

SƯU TẦM & TỔNG HỢP
ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
DOCTOR PLUS CLUB
BỘ MÔN SẢN – PHỤ KHOA

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

SẢN KHOA

Chủ biên: GS.TS. NGUYỄN DUY TÀI

Thư Viện Ebook Y Học
<https://ebookyhoc.com>

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
2014



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 TẦM & TỔNG HỢP

CHỦ BIÊN:

GS.TS. NGUYỄN DUY TÀI

<https://doctoplus.club/> <https://facebook.com/doctoplus.club/>

THÀNH PHẦN BIÊN SOẠN:

PGS.TS.BS. LÊ HỒNG CẨM

ThS.BS. NGUYỄN HỒNG CHÂU

TS.BS. NGUYỄN THỊ THANH HÀ

TS.BS. TÔ MAI XUÂN HỒNG

BS. TRẦN LAM KHOA

ThS.BS. VƯƠNG THỊ NGỌC LAN

GS.TS.BS. TRẦN THỊ LỢI

PGS.TS.BS. VŨ THỊ NHUNG

PGS.TS.BS. NGÔ THỊ KIM PHỤNG

BS. PHAN VĂN QUYỀN

GS.TS.BS. NGUYỄN DUY TÀI

ThS.BS. TRẦN NHẬT THẮNG

ThS.BS. HÒ VIẾT THÁNG

PGS.TS.BS. HUỲNH NGUYỄN KHÁNH TRANG

TS.BS. NGUYỄN THỊ TÙ VÂN

SƯU TẦM & TỔNG HỢP

LỜI NÓI ĐẦU

Giáo dục là trách nhiệm hàng đầu của cả giảng viên và sinh viên. Bộ sách “Sản phụ khoa” là một trong những tài liệu đã được sử dụng lâu dài tại Đại học Y Dược Tp.HCM. Qua năm tháng, bộ sách đã đóng góp không nhỏ vào việc học tập của các thế hệ sinh viên y khoa dưới mái trường của chúng ta. Hiện nay, với nhu cầu đổi mới liên tục cũng như mong muốn mở rộng hơn nữa nội dung giảng dạy và học tập tại Bộ môn Sản – Phụ khoa, chúng tôi hân hạnh giới thiệu tới Quý độc giả một tập sách mới với cách viết được thiết kế chủ yếu dựa trên y học chứng cứ.

Các bài viết tập trung vào các chủ đề của Sản khoa, và các đối tượng chính là các sinh viên y khoa với mong muốn giúp các bạn có một cái nhìn đầy đủ và cụ thể hơn. Khi được sử dụng kết hợp với bộ sách “Sản phụ khoa”, chúng tôi hy vọng sẽ giúp các bạn có được một nền tảng lý thuyết vững chắc hơn và tự tin hơn khi thực hành lâm sàng đối với môn học này.

Sản khoa là một chuyên ngành lớn. Do vậy, chúng tôi muốn cung cấp thêm một số tài liệu lý thuyết đến các bạn sinh viên y khoa nhằm giúp các bạn củng cố thêm vốn kiến thức của mình. Ngoài ra, đây cũng là một tài liệu tốt để giúp các bác sĩ trẻ ôn tập lại một số chủ đề mình quan tâm.

Sai sót trong ấn bản lần đầu là điều khó tránh khỏi. Chúng tôi mong Quý độc giả chân thành góp ý để những ấn bản sau được hoàn thiện hơn.

Tôi muốn gửi lời cảm ơn đến toàn thể Ban biên soạn vì công sức và lòng nhiệt huyết. Ngoài ra còn có sự tư vấn chuyên nghiệp của Nhà Xuất Bản Y học. Cuối cùng, chúng tôi muốn gửi lời chúc sức khỏe và thành công đến các bạn sinh viên thân yêu cùng Quý độc giả.

Tháng 12/2013
GS.TS.BS. Nguyễn Duy Tài

SƯU TẦM & TỔNG HỢP
MỤC LỤC
DOCTOR PLUS CLUB

1. Phôi học và giải phẫu học cơ quan sinh dục nữ	1
	<i>ThS.BS. Vương Thị Ngọc Lan</i>
2. Sinh lý học mẹ và thai nhi.....	16
	<i>TS.BS. Tô Mai Xuân Hồng</i>
3. Chăm sóc trước thụ thai và chăm sóc trước sanh.....	28
	<i>TS.BS. Nguyễn Thị Từ Vân</i>
4. Đánh giá các rối loạn di truyền trong sản khoa.....	40
	<i>ThS.BS. Trần Nhật Thắng</i>
5. Theo dõi và chăm sóc thai phụ trong chuyển dạ.....	50
	<i>ThS.BS. Hồ Viết Thắng</i>
6. Chuyển dạ bất thường	59
	<i>TS.BS. Nguyễn Thị Thanh Hà</i>
7. Chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau khi sinh	81
	<i>ThS.BS. Nguyễn Hồng Châu</i>
8. Băng huyết sau sanh.....	95
	<i>GS.TS.BS. Trần Thị Lợi</i>
9. Các bệnh lý nội khoa và thai kỳ	106
	<i>PGS.TS.BS. Ngô Thị Kim Phụng, BS. Trần Lâm Khoa</i>
10. Tăng huyết áp trong thai kỳ	120
	<i>PGS.TS.BS. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang</i>
11. Chuyển dạ sinh non.....	131
	<i>GS.TS.BS. Nguyễn Duy Tài</i>
12. Xuất huyết ba tháng cuối thai kỳ	139
	<i>TS.BS. Nguyễn Thị Thanh Hà</i>
13. Ối vỡ non	148
	<i>PGS.TS.BS. Lê Hồng Cẩm</i>
14. Thai già tháng.....	156
	<i>GS. TS.BS. Nguyễn Duy Tài, PGS.TS.BS. Vũ Thị Nhung</i>
15. Thai ngoài tử cung ở sẹo mổ lấy thai	163
	<i>BS. Phan Văn Quyền</i>
16. Lây truyền HIV/AIDS từ mẹ sang con	173
	<i>PGS.TS.BS. Vũ Thị Nhung</i>

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

1. *Trình bày nguồn gốc phôi học của cấu trúc cơ quan sinh dục nữ.*
2. *Trình bày sự biệt hóa cơ quan sinh dục theo giới tính.*
3. *Trình bày sự phát triển của buồng trứng, đường sinh dục và cơ quan sinh dục ngoài trong thời kỳ phôi thai.*
4. *Trình bày quá trình sinh noãn và các giai đoạn phát triển của nang noãn buồng trứng*
5. *Mô tả hình dạng, cấu trúc, tương quan giải phẫu học của buồng trứng, vòi trứng, tử cung, âm đạo.*
6. *Kể và chỉ tên các cấu trúc của âm hộ.*
7. *Trình bày cấu tạo và chức năng của tầng sinh môn.*

Sự hiểu biết về phôi học và giải phẫu học của cơ quan sinh dục nữ rất quan trọng trong lâm sàng sản phụ khoa. Các kiến thức này giúp:

- phân biệt các cấu trúc giải phẫu bình thường với các dị tật bẩm sinh từ trong thời kỳ bào thai,
- tiên lượng sự phát triển và cách di căn của các loại ung thư phụ khoa,
- hỗ trợ các các phẫu thuật trong vùng chậu, nhất là các phẫu thuật phục hồi sàn chậu và niệu sinh dục.

Về mặt phôi học, buồng trứng, vòi trứng, tử cung và phần trên âm đạo có nguồn gốc từ trung bì trung gian, trong khi đó cơ quan sinh dục ngoài phát triển từ gò sinh dục. Các cơ quan sinh sản đều trải qua giai đoạn trung tính. Giới tính của phôi xác định bởi nhiễm sắc thể giới tính quyết định sự biệt hóa của cơ quan sinh dục theo hướng nam hay nữ. Sự tác động của nội tiết cũng có vai trò quan trọng trong sự hình thành và phát triển của cơ quan sinh dục ngoài.

PHÔI HỌC CƠ QUAN SINH DỤC NỮ

Giai đoạn cơ quan sinh dục trung tính

Sự phát triển của cơ quan sinh dục người luôn trải qua giai đoạn trung tính. Trong giai đoạn này, cấu trúc nhìn từ bên ngoài và cấu tạo bên trong của cơ quan sinh dục đều không cho phép phân biệt giữa nam giới hay nữ giới. Sự biệt hóa của cơ quan sinh dục chỉ bắt đầu xảy ra từ tuần thứ 7 đối với tuyến sinh dục và từ tuần thứ 12 đối với đường sinh dục và cơ quan sinh dục ngoài.

Các hiện tượng xảy ra trong giai đoạn cơ quan sinh dục trung tính bao gồm:

Sự hình thành tuyến sinh dục trung tính

- Nguồn gốc tế bào sinh dục: các tế bào mầm sinh dục đều xuất phát từ các tế bào sinh dục nguyên thủy. Vào cuối tuần thứ 3 của phôi, các tế bào sinh dục nguyên thủy có thể được phát hiện và phân biệt rõ ràng với các loại tế bào khác ở thành sau túi noãn hoàng nơi gần niệu nang. Các tế bào sinh dục nguyên thủy có đường kính khoảng $20\mu\text{m}$, nhân tròn và sáng, hình túi, bào tương có nhiều giọt mỡ và có hai tiểu thể trung tâm bao quanh bộ máy Golgi.

- **Sự di cư của tế bào sinh dục nguyên thủy:** ở phôi người 4 tuần tuổi, các tế bào sinh dục nguyên thủy đã di cư tới phần trung bì trung gian, nằm chen giữa chân mạc treo ruột và trung thận. Tại đây, các tế bào sinh dục nguyên thủy tác động vào các tế bào trung bì trung gian, gây tăng sinh các tế bào này. Do sự tăng sinh này, các tế bào trung bì trung gian tạo ra các dải tế bào biểu mô chứa tế bào sinh dục nguyên thủy, gọi là các dải sinh dục nguyên phát. Các dải sinh dục nguyên phát tiến sâu vào trung bì trung gian, tới gần các ống trung thận ngang.
- **Sự hình thành tuyến sinh dục trung tính:** các dải sinh dục nguyên phát cùng với biểu mô khoang của cơ thể phủ một phần trung bì trung gian ở giữa chân mạc treo ruột và trung thận tạo thành tuyến sinh dục trung tính.
- **Sự hình thành mào niệu dục và mào sinh dục:** các tuyến sinh dục trung tính cùng với trung thận tạo thành một khối lồi vào khoang cơ thể, gọi là mào niệu dục. Mào niệu dục được treo vào thành lưng khoang cơ thể bằng một mạc treo gọi là mạc treo niệu dục. Mạc treo này được cấu tạo bởi trung mô, phủ ngoài bởi biểu mô khoang cơ thể. Về sau, tuyến sinh dục trung tính lồi hẳn lên bề mặt thành sau của khoang cơ thể, phía trước trung thận tạo thành mào riêng, gọi là mào sinh dục. Mào sinh dục dài về phía đuôi phôi và được treo vào trung thận bởi mạc treo sinh dục. Còn trung thận vẫn được treo vào thành lưng khoang cơ thể bởi mạc treo riêng, gọi là mạc treo trung thận, vốn là mạc treo niệu dục. Sau này trung thận thoái triển đi, mạc treo biến thành các dây chằng là dây chằng hoành có đầu trên gắn với cơ hoành, đầu dưới gắn với cực trên tuyến sinh dục và dây chằng bẹn có đầu trên gắn với cực dưới tuyến sinh dục, đầu dưới dính vào đáy chậu.
- **Sự hình thành dây sinh dục túy:** các dải sinh dục nguyên thủy dài ra. Tới tuần thứ 6 của phôi, chúng tiến vào vùng trung tâm của tuyến sinh dục trung tính, được gọi là dây sinh dục túy. Các dây sinh dục túy tiếp tục tăng sinh để tạo ra nhiều dây mới.

Sự hình thành cơ quan sinh dục ngoài trung tính.

Sự phát triển của cơ quan sinh dục ngoài có quan hệ mật thiết với sự phát triển của đoạn chậu và sinh dục của xoang niệu dục. Xoang niệu dục được chia làm ba đoạn: đoạn bàng quang - niệu đạo, đoạn chậu và đoạn sinh dục. Đoạn bàng quang - niệu đạo sẽ phát triển thành bàng quang và niệu đạo. Đoạn chậu và đoạn sinh dục sẽ phát triển khác nhau ở nam giới và nữ giới

để tạo ra các cơ quan sinh dục ngoài. Sự phát triển của cơ quan sinh dục ngoài cũng trải qua giai đoạn trung tính.

- Những mầm của cơ quan sinh dục ngoài: tuần thứ 5 của phôi, xung quanh màng nhóp có những cấu trúc tạo ra bởi trung mô, phủ ngoài bởi ngoại bì, lồi lên mặt ngoài cơ thể, sau này sẽ trở thành đáy chậu. Các cấu trúc đó gồm:
 - o Nếp ổ nhóp: là nếp gấp kép (có hai nếp), nằm ngay cạnh màng nhóp.
 - o Cù ổ nhóp: là cấu trúc đơn giản (chỉ có một) nằm ở đường giữa được tạo ra do hai nếp ổ nhóp ở hai bên sáp nhập lại ở đường giữa, phía trước màng nhóp.
 - o Gờ ổ nhóp: là các cấu trúc kép ở mỗi bên, nằm ngoài nếp ổ nhóp.
- Sự phát triển của cơ quan sinh dục ngoài trung tính:
 - o Nếp ổ nhóp: ngăn ổ nhóp thành xoang niệu dục ở phía bụng và thành ống hậu môn - trực tràng ở phía lưng; phân màng nhóp thành màng niệu dục bịt xoang niệu dục và màng hậu môn bịt lỗ hậu môn - trực tràng. Ở mỗi bên, nếp ổ nhóp cũng phân đôi thành hai nếp: nếp sinh dục phía trước, vây quanh màng niệu dục và nếp hậu môn phía sau, vây quanh màng hậu môn.
 - o Cù ổ nhóp: ngày càng lồi về phía trước (phía bụng) tạo thành cù sinh dục. Cù này phát triển sang hai bên, tạo thành một rãnh ở đường dọc giữa mặt dưới gọi là rãnh niệu dục.
 - o Gờ ổ nhóp: phát triển mạnh về phía trước và sáp nhập với nhau ở đường giữa và cưỡi lên gốc cù sinh dục, rồi phát triển về phía sau để tiếp với nếp hậu môn.
 - o Khi đáy chậu phát triển, những nếp hậu môn và gờ ổ nhóp tách xa nhau ra. Nếp hậu môn vây quanh màng hậu môn tạo thành ống hậu môn. Còn gờ ổ nhóp từ lúc này được gọi là gờ sinh dục hay gờ môi bìu sẽ tạo ra môi lớn ở nữ giới và bìu ở nam giới.

Sự biệt hóa của cơ quan sinh dục trung tính thành cơ quan sinh dục nam hay nữ

Giới tính của phôi được quyết định ngay từ lúc thụ tinh do sự kết hợp của hai bộ nhiễm sắc thể đơn bội của noãn và tinh trùng và do sự có mặt của nhiễm sắc thể giới tính X hay Y trong tinh trùng thụ tinh.

Sự biệt hóa giới tính của tuyến sinh dục trung tính bắt đầu từ tuần thứ 7 của phôi. Nhiễm sắc thể Y có chứa một gen gọi là SRY (sex-determining region on Y, vùng xác định giới tính) nằm trên nhánh ngắn của nhiễm sắc thể Y. Gen SRY qui định một protein gọi là TDF (testis-determining factor, yếu tố xác định tinh hoàn). Khi có sự hiện diện của protein TDF, cơ quan sinh trung tính sẽ phát triển tinh hoàn và các đặc điểm của giới tính nam. Gen xác định buồng trứng là WNT4. Khi có hiện diện WNT4 và không có SRY, cơ quan sinh dục trung tính sẽ phát triển buồng trứng và các đặc điểm của giới tính nữ.

Tuyến sinh dục biệt hóa thành tinh hoàn hay buồng trứng từ tuần thứ 7 của phôi. Cơ quan sinh dục ngoài biệt hóa từ tuần thứ 12 của phôi.

Sự phát triển của buồng trứng

Buồng trứng ở nữ giới tương đương với tinh hoàn ở nam giới. Cả hai tuyến sinh dục đều bắt đầu phát triển khi mào sinh dục được hình thành vào khoảng tuần thứ 5 của phôi. Sự hình thành và phát triển của các dải sinh dục nguyên phát vào mào sinh dục tạo ra phần vỏ và phần túy của tuyến sinh dục trung tính.

Tế bào mầm nguyên thủy, sau này sẽ phát triển thành giao tử xuất hiện trên thành của túi noãn hoàng vào khoảng tuần thứ 3 của phôi. Từ vị trí này các tế bào mầm nguyên thủy di chuyển vào mào sinh dục và gắn vào các dây sinh dục nguyên phát vào tuần thứ 6 của phôi. Nếu tế bào mầm nguyên thủy không di chuyển vào mào sinh dục được, buồng trứng không thể hình thành. Vào tuần thứ 7 nếu phôi có mang nhiễm sắc thể Y, tuyến sinh dục trung tính biệt hóa thành tinh hoàn. Ngược lại, khi không có nhiễm sắc thể Y, tuyến sinh dục trung tính sẽ biệt hóa thành buồng trứng, tuy nhiên, chỉ đến 12 – 16 tuần phôi, buồng trứng mới có đầy đủ các đặc tính và là buồng trứng hoàn chỉnh.

Từ tuần thứ 6 đến tuần 16 – 20, hoạt động nguyên phân của các tế bào mầm sinh dục nguyên thủy được tiếp tục. Các tế bào mầm nguyên thủy đang nguyên phân ở buồng trứng được gọi là nguyên bào noãn. Cũng như các tế bào mầm sinh dục nguyên thủy, các nguyên bào noãn có bộ nhiễm sắc thể lưỡng bội, chứa 23 đôi nhiễm sắc thể (gồm 46 nhiễm sắc thể). Nhờ vào quá trình nguyên phân, số lượng các nguyên bào noãn tăng dần, khoảng 600.000 tế bào vào tuần thứ 8 và 7 triệu tế bào vào tuần thứ 20.

Từ tuần thứ 8, quá trình phân chia giảm phân bắt đầu để tạo ra các noãn bào có n nhiễm sắc thể. Các nguyên bào noãn được gọi là noãn sơ cấp khi bắt đầu bước vào giảm phân. Khi các nguyên bào noãn bước vào giảm phân, chúng không còn khả năng nguyên phân nữa, do đó, không thể tiếp tục tăng thêm số lượng. Điều này rất quan trọng vì đối với phụ nữ, toàn bộ nguyên bào noãn sẽ chuyển thành noãn trước khi được sinh ra. Như vậy, người phụ nữ sẽ bắt đầu độ tuổi sinh sản với một số noãn đã được định trước từ khi sinh ra và không thể tăng thêm cho đến khi mãn kinh.

Ngay sau khi kết thúc lần nguyên phân sau cùng, nguyên bào noãn nhân đôi số lượng nhiễm sắc thể và bước vào giảm phân. Giảm phân gồm có hai lần phân chia: giảm phân I và giảm phân II. Kết quả của lần phân chia thứ nhất tạo ra hai tế bào có bộ nhiễm sắc thể đơn bội kép (n kép), và cho phép có sự trao đổi thông tin di truyền giữa các cặp nhiễm sắc thể nhờ vào hiện tượng bắt chéo. Noãn dừng sự phân chia ở giai đoạn này cho đến khi bé gái đến tuổi dậy thì, có sự xuất hiện của đỉnh LH, noãn tiếp tục phân chia giảm phân II để trưởng thành. Lần phân chia thứ hai tạo ra 2 tế bào có bộ nhiễm sắc thể đơn bội (n đơn). Trong sự sinh noãn, kết thúc giảm phân I, 1 noãn sơ cấp tạo ra 1 noãn thứ cấp và thể cực thứ nhất (**hình 1.1**).



Hình 1.1. Sự sinh noãn

(Nguồn: *Thụ tinh trong ống nghiệm*, NXB Giáo dục Việt Nam, 2011)

Từ tuần thứ 10 của phôi, các dây sinh dục nguyên phát thoái hóa và các dây sinh dục thứ phát hay còn gọi là dây sinh dục vỏ được hình thành. Từ tuần thứ 16 của phôi, các dây sinh dục vỏ trong buồng trứng tạo thành các cấu trúc gọi là nang noãn nguyên thủy. Mỗi nang chứa một nguyên bào noãn, được bao quanh bởi một lớp tế bào lát dẹt có nguồn gốc từ dây sinh dục vỏ. Sau đó, các nang noãn nguyên thủy tiếp tục thay đổi cấu trúc để hình thành các nang noãn ở giai đoạn phát triển khác nhau như nang noãn tiền hốc, nang noãn có hốc và nang noãn trưởng thành (**hình 1.2**).



Nang noãn nguyên thủy

<https://doctorplus.club/>

50 μm



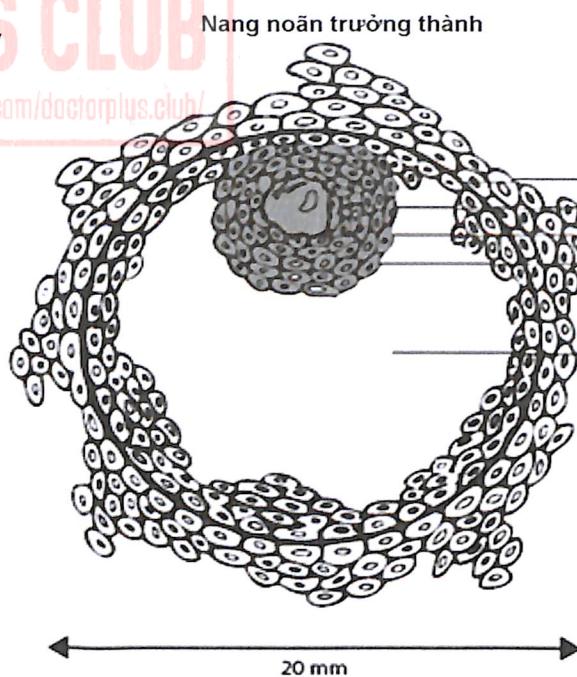
Nang noãn tiền hốc

200 μm



Nang noãn có hốc

500 μm



20 mm

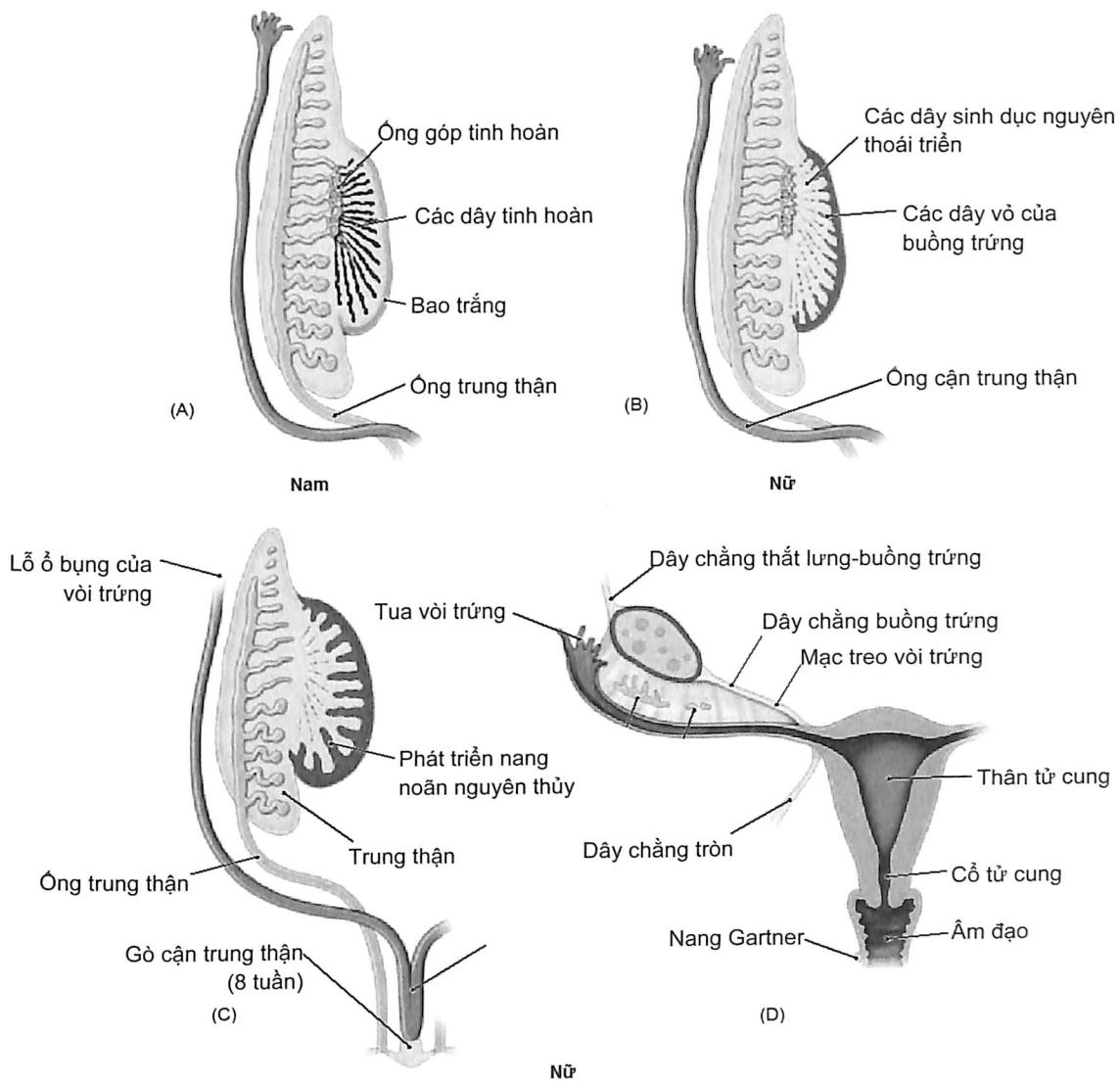
Hình 1.2. Các giai đoạn phát triển nang noãn

(Nguồn: *Thụ tinh trong ống nghiệm*, NXB Giáo dục Việt Nam, 2011)

Sự phát triển của đường sinh dục

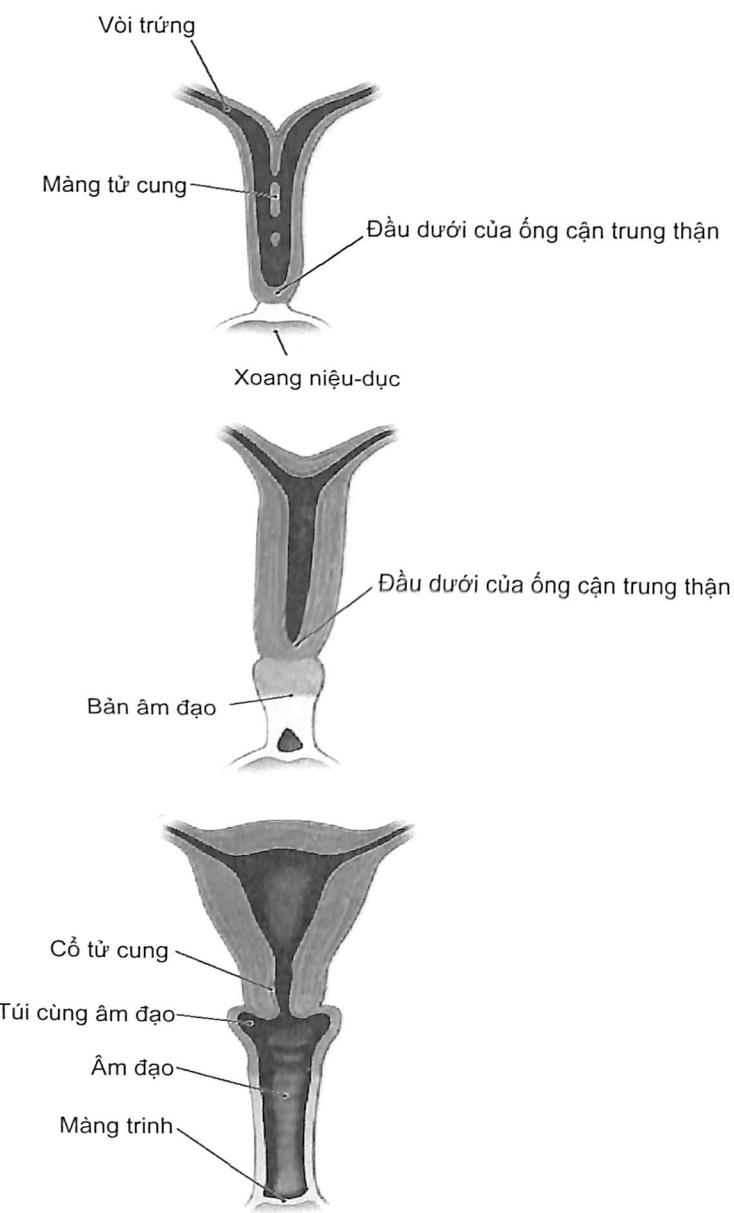
Phôi có giới tính nam hay nữ đều có hai cặp ống phát triển là ống trung thận (Wolffian) và ống cận trung thận (Mullerian). Cũng như tuyến sinh dục, các ống sinh dục cũng trải qua giai đoạn trung tính. Sự biệt hóa của hệ thống ống sinh dục không phụ thuộc vào sự phát triển của buồng trứng.

Ở phôi nam giới, ống trung thận phát triển thành mào tinh hoàn, ống dẫn tinh và ống phóng tinh. Ở phôi nữ giới, ống trung thận thoái triển, ống cận trung thận tồn tại và tạo thành phần chính của đường sinh dục nữ gồm 2 vòi trứng, tử cung và phần trên của âm đạo (**hình 1.3** và **1.4**).



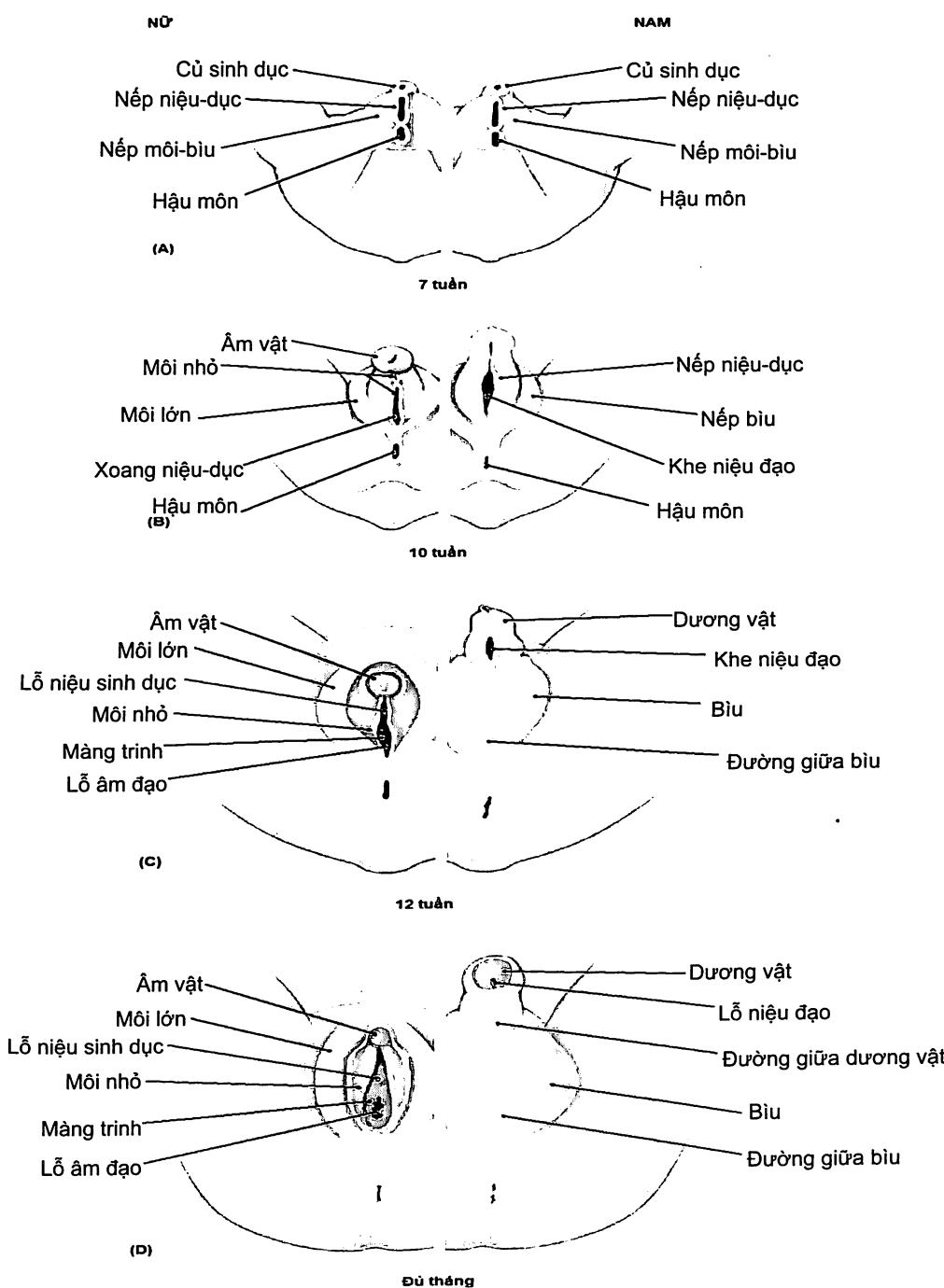
Hình 1.3. Sự phát triển của các tuyến sinh dục và sự di cư của các tuyến sinh dục vào vị trí khi trưởng thành. Vào khoảng 6 tuần thai, tuyến sinh dục chưa biệt hóa (A và B). Ở phôi nữ, ống cận trung thận phát triển thành tử cung, vòi trứng và một phần âm đạo (C và D).

(Nguồn: Langman's Medical Embryology, 2006)



Hình 1.4. Sự phát triển cơ quan sinh dục trong từ ống Müllerian ở phôi nữ. (A) Ban đầu, các ống là các cấu trúc tách rời nhau và bắt đầu sáp nhập theo chiều dọc từ đầu tận phía dưới. (B) Sự sáp nhập tạo thành buồng tử cung. Đồng thời, âm đạo phát triển từ chỗ xoang niệu dục gấp ống Müllerian, bản âm đạo. (C) Cuối cùng, tử cung, cổ tử cung và âm đạo được hình thành.

(Nguồn: Langman's Medical Embryology, 2006)



Hình 1.5. So sánh sự phát triển cơ quan sinh dục ngoài ở nam và nữ. (A) Giai đoạn thai kỳ sớm, cù sinh dục phát triển đồng thời với nếp môi-bìu và nếp niệu dục. (B) Ngay sau đó, cù sinh dục lớn lên ở cả phôi nam và nữ. (C) Đường tiếp nối phía sau hình thành, tách cơ quan sinh dục khỏi hậu môn. (D) Không có sự ảnh hưởng của nhiễm sắc thể Y, cù sinh dục giảm kích thước để hình thành âm vật (Nguồn: Essentials of Obstetrics and Gynaecology. Hacker and Moore's, 2010)

Sự phát triển của cơ quan sinh dục ngoài

Ô nhôp được tạo thành do sự dãn ra của đoạn đầu ruột tận và được bao phủ bên ngoài bởi màng ô nhôp. Sau đó, từ tuần thứ 5 đến tuần thứ 8 của phôi, ô nhôp được phân tách bởi màng niệu-trực tràng thành xoang niệu dục ở phía trước và ống hậu môn-trực tràng ở phía sau. Đồng thời, cù sinh dục được hình thành từ đầu trên của màng nhôp, các nếp môï-bìu và nếp niệu dục cũng xuất hiện ở mỗi bên của cù sinh dục. Khi có sự hiện diện của estrogens và sự vắng mặt của androgens, cơ quan sinh dục ngoài biệt hóa theo hướng nữ. Cù sinh dục phát triển thành âm vật. Các nếp niệu dục không sáp nhập với nhau mà hình thành môï nhỏ và nếp môï-bìu trở thành môï lớn (**hình 1.5**).

GIẢI PHẪU HỌC CƠ QUAN SINH DỤC NỮ

Từ ngoài vào trong, theo thứ tự, cơ quan sinh dục nữ gồm: âm hộ và tầng sinh môn, âm đạo, tử cung, hai vòi trứng và hai buồng trứng.

Âm hộ và tầng sinh môn

Tầng sinh môn là vùng diện tích giới hạn giữa hai đùi và mông, phía sau là xương cụt và phía trước là khớp vẹt. Các nhà giải phẫu học cũng dùng từ “tầng sinh môn” để chỉ các tầng nằm sâu trong vùng diện tích này và bên dưới của hoành chậu.

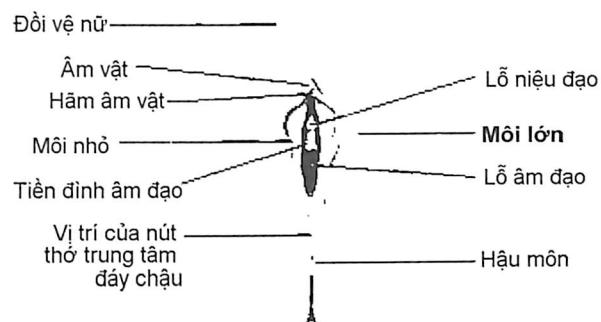
Âm hộ gồm môï lớn, môï nhỏ, đồi vệ nữ, tiền đình và các ống tuyến đổ vào tiền đình.

Môï lớn là các nếp gấp da bên dưới có mô mỡ, sáp nhập phía trước với đồi vệ nữ và phía sau ở tầng sinh môn. Da môï lớn có chứa các nang lông, tuyến bã và tuyến mồ hôi. Môï nhỏ là các nếp gấp da nhỏ hơn, nằm bên trong môï lớn. Môï nhỏ sáp nhập phía trước với bao âm vật và hầm âm vật, phía sau với môï lớn và tầng sinh môn. Môï nhỏ chứa tuyến bã và tuyến mồ hôi, không có nang lông và không có mô mỡ bên dưới.

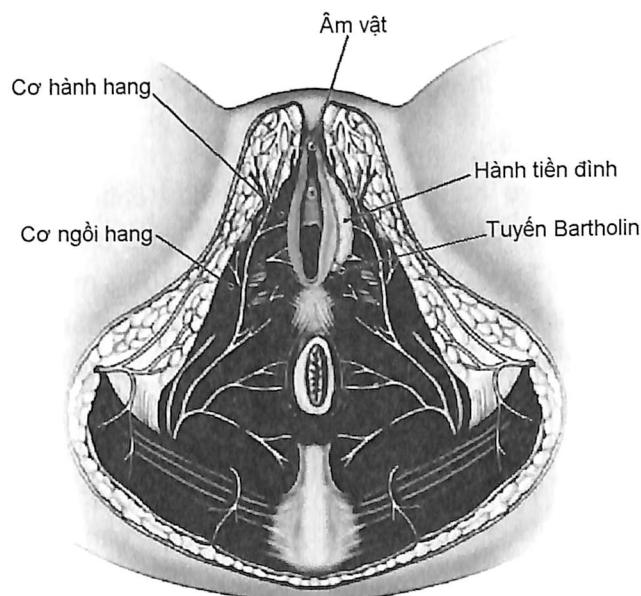
Âm vật nằm ở phía trước môï nhỏ. Âm vật chứa hai thể dài (tương ứng với các thể hang ở dương vật nam giới) và thể âm vật nằm ngay trên chỗ sáp nhập của hai thể dài. Trên mặt bụng của âm vật có hầm âm vật, vùng chuyển tiếp của môï nhỏ.

Tiền đình nằm giữa hai môï nhỏ, phía trước có âm vật và phía sau là tầng sinh môn. Niệu đạo và âm đạo mở vào tiền đình ở đường giữa. Các tuyến Skene (cạnh niệu đạo) và tuyến Bartholin cũng đổ vào tiền đình. Các chất tiết từ tuyến Bartholin có vai trò bôi trơn âm đạo khi có hoạt động tình dục (**hình 1.6**).

Cơ âm vật (đáy chậu ngang nông, hành hang và ngòi hang) nằm ngay dưới cân của hoành niệu dục. Âm hộ tựa trên hoành niệu dục có hình tam giác, nằm trong phần trước của khung chậu giữa hai nhánh ngòi vệ (**hình 1.7**).



Hình 1.6. Cấu tạo cơ quan sinh dục ngoài
(Nguồn: Essentials of Obstetrics and Gynaecology. Hacker and Moore's, 2010)



Hình 1.7. Hoành niệu dục với da và mô mỡ dưới da đã được cắt đi.
Hệ thống cơ, mạch máu và thần kinh cung cấp cho phần ngoài của sàn chậu

Âm đạo

Ông âm đạo được lót bởi biểu mô lát tầng và bao quanh bởi ba lớp cơ trơn. Dưới các lớp cơ trơn là lớp dưới niêm của mô liên kết có chứa nhiều mạch máu và mạch bạch huyết. Ở trẻ em và phụ nữ trẻ, thành trước và sau của âm đạo tiếp giáp nhau do có sự hiện diện của các nếp gấp âm đạo. Vì âm đạo khép kín âm đạo có hình chữ H trên mặt cắt ngang. Các nếp gấp bên dưới gắn vào mô liên kết của cân chậu, là các cấu trúc chính nâng đỡ thành âm đạo và giúp duy trì cấu trúc bình thường của âm đạo. Ở người lớn tuổi và đã sinh con, sự gắn kết giữa các

thành âm đạo và cơ chậu có thể bị yếu đi hay bị phá hủy, làm yếu sán chậu và làm cho các cấu trúc xung quanh (bàng quang, trực tràng, niệu đạo và tử cung) trở nên kém bền vững.

Chỗ âm đạo gắn với cổ tử cung hợp thành góc $45^{\circ} - 90^{\circ}$. Vùng quanh cổ tử cung gọi là túi cùng âm đạo, được chia làm bốn vùng: túi cùng trước, hai túi cùng bên và túi cùng sau. Túi cùng sau âm đạo dính sát với phúc mạc ổ bụng tạo thành sàn của túi cùng sau của ổ bụng (túi cùng Douglas). Cổ tử cung mở vào âm đạo, lỗ ngoài cổ tử cung có hình tròn hay bầu dục ở phụ nữ chưa sinh con, thường có đường rách ngang ở người đã sinh con. Phần cổ tử cung nằm trong âm đạo được bao phủ bởi biểu mô lát tầng, giống như biểu mô âm đạo. Biểu mô lát tầng đổi sang biểu mô trụ ở vùng chuyển tiếp. Vùng chuyển tiếp thường ở ngang mức lỗ ngoài cổ tử cung, ở người mãn kinh, vùng chuyển tiếp bị kéo lên cao vào bên trong kênh cổ tử cung.

Đầu dưới của âm đạo có hoành niệu dục bắt ngang. Âm đạo được bao quanh bởi hai cơ hành hang của âm vật. Các cơ này hoạt động như các cơ thắt. Màng trinh là một màng mô liên kết được phủ bởi niêm mạc có tác dụng như nút đóng lỗ ngoài âm đạo. Màng trinh rách khi có quan hệ tình dục và sinh con. Máu cung cấp cho âm đạo chủ yếu từ động mạch âm đạo, một nhánh của động mạch hạ vị hay còn gọi là chậu trong.

Tử cung và các tổ chức nâng đỡ

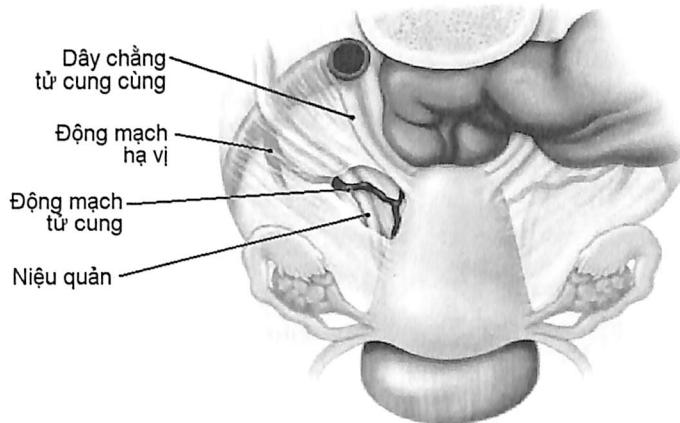
Tử cung nằm giữa trực tràng và bàng quang. Nhiều dây chằng khác nhau giúp nâng đỡ tử cung và các cấu trúc khác trong vùng chậu. Dây chằng rộng bao phủ các cấu trúc và mô liên kết gắn trực tiếp vào tử cung. Dây chằng rộng chứa các động mạch tử cung và niệu quản, do đó, cần nhận biết dây chằng rộng trong khi phẫu thuật. Dây chằng thắt lưng buồng trứng nối buồng trứng vào thành bụng sau và chứa chủ yếu các mạch máu buồng trứng. Dây chằng tử cung – cùng nối tử cung ở ngang mức cổ tử cung tới xương cùng và vì vậy, là cấu trúc chính nâng đỡ tử cung. Dây chằng nền ở hai bên tử cung ngay phía dưới động mạch tử cung. Dây chằng cùng – gai nối xương cùng tới gai chậu và không gắn vào tử cung. Dây chằng này thường dùng trong phẫu thuật để nâng đỡ các cơ quan trong vùng chậu (**hình 1.9 và 1.10**).

Hai phần chính của tử cung là cổ tử cung và thân tử cung, cách nhau bởi một vùng eo tử cung hẹp. Trước dậy thì, chiều dài cổ tử cung và thân tử cung là tương đương nhau. Sau dậy thì, dưới tác động của estrogen, tỉ lệ chiều dài thân tử cung và cổ tử cung thay đổi giữa 2:1 và 3:1. Phần thân tử cung nơi hai vòi trứng đổ vào gọi là sừng tử cung. Phần thân tử cung phía trên sừng tử cung được gọi là đáy tử cung. Ở phụ nữ chưa có con, tử cung có kích thước khoảng 7-8cm chiều dài và 4-5cm chiều rộng ở chỗ rộng nhất. Cổ tử cung hình trụ và dài khoảng 2-3cm. Thân tử cung thường có hình quả lê, với bề mặt phía trước phẳng và phía sau lồi. Ở mặt cắt ngang, buồng tử cung có hình tam giác.

Thành tử cung có ba lớp:

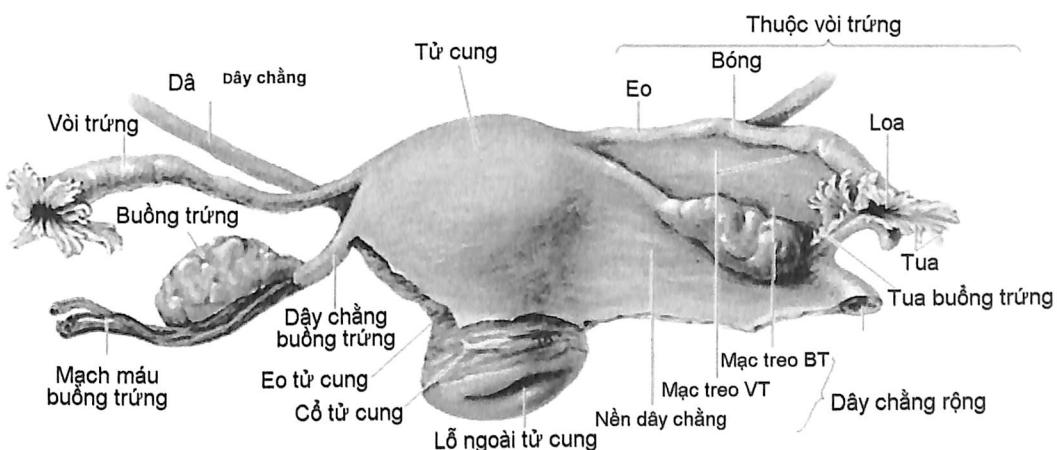
- (1) Lớp niêm mạc bên trong hay còn gọi là nội mạc tử cung gồm một lớp biểu mô trụ đơn giản với mô liên kết bên dưới. Nội mạc tử cung thay đổi cấu trúc theo chu kỳ kinh nguyệt.

- (2) Lớp giữa hay còn gọi là cơ tử cung gồm cơ trơn. Lớp này dãn ra rất nhiều khi có thai. Trong lúc chuyển dạ, các cơ trơn trong lớp này co thắt do tác động kích thích của nội tiết.
- (3) Lớp ngoài cùng, còn gọi là thanh mạc, gồm một lớp mô liên kết mỏng.

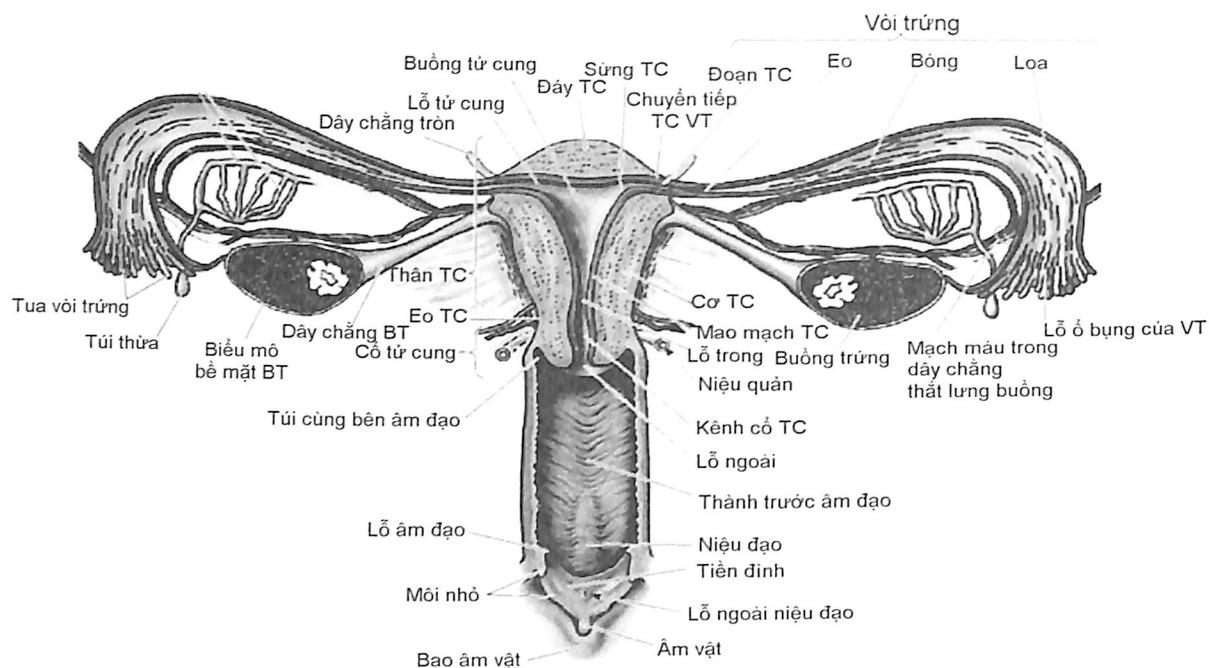


Hình 1.8. Tương quan giữa niệu quản và động mạch tử cung. Trong phẫu thuật vùng chậu, cần xác định rõ niệu quản để tránh tổn thương động mạch tử cung và niệu quản.

(Nguồn: *Essentials of Obstetrics and Gynaecology. Hacker and Moore's, 2010*).



Hình 1.9. Cấu tạo cơ quan sinh dục trong (nhìn từ phía sau).
(Nguồn: *Essentials of Obstetrics and Gynaecology. Hacker and Moore's, 2010*)



Hình 1.10. Cấu tạo cơ quan sinh dục trong (mặt cắt dọc, nhìn từ phía sau).
(Nguồn: Essentials of Obstetrics and Gynaecology. Hacker and Moore's, 2010)

Tư thế của tử cung có thể thay đổi tùy theo mối tương quan của trực dọc giữa thân tử cung với mặt phẳng ngang. Khi người phụ nữ nằm ngửa, tử cung có thể ngả về phía trước gọi là tử cung ngả trước, hơi hướng về phía trước nhưng thẳng gọi là trung gian, ngả về phía sau gọi là ngả sau. Phần trên của tử cung cũng có thể gấp về phía trước gọi là gấp trước hay gấp về phía sau gọi là gấp sau. Tư thế tử cung có ý nghĩa quan trọng trên lâm sàng. Ví dụ, ước đoán tuổi thai ở cuối 3 tháng đầu có thể khó khi tử cung ngả sau hay gấp sau. Nguy cơ thủng tử cung trong thủ thuật nạo hút thai hay đặt vòng tăng ở phụ nữ có tử cung gấp sau hay gấp trước.

Máu cung cấp cho tử cung chủ yếu đến từ động mạch tử cung, và một phần từ động mạch buồng trứng. Đám rối tĩnh mạch đỏ về tĩnh mạch tử cung.

Vị trí tương đối của niệu quản và động mạch tử cung có ý nghĩa quan trọng trong phẫu thuật vùng chậu. Động mạch tử cung từ ngoài đi vào trong ở ngang mức lỗ trong cổ tử cung. Tại điểm mà động mạch tử cung gấp tử cung, chúng bắt chéo phía trước niệu quản. Sự gấp nhau này có thể gây tổn thương niệu quản trong khi phẫu thuật vùng chậu. Niệu quản nằm cách bờ bên tử cung khoảng 1,5-3cm ở ngang mức bắt chéo này.

Vòi trứng

Vòi trứng dài khoảng 7-14cm và được chia làm ba phần: đoạn eo thẳng và hẹp cắm vào sừng tử cung; đoạn bóng hay đoạn giữa và đoạn loa xòe ra như các ngón tay của bàn tay. Vòi trứng được bao quanh buồng trứng và đón bắt noãn ở thời điểm phóng noãn. Vòi trứng được nuôi dưỡng

bởi động mạch tử cung và buồng trứng. Biểu mô vòi trứng là biểu mô trụ có lông chuyền, các lông chuyền đậm về phía tử cung, hỗ trợ trong việc vận chuyển noãn vào buồng tử cung.

Buồng trứng

Trong độ tuổi sinh sản, mỗi buồng trứng có kích thước dài 3-5cm, rộng 2-3cm và dày 1-3cm. Kích thước buồng trứng giảm khoảng 2/3 sau mãn kinh, khi các nang noãn đã ngừng hoạt động. Buồng trứng gắn vào dây chằng rộng bởi mạc treo buồng trứng, vào tử cung bởi dây chằng buồng trứng và vào vách chậu bởi dây chằng thắt lưng-buồng trứng, là bờ ngoài của dây chằng rộng.

Vùng vỏ buồng trứng chứa các nang noãn chìm trong mô đệm buồng trứng. Về mặt phôi học, mô đệm là tuy có nguồn gốc từ mào sinh dục, trong khi vùng vỏ buồng trứng có nguồn gốc từ biểu mô khoang cơ thể. Vùng tuy có chứa các sợi cơ trơn, mạch máu, thần kinh và bạch huyết.

Buồng trứng được nuôi dưỡng chủ yếu từ động mạch buồng trứng, là nhánh của động mạch chủ bụng và từ động mạch tử cung là nhánh của động mạch hạ vị. Tĩnh mạch buồng trứng phải đổ thẳng vào tĩnh mạch chủ dưới và tĩnh mạch buồng trứng trái đổ vào tĩnh mạch thận trái.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Essentials of Obstetrics and Gynaecology. Hacker and Moore's. Saunders Elsevier, International edition, 2010.
2. Obstetrics and Gynaecology. Beckmann et al. Published in collaboration with ACOG. Lippincott Williams and Wilkins, 6th edition, 2010.
3. Langman's Medical Embryology. Sadler TW. MD: Lippincott Williams & Wilkins; Baltimore, 10th ed, 2006:243 và 245
4. Bài giảng Sản phụ khoa. Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TPHCM. Nhà xuất bản Y học TP. Hồ Chí Minh, 2006.
5. Thụ tinh trong ống nghiệm. Hồ Mạnh Tường và cs. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 2011.
6. Mô học chức năng hệ sinh sản và nội tiết. Nguyễn Đình Tảo và cs. Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 2012.

SINH LÝ HỌC MẸ VÀ THAI NHI

TS.BS. Tô Mai Xuân Hồng

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

1. Kể được những thay đổi sinh lý các hệ cơ quan của người phụ nữ khi có thai.
2. Kể được những thay đổi về bánh nhau.
3. Phân biệt được một thai phụ mang thai bình thường và bất thường.

Khi mang thai, cơ thể người phụ nữ có những thay đổi sinh lý liên quan trực tiếp với nhu cầu chuyển hóa của thai nhi. Những sự thay đổi này không chỉ đơn thuần là tác động của một yếu tố đơn lẻ mà là sự tương tác sinh hóa học giữa người mẹ, thai nhi và nhau thai.

THAY ĐỔI VỀ SINH LÝ Ở PHỤ NỮ MANG THAI

Hệ thống tim mạch

Thay đổi trên hệ thống tim mạch xuất hiện sớm nhất và nhiều nhất nhằm đáp ứng nhu cầu oxy và dinh dưỡng cho thai nhi.

Thay đổi về giải phẫu học ở tim

Khi mang thai, tim người mẹ bị đẩy ra trước, trực tim nằm ngang và mỏm tim bị đẩy sang đường nách bên do tăng kích thước tử cung làm thay đổi cấu trúc tạng trong ổ bụng, đồng thời đẩy cơ hoành lên cao.

Thay đổi về chức năng

Cung lượng tim (cardiac output): tăng 30%-50%. 50% sự tăng cung lượng này xảy ra vào tuần thứ 8 của thai kỳ. Trong nửa đầu thai kỳ, sự gia tăng thể tích nhát bóp (stroke volume) thúc đẩy cung lượng tim tăng lên, trong khi nửa sau thai kỳ, thể tích nhát bóp trở về bình thường như lúc không mang thai và cung lượng tim tăng lên do sự gia tăng nhịp tim của mẹ.

Thể tích nhát bóp thất tăng là kết quả của sự tăng thể tích tuần hoàn máu mẹ và giảm kháng lực mạch máu. Thể tích tuần hoàn bắt đầu gia tăng từ tuần thứ 6-8 và đạt mức tối đa (45% thể tích tuần hoàn) vào tuần thứ 32 thai kỳ. Kháng lực mạch máu của phụ nữ mang thai giảm do sự tác động của progesterone trên cơ trơn thành mạch phối hợp với sự gia tăng tổng hợp các chất dẫn mạch như prostaglandin, nitrite oxide và yếu tố lợi niệu nhĩ (atrial natriuretic peptide) cũng như sự tạo lập thông thương động-tĩnh mạch ở tuần hoàn tử cung-nhau.

Các thay đổi tim mạch khác: xem bảng *Thông số tim mạch khi mang thai*.

Bảng 2.1: Thông số tim mạch khi mang thai

Thông số	Mức độ thay đổi	Thời điểm xuất hiện và biến đổi
Huyết áp tâm thu	Giảm 4-6mmHg	Giảm xuống thấp nhất vào tuần 20-24 thai kỳ, sau đó tăng dần trở lại đến giá trị huyết áp trước khi có thai lúc thai đủ tháng
Huyết áp tâm trương	Giảm 8-15mmHg	
Huyết áp trung bình	Giảm 6-10mmHg	
Nhịp tim	Tăng 12-18 nhịp/phút	Xuất hiện đầu quý 2 thai kỳ, sau đó ổn định
Thể tích nhát bóp	Tăng 10-30%	Xuất hiện đầu quý 2 thai kỳ, sau đó ổn định
Cung lượng tim	Tăng 33-45%	Xuất hiện đạt đỉnh điểm vào đầu quý 2, sau đó ổn định đến khi thai đủ tháng

(Nguồn: Main DM, Main EK: *Obstetrics and Gynecology: A Pocket Reference*. Chicago, Year Book, 1984, p 18)

Triệu chứng cơ năng

1/10 thai phụ có biểu hiện của tăng huyết áp như choáng váng, nhức đầu nhẹ và ngất do thiếu máu não thoáng qua vì lưu lượng máu qua hệ thống thông nối cạnh cột sống không đầy đủ do tử cung to làm tắc nghẽn tĩnh mạch chủ dưới.

Triệu chứng thực thể

Khám tim ở phụ nữ mang thai có thể ghi nhận được T2 tách đôi, tĩnh mạch cổ nổi, âm thổi tâm thu mức độ nhẹ do sự gia tăng lưu lượng máu đi qua van động mạch chủ và động mạch phổi. Một vài thai phụ còn nghe được tiếng S2, tiếng gallop và T3 vào giữa thai kỳ. Lưu ý rằng tâm trương không phải là một dấu hiệu thay đổi sinh lý bình thường trong thai kỳ.

Các xét nghiệm chẩn đoán

Nên thực hiện kiểm tra sự thay đổi huyết áp bằng cách đo huyết áp trong suốt thai kỳ.

Huyết áp trung bình động mạch cao nhất khi đo thai phụ ở tư thế ngồi, thấp hơn khi đo thai phụ ở tư thế ngửa và thấp nhất khi đo thai phụ ở tư thế nằm nghiêng một bên. Khi nằm nghiêng, huyết áp ở cánh tay thấp hơn huyết áp ở cẳng chân 10mmHg.

Chụp phim phổi, thai phụ bình thường có bóng tim hơi to, thường bị chẩn đoán nhầm rằng tim to trong suy tim.

Đo điện tâm đồ, thai phụ bình thường có trực tim lệch trái.

Hệ hô hấp

Thay đổi ở hệ thống hô hấp trong thai kỳ nhằm đáp ứng nhu cầu cung cấp oxy cho thai nhi và sự thay đổi này được điều hòa bởi progesterone.

Thay đổi về giải phẫu học

Lòng ngực thai phụ tăng kích thước, cơ hoành bị đẩy lên cao (cao hơn khoảng 4cm vào cuối thai kỳ), khoảng gian sườn, đường kính trước sau và chu vi vòng ngực cũng tăng nhẹ.

Thay đổi về chức năng

Khi có thai, nhu cầu oxy tăng 50mL/phút (tăng khoảng 20% so với bình thường không có thai). Trong đó, nhu cầu oxy cho hoạt động cơ tử cung và phần phụ chiếm 50%, cho hoạt động tim và thận chiếm 30%, cho hoạt động cơ hô hấp chiếm 18% và cho hoạt động mô tuyến vú chiếm phần còn lại.

Khi cơ hoành bị đẩy lên cao làm giảm 20% thể tích tòan lưu và dung tích tòan lưu chức năng, cộng thêm giảm 5% thể tích của cả hai phổi. Mặc dù nhịp thở của mẹ không thay đổi nhưng do tăng 5% hít vào làm tăng từ 30%-40% thể tích thường lưu và tăng 30%-40% thông khí trong 1 phút.

Sự gia tăng đáng kể về thông khí trong thai kỳ làm thay đổi cân bằng kiềm-toan. Progesterone làm tăng nhạy cảm thụ thể hóa học trung tâm (central chemoreceptor) với CO₂, do đó làm tăng thông khí và làm giảm PaCO₂. Và chính sự giảm PaCO₂ này gây ra tình trạng kiềm hô hấp trong thai kỳ, và khi ấy, thận thực hiện việc bù trừ kiềm hóa bằng cách tăng bài tiết bicarbonate.

Triệu chứng cơ năng

Mặc dù kháng lực đường phổi giảm khi mang thai nhưng thai phụ vẫn than phiền có sự khó thở do sự đáp ứng sinh lý với tình trạng PaCO₂ thấp. Tăng tiết đàm nhót có thể gây ra nghẹt mũi và tăng tiết dịch mũi.

Triệu chứng thực thể

Ngoài sự gia tăng đường kính và chu vi lòng ngực, không có dấu hiệu thực thể khác về sự thay đổi hệ hô hấp được ghi nhận trên lâm sàng.

Xét nghiệm chẩn đoán

Khí máu động mạch bình thường trong suốt thai kỳ biểu hiện cho thấy tình trạng kiềm hô hấp còn bù với PaCO₂ 27-32mmHg, Bicarbonate 18-31mEq/L, pH máu động mạch mẹ 7,40-7,45.

Chụp phim phổi có thể thấy hình ảnh tăng mạch máu phổi rõ rệt do sự gia tăng thể tích tuần hoàn lúc có thai.

Hệ huyết học

Trong thai kỳ, hệ thống huyết học gia tăng khả năng vận chuyển oxy của mẹ nhằm cung cấp đầy đủ oxy cho thai.

Thay đổi về giải phẫu học

Thể tích huyết tương bắt đầu gia tăng khá sớm vào tuần thai thứ 6, đạt tối đa vào tuần thai 30-34 rồi sau đó ổn định. Ở thai phụ đơn thai, thể tích huyết tương tăng 50% và ở thai phụ đa thai, thể tích huyết tương còn tăng cao hơn.

Thể tích hồng cầu cũng tăng trong suốt thai kỳ, tuy nhiên mức độ tăng thấp hơn thể tích huyết tương, khoảng 450mL. Cung cấp sắt đầy đủ giúp gia tăng thể tích hồng cầu. Nhu cầu sắt ở thai phụ bình thường là 1.000mg sắt, trong đó 500mg được sử dụng nhằm gia tăng khối lượng tế bào hồng cầu, 300mg cung cấp cho thai nhi và 200mg bù trừ lượng sắt mất.

Bạch cầu thường tăng nhẹ trong thai kỳ và trở về ngang mức trước mang thai trong giai đoạn hậu sản. Khi vào chuyển dạ, bạch cầu thường tăng cao do sự gia tăng của các bạch cầu hạt, được nghĩ là liên kết với các chất giống stress (stress-associated demargination), hon là dấu chứng của nhiễm trùng thực sự. Tiêu cầu có thể giảm nhẹ nhưng duy trì trong giới hạn bình thường như khi không có thai.

Các yếu tố đông máu cũng gia tăng khi mang thai: Fibrinogen (yếu tố I) tăng 50%, yếu tố VII, VIII, IX, X. Prothrombin (yếu tố II), yếu tố V và yếu tố XII gần như không thay đổi. Các yếu tố ức chế đông máu như protein C hoạt hóa và protein S đều giảm.

Thay đổi về chức năng

Trong suốt thai kỳ, các tế bào hồng cầu mẹ gia tăng để cung cấp oxy cho phổi, chuyên chở oxy cho thai và thúc đẩy trao đổi CO₂ từ thai nhi cho mẹ. Trong phổi mẹ, hemoglobin ái lực oxy tăng, trong khi tại bánh nhau, sự chênh nồng độ CO₂ giữa thai và mẹ tăng thúc đẩy sự vận chuyển CO₂ từ thai qua mẹ.

Thai kỳ được xem như hiện tượng tăng đông máu với nguy cơ cao thuyên tắc tĩnh mạch trong suốt giai đoạn mang thai và hậu sản. Nguy cơ thuyên tắc tĩnh mạch tăng gấp đôi trong thai kỳ và gấp 5,5 lần trong giai đoạn hậu sản.

Triệu chứng cơ năng và thực thể

Phù là hiện tượng sinh lý bình thường trong thai kỳ, biểu hiện bằng sưng tay, mặt, mắt cá chân, bàn chân.

Xét nghiệm chẩn đoán

Huyết đồ cho thấy tình trạng thiếu máu sinh lý với giảm nhẹ nồng độ hemoglobin (12,5g/dL); Giá trị bạch cầu dao động từ 5.000-12.000/L có thể tăng đến 30.000/L trong giai đoạn chuyển dạ và hậu sản.

Fibrinogen tăng nhẹ 300-600mg/dL ở phụ nữ mang thai, so với 200-400mg/dL ở phụ nữ không mang thai.

Hệ thận

Thận gia tăng hoạt động chức năng trong thai kỳ nhằm duy trì cân bằng dịch, điện giải và kiềm-toan theo sau sự gia tăng hoạt động của hệ hô hấp và tim mạch.

Thay đổi giải phẫu học

Thận gia tăng kích thước khoảng 1cm khi mang thai do sự tăng thể tích mô kẽ và sự nở lớn của các mạch máu thận. Dẫn dài thận, bể thận và niệu quản vì tử cung to đè ép vào niệu quản và vì ảnh hưởng của progesterone gây dẫn nhu động cơ trơn niệu quản, giảm trương lực bàng quang.

Thay đổi về chức năng

Sự gia tăng tưới máu thận là nguyên nhân chính làm thay đổi hoạt động chức năng thận. Từ đầu tam cá nguyệt 1, lưu lượng tưới máu thận bắt đầu gia tăng, đến khi thai đủ tháng, tăng lên 75% so với lúc không mang thai. Tương tự, độ lọc cầu thận (glomerular filtration rate-GFR) tăng 50% làm gia tăng sự bài tiết các sản phẩm hòa tan vào hệ thống tiết niệu. Sự hiện diện đường trong nước tiểu ở dạng vết (trace) trên que nhúng thường là bình thường và không kết hợp với bệnh lý tăng đường huyết. Amino acid và các vitamin tan trong nước như vitamin B12, folate cũng có thể thấy được khi mang thai bình thường. Ngược lại, sự hiện diện của protein trong nước tiểu là dấu chứng của bệnh lý.

Renin tăng gấp 10 lần so với lúc không mang thai, dẫn xuất của rennin (angiotensinogen) và angiotensin cũng tăng khoảng 5 lần. Các phụ nữ mang thai bình thường kháng lại với các yếu tố gây tăng huyết áp của hệ thống renin-angiotensin-aldosterone, trong khi các phụ nữ tăng huyết áp và tăng huyết áp do thai kỳ thì không thể kháng lại các yếu tố này.

Triệu chứng cơ năng

Thai phụ thường than phiền đi tiểu nhiều lần (do sự đè ép của tử cung to lên bàng quang). 20% thai phụ có biểu hiện són tiểu và tiểu không tự chủ (cần phân biệt với vỡ ói). Tuy nhiên, tình trạng ú nước tiểu trong thai kỳ là một yếu tố thúc đẩy viêm thận bể thận ở những thai phụ có nhiễm khuẩn niệu không triệu chứng.

Triệu chứng thực thể

Đây bàng quang bị phù nề và sa vào thành trước âm đạo là dấu hiệu thực thể được ghi nhận. Ngoài ra, không có các dấu hiệu đặc hiệu nào khác về thay đổi thận được quan sát trong thai kỳ.

Xét nghiệm chẩn đoán

Xét nghiệm chức năng thận: creatinin và BUN (blood urea-nitrogen) giảm so với phụ nữ bình thường không mang thai.

Siêu âm thận và chụp đài bể thận có cản quang (intravenous pyelogram-IVP) có thể thấy ú nước thận với sự dẫn dài bể thận.

Hệ tiêu hóa

Dưới ảnh hưởng của tử cung tăng kích thước và các nội tiết tố trong thai kỳ, hệ tiêu hóa có những thay đổi biểu hiện những triệu chứng khó chịu cho thai phụ từ nhẹ đến nặng.

Thay đổi giải phẫu học

Tử cung to làm thay đổi tư thế của dạ dày và ruột, nhưng không làm tăng kích thước của các cơ quan này. Đường mật trong gan không thay đổi về kích thước, tĩnh mạch cửa tăng đường kính do tăng lưu lượng máu lưu thông.

Thay đổi về chức năng

Dưới tác dụng của progesterone, các cơ trơn dãn ra, do vậy, giảm trương lực cơ thắt thực quản, giảm hoạt động dạ dày ruột và giảm co thắt túi mật.Thêm vào đó, sự mất cân bằng giữa áp suất thấp trong thực quản và áp suất cao trong dạ dày, kết hợp với sự giảm trương lực cơ thắt thực quản, có thể gây ra hiện tượng trào ngược dạ dày-thực quản khi mang thai. Giảm co thắt túi mật kèm theo sự ứ úc chế vận chuyển acid mật qua trung gian estrogen làm gia tăng tần suất sỏi túi mật và ứ mật do sỏi đường mật.

Triệu chứng cơ năng

Biểu hiện triệu chứng sớm nhất và rõ ràng nhất khi có thai là những biểu hiện đường tiêu hóa. Buồn nôn và nôn ói do thai kỳ, hay còn gọi là nghén, thường bắt đầu vào tuần thai thứ 4-8, có thể kéo dài đến giữa tam cá nguyệt 2 của thai kỳ (tuần 14-18). Nguyên nhân của nôn ói chưa rõ, nhưng nhận thấy có sự liên quan với progesterone, human chorionic gonadotrophin (hCG) và sự dãn cơ trơn dạ dày.

Nhiều phụ nữ than phiền về cảm giác thèm ăn khi mang thai, ăn gở (pica) là do sự đáp ứng của thai phụ với một vài thức ăn đặc biệt và tăng tiết nước bọt (do sản xuất quá mức nước bọt).

Triệu chứng trào ngược dạ dày-thực quản xuất hiện khi có sự gia tăng áp lực ổ bụng. Táo bón cũng là than phiền thường thấy là hậu quả của sự tắc nghẽn cơ học đại tràng do quai ruột dãn, giảm nhu động ruột và tăng hấp thu nước khi có thai. Ngừa toàn thân có thể gặp do ứ mật trong gan và gia tăng acid mật.

