

SƯU TÂM & TỔNG HỢP

DOCTOR PLUS CLUB

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

https://doctorplus.club/ - https://facebook.com/doctoplusclub/

BỘ MÔN PHỤ SẢN

Lưu Thị

Chân Tặng

AA

Thực hành SẢN PHỤ KHOA

Chủ biên
PGS. TS. TRẦN THỊ LỢI
GS. TS. NGUYỄN DUY TÀI

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh
2011



Cảm ơn bạn đã tải sách từ **Doctor Plus Club**.

Tất cả ebook được **Doctor Plus Club** sưu tầm & tổng hợp từ nhiều nguồn trên internet, mạng xã hội. Tất cả sách **Doctor Plus Club** chia sẻ vì đích duy nhất là để đọc, tham khảo, giúp sinh viên, bác sĩ Việt Nam tiếp cận, hiểu biết nhiều hơn về y học.

Chúng tôi không bán hay in ấn, sao chép, không thương mại hóa những ebook này (nghĩa là quy đổi ra giá và mua bán những ebook này).

Chúng tôi sẵn sàng gỡ bỏ sách ra khỏi website, fanpage khi nhận được yêu cầu từ tác giả hay những người đang nắm giữ bản quyền những sách này.

Chúng tôi không khuyến khích các cá nhân hay tổ chức in ấn, phát hành lại và thương mại hóa các ebook này nếu chưa được sự cho phép của tác giả.

Nếu có điều kiện các bạn hãy mua sách gốc từ nhà sản xuất để ủng hộ tác giả.

Mọi thắc mắc hay khiếu nại xin vui lòng liên hệ chúng tôi qua email:
support@doctorplus.club

Website của chúng tôi: <https://doctorplus.club>

Fanpage của chúng tôi: <https://www.facebook.com/doctorplus.club/>

Like, share là động lực để chúng tôi tiếp tục phát triển hơn nữa

Chân thành cảm ơn. Chúc bạn học tốt!



SƯU TÂM & TỔNG HỢP

DOCTOR PLUS CLUB

<https://doctorplus.club/> - <https://facebook.com/doctorplus.club/>

CHỦ BIÊN:

*PGS. TS. TRẦN THỊ LỢI
GS. TS. NGUYỄN DUY TÀI*

THAM GIA BIÊN SOẠN:

*PGS. TS. LÊ HỒNG CẨM
ThS. NGUYỄN HỒNG CHÂU
ThS. LÊ THỊ KIỀU DUNG
BS. PHẠM VĂN ĐỨC
BS. CKII NGUYỄN THỊ THANH HÀ
ThS. NGUYỄN HỒNG HOA
BS. PHẠM THANH HOÀNG
ThS. TÔ MAI XUÂN HỒNG
ThS. VƯƠNG THỊ NGỌC LAN
ThS. BÀNH THANH LAN
ThS. PHẠM THỦY LINH
PGS. TS. TRẦN THỊ LỢI
BS. ÂU NHỰT LUÂN
BS. CHÂU VĂN NHỊNH
BS. VÕ THỊ THU NGUYỆT
ThS. TRỊNH HỮU PHÚC
PGS. TS. NGÔ THỊ KIM PHỤNG
GS. TS. NGUYỄN DUY TÀI
ThS. NGUYỄN DUY HOÀNG MINH TÂM
BS. NGUYỄN THỊ THẮM
ThS. HỒ VIẾT THẮNG
ThS. TRẦN NHẬT THẮNG
PGS. TS. NGUYỄN NGỌC THOA
ThS. KHÚC MINH THÚY
ThS. TRẦN MỘNG THÚY
ThS. TRẦN LỆ THỦY
ThS. BÙI CHÍ THƯƠNG
PGS. TS. HUỲNH NGUYỄN KHÁNH TRANG
BS. ĐỖ NGỌC XUÂN TRANG
BS. CKI. TRẦN BÌNH TRỌNG
ThS. NGUYỄN HỮU TRUNG
TS. VÕ MINH TUẤN
BS. HUỲNH VĨNH PHẠM UYÊN
TS. NGUYỄN THỊ TỬ VÂN*

Y khoa nói chung và lĩnh vực sản phụ khoa nói riêng liên tục thay đổi và phát triển. Hằng năm, nhiều thông tin mới được cập nhật nhằm giúp các chuyên gia y tế xử trí hiệu quả hơn những vấn đề sức khỏe của người phụ nữ. Đã hơn 3 năm trôi qua, kể từ lần xuất bản trước của quyển sách “Thực hành Sản phụ khoa”, một số kiến thức đã được thay đổi hoặc được cập nhật thêm trong quá trình xử trí bệnh nhân.

Y khoa hiện đại ngày càng dựa vào y học chứng cứ nhiều hơn là ý kiến của các chuyên gia. Lần xuất bản này chúng tôi cố gắng đưa thêm những tài liệu mới, nhằm cung cấp những bằng chứng đủ mạnh để có thể sử dụng trong quá trình thực hành sản phụ khoa hằng ngày. Khi thực hành sản phụ khoa một cách hợp lý và khoa học hơn thì chắc chắn bệnh nhân của chúng ta sẽ được hưởng nhiều lợi ích.

Không một cuốn sách nào có thể bao quát hết mọi chủ đề trong công tác thực hành sản phụ khoa. Tuy nhiên, cuốn sách này sẽ cung cấp cho sinh viên và bác sĩ lâm sàng một tài liệu dễ đọc và dễ nhớ về những thủ thuật cơ bản thường gặp liên quan đến những vấn đề sức khỏe của người phụ nữ.

Chúng tôi hy vọng quyển “Thực hành Sản phụ khoa” sẽ phục vụ các bạn tốt hơn khi thực hành lâm sàng, cũng như khi chuẩn bị cho các kỳ thi.

TM nhóm chủ biên

GS. TS. Nguyễn Duy Tài

LỜI NÓI ĐẦU..... III

Phần một
SẢN KHOA

1. Bệnh án sản khoa	3
	ThS. Lê Thị Kiều Dung
2. Khám thai	10
	ThS. Khúc Minh Thúy- BS. Châu Văn Nhịnh
3. Kỹ thuật đo bề cao tử cung.....	18
	BS. Trần Lệ Thủy
4. Sơ lược về tầm soát dị tật thai nhi trong chẩn đoán tiền sản.....	26
	ThS. Vương Thị Ngọc Lan
5. Siêu âm thường quy trong khám thai	37
	ThS. Nguyễn Thị Thắm- ThS. Trần Nhật Thăng
6. Chọc ối.....	46
	ThS. Bành Thanh Lan
7. Non-Stress Test (NST) và Stress Test (ST)	50
	GS. TS. Nguyễn Duy Tài
8. Theo dõi chuyển dạ.....	57
	PGS. TS. Lê Hồng Cẩm
9. Khám khung chậu trong	66
	PGS.TS. Nguyễn Ngọc Thoa - ThS. Khúc Minh Thúy
10. Kỹ thuật bấm ối	70
	BS. Đỗ Ngọc Xuân Trang
11. Khởi phát chuyển dạ.....	74
	PGS.TS. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang
12. Sử dụng thuốc tăng co trong sản khoa	86
	ThS.BS. Phạm Thủy Linh
13. Thuốc giảm co dùng trong sản khoa.....	84
	ThS.BS. Phạm Thủy Linh
14. Theo dõi và chăm sóc một sản phụ có vết mổ lấy thai cũ.....	100
	BS. CK2 Nguyễn Thị Thanh Hà

SƯU TÂM & TỔNG HỢP

DOCTOR PLUS CLUB

15. Kỹ thuật đỡ sanh ngôi chỏm https://doctorplus.club/ - http://nauocdoctoplus.com/doctorplusclub/	105	PGS. TS. Nguyễn Ngọc Thoa
16. Xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ.....	109	PGS. TS. Trần Thị Lợi
17. Cắt và khâu tầng sinh môn	115	ThS. Trịnh Hữu Phúc
18. Bóc nhau nhân tạo và kiểm tra sinh dục	119	PGS.TS. Ngô Thị Kim Phụng
19. Forceps sản khoa	126	ThS. Lê Thị Kiều Dung
20. Chăm sóc bé sau sanh	134	ThS. Nguyễn Thị Thắm
21. Chăm sóc hậu sản.....	138	GS. TS. Nguyễn Duy Tài - BS. Huỳnh Vĩnh Phạm Uyên
22. Chăm sóc hậu phẫu mổ lấy thai.....	144	ThS. Võ Thị Thu Nguyệt
23. Cách cho con bú	150	BS. Trần Bình Trọng
24. Phòng chống lây truyền hiv từ mẹ sang con	156	PGS. TS. Ngô Thị Kim Phụng- ThS. Trần Nhật Thăng- ThS. Nguyễn Duy Hoàng Minh Tâm

Phần hai

PHỤ KHÓA

25. Bệnh án phụ khoa.....	165	
		ThS. Phạm Thủy Linh
26. Khám phụ khoa	170	
		PGS. TS. Trần Thị Lợi
27. Khám vú	177	
		PGS. TS. Trần Thị Lợi
28. Tầm soát ung thư cổ tử cung	183	
		ThS. Lê thị kiều dung
29. Soi cổ tử cung – sinh thiết cổ tử cung	196	
		ThS. Tô Mai Xuân Hồng

SƯU TÂM & TỔNG HỢP

DOCTOR PLUS CLUB

https://30.0.0.100/Xet-nghiem-chuan-doan-viem-am-dao.html	208
31. Rạch nang và áp-xe tuyến bartholin.....	212
BS. Phạm Văn Đức- ThS. Trần Mộng Thúy	
32. Chọc dò túi cùng sau.....	219
BS.CK2. Nguyễn Thị Thanh Hà	
33. Khối U buồng trứng xoắn	222
ThS. Nguyễn Hồng Hoa	
34. Hút nạo thai trứng và theo dõi sau hút nạo	225
PGS. TS. Lê Hồng Cẩm	
35. Rửa tay thường quy.....	232
BS. Phạm Thanh Hoàng	
36. Các nguyên tắc cơ bản trong phòng mổ.....	237
BS. Phạm Thanh Hoàng	
37. Giới thiệu một số dụng cụ phẫu thuật	243
ThS. Nguyễn Hồng Châu - ThS. Hồ Viết Thắng	
38. Chỉ phẫu thuật.....	254
TS.BS. Nguyễn Thị Từ Vân	
39. Phẫu thuật nội soi phụ khoa.....	258
ThS. Bùi Chí Thương	
40. Sutures vết thương	268
TS.BS. Nguyễn Thị Từ Vân	

Phần ba KẾ HOẠCH GIA ĐÌNH

41. Cách sử dụng bao cao su	275
ThS. Nguyễn Hữu Trung	
42. Hướng dẫn cách dùng thuốc tránh thai loại viên kết hợp estro-progestogen	281
BS. Âu Nhựt Luân - ThS. Khúc Minh Thúy	
43. Thuốc tránh thai khẩn cấp	287
ThS. Tô Mai Xuân Hồng	
44. Thuốc tránh thai dạng tiêm depo medroxyprogesterone acetate (DMPA)	291
PGS.TS. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang	
45. Thuốc tránh thai dạng que cấy (implanon).....	297
PGS.TS. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang	

SƯU TÂM & TỔNG HỢP

DOCTOR PLUS CLUB

46. Dụng cụ tử cung tránh thai.....	303
	https://doctorplus.club/ https://facebook.com/doctorplus.club/
47. Hút thai kế hoạch	309
	GS. Nguyễn Duy Tài
48. Phá thai nội khoa.....	314
	BS. CK2 Nguyễn Thị Thanh Hà
49. Triệt sản nữ.....	325
	TS. Võ Minh Tuấn
50. Triệt sản nam.....	329
	BS. Trần Bình Trọng
BẢNG TRA CỨU TỪ.....	334
ĐÁP ÁN.....	337

SƯU TÂM & TỔNG HỢP

DOCTOR PLUS CLUB

<https://doctorplus.club/> - <https://facebook.com/doctorplus.club/>

PHẦN I.
SẢN KHOA

BỆNH ÁN SẢN KHOA

ThS. LÊ THỊ KIỀU DUNG

Mục tiêu

1. Kể được trình tự cách làm bệnh án sản khoa.
2. Trình bày được cách hỏi tiền cǎn, bệnh sử.
3. Thực hiện đúng những thao tác cơ bản khi thăm khám sản phụ.
4. Trình bày được cách tóm tắt vấn đề.

1. HÀNH CHÍNH

- Họ tên bệnh nhân, tuổi.
- Tiền thai: số lần sanh đủ tháng, số lần sanh thiếu tháng, số lần sẩy thai hoặc nạo kẽ hoạch hoặc thai ngoài tử cung, số con còn sống.
- Nghề nghiệp.
- Địa chỉ.
- Ngày giờ nhập viện.
- Lý do nhập viện: đau bụng, ra nước âm đạo, ra huyết âm đạo...

2. TIỀN CĂN

2.1. Tiền căn gia đình

- Bệnh di truyền: bệnh tán huyết.
- Dị tật.
- Bệnh nội khoa: cao huyết áp, tiểu đường, béo phì, viêm tắc mạch...
- Bệnh truyền nhiễm.
- Ung thư phụ khoa.

2.2. Tiền căn bản thân

Nội khoa: cao huyết áp, tiểu đường, viêm tắc tĩnh mạch, nhiễm trùng tiểu, dị ứng...

Ngoại khoa: chấn thương vùng chậu, phẫu thuật hệ xương khớp (cột sống), phẫu thuật vùng bụng (viêm ruột thừa)...

Phụ khoa-kế hoạch hóa gia đình (KHHGD)

- Kinh nguyệt:
 - Kinh lần đầu.
 - Đều hay không đều.
 - Chu kỳ kinh (bao nhiêu ngày có kinh một lần).
 - Số ngày có kinh.
 - Lượng kinh (nhiều hay ít), tính chất máu kinh (máu cục hay loãng).
 - Triệu chứng đi kèm khi có kinh (đau lưng, đau bụng...).
- Những bệnh phụ khoa đã mắc và điều trị (viêm sinh dục, u xơ tử cung, u nang buồng trứng, vô sinh...), mổ phụ khoa (u nang buồng trứng, thai ngoài tử cung...).
- Những phương pháp KHHGD đã thực hiện: thuốc ngừa thai, dụng cụ tử cung...

Sản khoa:

- Năm lập gia đình.
- Đặc điểm của những lần sanh, sẩy, nạo thai trước đó: diễn tiến trong thai kỳ lần trước (có bệnh lý gì không...), cách sanh (sanh thường, sanh khô), con nặng nhất, có băng huyết sau sanh không, hậu sản diễn tiến như thế nào.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

3. BỆNH SỬ (bắt đầu từ ngày đầu tiên của kỳ kinh chót – KC)

- KC Ngày dự sanh (tính theo công thức Naegelé: ngày + 7, tháng – 3).
Lưu ý: hỏi kỹ ngày âm lịch hay dương lịch, chỉ tính tuổi thai theo ngày dương lịch.
- Ngày kinh áp chót.

Có khám thai định kỳ?

- Khám ở đâu, khám thường xuyên hay không, khám bao nhiêu lần?
- Lần khám đầu tiên: lúc nào, tuổi thai lúc đó tính theo tuần vô kinh là mấy tuần?
- Có siêu âm ba tháng đầu thai kỳ không, nếu có thì tuổi thai là mấy tuần?

Quá trình diễn tiến trong thai kỳ:

- Triệu chứng chính trong 3 tháng đầu thai kỳ (thai hành...)
- Triệu chứng chính trong 3 tháng giữa thai kỳ (thai máy: thời điểm thai máy lần đầu, mức độ thai máy, vị trí thai máy nhiều ở đâu).
- Triệu chứng chính trong 3 tháng cuối thai kỳ.
- Tăng cân trong quá trình mang thai.
- Các triệu chứng bất thường trong quá trình mang thai: đau bụng, cao huyết áp, xuất huyết, nhiễm trùng...
- Những thuốc đã dùng trong quá trình mang thai: tên thuốc, liều lượng, thời gian dùng thuốc, thời điểm dùng thuốc trong thai kỳ.

Hỏi về lý do nhập viện lần này:

- Thời điểm xuất hiện triệu chứng? Tự nhiên hay có nguyên nhân?

- Đặc điểm của triệu chứng? (ví dụ: ra huyết lượng nhiều hay ít, máu màu gì, có đông hay không...).
- Diễn tiến bệnh lý như thế nào?
- Đã được điều trị gì chưa?

4. KHÁM

4.1. Khám tổng quát

- Sinh hiệu: Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, nước tiểu, phản xạ gân xương.
- Chiều cao:.....
- Cân nặng:.....
- Vóc dáng (cân đối hay có gù vẹo cột sống không?)
- Tổng trạng (mập, trung bình, gầy), da niêm mạc (dấu hiệu phù, thiếu máu...)
- Các cơ quan: hạch, tuyến giáp, tim, phổi, gan, lách...

4.2. Khám sản khoa

4.2.1. Khám bụng

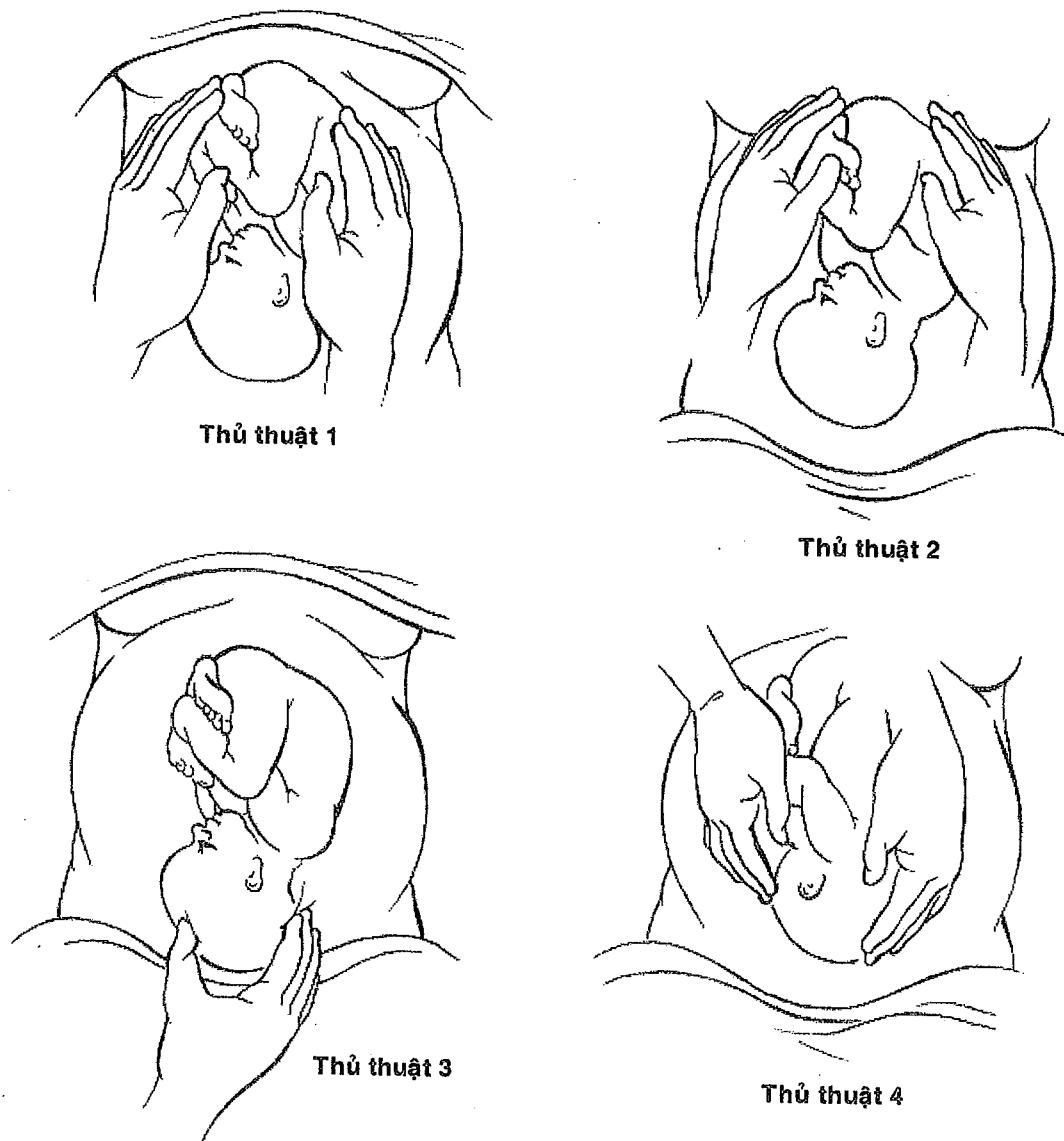
Nhìn: hình dạng và tư thế của tử cung (thường là hình trứng, trực dọc).

Đo:

- Bề cao tử cung ngoài cơ tử cung (từ bờ trên xương vè → đáy TC).
- Vòng bụng (đo qua chỗ cao nhất, thường qua ngang rốn).

Khám 4 thủ thuật Leopold:

- Chuẩn bị sản phụ:
 - Sản phụ nằm trên bàn khám ở tư thế sản phụ khoa, bộc lộ vùng bụng.
 - Người khám: Người khám đứng bên phải sản phụ, trong ba thủ thuật đầu mặt người khám hướng về mặt sản phụ. Thủ thuật thứ tư người khám xoay mặt về phía chân sản phụ.

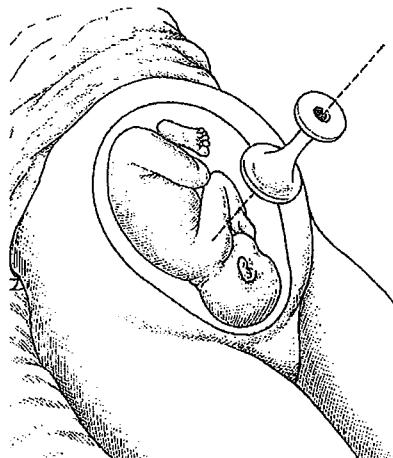


Hình 1: Khám 4 thủ thuật Leopold

- Thủ thuật 1: người khám dùng các đầu ngón tay sờ nắn nhẹ nhàng đáy tử cung nhằm xác định cực thai ở đáy tử cung.
- Thủ thuật 2: người khám dùng hai lòng bàn tay ấn nhẹ nhàng nhưng sâu hai bên bụng để xác định bên nào là lưng, bên nào là chi thai nhi.
- Thủ thuật 3: người khám dùng ngón cái và các ngón còn lại của một bàn tay nắn nhẹ nhàng vùng bụng dưới của sản phụ ngay trên xương vè nhằm xác định cực thai ở đoạn dưới tử cung.
- Thủ thuật 4: người khám xoay về phía chân sản phụ. Dùng các đầu ngón tay ấn sâu trên xương vè theo hướng trực eo trên. Nếu là ngôi đầu, một bàn tay

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

sẽ bị chặn lại bởi một khối ụ tròn (ụ đầu), trong khi bàn tay kia xuống được sâu hơn. Ụ đầu cùng bên với chi trong ngôi chỏm và ngược bên với chi trong ngôi mặt. Đầu càng xuống thấp trong tiểu khung, sờ ụ đầu càng khó. Khi đầu chưa lọt, hai bàn tay có hướng hội tụ, khi đầu đã lọt, hai bàn tay có hướng phân kỳ.



Hình 2: Nghe tim thai với ống nghe Pinard sau khi xác định móm vai.

Bắt cơn co TC: thường bắt ở vùng đáy TC, ngang rốn. Bắt tối thiểu 3 cơn co hay trong 10 phút và ghi nhận:

- Thời gian co.
- Thời gian nghỉ.
- Cường độ cơn co.

Nghe tim thai: ghi nhận

- Vị trí nghe (thường nghe rõ ở móm vai).
- Đều hay không đều.
- Tần số (nhịp tim thai/phút): bình thường từ 120-160 lần/phút.
- Cường độ (nghe rõ hay không).

4.2.2. Khám khung chậu ngoài

Cho những trường hợp nghi ngờ khung chậu méo hoặc hẹp. Đo bằng thước Beaudelocque.

- ĐK trước-sau (Beaudelocque): điểm giữa bờ trên khớp vẹ-gai sống thắt lưng 5.
- ĐK lưỡng gai: đường nối giữa 2 gai chậu trước trên.
- ĐK lưỡng mào: đường nối giữa 2 điểm xa nhất của 2 mào chậu.
- ĐK lưỡng mấu: đường nối giữa 2 mấu chuyển xương đùi.
- Hình trám Michaelis:
 - Đỉnh trên: gai sống thắt lưng 5.
 - Đỉnh dưới: đỉnh rãnh liên mông.
 - Hai bên: 2 gai chậu sau trên.

4.2.3. Khám âm đạo

- Âm hộ: có sang thương gì đặc biệt không (Herpes, Condylome...)
- Tầng sinh môn: dày chắc hay mềm, dễ dán. Sẹo cắt tầng sinh môn cũ có gì đặc biệt không?
- Đặt mỏ vịt: trong trường hợp cần thiết (có ra huyết hoặc ra nước âm đạo bất thường) phải đặt mỏ vịt để quan sát
 - Thành âm đạo (bình thường hay có vách ngăn...)
 - Dịch âm đạo (máu, nhầy, nước ối...): lượng, tính chất dịch (màu, mùi...). Tất cả trường hợp dịch âm đạo nghi ngờ, phải lấy mẫu thử vi trùng học
 - Quan sát cổ tử cung ghi nhận: trơn láng hay lộ tuyến sung huyết. Tất cả những trường hợp cổ tử cung nghi ngờ đòi hỏi phải kiểm tra sau sanh.

- Thăm âm đạo:

Cổ tử cung

- Độ mở (cm).
- Độ xóa (%).
- Mật độ.
- Hướng.

Ối: còn hay vỡ (thời gian vỡ)

- Ối còn: phồng hay dẹt (sát).
- Ối vỡ: còn màng, hoàn toàn, lượng, tính chất (màu, mùi...)

Ngôi thai:

- Ngôi gì.
- Kiểu thế.
- Độ lọt.

*Khung chậu trong (xem thêm bài
Khám khung chậu)*

Eo trên

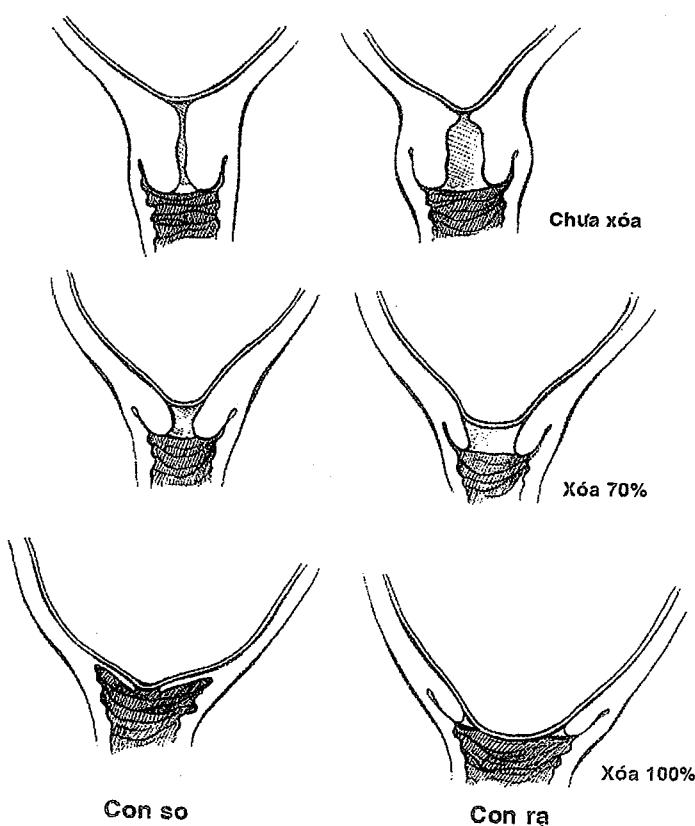
- Đường kính ngang: khám gờ vô danh (bình thường chỉ sờ được $\frac{1}{2}$ trước của gờ vô danh).
- ĐK trước sau: khám mỏm nhô, nếu sờ được mỏm nhô thì đo đường kính nhô – hạ vệ (thường không sờ đụng mỏm nhô).

Eo giữa

- Hai gai hông (tù hay nhọn, khoảng cách giữa hai gai hông).
- Độ cong của xương cùng.

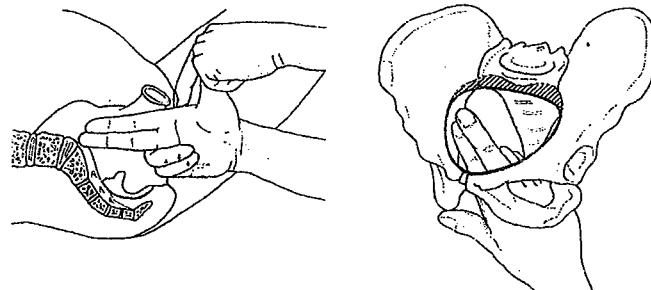
Eo dưới

- Góc vòm vệ.
- Đường kính lưỡng ụ ngồi.

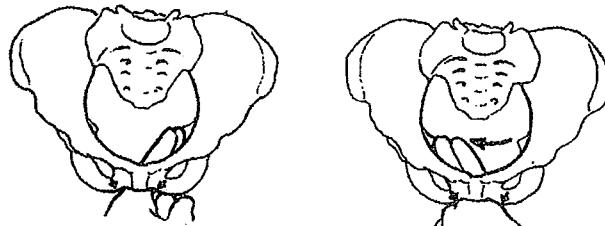


Hình 3: Sự xóa mở cổ tử cung

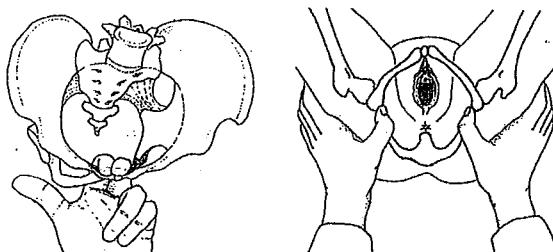
THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



Hình 4: Khám eo trên



Hình 5: Khám eo giữa



Hình 6: Khám eo dưới

5. TÓM TẮT BỆNH ÁN

- Tuổi bệnh nhân, tiền thai, tuổi thai.
- Lý do nhập viện.
- Những vấn đề chính.

6. CHẨN ĐOÁN

- Con lần thứ mấy.
- Tuổi thai (tuần).
- Ngôi gì.
- Đã chuyển dạ chưa, chuyển dạ giai đoạn nào.
- Những vấn đề bệnh lý đi kèm.

7. TIÊN LƯỢNG

- Mẹ.
- Con.

8. HƯỚNG XỬ TRÍ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Williams Obstetrics, 21st edition, 2001.
2. J.Lansac, G.Body. Pratique de l'accouchement, 2^e edition, 1990.
3. Nguồn hình: J.Lansac, G.Body. Pratique de l'accouchement, 2^e edition, 1990.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Thủ thuật Leopold thứ nhất nhằm mục đích:
 - a. Xác định cực thai ở đoạn dưới tử cung.
 - b. Xác định cực thai nằm ở vùng đáy tử cung.
 - c. Xác định thế của ngôi thai.
 - d. Xác định lưng và các phần chi của thai.
 - e. Xem ngôi đã lọt chưa.
2. Thủ thuật Leopold thứ ba nhằm mục đích:
 - a. Xác định cực thai ở đoạn dưới tử cung.
 - b. Xác định cực thai nằm ở vùng đáy tử cung.
 - c. Xác định thế của ngôi thai.
 - d. Xác định lưng và các phần chi của thai.
 - e. Xem ngôi đã lọt chưa.
3. Chọn câu SAI về khung chậu:
 - a. Bình thường không sờ được quá $\frac{1}{2}$ gờ vô danh.
 - b. Móm nhô là điểm mốc chia eo trên và eo giữa.
 - c. Khoảng cách giữa hai gai hông là đường kính ngang eo giữa.
 - d. Đường kính móm nhô hậu vệ là đường kính trước sau eo trên.
 - e. Đường kính lưỡng ụ ngồi là đường kính ngang eo dưới.
4. Một phụ nữ có ngày đầu của kì kinh chót là 27/9/2003 ngày dự sinh theo công thức Naegelé là:
 - a. 04/6/2004.
 - b. 04/7/2004.
 - c. 14/6/2003.
 - d. 14/7/2004.
 - e. 10/6/2004.
5. Trong ngôi chẩm kiểu thế chẩm chậu trái trước, vị trí nghe tim thai thường nằm ở:
 - a. $\frac{1}{4}$ dưới rốn bên phải người mẹ.
 - b. $\frac{1}{4}$ dưới rốn bên trái người mẹ.
 - c. $\frac{1}{4}$ trên rốn bên phải người mẹ.
 - d. $\frac{1}{4}$ trên rốn bên trái người mẹ.
 - e. Ngay trên rốn người mẹ.
6. Tần số nhịp tim thai cơ bản trung bình từ:
 - a. 100-140 lần/phút.
 - b. 110-150 lần/phút.
 - c. 120-160 lần/phút.
 - d. 130-170 lần/phút.
 - e. 140-180 lần/phút.
7. Khi bắt cơn co tử cung, vị trí bàn tay người khám nên đặt ở:
 - a. Đoạn dưới tử cung.
 - b. Sát trên đáy tử cung.
 - c. Ngang rốn thai phụ.
 - d. Phía bên lưng thai nhi.
 - e. Phía bên bụng thai nhi.

KHÁM THAI

ThS. KHÚC MINH THÚY
BS. CHÂU VĂN NHỊNH

Mục tiêu

1. Trình bày các mục đích khám thai của tam cá nguyệt thứ nhất, thứ hai và thứ ba.
2. Thực hiện thuần thực bốn thủ thuật Leopold.
3. Thực hiện thuần thực thao tác đo belly cao tử cung, đo vòng bụng, nghe tim thai.
4. Khám âm đạo xác định tử cung có thai, dấu hiệu Hégar.

1. ĐẠI CƯƠNG

Mục đích của việc khám thai định kỳ là nhằm phát hiện những tình trạng của mẹ và/hoặc tình trạng của thai nhi có thể dẫn đến nguy cơ bệnh tật hoặc tử vong cho mẹ và/hoặc thai nhi, đồng thời có thể giúp ngăn ngừa các biến chứng này. Ngoài ra khám thai còn mục đích cung cấp cho thai phụ các thông tin cần thiết, giải đáp những thắc mắc của thai phụ về tình trạng thai nghén, cũng như giải quyết các triệu chứng khó ở của thai phụ.

Việc khám thai cần thực hiện một cách có hệ thống, dựa trên những bằng chứng y học có giá trị khi tham vấn cho thai phụ trong quá trình khám thai. Hiện nay vẫn chưa có một sự đồng thuận về số lần khám thai lý tưởng cho một thai kỳ. Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG) khuyến cáo khám thai mỗi 4 tuần/lần cho đến tuần 28, sau đó mỗi 2 tuần/lần cho đến tuần 36 và tiếp tục sau đó mỗi tuần/lần cho đến lúc sanh. Đối với những thai kỳ có nguy cơ cao (xem thêm trong sách Sản Phụ Khoa, BM Phụ Sản, ĐH Y Dược TP.HCM), lịch khám thai có thể thường xuyên hơn tùy trường hợp.

2. KHÁM THAI TRONG TAM CÁ NGUYỆT THỨ I

2.1. Mục đích

- Xác định có thai, vị trí thai, số lượng thai.
- Tính tuổi thai, ngày dự sanh.
- Phát hiện các bệnh lý nội ngoại khoa của mẹ, và nếu có thì sức khỏe bà mẹ có an toàn hay không nếu vẫn để thai kỳ tiếp diễn.
- Phát hiện các bệnh lý của phôi, thai (thai trứng, thai lưu...).
- Phát hiện các bệnh lý phụ khoa: viêm âm đạo, u xơ, u nang buồng trứng...
- Phát hiện những đối tượng có nguy cơ bệnh lý di truyền, dị tật thai... nhằm tư vấn làm các xét nghiệm tầm soát.

2.2. Khám thai ở tam cá nguyệt thứ I

Khám thai lần đầu nên được thực hiện trước tuần lễ thứ 12 của thai kỳ. Trong lần khám thai đầu tiên này, thai phụ sẽ được lập sổ theo dõi khám thai, được hỏi đầy đủ về tiền căn sản phụ khoa cũng như tiền căn về các bệnh lý nội ngoại khoa; được khám lâm sàng toàn diện để phát hiện các bệnh lý săn có. Ngoài ra thai phụ còn được giải

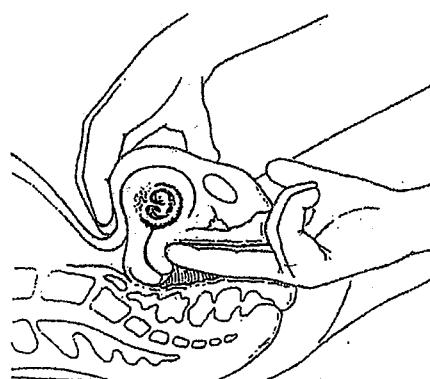
thích về những thay đổi trong thai kỳ, được hướng dẫn về chế độ dinh dưỡng cũng như các loại thuốc cần bổ sung trong thai kỳ.

2.2.1. Hỏi

- PARA, tiền căn sản khoa, nội khoa, tiền căn gia đình, đặc biệt là các bệnh lý di truyền...
- Kinh chót, chu kỳ kinh để tính tuổi thai và ngày dự sanh. Cần kết hợp tuổi thai theo kinh chót và tuổi thai theo siêu âm. Xác định tuổi thai chính xác rất cần thiết để chỉ định thời điểm làm các xét nghiệm tầm soát cũng như để xử trí kịp thời các trường hợp thai quá ngày.
- Hỏi các triệu chứng bất thường nếu có như ốm nghén, đau bụng, ra huyết...

2.2.2. Khám

- Cân nặng, chiều cao, chỉ số BMI, HA, mạch.
- Tổng quát: nghe tim, phổi, khám tuyến giáp..



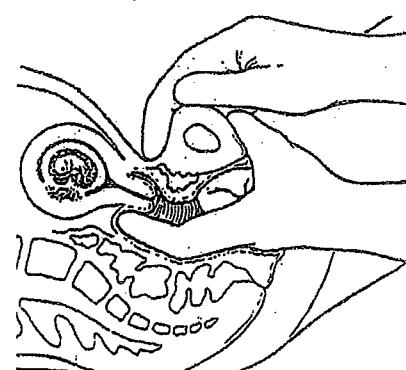
Hình 1: Dấu hiệu Hegar

(Khám âm đạo bằng tay một cách thường quy ở mỗi lần khám thai sau không được khuyến cáo, do hầu hết các nghiên cứu cho thấy việc khám âm đạo bằng tay không giúp tiên đoán được các trường hợp đe dọa sanh non hay bất xứng đầu chậu.)

- Khám vú: tình trạng hai vú và núm vú để tiên lượng những khó khăn có thể có trong vấn đề cho con bú sau này.
- Tim thai: nếu thai từ 12 tuần trở lên có thể nghe được tim thai qua Doppler.
- Khám mỏ vịt: quan sát cổ tử cung, âm đạo xem có dị dạng hoặc viêm nhiễm, tình trạng huyết trắng. Nếu nghi ngờ huyết trắng bất thường cần soi tươi huyết trắng.
- Khám âm đạo bằng tay: xác định độ lớn của tử cung, mật độ cổ tử cung, cổ tử cung đóng hay hở, u hạ vị...

2.2.2. Cận lâm sàng

- Máu:
 - Nhóm máu, Rh.
 - Công thức máu, Hb, Hct.
 - HbsAg, HIV, VDRL, xét nghiệm miễn nhiễm đối với bệnh rubella.
- Nước tiểu:
 - Đạm.
 - Đường.



Hình 2: Dấu hiệu Noble

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- Cấy nước tiểu ở những trường hợp nghi ngờ có nhiễm trùng tiểu không triệu chứng (nên làm trước 16 tuần hoặc ngay lần khám đầu tiên).
- Siêu âm:
 - Xác định lại tuổi thai, số lượng thai, tính sinh tồn của thai (có hoạt động tim thai hay không).
 - Siêu âm đo độ mờ da gáy (nuchal translucency): tuần 11 – 13.
- Các xét nghiệm tầm soát khác: PAPP-A, β-hCG... đối với thai phụ thuộc nhóm nguy cơ cao như lớn tuổi, có tiền căn gia đình về bệnh lý di truyền hay tiền căn sanh con dị dạng...

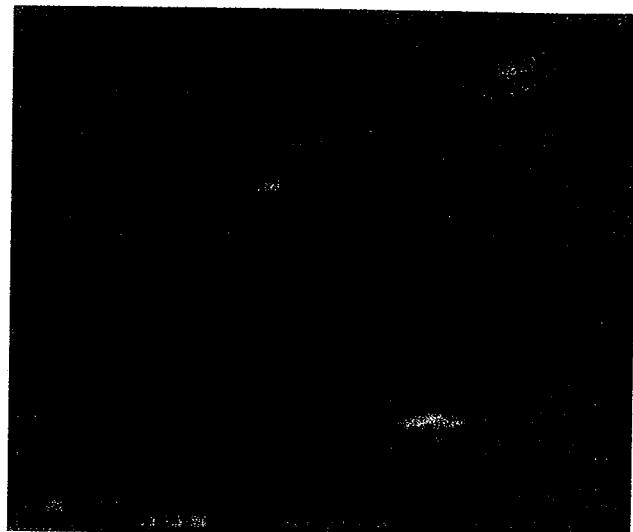
2.2.3. Tư vấn

- Dinh dưỡng.
- Thể dục.
- Làm việc.
- Sinh hoạt tình dục.
- Hẹn ngày cho lần khám thai tiếp theo.

3. KHÁM THAI TRONG TAM CÁ NGUYỆT THỨ II

3.1. Mục đích

- Xác định lại số lượng thai.
- Kiểm soát hình thái học của thai nhi qua siêu âm.
- Theo dõi sự phát triển của thai.
- Phát hiện cơ co tử cung, tiền sản giật, hở eo tử cung...



Hình 3: Độ mờ da gáy trên siêu âm

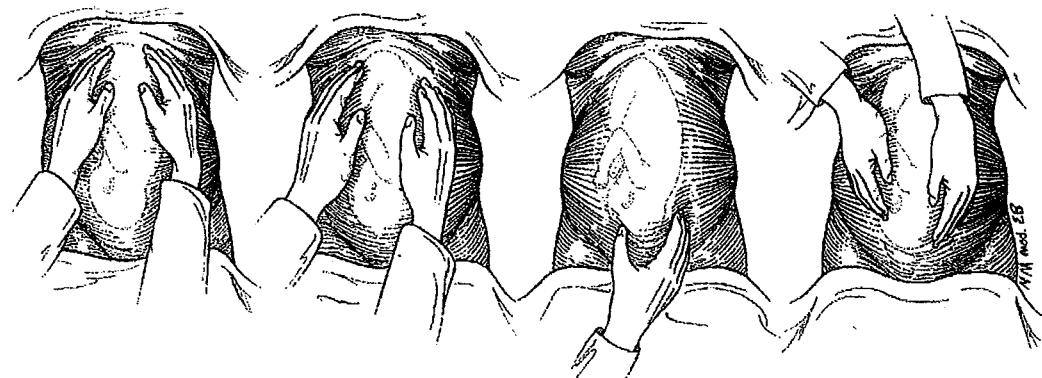
3.2. Khám thai ở tam cá nguyệt thứ II

3.2.1. Hỏi

- Thai máy, các triệu chứng bất thường như ra máu, bụng gồ cứng, huyết trắng bất thường, ngứa âm hộ âm đạo...

3.2.2. Khám lâm sàng

- Cân nặng, HA, phù... Cần để ý đến mức độ tăng trọng của thai phụ so với các lần khám trước.
- Đo belly cao tử cung, vòng bụng; so sánh với lần khám trước xem có tăng tương ứng không.
- Nghe tim thai.
- 4 thủ thuật Leopold

**Hình 4:** Bốn thủ thuật Leopold

- Khám cổ tử cung phát hiện hở eo cổ tử cung. Nếu nghi ngờ có thể siêu âm đo độ dài cổ tử cung.
(Khám mỏ vịt thường quy không có chỉ định nếu thai phụ không than phiền có huyết trắng hay ra máu bất thường).

3.2.3. Cận lâm sàng

- Đường, đạm niệu.
- Trắc nghiệm dung nạp đường đối với thai phụ có nguy cơ cao (béo phì, tiền căn gia đình có tiểu đường, tiền căn sanh con to > 4kg...) vào tuần lễ thứ 28.
- Xem lại các xét nghiệm đã làm và giải thích kết quả cho thai phụ.
- Siêu âm:
 - Khảo sát hình thái học thai nhi: tốt nhất vào tuần lễ 18 – 22.
 - Xác định tình trạng thai, nhau, ối.
- Các xét nghiệm sàng lọc khác: tuần 15 – 21 (tốt nhất là 16 – 18 tuần) tầm soát dị tật ống sống thần kinh, trisomy 18, trisomy 21. Định lượng β -hCG, α -FP, Estriol, Inhibin A có thể giúp phát hiện gần 80% các bất thường trisomy 21, > 80% đối với

trisomy 18, > 95% đối với dị tật thành bụng và dị tật ống thần kinh.

3.2.4. Tư vấn

- Chủng ngừa uốn ván. Thai phụ con so được tiêm chủng hai liều cách nhau 4 tuần, mũi chót trước sanh ít nhất 4 tuần. Đối với con rạ chỉ cần tiêm 1 mũi nếu lần mang thai trước cách đây không quá 5 năm.

4. TAM CÁ NGUYỆT THỨ III

4.1. Mục đích

- Theo dõi sự phát triển của thai.
- Xác định ngôi, thế, tình trạng khung chậu.
- Xác định bệnh lý liên quan đến thai.
- Siêu âm: xác định kích thước thai, ngôi thai, vị trí nhau, tình trạng ối...

4.2. Khám thai ở tam cá nguyệt thứ III

4.2.1. Hỏi

- Triệu chứng thai máy, gò trằn bụng dưới, ra máu, ra nước....

4.2.2. Khám lâm sàng

- Cân nặng, HA, phù...

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- Đo belly cao tử cung, vòng bụng, nghe tim thai (xem thêm bài “Kỹ thuật đo belly cao tử cung”).
- Khám âm đạo bằng mỏ vịt và bằng tay không có chỉ định ở mọi lần khám thai nếu không có triệu chứng bất thường. Chỉ cần khám âm đạo vào tháng chót của thai kỳ để xác định ngôi thai, độ lọt, đánh giá khung chậu, u tiên đạo.

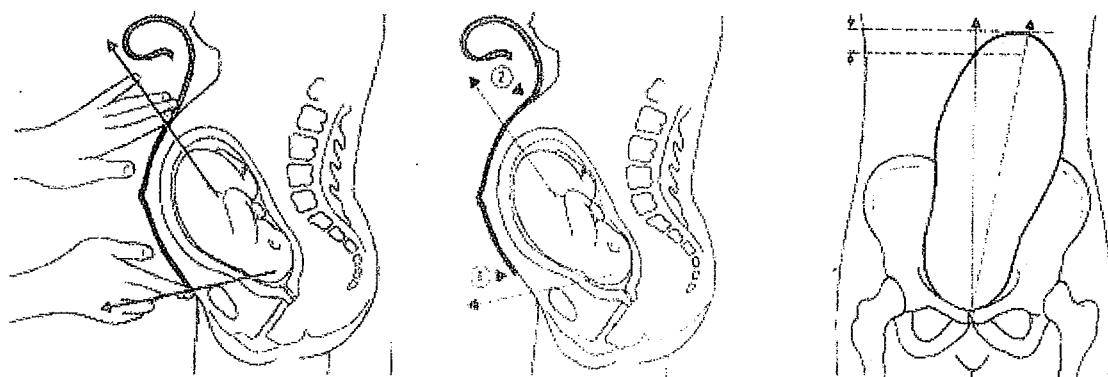
4.2.3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm:
 - Nước tiểu: đường, đạm niệu.
 - Tầm soát Streptococcus nhóm B (tuần 35 – 37).
- Siêu âm: xác định ngôi thai, đánh giá sự phát triển thai nhi dựa vào các kích thước của thai (đường kính lưỡng đỉnh, chiều dài xương đùi, đường kính

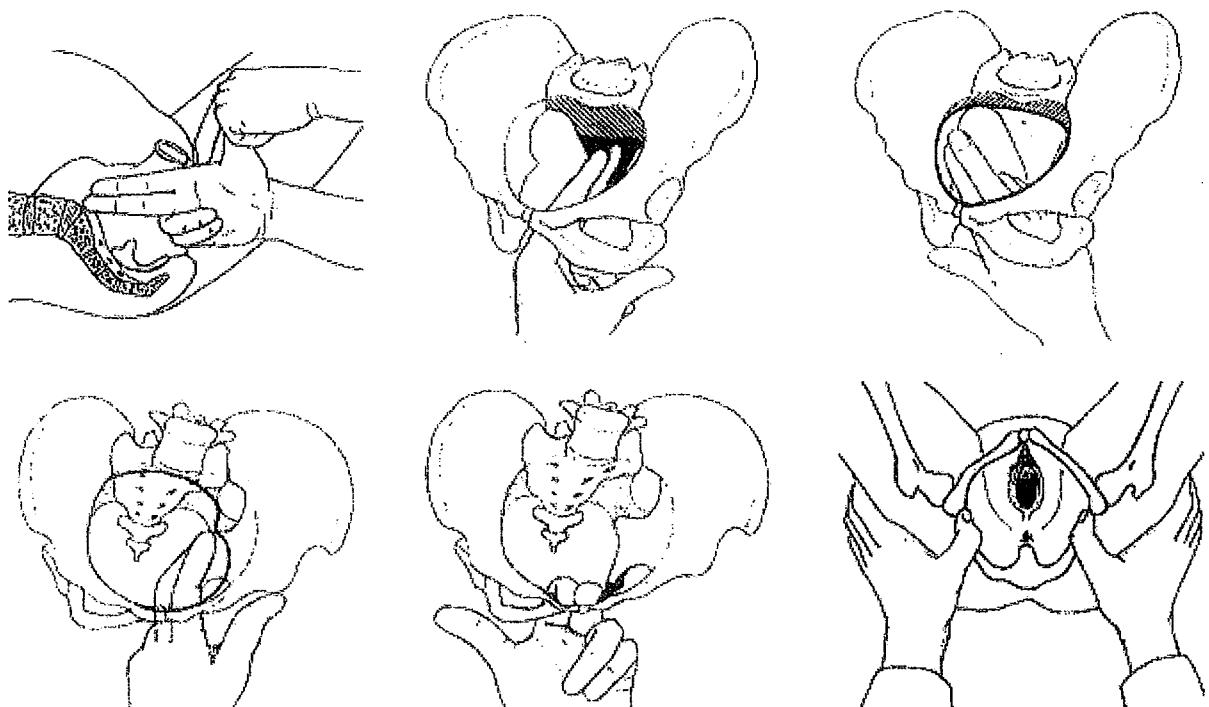
ngang bụng), tình trạng nhau, ối. Cần ghi nhận là siêu âm nhiều lần trong tam cá nguyệt thứ III ở những thai kỳ nguy cơ thấp không làm thay đổi tần suất bệnh tật chu sinh. Siêu âm chọn lọc chỉ dành cho những trường hợp đặc biệt, khi nghi ngờ có thai chậm tăng trưởng trong tử cung, đa ối hay thiếu ối hoặc ngôi thai bất thường. Người ta cũng thấy rằng, siêu âm Doppler thường quy trên những đối tượng nguy cơ thấp cho thấy không có lợi ích gì.

4.2.4. Tư vấn

- Theo dõi thai máy.
- Những dấu hiệu cần nhập viện: ra nước, ra máu, đau bụng từng cơn.
- Cho nhập viện những thai kỳ nguy cơ.



Hình 5: Đo belly cao tử cung

**Hình 8:** Khám khung chậu

5. VỆ SINH THAI NGHÉN

- Thể dục: đi bộ và bơi lội là hai môn thể thao tốt cho phụ nữ mang thai. Người ta thấy rằng bơi lội 1 giờ/tuần sẽ làm giảm triệu chứng đau lưng ở thai phụ.
- Làm việc: nên nghỉ ngơi 8 tiếng/ngày.
- Nằm nghỉ: nên nằm nghiêng trái.
- Mặc quần áo rộng rãi, thoáng mát, đi dép thấp để nhám.
- Giao hợp: trong hầu hết các nghiên cứu người ta thấy rằng hoạt động tình dục không phải là nguyên nhân dẫn đến sanh non hay vỡ ối non. Tuy nhiên đối với các thai phụ bị hở eo tử cung nên hạn chế quan hệ tình dục.

6. DINH DƯỠNG

- Tránh lạm dụng thức ăn, uống và thuốc trong thai kỳ.
- Vitamin A > 25.000UI → dị tật, sẩy thai.

Nhu cầu đậm:

- Tăng thêm 15g mỗi ngày tương đương 2 ly sữa hoặc 70 – 80g thịt nạc.

Nhu cầu sắt:

- 30mg/ngày.
- Vai trò:
 - Tăng trưởng và dự trữ của thai.
 - Phòng mất máu sau sinh.
- Bổ sung 30 – 60mg sắt/ngày. Thai phụ được khuyến khích ăn nhiều thức ăn thịt động vật có màu đỏ, rau có màu xanh đậm.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

Nhu cầu canxi:

- Bổ sung canxi sẽ làm giảm tần suất tiền sản giật ở mọi phụ nữ, đặc biệt là các đối tượng có nguy cơ cao.
- Nhu cầu 1000mg/ngày (gấp đôi bình thường) tương đương:

2 ly sữa.

100 – 200g cá, tép: ăn cả xương, vỏ.

2 miếng đậu hủ lớn.

50g mè.

Nhu cầu Iod: cần cho sự phát triển não của thai

- 175 μ /ngày.
- Cần đảm bảo đủ iod từ trước khi thụ thai cũng như trong quá trình mang thai.

Nhu cầu Folic acid: Khuyến cáo: cần bổ sung 400 μ g/ngày cho mọi phụ nữ và 4mg/ngày cho phụ nữ có tiền căn sinh con dị tật bẩm sinh, khiếm khuyết ống thần kinh (nên bổ sung folic acid ít nhất 1 tháng trước và sau khi thụ thai).

7. KẾT LUẬN

Khám thai định kỳ rất quan trọng giúp theo dõi sự phát triển của thai, phát hiện những bất thường trên thai để có biện pháp can thiệp kịp thời hầu bảo đảm chuẩn bị cuộc sanh an toàn cho mẹ và con.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. William's obstetric, 2005.
2. Pratique de l'accouchement, 1994, J. Lansac.
3. Obstetric evidence based guidelines, Vincenzo Berghelle, 2007
4. Prenatal diagnosis, Mark I.Evans
5. Obstetric ultrasound, Jonhs C Hobbins, 2008
6. Sản phụ khoa, Đại học Y Dược TP.HCM, 2006.
7. Thực hành sản Phụ Khoa, Đại học Y Dược TP.HCM, 2004
8. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, Bộ Y Tế 2009

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Khám thai lần đầu nên thực hiện từ tuần lễ:
 - a. 4 tuần vô kinh.
 - b. 6-10 tuần vô kinh.
 - c. 10-14 tuần vô kinh.
 - d. Sau 14 tuần vô kinh.
 - e. Tất cả đều sai.
2. Siêu âm trong tam cá nguyệt thứ 2 nhằm chẩn đoán:
 - a. Tình trạng ối.
 - b. Vị trí nhau.
 - c. Độ trưởng thành của bánh nhau.
 - d. Hình thái học của thai.
 - e. Ngôi bất thường.
3. Siêu âm chẩn đoán hình thái học của thai tốt nhất ở thời điểm:
 - a. Tuần 30-35.
 - b. Tuần 20-22.
 - c. Tuần 16-20.
 - d. Tuần 25-30.
 - e. Tuần 24-28.
4. Mục đích khám thai 3 tháng đầu, CHỌN CÂU SAI:
 - a. Phát hiện có thai.
 - b. Xác định vị trí thai đóng.
 - c. Xác định tính sinh tồn của thai.
 - d. Phát hiện bệnh lý của mẹ.
 - e. Xác định vị trí bánh nhau.
5. Trong tam cá nguyệt cuối của thai kỳ, phương pháp nào sau đây giúp xác định tuổi thai với sai số 1 tuần tuổi:
 - a. Bè cao tử cung.
 - b. Kinh cuối cùng.
 - c. X quang điểm hóa cốt xương thai.
 - d. Siêu âm.
 - e. Tất cả đều sai.
6. Thủ thuật thứ 3 của Leopold nhằm xác định:
 - a. Thể.
 - b. Kiểu thể.
 - c. Ngôi thai.
 - d. Tất cả đều đúng.
 - e. Tất cả đều sai.
7. Để phòng ngừa dị tật khiếm khuyết ống thần kinh, cần bổ sung chất nào sau đây?
 - a. Calcium.
 - b. Sắt.
 - c. Folic acid.
 - d. Protein.
 - e. Magnesium.
8. Về khám thai, CHỌN 1 CÂU SAI sau đây:
 - a. Cần khám mổ vát và khám âm đạo ở tất cả các lần khám thai.
 - b. Đối với thai phụ có nguy cơ cao, nên làm trắc nghiệm dung nạp đường lúc 28 tuần.
 - c. Nếu thai kỳ bình thường không cần thiết phải cũ quan hệ tình dục.
 - d. Không cần thiết siêu âm Doppler thường quy nếu không có chỉ định.
 - e. Con rã chỉ cần chủng VAT 1 lần nếu lần sanh trước chưa quá 5 năm.

KỸ THUẬT ĐO BỀ CAO TỬ CUNG

BS. TRẦN LỆ THỦY

Mục tiêu

- Biết được các phương pháp đo bề cao tử cung
- Thực hiện đúng kỹ thuật đo bề cao tử cung và vòng bụng.

1. ĐO BỀ CAO TỬ CUNG

1.1. Mở đầu

Có nhiều kỹ thuật đo bề cao tử cung (BCTC). Đầu tiên, bề cao tử cung được đánh giá dựa vào so sánh đáy tử cung với các điểm mốc trên bụng mẹ. Phương pháp này có mục đích chủ yếu để chẩn đoán thai nhưng cũng có thể dùng để theo dõi sự phát triển của thai. Tuy nhiên, đến giữa thế kỷ 19, các nhà lâm sàng nhận thấy phương pháp này có nhiều hạn chế và bắt đầu dùng thước hoặc compa đo khung chậu ngoài để đo bề cao tử cung. Phương pháp này hữu ích để đánh giá tuổi thai và kích thước thai.

Các thầy thuốc thường dùng phương pháp đo bề cao tử cung như một phương tiện tầm soát để đánh giá sự phát triển của thai và để quyết định xem có cần thêm các cận lâm sàng khác để đánh giá không. Do đó sự chính xác của đo bề cao tử cung là quan trọng để thực hành lâm sàng an toàn. Đo không chính xác có thể làm bỏ sót các biến chứng nghiêm trọng của thai kỳ gây tăng tử suất của mẹ và con hoặc cũng có thể làm các thầy thuốc thực hiện thêm các cận lâm sàng hoặc điều trị không cần thiết đối với các thai kỳ bình thường, việc này có thể gây tổn kém không cần thiết và có thể gây xâm lấn đối với bệnh nhân.

Mục đích của đo bề cao tử cung.

- Để xác định thai và sự phát triển của thai.

- Xác định các biến chứng của thai:

Bề cao tử cung giảm: thai chậm tăng trưởng trong tử cung, thiếu ối, tính tuổi thai sai.

Bề cao tử cung tăng: đa thai, thai trứng, đa ối...

Trường đại học Sản Phụ khoa Mỹ và Ban Chuyên Gia Về Giáo Dục Sức Khỏe Công Cộng (American College of Obstetricians and Gynecologists and the Public Health Service Expert Panel) khuyến cáo rằng đo bề cao tử cung cần được tiến hành trong mỗi lần khám thai.

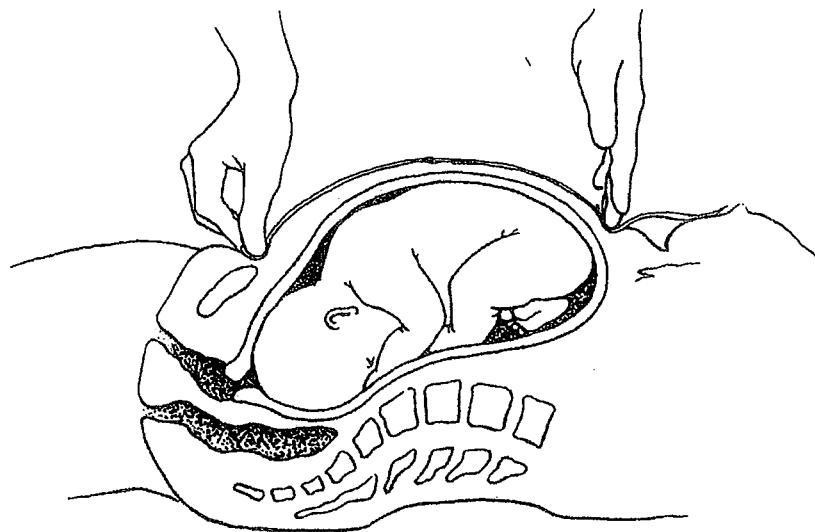
Đo bề cao tử cung dễ dàng thực hiện, dụng cụ đơn giản, sẵn có, không tổn kém, không xâm lấn và dễ được bệnh nhân chấp nhận.

Hạn chế của đo bề cao tử cung: bề cao tử cung có thể bị ảnh hưởng bởi tư thế của thai nhi (ngồi ngang hoặc xéo), thể tích nước ối, thể trạng của sản phụ mập hay ốm. Do đó các yếu tố này phải nên được ghi nhận trong hồ sơ của bệnh nhân.

1.2. Kỹ thuật đo bề cao tử cung

1.2.1. Phương pháp đo thường dùng nhất

KỸ THUẬT ĐO BỀ CAO TỬ CUNG



Hình 1.

(Nguồn hình: OGCU. Measuring fundal height with a tape measure, Section B. Clinical guidelines. 2009)

Thủ thuật	Lưu ý
<ol style="list-style-type: none"> Yêu cầu sản phụ đi tiểu nếu sản phụ nhịn tiểu > 30 phút. Sản phụ nằm ngửa, chân duỗi thẳng, hai tay xuôi theo thân hoặc để trên ngực. Tay thầy thuốc phải sạch và ấm. Thầy thuốc đứng bên phải bệnh nhân. Đo bề cao tử cung lúc không có cơn gò Đặt điểm 0 của thước dây tại bờ trên của xương mu. Chạy dọc thước dây theo đường giữa của bụng sản phụ đến điểm cao nhất của bờ trên đáy tử cung. Đọc khoảng cách tính bằng centimet và so sánh với tuổi thai. 	<ul style="list-style-type: none"> Bề cao tử cung có thể tăng 3cm lúc thai 17 – 20 tuần nếu bằng quang căng dây. Nên thống nhất tư thế trong các lần đo bề cao tử cung, tư thế nằm ngửa ít có sai số đo nhất. Tay ấm không gây khó chịu cho sản phụ tránh làm co thắt tử cung. Để xác định đáy tử cung, bàn tay ấn nhẹ nhàng vùng đáy tử cung từ vùng dưới xương ức cho đến khi cảm nhận được bờ cong của đáy tử cung. Nếu bề cao tử cung chênh lệch >2cm, cần có sự xem xét tìm hiểu nguyên nhân.

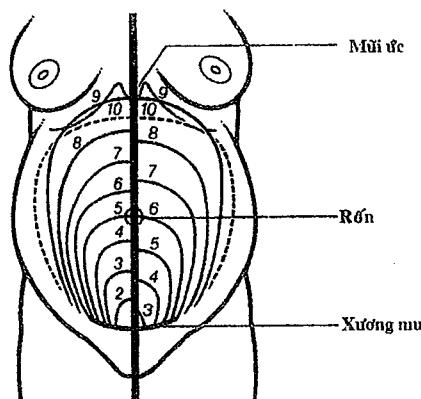
1.2.2. Các phương pháp khác

So với điểm mốc:

Phương pháp này so sánh đáy tử cung với các điểm mốc: xương mu, rốn, mũi ức. Người ta mô tả dựa vào đáy tử cung hoặc dưới điểm mốc mẩy khoát ngón tay hoặc

bằng phân số khoảng cách giữa hai điểm mốc (ví dụ: $\frac{1}{2}$ hoặc $\frac{1}{4}$ khoảng cách từ rốn đến xương vè). Người ta so sánh sự thay đổi của BCTC so với các thông số đã có sẵn ở từng giai đoạn thai hoặc so sánh với các lần khám trước để theo dõi sự phát triển của thai.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



Hình 2: So sánh chiều cao đáy tử cung ở mỗi tháng thai kì theo qui luật 4 (trái) và 3 (phải)
(Nguồn hình: Janet L. Engstrom. *Principles and practice: Measurement of Fundal Height*. 1988)

Một số tác giả khác cho rằng đáy tử cung ngang rốn lúc thai 5 – 6 tháng (20 – 24 tuần).

Chiều cao đáy tử cung ở mỗi tháng thai kì theo qui luật 4 và 3.

Khuyết điểm của phương pháp so với điểm mốc:

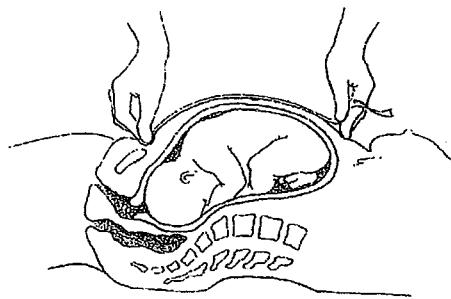
- Không chính xác khi dùng khoát ngón tay hoặc phân số hoặc so sánh tử cung với hình dạng của một loại trái cây.
- Khoát ngón tay không giống nhau giữa các thầy thuốc.
- Phân số khoảng cách được đánh giá một cách chủ quan dựa vào thị giác, không có dụng cụ đo nào để xác định chính xác phân số. Chỉ có thể ước đoán $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{4}$ chứ không thể xác định chính xác $\frac{3}{8}$ hay $\frac{5}{16}$..., do đó thầy thuốc không thể phát hiện các thay đổi nhỏ.
- So sánh với các loại trái cây: lê, chanh, cam..., sai lầm dĩ nhiên là một loại trái cây có thể kích thước lớn, nhỏ khác nhau.

- Sự thay đổi sinh học vị trí của các điểm mốc trên bụng người mẹ. Ví dụ: khoảng cách từ xương mu đến rốn tăng khi thai lớn và khoảng cách này cũng thay đổi giữa các cá thể khác nhau (13 – 20cm).
- Sự không thống nhất giữa các nhà lâm sàng trong mối liên quan giữa đáy tử cung với các điểm mốc vào từng giai đoạn phát triển của thai. Sự không thống nhất có thể một phần do tư thế của mẹ đứng hoặc nằm lúc khám. Mặt khác có thể do cân nặng và kích thước của trẻ thay đổi theo từng chủng tộc, thời gian, lịch sử.

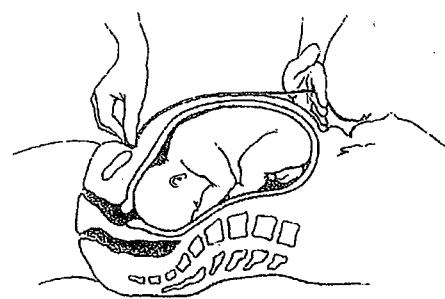
Các phương pháp đo bằng thước dây khác:

- Năm 1865, Spiegelberg là người đầu tiên mô tả phương pháp đo belly fundal height bằng thước dây. Năm 1906, Mc Donald là người phổ biến phương pháp đo này qua các xuất bản năm 1906 và 1910.
- Phương pháp đo Mc Donald: một bàn tay đặt thước dây ở bờ trên xương mu, tay kia kéo thước dây đến belly cao nhất

KỸ THUẬT ĐO BỀ CAO TỬ CUNG



Hình 3: Phương pháp đo Mc Donald
(Nguồn hình: Engstrom J. Techniques for measuring fundal height. Journal of Nurse Midwifery. 1993)



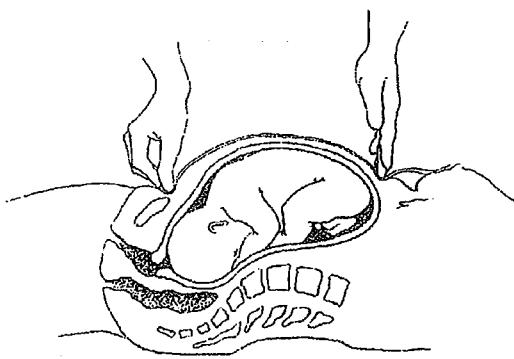
Hình 4

của đáy tử cung với ngón tay vuông góc với thành bụng. Thước dây tiếp xúc gần toàn bộ với thành bụng (ngoại trừ đoạn cuối gần đáy tử cung nơi ngón tay vuông góc với thành bụng). Nếu trực tử cung bị xéo → đáy tử cung để trực tử cung dọc với trực dọc của cơ thể sản phụ.

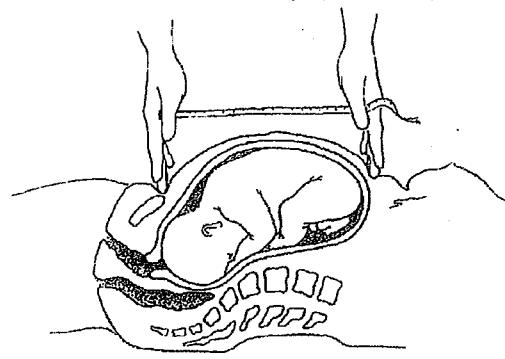
- Một phương pháp khác mô tả ở hình 4, không đo phần cong phía trên của đáy tử cung. Một bàn tay đặt thước dây ở bờ trên xương mu, xác định bờ trên của đáy tử cung và dùng bờ trụ của bàn tay còn lại đặt vuông góc với thành bụng, ở bờ trên của đáy tử cung, thước dây ở bàn tay vùng đáy tử cung được kẹp giữa ngón trỏ và ngón giữa, ghi nhận số đo của thước dây ở giữa hai ngón tay là bề cao tử cung. Ưu

điểm của phương pháp này là thống nhất ở điểm vùng đáy tử cung, phương pháp này có độ chính xác cao hơn để ước lượng trọng lượng thai, tránh sai số do thành bụng của mẹ dày hoặc mỏng.

- Một phương pháp khác được mô tả trong hình 5: thước dây tiếp xúc hoàn toàn với da bụng người mẹ, và đo trực giữa của bụng mẹ từ bờ trên xương mu đến đỉnh cao nhất của đáy tử cung.
- Phương pháp đo của Wilson's và cs: Hai bàn kẹp thước dây ở ngón cái và trỏ, hai tay đặt vuông góc với thành bụng mẹ ở bờ trên xương mu và đáy tử cung, thước dây hoàn toàn không tiếp xúc với thành bụng mẹ. Ưu điểm của phương pháp này là giảm được sai số do thành bụng của mẹ.



Hình 5 và 6: Phuong phap do cua Wilson's va cs.
(Nguồn hình: Engstrom J. Techniques for measuring fundal height. Journal of Nurse Midwifery. 1993)



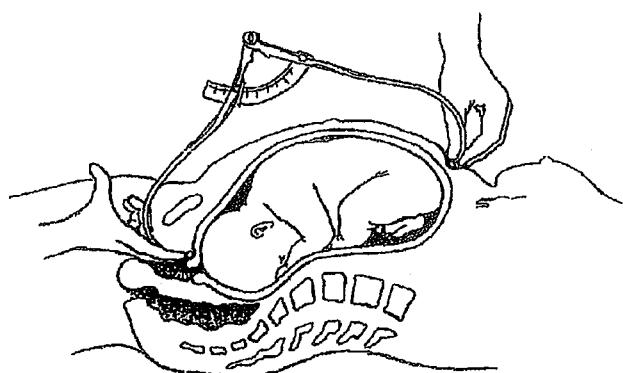
THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

Phương pháp đo bằng thước đo compa khung chậu:

- Mặc dù phương pháp này ít khi được dùng nhưng các thầy thuốc phải nên biết phương pháp này bởi vì theo nhiều nghiên cứu thì phương pháp này có độ tin cậy và tính giá trị cao. Phương pháp này đầu tiên được mô tả bởi Ahlfeld (1871) và mô tả ở hình 7. Đặt một đầu của compa đo khung chậu ở thành âm đạo mẹ ngay đầu thai, đầu còn lại trên thành bụng mẹ ở vùng đáy tử cung. Mục đích của phương pháp này là đo trực của thai nhi, còn gọi là chiều dài đầu mông (CRL) của thai vì chiều dài này phản ánh tuổi thai.
- Phương pháp Thom: cải tiến của phương pháp Ahlfeld để tránh khó chịu cho mẹ và giảm nguy cơ nhiễm trùng do đầu compa trong âm đạo. Thay vì đặt một đầu compa trong âm đạo, Thom khuyến cáo đặt ngón trỏ và giữa vào âm đạo tiếp xúc với đầu

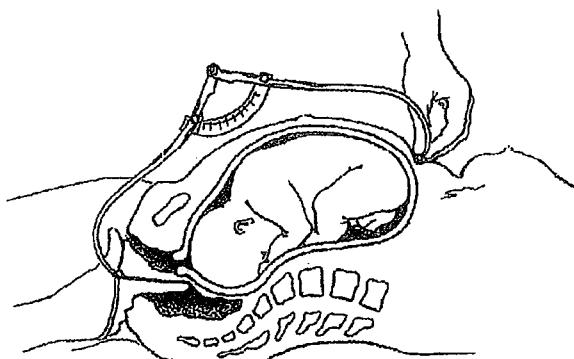
thai. Đo khoảng cách từ mông thai nhi ở vùng đáy tử cung và một điểm đánh dấu trên tay trong âm đạo, sau đó trừ đi khoảng cách từ điểm đánh dấu trên tay đến đầu ngón tay.

- Phương pháp của Poulos và Langstadt (Hình 8): giống với phương pháp Thom nhưng tay đặt trong trực tràng.
- Phương pháp đo bằng compa khung chậu hoàn toàn trên thành bụng: Ahlfeld đã mô tả phương pháp này như hình 9. Một đầu của compa dưới bờ trên xương mu 0,75cm và đầu kia đặt ở bờ cao nhất của đáy tử cung theo trực dọc giữa của cơ thể mẹ. Nếu trực của tử cung bị xéo, ta đẩy trực về đường giữa rồi mới đo.
- Khuyết điểm của phương pháp đo bằng compa là dụng cụ mắc tiền, không săn có ở hầu hết các phòng khám. Ngoài ra phương pháp này cần phải lưu ý về vấn đề vô trùng giữa các bệnh nhân.

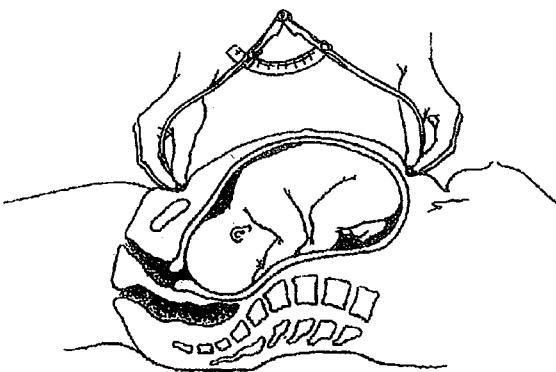


Hình 7: Phương pháp đo bề cao tử cung bằng thước compa đo khung chậu ngoài

(Nguồn hình: Engstrom J. Techniques for measuring fundal height. Journal of Nurse Midwifery. 1993)



Hình 8: Phương pháp của Poulos và Langstadt



Hình 9: Phương pháp đo bằng compa khung chậu hoàn toàn trên thành bụng
(Nguồn hình: Engstrom J. Techniques for measuring fundal height. Journal of Nurse Midwifery. 1993)

Tóm lại: Có nhiều phương pháp đo bèle cao tử cung, các phương pháp này khác nhau ở:

- Dụng cụ đo: khoát ngón tay, thước dây, compa khung chậu.
- Thước dây có tiếp xúc hoàn toàn với dụng cụ sản phụ hay tiếp xúc một phần hay hoàn toàn không tiếp xúc.
- Điểm mốc của cực dưới bèle cao tử cung: bờ trên xương mu, giữa xương mu, dưới xương mu 0,75cm, bờ dưới xương mu, đầu thai trong âm đạo.
- Điểm mốc của cực trên bèle cao tử cung: đỉnh cao nhất của đáy tử cung, đáy tử cung, cực thai ở đáy tử cung.
- Trục đo: trục của tử cung, đường dọc giữa của cơ thể mẹ.
- Các ảnh hưởng khác:
 - Tư thế mẹ: nằm, đứng.
 - Bàng quang: trống hoặc đầy.
 - Tử cung: có cơn gò hay không.

1.2.3. Các cách để làm cải thiện độ chính xác của đo bèle cao tử cung

- Thầy thuốc cần ghi rõ đo bèle cao tử cung bằng phương pháp nào, tất cả nhà lâm sàng ở một đơn vị khám phải

thống nhất dùng một phương pháp đo được khuyến cáo.

- Người khám cần xác định chính xác điểm mốc để đo bèle cao tử cung, người được khám cần bộc lộ vùng khám để tạo điều kiện dễ dàng cho việc thăm khám.
- Cần chú ý đến các tình trạng khác của người mẹ: tư thế mẹ, tình trạng bàng quang đầy hoặc trống, có cơn gò tử cung hay không...

2. ĐO VÒNG BỤNG

- Dùng thước dây đo chu vi vòng bụng của sản phụ ngang mức rốn.
- Cách thực hiện:
 - Luồn thước dây dưới lưng sản phụ.
 - Đo ngang mức rốn.
 - Mặt cắt của thước dây vuông góc với trục dọc của cơ thể mẹ.
 - Số đo tính bằng đơn vị centimet.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. FG Cunningham, Hauth JC, Leveno KJ, Et al, editors. Williams Obstetrics. 22nd ed. New York: McGraw-Hill; 2005.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

2. Engstrom J. Techniques for measuring fundal height. *Journal of Nurse Midwifery*. 1993;38:5-14
3. OGCU. Measuring fundal height with a tape measure, Section B. Clinical guidelines. June 2009.
4. Janet L. Engstrom. Principles and practice: Measurement of Fundal Height. May-June 1988 JOGNN, 172-178
5. Janet L. Engstrom, Barbara L. McFarlin and Claudia P. Sittler. Fundal height measurement. Part 2-Intra- and Interexaminer Reliability of Three Measurement Techniques. *Journal of Nurse-Midwife*. Vol. 38. No. 1. Jan-Feb 1993.
6. Janet L. Engstrom, Laura Alsen Piscioneri, ha Kane Low, Helga McShane, and Barbara McFarlin. Fundal height measurement- Part C: The Effect of Maternal Position on Fundal Height Measurements. *Journal of Nurse-Midwife*. Vol. 38. No. 1. Jan- Feb 1993
7. Janet L. Engstrom, Claudia P. Sittler. Fundal height measurement- Part I: Techniques for Measuring Fundal Height. *Journal of Nurse-Midwife*. Vol 38, No. I. Jan/Feb 1993. 38:5-16.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Vòng bụng được đo ngang mức:
 - a. Ngang qua chỗ to nhất của tử cung người mẹ, thay đổi tùy theo từng sản phụ.
 - b. Đầu tử cung là nơi to nhất.
 - c. Rốn.
 - d. Đoạn dưới tử cung.
2. Kỹ thuật đo bề cao tử cung thường được sử dụng nhất là:
 - a. So sánh với điểm mốc vì thuận tiện, dễ thực hiện.
 - b. Đo bằng thước dây vì dễ làm.
 - c. Đo bằng compa khung chậu ngoài vì đây là phương pháp chính xác và tiên tiến nhất.
 - d. Cả a và b đều đúng.
3. Chọn 1 hoặc nhiều câu đúng. Trong kỹ thuật đo bề cao tử cung thường được sử dụng nhất:
 - a. Thước dây tiếp xúc hoàn toàn với bụng sản phụ.
 - b. Thước dây không tiếp xúc đoạn trên rốn.
 - c. Điểm mốc phía dưới là bờ trên xương mu.
 - d. Điểm mốc phía dưới là chính giữa xương mu.
4. Tử cung ngang mức rốn vào tháng thứ:
 - a. 5-6.
 - b. 3-4.
 - c. 7-8.
 - d. 8-9.
5. Trong phương pháp tính bề cao tử cung dựa vào so sánh với điểm mốc, người ta so sánh tử cung với các điểm mốc sau. Chọn 1 hoặc nhiều câu đúng:
 - a. Rốn.
 - b. Xương sườn.
 - c. Xương chậu.
 - d. Xương mu.
6. Có nhiều phương pháp đo bề cao tử cung bằng thước dây, đặc điểm của các phương pháp này là, chọn một hoặc nhiều câu sai:
 - a. Thước dây luôn tiếp xúc với thành bụng mẹ.
 - b. Điểm mốc 2 đầu đo có thể thay đổi.
 - c. Trục đo là trục của tử cung hoặc đường dọc giữa của cơ thể mẹ.
 - d. Tư thế mẹ có thể là đứng hoặc nằm.

SƠ LƯỢC VỀ TẦM SOÁT DỊ TẬT THAI NHI TRONG CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN

ThS. VƯƠNG THỊ NGỌC LAN

Mục tiêu

1. Trình bày mối liên quan giữa tuổi mẹ, tuổi thai và nguy cơ dị tật thai.
2. Phân biệt các xét nghiệm sàng lọc và chẩn đoán sử dụng trong chẩn đoán dị tật thai.
3. Nêu các chỉ định thực hiện sàng lọc và chẩn đoán dị tật thai.
4. Trình bày nguyên tắc, thời điểm thực hiện, cách thực hiện và kết quả của các xét nghiệm sàng lọc và chẩn đoán để chẩn đoán dị tật thai.
5. Nguyên tắc áp dụng các xét nghiệm vào tầm soát dị tật thai.

1. GIỚI THIỆU

Chẩn đoán tiền sản là việc sử dụng một số xét nghiệm để khảo sát tình trạng sức khỏe thai và các dị tật thai nhi trước khi thai nhi được sinh ra đời. Dị tật thai nhi chiếm 20 – 25% các nguyên nhân của tử vong chu sinh. Do đó, tầm soát dị tật thai nhi là một phần quan trọng trong công tác chẩn đoán tiền sản. Hiện nay, có khá nhiều các dị tật của thai nhi đã được chẩn đoán sớm trong thai kỳ nhờ các xét nghiệm chẩn đoán tiền sản giúp các bác sĩ lâm sàng có quyết định đúng đắn trong việc kéo dài hay chấm dứt thai kỳ, lập kế hoạch cho cuộc sanh của một thai nhi có bất thường và xác định nguy cơ và các ảnh hưởng có thể có cho các thai kỳ sau này. Trong bài này, chúng tôi chỉ trình bày các xét nghiệm dùng trong tầm soát và chẩn đoán dị tật thai hiện đang được thực hiện khá phổ biến.

2. TÍNH TOÁN NGUY CƠ DỊ TẬT THAI NHI TRÊN MỘT THAI PHỤ

Mỗi thai phụ đều có một nguy cơ nhất định mang thai có dị tật về di truyền. Để có

thể tính nguy cơ cho từng cá thể, chúng ta cần xem xét nguy cơ nền (tuổi mẹ, tuổi thai và tiền sử có thai bất thường nhiễm sắc thể) và sau đó, nhân với nguy cơ dị tật của các thai được tính từ các xét nghiệm sàng lọc thực hiện trong thai kỳ.

Nguy cơ nền của bất thường thai

Tuổi mẹ và nguy cơ bất thường nhiễm sắc thể của thai: Nguy cơ thai bất thường nhiễm sắc thể tăng khi tuổi mẹ tăng.

Tuổi thai và nguy cơ bất thường nhiễm sắc thể của thai: Thai nhi có bất thường nhiễm sắc thể thường có khuynh hướng chết trong tử cung sớm, do đó, nguy cơ bất thường thai giảm khi tuổi thai càng tăng.

Tuổi mẹ và tuổi thai là hai yếu tố quan trọng trong nguy cơ nền, do đó, được gộp lại để tính thành nguy cơ cho các bất thường nhiễm sắc thể thường gặp như trisomy 21, trisomy 18 và trisomy 13. Kết quả của các test sàng lọc dị tật thai nhi luôn phải dựa trên nguy cơ nền để tính toán nguy cơ hiện tại.

SƠ LƯỢC VỀ TẦM SOÁT DỊ TẬT THAI NHI TRONG CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN

Tiền sử có thai bất thường nhiễm sắc thể: Nguy cơ mang thai bất thường nhiễm sắc thể tăng lên ở một phụ nữ đã có tiền sử mang thai bất thường nhiễm sắc thể. Một phụ nữ 35 tuổi, có tiền sử có thai trisomy 21 thì nguy cơ thai kỳ này bị trisomy 21 được chẩn đoán ở thời điểm thai 12 tuần tăng lên 2,9 lần.

3. CÁC XÉT NGHIỆM SỬ DỤNG TRONG TẦM SOÁT DỊ TẬT THAI

Có hai loại xét nghiệm được sử dụng trong tầm soát dị tật thai: xét nghiệm chẩn đoán (diagnostic test) và xét nghiệm sàng lọc (screening test). Xét nghiệm chẩn đoán được dùng để xác định một thai nhi có hay sẽ phát triển sau sanh một loại bất thường nào đó. Xét nghiệm sàng lọc được dùng để chẩn đoán một thai nhi có tăng nguy cơ bất thường hay không và tăng nguy cơ không đồng nghĩa với có bất thường thật sự. Một số xét nghiệm có thể được sử dụng với cả hai mục đích sàng lọc và chẩn đoán. Các xét nghiệm tầm soát dị tật thai có thể là xâm nhập, ít xâm nhập hay không xâm nhập. Cần lưu ý rằng, không phải tất cả các loại bất thường của thai nhi đều được phát hiện bằng các xét nghiệm tầm soát dị tật thai.

3.1. Chỉ định thực hiện tầm soát dị tật thai nhi

3.1.1. Đối với xét nghiệm chẩn đoán

- Cha hoặc mẹ có bệnh lý nhiễm sắc thể có nguy cơ truyền cho con.
- Cả cha và mẹ có mang gen bất thường có nguy cơ truyền cho con.

- Tiền sử có thai /con dị tật, bất thường nhiễm sắc thể.
- Tiền sử gia đình có bệnh lý di truyền liên quan nhiễm sắc thể giới tính.
- Tiền sử gia đình có người có bệnh di truyền.
- Mẹ lớn tuổi (> 35 tuổi).
- Mẹ sử dụng thuốc, tiếp xúc hóa chất, tia xạ hay sống trong môi trường độc hại khi mang thai.
- Mẹ nhiễm virus như Rubella hay Cytomegalovirus trong thai kỳ.
- Các xét nghiệm sàng lọc trong tam cá nguyệt thứ nhất cho kết quả tăng nguy cơ thai nhi có bất thường.

3.1.2. Đối với xét nghiệm sàng lọc

Trước đây, các xét nghiệm sàng lọc thường chỉ được thực hiện cho các thai kỳ nguy cơ cao hay khi người mẹ lớn tuổi. Hiện nay, hầu hết các Hiệp Hội Sản Phụ khoa của các nước trên thế giới đều khuyến cáo nên thực hiện các xét nghiệm sàng lọc dị tật thai cho tất cả các thai phụ ở các lứa tuổi khác nhau.

3.2. Các loại dị tật thai có thể được phát hiện khi thực hiện xét nghiệm tầm soát dị tật thai

Các xét nghiệm sàng lọc và chẩn đoán có thể giúp phát hiện các bất thường như: khiếm khuyết ống thần kinh, hội chứng Down, bất thường nhiễm sắc thể, bệnh lý di truyền và các bất thường khác như chè đồi đốt sống, sút mõi hở hàm ếch, thiếu máu hồng cầu hình liềm, thalassemia, bệnh xơ nang và hội chứng nhiễm sắc thể X dễ gãy và các bệnh di truyền liên quan giới tính.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

3.3. Các xét nghiệm dùng trong tầm soát dị tật thai

3.3.1. Siêu âm

Siêu âm đo độ mờ da gáy (Nuchal translucency thickness)

Siêu âm đo độ mờ da gáy được xem là một xét nghiệm sàng lọc dị tật thai, được thực hiện khi thai từ 11 – 14 tuần, hay khi chiều dài đầu móng của thai từ 45mm đến

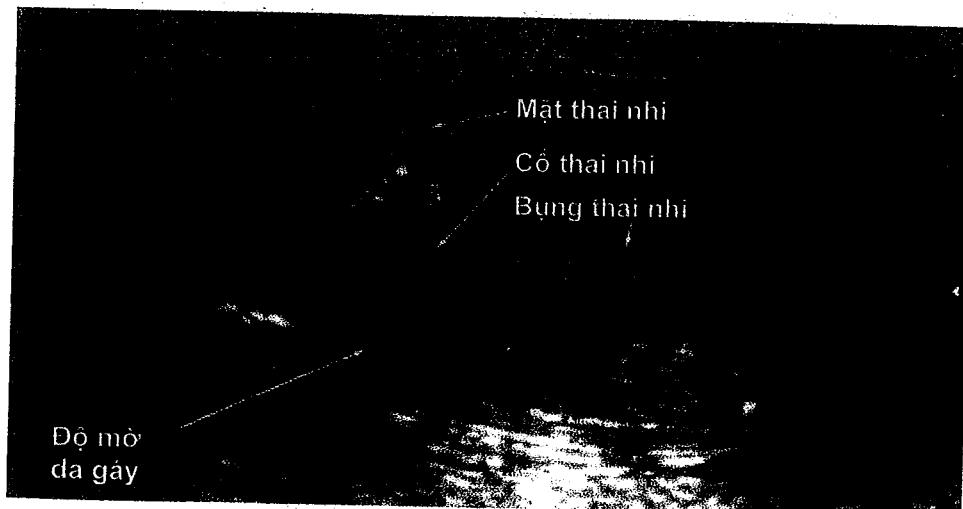
84mm. Độ mờ da gáy tăng có liên quan đến tăng nguy cơ một số dị tật thai (bảng 1).

Trước đây, độ mờ da gáy $\geq 3\text{mm}$ được xem là bất thường, tuy nhiên, ngày nay, độ mờ da gáy cần phải được điều chỉnh theo tuổi thai ở thời điểm đo. Khi độ mờ da gáy lớn hơn bách phân vị thứ 95, nguy cơ thai dị tật tăng (biểu đồ 1).

Bảng 1. Tiên đoán bất thường thai theo độ mờ da gáy

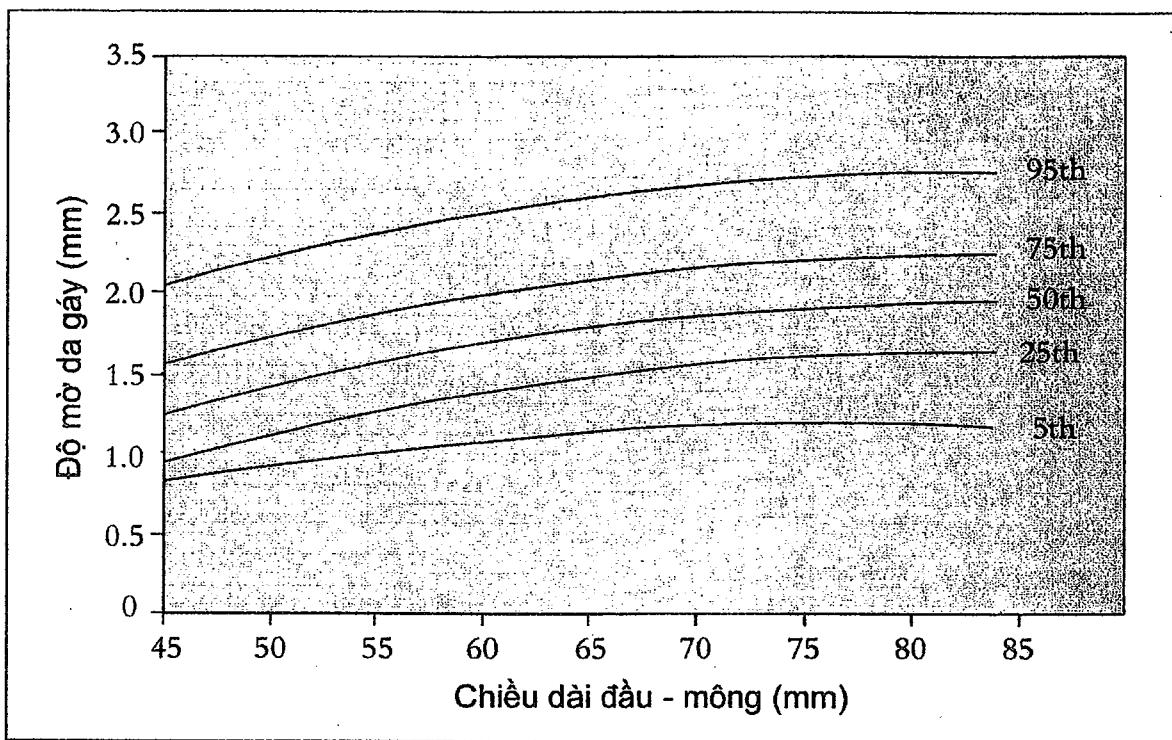
Bất thường	Độ mờ da gáy $> 95\text{ percentile}$
Trisomy 21	72%
Trisomy 18	75%
Trisomy 13	72%
Tam bội	58%
Hội chứng Turner	87%
Các lệch bội khác	54%
Bất thường tim mạch	50 – 60%
Thoát vị hoành	30 – 40%

Nguồn: James DK và cộng sự. High risk pregnancy – Management options, 2000



Hình 1. Siêu âm đo độ mờ da gáy
(Nguồn: Center for genetic Education)

SƠ LƯỢC VỀ TẦM SOÁT DỊ TẬT THAI NHI TRONG CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN



Biểu đồ 1. Tương quan của độ mờ da gáy theo chiều dài đầu mông ở bách phân vị 5th, 25th, 50th, 75th, và 95th. (Nguồn: Nicolaides KH và cộng sự. *The 11-14-week scan – The diagnosis of fetal abnormalities*, 1999)

Siêu âm khảo sát hình thái học thai

Siêu âm khảo sát hình thái học thai được xem là xét nghiệm sàng lọc và chẩn đoán dị tật thai, được thực hiện khi thai 18 – 20 tuần. Siêu âm 3 tháng giữa thai kỳ là phương tiện quan trọng trong chẩn đoán các bất thường về cấu trúc của thai, có thể phát hiện 85% các bất thường thai. Để tăng giá trị chẩn đoán của siêu âm, các thai phụ nên được thực hiện các xét nghiệm huyết thanh sàng lọc trước đó.

3.3.2. Các xét nghiệm sàng lọc huyết thanh

Các xét nghiệm huyết thanh trong máu mẹ là các xét nghiệm sàng lọc, được thực hiện ở các thời điểm khác nhau trong thai kỳ và giúp sàng lọc nguy cơ của một số bất thường đặc biệt của thai.

Xét nghiệm alpha-fetoprotein trong huyết thanh mẹ (Maternal serum alpha-fetoprotein screening – MSAFP)

- MSAFP được dùng chủ yếu trong sàng lọc các khiếm khuyết của ống thần kinh. Một thai nhi đang phát triển có hai loại protein chính trong máu, albumin và alpha-fetoprotein (AFP), trong khi ở người trưởng thành chỉ có albumin trong máu. Do đó, nồng độ MSAFP có thể được dùng để xác định nồng độ AFP trong thai. AFP được sản xuất bởi túi noãn hoàng và sau đó, bởi gan thai, đi vào nước ối và sau đó vào máu mẹ.
- Khi ống thần kinh bị khiếm khuyết (thai vô sọ, chẻ đôi đốt sống) và thành

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

bụng thai nhi bị khiếm khuyết, AFP sẽ hòa tan nhanh vào nước ối, và khi đó nồng độ MSAFP tăng lên. Khi MSAFP > / = 2,2 MoM (multiples of median), thai phụ cần được khảo sát thêm với các xét nghiệm chẩn đoán như siêu âm hay chọc ối. Tuy nhiên, có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến nồng độ MSAFP như tuổi thai, mẹ tiểu đường, song thai, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, xuất huyết âm đạo trong thai kỳ.

- Xét nghiệm MSAFP có độ nhạy cao nhất vào thời điểm thai 16 – 18 tuần. MSAFP được chỉ định thực hiện trong các trường hợp sau:

Siêu âm thấy có khiếm khuyết ống thần kinh.

Tiền sử sanh con có khiếm khuyết ống thần kinh.

Mẹ có tiểu đường type 1 trong thai kỳ.

Mẹ dùng các loại thuốc như valproic acid, có liên quan với khiếm khuyết ống thần kinh.

Double test (Beta-hCG và PAPP-A) trong huyết thanh mẹ

Double test là xét nghiệm sàng lọc, chủ yếu cho hội chứng Down, thường được thực hiện khi thai 11 – 14 tuần. Sau thụ tinh và làm tổ, các tế bào nuôi của phôi sản xuất ra beta-hCG là một chỉ điểm của thai kỳ. Nồng độ beta-hCG trong máu mẹ thường giảm từ sau tuần thứ 10 của thai trở đi. Nồng độ beta-hCG càng cao, nguy cơ trisomy 21 càng tăng. PAPP-A là chữ viết tắt của pregnancy-associated plasma protein A,

được sản xuất bởi các tế bào bao quanh hợp tử. Bình thường, nồng độ PAPP-A trong máu mẹ tăng theo tuổi thai. Trong tam cá nguyệt thứ nhất của thai kỳ, nồng độ PAPP-A càng thấp, nguy cơ trisomy 21 càng tăng. Kết hợp cả beta-hCG và PAPP-A sẽ giúp tăng tỉ lệ phát hiện nguy cơ hội chứng Down của thai sau khi đã điều chỉnh theo nguy cơ nền.

Triple test (Beta-hCG, unconjugated estriol và AFP) trong huyết thanh mẹ

- Triple test là xét nghiệm sàng lọc, chủ yếu cho hội chứng Down và thường được thực hiện trong tam cá nguyệt thứ hai của thai kỳ khi thai 15 – 18 tuần.
- Nồng độ estriol trong máu mẹ tùy thuộc vào sự phát triển của thai, chức năng nhau và sức khỏe mẹ. Tuyến thượng thận thai sản xuất DHEA, sau đó chuyển hóa thành estriol trong nhau. Estriol đi vào tuần hoàn mẹ và được thải ra khỏi cơ thể mẹ qua nước tiểu hay mật. Estriol giảm nhiều khi thai có nguy cơ bất thường.

Thông thường, các xét nghiệm này cho kết quả riêng biệt, sau đó, các kết quả được kết hợp lại, điều chỉnh theo nguy cơ nền để tính ra nguy cơ bất thường của thai. Trước đây, kết quả của triple test được trình bày như là “nguy cơ cao” hay “nguy cơ thấp”, tùy theo ngưỡng là 1:250. Nguyên nhân chọn ngưỡng này là do dựa trên nguy cơ biến chứng của thủ thuật chọc ối. Nếu một thai phụ có nguy cơ con hội chứng Down < 1:250, thì nguy cơ biến chứng của chọc ối cao hơn, do đó, thai phụ được gọi là “nguy

SƠ LƯỢC VỀ TẦM SOÁT DỊ TẬT THAI NHI TRONG CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN

cơ thấp". Ngược lại, nếu một thai phụ có nguy cơ > 1:250, thai kỳ được xem là "nguy cơ cao". Gần đây, Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) khuyến cáo nên trình bày kết quả bằng nguy cơ tuyệt đối thật sự, chứ không là cao hay thấp.

3.3.3. Các thủ thuật lấy mẫu từ mô thai (Fetal tissue sampling)

Chọc ối (Amniocentesis)

Chọc ối là xét nghiệm chẩn đoán, xâm nhập, khá an toàn và tin cậy trong chẩn đoán dị tật thai, thường được thực hiện khi thai 14 – 20 tuần. Chọc ối thường được thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm và thủ thuật phải đảm bảo vô trùng. Nước ối được gởi tới phòng xét nghiệm:

- Phân tích nhiễm sắc thể bằng cách làm nhiễm sắc thể đồ hay kỹ thuật FISH (Fluorescent In situ Hybridization).
- Phân tích DNA bằng kỹ thuật PCR (Polymerase chain reaction) để chẩn đoán các bất thường về gen như rối loạn đơn gen (bệnh hồng cầu hình liềm), lệch bội.
- Xét nghiệm sinh hóa như AFP và acetylcholinesterase trong chẩn đoán khiếm khuyết ống thần kinh.

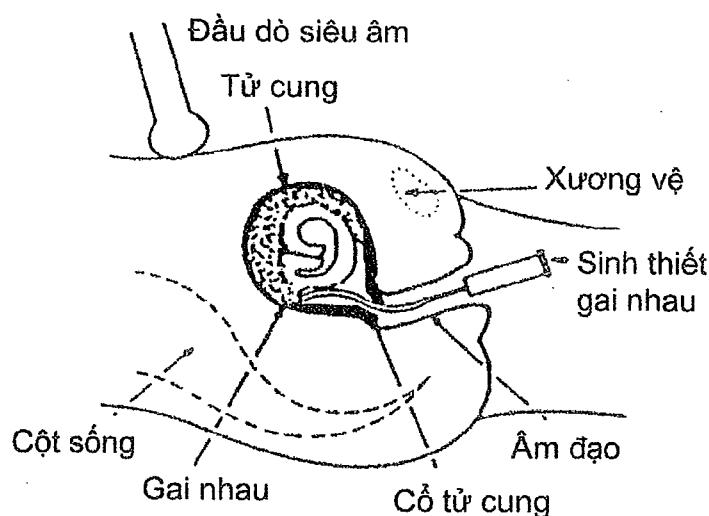
- Các xét nghiệm khác để chẩn đoán sức khỏe thai, tình trạng nhiễm trùng bào thai...

Sinh thiết gai nhau (Chorionic villus sampling - CVS)

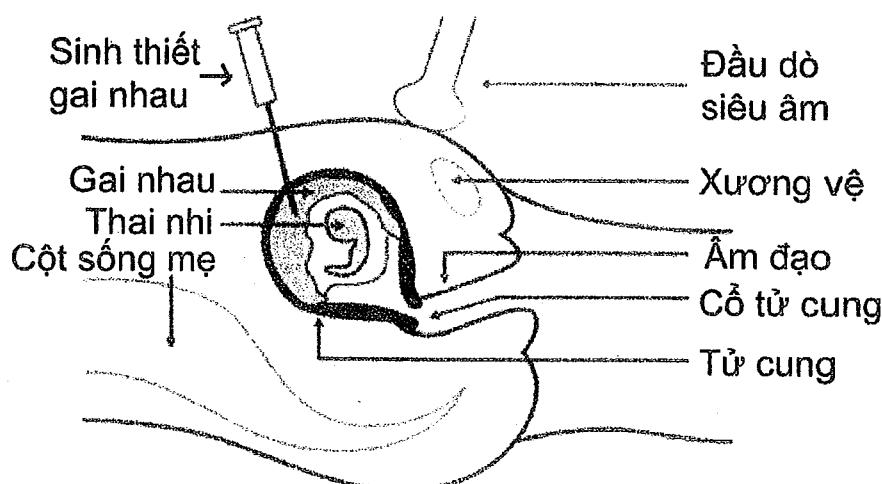
Sinh thiết gai nhau là xét nghiệm chẩn đoán, thường được thực hiện khi thai 9 – 12 tuần, tốt nhất khi thai 10 tuần. Ban đầu, CVS được thực hiện qua ngả cổ tử cung. Dưới hướng dẫn của siêu âm, một catheter dẻo bằng polyethylene được đưa xuyên qua cổ tử cung đến gai nhau bao quanh túi thai, lấy mẫu mô chuyển cho phòng xét nghiệm để phân tích nhiễm sắc thể và DNA của thai. Khi thực hiện thủ thuật, cần lưu ý tránh lấy mẫu lẫn với mô của mẹ. Gần đây, CVS có thể được thực hiện ngả thành bụng dưới hướng dẫn của siêu âm.

Ưu điểm của CVS so với chọc ối là cho kết quả nhanh và thực hiện sớm trong thai kỳ. Các dị tật thai được chẩn đoán sớm, do đó, dễ dàng quyết định chấm dứt thai kỳ hơn. Tuy nhiên, nguy cơ sẩy thai của CVS cao hơn chọc ối, khoảng 2 – 3% và tỉ lệ nhiễm bẩn với mô của mẹ cao hơn đưa đến kết quả không chính xác, cần phải thực hiện thêm các xét nghiệm chẩn đoán khác.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



Hình 2. Sơ đồ kỹ thuật sinh thiết gai nhau qua ngả cổ tử cung
(Nguồn: Center for genetic Education)



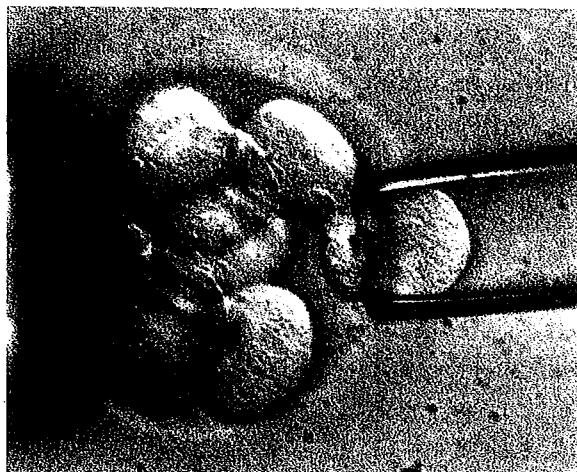
Hình 3. Sơ đồ kỹ thuật sinh thiết gai nhau qua ngả bụng
(Nguồn: Center for genetic Education)

3.3.4. Chẩn đoán di truyền tiền làm tổ⁹ (Preimplantation genetic diagnosis - PGD)

Đây là kỹ thuật được thực hiện kết hợp với thụ tinh trong ống nghiệm. Phôi được nuôi cấy từ trứng của mẹ với tinh trùng của cha, sau đó, một tế bào phôi được lấy ra ngoài để phân tích nhiễm sắc thể bằng kỹ thuật FISH hay phân tích gen bằng kỹ thuật

PCR nhằm chẩn đoán các bệnh lý di truyền của phôi. Sau đó, chỉ những phôi nào không có bất thường di truyền mới được chuyển vào buồng tử cung người mẹ. Như vậy, kỹ thuật này được xem là kỹ thuật chẩn đoán sớm nhất các bất thường di truyền của thai và tránh được việc phải thực hiện các biện pháp chấm dứt thai kỳ.

SƠ LƯỢC VỀ TẦM SOÁT DỊ TẬT THAI NHI TRONG CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN



Hình 4. Kỹ thuật sinh thiết phôi, lấy một tế bào phôi ra để chẩn đoán di truyền

4. TẦM SOÁT DỊ TẬT THAI TRONG CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN

Chưa có sự thống nhất về qui trình áp dụng các xét nghiệm tầm soát dị tật thai trong chẩn đoán tiền sản. Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ và Canada, năm 2007 đã đưa ra một số khuyến cáo về tầm soát dị tật thai dựa trên các bằng chứng y học hiện có.

- Tất cả các thai phụ ở các lứa tuổi khác nhau nên được khuyến cáo thực hiện các xét nghiệm sàng lọc dị tật thai trong thai kỳ. Nếu kết quả xét nghiệm sàng lọc cho thấy tăng nguy cơ dị tật thai, thực hiện thêm các xét nghiệm chẩn đoán.
- Tuổi mẹ đơn thuần không được xem là chỉ định để thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán xâm nhập như chọc ối hay CVS.
- Chỉ sử dụng những test sàng lọc nào có tỉ lệ phát hiện ≥ 75% và tỉ lệ dương tính giả phải < 3 - 5%. Không nên thực hiện một xét nghiệm sàng lọc đơn lẻ mà nên phối hợp các xét

nghiệm với nhau để tăng tỉ lệ phát hiện và giảm tỉ lệ dương tính giả.

- Không nên chỉ thực hiện đo độ mờ da gáy trong tam cá nguyệt thứ nhất mà phải kết hợp với các xét nghiệm sàng lọc huyết thanh như double test.
- Các thai phụ đã thực hiện xét nghiệm sàng lọc ở tam cá nguyệt thứ nhất (độ mờ da gáy và double test), vẫn cần được thực hiện siêu âm hình thái học thai và MSAFP trong tam cá nguyệt thứ hai để tầm soát khiếm khuyết ống thần kinh
- Các xét nghiệm chẩn đoán được thực hiện khi các thai phụ có các chỉ định cụ thể. Nếu các xét nghiệm chẩn đoán xác định thai nhi có dị tật, cần kết hợp nhiều xét nghiệm khác nhau để có thông tin chính xác nhất, thực hiện tư vấn di truyền cho thai phụ, cân nhắc tất cả các chọn lựa có thể có để đưa ra quyết định tiếp tục kéo dài thai kỳ hay chấm dứt thai kỳ.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG Practice Bulletin. Prenatal diagnosis of fetal chromosomal abnormalities. *Obstet Gynecol.* 97(5 Pt 1):suppl 1-12, May 2001.
2. ACOG Practice Bulletin. Screening for fetal chromosomal abnormalities. *Obstet Gynecol.* 109(1), Jan 2007.
3. High risk pregnancy – Management options. James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B (eds). WB Saunders, The United Kingdom, 2000.
4. SOGC clinical practice guideline. Prenatal screening for fetal aneuploidy. *J Obstet Gynecol Can* 2007, 29(2):146-161.
5. The 11-14-week scan: The diagnosis of fetal abnormalities. Diploma in Fetal Medicine Series. Nicolaides KH, Sebire NJ, Snijders NJM (eds). Parthenon Publishing, London, 1999.

SƠ LƯỢC VỀ TẦM SOÁT DỊ TẬT THAI NHI TRONG CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN
CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Đối tượng thai phụ nào sau đây không có chỉ định thực hiện test sàng lọc để tầm soát dị tật thai:
 - a. Tiền sử sanh con hội chứng Down.
 - b. Nhiễm Rubella trong thai kỳ.
 - c. Mẹ trẻ tuổi < 35.
 - d. Cha mang gen đột biến gây thiếu máu beta-thalassemia.
 - e. Tất cả các câu đều sai.
2. Về siêu âm đo độ mờ da gáy, chọn câu sai:
 - a. Được thực hiện khi thai 11-14 tuần.
 - b. Kết quả phải được điều chỉnh theo tuổi thai.
 - c. Độ mờ da gáy trên bách phân vị thứ 95 theo tuổi thai được xem là bất thường.
 - d. Là test chẩn đoán, xác định thai nhi có bất thường nhiễm sắc thể.
 - e. Chủ yếu tầm soát hội chứng Down khi kết hợp với double test được thực hiện trong tam cá nguyệt thứ nhất.
3. Về các test huyết thanh dùng trong tầm soát dị tật thai, CHỌN CÂU SAI:
 - a. Chỉ được sử dụng khi test có tỉ lệ phát hiện dị tật > 75% và tỉ lệ dương tính giả < 5%.
 - b. Là các test sàng lọc, chỉ xác định nguy cơ bất thường thai có tăng hay không.
 - c. Nên thực hiện cho tất cả các thai phụ ở các lứa tuổi khác nhau.
4. Khi kết quả cho thấy tăng nguy cơ dị tật thai, cần thực hiện thêm test chẩn đoán:
 - a. Chọc ối được thực hiện thường qui cho tất cả các phụ nữ trên 35 tuổi.
 - b. Sinh thiết胎膜 có tỉ lệ dương tính giả thấp hơn chọc ối.
 - c. Chọc ối được thực hiện vào tam cá nguyệt thứ 1 của thai kỳ.
 - d. Sinh thiết胎膜 là thủ thuật không có biến chứng.
 - e. Chọc ối và sinh thiết胎膜 là các kỹ thuật xâm nhập, chỉ nên thực hiện sau khi có kết quả các test sàng lọc bất thường.
5. Về chẩn đoán di truyền tiền làm tổ, CHỌN CÂU ĐÚNG:
 - a. Đơn giản, rẻ tiền và dễ thực hiện.
 - b. Được thực hiện sớm trong tam cá nguyệt thứ nhất của thai kỳ.
 - c. Là kỹ thuật chẩn đoán di truyền phôi được thực hiện sớm nhất và giúp tránh được việc phải thực hiện các thủ thuật bỏ thai.
 - d. Được thực hiện thường qui cho tất cả các phụ nữ hiến muộn làm thụ tinh trong ống nghiệm.
 - e. Nên thực hiện chẩn đoán di truyền đối với tất cả các tế bào có trong phôi để có kết quả chính xác.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

6. Nồng độ MSAFP cao nhất ở tuổi thai nào?
 - a. 8 – 10 tuần.
 - b. 12 – 14 tuần.
 - c. 16 - 18 tuần.
 - d. 20 - 22 tuần.
 - e. 24 - 26 tuần.
7. Chọn câu đúng về thứ tự của các xét nghiệm sàng lọc dị tật thai theo tuổi thai được thực hiện từ nhỏ đến lớn:
 - a. Siêu âm đo độ mờ da gáy – Double test – MSAFP – Siêu âm hình thái học thai - PGD.
 - b. MSAFP – PGD – Siêu âm đo độ mờ da gáy – Double test – Siêu âm hình thái học thai.
 - c. PGD – Siêu âm đo độ mờ da gáy – Double test – MSAFP – Siêu âm hình thái học thai.
 - d. Double test – MSAFP – PGD – Siêu âm đo độ mờ da gáy – Siêu âm hình thái học thai.
 - e. Siêu âm đo độ mờ da gáy – PGD – Double test – MSAFP – Siêu âm hình thái học thai.
8. Một thai phụ 30 tuổi, có thai lần đầu đến khám thai với bạn. Bà ta cho biết có người chị bị chẻ đôi đốt sống khi sinh ra. Bạn tư vấn như thế nào cho thai phụ này về nguy cơ thai nhi của bà ta có tật chẻ đôi đốt sống?
 - a. Nguy cơ rất thấp vì thai phụ còn trẻ tuổi.
 - b. Nguy cơ tương đương với nguy cơ của dân số chung.
 - c. Khuyên thai phụ nên thực hiện xét nghiệm MSAFP sớm trong tam cá
- nguyệt thứ nhất của thai kỳ để đánh giá nguy cơ.
- d. Khuyên thai phụ nên chọc ối để chẩn đoán xác định nguy cơ.
- e. Khuyên thai phụ thực hiện MSAFP và siêu âm khảo sát hình thái học thai nhi.
9. Một thai phụ 25 tuổi, có thai lần đầu. Gia đình cô ta có người sinh ra bị thai vô sọ. Bạn tư vấn như thế nào về nguy cơ thai vô sọ đối với thai kỳ này và khuyên cô ta nên làm gì?
 - a. Nguy cơ thai nhi này bị thai vô sọ cao hơn nguy cơ của dân số chung.
 - b. Khuyên cô ta nên chấm dứt thai kỳ.
 - c. Khuyên cô ta nên làm CVS lúc thai 12 tuần.
 - d. Khuyên cô ta nên chọc ối lúc thai 14 – 16 tuần.
 - e. Khuyên cô ta nên định lượng MSAFP lúc thai 16 tuần.
10. Một thai phụ được tầm soát nguy cơ khiếm khuyết ống thần kinh cho thai nhi lúc thai 16 tuần. Kết quả cho thấy MSAFP bằng 4 MoM. Thai phụ này không có các yếu tố nguy cơ cho loại dị tật này. Bạn nên làm gì tiếp theo cho cô ta?
 - a. Siêu âm khảo sát hình thái học thai.
 - b. Lặp lại xét nghiệm MSAFP.
 - c. Chọc ối làm nhiễm sắc thể đồ của thai nhi.
 - d. Chọc ối định lượng AFP trong dịch ối.
 - e. Thực hiện triple test.

SIÊU ÂM THƯỜNG QUI TRONG KHÁM THAI

ThS. NGUYỄN THỊ THẮM
ThS. TRẦN NHẬT THĂNG

Mục tiêu

1. Kể được các mục đích và chỉ định của siêu âm ở từng thời điểm của thai kỳ.
2. Kể ra được các dị dạng thai nhi có thể khảo sát được qua siêu âm.
3. Kể được các chỉ định và ý nghĩa của siêu âm doppler trong sản khoa.
4. Kể được các chỉ định khảo sát độ dài cổ tử cung trong thai kỳ.

Trong suốt thai kỳ, siêu âm được thực hiện nhằm đánh giá:

- Về phía thai: hình thái, sự phát triển, sức khỏe.
- Về phía nhau: vị trí, hình thái, cấu trúc.
- Lượng nước ối.
- Tử cung, buồng trứng: cấu trúc, các bệnh lý (u xơ, u nang...) hay dị tật bẩm sinh (vách ngăn lòng tử cung, tử cung hai sừng...)

Hiện nay chưa có sự thống nhất về số lần siêu âm trong thai kỳ. Tuy nhiên, cần siêu âm ít nhất 3 lần trong suốt thai kỳ đối với những thai kỳ bình thường, mỗi tam cá nguyệt một lần.

1. SIÊU ÂM TRONG 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ:

- Xác định có thai, số lượng thai.
- Xác định chất lượng của trứng (sống hay chết, thai trứng).
- Vị trí làm tổ của trứng: trong tử cung, ngoài tử cung, hay ở các vị trí đặc biệt: sừng của tử cung dị dạng, trong cơ (vết mổ cũ lấy thai), cổ tử cung, đoạn kẽ ống dẫn trứng...

