

MỤC LỤC – SẢN KHOA 2024

Câu 1. Trình bày cấu tạo của tử cung, hình thể ngoài của vòi tử cung. Nêu hai phương tiện cận lâm sàng thường sử dụng để khảo sát tử cung, vòi tử cung.3	3
Câu 2. Trình bày chức năng của buồng trứng. Nêu một số xét nghiệm nội tiết để đánh giá chức năng buồng trứng.4	4
Câu 3. Mô tả hoạt động của trục tuyến yên - buồng trứng - niêm mạc tử cung trong chu kỳ kinh nguyệt bình thường. Nêu một số tình trạng rối loạn kinh nguyệt thường gặp.....5	5
Câu 4. Mô tả quá trình di chuyển và làm tổ của trứng sau khi thụ tinh. Nêu hậu quả của tình trạng trứng di chuyển và làm tổ bất thường.6	6
Câu 5. Mô tả sự thay đổi ở thân tử cung trong thai kỳ và ứng dụng trong khám đánh giá sự phát triển của thai.7	7
Câu 6. Trình bày triệu chứng để chẩn đoán xác định thai nghén trong nửa đầu thai kỳ. Nêu các cách xác định tuổi thai.8	8
Câu 7. Mô tả các bước chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ. Nêu các biến cố có thể xảy ra trong chuyển dạ sinh đủ tháng.9	9
Câu 8. Trình bày chẩn đoán, xử trí chữa ngoài tử cung thể chưa vỡ.....10	10
Câu 9. Trình bày chẩn đoán, xử trí chữa ngoài tử cung thể vỡ ngập máu ổ bụng. Nêu các biện pháp dự phòng chữa ngoài tử cung.11	11
Câu 10. Nêu nguyên nhân gây sảy thai liên tiếp. Trình bày chẩn đoán xác định và điều trị dọa sảy thai.12	12
Câu 11. Trình bày chẩn đoán và tiến triển của chữa trứng.....14	14
Câu 12. Trình bày xử trí và theo dõi sau xử trí chữa trứng.16	16
Câu 13. Trình bày chẩn đoán và xử trí thai dưới 20 tuần chết trong tử cung....18	18
Câu 14. Trình bày chẩn đoán và biến chứng của thai trên 20 tuần chết trong ..19	19
Câu 15. Nêu nguyên nhân, trình bày triệu chứng và xử trí dọa đẻ non.....20	20
Câu 16. Nêu nguyên nhân, trình bày triệu chứng và xử trí suy thai cấp tính trong chuyển dạ.22	22
Câu 17. Nêu nguyên nhân vỡ tử cung. Trình bày triệu chứng, xử trí dọa vỡ tử cung.23	23
Câu 18. Trình bày triệu chứng, xử trí, dự phòng vỡ tử cung.....24	24
Câu 19. Trình bày chẩn đoán, điều trị tiền sản giật.26	26
Câu 20. Trình bày biến chứng, điều trị dự phòng tiền sản giật.27	27
Câu 21. Trình bày chẩn đoán, điều trị sản giật.28	28
Câu 22. Trình bày triệu chứng, xử trí rau tiền đạo khi chưa chuyển dạ.....30	30

Câu 23. Trình bày chẩn đoán, biến chứng của rau bong non.	31
Câu 24. Trình bày chẩn đoán, tiên lượng ngôi ngược. Nếu các chỉ định mổ lấy thai trong ngôi ngược.	32
Câu 25. Trình bày chẩn đoán, tiên lượng song thai. Nêu các chỉ định mổ lấy thai trong song thai.	33
Câu 26. Trình bày chẩn đoán, tiên lượng đối với bệnh cảnh Đa ối.	35
Câu 27. Trình bày chẩn đoán, tiên lượng đối với bệnh cảnh Thiếu ối.	36
Câu 28. Trình bày chẩn đoán, tiên lượng thai quá ngày sinh (thai già tháng). ..	37
Câu 29. Nêu nguyên nhân gây đờ tử cung sau đẻ. Trình bày triệu chứng, xử trí băng huyết do đờ tử cung sau đẻ.	38
Câu 30. Nêu nguyên nhân gây rau cài răng lược. Trình bày triệu chứng, xử trí chảy máu sau đẻ do rau cài răng lược.	39
Câu 31. Trình bày triệu chứng, xử trí, tiên lượng của viêm phúc mạc sau đẻ. ..	40
Câu 32. Nêu ảnh hưởng qua lại giữa bệnh tim và thai nghén. Trình bày thái độ xử trí đối với thai kỳ ở một phụ nữ mắc bệnh tim.	41
Câu 33. Nêu ảnh hưởng qua lại giữa bệnh đái tháo đường và thai nghén. Trình bày thái độ xử trí đối với thai kỳ ở một phụ nữ mắc bệnh đái tháo đường.	43
Câu 34. Nêu nguyên nhân gây vô sinh và thăm dò cận lâm sàng cần thiết để chẩn đoán nguyên nhân gây vô sinh.	45
Câu 35. Trình bày cơ chế tác dụng, ưu điểm, chỉ định, chống chỉ định, tác dụng phụ, biến chứng, thời điểm đặt của dụng cụ tử cung tránh thai.	46
Câu 36. Trình bày cơ chế tác dụng, chỉ định, chống chỉ định, tác dụng phụ, cách sử dụng viên thuốc tránh thai kết hợp (vi 28 viên).	48
Câu 37. Trình bày triệu chứng, điều trị, dự phòng viêm âm đạo do nấm.	49
Câu 38. Trình bày triệu chứng, biến chứng, điều trị u nang buồng trứng.	50
Câu 39. Trình bày triệu chứng, biến chứng, điều trị u xơ tử cung.	51
Câu 40. Nêu các yếu tố nguy cơ, triệu chứng của ung thư niêm mạc tử cung. ..	53

Câu 1. Trình bày cấu tạo của tử cung, hình thể ngoài của vòi tử cung. Nêu hai phương tiện cận lâm sàng thường sử dụng để khảo sát tử cung, vòi tử cung.

1. Cấu tạo tử cung

- Là 1 khối cơ trơn, rỗng, chia làm 3 phần: CTC, eo TC và thân TC. Ở 2 góc TC có 2 VTC nối thông buồng TC với ổ bụng.
- Cấu tạo gồm 3 lớp, từ ngoài vào trong gồm:
 - + Lớp thanh mạc: Mặt trước: phủ thân - eo TC, lật lên phủ BQ. Mặt sau: phủ thân - eo - cổ TC và cùng đồ sau âm đạo. Hai bên: tạo thành DC rộng.
 - + Lớp cơ TC: gồm 3 lớp: Cơ dọc (ngoài): tập trung về 2 sừng. Cơ rồi/đan chéo (giữa): đan chéo nhau, bao quanh các mạch máu (cầm máu), không có ở CTC. Cơ vòng (trong)
 - + Lớp nội mạc (niêm mạc): Gồm có 2 phần: Lớp nền (sát cơ TC): ít có những biến đổi về cấu tạo trong CKKN. Lớp chức năng (sát khoang TC): biến đổi mạnh theo từng giai đoạn của CKKN.

2. Hình thể ngoài của vòi trứng:

- Là 1 ống dẫn dài 10 - 12cm, nằm ở bờ tự do của DC rộng. Chia làm 4 đoạn:
 - + Đoạn loa vòi (7-8 mm) loe ra như cái phễu, có lỗ thông với ổ phúc mạc/ổ bụng. Xung quanh có các tua vòi, tua dài nhất là tua buồng trứng.
 - + Đoạn bóng (7-8cm, R: 7-8mm) phình to và dài nhất, là nơi xảy ra sự thụ tinh.
 - + Đoạn eo (dài 3-4cm, R 3-4 mm) hẹp nhất.
 - + Đoạn kẽ (1cm) nằm trong thành tử cung, thông buồng TC qua lỗ TC.

3. Phương tiện cận lâm sàng khảo sát TC và VTC:

- Siêu âm tử cung phân phụ, siêu âm đầu dò âm đạo.
- Soi buồng tử cung.

Câu 2. Trình bày chức năng của buồng trứng. Nêu một số xét nghiệm nội tiết để đánh giá chức năng buồng trứng.

1. Chức năng của buồng trứng

Là tuyến sinh dục nữ, có 2 chức năng: ngoại tiết tạo noãn chín và nội tiết tạo các hormon sinh dục.

<i>Ngoại tiết</i>	<i>Nội tiết</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Trong mỗi vòng kinh, thường chỉ có 1 nang noãn phát triển để thành nang Graff. - Nang Graff gồm: <ul style="list-style-type: none"> + Vỏ ngoài (sợi liên kết) + Vỏ trong (nhiều mạch máu): là tuyến nội tiết tiết estrogen + Màng TB hạt + Noãn trưởng thành đã phân bào + Hốc nang: chứa dịch có estron. - LH → nang noãn chín nhanh, lòi ra phần ngoài vi của BT, rồi vỡ phóng noãn ra ngoài. Phần còn lại dần biến thành hoàng thể. - Cuối vòng kinh, LH tụt xuống → hoàng thể teo để lại sẹo trắng. 	<ul style="list-style-type: none"> - Các TB hạt và TB vỏ nang trong chế tiết 3 hormon SD chính: estrogen, progesteron và androgen. + Vỏ nang trong → estrogen + TB hạt/hoàng thể → progesteron + TB rốn BT → androgen - Các hormon của nang noãn và hoàng thể đủ làm thay đổi niêm mạc TC giúp trứng làm tổ/gây kinh nguyệt.

2. Các XN nội tiết đánh giá chức năng buồng trứng

- AMH: TB trong nang trứng sản xuất → khả năng dự trữ trứng của BT.
- FSH → kích thích sản xuất trứng.
- LH, Estrogen, Progesteron

Câu 3. Mô tả hoạt động của trục tuyến yên - buồng trứng - niêm mạc tử cung trong chu kỳ kinh nguyệt bình thường. Nêu một số tình trạng rối loạn kinh nguyệt thường gặp.

1. Hoạt động của trục tuyến yên - buồng trứng - niêm mạc tử cung trong chu kỳ kinh nguyệt bình thường

(1) Lúc bắt đầu mỗi CKKN, lượng hormon sinh dục đang giảm thấp từ cuối GD hoàng thể của chu kỳ trước.

