Vương quốc Anh.
- 4 Magnesium sulfate (có hoạt tính đối kháng với ion calcium và gây ức chế dẫn truyền thần kinh) tương đối an toàn, và vẫn còn được sử dụng phổ biến tại Hoa Kỳ. Magnesium sulfate còn tác dụng bảo vệ thần kinh ở trẻ rất nhẹ cân ($<1,500 \text{ g}$).
- 5 Indometacin (một thuốc nhóm NSAIDs) cũng là một thuốc giảm gò hiệu quả, nhưng thuốc có thể gây ra các biến chứng nặng cho trẻ sơ sinh (đóng sớm ống động mạch, tăng áp phổi kéo dài, thiếu ối), vì vậy thuốc hiếm khi được sử dụng.
- Duy trì giảm gò quá 48 giờ không được khuyến cáo vì không trì hoãn được cuộc sinh nhưng gây ra nhiều tác dụng bất lợi cho thai. Tuy nhiên, các phân tích gộp gần đây cho thấy việc duy trì giảm gò bằng nifedipine có thể mang lại lợi ích.
- Sử dụng đồng thời ≥ 2 loại thuốc giảm gò không có lợi so với dùng một loại thuốc giảm gò, hơn nữa lại làm tăng tác dụng phụ.
- Các dữ kiện mới cho thấy việc bổ sung progesterone (không phải điều trị) từ 16-20 tuần đến 34-36 tuần có thể dự phòng chuyển dạ sinh non ở một số thai phụ nguy cơ cao như tiền căn sinh non không giải thích được, hoặc cổ tử cung ngắn (không phải đa thai). Các nghiên cứu đang được tiến hành để xác định đối tượng nào sẽ hưởng lợi ích từ việc dự phòng, cũng như xây dựng công thức, liều lượng và đường dùng thuốc.

Bảng 57.1 Các yếu tố nguy cơ sinh non

Yếu tố nguy cơ	Nguy cơ tương đối (RR)
Nhiễm trùng ối	50
Đa thai	40
Nhau bong non	35
Xuất huyết âm đạo tam cá nguyệt 3	10
Xuất huyết âm đạo tam cá nguyệt 2	2
Tiền căn sinh non	2-5
Bất thường tử cung	5-7
Phơi nhiễm diethylstilbestrol (DES)	4
Nhiễm trùng đường tiết niệu	2
Hút thuốc lá (≥ 10 điếu/ngày)	2
Sử dụng chất gây nghiện (đặc biệt là cocaine)	2
Mẹ > 35 tuổi	2-3
Người Hoa Kỳ gốc Phi	2
Tình trạng kinh tế-xã hội thấp	1.5-2



Hở eo tử cung và khâu eo cổ tử cung

Hình 58.1 YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA CỔ TỬ CUNG MỞ SỚM

Bẩm sinh

- Thiểu sản cổ tử cung bẩm sinh
- Phơi nhiễm DES từ lúc bào thai

Mắc phải

- Chấn thương cổ tử cung (khoét chót cắt cụt, rách tầng sinh môn do tai biến sản khoa)
- ? Nong cổ tử cung
(xảy ra khi chủ động chấm dứt thai kỳ)

CHỈ ĐỊNH KHẨU EO CỔ TỬ CUNG

- Tiền căn nghi ngờ cổ tử cung mở sớm
- ? Các trường hợp đa thai nhiều hơn song thai (vd. tam thai, tứ thai...)
- ? Cổ tử cung ngắn trên siêu âm (<20 mm)

CHỐNG CHỈ ĐỊNH TUYỆT ĐỐI KHẨU EO CỔ TỬ CUNG

Mẹ

- Cơn co tử cung/ chuyển dạ
- Mẹ bị bệnh lý nguy hiểm có chống chỉ định với gây mê/ gây tê

Tử cung-nhau

- Vỡ màng ối
- Xuất huyết âm đạo không giải thích được (nhau bong non)
- Nhiễm trùng tử cung/ âm đạo

Thai nhi

- Thai nhi tử vong trong tử cung
- Thai nhi bị dị tật nặng không thể sống được
- Tuổi thai ≥28 tuần

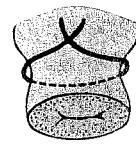
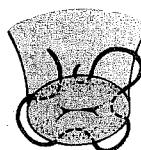
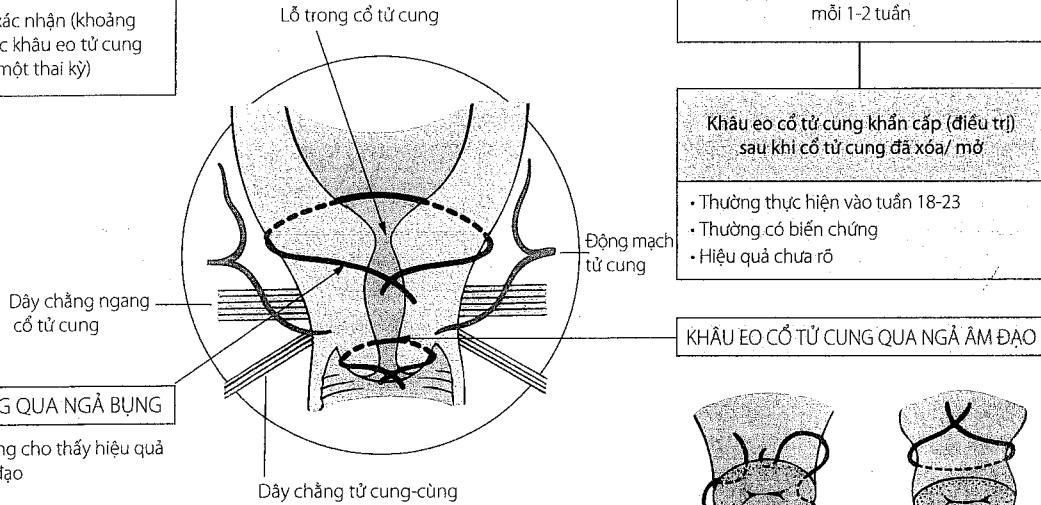
Khâu eo cổ tử cung chủ động (phòng ngừa)

- Thường thực hiện vào tuần 13-16
- Ít biến chứng
- Hiệu quả đã được xác nhận (khoảng 25 trường hợp được khâu eo tử cung để cứu sống được một thai kỳ)

HOẶC

Theo dõi

Thăm khám nhiều lần và/hoặc siêu âm ngả âm đạo quan sát cổ tử cung mỗi 1-2 tuần



Phương pháp McDonald

- Mũi khâu vòng
- Không cần bóc tách tại vị trí
- Lỗ ngoài cổ tử cung

Phương pháp Shirodkar

- Mũi khâu đơn
- Cần bóc tách tại vị trí gần
- Lỗ trong cổ tử cung

HỎ EO TỬ CUNG

Định nghĩa

Là tình trạng mất khả năng hỗ trợ duy trì thai kỳ đến khi thai trưởng thành do một rối loạn chức năng ở cổ tử cung.

Tần suất

0.05%-1% thai kỳ.

Triệu chứng lâm sàng

- Mở cổ tử cung đột ngột và không gây đau, thường xảy ra ở tam cá nguyệt 2, gây thành lập đầu ối và/hoặc PPROM, dẫn đến chuyển dạ sinh non và thai nhi sinh ra thường chưa có khả năng sống.
- Triệu chứng có thể có bao gồm: tiết dịch âm đạo, tràn nặng vùng chậu, xuất huyết âm đạo, và/hoặc PPROM ở tam cá nguyệt 2, nhưng hầu hết bệnh nhân thường không có triệu chứng gì.

Chẩn đoán

- Hở eo tử cung là một chẩn đoán lâm sàng. Nghĩ đến chẩn đoán hở eo tử cung khi cổ tử cung mở nhưng không có cơn gò tử cung ở tuần lễ 16-24 và phát hiện được khi khám âm đạo bằng tay (hoặc trên siêu âm). Nếu có cơn gò tử cung, chẩn đoán nghiêng về chuyển dạ sinh non.
- Một số xét nghiệm có thể giúp gợi ý chẩn đoán hở eo tử cung ở người không có thai, nhưng ít có giá trị lâm sàng.

Nguyên nhân

Hở eo tử cung là hậu quả của nhiều quá trình bệnh lý. Đa số trường hợp chưa xác định được nguyên nhân chính xác.

Tương lai sản khoa

- Khả năng hở eo tử cung tái phát ở thai kỳ tiếp theo là 15%-30%.
- Cơ hội sinh con đủ tháng ở người phụ nữ đã có tiền căn hai lần sinh non trong tam cá nguyệt 2 là 60%-70%.

Kiểm tra cổ tử cung

Chỉ định

- Cần phân biệt khâu eo chọn lọc (dự phòng) và khâu eo cấp cứu (điều trị) (Hình 58.1).
- Tiền căn hở eo tử cung là chỉ định duy nhất rõ ràng của khâu eo dự phòng.
- Chỉ định khâu eo dự phòng còn tranh cãi ở phụ nữ có tiền căn phơi nhiễm với diethylstilbestrol (DES) trong tử cung, hoặc đa thai (không có tiền căn sinh non).

Chống chỉ định

- Chống chỉ định tuyệt đối (Hình 58.1).
- Chống chỉ định tương đối bao gồm:
 - Đã thành lập đầu ối (nguy cơ PPROM cao khi khâu eo)
 - Tăng nồng độ các marker của nhiễm trùng ối (tỷ lệ thất bại ≥90%)
 - Nhau tiền đạo
 - Thai chậm tăng trưởng trong tử cung
 - Thai ≥24 tuần.

Biến chứng

- Tỉ lệ biến chứng tăng lên cùng với tuổi thai và độ mở cổ tử cung.
- Biến chứng cấp tính (<48 giờ):* mất máu nhiều, PPROM, sẩy thai (3%-20%).
- Biến chứng dài hạn:* rách cổ tử cung (3%-4%), nhiễm trùng ối (4%), hép cổ tử cung (1%), và các biến chứng khác (nhau bong non, lạc chỗ chì khâu, ảnh hưởng tới bàng quang).
- Nhiễm trùng hậu sản* xảy ra trong 5%-6% trường hợp khâu eo, tăng gấp 2 lần so với ở người không khâu eo.

Các biện pháp khâu eo cổ tử cung

Khâu eo cổ tử cung qua ngả âm đạo (Hình 58.1)

Là phương pháp chính trong điều trị hở eo tử cung. Phương pháp Shirodka và McDonald có hiệu quả ngang nhau:

- Phương pháp Shirodka:** khâu một mũi đơn quanh cổ tử cung ngang mức lỗ trong sau khi đã tách bàng quang ở trước và trực tràng ở sau. Mũi khâu siết chặt cả hai mặt trước và mặt sau cổ tử cung.
- Phương pháp McDonald:** khâu vài mũi sâu có cột ở đằng trước quanh cổ tử cung nhưng không tách bàng quang và trực tràng.

Khâu eo cổ tử cung qua ngả bụng (Hình 58.1)

Không phải là phương pháp tốt hơn khâu eo qua ngả âm đạo, phải mở bụng và mổ lấy thai về sau. Phương pháp này chỉ dùng khi có chỉ định khâu eo nhưng thất bại hoặc không thể thực hiện được qua ngả âm đạo.

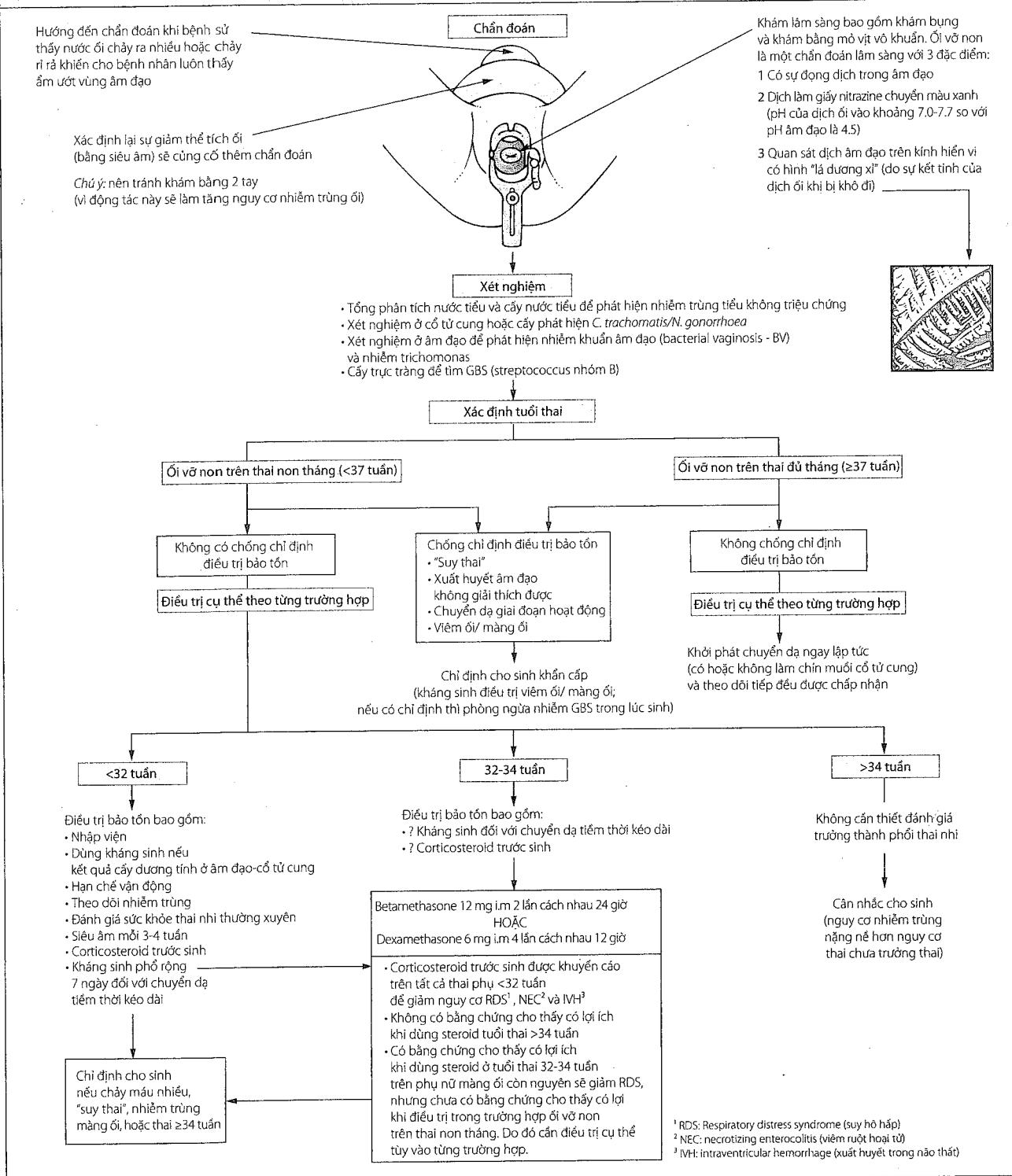
Kỹ thuật

- Nên khảo sát siêu âm trước khi làm thủ thuật để loại trừ các dị tật thai nặng (thai vô sọ) và/hoặc thai lưu.
- Xác định sự sống của thai trước và ngay sau làm thủ thuật (nghe tim thai Doppler hoặc siêu âm).
- Gây tê vùng được ưu tiên.
- Giảm gò dự phòng được dùng để ngăn cơn gò tử cung tạm thời, nhưng chưa có bằng chứng giảm gò có cải thiện dự hậu thai kỳ hay không.
- Nên dùng kháng sinh dự phòng trong khâu eo cấp cứu vì nguy cơ nhiễm trùng ối. Sử dụng kháng sinh thường quy trong khâu eo tử cung dự phòng hiện vẫn còn là một vấn đề nhiều tranh cãi.
- Nếu đầu ối đã thành lập thì nguy cơ vỡ ối khi khâu eo có thể lên đến 40%-50%. Cho nằm tư thế Trendelenburg, làm đầy bàng quang, và/hoặc rút bớt nước ối trước khi thực hiện khâu eo tử cung.

Chăm sóc sau thủ thuật

- Khám cổ tử cung thường xuyên (khám mỗi tuần hoặc mỗi 2 tuần).
- Nghỉ ngơi tại giường và “nghỉ ngơi vùng chậu” (không giao hợp, sử dụng tampon, hoặc thụt rửa) cho tới khi đạt tuổi thai thích hợp.
- Cắt chỉ khâu eo chủ động vào tuổi thai 37-38 tuần hoặc khi có cơn gò tử cung (tránh gây rách cổ tử cung hoặc vỡ tử cung).

Hình 59.1 LƯU ĐỒ XỬ TRÍ ỐI VỠ NON



Định nghĩa

- *Ối vỡ non (PROM)* là tình trạng các màng ối bị vỡ trước chuyển dạ.
- *Ối vỡ non trên thai non tháng (PPROM)* là ối vỡ non trước tuần lề 37.
- *Ối vỡ non kéo dài* là ối vỡ >24 giờ, làm gia tăng nguy cơ nhiễm trùng ối.

Chẩn đoán

- PROM là một chẩn đoán lâm sàng (Hình 59.1).
- Nếu lâm sàng không xác định được có ối vỡ hay không và thai còn non tháng, tại Hoa Kỳ thường làm test nhuộm nước ối – dùng chất nhuộm chàm có màu đỏ (không sử dụng xanh methylene vì có thể liên quan với methemoglobin thai nhi) truyền vào buồng ối, sau đó đặt băng vệ sinh trong 20-30 phút để theo dõi dịch rỉ ra ở âm đạo.
- *Chẩn đoán phân biệt*. Rỉ nước tiểu, tiết dịch âm đạo.

Giai đoạn tiềm tàng

- Giai đoạn tiềm tàng là giai đoạn từ lúc ối vỡ đến khi sinh.
- Ở thai kỳ đủ tháng bị vỡ ối non, 50% sẽ tự đi vào chuyển dạ trong 12 giờ, 70% trong 24 giờ, 85% trong 48 giờ, và 95% trong 72 giờ.
- Giai đoạn tiềm tàng chịu ảnh hưởng của tuổi thai (50% thai kỳ ối vỡ non sẽ đi vào chuyển dạ trong 24-48 giờ, và 70%-90% trong 7 ngày), lượng nước ối (thiểu ối nặng thường có giai đoạn tiềm tàng ngắn), và đa thai (giai đoạn tiềm tàng trong song thai ngắn hơn trong đơn thai).

Nguyên nhân

- Thai gần trường thành, các màng thai tại lỗ trong cổ tử cung bị “suy yếu” dẫn nên ối dễ bị vỡ tại vị trí này.
- Một số tình trạng bệnh lý (chảy máu, nhiễm trùng) có thể dẫn đến ối vỡ non.

Ối vỡ non

Tần suất

8%-10% số trường hợp thai đủ tháng.

Điều trị (Hình 59.1)

- Trường hợp không có chống chỉ định theo dõi (nhiễm trùng ối, suy thai/ test đánh giá sức khỏe thai không đảm bảo, xuất huyết âm đạo, chuyển dạ hoạt động), chúng ta có thể theo dõi chờ chuyển dạ tự nhiên hoặc gây khởi phát chuyển dạ.
- Nếu cổ tử cung không thuận lợi, có thể làm chín muồi cổ tử cung trước (xem Chương 60).
- Thiếu ối nặng có thể gây chèn ép rốn trong chuyển dạ, gây suy thai phải can thiệp mổ lấy thai. Lợi ích của việc truyền ối trong chuyển dạ để cải thiện sức khỏe cho thai và giảm tỉ lệ mổ lấy thai hiện nay vẫn còn chưa rõ.

Vết ối non và cách quản lý non thai

Tần suất

- 2%-4% ở các trường hợp đơn thai và 7%-10% các trường hợp song thai.
- PPROM có liên quan với 20%-25% sinh non và 10% tử vong chu sinh.

Yếu tố nguy cơ

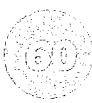
- Tiền căn PPROM (nguy cơ tái phát 20%-30%), xuất huyết âm đạo không giải thích được, nhau bong non (gặp trong 10%-15% trường hợp PPROM, nhau bong non thường là hậu quả hơn là nguyên nhân), hở eo tử cung, nhiễm trùng ối hay nhiễm trùng âm đạo, chọc ối, hút thuốc lá, đa thai, đa ối, điều trị steroid dài ngày, bệnh lý mô liên kết, thiếu máu, tình trạng kinh tế-xã hội thấp, và phụ nữ đơn thân.
- Các yếu tố không liên quan với PPROM bao gồm giao hợp, thăm khám cổ tử cung, tập thể dục, và số con đã sinh.

Biến chứng

- *Biến chứng cho thai*: các biến chứng sơ sinh liên quan đến non tháng như hội chứng suy hô hấp (RDS), xuất huyết trong não thất (IVH), nhiễm trùng, thiếu sản phổi (đặc biệt PPROM <22 tuần), biến dạng hệ xương (liên quan đến mức độ và thời gian vỡ ối non). Nói chung, PPROM làm tăng tử suất chu sinh gấp bốn lần.
- *Biến chứng cho mẹ*: gia tăng tỉ lệ mổ lấy thai (do ngô bất thường, sa dây rốn), nhiễm trùng ối (15%-30%), viêm nội mạc tử cung hậu sản.

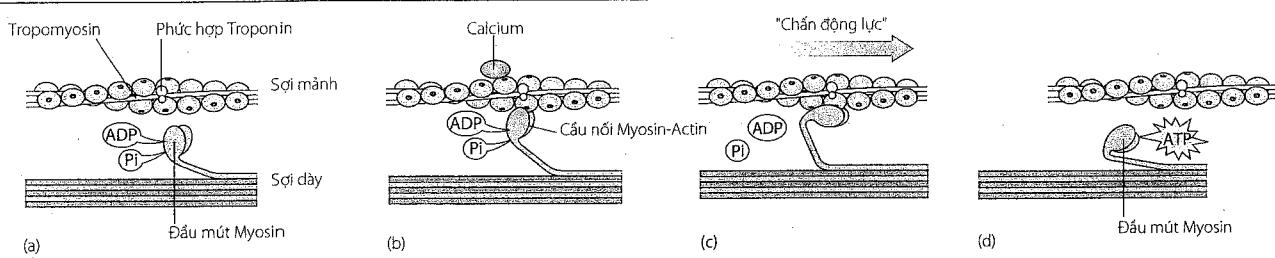
Điều trị (Hình 59.1)

- Điều trị PPROM theo từng trường hợp cụ thể và phụ thuộc rất nhiều vào tuổi thai. Cần nhắc giữa nguy cơ của thai non tháng với nguy cơ nhiễm trùng ối khi cho chỉ định điều trị hoặc theo dõi:
- Các vấn đề tranh cãi trong điều trị PPROM:
 - 1 *Kháng sinh*. Kháng sinh dự phòng, phổ rộng, sử dụng theo kinh nghiệm và nên duy trì 7 ngày đối với PPROM <34 tuần. Hiện tại chưa có bằng chứng nên sử dụng phác đồ kháng sinh nào là tối ưu nhất.
 - 2 *Giảm đỡ*. PPROM là một chống chỉ định tương đối của dùng thuốc giảm đỡ.
 - 3 *Steroid*. Sử dụng glucocorticoid làm giảm 50% tần suất suy hô hấp. Lợi ích đạt được tối đa 24-48 giờ sau liều khởi đầu. Hiệu quả kéo dài trong 7 ngày, nhưng hiệu quả sau đó thì không rõ. Steroid còn làm giảm tần suất của viêm ruột hoại tử và xuất huyết não thất. Có thể dùng dexamethasone tiêm bắp nhưng không được dùng prednisone (không đi qua nhau thai) hoặc dexamethasone đường uống (làm tăng nhiễm trùng sơ sinh và xuất huyết não thất lên 10 lần). Steroid lặp lại nhiều đợt có thể gây IUGR, vòng đầu nhỏ, (có thể) làm tăng nguy cơ bại não. Vì vậy, không khuyến cáo sử dụng steroids nhiều đợt (≥ 3) một cách thường quy. Tuy nhiên, một đợt steroid lặp lại trước 34 tuần có thể có ích nếu khoảng cách sau khi sử dụng đợt đầu >2 tuần.
 - 4 *Theo dõi thai*. Sau PPROM, thai có nguy cơ bị nhiễm trùng, chèn ép rốn, nhau bong non, và (có thể) thiếu máu tử cung-nhau thai. Theo dõi thai là cần thiết nhưng cách theo dõi và khoảng cách theo dõi như thế nào vẫn còn tranh cãi. Có thể theo dõi bằng NST và/hoặc BPP (xem Chương 52) nhưng không có lợi hơn việc theo dõi bằng cách đếm cử động thai.



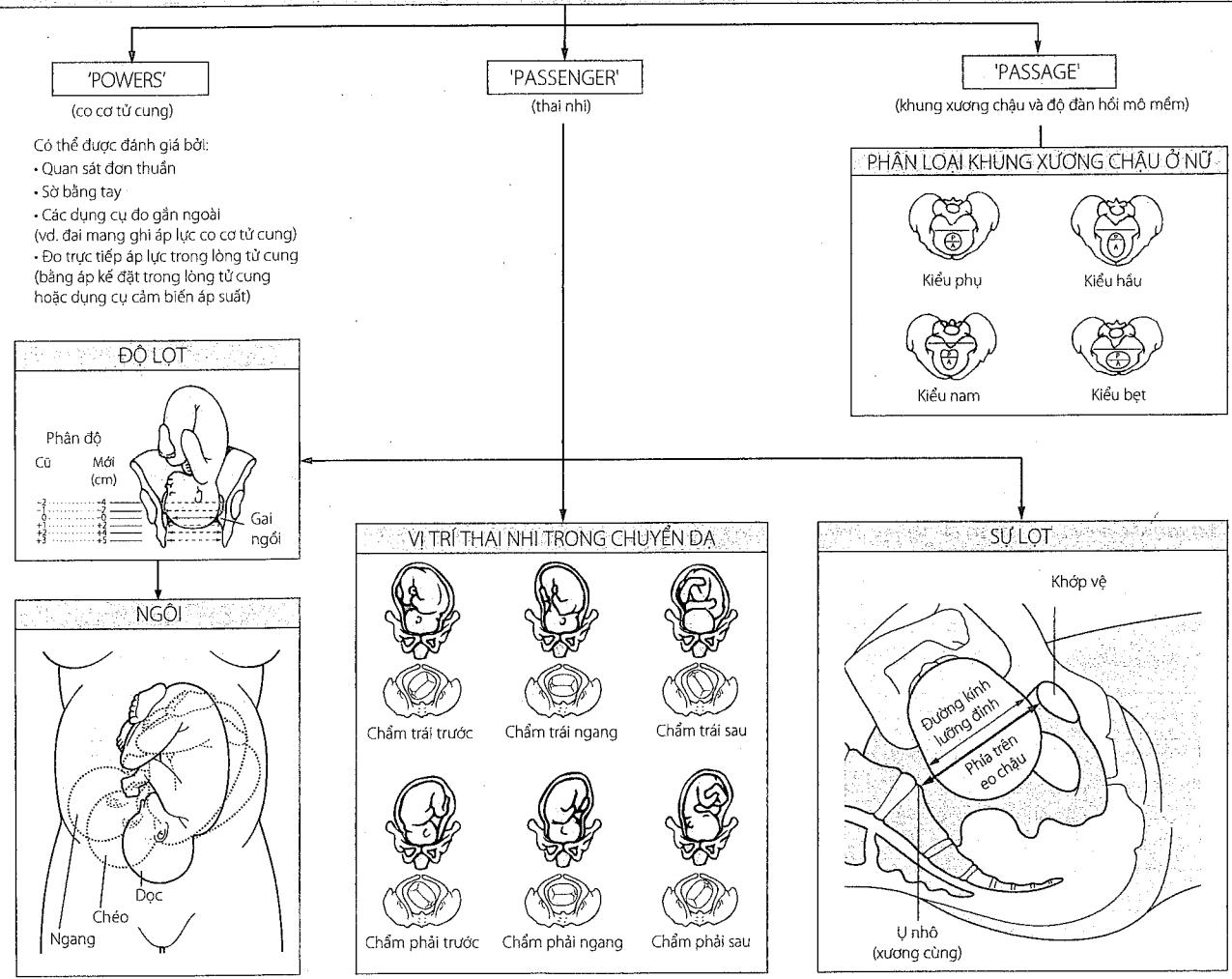
Chuyển dạ và sinh thường (Phần II)

Hình 60.1 SỰ CO CƠ TỬ CUNG



Cơ chế của hiện tượng co cơ dựa trên sự dịch chuyển của sợi mảnh (actin) và sợi dày (myosin) trong một đơn vị vận động. Ở pha nghỉ (a), vị trí gắn kết của myosin bị che lấp bởi tropomyosin. Khi nồng độ calcium nội bào tăng (b), calcium gắn vào phức hợp troponin, gây ra sự thay đổi về cấu hình làm lỏng điện các vị trí gắn kết dẫn đến hình thành cầu nối actin-myosin. Việc này dẫn đến hiện tượng thủy phân adenosine triphosphate (ATP), giải phóng adenosine diphosphate (ADP) và phosphate vô cơ (Pi), qua đó, đầu mứt myosin bị uốn cong và làm trượt sợi dày myosin. Hậu quả của "chấn động lực" này là làm rút ngắn đơn vị co cơ và sinh ra lực co cơ. Đầu mứt myosin sau đó rời khỏi vị trí gắn kết trên sợi actin, trở về vị trí ban đầu, lại gắn với một phần tử ATP chuẩn bị cho lần co cơ tiếp.

Hình 60.2 CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG QUÁ TRÌNH CHUYỂN ĐA (3 P)



Định nghĩa

Chuyển dạ là một tiến trình sinh lý nhở đó thai trong buồng tử cung được tống ra ngoài. Chẩn đoán chuyển dạ trên lâm sàng cần có hai yếu tố: (1) các cơn gò tử cung đều đặn, tăng dần về cường độ và tần suất, và (2) xóa-mở cổ tử cung. Chuyển dạ bình thường xảy ra lúc thai đã trưởng thành (37 tuần 0/7 ngày đến 42 tuần 0/7 ngày).

Yếu tố nội tiết trong chuyển dạ

Chuyển dạ về sinh lý được coi là một sự giải phóng của các yếu tố ức chế của thai kỳ lên cơ tử cung hơn là một tiến trình chủ động xuất phát từ các kích thích tử cung. Tuy nhiên, các yếu tố ức chế hay kích thích đều đóng vai trò quan trọng. “Thác chuyển dạ” (“parturition cascade”) là một quá trình loại bỏ các cơ chế ức chế duy trì tình trạng không hoạt động của tử cung đồng thời tập trung các yếu tố thúc đẩy tử cung hoạt động (xem Chương 37). Dù yếu tố khởi phát chuyển dạ là bắt nguồn từ bản thân thai nhi hoặc bên ngoài thai nhi thì điểm đích cũng kết thúc tại mô cơ tử cung tạo nên các cơn gò tử cung đều đặn.

Cơn gò tử cung

Giống như các cơ trơn khác, cơn gò tử cung cũng được tạo ra thông qua trung gian ATP - ATP gắn vào sợi dày (myosin) rồi tiếp tục gắn vào sợi mỏng (actin) (Hình 60.1). Các điện thế động phải được tạo ra và dẫn truyền trong cơ tử cung để gây ra các cơn gò, quá trình này xảy ra nhờ sự trao đổi nhanh của các ion (đặc biệt là ion calcium) qua các kênh ion ở màng tế bào. Tần suất cơn gò tử cung tương quan với tần suất xuất hiện điện thế hoạt động, cường độ cơn gò tương quan với số đỉnh trong điện thế động và số lượng tế bào được hoạt hóa cùng nhau, thời gian cơn gò tương quan với thời gian kéo dài của điện thế động. Tử cung chuyển từ trạng thái im lặng sang trạng thái gò một phần là nhờ vào sự gia tăng của các gap junction giúp thu nhận và cải thiện dẫn truyền giữa các tế bào cơ tử cung cạnh nhau (Hình 60.1). Khác với cơ trơn ở mạch máu, giữa các tế bào cơ tử cung có phản bô thần kinh thừa thót và giảm trong thời kỳ mang thai. Điều hòa cơn gò tử cung phần lớn nhờ vào thể dịch và/hoặc phụ thuộc vào các yếu tố nội tại trong tế bào cơ tử cung.

Cơ chế của chuyển dạ bình thường

Khả năng thai nhi vượt qua đường sinh dục thành công phụ thuộc vào 3 yếu tố (còn gọi là 3P): powers (cơn gò), passenger (thai), và passage (khung chậu và kháng lực của mô mềm, đặc biệt là của cổ tử cung và tầng sinh môn).

Cơn gò

◦ Có một vài kỹ thuật để đánh giá cơn gò tử cung (Hình 60.2). Đánh giá cơn gò tử cung bao gồm cả về tần suất, cường độ và thời gian co.

- Mặc dù đã có những tiến bộ về kỹ thuật, tuy nhiên định nghĩa cơn gò tử cung như thế nào là vẫn còn chưa rõ. Cơ bản, có 3-5 cơn gò cường độ mạnh trong 10 phút thường là đủ trong chuyển dạ, đây cũng là kiểu gò thường gặp ở 95% sản phụ trong chuyển dạ bình thường (thai đầu tháng). Cần nhớ là theo dõi gò tử cung bên ngoài bằng máy đo áp lực. Nó có thể đo được thời gian gò nhưng không đo được chính xác cường độ. Nếu sử dụng một IUPC, gò dù khi cường độ phải đạt 150-200 đơn vị Montevideo (cường độ cơn gò tính bằng mmHg nhân với số cơn gò trong 10 phút). Đánh giá hiệu quả của gò tử cung thông qua tốc độ mở cổ tử cung và sự lọt xuống của ngôi thai.

Thai nhi

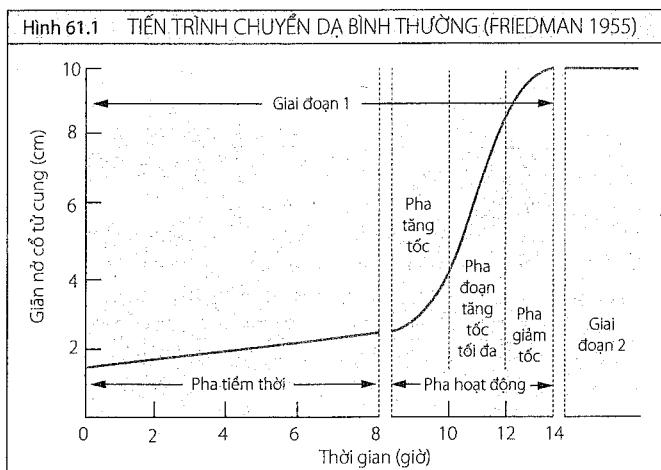
- Có 2 yếu tố chính của thai ảnh hưởng lên cuộc chuyển dạ là *kích thước thai* và *sự bình chỉnh của ngôi thai* (mức độ gấp hoặc ngắn của đầu thai). Khi đầu thai gặp tối đa đường kính lọt của ngôi là nhỏ nhất (đường kính hạ chẩm-thóp trước 9.5 cm).
- Tư thế, ngôi thai, kiểu thế và độ lọt của thai có thể khám được trên lâm sàng. *Tư thế* là mối tương quan của trực dọc thai so với trực dọc của tử cung được gọi là trực thai, có thể là trực dọc, trực ngang, hoặc trực chéo (Hình 60.2). *Ngôi thai* có thể là ngôi đầu hoặc ngôi mông, ngôi thế chính là cực thai trình diện ở lối vào khung chậu. *Kiểu thế* là mối liên hệ của một vị trí trên phần trình diện của thai với một vị trí trên khung chậu mẹ, có thể xác định được kiểu thế chính xác khi khám bằng tay. Ở ngôi đầu, vị trí này thường là xương chẩm, trong khi ở ngôi mông là xương cùng. *Độ lọt* là góc xương đầu tiên trình diện với khung chậu mẹ (đặc biệt lấy mốc so với gai chậu), có thể xác định bằng thăm khám âm đạo bằng hai tay (Hình 60.2). Ngôi chẩm gọi là *lọt* khi đường kính lớn nhất vào được eo chậu, chúng ta có thể kiểm tra được bằng cách khám bụng.
- *Trọng lượng thai* có thể được ước lượng trên lâm sàng hoặc bằng siêu âm. Khi so sánh với trọng lượng thai lúc sinh, độ chính xác của hai cách ước lượng này là tương đương nhau với sai lệch khoảng 15%-20%.

Đường sinh dục

- Xương chậu được cấu tạo bởi xương cùng, xương cánh chậu, xương ngói và xương mu. Dựa vào hình dáng khung chậu có thể phân loại khung chậu thành một trong bốn dạng: dạng phụ, dạng nam, dạng hầu và dạng bẹt (Hình 60.2). Khung chậu dạng phụ là dạng khung chậu cơ bản ở người phụ nữ.
- Đánh giá kích thước khung chậu trên lâm sàng có thể giúp ước đoán hình dạng và độ rộng của xương chậu, nhưng không giúp tiên đoán chính xác sự thành công của cuộc chuyển dạ hoặc làm thay đổi cách xử trí trên lâm sàng.
- Mô mềm vùng chậu (cổ tử cung và cơ vùng sàn chậu) có thể tạo ra kháng lực đối với cuộc chuyển dạ. Ở giai đoạn hai chuyển dạ, cơ vùng chậu có thể đóng một vai trò quan trọng trong sự xoay và xuống của đầu thai. Tuy nhiên, khi kháng lực này quá lớn có thể gây cản trở làm cho cuộc chuyển dạ bị thất bại.

61

Chuyển dạ và sinh thường (Phần III)

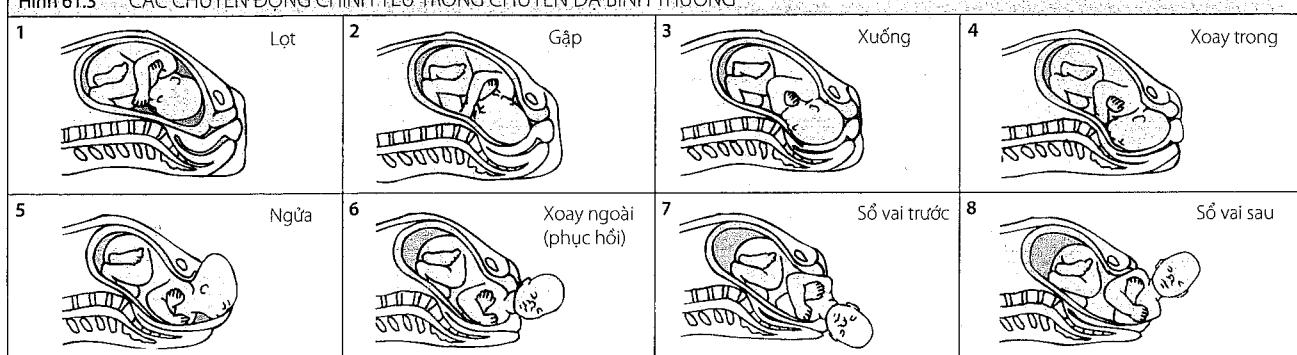


Hình 61.2 TIẾN TRÌNH CHUYỂN DẠ TỰ NHIÊN Ở THAI ĐỦ THÁNG

Thông số	Trung bình	Bách phân vị thứ 5
<i>Con so</i>		
Tổng thời gian kéo dài chuyển dạ (giờ)	10.1 giờ	25.8 giờ
Giai đoạn chuyển dạ		
Khoảng thời gian giai đoạn 1 (giờ)	9.7 giờ	24.7 giờ
Khoảng thời gian giai đoạn 2 (phút)	33.0 phút	117.5 phút
• Khoảng thời gian pha tiềm thời (giờ)	6.4 giờ	20.6 giờ
• Tốc độ mở cổ tử cung trong pha hoạt động (cm/giờ)	3.0 cm/giờ	1.2 cm/giờ
Khoảng thời gian giai đoạn 3 (phút)	5.0 phút	30.0 phút
<i>Con rạ</i>		
Tổng thời gian kéo dài chuyển dạ (giờ)	6.2 giờ	19.5 giờ
Giai đoạn chuyển dạ		
Khoảng thời gian giai đoạn 1 (giờ)	8.0 giờ	18.8 giờ
Khoảng thời gian giai đoạn 2 (phút)	8.5 phút	46.5 phút
• Khoảng thời gian pha tiềm thời (giờ)	4.8 giờ	13.6 giờ
• Tốc độ mở cổ tử cung trong pha hoạt động (cm/giờ)	5.7 cm/giờ	1.5 cm/giờ
Khoảng thời gian giai đoạn 3 (phút)	5.0 phút	30.0 phút

Dữ liệu từ Friedman EA. *Labor: Clinical evaluation and management*. Connecticut, Appleton-Century-Crofts, 1978

Hình 61.3 CÁC CHUYỂN ĐỘNG CHÍNH YẾU TRONG CHUYỂN DẠ BÌNH THƯỜNG



Các giai đoạn của chuyển dạ

Chuyển dạ là một tiến trình liên tục. Tuy nhiên, trên lâm sàng, chuyển dạ được chia thành ba giai đoạn:

1 *Giai đoạn 1 chuyển dạ* tính từ lúc bắt đầu chuyển dạ cho đến khi cổ tử cung mở rộng. Giai đoạn 1 lại được chia thành *pha tiềm thời* và *pha hoạt động*, trong đó pha tiềm thời là giai đoạn từ lúc bắt đầu chuyển dạ cho đến khi cổ tử cung bắt đầu mở nhanh; pha hoạt động là giai đoạn cổ tử cung mở nhanh, thường bắt đầu từ lúc cổ tử cung mở 3-4 cm. Biểu đồ chuyển dạ (đường cong Friedman) là biểu đồ biểu diễn đường cong diễn tiến của một cuộc chuyển dạ bình thường (Hình 61.1). Pha tiềm thời bình thường kéo dài <20 giờ ở người con so và <14 giờ ở người con rạ. Trong pha hoạt động, cổ tử cung sẽ mở >1.2 cm/giờ ở người con so (>1.5 cm/giờ ở người con rạ) (Hình 61.2). Cổ tử cung không tiến triển thêm trong ≥2 giờ ở pha hoạt động gợi ý một cuộc chuyển dạ có bất thường và cần được đánh giá thêm.

2 *Giai đoạn 2 chuyển dạ* tính từ khi cổ tử cung mở rộng (10 cm) - không phải tính từ lúc sản phụ rặn - cho đến khi em bé được sinh ra. Chuyển dạ giai đoạn 2 gọi là kéo dài nếu kéo dài >3 giờ và có giảm đau sản khoa, hoặc >2 giờ và không có giảm đau sản khoa ở người sinh con so, ở người sinh con rạ thời gian tương ứng là >2 giờ và >1 giờ.

3 *Giai đoạn 3 chuyển dạ* từ lúc em bé sinh ra cho đến khi nhau và các màng thai được sổ ra ngoài, thời gian này thường kéo dài <10 phút. Trong trường hợp không có chảy máu nhiều, nhau chưa sổ có thể cho phép chờ đợi đến 30 phút trước khi can thiệp lấy nhau (xem Chương 68).

Các chuyển động chính yếu trong chuyển dạ bình thường (Hình 61.3)

Đây chính là các thay đổi về tư thế, vị trí của đầu thai giúp thai di chuyển được trong đường sinh dục và sinh ra ngoài:

1 *Lọt*: khi đường kính lớn nhất của ngôi đi qua mặt phẳng eo trên. Trong ngôi đầu với đầu cúi tốt, đường kính ngang lớn nhất của ngôi là đường kính luồng đình (9.5 cm). Ở người sinh con so, đầu thai thường lọt lúc 36 tuần. Nếu đầu thai chưa lọt ở thời điểm này thì có thể đây là một dấu hiệu của bất xứng đầu chậu. Ở người sinh con rạ, lọt có thể xảy ra trễ hơn, thậm chí khi vào chuyển dạ đầu thai mới lọt.

2 *Xuống*: sự di xuống của ngôi thai trong khung chậu mẹ.

3 *Cúi*: hiện tượng đầu thai cúi vào ngực thai là hoạt động thụ động do tác động của hình dạng khung chậu và kháng lực tầng sinh môn. Mặc dù đầu thai đã cúi dần trước khi có chuyển dạ, tuy nhiên chỉ khi vào chuyển dạ mới có sự cúi đầu hoàn toàn. Sự cúi đầu hoàn toàn giúp trình diện đường kính nhỏ nhất của đầu thai với khung chậu (đường kính hạ chẩm-thóp trước), nhờ đó cuộc sinh diễn ra thuận lợi.