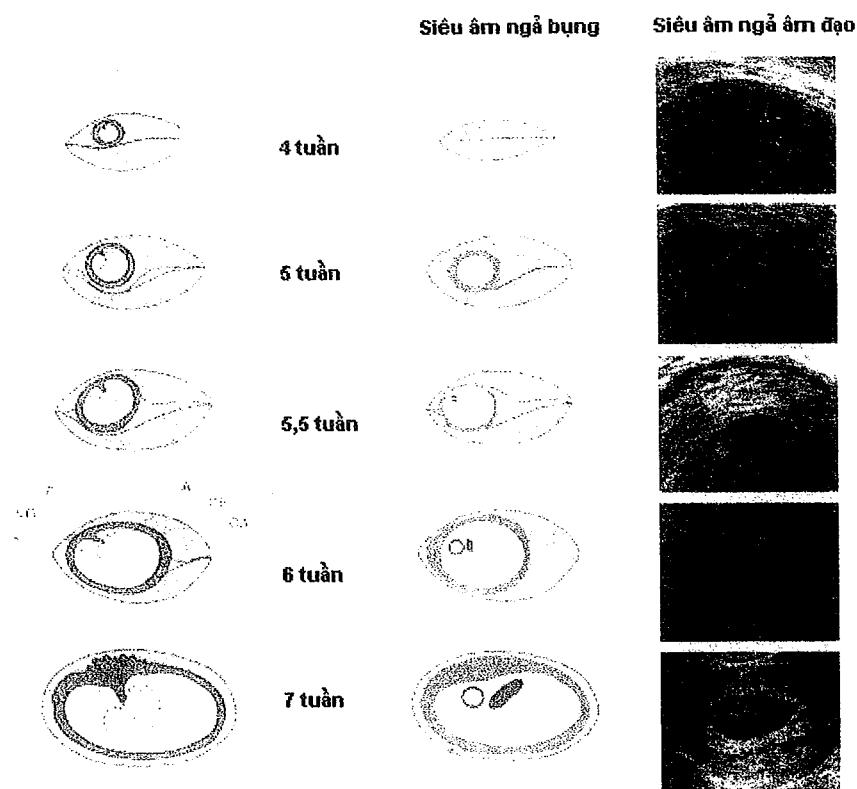
- Ước tính tuổi thai dựa vào số đo của chiều dài đầu-mông (CRL).
- Hình thể và cấu trúc tử cung và buồng trứng: sau thời gian này, sẽ rất khó đánh giá toàn diện vì tử cung dãn to, 2 phần phụ theo đó cũng thay đổi vị trí lên ổ bụng trên.

Xác định có thai: hình ảnh túi thai có thể thấy được từ 4-4,5 tuần vô kinh qua siêu âm đường âm đạo, là một vòng tròn phản âm trống được viền bởi một lớp phản âm sáng nằm trong lớp màng rụng của nội mạc tử cung, lệch một bên so với đường giữa lòng tử cung.

Xác định chất lượng của trứng: những dấu hiệu sau đây cho thấy thai có dự hậu xấu

- trứng trống.
- túi noãn hoàng có hình tròn không đều, bờ dày hoặc can-xi hóa, kích thước quá lớn hoặc quá nhỏ.
- túi thai móp méo hoặc có hình giọt nước; kích thước $\geq 25\text{mm}$ nhưng không có phôi thai. Tuy nhiên cần kiểm tra lại sau 7 ngày để có chẩn đoán chắc chắn.
- lớp màng rụng kém phát triển.
- xuất huyết quanh túi thai $> 50\%$.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

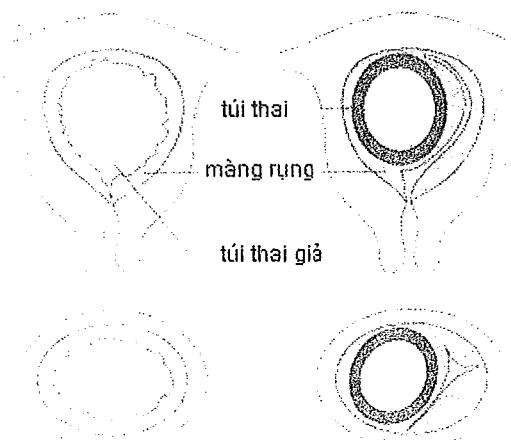


Hình 1. Túi thai giai đoạn sớm

- kích thước túi thai quá lớn hoặc quá nhỏ so với phôi thai.
- túi thai nằm thấp trong buồng tử cung.
- thai ngừng phát triển: có phôi thai > 5mm nhưng không có hoạt động tim thai .
- túi thai có hoạt động tim thai nằm ngoài lòng tử cung (tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán thai ngoài tử cung).

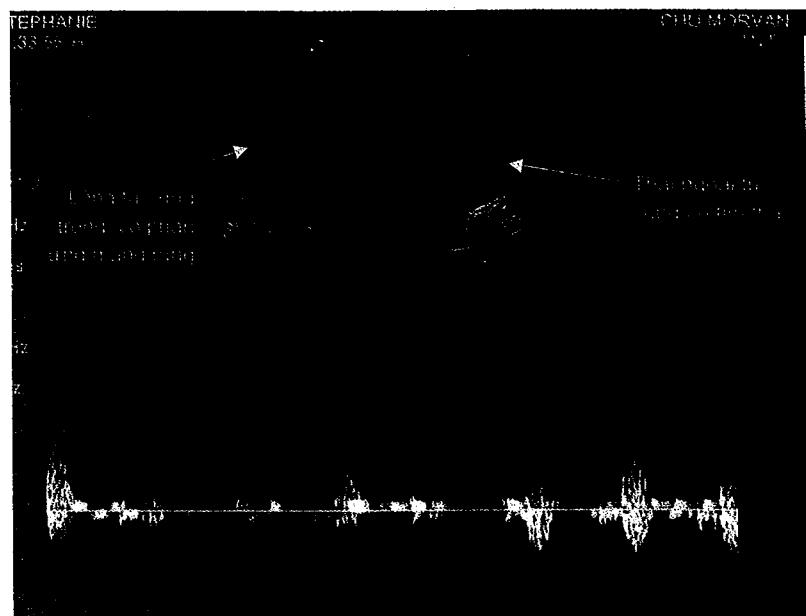
Vị trí làm ổ của trứng: bình thường trứng làm tổ ở trong lòng tử cung. Trong trường hợp thai ngoài tử cung có thể quan sát thấy:

- buồng tử cung trống hoặc có hình ảnh túi thai giả (nằm giữa lòng tử cung, không có hình ảnh double ring của túi thai) (Hình 2)
- khối cạnh tử cung
- dịch ở cung đồ sau



Hình 2. Phân biệt hình ảnh túi thai giả.

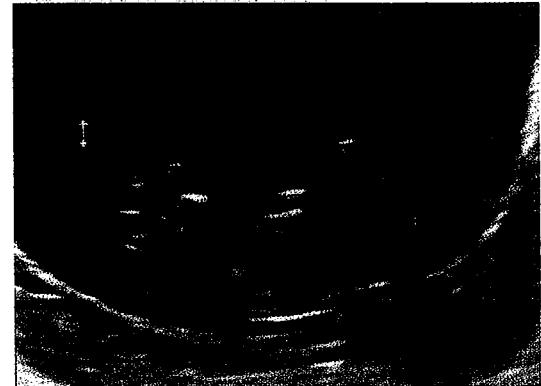
SIÊU ÂM THƯỜNG QUI TRONG KHÁM THAI



Số lượng thai: dễ dàng xác định khi thấy có 2 túi thai hoặc nhiều hơn. Tuy nhiên cần xác định lại khi thai được 10-12 tuần

Xác định tuổi thai: siêu âm trong 3 tháng đầu thai kỳ là phương pháp chính xác nhất để xác định tuổi thai dựa vào chiều dài đầu-mông (CRL):

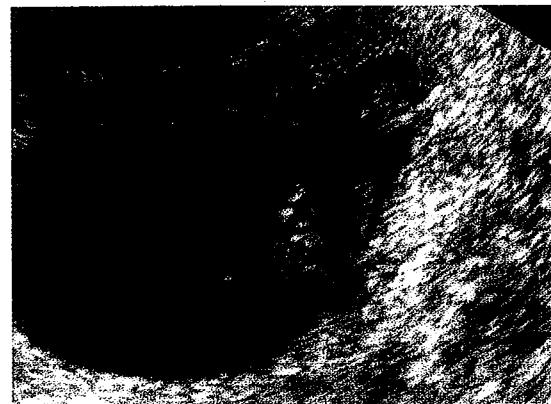
- ở tuổi thai từ 7-10 tuần, sai số ± 3 ngày
- ở tuổi thai từ 10-14 tuần, sai số ± 5 ngày



CRL 39mm, thai 11 tuần vô kinh



A: Đo đúng



B: Đo sai

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

Cùng với sự phát triển của kỹ thuật, các thế hệ máy siêu âm sau này có độ phân giải cao, cho phép khảo sát sơ khởi hình thái học thai ngay từ cuối quý 1 thai kỳ (11 đến 13 tuần 6 ngày), góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán tiền sản.

Siêu âm độ mờ da gáy:

- Được thực hiện ở tuổi thai 11 đến 13 tuần 6 ngày (CRL từ 45-84mm).
- Độ mờ da gáy được coi là tăng khi vượt trên bách phân vị thứ 95.
- Người ta thấy có một mối liên hệ giữa bất thường của độ mờ da gáy với bất thường về nhiễm sắc thể hay bất thường về hình thái học của thai nhi. Đánh giá độ mờ da gáy giúp có thể định hướng các xét nghiệm chuyên biệt hơn như sinh thiết gai nhau, thực

hiện nhiễm sắc thể đồi, hoặc siêu âm hình thái học sớm từ 16-18 tuần nhằm chẩn đoán dị tật bẩm sinh.

2. SIÊU ÂM TRONG 3 THÁNG GIỮA THAI KỲ

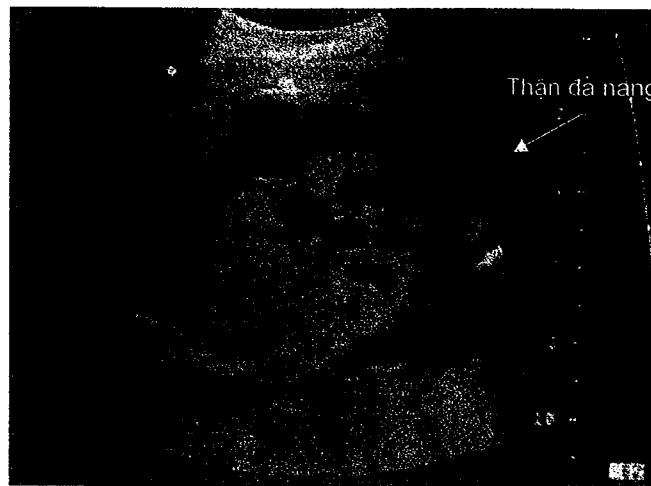
- Xác định tính sinh tồn
- Phát hiện những bất thường hình thái của thai
- Bắt đầu có thể đánh giá lượng nước ối, vị trí bánh nhau
- Đánh giá sự phát triển của thai nhi.

Thời điểm để khảo sát hình thái của thai là từ 18 – 22 tuần. Tuy nhiên đối với các dị tật nhỏ thường chỉ quan sát được muộn hơn nên khoảng thời gian để có thể quan sát được hầu hết các dị tật thai là từ 20 – 22 tuần.

Những bất thường có thể phát hiện được

Đầu	Cột sống	Mặt - Cổ	Lồng ngực	Bụng	Khác
-Thai vô sọ -Thoát vị não -Não úng thủy -Đầu nhỏ Holoprosencephaly -Nang đám rối mạch mạc -Bất sản thể chai ...	-Gai sống chẻ đôi -Thoát vị màng não	-Sứt môi chẻ vòm -Hầu -Thiểu sản xương cánh mũi -Bất sản xương hàm dưới -Bướu giáp bẩm sinh -Nang thanh dịch vùng cổ	-U phổi, đa nang phổi -Dị tật ở tim -Thoát vị hoành -Hẹp thực quản	-Thoát vị rốn. -Thoát vị thành bụng -Hẹp tá tràng -Nang các tạng -Bất sản thận -Hẹp niệu quản -Bóng bụng ...	-Bướu quái xương cùng -Bất thường hệ xương ...

SIÊU ÂM THƯỜNG QUI TRONG KHÁM THAI



Đánh giá sự phát triển của thai nhi:

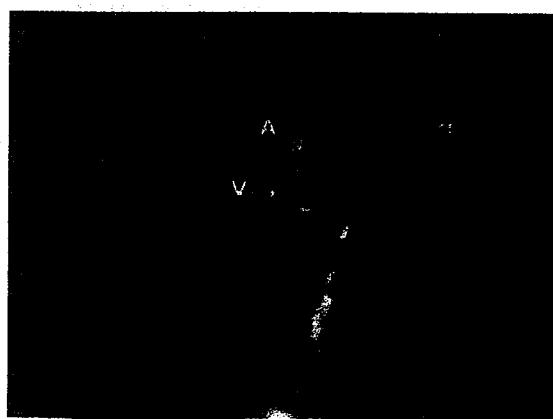
- Đường kính lưỡng đỉnh (và/hoặc vòng đầu), vòng bụng, chiều dài xương đùi tăng hài hòa với nhau và với tuổi thai.
- Đây còn là thời điểm cuối cùng có thể dùng các chỉ số đường kính lưỡng đỉnh và chiều dài xương đùi để chẩn đoán tuổi thai.

Đánh giá lượng nước ối: một số chú ý

- Thiểu ối thường liên quan các bất thường hệ tiết niệu.
- Đa ối thường liên quan các bất thường đường tiêu hóa.
- Thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung thường kèm theo thiểu ối.

Đánh giá bánh nhau

- Vị trí.
- Hình thái bánh nhau, độ dày bánh nhau: bánh nhau dày trong bệnh lý tiểu đường, nhiễm trùng bào thai, bất dung nạp nhóm máu...
- Cấu trúc bánh nhau giúp đánh giá độ trưởng thành, các tổn thương nhồi máu, huyết khối gian gai nhau, nhau bong non...
- Vị trí bám của dây rốn, số lượng mạch máu, đôi khi có thể tình cờ phát hiện các nút thắt hoặc quấn dây rốn trong đa thai chung bọc ối.



Một động mạch rốn

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

3. SIÊU ÂM TRONG 3 THÁNG CUỐI THAI KỲ

- Đánh giá sự phát triển của thai nhi.
- Phát hiện những bất thường xuất hiện trễ.
- Xác định vị trí bánh nhau, những dấu hiệu suy giảm chức năng bánh nhau.
- Xác định ngôi thai.

Thời điểm: tuổi thai 30-34 tuần.

Sự phát triển của thai nhi:

- Đường kính lưỡng đỉnh tăng 2mm mỗi tuần vào tháng thứ 8 và 1mm mỗi tuần vào tháng thứ 9.
- Đường kính ngang bụng tăng 3-7mm mỗi tuần từ sau tuần thứ 30.

Vị trí của bánh nhau: những trường hợp nghi ngờ có nhau bám thấp (dựa vào lâm sàng hoặc siêu âm ở tam cá nguyệt 2) phải được khẳng định lại trên siêu âm từ tuần lễ thứ 32.

Đánh giá lượng nước ối:

- Đa số sử dụng chỉ số ối (AFI: Amniotic Fluid Index) để đánh giá lượng nước ối, trị số bình thường của

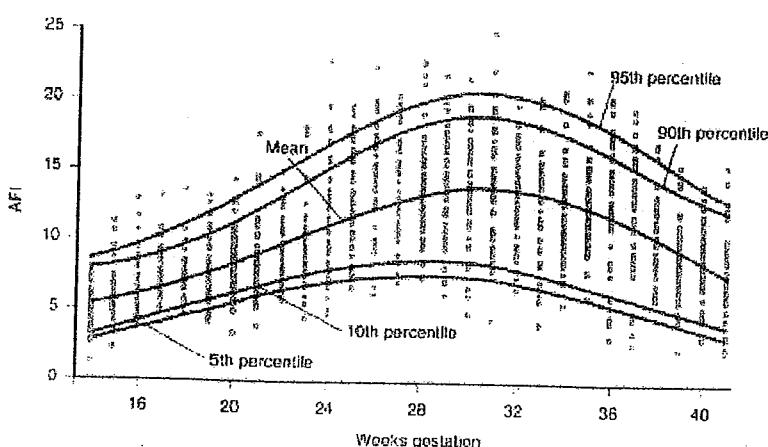
AFI từ 8 đến 24cm.

- Một số tác giả đo độ sâu của khoang ối lớn nhất, trị số bình thường là từ 2 đến 8cm.

4. ỨNG DỤNG CỦA HIỆU ỨNG DOPPLER TRONG SIÊU ÂM SẢN KHOA

4.1. Khảo sát động mạch tử cung

- Bình thường sau 26 tuần phổ Doppler không còn chỗ khuyết (notch) tiền tâm trương, RI < 0,6.
- Sau 26 tuần, nếu vẫn tồn tại chỗ khuyết, RI > 0,6 thì nhiều khả năng có bất thường trong quá trình xâm lấn của nguyên bào nuôi vào các động mạch xoắn ở cơ tử cung. Đây là yếu tố tiên lượng thai chậm phát triển trong tử cung.
- Khảo sát dòng máu của động mạch tử cung ở tuổi thai 17-24 tuần hữu ích trong các trường hợp có tiền sử tiền sản giật, thai chậm phát triển trong tử cung, thai chết lưu hoặc thai kỳ có cao huyết áp. Nếu bất thường cần phải theo dõi tích cực sự phát triển của thai (sự tiến triển của các số đo thai và trở kháng động mạch rốn, động mạch não giữa vào tam cá nguyệt thứ ba).
- Không có bằng chứng cho thấy siêu âm khảo sát dòng chảy các động mạch thường quy trong tam cá nguyệt giữa (như động mạch tử cung) có thể giúp dự báo và dự phòng tiền sản giật, thai



A

chậm tăng trưởng trong tử cung. Khảo sát này chỉ có giá trị trên dân số nguy cơ cao.

4.2. Khảo sát động mạch rốn

- Bình thường kháng trở giảm dần về cuối thai kỳ.
- Các chỉ số trở kháng tăng cao quá giới hạn (trên bách phân vị thứ 95) có liên quan tăng nguy cơ thai chậm phát triển trong tử cung và thai chết lưu.
- *Đối với những thai kỳ nguy cơ thấp, người ta nhận thấy việc siêu âm Doppler một cách thường quy để khảo sát động mạch rốn ở thời điểm 28-34 tuần không làm thay đổi tần suất của những can thiệp sản khoa cũng như không có sự khác biệt về dự hậu đối với thai trong giai đoạn chu sinh.*

4.3. Khảo sát động mạch não giữa

- Bình thường trở kháng của động mạch não giữa ở thai nhi khá cao. Khi tình trạng thiếu oxy não xảy ra, tuần hoàn não sẽ thay đổi bằng cách giảm trở kháng để tăng dòng chảy trong tim trung (sự tái phân bố tuần hoàn não).

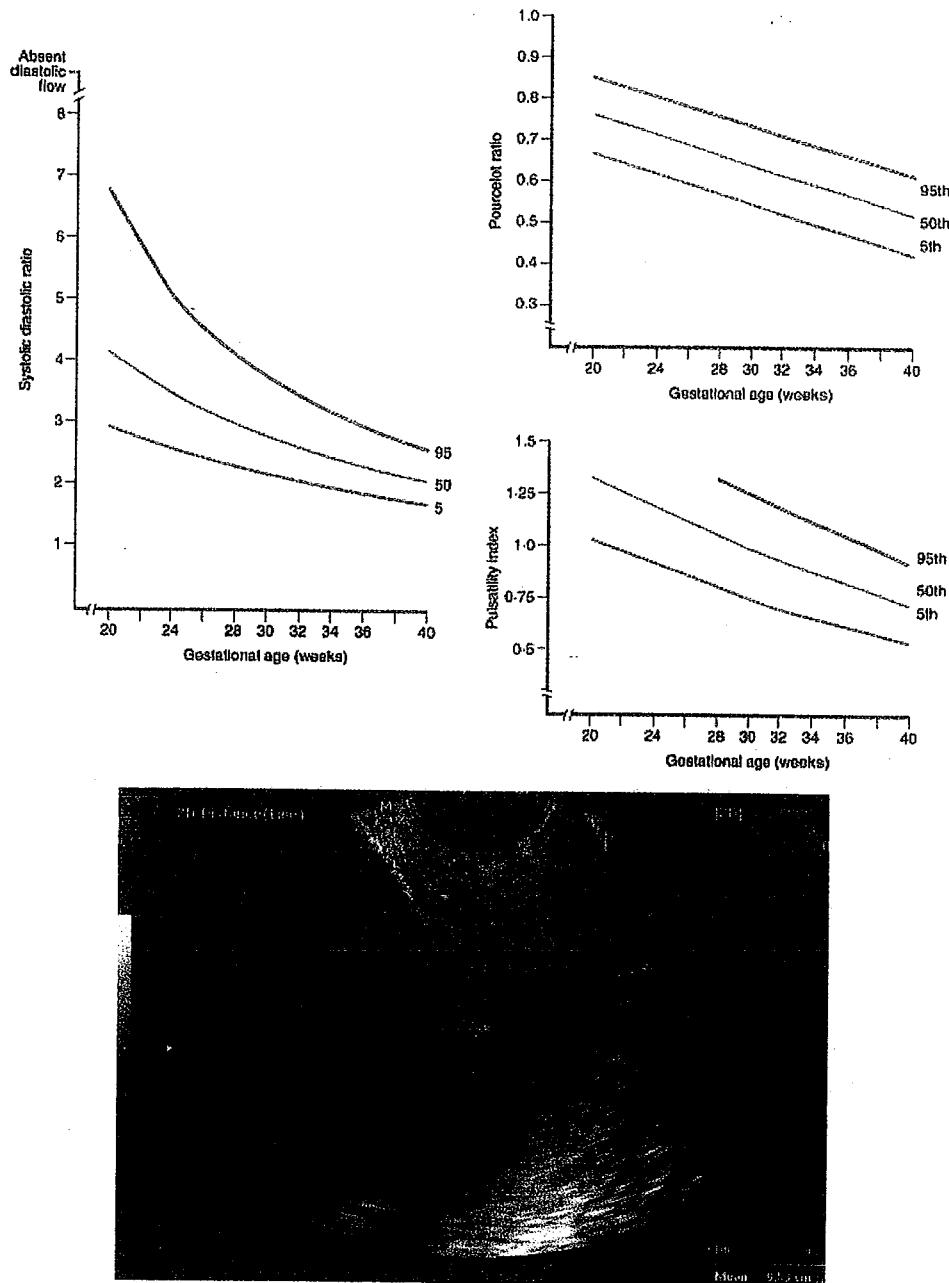
- Bình thường chỉ số trở kháng của động mạch não giữa luôn cao hơn động mạch rốn ($CRI/URI > 1,1$). Gọi là có tái phân bố tuần hoàn não khi $CRI/URI < 1,1$, chứng tỏ thai nhi dung nạp kém với tình trạng thiếu oxy. Giá trị tiên đoán dương thai kém phát triển trong trường hợp này là 94-100%.

5. SIÊU ÂM KHẢO SÁT CỔ TỬ CUNG

Khảo sát độ dài kênh cổ tử cung được khuyến cáo thực hiện ở các đối tượng:

- Thai phụ có triệu chứng (trần bụng, có cơn co tử cung, ra máu âm đạo...): giúp khẳng định sự cần thiết bắt đầu sử dụng thuốc giảm co.
- Thai phụ nguy cơ cao sanh non: dị dạng tử cung, tiền căn sanh non, tiền căn sẩy thai muộn, tiền căn phẫu thuật cổ tử cung.
- Khảo sát cổ tử cung ở thai kỳ song thai còn được bàn cãi. Không có chứng cứ cho thấy khảo sát có giá trị sau 34 tuần vô kinh. Đối với thai phụ không có nguy cơ liên quan sanh non, khảo sát này cũng không được chỉ định.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



Đo độ dài kẽn cổ tử cung

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP.HCM, *Sản phụ khoa tập 1*. Nhà xuất bản Y học, 1992.
2. *Siêu âm sản khoa thực hành*. Nhà xuất bản Y học, 2008.
3. Guérin B, Coquel P. *Echographie pratique obstétricale*. Masson, 2009.

4. Lansac J. *Obstétrique pour le praticien*. Masson, 2000.
5. Hobbins JC. *Obstetric ultrasound: Artistry in practice*. Blackwell, 2007.
6. Bogota-Angel SP and Bega G. *Obstetrics evidence based guidelines*. Informa Healthcare, 2007.

SIÊU ÂM THƯỜNG QUI TRONG KHÁM THAI

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Trong thai kỳ, lý tưởng là nên siêu âm bao nhiêu lần?
 - a. 2 lần.
 - b. 3 lần.
 - c. 4 lần.
 - d. 5 lần.
 - e. Chưa có sự đồng thuận thống nhất về số lần siêu âm.
2. Khảo sát độ mờ da gáy nên được thực hiện vào thời điểm nào?
 - a. 7 – 8 tuần.
 - b. 9 – 10 tuần.
 - c. 11 – 13 tuần.
 - d. 14 – 16 tuần
 - e. 16 – 20 tuần.
3. Yếu tố nào trên siêu âm giúp xác định tuổi thai chính xác nhất?
 - a. Đường kính túi ối.
 - b. Chiều dài đầu-mông.
 - c. Đường kính lưỡng đỉnh.
 - d. Chiều dài xương đùi.
 - e. Đường kính ngang bụng.
4. Xác định tuổi thai trên siêu âm vào 7-10 tuần có sai số vào khoảng:
 - a. ± 1 ngày.
 - b. ± 3 ngày.
 - c. ± 5 ngày.
 - d. ± 7 ngày.
 - e. ± 9 ngày.
5. Siêu âm trong thời điểm nào có khả năng phát hiện được hầu hết các dị tật thai?
 - a. 12 – 15 tuần.
 - b. 16 – 19 tuần.
 - c. 20 – 24 tuần.
 - d. 25 – 28 tuần.
 - e. 29 – 32 tuần.
6. Trong tam cá nguyệt thứ hai, trung bình mỗi tuần đường kính lưỡng đỉnh tăng bao nhiêu?
 - a. 1 mm.
 - b. 2mm.
 - c. 3mm.
 - d. 4mm.
 - e. 5mm.
7. Trong tam cá nguyệt giữa và chót của thai kỳ, nếu siêu âm thấy bánh nhau dày hơn bình thường thì gợi ý đến điều gì?
 - a. Đa ối.
 - b. Có dị tật đường tiêu hóa thai nhi.
 - c. Có dị tật đường niệu thai nhi.
 - d. Nhiễm trùng nhau thai.
 - e. Thai chậm tăng trưởng trong tử cung.
8. CHỌN CÂU SAI:
 - a. Trong 3 tháng đầu nếu siêu âm thấy xuất huyết quanh túi thai $> 50\%$ thì thai khó có khả năng tiến triển.
 - b. Một túi echo kém nằm giữa lòng tử cung không có đường viền kép có khả năng là túi thai giả.
 - c. Nếu không có ra máu bất thường, xác định vị trí bánh nhau nên thực hiện từ tuần 32 trở đi.
 - d. Siêu âm Doppler thường quy trong 3 tháng giữa giúp tiên đoán được thai chậm tăng trưởng trong tử cung.
 - e. Dị dạng đường tiết niệu thường đưa đến thiểu ối.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

CHỌC ỐI

ThS. BÀNH THANH LAN

Mục tiêu

1. Kể được các chỉ định chọc ối.
2. Thực hiện đúng kỹ thuật chọc ối.
3. Kể được các biến chứng của chọc ối.

1. CHỈ ĐỊNH

1.1. Phát hiện bất thường về cấu trúc nhiễm sắc thể (NST) trong những trường hợp:

- Mẹ thuộc nhóm nguy cơ cao: tuổi mẹ ≥ 35 tuổi, mẹ có bộ nhiễm sắc thể bất thường, tiền căn gia đình có bất thường về nhiễm sắc thể hoặc bệnh lý về nhiễm sắc thể (thiếu máu hồng cầu liềm).
- Xét nghiệm tầm soát thai kỳ nguy cơ cao bất thường về nhiễm sắc thể.
- Tiền căn sinh con có bất thường NST (Down, chậm phát triển tâm thần)
- Thai kỳ trước có bất thường NST giới tính: Turner 45X; 47 XXY
- Vợ hoặc chồng có bất thường NST (dù kiểu hình bình thường).
- Siêu âm có 1 dị tật nghiêm trọng hoặc ≥ 2 dị tật nhẹ liên quan đến bất thường NST.

1.2. Xác định giới tính của con trong những trường hợp mẹ mang bệnh lý liên quan nhiễm sắc thể giới tính X như Hemophilia.

1.3. Định lượng Alpha fetoprotein: Alpha fetoprotein trong dịch ối tăng có liên quan đến khuyết tật ống thần kinh như: gai đốt sống...

1.4. Đánh giá mức độ trưởng thành phổi của thai nhi: định lượng Bilirubin, Creatinin, đếm số lượng tế bào cam, thử nghiệm sủi bọt: Lecithine/Shingo... Thực hiện trong những trường hợp cần chấm dứt thai kỳ sớm như: tiền sản giật, tiểu đường thai kỳ, bệnh lý nội khoa của mẹ hoặc mổ lấy thai chủ động.

1.5. Một số chỉ định ít gặp hơn: chọc ối trong trường hợp chẩn đoán nhiễm trùng trong tử cung, dẫn lưu nước ối trong trường hợp đa ối.

2. THỜI ĐIỂM CHỌC ỐI

2.1. Chọc ối trong tam cá nguyệt đầu

Chọc ối sớm làm ở tam cá nguyệt đầu, giữa tuần 11 và 14. Tuy nhiên nguy cơ sẩy thai cao gấp 3 lần so với chọc ối ở tam cá nguyệt giữa, vì vậy nếu cần thiết phương pháp thường chọn ở tam cá nguyệt đầu là sinh thiết gai nhau.

2.2. Chọc ối trong tam cá nguyệt giữa

Đây là thời điểm thường thực hiện, giữa tuần 15 và 18, có thể đến 20 tuần.

2.3. Chọc ối trong tam cá nguyệt thứ 3

Chỉ thực hiện trong trường hợp đánh giá mức độ trưởng thành phổi của thai nhi.

3. KỸ THUẬT: Chọc ối dưới hướng dẫn của siêu âm

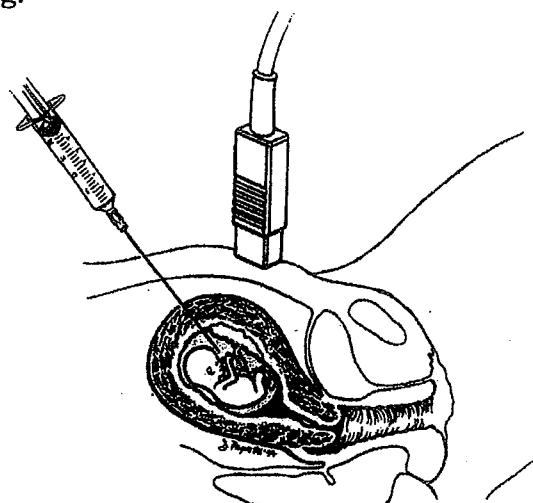
3.1. Chuẩn bị

- Giải thích cho sản phụ hiểu lý do chọc ối.
- Dụng cụ:
 - + Mâm vô khuẩn.
 - + Dung dịch sát trùng, gòn.
 - + Găng tay vô trùng.

- + Kim số 22, bơm tiêm.

3.2. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng chọc ối.
- Đâm kim vào xoang ối tránh phần thai, dây rốn, bánh nhau.



Hình 1: Chọc ối dưới hướng dẫn của siêu âm.

4. TAI BIẾN

4.1. Đau nơi kim đâm vào thành bụng: thường đau nhẹ, rất hiếm khi đau nhiều. Thường triệu chứng mất đi sau 1 – 2 ngày.

4.2. Ra huyết âm đạo xảy ra 2 – 3%, thường ổn định sau đó tuy nhiên một số trường hợp đi kèm tăng tỷ lệ sẩy thai.

4.3. Sẩy thai hoặc thai lưu: Chọc ối có làm tăng nguy cơ sẩy thai hoặc thai lưu hay không vẫn còn là nghiên cứu vì rất khó xác định sẩy thai là tự nhiên hay do chọc ối. Đa số các nghiên cứu cho rằng nguy cơ sẩy thai tăng 0,5% đến 1% sau chọc ối ở tam cá nguyệt giữa.

Nguyên nhân sẩy thai có thể do tình trạng nhiễm trùng trong tử cung, hoặc vỡ

ối tạo cơn gò tử cung, hoặc ra huyết âm đạo nhiều, một số trường hợp không rõ lý do.

Một số yếu tố đi kèm làm tăng nguy cơ sẩy thai:

- Đâm kim nhiều lần.
- Ra máu âm đạo sau chọc ối.
- Rỉ ối sau chọc ối.
- Ra máu âm đạo trước chọc ối.
- Dịch ối nhuộm màu nâu hoặc xanh.
- Có máu trong dịch ối.
- Đa sản, đặc biệt từ 6 lần trở lên.
- Tuổi mẹ trên 40 tuổi.
- Tiền sử sẩy thai 3 lần trở lên trong tam cá nguyệt đầu.
- Tiền sử sẩy thai hoặc thai lưu trong tam cá nguyệt giữa.
- Mức AFP trong máu mẹ tăng cao.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- Tiền sử mẹ có cao huyết áp thai kỳ

4.4. Rỉ ối: khoảng 1% – 2%

4.5. Nhiễm trùng tử cung: hiếm xảy ra, (1/1000), thường là do nhiễm trùng tại chỗ sau đó nhiễm trùng dịch ối và thai nhi.

4.6. Xuất huyết ở nhau hoặc dây rốn nếu đâm kim ở vị trí nhau hoặc dây rốn, biến

chứng này hiếm xảy ra vì thủ thuật dưới hình ảnh siêu âm.

4.7. Tổn thương thai: Hiếm xảy ra 1-3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Williams obstetrics 2005, Antepartum trang 324 – 328

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Chỉ định chọc ối, chọn câu sai:
 - a. Đánh giá bất thường về cấu trúc nhiễm sắc thể.
 - b. Xác định giới tính của con.
 - c. Đánh giá mức độ trưởng thành của phổi.
 - d. Đánh giá về bệnh lý khuyết tật ống thần kinh.
 - e. Đánh giá bất thường về hình thái học.
2. Biến chứng chọc ối, chọn câu đúng:
 - a. Tỷ lệ sẩy thai không tăng so với thai kỳ bình thường.
 - b. Thường gặp nhất là nhiễm trùng tử cung.
 - c. Triệu chứng đau thường tự mất đi sau vài ngày.
 - d. Triệu chứng đau nếu có, thường phải dùng thuốc giảm đau.
 - e. Tất cả các câu trên đều đúng.
3. Thời điểm chọc ối, chọn câu đúng:
 - a. Nên thực hiện càng sớm càng tốt vì chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai nhỏ ít tai biến hơn thai lớn.
 - b. Nên thực hiện càng sớm càng tốt vì thai nhỏ dễ thực hiện thao tác hơn.
 - c. Không nên thực hiện tam cá nguyệt đầu vì tăng nguy cơ ra máu âm đạo.
 - d. Không nên thực hiện tam cá nguyệt đầu vì tăng nguy cơ sẩy thai.
 - e. Nên thực hiện tam cá nguyệt giữa vì nước ối nhiều dễ chọc ối.
4. Chỉ định chọc ối tam cá nguyệt cuối của thai kỳ, chọn câu sai:
 - a. Tiền sản giật.
 - b. Bệnh lý nội khoa của mẹ.
 - c. Tiểu đường thai kỳ.
 - d. Tiền căn sẩy thai liên tiếp.
 - e. Mổ lấy thai chủ động.
5. Biến chứng chọc ối, chọn câu sai:
 - a. Rỉ ối hiếm khi xảy ra.
 - b. Nhiễm trùng thường do tại chỗ hoặc kỹ thuật không vô trùng.
 - c. Kim đâm trúng bánh nhau thường làm bong nhau.
 - d. Kim đâm trúng bánh nhau thường tự ổn định.
 - e. Kim đâm trúng dây rốn thường đi kèm tử vong thai nhi.
6. Yếu tố đi kèm tăng nguy cơ sẩy thai sau chọc ối, chọn câu sai:
 - a. Tuổi mẹ trên 35 tuổi.
 - b. Tiền sử mẹ có cao huyết áp thai kỳ.
 - c. Có máu trong dịch ối.
 - d. Ra máu âm đạo sau chọc ối.
 - e. Ra máu âm đạo trước chọc ối.
7. Nguyên nhân sẩy thai sau chọc ối, chọn câu sai:
 - a. Nhiễm trùng trong tử cung.
 - b. Vỡ ối tạo cơn gò tử cung.
 - c. Ra huyết âm đạo nhiều.
 - d. Một số trường hợp không rõ lý do.
 - e. Thủ thuật ở tam cá nguyệt giữa.

NON-STRESS TEST (NST) VÀ STRESS TEST (ST)

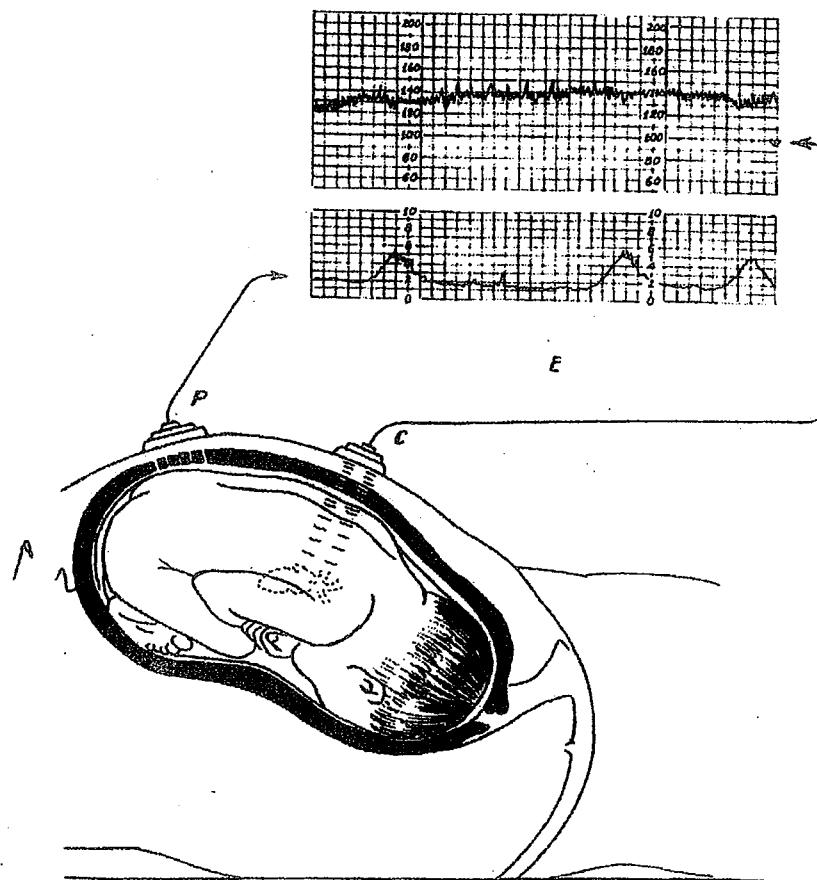
GS. TS. NGUYỄN DUY TÀI

Mục tiêu

1. Mô tả được cách thực hiện non-stress test.
2. Mô tả được cách thực hiện stress test.
3. Kể được 2 kết quả của non-stress test và phân tích
4. Kể được 2 kết quả của stress test và phân tích

NST và ST là 2 phương pháp đánh giá sức khỏe thai nhằm xác định thai kỳ nguy cơ cao nhằm giảm thiểu nguy cơ tử vong thai nhi.

Để thực hiện NST và ST cần có máy đo tim thai và bộ phận ghi nhận đường biểu diễn tim thai như hình sau:



Hình 1: Vị trí đặt đầu dò tim thai (C), đầu dò đo áp lực buồng tử cung (P), máy ghi tim thai (E)
(Nguồn hình: Internet)

NON-STRESS TEST (NST) VÀ STRESS TEST (ST)

1. NONSTRESSTEST

Là thử nghiệm dựa trên giả thuyết rằng nhịp tim thai trong trường hợp không có nhiễm toan do thiếu oxy mô hay bị ức chế thần kinh sẽ nhất thời tăng đáp ứng với cử động thai.

1.1. Cơ sở sinh lý

Thai nhi có chu kỳ thức ngủ trung bình 70-90 phút.

Trong giấc ngủ cử động thai mất nhanh và trong thời gian thức, cử động của các chi mình, cử động thở xảy ra. Cử động thai thường đi kèm với sự gia tăng nhịp tim thai.

Cử động thai không có trong các trường hợp:

- Thai ngủ sâu.
- Có bất thường nào đó của hệ thần kinh trung ương thai.
- Sau khi sản phụ dùng thuốc an thần, thuốc ngủ hay uống rượu.
- Khi thai bị nhiễm toan do thiếu oxy.
- Thai non tháng thường ít có nhịp tim thai tăng với cử động mắt.

Lưu ý:

Thai <28 tuần thường không đáp ứng (NST không đáp ứng), ngay cả ở thai 32 tuần mà NST không đáp ứng vẫn có thể là bình thường. Tuy nhiên, NST không đáp ứng ở tuổi thai >32 tuần thì ta cần đánh giá thêm sức khỏe thai bằng các test khác như trắc đồ sinh vật lý (BPP).

1.2. Cách thực hiện

- Đặt sản phụ nằm nghiêng về một bên hoặc tư thế Fowler.
- Nên thực hiện sau khi sản phụ ăn vì thai nhi thường hoạt động nhiều sau khi ăn 1-2 giờ.

- Hướng dẫn sản phụ ăn nút khi thấy thai máy.
- Đặt monitor ghi tim thai, cơn gò, cử động thai.
- Thực hiện 20 phút nếu có đáp ứng.
- Sau 20 phút vẫn chưa đáp ứng, lắc thai qua thành bụng và theo dõi thêm 25 phút nữa, nếu vẫn không đáp ứng xem như NST không đáp ứng.

1.3. Phân tích kết quả

1.3.1. NST có đáp ứng

- Nhịp tim thai cơ bản 120-160 lần/phút.
- Biên độ dao động của nhịp tim thai cơ bản > 10 nhịp.
- Nếu trong 20 phút có ít nhất 2 cử động thai đi kèm với nhịp tim thai tăng > 15 nhịp và kéo dài > 15 giây.

1.3.2. NST không đáp ứng

- Nếu trong 45 phút không đạt các tiêu chuẩn NST có đáp ứng.
- Ngoài ra cần ghi nhận thêm các tiêu chuẩn sau:
 - Nhịp tim thai căn bản.
 - Dao động nội tại và biên độ.
 - Các dạng bất thường tim thai khác như: Nhịp tim thai hình sin, Nhịp tim thai phẳng, Nhịp giảm muộn, Nhịp giảm bất định.

1.4. Xử trí lâm sàng

- Nếu NST có đáp ứng: Thai kỳ được theo dõi tiếp và lặp lại thử nghiệm vào 3 ngày sau.
- Nếu NST không đáp ứng:
 - NST không đáp ứng sau 45 phút, có thể thực hiện lại NST sau khi

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

cho sản phụ ăn no, kích thích bằng tay hoặc bằng âm thoa để giảm tỷ lệ không đáp ứng giả.

- Nếu NST vẫn không đáp ứng, hoặc nhịp giảm kéo dài > 3 phút và nặng (> 90 lân/phút) hoặc biểu đồ tim thai không có nhịp tăng (hay tăng ít hơn 10 nhịp) kéo dài trên 80 phút thì nên chấm dứt thai kỳ (mổ lấy thai đối với thai trưởng thành).

Lưu ý:

- Độ nhạy của NST là 97%, giá trị tiên đoán dương của NST là 15%.
- Một NST không đáp ứng hay mất những dao động nội tại, tự nó không cho phép thực hiện một test chẩn đoán khác nữa, tuy nhiên vì giá trị dự báo dương của NST thấp nên nhiều tác giả đề nghị thực hiện thêm stress test hay tăng cường việc theo dõi sức khỏe thai bằng các test khác như: BPP (Biophysical Profile) hoặc siêu âm Doppler đánh giá lưu lượng tuần hoàn nhau thai.

2. STRESS TEST

2.1. Cơ sở sinh lý

Cơn gò tử cung chèn ép các động mạch xoắn cung cấp máu cho nhau làm giảm lưu lượng máu đến nhau thai, từ đó gây giảm oxy và những chất dinh dưỡng cho thai.

Khi thai có dự trữ đầy đủ, sẽ dung nạp được những thay đổi tạm thời, tim thai sẽ không thay đổi hoặc thay đổi không có hại trong cơn gò.

Khi dự trữ giảm, cơn gò sẽ gây ra nhịp giảm muộn qua trung gian một phản xạ áp cảm thụ quan, do vậy nhịp giảm muộn nói lên có sự tổn thương thai hoặc bất cứ khi nào lưu lượng máu của nhau thai hay sự cung cấp oxy cho thai bị giảm (ví dụ như: hội chứng hạ huyết áp tư thế ngửa, giảm oxy mè hoặc thiếu máu nặng)

Với cơ sở sinh lý như trên, ST là thử nghiệm được thực hiện dựa trên sự đáp ứng của nhịp tim thai khi có cơn co tử cung vì tin rằng sự cung cấp oxy cho thai nhi sẽ tạm thời bị giảm đi khi có cơn gò tử cung, nhằm lượng giá khả năng chịu đựng của thai khi vào chuyển dạ, nghĩa là giá trị ST quyết định phương thức sanh của thai kỳ, hoặc sanh ngả âm đạo hoặc mổ sanh. Chính vì vậy mà chỉ thực hiện ST khi đã có chỉ định chấm dứt thai kỳ.

2.2. Chỉ định

- ST được làm bất cứ khi nào nghi ngờ thai bị nguy hiểm.
- Nếu ST âm tính, có thể được lặp lại mỗi tuần miễn là ST vẫn còn âm tính.

2.3. Chống chỉ định: ST không được thực hiện khi nó có thể gây các hậu quả sau đối với sản phụ

- Vỡ tử cung ở sản phụ có tiền căn mổ sanh, bóc nhau xơ hoặc chỉnh hình tử cung dị dạng.
- Sanh non ở sản phụ bị ối vỡ non, dọa sanh non, đà ối, đà thai, hở eo TC.
- Xuất huyết ở sản phụ có nhau tiền đạo, xuất huyết âm đạo không rõ nguyên nhân.

2.4. Cách thực hiện

- Đặt sản phụ ở tư thế Fowler hoặc nằm nghiêng về một bên để tránh hội chứng hạ huyết áp tư thế khi nằm ngửa.
- Ghi nhận huyết áp thai phụ lúc ban đầu và ít nhất mỗi 10 phút trong khi làm nghiệm pháp.
- Ghi nhận nhịp tim thai và cơn gò tử cung bằng monitor trong 15-20 phút.
- Nếu ngẫu nhiên có cơn gò tử cung kéo dài 40-60 giây và lặp lại 3 lần/10 phút thì đánh giá sự đáp ứng của tim thai đối với cơn gò.
- Nếu không có cơn gò thì phải gây ra cơn gò bằng kích thích đầu vú (BST= Breast Stimulating Test) hoặc truyền tĩnh mạch với oxytocin bắt đầu 0,5mIU/phút, tăng gấp đôi mỗi 15-20 phút, cho đến khi có được 3 cơn gò/10 phút.
- Quan sát tim thai khi có ít nhất 3 cơn gò tử cung (nhưng không quá 5 cơn) trong 10 phút, lúc đó ngưng kích thích tử cung và quan sát tim thai cho đến khi cơn gò giảm.
- Quá trình kích thích với BST hoặc oxytocin đòi hỏi thực hiện từ 1-2 giờ mới hoàn tất.

2.5. Kết quả

Theo phân loại Freeman (1975)

- ST âm tính: biểu đồ tim thai không có nhịp giảm khi có ít nhất 3 cơn gò/10 phút, mỗi cơn gò kéo dài ít nhất 40 giây.
- ST nghi ngờ: biểu đồ tim thai có nhịp giảm nhưng không恒定 và không xảy ra trong những cơn gò sau.

- ST dương tính: biểu đồ tim thai có nhịp giảm恒定 và kéo dài.

Lưu ý:

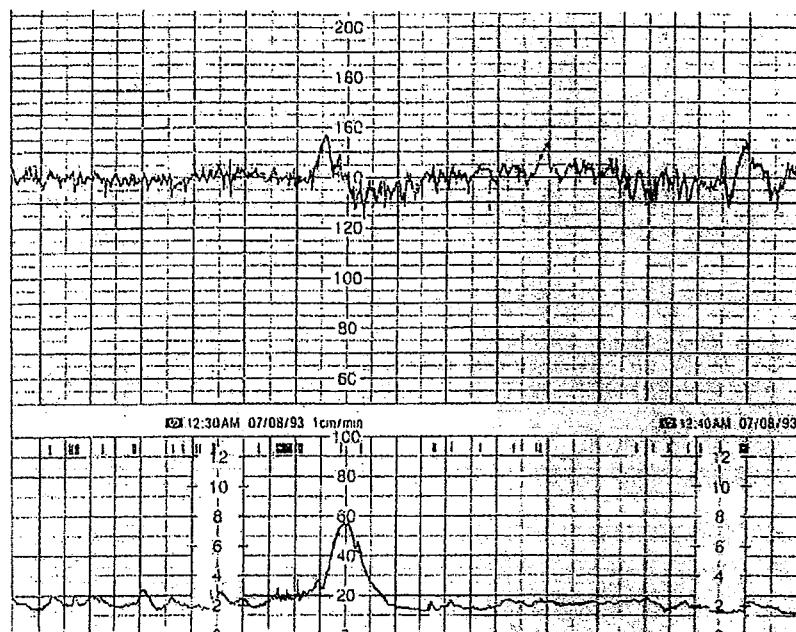
- Tăng kích thích: nếu cơn gò tử cung kéo dài > 90 giây và > 5 cơn co trong 10 phút, hoặc tăng trương lực cơ bản kéo dài thì sự xuất hiện của nhịp giảm không nhất thiết chỉ ra bệnh lý tử cung nhau.
- Không thỏa đáng: khi có ít hơn 3 cơn gò trong 10 phút hoặc cường độ cơn gò yếu.

2.6. Xử trí lâm sàng

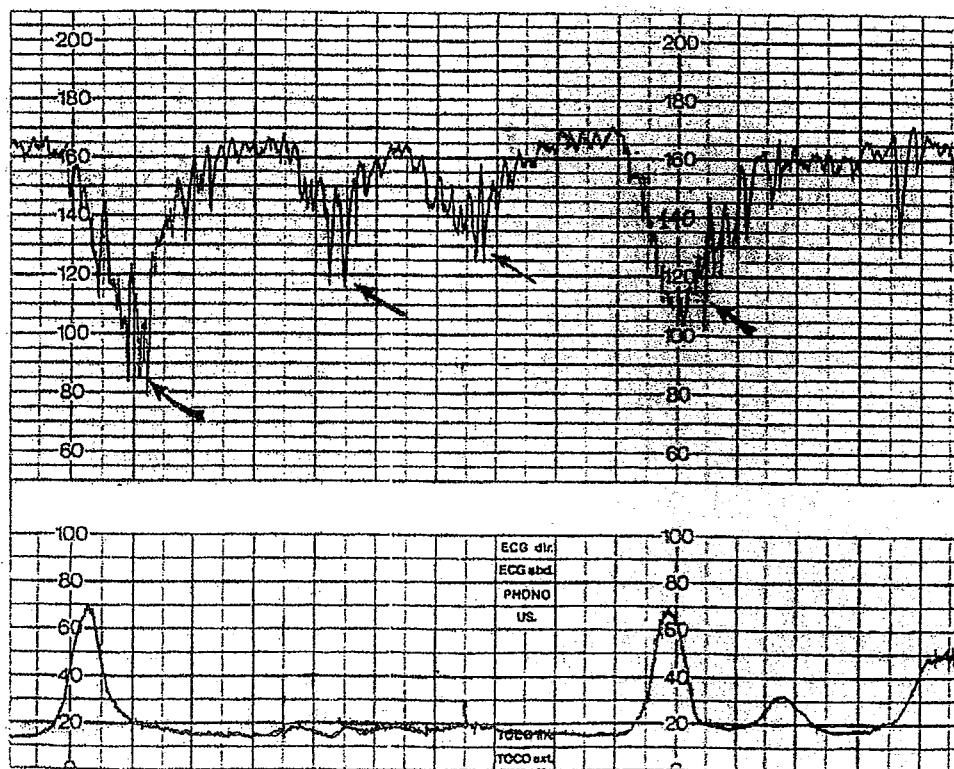
- ST âm tính: là một dấu hiệu tốt cho sức khỏe thai, có thể lặp lại test mỗi tuần.
- ST dương tính:
 - Có thể xuất hiện do hạ huyết áp do tư thế nằm ngửa, dị dạng thai nhi, giảm khả năng vận chuyển oxy trong máu mẹ, suy tử cung nhau thật sự.
 - Kết hợp với NST không đáp ứng khi thai trưởng thành: chấm dứt thai kỳ (mổ lấy thai).
 - Kết hợp với NST đáp ứng: thường là ST dương tính giả, có thể lặp lại test trong 24 giờ hoặc làm những xét nghiệm đánh giá thai khác.
 - ST nghi ngờ hoặc tăng kích thích: Nên lặp lại test trong vòng 24 giờ. ST nghi ngờ có thể chỉ ra một thai nhi khỏe mạnh hoặc thai nhi mới bị suy thai, nếu đi kèm với NST đáp ứng thì thai có thể vẫn khỏe mạnh.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

3. MỘT SỐ HÌNH ẢNH MINH HỌA BIỂU ĐỒ CTG

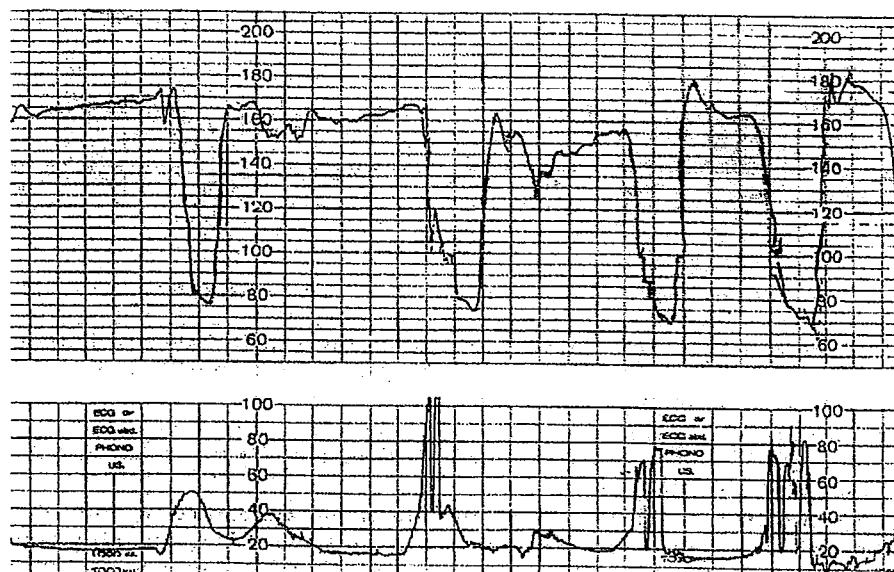


Hình 2: Biểu đồ tim thai bình thường
(Nguồn hình: *Fetal monitoring interpretation*)

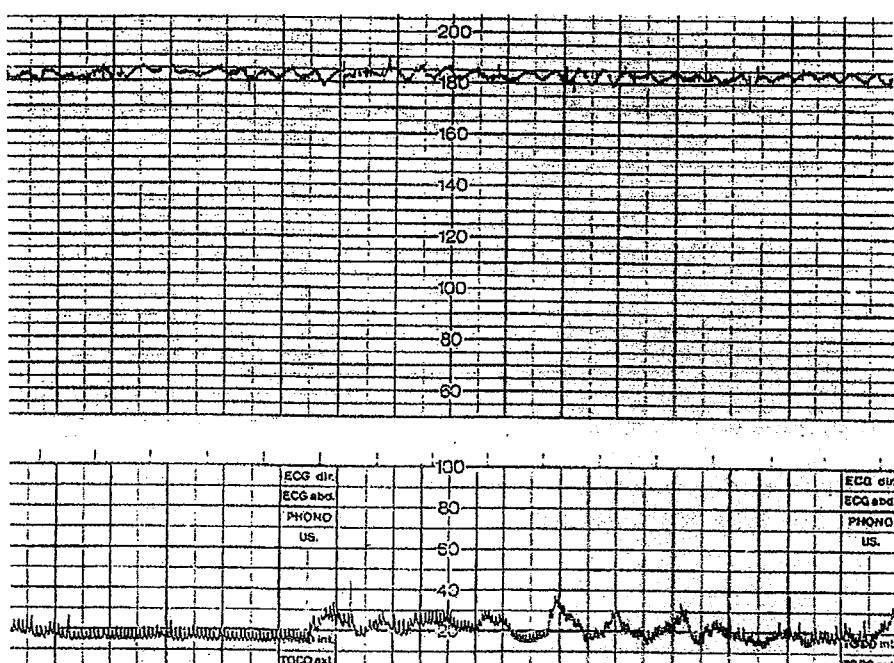


Hình 3: Nhịp giảm muộn
(Nguồn hình: *Fetal monitoring interpretation*)

NON-STRESS TEST (NST) VÀ STRESS TEST (ST)



Hình 4: Nhịp giảm bất định
(Nguồn hình: *Fetal monitoring interpretation*)



Hình 5: Nhịp tim thai hình sin
(Nguồn hình: *Fetal monitoring interpretation*)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) 1995: Fetal heart rate patterns: monitoring, interpretation and management ACOG technical bulletin. Int J Gynecol Obstet, No. 207, 51: 65-74
2. Cabaniss LM, Fetal monirotoring interpretation
3. William obstetrics, 22nd edition, Intrapartum Assessemment, 443-471

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Định nghĩa nào sau đây về nonstress test là chính xác nhất:
 - a. Là phương pháp đánh giá sức khỏe thai dựa trên sự chuyển động của thai qua cảm nhận của bà mẹ.
 - b. Là phương pháp đánh giá sức khỏe thai thông qua sự đáp ứng của nhịp tim thai sau mỗi cử động thai.
 - c. Là phương pháp đánh giá sức khỏe thai dựa trên sự thay đổi tim thai khi có cơn co tử cung.
 - d. Là phương pháp đánh giá sức khỏe thai thông qua khảo sát các thông số siêu âm để hiểu thêm về tình trạng thai.
 - e. Không định nghĩa nào nêu trên là đúng.
2. Các thông số nào sau đây phải được nêu ra khi diễn giải kết quả NST:
 - a. Thời gian thực hiện NST.
 - b. Nhịp tim thai căn bản và dao động nội tại của nhịp tim thai.
 - c. Số cử động thai.
 - d. Thay đổi nhịp tim thai sau mỗi cử động thai.
 - e. Tất cả các thông số trên.
3. NST được thực hiện ở tuổi thai:
 - a. 11-14 tuần vô kinh.
 - b. 18-22 tuần vô kinh.
 - c. 28-32 tuần vô kinh.
 - d. ≥ 33 tuần vô kinh.
 - e. Có thể thực hiện NST ở bất kỳ tuổi thai nào.
4. NST có đáp ứng giả (falsely reactive NST) thường gặp ở sản phụ:
 - a. Đái tháo đường phụ thuộc insulin.
 - b. Thai quá ngày.
 - c. Thai chậm tăng trưởng trong tử cung/tiền sản giật.
 - d. Tất cả các câu trên đều đúng.
 - e. Tất cả các câu trên đều sai.
5. Những sản phụ nào sau đây chống chỉ định thực hiện stress test:
 - a. Nhau tiền đạo.
 - b. Vết mổ lấy thai dọc thân.
 - c. Tiền cản chuyển dạ sanh non.
 - d. Tất cả câu trên đều đúng.
 - e. Tất cả câu trên đều sai.

THEO DÕI CHUYỂN DẠ

PGS. TS. LÊ HỒNG CẨM

Mục tiêu

1. Nêu định nghĩa chuyển dạ.
2. Kể 3 giai đoạn của chuyển dạ.
3. Kể các đặc điểm của cơn co chuyển dạ.
4. Mô tả 6 công việc cần làm để theo dõi một cuộc chuyển dạ.
5. Ra y lệnh xử trí trong quá trình chuyển dạ.
6. Mô tả cách kiểm tra nhau, màng nhau và dây rốn.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa: Chuyển dạ là gì?

Chuyển dạ là quá trình diễn tiến của nhiều hiện tượng, quan trọng nhất là những cơn co tử cung làm cho cổ tử cung (CTC) xóa mở dần và kết quả là thai và nhau được sổ ra ngoài.

Nguyên nhân của chuyển dạ: chưa biết; vai trò của estrogen, progesterone, oxytocin, prostaglandin nhưng chưa được chứng minh.

Xác định thời điểm bắt đầu chuyển dạ vẫn còn là một thách thức cho các nhà thực hành sản khoa. Một số phương pháp giúp xác định chuyển dạ như sau: (1) cơn co tử cung gây đau và xuất hiện thường xuyên, tuy nhiên phải phân biệt với cơn gò chuyển dạ giả, (2) tính thời điểm bắt đầu chuyển dạ khi thai phụ nhập vào phòng sinh, tại Mỹ cho là có chuyển dạ khi CTC mở $>3-4$ cm.

1.2. Các giai đoạn của chuyển dạ: 3 giai đoạn

Giai đoạn 1: Xóa mở cổ tử cung tính từ khi có chuyển dạ thật sự đến khi cổ tử cung mở trọn: thời gian trung bình 15 giờ.

- Giai đoạn tiềm thời: 8 giờ

- Giai đoạn hoạt động: 7 giờ.

Giai đoạn 2: Sổ thai từ khi CTC mở trọn cho đến khi thai sổ ra ngoài

- Con so: 30 phút- 02 giờ, trung bình 50 phút.
- Con rụ: 15 phút-01 giờ, trung bình 20 phút.

Giai đoạn 3: Sổ nhau từ sau khi sổ thai đến khi nhau sổ ra ngoài trung bình 5-30 phút.

1.3. Đặc điểm cơn co chuyển dạ thực sự

Xác định chuyển dạ khi có cơn co tử cung thật sự, nếu *có 12 cơn co/1 giờ là đã có chuyển dạ*, đặc điểm cơn co chuyển dạ thật sự giúp phân biệt với cơn co chuyển dạ giả là:

- Cơn co đều đặn, gây đau.
- Khoảng cách giữa các cơn co ngắn dần.
- Cơn co tăng dần về cường độ và thời gian.
- Có liên quan giữa cường độ cơn co và đau.
- Gây xóa mở cổ tử cung.
- Ngôi thai xuống.
- Thuốc giảm co không ngăn được cơn co.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

1.4. Chẩn đoán chuyển dạ

- Đau bụng từng cơn.
- Ra nhớt hồng âm đạo.
- Cơn co chuyển dạ.
- Xóa mở cổ tử cung.
- Thành lập đầu ói.

2. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TRONG QUÁ TRÌNH CHUYỂN DẠ

2.1. Giai đoạn I: Xóa mở cổ tử cung

Bắt đầu từ khi có cơn co của chuyển dạ thực sự đến khi cổ tử cung mở trọn. Theo hướng dẫn chăm sóc thai của hiệp hội sản phụ khoa Hoa Kỳ năm 2007 trong giai đoạn này một nữ hộ sinh theo dõi 2 thai phụ.

2.1.1. Giai đoạn này chia làm 2 thời kỳ

- Thời kỳ tiềm thời: Từ khi có chuyển dạ đến khi cổ tử cung 3-5 cm, thời gian trung bình 8 giờ.
- Thời kỳ hoạt động: Từ khi cổ tử cung 3-5 cm đến khi cổ tử cung mở trọn, trung bình 7 giờ.
 - Con so: cổ tử cung mở 1,2 cm/giờ.
 - Con rạ: Cổ tử cung mở > 1,5 cm/giờ.

2.1.2. Theo dõi và xử trí trong giai đoạn I

- *Khám toàn thân*, dấu hiệu sinh tồn: đo chiều cao, cân nặng thai phụ, mạch, HA, nhiệt độ, hô hấp, lượng nước tiểu/4 giờ, nếu bệnh lý phải theo dõi sát M, HA, lưu thông tiểu nếu TSG nặng, sản giật, theo dõi nhiệt độ mỗi giờ nếu ói vỡ.
- *Làm xét nghiệm* huyết đồ, nhóm máu, tổng phân tích nước tiểu, nếu thai phụ chưa được làm xét nghiệm HIV trong thai kỳ thì làm xét nghiệm

nhanh HIV, nếu kết quả xét nghiệm nhanh dương tính nên cho thuốc điều trị HIV ngay để giảm nguy cơ lây HIV cho thai trong khi chờ xét nghiệm xác định.

- Khám và theo dõi *cơn co tử cung*:

- Tính chất: gồm có thời gian co, thời gian nghỉ, cường độ cơn co, trương lực cơ bản.
- Đánh giá:

Thời gian co

Lúc bắt đầu chuyển dạ: 15-20 giây.

Khi CTC mở trọn hoặc giai đoạn sổ thai: 50-60 giây.

Thời gian nghỉ:

Giai đoạn tiềm thời: tần số 3 cơn co trong 10 phút.

Giai đoạn hoạt động: tần số 4-5 cơn co trong 10 phút.

Cường độ cơn co:

Giai đoạn tiềm thời 20-30mmHg.

Giai đoạn hoạt động 50-80 mmHg.

Trương lực cơ bản: đo bằng monitoring 10mmHg. Nếu khám đặt tay trên bụng ngoài cổ tử cung vẫn cứng hơn bình thường.

Cách khám: Đặt lòng bàn tay lên bụng sản phụ vùng rốn, nhìn đồng hồ có kim giây, khi bắt đầu có cơn co tử cung co cứng lên tay không thể ấn xuống là cường độ mạnh, nếu tay ấn thành tử cung lõm xuống là cường độ yếu. cơn co tốt là cơn co phù hợp với giai đoạn của chuyển dạ.

Theo dõi: tốt nhất theo dõi liên tục bằng monitoring, nếu không có monitoring sẽ bắt cơn co 1 giờ/ lần giai đoạn tiềm thời, 15-30 phút/ lần giai đoạn hoạt động.

▪ Xử trí:

Nếu cơn co cường tính phải tìm nguyên nhân: nguyên nhân cơ học (bất xứng đầu chậu, ngôi bất thường) → mổ lấy thai, nếu không phải do nguyên nhân cơ học → cho thuốc giảm co.

Nếu cơn co yếu hay thưa: cho tăng co bằng Oxytocin.

▪ Tim thai:

- Nên theo dõi tim thai và cơn co bằng monitoring cho những thai kỳ có nguy cơ cao. Nếu theo dõi monitoring nên đo trong 30 phút ở giai đoạn 1 và 15 phút trong giai đoạn 2.
- Nơi nghe: tùy vị trí ngôi thai. Bình thường tim thai dao động trong khoảng 120-160 lần/phút, đều rõ. Bất thường: dưới 120 lần/phút, nhanh hơn 160 lần/phút, hoặc tim thai không đều, nghe xa xăm.
- Tim thai < 120 lần/phút khi đầu lọt là do đầu bị chèn ép gây kích thích dây thần kinh X → tim thai chậm → cho mẹ nằm nghiêng trái để tránh tử cung đè vào tĩnh mạch chủ dưới.
- Theo dõi: nếu không có monitoring nên nghe tim thai sau mỗi cơn co để phát hiện thai suy. Trong giai

đoạn tiềm thời: 15-30 phút/lần, giai đoạn hoạt động: 5-15 phút/lần, sau vỡ ối tự nhiên, trước và sau bấm ối, sau mỗi cơn rặn. Để tránh làm vỡ mạch mẹ nên đếm mạch người mẹ khi nghe tim thai.

- *Khám âm đạo số lần* khám âm đạo có liên quan đến tỷ lệ nhiễm trùng, đặc biệt trong trường hợp ối vỡ. Không có quy định chuẩn cho số lần khám âm đạo, thông thường khám lúc thai phụ nhập viện, 4 giờ một lần trong thời kỳ tiềm thời và mỗi giờ một lần trong thời kỳ hoạt động, trước khi cho giảm đau sản khoa, khi thai phụ muốn rặn và khi tim thai bất thường.

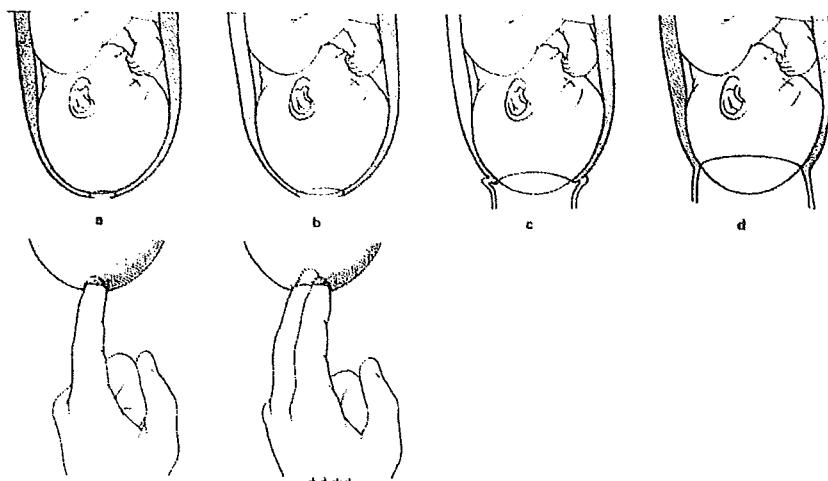
▪ Xóa mở cổ tử cung:

Độ mở CTC: Dùng ngón trỏ và ngón giữa để ước lượng độ mở CTC. Mô tả độ mở CTC bằng cm. CTC mở hoàn toàn là 10cm.

Độ xóa CTC: dùng ngón trỏ và ngón giữa để ước lượng độ mỏng và ngắn đi của CTC. Khi độ dài cổ tử cung giảm phân nửa là xóa 50%. Khi cổ tử cung tròn nên mỏng sát với đoạn dưới tử cung là xóa 100%. Mật độ CTC: mềm, chắc hoặc phù nề.

Hướng CTC: mối liên quan giữa CTC với đầu thai được chia thành hướng trước, trung gian hay sau. Con so cổ tử cung xóa trước mở sau, con rã cổ tử cung vừa xóa vừa mở.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



Ghi chú:

- a: Cổ tử cung mở lọt 1 ngón tay
- b: Cổ tử cung mở lọt 2 ngón tay
- c: Cổ tử cung mở gần trọn
- d: Cổ tử cung mở trọn

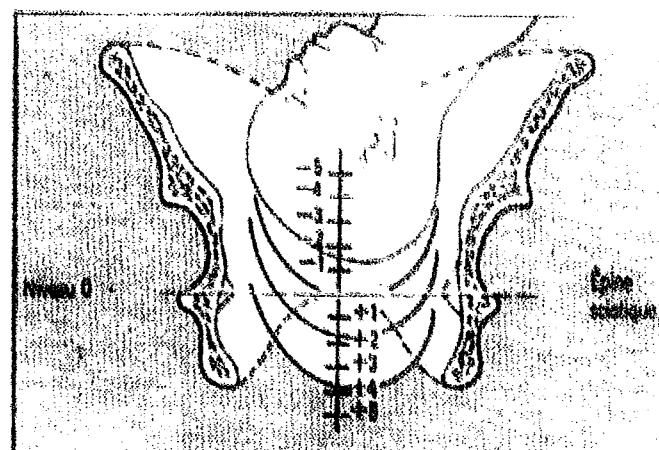
■ Ngôi thai:

Xác định ngôi: dựa vào điểm mốc của ngôi thai.

Xác định kiểu thế: tương xứng giữa mốc ngôi thai so với điểm mốc của khung chậu mẹ.

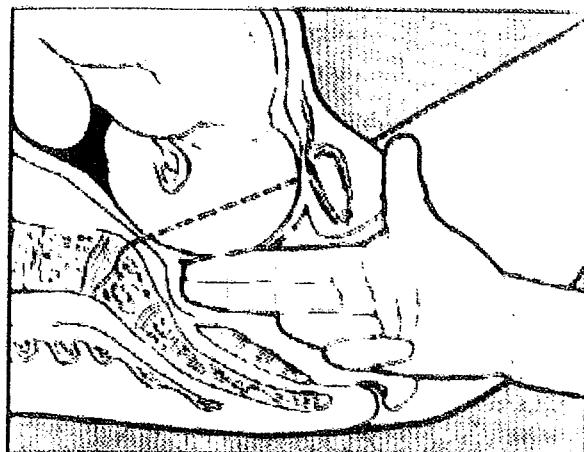
Độ lọt: con so lọt vào tháng cuối thai kỳ, con rạ ngôi lọt khi có chuyển dạ.

Khi phần thấp nhất của ngôi thai ngang với hai gai chậu: là ngôi thai ở vị trí 0. Theo phân loại hiệp hội sản phụ khoa Hoa Kỳ năm 1989 chia khung chậu ở trên hay dưới hai gai chậu làm 5 phần, mỗi phần tương ứng 1cm trên hay dưới gai chậu, như vây thai nhi sẽ ở vị trí $-5 \rightarrow -1$ và 0, nếu dưới gai hông là $+1 \rightarrow +5$. Ngôi thai ở vị trí 0 hay thấp hơn hai gai hông là thai đã lọt.



Hình 2: Độ lọt ngôi thai

Dấu hiệu Farabeuf: Ngón tay khám từ bờ dưới khớp vệ hướng về đốt sống cùng số 2, nếu sờ được đốt sống cùng số 2 là ngôi chưa lọt, nếu ngôi đã lọt ngón tay bị ngôi thai chặn lại.



Hình 3: Khám dấu hiệu Farabeuf, ngôi đầu chưa lọt

- Tình trạng ối: khám ngay khi ối vỡ tự nhiên xem có sa dây rốn không. Đầu ối thành lập do có cơn co tử cung.
- Các loại đầu ối: ối phòng, ối dẹt, ối quả lê (thai chết lưu).
- Tia ối: Xem bài *Kỹ thuật bấm ối*. Không nên phá ối khi thai phụ bị viêm gan siêu vi B, C hay HIV. Nếu ngôi thai chưa lọt (nghiệm pháp lọt) hay đa ối nên phá ối bằng kim nhỏ thay vì dùng kềm.
- Trong một phân tích gộp gồm 14 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng giữa nhóm bấm ối thường quy và nhóm màng ối còn nguyên, kết quả cho thấy bấm ối không giảm thời gian chuyển dạ giai đoạn 1, không tăng tỉ lệ nhiễm trùng cho thai phụ cũng như tỷ lệ giảm đau sản khoa, có làm tăng nhẹ tỷ lệ mổ lấy thai nhưng không có ý nghĩa thống kê, giới hạn của nghiên cứu này là thiếu tính nhất quán ở thời điểm phá ối và độ mở CTC, trong

đó 20% nhóm theo dõi lại được phá ối trong quá trình chuyển dạ.

Thực hiện phá ối thường quy vẫn còn đang bàn cãi, phá ối nên thực hiện khi cần đánh giá tình trạng thai nhi hay đo cơn co tử cung. Một số nơi thực hiện phá ối thường quy khi chuyển dạ vào giai đoạn hoạt động.

- Khám khung chậu: Xem bài *Khám khung chậu*

2.1.3. Vệ sinh và ăn uống

- Vệ sinh âm hộ và tầng sinh môn: tránh nước vào lỗ âm đạo. Không có bằng chứng cho thấy có lợi khi cạo lông vùng tầng sinh môn (chứng cứ mức độ 2B) hay thụt tháo (mức độ 1A), không nên đặt thông tiểu nhưng khuyến khích thai phụ đi tiểu thường xuyên để làm trống bàng quang.
- Ăn uống và dịch truyền: chưa có đồng thuận về vấn đề này, trong một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng về ăn và truyền dịch trong giai đoạn đầu của chuyển dạ không có hại cho thai phụ và thai nhi so với nhóm hạn chế ăn uống. Không nên ăn uống trong chuyển dạ giai đoạn hoạt động và sổ thai vì thức ăn không hấp thu được và sản phụ có nguy cơ ối, viêm phổi hít phải khi mổ lấy thai cấp cứu.
- Dịch truyền: Đường truyền tĩnh mạch để dự phòng khi cần cho oxytocin trong những thai kỳ có nguy cơ cao. Tránh mất nước nếu chuyển dạ kéo dài.

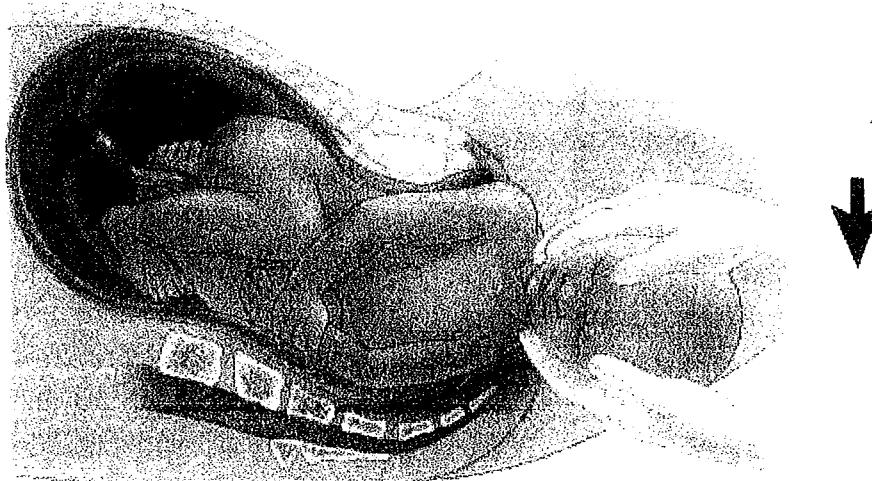
THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- Giảm đau tùy thuộc vào nhu cầu và mong muốn của thai phụ.

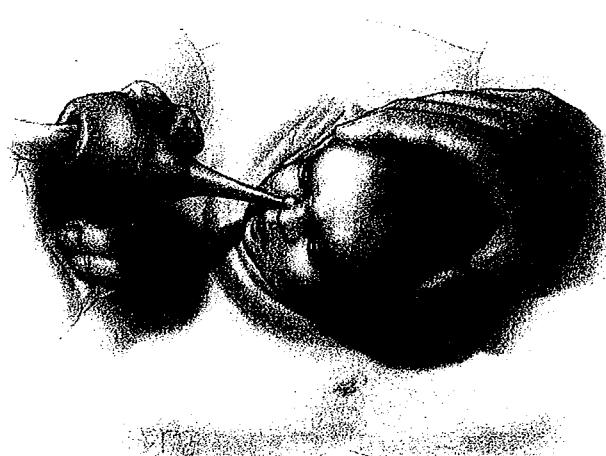
2.2. Giai đoạn II: Sổ thai

- Từ khi CTC mở trọn đến khi thai sổ ra ngoài, các yếu tố quyết định có sanh ngả âm đạo được hay không dựa vào:
 - Cơn co.
 - Thai nhi: gồm có kích thước, ngôi và độ lọt của thai.
 - Khung chậu, xoa mở của CTC.

- Trong giai đoạn này tim thai nên theo dõi mỗi 5 phút một lần. Cơn co có thể 1 phút 30 giây và thời gian nghỉ không quá 1 phút.
- Xác định kiểu thế và độ lọt của ngôi thai.
- Hướng dẫn sản phụ rặn khi CTC mở trọn.
- Đỡ sanh. (Xem bài *Đỡ để ngôi chồm*). Lấy máu cuống rốn làm một số xét nghiệm như nhóm máu, Rh... hay để gửi vào ngân hàng máu cuống rốn.



Hình 4: Cách giữ thai sau khi đầu sổ chuẩn bị sổ vai trước



Hình 5: Hút nhớt em bé ngay khi đầu vừa sổ ra khỏi âm hộ

2.3. Giai đoạn III: Sổ nhau

Từ khi thai ra cho đến khi thai được sổ ra ngoài.

Thời gian trung bình 6-30 phút. Máu mất trung bình 300g.

Sau khi nhau sổ, TC co lại thành khối cầu an toàn.

2.3.1. Xử trí giai đoạn sổ nhau: trong giai đoạn này có hai phương pháp

- *Sổ nhau thường quy:* không được kéo dây rốn hay xoa bóp tử cung, chỉ theo dõi tổng trạng người mẹ và các dấu hiệu sinh tồn, ra máu âm đạo, di chuyển dây rốn, co hồi tử cung. Nếu thấy ra máu âm đạo, dây rốn dài ra, thay đổi hình thể tử cung (đáy TC bị đẩy lên trên) là nhau đã bong. Làm nghiệm pháp bong nhau để xác định nhau đã bong: người đỡ sanh dùng cạnh bàn tay ấn trên xương vệ và đẩy tử cung lên trên. Nếu dây rốn kéo lên là nhau chưa bong. Nếu dây rốn nằm yên hay tụt xuống, hoặc có thể cho tay vào âm đạo sờ đụng nhau là nhau đã bong. Sau khi nhau bong sẽ đỡ nhau: dùng lòng bàn tay áp vào đáy tử cung và ấn nhẹ xuống tiểu khung, nhau sẽ được tống xuống âm đạo, sau đó dùng tay chặn ngay trên khớp vệ đẩy đáy tử cung về phía rốn để sổ màng nhau, tay kia đỡ nhẹ bánh nhau và màng nhau. Sau khi sổ nhau nên xoa tử cung giúp tử cung gò tốt.
- *Xử trí tích cực trong giai đoạn 3 của chuyển dạ* (xem bài xử trí tích cực gd3 chuyển dạ)

2.3.2. Kiểm tra nhau

- Kiểm tra màng nhau:

- Xem màng nhau đủ không: lỗ rách tròn đều, nếu lỗ rách màng nhau nham nhở coi chừng màng nhau thiếu.
- Có bánh nhau phụ không: xem mạch máu từ dây rốn chấm dứt ở mép nhau nếu mạch máu chảy ra tối màng nhau là có bánh nhau phụ.
- Đo khoảng cách từ lỗ rách của màng nhau đến mép nhau nếu dưới 10cm là nhau bám thấp.

- Kiểm tra nhau:

- Xem nhau có đủ không.
- Có máu tụ sau nhau.
- Mức độ vôi hóa bánh nhau.
- Cân nặng và đo đường kính bánh nhau.

- Kiểm tra dây rốn:

- Vị trí bám của dây rốn ở bánh nhau: trung tâm bánh nhau, bám màng, bám mép nhau.
- Đường kính dây rốn, chiều dài dây rốn. Dây rốn có bị thắt nút, các mạch máu của dây rốn.

TÓM LẠI: Theo dõi sát chuyển dạ và xử trí thích hợp để đảm bảo an toàn cho mẹ và con.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Môn Sản. (2007). Sinh lý chuyển dạ. Bài giảng sản phụ khoa, tập 1, lần xuất bản thứ tư, trang 112-118. Nhà xuất bản Thành Phố Hồ Chí Minh.
2. Bộ Môn Sản. (2007). Sổ nhau bình thường. Bài giảng sản phụ khoa, tập 1, lần xuất bản thứ tư, trang 213-215. Nhà xuất bản Thành Phố Hồ Chí Minh.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

3. Edmund F Funai MD, Management of labor and delivery, Up to Date 2009.
4. F Gary Cunningham. (2001). Conduct of normal labor and Delivery. Williams Obstetrics, part 1. 21st edition, pp 309-323. McGraw-Hill, international edition, New York.
5. F Gary Cunningham. (2010). Normal Labor and Delivery. Williams Obstetrics, part 1. 23st edition, chapter 17th. McGraw - Hill, international edition, New York.
6. Harry Oxorn (1986) Normal labor. Human Labor and Birth, 15th edition, pp113-152 - Prentice- Hall., International edition, USA.
7. Prendiville WJ; Elbourne D; McDonald S Active versus expectant management in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev 2000;(3):CD000007.
8. Smyth R; Alldred S; Markham C Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4):CD006167.
9. Nguồn hình: Lansac. Pratique de l'accouchement 1999, trang 24-30

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Dấu hiệu nào không phải là triệu chứng của chuyển dạ:
 - a. Ối vỡ.
 - b. Cơn co đau.
 - c. Xóa mở cổ tử cung.
 - d. Thành lập đầu ối.
 - e. Đau bụng.
2. Đoạn dưới tử cung thành lập hoàn toàn khi:
 - a. Vào ba tháng cuối thai kỳ.
 - b. Khi cổ tử cung mở 5cm.
 - c. Khi cổ tử cung xóa hoàn toàn.
 - d. Khi chuyển dạ vào giai đoạn hoạt động.
 - e. Khi thành lập đầu ối.
3. Cơn co tốt là:
 - a. Cơn co phù hợp với giai đoạn của chuyển dạ.
 - b. Cơn co cường độ mạnh.
 - c. Cơn co gây đau.
 - d. Cơn co lâu.
 - e. Trương lực cơ bản là 10mmHg.
4. Khám cổ tử cung 8cm, xóa 80%, cơn co 30 giây nghỉ 3 phút, cường độ 50mmHg, trương lực cơ bản 10mmHg. Kết luận:
 - a. Cơn co tốt.
 - b. Cơn co đủ.
 - c. Cơn co yếu.
 - d. Cơn co thưa.
 - e. Chưa kết luận được.
5. Khám xác định cổ tử cung xóa hoàn toàn nghĩa là:
 - a. Cổ tử cung mở trọn.
 - b. Đoạn dưới tử cung và âm đạo là một ống thẳng.
6. Không có chống chỉ định tia ối là:
 - c. Cổ tử cung xóa 100%.
 - d. Đoạn dưới 10cm.
 - e. Tất cả đúng.
7. Đầu ngang qua hai gai hông nghĩa là:
 - a. Đầu lọt vị trí 0.
 - b. Đường kính lọt chưa qua eo trên.
 - c. Đầu chưa lọt vị trí 0.
 - d. Chắc chắn sinh được ngả âm đạo.
 - e. Có thể giúp sanh nếu cần.
8. Sau sổ nhau nếu thấy lỗ rách màng nhau đến mép nhau đo được < 10cm nghĩa là:
 - a. Sót màng nhau.
 - b. Sót nhau.
 - c. Có bánh nhau phụ.
 - d. Có nhau bám thấp.
 - e. Dây rốn bám màng.
9. Sau sổ thai nếu thấy dấu hiệu nào sau đây là nhau đã bong:
 - a. Chảy máu âm đạo.
 - b. Dây rốn chạy ra.
 - c. Tử cung thành hai khối.
 - d. Sờ thấy nhau trong âm đạo.
 - e. Tất cả đúng.
10. Kiểm tra nhau thấy mạch máu từ dây rốn chảy ra đến màng nhau nghĩa là:
 - a. Bánh nhau phụ.
 - b. Nhau bám thấp.
 - c. Nhau bong non.
 - d. Sót màng nhau.
 - e. Dây rốn bám sai vị trí.

CÁCH KHÁM KHUNG CHẬU TRONG

PGS.TS. NGUYỄN NGỌC THOA
ThS. KHÚC MINH THÚY

Mục tiêu

1. Xác định được giới hạn eo trên, eo giữa, eo dưới.
2. Đo được các đường kính eo trên, eo giữa, eo dưới.

Đo các đường kính tiểu khung rất quan trọng để tiên lượng ngôi thai có thể sanh được ngả âm đạo.

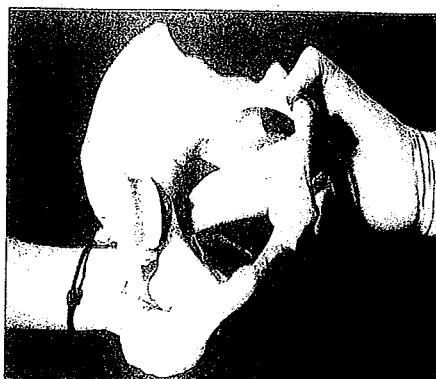
1. KHÁM EO TRÊN

Giới hạn: phía sau là mỏm nhô của xương cùng, 2 bên là 2 đường vô danh của xương chậu, phía trước là bờ trên khớp vê

1.1. Đo đường kính trước sau (đường kính nhô-hạ vê)

Sản phụ nằm tư thế sản phụ khoa. Người khám đưa 2 ngón trỏ và giữa vào âm đạo, đầu ngón giữa lân dọc theo mặt trước xương cùng đi dần lên trên đến khi chạm phần nhô ra của đáy xương cùng. Trong khi đó ngón tay trong âm đạo được nâng lên đến khi tiếp xúc với vòm vê và điểm tiếp xúc được đánh dấu trên ngón trỏ.

Rút bàn tay ra khỏi âm đạo và đo từ điểm đánh dấu trên ngón trỏ đến đầu ngón giữa.



Hình 1: Đo đường kính mỏm nhô – hạ vê

Đó là trị số đường kính mỏm nhô-hạ vê, ta suy ra đường kính mỏm nhô-hậu vê bằng cách trừ đi 1,5cm.

Kích thước bình thường:

- Mỏm nhô-hạ vê: 12cm.
- Mỏm nhô-hậu vê: 10,5cm.

1.2. Đánh giá đường kính ngang eo trên

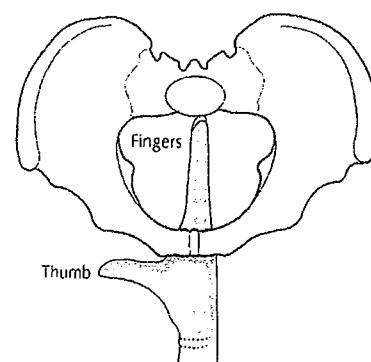
Trên lâm sàng chỉ khám được đến $\frac{1}{2}$ trước gờ vô danh nếu eo trên không hẹp đường kính ngang.

Đường kính ngang tối đa: 13cm

Đường kính ngang hữu dụng: 12,5cm

2. KHÁM EO GIỮA

Giới hạn: eo giữa là một mặt phẳng tưởng tượng từ mặt sau khớp vê, ngang qua 2 gai hông đến mặt trước xương cùng khoảng giữa đốt sống thắt lưng 4-5.



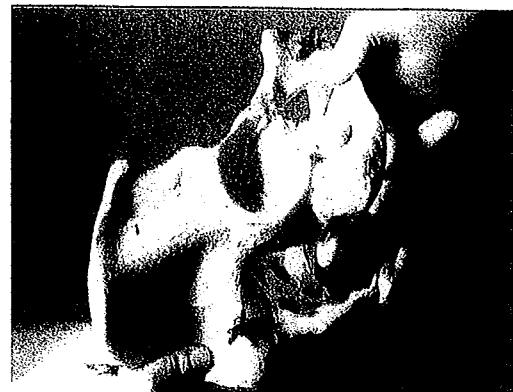
CÁCH KHÁM KHUNG CHẬU TRONG

1.2. Đo đường kính ngang eo giữa (lưỡng gai hông)

Đưa 2 ngón tay trỏ và giữa về 2 phía bên phải và trái của tiểu khung, tìm 2 gai hông. Nếu gai hông nhọn, nhô vào bên trong và thành bên hội tụ thì có khả năng đường kính ngang eo giữa hẹp (bình thường 10,5cm).

1.3. Đánh giá đường kính trước sau eo giữa

Nếu mặt trước xương cùng cong vừa phải là tốt. Thường chỉ sờ được 2 hoặc 3 đốt cùng cuối. Nếu xương cùng quá phẳng hoặc cong như móc câu cũng không tốt. Bình thường 11,5cm.



Hình 2: Tìm gai hông ở eo giữa



Hình 3: Khám mặt trước xương cùng

2. KHÁM EO DƯỚI

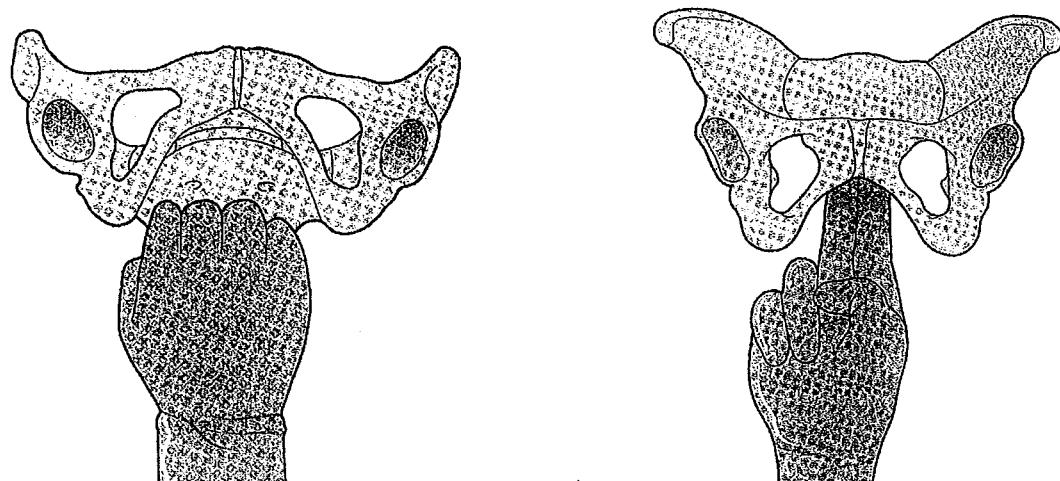
Giới hạn: phía trước là bờ dưới khớp vẹt, phía sau là đỉnh xương cùng, hai bên là 2 nhánh ngồi của xương chậu và bờ dưới của dây chằng ngồi cùng.

2.1. Đo đường kính ngang eo dưới (lưỡng ụ ngồi)

Sản phụ nằm tư thế sản khoa, người khám dùng 2 ngón tay cái tìm ụ ngồi hai bên. Đo khoảng cách giữa 2 ngón tay cái. Lấy khoảng cách + 1,5cm ta sẽ có đường kính ngang eo dưới (bình thường: 11,5cm)

Có thể ước tính đường kính ngang eo dưới bằng cách đặt nǎm tay đè lên tầng sinh môn giữa 2 ụ ngồi, nếu nǎm tay lọt giữa 2 ụ ngồi là bình thường.

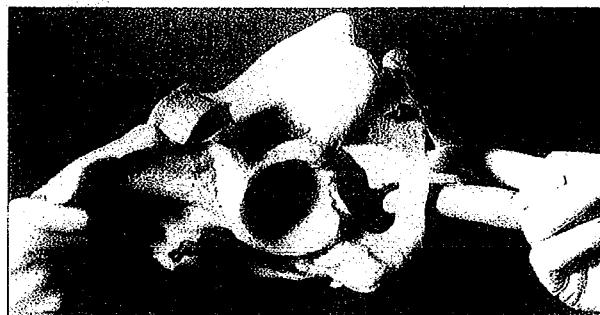
THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



Hình 4: Đo đường kính ngang eo dưới và góc vòm vê

2.2. Đo góc vòm vê: là góc hợp bởi 2 ngạnh ngồi mu, bình thường trên 90° hoặc áp sát

được 2 ngón tay khám vào góc vòm vê được thì xem là bình thường.



Hình 5: Đo góc vòm vê

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sản phụ khoa. Bộ môn sản Trường ĐHYD TPHCM, 2000
2. William's obstetrics, 21st edition
3. Pratique de l'accouchement, 2e edition, SIMEP: nguồn hình
4. Color Atlas of Obstetrics & Gynaecology, E.Malcolm Symonds Marion BA Macpherson, p:13
5. Obstetrics & Gynaecology, Panay, Dutta, Ryan, Broadbent, p:227, 283

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Điểm mốc để đo đường kính nhô-hẹt:
 - a. Đốt sống thắt lưng 5-bờ dưới khớp vẹt.
 - b. Mặt sau khớp vẹt-đốt sống cùng 5.
 - c. Bờ dưới khớp vẹt-đốt sống cùng 1.
 - d. Mỏm nhô xương cùng-bờ dưới khớp vẹt.
 - e. Chỗ nhô ra của gờ vô danh và đốt sống cùng 1.
2. Đường kính ngang eo trên bình thường khi:
 - a. Sờ được đến 2 gai hông.
 - b. Sờ được đến 2/3 sau 2 gờ vô danh.
 - c. Sờ được $\frac{1}{2}$ trước 2 gờ vô danh.
 - d. Sờ rõ ranh giới toàn bộ 2 gờ vô danh.
 - e. Tất cả đều sai.
3. Điểm mốc phía sau của eo dưới là:
 - a. Đỉnh xương cụt.
 - b. Đỉnh xương cùng.
 - c. Hai nhánh ngồi của xương chậu.
 - d. Hai dây chằng ngồi cùng.
 - e. Hai ụ ngồi.
4. Đường kính ngang eo dưới trị số bình thường là:
 - a. 11cm.
5. Đường kính ngang eo giữa bình thường khi:
 - a. Đường kính lưỡng ụ ngồi = 11cm.
 - b. Đường kính lưỡng gai hông = 10,5cm.
 - c. Góc vòm vẹt trên 90° .
 - d. Sờ được $\frac{1}{2}$ trước gờ vô danh.
 - e. Khoảng cách giữa 2 ngành ngồi mu 10,5cm.
6. Tìm câu sai sau đây:
 - a. Mỏm nhô là đốt sống cùng 1.
 - b. Hai gờ vô danh nằm ở eo trên chia khung chậu thành 2 phần: đại khung và tiểu khung.
 - c. Hai gai hông nằm ở mặt phẳng eo giữa
 - d. Hai ngành ngồi mu là giới hạn phía trước của eo giữa
 - e. Góc vòm vẹt trên 90° là một trong những yếu tố đánh giá eo dưới bình thường

KỸ THUẬT BẤM ỐI

BS. ĐỖ NGỌC XUÂN TRANG

Mục tiêu

1. Kể đúng chỉ định và chống chỉ định của thủ thuật bấm ối.
2. Thực hiện đúng kỹ thuật bấm ối.
3. Kể được những tai biến khi bấm ối.

Bấm ối hay còn gọi là tia ối là một thủ thuật được làm trong quá trình chuyển dạ sanh, khi cổ tử cung đã xóa mở, nhằm làm vỡ màng ối chủ động để nước ối thoát ra ngoài.

Hai mục đích chính của bấm ối là:

- Làm giảm bớt áp lực của buồng ối.
- Rút ngắn thời gian chuyển dạ.

Tuy nhiên cho đến nay, vẫn chưa đủ bằng chứng thuyết phục rằng thủ thuật bấm ối giúp rút ngắn giai đoạn 1 của chuyển dạ. Ngược lại, bấm ối có liên quan đến việc tăng tỉ lệ mổ lấy thai. Do đó, bấm ối không được khuyến cáo là một thực hành thường quy cho một cuộc chuyển dạ có diễn tiến bình thường.

1. CHỈ ĐỊNH

- Khi cần làm giảm áp lực buồng ối trong đa ối, nhau bám mép đang chảy máu nhiều hoặc nhau bong non.
- Khi có cơn gò tử cung cường tính.
- Khi cần tăng co trong chuyển dạ kéo dài do gò thưa.
- Khi làm nghiệm pháp lọt.
- Khi chuyển dạ đã vào giai đoạn hoạt động, đầu ối phòng làm cản trở cuộc chuyển dạ, cổ tử cung mở chậm, ngôi đầu cao khó lọt.
- Khi sanh ngôi thứ hai trong song thai

2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi cổ tử cung chưa mở trọn trong ngôi mông, ngôi mặt hoặc ngôi ngang.
- Sa dây rốn trong bọc ối.

3. KỸ THUẬT

3.1. Chuẩn bị

- Cán bộ chuyên khoa: nữ hộ sinh hoặc y sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa sản.
- Dụng cụ: dụng cụ bấm ối chuyên biệt Amniohook hoặc kim dài 15-20cm hoặc kèm Kocher hoặc bất kỳ vật nhọn vô trùng nào.
- Thai phụ:
 - Giải thích thai phụ hiểu mục đích của bấm ối.
 - Hướng dẫn thai phụ nằm trên bàn sanh với tư thế sẵn phụ khoa, thở đều, không rặn.

3.2. Các bước tiến hành thủ thuật

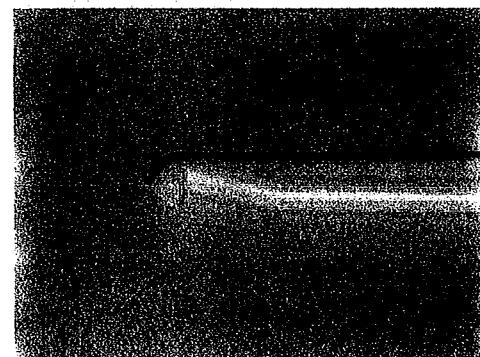
- (1) Nghe tim thai trước khi bấm ối: ghi nhận tần số, cường độ, đều hay không đều.
- (2) Rửa sạch âm hộ bằng nước vô khuẩn.
- (3) Mang găng vô khuẩn.
- (4) Khám âm đạo: đánh giá tình trạng cổ tử cung, ngôi thai và xác định chắc chắn không có sa dây rốn trong bọc ối trước khi bấm ối.
- (5) Tiến hành bấm ối:

- Đưa ngón trỏ và ngón giữa của bàn tay thuận vào âm đạo, tiến dần tới lỗ cổ tử cung, chạm vào đầu ối.
- Tay còn lại cầm dụng cụ bấm ối đưa vào âm đạo, theo sự hướng dẫn của bàn tay thuận tiếp xúc với đầu ối (Dụng cụ bấm ối đi giữa khe cửa hai ngón tay).
- Thời điểm bấm đầu ối: ngay sau đỉnh cơn gò, dùng dụng cụ bấm ối chọc thủng màng ối, để nước ối chảy từ từ rồi xé rộng màng ối, đặc biệt chú ý điều này trong đa ối. Nếu để nước ối chảy ào nhanh ra ngoài, thai phụ có thể bị sốc do giảm áp lực ổ bụng đột ngột hoặc bị sa dây rốn, sa chi hoặc trở thành ngôi bất thường.
- Sau khi bấm ối xong, phải khám lại ngay xem có sa dây rốn không, nghe lại tim thai, ghi nhận tình trạng cổ tử cung, ngôi thai, lượng nước ối chảy ra

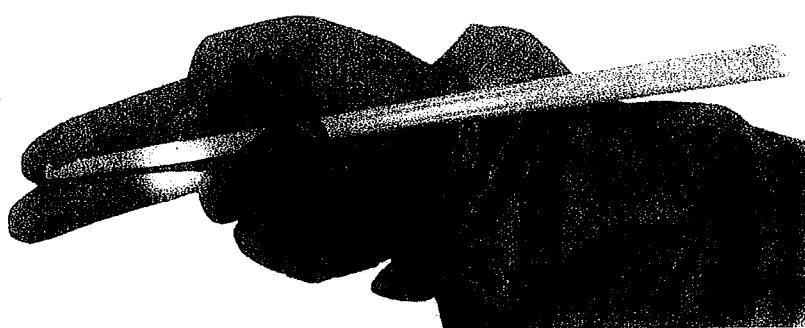
và màu sắc nước ối (trắng trong, trắng đục, xanh, vàng hay có máu).

4. TAI BIẾN

- Chạm vào phần thai.
- Chạm vào dây rốn.
- Sa dây rốn.
- Thuyên tắc ối.
- Vỡ mạch máu tiền đạo.
- Nhiễm trùng.

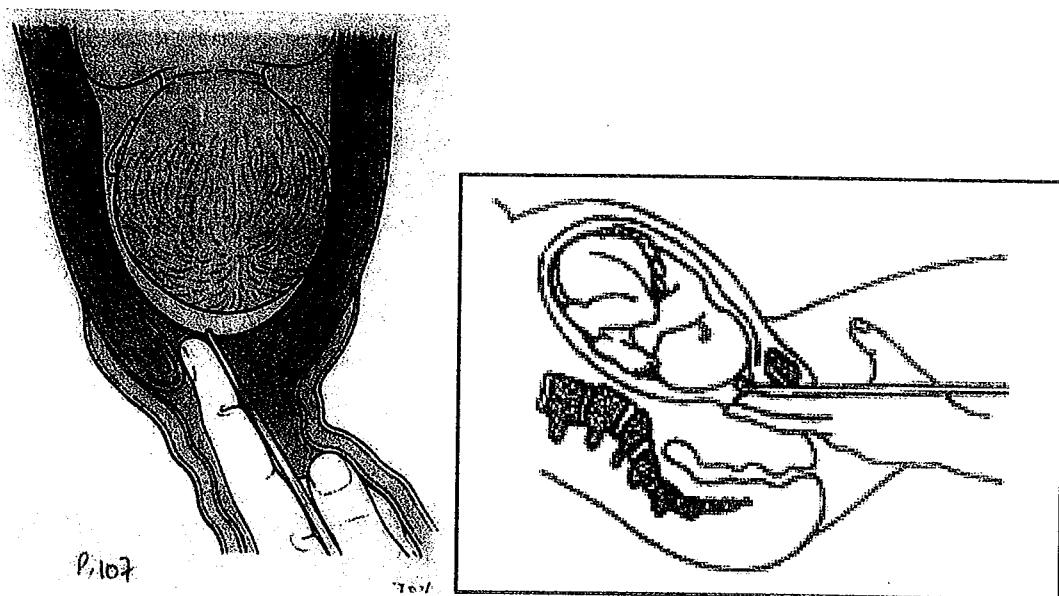


Hình 1: Dụng cụ bấm ối chuyên biệt
Amniohook



Hình 2: Cách cầm dụng cụ bấm ối

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



Hình 3: Bấm ối

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thực hành sản phụ khoa – 2004
2. William's Obstetric, 23rd edition
3. Smyth RMD, Alldred SK, Markham C. Amniotomy for shortening spontaneous

- labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4.
4. Nguồn hình: Orsupply.com, midwiferymercantile.com, prohealthcare.org

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Một sản phụ mang thai con rạ, 40 tuần, đang chuyển dạ ở giai đoạn hoạt động với gò 6 cơn/10 phút, CTC mở 8 cm, xóa 80%, ngôi chỏm, độ lọt 0, ối căng phòng. Hướng xử trí tiếp theo:
 - a. Mổ lấy thai ngay vì bất xứng đầu chậu.
 - b. Giảm gò ngay với Salbutamol.
 - c. Bấm ối.
 - d. Siêu âm thai để xem có nhau bong non hay không.
 - e. Theo dõi tiếp, chờ sanh ngả âm đạo.
2. Một sản phụ mang song thai 40 tuần, nhập viện vì đau bụng sanh. Khám: BCTC=40cm, Tim thai ống 1 = 140 lần/phút, tim thai ống 2 = 146 lần/phút, gò 3 cơn/10 phút, CTC mở 8cm, xóa 80%. Hướng xử trí:
 - a. Theo dõi, chờ sanh ngả âm đạo khi CTC trọn.
 - b. Tia ối để rút ngắn chuyển dạ.
 - c. Tăng co.
 - d. Mổ lấy thai ngay vì song thai, con to (BCTC = 40 cm).
 - e. Chưa đủ dữ kiện lâm sàng để quyết định xử trí.
3. Một sản phụ mang thai 40 tuần, nhập viện lúc 20 giờ vì đau bụng sanh. Khám gò 1 cơn/10 phút, tim thai 136 lần/phút, CTC mở 1 cm, xóa 60%, ngôi đầu, độ lọt -2. Sau 2 giờ, chuyển dạ vào giai đoạn hoạt động với gò 2 cơn/10 phút, CTC mở 3 cm, xóa 80%, ngôi chỏm, ối phòng. Xử trí tiếp theo:
 - a. Chỉ tăng co vì cơn gò không phù hợp với giai đoạn chuyển dạ.
 - b. Chỉ bấm ối để rút ngắn chuyển dạ.
 - c. Bấm ối, sau đó tăng co ngay.
 - d. Tăng co, đến khi được 3-4 cơn/10 phút thì bấm ối.
 - e. Theo dõi tiếp chuyển dạ.
4. Một sản phụ mang thai 39 tuần, nhập viện vì đau bụng sanh. Sau 8 giờ nhập viện, khám BCTC=33cm, gò 1 cơn/10 phút, tim thai 146 lần/phút, không đều, CTG thuộc nhóm II với 2 nhịp giảm bất định loại không điển hình, CTC mở 3cm, xóa 70%, ngôi đầu, ối sát. Hướng xử trí:
 - a. Theo dõi tiếp chuyển dạ.
 - b. Hồi sức tim thai bằng cách truyền tĩnh mạch dung dịch Lactate Ringer cho sản phụ, và theo dõi tiếp.
 - c. Tăng co với Oxytocin ngay.
 - d. Bấm ối để xem màu sắc nước ối, nếu ối trắng đục sẽ tăng co với Oxytocin.
 - e. Mổ lấy thai vì thai suy.
5. Sau khi bấm ối thấy máu đỏ tươi chảy theo. Lúc đó, nghe tim thai bằng Doppler là 80 lần/phút. Chẩn đoán nghĩ đến nhiều nhất:
 - a. Vỡ mạch máu tiền đạo.
 - b. Sa dây rốn.
 - c. Nhau tiền đạo.
 - d. Nhau bong non.
 - e. Bấm ối chạm vào phần thai.

KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

PGS.TS. HUỲNH NGUYỄN KHÁNH TRANG

Mục tiêu

1. Nêu được định nghĩa khởi phát chuyển dạ.
2. Trình bày được các chỉ định và các chống chỉ định khởi phát chuyển dạ.
3. Trình bày được các yếu tố liên quan đến sự thay đổi thuận lợi của cổ tử cung.
4. Trình bày được các yếu tố tạo ra cơn co tử cung.
5. Chọn lựa được.
6. Biện pháp khởi phát chuyển dạ.

1. ĐỊNH NGHĨA

Khởi phát chuyển dạ (KPCD) là gây ra cơn co tử cung (TC) trước khi bắt đầu chuyển dạ tự nhiên nhằm mục đích gây sanh.

2. CHỈ ĐỊNH KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

KPCD được chỉ định dựa trên việc mang lại các lợi ích đối với mẹ và/hoặc đối với thai nhi nhiều hơn so với việc tiếp tục kéo dài thai kỳ.

Về phương diện sản khoa khi thai đã đủ ngày tháng hoặc nếu phổi thai nhi đã trưởng thành thì chỉ định khởi phát chuyển dạ là không khó.

Nhưng nếu thai chưa đủ ngày tháng thì chỉ định khởi phát chuyển dạ khó hơn nhiều vì cần phải cân nhắc đến lợi ích của trẻ sanh non tháng. Tuy nhiên trong những trường hợp do tình trạng bệnh lý ở mẹ có thể đe dọa tính mạng do việc kéo dài thai kỳ, có thể KPCD được cân nhắc thực hiện.

2.1. Chỉ định do mẹ

Vỡ ối tự nhiên: Nếu thai đủ trưởng thành hoặc có biểu hiện của nhiễm trùng ối và chuyển dạ không bắt đầu sau 24 giờ thì việc KPCD nên được thực hiện.

Tiền sản giật: Khi điều trị nội khoa không thể kiểm soát được tình trạng tiền sản giật hoặc đã xác nhận tiền sản giật nặng với các nguy cơ đang tiến triển hoặc đã có sản giật.

Xuất huyết trước khi sanh: các trường hợp nhau bám thấp ra huyết chưa ảnh hưởng sinh hiệu (nhau bám thấp hay bám mép).

Ung thư: chấm dứt thai kỳ là nhằm mục đích chuẩn bị thực hiện phẫu thuật, xạ trị, hoặc hóa trị.

Các chỉ định về tâm lý-xã hội: hoang thai, ngoại tình, thai kỳ do loạn luân...

2.2. Chỉ định do thai

Mẹ bị đái tháo đường: thai nhi có nguy cơ vào những tuần cuối của thai kỳ nếu đường huyết mẹ không ổn định. Nếu các thử nghiệm đánh giá sức khỏe thai cho thấy thai có thể chịu được cuộc chuyển dạ thì KPCD có thể được xem xét khi thai 38 - 39 tuần.

Thai chết lưu trong tử cung.

Thai quá ngày (> 42 tuần): có sự suy giảm chức năng bánh nhau và nồng độ oxy trong máu thai nhi khi thai quá ngày, thai nhi có nhiều nguy cơ: thai chết lưu, thai suy trưởng diễn, thai suy trong chuyển dạ.

KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

Thai nhi có dị tật bẩm sinh nghiêm trọng. Các xét nghiệm chẩn đoán tiền sản phát hiện thai nhi bất thường với tình huống đó việc tiếp tục duy trì thai kỳ có thể sẽ nguy hiểm cho thai nhi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH CỦA KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

Khi tử cung có sẹo mổ cũ ảnh hưởng đến chất lượng cơ tử cung (sẹo do mổ dọc thân tử cung lấy thai, sẹo bóc u xơ tử cung có rách nội mạc tử cung...)

Tình trạng bất xứng giữa kích thước đầu thai nhi và khung chậu tuyệt đối.

Ngôi bất thường: ngôi ngang, ngôi trán.

Herpes sinh dục đang tiến triển.

Ung thư cổ tử cung với tổn thương tiến triển

Một số tình trạng: Sa dây rốn, mạch máu tiền đạo, nhau tiền đạo trung tâm, mẹ đang có bệnh lý nội khoa trầm trọng (suy tim nặng, bệnh lý tăng áp lực nội sọ...) hoặc vùng chậu bị tổn thương nặng (do tai nạn, chấn thương...)

4. SỰ THUẬN LỢI CỦA CỔ TỬ CUNG

Các thay đổi ở cổ tử cung xảy ra trước khi bắt đầu chuyển dạ bao gồm mềm dần,

ngắn dần đi và sự mở của lỗ trong cổ tử cung. Quá trình này được gọi là sự chín mùi cổ tử cung (ripening cervical). Sự chín mùi cổ tử cung là một chuỗi phức tạp các phản ứng sinh hóa làm biến đổi các sợi collagen cổ tử cung cũng như chất nền cổ tử cung. Các sợi collagen trở nên tách rời nhau và không còn gắn bó chặt chẽ với nhau bởi các glycosaminoglycans, chúng dễ dàng chuyển động, sự gia tăng của Cytokin, sự thẩm nhập của bạch cầu và cho phép cổ tử cung mở ra.

Thời gian chuyển dạ và sự thành công của khởi phát chuyển dạ tùy thuộc vào độ chín mùi của cổ tử cung. Bishop E.H (1964) đã đưa ra một hệ thống cho điểm để dự đoán khả năng thành công của khởi phát chuyển dạ ở thai đủ trưởng thành. Khi điểm số cổ tử cung từ 7 điểm, khả năng sanh ngả âm đạo sau KPCD tương đương như khi để chuyển dạ tự nhiên. Hệ thống cho điểm này dựa trên các yếu tố của cổ tử cung (độ mở, độ xóa, độ lọt, mật độ) và vị trí lọt của ngôi thai

Bảng 1: Đánh giá tình trạng cổ tử cung trước chuyển dạ bằng chỉ số Bishop^[2]

Tham số	Điểm số			
	0	1	2	3
Độ mở cổ tử cung (cm)	Đóng	1-2	3-4	≥ 5
Độ xóa cổ tử cung (%)	< 30	40 - 50	60 - 70	≥ 80
Mật độ cổ tử cung	Chắc	Trung bình	Mềm	
Vị trí cổ tử cung trong ÂĐ	Sau	Trung gian	Trước	
Độ lọt ngôi thai	-3	-2	-1 hoặc 0	+1 hoặc +2

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

Cần lưu ý, điểm số Bishop thuận lợi chỉ là điều kiện cần thiết cho một cuộc sanh ngả âm đạo, tuy nhiên yếu tố quyết định (điều kiện đủ) còn là: sự lọt của ngôi thai, tình trạng sức khỏe của mẹ và thai cho việc sanh ngả âm đạo. Ví dụ: đơn thai, ngôi chỏm có mở cổ tử cung trọn, xóa hoàn toàn, nhưng vị trí lọt: -2 đến -1, lúc này Bishop hơn 12 điểm nhưng vẫn không đủ điều kiện sanh ngả âm đạo.

Điểm số Bishop có giá trị trong việc tiên lượng khả năng KPCD, mức thường dùng là từ 7 điểm: KPCD thành công. Một số yếu tố cũng có thể được xem xét bên cạnh các yếu tố kể trên như: cổ tử cung đã từng được thử thách (có sanh ngả âm đạo trước đó), sự tương xứng giữa thai (kích thước, ngôi, kiểu thế) và khung chậu mẹ.

Gần đây một số nghiên cứu cho thấy có sự liên quan giữa: chiều dài kênh cổ tử cung và hoạt chất Fetal fibronectin (fFN) với sự thuận lợi của diễn tiến chuyển dạ. Hatfield và cộng sự (2007) thực hiện một phân tích gộp từ 20 nghiên cứu ghi nhận có liên quan giữa chiều dài kênh cổ tử cung qua siêu âm giúp tiên lượng khả năng thành công của KPCD. Một số nghiên cứu chọn điểm cắt tiên lượng khả năng KPCD với chiều dài kênh cổ tử cung là 28 mm. Tuy nhiên một số nghiên cứu chưa cho thấy sự khác biệt giữa việc dùng bảng điểm Bishop so với siêu âm đo chiều dài kênh cổ tử cung. Với fFN # 50 ng/ml (được xem là thử nghiệm dương tính) qua phết dịch âm đạo, khả năng KPCD thành công cao hơn nhóm có fFN < 50 ng/ml.

5. CÁC PHƯƠNG PHÁP KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

Lựa chọn sử dụng phương pháp nào để KPCD cần phải được cân nhắc. Có những phương pháp có ưu thế làm chín mủi cổ tử cung, có những phương pháp lại ưu thế tạo cơn gò tử cung hữu hiệu và có những phương pháp lại có cả hai tác dụng. KPCD có thể chỉ dùng một phương pháp đơn thuần nhưng cũng có lúc cần một sự kết hợp các phương pháp.

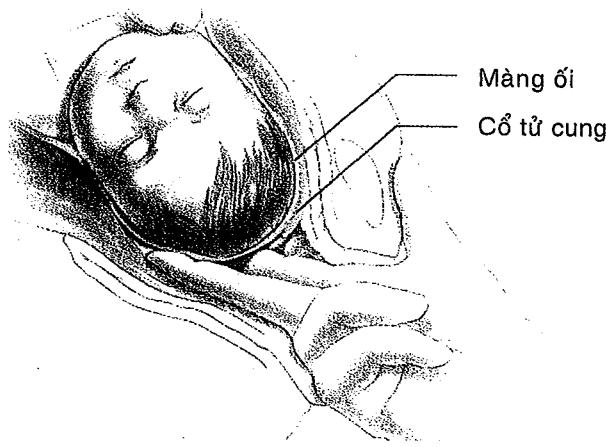
5.1. Lóc ối (stripping of the membranes)

Lóc ối là dùng ngón tay tách màng ối ra khỏi thành cổ tử cung và đoạn dưới TC.

Lóc ối lần đầu tiên dùng khởi phát chuyển dạ ở thai đủ trưởng thành là vào năm 1810.

Để lóc ối thành công thì đầu ngón tay phải lọt vào kênh cổ tử cung và qua lỗ trong.