Triệu chứng thực thể

Vùng nướu và lợi bị phù nề trong suốt thai kỳ nên rất dễ chảy máu. Đôi khi u hạt mủ (pyogenic granulomas) xuất hiện gây chảy máu nhiều nhưng thường tự ổn định trong vòng 2 tháng sau sanh.

Trĩ thường do hậu quả của tình trạng táo bón và tăng áp lực tĩnh mạch vì tử cung to và tăng lưu lượng mạch máu.

Xét nghiệm chẩn đoán

Phosphatase kiềm tăng gấp đôi do tăng sản xuất tại bánh nhau. Cholesterol máu cũng tăng trong suốt thai kỳ. Protein máu và albumin máu giảm. Aspartate transamine, alanine transaminase, bilirubine, amylase và lipase gần như không thay đổi.

Hệ thống nội tiết

Tình trạng mang thai ảnh hưởng lên sự sản xuất nội tiết tố để điều khiển sự thích nghi của cơ thể.

Chức năng tuyến giáp

Khi mang thai, tuyến giáp to ra nhưng không gây ra bướu giáp. Trong 3 tháng đầu thai kỳ, hCG-có hoạt động giống như thyrotrophin, kích thích bài tiết thyroxin (T4) trong máu mẹ và làm gia tăng T4 tự do trong tuần hoàn. Khi hCG giảm, nồng độ T4 tự do trở về bình thường. Vào đầu thai kỳ, estrogen thúc đẩy sự tổng hợp thyroxin-binding globulin (TBG) trong gan, làm gia tăng T4 toàn phần và T3 (triiodothyronine).

Chức năng tuyến thượng thận

Estrogen thúc đẩy sự tổng hợp cortisol-binding globulin trong gan làm tăng cortisol trong máu và sự gia tăng này xuất hiện từ đầu thai kỳ và kéo dài cho tới thai đủ tháng. ACTH (corticotrophin) cũng tăng cùng với cortisol. Aldosteron tăng nhẹ do tăng tổng hợp thượng thận. Deoxycorticosterone tăng do estrogen kích thích tổng hợp ở thận và dehydroepiandrosterone giảm vì gan tăng hấp thu và chuyển hóa thành estrogen.

Hệ thống chuyển hóa

Chuyển hóa carbohydrate

Tình trạng mang thai có thể gây ra đái tháo đường, đặc trưng bởi sự giảm đáp ứng mô với insulin, cường insulin máu và tăng đường huyết. Đề kháng insulin do hoạt động của human placental lactogen (hPL) làm tăng kháng lực insulin ở mô ngoại biên. Progesterone và estrogen cũng góp phần làm tăng kháng lực insulin ngoại biên. Tổng hợp và lưu trữ glycogen trong gan tăng và quá trình gluconeogenesis bị ức chế. Đơn vị nhau-thai có chức năng dẫn lưu hằng định glucose trong máu mẹ. Glucose là nguồn nhiên liệu chính cho thai nhi và bánh nhau, do vậy sự phân phối glucose từ máu mẹ sang thai theo cơ chế khuếch tán thuận lợi (facilitated diffusion).

Chuyển hóa lipid

Đầu thai kỳ, mỡ được dự trữ nhiều ở các mô trung tâm. Đến cuối thai kỳ, sự ly giải mỡ lại chiếm ưu thế, có thể được thúc đẩy bởi tình trạng hạ đường huyết đói ở mẹ. Khi không có glucose, sự gia tăng acid béo tự do, triglyceride, cholesterol trong máu cung cấp năng lượng cho mẹ như là một cách đáp ứng tình trạng đói (accelerated starvation). Sau khi sanh, lipid máu trở về bình thường như lúc không mang thai, nhưng sẽ tăng lại vào giai đoạn cho con bú.

Chuyển hóa protid

Tiêu thụ protid tăng khoảng 1kg khi có thai so với lúc không mang thai. Khi thai đủ tháng, 50% protid được sử dụng cung cấp cho thai, nhau và phần còn lại cung cấp cho tử cung, tuyến vú, hemoglobin mẹ và protein huyết tương.

Các hệ thống khác

Hệ cơ xương

Khi có thai, cột sống uốn ra trước (lumbar lordosis) để giữ trọng tâm của thai phụ lên chân vì tử cung to đẩy ra phía trước. Sự thay đổi này gây ra đau lưng khi mang thai. Việc tăng áp lực trong bụng do tử cung to cũng gây ra sự thoát vị rốn và thành bụng trước. Đau thai kỳ, do ảnh hưởng của relaxin và progesterone làm dãn dây chằng. Khớp xương mu cũng dãn từ tuần 28-32 và thai phụ thường than đau khớp vẹt.

Calcium nguyên tố không thay đổi trong suốt giai đoạn mang thai, nhưng calcium toàn phần trong máu mẹ giảm. Tăng hormone tuyến cận giáp giữ mức độ calcium ổn định nhờ tăng hấp thu calcium từ ruột và giảm bài tiết calcium từ thận. Không có sự mất đậm độ xương ở thai kỳ bình thường nếu cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng.

Hệ da

Những thay đổi về hệ da ở thai phụ khi mang thai được cho là do ảnh hưởng của nội tiết tố trong thai kỳ. *Mạch máu mạng nhện* (vascular spider hay spider angioma) thường xuất hiện ở thân trên, mặt và tay. *Ban đỏ hình cọ* (palmar erythema) xảy ra ở 50% thai phụ do hậu quả của tăng estrogen. *Rạn da* (striae gravidarum) gặp ở bụng dưới, vú và đùi trên ở hơn một nửa phụ nữ mang thai, thường do sự kéo căng của da khi mang thai và không liên quan đến việc tăng cân, đồng thời không có trị liệu nào có thể áp dụng để phòng ngừa tình trạng này.

Thai phụ cũng bị *tăng sắc tố da*, đặc biệt ở vùng rốn và tầng sinh môn, do tăng estrogen và hormone kích thích tế bào sắc tố (melanocyte-stimulating hormone). Các nốt ruồi trên da cũng tăng kích thước và đậm màu, thường trở về bình thường sau thai kỳ. Tuy nhiên, nên điều trị cắt các nốt ruồi tăng nhanh kích thước để phòng ngừa nguy cơ ác tính. *Đổ mồ hôi* và *tăng tiết bã* cũng gia tăng trong thai kỳ bình thường, do vậy một số thai phụ than phiền nổi mồ hôi nhiều lúc có thai.

Sự phát triển của tóc vẫn duy trì như khi không có thai, nhưng vào lúc cuối thai kỳ, số lượng tóc ở “pha nghỉ ngơi” (resting phase) còn một nửa của 20% bình thường, và do vậy có hiện tượng rụng tóc đáng kể sau khi mang thai 2-4 tháng. Sự phát triển của tóc trở về bình thường sau khi sanh từ 6-12 tháng.

Cơ quan sinh dục

Dần tĩnh mạch âm hộ thường được quan sát thấy do gia tăng mạch máu khi mang thai. Biểu mô âm đạo dày hơn và tiết nhiều dịch gây ra nhiều khí hư ở thai phụ bình thường. Biểu mô tuyến cổ trong cổ tử cung cũng bị lộ ra ngoài làm tăng tiết dịch nhầy.

Tử cung, với sự phì đại cơ tử cung, tăng kích thước từ 70g (lúc không mang thai) đến 1.100g (khi thai đủ tháng), và khoang trong lòng tử cung cũng tăng dung tích từ 10mL đến 5 lít khi mang thai đủ tháng.

Tuyến vú

Tuyến vú tăng kích thước từ 25%-50% so với bình thường từ tuần thai thứ 8. Núm vú to, sậm màu, và tăng nhạy cảm với dẫn tuyến Montgomery do tác động của estrogen (phát triển ống dẫn sữa), progesterone (phát triển nang sữa) và do tăng lưu lượng máu đến để cung cấp chất dinh dưỡng tạo sữa. Vào giai đoạn cuối thai kỳ, có thể có sự bài tiết sữa non (colostrum) ở núm vú. Sự tiết sữa tùy thuộc vào hoạt động của estrogen, progesterone, hPL, cortisol, và insulin.

Mắt và thị lực

Do sự dày lên của giác mạc, kết hợp với sự tích tụ dịch và giảm áp suất nội nhãn, thai phụ mang thai bình thường có thể than phiền nhìn mờ. Thay đổi về thị lực này xuất hiện trong 3 tháng đầu thai kỳ và thoái triển trong vòng 6-8 tuần đầu hậu sản. Do vậy, các chỉ định về điều chỉnh thấu kính mắt không được khuyến cáo trong thai kỳ.

THAY ĐỔI SINH LÝ Ở THAI NHI VÀ NHAU THAI

Nhau thai

Nhau thai là cơ quan chủ yếu và duy nhất giữ vai trò trao đổi hô hấp và chuyển hóa, cũng như tổng hợp và điều hòa hormone. Nhau thai kết nối quan hệ giữa mẹ và thai, giúp cho thai nhi sống và phát triển đến lúc trưởng thành và thích nghi với môi trường bên ngoài cơ thể mẹ.

Trao đổi khí của thai nhi qua nhau thông qua sự khuếch tán đơn giản. Thai nhi tiêu thụ O₂ và bài tiết CO₂ phụ thuộc vào khả năng chuyên chở của các khí này từ mao mạch của mẹ cho thai và vào sự kết hợp giữa lưu lượng máu của tử cung và động mạch rốn.

70% glucose của mẹ vận chuyển qua nhau đến thai theo cơ chế khuếch tán thuận lợi. Các chất hòa tan khác vận chuyển từ mẹ qua thai theo cơ chế chênh lệch nồng độ, độ ion hóa, kích thước và tính chất tan trong mỡ. Amino acid vận chuyển tích cực qua nhau do nồng độ ở thai cao hơn ở mẹ. Acid béo tự do vận chuyển giới hạn qua nhau vì nồng độ ở thai thấp hơn ở mẹ.

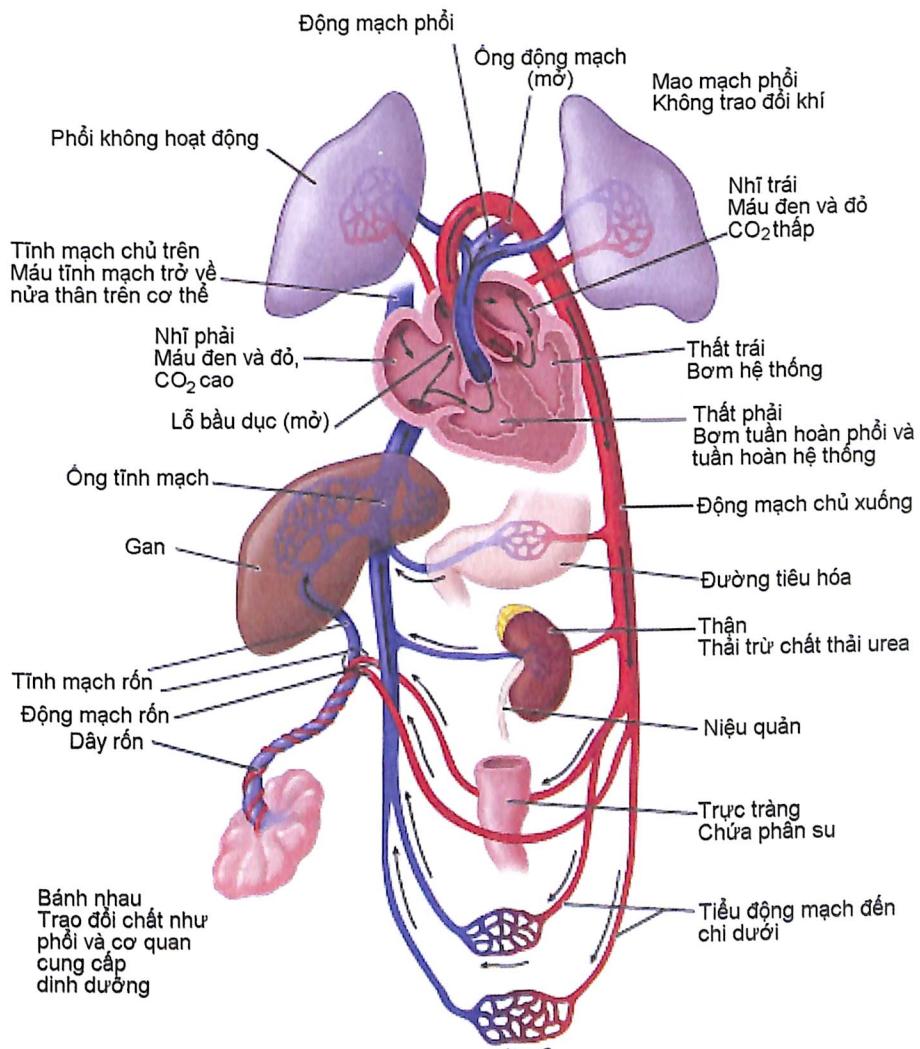
Nhau cũng sản xuất ra estrogen, progesterone, hCG, hPL giúp duy trì thai kỳ, chuyển dạ sanh và tiết sữa.

Tuần hoàn thai

Máu chứa oxy (độ bão hòa 80%) từ bánh nhau theo tĩnh mạch rốn đến hệ thống tĩnh mạch cửa của thai và vào thùy gan trái. Tĩnh mạch rốn dẫn ra ống tĩnh mạch. Nhánh khác nối tĩnh mạch cửa vào thùy gan phải. 50% máu rốn cung cấp qua ống tĩnh mạch. Máu từ tĩnh mạch gan trái trộn với máu trong tĩnh mạch chủ dưới và đi về lõi bào đục. Kết quả máu tĩnh mạch rốn giàu

oxy vào thất trái. Máu tĩnh mạch gan phải ít oxy vào tĩnh mạch chủ dưới qua van ba lá vào thất phải. Máu từ tĩnh mạch chủ trên cũng qua van 3 lá và vào thất phải. Máu từ động mạch phổi theo ống động mạch vào động mạch chủ (Hình 2.1).

Lưu lượng máu động mạch rốn chiếm khoảng 40% cung lượng tim của cả hai thất phải và thất trái của thai nhi. Vào nửa sau thai kỳ, lưu lượng này tỷ lệ với sự phát triển của thai (khoảng 300mL/phút) nhằm giúp lưu lượng máu động mạch rốn ổn định và bình thường hóa cân trọng thai nhi. Chính sự tương quan này cho phép đo lưu lượng máu thai nhi để đánh giá tình trạng tăng trưởng và đáp ứng của thai nhi trong bụng mẹ.



Hình 2.1: Tuần hoàn bào thai

(Nguồn hình: Beckmann's Obstetrics and Gynecology 6th edition, published in collaboration with ACOG)

Hemoglobin và sự oxy hóa

Hemoglobin thai, giống như hemoglobin người lớn là một phức hợp của hai dạng sao chép hai chuỗi peptide khác nhau. Tuy nhiên, hemoglobin người lớn (HgbA) gồm hai chuỗi α và β, còn hemoglobin thai nhi là một phức hợp gồm các cặp khác nhau của chuỗi peptide và thay đổi theo tiến triển của phôi thai và thai nhi. Vào cuối thai kỳ, hemoglobin thai (HgbF) là một phức hợp gồm hai chuỗi α và hai chuỗi β. Điểm sinh lý khác nhau căn bản của Hgb A và HgbF là ở bất kỳ áp suất oxy nào, HgbF có ái lực với oxy và độ bão hòa oxy cao hơn HgbA. Nguyên nhân chính của sự khác nhau sinh lý này là do HgbA gắn kết chặt với 2,3-DHG (diphosphoglycerate) hơn HgbF.

Hiệu ứng Bohr điều hòa khả năng gắn kết oxy của hemoglobin và giữ vai trò quan trọng trong việc trao đổi O₂ và CO₂ giữa tuần hoàn mẹ và thai nhi. Khi máu mẹ vào bánh nhau, hiện tượng kiềm hô hấp trong máu mẹ làm tăng cường sự vận chuyển CO₂ từ tuần hoàn thai nhi vào tuần hoàn mẹ. Sự mất CO₂ từ tuần hoàn thai làm tăng pH máu thai nhi và làm thay đổi đường cong phân ly oxy của thai về phía trái nhờ vậy tăng ái lực gắn kết oxy. Ngược lại, khi tuần hoàn mẹ nhận CO₂, pH máu giảm và làm thay đổi đường cong phân ly oxy của mẹ về phía trái, do vậy giảm ái lực gắn kết oxy. Một khi cân bằng gradient thích hợp được tạo ra, sẽ có sự khuếch tán thuận lợi của oxy từ tuần hoàn mẹ vào tuần hoàn thai nhi. Cho nên, áp lực oxy trong máu động mạch thai nhi chiếm 20-25mmHg và thai nhi được cung cấp đầy đủ oxy.

Thận

Hai thận thai nhi bắt đầu hoạt động vào 3 tháng giữa thai kỳ, giúp sản xuất nước tiểu đẳng trương. Tỷ lệ sản xuất nước tiểu thay đổi theo kích thước thai, từ 400-1200mL/ngày. Nước tiểu thai là nguồn sản xuất nước ối chủ yếu của thai từ giữa tam cá nguyệt 2 của thai kỳ.

Gan

Gan thai nhi rất chậm trưởng thành. Khả năng tổng hợp glycogen và bilirubin liên hợp của gan thai nhi gia tăng theo tuổi thai. Trong suốt giai đoạn mang thai, bilirubin được đào thải qua bánh nhau. Sự sản xuất các yếu tố đông máu của gan cũng chưa hoàn chỉnh và gây ảnh hưởng lên bé sau sinh do thiếu vitamin K. Nên chỉ định chích vitamin K ngay sau sanh để phòng ngừa chảy máu ở trẻ sơ sinh.

Tuyến giáp

Sự phát triển tuyến giáp thai nhi độc lập với mẹ và bắt đầu hoạt động chức năng vào giai đoạn cuối của 3 tháng đầu thai kỳ, cho nên nồng độ T3, T4 và TBG tăng lên theo tuổi thai. Bánh nhau không vận chuyển thyroid stimulating hormone và chỉ điều hòa số lượng T3, T4 qua bánh nhau. Mẹ cung cấp hormone tuyến giáp cho thai nhi cho tới tuần thai 28-32.

Tuyến sinh dục

Từ tuần thai thứ 8, các tế bào mầm nguyên phát di trú từ lớp nội mô của túi noãn hoàng đến dây giới tính và tại đây tuyến sinh dục chưa biệt hóa. Sự biệt hóa trong tinh hoàn (đối với phôi

thai là 46, XY) xuất hiện 6 tuần sau thụ thai, phụ thuộc vào sự hiện diện của kháng nguyên H-Y và nhiễm sắc thể Y. Nếu không có nhiễm sắc thể Y, buồng trứng phát triển từ tuyến sinh dục chưa biệt hóa bắt đầu vào tuần thứ 7. Sự phát triển các cơ quan sinh dục khác phụ thuộc vào sự hiện diện của hormone đặc biệt và không phụ thuộc vào sự biệt hóa tuyến sinh dục. Nếu tinh hoàn thai nhi xuất hiện, testosterone và yếu tố ức chế ống Muller (mullerian inhibitory factor) gây ức chế sự phát triển cơ quan sinh dục ngoài ở nữ. Nếu không có hai hormone này, cơ quan sinh dục ngoài của nữ phát triển với sự thoái triển của ống Wolff.

MIỄN DỊCH TRONG THAI KỲ

Mặc dù thai nhi tiết ra các kháng nguyên khác nhau nhưng nhờ hệ thống miễn dịch người mẹ không thay đổi trong thời gian mang thai, giúp thai nhi có khả năng sống sót trong tử cung mà không bị đào thải. Nhau thai chính là cơ quan chính giúp cho sự tự ghép này thành công nhờ sự giữ thai khỏi tiếp xúc trực tiếp với hệ thống miễn dịch của người mẹ, đồng thời nhau thai sản xuất estrogen, progesterone, hCG và hPL giúp ức chế hệ thống miễn dịch của mẹ. Hơn nữa, nhau thai cũng là một cơ quan ức chế kháng thể và che dấu kháng thể do vậy làm thay đổi đáp ứng miễn dịch.

Hệ thống miễn dịch người mẹ vẫn duy trì bình thường về số lượng bạch cầu, số lượng và chức năng tế bào B và T, và về nồng độ immunoglobulin. Vì IgG là kháng thể duy nhất có thể qua nhau, IgG của người mẹ là phức hợp gồm phần lớn immunoglobulin của thai trong cả giai đoạn bào thai và giai đoạn đầu sơ sinh. Đây là cơ chế miễn dịch thụ động được truyền cho thai.

Sự tổng hợp tế bào lympho của thai bắt đầu sớm vào tuần thai thứ 6. Đến 12 tuần, IgG, IgM, IgD, IgE xuất hiện và tăng nhanh về số lượng trong suốt thai kỳ. Đến khi sanh, trẻ sơ sinh có được cả miễn dịch thụ động từ mẹ và hệ thống miễn dịch trưởng thành giúp chống lại các bệnh lý nhiễm trùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Beckmann's Obstetric and Gynecology 6th edition. Chapter 5: Maternal – Fetal physiology, p. 43-54.

CHĂM SÓC TRƯỚC THỤ THAI VÀ CHĂM SÓC TRƯỚC SANH

TS.BS. Nguyễn Thị Từ Văn

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

1. *Trình bày được ý nghĩa của việc chăm sóc trước thụ thai và trước sanh.*
2. *Có khả năng tư vấn và thực hiện các chăm sóc trước thụ thai.*
3. *Trình bày được lịch khám thai.*
4. *Trình bày được các điều cần làm trong các lần khám thai.*
5. *Có khả năng tư vấn và hướng dẫn thai phụ cách ăn uống và xử trí các khó chịu thường gặp trong thai kỳ.*

Mục đích của chăm sóc trước thụ thai và trước sanh:

- Giảm các dị tật, các bệnh lý có thể phòng ngừa được ở trẻ sơ sinh.
- Phát hiện sớm các bất thường ở thai nhi để có thể can thiệp, cải thiện dự hậu hay hậu quả lên thai nhi.
- Chăm sóc sức khỏe cho thai phụ tốt hơn, dự phòng hoặc phát hiện sớm các bệnh lý của mẹ.
- Giảm các biến chứng do thai, các tai biến do sanh đẻ ở người mẹ.
- Tạo cho cha mẹ có sự chủ động trong việc mang thai, chăm sóc thai, chuẩn bị sanh một cách tốt nhất.
- Chuẩn bị cho hai vợ chồng và gia đình tâm lý đón nhận thành viên mới trong gia đình.

CHĂM SÓC TRƯỚC THỤ THAI

Khái niệm

Có một số dị tật, bệnh lý có thể ngăn ngừa được nếu can thiệp sớm ở giai đoạn trước khi mang thai như dị tật ống thần kinh, ảnh hưởng của nhiễm Rubella, viêm gan siêu vi B, đái tháo đường của mẹ trên thai nhi.... Với các chứng cứ được tìm ra từ các nghiên cứu của nhiều nhà khoa học trên thế giới, có một số các bệnh lý ở thai nhi có thể phòng ngừa trong giai đoạn trước mang thai:

- Khiếm khuyết ống thần kinh (thai vô sọ - anencephaly, gai sống chẻ đôi - spina bifida, thoát vị não – encephalocele, thoát vị tủy sống- meningocephalocele...) có thể phòng ngừa hoặc giảm thiểu bằng cách bổ sung acid folic trước khi mang thai. Trong quá trình phát triển phôi thai, hệ thần kinh của thai nhi được hình thành rất sớm, ống sống của thai nhi được đóng lại trong khoảng 28 ngày sau thụ thai (6 tuần tuổi thai kỳ). Do đó những trục trặc xuất hiện trong giai đoạn này sẽ dẫn đến hậu quả khiếm khuyết ống

thần kinh. Folic acid và folate là vitamin B9, có vai trò quan trọng trong việc tổng hợp nucleic acid, hồng cầu, duy trì sự phát triển của phôi thai, bánh nhau. Nghiên cứu ở Anh Quốc và xứ Wales cho thấy loại dị tật này đã giảm 10 lần từ năm 1964 đến 2004 (Morris JK, J Med Screen, 2007). Tại Hoa Kỳ và Canada việc bổ sung folic acid vào thực phẩm bắt đầu từ năm 1998, một nghiên cứu tại Canada cho thấy đã giảm được #50% dị tật ống thần kinh (Dewals P, N Engl J Med, 2007).

- Chích ngừa Rubella trong tuổi sanh đẻ, hay chậm nhất trước mang thai 1 tháng để phòng ngừa nhiễm Rubella cấp tính khi mang thai. Ở Hoa Kỳ, chích ngừa Rubella thường qui đã tiến hành được 25 năm nay hiện nay bệnh Rubella bẩm sinh rất hiếm.

Kiểm tra sức khỏe của người phụ nữ trước khi mang thai để có lời khuyên thích hợp về việc mang thai

- Các bệnh mạn tính: đái tháo đường, cường giáp, tăng huyết áp, bệnh tim... nếu có đều nên được điều trị bình ổn và có sự kiểm soát của bác sĩ chuyên khoa về cách điều trị trước và trong khi mang thai.
- Phát hiện các bệnh lý có thể ảnh hưởng đến thai kỳ như viêm nhiễm âm đạo, cổ tử cung... hoặc các bệnh có thể diễn tiến nặng hơn nếu mang thai như bệnh tim, ung thư.
- Ngưng các loại thuốc có thể là yếu tố nguy cơ cho thai: thuốc ngừa thai, thuốc hạ huyết áp nhóm ức chế men chuyển... (nhóm X trong phân loại thuốc trong thai kỳ-MIMS).
- Tầm soát các bệnh có thể di truyền ở các cặp vợ chồng có nguy cơ: chính họ hoặc gia đình có người bị các bệnh, tật bẩm sinh như hội chứng Down, dị tật tim, sút môi, chè vòm họng, thalassemie, chậm phát triển tâm thần không rõ nguyên nhân (liên quan tới hội chứng nhiễm sắc thể X dễ gãy) ...

Lý tưởng thì tất cả mọi phụ nữ cần biết các thông tin này trước khi mang thai, nhất là các đối tượng có nguy cơ. Nhưng thực tế vì tỷ lệ các bệnh trên khá thấp nên chưa được mọi phụ nữ chú ý. Nên đưa các thông tin này vào các chương trình truyền thông đại chúng. Khi cần tư vấn chuyên sâu thì các bác sĩ gia đình, bác sĩ nội khoa, bác sĩ sản phụ khoa, bác sĩ hay chuyên gia di truyền học là người tham vấn tốt nhất.

Các việc cần làm để chăm sóc trước có thai

- Tìm hiểu tiền sử gia đình của cặp vợ chồng có ai bị bệnh di truyền, bệnh mạn tính có tính gia đình không.
- Tìm hiểu tiền sử bản thân hai vợ chồng có bệnh mạn tính, có nguy cơ lây truyền không. Tiền căn sản khoa có hư thai tự nhiên, thai lưu, thai bất thường ... không.
- Khám tổng quát, đánh giá tình trạng sức khỏe; Tìm các bệnh: tăng huyết áp, bệnh tim, đái tháo đường, bệnh máu, bệnh mô liên kết, u buồng trứng, ung thư... hoặc các yếu tố nguy cơ khi có thai như dư cân, thiếu cân, béo phì,...

- Các xét nghiệm có thể cần làm: Hematocrit, Hb, nhóm máu, yếu tố Rh, kháng thể kháng Rubella, HBsAg, HIV, VDRL, PAP'S, khám vú, siêu âm vú, nhũ ảnh nếu cần.
- Điều trị các bệnh đang có, chích ngừa một số bệnh: Rubella, viêm gan siêu vi B, ...
- Điều chỉnh chế độ dinh dưỡng: đạt cân nặng cần thiết để có BMI bình thường trước khi mang thai, giảm cân ở người béo phì. Càng ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy cân nặng trước khi mang thai quan trọng hơn việc tăng cân trong thai kỳ. Người nhẹ cân khi mang thai sẽ tăng nguy cơ sanh non, con nhẹ cân. Tuy nhiên họ cũng giảm nguy cơ sanh con to, tăng huyết áp trong thai kỳ. Người béo phì bị tăng nguy cơ sảy thai, dị tật bẩm sinh (ở ống thần kinh, tim, hệ tiêu hóa...), tăng huyết áp, đái tháo đường, con to dẫn đến tăng mồ lầy thai... và nhiều bệnh khác. Những phụ nữ bị tăng huyết áp mạn có nguy cơ thai chậm tăng trưởng trong tử cung.
- Bổ sung folic acid 0,4mg/ngày cho người thiếu chất này hoặc bổ sung thường qui cho tất cả mọi người bằng thực phẩm bổ sung: sữa cho người có thai, viên đa sinh tố, bột ngũ cốc được tinh chế có đủ hàm lượng folic acid cần thiết. Sử dụng các thực phẩm, rau, trái cây giàu folic acid và folate như ngũ cốc tinh luyện, rau xanh đậm, trái cây có màu cam, đỏ đậm. Riêng các phụ nữ có nguy cơ thai nhi dị tật cao (tiền sử đã có lần thai bị khiếm khuyết ống thần kinh) có thể phòng ngừa với liều cao hơn - 4mg/ngày. Với nhóm này cần lưu ý khả năng thiếu máu do thiếu B12 có thể bị che lấp. Việc bổ sung folic acid cần bắt đầu ít nhất trước khi có thai 1 tháng và duy trì trong 3 tháng đầu thai kỳ.
- Các bệnh lý có nguy cơ tử vong cao ($\geq 50\%$) khi mang thai: hội chứng Eisenmenger, tăng áp phổi nguyên phát, hội chứng Marfan kèm dãn rộng gốc động mạch chủ, từ chứng Fallot chưa điều trị ... cần được xác định để tư vấn tránh việc mang thai.

Cung cấp các kiến thức cần thiết cho việc chăm sóc toàn diện trong thai kỳ, trước khi sanh, lúc sanh và sau sanh:

Các yếu tố nguy cơ có khả năng gây trực tiếp trong thai kỳ cần được cảnh báo cho bệnh nhân: ví dụ tuổi mẹ trên 35 làm tăng nguy cơ thai bị hội chứng Down, cũng như tăng nguy cơ các bệnh lý hay các biến chứng khác như tăng huyết áp, tiền sản giật, đái tháo đường, sẩy thai, đẻ non... Hiện nay sức khỏe tâm thần, như các vấn đề trầm cảm trong lúc mang thai hoặc sau sanh cũng đang được chú ý.

CHĂM SÓC TRƯỚC SANH (TRONG THAI KỲ)

Các thuật ngữ

- *Tuổi thai kỳ* (gestational age- GA): tính từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối bình thường, với chu kỳ 28 ngày. Như vậy thai kỳ kéo dài 40 tuần, hay tương đương với 280 ngày. Đây là tuổi thai kỳ thường được các bác sĩ sản khoa dùng trên lâm sàng, tính trên siêu âm.

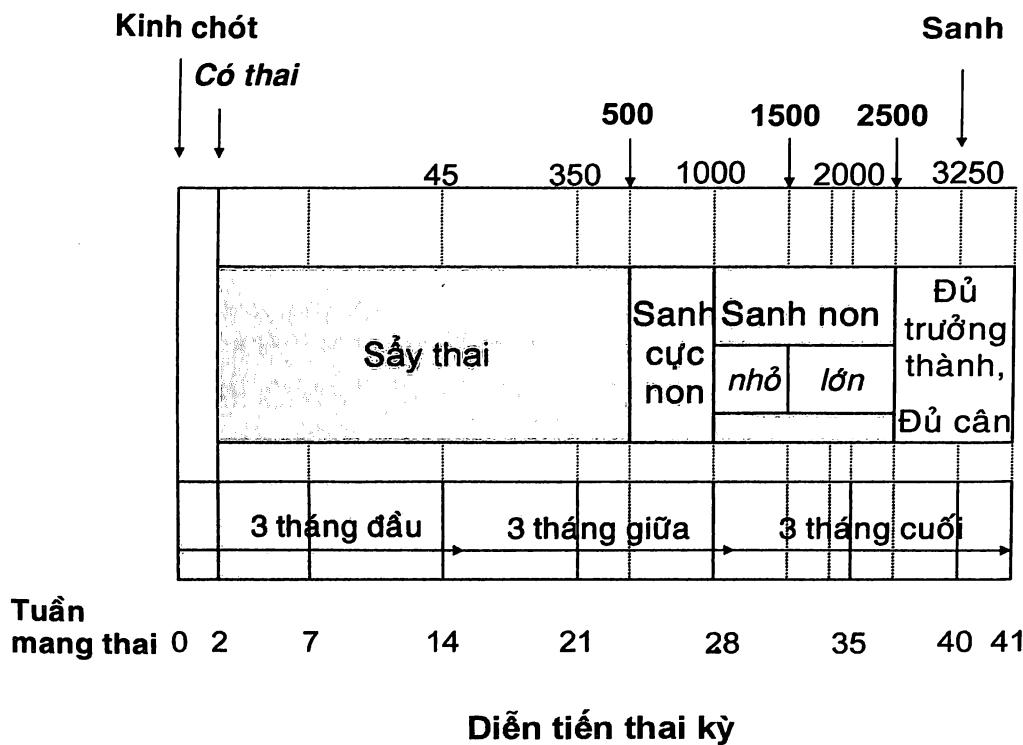
- *Phôi thai* (embryo): từ lúc thụ tinh đến 8 tuần tuổi thai kỳ.
- *Thai nhi* (fetus): từ 8 tuần đến lúc sanh.
- *Tuổi thai nhi* (fetal age, developmental age): tuổi thật của thai nhi, tính từ khi phôi làm tổ, thường dùng trong thụ tinh trong ống nghiệm.
- *Tổng lần có thai* (gravidity): là toàn bộ số lần có thai (kể cả thai bình thường hay bất thường).
- *Tổng lần sanh* (parity): là số lần sanh được thai nhi từ 500g trở lên (tương đương với đủ 20 tuần tuổi thai kỳ trở lên), không kể sống hay chết. Mỗi thai kỳ đa thai đều chỉ tính là một lần sanh.
- *Sanh sống* (live birth): là tình trạng sanh ra hay đẻm ra một thai nhi có biểu hiện sống như thở, nhịp tim, dây rốn còn đập... ngay cả khi chưa cắt dây rốn.
- *Trẻ dưới 1 tuổi* (infant): là một cá thể sanh sống từ lúc sanh cho đến 1 năm tuổi.
- *Trẻ non tháng* (preterm infant): trẻ được sanh ra khi chưa được 38 tuần tuổi thai (259 ngày).
- *Sẩy thai*: khi tổng xuất hay đẻm ra toàn bộ hay một phần bánh nhau hay màng nhau có hay không có thai nhi (đù sống hay chết). Nếu có thai nhi thì trọng lượng dưới 500g, hay chưa đủ 20 tuần tuổi thai kỳ (139 ngày)
- *Trẻ cực non* (immature infant): trọng lượng khi sanh từ 500-1.000g và đủ 20 tuần cho đến chưa đủ 28 tuần tuổi thai kỳ.
- *Trẻ non tháng* (premature infant): là một thai nhi được sanh ra có trọng lượng từ 1.000-2.500g và tuổi thai kỳ từ 28 tuần đến chưa đủ 37 tuần.
- *Trẻ nhẹ cân* (low birth weight): trẻ sanh sống có cân nặng nhẹ hơn hay bằng 2.500g.
- *Trẻ đủ trưởng thành* (mature infant): trẻ sanh sống từ 37 đến 42 tuần tuổi thai kỳ, thường có trọng lượng trên 2.500g.
- *Trẻ già tháng* (postmature infant): là trẻ đã đủ 42 tuần tuổi thai kỳ trở lên.
- *Trẻ to* (oversized infant) có cân nặng lúc sanh trên 4.000g (# 10% ở Hoa Kỳ); Trẻ quá to khi cân nặng trên 4.500g (# 2% ở Hoa Kỳ).
- *Khoảng chu sinh* (perinatal interval): là một khái niệm quan trọng, vì trong thời kỳ này những stress, những yếu tố rủi ro, nguy hiểm có thể ảnh hưởng trên thai nhi và trực tiếp hay gián tiếp ảnh hưởng trên trẻ trong thời kỳ sơ sinh, tuy nhiên chưa được thống nhất giữa Sản và Nhi. Đây là khoảng cách cuộc sống từ thai nhi đến trẻ sơ sinh, gồm hai giai đoạn: chu sinh I, từ đủ 28 tuần tuổi thai kỳ đến 7 ngày đầu tiên sau sanh; chu sinh II: khoảng rộng hơn, từ 20 tuần tuổi thai kỳ đến 27 ngày sau sanh. Theo thống kê ở Hoa Kỳ năm 1993, số chết chu sinh từ 20 tuần tuổi thai kỳ đến 7 ngày đầu tiên sau sanh bằng số chết trong 40 năm cuộc sống. Khoảng 70% số chết trong năm đầu xảy ra trong 28 ngày đầu sau sanh.
- *Khoảng sơ sinh* (neonatal interval): giai đoạn từ khi sanh cho đến 28 ngày đầu tiên của cuộc sống. Giai đoạn này được chia làm ba khoảng: sơ sinh I là từ khi sanh cho đến

24 giờ; sơ sinh II là từ giờ thứ 24 đến 7 ngày; sơ sinh III là từ ngày thứ 7 cho đến 28 ngày.

- *Tỷ suất sanh* (birth rate): số sanh sống trên 1.000 dân.
- *Tỷ suất sinh sản* (fertility rate): số sanh sống trên 1.000 phụ nữ trong tuổi sanh (15- 44 tuổi).

Chăm sóc trước sanh là một hệ thống những công việc đánh giá, theo dõi, chăm sóc thai phụ để đạt được sức khỏe toàn diện tốt nhất cho thai phụ và thai nhi (mẹ và con). Hệ thống này được thiết lập đầu tiên ở Boston (Hoa Kỳ) vào đầu thế kỷ XX do Instructive Nursing Association để chăm sóc các thai phụ có dự định sanh ở bệnh viện Boston Lying-In. Hệ thống này được các bác sĩ chấp nhận vì đạt được hiệu quả giảm các tai biến sản khoa và ngày càng phát triển. Ngày nay, các nước chú trọng về xây dựng hệ thống phục vụ rộng khắp và đưa các kỹ thuật hiện đại, thực phẩm, thuốc, các dịch vụ để chăm sóc thai có chất lượng cao, toàn diện. Do vậy có những điểm khác biệt tương đối về các khuyến cáo trong chăm sóc thai ở các nước, ở từng giai đoạn tùy thuộc vào điều kiện kinh tế, xã hội của các quốc gia.

Các giai đoạn của thai kỳ



Nguồn: Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment- edition 8th

Lịch khám thai

Hiệp hội Sản Phụ Khoa Hoa kỳ (ACOG) đề nghị: phụ nữ có thai nên đi khám sớm (ngay khi trễ kinh 1 tuần, chậm nhất là trễ kinh 1 tháng). Sau đó khám mỗi 4 tuần 1 lần cho đến tuần thứ 28, từ tuần thứ 28 đến 36 tuần khám 2-3 tuần 1 lần. Từ 36 tuần cho đến khi sanh khám mỗi tuần. Như vậy có thể cần khám từ 7 đến 9 lần trong 1 thai kỳ. Với những nước chưa có đủ hệ thống dịch vụ đáp ứng được lịch khám này, có thể dùng khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO): khám ít nhất 4 lần trong thai kỳ, lần đầu trong 3 tháng đầu, lần 4 trong 3 tháng cuối. Hướng dẫn Quốc gia của Việt Nam trước đây yêu cầu ít nhất 3 lần, từ năm 2009 cũng đề nghị ít nhất 4 lần trong thai kỳ theo khuyến cáo của WHO.

Nội dung khám chủ yếu cũng được thống nhất, nhưng về chi tiết - ví dụ như các xét nghiệm - có thể khác chút ít. Hồ sơ khám thai cần đạt các yêu cầu sau: (1) Thu thập đầy đủ thông tin của bệnh nhân, các dữ kiện lâm sàng và cận lâm sàng của các lần khám; (2) Nên có cách đánh dấu các yếu tố nguy cơ, bệnh lý để dễ thấy, tránh bỏ sót; (3) Ghi rõ cách xử trí, lời dặn, hẹn tái khám cho bệnh nhân. Nên có hồ sơ để thai phụ có thể đưa cho nhân viên y tế ở bất kỳ cơ sở y tế nào bệnh nhân đến khám hay sanh có thể xem được.

Lần khám đầu tiên cần đạt được mục đích là xác định tình trạng có thai, các yếu tố nguy cơ liên quan tới mẹ và thai. Từ đó, những thai kỳ có nguy cơ cao cần thiết lập lịch khám thích hợp. Nội dung khám gồm có: Hỏi để biết các dấu hiệu có thai ở bệnh nhân như chu kỳ kinh, kinh lần cuối cùng, các triệu chứng nghén. Hỏi về *tiền sử sản khoa*: số lần có thai, tuổi thai, kết quả thai kỳ, có bệnh gì khi mang thai, sanh như thế nào, có tai biến gì không... Cũng cần hỏi các trẻ sơ sinh trước của họ (nếu có) có bị vàng da tán huyết, hay nhiễm trùng... không? (Vì có thể liên quan với có kháng thể Rh trong máu mẹ). Tìm hiểu *tiền sử nội khoa* xem bệnh nhân có các bệnh mạn tính có thể ảnh hưởng lên thai nhi hay ngược lại, tình trạng có thai có thể làm nặng thêm bệnh đang có của bệnh nhân hay không? Quá trình điều trị như thế nào? Ý kiến bác sĩ chuyên khoa về việc có thai ra sao.... Về *tiền sử ngoại khoa*, cần chú ý nếu có bị mổ thì có biến chứng gì khi gây tê, gây mê không? Có từng bị truyền máu chưa? Có tai biến gì không. Về *tiền sử gia đình* chú ý tìm hiểu các bệnh lý di truyền, bệnh có tính gia đình có thể xuất hiện ở thai phụ như bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp. Cần biết hoàn cảnh kinh tế, xã hội của thai phụ để có sự quan tâm đầy đủ cho việc chăm sóc toàn diện. *Khám tổng quát* đánh giá sức khỏe người mẹ. Tính BMI cho bệnh nhân. *Khám âm đạo*, tử cung thường qui xác định tình trạng âm đạo cổ tử cung (có thể làm PAP'S, soi tươi); khám tử cung, hai phần phụ. Nên làm siêu âm nếu có điều kiện để xác định tình trạng thai, tuổi thai; kiểm tra có u ở tử cung hay ở buồng trứng không?. Kết hợp các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng để tính tuổi thai, tính ngày dự sanh.

Tuổi thai tính theo ngày đầu tiên kinh cuối cùng, ngày dự sanh tính theo luật Näegele: ngày cộng (+) 7, tháng trừ (-) 3, năm +1 (ví dụ: ngày đầu tiên của kinh chót là 17 tháng 4 năm 2013 thì ngày dự sanh sẽ là 24 tháng 01 năm 2014). Tuổi thai kỳ tại mỗi lần khám thai có thể tính theo vòng tính tuổi thai. Nếu không có mốc để tính là ngày có kinh cuối cùng thật, có

thể dựa vào siêu âm chiều dài phôi lúc thai được 8 tuần, hoặc tính theo chiều dài đầu-mông trong 3 tháng đầu thai kỳ thì tuổi thai sai lệch khoảng 3 ngày. Các phương pháp ước tính khác như dựa vào kích thước tử cung, belly cao tử cung,... đều có độ sai lệch lớn hơn.

Các xét nghiệm khác như huyết đồ, tổng phân tích nước tiểu, xét nghiệm nhóm máu, Rh, đường huyết, xét nghiệm tìm các bệnh có thể lây truyền từ mẹ sang con trong thai kỳ: giang mai, viêm gan siêu vi B, HIV; xét nghiệm chuẩn độ Rubella... dần dần được đưa vào xét nghiệm thường qui tùy từng nơi.

Siêu âm hình thái thai nhi trong 3 tháng đầu thai kỳ bao gồm cả đo khoảng thấu quang gáy nên được làm trong khoảng 11 đến 13 tuần 6 ngày tuổi thai kỳ. Đây là ẩn chỉ cho hội chứng Down rất có giá trị. Ngoài ra siêu âm còn phát hiện sớm các dị tật lớn ở đầu, các chi, song thai bất thường.

Các lần khám thai sau đều nên hỏi thăm có triệu chứng bất thường nào xảy ra không, chế độ ăn uống, sinh hoạt, làm việc của thai phụ ra sao. Theo dõi cân nặng, huyết áp, khám tim phổi cho thai phụ. Theo dõi sự tăng trưởng của thai nhi bằng đo belly cao tử cung, siêu âm. Đánh giá sức khỏe của thai nhi bằng cách theo dõi cử động thai, nghe tim thai, siêu âm. Khám âm đạo đánh giá tình trạng cổ tử cung thường qui không còn phổ biến nữa; chỉ nên khám khi cần biết các dấu hiệu ở CTC giúp để chẩn đoán, tiên lượng, xử trí một vấn đề bệnh lý cho thai phụ. Xét nghiệm nước tiểu thường qui bằng que nhúng cũng được đề nghị trong lịch khám thai của ACOG, của hướng dẫn Quốc gia Việt Nam.

Các xét nghiệm tầm soát thêm một số bệnh được đề nghị ở từng thời điểm của thai kỳ:

- Xét nghiệm sinh hóa máu mẹ trong 3 tháng đầu: AFP (α -fetal protein) có giá trị phát hiện khiếm khuyết ống thần kinh, Inhibin-A, PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein- A) vào khoảng 11-13 tuần, có giá trị trong giúp phát hiện hội chứng Down.
- Xét nghiệm sinh hóa máu mẹ trong 3 tháng giữa: bộ 3 (triple test): AFP, β hCG tự do, Estriol (uE3) hoặc bộ 4 (quadruple test) khi làm thêm Inhibin-A, vào khoảng 14-21 tuần tuổi thai kỳ, để phát hiện các thai phụ có nguy cơ cao bị bất thường nhiễm sắc thể như tam bội 18 (hội chứng Edwards), tam bội 21 (hội chứng Down) hiện nay được làm khá phổ biến. Tuy nhiên đây chỉ là các xét nghiệm tầm soát dùng để tham vấn cho bệnh nhân làm các xét nghiệm chẩn đoán cần thiết khác. Khi kết quả xét nghiệm có tần suất nguy cơ cao hơn giá trị ở điểm cắt 1/270 thì nên đề nghị bệnh nhân làm xét nghiệm chẩn đoán nhiễm sắc thể như chọc ối, lấy máu cuống rốn, hoặc sinh thiết gai nhau. Nhiễm sắc thể đồ là chẩn đoán xác định tiêu chuẩn; còn FISH, MLPA, RAD (QF-PCR) thuộc nhóm chẩn đoán nhanh.
- *Đái tháo đường và thai*: đái tháo đường thai kỳ là bệnh lý rối loạn biến dưỡng do thai khá phổ biến hiện nay. Nhiều nghiên cứu ở các nước và ở Việt Nam cho biết có khoảng 4% thai phụ xuất hiện đái tháo đường trong thai kỳ, xấp xỉ với tăng huyết áp do thai có tỉ lệ mới mắc khoảng 5%. Hậu quả của đái tháo đường không được kiểm

soát trong thai kỳ là dẫn tới thai to và theo sau đó tai biến khi sanh cũng tăng lên. Về phía người mẹ, có tới 30%-50% các thai phụ này sẽ bị đái tháo đường type 2. Con của những thai phụ này cũng dễ bị rối loạn dung nạp glucose, béo phì... trong tương lai. Bên cạnh bệnh do thai gây ra, một số phụ nữ đã bị bệnh đái tháo đường trước khi mang thai mà không biết, do đó nên xét nghiệm phát hiện bệnh bằng xét nghiệm thường qui và thử nghiệm dung nạp đường ở nhóm có nguy cơ. Xét nghiệm đường huyết bất kỳ (nhịn ăn trước 4 tiếng) có thể đưa vào thường qui. Xét nghiệm dung nạp đường bằng cách uống 50gam đường và xét nghiệm đường huyết sau 1 giờ hiện nay được nhiều đồng thuận nên làm cho hầu hết các thai kỳ ở thời điểm 24-28 tuần tuổi thai. Còn ở nhóm nguy cơ cao (béo phì, gia đình có người bị đái tháo đường, tiền sử sanh con to, thai chết lưu) thì nên làm thử nghiệm dung nạp đường sớm hơn, trong 3 tháng đầu thai kỳ hay ngay lần khám đầu tiên.

- *Các bệnh viêm âm đạo do streptococcus nhóm B (GBS), nhiễm khuẩn âm đạo do vi trùng (Bacterial Vaginosis – BV) do Gardnerella phát triển mạnh gây tình trạng nhiễm khuẩn. BV có thể làm tăng nguy cơ sanh non, vỡ ối non, nhiễm trùng sơ sinh, nhiễm trùng hậu sản... vì vậy cũng nên làm xét nghiệm soi tươi phát hiện BV trong 3 tháng giữa (3 tháng đầu còn bàn cãi về điều trị), lấy dịch âm đạo tìm GBS khi thai được 35-37 tuần tuổi.*

Các xét nghiệm tìm các bệnh khác: lấy dịch tiết ở cổ tử cung tìm vi khuẩn lậu, xét nghiệm tìm Chlamydia trachomatis (PCR) do có thể gây mù, viêm kết mạc ở trẻ sơ sinh còn chưa được thống nhất có đưa vào thường qui hay chỉ làm ở nhóm nguy cơ cao. Xét nghiệm lao, xét nghiệm tìm các bệnh máu như bệnh Thalassemia, hồng cầu liêm, có kháng thể kháng Rh(-) và các kháng thể hiếm gặp khác: Kell, Duffy, Lewis... thì tùy theo quốc gia, tùy theo chủng tộc có khả năng xuất hiện các bệnh này và mức độ ảnh hưởng của nó trên thai và mẹ mà quyết định làm ở đối tượng nào.

Vấn đề dinh dưỡng cho thai phụ

Phụ nữ có thai cần ăn uống đủ lượng và đủ chất để đảm bảo sự phát triển tốt nhất cho thai nhi và sức khỏe cho bản thân. Năng lượng trung bình cần cho một người bình thường không có thai là 2.000kilocalo, khi có thai cần thêm #300-500kilocalo, khi cho con bú cần thêm 500kilocalo. Như vậy cần ăn uống thêm một lượng vừa phải, tránh tăng cân quá mức; đối với những người thiều cân thì cần tăng cân nhiều hơn. Theo kết quả của những nghiên cứu tại Hoa Kỳ được công bố từ những năm 1990, khuyến cáo tăng cân trong thai kỳ theo BMI trước khi có thai như sau: $BMI < 19,8$ tăng từ 12,5-18kg, $BMI \geq 19,8$ tăng từ 11,5- 16kg, BMI từ 26-29 tăng từ 7-11,5kg. Tối thiểu cũng cần tăng ít nhất 6kg, ngay cả với người có $BMI > 29$. Tiêu chuẩn này cũng được đưa vào hướng dẫn của IOM (Institute of Medicine) Hoa Kỳ dựa vào nhiều chứng cứ của các nghiên cứu về tăng cân với kết quả thai kỳ. Các nghiên cứu cũng cho thấy tăng cân quan trọng hơn là cân nặng trước có thai. Tăng cân ít thì có liên hệ với tăng nguy cơ trẻ nhẹ cân, nhất là ở nhóm có cân nặng thấp trước có thai. Đáng chú ý là ở nhóm béo

phì nếu tăng cân không đạt yêu cầu (6kg) thì vẫn có nguy cơ trẻ nhẹ cân. Tăng cân quá mức có liên hệ với đái tháo đường thai kỳ, thai to, sanh khó do thai to, tăng mồ lây thai; nhất là tăng cân quá mức sau khi có thai còn làm tăng nguy cơ bị tăng huyết áp trong thai kỳ, sanh non, chậm tăng trưởng trong tử cung, thai chết lưu.

Dinh dưỡng có chất lượng

Hướng dẫn chung về cách ăn uống trong thai kỳ của IOM dùng đơn vị “serving”: 1 serving trái cây tương đương với một trái táo hay một trái chuối cỡ trung bình; 1 serving rau tương ứng với một tách rau sống, một nửa tách rau đã nấu; 1 serving chất tinh bột tương ứng với một lát bánh mì, một nửa tách (cup) hạt ngũ cốc, gạo, mì... đã nấu. 1 serving chất đậm đặc tương ứng với 2-3oz thịt sạch, cá... đã nấu (1oz = 28gram), một quả trứng, nửa tách đậu hũ đặc, hay hai muỗng cà phê bơ đậu phộng. Thành phần chất dinh dưỡng trong ngày cho các thai phụ được hướng dẫn như sau: tinh bột cung cấp từ 40%-65% calories, tương ứng từ 6-9 serving; 7 hay nhiều hơn serving rau, trái cây để cung cấp các vitamin C, vitamin A, folic acid và nhất là chất xơ. Chất đậm cần cho người không có thai # 10gram/ngày, cho người có thai cần # 60 gram/ngày, tương ứng khoảng 1 serving. Chất béo cung cấp # 20%-35% calories, chủ yếu nên dùng chất béo từ cá, đậu, dầu thực vật; hạn chế dùng chất béo bão hòa và tránh dùng chất quá béo (trans fats). Những chế phẩm từ sữa: nên dùng ít nhất 4 serving sữa ít béo hoặc không béo hay các sản phẩm từ sữa cung cấp calcium, vitamin A, D, B, protein. Phụ nữ không uống được sữa do không dung nạp lactose, có thể chọn các chế phẩm từ sữa như phô mai, sữa chua, sữa ít lactose, hay không có lactose. Nếu không dùng được tất cả các sữa, chế phẩm từ sữa thì ăn nhiều thức ăn giàu calcium: đậu nành, cá ăn cá xương như cá hồi, cá mòi, cá nục... Phụ nữ có thai không cần cữ muối, nhưng cũng không nên ăn quá mặn, dù chưa có bằng chứng rõ ràng về ăn nhiều muối sẽ có hại như thế nào, trong khi thiếu muối là có hại.

Việc bổ sung sắt cần thiết cho người thiếu máu do thiếu sắt. Phụ nữ có thai cần thêm 30-60mg Fe mỗi ngày. Hàm lượng sắt bổ sung trong viên đa sinh tố, trong thực phẩm như các loại thịt đỏ, trứng, đậu hũ, sữa, chế phẩm từ sữa đã có thể đủ cho người có thai. Chất sắt được hấp thu tốt khi uống với các thức uống giàu vitamin C; không hấp thu tốt khi uống với cà phê, trà, sữa.

Calcium: phụ nữ có thai cần thêm khoảng 1.000mg/ngày, 1.300mg/ngày đối với thai phụ nhỏ hơn 18 tuổi. Nếu khẩu phần ăn đủ chất calci, thì chỉ cần uống thêm viên đa sinh tố là đủ.

Viên đa sinh tố dành riêng cho phụ nữ mang thai: những loại thuốc này được kiểm soát hàm lượng các chất vitamin C, các vitamin nhóm B, khoáng chất (yếu tố vi lượng) cần thiết vừa đủ, folic acid, sắt, calcium, kẽm... Hiện nay người ta không đưa vitamin A vào nữa vì có bằng chứng cho rằng dư vitamin A có thể gây dị tật thai. Mặt khác vitamin A có nhiều trong rau, trái cây, mỡ cá... nên đủ cho nhu cầu nếu ăn uống đúng cách.

Những dưỡng chất giúp nuôi dưỡng, hoàn thiện và bảo vệ tế bào não

Nuôi dưỡng: carbohydrates, vitamin B1, B2, B3 và B6

- Hoàn thiện: folic acid, vitamin D, đồng, kẽm, choline, mangan, i-ốt, sắt, vitamin B6, B12.
- Bảo vệ: vitamin C và vitamin E.

Các vấn đề khác

Một số thói quen ăn uống có thể có hại cho thai nhi, ví dụ: cá sống, thịt sống có thể chứa một số mầm bệnh như toxoplasmosis và listeriosis (CDC). Từ những nghiên cứu của Faroe Islands và New Zealand, chính phủ Hoa Kỳ đề nghị cần cho các thai phụ biết một số loại cá biển có nhiễm thủy ngân cao (Shark, Tilefish, Swordfish, King mackerel); và nhiễm thấp (cá hồi, tôm biển, Canned light tuna, Pollock, Catfish) cũng nên hạn chế ăn khi mang thai. Tuy nhiên lợi ích của chất omega-3 trong mỡ cá đối với sự phát triển hệ thần kinh của trẻ và cho sức khỏe của mẹ cũng có nhiều bằng chứng rõ ràng, nên cần biết các loại cá giàu chất béo nào không nhiễm độc.

Rượu bia: uống rượu bia nhiều có thể dẫn đến sảy thai, dị tật ở thai, ảnh hưởng đến hệ thần kinh của trẻ sơ sinh... được gọi là hội chứng thai rượu. Lượng rượu nguyên chất được uống mỗi ngày từ # 30ml trở lên là có thể gây độc trên thai nhi. Không có mức an toàn nào cho việc uống rượu khi có thai, do đó tốt nhất là không uống.

Thuốc lá: chất nicotin trong thuốc lá, khói thuốc đều ảnh hưởng lên thai nhi. Thuốc lá làm tăng nguy cơ sảy thai, sanh non, nhau tiền đạo, nhau bong non, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, thai dị tật; ảnh hưởng trên hệ hô hấp của trẻ sơ sinh và khi lớn dễ bị hen suyễn.

Cà phê: có thể uống một lượng vừa phải, chừng 1-2 tách cà phê một ngày trong khi có thai. Nếu có tiền sử sảy thai, hư thai nhiều lần nên giảm bớt uống cà phê vì có ý kiến uống nhiều cà phê ($> 300\text{ml}$, # 2-3 tách) có liên quan với sảy thai tự nhiên và thai chậm tăng trưởng trong tử cung.

Trà có thể làm giảm hấp thu sắt trong thức ăn hoặc trong thuốc.

Các vấn đề gây khó chịu thường gặp

Buồn nôn, nôn: thường xuất hiện khoảng từ tuần thứ 4 đến tuần thứ 7 tuổi thai. Sau đó giảm dần và tự mất đi. Nguyên nhân có thể do lượng hCG, Progesterone...cao trong máu mẹ. Tăng nhu động dạ dày, căng thẳng tâm lý cũng gây mệt, buồn nôn, nôn. Xử trí bằng cách khuyến khích thai phụ ăn nhiều lần lượng ít với thức ăn khô, tránh để dạ dày trống, thư giãn. Điều trị với vitamin B6 nếu cần thiết. Thuốc chống ói là giải pháp cuối cùng. Nghén nặng là tình trạng nôn ói rất nhiều dẫn đến rối loạn nước, điện giải, xuất hiện ketone trong nước tiểu... Tình trạng này cần phải điều trị bù nước, điện giải để tránh toan máu.

Ăn gờ: một số rất ít người có thai thích ăn những thứ không phải là thức ăn như đất sét, bột hồ vải... những thứ không có chất dinh dưỡng mà có thể gây độc. Tại sao có hiện tượng này? Người ta chưa tìm ra nguyên nhân, nhưng có ý kiến cho rằng có thể họ bị thiếu chất sắt. Do đó bên cạnh việc giải thích cho bệnh nhân để họ đừng tiếp tục ăn như vậy nên kiểm tra thiếu máu thiếu sắt. Chất trích tinh belladon (belladonna extract) 8-15mg uống 4 lần một ngày có thể dùng điều trị.

Nám mặt, tăng sắc tố da là các thay đổi thường gặp do thay đổi nội tiết trong thai kỳ. Nỗi mẩn ngứa ở da có thể do dị ứng với các yếu tố thức ăn, thời tiết, mồ hôi...

Đau khớp, trần nặng vùng chậu: thường do tăng chất nội tiết relaxin từ nhau thai làm dãn khớp vẹt, khớp chậu hông. Có thể dùng đai vùng hông, nằm nghỉ để giảm đau. Khi có thai cột sống thắt lưng và cổ bị tăng độ cong để giữ thẳng bằng khi bụng lớn lên. Thay đổi này có thể gây đau lưng. Dùng đai nâng bụng, thuốc giảm đau tại chỗ, xoa bóp cơ lưng có thể làm cho thai phụ dễ chịu.

Vợp bé: có thể do giảm lượng calcium huyết thanh hay tăng lượng phosphorus huyết thanh. Điều trị triệu chứng bằng xoa bóp, duỗi nhẹ chân, tránh căng cơ đột ngột như duỗi chân khi ngủ dậy. Có thể dùng thuốc uống, hay sữa tăng calcium không chứa calcium phosphate. Aluminum hydroxide gel, 8mL uống 3 lần một ngày trước bữa ăn giúp giảm hấp thu phosphorus, tăng hấp thu calcium.

Tê bì ngón tay, mất cảm giác ở tay làm cho khó cầm giữ đồ vật, xuất hiện vào khoảng 5% các thai phụ. Dị cảm này thường xuất hiện vào ban đêm, sáng sớm trong khi có thai và thỉnh thoảng còn tồn tại một thời gian sau sanh. Hiện tượng này là do khớp vai bị lỏng (drooping), ép vào tùng thần kinh cánh tay.

Dãn tĩnh mạch: thường gặp ở chân, âm hộ do tử cung lớn chèn ép lên tĩnh mạch chi dưới. Khi đau đột ngột, khu trú ở chân nên tìm xem có bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu không. Mang vớ thun (elastic stockings), kê cao chân để giảm dần tĩnh mạch chân.

Thể dục: thai phụ vẫn có thể tập thể dục, chơi các môn thể thao nhẹ, không phải gắng sức như yoga, aerobic cho người có thai, đi bộ, bơi...

Nằm ngủ: khi thai lớn, tư thế nằm ngửa có thể gây ra hội chứng hạ huyết áp tư thế. Phòng ngừa bằng cách tránh nằm ngửa, nếu bị khó chịu khi đang nằm ngửa thì nằm nghiêng trái.

Giao hợp: tuyệt đối không giao hợp khi có tiền sử sanh non, chảy máu trong khi mang thai, nhau tiền đạo. Cần cho thai phụ biết việc giao hợp có thể gây sẩy thai, nên ở những người từng bị sẩy thai, đau bụng, hay chảy máu sau giao hợp thì nên tránh.

Phòng ngừa té trong nhà tắm, cầu thang do thai phụ khó giữ thẳng bằng vào cuối thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Thomas J, Bader*: Ob/Gyn Secret, update 3rd edition, 2005 (Ân bản tiếng việt).
2. *RobertmK Creasy, Robert Resnik*: Maternal-Fetal Medicine-Principles and practice, 6th edition.
3. *Alan H, Decherney, Martin L, Pernoll*: Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment, 8th edition.

ĐÁNH GIÁ CÁC RỐI LOẠN DI TRUYỀN TRONG SẢN KHOA

ThS.BS. Trần Nhật Thăng

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

- Hiểu và mô tả được các hình thức di truyền bình thường và bất thường.
- Mô tả các chiến lược tầm soát tiền sản hiện ứng dụng tại Việt Nam.
- Mô tả các kỹ thuật chẩn đoán tiền sản, chỉ định và tai biến của các kỹ thuật đó.
- Xác định các yếu tố nguy cơ của một cặp vợ chồng cần đến tư vấn di truyền.

MỞ ĐẦU

Bất thường/khuyết tật bẩm sinh (BTBS - Congenital anomalies, birth defects) là những thuật ngữ dùng để chỉ sự bất toàn vẹn nói chung (về cấu trúc hoặc chức năng) tìm thấy trên trẻ khi sinh ra, có thể đơn lẻ hoặc kết hợp, có thể liên quan tới một hoặc nhiều hệ cơ quan. Nguyên nhân của BTBS có thể do di truyền hoặc không di truyền. Trong khuôn khổ bài này, chỉ trình bày các bất thường liên quan di truyền; vai trò và phương cách tiếp cận chúng trong lĩnh vực sản khoa, đặc biệt là giai đoạn trước sinh (tiền sản) được thực hành phổ biến tại Việt Nam.

Phân biệt các thuật ngữ

Bình thường  

Dị dạng: Malformation  

Là bất thường hình thái của một cơ quan do một quá trình phát triển bất thường *nội tại* (intrinsic process). Lập trình sai!

Biến dạng: Deformation/deformity  

Là bất thường hình thái và vị trí của một phần cơ thể do chèn ép cơ học *ngoại lai*. Lập trình bình thường!

Disruption   

Là bất thường hình thái của một/một phần cơ quan do sự tác động của một yếu tố ngoại lai lên quá trình phát triển đang bình thường. Lập trình bình thường!

Sequence

Là sự kết hợp của nhiều dị dạng nhưng từ một nguyên nhân bất thường duy nhất dẫn tới một chuỗi thể hiện các bất thường nguyên phát rồi thứ phát.

Ví dụ: Spina bifida (cột sống chẻ đôi) là nguyên nhân tiên phát dẫn đến chuỗi thể hiện dị dạng Arnold-Chiari II (biến dạng tiểu não và hình dạng đầu), dẫn não thất, chân khoèo.

Phức hợp: Complex/Association

Là tập hợp nhiều hình ảnh bất thường tại nhiều hệ cơ quan, sự tập hợp này không quy về một nguyên nhân nào được.

BẤT THƯỜNG NHIỄM SẮC THỂ N

Bất thường nhiễm sắc thể được tìm thấy sau sinh với tỉ lệ khoảng 1/300 trẻ sinh sống, trong đó tam bội nhiễm sắc thể 21 - trisomy 21 - thường gặp nhất (1/700 trẻ sinh sống). Đa số bất thường nhiễm sắc thể là do *tai nạn* (98 %), tuy vậy một phần nhỏ (2%) có thể do thừa hưởng nhiễm sắc thể bất thường từ cha mẹ. Các bất thường nhiễm sắc thể có biểu hiện bất thường hình thái đa dạng, có liên quan nhiều tới các bệnh cảnh sảy thai liên tiếp, thai lưu, thai chậm tăng trưởng và trẻ sinh sống với biểu hiện hình thái/tâm thần bất thường. Bất thường nhiễm sắc thể có thể được chẩn đoán từ *nhiễm sắc thể đồ* (karyotype) hoặc từ các kỹ thuật sinh học phân tử.

Bất thường số lượng

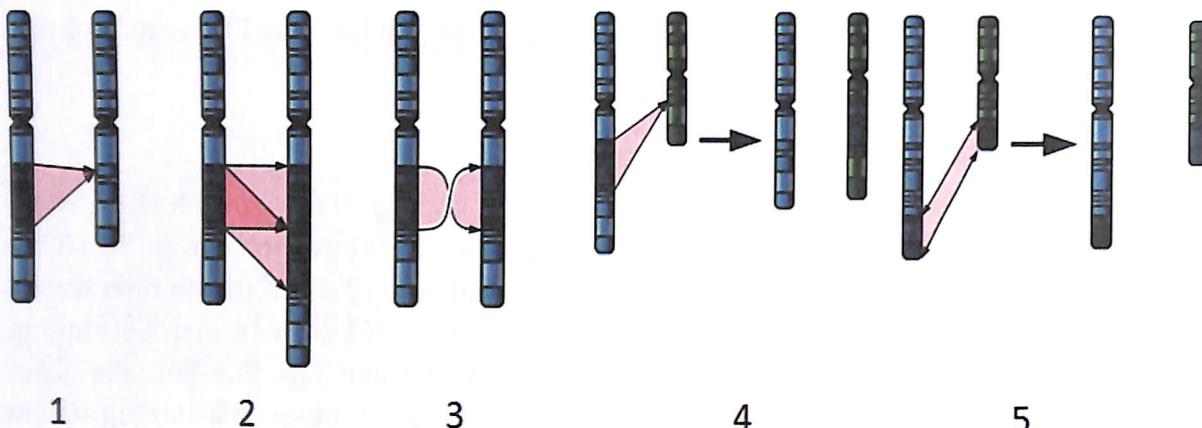
Khi bộ đôi NST (2n) đặc trưng của người bị thay đổi.

Thay đổi cả một *set* nhiễm sắc thể (tăng/giảm n): euploidy (đôi khi dùng thuật ngữ polyploidy khi số n tăng lên), ví dụ 3n (triploidy) với karyotype 69,XXX hoặc 69,XXY... Từ những dạng bất thường này, người ta đã phát hiện ra vai trò của hiện tượng *dấu ấn di truyền* (genetic imprinting). Đôi với 3n dạng dispermy (2 set n từ cha và 1 set n từ mẹ), bất thường thể hiện nổi bật là tình trạng quá phát của phần phụ thai (xem thêm *Thai trứng và bệnh lý nguyên bào nuôi*), trong khi đó nếu 3n với 2 set n từ mẹ và 1 set n từ cha, biểu hiện bất thường chủ yếu là một thai chậm tăng trưởng nặng với bánh nhau kém phát triển. Như vậy, có một vai trò không đồng đều trong thông tin di truyền từ cha (chủ yếu ảnh hưởng trên nguyên bào nuôi) và thông tin di truyền từ mẹ (chủ yếu ảnh hưởng trên đĩa phôi).

Thay đổi một hoặc nhiều hơn một nhiễm sắc thể nhưng không bao gồm cả một *set* NST: aneuploidy, ví dụ trisomy 21 (47,XX,+21 hoặc 47,XY,+21), monosomy X (45,X0)... Dạng bất thường này có liên quan đến tuổi mẹ cao khi thụ thai. Trisomy xảy ra ở nhiễm sắc thể thường (autosomal trisomy) thường có kết cục sảy thai sớm hoặc thai chết lưu. Riêng nhiễm sắc thể 21 (nhiễm sắc thể nhỏ nhất với chỉ 56.000 kilobases DNA) có thể bất thường số lượng dạng trisomy với kết cục đa số thai sống đến lúc sanh và đặt ra vấn đề tầm soát thường qui hội chứng Down trong thai kì. Bất thường số lượng ở nhiễm sắc thể giới tính có những điểm khác biệt so với nhiễm sắc thể thường: (1) Chậm phát triển tâm thần thường nhẹ hơn; (2) Thể hiện bất thường kiểu hình chủ yếu trên sự phát triển và chức năng của tuyến sinh dục.

Bất thường cấu trúc

Đó có thể là (1) Mất đoạn nhiễm sắc thể (deletion); (2) Lặp đoạn nhiễm sắc thể (duplication); (3) Đảo đoạn nhiễm sắc thể (inversion); (4) Chèn đoạn nhiễm sắc thể (insertion); hoặc (5) Chuyển đoạn nhiễm sắc thể (translocation).