4 *Xoay trong*: sự xoay của ngôi thai từ kiểu thế ban đầu (kiểu thế ngang) sang kiểu thế trước khi đầu thai di chuyển trong khung chậu. Giống như sự cúi đầu, xoay trong cũng là hệ quả khi ngôi thai gặp kháng lực của khung chậu và các cơ vùng sàn chậu. Khi đầu di xuống, vùng hạ chẩm của thai sẽ xoay hướng về khớp mu (hoặc xoay hướng về

xương cùng - ít gấp hơn) cho phép phần thai lớn nhất đi qua đường kính rộng nhất của khung chậu. Ở người mẹ, cột sống thắt lưng hợp với ống sinh tạo thành một góc nghiêng, vì vậy đầu thai sẽ xuống không đổi hướng (nghĩa là một bên bướu đình xuống thấp hơn bên còn lại). Dưới tác động của cơn gò tử cung, một bên bướu đình sẽ xuống thấp đến gần tầng sinh môn trước. Khi qua cơn gò, gấp phải sức cản của tầng sinh môn đầu, thai sẽ xoay cho tới khi không còn sự bất xứng nữa.

5 *Ngửa*: khi xuống tới âm hộ, đầu thai sẽ ngửa ra và tì hạ chẩm vào bờ dưới khớp vẹt. Vì đường sinh dục cong ra trước nên đầu thai khi sinh tới vị trí này sẽ ngửa ra và xoay quanh khớp vẹt. Hiện tượng ngửa xảy ra nhờ vào lực của cơn gò tử cung đẩy thai đi xuống, đồng thời các lớp cơ của sàn chậu tạo một lực đẩy hướng ngược lên.

6 *Xoay ngoài*: là hiện tượng đầu thai xoay trở về tư thế giải phẫu bình thường tương quan với phần thân. Đầu thai có thể xoay theo cả hai hướng tùy theo hướng của thai. Hiện tượng xoay ngoài xảy ra thụ động do hợp lực tạo bởi sức cản khung chậu, tầng sinh môn và trương lực cơ bản của thai nhi.

7 *Sổ thai*: các phần còn lại của thai cũng lần lượt được sổ ra ngoài. Sau khi đầu thai được sổ ra và xoay ngoài, vai trước tiếp tục di xuống và tì vào bờ dưới khớp vẹt, vai trước cũng có cơ chế sinh giống với đầu thai. Sau khi sổ vai xong, các phần còn lại của thai cũng được sổ ra dễ dàng.

Cách đỡ sinh

Mục đích của đỡ sinh là trấn an sản phụ, giảm thiểu chấn thương cho mẹ, phòng ngừa các sang chấn lên thai và hồi sức thai nếu cần.

- Khi đầu thai di xuống, tay của người đỡ sinh sẽ hướng dẫn cho cuộc sinh và ngăn sự sổ thai quá nhanh có thể gây tổn thương tầng sinh môn mẹ và xuất huyết não thất cho thai.
- Có thể hút miệng và mũi cho bé, mặc dù động tác này không còn được khuyến khích vì không làm cải thiện kết cục chu sinh. Tránh hút quá mạnh vì có thể gây ra phản xạ vagal và gây nhịp tim thai nhanh.
- Nếu có dây rốn quấn cổ nên tháo dây rốn vào thời điểm này.
- Sau khi sổ đầu thai, dùng hai tay ôm lấy mỗi bên bướu đình và kéo thai hướng xuống dưới để sổ vai trước.
- Vai sau và các phần thai còn lại tiếp tục được sổ ra ngoài bằng cách kéo thai hướng lên trên.
- Kép và cắt dây rốn. Kép dây rốn trì hoãn có thể làm tăng dòng máu tới thai, vì vậy có thể giúp nâng hematocrit. Động tác này có thể mang lại lợi ích ở thai non tháng, nhưng không làm cải thiện kết cục chu sinh ở thai trưởng thành một cách có ý nghĩa.
- Luôn luôn chú ý nâng đỡ thai.
- Ở giai đoạn 3 chuyển dạ, có thể cho sổ nhau chủ động hoặc thụ động (xem Chương 68).
- Nhau và các màng thai nên được kiểm tra sau sinh, đồng thời kiểm tra lại các mạch máu của dây rốn. Có thể gửi nhau thai di giải phẫu bệnh nếu có chỉ định.

Khởi phát chuyển dạ và giục sinh

Hình 62.1 ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN TRƯỚC KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

Xác định chỉ định khởi phát chuyển dạ
Xem lại các chống chỉ định của chuyển dạ và/hoặc sổ thai qua ngả âm đạo
Xác định tuổi thai
Ước lượng cân nặng thai (bằng lâm sàng hoặc siêu âm)
Xác định ngôi thai
Đánh giá kiểu thế và kích thước khung chậu (đo khung chậu trên lâm sàng)
Thăm khám cổ tử cung (thang điểm Bishop)
Cần nhắc có cần thiết làm test đánh giá độ trưởng thành phổi thai nhi
Xem lại các nguy cơ và lợi ích của khởi phát chuyển dạ



CHỐNG CHỈ ĐỊNH KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

Chống chỉ định tuyệt đối

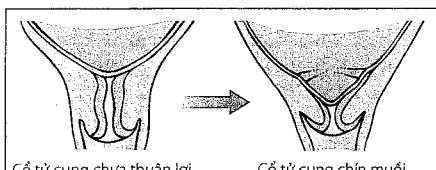
Chống chỉ định về phía mẹ
Herpes sinh dục đang tiến triển
Các bệnh lý nội khoa mạn tính trầm trọng
Chống chỉ định về phía thai nhi
Ngôi bất thường
"Suy thai"/ non-stress test không đáp ứng
Chống chỉ định về phía tử cung-nhau
Sa dây ối
Nhau tiền đạo
Mạch máu tiền đạo
Tiền căn mổ sinh kẽ Cesarean delivery (đường rạch dọc thân tử cung)

Chống chỉ định tương đối

Chống chỉ định về phía mẹ
Ung thư cổ tử cung
Dị dạng khung chậu
Chống chỉ định về phía thai nhi
Thai rất to
Chống chỉ định về phía tử cung-nhau
Nhau bám thấp
Xuất huyết âm đạo không giải thích được
Sa dây rốn bên
Mở bóc nhau xơ

Chỉ định tuyệt đối	Chỉ định tương đối
Chỉ định về phía mẹ Sân giật/ tiền sản giật Các ván đế nội khoa về phía mẹ • Đái tháo đường • Bệnh thận mạn tính • Bệnh phổi mạn tính	Chỉ định về phía mẹ Tăng huyết áp mạn tính Tăng huyết áp tái ký Đái tháo đường tái ký Các yếu tố "hậu cần" • Tiền căn chuyển dạ nhanh chóng • Khoảng cách từ nhà đến bệnh viện • Các chỉ định do ván đế tâm lý- xã hội
Chỉ định về phía thai nhi Nhiễm trùng ối Các test trước chuyển dạ bất thường Thai chậm tăng trưởng trong tử cung Thai quá ngày (>42 tuần) Miễn dịch cùng loài	Chỉ định về thai nhi Vỡ ối non Thai to (?) Thai đã tử vong Tiền căn thai lưu Thai nhi với dị tật bẩm sinh nghiêm trọng
Chỉ định về phía tử cung-nhau Nhau bong non	Chỉ định liên quan tử cung-nhau Thiểu ối không giải thích được

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG CỔ TỬ CUNG BẰNG CHỈ SỐ BISHOP				
	Điểm số			
	0	1	2	3
Độ mở cổ tử cung (cm)	0	1-2	3-4	≥5
Độ xoa cổ tử cung (%)	0-30	40-50	60-70	≥80
Độ lột ngôi thai	-3	-2	-1 hoặc 0	≥1+
Mật độ cổ tử cung	Chắc	Trung bình	Mềm	-
Vị trí cổ tử cung trong âm đạo	Ngà sau	Ngà trung gian	Ngà trước	-



Cổ tử cung chưa thuận lợi

Cổ tử cung chín muồi

CÁC PHƯƠNG PHÁP LÀM CHÍN MUỐI CỔ TỬ CUNG VÀ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

Trước khi khởi sự làm chín muối cổ tử cung	Khởi phát/ Tăng co cơ tử cung
Các phương pháp dùng hormone Prostaglandin • PGE ₂ (dinoprostone)* • PGE ₁ (misoprostol) Oxytocin Estrogen (?) RU486 (mifepristone) (?) Relaxin (?) Bấm ối Lóc ối Nong cơ học Các tác nhân nong bằng cách hút ẩm • Laminaria (tảo biển được sấy khô) • Dilapan (polyacrylonitrile) • Lamicel (magnesium sulfate trong dung dịch alcohol) Nong bằng bóng (balloon catheter)	Các phương pháp dùng hormone Oxytocin Prostaglandin • PGE ₂ (Dinoprostone) • PGE ₁ (Misoprostol) • PGF _{2α} (Prostin) (?) RU486 (Mifepristone) (?) Bấm ối

* Chỉ có PGE₂ là được FDA chứng nhận trong sử dụng làm chín muối cổ tử cung (trước khi khởi phát chuyển dạ)

Khởi phát chuyển dạ và giục sinh

Định nghĩa

- Khởi phát chuyển dạ là các can thiệp gây chuyển dạ trước khi có chuyển dạ tự nhiên nhằm mục đích cho sinh ngã âm đạo.
- Cần phân biệt khởi phát chuyển dạ khác với *giục sinh* nhằm mục đích làm tăng cơn gò tử cung ở các sản phụ đã bước vào chuyển dạ.

Đánh giá bệnh nhân trước khi khởi phát chuyển dạ

(Hình 62.1)

- Thời điểm khởi phát chuyển dạ là thời điểm mà chấm dứt thai kỳ sẽ có nhiều lợi ích cho mẹ và/hoặc thai hơn so với kéo dài thai kỳ, và điều này phụ thuộc vào tuổi thai.
- Chỉ định và chống chỉ định được liệt kê trong Hình 62.1.

Chỉ số Bishop

- Thành công của khởi phát chuyển dạ phụ thuộc nhiều vào tình trạng cổ tử cung lúc khởi phát. Năm 1964, Bishop đã phát triển một hệ thống chấm điểm cho cổ tử cung (chỉ số Bishop) nhằm tránh gây chuyển dạ ở thai kỳ non tháng. Hệ thống điểm số này sau đó được cải biến (Hình 62.1) và được sử dụng để tiên đoán khả năng thành công của khởi phát chuyển dạ. Nếu chỉ số Bishop thuận lợi (≥ 6 điểm), khả năng của khởi phát chuyển dạ và sinh ngã âm đạo thành công cao. Nếu Bishop không thuận lợi (<6 điểm), khả năng thành công của khởi phát chuyển dạ thấp và có thể phải xem xét chỉ định làm chín muối cổ tử cung trước khi khởi phát chuyển dạ.
- Chín muối cổ tử cung là một chuỗi các hiện tượng hóa sinh phức tạp làm thay đổi thành phần collagen và chất nền của cổ tử cung, kết quả làm cho cổ tử cung trở nên mềm hơn và đàn hồi hơn. Một số tác nhân có khả năng thúc đẩy sự chín muối của cổ tử cung (Hình 62.1). Lợi ích của việc làm chín muối cổ tử cung là làm giảm thất bại của khởi phát chuyển dạ, rút ngắn thời gian nằm viện, giảm bệnh suất của mẹ và thai, giảm chi phí y tế, và giảm tỉ lệ mổ lấy thai.

Phương pháp (Hình 62.1)

- Lựa chọn phương pháp khởi phát chuyển dạ nào là tùy thuộc vào từng bệnh nhân. Một phương pháp đơn thuần không phải lúc nào cũng kém hiệu quả, tuy nhiên nếu sử dụng một phương pháp mà hiệu quả không cao có thể cần phải phối hợp thêm nhiều phương pháp khác:
- Prostaglandin E₂* (PGE₂) cải thiện khả năng thành công của sinh ngã âm đạo, không phụ thuộc vào đường dùng thuốc. Đường dùng đặt âm đạo làm giảm tác dụng phụ của thuốc lên dạ dày-ruột. Tỉ lệ khởi phát chuyển dạ thất bại chỉ 1%-6%. Chế phẩm PGE₂ đặt âm đạo được sử dụng phổ biến là gel dinoprostone (Prepidil). Các đồng vận PGE₁ - vd. misoprostol (Cytotec) - có giá thành rẻ hơn PGE₂, có thể dùng được đường uống với ít tác dụng phụ, cũng có hiệu quả gây chín muối cổ tử cung và khởi phát chuyển dạ ngang với PGE₂. PGE₂ nên tránh dùng ở người bị hen, tăng nhãn áp, và các bệnh nặng khác về phổi, gan, thận. Tránh sử dụng prostaglandin để khởi phát chuyển dạ ở các bệnh nhân có vết mổ cũ vì làm tăng nguy cơ vỡ tử cung lên gấp bốn lần.
 - Oxytocin* truyền tĩnh mạch (có thể dùng với liều cao hoặc liều thấp, liên tục hoặc từng đợt) có hiệu quả làm chín muối cổ tử cung và gây khởi phát chuyển dạ. Dùng oxytocin đường tĩnh mạch liên tục liều thấp cho hiệu quả tương đương với các cách dùng khác nhưng lượng oxytocin cần dùng thấp hơn và cũng ít gây ra tác dụng nguy hiểm hơn

(đặc biệt là tác dụng ngộ độc nước do oxytocin hoạt động như một hormone chống lợi niệu). Ưu điểm của oxytocin là rẻ tiền và quen thuộc với các nhà lâm sàng. Cần theo dõi sát thai nhi khi sử dụng oxytocin vì oxytocin có thể gây ra cơn gò cường tính và suy thai.

- Đối kháng thụ thể progesterone* (RU 486 [mifepristone], ZK98299 [onapristone]) cũng có hiệu quả gây chín muối cổ tử cung và làm giảm nhu cầu sử dụng oxytocin trong chuyển dạ.

- Phá ối*, bản thân nó có thể gây chuyển dạ, nhưng hiệu quả gây chuyển dạ sẽ cao hơn nếu phối hợp phá ối với sử dụng oxytocin, có thể rút ngắn được thời gian từ lúc khởi phát chuyển dạ đến khi sinh (1-3 giờ) nhưng không làm giảm tỉ lệ mổ lấy thai. Các chống chỉ định phá ối bao gồm: mẹ nhiễm HIV, herpes sinh dục, viêm gan do virus.

- Lóc ối* là động tác dùng ngón tay tách rời các màng thai khỏi đoạn dưới tử cung trước khi có chuyển dạ. Lóc ối có thể thúc đẩy vào chuyển dạ do sự giải phóng các prostaglandin nội sinh. Tuy nhiên, kết quả của hầu hết các nghiên cứu không cho thấy lóc ối làm tăng có ý nghĩa thống kê tỉ lệ gây chuyển dạ trong vòng 7 ngày.

- Các biện pháp nong cổ tử cung cơ học (Foley, tắc nhân hút nước) có tác dụng rút ngắn thời gian từ lúc gây khai thác chuyển dạ đến lúc sinh, có hiệu quả ngang bằng với sử dụng PGE₂. Các tắc nhân hút nước hoạt động theo cơ chế thẩm hút nước làm phình to lên có tác dụng nong rộng cổ tử cung. Bất lợi khi sử dụng các tắc nhân nong cơ học là gây cảm giác khó chịu cho bệnh nhân.

Giục sinh

Chỉ định

Giục sinh được chỉ định khi tiến triển của cuộc chuyển dạ không thuận lợi do cơn gò cung không đủ và không có bất xứng đầu chậu (xem Chương 63).

Phương pháp

Bao gồm phá ối và/hoặc oxytocin. Hiện vẫn chưa rõ lợi ích của giục sinh như vậy có làm cải thiện được kết cục sản khoa hay không, hoặc giục sinh chỉ đơn thuần là làm rút ngắn thời gian chuyển dạ mà không làm thay đổi kết cục.

Sinh chỉ huy

- Sinh “chỉ huy” là việc kiểm soát cuộc sinh trên lâm sàng dựa trên tiền đề nếu làm tăng cơn gò tử cung trong giai đoạn 1 chuyển dạ có thể cải thiện được kết cục sản khoa. Sinh chỉ huy chỉ phù hợp trong điều kiện chuyển dạ tự nhiên với ngôi đầu ở người sinh con so.
- Sinh chỉ huy dựa trên các tiêu chí nghiêm ngặt như: chẩn đoán chuyển dạ, phá ối trong vòng 1 giờ sau chuyển dạ bắt đầu, và sử dụng oxytocin liều cao nếu tốc độ mở cổ tử cung không đạt ≥ 1 cm/giờ. Ngoài ra còn có các điều kiện khác, bao gồm tư vấn trước sinh đầy đủ, một nữ hộ sinh theo dõi một bệnh nhân, và dưới sự giám sát của một bác sĩ sản khoa có kinh nghiệm.
- Năm 1968, Đơn vị Sản khoa Quốc gia tại Dublin (Ireland) lần đầu tiên thực hiện sinh chỉ huy. Mặc dù mục đích ban đầu chỉ là làm rút ngắn thời gian chuyển dạ ở người sinh con so nhưng sau đó sinh chỉ huy đã thu hút được nhiều sự chú ý do tác dụng làm giảm tỉ lệ mổ lấy thai dù chưa được chứng minh. Sinh chỉ huy làm giảm thời gian chuyển dạ ở người sinh con so nhưng có làm cải thiện được kết cục sản khoa hay không thì vẫn còn đang bàn cãi.



Chuyển dạ bất thường và sổ thai

Hình 63.1 NGÔI MÔNG

<p>Định nghĩa: thai ở vị thế mông ra trước (Mông thai) không được định vị tương quan với xương cung)</p> <p>Chẩn đoán: bằng thủ thuật Leopold, thăm khám âm đạo hoặc siêu âm</p> <p>Tần suất: 3%-4% thai đủ tháng</p> <p>Yếu tố nguy cơ:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sinh non (30% ngồi mông ở thai 28 tuần, 15% ở thai 30 tuần) Bất thường tử cung Đa ối Tiến cản sinh ngồi mông Đa thai Nhuai tiền đạo Bất thường về phía thai nhi (tật vô não, não úng thủy) <p>Thường phối hợp với:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↑ gấp đôi nguy cơ dị tật bẩm sinh ↑ nguy cơ sa dây rốn, sinh non, sang chấn sản khoa, bệnh suất của mẹ 	<p>Phân loại ngồi mông</p>	<p>Ngoại xoay thai (ECV)</p> <ul style="list-style-type: none"> Chi việc cố gắng xoay chuyển từ ngồi mông sang ngồi đầu bằng các thủ thuật trên bụng mẹ Thực hiện sau 36 tuần Lợi ích: ↓ tần suất sinh ngồi mông ở thai đủ tháng Nguy cơ ECV: "suy thai", vỡ ối, tổn thương cuống rốn, rách các màng ối, sang chấn thâm kín <p>Chống chỉ định của ECV: có thể là tuyệt đối (bất thường tử cung), hoặc tương đối (tiến cản mổ lấy thai, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, song thai, thiếu ối, chuyển dạ đang tiến triển)</p> <p>Yếu tố dự báo khả năng thành công: ngồi mông hoàn toàn, lượng ối bình thường, người làm thủ thuật có kinh nghiệm, ngồi mông chưa lọt, sinh con rạ, thể trạng (mẹ) gầy, xương cột sống thai nằm phía ngoài</p> <p>Kỹ thuật ECV:</p> <ul style="list-style-type: none"> >36 tuần, chưa chuyển dạ, chỉ định được đồng thuận, NST đáp ứng Định lượng anti-D IgG khi cần thiết Dưới hướng dẫn siêu âm ± Uc chế co cơ tử cung bằng gây tê tùy sống hoặc đông vận β Kiểm tra bằng NST sau thủ thuật ECV <p>Tỉ lệ thành công: 50%</p>	<p>Sinh ngồi mông qua ngả âm đạo</p> <ul style="list-style-type: none"> Sinh non, đơn thai tốt nhất nên được mổ lấy thai (vì nguy cơ kẹt đầu hậu) Xử trí ngồi mông của thai thứ hai trong song thai được đề cập trong Chương 52 Thai ngồi mông dù thường thường sổ thai bất thường (do các nguy cơ kẹt đầu hậu, sa dây rốn, sinh ngạt, sang chấn sản khoa khi sổ thai ngồi mông qua ngả âm đạo) Sổ thai ngồi mông qua ngả âm đạo có thể là một lựa chọn an toàn thay thế mổ lấy thai khi thỏa các điều kiện sau: <ul style="list-style-type: none"> Ngồi mông kiểu mông Ước lượng cân thai 2,500-3,500 g bằng siêu âm Đầu thai không quá ngửa Khả năng chuyển sang mổ lấy thai cấp cứu Người thực hiện thủ thuật có kinh nghiệm Vô cảm thích hợp Chuyển dạ tiến triển bình thường Không có "suy thai" Thuận lợi hơn trong trường hợp sinh con rạ ("khung chậu đã được thử thách")
--	-----------------------------------	--	---

Hình 63.2 TRƯỜNG HỢP KẸT VAI VÀ CHẨN THƯƠNG ĐÁM RỐI CÁNH TAY

<p>Định nghĩa: Kẹt vai trước của thai nhi sau khớp mu của mẹ sau khi sổ đầu</p> <p>Các yếu tố nguy cơ:</p> <ul style="list-style-type: none"> Thai to (EFW ≥ 4,500 g) Tiến cản sinh kẹt vai Đái tháo đường type 2 Thai đã lọt trong chuyển dạ khởi phát nhân tạo Sinh khó (giai đoạn hai kéo dài >60 phút) Thai quá ngày Béo phì 	<p>Đám rối cánh tay</p> <table border="1"> <tr> <td>Phân nhánh bụng (rẽ bụng)</td><td>C5</td></tr> <tr> <td>Thần Ngành</td><td>C6</td></tr> <tr> <td>Bó ngoài</td><td>C7</td></tr> <tr> <td>Động mạch nách</td><td>C8</td></tr> <tr> <td>Thần kinh nách</td><td>T1</td></tr> <tr> <td>Bó sau</td><td>Bó giữa</td></tr> <tr> <td>Bó giữa</td><td></td></tr> <tr> <td>Thần kinh cơ bì</td><td></td></tr> <tr> <td>Thần kinh tru</td><td></td></tr> <tr> <td>Thần kinh giữa</td><td></td></tr> <tr> <td>Thần kinh quay</td><td></td></tr> <tr> <td>Cơ ngực bé</td><td></td></tr> </table>	Phân nhánh bụng (rẽ bụng)	C5	Thần Ngành	C6	Bó ngoài	C7	Động mạch nách	C8	Thần kinh nách	T1	Bó sau	Bó giữa	Bó giữa		Thần kinh cơ bì		Thần kinh tru		Thần kinh giữa		Thần kinh quay		Cơ ngực bé		<p>Liệt Erb</p> <ul style="list-style-type: none"> Chấn thương kéo căng C5-C7 (± C8-T1) 2%-5% dẫn đến biến dạng chi (lâu dài) 	<p>Liệt Klumpke</p> <ul style="list-style-type: none"> Chấn thương do kéo căng C8/T1 	<p>Xử trí kẹt vai</p> <p>?? Dự phòng: không khà thi vì thường khó đoán trước</p> <p>Nhận định vấn đề sớm, gọi hỗ trợ, ghi nhận thời gian (bạn có ±5 phút để lấy thai ra)</p> <p>Tạo không gian (làm trống bàng quang, cân nhắc cắt tăng sinh mòn, tháo thành giường)</p> <p>Thực hiện thủ thuật McRobert ± ấn trên xương mu</p>	<p>Nếu không thành công, cần nhắc:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ấn trên xương mu từ trên xuống (không phải từ dưới lên) Thủ thuật mở nắp chai của Wood hoặc thủ thuật Ruben Cắt rộng âm hộ trước trực tràng Số chi sau trước ? Bé vai (kéo ngoài) ? Thủ thuật Zavanelli (cho đầu vào lại, mổ lấy thai) ? Cắt khớp mu ? Đặt bệnh nhân trong tư thế gấp gối sát ngực
Phân nhánh bụng (rẽ bụng)	C5																												
Thần Ngành	C6																												
Bó ngoài	C7																												
Động mạch nách	C8																												
Thần kinh nách	T1																												
Bó sau	Bó giữa																												
Bó giữa																													
Thần kinh cơ bì																													
Thần kinh tru																													
Thần kinh giữa																													
Thần kinh quay																													
Cơ ngực bé																													

Ngoài bất thường

- **Định nghĩa.** Cuộc chuyển dạ tiến triển bất thường hoặc tiến triển chậm (xem Chương 61).
- Còn gọi là thai trình ngưng tiến, chuyển dạ kéo dài, không mở cổ tử cung, đầu thai không xuống.
- **Nguyên nhân.** Do bất thường 3P ("power" [cơ gò], "passage" [khung chậu mẹ], "passenger" [thai nhi]): gò tử cung không đủ, khung chậu giới hạn, hoặc nguyên nhân do thai (thai to, não úng thủy, ngôi bất thường, đầu ngừa, hay đầu thai lọt không đổi xứng).
- **Bất xứng đầu chậu (CPD)** chia thành bất xứng đầu chậu tuyệt đối (xảy ra khi có sự không tương ứng giữa kích thước khung chậu với đầu thai, trường hợp này không thể sinh được qua ngả âm đạo cho dù trong điều kiện thuận lợi nhất) hoặc tương đối (xảy ra khi thai trình diện bất thường, lọt không đổi xứng, hoặc đầu ngừa gây trở ngại cho cuộc sinh). Bất xứng đầu chậu tuyệt đối là một chống chỉ định tuyệt đối của sinh ngả âm đạo.
- **Xử trí.** Loại trừ bất xứng đầu chậu tuyệt đối, đảm bảo cơ gò tử cung đủ (xem Chương 60). Nếu gò đủ, một trong hai hiện tượng sau sẽ xảy ra: cổ tử cung sẽ xóa-mở và đầu thai đi xuống; hoặc sẽ xuất hiện bướu huyết thanh (phù nề da đầu) và dấu hiệu chống xương (các xương sọ nằm chồng lên nhau). Cần thiệp mổ lấy thai kịp thời nếu có chỉ định.

Ngôi mông (Hình 63.1)

Ngôi ngang (điểm mốc của ngôi là vai) hoặc ngôi chéo

- **Tần suất.** 0.3% thai kỳ đủ tháng.
- **Nguyên nhân.** Thai non tháng, nhau tiền đạo, đa sản, đa thai, tử cung bất thường (nhân xơ tử cung, tử cung hai sừng).
- **Xử trí.** Xem xét ngoại xoay thai, mổ lấy thai nếu ngoại xoay thai thất bại.

Các ngôi bất thường khác

- Các ngôi bất thường có thể xảy ra ở ngôi đầu. Một số ngôi đầu có thể sinh thường được như ngôi chẩm và ngôi mặt cầm trước. Ngôi trán hay ngôi mặt cầm sau cần phải xoay về ngôi chẩm mới có thể sinh ngả âm đạo được.
- **Ngôi phúc tạp (<0.1% trường hợp sinh)** là trường hợp có kèm theo sa chi. Thường xảy ra ở thai non tháng, đa ối, hoặc đa thai. Ngôi phúc tạp có thể gây cản trở cho cuộc sinh ngả âm đạo.
- **Ngôi dây rốn** xảy ra khi có sự hiện diện của dây rốn ngay dưới đầu thai, ngôi này hiếm gặp. Khi chẩn đoán có ngôi dây rốn có thể cần phải can thiệp mổ lấy thai vì có nguy cơ sa dây rốn.

Các biến chứng thường gặp của thai

Sa dây rốn

- Đây là một cấp cứu sản khoa do dây rốn bị sa xuống âm đạo sau khi ối vỡ.
- **Tần suất.** <0.5% trường hợp ngôi đầu đủ tháng.
- **Yếu tố nguy cơ.** Ngôi bất thường (ngôi mông, ngôi ngang), đa ối, thai nhẹ cân, thai non tháng.
- **Chẩn đoán.** Khám âm đạo sờ được dây rốn, ± nhịp tim thai chậm.
- **Phòng ngừa.** Chỉ thực hiện phá ối khi đầu thai đã áp vào cổ tử cung và sau đinh cơ gò.
- **Xử trí.** Dùng tay đẩy dây rốn và cho sinh ngay lập tức, thường là phải mổ lấy thai cấp cứu.

Kẹt vai và tổn thương đám rối thần kinh cánh tay (Hình 63.2)

- **Kẹt vai** là một cấp cứu sản khoa, gây ra các sang chấn nặng nề cho thai lúc sinh (tổn thương thần kinh, gây xương cánh tay, nứt sọ, gây xương đòn) trong 30% các trường hợp. Chẩn đoán và xử trí ngay lập tức có thể hạn chế được các sang chấn lên thai nhi. Biến chứng kẹt vai xảy ra ở 0.2%-2% các trường hợp sinh ngả âm đạo. Mặc dù có một số yếu tố nguy cơ của kẹt vai, nhưng đa số các trường hợp kẹt vai lại xảy ra ở các sản phụ không có yếu tố nguy cơ nào.

- **Liệt đám rối thần kinh cánh tay** là một tổn thương thần kinh thường gặp đứng thứ hai khi sinh (đứng sau liệt thần kinh mặt), biến chứng này xảy ra 0.5-3/1,000 trường hợp sinh. Liệt đám rối thần kinh cánh tay thường là do hậu quả của việc kéo cổ và đầu thai sang bên quá mức trong lúc sinh, gây tổn thương cho đám rối thần kinh cánh tay, tổn thương thường ở rễ dây thần kinh C5-7 (liệt Erb/Duchenne). Các rễ thần kinh cánh tay nằm thấp hơn như C8-T1 cũng có thể bị tổn thương. Khi thăm khám sẽ có dấu hiệu cánh tay buông thõng yếu ớt một bên, cẳng tay duỗi ra và xoay trong, đây là kiểu biến dạng "bàn tay người bồi bàn" (waiter's tip) cổ điển (Hình 63.2). Các ngón tay thường vẫn còn chức năng; 95% các trường hợp bị tổn thương đám rối thần kinh cánh tay sẽ hồi phục hoàn toàn trong 2 tuần khi được tập vật lý trị liệu. Mổ lấy thai giúp phòng ngừa hầu hết (không phải tất cả) các tổn thương đám rối thần kinh cánh tay xảy ra. Khoản đoán được khả năng xảy ra tổn thương đám rối thần kinh cánh tay, tuy nhiên không có khuyến cáo mổ lấy thai thường quy đối với tất cả trường hợp có yếu tố nguy cơ.

Các tổn thương thần kinh khác

- **Liệt thần kinh mặt** là hậu quả do thần kinh mặt (dây sọ VII) bị chèn ép tại vị trí khi ra khỏi hộp sọ qua lỗ trâm chũm. Đây là tổn thương thần kinh thường gặp nhất khi sinh (0.1-8/1,000 trường hợp sinh sống), thường xảy ra sau thủ thuật sinh giúp (sinh Forceps). Tổn thương thường sẽ tự hồi phục sau vài ngày.
- **Tổn thương cổ và tủy sống** do sự căng quá mức trong lúc sinh gây ra trật đốt sống hoặc gãy đốt sống, có thể gây tử vong thai. Tần suất xảy ra tổn thương tủy sống thực sự hiện vẫn chưa rõ.
- **Nhuyễn não da nang** là một bệnh lý gặp trong song thai một nhau thai, trong đó não của thai còn sống bị tổn thương tiến triển sau khi một thai bị chết lưu trong tử cung (xem Chương 55). Cơ chế gây ra tổn thương não này còn chưa rõ. Không may là, mổ lấy thai ngay không ngăn chặn được tổn thương thần kinh xảy ra ở thai còn sống.

Xuất huyết nội sọ

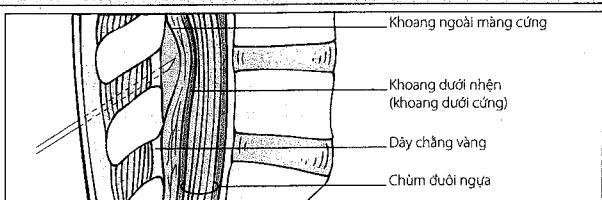
- Chảy máu trong đầu thai có thể xảy ra tại nhiều vị trí khác nhau, trong đó xuất huyết trong não thất (IVH) là biến chứng thường gặp nhất, đây là tình trạng chảy máu vào trong chất nền của não thất.
- **Tần suất.** 4%-5% thai đủ tháng có hình ảnh xuất huyết trong não thất qua siêu âm mà không có liên quan với các yếu tố sản khoa.
- **Yếu tố nguy cơ.** Thai non tháng, giảm tiểu cầu do miễn dịch, chảy máu tạng thai. Sang chấn lúc sinh là một nguyên nhân gây xuất huyết nội sọ ít gặp.
- **Xử trí.** Điều trị hỗ trợ là chính, hiếm khi có chỉ định can thiệp phẫu thuật.
- **Tiền lượng.** Tiền lượng phụ thuộc vào tuổi thai khi sinh, có hay không có giãn não thất, mức độ và vị trí xuất huyết (xuất huyết trong nhu mô và dưới màng cứng có tiền lượng xấu trong 90% trường hợp vì tình trạng xuất huyết thường nặng, IVH có tiền lượng xấu trong 45% trường hợp; chỉ những trường hợp IVH mức độ 3-4 mới để lại các di chứng thần kinh).

Giảm đau trong chuyển dạ

Hình 64.1 GIẢM ĐAU TRONG CHUYỂN DẠ

Kỹ thuật	Mức độ hiệu quả
Các kỹ thuật dùng thuốc	
Gây mê toàn khứ	Rất hiệu quả
Giam đau toàn thân	
Đóng vận opioid (thuốc gây mê) (vd. morphine, meperidine, fentanyl)	Hiệu quả
Đóng vận/ đổi vận không hoàn toàn của opioid (vd. nalbuphine, butorphanol)	Hiệu quả
Công thức "giác ngủ chập chờn" (morphine cộng scopolamine. Chỉ được dùng trong quá khứ)	-
Giam đau vùng	Tương đối hiệu quả
Block thần kinh thận	Rất hiệu quả
Gây tê ngoài màng cứng	Rất hiệu quả
Gây tê tủy sống	Rất hiệu quả
Block chùm đuôi ngựa (Phong bế chùm đuôi ngựa)	Rất hiệu quả
Giam đau tại chỗ	
Gây tê vùng (thẩm nhập tại chỗ)	Chỉ đạt hiệu quả rất ít
Gây tê quanh cổ tử cung	Chỉ đạt hiệu quả rất ít
Giam đau hít	
Ether (Chỉ được dùng trong quá khứ)	-
Chloroform (Chỉ được dùng trong quá khứ)	-
Nitrous oxide (một mình hoặc kết hợp với khí trời, oxygen)	Tương đối hiệu quả
Châm cứu	Có thể có hiệu quả
Thời miên	Có lẽ không có hiệu quả
Liệu pháp mũi hương	Chưa có dữ liệu đáng tin cậy
Điện châm kích thích thần kinh qua da (TENS)	Có lẽ không có hiệu quả
Tâm lý dự phòng (tiền phong bởi Lamaze ở Pháp)	Có lẽ không có hiệu quả
Kỹ thuật không dùng thuốc	

Hình 64.2 GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG



Ưu điểm:

- Giảm đau rất hiệu quả
- Giảm thiểu tác dụng phụ trên thai nhi
- Người bệnh vẫn kiểm soát được hơi thở của mình
- Người bệnh tĩnh táo khi sinh

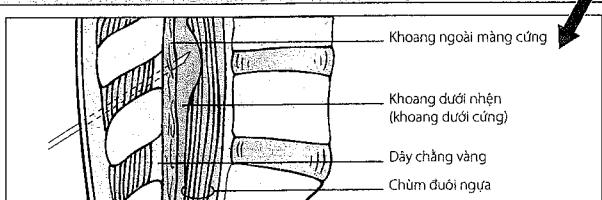
Nhược điểm:

- Chậm (20-30 phút)
- Hạn chế đáp ứng của mẹ trong trường hợp chảy máu
- Có thể liên quan đến chuyển dạ kéo dài kèm tăng nguy cơ phải sinh giúp và nguy cơ mổ lấy thai

Chống chỉ định:

- Bệnh nhân từ chối
- Rối loạn đông máu
- Nhiễm trùng tại chỗ hoặc toàn thân
- Giảm thể tích máu
- Thiếu nhân viên y tế được huấn luyện tốt

Hình 64.4 GÂY TÊ TÙY SỐNG



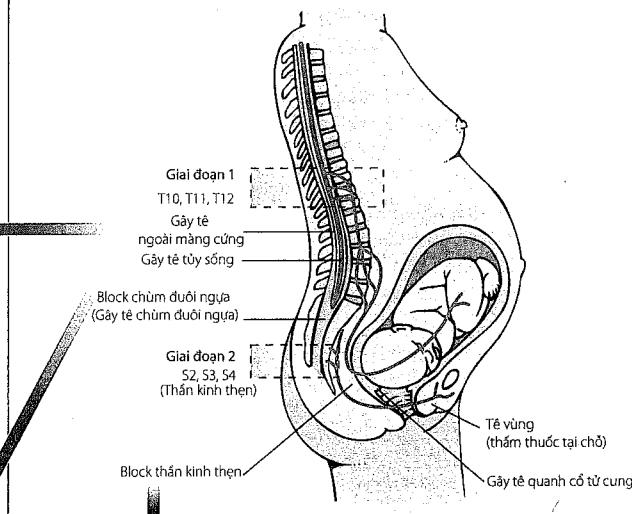
Ưu điểm:

- Nhanh chóng (2-3 phút)
- Giảm đau rất hiệu quả
- Chỉ đòi hỏi một lần tiêm

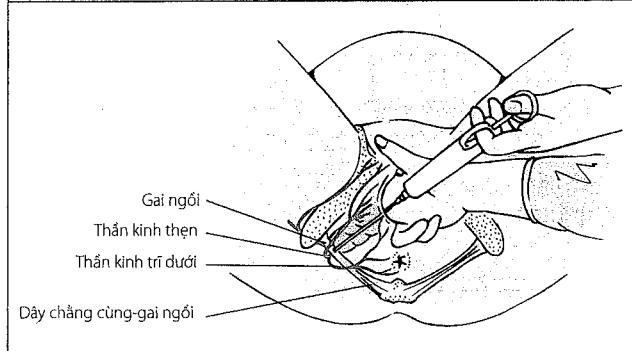
Nhược điểm:

- Chi kéo dài 1-2 giờ
- Có thể gây tụt huyết áp nặng

Hình 64.3 CÁC CƠN ĐƯỜNG DẪN TRUYỀN CẢM GIÁC ĐAU TRONG CHUYỂN DẠ VÀ SỔ THAI



Hình 64.5 BLOCK THẦN KINH THẬN



- Đau trong chuyển dạ thường là đau mức độ nặng, chỉ có 2%-4% phụ nữ có cảm giác đau ít trong chuyển dạ.
- Giảm đau (vô cảm - Hình 64.1) trong chuyển dạ bình thường tuy không phải là bắt buộc. Tuy nhiên tất cả các sản phụ nên được thông báo về các lựa chọn giảm đau sản khoa có thể sử dụng cho họ. Giảm đau sản khoa không có chống chỉ định.
- Nên thực hiện giảm đau đối với các sản phụ trong một số trường hợp nhất định (sản phụ có bệnh tim, nghỉ ngơi đặt nội khí quản khó) và trong các trường hợp cần phải sinh giúp bằng thủ thuật (ngôi mông, đẻ thai).
- Giảm đau đầy đủ là bắt buộc trong các trường hợp sinh giúp bằng dung cụ, may tăng sinh mòn, làm thủ thuật bóc nhau bằng tay, và mổ lấy thai.

Các đường dẫn truyền đau (Hình 64.3)

- Trong chuyển dạ *giai đoạn 1*, đau là hậu quả do mở cổ tử cung và con gò chuyển dạ (thiểu máu cơ tử cung). Cảm giác đau được truyền từ tử cung theo các dây thần kinh hướng tâm (thần kinh giao cảm) tới tủy sống qua rễ sau của tủy sống đoạn ngực (T10-12).
- Đau trong chuyển dạ *giai đoạn 2* là hậu quả trực tiếp từ sự di xuống của ngôi thai gây căng giãn các cơ sàn chậu và âm đạo, cảm giác đau này được dẫn truyền qua các sợi thần kinh cảm giác của đám rối cùng S2-4 (thần kinh thận trong). Cảm giác đau trong giai đoạn này một phần cũng do các con gò tử cung gây ra.

Các phương pháp giảm đau khi sinh nở (tiêu đề)

- Trên lâm sàng có thể sử dụng châm cứu, thôi miên và liệu pháp mùi hương, tuy nhiên hiệu quả của các biện pháp này vẫn chưa được chứng minh.
- Kích thích điện thần kinh qua da (TENS) được cho là có tác dụng gây phóng thích các enkephalin nội sinh trong tủy sống, có tác dụng gây ức chế lên sự dẫn truyền cảm giác đau, tuy nhiên hiệu quả cũng chưa được chứng minh rõ ràng.
- Tắm nước ấm, xoa bóp, thư giãn, tham gia lớp học tiền sản, các bài tập thở, và sự có mặt của một nữ hộ sinh hỗ trợ lúc sinh có thể giúp giảm đau trong chuyển dạ.

Các phương pháp giảm đau khi sinh nở (tiêu đề)

Gây mê nội khí quản

- Chỉ định.** Nên tránh gây mê nếu được. Tốt nhất nên thực hiện gây mê khi phải mổ lấy thai cấp cứu hoặc sinh giúp (cần tác dụng giảm đau nhanh) và trong trường hợp sinh đầu hậu ngôi mông (cần cổ tử cung giãn thật tốt).
- Ưu điểm.** Cho tác dụng giảm đau nhanh chóng, ít có tai biến tụt huyết áp, phù hợp cho các sản phụ bị giảm thể tích hoặc có nguy cơ cao bị chảy máu.
- Bất lợi.** Nguy cơ hít sắc cao (do bệnh nhân gây mê bị mất phản xạ bảo vệ đường thở), ức chế hô hấp của thai nhi, và băng huyết sau sinh (do tác dụng làm giãn cơ tử cung).
- Biến chứng.** Hít sắc dịch dạ dày gây viêm phổi (hội chứng Mendelson), tổn thương não do thiếu oxygen (do tụt ống nội khí quản hoặc tắc ống nội khí quản), hoặc tổn thương đường hô hấp trên. Để hạn chế xảy ra biến chứng, cần cho bệnh nhân nhịn ăn uống trước khi làm thủ thuật-phẫu thuật, hoặc đặt ống thông mũi-dạ dày, sử dụng thuốc kháng acid, truyền dịch đầy đủ, ăn sụn nhăn khi đặt nội khí quản, và theo dõi sát trong thời gian bệnh nhân được gây mê.

Giảm đau toàn thân

- Các đồng vận của opiate có đặc tính giảm đau và an thần tốt, nhưng có bất lợi là làm tăng thời gian làm trống dạ dày và có thể gây ức chế lên

hô hấp của thai. Nên chuẩn bị sẵn chất đối kháng đặc hiệu (naloxone) để điều trị nếu có tình trạng ức chế lên mẹ và thai.

- Các đồng vận hoặc đối vận bán phần từ thuốc phiện ít gây ra các tác dụng ngoại ý nhưng lại có hiệu quả giảm đau kém.
- Ưu điểm.** Dễ tìm, dễ sử dụng, ít gây ra các ảnh hưởng bất lợi lên cuộc chuyển dạ.
- Tác dụng phụ.** Buồn nôn-nôn ói, ức chế hô hấp, khó theo dõi tri giác bệnh nhân do tác dụng an thần quá mức, làm giảm dao động nội tại của tim thai.

Giảm đau vùng

- Phong bế vùng của các dây thần kinh cảm giác tùy sống bằng một số kỹ thuật sau:

1 Gây tê ngoài màng cứng (Hình 64.2) bằng cách đặt một cannula ở vị trí đốt sống L2-3 hoặc L3-4. Cannula này đặt ở khoang ngoài màng cứng và cho phép truyền các chất giảm đau tại chỗ bằng cách tiêm truyền liên tục hoặc bolus từng đợt qua cannula. Ưu khuyết điểm của phương pháp này được trình bày trong Hình 64.2. Gây tê ngoài màng cứng cho hiệu quả giảm đau tốt, nhưng có thể làm cho cuộc chuyển dạ bị kéo dài và sức rắn của mẹ yếu. Hơn nữa, gây tê ngoài màng cứng còn có thể làm tăng tần số nhịp thai bất thường (kiểu thế sau), sinh giúp, tăng sinh mòn rách sáu, và (có thể) gia tăng tần số mổ lấy thai. Các tai biến có thể xảy ra bao gồm: hạ huyết áp (dự phòng bằng cách cho truyền 500 mL dung dịch tinh thể trước khi gây tê), rách màng cứng (<1%), đau đầu sau gây tê (5%-25%), ngộ độc thuốc, tổn thương thần kinh do đám kim, hoặc gây tụ máu ở tủy sống (rất hiếm gặp). Biến chứng hạ huyết áp ở mẹ có thể gây ra nhịp tim thai chậm, tuy nhiên tác dụng này chỉ xảy ra ngắn hạn và có thể hồi phục khi điều trị với ephedrine cho mẹ.