Lóc ối nhằm mục đích gây phóng thích các prostaglandins nội sinh từ các màng thai. Nồng độ 13,14-dihydro-15-keto-prostaglandin F_{2α}, chất chuyển hóa sơ cấp của PGF_{2α} màng rụng, tăng rõ rệt trong máu mẹ một thời gian ngắn sau khi lóc ối hoặc bấm ối. Prostaglandins nội sinh này có thể giúp làm chín mủi cổ tử cung, kích thích gây co thắt TC và khởi đầu chuyển dạ. Hơn nữa, lóc ối có thể gây ra một phản xạ thần kinh tự trị, phản xạ Ferguson, thúc đẩy sự phóng thích oxytocin từ thùy sau tuyến yên. Tuy nhiên về phản xạ này vẫn còn đang bàn luận.



Hình 1. Lóc ối (Nguồn [3])

Lóc ối có thể làm giảm khoảng thời gian đến khởi đầu chuyển dạ nhưng không có bằng chứng cho thấy có sự giảm tỉ lệ sanh thủ thuật, sanh mổ cũng như tỉ lệ tử vong mẹ hay sơ sinh. Bất lợi thường gặp nhất khi thực hiện lóc ối là chảy máu do ngón tay chưa qua lỗ trong cổ tử cung, gây tổn thương kênh cổ tử cung.

5.2. Bấm ối

Bấm ối (Amniotomy) là gây vỡ nhân tạo các màng, là đục lỗ gây thủng màng ối bằng cách dùng 1 kim dài, hoặc 1 cành Kocher, hoặc 1 kẹp Allis hoặc 1 cái móc bằng chất dẻo (Amniohook, Hollister, Chicago, IL). Hiện nay một số nơi tại Việt Nam dùng que vô khuẩn bằng nhựa để bấm ối. Thủ thuật này được Kreis áp dụng lần đầu vào năm 1929.

Bấm ối chỉ thực hiện được khi cổ tử cung đã mở ít nhất một ngón tay.

Sau khi dùng dụng cụ chọc thủng màng ối, dùng ngón tay cho qua lỗ thủng màng ối và xé rộng màng ối. Ghi nhận số lượng, màu sắc, có chất gây, có máu hay có phân su của dịch ối chảy ra.

Trong nhóm các thai phụ có thai đã đủ trưởng thành và có cổ tử cung thuận lợi khi thăm khám, thủ thuật bấm ối đơn thuần đã cho thấy có hiệu quả trong việc KPCD ở 88% các trường hợp và đã rút ngắn khoảng thời gian cho đến khi sanh còn 0,8-2,3 giờ.

Một số nghiên cứu thực nghiệm đã tiến hành so sánh bấm ối đơn thuần với việc kết hợp bấm ối và oxytocin. Kết quả nghiên cứu đều cho thấy với việc kết hợp bấm ối và oxytocin thì khoảng thời gian từ khi khởi phát chuyển dạ đến khi sanh có ngắn hơn mà không có sự khác biệt rõ rệt nào về tính an toàn. Tuy nhiên, thời điểm sử dụng oxytocin vẫn còn đang tranh cãi và cần phải được xác định rõ.

Các nguy cơ của bấm ối bao gồm:

- (1) Sa dây rốn, đặc biệt nguy hiểm là các sa dây rốn bên.
- (2) Tổn thương thai nhi.
- (3) Gây vỡ ối nên có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng ối.
- (4) Tư thế thai nhi thay đổi do vỡ ối có thể dẫn đến ngôi bất thường.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

(5)Vỡ mạch máu tiền đạo nếu không chẩn đoán được trước đó có thể gây tử vong thai.

Thủ thuật được tiến hành một cách cẩn trọng và đảm bảo vô trùng.

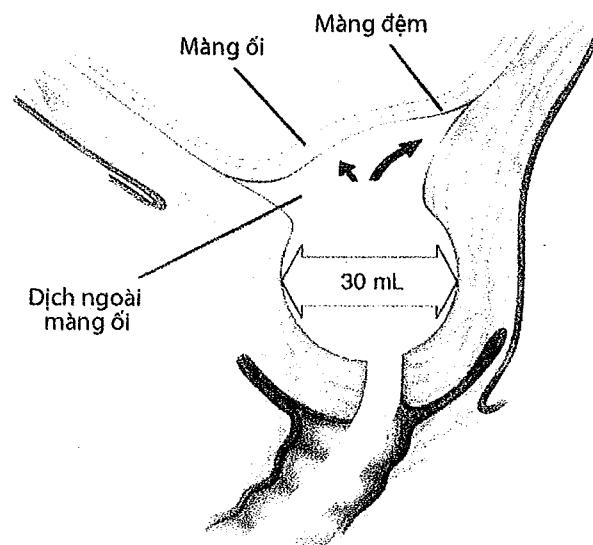
Cần phải theo dõi nhịp tim thai *trước và ngay sau khi bấm ối*. Nhịp tim thai nhanh nhất thời là thường gấp sau bấm ối.

Các chống chỉ định của bấm ối sớm ngoài các nguy cơ kể trên còn bao gồm: nhiễm trùng mẹ do HIV, nhiễm HSV (herpes simplex viral) đang trong giai đoạn hoạt động, viêm gan siêu vi.

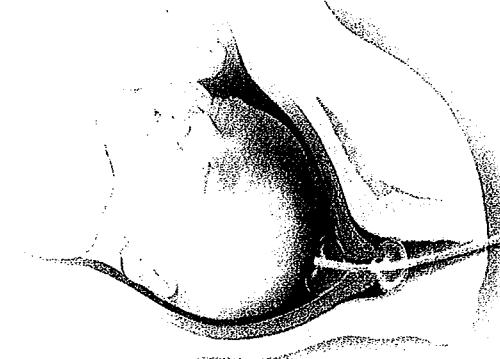
5.3. Nong cổ học

Tất cả các phương pháp nong cổ học đều dựa trên sự phóng thích prostaglandins nội sinh từ các màng thai và màng rụng mẹ để thúc đẩy sự chín mùi cổ tử cung và/hoặc khởi phát chuyển dạ.

Một nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên gần đây hơn giữa chất gel PGE₂ bôi trong cổ tử cung và sonde Foley (14 – 26 F) trong cổ tử cung đối với việc làm chín mùi cổ tử cung ở thai đủ trưởng thành đã cho thấy chúng có hiệu quả như nhau, không có sự khác biệt về các tác dụng phụ, các biến chứng sau sanh, hoặc cách sanh.



Hình 2. Ống thông Foley đặt kẽn cổ tử cung (Nguồn [3])



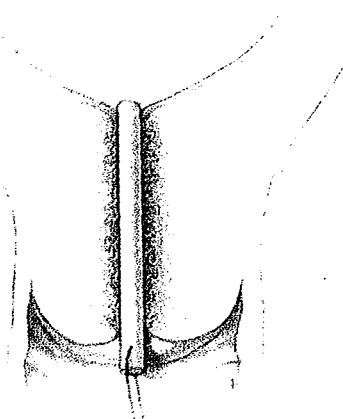
Hình 3. Bóng đặt lòng tử cung KPJD (Nguồn [3])

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

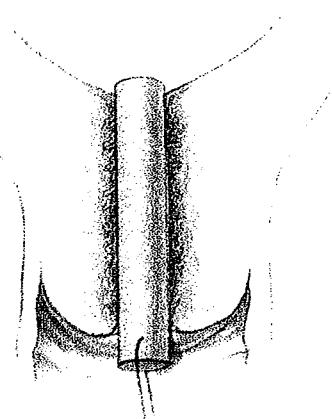
Đặt túi nước trong lòng tử cung là một phương pháp thường được áp dụng trước đây và một số trường hợp chọn lọc hiện nay tại Việt Nam với tên gọi Kovac's. Cách thực hiện dùng bao cao su với một ống thông Nelaton bên trong. Tất cả được đưa qua kênh cổ tử cung vào buồng tử cung (ngoài buồng ối). Một thể tích dung dịch muối sinh lý được truyền vào túi (100 – 300ml). Tuy nhiên do một số nguy cơ được ghi nhận như: làm thay đổi vị trí ngôi thai có thể tạo

điều kiện cho dây rốn sa, gây rách màng ối nên phương pháp này ngày càng ít được dùng.

Các tác nhân nong bằng cách hút ẩm (Hygroscopic dilators) bao gồm laminaria japonica (rong biển Nhật đã được sấy khô), Dilapan (polyacrylonitrile) và lamicel (magnesium sulfate trong polyvinyl alcohol) dựa trên cơ sở khi hút nước chúng sẽ phồng to dần và làm giãn nở dần cổ tử cung.



Hình 4. Laminaire đặt kênh cổ tử cung



Hình 5. Laminaire nở to sau 12 – 24 giờ

(Nguồn^[3])

Tuy nhiên, một bất lợi quan trọng của các tác nhân nong cơ học là phải chờ đợi một thời gian để cổ tử cung giãn nở từ từ. Vì vậy với các tác nhân được chất có hiệu quả tương tự, rõ ràng không có lý do gì để sử dụng thường qui các tác nhân nong cơ học.

Tuy nhiên, trong các tình huống lâm sàng đặc biệt mà các prostaglandin cần phải tránh sử dụng hoặc ở những nơi mà các dược chất khác không có sẵn do cung cấp hoặc do giá cả thì các tác nhân nong cơ

học có thể được sử dụng vừa an toàn vừa có hiệu quả.

5.4. Các prostaglandin

Việc sử dụng các prostaglandin để gây chín mùi cổ tử cung ở thai đủ trưởng thành đã được đưa ra từ thập niên 70 của thế kỷ 20.

Tử cung người có nhiều acid arachidonic, một loại acid béo và là tiền chất của prostaglandin. Prostaglandin nhóm E và F trong tử cung gia tăng khi chuyển dạ, cả ở thai đủ trưởng thành lẫn thai non tháng.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

Màng rụng mè là nguồn gốc chính của PGF_{2α} trong tử cung. Các màng thai, đặc biệt là màng ối, sản xuất chủ yếu PGE₂. Trên vitro, cả PGF_{2α} lẫn PGE₂ đều gây ra co cơ TC. Tuy nhiên, trên vivo, PGF_{2α} màng rụng tác động chủ yếu là thúc đẩy co cơ TC, trong khi PGE₂ có vẻ quan trọng cho sự chín mùi cổ tử cung.

Các chế phẩm PGE₂ ngoại sinh thúc đẩy sự chín mùi cổ tử cung mạnh hơn so với PGF_{2α} nội sinh. Không giống như oxytocin, sự đáp ứng của TC đối với prostaglandins không thay đổi đáng kể trong suốt thai kỳ. Thời gian bán hủy của các prostaglandin trong tuần hoàn máu ngoại vi là khoảng 1-2 phút.

Điều này đã dẫn đến việc sử dụng rộng rãi prostaglandins nhằm mục đích chấm dứt thai kỳ trong tam cá nguyệt thứ II hoặc để khởi phát chuyển dạ ở các trường hợp thai chết lưu ở tam cá nguyệt thứ II.

Các thử nghiệm lâm sàng ban đầu sử dụng các chế phẩm gel PGE₂ ngả âm đạo (240-2000mg) để đẩy mạnh sự chín mùi cổ tử cung 1 ngày trước khi khởi phát chuyển

dạ đã cho thấy rằng tỉ lệ khởi phát chuyển dạ thất bại (được định nghĩa là không có khả năng thực hiện cuộc chuyển dạ) chỉ là 0,8-6,3%.

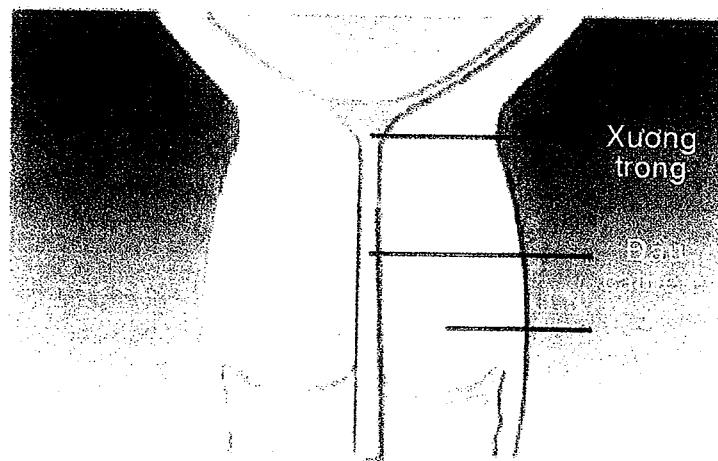
Các tác dụng phụ dạ dày-ruột non do PGE₂ đã được báo cáo với tất cả các đường sử dụng, nhưng có vẻ ít nhất với ngả âm đạo.

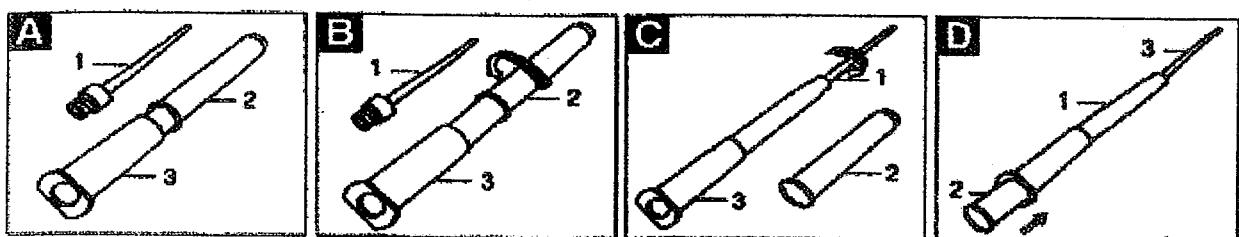
Việc sử dụng tại chỗ gel PGE₂ hiện nay đã trở thành tiêu chuẩn vàng cho sự chín mùi cổ tử cung trong thực hành lâm sàng.

Chế phẩm PGE₂ dùng ngả âm đạo phổ biến nhất là dinoprostone gel (Prepidil 0,5mg), thuốc này đã được sự chấp thuận của Cơ quan quản lý thuốc và thực phẩm Mỹ (FDA) vào năm 1992.

Vị trí đặt PGE₂ bên trong kẽm cổ tử cung sẽ gây một hiệu ứng rõ ràng hơn trên sự chín mùi cổ tử cung so với vị trí đặt ở túi cùng sau âm đạo nhưng không gây ra một sự khác biệt có ý nghĩa ở kết quả chuyển dạ sanh.

Dạng gel đặt kẽm cổ tử cung thường được chứa trong bơm tiêm chuyên dụng (Cerviprim chứa 0,5 mg Dinoprostone).





Bộ phận:

1. Catheter
2. Ống bơm
3. Ống đựng thuốc

Tháo ống bơm
khỏi miệng ống
đựng thuốc.

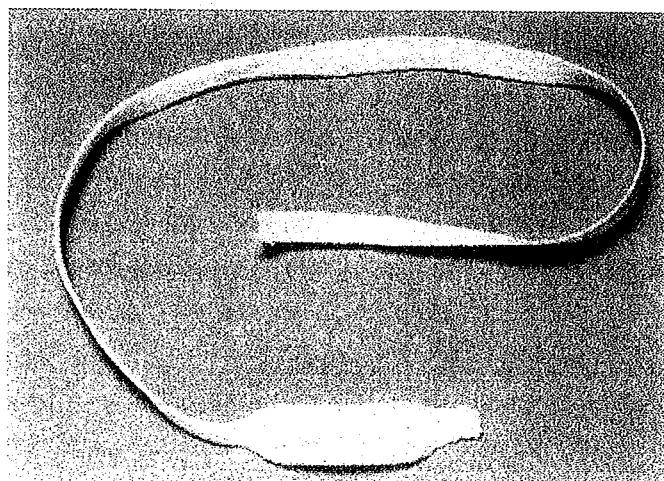
Gắn catheter để riêng
vào miệng ống đựng
thuốc.
Đẩy ống bơm để
đẩy thuốc qua catheter.

Vào 1995, một chế phẩm khác của PGE₂ là Cervidil 10 mg đã được sự chấp thuận của FDA. Đặt mỗi 12 giờ, có thể dùng đơn thuần hay phối hợp Oxytocin. Khi dùng thêm Oxytocin cầm hết sức thận trọng trong việc theo dõi.

Ưu điểm của chế phẩm này là, không giống như gel, có thể dễ dàng được lấy đi nếu có các biến chứng lâm sàng như nhịp tâm thu nhanh hoặc tử cung tăng trương lực.

Các chú ý gần đây đã tập trung vào việc sử dụng các chất tương tự PGE₁ như misoprostol (Cytotec) để làm chín mủ cổ tử cung.

Chúng có thể được dùng ngả âm đạo (50mcg mỗi 3 đến 6 giờ, thường tối đa là 4 liều, hoặc 25mcg mỗi 3 đến 6 giờ, tối đa là 8 liều) hoặc bằng đường uống (50 mcg mỗi 4 giờ).



Hình 6. Dây Cervidil đặt trong âm đạo chứa 10 mg Dinoprostone phóng thích 0,3mg/giờ
(Nguồn [3])

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



Hình 7. Đặt Cytotec cùng đồ sau (Nguồn [3])

Viên Cytotec 200 mcg

½ viên # 100mcg

¼ viên # 50 mcg

1/8 viên # 25 mcg

Hình 8. Viên Cytotec (Misoprostol)- Các liều tương đương thường dùng trên lâm sàng.
Nguồn (Tác giả)

Cho đến nay, có một số bằng chứng về các ảnh hưởng thiểu chi ở bào thai trong những trường hợp dùng Misoprostol nhưng thất bại, khả năng sinh ung thư trong các nghiên cứu trên động vật chưa được ghi nhận. Kết quả các thử nghiệm lâm sàng cho thấy rằng misoprostol (Cytotec) có hiệu quả tương tự như PGE₂ đối với việc làm chín mùi cổ tử cung và khởi phát chuyển dạ và có một số nhóm nghiên cứu cho rằng PGE1 có hiệu quả hơn.

Giá của misoprostol (Cytotec) dễ bảo quản và rẻ hơn nhiều so với bất kỳ chế phẩm PGE₂ nào.

Liều và khoảng cách giữa các lần dùng tối ưu cho các chế phẩm PGE₁ vẫn chưa được xác định.

Misoprostol (Cytotec) không nên dùng cho các thai phụ có tiền căn mổ sanh vì nguy cơ TC cao.

Điểm lưu ý khi dùng các PGs cho KPCD là việc quản lý và theo dõi cần hết sức chặt chẽ vì các lý do sau: (1) Cơn co tử cung thường nhiều và mạnh. Nhiều là khi có từ 6 cơn co trong 10 phút trở lên và mạnh là khi cơn co kéo dài hơn 2 phút. (2) sự thay đổi tại vùng cổ tử cung và đoạn dưới tử cung nhanh, đôi khi không đồng bộ. Do vậy hiện tượng vỡ tử cung dù hiếm nhưng khi xảy ra lại rất nặng nề. Do vậy các phương pháp này chỉ nên thực hiện tại các cơ sở có đủ điều kiện, có kinh nghiệm và khả năng xử trí các tác dụng ngoại ý.

Khi có cơn co tử cung nhiều hay mạnh, việc ngưng thuốc có thể hiệu quả trong trường hợp ngâm, đặt âm đạo bằng cách nhả thuốc hay rửa âm đạo với một dung dịch có tính kiềm nhẹ.

5.5. Oxytocin

Oxytocin là một hormone polypeptide được tổng hợp ở vùng dưới đồi và được trữ rồi phóng thích từ thùy sau tuyến yên. Oxytocin làm tăng trương lực và tần suất cơn co TC. Thời gian bán hủy sinh học của oxytocin khoảng 3-4 phút. Oxytocin bị bắt hoạt phần lớn ở gan và thận. Oxytocin dưới dạng thô trích xuất từ tuyến yên đã được sử dụng trong sản khoa từ đầu những năm 1900. Oxytocin truyền tĩnh mạch để khởi phát chuyển dạ đã được thực hiện đầu tiên bởi Theobald và cộng sự (1948). Sau đó oxytocin đã được tinh chế thành công vào năm 1951 và các chế phẩm tổng hợp đã xuất hiện 2 năm sau đó.

Trong thai kỳ, oxytocin bị phá hủy chủ yếu bởi men placental oxytocinase.

Nồng độ oxytocin trong tuần hoàn mẹ không thay đổi một cách đáng kể trong thai kỳ hoặc trước thời điểm bắt đầu chuyển dạ nhưng tăng muộn trong giai đoạn II của chuyển dạ.

Các thụ thể chuyên biệt đối với oxytocin có trong cơ TC, nhưng phân phối không đều, nhiều ở vùng đáy, ít ở vùng đoạn dưới TC và cổ tử cung. Mật độ các thụ thể oxytocin ở cơ TC tăng gấp 100 – 200 lần khi có thai, và đạt đến mức tối đa trong giai đoạn đầu của chuyển dạ. Sự tăng mật độ các thụ thể oxytocin diễn ra song song với sự tăng độ nhạy cảm của TC đối với nồng độ oxytocin tuần hoàn. Các thụ thể oxytocin đã được phân lập từ màng ối và màng rụng thành của người. Cả màng ối lẫn màng rụng đều không có tính đàn hồi, và tác động của oxytocin trên các mô này vẫn còn chưa được biết rõ.

Bảng 2. Liều Oxytocin dùng truyền tĩnh mạch trong KPCD^[1]

Loại	Liều bắt đầu (mU/min)	Liều tăng thêm (mU/min)	Khoảng cách tăng liều (phút)
Liều thấp	0,5 – 2	1 - 2	15 - 40
Liều cao	6	3 - 6	15 - 40

Tại Việt Nam hiện nay với cách dùng thường lệ là bắt đầu với 4mUI/phút, khoảng cách tăng liều 30 phút và liều tăng mỗi lần 4mUI/phút thuộc nhóm dùng liều Oxytocin cao. Một số nghiên cứu như của Statin (1992) ghi nhận thời gian khởi phát chuyển dạ ngắn hơn, tỷ lệ nhiễm trùng ối, nhiễm trùng sơ sinh đều thấp hơn nhưng tỷ lệ mổ sanh cao hơn do suy tuần hoàn nhau thai so

với nhóm liều thấp (6% so với 3%). Trong thực hành có thể không chế liều dùng oxytocin chính xác bằng cách dùng máy bơm truyền tĩnh mạch.

Một số phác đồ dùng oxytocin khác: tại bệnh viện Parkland (Hoa Kỳ) bắt đầu 6mUI/phút, tăng sau mỗi 40phút nếu cơn co chưa đạt, mỗi lần tăng 6mUI. Tại bệnh viện Birmingham (Anh) bắt đầu 2mUI/phút,

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

tăng mỗi 15phút nếu cơn co chưa đạt, tăng lên 4, 8, 12, 16 đến 30mUI/phút.

Với oxytocin truyền tĩnh mạch liên tục, nồng độ oxytocin huyết thanh tăng lên trong 20-30phút đầu tiên. Sau 30phút, nồng độ oxytocin đạt đến một mức cân bằng trong huyết thanh mẹ và không có thay đổi gì một cách đáng kể.

Do thời gian bán hủy của nó ngắn, nồng độ oxytocin trong huyết thanh nhanh chóng giảm xuống sau khi ngưng truyền thuốc đường tĩnh mạch.

Tuy nhiên liều tối đa của Oxytocin khuyến cáo không nên quá 48mUI/phút.

Oxytocin không có ưu thế trong việc làm chín mùi cổ tử cung khi khởi phát chuyển dạ, nó dễ dàng sử dụng hơn. Ví dụ, tỉ lệ tăng bilirubin huyết sơ sinh đối với oxytocin thì cao hơn là đối với các prostaglandin. Dùng oxytocin truyền tĩnh mạch liên tục liều thấp vẫn được coi như an toàn và là một cách điều trị hợp lý được lựa chọn trong nhiều các trường hợp.

Do thời gian khả dụng sinh học ngắn nên khi có cơn co tử cung nhiều, cường độ cơn co mạnh hay kéo dài, ngưng truyền là biện pháp xử trí hữu hiệu và đơn giản.

5.6. Kích thích núm vú

Kích thích núm vú hay se đầu vú (nipple stimulation hay breasts stimulation) là một phương cách có tính tự nhiên với cơ chế các kích thích vùng núm vú trong những tháng cuối thai kỳ hay sau khi sanh sẽ tạo các xung động đến vỏ não, ảnh hưởng theo trực để từ tuyến yên oxytocin sẽ được phóng thích gây hiệu quả co cơ tử cung. Kích thích núm vú từng bên trong 5 đến 30 giây, cách

khoảng 2 đến 3 phút, ngưng kích thích khi đang có cơn co tử cung. Phương cách này cũng được dùng sau sanh để ngừa băng huyết sau sanh.

5.7. Các phương pháp khác

Ngoài những phương pháp nêu trên, một số tác nhân trong lịch sử ghi nhận có khả năng KPCD như dung dịch ưu trương bơm vào buồng ối, hiện không còn dùng vì nhiều tác dụng phụ. Estrogen liều cao dùng trong KPCD tam cá nguyệt II, cũng không còn dùng do việc áp dụng ngày càng rộng rãi và có hiệu quả của PGs. Relaxin, một loại hormone tiết vào cuối thai kỳ cũng được ghi nhận có vai trò trong nghiên cứu KPCD. Riêng RU-486 (Mifepristone) là một steroid đối kháng cạnh tranh receptor có ảnh hưởng trên hoạt động của cả progesteron lẫn các glucocorticoid. Dùng trong thai lưu kết hợp với Misoprostol hay trong thai ngoài tử cung kết hợp với Methotrexate.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG Practice Bulletin. *Induction of Labor: Clinical Management guidelines for Obstetrician Gynecologists*, vol 114, No.2, Part 1, August 2009.
2. Bishop EH: *Pelvic scoring for elective induction*. Obstet Gynecol 24:266, 1964, American College of Obstetricians and Gynecologists
3. Cunningham, Leveno, Bloom, Hanth, Rouse, Spong (2009), *Labor induction*. William Obstetrics 23 rd edition.
4. Norwitz ER, Robinson JN, Repke JT (2000). *The initiation and maintenance of normal labor*. The Physiologic Basis of Gynecology and Obstetrics. Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Khởi phát chuyển dạ thành công thường được chọn khi:
 - a. Chỉ số cổ tử cung (Bishop) được 5 điểm trở lên.
 - b. Chỉ số cổ tử cung (Bishop) được 6 điểm trở lên.
 - c. Chỉ số cổ tử cung (Bishop) được 7 điểm trở lên.
 - d. Chỉ số cổ tử cung (Bishop) được 8 điểm trở lên.
 - e. Chỉ số cổ tử cung (Bishop) được 9 điểm trở lên.
2. Đối với việc khởi phát chuyển dạ, Herpes sinh dục đang giai đoạn hoạt động là:
 - a. Một chỉ định.
 - b. Một chống chỉ định.
 - c. Một chống chỉ định tương đối.
 - d. Một chống chỉ định tuyệt đối.
 - e. Một chỉ định tương đối.
3. Trong đa số các thai kỳ bình thường, cổ tử cung chín mìu khi:
 - a. Bắt đầu có cơn co TC.
 - b. Bắt đầu có cơn co TC đau.
 - c. Bắt đầu có cơn co TC chuyển dạ.
 - d. Thai nhi đã đủ trưởng thành.
 - e. Thai nhi được 40 tuần tuổi.
4. Misoprostol là:
 - a. Một prostaglandin E.
 - b. Một prostaglandin F.
 - c. Một prostaglandin E₁.
 - d. Một prostaglandin F₁.
 - e. Một prostaglandin E₂.
5. Vấn đề nào sau đây cần khảo sát trước khi tiến hành khởi phát chuyển dạ ở một thai đủ trưởng thành, chọn câu sai:
 - a. Tìm các chống chỉ định sanh ngả âm đạo.
 - b. Đánh giá cổ tử cung (chỉ số Bishop).
 - c. Ước lượng trọng lượng thai nhi.
 - d. Xác định chỉ định khởi phát chuyển dạ.
 - e. Tỉ lệ L/S trong dịch ối.

SỬ DỤNG THUỐC TĂNG CO TRONG SẢN KHOA

ThS.BS. PHẠM THỦY LINH

Mục tiêu

- Kể những thuốc có tác dụng tăng co trong sản khoa.
- Kể những chỉ định và chống chỉ định chung của thuốc tăng co.
- Trình bày những tác dụng dược lý, cách sử dụng và tai biến khi dùng thuốc tăng co.

1. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CƠ CƠ TỬ CUNG TRONG CHUYỂN DẠ

1.1. Ảnh hưởng nội tiết

Khi thai gần ngày, do sự thay đổi nồng độ một số chất nội tiết ở cơ thể mẹ và thai nhi như estrogen, progesterone, oxytocin, prostaglandin làm gia tăng những protein gây co cơ tử cung, cũng như làm tăng các thụ thể trực tiếp nhận oxytocin. Nhờ đó cơ trơn ở thân tử cung trở nên nhạy cảm hơn với các thuốc gây co cơ tử cung.

1.2. Ảnh hưởng tuổi thai

Tuổi thai càng trưởng thành thì sự đáp ứng với các thuốc tăng co càng cao.

1.3. Ảnh hưởng Para

Khởi phát chuyển dạ ở người sanh con rã dễ thành công hơn ở người sanh con so do cổ tử cung mềm và ngắn hơn.

1.4. Ảnh hưởng sự chín mùi cổ tử cung

Đa số các thai kỳ bình thường, cổ tử cung chín mùi khi bắt đầu chuyển dạ.

Sự chín mùi cổ tử cung có thể được đánh giá bằng chỉ số Bishop hay qua siêu âm ngả âm đạo.

1.4.1. Bảng chỉ số Bishop

Bảng chỉ số Bishop				
	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Độ mở cổ tử cung	đóng	1 - 2cm	3 - 4cm	$\geq 5\text{cm}$
Độ xóa cổ tử cung	0 - 30%	40 - 50%	60 - 70 %	$\geq 80\%$
Mật độ cổ tử cung	chắc	trung bình	mềm	
Hướng cổ tử cung	sau	trung gian	trước	
Độ lọt ngón thai	di động (-3)	chúc (-2)	ghim chặt hoặc lọt cao (-1/0)	đã lọt (+1,+2)

Nếu tổng số điểm là:

- 10 : tiên lượng sanh trong vòng 2 - 3 giờ
- 7 - 9 : tiên lượng sanh trong vòng 8 giờ
- 5 - 6 : tiên lượng sanh dễ đặt
- < 5 : nguy cơ giục sanh thất bại

SỬ DỤNG THUỐC TĂNG CO TRONG SẢN KHOA

1.4.2. Hình ảnh siêu âm cổ tử cung ngả âm đạo

	Độ dài cổ tử cung	Độ rộng của kênh cổ tử cung
Chưa chín muồi	> 3cm	< 8mm
Đã chín muồi	1,3 --> 2 cm	Đút lọt 1 ngón tay

Ghi chú: Khởi phát chuyển dạ gọi là thất bại khi tử cung không có đáp ứng nào đối với thuốc tăng co hay khi tử cung gò bất thường mà cổ tử cung không mở.

2. CHỈ ĐỊNH SỬ DỤNG THUỐC TĂNG CO

- Khởi phát chuyển dạ.
- Tăng co chỉnh cơn gò tốt.
- Dự phòng và điều trị băng huyết sau sanh do đờ tử cung trong sanh thường, sanh thủ thuật, mổ bắt con, nạo hút thai, nạo sinh thiết lòng tử cung.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (TRƯỚC SANH)

3.1. Tuyệt đối

- Suy thai cấp.
- Ngôi bất thường.
- Bất thường kích thước khung chậu hay đã có chẩn đoán bất xứng đầu chậu.
- Nhau tiền đạo trung tâm.

4. MỘT SỐ THUỐC TĂNG CO

	Dạng trình bày	Khởi phát chuyển dạ, tăng co	Dự phòng BHSS, Điều trị BHSS	Tác dụng
Oxytocin	Dạng ống tiêm 5UI (TB hay TM)	x	x	Tác dụng ngắn
Chất tương đồng oxytocin (Carbetocin: Duratocin®)	Dạng ống (TM)		x	Tác dụng kéo dài
Ergot alkaloids <ul style="list-style-type: none"> - Ergonovine - Methylergonovine (Methergine®) 	Dạng ống 0,2 mg TB		x	Tác dụng kéo dài
Syntometrine 5UI oxytocin + 0,5mg ergometrine maleate	Dạng ống 1ml (TB hay TM)		x	Tác dụng kéo dài
Prostaglandin F2α: <ul style="list-style-type: none"> - Carboprost: - Prostodin - Sulprostone: - Nalador® 	Lọ 1ml 125mcg và 250mcg (TB) Lọ bột pha tiêm 500mcg (TM, TB)		x	Tác dụng kéo dài

- Mẹ bị bệnh lý tim mạch gây rối loạn cung lượng tim, rối loạn nhịp tim, cao huyết áp.
- Mẹ bị bệnh gan, thận nặng, tiểu đường không kiểm soát được, tăng nhãn áp, suyễn nặng.

3.2. Tương đối

- Mẹ có vết mổ cũ trên thân tử cung: chỉ nên dùng sau khi đã sổ thai.
- Đa thai - đa ối.
- Ngôi mông. Trên thực tế nhiều bác sĩ sản khoa vẫn sử dụng thuốc tăng co để chỉnh cơn co trước khi cổ tử cung mở rộng, ối còn.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

Prostaglandine E1 (Misoprostol: Cytotec®, Alsoben®)	Dạng viên 200µg uống, ngâm dưới lưỡi, áp má, đặt trong âm đạo hay trong trực tràng.	x	x	Tác dụng kéo dài
--	--	---	---	------------------

5. TÁC DỤNG DƯỢC LÝ – CÁCH SỬ DỤNG – TAI BIẾN

5.1. Oxytocin

5.1.1. Cơ chế tác dụng

Oxytocin được tổng hợp trong nhân trên thị và cạnh não thất của hạ đồi. Đây là tác nhân gây co cơ tử cung. Nồng độ Oxytocin nội sinh trong tuần hoàn phụ thuộc tuổi thai. Sự nhạy cảm của cơ tử cung đối với oxytocin xuất hiện từ tuần thứ 20 của thai kỳ, gia tăng chậm từ tuần 20 → 30 và ổn định từ tuần 34 → thai gần ngày. Nồng độ oxytocin nội sinh gia tăng rất nhanh khi bắt đầu vào chuyển dạ, đạt tối đa vào giai đoạn sổ thai và giai đoạn co hồi tử cung sau sổ thai.

Tác dụng oxytocin trên cơ tử cung còn phụ thuộc vào mật độ các receptor tiếp nhận oxytocin. Mật độ các receptor oxytocin sẽ đạt mức đối đa khi thai đủ tháng và lúc vào chuyển dạ.

5.1.2. Tác dụng phụ

- Mẹ:

- Cơn gò cường tính, có thể gây vỡ tử cung
- Ngộ độc nước: Trong trường hợp muốn sử dụng liều cao trong thời gian dài thì nên tăng nồng độ hơn là tăng tốc độ, nên dùng dung dịch Lactate Ringer hay muối đẳng trương.

- Ảnh hưởng tim mạch khi dùng liều cao > 45mUI/phút hay khi tiêm TM trực tiếp có thể có biến chứng tụt huyết áp, giảm tưới máu động mạch vành, ngừng tim.
- Dị ứng: ít thấy.
- Tác dụng kháng lợi niệu: do giống cấu trúc ADH, nên khi dùng liều lớn có thể có tác dụng kháng lợi niệu (ú nước, hạ natri, hôn mê, co giật, tử vong).
- Con:
 - Tim thai giảm → ngạt (do acidose).
 - Cơn gò cường tính ảnh hưởng tưới máu tử cung – nhau, dẫn đến tử vong thai.
 - Tăng bilirubin/máu.

5.1.3. Liều dùng

Trước sanh: chỉ sử dụng bằng đường truyền tĩnh mạch, tốt nhất qua hệ thống bơm truyền tự động để chỉnh số giọt dễ dàng và chính xác.

- Liều khởi đầu: dung dịch Glucose 5% (500ml) + 5UI Oxytocin
- Truyền tĩnh mạch 1 liều 1mUI/phút. Sau mỗi 15-20 phút đánh giá cơn gò tử cung về cường độ, tần số thời gian co, nghỉ (có thể bằng monitoring). Nếu co chưa tốt sẽ tăng liều.
- Tại Việt Nam, liều thường dùng để khởi phát chuyển dạ ở thai đủ

SỬ DỤNG THUỐC TĂNG CO TRONG SẢN KHOA

trưởng thành là bắt đầu với 4mUI/phút, khoảng cách tăng liều (nếu chưa đạt hiệu quả) là 30phút và liều tăng mỗi lần là 4mUI/phút.

- **Ghi chú:**

- Nếu không có bơm tiêm tự động thì cần chỉnh số giọt trước khi cho oxytocin vào chai
- Đánh giá kết quả bằng khám âm đạo, theo dõi tình trạng cổ tử cung và độ lọt của ngôi thai 1-2 giờ/lần

- **Kết quả:**

- Tiến triển tốt nếu sau 2 giờ:
Con so mở thêm 1 – 1,5cm.
Con rã mở thêm 2 – 3 cm.
- Nếu sau 6 giờ theo dõi cổ tử cung không xóa mở thêm hay phù nề, ngôi thai không xuống, đầu có bướu huyết thanh → giục sanh thất bại.
- Trong quá trình theo dõi nếu thấy cơ co cường tính, nhịp tim thai giảm cần ngưng truyền oxytocin, cho sản phụ nằm nghiêng và thở oxy. Theo dõi sát tim thai bằng monitoring. Nếu hồi phục nhanh có thể bắt đầu chỉnh lại số giọt cho phù hợp.
- Khi tăng co có hiệu quả, cần giảm bớt số giọt, sự truyền thuốc lúc này nên duy trì ở tốc độ thấp nhất để quá trình xóa mở cổ tử cung tiến triển.

Sau sinh:

- **Dự phòng BHSS**

Ngay sau khi kẹp rốn trong sanh thường hay mở bắt con: 20UI +

1000ml NaCl 0,9% hay Lactate Ringer TT M chảy nhanh với tốc độ 10ml/phút. Sau đó nếu tử cung gò tốt giảm xuống duy trì với tốc độ 2-4ml/phút. Hay có thể dùng 10UI Oxytocin tiêm bắp ngay sau khi sổ đầu.

- **Điều trị BHSS**

Oxytocin 5-10UI/500ml NaCl 0,9%, chảy trong một giờ nếu trong giai đoạn cấp. Sau đó duy trì 10UI/500ml NaCl 0,9% mỗi 8 giờ, liều tối đa khoảng 150UI.

5.1.4. *Hấp thu, chuyển hóa, thải trừ*

- **Hấp thụ:** Oxytocin được hấp thụ tốt bằng đường ngoài ruột (bị hủy bởi pepsin của dạ dày).
- **Chuyển hóa:**
 - Thời gian bán hủy: 3-4 phút.
 - Oxytocin có tác dụng khoảng 1 phút sau khi truyền TM và khoảng 2-4 phút sau khi tiêm bắp.
- **Thải trừ:** bởi gan, thận.

5.2. Carbetocin

- Chất tương đồng Oxytocin có tác dụng kéo dài. Cần chú ý là *hiện nay Carbetocin chỉ được khuyến cáo sử dụng để dự phòng đờ tử cung và chảy máu nhiều sau mổ lấy thai*.
- **Tác dụng:** đặc tính gắn kết cao với thụ thể oxytocin ở bề mặt cơ tử cung.
- **Chuyển hóa:**
 - Thời gian bán hủy 40 phút.
 - Thời gian thuốc bắt đầu có tác dụng 2 phút.
 - Thời gian tử cung co bóp nhịp nhàng: 1-2 giờ.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- Liều lượng: liều duy nhất 1 ống 100mcg trước hoặc sau khi sổ nhau.
- Tác dụng phụ:
 - Đau do co thắt tử cung: 3,44%.
 - Hoa mắt: 3,40%.
 - Ngứa: 10,30%.
 - Buồn nôn, nôn: 20-72%.
 - Bốc hỏa, vã mồ hôi: 3%.

5.3. Ergometrine

- Tác dụng dược lý: gây co cứng tại tử cung, nhờ tác dụng kích thích yếu tố adrenergic.
- Chống chỉ định:
 - Không dùng trong giai đoạn 1 và giai đoạn 2 của chuyển dạ (chỉ sử dụng sau khi thai đã sổ).
 - Có bệnh tim mạch, cao huyết áp.
 - Giảm chức năng gan và thận.
 - Tiền sản giật, nhiễm trùng, tăng huyết áp.
- Tác dụng phụ
 - Buồn nôn và nôn.
 - Thay đổi huyết áp tư thế, gây tăng huyết áp, tăng áp lực động mạch phổi, phù phổi.
 - Co thắt động mạch vành gây thiếu máu cơ tim hay nhồi máu, tăng huyết áp nặng có thể gây tai biến mạch máu não.
- Chuyển hóa: tác dụng kéo dài 2-3 giờ, thải trừ qua gan thận.
- Liều lượng:
 - 1 ống chứa 0,2 mg Ergometrin (tiêm bắp).
 - hay 0,2 mg pha loãng 250ml truyền tĩnh mạch nhưng cần chú ý HÀ mẹ và điện tâm đồ.

5.4. Prostaglandins

5.4.1. Prostaglandin F2: Sulprostone là một dẫn chất PGE2 tổng hợp. Nalador®: 1 ống có 7,45mg bột khô chứa 500mcg hoạt chất sulprostone.

- Tác dụng thuốc:
 - Có tác dụng chọn lọc với thân và cổ tử cung, tạo ra cơn co tử cung có cường độ tăng dần, tăng trương lực cơ bản, tạo nên một áp lực đủ để co thắt các mạch máu trong cơ tử cung.
 - Có tác dụng yếu hơn ở những hệ cơ trơn khác như ruột, cơ hô hấp, mạch máu.
- Chuyển hóa, thải trừ:
 - Thời gian bán hủy của sulprostone là 1-2 giờ.
 - Thải chủ yếu qua thận.
 - Nồng độ thuốc trong huyết thanh tối đa 15-30phút sau khi tiêm bắp cũng như tiêm tĩnh mạch. Nồng độ thuốc tối đa này sẽ đạt được chỉ sau 5-15phút nếu tiêm cơ tử cung.
- Chống chỉ định:
 - Suyễn nặng.
 - Suy tim.
 - Bệnh mạch vành.
 - Tăng huyết áp nặng.
 - Liệt.
- Tác dụng phụ:
 - Viêm tắc tĩnh mạch.
 - Co thắt dạ dày ruột.
 - Liều cao gây co thắt phế quản và thanh quản.
 - Buồn nôn và nôn.
 - Đau vùng chậu do co cơ tử cung.

THUỐC GIẢM CO DÙNG TRONG SẢN KHOA

ThS. PHẠM THỦY LINH

Mục tiêu

1. Trình bày được tác dụng dược lý của các thuốc giảm co.
2. Kể được những chống chỉ định khi dùng thuốc giảm co.
3. Trình bày cách sử dụng thuốc giảm co.
4. Kể ra những tai biến khi sử dụng thuốc giảm co.

1. CÁC THUỐC GIẢM CO

- Betamimetics (Salbutamol, Ritodrin, Terbutalin).
- Các thuốc ức chế thụ thể oxytocin.
- Các thuốc ức chế calcium (Nifedipin).
- Thuốc ức chế tổng hợp prostaglandin.
- Progesterone.
- Một số thuốc khác.

2. CÁC CHỐNG CHỈ ĐỊNH CHUNG CỦA THUỐC GIẢM CO

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Suy thai cấp.
- Nhiễm trùng ổ.
- Sản giật hoặc tiền sản giật nặng.
- Thai chết lưu.
- Thai trưởng thành.
- Mẹ có bệnh tim mạch (bệnh tim bẩm sinh hay mắc phải, ảnh hưởng huyết động học nặng).
- Tăng áp phổi, viêm phổi, viêm phế quản nặng.
- Suy thận, viêm cầu thận cấp.
- Cường giáp, tăng calci/máu.
- Ketoacidosis, tiểu đường.
- Glaucome.

2.2. Chống chỉ định tương đối

- Loạn nhịp tim.
- Tăng huyết áp.
- Rối loạn biến dưỡng cơ → nhược cơ.
- Nhau bong non.
- Giảm Kali máu.
- Tiểu đường đang kiểm soát.
- Dị ứng với Betamimetics.

3. BETAMIMETICS

3.1. Cơ chế tác dụng: đây là các dẫn xuất Cathecholamins làm dẫn cơ trơn tử cung và hệ cơ trơn khác bao gồm hệ cơ mạch máu, khí quản... do kích thích thụ thể β_2 adrenalique ở các cơ quan trên. Đây là nhóm thuốc thường được dùng nhiều nhất trong điều trị dọa sanh non.

3.2. Chống chỉ định

- Mẹ rối loạn nhịp tim và bệnh lý tim nặng.
- Nhiễm độc giáp.
- Tiểu đường kiểm soát kém.
- Tăng HA nặng hoặc không kiểm soát.
- Sản giật hoặc tiền sản giật.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

3.3. Các tác dụng phụ

	MẸ	THAI
TIM MẠCH	<ul style="list-style-type: none"> - Nhịp tim nhanh - Dẫn mạch ngoại biên - Thất nhịp - Thiếu máu cơ tim - Phù phổi cấp 	<ul style="list-style-type: none"> - Tim thai nhanh, thất nhịp - Dẫn mạch ngoại biên - Thiếu máu cơ tim - Ảnh hưởng tưới máu tử cung nhau
CHUYỂN HÓA	<ul style="list-style-type: none"> - Tăng đường huyết - Tăng insulin/máu - Hạ kali/máu - Hạ calci/máu 	<ul style="list-style-type: none"> - Tăng/giảm đường huyết - Tăng insulin/máu - Hạ kali/máu - Tăng bilirubin/máu - Tăng cholesterol/máu
THẦN KINH CƠ	<ul style="list-style-type: none"> - Run cơ - Thiếu máu não 	
CƠ QUAN KHÁC	<ul style="list-style-type: none"> - Rối loạn chức năng tuyến giáp - Hủy tế bào gan - U hạt tế bào gan (Agranulocytose), nổi mẩn đỏ (erythema) - Thiếu máu tán huyết - Viêm mạch máu dưới da 	<ul style="list-style-type: none"> - Xuất huyết trong tâm thất - Suy thận

3.4. Bilan trước khi dùng thuốc

- Hỏi và khám toàn diện, nhất là cơ quan tim mạch.
- Đo ECG.
- Ion đồ (kali /máu), đường huyết.

3.5. Liều lượng – cách sử dụng

- Hạn chế thể tích dịch truyền nhất là trong trường hợp song thai hay có điều trị cortico-steroid (điều trị trưởng thành phổi) đi kèm vì dễ nguy cơ phù phổi cấp, cần sử dụng bơm tiêm tự động để truyền.
- Liều lượng:
 - Salbutamol: 1 ống 5mg + 1 lít Lactate Ringer

Liều khởi đầu 36ml /giờ (# 12 giọt/phút).

▪ Salbutanol 1 ống 5mg + 43ml nước cất sinh lý.

Bơm truyền tự động 2ml/giờ.

▪ Ritodrine (Prepar: 1 ống 50mg).

Pha 2 ống Prepar + 500ml Lactate Ringer liều 45 – 120ml/giờ hay 15 – 40 giọt/phút.

- Theo dõi:

Hiệu quả điều trị: không chế được cường độ và tần số cơn gò.

Chú ý mạch của mẹ (không quá 120 nhịp/phút); đo huyết áp và theo dõi những dấu hiệu cơ năng ở mẹ (đánh

THUỐC GIẢM CO DÙNG TRONG SẢN KHOA

trống ngực, run cơ, khó thở, choáng váng).

Theo dõi lượng nước tiểu (thiểu niệu đầy là dấu ngộ độc Betamimetics).

Theo dõi nhịp tim thai vì có thể gây tăng nhịp tim thai.

- Thời gian điều trị:

Điều trị bằng đường tĩnh mạch có thể kéo dài 24 -48 giờ.

Điều trị duy trì:

- Ventoline (viên 2 mg): 4 – 6 viên/ngày (uống).
- Salbutamol (viên tọa dược 1 mg): 1 -3 viên/ngày (đặt hậu môn).

4. THUỐC ỨC CHẾ THỦ THỂ OXYTOCIN (ATOSIBAN – TRACTOCILE)

4.1. Cơ chế tác dụng

Atosiban có cấu trúc mô phỏng giống peptid 9 của oxytocin. Đây là peptid tổng hợp có tác dụng như đối kháng cạnh tranh ở thụ thể oxytocin, làm giảm tần số cơn gö và trương lực cơ tử cung, nó cũng gắn kết với các thụ thể vasopressin.

4.2. Chống chỉ định

- Võ ối non thai ≥ 30 tuần.
- Chậm phát triển trong tử cung.
- Nhau tiền đạo.

4.3. Tác dụng phụ: nôn, buồn nôn, đau đầu, chóng mặt, mạch nhanh, tăng đường huyết.

4.4. Liều lượng – cách dùng

- Sử dụng bằng đường tĩnh mạch.
- Liều dùng: 6,75mg (nồng độ 7,5mg/ml dung dịch), bơm tiêm tự động trong 1phút; sau đó duy trì với dung dịch có nồng độ 750mcg/ml khởi đầu với liều 300mcg/phút trong

vòng 3 giờ rồi giảm xuống với liều 100 mcg/phút trong 15 – 45giờ. Thời gian sử dụng tối đa là 48giờ.

5. CÁC THUỐC ỨC CHẾ CALCIUM (NIFEDIPIN, NICARDIPIN)

5.1. Cơ chế tác dụng

Ức chế kênh calci type II, có nhiều trong cơ trơn mạch máu, tử cung và bàng quang, gây giãn cơ trơn, gây giảm lượng calci trong tế bào. (Chú ý: Nifedipin hoạt động trên cơ trơn mạnh gấp 18 lần trên cơ tim gây ảnh hưởng huyết động: giảm huyết áp động mạch, tăng nhịp tim, giãn mạch).

5.2. Tác dụng phụ

- Đau đầu.
- Nỗi mẩn.
- Giảm HA động mạch.
- Phù chi dưới.
- Giãn mạch.
- Đánh trống ngực.
- Nôn, đau thượng vị.

5.3. Chống chỉ định

- Mẫn cảm với Nifedipin, nicardipin (Loxen).
- Nhồi máu cơ tim < 1 tháng.
- Đau thắt ngực không ổn định.
- Choáng tim mạch.

5.4. Liều lượng – cách dùng

- Liều tấn công: 1 viên 10mg/mỗi 15 phút trong 1 giờ hay 1 viên 20mg tác dụng chậm đến khi hết cơn gö tử cung hay cách 3 giờ.
- Duy trì: 3 viên 20 mg LP/ngày.

Chú ý:

- Thuốc ức chế calci không dùng phối hợp hay dùng tiếp với thuốc ức chế β.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

Nếu đã dùng ức chế β trước đó 48 giờ thì có thể dùng Atosiban hay Tractocile.

- Không truyền dịch quá nhiều.
- Liều dùng không quá 150mg/ngày.
- Không ngâm dưới lưỡi, phải nuốt cả viên.
- Theo dõi mạch – huyết áp – tim thai trong vòng 2 giờ sau khi dùng thuốc.

6. THUỐC Ủ CẤM TỔNG HỢP PROSTAGLANDIN

Chất kháng viêm Nonsteroid (Indomethacin, Indocid)

6.1. Cơ chế tác dụng: Ức chế sự tổng hợp prostaglandine nội sinh do ức chế hoạt động men Cyclo – oxygenase.

6.2. Tác dụng phụ

- Mẹ: loét dạ dày-tá tràng, xuất huyết tiêu hóa, giảm tiểu cầu, phản ứng dị ứng.
- Con: thuốc có thể qua hàng rào nhau thai gây biến chứng cho thai
 - Gây đóng sớm ống động mạch trong thời gian chu sinh.
 - Tăng áp lực tuần hoàn động mạch phổi.
 - Giảm sự bài niệu thai nhi.
 - Giảm lượng nước ối.

6.3. Cách sử dụng

- Đường uống: trong thời gian ngắn (48-72 giờ), chỉ sử dụng trước 35 tuần, việc điều trị phải ngưng trước khi chuyển dạ 1 tuần.
- Indomethacin: viên uống 25mg hay viên tọa dược 100mg

- Cách dùng: 150-200mg/24 giờ hay 2 viên nhộng x 3 lần/ngày.
Hoặc 2 viên đặt hậu môn/ngày x 2-3 ngày.
- Theo dõi: siêu âm thai sau điều trị 48 giờ để kiểm tra lượng nước ối. Ngưng điều trị khi nước ối giảm.

Celecoxib (Celebrex)

6.4. Cơ chế tác dụng

- Thuốc kháng viêm nonsteroid.
- Ức chế sự tổng hợp Prostaglandin chủ yếu do ức chế enzym cyclooxygenase-2 (COX-2).
- Tác dụng phụ:
 - Mẹ: tiêu chảy, buồn nôn, chán ăn, đầy hơi, phù ngoại vi, chóng mặt, nhức đầu, nổi ban da, mất ngủ, làm giảm tác dụng hạ huyết áp của các thuốc ức chế men chuyển.
 - Thai nhi: gây tắc ống động mạch thai nhi, giảm bài niệu ở thai.
- Các chất ức chế tổng hợp Prostaglandine ít được sử dụng trên thực tế lâm sàng vì tác dụng trên các cơ quan của thai trong thời gian chu sinh nặng.

7. PROGESTERONE

7.1. Cơ chế tác dụng

Ức chế tổng hợp prostaglandine, được sử dụng trong điều trị dọa sanh non giai đoạn sớm. Chỉ được dùng progesterone tự nhiên, không dùng progestine tổng hợp. Nhiều nghiên cứu cho thấy hiệu quả chưa rõ ràng.

7.2. Tác dụng phụ

- Mẹ: ứ mật trong thai kỳ.

THUỐC GIẢM CO DÙNG TRONG SẢN KHOA

- Con: do sử dụng progesteron thiên nhiên nên không tác dụng phụ trên thai.

7.3. Liều lượng

Utrogestan 400mg/ngày (uống).

8. MỘT SỐ THUỐC GIẢM CO KHÁC NGUY HIỂM VÀ ÍT HIỆU QUẢ

8.1. Ethanol

- Cơ chế tác dụng: Tác dụng gián tiếp lên sự co thắt cơ tử cung do hoạt động ức chế sinh oxytoin và các chất vasopressin khác ở thùy sau tuyến yên.
- Tác dụng phụ:
 - Ảnh hưởng lên hệ thần kinh: nhức đầu, nôn, ói, tình trạng bất ổn tinh thần (lo lắng, trầm cảm). Nồng độ ethanol trong máu cao có thể gây ức chế hô hấp.
 - Ảnh hưởng lên hệ niệu: tiểu nhiều.
 - Ảnh hưởng lên chuyển hóa: hạ đường huyết.
 - Thuốc có thể qua nhau, gây tình trạng ngộ độc giống ở mẹ.

8.2. Magnesium Sulfate

- Cơ chế tác dụng: Ức chế co tử cung bằng cách ổn định các màng tế bào và ảnh hưởng đến sự phân bố calci trong tế bào.
- Tác dụng phụ: hạ huyết áp, hồi hộp, nhức đầu, chóng mặt, buồn nôn, bốc hỏa.
- Liều dùng:
 - khởi đầu: 1 – 4 g MgSO₄ trong 20 – 30 phút.

- duy trì: 2 - 4 g MgSO₄ mỗi giờ.
- Theo dõi:
 - dấu hiệu ngộ độc magnesium sulfat.
 - dấu ngộ độc nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn phụ sản, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, Sản phụ khoa tập 1, nhà xuất bản y học, 2006: tr 384-390
2. Trần Sơn Thạch, Nguyễn Duy Tài (2006). Xử trí ối vỡ non trên thai non tháng.Tạp chí y học TP.HCM 10 (1): 122 – 127
3. Christopher B –Lynch ; Lowis.Keith. A textbook of postpartum hemorrhage; II – III ; 62 – 70 ; 98 – 114 ; 2006.
4. Chestinet.Obstetric anesthesia principles and practice.Obstetric complications: 37: 820 – 822
5. Dominique Cabrol, Jean Claude Pons-Francois Goff iné. Traité d' obstétrique ; 39: 436 - 448
6. F.Gary Cunningham et al (2005).William Obstetrics 22th edition, MC Graw – Hill
7. Fontend.T, Lewis DF (2001).Tocolytic therapy with preterm premature rupture of membranes Clin Perinatal ; 28: 787 -796
8. Robert Maillet. Mecanique et techniques obstétricales. Déclenchement artificiel du travail: 6;436-447;1993
9. Monika – Schiebler – H – Michael Runge. High Risk Pregnancy 2 ; 54 -56
10. Weiner CP, Renk K, Klugman M (1998).The therapeutic efficacy and cost – effectiveness of aggressive tocolysis for premature labor associated with premature rupture of the membranes. Am. J Obstet Gynecol ; 159 ; 216 – 222

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Phản ứng phụ thường gặp nhất của các thuốc giảm co nhóm betamimetics là:
 - a. Giữ nước.
 - b. Tăng nhịp tim.
 - c. Tăng kali/máu.
 - d. Tăng huyết áp.
 - e. Tăng bilirubin/máu.
2. Atosiban là thuốc giảm co thuộc nhóm nào ?
 - a. Betamimetics.
 - b. Úc chế thụ thể oxytocin.
 - c. Úc chế calcium.
 - d. Kháng prostaglandin.
 - e. Kháng estrogen.
3. Thuốc Indomethacin dùng để úc chế cơn gò có thể có tác dụng phụ nào sau đây:
 - a. Tăng nhịp tim trầm trọng.
 - b. Tụt huyết áp.
- c. Gây chậm nhịp tim thai.
- d. Giảm thiểu lượng nước ối.
- e. Thiếu máu胎盤 ở mẹ.
4. Trên thực tế lâm sàng, nhóm thuốc giảm co thường được dùng nhiều nhất là:
 - a. Úc chế calci.
 - b. Progesterone.
 - c. Betamimetics.
 - d. Magnesium sulfat.
 - e. Úc chế tổng hợp prostaglandin.
5. Tình huống nào sau đây không nên dùng thuốc giảm co?
 - a. Thai chết lưu.
 - b. Mẹ tiểu đường được kiểm soát tốt.
 - c. Tiền sản giật nhẹ.
 - d. Nhiễm trùng tiểu.
 - e. Thiếu máu như sắt.

THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC MỘT SẢN PHỤ CÓ VẾT MỔ LẤY THAI CŨ

BS. CK2. NGUYỄN THỊ THANH HÀ

Mục tiêu

- Biết cách khai thác bệnh sử một trường hợp sản phụ có vết mổ lấy thai cũ.
- Thực hiện đúng việc thăm khám một thai phụ có vết mổ cũ (VMC).
- Trình bày được cách theo dõi, hướng xử trí một sản phụ có vết mổ cũ.
- Quản lý thai nghén ở một trường hợp có VMC.

1. ĐÁNH GIÁ MỘT VẾT MỔ CŨ

1.1. Khai thác bệnh sử về VMC

- Tốt nhất là đề nghị sản phụ cho xem giấy xuất viện lần mổ trước.
- Ngoài những vấn đề cần phải hỏi của một bệnh án sản khoa thông thường, trong phần tiền căn cần phải khai thác những vấn đề sau:

1.1.1. Lý do mổ lần trước

- Lý do còn tồn tại (khung chậu hẹp hoặc méo, tử cung dị dạng...).
- Lý do không tồn tại (nhau tiền đạo, nhau bong non, thai suy cấp trong chuyển dạ, ngôi bất thường, bất xứng đầu chậu do con to,...).
- Nếu không có giấy mổ lần trước có thể hỏi một số vấn đề có thể gợi ý về lý do mổ. Ví dụ như:
 - Có chụp quang kích chậu trước khi mổ (gợi ý khung chậu hẹp, giới hạn).
 - Có đau nhiều trước mổ và lên bàn rặn lâu (nghĩ bất xứng đầu chậu).
 - Ra máu âm đạo nhiều trước mổ (nhau tiền đạo, vỡ tử cung, nhau bong non).

- Tuổi thai, có phải đặt máy theo dõi tim thai? (thai suy).
- Ra nước âm đạo lâu, có truyền thuốc giục sanh trước đó (giục sanh thất bại).

1.1.2. Phương pháp mổ lần trước

Mổ ngang đoạn dưới tử cung hay dọc thân tử cung để lấy thai (thường có ghi trong giấy xuất viện). Một số bệnh nhân có thể biết được những chi tiết này nếu đã được bác sĩ giải thích. (Xem bảng trang sau)

1.1.3. Thời gian mổ cách nay bao lâu?

- Thời gian hậu phẫu kéo dài bao nhiêu ngày (trung bình là 5-7 ngày), có sốt, sản dịch hôi trong thời gian hậu phẫu, phải nạo lòng tử cung lại trong thời gian hậu phẫu không?
- Có nhiễm trùng vết mổ, bung vết mổ thành bụng không? (không quan trọng lầm).
- Cân nặng bé ở lần mổ trước.
- Số lần mổ.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

	Mổ dọc thân	Mổ ngang đoạn dưới tử cung
Ưu điểm	<ul style="list-style-type: none"> - Lấy con dễ, nhanh. - Ít tổn thương động mạch tử cung. 	<ul style="list-style-type: none"> - Chảy máu ít do đoạn dưới tử cung chỉ có 2 lớp cơ mỏng (dọc và vòng). - Dễ phục hồi các lớp cơ theo đúng cơ thể học. - Ít nguy cơ dính vì: ĐDTC có lớp phúc mạc di động có thể tách riêng → mau lành và vết mổ trên tử cung sẽ nằm sau xương vệ từ những ngày đầu hậu sản. - Nhờ có lớp phúc mạc riêng biệt mau lành nên hạn chế sự thông thương giữa buồng tử cung và ổ bụng
Nhược điểm	<ul style="list-style-type: none"> - Chảy máu nhiều do rạch qua 3 lớp cơ tử cung. - Khó phục hồi đúng cơ thể học các lớp cơ tử cung. - Nguy cơ dính cao vì không có lớp phúc mạc có thể tách riêng biệt và vết mổ sẽ nằm phía trên xương vệ trong những ngày đầu hậu sản. - Dễ có sự thông thương giữa dịch trong buồng tử cung với ổ bụng → có nguy cơ viêm phúc mạc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Khó lấy con hơn - Dễ tổn thương động mạch tử cung - Dễ tổn thương bàng quang

- Những vết mổ khác trên tử cung: bóc nhân xơ tử cung, mổ thủng tử cung sau nạo, vỡ tử cung...

Mục đích là nhằm nắm được chất lượng của cơ tử cung và nguyên nhân lâm mổ trước.

1.2. Hỏi bệnh sử

- Thai kỳ lần này: có ra máu âm đạo, có phát hiện bất thường gì trong quá trình khám thai không (nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, thai chậm phát triển trong tử cung...).
- Đau nơi vết mổ.
- Ra huyết âm đạo.

1.3. Thăm khám lâm sàng

- *Nhìn:* đường rạch da dọc giữa dưới rốn hay ngang trên xương vệ, kích

thước, sự lành sẹo. Những điều này không có ý nghĩa lầm khi đánh giá đường mổ và sự lành sẹo trong tử cung. Nhìn xem hình dạng tử cung như thế nào, tử cung dị dạng.

- *Sờ* xem có đau VMC không (khám ngoài cơn gò), sờ dọc theo vết mổ trên tử cung, tránh để bệnh nhân chú ý để đánh giá khách quan hơn, phát hiện điểm đau chói.
- *Khám* vết mổ dính: một tay nắm vết mổ kéo lên di động xem có dễ dàng không. Cho bệnh nhân nằm nghiêng từng bên một, xem VMC bị kéo lệch về bên nào. Tuy nhiên những dấu hiệu này chỉ đánh giá sự dính thành bụng không thôi chứ không đánh giá

THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC MỘT SẢN PHỤ CÓ VẾT MỔ LẤY THAI CŨ

được xem có dính các tạng giữa tử cung và thành bụng (ruột, bàng quang).

- Phản ứng thành bụng
- Khám âm đạo: có thể đưa tay vào qua lỗ cổ tử cung, phối hợp với tay trên thành bụng sờ đoạn dưới xem căng mỏng hay dày. Có ra huyết âm đạo không?

1.4. Siêu âm

Khi siêu âm bàng quang cần phải căng đầy. Siêu âm đánh giá độ dày mỏng của đoạn dưới tử cung. Cần chú ý vị trí bánh nhau trong trường hợp có vết mổ lấy thai, xem có nhau tiền đạo, nhau cài răng lược không.

1.5. Theo dõi phát hiện nứt VMC, vỡ tử cung/VMC

- Vỡ tử cung có vết mổ không có dấu hiệu dọa vỡ như vỡ tử cung trong chuyển dạ mà triệu chứng rất đột ngột. Đau trên VMC cả trong lẫn ngoài cơn gò, trong cơn gò sẽ đau nhiều hơn.

■ *Cơ năng:*

Đột ngột đau vùng vết mổ cũ.

Ra huyết âm đạo đỏ tươi (tự nhiên hay sau khi thăm khám).

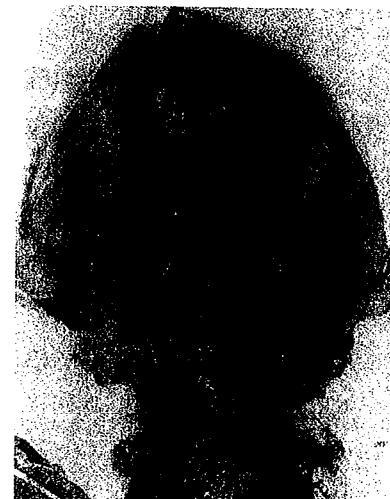
Có thể choáng nặng.

■ *Thực thể:*

Dấu hiệu của choáng: tay chân lạnh, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp tụt...

Bụng lình phình.

- Sờ nắn không còn ranh giới rõ của tử cung mà sờ được các phần thai ngay dưới thành bụng, phản ứng thành bụng. Có thể phát hiện điểm đau chói nơi nứt VMC.
- Gõ đục vùng thấp.
- Thai suy hay mất tim thai.
- Khám âm đạo: ngôi thai bị đẩy lên cao hay không còn thấy ngôi thai nữa.
- *Xét nghiệm:* Giống như xuất huyết nội.
- Muộn: nhiễm trùng.



Vỡ tử cung trên sẹo mổ cũ

2. XỬ TRÍ TRÊN MỘT SẢN PHỤ CÓ VMC

Đối với một trường hợp thai gần ngày có vết mổ cũ lấy thai, vấn đề quan trọng trong xử trí của thai lần này là mổ lấy thai hay cho sanh ngả âm đạo. Muốn chọn phương pháp xử trí thích hợp phải dựa vào các yếu tố sau:

2.1. Tiền căn về lần mổ lấy thai trước

Giúp ta phân chia thành 2 nhóm: mổ lại hoặc sanh ngả âm đạo.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

Tiền căn mổ lấy thai lần trước	Mổ lấy thai lại	Theo dõi sanh ngả âm đạo
1. Lý do mổ	Còn tồn tại: khung chậu hẹp, méo, lệch. Tử cung dị dạng.	Không tồn tại: thai suy, ngôi bất thường, nhau tiền đạo...
2. Phương pháp mổ	Dọc thân tử cung. ≤ 16 tháng	Ngang đoạn dưới tử cung. > 16 tháng
3. Thời gian mổ	≥ 2 lần	1 lần
4. Số lần mổ	(+)	(-)
5. Nhiễm trùng vết mổ tử cung		

2.2. Tình hình thai kỳ lần này

Vết mổ cũ + 1 bất thường của thai lần này
= Mổ lấy thai.

- Các bất thường có thể là: con to, đa thai, thai quá ngày, ngôi bất thường, ối vỡ non, thiểu ối, nhau tiền đạo...
- Tùy thuộc lý do mổ, sẹo lành tốt không, thai lần này có vấn đề gì không để quyết định mổ lấy thai lại hay làm nghiệm pháp sanh ngả âm đạo.

2.3. Mổ lấy thai

- Mổ lấy thai trên một VMC khả năng vào ổ bụng và lấy thai lâu hơn mổ lần đầu vì dính. Do đó nếu tiên lượng vết mổ dính nhiều thì nên chọn phương pháp vô cảm là tê túy sống hay tê ngoài màng cứng hơn là gây mê. Khi vào bụng có thể làm thủng các tạng như ruột, bàng quang vì nó dính vào VMC. Trước khi mổ cần phải xác định chính xác vị trí bánh nhau và xem có nhau cài răng lược hay không (nhất là

trường hợp nhau tiền đạo mặt trước). Tư vấn và chuẩn bị kỹ lưỡng trước khi mổ những trường hợp này.

- Thời điểm mổ:

- Mổ cấp cứu trong các trường hợp: sa dây rốn, thai suy, nhau tiền đạo ra huyết, nứt hay vỡ sẹo mổ cũ.
- Mổ chủ động nếu chất lượng sẹo mổ cũ xấu.
- Mổ khi vào chuyển dạ: các trường hợp còn lại.

2.4. Sanh ngả âm đạo

2.4.1. Điều kiện

- Không có những chỉ định nói trên.
- Ngôi chồm đầu cúi tốt.
- Có điều kiện phòng mổ để can thiệp phẫu thuật khi có biến chứng.
- Phải có người có kinh nghiệm theo dõi.
- Sản phụ được tư vấn kỹ và chấp nhận những nguy cơ của sanh ngả âm đạo trên vết mổ lấy thai.

	Mổ chủ động	Mổ khi vào chuyển dạ
Điểm ưu	Tránh được nứt VMC khi vào chuyển dạ Chuẩn bị tốt cho sản phụ về tâm lý, gây mê, hồi sức... Chủ động về thời gian mổ	Thai nhi đã trưởng thành Đoạn dưới thành lập tốt nên mổ dễ và ít mất máu hơn Cổ tử cung đã mở nên không sợ bế sản dịch

THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC MỘT SẢN PHỤ CÓ VẾT MỔ LẤY THAI CŨ

Khuyết điểm	<p>Có thể mổ khi thai chưa đủ trưởng thành. Bé dễ bị suy hô hấp do chậm hấp thu dịch phổi.</p> <p>Bế sản dịch nếu không nong cổ tử cung. Đoạn dưới chưa thành lập tốt nên chảy máu nhiều.</p>	<p>Có thể nứt VMC khi vào chuyển dạ. Cả thầy thuốc và bệnh nhân đều bị động.</p>
-------------	---	--

2.4.2. Thực hiện

- Theo dõi sát tim thai cơn gò vì có thể nứt VMC khi vào chuyển dạ.
- Tránh để chuyển dạ kéo dài. Nếu cơn gò thưa vẫn có thể tăng co nhưng phải theo dõi sát, tốt nhất là theo dõi với monitoring sản khoa.
- Giai đoạn sổ thai: khi cổ tử cung mở trọn, đầu xuống thấp giúp sanh bằng forceps nhằm rút ngắn giai đoạn sổ thai là giai đoạn dễ bị vỡ tử cung nhất.
- Nhau sổ tự nhiên, hạn chế bóc nhau nhân tạo. Kiểm tra tử cung, cổ tử cung sau sổ nhau.

3. QUẢN LÝ THAI NGHÉN TRÊN MỘT THAI PHỤ CÓ VMC

- Khi có thai phải đi khám thai định kỳ và nên khám ở cơ sở có điều kiện phẫu thuật.
- Khi khám thai nhất là những tháng cuối của thai kỳ cần kiểm tra kỹ vị trí bánh nhau và xem có nhau cài răng lược không.

- Dặn sản phụ giữ kín giấy xuất viện và luôn mang theo giấy xuất viện và giấy khám thai ở những lần khám thai kế tiếp và khi đi sanh.
- Cho bệnh nhân nhập viện sớm trước 2 tuần dự sanh nếu nhà xa.
- Dặn bệnh nhân cần nhập viện ngay nếu có đau VMC, ra huyết âm đạo.
- Khi bệnh nhân nhập viện cần phải theo dõi sát tim thai và cơn gò.
- Nếu đã mổ 2 lần rồi và bệnh nhân đã đủ số con, lớn tuổi thì tư vấn bệnh nhân triệt sản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Williams obstetrics 20th edition, chapter 22: Cesarean delivery and cesarean hysterectomy.
2. Williams obstetrics 20th edition, chapter 32: Obstetrics hemorrhage
3. Operative obstetrics, chapter 18: Cesarean section (nguồn hình)

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Chỉ định mổ nào sau đây là chỉ định mổ còn tồn tại:
 - a. Thai suy.
 - b. Khung chậu hẹp.
 - c. Bất xứng đầu chậu do đầu không cuộn tốt.
 - d. Ngôi mông.
 - e. Giục sanh thất bại.
2. Sau giai đoạn sổ thai trên một trường hợp có VMC cần:
 - a. Bóc nhau nhân tạo ngay và kiểm tra tử cung.
 - b. Chờ nhau bong tự nhiên và kiểm tra tử cung và cổ tử cung nếu sanh giúp.
 - c. Hạn chế bóc nhau và kiểm tra tử cung vì có thể làm thủng nôi VMC.
 - d. Chờ nhau bong tự nhiên và kiểm tra tử cung mọi trường hợp.
 - e. Tất cả những câu trên đều sai.
3. Một sản phụ có VMC, thai 40 tuần, siêu âm chỉ số ối = 3, NST có đáp ứng. Hướng xử trí là:
 - a. Mổ lấy thai.
 - b. Làm stress test, nếu âm tính đặt Kovac's chấm dứt thai kỳ.
 - c. Giục sanh chấm dứt thai kỳ.
 - d. Cho nhập viện, làm NST mỗi 3 ngày.
 - e. Tách ối chờ vào chuyển dạ tự nhiên.
4. Đặc điểm vỡ tử cung trong VMC (mổ lấy thai ngang đoạn dưới tử cung)
 - a. Có dấu hiệu Frommel, vòng Bandl.
 - b. Thường chỉ xảy ra khi đã vào chuyển dạ.
 - c. Xảy ra sau khi có triệu chứng dọa vỡ.
 - d. Vết vỡ tử cung thường nham nhở.
 - e. Thường mất máu ít hơn so với mổ lấy thai.
5. Khám thai và quản lý thai nghén:
 - a. Nếu chỉ định mổ không tồn tại, thai kỳ lần này bình thường có thể theo dõi sanh tại trạm y tế.
 - b. Cho sản phụ nhập viện sớm 2 tuần trước ngày dự sanh.
 - c. Nhập viện khi có dấu hiệu chuyển dạ.
 - d. Nên triệt sản mọi trường hợp nếu đứa con trước khỏe mạnh và APGAR đứa này tốt.
 - e. Vết mổ cũ 2 lần là có chỉ định bắt buộc phải triệt sản.
6. Sản phụ có VMC, khi siêu âm trả lời nhau bám mặt trước sát mép cổ tử cung, điều nào sau đây không đúng:
 - a. Tư vấn bệnh nhân về khả năng nhau cài răng lược.
 - b. Cho siêu âm Doppler màu.
 - c. Cho bệnh nhân chụp MRI để kiểm tra bánh nhau.
 - d. Cần phải cắt tử cung khi mổ lấy thai.
 - e. Dự trù máu trước khi tiến hành phẫu thuật.

KỸ THUẬT ĐỔ SANH NGÔI CHỎM

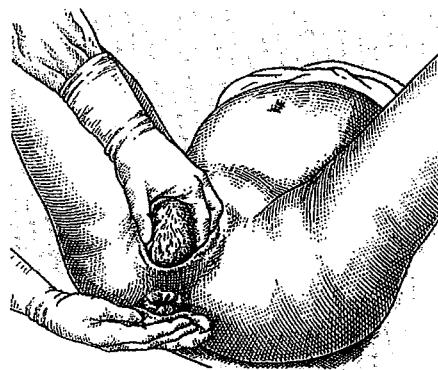
PGS. TS. NGUYỄN NGỌC THOA

Mục tiêu

- Thuần thực các động tác đỡ sanh trường hợp ngôi chỏm, kiểu thế chẩm chậu trái trước.

1. CHUẨN BỊ

- Sản phụ nằm tư thế sản khoa: đầu cao 45° , hai chân gác lên giá đỡ chân, mở rộng hai đùi.
- Rửa vùng âm hộ và tầng sinh môn bằng Benzakonium hoặc thuốc tím pha loãng hoặc Betadin phụ khoa.
- Trải khăn vô trùng che bụng, đùi, dưới mông, chừa vùng âm hộ, tầng sinh môn.
- Người đỡ sanh đội nón, đeo khẩu trang và đi gants vô khuẩn.



Hình 1: Giúp đầu cúi

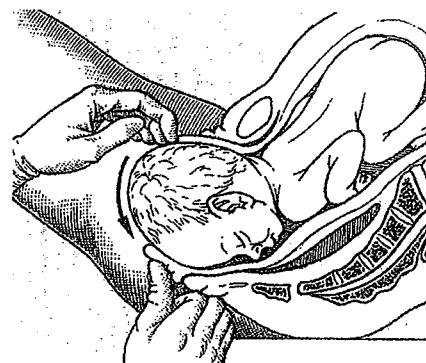
- Giúp đầu ngửa:
 - Đầu sê sô thực sự bằng cách ngửa dần.
 - Cần phải giữ cho đầu sô chậm để khỏi rách tầng sinh môn. Muốn vậy, tay trái đẩy vào trán thai nhi hướng lên trên để từ từ sổ trán, mũi, miệng.
 - Hút nhớt hoặc dùng gạc lau nhớt trong họng và chảy ra từ mũi bé.

2. KỸ THUẬT

Thao tác đỡ theo tuần tự:

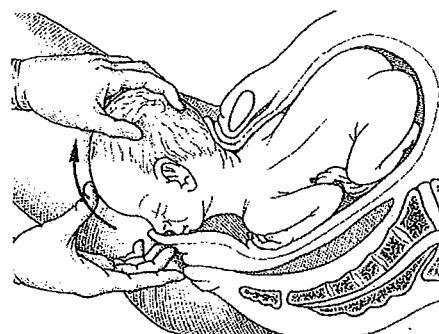
2.1. Đỡ đầu

- Giúp đầu cúi: người đỡ sanh dùng ba ngón tay giữa của tay trái đè vào vùng thượng chẩm để cho đầu cúi thêm, cho tới khi gáy tới dưới xương mu, trong khi đó tay phải đè vào vùng tầng sinh môn.

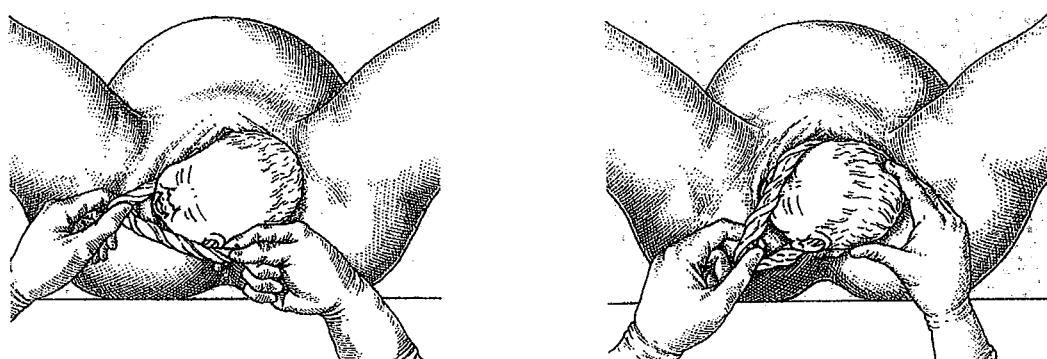


- Khi sổ trán tay phải giữ tầng sinh môn, nếu thấy tầng sinh môn căng quá thì cắt tầng sinh môn lúc này.
- Nếu thấy dây rốn quấn cổ lỏng, tháo dây rốn qua đầu thai ngay. Nếu quấn chặt thì kẹp cắt dây rốn ngay tại vùng cổ thai.
- Lúc này đầu thai tự xoay qua trái 45° và người đỡ giúp đầu quay thêm 45° để đầu thai ở kiểu chẩm chậu trái ngang.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



Hình 2: Giúp đầu ngửa

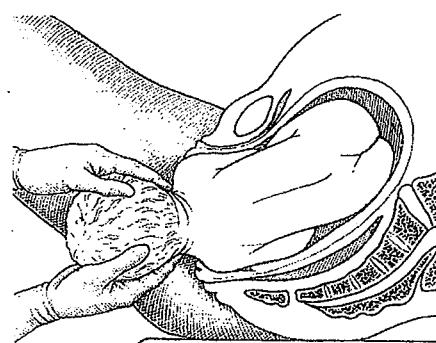


Hình 3: Tháo dây rốn qua khồi đầu thai

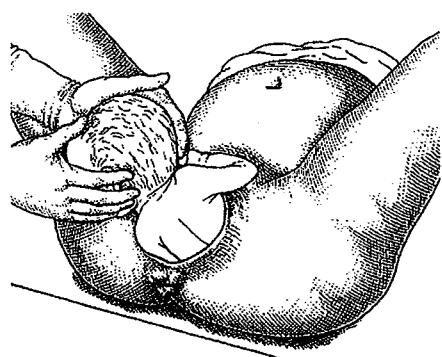
2.2. Đỡ vai

- Đỡ vai trước: hai tay nắm đầu thai nhi, người đỡ kéo đầu thai về phía chân mình và hơi xuống phía dưới để móm vai trước ra hẵn cho đến khi bờ dưới cơ delta tì dưới khớp mu.
- Đỡ vai sau: kéo ngược thai lên trên, vai trước sát vùng tiền đình, thân thai nhi sẽ cong lại và vai sau sẽ sổ nhẹ nhàng không làm rách âm tầng sinh môn.

- Để đầu thai nhi thấp và thấp hơn bàn sanh.
- Sau cùng là cắt dây rốn. Đưa thai đến bàn hồi sức để hút nhớt và thở oxy nếu cần. Chuẩn bị đỡ nhau.



Hình 4: Đỡ vai trước



Hình 5: Đỡ vai sau

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sản phụ khoa. Bộ môn phụ sản trường ĐHYD TPHCM, năm 2000, trang 35-37.
2. William's obstetrics, 21st edition, trang 59.
3. Pratique de l'accouchement, 2^e edition, SIMEP: nguồn hình

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Muốn giúp đầu cúi tốt trong đỡ sanh ngôi chỏm *kiểu thế chẩm chậu trái trước* ta phải làm đúng là:
 - a. Án nhẹ bàn tay trái lên thượng chẩm thai nhi.
 - b. Án nhẹ bàn tay trái lên chẩm thai nhi.
 - c. Án nhẹ ba ngón giữa bàn tay trái lên chẩm thai nhi.
 - d. Án nhẹ ba ngón giữa bàn tay trái lên thượng chẩm thai nhi.
2. Trong ngôi chỏm, kiểu thế chẩm chậu trái trước, sổ kiểu chẩm vẹ, đến thì sổ vai, vai sẽ xoay theo kiểu nào?
 - a. 45 độ theo chiều kim đồng hồ.
 - b. 45 độ ngược chiều kim đồng hồ.
 - c. 135 độ theo chiều kim đồng hồ.
 - d. 135 độ ngược chiều kim đồng hồ.
 - e. Vai sẽ sổ tự nhiên, không qua hiện tượng xoay.
3. Trong thủ thuật sanh ngôi chỏm, cần giữ đầu cúi cho đến khi:
 - a. Đầu xuống đến vị trí + 3.
 - b. Sau khi đã cắt tầng sinh môn.
 - c. Sau khi ụ chẩm của đầu thai tỳ vào bờ dưới khớp vẹ.
 - d. Hạ chẩm của đầu thai tỳ vào bờ dưới khớp vẹ.
 - e. Luôn giữ đầu cúi cho đến khi cả đầu và mặt thai đã ra khỏi âm hộ.
4. Cách giúp đỡ vai trong ngôi chỏm, kiểu thế chẩm chậu phải trước, sổ kiểu chẩm vẹ:
 - a. Vừa hạ đầu, vừa xoay 45 độ theo chiều kim đồng hồ để đem vai phải ra dưới bờ xương vẹ.
 - b. Vừa hạ đầu, vừa xoay 45 độ ngược chiều kim đồng hồ để đem vai trái ra dưới bờ xương vẹ.
 - c. Vừa hạ đầu, vừa xoay 45 độ theo chiều kim đồng hồ để đem vai trái ra dưới bờ xương vẹ.
 - d. Vừa hạ đầu, vừa xoay 45 độ ngược chiều kim đồng hồ để đem vai phải ra dưới bờ xương vẹ.
 - e. Vừa hạ đầu, vừa xoay 135 độ theo chiều kim đồng hồ để đem vai phải ra dưới bờ xương vẹ.
5. Trong ngôi chỏm, kiểu thế chẩm chậu trái trước, tất cả những điều sau đây đều đúng, *ngoại trừ*:
 - a. Đường kính lưỡng đỉnh lọt theo đường kính chéo trái của khung chậu.
 - b. Đầu thai xoay 45 độ ngược chiều kim đồng hồ trước khi sổ.
 - c. Hai vai sẽ lọt theo đường kính chéo trái của khung chậu.
 - d. Thường sổ theo kiểu chẩm cùng.
 - e. Là loại ngôi thường gấp nhất.

XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CỦA CHUYỂN DẠ

PGS. TRẦN THỊ LỢI

Mục tiêu

1. Trình bày ba điểm căn bản của xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ.
2. Phân tích các ưu, khuyết điểm của xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ.
3. Trình bày kỹ thuật kéo dây rốn có kiểm soát trong xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ.
4. Trình bày ba điểm căn bản của xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ.
5. Phân tích các ưu, khuyết điểm của xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ.
6. Trình bày kỹ thuật kéo dây rốn có kiểm soát trong xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ.

Giai đoạn ba của chuyển dạ còn được gọi là thời kỳ sổ nhau là khoảng thời gian từ sau khi sổ thai đến khi nhau bong và được đẩy ra ngoài âm đạo. Trước đây, các nhà thực hành sản khoa có khuynh hướng theo dõi, chờ bong nhau tự nhiên nếu không chảy máu. Tuy nhiên thời gian bong nhau tự nhiên thường kéo dài và là điều kiện thuận lợi cho băng huyết sau sanh, một tai biến nguy hiểm gây ra khoảng 25-30% những ca tử vong bà mẹ.

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới mỗi năm trên toàn cầu có khoảng 529.000 phụ nữ chết vì những biến chứng trong thai kỳ và trong lúc sanh, nghĩa là cứ 100.000 trẻ sinh ra thì có khoảng 400 bà mẹ bị tử vong vì băng huyết sau sanh, trong đó 99% xảy ra ở các nước đang phát triển^[1]. Do đó bước vào thế kỷ thứ 21, Liên Hiệp Quốc với mong mỏi là đến năm 2015, trên toàn thế giới sẽ không còn cực kỳ nghèo đói, đã đặt ra các Mục Tiêu Phát Triển Thiên Niên Kỷ (Millenium Development Goal) mà mục tiêu thứ 5 là đến năm 2015, tỉ lệ tử vong bà mẹ sẽ được giảm 75%. Vì vậy từ năm 2003,

Liên Đoàn Sản Phụ Khoa Quốc Tế (International Federation of Gynecology and Obstetrics: FIGO) kết hợp với Liên Minh Nữ Hộ Sinh Quốc Tế (International Confederation of Midwives: ICM) đã tham gia vào một chiến dịch toàn cầu nhằm phổ biến phương pháp xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ, còn gọi là sổ nhau tích cực^[4]. Tại Việt Nam, từ năm 2007 Bộ Y Tế đã có công văn hướng dẫn tổ chức các lớp tập huấn “xử trí tích cực giai đoạn III cuộc chuyển dạ” để tất cả các cán bộ y tế chuyên ngành sản khoa áp dụng.

1. ĐỊNH NGHĨA

Xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ gồm ba nội dung sau đây: dùng thuốc giúp co hồi tử cung, kẹp và cắt dây rốn sớm, kéo dây rốn có kiểm soát và xoa đáy tử cung sau sổ nhau. [PPH].

1.1. Thuốc co hồi tử cung

Thuốc co hồi tử cung là thành phần quan trọng nhất của xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ. Ba nhóm thuốc co hồi tử cung có thể sử dụng là: oxytocin và

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

đồng vận của oxytocin, ergot alkaloids và prostaglandin.

1.1.1. Oxytocin

Oxytocin là một vòng 9 peptide, do tổng hợp hóa học nhưng giống hoàn toàn hormon tự nhiên được dự trữ ở thùy sau tuyến yên. Truyền tĩnh mạch oxytocin liều thấp sẽ gây co tử cung nhịp nhàng như trong chuyển dạ, nhưng truyền liều cao sẽ gây co cứng tử cung kéo dài. Oxytocin có tác dụng nhanh: thời gian tiêm ẩn để thuốc có tác dụng sau truyền tĩnh mạch là dưới 1 phút, và từ 2 đến 4 phút nếu tiêm bắp. Sau truyền tĩnh mạch, tác dụng của oxytocin đạt đến mức ổn định sau 20-40 phút.

Liều lượng và cách sử dụng:

Oxytocin có thể sử dụng nhiều cách khác nhau như sau:

- Tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin sau sổ vai (để chắc chắn không bị đẻ khó do vai).
- Truyền tĩnh mạch: 20 đơn vị oxytocin pha trong 1000ml NaCl 9% truyền với vận tốc 125ml/giờ.
- Tiêm tĩnh mạch rốn: 20 đơn vị oxytocin pha trong 30ml NaCl 9% tiêm tĩnh mạch rốn được một số tác giả nghiên cứu cho thấy tác dụng của đường tiêm này cũng tương đương đường truyền tĩnh mạch về thời gian sổ nhau và lượng máu mất, nhưng tăng nguy cơ truyền máu ngược từ con sang mẹ, sẽ có thể tăng nguy cơ bệnh tự miễn.

Oxytocin đồng vận

Carbetocin là một loại thuốc tổng hợp từ 8 peptid, có tác dụng giống oxytocin tự

nhiên, có thể tiêm mạch được và tác dụng kéo dài hơn oxytocin.

1.1.2. Syntometrine

Syntometrine: mỗi ống gồm 5 đơn vị oxytocin và 0,500mg ergometrine maleate.

- Tiêm mạch: tử cung có co sau 1 phút và tác dụng của thuốc kéo dài 45phút.
- Tiêm bắp: tử cung có co sau 2-3 phút và tác dụng của thuốc kéo dài 3 giờ.

1.1.3. Ergot alkaloids

Ergot alkaloids có tác dụng gây co tử cung liên tục, kéo dài, ngoài ra còn gây co mạch làm tăng huyết áp và tăng áp lực tĩnh mạch trung ương. Trong các ergot alkaloids, ergometrine và methylergometrine có tác dụng co cơ tốt và ít tác dụng phụ nên thường được sử dụng nhất.

1.1.4. Prostagladin

Prostagladin có tác dụng làm chín mủ cổ tử cung (khi chưa sinh) và gây co cơ tử cung. Misoprostol là một chất tổng hợp tương tự prostaglandin E1, là thuốc chữa đau dạ dày, nhưng đã được Tổ chức Y tế Thế giới chấp nhận cho sử dụng như một thuốc gây co cơ tử cung. Vì vậy, ở những nơi không thể tiêm oxytocin, misoprostol đặt hậu môn sau sanh có thể giúp co hồi tử cung. Tuy nhiên vì tác dụng của misoprostol chậm nên nếu có oxytocin, thì không sử dụng misoprostol để dự phòng băng huyết sau sanh.

Trong một phân tích gộp gồm 14 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng so sánh tác dụng của misoprostol với

oxytocin cho thấy nhóm sử dụng misoprostol có nguy cơ gây băng huyết sau sanh với mức độ máu mất >1000ml cao hơn nhóm dùng oxytocin (RR: 1,34 khoảng tin cậy 95%: 1,16 – 1,55) [4]

1.2. Kẹp và cắt dây rốn sớm, kéo dây rốn có kiểm soát

1.2.1. Kẹp và cắt dây rốn sớm

Cho đến nay, vẫn chưa có được quy định chính xác bao lâu sau sổ thai thì kẹp cắt dây rốn. Thông thường, các nhà sản khoa thực hiện sẽ kẹp cắt dây rốn trong vòng 30 giây sau sổ thai cho dù dây rốn có còn đập hay không.

Nếu kẹp dây rốn trễ, sau sổ thai 3 phút hoặc khi dây rốn ngưng đập với tư thế bé sơ sinh thấp hơn âm hộ bà mẹ sẽ giúp cho tăng thêm 30% thể tích máu cho con, tăng dung tích hồng cầu và lượng hemoglobine cho con, tránh được thiếu máu sơ sinh, những ích lợi này kéo dài 3 tháng sau sanh. Ở những bà mẹ Rhesus(-), kẹp cắt dây rốn sớm làm tăng nguy cơ truyền máu ngược từ con sang mẹ, tăng nguy cơ mắc bệnh tự miễn^[4].

Năm 2001, Judith S Mercer đăng trên Journal of Midwifery & Women's Health nghiên cứu gộp "Current best evidence: a review of the literature on umbilical cord clamping" xem xét tình trạng kẹp rốn của 531 sơ sinh từ 9 nghiên cứu lâm sàng, cho thấy kẹp rốn sớm có thể làm giảm đến 50% lượng hồng cầu của bé. Kẹp rốn muộn từ 3 phút sau sổ thai đến khi dây rốn ngừng đập giúp tăng lượng hồng cầu đến các cơ quan, giảm tỉ lệ trẻ đủ tháng bị thiếu máu ở 2

tháng tuổi. Trẻ non tháng được tăng dung tích hồng cầu và lượng hemoglobin, thể tích máu, thích nghi tim phổi tốt, giảm số ngày phải thở ôxy, hỗ trợ hô hấp, truyền máu. Không có trường hợp nào bị đa hồng cầu hoặc tăng bilirubin trong máu^[3].

FIGO kết hợp với ICM sau nghiên cứu của Mercer đã quyết định thay đổi định nghĩa của xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ: không bao gồm nội dung cắt dây rốn sớm^[3].

Năm 2009, một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng được thực hiện trên 300 thai phụ khỏe mạnh đến sanh tại bệnh viện Từ Dũ, chia làm 2 nhóm: nhóm 1 thực hiện sổ nhau tích cực truyền thống gồm dùng thuốc giúp co hồi tử cung, kẹp và cắt dây rốn sớm, kéo dây rốn có kiểm soát và nhóm 2 thực hiện sổ nhau tích cực biến đổi: dùng thuốc giúp co hồi tử cung, kẹp và cắt dây rốn khi dây rốn ngưng đập, đỡ nhau khi nhau bong. Các tác giả nhận thấy lượng máu mất trong vòng 2 giờ sau sanh giữa hai nhóm không khác biệt có ý nghĩa về phương diện thống kê; nhưng về tai biến: nhóm 1 có 1 trường hợp đứt dây rốn, nhóm 2 không có đứt dây rốn, nhóm 1 có 5 trường hợp soát lòng tử cung, nhóm 2 có 3 trường hợp soát lòng tử cung^[3].

1.2.2. Kéo dây rốn có kiểm soát^[1]

- Kẹp dây rốn gần sát âm hộ, một tay cầm kẹp dây rốn.
- Đặt một tay lên bụng sản phụ, phía trên xương vệ để giữ cho đáy tử cung không bị lộn khi kéo dây rốn.
- Khi có cơn co tử cung, khuyến khích sản phụ rặn xuống đồng thời kéo nhẹ

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- dây rốn giúp sổ nhau, tay trên vê ấn đáy tử cung ngược lên phía xương ức.
- Nếu dây rốn không xuống được sau khi kéo khoảng 30-40 giây thì sẽ ngưng kéo, chờ cơ co sau mới tiếp tục kéo.
- Khi nhau ra đến âm hộ: sổ nhau: đỡ bánh nhau bằng hai tay và xoay nhẹ để sổ trọn màng nhau.
- Nếu màng nhau bị rách: đặt van âm đạo, dùng kẹp hình tim gấp màng nhau.
- Nếu sót nhau, hoặc đứt dây rốn: soát lòng tử cung sau khi tiêm thuốc giảm đau, chống sốc vagal.

Chú ý: chỉ kéo dây rốn khi tay trên vê ấn đẩy đáy tử cung về phía xương ức để tránh lộn đáy tử cung.

1.3. Xoa đáy tử cung

- Ngay sau sổ nhau, xoa đáy tử cung liên tục giúp tử cung co hồi tốt.
- Mỗi 15 phút kiểm tra sự co hồi tử cung trong vòng 2 giờ đầu sau sanh.

2. KẾT LUẬN

Nên áp dụng xử trí tích cực giai đoạn III cuộc chuyển dạ cho tất cả các thai phụ vì những tài liệu về y học chứng cứ đã chứng minh rằng: so sánh với phương pháp theo dõi chờ sổ nhau tự nhiên (không can thiệp gì) thì sổ nhau tích cực: giảm tỉ lệ thai phụ bị băng huyết sau sanh với mức độ máu mất >500ml, >1000ml, và giảm tỉ lệ thai

phụ cần được truyền máu. Tuy nhiên sổ nhau tích cực cũng có một số tác dụng phụ như có thể làm đứt dây rốn, tăng tỉ lệ sót màng nhau, mũi nhau nên cũng làm tăng tỉ lệ thai phụ cần được soát lòng tử cung. Khi thực hiện sổ nhau tích cực nên lưu ý thời điểm kẹp cắt dây rốn và kỹ thuật kéo dây rốn nhằm bảo đảm lợi ích cho mẹ và con.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A.B. Lalonde, B.A. Daviss, A. Acosta and K. Herschderfer. Postpartum Hemorrhage Today. Living in the shadow of the Taj Mahal. *A textbook of postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing, 2006:02-10.*
2. Mercer J. Current best evidence: a review of the literature on umbilical cord clamping. *J. Midwifery & Women's Health 2001; 46: 402-13.*
3. Trần Thị Lợi, Phạm Hà Tú Ngân. So sánh sổ nhau tích cực và sổ nhau tích cực biến đổi: một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng tại Bệnh Viện Từ Dũ.. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh. Hội Nghị Khoa Học Kỹ Thuật Đại Học Y Dược TP. HCM Lần Thứ 27 – 15/01/2010, Chuyên đề Sức Khỏe Sinh Sản và Bà Mẹ - Trẻ Em. Phụ bản của tập 14* Số 1* 2010, trang 207 - 212.*
4. Walter JP Prendiville and Mac O'Connel. Active management of third stage of labor. *A postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing, 2006: 98- 108.*

XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CỦA CHUYỂN DẠ

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Trong xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ, thành phần nào dưới đây là quan trọng nhất:
 - a. Sử dụng thuốc gây co tử cung.
 - b. Kẹp dây rốn sớm.
 - c. Kẹp dây rốn sát âm hộ.
 - d. Kéo dây rốn có kiểm soát.
 - e. Tay trên vê giữ đáy tử cung.
2. Mục tiêu Phát Triển Thiên Niên Kỷ thứ 5 là đến năm 2015 tỉ lệ tử vong bà mẹ sẽ giảm được:
 - a. 25%.
 - b. 50%.
 - c. 75%.
 - d. 90%.
 - e. 95%.
3. CHỌN 1 CÂU SAI: trong kỹ thuật xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ: khi kéo dây rốn có kiểm soát:
 - a. Bàn tay đặt trên bụng sản phụ giúp đánh giá co hồi tử cung.
 - b. Bàn tay đặt trên bụng sản phụ giúp đẩy đáy tử cung về phía xương ức khi kéo dây rốn.
 - c. Bàn tay đặt trên bụng sản phụ giúp đẩy đáy tử cung về phía âm hộ khi kéo dây rốn.
 - d. Bàn tay đặt trên bụng sản phụ giúp tránh lộn đáy tử cung khi kéo dây rốn.
 - e. Bàn tay đặt trên bụng sản phụ giúp nhận biết cơn co tử cung khi kéo dây rốn.
4. Liều lượng và cách sử dụng Oxytocin trong xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ:
 - a. Tiêm mạch 10 đơn vị Oxytocin sau sổ thai.
 - b. Tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin sau sổ nhau.
 - c. Tiêm mạch 10 đơn vị Oxytocin sau sổ nhau.
 - d. Tiêm mạch 10 đơn vị Oxytocin trước sổ thai.
 - e. Tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin sau sổ thai.
5. Thời gian tiêm ẩn để oxytocin có tác dụng sau truyền tĩnh mạch:
 - a. <1 phút.
 - b. 2 đến 4 phút.
 - c. 10 phút.
 - d. 20 phút.
 - e. 30 phút.
6. CHỌN 1 CÂU SAI: Carbetocin là một loại thuốc:
 - a. Đồng vận với oxytocin.
 - b. Đối vận với oxytocin.
 - c. Có tác dụng giống oxytocin.
 - d. Có thể tiêm mạch được.
 - e. Tác dụng co cơ tử cung kéo dài hơn oxytocin.
7. So với sổ nhau tự nhiên, sổ nhau tích cực có ưu điểm:
 - a. Giảm nguy cơ băng huyết sau sanh.
 - b. Rút ngắn thời gian sổ nhau.
 - c. Giảm nguy cơ soát lòng tử cung.
 - d. Tất cả đều đúng.
 - e. a và b đúng.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

8. CHỌN 1 CÂU SAI: Misoprostol là một loại thuốc:
- Prostaglandin E1.
 - Chữa đau dạ dày.
 - Có tác dụng gây co tử cung.
 - Được chọn lựa dự phòng băng huyết sau sanh.
 - Rẻ tiền, dễ bảo quản.
9. Băng huyết sau sanh là một tai biến gây ra tử vong bà mẹ:
- 10%.
 - 25%.
 - 50%.
 - 70%.
 - 90%.
10. Sau nghiên cứu gộp của Mercer về các chứng cứ của thời điểm kẹp cắt dây rốn, FIGO và ICM đã quyết định:
- Nhấn mạnh sự cần thiết của cắt dây rốn sớm trong xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ.
 - Bỏ nội dung cắt dây rốn sớm trong xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ.
 - Quy định thời điểm cắt dây rốn sớm trong xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ.
 - Hướng dẫn chi tiết kỹ thuật cắt dây rốn sớm trong xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ.
 - Tất cả các câu trên đều đúng.

CẮT VÀ KHÂU TẦNG SINH MÔN

ThS. TRỊNH HỮU PHÚC

Mục tiêu

Thuần thực các động tác cắt và khâu tầng sinh môn.

DỤNG CỤ

Khăn vô trùng để che đắp bệnh nhân
(khăn có lõi), găng tay vô trùng.

Bộ dụng cụ cắt khâu tầng sinh môn:
kéo Mayo (thẳng, đầu tù), nhíp có mấu và
không mấu.

Thuốc tê lidocain 2% 2ml: 2-3 ống.

Chỉ chromic 00 liền kim.

Tampon lớn và gòn viên.

ĐIỀU KIỆN CHUNG

Các dụng cụ phải được tiệt trùng.

Người cắt khâu tầng sinh môn phải đội
mũ, đeo khẩu trang, đeo găng tay.

CHỈ ĐỊNH CẮT TẦNG SINH MÔN

Con so.

Con to.

Sanh non.

Sanh thủ thuật.

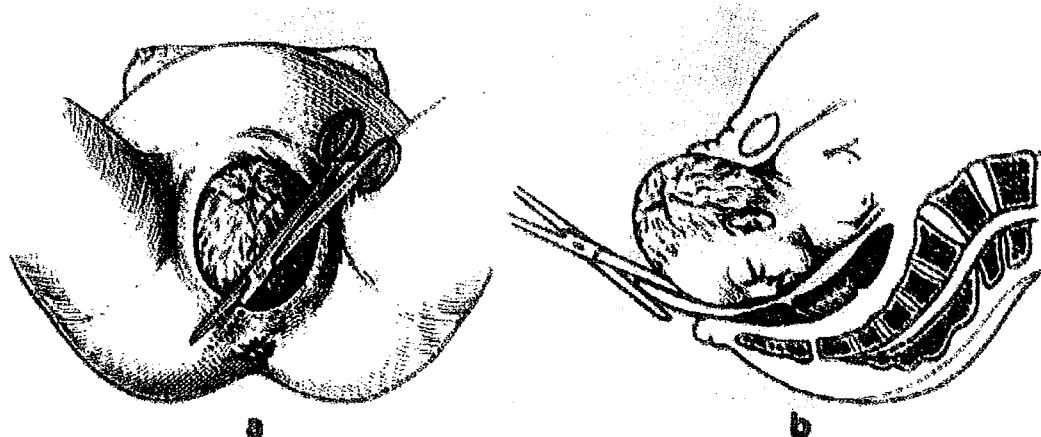
THỰC HÀNH

Cắt tầng sinh môn

Trong giai đoạn sổ thai, lúc tầng sinh môn
dãn mỏng, thấy đầu thai lộ ra với đường kính
2-3 cm.

Gây tê tại chỗ theo đường chéo bên phải
với dung dịch lidocain pha nồng độ 1%
(không dùng quá 3 ống lidocaine 2%, 2ml).

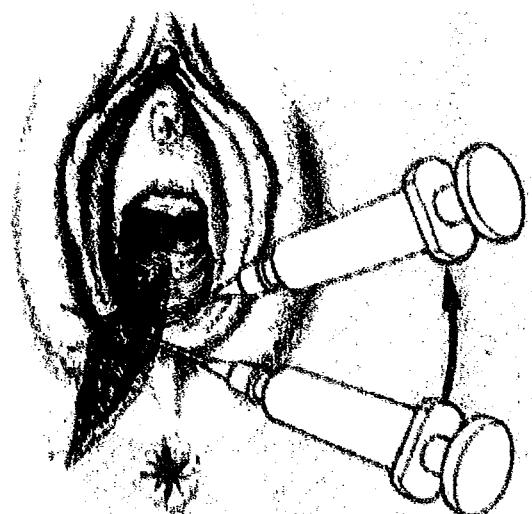
Hai ngón tay trỏ và ngón giữa bàn tay trái
lót giữa đầu thai và tầng sinh môn, tay phải
cầm kéo cắt theo đường chéo bên phải (hợp
với đường giữa 45°) khoảng 3cm.



Hình 1: Cắt tầng sinh môn

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

Khâu tầng sinh môn



Hình 2: Gây tê tại chỗ

Sau khi sổ nhau.
Trải lại khăn vô trùng khác.
Sát trùng lại vết cắt bằng betadine 10%.
Gây tê tại chỗ vết cắt tầng sinh môn để chuẩn bị khâu.

Thám sát xem vết cắt sâu và dài bao nhiêu.

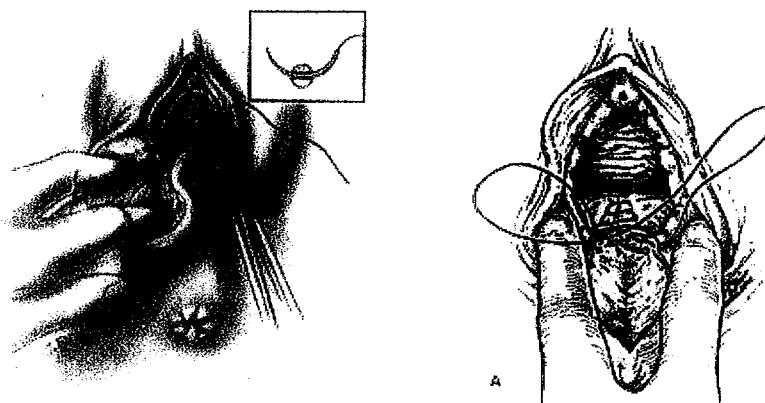
Đặt một tampon trong âm đạo, đẩy tampon về phía cùng đồ qua đỉnh vết cắt (để chặn sản dịch từ trên xuống phẫu trường).

Khâu từng lớp, không chừa khoảng chênh.

Lớp trong âm đạo (lớp niêm mạc và dưới niêm mạc): chỉ chromic 00, khâu mũi liên tục, mũi đầu tiên, khâu cách đỉnh vết cắt 0,5-1cm về phía cùng đồ (nên khâu mũi đầu tiên là mũi chữ X). Kết thúc lớp niêm mạc và dưới niêm là phải đính được hai mép màng trinh lại với nhau cân xứng.

Lớp cơ: khâu lớp cân và cơ tầng sinh môn bằng 3-4 mũi rời, chỉ chromic 00.

Lớp dưới da và da: khâu lớp cân nồng bằng mũi liên tục, tiếp sau đó khâu trong da hoặc khâu da bằng mũi rời.



Hình 3: Khâu lớp niêm mạc và dưới niêm mạc

CẮT VÀ KHÂU TẦNG SINH MÔN



Hình 4: Khâu lớp cơ



Hình 5: Khâu trong da

BÓC NHAU NHÂN TẠO VÀ KIỂM TRA SINH DỤC

PGS.TS. NGÔ THỊ KIM PHUNG

Mục tiêu

- Nêu được chỉ định của các thủ thuật bóc nhau nhân tạo, kiểm tra tử cung, cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn.
- Trình bày các bước chuẩn bị các thủ thuật trên.
- Kể toàn tự các bước thực hiện các thủ thuật trên.
- Trình bày được các biến chứng các thủ thuật trên.

Trong một cuộc chuyển dạ và sanh ngả âm đạo, sau khi sổ thai cần:

- Hạ đầu thấp.
- Đo lại mạch, huyết áp.
- Để ngay một chậu hứng máu chảy để theo dõi lượng máu mất.

Không được xoa bóp tử cung, tôn trọng thời gian nghỉ ngơi sinh lý của tử cung, vì nếu xoa bóp tử cung co hồi làm nhau bong không hoàn toàn.

Chờ nhau sổ tự nhiên, rồi mới tiến hành may tầng sinh môn. Tuy nhiên một số trường hợp cần phải bóc nhau nhân tạo và kiểm tra tử cung, cổ tử cung, âm đạo và tầng sinh môn, chứ không chờ nhau sổ tự nhiên.

1. BÓC NHAU NHÂN TẠO

1.1. Chỉ định

Nhau chưa sổ mà máu mất > 300g.

Quá 30 phút kể từ khi sổ thai mà nhau chưa bong.

Có yêu cầu kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung sau một cuộc chuyển dạ kéo dài và khó khăn, giúp sanh, thủ thuật nội xoay thai, đại kéo thai trong ngôi mông.

Kiểm tra tử cung ở những người có thai và dụng cụ tử cung.

Nghi ngờ tử cung dị dạng, u xơ tử cung.

1.2. Chống chỉ định

Nếu bệnh nhân đang bị shock thì hồi sức chống shock rồi mới tiến hành thủ thuật.

1.3. Chuẩn bị

Giải thích cho bệnh nhân công việc sẽ làm và sự cần thiết của thủ thuật để bệnh nhân hợp tác tốt.

Dụng cụ:

- Champs, găng tay dài vô trùng.
- Gòn và thuốc sát khuẩn.
- Dụng cụ chống shock.
- Lập một đường truyền tĩnh mạch.

Thuốc:

- Atropin 0,25mg 1 ống tiêm dưới da hay pha loãng tiêm tĩnh mạch chậm để phòng ngừa shock vagal.
- Thuốc giảm đau:

- Dolargan 100mg 1/2 ống tiêm tĩnh mạch.
- Morphin 100mg 1 ống tiêm bắp.
- Seduxen 10mg 1 ống tiêm bắp.

Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa đầu hơi cao.

Sát trùng âm hộ âm đạo.

Trải champs vô trùng.

BÓC NHAU NHÂN TẠO VÀ KIỂM TRA SINH DỤC

1.4. Kỹ thuật

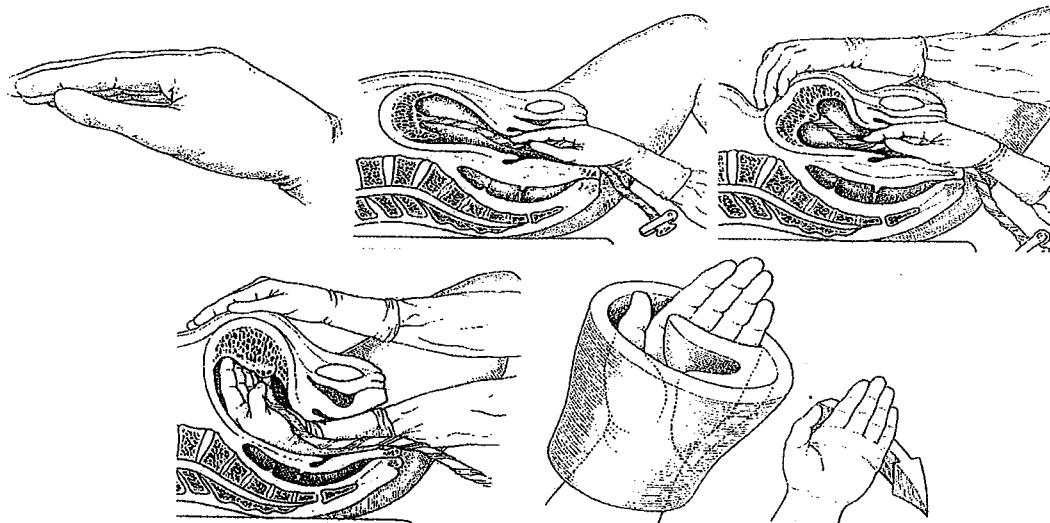
Trong quá trình thực hiện phải nhẹ nhàng và luôn luôn quan sát bệnh nhân.

Một tay để trên thành bụng để giữ cố định đáy tử cung. Tay còn lại lần theo dây rốn đưa vào buồng tử cung. Xác định vị trí nhau bám và mép của bánh nhau, dùng bờ trụ của bàn tay lách vào giữa bánh nhau và thành tử cung. Mặt lòng bàn tay ôm bánh

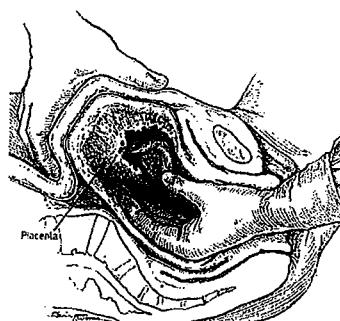
nhau và mặt lưng tiếp xúc với thành tử cung từ từ tách bánh nhau khỏi thành tử cung. Đến khi bánh nhau tróc hoàn toàn khỏi tử cung, ôm trọn bánh nhau kéo từ từ ra khỏi buồng tử cung.

Liền sau đó kiểm tra tử cung.

Kiểm tra bánh nhau, màng nhau, dây rốn xem có đủ chưa? Đồng thời đánh giá xem có những bất thường gì không?



Hình 1: Kỹ thuật bóc nhau nhân tạo⁽²⁾



Hình 2: Thủ thuật bóc nhau nhân tạo⁽¹⁾

1.5. Tai biến

Shock vagal.

Nhiễm trùng hậu sản.

Tổn thương tử cung, thủng tử cung đặc biệt trong những trường hợp có VMC nếu thực hiện thủ thuật thô bạo không đúng kỹ thuật.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

Lộn tử cung nếu chưa bóc được hoàn toàn bánh nhau mà đã nấm dây rốn kéo.

2. KIỂM TRA TỬ CUNG

2.1. Chỉ định

Sau thủ thuật bóc nhau nhân tạo (chỉ định ở phần trên).

Kiểm tra sự toàn vẹn tử cung ở những trường hợp sanh/VMC, sanh giúp, chuyển dạ kéo dài...

Sau khi sổ nhau kiểm tra thấy thiếu: nếu kiểm tra thấy thiếu mũi nhau thì chỉ định tuyệt đối; nếu sót màng nhau thì chỉ kiểm tra tử cung khi sót nhiều ($1/3 - 1/4$ màng nhau).

Băng huyết sau sanh ở tuyến dưới chuyển lên cần kiểm tra hệ thống lại tử cung, cổ tử cung, âm đạo và tàng sinh môn.

Sau khi kiểm tra cổ tử cung thấy rách lên đến túi cùng.

2.2. Chống chỉ định, chuẩn bị, kỹ thuật và tai biến: *giống như trong trường hợp bóc nhau nhân tạo*

Kiểm tra tử cung từ đáy (chú ý hai góc) đến thân (mặt trước, sau và hai thành trái, phải) và đoạn dưới tử cung, cần chú ý đến:

- Vị trí bánh nhau.
- Tử cung co hồi tốt không: tử cung siết chặt bàn tay hay rỗng, mềm nhão.
- Còn sót nhau trong buồng tử cung không: nếu lòng tử cung sạch, thấy thành tử cung đều nhám, nếu thấy có chỗ gồ lên sàn nghỉ đến sót nhau. Cần chú ý đến 2 góc tử cung vì hai góc dễ bị sót nhau do tử cung siết chặt.
- Sự toàn vẹn của tử cung: xem tử cung có bị vỡ hay không? Cần chú ý

đến đoạn dưới tử cung ở vị trí 3 giờ và 9 giờ, nếu có vết mổ cũ thì lần theo vết mổ cũ. Khi kiểm tra đoạn dưới tử cung tay trên thành bụng đẩy đáy tử cung về phía rốn để đoạn dưới căng dễ kiểm tra, tay trong tử cung miết dọc từ trên xuống và từ trái qua phải để kiểm tra sự toàn vẹn của đoạn dưới.

- Kiểm tra xem tử cung có dị dạng không: tử cung đôi, tử cung 2 sừng... và những bất thường khác như u xơ tử cung.
- Khi đã làm xong mới rút tay ra ngoài, tránh rút tay ra và cho tay vào nhiều lần vì mỗi động tác đó có nguy cơ đưa vi khuẩn từ ngoài âm hộ, âm đạo vào trong buồng tử cung và gây đau cho bệnh nhân.

Sau thủ thuật cần:

- Cho thuốc co hồi tử cung.
- Theo dõi tổng trạng, sinh hiệu, khối cầu an toàn, huyết AĐ.
- Kháng sinh dự phòng.

3. KIỂM TRA CỔ TỬ CUNG BẰNG DỤNG CỤ

3.1. Chỉ định

Sau sanh giúp: ventouse, forceps.

Sau sanh thấy máu đỏ tươi chảy ra nhiều mặc dù tử cung gò tốt.

Băng huyết sau sanh ở tuyến dưới chuyển lên cần kiểm tra hệ thống lại tử cung, cổ tử cung, âm đạo và tàng sinh môn.

Sau những trường hợp sanh nhanh, cổ tử cung trước sanh phù nề, chắc (con so lớn tuổi), con to.

3.2. Chống chỉ định: *nếu bệnh nhân đang bị shock thì hồi sức chống shock rồi mới tiến hành thủ thuật.*

3.3. Chuẩn bị

Giải thích cho bệnh nhân công việc sẽ làm và sự cần thiết của thủ thuật để bệnh nhân hợp tác tốt.

Dụng cụ:

- Champs, mâm vô trùng.
- Hai valve âm đạo.
- 3 kèm hình tim và 1 kèm gấp gạc.
- Kèm mang kim, nhíp, kim chỉ, kéo cắt chỉ.
- Gòn và thuốc sát khuẩn.

Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa.

Sát trùng âm hộ-âm đạo.