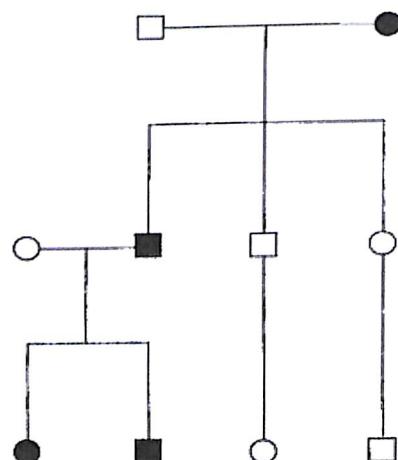


Nguồn: wikipedia.org. Chromosomal abnormality

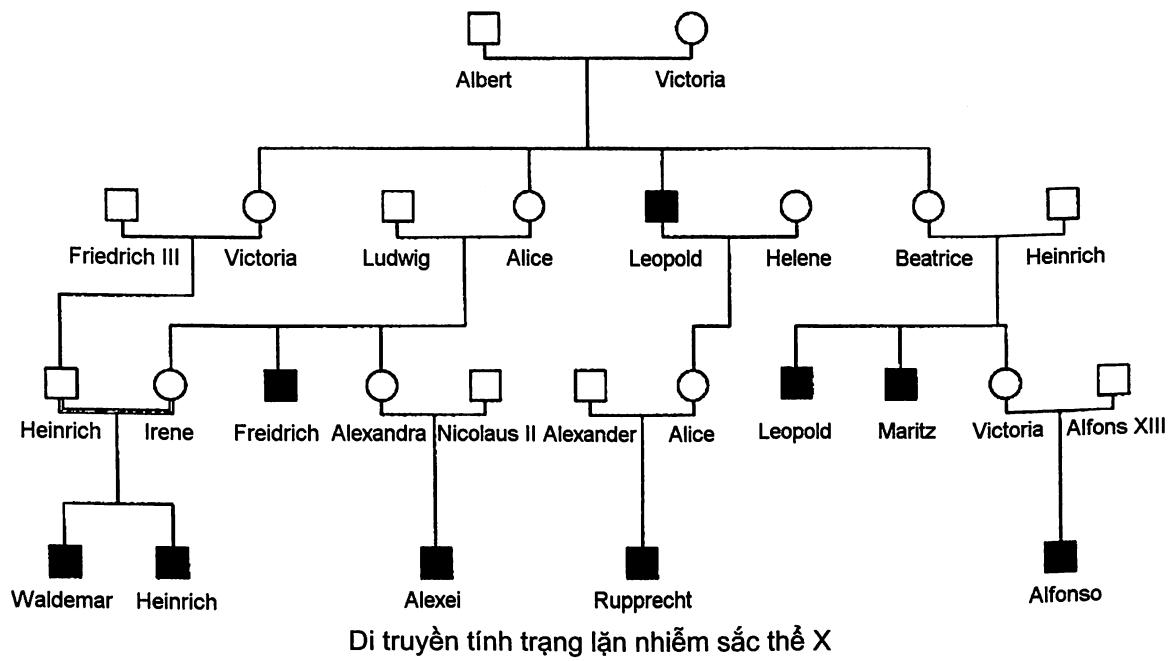
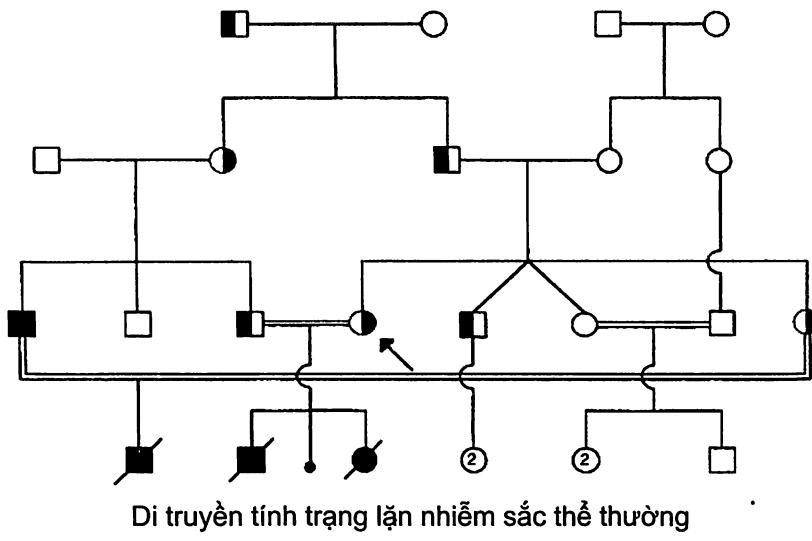
Bất thường cấu trúc nhiễm sắc thể thường do sự đứt gãy và sửa chữa bất thường của nhiễm sắc thể. Bất thường về kiểu hình (phenotypic abnormality) thể hiện tùy theo nhiễm sắc thể bị tổn thương và sự sắp xếp lại của nhiễm sắc thể có *cân bằng* hay không. Khi bất thường theo dạng mất đoạn hay lặp đoạn phát hiện được ở thai (tức bất thường dạng không cân bằng), đây có thể là hệ quả của một bất thường cấu trúc dạng cân bằng ở cha mẹ và vì thế có chỉ định thực hiện karyotype ở cha mẹ. Ngoài ra, ở các cặp cha mẹ có tiền căn sảy thai nhiều hơn 2 lần, tỉ lệ các bất thường cấu trúc nhiễm sắc thể như đảo đoạn/chuyển đoạn cân bằng cao gấp 10 lần (2%-4%) so với dân số chung.

Bất thường đơn gen

Bất thường đơn gen biểu hiện thường theo quy luật Mendel, có thể di truyền theo hình thức tính trạng trội hoặc tính trạng lặn trên nhiễm sắc thể thường hay nhiễm sắc thể giới tính. Ngoài ra, DNA ti thể (khác với gen trong nhân tế bào) được di truyền theo hình thức riêng (khi đột biến xảy ra ở thai nữ sẽ được di truyền sang thế hệ sau nhưng nếu đột biến xảy ra ở thai nam sẽ không di truyền). Các đột biến về gen không phát hiện được bằng karyotype, phải sử dụng đến kỹ thuật sinh học phân tử để chẩn đoán.



Di truyền tính trạng trội nhiễm sắc thể thường



Bất thường DNA ti thể (mitochondrial DNA)

DNA ti thể ở người là những chuỗi xoắn đôi DNA mã hóa cho 13 protein, 2 RNA ribosome và 22 RNA vận chuyển. DNA ti thể di truyền theo mẹ vì bào tương trứng chiếm ưu thế trong quá trình hình thành hợp tử. Bệnh lý do DNA ti thể có thể ảnh hưởng ở cả hai phái.

Bất thường đa yếu tố

Những bất thường này có góp phần từ các yếu tố gen lẫn không do gen (môi trường), có thể lặp lại trong phả hệ nhưng không theo một quy luật rõ ràng nào. Những bất thường bẩm sinh của một cơ quan đơn độc đôi khi mang tính đa yếu tố, có thể lấy ví dụ như sút mõi (có hay không kèm hở hàm ếch) đơn độc, dị tật bẩm sinh tim đơn độc, bất toàn khép ống thần kinh, hay bệnh đái tháo đường, động kinh... Việc xác định gen gây bệnh gặp khó khăn vì gen nghỉ ngơi có thể hiện tần suất như nhau ở cá thể bình thường và mang bệnh.

CHỈ ĐỊNH CỦA CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN

Có nhiều yếu tố được xác định làm gia tăng nguy cơ mang thai có bất thường nhiễm sắc thể, trong đó yếu tố hàng đầu là tuổi mẹ/cha và phơi nhiễm hóa chất. Yếu tố chủng tộc, nghiên cứu phả hệ có thể định hướng được những gen đột biến lưu hành theo quy luật Mendel. Ngoài ra, trong quá trình chăm sóc trước thụ thai, nhân viên y tế còn phải lưu ý đến các yếu tố bệnh lý nội khoa (đái tháo đường), bệnh lây truyền qua đường tình dục (giang mai) hay tình trạng miễn dịch với các virus đặc biệt (rubella, cytomegalovirus, varicella...). Yếu tố sinh con có bất thường bẩm sinh hay tiền cản sẩy thai sớm nhiều lần (trong đó tiêm ẩn ít nhất 50% nguyên nhân bất thường nhiễm sắc thể) có thể gia tăng nguy cơ bất thường bẩm sinh trong lần mang thai sau. Tuổi cha cao, đặc biệt sau 50 tuổi, có thể làm gia tăng nguy cơ có thai mang đột biến gen trên nhiễm sắc thể thường hoặc giới tính (như các bệnh lý neurofibromatosis, achondroplasia, hội chứng Apert, hội chứng Marfan). Yếu tố chủng tộc cũng cần được lưu ý vì một số bệnh di truyền theo quy luật Mendel có thể thường gặp hơn ở một vài dân tộc.

Một số ví dụ cho chỉ định tầm soát tiền sản:

- (1) Hội chứng Down (trisomy 21), hội chứng Edward (trisomy 18) là những bệnh lý thường được khuyến cáo tầm soát cho tất cả các thai kì.
- (2) Tầm soát dị tật bẩm sinh tim được đề ra cho những thai kì có độ thấu quang da gáy tăng.
- (3) Tầm soát thiếu máu di truyền do Thalassemia cho dân số châu Á và Địa Trung Hải.

Một số quy trình chẩn đoán tiền sản

Thực hiện tầm soát định nhóm dân số nguy cơ cao

Tầm soát là việc định ra một tập hợp con của dân số có gia tăng nguy cơ đủ cao để làm xét nghiệm chẩn đoán. Tầm soát thường được dùng đối với những bệnh lý quan trọng trong dân số về mặt ý nghĩa lâm sàng và tần suất gặp.

Khác biệt căn bản của *tầm soát* tiền sản (so với chẩn đoán) là nó chỉ nhằm đánh giá nguy cơ mắc một bệnh lý của một thai kì, hoàn toàn không thể khẳng định hay loại trừ sự hiện diện của bệnh lý đó.

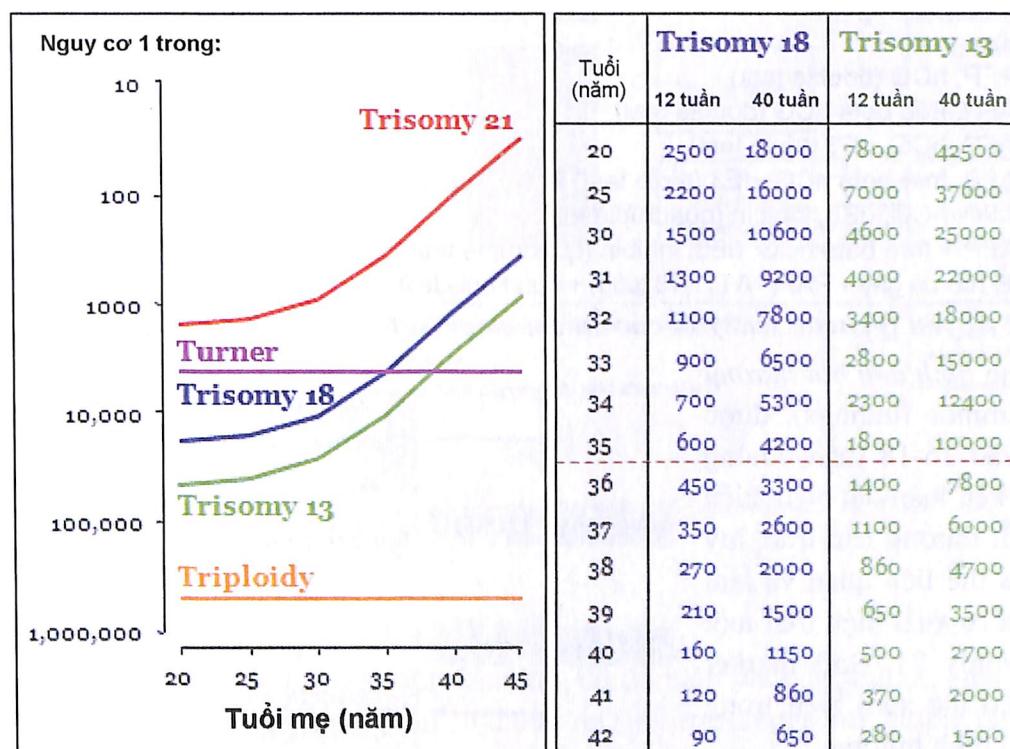
Phát hiện BTBS ở giai đoạn tiền sản có thể dựa trên:

- Các test tầm soát dựa trên sinh hóa.
- Siêu âm hình thái thai, bao gồm các khảo sát tìm soft-markers và khảo sát hình thái học đầy đủ cũng như kết hợp chuyên khoa sâu (khảo sát tim thai – fetal cardioechography).
- Các hình ảnh học bổ sung: cộng hưởng từ thai (in utero MRI), cắt lớp điện toán (scanner xoắn óc) và vai trò hồi cứu không thể thiếu của giải phẫu bệnh thai sau sanh.

Chẩn đoán tiền sản dựa trên xét nghiệm từ thai, bằng cách lấy các mẫu tế bào qua một *thủ thuật xâm lấn* (chọc ối, sinh thiết gai nhau, chọc máu cuống rốn, sinh thiết da thai). Nhờ sự tiến bộ của công nghệ y học, người ta có thể tìm thấy DNA tự do của thai lưu hành trong máu mẹ. Đây là một kỹ thuật hứa hẹn có thể giúp gộp chung hai bước tầm soát và chẩn đoán vào thành một quy trình duy nhất, sớm (từ đầu thai kỳ) và hiệu quả (tính đặc hiệu cao). Tuy nhiên giá thành cao là một trở ngại lớn và phương pháp này cũng không thể chẩn đoán được tất cả những BTBS tìm thấy.

Tầm soát các bất thường nhiễm sắc thể thường gặp

Nguyên tắc của tầm soát là dựa trên nguy cơ nền (background risk, prior risk) hiệu chỉnh với thay đổi của những dấu ấn sinh hóa trên mẹ và biểu hiện siêu âm trên thai.



Có thể thấy nhiều chính sách tầm soát như combined test, intergated test, sequential test...tùy theo mỗi quốc gia. Tại Việt Nam, các tầm soát sau được khuyến cáo:

Tầm soát 3 tháng đầu: sử dụng combined test kết hợp đo độ mờ da gáy và double test (định lượng bộ đôi sinh hóa PAPP-A và free beta hCG). Tỉ lệ phát hiện trisomy 21 của chính sách này là 95% với sai số 5%. Với ngưỡng cut-off thấp 1/150, các thai kì có nguy cơ giữa 1/150 và 1/1.000 có thể tiếp tục bước vào tầm soát quý 2 bằng siêu âm tìm soft-marker (genetic sonographic scan).

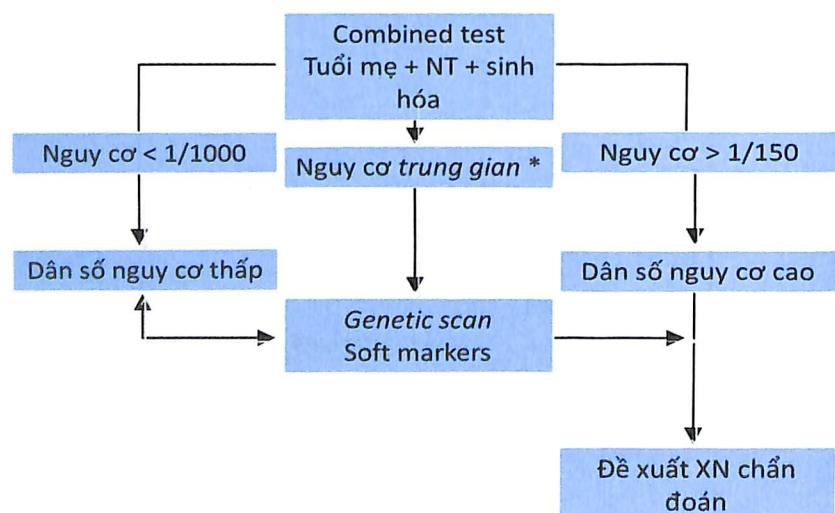
Tầm soát 3 tháng giữa: nếu thai phụ không được tiến hành tầm soát quý 1, triple test được khuyến cáo từ 15-20 tuần vô kinh. Tỉ lệ phát hiện trisomy 21 của chính sách này là 65% với sai số 5%.

Phương pháp tầm soát	Tỉ lệ phát hiện (%)	Sai số (%)
Tuổi mẹ	30	5
Ba tháng đầu		
Tuổi mẹ + Độ mờ da gáy	75-80	5
Tuổi mẹ + Định lượng bộ đôi sinh hóa PAPP-A và free beta hCG	60-70	5
Tuổi mẹ + Độ mờ da gáy + Định lượng bộ đôi sinh hóa PAPP-A và free beta hCG (combined test)	85-95	5
Combined test + xương mũi +	93-96	2,5
Ba tháng giữa		
Tuổi mẹ + AFP, hCG (double test)	55-60	5
Tuổi mẹ + AFP, free beta hCG (double test)	60-65	5
Tuổi mẹ + AFP, hCG, uE3 (triple test)	60-65	5
Tuổi mẹ + AFP, free beta hCG, uE3 (triple test)	65-70	5
Tuổi mẹ + AFP, hCG, uE3, inhibin (quadruple test)	65-70	5
Tuổi mẹ + AFP + free beta hCG, uE3, inhibin (quadruple test)	70-75	5
Tuổi mẹ + Độ mờ da gáy + PAPP-A (11-13 tuần) + quadruple test	90-94	5

Siêu âm di truyền (genetic scan) và các ẩn chỉ mềm (soft markers of aneuploidy)

Đó là những hình ảnh bất thường tối thiểu (minor findings), được tầm soát vào 16-18 tuần, không cho phép kết luận là biểu hiện của một bất thường cấu trúc, tuy nhiên là có thể liên quan và làm gia tăng rủi ro xuất hiện trên một thai kì trisomy 21. Soft marker cũng vẫn có thể xuất hiện trong 15% thai kì bình thường.

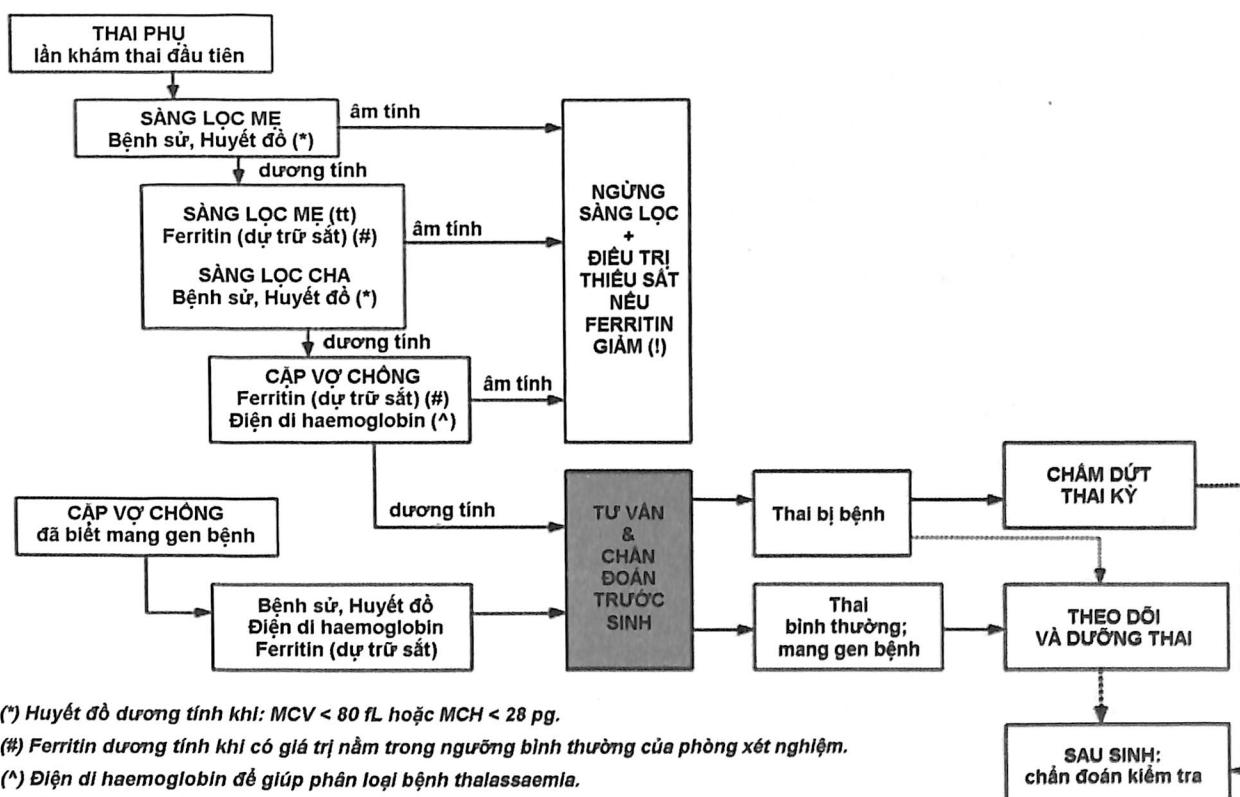
Các soft-marker thường được sử dụng: (1) Xương mũi; (2) Nếp



da gáy (nuchal fold); (3) Ruột tăng âm; (4) Dãn bể thận hai bên; (5) Nốt tăng âm đơn độc trong thắt; (6) Xương đùi ngắn. Ví dụ: gần 0,5%-1,2% thai bình thường so với 43%-62% thai trisomy 21 có biểu hiện thiểu/bất sản xương mũi ở 15-22 tuần, từ đó likelihood là 83 lần so với dân số chung.

Tầm soát các bất thường đơn gen thường gặp

Tầm soát đột biến gen gây bệnh lý Hemoglobin



Tầm soát các bất thường đơn gen khác (loạn dưỡng cơ Duchenne, hemoplilia...): dựa vào nghiên cứu phả hệ.

CÁC THỦ THUẬT CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN

Thủ thuật chẩn đoán tiền sản mang tính xâm lấn, do đó luôn phải được thực hiện chỉ sau khi đã có những bước tư vấn và kí đồng thuận thông tin (informed consent). Trung tâm thực hiện các kỹ thuật này nên là nơi chuyên khoa tuyển cuối, có sự tổ chức kết hợp đa chuyên khoa bệnh học phôi thai (fetal medicine), hình ảnh học, nhi sơ sinh và ngoại nhi.

Thông tin về thai kì (bao gồm nghi ngờ của sàng lọc, nghi ngờ từ bệnh cảnh siêu âm hình thái học, tiền căn bản thân và phả hệ...) cần được thu thập tổng hợp ở mức độ cao nhất trước mỗi quyết định chẩn đoán xâm lấn. Mẫu thu thập được, ngoài mục đích thực hiện các phân tích di truyền ở mức độ tế bào và phân tử, còn cần được lưu trữ cho những khảo sát di truyền khác có thể phát sinh.

Kháng sinh dự phòng, giảm co có thể có chỉ định. Phòng ngừa miễn dịch đồng loại bằng anti-D immunoglobulin cần thực hiện đối với người có nhóm máu RhD âm.

Chọc ối

Là phương pháp xâm lấn phổ biến nhất cung cấp mẫu thí nghiệm cho chẩn đoán di truyền tiền sản. Để giảm thiểu tối đa rủi ro của thủ thuật, phương pháp này thường được tiến hành sau 15 tuần vô kinh dưới hướng dẫn của siêu âm. Chọc ối được thực hiện với nhiều chỉ định: làm karyotype, chẩn đoán nhiễm trùng/virus trong tử cung, đánh giá độ trưởng thành phổi, chẩn đoán các bệnh lý chuyển hóa. Mẹ nhiễm HIV là chống chỉ định tuyệt đối, tuy nhiên khi đã sử dụng phác đồ phòng chống lây truyền dọc HAART thì có thể cân nhắc. (Xem thêm *Kỹ thuật chọc ối*).

Chọc ối ở quý ba thai kì không gia tăng nguy cơ sanh non. So sánh với quý giữa, chọc ối ở thời điểm này có nhiều khó khăn về mặt kỹ thuật: dễ chạm thai, lỗ rốn, cây ối thất bại, tuy nhiên các phương pháp sinh học phân tử vẫn có thể áp dụng được.

Chọc ối sớm (11-13 tuần vô kinh) làm gia tăng tai biến so với việc tiến hành thủ thuật ở những thời điểm khác: nguy cơ sảy thai tăng gấp 3 lần (2,6% so với 0,8%), chân khoèo, cây ối thất bại, rỉ ối (3,5% so với 1,7%).

Sinh thiết gai nhau

Mẫu sinh thiết gai nhau có được nhờ sử dụng kim sinh thiết dưới áp lực âm (phương pháp xuyên thành bụng) hoặc kìm bấm (phương pháp xuyên cổ tử cung). Mô thu nhận được thường lỗ gai nhau và màng rụng (nguồn gốc của mẹ) nên cần được lọc rửa trước khi xử lí. Cách thức xử lí mẫu cũng gồm hai giai đoạn: (1) Phân tích trực tiếp tế bào; (2) Cấy dòng tế bào trung mô. Trong 1:200 trường hợp có thể xảy ra tình trạng khám khu trú tại bánh nhau gây sai lệch kết quả.

Sinh thiết gai nhau tiến hành sớm (trước 11 tuần) có thể làm gia tăng tỉ lệ cắt cụt chi (1%-2%) vì hiện tượng thiếu máu cấp tính và co thắt mạch khi cấu trúc tuần hoàn trên bánh nhau bị phá vỡ.

Đối với các trung tâm chuyên khoa có kinh nghiệm, sinh thiết gai nhau và chọc ối quý giữa thai kì có kết cục an toàn tương đương nhau.

Chọc máu cuống rốn

Chọc máu cuống rốn thực hiện khi có chỉ định như: karyotype khẩn cấp (quý ba), định nồng độ nội tiết thai (bướu giáp thai phát hiện trên siêu âm), chẩn đoán và điều trị thiếu máu thai

(truyền máu trong tử cung)... Kỹ thuật đòi hỏi vô khuẩn tuyệt đối, dưới hướng dẫn siêu âm và thực hiện bởi người có kinh nghiệm.

Ngoài ra, sự phát triển của máy móc hiện đại còn giúp chẩn đoán tiền sản phát triển theo hướng can thiệp trong tử cung. Sinh thiết thai, nội soi thai và các thủ thuật xâm lấn trong tử cung khác nhằm giảm ôi, truyền ôi, đặt dẫn lưu dịch màng phổi, đặt bóng chèn khí quản điều trị dự phòng thiếu sản phổi (đối với thai thoát vị hoành)... là những ví dụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Assessment of genetic disorders in Obstetrics and gynecology. In: Laube DW, ed. *Obstetrics and Gynecology*: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for fetal chromosomal abnormalities. ACOG Practice Bulletin No. 77. *Obstet Gynecol*.2007;109(1):217–227.
3. Simpson JL et al. Prenatal genetic diagnosis. In: Gabbe SG, ed. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*: Saunders, 2012.
4. Nicolaides KH et al. NT and chromosomal defects. In: Nicolaides KH, ed. *The 11-13+6 weeks scan - Diploma in Fetal medicine & ISUOG educational series*, 2005.

THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC THAI PHỤ TRONG CHUYỀN DẠ

ThS.BS. Hồ Viết Thắng

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

1. *Nêu được những đánh giá tổng quát thai phụ trong chuyển dạ.*
2. *Trình bày được những lợi ích của các phương pháp hỗ trợ thai phụ trong chuyển dạ.*
3. *Có khả năng chẩn đoán xác định chuyển dạ và các giai đoạn chuyển dạ.*

ĐÁNH GIÁ TỔNG QUÁT

Đánh giá tổng trạng và sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở và tình trạng chung các cơ quan, bệnh lý các cơ quan nếu có.

Đánh giá tình trạng thai:

Nghe tim thai ngay sau khi có cơn co tử cung

- Theo dõi tim thai mỗi 30 phút trong giai đoạn hoạt động và mỗi 5 phút trong giai đoạn 2 của chuyển dạ.
- Cần lưu ý đặc biệt nếu tim thai nhanh hay chậm: nghi ngờ suy thai.
Nếu vỡ ối: phải ghi nhận màu sắc nước ối.
- Nếu nước ối lẫn phân su phải ghi nhận cẩn thận, theo dõi tình trạng thai và có kế hoạch can thiệp để hạn chế nguy cơ cho thai nhi.
- Nếu vỡ ối nhưng không ghi nhận nước ối: khả năng thiếu ối.

CHĂM SÓC HỖ TRỢ THAI PHỤ TRONG CHUYỀN DẠ

Tạo điều kiện để có người thân chăm sóc-hỗ trợ thai phụ trong quá trình chuyển dạ sanh. Hỗ trợ của người thân bao gồm:

- *Hỗ trợ về tâm lý-tình cảm:* sự hiện diện liên tục, động viên, khuyến khích của người thân.
- *Tạo sự thoải mái cho thai phụ:* massage, tắm hay lau ấm, giúp ăn uống cũng như vệ sinh, giúp thai phụ bày tỏ nguyện vọng, mong muốn cũng như tình trạng và giai đoạn của chuyển dạ.

Một tổng quan hệ thống của Hodnett và CS qua 15 nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng cho thấy hỗ trợ trong chuyển dạ đem lại nhiều hiệu quả bất kể theo dõi thai nhi bằng phương pháp nào: giảm sử dụng thuốc giảm đau trong chuyển dạ (RR 0.87, 95% CL 0.79-0.96), giảm gây tê vùng (RR 0.90, 95% CL 0.81-0.99), giảm tỉ lệ sanh giúp (RR 0.89 95% Cl 0.83-0.96), giảm tỉ lệ mổ sanh (RR 0.90 95% Cl 0.82-0.99), tăng tỉ lệ sanh thường (RR 1.08 95% Cl 1.04-

1.13) và giảm những ác cảm khi sanh (RR 0.73 95% CI 0.65-0.83). Tác giả kết luận: tất cả thai phụ nên được nhận sự hỗ trợ tốt từ người thân trong quá trình chuyển dạ sanh.

Tạo điều kiện trao đổi thông tin và có sự hỗ trợ tích cực từ nhân viên y tế

- Giải thích tất cả các quá trình chuyển dạ cũng như thảo luận những dấu hiệu thăm khám được với thai phụ.
- Tạo không khí thân thiện và tôn trọng thai phụ.
- Đảm bảo sự riêng tư và bí mật thông tin cho thai phụ.

Khuyến khích thai phụ giữ vệ sinh thân thể và môi trường xung quanh

- Khuyến khích thai phụ tắm khi bắt đầu chuyển dạ.
- Rửa âm hộ và tầng sinh môn trước mỗi lần khám.
- Rửa tay bằng xà phòng trước và sau khi thăm khám.
- Giữ vệ sinh bàn sanh, khu vực sanh.
- Lau sạch ngay mọi vết bẩn ở khu vực sanh-bàn sanh.
- Không cạo lông tầng sinh môn vì không đem lại lợi ích, ngược lại có thể gây hại cho thai phụ.

Quan niệm cũ cho rằng cạo lông tầng sinh môn làm giảm nhiễm trùng, dễ khâu, dễ cột chỉ là không hợp lý. Ngược lại những chứng cứ gần đây cho thấy cạo lông tầng sinh môn có thể gây: đau, tạo những tổn thương nhỏ là cửa ngõ nhiễm trùng, nguy cơ lây truyền HIV và các bệnh khác, không lợi ích, tăng chi phí. Ngoài ra còn gây khó chịu khi lông mọc lại.

Đảm bảo sự vận động

- Khuyến khích thai phụ đi lại tự do trong khu vực cho phép.
- Khuyến khích thai phụ chọn tư thế thích hợp trong quá trình chuyển dạ và sanh, tránh ép buộc thai phụ chọn tư thế nằm ngửa.

Theo quan niệm cũ: nằm tại giường tốt cho mẹ và con, giảm tải phòng sanh. Chứng cứ hiện tại: vận động giúp chuyển dạ diễn tiến nhanh hơn (con gò mạnh hơn), ít dùng thuốc tăng co, ít đau, giúp thai xuống mà không thấy bất lợi gì.

Khuyến khích thai phụ thường xuyên tự đi tiểu, hạn chế thụt tháo thường qui trong chuyển dạ

Theo quan niệm trước kia, thụt tháo làm kích thích nhu động ruột, giải phóng prostaglandin, kích thích con co tử cung, rút ngắn chuyển dạ, giúp đầu thai nhanh xuống, giảm nhiễm trùng cho mẹ và con (không bị dinh phân khi sổ thai).

Tuy nhiên, những nghiên cứu gần đây cho thấy thụt tháo gây: đau, khó chịu, không kích thích con co tử cung, không rút ngắn chuyển dạ, không giảm nhiễm trùng sơ sinh, không giảm mầm lây nhiễm, tăng chi phí y tế.

Khuyến khích thai phụ ăn, uống theo nhu cầu, kể cả giai đoạn cuối của chuyển dạ, đảm bảo thai phụ không bị đói hay khát trong suốt quá trình chuyển dạ sanh

Theo quan điểm cũ: không ăn uống giúp giảm nguy cơ viêm phổi hít khi phải gây mê, nguy cơ ói khi vào giai đoạn cuối chuyển dạ hay khi gây tê giảm đau sản khoa.

Theo những chứng cứ hiện tại: ăn uống không thay đổi khả năng viêm phổi hít, ngược lại nhịn đói làm mất nước gây acidosis, suy thai, mất nước gây con co bất thường, chỉ nhịn trong một số tình huống đặc biệt.

Hướng dẫn kỹ thuật hít thở trong chuyển dạ: khuyến khích thai phụ hít sâu, thở ra chậm và thư giãn sau mỗi nhịp thở

Những thai phụ lo lắng, sợ hay đau

- Động viên, khuyến khích và tạo sự tin tưởng cho thai phụ.
- Cung cấp thông tin về tình trạng của chuyển dạ cho thai phụ.
- Lắng nghe và thấu hiểu cảm giác của thai phụ.

Nếu thai phụ đau nhiều

- Khuyến khích thai phụ vận động.
- Có thể cho thai phụ thay đổi tư thế.
- Khuyến khích người chăm sóc thai phụ massage lưng, cầm tay hay lau mặt thai phụ giữa các cơn co tử cung.
- Hướng dẫn thai phụ thở đúng cách, có thể ngâm mình hay tắm nước ấm.
- Có thể dùng thuốc giảm đau: pethidine 1mg/kg (tối đa 100mg) tiêm bắp hay tĩnh mạch chậm; hay morphine 0,1mg/kg (TB).



Một số tư thế có thể giảm đau trong chuyển dạ

(Nguồn: *Managing complication in pregnancy and childbirths: a guide for midwives and doctors*)

CHẨN ĐOÁN CHUYỀN DẠ

Chẩn đoán chuyền dạ sai là nguồn gốc của sự lo lắng và can thiệp không cần thiết. chẩn đoán chuyền dạ bao gồm:

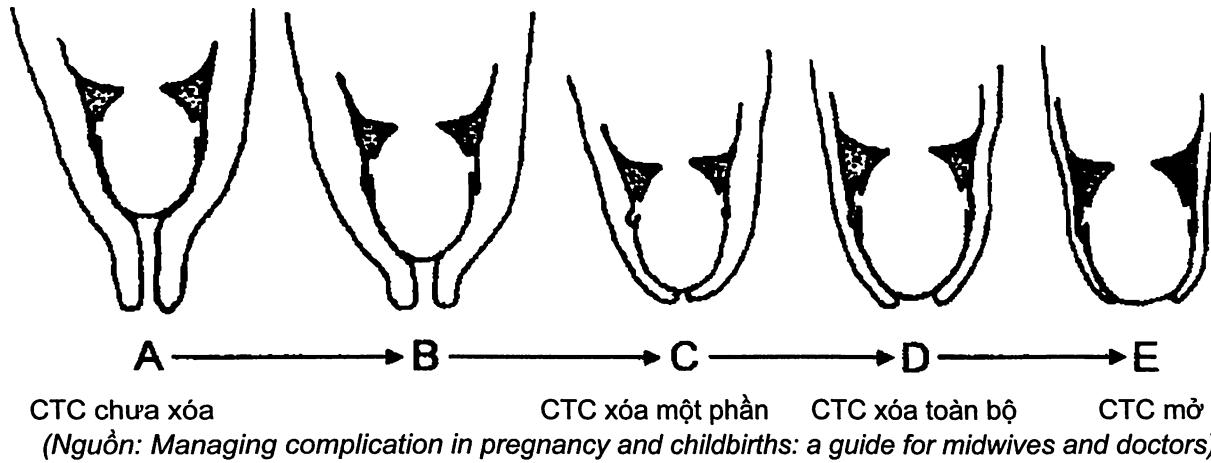
- Chẩn đoán xác định chuyển dạ.
 - Giai đoạn chuyển dạ.
 - Xác định ngôi-thé-kiểu thé.
 - Đánh giá độ lọt của thai.

Chẩn đoán xác định chuyển dạ

Nghi ngờ chuyển dạ khi:

1. Đau bụng từng cơn ở thai trên 22 tuần.
 2. Đau bụng kèm với ra nhót hồng âm đạo.
 3. Ra nước âm đạo.

Xác định chuyển dạ: khi có sự xóa mờ của cổ tử cung.



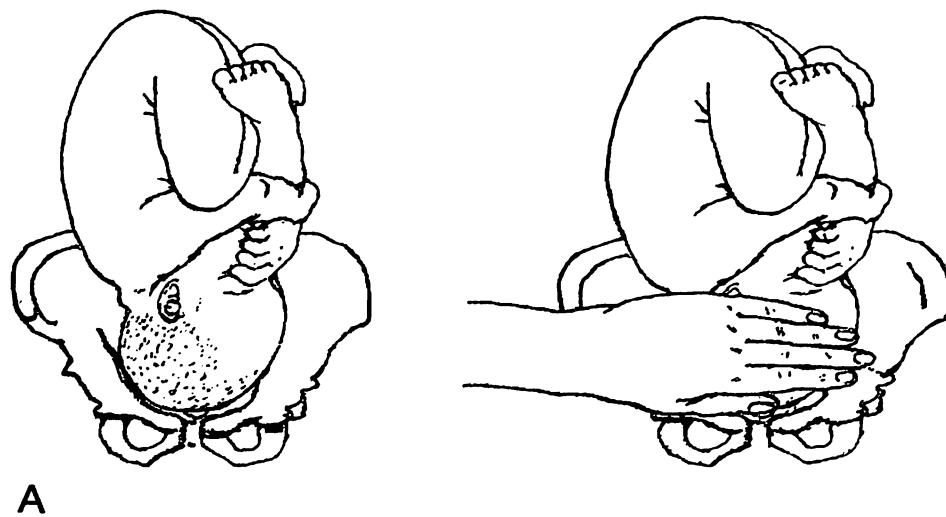
Chẩn đoán giai đoạn chuyển dạ

Triệu chứng	Giai đoạn	Pha
CTC đóng	Chưa chuyển dạ/chuyển dạ giả	
CTC mở từ 1-4cm	Giai đoạn 1	Tiềm thời
CTC mở từ 4-9cm		
Tốc độ mở > 1cm/giờ	Giai đoạn 1	Hoạt động
Ngôi thai xuống		
CTC mở trọn (10cm)		
Ngôi thai tiếp tục xuống	Giai đoạn 2	Sớm (chưa sô thai)
Chưa có cảm giác rặn		
CTC mở trọn		
Ngôi thai chạm sàn chậu	Giai đoạn 2	Trễ (sô thai)
Cảm giác mắc rặn		
Từ sô thai đến sô nhau	Giai đoạn 3	

Xác định độ lọt ngôi thai: có thể dựa vào

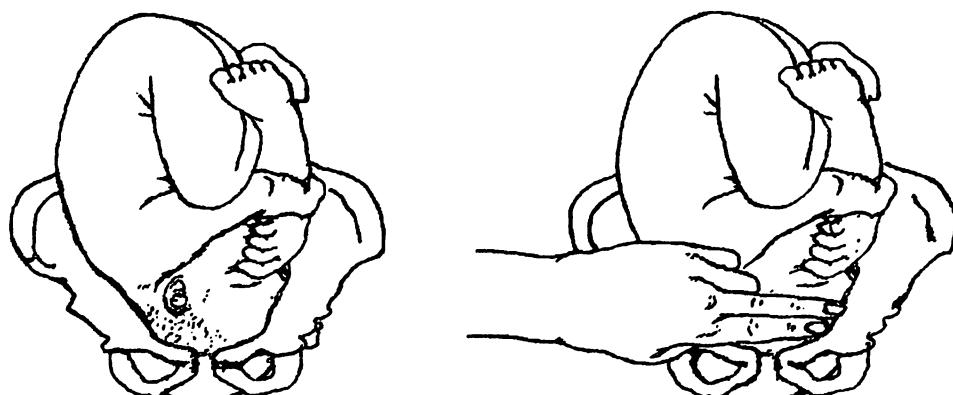
Khám bụng: dựa vào phần đầu thai nhi còn nằm trên xương vè

- Nếu toàn bộ đầu thai nhi nằm trên xương vè, tương ứng với chiều rộng của năm ngón tay khi khép lại, khi đó độ lọt là 5/5.
- Nếu toàn bộ thai nhi đã xuống dưới xương vè: độ lọt là 0/5.
- Phần đầu thai nhi còn trên xương vè tương ứng độ rộng bao nhiêu ngón tay khép lại sẽ tương ứng với độ lọt bao nhiêu phần năm.



A

Đầu cùn di động trên khớp vè - Vị trí 5/5



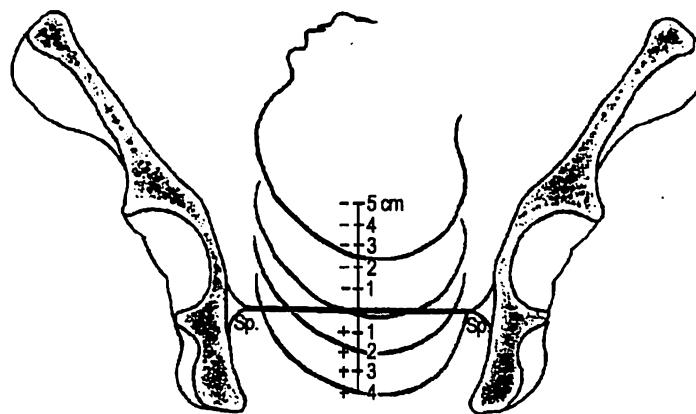
C

Đầu thai ở vị trí 2/5 trên khớp vè

(Nguồn: *Managing complication in pregnancy and childbirths: a guide for midwives and doctors*)

Khám âm đạo: xác định độ lọt dựa trên phần xương thấp nhất của ngôi thai so với hai gai hông

- Khoảng cách từ hai gai hông tới ngang gò vô danh chia làm năm đoạn như nhau, mỗi đoạn 1cm, độ lọt khi phần xương thấp nhất của ngôi thai ở trên gai hông tính là (-) -1, -2, -3, -4, -5.
- Khi phần xương thấp nhất của ngôi thai ngang hai gai hông: độ lọt là 0.
- Khoảng cách từ gai hông ra âm hộ chia 5 đoạn, mỗi đoạn là 1cm, tương ứng độ lọt (+): +1, +2, +3, +4, +5.
- Khi đầu thai nhi uốn khuôn, bướu huyết thanh to, độ lọt khám qua âm đạo nên kết hợp thêm với khám bụng để xác định chính xác hơn.



Độ lọt tính theo hai gai hông

(Nguồn: managing complication in pregnancy and childbirths: a guide for midwives and doctors)

Xác định ngôi-thê-kiểu thế

Ngôi: là phần của thai nhi trình diện trước eo trên để qua đó ngôi sẽ lọt và tiến triển theo cơ chế của nó. Trong ngôi đầu, tùy theo tương quan giữa đầu và thân thai nhi, người ta phân biệt:

Ngôi chỏm: đầu cúi thật tốt.

Ngôi mặt: đầu ngửa thật tốt.

Ngôi trán, ngôi thóp trước: đầu không cúi không ngửa.

Mỗi ngôi có một điểm chuẩn đặc biệt để xác định được gọi là mốc của ngôi

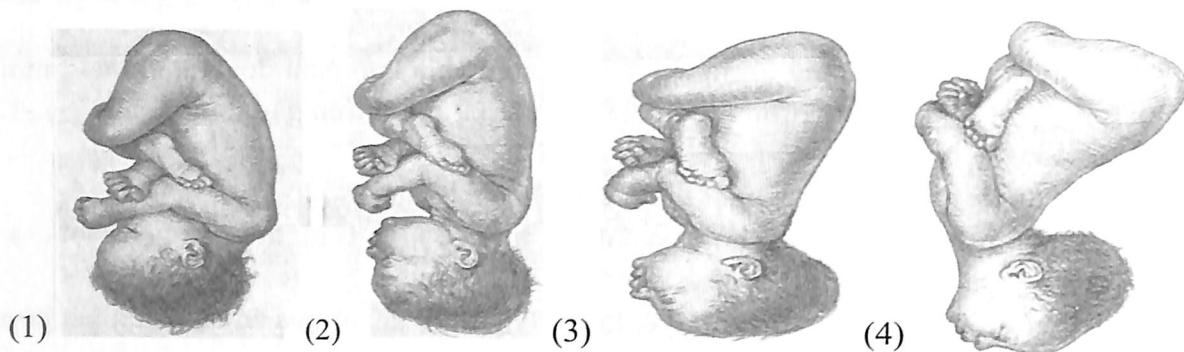
Ngôi chỏm: mốc là thóp sau.

Ngôi mặt: mốc là cằm.

Ngôi trán: mốc là gốc mũi.

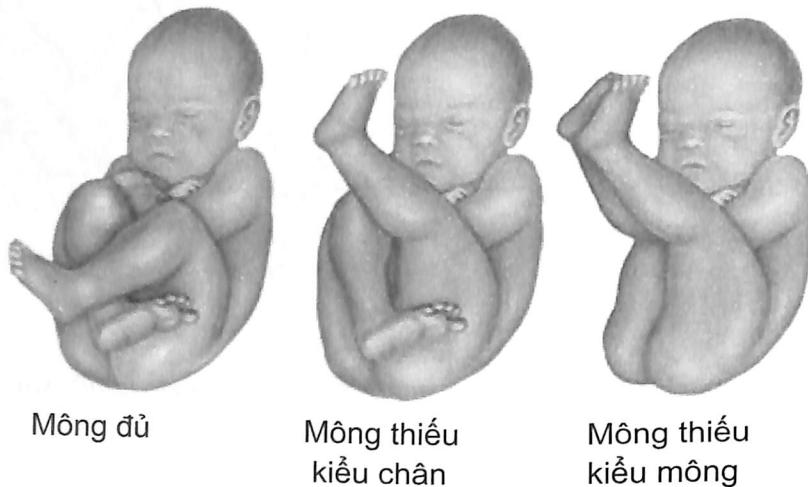
Ngôi mông: mốc là đỉnh xương cùng.

Ngôi ngang: mốc là móm vai.



(1) Ngôi chồm (2) Ngôi thóp trước (3) Ngôi trán (4) Ngôi mặt

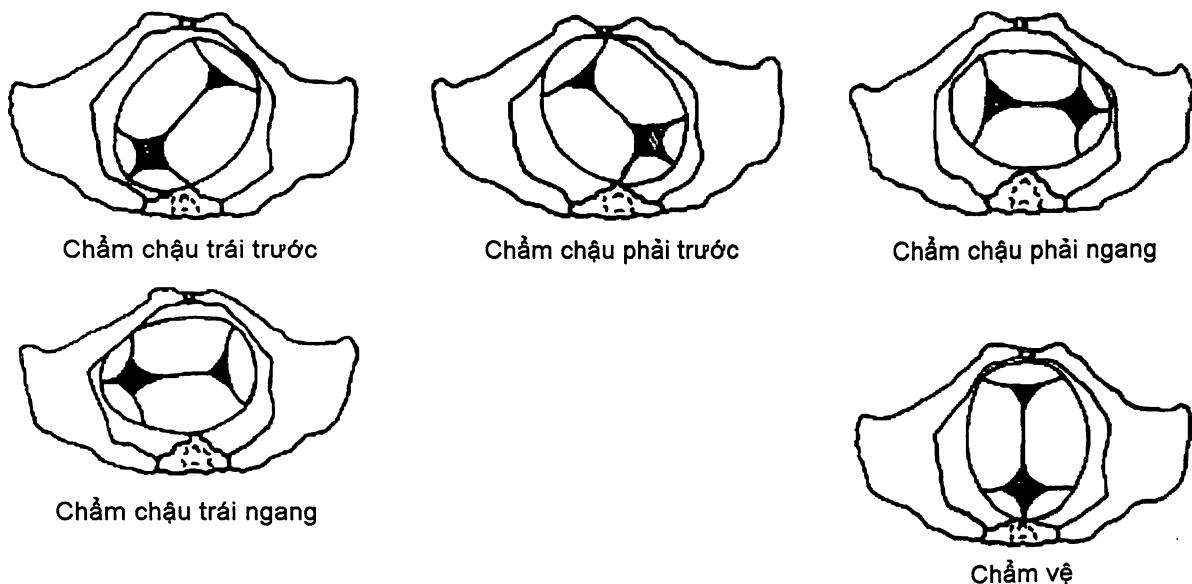
Các kiểu ngôi mông



(Nguồn hình từ becomingthebrownningbunch.blogspot.com)

Thế: là tương quan giữa điểm mốc của ngôi thai với bên phải hay bên trái khung chậu người mẹ, như vậy mỗi ngôi có hai kiểu thế: thế phải hay thế trái.

Kiểu thế: là sự tương quan giữa điểm mốc của ngôi thai với các mốc khung chậu người mẹ: gai mào chậu lược, khớp cùng chậu, điểm chính giữa gò vô danh. Như vậy mỗi ngôi có sáu kiểu thế.



Bảng 1. Ngôi thai trong 68,097 trường hợp sanh tại Parkland Hospital, 1995–1999

Ngôi	Tỉ lệ	Tần suất
Chóm	96.8	
Mông	2.7	1:36
Ngang	0.3	1:335
Phức tạp	0.1	1:1000
Mặt	0.5	1:2000
Trán	0.01	1:10,000

Để chẩn đoán ngôi, thế, kiểu thế có thể sờ nắn bụng, nghe tim thai, thăm âm đạo và trong trường hợp khó có thể sử dụng siêu âm.

Xác định diễn tiến của chuyển dạ

Sau khi chẩn đoán chuyển dạ, xác định diễn tiến chuyển dạ dựa vào:

- Đánh giá độ xóa mở cổ tử cung trong giai đoạn tiềm thời.
- Khám độ xóa, mở cổ tử cung và độ lọt ngôi thai trong giai đoạn tích cực.
- Đánh giá sự xuống của ngôi thai trong giai đoạn hai của chuyển dạ.
- Diễn tiến của chuyển dạ nên nhận trên sản đồ.

Khám âm đạo

Trong giai đoạn tiềm thời, khám âm đạo mỗi 4 giờ hay khi vỡ ói, ghi nhận các yếu tố:

- Độ xóa, mở cổ tử cung.
- Độ lọt ngôi thai.
- Màu sắc nước ói.

Trong giai đoạn hoạt động, khám âm đạo mỗi giờ.

Khi khám âm đạo lần đầu tiên ghi nhận cổ tử cung đóng, nếu không có cơn co tử cung: chưa chuyển dạ. Nếu ghi nhận có cơn co tử cung, khám lại sau 4 giờ:

- Cổ tử cung có xóa, mở: chẩn đoán chuyển dạ.
- Nếu không có sự thay đổi ở cổ tử cung → chuyển dạ giả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists: Guidelines for Perinatal Care, 5th ed. Washington, DC, AAP and ACOG, 2002.
2. Bloom SL, McIntire DD, Kelly MA, et al: Lack of effect of walking on labor and delivery. N Engl J Med 339:76, 1998 [PMID: 9654537].
3. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth, A guide for midwives and doctors, Section 2 - Symptoms, WHO, 2007.
4. Sanders J, Campbell R, Peters TJ: Effectiveness of pain relief during perineal suturing. Br J Obstet Gynaecol 109:1066, 2002 [PMID: 12269684].
5. Susan M. Lanni John W. Seeds, Gabbe: Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies, 5th edition.
6. Williams Obstetrics, 22nd edition.

CHUYỂN DẠ BẤT THƯỜNG

TS.BS. Nguyễn Thị Thanh Hà

Chuyển dạ bất thường được đặc trưng bởi sự chậm trễ của tiến trình chuyển dạ, có thể do một hay kết hợp nhiều nguyên nhân. Các nguyên nhân gây chuyển dạ bất thường bao gồm:

1. Sự bất thường của cơn co tử cung: cơn co tử cung tăng, cơn co tử cung giảm hoặc do sức rặn của mẹ yếu trong giai đoạn 2 chuyển dạ.
2. Sự bất thường của ngôi thai, kiệu thế và sự đi xuống của thai.
3. Sự bất thường của khung chậu của mẹ.
4. Sự bất thường của phần mềm của mẹ.

Đơn giản hóa quá trình chuyển dạ bất thường, ta có thể tóm tắt bằng 3P: Power (cơn gò, sức rặn), Passenger (thai nhi), Passage (khung chậu mẹ).

Theo dõi các dấu hiệu trên lâm sàng của chuyển dạ bất thường:

1. Sự xoa mờ cổ tử cung và sự đi xuống của ngôi thai.
 - a. Chuyển dạ diễn tiến chậm.
 - b. Chuyển dạ ngưng tiến triển.
 - c. Sức rặn mẹ yếu.
2. Tương xứng thai nhi – khung chậu mẹ:
 - a. Kích thước thai.
 - b. Kích thước khung chậu.
 - c. Ngôi bất thường, vị trí của ngôi thai.

Chuyển dạ bất thường và hướng xử trí

	Con so	Con rạ	Xử trí	Các trường hợp đặc biệt
Chuyển dạ kéo dài	>20 giờ	>14 giờ	Nghỉ ngơi	Oxytocin hay mổ lấy thai nếu cấp cứu
Chuyển dạ diễn tiến chậm:				
Mở	<1,2cm/giờ	<1,5cm/giờ	Nghỉ ngơi, Oxytocin nếu gò không đủ	Mổ lấy thai nếu có
Xuống	<1cm/giờ	<2cm/giờ		bất xứng đầu chậu
CD ngưng tiến triển:			Kiểm tra bất xứng đầu chậu:	
CTC không mở	>2 giờ	>2 giờ	(+): Mổ lấy thai	Nghỉ ngơi hoặc
Thai không xuống	>1 giờ	> 1 giờ	(-): Oxytocin	mổ lấy thai khi có
				bất xứng đầu chậu

Không chỉ chuyển dạ kéo dài mà chuyển dạ sanh nhanh cũng được coi là chuyển dạ bất thường. Chuyển dạ sanh nhanh có thể là do sức đề kháng thấp của tầng sinh môn, bất thường của cơn gò tử cung, sức rặn của mẹ và hiếm hoi là do mất cảm giác đau.

Chuyển dạ sanh nhanh được định nghĩa là chuyển dạ sanh < 3 giờ hay cổ tử cung mở > 5cm/giờ đối với con so hay 10cm/giờ đối với con rạ.

Chuyển dạ sanh nhanh có thể dẫn đến những tai biến nguy hiểm như thuyên tắc ói, vỡ tử cung, rách phúc tạp cổ tử cung, âm đạo, âm hộ, tăng sinh mòn, giảm trương lực co cơ tử cung dẫn đến đờ tử cung, băng huyết sau sanh.

ĐỂ KHÓ DO CƠN CO TỬ CUNG BẤT THƯỜNG

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

1. *Kể ra được những nguyên nhân gây tăng cơ tử cung chuyển dạ.*
2. *Viết ra được ảnh hưởng của sự tăng cơ tử cung lên cuộc chuyển dạ.*
3. *Viết ra được cách xử trí thường hợp tăng cơ tử cung chuyển dạ.*
4. *Kể ra được những nguyên nhân làm giảm cơ tử cung chuyển dạ.*
5. *Viết ra được ảnh hưởng của sự giảm cơ tử cung lên cuộc chuyển dạ.*
6. *Viết ra được cách xử trí thường hợp giảm cơ tử cung chuyển dạ.*

Cơn co tử cung trong chuyển dạ không do sản phụ điều khiển. Cơn co tử cung diễn tiến nhịp nhàng, lúc co, lúc nghỉ, nhưng không giảm hoàn toàn như lúc trước thời kỳ chuyển dạ. Cường độ cơn co không mạnh quá để có thể nguy hiểm đến thai nhi và mẹ, cũng không yếu quá làm cơn co không có tác dụng. Thời kỳ nghỉ giữa hai cơn co không ngắn mà cũng không quá dài (tùy thuộc vào giai đoạn của chuyển dạ). Nhịp độ của những cơn co tử cung cũng thay đổi qua từng giai đoạn của chuyển dạ. Trong giai đoạn xóa mở cổ tử cung các cơn co tương đối thưa, ít đau nhưng đến giai đoạn sổ thai, cơn co tử cung trở nên dồn dập, đau nhiều và phối hợp với sự co cơ thành bụng khi rặn sanh.

Cơn co tử cung có thể tăng hay giảm đi làm cho sự sanh đẻ bị khó khăn.

ĐẶC TÍNH CƠN CO TỬ CUNG KHI CÓ CHUYỂN DẠ THẬT SỰ

Cơn co tử cung đến không tự ý. Cơn co từng cơn, nhịp nhàng, điều hòa, càng lúc càng gần hơn, càng co nhiều hơn.

Khoảng cách các cơn co tử cung lúc khởi sự chuyển dạ: 10 - 15 phút, lúc cổ tử cung mở gần trọn và lúc sổ thai: 1 phút đến 1 phút 30 giây.

Thời gian co tăng lên dần dần, từ 15 - 20 giây lúc khởi sự chuyển dạ tăng lên đến 50 - 60 giây lúc cổ tử cung mở gần trọn và trong giai đoạn sổ thai.

Cơn co là của toàn thể cơ tử cung, cho sản phụ cảm giác đau (cường độ tăng lên từ từ). Cường độ cơn co có thể đạt 40 - 50mmHg. Giữa các cơn co, tử cung mềm với trương lực cơ bình thường, gọi là trương lực cơ bản, khoảng 8mmHg.

Hiệu quả của cơn co là phải đưa đến sự xóa mờ cổ tử cung. Cuối cùng, kết thúc với sự tổng xuất thai nhi ra.

ĐỂ KHÓ DO CƠN CO TỬ CUNG TĂNG

Cơn co tử cung tăng có thể là:

- (1) Cơn co mau và mạnh, thời gian nghỉ giữa hai cơn co ngắn: *sự tăng động*.
- (2) Trương lực cơ tử cung tăng làm cho ngoài cơn co, tử cung cũng cứng hơn bình thường: *sự tăng trương lực cơ tử cung*.
- (3) Tử cung co cứng, cả trương lực cơ tử cung và số cơn co đều tăng.

Các trường hợp trên có thể phối hợp với nhau gây nên tình trạng để khó do cơn co tử cung tăng.

Nguyên nhân

Chướng ngại vật cản trở lối ra của thai nhi như khung chậu hẹp, khối u tiền đạo, cổ tử cung không dãn nở...

Thai to quá hoặc não úng thủy, nhau tiền đạo hay ngôi thai bất thường (ngôi ngang, ngôi trán), đầu không cúi tốt (trong ngôi chỏm).

Chuyển dạ kéo dài, ối vỡ sớm, nhiễm trùng ối...

Dùng thuốc tăng co (oxytocin) không đúng kỹ thuật.

Ảnh hưởng đến chuyển dạ

Trong những trường hợp cơn co tử cung mau, dồn dập và mạnh gây sốt thai quá nhanh có thể đưa đến rách cổ tử cung, rách âm đạo và tầng sinh môn vì các phần mềm này không dãn nở kịp thời.

Cơn co dồn dập đưa đến vỡ tử cung nếu không điều trị kịp thời.

Trương lực cơ bản tăng làm các phần mềm xóa và mở khó khăn do đó làm kéo dài thời gian chuyển dạ. Cổ tử cung trở nên cứng, phù nề.

Trong tất cả các trường hợp cơn co tử cung tăng, thai dễ bị suy vì trao đổi tử cung nhau bị rối loạn, có thể gây nên những tổn thương cho thai nhi nhất là chấn thương sọ não.

Nếu sanh được, tử cung dễ bị đờ vì làm việc nhiều đưa đến băng huyết sau sanh.

Gây ối vỡ sớm, làm cho nhiễm trùng ối có thể gây nguy hại cho thai nhi và nhiễm trùng cho người mẹ.

Dạng lâm sàng

Tử cung co cứng và trương lực cơ tăng trong trường hợp nhau bong non, dùng thuốc tăng co quá liều lượng.

Hội chứng vượt trớ ngại với những cơn co nhiều và liên tục, sản phụ rên la lanh lộn vì các cơn đau. Tử cung cứng, nắn thấy đau, khó sờ nắn được các phần thai, thời gian nghỉ giữa hai cơn co ngắn và tử cung vẫn cứng hơn bình thường. Nghe tim thai thấy nhỏ, nhanh (có khi chậm). Thăm âm đạo thấy đoạn dưới cũng cứng, cổ tử cung không mở thêm, có khi bị phù nề nhiều - lúc đầu phù mềm, sau đó vì có sự nhiễm trùng, phù mềm trở thành phù cứng - cổ tử cung không dãn nở được nữa. Nếu sản phụ đến muộn hoặc điều trị không đúng lúc, tử cung sẽ co cứng, túi ối vỡ, có thể có nhiễm trùng ối, thai suy hoặc chết. Cuối cùng, đoạn dưới tử cung kéo dài, mỏng. Tử cung thắt eo, giữa thân và đoạn dưới tử cung có vòng Bandl rõ rệt, vỡ tử cung có thể xảy đến ở bất kỳ thời điểm nào.

Điều trị

Vấn đề chẩn đoán nguyên nhân rất quan trọng.

Trước hết phải xem có phải là nguyên do cơ học không (khung chậu hẹp, u tiền đạo, thai to, ngôi bất thường), nếu có, phải mổ lấy thai.

Sau khi loại bỏ nguyên nhân cơ học, sẽ điều trị bằng các thuốc giảm co bóp tử cung. Phải theo dõi kỹ lưỡng và đánh giá diễn tiến trên biên độ chuyển dạ.

Nếu điều trị bằng thuốc không kết quả, phải mổ lấy thai để tránh suy thai, nhiễm trùng ối và vỡ tử cung.

ĐỀ KHÓ DO CƠN CO TỬ CUNG GIẢM

Cơn co tử cung giảm có thể là:

Cơn co thưa và cường độ các cơn co yếu.

Trương lực cơ tử cung giảm: ngoài cơn co tử cung mềm nhão.

Nguyên nhân

Nguyên nhân nguyên phát, thường gặp ở sản phụ sanh con so, cơ địa yếu sẵn hoặc thiếu dinh dưỡng hay mắc các bệnh mạn tính như lao, suy tim, thiếu máu.... hoặc ở sản phụ có tử cung nhỏ, hình trụ (tử cung thiếu sản) hoặc ở sản phụ dùng nhiều thuốc an thần, gây tê ngoài màng cứng, mất nước vì không ăn uống được lúc nằm chờ chuyển dạ, hoặc vì mệt mỏi quá nhiều, lo lắng hoặc sợ hãi.

Nguyên nhân thứ phát gồm đa ối, thai to, u xơ tử cung... làm cho tử cung bị căng quá mức trong lúc có thai. Cơn co giảm còn gặp trong trường hợp chuyển dạ kéo dài - cơn co tử cung xuống sau một thời gian tử cung co bóp nhiều.

Ảnh hưởng đến chuyển dạ

Do tử cung co bóp yếu, *chuyển dạ sẽ kéo dài*, có khi ngưng tiến triển - cổ tử cung ngưng xóa mờ. Trong giai đoạn hoạt động, sự xóa mờ cổ tử cung kéo dài có nghĩa là cổ tử cung mờ ít hơn 1,2cm mỗi giờ ở người sanh con so hay ít hơn 1,5cm mỗi giờ ở người sanh con rạ. Nếu ối đã vỡ, chuyển dạ kéo dài có thể đưa đến *nhiễm trùng ối, thai suy* và thai nhi có thể tử vong.

Sau khi sanh dễ bị *băng huyết do đờ tử cung*.

Lâm sàng

Các cơn đau thưa, có khi mất hẳn. Cổ tử cung sau khi đã mở, bị thu hẹp lại hoặc không tiếp tục mở nữa. Tử cung mềm nhão, nắn rõ các phần thai.

Điều trị tùy theo nguyên nhân

Nếu cơn co tử cung giảm do đa ối, nên tia ối thật cẩn thận cho ra bớt nước ối. Sau khi tử cung trở lại dung tích bình thường, nó sẽ co bóp đều và có hiệu quả.

Nếu cơn co tử cung giảm do tình trạng toàn thân của sản phụ kém, cần cho thuốc hồi sức và truyền tĩnh mạch oxytocin tăng cường sự co bóp tử cung.

Nếu cổ tử cung đã mở hết, đầu đã lọt, ta có thể dùng kềm hoặc giác hút để lấy thai ra sau khi đã điều chỉnh cơn co tử cung với oxytocin.

Tóm lại, rối loạn cơn co tử cung rất thường gặp trong sản khoa. Cần chú ý tìm nguyên nhân cơ học để mở lọt thai kịp thời nếu có. Nếu không do các nguyên nhân cơ học, rối loạn cơn co tử cung có thể được điều chỉnh bằng thuốc. Rất ít khi các rối loạn này không điều chỉnh được bằng nội khoa buộc phải mở lọt thai.

ĐỂ KHÓ DO KHUNG CHẬU

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

1. *Trình bày được ảnh hưởng của khung chậu hẹp lên chuyển dạ.*
2. *Mô tả được triệu chứng giúp chẩn đoán khung chậu hẹp.*
3. *Trình bày cách xử trí một trường hợp đẻ khó do hẹp eo trên.*
4. *Trình bày cách xử trí một trường hợp đẻ khó do hẹp eo giữa.*
5. *Trình bày cách xử trí một trường hợp đẻ khó do hẹp eo dưới.*

Tất cả những khung chậu bị hẹp ở một hay nhiều đường kính của tiêu khung hay bị biến dạng đều có thể là nguyên nhân của đẻ khó.

Khung chậu hẹp hay bị biến dạng có thể do bẩm sinh hoặc là hậu quả của một quá trình phát triển bị rối loạn do yếu tố dinh dưỡng hoặc cơ học.

XẾP LOẠI

Khung chậu hẹp:

- Hẹp ở eo trên.
- Hẹp ở eo giữa.
- Hẹp ở eo dưới.
- Hẹp toàn diện.

Khung chậu méo hoặc biến dạng.

ẢNH HƯỞNG CỦA KHUNG HẸP TRÊN THAI KỲ VÀ CHUYỂN DẠ

Khung chậu biến dạng hoặc hẹp nhiều có thể gây ảnh hưởng trên:

Vị thế của tử cung

Tử cung có thể ngả trước hoặc ngả sau thái quá, đáy tử cung cao hơn bình thường do ngôi thai không lọt được vào tiểu khung.

Ngôi, kiểu thế

Hẹp eo trên góp phần quan trọng gây ra ngôi bất thường. Thông thường ở con so, ngôi thai xuông tiểu khung trước khi vào chuyển dạ. Tuy nhiên, khi eo trên hẹp đáng kể *sự đi xuống chỉ xảy ra khi vào chuyển dạ*. Chủ yếu vẫn là ngôi đầu nhưng đầu thai trôi tự do phía trên eo trên hoặc nằm ngang ở một bên hố chậu, rất ít trường hợp là ngôi khác. Ở phụ nữ có khung chậu hẹp, *tỷ lệ ngôi mặt và ngôi ngang nhiều hơn bình thường gấp 3 lần*.

Cơ chế sanh và cuộc sanh

Bình thường cổ tử cung mở dễ dàng nhờ tác động thủy tinh khi màng ối chưa vỡ và nhờ áp lực trực tiếp của ngôi thai lên cổ tử cung khi ối đã vỡ. Tuy nhiên, nếu khung chậu hẹp, khi đầu thai dừng ở eo trên, toàn bộ lực co của cơ tử cung tác động trực tiếp lên phần màng ối che trên cổ tử cung và *thường gây ra vỡ ối sớm*.

Sau khi ối vỡ, không có tác động trực tiếp của đầu thai trên cổ tử cung và đoạn dưới tử cung làm cho sự co của cơ tử cung kém hiệu quả. Vì thế với khung chậu hẹp cổ tử cung mở chậm hoặc không mở, không có khả năng sanh ngả âm đạo. Như vậy, sự mở của cổ tử cung là một yếu tố tiên lượng trong chuyển dạ ở phụ nữ có khung chậu hẹp.

Khung chậu hẹp còn dễ đưa đến những hậu quả: ngôi đầu cúi không tốt, ngôi lọt bất đối xứng, đầu thai biến dạng nhiều, dễ có sa dây rốn (tỷ lệ sa dây rốn nhiều hơn bình thường gấp 4 đến 6 lần), chuyển dạ kéo dài hoặc ngưng tiến triển, thường đi kèm nhiễm trùng chu sinh (tỷ lệ thuận với số lần thăm khám âm đạo và thời gian vỡ ối), bất thường co tử cung, vỡ tử cung hoặc gây ra lỗ dò bàng quang-trực tràng-âm đạo về sau.

CHẨN ĐOÁN

Hỏi bệnh

Cần chú trọng đến *tiền căn nội khoa* như những bệnh tật mắc phải lúc nhỏ, sự đi đứng hoặc tăng trưởng (biết đi muộn), *tiền căn ngoại khoa* như tai nạn, chấn thương ở cột sống, chấn thương xương chậu hoặc chi dưới, *tiền căn sản khoa* như những khó khăn trong các lần sanh trước.

Khám tổng quát

Cần chú trọng đến tầm vóc và dáng đi đứng, chiều cao, tật cột sống, chân bị thot hay không. Tuy nhiên, không nhất thiết những dị dạng của các xương ngoài khung chậu đều có liên quan đến khung chậu.

Khám ngoài

Cần xem ngôi thai có bất thường không.

Thủ thuật Mueller-Hillis: tay trên bụng giữ đầu thai và đẩy xuống theo trực của eo trên, tay dưới đặt trong âm đạo kiểm soát xem đầu có xuống sau khớp vệ hay không; nếu đầu không thể xuống được thì nghi ngờ có hẹp eo trên. Tuy vậy một đánh giá tiền cứu của Thorp và cộng sự (1993) đã kết luận không có mối liên quan giữa đẻ khó với sự không đi xuống của đầu thai khi làm thủ thuật trên.

Khảo sát khung chậu (xem bài Khung chậu về phương diện sản khoa).

Eo trên

Gọi là hẹp eo trên nếu đường kính mỏm nhô-hậu vệ nhỏ hơn hay bằng 10cm, hoặc nếu đường kính ngang lớn nhất nhỏ hơn 12cm. Khi cả hai đường kính này hẹp thì mức độ đẻ khó tăng lên. Đường kính trước-sau của eo trên bằng đường kính nhô-hạ vệ trừ đi 1,5cm. Vì thế hẹp eo trên thường được định nghĩa là đường kính nhô-hạ vệ nhỏ hơn hay bằng 11,5cm. Xác định hẹp đường kính trước sau eo trên dựa vào khám lâm sàng và kích quang chậu. Đôi khi thân đốt sống cùng đầu tiên bị trượt về phía trước, vì thế trên thực tế khoảng cách giữa mỏm nhô và xương vệ bị sai lệch hoặc bất thường.

Trước sanh, đường kính lưỡng đỉnh của thai nhi trung bình từ 9,5cm đến 9,8cm, nên đầu thai khó khăn hoặc không thể vượt qua eo trên với đường kính trước sau nhỏ hơn 10cm.

Eo giữa

Hẹp eo giữa thường gấp hơn hẹp eo trên. Trong các trường hợp hẹp eo giữa, đầu thường ngưng quay ở kiểu thê ngang, thường có khả năng phải áp dụng thủ thuật forceps trung bình (mid-forceps) một cách khó khăn hoặc phải mổ lấy thai. Về phương diện sản khoa, eo giữa trải dài từ bờ dưới xương vệ, đi ngang qua hai gai hông đến xương cùng gần chỗ nối của đốt sống cùng thứ 4 và thứ 5. Một đường ngang lý thuyết nối hai gai hông phân chia eo giữa thành phần trước và phần sau. Phần trước được giới hạn phía trước bởi bờ

dưới xương vè và hai bên bởi hai gai hông. Phần sau được giới hạn mặt lưng bởi xương cùng, hai bên bởi dây chằng cùng gai tạo thành giới hạn dưới của khe cùng-ngòi.

Kích thước trung bình của eo giữa:

- Đường kính ngang (đường kính liên gai hông): 10,5cm.
- Đường kính trước sau (từ bờ dưới xương vè đến chỗ nối của đốt sống cùng 4 và 5): 11,5cm.
- Đường kính dọc sau (từ điểm giữa của đường nối hai gai hông đến điểm tương tự trên xương cùng): 5cm.

Gọi là hẹp eo giữa khi tổng số đường kính liên gai hông và đường kính dọc sau bằng hoặc nhỏ hơn 13,5cm hoặc đường kính liên gai hông nhỏ hơn 8cm. Gọi là giới hạn eo giữa khi đường kính liên gai hông nhỏ hơn 10cm.

Mặc dù chưa có phương pháp lâm sàng nào chính xác để đo các đường kính eo giữa, trên lâm sàng hẹp eo giữa được nghĩ tới nếu hai gai hông nhô, thành chậu hội tụ, khe cùng ngòi hẹp hoặc xương cùng phẳng.

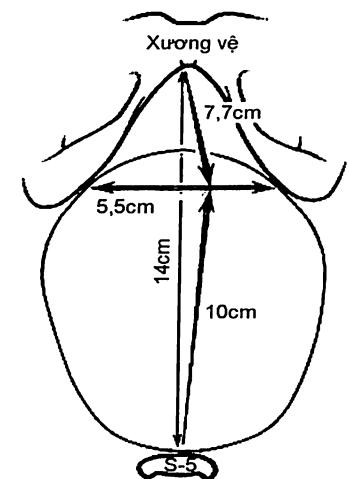
Eo dưới

Eo dưới có thể chia thành hai tam giác với đường kính lưỡng ụ ngồi là đáy của hai tam giác. Thành bên của tam giác trước là ngành vè và đỉnh của nó là mặt sau dưới của khớp vè. Tam giác sau không có xương ở hai bên nhưng giới hạn ở đỉnh của nó bởi đỉnh của đốt sống cùng cuối cùng. Gọi là hẹp eo dưới khi đường kính lưỡng ụ ngồi dưới 8cm hay góc vòm vè nhỏ hơn 90 độ.

Hẹp eo dưới có thể gây đẻ khó nhưng không phải tự nó mà thường do kết hợp với hẹp eo giữa. Hẹp eo dưới hiếm khi không kèm theo hẹp eo giữa. Ngay cả khi có bất xứng giữa đầu thai và eo dưới cũng không gây đẻ khó trầm trọng mà nó có thể gây ra vết rách tầng sinh môn nguy hiểm.