(2) Với sự thoái hóa của hoàng thể, FSH bắt đầu tăng và một đoàn hệ nang noãn đang phát triển được tuyển chọn. Mỗi nang này tiết ra estrogen khi chúng phát triển trong GD nang noãn. Chính estrogen kích thích niêm mạc tử cung tăng trưởng.

(3) Lượng estrogen đang tăng tạo ra cơ chế điều hòa ngược âm tính lên sự tiết FSH của tuyến yên. FSH bắt đầu giảm vào giữa GD nang noãn. Trái lại, LH được kích thích bởi lượng estrogen được tiết ra trong suốt giai đoạn nang noãn.

(4) Cuối GD nang noãn, trước khi rụng trứng, các thụ thể của LH hiện diện ở lớp tế bào hạt điều chỉnh sự tiết progesteron.

(5) Đỉnh LH xuất hiện sau một mức độ kích thích vừa đủ của estrogen. Đây là ngên nhân cơ bản của sự phóng noãn. Sự phóng noãn là mốc cho sự chuyển tiếp từ GD nang noãn sang GD hoàng thể.

(6) Lượng estrogen bắt đầu giảm ngay trước phóng noãn, tiếp tục giảm trong GD hoàng thể sớm. Cho đến giữa GD hoàng thể, estrogen bắt đầu tăng trở lại do hoàng thể tiết ra.

(7) Lượng progesteron tăng nhanh chóng sau phóng noãn và có thể được xem là 1 dấu hiệu của sự phóng noãn.

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

2. Một số tình trạng rối loạn kinh nguyệt thường gặp

- Bất thường về độ tuổi: dậy thì sớm (< 8-10 tuổi)/muộn, mãn kinh sớm (< 40 tuổi)/muộn (> 55 tuổi).
- Về chu kỳ kinh: không đều, giữa kỳ kinh, mau (<22 ngày)/thưa (> 35 ngày), bế kinh, vô kinh (> 6 tháng).
- Về số ngày hành kinh: rong kinh (>7 ngày), rong huyết.
- Về lượng máu kinh: đa/thiếu/cường kinh (nhiều, kéo dài).
- Về triệu chứng kèm theo kinh nguyệt: thống kinh (đau bụng trước-trong-sau hành kinh).
- Về phát triển nang trứng: vòng kinh không rụng trứng.

**Câu 4. Mô tả quá trình di chuyển và làm tổ của trứng sau khi thụ tinh.
Nêu hậu quả của tình trạng trứng di chuyển và làm tổ bất thường.**

1. Sự di chuyển của trứng

Sau khi thụ tinh: trứng vừa phân chia TB vừa được di chuyển dần về phía TC, nhờ vào 3 yếu tố tác động lên nó:

- Nhu động của ống dẫn trứng: do cơ trơn thành ống tạo nên, theo hướng ngoài vào trong.
- Chuyển động 1 chiều từ ngoài vào trong của các nhung mao TC niêm mạc ống dẫn trứng.
- Hoạt động của 1 dòng dịch trong ổ bụng dẫn dịch từ ổ bụng qua loa ống dẫn trứng vào TC.

2. Sự làm tổ của trứng

- Sau 4-5 ngày vào đến buồng TC: trứng lúc đó đã phát triển thành phôi với khoảng vài chục TB. Phôi này “dừng chân” trên mặt niêm mạc TC trong 2-3 ngày ⇒ Đây là GD sống tự do của trứng (để bản thân hoàn thiện thêm và niêm mạc TC phát triển đầy đủ)

- Ngày thứ 6-8 sau thụ tinh (ngày 20-22 của vòng kinh): phôi bắt đầu làm tổ, thường ở đáy – mặt sau TC.

- Tại địa điểm làm tổ: phôi bám dính vào niêm mạc TC, từ các TB nuôi của phôi xuất hiện các chân giả bám vào lớp biểu mô ⇒ Hiện tượng “bám rễ”.

- Một số TB BM của niêm mạc TC bị phá hủy → giúp phôi chui sâu dần xuống lớp niêm mạc, cho lớp biểu mô phủ kín.

- Thời gian của công việc làm tổ mất ~1 tuần. Lúc này trứng đã ở GD phôi nang.

3. Những bất thường trong sự làm tổ

Các vị trí bất thường có thể gặp:

- Vòi tử cung.
- Buồng trứng.
- Cổ tử cung.
- Trong ổ bụng, đó là thai ngoài tử cung.

Câu 5. Mô tả sự thay đổi ở thân tử cung trong thai kỳ và ứng dụng trong khám đánh giá sự phát triển của thai.

1. Sự thay đổi của thân TC trong thai kỳ: là bộ phận thay đổi nhiều nhất

- Trọng lượng: Bình thường 50-60g, cuối thai kỳ 1000g. Các yếu tố dẫn đến sự phát triển về trọng lượng của TC: Tăng sinh sợi cơ mới, mạch máu và sung huyết. Tăng giữ nước ở cơ tử cung. Bản thân sợi cơ tử cung cũng phì đại lên.

- Hình thể tử cung:

+ 3 tháng đầu: có hình cầu, cực dưới phình to, có thể sờ thấy qua túi cùng bên âm đạo, đó là dấu hiệu Noble.

+ 3 tháng giữa: có hình trứng, cực nhỏ ở dưới, cực to ở trên.

+ 3 tháng cuối: hình dáng phù hợp với tư thế của thai nhi bên trong.

- Vị trí: Khi chưa có thai, tử cung nằm trong tiểu khung. Khi có thai, từ tháng thứ 2 trở đi, tử cung lớn lên, phát triển vào ổ bụng và cao trên khớp vệ trung bình 4cm/tháng.

- Cấu tạo: Thân TC có 3 lớp, từ ngoài vào trong bao gồm: phúc mạc, cơ và niêm mạc.

+ Phúc mạc phát triển theo lớp cơ tử cung. Ở thân tử cung, phúc mạc dính chặt vào cơ, ở đoạn eo phúc mạc lỏng lẻo dễ bóc tách.

+ Cơ tử cung có 3 lớp, từ ngoài vào trong bao gồm: cơ dọc, cơ đan, cơ vòng.

♦ Lớp cơ đan: ở giữa, quan trọng nhất, dày nhất, có nhiều mạch máu và các sợi cơ đan chéo nhau về mọi hướng.

♦ Ở đoạn dưới không có lớp cơ đan. Sau khi sổ rau, lớp cơ này co chặt lại tạo thành khối an toàn của tử cung để cầm máu sinh lý.

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

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

- Sinh lý

+ Mật độ: chắc khi chưa có thai, mềm khi có thai.

+ Khả năng co bóp và co rút: khi có thai TC tăng mẫn cảm, dễ bị kích thích và co bóp.

2. Ứng dụng trong khám đánh giá phát hiện sự phát triển của thai

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

- Dựa vào tính chất của hình thể TC, khám thủ thuật Leopold có thể phát hiện ngôi thai, tư thế thai trong 3 tháng cuối.

Câu 6. Trình bày triệu chứng để chẩn đoán xác định thai nghén trong nửa đầu thai kỳ. Nêu các cách xác định tuổi thai.

1. Triệu chứng để chẩn đoán xác định thai nghén trong nửa đầu thai kỳ

- Cơ năng:

- + Tắt kinh ở 1 phụ nữ đã có sinh hoạt tình dục.
- + Nghén: mệt mỏi, uể oải, rối loạn giấc ngủ, tính cách, ăn uống thất thường, hay ứa nước bọt, buồn nôn và nôn.
- + Vú căng tức, quầng vú và núm vú thâm dần, nổi lên các hạt nhỏ, da ngực có TM nổi khá rõ.
- + Thân nhiệt hơi cao do hoàng thể còn tồn tại.
- + Đái rắt do BQ bị kích thích.

- Thực thể:

- + Niêm mạc âm đạo – CTC tím do sung huyết
- + CTC mềm, thân TC to mềm ra → đặt ngón tay ở túi cùng bên chạm được thân TC (Dấu hiệu Noble)
- + Từ tuần thứ 8, sờ thấy đáy TC trên xương mu, trung bình tăng 4cm/tháng.
- + Tuần 20: tìm thai, thai máy.

- Cận lâm sàng:

- + Que thử thai nhanh: từ khi mới chậm kinh 5 ngày trở đi (thai tuần 5)
- + Định lượng β hCG
- + Siêu âm: túi ối trong TC với mầm thai, nhịp đập ống ĐM/tuần 6.

2. Các cách xác định tuổi thai

- Dựa vào ngày đầu kỳ kinh cuối/kinh nguyệt đều.

- Siêu âm thai

- + Tuổi thai (số ngày) = đường kính trung bình của túi thai + 30.
- + Tuổi thai (số ngày) = kích thước phôi + 36.
- + Sau tuần thứ 14, đo đường kính lưỡng đỉnh của thai nhi.
- + Đo chiều cao tử cung trên khớp vệ, tính tuổi thai ước lượng của thai > 20 tuần.
- + Tuổi thai (tháng) = (Chiều cao tử cung cm)/4 + 1
- + Ngày đầu có thai máy/không nhớ ngày kinh: Con số (20-22 tuần), con rạ (18-20 tuần)

Câu 7. Mô tả các bước chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ. Nêu các biến cố có thể xảy ra trong chuyển dạ sinh đủ tháng.

1. Các bước chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ
Khuyến cáo của WHO:

(1) Lau khô và ủ ấm, cho trẻ tiếp xúc trực tiếp da kề da (trẻ được đặt lên bụng mẹ ngay sau sinh và kéo dài ít nhất 90 phút sau sinh)

(2) Sờ nắn tử cung qua thành bụng để đảm bảo không còn thai trong tử cung, tiêm bắp 10 UI oxytocin.

(3) Kẹp dây rốn muộn (sau khi dây rốn ngừng đập/1-3 phút sau khi thai sổ) và cắt dây rốn 1 thì.

(4) Kéo dây rốn có kiểm soát.

(5) Xoa đáy TC: cứ 15 phút/lần trong 2h đầu sau đẻ.

(6) Hướng dẫn bà mẹ cho trẻ bú sớm và bú mẹ hoàn toàn ngay sau sinh.

2. Các biến cố có thể xảy ra trong chuyển dạ

- Biến cố với mẹ

+ Chuyển dạ kéo dài

+ Biến chứng chảy máu, chảy máu sau đẻ do sót rau, do dờ tử cung.