Trải champs vô trùng.

Một người kiểm tra cổ tử cung và một hay hai người phụ.

3.4. Kỹ thuật

Một người phụ ấn đáy tử cung và một người giữ valve âm đạo.

Dùng 1 kèm hình tim kẹp ở vị trí 12 giờ để làm mốc. Kèm hình tim thứ 2 kẹp ở vị trí 1-2 giờ, và kiểm tra giữa 2 kèm này xem có rách, chảy máu gì không? Kế tiếp dùng kèm hình tim thứ 3 kẹp ở vị trí 3-4 giờ và kiểm tra giữa kèm thứ 2 và 3. Rồi tháo kèm thứ 2, di chuyển tới vị trí 5-6 giờ, lại kiểm tra giữa 2 kèm này. Cứ làm

như vậy theo chiều kim đồng hồ đến khi trở về vị trí 12 giờ thì ngưng.

Trong khi làm thì người phụ xoay valve sao cho thấy rõ vùng đang kiểm tra.

3.5. Rách cổ tử cung

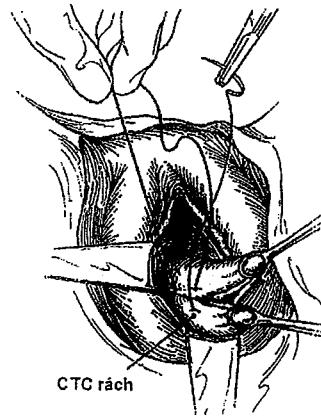
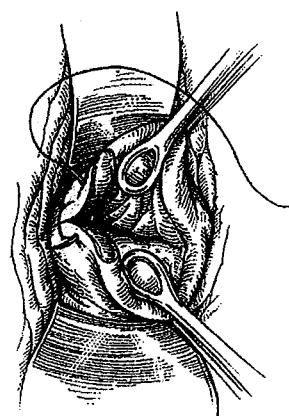
Các vết rách cổ tử cung dưới 2cm phải được xem là điều khó có thể tránh khỏi trong khi sanh. Các vết rách như thế lành nhanh và khi lành làm biến đổi hình dạng cổ tử cung.

Rách cổ tử cung thường ở vị trí 3 giờ và 9 giờ vì vùng này ít có mô xơ và mô sợi.

Các vết rách ở cổ tử cung có thể lan rộng tới đoạn dưới tử cung, động mạch tử cung và các nhánh chính của nó và thậm chí rách đến vùng đáy chậu.

Khi vết rách giới hạn ở cổ tử cung, chỉ cần khâu cổ tử cung. Nếu có kèm theo rách âm đạo thì những vết rách này phải được khâu sau khi khâu vết rách ở cổ tử cung. Khâu vết rách cổ tử cung chủ yếu là để cầm máu, không nên cố gắng phục hồi lại hình dáng cổ tử cung có thể dẫn đến hẹp cổ tử cung sau này.

Khi vết rách lan rộng khỏi cổ tử cung, rách rộng đến cùng đồ âm đạo hoặc tạo thành khối máu tụ lớn sau phúc mạc hay trong phúc mạc, thì phải tiến hành mở bụng thám sát để phát hiện vỡ tử cung có thể xảy ra và xử trí kịp thời.



Hình 3: Khâu vết rách cổ tử cung ở vị trí 9 giờ⁽²⁾

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

4. KIỂM TRA ÂM ĐẠO-TẦNG SINH MÔN

4.1. Chỉ định

Tất cả các trường hợp sanh ngả âm đạo cho dù có cắt tầng sinh môn hay không cũng đều phải kiểm tra âm đạo tầng sinh môn sau sanh.

4.2. Chuẩn bị

Giải thích cho bệnh nhân công việc sẽ làm và sự cần thiết của thủ thuật để bệnh nhân hợp tác tốt.

Dụng cụ:

- Champs, mâm vô trùng.
- Hai valve âm đạo (có thể cần nếu thấy rách sâu).
- Kèm mang kim, nhíp, kim chỉ, kéo cắt chỉ.
- Gòn và thuốc sát khuẩn.

Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa.

Sát trùng âm hộ âm đạo.

Trải champ vô trùng.

Một người kiểm tra âm đạo và một người phụ.

4.3. Kỹ thuật

Dùng tay kiểm tra hết các thành âm đạo xem có rách hay không? Nếu rách sâu cần phải có người phụ giữ valve âm đạo và xoay valve để có thể quan sát hết các thành âm đạo. Khi kiểm tra cần chú ý các vết rách sâu, và phải xem có bị bóc tách lớp niêm mạc và cơ ở dưới không?

Kiểm tra vùng tiền đình, tầng sinh môn xem có rách đến cơ vòng hậu môn chưa?

Kiểm tra cơ vòng hậu môn: đưa ngón tay vào hậu môn xem cơ vòng có xiết chặt hay lỏng lẻo?

Sang chấn phần mềm ở âm đạo, âm hộ, tầng sinh môn thường xảy ra sau khi sanh quá nhanh, sau sanh thủ thuật và nhất là ở những sản phụ bị tiền sản giật, thiếu máu, suy kiệt. Mô bị phù nề, rách bở do đó rất dễ bị sang chấn.

Đối với những vết xước niêm mạc nhẹ, cạn, không chảy máu thì không cần xử trí gì. Nhưng nếu vết xước dài, sâu, xuất huyết thì phải khâu phục hồi, cầm máu.

Nếu vết rách sâu vào cơ nhẹ, chảy máu ít thì có thể khâu phục hồi tại phòng sanh dưới gây mê tại chỗ. Nhưng nếu rách sâu vào cơ nặng, chảy máu nhiều phải khâu phục hồi tại phòng mổ với gây mê đường tĩnh mạch.

Nguyên tắc khâu phải đảm bảo đúng lớp và không được để khoảng hở ở phía dưới. Sau khi khâu phải thăm trực tràng để đảm bảo không khâu dính vào trực tràng.

4.4. Phân độ rách tầng sinh môn

Độ I: rách niêm mạc âm đạo và da.

Độ II: độ I + cân, cơ.

Độ III: độ II + cơ vòng hậu môn.

Độ IV: độ III + niêm mạc trực tràng.



Hình 4: Rách tầng sinh môn độ II⁽¹⁾

BÓC NHAU NHÂN TẠO VÀ KIỂM TRA SINH DỤC

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pratique de l'accouchement, 2^e edition, SIMEP: nguồn hình (2)
2. Operative obstetrics, 1995, APPLETON & LANGE, Chapter 14: Puerperal Hematomas and Lower Genital Tract Lacerations
3. William Obstetrics, 21st Edition, McGraw Hill, Chapter 32: Obstetrical Hemorrhage: nguồn hình (1)

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Trong một cuộc chuyển dạ và sanh ngả âm đạo, sau khi sổ thai cản:
 - a. Hạ đầu thấp.
 - b. Đo lại mạch, huyết áp.
 - c. Để ngay một chậu hứng máu chảy để theo dõi lượng máu mất.
 - d. Không được xoa bóp tử cung, tôn trọng thời gian nghỉ ngơi sinh lý của tử cung, vì nếu xoa bóp tử cung co hồi làm nhau bong không hoàn toàn.
 - e. Tất cả đều đúng.
2. Phân độ rách tầng sinh môn:
 - a. Độ I: rách niêm mạc âm đạo và da.
 - b. Độ II: độ I + cân, cơ vòng hậu môn.
 - c. Độ III: độ II + niêm mạc trực tràng.
 - d. Độ IV: độ III + đường rách phức tạp nhiều ngóc ngách.
 - e. Tất cả đều đúng.
3. Chỉ định bóc nhau nhân tạo:
 - a. Nhau chưa sổ mà máu mất $\geq 100g$.
 - b. 10 phút kể từ khi sổ thai mà nhau chưa bong.
4. Có yêu cầu kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung sau một cuộc sanh có vết mổ cũ.
 - a. Kiểm tra tử cung ở những người có thai và dụng cụ tử cung.
 - b. Tất cả đều đúng.
5. Kiểm tra cổ tử cung cần mấy kẹp hình tim:
 - a. 1.
 - b. 2.
 - c. 3.
 - d. 4.
 - e. 5.
6. Các vết rách cổ tử cung:
 - a. Rách cổ tử cung hiếm khi xảy ra nếu sanh thường.
 - b. Nếu rách ít, không chảy máu không cần may.
 - c. Tất cả các vết rách ở cổ tử cung đều phải được may lại.
 - d. Chỉ các vết rách ở vị trí 3 giờ, 9 giờ mới phải may.
 - e. Tất cả đều sai.

FORCEPS SẢN KHOA

ThS. LÊ THỊ KIỀU DUNG

Mục tiêu

1. Mô tả được những thành phần chính của một forceps.
2. Phân tích những chỉ định, chống chỉ định giúp sanh bằng forceps.
3. Trình bày những điều kiện đặt forceps.
4. Trình bày kỹ thuật đặt, kiểm tra và kéo forceps.
5. Kể được các biến chứng của forceps cho mẹ và thai.

1. MÔ TẢ DỤNG CỤ

Forceps thay đổi đáng kể trong hình dạng và kích thước nhưng cơ bản bao gồm 2 cành giao nhau, cành trái được đặt vào bên trái người mẹ và cành phải được đặt vào bên phải người mẹ.

Mỗi cành có 4 thành phần: thìa, thân, khóa và tay cầm. Mỗi thìa có 2 độ cong: đầu và chậu. Độ cong đầu phù hợp với hình dạng của đầu thai nhi và độ cong chậu phù hợp với hình dạng khung chậu người mẹ.

Độ cong đầu nên đủ rộng để ôm chặt đầu thai mà không gây chèn ép. Độ cong chậu tương ứng nhiều hay ít với trực của khung chậu người mẹ nhưng thay đổi đáng kể tùy theo loại forceps khác nhau. Nhờ có hai độ cong này, ta có thể định hướng được forceps khi sử dụng. Ngoài ra ta còn có thể có thêm độ cong tầng sinh môn.

Thìa có thể có cửa sổ hoặc không? Dạng có cửa sổ nhiều hơn dạng đặc cho phép giữ đầu thai chắc chắn hơn. Thìa nối tiếp với tay cầm bởi cán cho dụng cụ độ dài cần thiết. Cán hoặc song song như forceps Simpson hoặc bắt chéo như forceps Tucker-McLean.

Hai cành được khớp với nhau bởi một khóa hoặc hoàn toàn không có khóa (forceps Suzor). Loại khớp hoặc khóa

forceps thay đổi tùy loại dụng cụ khác nhau. Cách thức chung của khớp bao gồm một hốc định vị trên cán ở chỗ nối với tay cầm, khớp với một hốc tương tự nằm trên cán đối diện (khớp kiểu Anh). Kiểu khóa trượt được dùng trong vài loại forceps như forceps Kielland cho phép cán di chuyển về phía trước và về phía sau một cách độc lập.

2. CHỨC NĂNG CỦA FORCEPS: Forceps có 3 chức năng: kẹp, xoay, kéo

2.1. Kẹp: khi kẹp, có 2 yêu cầu được đặt ra

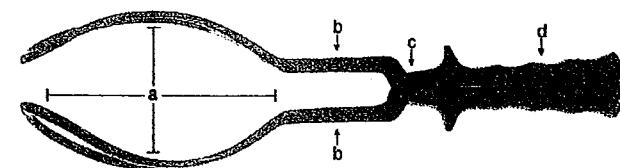
(1) Khả năng kẹp giữ chắc chắn.

(2) Áp lực đặt lên đầu thai nhi giảm tối thiểu.

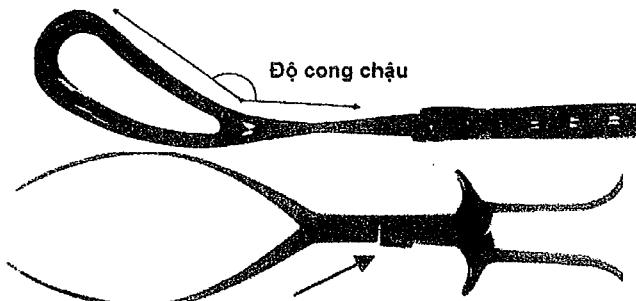
Để giải quyết 2 yêu cầu trên cần phải lựa chọn dụng cụ thích hợp và đặt các cành đúng vị trí.

Tuy nhiên, áp lực đặt lên đầu thai nhi còn chịu ảnh hưởng của lực kéo. Khi bắt đầu kéo, áp lực đặt lên đầu thai nhi sẽ tăng lên và tỷ lệ thuận với lực kéo. Với một lực kéo trung bình, áp lực lên đầu thai nhi ở người con so khoảng 2,3KgF và ở người con rạ khoảng 2KgF vì trở kháng của tầng sinh môn người con so lớn hơn người con rạ. Vì vậy, để làm giảm bớt áp suất lên đầu thai nhi, nên chủ động cắt tầng sinh môn khi cần thiết.

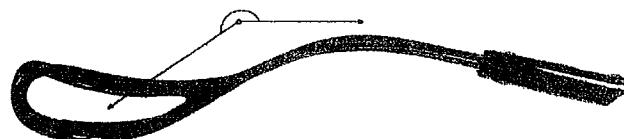
THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



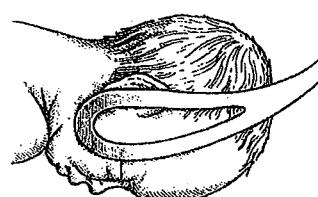
Forceps Simpson
 a. độ cong đầu
 b. cành song song
 c. khóa
 d. tay cầm



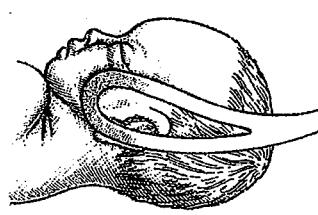
Forceps Kielland với khóa trượt (mũi tên)



Forceps Piperv với độ cong chậu ngược



a



b

Nguyên tắc: thìa forceps phải áp trên má thai nhi, trực của forceps là trực chẩm-cầm

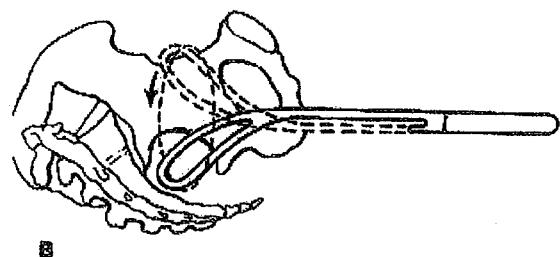
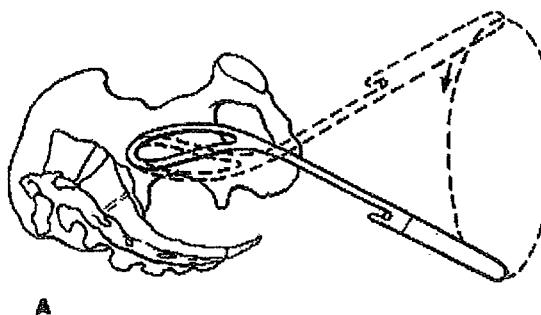
- a. Sổ kiểu chẩm vệ
- b. Sổ kiểu chẩm cùng

2.2. Xoay

Do trực của thìa forceps mở ra một góc nhọn so với trực của cán nên nếu ta xoay forceps theo trực của cán thì thìa forceps sẽ vạch ra một hình nón với đỉnh ở đầu thìa và đáy ở chân thìa (Hình B). Chính hình nón này sẽ gây tổn thương nặng nề cho âm đạo và tầng sinh môn. Ngược lại, nếu ta xoay

theo trực của thìa thì cán forceps sẽ vạch ra một vòng cung lớn ở phía ngoài khoảng không (Hình A) còn thìa không làm tổn thương âm đạo và tầng sinh môn.

Vì vậy nguyên tắc quan trọng nhất khi xoay là phải xoay theo trực của thìa chứ không bao giờ được xoay theo trực của cán.



2.3. Kéo

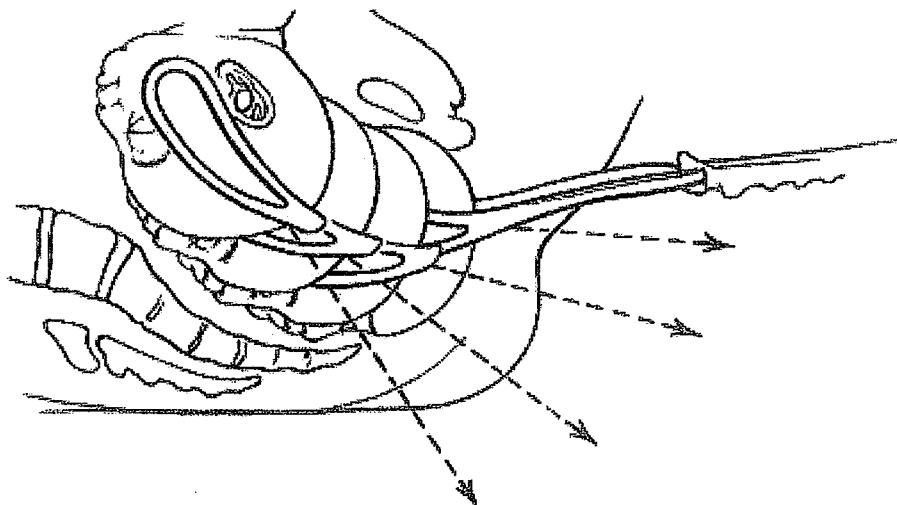
Kéo theo cơ chế sanh của ngôi thai.

Đối với các trường hợp đặt forceps ở vị trí trung bình và thấp (độ lọt +2,+3), lực kéo sẽ có phương chéch xuống dưới, sau đó nằm ngang rồi hướng lên trên.

Lực kéo sử dụng là lực của cẳng tay,

không nên sử dụng lực của vai và nguy hiểm hơn là sử dụng sức nặng của cả thân người để cố gắng kéo.

Lực kéo trung bình đối với người con so khoảng 18KgF và con rạ khoảng 13KgF.



3. CHỈ ĐỊNH CỦA FORCEPS

3.1. Mẹ

- Rặn yếu không chuyển (giai đoạn sổ thai kéo dài 2 giờ hoặc 3 giờ đối với trường hợp có giảm đau sản khoa).
- Bệnh lý nội khoa (tim mạch, phổi, tiền sản giật nặng): cần hạn chế sự gắng sức trong giai đoạn sổ thai có thể gây nguy hiểm cho mẹ.

- Vết mổ lấy thai cũ.

3.2. Thai

- Suy thai.
- Ngôi chỏm kiểu thế sau hoặc ngưng xoay ở kiểu thế ngang.
- Ngôi mặt sổ kiểu cầm trước.
- Sổ đầu hậu ngôi mông.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

4. ĐIỀU KIỆN

- (1) Ngôi chỏm, ngôi mặt cầm trước, đầu hậu ngôi mông.
- (2) Ngôi đã lọt thực sự trung bình thấp hoặc thấp (+2, +3).
- (3) Ối vỡ hoàn toàn.
- (4) Cổ tử cung mở trọn.
- (5) Biết chính xác kiểu thế: Với đầu lọt thấp, xác định kiểu thế được thực hiện bởi khám đường khớp dọc và các thóp. Khi đầu còn cao, có thể phải xác định vị trí tai sau.
- (6) Bàng quang, trực tràng phải trống.
- (7) Không bất xứng đầu chậu.
- (8) Tầng sinh môn phải được cắt rộng đúng mức.

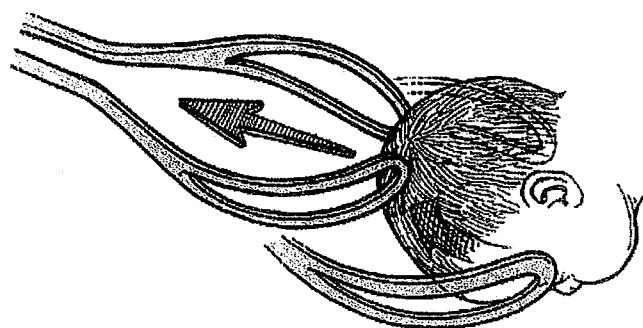
5. KỸ THUẬT ĐẶT FORCEPS

- (1) Kiểm tra lại chỉ định và điều kiện: xác định chính xác độ lọt, kiểu thế.
- (2) Chuẩn bị sản phụ trước khi làm thủ thuật:
 - Nằm tư thế sản phụ khoa, đầu cao 45°, hai đùi dang rộng, hai bàn chân đặt trên hai giá đỡ.
 - Trải khăn vô khuẩn.
 - Sát khuẩn âm hộ và vùng tầng sinh môn.
 - Thông tiểu.
 - Người thực hiện thủ thuật và người phụ đội mũ, mang găng và khẩu trang.
 - Vô cảm bằng gây mê tại chỗ hay gây mê vùng.
- (3) Lựa chọn dụng cụ thích hợp:
 - Thông thường forceps Simpson được dùng trong trường hợp đầu uốn khuôn, thường ở con so.
 - Forceps Tucker-McLean được dùng cho thai nhi với đầu tròn, thường ở con rạ.

- Trong một số trường hợp, forceps Kielland thường được dùng khi đầu thai đã lọt ở kiểu thế ngang, lọt bất đối xứng.
- Chuẩn bị forceps, nhận định cành phải, cành trái.
- (4) Định hướng cành forceps sao cho mặt phẳng đứng dọc của forceps phải trùng với mặt phẳng đứng dọc qua đường khớp giữa của ngôi thai.
- (5) Đặt cành:

Nguyên tắc:

Forceps được đặt theo chiều cong đầu. Chiều cong đầu phải thích hợp với kích thước của đầu thai. Đường kính lưỡng đỉnh của đầu thai tương ứng với khoảng cách lớn nhất giữa 2 thùa được đặt. Cho nên, đầu thai chỉ được giữ chắc chắn khi trực dọc của thùa tương ứng với đường kính chẩm cầm sao cho phần lớn của thùa nằm trên mặt, trong khi bờ lõm của thùa hoặc hướng theo đường khớp dọc (kiểu chẩm trước) hoặc hướng theo mặt (kiểu chẩm sau). Đặt như vậy, forceps sẽ không trượt và dễ kéo. Khi forceps đặt chéo với một thùa trên trán và một thùa khác đối diện vùng móm trâm chũm thì kẹp giữ ít chắc chắn hơn và đầu thai dễ bị chấn thương do chèn ép. Đa số với forceps, nếu một thùa đặt trên trán và một thùa đặt trên chẩm thì không khớp cành được hoặc nếu khớp được thì thùa sẽ trượt khi kéo. Vì thế, forceps phải được đặt trực tiếp 2 bên của đầu thai dọc theo đường kính chẩm cầm.



Các bước đặt cành Forceps:

- Cầm cán Forceps giống như cầm dao mổ hay cầm cây kéo đàn vĩ cầm.
- Cầm cán cành trái bằng tay trái và đặt vào bên trái khung chậu mẹ.
- Cầm cán cành phải bằng tay phải và đặt vào bên phải khung chậu mẹ.

Cụ thể cho một trường hợp kiểu thế chẩm chậu trái trước lọt thấp (trở ngại của cuộc sanh thường do rặn yếu, do trở kháng của tầng sinh môn hoặc cả hai):

Trong trường hợp như thế, đường khớp dọc chủ yếu trùng với đường kính trước sau của eo dưới với thóp sau hướng về khớp vẹt. Như vậy forceps được đặt mỗi bên khung chậu sẽ kẹp giữ đầu thai lý tưởng.

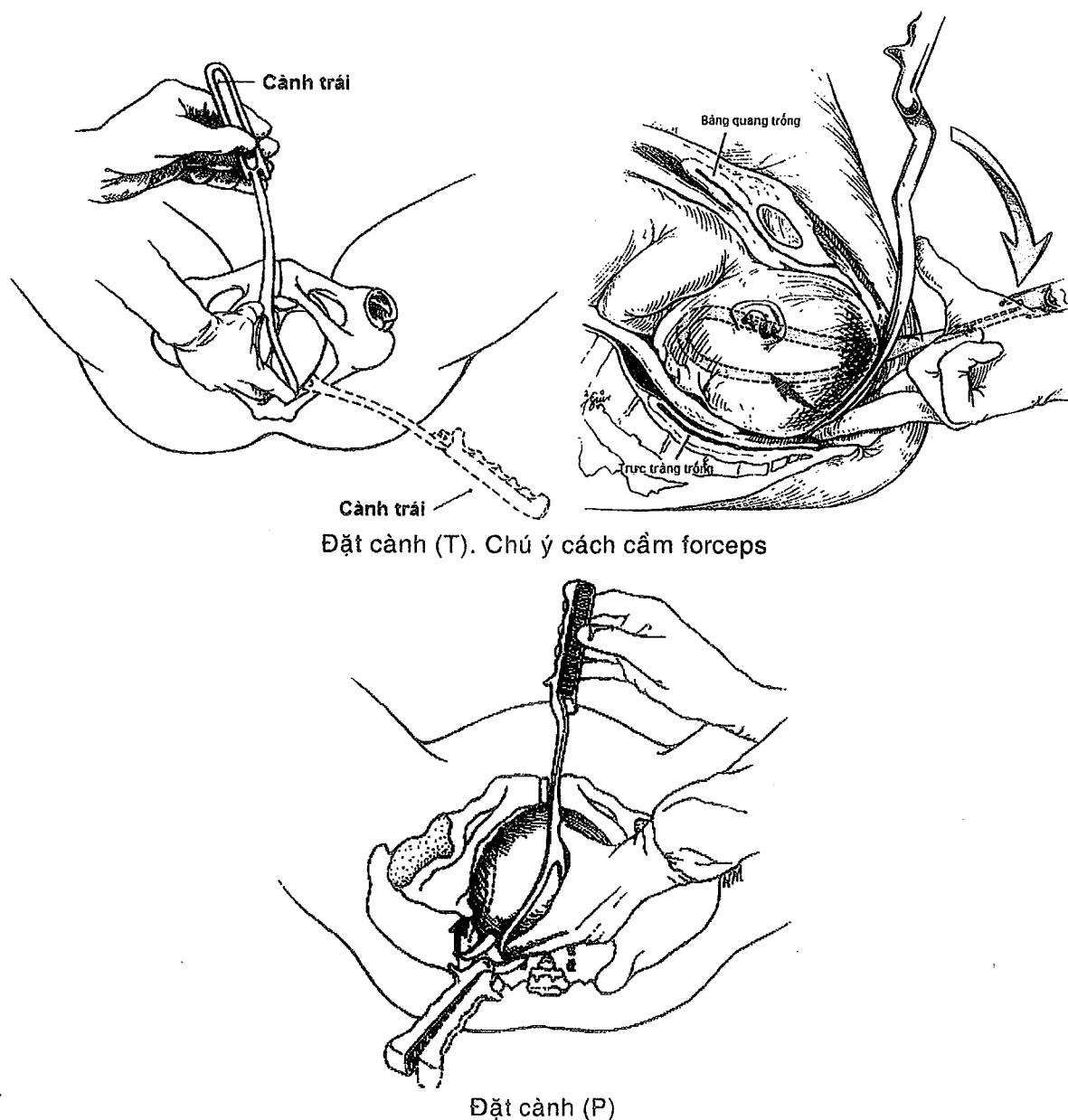
Đặt cành trái: tay trái cầm cành trái đưa vào bên trái khung chậu người mẹ theo hướng thẳng đứng. Hai ngón tay (ngón 2,3) hoặc hơn hai ngón tay của bàn tay phải đưa vào bên trái, phần sau của âm hộ và đi vào âm đạo, áp sát vào cạnh bên trái đầu thai, có

thể tìm điểm chuẩn là lỗ tai thai nhi. Tay cầm của cành trái được kẹp giữa ngón cái và 2 ngón tay của bàn tay trái như cầm viết, hạ dần cành forceps và đỉnh của thia được đẩy nhẹ nhàng vào âm đạo giữa đầu thai với mặt lòng của những ngón tay bàn tay phải.

Rút bàn tay phải ra, nhờ người phụ giữ cố định cành đã đặt.

Đặt cành phải: Tương tự, tay phải cầm cành phải đưa vào âm đạo theo hướng thẳng đứng. Hai ngón tay (ngón 2,3) hoặc hơn 2 ngón tay của bàn tay trái đưa vào bên phải phần sau của âm đạo áp sát vào cạnh bên phải đầu thai để hướng dẫn cho cành phải, có thể tìm điểm chuẩn là lỗ tai thai nhi. Tay cầm của cành phải được kẹp giữa ngón cái và 2 ngón tay của bàn tay phải như cầm viết, hạ dần cành forceps và đỉnh của thia được đẩy nhẹ nhàng vào âm đạo giữa đầu thai với mặt lòng của những ngón tay bàn tay trái.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

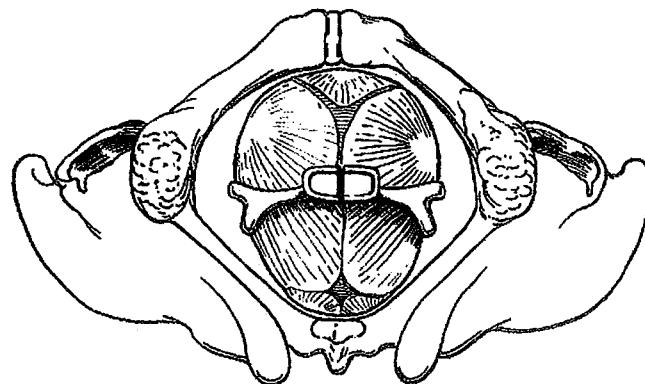


(6) Khớp cành: hai cành phải được khớp dễ dàng, nếu có khó khăn phải ngừng thủ thuật, không nên cố gắng. Sau khi khớp khóa hai cành lại cho chặt.

(7) Kiểm tra:

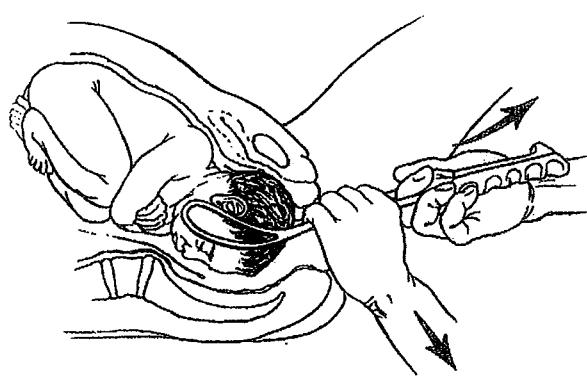
- Không kẹp vào phần mềm đường sinh dục (cổ tử cung, âm đạo)

- Mặt phẳng đứng dọc của forceps phải trùng với mặt phẳng đứng dọc qua đường khớp giữa của ngôi thai
- Mặt phẳng tạo bởi thân forceps phải cách thóp sau 1 đến 2 khoát ngón tay
- Không cho được 1 đầu ngón tay qua cửa sổ của forceps



Sơ đồ đặt cành forceps kiểu sổ chẩm vê

(8) Kéo:



- Cầm cán forceps kéo theo trục của cơ chế sanh theo hướng xuống, ngang và lên.
- Chú ý cắt tầng sinh môn theo đường chéo bên sau khi đã gây tê, cắt đúng thời điểm.

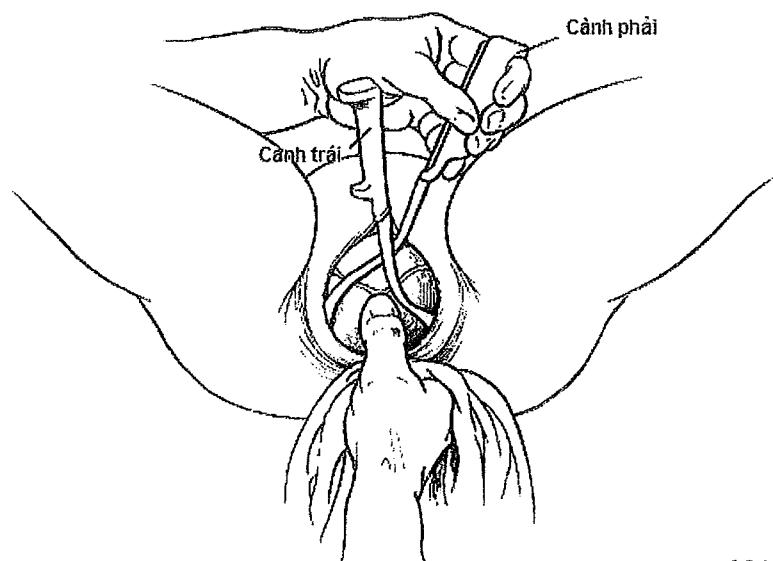
(9) Tháo cành:

- Khi hạ chẩm tì dưới khớp vê, đầu bắt đầu ngừa chuẩn bị số 2 bướu đinh sẽ tháo cành

- Cành phải đặt sau được tháo trước. Cành trái đặt trước được tháo sau.
- Vừa tháo cành, vừa giữ tầng sinh môn.
- Đỡ thai như thường lệ, hút đàm nhớt, cắt rốn.

(10) Kiểm tra sau sổ thai:

- Về phía trẻ sơ sinh: kiểm tra vết hàn của 2 thùa forceps trên đầu và tình trạng sức khỏe của bé (chỉ số Apgar).
- Về phía mẹ: kiểm tra sự toàn vẹn của đường sinh dục.



THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

6. TAI BIẾN CỦA FORCEPS

6.1. Tai biến cho con

- Trên sọ não: nứt xương sọ, lõm sọ, xuất huyết khoang dưới nhện, xuất huyết nhu mô não.
- Liệt VII ngoại biên.
- Trên phần mềm: rách da đầu, rách mí mắt, lồi nhăn cầu.
- Chậm phát triển tâm thần-vận động, bại não, động kinh.

6.2. Tai biến cho mẹ

- Chấn thương đường sinh dục: vỡ tử cung, rách cổ tử cung, rách âm đạo tầng sinh môn.
- Chấn thương các cơ quan vùng chậu:
 - Tổn thương cổ bàng quang gây bí tiểu sau sanh.
 - Dò bàng quang âm đạo.

- Rách cơ vòng hậu môn, tổn thương trực tràng.
- Sa sinh dục.

Tóm lại: để thực hiện thủ thuật an toàn tránh tai biến cho mẹ và con cần phải tôn trọng chỉ định, điều kiện và thực hiện đúng kỹ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sản phụ khoa, bộ môn sản trường đại học y dược TP.HCM, 1996.
2. Williams Obstetrics, 21st edition, 2001, 485-503.
3. J.Lansac, G.Body. Pratique de l'accouchement, 2^e edition, 1990, 262-275.
4. Hankins, Clark, Cunningham, Gilstrap. Operative Obstetrics, 1995, 129-171.
5. Nguồn hình: Williams Obstetrics, 21st edition, 2001; Pratique de l'accouchement, 2^e edition, 1990; Operative Obstetrics, 1995.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. CHỌN CÂU ĐÚNG:
 - a. Khi xoay forceps ta xoay theo trực của thia thì dễ làm tổn thương phần mềm của mẹ.
 - b. Khi xoay forceps ta xoay theo trực của cán forceps thì ít làm tổn thương phần mềm của mẹ.
 - c. Khi xoay forceps ta xoay theo trực của thia forceps thì ít làm tổn thương phần mềm mẹ.
 - d. Xoay theo trực của thia hay của cán là tùy thuộc vào kiểu thế của thai nhi.
 - e. Kiểu thế sau thì xoay theo trực của cán, kiểu thế trước thì xoay theo trực của thia.
2. Trong kiểu thế chẩm chậu trái trước khi đặt forceps thì:
 - a. Cành trái là cành trước.
 - b. Cành trái là cành sau.
 - c. Cành phải là cành trước.
 - d. Đặt cành nào trước cũng được.
 - e. Tất cả đều sai.
3. Yếu tố nào sau đây KHÔNG PHẢI là chỉ định giúp sanh bằng forceps:
 - a. Mẹ bị bệnh lý nội khoa: Cao huyết áp, hen phế quản...
 - b. Mẹ rặn không chuyển.
 - c. Đầu ngung quay ở kiểu thế ngang.
 - d. Nhau tiền đạo.
 - e. Mẹ có vết mổ lấy thai cũ.
4. CHỌN CÂU SAI về điều kiện giúp sanh bằng forceps:
 - a. Ngôi chỏm.
 - b. Đầu đã lọt.
 - c. Ối vỡ hoàn toàn.
 - d. Xác định chính xác kiểu thế.
 - e. Ngôi mặt cầm sau.
5. Các yếu tố cần kiểm tra trước khi thực hiện chức năng kéo của forceps:
 - a. Mặt phẳng đứng dọc của forceps phải trùng với mặt phẳng đứng dọc đi qua đường khớp giữa cửa ngõ thai.
 - b. Mặt phẳng tạo bởi thân forceps phải cách thóp sau một đến 2 khoát ngón tay.
 - c. Đối với forceps có cửa sổ, không cho được một đầu ngón tay qua cửa sổ.
 - d. Không kẹp dính phần mềm của mẹ vào thia forceps.
 - e. Tất cả đều đúng.
6. CHỌN CÂU ĐÚNG về nguyên tắc khi đặt forceps cho ngôi chỏm:
 - a. Thia forceps phải áp trên má thai nhi, trực của forceps là trực chẩm cầm.
 - b. Thia của forceps phải áp trên trán và chẩm thai nhi.
 - c. Trục của forceps phải trùng với đường kính lưỡng đỉnh thai nhi.
 - d. Trục của forceps phải trùng với trục của khung chậu.
 - e. Thia của forceps phải áp sát phía sau hai lỗ tai thai nhi.
7. Mẹ rặn không chuyển là giai đoạn số thai kéo dài:
 - a. 30 phút.
 - b. 60 phút.
 - c. 90 phút.
 - d. 120 phút.
 - e. Tùy tình trạng bệnh nhân.

CHĂM SÓC BÉ SAU SANH

ThS. NGUYỄN THỊ THẮM

Mục tiêu

1. Kể được các dụng cụ cần thiết để chăm sóc bé sau sanh.
2. Trình bày được nguyên tắc hút nhớt trẻ sơ sinh.
3. Đánh giá được chỉ số Apgar ở từng thời điểm.
4. Kể được nguyên tắc chăm sóc rốn đúng kỹ thuật.
5. Kể được các thao tác cần làm để phát hiện sớm một số dị tật bẩm sinh.
6. Liệt kê được các chăm sóc khác cho trẻ ngay sau sanh.

1. SỬA SOẠN DỤNG CỤ

- Khăn vô trùng.
- Dụng cụ hút nhớt: trái poire (hoặc máy hút nhớt), ống hút số 6 để hút mũi, ống hút số 8 hoặc 10 để hút miệng và họng.
- Kẹp rốn.
- Dụng cụ làm rốn.
- Gạc vô trùng.
- Kéo tiệt trùng.
- Dụng cụ hồi sức bé.
- Thuốc hồi sức bé.
- Đèn sưởi.

2. CHĂM SÓC SAU SỔ THAI

2.1. Kẹp rốn

- Dây rốn được kẹp khoảng 30-40 giây sau sổ thai, khi mạch rốn đã ngừng đập. Điểm kẹp cách chân rốn khoảng 15-20cm. Kẹp thứ nhất về phía bé, kẹp thứ nhì về phía bánh nhau. Có thể vuốt máu trong dây rốn về phía bánh nhau để tránh không bị văng máu khi cắt rốn.
- Trường hợp áp dụng sổ nhau tích cực thì sau khi sổ thai, sản phụ được tiêm bắp 10đv oxytocin, sau đó kẹp và cắt

dây rốn ở gần sát âm hộ để dễ dàng hơn khi kéo dây rốn.

- Nếu bé ngạt, dây rốn phải được kẹp ngay. Để quyết định phương cách hồi sức bé, cần đánh giá nhanh:
 - Hô hấp.
 - Tân số tim.
 - Màu sắc da.
- Trong đa số trường hợp bé sẽ khóc ngay sau sanh và thích nghi tốt với đời sống ở ngoài tử cung và chúng ta sẽ tiến hành các bước tiếp theo. Nếu tình trạng bé xấu, bé phải được hồi sức tích cực (không trình bày trong bài này).

2.2. Hút nhớt

- Bé được đặt ở tư thế nằm ngửa trên khăn vô trùng, đầu hơi thấp và quay về phía người hút nhớt.
- Lau khô bé, chú ý là bé phải luôn được giữ khô và ấm.
- Hút nhớt họng-mũi nhẹ nhàng và vô trùng. Nếu nước ối không lẫn phân su, tránh hút sâu gây kích thích thành sau hầu họng trong 5 phút đầu vì phản xạ vagal có thể làm chậm nhịp tim bé.

2.3. Đánh giá chỉ số APGAR

Chỉ số Apgar là một phương pháp khách quan để đánh giá tình trạng bé sau sanh và rất hữu ích trong việc định hướng cách thức

hồi sức trẻ sơ sinh bị ngạt. Điểm APGAR thường được đánh giá trong phút đầu tiên sau sanh, sau 5 phút và sau 10 phút.

Điểm	Điều kiện lâm sàng		
	0	1	2
Nhịp tim	Không có	< 100 lần/phút	> 100 lần/phút
Hô hấp	Không thở	Thở chậm, không đều	Thở đều, khóc to
Phản xạ	Không đáp ứng	Phản ứng yếu, chỉ nhăn mặt	Phản ứng tốt, cử động tự chi
Trương lực cơ	Mềm nhũn	Vận động yếu các chi	Vận động tốt
Màu da	Toàn thân tím tái	Tím đầu chi, thân hồng hào	Toàn thân hồng hào

Nếu APGAR < 3: tình trạng ngạt nặng, cần phải hồi sức tích cực
APGAR 4-7: trẻ bị ngạt vừa, cần được hồi sức tốt
APGAR > 7: tình trạng tốt, chỉ cần theo dõi.

2.4. Chăm sóc rốn

- Sát trùng dây rốn từ chân rốn ra bằng cồn iodine (hoặc có thể dùng cồn 70%).
- Kẹp dây rốn thì hai băng kẹp nhựa hoặc cột với chỉ vô trùng cách chân rốn khoảng 5cm.
- Cắt rốn thì hai, sát trùng mặt cắt và dây rốn theo chiều từ kẹp đến chân rốn, tránh không để cồn iodine dính vào da bé (bằng cách lót một miếng gạc sạch trên da bé).
- Kiểm tra dây rốn có đủ 2 động mạch và 1 tĩnh mạch. Khoảng 0,6-0,9% trẻ có một động mạch rốn duy nhất. Trong trường hợp này cần phải kiểm tra các dị dạng phổi hợp có thể có, nhất là ở hệ cơ-xương, sinh dục-tiết niệu, tim mạch, thần kinh và tiêu hóa.
- Không nên băng rốn quá chặt và quá kín. Nên thay băng rốn hàng ngày. Hiện nay có nhiều nghiên cứu cho thấy không cần thiết phải băng kín

rốn, chỉ cần để rốn khô và sạch; điều này sẽ giúp dây rốn nhanh khô và nhanh rụng rốn. Có thể phủ một lớp gạc mỏng trong ngày đầu tiên.

2.5. Phát hiện các dị dạng bẩm sinh trầm trọng

- Quan sát bé để tìm xem có dị dạng vùng mặt, cổ, chi, thân mình, cơ quan sinh dục ngoài hay không?
- Kiểm tra sự thông thoáng của xoang mũi, thực quản và hậu môn:
 - Đưa sonde số 4 hoặc số 6 vào từng mũi dễ dàng cho đến hầu.
 - Đưa sonde số 6 hoặc số 8 qua đường mũi hoặc miệng cho tới dạ dày để đảm bảo không hẹp thực quản.
 - Đặt nhiệt kế vào hậu môn để xác định bé có hậu môn và đồng thời để đo thân nhiệt bé. Cũng có thể dùng ống sonde số 6 hoặc số 8.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

2.6. Cân, đo các chỉ số

- Cân, đo chiều dài, vòng đầu, vòng ngực. Trẻ sơ sinh đủ tháng cân nặng trung bình từ 2.500g đến 4.000g. Những trẻ có cân nặng ngoài trị số này dễ bị hạ đường huyết.

2.7. Chăm sóc mắt

- Ngăn ngừa nhiễm trùng mắt do lậu hoặc Chlamydia với dung dịch thuốc nhỏ mắt có chứa kháng sinh (Néomycin, Doxycyclin) trong vòng 1 giờ đầu (khuyến cáo A).
- Cũng có thể sử dụng dung dịch nhỏ mắt Tétracyclin 1%, Erythromycin 0,5% hoặc Nitrate bạc 1%.

2.8. Ngừa xuất huyết não-màng não: sử dụng Vitamin K1

- Nếu bé đủ tháng, tiêm bắp 0,1mg ở vùng bắp đùi.
- Nếu bé non tháng, tiêm bắp 0,05mg.

2.9. Chủng ngừa: tốt nhất trong vòng 24 giờ đầu sau sanh

- Chủng ngừa viêm gan siêu vi B, tiêm bắp ở đùi đối diện
- Chủng ngừa BCG: tiêm trong da vùng cơ delta (cánh tay)

2.10. Dinh dưỡng và các chăm sóc khác

- Mặc quần áo và quần tã cho bé. Ghi tên mẹ, số nhập viện, trai hay gái, cân nặng lúc sanh, giờ sanh vào lắc tay đeo vào cổ tay bé để tránh nhầm lẫn.
- Bé được để nằm cạnh mẹ và khuyên mẹ nên cho bú sớm trong vòng 1 giờ đầu sau sanh. Cần chú ý tư thế nằm của trẻ: để đầu nằm hơi thấp và nghiêng về một bên để nếu có nôn trớ thì chất nôn sẽ thoát ra ngoài tránh gây ngạt cho bé.
- Trong vòng 2 giờ đầu sau sanh, bé cần được tiếp tục theo dõi thường xuyên về màu sắc da, nhịp thở, phản xạ. Cần để ý xem có bị chảy máu rốn hay không.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hồi sức cấp cứu nhi khoa (2006), nhà xuất bản Y học, tr1.14-1.28.
2. Nguyễn Duy Tài, Thực hành sản phụ khoa (2004), tr. 63-65.
3. J. Lansac. (2000), Obstétrique pour le praticien, pp. 353-374.
4. Williams Obstetrics, 22nd edition 2005, pp.634-643.
5. Bộ Y Tế. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, 2009.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Lần lượt các bước chăm sóc bé ngay sau sổ thai (CHỌN CÂU ĐÚNG):
 - a. Để bé nằm đầu cao, hút nhớt vùng họng mũi, làm rốn.
 - b. Để bé nằm đầu thấp, hút nhớt vùng họng mũi, làm rốn.
 - c. Làm rốn, hút nhớt vùng họng mũi.
 - d. Lau khô, làm rốn, mang lại cho mẹ xem mặt trẻ.
 - e. Làm rốn, chích ngừa, hút nhớt vùng họng mũi.
2. Về điểm số Apgar, CHỌN CÂU SAI:
 - a. Gồm các yếu tố: nhịp tim, hô hấp, trương lực cơ, phản xạ, màu da.
 - b. Điểm đánh giá khi nhịp tim > 120 lần/phút là 2 điểm.
 - c. Điểm đánh giá khi trương lực cơ vận động tốt là 2 điểm.
 - d. Điểm đánh giá khi chân tay tím (dù thân hồng) là 0 điểm.
 - e. Điểm đánh giá khi phản xạ không có là 0 điểm.
3. Bé sanh ra có điểm số Apgar là 7, hướng xử trí thích hợp nhất là:
 - a. Hút sạch đờm nhớt, cho thở oxy.
 - b. Hút sạch đờm nhớt, giúp thở qua mặt nạ.
 - c. Hút sạch đờm nhớt, đặt nội khí quản giúp thở.
 - d. Hút sạch đờm nhớt, giúp thở qua nội khí quản và xoa bóp tim.
 - e. Chỉ hút sạch đờm nhớt và theo dõi, không xử trí gì thêm.
4. Về chăm sóc rốn, CHỌN CÂU SAI:
 - a. Trước khi kẹp rốn thì 2, sát trùng dây rốn từ hướng chân rốn ra đến kẹp rốn.
 - b. Cột chỉ hay kẹp nhựa cách chân rốn khoảng 5cm.
 - c. Tránh bôi cồn iodine vào da vì có thể làm phồng da trẻ.
 - d. Kiểm tra mặt cắt rốn xem có đủ 1 động mạch và 2 tĩnh mạch.
 - e. Không nên băng rốn quá kín.
5. Câu này sau đây SAI:
 - a. Liều Vitamin K1 ngừa xuất huyết não-màng não sớm ở trẻ sơ sinh là 1mg/kg cân nặng.
 - b. Nhỏ mắt chống nhiễm khuẩn ở trẻ sơ sinh thường dùng Nitrate bạc 1%.
 - c. Nên cho trẻ nằm cạnh mẹ ngay sau sanh.
 - d. Khuyến khích mẹ cho trẻ bú sớm trong vòng giờ đầu sau sanh.
 - e. Cần ủ ấm trẻ, tránh để trẻ nhiễm lạnh.
6. Trong trường hợp sổ nhau tích cực, nên kẹp rốn vào thời điểm nào sau sổ thai ?
 - a. Ngay sau khi thai vừa sổ.
 - b. 30-40 giây sau sổ thai.
 - c. Chờ đến khi mạch rốn hết đập.
 - d. Chờ đến khi trẻ khóc tiếng đầu tiên.
 - e. Sau khi đã tiêm oxytocin cho mẹ.

CHĂM SÓC HẬU SẢN

PGS. TS. NGUYỄN DUY TÀI
BS. HUỲNH VĨNH PHẠM UYÊN

Mục tiêu

1. Trình bày được sự thay đổi của tử cung, các phần phụ và một số biện pháp giúp co hồi tử cung sau sanh.
2. Mô tả được sự thay đổi của sản dịch sau sanh.
3. Trình bày được cơ chế tiết sữa và cách cho trẻ bú mẹ đúng.
4. Trình bày được nguyên tắc dinh dưỡng cho mẹ sau sanh.

Hậu sản là khoảng thời gian 6 tuần lê sau sanh.

Trong khoảng thời gian này, các cơ quan trong cơ thể người mẹ, nhất là những cơ quan sinh dục sẽ dần dần trở về trạng thái bình thường như trước khi có thai, trừ tuyến vú vẫn tiếp tục phát triển để tiết sữa. Thời kỳ hậu sản được đánh dấu bằng những hiện tượng chính là sự thu hồi của tử cung, sự tiết sản dịch, sự lên sữa và tiết sữa, và những thay đổi tổng quát khác.

1. NHỮNG THAY ĐỔI TỔNG QUÁT Ở MẸ NGAY SAU SANH

Tổng trạng mẹ thường tốt trong trường hợp hậu sản thường không biến chứng. Cần đo mạch, huyết áp mỗi giờ trong 2 giờ đầu sau sanh và mỗi 6 giờ sau đó trong ngày đầu.

Thân nhiệt bình thường, trừ lúc lên sữa có thể có sốt nhẹ.

Mạch hơi chậm trong những ngày đầu, huyết áp bình thường.

Công thức máu có chút thay đổi: hồng cầu, bạch cầu và sinh sợi huyết hơi tăng là một hiện tượng sinh lý chống lại sự mất máu khi sinh.

Sản phụ có thể có rét run sau khi sanh do sự mất nhiệt và mệt mỏi khi rặn sanh. Rét run ngắn hạn và mau hết. Có thể cung cấp năng lượng qua dinh dưỡng đường miệng. Nếu dùng đèn sưởi phải cẩn thận vì có thể bị bỏng do đèn.

Nếu chuyển dạ kéo dài, hay trong những trường hợp sanh khó, đầu thai nhi đè lên bàng quang một thời gian lâu có thể làm liệt bàng quang gây bí tiểu. Nhu động ruột có thể giảm, dễ sinh táo bón sau sanh.

2. CO HỒI TỬ CUNG VÀ CÁC PHẦN PHỤ THUỘC

Ngay sau khi sổ nhau, tử cung co nhỏ lại tạo thành khối cầu an toàn. Tử cung co tốt là cơ chế cầm máu sinh lý, giúp hạn chế máu mất sau sanh.

Những cơn co tử cung sẽ giảm đi trong những ngày kế tiếp. Vì vậy trong những ngày đầu hậu sản, sản phụ có thể vẫn còn cảm giác đau bụng từng cơn vùng hạ vị.

Ngày đầu sau sanh, đáy tử cung cao khoảng 13cm trên khớp vệ và trung bình mỗi ngày nhỏ đi 1cm. Đến ngày thứ 6 hậu sản, đáy tử cung nằm khoảng giữa rốn và xương vế. Sau ngày thứ 12-13, tử cung thu

hồi nhở nằm trong vùng chậu, không còn sờ thấy đáy tử cung trên bụng nữa.

Sự thu hồi tử cung ở con so nhanh hơn ở con rạ, ở người cho con bú nhanh hơn là ở những người không cho con bú.

Khi tử cung bị nhiễm trùng, sự thu hồi tử cung chậm hơn bình thường.

Đoạn dưới tử cung thu hồi nhanh hơn cổ tử cung, trở lại thành eo tử cung vào khoảng ngày thứ 5.

Cổ tử cung cũng ngắn dần và thu nhỏ lại. Cổ tử cung khép kín từ ngày thứ 5 đến ngày thứ 8 sau sanh.

Âm đạo và âm hộ co hồi dần dần và sẽ trở lại trạng thái bình thường khoảng ngày thứ 10-15 sau sanh.

Các phần phụ khác của tử cung gồm dây chằng tròn, dây chằng rộng, ống dẫn trứng và buồng trứng cũng dần dần trở về trạng thái bình thường, về vị trí tương quan nằm trong vùng chậu.

Biện pháp giúp tử cung co hồi tốt sau sanh

- Cho con bú sớm, khoảng 30 phút – 1 giờ sau sanh, giúp tử cung co hồi và mau lên sữa. (Cho bú mẹ sớm còn giúp tận dụng nguồn dinh dưỡng quý giá của sữa non cho trẻ sơ sinh).
- Xoa bóp tử cung ngoài thành bụng.
- Dùng các thuốc co hồi tử cung nếu có chỉ định.

Sản dịch:

Sản dịch là chất dịch chảy ra ngoài âm hộ trong thời kỳ hậu sản.

Sản dịch được cấu tạo bởi những mảnh vụn của màng rụng, những cục máu đông nhỏ từ vết thương nơi nhau bám và những

chất dịch tiết từ vết thương ở cổ tử cung, âm đạo do sự sanh đẻ gây ra.

Từ trong tử cung, sản dịch có tính chất vô trùng, có mùi tanh nồng. Nếu bị nhiễm trùng tử cung hậu sản, sản dịch có mùi hôi, có thể có lỗ mủ. Tình trạng nhiễm trùng có thể khiến tử cung co hồi kém và đau khi ấn tử cung.

Trong 2-3 ngày đầu sản dịch có màu đỏ tươi, sau đổi sang đỏ đậm như bã trầu.

Từ khoảng ngày thứ 4 đến ngày thứ 8, sản dịch loãng hơn, lẫn với chất nhầy lờ lờ như máu cá.

Từ khoảng ngày thứ 8 đến ngày thứ 12, sản dịch chỉ còn là một chất nhầy trong, hơi lẫn hồng, ít đi dần dần.

Cho con bú, vận động sớm sẽ giúp tránh ứ đọng sản dịch.

Cần hướng dẫn sản phụ thay băng vệ sinh, vệ sinh vùng hội âm thường xuyên để tránh nguy cơ nhiễm trùng.

3. TIẾT SỮA – CHO CON BÚ

- Khi có thai, tuyến vú dưới ảnh hưởng của các kích thích tố sẽ phát triển làm vú người mẹ phát triển to dần, có thể có chảy ít sữa non (colostrum).
- Sau khi sanh, lượng sữa non tăng dần lên. Vào khoảng ngày thứ ba sau khi sanh có hiện tượng lên sữa: tuyến sữa đã chuẩn bị cho sự phân tiết sữa thật sự. Lúc này, người mẹ thấy toàn bộ vú căng tức, có thể đau nhẹ, thường không kèm theo sốt. Tình trạng căng sữa thường kéo dài 24-48 giờ.

3.1. Cơ chế phân tiết sữa

Khi có thai, nhau tiết ra nhiều estrogen và progesterone. Estrogen tác dụng lên sự

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

phát triển của hệ thống ống dẫn sữa, progesterone tác dụng lên sự phát triển của các tiểu thùy và nang của tuyến sữa. Nồng độ cao 2 chất này ức chế hoạt động của prolactin. Sau khi sanh, nồng độ hai kích thích tố trên giảm xuống, prolactine được tuyến yên tiết ra, giúp sự phân tiết sữa. Đồng thời, prolactine sẽ ức chế estrogen và progesterone nên người phụ nữ cho con bú sẽ chậm có kinh lại.

Oxytocin được tiết ra từ thùy sau tuyến yên kích thích sự ép sữa.

Trong cơ chế tiết sữa, các phản xạ thần kinh từ sự ngậm mút vú và làm trống bầu sữa mẹ sẽ kích thích tuyến yên tiết ra prolactin và oxytocin để phát động sự tiết sữa và gò ép sữa chảy ra.

3.2. Chăm sóc vú – cho con bú

Vú cần được lau sạch trước khi cho bé bú, nên cho bé bú hết sữa hoặc nếu bú không hết cần vắt bỏ sữa dư để tránh tình trạng cương tức tuyến vú. Nên khuyên bà mẹ mặc áo ngực rộng rãi để tránh chèn ép lên tuyến vú. Nên khuyên bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn và cho trẻ bú theo nhu cầu

3.3. Cho trẻ ngậm bú đúng cách

Miệng trẻ phải mở rộng để trẻ ngậm được càng nhiều mô vú chung quanh núm vú càng tốt. Nếu trẻ chỉ ngậm núm vú thì sẽ bú không hiệu quả và dễ dẫn đến tổn thương nứt đầu vú của mẹ (*Xem thêm bài “Cách cho con bú”*).

4. NHỮNG VẤN ĐỀ SỨC KHỎE QUAN TRỌNG CỦA MẸ TRONG GIAI ĐOẠN HẬU SẢN

4.1. Xuất huyết hậu sản

Băng huyết sau sinh thường xảy ra sớm trong vòng 2 giờ đầu sau sanh. Tuy nhiên trong những ngày đầu hậu sản, thậm chí đến tuần thứ hai sau sanh, tử cung vẫn có thể bị đờ thứ phát gây chảy máu nhiều. Vì vậy, trong những ngày đầu hậu sản cần phải tiếp tục theo dõi sự co hồi của tử cung và lượng máu mất cũng như tính chất của sản dịch

Huyết tụ âm hộ-âm đạo là một bệnh cảnh đặc biệt của chảy máu. Nguyên nhân do việc cầm máu không tốt trong khâu phục hồi vết cắt tầng sinh môn. Triệu chứng thường xuất hiện vài giờ sau hoặc trong ngày đầu sau sanh. Sản phụ than phiền đau nhiều ở vùng hội âm, đặc biệt là có cảm giác mót đi cầu. Khám thấy có một khối máu tụ to, bầm tím ở vùng tầng sinh môn cạnh vết may. Đôi khi khối máu tụ này nằm sâu trong âm đạo, chỉ có thể nhận biết qua khám âm đạo hay khám trực tràng. Xử trí là phải truyền dịch, bồi hoàn máu nếu cần và phải rạch thoát khối máu tụ, khâu cầm máu kỹ lại.

4.2. Bí tiểu sau sanh

Đây là biến chứng thường gặp trong 1-2 ngày đầu sau sanh do băng quang và vùng cổ bọng đái bị chèn ép lâu trong giai đoạn sổ thai.

Sản phụ không tự tiểu được hoặc tiểu khó, phải rặn nhiều nhưng chỉ ra lắt nhắt ít nước tiểu.

Khám thấy có khối cầu băng quang trên xương vẹt, đẩy đáy tử cung lên cao trên rốn.

Điều trị là đắp ấm, xoa nhẹ băng quang và khuyến khích sản phụ ngồi tiểu. Nếu

không kết quả phải đặt sonde tiểu và tập bằng quang.

4.3. Nhiễm trùng hậu sản

Những yếu tố nguy cơ của nhiễm trùng hậu sản gồm: sanh khó, chuyển dạ kéo dài, vỡ ối lâu trước sanh, khám âm đạo nhiều lần, băng huyết sau sanh, tổn thương rách âm đạo rách cổ tử cung phức tạp, mổ lấy thai...

Chủng vi khuẩn thường gặp là E.Coli, Streptococcus, vi khuẩn hiếm khí như Bacteroides, Clostridium... Dấu hiệu nhiễm trùng thường là sốt (> 38 độ). Tử cung đau khi ấn chẩn, co hồi kén; sản dịch có mùi hôi và có màu lờ lợ, đôi khi có lẫn mủ.

Cần lấy sản dịch để xác định tác nhân gây bệnh và điều trị bằng kháng sinh thích hợp.

4.4. Bệnh lý thuyên tắc

Thuyên tắc tĩnh mạch sâu ở chân: triệu chứng thường xuất hiện muộn 2-3 tuần sau sanh với sốt kéo dài và mạch tăng, sau đó là sưng chân, phù, đau. Với siêu âm Doppler có thể chẩn đoán xác định và có thể áp dụng điều trị kháng đông. Nếu mẹ được điều trị với Coumarine thì em bé phải được dùng Vitamin K vì Coumarine qua được sữa mẹ. Vận động sớm sau sanh là giải pháp phòng ngừa thuyên tắc hiệu quả. Những yếu tố thuận lợi là thiếu máu, bệnh hồng cầu hình liềm và thiếu yếu tố đông máu bẩm sinh (Antiprothrombin III, Protein C và S); nguy cơ tăng cao ở những sản phụ có tiền căn thuyên tắc, sau sanh mổ.

Thuyên tắc phổi là bệnh cảnh nguy hiểm nhất trong nhóm bệnh này và có tần suất

tử vong cao. Thuyên tắc phổi sau sanh thường không có dấu báo trước. Triệu chứng thay đổi, thầm lặng nhưng tử vong nhanh chóng. Các triệu chứng thường gặp là: đau ngực, khó thở, nhịp tim nhanh hay không ổn định, chóng mặt, ho ra máu...

4.5. Vấn đề tâm lý sau sanh

Tâm lý của sản phụ sau sanh rất thất thường. Một số phụ nữ có thể chợt vui, chợt buồn hoặc tự nhiên khóc không lý do, lo âu, dễ bị kích thích, khó tập trung, mất cảm giác ngon miệng hoặc khó ngủ.

Ba hình thức rối loạn tâm lý trong giai đoạn hậu sản: (1) *Con buồn thoáng qua sau sanh* - "Baby Blues"- thường xuất hiện từ ngày thứ 3 – ngày thứ 6 sau sanh và chỉ kéo dài vài ngày, (2) *trầm cảm sau sanh*: các triệu chứng kéo dài lâu hơn, trên 10 ngày và (3) chứng loạn thần sau sanh.

Điều trị trầm cảm sau sanh ngoài thuốc chống trầm cảm và liệu pháp tâm lý, các thành viên trong gia đình cần tạo ra một bầu không khí vui tươi, chăm chút cho bé mới sanh để bà mẹ cảm thấy an tâm.

5. DINH DƯỠNG – DÙNG THUỐC

Sau sanh và trong thời gian cho con bú, cơ thể bà mẹ cần một lượng calo cao, vì thế khẩu phần ăn phải tăng thêm về số lượng lẫn chất lượng.

Hai thành phần chính cần lưu ý là protein và calcium. Nhu cầu protein mỗi ngày là 80g, và cần cân đối protein có nguồn gốc động vật (trứng, thịt, cá, sữa..) lẫn nguồn gốc thực vật (đậu hủ, đậu nành...)

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

Lượng calci cần thiết mỗi ngày là 1000mg, gấp đôi nhu cầu thông thường. Calci có nhiều trong sữa, sữa chua, kem, các loại hải sản như tôm, tép (ăn luôn vỏ)

Phụ nữ cho con bú cần được bổ sung 30mg sắt nguyên tố mỗi ngày, kết hợp với 250 mcg acid folic trong 4 tháng. Các thức ăn giàu sắt gồm gan động vật, rau củ màu xanh đậm. Các loại thực phẩm ức chế sự hấp thu sắt như cà phê, trà, thực phẩm có chứa calci cần tránh hoặc sử dụng cách 2 tiếng so với thời điểm uống viên sắt.

Ngoài ra bà mẹ cần uống đủ nước (1,5 lít – 2 lít/ngày)

Tóm lại, sau sinh người mẹ cần được ăn uống một cách đầy đủ và cân đối các thành

phần chất đậm, chất béo, chất đường và các chất vi lượng cũng như sinh tố. Cần khuyến khích bà mẹ nên tránh những tập quán cũ sai lầm trước đây, không nên kiêng khem một cách thái quá trong vấn đề dinh dưỡng sau sanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ Sản Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, *Sản phụ khoa (tập I)*, Nhà xuất bản Y học, 2006
2. Bài giảng Nhi khoa, Bộ môn Nhi Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
3. Postpartum Care of the Mother and Newborn: a practical guide. WHO, 1998.
4. Williams Obstetrics, 22nd edition, 2005

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Hậu sản là khoảng thời gian:
 - a. 2 tuần tính từ sau sanh.
 - b. 4 tuần tính từ sau sanh.
 - c. 6 tuần tính từ sau sanh.
 - d. 8 tuần tính từ sau sanh.
 - e. 9 tuần tính từ sau sanh.
2. Về sự co hồi tử cung sau sanh, CHỌN CÂU SAI?
 - a. Sau sanh, tử cung co hồi tạo thành khối cầu an toàn.
 - b. Cho con bú sớm sẽ giúp tử cung co hồi tốt hơn.
 - c. Trung bình sau sanh tử cung co nhỏ thêm 1cm mỗi ngày.
 - d. Co hồi tử cung ở con rạ thường nhanh hơn con so.
 - e. Sau sanh 2 tuần thường không còn sờ thấy đáy tử cung trên bụng.
3. Về sản dịch, CHỌN CÂU SAI:
 - a. Sản dịch là chất nước chảy ra ngoài âm hộ trong thời kỳ hậu sản.
 - b. Sản dịch chứa sẵn nhiều vi khuẩn từ lòng tử cung.
 - c. Tuần đầu sau sanh sản dịch từ đỏ sậm loang dần.
 - d. Tuần thứ 2 sau sanh sản dịch thường chỉ còn là chất nhầy trong.
 - e. Cho con bú sớm, vận động sớm sẽ giúp tránh ứ sản dịch.
4. Sự tiết sữa, CHỌN CÂU ĐÚNG:
 - a. Hiện tượng lên sữa thường xảy ra vào ngày thứ 3 sau sanh.
 - b. Estrogen trong thai kỳ ảnh hưởng sự phát triển của hệ thống ống dẫn sữa.
 - c. Progesteron trong thai kỳ ảnh hưởng sự phát triển của nang tuyến sữa.
 - d. Prolactin giúp sự phân tiết sữa sau sanh.
 - e. Tất cả các câu trên đều đúng.
5. Cho trẻ ngậm bú đúng cách, CHỌN CÂU ĐÚNG:
 - a. Miệng trẻ hở rộng, cầm trẻ chậm vào bầu vú mẹ.
 - b. Môi dưới của trẻ đưa ra ngoài.
 - c. Phần quầng vú còn lại ngoài miệng trẻ nhìn thấy được phía trên nhiều hơn phía dưới.
 - d. Trẻ mút chậm, hai má phình đầy, thỉnh thoảng nghe tiếng nuốt ực ực.
 - e. Tất cả các câu trên đều đúng.
6. Sau sanh sản phụ than phiền đau từng cơn vùng hạ vị. Đó là do:
 - a. Tử cung co hồi.
 - b. Bàng quang co thắt.
 - c. Nhiễm trùng tử cung.
 - d. Bế sản dịch.
 - e. Huyết tụ vùng chậu.

CHĂM SÓC HẬU PHẪU MỔ LẤY THAI

ThS. VÕ THỊ THU NGUYỆT

Mục tiêu

- Có khả năng theo dõi, chăm sóc và phát hiện các triệu chứng bất thường ở sản phụ sau mổ lấy thai (MLT).
- Có khả năng tư vấn cho sản phụ về dinh dưỡng, sinh hoạt và nuôi con trong những ngày hậu phẫu

1. ĐẠI CƯƠNG

Với sự mở rộng của các chỉ định mổ lấy thai trong sản khoa hiện đại, các trường hợp sanh mổ chiếm một tỷ lệ khá lớn trong tổng số sanh. Sau thời gian nằm ở phòng hồi sức, nếu tình trạng tạm ổn sản phụ sẽ được chuyển trại. Tuy nhiên sản phụ vẫn phải được tiếp tục theo dõi và chăm sóc tốt nhằm hạn chế các biến chứng, giúp sản phụ sớm trở về với hoạt động bình thường sau sanh mổ.

2. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC HẬU PHẪU

2.1. Thời điểm tiếp nhận sản phụ

Cần kiểm tra lại tên tuổi sản phụ trên hồ sơ bệnh án và một số chi tiết liên quan đến cuộc mổ như:

- Lý do mổ để quan tâm đúng mức đến các vấn đề của sản phụ. Thí dụ: nếu sản phụ mổ vì lý do chảy máu trước sanh cần quan tâm đến tình trạng thiếu máu của sản phụ và đánh giá xem sản phụ đã được bù hoà dịch cơ thể đúng mức chưa; hoặc nếu sản phụ mổ vì thai suy thì cần quan tâm đến tình trạng của bé (nếu bé sau mổ được về nằm chung với mẹ)...
- Tình trạng bệnh lý nội ngoại khoa của mẹ (nếu có) trước khi mổ.

- Phương pháp vô cảm: tê túy sống, tê ngoài màng cứng hay mê nội khí quản vì mỗi phương pháp vô cảm sẽ có những vấn đề riêng trong hậu phẫu.
- Thời gian kéo dài của cuộc mổ và những khó khăn trong cuộc mổ nếu có (chảy máu nhiều, rách thêm đường rạch tử cung, tụ máu...). Một cuộc mổ càng kéo dài, càng chảy máu nhiều thì nguy cơ nhiễm trùng hậu phẫu càng cao.
- Các chỉ định và y lệnh đặc biệt của phẫu thuật viên nếu có.
- Kết quả Hct sau cuộc mổ.

2.2. Ngày hậu phẫu đầu tiên

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ mỗi 4 giờ/lần trong vòng 24 giờ đầu sau mổ. Ngoài ra cần phải theo dõi sự co hồi của tử cung và đánh giá lượng máu mất qua đường âm đạo (bằng cách quan sát số băng vệ sinh đã thay).

- Nếu mạch tăng, huyết áp kẹp hoặc hạ huyết áp: lưu ý nghỉ ngơi có xuất huyết nội. Nếu khám trên lâm sàng thấy bụng chướng một cách bất thường hoặc có đê kháng, cần kiểm tra lại Hct, Hb và siêu âm để phát hiện có xuất huyết nội. Nếu chẩn đoán

CHĂM SÓC HẬU PHẪU MỔ LẤY THAI

có xuất huyết nội cần mổ lại để cầm máu. Nếu không phải đánh giá lại lượng máu mất và xem đã bồi hoàn dịch và máu đủ chưa.

- Tử cung co hồi kém, sản dịch lượng nhiều: đờ tử cung thứ phát. Trường hợp này phải tiếp tục dùng oxytocin hoặc ergometrine để giúp tử cung co hồi tốt.

Khám toàn diện:

- Quan sát da niêm, nghe lại tim phổi, đếm nhịp thở, bụng mềm hay chướng căng, nhu động ruột...
- Đối với sản phụ được gây mê nội khí quản và nhất là khi cuộc mổ kéo dài thường hay có phản ứng tăng tiết đờm nhớt. Trường hợp này cần khuyến khích sản phụ thở sâu và khạc nhổ để tránh ứ đọng đờm nhớt có thể dẫn đến xẹp phổi và viêm phổi.

Dịch truyền:

Bao gồm cả máu và những dịch truyền khác. Đối với một cuộc mổ bình thường không có biến chứng chảy máu thì cần khoảng 2000ml dịch truyền bổ sung trong 24 giờ đầu (để thay thế cho khoảng 1500ml nước tiểu, 500ml nước mất qua da, hơi thở).

Đối với những sản phụ bị tiền sản giật nặng hoặc có triệu chứng suy tim cần hạn chế lượng dịch truyền. Ngược lại đối với các trường hợp bị nôn ói nhiều, sốt cao, có tình trạng nhiễm trùng hoặc mất máu nhiều thì lượng dịch truyền có thể cần nhiều hơn.

Giảm đau:

Có thể sử dụng một trong những thuốc giảm đau sau đây:

- Meperidine (Pethidine, Dolargan) 75 – 100mg tiêm bắp mỗi 3 giờ
- Morphine sulfate 10-15mg, tiêm bắp mỗi 3 giờ
- Perfalgan (paracetamol) 1g, truyền tĩnh mạch mỗi 6 giờ.
- Ngoài ra đối với những sản phụ được gây tê ngoài màng cứng có thể vẫn giữ catheter, qua đó tiếp tục bơm thuốc giảm đau sau mổ.

Nên lưu ý là một số thuốc giảm đau thuộc nhóm kháng viêm không steroid (NSAID) có thể ảnh hưởng đến chức năng của tiểu cầu, làm tăng nguy cơ chảy máu.

Nước tiểu và băng quang:

Phải lưu ý màu sắc và lượng nước tiểu. Nếu lượng nước tiểu ít hơn 30ml/giờ trong khi lượng nước vào tương đối đủ thì phải đánh giá tìm nguyên nhân ngay. Nguyên nhân gây thiểu niệu có thể là do một tình trạng chảy máu không được nhận biết, do tác dụng kháng lợi niệu vì sử dụng nhiều oxytocin trước và trong mổ, hoặc do biến chứng ở thận bởi các bệnh lý trước đó (tiền sản giật nặng, hội chứng HELLP...). Biến chứng cột phải niệu quản rất hiếm gặp trong mổ lấy thai.

Ống thông tiểu thường được rút trong vòng 12 – 24 giờ sau mổ hoặc thuận tiện hơn là rút vào buổi sáng hôm sau ngày phẫu thuật. Trường hợp nước tiểu có lẫn máu do có chạm thương băng quang trong lúc mổ (thường hay gặp trong trường hợp mổ khi đầu xuống thấp, lấy đầu khó khăn, có rách thêm đường rạch cơ tử cung, khâu cầm máu khó khăn...) cần phải lưu thông tiểu cho đến khi nước tiểu trở lại trong hoàn

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

toàn để tránh khả năng bị dò bàng quang về sau. Thông tiểu tại chỗ lưu trên 24 giờ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng tiểu. Sau khi rút thông tiểu phải theo dõi khả năng tự tiểu của sản phụ cũng như theo dõi sự xuất hiện cầu bàng quang giống như đối với một sản phụ sau sanh thường ngả âm đạo.

Chăm sóc vết mổ:

Trong trường hợp bình thường, băng vết mổ khô, không chảy máu thì không cần thay băng trong ngày đầu tiên. Nếu băng vết mổ thấm máu ướt phải mở ra đánh giá tình trạng chảy máu vết mổ. Nếu chỉ rỉn chảy ít có thể xử trí bằng băng ép chặt lại, nếu chảy máu nhiều có thể phải khâu tăng cường lại thành bụng.

Sau 48 giờ mở băng ra để đánh giá tình trạng vết mổ. Các triệu chứng nhiễm trùng vết mổ thường xuất hiện vào ngày thứ 3 sau mổ. Cần chú ý quan sát các triệu chứng phù nề, đỏ, nóng, đau quanh vết mổ.

Nếu vết mổ có dẫn lưu, cần thay băng hàng ngày để theo dõi tình trạng ống dẫn lưu. Thường sau 24 giờ nếu ống dẫn lưu không còn tiết dịch hoặc chỉ ra ít dịch trong hay lẩn hông (chứng tỏ không còn chảy máu) thì nên rút ống dẫn lưu để tránh nhiễm trùng.

Vận động

Khuyến khích sản phụ vận động càng sớm càng tốt. Đối với các sản phụ được gây tê túy sống nên hạn chế ngồi dậy trong vòng 12 giờ đầu sau mổ (chỉ co duỗi chân, nghiêng người qua lại tại giường) để tránh biến chứng hạ huyết áp tư thế của gây tê túy sống, hạn chế triệu chứng nhức đầu những ngày sau mổ.

Chế độ ăn:

Mổ lấy thai không liên quan đến ruột nên khuyến khích sản phụ ăn càng sớm càng tốt. Trong ngày đầu tiên sản phụ có thể uống sữa, súp hoặc cháo loãng. Qua những ngày sau nếu diễn tiến không có gì bất thường có thể ăn uống bình thường như trước khi mổ.

Chăm sóc vú và cho con bú:

Sau sanh mổ, sản phụ thường lên sữa muộn hơn sanh thường. Lý do thường gặp do người mẹ đau nhiều nên cho bé bú muộn. Thật ra với sự giúp đỡ của người nhà và nhân viên y tế, sản phụ vẫn có thể cho con bú ngay trong ngày đầu tiên. Mẹ có thể cho con bú ở tư thế nằm nghiêng (xem thêm bài “Nuôi con bằng sữa mẹ” – sách Sản Phụ Khoa tập 1).

Cho bú sớm giúp tận dụng nguồn sữa non quý báu cũng như giúp kích thích tiết sữa sớm và nhiều.

Kháng sinh điều trị: trừ các trường hợp có nguy cơ nhiễm trùng cao, đa số trường hợp mổ lấy thai chỉ cần một liều kháng sinh dự phòng tiêm lúc mổ là đủ.

2.3. Ngày hậu phẫu 2

- Tiếp tục theo dõi các dấu hiệu sinh tồn mỗi 6 giờ/lần.
- Hỏi thăm sản phụ về diễn tiến của triệu chứng đau và các triệu chứng bất thường khác nếu có.
- Kiểm tra xem sản phụ đã trung tiện được chưa. Một số sản phụ có thể có tình trạng liệt ruột cơ năng kéo dài, tuy nhiên thường chỉ ở mức độ nhẹ và không cần điều trị chuyên biệt, chỉ

CHĂM SÓC HẬU PHẪU MỔ LẤY THAI

khuyến khích sản phụ vận động, ăn nhẹ. Đối với các trường hợp bụng chướng nhiều gây khó chịu cho sản phụ, nhu động ruột thưa, có thể tiêm 1 ống Prostigmine 0,5 mg (TB) để kích thích nhu động đường tiêu hóa.

Đối với trường hợp bụng chướng căng nhiều có thể phải truyền dịch, điều chỉnh cân bằng điện giải, đặt thông mũi-dạ dày hút giải áp. Nếu tình trạng liệt ruột nặng, bụng căng chướng nhiều kèm với sốt cao phải xem chừng khả năng có tổn thương ruột không được nhận biết lúc mổ.

- Tiếp tục theo dõi sự co hồi tử cung và sự tiết sản dịch.
- Kiểm tra lại tự tiểu của sản phụ sau khi rút thông tiểu.
- Khuyến khích sản phụ ngồi dậy vận động, di chuyển khỏi giường. Vận động sớm giúp tránh nguy cơ huyết khối tĩnh mạch và thuyên tắc phổi.
- Thay băng, quan sát vết mổ.

2.4. Ngày hậu phẫu 3

- Nếu không có biến chuyển bất thường, theo dõi các dấu hiệu sinh tồn ngày 2 lần.
- Khám xem có triệu chứng căng sữa không. Nếu có cần hướng dẫn sản phụ cách nặn sữa và khuyến khích cho bú mẹ hoàn toàn.
- Khám kiểm tra vết mổ.
- Tiếp tục theo dõi màu sắc, tính chất của sản dịch.

2.5. Ngày hậu phẫu 4

- Tiếp tục theo dõi như ngày hậu phẫu 3.

- Đối với đường mổ ngang trên vách và nếu thành bụng không quá dày thì có thể cắt chỉ. Đối với đường mổ dọc hoặc thành bụng quá dày, có thể dời ngày cắt chỉ lại 1-2 ngày sau.

- Hướng dẫn sản phụ chuẩn bị xuất viện: cách chăm sóc rốn bé, cách tắm bé, các biện pháp tránh thai, chế độ dinh dưỡng trong thời kỳ hậu sản. Phải khuyến cáo sản phụ không nên để có thai lại sớm trước 2 năm.

3. CÁC BIẾN CHỨNG THƯỜNG GẶP TRONG HẬU PHẪU MỔ LẤY THAI

3.1. Sốt

Sốt không phải là một biến chứng trong hậu phẫu MLT, nhưng đây là triệu chứng thường gặp và là dấu hiệu báo động của những biến chứng khác.

Trong vòng 24-48 giờ đầu sau MLT, sốt nhẹ phần nhiều là do nguyên nhân chuyển hóa (sản phụ nhịn ăn uống, bù dịch không đủ). Tuy nhiên nếu sốt kéo dài trên 48 tiếng hoặc $\geq 39^{\circ}\text{C}$, cần phải khám lại toàn diện để tìm nguyên nhân nhiễm trùng.

3.2. Nhiễm trùng hậu sản

- Yếu tố nguy cơ: ối vỡ lâu, chuyển dạ kéo dài, cuộc mổ có nhiều sang chấn...
- Biểu hiện thường là: sốt cao, tử cung co hồi kém, lắc tử cung đau, sản dịch có mùi hôi, màu sản dịch đơ...
- Điều trị: kháng sinh thích hợp dựa vào kết quả cấy sản dịch, thuốc co hồi tử cung (oxytocin), nong cổ tử cung thoát sản dịch, rửa âm đạo mỗi ngày.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

3.3. Nhiễm trùng tiểu

- Lâm sàng: tiểu buốt, tiểu gắt hoặc bí tiểu, thường do đặt sonde tiểu không đảm bảo vô trùng hoặc sản phụ có tình trạng nhiễm trùng tiểu trước đó mà không ghi nhận.
- Cấy tiểu có > 100.000 khum vi trùng.
- Điều trị: kháng sinh, tập bàng quang (nếu bị bí tiểu).

3.4. Viêm phổi hít

- Thường gặp sau cuộc mổ dưới mề nội khí quản kéo dài, biến chuyển bệnh thường nặng.
- Biểu hiện lâm sàng: sốt cao dai dẳng, đau ngực, khó thở. Nghe phổi có ran ẩm hoặc có vùng giảm hắn rì rào phế nang.
- Điều trị: kháng sinh thích hợp, thuốc long đờm, vật lý trị liệu để giúp sản phụ thở sâu và khạc đờm nhốt.

3.5. Viêm vết mổ hoặc tụ máu vết mổ

- Nguyên nhân thường do mổ khi sản phụ đã có nhiễm trùng ối hoặc do cầm máu không tốt trong lúc mổ.
- Triệu chứng lâm sàng: sốt cao dai dẳng, vùng da viêm đỏ đau, phù nề hoặc bầm tím quanh vết mổ. Trường hợp tụ máu hoặc tụ mủ ở vết khâu cơ tử cung, khám âm đạo có thể thấy được khối tụ dịch bất thường qua túi cùng trước. Cần phải siêu âm để đánh

giá mức độ lan rộng của tụ mủ hoặc tụ máu.

- Điều trị: kháng sinh. Trường hợp có tụ mủ vết mổ phải tháo mổ chỉ để thoát mủ.

4. XUẤT VIỆN

Hậu phẫu mổ lấy thai nếu không biến chứng sẽ nằm viện theo dõi trung bình 4-5 ngày. Khi xuất viện cần dặn dò sản phụ tái khám 1 tháng sau nếu không có gì lạ. Nếu có những triệu chứng bất thường như sốt, ra máu âm đạo kéo dài, sưng đau vết mổ, tiểu khó tiểu rát... hoặc bé bỏ bú, vàng da nhiều, sốt... thì cần phải tái khám ngay.

Cần nhắc nhở sản phụ giữ giấy ra viện và cung cấp cho nhân viên y tế ở làn mang thai sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. F. Gary Cunningham, Kenneth J Leveno, Steven C Hauth, Larry C. Gilstrap III, Katharine D. Wenstrom.Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. William's Obstetrics,22 edition, 698,705, 2005.
2. Ira R. Horowitz, Jack B. Basil. Post-anesthesia and post-operative care. Te Linde's Operative Gynecology, 9th edition, 2003.
3. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice, World Health Organization (2006)
4. Sản Phụ Khoa (tập 1). Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP.HCM. Nhà Xuất bản Y học.2006

CHĂM SÓC HẬU PHẪU MỔ LẤY THAI

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Sau khi được chuyển từ phòng hồi sức về khoa, trong ngày hậu phẫu đầu tiên dấu hiệu sinh tồn của sản phụ nên được theo dõi bao lâu một lần?
 - a. Mỗi giờ/lần.
 - b. Mỗi 2 giờ/lần.
 - c. Mỗi 4 giờ/lần.
 - d. Mỗi 6 giờ/lần.
 - e. Mỗi 12 giờ/lần.
2. Sau cuộc mổ lấy thai không biến chứng, nên rút thông tiểu vào thời điểm nào?
 - a. Khi sản phụ đã tinh táo hoàn toàn.
 - b. Trong vòng 6 giờ đầu sau mổ.
 - c. Trong khoảng 6 – 12 giờ sau mổ.
 - d. Trong khoảng 12 – 24 giờ sau mổ.
 - e. Sau 24 giờ.
3. Sau cuộc mổ lấy thai không biến chứng, lượng dịch truyền cần thiết cho ngày hậu phẫu đầu tiên vào khoảng:
 - a. 500ml.
 - b. 1.000ml.
 - c. 2.000ml.
 - d. 3.000ml.
 - e. Nếu sản phụ đã tinh táo thì không cần truyền dịch mà có thể uống qua đường miệng.
4. Về chăm sóc hậu phẫu mổ lấy thai, câu nào sau đây sai:
 - a. Nhịn ăn uống tuyệt đối trong vòng 24 giờ đầu sau mổ.
 - b. Nên tập vận động tại giường ngay trong 24 giờ đầu.
5. Khuyến khích mẹ cho con bú ngay trong ngày hậu phẫu đầu tiên.
6. Không cần thiết tiếp tục dùng kháng sinh điều trị sau mổ nếu không có nguy cơ nhiễm trùng.
7. Nên bắt đầu ngồi dậy vận động từ ngày hậu phẫu thứ 2.
8. Tình trạng nào sau đây thường gặp sau cuộc mổ dưới gây mê nội khí quản?
 - a. Liệt bàng quang.
 - b. Liệt ruột.
 - c. Hạ áp huyết tư thế.
 - d. Tăng tiết đờm nhơ.
 - e. Rối loạn chức năng tiêu cầu.
9. Chọn 1 câu đúng nhất sau đây:
 - a. Sau mổ lấy thai, tử cung co hồi tốt hơn so với sanh thường ngả âm đạo.
 - b. Chỉ nên bắt đầu cho bú mẹ sau khi sản phụ đã tự ngồi dậy được.
 - c. Chỉ được ăn thức ăn loãng sau khi đã trung tiện được.
 - d. Không nên dùng morphine để giảm đau sau mổ.
 - e. Vận động sớm sau mổ giúp phòng tránh nguy cơ huyết khối tĩnh mạch.
10. Đối với sản phụ sanh mổ không biến chứng, có thể xuất viện ở thời điểm nào?
 - a. Sau 2 ngày.
 - b. Sau 4 ngày.
 - c. Sau 6 ngày.
 - d. Sau 8 ngày.
 - e. Sau 10 ngày.

CÁCH CHO CON BÚ

BS. TRẦN BÌNH TRỌNG

Mục tiêu

- Hướng dẫn được cho bà mẹ cho con bú đúng cách.

1. ĐẠI CƯƠNG

Sữa mẹ là thức ăn hoàn thiện cho trẻ từ lúc mới sanh cho đến 6 tháng tuổi. Nó chứa đựng các chất dinh dưỡng cần thiết cho sự phát triển của trẻ và còn có chứa những kháng thể giúp trẻ chống lại các bệnh nhiễm trùng trong giai đoạn đầu đời. Ngoài ra việc nuôi con bằng sữa mẹ còn giúp hình thành mối quan hệ yêu thương gần gũi giữa mẹ và con. Đã có nhiều nghiên cứu cho thấy trẻ được nuôi bằng sữa mẹ có chỉ số thông minh cao hơn so với những trẻ được nuôi bằng sữa nhân tạo.

Chính vì những lợi ích rõ ràng của việc nuôi con bằng sữa mẹ mà Tổ chức Y tế Thế giới đã khuyến cáo như sau:

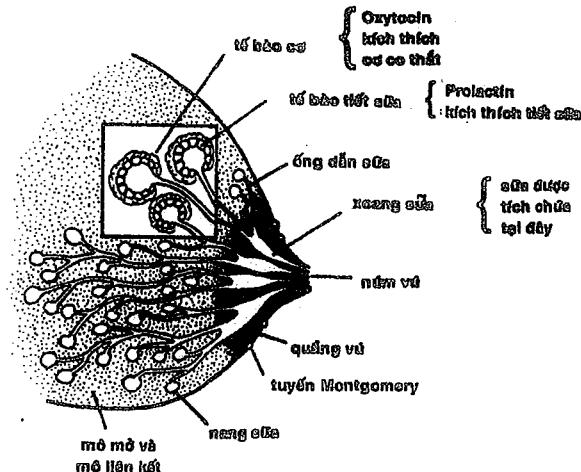
- Bắt đầu cho con bú mẹ sớm trong vòng nửa giờ đến 1 giờ sau sinh.
- Cho bú mẹ hoàn toàn từ 0-4 tháng tuổi.
- Cho ăn bổ sung từ 4-6 tháng tuổi.
- Tiếp tục nuôi con bằng sữa mẹ đến 2 năm hoặc hơn.

Tuy nhiên, để đạt được những lợi ích của nuôi con bằng sữa mẹ, bà mẹ cần phải biết cho con bú đúng cách để trẻ bú có hiệu quả cũng như để duy trì dồi dào nguồn sữa.

2. VÚ TẠO SỮA NHƯ THẾ NÀO?

Bên trong tuyến vú gồm nhiều nang sữa được tạo thành bởi các tế bào tiết sữa. Chung quanh nang sữa có các tế bào cơ

trơn, khi co thắt sẽ giúp đẩy sữa ra ngoài. Từ nang sữa, sữa theo các ống dẫn chảy ra ngoài.



Ở phần quầng vú, các ống sữa nở rộng ra thành các xoang sữa, là nơi sữa được gom vào để chuẩn bị cho một bữa bú.

Khi trẻ bú, động tác mút vú sẽ tạo nên những xung động thần kinh kích thích lên tuyến yên tiết ra prolactin và oxytocin. Prolactin giúp các tế bào tiết sữa còn oxytocin giúp đẩy sữa chảy ra ngoài. Như vậy, trẻ càng bú nhiều thì sữa càng được tạo ra nhiều hơn.

3. TRẺ BÚ NHƯ THẾ NÀO?

Một trẻ khỏe mạnh có 3 phản xạ giúp trẻ bú:

- Phản xạ tìm vú:* khi có vật gì chạm vào vùng miệng của trẻ và nếu trẻ đói, nó sẽ hướng mặt về phía đó và há miệng ra.

CÁCH CHO CON BÚ

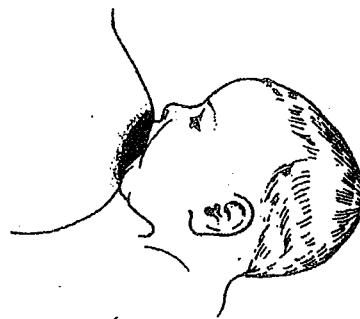
- *Phản xạ mút:* khi có vật gì đưa vào sâu trong miệng và chạm vào vòm hầu của trẻ, trẻ sẽ mút.
- *Phản xạ nuốt:* khi miệng trẻ đầy sữa, trẻ sẽ nuốt.

Khi trẻ bú, nó ngậm không chỉ núm vú mà một phần lớn mô vú (có chứa các xoang sữa bên dưới) vào trong miệng nó. Khi trẻ mút, lưỡi trẻ sẽ tạo nên những nhu động ép

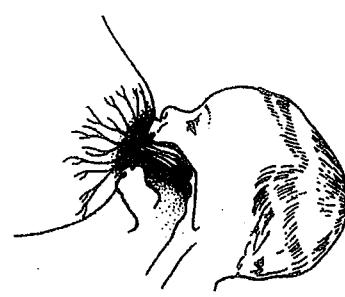
sữa từ các xoang sữa chảy vào miệng và khi sữa đầy miệng trẻ sẽ nuốt.

Cần chú ý 2 điểm quan trọng:

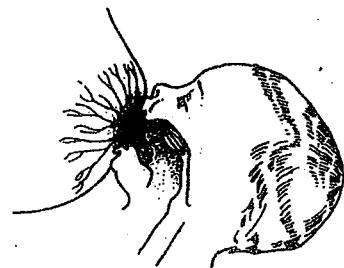
- Động tác mút giúp trẻ đưa nhiều mô vú vào trong miệng trẻ và giữ chặt trong miệng chứ không trực tiếp hút sữa từ bầu vú.
- Không có sự cọ xát giữa da núm vú và miệng trẻ.



Ngậm bắt vú đúng cách



Ngậm bắt vú đúng cách: trẻ ngậm nhiều mô vú vào trong miệng



Lưỡi trẻ có những nhu động ép sữa chảy ra từ các xoang sữa chảy vào miệng trẻ



Ngậm bắt vú không đúng cách



Ngậm bắt vú không đúng cách: trẻ chỉ ngậm núm vú và lưỡi trẻ thụt vào trong miệng

3.1. Dấu hiệu giúp nhận biết trẻ ngậm bắt vú đúng cách

- Toàn thân trẻ hướng sát về phía bà mẹ.
- Cầm trẻ chạm vào vú mẹ.
- Miệng trẻ há rộng.
- Môi dưới của trẻ cong ra ngoài.

- Phần quầng vú phía trên miệng trẻ nhìn thấy ít hơn phía dưới.
- Nhìn thấy trẻ mút chậm, mạnh.
- Có thể nghe tiếng trẻ nuốt.
- Trẻ thư giãn và thỏa mãn sau bữa bú.
- Bà mẹ không cảm thấy đau đầu vú.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

3.2. Dấu hiệu cho biết trẻ ngậm bắt vú không đúng cách

- Thân trẻ không áp sát vào ngực bà mẹ.
- Cầm trẻ cách xa vú mẹ.
- Miệng trẻ không há to.
- Còn nhìn thấy phần nhiều quầng vú bên ngoài miệng trẻ.
- Trẻ mút nhanh, nhẹ.
- Có thể thấy má trẻ lùm vào khi trẻ mút.
- Sau bữa bú trẻ vẫn quấy khóc, không thỏa mãn vì không nhận đủ sữa.
- Bà mẹ cảm thấy đau đầu vú. Có thể có những vết nứt ở núm vú.

3.3. Hậu quả của ngậm bắt vú không đúng cách

- Bà mẹ cảm thấy đau vú mỗi khi cho bú. Lưỡi trẻ chạm vào da núm vú có thể gây nứt nẻ hoặc loét núm vú.
- Sữa chảy ra không hiệu quả. Trẻ không nhận đủ sữa, chậm lên cân.

Để sữa chảy đều và đặc
sẽ tiết sữa ít đi.

4. GIÚP ĐỠ BÀ MẸ CHO CON BÚ ĐÚNG CÁCH

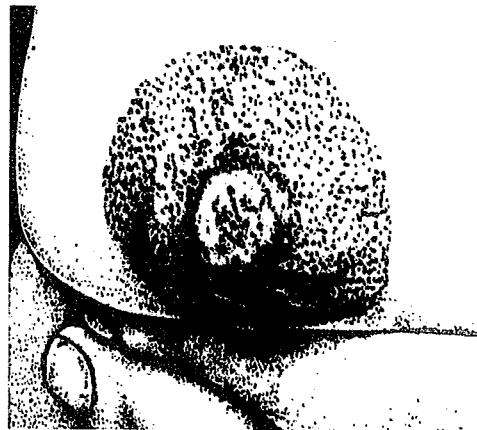
Một số bà mẹ, nhất là các sản phụ con sơ sinh chưa có kinh nghiệm nuôi con bằng sữa mẹ cần được giúp đỡ để có thể cho con bú đúng cách và có hiệu quả.

- Để bà mẹ ngồi thoải mái trên ghế. Nếu sức khỏe còn yếu, bà mẹ có thể nằm trên giường với em bé nằm bên cạnh. Nếu cần thiết có thể dùng một gối mềm để đỡ em bé.

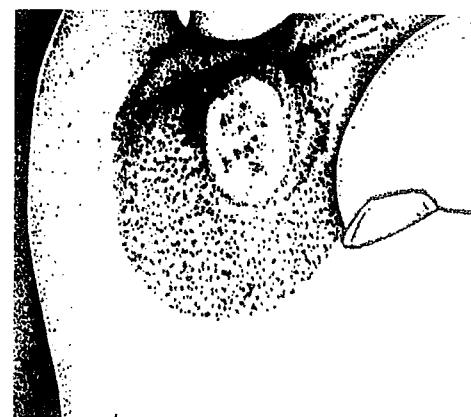


Trẻ bú ở tư thế đúng

- Giúp bà mẹ bế em bé, hướng mặt bé về phía bầu vú. Đầu và thân bé phải thẳng hàng. Bụng bé áp sát vào bụng bà mẹ.
- Bà mẹ dùng tay nâng bầu vú và đưa cả bầu vú (chứ không phải chỉ có núm vú) về phía miệng trẻ. Bà mẹ nên dùng hai ngón tay kẹp núm vú hoặc quầng vú hoặc cố gắng nắm núm vú về phía miệng trẻ.
- Mẹ có thể chạm nhẹ núm vú vào miệng trẻ để kích thích phản xạ tìm vú.
- Chờ cho trẻ há to miệng và sẵn sàng để bú thì nhanh chóng đưa miệng trẻ vào vú. Hướng môi dưới của trẻ nằm phía dưới núm vú. Điều này giúp cầm trẻ chạm sát vào bầu vú và lưỡi trẻ nằm ngay dưới phần vú có chứa các xoang sữa, cũng như giúp cho núm vú chạm vào vòm họng của trẻ để kích thích phản xạ mút.



Bà mẹ đưa cả bầu vú về phía miệng trẻ. Điều này giúp trẻ ngậm được nhiều mô vú vào miệng.



Bà mẹ dùng 2 ngón tay kẹp núm vú đưa về phía miệng trẻ. Điều này khiến trẻ chỉ ngậm được phần núm vú mà thôi.

5. CHO TRẺ BÚ NHƯ THẾ NÀO?

- Cho trẻ bú càng sớm sau sinh càng tốt. Cho trẻ bú sớm giúp mau lên sữa cũng như tận dụng được nguồn sữa non quý giá.
- Cho trẻ bú theo yêu cầu. Cho bú bất cứ lúc nào trẻ đòi và đòi bú. Không cần thiết cho bú theo giờ giấc nhất định.
- Không nên giới hạn thời gian của mỗi bữa bú. Trước đây các nhân viên y tế thường khuyên các bà mẹ không nên cho trẻ bú lâu quá 5-10 phút vì sợ cho bú lâu sẽ làm đau đầu vú. Tuy nhiên chúng ta biết rằng nguyên nhân gây đau đầu vú là do ngậm bắt vú không đúng cách. Cứ để cho trẻ bú cho đến khi nhận đủ lượng sữa theo nhu cầu.
- Chờ cho trẻ bú hết sữa một bên rồi hãy cho bú vú bên kia. Tuy nhiên không nên ép trẻ nếu trẻ đã no. Hãy

cho bú vú phải trước trong bữa bú này. Đến bữa bú tiếp theo sẽ cho bú vú trái trước. Như vậy cả hai vú đều được kích thích và sẽ tiết sữa cân bằng cả hai vú.

Tóm lại, điểm mấu chốt giúp việc nuôi con bằng sữa mẹ được thành công và hiệu quả là phải cho trẻ ngậm bắt vú đúng cách và cho trẻ bú đầy đủ theo yêu cầu.

6. CHO BÚ MẸ TRONG TRƯỜNG HỢP MẸ BỊ NHIỄM SIÊU VI MẠN TÍNH

6.1. Viêm gan siêu vi

Viêm gan siêu vi B và C lây truyền qua đường máu và đường tình dục. Bệnh có thể lây truyền từ mẹ sang con trong thời gian chu sinh, chủ yếu là do thai nhi tiếp xúc với máu mẹ trong lúc sanh đẻ. Mặc dù có một số trường hợp tìm thấy kháng thể bề mặt của siêu vi B trong sữa các bà mẹ có HbSAG (+), nhưng cho đến nay chưa có bằng

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

chứng cho thấy bú mẹ sẽ làm tăng thêm nguy cơ lây truyền sau sanh từ mẹ sang con.

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến cáo chủng ngừa viêm gan B cho tất cả bé sơ sinh trong vòng 48 giờ đầu sau sanh hoặc càng sớm càng tốt sau đó. Việc tiêm ngừa này có khả năng phòng ngừa được 70%-90% trẻ sơ sinh từ các bà mẹ có HbSAg (+).

WHO và UNICEF khuyến cáo các bà mẹ có HbSAg (+) vẫn có thể cho bú mẹ, ngay cả khi trẻ sơ sinh không được chủng ngừa viêm gan B lúc mới sinh ra.

6.2. Nhiễm HIV

Khoảng 65% trường hợp lây truyền HIV từ mẹ sang con xảy ra trong giai đoạn chuyển dạ và sanh đẻ, 35% trường hợp còn lại lây truyền trong thời gian mang thai (qua nhau – nhất là trong những tuần chót của thai kỳ) và qua sữa mẹ. Virus được phóng thích trực tiếp vào sữa mẹ hoặc có trong các tế bào trong sữa mẹ. Người ta nhận thấy nồng độ virus trong sữa mẹ trong những tuần đầu sau sanh cao hơn so với sau đó. Một khác cho bú dặm (bú mẹ + bú bình) có vẻ

còn nguy hiểm hơn cả bú mẹ hoàn toàn, có thể do việc bú sữa bình gây những tổn thương trên lớp niêm mạc đường tiêu hóa giúp virus HIV dễ xâm nhập hơn.

Vì vậy, WHO khuyến cáo các bà mẹ bị nhiễm HIV nên nuôi con bằng sữa công thức hoàn toàn, trừ một số trường hợp đặc biệt khi bà mẹ không có khả năng nuôi bằng sữa bình an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nuôi con bằng sữa mẹ – Bộ môn Sản phụ khoa, ĐH Y dược TP.HCM, tr 219-232.
2. Helping Mothers to Breastfeed – F. Savage King, Revised edition, 1992.
3. Joel A. Lamounier, Zeina S. Moulin, Cesar C., Xavier. Recommendations for breastfeeding during maternal infections. J Pediatr (Rio J); 2004;80(5 Suppl) S181-S188.
4. Nguồn hình: tất cả các hình ảnh trong bài này đều trích từ quyển “Helping Mothers to Breastfeed” – F. Savage King, Revised edition, 1992.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, nên bắt đầu cho con bú vào thời điểm nào sau sinh?
 - a. Từ nửa giờ đến 1 giờ sau sinh,
 - b. Từ 6 giờ sau sinh.
 - c. Từ 12 giờ sau sinh.
 - d. Từ 24 giờ sau sinh.
 - e. Khi nào vú bắt đầu lên sữa.
2. Có thể nhận biết trẻ ngậm vú đúng cách dựa vào các triệu chứng sau đây, NGOẠI TRỪ:
 - a. Miệng trẻ há rộng.
 - b. Cầm trẻ chạm vào bầu vú.
 - c. Môi dưới của trẻ đưa ra ngoài.
 - d. Phần quầng vú bên trên miệng trẻ nhìn thấy nhiều hơn so với bên dưới.
 - e. Khi trẻ mút nhìn thấy rõ má trẻ lùm vào.
3. CHỌN CÂU SAI về hậu quả của việc trẻ ngậm bắt vú không đúng cách:
 - a. Tổn thương da núm vú.
 - b. Bầu vú mềm.
 - c. Trẻ đòi bú thường xuyên.
 - d. Trẻ chậm lèn cân.
 - e. Trẻ từ chối bú mẹ.
4. Khoảng cách giữa hai bữa bú như thế nào là hợp lý:
 - a. 2 tiếng.
 - b. 3 tiếng.
 - c. 4 tiếng.
 - d. 5 tiếng.
 - e. Tùy theo nhu cầu của trẻ.
5. Trong các câu sau đây, CHỌN CÂU SAI:
 - a. Khi trẻ ngậm vú đúng cách, không có sự cọ sát giữa lưỡi bé và da núm vú.
 - b. Động tác mút của bé giúp hút sữa từ bầu vú mẹ.
 - c. Động tác mút giúp đưa sâu mô vú vào trong miệng trẻ.
 - d. Khi đưa vú vào miệng trẻ, nên đưa cả bầu vú chứ không phải chỉ núm vú.
 - e. Phản xạ mút được thực hiện nhờ sự chạm đầu vú vào vòm hầu trẻ.
6. Trường hợp nào sau đây có chống chỉ định cho con bú mẹ:
 - a. Mẹ bị viêm gan B, HbeAg (-).
 - b. Mẹ bị viêm gan B, HbeAg (+).
 - c. Mẹ bị nhiễm HIV.
 - d. Mẹ sanh mổ có dùng kháng sinh.
 - e. Tất cả các câu trên đều đúng.

PHÒNG CHỐNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON

PGS. TS. NGÔ THỊ KIM PHUNG

ThS. TRẦN NHẬT THĂNG

ThS. NGUYỄN DUY HOÀNG MINH TÂM

Mục tiêu

- Liệt kê được các đường lây truyền HIV.
- Liệt kê được các khả năng lây truyền HIV từ mẹ sang con.
- Trình bày được lợi ích của việc dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.
- Trình bày được phác đồ phòng chống lây truyền HIV từ mẹ sang con.

1. ĐẠI CƯƠNG VỀ HIV VÀ AIDS

- HIV = Human Immunodeficiency Virus là virus thuộc họ retrovirus gây hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người.
- AIDS = Acquired Immunodeficiency Syndrom là một nhóm bệnh biểu hiện bởi nhiễm trùng hay u bướu thứ phát do tình trạng suy giảm miễn dịch gây nên bởi retrovirus.

Được phát hiện lần đầu tiên năm 1981, nhiễm HIV-AIDS đã nhanh chóng trở thành một đại dịch trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, ca nhiễm bệnh đầu tiên được phát hiện vào tháng 12/1990 và sau đó số ca nhiễm bệnh tiếp tục tăng nhanh. Theo thống kê của Bộ Y Tế, tính đến 31/10/2008 số trường hợp nhiễm HIV/AIDS còn sống được báo cáo trên toàn quốc là 135.171, trong đó có 29.134 trường hợp đã chuyển sang giai đoạn AIDS; số bệnh nhân tử vong vì bệnh AIDS tính đến thời điểm trên là 41.418.

Tại Việt Nam trong hơn 10 năm qua, tình hình phụ nữ có thai bị nhiễm HIV đã tăng gấp 20 lần. Ước tính mỗi năm có

khoảng 5.000 – 7.000 phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con.

2. SỰ LÂY TRUYỀN HIV

2.1. HIV lây truyền như thế nào?

Bốn phương cách lây truyền HIV thường gặp nhất là:

- Lây lan qua đường tình dục khi giao hợp không được bảo vệ (cả đường âm đạo lẫn hậu môn).
- Dùng chung kim tiêm với người đã bị nhiễm (tiêm chích ma túy): là hình thức lây truyền thường gặp nhất tại Việt Nam.
- Lây nhiễm từ máu hoặc các chế phẩm từ máu.
- Lây truyền từ mẹ sang con.

Ngoài ra HIV còn có thể lây truyền qua ghép tạng; nhân viên y tế có thể bị lây nhiễm qua kim chích hay dao mổ có dính máu nhiễm HIV trong khi làm thủ thuật.

2.2. Lây truyền từ mẹ sang con

Phụ nữ bị nhiễm HIV có thể truyền bệnh cho con trong lúc đang mang thai-nhất là vào những tháng cuối thai kỳ, trong lúc chuyển dạ (nhiều nhất) và sau sinh qua sữa mẹ.

PHÒNG CHỐNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON

2.2.1. Các yếu tố ảnh hưởng đến nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con trong thai kỳ

- Tuổi mẹ càng cao nguy cơ lây truyền càng tăng.
- Mẹ mới bị nhiễm HIV khi đã mang thai. Trường hợp này nồng độ HIV trong máu rất cao nên tăng nguy cơ lây truyền sang con.
- Mẹ bị nhiễm HIV ở giai đoạn muộn mới mang thai.
- Thai càng lớn virus càng dễ qua nhau hơn do thành các gai nhau mỏng hơn so với giai đoạn đầu của thai kỳ.

2.2.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con trong chuyển dạ

- Đẻ khó.
- Cơ co tử cung càng mạnh càng dễ tống máu mẹ vào hệ tuần hoàn nhau thai.
- Chuyển dạ kéo dài.
- Phản mềm mẹ bị sang chấn nhiều.
- Thai bị xây xước, sang chấn (nếu phải giúp sanh, nên chọn forrceps hơn là ventouse).
- Thời gian ối vỡ kéo dài (đặc biệt sau 4 giờ, và cứ mỗi giờ sau khi ối vỡ nguy cơ lây cho thai tăng thêm 2%).

Trẻ bị lây trong giai đoạn chuyển dạ chủ yếu do tiếp xúc với dịch tiết âm đạo hoặc máu mẹ. Vì vậy một số tác giả chủ trương mổ lấy thai khi bắt đầu vào chuyển dạ để hạn chế nguy cơ lây truyền mẹ-con. Tuy nhiên không phải trường hợp nào cũng mổ sanh được vì các chuyên gia nhận thấy tỷ lệ bệnh tật và tử vong mẹ cao hơn sau mổ sanh so với đẻ thường qua ngả âm đạo.

2.2.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con trong thời kỳ cho bú

Bằng kỹ thuật nuôi cấy virus, người ta thấy có sự hiện diện của HIV trong sữa mẹ và từ đó HIV có thể xâm nhập qua niêm mạc miệng, lưỡi, lợi của trẻ. Nồng độ HIV trong sữa mẹ cao trong thời kỳ đầu sau đẻ, sau đó giảm dần.

Các yếu tố nguy cơ tăng khả năng lây truyền sang con qua sữa mẹ bao gồm:

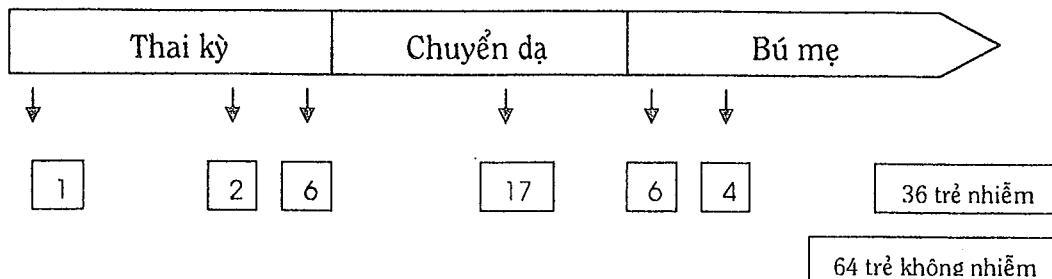
- Mẹ bị nhiễm HIV đã chuyển sang giai đoạn muộn (nồng độ HIV trong máu mẹ cao).
- Có những tổn thương ở vú (viêm vú, nứt đầu vú, áp-xe vú...) hoặc có tổn thương ở miệng trẻ.
- Thời gian cho bú mẹ càng dài thì nguy cơ lây truyền càng cao.
- Ngoài ra cho bú dặm (vừa bú mẹ vừa bú bình) thì nguy cơ lây nhiễm của bé cao hơn so với bú mẹ hoàn toàn. Có thể khi bú bình niêm mạc đường tiêu hóa dễ bị tổn thương hơn nên virus dễ xâm nhập vào máu trẻ hơn.

Vì những lý do trên, các bà mẹ bị nhiễm HIV được khuyến cáo nuôi con bằng sữa thay thế (sữa công thức) hoàn toàn. Trong trường hợp không thể cho bú sữa công thức hoàn toàn thì chỉ nên bú mẹ hoàn toàn thay vì bú dặm.

Điều cần nêu là không phải tất cả trẻ sơ sinh từ các bà mẹ bị nhiễm HIV đều sẽ bị lây nhiễm.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

Nghiên cứu trên 100 bà mẹ bị nhiễm HIV, không được can thiệp dự phòng



Nếu mẹ không được uống thuốc dự phòng và trẻ được cho bú mẹ đến 6 tháng tuổi thì tỷ lệ lây truyền là khoảng 30%.

Nếu mẹ không được uống thuốc dự phòng và trẻ được nuôi bằng sữa thay thế hoàn toàn thì tỷ lệ lây truyền là khoảng 20%.

3. PHÒNG CHỐNG LÂY TRUYỀN TỪ MẸ SANG CON (PLTMC)

Theo y văn thế giới, tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con từ 30% - 35% nếu không có bất kỳ sự can thiệp nào. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã đề ra một chiến lược toàn diện nhằm giảm sự lây truyền từ mẹ sang con bao gồm 4 lĩnh vực:

- Dự phòng nhiễm HIV: vợ chồng chung thủy, quan hệ tình dục an toàn (sử dụng bao cao su)
- Dự phòng có thai ngoài ý muốn ở những phụ nữ nhiễm HIV: cung cấp các phương tiện tránh thai hiệu quả, bao cao su...
- Dự phòng lây truyền từ phụ nữ nhiễm HIV sang con của họ: sử dụng thuốc kháng retrovirus (ARV) trong thai kỳ và trong chuyển dạ để làm giảm nồng độ HIV trong máu mẹ

- Tiếp tục cung cấp chăm sóc hỗ trợ và điều trị cho phụ nữ nhiễm HIV và con của họ sau khi sanh.

Người ta nhận thấy nếu mẹ và con được uống ARV dự phòng đúng theo phác đồ và trẻ được nuôi bằng sữa thay thế hoàn toàn sẽ giảm được đáng kể tỷ lệ lây truyền cho con, chỉ còn khoảng 2-6%.

3.1. Chương trình phòng lây truyền mẹ-con tại Việt Nam

Tại Việt Nam, dự án thí điểm chương trình phòng lây truyền mẹ-con được bắt đầu thực hiện từ tháng 6/2004. Tại TP. Hồ Chí Minh, chương trình được thực hiện từ 2005 tại 2 bệnh viện Từ Dũ và Hùng Vương, và từ tháng 8/2009 chương trình đã được triển khai rộng khắp trên phạm vi cả nước. Chương trình gồm những dịch vụ cụ thể sau:

- Tư vấn và xét nghiệm tầm soát HIV cho tất cả phụ nữ mang thai.
- Điều trị ARV cho phụ nữ có test HIV(+) trong thai kỳ và trong chuyển dạ.
- Cho trẻ uống sirop ARV ngay sau sinh cho đến 1 (hoặc 4) tuần tuổi.
- Cấp sữa thay thế sữa mẹ (sữa công thức 1) cho trẻ đủ sử dụng trong 6 tuần đầu

PHÒNG CHỐNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON

- Giới thiệu chuyển tiếp trẻ đến phòng khám ngoại trú nhi để tiếp tục được cấp sữa đến 18 tháng, được chăm sóc làm xét nghiệm PCR cho trẻ lần 1 lúc 2 tháng tuổi và lần 2 lúc 6 tháng tuổi.
- Giới thiệu chuyển tiếp mẹ đến phòng khám ngoại trú người lớn để được theo dõi điều trị khi đủ tiêu chuẩn.

3.2. Phác đồ ARV phòng lây truyền mẹ-con

Các thuốc dùng trong chương trình PLTMC tại Việt Nam:

- ZDV (hay AZT) = Zidovudine.
- NVP = Nevirapine.
- 3TC = Lamivudine.
- Viên phối hợp ZDV+3TC = Lamzidivir, Combivir.

3.2.1. Trường hợp mẹ có test HIV(+) lúc mang thai và chưa được điều trị với ARV trước đó

- Mẹ uống ZDV 300mg x 2 lần/ngày bắt đầu từ tuần 28 của thai kỳ hoặc bất kỳ lúc nào sau tuần 28 ngay sau khi chẩn đoán HIV(+). Cần làm test tầm soát sớm trong thai kỳ vì chỉ có tác dụng phòng lây truyền cao khi uống thuốc > 4 tuần.
- Khi vào chuyển dạ mẹ uống ZDV 600mg + 3TC 150mg + NVP 200mg. Sau đó mỗi 12 giờ uống ZDV 300mg/3TC 150mg.
- Sau sinh mẹ tiếp tục uống ZDV 300mg/3TC 150mg mỗi 12 giờ x 1 tuần. (NVP liều đơn dễ gây kháng thuốc nên sau sinh mẹ cần uống thêm ZDV/3TC 1 tuần để hạn chế kháng thuốc)
- Đối với con:

- Nếu mẹ đã được uống thuốc > 4 tuần:
Con uống 1 liều duy nhất sirop NVP 0,6ml ngay sau sanh, và Uống sirop ZDV 0,4ml/kg mỗi 12 giờ x 1 tuần
- Nếu mẹ uống thuốc < 4 tuần:
Con uống 1 liều duy nhất sirop NVP 0,6ml ngay sau sanh, và Uống sirop ZDV 0,4ml/kg mỗi 12 giờ x 4 tuần

3.2.2. Trường hợp mẹ có test HIV(+) được chẩn đoán khi đã vào chuyển dạ

- Mẹ uống ZDV 600mg + 3TC 150mg + NVP 200mg. Sau đó mỗi 12 giờ uống ZDV/3TC 150mg.
- Sau sanh mẹ tiếp tục uống ZDV 300mg/3TC 150mg mỗi 12 giờ x 1 tuần
- Đối với con: uống 1 liều duy nhất sirop NVP 0,6ml ngay sau sanh, và uống sirop ZDV 0,4ml/kg mỗi 12 giờ x 4 tuần
- Nếu tiên lượng mẹ sẽ sanh trong vòng < 1 giờ thì không dùng NVP dự phòng cho mẹ, con vẫn dùng ARV theo phác đồ trên

3.2.3. Trường hợp mẹ đã biết bị nhiễm HIV và đang điều trị với ARV tại phòng khám ngoại trú

- Vẫn tiếp tục uống thuốc như hướng dẫn (nhưng không được dùng Efavirenz trong 3 tháng đầu)
- Đối với con:
 - Nếu mẹ uống thuốc > 4 tuần: con uống sirop ZDV 0,4ml/kg mỗi 12 giờ x 1 tuần

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- Nếu mẹ uống thuốc < 4 tuần: con uống sirop ZDV 0,4 ml/kg mỗi 12 giờ x 4 tuần

4. KẾT LUẬN

Dù nhiễm HIV là một đại dịch toàn cầu và cho đến nay vẫn chưa có thuốc điều trị triệt để, nhưng không phải vì thế mà người phụ nữ bị nhiễm HIV không có quyền được mang thai và làm mẹ. Với chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, chúng ta đã có thể làm giảm một cách rất khả quan nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con. Điều quan trọng là phải tư vấn tầm soát sớm cho tất cả các thai phụ để có thể áp dụng phác đồ phòng lây truyền một cách hiệu quả, và quan trọng hơn nữa là phải tư vấn động viên để người phụ nữ tiếp tục theo dõi và điều trị cho bản thân và cho con của họ trong thời gian sau sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, Cục Y Tế dự phòng và phòng chống HIV/AIDS. Tình hình nhiễm HIV/AIDS trong toàn quốc. 2008
2. Bộ Y Tế, Cục Y Tế dự phòng và phòng chống HIV/AIDS. Ước tính và dự báo nhiễm HIV/AIDS ở Việt Nam 2005-2010.
3. Ủy Ban phòng chống AIDS TP.HCM. Dự án CDC. Tài liệu tập huấn “Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con & Luật phòng chống HIV/AIDS.9/2009.
4. Ủy Ban phòng chống AIDS TP.HCM. Dự án CDC. Tập huấn đào tạo tư vấn viên chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.2009.
5. Trần Thị Lợi, Trần Nhật Thăng. Lây truyền HIV từ mẹ sang con. Sản phụ khoa (tập 1). Nhà xuất bản Y học TP.HCM, 2006, tr.499-505.
6. CDC. HIV/AIDS fact sheet: “Mother-to-child (Perinatal) HIV Transmission and Prevention.Oct 2007.