Kích quang chậu

Kích quang chậu cho một kết luận khách quan về hình dạng của khung chậu và các đường kính khác. Tuy nhiên, sự tiếp xúc tia xạ cũng làm tăng nguy cơ bị bệnh lý ác tính cho thai, đặc biệt là leukemia (nguy cơ tuy thấp nhưng tiềm tàng). Ngày nay, kích quang chậu không còn được xem là cần thiết trong xử trí một cuộc chuyển dạ sanh ngồi đầu nhưng ngược lại, vẫn còn dùng để tiên liệu trước cho trường hợp ngồi mông tại nhiều trung tâm sản khoa. Chỉ định kích quang chậu nên được xem xét riêng biệt trong từng trường hợp cụ thể. Ở những nước phát triển, khuynh hướng là dùng CT Scan (Computed Tomographic Scanning) vì cho kết quả tốt lại sử dụng liều xạ thấp an toàn cho thai nhi (dưới 0,01Gy).



Tuy nhiên, tất cả các số đo khung chậu chỉ quan trọng khi liên hệ với kích thước thai nhi. Bất xứng giữa khung chậu và thai nhi có thể xảy ra với những số đo khung chậu bình thường hoặc rộng nhưng thai to ($> 4.000\text{g}$). Vì vậy, nhiều khi chỉ có thể chẩn đoán được đẻ khó do khung chậu sau một thời gian theo dõi thấy chuyển dạ không tiến triển cùng với sự biến dạng đáng kể của đầu thai (uốn khuôn, chòng xương, bướu huyết thanh to).

XỬ TRÍ

Hẹp eo trên

Mỗ lấy thai ngay nếu có sa dây rốn, suy thai, chuyển dạ ngưng tiến triển.

Nếu đường kính mỏm nhô-hậu vệ dưới 9cm, tiên lượng sanh ngả âm đạo đối với một thai đủ ngày là gần như không thể, nên chủ động mở lối thai.

Nếu đường kính mỏm nhô-hậu vệ từ 9,5-10cm, có thể làm nghiệm pháp lọt. Tiên lượng sanh ngả âm đạo khi đó tùy thuộc vào nhiều yếu tố:

- (1) Ngôi thai: đặc biệt quan trọng, tất cả các ngôi thai khác ngôi chòm đều có tiên lượng dễ đặt.
- (2) Ước lượng cân thai.
- (3) Dạng khung chậu: ví dụ, khung chậu dạng nam là yếu tố sanh khó.
- (4) Tính chất con co tử cung: sự xuất hiện một rối loạn con co tử cung thường kèm ý nghĩa bất xứng đầu chậu.
- (5) Tiến triển của cổ tử cung.
- (6) Đầu thai lọt bất đối xứng hoặc bị uốn khuôn là tiên lượng xấu cho quyết định sanh ngả âm đạo.
- (7) Tình trạng sức khỏe mẹ và thai nhi trong chuyển dạ.
- (8) Tiền căn về những thai kỳ trước cũng là yếu tố đáng cân nhắc.

Hẹp eo giữa

Thật ra hẹp eo giữa hay gấp hơn hẹp eo trên nhưng thường chỉ được chẩn đoán khi đầu đã lọt và ngưng quay ở kiểu thế ngang. Thực hiện forceps hay giác hút trong những trường hợp này phải rất thận trọng và chỉ áp dụng khi chắc chắn đường kính lưỡng đỉnh của đầu thai đã vượt qua được hai gai hông. Việc ấn đáy tử cung hay sử dụng oxytocin đều có chống chỉ định.

Cần cân nhắc mở lối thai khi đường kính ngang eo giữa dưới 9,5cm.

Hẹp eo dưới

Hẹp eo dưới đơn thuần hiếm gặp, thường đi kèm với hẹp eo giữa. Đầu thai không tựa được lên ngay dưới khớp vệ mà tựa lên hai cành ngồi mu của khung chậu; tầng sinh môn chịu áp lực lớn hơn và dễ bị tổn thương phức tạp, thai nhi thường sói theo kiểu chầm cùng.

Khung chậu méo

Hướng xử trí tùy thuộc vào các đường kính đo được từ khảo sát khung chậu.

Nói chung kích thước của khung chậu quyết định kết quả của cuộc chuyển dạ hơn là hình dạng khung chậu.

Chẩn đoán khung chậu rộng thì dễ nhưng chẩn đoán khung chậu giới hạn hẹp thì không phải dễ và có thể có những sai lầm làm xấu tiên lượng mẹ và thai nhi. Vì vậy phải khảo sát khung chậu kỹ lưỡng, theo dõi sát chuyển dạ để có hướng xử trí kịp thời và đúng đắn nhất.

ĐỂ KHÓ DO PHẦN MỀM CỦA MẸ

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

1. *Trình bày được các nguyên nhân từ phần mềm của mẹ có thể gây đẻ khó.*
2. *Trình bày được cách xử trí một trường hợp đẻ khó do mẹ có vết mổ lấy thai cũ.*

Các phần mềm của mẹ có thể gây đẻ khó gồm: (1) Âm hộ và tầng sinh môn; (2) Âm đạo; (3) Cổ tử cung; (4) Tử cung; (5) Các khối u tiền đạo.

ĐỂ KHÓ DO ÂM HỘ VÀ TẦNG SINH MÔN

Âm hộ và tầng sinh môn rắn chắc

Trong những trường hợp này, không có chỉ định mổ lấy thai. Khi sản phụ rặn lâu mà không sô thai được do âm hộ và tầng sinh môn đề kháng quá mức, chỉ định sanh giúp vì mẹ rặn không chuyển thường được đặt ra. Nếu âm hộ quá hẹp, có thể cắt tầng sinh môn hai bên.

Âm hộ có khối u

Có thể là (1) Bọc máu tụ do vỡ các tĩnh mạch trường; (2) Các khối u trong bệnh mồng gà; (3) Nang tuyến Bartholin hay các loại khối u khác.

Thường các khối u này không cứng nên không cản trở sự sô thai một cách tuyệt đối.

ĐỂ KHÓ DO ÂM ĐẠO

Các tật bẩm sinh

Âm đạo có vách ngăn dọc hay vách ngăn ngang

Thường thì vách ngăn âm đạo dãn nở tốt nên ít khi cản trở thai sô. Có khi ta cần cắt vách ngăn, cột cầm máu để giúp thai sô dễ dàng.

Âm đạo hẹp bẩm sinh

Thường phải mổ lấy thai.

Âm đạo có sẹo

Do (1) Phẫu thuật tạo hình; (2) Rách và khâu trong những lần sanh trước; (3) Do đặt các loại thuốc gây bong niêm mạc. Từ đó, âm đạo có thể teo hẹp, dính các thành lại với nhau, chỉ còn để lại một lỗ nhỏ để cho tinh trùng chui qua.

Cách xử trí thường phải mở lấy thai và phải bảo đảm không bị bít sản dịch. Nên nong chỗ teo hẹp âm đạo sau đó.

Khối u âm đạo

Nang âm đạo, u nang ống Gartner, máu tụ ở âm đạo, u xơ và các loại u đặc khác của âm đạo...

Nếu khối u mềm, lành tính, chứa bên trong một chất dịch, thì có thể rút chất dịch để khôi u xẹp xuống, thai sẽ dễ dàng. Nếu khối u to và đặc thì phải mở lấy thai. Nếu thuận tiện thì bóc tách cắt khối u nhưng thường gây chảy máu nhiều. Vì vậy trong đa số trường hợp, nên chờ qua khôi thời gian hậu sản mới cắt khối u.

ĐỂ KHÓ DO CỔ TỬ CUNG

Để khó do rối loạn chức năng cổ tử cung

Rất thường gặp trong sản khoa, xuất hiện sau các bất thường của các cơn co tử cung. Cổ tử cung cứng, phù nề do cơn co đòn dập, trương lực cơ tử cung tăng (thường gặp trong các trường hợp bất xứng đầu chậu, ngôi bất thường đưa đến chuyển dạ kéo dài hay khi dùng thuốc tăng co quá liều).

Xử trí bằng cách cho thuốc giảm co, giảm trương lực cơ, giải phó giao cảm... mục đích là nhằm giảm sự đe kháng của cổ tử cung. Vai trò thật sự của những loại thuốc này vẫn còn bàn cãi, tuy nhiên người ta thấy những loại hiệu quả nhất là những loại có một tác dụng giảm đau (như Pethidine) và nếu không có nguyên nhân cơ học thì cách xử trí trên có hiệu quả tốt.

Để khó do các tổn thương thực thể của cổ tử cung

Các tật bẩm sinh

Màng trinh cổ tử cung, hiếm gặp, ở người con so. Cổ tử cung có một màng mỏng ở lỗ trong không dẫn nở khi chuyển dạ, ngừng ở giai đoạn 2-3cm. Khám cổ tử cung kỹ, cho tay vào chính giữa lỗ của màng trinh, xé nhẹ ra hai bên, rồi cho ngón tay xoáy rộng. Cổ tử cung sẽ mở nhanh chóng.

Cổ tử cung dính, hiếm gặp. Cổ tử cung xóa mỏng nhưng lỗ ngoài vẫn không mở. Thường kèm theo rối loạn cơn co tử cung. Khám âm đạo kỹ tìm chỗ lõm là lỗ cổ tử cung, cho ngón tay ấn mạnh vào, xoáy mạnh, cổ tử cung sẽ bị tách ra và dẫn nở dễ dàng.

Cổ tử cung có sẹo

Do đốt điện, đốt nhiệt, khoét chót, cắt đoạn cổ tử cung, khâu vòng cổ tử cung do hở eo tử cung, hay rách và khâu cổ tử cung trong những lần sanh trước. Thường sẹo cứng nên cổ tử cung không xóa mở được.

Cách xử trí là mổ lấy thai.

Cỗ tử cung dài và phì đại

Có thể xé cổ tử cung một đường ở vị trí 12 giờ, nhưng tốt nhất là mổ lấy thai. Sau thời kỳ hậu sản, ta sẽ cắt ngắn bớt một phần cổ tử cung.

Khối u cổ tử cung

Có thể là u lành tính như u xơ, polype, cũng có thể là ung thư cổ tử cung.

Các trường hợp này thường là chỉ định mổ lấy thai. Chỉ cắt khối u nếu là khối u có cuống.

Ung thư cổ tử cung tại chỗ (giai đoạn 0) không phải là chỉ định mổ lấy thai, có thể cho sanh ngả âm đạo. Sau khi mổ lấy thai vì ung thư cổ tử cung (mổ dọc thân), cần phải gửi bệnh nhân điều trị bằng tia xạ ngay sau thời gian hậu phẫu.

ĐỀ KHÓ DO TỬ CUNG

Các dị tật bẩm sinh

Tử cung một sừng không hoàn toàn

Do sự phát triển bất thường của một trong hai ống Müller trong quá trình phát triển cơ quan sinh dục nữ.

Tử cung có một sừng bình thường (mang thai) và sừng kém phát triển (không có thai) sẽ nhỏ, nằm trong vùng chậu và thường làm khối u tiền đạo, cản trở ngôi thai không lọt và sổ được. Tuy vậy, nửa tử cung có thai cũng không phát triển được như bình thường, thai thường kém phát triển và thường là ngôi mông. Các lớp cơ tử cung cũng không có sự xếp đặt bình thường ở hai nửa tử cung như là ở một tử cung bình thường nên các cơn co tử cung cũng kém hiệu quả trong việc làm xoa mờ cổ tử cung.

Đại đa số trường hợp có chỉ định mổ lấy thai.

Tử cung hình tim, tử cung hai sừng, tử cung có vách ngăn

Do những bất thường xảy ra khi hai ống Müller sát nhập vào nhau hoặc tiêu biến vách ngăn.

Ngôi thai hầu hết là bất thường, nguy cơ sanh non cao, thai kém phát triển, cơn co tử cung rối loạn nên cách xử trí thường là mổ lấy thai trừ trường hợp thai quá nhỏ. Đôi khi có thể xảy ra vỡ tử cung trong chuyển dạ.

Khi mổ lấy thai có thể cắt vách ngăn hay tái tạo lại tử cung. Lần mang thai sau, chỉ định khâu eo tử cung dự phòng sẽ được cân nhắc.

Tử cung gấp trước hay gấp sau quá độ thường sẽ trở lại tư thế bình thường khi thai to trên 5-6 tháng. Đôi khi tử cung quá lệch sau nên khó xoa mờ cổ tử cung, chuyển dạ kéo dài.

Tử cung có vết mổ lấy thai cũ

Khuynh hướng của sản khoa hiện đại là khuyến khích thử thách sanh ngả âm đạo đối với những sản phụ có vết mổ lấy thai cũ. Thái độ xử trí này giúp giảm được chi phí điều trị, giảm nguy cơ băng huyết sau sanh, giảm tỷ lệ nhiễm trùng.

Quyết định thử thách tùy thuộc vào:

- (1) Lý do, chỉ định mổ lấy thai lần trước có còn tồn tại hay không?
- (2) Vết sẹo có lành tốt hay không?
- (3) Thai lần này có bình thường hay không? Nếu thai nghi to, ngôi bất thường, đa thai, vỡ ối non, chuyển dạ kéo dài... thì cũng cần nhắc chỉ định mổ lấy thai trở lại.
- (4) Có đủ điều kiện, phương tiện và nhân lực để theo dõi tốt cũng như tiến hành mổ lấy thai cấp cứu kịp thời.
- (5) Vấn đề tham vấn cho sản phụ về nguy cơ và lợi ích khi tiến hành thử thách cũng cần được đảm bảo.

Tiêu chuẩn lành tốt được đánh giá như sau:

- (1) Không phải sẹo mổ dọc thân tử cung lấy thai hoặc mổ bóc nhâm xơ trong cơ.
- (2) Vết mổ không quá mới (khoảng cách giữa hai thai kỳ từ 9 tháng trở lên).
- (3) Không phải sẹo mổ hai lần trở lên.
- (4) Không phải là sẹo vá lại tử cung vỡ trước.
- (5) Lần mổ trước không có nhiễm trùng ối và nhiễm trùng hậu phẫu.

Nếu tất cả các tiêu chuẩn trên đều tốt, có thể để sản phụ sanh ngả âm đạo nhưng phải theo dõi sát quá trình chuyển dạ, giúp sanh bằng forceps khi cổ tử cung mở trọn, đầu lọt thấp để rút ngắn giai đoạn sổ thai. Sau sổ thai và nhau, phải kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung (đặc biệt là vị trí sẹo mổ cũ), cổ tử cung và âm đạo.

ĐỂ KHÓ DO KHỐI U TIỀN ĐẠO

Các khối u tiền đạo thường gặp là u nang buồng trứng và u xơ tử cung.

Khối u buồng trứng

Bất kỳ một u buồng trứng nào cũng có thể có biến chứng trong thai kỳ. Tỷ lệ u buồng trứng thay đổi tùy theo nhóm tuổi nghiên cứu cũng như theo thói quen siêu âm trong thai kỳ.

Thường là những khối u thực thể, có cuống dài, nặng và thể tích không quá to nên rơi vào túi cùng Douglas, trong tiểu khung làm cho ngôi thai không lọt và xuống được. Nếu không phát hiện kịp thời, có thể đưa đến tình trạng cơ co tử cung đòn đập, dọa vỡ tử cung.

Nếu phát hiện khối u buồng trứng sớm trong thai kỳ, nên mổ cắt khối u sớm trong khoảng từ tuần lễ thứ 16-24, vì khối u buồng trứng nào cũng có tiềm năng ác tính.

Trường hợp vào chuyển dạ mới phát hiện khối u buồng trứng, nếu không phải là u tiền đạo, ta theo dõi kỹ quá trình chuyển dạ, hướng cho sanh ngả âm đạo. Những ngày đầu hậu sản

cần theo dõi sát để phát hiện sớm biến chứng xoắn u. Khỏi u sẽ được đánh giá lại và giải quyết sau thời kỳ hậu sản. Nếu là khối u tiền đạo, ta sẽ mổ lấy thai và giải quyết khối u trong lúc mổ.

U xơ tử cung

Các loại u xơ tử cung thường cản trở sự diễn tiến của ngôi thai là: (1) U xơ ở cổ tử cung, nhất là mặt sau; (2) U xơ tử cung nằm trong dây chằng rộng; (3) U xơ tử cung có cuống dài rọi vào túi cùng Douglas.

Các khối u xơ ở thân, ở đáy tử cung thường to ra trong thai kỳ và làm cho ngôi thai bất thường, thai nhi kém phát triển, con co tử cung rối loạn, tử cung co hồi kém trong thời kỳ hậu sản.

Xử trí thường là theo dõi chuyển dạ, nếu cổ tử cung và ngôi thai tiền triển tốt thì ta nên để sản phụ sanh ngả âm đạo. Sau thời gian hậu sản, khối u thường nhỏ đi rất nhiều. Tùy vào tình trạng khối u lúc này mà có chỉ định xử trí.

Nếu khối u trở thành tiền đạo, ngôi thai không lọt được, phải mổ lấy thai.

Khi mổ lấy thai, cổ gắng rách ngang đoạn dưới tử cung và cách nhau xơ khoảng 2-3cm nếu được.

Ta chỉ bóc nhau xơ trong những điều kiện sau đây:

Vết rách tử cung đi ngang qua khối u.

U xơ tử cung nằm ở eo, ở cổ tử cung, có thể chèn bít đường thoát của sản dịch.

U xơ tử cung dưới thanh mạc có cuống.

U xơ tử cung nằm dưới niêm mạc, bóc tách dễ dàng.

U xơ tử cung nằm trong dây chằng rộng.

Nếu u xơ tử cung nằm sâu trong thành cơ, bóc tách có thể gây chảy máu nhiều, dễ đưa đến nhiễm trùng, mặt khác khi để nguyên không ảnh hưởng gì đến thời gian hậu phẫu thì ta không nên bóc nhau xơ khi mổ lấy thai. Sau thời gian hậu sản, u xơ có thể teo rất nhỏ. Khám lại, tùy tình trạng khối u để có hướng xử trí tiếp.

Những khối u tiền đạo khác

Thận lạc chỗ ở vùng chậu.

Khối u âm đạo.

Khối u ở dây chằng rộng.

Khối u của xương chậu.

Sẹn bàng quang to, có thể gặp ở phụ nữ có thai, khi chuyển dạ có thể trở thành u tiền đạo.

Các khối u của trực tràng và bàng quang.

Nguyên tắc xử trí chung là phải theo dõi chuyển dạ. Nếu cuộc chuyển dạ tiến triển tốt thì sản phụ sẽ sanh ngả âm đạo.

Nếu ngôi thai không lọt vào tiểu khung vì các khối u trở thành u tiền đạo, phải mổ lấy thai. Nếu dễ dàng, ta có thể cắt khối u cùng lúc với mổ lấy thai, nhưng thường nên chờ qua khỏi thời kỳ hậu sản, các cơ quan vùng chậu trở về trạng thái bình thường như trước khi có thai, khám lại, tùy theo tình trạng tổn thương mà có hướng xử trí chính xác.

ĐẺ KHÓ DO THAI TO

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

1. *Định nghĩa được thai to.*
2. *Kể ra được các nguyên nhân của thai to toàn phần và thai to từng phần.*
3. *Mô tả được diễn tiến cuộc chuyển dạ trong trường hợp thai to.*
4. *Trình bày được thái độ xử trí đối với một trường hợp đẻ khó do thai to.*
5. *Trình bày được các thủ thuật can thiệp khi kẹt vai.*

Sự sinh đẻ một thai quá to thường khó khăn và nguy hiểm cho cả thai nhi lẫn mẹ trong lúc chuyển dạ và số thai, bên cạnh đó một thai quá to thường yếu đuối và khó nuôi hơn một thai bình thường.

Đẻ khó do thai to có thể là do thai to toàn phần hoặc to từng phần của cơ thể như trong trường hợp não úng thủy, bụng to, bụng cóc hoặc cổ trường, mông có bướu (spina bifida), thai bị phù toàn thể (trong bệnh tăng nguyễn hồng cầu).

ĐẺ KHÓ DO THAI TO TOÀN PHẦN

Thai to toàn phần là thai to nặng trên 4.000g khi tới ngày sanh. Sự to lớn này bao gồm toàn thân thể của thai nhi.

Sự đẻ khó do thai to có tính chất tương đối vì còn tùy mức độ mất cân xứng giữa thai nhi to và khung chậu của mẹ (thường bình thường).

Thường thai nhi to có đường kính lưỡng mỏm vai lớn hơn 12cm và sự đẻ khó thường do vai thai nhi. Theo hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ 2000, tỷ lệ đẻ khó do thai to gây kẹt vai thay đổi từ 0,6%-1,4%.

Yếu tố nguy cơ

Mẹ bị đái tháo đường, béo phì, hay cả hai là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất được biết hiện nay. Bên cạnh đó còn có nhiều yếu tố thuận lợi khác như: (1) Cha mẹ cao lớn, đặc biệt là người mẹ; (2) Đa sản; (3) Thai già tháng sinh lý; (4) Thai giới tính nam; (5) Tiền căn sanh con trên 4.000g; và (6) Chủng tộc.

Hình dạng

Thai to là một thai béo, đầu to, xương đồi cứng, thân và tứ chi có nhiều ngấn do tích tụ mỡ dưới da. Đường kính đầu tăng ít, trái lại, đường kính lưỡng mỏm vai rất to. Thai to thường yếu đuối, khó nuôi, chủ yếu liên quan đến tình trạng đái tháo đường trong thai kỳ của mẹ.

Triệu chứng

Cần khai thác tiền sử sanh con to của sản phụ trong những lần sanh trước, nếu có, lần này có thể thai sẽ to.

Nhìn bụng sản phụ to, có các vết nứt ở da bụng, chi dưới phù.

Khám thấy bụng to, belly cao tử cung có thể lên đến 38-40cm hay hơn. Trong trường hợp này, ta có thể nghĩ đến đa ối, đa thai, u xơ tử cung kèm theo có thai, cổ trướng và có thai.

Thai thường là ngôi đầu, đầu thường rất cao, chồm vẹt, không lọt được khi có chuyển dạ.

Sau khi khám kỹ, ta có thể nghĩ đến một trường hợp thai to nhưng không thể chẩn đoán chính xác thai to đến mức độ nào.

Siêu âm rất có ích vì nó giúp ta chẩn đoán phân biệt một thai to với đa thai, đa ối, dị dạng thai nhi, não úng thủy, ngôi mông. Các đo đạc trên siêu âm có thể gợi ý một thai to nhưng giá trị tiên đoán trọng lượng thai nhi chỉ đạt 50%.

Diễn tiến của sự chuyển dạ

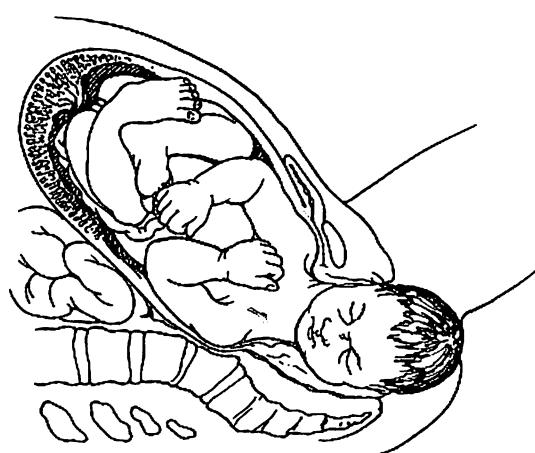
Vì đầu thai to so với khung chậu nên không lọt khi vào chuyển dạ hay khi gần ngày sanh.

Chuyển dạ thường gặp khó khăn, kéo dài đưa đến đờ tử cung, suy thai. Đầu không lọt dù cơn co tử cung tốt. Cơn co tử cung bị rối loạn có thể đưa đến vỡ tử cung. Ối vỡ sớm dễ gây nhiễm trùng ối.

Nếu đầu lọt thì sự xuống trong khung chậu cũng sẽ rất chậm. Đầu bị dồn ép nhiều, bứu huyết thanh to. Sự xoay diễn ra khó khăn và sự sô thai dễ gây tổn thương phần mềm của mẹ. Thai dễ bị chấn thương sọ não.

Sanh khó thường do vai. Sau khi đầu thoát âm, vai sẽ bị giữ lại ở eo trên trong khi đầu bị giữ ở âm hộ. Nếu không xử trí kịp thời, thai sẽ bị ngạt và chết.

Một dấu hiệu đặc biệt của sự mắc hai mỏm vai vào bờ của eo trên của khung chậu là khi đầu thai đã sô ra ngoài âm hộ và bị giữ chặt ở đó, ta sẽ có cảm tưởng như đầu bị hút vào trong âm đạo. Khi nắm đầu để kéo thai ra ngoài, ta chỉ có thể kéo ra được một vài centimét và sẽ thấy có một sức cưỡng lại mạnh mẽ.



Hình 6.1: Kết vai.
Nguồn: Operative Obstetrics.

Khi vừa ngưng kéo, đầu lại bị hút vào chỗ cũ, áp chặt vào âm hộ như trước. Dấu hiệu này cũng gặp trong vài trường hợp hiếm của những biến dạng bẩm sinh ở ngực hay bụng.

Kẹt vai là biến cố đáng sợ nhất vì nó xảy ra ở phút chót – lúc mà trong các cuộc đẻ thường khác só thai sắp xong xuôi. Khi đó, dù muốn dù không ta cũng không thể mổ lấy thai mà buộc phải lấy thai ra ngoài bằng ngả âm đạo.

Tiên lượng

Mẹ có thể bị tổn thương phần mềm như rách âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, vỡ tử cung, băng huyết sau sanh, lỗ dò băng quang-âm đạo, nhiễm trùng hậu sản.

Thai nhi có thể chết vì kẹt vai, xuất huyết não hay có những thương tích nặng như gãy tay, gãy xương đòn, tổn thương hành tuy và đám rối thần kinh cánh tay đưa đến liệt hai tay...

Xử trí

Trong những trường hợp biết chắc chắn thai to hoặc trong trường hợp ngôi bất thường (ngôi ngang, ngôi mông, ngôi trán, ngôi mặt) ta nên mổ lấy thai.

Ngược lại, *nếu thai to không rõ*, thái độ xử trí sẽ tệ hại hơn. Nên thực hiện nghiệm pháp sanh ngả âm đạo một cách thận trọng và ngăn ngừa hơn.

Nếu đầu không lọt dễ dàng và nhanh chóng, sau 1-2 giờ, nên mổ lấy thai. Không nên cố gắng kéo dài sự thử thách vì đầu sẽ lọt một cách khó khăn và ta có thể gặp biến cố kẹt vai. Đừng nên để đến thai suy hay có nhiễm trùng ói mới mổ.

Nếu đầu lọt, ta cũng nên thận trọng vì sau khi đầu ra vai sẽ có thể kẹt lại. Xử trí biến chứng này cần đến một nhà sản khoa nhiều kinh nghiệm. Sự giảm thời gian từ lúc sói đầu cho đến lúc sói vai có một ý nghĩa quan trọng cho sự sống còn của thai nhi. Một số thủ thuật đặc biệt sẽ giúp thu ngắn đường kính lưỡng mỏm vai hoặc tăng khả năng của khung chậu. Mọi động tác lôi kéo gắng sức đều có khả năng gây tổn thương trầm trọng cho thai nhi.

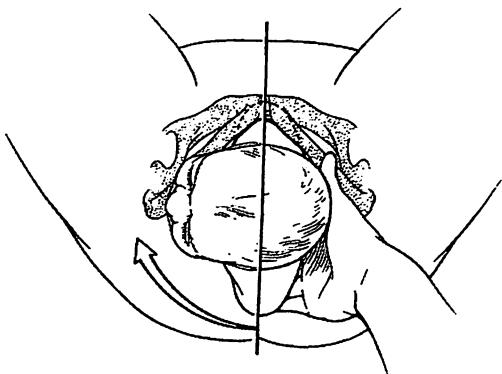


Hình 6.2: Thủ thuật McRoberts (A) và tác dụng làm gia tăng đường kính hậu vệ-mỏm nhô (B).

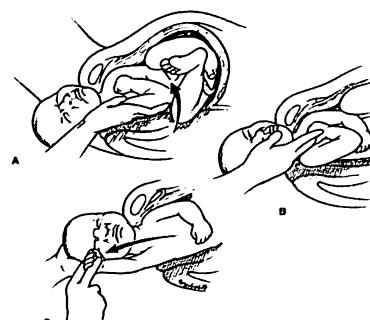
Nguồn: Operative Obstetrics.

Hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (1991) đề nghị một số bước thực hiện khi kẹt vai:

- (1) Gọi người trợ giúp, một bác sĩ gây mê hồi sức, một bác sĩ nhi. Ở thời điểm này, nên khởi đầu bằng kéo nhẹ nhàng. Thông thường nếu bàng quang căng.
 - (2) Cắt rộng tầng sinh môn.
 - (3) Nhờ một người phụ nhấn trên xương vè trong khi kéo đầu thai xuống.
 - (4) Thủ thuật McRoberts cần hai người phụ. Mỗi người nắm một chân và gấp mạnh đùi mẹ cho áp sát bụng.
- Những thủ thuật này đã giải quyết được hầu hết các trường hợp đẻ khó do vai to, tuy nhiên nếu thủ thuật thất bại. Có thể thực hiện tiếp các bước sau:
- (5) Thực hiện thủ thuật xoay của Woods: xoay dần dần vai sau 180 độ ra trước theo cách xoắn lại thì vai trước sẽ đỡ bị chèn ép.
 - (6) Cố gắng kéo cánh tay sau ra ngoài, nhưng nếu cánh tay này duỗi ra sau quá mức thì điều này khó thực hiện.



Hình 6.3: Thủ thuật Woods xoay vai sau thành vai trước
(Nguồn: *Operative Obstetrics*.)



Hình 6.4: Thủ thuật hạ tay sau.
(Nguồn: *Williams Obstetrics*)

Những kỹ thuật khác chỉ thực hiện khi những thủ thuật trên thất bại như chủ động bẻ gãy xương đòn hoặc xương cánh tay phía trước, thủ thuật Zavanelli: đẩy đầu trở vô khung chậu và mổ lấy thai. Phần đầu của thủ thuật này là xoay đầu về chẩm trước hoặc chẩm sau. Bước hai là gấp đầu và đẩy đầu từ từ trở vào âm đạo sau đó mổ lấy thai.

Tốt hơn hết, ta nên khám sản phụ thật kỹ và nhiều lần trong lúc khám thai, khám phá ra những nguyên nhân đưa đến thai to để chữa trị kịp thời và chủ động chọn lựa hướng xử trí thích hợp nhất, nhằm đạt mục đích mẹ tròn con vuông.

ĐẺ KHÓ DO ĐẦU TO (NÃO ÚNG THỦY)

Não úng thủy là một bệnh của thai nhi trong đó đầu của thai nhi quá to do sự ứ đọng dịch não tủy, đưa đến sự đẻ khó.

Nguyên nhân

Thường do khiếm khuyết của ống thần kinh gây ra sự rối loạn về cơ chế lưu thông dịch não tủy (do dị dạng hay bướu làm tắc nghẽn) hoặc do sự rối loạn về cơ chế hấp thu. Hậu quả của tình trạng này là sự dãn nở rộng não thất, nhu mô não bị chèn ép và teo. Vỏ não mỏng, thóp và các đường kính rất to. Chu vi đầu thai bình thường đủ tháng từ 32-38cm. Trong trường hợp não úng thủy, chu vi đầu thai thường vượt quá 50cm và đôi khi tới 80cm. Thể tích dịch chứa trong não thất thường từ 500-1.500ml, nhưng nhiều trường hợp có thể tích tụ tới 5lít dịch.



Hình 6.5: Sanh khó do não úng thủy

(Trái): Ngôi đầu. Chú ý sự bất thường xứng giữa khuôn mặt với vòm sọ quá to
 (Phải): Ngôi mông. Đoạn dưới cẳng mông

Dạng lâm sàng

Trong thời kỳ mang thai

Vì não úng thủy khá hiếm nên sự định bệnh thường bị bỏ qua.

Tuy nhiên ta phải nghĩ đến bệnh này mỗi khi ta khám thấy: đầu rất to, chòm vẹt, rất cao trên eo trên, chỗ nghe tim thai ở cao trên mức rốn.

Ngôi thai thường gặp là ngôi mông, tỷ lệ ngôi mông tối thiểu là 1/3 các trường hợp não úng thủy.

Trong khi chuyển dạ

Nếu là ngôi đầu, nắn ngoài thành bụng cho ta thấy đầu to không lọt, cao lồng ở eo trên mặc dù cơn co tử cung thường đã tốt. Đầu chồm hẳn ra ngoài bờ trên của xương vẹt. Đoạn dưới tử cung căng và cứng. Nếu cổ tử cung mở, ta sờ thấy các đường khớp và các thóp rất

rộng, xương sọ mềm. Mỗi cơn co tử cung ta có thể tưởng là đầu ói nhưng nếu khám kỹ thì sẽ thấy đó là xương sọ mỏng và mềm.

Cận lâm sàng

X-quang cho thấy một đầu rất to so với thân, sọ rất mỏng và vòm sọ không thấy rõ ràng. Hơn nữa, ta có thể thấy các đường khớp rất rộng, mặt tương đối nhỏ so với hộp sọ. Đầu não úng thủy thường có hình tròn trong khi đầu bình thường có hình bầu dục.

Siêu âm là phương tiện rất có giá trị trong chẩn đoán não úng thủy, đặc biệt là những胎體 nhẹ. Hình ảnh điển hình là đường kính lưỡng đỉnh bằng hoặc hơn 11cm ở thai đủ tháng, các não thất dãn rộng. Có thể so sánh đường kính của não thất bên với đường kính lưỡng đỉnh, đánh giá độ dày nhu mô não hoặc so sánh kích thước đầu với lòng ngực và bụng.

Tiến triển của chuyển dạ

Trong trường hợp não úng thủy nhỏ, nếu xương chậu của mẹ đủ rộng và cơn co tử cung đủ mạnh, có thể sanh ngả âm đạo được.

Phản lớn sự sanh thường ngả âm đạo không thể thực hiện được vì đầu không lọt. Nếu không xử trí kịp thời, các cơn co tử cung sẽ bị rối loạn và kết quả đưa đến vỡ tử cung.

Trong trường hợp ngôi mông, thường sẽ bị kẹt đầu hậu khi sanh ngả âm đạo. Nếu không xử trí kịp cũng có thể đưa đến vỡ tử cung.

Tiêm lượng

Thường phải hy sinh thai nhi để cứu mẹ, với các thủ thuật áp dụng để đem thai ra.

Đối với mẹ, nếu không định bệnh và xử trí kịp thời, mẹ có thể bị vỡ tử cung.

Xử trí

Nếu thai không thể sống được, rút dịch não tủy, kỹ thuật chọc dò tùy thuộc vào ngôi thai.

Nếu là ngôi đầu, khi cổ tử cung mở trên 3-4cm dùng một kim 17 gauge, dài 8 inch chọc dò qua thóp hay đường khớp để giúp dịch não tủy chảy ra nhanh chóng. Như thế, đầu sẽ nhô lại và sẽ sanh được qua ngả âm đạo khá dễ dàng.

Trong trường hợp ngôi mông, có thể chọc qua lỗ chẩm để tháo dịch não tủy ra.

Có thể chọc tháo dịch não tủy qua thành bụng dưới sự hướng dẫn của siêu âm trước khi thử khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin

Trong vài trường hợp não úng thủy nhẹ, có gắng bảo vệ thai, sau sanh sẽ làm phẫu thuật dẫn lưu dịch não tủy.

ĐỂ KHÓ DO NGUYÊN NHÂN KHÁC

Đẻ khó do cổ

Do cổ thai có những bướu, nhiều khi rất lớn như u nang, bướu tân dịch, bướu tuyến giáp làm cho đầu không gập được gây nên những bất thường của ngôi thai như ngôi mặt, ngôi trán, ngôi thóp trước.

Định bệnh rất khó, nhiều khi chỉ có thể biết được sau khi đã đẻ thai ra ngoài qua mổ lấy thai, hoặc chọc bướu nếu thai đã chết, hoặc khi đầu ra bị áp chặt vào âm hộ, hoặc qua thăm khám thấy phần cổ của thai nhi có bướu.

Đẻ khó do thân

Đôi khi toàn thân đứa trẻ bị phù thũng to lớn đến nỗi sự đẻ tự nhiên không thể thực hiện được như trong trường hợp chứng tăng nguyên hồng cầu (erythroblastosis), giang mai, xung khắc nhóm máu giữa mẹ và con, bệnh loạn dưỡng sụn, phù voi (elephantiasis).

Bụng của bào thai cũng có thể lớn đến độ làm cho sự sinh đẻ bị bế tắc như trong trường hợp bào thai bị bàng bụng, bướu thận-thường là u nang thượng thận bẩm sinh, bướu gan hay của các tạng trong bụng, bàng quang đầy nước tiểu và căng cứng trong các dị tật nghẽn tắc đường bài niệu thấp của thai nhi.

Trong các trường hợp đó, sự số thai chỉ có thể tiến hành được qua ngả âm đạo bằng cách khoét hoặc rạch một lỗ thủng vào thân bào thai để cho nước chảy ra hoặc cắt xén lấy bớt khối u.

Sau hết, có thể gặp tất cả các loại bướu ở bất cứ phần nào của bào thai nhất là trên xương cùng như bướu mỡ, bướu mạch, bướu thần kinh...

Đôi khi ta chỉ phát hiện được các dị tật này sau khi mổ lấy thai hoặc sau khi thai đã sinh ra.

Vị trí ngôi thai

Ngôi thai bất thường có thể làm chuyển dạ kéo dài hoặc ngưng tiến triển:

Ngôi mặt: ngôi mặt chỉ có thể sô bằng cầm trước, do vậy muốn sanh được ngôi mặt thì ngôi thai phải bắt buộc xoay về cầm trước, nếu không thì chuyển dạ sẽ ngưng tiến triển. Ngôi mặt thường ngôi thai sẽ đi xuống chậm hơn, quãng đường đi dài hơn nên diễn tiến của chuyển dạ cũng sẽ chậm hơn.

Ngôi thóp trước: ngôi thóp trước hình thành do đầu cúi không tốt và đường kính lọt của thai quá lớn, ngôi thai xuống rất chậm, cổ tử cung không mở thêm và thường dẫn đến chuyển dạ ngưng tiến triển.

Ngôi ngang: ngôi ngang không có cơ chế để thai đi xuống nên thường được xử trí mổ lấy thai.

Ngôi chẩm kiểu thế sau: hình thành do mặt ngừa tối đa. Ngôi thai sẽ xuống rất chậm. Ngôi chẩm kiểu thế sau có thể sanh bình thường, sanh forceps, dùng tay hay forceps xoay về kiểu

thé trước. Đối với những trường hợp con rạ, tầng sinh môn dãn thì ngôi châm kiều thé sau có thể sanh bình thường, nhưng đối với con so, tầng sinh môn chắc thì chuyển dạ thẻ kéo dài ở cả giai đoạn 1 và giai đoạn 2. Forceps thường hay được sử dụng và cắt rộng tầng sinh môn.

Ngôi châm kiều thé ngang: các trường hợp khung chậu giới hạn đường kính ngang eo giữa, ngôi thai thường ngưng xoay ở kiều thé ngang. Trong những trường hợp này thường dùng forceps Keiland để xoay về châm trước rồi sau đó sổ thai bằng forceps Kielland hay đổi forceps Simpson, Tucker-Mclanc cho kiều thé trước. Nếu ngôi thai ngưng xoay do thiếu cơn gò và không có bất xứng đầu chậu thì có thể dùng oxytocin để điều chỉnh cơn gò.

Kết luận

Dù định bệnh trong thai to (là bị động) không chắc chắn, rõ ràng, nhưng với kinh nghiệm và sự theo dõi kỹ lưỡng quá trình mang thai của sản phụ, ta có thể đề phòng và tránh khỏi các tai biến xảy ra cho mẹ và con.

Cần tìm kiếm nguyên nhân để điều trị trong trường hợp thai to, chọn lựa thời điểm sanh cũng như ngả sanh thích hợp nhất, với mục đích là thai vẫn sống được mà mẹ không bị tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng sản phụ khoa – Bộ môn Sản-Đại Học Y Dược TP, Hồ Chí Minh, 2007, 224-257.
2. Williams Obstetrics, 21st edition, 2001, “Dystocia: abnormal presentation, position, and development of the fetus”. 451-467.

CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH NGAY SAU KHI SINH

ThS.BS. Nguyễn Hồng Châu

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

1. Trình bày được sự khác biệt về hệ hô hấp và tuần hoàn của thai nhi trước và sau sanh.
2. Có khả năng đánh giá tình trạng ngạt sơ sinh sau sanh.
3. Có khả năng thực hiện hồi sức tuần hoàn-hô hấp cho trẻ sơ sinh bị ngạt.
4. Trình bày được những chăm sóc khác (ngoài hệ hô hấp, tuần hoàn) cho trẻ sơ sinh.

NHẮC QUA VÀI NÉT VỀ SINH LÝ HỌC BÀO THAI

Trước khi sanh, thai nhi sống hoàn toàn phụ thuộc vào mẹ. Nó nằm bồng bềnh trong dịch ói, vận động thoái mái và được nước ói che chở đối với môi trường bên ngoài. Tất cả mọi nhu cầu về hô hấp, năng lượng và mọi chuyển hóa đều được cung cấp từ mẹ sang thai nhi nhờ bánh nhau. Sinh lý bào thai khác hẳn với sinh lý của người lớn (thở bằng phổi).

Tuần hoàn bào thai

Đặc điểm chính của tuần hoàn bào thai là máu ở gần tim gồm một hỗn hợp máu động mạch và máu tĩnh mạch. Hệ thống tiêu tuần hoàn ở phổi chỉ có tính chất cơ nang khi trẻ chưa thở, khi đó phổi chưa dãn nở, các mao mạch phổi có nhiều tổ chức cơ. Phần lớn máu vào nhĩ phải rồi qua nhĩ trái bằng lỗ bầu dục (foramen ovale), từ đó máu xuống thất trái, được đẩy vào động mạch chủ và phân tán khắp cơ thể.

Tuần hoàn từ phải sang trái được gọi là động mạch tắt (shunt) phải-trái. Khoảng 10% khối lượng máu của cơ thể vào động mạch phổi, chỉ có tính chất dinh dưỡng.

Sau khi tiếp nhận đầy đủ chất bổ dưỡng ở nhau, máu có nhiều oxy trở lại bào thai bằng tĩnh mạch rốn. Từ đây, máu chảy vào hệ thống mạch ở gan qua khe Arantius, vào tĩnh mạch chủ dưới, chảy vào nuôi dưỡng động mạch vành, vùng sọ não, chi trên. Một phần máu từ nhĩ phải qua lỗ bầu dục vào nhĩ trái xuống thất trái qua động mạch chủ nuôi dưỡng phần dưới cơ thể.

Ở thất phải, máu đến động mạch phổi phải và trái, phần lớn qua ống động mạch vào động mạch chủ dưới, đi về phía nhau. Tại nhau, máu sẽ trao đổi O₂ và đào thải CO₂.

Tuần hoàn sau khi sổ thai

Sau khi sinh, động tác thở đầu tiên là hít không khí vào các phế nang, làm phổi trẻ dãn nở và bắt đầu hoạt động.

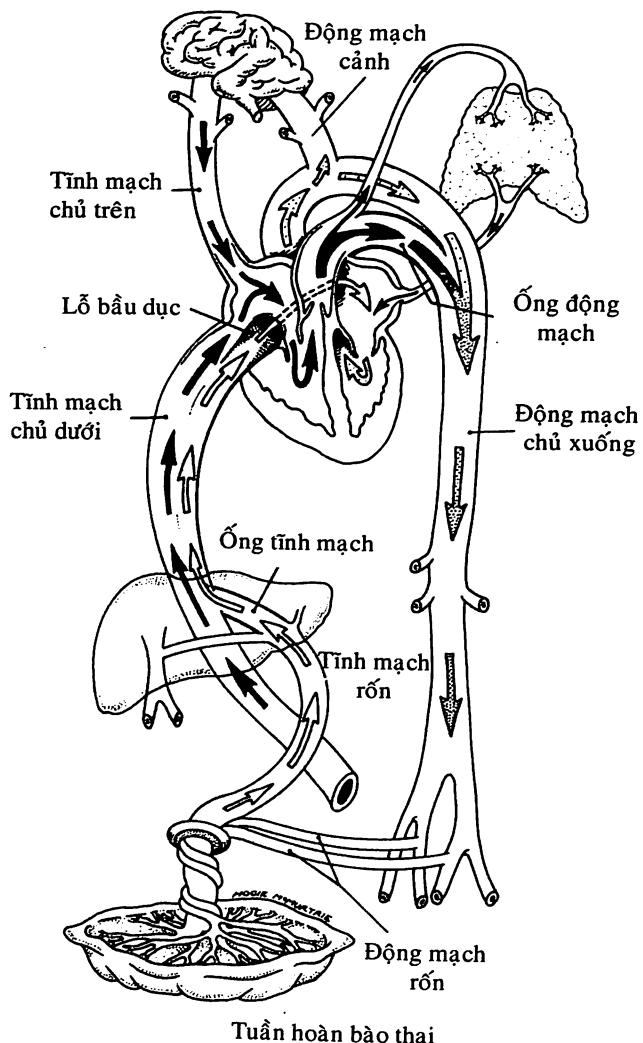
Những kích thích gây khởi phát động tác hô hấp đầu tiên này ở trẻ là do:

- Thay đổi hóa học: giảm phân áp O₂ và tăng phân áp CO₂ do sự trao đổi mẹ con bị ngưng trệ, gây nên một tình trạng ngạt sinh lý.
- Thay đổi sinh lý: đột ngột từ môi trường nước ối sang môi trường không khí.

SẢN KHOA

- Thay đổi dòng máu đột ngột do kẹp dây rốn làm huyết áp động mạch tăng về phía thai nhi.
- Thay đổi nhiệt độ: từ trong buồng tử cung sang không khí bên ngoài (chênh lệch $\geq 10^{\circ}\text{C}$). Cơn co tử cung dồn dập trong giai đoạn sổ thai làm cản trở tạm thời sự trao đổi khí giữa mẹ và thai.

Trở kháng động mạch phổi giảm. Tại hệ tiêu tuần hoàn, lưu lượng máu tăng lên gấp 5 - 10 lần, mao quản phổi tăng hoạt động. Khi phổi dần nở, áp lực của động mạch phổi giảm, không khí hít được vào nhu mô để thay thế dịch nhu mô.



(Nguồn: *Delivery Room Resuscitation of the Newborn*. Ronald S. Bloom, *Neonatal Perinatal Medicine, Diseases of the Fetus and infant*, USA, 1997, Mosby-Yearbook.)

Thường thì nhịp thở đầu tiên xảy ra sau 20 - 30 giây và sự trao đổi khí ở phổi sẽ thích nghi nhanh chóng với môi trường mới.

Ở tim trái, máu dồn về nhiều, gây tăng áp suất nhĩ trái, làm lỗ bầu dục đóng lại. Mức độ chênh lệch giữa nhĩ trái và nhĩ phải tuy ít ($1 - 2\text{mmHg}$) nhưng cũng có thể đóng được lỗ bầu dục. Lúc này hệ tuần hoàn phân biệt rõ rệt máu đen và máu đỏ.

Hoạt động của phổi sau khi sẩy thai

Sau động tác hô hấp đầu tiên, phổi thai nhi trước đó ở trạng thái xẹp nay bắt đầu dần nở. Nhờ sự tạo thành một dung lượng khí tồn tại cơ năng, sự trao đổi khí ở phế nang có thể xảy ra ở cả hai thùy dễ dàng.

Phổi dần nở được dễ dàng là nhờ yếu tố bề mặt (surfactant). Tác dụng của yếu tố này là ngăn không cho vách nhu mô dính lại với nhau khi thở ra, nhờ đó mà chỉ vài phút sau sanh, sự dần nở của phổi có thể đạt tới thể tích gần bình thường nếu trẻ đủ tháng khỏe mạnh. Ở trẻ thiếu tháng, sự dần nở của phổi khó khăn hơn nhiều do thiếu surfactant.

Hô hấp của trẻ sơ sinh lúc đầu có tính thụ động, nhưng sau đó sẽ tự điều hòa dần và có tính tự động.

Chức năng thông khí của trẻ được tập dượt thường xuyên ngay từ thời kỳ bào thai. Cơ hoành đã hoạt động nhịp nhàng - đặc biệt trong những pha ngủ nghịch thường - nhằm chuẩn bị cho việc hô hấp khi ra ngoài không khí sau sanh. Do hoạt động thở của bào thai có biên độ nhỏ và do có sự bảo vệ của cơ vòng thanh quản nên không có sự xâm nhập của nước ối vào trong các nhánh phế quản.

Như vậy trong tình trạng sinh lý bình thường, không thể có hiện tượng tràn ngập nước ối ở phổi, trừ trường hợp trẻ ở trong tình trạng bị chèn ép cộng thêm với tình trạng thiếu O_2 mô làm trung tâm hô hấp ở hành tuy bị kích thích mạnh gây ngáp thở liên tiếp đầy nước ối lấp phì su vào đường hô hấp. Điều này giải thích hiện tượng ngập nước ối cấp trong phổi bào thai dẫn đến tử vong trẻ.

Tuần hoàn ở trẻ bị ngạt

Trong trường hợp trẻ bị ngạt sau sanh, tình trạng thiếu O_2 kéo dài, phổi trẻ chưa hoạt động, trao đổi khí không thể xảy ra ở phổi. Nhưng lúc này, dây rốn đã bị cắt, sơ sinh không còn liên hệ với tuần hoàn mẹ nữa. Tuần hoàn sơ sinh sẽ tồn tại shunt phải-trái do tồn tại lỗ bầu dục và ống động mạch. Từ đó, máu qua phổi rất ít, lại không trao đổi được oxy ở phổi nên tình trạng thiếu oxy huyết càng tăng. Thiếu oxy làm các mạch máu phổi càng co lại, máu không về tim trái nhiều nên không đóng được lỗ Botal.

Hô hấp ở trẻ bị ngạt

Chỉ cần thai ngạt trong vài phút sẽ ảnh hưởng đến tính mạng trẻ.

PaO_2 giảm dần đến 0mmHg .

PaCO_2 tăng dần đến 100mmHg .

pH giảm < 7 sau 5 phút nếu không được hồi sức hoặc hồi sức không hữu hiệu.

Tình trạng ngạt kéo dài sẽ đưa đến toan hô hấp rồi toan chuyển hóa. Thai ngạt thiếu oxy khiến chuyển hóa glucose phải đi theo con đường yếm khí, giải phóng nhiều sản phẩm trung gian như lactic acid, pyruvic acid, làm cho pH ngày càng giảm. Nếu phổi không thở được, tình trạng toan máu càng kéo dài thêm sẽ ảnh hưởng đến tính mạng trẻ hoặc nếu cứu được cũng để lại những dư chứng thần kinh khó hồi phục.

Suy hô hấp ở trẻ sơ sinh biểu hiện bằng những khó khăn khi thực hiện các cử động của lồng ngực như co kéo cánh mũi, cơ ức đòn chũm, thở bụng. Điểm số Silvermann tăng dần. Trẻ có biểu hiện tím tái. Trẻ có thể có các cơn ngưng thở bệnh lý. Vì vậy nội dung đầu tiên của khám trẻ là đi tìm những dấu hiệu của suy hô hấp ở trẻ.

Mục đích của phương pháp hồi sức sơ sinh là đưa oxy vào tận phế nang, làm cho phổi hoạt động, có nghĩa là làm mất tình trạng thiếu oxy huyết.

Khoảng 10% trẻ mới đẻ cần một số hỗ trợ để bắt đầu thở. Dưới 1% cần thực hiện toàn bộ các bước hồi sức.

Trẻ sơ sinh không cần hồi sức, nói chung có thể xác định bằng cách đánh giá nhanh ba biểu hiện sau đây:

- Trẻ có đủ tháng không?
- Trẻ có thở hoặc khóc không?
- Trương lực cơ có tốt không?

Nếu cả ba câu hỏi trên đều được trả lời là “có,” thì trẻ không cần phải hồi sức và không phải tách rời khỏi mẹ. Trẻ sẽ được tiến hành các chăm sóc thường qui bao gồm: làm thông sạch đường thở nếu cần; lau khô ủ ấm, được đặt da kè da với mẹ, và được đắp chăn để duy trì thân nhiệt; tiếp tục theo dõi trẻ thở, vận động của trẻ, và màu da.

Nếu bất kỳ có câu trả lời nào là “không,” trẻ phải được thực hiện một hoặc hơn các bước trong lược đồ bốn bước liên tục sau đây:

- A. Bước ổn định ban đầu (làm ấm, làm sạch đường thở nếu cần, lau khô trẻ, kích thích trẻ thở).
- B. Thông khí.
- C. Ép tim ngoài lồng ngực.
- D. Dùng epinephrine và/hoặc các thuốc khai triển thể tích.

Cho phép khoảng 60 giây (“một phút vàng”) để hoàn tất các bước ban đầu, đánh giá lại, và bắt đầu thông khí nếu cần.

Việc quyết định tiếp tục tùy thuộc vào các bước ban đầu được xác định bởi đánh giá đồng thời hai dấu hiệu sống: sự hô hấp (ngừng thở, thở ngáp, hoặc thở gắt súc hay không gắt súc) và tần số tim (trên hoặc dưới 100 lần/phút).

Việc đánh giá tần số tim phải thực hiện bằng cách nghe tim. Khi không phát hiện tiếng tim, sờ mạch rốn cũng có thể cho phép đánh giá nhanh tình trạng mạch và nhạy hơn sờ mạch ở các nơi khác.

Dấu hiệu nhạy nhất cho thấy đáp ứng thành công với mỗi bước là tần số tim tăng lên.

Đề phòng, chuẩn bị thích hợp, đánh giá chính xác, và nhanh chóng có hành động hỗ trợ ngay từ đầu là mấu chốt cho việc hồi sức cho trẻ sơ sinh thành công. Trong bất kỳ cuộc sinh nào phải có ít nhất một người có trách nhiệm từ đầu đối với trẻ. Người này phải có khả năng hồi sức ban đầu, bao gồm việc thông khí áp lực dương và ép tim ngoài lồng ngực. Cả người này và những người khác, sẵn sàng hỗ trợ, phải có kỹ năng hồi sức toàn diện, bao gồm đặt ống nội khí quản và dùng thuốc.

Việc tham khảo tiền căn và bệnh sử chuyển dạ cẩn thận có thể giúp ta xác định một số vấn đề ở thai phụ có nguy cơ sinh trẻ bị ngạt hoặc suy hô hấp.

Xác định những tình huống có nguy cơ cao trước khi sinh sẽ cho chúng ta có thời gian và chuẩn bị đầy đủ. Trước đây, sinh mổ được xem là sinh có nguy cơ cao. Nhưng hiện nay đã có đủ thông tin cho thấy một cuộc sinh mổ không biến chứng thì cũng không có nguy cơ cao hơn những trẻ sinh bằng đường âm đạo.

- *Tiền sử gia đình:* các bệnh lý di truyền hoặc có tính chất gia đình; các trường hợp tử vong thời kỳ sơ sinh không rõ nguyên nhân.
- *Tiền sử mẹ:* những yếu tố trước khi mang thai.
- *Quá trình thai nghén:* tuổi khi mang thai; số lần sinh; bệnh lý của mẹ (tăng huyết áp, nhiễm trùng, tiêu đường); bất đồng nhóm máu; các thuốc dùng trong thai kỳ.
- *Diễn biến của chuyển dạ:* thời gian vỡ ối, số lượng ối, tính chất dịch ối, thời gian chuyển dạ, các can thiệp thủ thuật sản khoa.

Chúng ta không thể xác định trước trẻ nào cần hồi sức khi sinh, do đó phải chuẩn bị sẵn sàng các dụng cụ và nhân sự trong những trường hợp có suy hô hấp xảy ra mà không tiên lượng được.

Việc phối hợp chặt chẽ của một ê-kíp gồm kỹ thuật viên hồi sức, bác sĩ sản khoa và bác sĩ nhi khoa trong khâu chuẩn bị cho các cuộc đẻ có nguy cơ cao là điều cần thiết để bảo đảm an toàn cho mẹ và con. Chuẩn bị dụng cụ chu đáo, xử trí kịp thời nhanh chóng, kỹ thuật thành thạo, đúng nguyên tắc là những yếu tố vô cùng quan trọng để có thể bảo đảm giữ được nguyên vẹn bộ não trẻ bị ngạt. Điều này sẽ quyết định cho tương lai phát triển tinh thần của trẻ sau này.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG NGẠT

Dấu hiệu lâm sàng

Ngay trong những phút đầu sau khi sẩy thai, người ta dùng chỉ số APGAR để đánh giá tình trạng trẻ.

Chỉ số Apgar là công cụ khách quan dùng để đánh giá tình trạng trẻ ngay lúc chào đời, thường trẻ được đánh giá lúc 1 phút, 5 phút, và 10 phút sau sinh. Nếu chỉ số Apgar ở 1 phút thấp, chưa cần phải hồi sức trẻ ngay vì chỉ số Apgar có giá trị đúng từ 1 phút trở đi. Tuy nhiên do diễn tiến ngạt có thể đã bắt đầu từ trong tử cung và tiếp tục trong giai đoạn sơ sinh, nên để giảm thiểu các tổn thương não do ngạt gây ra, cần hồi sức ngay khi có bằng chứng cho thấy trẻ thở không hiệu quả và không thể duy trì nhịp tim tốt cho dù chưa đến 1 phút vì với những trường hợp ngạt nặng ngay lúc sinh, sự chờ đợi có thể làm gia tăng tổn thương não vĩnh viễn.

Bảng điểm số Apgar:

Lâm sàng	Điểm		
	0	1	2
Nhịp tim	< 80 lần/phút	80 - 100 lần/phút	> 100 lần/phút
Hô hấp	Không thở	Thở không đều, khóc yếu	Thở đều, khóc to
Trương lực cơ	Mềm nhũn	Vận động yếu	Vận động tốt
Phản xạ	Không có	Phản ứng yếu, nhăn mặt	Phản ứng tốt, cử động tứ chi
Màu da	Toàn thân tím tái	Thân hồng, chân tay tím	Toàn thân hồng hào

Có một sự liên quan rõ rệt giữa điểm số APGAR và tử vong sơ sinh nếu đánh giá thật đúng:

- APGAR < 3 : tình trạng ngạt nguy kịch, phải hồi sức tích cực.
- APGAR = 4 – 7 : trẻ bị ngạt, cần được hồi sức tốt.
- APGAR > 7 : tình trạng tốt, chỉ cần theo dõi, chưa cần hồi sức.

PHƯƠNG PHÁP HỒI SỨC

Những nguyên tắc chính trong việc chuẩn bị hồi sức: dự đoán được các vấn đề sẽ xảy ra, có đầy đủ dụng cụ và nhân viên có kỹ năng hồi sức tốt. Hỗn loạn sẽ xảy ra ngay tại thời điểm cần hồi sức, trong những trường hợp không dự đoán trước, do thiếu dụng cụ hoặc thiếu đội ngũ có kỹ năng hồi sức tốt, do sự phối hợp hồi sức không đồng bộ.

Chuẩn bị dụng cụ

Tùy theo điều kiện thực tế mà chuẩn bị có khác nhau, nhưng phải làm sao bảo đảm bốn nguyên tắc cơ bản trong hồi sức sơ sinh:

- Thông đường hô hấp.
- Bảo đảm tuần hoàn tối thiểu.
- Trung hòa toàn chuyển hóa (nếu hô hấp tốt dần, không cần phải dùng Bicarbonate).
- Bảo đảm vô trùng và giữ ấm cho trẻ.

Khi trẻ được sinh ra, tất cả các dụng cụ hồi sức phải đặt thuận tiện trong tầm tay, không thể chấp nhận nếu có ai phải rời phòng để lấy thêm vài bộ phận của bộ cấp cứu trong khi đang phải hồi sức trẻ.

Phương tiện hút dịch:

- + Tùy theo phương tiện sẵn có ở từng địa phương.
- + Có thể dùng poire bằng cao su hoặc ống hút nhót, máy hút điện, ống hút bằng polyethylene nhỏ luồn qua nội khí quản.

Phương tiện để thông khí nhân tạo:

- + Mặt nạ to nhỏ tùy theo cỡ của trẻ.
- + Nguồn oxy có đồng hồ đo lượng khí vào phổi trẻ.
- + Bóng ambu.
- + Đèn soi nội khí quản.
- + Ống nội khí quản - Kèm Magill.
- + Máy thở trẻ em với áp suất dương.

Phương tiện để tiêm tĩnh mạch rốn và truyền dịch

- + Ống thông tĩnh mạch rốn, kim và bơm tiêm, găng tay, champ lõ.
- + Dung dịch Glucose 5% - 10%.
- + Dung dịch Natri bicarbonate bán phân tử 4,2%.
- + Calcium gluconate 10% hoặc Isuprel.

Phương tiện để sưởi ấm

- + Lò sưởi điện hoặc túi nước nóng, bóng đèn sưởi.
- + Giường ấm hoặc lồng kính để theo dõi sau khi hồi sức.

Kỹ thuật hồi sức

Các bước cơ bản của hồi sức cấp cứu sơ sinh:

Các bước đầu tiên

- Điều chỉnh thân nhiệt – Giữ ấm trẻ.
- Thông đường hô hấp.
- Kích thích ngoài da.
- Hỗ trợ hô hấp.
- Xoa bóp tim ngoài lồng ngực – Ân ngực.
- Điều trị bằng thuốc.

Cách thức hồi sức tùy theo mức độ ngạt của thai nhi.

Các tình huống có thể gặp:

❖ **Ngạt trắng (chết giả)** khi điểm số APGAR ≤ 3

Trẻ không khóc, không thở, mạch rốn không đập hoặc đập < 80 lần/phút.

Cần phải thực hiện ngay những động tác sau trong vòng ít phút đầu tiên.

Thông đường hô hấp: dùng đèn soi nội khí quản hút ngay trong họng và khí quản. Đặt ngay một ống nội khí quản cố định và hút sâu trong khí quản, nhánh phế quản bằng một ống thông nhỏ luồn qua nội khí quản.

Thông khí viện trợ: chỉ thực hiện sau khi đã hút thông đường hô hấp. Đặt trẻ nằm đầu ngửa ra sau, đẩy hàm dưới ra trước, cho đầu trẻ quay về hướng kỹ thuật viên hồi sức, gắn bóng oxy vào ống nội khí quản và bóp bơm oxy với một áp suất dưới 30cmH₂O. Tần số bóp bóng khoảng 50 lần/phút. Chú ý quan sát lòng ngực trẻ phải nâng lên đều hai bên mỗi lần bóp bóng.

Nếu không có đủ dụng cụ, không có bóng oxy thì phải thông khí viện trợ bằng phương pháp thổi miệng qua miệng. Thổi nhịp nhàng 50 - 60 lần/phút, lực thổi phải đủ nâng lòng ngực trẻ lên nhưng không quá mạnh để tránh làm vỡ phế nang.

Hỗ trợ tuần hoàn: đồng thời với thông khí viện trợ. Phải có một người khác xoa bóp tim ngoài lòng ngực. Dùng hai ngón tay cái của hai bàn tay, các ngón còn lại ôm ngang lưng trẻ, ngón cái đặt vào vị trí mõm tim ở 2/3 dưới xương ức, ấn mạnh (không dịch chuyển ngón tay). Tần số xoa bóp tim từ 100 - 120 lần/phút. Như vậy, cứ 3 lần bóp tim thì bóp bóng oxy một lần. Kết quả tốt khi thấy mạch rốn và mạch cảnh đậm rõ.

Điều chỉnh kiềm toan: trong khi xoa bóp tim và hô hấp viện trợ liên tục, tiêm tĩnh mạch rốn ngay trong vòng 3 phút đầu tiên dung dịch Natri bicarbonate bán phân tử 4,2% với liều lượng 4ml - 8ml/kg, dung dịch glucose 10% với liều lượng 3ml - 4ml/kg.

Tất cả những động tác trên phải được thực hiện trong vòng 3 phút đầu tiên với ít nhất là hai người. Trường hợp nếu chỉ có một người thì trước hết cần hút hầu họng rồi đặt nội khí quản. Bóp bóng oxy với một tay, còn một tay xoa bóp tim. Khoảng 2 - 3 phút sau ngưng lại một chút, tiêm tĩnh mạch rốn tiêm thuốc rồi tiếp tục hồi sức.

Sau khi hồi sức có hai khả năng:

- **Kết quả tốt:** Sau khi hồi sức, trẻ thở nắc rồi bắt đầu hồng hào. Khi đó, vẫn tiếp tục xoa bóp kích thích tim, tiếp tục cho thở oxy 10 - 15 phút cho đến khi trẻ thở tốt, khóc to, có phản xạ tay chân tốt. Nếu đánh giá thấy điểm số Apgar trên 7 có thể rút ống nội khí quản.
- **Kết quả xấu:** nếu sau 5 phút hồi sức mà trẻ vẫn không tự thở được, cần tiêm thêm vào tĩnh mạch rốn dung dịch calcium gluconate 10% (5ml/kg). Nếu tiếp tục hồi sức mà tình trạng trẻ vẫn không cải thiện, có thể tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm thẳng vào buồng tim 0,1 ml dung dịch Adrenaline 1/10.000.

Nhỏ vào ống thông nội khí quản 2 - 3 giọt dung dịch Adrenaline 1/10.000 cũng có tác dụng giống như tiêm vào tĩnh mạch.

Nếu sau khi nhỏ thuốc vào ống nội khí quản mà tình trạng trẻ vẫn không tốt hơn sau 15 phút hồi sức tích cực, ta có thể ngưng hồi sức, xem như hồi sức đã thất bại.

❖ **Ngạt tím** khi điểm số Apgar = 4 - 7.

Trường hợp này, tình trạng huyết động học của trẻ có khả quan hơn.

Nếu trẻ chỉ tím tái nhưng nhịp tim > 100 lần/phút thì làm thông đường hô hấp bằng cách hút dịch ở mũi miệng và hẫu họng trẻ, sau đó giúp thở qua mặt nạ. Nếu sau đó trẻ khóc tốt thì không cần tiêm thuốc qua đường tĩnh mạch rốn.

Nếu sau khi hồi sức 3 phút mà tình trạng trẻ nặng thêm, tiêm tĩnh mạch rốn Natri bicarbonate 4,2% (5ml/kg) và dung dịch glucose 10% (3ml - 5ml/kg). Theo dõi nhịp tim trẻ, nếu < 100 lần/phút thì phải xoa bóp tim ngoài lồng ngực để bảo đảm một cung lượng tuần hoàn tối thiểu. Đồng thời phải khám kỹ để phát hiện dị tật hẹp lỗ mũi sau hoặc dị tật thoát vị cơ hoành...

Nếu thấy trẻ thở khò khè nhiều trong khí quản hoặc trong nhánh phế quản thì phải đặt nội khí quản ngay để giải quyết như trong trường hợp ngạt trắng.

❖ **Trẻ với APGAR = 0**

Trẻ với Apgar = 0 xem như chết lâm sàng, tim trẻ đã ngưng đập trước khi sinh. Trường hợp này cần phải hồi sức cấp cứu giống như trẻ có Apgar bằng 1-3, kèm theo xoa bóp tim ngoài lồng ngực. Nếu trẻ không đáp ứng dù xoa bóp tim và thông khí áp lực dương đã đầy đủ sau 30 giây, mà nhịp tim không lên được 80 lần/phút, thuốc hồi sức cần được cho ngay.

❖ **Ngạt do hít nước ối lẫn phân su**

Tình trạng này thường xảy ra sau một cơn suy thai cấp. Trẻ sinh ra tím tái và có rất nhiều tiếng khò khè ở phổi.

Cần phải soi đèn nội khí quản rồi dùng một ống sonde lớn hút trực tiếp khí quản qua hai dây thanh quản, sau đó đặt nội khí quản rồi tiếp tục hút sâu trong lòng các nhánh phế quản có ứ đọng nước ối lẫn phân su.

Viện trợ hô hấp nhân tạo bằng ống thông dẫn oxy nguyên chất với áp lực nhẹ nhàng, tránh không đẩy dịch ối vào sâu thêm trong phế quản.

Điều chỉnh toan chuyển hóa bằng dung dịch Natri bicarbonate 4,2% (5ml/kg) và dung dịch glucose 10% (3ml - 5ml/kg).

Nếu tim đập yếu, có thể thêm Calcium gluconate 10% 2,5ml pha loãng tiêm tĩnh mạch chậm.

Sau hồi sức, nếu có điều kiện nên chụp X quang tim phổi, tiếp tục điều trị tại khu dưỡng nhi vì có thể có những tai biến do hồi sức như tràn khí màng phổi, hay tổn thương não do thiếu dưỡng khí, hoặc hạ đường-huyết... có thể ảnh hưởng đến phát triển tinh thần trẻ sau này.

CÁC TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

Trẻ ngủ thiếp do thuốc

Một số trẻ sinh ra ngủ thiếp do thuốc dùng ở bà mẹ trong lúc chuyển dạ (như Dolosal, Aminazine, Valium...). Sau sanh có thể có tiếng khóc ngắn ngủi, tiếp theo là một cơn ngưng thở.

Trường hợp này nếu hô hấp viện trợ không đủ thì cần phải giúp thở nhân tạo. Nếu biết mẹ dùng thuốc có gốc bạch phiến thì có thể tiêm giải độc cho trẻ bằng Nalorphin 0,1mg - 0,2mg/kg.

Thoát vị cơ hoành

Biểu hiện bởi cơn tím tái liên tục dù đang hồi sức. Quan sát thấy bụng ít căng, lồng ngực phồng lên. Tiếng tim nghe rõ về phía phải lồng ngực (9/10 trường hợp bị thoát vị cơ hoành ở bên trái). Chẩn đoán xác định bằng X quang ngực thẳng và nghiêng.

Giải quyết:

- Không viện trợ hô hấp bằng mặt nạ vì sẽ làm dạ dày càng chướng hơi nhiều hơn.
- Phải đặt nội khí quản, viện trợ thở nhẹ nhàng, đề phòng vỡ phế nang gây tràn khí.
- Đặt một ống sonde vào dạ dày để thoát hơi. Cho trẻ nằm đầu cao, nghiêng về phía thoát vị để tránh chèn ép phổi bên lành.
- Chuyển ngay bệnh nhi tới cơ sở ngoại khoa để giải quyết phẫu thuật.

Teo thực quản

Trẻ sinh ra tím tái, khó thở, đờm dài tiết nhiều ở mũi, miệng.

Giải quyết:

- Đặt trẻ ở tư thế nửa ngồi để tránh dịch dạ dày trào ngược vào lỗ dò, vào phế quản gây viêm phổi.
- Làm thông đường hô hấp, hút sạch đờm nhớt.
- Chụp X quang để chẩn đoán vị trí túi bịt thực quản.

Hẹp khoang mũi

Trẻ bị ngạt, không thở qua mũi được. Chẩn đoán bằng cách đưa ống thông qua mũi thấy rất khó khăn.

Giải quyết:

- Đặt cannule Mayo để trẻ dễ thở.
- Cho ăn bằng ống thông dạ dày.

Hội chứng Pierre - Robin

Dị tật gồm khe hở hàm ếch, lưỡi tụt ra sau và lẹm cầm. Trẻ có thể bị ngạt, tím tái ngay sau sanh.

Giải quyết bằng cách đặt cannule Mayo, hồi sức tích cực, sau đó cho nằm sấp để trẻ dễ thở hơn.

Tím tái kéo dài

Nếu sau 5 - 10 phút hồi sức tích cực mà trẻ vẫn tím tái, phải tìm những bất thường khác như: bệnh đa hồng cầu, bệnh tim bẩm sinh có tím, bệnh Méthémoglobin.

CÁC TRƯỜNG HỢP KHÔNG NÊN HỒI SỨC

- Trẻ có các dị tật nặng, không thể sống được.
- Trẻ có những chấn thương nặng, nhất là ở não.
- Trẻ bị ngạt kéo dài, hồi sức > 15 - 20 phút không kết quả. Nếu sống, trẻ cũng sẽ có những dấu chứng thần kinh nặng nề.
- Trẻ quá non tháng, không có khả năng sống sót.

CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI TRẺ SAU HỒI SỨC

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả hồi sức

Tiêu chuẩn lâm sàng

- Trẻ hết tím tái, hồng hào, khóc được.
- Trẻ tự thở đều và sâu.
- Nhịp tim đều và rõ, trên 100 lần/phút.
- Phản xạ thần kinh tốt, trương lực cơ bình thường.

Tiêu chuẩn sinh hóa: Ôn định được tình trạng toan chuyển hóa trong máu

pH ≥ 7,3.

PaCO₂ < 40mmHg.

PaO₂ = 60 - 70mmHg.