2 Gây tê tủy sống (Hình 64.4) được thực hiện bằng cách tiêm chất gây tê tại chỗ vào trong khoang dưới nhện. Phương pháp gây tê này thường thích hợp để mổ lấy thai vì tác dụng giảm đau ngắn, kéo dài trong 1-2 giờ.

3 Gây tê tủy sống-ngoài màng cứng kết hợp.

- Phong bế thần kinh thận trong** (Hình 64.5) là một phương pháp giảm đau vùng đạt được bằng cách phong bế các dây thần kinh thận trong (S2-4) ở hai bên ngay tại nơi thần kinh đi ra khỏi ống Alcock và tỏa ra quanh ụ ngồi. Đây là phương pháp giảm đau thích hợp sử dụng khi thực hiện các thủ thuật giúp đỡ thai trong giai đoạn 2 chuyển dạ.
- Phong bế đám rối thần kinh cùng** (phong bế chùm đuôi ngựa) là phong bế cảm giác vùng do chùm đuôi ngựa chi phối qua các lỗ của xương cùng.

Giảm đau tại chỗ

- Tê tại chỗ** (phong bế các dây thần kinh vùng âm hộ) thường được dùng trong cắt may tăng sinh mòn.
- Tê quanh cổ tử cung** (tiêm tê các dây thần kinh cảm giác đi ra từ tử cung qua dây chằng ngang cổ tử cung ở hai bên) thường được dùng để giảm đau trong giai đoạn 1 chuyển dạ.
- Các chất giảm đau tại chỗ bao gồm bupivacaine, lidocaine, chloroprocaine. Nên tránh sử dụng prilocaine do thuốc có thể làm tăng nguy cơ bị methemoglobin máu.

Giảm đau dạng khí dung

Giảm đau dạng khí dung, đặc biệt là Entonox (50% oxygen/50% nitrous oxide), được dùng rộng rãi tại các nước đang phát triển với sự hài lòng cao của bệnh nhân.

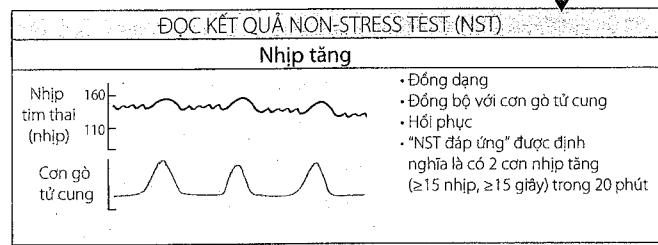


Theo dõi sức khỏe thai nhi trong chuyển dạ

Hình 65.1 LƯỢNG GIÁ SỨC KHỎE THAI NHI

Trước sinh	Trong chuyển dạ	Sau sinh
Non-stress test (NST) - Chỉ theo dõi từ ngoài thành bụng (Doppler) Trắc đồ sinh-vật lý Rung âm kích thích Stress test Biểu đồ theo dõi cùi động thai (biểu đồ "thai máy") Vận tốc Doppler (?)	Non-stress test (NST) - Theo dõi từ ngoài thành bụng (Doppler) - Dung cụ theo dõi đặt trong tử cung (diện cực đặt trên da đầu) Rung âm kích thích Stress test Lấy mẫu thử từ da đầu thai nhi Trắc đồ sinh-vật lý Đo chỉ số oxygen mao mạch ở thai	Đáp ứng lâm sàng (ngất, bú kém, cử động thai bất thường) Thang điểm Apgar pH cuống rốn

Xem Chương 52 để biết thêm chi tiết



HỆ THỐNG CHỈ SỐ APGAR

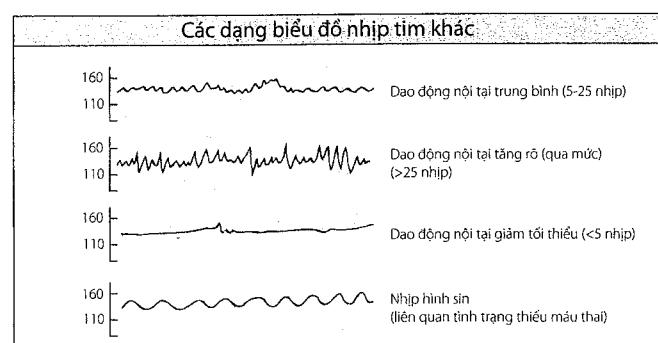
	Điểm số		
	0	1	2
Màu sắc da	Tím tái	Hồng ở thân, tím tái đầu chi	Toàn thân hồng hào
Nhịp tim (nhip)	Không có	<100	≥ 100
Nhân mặt (Đáp ứng với kích thích)	Không đáp ứng	Một số đáp ứng	Khóc, ho
Cử động	Mềm nhùng	Gập nhẹ	Vận động tích cực
Hô hấp	Không có	Chậm	Khóc lớn tiếng

CÁC TRỊ SỐ KIỂM TOÁN BÌNH THƯỜNG Ở THAI ĐỦ THÁNG

	pH	PO ₂ (mmHg)	PCO ₂ (mmHg)	Bicarbonate (mmol/L)	Độ bão hòa oxygen máu (%)
Tĩnh mạch rốn	7.35 ± 0.05	29.2 ± 5.9	38.2 ± 5.6	20.4 ± 2.1	70
Động mạch rốn	7.28 ± 0.05	18.0 ± 6.2	14.2 ± 8.4	22.3 ± 2.5	28
Máu mao mạch da đầu thai					
- Giai đoạn 1 sớm	7.33 ± 0.03	21.8 ± 2.6	44.0 ± 4.05	20.1 ± 1.2	
- Giai đoạn 1 muộn	7.23 ± 0.02	21.3 ± 2.1	42.0 ± 5.1	19.1 ± 2.1	
- Giai đoạn 2	7.29 ± 0.04	16.5 ± 1.4	46.3 ± 4.2	17.0 ± 2.0	

CÁC THUỐC TÁC ĐỘNG LÊN BIỂU ĐỒ DIỄN BIẾN TÌM THAI TRONG CHUYỂN ĐA

Tác động lên thai	Thuốc
Tìm thai nhanh	Adrenalin Atropine β -Agonists (ritodrine, terbutaline)
Tìm thai chậm	Thuốc kháng giáp (bao gồm propiothiouracil) β -Blockers (vd. propranolol) Gây tê ngoài màng cứng (bất kể sử dụng thuốc gì) Methergine (chống chỉ định trước khi số thai) Oxytocin (Nếu đi kèm với tử cung cường co)
Nhịp hình sin (liên quan tình trạng thiếu máu thai)	Giảm đau bằng opioid (đặc biệt là alphaprodine butorphanol, meperidine)
Giảm dao động nội tại	Atropine Anticonvulsants (nhưng trừ phenytoin) β -Blockers Betamethasone Ethanol Võ cấm toàn thân Thuốc ngủ (bao gồm diazepam) Insulin (nếu đi kèm hạ đường huyết) Magnesium sulfate Giảm đau bằng các thuốc narcotic Promethazine (Phenergan)



Đại cương

- Bệnh suất và tử suất của thai nhi có thể là một hậu quả do cuộc chuyển dạ gây ra. Một số phương pháp có thể giúp đánh giá được sức khỏe thai (Hình 65.1).
- Cần lưu ý là tình trạng thai bị ngạt trong chuyển dạ có thể gây ra bệnh *não thiếu máu cục bộ do thiếu oxygen* (HIE), và đây là một yếu tố tiên lượng dự hậu lâu dài. HIE là một bệnh cảnh lâm sàng xảy ra trong vài giờ đầu hoặc vài ngày đầu sau sinh, đặc trưng bởi sự bất thường trương lực cơ, bú sữa, trí giác thay đổi, và co giật. Để chẩn đoán thai bị ngạt, cần có đủ bốn tiêu chuẩn sau:
 - 1 Nhiễm toan chuyển hóa hoặc kết hợp ($\text{pH} < 7.00$) trong mẫu thử máu động mạch rốn
 - 2 Điểm số Apgar từ 0-3 kéo dài hơn 5 phút
 - 3 Trẻ có biểu hiện tổn thương thần kinh (co giật, hôn mê)
 - 4 Suy da cơ quan.
- Chỉ có 15% các trường hợp bại não và không có khả năng học tập là do HIE.

Bệnh giã súc khỏe thai nhi trong chuyển dạ

Non-stress test (NST) hoặc biểu đồ tim thai-cơn gò (CTG)

Một điện cực gắn ở đầu thai dùng để theo dõi liên tục tim thai trong chuyển dạ được sử dụng lần đầu tiên bởi Hon và Lee (năm 1963). Một năm sau đó, kỹ thuật theo dõi tim thai bằng máy Doppler bên ngoài được sử dụng. Đo CTG liên tục trong chuyển dạ ngày nay được khuyến cáo thực hiện cho tất cả các thai kỳ nguy cơ cao, đồng thời cũng được sử dụng phổ biến đối với thai kỳ nguy cơ thấp.

Đặc điểm của nhịp tim thai trong chuyển dạ

- *Tim thai cơ bản* là trung bình của nhịp tim thai không thay đổi kéo dài ≥ 10 phút. Bình thường tim thai cơ bản là 110-160 nhịp/phút. Khi tim thai cơ bản < 110 nhịp/phút gọi là tim thai chậm, > 160 nhịp/phút gọi là tim thai nhanh.
- *Đao động nội tại* được phân loại thành đao động nội tại trung bình (đao động 5-25 nhịp/phút xung quanh tim thai cơ bản, đây là dấu hiệu cho thấy sức khỏe thai bình thường), đao động nội tại giảm (< 5 nhịp/phút, liên quan đến tình trạng thai bị thiếu oxygen và cần phải được đánh giá thêm), mất đao động nội tại (0 nhịp/phút, thai bị thiếu oxygen nặng), hoặc đao động nội tại tăng (> 25 nhịp/phút, gợi ý một tình trạng thiếu oxygen nhưng không kèm theo tình trạng nhiễm toan).
- *Nhịp tăng* là sự gia tăng tạm thời của tim thai, có chu kỳ ≥ 15 nhịp/phút và kéo dài ≥ 15 giây (hoặc tăng ≥ 10 nhịp/phút kéo dài ≥ 10 giây ở thai < 32 tuần). Nhịp tăng thường liên quan với cử động thai, đây là một dấu hiệu của thai khỏe mạnh (đặc biệt là thai không bị nhiễm toan chuyển hóa).
- *Nhịp giảm* là các khoảng giảm tạm thời và có chu kỳ của nhịp tim thai, thường liên quan với cơn gò tử cung. Nhịp giảm có thể được phân loại thành nhịp giảm sớm, nhịp giảm bất định hoặc nhịp giảm muộn dựa vào hình dạng của nhịp giảm và mối liên hệ về thời gian với cơn gò tử cung. Nhịp giảm được gọi là “lặp lại” khi nhịp giảm xuất hiện trong $> 50\%$ số cơn gò.

Đọc kết quả NST (Hình 65.1)

- Phân loại nhịp tim thai trong chuyển dạ:
 - 1 “Có đáp ứng” (được định nghĩa là có ≥ 2 nhịp tăng trong 20 phút) chứng tỏ sức khỏe thai bình thường
 - 2 Nghi ngờ hay không rõ ràng (không xác định)
 - 3 Đáng ngại (không bình thường).

- Tim thai trong chuyển dạ gọi là bình thường khi có tim thai cơ bản bình thường, dao động nội tại trung bình, và có nhịp tăng (tim thai nhóm I). Tim thai chậm hoặc nhanh, dao động nội tại kém hoặc mất dao động nội tại, và/hoặc có nhịp giảm muộn hoặc nhịp giảm bất định nghiêm trọng lặp lại báo hiệu sức khỏe thai không bình thường (tim thai nhóm III). Tim thai nhóm II là tim thai không được xếp vào nhóm I hay nhóm III.

- Kiểu nhịp tim thai không bình thường gặp trong đến 60% các trường hợp chuyển dạ, vì vậy đây không phải là dấu hiệu đặc hiệu cho tình trạng thiếu oxygen của thai. Hơn nữa, các kiểu nhịp tim thai bất thường nghiêm trọng (đặc biệt là khi có nhịp giảm muộn hoặc nhịp giảm bất định rõ và lặp lại nhiều lần) chỉ xảy ra trong 0.3% biểu đồ nhịp tim thai trong chuyển dạ.

- Đọc kết quả NST phần lớn là chủ quan và luôn luôn phải dựa vào tuổi thai, thai có dị tật bẩm sinh hay không, và có các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn trên lâm sàng hay không. Thai non tháng hoặc thai chậm tăng trưởng trong tử cung có khả năng chịu đựng kém các đợt giảm tưới máu nhau thai, vì vậy dễ bị thiếu oxygen và toan hóa máu hơn. Thuốc cũng có thể làm ảnh hưởng lên nhịp tim thai và dao động nội tại (Hình 65.1).

- Chỉ có hai kiểu nhịp tim thai có liên quan với kết cục chu sinh xấu là nhịp giảm bất định nghiêm trọng lặp lại (định nghĩa là nhịp giảm < 70 lần/phút và kéo dài ≥ 60 giây) và nhịp giảm muộn lặp lại.

- Khi so sánh với việc nghe tim thai cách quãng, theo dõi tim thai liên tục bằng monitor có thể làm giảm tần suất bị co giật trước 28 ngày tuổi, tuy nhiên không có sự khác biệt về các loại bệnh suất chu sinh ngắn hạn khác và tử suất chu sinh. Ngoài ra, sự gia tăng co giật ở sơ sinh không làm tăng các bệnh suất dài hạn (như bại não, học tập kém, hoặc co giật sau 28 ngày tuổi). Tuy nhiên, theo dõi tim thai liên tục làm gia tăng tỉ lệ can thiệp sản khoa, bao gồm sinh giúp (bằng dụng cụ) và mổ lấy thai.

- Các kiểu nhịp tim thai không thường gặp là:

- 1 Kiểu *salutation* (dao động nội tại tăng) có ý nghĩa lâm sàng không rõ. Có thể là do dây rốn bị chèn ép gián đoạn.
- 2 Kiểu *lambda* (nhịp tăng theo sau nhịp giảm) liên quan đến cử động thai. Kiểu nhịp tim thai này không được coi là bất thường.
- 3 Kiểu *sinusoidal* (tim thai cơ bản bình thường, dao động nội tại giảm, dạng sóng có chu kỳ với tần số 2-5 chu kỳ/phút và biên độ 5-15 nhịp/phút) có mối liên quan mạnh với tình trạng thiếu máu thai nhi, ngoài ra còn có thể gặp trong các trường hợp nhiễm trùng ối, thai sắp từ vong, và do các thuốc dùng ở mẹ (đặc biệt là thuốc giảm đau nhóm opiate).

Lấy máu da đầu thai nhi

- pH máu mao mạch thai nhi nằm giữa trị số pH máu động mạch và máu tĩnh mạch thai nhi (xem bảng bên dưới).
- Lấy máu da đầu thai nhi lần đầu tiên được thực hiện bởi Saling năm 1962. Thủ thuật này mang lại lợi ích nhiều nhất trong chuyển dạ khi các test không xâm lấn khác không đánh giá chính xác được sức khỏe thai.
- Xử trí dựa vào pH máu da đầu thai nhi:

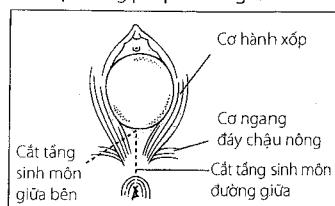
pH máu da đầu	Xử trí
>7.25	Có thể theo dõi thêm, làm lại pH máu da đầu sau 1 giờ nếu CTG còn bất thường
7.20-7.25	Lặp lại pH máu da đầu mỗi 30 phút
<7.20	Cho sinh ngay



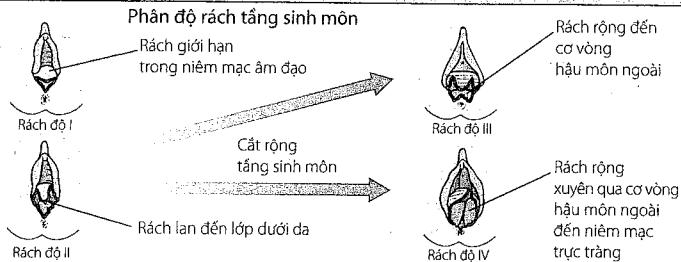
Sinh giúp bằng dụng cụ

Hình 66.1 SANG THƯƠNG TẦNG SINH MÔN TRONG SỔ THAI

Các phương pháp cắt tầng sinh môn



Cắt tầng sinh môn
được xem như tương đương
với rách tầng sinh môn độ II



Hình 66.2 SINH GIÚP BẰNG DỤNG CỤ

CHỈ ĐỊNH SINH GIÚP

Chỉ định về phía mẹ

- Mẹ đuối sức
- Mẹ rặn không chuyển (trường hợp mẹ có các chấn thương tùy hoặc các bệnh lý thần kinh cơ)
- Cần thiết tránh cho mẹ rặn gắng sức (trường hợp mẹ có các bệnh lý tim mạch máu hoặc mạch máu não)

Chỉ định về phía thai

- "Suy thai" / Stress test dương tính

Các chỉ định khác

- Kéo dài giai đoạn 2 chuyển dạ
 - Con so: 3 giờ nếu có giảm đau vùng/2 giờ nếu không giảm đau vùng
 - Con rã: 2 giờ nếu có giảm đau vùng/1 giờ nếu không giảm đau vùng

CÁC ĐIỀU KIỆN CẦN ĐÁP ỨNG TRƯỚC KHI CAN THIỆP THỦ THUẬT SỔ THAI ĐƯỜNG ÂM ĐẠO

Tiêu chuẩn về phía mẹ

- Giảm đau thích hợp
- Đống thuận bằng lời nói và/hoặc giấy cam kết
- Bệnh nhân nằm trong tư thế tán sỏi
- Bằng quang trắng
- Đo quang kích chậu phù hợp

Tiêu chuẩn về phía thai

- Ngồi chòm
- Chòm đã lọt (đường kính lưỡng đỉnh đi qua khói eo chậu)
- Độ lọt (tương quan vị trí đỉnh đầu thai và gai ngồi mẹ) $\geq +2/+5$ cm
- Vị trí, kiểu thế của đầu thai cũng như ụ chẩm và đường khớp sọ được xác định rõ

Tiêu chuẩn về phía tử cung-nhau

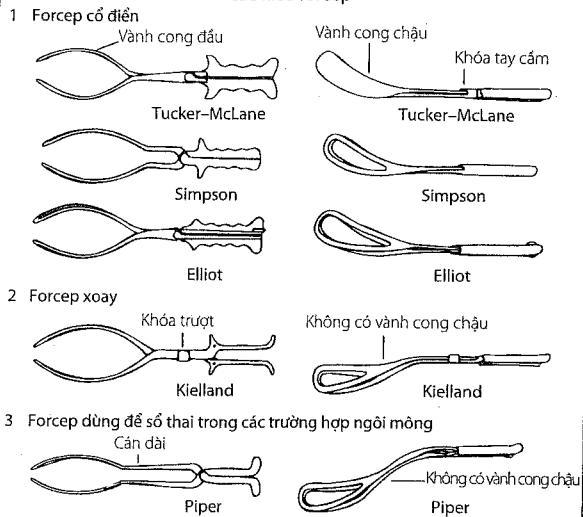
- Cổ tử cung xóá tối đa
- Màng ối đã vỡ
- Không có nhau tiền đạo

Tiêu chuẩn khác

- Người thực hiện thủ thuật có kinh nghiệm
- Trong khả năng có thể thực hiện mổ lấy thai cấp cứu khi cần

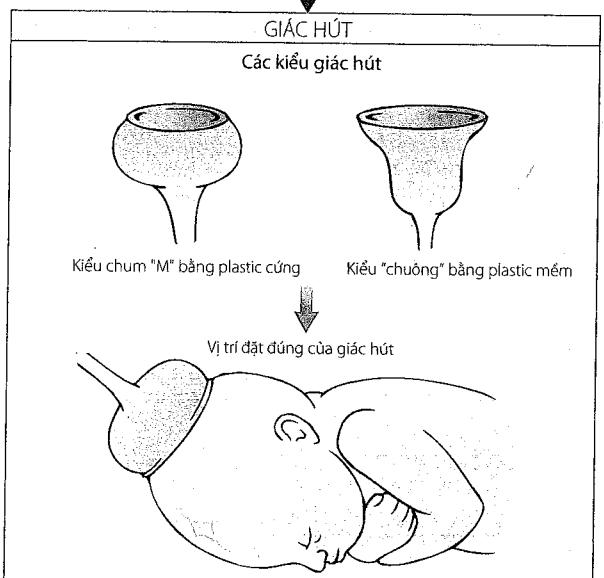
FORCEP

Các kiểu forcep



GIÁC HÚT

Các kiểu giác hút



CÁC CÔNG CỤ HỖ TRỢ SINH

- **Định nghĩa.** Một vết rách ở tầng sinh môn để tạo thuận lợi cho cuộc sinh.
- **Tần suất.** Cắt tầng sinh môn được thực hiện trong >30% các trường hợp sinh ngả âm đạo, thường ở người sinh con so, tuy nhiên tỉ lệ cắt tầng sinh môn đã giảm mạnh chỉ còn <10% vào năm 2006. Có cắt tầng sinh môn hay không còn phụ thuộc nhiều vào cách thực hành lâm sàng và kinh nghiệm ở từng nơi.
- **Chi định.** Có thể cắt tầng sinh môn trong các trường hợp sinh thường hoặc trong trường hợp cần chuẩn bị cho sinh giúp bằng dụng cụ. Cắt tầng sinh môn còn có thể được thực hiện khi có biến chứng kẹt vai xảy ra, nhằm tạo điều kiện thuận lợi hơn cho cuộc sinh (xem Chương 63).
- **Mục đích.** Cắt tầng sinh môn từng được cho là có thể giúp làm giảm các biến chứng của rách sâu tầng sinh môn khi sinh bao gồm: chảy máu, nhiễm trùng, sa sinh dục và tiêu-tiểu không tự chủ. Tuy nhiên, việc cắt tầng sinh môn chủ động đã không cho thấy mang lại bất cứ lợi ích nào cho người mẹ.
- **Phân loại** (Hình 66.1):
 - 1 *Cắt tầng sinh môn đường giữa:* vết cắt ở đường dọc giữa hướng về phía trực tràng. Đường cắt này khá hiệu quả khi sinh nhưng có thể gây rách cơ thắt trong và cơ thắt ngoài của hậu môn trong trường hợp tầng sinh môn bị rách sâu (rách độ III-IV). Đường cắt này thường được sử dụng tại Hoa Kỳ.
 - 2 *Cắt tầng sinh môn đường bên:* vết cắt nghiêng 45° về phía bên. Đường cắt này ít làm tổn thương cơ vòng nếu có rách sâu, nhưng dễ gây chảy máu, nhiễm trùng, và gây đau (tuy nhiên vẫn chưa có đủ bằng chứng để khẳng định). Đường cắt bên thường được sử dụng tại Vương quốc Anh.
- **Khâu phục hồi tầng sinh môn.** Cố gắng khôi phục lại chức năng ở vùng tầng sinh môn, đặc biệt là trong trường hợp có tổn thương của trực tràng đi kèm. Cơ thắt ngoài của hậu môn nên được nối tật bằng các mũi khâu rời.

Sinh bằng dụng cụ

- Sinh bằng dụng cụ là các trường hợp sinh ngả âm đạo mà có dùng bất cứ thủ thuật nào để làm cho cuộc sinh thuận lợi hơn, bao gồm sinh bằng forcep và sinh bằng giác hút.
- Chưa có bằng chứng chứng tỏ sinh bằng forcep hay giác hút thì tốt hơn.
- Lựa chọn cách sinh giúp nào là phụ thuộc vào kinh nghiệm của người thực hiện.

Sinh forcep

Dụng cụ

Từ khi gia đình Chamberlain đưa forcep vào sử dụng đầu tiên tại châu Âu vào thập kỷ thứ 18, forcep đã gây ra những tranh cãi.

Có thể phân forcep thành 3 loại (xem bảng bên dưới):

- 1 Forcep cổ điển (vd. forcep Simpson): có cả đường cong chậu và đường cong đầu, có khóa tay cầm.
- 2 Forcep xoay (vd. forcep Kielland): không có đường cong chậu, có khóa tay trượt.
- 3 Forcep hỗ trợ sinh ngôi mông (vd. forcep Piper): không có đường cong chậu, có tay cầm dài áp vào thân em bé trong khi sinh đầu hậu.

Chi định Hình 66.2 và chống chi định

Chống chi định tương đối bao gồm: thai non tháng, thai to, và nghỉ ngòi thai nhi có bệnh lý đông máu.

Biến chứng

- Tăng tỉ lệ tổn thương tầng sinh môn của mẹ, đặc biệt là khi sử dụng forcep xoay.

- Các biến chứng lên thai gồm mặt bị bầm tím và/hoặc rách da mặt, liệt dây thần kinh mặt, nứt sọ, tổn thương tủy sống cổ, và xuất huyết nội sọ (hiếm).

Phân loại sinh forcep

Phân loại	Tiêu chuẩn
Sinh forcep sổ	Đầu thai đã xuống tới sàn chậu, thấy được da đầu của thai ở âm hộ mà không cần tách các mô ra, đường liên thóp dọc giữa nằm theo đường kính trước-sau hoặc chẩm trái-trước, trái-sau hoặc phải-trước, phải-sau, đầu thai xoay ≤45°.
Sinh forcep thấp	Điểm thấp nhất của xương sọ thai đã nằm ở vị trí ≥+2 cm nhưng chưa xuống tới sàn chậu, đầu thai có thể xoay: (a) ≤45° hoặc (b) >45°
Sinh forcep trung bình	Đầu thai đã lọt nhưng <+2 cm.
Sinh forcep cao	(Không nằm trong các phân loại trên)

Giác hút

Dụng cụ

- Năm 1954, Malmström đã cải tiến loại giác hút (Ventouse) mà hiện nay mang tên ông. Giác hút Malmström đầu tiên (cổ điển) sử dụng một chén kim loại (chén "M"). Giác hút hiện nay được làm bằng nhựa, polyethylene, hoặc silicone.
- Có 2 loại giác hút (Hình 66.2): (1) loại cứng, chén có dạng hình nấm giống chén "M" (chén cứng), và (2) loại mềm, chén có dạng hình ống (chén mềm).

Chi định và chống chi định

Tương tự như sinh forcep.

Kỹ thuật sinh giác hút

- Để giúp đầu thai cuộn tốt khi kéo, chén được đặt ở điểm giữa của "đường liên thóp dọc giữa" (điểm chính giữa trên đường liên thóp với bờ sau của chén cách thóp sau 1-3 cm).
- Đặt lực hút ban đầu thấp (100 mmHg), sau khi kiểm tra chắc chắn không có mô mềm của mẹ bị chèn vào giữa chén và đầu thai tăng lực hút lên 500-600 mmHg, trong cơn gò sử dụng lực kéo hướng xuống phù hợp với đường cong chậu, ngưng kéo ở khoảng nghỉ giữa các cơn gò.
- Lý tưởng nhất là nên tránh cắt tầng sinh môn vì áp lực của tầng sinh môn sẽ giữ cho giác hút áp sát vào đầu thai, đồng thời giúp hỗ trợ cho đầu thai cuộn và xoay.
- Không nên tiếp tục thủ thuật nếu đã bung chén 3 lần hoặc đầu thai không xuống thêm.

Biến chứng

- Giúp sinh thất bại thường xảy ra khi sử dụng chén mềm.
- Các biến chứng lên thai: tụ máu ở não (chảy máu vào da đầu) và rách da đầu (do người giúp sinh cố gắng sử dụng giác hút để xoay đầu thai), hiện vẫn chưa rõ sinh bằng giác hút có làm tăng nguy cơ xuất huyết nội sọ hay không.
- Nguy cơ tổn thương tầng sinh môn của mẹ tăng không có ý nghĩa.



Mổ lấy thai

Hình 67.1 CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI

	Chỉ định tuyệt đối	Chỉ định tương đối
Mẹ	<ul style="list-style-type: none"> Khởi phát chuyển dạ thất bại Chuyển dạ ngưng tiến triển (thai trình ngưng tiến) Bất xứng đầu chậu 	<ul style="list-style-type: none"> Mổ lấy thai nhiều lần Bệnh ở mẹ (tiền sản giật nặng, bệnh tim, đái tháo đường, ung thư cổ tử cung)
Tử cung nhau	<ul style="list-style-type: none"> Tiền sử xé dọc tử cung lấy thai (đường mổ cổ điển) Vỡ tử cung nguyên phát Kết đường ra (nhân xơ) Nhau tiền đạo, nhau bong rộng 	<ul style="list-style-type: none"> Tiền sử phẫu thuật xé trọn bể dày thân tử cung Trình diện tiền đạo cuống rốn trong chuyển dạ
Thai	<ul style="list-style-type: none"> "Suy thai"/Stress test dương tính Sa dây rốn Ngồi bất thường (ngồi ngang) 	<ul style="list-style-type: none"> Ngồi bất thường (ngồi mông, ngồi vai, ngồi kết hợp) Thai to Bất thường thai (não úng thủy)

MỔ DỌC THÂN TỬ CUNG

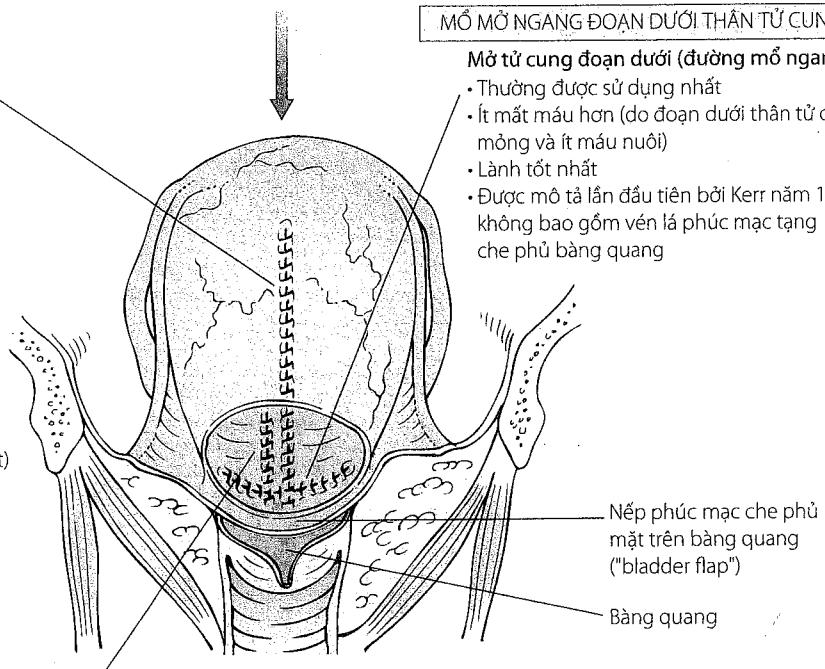
Xé dọc cao thân tử cung ("cổ điển")

- Chỉ sử dụng trong một số trường hợp chọn lọc
- ↑ lượng máu mất,
↑ hai lần nguy cơ truyền máu
- Một số chỉ định có thể bao gồm:
 - Không thể tiếp cận đoạn dưới tử cung (do dinh, do nhân xơ)
 - Đoạn dưới thân tử cung kém phát triển (như trong trường hợp sinh cực non, sinh non ngồi mông)
 - ? Ngồi ngang (bị ket)
 - ? Nhau tiền đạo
 - ? Thai to bất thường (não úng thủy, u quái lớn vùng cung-cụt)
 - ? Dự định cắt tử cung (vd. ung thư)

MỔ MỞ NGANG ĐOẠN DƯỚI THÂN TỬ CUNG

Mở tử cung đoạn dưới (đường mổ ngang)

- Thường được sử dụng nhất
- ít mất máu hơn (do đoạn dưới thân tử cung mỏng và ít máu nuôi)
- Lành tốt nhất
- Được mô tả lần đầu tiên bởi Kerr năm 1926 không bao gồm vén lá phúc mạc tạng che phủ bàng quang



Mổ mở xé dọc đoạn dưới thân tử cung (Kronig)

- Hiếm khi được sử dụng
- Ưu thế tránh phạm đến mạch máu cung cấp cho tử cung
- Khả năng có thể mở rộng đường rạch khi cần thiết
- Theo định nghĩa, đường rạch phải giới hạn ở đoạn dưới thân tử cung
- Các chỉ định có thể bao gồm:
 - Đa thai
 - Kiểu thế không tốt (đặc biệt là ngồi ngang)
 - Sinh con cực non
 - Cắt tử cung chương trình/ thời kì hậu sản

BIỂN CHỨNG

- Chảy máu (đôi khi phải truyền máu)
- Nhiễm trùng (nguy cơ nhiễm trùng hậu phẫu tăng với đái tháo đường, béo phì, mổ lấy thai cấp cứu, sốt trong chuyển dạ, đặt monitor trong buồng tử cung, thiếu máu, tiền cản phẫu thuật vùng bụng, khối máu tụ, khởi phát chuyển dạ, hoàn cảnh kinh tế-xã hội khó khăn, vỡ ối kéo dài)
- Gây sang chấn cho thai
- Gây sang chấn cho các cơ quan kế cận (ruột, bàng quang, niệu quản, mạch máu)
- Có thể phải phẫu thuật lại (mổ cắt tử cung giai đoạn hậu sản, phẫu thuật phục hồi thành bụng)

Định nghĩa

Em bé được sinh qua ngả bụng thông qua một vết rạch ở tử cung (mở tử cung).

Tần suất

Mổ lấy thai là loại phẫu thuật phổ biến đứng thứ hai (chỉ sau cắt bao quy đầu), chiếm khoảng 20%-25% các trường hợp sinh ở Vương quốc Anh và 32% tại Hoa Kỳ.

Chỉ định (Hình 67.1)

- Hầu hết các chỉ định mổ lấy thai là tương đối và phụ thuộc vào đánh giá của bác sĩ sản khoa.
- Chỉ định thường gặp nhất đối với mổ lấy thai lần đầu là thai trình ngưng tiến (chuyển dạ không tiến triển).
- Bất xứng đầu chậu tuyệt đối (CPD) là các trường hợp kích thước của thai quá to so với khung chậu của mẹ, và không thể sinh được qua ngả âm đạo kể cả khi đã được tạo mọi điều kiện thuận lợi nhất. Bất xứng đầu chậu tương đối xảy ra khi ngôi thai trình diện bất thường (ngôi trán, ngôi phức tạp) làm cho thai trở nên to hơn so với khung chậu mẹ.

Kĩ thuật mổ lấy thai

- Có thể mổ lấy thai chủ động từ sau tuần thứ 39 thai kỳ mà không cần có bằng chứng của trường thành phổi.
- Gây tê vùng được lựa chọn nhiều hơn so với phương pháp vô cảm toàn thân.
- Sử dụng kháng sinh dự phòng thường quy có thể làm giảm được tỉ lệ sốt sau mổ.
- Có thể rạch da theo đường Pfannenstiel (đường rạch da nằm ngang ở vùng bụng dưới, tách cơ, vết mổ chắc, nhưng phẫu trường bị hạn chế), đường dọc giữa (bộc lộ phẫu trường tốt nhưng vết mổ yếu), hoặc đường dọc cạnh giữa (đường rạch da dọc cạnh bên cơ thẳng bụng, đường rạch da này hiếm khi sử dụng). Có thể mở rộng phẫu trường trong trường hợp rạch da đường Pfannenstiel bằng cách cắt cơ thẳng bụng (đường Maylard) hoặc bằng cách nâng cơ thẳng bụng tách ra khỏi xương mu (đường Cherney).
- Các loại đường rạch mở tử cung (Hình 67.1).
- Một số loại phẫu thuật như bóc nhán xơ không nên thực hiện trong lúc mổ lấy thai vì nguy cơ chảy máu rất cao.

Cắt tử cung trong mổ lấy thai

Tần suất

1/6,000 trường hợp sinh.

Chỉ định

- Chỉ định đầu tiên của cắt tử cung trong mổ lấy thai là một chỉ định cấp cứu khi tính mạng của mẹ bị đe dọa do chảy máu không cầm được (30%-40%).
- Các chỉ định khác: nhau cài ráng lược (xem Chương 56), dị sản nặng cổ tử cung, và ung thư cổ tử cung.
- Triệt sản không phải là một chỉ định của cắt tử cung trong mổ lấy thai.

Kĩ thuật cắt tử cung

- Đây là một cuộc đại phẫu có bệnh suất cao thường cần phải được gây mê toàn thân, vì vậy chỉ nên thực hiện cắt tử cung như là một phương án cuối cùng.
- Giữ ấm, cần chuẩn bị Foley 3 chia, và các chế phẩm máu nên được chuẩn bị sẵn.
- Cắt tử cung cấp cứu thường có tai biến gấp bốn lần so với cắt tử cung chủ động. Thường bị mất máu nhiều (2-4 L) và cần phải truyền máu (90%). Tuy cắt tử cung trong mổ lấy thai có bệnh suất cao nhưng nói chung, tỉ lệ tử vong mẹ thấp (0.3%).
- Có thể cắt chữa lại cổ tử cung (cắt tử cung toàn phần hoặc cắt tử cung bán phần). Cắt chữa cổ tử cung giúp làm giảm các tai biến xảy ra, đặc biệt là giảm được lượng máu mất, tuy nhiên không áp dụng được nếu cổ

tử cung là nguyên nhân gây chảy máu như trong trường hợp nhau tiền đạo.

- Mặc dù các phụ nữ sau cắt tử cung sẽ vô kinh và không có con đẻ, nhưng bệnh nhân không bị các triệu chứng mãn kinh nếu hai buồng trứng không bị cắt đi.

Sản phụ mổ cùi tử cung: Kỹ thuật cắt tử cung trong mổ lấy thai

Tổng quan

- Có 30% trường hợp vết mổ lấy thai cũ sẽ được mổ lấy thai lại chủ động.
- Tỷ suất mẹ có vết mổ cũ được mổ lấy thai lặp lại là <0.1% nhưng tỷ suất này tăng lên gấp 2-10 lần nếu cho sinh ngả âm đạo.
- Mổ lấy thai lại có thể làm tăng rõ rệt bệnh suất của mẹ (vd. nhiễm trùng, thuyên tắc huyết khối, nứt vết mổ).

Kết quả

- Sinh ngả âm đạo thành công trong 65%-80% các thai phụ có vết mổ cũ.
- Các yếu tố tiên lượng sinh ngả âm đạo thành công bao gồm: đã từng sinh ngả âm đạo thành công, trọng lượng thai ước lượng <4,000 g, chỉ định mổ lấy thai của lần trước không còn tồn tại (ngôi mông, nhau tiền đạo).

Chống chỉ định

- Chống chỉ định tuyệt đối: vết mổ cũ dọc đáy thân, "suy thai", ngôi ngang, và nhau tiền đạo.
- Chống chỉ định tương đối: ngôi mông, vết mổ cũ bóc nhán xơ, tiền căn vỡ tử cung, và (có thể) đa thai.

Biến chứng

- Nứt vết mổ cũ (nứt tử cung tại vết mổ cũ) xảy ra trong 2%-3% các trường hợp. Thường được phát hiện khi dùng tay thăm dò sẹo mổ cũ sau khi sinh ngả âm đạo. Nếu không có xuất huyết âm đạo, có thể không cần điều trị gì thêm.
- Vỡ tử cung có thể đe dọa đến tính mạng cho bệnh nhân. Các dấu hiệu và triệu chứng bao gồm: tim thai chậm đập ngồi (70%), đau bụng (10%), chảy máu âm đạo (5%), huyết động học không ổn định (5%-10%), và/hoặc không còn sờ được phần tròn diện ngôi thai (<5%). Gây tê ngoài màng cứng có thể làm che đi một số dấu hiệu này. Các yếu tố nguy cơ bao gồm:

- Loại đường mổ lần trước (<1% nếu đường mổ ngang đoạn dưới, 2%-3% nếu đường mổ dọc ở đoạn dưới tử cung, và 4%-8% nếu đường mổ dọc đáy thân tử cung)
- Vết mổ cũ ≥2 lần (4%)
- Tiền căn vỡ tử cung
- Sử dụng oxytocin "quá mức" ("quá mức" vẫn chưa được định nghĩa rõ ràng)
- Chuyển dạ thất bại (đặc biệt là giai đoạn 2 kéo dài, hoặc cổ tử cung ngưng tiến)
- Sử dụng prostaglandin để khởi phát chuyển dạ.

Các yếu tố KHÔNG làm tăng nguy cơ vỡ tử cung: gây tê ngoài màng cứng, sẹo tử cung không rõ lý do, thai to, và chỉ định mổ lấy thai lần trước.

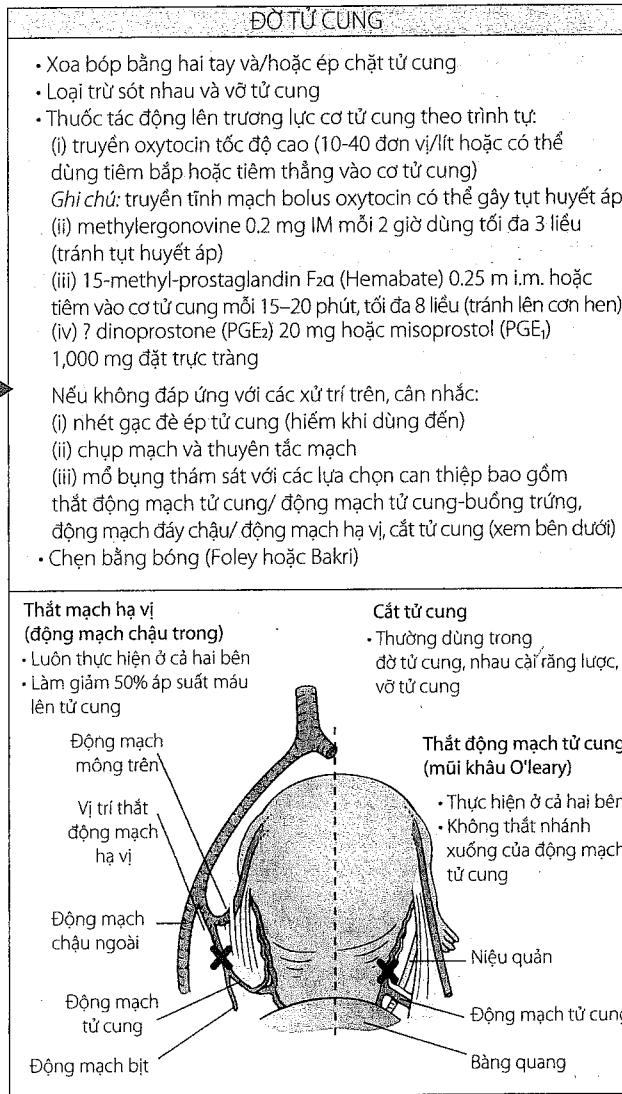
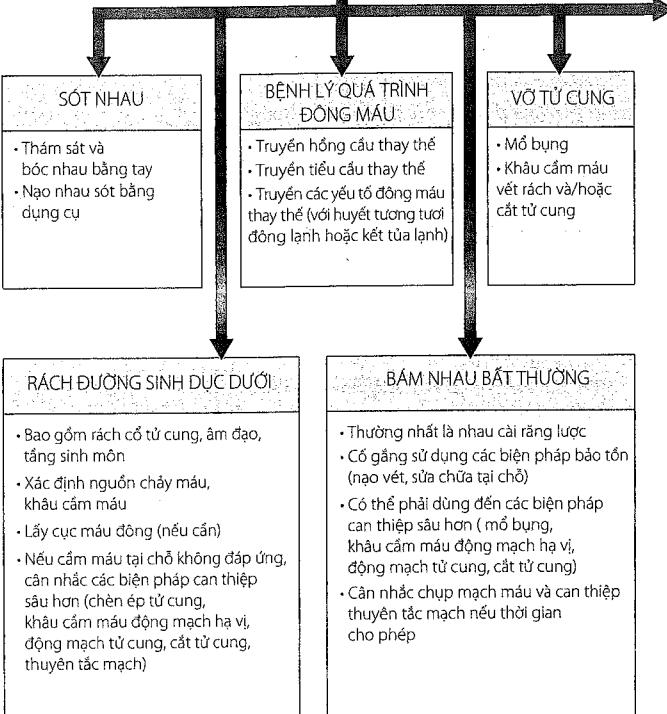
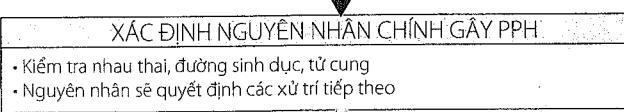
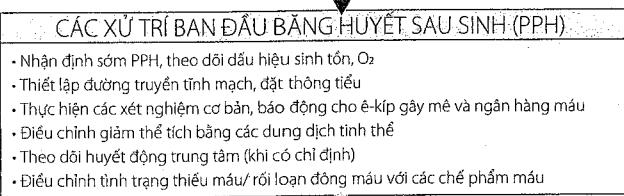
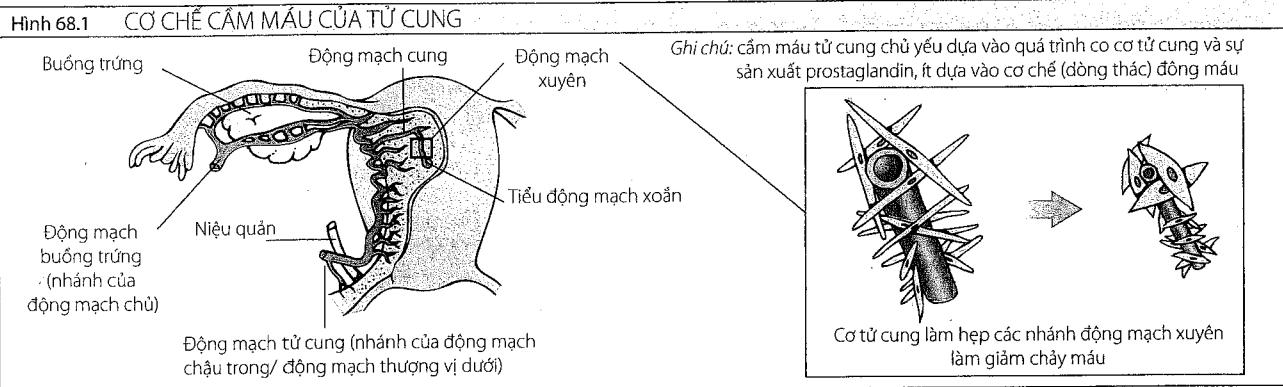
Các lưu ý trên lâm sàng khi theo dõi vết mổ cũ sinh ngả âm đạo

- Theo dõi sức khỏe thai liên tục trong chuyển dạ được khuyến cáo.
- Theo dõi đường cong chuyển dạ để có bằng chứng của chuyển dạ thất bại.
- Luôn luôn chuẩn bị sẵn sàng khả năng phải mổ lấy thai cấp cứu.