PHÒNG CHỐNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Tại Việt Nam, đường lây truyền HIV thường gặp nhất là:
 - a. Qua quan hệ tình dục qua ngả âm đạo.
 - b. Quan hệ tình dục qua ngả hậu môn.
 - c. Do sử dụng chung kim tiêm khi tiêm chích ma túy.
 - d. Do truyền máu.
 - e. Lây truyền từ mẹ sang con.
2. Lây truyền HIV từ mẹ sang con cao nhất ở thời điểm nào sau đây ?
 - a. 3 tháng đầu thai kỳ.
 - b. 3 tháng cuối thai kỳ.
 - c. Trong lúc chuyển dạ.
 - d. Trong những ngày đầu sau sinh nếu cho bú mẹ.
 - e. Trong trường hợp mổ lấy thai.
3. Để giảm nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con, điều nào sau đây đúng ?
 - a. Cố gắng để sanh ngả âm đạo, hạn chế mổ lấy thai.
 - b. Nên phá ối sớm.
 - c. Nếu phải giúp sanh nên chọn ventouse hơn là forceps.
 - d. Nên tăng co rộng rãi để rút ngắn chuyển dạ.
 - e. Lau sạch máu và dịch tiết trên da bé càng sớm và càng sạch càng tốt.
4. Tình huống nào sau đây làm tăng nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con ?
 - a. Mẹ trẻ tuổi.
 - b. Sanh non.
 - c. Thai quá ngày.
 - d. Mẹ mới bị nhiễm HIV sau khi đã mang thai.
5. Khi thai phụ bị nhiễm HIV, nên bắt đầu điều trị phòng lây truyền mẹ con từ thời điểm nào ?
 - a. Càng sớm càng tốt.
 - b. Từ tuần 12.
 - c. Từ tuần 16.
 - d. Từ tuần 20.
 - e. Từ tuần 28.
6. Thuốc dùng cho thai phụ trong thai kỳ để phòng chống lây truyền mẹ-con là:
 - a. ZDV.
 - b. 3TC.
 - c. NVP.
 - d. ZDV + 3TC.
 - e. ZDV + 3TC + NVP.
7. Nếu mẹ chỉ được uống ARV trong vòng 2 tuần trước sanh thì sau sanh bé được uống sirop ZDV trong bao lâu ?
 - a. Chỉ cần uống 1 liều duy nhất sau sanh.
 - b. 48 giờ sau sanh.
 - c. 1 tuần sau sanh.
 - d. 2 tuần sau sanh.
 - e. 4 tuần sau sanh.
8. Về phác đồ phòng chống lây truyền mẹ-con, chọn câu sai:
 - a. Hiệu quả phòng chống lây truyền cao nếu mẹ uống thuốc được > 4 tuần.
 - b. Nếu test HIV(+) chỉ được biết khi bắt đầu vào chuyển dạ thì không cần thiết phải dùng thuốc cho mẹ vì không có hiệu quả.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- c. Dù bé non tháng vẫn uống thuốc theo liều lượng/kg cân nặng.
 - d. Liều lượng thuốc dùng cho mẹ không tùy thuộc vào trọng lượng cơ thể.
 - e. Sau sanh mẹ vẫn tiếp tục uống ZDV/3TC 1 tuần để hạn chế kháng thuốc NVP.
9. Đối với trẻ sanh từ mẹ nhiễm HIV, nên nuôi trẻ bằng cách nào để hạn chế lây truyền mẹ-con?
- a. Bú mẹ hoàn toàn.
 - b. Bú sữa công thức hoàn toàn.
 - c. Bú dặm.
 - d. Bú sữa mẹ vắt vào bình.
- e. Nếu mẹ đã được uống thuốc phòng chống đầy đủ trong thai kỳ thì cho bé bú cách nào cũng được.
10. Để xác định khả năng lây nhiễm của trẻ, cần làm xét nghiệm PCR cho trẻ ở thời điểm nào sau sanh ?
- a. Ngay sau sanh và 1 tháng sau sanh.
 - b. Một tháng sau sanh và 2 tháng sau sanh.
 - c. Một tháng sau sanh và 6 tháng sau sanh.
 - d. Ngay sau sanh và 6 tháng sau sanh.
 - e. 6 tháng sau sanh và 1 năm sau sanh.

PHẦN II.

PHỤ KHOA

BỆNH ÁN PHỤ KHOA

ThS. PHẠM THỦY LINH

Mục tiêu

1. Kể được trình tự cách làm bệnh án phụ khoa.
2. Trình bày được cách hỏi tiền căn và bệnh sử bệnh lý phụ khoa thường gặp.
3. Thực hiện đúng những thao tác cơ bản khi thăm khám phụ khoa.
4. Trình bày được cách tóm tắt vấn đề.

1. HÀNH CHÍNH

- Họ tên bệnh nhân.....tuổi... tiền thai (PARA).
- Nghề nghiệp.
- Địa chỉ.
- Ngày giờ nhập viện.
- Lý do đến khám.
- Lý do nhập viện (hay chẩn đoán của tuyến trước).

2. TIỀN CĂN

2.1. Tiền căn gia đình: các bệnh lý liên quan có tính chất gia đình

- Ung thư vú, tử cung, cổ tử cung, u xơ tử cung.
- Tiểu đường, rối loạn thần kinh, di truyền...

2.2. Bản thân

- Tiền căn nội khoa: tim mạch, hô hấp, thần kinh, tiêu hóa, nội tiết... Ví dụ:
 - Tiền căn viêm tắc tĩnh mạch hay thuyên tắc mạch do huyết khối.
 - Tiền căn vàng da do viêm gan.
 - Cao huyết áp.
 - Bệnh lý nhiễm trùng măc phải như viêm gan, Toxoplasmose.
 - Tiền căn lao.
- Tiền căn ngoại khoa: thủ thuật vùng bụng, vùng chậu, chấn thương vùng chậu. Ví dụ:

- Tiền căn mổ ruột thừa: cần xác định mức độ nặng hay nhẹ có viêm phúc mạc hay dẫn lưu không? (điều này rất quan trọng trong những trường hợp vô sinh do tắc ống dẫn trứng).
- Phẫu thuật cơ quan sinh dục cần khai thác chính xác phương thức phẫu thuật vùng chậu.
- Gây xương chậu

Tiền căn sản khoa: số con, tuổi thai, nhiễm trùng hậu sản, tổn thương đường sinh dục...

- Tiền căn phụ khoa. Ví dụ:
 - Tiền căn đốt điện cổ tử cung.
 - Tiền căn nhiễm trùng hay viêm nhiễm vùng chậu.
 - Tiền căn ra huyết bất thường đã điều trị nội tiết (tên thuốc, liều lượng, thời gian sử dụng, hiệu quả).
 - Áp dụng các biện pháp kế hoạch gia đình: thuốc ngừa thai, đặt vòng, các phương tiện cơ học...
 - Các thuốc đã sử dụng trước đó hay đang sử dụng.
 - Tiền căn kinh nguyệt: kinh lâm đầu năm bao nhiêu tuổi, chu kỳ kinh đều hay không đều, bao nhiêu ngày hành kinh, tính chất kinh, lượng kinh, đã mãn kinh?

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- Năm lập gia đình.

3. BỆNH SỬ: khai thác bắt đầu từ triệu chứng chỉ điểm đến lúc có lý do đi khám bệnh. Phân tích một số triệu chứng chính qua hỏi bệnh sử. Hỏi lý do nhập viện lần này: diễn tiến bệnh lý, đã được điều trị gì chưa?

- Đau bụng: ngày xuất hiện, đau âm ỉ liên tục hay đau quặn từng cơn hay đau nhói, đau bụng có liên quan với kinh nguyệt, vị trí và hướng lan cơn đau; các triệu chứng đi kèm như rối loạn tiêu hóa (tiêu chảy hay táo bón, căng vú...)
- Rối loạn kinh nguyệt:
 - Chu kỳ kinh bình thường kéo dài 28 ngày hay có thể thay đổi từ 25 đến 32 ngày, thời gian hành kinh từ 3 đến 5 ngày (tối thiểu 1-2 ngày, tối đa 7-8 ngày), ra kinh nhiều trong 2 ngày đầu, lượng kinh trung bình khoảng 33ml cho một chu kỳ, nhiều hơn 80ml được xem là bệnh lý. Máu kinh thường đỏ đậm, loãng, ít máu cục, không đông, mùi tanh.
 - Vô kinh: cần phân biệt.
Vô kinh nguyên phát: chưa có kinh lần nào.
Vô kinh thứ phát: trước đó đã có kinh.
 - Rối loạn thời gian:
Kinh ít (hypoménorrhée) thời gian hành kinh rất ngắn < 3 ngày.
Kinh nhiều (hyperméno-rrhée) thời gian hành kinh rất dài > 1 tuần.
 - Rối loạn số lượng:
Thiểu kinh: lượng kinh ít.
Cường kinh: lượng kinh nhiều.

- Rối loạn nhịp:

Đa kinh (polyménorrhée): chu kỳ kinh ngắn.

Kinh thừa (Spanioménorrhée): chu kỳ kinh thừa, dài.

- Thống kinh.

Rong kinh (Ménorrhagie): xuất huyết nhiều về số lượng và kéo dài trong thời gian hành kinh.

Rong huyết (Métrorrhagie): xuất huyết bất thường không liên quan với ngày hành kinh.

Huyết trắng: dịch chảy ra ngoài âm hộ ngoại trừ máu. Cần hỏi thời gian xuất hiện huyết trắng, số lượng, có liên quan chu kỳ kinh, có màu và mùi gì, nóng rất hay ngứa âm hộ, âm đạo...

Đau vú: liên quan chu kỳ kinh, có tiết dịch trong/sữa/máu ở một hay hai bên vú...

4. KHÁM

4.1. Khám tổng quát

- Tổng trạng.
- Chiều cao, cân nặng.
- Hình thái tổng quát bên ngoài: cần phân biệt giới tính qua vóc dáng, dạng xương chậu.
- Lớp mỡ phân bố dưới da.
- Hệ thống lông.
- Sinh hiệu.
- Các cơ quan: hạch, tuyến giáp, tim phổi, gan, lách...

4.2. Khám bụng

- Nhìn: cần quan sát.
- Sự phân bố lông trên vây.
- Lớp mỡ dưới da nhiều hay ít.

- Sẹo mổ cũ ở đâu.
- Tình trạng gợi ý do ảnh hưởng nội tiết như da khô, căng mềm, xuất hiện vết rạn.
- Vùng hạ vị nhô cao có thể do béo phì, ở giữa (do u xơ, có thai, thoát vị thành bụng) hay một bên hố chậu ở cao (như u nang buồng trứng), ở thấp (như thoát vị bẹn, hay đùi).
- Sờ:
 - Vùng hạ vị sờ được khối u vùng bụng chậu. Phải xác định 7 tính chất sau: vị trí, tính chất, bề mặt, mật độ, giới hạn, độ di động, đau?
 - Xác định vùng ấn đau, nếu là do phần phụ thường ở hai bên hố chậu, ở thấp một bên hay ở hố chậu phải (ở vị trí ruột thừa...)
 - Sờ bụng xác định phản ứng thành bụng ở vùng hạ vị trên vệ lan hai bên trong trường hợp viêm phúc mạc lan tỏa hay ở một bên trong viêm phần phụ cấp...
- Gõ:
 - Cần xác định vùng đục khu trú (nếu là khối u), vùng đục ở thấp (nếu có dịch báng).
 - Gõ đục vùng bụng dưới hay hố chậu khi nằm đầu cao nghĩ đến có máu trong ổ phúc mạc.
- Nghe: cần thiết trong một số bệnh cảnh, tìm tiếng tim thai (trong trường hợp thai trong ổ bụng hay trong trường hợp u xơ và thai).
- Khám vùng hội âm:
 - Quan sát các bộ phận và vùng niêm mạc vùng âm hộ, hội âm và

mặt trong đùi, sự phân bố lông bên ngoài cơ quan sinh dục, sắc tố âm hộ, sự phì đại của mô lớn và âm vật, mô nhỏ.

- Cần ghi nhận sẹo cũ vết may tầng sinh môn hay vết rách sản khoa, tổn thương do bệnh lý ngoài da, áp xe hay lỗ dò.
- Khám màng trinh còn nguyên hay đã tổn thương bằng cách cho ngón tay trỏ vào lỗ hậu môn để nâng mép sau màng trinh cho căng.
- Khám tiền đình và lỗ tuyến Skene bằng cách để một ngón tay trỏ trong âm đạo và một ngón tay cái ở ngoài da.
- Khám bằng mỏ vịt: chọn mỏ vịt cho phù hợp, tùy thuộc số lần sanh (đối với phụ nữ lớn tuổi, niêm mạc teo khi đặt mỏ vịt cần làm ướt mỏ vịt bằng dung dịch nước sinh lý và nên chọn loại nhỏ), đặt mỏ vịt quan sát: âm đạo, cổ tử cung...

4.3. Thăm âm đạo

- Khám âm đạo: xác định độ mềm mại, đàn hồi, có vách ngăn âm đạo hay bị chít hẹp teo dét (sau điều trị tia xạ)...
- Khám cổ tử cung: xác định vị trí, mật độ.
- Khám thân tử cung: phối hợp một tay ngoài thành bụng và một tay trong âm đạo để xác định 6 tính chất sau:
 - (1)Vị trí.
 - (2)Tư thế.
 - (3)Kích thước.
 - (4)Mật độ.
 - (5)Di động.
 - (6)Đau.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- Thám sát:
 - Chu cung: thường kết hợp với thăm trực tràng.
 - Túi cùng sau: có thể sờ nhau lạc nội mạc hay sự căng dính của dây chằng tử cung cùng.
 - Hai phần phụ: chủ yếu là buồng trứng ở hai bên.

4.4. Khám trực tràng: giúp xác định màng trinh, mặt sau cổ tử cung, túi cùng Douglas, chu cung...

5. TÓM TẮT BỆNH ÁN

- Tuổi, tiền thai.
- Lý do nhập viện.
- Những vấn đề chính phát hiện qua bệnh sử và thăm khám.

6. CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ

7. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

8. ĐỀ NGHỊ XÉT NGHIỆM GIÚP CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

9. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

10. HƯỚNG XỬ TRÍ

11. TIÊN LƯỢNG

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bernard Jean – Louis BLANC: Gynécologie (1989; 1; 1-7)
2. Jean Henri SOUTOUL; Jacques BERTRAND; Gilles BODY: La consultation en gynécologie (1994; 1; 2; 3: 36 – 67)
3. Jonathan; SBEREK; Novak's gynecology 12th Edition (1; 10 – 20)
4. Kenneth J.Ryan; Ross S.Berkourtz, Robert L. Barbieri; Andrea Duaif: Kistner's Gynecology and women's Health The Menstrual Cycle (1999; 25: 23 – 25)

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Khi đặt câu hỏi phần bệnh sử, những dữ kiện và triệu chứng nên được hỏi dưới hình thức câu hỏi:
 - a. Trả lời “có” hay “không”.
 - b. Câu hỏi gợi ý để bệnh nhân tự khai bệnh sử.
 - c. Để bệnh nhân tự nhớ và tự khai bệnh sử.
 - d. Hỏi bệnh sử thông qua một số câu hỏi mẫu.
2. Mở vịt cần được bôi trơn trước khi thăm khám:
 - a. Bôi vaseline.
 - b. Nhúng vào nước.
 - c. Nhúng vào dung dịch sát trùng.
 - d. Không cần bôi trơn.
3. Quan sát bằng mỏ vịt giúp (CHỌN CÂU SAI):
 - a. Biết nguồn gốc của máu hay huyết trắng xuất phát từ đâu.
 - b. Quan sát màu sắc, thương tổn, mạch máu ở lớp nồng ở âm đạo.
 - c. Cấu trúc bất thường ở âm đạo (do bẩm sinh hay mắc phải).
 - d. Quan sát cổ tử cung và những thương tổn đi kèm.
4. Mục đích việc thăm khám phối hợp tay trong và tay ngoài âm đạo (CHỌN CÂU ĐÚNG):
 - a. Xác định vị trí, hình dạng, độ chắc, độ di động của tử cung và phần phụ.
 - b. Xác định nguồn gốc khối u vùng chậu.
 - c. Xác định dịch ổ bụng (tính chất, lượng).
 - d. Xác định tình trạng viêm dính vùng chậu.
5. Việc thăm khám âm đạo kết hợp với trực tràng thường được áp dụng trong những trường hợp sau:
 - a. Thai ngoài tử cung.
 - b. Viêm phần phụ.
 - c. Ung thư cổ tử cung, lạc nội mạc tử cung, sa ruột.
 - d. Dẫn sàm chậu.

KHÁM PHỤ KHOA

PGS. TS. TRẦN THỊ LỢI

Mục tiêu

1. Nắm được kỹ năng giao tiếp với người bệnh đến khám vì có vấn đề về phụ khoa.
2. Biết cách hỏi bệnh sử một bệnh án phụ khoa.
3. Biết quan sát các tổn thương ở âm hộ.
4. Nắm vững các thao tác: đặt mỏ vịt, thăm âm đạo bằng tay.
5. Thực hiện được một số xét nghiệm cơ bản trong phụ khoa: soi tươi khí hư, làm phết tế bào âm đạo, quan sát cổ tử cung sau khi bôi acid acetic.

1. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ VÀ BỆNH NHÂN

1.1. Dụng cụ

- Phòng khám phải kín đáo.
- Bàn khám phụ khoa có giá đỡ chân.
- Nguồn sáng: đèn chiếu để soi trong âm đạo.
- Bàn để dụng cụ thăm khám.
- Dụng cụ thăm khám:
 - Mỏ vịt, kèm cặp bông gòn.
 - Lọ đựng nước chín để nhúng ướt mỏ vịt.
 - Hộp đựng bông gòn, gạc.
 - Dung dịch: cồn (ethyl alcohol) 95%, lugol 1%, bleu methylen 1%, acid acetic 3%, nước muối sinh lý.
 - Que Ayre để làm Pap's, que gỗ hoặc nhựa để lấy khí hư làm xét nghiệm.
 - Máy soi cổ tử cung (nếu có).

1.2. Bệnh nhân

- Tôn trọng nguyên tắc ba người khám: thầy thuốc, bệnh nhân, người thứ ba.
- Bệnh nhân phải có bàng quang trống.

2. NỘI DUNG HỎI BỆNH

3. KHÁM PHỤ KHOA

3.1. Tư thế

- Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa, hai đùi giang rộng, hai tay để trên ngực hoặc xuôi theo người, tránh để hai tay dưới đầu vì tư thế này làm căng các cơ bụng, khó khám. Trong điều kiện lý tưởng thì bệnh nhân được trải drap che kín bụng, đùi.
- Người khám ngồi tư thế thoải mái khi quan sát vùng âm hộ và khi đặt mỏ vịt, đứng khi thăm âm đạo bằng tay.

3.2. Quan sát

- Vùng đồi vê nữ, môi lớn, tầng sinh môn, hậu môn. Chú ý quan sát đặc điểm phân phôi lông trên vê, trứng rận, viêm nang lông, nhiễm trùng da...
- Dùng 2 ngón tay tách các môi lớn ra để quan sát: hai môi nhỏ, âm vật, lỗ niệu đạo, lỗ âm đạo. Quan sát xem có viêm, loét, tiết dịch, sưng phồng hoặc có u, nốt (nodule), nếu có tổn thương thì phải sờ nắn khám.
- Khám tuyến Bartholin: dùng ngón trỏ trong âm đạo, ngón cái ở ngoài, nắn xem tuyến Bartholin có sưng hay

- không, chú ý nếu có tiết dịch từ lỗ miệng tuyến thì phải cấy trùng.
- Nếu nghi ngờ bệnh nhân bị viêm niệu đạo: dùng ngón trỏ (trong âm đạo) ép lỗ niệu đạo xem có tiết dịch, nếu có phải cấy trùng.
 - Hậu môn: trĩ, nứt, viêm quanh hậu môn (mồng gà, Herpes...).

3.3. Khám bằng mỏ vịt

- Chọn mỏ vịt tùy thuộc vào tiền sanh của bệnh nhân.
- Bôi trơn mỏ vịt bằng nước vô trùng, ấm
- Dùng hai ngón tay tách hai môi nhỏ.
- Ở người sanh nhiều lần, mỏ vịt đóng được đặt ngang (vị trí 3-9 giờ), ở người chưa sanh mỏ vịt được đặt nghiêng 45° so với mặt phẳng ngang, tránh đưa mỏ vịt vào ở vị trí 6-12 giờ vì sẽ chạm vào lỗ tiểu và hòm thụyền là hai nơi nhạy cảm gây đau cho bệnh nhân.
- Xoay mỏ vịt về tư thế ngang.
- Tiếp tục đưa mỏ vịt đóng vào sâu trong âm đạo, theo hướng ra sau và xuống dưới.
- Mở mỏ vịt để bộc lộ cổ tử cung.
- Cố định mỏ vịt để quan sát. Nhận xét màu sắc, vị trí, hình dạng lỗ cổ tử cung, tính chất niêm mạc: trơn láng, lô tuyến, có loét, sùi, chảy máu...
- Soi tươi khí hư: Lấy dịch âm đạo ở cùng đồ bên để soi tươi với Blue Methylen 0,1%.
- *Quan sát cổ tử cung sau khi bôi acetic acid (VIA: Visual Inspection with Acetic acid):*

- Từ năm 1988, Tổ chức Y tế Thế giới ủng hộ cho một xét nghiệm đơn giản, ít tốn kém, có kết quả ngay, thực hiện ở những nước đang phát triển, nguồn lực thấp, đó là VIA. Cơ sở khoa học của VIA là acid acetic làm tan chất nhầy, làm đông đặc protein trong tế bào. Những tế bào có tiêm năng ác tính hoặc bị biến đổi do nhiễm HPV có tỉ lệ nhân trên nguyên sinh chất tăng, nhân đông dày đặc, nhiễm sắc thể bất thường, lượng protein trong tế bào tăng nhiều, do đó dưới tác dụng của acid acetic, tế bào sẽ bị tráng đục do protein đông đặc lại. Phương pháp VIA đã được thực hiện ở một số nước đang phát triển như: Thái Lan, Ấn Độ, Kenya, Zimbabwe, Nam Phi... đều cho thấy đây là một phương pháp sàng lọc ung thư cổ tử cung an toàn, đơn giản và hiệu quả.
- Năm 2009, tác giả Trần Thị Lợi thực hiện đề tài "*Khảo sát giá trị của xét nghiệm PAP và VIA trong tầm soát nhiễm HPV và tổn thương tiền ung thư cổ tử cung*" nghiên cứu trên 1.550 phụ nữ trong độ tuổi từ 18 đến 69, đã lập gia đình, đang sinh sống tại TP. Hồ Chí Minh. Kết quả nghiên cứu cho thấy: trong tầm soát ung thư cổ tử cung, VIA có độ nhạy: 73,4%, PAP có độ nhạy: 66,7%. Độ đặc hiệu của VIA và PAP lần lượt là: 81,7% và 98,5%. Nếu kết hợp VIA và PAP theo quy trình: PAP rồi đến VIA thì độ nhạy và độ đặc hiệu của PAP+VIA

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

lần lượt là: 86,7% và 80,7%. Do đó khi kết hợp VIA với PAP sẽ làm tăng độ nhạy của PAP từ 66,7% lên 86,7% (với quy định chỉ cần 1 trong 2 xét nghiệm hoặc PAP(+) hoặc VIA(+) thì xét nghiệm PAP+VIA được xem là (+)).

- Kỹ thuật: bôi lên CTC acetic acid 3-5% rồi quan sát bằng mắt thường với nguồn sáng 100 Watt sau 1 phút. Thử nghiệm VIA được coi là dương tính khi thấy có vùng vết trắng mờ đục sau khi bôi acetic acid.
- Làm phết tế bào cổ tử cung (Pap smear):
PAP truyền thống:
PAP dựa trên dung dịch (liquid-based cytology):
 - Tế bào cổ tử cung được thu thập bằng bàn chải tế bào, cho vào lọ đựng dung dịch cố định, xoay mạnh hoặc quay 10 vòng, đóng kín và gửi về phòng xét nghiệm. Tại đây, tế bào sẽ được phân ly, đi qua một bộ phận lọc và trải mỏng thành một lớp đồng nhất lên lam kính do máy thực hiện. Hai kỹ thuật PAP dựa trên dung dịch đã được FDA công nhận là hệ thống Prepstain (TriPath® Imaging Inc.) và ThinPrep® Imaging System.
 - Các lam kính sẽ được nhuộm và đọc theo một chương trình định sẵn trên máy, quan sát thật kỹ một vùng đáng quan tâm nhất. Nếu có nghi ngờ, toàn bộ lam kính sẽ được nhà tế bào học kiểm tra lại.

- Rút mỏ vịt: mở hết vít, rút mỏ vịt từ từ. Khi mỏ vịt còn sát cổ tử cung: giữ mỏ vịt ở tư thế mở (tránh đóng mỏ vịt quá sớm, hai van sẽ chạm vào cổ tử cung gây chảy máu). Trong lúc rút mỏ vịt quan sát thành âm đạo. Khi rút mỏ vịt ra khỏi lỗ âm đạo, mỏ vịt luôn luôn đóng.

3.4. Khám âm đạo bằng tay

- Người khám phải đứng
- Bôi trơn hai ngón trỏ và giữa (có đeo găng), đưa vào âm đạo trong tư thế ấn nhẹ xuống thành sau âm đạo
- Tay còn lại để trên vùng hạ vị đẩy các cơ quan xuống thấp hướng về tay trong âm đạo.
- Khi khám chú ý:
 - Thành âm đạo: có khối u hoặc đau?
 - Cổ tử cung: vị trí, mật độ, kích thước, di động ngang hay trước sau có đau hay không, chú ý cả cùng đồ âm đạo quanh cổ tử cung.
 - Tử cung:
 - Kích thước: bình thường hoặc to bằng thai bao nhiêu tuần.
 - Tư thế: ngả trước, trung gian, ngả sau.
 - Bề mặt: trơn láng hay lổn nhổn.
 - Mật độ: bình thường, chắc, mềm.
 - Di động: dễ hay khó, đau?
 - Hai phần phụ: tay trên bụng ấn vùng hố chậu xuống về hướng tay trong cùng đồ bên âm đạo.
 - Bình thường hai phần phụ không sờ thấy, ngoại trừ trường hợp bệnh nhân quá gầy.
 - Nề, đau: viêm phần phụ.

Nếu có khối u, mô tả các đặc tính của khối u: vị trí, bề mặt, mực độ, đau, kích thước, di động, giới hạn

3.5. Thăm trực tràng: ở người độc thân, nhận xét các chi tiết như trong phần thăm âm đạo.

3.6. Thăm vách trực tràng-âm đạo: bằng hai ngón tay, ngón 2 trong âm đạo, ngón 3 trong trực tràng, nhận xét:

- Hậu môn: nứt, trĩ.
- Trực tràng: đánh giá các sang thương của trực tràng (nếu có): đau,

có máu, bệnh lý túi thừa, viêm đại tràng.

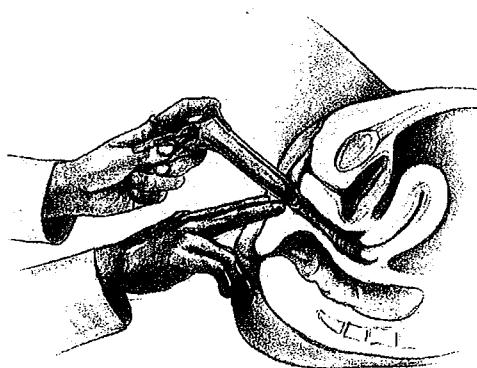
- Khối u, có máu: polype, ung thư đại trực tràng.
- Đánh giá vách trực tràng-âm đạo, dây chằng Mackenrodt, đặc biệt trong những trường hợp ung thư cổ tử cung

Tóm lại, khám phụ khoa bao gồm phần hỏi bệnh sử, khám mỏ vịt và thăm âm đạo bằng tay nhằm mục đích thăm khám và xác định các cơ quan sinh dục: âm đạo, tử cung, phần phụ ở tình trạng bình thường hay bệnh lý.

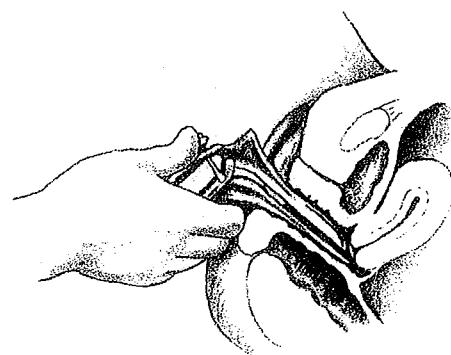


Hình 1: Các loại mỏ vịt

Từ trái sang phải: mỏ vịt Pedersen nhỏ, Pedersen vừa, Graves vừa và Pedersen nhựa.

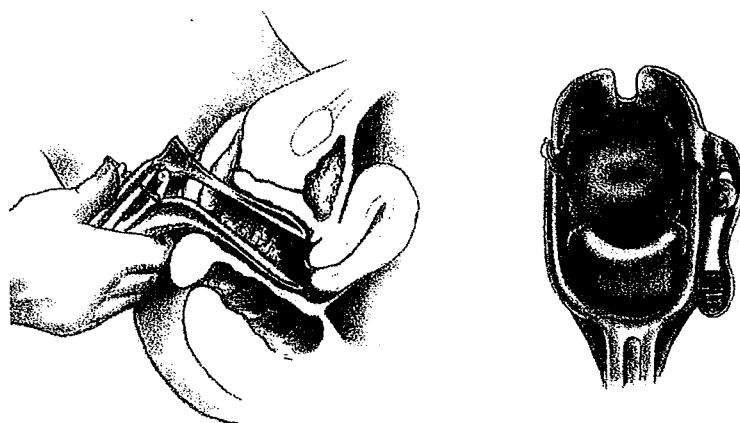


Hình 2: Cách đặt mỏ vịt

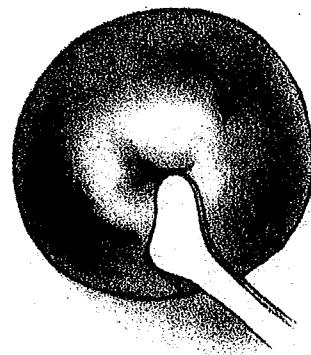


Hình 3: Đặt mỏ vịt sâu vào cùng đồ sau

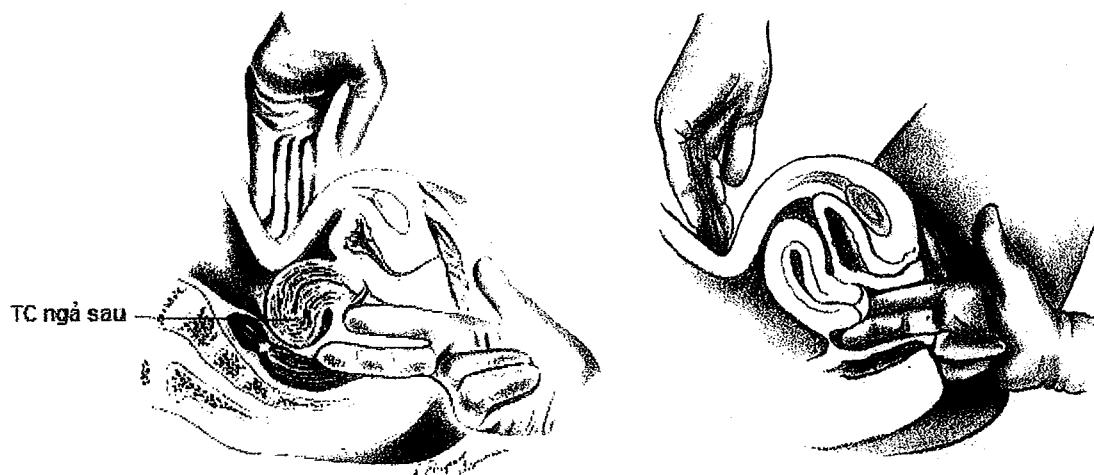
THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



Hình 4: Mở và cố định 2 van của mỏ vịt để quan sát âm đạo, cổ tử cung



Hình 5: Lấy bệnh phẩm ở cổ ngoài cổ tử cung để làm phết tế bào cổ tử cung



Hình 6: Thăm âm đạo phối hợp với tay trên bụng (trái: tử cung ngả sau, phải: tử cung trung gian)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kenneth J. Ryan. The ethics of Pelvic Surgery. Te Linde's Operative Gynecology, 8th Edition, 1997, 17-23
2. Nguồn hình: Barbara Bates. Female Genitalia. A guide to Physical Examination and History Taking, 4th Edition, 1987, 373-397

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Tư thế khám phụ khoa đúng của bệnh nhân là:
 - a. Bệnh nhân nằm ngửa theo tư thế sản phụ khoa, hai đùi giang rộng, hai tay để dưới đầu.
 - b. Bệnh nhân nằm ngửa theo tư thế sản phụ khoa, hai đùi giang rộng, hai tay xuôi theo người.
 - c. Bệnh nhân nằm ngửa theo tư thế sản phụ khoa, hai đùi giang rộng, hai tay để trên ngực.
 - d. Câu b và c đúng.
 - e. Câu a và c đúng.
2. Tư thế khám phụ khoa đúng của thầy thuốc là:
 - a. Thầy thuốc ngồi khi đặt mỏ vịt và đứng khi thăm âm đạo bằng tay.
 - b. Thầy thuốc đứng khi đặt mỏ vịt và đứng khi thăm âm đạo bằng tay.
 - c. Thầy thuốc đứng khi đặt mỏ vịt và ngồi khi thăm âm đạo bằng tay.
 - d. Thầy thuốc ngồi khi đặt mỏ vịt và ngồi khi thăm âm đạo bằng tay.
 - e. Tất cả các tư thế trên đều đúng.
3. Kỹ năng đặt mỏ vịt đúng cho một phụ nữ đã có sanh đẻ nhiều lần là:
 - a. Thầy thuốc dùng hai ngón tay tách hai môi nhỏ, mỏ vịt đóng được đặt ở vị trí 6-12giờ.
 - b. Thầy thuốc dùng hai ngón tay tách hai môi nhỏ, mỏ vịt đóng được đặt ở vị trí 3-9giờ.
 - c. Thầy thuốc dùng hai ngón tay tách hai môi nhỏ, mỏ vịt đóng được đặt ở vị trí 1-7giờ.
 - d. Thầy thuốc dùng hai ngón tay tách hai môi nhỏ, mỏ vịt mở được đặt ở vị trí 3-9giờ.
 - e. Thầy thuốc dùng hai ngón tay tách hai môi nhỏ, mỏ vịt mở được đặt ở vị trí 6-12giờ.
4. Kỹ năng tháo mỏ vịt đúng là:
 - a. Mở hết vít, giữ mỏ vịt ở tư thế mở khi còn sát cổ tử cung, vừa rút mỏ vịt từ từ vừa quan sát thành âm đạo, khi rút mỏ vịt ra khỏi lỗ âm đạo ở vị trí 6giờ-12giờ, mỏ vịt luôn luôn đóng.
 - b. Mở hết vít, giữ mỏ vịt ở tư thế mở khi còn sát cổ tử cung, vừa rút mỏ vịt từ từ vừa quan sát thành âm đạo, khi rút mỏ vịt ra khỏi lỗ âm đạo, xoay về vị trí 6-12giờ.
 - c. Mở hết vít, giữ mỏ vịt ở tư thế mở khi còn sát cổ tử cung, vừa rút mỏ vịt từ từ vừa quan sát thành âm đạo, rút mỏ vịt ra khỏi lỗ âm đạo ở vị trí 3-9giờ, mỏ vịt luôn luôn đóng.
 - d. Mở hết vít, giữ mỏ vịt ở tư thế mở khi còn sát cổ tử cung, vừa rút mỏ vịt từ từ vừa quan sát thành âm đạo, khi rút mỏ vịt ra khỏi lỗ âm đạo ở vị trí 3-9giờ, mỏ vịt luôn luôn mở.
 - e. Mở hết vít, đóng mỏ vịt và rút từ từ mỏ vịt ra khỏi lỗ âm đạo ở vị trí 6-12giờ.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

5. Có thể cố định phết tế bào cổ tử cung bằng:
- Dung dịch cồn 55°.
 - Dung dịch cồn 65°.
 - Dung dịch cồn 75°.
 - Dung dịch cồn 85°.
 - Dung dịch cồn 95°.
6. Khi làm phết tế bào cổ tử cung, có thể lấy bệnh phẩm ở kênh cổ tử cung bằng:
- Đầu ngắn của que Ayre.
 - Đầu dài của que Ayre.
 - Bàn chải tế bào (Cytobrush).
 - b và c đúng.
 - a và b đúng.
7. Khi làm phết tế bào cổ tử cung, bệnh phẩm phải được trải mỏng đều lên 2 lam: cổ ngoài, cổ trong rồi cố định bằng:
- Xịt keo.
 - Ngâm trong dung dịch cồn 75°.
 - Ngâm trong dung dịch cồn 95°.
 - a và b đúng.
 - a và c đúng.
8. Khi làm phết tế bào cổ tử cung, có thể lấy bệnh phẩm ở cổ ngoài cổ tử cung bằng:
- Đầu ngắn của que Ayre.
 - Đầu dài của que Ayre.
 - Bàn chải tế bào (Cytobrush).
 - b và c đúng.
 - a và b đúng.
9. Nồng độ của acid acetic dùng trong soi cổ tử cung là:
- 1%.
 - 9‰.
 - 3%.
 - 7%.
 - 2%.
10. Nồng độ của Bleu Methylen dùng trong soi tươi khí hư âm đạo là:
- 1‰.
 - 9‰.
 - 3%.
 - 5%.
 - 2%.
11. Để biết tình trạng bệnh nhân có kinh đều hay không, phải hỏi:
- Ngày kinh chót, tuổi bắt đầu có kinh, chu kỳ kinh, thời gian hành kinh.
 - Ngày kinh chót, lượng máu kinh, triệu chứng tiền kinh, thời gian hành kinh.
 - Ngày kinh chót, ngày kinh áp chót, chu kỳ kinh, thời gian hành kinh.
 - Ngày kinh chót, có đau bụng khi hành kinh, chu kỳ kinh, thời gian hành kinh.
 - Ngày kinh chót, dấu hiệu phóng noãn, chu kỳ kinh, thời gian hành kinh.
12. Xét nghiệm VIA được xem là dương tính khi niêm mạc cổ tử cung bắt màu:
- Trắng.
 - Đỏ.
 - Nâu.
 - Hồng.
 - Không đổi màu.

KHÁM VÚ

PGS. TS. TRẦN THỊ LỢI

Mục tiêu

1. Hỏi bệnh sử có liên quan đến bệnh lý tuyến vú.
2. Khám vú đúng phương pháp, bao gồm: quan sát tuyến vú và khám vú bằng tay.
3. Kể ra được các bước tuần tự của một cuộc khám vú.

Khám vú là bước quan trọng không thể thiếu trong khám phụ khoa. Một cuộc khám vú đầy đủ phải tiến hành qua nhiều bước. Đồng thời trước khi khám cần nắm những yếu tố ảnh hưởng đến tuyến vú để không bỏ sót những chi tiết quan trọng.

1. BỆNH SỬ

1.1. Lý do đến khám

Những triệu chứng bệnh nhân than phiền rất quan trọng, có liên quan chặt chẽ với kết luận đưa ra sau khi khám, dù có thể không còn tìm thấy lúc khám. Nên chú ý đau vú là lý do thường gặp nhất.

1.2. Tiền sử bản thân

- Sản khoa:

- PARA.
- Thời gian cho con bú.
- Viêm vú hậu sản.

- Phụ khoa:

- Những bệnh lý và điều trị phụ khoa đặc biệt liên quan đến nội tiết.
- Thuốc ngừa thai: Loại? Thời gian? Cách dùng?
- Kinh nguyệt: tuối bắt đầu có kinh, đều hay không, chu kỳ bao nhiêu ngày, thời gian hành kinh có đau bụng kinh không? Với người tiền mãn kinh, mãn kinh: có triệu chứng

tiền mãn kinh không, thời gian tiền mãn kinh? Tuổi mãn kinh?

- Kết quả khám vú lần trước (nếu có).
- Nội khoa:
 - Bệnh mạn tính: cao huyết áp, tiểu đường, tăng cholesterol/máu.
 - Bệnh mạch máu.

1.3. Tiền sử gia đình

- Tiền căn ung thư vú hoặc ung thư cơ quan khác ở mẹ, chị em gái và họ hàng.
- Bệnh lý lành tính về tuyến vú của gia đình.

1.4. Chú ý đến hoàn cảnh kinh tế, xã hội bao gồm: Trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, những chấn thương ở vú nếu có.

2. LÂM SÀNG

2.1. Triệu chứng cơ năng

2.1.1. Đau

- Đau tự nhiên hay khi ấn, đau một hoặc hai bên, khu trú hay lan tỏa, đau kiểu: nhói, nặng, ngứa, rát... Có thay đổi theo chu kỳ kinh, trước hay sau hành kinh. Thời gian đau: mạn tính hay mới xuất hiện.
- Ví dụ: Cảm giác nặng hai bên vùng nách-ngực, thay đổi theo chu kỳ kinh thì nghĩ nhiều nguyên nhân cơ năng.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

2.1.2. Chảy sữa

- Chảy sữa từ nhiều ống tuyến dẫn sữa ở cả hai vú, sữa có thể bị nhuộm màu vàng, vàng nâu hoặc xanh, chảy tự nhiên hoặc do nặn.
- Chảy sữa thường xảy ra sau khi sanh có hoặc không cho con bú, hoặc sau một thời gian vô kinh, hoặc bất kỳ thời điểm nào.

2.1.3. Tiết dịch

- Thường ở một bên vú, từ một hoặc nhiều ống dẫn sữa, đây là dấu hiệu bất thường tại chỗ.
- Lượng dịch thay đổi, đôi khi âm thầm, chỉ phát hiện khi nặn hoặc phát hiện tình cờ khi ép vú chụp nhũ ảnh. Dịch có thể đặc đục, có khi lẩn máu, mủ.

2.2. Khám

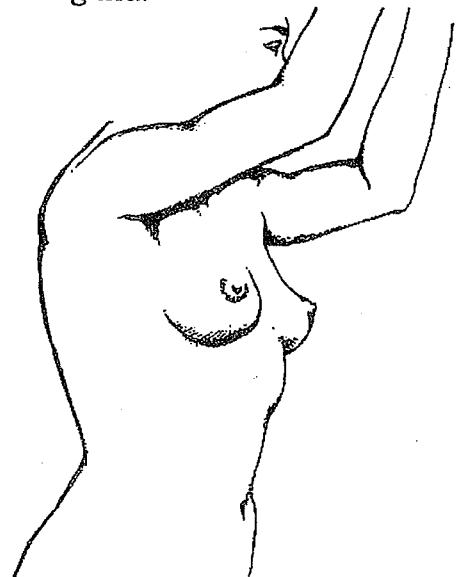
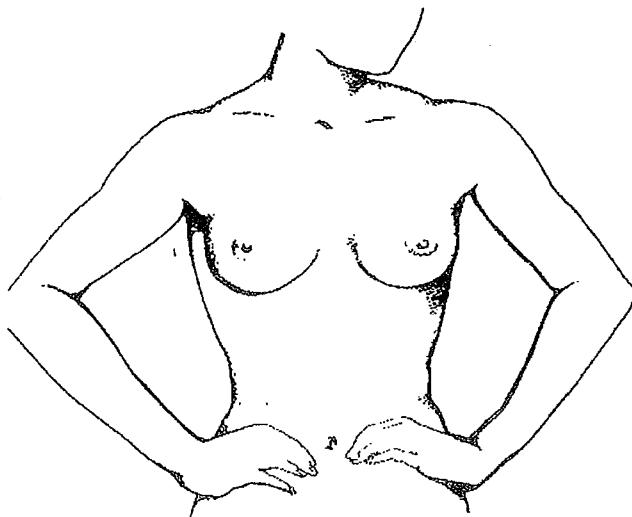
2.2.1. Quan sát (nhìn)

- Bước quan trọng tiếp theo là quan sát vú dưới một nguồn ánh sáng tốt.
- Bệnh nhân đứng hoặc ngồi, tư thế 2 tay buông thông.
- Tìm những thay đổi của da về màu sắc (mảng bầm máu gợi ý đến chấn thương, hồng ban sung huyết nghẽn đến viêm), về tính chất như sần sùi, co kéo, tụt lõm.
- Sự bất đối xứng của hai vú (mới có hay đã có từ lâu, mức độ nhiều hoặc ít), sự mất cân xứng giữa cơ thể bệnh nhân và kích thước vú.
- Quan sát chu vi của vú từ đường nách trước đến đường giữa ngực. Sự lõm vào hoặc lồi lên của vú thường chỉ điểm vị trí sang thương.

- Tiếp theo là quan sát hình dạng, kích thước của quầng vú và núm vú, so sánh trực của hai núm vú hai bên. Núm vú hoặc vùng da vú bị co kéo, tụt lõm vào trong xảy ra do mô bị xơ hóa trong ung thư vú hoặc dị sản, hoặc là vết sẹo cũ. Bề mặt của núm vú phải quan sát cẩn thận để tìm dấu hiệu đóng vảy hoặc lở loét, đặc biệt là dấu hiệu núm vú bị kéo phẳng hoặc tụt vào trong.
Các thay đổi ở da, đặc biệt là hiện tượng co rút, có thể nhìn thấy rõ hơn qua một số tư thế đặc biệt. Trong giai đoạn sớm của ung thư, hiện tượng co rút thường rất kín đáo, khi giơ hai tay lên cao, cơ ngực được nâng lên, mô ung thư và phần da lân cận do bị xơ hóa, dính vào cơ ngực nên bị kéo lên và kéo vào trong nhiều hơn là mô vú lành xung quanh. Khi đó hiện tượng co rút hoặc bất đối xứng giữa hai vú được nhìn thấy rõ hơn (Hình 1).
Thủ thuật “Chồm người tối trước”: bệnh nhân ngồi chồm người về phía trước, hai tay giơ thẳng ra trước, mặt ngẩng lên. Trong tư thế này, hai vú sẽ rời khỏi thành ngực và đối xứng hai bên. Nếu một bên vú bị ung thư, do các dải xơ dính khối u vào thành ngực, vú bên bệnh sẽ không thòng xuống tự do được và ta sẽ quan sát thấy sự bất đối xứng giữa hai vú.
Thủ thuật “co cơ ngực”: bệnh nhân ngồi, chống hai tay vào hông trong tư thế thư giãn. Người khám sẽ quan sát bờ dưới hai vú, độ cao của quầng vú

hai bên và tìm dấu hiệu co rút. Sau đó bệnh nhân được bảo chống nạnh hai tay vào hông, gồng cơ ngực lên từng bên một, bên vú lành trước, bên vú bệnh sau. Ta sẽ thấy vú bên bị ung thư bị nâng lên cao rõ rệt so với vú

bên lành. Đó cũng là do phần vú bị ung thư bị dính vào cơ ngực bởi các dải xơ. Động tác co cơ ngực này có thể làm rõ hơn các vết lúm da hoặc làm lệch trực của núm vú về phía khối ung thư.



Hình 1: Quan sát vú, các tư thế của bệnh nhân⁽¹⁾

2.2.3. Sờ nắn

- Vú:

- Khám vú trong hai tư thế: bệnh nhân đứng hoặc ngồi và bệnh nhân nằm ngửa, cả hai tư thế đều phải để ngực trần hoàn toàn.
- Khám bằng hai tay: bàn tay để phẳng, các đầu ngón tay (từ ngón trỏ đến ngón út) day nhẹ nhàng mô vú trên khung xương sườn.
- Khi sờ nắn vú, các thông số sau đây phải được chú ý:
Tính chất mô vú: vú chắc hoặc mềm.
Tính đồng nhất của mô vú: mô vú thuần nhất hoặc có vùng cộm, cảm giác như có hạt nhỏ hoặc có nốt nhỏ.

Vú có bướu hay không? Nếu có phải mô tả đầy đủ các tính chất của u vú: kích thước, vị trí, hình dạng, mật độ, di động hay dính vào cơ ngực, dính vào da.

- Nách:

- Trước hết khám sâu trong hố nách: bàn tay ấn nhẹ trên khung xương sườn để tìm xem có hạch hay không, sau đó bàn tay quay ra phía ngoài, những ngón tay cong như cái móc, tì trên cơ ngực để tìm hạch.
- Nếu có hạch, cần để ý số lượng, mật độ và tính chất di động của hạch vùng xem hạch có dính vào cấu trúc bên dưới hoặc dính vào lớp da trên bề mặt hay không?

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



Hình 2: Khám vú bằng hai tay⁽²⁾



Hình 3: Khám hố nách⁽²⁾

3. KẾT LUẬN

Tại nước ta, ung thư vú không phải là loại ung thư sinh dục chiếm hàng đầu như so với ung thư cổ tử cung nhưng việc hướng dẫn cho các phụ nữ biết cách tự khám vú cũng rất cần thiết, góp một phần lớn cho việc phát hiện các khối u bất thường ở vú. Mặc dù cho đến nay, y văn thế giới vẫn chưa có tài liệu nào công nhận rằng việc tự khám vú cải thiện thời gian sống còn vì người ta có những chương trình tầm soát ung thư vú bằng nhũ ảnh nên có thể phát hiện ung thư vú từ giai đoạn rất sớm. Tuy nhiên trong hoàn cảnh nước ta, hướng dẫn bệnh nhân tự khám vú vẫn có vai trò của nó: giúp phát hiện u vú trước khi u đã diễn tiến quá to. Thời điểm tự khám vú tốt nhất

là trong giai đoạn nang noãn: ngày 7-10 của chu kỳ kinh. Tốt nhất là bệnh nhân đứng trước gương, tự quan sát hai vú rồi khám vú bằng bàn tay để phẳng. Ngoài ra, khám vú một cách đầy đủ phải trở thành thói quen của không chỉ của các bác sĩ phụ khoa mà còn cả với các bác sĩ tổng quát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sản Phụ khoa, Tập II, Bệnh lý lành tính của tuyến vú, 1053-1961, 2001.
2. Annonier C. L'exploration des seins de la femme. Vigot, Paris, 1983, pp 5-12. Nguồn hình (1).
3. Runge H. M., Bauer M. Breast diagnosis, p:7. Nguồn hình (2).

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Khi khám phụ khoa, khám vú là một:
 - a. Việc khám thêm, chỉ thực hiện khi bệnh nhân có yêu cầu.
 - b. Việc khám thêm, chỉ thực hiện khi bệnh nhân có tự phát hiện khối u.
 - c. Việc khám thêm, chỉ thực hiện khi bệnh nhân có triệu chứng cơ năng.
 - d. Việc khám bắt buộc cần được thực hiện cho tất cả bệnh nhân.
 - e. Việc khám thêm, chỉ thực hiện khi bệnh nhân là người có nguy cơ cao.
2. Hiện tượng chảy sữa có thể xuất hiện:
 - a. Sau khi sanh.
 - b. Khi có thai gần ngày sanh.
 - c. Sau một thời gian vô kinh thứ phát.
 - d. Vào cuối chu kỳ kinh.
 - e. Vào bất kỳ thời điểm nào.
3. Các yếu tố nào sau đây được xem là yếu tố nguy cơ ung thư vú:
 - a. Cho con bú lâu trên 12 tháng.
 - b. Có mẹ hoặc chị em gái bị ung thư vú.
 - c. Đa sản (sanh trên 4 lần).
 - d. Vô sinh.
 - e. Không cho con bú.
4. Khi khám vú, tư thế bệnh nhân giơ hai tay lên cao mục đích giúp:
 - a. Tìm những thay đổi lở loét của núm vú rõ hơn.
 - b. Quan sát sự bất đối xứng của hai vú rõ hơn.
 - c. Quan sát hiện tượng co kéo rõ hơn.
 - d. a, b, c, đều đúng.
 - e. b và c đúng.
5. Thời điểm tự khám vú tốt nhất là:
 - a. Khi đang hành kinh.
 - b. Khi sắp có kinh.
 - c. Ngày thứ 7 – 10 của chu kỳ kinh.
 - d. Khi đang cho con bú.
 - e. Giai đoạn hoàng thể của nang noãn.
6. Một phụ nữ 62 tuổi, PARA: 1001, mãn kinh từ năm 52 tuổi, tình cờ tự sờ thấy có khối u d# 3cm ở $\frac{1}{4}$ trên ngoài vú trái. Khi khám ở tư thế bệnh nhân giơ hai tay lên cao, vùng da ngực tương ứng vị trí có khối u bị lõm vào. Chẩn đoán nào sau đây được nghĩ đến nhiều nhất:
 - a. Bướu sợi tuyến vú.
 - b. Xơ nang tuyến vú.
 - c. Bướu mỡ tuyến vú.
 - d. Ung thư vú.
 - e. Áp xe tuyến vú.
7. Xét nghiệm nào sau đây giúp tầm soát ung thư vú:
 - a. Nhũ ảnh.
 - b. Tự khám vú.
 - c. Siêu âm vú.
 - d. Hút sinh thiết (FNA) tuyến vú bằng kim nhỏ.
 - e. Chụp CT scan tuyến vú.
8. Tư thế khám vú của thầy thuốc đúng là:
 - a. Khám bằng tay phải: dùng ngón cái và các ngón còn lại nắn đều khắp hai vú.
 - b. Khám bằng tay trái: dùng ngón cái và các ngón còn lại nắn đều khắp hai vú.
 - c. Khám bằng hai tay: dùng ngón cái và các ngón còn lại nắn đều khắp hai vú.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- d. Khám bằng hai tay: bàn tay để phẳng, các đầu ngón tay day nhẹ nhàng mô vú trên khung xương sườn.
 - e. Khám bằng hai tay: bàn tay cong tay cong như cái móc, các ngón tay nắn nhẹ nhàng mô vú trên khung xương sườn.
-
- 9. Một bệnh nhân 55 tuổi đến khám vì tự sờ thấy một khối u bên vú trái. Bác sĩ cho bệnh nhân nằm trên bàn khám, áo vén lên bộc lộ hai vú, và bắt đầu khám nhẹ nhàng đều khắp hai vú bằng hai bàn tay để phẳng. Nhận xét việc khám vú của bác sĩ này:
 - a. Đúng, đầy đủ.
 - b. Sai về tư thế bệnh nhân: để ngực trần.
 - c. Thiếu: không khám hạch nách.
 - d. b và c đúng.
 - e. a, b và c đều đúng.

TẦM SOÁT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

ThS. LÊ THỊ KIỀU DUNG

Mục tiêu

1. Biết được tầm quan trọng của việc tầm soát ung thư cổ tử cung.
2. Trình bày chiến lược tầm soát ung thư cổ tử cung theo khuyến cáo của hiệp hội Sản phụ khoa và Ung thư Hoa Kỳ.
3. Kể được 3 phương pháp tầm soát ung thư cổ tử cung.
4. Trình bày được điều kiện và kỹ thuật làm phết mảng cổ tử cung.
5. Diễn giải được kết quả phết mảng cổ tử cung theo phân loại Bethesda 2001.
6. Biết được hướng xử trí trước một trường hợp có phết mảng cổ tử cung bất thường.

1. TẠI SAO CẦN PHẢI TẦM SOÁT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG?

1.1. Ung thư cổ tử cung là mối đe dọa nguy hiểm

Theo số liệu điều tra của cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế (International Agency for Research on Cancer = IARC-2004), ung thư cổ tử cung là loại ung thư đứng hàng thứ 2 ở nữ giới, sau ung thư vú; hàng năm trên thế giới có khoảng 500.000 ca mới mắc và khoảng 274.000 người tử vong vì ung thư cổ tử cung, trong đó 85% thuộc các nước đang phát triển. Trên toàn cầu, cứ mỗi 2 phút có 1 người chết vì ung thư cổ tử cung; riêng ở Châu Á Thái Bình Dương, cứ mỗi 4 phút có 1 người chết vì ung thư cổ tử cung. IARC dự đoán đến năm 2050, mỗi năm trên thế giới có hơn 1 triệu trường hợp mới mắc ung thư cổ tử cung.

Tại Việt Nam, theo số liệu của Bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh, năm 2002 có 6.224 ca mới mắc và 3.334 ca tử vong; năm 2005 có 4.471 ca mới mắc ung

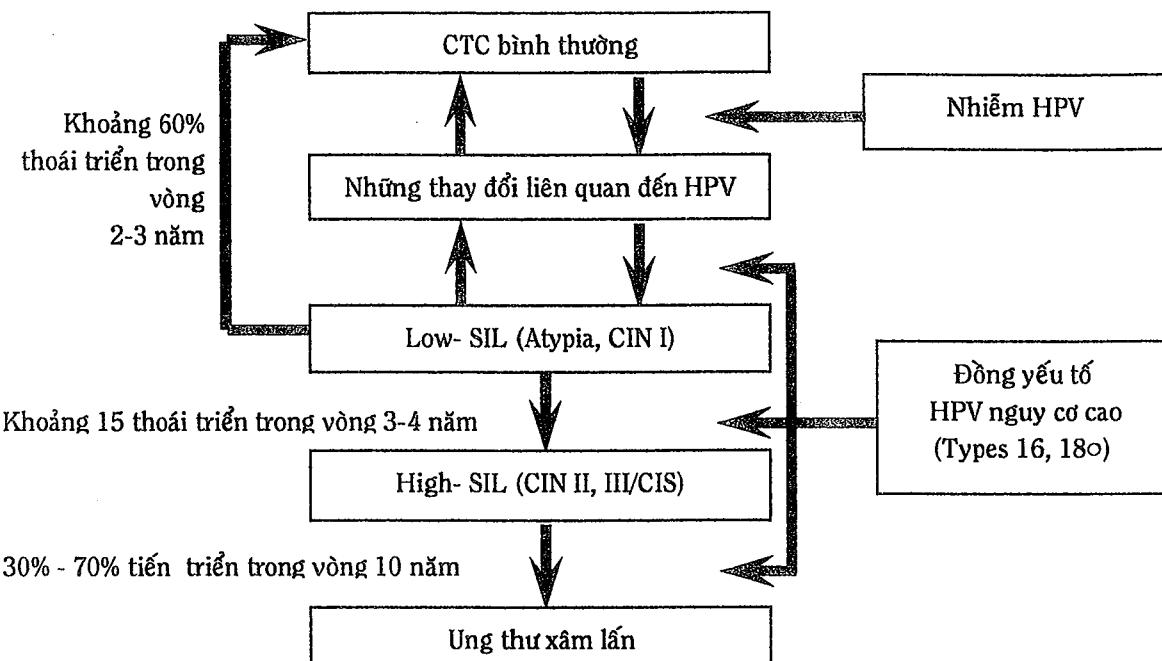
thư cổ tử cung. Ở miền Nam, tỷ lệ mắc ung thư cổ tử cung khoảng 16/100.000 phụ nữ.

Những con số trên cho thấy *ung thư cổ tử cung thực sự là một gánh nặng chính về sức khỏe, tâm lý và xã hội đối với phụ nữ khắp nơi trên thế giới*.

1.2. Nguyên nhân hàng đầu của ung thư cổ tử cung là nhiễm HPV

Có hơn 100 chủng HPV đã được mô tả, trong đó có 13 chủng nguy cơ cao (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68) liên quan với 99,7% các trường hợp ung thư xâm lấn cổ tử cung. Tần suất nhiễm HPV trên toàn thế giới thay đổi từ 2-44% và hơn 50% phụ nữ có quan hệ tình dục bị nhiễm một hoặc nhiều type HPV trong vài thời điểm của cuộc đời. Tuy nhiên chỉ một số ít (1,6%) phụ nữ nhiễm HPV phát triển thành ung thư cổ tử cung và thời gian tiến triển từ khi bị nhiễm HPV cho tới lúc bị ung thư CTC xâm lấn khá chậm (khoảng từ 10-20 năm).

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



Như vậy, thời gian diễn tiến từ tổn thương tiền ung thư đến ung thư cổ tử cung xâm lấn khá dài

	CIN1	Ung thư tại chỗ	Ung thư xâm lấn	Ung thư lâm sàng
Thời gian (năm)	7	14	3	2,5
Tỷ lệ tiến triển (%)	15	50-60	100	40
Tuổi	21-32	33-44	45-48	

Nguồn Ferenzy, 1982

Tổn thương tiền ung thư không nhất thiết diễn tiến tuần tự tới ung thư xâm lấn, tuy nhiên tổn thương càng nặng thì càng ít có khả năng trở về bình thường.

	Thoái triển	Tồn tại	Tiến triển → ung thư tại chỗ	Tiến triển → ung thư xâm lấn
CIN 1	57%	32%	11%	1%
CIN 2	43%	35%	22%	5%
CIN 3	32%	<56%		>12%

Nguồn Östör AG, 1993

Nếu phát hiện sớm, điều trị sớm ở giai đoạn tổn thương tiền xâm lấn của ung thư cổ tử cung, kết quả thành công 100%. Khi ung thư đã xâm lấn qua khỏi lớp màng đáy của biểu mô cổ tử cung, tỷ lệ sống còn sau 5 năm sẽ giảm dần theo giai đoạn:

- Giai đoạn IA₂-IB: 86-96%
- Giai đoạn II: 64-69%
- Giai đoạn III: 40-43%
- Giai đoạn IV: 15-19%

Vì vậy bắt buộc phải có chiến lược truy tầm và phát hiện sớm ung thư cổ tử cung.

TÀM SOÁT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

2. CHIẾN LƯỢC TÀM SOÁT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

2.1. Yêu cầu của một xét nghiệm tầm soát

Để có thể truy tầm đại trà trên một dân số lớn, theo WHO yêu cầu đặt ra cho một xét nghiệm tầm soát là:

- Kỹ thuật đơn giản (dễ thực hiện).
- Cho kết quả nhanh (để tránh mất dấu).
- Độ tin cậy cao.
- Có thể sử dụng đại trà (bao phủ rộng khắp).
- Có hiệu quả kinh tế (chi phí thấp).

2.2. Để tầm soát ung thư cổ tử cung, ta phải làm gì?

Để truy tầm sớm ung thư cổ tử cung cần phải khám phụ khoa định kỳ, phối hợp với các biện pháp cận lâm sàng sau:

- Phết tế bào cổ tử cung (Papanicolaou Test = Pap test).
- Xét nghiệm tầm soát HPV.
- Quan sát cổ tử cung với acid acetic (Visual Inspection with Acid acetic= VIA).

2.3. Khi nào cần tầm soát ung thư cổ tử cung?

Tất cả chị em phụ nữ trong tuổi hoạt động sinh dục, đã có quan hệ tình dục đều nên được khám phụ khoa định kỳ và làm xét nghiệm để tầm soát ung thư cổ tử cung.

Theo hướng dẫn của Hội Ung Thư Hoa Kỳ (ACS) hay Hội Sản Phụ Khoa Hoa Kỳ (ACOG),

Phác đồ	American Cancer Society (ACS)	American College of OB&GYN (ACOG)
Tuổi bắt đầu tầm soát	21 tuổi hoặc 3 năm sau lần giao hợp đầu tiên	21 tuổi hoặc 3 năm sau lần giao hợp đầu tiên
Khoảng cách:		
Pap truyền thống	Mỗi năm Mỗi 2-3 năm nếu ≥ 30 tuổi, có 3 lần Pap bình thường liên tiếp	Mỗi năm Mỗi 2-3 năm nếu ≥ 30 tuổi, có 3 lần Pap bình thường liên tiếp
Liquid-based cytology	Mỗi 2 năm Mỗi 2-3 năm nếu ≥ 30 tuổi, có 3 lần Pap bình thường liên tiếp	Mỗi năm Mỗi 2-3 năm nếu ≥ 30 tuổi, có 3 lần Pap bình thường liên tiếp
Pap+ HPV DNA	Mỗi 3 năm nếu Pap (-), HPV (-)	Mỗi 3 năm nếu Pap (-), HPV (-)

Năm 2003, hội thực phẩm và thuốc của Mỹ (FDA) đã đồng ý phối hợp test HPV với Pap để sàng lọc ung thư cổ tử cung cho phụ nữ > 30 tuổi. Giá trị dự báo âm tính cho cả 2 test là >90%, điều này cho phép sàng lọc cách khoảng 3 năm khi cả 2 kết quả này âm tính.

2.4. Cần làm gì tiếp theo khi kết quả tầm soát có bất thường?

Khi xét nghiệm tầm soát có bất thường, các bước tiếp theo cần thực hiện để đi đến chẩn đoán xác định là:

- Soi cổ tử cung.
- Sinh thiết cổ tử cung.
- Khoét chớp cổ tử cung.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

3. CÁC BIỆN PHÁP

3.1. Phết tế bào cổ tử cung (Pap test)

3.1.1. Giới thiệu về Pap test

Virus HPV gây ra những biến đổi tế bào, năm 1941 George Papanicolaou đã tìm ra xét nghiệm Pap để phát hiện sớm những biến đổi tế bào nhằm tầm soát ung thư cổ tử cung. Từ năm 1950, nhờ có xét nghiệm Pap, tỷ lệ ung thư cổ tử cung xâm lấn giảm 79% và tỷ lệ tử vong do ung thư cổ tử cung cũng giảm 70%.

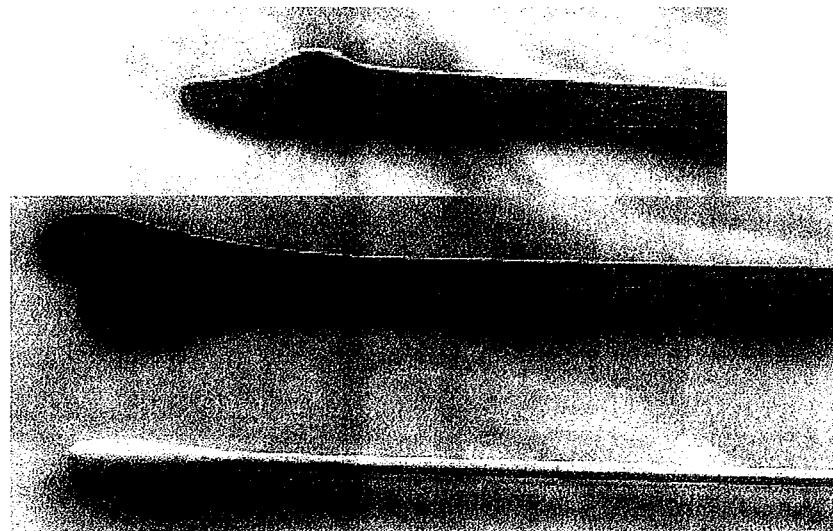
Điều kiện:

- Không có huyết trong âm đạo (ngoài lúc có kinh).
- Không viêm nhiễm âm đạo-cổ tử cung cấp.
- Không đặt thuốc âm đạo trong vòng 3 ngày.
- Không giao hợp, không thụt rửa âm đạo trong vòng 48 giờ.
- Không khám âm đạo bằng tay trước, không dùng dầu bôi trơn mổ vịt khi khám.

- Ở người đã mãn kinh, nên điều trị estrogen tại chỗ trước khi lấy mẫu.

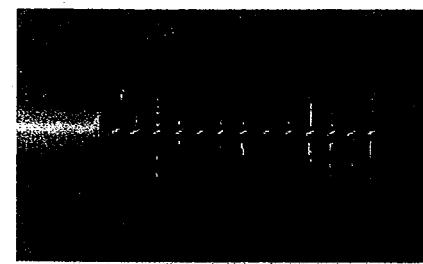
3.1.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Phiếu xét nghiệm tế bào: điền đủ thông tin cần thiết:
 - Tên, tuổi, PARA.
 - Ngày kinh chót/có thai /mãn kinh.
 - Lý do làm PAP: tầm soát/theo dõi CIN?
 - Phương pháp ngừa thai: thuốc/vòng?
 - Kết quả PAP lần trước?
- 2 Lame phết tế bào: có ghi đủ tên, tuổi và vị trí lấy bệnh phẩm (cổ ngoài/cổ trong) bằng viết chì.
- Mổ vịt.
- Dụng cụ phết tế bào: hiện có nhiều dụng cụ để phết tế bào, tùy điều kiện và tùy đối tượng lấy mẫu mà ta có thể chọn lựa loại dụng cụ để lấy tế bào tốt nhất.
- Phương tiện để cố định tế bào: dung dịch alcool 95°, alcool/ether theo tỷ lệ 1/1, keo phun.



Que Spatule và que gòn để phết tế bào

TẨM SOÁT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG



Bàn chải tế bào



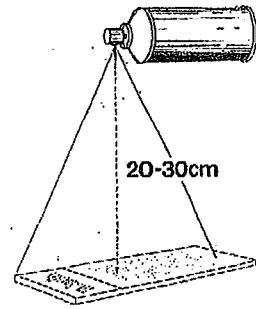
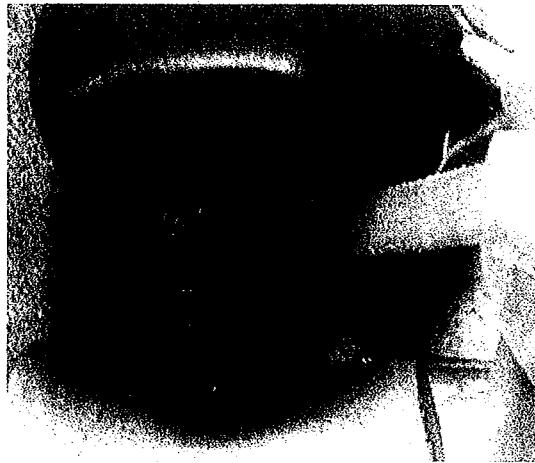
Chổi tế bào

3.1.3. Cách tiến hành

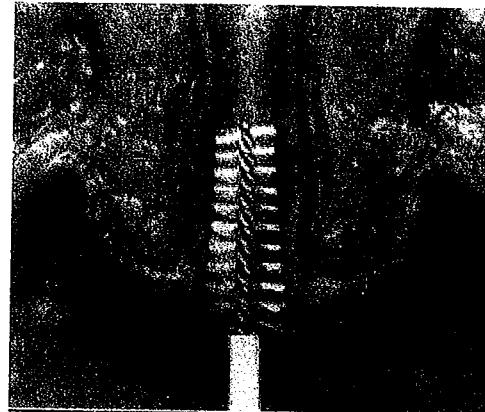
- Bệnh nhân nằm tư thế phụ khoa.
- Đặt mỏ vịt (không dùng dầu bôi trơn).
- Bọc lộ cổ tử cung, có thể lau bớt chất nhầy cổ tử cung.
- Dùng que Spatule d'Ayre áp vào cổ

tử cung và xoay 1 vòng 360° để lấy tế bào.

- Lấy tế bào cổ ngoài bằng đầu tròn của Spatule.
- Lấy tế bào cổ trong bằng đầu nhọn của spatula.



THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



PAP truyền thống, độ nhạy 58%
ThinPrep, độ nhạy 83%

- Đối với phụ nữ có thai, nên phết tế bào bằng que quấn gòn.
- Trải đều tế bào lên mặt lame, chú ý phết đều và mỏng, không kéo tối kéo lui nhiều lần để tế bào không bị dập nát và không bị nằm chồng lên nhau.
- Cố định ngay tế bào (trong vòng 1 phút để tế bào không bị khô và teo) bằng cách nhúng vào dung dịch cố định hoặc phủ lên lame một lớp keo phun mỏng (chai keo vuông góc và cách mặt lame 20-30cm).
- Gửi mẫu về phòng xét nghiệm tế bào đáng tin cậy để nhuộm và đọc kết quả
- Có thể lấy tế bào bằng phương pháp ThinPrep để tăng độ nhạy của phết tế bào.

Lưu ý: Thất bại của PAP test có thể liên quan đến cách lấy mẫu và sai lầm trong đọc kết quả, vì vậy phải tôn trọng điều kiện, phết đúng kỹ thuật, cố định lame ngay và gửi mẫu đến phòng tế bào học đáng tin cậy.

3.1.4. Phân tích kết quả: theo hệ thống Bethesda 2001

- Tế bào biểu mô bình thường.
- Tế bào biểu mô thay đổi do viêm nhiễm:
 - Những thay đổi TB do vi sinh vật: Trichomonas vaginalis, nấm (giống Candida), vi trùng (Gardnerella, Chlamydia...), virus (HSV, HPV...)
 - Những dấu hiệu không tân sinh khác.
 - Những thay đổi tế bào do phản ứng phổi hợp với: viêm nhiễm, tia xạ, DCTC, teo, tình trạng TB tuyến sau khi cắt TC.
- Bất thường tế bào biểu mô:
 - Tế bào gai:
 - TB gai không điển hình (ASC).
 - Có ý nghĩa không xác định (ASC-US).
 - Không thể loại trừ HSIL (ASC-H).

TÀM SOÁT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

Tổn thương trong biểu mô gai mức độ thấp (LSIL) bao gồm: HPV/CIN1.	TB tuyến không điển hình (AGS).
Tổn thương trong biểu mô gai mức độ cao (HSIL) bao gồm: CIN2, CIN3, carcinoma tại chỗ.	TB tuyến không điển hình có ý nghĩa không xác định (AGUS).
Ung thư TB gai xâm lấn.	Ung thư biểu mô tuyến tại chỗ (AIS): kênh CTC, NMTC, ngoài TC.
▪ Tế bào tuyến:	Ung thư biểu mô tuyến xâm lấn.
TB nội mạc TC lành tính ngoài thời kỳ hành kinh hoặc ở phụ nữ đã mãn kinh.	

SO SÁNH PHÂN LOẠI TẾ BÀO VÀ MÔ HỌC

Tế bào học (Pap smear)	Mô học (sinh thiết)	
Hệ thống Bethesda	Phân loại theo CIN	Phân loại theo WHO
Bình thường	Bình thường	Bình thường
ASC-US	Phản ứng viêm/ đáp ứng tái tạo	Phản ứng viêm/ đáp ứng tái tạo
LSIL	CIN1	Dị sản nhẹ
HSIL	CIN2	Dị sản trung bình
	CIN3	Dị sản nặng, ung thư tại chỗ
Ung thư xâm lấn	Ung thư xâm lấn	Ung thư xâm lấn

Tóm lại, theo hệ thống phân loại Bethesda 2001, những tổn thương tiền xâm lấn của ung thư cổ tử cung có thể phân chia thành 3 loại:

- Tế bào vảy không điển hình (Atypical squamous cells = ASC):
 - Ý nghĩa không xác định (undetermined significance = (ASC-US)).
 - Không thể loại trừ HSIL (cannot excluded HIS = (ASC-H)).
- Tổn thương trong biểu mô vảy mức độ thấp (Low-grade squamous intraepithelial lesions = LSIL):
 - CIN 1 (loạn sản nhẹ).

- Những biến đổi do HPV được gọi là không bào không điển hình (koilocytotic atypia).
- Tổn thương trong biểu mô vảy mức độ cao (High-grade squamous intraepithelial lesions = HSIL) bao gồm CIN 2 và CIN 3 (loạn sản trung bình, loạn sản nặng và ung thư tại chỗ).
- Riêng nhóm ASC-US:
 - 10-20% kết hợp với CIN1, 3-5% kết hợp với CIN 2 hoặc CIN 3.
 - Vấn đề xử trí cho nhóm ASCUS bao gồm 3 lựa chọn:
 - Lặp lại Pap mỗi 4-6 tháng, thực hiện soi CTC nếu sau đó phát hiện

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

bất thường: 20-50% âm tính giả, 50% phải soi CTC vì kết quả Pap bất thường, giá thành tương đương soi CTC ngay từ đầu.

Soi CTC ngay: là nhạy nhất để phát hiện CIN 2 hoặc CIN 3.

Thử nghiệm HPV.

- Còn lại các nhóm Pap bất thường khác đều phải soi cổ tử cung ngay và thực hiện sinh thiết dưới soi để chẩn đoán.

3.2. Xét nghiệm tầm soát HPV

Bệnh phẩm được lấy từ cổ tử cung bởi một que gòn vô trùng, sau đó được trữ lạnh và chuyển đến phòng xét nghiệm sinh học phân tử để ly trích DNA và định type HPV.

Xét nghiệm HPV dương tính không có nghĩa là bệnh nhân bị mắc ung thư cổ tử cung nhưng để phân biệt nhóm đối tượng nguy cơ cao nhằm tư vấn và có chế độ theo dõi chặt chẽ hơn.

Giá trị tiên đoán âm của HPV DNA đạt đến 99%.

Bệnh nhân có kết quả PAP và HPV DNA âm tính được thực hiện trong 2 năm liên tiếp sẽ không có nguy cơ phát triển các tổn thương tiền ung thư trong vòng 10 năm tiếp theo.

3.3. VIA (Visual Inspection with Acetic acid)

- VIA là một cách để phát hiện tổn thương tiền ung thư CTC, bôi dung dịch acid acetic 3-5% lên cổ tử cung và quan sát đánh giá sự thay đổi của cổ tử cung dưới tác dụng của acid acetic.
- A.acetic được tế bào chưa trưởng thành hấp thu, làm đông đặc protein

và làm cho bào tương chuyển màu đục, bằng mắt thường ta sẽ thấy vùng biểu mô bắt màu trắng, còn gọi là vùng “biểu mô trắng”.

- Tế bào lát tầng và tế bào tuyến trưởng thành không phản ứng theo kiểu này.
- Có thể thực hiện VIA ở các nước nghèo do:
 - Có thể nhận biết hầu hết các sang thương tiền ung thư (độ nhạy tương đương PAP). Theo Surendra Nath Panda, độ nhạy và độ đặc hiệu của test là 70-92%.
 - Không xâm lấn, rẻ tiền, dễ thực hiện.
 - Có thể làm ở mọi nơi và bởi bất cứ nhân viên y tế ở trình độ nào.
 - Có kết quả ngay nhằm cho quyết định tức thời (giảm nguy cơ mất dấu).
- Có thể thực hiện VIA bất cứ lúc nào: trong chu kỳ kinh nguyệt, đang có kinh, trong khi mang thai, hậu sản, sau sẩy thai, có thể làm ở phụ nữ nghi ngờ STDs hoặc HIV.
- Cách thực hiện:
 - Đặt mỏ vịt quan sát cổ tử cung.
 - Lau sạch chất nhầy cổ tử cung.
 - Bôi dung dịch a.acetic 3-5% lên toàn bộ cổ tử cung.
 - Chờ 1 phút, quan sát cổ tử cung (chú ý vùng chuyển tiếp), để ý có vùng biểu mô trắng?
 - Tư vấn cho bệnh nhân.
- Kết quả:
 - Âm tính: cổ tử cung hồng láng, đồng nhất. Có thể có lô tuyến, polype, viêm hoặc nang Naboth.



- Dương tính: Mảng trắng gờ lên, dày hoặc biểu mô trắng, thường gần vùng chuyển tiếp:



- Nếu VIA có tổn thương nghi ngờ → chuyển làm xét nghiệm: soi cổ tử cung, sinh thiết.



3.4. Soi cổ tử cung: xin tham khảo bài soi CTC

- Mục đích: soi cổ tử cung được coi là cầu nối từ tầm soát đến chẩn đoán, giúp ta định vị được tổn thương để sinh thiết đúng chỗ.
- Chỉ định: bắt buộc thực hiện cho các bệnh nhân có
- Pap bất thường.
- VIA dương tính.
- Khám lâm sàng có tổn thương nghi ngờ.
- Điều kiện: tương tự như làm Pap, nên thực hiện vào khoảng nửa đầu của chu kỳ, sau sạch kinh (N8-12).

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

3.5. Sinh thiết cổ tử cung

- Chỉ định khi có sang thương nghi ngờ hoặc sang thương không rõ ràng nhưng Pap bất thường.
- Mẫu sinh thiết nên đủ lớn (giữa mô lành và mô bệnh, phải có một phần mô đệm), không nên làm nát mẫu sinh thiết, không lấy mô hoại tử.
- Phải thực hiện sinh thiết qua soi cổ tử cung để hạn chế tối đa kết quả âm tính giả do sinh thiết không đúng chỗ.
- Nếu tổn thương rộng và nhiều ổ, cần thiết phải thực hiện nhiều mẫu bấm sinh thiết để đảm bảo không bỏ sót tổn thương.

3.6. Nạo kinh cổ tử cung: theo hiệp hội soi cổ tử cung và bệnh học cổ tử cung Hoa Kỳ (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology =ASCCP), không cần thiết nạo kinh cổ tử cung vì bàn chải tế bào (cytobrush) cũng đủ lấy mẫu ở kinh cổ tử cung.

3.7. Khoét chót cổ tử cung: chỉ định khoét chót cổ tử cung để chẩn đoán được thực hiện khi:

- Không có sự phù hợp giữa kết quả Pap, soi cổ tử cung và sinh thiết.
- Kết quả Pap bất thường mà không quan sát được vùng chuyển tiếp khi soi cổ tử cung.
- Mẫu tế bào ở kinh cổ tử cung (cytobrush) hoặc nạo kinh cổ tử cung có bất thường.
- Ung thư cổ tử cung vi xâm lấn.

4. KẾT LUẬN

Ung thư cổ tử cung là một quá trình diễn tiến từ tân sinh trong biểu mô (tổn thương

tiền xâm lấn) qua ung thư tại chỗ đến ung thư xâm lấn. Quá trình này diễn tiến khá chậm, nếu phát hiện sớm, điều trị sớm ở giai đoạn tổn thương tiền xâm lấn của ung thư cổ tử cung, kết quả thành công 100%.

Tầm soát tổn thương tiền xâm lấn của ung thư cổ tử cung dựa trên dịch tễ học nhiễm HPV, phết tế bào cổ tử cung và VIA.

Bước tiếp theo của tầm soát là chẩn đoán, chẩn đoán tổn thương tiền xâm lấn của ung thư cổ tử cung dựa vào: soi cổ tử cung, bấm sinh thiết, lấy mẫu ở kinh cổ tử cung (hoặc nạo kinh) hay khoét chót cổ tử cung.

Để chương trình tầm soát đạt hiệu quả cao nhất, phết tế bào cổ tử cung và soi cổ tử cung nên đảm bảo những điều kiện lấy bệnh phẩm, đọc bệnh phẩm và diễn giải kết quả đúng quy cách.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Minh Châu. "Tân sinh trong biểu mô cổ tử cung". Bài giảng Sản Phụ Khoa tập II. Bộ môn Phụ Sản. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Y học, 2006; 787-802
2. Trần Thị Lợi "Giá trị của VIA trong tầm soát ung thư cổ tử cung". Y Học TP Hồ Chí Minh. Tập 13. Số 4. 2009; 237-242
3. Berek, Jonathan S. "Intraepithelial Disease of the Cervix, Vagina and Vulva". Berek & Novak's Gynecology, 14th Edition, 2007 ; 562-599
4. The McGraw-Hill Companies. "Premalignant & Malignant Disorders of the Uterine Cervix". Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology 10th, 2006, Chapter 50.
5. Surendra Nath Panda, M.S. "Screening for Cancer Cervix by Visual Technique"

TÂM SOÁT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

6. Medical College of Obstetrics and Gynecology, Berhampur, 760004, Orissa, India.
7. Sangwa-Lugoma, G, Mahmud, S, Nasr, SH, et al. "*Visual inspection as a cervical cancer screening method in a primary health care setting in Africa*". Int J Cancer 2006; 119:1389.
8. Sankaranarayanan, R, Esmy, PO, Rajkumar, R, et al. "*Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial*". Lancet 2007; 370:398.
9. Brenda E Sirovich, MD, MS ; Sarah Feldman, MD, MPH ; Annekathryn Goodman, MD. "*Screening for cervical cancer*". September 30, 2009 UpToDate.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Loại HPV nào sau đây thường hay gặp nhất trong ung thư cổ tử cung:
 - a. 6 và 11.
 - b. 16 và 18.
 - c. 46 và 47.
 - d. 55 và 57.
 - e. 89 và 92.
2. Chọn một câu sai về tổn thương tiền ung thư của cổ tử cung:
 - a. Tổn thương tiền ung thư của cổ tử cung thường không có triệu chứng.
 - b. Tiến triển từ tổn thương tiền ung thư đến ung thư xâm lấn khoảng 8-10 năm.
 - c. Hầu hết tổn thương sẽ thoái triển tự nhiên.
 - d. Hầu hết tổn thương không thay đổi.
 - e. Chỉ một số ít tiến triển thành ung thư.
3. Yếu tố nào sau đây không phải là yếu tố nguy cơ của ung thư cổ tử cung:
 - a. Giao hợp sớm.
 - b. Nhiều bạn tình.
 - c. Mãn kinh trễ.
 - d. Hút thuốc lá.
 - e. Sanh nhiều.
4. Chọn một câu sai về Pap test:
 - a. Là một xét nghiệm tầm soát tổn thương tiền ung thư cổ tử cung tốt nhất.
 - b. Có thể thực hiện ở bất cứ thời điểm nào trong chu kỳ kinh.
 - c. Với phương pháp truyền thống, mẫu thử được phết thẳng lên lam kính.
 - d. Với phương pháp liquid-based cytology, mẫu được giữ vào dung dịch bảo quản.
 - e. Ở phụ nữ có thai, nên lấy mẫu bằng que quấn gòn.
5. Một phụ nữ 25 tuổi, chưa sanh, đi khám phụ khoa định kỳ có kết quả khám lâm sàng bình thường, xét nghiệm Pap cho kết quả là ASCUS. Bước tiếp theo, có thể làm cho bệnh nhân này là, ngoại trừ:
 - a. Lặp lại Pap 3-6 tháng.
 - b. Xét nghiệm HPV DNA.
 - c. Khoét chớp cổ tử cung.
 - d. Soi cổ tử cung ngay.
 - e. Soi cổ tử cung nếu phát hiện có nhiễm HPV nguy cơ cao.
6. Nếu kết quả xét nghiệm HPV cho biết bị nhiễm HPV type 16/18, bước tiếp theo cần phải làm gì:
 - a. Soi cổ tử cung và bấm sinh thiết ngay.
 - b. Lặp lại Pap sau 6 tháng.
 - c. Khoét chớp cổ tử cung ngay bằng vòng điện.
 - d. Khoét chớp cổ tử cung ngay bằng dao.
 - e. Phá hủy tổn thương ngay bằng đốt lạnh.
7. Một trường hợp có kết quả Pap là LSIL thì kết quả giải phẫu bệnh lý tương ứng thường là:
 - a. Nhiễm HPV.
 - b. Loạn sản nhẹ.
 - c. CIN 1.
 - d. CIN 2.
 - e. a, b, c đúng.

TÀM SOÁT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

8. Bệnh nhân 30 tuổi, PARA: 0010, kết quả Pap là HSIL, bước xử trí thích hợp nhất tiếp theo là:
- Lặp lại Pap sau 3 tháng.
 - Khoét chớp cổ tử cung.
 - Soi cổ tử cung và sinh thiết trực tiếp dưới soi.
 - Cắt rộng tử cung.
 - Chụp CT scan vùng bụng và vùng chậu.
9. Nếu kết quả bấm sinh thiết của bệnh nhân trên là bình thường, bước xử trí thích hợp nhất tiếp theo là:
- Lặp lại Pap sau 3 tháng.
- b. Đốt lạnh cổ tử cung.
- c. Đốt cổ tử cung bằng Laser.
- d. Khoét chớp cổ tử cung.
- e. Cắt tử cung.
10. Khoét chớp cổ tử cung được chỉ định khi, CHỌN CÂU SAI:
- Nếu không tương xứng giữa kết quả Pap với kết quả mô học.
 - Kết quả nạo kênh có bất thường.
 - Thấy có tổn thương trong kênh cổ tử cung.
 - Ung thư vi xâm lấn cổ tử cung.
 - Nhiễm HPV nguy cơ cao.

SOI CỔ TỬ CUNG – SINH THIẾT CỔ TỬ CUNG

ThS. TÔ MAI XUÂN HỒNG

Mục tiêu

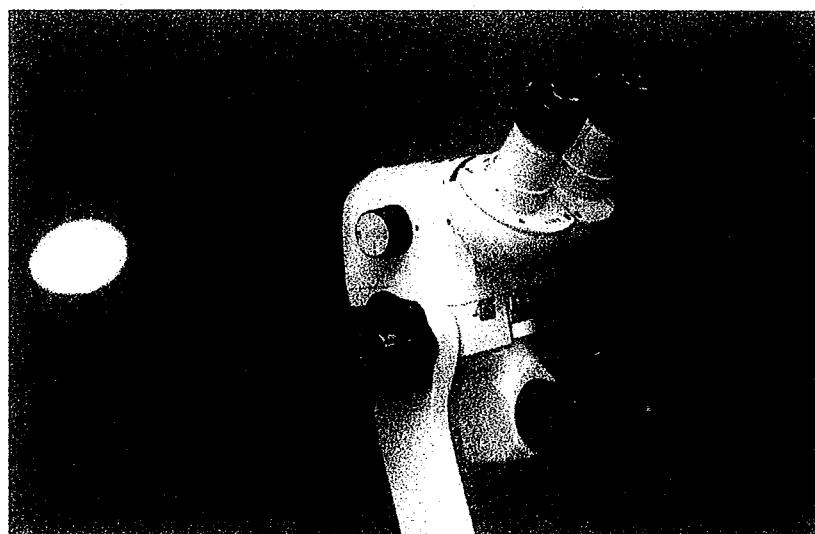
- Liệt kê được 3 dung dịch soi CTC, 3 dụng cụ soi cổ tử cung (CTC) và 3 dụng cụ sinh thiết CTC.
- Liệt kê được 3 tiến trình cơ bản của soi CTC theo đúng trình tự.
- Liệt kê được 5 nhóm phân loại kết quả soi CTC theo ASCCP.
- Kể được các thay đổi bình thường ở CTC phát hiện qua soi CTC.
- Kể được các thay đổi không bình thường ở CTC phát hiện qua soi CTC.
- Liệt kê được chỉ định bấm sinh thiết CTC và nạo kinh CTC.

Soi CTC giữ vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị bất thường trên CTC vì giúp quan sát được vị trí tổn thương, kích thước và độ nặng đồng thời định vị trí sinh thiết trực tiếp để chẩn đoán mô học rõ ràng.

Soi CTC nên được thực hiện sau khi có kết quả xét nghiệm Pap's smear.

1. DỤNG CỤ SOI CTC

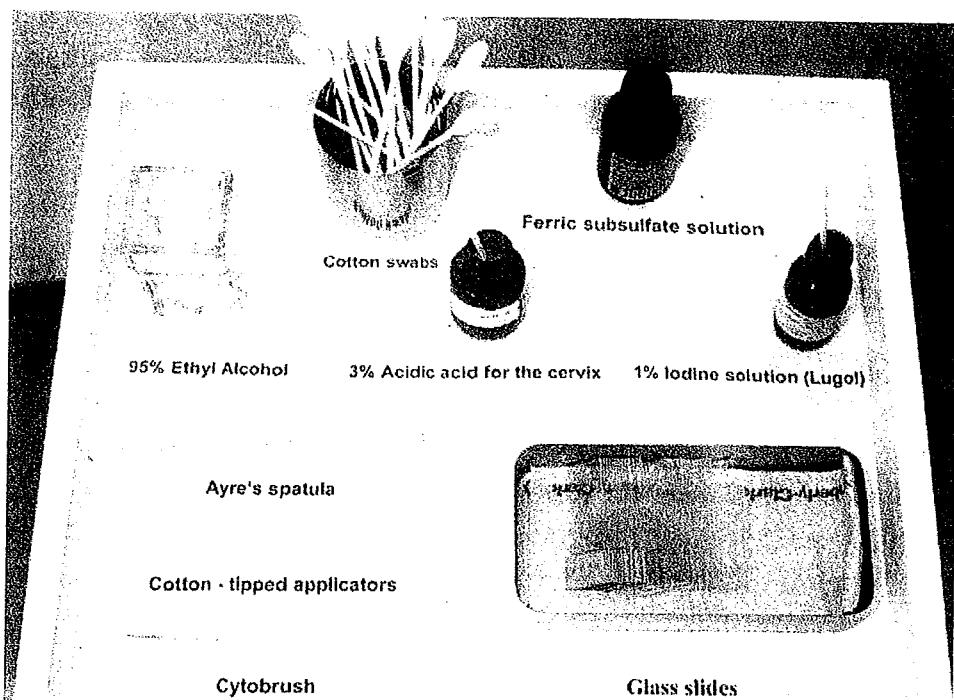
- Máy soi CTC, có hoặc không có kết nối với TV.
- Dung dịch soi: nước muối sinh lý 0.9%, Acid Acetic 3% và Lugol 1%.
- Dụng cụ soi: Mỏ vịt, bông gòn, kẹp hình tim.
- Dụng cụ bấm sinh thiết: Kèm bấm sinh thiết, muỗng rỗng nạo kinh và lọ đựng bệnh phẩm chứa Formaldehyd 4%.



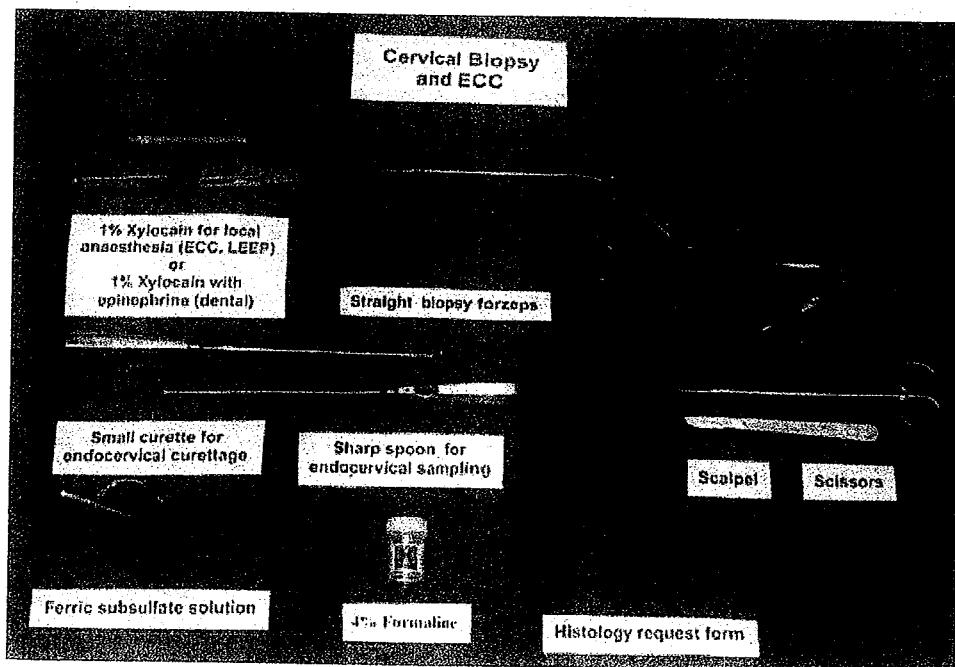
Hình 1: Máy soi CTC

(Nguồn hình: Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health)

SOI CỔ TỬ CUNG – SINH THIẾT CỔ TỬ CUNG



Hình 2: Các dung dịch soi CTC
(*Nguồn hình: Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health*)



Hình 3: Dụng cụ bấm sinh thiết CTC
(*Nguồn hình: Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health*)

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

2. ĐIỀU KIỆN SOI CTC

- Thực hiện soi CTC vào N8-N12 của chu kỳ kinh.
- Thông thường hẹn soi CTC sau sạch kinh 3 ngày

3. TIẾN TRÌNH SOI CTC

3.1. Soi CTC không chuẩn bị

- Làm sạch CTC bằng nước muối sinh lý.
- Giúp quan sát được có bạch sản, nang Naboth (NF= Naboth Follicular) hay không (dưới ánh sáng trắng), có hình ảnh mạch máu bất thường hay không (dưới ánh sáng xanh).

3.2. Soi CTC sau bôi acid acetic 5%

- Chờ 5 phút để quan sát tổn thương.
- Quan sát ranh giới lát trụ (J= Jonction), vùng chuyển tiếp (TZ= Transformation zone), biểu mô tuyến, cửa tuyến (OG= Opening Glands) và các hình ảnh bất thường như AW (Acetowhite), lát đá (M= Mosaic), chấm đáy (P= Punctuation).

3.3. Sau CTC sau bôi Lugol 1%

- Đánh giá sự bắt màu của biểu mô lát với Iode.
- Lugol (+) khi toàn bộ biểu mô lát bắt màu vàng sậm.
- Lugol (-) khi biểu mô lát hoặc vùng chuyển sản không bắt màu vàng sậm.

4. BẢNG PHÂN LOẠI KẾT QUẢ DÙNG TRONG SOI CTC (theo American Society for colposcopy and cervical pathology)

4.1. Nhóm hình ảnh soi CTC bình thường

- Biểu mô lát nguyên thủy (OSE =original squamous epithelium).
- Biểu mô trụ.
- Vùng chuyển tiếp.

4.2. Nhóm hình ảnh soi CTC bất thường: có thể nằm trong vùng chuyển tiếp hay nằm ngoài vùng chuyển tiếp (Cổ ngoài CTC, ÂĐ)

- Biểu mô trắng (AW: aceto white).
- Chấm đáy (P: punctuation).
- Lát đá (M: mosaic).
- Bạch sản (L: leukoplakia).
- Vùng Iodine không bắt màu.
- Mạch máu bất thường.

4.3. Nghi ngờ ung thư xâm lấn

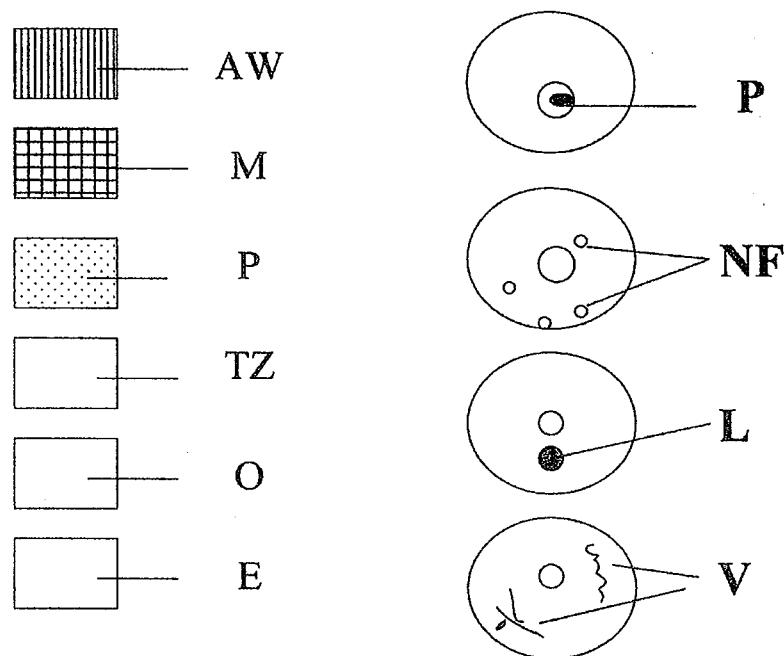
4.4. Nhóm hình ảnh soi CTC không đầy đủ: không quan sát thấy vùng chuyển tiếp, nhiễm trùng nặng hay thiểu dưỡng nặng (sau mãn kinh), hay hẹp ÂĐ không thể nhìn thấy CTC.

4.5. Nhóm các dấu hiệu soi khác

- Viêm CTC-ÂĐ.
- Loét CTC.
- Teo biểu mô.
- Condyloma và Papilloma.
- Các dạng khác: polype kẽm CTC, u nhú, nang Naboth...

5. CÁC QUY ƯỚC TRONG SOI CTC

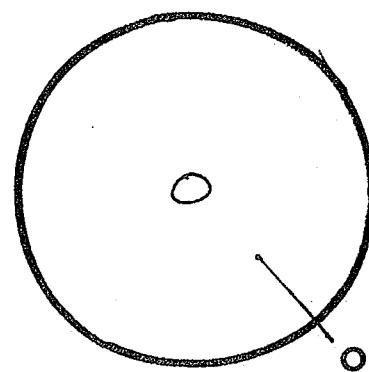
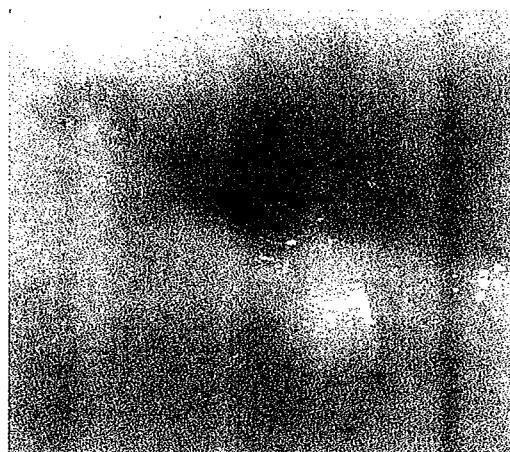
SOI CỔ TỬ CUNG – SINH THIẾT CỔ TỬ CUNG



Hình 4: Quy ước trong soi CTC

(*Nguồn hình: Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health*)

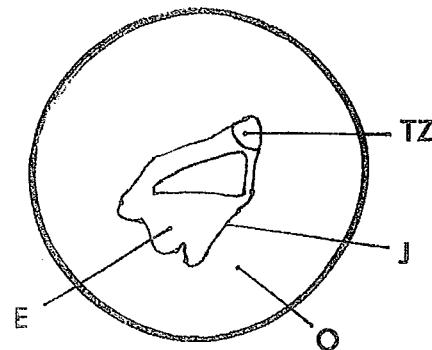
6. MINH HỌA HÌNH ẢNH BÌNH THƯỜNG TRONG SOI CTC



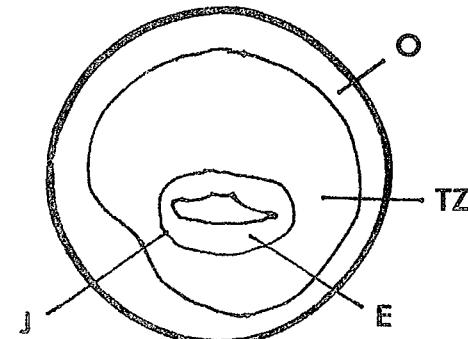
Hình 5: Biểu mô lát CTC bình thường

(*Nguồn hình: Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health*)

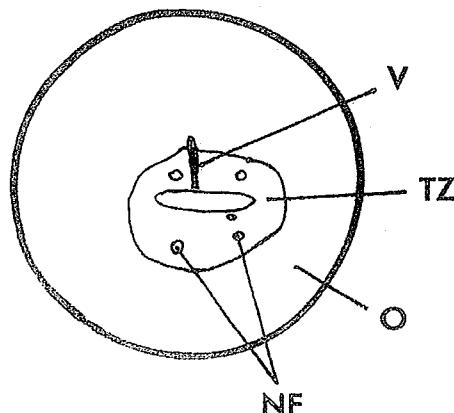
THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



Hình 6: Biểu mô tuyến CTC, đường ranh giới lát trụ và vùng chuyển tiếp
(Nguồn hình: *Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health*)

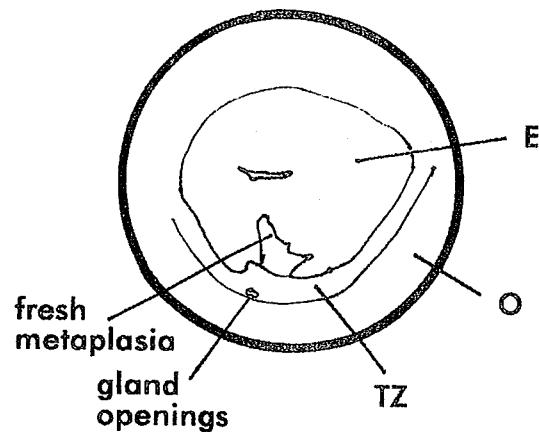


Hình 7: Cửa tuyến, đảo tuyến, vùng chuyển tiếp, ranh giới lát trụ
(Nguồn hình: *Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health*)



Hình 8: Nang Naboth CTC, và mạch máu thẳng
(Nguồn hình: *Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health*)

SOI CỔ TỬ CUNG – SINH THIẾT CỔ TỬ CUNG



Hình 9: CTC lộ tuyến tái tạo, biểu mô chuyển sản lát non, cửa tuyến mở
(Nguồn hình: Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health)

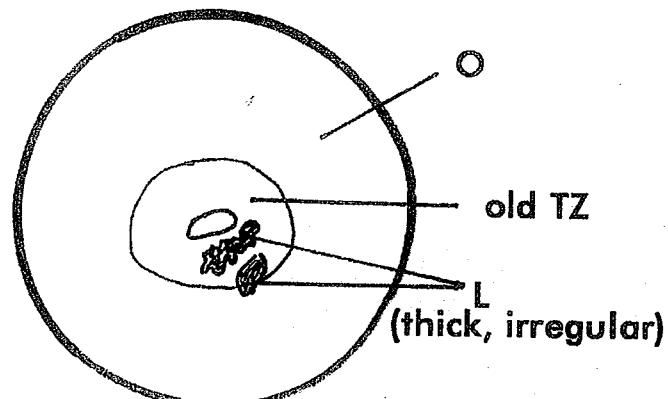
7. MINH HỌA HÌNH ẢNH BẤT THƯỜNG TRONG SOI CTC

7.1. Bạch sản (leukoplakia)

- Là đĩa trắng xuất hiện trước bôi acid acetic, và không thay đổi hình ảnh

sau acid acetic.

- Nên sinh thiết vì lớp keratin này có thể che lấp các loạn dưỡng, loạn sản hay ung thư.



Hình 10: Bạch sản CTC dày, không đều
(Nguồn hình: Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health)

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

7.2. Biểu mô trắng (aceto white)

- Do TB lớp bề mặt CTC không trưởng thành chứa nhiều Protein nhưng không chứa Glycogen.
- Xuất hiện sau acid acetic, do acid làm đông đặc TB có chứa protein, lúc đầu là một vùng mờ đục mỏng, sau đó khi acid thẩm xuống đến lớp sâu biểu mô lát, vùng mờ đục dày hơn, trắng hơn. Vùng này không bắt màu Lugol.



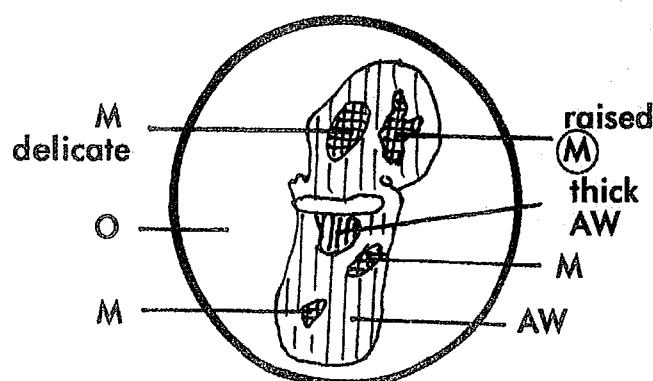
Hình 11: Acetowhite CTC

(Nguồn hình: Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health)

7.3. Lát đá (mosaic)

- Do cấu trúc biểu mô lát không trưởng thành hoàn toàn với bào tương chứa glycogen và màng tế bào chứa nhiều protein, kèm theo đó bề mặt biểu mô và lớp màng đáy không song song nhau. Biểu mô tạo nên những nhú nhô vào mô liên kết, đôi khi phân nhánh nhưng luôn phân cách với lớp nồng của niêm mạc và không bao giờ xuyên qua màng đáy

- Xuất hiện sau acid acetic, biểu mô bệnh lý bị đông đặc bởi acid acetic trở nên trắng đục che lấp các nhú và mô liên kết, nhưng đỉnh các nhú biểu mô mỏng hơn nên có thể quan sát mô liên kết qua sự mờ đục. Mỗi cục sỏi trắng tương ứng với một nhú được bao bọc bởi viền đỏ. Tổn thương này bắt màu Lugol vàng rơm.



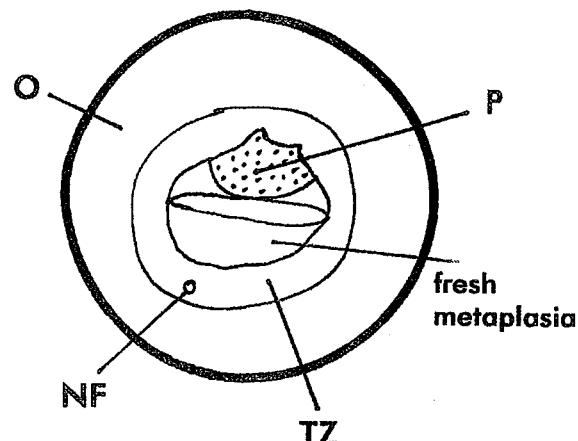
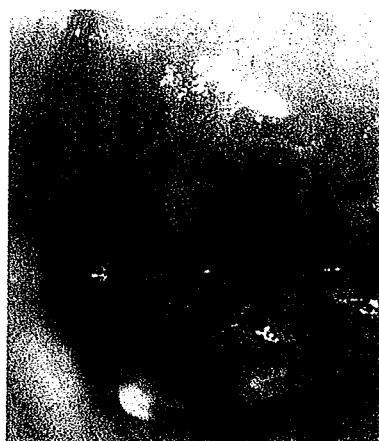
Hình 12: Lát đá thô và Acetowhite thô

(Nguồn hình: Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health)

7.4. Chấm đáy (punctuation)

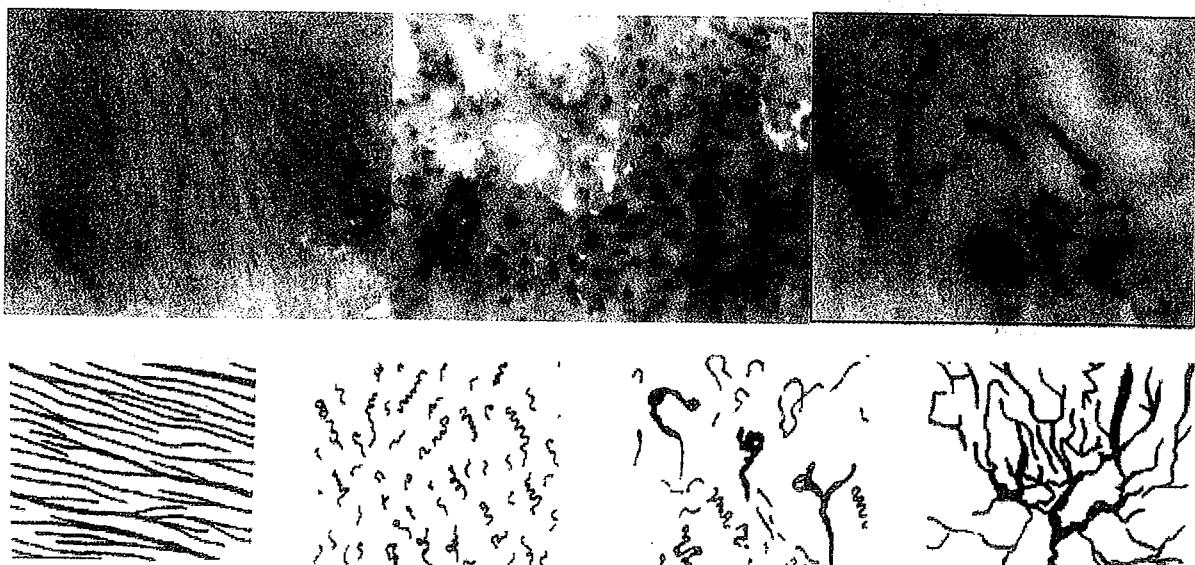
- Tổn thương như trên nhưng hai bề mặt của biểu mô bệnh lý song song nhau, lớp sâu của biểu mô bị biến dạng bởi những nhú nhô vào mô đệm và nhô vào biểu mô như những ngón tay của bao tay.

- Xuất hiện sau aa, biểu mô lát bệnh lý bị làm trắng đục, đỉnh của những nhú mô đệm rất mỏng và mô đệm được nhận ra dưới những chấm đỏ tạo thành hình ảnh chấm đỏ trên nền trắng đục. Vùng này không bắt màu Lugol.



Hình 13: Chấm đáy mịn và biểu mô chuyển sản lát non
(Nguồn hình: *Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health*)

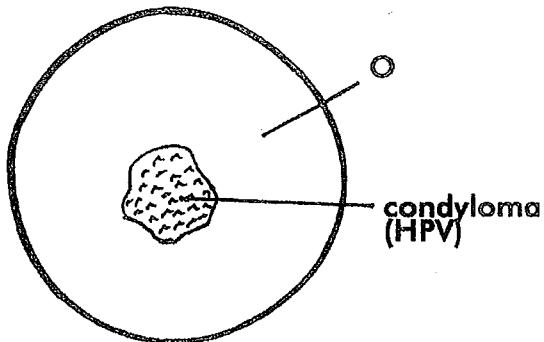
7.5. Các hình ảnh mạch máu bất thường như dấu phẩy, cành cây, vặn nút chai



Hình 14: Mạch máu dạng thẳng, xoắn ốc, cành cây
(Nguồn hình: *Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health*)

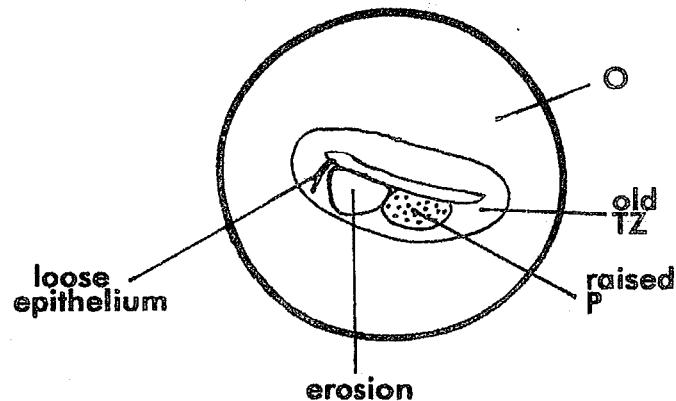
THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

7.6. Hình ảnh soi khác



Hình 15: Condyloma CTC

(Nguồn hình: Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health)



Hình 16: Loét CTC, chấm đáy mịn

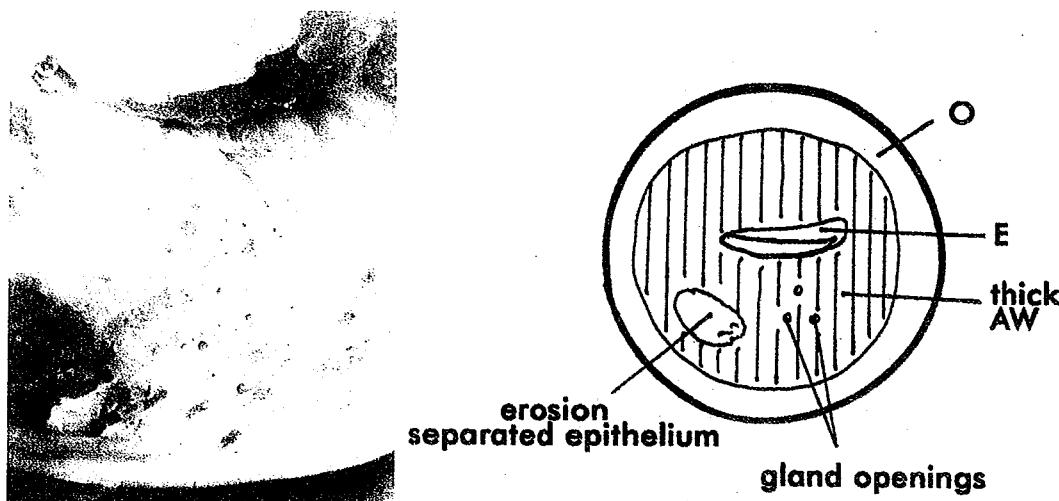
(Nguồn hình: Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health)

8. NẠO KÊNH CỔ TỬ CUNG

- Có chỉ định thường quy hay không còn đang bàn cãi. Ưu điểm của nó là tránh bỏ sót các thương tổn của ung thư tế bào tuyến và ung thư tế bào lát tuyến CTC.
- Chỉ định nạo kênh CTC:
 - Không thấy vùng chuyển tiếp ở cổ ngoài trên soi CTC.

- Không thấy giới hạn trên của hình ảnh tổn thương CTC trên soi hay phát hiện thấy tổn thương lan kẽnh.
- Các phụ nữ có tế bào học tái phát dạng không điển hình sau lần điều trị trước, và ở những bệnh nhân không điều trị trước khi soi CTC thấy toàn bộ vùng chuyển sản có một vòng tròn của biểu mô trụ không thay đổi nằm dưới kẽnh CTC.

SOI CỔ TỬ CUNG – SINH THIẾT CỔ TỬ CUNG



Hình 17: Tổn thương AW thô, dày lan kẽm CTC

(Nguồn hình: Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health)

9. SINH THIẾT TRỰC TIẾP TRÊN SOI CTC

Phần lớn các tổn thương trên soi CTC không xảy ra đồng thời với vùng mô học bất thường rõ nhất, cho nên dễ có nguy cơ cao không chọn đúng vùng bất thường để sinh thiết. Nhất là vùng ngoại biên của tổn thương aceto white thường được diễn giải quá lên trong khi vùng acte white trung tâm của CIN2,3 gần kẽm lại bị bỏ sót.