Theo dõi trẻ sau hồi sức

Tất cả trẻ phải hồi sức sau sinh đều phải được theo dõi ít nhất 24 giờ. Cần tiếp tục ủ ấm trẻ sau hồi sức. Bảo đảm nhiệt độ thích hợp và nguồn oxy khi chuyển trẻ sang khu dưỡng nhi. Cần cho kháng sinh ít nhất là 5 ngày để ngừa nhiễm trùng.

Tiếp tục điều trị và chống biến chứng.

Sau hồi sức, dù tình trạng trẻ có khả quan lên, nhưng vẫn có thể có những biến chứng sau đó. Do đó, phải phát hiện kịp thời để xử trí các biến chứng thường gặp như: giảm đường-huyết, phù não, giảm calci huyết, hạ thân nhiệt, suy hô hấp thứ phát hoặc nhiễm khuẩn bội nhiễm.

CÁC VẤN ĐỀ CHĂM SÓC KHÁC SAU HỒI SỨC

Bảo vệ thân nhiệt trẻ sơ sinh

Trẻ sơ sinh có nhiều nguy cơ bị hạ thân nhiệt hay bị tăng thân nhiệt một cách đột ngột, đến mức có thể gây nguy hiểm chết người do không thể tự điều chỉnh được thân nhiệt. Trẻ non tháng/nhỏ cân/trẻ bị ôm là những trẻ có nhiều nguy cơ nhất.

Biến đổi nhiệt độ của môi trường, trang phục (quá nóng hay quá rét), thói quen chăm sóc có hại (tắm sớm, tắm nước lạnh) và cuối cùng là các bệnh lý nhiễm trùng là những yếu tố gây biến động thân nhiệt nguy hiểm cho trẻ sơ sinh.

Bảo vệ thân nhiệt trẻ sơ sinh là một loạt những biện pháp được áp dụng ở thời điểm trẻ được sinh ra và trong những ngày đầu tiên của trẻ nhằm mục đích giữ cho thân nhiệt trẻ được bình ổn và phòng tránh được hạ thân nhiệt hay tăng thân nhiệt.

- Giữ được một thân nhiệt bình thường ($36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$).
- Không bị trở nên quá lạnh ($<36,5^{\circ}\text{C}$ = hạ thân nhiệt).
- Không bị trở nên quá nóng ($>37,5^{\circ}\text{C}$ = tăng thân nhiệt).

Trẻ sơ sinh bị hạ thân nhiệt hay tăng thân nhiệt nhanh hơn nhiều so với người lớn vì chúng không thể điều chỉnh được thân nhiệt như người lớn. Trẻ càng nhẹ cân, trẻ càng thiếu tháng thì nguy cơ này càng lớn.

Mọi nhân viên y tế đều cần phải được cảnh báo rằng nguy cơ trẻ bị hạ thân nhiệt ($<36,5^{\circ}\text{C}$) là một tình trạng thường thấy, và tăng thân nhiệt ($>37,5^{\circ}\text{C}$) là một tình trạng ít thấy hơn.

Cả hai tình trạng nêu trên đều nguy hiểm cho trẻ, nhưng cũng có thể phòng tránh được một cách dễ dàng mà không cần đến những trang thiết bị đặc biệt nào.

Để phòng tránh hiện tượng mất nhiệt sau sanh cần thực hiện *Chuỗi ấm* gồm 10 bước các bước này liên kết với nhau được thực hiện lúc sanh và trong các giờ, các ngày sau đó nhằm giảm khả năng bị hạ thân nhiệt ở mọi trẻ:

1. Một phòng sanh ấm.
2. Làm khô trẻ tức thì.
3. Da kè da.
4. Bú mẹ.
5. Không tắm sớm.
6. Giường và áo quần đủ ấm.
7. Mẹ và con được ở gần nhau.
8. Vận chuyển ấm.
9. Hồi sức ấm.
10. Nhân viên được huấn luyện.

Bảo vệ thân nhiệt trẻ sơ sinh thường không được thực hiện tốt do nhân viên y tế và cha mẹ trẻ thiếu hiểu biết hơn là do thiếu trang thiết bị.

Giữ nhiệt độ trong phòng sinh phù hợp với công việc mọi người. Đừng quên trẻ sơ sinh với diện tích da/khối lượng cơ thể lớn sẽ dễ dàng bị stress do lạnh. Ngay sau sinh trẻ sơ sinh cần được đặt ngay dưới đèn sưởi ấm. Trẻ cần được lau khô toàn thân, những khăn ướt do lau trẻ cần bỏ ra ngoài để tránh tình trạng mất nhiệt qua da. Những cách như trên giúp trẻ bảo tồn được nhiệt độ thân thể khi sinh.

Với trẻ sinh non tháng, bị ngạt nặng hay thiếu oxy máu cần bảo vệ thân nhiệt nhiều hơn vì hiện tượng mất nhiệt qua da rất lớn. Bởi vì khi thiếu oxy máu, đáp ứng với lạnh sẽ bị cản trở, trẻ sẽ giảm thân nhiệt rất nhiều nếu không được kiểm soát thường xuyên. Trẻ bị toan chuyển hóa cũng đáp ứng chậm với tình trạng hạ thân nhiệt.

Nuôi con bằng sữa mẹ

Nuôi con bằng sữa mẹ là một trong các biện pháp căn bản nhằm giúp cho trẻ sơ sinh có thể nhanh chóng thích nghi được với sự chuyển đổi từ môi trường trong tử cung sang môi trường ngoài tử cung. Nuôi con bằng sữa mẹ còn là một mắt xích trong chuỗi ẩm, giúp thực hiện tốt bảo vệ thân nhiệt trẻ sơ sinh.

Cho trẻ bú mẹ sớm sau sinh và thực hiện da kè da mang lại cho trẻ sơ sinh sự bảo vệ cần thiết khỏi tác động bất lợi của các tác nhân vật lý - vi sinh từ môi trường (da kè da và sự thiết lập quần thể vi khuẩn cộng sinh trên da và trên mao cuống rốn, các kháng thể từ mẹ truyền qua sữa...). Cho bé nằm cạnh mẹ, khuyến khích mẹ cho bé bú ngay sau đẻ (càng sớm càng tốt, khoảng từ 30 phút đến 1 giờ sau đẻ) để giúp sữa về sớm và từ cung người mẹ co hồi tốt.

Nuôi con bằng sữa mẹ giúp hệ tiêu hóa non trẻ của trẻ sơ sinh có thể bão đảo được tốt nhất nhu cầu dưỡng chất cần thiết trong những ngày đầu của thời kỳ sơ sinh, đặc biệt cho các trẻ non tháng.

Chăm sóc rốn

Làm rốn là buộc hoặc kẹp dây rốn và cắt ngắn sau khi đã cặt, cắt dây rốn trong lúc đẻ.

Chuẩn bị

- Bô làm rốn.
- Khăn vô khuẩn, bông, gạc vô khuẩn, cồn 70°.
- Bàn làm rốn có đủ ánh sáng và đủ âm.
- Kẹp rốn, chỉ lanh vô khuẩn.

Các bước tiến hành

- Dùng một tấm gạc che quanh chân rốn, sát khuẩn dây rốn bằng cồn 70°.
- Dùng kẹp rốn nhựa vô khuẩn cặt rốn.
- Cắt bỏ phần dây rốn còn lại trên nút buộc.
- Sát khuẩn mặt cắt.
- Không băng kín rốn. Để rốn khô và sạch. Có thể phủ một lớp gạc mỏng vô khuẩn trong ngày đầu tiên.

Chăm sóc rốn là một nội dung quan trọng trong chăm sóc trẻ ở những ngày đầu. Mặt cắt rốn và mao cuống rốn còn lại có thể là đường vào cho vi khuẩn, sau đó chúng tấn công vào mô lân cận, phúc mạc và toàn hoành chung. Nhiễm trùng rốn, bao gồm cả uốn ván rốn, rất phổ biến trong những điều kiện chăm sóc kém.

Thông điệp quan trọng nhất liên quan đến chăm sóc rốn là tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn khi thực hiện mọi công đoạn của chăm sóc rốn sơ sinh, từ kẹp cắt cuống rốn, làm rốn và chăm sóc mỗ cuống rốn còn lại tại bệnh viện và tại nhà cho đến khi rụng rốn.

Thăm khám trẻ tại khoa hậu sản phải bao gồm việc đánh giá kỹ năng chăm sóc rốn của mẹ (nhận thức được vai trò quan trọng của giữ rốn khô, sạch và thoáng) cũng như quan sát các dấu hiệu sớm của nhiễm trùng rốn (nhiễm trùng tại chỗ của rốn: ẩm, đỏ, có mùi, có mủ và các dấu hiệu toàn thân).

Cách thức xử lý rốn nhiễm trùng phải được thực hiện một cách phù hợp và đúng để ngăn cản tình trạng nhiễm trùng lan xa.

Các chăm sóc khác

- Chống xuất huyết: dùng Vitamin K₁ 5mg tiêm bắp.
- Sát trùng mắt: cần nhỏ mắt cho trẻ bằng dung dịch Nitrat bạc 1% hoặc Erythromycin 0,5% có tác dụng chống nhiễm Chlamydia và chống lậu cầu.
- Kiểm tra phát hiện các dị tật ở chân, tay, mặt, mũi.
- Cân đo chiều dài, vòng đầu, vòng ngực. Sau đó mặc quần áo, quần tã, đội mũ cho bé.
- Cho bé nằm cạnh mẹ, khuyến khích mẹ cho bé bú ngay sau đẻ để giúp sữa về sớm và tử cung người mẹ co hồi tốt.
- Chú ý ủ ám tránh nhiễm lạnh, đặt trẻ ở tư thế đầu hơi thấp, nghiêng về một phía để phòng trẻ hít phải dịch nôn trớ gây suy hô hấp và ngạt thở phát. Thường xuyên quan sát nhịp thở, nhịp tim, màu sắc da và phản xạ của bé, phát hiện sớm bất thường để xử trí kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trường Đại học Y Dược TPHCM. Nhi khoa: Chương trình sau đại học Tập II (2004).
2. Bộ môn Nhi, Đại học Y Dược TP HCM. Bài giảng nhi khoa tập 1, 2 (2007).
3. Bộ Y Tế. Chuẩn Quốc Gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Làm mẹ an toàn. Chăm sóc sau đẻ.
4. Thermal protection of the newborn: A practical guide. WHO, Geneva 1997
5. Beckman. Obstetrics and Gynecology 6th edition, Chapter 10: Immediate Care of the Newborn.

BĂNG HUYẾT SAU SANH

GS.TS.BS. Trần Thị Lợi

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

1. Định nghĩa được băng huyết sau sanh.
2. Phân tích được những nguyên nhân gây băng huyết sau sanh.
3. Nêu được chẩn đoán nguyên nhân của băng huyết sau sanh.
4. Trình bày được những nguyên tắc dự phòng băng huyết sau sanh.
5. Trình bày được cách xử trí băng huyết sau sanh theo từng nguyên nhân.

Băng huyết sau sanh hay băng huyết sau sô thai hiện vẫn là một trong năm tai biến sản khoa và là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong cho sản phụ. Tỉ lệ băng huyết sau sanh khoảng 3% - 5%, và tăng lên đến 8% - 10% nếu có tiền sử băng huyết sau sanh^[4].

ĐỊNH NGHĨA

Theo định nghĩa cổ điển, băng huyết sau sanh là khi chảy máu từ nơi nhau bám với số lượng từ 500ml trở lên, trong vòng 24 giờ sau sô thai. Tuy nhiên, ngày nay định nghĩa này đã được mở rộng cho tất cả các nguyên nhân khác gây chảy máu sau sô thai từ *bất cứ nơi nào ở đường sinh dục*.

Ngày nay, một số nghiên cứu đã ghi nhận gần 50% phụ nữ sanh ngả âm đạo bị mất lượng máu kể trên, mỗi lấy thai mất khoảng 1.000ml máu, cắt tử cung sau mỗi lấy thai mất từ 1.400ml-3.500ml máu^[8]. Ở thai kỳ bình thường, nhờ cơ chế gia tăng thể tích máu trong thai kỳ nên vào những tháng cuối thai kỳ thể tích máu có thể gia tăng 30%-60%, tương đương 1.000ml đến 2.000ml trên những thai phụ có cân nặng trung bình, do đó, người phụ nữ có thể chịu đựng được tình trạng mất máu sau sanh mà không có ảnh hưởng nhiều lên tổng trạng. Tuy nhiên, ở nước ta, có một tỉ lệ đáng kể thai phụ bị thiếu máu thiếu sắt, tăng huyết áp do thai, dinh dưỡng kém... nên có khi chỉ mất ít hơn 500ml máu là đã bị choáng. Người bác sĩ sản khoa phải biết đánh giá tình huống để can thiệp kịp thời, và cũng nên lưu ý rằng số lượng máu mất mà ta ước lượng thông thường chỉ bằng một nửa lượng máu mất thực sự.

NHẮC LẠI SINH LÝ VÀ BỆNH HỌC

Sinh lý sô nhau

Về phương diện sinh lý, giai đoạn sô nhau gồm ba thì:

Thì bong nhau: sau khi sô thai, tử cung thu hồi nhỏ lại. Do bánh nhau không có tính đàn hồi như cơ tử cung nên bánh nhau sẽ nhăn rúm lại và bị tróc ra một phần. Máu từ các xoang tĩnh

SẢN KHOA

mạch sẽ chảy ra từ nơi nhau tróc tạo thành một khối máu tụ sau nhau. Khối máu tụ này to dần giúp nhau bong hoàn toàn khỏi tử cung.

Thì sổ nhau: dưới ảnh hưởng của cơn co tử cung, nhau đã bong sẽ được đẩy xuống âm đạo và sổ ra khỏi âm hộ.

Thì cầm máu: sau khi nhau bong, các sợi cơ đan chéo ở thành tử cung co thắt lại, xiết các mạch máu giúp cầm máu. Hiện tượng cầm máu sẽ được hoàn chỉnh bởi cơ chế đông máu bình thường tạo thành các cục máu đông bít đầu mạch máu.

Sổ nhau bệnh lý

Băng huyết sau sanh xảy ra nếu có những rối loạn bất thường ở các thì của giai đoạn sổ nhau:

Thì bong nhau: do cơn co tử cung yếu làm nhau không bong hoàn toàn hoặc nhau bám quá chặt do niêm mạc tử cung có sẹo (nạo thai, mổ lấy thai ...) hoặc do viêm niêm mạc tử cung, u xơ tử cung, tử cung dị dạng ...

Thì sổ nhau: do tử cung co hồi kém, hoặc ngược lại tử cung co thắt quá chặt, khiến nhau bị cầm tù trong buồng tử cung hoặc ở một góc tử cung nên không sổ ra ngoài được.

Thì cầm máu: do đờ tử cung, cơn co tử cung yếu khiến cơ tử cung không xiết chặt được các mạch máu, hoặc do rối loạn đông máu.

Ngoài ra băng huyết sau sanh còn có thể do các sang chấn ở đường sinh dục.

NGUYÊN NHÂN

Có thể chia các yếu tố thuận lợi và nguyên nhân của băng huyết sau sanh làm ba nhóm nguyên nhân chính như trong bảng dưới đây^[6]

Các yếu tố thuận lợi và nguyên nhân của băng huyết sau sanh

1. Chảy máu từ vị trí nhau bám

Đờ tử cung:

- Chất lượng cơ tử cung kém
- Tử cung quá căng
- Chuyển dạ kéo dài hoặc chuyển dạ quá nhanh
- Giục sanh lâu với oxytocin
- Nhiễm trùng ối
- Gây mê
- Giảm tưới máu đến tử cung: hạ huyết áp:
 - Xuất huyết nhiều
 - Dẫn đầu vô cảm

Bất thường của bánh nhau:

Sót nhau

Nhau cài răng lược

Nhau bám bất thường: nhau tiền đạo...

Can thiệp không đúng cách trong thời kỳ sót nhau

Kéo dây rốn khi nhau chưa bong, đẩy đáy tử cung dẫn đến lộn tử cung

2. Tồn thương đường sinh dục:

Cắt tầng sinh môn rộng

Rách: tầng sinh môn, âm đạo, cổ tử cung.

Vỡ tử cung

3. Rối loạn đông máu:

Nhau bong non, thai lưu, thuyên tắc ối, nhiễm trùng ối

Đò tử cung là nguyên nhân thường gặp nhất. Các yếu tố có thể dẫn đến đò tử cung gồm:

Chất lượng cơ tử cung kém: do sanh nhiều lần, tử cung có sẹo cũ, u xơ tử cung, tử cung dị dạng...

Tử cung quá căng: đa thai, đa ối, con to. Lượng máu mất khi sanh song thai khoảng 1000ml (Pritchard, 1965)^[8]

Chuyển dạ kéo dài, giục sanh lâu với oxytocin hoặc chuyển dạ quá nhanh do con co tử cung cường tính.

Nhiễm trùng ối

Gây mê sâu

Giảm tưới máu đến tử cung: do hạ huyết áp, tăng huyết áp trong thai kỳ, dẫn đầu gây mê.

Sản phụ bị suy nhược, thiếu máu nặng.

Bất thường của bánh nhau

Bất thường về hình thể: diện tích và thể tích nhau quá lớn (trong đa thai, phù nhau thai), bánh nhau phụ (dễ sót bánh nhau phụ), hoặc dây rốn ngắn (làm nhau bong sớm, dễ sót nhau).

Bất thường về vị trí nhau bám:

Khi thai gần đủ ngày tháng, mỗi phút ước lượng có khoảng 600ml máu chảy vào các hố huyết sau nhau. Khi nhau bong, nhờ cơ chế co hồi tử cung, lớp cơ đan chéo thắt các mạch máu giúp cầm máu tốt. Nếu nhau bám ở đoạn dưới tử cung: do cấu trúc lớp cơ ở đoạn dưới mỏng, không có lớp cơ đan chéo nên thu hồi không tốt, hơn nữa các gai nhau có khuynh hướng bám sâu vào lớp cơ tử cung trở thành nhau cài răng lược khiến nhau không thể bong hoàn toàn gây chảy máu.

Nhau bám ở góc tử cung: dễ làm một phần nhau bị sót lại.

Nhau bám ở vách ngăn tử cung dị dạng: rất khó bong.

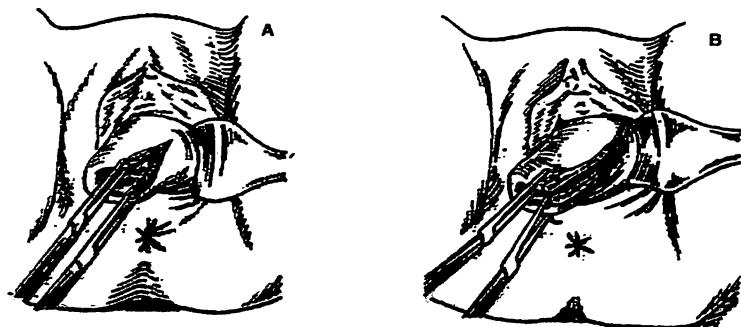
Can thiệp không đúng cách trong thời kỳ số nhau

Các động tác đẩy đáy tử cung, kéo mạnh dây rốn khi nhau chưa bong có thể làm rối loạn cơ chế bong nhau bình thường, gây chảy máu nhiều, hoặc làm lộn lộp đáy tử cung gây xuất huyết và choáng nặng.

Tổn thương đường sinh dục

Cổ tử cung và âm đạo có thể bị rách ngay cả trong các trường hợp sanh thường. Tuy nhiên biến chứng này thường gặp hơn trong những trường hợp sanh khó, sanh thủ thuật, nhất là can thiệp thủ thuật khi cổ tử cung chưa mở rộng, hoặc dùng tay nong cổ tử cung.

Những trường hợp sanh nhanh (sanh rót, sanh thai nhỏ...) cũng dễ gây rách cổ tử cung, âm đạo và tầng sinh môn. Nên chú ý là vết rách cổ tử cung có thể bị kéo dài đến đoạn dưới tử cung, khi kiểm tra cổ tử cung thấy vết rách vượt quá cùng đồ âm đạo, thì *tổn thương đường vỡ tử cung* phải mở bụng để thám sát và xử trí.



Hình 8.1: Kiểm tra cổ tử cung bằng dụng cụ:

A: Cổ tử cung rách B: Cổ tử cung rách đến đoạn dưới tử cung
(Nguồn hình: tài liệu tham khảo số 6)

Rối loạn đông máu

Rối loạn đông máu thường xảy ra trong các trường hợp: nhau bong non, thai lưu, nhiễm trùng ối, thuyên tắc ối, hội chứng HELLP trong tăng huyết áp do thai. Ngoài ra còn các trường hợp bệnh nhân bị các bệnh về đông máu như giảm tiểu cầu, hemophilie...

LÂM SÀNG

Triệu chứng tổng quát: da xanh, niêm nhợt, tay chân lạnh, khát nước, vật vã, vẻ mặt hoảng hốt, mạch nhanh, huyết áp tụt, choáng mất máu. Điều đáng lưu ý là sau sanh, mạch, huyết áp thường chỉ thay đổi sau khi đã mất một lượng máu lớn. Ngoài ra, ở người tăng huyết áp trong thai kỳ, dù đã bị mất nhiều máu huyết áp có thể vẫn còn ở mức độ bình thường.

Triệu chứng thực thể

Chảy máu: có thể vừa chảy ra ngoài, vừa đọng lại trong lòng tử cung. Máu có thể chảy mạnh từng đợt hoặc nhỏ giọt liên tục, hoặc cứ mỗi cơn co tử cung lại tống máu cục ra ngoài. Đặc biệt tình trạng máu chảy rỉ rả liên tục có thể làm mất một lượng máu lớn vì máu chảy ra có vẻ không nhiều nên không được quan tâm đúng mức cho đến khi bị giảm thể tích máu đáng kể mới phát hiện được. Pritchard và cộng sự (1962) nhận thấy lượng máu mất được ước lượng, thường chỉ vào khoảng 50% lượng máu mất thực sự. Ngoài ra tử cung cũng có thể chứa đựng khoảng 1.000ml máu trong buồng tử cung^[8].

Tử cung mềm nhão, tăng thể tích: đây tử cung lên cao dần, tử cung to ra theo bề ngang, co hồi kém, không có khôi cầu an toàn.

Nếu máu chảy đỏ tươi, nhiều trong khi tử cung co hồi tốt thì phải nghĩ tới nguyên nhân tổn thương đường sinh dục gây băng huyết.

TIỀN TRIỀN VÀ TIỀN LƯỢNG

Nếu không phát hiện và điều trị kịp thời, sản phụ sẽ bị mất máu nhiều đưa đến trụy tim mạch, choáng nặng có thể dẫn đến tử vong. Băng huyết sau sanh nặng có thể dẫn đến các biến chứng muộn như suy thận cấp, hội chứng Sheehan (hoại tử tuyến yên gây mất sữa, vô kinh, rụng lông tóc, suy giáp, suy thượng thận). Hội chứng Sheehan hiếm xảy ra, chỉ khoảng 1/10.000 ca sanh. Băng huyết sau sanh còn là một yếu tố thuận lợi cho nhiễm trùng hậu sản.

Tiền lượng phụ thuộc vào chất lượng của sự theo dõi và điều trị.

XỬ TRÍ

Dự phòng

Nhiều nguyên nhân gây băng huyết sau sanh có thể dự phòng được.

Tránh chuyển dạ kéo dài: trong khi theo dõi chuyển dạ, nếu thấy kéo dài bất thường, phải tìm nguyên nhân để có hướng xử trí thích hợp.

Sử dụng cẩn thận các loại thuốc tê, mê, thuốc giảm đau trong thời kỳ chuyển dạ.

Thực hiện các thủ thuật giúp sanh phải tôn trọng chỉ định, điều kiện, bảo đảm kỹ thuật.

Số nhau tích cực: từ năm 2003, FIGO và ICM (International Confederation of Midwives) và hiện nay Hướng Dẫn Quốc Gia về các dịch vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Sinh Sản khuyến cáo áp dụng số nhau tích cực cho tất cả các thai phụ vì những tài liệu về y học chứng cứ cho thấy: so sánh với phương pháp theo dõi chờ số nhau tự nhiên (không can thiệp gì) thì số nhau tích cực làm giảm tỉ lệ thai phụ bị băng huyết sau sanh với mức độ máu mất >500ml, >1.000ml, và giảm tỉ lệ thai phụ cần được truyền máu. Tuy nhiên số nhau tích cực cũng có một số tác dụng phụ như làm tăng tỉ lệ thai phụ cần được soát lòng tử cung, có thể bị đứt dây rốn, gây lộn đáy tử cung.

Sở nhau tích cực bao gồm ba điểm căn bản: (1) Cho thuốc co hồi tử cung sau khi sô thai; (2) Kẹp và cắt dây rốn sớm; (3) Chủ động kéo dây rốn có kiểm soát và xoa đáy tử cung.

- Thuốc co hồi tử cung: sau khi sô thai Oxytocin tiêm bắp 10 đơn vị^[5] hoặc pha Oxytocin 20 đơn vị vào chai dịch truyền Lactate Ringer hoặc Normal Saline 500ml chảy nhanh với vận tốc 10ml/phút.
- Cắt dây rốn sớm: năm 2009 FIGO đã rút bỏ yêu tố này và khuyến cáo sau sinh nên trì hoãn kẹp dây rốn sau 30 giây (trừ khi có lý do khẩn cấp cần hồi sức bé) giúp tăng thể tích máu thai nhi, lượng huyết sắc tố thai nhi sẽ tăng, tránh được thiếu máu thiếu sắt ở sơ sinh. Nếu cắt dây rốn sớm, có tăng nguy cơ truyền máu ngược từ nhau thai sang mẹ (feto-maternal transfusion) và do đó làm tăng nguy cơ bất thường về miễn dịch (isoimmunisation)^[1].
- Kéo dây rốn có kiểm soát: không chờ đến khi nhau bong, đặt một bàn tay trên vách chận đáy tử cung để tránh làm lộn tử cung, tay kia kéo dây rốn khi có cơn co tử cung. Tuy nhiên tháng 5/2012 trên Lancet đã công bố kết quả của một nghiên cứu đa quốc gia cho thấy so với đỡ nhau ngay sau khi nhau bong, kéo dây rốn có kiểm soát không ảnh hưởng đến nguy cơ băng huyết sau sinh RR=1,09(95%KTC: 0,91 – 1,31)^[2]. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2012 khuyến cáo thủ thuật kéo dây rốn có kiểm soát chỉ được thực hiện bởi những người đỡ đẻ đã được tập huấn thành thục để tránh tai biến lộn đáy tử cung^[8].

Kiểm tra đường sinh dục một cách có hệ thống sau những trường hợp chuyển dạ kéo dài, sanh khó khăn, hoặc thủ thuật nặng tay.

Điều trị

Trước một trường hợp băng huyết sau sanh cần thực hiện ngay những động tác cơ bản sau:

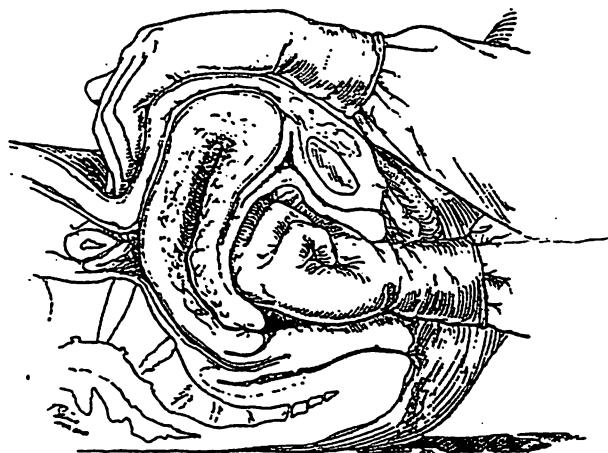
- Phải có đường truyền tĩnh mạch hiệu quả (đã chuẩn bị từ khi sản phụ lên bàn sanh) truyền dung dịch tinh thể hoặc dung dịch keo (nếu không có dung dịch tinh thể) và truyền máu khi cần.
- Sản phụ nằm đầu thấp, tư thế Trendelenburg, thở oxy.
- Theo dõi: mạch, huyết áp, lượng máu mất, nước tiểu (đặt thông tiểu).
- Thủ nhom máu (nếu bệnh nhân không được thử từ khi khám thai).
- Xoa đáy tử cung qua thành bụng. Đôi khi động tác này cũng giúp cầm máu trong những trường hợp đỡ tử cung.

Xử trí tiếp theo tùy thuộc nhau đã sô hay chưa.

Nếu nhau chưa sô: làm nghiệm pháp bong nhau. Nếu nhau đã bong thì tiến hành đỡ nhau. Đa số trường hợp nhau chưa bong hoặc bong không hoàn toàn, khi đó phải bóc nhau nhân tạo sau khi đã hồi sức nâng tổng trạng và cho thuốc giảm đau, ngừa choáng đồi giao cảm.

Sau khi bóc nhau phải kiểm tra đường sinh dục: soát lòng tử cung, kiểm tra cổ tử cung và âm đạo bằng van và kẹp hình tim để bảo đảm không có tổn thương đường sinh dục.

Nếu nhau đã sô thì các nguyên nhân gây băng huyết thường là đờ tử cung, sót nhau, tổn thương đường sinh dục và rối loạn đông máu. Sau khi hồi sức, nâng tổng trạng sản phụ và cho thuốc vô cảm, soát lòng tử cung để bảo đảm lòng tử cung trống, không ứ máu cục, không sót nhau và tử cung toàn vẹn. Cũng cần kiểm tra âm đạo, cổ tử cung bằng dụng cụ. Sau khi soát lòng tử cung, nếu tử cung co hồi kém, có thể ép tử cung bằng hai tay: một tay xoa đáy tử cung qua thành bụng và tay kia trong âm đạo ép tử cung (**hình 8.2**).



Hình 8.2: Ép tử cung bằng hai tay: một tay xoa đáy tử cung qua thành bụng và tay kia trong âm đạo ép thành trước tử cung có thể giúp cầm máu trong trường hợp đờ tử cung.

(Nguồn hình: tài liệu tham khảo số 6)

Thuốc giúp co hồi tử cung:

- Oxytocin: 20UI-40UI/1.000ml Lactate Ringer hoặc Normal Saline chảy nhanh có thể đến 200mUI oxytocine/phút. Oxytocine truyền tĩnh mạch có tác dụng ngay lập tức và đạt đến nồng độ cân bằng trong máu sau 30 phút, thời gian bán hủy: 3 phút. Nếu tiêm bắp, Oxytocine có tác dụng sau 3-7 phút kéo dài trong 120 phút.
- Methylergonovine 0,2mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm (trong 60 giây và phải theo dõi kỹ mạch, huyết áp) nếu Oxytocine không hiệu quả với điều kiện lòng tử cung phải trống và sản phụ không bị tăng huyết áp. Thuốc có tác dụng sau tiêm bắp 2-5phút, thời gian bán hủy 30 phút, hiệu quả lâm sàng kéo dài 3 giờ.
- Carbetocin là một chất đồng vận tổng hợp của Oxytocin có thời gian bán hủy dài 40 phút được cho phép sử dụng ở nước Anh để phòng ngừa băng huyết sau mổ lấy thai. Kết quả của nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng so sánh hiệu quả của Carbetocin 100mg tiêm tĩnh mạch với Oxytocin 5 UI tiêm tĩnh mạch cho thấy: nhóm dùng Carbetocin có 33,5% cần dùng thêm Oxytocin truyền tĩnh mạch, trong khi tỉ lệ này của nhóm dùng với Oxytocin 5 UI tiêm tĩnh mạch là 45,5% nguy cơ tương

đối RR 0,74 (95% CI 0,57 – 0,95)^[3]. Giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ băng huyết sau sanh, truyền máu và giảm lượng Hemoglobin^[3].

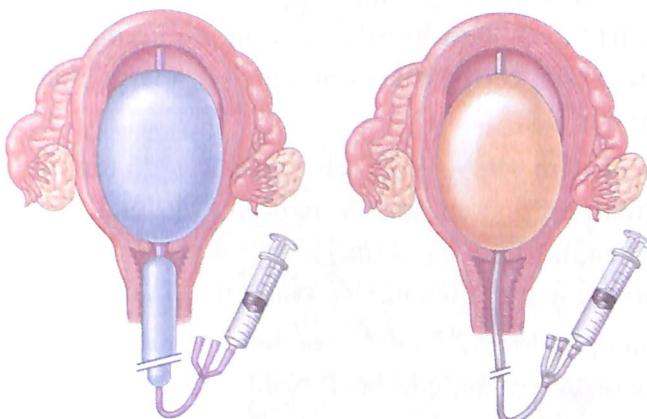
- Prostaglandin: Prostaglandin bắt đầu được sử dụng điều trị đờ tử cung từ năm 1980. *Carboprost* (15-methyl PGL 2) 0,25mg tiêm bắp mỗi 15-90 phút, tối đa 8 liều, có tỉ lệ thành công 88% (208/237 phụ nữ bị băng huyết). *Prostaglandine E2* 20mg đặt trực tràng cũng hiệu quả trong việc chữa đờ tử cung. Tuy nhiên Prostaglandine có thể gây ra một số phản ứng phụ như tiêu chảy, tăng huyết áp (có thể nghiêm trọng), nôn ói, mạch nhanh, nóng phừng. Misoprostol 1000µg (5 viên loại 200µg/viên) đặt trực tràng cũng rất hiệu quả trong điều trị đờ tử cung, thành công 16/18 ca băng huyết nặng không đáp ứng với oxytocine^[1]. Thời gian đáp ứng là 1,4 phút. Đã có nhiều nghiên cứu về tác dụng dự phòng băng huyết sau sanh khi đặt trực tràng 400µg Misoprostol. Tuy nhiên các tác giả đều thống nhất rằng Misoprostol 400µg đặt trực tràng không hiệu quả bằng Oxytocine truyền tĩnh mạch để dự phòng băng huyết sau sanh vì Misoprostol tác dụng chậm hơn Oxytocine. Do đó Misoprostol chỉ được sử dụng để dự phòng băng huyết sau sanh ở những nơi không tiêm được oxytocin^[1].

Điều trị rối loạn đông máu

Rối loạn đông máu thường xảy ra trong các trường hợp thai lưu, nhau bong non, nhiễm trùng ối, thuyên tắc ối... với đặc điểm máu chảy liên tục, không đông. Chẩn đoán xác định dựa vào các xét nghiệm về đông máu. Điều trị rối loạn đông máu và chú ý có thể đờ tử cung thứ phát do mất máu quá nhiều.

Phương pháp bóng chèn: dùng ống thông Bakri hoặc Foley cho vào buồng tử cung, chèn gạc ở âm đạo cho ống thông không bị rơi ra, dùng bơm tiêm 60ml bơm nước ấm vô trùng, có thể bơm đến 500ml để chèn bóng vào buồng tử cung. Đánh giá hiệu quả của phương pháp này bằng cách theo dõi lượng máu chảy ra ngoài qua ống thông. Duy trì oxytocin truyền tĩnh mạch liên tục trong 24 giờ. Thời gian để tháo bóng nước thay đổi từ 8-48 giờ, nên tháo nước từ từ để tránh chảy máu tái phát.

Tại bệnh viện Từ Dũ, từ năm 2007, đã có nghiên cứu sử dụng ống thông Foley loại to, số 24, có thể bơm đến 200ml nước ấm để chèn trong buồng tử cung. Phương pháp này đặc biệt hiệu quả trong những trường hợp băng huyết sau sanh do nhau bám thấp.



Hình 8.3: Ống Sengstaken-Blakemore

Hình 8.4: Bóng Bakri

(Nguồn hình: tài liệu tham khảo số 1)



Hình 8.5: Các thông Bakri, Foley được bơm nước để chèp ép tử cung.

(Nguồn hình: tài liệu tham khảo số 1)

Phương pháp chèn gạc: ở những nơi không có bóng chèn, người ta phải áp dụng chèn gạc trong một số trường hợp, mặc dù phương pháp này có nhiều điểm bất lợi:

- Cần có kinh nghiệm để chèn nhiều mét gạc vào kín chặt trong buồng tử cung.
- Thời gian chèn gạc chậm, làm mất thời giờ nhất là trong tình trạng bệnh chảy máu.
- Việc nhận định phương pháp này thành công hay thất bại bị chậm trễ vì máu phải thấm ướt hết nhiều mét gạc mới chảy ra ngoài.
- Có nguy cơ chấn thương và nhiễm trùng.

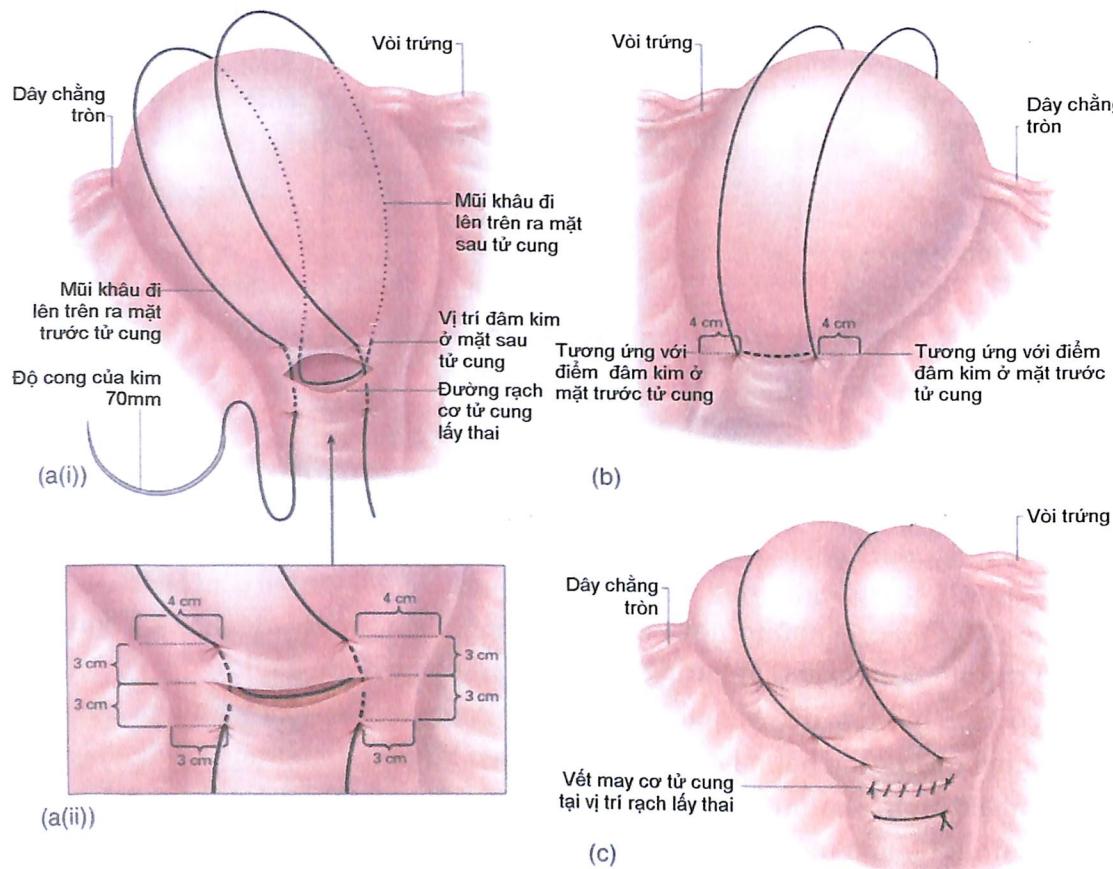
Tắc mạch: tại những trung tâm hiện đại trên thế giới, phương pháp tắc mạch đã được áp dụng hiệu quả để bảo tồn tử cung.

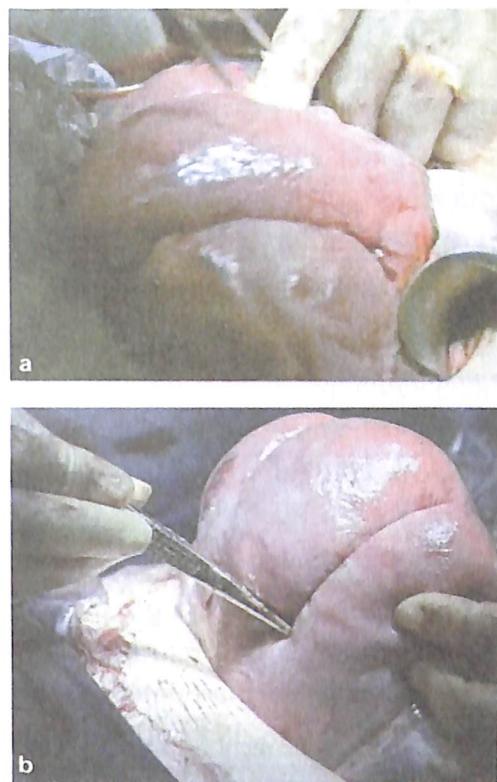
Điều trị ngoại khoa: áp dụng cho những trường hợp tổn thương đường sinh dục hoặc băng huyết sau sanh mà điều trị nội khoa không hiệu quả. Rách cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn

thường khâu lại qua ngả âm đạo, vỡ tử cung thì phải mở bụng. Với những trường hợp băng huyết sau sanh, cách xử trí tùy thuộc vào tuổi và sự mong muốn có con của sản phụ. Nếu sản phụ còn trẻ, muốn có thêm con, có thể thắt động mạch tử cung, khâu mũi B-Lynch, thắt động mạch hạ vị để bảo tồn tử cung.

Mũi khâu ép B-Lynch: năm 1989, B-Lynch một bác sĩ tham vấn về sản phụ người Anh đã sử dụng cách khâu ép dọc các mạch máu vào tử cung để bảo tồn tử cung cho một bệnh nhân bị băng huyết sau sanh nặng nhưng không đồng ý cắt tử cung. Từ đó đến nay một số nơi trên thế giới đã áp dụng mũi khâu này để bảo tồn tử cung cho nhiều sản phụ.

Những trường hợp sản phụ lớn tuổi, đã đẻ con hoặc tổn thương không cho phép bảo tồn tử cung thì phải cắt tử cung để cầm máu, cứu bệnh nhân.





Hình 8.6: Mũi khâu B-Lynch
(Nguồn hình: tài liệu tham khảo số 1.)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A textbook of Postpartum Hemorrhage, 1st Edition, Sapiens Publishing, 2006, P: 263-297.
2. AM Gulmezoglu, Lumbiganon P. và cs. Active management of the third stage of labor with and without controlled cord traction: a randomized, controlled, non-inferiority trial. Lancet, 2012 May,
3. Attilakos G, Psaroudakis D, AshJ, Buchanan R, Winter C, Donald F, Hunt LP, Draycott T. Carbetocin versus oxytocin for the prevention of postpartum haemorrhage following caesarean section: the results of a double-blind randomised trial. BJOG. 2010 Jul, 117(8): 929-36. Epub 2010 May 19.
4. High risk pregnancy, 4th Edition, Elsevier Saunders. 2011 p: 1335-1338.
5. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Bộ Y Tế, H Nội, 2009, trang 72.
6. Pratique de l'accouchement, J. Lansac, G. Body. SIMEP Paris, 1988, p: 235-242
7. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Word Health Organization 2012 (www.who.int)
8. Williams Obstetrics, 22nd Edition, McGraw-HILL Companies. Inc. 2005 p: 823-843.

CÁC BỆNH LÝ NỘI KHOA VÀ THAI KỲ

PGS.TS.BS. Ngô Thị Kim Phụng
BS. Trần Lâm Khoa

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

1. *Trình bày được cách chẩn đoán và xử trí đái tháo đường ở phụ nữ mang thai.*
2. *Trình bày được cách chẩn đoán và xử trí cường giáp ở phụ nữ mang thai.*
3. *Trình bày được cách chẩn đoán và xử trí một số bệnh lý nội khoa ở phụ nữ mang thai: bệnh lý tim mạch, hen phế quản, các bệnh lý dạ dày ruột, co giật.*

RỐI LOẠN NỘI TIẾT

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Đái tháo đường thai kỳ được định nghĩa là tình trạng bất dung nạp glucose khởi phát hoặc được phát hiện lần đầu tiên trong thai kỳ. Trong thai kỳ, bánh nhau tiết một số chất có tác dụng đe kháng insulin như HPL (Human Placenta Lactogen), progesterone, prolactin, cortisol và TNF (tumor necrosis factor), do đó thường kết hợp với tình trạng tăng kháng insulin. Vì thế, nếu các tế bào β của mẹ không tiết thêm đủ insulin thì mẹ sẽ bị tăng đường-huyết. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng những phụ nữ bị đái tháo đường thai kỳ có đe kháng insulin mạn tính và đái tháo đường thai kỳ là một “stress test” cho sự phát triển của đái tháo đường về sau. Hầu hết các nhà sản khoa thường dùng bảng phân loại White để đánh giá độ nặng cũng như các biến chứng của bệnh.

Bảng 9.1. Bảng phân loại đái tháo đường White

Phân độ	Mô tả	Điều trị
A ₁	Đái tháo đường thai kỳ; bất dung nạp đường trong thai kỳ; đường-huyết đói và sau ăn bình thường	Ăn kiêng
A ₂	Đái tháo đường thai kỳ với đường-huyết đói > 105mg/dl hoặc đường-huyết 2giờ sau ăn > 120mg/dl hoặc đường-huyết 1 giờ sau ăn > 140mg/dl	Ăn kiêng và insulin
B	Đái tháo đường sau tuổi 20 và kéo dài < 10 năm	Ăn kiêng và insulin
C	Đái tháo đường từ 10 - 19 tuổi và kéo dài 10-19 năm	Ăn kiêng và insulin
D	Đái tháo đường trước 10 tuổi và kéo dài > 20 năm hoặc có bệnh lý võng mạc	Ăn kiêng và insulin
F	Đái tháo đường có bệnh lý thận	Ăn kiêng và insulin
R	Đái tháo đường có bệnh lý võng mạc tiền triển	Ăn kiêng và insulin
H	Đái tháo đường có bệnh lý tim xơ cứng động mạch	Ăn kiêng và insulin

Biến chứng

Glucose mẹ có thể qua nhau dễ dàng trong khi insulin không thể qua nhau. Do đó, nếu mẹ bị tăng đường-huyết thì胎 thai sẽ tăng tiết insulin. Tình trạng tăng tiết insulin này sẽ có thể gây ra một số biến chứng trên thai như thai to, đa hồng cầu, kém trưởng thành phổi, hạ đường-huyết sơ sinh, vàng da, hạ canxi và ma-giê máu. Ngoài ra, tăng đường-huyết mẹ trong giai đoạn thụ tinh hoặc tạo phôi có thể gây ra bất thường nghiêm trọng trên thai như dị tật ống thần kinh, dị tật tim, dị tật hệ xương, tăng nguy cơ sảy thai.

Chẩn đoán

Có rất nhiều tiêu chuẩn để chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ. Thông thường, việc tầm soát đái tháo đường thai kỳ sẽ được thực hiện từ tuần 24-28 của thai kỳ; đối với những đối tượng nguy cơ cao như trên 30 tuổi, tiền căn con to, tiền căn thai lưu lớn, tiền căn đái tháo đường thai kỳ, tiền căn gia đình đái tháo đường, hội chứng buồng trứng đa nang, béo phì, việc tầm soát này sẽ được thực hiện vào lần đầu tiên khám thai và nếu âm tính sẽ được lặp lại vào tuần 24 – 28.

Bảng 9.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ

	Đường-huyết			
	Đói	Sau 1 giờ	Sau 2 giờ	Sau 3 giờ
Test 50g (không đói)		7,8mmol/l		
Test 75g (không đói)		8mmol/l		
Test 75g (đói)	<7mmol/l		≥7,8–11,1 mmol/l	
Tiêu chuẩn WHO				
Test 100g (đói)	5mmol/l	9,2mmol/l	7,9mmol/l	7,1mmol/l
Tiêu chuẩn O'Sullivan và Mahan				
Test 100g (đói)	95mg/dl	180mg/dl	155mg/dl	140mg/dl
Tiêu chuẩn Carpenter và Coustan				

Xử trí

Trước khi mang thai

Những phụ nữ bị đái tháo đường hoặc có tiền căn đái tháo đường thai kỳ nên được thăm khám trước khi có thai nhằm đảm bảo duy trì đường-huyết bình thường trước khi thụ thai và dùng acid folic để giảm nguy cơ dị tật ống thần kinh. Ngoài ra còn phải đánh giá toàn diện các biến chứng của đái tháo đường như bệnh lý võng mạc, bệnh lý thận. Những bệnh nhân đang dùng thuốc hạ đường-huyết uống nên chuyển sang dùng insulin.

Trong thai kỳ

Nguyên tắc:

- Xử trí đa trung tâm bao gồm bác sĩ nội tiết, chuyên viên dinh dưỡng, bác sĩ sơ sinh và bác sĩ sản khoa.

- Duy trì đường-huyết bình thường (đường-huyết đói < 5mmol/l, đường-huyết 1 giờ sau ăn < 8mmol/l và 2 giờ sau ăn < 7mmol/l).
- Thời điểm chấm dứt thai kỳ phụ thuộc vào sự xuất hiện của các biến chứng.
- Bệnh nhân phải được sanh ở nơi có chuyên khoa sơ sinh và có thể mổ lấy thai.

Duy trì đường-huyết ổn định. Đây là điểm mấu chốt trong việc kiểm soát chuyển hóa trước và trong khi mang thai nhằm làm giảm dị tật bẩm sinh, bệnh suất và tử suất sơ sinh. Mục tiêu điều trị lý tưởng là duy trì đường-huyết đói < 95mg/dl, đường-huyết 1 giờ sau ăn < 140mg/dl và 2 giờ sau ăn < 120mg/dl.

Chế độ ăn kiêng. Lượng caloric được tính toán dựa vào cân nặng lý tưởng: 30kcal/kg cho những bệnh nhân có cân nặng bằng 80% đến 120% cân nặng lý tưởng; 35 – 40kcal/kg cho những bệnh nhân có cân nặng < 80% cân nặng lý tưởng và 24kcal/kg cho những bệnh nhân 120% – 150% cân nặng lý tưởng. Chế độ ăn bao gồm 50% carbohydrate, 20% protein, 20% chất béo. Ngoài ra, chế độ ăn còn phải chứa nhiều chất xơ. Lượng caloric này được chia làm 25% trong bữa điểm tâm, 30% trong bữa trưa, 30% trong bữa tối và 15% cho buổi ăn vặt tối.

Điều trị. Thuốc hạ đường-huyết uống không được khuyến cáo sử dụng cho phụ nữ mang thai vì nguy cơ gây quái thai và làm hạ đường-huyết sơ sinh. Tuy nhiên một số thuốc hạ đường-huyết uống như glyburide, không vào trong tuần hoàn máu thai có thể được sử dụng để điều trị đái tháo đường thai kỳ sau tam cá nguyệt đầu tiên.

Insulin là tiêu chuẩn vàng để duy trì đường-huyết trong thai kỳ. Đỉnh tác dụng của lispro insulin là trong 30 – 90 phút, của regular insulin là 2 – 3 giờ và của NPH insulin là 6 – 10 giờ. Sự kết hợp giữa insulin có tác dụng nhanh hoặc ngắn (lispro hoặc regular) với insulin tác dụng trung bình (NPH) thường được chia ra cho vào buổi sáng và tối có tác dụng kiểm soát đường-huyết tốt.

Cách tính liều khởi đầu của Insulin:

$$\text{Insulin} = \text{cân nặng} \times 0,6 \text{ (tam cá nguyệt 1)}$$

$$0,7 \text{ (tam cá nguyệt 2)}$$

$$0,8 \text{ (tam cá nguyệt 3)}$$

- ➔ Cho 2/3 liều buổi sáng và 1/3 liều buổi tối.
- ➔ Trước ăn sáng: 2/3 NPH và 1/3 regular hoặc lispro.
- ➔ Trước ăn tối: 1/2 NPH, 1/2 regular hoặc lispro (nếu dùng lispro phải thêm liều trước bữa ăn vặt tối).

Tập thể dục. Bệnh nhân đái tháo đường nên tập những bài tập thể dục từ nhẹ đến trung bình trong vòng 30 phút sau các bữa ăn.

Xử trí tiền sản. Bên cạnh việc ổn định đường-huyết, cần phải theo dõi sát để phát hiện các biến chứng trên thai và sản phụ. Đối với các sản phụ bị đái tháo đường trước khi mang thai hoặc được chẩn đoán đái tháo đường trước tuần lễ 20, phải kiểm tra bằng siêu âm, siêu âm tim

thai và định lượng alphafoetoprotein từ tuần 16 – 20 để tầm soát các dị tật bẩm sinh. Chức năng thận, tim và mắt của sản phụ cũng phải được theo dõi sát. HbA_{1c} phải được làm ngay lần đầu tiên thăm khám, nếu > 8,5% phải được theo dõi cẩn thận bằng siêu âm để phát hiện bất thường bẩm sinh. Các thể đái tháo đường A, B, C thường là thai to, trong khi các thể D, F, R thai thường bị chậm tăng trưởng. Nếu tình trạng sản phụ ổn định, đường-huyết ổn định và sức khỏe thai tốt thì có thể chờ chuyển dạ tự nhiên đến lúc thai đủ tháng. Trong trường hợp thai to, tỉ lệ chấn thương lúc sanh cho cả mẹ và bé đều tăng. Nguy cơ kẹt vai là 14% nếu thai 4.000 – 4.500g (gấp hai lần so với sản phụ không đái tháo đường) và 52% nếu thai > 4.500g (gấp 3 lần). Do đó, mổ lấy thai được chỉ định nếu ước lượng cân thai > 4.000g.

Giai đoạn hậu sản. Sau khi đã sỗi thai và nhau, nhu cầu insulin nhanh chóng trở về giống như trước khi mang thai vì các chất kháng insulin có nguồn gốc từ nhau đã được lấy đi. Nhiều bệnh nhân đái tháo đường phụ thuộc insulin có thể không cần insulin ngoại sinh trong vòng 48 – 72 giờ đầu sau sinh. Đường-huyết phải được theo dõi chặt chẽ và nếu có tăng đường-huyết, có thể sử dụng insulin lispro hoặc regular. Bệnh nhân có thể khởi đầu insulin lại bằng 2/3 liều trước khi mang thai. Các bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ loại A₁ và A₂ thường không cần insulin trong giai đoạn hậu sản. Đường-huyết lúc đói hoặc test 75g đường nên được thực hiện vào khoảng 6 – 12 tuần sau sanh. Về chế độ ăn kiêng, tỉ lệ thành phần carbohydrate, protein và lipid vẫn duy trì, đối với các bà mẹ cho con bú thì thêm 500 calorie/ngày.

Khoảng hơn 50% phụ nữ đái tháo đường thai kỳ sẽ phát triển thành đái tháo đường vĩnh sau, do đó phải theo dõi thường xuyên nhằm phát hiện sớm và hạn chế đến tối thiểu các biến chứng của đái tháo đường. Kiểm tra đường-huyết định kỳ ít nhất 2 năm/lần đối với những bệnh nhân có test dung nạp đường bình thường và trong độ tuổi sinh đẻ và sau đó mỗi 3 năm, và mỗi năm đối với những bệnh nhân có đường-huyết lúc đói hoặc test dung nạp đường bất thường.

BỆNH LÝ TUYẾN GIÁP

Sinh lý tuyến giáp bình thường trong thai kỳ

Do độ lọc cầu thận tăng trong thai kỳ nên thận cũng tăng thải iod, vì thế nồng độ iod vô cơ trong huyết thanh cũng giảm đi gần một nửa. Nếu nồng độ iod vô cơ huyết thanh > 0,08 μ g/dl thì sẽ không bị bướu giáp do thiếu iod. Do đó, cần phải bổ sung iod vô cơ > 250 μ g/ngày để phòng ngừa bướu giáp trong thai kỳ.

Chức năng tuyến giáp. Nồng độ free thyroxine (free T₄) là phương pháp đánh giá chức năng tuyến giáp chính xác duy nhất khi có sự thay đổi của TBG (thyroxin binding globulin) vì nồng độ của T₃ (total triiodothyronine) và T₄ tăng trong suốt thai kỳ.

SẢN KHOA

Bảng 9.3. Chức năng tuyến giáp ở phụ nữ, phụ nữ mang thai và trong máu cuống rốn ở thai trưởng thành (những trị số này có thể thay đổi tùy theo phương pháp sử dụng tuy nhiên tỉ lệ giữa giá trị máu mẹ và máu cuống rốn vẫn phải duy trì hằng định).

Nồng độ	Không có thai	Có thai	Máu cuống rốn
T ₄ µg/dl	5 – 12	10 -16	6 - 13
Free T ₄ ng/dl	1 – 2,3	2,5 – 3,5	1,5 – 3
T ₃ ng/dl	110 – 230	150 – 250	40 – 60
Reverse T ₃ ng/dl	15 – 30	35 – 65	80 – 360
Resin T ₃ uptake %	20 – 30	10	10 – 15
TBG g/dl	12 – 28	40 – 50	10 – 16
TSH U/ml	1,94	0 – 6	0 - 20

Chức năng tuyến giáp của thai. Trước 10 tuần không có iod hữu cơ trong tuyến giáp thai nhi. Từ tuần 11 đến tuần 12, tuyến giáp thai nhi có thể sản xuất được iodothyronine và T₄. Nồng độ TSH của thai nhi, T₄ và free T₄ đã chứng tỏ sự hoạt động độc lập, trưởng thành của trực giáp – yên từ 12 tuần.

Sự vận chuyển hormone tuyến giáp qua bánh nhau. Iod tự do có thể đi qua bánh nhau nhưng TSH thì không. Một lượng T₄ giới hạn có thể qua bánh nhau và đóng vai trò quan trọng trong việc phát triển hệ thần kinh thai trong 3 tháng đầu thai kỳ trước khi chức năng tuyến giáp của thai bắt đầu hoạt động. Những đồng vận của hormone tuyến giáp như propylthiouracil và methimazole với trọng lượng phân tử thấp hơn có thể qua hàng rào nhau và có thể gây ra nhược giáp ở thai. TRH (thyroid releasing hormone) có thể qua hàng rào nhau nhưng không có ý nghĩa vì nồng độ chất này lưu thông qua nhau rất thấp.

Cường giáp

Tần suất mới mắc nhiễm độc giáp ở sản phụ là khoảng 1/500 thai kỳ. Nó thường đi kèm với tăng nguy cơ sanh non, chậm tăng trưởng trong tử cung, tiền sản giật, thai lưu và tăng bệnh suất và tử suất sơ sinh. Bệnh Graves là một bệnh lý tự miễn do có kháng thể kích thích tuyến giáp và là nguyên nhân thường gặp nhất của cường giáp. Một số nguyên nhân khác trong thai kỳ như thai trứng và nhân giáp độc. Bệnh nhân bị Graves có khuynh hướng giảm trong thai kỳ và trầm trọng hơn trong thời kỳ hậu sản.

Lâm sàng. Chẩn đoán lâm sàng thường khó khăn vì những dấu hiệu và triệu chứng của tình trạng tăng huyết động học kết hợp với cường giáp hiện diện trong hầu hết những phụ nữ có thai nhưng bình giáp. Mạch lúc nghỉ > 100/lần/phút và giảm thành mạch chậm sau thủ thuật Valsalva, thay đổi ở mắt, giảm cân, không tăng cân dù tăng lượng thức ăn và không chịu được nóng góp phần chẩn đoán cường giáp trên lâm sàng.

Cận lâm sàng: tăng free T₄ và giảm TSH.

Điều trị. Điều trị bằng iod phóng xạ là chống chỉ định trong thai kỳ, do đó chủ yếu là điều trị nội khoa. Thioamides là thuốc kháng giáp chính dùng trong điều trị. Nó ngăn chặn sự tổng

hợp nhưng không làm giảm hormone tuyến giáp. Propylthiouracil PTU và methimazole (Tapazole) có thể được sử dụng hoán đổi cho nhau, mặc dù PTU có thể làm tăng tác dụng ngăn chuyển T_4 thành T_3 và methimazole có thể gây dị tật dạ dày-ruột ở thai nhi. Những thuốc này qua được nhau dễ dàng, do đó khi điều trị với những thuốc này có thể gây ra bướu giáp và nhược giáp ở thai. Mặc dù không có bằng chứng chắc chắn rằng PTU gây ra chứng đần độn hay bất thường về phát triển tâm thần vận động ở thai nhi, nhưng khoảng 1%-5% trẻ em có tiếp xúc với PTU trong tử cung có bướu giáp. Vì lý do này mà thuốc điều trị kháng giáp được sử dụng ở liều tối thiểu nhằm duy trì free T_4 ở giới hạn cao của mức bình thường. Nồng độ free T_4 được kiểm tra mỗi 2-4 tuần và thuốc kháng giáp thường được ngưng sau 30 tuần vô kinh. PTU bài tiết qua sữa rất ít và không có bất kỳ sự thay đổi chức năng tuyến giáp nào ở trẻ sơ sinh được ghi nhận. Điều trị ngoại khoa vì cường giáp trong tam cá nguyệt thứ hai chỉ được sử dụng nếu điều trị nội khoa thất bại.

Bão giáp

Nguy cơ chính của phụ nữ mang thai bị cường giáp là con bão giáp. Yếu tố khởi phát cơn bão giáp bao gồm nhiễm trùng, chuyển dạ, mổ lấy thai, không tuân thủ điều trị nội khoa. Thông thường sẽ ít khi nhầm lẫn các dấu hiệu và triệu chứng của cường giáp nặng và tiền sản giật. Cường giáp nặng thường không có tiêu đạm. Các dấu hiệu và triệu chứng của cơn bão giáp bao gồm tăng thân nhiệt, tăng nhịp tim, vã mồ hôi, đau mắt nước nặng.

Điều trị

- Block β-adrenergic như propanolol 20–80mg/6giờ.
- Chặn tiết hormone tuyến giáp bằng sodium iodide 1g tiêm mạch.
- Ngăn chặn sự tổng hợp hormone tuyến giáp và sự chuyển T_4 thành T_3 bằng 1.200-1.800mg PTU chia làm nhiều liều.
- Ngăn chặn về sau sự nitơ hóa T_4 thành T_3 bằng dexamethasone 8mg/ngày.
- Cung cấp đủ dịch.
- Hạ thân nhiệt.

Ngộ độc giáp sơ sinh

Khoảng 1% phụ nữ bị Graves có con bị ngộ độc giáp ở thai do kháng thể kích thích tuyến giáp có thể truyền qua nhau. Tình trạng này thoảng qua và duy trì ít nhất 2-3 tháng nhưng làm tăng tỉ lệ tử vong sơ sinh lên 16%. Nghi ngờ nhiễm độc giáp ở thai khi tim thai cơ bản hằng định trên 160 lần/phút. Bướu giáp thai có thể xác định được trên siêu âm.

Nhược giáp

Nguyên nhân thường gặp nhất của nhược giáp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ là viêm giáp Hashimoto, phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp và xạ trị do ung thư tuyến giáp, ngoài ra còn một số bệnh lý tự miễn khác như đái tháo đường type 1.

Phụ nữ mang thai bị nhược giáp nếu được điều trị thay thế thích hợp có thể có một kết cục thai kỳ bình thường nhưng nếu không điều trị sẽ làm tăng nguy cơ sảy thai, tiền sản giật, thai lưu, cân nặng lúc sanh thấp, giảm chỉ số thông minh của trẻ.

Tiêu chuẩn quan trọng nhất để chẩn đoán nhược giáp là tăng TSH. Ngoài ra có thể thấy free T₃ và free T₄ giảm. Một khi đã chẩn đoán được nhược giáp thì chúng ta phải điều trị ngay với levothyroxin và kiểm tra nồng độ TSH mỗi tháng để chỉnh liều levothyroxin phù hợp.

Nhược giáp sơ sinh. Thiếu hormone tuyến giáp trong thai kỳ và giai đoạn sơ sinh sớm sẽ gây ra chậm phát triển tâm thần. Độ nặng của triệu chứng phụ thuộc vào thời điểm khởi phát bệnh và độ nặng của sự thiếu hụt hormone. Tỉ lệ mới mắc của nhược giáp bẩm sinh là khoảng 1/4.000. Nguyên nhân là do loạn sản tuyến giáp, rối loạn chức năng tuyến giáp, suy giáp do thuốc. Nguyên nhân thường gặp nhất của bướu giáp sơ sinh là do mẹ dùng iod có trong si-rô ho. Dạng bướu giáp này thường to và gây tắc nghẽn; khác với dạng bướu giáp do mẹ dùng PTU.

BỆNH LÝ TIM MẠCH

BỆNH LÝ THẤP TIM

Tổn thương thường gặp nhất kết hợp với bệnh lý thấp tim là hẹp van hai lá (gặp trong 90% bệnh nhân có bệnh lý thấp tim). Những bệnh nhân này có nguy cơ suy tim, viêm nội tâm mạc nhiễm trùng bán cấp và bệnh lý thuyên tắc mạch cao.

Thai kỳ càng lớn, những bệnh nhân không triệu chứng càng có thể tiến triển thành suy tim mắt bù hoặc phù phổi. Rung nhĩ thường gặp ở những bệnh nhân hẹp van hai lá nặng, những bệnh nhân có rung nhĩ thường có suy tim sung huyết. Nhịp tim nhanh có thể gây ra suy tim mắt bù vì hậu tải ở những bệnh nhân hẹp van hai lá phụ thuộc vào khoảng thời gian đồ đầy tâm trương.

BỆNH LÝ TIM BẨM SINH

Bệnh lý tim bẩm sinh bao gồm thông liên nhĩ, thông liên thất, tăng áp phổi nguyên phát (hội chứng Eisenmenger), bệnh tim bẩm sinh tím như từ chứng Fallot hoặc đảo ngược đại động mạch. Nếu những dị tật này đã được sửa chữa trong thời kỳ thơ áu và không để lại di chứng gì nguy hiểm, thai kỳ lần này có thể không có biến chứng gì. Những bệnh nhân còn tồn tại thông liên nhĩ, thông liên thất hoặc từ chứng Fallot đã được phẫu thuật hoàn chỉnh có thể chịu đựng thai kỳ tốt. Tuy nhiên, những bệnh nhân có tăng áp phổi nguyên phát hoặc tim bẩm sinh tím có tăng áp phổi rất nguy hiểm vì thường tiến triển thành suy tim mắt bù trong thai kỳ. Tăng áp phổi do bất kỳ nguyên nhân gì đều làm tăng tử suất cho mẹ trong thai kỳ và trong giai đoạn hậu sản. Những bệnh nhân này cần được xử trí sao cho tránh bị quá tải tuần hoàn, tránh sung

huyết phổi, suy tim hay hạ huyết áp kèm đảo ngược shunt trái-phổi, tất cả những yếu tố trên có thể làm thiếu oxy và đột tử. Tăng áp phổi nặng kèm hội chứng Eisenmenger là chổng chỉ định mang thai.

BỆNH CƠ TIM CHU SINH

Bệnh lý này hiếm gặp nhưng chỉ xuất hiện trong thai kỳ. Bệnh nhân không có bệnh lý tim nền và triệu chứng suy tim mất bù xuất hiện vào những tuần lễ cuối của thai kỳ hoặc trong 6 tuần hậu sản. Những phụ nữ có tiền căn bị tiền sản giật, tăng huyết áp hay dinh dưỡng kém có nguy cơ bị bệnh cao hơn. Đây là bệnh lý cơ tim dẫn nở có giảm phân suất tổng máu EF. Cần phải loại trừ bệnh lý cơ tim tăng huyết áp, bệnh tim thiếu máu cục bộ, viêm cơ tim do virus và các bệnh lý van tim trước khi đưa ra chẩn đoán này ở những bệnh nhân có rối loạn chức năng tim. Tử suất ít nhất khoảng 20%, khoảng 30% – 50% bệnh nhân tồn tại rối loạn chức năng tim và khoảng 20% – 50% bị tái phát trong lần mang thai sau.

XỬ TRÍ

Hiệp hội Tim Mạch Hoa Kỳ đã phân loại bệnh tim để đánh giá nguy cơ cho thai kỳ của những bệnh nhân có bệnh tim mắc phái và để quyết định hướng xử trí tối ưu cho sản phụ trong thai kỳ, lúc chuyển dạ và lúc sanh. Nhìn chung, nguy cơ cho mẹ và thai thấp đối với những bệnh nhân nhóm 1 và 2, trong khi đó nguy cơ tăng rõ rệt cho nhóm 3 và 4 hoặc ở những bệnh nhân có tim. Tuy nhiên, loại tổn thương cũng đóng vai trò quan trọng trong việc tiên lượng. Hẹp van hai lá và hẹp van động mạch chủ có nguy cơ suy tim mất bù hơn. Những bệnh nhân nguy cơ cao khác bao gồm tăng áp phổi nặng, phân suất tổng máu thất trái < 40%, hội chứng Marfan, van cơ học, có tiền căn rối loạn nhịp tim.

Xử trí tiền sản

Nguyên tắc chung là sản phụ có bệnh lý tim đều được bác sĩ tim mạch thăm khám bằng cách hỏi bệnh sử, khám lâm sàng, ECG và siêu âm tim. Bệnh nhân phải được đánh giá các nguy cơ trong thai kỳ, tránh tăng cân nhiều và phù trong thai kỳ, chế độ ăn ít muối 2g/ngày, nằm ngửa nghiêng trái ít nhất 1 giờ mỗi bữa sáng, trưa, chiều để tăng lợi tiểu, ngủ đủ. Nếu có bằng chứng suy tim trái mạn tính mà không hạn chế muối nghiêm ngặt, có thể dùng thêm lợi tiểu và β blocker. Đồng vận aldosterone nên tránh dùng vì nó có tác dụng kháng androgen trên thai.

Tránh hoạt động quá sức.

Tránh thiếu máu. Khi thiếu máu, lượng oxy cung cấp cho mô giảm. Oxy mô được duy trì nhờ vào việc làm tăng hậu tải. Khi tăng nhịp tim, đặc biệt trong hẹp van hai lá, làm giảm thời gian đồ đầy thất trái, dẫn đến sung huyết và phù phổi

Kháng đông những bệnh nhân có van cơ học phải dùng kháng đông như heparin trong thai kỳ, thời kỳ hậu sản có thể bắt đầu lại với Warfarin.

Xử trí trong chuyển dạ và trong thời gian hậu sản

Những sản phụ có bệnh lý tim nên được sanh ngả âm đạo trừ khi có chỉ định sản khoa mổ lấy thai. Trong chuyển dạ, sản phụ nên nằm nghiêng, thường xuyên được đánh giá sinh hiệu, lượng nước tiểu và nồng độ oxy trong máu. Vấn đề giảm đau rất quan trọng. Việc đẩy nén tránh trong giai đoạn 2 của chuyển dạ vì đẩy làm tăng áp lực ổ bụng, làm tăng lượng máu tĩnh mạch đổ về và hậu胎, do đó có thể gây ra suy tim mệt bù. Nên giúp sanh cho sản phụ trong chuyển dạ giai đoạn 2.

Giai đoạn hậu sản có nhiều nguy cơ quan trọng đối với những sản phụ bệnh tim. Hậu tài tăng khoảng 80% so với trước chuyển dạ trong những giờ đầu sau sanh ngả âm đạo và khoảng trên 50% sau mổ lấy thai. Do đó phải theo dõi sát bệnh nhân và ngừa đờ tử cung để hạn chế tối thiểu nguy cơ quá tải tuần hoàn. Methergine nên tránh dùng do tác dụng co mạch.

Về nguy cơ viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, theo hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ năm 2007, chuyển dạ sanh không làm tăng nguy cơ viêm nội tâm mạc nhiễm trùng. Kháng sinh phòng ngừa chỉ được dùng cho những trường hợp nguy cơ cao (như van nhân tạo, những bệnh lý tim bẩm sinh chưa được phẫu thuật hoặc phẫu thuật chưa hoàn tất, tiền căn viêm nội tâm mạc nhiễm trùng và bệnh lý van tim trong ghép tim) nếu nghi ngờ có nhiễm trùng huyết (như có viêm màng ói). Suy tim mệt bù cấp với suy tim sung huyết phải được xử trí như một cấp cứu nội khoa bao gồm morphine sulfate, liệu pháp oxygen, lợi tiểu tiêm mạch (furosemide) để làm giảm dịch ứ và tiền tài. β blocker không nên dùng trong suy tim cấp. Các chất giãn mạch như hydralazine, nitroglycerine, nitroprusside được dùng để cải thiện hậu tài. Một số bệnh nhân có thể cần dobutamine hay dopamine. Việc dùng Digitalis còn nhiều tranh cãi. Nhóm ức chế men chuyển bị chống chỉ định trong thai kỳ. Nhóm ức chế can-xi có thể làm nặng thêm suy tim sung huyết nên tránh dùng.