+ Dọa vỡ tử cung, ối vỡ non/sớm

+ Biến chứng sản giật

+ Thuyên tắc mạch

- Biến cố với trẻ

+ Suy thai cấp

+ Chấn thương thai nhi

Câu 8. Trình bày chẩn đoán, xử trí chữa ngoài tử cung thể chưa vỡ.**1. Chẩn đoán GEU thể chưa vỡ**

- Triệu chứng cơ năng
 - + Tất kinh/chậm kinh/rối loạn kinh nguyệt, có thể nghén, vú căng.
 - + Đau bụng: vùng hạ vị, một bên, âm ỉ.
 - + Ra máu âm đạo rỉ rả, màu nâu đen, có khi lẫn màng, không đông.
- Triệu chứng thực thể
 - + Cổ tử cung hơi tím, mềm, đóng kín, máu đen từ trong lòng tử cung ra.
 - + Tử cung lớn hơn bình thường, mềm, không tương xứng với tuổi thai.
 - + Có khối u cạnh tử cung mềm, bờ không rõ, di động, chạm đau.
- Cận lâm sàng
 - + hCG: chỉ gợi ý có hoạt động của tế bào nuôi, tuy nhiên khi hCG âm tính ta cũng chưa loại trừ thai ngoài tử cung. Định lượng nồng độ β - hCG thấy nồng độ hCG thấp hơn so với thai nghén bình thường.
 - + Siêu âm: Không có túi thai trong buồng tử cung, có khối âm vang hỗn hợp hoặc có hình ảnh túi thai ngoài tử cung. Có thể có hình ảnh tụ dịch ở cùng đồ sau, hoặc trong ổ bụng (tùy lượng dịch và máu chảy ra). Nếu siêu âm đường bụng nghi ngờ phải siêu âm đường âm đạo để kiểm tra.
 - + Soi ổ bụng: Đây là phương pháp giúp xác định chẩn đoán và xử trí.

2. Xử trí GEU thể chưa vỡ**2.1. Điều trị nội khoa**

→ Điều kiện:

- Khối thai ngoài tử cung chưa vỡ.
 - Lượng dịch trong ổ bụng <100ml.
 - Đường kính khối thai <4cm..
 - Chưa thấy tim thai trên siêu âm.
 - Nồng độ β – hCG không vượt quá 6000 mIU/ml.
 - Bệnh nhân không có chống chỉ định với Methotrexate
- Thuốc sử dụng: Methotrexate (MTX) là một loại hoá chất chống tăng sinh tế bào. Liều dùng: MTX 50mg/m² da cơ thể tiêm bắp và có thể lặp lại liều.

2.2. Phẫu thuật

- Điều trị tận gốc: Cắt bỏ VTC đến sát góc TC và giữ lại BT, lau sạch ổ bụng, nếu sản phụ đã đẻ nhiều lần và/ hoặc sản phụ có tiền sử thai ngoài tử cung nhiều lần (và không mong muốn sinh thêm con) thì triệt sản luôn vòi tử cung bên đối diện, đóng bụng, không cần dẫn lưu.
- Điều trị bảo tồn: bệnh nhân còn trẻ, chưa có con, tình trạng vòi tử cung bên kia bất thường và tổn thương vòi tử cung cho phép. Xẻ vòi tử cung, hút hoặc lấy bọc thai ra và cầm máu.
- Phẫu thuật nội soi: thường chỉ định và ứng dụng kỹ thuật mổ nội soi trong những trường hợp thai ngoài tử cung thể đơn giản và chưa có biến chứng.

Câu 9. Trình bày chẩn đoán, xử trí chữa ngoài tử cung thể vỡ ngập máu ổ bụng. Nêu các biện pháp dự phòng chữa ngoài tử cung.

1. Chẩn đoán GEU thể ngập máu ổ bụng

- Triệu chứng cơ năng

+ Có chậm kinh, tắt kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt.

+ Ra huyết đen, ít một.

+ Thường có những cơn đau vùng hạ vị đột ngột, dữ dội làm BN choáng váng/ngất.

- Triệu chứng thực thể

+ Toàn thân: choáng do tình trạng chảy máu ồ ạt trong ổ bụng, vật vã, chân tay lạnh, mạch nhanh, huyết áp hạ.

+ Khám bụng: Bụng căng, hơi chướng, có phản ứng phúc mạc khắp bụng, đặc biệt là vùng hạ vị, gõ đục ở vùng thấp.

+ Khám âm đạo: Túi cùng sau đầy, ấn vào bệnh nhân đau chói (tiếng kêu Douglas).

+ Di động tử cung rất đau, có cảm giác tử cung bồng bênh trong nước. Khó xác định tử cung và hai phần phụ vì bệnh nhân đau và phản ứng nên khó khám.

+ Chọc dò túi cùng Douglas: Chỉ thực hiện khi không có siêu âm hoặc nghi ngờ chẩn đoán. Hút ra máu đen loãng, không đông dễ dàng.

2. Xử trí GEU thể ngập máu ổ bụng

- Hồi sức chống choáng và chuyển bệnh đi bằng phương tiện nhanh nhất đến nơi có khả năng phẫu thuật gần nhất.

- Mổ ngay không trì hoãn, mổ càng sớm càng tốt, vừa mổ vừa hồi sức tích cực bằng truyền máu, truyền dịch, nếu có thể nên truyền máu hoàn hồi.

3. Các biện pháp dự phòng chữa ngoài tử cung

- Giữ vệ sinh phụ nữ tốt (vệ sinh hàng ngày, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh khi giao hợp, khi tẩy, đẻ).

- Hạn chế các trường hợp phải nạo phá thai, phòng ngừa viêm nhiễm sinh dục, nhất là các bệnh lây truyền qua đường tình dục là yếu tố nguy cơ hàng đầu của thai ngoài tử cung.

- Vận động chị em đi khám phụ khoa định kỳ hoặc có triệu chứng bất thường phải đi khám phụ khoa ngay để phát hiện sớm các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục và phải điều trị tích cực.

- Vận động chị em khi có thai nên đi khám sớm ngay những ngày đầu chậm kinh để có thể kịp thời phát hiện các tai biến sớm của thai nghén, trong đó có thai ngoài tử cung để có thể xử trí kịp thời làm giảm nguy cơ tử vong mẹ và biến chứng.

Câu 10. Nêu nguyên nhân gây sảy thai liên tiếp. Trình bày chẩn đoán xác định và điều trị dọa sảy thai.

1. Nguyên nhân sảy thai liên tiếp

<i>Ở tử cung</i>	<i>Nội tiết</i>	<i>Toàn thân</i>	<i>Khác</i>
<ul style="list-style-type: none"> - TC kém phát triển: TC nhỏ, CTC nhỏ và dài. - TC gấp, đổ ra sau. - U xơ TC to/nhiều nhân xơ. - Các dị dạng TC: TC đôi, TC hai sừng, vách ngăn TC, dính buồng TC không hoàn toàn, hở eo TC (thường gấp, do tổn thương rách CTC sau đẻ, do nong nạo/khoét chóp/cắt cụt CTC) 	<ul style="list-style-type: none"> - Giảm estrogen, progesteron. - Cường/suy giáp. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bệnh tim mạch, thận, máu thường gây đẻ non > sảy. - Nhiễm khuẩn: giang mai, toxoplasma. - ĐTĐ - Bất đồng yếu tố Rh mẹ-con. 	RL NST, bất thường số lượng, cấu trúc NST

2. Chẩn đoán xác định dọa sảy thai (Phôi thai còn sống, chưa bị bong ra khỏi niêm mạc TC)

* Cơ năng:

- Ra máu âm đạo (chủ yếu): máu đỏ/đen, lượng ít, có thể kéo dài nhiều ngày, máu thường lẫn với dịch nhầy → dấu hiệu báo động về 1 quá trình thai nghén bất thường.

- Sản phụ có cảm giác tức, nặng bụng dưới/đau lưng.

* Thực thể:

- Khám ngoài: ít có giá trị vì TC, phần thai đang còn nhỏ, khó phát hiện.

- Đặt mỏ vịt: cần thiết để phát hiện chảy máu từ buồng tử cung và loại trừ nguyên nhân chảy máu từ các tổn thương ở CTC, âm đạo.

- Khám âm đạo: CTC dài, đóng kín, thân TC mềm, to tương ứng với tuổi thai.

* Siêu âm: Rất cần thiết để đánh giá nguyên nhân chảy máu. Có hiện tượng bóc tách 1 phần nhỏ của bánh rau/màng rau, bờ túi ối đều và rõ, có âm vang của phôi, có tim thai hoặc không.

3. Điều trị dọa sảy thai

- Nghỉ ngơi tuyệt đối, ăn nhẹ chống táo bón.

- Bổ sung vitamin, nhất là Vitamin E, có thể sử dụng acid folic 300 mg/ngày và Vitamin B6.

- Thuốc giảm co.

- Điều trị nội tiết:

+ Progesteron tự nhiên → giảm co bóp, không nên dùng các progesteron tổng hợp vì có khả năng gây dị tật thai nhi, nhất là 2 tháng đầu thai kỳ. Một số tác giả chỉ định progesteron đơn độc, một số khác phối hợp với estrogen do

tăng hiệu quả dinh dưỡng đối với tử cung.

- + Utrogestan 100 mg, liều lượng tùy từng trường hợp, có thể cho tới 400 mg/ngày.

- + Pregnyl: dùng 10.000 UI lúc chẩn đoán có thai, sau đó 5.000 UI 2 lần/tuần cho đến tuần 12.

- + Không nên điều trị nội tiết đối với thai quá 14 tuần.

- Sử dụng kháng sinh khi nghi ngờ có nhiễm khuẩn.

- Tránh giao hợp cho đến 2 tuần sau khi ngưng ra máu.