Giai đoạn 3 chuyển dạ và băng huyết sau sinh

Hình 68.1 CƠ CHẾ CẮM MÁU CỦA TỬ CUNG



Giai đoạn 3 chuyển dạ

Định nghĩa

- Bắt đầu từ lúc sổ thai đến khi nhau và các màng thai được sổ ra ngoài.

Thời gian

- Thời gian trung bình của giai đoạn 3 chuyển dạ là 10 phút.
- 3%-5% sản phụ có thời gian giai đoạn 3 chuyển dạ kéo dài ≥30 phút.

Xử trí

- Thường chỉ cần theo dõi (không xử trí gì thêm) trong giai đoạn 3 chuyển dạ. Các cơn gò tử cung sẽ gây ra sự bong tróc giữa màng rụng và màng đệm.
- Bá dấu hiệu của nhau đã bong:
 - Máu ra nhiều đột ngột ("máu tụ sau nhau")
 - Có thể kéo được dây rốn dài ra dễ dàng
 - Đáy tử cung bị đẩy lên cao rồi co chặt lại
- Có thể bóc nhau tích cực bằng cách "kéo dây rốn có kiểm soát", có thể sử dụng thủ thuật Brandt-Andrews (một tay giữ tử cung và tay còn lại kéo dây rốn có kiểm soát) hoặc thủ thuật Credé (một tay giữ dây rốn và tay còn lại đẩy tử cung lên cao). Nên chú ý cẩn thận tránh làm lộn tử cung.

Biến chứng

- Băng huyết sau sinh (Hình 68.1).
- Nhau không bong được định nghĩa là các trường hợp nhau chưa sổ ra sau hơn 30 phút. Nếu có chảy máu nhiều, có thể tiến hành bóc nhau bằng tay sớm hơn. Bóc nhau bằng tay thất bại gọi ý do nguyên nhân nhau thai bất thường (xem Chương 56).

Băng huyết sau sinh

Định nghĩa

- Băng huyết sau sinh (PPH) theo cổ điển được định nghĩa là các trường hợp có máu mất ≥500 mL. Tuy nhiên, lượng máu mất ước tính trên lâm sàng thường thấp hơn 30%-50% so với lượng máu mất thật sự. Lượng máu mất trung bình sau sinh ngả âm đạo là 500 mL, có 5% sản phụ bị mất >1,000 mL máu. Lượng máu mất trung bình sau mổ lấy thai là 1,000 mL.
- Gắn đáy, băng huyết sau sinh được định nghĩa là các trường hợp có Hct giảm 10% so với lúc nhập viện hoặc cần phải truyền máu.

Tần suất

Khoảng 5% các trường hợp sinh (4% sau sinh ngả âm đạo, 6%-8% sau mổ lấy thai).

Phân loại

Băng huyết sau sinh sớm

- Được định nghĩa là băng huyết xảy ra <24 giờ sau sinh.
- Nguyên nhân do đờ tử cung, sót nhau, rách đường sinh dục dưới, vỡ tử cung, lộn tử cung, nhau thai bất thường, và do các rối loạn đông máu.

Băng huyết sau sinh muộn

- Được định nghĩa là băng huyết xảy ra >24 giờ sau sinh nhưng <6 tuần hậu sản.
- Nguyên nhân do sót nhau, nhiễm trùng (viêm nội mạc tử cung), bệnh lý đông máu, và nhau bám bất thường.

Nguyên nhân băng huyết sau sinh và cách xử trí (Hình 68.1)

Đờ tử cung

- Yếu tố nguy cơ:** tử cung căng quá mức (do đa ối, đa thai, thai to), đa sản, chuyển dạ quá nhanh hoặc kéo dài, nhiễm trùng, có tiền căn bị đờ tử cung, sử dụng thuốc giảm gò.
- Xử trí:** xem Hình 68.1.

Sót nhau

- Có thể do sót mủi nhau hoặc do tồn tại nhau thai phụ (gấp trong 3% trường hợp). Kiểm tra nhau thai sau sinh có thể giúp chẩn đoán.
- Xử trí:** Nong và nạo lòng tử cung, tốt nhất là thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm.

Rách đường sinh dục dưới

- Yếu tố nguy cơ:** sinh băng dụng cụ, thai to, sinh nhanh, và cắt tầng sinh môn.
- Gợi ý chẩn đoán rách đường sinh dục dưới khi máu âm đạo vẫn chảy ra mặc dù tử cung đã gò tốt.
- Xử trí:** Khâu phục hồi cầm máu.

Vỡ tử cung

- Tần suất:** 1/2,000 trường hợp sinh.
- Yếu tố nguy cơ:** tử cung có vết mổ cũ, chuyển dạ tắc nghẽn, sử dụng oxytocin "quá mức", ngài thai bất thường, đa sản và sử dụng các thủ thuật trong tử cung khi sinh (sinh forcep, sinh đầu hậu ngài mông, đặt catheter đo áp lực trong lòng tử cung).
- Xử trí:** Mở bụng khâu lại chỗ vỡ hoặc cắt tử cung.

Lộn tử cung

- Tần suất:** 1/2,500 trường hợp sinh.
- Yếu tố nguy cơ:** đờ tử cung, kéo dây rốn quá mạnh, làm thủ thuật bóc nhau bằng tay, nhau cài răng lược, hình dạng tử cung bất thường, nhau bám ở đáy tử cung.
- Triệu chứng:** đau bụng cấp tính và shock (30%). Qua âm hộ có thể nhìn thấy được tử cung bị lộn ra ngoài.
- Xử trí:** Ngay lập tức lộn tử cung trở lại bằng tay hoặc dùng áp lực của dịch bơm vào.

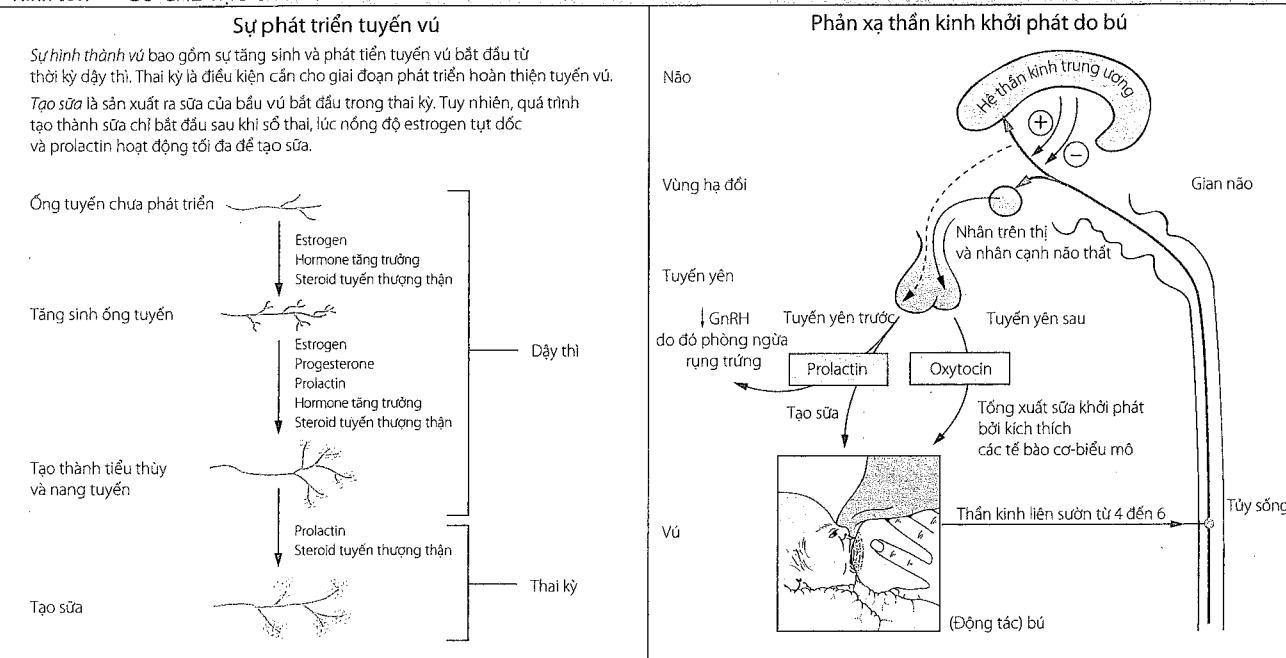
Nhau cài răng lược

- Là các trường hợp gai nhau bám bất thường vào cơ tử cung; gai nhau xâm lấn chưa tới lớp cơ tử cung (accreta), xâm lấn tới lớp cơ tử cung (increta), hoặc xuyên qua lớp cơ tử cung (percreta).
- Accreta là dạng nhau cài răng lược thường gặp nhất (1/2,500 trường hợp sinh).
- Yếu tố nguy cơ:** tử cung có vết mổ cũ, nhau tiền đạo, hút thuốc lá, và đa sản. Nhau tiền đạo đơn thuần có 5% trường hợp bị accreta, nguy cơ này tăng lên là 10%-25% nếu nhau tiền đạo có vết mổ cũ một lần, và >50% nếu nhau tiền đạo có ≥2 vết mổ cũ.
- Xử trí:** Nong và nạo lòng tử cung, hoặc cắt tử cung.

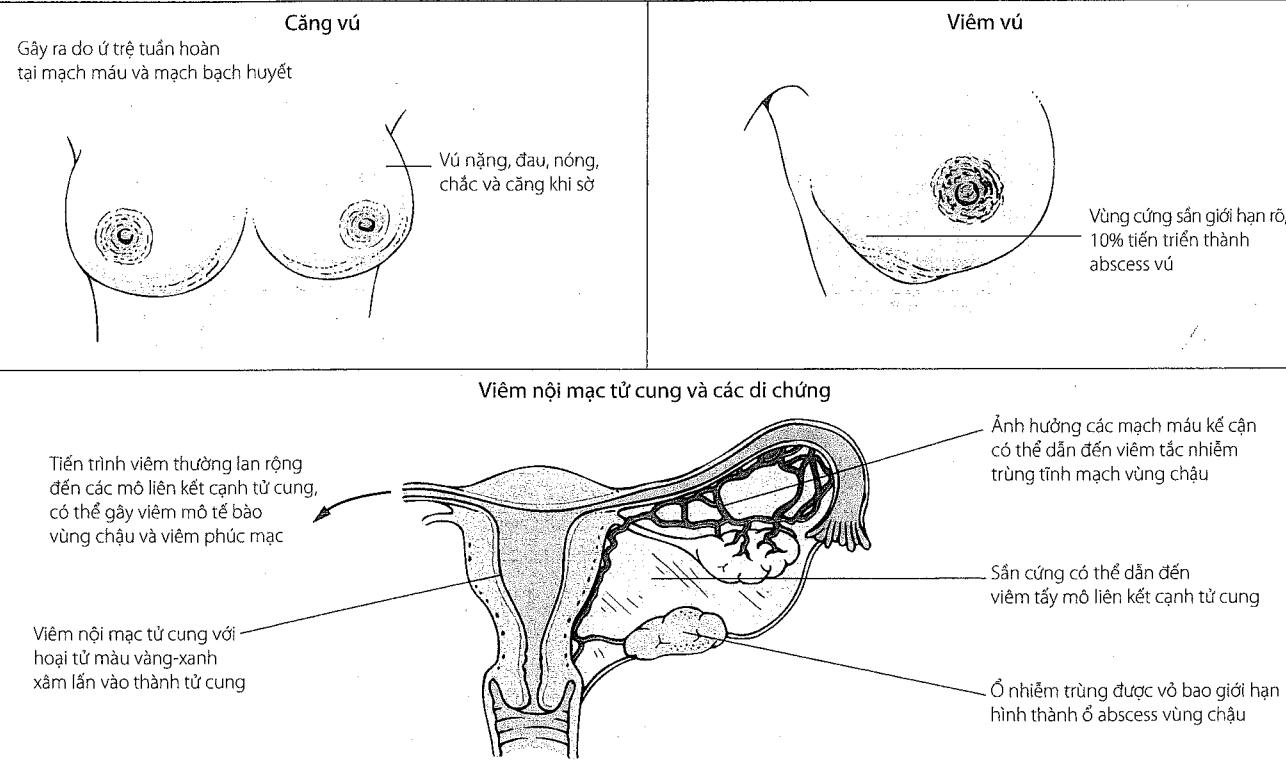
Bệnh lý đông máu

- Bệnh lý đông máu bẩm sinh chiếm 1-2/10,000 thai kỳ, thường gấp nhất là von-Willebrand và xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn (ITP).**
- Các nguyên nhân mắc phải** bao gồm điều trị kháng đông, và sử dụng kháng đông quá mức do các tai biến sản khoa (vd. tiền sản giật, nhiễm trùng, nhau bong non, và thuyên tắc ối).
- Xử trí:** Cầm máu và truyền các chế phẩm máu (tiểu cầu, các yếu tố đông máu, và hồng cầu láng).

Hình 69.1 CƠ CHẾ TẠO SỮA



Hình 69.2 CÁC BIỂN CHỨNG Ở CỦA THỜI KỲ HẬU SẢN



Sinh lý học

- *Hậu sản* là khoảng thời gian từ lúc sinh xong cho đến 6 tuần sau sinh khi mà các cơ quan sinh dục đã trở về trạng thái bình thường trước khi mang thai.
- Ngay sau sinh, tử cung co hồi nầm ở mức ngang rốn. Sau sinh 2 tuần sẽ không còn sờ được tử cung trên xương vệ nữ. Sau sinh 6 tuần, tử cung trở về kích thước bình thường trước khi mang thai.
- Sự bong tróc của màng rụng tạo nên chất dịch sinh lý tiết ra ở âm đạo trong giai đoạn hậu sản, gọi là *sản dịch*.
- Bụng cũng sẽ trở về bình thường như trước khi mang thai ngoại trừ các vết rạn da thì vẫn còn. Các vết rạn da này cũng sẽ phai dần theo thời gian.
- Hầu hết các phụ nữ sẽ có kinh trở lại sau 6-8 tuần sau sinh.

Chăm sóc hậu sản

- *Ngay sau sinh*, cần theo dõi thường xuyên các dấu hiệu sinh tồn của mẹ, sờ tử cung để chắc chắn tử cung đã co hồi tốt, và đánh giá lượng máu chảy ra ở âm đạo.
- Khuyến khích sản phụ đi lại sớm kể cả trong sinh ngả âm đạo hay sinh mổ. Cần sử dụng thuốc giảm đau đầy đủ.
- Trẻ sau sinh nên được nhỏ mắt dự phòng (phòng ngừa viêm mắt sơ sinh) và tiêm vitamin K (phòng ngừa xuất huyết sơ sinh do thiếu các yếu tố đông máu phụ thuộc vitamin K).
- Trước khi xuất viện, người mẹ nên được hướng dẫn các kỹ năng chăm sóc trẻ sơ sinh. Mẹ nên được tiêm anti-D immunoglobulin (nếu mẹ Rh(-) và con Rh(+)) và vaccine MMR (sởi-quai bị-rubella) nếu mẹ chưa có miễn dịch với rubella.
- Có thể giao hợp lại lúc 2-3 tuần sau sinh tùy thuộc vào mong muốn và sự thoải mái của sản phụ. Cần ngừa thai nếu có giao hợp.
- Nên tái khám ở thời điểm 6 tuần sau sinh. Tư vấn ngừa thai và tiếp tục cho con bú.

Sự tạo sữa và cho con bú (Hình 69.1)

- *Lợi ích*. Trẻ bú mẹ ít có nguy cơ bị dị ứng, nhiễm trùng dạ dày-ruột, viêm tai giữa, nhiễm trùng hô hấp, và (có thể) có chỉ số thông minh (IQ) cao. Người mẹ cho con bú làm giảm nguy cơ ung thư vú, ung thư buồng trứng, và loãng xương. Cho con bú còn làm thắt chặt hơn tình cảm mẹ và bé.
- *Chống chỉ định*. Mẹ nhiễm HIV, cytomegalovirus, và (có thể) viêm gan virus B hoặc C mạn tính. Đa số các thuốc mẹ sử dụng đều ít nhiều vào trong sữa, nhưng lượng thuốc có trong sữa mẹ cho bé bú thường nhỏ. Tuy nhiên, có một số thuốc được chống chỉ định dùng khi cho con bú (các đồng vận phóng xạ, các thuốc gây độc tế bào).
- *Sinh lý*. Prolactin cần thiết cho sự tạo sữa. Các phụ nữ bị hoại tử tuyến yên (hội chứng Sheehan) sẽ không có sữa. Hút thuốc lá, sử dụng bromocriptine, và viên thuốc ngừa thai kết hợp (không phải loại chỉ chứa progestin) làm giảm sự tạo sữa.
- *Sữa non* là chất dịch tiết ra từ vú có màu chanh trong 4-5 ngày đầu sau sinh. Sữa non chứa nhiều đạm và khoáng chất nhưng ít đường và chất béo hơn so với sữa trưởng thành. Sữa trưởng thành được tạo ra sau đó vài ngày. Sữa trưởng thành có nồng độ cao các chất như lactose, vitamin (ngoại trừ vitamin K), immunoglobulin và các kháng thể.

Các biến chứng trong thời kỳ hậu sản (Hình 69.2)

Căng sữa

- Có thể xảy ra vào ngày thứ 2-4 hậu sản ở người không cho con bú đúng cách hoặc xảy ra bất cứ thời điểm nào nếu ngưng cho con bú.
- Căng sữa thường sẽ hết sau các biện pháp như bàng ép hai vú, chườm lạnh, và dùng thuốc giảm đau. Nếu tình trạng căng sữa vẫn chưa cải thiện, có thể điều trị với bromocriptine.

Viêm vú

- Là tình trạng nhiễm trùng tại chỗ của nhu mô vú, thường do *Staphylococcus aureus*.
- *Tần suất*. Không thường gặp. >50% các trường hợp là xảy ra ở người sinh con so.
- Viêm vú là một *chẩn đoán lâm sàng* với sốt, ớn lạnh, kèm một bên vú bị đỏ, sưng nề và nhạy đau. Các triệu chứng thường xảy ra ở tuần thứ 3-4 hậu sản.
- *Xử trí*. Làm thông các tuyến sữa bằng cách tăng cường cho con bú hoặc nắn hút sữa, điều trị triệu chứng, và kháng sinh uống (thường dùng flucloxacillin). Có 10% bệnh nhân sẽ tiến triển thành abscess vú sau đó cần phải rạch dẫn lưu.

Viêm nội mạc tử cung

- Là tình trạng nội mạc tử cung bị nhiễm đa khuẩn, nhiễm trùng thường ăn lan tới lớp cơ tử cung bên dưới.
- *Tần suất*. <5% các trường hợp sau sinh ngả âm đạo, tỉ lệ này tăng lên gấp 5-10 lần sau mổ lấy thai.
- *Yếu tố nguy cơ*. Mổ lấy thai, ối vỡ lâu, thăm khám âm đạo nhiều lần, làm thủ thuật bóc nhau bằng tay, và theo dõi sức khỏe thai bằng đầu dò đặt trong tử cung.
- *Viêm nội mạc tử cung* là một *chẩn đoán lâm sàng* với sốt, tử cung nhạy cảm đau, âm đạo có dịch mủ hôi, và/hoặc máu âm đạo ra nhiều hơn. Viêm nội mạc tử cung thường xảy ra vào khoảng thời gian 5-10 ngày sau sinh.
- *Xử trí*. Dùng kháng sinh phổ rộng (dùng đến khi bệnh nhân cải thiện các triệu chứng và hết sốt được 24-48 giờ), và nong-nạo lòng tử cung (nếu nghi ngờ có sót nhau).
- *Biến chứng*. Abscess, viêm tĩnh mạch vùng chậu do nhiễm trùng.

Viêm mô hoại tử

- Là tình trạng nhiễm trùng hoại tử bắt đầu ở mô liên kết nồng sau đó lan ra nhanh chóng đến mô ở thành bụng, mông, và/hoặc đùi, cuối cùng dẫn đến nhiễm trùng huyết và suy tuần hoàn. Tỉ lệ tử vong mẹ cao (50%).
- *Chẩn đoán*. Da bị phù nề, đổi màu xanh-nâu, hoặc hoại tử gây mất cảm giác hay tăng cảm.
- *Xử trí*. Chẩn đoán sớm, kháng sinh, phẫu thuật cắt lọc mô.

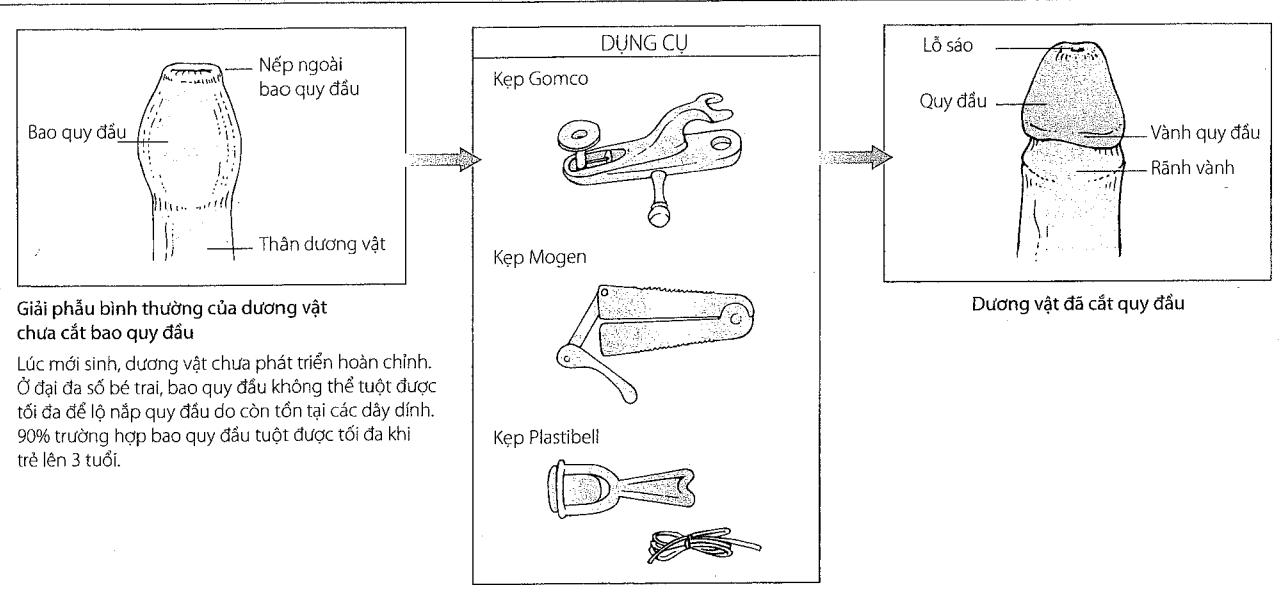
Thay đổi về tâm thần (xem Chương 48)

- *Trầm cảm nhẹ* thoáng qua rất hay gặp sau sinh, xảy ra ở >50% các phụ nữ.
- *Trầm cảm sau sinh* xảy ra ở 8%-15% các phụ nữ. Yếu tố nguy cơ bao gồm tiền căn bị trầm cảm (30%) hoặc trầm cảm sau sinh (70%-85%). Các triệu chứng xảy ra sau sinh 2-3 tháng và tự hết dần trong 6-12 tháng tiếp theo. Chăm sóc nâng đỡ và theo dõi hàng tháng.
- *Loạn thần sau sinh* hiếm gặp (1-2/1,000 trường hợp sinh sống). Các yếu tố nguy cơ là mẹ trẻ tuổi, con so, và tiền căn gia đình hoặc bản thân có các bệnh lý về tâm thần. Các triệu chứng thường khởi phát ở ngày 10-14 sau sinh. Nhập viện, điều trị nội, và/hoặc ECT (electroconvulsive therapy) nếu cần thiết. Tỉ lệ tái phát cao (25%-30%).

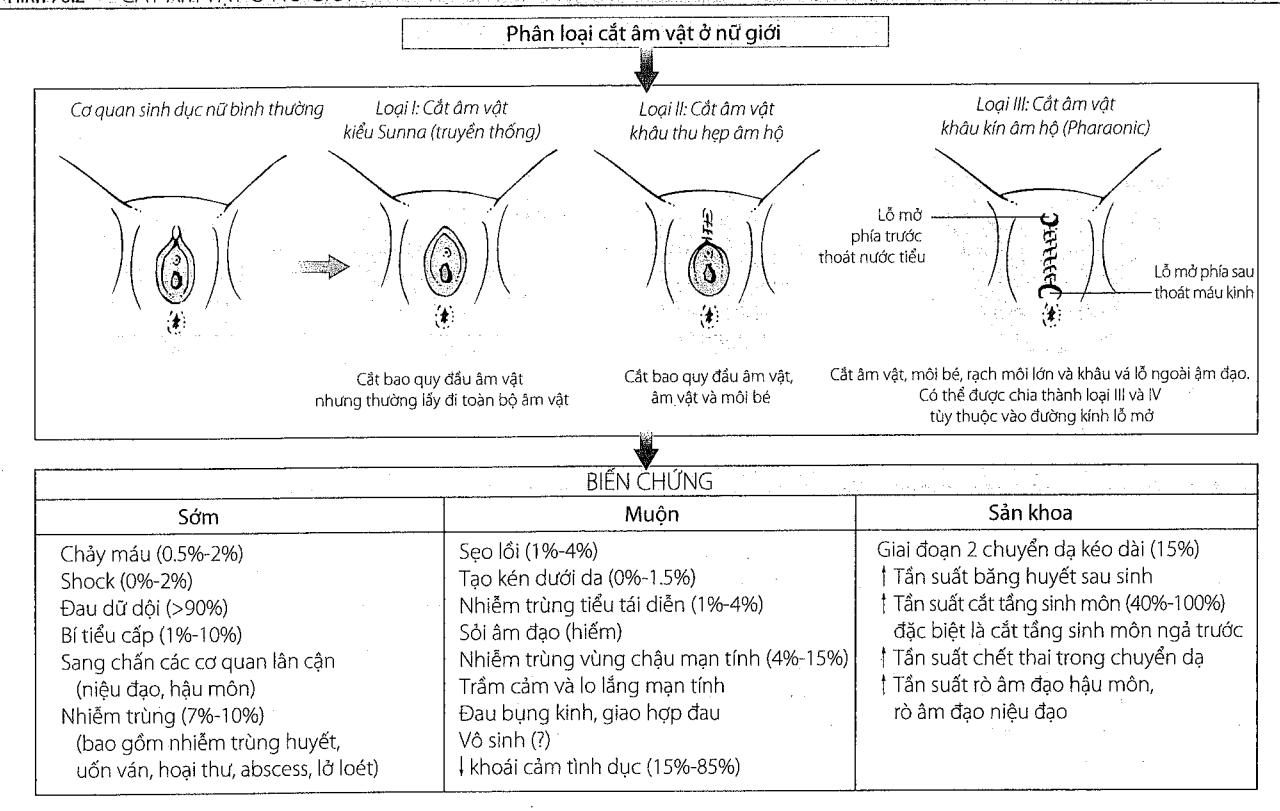
70

Cắt bao quy đầu, cắt âm vật

Hình 70.1 CẮT BAO QUY ĐẦU Ở NAM GIỚI



Hình 70.2 CẮT ÂM VẬT Ở NỮ GIỚI



Cắt bao quy đầu ở nam (Hình 70.1)

Định nghĩa

Cắt bao quy đầu ở nam là cắt bỏ toàn bộ hoặc một phần da quy đầu của dương vật.

Tần suất

- Đây là phẫu thuật phổ biến nhất ở nam.
- Tỉ lệ cắt bao quy đầu khác nhau ở từng quốc gia: 90%-95% ở Israel, 60%-90% ở Hoa Kỳ, 50% ở Canada và Vương quốc Anh.

Chỉ định

- Chỉ định thường gặp nhất là theo truyền thống tôn giáo và/hoặc truyền thống xã hội. Truyền thống văn hóa cũng quyết định cho thời điểm thực hiện cắt bao quy đầu và người cắt là ai.
- Cắt bao quy đầu ở trẻ sơ sinh nam mang lại nhiều lợi ích y khoa nhưng cũng có những bất lợi và nguy cơ. Đa số tác giả chấp nhận là không có chỉ định y khoa cho cắt bao quy đầu thường quy ở trẻ sơ sinh nam.
- Chỉ định y khoa thường hiếm, bao gồm: bao quy đầu không tự tết ra được kéo dài (đặc biệt là nếu có gây ra bí tiểu), hẹp-nghẹt bao quy đầu (quy đầu bị sưng và đau khởi phát đột ngột do hôi lưu tĩnh mạch bị tắc nghẽn, do bao quy đầu không tự tết ra được), (có thể) các trường hợp bị nhiễm trùng tiểu và/hoặc bệnh lây truyền qua đường tình dục (STIs).

Lợi ích

- Vệ sinh cơ quan sinh dục dễ dàng. Cắt bao quy đầu không đồng nghĩa với việc không cần làm vệ sinh sinh dục, mà nó chỉ làm cho việc vệ sinh bộ phận sinh dục trở nên dễ dàng hơn.
- Có thể làm giảm tần suất bị nhiễm trùng tiểu từ 1% ở nam chưa cắt bao quy đầu xuống còn 0.1% ở nam đã cắt bao quy đầu.
- Có thể làm giảm nguy cơ lây truyền STIs (vd. HIV và HPV).
- Carcinoma dương vật là bệnh ở người lớn tuổi với tần suất khoảng 1/600 nam không cắt bao quy đầu. Cắt bao quy đầu có thể gần như phòng ngừa được ung thư biểu mô dương vật. Tuy nhiên, vệ sinh bộ phận sinh dục kém đóng vai trò quan trọng tương tự trong sinh lý bệnh của loại ung thư này.
- Có thể chỉ định phòng ngừa ung thư cổ tử cung ở bạn tình của những người nam không cắt bao quy đầu bị nhiễm HPV.
- Tránh cắt bao quy đầu trễ vì lúc này phẫu thuật sẽ phức tạp hơn và gây tổn thương nhiều cho bệnh nhân. Có 10% trong tất cả nam giới chưa cắt bao quy đầu sẽ được cắt bao quy đầu sau đó do các chỉ định về y khoa.

Chống chỉ định

- Chống chỉ định tuyệt đối:** có bệnh lý động máu hoặc tiền căn gia đình có bệnh lý động máu, dương vật bị bất thường cấu trúc giải phẫu (vd. lỗ tiểu đóng thấp, trường hợp này cần sử dụng bao quy đầu để làm phẫu thuật cấy ghép sửa chữa lỗ tiểu). Cắt bao quy đầu là một phẫu thuật chủ động, chỉ nên thực hiện khi trẻ trong điều kiện sức khỏe ổn định và khỏe mạnh.
- Chống chỉ định tương đối:** thai non tháng, sơ sinh <24 giờ tuổi, dương vật quá nhỏ do quy đầu có màng bị dính vào bìu.

Kỹ thuật

- Nên có phiếu đồng thuận của bố mẹ đứa trẻ.
- Thăm khám cơ quan sinh dục ngoài trước khi làm phẫu thuật.
- Trẻ phải được giữ cố định trong lúc làm phẫu thuật.
- Trẻ sẽ bị đau và khó chịu khi làm phẫu thuật. Nên sử dụng phương pháp vô cảm mặc dù không được khuyến cáo thực hiện thường quy trên toàn thế giới. Lựa chọn phương pháp vô cảm nào là tốt nhất vẫn chưa rõ. Ôm ấp trẻ, cho trẻ ngâm đường, và acetaminophen có thể giúp trẻ bớt căng thẳng. Phong bế thần kinh tại chỗ (phong bế mặt lưng dương vật hoặc phong bế gốc dương vật) cũng có hiệu quả. Không nên dùng

epinephrine. Gây tê tại chỗ (5% lidocaine/prilocaine - Emla) cũng có hiệu quả nhưng phải gây tê 1 giờ trước khi làm thủ thuật. Gây mê toàn thân là không cần thiết.

- Các dụng cụ sử dụng trong cắt bao quy đầu (Hình 70.1).

Biến chứng

- Biến chứng xảy ra trong 0.2%-0.6% các trường hợp. Biến chứng thường gặp nhất là chảy máu nhiều. Các biến chứng sớm khác bao gồm: nhiễm trùng sau phẫu thuật, máu tụ, tổn thương dương vật, và cắt bao quy đầu quá nhiều (dương vật bị lột trán).
- Dụng cụ Plastibell được lưu lại vài ngày sau đó cho đến khi phần da quy đầu không có máu nuôi sẽ đứt và rơi ra. Dụng cụ này có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng.
- Các biến chứng dài hạn thường hiếm gặp, có thể bị hẹp lỗ niệu đạo ngoài. Liên quan đến tình dục về sau, Masters và Johnson không tìm thấy sự khác biệt trong quan hệ tình dục và sự nhạy cảm giữa nam được cắt da quy đầu với nam không cắt bao quy đầu.
- Các biến chứng nghiêm trọng hơn rất hiếm khi xảy ra và thường là do làm sai kỹ thuật (vd. biến chứng dương vật phá hủy hoàn toàn do đốt điện hoặc do bị thiếu máu cục bộ sau sử dụng thuốc tê tại chỗ chứa epinephrine).

Cắt âm vật ở nữ (Hình 70.2)

Một vài số liệu tổng quát

- Mặc dù bị lén ám trên thế giới nhưng cắt âm vật vẫn còn tồn tại ở nhiều quốc gia với tỉ lệ dao động từ <1% đến 99%.
- Cắt âm vật được thực hiện ở tất cả các châu lục, các tầng lớp kinh tế-xã hội, các chủng tộc, tôn giáo, và văn hóa khác nhau, bao gồm cả các nền văn hóa châu Phi và Á-Rập bản địa.
- Có ít nhất 100 triệu phụ nữ đã bị cắt âm vật trên toàn thế giới.

Chỉ định

- Không có chỉ định y khoa đối với cắt âm vật.
- Ở nhiều quốc gia, cắt âm vật được xem là một nghi thức để người được cắt bắt đầu trở thành một phụ nữ.
- Các lý do của cắt âm vật là ngăn ngừa sự phong đăng, làm cho người phụ nữ đủ điều kiện để kết hôn, làm tăng khoái cảm khi giao hợp cho người đàn ông, và sạch sẽ hơn. Thực tế, nó là tượng trưng cho kiểm soát người phụ nữ về ham muốn tình dục và khả năng sinh sản.

Kỹ thuật

- Kỹ thuật cắt âm vật được mô tả chi tiết trong Hình 70.2. Cắt âm vật Sunna (tiếng Á-Rập có nghĩa là "truyền thống") là một thủ thuật cắt tối thiểu để loại bỏ đơn thuần nếp gấp âm vật. Thủ thuật này được coi là tương tự như cắt bao quy đầu ở nam, tuy nhiên cắt âm vật luôn gây ra tổn thương nghiêm trọng và/hoặc cắt cụt âm vật.
- Cắt âm vật thường được thực hiện bởi một người không qua đào tạo, cũng không có sử dụng giảm đau hay các dụng cụ tiệt trùng khi làm. Cầm máu bằng cách đắp phấn bò hoặc bùn vào vết thương, băng ép lại bằng quần áo do, hoặc băng cách khâu thô. Hai chân của người nữ có thể khép lại vài tuần để tạo điều kiện cho lành vết thương.

Biến chứng

Biến chứng của cắt âm vật (biến chứng sớm, biến chứng muộn, biến chứng trong chuyển dạ) và tần suất xảy ra được trình bày trong Hình 70.2.

Nghiên cứu Tình huống Lâm sàng

Case 1: Thai ngoài tử cung

Bạn được gọi vào khoa cấp cứu để đánh giá một bệnh nhân nữ 21 tuổi đang có cơn đau dữ dội. Cô ấy đã có quan hệ tình dục, bạn trai của cô sử dụng bao cao su để tránh thai. Cô đã trễ kinh 6 tuần. Huyết áp của bệnh nhân là 90/55 mmHg và mạch 115 lần/phút.

- 1 Cách nào là nhanh nhất để đưa ra chẩn đoán dựa vào tình trạng này?
- 2 Nguyên nhân nào là phổ biến nhất gây tử vong mẹ?
- 3 Thai ngoài tử cung có các triệu chứng điển hình nào không?
- 4 Tại sao số lượng bệnh nhân được chẩn đoán thai ngoài tử cung gần đây có xu hướng ngày càng tăng?
- 5 Khi cần điều trị ngoại khoa thì chúng ta có những lựa chọn nào?
- 6 Những nguy cơ có khả năng xảy ra khi chúng ta tiến hành điều trị nội khoa với methotrexate?

Case 2: Viêm âm đạo mãn tính

Beth là một phụ nữ độc thân 33 tuổi, tới phòng khám của bạn nhiều năm nay và lần này than phiền rằng cô ấy bị tiết dịch âm đạo và ngứa kéo dài trong 2 tuần nay mặc dù bệnh nhân đã sử dụng kem bôi chống nấm (tự mua).

- 1 Điều trị mà không thăm khám có phù hợp không?
- 2 Những nhược điểm của việc sử dụng thuốc kháng nấm kê toa (tự mua) là gì?
- 3 Các chẩn đoán phân biệt của viêm âm đạo là gì?
- 4 Chúng ta nên đánh giá cô Beth như thế nào?
- 5 Xét nghiệm cho thấy độ pH âm đạo cao nhưng kết quả vi thể không rõ ràng. Bệnh nhân này nên được điều trị như thế nào?
- 6 Bạn xác định chẩn đoán nhiễm nấm Candida bằng cách nào? Phương pháp điều trị là gì?

Case 3: U phổi ẩn phổi

Bạn được yêu cầu hội chẩn về một phụ nữ 46 tuổi không biểu hiện triệu chứng hiện đang được điều trị nội trú. Bệnh nhân được chụp CT-scan vùng bụng-chậu vì có chỉ định không liên quan và bác sĩ phát hiện được một khối u phần phụ kích thước 5 cm một cách tình cờ.

- 1 U phần phụ có thường gặp không?
- 2 Chúng ta nên đánh giá bệnh nhân này như thế nào?
- 3 Các dấu hiệu nào trên siêu âm qua ngả âm đạo giúp chúng ta hướng tới một nguyên nhân lành tính?
- 4 Xét nghiệm CA-125 có ý nghĩa không?
- 5 Bệnh nhân này có một nang trứng phức tạp, nồng độ CA-125 là 337 U/mL, không báng bụng và kết quả CT-scan bình thường. Chỉ của cô đã được chẩn đoán là ung thư vú lúc 34 tuổi. Vậy trong trường hợp này, chúng ta có nên tiến hành chọc hút dịch nang hay không?
- 6 Loại phẫu thuật nào nên được thực hiện trong trường hợp này?

Case 4: Vô kinh

Một bệnh nhân nữ 37 tuổi, PARA 0000 (G_0) đến phòng khám của bạn để khám định kỳ mỗi năm. Trong 5 năm nay, bệnh nhân để ý thấy kinh nguyệt không đều, nhưng bây giờ cô ấy không ra kinh trong 7 tháng nay và tự hỏi rằng điều này có bất thường không.

- 1 Vô kinh được định nghĩa như thế nào?
- 2 Bệnh nhân này nên được đánh giá như thế nào?
- 3 Nồng độ TSH và prolactin của bệnh nhân đều bình thường. Nồng độ FSH không nằm trong giới hạn bình thường của một người đã mãn kinh. Bước tiếp theo chúng ta nên làm gì?

4 Bệnh nhân có "kinh nguyệt" sau 7 ngày điều trị với progestin và kết quả thăm khám gợi ý hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS). Nếu bệnh nhân không có ý định mang thai, lựa chọn nội khoa nào là tốt nhất nhằm điều trị tình trạng không rụng trứng và vô kinh (trong trường hợp này)?

- 5 Giảm cân có giúp cải thiện được chức năng buồng trứng ở bệnh nhân nữ béo phì và bị PCOS hay không?

Case 5: Ung thư nội mạc tử cung

Một bệnh nhân nữ 62 tuổi, bị béo phì, ngoái ra không ghi nhận bệnh lý gì khác, đến phòng khám của bạn vì "kinh nguyệt" trở lại lần đầu tiên sau hơn 10 năm (sau mãn kinh).

- 1 Chẩn đoán phân biệt của bạn là gì?
- 2 Các bước đánh giá ban đầu bao gồm những gì?
- 3 Trong trường hợp ở trên, kết quả sinh thiết cho thấy ung thư nội mạc tử cung grade 1. Phương pháp điều trị nào là tối ưu?
- 4 Kết quả bệnh học cuối cùng của bệnh nhân cho thấy có khối u grade 13 với 70% xâm lấn vào lớp cơ tử cung, kết quả hạch bạch huyết âm tính, không có xâm lấn lan rộng quanh cổ tử cung hoặc hạch bạch huyết và các mảng rữa vùng chậu bình thường. Bệnh nhân đang ở giai đoạn nào và có cần được điều trị sau mổ không?
- 5 Phương pháp theo dõi nào là phù hợp đối với những bệnh nhân bị ung thư nội mạc tử cung?

Case 6: Chuyển dạ sinh non

Một bệnh nhân 28 tuổi, PARA 2032 (G_5P_2) đến khám ở tuổi thai 28 tuần với cơn gò đều đặn mỗi 3 phút. Khám âm đạo thấy cổ tử cung đóng, dài.

- 1 Thế nào là chuyển dạ sinh non? Bệnh nhân này có dấu hiệu chuyển dạ sinh non không?
- 2 Các nguyên nhân gây sinh non là gì?
- 3 Bệnh nhân này đã có ba lần sinh non tự phát trước đó ở tuổi thai 28-31 tuần và rất lo ngại rằng thai kỳ này cũng sẽ kết thúc sớm. Những xét nghiệm nào có thể dự đoán sinh non?
- 4 Bệnh nhân vẫn còn cơn gò. Khám cổ tử cung sau 4 giờ thấy cổ tử cung mở 4 cm và xoáy 90%. Bạn chẩn đoán chuyển dạ sinh non và đang xem xét bắt đầu điều trị giảm gò. Các thuốc giảm gò có chống chỉ định nào không?
- 5 Chúng ta có nên khuyến cáo bệnh nhân nằm nghỉ, tuyệt đối tại giường và truyền dịch tích cực?
- 6 Chúng ta có được khuyến cáo dùng kháng sinh trong trường hợp này? Nếu vậy, chỉ định dùng kháng sinh khi nào và nên điều trị trong bao lâu?
- 7 Bạn đang xem xét có nên sử dụng thuốc giảm gò. Mục tiêu của giảm gò là gì? Những thuốc giảm gò nào có sẵn và hiệu quả nhất?
- 8 Progesterone có vai trò gì trong ngăn ngừa sinh non không?