BỆNH LÝ THẬN**SUY THẬN CẤP**

Suy thận cấp trong thai kỳ hoặc trong thời kỳ hậu sản là do sự suy giảm chức năng thận thứ phát sau một bệnh lý thận sẵn có hoặc rối loạn do thai kỳ. Nguyên nhân có thể là do trước thận, tại thận hoặc sau thận. Nguyên nhân trước thận có thể là do mất máu hoặc dịch nhiều như trong xuất huyết sản khoa. Nguyên nhân tại thận thường là do những bệnh lý có sẵn hoặc tình trạng tăng đông máu như xuất huyết giảm tiểu cầu hay hội chứng tán huyết. Hạ huyết áp kéo dài có thể gây ra hoại tử vỏ thận hoặc ống thận cấp. Nguyên nhân sau thận thường ít gặp nhưng nên nghi ngờ trong trường hợp có tổn thương tắc nghẽn hệ niệu hoặc có sỏi hệ niệu.

Cận lâm sàng

Chức năng thận bao gồm lượng nước tiểu, tỉ lệ BUN/creatinine, độ thanh thải Natri và áp lực keo của nước tiểu. Thiếu niệu được định nghĩa là lượng nước tiểu $< 25\text{ml/giờ}$. Trong thai kỳ giá trị BUN và creatinine tăng nhưng tỉ lệ giữa BUN/creatinine không đổi, duy trì khoang 20:1. Tỉ lệ này tăng chứng tỏ có giảm tưới máu ống thận (suy trước thận). Áp lực keo của nước tiểu $> 500\text{mOsm/L}$ hay tỉ lệ áp lực keo của nước tiểu/huyết thanh $> 1,5:1$ gợi ý giảm tưới máu thận.

Chức năng tim mạch mất máu hoặc dịch cấp sẽ làm giảm huyết áp tư thế, tăng nhịp tim, giảm tưới máu da và giảm tiết mồ hôi. Những triệu chứng này ở bệnh nhân tăng huyết áp hay tiền sản giật trong chuyển dạ thường bị bỏ sót. Nếu có chỉ định, catheter Swan-Ganz theo dõi áp lực đồ đầy thất trái và phải, hậu tài và áp lực mao mạch phổi.

Về đường niệu thông thường đặt sonde Foley và siêu âm thận là đủ để chẩn đoán những tổn thương tắc nghẽn. Hiếm khi cần phải chụp đài bể thận có cản quang. Cần phải phân biệt thận ú nước sinh lý trong thai kỳ với tắc nghẽn thật sự.

Điều trị

Trước thận đồ đầy dịch, duy trì hậu tài và huyết áp là đủ để điều trị thiếu niệu, tuy nhiên lưu ý vẫn đề cân bằng ion khi dùng một lượng lớn dịch tinh thể.

Tại thận có thể có hoại tử vỏ thận hoặc ống thận cấp hoặc cả hai. Hoại tử vỏ thận thường là những tổn thương không phục hồi do đó việc điều trị chủ yếu là phòng ngừa các biến chứng nguy hiểm về sau. Lợi tiểu làm tăng lượng nước tiểu làm giảm thời gian và độ nặng của hoại tử ống thận và làm tăng tỉ lệ sống. Furosemide được cho đầu tiên và sau mỗi 4 – 6 giờ trong 48 giờ nếu có đáp ứng. Nếu lượng nước tiểu không tăng sau khi dùng lợi tiểu, chúng ta bắt đầu dùng chế độ dịch truyền dành cho thiếu niệu. Hạn chế dịch truyền vừa đủ cho lượng nước tiểu và lượng nước mất không nhìn thấy. Trong vòng một vài ngày sau giai đoạn thận thiếu máu cục bộ, chức năng thận xấu đi nhiều, tuy nhiên sau 7 – 10 ngày, hầu hết bệnh nhân bị hoại tử ống thận cấp đều có cải thiện. Lọc máu được chỉ định khi chức năng thận giảm nhanh hoặc không phục hồi.

Sau thận trong một số trường hợp, một số phương pháp đơn giản như cho bệnh nhân nằm nghiêng trái để tử cung không chèn ép niệu quản hoặc đặt sonde Foley vào trong bàng quang để vượt qua chỗ tắc nghẽn có thể giải quyết được vấn đề. Trong những trường hợp tắc nghẽn niệu quản hoặc thận trong vùng chậu, chỉ định phẫu thuật để giải quyết chỗ tắc nghẽn.

BỆNH LÝ DẠ DÀY RUỘT

TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Trào ngược dạ dày thực quản hoặc ợ nóng xuất hiện trong khoảng 70% phụ nữ mang thai. Triệu chứng chính bao gồm cảm giác khó chịu phía sau xương ức nặng thêm sau bữa ăn và khi nằm nghiêng, đôi khi có ói máu.

Điều trị chủ yếu là điều trị triệu chứng. Bệnh nhân được khuyên không nên ăn quá nhiều và quá trễ, tránh tư thế nằm nghiêng, đặc biệt sau ăn và kê đầu cao khi ngủ. Thuốc kháng acid có thể dùng sau ăn 1 – 3 giờ hoặc khi đi ngủ. Úc chế H₂ hoặc úc chế bom proton được chỉ định nếu các phương pháp trên không đáp ứng.

LOÉT ỐNG TIÊU HÓA

Chẩn đoán loét ống tiêu hóa trong thai kỳ chủ yếu dựa vào việc cải thiện triệu chứng khi điều trị thử. Nội soi tiêu hóa chỉ được chỉ định khi không đáp ứng điều trị, có triệu chứng đường tiêu hóa trầm trọng hoặc có xuất huyết tiêu hóa nặng. Điều trị chủ yếu bao gồm tránh dùng cà phê, rượu, thuốc lá và các thức ăn nhiều gia vị, thuốc kháng acid, úc chế bom proton và úc chế H₂. Kháng sinh dùng cho những bệnh nhân nhiễm *Helicobacter pylori*.

HỘI CHỨNG MENDELSON (hội chứng hít sặc acid)

Sản phụ khi vào chuyển dạ làm tăng nguy cơ bị hội chứng này. Tình trạng này sẽ nặng hơn nếu kết hợp với tình trạng lo lắng, có dùng thuốc an thần, thuốc ngủ, thuốc anticholinergic, tình trạng tăng áp lực ở bụng và áp lực trong dạ dày, làm cho bệnh nhân dễ bị nôn hơn. Tình trạng này nguy hiểm cho phổi nhất khi pH của dịch hít vào < 2,5 hoặc thể tích dịch hít vào > 25ml. Hội chứng hít sặc acid là một trong những nguyên nhân gây suy hô hấp cấp. Điều trị bao gồm thở oxy, các biện pháp duy trì sự thông thoáng đường thở và các biện pháp thường dùng để điều trị suy hô hấp cấp.

Phương pháp phòng ngừa là làm giảm tiết acid ở dạ dày. Liquid magnesium và aluminium antacid có thể được dùng trong chuyển dạ để làm giảm độ acid dạ dày. Nếu bệnh nhân phải phẫu thuật và đòi hỏi phải vô cảm toàn thân thì phải xử trí như một trường hợp dạ dày đầy và đặt nội khí quản.

BỆNH VIÊM ĐẠI TRÀNG MẠN TÍNH

Hai loại chính trong bệnh này là bệnh Crohn và viêm đại tràng dạng loét nhưng khoảng 25% bệnh nhân rất khó phân biệt giữa hai loại bệnh lý này. Sản phụ có bệnh lý này thường không có thay đổi gì về diễn tiến tự nhiên của bệnh trong thai kỳ. Nếu bệnh lý này ở dạng hoạt động trong thời điểm thụ thai thì nguy cơ sẩy thai tăng gấp đôi.

Điều trị

Điều trị những đợt trở nặng cấp của bệnh không có gì khác biệt giữa phụ nữ có thai và không có thai, ngoại trừ một số thuốc không nên sử dụng trong thai kỳ. Nếu triệu chứng chính của bệnh nhân là tiêu chảy thì chế độ ăn nên hạn chế lactose, trái cây và rau củ. Nếu dùng chế độ ăn không có lactose thì phải bổ sung thêm can-xi. Ngoài ra có thể dùng thêm một số thuốc gây táo bón như Pepto-Bismol và psyllium hydrophilic mucilloid (Metamucil).

BỆNH LÝ GAN

TẮC MẬT TRONG GAN TRONG THAI KỲ

Mặc dù cơ chế bệnh sinh của hội chứng này vẫn chưa được hiểu rõ nhưng nhìn chung bệnh biểu hiện bởi một số triệu chứng như: (1) Tắc mật và ngứa trong nửa sau của thai kỳ và không kèm theo các rối loạn chức năng gan khác; (2) Khuynh hướng tái phát cho những thai kỳ sau; (3) Kết hợp với thuốc ngừa thai uống và đa thai; (4) Là bệnh lý lành tính và không để lại di chứng trên gan của sản phụ; (5) Tăng tỉ lệ nước ối phân su và tăng tỉ lệ thai lưu.

Bệnh có thể có liên quan đến di truyền, địa lý và môi trường. Đột biến trên gen MDR3 có thể có kết hợp trên 15% các trường hợp.

Triệu chứng chính là ngứa, không kèm với đau bụng hay nỗi ban, có thể xuất hiện sớm ở tuần lễ 20 của thai kỳ, hiếm khi có vàng da. Cận lâm sàng có tăng acid mật huyết thanh, nồng độ bilirubin và men gan thường là bình thường, đôi khi có tăng nhẹ. Nếu men gan và bilirubin tăng nhiều, phải siêu âm bụng để loại trừ tắc túi mật, phải làm huyết thanh chẩn đoán viêm gan để loại trừ viêm gan siêu vi và tầm soát kháng thể tự thân để phát hiện xơ gan do mật nguyên phát.

Điều trị tại chỗ như tắm nước lạnh, tắm bicarbonate hay phenol nhưng hiệu quả nhất là dùng acid ursodeoxycholic làm giảm ngứa, giảm nồng độ acid mật, amino transferase và bilirubin.

BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN

HEN PHẾ QUẢN

Tần suất hen phế quản trong thai kỳ là khoảng 5% – 9%. Diễn tiến trong thai kỳ rất đa dạng, 33% có thuyên giảm và 33% trở nặng. Hen phế quản nặng làm tăng nguy cơ sẩy thai, tiền sản giật, thai lưu, thai chậm tăng trưởng và sanh non. Những biến chứng này là do tình trạng thiếu oxy trong tử cung.

Xử trí sản khoa

Sản phụ bị hen phế quản phải được theo dõi sát trong thai kỳ, tránh bị mất nước, tránh nhiễm trùng hô hấp, tránh làm tăng thông khí và các hoạt động thể lực quá sức cũng như các dị ứng nguyên. Đo đinh thở ra cung cấp nhiều thông tin cho việc đánh giá tình trạng hô hấp. Đối với những bệnh nhân hen nhẹ và không liên tục có thể dùng β_2 agonist tác dụng ngắn dạng xịt. Đối với những bệnh nhân hen nhẹ liên tục có thể dùng corticosteroid liều thấp dạng xịt. Đối với những bệnh nhân hen trung bình liên tục có thể kết hợp β_2 agonist tác dụng dài và khí dung corticosteroid hàng ngày. Đối với những bệnh nhân hen nặng liên tục phải kết hợp thêm corticosteroid toàn thân. Đợt cấp có thể điều trị với liệu pháp oxygen, truyền dịch, corticosteroid tiêm mạch, β_2 agonist như khí dung nebulizer và kháng sinh nếu có bằng chứng nhiễm trùng. Một số bệnh nhân có thể cần đặt nội khí quản và thông khí cơ học để duy trì nồng độ oxygen.

Theo dõi sát thai kỳ bằng monitor và siêu âm. Thời điểm chấm dứt thai kỳ tùy thuộc vào tình trạng mẹ và thai. Nếu thai chậm phát triển hoặc tình trạng mẹ xấu đi thì phải chấm dứt thai kỳ sớm, nếu không thì có thể chờ chuyển dạ tự nhiên.

Xử trí trong chuyển dạ và sanh

Điều trị glucocorticoid quá 3 tuần có thể làm ức chế trực hạ đồi – tuyến yên – thượng thận. Chuyển dạ có thể làm tăng nguy cơ stress phẫu thuật trung bình. Gây tê ngoài màng cứng trong chuyển dạ làm giảm đau, giảm lo lắng, tăng thông khí, những yếu tố này đều có khả năng làm nặng thêm tình trạng bệnh. Bệnh nhân nên được sanh ngả âm đạo, chỉ mổ lấy thai khi có chỉ định sản khoa.

CO GIẬT

Trong hầu hết các trường hợp, tần suất co giật không thay đổi trong thai kỳ. Những yếu tố trong thai kỳ có thể làm tăng tần suất co giật là nôn ói làm giảm nồng độ thuốc, giảm nhu động ruột, giảm enzyme làm tăng chuyển hóa thuốc, tăng độ lọc cầu thận làm tăng độ thanh thải thuốc, tăng thể tích lòng mạch làm giảm nồng độ thuốc huyết tương.

Xử trí

Nếu bệnh nhân không có cơn co giật nào trong ít nhất 2 năm thì có thể ngưng thuốc chống động kinh trước khi mang thai. Nếu bệnh nhân đã mang thai và tình trạng co giật được kiểm soát tốt thì không thay đổi điều trị. Nên dùng một loại thuốc với liều thấp nhất để có thể kiểm soát được co giật. Không có thuốc chống co giật nào là lý tưởng nhất trong thai kỳ và tất cả các loại thuốc ngừa động kinh nên được xem như là có khuynh hướng gây quái thai. Valproate không nên sử dụng vì nó gây quái thai nhiều hơn các thuốc khác. Hai thuốc thường

dùng nhất là phenytoin (Dilantin) và phenobarbital. Phenobarbital được dùng với liều 100 – 250mg/ngày được chia thành nhiều liều, nồng độ thuốc trong huyết thanh phải được theo dõi, nồng độ này tăng từ từ cho đến khi đạt được liều điều trị 10 – 40 μ g/ml. Phenytoin được dùng với liều 300 – 500mg/ngày, đơn liều hay đa liều để đạt đến nồng độ huyết thanh là 10 – 20 μ g/ml (1-2 μ g/ml thuốc tự do). Một số thuốc chống động kinh thế hệ 1 như trimethadione, clonazepam, carbamazepine. Thuốc thế hệ 2 bao gồm lamotrigine, topiramate, gabapentin.

Bệnh nhân đang điều trị với thuốc chống co giật nên được bổ sung folate 1mg/ngày. Nếu đang điều trị với carbamazepine hay valproate thì phải bổ sung folate 4mg/ngày. Bổ sung thêm vitamine K 10mg/ngày trong những tháng cuối của thai kỳ nếu sử dụng enzyme-inducing AEDs như Phenobarbital, carbamazepine, phenytoin, topiramate, oxcarbazepine. Phenytoin gây cản trở hấp thu canxi ở ruột do đó làm hạ canxi ở mẹ và thai. Những bệnh nhân được điều trị với phenobarbital, primidone, phenytoin nên được bổ sung vitamine D từ tuần lễ 34. Antacids và antihistamine nên được tránh dùng ở những bệnh nhân đang điều trị với phenytoin vì nó làm giảm nồng độ thuốc trong huyết thanh và có thể gây nên cơn co giật.

Để điều trị cơn co giật phải cho bệnh nhân nhập viện, và việc xử trí không khác biệt gì so với những bệnh nhân không có thai. Làm thông thoáng đường thở, cung cấp oxy, diazepam tiêm mạch (hoặc lorazepam) được cho từ từ, theo sau là phenytoin tốc độ không nhanh quá 25-50mg/phút, có monitor theo dõi tim liên tục. Nếu bệnh nhân tiếp tục co giật thì có thể thêm pentobarbital và đặt nội khí quản cho bệnh nhân.

Xử trí trong chuyển dạ tùy theo chỉ định của sản khoa. Mặc dù thuốc chống co giật có thể qua sữa mẹ lượng ít nhưng không có chống chỉ định cho con bú.

Sản phụ bị co giật có nguy cơ biến chứng trong thai kỳ gấp hai lần bình thường: tiền sản giật, sẩy thai, sanh non. Thiếu oxy cho thai là do hậu quả của những cơn co giật và nguy cơ thai lưu cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Charles R.B. Endocrine Disorders. Obstetrics and Gynecology. 7^e edition. Lippincott Williams and Wilkins. 189-95.
2. Charles R.B. Gastrointestinal, renal and surgical complications. Obstetrics and Gynecology. 7^e edition. Lippincott Williams and Wilkins. 197-203.
3. Charles R.B. Common medical problems in pregnancy. Obstetrics and Gynecology. 6^e edition. Lippincott Williams and Wilkins. 151-164.

TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ

PGS.TS.BS. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

1. Phân loại bệnh tăng huyết áp trong thai kỳ, bao gồm: tiền sản giật, sản giật và hội chứng HELLP.
2. Trình bày được sinh lý bệnh của tiền sản giật.
3. Chẩn đoán được các thể tăng huyết áp trong thai kỳ.
4. Có khả năng xử trí ban đầu.
5. Chọn lựa thời điểm chấm dứt thai kỳ.
6. Có khả năng sử dụng magnesium sulfat đúng cách và an toàn.
7. Trình bày được ảnh hưởng của tiền sản giật – sản giật trên mẹ và thai và ngược lại.

Rối loạn tăng huyết áp xảy ra trong khoảng 12% - 22% các thai kỳ và là nguyên nhân quan trọng của bệnh suất và tử suất chu sinh cho cả mẹ và thai nhi. Bệnh tăng huyết áp chiếm 20% tử vong mẹ ở Hoa Kỳ. Tại Việt Nam tỷ lệ này là 16,3% (2003). Nguyên nhân chính xác của tăng huyết áp trong thai kỳ vẫn còn chưa được biết rõ.

PHÂN LOẠI

Hình thức khác nhau của rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ được trình bày trong **bảng 10.1** là phân loại thường dùng. Bởi vì rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ diễn tiến liên tục, nên phân loại chỉ có tính chất hướng dẫn.

Bảng 10.1. Phân loại rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ

Tăng huyết áp thai kỳ

Tiền sản giật

Nhẹ

Nặng

Sản giật

Tăng huyết áp mạn (có từ trước khi có thai)

Tăng huyết áp mạn ghép

Tăng huyết áp thai kỳ

Tiền sản giật

Sản giật

Tăng huyết áp mạn tính

Tăng huyết áp mạn được định nghĩa là tăng huyết áp hiện tại có trước tuần thứ 20 của thai kỳ hoặc tăng huyết áp có trước khi có thai. Tiêu chuẩn huyết áp được sử dụng để xác định như sau:

- Nhẹ: huyết áp tâm thu $\geq 140-180\text{mmHg}$ hoặc huyết áp tâm trương $\geq 90-100\text{mmHg}$ hoặc cả hai.
- Nặng: huyết áp tâm thu $\geq 180\text{mmHg}$ hoặc huyết áp tâm trương $\geq 100\text{mmHg}$.

Nguy cơ lớn trong tăng huyết áp mạn tính là sự tiến triển của tiền sản giật hoặc sản giật sau này trong thời kỳ mang thai, là tương đối phổ biến và khó chẩn đoán. Sự xuất hiện cấp của protein niệu và tình trạng tăng huyết áp xấu đi trên một tăng huyết áp mạn tính là gợi ý của tăng huyết áp mạn ghép tiền sản giật.

Tăng huyết áp thai kỳ

Được gọi là tăng huyết áp thai kỳ khi tăng huyết áp xuất hiện sau tuần thứ 20, không có protein niệu và huyết áp trở lại bình thường sau khi sinh. Tăng huyết áp thai kỳ có trong 5% đến 10% thai kỳ với tỷ lệ mới mắc 30% trong trường hợp đa thai, không phụ thuộc số lần sanh. Bệnh suất của mẹ trực tiếp liên quan đến độ nặng và thời gian tăng huyết áp.

Khoảng 25% tăng huyết áp thai kỳ có ghép thêm tiền sản giật hoặc sản giật. Thường khó để phân biệt giữa tiền sản giật và tăng huyết áp thai kỳ trên sản phụ nếu tăng huyết áp đột ngột ở cuối thai kỳ. Trong những trường hợp như vậy nên xem và xử trí như một trường hợp tiền sản giật.

Tiền sản giật

Trong tiền sản giật, sự phát triển của tăng huyết áp kèm protein niệu (có thể có phù) xuất hiện sau tuần thứ 20. Tình trạng này có thể xảy ra sớm hơn với sự hiện diện của bệnh lý nguyên bào nuôi (thai trung). Các yếu tố nguy cơ tiền sản giật trong **bảng 10.2**. Các tiêu chí để chẩn đoán tiền sản giật là:

- Huyết áp: huyết áp tâm thu $\geq 140\text{mmHg}$, huyết áp tâm trương $\geq 90\text{mmHg}$ xảy ra sau tuần thứ 20 trên sản phụ trước đó huyết áp bình thường
- Protein niệu, khi protein trong nước tiểu $\geq 0,3\text{ g/24-giờ}$.

Bảng 10.2. Yếu tố nguy cơ của tiền sản giật

Con so

Đa thai

Mẹ trên 35 tuổi

Tiền sử bị tiền sản giật

Tăng huyết áp mạn

Tiền sử bị đái tháo đường

Bệnh về mạch máu và mô liên kết

Bệnh cầu thận

Hội chứng kháng phospholipid

Béo phì

Tiền sản giật nặng đặc trưng bởi một hoặc nhiều yếu tố sau đây:

- Huyết áp: huyết áp tâm thu ≥ 160mmHg, huyết áp tâm trương ≥ 110mmHg trong hai lần đo cách nhau ít nhất 6 giờ, khi bệnh nhân nằm nghỉ ngơi trên giường.
- Protein niệu: ≥ 5 g trong nước tiểu 24 giờ hay ≥ 3 + ở hai lần dùng que thử nước tiểu với nước tiểu ngẫu nhiên cách nhau ít nhất 4 giờ.
- Thiếu niệu: <500 mL trong 24 giờ.
- Nhức đầu hay rối loạn thị giác (ám thị "điểm" trước mắt).
- Phù phổi hoặc tím tái.
- Đau vùng thượng vị hoặc góc phần tư phải trên (có thể gây ra xuất huyết dưới bao gan).
- Rối loạn chức năng gan.
- Giảm tiểu cầu.
- Thai chậm phát triển trong tử cung.

Những dấu hiệu này cho thấy sự ảnh hưởng hệ thống trên đa cơ quan do tình trạng tiền sản giật. Khi đánh giá là ***tiền sản giật nặng hay sản giật cần có kế hoạch chấm dứt thai kỳ bắt chấp tuổi thai hay độ trưởng thành thai***.

Sản giật

Sản giật là tình trạng có cơn co giật (lâm sàng có biểu hiện giống như cơn động kinh lớn) không giải thích được bởi các nguyên nhân gây rối loạn thần kinh trên một sản phụ có tiền sản giật.

Sản giật có suất độ 0,5% – 4% trên các trường hợp tiền sản giật. Hầu hết các trường hợp sản giật xảy ra trước sanh, trong sanh và cho đến 24 giờ sau sanh, Tuy nhiên cần lưu ý có khoảng 3% các trường hợp sản giật có thể xảy ra trong thời gian ngày 2 đến ngày 10 sau khi sanh.

Các biến chứng trên sản phụ sau khi có sản giật ghi nhận:

- (1) Nhau bong non: 10%.
- (2) Biến chứng thần kinh: 7%.
- (3) Viêm phổi do hít dịch tiêu hóa: 7%.
- (4) Phù phổi cấp: 5%.
- (5) Ngưng tim ngưng thở: 4%.
- (6) Suy thận: 4%.
- (7) Tử vong mẹ: 1%.

Hội chứng HELLP

HELLP là từ ghép từ các chữ cái đầu trong các từ sau: Hemolysis – tán huyết, Elevated Liver enzymes – tăng các men gan, Low Platelet – giảm số lượng tiểu cầu.

Hội chứng HELLP, giống như tiền sản giật nặng, là tình trạng cần chấm dứt thai kỳ để tránh gây nguy hiểm sản phụ.

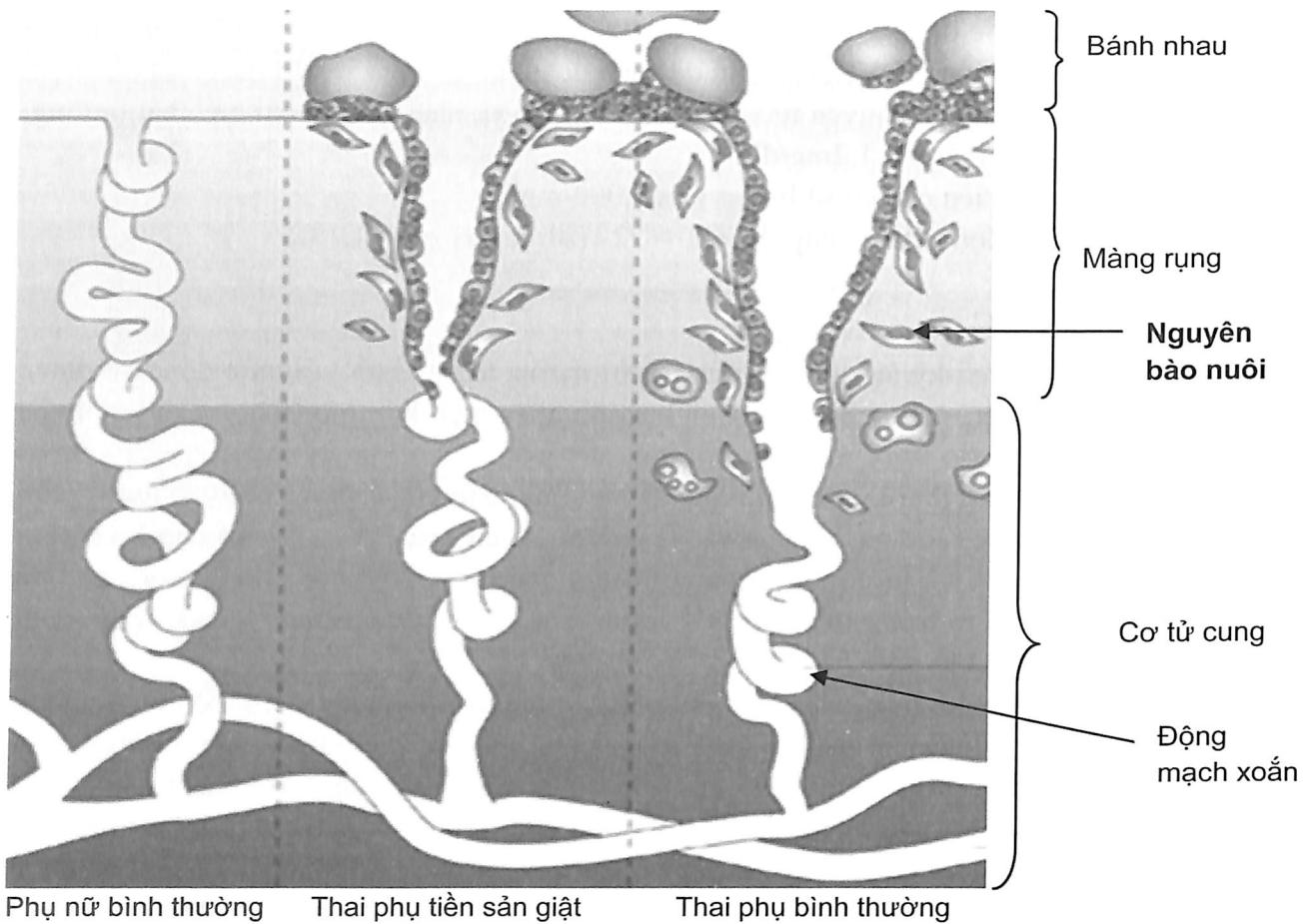
Hội chứng này được đánh giá là tình trạng thực thể, xảy ra ở 4% đến 12% bệnh nhân bị tiền sản giật nặng hoặc sản giật. Tiêu chuẩn để chẩn đoán là:

- Tán huyết: nước tiểu chuyển từ vàng sang màu xá xị, phết máu ngoại biên bất thường, Bilirubin huyết thanh $> 1,2\text{mg/dL}$.
- Giảm tiểu cầu: tiểu cầu có số lượng $< 100.000/\text{mm}^3$.
- Tế bào gan rối loạn chức năng: SGOT $> 72 \text{ UI/L}$, LDH $> 600\text{UI/L}$.

SINH LÝ BỆNH HỌC

Tăng huyết áp trong thai kỳ ảnh hưởng đến người mẹ và trẻ sơ sinh với mức độ khác nhau. Với ảnh hưởng đa cơ quan, cơ chế sinh bệnh học ghi nhận hiện tượng co thắt mạch với nhiều chứng cứ:

1. Mạch máu: trong thai kỳ bình thường có sự xâm nhập của các nguyên bào nuôi ở lớp màng rụng, khiến lớp cơ ở thành các tiểu động mạch xoắn giảm đi làm cho trở kháng thành mạch thấp và tưới máu tử cung nhau nhiều hơn. Điều này không có trong tiền sản giật. Ngoài ra trong tiền sản giật còn có thể có sự tổn thương của các tế bào nội mạch (**Hình 10.1**).
2. Thay đổi cầm máu: trong tiền sản giật tiểu cầu bị tăng kích hoạt với mức tiêu thụ tăng lên trong hệ thống tiểu mạch máu. Fibronectin ở nội mô tăng trong khi antithrombin III và α_2 -antiplasmin giảm, phản ánh tổn hại của nội mô. Antithrombin III thấp dẫn đến vi huyết khối các vi mạch. Tổn thương của nội mô sẽ thúc đẩy hiện tượng co mạch.
3. Thay đổi của các prostaglandin: trong thai kỳ, cả prostacyclin (PGI2) và thromboxane (TXA2) đều tăng. Ở thai kỳ bình thường, PGI2 có khuynh hướng tăng nhiều hơn TXA2 nhưng trong tiền sản giật thì có khuynh hướng ngược lại. Chức năng của PGI2 là làm giãn mạch và giảm kết tập tiểu cầu. TXA2 ưu thế gây co mạch và ngưng kết tiểu cầu.
4. Thay đổi trong các yếu tố có nguồn gốc từ nội mạc: Nitric oxit, một yếu tố giãn mạch mạnh, giảm ở trong tiền sản giật. Điều này góp phần gây co mạch trong tiền sản giật.
5. Lipid peroxide, các gốc tự do kích thích sự thành lập các chất béo giàu oxy đưa đến tổn thương tế bào nội mạch. Những tổn thương đó tác động lại trên sự sản xuất Nitric Oxide tại nội mạch và làm rối loạn sự cân bằng giữa các Prostaglandins. Các gốc oxy tự do còn làm xuất hiện các đại thực bào chứa chất béo đọng lại thành mạch, hoạt hóa hiện tượng đông máu nội mạch rải rác (gây giảm tiểu cầu), tăng tính thâm thấu của mao mạch (gây phù và protein-niệu). Các lipid peroxide và các gốc tự do đều tăng trong tiền sản giật.

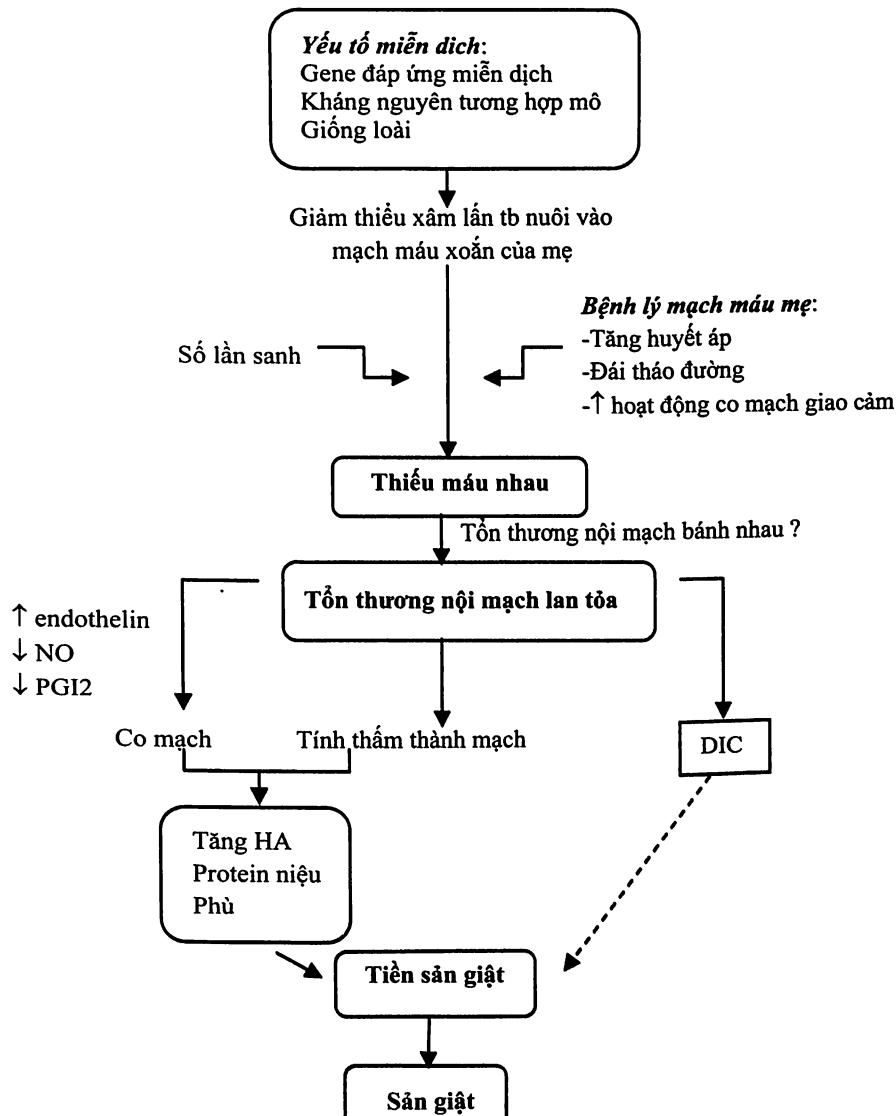


Hình 10.1: Xâm nhập của nguyên bào nuô vào động mạch xoắn

Năm cơ chế trên có thể phối hợp gây nên những thay đổi ở thai phụ bị tiền sản giật:

- Ảnh hưởng tim mạch: tăng huyết áp được xem như là kết quả của sự co mạch cũng như tăng cung lượng tim.
- Ảnh hưởng huyết học: giảm thể tích tuần hoàn do mất đạm gây giảm áp lực keo lòng mạch, nếu có xuất huyết có thể tăng nguy cơ sốc. Giảm thể tích tuần hoàn được thể hiện qua việc tăng hematocrit. Nếu gan bị ảnh hưởng sẽ dẫn đến rối loạn chức năng tế bào gan và làm tiến triển thêm các rối loạn đông máu.
- Ảnh hưởng trên thận: giảm thanh lọc vi cầu thận (tăng creatinin huyết thanh) và xuất hiện protein niệu (protein niệu $> 300\text{mg}/24\text{ giờ}$) do những tổn thương giống xơ vữa tại mạch máu thận (glomerular endotheliosis). Giảm khả năng thanh lọc axit uric, do đó, axit uric huyết thanh mẹ tăng có thể là một chỉ điểm diễn tiến nặng của bệnh.
- Ảnh hưởng trên thần kinh: tăng phản xạ thần kinh, tăng kích thích. Trong trường hợp nghiêm trọng, co giật có thể xuất hiện.

5. Ảnh hưởng trên phổi: phù phổi có thể xảy ra và có thể do áp lực giảm keo trong lòng mạch, tăng thâm mao mạch phổi, suy tim trái, quá tải dịch truyền, hoặc kết hợp của các yếu tố này.
6. Ảnh hưởng lên thai: giảm tuần hoàn nhau - thai do co thắt mạch có thể dẫn đến thai chậm tăng trưởng trong tử cung (<10% trọng lượng ước tính của thai nhi cho tuổi thai tương ứng), thiếu ôi và tăng tỷ lệ tử vong chu sinh của trẻ sơ sinh. Tăng nguy cơ nhau bong non. Trong chuyên dạ với các cơn co thắt tử cung, tuần hoàn nhau - thai có thể không còn cung cấp đủ oxy cho thai nhi. Điều này có thể dẫn đến dấu hiệu suy tuần hoàn nhau thai và phải mổ sanh.



Sơ đồ cơ chế của tiền sản giật – sản giật

ĐÁNH GIÁ

Hỏi tiền sử và khám thực thể các dấu hiệu và triệu chứng của tăng huyết áp và thai kỳ. Rối loạn thị giác; nhức đầu nhiều một cách bất thường hoặc kéo dài là dấu hiệu của co thắt mạch. Đau vùng hạ sườn phải có thể do ảnh hưởng đến gan, do hiện tượng xuất huyết làm căng màng bao gan. Bất kỳ một tình trạng mất tri giác hoặc co giật cũng cần phải được xem xét cẩn thận ngay cả khi thai phụ đã có tiền căn động kinh trước đó.

Huyết áp đo được có thể thay đổi theo tư thế của bệnh nhân. Huyết áp đo được thấp nhất khi bệnh nhân nằm nghiêng, cao nhất khi bệnh nhân đứng và trung gian khi ngồi. Kích thước bao đo huyết áp cũng ảnh hưởng đến kết quả đo được (nếu dùng bao đo kích thước bình thường trong khi cánh tay bệnh nhân quá lớn, huyết áp đo được có thể cao hơn trị số thực)

Ngoài ra, trong thai kỳ, huyết áp thường giảm nhẹ ở tam cá nguyệt thứ hai, cao hơn trong tam cá nguyệt đầu và cuối thai kỳ. Nếu không có bằng chứng về huyết áp cơ bản của bệnh nhân trước lần đo huyết áp này cũng làm cho việc đánh giá khó khăn hơn. Tăng cân trong lúc có thai cần được so sánh với lần khám trước đó, cần lưu ý khi tăng cân quá nhanh.

Phù chi dưới là triệu chứng thường gặp trong thai kỳ. Tuy nhiên nếu phù không giảm bớt sau khi nằm nghỉ, đặc biệt nếu phù xuất hiện cả ở chi trên, vùng xương thiêng, nhất là ở mặt thì không phải là bình thường.

Soi đáy mắt có thể đánh giá tình trạng co mạch của các mạch máu võng mạc tương tự như tình trạng co mạch của các mạch máu nhỏ nơi khác. Khám bụng vùng gan có thể phát hiện đau liên quan căng bao gan. Khám phản xạ gân xương bánh chè và gân gót Achilles có thể phát hiện tăng phản xạ. Dấu đa động ở gót chân (clonus) có thể báo hiệu tình trạng nặng.

Các xét nghiệm cận lâm sàng đánh giá ở mẹ và thai nhi liên quan tăng huyết áp được trình bày ở **Bảng 10.3**. Sản phụ có rối loạn chức năng gan, suy thận và rối loạn đông máu phải được chú ý đặc biệt vì tình trạng nặng hay diễn tiến nặng. Cần chú ý các đánh giá ở thai nhi vì rất thường thiếu quan tâm.

Bảng 10.3. Các xét nghiệm/thử nghiệm đánh giá trong tăng huyết áp thai kỳ

Xét nghiệm hay thử nghiệm	Đánh giá
Dành cho thai phụ	
Huyết đồ	Hct tăng có thể do co mạch nhiều hơn và giảm thể tích nội mạch
Tiểu cầu	Hct có thể có tán huyết
Chức năng đông máu (PT, APTT)	Tiểu cầu giảm số lượng liên quan tình trạng xấu hơn
Chức năng gan	Rối loạn đông máu liên quan tình trạng xấu hơn
Creatinin huyết thanh	Rối loạn chức năng gan liên quan tình trạng xấu hơn
Acid uric huyết thanh	Rối loạn chức năng thận liên quan tình trạng xấu hơn
Đạm nước tiểu (thời điểm, 24 giờ)	
Thể tích nước tiểu 24 giờ	

Độ thanh thải creatinin Soi đáy mắt, ECG	Đánh giá ảnh hưởng tăng huyết áp với các cơ quan đích
Dành cho thai nhi	
Siêu âm 2 D, Doppler velocimetry	Tăng trưởng thai Tuần hoàn nhau thai Nước ối
Non Stress test Biophysical profile	Tình trạng sức khỏe thai

QUẢN LÝ

Mục tiêu của quản lý tăng huyết áp trong thai kỳ cần lưu ý cân bằng tình trạng huyết áp để mẹ không bị tai biến do huyết áp quá cao và thai nhi không bị giảm tuần hoàn nhau – thai khi điều trị hạ áp. Sản phụ nên được theo dõi thường xuyên huyết áp, can thiệp đặt ra khi tình trạng huyết áp có thể gây nguy hiểm cho tính mạng của mẹ hoặc việc can thiệp không ảnh hưởng đến khả năng sống còn của thai nhi. Đôi với thai nhi, cần chú ý tình trạng sống còn của thai và điều kiện tăng trưởng của thai. Can thiệp cần đặt ra khi môi trường trong tử cung trở nên rủi ro cho thai nhi nhiều hơn so với việc sanh và chăm sóc sơ sinh sau đó.

Tăng huyết áp mạn tính

Quản lý sản phụ tăng huyết áp mạn tính cần theo dõi chặt chẽ huyết áp của mẹ và lưu ý tình trạng ghép thêm của tiền sản giật hoặc sản giật, đồng thời cần theo dõi sức khỏe và tăng trưởng thai nhi. Điều trị hạ áp ở mẹ được ghi nhận không làm cải thiện kết cục thai kỳ như mong muốn. Thuốc hạ áp ở sản phụ tăng huyết áp mạn tính chỉ dùng khi huyết áp tâm thu $> 150 - 160\text{mmHg}$ hoặc huyết áp tâm trương $> 100 - 110\text{mmHg}$. Lý do của hạ áp nhằm giảm khả năng bị đột quỵ cho sản phụ. Methyldopa là thuốc hạ huyết áp thường dùng. Thuốc có chẹn thụ thể alpha và beta (như Labetalol, thường dùng với tên thương mại Trandate) và thuốc chẹn kênh calci (như Nifedipine) cũng thường được sử dụng. Thuốc lợi tiểu trước đây thường được xem như chống chỉ định trong thời kỳ mang thai, nhưng hiện nay lợi tiểu vẫn có thể được dùng ở những bệnh nhân đã được điều trị nhu trước khi mang thai.

Tiền sản giật

Mức độ nặng của tiền sản giật và sự trưởng thành của thai là những điểm cân nhắc chính trong quyết định xử trí. Chăm sóc nên chú ý từng trường hợp cụ thể nhưng chú ý nguyên tắc điều trị chung. Cơ sở chính của quản lý tiền sản giật nhẹ là nghỉ ngơi và theo dõi các dấu hiệu trở nặng. Xét nghiệm đánh giá tăng trưởng của thai và tình trạng thiểu ối. Non Stress Test hai lần 1 tuần, kết hợp siêu âm thực hiệc trắc nghiệm sinh - vật lý (Biophysical profile) có thể được lặp đi lặp lại. Siêu âm đánh giá tăng trưởng của thai nhi và lượng ối mỗi 3 tuần. Đếm cử động thai mỗi ngày.

Khi phát hiện tiền sản giật, tùy tình trạng và mức độ của thai phụ và thai nhi có thể được theo dõi tiếp tục trong bệnh viện hoặc tại nhà trên cơ sở của việc đánh giá ban đầu.

Đối với các trường hợp tiền sản giật nặng hay sản giật, cần theo dõi tại các cơ sở y tế có đủ điều kiện và có kinh nghiệm. Các xét nghiệm cận lâm sàng (**bảng 10.3**) cần thực hiện. Điều trị bao gồm: ngăn ngừa hay điều trị co giật với Magnesium Sulfate, dùng hạ áp (nếu có chỉ định), đánh giá độ trưởng thành và sức khỏe thai nhi và có kế hoạch để chấm dứt thai kỳ ở thời điểm phù hợp. Khởi phát chuyển dạ hay mổ sanh tùy thuộc chỉ định sản khoa.

Gần một thế kỷ, Magnesium Sulfate được sử dụng để ngăn ngừa và điều trị co giật trong sản giật. Các thuốc chống co giật khác như diazepam và phenytoin, ngày càng hiếm được sử dụng bởi vì không hiệu quả như Magnesium Sulfate và các ảnh hưởng bất lợi trên thai nhi.

Bảng 10.4. Nồng độ Magnesium Sulfate và biểu hiện lâm sàng

Nồng độ/huyết thanh (mg/dL)	Biểu hiện lâm sàng
1,5 - 3	Bình thường
4 - 6	Nồng độ điều trị
5 - 10	Thay đổi trên điện tâm đồ
8 - 12	Mắt phản xạ xương bánh chè
9 - 12	Cảm giác ấm, nóng phừng mặt
10 - 12	Lơ mơ, nói lú nhíu
15 - 17	Liệt cơ, khó thở
30	Ngưng tim

Magnesium Sulfate được dùng tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch, mặc dù sau này dùng đường tĩnh mạch là phổ biến hơn. Trong 98% các trường hợp, co giật sẽ được ngăn chặn, nồng độ Mg²⁺ điều trị ở mức 4 - 6 mg/dL với nồng độ gây độc và hậu quả ghi nhận trong **bảng 10.4**. Thường xuyên đánh giá phản xạ gân xương bánh chè và đếm nhịp hô hấp của thai phụ để theo dõi các biểu hiện của sự gia tăng nồng độ Magnesium Sulfate trong huyết thanh tăng. Ngoài ra, do Magnesium Sulfate chỉ được bài tiết qua thận nên cần duy trì lưu lượng nước tiểu ít nhất 25 ml/giờ để tránh tích lũy của thuốc. Khi có biểu hiện ngộ độc, ngưng dùng Magnesium Sulfate ngay, tiêm tĩnh mạch chậm 1gr Calcium Gluconate 10% (ống 10ml), cùng với oxy hỗ trợ, bên cạnh hỗ trợ tuần hoàn-hô hấp (nếu cần thiết).

Thuốc hạ huyết áp có chỉ định khi huyết áp tâm thu > 160mmHg hoặc nếu huyết áp tâm trương vượt quá 105 - 110mmHg, khi chỉ số huyết áp được đo 2 lần (có nằm nghỉ). Hydralazine thường được lựa chọn, tiêm mạch chậm, bắt đầu 5mg – 10mg, lặp lại 5mg mỗi 15 phút. Thời gian đáp ứng thường từ 10 – 15 phút. Mục tiêu điều trị là giảm huyết áp tâm trương trong khoảng 90 – 100mmHg. Chú ý nếu huyết áp giảm nhiều có thể làm giảm lưu lượng máu tử cung – nhau gây nguy hiểm cho thai nhi. Labetalol là một trong số các thuốc dùng khi tăng huyết áp nặng (**Bảng 10.5**).

Bảng 10.5. Thuốc hạ áp thường dùng trong khi có thai

Thuốc	Cơ chế tác dụng	Ảnh hưởng
Thiazide	Giảm thể tích huyết tương và cung lượng tim	Giảm cung lượng tim, giảm lưu lượng máu đến thận, gây tán huyết ở mẹ, giảm tiểu cầu ở sơ sinh.
Methyldopa	Ức chế thụ thể Alpha trung ương	Cung lượng tim không thay đổi, lưu lượng máu đến thận không thay đổi; sốt, mẹ lờ phờ (lethargy), viêm gan, thiếu máu tán huyết
Hydralazine	Dãn mạch ngoại vi trực tiếp	Cung lượng tim tăng; lưu lượng máu đến thận không thay đổi hoặc tăng, mẹ đỏ bừng, đau đầu, nhịp tim nhanh, hội chứng giống lupus
Propranolol	Ức chế thụ thể Beta	Giảm cung lượng tim, giảm lưu lượng máu đến thận; tăng cơn co tử cung có thể làm giảm tưới máu nhau – thai, suy hô hấp sơ sinh
Labetalol	Ức chế thụ thể Alpha và Bêta	Cung lượng tim không thay đổi, lưu lượng máu đến thận không thay đổi; mẹ run cơ, đỏ bừng, đau đầu, suy hô hấp sơ sinh; chống chỉ định ở sản phụ có hen suyễn và suy tim
Nifedipine	Ức chế kênh Calci	Cung lượng tim không thay đổi, lưu lượng máu đến thận không thay đổi, hạ huyết áp tư thế bà mẹ, đau đầu, tác dụng ở sơ sinh chưa được ghi nhận đầy đủ

Một khi thuốc chống co giật và hạ áp được dùng để điều trị tiền sản giật nặng hoặc sản giật, cần có kế hoạch thực hiện chấm dứt thai kỳ. Khởi phát chuyển dạ có thể được thực hiện. Mở sanh khi có chỉ định về phương diện sản khoa hay khi khởi phát chuyển dạ thất bại. Khi sanh cần chú ý mất máu vì trong tiền sản giật có hiện tượng giảm khói lượng tuần hoàn. Sau khi sanh, sản phụ cần được chú ý theo dõi sát và tiếp tục Magnesium Sulfate để ngừa co giật trong ít nhất 24 giờ (đôi khi lâu hơn tùy tình hình lâm sàng). Khoảng 25% sản giật xảy ra trước chuyển dạ, 50% trong chuyển dạ và 25% trong 24 giờ đầu sau sanh. Thường tiến trình co mạch đảo ngược bắt đầu từ 24 – 48 giờ sau sanh, thường biểu hiện với hiện tượng gia tăng lượng nước tiểu.

Sản giật

Các cơn giật trong sản giật có thể đe dọa tính mạng sản phụ và thai nhi. Mỗi cơn giật trải qua bốn giai đoạn:

- Giai đoạn xâm nhiễm: co giật ở miệng, mặt, kéo dài vài giây.
- Giai đoạn co cứng toàn thân: kéo dài 15 - 20 giây.
- Giai đoạn co giật tay chân và toàn thân: co giật từng cơn, mặt tím do ngưng thở, miệng sùi bọt mép lẫn máu, hàm dưới đóng mở từng hồi, kéo dài khoảng 1 phút.
- Giai đoạn hôn mê: các cử động co giật nhẹ và thưa dần rồi ngưng. Sản phụ rơi vào hôn mê, thở lại, nhịp thở nhanh đều. Giai đoạn này có thể ngắn hay dài nhưng khi tỉnh lại, sản phụ hoàn toàn không nhớ gì trước khi co giật cả.

Nguy cơ cho thai phụ gồm: chấn thương cơ xương khớp (có thể cắn lưỡi), thiếu oxy và hít dịch tiêu hóa. Xử trí ban đầu gồm: chèn lưỡi, cố định nhẹ nhàng, cung cấp oxy, đảm bảo thông khí và có đường truyền tĩnh mạch. Cơn giật thường tự giới hạn. Nhưng để giảm nguy cơ do cơn giật tái phát, thuốc được chọn là Magnesium Sulfate 15%, ống 10 ml (liều tấn công 4 - 6gr, tiêm tĩnh mạch chậm) để ngăn chặn co giật. Nếu sản phụ có tiền căn co giật, liều Magnesium Sulfate thường là 2gr tiêm tĩnh mạch chậm và đo nồng độ Magnesium huyết thanh. Các thuốc chống co giật khác như Diazepam hoặc thuốc cùng nhóm không còn được chọn lựa.

Tăng co thắt tử cung khi có co giật đến 15 phút có thể ảnh hưởng tuần hoàn nhau - thai với thay đổi nhịp tim thai, gồm: tim thai chậm, nhịp tim nhanh, giảm bất định hay giảm muộn. Nguy hiểm đe dọa thai nhi nếu các cơn giật kéo dài 20 phút hoặc hơn. Sanh trong thời điểm co giật làm tăng thêm nguy cơ cho sản phụ và thai nhi. Nên làm khí máu động mạch. Theo dõi nước tiểu với lưu ống thông Foley. Nếu huyết áp rất cao, nước tiểu ít hoặc có rối loạn tim mạch, đo áp lực tĩnh mạch trung ương nên được thực hiện và theo dõi với monitor liên tục.

Hội chứng HELLP

Sản phụ có hội chứng HELLP thường là đa sản và có huyết áp không cao hơn so với những sản phụ tiền sản giật không có biến chứng này. Rối loạn chức năng gan biểu hiện như đau vùng hạ sườn phải, rất thường bị chẩn đoán là bệnh lý liên quan túi mật hay rối loạn tiêu hóa khác. Do tử suất và bệnh suất cao, hội chứng HELLP cần được chẩn đoán chính xác càng sớm, càng tốt. Triệu chứng đầu tiên thường mơ hồ, gồm: buồn nôn và nôn và hội chứng nhu nictem siêu vi không đặc hiệu. Điều trị những sản phụ này là tốt nhất tại trung tâm sản khoa có đủ điều kiện: khả năng ổn định tình trạng tim mạch, phát hiện và điều chỉnh rối loạn đông máu và chấm dứt thai kỳ phù hợp. Truyền tiểu cầu đậm đặc trước và sau sanh có chỉ định khi số lượng tiểu cầu $<20.000/mm^3$. Nếu có chỉ định mổ sanh nên truyền khi số lượng tiểu cầu đếm $<50.000/mm^3$ trước khi tiến hành mổ lấy thai. Quản lý trường hợp có biến chứng HELLP phải tùy từng trường hợp riêng biệt dựa trên: tuổi thai, triệu chứng lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng và tình trạng sức khỏe thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Beckmann' s Obstetrics and Gynecology 6th edition, chapter 16, *Hypertension in Pregnancy*, page 175 -179.
2. Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (2009), trang 112 – 114.
3. Williams Obstetrics, 22nd edition, chapter 34, *Hypertensive Disorders In Pregnancy*, page 761 – 808.

CHUYỀN DẠ SINH NON

GS.TS.BS. Nguyễn Duy Tài

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

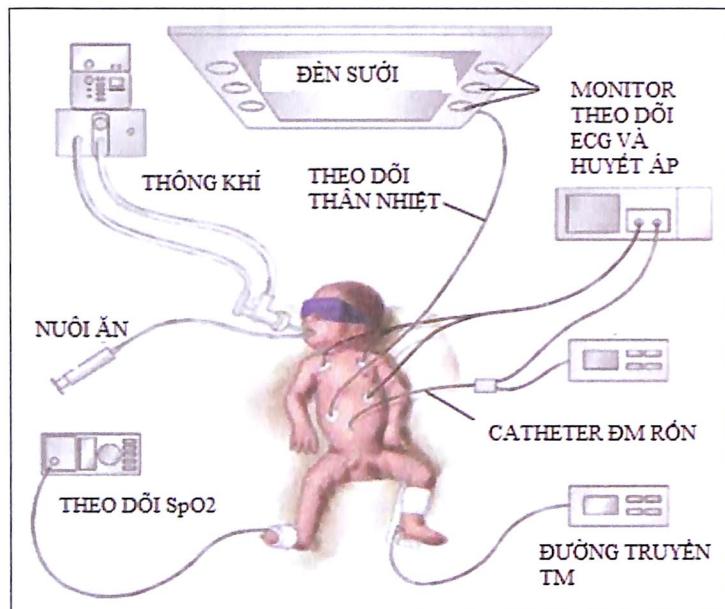
1. *Trình bày được nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ của sinh non.*
2. *Trình bày được các yếu tố giúp tiên lượng chuyển dạ sinh non.*
3. *Nêu được các bước đánh giá chuyển dạ sinh non.*
4. *Liệt kê được các loại thuốc giảm co dùng trong chuyển dạ sinh non.*

GIỚI THIỆU

Thai đủ tháng (term birth) được định nghĩa tuổi thai lúc sinh từ 37-42 tuần. *Thai quá ngày* (post-term birth) được định nghĩa khi tuổi thai >42 tuần.

Sinh non (preterm birth) là sinh trước tuần lẽ thứ 37. Đây là một trong những vấn đề sức khỏe nghiêm trọng hàng đầu. Tại Hoa Kỳ, chi phí y tế hàng năm cho các trường hợp sinh non ước tính khoảng 20 tỷ USD. Nói chung, sinh non có thể là do **chỉ định** hoặc **tự phát**, do vậy có thể được chia thành hai nhóm lớn: (1) *Sinh non do có chỉ định* từ mẹ hoặc thai (20%) (vd, tiền sản giật, nhau tiền đạo, suy thai); (2) *Sinh non tự phát*, chiếm khoảng 80% các trường hợp còn lại, đa phần có liên quan đến chuyển dạ sinh non hoặc ối vỡ non trên thai non tháng (PPROM: preterm premature rupture of membranes).^[1] Ngoài ra, cũng có thể phân loại sinh non dựa trên tuổi thai: <28 tuần (5%) [thai cực non]; 28-31 tuần (15%) [thai rất non tháng]; 32-33 tuần (20%); 34-36 tuần (60%-70%). Qua đó, ta cần ghi nhận đa số các trường hợp sinh non có tuổi thai gần với thai đủ tháng (nhóm 34-36 tuần).

Sinh non cùng với các hậu quả khác của nó là nguyên nhân gây tử vong sơ sinh hàng đầu. Sinh non cũng là một yếu tố quan trọng dẫn đến nguy cơ mắc phải các bệnh lý khác trong giai đoạn ngắn hạn hoặc dài hạn về sau của trẻ.^[2] Tuổi thai càng non thì tàn số và độ nặng của tai biến đi kèm sẽ càng nhiều. Các bệnh lý dài hạn có liên quan với sinh non gồm nghịch sản phổi, rối loạn phát triển (vd, bại não), và bệnh lý võng mạc ở trẻ non tháng. Khoảng 50% các trường hợp rối loạn thần kinh ở trẻ em tại Hoa Kỳ đều có tiền căn sinh non.^[3]



Trẻ sinh non cần có một môi trường chăm sóc đặc biệt.
(Nguồn: Mayo Foundation for Medical Education and Research).



Chuyển dạ sinh non (preterm labor) được định nghĩa là sự xuất hiện các cơn gò tử cung đều đặn, xảy ra trước tuần lě 37 và có liên quan đến sự thay đổi ở cổ tử cung (gây xóá-mở cổ tử cung).

Hiện tại vẫn chưa có tiêu chuẩn chẩn đoán thống nhất, và đây có thể sẽ làm ảnh hưởng đến tiên lượng cho mẹ và con vì dường như các biện pháp điều trị tỏ ra có hiệu quả hơn nếu được tiến hành sớm.^[3]

NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CẦN LUU Ý

Quan điểm hiện nay cho rằng chuyển dạ sinh non là một hội chứng gồm nhiều cơ chế khác nhau, do vậy trong đa số các trường hợp khó có thể tìm ra một nguyên nhân cụ thể nào.^[4] Có

4 quá trình bệnh sinh chính yếu như sau, và *chuyển dạ sinh non* là hậu quả cuối cùng của các diễn tiến bệnh lý này:^[3]

1. Hoạt hóa trực hạ đồi-tuyến yên-tuyến thượng thận ở mẹ/thai nhi do stress.
2. Nhiễm trùng (tại lớp màng đệm-màng rụng hoặc toàn thân).
3. Xuất huyết tại lớp màng rụng (vd, bong nhau).
4. Căng dãn tử cung quá mức do bệnh lý (vd, đa thai, đa ói).

Một điểm cần lưu ý là trong đa số trường hợp, chúng ta *không thể* tìm được nguyên nhân hoặc các yếu tố nguy cơ của chuyển dạ sinh non.

Yếu tố nguy cơ mạnh nhất của sinh non là *đa-thai*. Ngoài ra, khi có tiền căn sinh non, các thai kỳ kế tiếp cũng gia tăng nguy cơ sinh non, và thai kỳ càng về sau thì nguy cơ sinh non càng cao. (Tham khảo thêm **Bảng 11.1** để có danh sách đầy đủ hơn về các yếu tố nguy cơ của sinh non).

Trong vòng vài thập kỷ qua, tỷ lệ bệnh suất và tử suất đi kèm với sinh non đã giảm. Tuy nhiên, không phải là do chúng ta có những chiến lược phòng ngừa sinh non hiệu quả hơn, mà đa phần là do các yếu tố khác. Sau đây là các nhân tố giúp cải thiện dự hậu cho trẻ đáng lưu ý: (1) Ngành hồi sức sơ sinh đã có những tiến bộ to lớn giúp chăm sóc tốt hơn các trẻ non tháng, do vậy chúng ta có chỉ định chuyển những trường hợp thai phụ có chuyển dạ sinh non tới các bệnh viện chuyên khoa với khoa hồi sức sơ sinh được trang bị đầy đủ; (2) Sử dụng corticosteroids ở những thai phụ có nguy cơ sinh non đã giúp giảm tỷ lệ bị các tai biến như hội chứng suy hô hấp, viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh. Ngoài ra, một điểm cần nhớ là mục tiêu chính của liệu pháp giảm gò (tocolytic therapy) là nhằm kéo dài thai kỳ thêm khoảng 48 giờ để có thời gian sử dụng corticosteroids; (3) Sử dụng kháng sinh dự phòng đối với các vi khuẩn Streptococcus nhóm B ở những bệnh nhân có chuyển dạ sinh non hoặc PPROM, giúp làm giảm tỷ lệ bệnh suất và tử suất của trẻ sơ sinh tại Hoa Kỳ.^[3]

Bảng 11.1. Các yếu tố nguy cơ của sinh non

Tiền căn sinh non

Chuyển dạ sinh non

Ói vỡ non

Hở eo cổ tử cung

- Nguyên phát
- Thứ phát (vd, sau khoét chót cổ tử cung)

Nhiễm trùng

- Nhiễm trùng tiểu
- Nhiễm khuẩn âm đạo (BV)
- Nhiễm trùng ói

Căng dãn tử cung

- Đa ói
- Đa thai

Tử cung biến dạng

- U cơ trơn tử cung (u xơ tử cung)
- Tử cung có vách và các dị tật khác

Bất thường bánh nhau

- Nhau bong non
- Nhau tiền đạo

Mẹ hút thuốc lá (liên quan với ôi vỡ non)

Do điều trị: khởi phát chuyển dạ

(Nguồn: Beckmann et al (2010), *Obstetrics and gynecology*. 6th ed./American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). BV:Bacterial Vaginosis.)

ĐÁNH GIÁ CHUYỂN DẠ SINH NON

Đối với một trường hợp có các triệu chứng và dấu chứng gợi ý chuyển dạ sinh non (**Bảng 11.2**), chúng ta cần tiến hành đánh giá đầy đủ và kịp thời.

Bảng 11.2. Các triệu chứng và dấu chứng của chuyển dạ sanh non

Những cơn trắc bụng giống khi ra kinh

Đau trắc vùng lưng dưới

Cảm giác nặng vùng chậu

Đau bụng (kèm hoặc không kèm tiêu chảy)

Tăng số lượng hoặc thay đổi tính chất dịch âm đạo (dịch nhày, dịch loãng, dịch lẩn máu)

Xuất hiện những cơn gò tử cung, thường không gây đau

(Nguồn: Beckmann et al (2010), *Obstetrics and gynecology*. 6th ed./American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG).)

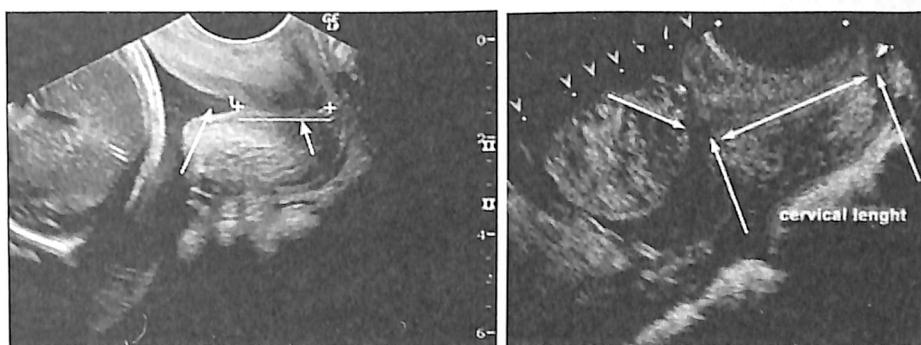
Các yếu tố giúp tiên lượng chuyển dạ sinh non

Có nhiều yếu tố giúp đánh giá và chẩn đoán một trường hợp chuyển dạ sinh non.

Fibronectin thai nhi (fFN: fetal Fibronectin) gia tăng trong dịch tiết cổ tử cung – âm đạo trong các trường hợp chuyển dạ sinh non.^[3] Đây là một loại glycoprotein ngoại bào thường tìm thấy trong dịch tiết cổ tử cung trong giai đoạn sóm của thai kỳ và khi thai kỳ gần đú tháng. Nếu thai chưa đú tháng mà nồng độ fFN gia tăng thì có thể có liên quan với sự gia tăng nguy cơ sinh non (khi tuổi thai 22-34 tuần) và sẽ sinh trong vòng 7-14 ngày từ khi thực hiện test. Tuy nhiên, cần nhớ rằng mục tiêu khi thực hiện test fFN không nằm ở giá trị tiên đoán dương (khoảng 18% từ nhiều nghiên cứu) mà là ở giá trị tiên đoán âm. Nghĩa là, nếu fFN không có (âm tính) trong dịch tiết âm đạo – cổ tử cung, thì khả năng thai phụ sẽ sinh con trong vòng 7 ngày kế tiếp là rất thấp (khoảng 1%).^[3-4]

Chiều dài cổ tử cung (đo qua siêu âm) cũng có thể dùng làm yếu tố chẩn đoán. *Khi cổ tử cung ngắn lại vào giai đoạn giữa của thai kỳ, nguy cơ chuyển dạ sinh non sẽ tăng lên.* Vào tuần lễ 24, nếu chiều dài cổ tử cung <25mm trên một thai phụ không có triệu chứng thì nguy

cơ chuyển dạ sinh non sẽ tăng lên. Ngược lại, nếu một sản phụ có các cơn gò tử cung xuất hiện khi thai chưa đủ tháng nhưng chiều dài cổ tử cung >30 mm thì chỉ có nguy cơ 1% là sẽ sinh trong vòng 7 ngày kế tiếp.^[4] Siêu âm qua ngả âm đạo là một test đáng tin cậy nhằm khảo sát chiều dài cổ tử cung, và tỏ ra hữu hiệu nhất khi đánh giá các trường hợp có nguy cơ chuyển dạ sinh non tái phát, dị dạng tử cung, và những bệnh nhân có tiền căn khoét chớp cổ tử cung hoặc nong/nạo nhiều lần.^[3]



(Nguồn từ www.aafp.com và www.sonoworld.com)

Hở eo cổ tử cung có thể liên quan đến gia tăng nguy cơ chuyển dạ sinh non và sinh non. Trong một phân tích gộp gồm bốn thử nghiệm lâm sàng, nguy cơ sinh non trước tuần lễ 35 có giảm khi tiến hành khâu cổ tử cung (cerclage) ở những bệnh nhân có tiền căn sinh non và cổ tử cung ngắn (<25 mm) trong thai kỳ hiện tại.^[4] Tuy nhiên, những trường hợp có cổ tử cung ngắn nhưng không có tiền căn sinh non thì không thấy lợi ích nào khi tiến hành thủ thuật này. Ở những trường hợp song thai, khi khâu cổ tử cung sẽ làm tăng nguy cơ chuyển dạ sinh non.^[4]

Nhiễm khuẩn âm đạo là tình trạng khá phổ biến, gặp trong 40% tổng số thai phụ và có liên quan với chuyển dạ sinh non và PPROM. Ở những trường hợp có biểu hiện triệu chứng của nhiễm khuẩn âm đạo, chúng ta nên tiến hành điều trị đầy đủ. Tuy nhiên, những trường hợp không có triệu chứng và nguy cơ thấp thì *không* có khuyến cáo điều trị vì tỷ lệ sinh non không giảm so với nhóm chứng. *Đối với bệnh nhân có nguy cơ cao bị chuyển dạ sinh non, có thể cân nhắc điều trị nhiễm khuẩn âm đạo.*^[3]

Các bước đánh giá chuyển dạ sinh non

Khi nghi ngờ một trường hợp chuyển dạ sinh non, chúng ta nên khám cổ tử cung bằng mỏ vịt hoặc bằng tay. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng khám bằng tay có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng khi bị ối vỡ non, do vậy nên khám bằng mỏ vịt trước nếu nghi ngờ có vỡ màng ối qua khai thác bệnh sử. Thay đổi độ mở/xóa cổ tử cung giúp ta chẩn đoán và theo dõi đáp ứng điều trị, do vậy nên được khám bởi cùng một bác sĩ có kinh nghiệm nếu được. Ngoài ra, chúng ta có thể theo dõi bằng máy monitor để đánh giá tần số và cường độ cơn gò.

Siêu âm giúp ích khi đánh giá tuổi thai, lượng dịch ối, nhau thai, và vị trí bánh nhau, ngoài ra cũng có thể khảo sát được các dị tật của thai nhi. Cũng nên theo dõi tình trạng xuất huyết của bệnh nhân, vì nhau bong non và nhau tiền đạo có liên quan đến chuyển dạ sinh non. Một điều nữa là siêu âm có thể giúp ta đánh giá được chiều dài cổ tử cung, từ đó có thể ảnh hưởng đến các lựa chọn xử trí.

Tình trạng nhiễm trùng ối có biểu hiện lâm sàng hay không có liên quan với chuyển dạ sinh non. Do vậy, có thể tiến hành chọc ối để khảo sát tình trạng nhiễm trùng. Khi có bằng chứng hiện diện của bạch cầu trong dịch ối, glucose giảm hoặc tăng LDH, thì có thể đó là dấu hiệu gợi ý một tình trạng nhiễm trùng. Đối với một trường hợp có các triệu chứng và dấu chứng gợi ý chuyển dạ sinh non (**Bảng 11.2**), chúng ta cần tiến hành đánh giá đầy đủ và kịp thời. Khi có nhiễm trùng, nên nhớ **không** có chỉ định sử dụng thuốc giảm gò (tocolysis). Cũng có thể lấy mẫu dịch ối tiến hành các xét nghiệm khác như khảo sát độ trưởng thành phổi thai nhi vì có thể giúp quyết định xem có trị liệu với corticosteroids hay không.

ĐIỀU TRỊ

Mục đích chính của điều trị là nhằm kéo dài thời gian cho tới khi thai đủ trưởng thành. Thông thường, trị liệu với thuốc giảm gò thường giúp kéo dài thêm thời gian để sử dụng corticosteroids giúp đẩy nhanh tốc độ trưởng thành phổi thai nhi.

Có nhiều loại thuốc giảm gò, thường sử dụng nhất là magnesium sulfate. Các loại thuốc giảm gò thường giúp kéo dài thai kỳ thêm khoảng vài ngày (từ 2-7 ngày). Do mỗi loại thuốc có cơ chế tác động khác nhau nên có thể ta cần phải cân nhắc trong từng trường hợp cụ thể. Ngoài ra, chúng ta cũng cần lưu ý đến tác dụng phụ của chúng (**Bảng 11.3**). Các chống chỉ định của thuốc giảm gò bao gồm chuyển dạ đã tiến triển nhiều, thai nhi đã trưởng thành, thai nhi dị tật, nhiễm trùng trong tử cung, xuất huyết âm đạo lượng nhiều, và tiền sản giật nặng. Ngoài ra, có nhiều tai biến sản khoa (như nhau bong non hoặc suy thai cũng sẽ có chống chỉ định không được trì hoãn thai kỳ).

Bảng 11.3. Các thuốc dùng trong chuyển dạ sinh non

Nhóm thuốc	Tác động	Tác dụng phụ	Lưu ý
Magnesium sulfate	Cạnh tranh với calcium để vào tế bào	Có thể gây nhức đầu hoặc đỏ bừng mặt, nồng độ cao có thể gây ức chế hô hấp hoặc tim mạch.	Thường dùng nhất, được chọn đầu tiên (first-line), có độ an toàn cao. Chống chỉ định khi bệnh nhân có hạ calcium máu hoặc có bệnh nhược cơ.
Thuốc ức chế tổng hợp prostaglandins	Giảm tổng hợp PG bằng cách ức chế quá	Đóng sớm ống động mạch đặc biệt sau tuần	Điều trị thay thế (Second-line)

(indomethacin)	trình chuyển từ arachidonic acid thành PG	lỗi 34, rối loạn chức năng thận (có thể phục hồi) kèm thiểu ối nếu sử dụng trong thời gian dài (≥ 72 giờ)	
Thuốc ức chế kênh calcium (nifedipine)	Ngăn chặn calcium đi vào tế bào	Hạ huyết áp và nhức đầu; có thể làm giảm lưu lượng máu nhau-tử cung, giảm oxygen và tăng CO ₂ ở thai nhi	Có thể làm nặng thêm các tác dụng phụ của magnesium sulfate
Thuốc đồng vận β -adrenergic (ritodrine, terbutaline)	Tăng nồng độ cAMP trong tế bào, làm giảm nồng độ calcium	Hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, nặng ngực hoặc đau ngực, thay đổi trên ECG; có thể gây phù phổi (hiếm gặp), đặc biệt khi có quá tải tuần hoàn, có chống chỉ định tương đối ở bệnh nhân có bệnh mạch vành và suy thận	Thường ít dùng do các tác dụng phụ của thuốc.

(Nguồn: Beckmann et al (2010), *Obstetrics and gynecology*. 6th ed./American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). cAMP: cyclic Adenosine MonoPhosphate, ECG: ElectroCardioGram, PG: prostaglandin.)