Câu 11. Trình bày chẩn đoán và tiến triển của chửa trứng.**1. Chẩn đoán xác định**

- Triệu chứng cơ năng
 - + Tắt kinh.
 - + Rong huyết (>90%) âm đạo tự nhiên, sẫm đen/đỏ loãng, ra kéo dài.
 - + Nghén nặng (25-30%) nôn nhiều, đôi khi phù, có protein niệu.
 - + Bụng to nhanh.
 - + Không thấy thai máy.
- Triệu chứng thực thể
 - + Toàn thân: mệt mỏi, thiếu máu.
 - + TC mềm, BCTC lớn hơn tuổi thai (trừ chửa trứng thoái triển).
 - + Không sờ được phân thai.
 - + Không nghe được tim thai.
 - + Nang hoàng tuyến (25-50%) thường gặp cả 2 bên.
 - + Khám âm đạo có thể thấy nhân di căn âm đạo, màu tím sẫm, dễ vỡ gây chảy máu.
 - + Có thể có dấu hiệu tiền sản giật (10%), triệu chứng cường giáp (10%)
- Cận lâm sàng
 - + Siêu âm: hình ảnh tuyết rơi/lỗ chỗ như tổ ong. Có thể thấy nang hoàng tuyến 2 bên, không thấy phôi thai (chửa trứng toàn phần).
 - + Định lượng β -hCG: là xét nghiệm cơ bản để chẩn đoán và theo dõi, tăng > 100.000 mUI/ml.
 - + Các xét nghiệm khác: định lượng HPL thường cao/thai thường, nhưng rất thấp/chửa trứng.
 - + Định lượng Estrogen: Trong nước tiểu Estrogen dưới dạng các Estrone, estradiol hay estriol đều thấp hơn trong thai thường, do sự RL chế tiết của rau và do không có sự biến đổi estradiol và estriol xảy ra ở tuyến thượng thận của thai nhi. Sự khác biệt này thấy rõ khi tuổi thai từ 14 tuần trở lên.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Triệu chứng ra máu âm đạo cần phân biệt với:
 - + Doạ sảy thai thường: TC không to hơn tuổi thai, β -hCG không cao.
 - + Thai ngoài tử cung: ra máu âm đạo, TC nhỏ, có khối cạnh TC đau.
 - + Thai ngừng phát triển: TC < tuổi thai, β -hCG (-), vú tiết sữa non. Có thể nhầm với chửa trứng thoái triển. Siêu âm giúp ta chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt chính xác.
- Tử cung lớn cần phân biệt với:
 - + U xơ TC to xuất huyết
 - + Thai to
 - + Đa thai
- Triệu chứng nghén phân biệt với: nghén nặng trong thai thường, đa thai.

Tiến triển:

Tiến triển tự nhiên: Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời thường xảy ra băng huyết nặng, nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.

3. Tiến triển của chữa trứng.

- Tiến triển tốt (80- 90%) sau nạo thai trứng:

+ Hết máu âm đạo

+ Tử cung co hồi nhanh trong vòng 5 -6 ngày.

+ Nang hoàn tụy nếu có sẽ thu nhỏ dần rồi biến mất.

+ Nồng độ hCG giảm nhanh trong tuần đầu sau nạo.

- Tiến triển xấu:

+ Băng huyết: nếu không được điều trị, trứng sẽ xảy ra tự nhiên, khi xảy ra gây băng huyết nặng, dễ sót rau, sót trứng.

+ Thủng tử cung

+ Nhiễm khuẩn: viêm niêm mạc tử cung gây rong huyết.

- Ung thư nguyên bào nuôi.

Câu 12. Trình bày xử trí và theo dõi sau xử trí chữa trứng.**1. Xử trí****- Tuyến xã**

+ Chưa sảy: chuyển lên tuyến trên.

+ Đang sảy: thiết lập đường truyền, hồi sức chống choáng, sử dụng Oxytocin và các thuốc co hồi tử cung, nhanh chóng chuyển lên tuyến trên.

- Tuyến huyện và các tuyến chuyên khoa

+ Nạo hút trứng ngay sau khi được chẩn đoán phòng sảy tự nhiên gây băng huyết.

+ Kỹ thuật: Hút trứng + truyền oxytocin + kháng sinh.

+ Thường dùng máy hút dưới áp lực âm để hút nhanh, đỡ chảy máu.

+ Trong khi hút phải truyền TM dung dịch Glucose 5% + 5UI Oxytocin để giúp TC co hồi tốt, tránh thủng khi nạo và cầm máu.

+ Nạo lại lần 2 sau 2 - 3 ngày.

+ Sau nạo phải dùng kháng sinh chống nhiễm trùng.

+ Gởi tổ chức sau nạo làm giải phẫu bệnh.

+ Phẫu thuật: Cắt TC toàn phần cả khối/cắt tử cung toàn phần sau nạo hút trứng thường được áp dụng ở các phụ nữ không muốn có con nữa >40 tuổi và chữa trứng xâm lấn làm thủng TC.

2. Theo dõi sau nạo trứng

- Lâm sàng: Toàn trạng, triệu chứng nghén, ra máu âm đạo, sự nhỏ lại của nang hoàng tuyến và sự co hồi TC.

- Cận lâm sàng:

+ Định lượng β -hCG 8 ngày/1 lần cho đến khi (-). Nếu xét nghiệm 3 lần liên tiếp (-) thì mới được khẳng định là (-). Sau đó định lượng 2 tháng/1 lần cho đến hết thời gian theo dõi.

+ Xét nghiệm chức năng gan, thận.

+ Xquang phổi: tìm nhân di căn.

+ Siêu âm: tìm nhân di căn, theo dõi nang hoàng tuyến.

- Tiến triển bệnh lý: Những tiến triển không tương ứng với các tiêu chuẩn lành bệnh được coi là tiến triển không thuận lợi

+ TC vẫn to, nang hoàng tuyến không mất đi/xuất hiện nhân di căn âm đạo.

+ β -hCG không biến mất sau 3 tháng.

+ β -hCG tăng trở lại sau 3 lần định lượng cách nhau 8 ngày.

+ Bình thường β -hCG biến mất 12 tuần sau nạo trứng.

- Tiêu chuẩn đánh giá chữa trứng có nguy cơ cao:

+ Kích thước TC trước nạo to hơn tuổi thai 20 tuần.

+ Có 2 nang hoàng tuyến to 2 bên.

+ Tuổi của mẹ trên 40.

+ Nồng độ β -hCG tăng rất cao.

- + Có biến chứng của thai trứng: nhiễm độc thai nghén, cường giáp.
- + Chửa trứng lặp lại.
- Thời gian theo dõi
 - + Cần gửi giải phẫu bệnh mô nạo/TC để có chẩn đoán mô học lành tính/ác tính.
 - + Thời gian theo dõi: 2 năm, ít nhất 12 - 18 tháng.
 - + Có biện pháp ngừa thai phù hợp: Ngừa thai bằng bao cao su/thuốc ngừa thai. Có thể sử dụng viên thuốc ngừa thai dạng kết hợp mà không làm thay đổi nồng độ β -hCG trong máu. Người ta khuyên nên dùng viên thuốc ngừa thai liều thấp.

Câu 13. Trình bày chẩn đoán và xử trí thai dưới 20 tuần chết trong tử cung.**1. Chẩn đoán**

- Nhiều TH thai bị chết âm thầm, không triệu chứng, chẩn đoán khó khăn.
- BN đã có các dấu hiệu có thai: chậm kinh, nghén, bụng to dần, hCG niệu (+), siêu âm thấy thai và hoạt động của tim thai.
- Ra máu âm đạo tự nhiên (phổ biến): ít một, máu đỏ sẫm/nâu đen, không đau bụng.
- TC nhỏ hơn tuổi thai, bụng bé đi/không to lên dù mất kinh đã lâu.
- hCG/nước tiểu (-) (sau khi thai chết khoảng 2tuần)
- Siêu âm (có giá trị chẩn đoán sớm):
 - + Thấy âm vang thai rõ mà không thấy tim thai hoạt động.
 - + Thấy túi ối, không thấy âm vang thai (túi ối rỗng), đặc biệt khi túi ối rỗng méo mó, không đều càng chắc chắn thai đã chết.
 - + Nếu có nghi ngờ nên kiểm tra lại sau 1 tuần.

2. Xử trí

- Điều chỉnh RL đông máu: Nếu Fibrinogen giảm thấp, cần chỉnh lại trước khi can thiệp lấy thai ra: Fibrinogen truyền TM, máu tươi toàn phần, các thuốc chống tiêu sinh sợi huyết (EAC, transamine)
- Nong CTC, nạo → Thai lưu mà thể tích TC < thể tích TC có thai 3 tháng hay BCTC < 8cm.
- Giảm đau trước nạo. Thuốc co TC + kháng sinh sau nạo.
- Chú ý TD chảy máu sau nạo. Phải đảm bảo sau nạo không sót rau, không rách CTC, không chảy máu tái phát.
- Gây sảy thai, gây chuyển dạ → Thai lưu to không nong nạo được. Nhiều phương pháp:
 - PP stein: BN tắm nước ấm, thụt tháo, dùng estrogen + quinidin trước truyền oxytocin.
 - Truyền oxytocin TM đơn thuần.
 - Dùng prostaglandin E2 (misoprostol) uống/đặt âm đạo (phải giữ màng ối đến khi CTC mở hết)

Câu 14. Trình bày chẩn đoán và biến chứng của thai trên 20 tuần chết trong

1. Chẩn đoán

- BN có các dấu hiệu có thai.
- BN không thấy thai cử động nữa (dấu hiệu chính khiến BN đi khám)
- 2 vú tiết sữa non tự nhiên.
- Ra máu âm đạo (hiếm)
- BN thấy bụng không to lên/bé đi.
- Có bệnh kèm theo: Nhiễm độc thai nghén, bệnh tim thì bệnh sẽ thuyên giảm, BN cảm thấy dễ chịu hơn.
- Thăm khám thấy:
 - + TC bé hơn tuổi thai, đặc biệt có giá trị khi BCTC giảm đi qua 2 lần đo khác nhau, cùng 1 người đo.
 - + Khó sờ nắn thấy phần thai.
 - + Không nghe thấy tim thai.
 - + Siêu âm (chẩn đoán sớm và chắc chắn):
 - + Tim thai không hoạt động.
 - + Đầu méo mó, dấu hiệu 2 vòng ở xương sọ thai do da đầu bị bong ra.
 - + Thiếu/vô ối.
 - + Xquang bụng không chuẩn bị (ít dùng)
 - + Xương sọ bị chồng lên nhau, dấu hiệu spalding I.
 - + Cột sống thai bị gấp khúc, dấu hiệu spalding II.
 - + Vòng sáng quanh đầu thai, dấu hiệu Devel.
 - + Bóng hơi trong buồng tim/mạch máu lớn, dấu hiệu Roberts.
 - + Định lượng Fibrinogen máu đánh giá ảnh hưởng của thai chết lưu lên qua trình đông máu.