Case 7: Ối vỡ non

Một bệnh nhân, 30 tuổi, PARA 1001 (G_2P_{1001}) đến khám ở tuổi thai 29 tuần vì tiết dịch âm đạo. Bệnh nhân khai rằng bị ra nước liên tục từ 2 giờ sáng. Bệnh nhân có tiền sử lupus đỏ (SLE) và được điều trị duy trì prednisone 20 mg mỗi ngày. Ngoài ra, bệnh nhân có ra máu âm đạo ít trong suốt tam cá nguyệt 1. Hiện nay, sức khỏe thai ổn và bệnh nhân không có cơn gò. Bụng mềm, bệnh nhân có sốt.

- 1 Bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cụ thể nào gây ối vỡ non không?
- 2 Chẩn đoán ối vỡ non bằng cách nào?
- 3 Những chẩn đoán phân biệt nào cần nghĩ đến?

- 4 Những biến chứng của ối non là gì?
- 5 Có thể điều trị bảo tồn ở bệnh nhân này hay không?
- 6 Có cần sử dụng liệu pháp corticosteroid trước sinh trong trường hợp này không?
- 7 Cần điều trị bệnh nhân này như thế nào?

Case 9: Thai quá ngày

Một thai phụ sinh con so đến khám thai định kỳ ở tuổi thai 41 tuần. Bệnh nhân lo lắng vẫn chưa chuyển dạ. Sức khỏe thai bình thường.

- 1 Thế nào được gọi là thai quá ngày? Tỉ lệ xuất hiện của thai quá ngày?
- 2 Nguyên nhân nào gây thai quá ngày?
- 3 Khi hỏi rõ thêm, bệnh nhân khai không thể nhớ rõ ngày đầu của kỳ kinh cuối (LMP). Điều này có quan trọng không, và nếu như vậy, những tiêu chuẩn nào nên được sử dụng để xác định tuổi thai?
- 4 Nguy cơ cho thai khi thai quá ngày là gì?
- 5 Thai quá ngày có gây nguy cơ gì cho mẹ?
- 6 Khuyến cáo hiện nay trong xử trí thai quá ngày là gì?
- 7 Sau khi cân nhắc những rủi ro và lợi ích của việc khởi phát chuyển dạ, bệnh nhân và chồng quyết định rằng họ muốn về nhà và chờ chuyển dạ tự nhiên. Bệnh nhân nên được theo dõi như thế nào?

Case 9: Đứa em bé chào đời quá ngày thai kỳ

Một bệnh nhân 28 tuổi, PARA 2012 (G_2P_0) đến khám thai ở tuổi thai 24 tuần. Sức khỏe bệnh nhân và sức khỏe thai bình thường. Bạn đề nghị xét nghiệm tầm soát đái tháo đường thai kỳ (GDM).

- 1 Thế nào là đái tháo đường thai kỳ?
- 2 Có phải tất cả mọi thai phụ đều nên được tầm soát đái tháo đường thai kỳ? Nếu như vậy, chúng ta nên kiểm tra ở tuổi thai nào?
- 3 Nồng độ glucose sau 1 giờ của bệnh nhân này là 182 mg/dL. Bệnh nhân này có bị đái tháo đường thai kỳ không?

4 Tất cả bốn giá trị trong GGT (sau 3 giờ) đều tăng và nồng độ đường huyết lúc đói của bệnh nhân là 127 mg/dL. Cần điều trị đái tháo đường thai kỳ ở bệnh nhân này như thế nào? Thời gian cho phép để điều trị chế tiết (thay đổi chế độ ăn) là bao lâu trước khi sử dụng thuốc hạ đường huyết?

5 Ước lượng cân thai lúc 38 tuần là 4,600 g. Bệnh nhân đã có sáu lần sinh ngẫu âm đạo không biến chứng trước đó. Tư vấn bệnh nhân như thế nào về cách sinh lần này?

6 Sau khi được tư vấn kỹ, vợ chồng bệnh nhân từ chối mổ lấy thai. Bay giờ tuổi thai là 38 tuần. Cần phải theo dõi bệnh nhân như thế nào tại thời điểm này?

Case 10: Tiền sản giật

Một sản phụ 29 tuổi, PARA 0101 ($G_2P_{0|0}$) khỏe mạnh vào chuyên dã ở tuổi thai 28 tuần, than nhức đầu dữ dội và thấy mờ mắt. Huyết áp của bệnh nhân là 200/110 mmHg với protein niệu 2+. Đo huyết áp lại một vài giờ sau đó ghi nhận huyết áp là 160/110 mmHg. Xét nghiệm cho thấy hematocrit, số lượng tiểu cầu bình thường, và men gan tăng.

- 1 Tiền sản giật được định nghĩa như thế nào?
- 2 Xét nghiệm protein nước tiểu 24 giờ của bệnh nhân là 1.2 g. Bệnh nhân này đáp ứng các tiêu chuẩn nào trong chẩn đoán tiền sản giật? Phân loại tiền sản giật ở bệnh nhân này là gì?
- 3 Nguyên nhân gây ra tiền sản giật là gì?
- 4 Có yếu tố nguy cơ nào gây ra tiền sản giật? Chúng ta có thể dự đoán chính xác và dự phòng tiền sản giật hay không?
- 5 Bệnh nhân này có triệu chứng và tiêu chuẩn của tiền sản giật nặng. Tuổi thai là 28 tuần. Bệnh nhân này nên được chấm dứt thai kỳ hoặc nên được điều trị bảo tồn?
- 6 Bác sĩ đã quyết định chấm dứt thai kỳ trong trường hợp này. Khám cho thấy cổ tử cung đóng và dài. Vậy chúng ta có nên chỉ định mổ lấy thai ở bệnh nhân này không?

Đráp ấn

Case 1: Thai ngoài tử cung

1 Huyết động học của bệnh nhân này không ổn định, do đó chúng ta nên theo dõi khẩn cấp. Dựa vào tóm tắt bệnh án, trước hết phải đánh giá xem bệnh nhân có thai ngoài tử cung hay không. Những chẩn đoán khác ít có khả năng xảy ra hơn bao gồm vỡ nang buồng trứng xuất huyết, viêm ruột thừa hoặc phá thai nhiễm trùng và bệnh nhân sấp roi vào tình trạng shock. Nên thực hiện siêu âm tại giường để tìm dấu hiệu chảy máu trong ổ bụng và/hoặc tiến hành làm xét nghiệm định lượng nồng độ β -hCG (β -human chorionic gonadotropin). Mặc dù các trường hợp thai ngoài tử cung ngày càng được chẩn đoán sớm trước khi vỡ, nhưng trong case cấp cứu này, nếu chúng ta có nghi ngờ nhiều trên lâm sàng thì cần phải gọi báo phòng mổ ngay để có kế hoạch can thiệp ngoại khoa nhanh chóng và hiệu quả. Nếu thai ngoài tử cung nằm trong vòi trứng đã vỡ, siêu âm tại giường (nếu được làm đúng) sẽ cho kết quả dương tính trong >90% trường hợp. Mặc dù ít được sử dụng, nhưng đây là một phương tiện có ích giúp chẩn đoán bệnh lý cấp cứu này. Máu trong ổ bụng (menses) ban đầu thường sẽ đông lại (tương tự như quá trình đông máu tại mạch máu ngoại biên). Tuy nhiên, khi thai ngoài tử cung tiếp tục xuất huyết, máu này sẽ bị ly giải (thành máu không đông). Chọc hút cùng đồ (culdocentesis) và lấy ra được máu không đông với nồng độ hematocrit thường >15% và giúp xác định chẩn đoán.

2 Hơn 90% phụ nữ tử vong do mất máu lượng nhiều trong một khoảng thời gian ngắn, chảy máu trong ổ bụng, shock và cuối cùng là trụy tim mạch. Nhiễm trùng hoặc các biến chứng của gây mê hiếm khi làm tăng nguy cơ tử vong (menses). Chính sự chậm trễ trong chẩn đoán của bác sĩ hoặc chẩn đoán sai của các nhân viên y tế khác đều chịu trách nhiệm ít nhất một phần trong khoảng một nửa số trường hợp có tử vong menses.

3 Trong một case điển hình, các triệu chứng sớm bao gồm trễ kinh và

trong một số trường hợp có thể mô tả là ra huyết lượng ít hoặc xuất huyết âm đạo bất thường. Bệnh nhân thường đi khám vào thời điểm này, sau đó được theo dõi bằng siêu âm và nồng độ β -hCG trước khi khởi phát các triệu chứng nặng hơn. Cơn đau do thai ngoài tử cung có thể biểu hiện theo nhiều cách khác nhau. Trước khi vỡ, bệnh nhân có thể cảm thấy đau mơ hồ một bên hoặc đau quặn từng cơn. Sau khi vỡ, cường độ cơn đau vùng chậu tăng lên phụ thuộc vào tốc độ máu mất. Đau quy chiếu tại vai xảy ra ở 25% trường hợp, hậu quả là do cơ hoành bị kích thích từ máu trong phúc mạc.

4 Nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến sự tăng mạnh tỉ lệ bị thai ngoài tử cung. Đầu tiên, hiện nay tỉ lệ mắc bệnh lý chậu viêm (PID - xem Chương 8) không chỉ cao hơn nhiều so với những năm 1970, mà các phương pháp điều trị ngày càng có khuynh hướng nhắm tới mục tiêu điều trị bảo tồn hoặc áp dụng các phương pháp phẫu thuật giúp bảo tồn chức năng sinh sản cho người phụ nữ. Do đó, nhiều phụ nữ có đợt viêm vùng chậu trước đó đều tăng nguy cơ (bị thai ngoài tử cung). Thứ hai, những tiến bộ trong phương tiện chẩn đoán (vd. siêu âm dâu dò âm đạo, β -hCG) giúp chẩn đoán bệnh sớm hơn, và có lẽ cũng thường xuyên hơn (so với trước đây). Trước đây, có một số trường hợp sẩy thai tự phát khi thai nằm trong ống dẫn trứng nhưng chúng ta lại không biết đó là một trường hợp thai ngoài tử cung (vì thai đã bị sẩy trước khi kịp chẩn đoán). Người ta cho rằng thực tế có khoảng một nửa số trường hợp bị thai ngoài tử cung thì thai sẽ bị sẩy tự phát mà không gây ra bất kỳ biến chứng nào cho người mẹ. Thứ ba, hiện nay tỉ lệ điều trị vô sinh và áp dụng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (ART - xem Chương 27) ngày càng gia tăng, và điều này cũng góp phần làm tăng nguy cơ thai ngoài tử cung.

5 Khi bệnh nhân được chẩn đoán là thai ngoài tử cung chưa vỡ, chúng ta có thể cân nhắc điều trị nội khoa trong những trường hợp đã cân nhắc kỹ. Sau đó, nếu chúng ta quyết định lựa chọn can thiệp phẫu thuật, thì phẫu thuật nội soi thường được ưu tiên tại các bệnh viện/ cơ sở y tế có đầy đủ phương tiện.

• Có hai thủ thuật mở hở ống dẫn trứng là mở vòi trứng (*salpingotomy*: khuyết thanh mạc trong ống dẫn trứng được khâu đóng lại) và xé vòi

trứng (*salpingostomy*: khuyết thanh mạc được để lại thông ra ngoài cho tới khi đóng lại trong lần lành kỷ hai - phổ biến nhất tại Hoa Kỳ). Các phương pháp này có tỉ lệ thành công tương đương nhau trong bảo tồn chức năng sinh sản. Trong 5%-10% trường hợp, chúng ta cần chỉ định dùng methotrexate sau phẫu thuật do mô nguyên bào nuôi (nhau thai) vẫn còn bám ở vị trí thai lạc chỗ.

• Phẫu thuật *cắt bỏ ống dẫn trứng* một phần hoặc toàn phần có thể được chỉ định khi (1) bệnh nhân đã sinh đủ con, (2) bệnh nhân có tiền căn thai ngoài tử cung ở ống dẫn trứng cùng bên, (3) có tổn thương nặng trong lòng vòi trứng, hoặc (4) trong các trường hợp chúng ta có thể cải thiện tình trạng menses đáng kể bằng các biện pháp điều trị tích cực hơn (vd. trong trường hợp mất máu quá nhiều).

Nếu bệnh nhân có thai ngoài tử cung *đã vỡ* và *huyết động học ổn định*, chúng ta cần phải phẫu thuật, và nội soi ổ bụng không phải là chống chỉ định trong trường hợp này. Ưu điểm của phẫu thuật nội soi là bệnh nhân có thể hồi phục sau *mổ nhanh chóng*. Nhược điểm là nếu bệnh nhân có xuất huyết nhiều trong ổ phúc mạc thì phẫu thuật nội soi cần nhiều thời gian hơn để hút sạch máu, xác định vị trí thai ngoài (tử cung), và tiến hành xử trí. Trong phẫu thuật mổ bụng hở, chúng ta cũng tiến hành các bước tương tự.

Khi gặp một trường hợp bệnh nhân nữ với thai ngoài tử cung *đã vỡ* có tình trạng *huyết động học không ổn định*, chúng ta nên tiến hành mổ hở và thường phải *cắt bỏ ống dẫn trứng* (một phần). Cắt bỏ vòi trứng bị tổn thương sẽ giúp kiểm soát được lượng máu mất và tạo cơ hội tốt nhất để bệnh nhân tiếp tục ổn định huyết động trong giai đoạn hậu phẫu.

6 Đối với một trường hợp thai ngoài tử cung chưa vỡ, nguy cơ thất bại khi điều trị với methotrexate là một vấn đề chính cần quan tâm. Mỗi trường hợp đều có một số dấu hiệu có thể giúp chúng ta quyết định xem là bệnh nhân có phù hợp để điều trị nội khoa hay không. Nói chung, khi tuổi thai càng cao thì nguy cơ thất bại khi điều trị với methotrexate càng lớn, và cuối cùng sẽ gây vỡ thai ngoài tử cung nếu không phẫu thuật. Khi tiến hành đánh giá một bệnh nhân, ít nhất bệnh nhân phải có thai ngoài chưa vỡ, huyết động học ổn định và mong muốn có con về sau (xem Chương 5 để biết thêm về các chỉ định và chống chỉ định tương đối và tuyệt đối). Điều trị nội khoa xem như là thất bại khi nồng độ β -hCG tăng hoặc đạt đỉnh ở ngày 7 sau khi tiêm thuốc hoặc khi vỡ ống dẫn trứng. Nếu liệu pháp nội khoa thất bại, chúng ta cần phải can thiệp ngoại khoa nhanh chóng. Vì thế, đối với các trường hợp được điều trị với methotrexate, chúng ta *phải* có khả năng theo dõi bệnh nhân để đánh giá kết quả điều trị.

Các tác dụng phụ của methotrexate thường rất nhẹ ở bệnh nhân trẻ và không có bệnh lý gì kèm theo. Ở một số trường hợp, bệnh nhân có thể bị buồn nôn, viêm dạ dày, tiêu chảy, chóng mặt, và viêm phổi. Trong suốt quá trình điều trị, bệnh nhân nên dùng bổ sung folic acid (vd. vitamin cho phụ nữ mang thai) và tránh sử dụng thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs).

Các biến chứng do điều trị thường bao gồm ít nhất một cơn đau bụng do vòi trứng tăng phù nề. Triệu chứng điển hình thường nhẹ hơn so với vỡ ống dẫn trứng, thường tự giới hạn trong khoảng thời gian ngắn (1-2 ngày), và không có liên quan với phẫu thuật vùng bụng hoặc rối loạn huyết động học. Siêu âm bụng có thể giúp xác định được là không có máu trong ổ bụng.

Xem Chương 5, 6, 8 và 27.

Case 2: Viêm âm đạo

1 Phụ nữ thường có ý định tự chẩn đoán các bệnh lý viêm âm đạo của mình và tự điều trị với các loại thuốc có bán sẵn tại nhà thuốc (dạng uống hoặc bôi tại chỗ). Lợi ích của việc tự mua thuốc kháng nấm điều trị tại nhà là bệnh nhân thấy thuận tiện hơn, tránh được chi phí khi đi khám bệnh, và quan trọng nhất là có khả năng điều trị hiệu quả ban đầu nhanh chóng. Tuy nhiên, chúng ta cần lưu ý rằng độ chính xác của việc tự chẩn đoán thường thấp hơn so với những gì chúng ta hay nghĩ. Do các triệu chứng vùng âm hộ-âm đạo thường không đặc hiệu, chúng ta nên yêu cầu

những bệnh nhân nhò điêu trị qua điện thoại đến khám, đặc biệt đối với bệnh nhân trong trường hợp này, khi có ta đã thử điều trị tại nhà mà không đạt hiệu quả mong muốn. Tuy nhiên, ở một bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt và có tiền căn đã bị nhiều đợt bệnh với triệu chứng giống nhau trước đây, thì chúng ta có thể điều trị ngắn ngày qua điện thoại. Trong những tình huống như vậy, chỉ khi nào bệnh nhân thấy triệu chứng không giảm thì chúng ta mới cần yêu cầu bệnh nhân đến khám lại.

2 Một trường hợp nhiễm nấm Candida âm hộ-âm đạo đơn giản và rõ ràng khi tự điều trị bằng các loại thuốc không cần kê toa thường sẽ có đáp ứng tốt. Nếu không đáp ứng điều trị, chúng ta nên khám lâm sàng. Tác dụng phụ chủ yếu của thuốc là cảm giác nóng rát và ngứa ở 5% trường hợp. Điều quan trọng là khi bệnh nhân tự điều trị có thể sẽ dẫn đến (sự) chậm trễ trong việc chẩn đoán chính xác và xử trí thích hợp. Mặc dù khi chẩn đoán trễ như vậy cũng không làm thay đổi gì nhiều đến các triệu chứng tại âm hộ-âm đạo, vd. ngứa, mùi hôi, hoặc dịch tiết âm đạo, nhưng nó có thể gây ra nhiều biến chứng khác nếu bệnh nhân được chẩn đoán là bệnh lý chậu viêm (xem Chương 8), các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục, hoặc bị nhiễm trùng tiểu.

3 Viêm âm đạo là một thuật ngữ chung chỉ một nhóm tình trạng gây nóng rát, ngứa, kích thích và/hoặc tiết dịch bất thường vùng âm hộ-âm đạo. Có khá nhiều chẩn đoán phân biệt với bệnh lý này. Viêm âm đạo do vi khuẩn là nguyên nhân thường gặp nhất, tiếp theo đó là nhiễm nấm Candida và nhiễm Trichomonas. Nhiều trường hợp không được chẩn đoán nguyên nhân cụ thể, hoặc bị gán cho các chẩn đoán khác như viêm âm đạo do teo (atrophic vaginitis) hoặc các dạng loạn dưỡng vùng âm hộ (vulvar dystrophies).

4 Bước đầu tiên nên tập trung hỏi bệnh sử để hiểu được mức độ của triệu chứng, bao gồm bất cứ sự thay đổi gần đây và bệnh nhân đã từng có triệu chứng đau khi giao hợp và/hoặc tiểu đau. Các câu hỏi về thời gian kéo dài của triệu chứng, các vấn đề liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt hay không, các lần điều trị trước đây, và các chi tiết về hoạt động tình dục cũng có thể giúp biết thêm những chi tiết quan trọng về nguyên nhân gây bệnh.

Khi khám lâm sàng, chúng ta cần quan sát cẩn thận vùng âm hộ của bệnh nhân. Lúc khám âm đạo bằng mỏ vịt, nên lấy bệnh phẩm để đo pH âm đạo, làm "whiff" test, và lấy mẫu mô để quan sát dưới kính hiển vi có dùng nước muối sinh lý (phết ướt) và KOH 10%. Một điều chúng ta cần lưu ý là que gön đo pH nên được phết ở phần giữa thành bên âm đạo để tránh pH tăng giả do dịch nhầy cổ tử cung, máu, tinh dịch hoặc các loại thuốc đặt âm đạo trước đó.

5 Thông thường, khi độ pH tăng ở bệnh nhân có triệu chứng, kết quả vi thể sẽ nhanh chóng giúp xác nhận được chẩn đoán (vd. ký sinh trùng trichomonads, có sự hiện diện của clue cells). Tuy nhiên, nếu gần đây bệnh nhân có quan hệ tình dục, có kinh nguyệt, trong bệnh phẩm có chứa dịch nhầy cổ tử cung, hoặc bệnh nhân được điều trị gần đây với các thuốc đặt âm đạo cũng có thể gây khó khăn khi quan sát các bào tử nấm.

Mặc dù soi bệnh phẩm dưới kính hiển vi quang học là một tiêu chuẩn trong chẩn đoán nhưng chúng ta có thể không quan sát được ở phần lớn bệnh nhân nhiễm nấm Candida âm hộ-âm đạo có triệu chứng. Như trong trường hợp này, khi bệnh nhân đã tự điều trị trước khi đến khám bác sĩ cũng có thể gây khó khăn khi quan sát các bào tử nấm.

Cấy âm đạo không được thực hiện thường quy do chi phí cao, cho kết quả chậm và thực tế là nhiều trường hợp có thể có vi khuẩn lactobacilli và Streptococcus nhóm B thường trú trong âm đạo mà không gây triệu chứng. Tuy nhiên, phương pháp nuôi cấy có thể được chỉ định ở một số trường hợp nhiễm nấm Candida tái phát, có thể nhiễm trùng nấm Candida không thuộc họ *albicans* (vd. triệu chứng nhiễm nấm kéo dài sau trị liệu kháng nấm) hoặc ở những bệnh nhân có triệu chứng nhưng kết quả soi âm tính. Do vậy, trong trường hợp trên thì bệnh nhân đã có biểu hiện triệu chứng nên chúng ta cần điều trị tương tự như những trường hợp viêm âm đạo khác, và có thể kết quả cấy âm đạo sẽ có ích trong case này.

6 Ta có thể nghĩ đến chẩn đoán dựa vào bệnh sử và thăm khám thực thể, nhưng để xác định chẩn đoán ta cần phải có (1) hình ảnh sợi nấm khi soi tươi huyết trắng có sử dụng dung dịch KOH hoặc (2) kết quả cấy âm đạo dương tính ở phụ nữ có biểu hiện triệu chứng. Những bệnh nhân không có biến chứng có thể được điều trị với clotrimazole (tại chỗ) hoặc

fluconazole (uống). Đôi khi, trong một số trường hợp nặng, cần phải điều trị fluconazole hai hoặc nhiều đợt lặp lại. Mặc dù ít gấp hơn so với *Candida albicans*, nhiễm nấm Candida do chủng vi nấm Candida không phải *albicans* ít khả năng đáp ứng với liệu pháp kháng nấm nhóm "azole". Chúng ta có thể điều trị với boric acid đặt âm đạo, 600 mg viên nang mỗi ngày trong vòng ít nhất 2 tuần.

Xem Chương 7 và 8.

Case 3: U phẩn phụ

1 Trong phụ khoa, u phẩn phụ rất thường gặp, và đây là một vấn đề gây nhiều khó khăn trong cả chẩn đoán và điều trị. Cũng giống như trong trường hợp này, đa số bệnh nhân được phát hiện u phẩn phụ một cách tình cờ. Tại Hoa Kỳ, 5%-10% phụ nữ có nguy cơ phải phẫu thuật vì nghi ngờ có u buồng trứng. Mặc dù đa số trường hợp đều lành tính, nhưng mục tiêu của việc đánh giá là loại trừ bệnh lý ác tính.

2 Có hai yếu tố quan trọng để xem xét. Bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng không? Trong trường hợp này thì không có. Tiếp theo, u phẩn phụ này có thể là u ác tính không? Các khối u ít có khả năng ác tính có thể được điều trị bảo tồn. Ngược lại, những loại u có nhiều khả năng là ác tính tốt nhất nên được can thiệp phẫu thuật nhanh chóng bởi một bác sĩ chuyên về ung thư phụ khoa. Các khối u tiến triển lành tính hoặc ác tính không rõ ràng thường cần phải phẫu thuật. Không có giới hạn trong chẩn đoán phân biệt, bao gồm cả các nguyên nhân phụ khoa và không phải phụ khoa. Những yếu tố quan trọng nhất giúp chẩn đoán là tuổi của bệnh nhân và họ đã mãn kinh hay chưa. Khối u ở phụ nữ trẻ, tiến mãn kinh thì hầu như luôn luôn do nguyên nhân phụ khoa - thường là các nang chức năng. Ngược lại, các khối u phẩn phụ ở những phụ nữ lớn tuổi, đã mãn kinh thường là u lành tính (vd. u nang tuyến).

Quá trình đánh giá ban đầu sẽ bao gồm khám thực thể, kể cả thăm khám trực tràng. Sờ thấy một khối bẹ mặt tròn láng, di động tốt, tính chất dạng nang (có thể ép được) thì nhiều khả năng là một bệnh lành tính. Thăm khám ở phụ nữ béo phì không giúp ích được nhiều cho chẩn đoán.

Tiếp theo, bệnh nhân nên được siêu âm qua ngả âm đạo (TVU). Không có phương thức chẩn đoán hình ảnh thay thế nào có độ chính xác, dễ dàng và có giá trị có thể so sánh được với siêu âm. Tuy nhiên, cần nhớ là chất lượng hình ảnh và kết quả siêu âm có thể khác nhau giữa các bác sĩ. Mỗi bác sĩ nên nhận thấy được sự giới hạn ở bệnh viện của mình và thận trọng với kết quả siêu âm được tiến hành tại những nơi khác. Bệnh sử, thăm khám vùng chậu và TVU sẽ cung cấp đầy đủ thông tin để lên kế hoạch xử trí thích hợp.

3 Có hai loại nang buồng trứng khác nhau - nang đơn giản và nang phức tạp. Nang đơn giản có hình ảnh giống như "bong bóng nước" - thường là nang phàn âm thành mỏng, có một thùy với bờ đều và bệ mặt tròn láng. Hầu hết tất cả đều lành tính. Nang đơn giản kích thước <10 cm sẽ tự thoái hóa trong khoảng 75% trường hợp mà không cần can thiệp gì, bất kể bệnh nhân đã mãn kinh hay chưa. Nang phức tạp có thể có nhiều dấu hiệu. Diễn hình, TVU có thể đưa ra được chẩn đoán của một trong số các bệnh lý lành tính thường gặp như là nang buồng trứng xuất huyết/ u nội mạc tử cung, u nang dạng bì, hoặc ứ dịch vòi trứng.

4 Giá trị của test CA-125 chủ yếu để phân biệt giữa khối u lành tính và u ác tính ở phụ nữ sau thời kỳ mãn kinh. Nồng độ CA-125 nói chung ít có giá trị ở phụ nữ tiền mãn kinh. Nhiều nguyên nhân lành tính (u xơ tử cung, kinh nguyệt, viêm gan) cũng làm tăng CA-125 (không đặc hiệu). Tuy nhiên, nếu nồng độ CA-125 tăng quá cao thì đó là dấu hiệu khiến ta phải nghi ngờ về một nguyên nhân ác tính nhiều hơn.

5 Không. Chọc hút một khối u ác tính có thể gây tràn dịch ra ngoài và gieo rắc tế bào ung thư vào ổ bụng, từ đó thay đổi giải đoạn và tiên lượng bệnh. Chẩn đoán vẫn còn là câu hỏi và sẽ cần các biện pháp tích cực hơn.

6 Phẫu thuật nội soi ổ bụng xâm lấn tối thiểu là phương pháp điều trị phù hợp đối với hầu hết các trường hợp có một khối u phần phụ do thời gian nằm viện ngắn, giảm cơn đau, và thời gian hồi phục nhanh chóng. Trong trường hợp này, bệnh nhân có nhiều dấu hiệu nghỉ ngơi nên được tư vấn về phẫu thuật cắt bỏ buồng trứng-ống dẫn trứng một bên qua nội soi ổ bụng (USO). Trong lúc phẫu thuật, ta có thể thu thập các mẫu dịch rửa ổ bụng, thực hiện USO và tiến hành sinh thiết lạnh, từ đó có thể giúp chẩn đoán chắc chắn. Nếu chẩn đoán được xác định là lành tính, có thể hủy phẫu thuật hoặc - phụ thuộc vào quá trình tư vấn trước mổ ~ có thể thực hiện USO đối bên kề hoặc không kèm các thủ thuật khác (vd. cắt bỏ tử cung).

Trong trường hợp u có các đặc điểm gợi ý là ác tính, thì chúng ta nên thực hiện phẫu thuật phân đoạn kỹ lưỡng hơn, và nên được tiến hành bởi một phẫu thuật viên dày dạn kinh nghiệm. Những bệnh nhân bị ung thư buồng trứng nên được điều trị bởi bác sĩ ung thư phụ khoa vì sẽ giúp cải thiện được tỉ lệ sống còn. Trong trường hợp này, chúng ta cần phát hiện các di căn ẩn cần phải hóa trị bổ sung.

Bảng 3.1 Các guideline yêu cầu cần hội chẩn với bác sĩ ung thư phụ khoa đối với một khối u vùng chậu mới được chẩn đoán

Tiền kinh (<50 tuổi)

- (a) Nồng độ CA-125 >200 U/mL
 - (b) Báng bụng
 - (c) Băng chứng di căn trong ổ bụng hoặc di căn xa (dựa vào thăm khám hoặc hình ảnh học)
 - (d) Tiền căn gia đình có người ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng (mẹ hoặc chị em gái)
- Thời kỳ mãn kinh (≥50 tuổi)*
- (a) Tăng nồng độ CA-125
 - (b) Báng bụng
 - (c) Hạch hoặc khối vùng chậu không di động
 - (d) Băng chứng di căn trong ổ bụng hoặc di căn xa (dựa vào thăm khám hoặc hình ảnh học)
 - (d) Tiền căn gia đình có người ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng (mẹ hoặc chị em gái)

Xem Chương 1, 10, 16 và 33.

Case 4: Vô kinh

1 Vô kinh nguyên phát là tình trạng không có kinh nguyệt sau 16 tuổi. Bệnh nhân này được xem là có *vô kinh thứ phát*, được định nghĩa là tình trạng mất kinh trong 3 tháng ở phụ nữ có tiền căn kinh nguyệt đều đặn, nhưng bây giờ không có kinh.

2 Điều đầu tiên cần làm là cần đảm bảo bệnh nhân không đang mang thai. Một khi đã loại trừ, chúng ta cần hỏi bệnh sử chi tiết về diễn tiến dẫn tới xuất hiện tình trạng vô kinh. Có thể hỏi một số câu hỏi tổng quát về sức khỏe và lối sống của bệnh nhân, vì điều này có thể giúp phát hiện ra một bệnh lý hệ thống nào đó hoặc xác định xem bệnh nhân có bị stress hay không (về thể chất, tâm lý, hoặc dinh dưỡng). Các tình trạng kể trên đều có thể gây ảnh hưởng đến chức năng vùng hạ đồi. Tiền căn dùng thuốc tránh thai hoặc đang dùng thuốc (đặc biệt là các thuốc tránh thai dạng uống hoặc các loại hormone tránh thai khác (vd. Depo-Provera)) có thể cung cấp ta nhiều chi tiết quan trọng trong bệnh sử.

Chúng ta nên tiến hành đánh giá thể trạng, chiều cao, cân nặng của bệnh nhân. Điều này có thể giúp phát hiện được các trường hợp có trọng lượng cơ thể rất thấp (giảm tỉ lệ mỡ trong cơ thể), có thể liên quan với tình trạng vô kinh do rối loạn chức năng vùng hạ đồi. Hoặc chúng ta cũng có thể phát hiện được tình trạng béo phì vùng thân trên, và có liên quan đến tình trạng đề kháng insulin và cường androgen. Sự xuất hiện triệu chứng rậm lông cho

bép bệnh nhân có khả năng hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS), hoặc ít gấp hơn là các loại u buồng trứng hoặc tuyến thượng thận có tiết ra androgen nếu bệnh tiến triển nhanh chóng hoặc kèm theo tình trạng nam hóa (ở nữ). Mạch nhánh có thể gợi ý hội chứng cường giáp, trong khi đó mạch chậm có thể cho biết khả năng suy giáp. Các dấu hiệu của bệnh Graves¹, như là chung lồi mắt, co rút mí mắt, hoặc run tay sẽ giúp gợi ý đến một tình trạng rối loạn chức năng tuyến giáp, ngoài ra còn có một số dấu hiệu khác cũng có giá trị chẩn đoán như sờ được bướu giáp hoặc các hạch cổ khác.

Ban đầu, bilan đơn giản nhất là định lượng FSH (hormone kích thích nang trứng), TSH (hormone kích thích tuyến giáp) và prolactin.

3 Bệnh nhân này không có bằng chứng rối loạn chức năng tuyến giáp hoặc một khối u tiết prolactin. Đường sinh dục của bệnh nhân bình thường và không có tình trạng tăng quá mức hoặc không đủ estrogen. Bước tiếp theo có thể cho dùng progestin trong một tuần để làm giảm tình trạng xuất huyết. Nếu bệnh nhân không có xuất huyết âm đạo, thì nghiệm pháp thử với estrogen/ progesterone có hữu ích để phân biệt giữa bất thường cấu trúc (vd. hội chứng Asherman) và suy tuyến sinh dục do giảm hormone hướng sinh dục (vd. hội chứng Sheehan). Nếu bệnh nhân ngừng chảy máu sau khi điều trị với progestin sẽ giúp gợi ý đến PCOS hoặc một số loại rối loạn chức năng vùng hạ đồi. Bệnh nhân có tình trạng suy tuyến sinh dục với nồng độ hormone hướng sinh dục bình thường thì chúng ta sẽ nghĩ tới nhiều khả năng bị PCOS. Tuy nhiên, để đưa ra chẩn đoán xác định chắc chắn hơn, nên làm thêm bilan testosterone, DHEA (dehydroepiandrosterone) và 17-hydroxyprogesterone.

4 Thuốc tránh thai (dạng uống) là một phương pháp rất có hiệu quả trong điều trị lâu dài hội chứng buồng trứng đa nang. Chúng giúp cải thiện triệu chứng thông qua sự ức chế tiết LH (từ tuyến yên), ức chế tiết androgen từ buồng trứng, và tăng sản xuất các globulin gắn kết hormone sinh dục (SHBG). Thuốc tránh thai (dạng uống) cũng giúp giảm nguy cơ ung thư nội mạc tử cung. Ngoài ra, điều trị với progestin theo chu kỳ cũng là một lựa chọn thay thế. Metformin và các thuốc làm tăng nhạy cảm với insulin khác cũng đã được nghiên cứu, tuy nhiên hiện vẫn chưa được chứng minh là có hiệu quả rõ ràng.

5 Có - béo phì góp phần đáng kể trong việc gây ra các bất thường về chức năng sinh sản và chuyển hóa ở phụ nữ có hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS). Giảm cân có thể cải thiện các đặc điểm cơ bản trong hội chứng này bằng cách giảm lượng androgen lưu hành trong máu và làm xuất hiện kinh nguyệt trở lại. Những ích lợi khác bao gồm giảm nồng độ testosterone trong máu, chủ yếu do được điều hòa thông qua việc tăng sản xuất SHBG. Hơn nữa, giảm cân có thể có kết quả cải thiện đáng kể nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường và bệnh lý tim mạch. Chúng ta cũng nên nhấn mạnh đến yếu tố thay đổi lối sống (chế độ ăn uống và thể thao) như một phương pháp điều trị chính cho tất cả phụ nữ béo phì bị PCOS.

Xem Chương 22 và 23.

Case 5: Ung thư nội mạc tử cung

1 Bác sĩ cần phải nhanh chóng xem xét đến chẩn đoán ung thư nội mạc tử cung khi có bất cứ hiện tượng xuất huyết (âm đạo) nào sau thời kỳ mãn kinh. Đây là loại u ác tính phổ biến nhất của các cơ quan sinh sản: tỉ lệ bị ung thư nội mạc tử cung là 2% trong suốt cuộc đời. May mắn là, hầu hết mọi bệnh nguyên của xuất huyết sau thời kỳ mãn kinh đều có nguyên nhân lành tính. Nguyên nhân phổ biến nhất là do polyp nội mạc tử cung, tuy nhiên các nguyên nhân khác cũng có thể gặp, bao gồm viêm âm đạo do teo, chấn thương hoặc bất cứ thương tổn nào khác đối với đường sinh dục (vd. sa niệu đạo).

2 Đầu tiên, ta nên khai thác bệnh sử chi tiết để đánh giá về thời gian chảy máu, lượng máu, và tính chất của máu xuất huyết từ âm đạo. Khi tình trạng "xuất huyết" được bệnh nhân mô tả chỉ đơn thuần là vài vết máu hồng nhạt trên giấy vệ sinh, thì đây có thể gợi ý đến một chẩn đoán suy giảm estrogen lành tính. Ở bệnh nhân này, lượng máu xuất huyết nhiều

¹ND: Một số bác sĩ tại VN hay dùng thuật ngữ 'bệnh Basedow'

hơn, tương tự như "kinh nguyệt" thì càng đáng lo ngại. Chúng ta cần khám kỹ vùng chậu nhằm loại trừ ung thư âm hộ, chấn thương âm đạo, sang thương cổ tử cung hoặc các nguyên nhân thực thể khác. Cần thực hiện sinh thiết nội mạc tử cung (xem Chương 4) để chẩn đoán xác định. Nếu kết quả không rõ ràng, siêu âm qua ngả âm đạo có thể sẽ giúp ích, nhưng trong một số trường hợp ta có thể cần phải chỉ định làm thủ thuật nong và nạo buồng tử cung kèm theo soi tử cung để có được chẩn đoán rõ ràng.

3 Đa số bệnh nhân nên được phân giai đoạn bệnh qua phẫu thuật một cách hệ thống và rửa sạch vùng chậu, cắt tử cung, cắt buồng trứng-ống dẫn trứng hai bên, và nạo hạch cảnh động mạch chủ và hạch vùng chậu hai bên. Ngày nay, đối với bệnh lý ác tính này, người ta có xu hướng chuyển dần qua phẫu thuật nội soi ổ bụng (xâm lấn tối thiểu) hoặc phẫu thuật với sự hỗ trợ của robot hơn là phương pháp mở bụng hở trước đây.

Trong một vài trường hợp, đối với phụ nữ trẻ có ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc grade 1 kèm theo tăng sinh nội mạc tử cung không điển hình và mong muốn bảo tồn chức năng sinh sản sau này thì chúng ta có thể chỉ định điều trị bằng progestin liều cao. Phụ nữ có tăng nguy cơ tử vong thứ phát do các bệnh lý khác đi kèm có thể được điều trị chủ yếu bằng xạ trị.

Trước khi phẫu thuật, đối với những bệnh nhân có giai đoạn I (trên lâm sàng) và hình ảnh mô học bình thường (tế bào dạng nội mạc grade 1), chúng ta cần khám thực thể và chụp X-quang ngực.

Bảng 5.1 Tiêu chuẩn để mời hội chẩn bác sĩ ung thư phụ khoa

- Không thể phân độ bệnh nhân một cách hoàn toàn và đầy đủ qua phẫu thuật lần đầu.
- Hình ảnh mô học trước mổ (ung thư biểu mô và mô liên kết (carcinosarcoma), tế bào sáng, tiết thanh dịch dạng nhú, grade 3) gợi ý nguy cơ cao xâm lấn ra ngoài cổ tử cung
- Kết quả bệnh học cuối cùng cho thấy ung thư nội mạc tử cung (không mong đợi trước khi phẫu thuật) sau khi cắt tử cung vì các chỉ định khác
- Có bằng chứng bệnh lý ngoài tử cung hoặc cổ tử cung
- Các mẫu vùng chậu dương tính với tế bào ác tính
- Nghi ngờ hoặc xác định là bệnh lý tái phát
- Trong những trường hợp nếu ta dự tính điều trị không can thiệp ngoại khoa.

4 Bệnh nhân này được phân vào giai đoạn IB, ung thư nội mạc tử cung grade 13. Dấu hiệu giải phẫu bệnh lúc mổ của bệnh nhân được xem là "nguy cơ trung bình". Hầu hết các bác sĩ lâm sàng sẽ xem xét trường hợp này xem có nên chuyển sang phương pháp xạ trị tại chỗ (trong âm đạo) hay không nhằm giảm nguy cơ tái phát tại chỗ.

5 Theo dõi các trường hợp ung thư nội mạc tử cung tái phát phụ thuộc vào giai đoạn bệnh và quá trình điều trị trong lần chẩn đoán đầu tiên. Thực hiện xét nghiệm Pap thường quy không được chứng minh là giúp ích trong những lần tái khám sau này, không có hiệu quả về mặt chi phí, và có thể cũng không cần thiết. Đối với những bệnh nhân nữ không điều trị bằng liệu pháp xạ trị, cần khuyến cáo thăm khám vùng chậu mỗi 3-4 tháng trong 2 năm, sau đó 2 lần mỗi năm sau khi điều trị phẫu thuật ung thư nội mạc tử cung.

Xem Chương 4 và 32.

C. Chuyển dạ và nguy cơ tái phát

1 Chuyển dạ là một chẩn đoán lâm sàng bao gồm hai yếu tố: (1) các cơn gò tăng dần về tần suất và cường độ, và (2) cổ tử cung mở và xóa. Chuyển dạ sinh non là chuyển dạ xảy ra trước khi thai 37 tuần. Không chẩn đoán sinh non ở bệnh nhân này, dù bệnh nhân có cơn gò đều đặn, nhưng cổ tử cung dài và đóng.

2 Trong sinh non, 20% trường hợp là do điều trị, có nghĩa là các bác sĩ sản khoa chỉ định chấm dứt thai kỳ có thể vì lý do từ mẹ hoặc thai, ví dụ như do tiền sản giật, nhau tiền đạo, nhau bong non và rái thảo đường. Phần còn lại là do sinh non, đây là biểu hiện của một hội chứng chứ không phải là một chẩn đoán vì nguyên nhân gây sinh non rất đa dạng. Nguyên nhân chính của sinh non bao gồm nhiễm trùng ối (20%-30%) và ối vỡ non (30%). 30%-50% chuyển dạ sinh non không rõ nguyên nhân và được coi là vô căn.

3 Bệnh nhân này có nguy cơ sinh non cao. Xét nghiệm sàng lọc hiện có sẵn để dự đoán sinh non gồm bốn nhóm sau:

(a) *Theo dõi cơn gò tại nhà*. Mặc dù cơn gò là một điều kiện tiên quyết của sinh non, theo dõi cơn gò tại nhà không làm giảm tỷ lệ sinh non và do đó hiện nay không được khuyến cáo.

(b) *Dựa vào yếu tố nguy cơ*. Một số yếu tố nguy cơ sinh non đã được xác định (liệt kê dưới đây). Tuy nhiên, chỉ dựa vào yếu tố nguy cơ sẽ không xác định được trên 50% các trường hợp sinh non (độ nhạy thấp) và hầu hết phụ nữ được xác định "có nguy cơ sinh non" sẽ sinh đủ tháng (giá trị tiên đoán dương tính thấp [PPV]).

Bảng 6.1 Các yếu tố nguy cơ sinh non

- Tiền sử sinh non
- Người Hoa Kỳ gốc Phi
- Tuổi <18 hoặc >40
- Dinh dưỡng kém
- Thiếu máu
- Trọng lượng thấp trước khi mang thai
- Tình trạng kinh tế-xã hội thấp
- Không có chăm sóc trước khi sinh
- Nhiễm trùng tiểu
- Bệnh lý của bộ phận sinh dục và/hoặc bệnh lý nướu
- Hút thuốc lá
- Chấn thương hoặc bất thường cổ tử cung
- Tử cung dị dạng hoặc u xơ tử cung
- Tử cung hoạt động quá mức
- Mở cổ tử cung (>2 cm) sớm và/hoặc cổ tử cung xói (>80%)
- Tử cung giãn quá mức (song thai, da ối)
- ? Xuất huyết âm đạo
- ?? Làm việc quá sức
- ??? Căng thẳng

(c) *Đánh giá sự trưởng thành cổ tử cung*. Siêu âm ngả âm đạo là "tiêu chuẩn vàng" để đo chiều dài cổ tử cung. Có một mối tương quan nghịch khai rõ giữa chiều dài cổ tử cung và tỷ lệ sinh non. Chiều dài cổ tử cung ở tuổi thai trung bình 22-24 tuần là 3.5 cm (bách vị phân thứ 10 đến thứ 90: 2.5-4.5 cm). Chiều dài cổ tử cung ≤ 1.5 cm ở tuổi thai 22-24 tuần gấp trong <2% phụ nữ có nguy cơ thấp, nhưng đây là yếu tố giúp dự đoán sinh non các trường hợp tuổi thai <28 và <32 tuần với tỷ lệ lần lượt là 60% và 90% số trường hợp.