Ngoài ra, một số thuốc giảm gò khác cũng được sử dụng trong điều trị dọa sinh non là Atosiban và Progesterone.

- Atosiban:

Atosiban là một chất đối vận kết hợp oxytocin và vasopressin. Atosiban được chứng minh có khả năng làm giảm tần suất và cường độ co tử cung. Atosiban giúp giảm co tử cung cùng với giảm tiết PGF2 α có thể giúp cải thiện tưới máu tử cung. Atosiban tác động lên thụ thể oxytocin và thụ thể vasopressin, trong đó ái lực của atosiban trên thụ thể vasopressin cao gấp nhiều lần so với thụ thể oxytocin.

Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có một bằng chứng nào chứng tỏ atosiban có lợi hơn so với betamimetic, nhóm ức chế canxi, hay giả dược về tác dụng giảm gò hay cải thiện kết cục thai nhi trong điều trị chuyển dạ sinh non. Vì vậy cần có thêm nhiều nghiên cứu được thực hiện trong tương lai nhằm đánh giá hiệu quả của atosiban trong điều trị chuyển dạ sinh non.

Papatsonis D, et al (2007), *Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour (Review)*, Cochrane.

- Progesterone:

Progesterone có tác dụng làm giảm nồng độ oxytocin và thụ thể alpha-adrenergic ở cơ tử cung, làm giảm tổng hợp prostaglandin F2. Progesterone còn làm biến đổi tổ chức siêu cấu

trúc của cơ tử cung, có tác dụng ngăn chặn sự co cơ xảy ra. Progesterone dễ sử dụng vì có nhiều đường sử dụng: tiêm bắp, uống, hay đặt âm đạo. Lợi ích của progesterone trong điều trị chuyển dạ sinh non vẫn còn chưa rõ ràng. Nhưng chứng cứ hiện tại cho thấy progesterone có hiệu quả tốt trong việc phòng ngừa sinh non ở nhóm phụ nữ nguy cơ cao (phụ nữ có tiền căn sinh non trước đây, hoặc có chiều dài kinh tử cung ngắn).

Su LL, et al (2010), Progestational agents for treating threatened or established preterm labour (Review), Cochrane.

Đối với một trường hợp chuyển dạ sinh non có tuổi thai từ 24-32 tuần, ta nên sử dụng corticosteroids để giúp trưởng thành phổi thai nhi. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh phương pháp điều trị này giúp giảm tỷ lệ và độ nặng của hội chứng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh, cũng như các tai biến khác của sinh non như xuất huyết trong não thất và viêm ruột hoại tử. Lợi ích lớn nhất cho thai nhi nếu thai nhi được sinh trong vòng 7 ngày từ khi bắt đầu trị liệu. Tuy nhiên, không có khuyến cáo dùng liệu pháp này mỗi tuần vì có thể gây các tai biến có hại cho thai nhi.

TÓM TẮT

- Sinh non có thể chia làm hai nhóm lớn: do điều trị (20%) hoặc do tự phát (80%).
- Quan điểm hiện tại xem chuyển dạ sinh non là một hội chứng do nhiều cơ chế khác nhau gây ra.
- Nhiễm trùng trong buồng ối là một yếu tố nguy cơ quan trọng của sinh non.
- Chiều dài cổ tử cung <25mm đối với thai >20 tuần sẽ tăng nguy cơ sinh non. Còn nếu bệnh nhân có xuất hiện con gò nhưng chiều dài cổ tử cung >30mm thì khả năng sẽ sinh trong vòng tuần lễ kế tiếp chỉ khoảng 1%.
- Chưa có nghiên cứu nào cho thấy các thuốc giảm gò có thể làm giảm tỷ lệ sinh non, tuy nhiên có thể sử dụng nhằm kéo dài thai kỳ thêm vài ngày để dùng liệu pháp corticosteroids nhằm cải thiện dự hậu thai nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Norwitz, E.R., *Prevention of spontaneous preterm birth*, in UpToDate, 2011.
2. Lockwood, C.J., *Overview of preterm labor and delivery*, in UpToDate, 2011.
3. Beckmann, C.R.B., *Obstetrics and gynecology*. 6th ed. American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) with Charles R.B. Beckmann et al., 2010, Philadelphia, Pa.; London: Lippincott Williams & Wilkins.
4. Toy, E.C., *Case files. High-risk obstetrics*. 2011, New York: McGraw-Hill Medical.

XUẤT HUYẾT BA THÁNG CUỐI THAI KỲ

TS.BS. Nguyễn Thị Thanh Hà

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

- Chẩn đoán phân biệt được các nguyên nhân thường gặp gây xuất huyết 3 tháng cuối thai kỳ.
- Trình bày được những nguy hiểm cho mẹ và thai trong từng nguyên nhân.
- Trình bày được nguyên tắc xử trí cho từng nhóm nguyên nhân gây xuất huyết trong 3 tháng cuối thai kỳ.

Xuất huyết 3 tháng cuối thai kỳ chiếm khoảng 2% – 5% tổng số thai kỳ, là một tình trạng cần được đánh giá và xử trí cấp cứu nhằm có một kết cục tốt cho cả mẹ và thai nhi.

Những nguyên nhân gây xuất huyết 3 tháng cuối thai kỳ bao gồm:

Nguyên nhân thường gặp:

Nhau tiền đạo.

Nhau bong non.

Chuyển dạ sanh non.

Vỡ tử cung.

Nguyên nhân ít gặp:

Vỡ mạch máu của bánh nhau.

Rách cổ tử cung, âm đạo.

Những tổn thương ở cổ tử cung, âm đạo (bao gồm cả ung thư).

Những rối loạn đông máu bẩm sinh.

Không rõ nguyên nhân (sau khi đã loại trừ các nguyên nhân trên).

NHAU TIỀN ĐẠO

Nhau tiền đạo là một dạng bất thường về vị trí bám của bánh nhau. Xuất huyết do nhau tiền đạo là bệnh thường gặp nhất trong xuất huyết 3 tháng cuối thai kỳ (20% tất cả các trường hợp xuất huyết trước sanh), chiếm tỷ lệ khoảng 0,5% tổng số thai kỳ. Khoảng 70% các trường hợp ra huyết âm đạo không kèm đau bụng, 20% có kèm với cơn gò tử cung và 10% các trường hợp nhau tiền đạo không có triệu chứng ra huyết âm đạo.

Bệnh được chẩn đoán trong thai kỳ chủ yếu dựa vào siêu âm hoặc chẩn đoán lúc sanh.

Đánh giá ban đầu

Nếu bệnh nhân đang ra máu âm đạo nhiều, cần phải có một ê-kíp (bao gồm bác sĩ sản khoa, bác sĩ gây mê hồi sức và nữ hộ sinh) tiếp nhận, đánh giá và xử trí nhằm ổn định huyết động cho bệnh nhân.

Cần có ít nhất hai đường truyền tĩnh mạch ngoại vi lớn để cho phép bù dịch và máu nhanh. Trong những trường hợp có sốc giảm thể tích cần có đường truyền tĩnh mạch trung tâm hoặc tốt nhất là một catheter Swan-Ganz.

Cần đánh giá ngay dấu hiệu sinh tồn, lượng máu mất và tình trạng tri giác của bệnh nhân.

Cần kiểm tra tiền sử của bệnh nhân xem có chảy máu trước đây, bệnh lý gan, rối loạn đông máu hay không.

Không nên khám âm đạo cho đến khi loại trừ nhau tiền đạo nhờ siêu âm. Sau khi đã loại trừ nhau tiền đạo, đặt mỏ vịt có thể an toàn để chẩn đoán loại trừ rách hay tổn thương âm đạo, cổ tử cung (bao gồm cả ung thư) gây ra chảy máu, sau đó khám âm đạo bằng tay để kiểm tra độ mở của cổ tử cung.

Làm xét nghiệm công thức máu và so sánh với công thức máu trước đó để đánh giá lượng máu mất, mặc dù trong trường hợp mất máu cấp Hct và Hb có thể không phản ánh đúng lượng máu mất cho đến khi cân bằng nội môi được tái lập.

Xét nghiệm về đông - cầm máu cần được làm bao gồm: đếm số lượng tiểu cầu, fibrinogen, thời gian prothrombin, thời gian partial thromboplastin. Xét nghiệm nhóm máu và làm phản ứng chéo với máu dự trữ. Nếu cục máu đông không hình thành hoặc hình thành nhưng không giữ lại được thì cần nghĩ ngay đến tình trạng đông máu nội mạch lan tỏa (DIC).

Siêu âm là phương pháp quan trọng và chính xác để chẩn đoán nguyên nhân của xuất huyết 3 tháng cuối thai kỳ. Siêu âm không chỉ xác định vị trí và độ trải rộng của bánh nhau mà còn đánh giá tuổi thai, ước lượng trọng lượng thai nhi và tầm soát những bất thường của thai nhi.

Đo tim thai và cơn gò tử cung bằng monitoring sản khoa để loại trừ cơn gò chuyển dạ và đánh giá sức khỏe thai nhi.

Yếu tố tiên lượng

Những yếu tố làm tăng nguy cơ nhau tiền đạo bao gồm:

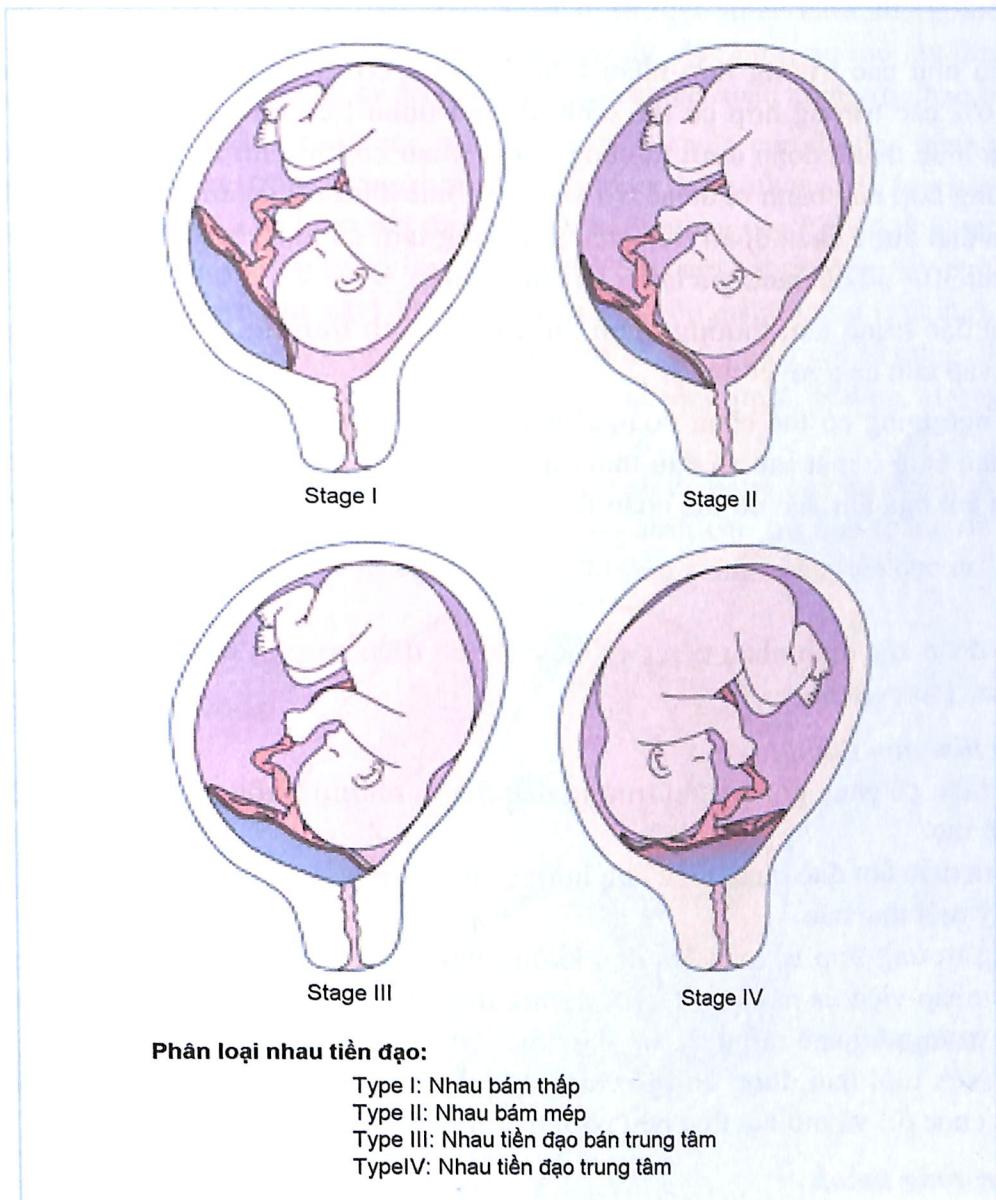
- Đa sản.
- Mẹ lớn tuổi.
- Đa thai.
- Tiền căn nhau tiền đạo (những bệnh nhân đã bị nhau tiền đạo có 4%-8% nguy cơ nhau tiền đạo tái phát ở lần mang thai sau).

Phân loại

Nhau tiền đạo được phân loại dựa vào sự liên quan giữa bánh nhau với lỗ trong cổ tử cung và được chia làm bốn loại sau:

- *Nhau tiền đạo trung tâm (hoàn toàn)*: khi bánh nhau che kín hoàn toàn lỗ trong cổ tử cung. Nhau có thể bám từ mặt trước tràn xuống hoặc từ mặt sau tràn lên che hết toàn bộ lỗ trong cổ tử cung.

- Nhau tiền đạo bán trung tâm (bán phần): khi bánh nhau che một phần lỗ trong cổ tử cung.
- Nhau bám mép: khi mép bánh nhau bám sát lỗ trong cổ tử cung.
- Nhau bám thấp: khi mép của bánh nhau cách lỗ trong cổ tử cung < 2cm (Đôi khi khó chẩn đoán phân biệt nhau bám thấp với nhau bám mép nhưng siêu âm đầu dò âm đạo có thể giúp chẩn đoán phân biệt).



Hình 12.1: Phân loại nhau tiền đạo

(Nguồn: Chapter 35 Obstetrical Hemorrhage, Williams OBSTETRICS 23rd edition)

Chẩn đoán

Triệu chứng lâm sàng kinh điển của nhau tiền đạo

- Ra huyết âm đạo (đỏ tươi, có thể đóng cục hoặc loãng).
- Không kèm triệu chứng đau (ở một thai kỳ hoàn toàn bình thường trước đó).
- Tuổi thai trung bình ở lần ra huyết âm đạo đầu tiên là #30 tuần, 1/3 các trường hợp ra huyết âm đạo trước tuần lễ thứ 30.

Siêu âm

Ngày nay hầu như các trường hợp nhau tiền đạo đều có thể được chẩn đoán nhờ siêu âm. Khoảng 4%-6% các trường hợp có thể có hình ảnh nhau tiền đạo trên siêu âm trước tuần lễ thứ 20. Do sự hình thành đoạn dưới tử cung, bánh nhau có khuynh hướng kéo lên cao, do vậy 90% các trường hợp này bánh nhau sẽ trở về vị trí bình thường ở tam cá nguyệt thứ 3. Do đó, nếu nhau tiền đạo được chẩn đoán trên siêu âm trong tam cá nguyệt giữa, cần phải siêu âm lại vào tuần lễ thứ 30 – 32 để đánh giá lại vị trí bánh nhau.

Nhau tiền đạo trung tâm thường hiếm khi trở về bình thường, chỉ có khoảng 10% trở về bình thường vào tam cá nguyệt thứ 3.

Siêu âm ngả bụng có thể chẩn đoán chính xác 95% các trường hợp nhau tiền đạo. Tuy nhiên nếu nhau bám ở mặt sau và đầu thai nhi xuống thấp, mép dưới bánh nhau có thể không thấy rõ. Siêu âm ngả âm đạo có thể chẩn đoán chính xác hầu như tất cả các trường hợp nhau tiền đạo.

Xử trí

Khi đã chẩn đoán xác định nhau tiền đạo, quyết định điều trị phụ thuộc vào tuổi thai và mức độ xuất huyết.

Trường hợp thai non tháng

- Mục tiêu: cố gắng giữ để thai trưởng thành hơn nhưng không ảnh hưởng đến sức khỏe người mẹ.
- Nếu ra máu âm đạo quá nhiều ảnh hưởng sức khỏe người mẹ: cần phải mổ lấy thai với bất kỳ tuổi thai nào.
- Trong trường hợp ra máu âm đạo không nhiều và tái phát nhiều lần, bệnh nhân cần được nhập viện và nằm nghỉ ngơi dưỡng thai. Trong những trường hợp dưỡng thai có 70% trường hợp sẽ ra huyết âm đạo tái phát trước tuần lễ thứ 36 và cần phải mổ lấy thai. Nếu tuổi thai được 36 tuần, nên xác định sự trưởng thành phổi thai nhi (có thể bằng chọc ói) và mổ lấy thai nếu phổi thai nhi đã trưởng thành.

Khi thai đủ trưởng thành

- Nên mổ lấy thai chủ động, không nên chờ vào chuyển dạ tự nhiên vì nguy cơ chảy máu nhiều ảnh hưởng đến sức khỏe và tính mạng của mẹ (sốc giảm thể tích) và thiếu máu cho thai nhi.

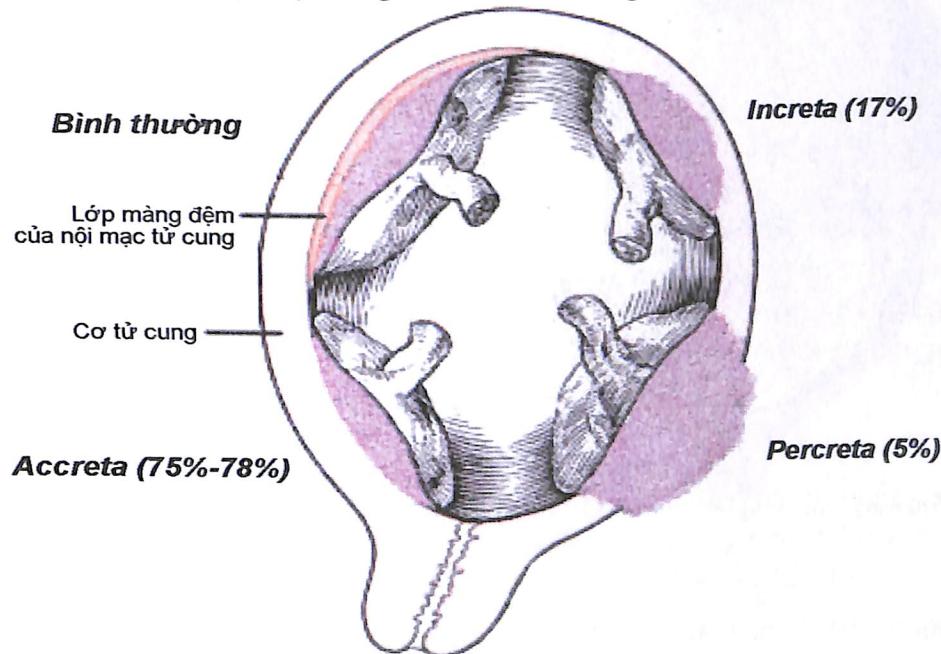
- Đối với trường hợp nhau bám thấp: không có chông chỉ định sanh ngả âm đạo tuy nhiên việc theo dõi và giám sát lượng máu chảy hết sức quan trọng. Nếu thực hiện sanh ngả âm đạo phải đảm bảo duy trì huyết động và tình trạng sức khỏe cho cả mẹ và con.

Nguy cơ cho mẹ và thai nhi

Tỷ lệ tử vong cho mẹ đã giảm nhiều trong 60 năm qua từ 30% xuống còn < 1%. Điều này là do kỹ thuật mổ lấy thai cũng như điều kiện theo dõi cẩn thận ngày càng phát triển. Tử vong mẹ do biến chứng của mổ lấy thai hay do chảy máu từ diện nhau bám không kiểm soát được ngày càng hiếm xảy ra. Đoạn dưới tử cung không co tốt, đặc biệt sau mổ lấy thai ngang đoạn dưới tử cung. DIC cũng có thể xảy ra do mất máu quá nhiều hoặc kèm với nhau bong non.

Nguy cơ chảy máu trước, trong lúc sanh hoặc cả hai vẫn còn đe dọa bệnh nhân bị nhau tiền đạo. Chảy máu có thể trầm trọng hơn nếu có kèm thêm nhau cài răng lược hoặc đờ tử cung. Nhau cài răng lược là sự bám bất thường của bánh nhau vào lớp cơ tử cung do sự khiếm khuyết của lớp màng đệm (thiếu vắng lớp Nitabuch). Sự bám bất thường này có thể chỉ là trên bề mặt (accreta), hoặc gai nhau xâm lấn một phần vào lớp cơ tử cung (increta), hay đến lớp thanh mạc tử cung (percreta). 2/3 những trường hợp này cần phải cắt tử cung. Tiền sử đã có phẫu thuật trên tử cung là yếu tố nguy cơ của nhau cài răng lược. Những trường hợp có tiền sử mổ lấy thai thì nguy cơ bị nhau cài răng lược là 25%.

Nhau tiền đạo sẽ có tiên lượng sanh non do đó có nhiều nguy cơ cho thai nhi. Nhờ sự phát triển của ngành sản khoa và nhi sơ sinh, tử suất chu sinh cho trẻ non tháng đã giảm xuống trong những thập niên gần đây. Tỷ lệ ngôi thai bất thường trong nhau tiền đạo là 30%.



Hình 12.2: Nhau cài răng lược

(Nguồn: Chapter 35 Obstetrical Hemorrhage, Williams OBSTETRICS 23rd edition)

NHAU BONG NON

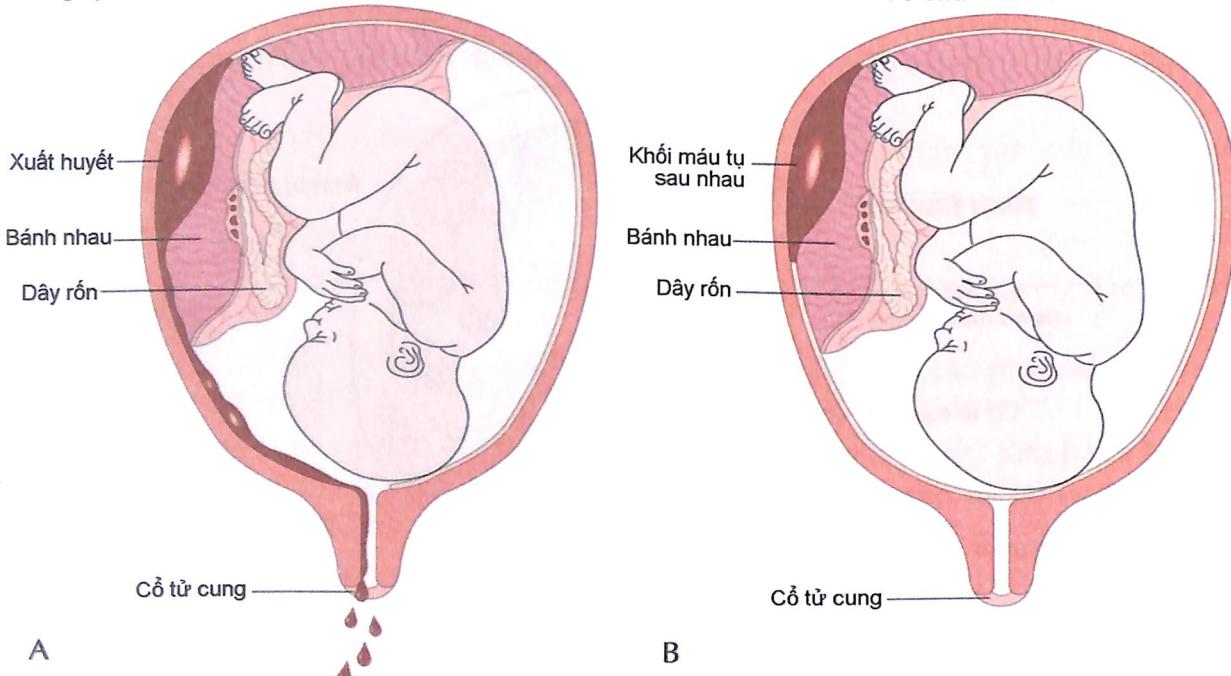
Nhau bong non là tình trạng nhau bong sớm trước khi thai nhi được sờ ra ngoài, xảy ra trong ba tháng cuối của thai kỳ. Nhau bong non là một biến chứng sản khoa chiếm 0,5% đến 1,5% trong tất cả các thai kỳ (1/120 cuộc sanh). Nhau bong non nặng gây tử vong cho trẻ sơ sinh chiếm khoảng 1/500 cuộc sanh.

Yếu tố nguy cơ của nhau bong non

- Mẹ bị tăng huyết áp.
- Tiền căn nhau bong non ở lần mang thai trước.
- Chấn thương.
- Chọc rút nước ối quá nhanh và nhiều trong trường hợp đa ối.
- Ối vỡ non.
- Dây rốn ngắn.
- Sử dụng thuốc lá.
- Thiếu folate.

Yếu tố tiên lượng

Những yếu tố liên quan làm tăng tỷ lệ nhau bong non được ghi nhận ở trên. Những yếu tố nguy cơ thường thấy nhất là mẹ bị tăng huyết áp, có thể là tăng huyết áp mạn hay tiền sản giật. Nguy cơ nhau bong non tái phát khá cao: 10% sau 1 lần và 25% sau 2 lần.



Hình 12.3: Nhau bong non. A: có chảy máu ra ngoài – B: chảy máu trong
(Nguồn: Yinka Oyelese, MD, and Cande V. Ananth, PhD, MPH, OBSTETRICS & GYNECOLOGY, Placental Abruptio, VOL. 108, NO. 4, OCTOBER 2006, page 1006)

Sinh bệnh học

Ban đầu bánh nhau bị bong ra do sự xuất huyết trong màng rụng cản bàn tạo thành một khối máu tụ trong màng rụng. Kết quả là sự bóc tách của màng rụng ra khỏi lớp cản bàn dẫn tới sự bóc tách bánh nhau và chảy máu nhiều hơn. Bánh nhau bị chèn ép khiến mô nhau bị hủy hoại. Nguyên nhân gây khởi phát sự bóc tách bánh nhau vẫn chưa rõ. Nó có thể do một điểm yếu có hưu hoặc bất thường của các tiêu động mạch xoắn. Máu chảy ra có thể di chuyển lên phía trên đáy tử cung và bị giữ lại trong lòng tử cung hoặc di chuyển xuống dưới cổ tử cung và chảy ra ngoài.

Chẩn đoán và điều trị

Trên lâm sàng, chẩn đoán nhau bong non dựa vào triệu chứng ra máu âm đạo (đen, loãng, không đông) và đau bụng. Cơn co tử cung cường tính (tăng cả về tần số lẫn biên độ) và tăng trương lực cơ bản. Tuy nhiên triệu chứng của nhau bong non rất thay đổi. Dấu hiệu thường thấy nhất là ra huyết âm đạo chiếm 80% các trường hợp nhau bong non.

Có một số trường hợp nhau bong non không ghi nhận cơn co tử cung bất thường: đau bụng nhưng tử cung mềm gấp trong 66% các trường hợp, suy thai 60%, cơn co cường tính và tăng trương lực cơ tử cung 34%, thai chết 15%.

Chẩn đoán nhau bong non chủ yếu dựa vào lâm sàng. Siêu âm chỉ có thể phát hiện được 2% các trường hợp. Bởi vì nhau bong non có thể cùng tồn tại với nhau tiền đạo do đó siêu âm giúp loại trừ chẩn đoán nhau tiền đạo.

Xử trí một trường hợp nhau bong non bao gồm:

- Duy trì huyết động của người mẹ.
- Theo dõi tim thai.
- Thực hiện một loạt những đánh giá về công thức máu và chức năng đông máu.
- Lập đường truyền tĩnh mạch và chuẩn bị sẵn sàng máu và các thành phần của máu để truyền khi cần. Nên truyền hồng cầu lỏng nếu có chỉ định.
- Các thuốc giảm co không được khuyến cáo sử dụng trong điều trị nhau bong non. Cơn co tử cung phải được duy trì để đảm bảo kiểm soát chảy máu sau sanh hoặc ít nhất cũng kiểm soát chảy máu cho đến khi hoàn thành việc cắt tử cung (nếu cần).
- ➔ Cần giám sát chặt chẽ tình trạng sức khỏe cả mẹ và thai nhi vì sự nguy hiểm đến tính mạng cho cả hai có thể diễn tiến một cách nhanh chóng.

Nguy cơ cho mẹ và thai

Nhau bong non làm thiếu oxy cho thai nhi, thậm chí có thể dẫn đến tử vong cho thai nhi. Tử suất chu sinh trong nhau bong non là 35% và chiếm 15% các trường hợp thai chết lưu ở 3 tháng cuối của thai kỳ. 15% những trẻ sống sót bị các di chứng về thần kinh.

Nhau bong non là nguyên nhân gây DIC thường gặp nhất trong thai kỳ. Nguyên nhân là do sự phóng thích của thromboplastin từ sự bóc tách của bánh nhau vào hệ tuần hoàn. DIC

chiếm 20% các trường hợp và là biến chứng thường gặp nhất trong trường hợp nhau bong non thể nặng. Sốc giảm thể tích, suy thận cấp do xuất huyết nhiều có thể gặp trong trường hợp nhau bong non thể nặng và tình trạng mất máu không được đánh giá đúng và thậm chí có thể gây hội chứng Sheehan (vô kinh do hoại tử tuyến yên ở người mẹ sau sanh).

VỠ TỬ CUNG

Vỡ tử cung là tình trạng rách hoàn toàn các lớp cơ của tử cung và cuối cùng là một phần hay toàn bộ thai nhi bị tống vào trong ổ bụng. Tần suất của vỡ tử cung là 0,5%. Vỡ tử cung có thể xảy ra tự nhiên, sau một chấn thương hay trên một sẹo mổ lấy thai lần trước.

Vỡ tử cung trên bệnh nhân có sẹo mổ lấy thai lần trước gặp trong 40% các trường hợp. Với sẹo mổ ngang đoạn dưới tử cung thì nguy cơ vỡ tử cung < 1%, trong khi nếu sẹo mổ dọc thân thì nguy cơ tăng lên 4% đến 7%.

60% các trường hợp vỡ tử cung xảy ra trên những tử cung không có sẹo mổ cũ.

Chẩn đoán và điều trị

Triệu chứng của vỡ tử cung rất thay đổi. Đối với tử cung không có sẹo cũ có thể diễn tiến qua hai giai đoạn:

Dọa vỡ tử cung

Thai phụ bồn chồn, lo lắng, thở nhanh, kích động và nhịp tim nhanh.

Cơn co cường tính (tăng cả tần số và cường độ nhưng trương lực cơ bản vẫn bình thường).

Tử cung có hình dạng quả bầu: đoạn dưới tử cung kéo dài tới rốn, giữa phần thân và đoạn dưới tử cung có vòng thắt (dấu hiệu vòng Bandl) có thể quan sát trên thành bụng. Hai dây chằng tròn ở hai bên của tử cung căng như sợi dây đàn (dấu hiệu Frommel) có thể sờ được qua thành bụng.

Tim thai bị suy.

Khám âm đạo: có thể ghi nhận tình trạng bất xứng đầu chậu (buồm huyết thanh, chòng xương, lọt bất đối xứng...). Có thể có huyết âm đạo đỏ tươi, đóng cục lượng nhiều hoặc ít. Đôi khi không có xuất huyết âm đạo.

Vỡ tử cung

Triệu chứng điển hình của vỡ tử cung là đau bụng dữ dội, đột ngột có một cơn đau chói sau đó cơn đau sẽ lan tỏa... làm cho bệnh nhân lịm dần và có thể ra máu âm đạo đỏ tươi (ít hoặc nhiều).

Triệu chứng của shock mất máu.

Tử cung không còn co.

Triệu chứng suy thai thường thấy hoặc thai chết.

Có thể sờ thấy các phần của thai nhi qua thành bụng.

Khám âm đạo có thể không sờ thấy ngôi thai, huyết âm đạo nhiều, đỏ tươi, đóng cục.

Khi nghi ngờ vỡ tử cung cần tiến hành phẫu thuật ngay tức thì. Trong hầu hết các trường hợp phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn là phương pháp được lựa chọn mặc dù phẫu thuật bảo tồn tử cung luôn luôn được xem xét trong những trường hợp bệnh nhân trẻ tuổi, chưa đẻ con.

Nguy cơ cho mẹ và thai nhi

Xử trí chậm trễ có thể nguy hiểm đến tính mạng cho cả mẹ và thai nhi. Nguy cơ chủ yếu cho người mẹ là xuất huyết và shock. Mặc dù hiện nay nguy cơ tử vong mẹ < 1%, nhưng nếu chẩn đoán và điều trị kịp thời thì tử vong là hậu quả tất yếu. Nếu can thiệp kịp thời sẽ làm giảm bệnh suất và tử suất cho trẻ. Mặc dù vậy nhưng tử suất chu sinh vẫn còn khá cao khoảng 30%. Nếu trẻ sống sót sẽ có những dư chứng thần kinh lâu dài về sau xảy ra trong khoảng 10% các trường hợp.

XUẤT HUYẾT TỪ THAI NHI

Vỡ mạch máu dây rốn thai nhi là một biến chứng hiếm gặp, chiếm khoảng 0,1% đến 0,8% các thai kỳ.

Để chẩn đoán xuất huyết từ thai nhi có thể thực hiện Apt test: lấy máu chảy ra từ âm đạo cho vào một ống nghiệm, đổ thêm nước vào. Nước sẽ ly giải hồng cầu và phóng thích hemoglobin. Thêm vào 1ml KOH và đánh giá kết quả, nếu chuyển sang màu nâu thì đó là máu mẹ. Nếu vẫn giữ màu đỏ thì đó là máu của thai nhi (vì KOH không làm biến tính hemoglobin của thai nhi).

Chảy máu của thai nhi thường xảy ra khi dây rốn bám màng, có nghĩa là các mạch máu của dây rốn bám vào giữa màng ối và màng đệm, ở rìa của bánh nhau thay vì bám vào trung tâm của bánh nhau. Tỷ lệ dây rốn bám màng xảy ra khoảng 1% trong đơn thai, 10% trong song thai và 50% song tam thai.

Nếu các mạch máu trên màng nhau đi ngang qua lỗ cổ tử cung thì gọi là mạch máu tiền đạo. Tỷ lệ mạch máu tiền đạo khoảng 1/5.000 thai kỳ. Dây rốn bám màng có nguy cơ vỡ các mạch máu cao nhất khi mạch máu đi ngang qua lỗ cổ tử cung. Vỡ mạch máu của thai nhi là một chỉ định mổ lấy thai cấp cứu. Tử vong chu sinh trong mạch máu tiền đạo là 50%, tăng lên 75% nếu vỡ mạch máu tiền đạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Yinka Oyelese, Cande V. Ananth*: Third-Trimester Bleeding, p. 207-210. Obstetrics and Gynecology.
2. *Hacker & Moore's Essentials of Obstetrics and Gynecology 5th edition*, Chapter 10: Obstetric Hemorrhage and Puerperal Sepsis, p128-138.
3. *Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology*, Chapter 13: Antepartum haemorrhage, page 113-116.

ỐI VỠ NON

PGS.TS.BS. Lê Hồng Cầm

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

1. Định nghĩa được ối vỡ non.
2. Trình bày được các yếu tố nguy cơ của ối vỡ non.
3. Trình bày được các phương tiện lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán ối vỡ non.
4. Trình bày được hướng xử trí ối vỡ non theo tuổi thai.
5. Giải thích được diễn tiến và hậu quả trên mẹ và con của ối vỡ non cũng như các biến chứng trong chuyển dạ và cách tham vấn cho bệnh nhân về vấn đề này.

Từ khóa: PROM: Premature Rupture Of Membranes: ối vỡ non.

PPROM Preterm Premature Rupture Of Membranes: ối vỡ non ở thai non tháng.

Latency period: thời gian tiềm thời.

ĐẠI CƯƠNG

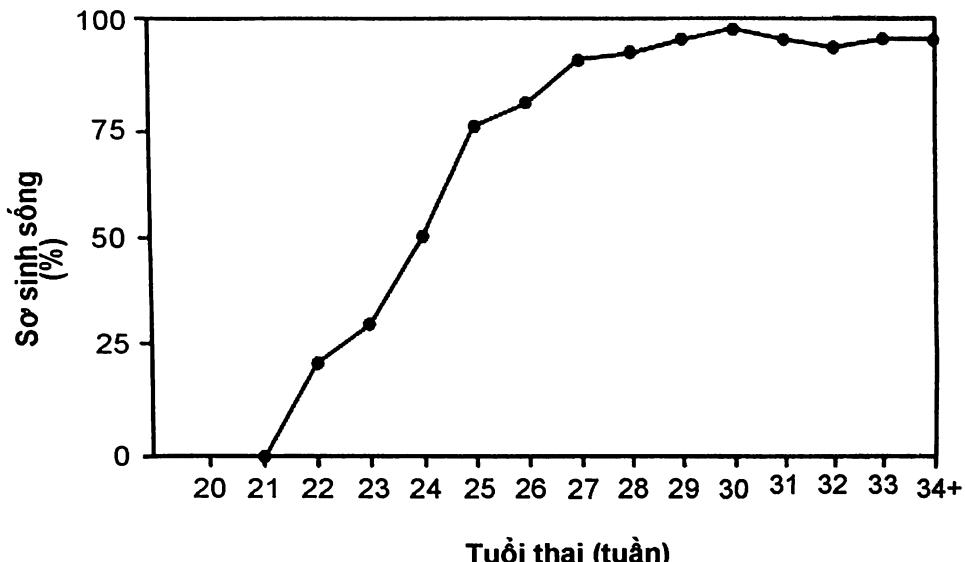
Dịch ối thường được sản xuất liên tục, sau tuần thứ 16 của thai kỳ phần lớn dịch ối tùy thuộc vào lượng nước tiểu của thai nhi sản xuất ra. Tuy nhiên, sự di chuyển của dịch ối qua màng nhau, qua da, qua dây rốn cũng như dịch tiết từ phổi của thai nhi cũng góp phần vào lượng nước ối. Dịch ối bảo vệ thai nhi tránh khỏi nhiễm trùng, chấn thương và chèn ép dây rốn. Dịch ối cũng giúp thai nhi cử động, thở, giúp phổi thai nhi, lòng ngực và chi phát triển. Giảm hay không có nước ối sẽ dẫn đến chèn ép dây rốn và giảm sự tưới máu nhau thai. Vỡ ối cũng làm mất hiệu quả bảo vệ thai nhi của màng ối.

Ối vỡ non được định nghĩa là tình trạng vỡ màng đệm và màng ối trước khi bắt đầu chuyển dạ (chưa có con gò tử cung); thời gian từ lúc ối vỡ đến khi bắt đầu có con gò chuyển dạ được gọi là giai đoạn tiềm thời.

Ối vỡ non xảy ra trong khoảng 12% của tất cả thai kỳ. Ối vỡ non ở thai đủ tháng (hơn 37 tuần của thai kỳ) chiếm khoảng 8%, thông thường sẽ bắt đầu chuyển dạ sau khi ối vỡ. Ối vỡ non ở thai non tháng được định nghĩa là ối vỡ non xảy ra trước 37 tuần của thai kỳ, là nguyên nhân hàng đầu gây ra tử suất và bệnh suất ở thai nhi. Ối vỡ non là một trong ba nguyên nhân chính gây sinh non. Ối vỡ non dẫn đến sinh non và gây ra một số biến chứng cho thai nhi như hội chứng suy hô hấp, xuất huyết trong não thất, nhiễm trùng thai, hoại tử ruột thai nhi, bất thường chức năng vận động và thần kinh, nhiễm trùng huyết. Biến chứng chính của ối vỡ non là nhiễm trùng tử cung. Sự hiện diện của nhiễm trùng đường sinh dục dưới như *Neisseria gonorrhoeae* và *streptococcus nhóm B*, nhiễm khuẩn âm đạo làm gia tăng

nguy cơ nhiễm trùng tử cung khi ối vỡ non. Biến chứng khác của ối vỡ là sa dây rốn và nhau bong non.

Hậu quả của ối vỡ non tùy thuộc vào tuổi thai khi vỡ ối. Ối vỡ non ở 3 tháng giữa thai kỳ (tuần 16 đến 26 tuần của thai kỳ) chiếm tỷ lệ 0,4%-0,7%. Vỡ ối non xảy ra ở 3 tháng giữa thai kỳ do chọc ối để chẩn đoán di truyền thường tự bít kín. Nếu thiểu ối xuất hiện trước 22 tuần của thai kỳ thường do sự phát triển bất thường của phôi thai và gây nên thiểu sản phôi. Từ tuần 24-26 thai kỳ thai nhi có thể sống sót tuy nhiên tử vong trong nhóm cực non này là chắc chắn.



Biểu đồ 13.1: Tỷ lệ trẻ sinh sống theo tuổi thai tính bằng tuần ^[4]

BỆNH NGUYÊN

Nguyên nhân của ối vỡ non không được biết rõ ràng. Các bệnh lây truyền qua đường tình dục và nhiễm trùng đường sinh dục dưới như nhiễm khuẩn âm đạo có thể đóng vai trò trong ối vỡ vì đã có nhiều bằng chứng cho thấy có mối liên hệ giữa nhiễm trùng và ối vỡ non. Sự xâm nhập của vi khuẩn và phản ứng viêm của thai phụ làm sản xuất phospholipase có thể kích thích tổng hợp prostaglandin gây suy yếu màng ối và cơn gò tử cung.

Những nguyên nhân làm thai nhi bình chỉnh không tốt cũng gây ối vỡ non như: ngôi thai cao bất thường, ngôi mông, ngôi ngang, ngôi đầu cao, nhau tiền đạo, đa ối, đa thai, khung chậu hẹp.

Nguy cơ của ối vỡ non tăng gấp đôi ở thai phụ hút thuốc lá trong thai kỳ so với thai phụ không hút thuốc. Yếu tố nguy cơ khác của ối vỡ non gồm tiền căn ối vỡ non (RR 3,3, KTC 95%: 2,1-5,5), chiều dài CTC ngắn, tiền căn sinh non, hở eo TC, dinh dưỡng kém...

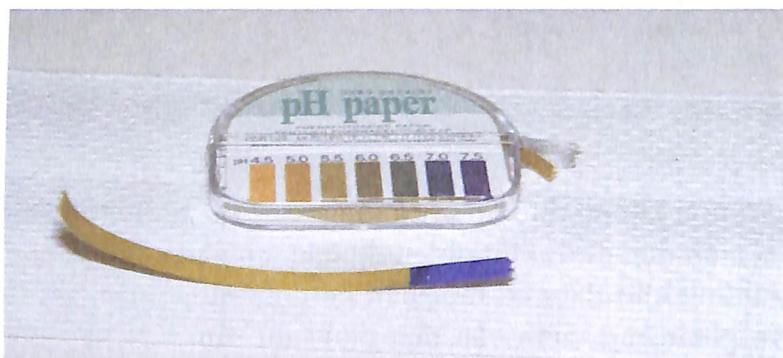
CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán ối vỡ non dựa trên hỏi bệnh sử ra dịch ở âm đạo và xác định đó là dịch ối. Trong trường hợp điển hình thai phụ thấy ra dịch âm đạo lượng nhiều hay ra rỉ rả liên tục, dịch âm đạo có thể có lỗ chát gây hay phân su, kèm theo đau bụng nếu có chuyển dạ, sốt nếu có nhiễm trùng.

Vì nguy cơ nhiễm trùng do giai đoạn tiềm thời kéo dài từ khi khám âm đạo cho đến khi sinh, không nên khám âm đạo bằng tay trừ khi có chuyển dạ hay thai đã trưởng thành. Nếu có chuyển dạ cũng nên hạn chế số lần khám âm đạo vì nguy cơ nhiễm trùng ối tăng theo số lần khám âm đạo bằng tay.

Đặt mỏ vịt vô trùng để chẩn đoán vỡ ối, xem độ mờ và xóa cỗ tử cung. Khám bằng mỏ vịt quan sát thấy nước ối đọng lại ở âm đạo hay chảy ra qua lỗ cỗ tử cung, có thể ăn vào đáy tử cung hay ho làm tăng áp lực ổ bụng để thấy dịch ối chảy ra qua lỗ cỗ tử cung. Trong lúc đặt mỏ vịt lấy dịch âm đạo hay dịch ở cỗ tử cung để tìm *N.gonorrhoeae*, *Streptococcus* tán huyết nhóm B, *Chlamydia trachomatis*. Có thể lấy dịch ối xét nghiệm độ trưởng thành của thai nhi và làm xét nghiệm Nitrazine hay xét nghiệm kết tinh hình lá dương xỉ.

Nitrazine test: xác định là dịch ối dựa vào sự khác biệt pH của nước ối có tính kiềm (pH 7,1-7,3) so với pH có tính acid của dịch âm đạo (pH 4,5-6) hoặc nước tiểu (pH < 6) bằng giấy quỳ. Thực hiện: sau khi đặt mỏ vịt quan sát, dùng một tăm bông vô trùng đặt vào cùng đồ sau âm đạo để thâm dịch đọng tại đây rồi thử trên giấy quỳ nếu giấy đổi màu vàng cam sang màu xanh đậm là dịch ối. Tuy nhiên, máu, tinh dịch, nhiễm khuẩn âm đạo có thể cho kết quả dương tính giả, thử nghiệm âm tính giả nếu ra nước ối rỉ quá ít hay không còn nước ối.

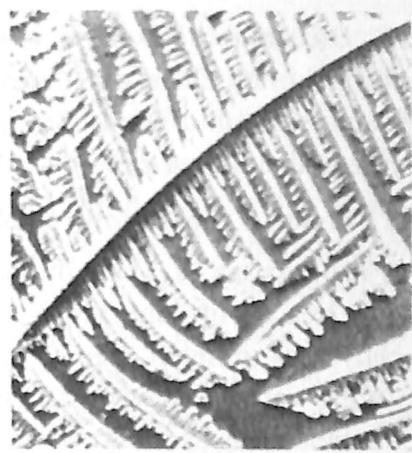


Thử nghiệm Nitrazin đổi màu giấy quỳ từ màu vàng sang màu xanh đậm.

Xét nghiệm kết tinh hình lá dương xỉ giúp phân biệt dịch ối với dịch khác không phải nước ối. Bằng cách phết dịch ối lên lam kính và để khô ở nhiệt độ phòng rồi xem dưới kính hiển vi sẽ thấy kết tinh hình lá dương xỉ. Hiện tượng này xảy ra do có thành phần chloride sodium trong dịch ối. Xét nghiệm này giúp chẩn đoán vỡ ối tốt hơn là Nitrazine test, tuy nhiên không có xét nghiệm nào có độ tin cậy là 100%. Phân biệt nước ối với chất nhầy cỗ tử cung do chất

nhầy cỗ tử cung sẽ không có hình lá dương xỉ, nếu có sự phân nhánh cũng rất ít.

AmniSure: dùng phương pháp miễn dịch sắc ký phát hiện alpha microglobulin-1 protein của nhau trong dịch âm đạo. Tăm bông vô trùng đặt vào âm đạo 1 phút sau đó đặt vào lọ chứa dung dịch hòa tan trong 1 phút. Dùng mẫu AmniSure nhúng vào, xét nghiệm đọc sau 5 - 10 phút: nếu hiện lên một gạch là âm tính, hai gạch là dương tính, không hiện là xét nghiệm sai. Tuy nhiên giá thành còn đắt (35- 45 USD). Độ nhạy 98% và độ chuyên 87%.



Siêu âm không giúp chẩn đoán vỡ ối nhưng có thể đo lượng nước ối còn lại, xác định ngôi thai, và đánh giá tuổi thai. Nếu siêu âm thấy lượng nước ối bình thường chẩn đoán vỡ ối nên được xem lại có đúng không, nếu lượng nước ối ít hơn mức bình thường có thể do thiếu ối hay ối vỡ, có thể dùng siêu âm đo lượng nước còn lại sau khi ối vỡ giúp cho hướng xử trí trong những thai kỳ còn non tháng.

Nếu bệnh sử lâm sàng, thăm khám và các xét nghiệm trên không thể chẩn đoán được ối vỡ, có thể chẩn đoán xác định bằng chọc ối qua thành bụng dưới sự hướng dẫn của siêu âm và tiêm vào buồng ối dung dịch indigo carmine (1ml pha với 9ml nước muối sinh lý) rồi theo dõi bằng vệ sinh hoặc đặt tăm bông ở âm đạo sẽ thấy có màu xanh sau 15-30 phút chứng tỏ có vỡ ối. Đây là xét nghiệm xâm lấn nên chỉ thực hiện khi có chỉ định chọc ối để xác định độ trưởng thành của thai nhi, hoặc lấy dịch ối để nhuộm Gram hay cấy tìm vi trùng.

Cần chẩn đoán phân biệt với són nước tiểu, tăng tiết dịch âm đạo do thai kỳ hay dịch tiết cổ tử cung do nhiễm trùng, chất nhầy cổ tử cung khi chuyển dạ, tinh dịch và dò bàng quang âm đạo.

XỬ TRÍ

Những yếu tố cần nhắc khi xử trí ối vỡ non gồm tùy thuộc vào tuổi thai lúc vỡ ối, tình trạng sức khỏe thai nhi, khả năng của đơn vị chăm sóc trẻ sơ sinh, có chuyển dạ chưa, có nhiễm trùng hay không, số lượng nước ối còn lại qua siêu âm và mức độ trưởng thành của thai nhi. Những yếu tố khác bao gồm bệnh sử của thai phụ như thời gian lập gia đình, số con, tiền căn mổ lấy thai... cần được hỏi cẩn thận. Khám lâm sàng xác định có chuyển dạ chưa, ngôi thai, đo belly cao tử cung để đánh giá tuổi thai, tình trạng cổ tử cung (quan sát bằng mổ vịt), không khám bằng tay trừ khi khởi phát chuyển dạ ngay. Đặt monitoring theo dõi tim thai và con gò tử cung.

Điều trị ối vỡ non vẫn còn nhiều bàn cãi, những điểm chính gồm: (1) Chờ đợi chuyển dạ tự nhiên hay chấm dứt thai kỳ ngay; (2) Có dùng giảm gò hay không?; (3) Khi nào dùng kháng sinh; thời điểm dùng glucocorticoids; xét nghiệm để phát hiện nhiễm trùng cho thai phụ và thai nhi và thời điểm chấm dứt thai kỳ.

Vỡ ối non ở thai trưởng thành

Nếu ối vỡ xảy ra ở thai đủ ngày (≥ 37 tuần) 90% chuyển dạ sẽ xảy ra sau đó trong vòng 24 giờ. Nếu cổ tử cung thuận lợi nên khởi phát chuyển dạ sau 6-12 giờ nếu chưa có cơn gò chuyển dạ tự nhiên. Nếu cổ tử cung không thuận lợi nên chờ chuyển dạ tự nhiên trong 12 đến 24 giờ trừ khi có yếu tố nguy cơ như có tiền căn hay đang bị nhiễm trùng âm đạo (như *Streptococcus* nhóm B) để tránh nguy cơ khởi phát chuyển dạ thất bại phải mổ lấy thai.

Tuy nhiên, sau khi tham vấn, có thể khởi phát chuyển dạ bất cứ thời điểm nào sau khi ối vỡ. Thông tin mà bác sĩ thông báo cho thai phụ để có quyết định cân nhắc khi xử trí bao gồm nguy cơ của nhiễm trùng, nếu tăng co bằng oxytocin sẽ giảm nguy cơ viêm màng ối, viêm nội mạc tử cung, nhưng nếu chưa tăng co ngay chờ chuyển dạ tự nhiên sẽ làm giảm nguy cơ mổ lấy thai. Nếu theo dõi chờ chuyển dạ trong 24 giờ (không nên chờ lâu hơn), cần phải đánh giá xem có phát triển nhiễm trùng trong tử cung gồm: sốt, tử cung căng, nhịp tim nhanh của mẹ hay của thai nhi và những biến chứng khác của ối vỡ non. Khi quyết định chấm dứt thai kỳ, kháng sinh ngừa *Streptococcus* dựa vào yếu tố nguy cơ hay đã có kết quả dịch ối tìm vi trùng.

Vỡ ối non trên thai non tháng

Thời gian từ khi ối vỡ đến khi có chuyển dạ gọi là giai đoạn tiềm thời, thời gian này có liên quan đến tuổi thai. Nếu tuổi thai giữa 28 tuần cho đến khi thai đủ tháng, khoảng 50% chuyển sẽ xảy ra trong 24 giờ và 80% sẽ xảy ra trong 1 tuần. Nhưng chỉ có 50% chuyển dạ trong 1 tuần khi tuổi thai từ 24-28 tuần.

Lấy dịch ối ở âm đạo hay chọc dò ối qua thành bụng dưới sự hướng dẫn của siêu âm để xác định độ trưởng thành của phổi thai nhi và cây tim vi trùng, tuy nhiên chọc ối khó thực hiện do ối vỡ non làm giảm lượng nước ối. Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng ối (nhuộm Gram tìm vi trùng, bạch cầu tăng, mức glucose thấp và cây có vi khuẩn trong nước ối).

Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng ối hay nghi ngờ nhiễm trùng cần phải cho kháng sinh điều trị và chấm dứt thai kỳ ngay không kể tuổi thai là bao nhiêu.

Nếu thai nhi có tuổi thai khoảng 34 đến 36 tuần, thai có thể sống được khi chấm dứt thai kỳ, xử trí lúc này tùy từng trường hợp. Do nguy cơ của nhiễm trùng ối, và thai nhi đã trưởng thành không cần dùng corticosteroid, nên cho sinh nếu có ối vỡ khi thai > 34 tuần.

Nếu ối vỡ khi tuổi thai từ 32-33 tuần nguy cơ non tháng sẽ thấp nếu phổi thai nhi trưởng thành (xét nghiệm dịch ối lấy ở âm đạo hay qua chọc ối), trong trường hợp này một số tác giả đề nghị dùng corticosteroid.

Nếu OVN xảy ra từ tuần 24 đến hết tuần 31 của thai kỳ nên theo dõi cho đến hết 33 tuần của thai kỳ nếu không có chống chỉ định cho thai phụ hay thai nhi. Kháng sinh dự phòng kéo dài giai đoạn tiềm thời và corticosteroid đơn liều làm giảm nguy cơ nhiễm trùng, giảm tử vong chu sinh (tùy thuộc vào tuổi thai). Thai phụ cần được theo dõi mỗi ngày về cơn gò tử cung, nhịp tim nhanh của mẹ hay thai nhi. Đếm số bạch cầu và so sánh xem có tăng không mặc dù bạch cầu của thai phụ không phải là dấu hiệu chuyên biệt, có thể bị ảnh hưởng bởi dùng glucocorticoids lúc nhập viện. Siêu âm giúp xác định lượng nước ối vì rì ối có thể ngưng lại và lượng nước ối được tái lập. Hướng dẫn người mẹ theo dõi cử động thai nhi mỗi ngày giúp biết được tình trạng sức khỏe của thai. Nếu nước ối giảm hay không còn, dây rốn có thể bị chèn ép làm nhịp tim thai tăng. Trường hợp này nên lấy thai ra ngay tránh chèn ép rốn làm thai chết. Monitoring nên được gắn thường xuyên để phát hiện tăng nhịp tim thai.

Ói vỡ non ở thai kỳ cực non từ 20-22 tuần, ngoài nguy cơ non tháng và nhiễm trùng như đã biết, thai nhi non tháng còn phải đối diện với những nguy cơ khác như thiếu sản phổi, dị tật chi và hậu quả khác của tình trạng thiếu ối kéo dài. Thai nhi không thể cử động tự do trong túi ối dẫn đến co cứng chi và làm biến dạng chi. Thai phụ với OVN trước khi thai có thể sống được nên được tham vấn về vấn đề chấm dứt thai kỳ ngay và nguy cơ cũng như lợi ích của điều trị theo dõi. Tham vấn gồm: kết cuộc của thai nhi, theo dõi bằng monitoring sản khoa, và khả năng bé nằm hồi sức nhi. Do chăm sóc tiền thai ngày càng tốt, tàn suất biến chứng và tử vong ngày càng giảm. Thai phụ OVN ở thai non tháng nên được theo dõi hoặc tại nhà hay ở bệnh viện. Khi thai đạt đến khả năng có thể sống được nên nhập viện, cho corticosteroids cho phổi thai trưởng thành và sau đó chấm dứt thai kỳ.

Tuổi thai	Xử trí
Hơn 34 tuần.	<ul style="list-style-type: none"> . Cho sinh, thường khởi phát chuyển dạ. . Kháng sinh dự phòng streptococcus nhóm B
Từ 32-đến hết 33 tuần.	<ul style="list-style-type: none"> . Theo dõi nếu phổi thai nhi chưa trưởng thành. . Kháng sinh dự phòng streptococcus nhóm B. . Corticosteroid: chưa có sự đồng thuận nhưng các chuyên gia khuyên nên dùng. . Kháng sinh để kéo dài giai đoạn tiềm thời nếu không có chống chỉ định. . Nên theo dõi.
Từ 24 tuần đến 31 tuần.	<ul style="list-style-type: none"> . Kháng sinh dự phòng streptococcus nhóm B. . Cho một đợt corticosteroid. . Thuốc giảm gà: chưa có sự đồng thuận. . Kháng sinh để kéo dài giai đoạn tiềm thời nếu không có chống chỉ định. . Tham vấn cho bệnh nhân. . Theo dõi hay khởi phát chuyển dạ.
Trước 24 tuần	<ul style="list-style-type: none"> . Kháng sinh dự phòng streptococcus nhóm B không được đề nghị . Không dùng corticosteroid. . Không có đủ bằng chứng cần dùng kháng sinh.

Cách xử trí OVN theo ACOG 2007 giống như cách xử trí trong thực hành tại BV Parkland và BV Đại học Alabama ở Anh.

Corticosteroids nên cho khi tuổi thai từ 24 – 32 của thai kỳ; nên cho một đợt 2 liều cách nhau 24 giờ, không cần lặp lại nhiều đợt vì làm giảm cân nặng, vòng đầu và chiều dài thai nhi. Lợi ích của corticosteroids là giảm suy hô hấp (RR 0,56 KTC 95%: 0,46-0,7), giảm xuất huyết não thất (RR 0,47, KTC 95% 0.31-0.70), giảm viêm ruột non hoại tử (RR 0,21, KTC 95%: 0.05-0.82), giảm chết thai ((RR 0,68, KTC 95%: 0.43-1.07). Không khuyến cáo nếu thai > 34 tuần. Thai 32- 34 tuần: betamethasone 12 mg tiêm bắp cách 24 giờ x 2 lần hay dexamethasone 6 mg TB cách 12 giờ x 4 lần.

Kháng sinh dự phòng: trong một báo cáo tổng quan Cochrane khi dùng kháng sinh dự phòng trong ối vỡ sớm ở thai < 37 tuần cho thấy giảm viêm màng ối (RR 0,57, KTC 95%: 0.37-0.86), giảm nhiễm trùng sơ sinh (RR 0,68, KTC 95%I: 0.53-0.87), giảm dùng surfactant (RR 0,83, KTC 95%: 0.72-0.96). theo WHO nếu ối vỡ chưa có dấu nhiễm trùng nên cho kháng sinh dự phòng Ampicillin 2g TM/6 giờ hoặc Penicillin G 2 triệu đơn vị TM/6 giờ, không nhiễm trùng sẽ ngưng dùng kháng sinh sau sinh.

Kháng sinh điều trị: nếu có dấu hiệu nhiễm trùng ối gồm thai phụ sốt > 38⁰C, nhịp tim thai phụ (> 100 lần/phút) hay tim thai nhi tăng (>160 lần/phút), nước ối có mùi hôi, hay nhuộm phân su, tử cung nhạy cảm ám đau, bạch cầu tăng, CRP tăng. Kháng sinh đường tĩnh mạch phổi rộng được chọn (Gram âm và Gram dương) có tác dụng trên vi khuẩn hiểu khí và yếm khí, thường phối hợp β-lactam như Ampicillin và Gentamycin. Sau khi cho kháng sinh nên chấm dứt thai kỳ. Nếu cổ tử cung không thuận lợi và có chứng cứ liên quan do thai nhi nên thực hiện mổ lấy thai.

Giảm gò: dùng giảm gò để kiểm soát sinh non ở thai phụ có OVN vẫn còn bàn cãi, có rất ít nghiên cứu về thuốc giảm gò ở thai non tháng ối vỡ non. Thuốc giảm gò có thể kéo dài thai kỳ thời gian ngắn nhưng không cải thiện dự hậu thai nhi.Tuy nhiên trong một số trường hợp giảm gò thời gian ngắn giúp cho corticosteroids qua nhau thai vẫn còn bàn cãi, Không có khuyến cáo dùng giảm gò kéo dài hay khi có nhiễm trùng.

Ở những cơ sở Sản khoa không có đơn vị chăm sóc nhi khoa tích cực nên chuyển thai phụ đến những nơi có đủ điều kiện (chuyển thai nhi trong tử cung).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sản phụ khoa (2007) tập 1. Nhà xuất bản Y học Tp. HCM, trang –321-324.
2. Beckmann's Obstetrics and Gynecology 6th edition published in collaboration with ACOG. Page 213-217.
3. Carol J Baker, Chemoprophylaxis for the prevention of neonatal group B streptococcal disease, Last literature review version 18.2: UpToDate, May 2010.
4. F.Gary Cunningham, Williams Obstetrics (2007) 22th ed, Mc GRAW –HILL.

5. F.Gary Cunningham, Williams Obstetrics (2010) 23th ed, Mc GRAW -HILL, chapter 36.
6. Hacker & Moore's Essential of Obstetrics and Gynecology 5th edition, page 150-153.
7. Kenyon S; Boulvain M; Neilson J, Antibiotics for preterm rupture of membranes. SO Cochrane Database Syst Rev 2003;(2):CD001058.
8. Patrick Duff, Preterm premature rupture of membranes, review Last literature version 18.2: UpToDate, May 2010.
9. William E Scorza, Management of premature rupture of the fetal membranes at or near term, Last literature review version 18.2: UpToDate May 2010.

THAI GIÀ THÁNG

GS.TS.BS. Nguyễn Duy Tài, PGS.TS.BS. Vũ Thị Nhụng

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

1. *Trình bày được tính chất và tần suất của thai già tháng.*
2. *Kể được các nguyên nhân và cơ chế thai già tháng.*
3. *Trình bày được bệnh suất và tử suất thai già tháng.*
4. *Trình bày được hướng xử trí thai già tháng.*

ĐỊNH NGHĨA

Thai kỳ đủ ngày tháng bình thường kéo dài 38-42 tuần. Thai già tháng hay còn gọi là thai quá ngày là thai kỳ kéo dài hơn 42 tuần hay trên 294 ngày kể từ ngày đầu của kỳ kinh cuối mà thai nhi chưa được sanh ra đời^[14].

Tần suất xuất hiện thai già tháng là từ 6%-12% các thai kỳ và mang theo nó sự gia tăng nguy cơ cao cho con, nhưng không ảnh hưởng đến mẹ^[2]. Sau 42 tuần thì bánh nhau bắt đầu già và suy. Ở Hoa Kỳ, gần 28% các thai kỳ chấm dứt giữa tuần thứ 40 và 41. Có 6% thai nhi được sanh ở tuổi thai từ 42 tuần trở lên^[13]. Một nghiên cứu ở 13 quốc gia Âu Châu về tỷ lệ sanh thai già tháng cho thấy tỷ lệ này rất thay đổi từ 0,4% (Ở Áo và Bỉ) đến 8,1% (Ở Đan Mạch)^[12]. Tần suất thai già tháng bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố. Một trong những yếu tố quan trọng là sự siêu âm sớm để xác định tuổi thai. Siêu âm sớm giúp làm giảm tỷ lệ can thiệp thai già tháng so với những trường hợp tính ngày dự sanh căn cứ vào ngày đầu của kỳ kinh cuối (OR 0.68, 95% CI 0.57-0.82)^[8], vì khi biết chính xác tuổi thai thì người ta không để thai kéo dài và làm giảm tỷ lệ thai già tháng từ 10% xuống còn 1%-3%.^[10]

NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân của thai già tháng chưa biết rõ:

1. Nguyên nhân thường nhất của thai già tháng là do sự tính toán không chính xác tuổi thai vì:
 - Kinh không đều.
 - Thời gian rụng trứng trễ.
 - Không nhớ ngày kinh chót.
2. Suy thượng thận thai nhi.
3. Vô sọ (không kèm đa ói)
4. Thiếu Placental sulfatase ảnh hưởng đến sự chuyển hóa Estrogen ở nhau thai, là một bệnh hiếm di truyền theo gen lặn liên kết với nhiễm sắc thể X.
5. Giảm 16α hydroxy dehydroepiandrosterone beta sulfate (tiền chất của Estriol).

6. Các yếu tố nguy cơ: Béo phì^[7], con so, thai nhi trai^[7], di truyền, có tiền sử thai già tháng trong các lần thai trước.^[7]

SINH BỆNH LÝ HỌC

Vai trò của trực dưới đồi – tuyến yên – tuyến thượng thận thai nhi trong cơ chế gây chuyển dạ^[10]

Kích hoạt trực dưới đồi – tuyến yên – tuyến thượng thận thai nhi dẫn đến sự tiết nhiều ACTH. Chất này kích thích tuyến thượng thận thai nhi tiết nhiều tiền chất của C19 estrogen là dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS). DHEAS được chuyển thành 16α hydroxy dehydroepiandrosterone ở gan thai nhi và được đưa đến nhau để chuyển hóa thành Estradiol, Estrone và Estriol. Ngoài DHEAS, tuyến thượng thận thai nhi còn sản xuất nhiều cortisol là chất kích thích sự tiết corticotropin releasing hormone (CRH), oxytocin, prostaglandins (nhất là prostaglandine E2). CRH giúp tăng tiết prostaglandins từ tế bào màng rụng, màng đệm và màng ói. Sự tăng prostaglandins sẽ dẫn đến chuyển dạ

Vai trò của Estrogen trong khởi phát chuyển dạ^[10]: Bánh nhau là nguồn cung cấp Estrogen chính yếu. Nồng độ Estrogen tăng trong máu mẹ theo tuổi thai. Estrone và 17β-Estradiol dẫn xuất từ C19 Androgen trong khi Estriol dẫn xuất từ DHEAS thai nhi. Estrogen không gây co tử cung nhưng khởi phát một chuỗi những thay đổi ở cơ tử cung bao gồm sự gia tăng số lượng thụ thể Prostaglandin, thụ thể oxytocin, điều chỉnh tăng những enzyme chịu trách nhiệm trong sự co cơ tử cung (calmodulin, myosin light chain kinase).

Vai trò của Progesterone trong khởi phát chuyển dạ^[10]: Progesterone giúp tử cung ở trạng thái yên nghỉ trong nửa sau của thai kỳ bằng cách ức chế sự sản xuất prostaglandins và ức chế sự biểu hiện gen tạo những protein liên quan đến sự co cơ tử cung (thụ thể oxytocin, prostaglandins...) Cơ chế tác dụng của Progesterone có lẽ liên quan đến thụ thể progesterone. Bằng chứng là khi cho chất đối kháng thụ thể progesterone là RU-486 lúc thai đủ tháng thì làm tăng co cơ tử cung và khởi phát chuyển dạ. Cortisol và Progesterone có tác dụng đối kháng nhau nên với tình trạng nhiều cortisol ở nhau thai trước khi chuyển dạ sẽ ức chế hoạt động của progesterone và tạo co cơ tử cung.

Như vậy, khi có sự suy giảm hoạt động của trực dưới đồi – tuyến yên – tuyến thượng thận thai nhi, của nhau thai thì đều có thể làm thiếu yếu tố khởi phát chuyển dạ khi thai đã đủ ngày từ đó dẫn đến thai già tháng.

Nguy cơ xảy ra cho thai nhi và trẻ sơ sinh là sự phát triển hội chứng thai già tháng. Hội chứng này xảy ra khi thai nhi chậm tăng trưởng nhưng vẫn còn ở trong tử cung quá ngày dự sinh. Tỷ lệ của hội chứng thai già tháng là 20%-30% các trường hợp thai già tháng, có liên quan đến sự già và nhồi máu bánh nhau. Điều này dẫn đến tình trạng không cung cấp đủ oxy và chất bổ dưỡng cho thai nhi trong khi nhu cầu phát triển của thai vẫn tiếp tục tăng dẫn đến

tình trạng giảm lượng mồ dưới da và giảm khối lượng cơ khiến thai suy dinh dưỡng và có thể tử vong trong tử cung, trong chuyển dạ và sau sanh.^[2]

Khi thai quá ngày, lượng nước ối giảm dần có thể dẫn đến thiếu ối. Thai nhi thiếu oxy sẽ đi phân su làm nhuộm xanh dây rốn, da, móng tay, màng ối. Tuy nhiên, 70%-80% thai già tháng không bị suy nhau thai mà vẫn tiếp tục lớn lên trong tử cung, đôi khi trở thành thai to trên 4.000g gây đẻ khó.

Bệnh suất và tử suất của thai già tháng

Về phía mẹ

- Cần phải can thiệp khi chấm dứt thai kỳ: khởi phát chuyển dạ, giục sanh.
- Sang chấn âm đạo khi sanh đường dưới vì thai to kẹt vai (3,3% so với 2,6% đối với thai đủ tháng).
- Tăng nguy cơ mổ lấy thai (MLT): 14% so với 7% ở thai đủ tháng^[7] và các biến chứng của mổ lấy thai như nhiễm trùng, băng huyết, thuyên tắc mạch do huyết khối, tổn thương các tạng phủ khác (ruột, bàng quang).^[7]

Về phía con

- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung.
- Nguy cơ chèn ép rốn do thiếu ối.
- Khi thai vượt quá 42 tuần, tỷ lệ tử vong chu sinh (thai chết lưu, thai chết sau sanh) tăng từ 4-7/1.000 so với 2-3/1.000 thai sanh ở tuần thứ 40^[10]. Tỷ lệ tử vong gấp 4 lần khi sanh lúc 43 tuần và gấp 5-7 lần khi sanh lúc 44 tuần so với sanh lúc 40 tuần.
- Thai to $\geq 4.500\text{g}$ chiếm 3,5%-10% thai già tháng nhất là nếu mẹ có đái tháo đường, béo phì. Nếu sanh ngả âm đạo có thể bị kẹt vai biến chứng gãy xương đòn, liệt đàm rối cánh tay, 80%-90% phục hồi sau 1 năm.^[4]
- Hạ đường huyết, co giật, suy hô hấp sau sanh do hít ối phân su.

CHẨN ĐOÁN

Chưa có tiêu chuẩn lâm sàng hay cận lâm sàng nào giúp chẩn đoán chính xác thai già tháng mà chỉ có thể xác định thai đủ trưởng thành hay chưa hoặc có nguy cơ suy thai hay không để có hướng xử trí thích hợp.

Lâm sàng

Xác định tuổi thai:

- Hỏi bệnh sử:
 - a. Ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng: có giá trị đối với những kỳ kinh đều.
 - b. Chu kỳ kinh đều hay không, dài hay ngắn để loại trừ chẩn đoán sai do chu kỳ kinh dài.

- c. Ngày bắt đầu cảm thấy thai máy tương ứng với thai 5 tháng đối với thai con so, 4 tháng đối với con rạ.
- d. Ngày khám thai đầu tiên và tuổi thai ước lượng vào lúc đó để xem tuổi thai ước lượng trong lần khám thai đó có phù hợp với kỳ kinh chót hay không.
- Khảo sát cận lâm sàng: Kiểm tra kết quả siêu âm trước 24 tuần tuổi thai sẽ cho ước lượng tuổi thai để cho ước tính ngày dự sanh khá chính xác hơn là chỉ căn cứ trên ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng.

Danh giá tình trạng suy thai

- a. Triệu chứng cơ năng: thai phụ theo dõi đêm cử động thai hàng ngày cho thấy thai máy yếu, máy ít.
Cảm thấy bụng nhỏ đi hay không lớn hơn.
- b. Triệu chứng thực thể: bè cao tử cung không tăng hay tăng rất ít.
- c. Khảo sát cận lâm sàng (Xem thêm phần định tuổi thai):
 - Siêu âm ước lượng cân thai, đánh giá độ tăng trưởng thai nhi theo bách phân vị
 - Đánh giá sức khỏe thai:
 - Non stress test (NST) 2 - 3 lần/tuần (xem thêm bài đánh giá sức khỏe thai nhi trong thai kỳ qua theo dõi nhịp tim thai bằng monitor sản khoa) để xem có đáp ứng (thai không suy) cho giá trị tiên đoán âm là 99,8% ^[5], hay không đáp ứng (nghi ngờ có suy thai).
 - Oxytocin challenge test (OCT) (xem thêm bài đánh giá sức khỏe thai nhi trong thai kỳ qua theo dõi nhịp tim thai bằng monitor sản khoa). Tỷ lệ dương tính giả khoảng 47,9% nhưng tỷ lệ âm tính giả thấp khoảng 2,8% ^[11]. Nếu OCT dương tính thì thường chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai.
 - Siêu âm đo chỉ số nước ối (AFI) 2-3 lần/tuần ^[3,6,9]:
 - Thiểu ối: 0 – 5cm.
 - Bình thường: 5,1 – 25cm.
 - Đa ối: > 25cm.