2. Biến chứng

- Ảnh hưởng đến tâm lý, tình cảm người mẹ.
- RL đông máu: Fibrinogen giảm hoặc mất, giảm tiểu cầu gây chảy máu không đông (do thromboplastin có trong nước ối/tổ chức thai chết, đi vào tuần hoàn người mẹ hoạt hóa quá trình đông máu, gây ra đông máu rải rác trong lòng mạch)
- Nhiễm trùng khi ối vỡ: xảy ra rất nhanh, có thể đưa đến tình trạng nhiễm trùng máu, sốc nhiễm trùng.

Câu 15. Nêu nguyên nhân, trình bày triệu chứng và xử trí dọa đẻ non.**1. Nguyên nhân**

<i>Phía người mẹ</i>	<i>Do thai</i>	<i>Do phân phụ</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Các nhiễm trùng nặng, nhiễm độc toàn thân. - Sang chấn: trực tiếp vào TC hoặc gián tiếp sau PT, chiếu xạ, sốc điện.. - TC dị dạng, u xơ TC. - Nghề nghiệp: giang mai, tiếp xúc hoá chất.. - Bệnh toàn thân, thiếu máu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Đa thai - Thai dị dạng. 	<ul style="list-style-type: none"> - Đa ối - Viêm màng ối - Ới vỡ non - Rau tiền đạo, rau bong non

2. Triệu chứng lâm sàng**- Cơ năng:**

Đau bụng: đau bụng từng cơn/trì nặng bụng dưới.

Ra dịch âm đạo: ra dịch nhầy âm đạo, máu hoặc nước ối.

- Thực thể:

+ CCTC: thưa nhẹ, có 1 - 2 CCTC trong 10 phút và thời gian quan sát >30 phút.

+ CTC có thể còn dài, đóng kín nhưng cũng có thể xoá và mở đến <4cm.

+ Ới vỡ non: dẫn đến chuyển dạ trong một thời gian ngắn → là bước ngoặt trong đẻ non bởi vì nó làm cho buồng ối bị hở, tăng nguy cơ nhiễm khuẩn.

- Cận lâm sàng:

+ Siêu âm: khảo sát độ dài CTC, nếu <2,5cm thì nguy cơ đẻ non cao.

+ Đánh giá thai và theo dõi CCTC bằng Monitoring, có 1-2 cơn co đều đặn trong 10 phút.

+ Chỉ số dọa đẻ non <6

Ngoài ra cần làm các xét nghiệm để tìm nguyên nhân:

+ Tế bào vi trùng nước tiểu.

+ Xét nghiệm vi khuẩn ở CTC.

+ Nếu sốt phải lấy máu tìm KST sốt rét, CRP, cấy máu tùy trường hợp.

Cần nhắc việc chọc dò ối để loại bỏ khả năng nhiễm trùng màng ối.

3. Xử trí

- Ước chế chuyển dạ: thai khỏe, < 35-37 tuần, CTC mở <4cm, màng ối còn.

Phương pháp:

+ Nghỉ ngơi tại giường, nên nằm nghiêng T để cải thiện tuần hoàn rau thai.

+ An thần (gardenal, hydroxyzine) → giảm lo lắng.

+ Ước chế giải phóng oxytocin → truyền Ringer lactat/NaCl 0,9% với tốc độ tối đa 80ml/h đến khi không còn CCTC hoặc dùng thuốc cắt cơn co.

- + Kháng sinh dự phòng: Ampicilin/Cephalozin.
- + Thuốc ức chế CCTC: hướng beta giao cảm (Ritodrine, Terbutaline), MgSO₄, Anti prostaglandin.

Nếu sau 1 thời gian điều trị, CTC mở >5cm → điều trị thất bại, dừng lại để cuộc chuyển dạ tiến triển và cho đẻ.

- Gây chuyển dạ và đẻ

Xử trí trong chuyển dạ:

- Làm bền thành mạch trẻ = cho mẹ uống/tiêm vitamin ECKP khi mới bắt đầu chuyển dạ.

- Hồi sức thai và chống ngạt:

+ Cho mẹ thở O₂ ngắt quãng, 10 phút/lần, 3-4 đợt/h với tốc độ 6-8 lần/phút.

+ Tránh các sang chấn cho thai: bảo vệ đầu ối đến khi CTC mở hết/gần hết.

Hạn chế sử dụng oxytocin. Rạch rộng TSM giúp thai dễ sổ.

+ Forceps đối với ngôi chỏm, khi đầu lọt thấp, CCD với giác hút.

- Hạn chế thuốc giảm co bóp TC, thuốc giảm đau.

- Kháng sinh toàn thân/vỡ ối.

- Đảm bảo đủ ấm cho trẻ.

Câu 16. Nêu nguyên nhân, trình bày triệu chứng và xử trí suy thai cấp tính trong chuyển dạ.

1. Nguyên nhân

- CCTC cường tính: bất tương xứng thai – khung chậu, dùng thuốc tăng co không đúng chỉ định/quá liều.
- Chuyển dạ kéo dài.
- Tụt HA.
- Thai non/già tháng, suy dinh dưỡng, thiếu máu.
- Rau bong non, u mạch màng ối.
- Sa dây rốn, dây rốn thắt nút/quấn cổ.
- Ối vỡ sớm, NK ối, vỡ mạch máu rốn.
- Dùng thuốc tăng co không kiểm soát.

2. Triệu chứng

- Lâm sàng

<i>Thay đổi về tim thai</i>	<i>Thay đổi nước ối</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Thay đổi tần số: + Tim thai chậm: <120 l/phút. + Tim thai nhanh: >160 l/phút - Thay đổi tần số tim thai trong và ngoài cơn co: nếu trong cơn co tần số tim thai giảm 1/3 thì phải nghi ngờ có suy thai. - Thay đổi về nhịp tim thai: tim thai không đều. - Thay đổi về cường độ tim thai: tiếng tim nhỏ, mờ xa xăm. 	<p>Ngoại trừ ngôi ngược khi đã lọt, mọi trường hợp có phân su trong nước ối đều cho biết thai đã hoặc đang suy.</p>

- Cận lâm sàng

- + Monitoring sản khoa:

Nhịp tim thai cơ bản dưới 120 hoặc trên 160 lần/phút.

Dao động nội tại dưới 5 nhịp/phút, kéo dài trên 30 phút.

Xuất hiện nhịp giảm chậm, giảm kéo dài và nhịp giảm biến đổi.

- + Soi ối: Nước ối xanh hoặc lẫn phân su là biểu hiện của suy thai.

+ Đo pH máu da đầu (không dùng): khi pH <7,25 là nghi ngờ nếu pH < 7,20 là bệnh lý.

3. Xử trí

- Phát hiện suy thai để mổ lấy thai kịp thời
- TD sát về lâm sàng các bệnh lý của mẹ.
- Nghe nhịp tim thai 10 – 15 phút/lần, TD liên tục bằng monitor sản khoa.
- Nếu tình trạng suy thai không cải thiện → mổ lấy thai ngay, tùy điều kiện mà mổ lấy thai/đẻ đường dưới = forceps.

Câu 17. Nêu nguyên nhân vỡ tử cung. Trình bày triệu chứng, xử trí dọa vỡ tử cung.

1. Nguyên nhân vỡ tử cung

<i>Do mẹ</i>	<i>Do thai</i>	<i>Do can thiệp</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Khung chậu hẹp/méo. - TC tổn thương: đã đẻ/can thiệp nhiều lần, sẹo mổ cũ. - U tiền đạo: u xơ ở eo TC, u nang buồng trứng và một số u khác trong tiểu khung. 	<ul style="list-style-type: none"> - Thai to bất xứng đầu-chậu, ngôi chỏm sa tay. - Đa thai. - Ngôi thai bất thường: vai, trán, thóp trước, mặt thế sau, mông kẹt đầu hậu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sử dụng Oxitocin không đúng cách, không TD sát. - Làm giác hút, forceps không đủ điều kiện, khi CTC chưa mở hết. - Đẩy bụng thô bạo lúc đẻ, kéo đầu hậu ngôi mông.

2. Triệu chứng dọa vỡ tử cung

- Triệu chứng cơ năng: đau nhiều, quặn quai do cơn co mạnh và dày.
- Triệu chứng thực thể:
 - + Nhìn: TC bị chia làm 2 khối, thắt ở giữa như hình quả bầu. Chỗ thắt ở giữa gọi là vòng Bandl, TC càng gần vỡ vòng Bandl càng lên cao và càng rõ.
 - + Cơn co tử cung mạnh, dồn dập.
 - + Sờ nắn: 2 DC tròn bị căng như hai sợi dây đàn. Vòng Bandl và DC tròn bị kéo căng tạo thành dấu hiệu Bandl – Frommel.
 - + Tim thai bất thường: nhanh, chậm, hoặc không đều.
 - + Khám âm đạo: tìm thấy các nguyên nhân gây đẻ khó, ngôi thai cao chưa lọt.

3. Xử trí dọa vỡ tử cung

*** Tuyến xã**

- Thuốc giảm CCTC: papaverin 0.04 g x 1 ống (TB)
- Hoặc dùng morphin 0,01g x 1 ống (TB)
- Hoặc dùng diazepam 0,01g x 1 ống (TB)
- Tư vấn chuyển tuyến ngay và có nhân viên y tế đi kèm.

*** Tuyến huyện:**

- Thuốc giảm CCTC: Paraverin 0,04 g x 1 ống (TB)
- Nếu không dùng Morphin 0,01g x 1 ống (TB)
- Hoặc dùng Diazepam 0,01g x 1 ống (TB)
- Nếu đủ điều kiện đẻ đường dưới thì dùng forceps.
- Nếu chưa đủ điều kiện thì mổ lấy thai

Câu 18. Trình bày triệu chứng, xử trí, dự phòng vỡ tử cung.**1. Triệu chứng**

- Triệu chứng cơ năng:

+ Ổ sản phụ đã có dấu hiệu dọa vỡ đột nhiên đau chói, đau nhiều ở chỗ vỡ, sau đó dịu đi.

+ Chảy máu đỏ tươi âm đạo, số lượng nhiều/ít tùy theo vị trí vỡ và có kèm tổn thương mạch máu không.