(d) *Marker sinh hóa/ nội tiết*. Một số marker sinh hóa/nội tiết có liên quan với sinh non, vd. activin, inhibin, follistatin, fibronectin, collagenase, progesterone và estradiol-17 β . Cho đến nay, chỉ fibronectin của bào thai (fFN) được tổ chức FDA (Hoa Kỳ) chứng nhận là có thể áp dụng như là một test tầm soát trong sinh non. Nồng độ fFN tăng (>50 ng/mL) trong dịch tiết từ cổ tử cung-âm đạo khi tuổi thai 22-34 tuần có liên quan với sinh non, mặc dù giá trị tiên đoán dương tính của một xét nghiệm fFN dương tính tại thời điểm khi tuổi thai 22-24 tuần nhằm dự đoán xác suất thai sẽ sinh non trước khi được 28 tuần và 37 tuần chỉ khoảng 13% và 36% trường hợp. Do đó, giá trị chính của test này nằm trong giá trị tiên đoán âm tính (NPV) của nó: 99.9% bệnh nhân có thử nghiệm

FFN âm tính sẽ không chuyển dạ trong vòng 7 ngày và 98% sẽ không chuyển dạ trong 14 ngày kế tiếp. May mắn thay, 80% bệnh nhân có nguy cơ cao sẽ có kết quả FFN âm tính.

4 Trong nhiều trường hợp, chuyển dạ sinh non cho thấy thai có nhu cầu ra khỏi môi trường trong tử cung. Như vậy, sự can thiệp tích cực để ngăn chặn chuyển dạ trong trường hợp như vậy có thể phản tác dụng. *Chống chỉ định tuyệt đối* với điều trị giảm co bao gồm sức khỏe thai không tốt (trường hợp được gọi là "suy thai", viêm màng ối, thai lưu, thai nhi có cấu trúc bất thường hoặc khiếm khuyết nhiễm sắc thể gây tử vong (vd. trisomy 13 hoặc 18), và bất kỳ một bệnh lý nào của mẹ không cho phép điều trị bảo tồn (vd. tiền sản giật nặng). *Chống chỉ định tương đối* bao gồm xuất huyết âm đạo không rõ nguyên nhân, ối vỡ non, và tuổi thai thuận lợi (thường được định nghĩa là >34 tuần).

5 Nghỉ ngơi tại giường được khuyến cáo ở 20% thai kỳ với chi phí ước tính >250 triệu USD mỗi năm chỉ riêng tại Hoa Kỳ. Hiện người ta chưa chứng minh được lợi ích nào của phương pháp này ở những bệnh nhân có nguy cơ chuyển dạ sinh non. Truyền dịch cũng thường được đề nghị, nhưng cũng chưa được chứng minh là có ích lợi nào rõ ràng.

6 Có hai lý do để điều trị kháng sinh cho phụ nữ có nguy cơ sắp chuyển dạ sinh non:

(a) *Kháng sinh để ngăn ngừa sinh non*. Kháng sinh phổ rộng trong trường hợp ối vỡ non ở tuổi thai <34 tuần đã được chứng minh có tác dụng kéo dài giai đoạn tiềm thời trong thai kỳ, trì hoãn sinh non, và cải thiện dự hậu trong giai đoạn chu sinh. Tuy nhiên, không có bằng chứng rõ ràng trong việc kéo dài thai kỳ trong trường hợp chuyển dạ sinh non với màng ối nguyên vẹn. Như vậy, thuốc kháng sinh không được khuyến cáo trong trường hợp này.

(b) *Điều trị dự phòng nhiễm trùng do liên cầu khuẩn nhóm B tấn huyết β (GBS)*. Trẻ sinh non có nguy cơ bị nhiễm trùng huyết do GBS. Như vậy, tất cả thai phụ có nguy cơ sinh non nên được điều trị dự phòng GBS trong chuyển dạ. Nếu một bệnh nhân đã có kết quả lấy GBS âm tính trong vòng 5 tuần trước, có thể không điều trị dự phòng GBS. Trong trường hợp này, cần tiến hành lấy GBS vùng đáy chậu và bắt đầu điều trị dự phòng GBS ngay lập tức (tiêm tĩnh mạch với penicillin liều tấn công 5 mU, liều tiếp theo 2.5 mU mỗi 4 giờ cho đến khi sinh). Nếu giai đoạn chuyển dạ sinh non ổn định và được đề nghị tiếp tục điều trị bảo tồn, sau đó có thể ngưng điều trị dự phòng GBS và bắt đầu lại trong chuyển dạ, tùy thuộc vào kết quả lấy GBS.

7 Điều trị giảm gò là điều trị cơ bản trong chuyển dạ sinh non. Tuy nhiên, không có số liệu đáng tin cậy và nhất quán rằng bất kỳ thuốc giảm gò có thể trì hoãn chuyển dạ lâu hơn 24-48 giờ. Như vậy, mục tiêu của giảm gò là trì hoãn trong vòng 48 giờ để cho phép chúng ta có thể dùng corticosteroid trước sinh và bệnh nhân được chuyển đến trung tâm y tế. Một số thuốc đang có sẵn để giảm gò ngắn hạn (được liệt kê dưới đây). Không có thuốc giảm gò duy nhất nào có một lợi thế điều trị rõ ràng. Như vậy, tác dụng phụ của mỗi loại thuốc thường sẽ giúp xác định nên dùng loại nào trong mỗi tình huống lâm sàng cụ thể. Nifedipine (một thuốc ức chế calcium) hoặc magnesium sulfate thường được sử dụng như các lựa chọn đầu tay tại Hoa Kỳ, trong khi thuốc đối kháng thụ thể oxytocin (vd. atosiban) được sử dụng phổ biến hơn ở châu Âu. Magnesium sulfate có những lợi thế là bảo vệ thần kinh ở trẻ sinh non <32 tuần. Chất ức chế tổng hợp prostaglandin (vd. indometacin), mặc dù rất hiệu quả trong việc trì hoãn sinh non, nhưng có liên quan đến một số biến chứng nghiêm trọng ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là nếu sử dụng trong một thời gian ngắn trước khi sinh. Thuốc duy nhất được FDA chấp thuận tại Hoa Kỳ để điều trị dạ sinh non là một đồng vận β-adrenergic (ritodrine hydrochloride); nhưng thuốc này không còn được bán trên thị trường Bắc Mỹ còn bởi vì nó có nhiều tai biến nguy hiểm trong điều trị cho phụ nữ mang thai.

Bảng 6.2 Các lựa chọn trong điều trị giảm gò ngắn hạn

Thuốc giảm gò	Đường sử dụng (liều)	Hiệu quả*	
Magnesium sulfate	IV (bolus 4-6 g sau đó truyền 2-3 g/giờ)	Hiệu quả	
<i>Đồng vận β-Adrenergic</i>			
- Terbutaline sulfate	IV (truyền 2 µg/phút, tối đa 80 µg/phút)	SC (0.25 mg mỗi 20 phút)	Hiệu quả
- Ritodrine hydrochloride		IV (truyền 50 µg/phút, tối đa 350 µg/phút)	Hiệu quả
		IM (5-10 mg mỗi 2-4 giờ)	Hiệu quả
<i>Ức chế Prostaglandin</i>			
- Indometacin	Uống (25-50 mg mỗi 4-6 giờ)	Đặt hậu môn (100 mg mỗi 12 giờ)	Hiệu quả
<i>Ức chế calcium</i>			
- Nifedipine	Uống (20-30 mg mỗi 4-8 giờ)		Hiệu quả
<i>Đối vận Oxytocin</i>			
- Atosiban	IV (truyền 1 µmol/L mỗi phút, tối đa 32 µmol/L mỗi phút)		Hiệu quả
<i>Thuốc khác</i>			
- Ethanol	(chỉ sử dụng trong quá khứ)		
- Nitroglycerin	3 lần 1 ngày (10-50 mg mỗi ngày)	IV (bolus 100 µg, truyền 1-10 µg/kg mỗi phút)	Hiệu quả
		Chưa được chứng minh	
		Chưa được chứng minh	

*Hiệu quả được định nghĩa là lợi ích đã được chứng minh trong việc trì hoãn sinh non trong 24-48 giờ so với placebo (giả dược) hoặc so với các biện pháp điều trị tiêu chuẩn.

IM: Tiêm bắp; IV: Tiêm tĩnh mạch; SC: Tiêm dưới da.

8 Ngày càng có nhiều bằng chứng rằng việc bổ sung progesterone (không phải điều trị, mà là dự phòng) từ 16-20 tuần đến 34-36 tuần có thể làm giảm tỉ lệ sinh non và giúp cải thiện dự hậu chu sinh ở một số phụ nữ có nguy cơ cao, đặc biệt là phụ nữ có tiền sử sinh non không rõ nguyên nhân và phụ nữ có cổ tử cung ngắn (<1.5 cm ở thời điểm 22-24 tuần). Nghiên cứu gần đây cho thấy các trường hợp đẻ thai không có khả năng hưởng lợi từ việc bổ sung progesterone. Lưu ý rằng đây là dự phòng với progesterone ở phụ nữ có nguy cơ cao, chứ không phải là điều trị bằng progesterone ở thai phụ nhập viện vì chuyển dạ sinh non.

Xem Chương 57 và 42.

CƠ HỘI VÀ RỦI RO

1 Ối vỡ sớm (Premature rupture of membranes - PROM) được định nghĩa là vỡ màng ối trước khi vào chuyển dạ và có thể xảy ra ở bất kỳ tuổi thai nào. Ối vỡ non trên thai non tháng (preterm PROM - PPROM) để cập đến ối vỡ sớm ở tuổi thai <37 tuần. Yếu tố nguy cơ cụ thể trong trường hợp này bao gồm tiền sử của bệnh mô liên kết lupus đỏ, sử dụng steroid mạn tính, và ra máu trong hai tam cá nguyệt đầu tiên của thai kỳ. Chúng ta cũng nên hỏi các yếu tố nguy cơ khác về tiền sử ối vỡ non trước đây (nguy cơ tái phát là 20%-30% so với 4% ở bệnh nhân có thai kỳ trước đó không biến chứng), nhau bong non (có thể chiếm 10%-15% trường hợp ối vỡ non), tiền sử hở eo tử cung, nhiễm trùng ối hoặc âm đạo cổ tử cung, chọc ối hoặc sinh thiết gai nhau, hút thuốc lá, đa thai, đa ối, phơi nhiễm với diethylstilbestrol (DES) *trong tử cung*, thiếu máu, và các yếu tố nhân khẩu học (chẳng hạn như tình trạng kinh tế-xã hội thấp và tình trạng chưa lập gia đình). Yếu tố được biết đến *không* liên quan với ối vỡ non bao gồm giao hợp, khám cổ tử cung, tập thể dục, và sinh con so hay con rạ.

2 Ối vỡ sớm là một chẩn đoán *lâm sàng*. Chẩn đoán này thường được gọi ý bởi tình trạng ra nước tiết âm đạo, và chẩn đoán xác định bằng cách đặt mỏ vịt vô trùng tìm một dịch âm đạo có độ pH kiềm (chuyển giấy nitrazine từ màu vàng sang màu xanh) và chứng nghiệm kết tinh hình lá dương xỉ. Giảm sút lượng nước ối trên siêu âm có thể gọi ý chẩn đoán. Tuy nhiên, lượng nước ối trên siêu âm bình thường không loại trừ chẩn đoán. Nếu không rõ ràng, tiêm thuốc nhuộm xuyên qua bụng vào trong khoang ối (dùng indigo mà không phải là xanh methylene do chất này làm tăng nguy cơ bị methemoglobin cho bệnh nhân) và bằng chứng cho thấy rò thuốc nhuộm vào âm đạo bằng cách đặt băng vệ sinh trong vòng 20-30 phút sẽ xác định chẩn đoán. Tuy nhiên, thủ thuật này hiếm khi được thực hiện vì những nguy cơ của chọc ối, trong đó bao gồm cả ối vỡ non.

3 Chẩn đoán phân biệt nên bao gồm tiêu không tự chủ, tiết dịch hoặc nhiễm trùng âm đạo, chất nhầy cổ tử cung, và chuyển dạ sinh non.

4 *Biến chứng ở trẻ sơ sinh* có liên quan chủ yếu đến sinh non. Ối vỡ non làm tăng tỉ lệ tử vong chu sinh bốn lần và tỉ lệ mắc bệnh ở trẻ sơ sinh gấp ba lần, trong đó có hội chứng suy hô hấp (RDS), nhiễm trùng ối (xảy ra ở 15%-30% trường hợp ối vỡ non và chiếm 3%-20% các nguyên nhân gây tử vong ở trẻ sơ sinh), và xuất huyết não thất (IVH). Biến chứng khác ở trẻ sơ sinh bao gồm giảm sản phổi của thai nhi (xảy ra trong 25% trường hợp thai <22 tuần), dị tật xương (xảy ra trong 12% trường hợp ối vỡ non và có liên quan đến mức độ nghiêm trọng và thời gian ối vỡ non), sa dây rốn (đặc biệt là trường hợp không phải ngôi đầu), và tăng tỉ lệ mổ lấy thai (do ngôi thai). Nhau bong non có liên quan ối vỡ non trong 10%-15% trường hợp; đó là một nguyên nhân hoặc kết quả của ối vỡ non thì chưa được biết rõ ràng.

Biến chứng cho mẹ bao gồm nhiễm trùng ối (xảy ra ở 15%-30% trường hợp so với 1% ối vỡ khi thai đủ ngày) và viêm nội mạc tử cung sau sinh. **5** Có. Không có bằng chứng cho thấy sức khỏe thai bất thường ("thai suy"), chuyển dạ sinh non không thể ngăn cản, chảy máu không rõ nguyên nhân, nhiễm trùng ối, và tuổi thai còn nhỏ (<34 tuần). Tuy nhiên, khả năng đi vào chuyển dạ trong vòng 24-48 giờ và 7 ngày ở bệnh nhân này lấn lướt là 50% và 70%-90%. Do nhiễm trùng ối là nguyên nhân chính của ối vỡ non, chúng ta có thể xem xét chọc ối để loại trừ các trường hợp nhiễm trùng chưa có biểu hiện lâm sàng. Giá trị phù hợp với nhiễm trùng bao gồm bằng chứng về vi khuẩn trên nhuộm Gram hoặc cây, glucose <20 mg/dL, số lượng bạch cầu (WBC) >100 tế bào/mm³, và LDH ≥400 U/L.

6 Cả ACOG (Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ) và NIH (Viện Y tế Quốc gia) khuyến cáo sử dụng một đợt steroid trước sinh duy nhất ở bệnh nhân ối vỡ non có tuổi thai <32 tuần để giảm RDS, viêm ruột hoạt tử (NEC), và xuất huyết não thất (IVH) khoảng 50%.

7 Khi điều trị bệnh nhân ối vỡ non, các bác sĩ lâm sàng phải cân nhắc nguy cơ sinh non với nguy cơ của điều trị bảo tồn, chủ yếu nguy cơ nhiễm trùng tăng dần. Như vậy, việc điều trị ối vỡ non nên tùy vào mỗi tình huống. Nói chung, ối vỡ non là một chống chỉ định tương đối sử dụng các thuốc giảm gà. Giảm gà có thể trì hoãn thai kỳ 1-2 ngày, nhưng không cải thiện bệnh suất và tử suất chu sinh, và có thể tăng tỉ lệ nhiễm trùng cho mẹ và trẻ sơ sinh. Kháng sinh phổ rộng dự phòng đã được chứng minh có tác dụng kéo dài thai kỳ trong ối vỡ non, nhưng vẫn chưa rõ có cải thiện kết quả chu sinh hoặc có thể ngăn ngừa nhiễm trùng ối hay không. Một số phác đồ kháng sinh phổ rộng đã được nghiên cứu và hiện nay chưa có bằng chứng để đề nghị phác đồ khác. Chấm dứt thai kỳ được khuyến khích ngay lập tức nếu có bằng chứng của nhiễm trùng ối, chảy máu âm đạo nhiều mà không rõ nguyên nhân, sức khỏe của thai không tốt ("thai suy"), chuyển dạ sinh non, hoặc tuổi thai đã thuận lợi (>34 tuần).

Case 8: Thai quá ngày

1 Thời gian trung bình của thai kỳ là 40 tuần (280 ngày) kể từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối (LMP). "Đủ ngày" là thai từ 37 tuần đến 42 tuần. Thai quá ngày (kéo dài) được định nghĩa là tuổi thai ≥42 tuần (≥294 ngày) tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối. Tỉ lệ thai quá ngày phụ thuộc vào sự pha trộn dân số (bao gồm cả tỉ lệ phụ nữ mang thai con so, phụ nữ có biến chứng thai kỳ, và tỉ lệ sinh non) và mô hình thực tế tại từng địa phương (vd. tỉ lệ mổ lấy thai và khởi phát chuyển dạ thường quy). Nên chung, khoảng 10% (từ 3%-14%) số trường hợp đơn thai có nguy cơ thấp vẫn tiếp tục tiến triển ở tuổi thai 42 tuần và 4% (2%-7%) sẽ tiếp tục sau 43 tuần trong trường hợp không có can thiệp sản khoa. Siêu âm xác định tuổi thai thường quy trong lần khám thai đầu tiên (thường được thực hiện ở châu Âu nhưng tại Hoa Kỳ thì không bắt buộc) sẽ làm giảm đáng kể tỉ lệ thai quá ngày.

2 Yếu tố nguy cơ cho thai quá ngày bao gồm mang thai sinh con so (sinh con lần đầu) và có tiền căn bị thai quá ngày. Trong những trường hợp hiếm, thai có thể liên quan với thiếu hụt men sulfatase nhau thai hoặc thiếu một phần não của thai nhi (trong những trường hợp không bị đái ối). Tuy nhiên, chúng ta đều không thể xác định được nguyên nhân của hầu hết thai quá ngày.

3 Xác định tuổi thai là điều quan trọng để chẩn đoán thai quá ngày. Tuổi thai có thể được coi là chính xác nếu có ≥2 các tiêu chuẩn sau đây:

Bảng 8.1 Xác định tuổi thai

Tiêu chuẩn lâm sàng

- ≥39 tuần đã trôi qua kể từ LMP ở thai phụ có chu kỳ kinh nguyệt đều đặn và không có tiền căn sử dụng thuốc ngừa thai (uống).
- Tim thai đã được ghi nhận tại thời điểm ≥20 tuần bởi dụng cụ ghi tim thai phi điện tử hoặc khi ≥30 tuần bằng siêu âm Doppler.

Tiêu chuẩn cận lâm sàng

- ≥36 tuần đã trôi qua kể từ khi β-hCG huyết thanh dương tính.
- Siêu âm ước tính tuổi thai được coi là chính xác nếu dựa trên chiều dài đầu-mông đo ở tuổi thai 6-11 tuần HOẶC đường kính lưỡng đỉnh đo tại thời điểm <20 tuần.

4 Tiến hành khởi phát chuyển dạ và cho sinh đúng thời điểm là yếu tố quyết định dự hậu chu sinh. Thai quá ngày có liên quan đến sự gia tăng đáng kể bệnh suất và tử suất chu sinh. Khi thai quá 42 tuần, tỉ lệ tử vong chu sinh (bao gồm thai chết lưu cộng với tử vong sơ sinh) tăng đến 4-7/ 1,000 trường hợp so với 2-3/1,000 trường hợp sinh ở tuổi thai 40 tuần. Tử vong chu sinh khi thai 43 tuần gấp 4 lần so với ở 40 tuần, và cao hơn 5-7 lần khi thai 44 tuần.

Bệnh suất của thai nhi cũng tăng lên sau 42 tuần. Trẻ sơ sinh quá ngày có cân nặng trung bình lớn hơn trẻ đủ ngày (khoảng 2.5%-10% trẻ sinh ra sau 42 tuần có trọng lượng quá 4,500 g so với 0.8%-1% ở 40 tuần) và như vậy dễ mắc các biến chứng liên quan đến thai to, bao gồm cả chuyển dạ kéo dài, bất xứng đầu chậu, và kẹt vai với hậu quả là các sang chấn ở hệ thần kinh. Hơn nữa, 20%-40% thai quá ngày bị "hội chứng tăng trưởng bất thường" với bằng chứng thai chậm tăng trưởng trong tử cung thứ cấp do suy nhau thai mạn tính. Thai quá ngày có nguy cơ chèn ép rốn, kết quả test sức khỏe thai nhi bất thường, hít phàn su, các biến chứng ở trẻ sơ sinh ngắn hạn (bao gồm cả hạ đường huyết và co giật), và di chứng thần kinh lâu dài.

Tại thời điểm 1 và 2 tuổi, chỉ số IQ chung, các cột mốc phát triển thể chất, và tần suất mắc bệnh sẽ tương tự với các trẻ sơ sinh đủ tháng (bình thường) và những trẻ có thai kỳ kéo dài nhưng không bị biến chứng nào. 5 Mặc dù nguy cơ thai quá ngày phần lớn tập trung vào thai, các nghiên cứu đã chỉ ra rằng thai quá ngày cũng gây ra nguy cơ đáng kể cho người mẹ (xem dưới đây).

Bảng 8.2 Nguy cơ cho mẹ ở những trường hợp thai quá ngày

Biến chứng cho mẹ	Tỉ lệ (%)
Chuyển dạ khó khăn	9%-12% (so với 2%-7% đối với thai đủ ngày)
Mổ lấy thai	Tăng gấp 1.5-2 lần
Chấn thương tầng sinh môn	3.3% (so với 2.6% đối với thai đủ ngày)
Băng huyết sau sinh	10% (so với 8% đối với thai đủ ngày)

6 Trong quá khứ, ACOG đề nghị tiến hành khởi phát chuyển dạ đối với những thai kỳ nguy cơ thấp và tính đúng tuổi thai trong vòng tuần lẻ 43. Tuy nhiên, hiện nay, ACOG không khuyến cáo một thời điểm cụ thể nào. Chúng ta nên thảo luận quyết định có chấm dứt thai kỳ hay không cùng với bệnh nhân, và phải dựa vào các yếu tố như tuổi thai, sức khỏe thai, lượng nước ối, và độ xóa-mở cổ tử cung. Hầu hết các bác sĩ sản khoa chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 41 tuần và chỉ trong một vài trường hợp, bác sĩ có thể sẽ để tiếp tục thai kỳ qua thời điểm 42 tuần.

7 Nếu quyết định tiếp tục theo dõi cho thai kỳ này (nguy cơ thấp) ở tuổi thai 41 tuần, chúng ta cần theo dõi sức khỏe thai. Mặc dù việc theo dõi sức khỏe thai trong các trường hợp thai quá ngày (>42 tuần) đã được chấp nhận rộng rãi, nhưng hiện tại vẫn không có đủ bằng chứng cho thấy quá trình này giúp cải thiện rõ ràng dự hậu chu sinh hoặc có bất kỳ lợi ích nào của việc chỉ định theo dõi sức khỏe thai định kỳ khi tuổi thai 40-42 tuần. Hơn nữa, không có phương pháp theo dõi nào tỏ ra vượt trội so với các phương pháp khác. Hầu hết các khuyến cáo đề nghị đo non-stress test (NST) mỗi tuần 2 lần, trắc đồ sinh-vật lý (BPP), và/hoặc siêu âm kiểm tra lượng nước ối. Chấm dứt thai kỳ nên được thực hiện ngay nếu có bằng chứng thai suy hoặc thiếu ối.

Xem Chương 52, 60 và 62.

Case 9: Đái tháo đường thai kỳ

1 Đái tháo đường thai kỳ (GDM) là tình trạng rối loạn dung nạp glucose xảy ra khi mang thai hoặc được phát hiện lần đầu trong khi mang thai, và xảy ra khoảng 5% thai kỳ. Đái tháo đường thai kỳ có khả năng bao gồm một số bệnh nhân không được chẩn đoán đái tháo đường trước lúc mang thai.

2 Bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ thường không có triệu chứng. Trong một nghiên cứu đoàn hệ nhỏ, người ta thấy rằng nếu cho sàng lọc đái tháo đường thai kỳ trong một nhóm nhỏ trưởng hợp sẽ không mang lại hiệu quả về mặt kinh tế. Những trưởng hợp này là những phụ nữ dưới 25 tuổi có chỉ số BMI bình thường ($BMI <25 \text{ kg/m}^2$), không có mẹ/ chị em gái bị đái tháo đường, không có yếu tố nguy cơ (như tiền căn đái tháo đường thai kỳ, có đề kháng insulin/ hội chứng buồng trứng đa nang, tiền sử sinh con to, thai chết lưu không rõ nguyên nhân trước đó, và có đường niệu (+) kéo dài), và không phải là thành viên của các chủng tộc có tỉ lệ cao mắc đái tháo đường (chẳng hạn như người châu Mỹ Latin, người thổ dân Hoa Kỳ, châu Á, hoặc người Hoa Kỳ gốc Phi). Do những bệnh nhân hoàn toàn không có nguy cơ nào rất hiếm, nên hầu hết các chuyên gia và các tổ chức đề nghị tầm soát đái tháo đường thai kỳ ở tất cả thai phụ. Thời gian lý tưởng để sàng lọc đái tháo đường thai kỳ là 24-28 tuần tuổi thai. Đối với phụ nữ có nguy cơ cao bị đái tháo đường thai kỳ (được liệt kê ở trên), sàng lọc đái tháo đường thai kỳ được khuyến khích ở lần khám thai đầu tiên. Nếu xét nghiệm tầm soát lần đầu âm tính, ta cần lặp lại khi tuổi thai 24-28 tuần.

3 Các test sàng lọc phổ biến nhất cho đái tháo đường thai kỳ là nghiệm pháp dung nạp glucose (còn gọi là test GCT). Đây là nghiệm pháp uống 50 g glucose, sau đó 1 giờ sẽ đo nồng độ glucose trong máu tĩnh mạch. Hầu hết các tác giả đều đồng ý rằng test dương tính khi nồng độ glucose 1 giờ $>140 \text{ mg/dL}$. Sử dụng trị số cut-off thấp hơn (chẳng hạn như $>130 \text{ mg/dL}$) sẽ làm tăng tỉ lệ phát hiện đái tháo đường thai kỳ, nhưng sẽ làm tăng đáng kể tỉ lệ dương tính giả.

Không có giá trị cut-off nào của nghiệm pháp này được dùng để chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ. Chẩn đoán xác định đái tháo đường thai kỳ đòi hỏi một nghiệm pháp dung nạp glucose 3 giờ (GTT). Trong thai kỳ, khi làm GTT, chúng ta cần đưa vào một lượng carbohydrate thích hợp cho bệnh nhân trong vòng 3 ngày, sau đó cho uống 100 g glucose sau khi nhịn ăn qua đêm. Nồng độ glucose tĩnh mạch được đo lúc đói và tại các thời điểm 1 giờ, 2 giờ, 3 giờ sau khi uống 100 g glucose. Mặc dù chúng ta đồng thuận rằng nếu có ≥ 2 giá trị bất thường sẽ giúp xác định chẩn đoán, nhưng lại có rất ít sự đồng thuận giữa các trị số glucose nằm trong phạm vi bất thường khi mang thai (xem bên dưới). Hầu hết các tổ chức sử dụng giá trị cut-off của (Nation Diabetes Data Group - NDDG) hoặc của các tác giả Carpenter và Coustan. Đo HbA1c không hữu ích trong việc chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ, mặc dù nó có thể hữu ích trong việc chẩn đoán bệnh đái tháo đường trước thai kỳ.

Bảng 9.1 Nghiệm pháp chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ trong

nghiệm pháp 100 g glucose

NÔNG ĐỘ GLUCOSE HUYẾT TƯƠNG (mg/dL) (mmol/L)*			
	NDDG	Sacks và cs.	Carpenter và Coustan
Ngay sau uống glucose	105 (5.8)	96 (5.3)	95 (5.2)
Sau 1 giờ	190 (10.6)	172 (9.4)	180 (9.9)
Sau 2 giờ	165 (9.2)	152 (8.3)	155 (8.6)
Sau 3 giờ	145 (8.1)	131 (7.2)	140 (7.7)

* Các giá trị trong ngoặc đơn vị mmol/L.

4 Đái tháo đường thai kỳ gây ra tương đối ít biến chứng cho mẹ. Bệnh nhân bị đái tháo đường thai kỳ không có nguy cơ nhiễm ceton (DKA), tình trạng này chủ yếu là do tình trạng thiếu insulin tuyệt đối. Tuy nhiên, đái tháo đường thai kỳ có liên quan với tăng nguy cơ chấn thương lúc sinh và tăng bệnh suất/tử suất chu sinh. Nguy cơ cho thai/trẻ sơ sinh có liên quan trực tiếp đến kích thước của thai. Thai to là khi trọng lượng ước tính thai nhi ≥4,500 g. Đây là một trị số cut-off không có mối liên quan nào với tuổi thai, giới tính của trẻ, có hay không bệnh đái tháo đường, hoặc trọng lượng thực tế lúc sinh.

Mục tiêu điều trị trước sinh của đái tháo đường thai kỳ là ngăn chặn các biến chứng thai to và hậu quả của biến chứng này bằng cách duy trì lượng đường trong máu của mẹ ở mức lý tưởng trong suốt thai kỳ (đường huyết lúc đói <95 mg/dL và 1 giờ sau ăn <140 mg/dL). Điều trị ban đầu nên là thay đổi chế độ ăn (36 kcal/kg hoặc 15 kcal/lb trọng lượng cơ thể lý tưởng cộng với 100 kcal mỗi ba tháng gồm 40%-50% carbohydrate, 20% protein, và 30%-40% chất béo để tránh quá trình dị hóa protein), tập thể dục vừa phải, theo dõi nồng độ đường huyết hàng ngày, hàng tuần và trước sinh để theo dõi quá trình kiểm soát đường huyết có hiệu quả hay không. Nếu chế độ ăn uống không thể duy trì đường huyết ở mức lý tưởng, chúng ta có thể điều trị hạ đường huyết. Nếu mức đường huyết lúc đói ban đầu là >95 mg/dL, có thể bắt đầu điều trị ngay lập tức bởi vì không có chế độ ăn uống nào đủ để kiểm soát đường huyết trong trường hợp này.

Insulin vẫn là "tiêu chuẩn vàng" trong điều trị đái tháo đường thai kỳ. Các thuốc hạ đường huyết (uống) thường được tránh sử dụng trong thai kỳ vì những lo ngại gây dị ứng cho thai và gây hạ đường huyết kéo dài ở trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây cho thấy các thuốc hạ đường huyết thế hệ thứ hai (glyburide, glipizide) không qua nhau thai, an toàn trong thai kỳ, và có thể kiểm soát đường huyết trong 85% trường hợp.

5 Như đã nói ở trên, biến chứng của đái tháo đường thai kỳ chủ yếu là thai to, tăng tỉ lệ mổ lấy thai, sinh giúp (ngả âm đạo), chấn thương cho mẹ (chấn thương âm đạo, tăng sinh mòn, trực tràng) và thai (bao gồm chấn thương xương khớp và thần kinh). Kết vai gây chấn thương đám rối thần kinh cánh tay (liết Erb) là một hậu quả nặng nề của thai to, và tiếp tục tăng trong các trường hợp đái tháo đường thai kỳ vì thai to của bệnh đái tháo đường có liên quan đến tăng đường kính ngực trên của thai.

Việc mổ lấy thai chương trình để giảm nguy cơ chấn thương lúc sinh cho mẹ và thai trong các trường hợp thai to hiện vẫn còn gây tranh cãi. Theo hướng dẫn của ACOG, mổ lấy thai tại tuổi thai ≥39 tuần được khuyến khích cho tất cả các phụ nữ không mắc bệnh đái tháo đường có ước lượng cân thai (EFW) ≥5,000 g hoặc ≥4,500 g đối với trường hợp có đái tháo đường để giảm thiểu nguy cơ chấn thương khi sinh. Hơn nữa, cũng có các khuyến cáo khác về cách sinh an toàn nhất với phụ nữ đang mang thai không bị đái tháo đường có EFW ≥4,500 g (hoặc ≥4,000 g đối với người bệnh đái tháo đường).

6 Nếu bệnh nhân từ chối mổ lấy thai, nên được chờ đợi chuyển dạ tự nhiên. Khởi phát chuyển dạ cho những trường hợp thai to này không làm giảm nguy cơ mổ lấy thai hoặc những biến chứng trong chuyển dạ, do đó thường không được khuyến khích. Nếu vẫn không có chuyển dạ ở tuổi thai 41 tuần, bệnh nhân cần được tư vấn một lần nữa về khởi phát chuyển dạ và/hoặc mổ lấy thai.

Trong chuyển dạ, nồng độ glucose ở mẹ nên được duy trì ở mức 100-120 mg/dL để giảm thiểu nguy cơ thiếu oxygen - thiếu máu cục bộ cho thai trong chuyển dạ. Theo dõi tim thai liên tục được khuyến khích trong suốt quá trình chuyển dạ. Các phương pháp dùng đầu dò đặt trong tử cung (catheter do áp lực trong tử cung [IUPC]) và/hoặc đặt điện cực lên da đầu thai có thể được sử dụng, nếu có chỉ định. Nồng độ đường trong máu ở trẻ sơ sinh nên được đo trong vòng 1 giờ sau khi sinh và khuyến khích cho trẻ bú sớm.

Quá trình sổ thai và sổ nhau giúp loại bỏ nguồn gốc của hormone kháng insulin gây ra đái tháo đường thai kỳ. Như vậy, chúng ta không cần điều trị ở giai đoạn ngay sau sinh. Nghiệm pháp GGT 2 giờ phải được thực hiện 6-8 tuần sau khi sinh trong tất cả các phụ nữ có đái tháo đường thai kỳ để loại trừ bệnh đái tháo đường trước khi mang thai. Xem Chương 45.

Case 10: Tiền sản giật

1 Tiền sản giật được định nghĩa là tăng huyết áp mới xuất hiện và protein niệu (+) khi tuổi thai >20 tuần. Kĩ thuật chính xác để đo huyết áp trong thai kỳ là đo sau khi nghỉ ngơi ít nhất là 5 phút và sử dụng túi đo huyết áp có kích thước thích hợp đặt trên cánh tay ngang mức tim, sử dụng tiếng Korotkoff thứ năm để xác định huyết áp tâm trương. Tăng huyết áp có ý nghĩa là huyết áp tâm thu ≥140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥90 mmHg kéo dài ở một người trước đó huyết áp bình thường. Chú ý sự gia tăng huyết áp tâm thu ≥30 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương lân lượt ≥30 mmHg và ≥15 mmHg không còn được dùng để chẩn đoán (tiền sản giật). Protein niệu có ý nghĩa là protein niệu ≥1+ khi xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu, hoặc nếu muốn chính xác hơn chúng ta có thể chỉ định làm xét nghiệm protein nước tiểu 24 giờ (dương tính khi protein niệu ≥300 mg).

Trước đây, trong định nghĩa của tiền sản giật có bao gồm triệu chứng phù không theo trọng lực (tức là phù bàn tay và khuôn mặt), nhưng hiện nay tiêu chuẩn này không cần thiết để chẩn đoán nữa.

Chẩn đoán tiền sản giật chỉ được thực hiện khi tuổi thai >20 tuần. Nếu tăng huyết áp, protein niệu xuất hiện khi thai <20 tuần chúng ta nên nghĩ đến khả năng thai trứng, do hội chứng cai thuốc, hội chứng kháng thể kháng phospholipid, hoặc hiếm gặp hơn là bất thường nhiễm sắc thể thai nhi.

2 Sau khi chẩn đoán tiền sản giật, bệnh nhân nên được phân loại: tiền sản giật "nhẹ" hoặc "nặng". Không có phân loại tiền sản giật "trung bình". Tiền sản giật nhẹ bao gồm tất cả bệnh nhân có chẩn đoán tiền sản giật, nhưng không có đặc điểm của tiền sản giật nặng. Tiền sản giật nặng khi đáp ứng các tiêu chuẩn tiền sản giật và có một hoặc nhiều tiêu chí được liệt kê dưới đây. Lưu ý rằng chỉ có một trong những tiêu chí được liệt kê là có thể phân loại tiền sản giật nặng.

Bảng 10.1 Các đặc điểm của tiền sản giật nặng

Triệu chứng

- Các triệu chứng rối loạn chức năng hệ thần kinh trung ương (nhìn mờ, ám thị, trạng thái tâm thần thay đổi, và/hoặc nhức đầu dữ dội)
- Các triệu chứng của căng bao gan (đau vùng bụng phía bên phải và/hoặc đau vùng thượng vị)

Dấu chung

- Tăng huyết áp nặng (được định nghĩa là huyết áp tâm thu ≥160/110 mmHg, đo hai lần cách nhau ít nhất 6 giờ)
- Phù phổi
- Sản giật (co giật toàn thân và/hoặc hôn mê không giải thích được)
- Tai biến mạch máu não
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung

Cận lâm sàng

- Protein niệu (>5 g/24 giờ)
- Suy thận hoặc thiếu niệu (<500 mL/24 giờ)
- Hủy bào gan (nồng độ transaminase huyết thanh tăng gấp hai lần hoặc nhiều hơn bình thường)
- Giảm tiểu cầu (<100,000 platelets/mm³)
- Rối loạn đông máu
- Hội chứng HELLP (tán huyết, tăng men gan, giảm tiểu cầu)

3 Tiễn sản giật là một rối loạn tại nhiều hệ thống trong thai kỳ và giai đoạn chu sản. Tiễn sản giật không xảy ra tự nhiên trong các loài động vật khác. Chính xác hơn, đây là một căn bệnh của nhau thai vì tiễn sản giật đã được mô tả trong những trường hợp thai kỳ chỉ có nguyên bào nuôi (trophoblast) nhưng không có các mô thai (thai trứng toàn phần). Tỷ lệ tiễn sản giật là 5%-7% tổng số thai kỳ.

Sinh lý bệnh tiễn sản giật vẫn chưa rõ ràng. Ít nhất là 6 giả thuyết đã được đề xuất, bao gồm: (1) dấu ấn di truyền; (2) kém thích nghi miễn dịch; (3) thiếu máu cục bộ nhau thai; (4) rối loạn chức năng nội mô; (5) rối loạn trong cấu tạo của các acid béo tự do, lipoprotein, và/hoặc chuyển hóa lipid peroxidase; (6) sự mất cân bằng trong biểu hiện yếu tố tăng tạo mạch và kháng tạo mạch. Cơ chế chính dường như là có rối loạn (một phần hoặc hoàn toàn) trong quá trình xâm nhập lần hai của nguyên bào. Chính cơ chế này chịu trách nhiệm sửa chữa các động mạch xoắn và thành lập tuần hoàn nhau thai. Quá trình này thường hoàn thành khi thai 16-18 tuần. Nếu quá trình này bị kìm khuyết (gọi là "sự xâm nhập nội mạch nồng" của nhau thai), các tiểu động mạch xoắn không thể giãn đầy đủ để đáp ứng nhu cầu phát triển của thai và nhau thai. Điều này dẫn đến thiếu máu cục bộ nhau thai với việc thải ra một "yếu tố gây độc" cho mạch máu lưu thông của mẹ, dẫn đến co mạch toàn thân và tổn thương lớp nội mô mạch máu, và biểu hiện lâm sàng là tiễn sản giật. Do đó, sự phát triển của tiễn sản giật diễn ra vào đầu thai kỳ, mặc dù các biểu hiện lâm sàng chỉ xuất hiện vào nửa cuối của thai kỳ.

4 Có rất nhiều yếu tố nguy cơ của tiễn sản giật đã được mô tả (liệt kê dưới đây). Điều đó có nghĩa là chúng ta thường không thể dự đoán chính xác một người sẽ bị tiễn sản giật hay không. Hơn nữa, tiễn sản giật chưa thể ngăn ngừa một cách hiệu quả. Mặc dù có nhiều nghiên cứu hứa hẹn, nhưng aspirin liều thấp, bổ sung calcium, nghỉ ngơi tại giường, hạn chế sodium, và/hoặc bổ sung vitamin C và E chưa được chứng minh là giúp ngăn chặn tiễn sản giật ở cả hai nhóm nguy cơ thấp và nguy cơ cao.

Bảng 10.2 Yếu tố nguy cơ tiễn sản giật

Yếu tố nguy cơ	Nguy cơ tương đối
Con so	3
Người Hoa Kỳ gốc Phi	15
Lớn tuổi hay nhỏ tuổi (<18, >40)	3
Đa thai	4
Tiễn sản gia đình bị tiễn sản giật (những người có quan hệ trực hệ)	5
Tiễn sản tiền sản giật	10-14
Tăng huyết áp mạn tính	10
Bệnh thận mạn tính	20
Hội chứng kháng phospholipid	10
Đái tháo đường	2
Bệnh mô liên kết (như Lupus)	2-3
Béo phì	2
Gene Angiotensinogen T235	
- Cùng trứng	20
- Khác trứng	4

5 Chấm dứt thai kỳ là biện pháp điều trị duy nhất có hiệu quả đối với tiễn sản giật. Chấm dứt thai kỳ cần được xem xét trong tất cả các phụ nữ có tiễn sản giật nhẹ ở tuổi thai thuận lợi (thường là 36-37 tuần). Chấm dứt thai kỳ cũng được khuyến khích cho tất cả những phụ nữ có tiễn sản giật nặng bất kể tuổi thai, với ba trường hợp ngoại lệ:

- Tiễn sản giật nặng chỉ do protein niệu (vì số lượng protein trong nước tiểu không có tương quan với kết quả mẹ và dự hậu chu sinh)
- Tiễn sản giật nặng chỉ có thai chậm tăng trưởng trong tử cung, tuổi thai còn nhỏ với kết quả các test kiểm tra sức khỏe thai bình thường (mặc dù bệnh nhân nên được nhập viện và kiểm tra sức khỏe thai hàng ngày)
- Tiễn sản giật nặng chỉ theo tiêu chí huyết áp với tuổi thai <32 tuần (một số nghiên cứu cho thấy tiếp tục thai kỳ là hợp lý và an toàn trong trường hợp kiểm soát huyết áp cần thận và chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 34 tuần).

Mức độ gia tăng huyết áp không phải là yếu tố tiên đoán giúp ta tiên đoán sẽ xảy ra tiễn sản giật hay không (đây là sự xuất hiện của một hoặc nhiều cơn co giật toàn thân và/hoặc hôn mê ở bệnh nhân tiễn sản giật với điều kiện không kèm theo bệnh lý thần kinh nào khác). Mặc dù sử dụng các loại thuốc hạ huyết áp không làm thay đổi quá trình tiễn sản giật cho mẹ hoặc thai, kiểm soát huyết áp là thành tố rất quan trọng để ngăn ngừa tai biến mạch máu não ở mẹ, mà thường xảy ra khi huyết áp ≥170/120 mmHg. Vì lý do này, các loại thuốc hạ huyết áp có thể được sử dụng trong khi chuyển dạ để duy trì huyết áp <160/110 mmHg.

Một khi quyết định chấm dứt thai kỳ, bệnh nhân cần được điều trị magnesium sulfate dự phòng trong chuyển dạ và trong 24-48 giờ sau khi sinh. Nếu tình hình cho phép, nên dùng liệu pháp corticosteroid trước khi sinh 24-48 giờ để corticosteroid phát huy tác dụng có lợi cho thai.

6 Một khi quyết định chấm dứt thai kỳ, nói chung là không có lợi ích nào được chứng minh của mổ lấy thai (so với sinh ngả âm đạo), và do vậy cho sinh ngả âm đạo là một lựa chọn hợp lý. Tuy nhiên, cơ hội sinh ngả âm đạo thành công ở một bệnh nhân tiễn sản giật nặng với cổ tử cung không thuận lợi chỉ khoảng 14%-20%. Mọi nỗ lực phải được thực hiện để tránh chuyển dạ kéo dài. Nếu không có đáp ứng với thuốc làm chín muối cổ tử cung sau 12 giờ, chỉ định mổ lấy thai nên được đưa ra xem xét.

Tiễn sản giật và các biến chứng của nó thường tự giới hạn sau sinh vài ngày (ngoại trừ đột quỵ). Đa niệu (>4 L/ngày) là dấu hiệu lâm sàng chính xác nhất cho thấy bệnh nhân đang hồi phục dần dần. Tiêu lượng thai phụ thuộc phần lớn vào tuổi thai lúc sinh và có xảy ra các biến chứng của sinh non hay không (chẳng hạn như hội chứng suy hô hấp, viêm ruột hoại tử, xuất huyết não thất, và bệnh phổi mạn tính).