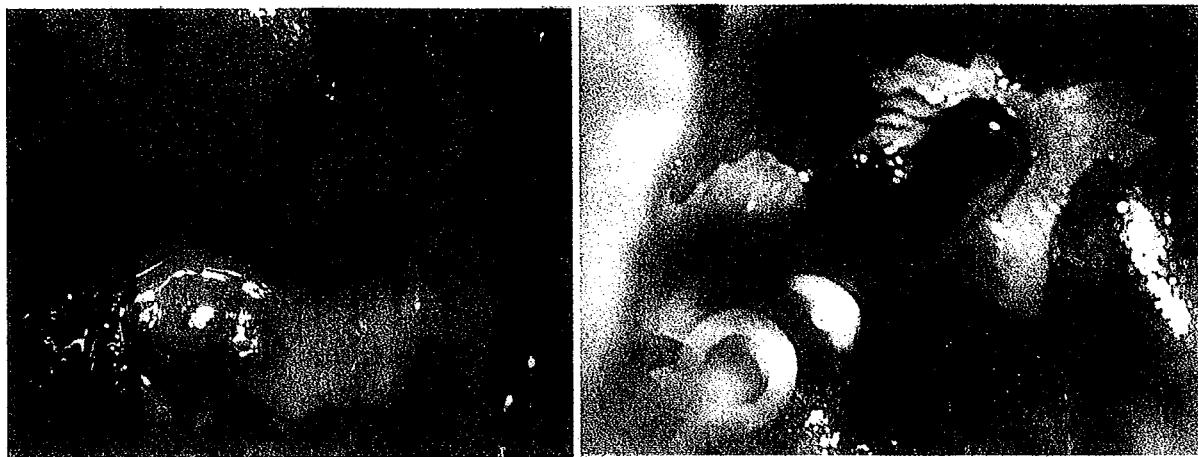
Để giảm nguy cơ này, trước tiên cần đánh giá điểm trực tiếp trên soi CTC rồi sinh thiết trực tiếp qua soi CTC. Nên sinh thiết ở những vùng aceto white đặc trưng với biểu mô đục và mạch máu không điển hình, thêm vào đó sinh thiết luôn vùng nghi ngờ xâm lấn tiềm ẩn. Các mẫu sinh thiết nên tách rời nhau để nhà giải phẫu bệnh dễ cắt khối quan sát.

Một số gợi ý sinh thiết CTC:

	Không nghi ngờ Không cần sinh thiết	Nghi ngờ Cần sinh thiết
Lát đá	Đều, Mịn cùng 1 mức độ Aceto white (+)	Không đều Thô, mức độ khác nhau AW(+)
Chấm đáy	Đều, Mịn cùng 1 mức độ Aceto white (+)	Không đều Thô, mức độ khác nhau AW(+)
Bạch sản	Mỏng, gờ nhẹ	Dày, không đều, nhú mức độ khác nhau
Biểu mô trắng với acid acetic AW (+)	Đều, Mịn cùng 1 mức độ Aceto white (+)	Không đều Thô, mức độ khác nhau AW(+)
Mạch máu không điển hình (hình dấu phẩy, xoắn...)	Không	Có

(Nguồn: Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health)

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



Hình 18: Sinh thiết CTC dưới soi CTC

(Nguồn hình: *Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health*)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Society for colposcopy and cervical pathology guidelines (ASCCP)
2. Burke L, Antonioli DA, Ducatman BS, Stafl A. Colposcopy: Text and atlas
3. Runge HM, Ross A. Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Phát biểu nào sau đây *không đúng* về soi CTC:
 - a. Nên thực hiện soi CTC sau khi đã có kết quả Pap's smear.
 - b. Nên soi CTC sau sạch kinh 3 ngày.
 - c. Soi CTC có thể thực hiện vào bất kỳ thời điểm nào của chu kỳ kinh.
 - d. Soi CTC bắt buộc phải thực hiện theo đúng trình tự nhất định.
 - e. Soi CTC giúp định vị được tổn thương CTC và hướng dẫn sinh thiết CTC.
2. Hình ảnh nào sau đây trên soi CTC được nghĩ nhiều là tổn thương bình thường ở CTC:
 - a. Mạch máu dạng phẩy.
 - b. Biểu mô trắng (AW) thô.
 - c. Lát đá thô.
 - d. Các hình ảnh nêu trên đều là hình ảnh bình thường trên soi CTC.
 - e. Các hình ảnh nêu trên đều là hình ảnh không bình thường trên soi CTC.
3. Hình ảnh nào sau đây được xem là bất thường trên soi CTC:
 - a. Mạch máu tăng sinh dạng cành cây trên nang Naboth.
4. Lưỡi biểu mô chuyển sản lát non.
5. Cửa tuyến mở.
6. Các hình ảnh nêu trên đều là hình ảnh bình thường trên soi CTC.
7. Các hình ảnh nêu trên đều là hình ảnh không bình thường trên soi CTC.
8. Bấm sinh thiết CTC nên được thực hiện khi có sự hiện diện của:
 - a. Bạch sản dày trên CTC.
 - b. Lát đá thô.
 - c. Chấm đáy thô.
 - d. Mạch máu bất thường.
 - e. Tất cả các câu trên đều đúng.
9. Về nạo kênh CTC (ECC), phát biểu nào sau đây đúng:
 - a. Chỉ định khi soi CTC có tổn thương CTC lan kênh.
 - b. Chỉ định là bắt buộc khi có bấm sinh thiết CTC.
 - c. Không cần thiết phải thực hiện dưới soi CTC.
 - d. Tất cả phát biểu kể trên là đúng.
 - e. Không phát biểu nào kể trên là đúng.

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN VIÊM ÂM ĐẠO

ThS. NGUYỄN HỒNG HOA

Mục tiêu

- Năm được các xét nghiệm tối thiểu trong chẩn đoán viêm âm đạo.
- Nêu các bước thực hiện lấy mẫu xét nghiệm khí hư, làm xét nghiệm đo độ pH, xét nghiệm KOH.
- Trình bày được các bước thực hiện soi tươi và cách đọc kết quả.
- Nêu các tiêu chuẩn chẩn đoán viêm âm đạo do nấm Candida, viêm âm đạo do Trichomonas vaginalis và Nhiễm khuẩn âm đạo (Bacterial vaginosis).

- Viêm âm đạo do nấm Candida, viêm âm đạo do Trichomonas vaginalis (trùng roi) và Nhiễm khuẩn âm đạo (Bacterial vaginosis) là 3 dạng thường gặp của viêm âm đạo. Chúng chiếm hơn 90% các nguyên nhân của viêm âm đạo.
- Chẩn đoán dựa vào:
 - Lâm sàng.
 - Cận lâm sàng.
- Các xét nghiệm cận lâm sàng căn bản giúp cho chẩn đoán bao gồm:
 - Đo độ pH của dịch âm đạo.
 - Whiff test: thử KOH 10% với dịch âm đạo.
 - Soi tươi: tìm Trichomonas vaginalis, sợi nấm và clue cells.
 - Nhuộm gram: đánh giá sự phân bố của các dạng vi khuẩn và tìm clue cells.

1. CÁCH THỨC LẤY KHÍ HƯ

- Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa.
- Quan sát âm hộ, đặt mỏ vịt ghi nhận tính chất khí hư, các sang thương kèm.
- Lấy mẫu khí hư từ cùng đồ bên với 2 que gòn:

- Que gòn thứ nhất: chấm lên giấy chỉ thị màu để đo pH và thử KOH 10%.
- Que gòn thứ hai phết mỏng lên 2 lame kính: (1) nhỏ lên một giọt nước muối sinh lý/xanh methylene 0,1% và đặt lamelle lên để soi tươi, (2) để khô, nhuộm gram.
- Nếu không thể xét nghiệm ngay, nhúng que gòn vào ống nghiệm có sẵn 1 ml nước muối sinh lý vô trùng, đậy nắp gửi lên phòng xét nghiệm trong thời gian ngắn nhất.

2. KỸ THUẬT XÉT NGHIỆM

2.1. Độ pH dịch âm đạo trong viêm âm đạo do vi khuẩn

- Bình thường, độ pH khí hư < 4,5.
- Nên đo pH dịch âm đạo bằng giấy chỉ thị màu (giấy quỳ) có giới hạn từ 3,8 tới 6.
- Dùng que gòn lấy dịch âm đạo từ túi cùng bên của âm đạo, sau đó chấm lên giấy chỉ thị màu; hoặc có thể chấm giấy vào dịch âm đạo nằm trong mỏ vịt sau khi đã rút ra. Xác định độ pH bằng cách so màu. Lưu ý, khi lấy mẫu, không dùng chất bôi trơn

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN VIÊM ÂM ĐẠO

mỏ vịt, không nhúng que gòn vào nước muối sinh lý, và không lấy dịch của cổ tử cung hay máu ($\text{pH} > 7,0$).

2.2. Whiff test hay Amine test

- Whiff test hay Amine test là xét nghiệm nhỏ dung dịch Potassium (KOH) 10% vào dịch âm đạo, kết quả dương tính khi có mùi cá thối bay lên ngay sau khi nhổ.
- Whiff test hay Amine test dương tính trong nhiễm *Trichomonas vaginalis*, viêm âm đạo không đặc hiệu.

2.3. Soi tươi

- Nếu soi tươi tại phòng xét nghiệm: que gòn thứ hai trong ống nghiệm vô trùng sẽ được khuấy đều trong nước muối sinh lý, chấm một giọt khí hư trong ống nghiệm lên lam kính, đậy lamelle lên, rồi soi dưới vật kính 10 và 40.
- Dưới kính hiển vi vật kính 10 và 40 tìm:

- Sợi tơ nấm, hạt men (thấy rõ hơn nếu nhổ KOH).
- Trùng roi di động (chết khi sử dụng xanh methylene $> 1\%$).
- Clue cells: là các tế bào biểu mô lát bị bao phủ bởi rất nhiều vi khuẩn (chủ yếu là *G. vaginalis*, đôi khi là các vi khuẩn yếm khí khác) đến mức bờ của tế bào không còn được rõ ràng. Clue cells có giá trị cao trong chẩn đoán nhiễm khuẩn âm đạo.
- Có thể nhìn thấy các dạng trực trùng lớn, tế bào biểu bì và bạch cầu khi soi tươi có xanh methylene.

2.4. Nhuộm gram

- Thấy rõ hình ảnh clue cells.
- Khảo sát sự phân bố của các dạng vi khuẩn. Bình thường chiếm ưu thế là các *trực trùng gram dương* lớn (*lactobacillus*).
- Đánh giá số lượng bạch cầu.

Bảng điểm chuẩn hóa kết quả nhuộm gram dịch âm đạo (Nugent -1991)

	Điểm cho số lượng mỗi dạng vi khuẩn hiện diện dưới vật kính dầu				
	0	< 1	1- 4	5-30	> 30
Trực trùng gram dương lớn	4	3	2	1	0
Trực trùng gram âm hay thay đổi nhỏ	0	1	2	3	4
Trực trùng gram âm hay thay đổi cong	0	1	1	2	2

Nếu 0-3 điểm: Dịch âm đạo bình thường

Nếu 7-10 điểm: Nhiễm khuẩn âm đạo (Bacterial Vaginosis)

Nếu 4-6 điểm: Trung gian

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Viêm âm đạo do nấm Candida

- pH bình thường ($< 4,5$).

- Hiện diện sợi tơ nấm hoặc hạt men khi soi tươi khí hư với số lượng nhiều.
- Số lượng bạch cầu thay đổi tùy theo mức độ viêm.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

3.2. Viêm âm đạo do trùng roi Trichomonas vaginalis

- pH > 4,5.
- Hiện diện trùng roi Trichomonas di động khi soi tươi. (Trichomonas có kích thước tương đương tế bào lympho, có chiên mao di động).
- Có rất nhiều bạch cầu hạt.

3.3. Nhiễm khuẩn âm đạo: theo tiêu chuẩn của Nugent hoặc dựa trên ít nhất 3 trong 4 tiêu chuẩn sau (tiêu chuẩn của Amsel)

- Dịch âm đạo dính màu trắng xám đồng nhất.
- Độ pH dịch âm đạo > 4,5.
- Dịch âm đạo có mùi cá ươn khi nhổ Potassium 10%.
- Tế bào “Clue cells” tìm thấy qua kính hiển vi (>20%).

XẾT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN VIÊM ÂM ĐẠO

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Các nguyên nhân hàng đầu gây viêm âm đạo:
 - a. Viêm teo âm đạo.
 - b. Viêm âm đạo do nấm.
 - c. Viêm âm đạo do Trichomonas.
 - d. Nhiễm khuẩn âm đạo.
 - e. Chỉ có câu a sai.
2. Để chẩn đoán viêm âm đạo:
 - a. Chỉ cần dùng cận lâm sàng.
 - b. Cần kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng.
 - c. Cận lâm sàng quyết định chẩn đoán dù lâm sàng không rõ ràng.
 - d. Lâm sàng quyết định chẩn đoán dù cận lâm sàng như thế nào.
 - e. Tất cả đều sai.
3. Trong các xét nghiệm sau đây, xét nghiệm nào không cần trong đa số các trường hợp:
 - a. Soi tươi.
 - b. Nhuộm gram.
 - c. Test KOH.
 - d. Đo pH.
 - e. Cấy dịch âm đạo.
4. Khi thực hiện đo pH dịch âm đạo, điều nào quan trọng:
 - a. Lấy bệnh phẩm đúng vị trí.
 - b. Đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối.
 - c. Tìm đúng loại giấy quì có độ pH từ 3-6.
 - d. Tất cả đều trên đúng.
 - e. Tất cả đều trên sai.
5. Khi thực hiện test KOH, chúng ta cần nhớ:
 - a. Xét nghiệm có giá trị cao trong nhiễm khuẩn âm đạo và nhiễm Trichomonas.
 - b. Mùi cá thối bay lên nhanh do đó cần phải ngửi liền.
 - c. Có thể bị nhầm lẫn khi nhận định mùi.
 - d. Tất cả đúng.
 - e. Tất cả sai.
6. Xét nghiệm soi tươi với xanh methylene có giá trị hơn với nước muối sinh lý vì:
 - a. Giúp nhận định rõ hơn dạng vi khuẩn và dạng tế bào.
 - b. Xanh methylene có tác dụng sát khuẩn nên tránh lây nhiễm ra môi trường xung quanh.
 - c. a đúng, b sai.
 - d. a sai, b sai.
 - e. a sai, b đúng.
7. Nhiễm khuẩn âm đạo chẩn đoán dựa nhiều vào:
 - a. Test KOH dương tính.
 - b. Clue cells hiện diện > 20% trên soi tươi/nhuộm gram.
 - c. Lactobacillus giảm hoặc gần như không còn.
 - d. Bạch cầu tăng.
 - e. a, b, c đúng.
8. Viêm âm đạo do nấm, chẩn đoán khi:
 - a. Trên lâm sàng có khí hư lợn cợn như sữa chua.
 - b. Có hiện diện hạt men khi soi tươi.
 - c. Có sợi tơ nấm hoặc nhiều hạt men.
 - d. a và b đúng.
 - e. a và c đúng.

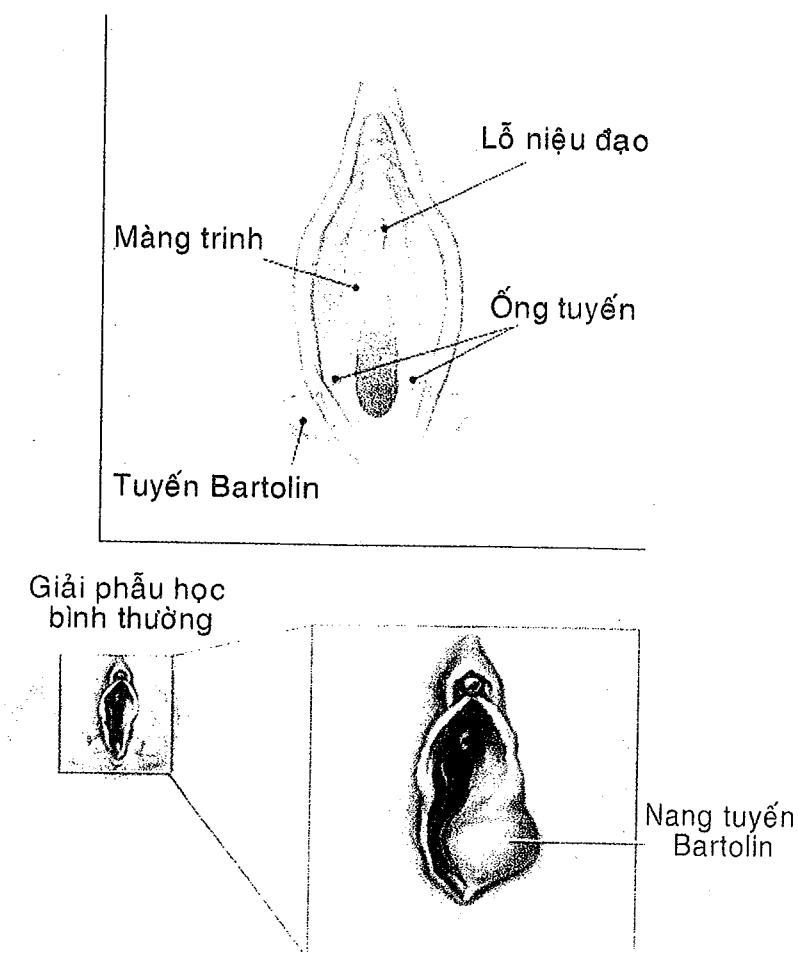
RẠCH NANG VÀ ÁP-XE TUYẾN BARTHOLIN

BS. PHẠM VĂN ĐỨC
ThS. TRẦN MỘNG THÚY

Mục tiêu

1. Mô tả được vị trí cơ thể học và mô học của tuyến Bartholin.
2. Trình bày được sự hình thành nang và áp-xe tuyến Bartholin.
3. Các chẩn đoán phân biệt.
4. Thực hiện được thao tác rạch nang và kể được biến chứng sau khi rạch nang tuyến Bartholin.
5. Thực hiện được dẫn lưu áp-xe tuyến Bartholin bằng sonde.

1. VỊ TRÍ CƠ THỂ HỌC CỦA TUYẾN BARTHOLIN



Hình 1: Vị trí giải phẫu học tuyến Bartholin [2]

- Tuyến Bartholin là tuyến lớn của tiền đình, tương đương với tuyến Cowper's ở nam giới [2].
- Mỗi tuyến được bao bọc một phần bởi mô cương cứng của hành tiền đình và thoát ra ngoài nhờ một ống dài khoảng 2-2,5cm đổ vào lỗ âm đạo ở phía bên ngoài màng trinh ở vị trí 4 giờ và 8 giờ [3].
- Ở người khỏe mạnh bình thường không nắn thấy được tuyến Bartholin vì có kích thước bằng hạt đậu khoảng 1cm [3].
- Mô cương cứng của hành cương lên trong quá trình hoạt động sinh dục, các tuyến này tiết ra dịch nhầy có tác

dụng bôi trơn đường sinh dục. Tuy nhiên việc cắt bỏ tuyến này không ảnh hưởng đến chức năng sinh dục của phụ nữ [1].

2. MÔ HỌC TUYẾN BARTHOLIN

Tuyến được tạo nên bởi những tuyến hình chùm lót bằng một biểu mô hình trụ hoặc hình khối ống tuyến, nhờ được lót bằng một biểu mô chuyển tiếp, thể hiện mối liên quan chặt chẽ về phương diện phôi học giữa đường sinh dục và đường tiết niệu. Do đó, các ung thư biểu mô dạng tuyến hay lát đều xuất phát từ biểu mô tuyến Bartholin này. Tuy nhiên, tần suất ung thư rất thấp (0,114 ung thư trên 100.000 phụ nữ trên năm) [3].



Hình 2: Mô học tuyến Bartholin áp-xe tuyến Bartholin
(thành biểu mô tuyến ngấm mô sợi, mô hoại tử)[1]

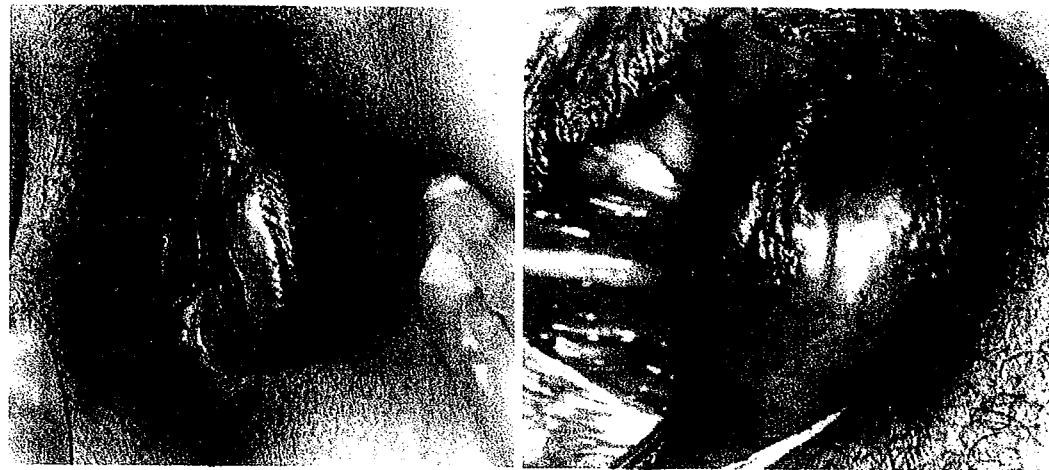
3. SỰ HÌNH THÀNH NANG TUYẾN BARTHOLIN [4]

Nang tuyến Bartholin được hình thành do ống tuyến bị tắc nghẽn, thường vô khuẩn hay do viêm nhiễm bởi vi khuẩn, kể cả lậu cầu. Nang phình to, kích thước thay đổi từ vài cm đường kính đến chiếm toàn

bộ mô lớn. Tần suất chiếm 2% ở phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ, trong đó áp-xe chiếm gấp 3 lần nang tuyến [2],[3].

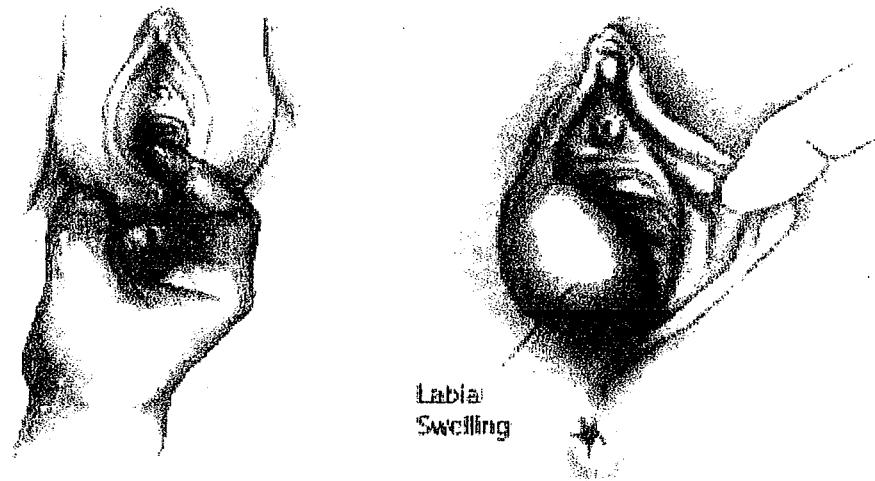
Nang tuyến thường không gây đau gì cho bệnh nhân trừ khi bị áp-xe hóa. Có thể lấy dịch ở lỗ tuyến hoặc dùng kim chọc hút nang làm xét nghiệm vi trùng học.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



Hình 3: Áp-xe Bartholin [1]

4. KHÁM ÂM HỘ PHÁT HIỆN NANG TUYẾN BARTHOLIN (Xem hình minh họa)



Hình 4 [2]

5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Các tổn thương khác vùng âm hộ và âm đạo có thể lầm với nang tuyến và áp-xe tuyến Bartholin, cơ chế bệnh sinh và điều trị khác biệt [3],[1]:

Chẩn đoán phân biệt với tuyến Bartholin bất thường	
Tổn thương âm hộ	Tổn thương âm đạo
Nang nhầy	Nang âm đạo
Hematoma	Lạc tuyến âm đạo
Fibroma, Lipoma	Adenosis
Lạc tuyến	Nang ống Gatner
U cơ trơn	U cơ trơn
Adenocarcinoma	Túi thoát vị

RẠCH NANG VÀ ÁP-XE TUYẾN BARTHOLIN

6. RẠCH NANG TUYẾN BARTHOLIN [2],[4]

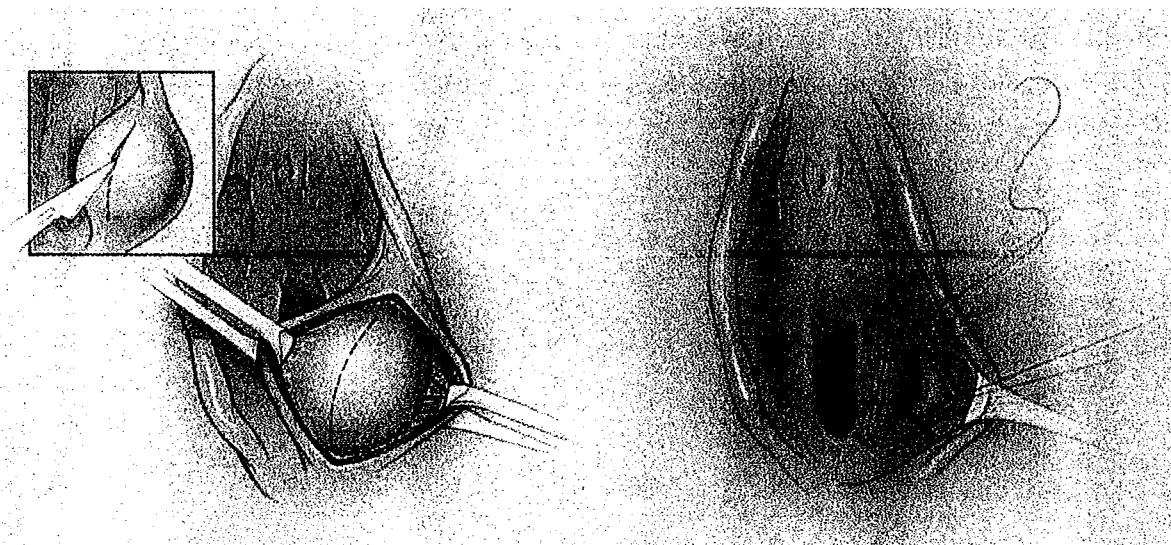
(Marsupialization: khâu viền miệng tuyến, tiếng Hy lạp: Marsipos = a bag: cái túi)

6.1. Dụng cụ

- Bàn khám phụ khoa.
- Bông gòn, gạc, dung dịch sát trùng.
- Dao, cán dao.
- Kéo cắt chỉ.
- Ống tiêm, thuốc tê.
- Champs lỗ.
- Kẹp cầm kim, kẹp phẫu tích có mấu, kẹp cầm máu.
- Kim chỉ catgut chromic 2.0

6.2. Kỹ thuật [2]

- Sát trùng rộng quanh nang tuyến, trải champs lỗ.
- Gây tê tại chỗ.
- Dùng dao rạch đường dọc dài khoảng 2cm ở mặt trong môi bé song song với màng trinh.
- Thoát lưu dịch trong nang.
- Khâu viền miệng nang vào da vùng tiền đình theo đường vừa rạch bằng chromic 2.0 với hy vọng sẽ tạo được miệng ống tuyến mới bảo tồn được tuyến.
- Chèn vào trong nang một gạc dẫn lưu và cầm máu trong 24-48 giờ.
- Sát trùng.



Hình 5 [3]

6.3. Biến chứng [4]

- Nhiễm trùng.
- Khối máu tụ: vì tuyến Bartholin nằm ngay bên dưới xoang tĩnh mạch của vùng hành tiền đình, nếu cầm máu không cẩn thận dễ hình thành khối máu tụ.
- Tái phát.

7. RẠCH DẪN LUU ÁP-XE TUYẾN BARTHOLIN [3],[1]

7.1. Dụng cụ

- Bàn khám phụ khoa.
- Bông gòn, gạc, dung dịch sát trùng.
- Dao, cán dao.
- Ống tiêm, thuốc tê Lidocaine 1%.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- Ống tiêm 10ml và kim lớn 18 gauge để hút dịch áp-xe.
- Ống hút và máy bơm hút thoát lưu dịch mủ.
- Champs lỗ.
- Kẹp cầm kim, kẹp phẫu tích có máu, kẹp cầm máu.
- Sonde (Word catheter ®).
- Dung dịch NaCl 3ml.

7.2. Kỹ thuật

- Sát trùng rộng quanh nang tuyến, trải champs lỗ.
- Khám xác định vị trí rạch áp-xe.
- Gây tê tại chỗ.
- Dùng ống tiêm kim lớn chọc hút dịch mủ gửi giải phẫu bệnh.
- Dùng dao rạch đường dọc dài khoảng 0,5-1cm ở mặt trong môi bé song song với màng trinh.

- Thoát lưu dịch trong nang.
- Chèn vào trong nang một sonde (word catheter), và bơm 3ml nước muối sinh lý để làm căng nang Bartholin giúp cầm máu và dẫn lưu dịch viêm, để lưu sonde trong 24-48 giờ mới tháo. May viền miệng nang thì 2.
- Sát trùng trở lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. D. Ashley Hill. (2005). Office Management of Bartholin Gland Cysts and abscess.
2. Danforth's Obstetric and Gynecology. (1994).
3. Folashade Omole. (2003). Management of Bartholin's Duct Cyst and Gland Abscess. American Family Physician, 68(1), 135-140.
4. W.B.Saunders company. (1993). Operative gynecology.

Các bước thực hiện rạch dẫn lưu áp-xe tuyến Bartholin



Sonde tuyến Bartholin
(Word Catheter ®)



Sát trùng âm hộ vị trí áp-xe



Tê tại chỗ với Lidocaine 1%

RẠCH NANG VÀ ÁP-XE TUYẾN BARTHOLIN



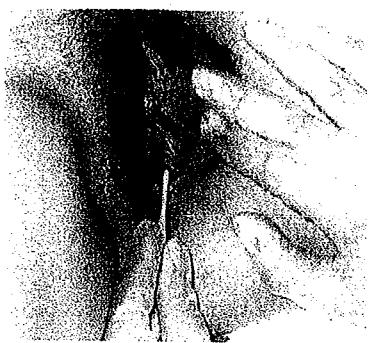
Chọc hút dịch mủ áp-xe



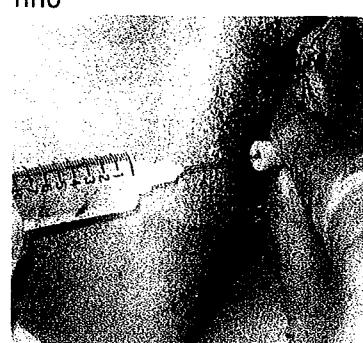
Rạch 0,5-1cm mặt trong môi nhỏ



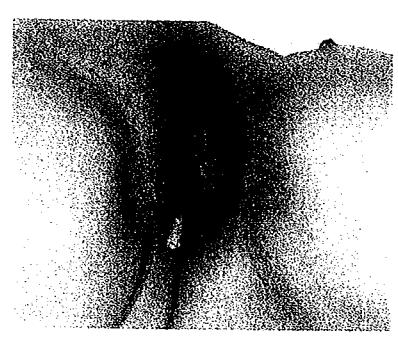
Thoát lưu mủ với ống hút



Đặt sonde vào chỗ rạch khoảng 1cm trong nang



Bơm khoảng 3ml dịch để làm căng nang



Vị trí sonde, lưu sonde trong 24-48 giờ

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Vị trí tuyến Bartholin:
 - a. Cạnh lỗ niệu đạo.
 - b. 1/3 trên của môi lớn.
 - c. Ngay sau hành tiền đình, 1/3 dưới của môi lớn.
 - d. Cạnh tuyến Skène.
 - e. Tất cả đều sai.
2. Lỗ ống tuyến Bartholin nằm ở:
 - a. Cạnh tuyến Skène.
 - b. Cạnh lỗ niệu đạo.
 - c. Cạnh âm vật.
 - d. Lỗ âm đạo phía bên ngoài màng trinh.
 - e. Tất cả đều sai.
3. Ống tuyến Bartholin dài khoảng:
 - a. 1cm.
 - b. 2cm.
 - c. 3cm.
 - d. 4cm.
 - e. 5cm.
4. Cần phân biệt bệnh của tuyến Bartholin với các nguyên nhân tổn thương tại vùng âm hộ và âm đạo vì cùng cơ chế sinh bệnh và cách điều trị:
 - a. Đúng.
 - b. Sai.
5. Biến chứng có thể gặp sau rạch nang tuyến Bartholin:
 - a. Lỗ dò âm đạo-trực tràng.
 - b. Lỗ dò niệu đạo-âm đạo.
 - c. Rách màng trinh.
 - d. Rách âm vật.
 - e. Khối tụ máu tại chỗ.
6. Đường rạch nang tuyến Bartholin:
 - a. Trên mặt ngoài môi lớn.
7. Trên mặt ngoài môi nhỏ.
 - b. Trên mặt ngoài môi nhỏ.
 - c. Trong thành bên âm đạo.
 - d. Mặt trong môi nhỏ song song với màng trinh.
 - e. Tất cả đều sai.
8. Mục đích khâu viền miệng túi nang tuyến sau khi rạch:
 - a. Cầm máu.
 - b. Tránh tạo lỗ dò.
 - c. Dẫn lưu dịch, máu.
 - d. Tránh tái phát.
 - e. Tránh nhiễm trùng.
9. Một bệnh nhân nữ 35 tuổi đến khám vì Áp-xe tuyến Bartholin kích thước khoảng 3x3 cm, thâi độ của bạn sẽ là:
 - a. Cho kháng sinh, kháng viêm.
 - b. Không làm gì, hẹn BN khi nào vỡ khối áp-xe tái khám.
 - c. Cho rạch khối áp-xe ngay.
 - d. Dẫn lưu khối áp-xe kèm kháng sinh kháng viêm.
 - e. Kháng sinh hẹn ngày rạch khối áp-xe.
10. Thời gian lưu sonde dẫn lưu trong áp-xe tuyến Bartholin là:
 - a. 1-2 ngày.
 - b. Khi nào hết bệnh.
 - c. Khi ngừng kháng sinh.
 - d. 5 ngày.
 - e. Không có quy định thời gian.
11. Cắt tuyến Bartholin ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng sinh dục phụ nữ:
 - a. Không ảnh hưởng.
 - b. Có ảnh hưởng nghiêm trọng.

CHỌC DÒ TÚI CÙNG SAU

BS.CK2. NGUYỄN THỊ THANH HÀ

Mục tiêu

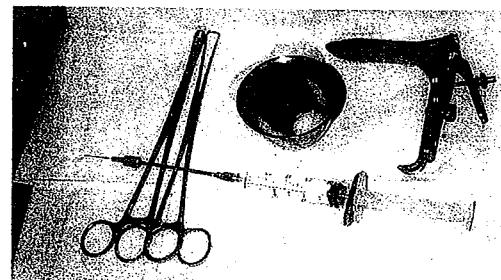
- Nêu được chỉ định thường gặp nhất của chọc dò túi cùng sau.
- Kể được các dụng cụ để thực hiện thủ thuật chọc dò túi cùng sau.
- Kể được thứ tự các bước chọc dò túi cùng sau.

1. CHỈ ĐỊNH

Chọc dò túi cùng sau là một thủ thuật nhằm để phát hiện:

- Tình trạng xuất huyết trong khoang phúc mạc: thai ngoài tử cung vỡ, nang hoàng thể xuất huyết hay tình trạng xuất huyết khác trong ổ bụng.
- Tình trạng ứ dịch khác trong ổ bụng như dịch bàng...

▪ Găng tay vô trùng.



Dụng cụ chọc dò

2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân độc thân chưa quan hệ.
- Tử cung gập sau quá mức (tương đối).
- Khối u ở túi cùng Douglas.
- Nghi ngờ huyết tụ thành nang.

3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN - DỤNG CỤ

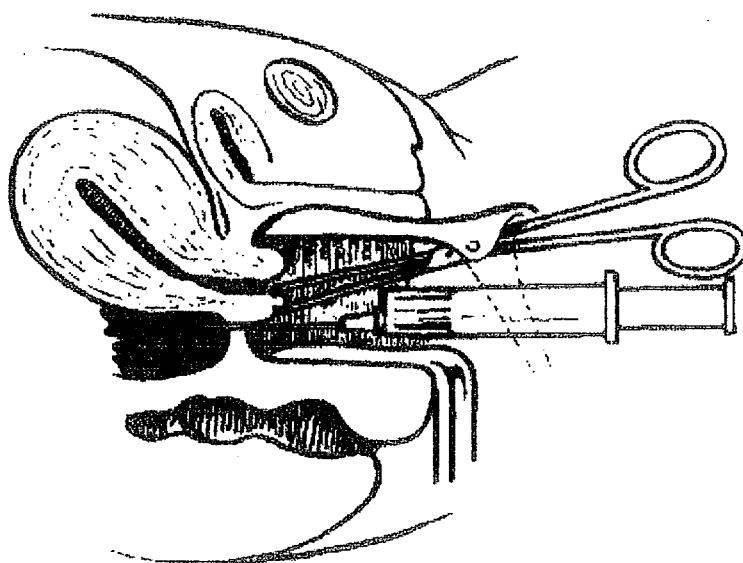
- Giải thích cho bệnh nhân hiểu mục đích và sơ lược tiến trình thực hiện thủ thuật.
- Bàng quang phải trống.
- Bàn khám sản phụ khoa, đèn gù.
- Mâm để dụng cụ có trải khăn vô trùng gồm:
 - Mỏ vịt hoặc van âm đạo.
 - Kẹp cổ tử cung (kèm Pozzi).
 - Kim chọc dò dài 16 hay 18 Gauge, thường dùng kim chọc dò túi sống.
 - Ống chích vô trùng 5ml hay 10ml.
 - Kèm kẹp gòn, gạc, dung dịch sát khuẩn (cồn iod).

4. TIẾN HÀNH THỦ THUẬT

- Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa, đầu cao 45° .
- Bác sĩ khám để xác định: tư thế, kích thước của tử cung, cùng đồ âm đạo.
- Sát trùng vùng âm hộ, âm đạo, trải khăn vô trùng.
- Đặt van hoặc mỏ vịt bộc lộ rõ vùng túi cùng sau.
- Sát trùng lại âm đạo, cổ tử cung và túi cùng sau.
- Dùng kèm Pozzi kẹp mép sau cổ tử cung ở vị trí 6 giờ kéo cổ tử cung ra ngoài và hướng lên trên.
- Lắc nhẹ kẹp Pozzi để thấy rõ chỗ bám của túi cùng sau vào cổ tử cung, xác định vị trí chọc: khoảng giữa hai dây chằng tử cung – cùng.
- Lắp kim vào ống chích, rút piston để khoảng 3ml không khí trong ống chích.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- Tay trái cầm kềm Pozzi kéo nhẹ ra ngoài và lên trên. Cho bệnh nhân ho hoặc rặn nhẹ, đồng thời tay phải cầm ống chích đâm nhanh vào vị trí đã xác định, độ sâu khoảng 1cm. Sau đó bơm piston đẩy không khí vào, nếu thấy nhẹ tay, từ từ vừa kéo kim ra vừa rút piston. Có thể ra máu, dịch hoặc không có gì. Nếu thấy nặng tay có thể kim đã đâm vào tử cung gấp sau nên rút nhẹ kim ra khoảng 0,5 cm rồi vừa rút piston vừa rút kim ra từ từ để hút dịch (nếu có).
- Tháo kềm pozzi.
- Sát khuẩn lại vùng túi cùng, âm đạo và cổ tử cung.
- Tháo mỏ vịt.



5. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ

- Nếu rút ra máu không đông → kết luận xuất huyết nội (Hct của máu không đông phải $>15\%$ mới có giá trị).
- Nếu rút ra dịch → do nguyên nhân khác và không có xuất huyết nội.
- Nếu hút không ra máu → không loại trừ được xuất huyết nội.
- Nếu hút ra máu đông → chậm mạch trong lúc chọc dò.

6. TAI BIẾN

Nói chung đây là một thủ thuật đơn giản, nếu thực hiện đúng chỉ định và kỹ

thuật thì ít có tai biến gì xảy ra. Tuy nhiên có thể chọc vào mạch máu → chấn đoán dương tính giả. Trong trường hợp này máu rút ra đông được sau một thời gian ngắn (5-10 phút).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Manual of obstetrics, edition 6, trang 282-283.
2. Novac's gynecology, edition 12, trang 98 và 502
3. Operative obstetrics, ectopic pregnancy (Nguồn hình)

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Trường hợp nào sau đây có chỉ định chọc dò túi cùng sau:
 - a. Nghi ngờ huyết tụ thành nang.
 - b. Nghi ngờ thai ngoài tử cung vỡ.
 - c. Nghi ngờ abscess phần phụ.
 - d. Shock nghi do thai ngoài tử cung vỡ.
 - e. b và d đúng.
2. Khi thực hiện chọc dò túi cùng sau cần:
 - a. Phải đặt thông tiểu.
 - b. Phải gây tê cạnh cổ tử cung.
 - c. Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa, đầu cao.
 - d. Giảm đau toàn thân.
 - e. Chọc dò trước khi khám âm đạo.
3. Chọn câu đúng:
 - a. Trước khi chọc kim phải rút piston để hút khoảng 2-3ml không khí, sau đó bơm 2ml không khí vào.
4. Kẹp kềm Pozzi ở vị trí:
 - a. 3 giờ.
 - b. 6 giờ.
 - c. 9 giờ.
 - d. 12 giờ.
 - e. Kẹp 2 mép cổ tử cung.
5. Chống chỉ định chọc dò túi cùng sau:
 - a. Tử cung gấp sau quá mức (tương đối).
 - b. Khối u ở túi cùng Douglas.
 - c. Nghi ngờ dịch ổ bụng là mủ.
 - d. a, b đúng.
 - e. a, b, c đều đúng.

KHỐI U BUỒNG TRỨNG XOẮN

ThS. NGUYỄN HỒNG HOA

Mục tiêu:

- Hiểu được tầm quan trọng trong chẩn đoán và cách xử trí u buồng trứng xoắn.
- Kể được các yếu tố thuận lợi của u buồng trứng xoắn.
- Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của u buồng trứng xoắn.
- Nêu các nguyên tắc xử trí u buồng trứng xoắn.

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khối u buồng trứng xoắn là một biến chứng của u buồng trứng, một cấp cứu phụ khoa cần chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời.
- Khối u buồng trứng xoắn có thể xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào. U có thể lành hoặc ác.
- Diễn tiến của một khối u buồng trứng có thể:
 - (1) Chèn ép.
 - (2) Xoắn.
 - (3) Xuất huyết.
 - (4) Vỡ.
 - (5) Nhiễm trùng.
 - (6) Hóa ác.

2. YẾU TỐ THUẬN LỢI – CƠ CHẾ – HẬU QUẢ CỦA XOẮN U BUỒNG TRỨNG

2.1. Yếu tố thuận lợi

2.1.1. *Bản thân buồng trứng*

- Có cuống, di động.
- Buồng trứng được treo bằng dây chằng tử cung-buồng trứng.
- U đặc hay nặng do chứa dịch đặc, do đó u buồng trứng thể bì là loại u thường bị xoắn.

2.1.2. Các yếu tố khác

- Nhu động ruột.
- Hoạt động cơ thể.
- Sau sanh.

2.2. Cơ chế

- Do các yếu tố thuận lợi → di chuyển: xoắn bán phần hay toàn phần.
- Giả thuyết khác: sự bất thường về cấu trúc dây chằng vòi trứng-tử cung tạo thuận lợi cho xoắn buồng trứng.

2.3. Hậu quả

- Ứ máu tĩnh mạch → tắc mạch máu → hoại tử mô buồng trứng → vỡ, xuất huyết nội.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau vùng chậu đột ngột, dữ dội, ngày càng tăng; hoặc đau từng đợt với khoảng giảm đau do u buồng trứng tự tháo xoắn. Tình trạng đau thường xuất hiện sau khi nâng vật nặng, tập thể dục hay giao hợp.
- Triệu chứng đi kèm: buồn nôn-nôn, sốt nhẹ.

KHỐI U BUỒNG TRỨNG XOĂN

3.2. Triệu chứng thực thể

- Bụng: phản ứng phúc mạc tại chỗ đau, sờ thấy khối u.
- Khám âm đạo: u cạnh tử cung, căng đau, ít di động.
- Dấu hiệu quan trọng là phát hiện thấy khối u vùng chậu, kết hợp với dấu hiệu đau giúp gợi ý chẩn đoán u buồng trứng xoắn.
- Sốt nhẹ do phản ứng nhồi máu của khối u bị xoắn.

3.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu: bạch cầu tăng.
- Siêu âm Doppler ghi nhận dòng máu bất thường gợi ý nhiều khả năng có tình trạng u buồng trứng xoắn. Sự không hiện diện dòng máu trong khối u không phải là dấu hiệu chuyên biệt của u BT xoắn, tuy nhiên trong các trường hợp này thường thấy dòng máu ngoại vi. Nếu thấy được cuống mạch máu xoắn thì giá trị tiên đoán dương cao hơn. Nhưng nếu không có dòng máu bất thường thì vẫn có khả năng u BT xoắn. Có một nghiên cứu cho thấy 60% ca có tình trạng xoắn mà siêu âm Doppler bình thường.

4. CHẨN ĐOÁN: CÁC NGUYÊN NHÂN KHỐI U VÙNG CHẬU ĐAU

4.1. Khối u vùng chậu đau liên quan phụ khoa

- Khối u buồng trứng đau: xoắn, vỡ, xuất huyết...
- U cơ trơn tử cung: thoái hóa, xoắn u cơ trơn, nhiễm trùng.
- Vòi trứng: TNTC, nhiễm trùng.

- Áp-xe vùng chậu.

4.2. Đau không liên quan với phụ khoa

- Viêm ruột thừa.
- Viêm hòi tràng.
- Tắc ruột.
- Ung thư đại tràng, trực tràng.
- Cơn đau quặn thận.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Chuẩn bị

- Xét nghiệm tiền phẫu.
- Kháng sinh dự phòng.
- Nâng đỡ tổng trạng (nước, điện giải, máu).

5.2. Phẫu thuật: có 2 vấn đề

- (1) Xử trí khối u xoắn.
- (2) Xử trí khối u buồng trứng nói chung
 - Khi có u buồng trứng bắt buộc phải đánh giá tình trạng u buồng trứng, buồng trứng đối bên, dịch ổ bụng, phúc mạc, mạc treo, gan, dạ dày (tìm các sang thương có khả năng ung thư)
 - Đối với u buồng trứng xoắn: theo nguyên tắc cơ bản không được tháo xoắn – tiến hành kẹp cắt vùng đáy cuối chỗ xoắn. Lưu ý các trường hợp u trong phúc mạc có thể kéo niệu quản lên cao. Tuy nhiên hiện nay quan điểm về điều trị u buồng trứng xoắn đã thay đổi. Đối với những khối u có vỏ trơn láng (không nghi ngờ u buồng trứng ác tính) và chưa bị xoắn cuống quá chặt đến nỗi hoại tử, người ta tháo xoắn và chỉ bóc tách khối u, bảo tồn mô lành của buồng trứng.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. U buồng trứng xoắn:
 - a. Luôn luôn là một cấp cứu cần phải mổ ngay.
 - b. Triệu chứng điển hình dễ chẩn đoán.
 - c. Nên cắt bỏ u buồng trứng xoắn trong mọi trường hợp.
 - d. Đôi khi u buồng trứng xoắn tự tháo xoắn.
 - e. Tất cả đều sai.
2. Khi chẩn đoán u buồng trứng xoắn:
 - a. Triệu chứng đau rất đặc hiệu.
 - b. Phải phân biệt với nhiều bệnh lý khác của đau vùng chậu.
 - c. Siêu âm giúp xác định u buồng trứng xoắn.
 - d. Khi bạch cầu trong công thức máu tăng ít nghĩ đến u buồng trứng xoắn.
 - e. Triệu chứng cơ năng không rõ ràng nhưng triệu chứng thực thể điển hình.
3. Các yếu tố nào sau đây tạo thuận lợi cho U buồng trứng xoắn:
 - a. Cấu trúc bất thường của hệ thống dây chằng - vòi trứng - tử cung.
 - b. Đặc điểm của khối u buồng trứng.
 - c. Sau sanh có sự di chuyển của buồng trứng.
 - d. Vận động cơ thể.
 - e. Tất cả đúng.
4. Các biến chứng của u buồng trứng nào nên được phẫu thuật cấp cứu:
 - a. Xoắn u buồng trứng.
 - b. Xuất huyết trong buồng trứng.
 - c. Vỡ u buồng trứng.
 - d. a và c.
 - e. a, b, c.
5. Hướng xử trí u buồng trứng xoắn:
 - a. Nâng đỡ tổng trạng chờ tháo xoắn.
 - b. Truyền dịch bồi hoàn nước điện giải – tiến hành phẫu thuật.
 - c. Kháng sinh dự phòng đề phòng chẩn đoán sai (áp-xe phần phụ).
 - d. Tháo xoắn là xử trí trong đa số các trường hợp.
 - e. b, c, d đúng
6. Phân biệt u buồng trứng xoắn và áp xe phần phụ. Dựa vào:
 - a. Nhiệt độ.
 - b. Vị trí khối u vùng chậu.
 - c. Tính chất khối u.
 - d. Sự gia tăng bạch cầu.
 - e. Hình ảnh trên siêu âm.
7. Loại u buồng trứng nào thường có biến chứng xoắn:
 - a. U dịch trong.
 - b. U dịch nhầy.
 - c. U tế bào mầm chưa trưởng thành.
 - d. Carcinoma buồng trứng giai đoạn IV.
 - e. Nang hoàng thể.

HÚT NẠO THAI TRỨNG VÀ THEO DÕI SAU HÚT NẠO

PGS. TS. LÊ HỒNG CẨM

Mục tiêu

1. Kể các bước chuẩn bị bệnh nhân trước khi hút nạo.
2. Mô tả được kỹ thuật hút nạo thai trứng.
3. Kể các tiêu chuẩn thai trứng nguy cơ cao.
4. Trình bày được lịch theo dõi hậu thai trứng.

1. HÚT NẠO

1.1. Chuẩn bị bệnh nhân trước khi hút nạo

1.1.1. Giải thích cho bệnh nhân

Bệnh thai trứng cần được điều trị và theo dõi lâu dài, khả năng khỏi bệnh khoảng 80%, khoảng 15% sẽ tiến triển thành thai trứng xâm lấn, 4% cho di căn xa.

Cho đến nay việc điều trị thai trứng chỉ dựa vào các nghiên cứu quan sát hoặc tùy thuộc vào kinh nghiệm của các trung tâm bệnh nguyên bào nuôi chứ chưa có các thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng.

Khi nghỉ ngòi thai trứng toàn phần hay bán phần điều trị đầu tiên là hút nạo để xác định chẩn đoán bằng mô học, giảm các triệu chứng và ngăn ngừa các biến chứng của thai trứng, (chứng cứ mức độ 2 C). Nếu bệnh nhân lớn tuổi không còn muốn sinh thêm con có thể cắt tử cung, nhưng cắt tử cung chỉ tránh được thai trứng xâm lấn chứ không dự phòng được di căn.

Đây là thủ thuật có một số nguy cơ như chảy máu, thủng tử cung, nhiễm trùng sau hút nạo thai trứng.

Cho bệnh nhân nhịn ăn uống trước hút nạo 12 giờ.

1.1.2. Điều chỉnh các rối loạn nếu có

- Tiền sản giật nặng: phải điều trị tiền sản giật 24 giờ trước khi hút nạo.
- Cường giáp: điều trị cường giáp cho ổn định.
- Điều chỉnh rối loạn nước điện giải.
- Truyền máu nếu thiếu máu ($Hct < 20\%$).

1.1.3. Các xét nghiệm cận lâm sàng

XN chẩn đoán: siêu âm, Beta-hCG máu để so sánh với sau khi hút nạo.

XN tiền phẫu thông thường: Công thức máu, nhóm máu (nhóm ABO, Rh), đường huyết, ECG, tổng phân tích nước tiểu. Chức năng gan, thận

X quang phổi.

Ngoài ra tùy theo các bệnh lý cũng như các rối loạn đi kèm chúng ta có thể cần những xét nghiệm khác ví dụ TSH, FT3, FT4, ion đồ.

1.2. Hút nạo

1.2.1. Dụng cụ

- Hút nạo tại phòng mổ, có bàn mổ có thể cho bệnh nhân nằm ở tư thế sẵn phụ khoa.
- Khăn vải vô trùng.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- Máy hút.
- Dụng cụ sát khuẩn.
- Bộ dụng cụ hút nạo gồm:
 - Van âm đạo.
 - Kẹp pozzy, kèm gấp gòn.
 - Thước đo.
 - Bộ dụng cụ nong cổ tử cung.
 - Ống hút bằng kim loại hay nhựa.
 - Muỗng nạo.

1.2.2. Kỹ thuật

- Bệnh nhân nằm ở tư thế sản phụ khoa.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch với kim lớn (14-16), truyền oxytocin khi phẫu thuật viên yêu cầu thường là sau khi hút ra bớt trứng.
- Giảm đau: nên gây mê tổng quát vì nguy cơ mất máu và các biến chứng khác.
- Nên khám bệnh nhân tại phòng mổ để xác định kích thước, hướng tử cung, tình trạng cổ tử cung.
- Vô trùng: sát trùng vùng âm hộ, âm đạo, trải sảng vô trùng, bộc lộ vùng hôi âm.
- Đặt van, bộc lộ âm đạo, cổ tử cung, sát trùng lại âm đạo cổ tử cung.
- Kẹp cổ tử cung bằng kẹp pozzy.
- Đo lòng tử cung.
- Nong CTC: Nong từ que nong số nhỏ tới lớn, không nhảy số. Nong đến số 10-12, nếu thai trứng bán phần (có thai lớn hơn 12 tuần) nên nong với số lớn hơn. Khi nong cổ tử cung có thể có máu chảy ra từ lòng tử cung nhưng nên bình tĩnh nong tiếp cho đúng số nong cần thiết.

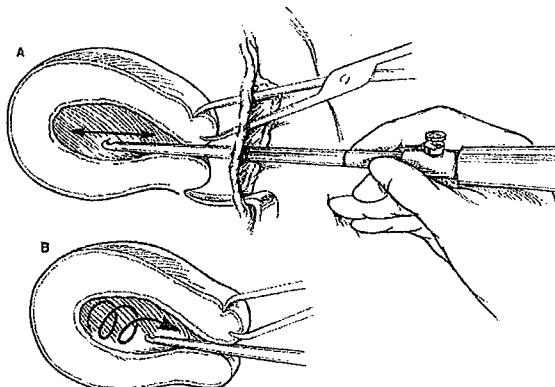
- Cho ống hút vào qua khói kênh tử cung và bắt đầu hút, không nên cho ống hút đến đáy TC, hút với áp lực 50-60cmHg, sau vài phút hút, tử cung nhỏ lại đáng kể, chảy máu có thể kiểm soát được, nên dùng ống hút lớn (thường là 12) để có thể hút nhanh. Nếu tử cung có kích thước lớn hơn 14 tuần, trong quá trình hút nạo nên có người phụ dùng một tay xoa đáy tử cung để làm giảm nguy cơ thủng và giúp tử cung gó tốt.
- Nạo lại nhẹ nhàng bằng muỗng cùn để lấy hết mô còn sót lại. Gởi giải phẫu bệnh lý mô nạo.
- Nếu có thể nên hút nạo dưới hướng dẫn của siêu âm để đảm bảo hút sạch lòng tử cung.
 - Những bệnh nhân có Rh âm nên sử dụng globulin kháng Rh.
 - Dùng kháng sinh dự phòng sau khi hút nạo.

1.2.3. Tai biến của hút nạo

- Choáng: do mất máu, hay do đau, tránh bằng cách giảm đau hiệu quả, lập đường truyền với kim lớn, chuẩn bị sẵn 1 đến 2 đơn vị máu nếu cần thiết.
- Xuất huyết: cố gắng hút nạo nhanh (nong CTC để cho lọt ống hút số lớn tránh bị nghẹt ống khi thai trứng lớn) cho thuốc co hồi tử cung, truyền máu. Nếu không cầm máu được có khi phải phẫu thuật.
- Thủng tử cung, do tử cung mềm, do kỹ thuật hút nạo, đôi khi do thai trứng xâm lấn, phải phẫu thuật.

HÚT NẠO THAI TRỨNG VÀ THEO DÕI SAU HÚT NẠO

- Sốt trứng: sau hút thấy còn ra huyết kéo dài, tử cung còn to, siêu âm có khói echo hỗn hợp trong lòng tử cung, xử trí hút lại gửi mô thử GPBL (dự phòng sốt trứng bằng cách hút nạo dưới hướng dẫn của siêu âm).
- Viêm nội mạc tử cung sau nạo.



Hình 1: Kỹ thuật hút thai trứng [2]

2. THEO DÕI SAU HÚT NẠO

2.1. Điều trị hóa chất dự phòng

Điều trị hóa chất dự phòng vẫn còn đang bàn cãi, đối với những bệnh nhân thai trứng nguy cơ cao nên được điều trị dự phòng bằng hóa chất (mức độ 2 B)

Thai trứng được xếp nhóm nguy cơ cao khi có một trong các yếu tố sau đây:

- Tuổi > 40.
- Bề cao tử cung to hơn tuổi thai hay lớn hơn thai 20 tuần.
- Nang hoàng tuyến ≥ 6cm.
- βhCG > 100.000mIU/ml.
- Thai trứng tái phát, cường giáp, thuyền tắc tách bào nuôi.

Sau khi hút nạo hay cắt tử cung nếu thuộc nhóm nguy cơ cao nên điều trị dự phòng một đợt hóa chất.

2.2. Hóa chất dự phòng

Thường dùng Methotrexate vì những lý do sau:

- Dùng đường tiêm bắp.
- Tương đối rẻ tiền.
- Có chất đối kháng là acid folinic.

Chỉ dùng Actinomycin D khi chức năng gan giảm và kháng với Methotrexate vì Actinomycin D phải dùng đường tĩnh mạch và không có chất đối kháng.

Thời điểm dự phòng hóa chất: một vài nghiên cứu cho thấy dự phòng hóa chất khi hút nạo sẽ giảm nguy cơ bệnh nguyên bào nuôi sau thai trứng.

Liều lượng và cách sử dụng:

Liều: Methotrexate 1-1,5mg/Kg/ngày x 4 ngày tiêm bắp xen kẽ với acid Folinic bằng 1/10 của liều Methotrexate.

Trước khi điều trị hóa chất phải xét nghiệm chức năng gan, thận, công thức máu.

Theo dõi tác dụng phụ khi điều trị dự phòng bằng Methotrexate:

Xét nghiệm công thức máu, nếu bạch cầu < 3.000/mm³, đa nhân trung tính

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

< 1.500/mm³, tiểu cầu dưới 100.000/mm³ nên ngưng điều trị.

Các tác dụng phụ khác gồm: nôn ói, buồn nôn, chán ăn, rụng tóc, sạm da, rối loạn tiêu hóa.

Nếu bệnh nhân bị suy thận nên giảm liều vì 90% Methotrexate được thải qua thận.

2.3. Theo dõi sau hút nạo

2.3.1. Beta-hCG (*Human Chorionic Gonadotropin*)

Sau khi hút nạo, bệnh nhân được theo dõi βhCG mỗi 1 hoặc 2 tuần đến khi âm tính ba lần liên tục. Nên dùng một xét nghiệm có độ nhạy cao để theo dõi hCG.

Thời gian bán hủy của hCG khoảng 40 giờ. Do đó thời gian để hCG trở về bình thường tùy thuộc mức ban đầu nhưng thường trung bình hCG trở về âm tính sau 60-70 ngày.

Chẩn đoán bệnh nguyên bào nuôi [Theo FIGO 2000]: cần được điều trị hóa chất tiếp:

- Nếu nồng độ hCG/huyết thanh bình nguyên (giảm < 10% trong ít nhất 4 lần đo sau 3 tuần).
- Nồng độ hCG trong huyết thanh tăng (> 10%) ở 3 lần, mỗi lần cách nhau 1 tuần.
- hCG/huyết thanh kéo dài > 6 tháng sau hút nạo thai trứng.
- Giải phẫu bệnh là choriocarcinoma.

2.3.2. Các triệu chứng lâm sàng

Tử cung sẽ thu hồi trở về bình thường sau 1-2 tuần.

Hết ra huyết âm đạo sau 1-2 tuần.

Nang hoàng tuyến sẽ trở về bình thường sau 2-4 tháng.

Kinh nguyệt sẽ trở lại khi có rụng trứng.

2.3.3. Lịch tái khám

Thời gian theo dõi thường là 6 tháng.

Sau khi xuất viện bệnh nhân tái khám theo lịch:

- Mỗi 2 tuần trong 3 tháng đầu.
- Mỗi 4 tuần trong 3 tháng kế tiếp.
- Trong thời gian theo dõi bệnh nhân không được có thai. Nên ngừa thai bằng thuốc viên ngừa thai loại hỗn hợp nếu không có chồng chỉ định.
- Mỗi lần tái khám sẽ hỏi về: kinh nguyệt, có ra huyết bất thường không.
- Cách ngừa thai, ngừa thai có đúng không.
- Các dấu hiệu di căn:
 - Di căn phổi: đau ngực, ho ra máu.
 - Di căn não: nhức đầu.
- Khám tổng quát và khám phụ khoa, chú ý tìm nhân di căn ở âm đạo.
- Xét nghiệm βhCG.
- Chụp XQ phổi kiểm tra khi hCG tăng sau hút nạo.
- Nếu cần thiết cho siêu âm vùng chậu.

2.3.4. Ngừa thai

Tùy từng trường hợp cụ thể mà lựa chọn phương pháp ngừa thai hiệu quả: viên uống tránh thai, bao cao su hay triệt sản.

Thời gian ngừa thai tối thiểu là 6-12 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG Practice Bulletin #53: Diagnosis and Treatment of Gestational Trophoblastic Disease. Obstet Gynecol 2004; 103:1365.
2. Bộ Môn Sản. (1996). Thai trứng. Bài giảng sản phụ khoa, tập 2, lần xuất bản thứ tư, trang 823-833. Nhà xuất bản Thành Phố Hồ Chí Minh.

HÚT NẠO THAI TRỨNG VÀ THEO DÕI SAU HÚT NẠO

3. F Gary Cunningham. (2001). Gestational Trophoblastic Disease. Williams Obstetrics, part 1. 21st edition, pp 835-843. McGraw - Hill, international edition, New York. F Gary.
4. F Gary Cunningham. (2005). Gestational Trophoblastic Disease. Williams Obstetrics, part 1. 22st edition, pp 273-279. McGraw - Hill, International edition, New York.
5. Disala, Creasman (2002) Gestational Trophoblastic Neoplasia. Clinical Gynecologic Oncology. 6th edition, pp 185-210. Mosby, Inc., USA.
6. Jonathan S. Berek (1996).Gestational Trophoblastic Disease. Novak' Gynecology.
7. Jonathan S. Berek (2007). Gestational Trophoblastic Disease. Novak' Gynecology. 14th Edition, pp1582-1591. Lippincott Williams & Wilkins.
8. William J. Hoskins (2005) Gynecologic Oncology, 4th Ed, pp 1055- 1071 Lippincott Williams & Wilkins.
9. www.uptodate.com: *Gestational trophoblastic disease: Management of hydatidiform mole, 2009.*

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Hút nạo thai trứng gồm các bước sau:
 - a. Nong - gấp - nạo - hút.
 - b. Đò - nong - hút - nạo.
 - c. Nong - đò - hút - nạo.
 - d. Đò - hút - nạo - gấp.
 - e. Nạo - hút - gấp - đò.
2. Tiêu chuẩn chẩn đoán thai trứng nguy cơ cao khi:
 - a. $\beta\text{hCG} > 10.000\text{mIU/ml}$.
 - b. $\beta\text{hCG} > 20.000\text{mIU/ml}$.
 - c. $\beta\text{hCG} > 40.000\text{mIU/ml}$.
 - d. $\beta\text{hCG} > 100.000\text{mIU/ml}$.
 - e. $\beta\text{hCG} > 1.000.000\text{mIU/ml}$.
3. Thời gian để hCG trở về bình thường sau hút nạo:
 - a. 4 tuần.
 - b. 6 tuần.
 - c. 8 tuần.
 - d. 10 tuần.
 - e. 12 tuần.
4. Phương pháp ngừa thai được ưu tiên chọn sau hút nạo thai trứng nếu bệnh nhân còn muốn sinh thêm con là:
 - a. Vòng.
 - b. Thuốc viên ngừa thai.
 - c. Tránh ngày phóng noãn.
 - d. Thuốc diệt tinh trùng.
 - e. Xuất tinh ngoài âm đạo.
5. Nang hoàng tuyến là:
 - a. Nang thực thể.
 - b. Khi phẫu thuật nên cắt bỏ nang.
 - c. Là một nang đặc.
 - d. Có thể xuất hiện trong thai kỳ.
 - e. Nang cơ năng.
6. Thuốc ngừa thai được chọn sử dụng sau hút nạo thai trứng vì:
 - a. Thuốc làm hCG giảm nhanh.
 - b. Thuốc không thay đổi hCG.
 - c. Thuốc có hiệu quả ngừa thai cao.
 - d. a và c đúng.
 - e. b và c đúng.
7. Nang hoàng tuyến sẽ trở về bình thường sau:
 - a. 2 tuần.
 - b. 4 tuần.
 - c. 6 tuần.
 - d. 8 tuần.
 - e. 20 tuần.
8. Sau khi hút nạo hCG trở về bình thường nghĩa là:
 - a. Không đo được trong máu.
 - b. Dưới 5mIU/ml.
 - c. Dưới 25 mIU/ml.
 - d. Dưới 50mIU/ml.
 - e. Dưới 500mIU/ml.
9. Thời gian bán hủy trung bình của hCG là:
 - a. Sau 12 giờ.
 - b. Sau 24 giờ.
 - c. Sau 36 giờ.
 - d. Sau 48 giờ.
 - e. Sau 72 giờ.
10. Theo dõi hậu thai trứng, hiện tượng rụng trứng có thể xảy ra khi nồng độ βhCG :
 - a. Dưới 1mmIU/ml.
 - b. Dưới 5mmIU/ml.
 - c. Dưới 10mmIU/ml.
 - d. Dưới 20mmIU/ml.
 - e. Dưới 100 mmIU/ml.

HÚT NAO THAI TRỨNG VÀ THEO DÕI SAU HÚT NAO

11. Thời gian theo dõi sau hút thai trứng là:
- a. 2 tháng.
 - b. 4 tháng.
 - c. 6 tháng.
 - d. 8 tháng.
 - e. 14 tháng.
12. Việc nào không cần làm khi tái khám:
- a. Hỏi chu kỳ kinh nguyệt.
 - b. Tìm dấu hiệu di căn.
 - c. Xét nghiệm beta hCG.
 - d. Siêu âm vùng chậu.
 - e. Chụp X quang phổi.

RỬA TAY THƯỜNG QUY

BS. PHẠM THANH HOÀNG

Mục tiêu

1. Nêu được lý do cần thiết phải rửa tay thường quy.
2. Nêu được khi nào cần phải rửa tay.
3. Thực hiện được các bước rửa tay đúng cách.

1. TẠI SAO PHẢI RỬA TAY

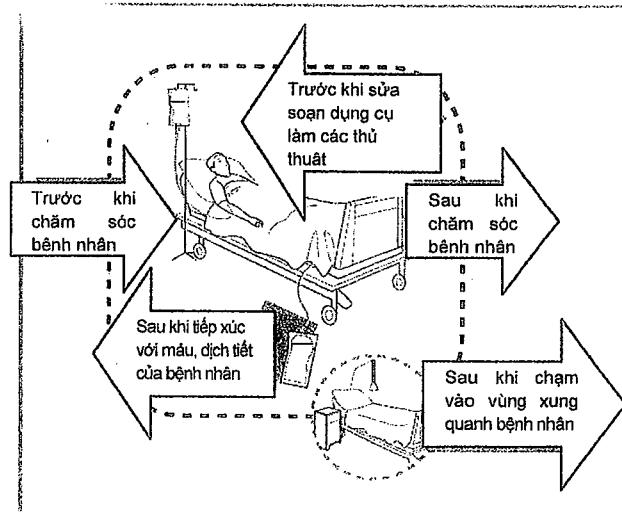
Vào năm 1847, Bác sĩ Ignaz Semmelweis, người Hungary, khi đang làm việc tại khoa sản ở Vienna ông nhận thấy tỉ lệ sốt ở các bé sơ sinh cao hơn hẳn trong nhóm sản phụ được đỡ sanh bởi các sinh viên y khoa so với bé của các sản phụ được đỡ sanh bởi các nữ hộ sinh. Bằng những phân tích tỉ mỉ ông đã tìm ra nguyên nhân: các sinh viên đã đỡ sanh ngay sau khi họ kết thúc lớp phẫu tích xác những người chết do các bệnh lý nhiễm trùng. Sau đó, khoa sanh đã bắt buộc rửa tay trước khi sanh bằng chất sát khuẩn, và sau 3 tháng tỉ lệ tử vong sơ sinh đã giảm 10 đến 20 lần.

Từ đó cho thấy việc rửa tay có thể làm giảm sự lây truyền bệnh. Ngày nay, rửa tay đã trở nên quan trọng trong cuộc sống và đặc biệt trong bệnh viện. Năm 2009, nghiên cứu của Regina I Ejemot và cộng sự đăng trên tạp chí Cochrane càng chứng minh sự cần thiết của công việc này, nghiên cứu cho thấy rửa tay làm giảm 39% trẻ bị tiêu chảy ở các nước có thu nhập cao (IRR 0,61 95%CI 0,40-0,92) và giảm 32% trẻ

bị tiêu chảy ở các nước có thu nhập thấp và trung bình (IRR 0,68 95%CI 0,52-0,90).

2. KHI NÀO CẦN RỬA TAY

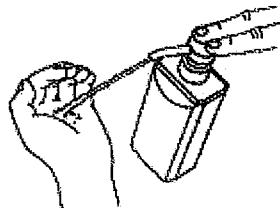
- (1) Trước khi chăm sóc bệnh nhân.
- (2) Trước khi sửa soạn dụng cụ/làm các thủ thuật trên bệnh nhân.
- (3) Sau khi tiếp xúc với máu hoặc dịch cơ thể của bệnh nhân.
- (4) Sau khi chăm sóc bệnh nhân.
- (5) Sau khi chạm vào vùng xung quanh bệnh nhân.



3. KỸ THUẬT RỬA TAY

3.1. Rửa tay bằng dung dịch rửa tay nhanh: thời gian 20-30 giây

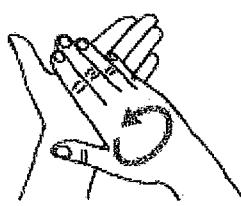
1a



1b



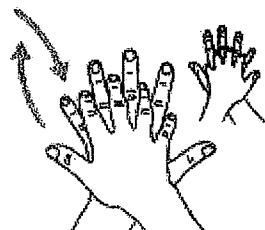
2



Cho dung dịch rửa tay nhanh vào lòng bàn tay

Chà xát 2 lòng bàn tay
với nhau

3



Miết các kẽ ngón tay với
nhau, lòng bàn tay này
trên lưng tay kia

4



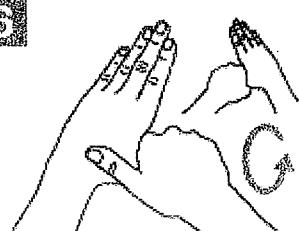
Miết các kẽ ngón tay với
nhau, 2 lòng bàn tay
hướng vào nhau

5



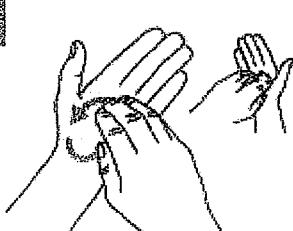
Chà móng tay vào mặt
lòng của tay còn lại

6



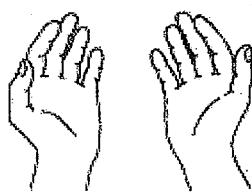
Xoay, miết ngón cái tay
này vào lòng bàn tay kia
và ngược lại

7



Chụm 5 đầu ngón tay
của tay này, cọ vào lòng
tay kia, xoay đi xoay lại

8



Để khô tay

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

3.2. Rửa tay với xà phòng và nước: thời gian tối thiểu 40-60 giây

0



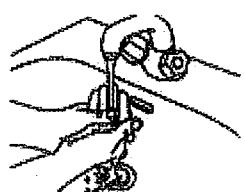
1



Làm ướt tay bằng nước và cho xà phòng vào lòng bàn tay

Tiếp tục làm như động tác từ hình 2 đến hình 7 như trong phần 3.1

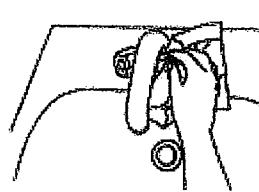
2



3



4



Rửa lại tay bằng nước

Dùng khăn lau khô tay

Dùng khăn để khóa vòi nước

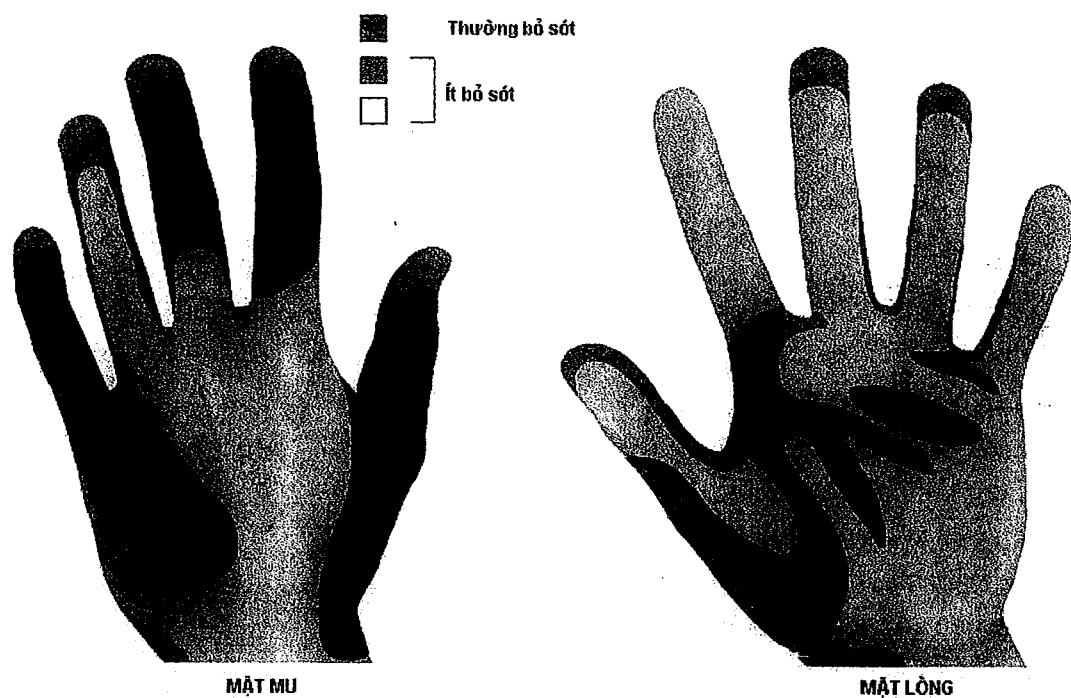
Thời gian rửa tay tối thiểu là rất cần thiết để đảm bảo hiệu quả. Nghiên cứu của Noskin cho thấy phô vi khuẩn đường ruột kháng vancomycin trên tay người gần như được tiệt trừ hoàn toàn khi rửa tay với nước và xà phòng trong 30 giây, trong khi đó nếu rửa tay trong 5 giây thì phô vi khuẩn này không thay đổi so với lúc chưa rửa tay.

Lưu ý những vùng hay bỏ sót khi rửa tay.

4. KẾT LUẬN

Tóm lại, rửa tay thường quy tuy là một động tác rất đơn giản nhưng lại là một phương cách rất hữu hiệu để hạn chế nguy cơ lây lan các bệnh nhiễm trùng cũng như hạn chế nguy cơ lây nhiễm chéo trong bệnh viện. Mặt khác, rửa tay không chỉ cần thiết trong bệnh viện mà thao tác này cũng cần trở thành một thói quen thường xuyên trong cuộc sống hàng ngày của tất cả mọi người.

RỬA TAY THƯỜNG QUY



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Noskin, GA, Stosor, V, Cooper, I, Peterson, LR. Recovery of vancomycin-resistant enterococci on fingertips and environmental surfaces. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1995; 16:577.
2. Regina I Ejemot, Jonh E Ein, Martin M Meremikwu, Julia A Critchley. Hand washing for preventing diarrhoea. Cochrane Infectious Diseases Group 2009
3. WHO 2009. WHO guidelines on Hand Hygiene in Health Care, WHO Library Cataloguing in Publication Data.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Tầm quan trọng của việc rửa tay trong y khoa đã được biết đến từ:
 - a. Đầu thế kỷ 19.
 - b. Giữa thế kỷ 19.
 - c. Đầu thế kỷ 20.
 - d. Giữa thế kỷ 20.
 - e. Cuối thế kỷ 20.
2. Khi nào thì nên rửa tay thường quy?
 - a. Trước khi tiếp xúc với bệnh nhân.
 - b. Sau khi tiếp xúc với bệnh nhân.
 - c. Trước khi làm thủ thuật trên bệnh nhân.
 - d. Sau khi tiếp xúc với dịch tiết của bệnh nhân.
 - e. Tất cả các câu trên đều đúng.
3. Nếu rửa tay với dung dịch sát khuẩn thì thời gian rửa tối thiểu là bao nhiêu lâu?
 - a. 5 giây.
 - b. 10 giây.
 - c. 20 giây.
 - d. 40 giây.
 - e. 60 giây.
4. Nếu rửa tay thường quy với xà phòng thì thời gian rửa tối thiểu là bao lâu?
 - a. 5 giây.
 - b. 10 giây.
 - c. 20 giây.
 - d. 40 giây.
 - e. 60 giây.
5. Trong rửa tay thường quy, vùng thường bị bỏ sót nhiều nhất là:
 - a. Mặt lòng các ngón 2, 3, 4.
 - b. Mặt lưng các ngón 2, 3, 4.
 - c. Mặt lòng ngón cái.
 - d. Mặt lưng ngón cái.
 - e. Lưng bàn tay.

CÁC NGUYÊN TẮC CƠ BẢN TRONG PHÒNG MỔ

BS. PHẠM THANH HOÀNG

Mục tiêu

1. Có khả năng tôn trọng và thực hiện đúng các quy tắc về vô trùng trong phòng mổ.

1. CÁC KHU VỰC TRONG PHÒNG MỔ

Phòng mổ là nơi đặc biệt trong bệnh viện được thiết kế chuyên biệt cho việc gây mê và phẫu thuật. Khối phòng mổ được thiết kế với 3 khu vực: khu vực không cách ly, khu vực cách ly một phần và khu vực cách ly.

- Khu vực không cách ly: bao gồm phòng điều khiển, lối vào của bệnh nhân, nhân viên và vật liệu. Mặc quần áo thông thường được phép vào khu vực này.
- Khu vực cách ly một phần: bao gồm khu vực quanh các phòng phẫu thuật, các hành lang dẫn tới khu vực cách ly của phòng mổ. Chỉ có nhân viên và bệnh nhân được vào, yêu cầu phải mặc trang phục phòng mổ: quần áo, dép, bịt kín tóc.
- Khu vực cách ly: bao gồm các phòng mổ và phòng chuẩn bị. Đây là nơi sạch.

2. THAY TRANG PHỤC PHÒNG MỔ

Từ khu vực không cách ly vào khu vực cách ly một phần luôn có phòng thay trang phục cho nhân viên. Phải thay đổi trang phục theo quy định của phòng mổ: gồm quần áo, mũ, khẩu trang và giày dép. Thường có một số tủ với khóa trong phòng thay đồ, tuy nhiên bạn không nên mang theo các vật dụng có giá trị. Mũ cần phải che kín tai và tóc. Giày dép đi trong phòng

mổ phải sạch, vừa chân và có thể bảo vệ khỏi những vật dụng, dịch rơi xuống chân. Một số phòng mổ dùng bao giày thay cho dép đi trong phòng mổ tuy nhiên bao giày thường trơn trượt trên sàn ướt, tăng môi trường cấy vi khuẩn và làm bẩn tay khi mang vào, cởi ra.

Luôn có một vạch sơn trên nền nhà để phân chia một bên là không gian với trang phục và giày, dép dùng đi bên ngoài và một bên là không gian với trang phục, giày dép đi trong phòng mổ. Các đồ vật ở hai bên không gian này không được xáo trộn nhất là dép đi trong phòng mổ và dép để đi bên ngoài. Bạn không được vượt qua vạch ranh giới này khi chưa mặc trang phục phòng mổ theo quy định.

3. RỬA TAY - MẶC ÁO CHOÀNG - MANG GĂNG VÔ TRÙNG

Đây là 3 công việc cần thiết mà nhân viên trong phòng mổ cần thực hiện trước khi làm thủ thuật gây mê hồi sức, thủ thuật, phẫu thuật ngoại khoa...

3.1. Phương pháp rửa tay vô khuẩn

Trong phòng rửa tay, phải đảm bảo mũ bao kín tóc. Khẩu trang phải có viền che qua mũi, để tránh làm mờ kính bảo vệ mắt. Khẩu trang và kính bảo vệ mắt thay đổi tùy thuộc vào loại phẫu thuật. Kính bảo vệ mắt nên có dây đeo.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

Trước khi rửa tay, tất cả các vết cắt hay vết thương nhỏ đều phải được phủ bởi miếng dán không thấm nước. Nếu móng tay dài cần phải cắt gọn.

Thời gian rửa tay tối thiểu là 5 phút trước ca phẫu thuật đầu tiên và tối thiểu 3 phút cho mỗi ca phẫu thuật tiếp theo với điều kiện chưa chạm vào các vật không vô khuẩn.

3.1.1. Phòng rửa tay cần có

- Một tấm gương để kiểm tra tóc đã được phủ, bảo vệ mắt và khẩu trang đã phù hợp.
- Dung dịch rửa tay sát khuẩn.
- Bàn chải vô khuẩn.
- Một đồng hồ để kiểm tra thời gian cho mỗi công đoạn rửa tay.

Trước khi rửa tay cần:

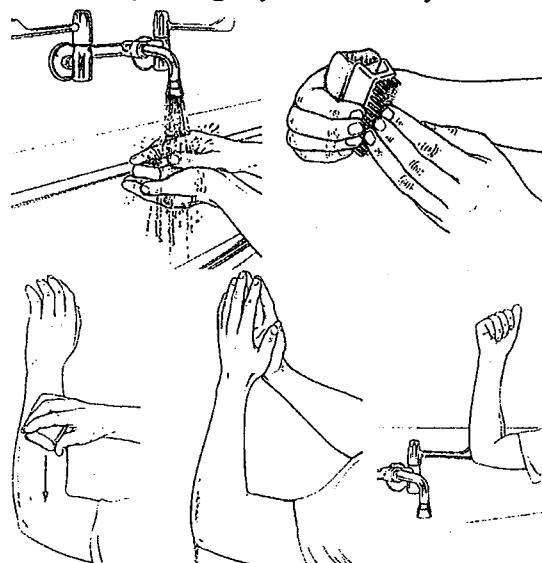
- Tháo bỏ trang sức (nhẫn, đồng hồ, vòng đeo tay...).
- Đội mũ che kín tóc.
- Vén tay áo lên quá nếp khuỷu tay 10-15cm (hay 1/3 dưới cánh tay) để bộc lộ vùng tay định rửa.

3.1.2. Tiến hành rửa tay

- Kiểm tra nước: mở cần gạt nước bằng khuỷu tay hay bằng chân. Tuyệt đối không dùng bàn tay để mở đóng vòi nước trong quá trình rửa. Điều chỉnh nhiệt độ nước thích hợp trước khi rửa.
- Làm ướt bàn tay, cẳng tay và 1/3 dưới cánh tay bằng nước, sau đó lấy 2 ml dung dịch sát khuẩn xoa lên phần tay ướt trên.
- Rửa lại bằng nước vô khuẩn: đi từ đầu ngón tay đến khuỷu tay trong tư thế bàn tay cao hơn khuỷu.

- Lấy một bàn chải vô khuẩn, cho 2ml dung dịch sát khuẩn lên bàn chải tiến hành chải lần lượt các phần bàn tay, cẳng tay, cánh tay lần lượt hai bên.
 - Đánh móng tay, kê móng tay.
 - Đánh kê giữa các ngón tay.
 - Đánh lòng bàn tay.
 - Đánh mu bàn tay.
 - Đánh mặt trong cẳng tay và lên trên khuỷu tay 10-15cm.
 - Đánh mặt ngoài cẳng tay và lên trên khuỷu tay 10-15cm.
- Bỏ bàn chải và rửa lại bằng nước vô khuẩn đi từ đầu ngón tay đến 1/3 dưới cánh tay theo tư thế bàn tay cao hơn khuỷu để tránh nước chảy ngược từ khuỷu tay, cẳng tay xuống bàn tay.

Để 2 tay cao ngang ngực vào phòng mổ. Lau khô tay bằng khăn vô khuẩn theo trình tự từ bàn tay, cẳng tay và cánh tay.



Hình 1: Rửa tay vô khuẩn

3.2. Phương pháp mặc áo mổ

- Tìm cổ áo, dùng ngón cái và ngón trỏ cầm ở hai bên cổ áo, tránh tiếp xúc

CÁC NGUYÊN TẮC CƠ BẢN TRONG PHÒNG MỔ

- với mặt ngoài áo, các ngón còn lại nâng áo lên và đi xa khỏi xe để áo.
- Ngón cái và ngón trỏ giữ chắc vùng cổ áo, thả các ngón tay còn lại để bung áo ra. Không được giữ áo (có thể làm xáo động không khí ở gần sàn nhà tiếp xúc với tay hay mặt trước áo).
 - Đưa tay vào ống tay áo mỗi bên, cẩn thận người và vật dụng xung quanh bạn để không chạm phải khi mặc áo. Không để ngón tay ló ra khỏi ống tay áo.
 - Người phụ, đứng sau người mặc áo, luồn tay vào mặt trong của áo kéo dây cổ áo lên và buộc lại.
 - Dùng tay cầm hai dây buộc thắt lưng, căng dây rộng ra ngang thắt lưng (không được đưa quá ra sau lưng). Người phụ sẽ cột dây áo.
 - Làm tương tự cho khẩu trang với áo có khẩu trang liền áo.
 - Trong quá trình mặc áo, người phụ không được chạm tay người mặc áo và không được chạm vào mặt ngoài áo.

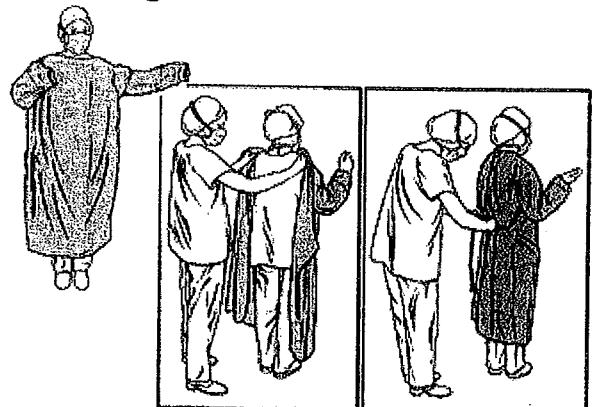
3.3. Phương pháp đi găng vô khuẩn

Cách 1: có người phụ giúp

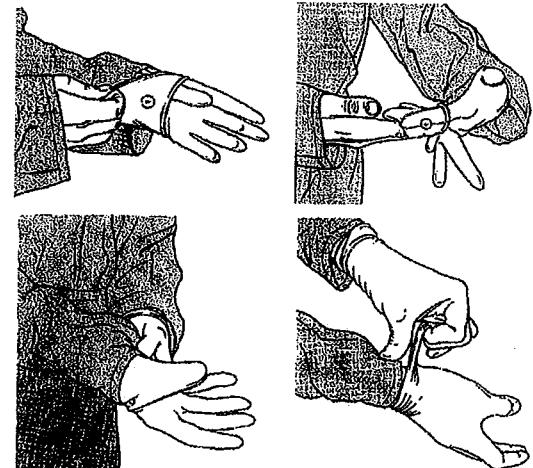
- Người phụ sau khi rửa tay, mặc áo mang găng vô khuẩn, luồn hai tay vào kẽ hở giữa lai găng (không chạm vào mặt trong găng).
- Xoay mặt lòng của găng về phía người mang găng, căng rộng lai găng.
- Phẫu thuật viên (PTV) luồn tay vào găng không được chạm vào mặt ngoài găng và tay người phụ. Người phụ lật lai găng phủ lên đầu tay áo mổ.
- Làm tương tự cho găng còn lại.

Cách 2: phẫu thuật viên tự đi găng

- Phẫu thuật viên cầm phia trên nếp gấp của găng bên phải (mặt trái găng) bằng tay trái, mở rộng cổ găng. Luồn tay phải vào găng mà không chạm vào mặt ngoài găng. Chưa lật lai găng xuống.



Hình 2: Mặc áo mổ



Hình 3: Mang găng vô khuẩn

- Dùng 4 ngón của tay phải (đã mang găng) trừ ngón cái luồn vào kẽ hở giữa lai găng bên trái. Luồn tay trái vào găng không chạm vào mặt ngoài găng và tay phải.
- Lộn lai găng phủ lên đầu tay áo.

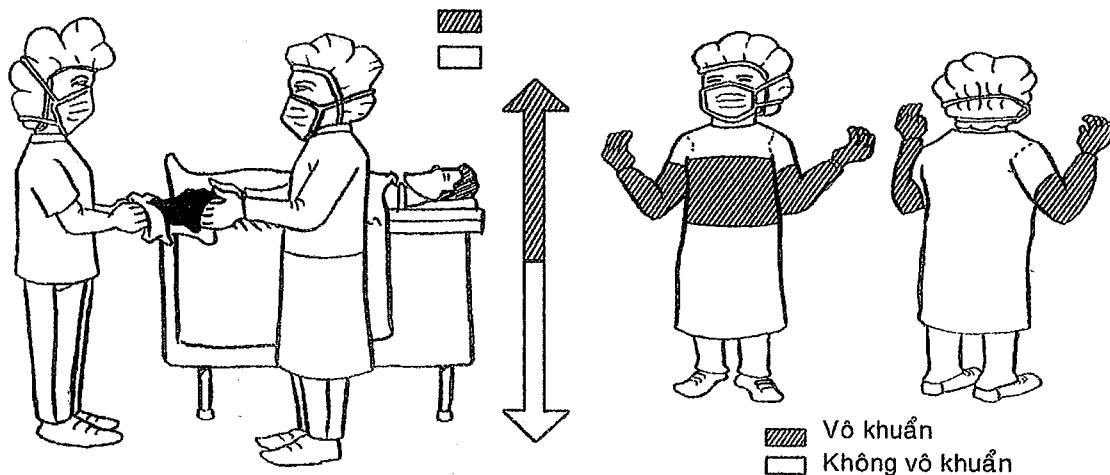
THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

4. VÙNG VÔ KHUẨN VÀ DI CHUYỂN TRONG PHÒNG MỔ

Sau khi mặc áo mang găng, vùng vô khuẩn trên người phẫu thuật viên gồm mặt trước và trên thắt lưng.

Khi đã mặc áo và đi găng cần lưu ý hạn chế di chuyển trong phòng mổ. Khi đi qua người hay vật dụng luôn luôn để mặt bụng hướng về phía vô trùng và mặt lưng về phía không vô trùng.

Trong mỗi các bệnh lý sản phụ khoa, phẫu thuật viên chính thường đứng bên trái bệnh nhân (nếu phẫu thuật viên thuận tay phải), phẫu thuật viên phụ thứ 1 đứng bên phải bệnh nhân, phẫu thuật viên phụ thứ 2 và dụng cụ đứng hai bên phía dưới chân bệnh nhân. Vị trí có thể thay đổi tùy vào từng tình huống ca mổ.



Hình 4: Vùng vô khuẩn

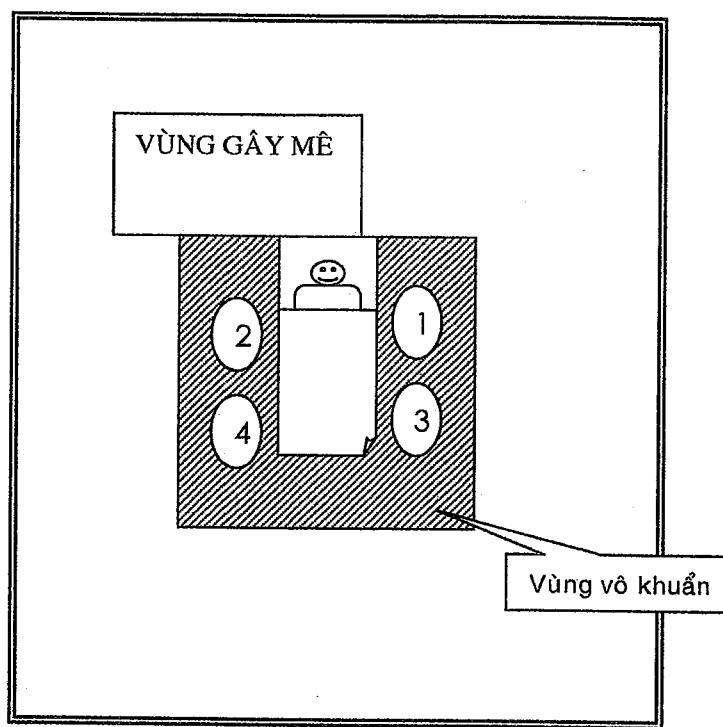
TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kỹ thuật rửa tay – mặc áo choàng - mang găng vô khuẩn, Hội gây mê hồi sức Việt Nam, www.gaymehoisuc.org
2. Basic surgical skills course 4th edition, David Smith, Fiona Carter, Benjie Tang, Lorna Christie, Allan Nicol, Gordon Hogg,

Cuschieri Skills Centre, University of Dundee. The Royal College of Surgeons Edinburgh.

3. Surgical care at the District Hospital - Operating room etiquette 2003 WHO Geneva, Vol1, No 4

CÁC NGUYÊN TẮC CƠ BẢN TRONG PHÒNG MỔ



- 1: vị trí phẫu thuật viên chính
- 2: vị trí phẫu thuật viên phụ 1
- 3-4: vị trí phẫu thuật viên phụ 2 và dụng cụ

Hình 5: Vị trí phẫu thuật viên

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Thời gian rửa tay mổ tối thiểu là:
 - a. 1 phút.
 - b. 2 phút.
 - c. 3 phút.
 - d. 4 phút.
 - e. 5 phút.
2. CHỌN CÂU SAI sau đây:
 - a. Phòng thay quần áo phải được đặt trong khu vực cách ly một phần.
 - b. Bắt buộc phải thay dép sạch khi vào khu vực cách ly một phần.
 - c. Rửa tay mổ cần phải rửa qua khỏi khuỷu tay.
 - d. Cần hạn chế di chuyển trong phòng mổ.
 - e. Trong quá trình rửa tay, không được dùng bàn tay để mở hay khóa nước.
3. Trong quy trình rửa tay mổ, điều nào sau đây quan trọng nhất ?
 - a. Phải đánh móng tay và kẽ móng tay lâu hơn các công đoạn khác.
 - b. Chà xát bàn chải càng mạnh càng sạch.
 - c. Rửa với càng nhiều dung dịch sát khuẩn càng tốt.
4. Sau khi rửa với dung dịch sát khuẩn, phải rửa sạch lại bằng nước trong thời gian không ngắn hơn 1 phút.
5. Sau khi rửa tay, hai bàn tay phải giữ ở tư thế cao hơn khuỷu tay.
6. Tuần tự các bước rửa tay mổ là:
 - a. Ngón tay – móng tay – lòng bàn tay – mu bàn tay – cẳng tay.
 - b. Móng tay – ngón tay – lòng bàn tay – mu bàn tay – cẳng tay.
 - c. Lòng bàn tay – mu bàn tay – ngón tay – móng tay – cẳng tay.
 - d. Mu bàn tay – lòng bàn tay – ngón tay – móng tay – cẳng tay.
 - e. Cẳng tay – mu bàn tay – lòng bàn tay – ngón tay – móng tay.
7. CHỌN CÂU SAI sau đây:
 - a. Trong mổ sản phụ khoa, PTV chính đứng bên trái bệnh nhân (nếu PTV thuận tay phải).
 - b. Phụ mổ 1 đứng đối diện với PTV chính.
 - c. Phụ mổ 2 có thể đứng ở cùng bên hoặc khác bên với PTV chính.
 - d. Vùng gây mê là vùng không vô khuẩn.
 - e. Khi di chuyển phải hướng mặt lưng về phía vô trùng.

GIỚI THIỆU MỘT SỐ DỤNG CỤ PHẪU THUẬT

ThS. NGUYỄN HỒNG CHÂU
ThS. HỒ VIẾT THẮNG

Mục tiêu

- Trình bày được một số dụng cụ thường dùng trong thủ thuật, phẫu thuật sản phụ khoa.

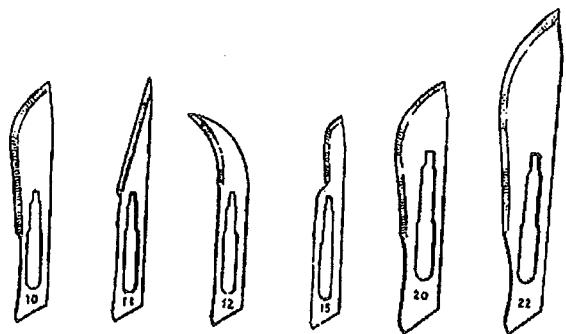
1. DAO PHẪU THUẬT

- Dùng để rạch, cắt trong khi phẫu thuật.
- Tùy theo từng loại phẫu thuật, cơ quan được phẫu thuật (dễ chảy máu, dính nhiều, phức tạp hay đơn giản) mà có nhiều loại dao phẫu thuật được lựa chọn.
- Được dùng phổ biến nhất là dao phẫu thuật có lưỡi thép sắc và dao điện.

1.1. Dao phẫu thuật có lưỡi thép sắc

- Được dùng rất phổ biến vì dễ sử dụng, dễ tiệt trùng, rẻ tiền, và tổn thương (do rạch) dễ liền và đẹp, đặc biệt là vùng da bụng.
- Sử dụng phổ biến là loại dao mổ có cán rời. Mỗi lưỡi dao đã được tiệt trùng chỉ dùng cho 1 lần phẫu thuật. Chỉ có cán dao được tiệt trùng lại để dùng cho phẫu thuật lần khác. Cán dao có khắc lắp phù hợp với lưỡi dao.
- Thông thường sử dụng 2 loại cán dao:
 - Loại cho các lưỡi dao số 10, 11, 12, 15.
 - Loại cho các lưỡi dao số 20, 22.
- Công dụng:
 - Lưỡi dao số 10, 20: thường dùng để rạch da bụng.
 - Lưỡi dao số 11: thường dùng để khoét chớp CTC.
 - Lưỡi dao số 12: để cắt, khoét tách vùng sâu.

- Lưỡi dao số 15: dùng rạch các đường nhỏ.



- Để một đường rạch da dễ liền sẹo, đẹp cần chú ý:

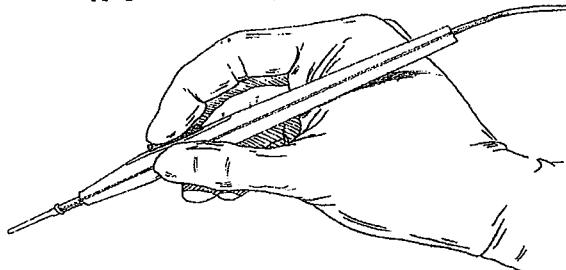
- Sử dụng đúng lưỡi dao thích hợp.
- Cầm dao đúng cách.
- Đặt thẳng góc lưỡi dao với da bụng.
- Đường rạch liên tục, gọn từ đầu đến cuối điểm mốc đã định trước.

1.2. Dao điện

- Dao điện (còn gọi là dụng cụ đốt điện Bovie) thường sử dụng khi mở thành bụng, ít khi dùng để rạch trong ổ bụng. Đường rạch nhanh, không chảy máu do tác dụng đốt đông của cực điện, nhưng phá hủy mô nhiều.
- Các mô bị cắt và bị phá hủy bởi tác dụng nhiệt điện dưới nguồn điện 20-80W. Dao điện hiện nay được cải tiến có nút bấm nối dòng điện ở cần cầm

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

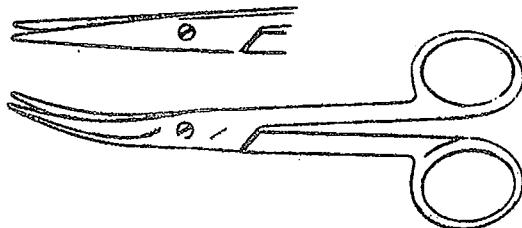
- tay (trước đây dùng nút bấm nối điện đạp chân).
- Dao điện còn dùng để cầm máu bằng phương pháp gây tiếp xúc cực điện với kẹp phẫu tích cặt ở mô đang chảy máu.



2. KÉO PHẪU THUẬT

- Có nhiều loại kéo thường được sử dụng trong phẫu thuật sản phụ khoa.
- Thường sử dụng các loại sau:

2.1. Kéo Mayo



- Dùng cắt lớp cân, bóc tách các tổ chức trong ổ bụng.
- Kéo có nhiều kích thước khác nhau, lưỡi thẳng hoặc cong, đầu hơi tù.

2.2. Kéo Metzenbaum

- Dùng tách dính, tách lớp tổ chức quanh cuống mạch một cách tỉ mỉ.
- Có nhiều kích thước khác nhau, lưỡi cong mỏng, đầu tù.



2.3. Kéo thẳng thường

- Dùng để cắt chỉ buộc các nút chỉ.
- Có nhiều kích thước khác nhau, đầu tù.
- Không được dùng kéo Mayo, kéo Metzenbaum để cắt chỉ, nhằm duy trì độ sắc của kéo.

3. KẸP PHẪU THUẬT

Có rất nhiều loại kẹp phẫu thuật, mỗi loại có một tính năng riêng thích hợp cho từng loại phẫu thuật.

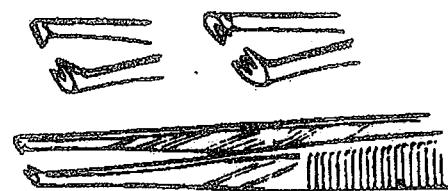
3.1. Kẹp phẫu tích

Là một cái nhíp dùng để cặt giữ các mô khi khâu và cắt. Người sử dụng có thể điều chỉnh lực cặt để không gây tổn thương nhiều đến mô.

Các loại kẹp phẫu tích sau đây thường được sử dụng:

3.1.1. Kẹp phẫu tích Thumb

- Có nhiều kích cỡ khác nhau.
- Có 2 loại: không có răng và có răng.
- Loại *không có răng*: đầu kẹp có khía mịn, dùng để cặt các mô vùng sâu dễ tổn thương rách như phúc mạc, cơ, tổ chức dễ chảy máu.
- Loại *có răng*: đầu kẹp có răng, dùng để cặt cố định các tổ chức dai như cân, gân, da...



GIỚI THIỆU MỘT SỐ DỤNG CỤ PHẪU THUẬT

3.1.2. Kẹp phẫu tích Adson

- Kích thước nhỏ, bản cầm rộng, đầu thon nhỏ, có răng hoặc không có răng, có khía mịn.
- Công dụng giống như kẹp Thumb, nhưng thường được sử dụng trong các phẫu thuật tỉ mỉ như phẫu thuật ở vòi trứng.

3.2. Kẹp cầm máu

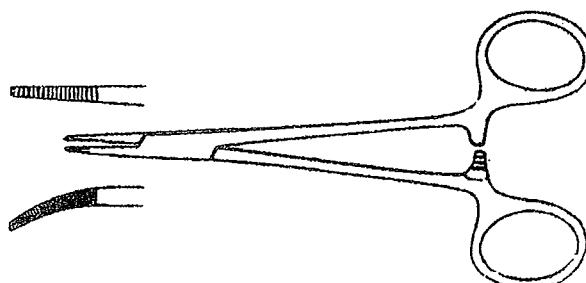
Kẹp cầm máu có đầu nhỏ, có răng khía mịn, ít gây tổn thương tổ chức. Được dùng để cặt các mô bị chảy máu hoặc cặt các mạch máu nhỏ. Sau khi cặt một thời gian máu sẽ tự cầm mà không phải khâu hoặc buộc. Lực đòn bẩy của thân kẹp được giữ cố định bằng các khắc, càng cặt khắc sâu thì lực cặt càng mạnh.

Có nhiều kích cỡ khác nhau, có hai loại: đầu thẳng và đầu cong (thường được sử dụng hơn).

Thường sử dụng các kẹp sau:

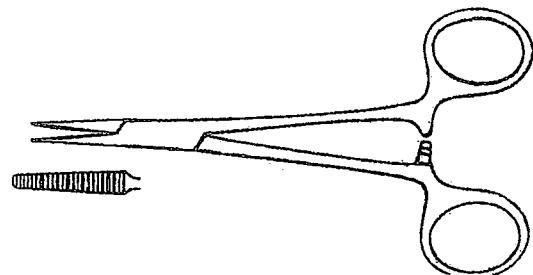
3.2.1. Kẹp cầm máu Halsted

- Có 2 loại thẳng và cong, đầu thon có khía mịn.
- Dùng cặt các mô bị rỉ máu do các mao mạch bị tổn thương.



3.2.2. Kẹp cầm máu Kelly

- Đầu kẹp có bản rộng.
- Dùng kẹp cầm máu các mạch máu nhỏ.



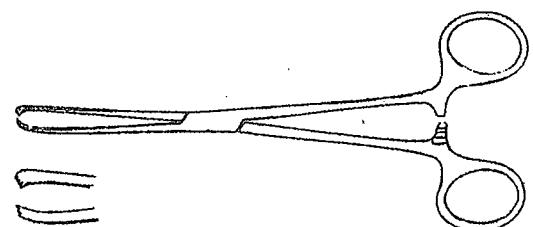
3.3. Kẹp cặt mô

Lực cặt đòn bẩy được cố định bằng các khắc ở thân kẹp, cố định ở các khắc càng sâu thì lực cặt càng mạnh.

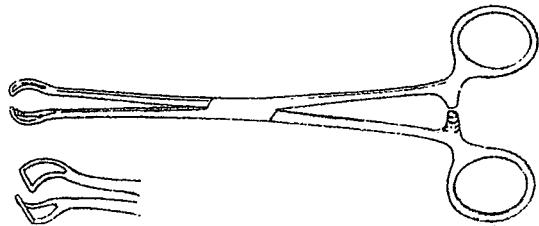
3.3.1. Kẹp cặt các mạc, vòi trứng, và các tổ chức dễ tổn thương

- Kẹp Allis:

- Đầu cặt uốn vòng và có răng mịn ăn khớp trên một diện nhỏ nên ít gây tổn thương mô.
- Dùng cặt phúc mạc và các mạc để kéo.



- Kẹp Babcock:



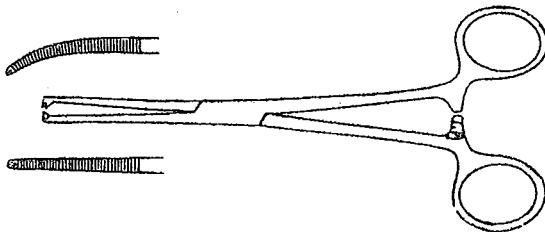
- Đầu kẹp là một vòng tam giác. Khi cặt đáy vòng tam giác khớp lại với

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- nhau cắp lấy mô. Diện cắp trơn nên không làm tổn thương mô.
- Thường dùng để cắp kéo vòi trứng, các dây chằng tử cung (dây chằng tròn, dây chằng rộng).

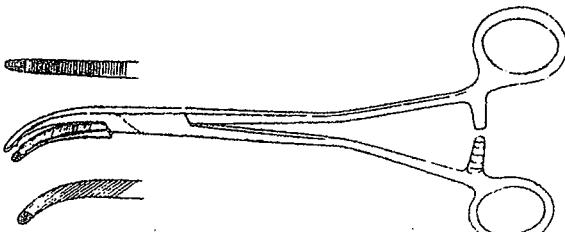
3.3.2. Kẹp cắp mô và cuống mạch trong phẫu thuật cắt tử cung

- Kẹp Kocher:
 - Đầu thẳng hoặc cong, có răng. Cắp giữ chắc các tổ chức nhờ 3 răng ăn khớp với nhau ở đầu.



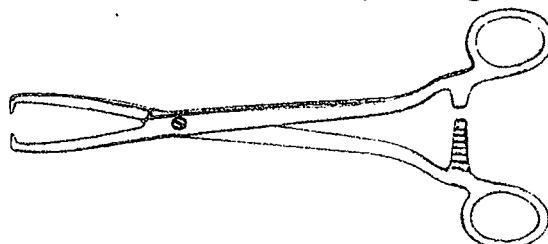
- Do kẹp làm tổn thương đến các mô nên được dùng để cắp các mô cần cắt bỏ hoặc các cuống mạch lớn (các dây chằng tử cung, các cuống mạch ở tử cung... trong phẫu thuật cắt tử cung).

- Kẹp Heaney:
 - Có hai loại cong và thẳng, đầu cắp không có răng nhưng có hai vùng khớp với nhau, ở đầu cắp có khía dọc khác với ở thân cắp có khía ngang ăn khớp với nhau.
 - Dùng cắp các dây chằng vùng tiểu khung, động mạch tử cung, vòm âm đạo.



- Kẹp Pozzi:

- Có hai răng, lực cắp mô chặt nhờ đầu răng nhọn cắm vào mô.
- Dùng cắp cổ tử cung kéo xuống trong phẫu thuật đường âm đạo hoặc các thủ thuật trong lòng tử cung.



- Kẹp Museux:

- Có 4 răng, hình dạng giống kẹp Pozzi nhưng to khỏe hơn.
 - Dùng cắp thân, đáy tử cung kéo lên trong phẫu thuật cắt tử cung.
- Cái vặn nút chai Segnond:
 - Hình dạng cái vặn nút chai.
 - Thường sử dụng trong trường hợp u xơ tử cung to cứng. Khi sử dụng, đường xoắn của dụng cụ sẽ lách sâu vào lớp cơ và u xơ rất chắc và ít chảy máu.



4. BANH PHẪU THUẬT

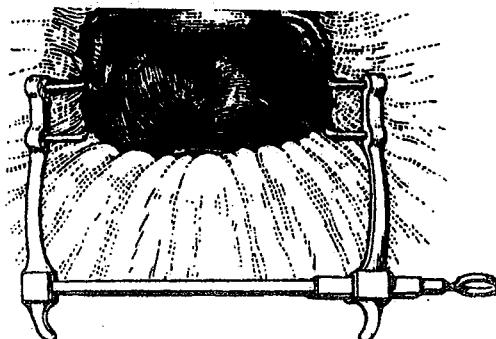
- Được sử dụng để mở rộng phẫu trường thành bụng giúp phẫu tích được dễ dàng hơn.
- Có hai loại banh:
 - Banh tự động (không cần phải kéo bằng tay).
 - Banh kéo bằng tay.

GIỚI THIỆU MỘT SỐ DỤNG CỤ PHẪU THUẬT

4.1. Banh tự động

4.1.1. Banh Gosset

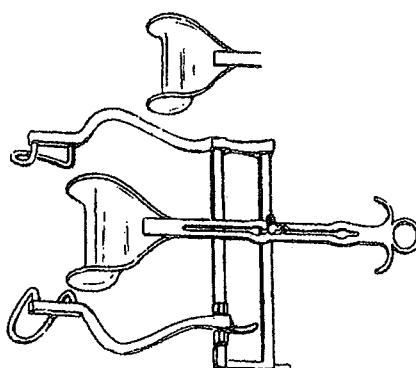
- Hai đầu banh là 2 vòng thép hình chữ U gắn vào 2 càng vuông góc với 1 trục. Hai càng có thể di động trên trục tạo nên độ mở của banh. Vặn vít cố định để cố định độ mở của banh.



- Tác dụng: mở rộng vết rạch theo chiều ngang. Thường phối hợp với 1 banh kéo xuống dưới.

4.1.2. Banh Balfour

- Được sử dụng rộng rãi, hình dạng giống banh Gosset nhưng có thêm 1 banh kéo xuống.
- Độ banh được cố định bằng các vít vặn ở càng.



4.2. Banh kéo bằng tay

- Có ưu điểm là thay đổi vị trí nhanh chóng theo từng thời kỳ của phẫu thuật.
- Tính năng:

▪ Mở rộng từng phần của phẫu trường nơi đang phẫu tích.

▪ Mở rộng vùng phẫu tích nhỏ trong ổ bụng.

▪ Mở rộng âm hộ, âm đạo trong phẫu thuật, thủ thuật đường âm đạo.

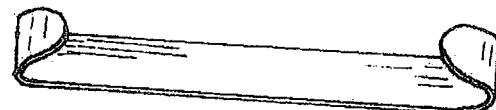
- Lựa chọn banh: dựa vào vị trí phẫu thuật ở nông hoặc sâu, ngả bụng hay ngả âm đạo, vết rạch phẫu tích rộng hay hẹp.

- Thường dùng các loại banh sau:

▪ Banh Farabeuf:

Là một bản thép có chiều rộng khoảng 1,5cm được bẻ cong 2 đầu làm mảnh banh.

Dùng khi phẫu tích mô, mạc ở trong ổ bụng.

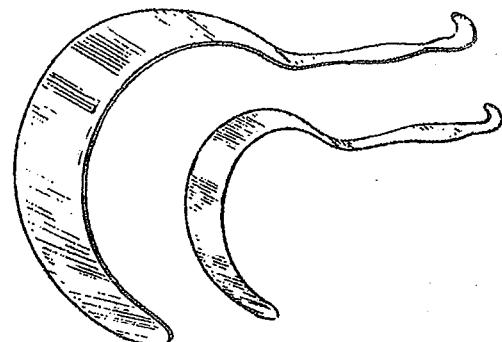


▪ Banh Hartmann:

Là 1 vòng thép uốn cong 2 đầu tạo thành 2 móc banh vết rạch.

Thường dùng để banh từng phần của vết rạch thành bụng và các vùng phẫu tích nhỏ trong ổ bụng.

▪ Banh Deaver:



Là một bản kim loại uốn vòng theo hình tròn.

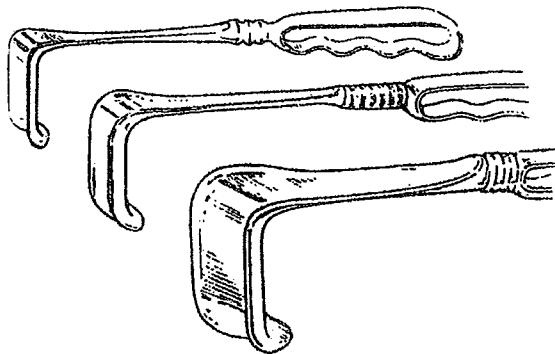
THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

Dùng banh các vùng phẫu tích sâu trong ổ bụng hoặc dùng kéo từng phần vết rạch như banh Hartmann.

- Banh Richardson:

Có nhiều kích cỡ, có cán cầm dễ và chắc, đầu banh rộng uốn cong.

Dùng banh từng phần vết rạch thành bụng, và đặc biệt dùng trong phẫu thuật ngả âm đạo.



5. KIM PHẪU THUẬT

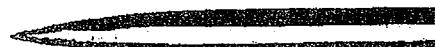
- Kim phẫu thuật rất đa dạng về hình thức, kích cỡ. Kim có từ cỡ nhỏ đến cỡ to và được ký hiệu bằng số, số càng nhỏ thì kim càng to.
- Phẫu thuật viên cần biết tính năng từng loại kim để dễ dàng chọn lọc sử dụng phù hợp với từng loại phẫu thuật, đảm bảo không làm tổn thương nhiều đến tổ chức.

5.1. Phân loại

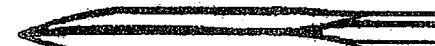
- Theo mũi kim:

- *Mũi bầu hoặc tròn*: không có tác dụng cắt. Thường dùng để đẩy tổ chức sang một bên. Dùng để khâu các tổ chức tinh vi như phổi, ruột, thận kinh...
- *Mũi nhọn hình cạnh khế*: thuôn dần từ mũi kim đến lỗ kim. Có tác

dụng cắt hạn chế. Chỉ gây tổn thương nhẹ đến tổ chức.



- *Mũi nhọn hình 3 cạnh khế thân mảnh*: đầu thon nhỏ, mũi 3 cạnh sắc xuyên dễ, thân kim dẹt nên cặp kim rất chắc. Thường dùng trong các phẫu thuật tạo hình, thẩm mỹ.
- *Mũi có 3 cạnh sắc*: có tác dụng cắt mạnh, dễ dàng xuyên qua các tổ chức cứng. Thích hợp để khâu da và các tổ chức cứng có nhiều xơ.



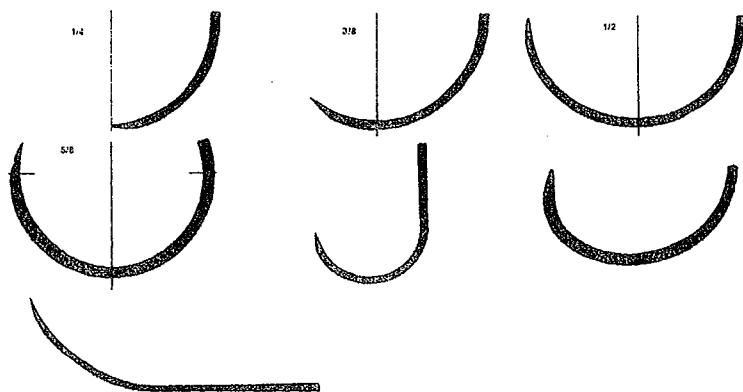
- *Mũi kim kiểu trocart*: đầu kim nhọn có 3 cạnh sắc loe ra khỏi thân kim. Có tính đâm xuyên mạnh, dùng khâu các tổ chức lớn và cứng.



- Theo thân kim:

- *Thân thẳng*: dùng khâu da.
- *Thân cong*: được sử dụng rất phổ biến. Dùng để khâu các vết rạch sâu hay khâu bì mặt vết rạch khép lại và luôn luôn được dùng với 1 kẹp mang kim. Có nhiều độ cong, từ 1/4 đến 5/8 chu vi vòng tròn. Khâu vùng càng sâu thì dùng kim có độ cong càng nhiều.