- Triệu chứng thực thể:

+ Choáng nếu mất nhiều máu: màu da nhợt nhạt, niêm mạc mắt trắng bệch, thở nhanh - nông, vã mồ hôi, chân tay lạnh, mạch nhanh, huyết áp hạ.

+ Nhìn: không còn thấy hình dạng TC.

+ Sờ nắn: bụng chướng, PUTB (+), nắn chỗ vỡ đau, cảm giác có phần thai nhi lồi nhô dưới da bụng.

+ Nghe: tim thai không có.

+ Khám âm đạo: có máu đỏ tươi chảy ra theo tay, tiểu khung rỗng, đưa tay lên cao sờ thấy chỗ vỡ nhăm nhỡ hoặc ngôi thai cao, đẩy lên dễ dàng.

- Cận lâm sàng:

+ Siêu âm: thai nhi và dịch trong ổ bụng, tim thai không hoạt động.

+ CTM: giảm RBC, HGB, HCT.

3. Xử trí

- Tất cả các loại vỡ tử cung đều phải mổ cấp cứu, vừa hồi sức vừa mổ.

- Tuyến xã: Hồi sức chống choáng và chuyển ngay lên tuyến trên, có nhân viên đi kèm, nếu tình trạng nặng phải nhờ tuyến trên hỗ trợ.

- Tuyến huyện:

♦ Hồi sức chống choáng: bồi phụ lượng máu đã mất, truyền dịch điện giải.

♦ Phẫu thuật: tùy thuộc vào tình trạng toàn thân của BN, thời gian vỡ, tình trạng nhiễm khuẩn, vỡ đơn giản/phức tạp, tuổi và số con sống của BN mà quyết định cắt/bảo tồn TC.

+ Khâu phục hồi TC → BN trẻ tuổi, còn nguyện vọng sinh đẻ, vết rách không phức tạp.

+ Cắt TC → BN nhiều tuổi, đã đẻ nhiều lần có đủ con, nhiễm khuẩn, vỡ phức tạp.

Trong và sau mổ dùng kháng sinh liều cao, có thể phối hợp 2 loại kháng sinh.

4. Dự phòng

- Trong thai kỳ:

+ Thực hiện tốt quản lý thai nghén, phát hiện sớm các nguy cơ đẻ khó: khung chậu hẹp, u tiền đạo, bất tương xứng thai-khung chậu... cần chuyển tuyến trên TD và xử trí.

- + Các thai phụ có sẹo ở TC phải đăng ký quản lý thai nghén ở cơ sở có khả năng PT. Cuối thai kỳ nên vào viện trước ngày dự kiến sinh ~2 tuần để theo dõi cẩn thận và chỉ định can thiệp đúng lúc, đặc biệt vết mổ cũ TC < 24 tháng.

- + Thực hiện sinh đẻ có kế hoạch, không đẻ nhiều – dày. Đi khám định kỳ đầy đủ và thực hiện đúng lời khuyên của cán bộ y tế.

- + Khi ối vỡ sớm không được truyền oxytocin ở tuyến cơ sở.

- Trong chuyển dạ:

- + Khám phát hiện sớm các nguyên nhân đẻ khó.

- + Sử dụng biểu đồ chuyển dạ để theo dõi, phát hiện và xử trí sớm dấu hiệu dọa vỡ TC.

- + Đỡ đẻ đúng phương pháp, tuyệt đối không đẩy bụng thô bạo, làm giác hút, forceps phải đúng chỉ định, đủ điều kiện.

- + Chuẩn bị sẵn phương tiện vận chuyển và hồi sức cấp cứu.

Câu 19. Trình bày chẩn đoán, điều trị tiền sản giật.

1. Chẩn đoán: Dựa vào 3 triệu chứng chính cao huyết áp, phù và protein niệu.

- Tiền sản giật nhẹ
 - + HA tâm thu 140 - <160 mmHg
 - + HA tâm trương 90 - <110 mmHg
 - + Protein niệu từ (+) đến (++)
- Tiền sản giật nặng: khi có ít nhất 1 trong những dấu hiệu sau:
 - + Huyết áp tối đa ≥ 160 mmHg và/hoặc tối thiểu ≥ 110 mmHg,
 - + Protein niệu ≥ 3 g/l (+++)
 - + Rối loạn thị giác và tri giác.
 - + Đau đầu nhưng không đáp ứng với các thuốc giảm đau thông thường.
 - + Đau vùng thượng vị hoặc phần tư trên của hạ sườn phải.
 - + Phù phổi hoặc xanh tím.
 - + Thiếu niệu: lượng nước tiểu <400ml/24 giờ.
 - + Giảm tiểu cầu: số lượng tiểu cầu <150.000/mm³.
 - + Tăng men gan.
 - + Thai chậm phát triển

2. Điều trị

Nguyên tắc điều trị: Bảo vệ mẹ là chính, có chiều cố đến con.

- Tiền sản giật nhẹ:
 - + Nghỉ ngơi và nằm nghiêng trái. Có thể dùng an thần Seduxen 5mg.
- Theo dõi hằng tuần, nặng lên phải nhập viện, điều trị tích cực.
- + Nếu thai đã đủ tháng nên chấm dứt thai kỳ ở tuyến chuyên khoa.

- Tiền sản giật nặng: nhập viện và theo dõi tại tuyến tỉnh, điều trị tích cực.

* Điều trị nội khoa

- Nghỉ ngơi, nằm nghiêng trái. Thuốc an thần: Diazepam tiêm hoặc uống.
- Sử dụng MgSO₄: Liều tấn công: 4g pha 20ml dung dịch Glucose 5% tiêm TMC. Sau đó dùng 10g MgSO₄ 50% (10ml) tiêm bắp, mỗi bên 5g hoà với 1ml Lidocain 2%. Liều duy trì: Truyền tĩnh mạch MgSO₄ 15%, 1g trong một giờ hoặc tiêm bắp 4g mỗi 5h.

- Thuốc hạ huyết áp: khi có huyết áp cao (160/110mmHg): Hydralazin hoặc Dihydralazin là thuốc được lựa chọn đầu tiên.

→ Dihydralazin 5 - 10 mg tiêm TMC. Một số thuốc hạ huyết áp có thể dùng thay thế như: Labetalol, Nifedipin, lợi tiểu khi có đe dọa phù phổi cấp và thiếu niệu.

* Điều trị sản khoa và ngoại khoa:

- Tiền sản giật nặng không đáp ứng với điều trị hoặc xảy ra sản giật: chấm dứt thai kỳ với mọi tuổi thai.
- Nên sinh thủ thuật nếu đủ điều kiện, hoặc mổ lấy thai khi có chỉ định sản khoa hoặc cần nhanh chóng chấm dứt thai kỳ.

Câu 20. Trình bày biến chứng, điều trị dự phòng tiền sản giật.**1. Biến chứng**

Biến chứng cho mẹ	Biến chứng cho thai
<ul style="list-style-type: none"> • Hệ thần kinh trung ương: phù não, xuất huyết não - màng não • Mắt: Phù võng mạc, mù mắt • Thận: Suy thận cấp • Gan: Chảy máu dưới bao gan, vỡ gan. • Tim, phổi: suy tim cấp, phù phổi cấp (gặp trong tiền sản giật nặng hoặc sản giật). • Huyết học: RL đông - chảy máu, giảm tiểu cầu, đông máu rải rác trong lòng mạch. 	<ul style="list-style-type: none"> • Thai chậm phát triển trong tử cung • Đẻ non do tiền sản giật nặng hoặc sản giật phải cho đẻ sớm • Tử vong chu sinh: Tỷ lệ tử vong chu sinh tăng cao nếu đẻ non hoặc biến chứng rau bong non. • Tiền sản giật nặng, sản giật có thể tiến triển thành hội chứng HELLP: tan huyết, tăng các men gan và giảm tiểu cầu.

2. Dự phòng:

Vì nguyên nhân chưa rõ nên dự phòng bệnh lý này không có biện pháp đặc hiệu, cần làm tốt những việc sau:

- Đăng ký quản lý thai nghén là khâu cơ bản nhất
- Đảm bảo chế độ ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, bổ sung Canxi.
- Thai phụ cần được giữ ấm.
- Phát hiện sớm, điều trị kịp thời những sản phụ có nguy cơ cao để ngăn ngừa xảy ra sản giật.
- Chăm sóc liên tục trong thời kỳ hậu sản

Câu 21. Trình bày chẩn đoán, điều trị sản giật.**1. Chẩn đoán**

- Con giật điển hình thường trải qua 4 giai đoạn.

+ GD xâm nhiễm (30 giây – 1 phút): những cơn kích thích ở vùng mặt, miệng, mí mắt nhấp nháy, nét mặt nhăn nhúm, sau đó cơn giật lan xuống 2 tay.

+ GD giật cứng (30 giây): những cơn giật cứng lan toả khắp người. Toàn thân co cứng, các cơ thanh quản và hô hấp bị co thắt làm cho BN ngạt thở vì thiếu oxy.

+ GD giật giãn cách (1 phút): Sau cơn giật, các cơ toàn thân giãn ra trong chốc lát rồi tiếp tục những cơn co giật toàn thân, lưỡi thè ra thụt vào, dễ cắn phải lưỡi, mặt tím do ngưng thở, miệng sùi bọt mép.

+ GD hôn mê: Các cử động co giật nhẹ và thưa dần rồi chấm dứt. BN đi vào tình trạng hôn mê nhẹ/sâu. Nếu nhẹ thì sau 5-7 phút BN sẽ tỉnh lại, nếu nặng thì BN hôn mê sâu, vài giờ-ngày, BN mất tri giác, đồng tử giãn rộng, RL cơ vòng (đại tiểu tiện không tự chủ), có thể tử vong.

2. Điều trị**♦ Chế độ chăm sóc**

- Giữ BN tại nơi yên tĩnh, tránh mọi kích thích, không cho ăn.
- Ngáng miệng bằng thanh ngáng có quần vải (bắt buộc)
- Nằm giường có thanh chắn, cố định BN.
- Hút đờm dãi.
- Thở oxy.
- TD cơn giật, HA, lượng nước tiểu, mạch, nhiệt độ.

♦ Xử trí tại tuyến y tế cơ sở:

+ Nguyên tắc: BN phải được sơ cứu trước khi chuyển tuyến, phải có nhân viên y tế hộ tống khi chuyển lên tuyến trên.

+ Cần thực hiện đầy đủ chế độ chăm sóc: Hút đờm dãi, ngáng miệng, an thần, lập đường truyền TM.