Xem Chương 44.

Tài liệu đọc thêm

- Belfort MA, Saade GR, Foley MR, Phelan JP, Dildy GA, eds (2010) *Critical Care Obstetrics*, 5th edn. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse D, Spong CY, eds (2009) *Williams Obstetrics*, 23rd edn. New York: McGraw-Hill.
- Fritz MA, Speroff L, eds (2010) *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 8th edn. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven.
- Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, eds (2004). *Obstetrics: Normal and abnormal pregnancies*, 4th edn. New York: Churchill Livingstone.
- Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG, eds (2012) *Williams Gynecology*, , 2nd edn. New York: McGraw-Hill.
- Karlan BY, Bristow RE, Li AJ, eds (2012) *Gynecologic Oncology: Clinical practice & surgical atlas*. New York: McGraw-Hill.
- Queenan JT, Spong CY, Lockwood CJ, eds (2012) *Queenan's Management of High-Risk Pregnancy: An evidence-based approach*, 6th edn. Malden, MA: Wiley-Blackwell Publishing.
- Strauss J III, Barbieri RL, eds (2009) *Yen and Jaffe's Reproductive Endocrinology: Physiology, pathophysiology, and clinical management*, 6th edn. Philadelphia, PA: Saunders-Elsevier.
- Walters MD, Karram MM, eds (2006). *Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery*, 3rd edn. St Louis, MO: Mosby.
- Weiner CP, Buhimschi CS (2004) *Drugs for Pregnant and Lactating Women*. New York: Churchill Livingstone.

Phụ lục Chương 41: Sản khoa trong các sức khỏe ban đầu

Hình 41.1 THỜI GIAN VÀ CHỈ ĐỊNH XÉT NGHIỆM KHI MANG THAI

Test	Chỉ định để làm test	Thời điểm thực hiện test	Đối tượng xét nghiệm	Nhận xét	
				Lần khám thai đầu tiên	Lần khám thai đầu tiên
Cong thức máu (CBC)	<input checked="" type="checkbox"/> Thiếu máu <input checked="" type="checkbox"/> Số lượng tiểu cầu	Lần khám thai đầu tiên (lắp lại trong tam cá nguyệt 3)	Mọi người	<ul style="list-style-type: none">Ké đơn thuốc giúp bổ sung sắt cho phụ nữ có nồng độ Hb < 1 g/dL	
Sang lọc và phân loại nhóm máu (t&s)	<input checked="" type="checkbox"/> Rêu tố Rh <input checked="" type="checkbox"/> Tự kháng thể	Lần khám thai đầu tiên (lắp lại trong tam cá nguyệt 3) Lần khám thai đầu tiên (lắp lại trong tam cá nguyệt 3)	Mọi người	<ul style="list-style-type: none">Nếu là Rh(-) thi phải kiểm tra người bốNếu là Rh(-) thi phải cho dùng kháng thể chống D (anti-D) immunoglobulin) trong vòng 72 giờ từ khi bị xuất huyết âm đạo, vào tuần thứ 28 và sau khi sinh nếu có chỉ định của bác sĩNếu Rh đã được miễn dịch thì phải kiểm tra nồng độ mới tháng, tốt nhất là MFM, không dùng kháng thể chống D (anti-D) immunoglobulin)	
Kháng thể Rubella	<input checked="" type="checkbox"/> Tình trạng miễn dịch Rubella	Lần khám thai đầu tiên Lần khám thai đầu tiên (lắp lại trong tam cá nguyệt 3)	Mọi người	<ul style="list-style-type: none">Tiêm vaccine nếu có kết quả âm tính (nhưng không tiêm trong suốt thai kỳ)Các test sàng lọc bao gồm VDRL và RPR tuy nhiên, ta cần một test để chắc chắn (vd. FTA, NHA-TP)	
Xét nghiệm VDRL (hoặc RPR)	<input checked="" type="checkbox"/> Cho bệnh giang mai	Lần khám thai đầu tiên Lần khám thai đầu tiên (lắp lại trong tam cá nguyệt 3)	Mọi người	<ul style="list-style-type: none">Chẩn đoán yêu cầu xét nghiệm Elisa (kết nghiệm hấp thụ miễn dịch liên kết) và western blotCần nhắc xét nghiệm thêm vào tam cá nguyệt 3 để với bệnh nhân có nguy cơ cao	
Xét nghiệm Pap (kiểm tra thay đổi của tế bào trong cổ tử cung)	<input checked="" type="checkbox"/> Ứng thư cổ tử cung	Lần khám thai đầu tiên Lần khám thai đầu tiên	Mọi người	<ul style="list-style-type: none">Không cần thiết khi bệnh nhân vừa tiến hành xét nghiệm tầm soát	
Viêm gan virus B	<input checked="" type="checkbox"/> Nhóm viêm gan virus B	Lần khám thai đầu tiên (lắp lại trong tam cá nguyệt 3)	Mọi người	<ul style="list-style-type: none">Khang thế và vaccine viêm gan virus B có thể giúp thai nhi không bị nhiễmLặp lại hàng tháng với bệnh nhân có nguy cơ cao (nếu bệnh nặng cầu hình liêm, đái tháo đường và có tiền sử胎 phát nhิêm trùng đường niệu).	
Phản ứng tiểu cầu nước tiểu và làm kháng sinh đồ	<input checked="" type="checkbox"/> Protein niệu <input checked="" type="checkbox"/> Đường niệu <input checked="" type="checkbox"/> Nhóm khuẩn	Bất kỳ lúc nào	Mọi người	<ul style="list-style-type: none">Tất cả phụ nữ nên được khuyến cáo kiểm tra để sớm phát hiện ra mầm bệnhNếu thai phụ cho kết quả dương tính thì người bố nên được xét nghiệm và sau đó xin được tư vấn về di truyền	
Tư vấn di truyền	<input checked="" type="checkbox"/> Cho những hội chứng di truyền dựa trên những chi tiết trong phả hệ già dinh	Lần khám thai đầu tiên	Bệnh nhân có nguy cơ cao	<ul style="list-style-type: none">Nhóm sản tộc Do Thái bệnh Canavan (thoái hóa xốp hệ thần kinh), bệnh Tay Sachs, rối loạn thần kinh trong gia đìnhCó tiền sử gia đình mắc chứng chậm phát triển trí tuệ ở nam: hội chứng hemiplegia nhẹ để dễ gây đặc biệt với những bệnh nhân bị thiếu máu nghiêm trọng	
Xét nghiệm điện di hemoglobin	<input checked="" type="checkbox"/> Cho các chứng rối loạn hemoglobin	Lần khám thai đầu tiên	Bệnh nhân có nguy cơ cao	<ul style="list-style-type: none">Phụ nữ Hoa Kỳ gốc Phi nên được khuyến cáo tiến hành tầm soát chứng hồng cầu hemoglobinXem xét tiến hành cho phụ nữ vùng Địa Trung Hải mắc chứng thiếu máu để ngăn chặn mắc phải bệnh β-thalassemia	
Xét nghiệm Chlamydia	<input checked="" type="checkbox"/> Nhóm bệnh	Lần khám thai đầu tiên	Bệnh nhân có nguy cơ cao	<ul style="list-style-type: none">Xét nghiệm DNA trội hơn xét nghiệm大家可以	
Xét nghiệm Gonorrhoea (bệnh lậu)	<input checked="" type="checkbox"/> Nhóm bệnh	Lần khám thai đầu tiên	Bệnh nhân có nguy cơ cao	<ul style="list-style-type: none">Xét nghiệm DNA trội hơn xét nghiệm大家可以	
Tầm soát nhiễm độc nước tiểu	<input checked="" type="checkbox"/> Sử dụng các loại thuốc cấm	Trong mỗi lần khám thai	Bệnh nhân có nguy cơ cao	<ul style="list-style-type: none">Phụ nữ Hoa Kỳ gốc Phi nên được khuyến cáo tiến hành tầm soát chứng hồng cầu hemoglobinXem xét tiến hành cho phụ nữ vùng Địa Trung Hải mắc chứng thiếu máu để ngăn chặn mắc phải bệnh β-thalassemia	
Cân nặng (kg/m ²)	<input checked="" type="checkbox"/> Tăng cân	Trong mỗi lần khám thai	Mọi người	<ul style="list-style-type: none">Kiểm tra chức năng của thận và gan, lấy nước tiểu trong vòng 24 giờ đối với bệnh nhân có nguy cơ cao	
Chi số khối cơ thể (MBI)	<input checked="" type="checkbox"/> Triển sản giật (720w)				
Huyết áp					
Protein trong nước tiểu					

Tam cá nguyệt 1			
Siêu âm	✓ Xác định ngày sinh ✓ Khả năng tồn tại của thai nhi ✓ Đa thai	Thăm khám tiền sản lần đầu tiên Đánh giá nguy cơ thai dị bộ	Khi được chỉ thi lâm sàng
Nguy cơ thai dị bộ trong 3 tháng đầu tiên		Trong tuần thứ 11-14	Mọi người
Xét nghiệm lão hóa qua da (PDD test)	✓ Tiếp xúc với bệnh lao	Bắt cử lúc nào nhưng thường được tiến hành vào tam cá nguyệt 2 11-14 tuần	Mọi người
Sinh thiết nhau thai (CVS)	✓ Lập bộ nhiễm sắc thể bào thai	Bệnh nhân có nguy cơ cao	<ul style="list-style-type: none"> Nếu cho kết quả dương tính thì phải chụp X-quang lồng ngực Nếu kết quả chụp dương tính thì phải抜孕 chán vi khuẩn lao hoạt động và tiêm ngừa dự phòng NH
Tầm soát thai dị bộ bằng huyết thanh mẹ ở tam cá nguyệt 2	Ước lượng nguy cơ thai bị lệch bối nhiễm sắc thể	15-20 tuần	<ul style="list-style-type: none"> Sinh thiết nhưng mao màng đậm nhau thai không được tiến hành khi thai chưa được 9 tuần tuổi Quá test sử dụng 4 chất chí thai huyết thanh (β-HCG, estrol, AFP, inhibin A) để điều chỉnh nguy cơ thai dị bộ lên quan đến tuổi của thai phụ Không bao gồm siêu âm Trong số các chất chí thai huyết thanh của Quad test Nồng độ AFP trong huyết thanh thai phụ cao (>2.0 MoM) có khả năng dẫn đến dị胎 khiếm Siêu âm mang tính chẩn đoán
Xét nghiệm định lượng nồng độ AFP trong máu mẹ (MS-APP)	Ước lượng nguy cơ dị tật ống thần kinh	15-20 tuần	<ul style="list-style-type: none"> Bệnh nhân có nguy cơ cao Xét nghiệm chẩn đoán cho thai bị lệch bối nhiễm sắc thể Xét nghiệm dịch ối không được tiến hành khi thai <15 tuần tuổi Có thể tăng nguy cơ bị sảy thai
Chọc dò ối	✓ Lập bộ nhiễm sắc thể bào thai	15-20 tuần	<ul style="list-style-type: none"> Xét nghiệm tam soát thai có hiện tượng lách bài nhau hér (có thể phát hiện ra hau hér các truy hợp tam bài nhau hér thế 13 và 18 nhưng chỉ 50% các trường hợp tam bài nhau hér thế 2) Xét nghiệm chẩn đoán cho trường hợp dị胎 thai nhi
Khảo sát hình thái thai nhi	✓ Để kiểm tra dị tật thai nhi "mềm" của thai có lệch bài lệ NST	18-22 tuần	<ul style="list-style-type: none"> Bệnh nhân có nguy cơ cao Xét nghiệm tam soát để phát hiện dị胎 tam soát Để phát hiện các dấu hiệu dị tật thai nhi
Siêu âm Tim thai	✓ Để phát hiện dị tật thai nhi	20-22 tuần	<ul style="list-style-type: none"> Bệnh nhân có nguy cơ cao Đo chiều dài kinh cổ tử cung trong khoảng 16-32 tuần tuổi xét nghiệm Fibronectin bào thai từ 22-34 tuần tuổi
Xét nghiệm Fibronectin bào thai (fFN) và do chiều dài kinh cổ tử cung (CL)	Ước lượng nguy cơ sinh non	20-22 tuần	<ul style="list-style-type: none"> Bệnh nhân có nguy cơ cao Đo chiều dài kinh cổ tử cung bằng cách siêu âm qua đường âm đạo Hai xét nghiệm trên có thể tiến hành cùng lúc để phát hiện nguy cơ sinh non
Xét nghiệm thử胎 glucose (GTT) sớm	✓ Bệnh đái tháo đường thai kỳ	16-20 tuần	<ul style="list-style-type: none"> Bệnh nhân có nguy cơ cao 1 giờ sau khi uống glucose sẽ làm xét nghiệm tam soát Nếu cho kết quả âm tính sau khi làm xét nghiệm uống glucose thì phải làm lại xét nghiệm này trong giai đoạn 24-28 tuần tuổi
Xét nghiệm thử胎 glucose (GTT) thường quy	✓ Bệnh đái tháo đường thai kỳ	24-28 tuần	<ul style="list-style-type: none"> Mọi người 1 giờ sau khi uống glucose sẽ làm xét nghiệm tam soát. Nếu mẫu xét nghiệm dung nạp glucose sau 3 giờ để chặn đón Test dung nạp glucose (GTT) sau 3 giờ là test chẩn đoán xác định đối với dài tháo đường thai kỳ
Xét nghiệm glucose (GTT)	✓ Bệnh đái tháo đường thai kỳ	Sau khi làm xét nghiệm uống glucose	<ul style="list-style-type: none"> Chi khi mẫu xét nghiệm uống glucose dương tính Tam cá nguyệt 3
Xét nghiệm Streptococcus nhóm B (GBS)	✓ Phát hiện tình trạng mang vi khuẩn GBS ở vùng đáy chậu	35-36 tuần	<ul style="list-style-type: none"> Mọi người Nếu kết quả dương tính phải điều trị trong thời kỳ mang thai với penicillin IV để ngăn ngừa trường hợp trẻ bị nhiễm khuẩn GBS khởi phát sớm
Siêu âm	✓ Sơ tăng trưởng của bào thai ✓ Theo dõi sự phát triển của bào thai dị dạng	Sau 24 tuần	<ul style="list-style-type: none"> Bệnh nhân có nguy cơ cao Chikim tra cản năng thai nhi ước tính (EFW) khi có sự chênh lệch số đo từ 15%-20% trong vòng 3-4 tuần
Siêu âm	✓ Nhắc ôi ✓ Vị trí báo thai ✓ Vị trí nhau thai	Sau 24 tuần	<ul style="list-style-type: none"> Khi lâm sàng có chỉ định
Kiểm tra sức khỏe thai nhi	✓ Sức khỏe thai nhi	Sau 24 tuần	<ul style="list-style-type: none"> Lâm trắc đồ sinh vật lý (BPP) và nước ối (AFV) sau 24 tuần sau khi thai được 32 tuần tuổi Seri lâm sàng tam non-stress test (NST) mỗi tuần sau khi thai được 32 tuần tuổi

Bảng tra cứu

Từ trong hình ảnh là *in nghiêng*.
Từ trong bảng là *in đậm*.

abscess vòi trứng-buồng trứng (TOAs) 25
abscess vùng chậu 23
acanthosis nigricans 55
aciclovir 106
acid
 folic 91, 104, 106
 mefenamic 17
 valproic, gây quái thai 104, 106
actin 128, 129
Actinomyces israelii 25
actinomycosis 25
adrenärche 61
AFP (α -fetoprotein) 86, 87, 90, 119
aldosterone 85
alloimmune thrombocytopenia (ATP) 105
âm đạo
 giải phẫu 13
 khám 11
 sang thương lành tính 26, 27
âm hộ
 giải phẫu 12, 13
 nhiễm trùng 22, 23
 sang thương lành tính 26, 27
âm vật 12, 13
androgens, di胎 thai nhi 106
androstenedione 54, 64
angiotsensin II 85
áp lực đồ bàng quang 46, 47
apt test 121
atosiban 122, 123

bài tập Kegel 47, 49
bàn chân 78
bàn tay 78
bàng quang 12, 13
bao cao su 32, 33
băng huyết sau sinh (PPH) 144, 145
băng nâng đỡ âm đạo (TVT) 46, 47
bất sản da bẩm sinh 103
bất sản ống Müller 27
bất thường bẩm sinh
 biến chứng của bệnh đái tháo đường 98
 sử dụng thuốc 107
 xét nghiệm tầm soát 86, 87, 119
bất thường nhiễm sắc thể 39, 56, 57, 86, 87
 thai chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR) 111
 thai nhi tử vong trong tử cung 116, 117
bất thường ống Müller 56, 57
bất xứng đầu chậu 143
benzodiazepine 104
béo phì 54, 55, 72, 111, 134
bệnh án 44
bệnh chảy ở gò mu 23
bệnh cơ tim 100
bệnh giang mai 23, 94, 95
bệnh Graves 102, 103
bệnh huyết khối trong thai kỳ 100, 101
bệnh lậu 23, 92, 93
 chỉ định xét nghiệm 90
bệnh Lupus ban đỏ 105
bệnh lý động máu 116, 117, 144, 145
bệnh lý nguyên bào nuôi thai kỳ (GTD) 76, 77
bệnh lý tuyến giáp trong thai kì 98, 102, 103, 110
bệnh Lyme 94
bệnh màng trong (HMD) 81
bệnh não do bilirubin 114
bệnh não thiếu máu cục bộ do thiếu oxy (HIE) 139
bệnh Paget vùng âm hộ 71
bệnh thận trong thai kỳ 105
bệnh tim mạch trong thai kỳ 100, 101, 110
bệnh tim trong thai kỳ *xem thêm* bệnh tim mạch trong thai kỳ

bệnh tự miễn
 lạc nội mạc tử cung 31
 trong thai kỳ 105
bệnh vẩy nén 27
bệnh von Willebrand 17, 145
bệnh zona 94
biến chứng trong chuyển dạ 134, 135, 139, 140
biện pháp ngừa thai
 biện pháp màng ngăn 32, 33
 khẩn cấp 33
 dạng tiêm tác dụng kéo dài 32, 33
 dụng cụ đặt trong tử cung (IUD) 17, 25, 32, 33
 định nghĩa 33
 sau sinh 147
 ti lệ thất bại 32, 33
 xuất huyết bất thường 17
 thuốc uống tránh thai *xem* thuốc uống tránh thai
biện pháp tránh thai bằng màng ngăn 32, 33
biển thể Marshall-Marchetti-Krantz (MMK) 47
biểu đồ thân nhiệt cơ bản (BBT) 58
biểu đồ tim thai-cơn gò (CTG) 113, 139
bốc u xơ tử cung 29, 43
bộ kit dự đoán rụng trứng 17
Borrelia burgdorferi 94
bromocriptine mesylate 61
buồn nôn 85
buồng trứng
 chu kỳ kinh nguyệt 15
 giải phẫu 12, 13
 nhiễm trùng 24, 25
 sinh lý sau mãn kinh 65
 xem thêm hội chứng buồng trứng da nang
 suy sinh dục do giảm gonadotropin 52
 u sợi 29
buồm giáp 103

các biện pháp nong cổ tử cung cơ học 133
các chuyển động chính yếu trong chuyển dạ 130, 131
các đường ngón chân, ngón tay 78
các hormone steroid
 chu kỳ kinh nguyệt 14, 15
 ői vú non (PROM) 127
 trong thai kỳ 107
cafféine trong thai kỳ 107
Calymmatobacterium granulomatis 23
Candida albicans 23
catheter do áp lực trong buồng tử cung (IUPC) 129
carbamazepine, thuốc gây quái thai 106
cảng vú 146, 147
cắt âm hộ 70
cắt âm vật 148, 149
cắt bao quy đầu 148, 149
cắt bô dây thần kinh tử cung-cùng 31
cắt buồng trứng 15, 43
cắt dây thần kinh trước xương cùng 31
cắt đốt nội mạc tử cung 16, 17, 77
cắt sinh dục *xem* cắt âm vật
cắt tăng sinh mòn 140, 141
cắt khô do kẹt vai 134
cắt tử cung
 diều trị ung thư 69, 75, 77
 đở tử cung 144
 qua ngà âm đạo 42, 43
 qua ngà bụng 42, 43
 sa mòn âm đạo sau cắt 49
 trong khi mổ lấy thai 143
 u xơ tử cung 29
 xuất huyết âm đạo bất thường 17
cắt vòi trứng 19
cắt vòi trứng-buồng trứng 25, 43, 75
cầm máu tử cung 144
cân nặng lú sinh 111
cân nặng thai 79, 89, 110, 111, 129
cân nặng thai ước lượng (EFW) 89
cắn sa trong thai kỳ 107

cân Scarpa 13
cấu trúc cơ sản châu
 giải phẫu 12, 13
 luyện tập 47, 49
cấu trúc vòng cyclopentenophenanthrene 14, 15
cây phôi 63
chàm âm hộ 27
chăm sóc chu sinh 91
chăm sóc hậu sản 147
châm dứt thai kỳ 40, 41
chấn thương đám rối cánh tay 111, 134, 135
chẩn đoán di truyền lâm tố 63, 86, 87
chẩn đoán tiền sản 86, 87
chất diệt tinh trùng 32, 33
chất điều hòa thụ thể estrogen chọn lọc (SERMs) 65
chất đối vận folic acid, thuốc gây quái thai 91, 104, 106
chất đồng vận β -adrenergic 122, 123
chất gây quái thai 101, 103, 104, 105, 106, 107
chất ức chế prostaglandin 122
chỉ số ối (AFI) 109
chiều dài từ đầu móng (CRL) 79, 89
chiều dài xương đùi (FL) 88, 89
Chlamydia trachomatis 19, 23, 25
 trong thai kỳ 92, 123
chlamydia, xét nghiệm tầm soát 90
cho con bú 33, 146, 147
chọc dò túi cùng 19
chọc ối 86, 87, 91
cholecalciferol 85
cholesterol 14, 15, 82, 83
choriocarcinoma 77
chu kỳ kinh nguyệt 14, 15
 biểu đồ thân nhiệt cơ bản (BBT) 58
chu vi vòng bụng (AC), thai 88
chụp X-quang tử cung-vòi trứng (HSG) 59
chuỗi di truyền ngoại phôi 78
chuỗi nguyên thủy 78, 79
chuyển dạ bất thường 135
chuyển dạ sinh non 122, 123
 cường giáp 103
 da thai 119
chuyển dạ và sinh
 bất thường 134, 135
 các giai đoạn chuyển dạ 130, 131
 cơ chế 129
 cơn gò 128
 cơn gò tử cung 128, 129
 chăm sóc hậu sản 147
 đỗ sinh 131
 giai đoạn ba chuyển dạ 131, 144, 145
 xem thêm mổ lấy thai
 giảm đau trong chuyển dạ 136, 137
 giục sinh 133
 khởi phát chuyển dạ 83, 132, 133
 nội tiết học 129
 ngôi thai 128
 sinh giúp bằng dụng cụ 135, 140, 141
 sinh chui huy 133
 sinh non 122, 123
 sự chuyển động của thai 130, 131
 theo dõi sức khỏe thai nhi 138, 139
 tiến trình chuyển dạ 130
 yếu tố ảnh hưởng 128
chuyển phôi qua ngà cổ tử cung 62, 63
chuyển phôi trữ lạnh 63
chuyển sản trong khoang cơ thể 31
chức năng tim 101
chứng cường androgen 54, 55
chứng rậm lông 55
clindamycin 23, 24, 93
clomiphene citrate 55, 60, 61, 62
cocaine trong thai kỳ 107
condyloma acuminatum 23
corticotropin-releasing hormone (CRH) 82, 83

- cortisol 82, 83, 85
 cố định vào xương cùng 48, 49
 cơ hành hang 12, 13
 cơ nang hậu môn 12, 13, 49
 cơ ngồi hang 12, 13
 cổ tử cung
 giải phẫu 13
 hở eo 39, 57
 polyp 16, 17, 27
 sang thương 16, 17
 sang thương lành tính 26, 27
 thăm khám 11 *xem thêm* soi âm đạo; Pap smear
 cơ tử cung 29, 31
 cơn gò 83, 128, 129
 cơ cụt 12, 13
 cơn bốc hỏa 65
 cơn gò 128, 129
 cuội, gấp 130, 131
 cung cấp máu 12, 13
 cung cấp sáu 106
 cử động thai 112, 113
 cường giáp 17, 102, 103, 110
 cyclophosphamide, thuốc gây quái thai 106
 cytomegalovirus (CMV) 57, 94, 95, 110, 115, 147
- danazol 31
 dao đốt lưỡng cực 34, 35
 dẫn lưu bạch huyết 13
 dây chằng 12, 13
 dây chằng Cooper 36, 46, 47
 dây chằng Mackenrodt 13
 dây chằng tử cung-cung 12, 13
 dây chằng thắt lưng-buồng trứng (IP) 12, 13
 dây chằng tròn 12, 13
 dây chằng tròn của gan 81
 dây chằng rốn 81
 dây chằng rộng 12, 13
 dây sống 78
 dây thi 15, 50, 51, 146
 dây thi sớm 50, 51
 dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) 54, 55, 82, 83
 depomedroxyprogesterone acetate (DMPA) 32, 33
 di căn theo đường máu 31
 dị bội, xét nghiệm tầm soát 87, 89, 90, 119
 dị sản cổ tử cung 66, 67
 dị tật ống thần kinh 86, 87, 104
 dị vật 27
 dinh dưỡng tử cung 53, 56
 dinh dưỡng kém, nguyên nhân từ mẹ 110
 đòn 27
 dọa sảy thai 38, 39
 doxycycline 23, 24, 25, 57
 dụng cụ đặt tử cung (IUD) 17, 25, 32, 33
 dự phòng viêm nội tâm mạc nhiễm trùng 100
 được động học trong thai kỳ 107
- da ối 108, 109, 115, 119
 da thai
 biến chứng 110, 118, 119, 122
 cách sinh 119
 chẩn đoán 119
 nhau (trong song thai) 117, 118, 119
 tầm soát dị tật bẩm sinh 119
 ti lệ 62, 63, 118, 119
 xử trí 119
 yếu tố nguy cơ 118
 dài thảo đường
 biến chứng trên mẹ 98, 99, 108
 biến chứng trên thai nhi 98, 99, 110, 111, 134
 “giai đoạn tro” 99
 hội chứng buồng trứng da nang 55
 khuyến cáo điều trị tiền sản 98, 99
 quản lý trong chuyển dạ 99
 sảy thai 57
 tầm soát 90, 99
 thai kỳ 99
 tần suất trong thai kỳ 99
 trước mang thai 98, 99
 dài thảo đường thai kỳ 98, 99
 dài tràng sigma 12, 13
- đám rối hạ vị trên 13
 đậm niệu 110
 đạo đức 44, 45
 đảo ngược tưới máu động mạch trong song thai (TRAP)
 119
 đau bụng giữa kỳ kinh 15
 đau đầu trong thai kỳ 104
 đau khi giao hợp 31
 đau vai, thai ngoài tử cung 19
 đau vú 37
 đau vùng châu 20, 21, 31
 đáy chậu 13
 đĩa thần kinh 78
 đĩa tim mạch 78
 điện di hemoglobin 90
 điện thế hoạt động khi chuyển dạ 129
 do khung chậu 129
 do niệu dòng 47
 do niệu động học 46, 47
 đoạn nhũ 37
 đóng kín âm đạo 49
 độ lọc cầu thận (GFR) trong thai kỳ 85
 độ lợt của thai 128, 129
 đờ tử cung 144, 145
 đối vận oxytocin 122
 đối vận thụ thể progesterone 133
 động máu nội mạch lan tỏa (DIC) 116, 117
 động kinh trong thai kỳ 104
 động mạch 12, 13
 động mạch bàng quang trên 12
 động mạch bit 12
 động mạch buồng trứng 13
 động mạch chậu 12, 13
 động mạch chậu ngoài 12, 13
 động mạch chủ 13
 động mạch hạ vị 12, 13
 động mạch mạc treo 13
 động mạch mạc treo tràng dưới (IMA) 13
 động mạch rốn 12, 80, 81
 động mạch thận 12, 13
 động mạch thận trong 12, 13
 động mạch trực tràng 12
 động mạch tử cung 12
 hở eo cổ tử cung 124, 125
 mũi khâu O’Leary 144
 động tác (bú) 146
 động vận opiate 137
 đồng ý được thông báo 44
 đốt 78
 đột biến gen lặn nhiễm sắc thể thường 87
 đột biến gen trội nhiễm sắc thể thường 87
 đốt điện cổ tử cung (LEEP) 66, 67
 đường cong Friedman 130, 131
 đường đèn giữa bụng 85
 đường kính lưỡng đỉnh (BPD) 88, 89
 đường sinh dục
 dẫn lưu bạch huyết 13
 nhièren trùng 22, 23
 phân bố thần kinh 13
 sang thương lành tính 26, 27, 28, 29
 đường sinh dục dưới
 bệnh lý lành tính 26, 27
 nhièren trùng 22, 23
 đường sinh dục trên, bệnh lý lành tính 28, 29
- Entonox 137
Escherichia coli 105
 estradiol-17 β 14, 15, 51, 64
 hội chứng buồng trứng da nang 54
 trong thai kỳ 82, 83
 estriol 82, 83
 chu kỳ kinh nguyệt 15
 hội chứng buồng trứng da nang 54, 55
 liệu pháp hormone thay thế (HRT) 65
 nguồn sau thời kỳ mãn kinh 64, 65
 sinh lý tuyển giáp 103
 thiểu hụt 26
 tổng hợp 32, 65
 trong thai kỳ 83, 85
 ung thư tử cung 72
- estrone 64, 82, 83
 ethinyloestradiol 32
 etonogestrel 32
- fibronectin bào thai (fFN) 90, 123
 fluoxetine 15
 follicle-stimulating hormone (FSH)
 chu kỳ kinh nguyệt 14, 15, 79
 clomiphene citrate 61
 hội chứng buồng trứng da nang 54, 55
 tái tổ hợp 61, 62, 63
 tuổi dậy thì 51
- gây té ngoài màng cứng 136, 137
 gây té tụy sống 136, 137
 gây té vùng tại chỗ 136, 137
 gel dimoprostone 133
 gemeprost 41
 gentamicin 24, 93, 100
 gestrinone 31
 ghé 23
 giá trị acid-base thai 138
 giai đoạn theo Tanner 50
 giai đoạn tiềm tàng 127
 giải phẫu 12, 13
 giảm đau dạng khí dung 137
 giảm đau trong chuyển dạ 136, 137
 giảm đau vùng 137
 giảm số thai chọn lọc 119
 giảm thiểu cầu 105
 giãn cổ tử cung, bằng tay 133
 giãn ống tuyển sữa 37
 giáo dục bệnh nhân 11, 91
 giao hợp giài đoạn 33
 giao tiếp 44, 45
 giục sinh 133
 glucose 85
 gò mu 12, 13, 128
 gờ nhĩ 78
- gonadotropin-releasing hormone (GnRH)
 chất đồng vận 29, 31, 62, 63
 chu kỳ kinh nguyệt 14, 15
 clomiphene citrate 61
 hội chứng buồng trứng da nang 55
 kích thích phóng noãn 61, 62
 tuổi dậy thì 51
- gonadotropins
 chu kỳ kinh nguyệt 14, 15
 sau thời kỳ mãn kinh 65
 tuổi dậy thì 51
- hạ cam mềm 23
 hạ đồi 14, 15, 102
 hạ đường huyết 99
Haemophilus ducreyi 23
 hàng trong suốt 79
 hậu sản 146, 147
 hCG tăng giả tạo 77
 hệ cơ xương trong thai kỳ 85
 hệ da trong thai kỳ 85
 hệ hô hấp trong thai kỳ 85
 hệ miễn dịch trong thai kỳ 85
 hệ thần kinh 13
 hệ thống renin-angiotensin 85
 hệ tiêu hóa trong thai kỳ 85
 hệ tim mạch trong thai kỳ 85, 97
 hen trong thai kỳ 105, 133
 hép cổ tử cung 27, 53
 hép van 2 lá/van động mạch chủ 100, 101
 heparin 101
 herpes sinh dục 22, 23
 HIV 94, 95, 147
 xét nghiệm tầm soát 90
 hở eo cổ tử cung 124, 125
 đánh giá 88, 89, 125
 hoại tử mô của vú 37
 hoàng thể 14, 15
 hoành chậu 12, 13
 hoành niệu dục 12, 13
 hormone điều hòa quá trình phóng noãn 14, 15

- hormone kích thích tế bào hắc tố 85
 hormone kích thích tuyến giáp (TSH) 103
 hormone tuyến cận giáp 85
 hormone tuyến giáp trong thai kỳ 85, 102, 103
 hốc mắt 78
 hội chứng Asherman 39, 53, 56
 hội chứng Beckwith-Wiedemann 111
 hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) 53, 54, 55, 60, 72
 hội chứng dài băng ối 109
 hội chứng Down 39
 hội chứng Fitz-Hugh-Curtis 25
 hội chứng HAIR-AN 55
 hội chứng hydantoin thai nhi 104
 hội chứng Kallmann 53
 hội chứng kháng thể kháng phospholipid 56, 57, 110, 116, 117
 hội chứng Klinefelter 87
 hội chứng McCune-Albright 51
 hội chứng Meigs 29
 hội chứng mèo kêu 87
 xét nghiệm tầm soát 86, 87, 89
 hội chứng quá kích buồng trứng (OHSS) 60
 hội chứng Sheehan 53, 147
 hội chứng Stuck-twin 119
 hội chứng suy hô hấp (RDS) 81, 127
 hội chứng thai rụng 107
 hội chứng tiền kinh nguyệt 15
 hội chứng tồn dư buồng trứng 21
 hội chứng Turner 39, 52, 53, 87
 hộp tử 78, 79
 human chorionic gonadotropin (hCG)
 biện pháp hỗ trợ kích thích phóng noãn 61
 chu kỳ kinh nguyệt 15
 giả tạo 77
 thai ngoài tử cung 19
 thụ tinh trong óc nghiệm 62, 63
 trong thai kỳ 82, 83
 human chorionic somatotropin (hCS) 82, 83, 85
 human menopausal gonadotropins (hMGs) 61, 62, 63
 human papillomavirus (HPV) 23
 vaccine 67
 xét nghiệm 67
 yếu tố nguy cơ ung thư 69, 71
 hút chân không bằng máy điện (EVA) 40, 41
 hút chân không bằng tay (MVA) 40, 41
 hút thuốc lá trong kỳ 107
 huyêt khối tĩnh mạch sâu 100, 101
 immunoglobulins 81, 115
 indomethacin 122, 123
 inhibin 55
 insulin 55, 98, 138
 iodine 103
 isotretinoin, chất gây quái thai 106
 kanamycin, chất gây quái thai 106
 kéo dây rốn 145
 kep dây rốn 131
 kep Pilshie 34, 35
 kep Hulka 34, 35
 kẹt vai 111, 134, 135
 khả năng sinh sản 148, 149
 khả năng thụ thai 58
 khám âm đạo bằng hai tay 10, 11
 khám bụng 10, 11
 khám đặc biệt 120, 121
 khám mò vịt 10, 11
 khám trực tràng 10, 11
 khám vùng chậu 10, 11
 kháng insulin 99
 kháng thể anti-La 105
 kháng thể anti-Ro 105
 khảo sát sức khỏe thai nhi trước chuyển dạ 112, 113, 127, 138
 khâu cổ tử cung 124, 125
 khâu eo cổ tử cung theo phương pháp McDonald 124, 125
 khâu eo cổ tử cung theo phương pháp Shirodkar 124, 125
 khó thở 85
 khoang ối 108, 109
 khoang ối, phôi thai học 78, 108, 109
 khoảng sáng da gáy 86, 87
 khoét chót băng dao lạnh 66, 67
 khoét chót cổ tử cung 66
 khởi phát chuyển dạ 132, 133
 chỉ định 132
 chống chỉ định 111, 132
 định nghĩa 133
 "sảy thai" có chọn lọc 41
 vết mổ cũ 133
 khối u nguyên bào nuôi tại nơi nhau bám 77
 không gầy hai 44, 45
 khớp mu 12, 13, 131
 kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (ART) 62, 63, 118
 kích thích điện thần kinh qua da (TENS) 137
 kích thích phóng noãn 60, 61, 62
 kích thích rụng trứng 62, 63
 kiểm tra máu cuống rốn qua da (PUBS) 87, 115
 kiện tụng 45
 kiều nhau 117, 118, 119
 kiều nhau bám, bất thường 91, 120, 121, 145
 kinh mau 17
 kinh nguyệt 14, 15
 hậu sản 147
 trào ngược 31
 kinh thứ 17
 Kleihauer-Betke test 115, 116, 117
 lạc nội mạc trong cơ 16, 21, 31
 lạc nội mạc tử cung 20, 21, 25, 30, 31
 lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng 29, 30
 lâm chín muối cổ tử cung 83, 132, 133
 lao 25, 92, 93
 lao vùng chậu 25
 lán có kinh dấu tiên 15, 27, 51
 lấy bệnh sử 11, 17, 21, 59, 87
 lấy noãn 62, 63
 leukemia 17
 levonorgestrel 33
 levothyroxine 102
 lịch theo dõi chu kỳ kinh nguyệt 17
 lichen phẳng 27
 liệt Erb 134
 liệt Klumpke 134
 liệt thần kinh mặt 135
 liệu pháp add-back 31
 liệu pháp hormon thay thế (HRT) 64, 65
Listeria monocytogenes 57, 92
 lithium, chất gây quái thai 106
 lỗ bầu dục 80, 81
 lỗ niệu đạo 12, 26
 loạn nguyên hồng cầu thai nhi 115
 loạn sản tuyến sinh dục 53
 loạn thần sau sinh 104–5, 147
 loãng xương 64, 65
 lóc ối 133
 lóc ối (AROM) *xem* phái ối
 loét âm đạo 27, 144, 145
 lời thề Hippocrates 45
 lòng bàn tay son 85
 lợt (trong chuyên da) 128, 129, 131
 lợi ích bệnh nhân 44, 45
 lốp nồng tăng sinh môn 12, 13
 lupus ban đỏ hệ thống 105
 lutetizing hormone (LH)
 chu kỳ kinh nguyệt 14, 15, 79
 clomiphene citrate 61
 dây thi 51
 hội chứng buồng trứng đa nang 54, 55
 mạc Colles 12, 13
 mạc ngang 13
 mạch máu tiền đạo 121
 mạch máu vùng chậu 12
 magnesium sulfate 122, 123, 138
 mẫn kinh 15, 64, 65
 màng chắn, tránh thai 32, 33
 màng dệm 80, 108
 màng ối 80
 màng trinh 12
 không thủng 26, 27, 53
 mât cá 88
 mât độ xương 65
 metformin 55, 61
 methotrexate 18, 19, 77, 106
 metronidazole 23, 24, 93
 miễn dịch cùng loài 56, 57
 mifepristone (RU486) 41
 misoprostol 41, 133
 mõ hở 34, 35
 mõ lấy thai
 biến chứng 142
 cắt bõ tử cung 143
 chỉ định 142, 143
 chủ động 111
 da thái 119
 định nghĩa 143
 kỹ thuật thực hiện 143
 phân loại 142
 sau khởi phát 133
 sinh ngả âm đạo 143
 mõ vịt Graves 10
 mõ vịt Pederson 10
 mõi lớn 12, 13
 mõi nhỏ 12, 13
 mõi quan hệ 11
 mõi vòi trứng 152
 mõ chụp cổ tử cung 32
 mũi khâu O'Leary 144
 mụn cóc sinh dục 22, 23
Mycobacterium tuberculosis 25, 92
Mycoplasma hominis 57
 myosin 128, 129
 nám da mặt 85
 thao tác Pawlick 10
 nang 14, 15, 78, 79
 biểu bì 27
 biểu mô 27
 buồng trứng 21, 28, 54, 55
 cạnh vòi trứng 28, 29
 cửa ống Nuck 27
 chocolate 20, 29
 hội chứng buồng trứng đa nang 54
 nang bì 28, 29
 tuyển Gartner 26, 27
 tuyển Bartholin 26, 27
 u nang Naboth 26, 27
 xem thêm lõi nội mạc tử cung
 nang bì 28, 29
 nang buồng trứng 21, 28, 29
 nang canh tai vòi 28, 29
 nang chocolate 20, 29
 nang Da graaf 79
 nang noãn 15, 78, 79
 nang óng tuyển Skene 27
 não 15
 nạo hạch 70, 71, 73
Neisseria gonorrhoeae 23, 25, 92, 123
 nevy 27
 nếp gấp thần kinh 78
 nếp sinh dục đôi 12
 ngạt khí sanh 113, 139
 ngăn cản không cho chảy ra 53
 nghén 85
 nghiêm nồng 103
 nghiêm pháp Valsalva 11, 47
 ngoại bí 79
 ngoại xoay thai (ECV) 134
 ngôi chéo 128, 135
 ngôi dây rốn 135
 ngôi dọc 128
 ngôi móng 134, 135, 141
 ngôi ngang 128, 135
 ngôi phúc tạp 135
 ngôi thai 129
 ngôi thai bất thường 134, 135
 nguyên bào nuôi 83, 108
 nhân thức, rối loạn 104
 nhau bong non 120, 122
 nhau cài ràng lược 121, 144, 145