GIỚI THIỆU MỘT SỐ DỤNG CỤ PHẪU THUẬT

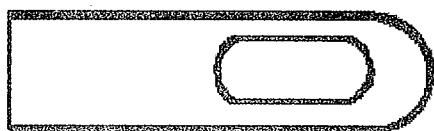


- Theo lỗ kim:

- *Lỗ vuông (lỗ Hagedorn)*



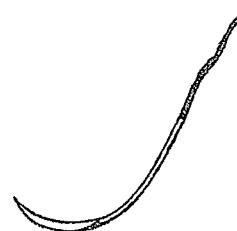
- *Lỗ có cạnh tròn (lỗ Mayo)*



- *Lỗ có kẽ hở*: có một kẽ hở trong lỗ kim, chỉ được ấn xuyên qua lỗ đó (không phải xâu)



▪ *Kim không lỗ*: sợi chỉ liên tục với kim ở 1 đầu hoặc với 2 kim ở 2 đầu. Đầu sợi chỉ được bọc trong đầu kim bởi sức ép của máy trong khi chế tạo. Loại kim này giảm được chấn thương gây ra cho tổ chức.



5.2. Cách chọn kim phẫu thuật

Chọn kim tùy thuộc vào từng loại phẫu thuật và tình trạng của tổ chức và mạch máu cần được khâu.

Vùng phẫu thuật	Hình dáng kim	Đầu kim	Cỡ kim
Da	3/8 vòng	Luôn luôn nhọn, 3 cạnh	Nhỏ, trung bình, to
Tầng sinh môn	1/2 vòng	Bầu hay nhọn	Cứng, to
Cổ tử cung	1/2 vòng	Nhọn, 3 cạnh	Cứng, to
Cơ	1/2 vòng	Thường là bầu	Cứng
Tử cung	1/2 vòng	Thường nhọn	Cứng, to
Phúc mạc	1/2 vòng	Bầu	Cùng cỡ với kim dùng khâu màng cơ và cơ
Tuyến trứng	buồng	1/2 vòng	Thon, trung bình

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

6. DỤNG CỤ PHẪU THUẬT NỘI SOI

6.1. Kim veress

Cấu tạo gồm lõi kim bên trong và vỏ bên ngoài, giữa lõi kim và vỏ có thể trượt dễ dàng khi đâm qua thành bụng. Trong lõi kim có lỗ để bơm khí vào ổ bụng.

Kim veress có thể sử dụng một hay nhiều lần.

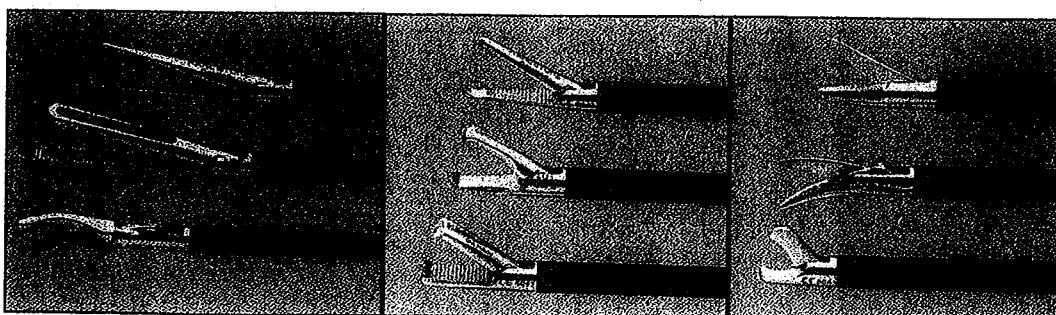
6.2. Máy bơm khí điện tử

Máy dùng để bơm khí và làm căng ổ bụng, tạo phẫu trường để phẫu thuật. Tốc độ bơm khoảng 15-30 lít/phút và giữ áp lực ổ bụng từ 12-16 mmHg trong quá trình phẫu thuật. Máy có thể có bộ phận làm ấm khí trước khi bơm vào ổ bụng.

6.3. Trocar

Qua trocar để đưa dụng cụ và kính soi vào ổ bụng, tiếp cận với các cơ quan, thực hiện phẫu thuật. Có thể phân loại trocar theo nhiều đặc điểm khác nhau.

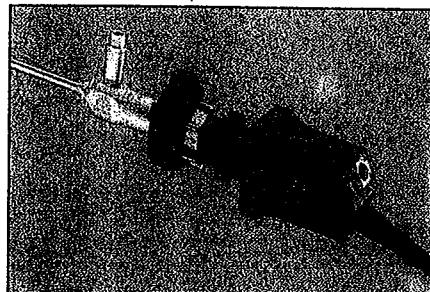
- Theo đường kính trocar: từ 3mm đến 15mm.
- Theo thời gian sử dụng: sử dụng một hay nhiều lần
- Theo vật liệu làm trocar: kim loại hay nhựa
- Theo hình dạng đầu của nòng trocar: hình tháp hay hình nón, có thể trocar đầu tù



6.4. Kính soi

Kính soi có nhiều đường kính và góc soi khác nhau. Trong phẫu thuật phụ khoa thường sử dụng kính soi có đường kính từ 5mm-10mm, góc thẳng. Kính soi dùng để đưa ánh sáng vào trong ổ bụng giúp nhìn thấy các cơ quan.

6.5. Hệ thống camera



Camera thu hình các cơ quan và đưa lên màn hình. Tiêu chuẩn kỹ thuật của camera gồm: độ phân giải, độ nhạy, số lượng và chất lượng của đầu ra hình và tỉ lệ S/N.

6.6. Nguồn sáng

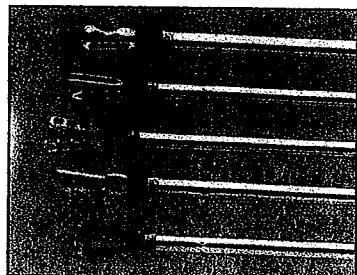
Chất lượng nguồn sáng rất quan trọng trong phẫu thuật nội soi. Thông thường sử dụng nguồn sáng xenon với công suất khoảng 175 watts. Công suất càng cao thì khả năng tỏa nhiệt càng lớn.

6.7. Kẹp và kéo

GIỚI THIỆU MỘT SỐ DỤNG CỤ PHẪU THUẬT

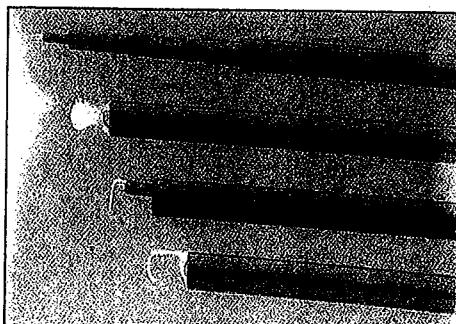
- Kẹp: dùng để giữ mô, cơ quan khi phẫu thuật. Kẹp có răng hay không răng, có nhiều kích thước khác nhau từ 3mm-10mm.
- Kéo có nhiều loại: kéo cong hay thẳng, đầu nhọn hay tù.

6.8. Dao điện lưỡng cực



Dùng để cầm máu khi phẫu thuật. So với dao đơn cực thì dao lưỡng cực ít gây cháy lan mô chung quanh. Lưỡi dao lưỡng cực từ 1,5mm-3mm, tùy theo đặc điểm phẫu thuật. Ngày nay, một số dao lưỡng cực còn có thêm chức năng kẹp giữ và phẫu tích. Trong dao lưỡng cực, dòng điện đi từ lưỡi dao này tới lưỡi dao đối diện, vì vậy đường đi của dòng điện được kiểm soát.

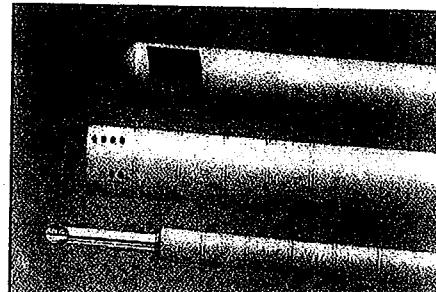
6.9. Dao điện đơn cực



Dao điện đơn cực dùng để cắt, cầm máu hay cả hai chức năng. Tuy nhiên, vì dòng điện đi từ máy qua dao rồi chạy trong mô tới bản cực sau đó trở về máy nên khó kiểm soát đường đi của dòng điện, vì vậy có nguy cơ cháy lan các mô khác, phải cẩn thận khi

sử dụng. Có nhiều loại dao điện đơn cực khác nhau, tùy mục đích sử dụng.

6.10. Dụng cụ hút-rửa



Dùng làm sạch phẫu trường khi phẫu thuật.

6.11. Dụng cụ khâu

Kẹp mang kim có nhiều hình dạng khác nhau, đầu kẹp có thể cong hay thẳng tùy theo vị trí khâu và lựa chọn của phẫu thuật viên.

6.12. Túi lấy bệnh phẩm

Thường dùng một lần để tránh vấy nhiễm mủ bệnh với các mô chung quanh và thành bụng.

6.13. Máy bào mổ

Dùng cắt nhỏ mô để lấy ra khỏi ổ bụng qua những đường rạch nhỏ ở thành bụng hay các vị trí khác (như cùng đồ âm đạo).

6.14. Dụng cụ nâng tử cung

Dùng nâng đỡ, di động hay cố định tử cung trong các phẫu thuật khó như cắt tử cung, LNMTCA dính, LNMTCA ở vách âm đạo-trực tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cẩm nang phòng mổ, 1970
2. Phẫu thuật sản phụ khoa, PGS. PTS Phan Trường Duyệt, NXB Y học 1998.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Đối với dao phẫu thuật có lưỡi thép sắc, CHỌN CÂU ĐÚNG:
 - a. Dao mổ có lưỡi và cán liền được dùng phổ biến nhất.
 - b. Các lưỡi dao số 12 và 20 lắp được trên cùng một cán dao.
 - c. Lưỡi dao sau khi dùng có thể tách trùng lại để dùng cho phẫu thuật lần khác.
 - d. Lưỡi dao số 15 thường dùng để rạch da bụng.
 - e. Một trong những yếu tố giúp đường rạch da dễ liền sẹo đẹp là đường rạch phải liên tục và gọn.
2. Đối với dao điện CHỌN CÂU ĐÚNG:
 - a. Thường dùng để rạch trong ổ bụng.
 - b. Khi rạch bằng dao điện thì mô bị phá hủy nhiều.
 - c. Dao điện không có tác dụng cầm máu.
 - d. Khi cắt bằng dao điện, các mô bị cắt bởi tác dụng nhiệt điện của nguồn điện 200-300W.
 - e. Dao điện còn gọi là dụng cụ đốt điện Thumb.
3. Kéo Metzenbaum dùng cắt:
 - a. Phúc mạc.
 - b. Mỡ dưới da.
 - c. Cơ.
 - d. Cân.
 - e. Không có câu nào đúng.
4. Kéo Mayo dùng cắt:
 - a. Cân.
 - b. Mỡ dưới da.
 - c. Da.
 - d. Phúc mạc.
5. Kẹp phẫu tích Thumb:
 - a. Loại có răng dùng cắp các tổ chức dễ chảy máu.
 - b. Có khía mịn ở đầu kẹp.
 - c. Có thể dùng để cắp phúc mạc.
 - d. Chỉ dùng để cắp giữ các mô khi khâu.
 - e. Đầu kẹp có răng để giữ chặt mô.
6. Về kẹp cầm máu CHỌN CÂU ĐÚNG:
 - a. Không có khía để không gây tổn thương mô.
 - b. Loại đầu cong thường được dùng phổ biến hơn.
 - c. Kẹp Halsted chỉ có loại cong.
 - d. Trong mổ sanh thường sử dụng kẹp Halsted.
 - e. Kẹp Adson chỉ dùng trong phẫu thuật ở vòi trứng.
7. Về kẹp cắp mô CHỌN CÂU ĐÚNG:
 - a. Cắp khắc càng sâu thì lực cắp càng mạnh.
 - b. Kẹp Allis có đầu là một vòng tam giác.
 - c. Kẹp Balcock có 2 răng nhọn ở đầu.
 - d. Kẹp Allis không có răng ở đầu.
 - e. Kẹp Kocher có 4 răng nhọn ở đầu.
8. Về kẹp cắp mô CHỌN CÂU ĐÚNG:
 - a. Kẹp Heaney được dùng trong mổ lấy thai.
 - b. Đầu kẹp Heaney có răng để cắp giữ chắc động mạch tử cung.
 - c. Kẹp Kocher dùng cắp các mô cần cắt bỏ hoặc các cuống mạch lớn.
 - d. Kẹp Museux có 4 răng được dùng trong phẫu thuật triệt sản.

GIỚI THIỆU MỘT SỐ DỤNG CỤ PHẪU THUẬT

- e. Kẹp Museux có hình dạng giống kẹp Pozzi nhưng nhỏ hơn.
9. Đầu kẹp Pozzi:
- Không có răng.
 - Có 1 răng.
 - Có 2 răng.
 - Có 3 răng.
 - Có 4 răng.
10. Về banh phẫu thuật CHỌN CÂU ĐÚNG:
- Phải dùng tay kéo.
 - Banh Gosset có thêm 1 banh kéo xuống.
 - Banh Balfour có thêm 1 banh kéo xuống.
 - Banh Farabeuf phải dùng tay kéo.
 - Banh Hartmann có thể thay đổi vị trí nhanh chóng, dùng mở rộng từng phần của phẫu trường.
11. Về mũi kim CHỌN CÂU ĐÚNG:
- Mũi bầu hoặc tròn không có tác dụng cắt.
 - Mũi nhọn hình cạnh khế gây tổn thương mô nhiều.
 - Mũi kim kiểu trocart dùng may da.
 - Mũi kim bầu không dùng trong phẫu thuật thẩm mỹ.
 - Mũi kim kiểu trocart nhọn, có 4 cạnh sắc loe ra khỏi thân kim.
12. Lỗ kim Hagedorn là:
- Lỗ vuông.
 - Lỗ tròn.
 - Lỗ có cạnh tròn.
 - Lỗ có kẽ hở.
 - Lỗ tam giác.

CHỈ PHẪU THUẬT

TS.BS. NGUYỄN THỊ TỪ VÂN

Mục tiêu

- Nêu được 3 yếu tố để phân loại chỉ phẫu thuật.
- Nêu được ưu điểm và nhược điểm của các loại chỉ phẫu thuật.
- Kể được một số loại chỉ tan thường dùng trong sản phụ khoa.

- Chỉ phẫu thuật là một thuật ngữ để chỉ tất cả các chất liệu dùng để: đóng hai bờ vết thương lại, cột mạch máu để cầm máu, hay dùng để nâng giữ cơ quan hay mô.
- Nhiều chất liệu đã và đang được sử dụng làm chỉ phẫu thuật như: kim loại, lông ngựa, lanh (linen), tơ (silk), collagen từ lớp thanh mạc ruột động vật (cừu, bò), và các chất polymer.
- Đến nay, vẫn chưa có một loại chỉ phẫu thuật thật hoàn hảo. Chất lượng chỉ được đánh giá qua sức căng giữ của sợi chỉ khi cột, nút buộc chắc, không chứa dị ứng nguyên, và sự duy trì được sức căng giữ trong quá trình lành vết thương.
- Để có thể chọn lựa chỉ phẫu thuật đúng cách cần có kiến thức về sự lành vết thương, đặc tính của từng loại chỉ phẫu thuật và chất liệu làm ra sợi chỉ.

PHÂN LOẠI CHỈ PHẪU THUẬT:

- *Khả năng tan được trong cơ thể:* tan hay không tan.
- *Nguồn gốc chất liệu:* thiên nhiên hay tổng hợp.
- *Cấu trúc sợi chỉ:* đơn sợi (monofilament) hay đa sợi (polyfilament) – dạng bện (braided), dạng xoắn (twisted).

ĐÁNH GIÁ KÍCH CỠ SỢI CHỈ: chủ yếu theo hai hệ thống đánh giá đường kính sợi chỉ.

- *USP—United States Pharmacopoeia:* USP2 > USP1 > USP0 > USP2/0, USP00 > USP3/0, USP000.
- *EP — European Pharmacopoeia:* EP 0.1 hay Metric 0.1 tương ứng với đường kính sợi chỉ 0,01mm.

1. CHỈ TAN

1.1. Định nghĩa

- Khi chất liệu chỉ mất gần hết hoặc mất tất cả lực căng giữ trong vòng 60 ngày sau khi nằm trong cơ thể, sau đó các chất liệu bị phân hủy và biến mất.
- Hai đặc điểm chính để đánh giá quá trình tan chỉ:
 - Thời gian duy trì sức căng kéo: là khoảng thời gian mà chỉ còn đủ sức căng để giữ được vết thương.
 - Thời gian tan hoàn toàn: là khoảng thời gian để chỉ tan hoàn toàn.

1.2. Phân loại chỉ tan

1.2.1. Dựa theo nguồn gốc sợi chỉ

Chỉ tan thiên nhiên:

- Được làm từ collagen động vật (ruột bò, cừu). Tan chỉ qua tác động của các men (enzyme) và quá trình phân hủy protein.

- Có 2 loại:
 - Catgut Plain: mất sức căng kéo từ 7-15 ngày, tan hoàn toàn khoảng 60 ngày.
 - Catgut Chromic (có thêm muối chromic acid): mất sức căng kéo 14-28 ngày, tan hoàn toàn 70 - 100 ngày.
- Nhược điểm:
 - Quá trình tan gây phản ứng viêm tại chỗ. Do đó, không dùng khi vết thương bị nhiễm trùng, vì khi này quá trình tan chỉ xảy ra nhanh hơn bình thường. Catgut chromic ít gây phản ứng viêm hơn.
 - Lực căng giữ vết thương yếu.
 - Không mềm mại.
 - Thường phải ngâm trong các dung dịch làm mềm chỉ lúc đóng gói.

Chỉ tan tổng hợp:

- Được làm từ các polymer tổng hợp α -hydroxycarbonic acid. Tan chỉ qua quá trình thủy phân, sản phẩm cuối cùng là H_2O và CO_2 .
- Ngày nay khuynh hướng sử dụng chỉ tan tổng hợp ngày càng tăng thay thế dần cho các loại chỉ thiên nhiên.
- Chỉ tan hiện nay được sử dụng trong các lĩnh vực: sản phụ khoa, ngoại tổng quát, ngoại niệu-sinh dục, chấn thương chỉnh hình, phẫu thuật tạo hình... Tuy nhiên giới hạn sử dụng trong phẫu thuật tim mạch (ngoại trừ chỉ tan tổng hợp đơn sợi), vi phẫu và thần kinh.
- Ưu điểm:
 - Không gây phản ứng viêm.
 - Sử dụng được ở vết thương nhiễm trùng.

- Lực căng giữ vết thương cao.
- Mềm mại, dễ sử dụng.
- Nhờ có lớp áo bọc làm sợi chỉ trơn láng khi đi xuyên qua mô và thắt nút tốt.

1.2.2. Dựa theo cấu trúc sợi chỉ: đơn sợi hay đa sợi. Đơn sợi ít gây nhiễm trùng hơn đa sợi.

1.2.3. Dựa theo thời gian duy trì lực căng giữ (50%)

- Nhanh (7 ngày).
- Trung bình (15-21 ngày).
- Dài (30-40 ngày).

1.3. Các loại chỉ tan thường dùng trong sản phụ khoa

- Các loại chỉ tan thiên nhiên được sử dụng trong phẫu thuật sản phụ khoa là catgut plain và catgut chromic.
- Các loại chỉ tan tổng hợp được sử dụng rộng rãi trong phẫu thuật sản phụ khoa:
 - Polyglactin (Vicryl), polyglycolic acid (Dexon, Safil).
 - Vicryl Rapid, Safil Quick: được dùng rất tốt để may tầng sinh môn.
 - Polyglecaprone25 (Monocryl) là loại chỉ tan mới có thể duy trì 50% sức căng giữ trong 2 tuần.
 - Polyglyconate (Maxon), polydioxanone (PDS) là 2 loại chỉ tan tổng hợp đơn sợi được dùng rất tốt khi may cân, đặc biệt đối với khi đường mổ dọc giữa bụng, bệnh nhân ung thư, có những bệnh lý nội khoa đi kèm, do có thể duy trì 50% sức căng giữ trong 4 tuần.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- PolyL-lactide/glycolide (Panac-ryl) là loại chỉ tan mới, rất hữu ích đối với những bệnh nhân chậm lành vết thương, có thể duy trì 50% sức căng giữ trong 40 tuần.

2. CHỈ KHÔNG TAN

2.1. Chỉ Silk

- Chỉ không tan thiên nhiên, đa sợi, được làm từ tơ tằm, dùng để cột, nâng giữ, thường được dùng trong các phẫu thuật tim-mạch, mắt, thần kinh, tổng quát (nối dạ dày-ruột, đóng da, thoát vị bẹn...)
- Không được dùng nơi vùng nhiễm trùng, ở bàng quang, thận hay niệu quản, vì có thể thành nhân để tạo sỏi.
- Nếu được dùng như chỉ nằm lưu lại lâu: sẽ khó khi cần phải rút chỉ, vì mô thâm nhập vào các sợi tơ chỉ.

2.2. Chỉ thép (Flexon)

- Chỉ không tan tổng hợp, đơn sợi hoặc đa sợi.
- Để đóng các vết thương nhiễm trùng.

- Ưu điểm: lực căng kéo cao nhất, trợ với mô, đảm bảo nút cột tốt.
- Ít dùng trong phẫu thuật sản phụ khoa hiện nay.

2.3. Polyamide (Nylon, Dermalon, Surgilon): dùng để đóng da.

2.4. Polypropylene (Prolene, Premile-ne), polybutester (Novofil)

- Chỉ không tan tổng hợp.
- Được sử dụng rất tốt khi đóng cân trong những trường hợp có nhiễm trùng.
- Tuy nhiên, phải cột ít nhất 6 nơ khi sử dụng 2 loại chỉ này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Operative Obstetrics 1995
- Giới thiệu chỉ phẫu thuật của hãng ETHICON
- Giới thiệu chỉ phẫu thuật của hãng B-Braun
- Gary H. Lipscomb, Frank W. Ling. Wound healing, Suture material, and Surgical Instrumentation. Telinde's 9th edition, 2003.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Các yếu tố để phân loại chỉ phẫu thuật là:
 - a. Khả năng tan được trong cơ thể.
 - b. Nguồn gốc chất tiêu.
 - c. Cấu trúc sợi chỉ.
 - d. a, b, c đúng.
 - e. Chỉ a và b đúng.
2. Chỉ tan thiên nhiên có đặc tính:
 - a. Làm từ collagen động vật.
 - b. Có thể được làm từ tơ sợi.
 - c. Tan chỉ do quá trình phản ứng men.
 - d. a và c đúng.
 - e. b và c đúng.
3. Chỉ tan tổng hợp là:
 - a. Chỉ catgut chromic.
 - b. Chỉ vicryl.
 - c. Tan bằng cơ chế thủy phân.
4. Chỉ không tan:
 - a. Chỉ được làm từ các chất tổng hợp.
 - b. Có thể được làm từ các chất có nguồn gốc thiên nhiên.
 - c. Lực căng giữ vết thương cao.
 - d. a, b đúng.
 - e. b, c đúng.
5. Trong các vết thương nhiễm trùng:
 - a. Dùng chỉ không tan để khâu là tốt nhất.
 - b. Dùng chỉ tan tổng hợp để khâu là tốt nhất.
 - c. Dùng chỉ tan thiên nhiên để khâu là tốt nhất.
 - d. Dùng chỉ không tan có nguồn gốc từ động vật để khâu là tốt nhất.
 - e. Dùng chỉ không tan.

PHẪU THUẬT NỘI SOI PHỤ KHOA

ThS. BÙI CHÍ THƯƠNG

Mục tiêu

1. Biết các dụng cụ cơ bản trong phẫu thuật nội soi phụ khoa.
2. Biết các chỉ định của phẫu thuật nội soi phụ khoa thường gặp.
3. Biết các kỹ thuật cơ bản của phẫu thuật nội soi phụ khoa.

Phẫu thuật nội soi phụ khoa có nhiều tiến bộ vượt bậc trong vài thập kỷ gần đây. Lúc khởi đầu nội soi ổ bụng chỉ có mục đích như một phương tiện nhằm chẩn đoán hay sinh thiết mẫu bệnh phẩm hoặc những thủ thuật đơn giản như triệt sản, sau đó cải tiến thành một phương pháp hoàn hảo hơn nhằm sửa chữa hay cắt đi một cơ quan trong ổ bụng hoặc vùng chậu. Nội soi ổ bụng phẫu thuật có kỹ thuật phức tạp ngày càng cải tiến nhưng cũng đưa đến nhiều thách thức và tai biến hơn. Sử dụng đúng dụng cụ và thao tác đúng kỹ thuật sẽ giúp cuộc mổ được an toàn. Mục đích của bài này nhằm tổng quan lại cách dùng thiết bị đương thời, kỹ thuật nội soi thông dụng và những chiến lược nhằm dự phòng và xử trí những biến chứng của phẫu thuật nội soi nếu có xảy ra.

1. LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN PHẪU THUẬT NỘI SOI PHỤ KHOA

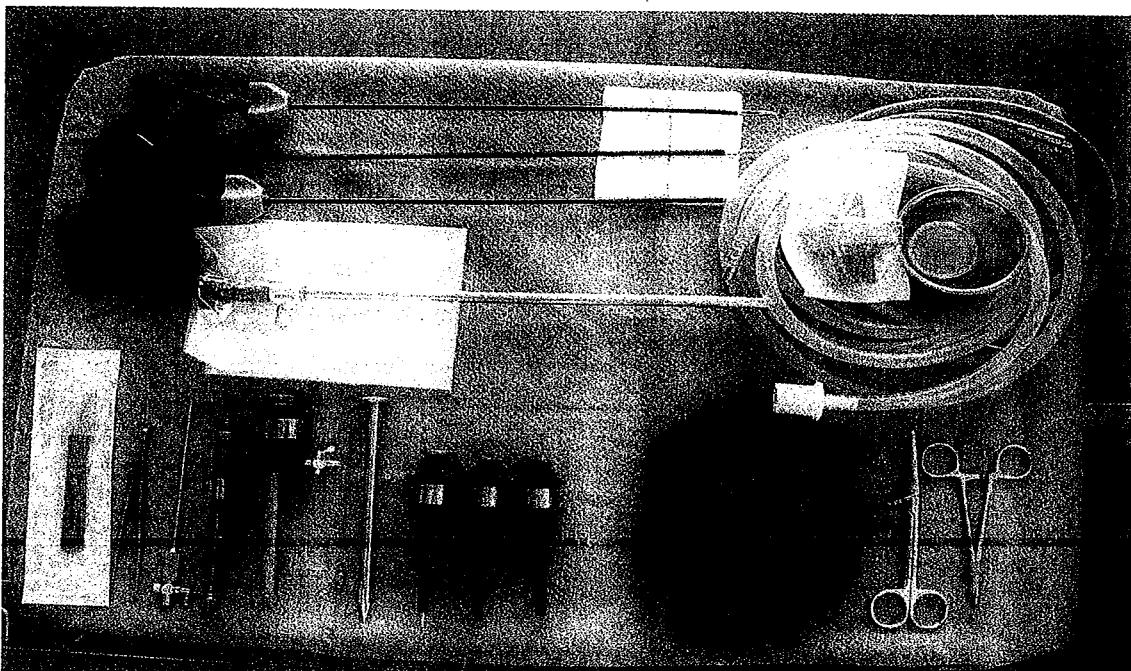
Người đầu tiên mô tả nội soi là Phillip Bozzini vào năm 1805, khi ông cố gắng quan sát niêm mạc niệu đạo bằng một ống dưới ánh sáng đèn cầy. Soi buồng tử cung lần đầu được thực hiện khi Pantaleoni dùng ống soi bằng quang để chẩn đoán polyp lông tử cung vào năm 1869. Jacobaeus,

người Thụy Điển vào năm 1910, đã dùng ống soi bằng quang Nitze có gắn đèn cầy để soi ổ bụng. Tác giả Kalk người Đức là người ứng dụng dụng cụ nội soi trong việc phát triển nội soi chẩn đoán và phẫu thuật ổ bụng vào đầu thập niên 1930. Vào cuối thập niên 1930, nội soi ổ bụng được dùng để chẩn đoán thai ngoài tử cung và thực hiện động tác triệt sản. Vào năm 1947, tác giả Raoul Palmer, người Pháp báo cáo trường hợp dùng khí để nâng ổ bụng ở tư thế Trendelenburg trong nội soi ổ bụng. Việc phát minh ra dây dẫn ánh sáng lạnh của Fourestier, Gladu, Valmiere, Kampany và Hopkins đóng vai trò quan trọng vào sự phát triển của phẫu thuật nội soi ổ bụng. Dùng dao điện đơn cực để triệt sản rất phổ biến vào thập niên 1960. Nhà khoa học Semm người Đức đã báo cáo những ứng dụng nâng cao của phẫu thuật nội soi ổ bụng như cắt vòi trứng, bóc nhân xơ tử cung, cắt phần phụ, bóc u buồng trứng và xé vòi trứng bảo tồn vào những năm 1970. Những nhà phẫu thuật nội soi tiên phong này đã đặt nền móng cho phép những nhà phẫu thuật phụ khoa hiện đại thực hiện những phẫu thuật nội soi nâng cao được xem như là thường qui.

2. BỘ DỤNG CỤ CƠ BẢN CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI PHỤ KHOA

- Bơm khí ổ bụng.
- Kim Veres.
- Máy bơm khí bằng điện.
- Các trocar.
- Ống soi.
- Thiết bị camera.

- Dây dẫn nguồn sáng.
- Kèm gấp mô và kéo.
- Dao điện lưỡng cực.
- Dao điện đơn cực.
- Hệ thống bơm hút.
- Túi lấy bệnh phẩm.
- Máy nghiền mô.
- Dụng cụ đẩy tử cung.



Hình 1: Kèm gấp mô, kéo, ống soi, kim Veres, các trocar, ống bơm khí CO₂, dây dẫn nguồn sáng

3. CÁC NGUYÊN TẮC CHUNG

3.1. Kỹ thuật chọc kim Veres

Rạch da vùng đáy rốn, dùng tay trái nhấc thành bụng dưới lên, tay phải cầm chuôi kim Veres nghiêng 45° chọc vào thành bụng, ngay đường rạch, dùng bơm tiêm gắn vào chuôi kim để hút ra, nếu cảm giác bơm tiêm như bị hít chặt trở lại là kim Veres đã vào đúng ổ bụng vì áp lực trong ổ bụng thấp “âm” so với bên ngoài nên kim bị hút vào trong, sau đó hút 20ml không khí bơm

vào kim Veres và hút lại lần nữa, nếu vẫn có cảm giác như bị hít chặt vào trong ổ bụng thì kim hoàn toàn nằm đúng trong ổ bụng.

Sau đó gắn ống bơm khí và bật máy bơm khí CO₂ khởi đầu với tốc độ thấp 1lít/phút, sau đó tăng dần lên, khi khí vào ổ bụng được 500ml sẽ gõ mất vùng đục trước gan, lúc bơm phải quan sát độ căng thành bụng và áp lực ổ bụng hiển thị trên máy bơm (bình thường lúc bắt đầu bơm phải < 8 mmHg), nếu thấy áp lực trong ổ bụng tăng đột ngột và tốc độ bơm giảm thì kiểm tra lại

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

đầu kim Veres vì có thể đầu kim chạm mạc nối hay đã di lệch ra khỏi ổ bụng.

Đối với phẫu thuật viên có kinh nghiệm hơn, thường chọc trực tiếp trocar rốn sau đó gắn ống bơm CO₂ trực tiếp vì có nhiều tác giả cho rằng động tác này ít gây tai biến hơn (chỉ có một động tác chọc mù, còn nếu dùng kim Veres sẽ có hai động tác chọc mù nên nguy cơ tai biến tăng lên).

3.2. Chọc trocar rốn (đường kính 10mm)

Nguyên tắc: Chỉ chọc trocar rốn khi áp lực trong ổ bụng hiển thị từ 12-15mmHg vì nếu áp lực thấp hơn sẽ làm tăng nguy cơ chọc vào các mạch máu trong ổ bụng và đầu trocar sẽ làm rách cân thành bụng lớn hơn nên nguy cơ thoát vị thành bụng cao hơn.

Kỹ thuật: Lòng bàn tay phải ấn lên chuôi trocar rốn (đường kính 10mm), ngón trỏ để dọc theo đầu trocar nhằm hạn chế trocar đi quá sâu vào ổ bụng (vì khi đó ngón trỏ sẽ chạm vào thành bụng cản lại), bàn tay còn lại đặt lên thành bụng ngay vị trí rốn ấn về phía dưới nhằm dồn hơi xuống hạ vị, đẩy ruột lên thượng vị để hạn chế tổn thương khi chọc trocar rốn. Khi trocar rốn qua thành bụng sẽ có cảm giác đi qua hai lớp đó là cân và phúc mạc thành. Đưa đèn soi qua trocar rốn quan sát kỹ càng tất cả các cơ quan trong ổ bụng.

3.3. Chọc các trocar phụ (5mm)

Nguyên tắc: dưới quan sát trực tiếp của đèn soi nhằm hạn chế chọc vào mạch máu gây máu tụ thành bụng

Kỹ thuật: Trocar trên vách: 3cm bên trên xương vách ngay đường dọc giữa, tránh chọc

vào bàng quang (phải đặt thông tiểu lưu để bàng quang trống).

Trocar bên: nằm hai bên hố chậu ở vị trí cách trocar trên vách ít nhất 8cm để tránh tổn thương nhánh động mạch thượng vị dưới và thao tác phẫu thuật dễ hơn.

4. CÁC CHỈ ĐỊNH CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI PHỤ KHOA

4.1. Nội soi chẩn đoán

- Vô sinh (trong trường hợp nghi ngờ do nguyên nhân vòi trứng, buồng trứng, phúc mạc – nên kết hợp soi buồng tử cung để loại trừ bệnh lý buồng tử cung).
- Đau cấp tính vùng bụng dưới (để loại trừ u buồng trứng xoắn hay thai ngoài tử cung).
- Đau mạn tính vùng bụng dưới (để loại trừ dính).
- Đau bụng kinh (để loại trừ lạc nội mạc tử cung).

4.2. Nội soi điều trị

- U nang buồng trứng hay khối u phần phụ.
- Phẫu thuật trên vòi trứng (thai ngoài tử cung, tái tạo loa vòi).
- Bóc u xơ tử cung.
- Cắt tử cung.
- Điều trị lạc nội mạc tử cung.
- Điều trị són tiểu.
- Nạo hạch chậu.

4.2.1. Phẫu thuật nội soi u nang buồng trứng hay khối u phần phụ

- **Nguyên tắc**
 - Nên phẫu thuật những nang buồng trứng để kháng với điều trị nội tiết.

PHẪU THUẬT NỘI SOI PHỤ KHOA

- Do vị trí giải phẫu làm cho nội soi là phẫu thuật lý tưởng đối với các bệnh này.
- Phần lớn là lành tính (7-13% ác tính trong độ tuổi sanh đẻ, 8 -45% ác tính ở phụ nữ > 40 tuổi).
- Cần phải đánh giá tiền phẫu chính xác.
- Cần thiết đánh giá lại để xác định bệnh trong lúc mổ.
- Đánh giá tiền phẫu để phân biệt lành tính, ác tính, nghi ngờ hay khó phân biệt.
 - Hỏi bệnh sử đầy đủ (tiền sử gia đình, ngừa thai, kích thích buồng trứng, thay đổi cân nặng).
 - Khám lâm sàng (sờ khối trong vùng chậu).
 - Siêu âm: tiêu chuẩn ác tính
 - Bờ không đều.
 - Chồi hay vùng đặc trong u.
 - Vách dày.
 - Doppler dương tính (rất có ý nghĩa gợi ý).
- Kỹ thuật
 - Quan sát cẩn thận khối u phần phụ, ổ bụng (vùng chậu và vùng bụng trên).
 - Hút dịch ở cùng đồ Douglas.
 - Bóc nang buồng trứng thực thể (u bì, các nang đặc, nang tồn tại lâu).
 - Dùng dao điện đơn cực rạch hoặc kéo cắt vỏ tại vùng nang buồng trứng.



Hình 2: Dùng kéo cắt vỏ nang

Dịch ổ bụng.

- Án chỉ khối u (Tumor marker) (CA 125)

Tăng CA 125 cũng gặp trong:

Lạc nội mạc tử cung.

Lạc nội mạc tử cung trong cơ (Adenomyosis).

U xơ tử cung.

U bì.

Hút thuốc lá.

Tăng ở bệnh nhân < 50 tuổi chỉ có 15% ác tính, nhưng tăng lên 80% ở bệnh nhân > 50 tuổi.

Kỹ thuật

- Quan sát cẩn thận khối u phần phụ, ổ bụng (vùng chậu và vùng bụng trên).
- Hút dịch ở cùng đồ Douglas.
- Bóc nang buồng trứng thực thể (u bì, các nang đặc, nang tồn tại lâu).
- Dùng dao điện đơn cực rạch hoặc kéo cắt vỏ tại vùng nang buồng trứng.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- Gắp ngay mép đường rạch.
- Tách thành nang bằng ống bơm nước.
- Kiểm tra chảy máu cẩn thận vùng đáy nang.
- Dùng dao điện lưỡng cực cầm máu nhẹ nhàng.
- Nếu cần khâu đáy nang.
- Rạch da tại trocar 5mm để đưa trocar 10mm.
- Đưa túi đựng bệnh phẩm vào.
- Bỏ nang nguyên vẹn vào túi.
- Lấy túi sau khi chọc thủng nang bên trong túi và hút hết dịch trong túi.
- Rửa vùng chậu.
- Đặc biệt khi đau bụng cấp, có thể phát hiện u buồng trứng hay vòi trứng xoắn

Phải cắt buồng trứng hay phần phụ nếu khối xoắn bị hoại tử.

Sẽ tháo xoắn nếu khối xoắn không bị hoại tử.

4.2.2. Phẫu thuật nội soi thai ngoài tử cung

- Nguyên tắc: tùy thuộc vào tiền sử, vị trí và kích thước thai ngoài tử cung
 - Tại loa vòi: Sẩy qua loa và gắp khối thai.
 - Tại đoạn bóng: Rạch vòi trứng bảo tồn, lấy khối thai bằng kèm gắp mõ.
 - Tại góc hay vòi trứng vỡ: cắt vòi trứng.
- Xé vòi trứng bảo tồn
 - Chỉ định:
Bảo tồn khả năng có thai trong tương lai.

- Huyết động học ổn định.
Kích thước khối thai < 5 cm.
Thai tại vòi trứng.
Vòi trứng đối diện bình thường hay bị cắt.
- Kỹ thuật
 - Bơm rửa ổ bụng để phẫu trường sạch sẽ.
Xé dọc vòi trứng tại chỗ căng to 2cm bằng dao điện đơn cực đầu nhỏ.
Dùng ống bơm nước làm tróc khối thai.
Dùng dao điện lưỡng cực đốt nhẹ nhàng các điểm chảy máu.
Bỏ bệnh phẩm vào túi và lấy ra qua trocar 10mm.
 - Cắt vòi trứng
 - Chỉ định:
Thai ngoài tử cung tái phát nhiều lần.
Kích thước khối thai > 5 cm.
Vỡ vòi trứng.
Thai ở góc.
Không muốn có thai trong tương lai.
 - Kỹ thuật
 - Bơm rửa ổ bụng để làm sạch phẫu trường.
Dùng dao điện lưỡng cực đốt tại gốc vòi trứng.
Đốt và cắt dọc mạc treo vòi trứng đến đoạn xa.
Bỏ bệnh phẩm vào túi và lấy ra qua trocar 10mm.



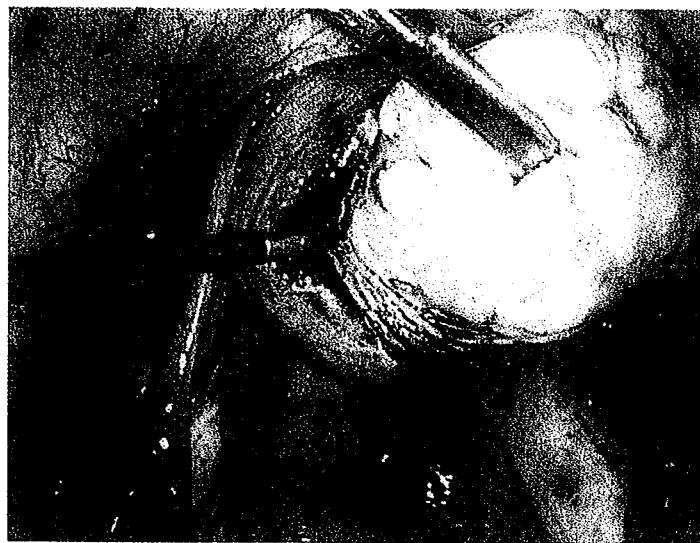
Hình 3: Dùng ống bơm nước làm tróc khối thai

4.2.3. Phẫu thuật bóc nhau xơ tử cung

- Lâm sàng
 - 20%-50% tất cả phụ nữ bị u xơ tử cung.
 - Triệu chứng:
 - Chảy máu âm đạo bất thường.
 - Cường kinh.
 - Đau bụng kinh.
 - Đau vùng chậu.
 - Vô sinh.
- Chỉ định
 - Có cuống, dưới thanh mạc và trong cơ.
 - Không quá 3-5 u xơ tử cung.
 - Kích thước không quá 6-8cm.
 - Chỉ định thay đổi tùy thuộc vào kinh nghiệm phẫu thuật viên.
- Đánh giá tiền phẫu
 - Hỏi bệnh sử kĩ.
 - Khám âm đạo.
 - Siêu âm ngả âm đạo để biết số lượng và kích thước u xơ.
 - Hb (trước mổ < 10 g% là cần truyền máu).
 - Loại trừ ác tính cổ tử cung và thân tử cung bằng cách làm Pap và nạo sinh thiết.

- Điều trị bằng GnRH-đồng vận trước mổ để u xơ giảm kích thước nếu u xơ quá to gây khó khăn khi mổ sẽ mất nhiều máu.
- Kỹ thuật
 - Tiêm vasopressin (20 IU trong 200 ml nước muối sinh lý) vào trong u xơ.
 - Dùng dao điện đơn cực rạch thanh mạc nằm trên u xơ tử cung.
 - Gắp thanh mạc và xác định mặt phẳng chính xác để bóc u xơ. Gắp u xơ và kéo để tách khỏi vỏ bao.
 - Đốt cầm máu và khâu cột cuống u xơ.
 - Dùng dao điện lưỡng cực đốt cầm máu kỹ và rửa sạch.
 - Sau khi lấy u xơ bỏ vào cùng đồ Douglas, bắt đầu khâu thanh mạc.
 - Tùy theo kích thước u xơ mà sẽ đốt cầm máu và khâu. Dùng chỉ Vicryl hay Monocryl 0 hoặc 2/0 làm nơ bên trong bụng.
 - Tùy thuộc vào kích thước u xơ mà lấy ra khỏi ổ bụng, u nhỏ có thể lấy qua trocar 12mm, u lớn hơn lấy qua máy làm nhuyễn mô.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



Hình 4: Bóc khối u xơ ra khỏi đường rạch

4.2.4. Phẫu thuật nội soi cắt tử cung

- Chỉ định và đánh giá tiền phẫu
 - U xơ tử cung có xuất huyết bất thường, đau bụng kinh.
 - Khối u phần phụ.
 - Viêm vùng chậu mạn tính (bệnh lành tính).
 - Ung thư nội mạc tử cung và buồng trứng giai đoạn I.
 - Đánh giá tiền phẫu giống như cắt tử cung ngả bụng hay âm đạo. Trường hợp nội mạc tử cung > 8 mm, cần soi buồng tử cung và nạo sinh thiết.
- Kỹ thuật
 - Đánh giá mốc giải phẫu cẩn thận (dính, phần phụ, độ di động của tử cung và niệu quản).
 - Dùng dao điện lưỡng cực đốt dây chằng tròn, vòi trứng, dây chằng tử cung buồng trứng và cắt các cấu trúc gần tử cung theo từng bước một.
 - Trong trường hợp cắt tử cung và 2 phần phụ, dùng dao điện lưỡng cực

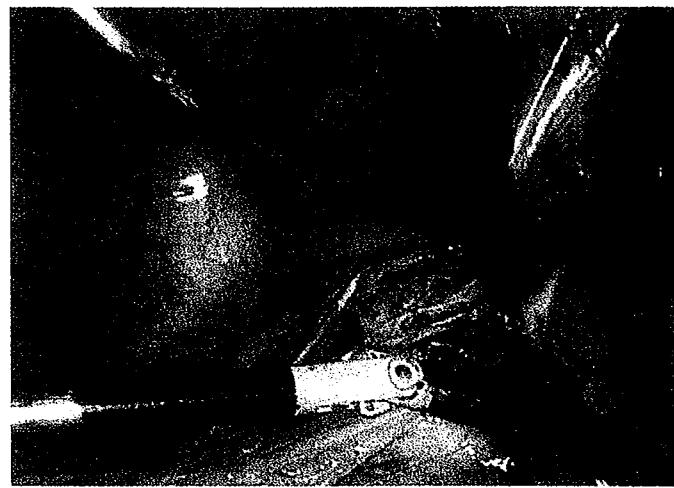
đốt và cắt dây chằng thắt lưng buồng trứng và dây chằng tròn theo từng bước một.

- Mở dây chằng rộng sau khi đốt.
- Xác định nếp tử cung-bàng quang, gấp và đốt tại đỉnh bàng quang nơi tiếp giáp mặt trước eo tử cung.
- Dùng kềm gấp mô không sang chấn đẩy bàng quang xuống khỏi eo tử cung.
- Bộc lộ động mạch tử cung, đốt và cắt.
- Đốt và cắt dây chằng tử cung-cùng.
- Cắt mỏm âm đạo sau khi đốt.
- Kéo tử cung qua ngả âm đạo.
- Khâu mỏm cắt âm đạo qua ngả âm đạo hay nội soi.
- Chuyển lại nội soi ổ bụng.
- Cầm máu.
- Kiểm tra niệu quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jacques Donnez, Atlas of Laparoscopy and hysteroscopy, the third edition, 2007
2. M. Lübke, L. Mencaglia, A. Wattiez, Text book of laparoscopy, 2004

PHẪU THUẬT NỘI SOI PHỤ KHOA



Hình 5: Đốt và cắt động mạch tử cung bên trái

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Áp lực ổ bụng khi chọc trocar rốn là:
 - a. 12-15mmHg.
 - b. >15mmHg.
 - c. 10-12mmHg.
 - d. < 10mmHg.
 - e. >20mmHg.
2. Ngón trỏ để dọc trocar rốn khi chọc mục đích:
 - a. Giữ trocar chắc.
 - b. Không để chọc trocar quá sâu.
 - c. Đặt trocar theo hướng cố định.
 - d. Khóa chốt khí trên trocar.
 - e. Theo thói quen.
3. Phải chọc các trocar phụ dưới quan sát trực tiếp của đèn soi nhằm:
 - a. Không chọc vào các mạch máu thành bụng gây máu tụ thành bụng.
 - b. Không chọc vào ruột.
 - c. Không chọc vào tử cung.
 - d. Không chọc vào động mạch chủ.
 - e. Không chọc vào gan.
4. Đánh giá tiền phẫu trước khi mổ u buồng trứng, xét nghiệm nào có giá trị hơn trong dự đoán ung thư buồng trứng:
 - a. CT scanner.
 - b. MRI.
 - c. Siêu âm 3D.
 - d. Siêu âm 4D.
 - e. Siêu âm Doppler.
5. CA 125 có thể tăng trong các trường hợp sau:
 - a. Lạc nội mạc tử cung.
 - b. Lạc nội mạc tử cung trong cơ (Adenomyosis).
6. Khi chọc trocar rốn, cảm giác trocar đi qua 2 lớp là:
 - a. Lớp cân và phúc mạc thành.
 - b. Lớp da và cân.
 - c. Lớp da và phúc mạc thành.
 - d. Lớp mỡ và cân.
 - e. Lớp mỡ và phúc mạc thành.
7. Khi nội soi cắt tử cung, việc kiểm tra nhu động hai niệu quản là:
 - a. Không cần thiết.
 - b. Bắt buộc.
 - c. Có thể kiểm tra nhưng không bắt buộc.
 - d. Không nên kiểm tra vì thao tác phức tạp.
 - e. Tất cả các câu trên đều sai.
8. Xé dọc vòi trứng bảo tồn khi mổ nội soi thai ngoài tử cung, chiều dài đường rạch:
 - a. Càng dài càng tốt.
 - b. Càng ngắn càng tốt.
 - c. 2cm.
 - d. 5cm.
 - e. Rạch bao nhiêu tùy phẫu thuật viên.
9. Kỹ thuật dùng bàn tay còn lại đặt lên thành bụng ngay vị trí rốn ấn về phía dưới nhằm:
 - a. Dồn hơi xuống hạ vị.
 - b. Nắm chặt thành bụng.
 - c. Đặt trocar đúng vị trí.
 - d. Đẩy ruột lên thượng vị.
 - e. a và d đúng.

PHẨU THUẬT NỘI SOI PHỤ KHOA

10. Nội soi chẩn đoán vô sinh:
- a. Chỉ cần nội soi ổ bụng.
 - b. Nên kết hợp nội soi ổ bụng và nội soi buồng tử cung.
 - c. Chỉ cần nội soi buồng tử cung.
 - d. Chỉ kết hợp nội soi ổ bụng và nội soi buồng tử cung khi cơ sở y tế có sẵn thiết bị.
 - e. Tất cả các câu trên đều sai.

SỰ LÀNH VẾT THƯƠNG

TS. BS. NGUYỄN THỊ TÙ VÂN

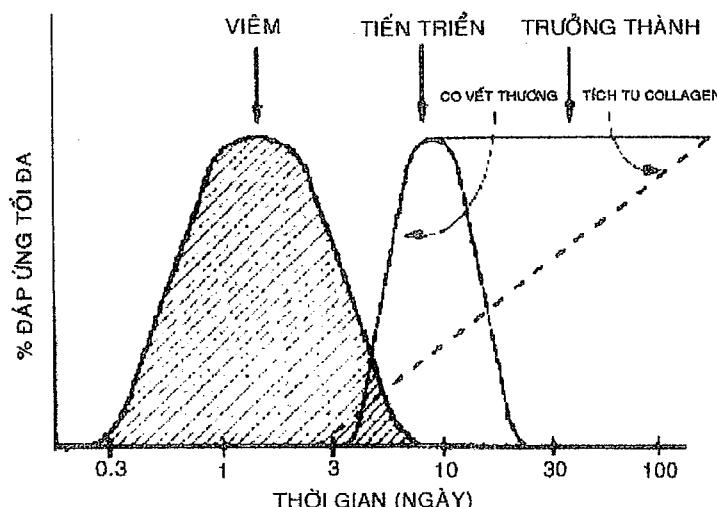
Mục tiêu

1. Kể được hai triệu chứng của sự lành vết thương.
2. Trình bày được 3 giai đoạn chính của sự lành vết thương.
3. Kể được các yếu tố giúp cho vết thương lành tốt.

Sự lành vết thương là quá trình sửa chữa, phục hồi mô ở vết thương, bao gồm hai hiện tượng liên tục nhau: viêm và phục hồi. Các tế bào biểu mô, tế bào nội mạc, tế bào viêm, tiểu cầu, và các nguyên bào sợi tập trung lại với nhau và khôi phục lại hình thái và chức năng bình thường của mô tại vết thương.

Các mô khác nhau có quá trình lành vết thương khác nhau, nhưng đều trải qua

những quá trình tương tự nhau và không tùy thuộc vào hình thức tổn thương. Sự lành vết thương là một quá trình liên tục, thống nhất, đan xen nhau. Để thuận tiện cho việc mô tả các giai đoạn, có thể chia toàn bộ quá trình này thành 3 giai đoạn: viêm, tiến triển (biểu mô hóa, co vết thương), trưởng thành (tạo mô sẹo và sẹo trưởng thành).



Hình 1. Các giai đoạn của sự lành vết thương

1. GIAI ĐOẠN VIÊM: Ngày 0-5

Bắt đầu ngay thời điểm bị thương, phẫu thuật hay sang chấn làm phá hủy cấu trúc mô và chảy máu, ngay lập tức máu lấp đầy vết thương, trước khi có hiện tượng co

mạch để cầm máu. Lượng máu này tiếp xúc với collagen ở vết thương dẫn đến việc ngưng tập tiểu cầu và kích hoạt yếu tố Hageman. Sự kích hoạt này chuyển thành một loạt các phản ứng khác của cơ thể, bao gồm bổ thể

kinin, tạo cục máu đông, và tạo plasmin. Các phản ứng này khuếch đại tín hiệu tổn thương ban đầu, kích hoạt sự gián phân và các phản ứng sinh hóa tại vết thương.

Các sản phẩm của kinin và prostaglandin làm dãn mạch và tăng tính thấm thành mạch các mạch máu nhỏ nơi vết thương, gây ra sưng nề và đau ngay khi bị thương. Trong vòng 6 giờ, các tế bào thuộc hệ miễn dịch bắt đầu xuất hiện ở vết thương. Đầu tiên là bạch cầu đa nhân và đơn nhân. Bạch cầu đa nhân không có vai trò nhiều trong sự lành vết thương, chủ yếu là thực bào các vi trùng xâm nhập vết thương. Chúng xuất hiện sớm, số lượng tăng dần và đạt đến đỉnh cao nhất khoảng giờ thứ 24-48. Bạch cầu đa nhân có đời sống ngắn, khi chết, xác của chúng là thành phần của dịch viêm (mủ). Nếu vết thương không bị nhiễm trùng số lượng bạch cầu đa nhân giảm nhanh sau ngày thứ 3. Tiếp theo sau bạch cầu đa nhân là đại thực bào, có xuất xứ từ bạch cầu đơn nhân, xuất hiện trong vòng 48-96 giờ sau chấn thương và đạt đến đỉnh cao vào ngày thứ 3. Đại thực bào có đời sống dài hơn bạch cầu đa nhân nhiều và tồn tại cho đến khi vết thương lành hẳn. Lympho T theo sau đại thực bào, xuất hiện với số lượng lớn vào ngày thứ 5, cao nhất vào ngày thứ 7 sau chấn thương. Sự hiện diện và hoạt động của đại thực bào và lympho bào rất cần thiết cho sự lành vết thương.

Đại thực bào tiêu thụ và hấp thu các tác nhân gây bệnh và mô tổn thương, chúng phóng thích rất nhiều các hoạt chất sinh học: TGF- α (transforming growth factor-

α), bFGF (basic fibroblast growth factor), MDGF (macrophage-derived growth factor), IL-1 (interleukin-1), FAF (fibroblast activation factor), PDGF (platelet derived growth factor), TNF- α (tumour necrosis factor- α), FIF (fibroblast inhibitory factor), IFN,... giúp tập trung các tế bào viêm làm cho đại thực bào hoạt động dễ dàng hơn, và giúp hình thành và phát triển mô hạt. Nếu vết thương nhiễm trùng, giai đoạn viêm sẽ dài hơn, ảnh hưởng đến lành sẹo chậm hơn.

2. GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN: Ngày 3-14

Nếu không có nhiễm trùng nghiêm trọng hay giai đoạn viêm ngắn, sau khi vết thương được dọn sạch các mô bị tổn thương và dị vật, vết thương chuyển sang giai đoạn tiến triển đến lành vết thương bắt đầu từ ngày thứ 3. Đặc điểm của giai đoạn này là sự hình thành mô hạt. Mô hạt là sự kết hợp của các nguyên bào sợi và các tế bào viêm, kèm theo với các mao mạch mới được bao bọc bởi mạng lưới collagen lỏng lẻo, fibronectin và axít hyaluronic. Nguyên bào sợi xuất hiện nhiều vào ngày thứ 3, cao nhất vào ngày thứ 7 sau chấn thương. Collagen xuất hiện từ ngày thứ 3, và tăng nhanh cho đến 3 tuần, sau đó tiếp tục tích tụ cho đến 3 tháng sau chấn thương.

Sự tái tạo mạch máu diễn ra cùng lúc với sự hình thành mô sợi. Tiểu cầu, đại thực bào, lympho bào, thiếu oxygen mô, lactic acid, các amine, basic fibroblast growth factor (bFGF), acidic FGF (aFGF), transforming growth factors- α và β (TGF- α và - β) và epidermal growth factor (EGF) có vai trò kích thích hình thành mạch máu mới, nhất là FGF.

Trên bề mặt vết thương cũng diễn ra sự tái tạo của lớp thượng bì (biểu mô hóa). Các

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

tế bào biểu mô được tái tạo ngay chỉ trong vòng vài giờ sau tổn thương, bắt đầu từ bờ của vết thương từ các tế bào đáy của biểu mô xung quanh vết thương. Các tế bào đáy phân chia gián phân và phủ đầy vùng bị tổn thương. Các nguyên bào sợi tạo thành các sợi collagen làm cầu nối ở lớp thương bì cũng được hình thành trong vòng 24 giờ sau tổn thương. Các sợi collagen giúp cho vết thương co lại. Sự co vết thương về phía trong của bờ vết thương rất có lợi cho các vết thương rộng, nó bắt đầu từ ngày thứ 5. Vết thương sẹo, ít có mô tổn thương lành ngay thì đau. Nếu có nhiễm trùng hay ngoại vật ít có thể lành thì đau chậm. Vết thương có nhiều mô tổn thương lành thì hai do mô hạt mọc dần, lắp đầy từ bờ vết thương. Sự co vết thương làm giảm đáng kể khối lượng mô hạt và biểu mô cần thiết để lắp đầy và làm liền bề mặt vết thương, do đó làm giảm kích thước vết sẹo.

3. GIAI ĐOẠN TRƯỞNG THÀNH (hình thành sẹo và sẹo trưởng thành): Ngày 7 đến 1 năm

Ngay khi hình thành mạng lưới tế bào. Các lớp tế bào, axít hyaluronic, các proteoglycan phân tử lớn và collagen phát triển nhanh. Các sợi collagen đan bện lại dần hình thành mô sẹo. Vết thương đạt được 20% độ bền chắc tối đa sau 3 tuần. Độ bền chắc tối đa của vết thương chỉ khoảng 70% mô không tổn thương.

Sẹo trưởng thành

Trong quá trình trưởng thành sẹo, các sợi collagen liên tục thay đổi sắp xếp, đan bện với nhau; các tế bào và mạch máu giảm dần tại mô bị thương. Vết sẹo chuyển từ

màu đỏ hồng thành màu nhạt, và mỏng dần đi. Quá trình thay đổi và sắp xếp này phụ thuộc vào sự tổng hợp và dị hóa collagen. Tốc độ tổng hợp collagen cao nhất khoảng 6-12 tháng sau chấn thương, lúc này vết thương đang dần dần trở về bình thường. Trong một số trường hợp, sự co kéo vết sẹo có thể làm hạn chế di động của da vùng tổn thương.

Sự co vết sẹo là quá trình bình thường khi lành vết thương, nhưng đôi khi gây ra mất thẩm mỹ do làm co kéo, biến dạng vùng da xung quanh vết thương. Sẹo là tổ chức sợi collagen với rất ít mạch máu và tế bào đủ cho mô duy trì chức năng, sự liên tục và độ bền chắc. Quá trình hình thành sẹo vẫn còn tiếp diễn suốt đời với tốc độ chậm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bennett NT, Schultz GS: Growth factors and wound healing: Part II. Role in normal and chronic wound healing. Am J Surg 1993 Jul; 166(1): 74-81.
2. Border WA, Noble NA: Transforming growth factor beta in tissue fibrosis. N Engl J Med 1994 Nov 10; 331(19): 1286-92.
3. Gillitzer R, Goebeler M: Chemokines in cutaneous wound healing. J Leukoc Biol 2001 Apr; 69(4): 513-21.
4. Glat PM, Longaker MT: Wound healing. Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM, eds. Grabb and Smith's Plastic Surgery. 1997: chap 1.
5. Kumar V, Ramzi CS, Robbins SL: Chapters 1-3. Basic Pathology. 5th ed. 1992: 3-60.
6. Peled ZM, Chin GS, Liu W, et al: Response to tissue injury. Clin Plast Surg 2000 Oct; 27(4): 489-500.
7. TELINE'S OPERATIVE GYNECOLOGY: Wound Healing, Suture Material and Surgical Instrumentation: chapter 11, tr.233-235.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Hai triệu chứng chính của sự lành vết thương là:
 - a. Cầm máu và phục hồi.
 - b. Nhiễm trùng và phục hồi.
 - c. Viêm và phục hồi.
 - d. Tạo mô hạt và phục hồi.
 - e. Phục hồi và hình thành sẹo.
2. Ba giai đoạn chính của sự lành vết thương là:
 - a. Cầm máu, phục hồi, hình thành sẹo.
 - b. Viêm, tiến triển, trưởng thành.
 - c. Cầm máu, thực bào, tạo mô hạt.
 - d. Viêm, thực bào, trưởng thành.
 - e. Cầm máu, tiến triển, hình thành sẹo.
3. Hiện tượng viêm của quá trình lành vết thương là do:
 - a. Thiếu máu đến vết thương.
 - b. Các mạch máu nhỏ co lại và giảm tính thẩm thấu mạch.
 - c. Do chảy máu ở vết thương.
 - d. Các mạch máu nhỏ dãn ra và tăng tính thẩm thấu thành mạch.
 - e. Do nhiễm trùng.
4. Vai trò của bạch cầu đa nhâm trong sự lành vết thương là:
 - a. Thực bào các vi trùng, vật lạ và mô tế bào hoại tử.
 - b. Tạo mô hạt cho sự lành vết thương.
- c. Tạo ra đại thực bào để dọn sạch vết thương.
- d. Phóng thích nhiều hoạt chất sinh học giúp lành vết thương.
5. Về vai trò của đại thực bào:
 - a. Thực bào các vi trùng gây bệnh.
 - b. Phóng thích các hoạt chất sinh học giúp lành vết thương.
 - c. Hấp thu các mô viêm.
 - d. a, b, c đúng.
 - e. Chỉ có a đúng.
 - f. Giai đoạn tiến triển của sự lành vết thương.
6. Giai đoạn tiến triển của sự lành vết thương:
 - a. Hình thành mô hạt.
 - b. Giai đoạn tái tạo lớp thượng bì.
 - c. Giai đoạn tiến triển của hiện tượng viêm.
 - d. a, c đúng.
 - e. a, b đúng.
7. Giai đoạn trưởng thành có đặc điểm:
 - a. Các lớp tế bào, các sợi collagen phát triển nhanh.
 - b. Bắt đầu từ ngày thứ 7 đến 1 tháng.
 - c. Bắt đầu từ ngày thứ 7 đến 1 năm.
 - d. a, b đúng.
 - e. a, c đúng.

PHẦN III.
KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

CÁCH SỬ DỤNG BAO CAO SU TRÁNH THAI

ThS. NGUYỄN HỮU TRUNG

Mục tiêu

1. Trình bày được hiệu quả của phương pháp ngừa thai bằng bao cao su nam giới.
2. Trình bày được 5 bước sử dụng bao cao su

1. KHÁI NIỆM VỀ BAO CAO SU

Bao cao su thường hay nói là bao cao su dùng cho người đàn ông. Nó là một cái bao dùng để bao bọc dương vật của người đàn ông. Ngoài ra còn có bao cao su dành cho nữ giới mà hiện tại rất hiếm trên thị trường Việt Nam, nó lót bên trong âm đạo của người nữ.

2. CẤU TẠO BAO CAO SU

Cấu tạo của bao cao su: mủ cao su thiên nhiên và chất bôi trơn.

Bao cao su được làm từ latex hoặc polyurethane. Nếu có thể, nên sử dụng bao cao su làm từ latex vì nó đáng tin cậy hơn và đa phần các quốc gia đều có sẵn loại này.

Bao cao su latex chỉ có thể sử dụng với chất bôi trơn tan trong nước. Các chất bôi trơn tan trong dầu như Vaseline có thể làm rách bao. Một số ít người dị ứng với latex có thể sử dụng bao cao su polyurethane.

Bao cao su polyurethane được làm từ chất một loại chất dẻo. Nó mỏng hơn bao cao su làm từ latex nên nó làm tăng độ nhạy cảm và dễ được chấp nhận hơn. Nó hơi mắc hơn so với bao cao su latex, ít đàn hồi hơn nên cần nhiều chất bôi trơn hơn. Nó có thể được sử dụng cả với các chất bôi trơn tan trong nước và tan trong dầu.

3. CHẤT BÔI TRƠN LÀ GÌ?

- Chất bôi trơn là một loại gel hoặc làm từ nước và một số chất khác. Chất bôi

tron có tác dụng làm giảm sự ma sát giữa âm đạo, hậu môn hay các bộ phận khác của cơ thể trong quan hệ tình dục xâm nhập, nhất là khi dùng bao cao su. Chất bôi trơn làm tăng cường khoái cảm, giúp dương vật đưa vào lỗ hậu môn dễ dàng hơn (vì lỗ hậu môn rất hẹp) và làm giảm nguy cơ rách hoặc lủng bao cao su. Đa phần bao cao su đều được 'bôi trơn' sẵn khi sản xuất, nhưng đối với quan hệ đường hậu môn thì chất bôi trơn có sẵn trong bao là không đủ. Trong trường hợp này nên bôi thêm chất bôi trơn. Chất bôi trơn thường được bán trong ống hoặc chai nhựa, đôi khi đựng trong gói nhỏ.

- Các loại chất bôi trơn: thường có hai loại

- Loại thứ nhất là loại tan trong nước (bao gồm Durex, KY Jelly), an toàn khi sử dụng chung với bao cao su latex.
- Loại chất bôi trơn tan trong dầu (Vaseline hoặc các loại kem như Nivea hoặc kem chống nắng) KHÔNG ĐƯỢC dùng chung với bao cao su latex – chỉ được dùng với bao cao su nữ hoặc bao cao su làm bằng polyurethane (không phổ biến ở châu Á).

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- Trong nhóm các chất bôi trơn tan trong nước, một số có thêm mùi, một số có thể nuốt được, số khác có thêm hiệu ứng đặc biệt (ví dụ khi bôi sẽ tạo cảm giác ấm).

4. THUỐC DIỆT TINH TRÙNG NONOXYNOL 9

Bao cao su và chất bôi trơn đôi khi còn chứa chất diệt tinh trùng gọi là Nonoxynol 9. Trước đây, người ta cho Nonoxynol 9 vào bao cao su vì nghĩ rằng nó giúp ngăn chặn thai kỳ và ngăn ngừa lây truyền HIV và các bệnh lây lan qua đường tình dục. Ngày nay, người ta thấy rằng việc này không có hiệu quả.

5. HÌNH DẠNG, KÍCH THƯỚC CỦA BAO CAO SU

Bao cao su có nhiều hình dạng. Loại có túi nhỏ ở đầu và loại không có túi nhỏ ở đầu. Bao cao su có thể có hình dạng đều hay không đều, có thể loe ở đầu hoặc có thể có gai, gân... Mục đích là làm tăng cảm giác của cả hai người.

Bao cao su có thể có màu sắc khác nhau.

Một vài bao cao su có mùi thơm để dùng trong quan hệ đường miệng.

Bao cao su có thể khác nhau về chiều dài và chiều rộng, tùy thuộc vào nhà sản xuất. Không có kích thước chuẩn cho chiều dài của bao cao su. Vì nó được làm từ cao su thiên nhiên nên nó sẽ thích hợp với đa số dương vật của người đàn ông.

6. SỬ DỤNG BAO CAO SU KHI NÀO?

Bạn nên sử dụng bao cao su mới mỗi khi quan hệ. Không tái sử dụng bao cao su.

Mang bao cao su sau khi dương vật đã cương cứng và trước khi đưa dương vật vào

trong bất cứ bộ phận nào của người bạn tình. Nếu chuyển từ giao hợp bằng đường hậu môn sang đường âm đạo, bạn nên thay bao cao su.

7. HIỆU QUẢ

Trong tất cả các phương pháp rào chắn để ngừa thai, bao cao su là lựa chọn hàng đầu với những tính năng vượt trội ngừa thai và phòng ngừa các bệnh lý lây qua đường tình dục. Bao cao su nam được làm từ nhiều chất liệu khác nhau. Chỉ bao cao su làm bằng latex và có thể loại polyurethane và Tactylon® (latex tổng hợp) mới có hiệu quả giảm lây truyền bệnh lý lây qua đường tình dục. Mặc dù các nghiên cứu cho thấy bao cao su latex không cho các tác nhân gây bệnh lý lây qua đường tình dục xuyên qua nhưng các dữ liệu dịch tễ học không đủ để rút ra kết luận về hiệu quả của bao cao su latex nam giảm nguy cơ HPV, Chlamydia hay bệnh loét sinh dục. Tuy nhiên, các nghiên cứu lâm sàng và dịch tễ học cho thấy bao cao su nam có hiệu quả tốt đối với HIV và lậu cầu cho cả nam và nữ.

Khi bao cao su nam latex được sử dụng đúng và hằng định, tỉ lệ thất bại rất thấp khoảng 3 trường hợp có thai trong số 100 trong 12 tháng đầu sử dụng.

8. TÁC DỤNG PHỤ

Kích ứng âm đạo thường gặp khi sử dụng bao cao su có kèm thuốc diệt tinh trùng nhiều lần trong ngày.

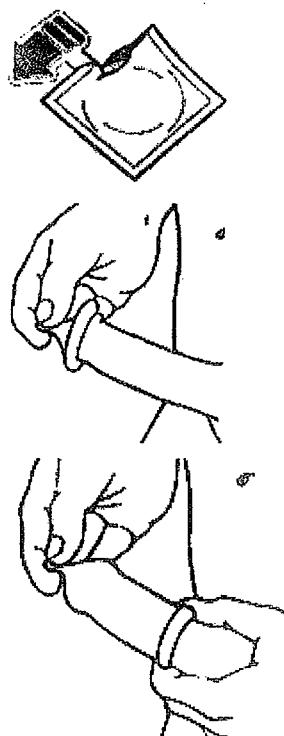
9. TƯ VẤN TRƯỚC KHI BẮT ĐẦU SỬ DỤNG

Gồm những thông tin sau:

- Giới thiệu rõ ràng đặc tính từng loại phương pháp ngừa thai.

CÁCH SỬ DỤNG BAO CAO SU TRÁNH THAI

- Thấu hiểu cụm từ “bảo vệ kép” của bao cao su nam: vừa ngừa thai, vừa phòng ngừa các bệnh lý lây lan qua đường tình dục.
- Giới thiệu bao cao su chuyên dụng nam được sử dụng.
- Cần sử dụng đúng và kiên định để thu được hiệu quả bảo vệ mong đợi: ngừa thai và bệnh lý lây qua đường tình dục.
- Ưu điểm của bao cao su nam là dễ kiểm, rẻ tiền.



10. KIỂM TRA BAO CAO SU TRƯỚC KHI SỬ DỤNG

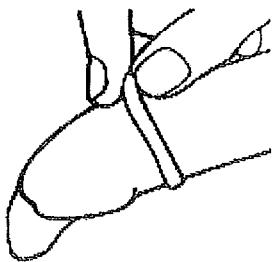
- Bao cao su phải còn hạn sử dụng.
- Bao cao su phải có vỏ bao còn nguyên vẹn và có vẻ ngoài còn tốt.
- Bao cao su có thể bị hư nếu không bảo quản cẩn thận nếu để bị ảnh hưởng bởi nhiệt và ánh sáng. Nếu bao cao su có vẻ cứng hoặc khô, bạn không nên sử dụng.

11. CÁCH SỬ DỤNG: 5 BƯỚC SỬ DỤNG BAO CAO SU

1. Kiểm tra thời hạn dùng ở vỏ ngoài. Đảm bảo là bao cao su còn mới, chưa hết hạn, vỏ còn nguyên vẹn, không quăn queo, bao không rách, không giòn, màu không loang lỗ. Cẩn thận khi mở bao cao su, đẩy bao về một phía, tránh dụng vào các vật nhọn như móng tay có thể làm thủng bao.
2. Đeo bao cao su khi dương vật đã cương cứng trước khi tiếp xúc dương vật của bạn với bạn tình. Kéo da quy đầu về phía sau khi mang bao cao su vào.
3. Kiểm tra chiều quấn của bao cao su, vòng cuốn bao phải ở phía ngoài. Có hai loại bao cao su: Loại bao có túi nhỏ ở đầu có thể mang thẳng vào và loại bao đầu tròn không có túi nhỏ, cần phải cầm đầu kéo dài ra vài phân để tạo một túi nhỏ. Đó là nơi để chứa tinh dịch khi xuất tinh. Bóp túi nhỏ để đuổi không khí ra ngoài trước khi đeo bao cao su. Tránh để không khí vẫn còn ở đầu bao cao su khi đeo vào dương vật vì như vậy có thể gây vỡ bao trong khi quan hệ. Se nhẹ cho vòng bao tròng vào hết chiều dài dương vật.

Trong quá trình quan hệ tình dục, thường xuyên kiểm tra để bảo đảm rằng bao cao su không bị rách. Nếu bao cao su rách trong khi giao hợp, lập tức phải đeo ngay bao mới. Cẩn thận móng tay có thể làm rách bao cao su.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



- Sau khi phóng tinh, rút dương vật ra. Phải giữ bao cao su ở phần gốc để tránh cho tinh dịch chảy ra ngoài. Tháo bao cao su bằng cách vuốt nhẹ từ gốc dương vật ra phía trước đồng thời túm miệng bao cao su để không cho tinh dịch chảy ra ngoài.



- Bao cao su chỉ được dùng một lần và vứt vào thùng rác sau khi thắt nút ở đầu để tránh rò rỉ tinh dịch. Có thể gói bao cao su bằng giấy vệ sinh hoặc cho vào túi nhựa trước khi ném chúng đi. Không nên vứt bao cao su vào bồn vệ sinh tránh gây hiện tượng tắc.

12. CÁC LUU Ý KHI SỬ DỤNG BAO CAO SU

12.1. Dị ứng với chất cao su?

Phần lớn các bao cao su được làm từ cao su thiên nhiên. Nếu bạn dị ứng với cao su, bạn có thể sử dụng bao cao su làm từ polyurethane (plastic), như *Bao cao su Sagami Original 0.02*.

12.2. Khi bao cao su bị rách?

Khi bao cao su bị rách trong lúc quan hệ, bạn rút ra và thay ngay một cái bao cao su mới. Trong lúc quan hệ, luôn luôn kiểm tra xem bao cao su có bị rách hay trượt ra không? Nếu bạn phát hiện bao cao su bị rách và tinh dịch chạy ra khỏi bao cao su vào trong âm đạo trong lúc quan hệ, bạn nên sử dụng thêm thuốc ngừa thai khẩn cấp.

12.3. Loại bao cao su gì nên được sử dụng khi quan hệ đường hậu môn?

Giao hợp đường hậu môn làm bao cao su căng nhiều hơn. Bạn nên sử dụng bao cao su dày hơn, chắc hơn với nhiều chất bôi trơn hơn. Loại bao cao su có chất bôi trơn chứa Nonoxynol 9 không nên sử dụng cho đường hậu môn vì Nonoxynol 9 làm tổn thương niêm mạc trực tràng sẽ làm tăng

nguy cơ lây truyền HIV và các bệnh lây lan qua đường tình dục khác.

12.4. Nơi bán bao cao su?

Không giới hạn tuổi của bạn khi bạn mua bao cao su. Nó thể hiện bạn là người sẵn sàng chịu trách nhiệm cho hành động của mình. Mang theo bao cao su thể hiện thái độ sẵn sàng quan hệ tình dục an toàn và tôn trọng sức khỏe cả chính mình và bạn tình. Các trung tâm kế hoạch hóa gia đình cung cấp bao cao su miễn phí cho bạn. Ngoài ra, bạn có thể mua bao cao su ở các nhà thuốc tây, siêu thị...

Hãy chuẩn bị và mang theo bao cao su theo bên mình. Bao cao su có thể được mang theo dễ dàng và kín đáo trong ví tiền, túi xách, hay trong túi quần. Hãy để bao cao su ở nơi dễ lấy.

12.5. Làm thế nào để thảo luận về việc sử dụng bao cao su?

- Hỏi xem bạn tình nghĩ như thế nào về việc sử dụng bao cao su trước khi bạn thật sự quan hệ tình dục.
- Hãy chuẩn bị, không luôn dựa vào người bạn tình có mang bao cao su

CÁCH SỬ DỤNG BAO CAO SU TRÁNH THAI

hay không. Mang bao cao su cho chính bạn và giữ ở nơi dễ lấy.

- Hãy tự tin, giải thích cho người bạn tình tại sao bao cao su rất quan trọng cho bạn và cả cho bạn tình.
- Hãy tự tin sử dụng bao cao su. Hãy thực hành khi bạn chỉ có một mình với một trái chuối hay một quả dưa. Việc thực hành làm cho mọi việc sẽ hoàn hảo hơn.
- Hãy kiên định. Bạn đã biết những gì là tốt cho cơ thể của bạn nên nói một cách chính xác bạn đã cảm thấy như thế nào. Nếu bạn tình không đồng ý sử dụng bao cao su, bạn hãy nói không với việc quan hệ tình dục. “Không bao cao su = không quan hệ tình dục”.
- Hãy an toàn: bao cao su nên được sử dụng trước khi quan hệ tình dục hay chạm vào cơ quan sinh dục của bạn tình. Bạn có thể không chú ý nhưng một ít tinh dịch của người đàn ông được tiết ra ở đầu dương vật trước khi người đàn ông xuất tinh. Nếu một lượng ít tinh dịch này tiếp xúc với âm đạo hay vùng hậu môn, nó cũng đủ

gây cho bạn có thai hoặc bị các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

- Hãy thực tế: không ngừng nói chuyện về việc sử dụng bao cao su trước khi bạn từ chối việc quan hệ tình dục.
- Hãy chân thành: hãy nói nếu bạn thấy bối rối - bạn không phải là người duy nhất. Nó sẽ giúp bạn và người tình cảm thấy được thư giãn hơn.
- Hãy vui lên: đặt một bao cao su lên dương vật của bạn tình có thể cho bạn cảm giác thích thú và gợi tình. Hãy sử dụng những bao cao su có màu và mùi khác nhau, chúng có thể làm cho bạn thấy thích thú hơn nữa.
- Hãy là chính bạn: hãy thư giãn và làm những gì mà bạn cảm thấy đúng. Không quan hệ tình dục trừ khi bạn cảm thấy sẵn sàng và muốn làm điều đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

World Health Organization. Division of Family and Reproductive Health. (2009), *Medical eligibility criteria for contraceptive use* (Fourth edition ed.). Family and Reproductive Health, World Health Organization, Geneva.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Bao cao su có thể sử dụng trong quan hệ tình dục bằng đường:
 - a. Âm đạo.
 - b. Hậu môn.
 - c. Miệng.
 - d. a, b đúng.
 - e. a, b,c đúng.
2. Bao cao su nếu còn hạn sử dụng và không bị rách vỏ bao thì an toàn để sử dụng:
 - a. Đúng.
 - b. Sai.
3. Nếu quan hệ tình dục bằng đường hậu môn thì sử dụng bao cao su không có chất diệt tinh trùng Nonoxynol 9 vì không thể có thai nếu quan hệ bằng đường này:
 - a. Đúng.
 - b. Sai.
4. Bao cao su là phương pháp ngừa thai dành cho nam giới nên chỉ người nam mang theo:
 - a. Đúng.
 - b. Sai.
5. Sau khi dùng bao cao su:
 - a. Lấy bao cao su ra khỏi dương vật khi dương vật bắt đầu mềm.
 - b. Thắt miệng bao cao su không cho tinh dịch chảy ra ngoài.
 - c. Bỏ bao cao su vào hố xí.
 - d. Cả a, b, c đúng
 - e. Chỉ b, c đúng.

HƯỚNG DẪN CÁCH DÙNG THUỐC TRÁNH THAI LOẠI VIÊN KẾT HỢP ESTRO-PROGESTOGEN

BS. ÂU NHỰT LUÂN
ThS. KHÚC MINH THÚY

Mục tiêu

1. Hướng dẫn thành thạo cách dùng thuốc tránh thai loại kết hợp estro-progestogen.
2. Kể được các chống chỉ định của thuốc tránh thai loại kết hợp estro-progestogen.
3. Kể được các chỉ định ngưng thuốc tránh thai loại kết hợp estro-progestogen.

1. MỞ ĐẦU

Thuốc viên tránh thai phối hợp loại estro-progestogen (Combined Oral Contraceptive Pills – COCs) là phương tiện tránh thai sử dụng các dẫn xuất steroids. Thuốc được cấu tạo bởi một estrogen, thường là estrogen tổng hợp và một dẫn xuất steroid có hoạt tính progestogenic, tức là progestogen.

2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH CỦA COCs

Chủ yếu là các chống chỉ định liên quan đến ethinyl estradiol:

- Tiền sử viêm tắc tĩnh mạch, thuyên tắc mạch do huyết khối.
- Bệnh lý mạch vành hay mạch não.
- Nghi ngờ hay đã biết khối ung thư vú.
- Ung thư nội mạc tử cung.
- Tăng sinh nội mạc tử cung lệ thuộc estrogen.
- Xuất huyết tử cung bất thường chưa rõ nguyên nhân.

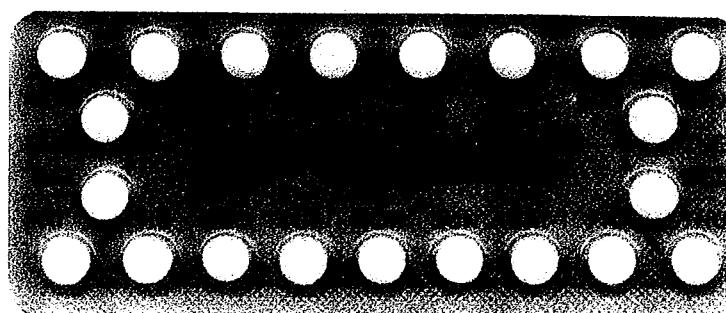
Phụ nữ trên 35 tuổi không còn là chống chỉ định của COCs trừ khi có hút thuốc lá.

Tiểu đường type 1 cũng không phải là chống chỉ định của COCs do progestogen chỉ gây một tình trạng kháng insulin nhẹ.

3. CÁC DẠNG TRÌNH BÀY THƯƠNG MẠI

3.1. Dạng vỉ 21 + 7 viên: gồm 21 viên thành phần giống hệt nhau và 7 viên còn lại chứa placebo. Được đánh số thứ tự từ 1 đến 28, khởi đầu bằng một viên có hoạt chất và kết thúc bằng 7 viên placebo. Khởi đầu vỉ thuốc ở viên mang số 1.

3.2. Dạng vỉ 21 viên: gồm 21 viên có thành phần giống hệt nhau. Các viên không được đánh số thứ tự mà được cho 1 “ngày thứ”. Vỉ thuốc có thể bắt đầu bằng bất cứ viên thuốc nào và sẽ kết thúc bằng viên liền kề bên nó, ngược chiều kim đồng hồ.

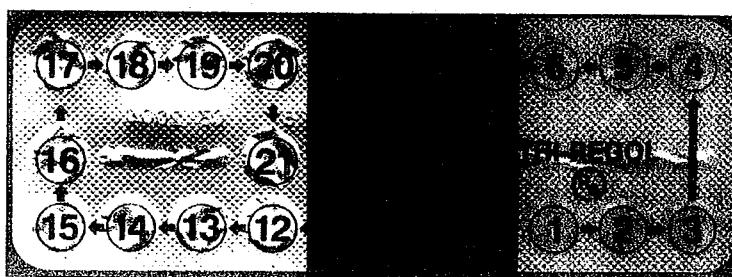


Hình 1: Dạng vỉ 21 viên

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

3.3. Dạng 3 pha: gồm 21 viên có thành phần không giống nhau, chia ra 3 pha khác nhau, theo trình tự nghiêm ngặt. Vỉ thuốc bắt đầu bằng 1 viên ít progestogen, đánh số 1, tiếp theo bằng các viên thuộc pha 1, các viên giữa vỉ chứa nhiều ethinyl estradiol, và

kết thúc bằng các viên có chứa nhiều progestogen, được đánh số 21. Dạng trình bày này không đánh “thứ” trên vỉ thuốc và chỉ cho phép khởi đầu vỉ thuốc ở viên mang số 1.



Hình 2: Dạng vỉ 21 viên 3 pha

4. KHỞI ĐẦU VỈ THUỐC THỨ NHẤT

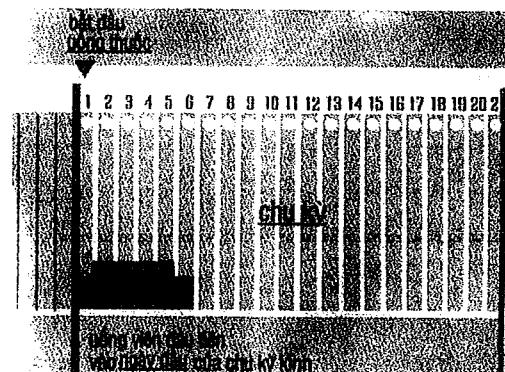
Khởi đầu càng sớm càng tốt trong chu kỳ, trước khi xảy ra hiện tượng phát triển và chọn lọc nang noãn tại buồng trứng, tức là *trước ngày thứ 6 của một chu kỳ kinh*.

4.1. Dạng vỉ 21 + 7 viên và dạng 3 pha: uống viên MANG SỐ 1 của vỉ thứ NHẤT vào ngày thứ NHẤT của một lần hành kinh bình thường. Không uống muộn hơn ngày thứ 3.

4.2. Dạng vỉ 21 viên: có thể khởi đầu vỉ thuốc bằng MỘT VIÊN BẤT KỲ, CÓ GHI “THỨ” TƯƠNG ỨNG VỚI NGÀY KHỞI ĐẦU UỐNG THUỐC, viên này qui ước là viên thứ nhất của vỉ thứ nhất. Không uống muộn hơn ngày thứ 3 của một lần kinh bình thường.

5. UỐNG THUỐC HÀNG NGÀY

Kể từ viên thuốc thứ nhì trở đi, người sử dụng sẽ uống mỗi ngày một viên theo chiều mũi tên in trên vỉ thuốc vào một giờ nhất định. Viên thuốc với nồng độ hoạt chất càng



Hình 3: Khởi đầu vỉ thuốc tránh thai thứ nhất

thấp thì giờ uống thuốc càng bắt buộc phải được tuân thủ nghiêm ngặt. Nên uống vào buổi tối trước khi đi ngủ để ít bị quên thuốc.

Người dùng thuốc luôn kiểm tra đối chiếu “ngày thứ” của lịch với “ngày thứ” ghi trên vỉ thuốc nếu họ đang dùng vỉ 21 viên.

Người dùng thuốc nên ghi ngày tháng vào mặt sau của viên thuốc khi bắt đầu vỉ thuốc nếu họ đang dùng loại 21 + 7 viên hay loại 3 pha.

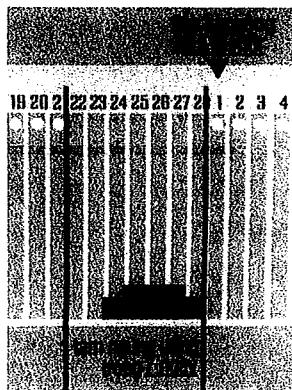
HƯỚNG DẪN CÁCH DÙNG THUỐC TRÁNH THAI LOẠI VIÊN KẾT HỢP ESTRO-PROGESTOGEN

Không dùng thuốc tránh thai chung với các loại kháng sinh phổ rộng, kháng lao làm ảnh hưởng đến khả năng ức chế FSH do chu trình gan-ruột của ethinyl estradiol bị bẻ gãy. Các Barbiturate cũng ảnh hưởng nhiều đến hấp thu và chuyển hóa ở gan thì đều của cả ethinyl estradiol và progestogen.

6. UỐNG VỈ THUỐC THỨ HAI VÀ CÁC VỈ THUỐC VỀ SAU

6.1. Dạng vỉ 21 + 7 viên: sau khi uống viên cuối cùng thứ 28, viên thuốc đầu tiên của vỉ thứ nhì được dùng ngay đêm hôm sau.

6.2. Dạng vỉ 21 viên hay 3 pha: viên đầu tiên của vỉ thứ nhì được dùng vào ngày thứ 8 sau khi kết thúc vỉ thứ nhất, tức có một khoảng nghỉ 7 ngày không uống thuốc.



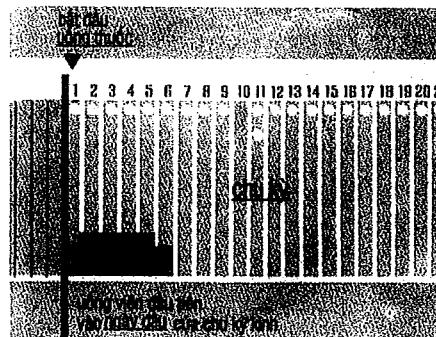
Hình 4: Khởi đầu vỉ thứ nhì với dạng vỉ 21 viên

Hiện tượng “hành kinh” sẽ xảy ra trong khi đang uống viên placebo – đối với tình huống 6.1. hay trong khoảng nghỉ 7 ngày – đối với tình huống 6.2.

Nếu không thấy hành kinh trong khi uống viên placebo hay trong khoảng nghỉ nên tham vấn ý kiến chuyên khoa.

7. QUÊN UỐNG MỘT VIÊN THUỐC

Uống viên thuốc bị quên NGAY THỜI ĐIỂM NHỚ HAY PHÁT HIỆN RA. Tối hôm đó vẫn tiếp tục uống thuốc như thường lệ.



Hình 5: Cách uống bù khi quên một viên thuốc

8. QUÊN UỐNG HAI VIÊN THUỐC LIÊN TIẾP

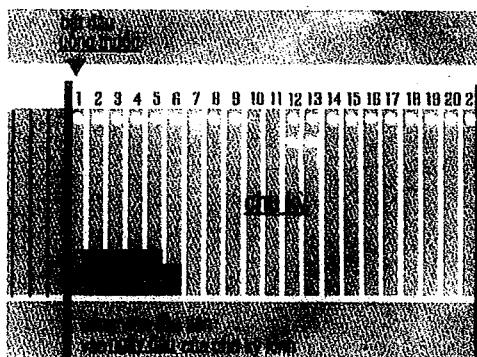
Cần phân biệt 2 trường hợp:

8.1. Quên uống 2 viên thuốc 2 ngày liên tiếp TRONG KHOẢNG $\frac{3}{4}$ ĐẦU (15 VIÊN ĐẦU) của vỉ thuốc. Trong tình huống này, uống [1 VIÊN X 2 LẦN] ngày phát hiện quên thuốc. Uống [1 VIÊN x 2 LẦN] ngày kế tiếp. Kể từ ngày thứ 3, uống 1 viên mỗi ngày như thường lệ. Nhớ rằng THUỐC KHÔNG CÒN HIỆU QUẢ TRÁNH THAI kể từ thời điểm uống thuốc bù. Phải sử dụng một phương pháp tránh thai hỗ trợ kèm theo. Việc duy trì uống thuốc chỉ nhằm mục đích ngăn chặn xuất huyết tử cung do ngưng thuốc quá sớm.

8.2. Quên uống 2 viên thuốc của 2 ngày liên tiếp TRONG KHOẢNG 5 VIÊN CUỐI CÙNG CỦA VỈ THUỐC 21 VIÊN. Trong tình huống này, ngưng uống và chờ ra kinh trở lại.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

8.3. Nếu quên uống HAI HAY NHIỀU VIÊN KHÔNG LIÊN TIẾP trong cùng một vỉ thuốc, khả năng có thai ngoài ý muốn tăng cao.



Hình 6: Cách uống bù khi quên 2 viên thuốc liên tiếp

5. KHI NÀO PHẢI NGƯNG COCs

- Có thai.
- Muốn có thai.
- Muốn thay đổi phương pháp tránh thai.
- Xuất hiện chống chỉ định.
- Không dung nạp được tác dụng phụ như ói, đau vú...

- Cần đánh giá lại xem thuốc có phù hợp không nếu có:
 - Vô kinh, thiểu kinh.
 - Rong kinh, rong huyết.
 - Đau vú nhiều.

Với các thuốc hiện nay, không cần ngưng uống thuốc định kỳ. Khoảng nghỉ ngày không thuốc giữa 2 vỉ thuốc là đủ để cân bằng rối loạn về lipid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Chuẩn mực quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 06-2002
2. E.B. Connell, Estrogen and Progestogen, Churchill Livingstone Ed, 1999.
3. The Population Coucil, The Copper T 380 intrauterine device, A sumary of scientific data. NY 1992.
4. The World Health Organization, Progress in Reproductive Health Research, Geneva, N.60, 2002.
5. Thomas Rabe, Benno Runnebaum, Fertility control, update and trends, Springer Ed, Heidelberg 1999.

HƯỚNG DẪN CÁCH DÙNG THUỐC TRÁNH THAI LOẠI VIÊN KẾT HỢP ESTRO-PROGESTOGEN

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Estrogen dùng trong viên thuốc tránh thai phối hợp là:
 - a. 17 β -OH Estradiol.
 - b. Estrone.
 - c. Estriol.
 - d. Estradiol Valerate.
 - e. Ethinyl Estradiol
2. Trong viên thuốc tránh thai phối hợp, chất đem lại hoạt tính progesterone cho viên thuốc là:
 - a. Progesterone tự nhiên vi tinh thể hóa (Micronised progesterone).
 - b. Dẫn xuất từ Ester của progesterone.
 - c. Dẫn xuất từ Nor-testosterone.
 - d. Dẫn xuất từ Nor-progesterone.
 - e. Đồng phân lập thể của progesterone.
3. Nguy cơ gây ra do thành phần estrogen trong viên thuốc tránh thai phối hợp là:
 - a. Dễ bị tiểu đường type 2.
 - b. Thuyên tắc mạch do huyết khối.
 - c. Dễ bị nhiễm trùng.
 - d. Rong huyết.
 - e. Dị tật bẩm sinh thai.
4. Về hình thức trình bày thương mại của viên thuốc tránh thai phối hợp, CHỌN CÂU SAI:
 - a. Vỉ thuốc dạng 21 + 7 viên, có 7 viên cuối vỉ chứa placebo đánh số thứ tự từ 1-28.
 - b. Vỉ thuốc dạng 3 pha không đánh "Thứ" trên vỉ thuốc.
 - c. Dạng vỉ 21 viên không có các viên chứa placebo không đánh số thứ tự.
 - d. Dạng vỉ 3 pha bắt đầu bằng một viên chứa ít estrogen. Các viên thuốc giữa vỉ chứa nhiều progestogen và kết thúc bằng viên chứa ít progestogen.
 - e. Dạng vỉ 21 + 7 viên không đánh "Thứ" trên vỉ thuốc.
5. Viên thứ NHẤT của vỉ thứ NHÌ của COCs được uống vào, CHỌN MỘT CÂU SAI:
 - a. Đối với dạng 21 + 7 viên, uống vào ngày đầu hôm sau khi chấm dứt vỉ thứ 1.
 - b. Đối với dạng 3 pha uống vào ngày thứ 8 sau khi kết thúc vỉ 1.
 - c. Ngày sạch kinh thứ 1 của 1 kỳ hành kinh kéo dài 5 ngày.
 - d. Đối với dạng 21 viên uống vào ngày thứ 3 sau khi kết thúc vỉ 1.
 - e. Ngay sau khi cai sữa mẹ cho bé.
6. Phụ nữ đang uống COCS loại vỉ 21 viên, 3 pha. Vào đêm thứ 8, 9 của vỉ thuốc bà ta quên uống thuốc. Bà ấy phát hiện quên uống vào sáng ngày hôm sau (sáng ngày thứ 10). Trong trường hợp này bà ta phải, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:
 - a. Uống ngay 2 viên lúc phát hiện quên thuốc và tối uống 1 viên như thường lệ.
 - b. Uống ngay 1 viên lúc phát hiện quên thuốc + tiếp tục uống mỗi tối 1 viên như thường lệ.
 - c. Ngưng thuốc lập tức dùng phương pháp ngừa thai khác hỗ trợ.
 - d. Uống bù ngay lập tức 1 viên và tối uống 1 viên như thường lệ.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- e. Uống bù 2 viên lập tức và tối hôm đó không uống thuốc.
7. Một phụ nữ đang uống COCs vỉ đầu tiên dạng 21 + 7 viên vào đêm thứ 10 của vỉ thuốc, bà ta quên uống. Sáng hôm sau, bà ta phát hiện quên uống thuốc. Trong trường hợp này bà ta phải, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:
- Uống bù lập tức 2 viên, đêm đó vẫn uống thuốc bình thường.
 - Uống bù lập tức 2 viên, đêm đó không uống thuốc.
 - Uống bù lập tức 1 viên, đêm đó không uống thuốc.
 - Uống bù lập tức 1 viên, đêm đó uống 1 viên.
 - Ngưng uống vỉ thuốc đó, chờ sạch kinh uống lại vỉ mới.
8. Một phụ nữ đang uống thuốc tránh thai loại COCs có dạng trình bày 21 viên, một pha. Vào đêm thứ 20 của vỉ thuốc, bà ta quên uống thuốc. Bà ta phát hiện mình quên uống thuốc vào buổi sáng ngày hôm sau (sáng ngày thứ 21). Trong trường hợp này bà ta phải, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:
- Uống bù ngay lập tức 2 viên, đêm đó không uống thuốc.
 - Ngưng vỉ thuốc ngay và tạm thời áp dụng một cách tránh thai khác.
 - Uống bù ngay lập tức 1 viên, đêm đó không uống thuốc.
 - Uống bù ngay lập tức 1 viên, đêm đó uống thêm 1 viên thuốc.
- e. Ngưng vỉ thuốc ngay, bắt đầu một vỉ thuốc mới với khoảng nghỉ tổng cộng 7 ngày kể cả ngày quên thuốc.
9. Một phụ nữ đang uống COCs loại có dạng trình bày vỉ 21 viên, 3 pha. Vào đêm thứ 6 của vỉ thuốc, bà ta quên uống thuốc. Bà ta phát hiện mình quên uống thuốc vào buổi sáng ngày hôm sau (sáng ngày thứ 7). Trong trường hợp này bà ta phải, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:
- Uống bù ngay lập tức viên thứ 6 và viên thứ 7, đêm đó không uống thuốc.
 - Ngưng vỉ thuốc ngay và tạm thời áp dụng một cách tránh thai khác.
 - Uống bù ngay lập tức 1 viên của đêm thứ 6, đêm đó uống thêm 1 viên thuốc của đêm thứ 7.
 - Uống bù ngay lập tức 1 viên của đêm thứ 6. Sau đó, vào đêm thứ 7
 - Uống bù ngay lập tức 1 viên của đêm thứ 6. Sau đó vào đêm hôm ấy (đêm của viên thứ 7), bắt đầu một vỉ thuốc 3 pha mới.
10. Tình huống nào sau đây KHÔNG PHẢI LÀ LÝ DO để ngưng COCs phối hợp:
- Phát hiện có thai khi đang uống thuốc.
 - Muốn có thai lại.
 - Rong kinh.
 - Chuẩn bị phẫu thuật vùng chậu.
 - Sau 2 năm dùng thuốc liên tục.

THUỐC TRÁNH THAI KHẨN CẤP

ThS. TÔ MAI XUÂN HỒNG

Mục tiêu

- Nêu được 3 cơ chế tác dụng của viên thuốc tránh thai khẩn cấp.
- Trình bày cách sử dụng viên tránh thai khẩn cấp.
- Kể được tác dụng phụ khi dùng viên tránh thai khẩn cấp.

1. PHÂN LOẠI VÀ CẤU TẠO

1.1. Công thức Yuzpe: có 2 dạng

- Viên thuốc được đóng gói liều cao chứa 50µg ethinyl estradiol và 250µg levonorgestrel (hoặc 500µg dinorgestrel)
- Viên liều thấp chỉ chứa 30µg ethinyl estradiol và 150µg levonorgestrel (hoặc 300µg dinorgestrel)

1.2. Viên chỉ chứa progestin liều cao

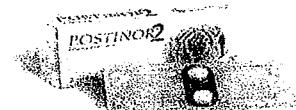
Còn gọi là Levonorgestrel-Emergency Contraception: LN-EC)

Vỉ thuốc gồm 2 viên, mỗi viên chứa 750µg levonorgestrel

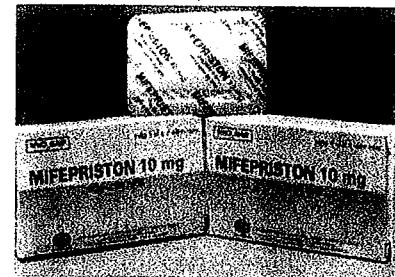
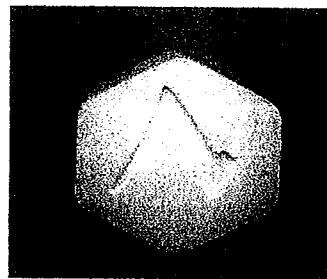
Tên thương mại là Postinor

1.3. Viên thuốc chứa Mifepristone (RU 486)

Vỉ thuốc gồm 1 viên chứa 10mg Mifepristone



Hình 1: Viên thuốc tránh thai khẩn cấp
(Nguồn: internet)



Hình 2: Viên thuốc tránh thai khẩn cấp RU 486
(Nguồn: internet)

2. ĐẶC TÍNH CHUNG VÀ CƠ CHẾ TÁC DỤNG

2.1. Đặc tính chung: Thuốc tránh thai khẩn cấp có các đặc tính sau:

- Phương pháp sử dụng 1 lần và không phải là phương pháp ngừa thai thường quy.

- Được sử dụng sau giao hợp.
- Mục đích chính của phương pháp là tránh thai cho lần giao hợp không bảo vệ vừa xảy ra.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

2.2. Cơ chế tác dụng

Viên thuốc tránh thai khẩn cấp dựa vào 3 cơ chế:

- Thay đổi chất nhầy cổ tử cung
- Ngăn cản sự rụng trứng (trong 60% trường hợp). Khi dùng vào đầu hoặc giữa pha noãn, nguy cơ có thai vào thời điểm này ít hơn 20%. Nếu dùng trong vòng 48giờ quanh rụng trứng (thời điểm này nguy cơ có thai là 30%), viên tránh thai khẩn cấp không cho thấy hiệu quả trong việc ức chế rụng trứng. Nếu giao hợp trước rụng trứng 2-6 ngày, dùng thuốc tránh thai uống có thể ức chế được sự rụng trứng và ngăn cản sự thụ thai.
- Thay đổi trên nội mạc tử cung (làm mỏng nội mạc tử cung), tuy nhiên không có bằng chứng cho thấy rằng viên tránh thai khẩn cấp cản trở sự làm tổ.

3. CÁCH SỬ DỤNG

- Đối với công thức Yuzpe liều cao: Liều đầu 2 viên dùng càng sớm càng tốt sau giao hợp không bảo vệ nhưng không quá 72giờ. Tiếp tục liều thứ 2 (2 viên) sau liều đầu 12giờ
- Đối với công thức Yuzpe liều thấp: Liều đầu 4 viên dùng càng sớm càng tốt sau giao hợp không bảo vệ nhưng không quá 72giờ. Tiếp tục liều thứ 2 (4 viên) sau liều đầu 12giờ
- Đối với Postinor (vỉ 2 viên): Uống viên thứ nhất càng sớm càng tốt trong vòng 72giờ sau khi giao hợp không bảo vệ, uống viên thứ hai cách viên thứ nhất 12giờ. Nếu dùng viên thứ nhất sau giao hợp không bảo vệ trong

vòng 12giờ, tỷ lệ có thai là 0,5% trong khi nếu dùng viên thứ nhất sau giao hợp 60-72giờ, tỷ lệ có thai là 4%.

- Đối với vỉ 1 viên (Mifepristone RU 486) uống ngay sau giao hợp (có thể uống trong vòng 12giờ sau giao hợp nhưng khuyên dùng càng sớm càng tốt). Khi so sánh với thuốc viên tránh thai uống, có ít tác dụng phụ hơn và tỷ lệ có thai thấp hơn.

4. CHỈ ĐỊNH

- Quan hệ tình dục không bảo vệ hoặc “tai nạn ngừa thai” (bao cao su thủng).
- Nạn nhân bị cưỡng bức tình dục.
- Phụ nữ trên 35 tuổi, hút thuốc lá.
- Phụ nữ đang cho con bú.
- Phụ nữ không dùng được viên tránh thai phối hợp.
- Bệnh lý nội khoa chống chỉ định dùng viên tránh thai phối hợp: bệnh HC liềm, tiền sử bị thuyên tắc tĩnh mạch, migraine.

5. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ có thai.
- Ra huyết âm đạo bất thường chưa được chẩn đoán.
- Bệnh lý thiếu máu cơ tim nặng.
- Tiền căn thai ngoài tử cung.

6. CÁC LUU Ý KHI DÙNG THUỐC TRÁNH THAI KHẨN CẤP

- Tỷ lệ thất bại của viên tránh thai khẩn cấp # 0 – 2,4%, thay đổi theo tuổi: cao gấp 3,1 lần đối với phụ nữ 25 – 29tuổi, giảm xuống 0,3 lần ở phụ nữ trên 30tuổi

THUỐC TRÁNH THAI KHẨN CẤP

- Nếu không có kinh trong vòng 21 ngày sau dùng thuốc thì nên sử dụng test thử thai ngay.
- Tác dụng phụ thường thấy nhất là nôn ói và buồn nôn (15-66%), thường đáp ứng tốt với thuốc chống nôn. Nếu nôn ói trong vòng 2 giờ sau khi uống thuốc, phải dùng thuốc lại
- Phải tái khám khi có xuất huyết âm đạo kéo dài.
- Không dùng quá 2 lần trong một tháng và không được sử dụng như một biện pháp tránh thai thường xuyên.

- Viên tránh thai khẩn cấp thường không có tác dụng gây sẩy thai và không gây quái thai nếu có thai sau khi dùng thuốc thất bại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Edmond KD, Dewhurst's. Textbook of Obstetrics and Gynaecology, Blackwell Publishing 2007, p. 310-311.
2. Pernoll ML. Handbook of Obstetrics and Gynaecology. Mac Graw-Hill 2001, p 737-738.
3. Pitkin J, Peattie AB, Magowan BA. Obstetrics and Gynaecology, Churchill Livingstone, p.108-110.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Viên thuốc tránh thai khẩn cấp chứa thành phần nào sau đây:
 - a. Desogestrel.
 - b. Norgestrel.
 - c. Levonorgestrel.
 - d. Medroxy progesterone acetate.
 - e. Tất cả đều sai.
2. Điều nào sau đây đúng khi nói về cơ chế của thuốc tránh thai khẩn cấp:
 - a. Ức chế rụng trứng là cơ chế chủ yếu.
 - b. Ức chế rụng trứng nếu dùng trong vòng 48 giờ quanh rụng trứng.
 - c. Thay đổi chất nhầy cổ tử cung.
 - d. Thay đổi trên nội mạc tử cung nhằm ngăn cản sự làm tổ.
 - e. Thay đổi trên sự chuyển động của vòi trứng.
3. Hướng dẫn nào sau đây là đúng khi dùng viên tránh thai khẩn cấp:
 - a. Nên dùng càng sớm càng tốt sau khi giao hợp.
 - b. Nên dùng trong vòng 72 giờ sau giao hợp không bảo vệ.
 - c. Có thể dùng 2 viên cùng một lúc.
 - d. Câu a, b và c đều đúng.
 - e. Câu a, b và c đều sai.
4. Tác dụng phụ nào là thường gặp nhất khi dùng viên tránh thai khẩn cấp:
 - a. Gây quái thai (nếu thất bại).
 - b. Rong huyết ngay sau khi dùng thuốc.
 - c. Nôn và buồn nôn.
 - d. Vô kinh sau dùng thuốc.
 - e. Sẩy thai sau dùng thuốc.
5. Dấu hiệu nào gợi ý nguy cơ thất bại cao khi dùng viên thuốc tránh thai khẩn cấp?
 - a. Không có kinh trong vòng 21 ngày sau khi dùng thuốc.
 - b. Rong huyết từ ngay sau dùng thuốc.
 - c. Nôn ói trong vòng 4 giờ sau khi dùng thuốc.
 - d. Câu a, b và c đều đúng.
 - e. Câu a, b và c đều sai.

THUỐC TRÁNH THAI DẠNG TIÊM

DEPO MEDROXYPROGESTERONE ACETATE (DMPA)

PGS.TS. HUỲNH NGUYỄN KHÁNH TRANG

Mục tiêu

- Liệt kê chỉ định và chống chỉ định dùng DMPA.
- Trình bày được cơ chế, ưu và nhược điểm khi dùng DMPA.
- Mô tả cách tiêm, các tác dụng phụ thường gặp và cách xử trí.

1. ĐẠI CƯƠNG

Depo Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) là một dạng nội tiết tránh thai dùng bằng đường tiêm bắp, có tác dụng kéo dài trong 3 tháng.

Thuốc ngừa thai chích DMPA đã được sử dụng trên thế giới hơn 20 năm. Tại Mỹ, DMPA được Hiệp hội thuốc và thực phẩm Hoa kỳ (FDA) cho phép sử dụng từ năm 1992. Tại Việt Nam, DMPA cũng được Bộ Y

tế Việt Nam cho phép sử dụng từ năm 1992-1993.

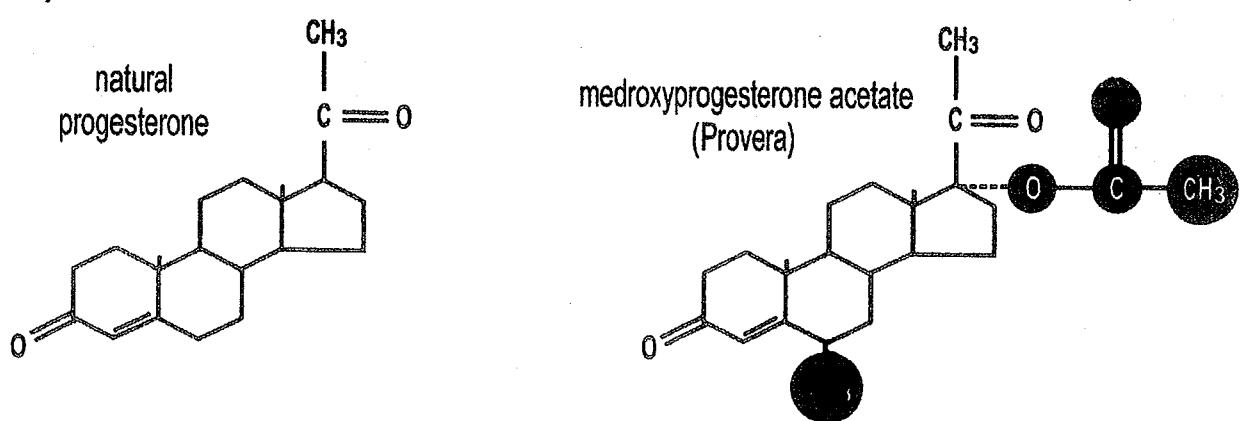
DMPA là biện pháp tránh thai (BPTT) tạm thời có hiệu quả cao (tỷ lệ thất bại <1%).

2. ĐẶC ĐIỂM

2.1. Cấu tạo hóa học của DMPA

DMPA chứa 150mg Depo Medroxyprogesterone acetate

Công thức hóa học:



Hình 1. Công thức hóa học của Progesterone và DMPA

2.2. Dược động học

Thuốc DMPA được dùng bằng đường tiêm bắp sâu, có thể xác định thuốc trong hệ tuần hoàn 30 phút sau khi tiêm, tuy nhiên để đạt được nồng độ ngừa thai (> 0,5ng/ml), thường phải 24 giờ sau tiêm thuốc.

Nồng độ DMPA ổn định bình nguyên trong máu suốt 3 tháng, sau thời gian này thuốc được đào thải từ từ và không xác định được 7-9 tháng sau tiêm.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

2.3. Cơ chế tác dụng

Cơ chế chủ yếu của DMPA là ức chế rụng trứng bằng cách ức chế đỉnh LH (tác dụng ức chế này mạnh hơn so với Norplant).

Ngoài ra, DMPA cũng có một số tác dụng tránh thai khác như:

- Làm đặc chất nhầy cổ tử cung ngăn cản sự xâm nhập của tinh trùng đến nơi gặp trứng.
- Làm nội mạc tử cung trở nên mỏng hơn, không thuận tiện cho trứng thụ tinh làm tổ.

2.4. Ưu và nhược điểm

2.4.1. Ưu điểm

- Hiệu quả tránh thai cao (99,6%, một vài nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ thất bại là 0,1%/ 1 năm, 0,4%/2 năm hay 03 thai kỳ/100 phụ nữ năm).
- Tác dụng lâu dài (3 tháng/mũi).
- Kín đáo, thuận tiện.
- Có thể dùng cho phụ nữ đang cho bú, những người có chống chỉ định dùng estrogen.
- Giảm lượng máu kinh.
- Ngăn ngừa tình trạng u xơ tử cung, u vú, ung thư nội mạc tử cung, viêm vùng chậu, u buồng trứng.

2.4.2. Nhược điểm

- Có thể gây một số bất thường về kinh nguyệt như: mất kinh (thường sau 9-12 tháng sử dụng), kinh kéo dài (thường sau 1-2 tháng sử dụng).
- Thuốc có tác dụng kéo dài sau khi tiêm nên không thể lấy thuốc ra khi cần mà phải chờ hết thời gian tác dụng của thuốc (3 tháng).

- Khả năng hồi phục sinh sản sau dùng thuốc thường chậm (2-4 tháng chậm hơn so với những BPTT khác).
- Không ngừa được các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

2.4. Cách bảo quản

- Thuốc cần được bảo quản ở nhiệt độ phòng 15-25°C.
- Tránh ẩm ướt.
- Tránh ánh sáng mặt trời chiếu trực tiếp vào thuốc.



Hình 2. Dạng đóng gói của Depo-Provera 150mg

3. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chỉ định

- DMPA dùng cho phụ nữ muốn tránh thai tạm thời bằng nội tiết niêm, tuy nhiên thời gian muốn tránh thai nên ít nhất là 2 năm.
- DMPA có thể dùng cho phụ nữ đang cho con bú (tiêm sớm nhất là 6 tuần sau sanh).
- DMPA có thể dùng cho các phụ nữ có chống chỉ định dùng estrogen hay bị tác dụng phụ do estrogen.

THUỐC TRÁNH THAI DẠNG TIÊM DEPO MEDROXYPROGESTERONE ACETATE (DMPA)

3.2. Chống chỉ định

- Có thai hay nghi ngờ có thai (gây sẩy thai hay nam hóa thai nhi nữ).
- Vị thành niên (Lưu ý: DMPA có thể dùng cho mọi lứa tuổi, nhưng đối với độ tuổi vị thành niên và nhóm phụ nữ > 45 tuổi DMPA có thể ảnh hưởng lên mật độ xương).
- Ra huyết âm đạo bất thường.
- Nghi ngờ bệnh ác tính sinh dục, ung thư vú.
- U vú, tim mạch, tiểu đường, bệnh lý gan gây rối loạn chức năng gan.
- Bệnh mạch máu não, rối loạn đông máu.
- Nhạy cảm với thuốc.

4. CÁCH DÙNG

4.1. Thời điểm tiêm

4.1.1. Mãi đầu tiên

- Trong chu kỳ kinh: trong vòng 7 ngày đầu của chu kỳ kinh nguyệt. Tuy nhiên có thể tiêm bất kỳ thời điểm nào của chu kỳ kinh nguyệt nếu như chắc chắn không có thai, khi đó cần kiêng giao hợp hay áp dụng 1 biện pháp tránh thai hỗ trợ khác trong vòng 2-7 ngày sau tiêm nếu có quan hệ tình dục.
- Sau phá thai: tiêm ngay hay trong vòng 7 ngày đầu sau phá thai, khi đó cần áp dụng 1 biện pháp tránh thai hỗ trợ khác trong vòng 2 ngày sau tiêm nếu có quan hệ tình dục.
- Sau sanh:
 - Nếu cho bú: 6 tuần sau sanh.
 - Nếu không cho bú: 3 tuần sau sanh.

- Chuyển từ một BPTT hiện tại khác: tiêm ngay khi ngừng BPTT khác

▪ BPTT có nội tiết: tiêm ngay nếu xác định chắc chắn không có thai và không cần dùng BPTT hỗ trợ.

▪ BPTT không nội tiết: tiêm trong 7 ngày đầu của chu kỳ kinh và không cần BPTT khác hỗ trợ. Nếu tiêm sau 7 ngày đầu chu kỳ kinh, phải sử dụng một BPTT hỗ trợ trong 2-7 ngày.

▪ Dụng cụ tử cung (DCTC)

Trong vòng 7 ngày đầu của chu kỳ kinh: tiêm ngay và lấy vòng.

Sau 7 ngày đầu của chu kỳ kinh: tiêm bất kỳ thời điểm nào nếu xác định không có thai, tuy nhiên DCTC nên lấy ra vào chu kỳ kinh sau nếu vẫn còn tác dụng tránh thai. Nếu DCTC không còn tác dụng tránh thai, lấy DCTC ngay và sau đó nếu có quan hệ tình dục phải sử dụng thêm một BPTT hỗ trợ khác.

4.1.2. Các mũi tiếp theo

- Thực hiện mỗi 3 tháng, có thể sớm hay muộn hơn 2 tuần.



Hình 3. Tiêm DMPA

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

4.2. Kỹ thuật tiêm

4.2.1. Chuẩn bị

- Kiểm tra hạn dùng, bao bì thuốc còn nguyên vẹn, và thuốc được bảo quản đúng cách.
- Bông, cồn hay cồn pha I-ốt sát khuẩn tại chỗ tiêm.
- Bơm tiêm 2-5 ml với kim cỡ 21.

4.2.2. Các bước thực hiện

- Khám lâm sàng, hỏi bệnh sử và tiền sử, xét nghiệm thử thai (đặc biệt quan trọng đối với những bệnh nhân vô kinh ở những mũi tiêm lặp lại).
- Nhẹ nhàng lắc kỹ thuốc trước khi rút, dùng bơm tiêm rút hết thuốc.
- Xác định vị trí tiêm, sát trùng vùng tiêm: cơ mông hay cơ delta.
- Đâm kim vào sâu trong cơ, rút ngược piston để kiểm tra không tiêm đúng vào mạch máu. Nếu không có máu, bơm thuốc từ từ đến khi hết.
- Rút kim và ấn vào vùng tiêm (tránh xoa vùng tiêm).
- Ghi giấy hẹn chích mũi tiêm sau, hướng dẫn khách hàng theo dõi sau tiêm.
- Lưu ý: các mũi tiêm sau cần thay đổi chỗ tiêm, để tránh tình trạng teo cơ.