♦ Điều trị nội khoa

- Thuốc chống co giật và đề phòng cơn giật sử dụng đúng liều lượng:

+ MgSO₄ (TD sát đề phòng ngộ độc).

+ Liều tấn công: 4g pha 20ml dung dịch Glucose 5% tiêm TMC.

+ Sau đó dùng 10g MgSO₄ 50% tiêm bắp, mỗi bên 5g hoà với 1ml

Lidocain 2%. Liều duy trì: Truyền TM 1g MgSO₄ 15% trong 1h, hoặc TB 4g mỗi 5h.

- Nếu không có thay bằng Diazepam (nguy cơ ức chế hô hấp thai).

+ Liều tấn công: 10mg tiêm TMC.

+ Liều duy trì: Truyền TM 40mg, pha trong 500ml Glucose 5% hoặc Ringers lactat đủ để giữ cho bệnh nhân ngủ nhưng có thể đánh thức.

+ Dùng đường trực tràng nếu đường TM không thực hiện được.

- Thuốc hạ huyết áp: Nếu HA tâm trương >110mmHg sẽ có nguy cơ xuất

huyết não → điều chỉnh HA tâm trương ở 90-100mmHg.

+ Hydralazin hoặc Dihydralazin được lựa chọn đầu tiên.

→ Dihydralazin 5 - 10 mg tiêm TMC.

+ Một số thuốc khác có thể dùng thay thế như: Labetalol, Nifedipin, lợi tiểu khi có đe dọa phù phổi cấp và thiếu niệu.

- Dịch truyền phụ thuộc vào số lượng nước tiểu.

- Kháng sinh dự phòng bội nhiễm.

♦ Điều trị sản khoa và ngoại khoa

- Tiền sản giật nặng: cần chấm dứt thai kỳ trong 24h từ khi bắt đầu có triệu chứng.

- Sản giật cần khởi phát chuyển dạ trong 12h từ khi bắt đầu có cơn giật.

- Nếu thai còn sống sau cơn giật → tiến hành cuộc đẻ ngay khi BN ổn định.

- Khởi phát chuyển dạ, nếu tiến triển thuận lợi thì phá ối.

- Không nên để sản phụ phải dùng sức rặn, cần hỗ trợ thủ thuật khi đẻ (forceps).

- Có thể mổ lấy thai khi có chỉ định.

- Không được dùng Ergometrin sau đẻ vì tăng nguy cơ co giật và tai biến mạch máu não.

- Theo dõi và điều trị trong thời gian hậu sản

- Tiếp tục theo dõi, điều trị chống co giật trong 24h sau đẻ/cơn giật cuối cùng.

- Tiếp tục điều trị cao huyết áp nếu có.

- Tiếp tục theo dõi lượng nước tiểu.

- Tư vấn các biện pháp tránh thai.

Câu 22. Trình bày triệu chứng, xử trí rau tiền đạo khi chưa chuyển dạ.**1. Triệu chứng lâm sàng**

- Triệu chứng cơ năng:

- + Chảy máu âm đạo
- + Thường 3 tháng cuối của thai kỳ, đôi khi sớm hơn.
- + Chảy máu thường xuất hiện đột ngột, không đau bụng.
- + Máu ra đỏ tươi lẫn máu cục.
- + Lượng máu nhiều rồi ít dần và máu thấm lại, có thể tự cầm. Sau đó, tái phát nhiều lần và lần sau có khuynh hướng nhiều hơn, thời gian dài hơn lần trước và khoảng cách giữa các lần ngắn lại.

- Triệu chứng thực thể:

- + Toàn thân: thiếu máu, tương ứng lượng máu mất.
- + Nắn TC: ngôi đầu cao lỏng hoặc ngôi bất thường.
- + Nghe tim thai: thay đổi tùy theo lượng máu mất.

Khám âm đạo:

+ Khám mở vạt nhằm chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân gây chảy máu từ các tổn thương ở CTC và âm đạo.

+ Nên hạn chế và thận trọng khi khám tay vì có thể làm rau bong thêm, gây chảy máu ồ ạt, nguy hiểm cho cả mẹ lẫn con

- Cận lâm sàng

+ Siêu âm: xác định vị trí bám của bánh rau, TD tiến triển của rau tiền đạo trong thai kỳ.

+ Chụp cộng hưởng từ: giúp chẩn đoán chính xác rau tiền đạo.

2. Xử trí rau tiền đạo khi chưa chuyển dạ

- Tuyến xã: Khi nghi ngờ và chẩn đoán được rau tiền đạo thì phải chuyển tuyến trên khám chẩn đoán và theo dõi điều trị.

- Tuyến huyện và các tuyến chuyên khoa:

⇒ Nguyên tắc: điều trị phải dựa vào tuổi thai, phân loại lâm sàng, mức độ chảy máu.

+ Điều trị duy trì khi thai chưa trưởng thành và mức độ chảy máu không nhiều: thuốc giảm CCTC, kháng sinh, viên Fe và các vitamin.

+ Chấm dứt thai kỳ: RTĐ trung tâm nên chủ động lấy thai khi thai đủ tháng.

+ Nếu chảy máu nặng/điều trị chảy máu không có kết quả nên chủ động mổ lấy thai để cầm máu cứu mẹ là chính không kể tuổi thai.

Câu 23. Trình bày chẩn đoán, biến chứng của rau bong non.**1. Chẩn đoán: dựa theo các thể lâm sàng:**

Thể ân	Thể nhẹ	Thể trung bình	Thể nặng
Chỉ phát hiện khi thấy cục máu sau rau hay qua siêu âm.	<ul style="list-style-type: none"> - Toàn trạng bình thường. - Chảy máu âm đạo ít/không. - Trương lực cơ TC có thể tăng nhẹ. - Tim thai bình thường. - Siêu âm: khối máu tụ sau rau. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mạch nhanh, nhỏ, có thể hạ huyết áp. - Chảy máu âm đạo có/không, máu loãng, sẫm màu, không đông. - Trương lực cơ TC tăng, CCTC cường tính. - Tim thai biểu hiện suy. - XN sinh sợi huyết giảm. 	<ul style="list-style-type: none"> - Toàn thân biểu hiện mất máu nặng. - Thường có tiền sản giật. - Chảy máu âm đạo không tương xứng với tình trạng mất máu toàn thân. - TC co cứng như gỗ và đau liên tục. - Không có tim thai. - RL đông máu. - XN sinh sợi huyết giảm/không có, tiểu cầu, hồng cầu và HCT giảm.

2. Biến chứng

- Choáng do mất máu.
- RL đông máu nặng, nhất là tiêu sinh sợi huyết.
- Hoại tử các tạng khác do nhồi máu và thiếu máu, nguy hiểm nhất là suy thận.

Câu 24. Trình bày chẩn đoán, tiên lượng ngôi ngược. Nếu các chỉ định mổ lấy thai trong ngôi ngược.

1. Chẩn đoán

- Cơ năng: Cảm giác tức một bên hạ sườn.
- Thực thể:
 - + Nhìn: TC hình trứng, trục dọc.
 - + Nghe tim thai: ngang rốn hay cao hơn rốn.
 - + Khám thủ thuật Léopold:
 - + Cục trên (đáy tử cung) là đầu.
 - + Cục dưới (vùng đoạn dưới) là mông.
 - + Thăm âm đạo khi chuyển dạ/ối chưa vỡ:
 - + Thấy xương cùng, mông và 2 chân thai nhi (mông đủ).
 - + Hoặc có thể sờ được xương cùng, hậu môn, cơ quan sinh dục, bàn chân (cần phân biệt với bàn tay: chân ngón ngắn, gót, 2 mắt cá, gót chân là 1 góc vuông được tạo bởi bàn chân và cẳng chân)
- Cận lâm sàng:
 - + Siêu âm: xác định trọng lượng thai, các bất thường của thai.
 - + Xquang: chẩn đoán phân biệt với các ngôi khác, chẩn đoán đầu ngửa.

2. Tiên lượng

<i>Yếu tố thai</i>	<i>Yếu tố mẹ</i>	<i>Yếu tố phản phụ</i>	<i>Yếu tố động trong chuyển dạ</i>
- Ngôi mông thiếu TL tốt hơn ngôi mông đủ. - Ngôi mông đầu ngửa nguyên phát. - Ngôi mông có đầu to, não úng thủy. - Ngôi mông thứ 2 của sinh đôi. - Trọng lượng thai.	- Tuổi và số lần đẻ. - TS sản khoa. - Khung chậu giới hạn. - Sẹo mổ cũ TC. - CTC, TC dị dạng.	- Đầu ối - Sa dây rau - Rau tiền đạo - Nhiễm trùng ối	- Tình trạng thai dựa vào monitoring TD tim thai và CCTC. - Sự xóa mở CTC. - Sự tiến triển của ngôi thai.

3. Chỉ định mổ lấy thai ngôi ngược

- Con so, ngôi ngược ước lượng trọng lượng thai >3000g.
- Con rạ, ngôi ngược ước lượng trọng lượng thai khá to so với lần sinh trước.
- Tiền sử sinh khó.
- Con so, ngôi ngược, mẹ lớn tuổi.
- Ngôi ngược sa dây rốn.
- Ngôi ngược suy thai trong chuyển dạ.
- Ngôi ngược chuyển dạ kéo dài, chuyển dạ khó khăn.

Câu 25. Trình bày chẩn đoán, tiên lượng song thai. Nêu các chỉ định mổ lấy thai trong song thai.

1. Chẩn đoán

♦ Hỏi bệnh

- Tiền sử gia đình có người sinh đa thai.
- Tiền sử sản phụ sinh song thai, có sử dụng thuốc ngừa thai, thuốc kích thích rụng trứng trong điều trị vô sinh.

♦ Cơ năng

- Nghén nhiều.
- Phù sớm và nhiều, mệt mỏi, đi lại khó khăn.
- TC to nhanh gây khó thở.
- Thai máy ở nhiều nơi trên TC, khắp ổ bụng.

♦ Thực thể

- Nhìn: Bụng to, thành bụng căng, có nhiều vết rạn. 2 chân phù to, trắng mọng, đôi khi phù lên tới bụng.
- BCTC lớn hơn tuổi thai.
- Nắn khó thấy đủ cả bốn cực.
- Nghe: 2 ổ tim thai riêng, tần số chênh nhau 10 nhịp/phút.
- Khám trong xác định được một cực của thai ngoài một cực đã xác định khi khám ngoài.