- nhar thai
khởi phát chuyển dạ 83
phù thai 114
sinh lý 80, 81
sót nhau 144, 145
số 145
nhau tiền đạo 120, 121, 145
nhiễm độc tuyển giáp 103
nhiễm khuẩn âm đạo 22, 23, 92, 93
nhiễm kim hô hấp côn bu 85
nhiễm Listeria 92, 93
nhiễm Trichomonas 22, 23, 92, 93
nhiễm trùng
do vi khuẩn 23, 92, 93
do virus 23, 94, 95
do xoắn khuẩn 23, 94, 95
đơn bào 23, 92, 93
dường sinh dục dưới 22
trong thai kỳ 92-5
và sẩy thai tái phát 56, 57
nhiễm trùng 25, 92, 93
nhiễm trùng ối 92, 93
nhiễm trùng tiểu không triệu chứng 105
nhiễm vi sinh vật 92, 93
nhiễm virus 94, 95
nhiễm xoắn khuẩn 94
nhịp tim chậm 138, 139
nhịp tim nhanh 138, 139
nhũ ảnh 36, 37
nhuyễn não da nang 116, 117, 135
niệu đạo 47
niệu nang 78
niệu quản 12, 13
nifedipine 122, 123
nitroglycerine 122, 123
nội bì 79
nội mạc tử cung 14, 15
thâm khám 16
nội soi ổ bụng 34, 42, 43
nồng độ calcium trong thai kỳ 85
nong và gấp 41
nong và hút 41
nong và nạo 17
non-stress test 112, 113, 138, 139
norethindrone 32
norgestrel 32
núm chi 78
nước ối
chức năng 109
động học 108, 109
rối loạn thể tích 108, 109
thuyên tắc 105
ối vỡ non (PROM) 108, 122, 123, 126, 127
onapristone 133
ống Alcock 13
ống động mạch 80, 81
ống hở hình mỏ chim 78
ống Nuck 27
ống thần kinh then 13
ống tĩnh mạch 80, 81
oxytocin
chức năng 82, 83, 146
khởi phát chuyển dạ 133
sự tạo sữa 146
pap smear 10, 11, 67
trong thai kỳ 90
paramethadione, chất gây quái thai 106
partogram 130, 131
pha hoàng thể 14, 15
kỹ thuật hỗ trợ sinh sản 63
pha hoạt động 130, 131
pha ối 109, 133
pha tăng trưởng 14, 15
pha tiềm thời 130, 131
phân bô thần kinh 13
phân loại khung xương chậu 128
phân loại nhóm máu 90, 115
phản phụ, khám âm đạo bằng tay 10, 11
phân tích nước tiểu, lấy nước tiểu 47, 90
pháp lý trong y khoa 41, 44, 45
phát triển vú 51
phẫu thuật âm đạo 43
phẫu thuật Burch 46, 47
phẫu thuật giảm tế bào ung thư 43
phẫu thuật may túi cùng McCall 49
phẫu thuật nạo vét chậu 43
phẫu thuật nội soi xé dọc vòi trứng 18, 19
phẫu thuật phụ khoa
bóc nhân xơ 29, 43
bung 42, 43
cắt buồng trứng-vòi trứng 25, 43
cắt tử cung 42
nội soi ổ bụng 42, 43
nong và nạo 17, 43
robot hỗ trợ 43
xâm lấn tối thiểu 43
phenytoin, chất gây quái thai 104, 106
phôi bào 63, 79
phôi dầu 78, 79
phôi nang 78, 79, 108
phôi thai học 78, 79
phôi thai, định nghĩa 79
phôi thai thế kỷ tái phát 57
phong bế chum đuôi ngựa 136, 137
phong bế đám rối thần kinh cùng 136, 137
phong bế thần kinh then 136, 137
phóng noãn 14, 78, 79
phóng xạ, ảnh hưởng trong thai kỳ 107
phù phổi 105
phù thai
chẩn đoán 114, 115
da ối 108
diều trị 114, 115
định nghĩa 115
không miễn dịch 115
miễn dịch 115
nguyên nhân 115
phân loại 114
siêu âm 89
tần suất 115
tiền lượng 115
phúc mạc 12, 13
phương pháp đặt miếng đở xuyên qua lỗ bịt 47
phương pháp Lefort 49
phương pháp tính ngày 33
phương pháp triết sản Essure 35
polyp nội mạc tử cung 16, 29
polyps
cổ tử cung 16, 17, 27
nội mạc tử cung 16, 29
pregnenolone 82, 83
progesterone
chu kỳ kinh nguyệt 14, 15
thụ tinh trong ống nghiệm 62, 63
trong thai kỳ 82, 83, 85
progestins
hội chứng buồng trứng đa nang 55
lạc nội mạc tử cung 31
tổng hợp 32
prolactin 61, 82, 83, 85, 146, 147
propylthiouracil (PTU) 103, 106
prostaglandins 82, 83
khởi phát chuyển dạ 133
Q-tip test 27, 47
Quad-test 87
quản lý rủi ro 44, 45
quanah mán kinh 65
quấn dây rốn 119
raloxifene 37, 65
rãnh nguyên thủy 78
rãnh thần kinh 78
retinoids, chất gây quái thai 106
Rh đã được miễn dịch 90, 114
ritodrine hydrochloride 122, 138
rối loạn chức năng vùng dưới đồi 53
rối loạn dạng cơ thể 21
rối loạn di truyền, thai chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR) 111
rối loạn di truyền liên quan nhiễm sắc thể X 87
rối loạn đông máu do tiêu hao 116
rối loạn phóng noãn 60
rối loạn tâm thần trong thai kỳ 104-5
rối loạn tăng trưởng thai 110, 111
xem thêm thai chậm tăng trưởng trong tử cung
rối loạn tạo máu 17
rong huyết 17
rong kinh 17
rubella 57, 94, 95, 110, 115
rượu bia trong thai kỳ 107, 138
sa bàng quang 48, 49
sa dây rốn 135
sa niệu đạo 26, 27
sa ruột 48
sau cắt tử cung 49
sa sinh dục 48, 49
khám 11
triệu chứng 21
sa tang chậu 48, 49
khám 11
triệu chứng 21
sa trực tràng 48, 49
sa tử cung 48, 49
sa van 2 lá 100
sai sót y tế 45
sản dịch 147
sản khoa, chăm sóc ban đầu 90, 91
sang thương âm hộ 27
sang thương tăng sinh mòn 140, 141
sàng lọc bằng xét nghiệm huyết thanh của mẹ 87
sàng lọc tật nứt đốt sống 86, 88
sao mạch 85
sarcoma cơ tử cung 73
sarcoma cơ trơn tử cung 73
sẩy thai
có chọn lọc 40, 41
còn sót 38, 39
nhiễm trùng 39
sẩy thai bị bỏ sót 38, 39
sẩy thai khó tránh 38, 39
sẩy thai không hoàn toàn 38, 39
sẩy thai liên tiếp 56, 57
sẩy thai nhiễm trùng 39
sẩy thai tròn 38, 39
sertraline 15
shunt phái - trái 100
siêu âm
phù thai 89
sản khoa 86, 88, 89
vùng chậu 17
siêu âm Doppler velo 89, 112, 113
siêu âm ngả âm đạo 88
siêu âm tim thai 88, 89, 90
sinh bằng dụng cụ 140, 141
sinh bằng forcep 135, 140, 141
sinh chỉ huy 133
sinh giác hút 140, 141
sinh giúp 140, 141
sinh khó 131
sinh ngã âm đạo sau sinh mổ (VBAC) 143
sinh thiết gai nhau 86, 87, 91
sinh thiết hạch canh gác (SLNB) 71
sinh thiết nội mạc tử cung 16, 17
sinh xem chuyển dạ và sinh
soi buồng tử cung 16, 17, 43
soi cổ tử cung 66, 67
sỏi mật 85
són tiểu chức năng 47
són tiểu do tăng áp lực ổ bụng 47
són tiểu kết hợp 47
són tiểu khi bàng quang căng 47
són tiểu không tự chủ cấp kỳ 47
són tiểu thoáng qua 47
song thai 118, 119
một thai sau khi lưu 117
nhuyễn não da nang 116, 117, 135

- xem thêm *đa thai*
 sốt rét 110
streptococcus agalactiae 92
streptococcus nhóm B 92, 93
 xét nghiệm tầm soát 90
streptomycin, chất gây quái thai 106
 stress test 113
 sự cố, thông báo 45
 sự công bằng 44
 sự di xuôi của thai 130, 131
 sự ghép vào 79
 sự làm tổ 78, 79
 thai ngoài tử cung 18
 xuất huyết 17
 sự phát triển tuyếng vú 146
 sự tạo tế bào máu 80, 81
 sự thích nghi của cơ thể mẹ khi mang thai 82, 83, 84, 85
 sự tiết sữa 146, 147
 sữa thành trước âm đạo 49
 sữa thành sau âm đạo 49
 sữa non 147
 surfactant 81
 suy buồng trứng sớm 52, 53
 suy giáp 17, 53, 102, 103
 suy hoàng thể 57
 suy thận mạn tính 105
 suy sinh dục do tăng gonadotropin 52, 53
 suy sinh dục do giảm gonadotropin 53, 61

 tamoxifen 78
 tái hấp thu nước 85
 tăng cân khi mang thai 84
 tăng huyết áp
 thai kỳ 97
 trong thai kỳ 96, 97
 tăng insulin máu 54
 tăng nhân áp trong thai kỳ 133
 tăng prolactin 53, 61
 tăng sắc tố da 85
 tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh (CAH) 53
 tăng sinh nội mạc tử cung 16, 55, 65, 73
 tăng sản tế bào vảy 27
 tâm soát bệnh xơ nang 90
 tâm soát kháng thể TORCH 115
 tâm soát nhiễm độc nước tiểu 90
 tâm soát ở mẹ trong thai kỳ 90, 91
 tăng sinh mòn 12, 13
 khám 11
 terbutaline sulfate 122, 156
 tetracycline, gây quái thai 106
 tế bào hạt 15
 tế bào mầm *xem* nôan bào
 tế bào ngoại bì phôi 79
 tế bào nuôi 108
 tế bào vỏ 15, 55
 tế quanh cổ tử cung 136, 137
 thai nhi
 chết lưu trong tử cung 116, 117
 chiều dài xương đùi (FL) 88, 89
 chu vi vòng bụng (AC) 88, 89
 dinh dưỡng 81
 định nghĩa 79
 đường kính lưỡng đỉnh (BPD) 88, 89
 hệ hô hấp 81
 hệ miễn dịch 81
 hệ nội tiết 81
 hệ thần kinh 81
 hệ tim mạch 80, 81
 hệ niệu-sinh dục 81
 hệ tiêu hóa 81
 khảo sát sức khỏe trước chuyển dạ 112, 113, 127, 138
 phát triển trong giai đoạn sớm 78, 79
 số thai bất thường 134, 135
 sinh lý 80, 81
 theo dõi nhịp tim 113, 138, 139
 theo dõi trong chuyển dạ 138, 139
 tư thế trong chuyển dạ 128, 129, 134, 135
 thai chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR)
 bệnh lý tuyến giáp trong thai kì 103
 biến chứng 111
 chẩn đoán 110, 111
 định nghĩa 111
 nguyên nhân 110, 111
 phân loại 111
 phòng ngừa 111
 sinh lý bệnh 110, 111
 theo dõi 110, 113
 ti lệ 111
 tiến sản giật 97
 trisomy 87
 yếu tố nguy cơ 107, 110, 111, 127
 thai chết lưu 116
 thai nhi từ vong trong tử cung (IUPFD) 116, 117
 thai đoạn kẽ (đoạn sừng) 19
 thai giây 117
 thai không tim 119
 thai kỳ
 bệnh lý huyết khối 101
 bệnh lý ngoại khoa 105
 bệnh lý thần kinh 104
 bệnh lý tim mạch 100, 101, 110
 bệnh lý tuyến giáp 102, 103
 bệnh phổi 105
 bệnh thận 105
 bệnh tự miễn 105
 bung 19
 buồng trứng 19
 cấp cứu thần kinh 104
 chăm sóc ban đầu 90, 91
 cổ tử cung 19
 da *xem* da thai
 dái tháo đường 98, 99
 đoạn kẽ (góc tử cung) 19
 độc tố môi trường 107
 hút thuốc lá 107, 110
 huyết áp 97
 khám bụng 10, 11
 ngoài (tử cung) 18, 19
 nguy cơ cao 90, 91
 nhiễm trùng 92-5
 nội tiết 82, 83, 85
 nồng độ hormone 82, 83
 quá ngày 111, 112, 132, 134
 rối loạn tăng huyết áp 96, 97
 rối loạn tâm thần 104, 105
 rượu 107, 138
 sử dụng chất gây nghiện 107, 110
 sự thích nghi của cơ thể mẹ 82, 83, 84, 85
 thuốc 107
 xét nghiệm thường quy 90, 91
 xuất huyết âm đạo 16, 17
 thai lớn so với tuổi thai (LGA) 111
 thai ngoài tử cung
 chẩn đoán 18, 19
 dịch tễ 19
 diêu trị 18, 19
 triệu chứng 19, 20, 21
 vị trí thai ngoài 18
 yếu tố nguy cơ 18, 19, 24, 25
 thai nhỏ so với tuổi thai (SGA), định nghĩa 111
 thai ở buồng trứng 19
 thai quá ngày 111, 112, 132, 134
 thai to 99, 111, 134
 thai trong cổ tử cung 19
 thai trong ổ bụng 19
 thai trứng 39, 76, 77
 thalidomide, gây quái thai 106
 thần kinh thi 78
 thần kinh chậu bên 13
 thần kinh chậu hạ vị 13
 thần kinh thận 13
 thang điểm Apgar 138, 139
 thang điểm Bishop 132, 133
 thành bụng 12, 13
 thảo dược 17
 thảo luận về lối sống 11
 thắt ống dẫn tinh 35
 thắt vòi trứng theo kiểu Pomeroy 34
 thể trắng 78
 theo dõi sức khỏe thai nhi trong chuyển dạ 138, 139
 thiếu máu trong thai kỳ 110
 thiếu prothrombin 17
 thiếu ôi 108, 109, 112, 119, 127
 thời kỳ quanh mản kinh 65
 thông báo sự cố 45
 thông các buồng tim 100, 101
 thông kinh 21, 31
 thủ thuật Brandt-Andrews 145
 thủ thuật Credé 145
 thủ thuật Leopold 10, 11
 thủ thuật McRobert 134
 thủ thuật mở nắp chai của Wood 134
 thủ thuật Rubin 134
 thủ thuật Zavanelli 134
 thụ tinh 78, 79
 thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) 62, 63, 118
 thuốc chống co giật, dị tật thai nhi 104
 thuốc giảm gà 122, 123, 127
 thuốc hạ áp trong thai kỳ 97
 thuốc kháng cholinergic, dị tật thai nhi 106
 thuốc kháng giáp, dị tật thai nhi 103
 thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs) 17, 31, 108, 109
 thuốc ngừa thai dạng uống 32, 33
 cho con bú 147
 hội chứng buồng trứng đa nang 54, 55
 lạc nội mạc tử cung 31
 phòng ngừa ung thư biểu mô buồng trứng 75
 phòng ngừa ung thư nội mạc tử cung 73
 xuất huyết âm đạo 16, 17
 thuốc ức chế men chuyển, dị tật thai nhi 97, 106, 108
 thực rữa sau khi giao hợp 33
 thủy đậu 94, 95
 thuyền tắc phổi trong thai kỳ 100, 101
 thyroxine-binding globulin (TBG) 103
 tiêm collagen quanh niệu đạo 47
 tiêm tĩnh trùng vào bào tương trứng (ICSI) 63
 tiền đình 12, 13
 biến chứng 96, 97
 chẩn đoán 96, 97
 nguyên nhân 97
 phân loại 96, 97
 yếu tố nguy cơ 96
 tiền sản giật 97
 tiền sử gia đình 11, 36, 50, 86, 90
 tiếp xúc với diethylstilbestrol (DES) 26, 27, 28, 56, 59, 106
 tiết sữa 37, 61
 tiêu không tự chủ 46, 47
 tình dịch 58, 59
 tĩnh mạch rốn 80
 tình trạng cổ tử cung trong chuyển dạ 129, 130, 131, 132, 133
 tình trạng động kinh 104
 tình trạng tăng động 57
 tình trùng 59, 76
 tôn trọng quyền tự quyết 44
toxoplasma gondii 57, 92
 trách nhiệm sinh vật lý (BPP) của thai 113
 trách nhiệm chuyên môn 45
 trầm cảm nhẹ thoáng qua sau sinh 147
 trầm cảm sau sinh 104, 147
 tràn dịch 27
 trê nhẹ cán (LBA), định nghĩa 112
 treo tử cung vào móm nhô ngà bụng 48, 49
 treo dây chằng cùng gai (SSLS) 48, 49
Treponema pallidum 23, 94
Trichomonas vaginalis 23, 92, 123
 triệt sản 34, 35
 triệt sản bằng phương pháp Irving 34
 triệt sản bằng phương pháp Uchida 34
 triệt sản nam 35
 triệt sản nữ 34, 35
 trimethadione, gây quái thai 106
 trisomy 13 (Hội chứng Patau) 39
 xét nghiệm tầm soát 86, 87, 89
 trisomy 16 39
 trisomy 18 (Edwards syndrome) 39
 xét nghiệm tầm soát 86, 87, 89
 trisomy 21 (Hội chứng Down) 39
 xét nghiệm tầm soát 86, 87, 89

trisomy 22 39

trục hạch-tuyến yên-thương thận (HPA) 83

trung bì 108

trung mô 79

truyền dịch vào trong buồng ối 41

truyền máu song thai 108, 110, 119

truyền máu trong tử cung 114

túi thừa niệu đạo 27

tuổi của người mẹ 86, 87

tuổi thai, định nghĩa 79

tuổi vị thành niên 51

tuyến Bartholin 12, 13

abscess 22, 23

nang 26, 27

tuyến thương thận 54

tuyến yên

chu kỳ kinh nguyệt 14, 15

rối loạn 53, 149

tử cung

dị tật bẩm sinh 28, 29, 56

đồi (tử cung) 28, 29

giải phẫu 12, 13, 144

khám 16, 17

khám bằng tay 10, 11

lộn 145

nạo 19, 39

nứt 143

sang thương 17, 26

u xơ 28, 29, 56

võ 143, 144, 145

tử cung Couvelaire 121

tư thế của thai 128, 129

tư thế nằm (lấy sói) 49

tư vấn về di truyền 90

u buồng trứng

dây thi sorm 51

giáp biến 75

tế bào mầm ác tính 75

u dây sinh dục 75

u hạt bẹn 23

u hạt lympho sinh dục 23

u mô dệm nội mạc tử cung 73

u nang sói tuyến 29

u nghịch mầm 75

u ngồi 12, 13

u nhú trong ống tuyến (vú) 37

u phán phụ 28, 29

u sói tuyến vú 29

u sói tuyến vú 37

u tân sinh trong biểu mô âm đạo (VAIN) 67

u tân sinh trong biểu mô âm hộ (VIN) 71

u tân sinh trong biểu mô cổ tử cung (CIN) 67

u tế bào hạt 75

u tế bào Sertoli-Leydig 75

u xoang nội bì 75

u xơ tử cung 21, 28, 29, 56

ung thư

âm đạo 68, 69

âm hộ 27, 70, 71

buồng trứng 74, 75

cổ tử cung 68, 69

khám 11

nội mạc tử cung 72, 73

phúc mạc 75

tử cung 72, 73

vòi trứng 75

vú 36, 37, 65

ung thư âm hộ 68, 69

ung thư âm hộ

bệnh học 71

bệnh Paget 71

chẩn đoán 71

dịch tễ 71

điều trị 70, 71

giải đoạn 70, 71

melanoma 71

phẫu thuật 70, 71

phòng ngừa 70

tiền lượng 71

yếu tố nguy cơ 71

ung thư buồng trứng 74, 75

ung thư cổ tử cung 68, 69

ung thư nội mạc tử cung

chẩn đoán 73

dịch tễ 73

điều trị 73

giải phẫu 73

phản giải đoạn 72, 73

phòng ngừa 73

tiền lượng 73

triệu chứng 16

yếu tố nguy cơ 72, 73

ung thư phúc mạc 75

ung thư tử cung 72, 73

ung thư vú 36, 37, 65

Ureaplasma urealyticum 57

úi dịch vòi trứng 29

ức chế kênh calcium 122, 123

vách ngăn ngang âm đạo 27, 53

vận mạch 64, 65

van nhẫn tạo 100

vàng da nhán 114

ventouse 140, 141

vết rạn da 147

viêm âm đạo 22, 23

viêm âm đạo do *Toxoplasma* 92, 93, 115

viêm âm đạo nấm *Candida* 22, 23

viêm bàng quang 21

viêm buồng trứng 24

viêm cản hoại tử 23, 147

viêm cổ tử cung 24

viêm cổ tử cung *Chlamydia* 23

viêm gan B 94, 95, 147

xét nghiệm tầm soát 90

viêm gan C 94, 95, 147

viêm giáp De Quervain 103

viêm giáp Hashimoto 103

viêm hạch mạc treo 21

viêm khớp dạng thấp trong thai kỳ 105

viêm mắt so sinh 147

viêm mô tế bào vùng chậu 146

viêm nội mạc tử cung 16, 146, 147

viêm ruột hoại tử 127

viêm ruột thừa 20, 21

trong thai kỳ 105

viêm tắc nhiệm trứng tĩnh mạch vùng chậu 146

viêm teo âm đạo 27

viêm túi thừa 20, 21

viêm giáp hàn sán 103

viêm tuyến mồ hôi 27

viêm tuyến mồ hôi mừng mù 23

viêm vòi trứng 19, 23, 24

viêm vú 146, 147

viêm vùng chậu (PID) 20, 21, 24, 25

virus herpes simplex (HSV) 22, 23, 57, 94, 95, 115

virus Varicella zoster 94, 95

vitamin A, gây quái thai 106

vitamin D₃ 85

vitamin K 147

vô kinh 52, 53

võ ối non trên thai non tháng 119, 126, 127

vô sinh

do nam 58

do nữ 58

dánh giá 59

điều trị 60-3

định nghĩa 58-59

hội chứng buồng trứng đa nang 55

lạc nội mạc tử cung 31

tần suất 59

tiền lượng 59

vô cảm 59

vô kinh 53

yếu tố nguy cơ 24, 25, 59

vòi fallope

giải phẫu 12, 13

mổ bao tốn tai vòi 18, 19

niêm trùng 24, 25

sang thương 28, 29

thai ngoài tử cung 18, 19, 20

triết sản 34, 35

ung thư 75

vòm cánh tay 78

vòng Falope 34, 35

vòng nâng 48, 49

vú

giải phẫu 36, 37

hoai tử mờ 37

khám thực thể 37

nhũ ảnh 36, 37

phát triển 50, 51, 146

sinh thiết bằng kim nhỏ 36, 37

u sói tuyến 37

vụ kiện 45

warfarin, gây quái thai 101, 106

xạ trị ngoài 69, 71, 73

xạ trị tại chỗ 68, 69, 73

xé vòi trứng 18, 19

xét nghiệm dung nạp glucose (GTT) 90, 99

xét nghiệm máu 90

xét nghiệm máu cuống rốn qua da (PUBS) 87, 115

xét nghiệm tầm soát xem thêm nhũ ảnh; Pap smear; chẩn đoán tiền sản

xét nghiệm thử tài glucose (GLT) 90, 99

xét nghiệm tim kháng thể Rubella 90

xơ gan 17

xơ hóa lichen 26, 27

xoắn phần phụ 20, 21

xuất huyết

nội soi 135

sau sinh 144, 145

trong não thất 127, 135

trước sinh 120, 121

xuất huyết âm đạo, bất thường 16, 17

siêu âm 88

thai ngoài tử cung 19

trước chuyển dạ 120, 121

xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch (vô căn) 105, 145

xuất huyết nội soi 135

xuất huyết thai nhi-sản phụ 116, 117

xuất huyết trong não thất (IVH) 127, 135

xuất huyết âm đạo trước chuyển dạ 120, 121

xuất huyết tử cung do rối loạn chức năng 17

xương cụt 12

zidovudine (AZT) 106

Bảng thuật ngữ Việt - Anh

abscess vòi-buồng trứng	TOAs	tubo-ovarian abscesses	hút chân không bằng tay	MVA	manual vacuum aspiration
bản chân biến dạng đặc thù		"rocker-bottom" feet	huyết khối tĩnh mạch sâu	DVT	deep vein thrombosis
băng huyết sau sinh	PPH	postpartum hemorrhage	khoảng sáng da dày	NT	nuchal translucency
băng nẵng đỡ âm đạo	TVT	transvaginal tape	khoét chớp băng vòng điện	LEEP	loop electrosurgical excision procedure
bất xứng đầu chậu	CPD	cephalopelvic disproportion	khuyết tật ống thần kinh		
bệnh lây truyền qua đường tình dục	STIs	sexually transmitted infections	kỹ thuật hỗ trợ sinh sản	ART	assisted reproductive technology
bệnh lý phổi thai do warfarin		warfarin embryopathy	kích thích băng âm rung	TENS	vibroacoustic vibration
bệnh lý tim mạch kèm xanh tim		cyanotic heart disease	kích thích điện thần kinh qua da		transcutaneous electrical nerve stimulation
bệnh màng trong	HMD	yaline membrane disease	kiểm tra mật độ xương	DXA	dual-energy X-ray absorptiometry
bệnh não thiếu máu cục bộ do thiếu oxygen	HIE	hypoxic-ischemic encephalopathy	kiểu nhau		chorionicity
bệnh ưu huyết khối		thrombophilia	kiểu thể		position
bíển chứng đồng máu nội mạc lan tỏa	DIC	disseminated intravascular coagulopathy	ký đầu		prophase
biểu đồ thân nhiệt cơ bản	BBT	basal body temperature chart	ký giữa		metaphase
biểu đồ tim thai-con gò	CTG	cardiotocography	ký kinh cuối	LMP	last menstrual period
bomb tinh trùng vào tử cung	IUI	intratuterine insemination	làm vỡ màng ối bằng tay	AROM	artificial rupture of the membranes
các bệnh lý huyết học		blood dyscrasias	liệu pháp hormon thay thế	HRT	hormone replacement therapy
cân nặng thai	EFW	estimated fetal weight	liệu pháp kháng retrovirus	HAART	highly active antiretroviral therapy
cận tiết		paracrine	liệu pháp mùi hương		aromatherapy
carcinoma nhú thanh dịch		uterine papillary serous carcinoma	loạn nguyên hồng cầu thai nhi		erythroblastosis fetalis
carcinoma tế bào sá sùng	AIS	clear cell carcinoma	loạn sản sụn gốc chi dạng đốm		stippled bone epiphysis
carcinoma tế bào tuyến tại chỗ		adenocarcinoma in situ	lóc ối	BMD	stripping of the membranes
carcinoma tuyến dạng nội mạc tử cung		endometrioid adenocarcinoma	lòng bàn tay son		palmar erythema
cắt bỏ buồng trứng-ống dẫn trứng một bên qua nội soi ổ bụng	USO	unilateral salpingo-oophorectomy	màng nội mô mạch máu-màng đậm		hemochorionendothelial
catheter do áp lực đặt trong tử cung	IUPC	intratuterine pressure catheter	mật độ khoáng hóa xương		bone mineral density
chẩn đoán di truyền tiền làm tổ	PGD	preimplantation genetic diagnosis	mien độ cùng loài		alloimmunity
chất điều hòa thụ thể estrogen chọn lọc	SERM	selective estrogen receptor modulator	miếng dờ xuyên qua lõi bịt	TOT	transobturator tape
chi số ối	AFI	amniotic fluid index	mức độ phân mảnh		fragmentation
chiều dài từ đầu đến mông	CRL	crown-rump length	nang lỗ náo	ECC	porencephalic cysts
chiều dài xương đùi	FL	femur length	nạo cổ trong	GCT	glucose challenging test
chu vi vòng bụng	AC	abdominal circumference	nghiêm pháp dung nạp glucose	ECV	external cephalic version
chứng phenylketon niêu		phenylketonuria	ngoại xoay thai		funic presentation
chứng râm lồng		hirsutism	ngồi dậy rốn	RR	presentation
chuỗi phản ứng thúc đẩy chuyển dạ	HSG	parturition cascade	ngồi thai	BV	relative risk
chụp X-quang tử cung-vòi trứng		hysterosalpingogram	nguy cơ tương đối		bacterial vaginosis
có đối xứng		symmetry	nhiễm khuẩn âm đạo		multicystic encephalomelia
dấu hiệu phản hủy của thai		fecal maceration	nhuyễn não da nang	D&X	oocyte
dây rốn cầm vào màng ối		velamentous insertion of umbilical cord	noãn bào	D&E	dilation and extraction
dịch báng		ascites	nong và hút (thai)	D&C	dilation and evacuation
dịch rửa ổ bụng		peritoneal washing	nong và gấp (thai)	PROM	dilation and curettage
dịch thẩm		transudation	nong và nạo tử cung	PPROM	premature rupture of the membranes
dụng cụ đặt trong tử cung	IUD	intrauterine device	ối non		preterm premature rupture of the membranes
dùng qua da	TD	transdermal	ối vỡ non trên thai non tháng		
đào ngucker tưới máu động mạch trong song thai	TRAP	twin reserved arterial perfusion sequence	pha hoạt động		active phase
đái tháo đường thai kỳ	GDM	gestational diabetes mellitus	phá ối		amniotomy
đánh giá di căn đến các hạch canh gó		sentinel node mapping	pha tiềm thời		latent phase
định hướng		orientation	phản hủy của thai		fetal maceration
đo độ sâu khoang ối lớn nhất không chứa dây rốn	MVP	maximal vertical pocket	phản tích gộp		meta-analyses
độ lọc cầu thận	GFR	glomerular filtration rate	phẫu thuật cắt lạnh		cryosurgery
độ lọc		station	phẫu châu	IP	infundibulopelvic
đo niệu dòng		uroflowmetry	phôi		embryo
động mạch mạc treo tràng dưới	IMA	inferior mesenteric artery	phôi bào		blastomeres
đột biến chuyển đoạn cân bằng		balanced translocation	phôi đầu		morula
đường kính luồng định	BPD	biparietal diameter	phôi nang		blastocyst
đường nguyên thủy	rFSH	primitive streak	phù hợp với tuổi thai	AGA	appropriate for gestational age
FSH tái tổ hợp		recombinant follicle-stimulating hormone	phương pháp chọc hút bằng kim nhỏ	FNA	fine-needle aspiration
gây nghiện		opiate	phương pháp hút cavitron dưới siêu âm	CUSA	cavitron ultrasonic aspiration
giảm số thai chọn lọc		selective fetal reduction	phương pháp nạo hạch bẹn		inguinal lymphadenectomy
giảm thiểu cầu di miễn dịch cùng loài	ATP	alloimmune thrombocytopenia	phương pháp PPD	PPD	purified protein derivative
giục sinh		augmentation	phương pháp tế bào nhung dịch	LBC	liquid-based cytology
globulin liên kết hormone giới tính	SHBG	Sex hormone-binding globulin	phương pháp xạ trị tại chỗ trong âm đạo		vaginal brachytherapy
hCG tăng giả tạo		phantom hCG	quá trình sialyl-hoá		sialylation
hệ thống đặt trong tử cung	IUS	intrauterine system	rẽ rắn den		black cohosh
heparin trọng lượng phân tử thấp	LMWH	low-molecular-weight heparin	sản dịch		lochia
hội chứng buồng trứng đa nang	PCOS	polycystic ovarian syndrome	sàng lọc phôi		embryo screening
hội chứng mèo kêu		cri-du-chat syndrome	sao mạch		spider angioma
hội chứng dài ống ối	ABS	amniotic band syndrome	sarcoma cơ trơn tử cung		leiomyosarcomas
hội chứng quá kích buồng trứng	OHSS	ovarian hyperstimulation syndrome	sẩy thai tái phát	RPL	recurrent pregnancy loss
hội chứng suy hô hấp	RDS	respiratory distress syndrome	siêu âm chi dưới không xâm lấn	LENI	lower extremity non-invasive test
hội chứng tăng trưởng bất thường		fetal dysmaturity syndrome	siêu âm qua ngà âm đạo	TVU	transvaginal ultrasonography
hội chứng thai rụng	FAS	fetal alcohol syndrome	sinh chỉ huy		active management of labor
hút chân không bằng điện	EVA	electric vacuum aspiration	sinh thiết gai nhau	CVS	chorionic villous sampling
			sinh thiết hạch canh gó	SLNB	sentinel lymph node biopsy
			sởi-quai bị-rubella	MMR	measles, mumps, rubella

són tiêu do tăng áp lực ổ bụng	SUI	stress urinary incontinence	tiêm tĩnh trùng vào bào tương trứng	ICSI	intracytoplasmic sperm injection
sự bất sản da		aplasia cutis	tinh trạng 'hợp nhất môi-bìu'		labioscrotal fusion
sự ghép vào		apposition	tòan tiết		autocrine
sự làm tổ		implantation	tồn thương trong biểu mô ở tế bào	CGIN	cervical glandular intraepithelial lesion
tăng sản thương thận bẩm sinh	CAH	congenital adrenal hyperplasia	tuyến cổ tử cung		
tăng trưởng bất thường đồng		growth discordance	tổng xuất thể cực I		first polar body
tật bàn chân quặp		clubfoot	trác đố sinh-vật lý	BPP	biophysical profile
tế bào mầm nguyên thủy		primitive germ cells	treo dây chằng củng-gai	SSLs	sacrospinous ligament suspension
tế bào nuôi trung gian		intermediate cytotrophoblasts	trục thai		lie
tế bào vô huống trứng		ovarian theca cells	trung gian tế bào		cellular immunity
teo cơ cột sống		spinal muscular atrophy	u nang bì		dermoids
teo dây dày thần kinh thị	GTT	optic atrophy	u mô đệm nội mạc tử cung		endometrial stromal tumors
test dung nạp glucose		glucose tolerance test	u nghịch mâm		dysgerminomas
test nhuộm nước ôi		amnio-dye test	u nguyên bào nuôi	GTN	gestational trophoblastic neoplasia
test sau giao hợp		postcoital test	u quái chúa trưởng thành		immature teratomas
test thử tài glucose	GLT	glucose load test	u sói thần kinh		neurofibromatosis
thác chuyên dạ		parturition cascade	u tân sinh trong biểu mô âm đạo	VAIN	vaginal intraepithelial neoplasia
thai		fetus	u tân sinh trong biểu mô âm hộ	VIN	vulvar intraepithelial neoplasia
thai chậm tăng trưởng trong tử cung	IUGR	intrauterine growth restriction	u tân sinh trong biểu mô cổ tử cung	CIN	cervical intraepithelial neoplasia
thai giấy		fetus papyraceus	u xoang nội bì		endodermal sinus tumors
thai lớn so với tuổi thai	LGA	large for gestational age	ung thư biểu mô ống tuyến vú tại chỗ	DCIS	ductal carcinoma in situ
thai nhẹ cân	LBW	low birthweight	viêm vùng chậu	PID	pelvic inflammatory disease
thai nhỏ so với tuổi thai	SGA	small for gestational age	virus gây suy giảm miễn dịch ở người	HIV	human immunodeficiency virus
thai trứng	IUFD	hydatidiform moles	vô kinh nguyên phát		primary amenorrhea
thai tử vong trong tử cung		intruterine fetal demise	vô kinh thứ phát		secondary amenorrhea
thiếu chất xương		osteopenia	vỡ ối tự nhiên	SROM	spontaneous rupture of the fetal membranes
thủ thuật cắt bỏ hoàn toàn tử cung qua đường bụng	TAH	total abdominal hysterectomy	vùng chu cung		parametrium
thụ tinh	IVF	fertilization	xạ trị tai chỗ		brachytherapy
thụ tinh trong ống nghiệm		in vitro fertilization	xét nghiệm máu cuống rốn qua da	PUBS	percutaneous umbilical cord sampling
thuốc giảm gà		tocolysis	xét nghiệm tiền sản không xâm lấn	NIPT	non-invasive prenatal testing
thuốc thay thế	IM	second-line chemotherapy	xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn	ITP	idiopathic thrombocytopenic purpura
tiêm bắp	SC	intramuscular	xuất huyết trong não thất	IVH	intraventricular hemorrhage
tiêm dưới da	IV	subcutaneous	xuất huyết tử cung co năng	DUB	dysfunctional uterine bleeding
tiêm mạch		intravenous	yếu tố "úc chế"		"blocking" factors

Bảng thuật ngữ Anh - Việt

abdominal circumference	AC	chu vi vòng bụng	first polar body	tổng xuất thể cực I
active management of labor		sinh chỉ huy	fragmentation	mức độ phân mảnh
active phase		pha hoạt động	funic presentation	ngôi dây rốn
adenocarcinoma in situ	AIS	carcinoma tế bào tuyến tại chỗ	gestational diabetes mellitus	đái tháo đường thai kỳ
alloimmune thrombocytopenia	ATP	giảm tiểu cầu do miễn dịch cùng loài	gestational trophoblastic neoplasia	u nguyên bào nuôi
alloimmunity		miễn dịch cùng loài	glomerular filtration rate	độ lọc cầu thận
amnio-dye test		test nhuộm nước ối	glucose challenging test	nghiệm pháp dung nạp glucose
amniotic band syndrome	ABS	hội chứng dải băng ối	glucose load test	test thử tải glucose
amniotic fluid index	AFI	chỉ số ối	glucose tolerance test	test dung nạp glucose
amniotomy		phá ối	growth discordance	tăng trưởng bất thường đồng
aplasia cutis		sự bất sản da	hemochorionicendothelial	màng nội mỏ mạch máu-màng đệm
apposition		sự ghép vào	highly active antiretroviral therapy	liệu pháp kháng retrovirus
appropriate for gestational age	AGA	phù hợp với tuổi thai	hirsutism	chứng rậm lông
aromatherapy		liệu pháp mùi hương	hormone replacement therapy	liệu pháp hormone thay thế
artificial rupture of the membranes	AROM	làm vỡ màng ối bằng tay	human immunodeficiency virus	virus gây suy giảm miễn dịch ở người
ascites		dịch băng	hydatidiform moles	thai trứng
assisted reproductive technology	ART	kỹ thuật hỗ trợ sinh sản	hypoxic ischemic encephalopathy	bệnh não thiếu máu cục bộ do thiếu oxygen
augmentation		giúp sinh		
autocrine		toàn tiết	hysterosalpingogram	chụp X-quang tử cung-vòi trứng
bacterial vaginosis	BV	nhiễm khuẩn âm đạo	idiopathic thrombocytopenic purpura	xuất huyết giảm tiểu cầu vòi cắn
balanced translocation		đột biến chuyển đoạn cân bằng	immature teratomas	u quái chưa trưởng thành
basal body temperature chart	BBT	biểu đồ thân nhiệt cơ bản	implantation	sự làm tổ
biophysical profile	BPP	trắc đồ sinh-vật lý	in vitro fertilization	thụ tinh trong ống nghiệm
biparietal diameter	BPD	đường kính lưỡng đỉnh	inferior mesenteric artery	động mạch mạc treo tràng dưới
black cohosh		rê rắn đen	infundibulopelvic	phieu chậu
blastocyst		phôi nang	inguinal lymphadenectomy	phương pháp nạo hạch bẹn
blastomeres		phôi bào	intermediate cytotrophoblasts	tế bào nuôi trùng gian
“blocking” factors		yếu tố “ức chế”	intracytoplasmic sperm injection	tiêm tinh trùng vào bào tương trứng
blood dyscrasias		các bệnh lý huyết học	intramuscular	tiêm bắp
bone mineral density	BMD	mật độ khoáng hóa xương	intruterine device	dụng cụ đặt trong tử cung
brachytherapy		xạ trị tại chỗ	intruterine fetal demise	thai tử vong trong tử cung
cardiotocography	CTG	biểu đồ tim thai-con gò	intruterine growth restriction	thai chậm tăng trưởng trong tử cung
cavitron ultrasonic aspiration	CUSA	phương pháp hút cavitron dưới siêu âm	intruterine insemination	bơm tinh trùng vào tử cung
cellular immunity		trung gian tế bào	intruterine pressure catheter	catheter do áp lực đặt trong tử cung
cervical glandular intraepithelial lesion	CGIN	tổn thương trong biểu mô ở tế bào tuyến cổ tử cung	intruterine system	hệ thống đặt trong tử cung
cervical intraepithelial neoplasia	CIN	u Tân sinh trong biểu mô cổ tử cung	intraventricular hemorrhage	tiêm mạch
chorionic villous sampling	CVS	sinh thiết胎-	intraventricular hemorrhage	xuất huyết trong não thất
chorionicity		gai nhau	labioscrotal fusion	tình trạng ‘hợp nhất môi-bìu’
clear cell carcinomas		kiểu nhau	large for gestational age	thai lớn so với tuổi thai
clubfoot		carcinoma tế bào sáng	last menstrual period	kỷ kinh cuối
congenital adrenal hyperplasia	CAH	tật bàn chân quặp	latent phase	pha tiềm thời
cri-du-chat syndrome		tăng sản thương thận bẩm sinh	leiomyosarcomas	sarcoma cơ trơn tử cung
crown-rump length	CRL	hội chứng mèo kêu	lie	trục thai
cryosurgery		chiều dài từ đầu đến mông	liquid-based cytology	phương pháp tế bào nhung dịch
cyanotic heart disease		phẫu thuật cắt lạnh	lochia	sản dịch
deep vein thrombosis	DVT	bệnh lý tim mạch kèm xanh tím	loop electrosurgical excision procedure	khoét chéo bằng vòng điện
dermoids		huyết khối tĩnh mạch sâu	low birthweight	thai nhẹ cân
dilation and curettage	D&C	u nang bì	lower extremity non-invasive test	siêu âm chỉ dưới không xâm lấn
dilation and evacuation	D&E	nong và nạo tử cung	low-molecular-weight heparin	heparin trọng lượng phân tử thấp
dilation and extraction	D&X	nong và gấp (thai)	manual vacuum aspiration	hút chân không bằng tay
disseminated intravascular coagulopathy	DIC	nong và hút (thai)	maximal vertical pocket	MVP do độ sâu khoang ối lớn nhất không chứa dây rốn
dual-energy X-ray absorptiometry	DXA	biến chứng đông máu nội mạch lan tỏa	measles, mumps, rubella	MMR sởi-quai bị-rubella
ductal carcinoma in situ	DCIS	kiểm tra mật độ xương	meta-analyses	phân tích gộp
dysfunctional uterine bleeding	DUB	ung thư biểu mô ống tuyến vú tại chỗ	metaphase	kỳ giữa
dysgerminomas		xuất huyết tử cung cơ năng	morula	phôi đầu
electric vacuum aspiration	EVA	u nghịch mầm	multicystic encephalomalacia	nhuyễn não da nang
embryo		hút chân không bằng điện	neural tube defect	khuyết tật ống thần kinh
embryo screening		phôi	neurofibromatosis	u sói thần kinh
endocervical curettage	ECC	sàng lọc phôi	non-invasive prenatal testing	NIPT xét nghiệm tiền sản không xâm lấn
endodermal sinus tumors		não cổ trong	nuchal translucency	NT khoảng sáng da dày
endometrial stromal tumors		u xoang nội bì	oocyte	noãn bào
endometrioid adenocarcinoma		u mô dẽm nội mạc tử cung	opiate	gây nghiện
erythroblastosis fetalis		carcinoma tuyến dạng nội mạc tử cung	optic atrophy	teo dia dày thần kinh thị
estimated fetal weight	EFW	loan nguyên hồng cầu thai nhi	orientation	định hướng
external cephalic version	ECV	cân nặng thai	osteopenia	thiểu chất xương
femur length	FL	ngoại xoay thai	ovarian hyperstimulation syndrome	hội chứng quá kích buồng trứng
fertilization		chiều dài xương đùi	ovarian theca cells	tế bào vò buồng trứng
fetal alcohol syndrome	FAS	thụ tinh	palmar erythema	lòng bàn tay són
fetal dysmaturity syndrome		hội chứng thai rượu	paracrine	cần tiết
fetal maceration		hội chứng tăng trưởng bất thường	parametrium	vùng chu cung
fetal maceration		dấu hiệu phân hủy của thai	parturition cascade	chuỗi phản ứng thúc đẩy chuyển dạ
fetus		phân hủy của thai	parturition cascade	thác chuyển dạ
fetus papyraceus		thai	pelvic inflammatory disease	viêm vùng chậu
fine-needle aspiration	FNA	thai giấy	percutaneous umbilical cord sampling	xét nghiệm máu cuống rốn qua da

peritoneal washing	dịch rửa ổ bụng	small for gestational age	SGA	thai nhỏ so với tuổi thai
phantom hCG	hCG tăng giả tạo	spider angioma		sao mạch
phenylketonuria	chứng phenylketon niệu	spinal muscular atrophy		teo cơ cột sống
polycystic ovarian syndrome	hội chứng buồng trứng đa nang	spontaneous rupture of the fetal membranes	SROM	vỡ ối tự nhiên
postencephalic cysts	nang lô não			
position	kiểu thê	station		độ lọt
postpartum hemorrhage	băng huyết sau sinh	stippled bone epiphysis	SUI	loạn sản sun gốc chi đang đốm
postcoital test	test sau giao hợp	stress urinary incontinence		són tiểu do tăng áp lực ổ bụng
preimplantation genetic diagnosis	chẩn đoán di truyền tiền làm tổ	stripping of the membranes		lóc ối
premature rupture of the membranes	ối vỡ non	subcutaneous	SC	tiêm dưới da
presentation	ngôi thai	symmetry		có đối xứng
preterm premature rupture of the membranes	ối vỡ non trên thai non tháng	thrombophilia		bệnh ưu huyết khối
primary amenorrhea	vô kinh nguyên phát	tocolysis		thuốc giảm gó
primitive germ cells	tế bào mầm nguyên thủy	total abdominal hysterectomy	TAH	thủ thuật cắt bỏ hoàn toàn tử cung qua đường bụng
primitive streak	đường nguyên thủy	transcutaneous electrical nerve stimulation	TENS	kích thích điện thần kinh qua da
prophase	kỳ đầu			
purified protein derivative	phương pháp PPD	transdermal	TD	dùng qua da
recombinant follicle-stimulating hormone	rFSH tái tổ hợp	transobturator tape	TVT	míeng dỡ xuyên qua lỗ bịt
recurrent pregnancy loss	RPL	transudation		dịch thẩm
relative risk	RR	transvaginal tape	TVT	băng nâng đỡ âm đạo
respiratory distress syndrome	RDS	transvaginal ultrasonography	TVU	siêu âm qua ngả âm đạo
"rocker-bottom" feet	hội chứng suy hô hấp	tubo-ovarian abscesses	TOAs	abscess vòi-buồng trứng
sacrospinous ligament suspension	bản chân biến dạng đặc thù	unilateral salingo-oophorectomy	USO	cắt bỏ buồng trứng-ống dẫn trứng một bên qua nội soi ổ bụng
secondary amenorrhea	treo dây chằng cung-gai	uroflowmetry		đo niệu dòng
second-line chemotherapy	vô kinh thứ phát	uterine papillary serous carcinoma		carcinoma nhú thanh dịch
selective estrogen receptor modulator	thuốc thay thế	vaginal brachytherapy		phương pháp xạ trị tại chỗ trong âm đạo
selective fetal reduction	SERM	vaginal intraepithelial neoplasia	VAIN	u tần sinh trong biểu mô âm đạo
sentinel lymph node biopsy	chất điều hòa thụ thể estrogen chọn lọc	velamentous insertion of umbilical cord		dây rốn cắm vào màng ối
sentinel node mapping	giảm số thai chọn lọc	vibroacoustic vibration	VIN	kích thích bằng âm rung
sex hormone-binding globulin	SLNB	vulvar intraepithelial neoplasia		u tần sinh trong biểu mô âm hộ
sexually transmitted diseases	sinh thiết hạch canh gác	warfarin embryopathy		bệnh lý phôi thai do warfarin
sexually transmitted infections	đánh giá di căn đến các hạch canh gác	yaline membrane disease	HMD	bệnh màng trong
sialylation	SHBG			
	STDs			
	STIs			
	quá trình sialyl-hoá			