4.2.3. Theo dõi sau tiêm

- Tức thời
 - Dị ứng thuốc.
 - Viêm nhiễm tại chỗ tiêm, áp xe.
- Lâu dài
 - Mang thai ngoài ý muốn.
 - Tác dụng phụ của thuốc.

5. TÁC DỤNG PHỤ

- Hệ thần kinh trung ương: nhức đầu, buồn nôn, hoa mắt hay trầm cảm.
- Tim mạch: phù, huyết khối gây thuyên tắc.
- Da: nổi mề đay, ngứa, mụn trứng cá, rụng tóc và rậm lông.
- Ngực căng và tiết dịch.
- Tiêu hóa: buồn nôn, ợ hơi, vàng da tắc mật.
- Hệ sinh dục: bất thường kinh nguyệt (rong kinh, rong huyết hay vô kinh).
- Mắt: tổn thương thần kinh thị giác.
- Tác dụng lên mật độ khoáng của xương gây giảm mật độ xương: 1.5 – 2.3% trong thời gian dùng DMPA. Sau khi ngưng thuốc, mật độ xương có khả năng khôi phục lại, càng trẻ khả năng khôi phục lại càng nhanh. Tuy nhiên chưa có đủ bằng chứng cho thấy DMPA là nguyên nhân gây ra tình trạng loãng xương hay gãy xương ở tuổi mãn kinh.
- Tăng cân (2,5 Kg/năm).
- Ngoài ra một số tác dụng phụ khác như: mệt mỏi (1,2%), kém ăn (0,6%), giảm libido (1,2%), nám da (1,9%)... được ghi nhận trong một số nghiên cứu.
- Thai ngoài tử cung: nguy cơ rất thấp so với người không tiêm DMPA.
- Khả năng phục hồi sinh sản sau ngừng thuốc: thời gian phóng noãn trở lại trung bình là 5 tháng, có những trường hợp trì hoãn đến 12-18 tháng.

Cách xử trí tác dụng phụ: Chủ yếu là những tác dụng phụ gây rối loạn kinh nguyệt.

THUỐC TRÁNH THAI DẠNG TIÊM DEPO MEDROXYPROGESTERONE ACETATE (DMPA)

- Rong huyết: 2/3 phụ nữ dùng DMPA có tình trạng này trong 3 tháng đầu sử dụng.
 - Điều trị:
 - Ibuprofen 800 mg x 2 lần/ngày x 5 ngày.
 - Ethinyl estradiol 20 mcg hay Premarin 1,25mg/ngày x 10-21 ngày.
- Vô kinh: thường không cần điều trị, chủ yếu là tư vấn cho bệnh nhân. Tuy nhiên, quan trọng nhất là phải xác định tình trạng vô kinh này do tác dụng phụ của thuốc hay do bệnh nhân vỡ kế hoạch và mang thai.

6. TƯƠNG TÁC THUỐC

- Rifampicin: giảm tác dụng tránh thai của DMPA.
- Thuốc chống co giật (phenytoin, barbiturate..): giảm tác dụng tránh thai của DMPA.
- Caffein: DMPA làm tăng tác dụng của caffeine.

7. KẾT LUẬN

DMPA là một biện pháp tránh thai tạm thời bằng cách dùng progestin đơn thuần qua đường tiêm, có tác dụng tránh thai cao và kéo dài song cũng có những tác dụng phụ. Do đó cần được tư vấn cẩn thận, khám lâm sàng và cận lâm sàng đầy đủ trước khi tiêm thuốc cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2009). Tài liệu hướng dẫn Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS, tr 286 -290.
2. Delia Scholes et als (2005). Change in bone mineral density among adolescents women using and discontinuing DMPA. Arch Pediatrics Adolescent medical ; 159: 139-144
3. Robert A. Hatcher, Mimi Zieman, Carrie Cwiak, Philip D. Darney, Mitchell D. Creinin, Harriet R. Stosur. Biên dịch: Trần Thị Lợi và cộng sự (2006). Hướng dẫn tránh thai, tr 125-134.4.
4. Xử trí tác dụng phụ của thuốc tiêm ngừa thai DMPA. Hội sản phụ khoa. Tạp chí phụ sản 9-2001

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Thuốc tiêm tránh thai DMPA 150mg có tác dụng tránh thai trong bao lâu?
 - a. 1 tháng.
 - b. 2 tháng.
 - c. 3 tháng.
 - d. 4 tháng.
 - e. 6 tháng
2. Cơ chế tác dụng quan trọng nhất của thuốc tiêm tránh thai DMPA:
 - a. Ức chế phóng noãn.
 - b. Ngăn cản sự làm tổ của trứng.
 - c. Làm đặc chất nhày cổ tử cung.
 - d. Làm teo niêm mạc tử cung.
 - e. Làm giảm nhu động ống dẫn trứng.
3. Phụ nữ đang cho con bú, muốn sử dụng DMPA tránh thai. Thời điểm thông thường là sau sinh:
 - a. 3 tuần.
4. Chế độ chuẩn (liều lượng và thời gian biểu) của thuốc Depo-provera là:
 - a. 100mg, 8 tuần một lần.
 - b. 100mg, 12 tuần một lần.
 - c. 150mg, 8 tuần một lần.
 - d. 150mg, 12 tuần một lần.
 - e. 150 mg, 16 tuần một lần.
5. Sau khi ngừng tiêm thuốc tránh thai, sự có thai trở lại không sớm hơn:
 - a. Ngay sau đó.
 - b. 3 tháng sau lần tiêm cuối cùng.
 - c. 9 tháng sau lần tiêm cuối cùng.
 - d. 18 tháng sau lần tiêm cuối cùng.
 - e. 36 tháng sau lần tiêm cuối cùng.

THUỐC TRÁNH THAI DẠNG QUE CẤY (IMPLANON)

PGS. TS. HUỲNH NGUYỄN KHÁNH TRANG

Mục tiêu

1. Liệt kê chỉ định và chống chỉ định dùng Implanon.
2. Trình bày được cơ chế, ưu và nhược điểm của que cấy Implanon.
3. Mô tả được kỹ thuật cấy và rút que Implanon.
4. Trình bày các tác dụng phụ thường gặp và cách xử trí.

1. ĐẠI CƯƠNG

Là thuốc dạng que cấy dưới da, Norplant đã được dùng từ thập niên 1980 và tỏ ra là một phương pháp tránh thai hiệu quả và an toàn. Song vì phải cấy dưới da từ 3 đến 5 que để có hiệu quả tránh thai từ 3 đến 5 năm nên việc cấy và rút que khá phức tạp và mất thời gian. Đến cuối thập niên 90, một dạng que cấy tránh thai khác là Implanon ra đời đã hạn chế những bất tiện nêu trên.

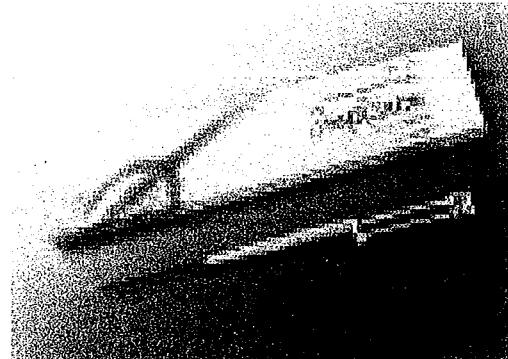
Từ năm 2003, Việt Nam đã triển khai kỹ thuật cấy que tránh thai Implanon. Phương pháp cấy que thuốc dễ dàng và thuận lợi vì thiết bị chỉ có một que thuốc và dụng cụ cấy dùng một lần duy nhất. Ngoài ra việc lấy que cũng dễ dàng.

2. CẤU TẠO

Dụng cụ cấy que tránh thai Implanon được sản xuất với dạng dùng một lần duy

nhất bao gồm thiết bị cấy và que cấy. Thiết bị cấy gồm thanh bit, kim tiêm có nòng chứa que thuốc, nắp bảo vệ. Que cấy gồm một que duy nhất nằm trong kim tiêm.

Thiết kế que cấy Implanon: dài 40mm, đường kính 2mm. Nhân que cấy chứa 68mg etonogestrel (là một loại progestin), phân tán đều trong một chất nền ethylenevinylacetate copolymer, được một màng EVA 0.06 bọc quanh.



Hình 1. Đóng gói của Implanon

Bảng 1. So sánh đặc điểm que Implanon và Norplant

Đặc điểm	Implanon	Norplant
Que	01	06
Hệ thống cấy	Ống cấy dùng 1 lần	Kim dùng nhiều lần
Chiều dài	40mm	34mm
Đường kính	2mm	2.4mm
Chất mang	Ethylenevinylacetate	Silastic
Thành phần hoạt tính	68mg Etonogestrel	216mg Levonorgestrel
Cấy/Rút	Nhanh	Chậm
Thời gian sử dụng	3 năm	6 năm

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

3. CƠ CHẾ TRÁNH THAI

Tốc độ phóng thích etonogestrel:

- 70mcg/ngày trong 5-6 tuần đầu sau cấy.
- 35-45mcg/ngày trong năm thứ 1.
- 30-40mcg/ngày trong năm thứ 2.
- 25-30mcg/ngày trong năm thứ 3.

Etonogestrel gắn chủ yếu với albumin: 95-99%.

Nồng độ Etonogestrel trong huyết thanh tăng nhanh trong 4 ngày đầu sau cấy, và chỉ sau 1 ngày là đã đạt được nồng độ ức chế phóng noãn. Sau đó, nồng độ etonogestrel giữ mức ổn định, tuy có thấp hơn nồng độ những ngày đầu sau cấy song vẫn giữ ở mức đủ ức chế phóng noãn.

Thời gian bán hủy: 25 giờ, thấp hơn thời gian bán hủy của Levonorgestrel trong orplant là 41,7 giờ.

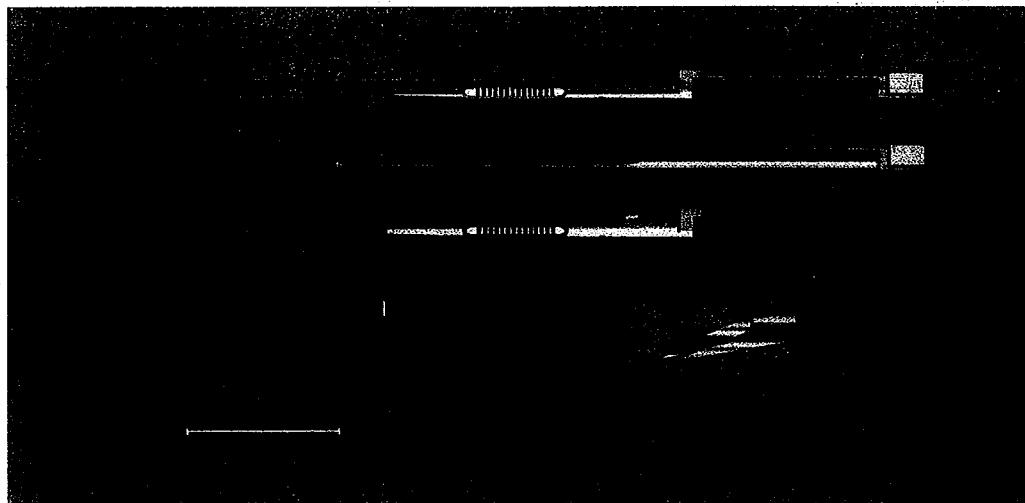
Tính khả dụng sinh học 94-99%.

Độ thanh thải khoảng 7,5L/h, chứng tỏ không có sự tích lũy Etonogestrel.

Etonogestrel thải qua nước tiểu 60% và phân 40%.

Trong vòng 1 tuần sau rút que, nồng độ Etonogestrel không còn thấy trong huyết thanh, chứng tỏ khả năng có thai lại nhanh chóng sau rút que. Tuy nhiên có sự gia tăng nhẹ nồng độ etonogestrel trong thời gian ngắn do thao tác rút que.

Tác dụng chính của Implanon là ức chế phóng noãn. Ngoài ra còn làm thay đổi chất nhầy cổ tử cung nhằm ngăn chặn sự xâm nhập của tinh trùng và làm nội mạc tử cung thay đổi không thuận lợi cho sự làm tổ của trứng thụ tinh.



Hình 2. Hình ảnh chi tiết của dụng cụ cấy que Implanon

4. CHỈ ĐỊNH – CHỐNG CHỈ ĐỊNH – KỸ THUẬT CẤY VÀ RÚT QUE

4.1. Chỉ định: tất cả phụ nữ trong tuổi sinh đẻ muốn tránh thai bằng phương pháp

implanon và không có chống chỉ định dùng thuốc.

4.2. Chống chỉ định

- Có thai hay nghi ngờ có thai.

THUỐC TRÁNH THAI DẠNG QUE CẤY (IMPLANON)

- Xuất huyết âm đạo chưa rõ nguyên nhân.
- Có u bướu phụ thuộc progesterone.
- Rối loạn nghẽn tĩnh mạch huyết khối.
- Đang mắc hay có tiền căn bệnh gan nặng và các thông số chức năng gan chưa trở về bình thường.
- Dị ứng với bất kỳ thành phần nào của thuốc.

4.3. Thời điểm cấy

- Chu kỳ kinh bình thường: từ ngày 1 đến ngày 5 của chu kỳ tự nhiên.
- Chuyển từ một biện pháp tránh thai hiện đại:
 - Thuốc tránh thai phối hợp: cấy từ ngày 1 đến ngày 7 sau viên nội tiết tránh thai phối hợp cuối cùng.
 - Thuốc viên, chích hay cấy chứa progesterone đơn thuần: bất cứ ngày nào của thuốc viên hay vào ngày đáng lẽ phải chích hay cấy. Tuy nhiên cần áp dụng một biện pháp hỗ trợ trong 7 ngày sau cấy.
- Sau sẩy hay phá thai 3 tháng đầu: ngay ngày sẩy hay phá thai.
- Sau sinh hay phá thai 3 tháng giữa: 3-4 tuần sau sanh hay sau phá thai 3 tháng giữa.

4.4. Tư vấn trước cấy

Nội dung tư vấn:

- Sàng lọc chỉ định và chống chỉ định.
- Nêu các lợi ích và bất lợi khi dùng que cấy tránh thai Implanon.

- Thời điểm cấy.
- Kỹ thuật cấy.
- Có thể ngưng sử dụng que Implanon ở bất kỳ thời điểm nào.
- Tác dụng phụ.
- Tỉ lệ thành công, thất bại và khả năng mang thai lại sau rút que.

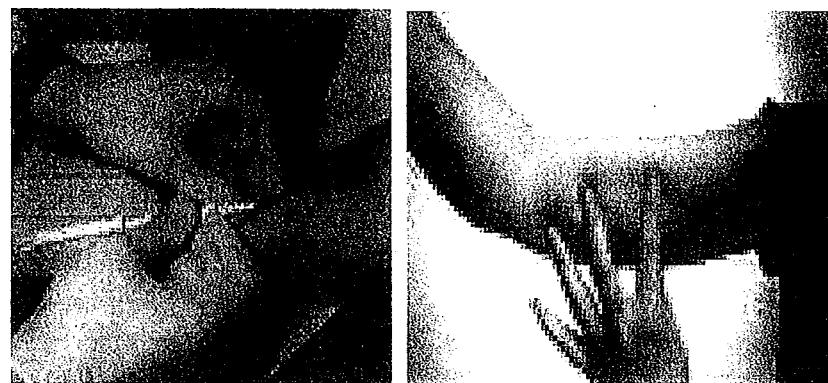
4.5. Kỹ thuật cấy

- Thời gian trung bình 2 phút.
- Vị trí cấy: mặt trong cánh tay, trên nếp gấp khuỷu 4cm, giữa cơ nhị và tam đầu cánh tay.
- Sát trùng nơi cấy.
- Gây tê vị trí cấy que.
- Kiểm tra que cấy trong nòng kim tiêm.
- Đưa kim vào dưới da vùng cấy, giữ cần và rút nòng để đưa que cấy vào vị trí cần cấy.
- Sát trùng, băng ép vùng đâm kim trong vòng 24 giờ.

4.6. Kỹ thuật rút que cấy

- Xác định vị trí que cấy, rút que ở vị trí đầu xa của que.
- Sát trùng vùng rạch da.
- Gây tê.
- Dùng dao phẫu thuật, rạch da theo chiều dọc que cấy khoảng 0,5cm ngay đầu xa que cấy.
- Dùng Kelly bắt đầu xa que và rút que.
- Sát trùng, băng ép cầm máu và giữ băng trong vòng 24 giờ.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



Hình 3. Vị trí cấy que Implanon

5. NHỮNG VẤN ĐỀ KHÓ KHĂN SỬ DỤNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ

5.1. Rối loạn kinh nguyệt

5.1.1. Vô kinh

Vô kinh là tình trạng thường gặp khi dùng thuốc cấy tránh thai. Thường không cần thiết điều trị, chỉ cần tư vấn cho bệnh nhân.

5.1.2. Ra máu thấm giọt hoặc kinh nguyệt không đều

- Tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc.
- Xử trí tình trạng rối loạn kinh nguyệt:
 - Ibuprofen (hoặc các thuốc kháng viêm không steroid khác).
 - Thuốc tránh thai kết hợp (progesterin: levonorgestrel) hoặc ethinyl estradiol trong 21 ngày nếu không có chống chỉ định estrogen.

5.1.3. Ra máu hoặc quá nhiều (từ gấp đôi bình thường trở lên) hoặc kéo dài (từ 8 ngày trở lên)

- Đây là tình trạng hiếm gặp, tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc.

- Có thể xử trí ban đầu như những khách hàng bị kinh nguyệt không đều. Thuốc tránh thai kết hợp với liều 50mcg ethinyl estradiol có thể hiệu quả hơn loại liều thấp.
- Nếu tình trạng ra máu nhiều xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh hoặc tiếp tục không hết hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh lý khác: cần khám toàn diện để tìm nguyên nhân. Trong quá trình khám, khách hàng vẫn có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai.

5.2. Đau hạ vị

Cần loại trừ nang và khối u buồng trứng, viêm ruột thừa, viêm vùng chậu, thai ngoài tử cung.

5.3. Các triệu chứng tại vị trí cấy

5.3.1. Đau sau khi cấy

- Hướng dẫn cho khách hàng.
 - Đảm bảo băng ép không quá chặt.
 - Thay băng ép mới.
 - Tránh đè mạnh vào vùng cấy trong vài ngày và tránh ép vào nếu sưng đau.
- Chỉ định aspirin hoặc các thuốc kháng viêm không steroid.

5.3.2. Nhiễm khuẩn vị trí cấy (đau, nóng, đỏ) hoặc áp xe (có mủ)

- Viêm nhiễm:
 - Rửa sạch vùng cấy bằng thuốc sát khuẩn hoặc nước xà phòng.
 - Chỉ định kháng sinh trong 7 ngày và tái khám. Nếu không đỡ, tháo que cấy.
- Áp xe:
 - Rửa sạch vùng viêm bằng thuốc sát khuẩn, rạch da và tháo mủ.
 - Có thể dùng kháng sinh uống.
 - Tháo que cấy (nếu tình trạng không ổn định).

5.4. Các bất thường khác

5.4.1. Nhức đầu

- Có thể dùng thuốc giảm đau như aspirin, ibuprofen hoặc paracetamol...
- Khám toàn diện nếu tình trạng nhức đầu không giảm hoặc nhiều hơn.
- Tháo que cấy và khuyên khách hàng sử dụng BPTT không có nội tiết nếu khách hàng bắt đầu bị nhức nửa đầu (migrain) có kèm mờ mắt hoặc bị nặng lên sau khi cấy, đặc biệt nếu kèm nhìn mờ, mất thị giác thoáng qua, mắt nổ đom đóm, rối loạn ngôn ngữ hoặc vận động. Trường hợp nhức nửa đầu không kèm mờ mắt vẫn có thể tiếp tục sử dụng que cấy nếu muốn.

5.4.2. Căng ngực

- Chườm ngực bằng khăn lạnh hoặc ấm.
- Có thể dùng thuốc giảm đau như aspirin, ibuprofen hoặc paracetamol...

5.4.3. Khách hàng bắt đầu sử dụng các thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin (các thuốc này có thể làm giảm tác dụng của thuốc ngừa thai).

- Nếu khách hàng sử dụng thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin kéo dài: cần chuyển sang BPTT khác.
- Nếu khách hàng sử dụng thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin trong thời gian ngắn: có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai kèm với các BPTT hỗ trợ.

5.4.4. Xuất hiện các dấu hiệu của bệnh nội khoa (như tắc mạch sâu ở chân hoặc phổi, thiếu máu cơ tim hoặc đột quỵ hoặc ung thư vú...)

Tháo que cấy hoặc chuyển tuyến để tháo và yêu cầu khách hàng sử dụng các BPTT hỗ trợ khác trong thời gian chẩn đoán bệnh.

5.4.5. Nghi ngờ có thai

- Xác định tình trạng thai.
- Yêu cầu khách hàng ngừng thuốc tránh thai nếu chắc chắn có thai. Không có bằng chứng về nguy cơ lên thai khi sử dụng thuốc tránh thai trong lúc mang thai.

5.5. Đối với khách hàng HIV(+).

- Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng thuốc cấy tránh thai.
- Khuyên khách hàng sử dụng kết hợp với bao cao su. Bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2009). Tài liệu hướng dẫn Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS, tr 291 -296.
2. Robert A. Hatcher, Mimi Zieman, Carrie Cwiak, Philip D. Darrney, Mitchell D. Creinin, Harriet R. Stosur. Biên dịch: Trần Thị Lợi và cộng sự (2006). Hướng dẫn tránh thai, tr 135-136.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Ở một phụ nữ có chu kỳ kinh nguyệt bình thường, thời điểm cấy Implanon tốt nhất là:
 - a. Ngay sau khi sạch kinh.
 - b. Giữa chu kỳ kinh.
 - c. Một tuần trước khi có kinh.
 - d. Ngày 1 -5 chu kỳ kinh.
 - e. Bất kỳ thời điểm nào.
2. Triệu chứng nào sau đây thường gặp sau cấy Implanon:
 - a. Nám mặt.
 - b. Tăng cân.
 - c. Vô kinh.
 - d. Đau bụng.
 - e. Buồn nôn.
3. Cơ chế tránh thai chính của Implanon là:
 - a. Úc chế rụng trứng.
 - b. Thay đổi chất nhầy cổ tử cung.
 - c. Làm tăng co thắt của tử cung.
4. Chống chỉ định của Implanon là (CHỌN CÂU SAI):
 - a. Xuất huyết âm đạo chưa rõ nguyên nhân.
 - b. Có u buồng phụ thuộc Progesterone.
 - c. Rối loạn nghẽn tĩnh mạch huyết khối.
 - d. Dị ứng với bất kỳ thành phần nào của thuốc.
 - e. Sau phá thai 9 tuần vô kinh.
5. Thời gian có tác dụng tránh thai của que cấy Implanon là:
 - a. 1 năm.
 - b. 2 năm.
 - c. 3 năm.
 - d. 4 năm.
 - e. 5 năm.

DỤNG CỤ TỬ CUNG TRÁNH THAI

GS. TS. NGUYỄN DUY TÀI

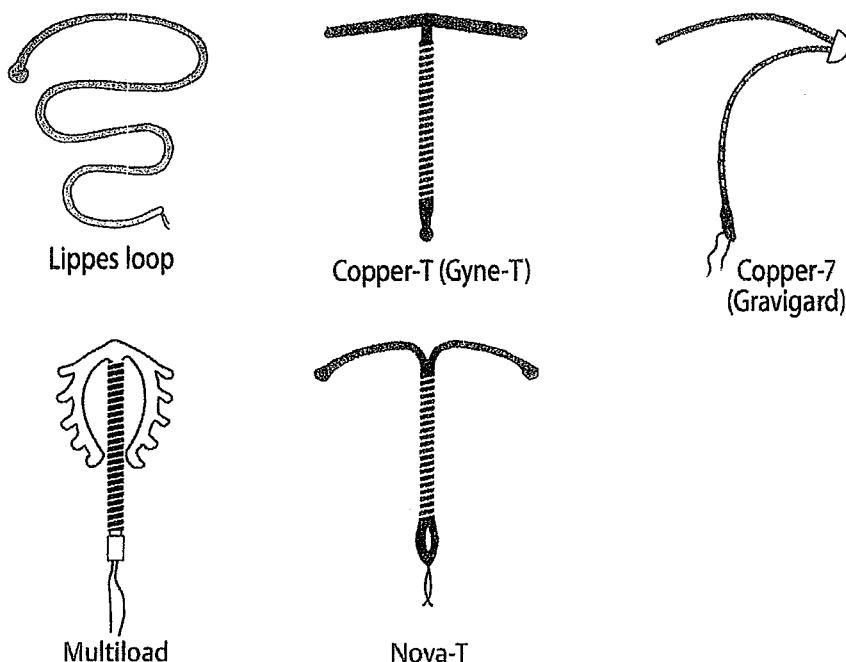
Mục tiêu

1. Kể tên được 3 loại dụng cụ tử cung (DCTC) tránh thai đang được sử dụng hiện nay.
2. Trình bày được cơ chế tác dụng của DCTC có đồng.
3. Trình bày được cơ chế tác dụng của DCTC có nội tiết tố.
4. Liệt kê được các khuyết điểm khi đặt DCTC.

1. CẤU TẠO VÀ PHÂN LOẠI: Dụng cụ tử cung là phương pháp tránh thai đáng tin cậy và có thể phục hồi.

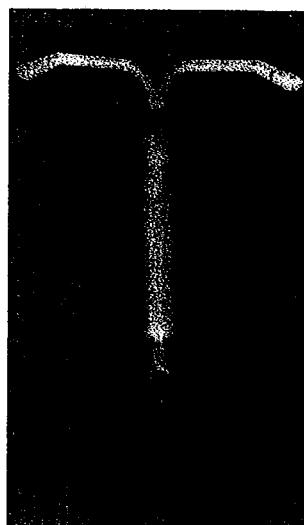
- Dụng cụ tử cung thế hệ thứ 1 (Dụng cụ tử cung trơ): Lippes, Loops, Dana.

- Dụng cụ tử cung thế hệ thứ 2 (Dụng cụ tử cung có đồng): TCu 200A, TCu 380A, Multiload... Chỉ số Pearl là 0,5-3,0.
- Dụng cụ tử cung thế hệ thứ 3 (Dụng cụ tử cung phóng thích hormon): chỉ số Pearl là 0,05 – 0,1.



Hình 1: Dụng cụ tử cung trơ và có đồng
(Nguồn hình: <http://www.mescape.com>)

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



Hình 2: Dụng cụ tử cung phóng thích hormon (Mirena)

(Nguồn hình: <http://www.mescape.com>)

2. ƯU ĐIỂM VÀ KHUYẾT ĐIỂM CỦA DỤNG CỤ TỬ CUNG

2.1. Ưu điểm: Ngừa thai có hồi phục, không gây rối loạn đông máu, ngừa thai có hiệu quả, rẻ tiền, và chủ động

2.2. Khuyết điểm

- Rối loạn менstrual (1 – 8%).
- Ra huyết âm đạo (44 – 59%).
- Đau bụng và đau lưng.
- Nhiễm khuẩn (0,14 – 0,96%)
- Thủng tử cung (0,016 – 0,068%)
- Thai ngoài tử cung (0,68 – 0,89%)
- Không tự đặt dụng cụ tử cung được

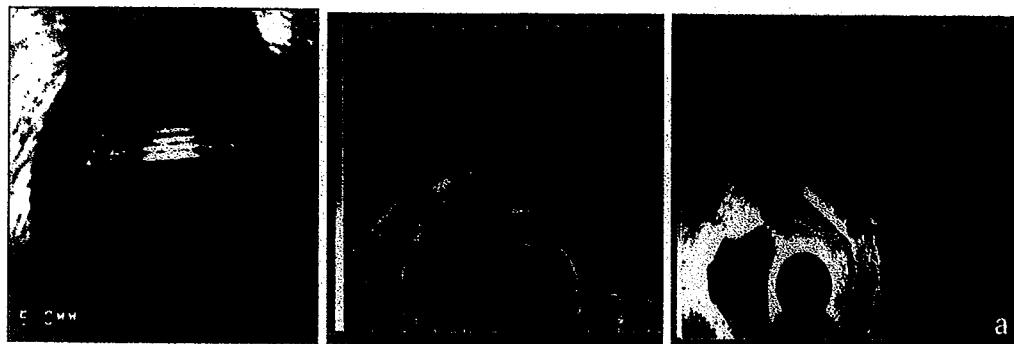
3. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, muốn áp dụng phương pháp tránh thai tạm thời nhưng dài hạn và không có chống chỉ định.

Dụng cụ tử cung cũng được dùng như một phương pháp tránh thai khẩn cấp.

Chống chỉ định đối với DCTC	<ul style="list-style-type: none">- Nhiễm trùng, viêm khu trú- Bất thường tử cung- Chảy máu đường sinh dục không rõ nguyên nhân- Sử dụng thuốc chống đông- Dị ứng với đồng
Điều kiện đối với đặt DCTC	<ul style="list-style-type: none">- Xét nghiệm thử thai (-)- Tế bào âm đạo (PAP Smear): bình thường
Kháng sinh dự phòng đối với đặt DCTC	<ul style="list-style-type: none">- Không cần thiết
Chỉ số PEARL	<ul style="list-style-type: none">- 0.5–3.0 (DCTC thế hệ 2)- 0.05–0.1 (DCTC thế hệ 3)
Tác dụng phụ	<ul style="list-style-type: none">- Sự tổng xuất của DCTC (1–8%)- Thủng tử cung (0.12–0.68/1000)- Viêm khu trú(1.4–9.6/1000)- Thai ngoài tử cung (6.8–8.9/1000/10 năm)- Rối loạn kinh nguyệt (2–5%)- Chảy máu rỉ rả, đau bụng kinh (44–59%)
Theo dõi	<ul style="list-style-type: none">- Siêu âm đường âm đạo ngay sau khi đặt dụng cụ- Siêu âm đường âm đạo sau 6 tuần- Khám phụ khoa hằng năm

(Nguồn: Module for post-training of reproductive care)



Hình 3, 4, 5: Siêu âm kiểm tra sau đặt DCTC
(Nguồn: Module for post-training of reproductive care)

4. KỸ THUẬT ĐẶT DỤNG CỤ TỬ CUNG MULTILOAD, TCU380A VÀ MIRENA

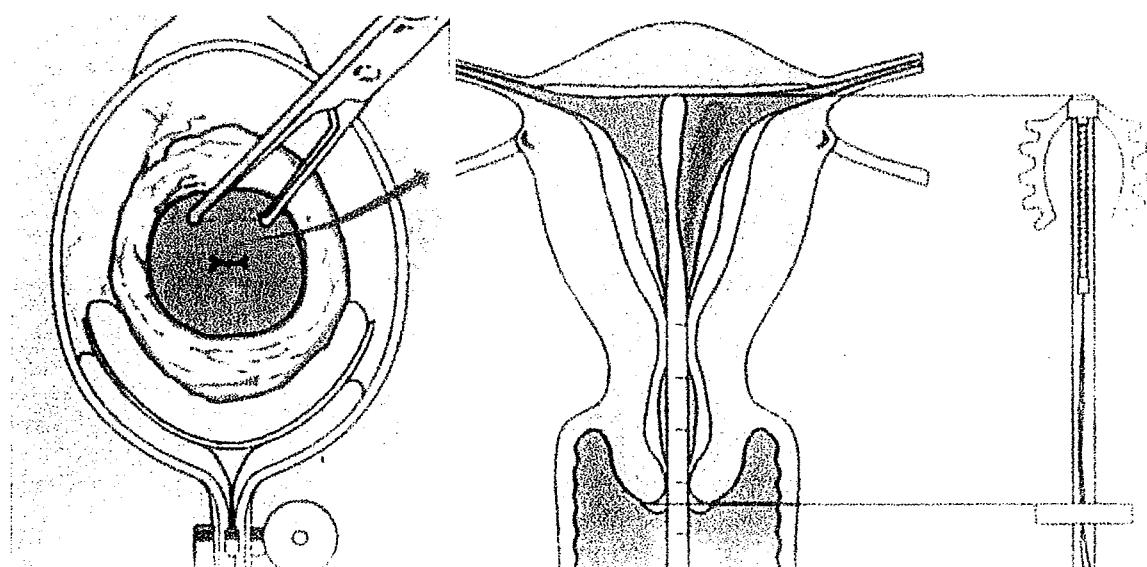
4.1. Chuẩn bị đặt

- Chuẩn bị khách hàng: khám, tư vấn và loại trừ các chống chỉ định. Nhắc khách hàng đi tiểu trước khi đặt DCTC.
- Chuẩn bị dụng cụ: kiểm tra dụng cụ có còn trong thời hạn sử dụng.

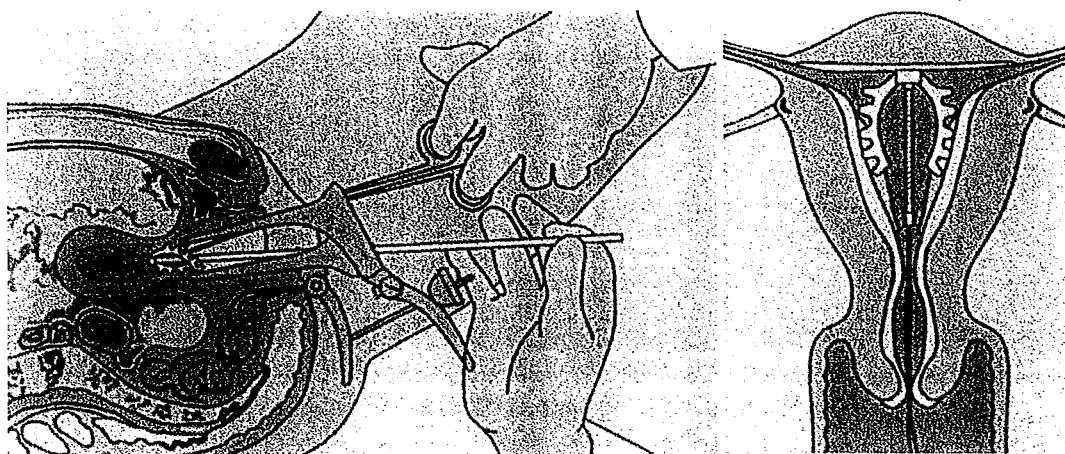
4.2. Thao tác đặt

- Sát trùng âm hộ.

- Đặt mỏ vịt và sát trùng âm đạo và cổ tử cung.
- Bộc lộ cổ tử cung và cố định cổ tử cung bằng Pozzi.
- Đo buồng tử cung.
- Lắp dụng cụ tử cung vào ống đặt.
- Đưa dụng cụ tử cung vào lòng tử cung: rút ống đặt, đẩy nhẹ ống đặt, rút cẩn đẩy ra, rút ống đặt, cắt dây chừa 3cm.
- Tháo dụng cụ cổ tử cung và mỏ vịt.

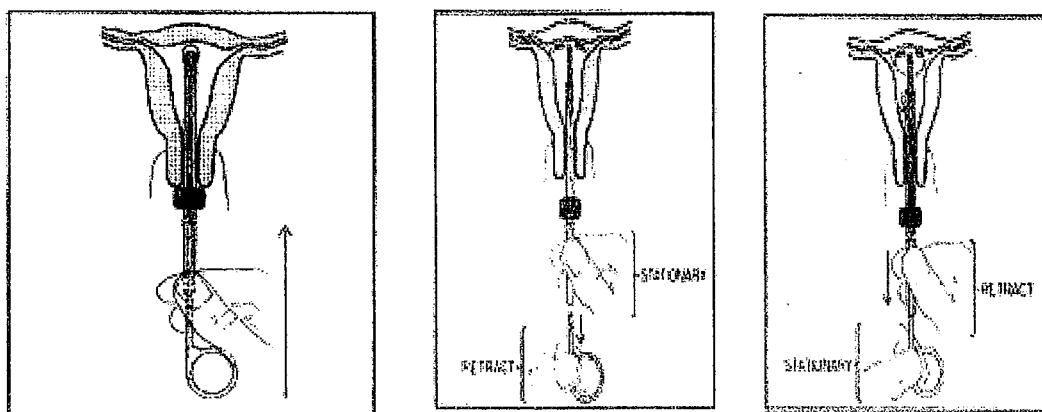


THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



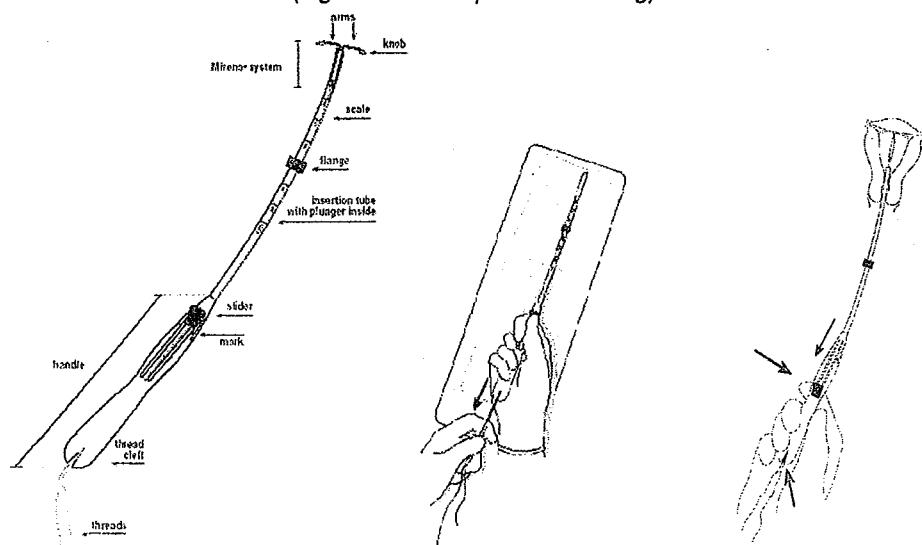
Hình 6: Đặt dụng cụ tử cung Multiload

(Nguồn hình: <http://www.mescape.com>)



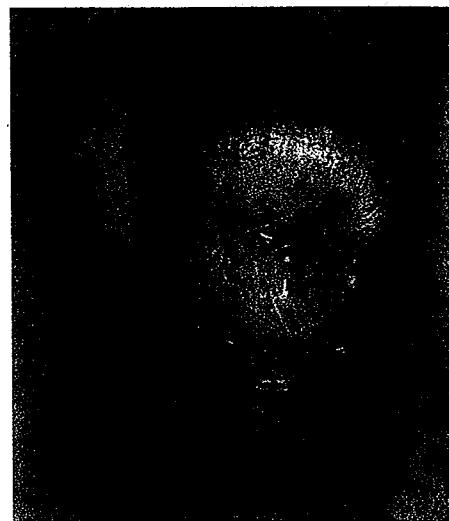
Hình 7: Đặt dụng cụ tử cung Tcu 380A

(Nguồn hình: <http://www.thi.org>)



Hình 8: Đặt DCTC Mirena

(Nguồn hình: <http://www.rxlist.com>)



Hình 8: Sau khi đặt xong DCTC

(Nguồn hình: *Module for post-training of reproductive care*)

5. LỊCH TÁI KHÁM

- Khám 1 tháng/lần trong 3 tháng đầu sau đó khám 6 tháng/lần trong 5 năm
- Theo dõi và điều trị các tác dụng ngoại ý có thể có:
 - Đau bụng: cho thuốc giảm co, giảm đau.
 - Chảy máu, rối loạn kinh nguyệt: thuốc kháng sinh, thuốc ngừa thai.
 - Viêm nhiễm sinh dục: kháng sinh, có thể tháo dụng cụ tử cung.
 - Thủng tử cung: vá lỗ thủng.

- Dụng cụ tử cung xuyên cơ vào ổ bụng: nội soi lấy dụng cụ tử cung.
- Không thấy dây trên người có đặt dụng cụ tử cung: siêu âm kiểm tra, lấy dụng cụ tử cung.
- Thai ngoài tử cung/dụng cụ tử cung: mở giải quyết nguyên nhân và lấy dụng cụ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Runge HM, RossA, *Module for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health*

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Điều nào sau đây giải thích hợp lý nhất cho cơ chế ngừa thai bằng DCTC:
 - a. Giảm nhu động vòi trứng ngăn cản sự làm tổ.
 - b. Viêm nội mạc tử cung bán cấp do vi trùng cản trở sự làm tổ.
 - c. Xuất huyết âm đạo gây sẩy thai sớm.
 - d. Đáp ứng phản ứng viêm vô trùng cản trở sự làm tổ.
 - e. Dịch nhầy CTC thay đổi ngăn cản tinh trùng vào buồng tử cung.
2. Một phụ nữ với tiền thai 5005 có thai trong tử cung và đang đặt vòng tránh thai. Bà ta tha thiết dưỡng thai. Khám và siêu âm thấy vòng T tụt nằm ở đoạn kên CTC. Xử trí nào là thích hợp nhất:
 - a. Để lại vòng T và không điều trị gì.
 - b. Để lại vòng T và dùng kháng sinh ngừa nhiễm trùng trong suốt thai kỳ.
 - c. Lấy vòng T ngay.
 - d. Chấm dứt thai kỳ vì nguy cơ nhiễm trùng cao.
 - e. Siêu âm lại để loại trừ thai ngoài tử cung kèm với thai trong tử cung trên vòng tránh thai.
3. Một phụ nữ đến tư vấn xin ngừa thai bằng vòng tránh thai, tiền sử nào sau đây là chống chỉ định của đặt DCTC:
 - a. Bệnh lý viêm vùng chậu.
 - b. Có thai trên DCTC.
 - c. Xuất huyết TC bất thường.
 - d. Viêm CTC.
 - e. Viêm màng ối.
4. Nguy cơ nguy hiểm nhất cần theo dõi ngay sau khi đặt DCTC:
 - a. Tụt DCTC.
 - b. Thủng TC.
 - c. Ra huyết âm đạo.
 - d. Thai ngoài tử cung.
 - e. Viêm vùng chậu.
5. Đặt DCTC có đồng ưu tiên cho phụ nữ nào sau đây:
 - a. Phụ nữ đã sanh con.
 - b. Phụ nữ thiếu máu mạn tính.
 - c. Phụ nữ dùng van tim nhân tạo.
 - d. Phụ nữ có tử cung đôi.
 - e. Phụ nữ có CTC lộ tuyến rộng.

HÚT THAI KẾ HOẠCH

BS. CK2 NGUYỄN THỊ THANH HÀ

Mục tiêu

1. Nêu chỉ định của hút thai kế hoạch.
2. Nêu chi tiết chuẩn bị cho hút thai.
3. Kể thứ tự thực hiện hút thai.
4. Kể được các tai biến và cách xử trí.

1. CHỈ ĐỊNH

- Trễ kinh, khoảng 42-50 ngày kể từ ngày kinh chót.
- Siêu âm: có túi thai trong tử cung ≤ 7 tuần vô kinh.

2. CHUẨN BỊ

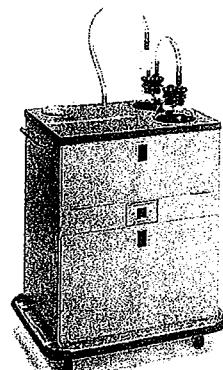
2.1. Trước khi thực hiện thủ thuật

- Giải thích cho khách hàng hiểu được mục đích của thủ thuật và sơ lược tiến trình làm để họ hiểu và hợp tác trong suốt quá trình thực hiện.
- Bàng quang phải trống.
- Ngừa shock vagal: bắt buộc phải thực hiện trước khi tiến hành thủ thuật. Chích Atropine 0,25mg x 1ống (tiêm dưới da hoặc pha loãng tiêm tĩnh mạch chậm).
- Giảm đau: dùng Pethidine 100mg x $\frac{1}{2}$ ống (tiêm bắp hoặc pha loãng tiêm tĩnh mạch chậm). Có thể gây tê cạnh cổ tử cung bằng Lidocain 2%.
- Bệnh nhân nằm ở tư thế sản phụ khoa.
- Bác sĩ khám xác định:
 - Tư thế tử cung (ngã trước, trung gian hay ngã sau).

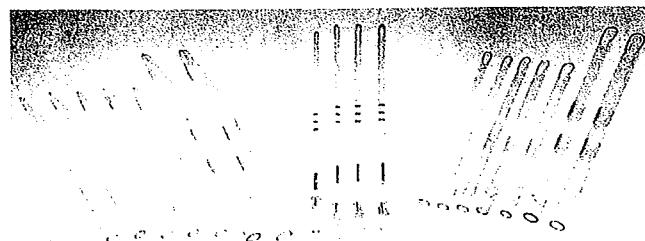
- Kích thước tử cung (tương đương với thai bao nhiêu tuần).
- Mật độ của tử cung (chắc hay mềm).
- Bác sĩ phải đội mũ, đeo khẩu trang và mang găng tay vô trùng.

2.2. Dụng cụ

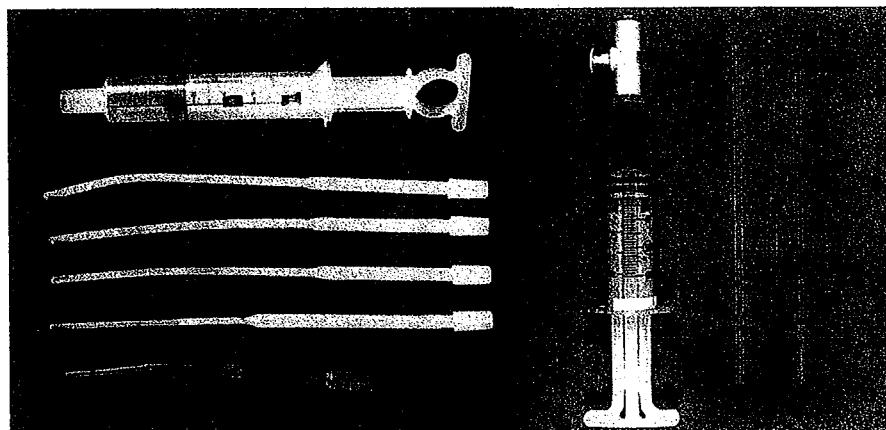
- Mỏ vịt hoặc van âm đạo.
- Kẹp cổ tử cung (Pozzi).
- Thuốc đo lòng tử cung.
- Ống hút (canule) số 5, 6, 7.
- Ống Karmann (1 hoặc 2 van) hoặc máy hút.
- Kèm, gòn và dung dịch sát trùng (Betadine).
- Lọ Formol 10% đựng bệnh phẩm.



Hình 1: Máy hút



Hình 2: Ống hút với các kích cỡ khác nhau



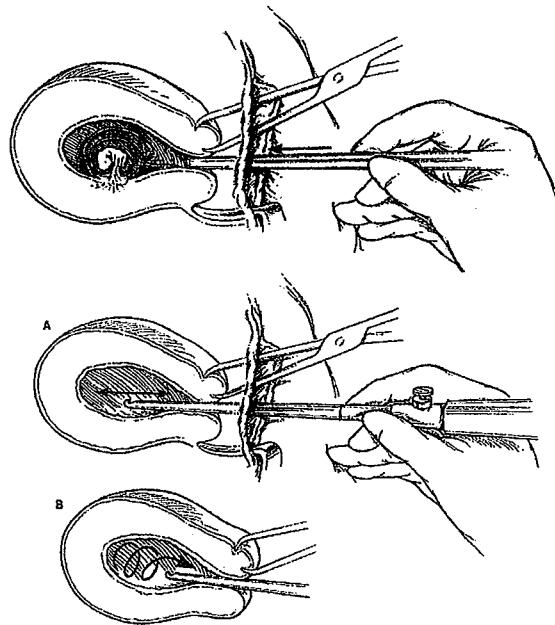
Hình 3: Ống hút Karmann 1 van (canule Karmann)

3. KỸ THUẬT

- (1) Sát trùng âm hộ.
- (2) Đặt mỏ vịt bọc lộ cổ tử cung.
- (3) Sát trùng âm đạo-cổ tử cung.
- (4) Gây tê cạnh cổ tử cung (tránh vị trí 3giờ và 9giờ có động mạch cổ tử cung).
- (5) Kẹp cổ tử cung ở vị trí 12giờ hoặc 6giờ (tùy theo hướng của cổ tử cung)
- (6) Đo lòng tử cung (theo đúng tư thế của tử cung)
- (7) Đưa ống hút (đã gắn với ống Karmann hoặc máy hút) vào lòng tử cung. Mở nút hút, vừa đưa ống hút ra vào chầm chậm vừa xoay ống hút quanh một trục

để hút mô trong buồng tử cung cho tới khi có cảm giác lòng tử cung đã sạch (cảm giác lòng tử cung nhám, tử cung bó chặt vào ống hút và thấy không còn ra thêm mô trong lòng ống hút).

- (8) Đo lại lòng tử cung.
- (9) Tháo kẹp cổ tử cung.
- (10) Lau sạch máu và sát trùng lại âm đạo.
- (11) Tháo mỏ vịt.
- (12) Lấy bệnh phẩm gởi giải phẫu bệnh lý nếu có gì bất thường (nghi thai trứng, thấy mô không giống nhau...)



Hình 4: Kỹ thuật hút

4. THEO DÕI

- Tổng trạng, mạch, huyết áp, huyết âm đạo (bình thường mạch, huyết áp ổn định, huyết âm đạo ra ít hơn hành kinh)
- Thời gian theo dõi: $\frac{1}{2}$ giờ
 - Dặn dò các triệu chứng có thể xảy ra.
 - Bình thường: đau bụng ít, cảm giác nặng trăn bụng giống khi có kinh. Ra huyết âm đạo thường ít trong 3 ngày đầu, sau đó ra huyết giống như có kinh nhưng ít hơn và kéo dài hơn, khoảng 7 đến 10 ngày mới sạch.
 - Bất thường: sốt, đau bụng nhiều, không ra huyết âm đạo hoặc ra huyết âm đạo nhiều, có thể có mùi hôi).
- Hẹn tái khám: 7-10 ngày sau (hoặc khi có triệu chứng bất thường phải đi khám ngay).
- Cho toa thuốc và hướng dẫn sử dụng: kháng sinh và giảm đau trong 5 ngày.

5. TAI BIỂN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

5.1. Thủng tử cung

- Là tai biến có thể gặp trong quá trình thực hiện thủ thuật, xảy ra ở thi đeo hoặc thi hút.
- Xử trí thủng tử cung tùy thuộc xảy ra ở thời điểm nào trong quá trình thực hiện thủ thuật
 - Nếu thủng khi lòng tử cung đã sạch có thể điều trị nội khoa bằng kháng sinh và thuốc co tử cung (Oxytocin hoặc Ergotamine) với điều kiện không chảy máu âm đạo nhiều, không có triệu chứng của nhiễm trùng và xuất huyết nội.
 - Nếu thủng khi lòng tử cung chưa sạch bắt buộc phải mở bụng để thực hiện 2 thi: nạo buồng tử cung qua ngả âm đạo và vá lỗ thủng đồng thời kiểm tra các cơ quan lân cận trong tiểu khung.

5.2. Chảy máu: ít khi xảy ra trừ khi thủ thuật gây tổn thương lòng tử cung hoặc bị thai trứng, ung thư nguyên bào nuôι.

5.3. Shock vagal

- Xảy ra khi không thực hiện thuốc chống shock, không giảm đau tốt hoặc thực hiện thủ thuật quá thô bạo.
- Nếu có shock xảy ra biểu hiện bởi tình trạng mệt, khó thở, tím tái, mạch chậm, huyết áp tụt. Phải ngưng ngay thủ thuật, điều trị như một trường hợp shock + thuốc giảm đau, Atropine 1 hoặc 2 ống pha loãng TMC.

5.4. Dính lòng tử cung: do hút quá kỹ hoặc thô bạo gây hậu quả vô kinh và vô sinh.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

5.5. Nhiễm trùng: do sót nhau hoặc không đảm bảo vô trùng khi thực hiện thủ thuật gây hậu quả xấu về tương lai sản khoa như viêm sinh dục, viêm vùng chậu và vô sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Sản phụ khoa. Trường Đại học Y Dược TP HCM tập II (1996). Phá thai kế hoạch, trang 1261-1267.

2. Operative obstetrics, pregnancy termination: first and second trimesters (Nguồn hình)
3. Williams Obstetrics 21st Edition, *Abortion*, P.855-877.
4. David A. Grimes, *Management of abortion*, Te Linde's Operative Gynecology, 9th edition, trang 490-505

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Chỉ định hút thai:

- a. 50 ngày kể từ ngày kinh chót.
- b. Tuổi thai ≤ 7 tuần vô kinh.
- c. Siêu âm có túi thai trong tử cung.
- d. Tất cả đều đúng.
- e. Tất cả đều sai.

2. Sau khi hút thai:

- a. Đây là thủ thuật nhẹ nhàng nên có thể cho bệnh nhân về ngay.
- b. Nếu về bệnh nhân không thấy có gì bất thường thì không cần tái khám.
- c. Nếu đảm bảo nguyên tắc vô trùng thì không cần dùng kháng sinh.
- d. Tất cả đều đúng.
- e. Tất cả đều sai.

3. Kỹ thuật hút thai:

- a. Đưa ống hút (đã gắn với ống Karmann hoặc máy hút) vào đến đáy tử cung, rồi rút ra khoảng 1cm. Mở nút hút và xoay ống hút quanh một trục để hút mô trong buồng tử cung cho tới khi có cảm giác lòng tử cung đã sạch.
- b. Đưa ống hút (đã gắn với ống Karmann hoặc máy hút) vào đến đáy tử cung, rồi rút ra khoảng 1cm. Mở nút hút và kéo ống hút tới lui để hút mô trong buồng tử cung cho tới khi có cảm giác lòng tử cung đã sạch.
- c. Đưa ống hút (đã gắn với ống Karmann hoặc máy hút) vào đến đáy tử cung. Mở nút hút và kéo ống hút

tới lui để hút mô trong buồng tử cung cho tới khi có cảm giác lòng tử cung đã sạch.

- d. Đưa ống hút (đã gắn với ống Karmann hoặc máy hút) vào đến đáy tử cung. Mở nút hút và xoay ống hút quanh một trục để hút mô trong buồng tử cung cho tới khi có cảm giác lòng tử cung đã sạch.
- e. Tất cả đều sai.

4. Các tai biến của thủ thuật hút thai:

- a. Thủng tử cung gần như không bao giờ xảy ra.
- b. Shock vagal thường do thực hiện thủ thuật thô bạo, vô cảm không đúng.
- c. Là một thủ thuật an toàn hiếm khi xảy ra tai biến.
- d. Không bao giờ có biến chứng dính buồng tử cung.
- e. Tất cả đều sai.

5. Thủ thuật hút thai:

- a. Là một thủ thuật đơn giản, an toàn không tai biến.
- b. Có thể áp dụng như là một biện pháp ngừa thai.
- c. Là một thủ thuật đơn giản nhưng cũng có thể xảy ra những tai biến nghiêm trọng nếu chỉ định và thực hiện kỹ thuật không đúng.
- d. a, b đúng.
- e. b, c đúng.

PHÁ THAI NỘI KHOA

TS. VÕ MINH TUẤN

Mục tiêu

1. Phân tích được chỉ định và chống chỉ định của phá thai nội khoa.
2. Nêu được đặc tính dược lí và tác dụng phụ của các thuốc sử dụng trong phá thai nội khoa.
3. Trình bày phác đồ sử dụng và theo dõi phá thai nội khoa theo chuẩn quốc gia.

1. TỔNG QUAN VỀ PHÁ THAI NỘI KHOA

Phá thai nội khoa là phương pháp sử dụng thuốc để chấm dứt thai kì. Ngày nay đây là một phương pháp với xu hướng thay thế có chọn lọc cho phá thai ngoại khoa. Lịch sử có hai loại thuốc, mifepriston hoặc methotrexate, được sử dụng trong phá thai nội khoa. Mỗi loại thuốc này sẽ kết hợp với một dược phẩm khác gọi là misoprostol để gây sẩy thai.

Mifepriston (viên gây sẩy thai hay RU-486) là dược phẩm đã được nghiên cứu và kiểm nghiệm như một tác nhân gây sẩy thai. Thuốc được cấp giấy phép lưu hành đầu tiên ở Pháp và Trung Quốc năm 1988. Từ đó đến nay đã được sử dụng một cách an toàn cho hàng triệu phụ nữ trên thế giới. Vào tháng 9/2000, thuốc được cấp giấy phép sử dụng tại Hoa Kỳ.

Mifepriston được đóng dưới dạng viên uống. Cơ chế hoạt động là ngăn cản hoạt động của progesterone, là một hormone cần thiết cho thai kì. Không có hormone này, cổ tử cung mềm, niêm mạc tử cung bị tổn thương và gây xuất huyết.

Methotrexate (MTX) được sử dụng tại Hoa Kỳ từ năm 1953, FDA cho phép lưu hành như một loại dược phẩm điều trị một số loại ung thư chuyên biệt. Tại thời điểm đó, các

nha nghiên cứu y học đã phát hiện ra một số tác dụng khác của MTX. Một trong những tác dụng đó là chấm dứt thai kì. Cho dù FDA không công nhận sử dụng MTX cho mục đích phá thai, bác sĩ lâm sàng vẫn có thể tham khảo khi chỉ định MTX cho việc chấm dứt thai kì giai đoạn sớm.

MTX thường dưới dạng tiêm, hiếm có chế phẩm uống. Nó ngăn chặn tiến trình làm tổ xảy ra trong những tuần đầu tiên của thai kì.

Misoprostol, thuốc thứ hai được sử dụng sau Mifepriston hay MTX. Viên Misoprostol có thể sử dụng đường âm đạo, ngậm áp má hoặc uống, sẽ làm tử cung co thắt và làm trống buồng tử cung. Tiến trình này giúp chấm dứt thai kì.

Miferostone và MTX hoạt động theo cơ chế khác nhau, do đó chúng cũng có tác dụng khác nhau trên cơ thể người phụ nữ. Bác sĩ lâm sàng có bốn biện pháp tư vấn để khách hàng có lựa chọn thích hợp về việc bỏ thai nội khoa và loại thuốc nào sẽ được lựa chọn sử dụng.

Phá thai nội khoa kéo dài bao lâu?

Có thể kéo dài từ một ngày đến 3-4 tuần kể từ khi khách hàng dùng viên thuốc đầu tiên cho đến khi hoàn tất sẩy thai nội khoa.

Thời gian này phụ thuộc vào loại thuốc được lựa chọn sử dụng và thời gian bắt đầu của Misoprostol. Sẩy thai hoàn toàn thường nhanh hơn khi sử dụng mifepriston so với MTX. Đa số các trường hợp khi sử dụng Mifepriston, sẩy thai sau 4 giờ dùng Misoprostol. Khoảng 95% sẽ sẩy thai hoàn toàn sau 1 tuần. Trong khi MTX, 80-85% sẩy thai trong vòng 2 tuần kể từ viên thuốc đầu. Có trường hợp cần nhiều thời gian hơn và cần sử dụng thêm một số liều Misoprostol.

Các triệu chứng thường gặp khi phá thai nội khoa

Một số trường hợp có xuất huyết âm đạo sau khi sử dụng thuốc đầu tiên. Xuất huyết này thường ít, đôi khi giống như ra kinh nhiều. Sau khi thêm Misoprostol, đau bụng kiểu co thắt và ra huyết thường bắt đầu trong vòng vài giờ, cũng có thể kéo dài hơn. Đau bụng và ra huyết ở mức độ cao hơn so với triệu chứng xảy ra ở chu kỳ kinh. Chúng ta nên cung cấp bảng hướng dẫn chi tiết cho khách hàng để giúp họ biết những triệu chứng thường xảy ra và khi nào thì cần liên lạc với bác sĩ.

Khách hàng có thể sử dụng Misoprostol và để thai tổng xuất ra ngoài tại nhà. Tuy nhiên khi có chỉ định phá thai nội khoa tại nhà, người bệnh cần được chuẩn bị kỹ về kiến thức và tinh thần, biết rõ tác dụng phụ nào của tiến trình có thể xảy ra tại nhà.

Nói chung các tác dụng phụ thường do Misoprostol gây ra. Bên cạnh đau thắt bụng dưới và ra huyết, một số tác dụng phụ cần lưu ý bao gồm: nhức đầu, buồn nôn, ói mửa, tiêu chảy, sốt, ớn lạnh hay mệt mỏi. Nếu khách hàng bị triệu chứng như sốt hay

đau bụng kéo dài quá 24 giờ, nên liên lạc ngay với bác sĩ lâm sàng.

Tỉ lệ các biến chứng

Phác đồ gây sẩy thai thành công khoảng 95-98%. Tỉ lệ biến chứng nhỏ. Tuy nhiên có khoảng 0,5-2% cần hút nạo lại vì ra huyết kéo dài hay ra huyết trầm trọng. Một nửa trong số các trường hợp này, xuất huyết âm đạo nhiều xảy ra 3-5 tuần sau khi uống thuốc. Hiếm hơn, khoảng 0,1-0,2% trường hợp cần được truyền máu do mất máu nhiều. Một số khách hàng yêu cầu hút nạo lại do không kiên trì chờ cho tiến trình phá thai nội khoa hoàn tất.

Khoảng ít hơn 1% phá thai nội khoa không hiệu quả, phôi thai vẫn tiếp tục phát triển. Những trường hợp này cần chuyển qua hút nạo. Nếu phá thai nội khoa không thành công, không nên tiếp tục thai kì vì tác dụng của thuốc có thể gây dị dạng thai. Chưa có nghiên cứu nào chỉ ra biến chứng dài hạn của thuốc phá thai nội khoa.

2. THỰC HÀNH LÂM SÀNG

Theo phác đồ phá thai nội khoa theo chuẩn quốc gia về cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (2009).

2.1. Phá thai bằng thuốc đến hết tuần thứ 9

Là phương pháp chấm dứt thai kỳ trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp mifepriston và misoprostol gây sẩy thai, cho các thai đến hết 9 tuần (63 ngày).

Tuyến áp dụng:

- Tuyến trung ương: áp dụng cho tuổi thai đến hết 63 ngày.
- Tuyến tĩnh: áp dụng cho tuổi thai đến hết 56 ngày.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- Tuyến huyền: áp dụng cho tuổi thai đến hết 49 ngày (đối với khoa Chăm sóc SKSS huyền, do giám đốc Sở Y tế quyết định căn cứ vào điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực cụ thể của khoa).

Người thực hiện: bác sĩ chuyên khoa phụ sản được huấn luyện về phá thai bằng thuốc và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa.

2.1.1. Chỉ định

Thai trong tử cung với tuổi thai phù hợp theo tuyến được phép áp dụng.

2.1.2. Chống chỉ định

- Tuyệt đối:
 - Bệnh lý tuyến thượng thận.
 - Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày.
 - Tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch hoặc có tiền sử tắc mạch.
 - Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
 - Thiếu máu nặng.
 - Dị ứng mifepriston hay misoprostol.
- Tương đối:
 - Đang cho con bú.
 - Đang đặt dụng cụ tử cung (có thể lấy DCTC trước phá thai bằng thuốc).
 - Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần được điều trị).

2.1.3. Điều kiện áp dụng

Khách hàng có thể tới được cơ sở y tế trong vòng 60 phút.

2.1.4. Cơ sở vật chất

- Nội cung cấp dịch vụ phải có nhà vệ sinh gần phòng theo dõi khi thực hiện phá thai.

- Có phòng thủ thuật và phương tiện đủ tiêu chuẩn theo qui định để thực hiện can thiệp khi cần.
- Phương tiện dụng cụ: cấp cứu, xử lý dụng cụ và chất thải.
- Thuốc: mifepriston, misoprostol, giảm đau, cấp cứu chống choáng.

2.1.5. Qui trình kỹ thuật

- Chuẩn bị khách hàng:
 - Người cung cấp dịch vụ tự giới thiệu với khách hàng.
 - Hỏi tiền sử nội ngoại khoa, sản phụ khoa, tiền sử dị ứng.
 - Hỏi ngày đầu của kỳ kinh cuối.
 - Khám lâm sàng: khám toàn thân và khám phụ khoa và phát hiện các bệnh LTQĐTD.
 - Siêu âm chẩn đoán thai trong tử cung và tuổi thai.
 - Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ).
- Tư vấn phá thai bằng thuốc:
 - Giới thiệu hiệu quả của phá thai bằng thuốc và khẳng định khách hàng phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại.
 - Giới thiệu qui trình phá thai bằng thuốc: cách uống thuốc và sự xuất hiện của các triệu chứng bình thường sau uống thuốc (ra huyết âm đạo và đau bụng). Nhấn mạnh sự cần thiết của việc khám lại theo hẹn.
 - Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau dùng thuốc phá thai.

- Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.
- Kê đơn thuốc giảm đau.
- Nhấn mạnh các triệu chứng cần trở lại cơ sở y tế ngay.
- Cung cấp thông tin liên lạc trong những tình huống cấp cứu.
- Cung cấp thông tin về khả năng có thai trở lại sau phá thai bằng thuốc.
- Giới thiệu các BPTT, giúp khách hàng lựa chọn BPTT phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.
- Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.
- Qui trình phá thai:
 - Thai đến hết 49 ngày.
Uống 200mg mifepriston tại cơ sở y tế và theo dõi sau uống 15 phút.
Uống hoặc ngâm dưới lưỡi 400mcg misoprostol sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, có thể uống tại cơ sở y tế hay tại nhà.
 - Thai từ 50 đến hết 63 ngày.
Uống 200mg mifepriston.
Ngâm dưới lưỡi 800mcg misoprostol (nếu khách hàng nôn nhiều có thể đặt túi cùng sau) sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, tại cơ sở y tế và theo dõi tại cơ sở y tế ít nhất 3 giờ.
- Theo dõi và chăm sóc:
 - Theo dõi trong những giờ đầu sau uống thuốc.
Đau hiệu sinh tồn mỗi giờ một lần trong 3 giờ đầu (nếu cần).

- Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng (có thể dùng thuốc giảm đau nếu cần) và các triệu chứng tác dụng phụ: nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt.
- Khám lại sau 2 tuần.
Đánh giá hiệu quả điều trị.
Sẩy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.
Sót thai, sót rau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng misoprostol đơn thuần liều 400 - 600mcg uống hay ngâm dưới lưỡi hoặc hút buồng tử cung.
Thai tiếp tục phát triển: có thể hút thai hoặc tiếp tục phá thai bằng thuốc nếu khách hàng mong muốn.
Ú máu trong buồng tử cung: hút sạch buồng tử cung hoặc điều trị nội khoa khi không có nhiễm khuẩn và lượng máu ít.
 - Tai biến và xử trí:
 - Tai biến: chảy máu nhiều, rong huyết kéo dài, nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau.
 - Xử trí: theo phác đồ cho từng tai biến.

2.2. Phá thai bằng thuốc từ tuần 13 đến hết tuần 22

Sử dụng misoprostol đơn thuần hoặc sử dụng mifepriston kết hợp với misoprostol để phá thai từ tuần 13 đến hết tuần 22.

- **Tuyển áp dụng**
Các bệnh viện từ tuyến tỉnh trở lên.
- **Người được phép thực hiện.**
Bác sĩ chuyên khoa phụ sản được huấn luyện về phá thai bằng thuốc và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

2.2.1. *Chỉ định*

Thai từ tuần thứ 13 (tương đương với chiều dài đầu móng 52mm) đến hết tuần thứ 22 (tương đương với đường kính lưỡng đỉnh 52mm).

2.2.2. *Chống chỉ định*

- Tuyệt đối:
 - Bệnh lý tuyến thượng thận.
 - Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày.
 - Tiểu đường, tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch và tiền sử tắc mạch.
 - Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
 - Thiếu máu (nặng và trung bình).
 - Dị ứng mifepriston hay misoprostol.
 - Có sẹo mổ ở thân tử cung.
- Tương đối:
 - Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần được điều trị).
 - Dị dạng sinh dục (chỉ được làm tại tuyến trung ương).
 - Có sẹo mổ cũ ở đoạn dưới tử cung: cần cân nhắc rất thận trọng đồng thời phải giảm liều misoprostol và tăng khoảng cách thời gian giữa các lần dùng thuốc (chỉ được làm tại bệnh viện chuyên khoa phụ sản tuyến tỉnh và trung ương).

2.2.3. Cơ sở vật chất

- Phòng thủ thuật: bảo đảm tiêu chuẩn qui định.
- Phương tiện dụng cụ:
 - Phương tiện cấp cứu.
 - Khay đựng mô thai và rau.
 - Dụng cụ kiểm soát buồng tử cung.

- Các phương tiện xử lý dụng cụ và chất thải.
- Thuốc: misoprostol và/hoặc mifepriston, giảm đau, chống choáng và thuốc tăng co.

2.2.4. Qui trình kỹ thuật

- Chuẩn bị khách hàng:
 - Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản phụ khoa.
 - Khám toàn thân.
 - Khám phụ khoa loại trừ chống chỉ định.
 - Siêu âm để xác định tuổi thai.
 - Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, đông máu cơ bản hoặc máu chảy, máu đông.
 - Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hay mẹ hoặc người giám hộ).
- Tư vấn:
 - Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghiên.
 - Các nguy cơ, tai biến và biến chứng có thể xảy ra khi phá thai.
 - Các phương pháp phá thai phù hợp với tuổi thai hiện có.
 - Qui trình phá thai bằng thuốc.
 - Tự theo dõi và chăm sóc sau phá thai.
 - Các dấu hiệu cần khám lại ngay.
 - Khả năng có thai lại sau phá thai. Các dấu hiệu thai nghén sớm dễ nhận biết để tránh phá thai.
 - Thông tin về các BPTT, hướng dẫn chọn lựa BPTT thích hợp và sử

- dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.
- Trả lời những câu hỏi của khách hàng và giải quyết những vấn đề lo lắng.
- Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.
- Thực hiện phá thai.

Các phác đồ sử dụng thuốc:

- Phác đồ misoprostol đơn thuần.
 - Đặt vào túi cùng sau âm đạo 200mcg misoprostol.
Cứ 6 giờ dùng 1 viên cho thai từ 18 tuần trở lên (không quá 3 lần/ngày).
Cứ 4 giờ dùng 1 viên cho thai dưới 18 tuần (không quá 5 lần/ngày).
 - Nếu không thành công, có thể dùng thêm misoprostol với liều tương tự ở các ngày tiếp theo. Tổng số ngày sử dụng misoprostol không quá 3 ngày liên tục (một đợt dùng thuốc).
 - Nếu không thành công sau một đợt dùng thuốc thì dùng lại đợt thứ hai sau một tuần.
- Phác đồ kết hợp mifepriston và misoprostol.
 - Uống 200mg mifepriston.
 - Sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, đặt túi cùng sau âm đạo 200mcg misoprostol:
Cứ 6 giờ dùng 1 viên cho thai từ 18 tuần trở lên (không quá 3 lần/ngày).
Cứ 4 giờ dùng 1 viên cho thai dưới 18 tuần (không quá 5 lần/ngày).
 - Nếu không thành công, có thể dùng thêm misoprostol với liều tương tự ở các ngày tiếp theo. Tổng

số ngày sử dụng misoprostol không quá 3 ngày liên tục (một đợt dùng thuốc).

- Nếu không thành công sau một đợt dùng thuốc thì dùng lại đợt thứ hai sau 1 tuần.
- Chăm sóc trong thủ thuật.
 - Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng (cơn co tử cung) cứ 4 giờ/lần, khi bắt đầu có cơn co tử cung mạnh cứ 2 giờ/lần.
 - Thăm âm đạo đánh giá cổ tử cung trước mỗi lần dùng thuốc.
 - Cho uống thuốc giảm đau.
 - Sau khi sẩy thai và nhau: dùng thuốc tăng co tử cung. Chỉ định kiểm soát tử cung bằng dụng cụ (nếu cần). Cho uống kháng sinh trước khi kiểm soát tử cung.
 - Xử lý thai, nhau, chất thải và dụng cụ.

Tai biến và xử trí.

- Tai biến: chảy máu, rách cổ tử cung, sót rau, vỡ tử cung, choáng, nhiễm khuẩn.
- Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến.

Theo dõi và chăm sóc.

- Sau khi thai ra, theo dõi ra máu âm đạo, co hồi tử cung trong vòng 4 giờ.
- Ra viện sau khi ra thai ít nhất 2 giờ.
- Kê đơn kháng sinh.
- Tư vấn sau thủ thuật.
- Hẹn khám lại sau 2 tuần.

3. Y HỌC CHỨNG CỨ VỀ PHÁ THAI NỘI KHOA

Nhiều nghiên cứu tập trung vào tính linh hoạt của phác đồ phá thai nội khoa sớm bao

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

gồm: Liều dùng Mifepriston; Khoảng cách thời gian giữa Mifepriston và Misoprostol; Liều và đường dùng Misoprostol.

- So sánh hiệu quả và an toàn giữa liều Mifepriston 600mg và 200mg, các nghiên cứu không chỉ ra sự khác biệt giữa hai liều thuốc này. Ưu điểm của liều 200mg là giảm tác dụng phụ và giảm 2/3 giá thành.
- Tuổi thai từ 64 ngày đến 83 ngày đang trong vòng nghiên cứu.
- Phân tích gộp trong y văn chứng cứ cho thấy: khoảng cách thời gian giữa sử dụng Mifepriston và Misoprostol có liên quan tới thời gian tổng xuất thai. Nếu khoảng thời gian này dưới 24 giờ, hiệu quả sẽ thấp hơn so với 36-48 giờ.
- Các phân tích gộp cũng chỉ ra vai trò của đường sử dụng Misoprostol. Đường uống không hiệu quả bằng đường ngâm dưới lưỡi (hay áp má) và đường đặt âm đạo. Đường đặt âm đạo có thể gây khó chịu cho khách hàng. Đường ngâm dưới lưỡi (hay áp má) hiện đang được sử dụng rộng rãi trong các phác đồ hiện hành.
- Trong phác đồ phối hợp Mifepriston + Misoprostol, các nghiên cứu trong nước chỉ ra liều Misoprostol 800mcg và 400mcg áp má có tác dụng tương đương. Giảm nửa liều không làm tăng tỉ lệ thai còn phát triển.
- Nếu chỉ dùng Misoprostol đơn thuần cũng có thể gây sẩy thai nhưng cần liều Misoprostol cao hơn, tác dụng phụ nhiều hơn, kéo dài thời gian sẩy thai.

- Đánh giá và kiểm soát đau trong phá thai nội khoa vẫn là một đề tài nghiên cứu trong tương lai.
- Một số nghiên cứu cho rằng uống thuốc phá thai nội khoa tại nhà sẽ nâng cao sự hài lòng cho khách hàng nhưng vẫn đảm bảo tính an toàn nếu khách hàng được tư vấn kĩ trước và giữ liên lạc tốt với nhân viên y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ Chăm sóc sức khỏe Sinh Sản (4629 QĐ-BYT)-2009
2. Allen RH, Westhoff C, DeNonno L, Fielding SL, Schaff SA. Curettage after mifepriston-induced abortion: frequency, timing, and indications. *Obstet Gynecol* 2001;98:101-106.
3. Clark WH, Bracken H, Tanenhaus J, Achweikert S, Lichtenberg ES, Winikoff B. Alternatives to a routine follow-up visit for early medical abortion. *Obstet Gynecol* 2010; 115(2):264-72.
4. Clark WH, Gold M, Grossman D, Winikoff B. Can mifepriston medical abortion be simplified? A review of the evidence and questions for future research. *Contraception* 2007; 75(4): 245-50.
5. Grimes DA. Medical abortion in early pregnancy: A review of the evidence. *Obstet Gynecol* 1997;89:790-6.
6. Kahn JG, Becker BJ, MacIsaac L, et al. The efficacy of medical abortion: A meta-analysis. *Contraception* 2000; 61: 29-40.
7. Schaff EA, Eisinger SH, Stadarius LS, Franks P, Gore BZ, Poppema S. Low-dose mifepriston 200mg and vaginal misoprostol for abortion. *Contraception* 1999;59:1-6.

8. Schaff EA, Fielding SL, Eisenger SH, Stadalius LS, Fuller L. Low-dose mifepriston followed by vaginal misoprostol at 48 hours for abortion up to 63 days. *Contraception* 2000;61:41-46.
9. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C. Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol at one day after mifepriston for early medical abortion. *Contraception* 2001; 64: 81-85.
10. Wiebe E, Dunn S, Guilbert E, Jacot F, Lugtig L. Comparison of abortions induced by methotrexate or mifepriston followed by misoprostol. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 813-9.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Phá thai nội khoa là:
 - a. Chuyển tới bác sĩ nội khoa để phá thai.
 - b. Chỉ sử dụng thuốc để chấm dứt thai kì.
 - c. Sử dụng thuốc chuẩn bị cổ tử cung trước thủ thuật hút hay nạo thai.
 - d. Sử dụng thuốc làm chết thai trước khi làm thủ thuật ngoại khoa.
2. Phá thai nội khoa được áp dụng:
 - a. Chỉ cho thai kì từ 7 tuần trở xuống.
 - b. Chỉ cho thai kì từ 49-63 ngày.
 - c. Chỉ cho thai kì hơn 9 tuần.
 - d. Cho thai kì nhỏ hơn 22 tuần.
3. Các thuốc có thể sử dụng trong phá thai nội khoa là:
 - a. MTX.
 - b. Mifepriston.
 - c. Misoprostol.
 - d. Tất cả đều đúng.
4. Phác đồ phá thai nội khoa hiện đang được sử dụng:
 - a. MTX + Misoprostol.
 - b. Mifepriston + Misoprostol.
 - c. Mifepriston đơn thuần.
 - d. Tất cả đều đúng.
5. Chống chỉ định của phá thai nội khoa là:
 - a. Tiền căn viêm loét dạ dày.
 - b. Tiền căn bị mổ bắt con.
 - c. Suy gan hay suy thận.
 - d. Thai lớn hơn 7 tuần.
6. Tác dụng phụ có thể gặp trong phá thai nội khoa là:
 - a. Đau thắt bụng dưới.
 - b. Sốt nhẹ.
 - c. Nhức đầu, buồn nôn.
 - d. Tất cả đều đúng.
7. CHỌN CÂU SAI khi phá thai nội khoa:
 - a. Thai đến hết 49 ngày: có thể uống Misoprostol tại nhà.
 - b. Thai từ 50 đến hết 63 ngày: uống Misoprostol tại cơ sở y tế.
 - c. Thai từ 13 đến hết 63 ngày: Theo dõi hoàn toàn tại cơ sở y tế.
 - d. Thai đến hết 49 ngày không cần khám lại sau 2 tuần.
8. Phá thai nội khoa thành công khi:
 - a. Khách hàng không bao giờ phá thai nữa.
 - b. Chấm dứt ra huyết hoàn toàn trước 72 giờ.
 - c. Khách hàng hài lòng vì không đau bụng.
 - d. Tất cả đều sai.

TRIỆT SẢN NỮ

BS. TRẦN BÌNH TRỌNG

Mục tiêu

1. Kể được các chỉ định và chống chỉ định của phương pháp triệt sản nữ.
2. Chuẩn bị tiền phẫu đầy đủ cho một phụ nữ trước khi triệt sản.
3. Thực hiện được kỹ thuật triệt sản bằng phương pháp Pomeroy (hoặc Pomeroy cải tiến).
4. Trình bày được một số phương pháp triệt sản khác.
5. Kể ra được các biến chứng của triệt sản.

Triệt sản là phương pháp ngừa thai vĩnh viễn với nguyên tắc chính là làm tắc nghẽn hoặc gián đoạn sự thông thương của tai voi để ngăn không cho tinh trùng và noãn gặp nhau.

1. CHỈ ĐỊNH

Có hai nhóm chỉ định chính:

- *Chỉ định vì lý do xã hội*: khi người phụ nữ đã đẻ con, tự nguyện không muốn sanh nữa. Đối với nhóm chỉ định này, người phụ nữ phải trên 30 tuổi, có ít nhất 2 con còn sống khỏe mạnh, con út trên 3 tuổi. Ngoài ra, trước khi quyết định triệt sản, người phụ nữ cần phải được tham vấn về các phương pháp tránh thai tạm thời khác cũng như cần có sự đồng thuận của người chồng.
- *Chỉ định vì lý do y khoa*: khi người phụ nữ có những bệnh nội ngoại khoa mà nếu để có thai tình trạng bệnh có thể nặng hơn, đe dọa tính mạng như bệnh tim nặng, bệnh phổi mạn tính, bệnh lý mạch máu thận đã có biến chứng, ung thư, một số bệnh lý về mắt... Ngoài ra một số bệnh tâm thần khi người bệnh không thể ý thức và

kiểm soát hành vi của mình cũng có thể được triệt sản với sự đồng ý của gia đình hoặc của người bảo dưỡng, cơ quan chủ quản ở địa phương.

2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có các khối u phụ khoa hoặc bệnh lý phụ khoa cần phải phẫu thuật trong một tương lai gần.
- Chống chỉ định tạm thời: có thai hay nghi có thai, nhiễm khuẩn sinh dục hoặc toàn thân cấp.

3. CHUẨN BỊ TRƯỚC MỔ

- Bệnh nhân phải được tham vấn đầy đủ về các khả năng tránh thai tạm thời khác, các biến chứng và tai biến có thể xảy ra trong và sau cuộc mổ, phải có đủ thời gian suy nghĩ kỹ càng và có sự đồng thuận của người chồng
- Bệnh nhân phải được khám toàn diện và làm một số các xét nghiệm cần thiết để loại trừ các chống chỉ định như công thức máu, xét nghiệm đông máu toàn bộ, phết mỏng cổ tử cung...
- Hỏi kỹ ngày kinh chót để loại trừ khả năng có thai. Đối với trường hợp không có thai, nên thực hiện triệt sản

trong nửa đầu của chu kỳ kinh nguyệt. Đối với triệt sản sau sanh, tốt nhất thực hiện trong vòng 24-36 giờ sau sanh. Tránh triệt sản sau 48 giờ sau sanh vì khả năng nhiễm khuẩn cao.

4. KỸ THUẬT TRIỆT SẢN

Có nhiều phương pháp triệt sản: qua mổ bụng hở, qua nội soi ổ bụng hoặc qua nội soi buồng tử cung.

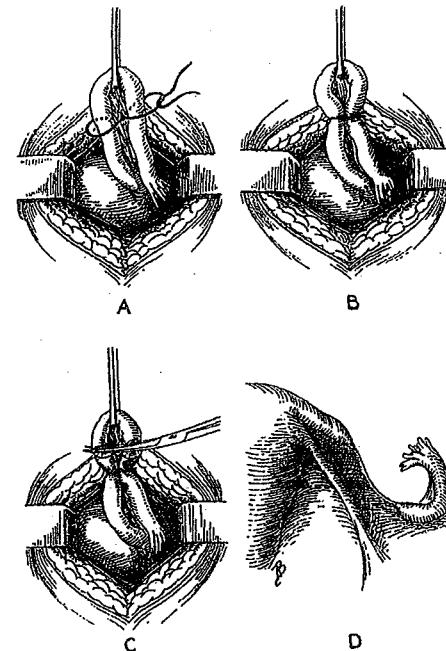
4.1. Triệt sản qua mổ bụng hở

4.1.1. Phương pháp Pomeroy: đây là phương pháp phổ biến nhất. Đường rạch da: nếu triệt sản sau sanh thì rạch da vòng quanh dưới rốn. Nếu triệt sản lúc không có thai có thể rạch da ngang trên vè hoặc theo đường giữa dưới rốn.

Phương pháp Pomeroy:

- Một đoạn tai vòi được gấp lên và thắt hai đầu bằng chỉ catgut.
- Chỉ được cột lại. Đối với phương pháp Pomeroy cải tiến thì thắt thêm một vòng bên dưới bằng chỉ tan.
- Đoạn tai vòi phía trên chỗ thắt được cắt bỏ.
- Hình ảnh tai vòi một thời gian sau mổ: hai đầu còn lại của tai vòi đã lành và cách xa nhau.

(Trích từ Greenhill's Obstetrics - 13th edition, 1965)



4.1.2. Phương pháp Irving

Sau khi thắt và cắt vòi trứng ở khoảng giữa, đầu trong của đoạn tai vòi còn lại sẽ được vùi vào trong cơ tử cung qua một lỗ rạch nhỏ ở mặt sau sừng tử cung, đầu ngoài vùi vào giữa hai lớp mạc treo vòi trứng. Tỷ lệ thất bại khoảng 0,1%.

4.1.3. Phương pháp Parkland

Thắt hai đầu vòi trứng bằng chỉ tiêu rồi cắt bỏ đoạn vòi trứng giữa hai nút buộc.

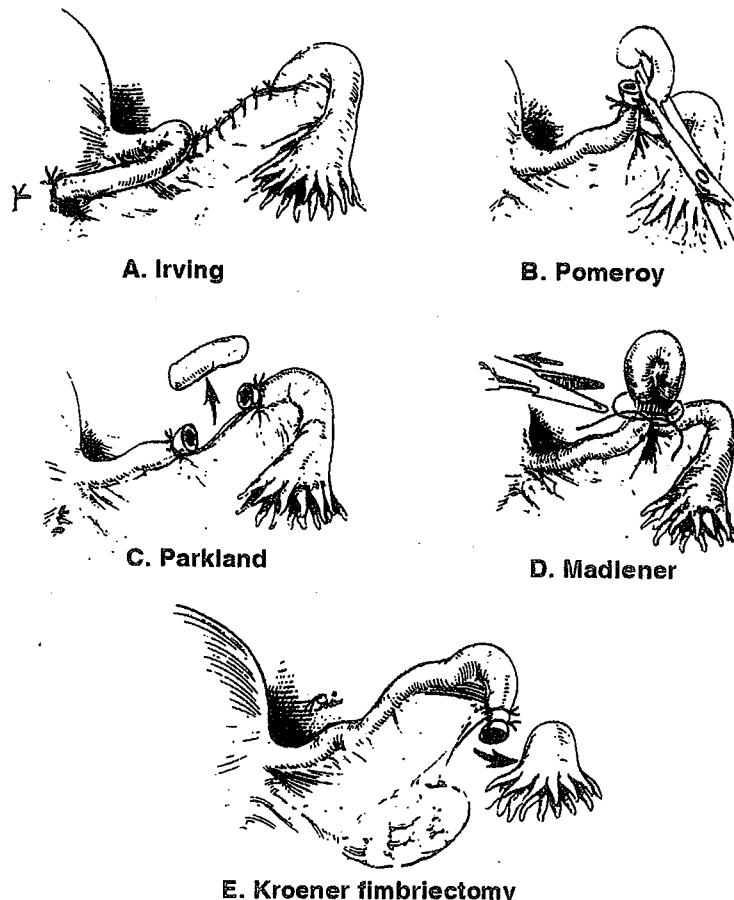
Kỹ thuật: gấp một đoạn tai vòi lên. Dùng chỉ tiêu (catgut) cột hai đầu đoạn vòi trứng này sau đó cắt ngang đoạn tai vòi phía trên chỗ thắt. Đối với phương pháp Pomeroy cải tiến, sau khi thắt hai đầu vòi trứng, dùng thêm một đoạn chỉ catgut plain thắt thêm một vòng phía dưới nút thắt đầu. Mục đích của vòng thắt thêm này nhằm tránh chảy máu do rách các mạch máu nhỏ trong lớp mạc nối của tai vòi.

4.1.4. Phương pháp Madlener

Nhắc một đoạn vòi trứng lên rồi kẹp gốc của nó bằng một loại kẹp to. Vùng bị kẹp sau đó được buộc bằng một loại chỉ không tiêu.

4.1.5. Phương pháp Kroener

Chỉ cột và cắt phần loa vòi phía ngoài. Tỷ lệ thất bại cao.



Các phương pháp triệt sản. (*Hình trích từ Williams' Obstetrics, 19th edition, 1993*)

4.2. Triệt sản qua nội soi ổ bụng

4.2.1. Phương pháp dùng kẹp Hulka-Clement

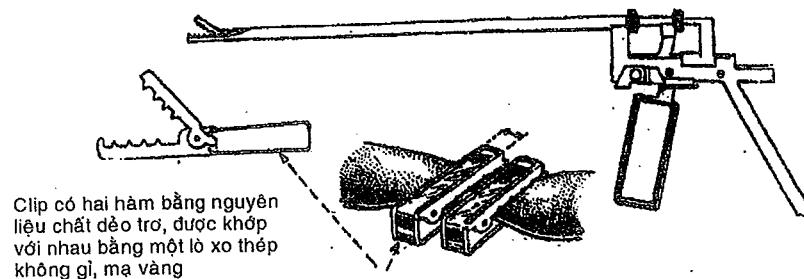
Kẹp bằng nhựa dẻo có hình răng cưa, được kẹp ở đoạn eo vòi trứng cách sừng tử cung khoảng 2-3cm.

4.2.2. Phương pháp vùng vòng silicon Yoon

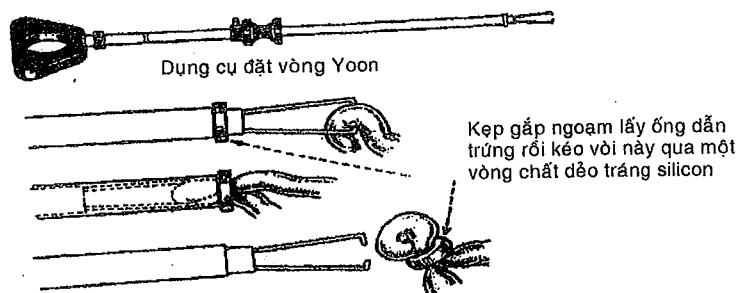
Vòng có tính chất đàn hồi được tròng vào đoạn eo vòi trứng bằng một dụng cụ chuyên biệt. Nếu người phụ nữ muốn có thai lại, có thể rút vòng ra được.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

Dụng cụ đặt clip kiểu Hulka - Clemens



Clip có hai hàm bằng nguyên liệu chất dẻo trơ, được khớp với nhau bằng một lò xo thép không gỉ, mạ vàng

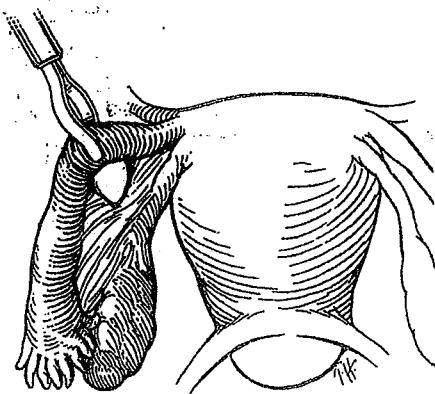


Dụng cụ đặt vòng Yoon

Kẹp gấp ngoặt lấy ống dẫn trứng rồi kéo vòi này qua một vòng chất dẻo tráng silicon

Triệt sản bằng vòng Hulka-Clement và vòng Yoon (*trích từ sách Phụ khoa - Hình minh họa, A.D.T. Govan, C. Hodge, R. Callander, Nhà xuất bản Y học, 1997*)

4.2.3. Phương pháp đốt tai vòi: có thể bằng đốt đơn cực hoặc lưỡng cực.



Trích từ Novak' Gynecology, 12th edition, 1996

5. BIỂN CHỨNG

- Tổn thương bằng quang, ruột, chảy máu và các biến chứng do gây mê.

- Nhiễm trùng vết mổ.
- Biến chứng của nội soi như tràn khí dưới da.
- Có thai lại.
- Một số trường hợp phụ nữ than phiền bị thay đổi tính tình, rối loạn tâm sinh lý (< 5% - theo Peel & Poots) sau khi triệt sản, nhưng các tác giả không tìm thấy bằng chứng các thay đổi trên do triệt sản gây nên. Họ ghi nhận có sự mâu thuẫn trong đời sống vợ chồng nhưng là do sự lựa chọn vội vàng và do không được cung cấp đầy đủ thông tin về triệt sản trước khi thực hiện phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clifford R. Wheeless, Jr.: Tubal sterilization. Te Linde's Operative Gynecology 7th edition, 343-358.
2. Phillip G. Stubblefield: Family planning, Novak's Gynecology 12th edition, 258-264
3. Cunningham, Mac Donald: Surgical contraception. Williams obstetrics 19th edition, 1353-58.
4. A.D.T. Govan, C. Hodge, R. Callander, Phụ khoa-Hình minh họa. Nhà xuất bản Y học, 1997.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Để được triệt sản vì lý do xã hội cần những điều kiện sau, NGOẠI TRỪ:
 - a. Trên 35 tuổi.
 - b. Đã có từ 2 con trở lên.
 - c. Con út > 2 tuổi.
 - d. Hoàn cảnh kinh tế khó khăn.
 - e. Đã được tham vấn đầy đủ về các biện pháp tránh thai khác.
2. Phương pháp triệt sản nữ phổ biến nhất hiện nay là:
 - a. Pomeroy.
 - b. Irving.
 - c. Uchida.
 - d. Parkland.
 - e. Kroener.
3. Điều nào sau đây là chống chỉ định của triệt sản nữ:
 - a. Trên 40 tuổi.
4. Trong phương pháp Pomeroy, hai đoạn của tai vòi được cột bằng chỉ gì?
 - a. Soie/silk.
 - b. Catgut.
 - c. Nylon.
 - d. Mercilene.
 - e. Vicryl.
5. Triệt sản sau sanh nên được thực hiện vào thời điểm nào:
 - a. Trong vòng 2 giờ đầu sau sanh.
 - b. Trong vòng 6 giờ đầu sau sanh.
 - c. Trong vòng 24 giờ đầu sau sanh.
 - d. Trong vòng 24-48 giờ sau sanh.
 - e. Trong vòng 48-72 giờ sau sanh.

TRIỆT SẢN NAM

BS. TRẦN BÌNH TRỌNG

Mục tiêu

1. Kể ra được các chống chỉ định của triệt sản nam.
2. Thực hiện được kỹ thuật thắt ống dẫn tinh không dùng dao mổ.
3. Trình bày được cách theo dõi sau thắt ống dẫn tinh.
4. Kể ra được các biến chứng của thắt ống dẫn tinh.

1. ĐẠI CƯƠNG

Triệt sản nam – hay thắt ống dẫn tinh – là phương pháp nhằm gián đoạn sự thông thương của ống dẫn tinh nhằm không cho tinh trùng từ tinh hoàn có thể đến và tích lại trong túi tinh. Như vậy mỗi lần giao hợp, tinh dịch xuất ra không có chứa tinh trùng.

Dù sau khi đã triệt sản có thể nỗi lại nếu có yêu cầu nhưng tỷ lệ thành công rất thấp nên đây được xem như một phương pháp tránh thai vĩnh viễn dành cho nam giới.

2. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- *Chỉ định:* được thực hiện cho bất cứ nam giới nào đã đủ con muốn tránh thai vĩnh viễn.
- *Chống chỉ định:*
 - Rối loạn đông máu.
 - Biến loạn tình dục.
 - Có bất thường ở bìu như thoát vị bìu, dẫn tinh mạch, ứ nước tinh hoàn, viêm nhiễm mạn tính và di tích ở thừng tinh.

3. PHƯƠNG PHÁP THẮT ỐNG DẪN TINH KHÔNG DÙNG DAO

3.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Bệnh nhân cần được tham vấn kỹ về phương pháp triệt sản, các biến chứng có thể xảy ra và phải hoàn toàn tự nguyện trước khi quyết định triệt sản.
- Được thăm khám toàn diện và làm các xét nghiệm tiền phẫu để loại trừ các chống chỉ định.

3.2. Dụng cụ

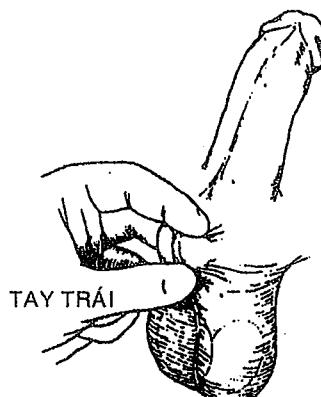
- 1 kềm chuyên biệt để cố định thừng tinh.
- 1 kềm đầu nhọn để bóc tách thừng tinh.
- 1 kéo cắt ống dẫn tinh, cắt chỉ.
- Dụng cụ gây tê tại chỗ, thuốc sát khuẩn, chỉ khâu.

3.3. Kỹ thuật

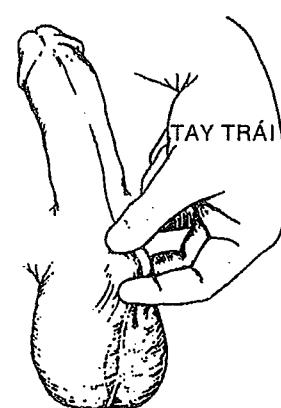
3.3.1. Sát khuẩn

- Không nên dùng cồn vì có thể làm cơ da bìu co lại khó cố định ống dẫn tinh.
- Sát khuẩn vùng bìu, bẹn, gốc dương vật.

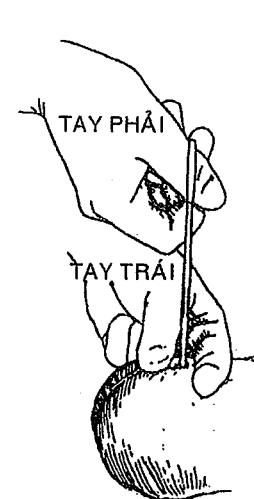
THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA



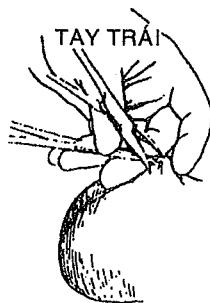
Hình 1: Kỹ thuật 3 ngón
cô lập ODT phải



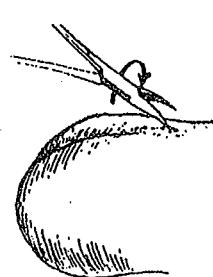
Hình 2: Kỹ thuật 3
ngón cô lập ODT trái



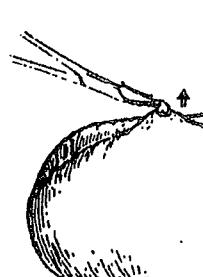
Hình 3: Ấn đầu kẹp
vòng trên da bìu, ODT
phải nằm bên dưới



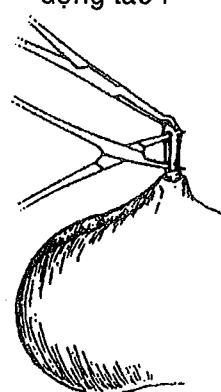
Hình 4: Chọc da với
bản trong kẹp bóc tách



Hình 5: Xoay
kẹp bóc tách
động tác I



Hình 6: Xoay kẹp bóc tách động tác II



Hình 7: Mở kẹp bóc tách để tuột bao ODT

3.3.2. Gây tê

Dùng 3 ngón tay để tìm ống dẫn tinh. Để ngón giữa ở dưới bìu, ngón trỏ và ngón cái trên bìu, cố định ống dẫn tinh vào điểm làm thủ thuật (điểm giao tiếp giữa 1/3 trên và 1/3 giữa đường giữa bìu) (*Hình 1 & 2*). Tay phải tiêm thuốc tê vào trong da và dưới da ở đường giữa bìu, sau đó đưa ống tiêm chéch xuống 5-15° song song với thừng tinh, tiêm dần cho đến khi kim vào được 2cm. Số lượng thuốc tê cho mỗi bên từ 2-5ml.

3.3.3. Cắt ống dẫn tinh

Dùng kỹ thuật 3 ngón tay tìm và đưa thừng tinh đến sát vùng dưới da giữa bìu. Tay phải dùng kềm cố định đặt vuông góc với ống dẫn tinh để cố định ống dẫn tinh qua da bìu vào điểm làm thủ thuật (*Hình 3*), hạ cán kềm và nâng mũi kềm lên đồng thời dùng ngón trỏ đè thấp ống dẫn tinh để bộc lộ ống dẫn tinh ra sát da bìu. Dùng một cành của kềm đầu nhọn chọc thủng da bìu ở điểm nổi rõ nhất và sâu khoảng 1/3 chiều dài của cành (*Hình 5 & 6*). Để kềm chéch một góc 45° cho mũi kềm trượt sát trên mặt trước ống dẫn tinh, rút cành đó ra, kẹp 2 cành lại và đưa cả 2 cành vào theo lỗ và hướng đã định. Mở 2 cành ra với độ mở của cành gấp 3 lần đường kính ống dẫn tinh. Khi nhìn thấy rõ ống dẫn tinh trắng, bóng, không còn vỏ, dùng một cành kềm đầu nhọn đưa ống dẫn tinh ra ngoài. Tháo kềm cố định ống dẫn tinh ra khỏi da bìu, cặt và giữ ống dẫn tinh.

Thắt đầu trên ống dẫn tinh và giữ lại chỉ buộc. Thắt đầu dưới ống dẫn tinh cách chỗ thắt đầu trên 1cm và cắt bỏ đi đoạn giữa. Để bảo đảm hai đầu ống dẫn tinh không nối

lại với nhau, người ta vùi một đầu vào bao thừng tinh và một đầu để hẳn ra ngoài.

Sau đó thắt ống dẫn tinh phía bên đối diện.

Sau khi thắt xong hai bên, kiểm tra chảy máu. Thả các đầu ống dẫn tinh xuống và nhắc vùng da bìu lên để ống dẫn tinh nằm trở về vị trí bình thường. Dán một miếng gạc nhỏ lên da bìu.

4. CHĂM SÓC SAU MỔ

- Sau mổ để bệnh nhân nằm nghỉ ngơi 30 phút. Kiểm tra lại mạch, áp huyết và các dấu hiệu tại chỗ. Nếu ổn có thể cho bệnh nhân về sau 2 giờ. Cho toa giảm đau và kháng sinh để ngừa nhiễm trùng.
- Sau 3 ngày có thể tháo băng và tắm rửa bình thường.
- Do tinh trùng cũ vẫn còn ở túi tinh trước khi làm phẫu thuật nên dặn bệnh nhân phải dùng bao cao su ít nhất trong 15 lần giao hợp sau khi thắt ống dẫn tinh. Tốt nhất là phải thử lại tinh dịch đồ cho đến khi nào không còn thấy tinh trùng trong tinh dịch mới bảo đảm tránh thai tuyệt đối.

5. BIẾN CHỨNG

Biến chứng sớm:

- Choáng do thuốc tê.
- Đau do gây tê không đúng.
- Chảy máu da bìu, tụ máu dưới da bìu.
- Nhiễm trùng vết mổ.

Biến chứng muộn:

- Đau muộn do u tinh trùng.
- Viêm mào tinh hoàn hay viêm tinh hoàn.

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

- Thay đổi tâm sinh lý.
- Có thai lại.

Thắt ống dẫn tinh không thay đổi chức năng của tinh hoàn. Định lượng FSH, LH, prolactin, testosterone trong giới hạn bình thường như ở những người không thắt ống dẫn tinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sách Sản phụ khoa - Bộ môn Phụ Sản - ĐH Y Dược TP. HCM, tr.1249-1253.
2. Williams' Obstetrics 19th edition, 1993, 1358-1359
3. [www.vasectomynmedical.com\non-scapel-vasectomy-diagram.html](http://www.vasectomynmedical.com/non-scapel-vasectomy-diagram.html)

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. CHỌN MỘT CÂU SAI liên quan đến triệt sản nam bằng phương pháp thắt ống dẫn tinh:
 - a. Là một tiểu phẫu đơn giản.
 - b. Có thể nối lại được tuy kết quả không cao.
 - c. Rối loạn đông máu là một chống chỉ định chính.
 - d. Chỉ được thực hiện ở nam giới > 40 tuổi.
 - e. Không ảnh hưởng đến sự tiết nội tiết tố nam.
2. Trong kỹ thuật thắt ống dẫn tinh, điều nào sau đây không đúng?
 - a. Sát trùng da bìu bằng alcool 60°.
 - b. Cố định thừng tinh bằng 3 ngón tay cái, trỏ và giữa.
 - c. Vị trí đâm kim tiêm thuốc tê ở đường giữa túi bìu.
 - d. Cắt bỏ một đoạn thừng tinh khoảng 1cm sau khi đã thắt hai đầu.
3. Biến chứng thường gặp của phương pháp thắt ống dẫn tinh là:
 - a. Đứt thừng tinh.
 - b. Tổn thương thần kinh thừng tinh.
 - c. Choáng giao cảm.
 - d. Hoại tử da bìu.
 - e. Tụ máu dưới da bìu.
4. Điều nào sau đây nên khuyên bệnh nhân sau khi được thắt ống dẫn tinh:
 - a. Nằm bất động ít nhất 24 giờ sau mổ.
 - b. Không được giao hợp trong vòng 1 tháng sau phẫu thuật.
 - c. Dùng bao cao su mỗi khi giao hợp ít nhất 15 lần sau phẫu thuật.
 - d. Dùng thêm testosterone trong vòng 3 tháng sau phẫu thuật.
 - e. Định lượng FSH, LH và Testosterone hàng năm.

BẢNG TRA TỪ

A

- Actinomycin D..... 227
 AGUS..... 189
 AIDS..... 156, 160, 301
 Amsel 210
 APGAR 104, 135
 ASCUS..... 189, 194
 AZT 159
- B**
- Bầm ối..... 70, 72, 73
 Bất sản thể chai..... 40
 Bất sản xương hàm dưới..... 40
 Bacterial vaginosis 208
 Băng huyết sau sanh 114, 140
 Bạch sản (leukoplakia)..... 198
 Bao cao su 275, 276, 277, 278, 280, 301
 Beaudelocque..... 6
 Betamimetics..... 93, 95, 98
 Biểu mô lát 198, 199
 Biểu mô trắng (AW: aceto white) 198
 Biểu mô trụ 198
 Bơm khí ổ bụng 259
 Bướu giáp bẩm sinh..... 40
 Bướu quái xương cùng..... 40
 Bóc nhau nhân tạo 104
- C**
- Cắt rốn..... 135
 Chẩn đoán di truyền tiền làm tổ
 (Preimplantation genetic diagnosis - PGD) 32
 Chẩn đoán tiền sản..... 26
 Chỉ không tan..... 256, 257
 Chỉ phẫu thuật..... 254
 Chỉ tan 254, 255, 257
 Chảy sữa 178
 Chiều dài xương đùi..... 45
 Chọc ối..... 31, 35, 36, 46, 47
 Chủng ngừa 13, 136

- Clue cells 209, 210, 211
 Cổ ngoài..... 198
 Condyloma..... 198, 204
 Cường kinh..... 166, 263
 Cử động thai..... 51
 Cytotec..... 88, 91
- D**
- Dao động nội tại 51
 Dân sàn chậu..... 169
 Depo Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) 291
 Dị tật bẩm sinh..... 285
 Doppler, 11, 14, 17, 42, 43, 45, 52, 73, 104, 141,
 223, 261, 266
 Dụng cụ tử cung..... 293, 303, 304, 307
- Đ**
- Đa kinh..... 166
 Đầu ối 61
 ĐK lưỡng gai..... 6
 ĐK lưỡng máu 6
 ĐK lưỡng mào 6
 ĐK trước-sau..... 6
 Độ mờ da gáy..... 12, 28, 35, 40
 Đốt lạnh..... 195
- E**
- Eo dưới..... 7
 Eo giữa..... 7
 Eo trên..... 7
 Ergometrine 90, 92
 Ergotamine 311
 Ethanol 97
 Ethinyl estradiol 295
- F**
- Farabeuf 60, 61, 247, 253
 Forceps 125, 128, 129
- G**
- Gai sống chẻ đôi..... 40
 Giai đoạn hoạt động 57, 58

BẢNG TRA TỪ

Giai đoạn tiềm thời.....	57, 58	Muỗng nạo.....	226
Góc vòm vệ	69	N	
H		Naegelé	4, 9
Hẹp thực quản	40	Nang hoàng thể	224
HELLP	145	Nang Naboth.....	198, 200
Herpes.....	6, 171	Nang đấm rối mạch mạc.....	40
Holoprosencephaly	40	Nang thanh dịch vùng cổ.....	40
Hóa chất dự phòng.....	227	Nang tuyến Bartholin.....	213
HSIL.....	188, 189, 195	Não úng thủy	40
Hút nạo	225, 230	Nhau bám thấp.....	65
Hút nhớt	62, 105, 134	Nhiễm trùng hậu sản	141, 147
Huyết trắng.....	166	Nhiễm trùng tiểu.....	98, 148
I		Nhip giảm bất định	51, 55
Implanon.....	297, 298, 299, 300, 302	Nhip giảm muộn	51, 54
K		Nhip tim thai cơ bản	51
Khoét chót cổ tử cung	185, 192, 194, 195	Nhũ ảnh.....	181
Khởi phát chuyển dạ	86, 87, 91	Nhuộm gram	208, 209
Kiểm tra nhau.....	63, 65	NST có đáp ứng	51, 56, 104
Kiểm tra tử cung.....	103	NST không đáp ứng.....	51, 52, 53
Kim Veres	259	Nugent.....	209, 210
Kinh chót.....	11	O	
Kinh ít.....	166	Ối vỡ.....	7, 65, 128, 133
Kinh nhiều.....	166	Ống hút.....	216, 226, 309, 310
Kinh thưa.....	166	Oxytocin... 59, 73, 87, 88, 89, 92, 110, 113, 140,	
L		311	
Lactobacillus	211	P	
Leopold	4, 5, 9, 10, 13, 17	Papilloma.....	198
Loạn sản	194	Perfalgan.....	145
Loét CTC.....	198, 204	Progesterone.....	93, 98, 285, 291, 302
LSIL	189, 194	Prolactin	143, 150
Lugol 1%	196, 198	Prostaglandin E ₁	92, 114
M		Prostaglandins	90
Meperidine	145	R	
Methotrexate.....	227, 228, 314	Ra huyết âm đạo bất thường.....	293
Michaelis.....	6	Rong huyết	166, 285, 295
Misoprostol, 88, 91, 92, 110, 114, 314, 315, 320,		Rong kinh	166, 284, 286
322		RU-486.....	314
Mổ ngang đoạn dưới tử cung.....	99, 100	S	
Morphine sulfate	145	Sa dây rốn.....	65, 70, 71, 73
Mổ vịt.....	169, 170, 186, 196, 219, 309	Shock vagal.....	311, 313

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

Siêu âm hình thái học	36	Thủng tử cung.....	226, 304, 307, 311, 313
Sinh thiết cổ tử cung.....	185, 192	Thuyên tắc ối.....	71
Sinh thiết gai nhau.....	31, 35	Tiền thai	3
Sổ nhau.....	57, 63	Tim thai.....	11, 59, 73, 88, 94
Soi cổ tử cung.....	185, 191, 194, 195	Tractocile	96
Soi tươi khí hư	171	Trichomonas vaginalis	188, 208, 209, 210
Sợi tơ nấm	209	Trisomy 13.....	13, 28
Sữa mẹ	150	Trisomy 18.....	18, 28
Sứt môi	40	Trisomy 21.....	21, 28
ST âm tính.....	52, 53	Trocars	250, 260
ST dương tính.....	53	Tuổi thai	8, 26, 86, 92, 99, 313, 320
T		Túi thai	38
Teo biểu mô	198	U	
Thăm trực tràng	173	U buồng trứng xoắn.....	224
Thắt ống dẫn tinh.....	332	Ung thư vú.....	165, 181
Thai máy	12	V	
Thai ngoài tử cung	169, 262, 294, 304, 307, 308	Van âm đạo.....	226
Thai trứng.....	227, 228	Viêm phần phụ.....	169
Thai vô sọ.....	40, 65	Viêm phổi hít.....	148
Thiểu kinh	166	Viêm vết mổ	148
Thiểu sản xương cánh mũi.....	40	Viêm vú hậu sản.....	177
Thoát vị hoành.....	28, 40	Vitamin K ₁	136, 137
Thoát vị màng não.....	40	Vô kinh nguyên phát	166
Thoát vị rốn	40	Vô kinh thứ phát.....	166
Thoát vị thành bụng	40	Vô sinh.....	181, 260, 263
Thuốc viên tránh thai phối hợp.....	281	Vỡ tử cung	52, 92, 101
Thủ thuật	178	Vùng chuyển tiếp	198

ĐÁP ÁN CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Bài	Câu hỏi	Đáp án
1 (Bệnh án sản khoa)	1	b
	2	a
	3	b
	4	b
	5	b
	6	c
	7	c
	8	b
	9	d
	10	e
2 (Khám thai)	1	b
	2	d
	3	c
	4	e
	5	e
	6	c
	7	c
	8	a
	9	b
	10	c
3 (Kỹ thuật đo BCTC)	1	c
	2	b
	3	a,c
	4	a
	5	a,d
	6	a
	7	e
	8	d
	9	e
	10	c
4 (Sơ lược về tầm soát dị tật thai nhi trong chẩn đoán tiền sản)	1	e
	2	d
	3	e
	4	e
	5	c
	6	c
	7	c
	8	e
	9	e
	10	a

5 (Siêu âm thường qui trong khám thai)	1	e
6 (Chọc ối)	2	c
	3	d
	4	d
	5	c
	6	a
	7	e
	8	b
	9	e
	10	c
	11	c
7 (Non-stress test và stress-test)	1	e
	2	c
	3	d
	4	c
	5	c
	6	e
	7	c
	8	a
	9	c
	10	e
8 (Theo dõi chuyển dạ)	1	e
	2	c
	3	a
	4	c
	5	e
	6	c
	7	a
	8	d
	9	e
	10	a
9 (Cách khám khung chậu trong)	1	d
	2	c
	3	d
	4	d
	5	b
	6	d

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

10 (Kỹ thuật bấm ối)	1	c
	2	e
	3	e
	4	d
	5	a
11 (Khởi phát chuyển dạ)	1	c
	2	d
	3	c
	4	c
	5	e
12 (Sử dụng thuốc tăng co trong sản khoa)	1	e
	2	a
	3	d
	4	c
	5	e
	6	a
	7	d
	8	e
13 (Thuốc giảm co dùng trong sản khoa)	1	b
	2	b
	3	d
	4	c
	5	a
14 (Theo dõi và chăm sóc sản phụ có vết mổ lấy thai cũ)	1	b
	2	d
	3	a
	4	e
	5	b
	6	d
15 (Kỹ thuật đỡ sanh ngôi chỏm)	1	d
	2	a
	3	d
	4	b
	5	d
16 (Xử trí tích cực giai đoạn III chuyển dạ)	1	a
	2	c
	3	c
	4	e
	5	a

18 (Bóc nhau nhân tạo và kiểm tra sinh dục)	6	b
	7	e
	8	d
	9	b
	10	b
19 (Forceps sản khoa)	1	e
	2	a
	3	d
	4	c
	5	b
20 (Chăm sóc bé sau sanh)	1	c
	2	e
	3	a
	4	e
	5	e
	6	a
21 (Chăm sóc hậu sản)	1	d
	2	c
	3	b
	4	e
	5	e
22 (Chăm sóc hậu phẫu mổ lấy thai)	6	a
	1	a
	2	b
	3	c
	4	a
	5	d
	6	e
	7	b

ĐÁP ÁN CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

23 (Cách cho con bú)	1	a
	2	e
	3	b
	4	e
	5	b
	6	c
	7	c
	8	c
	9	e
	10	b
24 (Phòng chống lây truyền HIV từ mẹ sang con)	1	b
	2	b
	3	a
	4	d
	5	e
	6	a
	7	e
	8	b
	9	b
	10	c
25 (Bệnh án phụ khoa)	1	b
	2	b
	3	a
	4	a
	5	c
	6	d
	7	a
	8	c
	9	c
	10	a
26 (Khám phụ khoa)	1	d
	2	a
	3	c
	4	c
	5	e
	6	d
	7	e
	8	a
	9	c
	10	a
27 (Khám vú)	11	c
	12	a
	1	d
	2	e
	3	b
	4	e

28 (Tầm soát ung thư cổ tử cung)	7	a
	8	d
	9	e
	1	b
	2	d
	3	c
	4	b
	5	c
	6	a
	7	e
29 (Soi cổ tử cung và sinh thiết cổ tử cung)	8	c
	9	d
	10	e
	1	c
	2	e
	3	d
	4	e
	5	a
	6	e
	7	b
30 (Xét nghiệm chẩn đoán viêm âm đạo)	3	e
	4	c
	5	d
	6	c
	7	e
	8	c
	9	c
	10	d
	1	c
	2	d
31 (Rạch nang và áp-xe tuyến Bartholin)	3	b
	4	a
	5	d
	6	d
	7	c
	8	d
	9	a
	10	a

THỰC HÀNH SẢN PHỤ KHOA

32 (Chọc dò túi cùng sau)	1	b
	2	c
	3	e
	4	b
	5	d
33 (Chọc dò túi cùng sau)	1	a
	2	b
	3	e
	4	d
	5	e
	6	b
	7	c
34 (Hút nạo thai trứng và theo dõi sau hút nạo)	1	b
	2	d
	3	e
	4	b
	5	e
	6	e
	7	e
	8	b
	9	c
	10	b
	11	c
	12	e
35 (Rửa tay thường quy)	1	b
	2	e
	3	c
	4	d
	5	d
36 (Các nguyên tắc cơ bản trong phòng mổ)	1	e
	2	a
	3	e
	4	b
	5	e
37 (Giới thiệu một số dụng cụ phẫu thuật)	1	e
	2	b
	3	e
	4	a
	5	c

38 (Chỉ phẫu thuật)	6	b
	7	a
	8	c
	9	c
	10	e
	11	a
	12	a
	1	d
	2	d
	3	e
	4	d
	5	e
39 (Phẫu thuật nội soi)	1	a
	2	b
	3	a
	4	e
	5	e
	6	a
	7	b
	8	c
	9	e
	10	b
40 (Sự lành vết thương)	1	c
	2	b
	3	d
	4	a
	5	d
	6	e
	7	e
41 (Cách sử dụng bao cao su tránh thai)	1	e
	2	b
	3	b
	4	b
	5	e
42 (Hướng dẫn cách dùng thuốc tránh thai loại viên phối hợp estro- progestogen)	1	e
	2	c
	3	b
	4	d
	5	c

ĐÁP ÁN CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

	6	b
	7	d
	8	e
	9	d
	10	e
	1	b
43 (Thuốc tránh thai khẩn cấp)	2	c
	3	b
	4	c
	5	a
44 (Thuốc tránh thai dạng tiêm – DMPA)	1	c
	2	a
	3	b
	4	d
	5	b
45 (Thuốc tránh thai dạng que cấy)	1	d
	2	c
	3	a
	4	e
	5	c
46 (Dụng cụ tử cung tránh thai)	1	d
	2	c
	3	a
	4	b
	5	a

	1	d
47 (Hút thai kế hoạch)	2	e
	3	a
	4	b
	5	c
	1	b
48 (Phá thai nội khoa)	2	d
	3	d
	4	b
	5	b
	6	d
	7	d
	8	d
	1	d
49 (Triệt sản nữ)	2	a
	3	c
	4	b
	5	d
	1	d
50 (Triệt sản nam)	2	a
	3	e
	4	c