Hoặc đo xoang ối lớn nhất:

- Thiểu ối: 0 – 2cm.
- Bình thường: 2,1 – 8cm.
- Đa ối: > 8cm.

- Soi ối: nước ối bất thường khi có màu xanh hay vàng úa (do lân phân su) chứng tỏ thai suy trưởng diễn.
- Chọc dò ối để quan sát màu sắc nước ối, làm các xét nghiệm để định các thành phần có trong nước ối nhằm đánh giá độ trưởng thành của thai (định nồng độ bilirubin, creatinin, acid uric, tính tỷ lệ tế bào cam, xét nghiệm đánh giá mức độ trưởng thành hô hấp thai nhi).
- Trắc đồ sinh vật lý (điểm số Manning) cho giá trị tiên đoán âm là 99,9%. ^[5]

- Định lượng nội tiết Estriol trong nước tiểu để đánh giá tình trạng sức khỏe thai hơn là định tuổi thai.

XỬ TRÍ

Thai kỳ từ 40 đến 41 tuần

Hướng dẫn thai phụ theo dõi cử động thai. Nếu thai máy ít hay máy yếu thì cho nhập viện.

Trong bệnh viện: xác định độ trưởng thành và tình trạng sức khỏe thai nhi.

Nếu có tình trạng suy thai thì mổ lấy thai.

Nếu có dấu hiệu nghi ngờ suy thai (siêu âm có thiếu ối, NST không đáp ứng) thực hiện OCT để xác định sức khỏe thai. Nếu OCT dương tính thì phải chấm dứt thai kỳ bằng cách mổ lấy thai. Nếu OCT âm tính và các xét nghiệm cho thấy thai đủ trưởng thành thì chấm dứt thai kỳ.

Thai kỳ từ 41 - 42 tuần

Thai phụ theo dõi cử động thai.

Thực hiện NST, trắc đồ sinh vật lý, siêu âm đánh giá tình trạng nước ối, OCT:

Nếu NST không đáp ứng, thiếu ối ($AFI \leq 5$) thì mổ lấy thai.

Nếu NST có đáp ứng, OCT âm tính, cổ tử cung chưa xóa mở thì chấm dứt thai kỳ.

Phương pháp chấm dứt thai kỳ

Trường hợp có chống chỉ định sanh ngả âm đạo thì mổ lấy thai.

Nếu có chỉ định sanh ngả âm đạo thì khởi phát chuyển dạ.

Tiên lượng khả năng tiến triển của chuyển dạ bằng chỉ số Bishop

Bảng chỉ số Bishop^[1]

	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Độ mở cổ tử cung (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Độ xóa cổ tử cung (%)	< 30	40 -50	60 -70	≥ 80
Mật độ cổ tử cung	Cứng	Vừa	Mềm	
Hướng cổ tử cung	Sau	Trung gian	Trước	
Độ lọt của ngôi thai	-3	-2	-1 - 0	+1, +2

Nếu tổng số điểm

< 5 : Khả năng giục sanh thất bại.

$5 - 6$: Tiên lượng sanh ngả âm đạo dễ đặt.

≥ 7 : Tiên lượng sanh ngả âm đạo.

Theo Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản-Bộ Y tế, 2009^[1]

Khởi phát chuyển dạ bằng các phương pháp sau đây:

1. Bóc tách màng ối.
2. Bấm ối: cần đánh giá số lượng và màu sắc dịch ối. Phải theo dõi nhịp tim thai trước và ngay sau khi bấm ối. Có thể bấm ối đơn thuần hoặc kết hợp với truyền oxytocin.
3. Bóng Foley. Đưa một thông Foley qua lỗ trong cổ tử cung. Bom 10ml huyết thanh mặn 0,9% làm phồng bóng cao su tạo áp lực giúp cho cổ tử cung xóa và mở. Khi cổ tử cung mở được 3cm, thông sẽ tự tuột ra ngoài và cuộc chuyển dạ được khởi phát. Có thể kết hợp với truyền tĩnh mạch oxytocin nếu cần.
4. Prostaglandin (chỉ được tiến hành tại cơ sở có phẫu thuật.) Prostaglandin giúp cổ tử cung chín muồi và mềm.
5. Bấm ối kết hợp với truyền oxytocin (chỉ được tiến hành tại cơ sở có phẫu thuật.) - Theo dõi và điều chỉnh số giọt để đạt được số cơn co phù hợp với sự tiến triển của chuyển dạ. Theo dõi: tim thai, cơn co tử cung, độ mở cổ tử cung, độ lọt của ngôi để có thái độ xử trí kịp thời. Nếu cuộc đẻ chỉ huy kéo dài quá 6 giờ mà không tiến triển tốt thì phải phẫu thuật lấy thai. Tai biến có thể gặp là vỡ tử cung, thai suy hoặc tử vong do theo dõi không tốt, can thiệp muộn.

Sau khi sanh: cần đánh giá tình trạng trẻ sơ sinh theo phân độ thai già tháng để có hướng theo dõi và điều trị tại khoa Nhi sơ sinh nhất là nếu có dấu hiệu thai chậm tăng trưởng, thai suy hay hít ối phân su thì cần Bác sĩ Nhi có mặt khi sanh để hồi sức cấp cứu kịp thời.

KẾT LUẬN

Thai già tháng là một thai kỳ nguy cơ cao làm tăng bệnh suất và tử suất thai nhi. Nguy cơ này thường là do thông tin về thời điểm có thai không chính xác. Vì vậy, để khắc phục sự sai sót này, cần khuyến khích thai phụ đi siêu âm sớm trong 3 tháng đầu của thai kỳ thì sự chẩn đoán xác định tuổi thai sẽ chính xác và do đó, tính được ngày dự sanh, nhờ vậy sẽ không có tình trạng thai kỳ kéo dài đến già tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế “Các phương pháp gây chuyển dạ” Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản-Bộ Y tế, 2009, tr 151-153.
2. Calvin J Hobel (2010) “Obstetric complications Preterm labor, PROM, IUGR, Postterm pregnancy and IUFD”Hacker and Moore’s Essentials of Obstetrics and Gynecology 5th 2010, 146-159.
3. Chamberlain PF, Manning FA, Morrison I, Harman CR, Lange IR. Ultrasound evaluation of amniotic fluid volume. I. The relationship of marginal and decreased amniotic fluid volumes to perinatal outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 1984;150:245–9.

4. Charles R B Beckmann, Frank W Ling, Barbara M Barzansky (2008) *Chapter 23 "Postterm pregnancy"* Beckmann's obstetrics and gynecology 6th edition published in collaboration with ACOG, 219-222.
5. Donald Briscoe, Hayley Nguyen, Melanie Mencer et al (2005) “*Management of Pregnancy Beyond 40 Weeks' Gestation*” Am Fam Physician. 2005 May 15;71(10):1935-1941.
6. Magann EF, Nolan TE, Hess LW, Martin RW, Whitworth NS, Morrison JC. “*Measurement of amniotic fluid volume: accuracy of ultrasonography techniques*”. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;167:1533–7.
7. M Galal, I Symonds, H Murray, F Petraglia, R Smith (2012) “*Postterm pregnancy*” FVV in OBGYN, 2012, 4(3): 175-187.
8. Neilson JP. (2000) “Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy”. Cochrane Database Syst Rev 2000;:CD000182.
9. Rutherford SE, Phelan JP, Smith CV, Jacobs N. (1987) “*The four-quadrant assessment of amniotic fluid volume: an adjunct to antepartum fetal heart rate testing.*” *Obstet Gynecol.* 1987;70(3 pt 1):353–6.
10. Victoria Snegovskih, Joong ShinPark, Errol R Norwitz (2006) “*Endocrinology of parturition*” *Endocrinol Metab Clin N Am* 35 (2006) 173-191.
11. Weingold AB, DeJesus TP, O'Keiffe J. (1975)“*Oxytocin challenge test.*” *Am J Obstet Gynecol.* 1975 Nov 1;123(5):466-72.
12. Zeitlin J, Blondel B, Alexander S, et al.(2007) “*Variation in rates of postterm birth in Europe: reality or artefact?*” *BJOG* 2007; 114:1097.
13. National Vital Statistics Reports. Births: Final data for 2009 www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr60/nvsr60_01.pdf (Accessed on May 31, 2012).
14. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva, 2006.

THAI NGOÀI TỬ CUNG Ở SẸO MỒ LẤY THAI

BS. Phan Văn Quyền

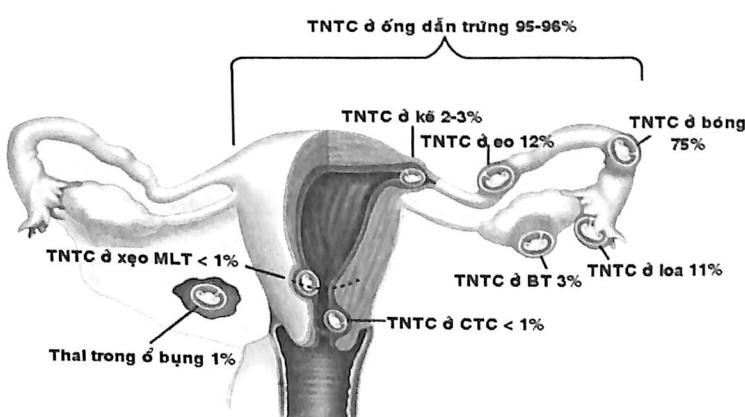
Thai ngoài tử cung ở sẹo mổ lấy thai (TNTCSMLT) đã được Larsen và Solomon báo cáo từ 1978. Khối thai bám vào cơ tử cung qua khe hở sẹo mổ lấy thai (MLT), vị trí hiếm gặp, nhưng theo những báo cáo gần đây cho thấy độ xuất hiện đã có khuynh hướng tăng dần. Điều này phản ánh do tỉ lệ mổ lấy thai và thụ thai trong ống nghiệm đều tăng, thêm vào đó với ứng dụng siêu âm qua âm đạo giúp phát hiện sớm các trường hợp TNTCSMLT.

TNTCSMLT có tế bào nuôi xâm lấn cơ tử cung tương tự cài răng lược nên có khuynh hướng gây chảy máu ồ ạt, có thể đe dọa mạng sống. Tuy nhiên trong TNTCSMLT tế bào nuôi xâm lấn nhiều hơn, và xảy ra rất sớm trong 3 tháng đầu thai kỳ. Do đó có nguy cơ cao gây vỡ tử cung và băng huyết.

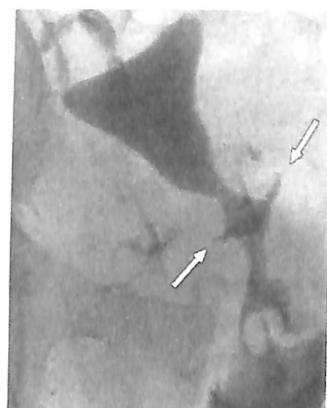
ĐỘ XUẤT HIỆN

Theo Timor độ xuất hiện của TNTCSMLT chiếm khoảng 1/1.800 – 1/2.500 tổng số sanh. Tuy nhiên độ xuất hiện thực sự không thể xác định vì các trường hợp chỉ được ghi nhận rải rác. Độ xuất hiện TNTCSMLT có khuynh hướng tăng do số MLT tăng. TNTCSMLT thường gấp hơn TNTC tại cổ tử cung (Shih).

Đối với phụ nữ đã MLT ít nhất 1 lần có thể bị TNTCSMLT 5%. TNTCSMLT chiếm tỉ lệ < 1% các trường hợp TNTC. (**Hình 15.1**).



Hình 15.1. Tỉ lệ thai ngoài tử cung theo vị trí (William's Obstetrics 23th ed,2010)



Hình 15.2. Sẹo MLT bị hở

NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân đưa đến TNTCSMLT chưa rõ. Có nhiều giả thuyết giải thích bệnh sinh TNTCSMLT, giả thuyết được chấp nhận nhiều nhất là phôi nang đóng vào cơ tử cung qua khe

hở ở vết sẹo trên cơ tử cung do MLT, phẫu thuật trên cơ tử cung, hoặc các tổn thương cơ tử cung sau khi bóc nhau bằng tay (Fylstra), do nong nạo hoặc lạc nội mạc trong cơ tử cung. Thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) cũng có thể gây ra TNTCSMLT (Seow), dù không có sẹo phẫu thuật trên tử cung.

Sau MLT, 60% (Krishna) sẹo thường có các khe hở (**hình 15.2**), tạo điều kiện cho TNTCSMLT. Hiện nay, với tiến bộ trong ứng dụng siêu âm ngả âm đạo với bơm dịch, sự toàn vẹn của cơ tử cung có thể khảo sát lúc không mang thai. Nếu phát hiện sẹo MLT bị khiếm khuyết nên lưu ý người bệnh khi có thai cần quan tâm đến nguy cơ TNTCSMLT.

YẾU TỐ NGUY CƠ

Các yếu tố nguy cơ bị TNTCSMLT gồm có tiền căn nong nạo trước đó, có tiền căn nhau bám bất thường (Maymon), tiền căn bóc nhau bằng tay, tiền căn TNTC, tiền căn TTTON và các phẫu thuật có liên quan đến cơ tử cung như MLT, bóc nhau xơ, may tái tạo tử cung, soi buồng tử cung. Phá thai có thể dẫn đến TNTC tại cổ tử cung (Shinagawa). tổn thương cơ tử cung tạo điều kiện phôi thai bám vào chiếm 21%. TNTCSMLT cũng gặp trên MLT do ngôi mông 63% các trường hợp, vì ngôi mông được thực hiện MLT chọn lọc lúc đoạn dưới chưa phát triển nên khi lành sẹo dễ có khe hở cho phôi đóng sau này. Theo y văn không ghi nhận có liên quan đặc biệt hay hậu quả nào giữa mổ lấy thai lần trước với các lần mang thai sau đó với TNTCSMLT.

TRIỆU CHỨNG VÀ DẤU HIỆU

Tuổi thai khi phát hiện TNTCSMLT thay đổi từ 5 tới 16 tuần. Khoảng cách từ lần MLT cuối tới TNTCSMLT thay đổi từ 6 tháng tới 12 năm.

Triệu chứng lâm sàng TNTCSMLT không đặc hiệu, phần lớn bệnh nhân có xuất huyết âm đạo chiếm 33%-44%. 25% có đau bụng như bị sẩy thai không trọn. Hơn 50% bệnh nhân không triệu chứng và chỉ chẩn đoán phát hiện qua siêu âm khi khám thai (Maymon, Rota).

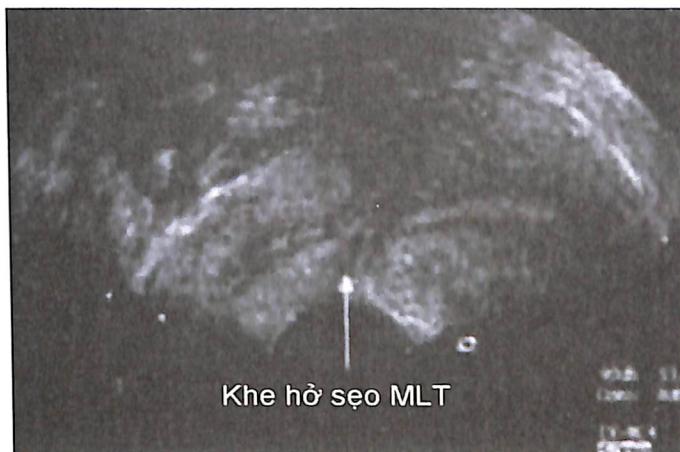
Do không có triệu chứng và dấu hiệu chuyên biệt báo động nên chẩn đoán có thể chậm trễ. Một số trường hợp chẩn đoán sai chỉ xác định được khi có kết quả giải phẫu bệnh. Sai sót không nhận ra TNTCSMLT có thể dẫn đến hậu quả vỡ tử cung khiến bệnh nhân nguy kịch. Việc chẩn đoán nhầm là thai trong tử cung nên để diễn biến tự nhiên cũng như can thiệp nong nạo có thể dẫn đến xuất huyết ồ ạt. Vì vậy các thầy thuốc lâm sàng nên nghi ngờ đến TNTCSMLT khi bệnh nhân có tiền căn mổ lấy thai.

CHẨN ĐOÁN

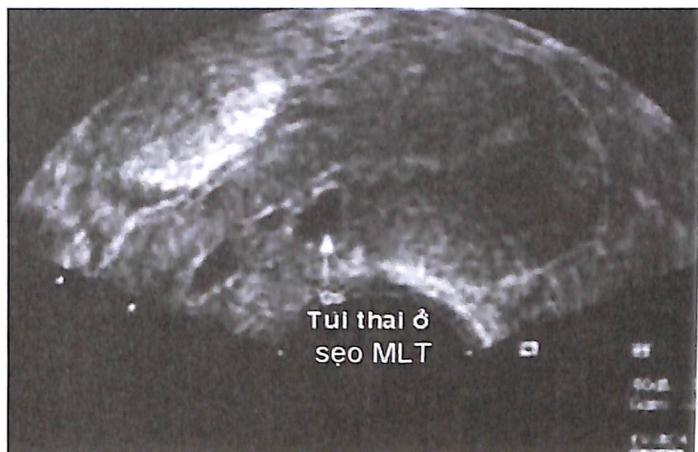
Trên lâm sàng chẩn đoán TNTCSMLT sớm rất khó. Chẩn đoán căn cứ trên tiền sử, bệnh cảnh lâm sàng như đau bụng, rong huyết và quan trọng nhất là siêu âm Doppler màu, một số trường hợp khó cần xác định bằng MRI (Godin) và nội soi buồng tử cung cũng được dùng trong chẩn đoán.

Tiêu chuẩn chẩn đoán TNTCSMLT với siêu âm ngả âm đạo (**hình 15.3, 15.4**) và Doppler màu (**hình 15.5**): (Seow, Maymon, Fylstra).

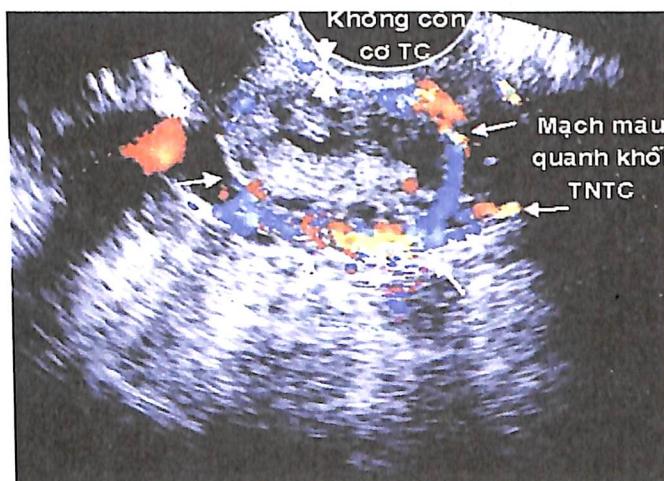
- Buồng tử cung trống.
- Kênh cổ tử cung trống.
- Túi thai nằm giữa bàng quang và phần trước đoạn eo tử cung, lớp cơ tử cung giữa bàng quang và túi thai không có hay rất mỏng.
- Với siêu âm 3D Doppler có phình mạch máu quanh túi thai, có hình ảnh mất liên tục của vách trước tử cung trên mặt cắt ngang qua túi ói.



Hình 15.3. Sẹo MLT hở, trước khi có thai



Hình 15.4. TNTC ở sẹo MLT



Hình 5. Mạch máu quanh khối thai, không còn cơ TC

Tiêu chuẩn này giúp phân biệt với TNTC đóng tại cổ tử cung, eo tử cung hay sảy thai. Hình ảnh phình mạch máu quanh túi thai là một lợi điểm của Doppler dùng để phân biệt giữa thai sống tại sẹo với thai chết trong tử cung giúp quyết định điều trị hợp lý. Trong trường hợp

thai lưu trong tử cung quanh túi thai không có mạch máu, túi thai đã tróc ra khỏi nhau bám. Ngược lại trong TNTCSMLT sống, quanh túi thai vẫn có nhiều mạch máu trên siêu âm.

Siêu âm đầu dò âm đạo có độ nhạy 84,6% (Rotas). Siêu âm đầu dò âm đạo giúp quan sát rõ túi thai và tương quan với sẹo MLT. Kết hợp siêu âm qua thành bụng tạo ra hình ảnh rộng của tử cung và phần phụ và đo được khoảng cách giữa túi thai và bàng quang. Qua đó cũng đo được độ dày vách cơ tử cung giữa bàng quang và túi thai, với phối hợp hình ảnh nhiều mặt và 3D cho bảo đảm chẩn đoán.

MRI trên mặt cắt ngang có thể thấy rõ túi thai nằm trước cổ tử cung (Godin). Nhưng Maymon không cần dùng MRI vì siêu âm đầu dò với Doppler mạch máu đủ cho chẩn đoán, để phát hiện xâm lấn bàng quang Valley đã thực hiện soi bàng quang.

Nội soi buồng tử cung thấy sẹo TNTCSMLT có hình ảnh đỏ như cá hồi.

Điểm quan trọng của chẩn đoán chính xác giúp tránh sai sót khi nhầm với thai trong tử cung và can thiệp với nong nạo dẫn đến xuất huyết ồ ạt cần phẫu thuật khẩn cấp.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Thai trong tử cung.
- TNTC tại cổ tử cung.
- Sảy thai.

DIỄN BIẾN

Vial lưu ý TNTCSMLT diễn tiến theo hai hướng khác nhau. Loại thứ nhất túi thai đóng trên sẹo với túi thai phát triển hướng vào trong khoang eo cổ tử cung hay buồng tử cung. Trường hợp này có thể tiến triển đến sanh sống, nhưng có nguy cơ xuất huyết ồ ạt nơi nhau bám. Loại thứ 2 túi thai cắm sâu trong khe hở sẹo MLT và tiến triển gây vỡ tử cung trong 3 tháng đầu. Nguy cơ vỡ tử cung và xuất huyết nặng có thể nguy hiểm tính mạng bệnh nhân.

Phân biệt giữa hai loại TNTCSMLT rất quan trọng. Loại 1 cần theo dõi liên tục phát triển thai về buồng tử cung, cần can thiệp trước khi chuyển dạ khi thai đã phát triển tốt vì nguy cơ xuất huyết ồ ạt do nhau cài răng lược có thể phải cắt tử cung.

Giải phẫu bệnh cho thấy nhau bám vào đoạn dưới không có lớp cơ tử cung và lớp màng rụng đáy và chỉ có ít mô liên kết. Các bệnh nhân này cần được tham vấn sẹo MLT của họ rất mỏng và nên MLT.

TAI BIẾN

Hai tai biến thường gặp trong quá trình điều trị và theo dõi TNTCSMLT là vỡ tử cung và chảy máu ồ ạt cần phẫu thuật cấp cứu, nếu các biện pháp cầm máu thất động mạch tử cung hay hạ vị không hiệu quả cần cắt tử cung cầm máu (**Bảng 15.1**).

Bảng 15.1. Tai biến theo phương pháp điều trị

Điều trị ban đầu	Tai biến %
MTX TB	62,1
Nong và Nạo	61,9
Thuyên tắc ĐMTC	64,9
Soi buồng TC	18,4
MTX tại chỗ/vào thai	9,7

Timor-Tritch. Early placenta accreta and cesarean section scar pregnancy: a review. Am J Obstet Gynecol 2012.

XỬ TRÍ

Nguyên tắc điều trị cũng tương tự như điều trị TNTC tại các vị trí khác gồm có: lấy/hủy khôi thai tại sẹo MLT và bảo tồn khả năng sinh sản. Tùy theo mức độ khẩn cấp của diễn tiến bệnh mà có biện pháp điều trị phù hợp. Nếu bệnh nhân có xuất huyết ồ ạt cần can thiệp phẫu thuật cấp cứu, có khả năng phải cắt tử cung để cầm máu. Nếu tình trạng bệnh nhân ổn định, không xuất huyết hay lượng ít có nhiều phương pháp điều trị.

Trước 2012, chưa có điều trị tối ưu, có rất nhiều cách điều trị. Sau khi Timor (2012) đúc kết các kinh nghiệm trong y văn đã cho thấy TNTCSMLT điều trị ban đầu với MTX tiêm tại chỗ/vào khôi thai kết hợp với toàn thân cho kết quả tốt. Các can thiệp ban đầu bằng nong và nạo, MTX toàn thân, thuyên tắc động mạch TC đều gây ra nhiều biến chứng và có khi phải cắt tử cung.

Khôi thai càng lớn tai biến càng nhiều, do đó khi được chẩn đoán đúng sớm, tiên lượng sẽ tốt hơn.

Khuynh hướng hiện nay là điều trị bảo tồn nội khoa và can thiệp ngoại khoa tối thiểu nhằm kết thúc thai kỳ sớm, nhờ đó tránh phải phẫu thuật lớn và bảo tồn khả năng sinh sản.

Điều trị nội khoa

Điều trị với methotrexate (MTX) áp dụng cho các trường hợp thai nhỏ hơn 16 tuần, huyết động ổn định và không có chống chỉ định (Timor).

Nếu chưa có tim thai tiêm MTX tại chỗ vào thai và quanh khôi thai + toàn thân với liều 50mg/m² diện tích thân thể.

Nếu thai sống, hủy thai bằng tiêm MTX (25mg) hoặc KCl vào tim thai qua hướng dẫn siêu âm phối hợp MTX 25mg quanh khôi thai + 25mg MTX tiêm bắp. Khi tiêm MTX vào túi thai, lúc đó sẽ hút cả dịch trong túi thai có kết quả tốt hơn (Jurkovic).

Đo độ dày thành trước tử cung bằng siêu âm (Godin) nếu độ dày là 1,2mm hay nhỏ hơn 2mm cần lưu ý nguy cơ vỡ sẹo và xuất huyết ồ ạt có thể xảy ra sau điều trị nội khoa, có trường hợp đến sau 15 ngày sau điều trị với MTX. Do nguy cơ này một số tác giả đề xuất phối hợp điều trị nội khoa với làm thuyên tắc động mạch tử cung hoặc tiêm vasopressin vào trong cổ tử cung kèm với chèn bóng sonde 18 French Foley.

Sau điều trị MTX đa số bệnh nhân hồi phục hoàn toàn không cần can thiệp thêm và đa số không có tác dụng phụ.

Điều trị ngoại khoa

Trong điều trị cổ điển TNTCSMLT, gần như đều phải cắt tử cung vì phần lớn đều được nong nạo và phẫu thuật.

Nong nạo: hiện nay chỉ nên áp dụng trong một số nhỏ trường hợp khi đã có β HCG < 2.000 UI/l hoặc sau khi điều trị MTX và β HCG < 2.000 UI/l và khối thai không giảm kích thước. Nong nạo không nên là điều trị đầu tiên vì có nguy cơ thủng tử cung và xuất huyết ồ ạt cần phẫu thuật cấp cứu cắt tử cung 50%. Vì phần lớn gai nhau bám vào cơ tử cung nên khi nong nạo lấy túi thai ra có thể làm thủng tử cung và tổn thương bàng quang gây xuất huyết nhiều nguy hiểm tính mạng cần phẫu thuật cấp cứu.

Phẫu thuật: các trường hợp huyết động không ổn định, xuất huyết nhiều có choáng hay không hoặc tuổi thai trên 16 tuần, thai sống có nguy cơ vỡ sẹo tử cung cần can thiệp phẫu thuật mở bụng cắt bỏ khối thai và bảo tồn tử cung nếu được, nếu không được phải cắt tử cung hoàn toàn vì nguy cơ chảy máu nhiều. Phẫu thuật rất khó khăn vì khối nhau có thể xâm lấn bàng quang và cần được chuẩn bị máu, dịch truyền cần thiết. Có tác giả cho rằng phẫu thuật để tránh tái phát lần có thai sau nhờ cắt bỏ sẹo cũ và may lại cơ tử cung. Tuy nhiên khi xén khối thai vẫn gây ra dính và ảnh hưởng đến khả năng mang thai. Phẫu thuật chỉ thực sự dành cho các trường hợp được chỉ định, nhưng phẫu thuật không có giá trị ngừa tái phát TNTCSMLT.

Nội soi buồng tử cung quan sát buồng tử cung cùng lúc xé và hút khối thai qua nội soi ổ bụng (Lee).

Phối hợp nhiều kỹ thuật

Tùy theo mức phức tạp của TNTCSMLT đã có nhiều biện pháp điều trị phối hợp để có kết quả tốt, phương pháp phối hợp theo từng trường hợp.

MTX tại chỗ sau đó nong nạo: Nong nạo chỉ áp dụng cho các trường hợp ổn định, β HCG < 2.000 UI/l, và khối thai vẫn không giảm kích thước sau MTX.

MTX tại chỗ/toàn thân và truyền tắc động mạch tử cung (TTĐMTC). Có hiệu quả cao trong các trường hợp khối thai to có nhiều mạch máu tăng sinh. Đặc biệt TTĐMTC hiệu quả cho các trường hợp rong huyết kéo dài sau điều trị MTX, khối thai đã giảm kích thước và β HCG giảm về mức bình thường nhưng không hết triệu chứng rong huyết và các trường hợp có thể tồn tại thông động tĩnh mạch vùng sẹo, và sau truyền tắc động mạch tử cung có kết quả tốt.

Thuyền tắc động mạch tử cung và phẫu thuật, nhằm hạn chế chảy máu (Yang và Yeng) thực hiện chọn lọc trước phẫu thuật để giảm tai biến và bảo tồn khả năng sinh sản.

Chờ đợi không can thiệp và theo dõi

Với TNTCSMLT là thai lưu nhò hơn 8 tuần, tổng trạng ổn định, với β HCG < 1.000 UI/l giảm đều, chỉ cần theo dõi. Không cần can thiệp khỏi thai sẽ tự hủy theo thời gian vài tuần tới vài tháng. Nếu β HCG tăng lại hay không giảm cần can thiệp nội khoa hay ngoại khoa tùy từng trường hợp. Nếu cần có thể cần nội soi buồng tử cung đánh giá lại sang thương.

Trường hợp TNTCSMLT và thai sống phát triển hướng vào buồng tử cung, có thể để theo dõi tới khi thai trưởng thành. Tiêu lượng thường phức tạp, vì sẽ phát triển nhau cài răng lược và nhau bám thấp cần can thiệp chủ động trước chuyển dạ.

Thận trọng trong thăm khám, chăm sóc

Khối TNTCSMLT thường khó phát hiện trên lâm sàng, nếu thăm khám mạnh tay có nguy cơ làm vỡ và xuất huyết ở ạt cần phẫu thuật cấp cứu. Bệnh nhân cũng cần được dặn dò đi lại nhẹ nhàng, không nên chạy nhảy, thể thao, hoạt động mạnh vì có thể làm vỡ khối TNTCSMLT, hay khối máu tụ còn tồn tại khá lâu sau điều trị nội khoa.

Đánh giá sau điều trị

Bệnh nhân được theo dõi hàng tuần về lâm sàng và β HCG cho tới khi không còn đo được. Siêu âm theo dõi mỗi tháng tới khi khối thai biến mất. β HCG trở về bình thường khoảng 6 - 10 tuần sau điều trị tại chỗ MTX (21-188 ngày) và khối thai cần 2 tháng tới 1 năm sau MTX mới biến mất trên siêu âm vì nhau cài trong mô sẹo xơ nên bị hấp thu rất chậm.

MỘT SỐ VẤN ĐỀ CẦN LUU Ý TRONG TNTCSMLT

Theo dõi các trường hợp nguy cơ cao

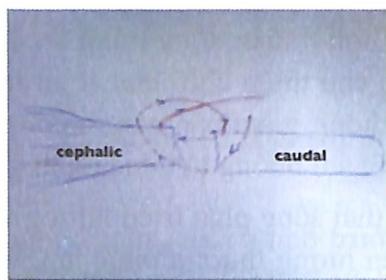
Hiện nay với tiến bộ của siêu âm đầu dò âm đạo và bơm dịch, các tổn thương vách tử cung có thể phát hiện ngay từ lúc chưa có thai. Sẹo bị khiếm khuyết khi thấy có kẽ hở ở thành trước tử cung hay khi lớp cơ tử cung dày không bằng 50% của cơ tử cung cạnh sẹo (Jurkovic). Khiếm khuyết nặng chiếm 10% các trường hợp mổ lấy thai (Kirshna).

Sửa sẹo MLT bị hở

Sửa chữa sẹo MLT trước khi cho mang thai lại sẽ mất nhiều lần phẫu thuật và rất tốn kém chưa kể nếu thực hiện phẫu thuật sửa chữa có thể gặp tai biến như sẹo chậm lành, dính, và có khi phải cắt tử cung. Hơn nữa, sửa sẹo cũng không ngừa được vỡ tử cung lúc chuyển dạ. Phẫu thuật sửa sẹo chỉ thực sự cần thiết trong một số nhỏ trường hợp đã bị tái phát TNTCSMLT và những trường hợp bị hở rộng sẹo mổ lấy thai. Hiện nay đã có một số tác giả thành công sửa sẹo qua nội soi buồng tử cung.

Tránh hở sẹo bằng kỹ thuật may cơ tử cung

Babu và Gagon đã đề xuất kỹ thuật may lớp cơ tử cung trong MLT, với kỹ thuật này sẽ phục hồi các lớp thành tử cung tránh được khe hở khi lành sẹo.



Có thai sau TNTCSMLT

Bệnh nhân đã bị TNTCSMLT cần được hướng dẫn khi có thai lần sau nên siêu âm sớm để xác định có thai trong tử cung. Khi bệnh nhân có thai lại nên mổ chủ động khi phổi thai đã trưởng thành. Phụ nữ đã bị TNTCSMLT có thai lại cũng phải được theo dõi cẩn thận khả năng nhau cài răng lược có thể xảy ra. Nếu có cần thực hiện mổ lấy thai và cắt tử cung khi tuổi thai 32 tới 34 tuần (Seow).

Sau TNTCSMLT, 76% có thai lại, 88% có thai tự nhiên trong đó 95% thai trong tử cung bình thường và tái phát thấp chỉ 5%. Sau đó 65% phát triển bình thường (35% sẩy thai) và mổ lấy thai 69% (Ben Nagi).

Trong TTON nên chuyển phôi vào sâu hơn lỗ trong cổ tử cung ≥ 4 cm để tránh TNTCSMLT hay TNCT trên cổ tử cung (Soew).

Nếu mang thai xảy ra nên sanh mổ chủ động khi phổi thai nhi đã đủ trưởng thành vì lúc này khả năng đòn hồi của sẹo mổ lấy thai không dồn kịp với phát triển nhanh của tử cung trong 3 tháng cuối thai kỳ.

Ngừa thai sau TNTCSMLT

Bệnh nhân không được mang thai sau TNTCSMLT ít nhất 12 tới 24 tháng. Có thể dùng thuốc ngừa thai viên phôi hợp hoặc Depoprovera loại tiêm 1-3 tháng.

KẾT LUẬN

Với các xét nghiệm và siêu âm hiện nay giúp chẩn đoán sớm và chính xác TNTCSMLT nhờ đó hướng đến điều trị hiệu quả, duy trì khả năng sinh sản. Đa số tác giả chấp nhận kết thúc thai kỳ ngay khi đã có chẩn đoán chính xác. Cách điều trị ít tai biến nhất là dùng MTX tiêm tại chỗ vào thai và quanh khối thai + toàn thân. Khuynh hướng MLT càng ngày càng tăng, thì khả năng TNTCSMLT cũng tăng theo. Phát hiện sớm và điều trị bảo tồn không phải lúc nào cũng đạt kết quả tối ưu do đó vấn đề cơ bản là làm thế nào để giảm được các nguy cơ dẫn đến TNTCSML.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Babu KM., Magon N. Uterine closure in cesarean delivery: a new technique, *N Am J Med Sci.* 2012 August; 4(8): 358–361.
2. Ben Nagi J, Helmy S, Ofili-Yebovi D, Yazbek J, Sawyer E, Jurkovic D. Reproductive outcomes of women with a previous history of Caesarean scar ectopic pregnancies. *Hum Reprod* 2007; 22:2012–2015.
3. Fylstra DL, Pound-Chang T, Miller MG, Cooper A, Miller KM. Ectopic pregnancy within a cesarean delivery scar: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:302–304.
4. Godin PA, Bassil S and Donnez J, An ectopic pregnancy developing in a previous caesarian section scar. *Fertil Steril*, 1997, 67, 398–400.
5. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21:220–227.
6. Herman A, Weinraub Z, Avrech O, Maymon R, Ron-El R and Bukovsky Y, Follow up and outcome of isthmic pregnancy located in a previous caesarean section scar. *Br J Obstet Gynecol*, 1995, 102, 839–841.
7. Krishna S.,James E. S., Cesarean Section Scar Diverticulum: Appearance on Hysterosalpingography, *AJR*, 2008;190:870-874.
8. Larsen JV, Solomon MH: Pregnancy in a uterine scar sacculus—an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report. *S Afr Med J* 53(4):142, 1978 Maymon, et all; Fertility performance and obstetric outcomes among women with previous cesarean scar pregnancy, *J. Ultrasound Med.* 2011;30:1179-1184.
9. Rotas MA, Haberman S, Levgur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006; 107:1373–1381.
10. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL. Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 23:247–253.
11. Shih JC, Cesarean scar pregnancy: diagnosis with three-dimensional (3D) ultrasound and 3D power Doppler ultrasound. *Obstet Gynecol*, 2004, 23, 306–307.
12. Shinagawa S and Nagayama M, Cervical pregnancy as a possible sequela of induced abortion. Report of 19 cases. *Am J Obstet Gynecol*, 1969, 105, 282–284.
13. Sugawara J., Senoo M., Chisaka H., Yaegashi N., Okamura K. Tohoku, Successful Conservative Treatment of a Cesarean Scar Pregnancy with Uterine Artery Embolization, *J Exp Med*, 1997, Vol.206;No.3;p261-265.
14. Timor-Tritsch. Early placenta accreta and cesarean section scar pregnancy: a review. *Am J Obstet Gynecol* 2012.
15. Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 16:592–593.

SÀN KHOA

16. Valley MT, Pierce JG, Daniel TB and Kaunitz AM, Cesarean scar pregnancy: imaging and treatment with conservative surgery. *Obstet Gynecol*, 1998, 91, 838–840.
17. Yang MJ and Jeng MH, Combination of transarterial embolization of uterine arteries and conservative surgical treatment for pregnancy in a cesarean section scar. *J Reprod Med*, 2003, 48, 213–216.
18. Williams Obstetrics, 23ed 2010, Ch10. Ectopic Pregnancy.

LÂY TRUYỀN HIV/AIDS TỪ MẸ SANG CON

PGS.TS.BS. Vũ Thị Nhung

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

1. Trình bày được diễn tiến của sự phát triển đại dịch HIV/AIDS trên thế giới.
2. Trình bày được cơ chế gây bệnh của HIV.
3. Kể được các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con.
4. Nêu được các nguyên tắc sử dụng thuốc ARV trong dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con.

LỊCH SỬ NHIỄM HIV

Tháng 8 năm 1982 từ “AIDS” được dùng trên báo và tạp chí khoa học để nói đến bệnh suy giảm miễn dịch liên quan đến người đồng tính”(AID) và lần đầu tiên vào tháng 9 năm 1982, CDC đã định nghĩa AIDS với ý nghĩa “**Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải**”, [11]. tháng 12 năm 1982, CDC báo cáo trường hợp đầu tiên lây truyền AIDS từ mẹ sang con. [12] Vào tháng 5/1983 Luc Montagnier và cộng sự của Viện Pasteur Pháp tuyên bố rằng họ đã phân lập được một loại Virus mới mà họ nghĩ rằng đó là nguyên nhân của AIDS. Mẫu virus này được gửi cho CDC. Vài tháng sau, virus được đặt tên là *Lymphadenopathy-associated Virus* gọi tắt là LAV. tháng 4/1985 tại Atlanta đã diễn ra Hội nghị Quốc tế về AIDS với sự tham dự của hơn 2.000 người. Sau hội nghị này, WHO đã tổ chức hội thảo quốc tế để xem *AIDS là đại dịch* và bắt đầu hành động.

Tháng 5/1986 Hội nghị danh pháp quốc tế thống nhất gọi tên virus là HIV (Human Immunodeficiency Virus). tháng 3/1987, FDA công nhận *AZT là thuốc kháng retrovirus đầu tiên* được dùng để chữa AIDS. Những hiểu biết về sự lây truyền bệnh thay đổi rất nhiều, đặc biệt là khi có báo cáo đầu tiên về sự *lây bệnh từ mẹ sang con qua sữa mẹ* (tháng 7/1987). Người ta cũng nhận thấy hội chứng suy giảm miễn dịch còn có thể gặp ở những người bệnh đã bị truyền máu và các chế phẩm của máu có HIV hay ở người tiêm chích ma túy dùng chung kim tiêm với người có HIV. Năm 1991, *dải nơ đỏ* trở thành biểu tượng quốc tế về AIDS. Đeo dải nơ đỏ là thể hiện sự hỗ trợ đối với những người sống với HIV/AIDS.



Một nửa *giải Nobel Y học 2008* đã được trao cho *Francoise Barré-Sinoussi* và *Luc Montagnier* của Viện Pasteur Paris vì công trình phát hiện HIV của họ. Người nhiễm HIV trải qua nhiều năm không có biểu hiện lâm sàng nhưng người bệnh mang HIV suốt đời và là

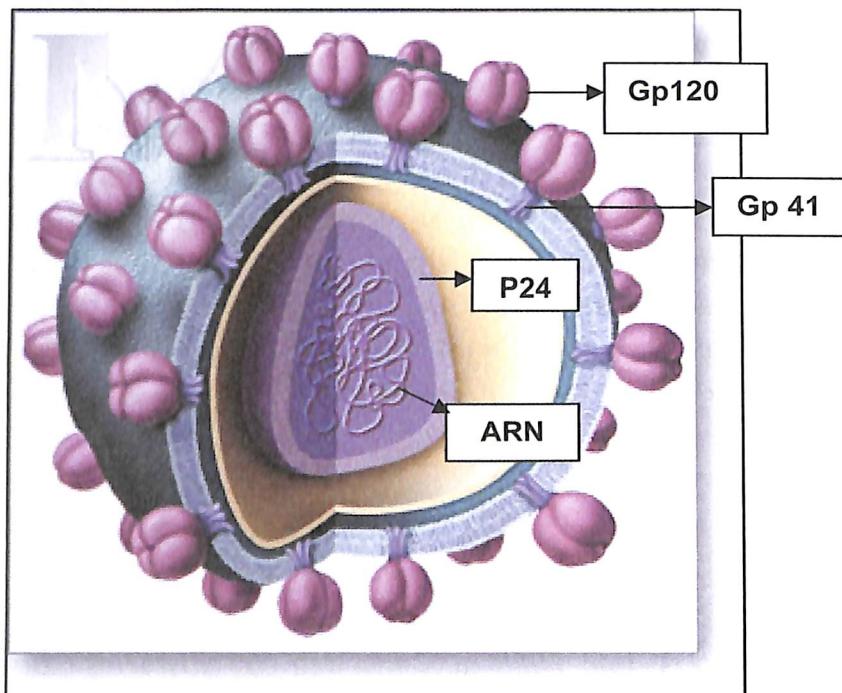
nguồn lây bệnh cho người khác. Thời gian diễn tiến từ HIV sang AIDS dài hay ngắn là tùy thuộc hành vi nguy cơ và khả năng miễn dịch của người bệnh. Mặc dù chưa có thuốc chữa khỏi bệnh nhưng nhờ sự hiệu quả của thuốc ARV, tỷ lệ tử vong giảm ở những nơi cung cấp thuốc đầy đủ trong khi tình trạng lây bệnh vẫn tiếp tục. Do đó, số người sống với AIDS ngày càng tăng^[13]. Ở Việt Nam, kể từ khi trường hợp nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện vào tháng 12 năm 1990, số người được phát hiện có HIV tiếp tục tăng cao. Phần lớn người nhiễm HIV được phát hiện là ở nhóm tuổi từ 20-39 (chiếm 82%), trẻ em dưới 15 tuổi chiếm gần 3%.^[19]

ĐẶC ĐIỂM CẤU TẠO CỦA HIV

Human immunodeficiency virus (HIV) thuộc họ retrovirus được xếp vào nhóm virus nhân lén chậm (lentivirus). Đây là loại virus có vật liệu di truyền là ARN sẽ được chuyển thành hai chuỗi ADN nhờ men sao chép ngược (reverse transcriptase).

HIV gồm hai loại HIV-1 và HIV-2. Loại HIV-1 có khả năng truyền bệnh và độc tính cao hơn HIV-2. Loại HIV-1 được phát hiện trước tiên và được đặt tên là LAV và HTLV-III. Virút này phổ biến trên toàn cầu. Trong khi tần suất nhiễm HIV-2 ít hơn và chủ yếu xuất hiện ở Tây Phi.^[14]

Trên kính hiển vi điện tử, HIV có dạng hình cầu đường kính 100-120nm. Phần lõi (nhân) gồm có chuỗi ARN, các men sao chép ngược và nhiều loại protein được đặt tên theo trọng lượng phân tử trong đó có loại p24. Lớp ngoài có gp41 liên kết với gp120 là bộ phận của HIV có khả năng gắn kết với tế bào đích^[7].



(Nguồn: Tài liệu tập huấn Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con⁴)

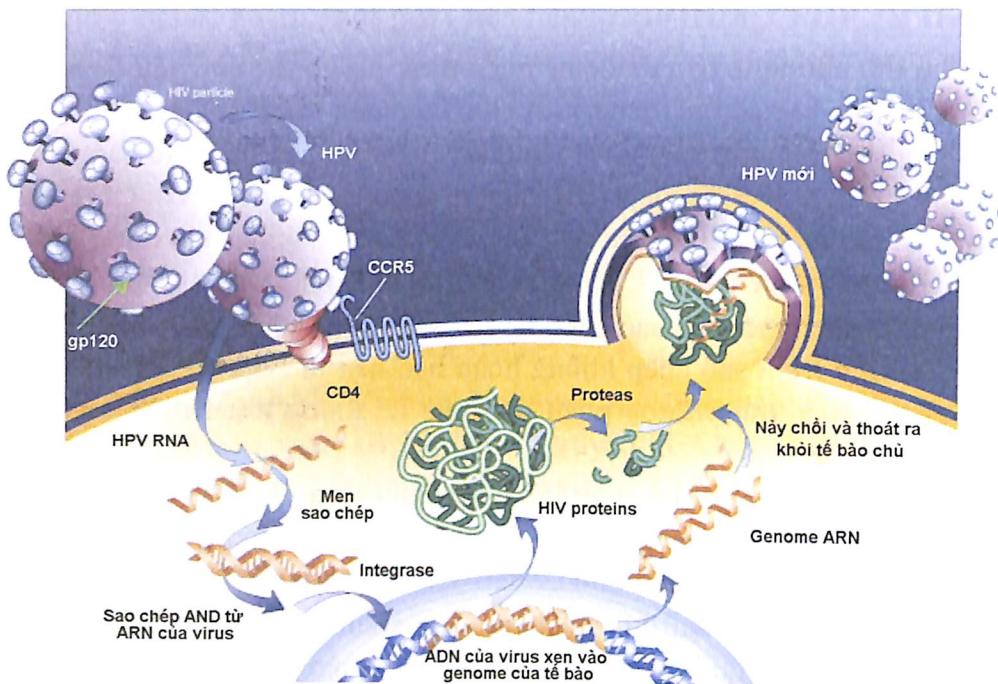
CƠ CHẾ SINH BỆNH CỦA HIV

HIV gắn vào thụ thể những tế bào thuộc hệ miễn dịch của cơ thể chủ yếu là tế bào Lympho T CD4+, đại thực bào, tế bào có tua (dendritic cells) theo tiến trình¹⁵:

- gp120 gắn vào màng tế bào, gp41 trợ giúp quá trình hòa màng tế bào và đẩy ARN của virus vào trong tế bào (Bước 1). Tuy nhiên, sự kết gắn gp120 với CD4 vẫn chưa đủ để gây nhiễm tế bào, gp120 còn phải gắn với các chemokines tác dụng như những đồng thụ thể trên bề mặt tế bào (CCR5, CXCR4) để hòa nhập màng tế bào^[18].
- ARN của Virus được men sao chép ngược sao chép thành sợi ADN bổ sung của virus (Bước 2). Quá trình sao chép không hoàn hảo nên tạo đột biến trong mỗi chu kỳ sao chép, vì thế HIV tránh được phản ứng của hệ thống miễn dịch và tiếp tục tồn tại, kháng thuốc.
- Sợi ARN và chuỗi ADN bổ sung kết hợp thành chuỗi kép ADN đi qua màng nhân tế bào và được gắn chèn vào nhiễm sắc thể của tế bào chủ với sự hỗ trợ của men Integrase (Bước 3)
- Khi tế bào chủ phân chia thì ADN của Virus cũng được sao chép sang tế bào con. ADN này có thể tồn tại lâu trong tế bào chủ dạng ngủ yên nên không có biểu hiện lâm sàng nhưng vẫn có thể lây bệnh cho người khác.
- Sự sản sinh ra virus mới do tế bào chủ sinh ra nhờ men Protease (Bước 4).
- Hậu quả của nhiễm HIV là số lượng tế bào T CD4+ giảm thấp theo ba cơ chế chính:
 1. Tế bào nhiễm virus bị hủy diệt trực tiếp.
 2. Gia tăng lập trình chết tế bào (apoptosis) của tế bào bị nhiễm virus.
 3. Tế bào T CD4+ nhiễm virus bị diệt bởi tế bào lympho CD8.

Khi nồng độ TCD4+ giảm dưới ngưỡng bình thường thì khả năng miễn dịch tế bào bị mất, cơ thể bệnh nhân sẽ dễ bị nhiễm trùng cơ hội.

Sự lây nhiễm HIV có thể xảy ra do truyền máu, tiếp xúc với các loại dịch thể của người nhiễm HIV như tinh dịch, dịch âm đạo, dịch tiết ở dương vật trước khi xuất tinh, sữa mẹ. Trong các dịch này, HIV tồn tại dưới dạng những vật thể tự do và virút ẩn trong tế bào lympho bị nhiễm.



(Nguồn: EMBO reports ¹⁷)

TÌNH HÌNH NHIỄM HIV/AIDS Ở PHỤ NỮ VÀ THAI PHỤ

Trên thế giới, sự lây nhiễm HIV là do trẻ bị lây từ mẹ có HIV (khoảng 11%), 10% thuộc nhóm đối tượng tiêm chích ma túy, 5%-10% do quan hệ đồng tính nam, 5%-10% xảy ra tại cơ sở y tế, số còn lại là do quan hệ tình dục nam-nữ (chiếm 2/3 những trường hợp nhiễm mới).

Phụ nữ nhiễm HIV/AIDS ngày càng tăng, họ có thể lây từ chồng, từ bạn tình đồng thời họ có thể lây cho bạn tình khác và nhất là họ có thể lây cho con của họ. Đối với quan hệ tình dục khác phái, tỷ lệ lây nhiễm từ nam sang nữ nhiều lần lớn hơn từ nữ sang nam. Nếu có viêm sinh dục nhát là khi có vết loét sinh dục do các bệnh lây truyền qua đường tình dục (giang mai, lậu, Chlamydia, Herpes simplex...) thì khả năng lây bệnh càng cao. Nguyên nhân có thể do HIV có nhiều trong tinh dịch và nằm lâu trong âm đạo, khi giao hợp dễ có những chấn thương sinh dục là tiền đề cho viêm nhiễm. Sự viêm loét sinh dục làm gia tăng sự tiếp xúc giữa HIV và các tế bào viêm trong đường sinh dục như TCD4, các đại thực bào. Các loại tế bào này khi bị nhiễm HIV sẽ làm tăng lây nhiễm HIV. Qua nhiều nghiên cứu, người ta xác nhận rằng lây nhiễm HIV cao nhất qua đường hậu môn – trực tràng, kế tiếp là đường âm đạo và sau nữa là đường miệng. [1]

Ngoài đường lây qua quan hệ tình dục, phụ nữ có thể bị nhiễm HIV do truyền máu đã bị nhiễm bệnh, do tiêm chích ma túy. Một điều đáng quan tâm là sự lây truyền HIV từ mẹ sang con (LTMC) khi người phụ nữ mang thai.

Thuốc ARV đã giúp ngăn sự lây truyền HIV từ mẹ sang con một cách đáng kể.. Tỷ lệ tử vong do AIDS giảm hơn 50% cũng như tình trạng trẻ mồ côi giảm vì cha mẹ chúng không chết vì AIDS. Số trường hợp nhiễm mới ở Cận Saharan (Phi Châu) giảm gần 15%, ở Đông Á giảm gần 25%, ở Nam và Đông Nam Á giảm gần 10% (2008) [10].

LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON

Các đường lây truyền HIV từ mẹ sang con

Lây truyền từ mẹ sang con là nguyên nhân chính gây nhiễm HIV ở trẻ em. Ước tính mỗi ngày có 1.600 trẻ sơ sinh nhiễm HIV. Sự lây truyền này có thể xảy ra ở ba giai đoạn của thai kỳ [2,3,5]: lây truyền qua tử cung thường gấp vào 3 tháng giữa thai kỳ chiếm khoảng 30%-50%; lây truyền cao nhất là trong giai đoạn chuyển dạ (60% – 65%); lây truyền sau khi sanh (trong giai đoạn cho con bú mẹ) là 10%-15%. Nhiều nghiên cứu được tiến hành ở Hoa Kỳ, Châu Phi, Thái Lan...cho thấy các thuốc ARV làm giảm nồng độ virus có tác dụng để phòng ngừa sự lây truyền này [6]. Trước khi đưa ARV vào chương trình điều trị dự phòng, nguy cơ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con từ 15%-25% ở các nước phát triển, có thể cao hơn ở những nước đang phát triển (25%-35%). Nếu cho thuốc dự phòng và mổ lấy thai có thể làm giảm tỷ lệ lây truyền HIV còn 1%. [9] Phân tích gộp của 15 nghiên cứu trên 8.355 trường hợp thai phụ nhiễm HIV ở Bắc Mỹ và Châu Âu [16] khi so sánh giữa mổ lấy thai (MLT) chủ động và các cách sanh khác thì tỷ lệ lây nhiễm cho con là 8,4% đối với MLT và 16,7% với các cách sanh khác. Nếu thai phụ được uống ARV ngay khi đang mang thai, trong chuyển dạ và sau sanh có MLT chủ động thì tỷ lệ lây cho con là 2% và là 7,3% khi sanh ngả âm đạo. Trường hợp mẹ hoàn toàn không uống ARV thì tỷ lệ lây truyền lần lượt là 10,4% và 19%.

Theo quan điểm hiện nay, ở Hoa Kỳ MLT chủ động lúc 38 tuần có lợi cho thai phụ có > 1.000 bản sao virus /mL, thai phụ không biết rõ nồng độ virus, vỡ ối non không có dấu chuyển dạ. MLT không có kết quả tốt hơn sanh thường nếu nồng độ virus dưới 1.000 bản sao/mL. Ở Anh Quốc, mổ lấy thai trước khi chuyển dạ được khuyến cáo cho các trường hợp thai phụ chỉ uống ZDV, thai phụ có nồng độ virus (VL) > 400 bản sao/mL vào lúc thai 36 tuần, cần cân nhắc khi thai phụ có VL từ 50-399 bản sao/mL, mổ lấy thai trước khi chuyển dạ thực hiện từ 38-39 tuần. Thai phụ có VL<50 bản sao/mL (lúc thai 36 tuần) và không có chống chỉ định thì để sanh ngả âm đạo

Ngoài ra, bà mẹ có HIV còn có thể phòng ngừa được sự lây bệnh cho con sau sanh bằng cách không cho con bú mẹ và cho trẻ uống thuốc dự phòng. [8,17]

Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con

Trong khi mang thai

- HIV có thể được truyền trực tiếp từ mẹ sang thai qua bánh nhau mặc dù bánh nhau có một màng ngăn cách với tử cung của người mẹ để bảo vệ thai nhi, bảo vệ cho 60% - 70% trẻ không nhiễm HIV
- HIV có thể qua thai do nhiễm khuẩn bánh nhau, viêm màng ói.
- HIV qua thai muộn hơn, vào nửa sau thai kỳ do bề dày của màng nhau nhau mỏng đi. Nồng độ virus/máu càng cao thì tỷ lệ lây nhiễm mẹ-con càng cao. Thời điểm nồng độ HIV cao là lúc mới chuyển vào huyết thanh và giai đoạn cuối của AIDS.

Trong chuyển dạ, khi sinh đẻ

Các yếu tố làm tăng khả năng LTMC:

- Số lượng virus có trong âm đạo tăng làm tăng nguy cơ nhiễm HIV khi thai đi qua âm đạo.
- Thai qua đường âm đạo có thể nuốt dịch âm đạo có nhiều HIV vào đường tiêu hóa, da và niêm mạc của trẻ tiếp xúc với máu và dịch âm đạo của mẹ khi đẻ đường dưới.
- Con co tử cung, sự xoa mờ cổ tử cung gây chảy máu.
- Phản mềm của người mẹ bị dập nát, các can thiệp như cắt tầng sinh môn gây chảy máu.
- Forceps hoặc giác hút có thể gây sang chấn/xây xước cho thai.
- Đẻ khó, chuyển dạ kéo dài.
- Thời gian từ khi vỡ ối đến khi sinh dài (đặc biệt là sau 4 giờ và cứ mỗi giờ sau khi vỡ ối nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con tăng thêm 2%)^[9].
- Sự suy giảm miễn dịch nặng được đánh giá bằng số lượng CD4 thấp, tỷ lệ % CD4 thấp, tỷ lệ CD₄/CD₈ cao. Theo European Collaborative Study (ESC) nếu CD₄ dưới 700/mm³ thì tỷ lệ lây nhiễm cao. Nồng độ kháng thể trung hòa cao thì tỷ lệ lây nhiễm mẹ-con thấp.

Lây truyền HIV từ mẹ sang con trong thời kỳ mẹ cho con bú

- HIV có trong sữa mẹ nên khi bú HIV có thể xâm nhập qua niêm mạc miệng, lưỡi, lợi của đứa trẻ gây lây nhiễm cho trẻ, nhất là trong trường hợp trẻ có các viêm nhiễm trong miệng.
- Trường hợp vú mẹ có viêm nhiễm, có vết nứt, hay khi trẻ mọc răng cắn gây chảy máu thì HIV còn có thể theo máu vào miệng trẻ, xâm nhập qua niêm mạc trong miệng và gây nhiễm cho trẻ.
- HIV từ máu mẹ thẩm thấu vào các nang sữa và có trong sữa mẹ. Tỷ lệ HIV được tìm thấy trong sữa cao trong thời kỳ đầu sau đẻ, sau đó giảm dần.

- Niêm mạc ruột trẻ sơ sinh chưa trưởng thành nên phản ứng với sữa thay thế làm tổn thương vi thể ở niêm mạc miệng, HIV từ sữa mẹ dễ xâm nhập. Vì thế nguy cơ lây truyền HIV qua đường sữa mẹ ở người cho bú kết hợp với thức ăn thay thế cao hơn nuôi con bằng sữa mẹ (NCBSM) hoàn toàn.

DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM HIV TỪ MẸ SANG CON

Tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con thay đổi từ nghiên cứu này sang nghiên cứu khác. Ở các nước phát triển, người ta đã tiến hành nhiều nghiên cứu nhằm làm giảm lây nhiễm mẹ-con.

Nguyên tắc sử dụng thuốc ARV

- Những phụ nữ có thai chưa được điều trị ARV cần được dự phòng LTMC bằng phác đồ phù hợp với thời điểm khám thai và thời điểm xác định nhiễm HIV. Phụ nữ mang thai đã được điều trị ARV thì không cần áp dụng phác đồ dự phòng LTMC.
- Theo khuyến cáo của WHO từ tháng 11/2009 [20]: dự phòng ARV cần được bắt đầu sớm - ngay từ tuần thứ 14 của thai kỳ - hoặc càng sớm càng tốt khi bà mẹ đến khám ở giai đoạn muộn, lúc chuyển dạ sanh, kéo dài cho đến một tuần sau khi ngừng cho bú. Dự phòng ARV bao gồm:
 - AZT hàng ngày trước khi sanh.
 - NVP liều đơn lúc bắt đầu chuyển dạ
 - AZT+3TC trong lúc chuyển dạ và khi sanh.
 - AZT+3TC trong 7 ngày sau khi sanh.
- Khi nào điều trị ARV cho thai phụ ? Theo khuyến cáo của WHO từ tháng 11/2009 [20].
 - Bắt đầu điều trị ARV cho tất cả phụ nữ mang thai (PNMT) nhiễm HIV khi $CD4 \leq 350$ tế bào/mm³ không phụ thuộc vào giai đoạn lâm sàng của WHO và cho tất cả PNMT nhiễm HIV ở giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4 theo WHO, không phụ thuộc CD4.
 - PNMT nhiễm HIV có chỉ định điều trị ARV cần bắt đầu điều trị không phụ thuộc tuổi thai, điều trị suốt quá trình mang thai, khi sanh và sau khi sanh.
 - Phác đồ điều trị bậc 1 ưu tiên phải bao gồm AZT + 3TC làm trụ cột: AZT+3TC+NVP hoặc AZT+3TC+ EFV.
 - Các phác đồ thay thế được khuyến cáo: TDF+3TC (hoặc FTC) +NVP và TDF+3TC (hoặc FTC)+EFV

Dự phòng cho trẻ sơ sinh

- Tất cả trẻ sinh ra từ mẹ có HIV đều phải dự phòng bằng thuốc ARV sau sanh.
- Trẻ bú mẹ: sử dụng NVP hàng ngày từ khi sanh cho đến khi được 6 tuần tuổi.
- Trẻ không bú mẹ: sử dụng AZT hoặc NVP từ khi sanh cho đến khi được 6 tuần tuổi.

KẾT LUẬN

HIV có nhiều năm không có biểu hiện lâm sàng nhưng người bệnh mang HIV suốt đời và là nguồn lây bệnh cho người khác. Thời gian diễn tiến từ HIV sang AIDS dài hay ngắn là tùy thuộc hành vi nguy cơ và khả năng miễn dịch của người bệnh. Mặc dù chưa có thuốc chữa khỏi bệnh nhưng nhờ hiệu quả của thuốc ARV, tỷ lệ tử vong giảm ở những nơi cung cấp thuốc đầy đủ nhưng tình trạng lây bệnh vẫn tiếp tục. Khi nồng độ TCD4+ giảm dưới ngưỡng bình thường thì khả năng miễn dịch té bào bị mất, cơ thể bệnh nhân sẽ dễ bị nhiễm trùng cơ hội. Đối với phụ nữ mang thai nếu được phát hiện nhiễm HIV sớm trong thai kỳ, được uống ARV dự phòng sớm thì tỷ lệ LTMC sẽ giảm còn 2%-6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu Tiếng Việt

1. Nguyễn Hữu Chí (2000) “*Đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng của nhiễm HIV/AIDS ở phụ nữ*”, *Nhiễm HIV/AIDS ở phụ nữ*, trang 22-23.
2. Nguyễn Hữu Chí (2000) “*Lây truyền HIV từ mẹ sang con*”, *Nhiễm HIV/AIDS ở phụ nữ*, trang 95-105.
3. Trương T Xuân Liên, Vũ Thị Nhung (2007). “*Đánh giá tỷ lệ kháng thuốc ARV trong can thiệp điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại TP HCM*”, Y học Tp Hồ Chí Minh Tập 14 số 3, 2010, Tr 137-142.
4. Bộ Y tế - Dự án quỹ toàn cầu (2006) *Diễn biến tự nhiên và nguy cơ lây truyền HIV*. Tài liệu tập huấn phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, Nhà xuất bản Y học 2006. Tr 16.
5. Bộ Y tế - Dự án quỹ toàn cầu (2006) “*Lây truyền HIV từ mẹ sang con: thời điểm, các yếu tố nguy cơ*”. Tài liệu tập huấn phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con”, Nhà xuất bản Y học 2006. Tr 21-25
6. Bộ Y tế - Dự án quỹ toàn cầu (2006) *Sử dụng thuốc kháng Retrovirus*. Tài liệu tập huấn phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, Nhà xuất bản Y học 2006. Tr 51-52.

Tài liệu tiếng Anh

7. Bureau of Hygiene & Tropical Diseases (1986) 'AIDS newsletter' Issue Volume 2 Issue 1 January 15.
8. Cochrane Systematic Review on interventions for prevention of late postnatal mother-to-child transmission of HIV <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab006734.html>
9. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2006). "Overview of the global AIDS epidemic" (PDF). *2006 Report on the global AIDS epidemic. ISBN 9291734799. http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_CH02_en.pdf*. Retrieved 2006-06-08.]
10. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2009) *AIDS epidemic update*.

11. MMWR Weekly (1982) 'Current Trends Update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)- United States', September 24, 31(37); 507-508, 513-514.
12. MMWR Weekly (1982) 'Unexplained Immunodeficiency and Opportunistic Infections in Infants- New York, New Jersey, California', December 17, 31 (49); 665-667.
13. Palella, F. J., Delaney, K. M., Moorman, A. C., Loveless, M. O., Fuhrer, J., Satten, G. A., Aschman, D. J. and Holmberg, S. D. (1998). "Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection". *N. Engl. J. Med.* 338 (13): 853–860. doi:10.1056/NEJM199803263381301. PMID 9516219.
14. Reeves, J. D. and Doms, R. W (2002). "Human Immunodeficiency Virus Type 2". *J. Gen. Virol.* 83 (Pt 6): 1253–65. doi:10.1099/vir.0.18253-0. PMID 12029140.
15. Tookey P et al.(2004) *Antiretroviral therapy and pregnancy outcome: UK/Ireland surveillance data 1990-2004*. Seventh International Congress on Drug Therapy in HIV Infection, Glasgow, abstract PL11.3, 2004.
16. The International Perinatal HIV Group.(1999) "The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1--a meta-analysis of 15 prospective cohort studies". *N Engl J Med* 1999;340(13):977-87.
17. UNAIDS. "2009 AIDS Epidemic Update". http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf. Retrieved 2010-10-24
18. Source: National PMTCT evaluation 2008, Department of Health, Bureau of Epidemiology, Thailand MOPH US. CDC collaboration.
19. Website: Cục phòng chống HIV/AIDS.
20. WHO (2009) "Khuyến cáo sớm – Điều trị kháng retrovirus cho phu nữ mang thai và dự phòng lây truyền HIV cho trẻ sơ sinh" Thư viện Tổ chức Y tế thế giới, tháng 11/2009, Tr 13-17.

SẢN KHOA

KẾT LUẬN

HIV có nhiều năm không có biểu hiện lâm sàng nhưng người bệnh mang HIV suốt đời và là nguồn lây bệnh cho người khác. Thời gian diễn tiến từ HIV sang AIDS dài hay ngắn là tùy thuộc hành vi nguy cơ và khả năng miễn dịch của người bệnh. Mặc dù chưa có thuốc chữa khỏi bệnh nhưng nhờ hiệu quả của thuốc ARV, tỷ lệ tử vong giảm ở những nơi cung cấp thuốc đầy đủ nhưng tình trạng lây bệnh vẫn tiếp tục. Khi nồng độ TCD4+ giảm dưới ngưỡng bình thường thì khả năng miễn dịch tế bào bị mất, cơ thể bệnh nhân sẽ dễ bị nhiễm trùng cơ hội. Đối với phụ nữ mang thai nếu được phát hiện nhiễm HIV sớm trong thai kỳ, được uống ARV dự phòng sớm thì tỷ lệ LTMC sẽ giảm còn 2%-6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu Tiếng Việt

1. Nguyễn Hữu Chí (2000) “*Đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng của nhiễm HIV/AIDS ở phụ nữ*”, *Nhiễm HIV/AIDS ở phụ nữ*, trang 22-23.
2. Nguyễn Hữu Chí (2000) “*Lây truyền HIV từ mẹ sang con*”, *Nhiễm HIV/AIDS ở phụ nữ*, trang 95-105.
3. Trương T Xuân Liên, Vũ Thị Nhung (2007). “*Đánh giá tỷ lệ kháng thuốc ARV trong can thiệp điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại TP HCM*”, Y học Tp Hồ Chí Minh Tập 14 số 3, 2010, Tr 137-142.
4. Bộ Y tế - Dự án quỹ toàn cầu (2006) *Diễn biến tự nhiên và nguy cơ lây truyền HIV*. Tài liệu tập huấn phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, Nhà xuất bản Y học 2006. Tr 16.
5. Bộ Y tế - Dự án quỹ toàn cầu (2006) “*Lây truyền HIV từ mẹ sang con: thời điểm, các yếu tố nguy cơ*”. Tài liệu tập huấn phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con”, Nhà xuất bản Y học 2006. Tr 21-25
6. Bộ Y tế - Dự án quỹ toàn cầu (2006) *Sử dụng thuốc kháng Retrovirus*. Tài liệu tập huấn phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, Nhà xuất bản Y học 2006. Tr 51-52.

Tài liệu tiếng Anh

7. Bureau of Hygiene & Tropical Diseases (1986) 'AIDS newsletter' Issue Volume 2 Issue 1 January 15.
8. Cochrane Systematic Review on interventions for prevention of late postnatal mother-to-child transmission of HIV <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab006734.html>
9. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2006). "Overview of the global AIDS epidemic" (PDF). *2006 Report on the global AIDS epidemic*. ISBN 9291734799. http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_CH02_en.pdf. Retrieved 2006-06-08.]
10. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2009) *AIDS epidemic update*.

11. MMWR Weekly (1982) 'Current Trends Update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)- United States', September 24, 31(37); 507-508, 513-514.
12. MMWR Weekly (1982) 'Unexplained Immunodeficiency and Opportunistic Infections in Infants- New York, New Jersey, California', December 17, 31 (49); 665-667.
13. Palella, F. J., Delaney, K. M., Moorman, A. C., Loveless, M. O., Fuhrer, J., Satten, G. A., Aschman, D. J. and Holmberg, S. D. (1998). "Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection". *N. Engl. J. Med.* 338 (13): 853–860. doi:10.1056/NEJM199803263381301. PMID 9516219.
14. Reeves, J. D. and Doms, R. W (2002). "Human Immunodeficiency Virus Type 2". *J. Gen. Virol.* 83 (Pt 6): 1253–65. doi:10.1099/vir.0.18253-0. PMID 12029140.
15. Tookey P et al.(2004) *Antiretroviral therapy and pregnancy outcome: UK/Ireland surveillance data 1990-2004*. Seventh International Congress on Drug Therapy in HIV Infection, Glasgow, abstract PL11.3, 2004.
16. The International Perinatal HIV Group.(1999) “*The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1--a meta-analysis of 15 prospective cohort studies*”. *N Engl J Med* 1999;340(13):977-87.
17. UNAIDS. “2009 AIDS Epidemic Update”. http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf. Retrieved 2010-10-24
18. Source: National PMTCT evaluation 2008, Department of Health, Bureau of Epidemiology, Thailand MOPH US. CDC collaboration.
19. Website: Cục phòng chống HIV/AIDS.
20. WHO (2009) “*Khuyến cáo sớm – Điều trị kháng retrovirus cho phụ nữ mang thai và dự phòng lây truyền HIV cho trẻ sơ sinh*” Thư viện Tổ chức Y tế thế giới, tháng 11/2009, Tr 13-17.

CÔNG TY TNHH MỘT THÀNH VIÊN
NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
Địa chỉ: 352 Đội Cấn-Ba Đình-Hà Nội
Điện thoại: 04-37628832 Fax: 04-37628923

Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh
Địa chỉ: 699 Trần Hưng Đạo phường 1 Quận 5 TP.HCM
Điện thoại: 08-39235648 Fax: 08-39230562

Chịu trách nhiệm xuất bản:

Tổng Giám đốc
CHU HÙNG CƯỜNG
Biên tập viên: MINH HÀ
Trình bày bìa: LÊ DUNG

In 2.000 cuốn khổ 20x26cm tại **Công Ty TNHH SX-TM-DV-IN THÁI DƯƠNG**, 7 Quách Hữu Nghiêm, Quận Tân Phú TP. Hồ Chí Minh. Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 12-2014/CXB/314-192/YH ngày 02/01/2014.
Quyết định xuất bản số: 03/QĐ-YH ngày 06 tháng 01 năm 2014. In xong và nộp lưu chiểu quý I/2014.