♦ Cận lâm sàng

- Xquang bụng: Có hình ảnh 2 đầu, 2 cột sống của thai nhi (Chỉ chụp khi thai nhi đã >7 tháng)

- Siêu âm:

+ Chẩn đoán sinh đôi ở giai

đoạn đầu dễ dàng: màng đệm thấy rõ, tạo thành vòng dày.

+ Thai 6 tuần: Thấy 2 túi ối.

+ Thai 10 tuần: Thấy 2 túi thai, 2 ổ tim thai.

+ Thai > 17 tuần: Đo đường kính lưỡng đỉnh của mỗi thai nhi TD sự phát triển của từng thai. Thường có kèm dư ối.

2. Tiên lượng song thai

Trong thai kỳ	Trong chuyển dạ
<ul style="list-style-type: none"> - Sẩy thai, đẻ non - Tiền sản giật - Đa ối - HC truyền máu cho nhau - Thai chậm phát triển trong TC - Nhau bám thấp - Thai dị dạng - Thiếu máu 	<ul style="list-style-type: none"> - Đẻ khó do cơn gò TC - Sa dây rốn - Đẻ khó thai thứ hai - Hai thai mắc nhau - Sang chấn sản khoa - Đờ TC sau đẻ

3. Chỉ định mổ lấy thai trong sinh đôi

- 2 cực đầu của 2 thai cùng xuống 1 lúc, chèn ép nhau.
- 2 thai dính nhau.
- Thai thứ 1 là ngôi ngược, thai thứ 2 thuận (2 thai có thể mắc nhau)
- Thai thứ 1 ngôi ngang.
- Thai thứ 1 bị suy thai, sa dây rau không đẩy lên được.
- Rau tiền đạo, sẹo mổ cũ TC, con so lớn tuổi.

Câu 26. Trình bày chẩn đoán, tiên lượng đối với bệnh cảnh Đa ối.**1. Chẩn đoán**

Người ta dùng chỉ số nước ối AFI qua siêu âm để xác định đa ối, đa ối khi chỉ số ối AFI > 25 cm

1.1. Đa ối cấp

- Bụng lớn nhanh và căng cứng, TC căng cứng và ấn đau.
- Không sờ được các phần thai nhi, có thể có dh cục đá nổi.
- Tim thai khó nghe/nghe xa xăm.
- Thăm âm đạo: thấy đoạn dưới căng phồng, CTC hé mở, đầu ối căng.
- Phù và giãn TM đặc biệt là chi dưới do TM chủ dưới bị chèn ép.
- Khó thở, suy hô hấp.
- Thường kèm dị dạng cấu trúc thai nhi: tắc nghẽn thực quản hoặc đoạn cao của ống tiêu hoá, quái thai vô sọ, tật nứt cột sống..

1.2. Đa ối mãn:

(95%, những tháng cuối thai kỳ, tiến triển chậm, BN dễ thích nghi)

- Cơ năng: nặng bụng, bụng căng, khó thở, tim đập nhanh
- Thực thể:
 - Tử cung lớn hơn tuổi thai.
 - Có dấu hiệu sóng vỡ.
 - Sờ nắn khó thấy các cực của thai nhi và có dh cục đá nổi.
 - Thăm âm đạo: đoạn dưới căng phồng.

1.3. Cận lâm sàng

- Siêu âm: chẩn đoán xác định, phát hiện sớm những bất thường của thai nhi và phần phụ.
- Xét nghiệm nước ối: định lượng a Feto – protein, Acetylcholinesterase, làm nhiễm sắc thể phát hiện các khuyết tật ống TK.
- Các xét nghiệm tổng quát khác tìm các bệnh có thể có của mẹ: giang mai, đái đường, nhiễm Toxoplasma, nhóm máu và sàng lọc kháng thể ...

2. Tiên lượng

- Tỷ lệ tử vong chu sinh tăng cao.
- Tỷ lệ tử vong trẻ cao: đẻ non, thai bất thường, sa dây rốn, rau bong non..
- Biến chứng mẹ: chảy máu do đờ tử cung, rau bong non, các thủ thuật can thiệp, RL hô hấp.

Câu 27. Trình bày chẩn đoán, tiên lượng đối với bệnh cảnh Thiếu ối.**1. Chẩn đoán**

- BCTC nhỏ hơn tuổi thai.
- Thai thường cử động yếu.
- Khi thực hiện thủ thuật Leopold: cảm giác thấy rõ các phần thai nằm sát dưới bàn tay mà không cảm thấy có nước ối, khó làm động tác di động đầu thai nhi.
- Siêu âm:
 - + Chỉ số nước ối thấp, dưới đường percentile thứ 5 so với tuổi thai.
 - + Khi tuổi thai >35 tuần có chỉ số nước ối (AFI) ≤ 5
 - + Buồng ối lớn nhất có độ sâu ≤ 2 cm.

2. Tiên lượng

- TL thường xấu với tỷ lệ chết cao do thiếu ối ở giai đoạn sớm của thai kỳ.
- Biểu chứng thiếu ối:
 - + Thiếu sản phổi: do bị chèn ép vào lồng ngực làm giảm các cử động của phổi, phổi kém phát triển và giảm các cử động thở của thai nhi.
 - + Dị dạng mặt và xương: loạn sản xương hông, cụt chi, vẹo chân..

Câu 28. Trình bày chẩn đoán, tiên lượng thai quá ngày sinh (thai già tháng).

1. Chẩn đoán :

Thai già tháng là thai vượt quá 42 tuần hoặc 294 ngày.

Lâm sàng	Cận lâm sàng
<ul style="list-style-type: none"> - Hỏi bệnh sử tính tuổi thai: + Ngày đầu kỳ kinh cuối. + Thời gian thụ tinh nếu có điều trị vô sinh. + Lần thăm khám sản khoa đầu tiên: nếu có làm phản ứng sinh học, hoặc siêu âm để chẩn đoán thai sớm (trong quý đầu) thì rất có giá trị. + Thời gian xuất hiện thai máy. - Giảm cử động thai xảy ra đột ngột ở những thai phụ có thai đạp nhiều. - BCTC giảm qua 2 lần khám kèm với giảm lượng nước ối. 	<ul style="list-style-type: none"> - Siêu âm sớm (quý đầu): chẩn đoán chính xác tuổi thai. - Siêu âm muộn: nước ối ít, bánh rau vôi hóa. - Doppler: khảo sát tình trạng huyết động học của thai và tuần hoàn rau thai. - Monitor thai: suy thai mãn (thử nghiệm không đủ kích 2 lần/tuần hoặc thử nghiệm đã kích) - Soi ối: suy thai mãn (ối màu vàng/xanh) - Xquang để tìm điểm hóa cốt hóa.

2. Tiên lượng

Nguy cơ cho mẹ	Nguy cơ cho thai
<ul style="list-style-type: none"> - Tiên lượng không tốt trong sinh thường, tăng khả năng đẻ chỉ huy, mổ lấy thai và đẻ có can thiệp thủ thuật. - Chảy máu sau sinh. - Nằm viện dài ngày và có nhiều biến chứng. 	<ul style="list-style-type: none"> - Thiếu ối (thiếu năng rau thai) + Chèn ép dây rốn + Suy thai + Tử vong thai đột ngột. - Rối loạn trưởng thành thai. - Hội chứng hít phân su. - Thai lớn: gây đẻ khó, tổn thương xương và gãy xương và để lại chứng thần kinh tại chỗ và lâu dài.

Câu 29. Nêu nguyên nhân gây đờ tử cung sau đẻ. Trình bày triệu chứng, xử trí bằng huyết do đờ tử cung sau đẻ.

1. Nguyên nhân

- Sản phụ suy nhược, thiếu máu, tăng huyết áp, tiền sản giật.
- Tử cung bị tổn thương:
- Nhược cơ TC do chuyển dạ kéo dài.
- TC giãn quá mức do song thai, đa ối, thai to.
- TC mất trương lực sau khi đẻ quá nhanh.
- U xơ, TC dị dạng.
- Sốt rau, màng rau trong buồng TC.
- Do sử dụng thuốc mê, oxytocin.

2. Triệu chứng

- Chảy máu: ngay sau sổ rau, chảy ra liên tục/khi ấn vào đáy TC.
- TC nhão, mềm do co hồi kém/không co hồi, không có khối an toàn mặc dù rau đã sổ.

3. Xử trí

- ⇒ Phải xử trí khẩn trương, tiến hành song song cầm máu và hồi sức.
- Các biện pháp cơ học cầm máu: xoa TC qua thành bụng, chẹn ĐM chủ bụng, ép TC bằng 2 tay.
 - Thông tiểu làm rộng bàng quang.
 - Làm sạch lòng TC: Lấy hết rau sót, máu cục.
 - Truyền dịch chống choáng, kháng sinh toàn thân.
 - Tiêm 5-10 đơn vị Oxytoxin, nếu TC không co thì tiêm Ergometrine 0,2mg.
 - Truyền TMC Oxytoxin 5-10 đơn vị trong 500 ml dd glucose 5%
 - Trong 2 giờ đầu: xoa đáy TC 15 phút/lần, kéo dài trong 2 phút cho đến khi có cảm giác TC co cứng thành khối dưới tay.
 - Tuy nhiên, nếu máu tiếp tục chảy và mỗi khi ngừng xoa tử cung lại nhão, phải nghĩ đến đờ tử cung không hồi phục → lập tức chỉ định can thiệp phẫu thuật (buộc 2 ĐM tử cung, cắt TC bán phần...)
 - Tuyến xã: Nếu không cầm máu được thì mời tuyến trên hỗ trợ hoặc chuyển tuyến trên.
 - Tuyến huyện: Xử trí như trên, nếu không cầm máu được thì mổ cắt tử cung bán phần.

Câu 30. Nêu nguyên nhân gây rau cài răng lược. Trình bày triệu chứng, xử trí chảy máu sau đẻ do rau cài răng lược.

1. Nguyên nhân

- Tiền sử sinh đẻ, mổ nhiều lần, can thiệp, phẫu thuật liên quan đến TC: nạo thai, cắt u xơ tử cung..
- Viêm niêm mạc tử cung.
→ Chất lượng niêm mạc TC không còn tốt nên các gai rau bám trực tiếp vào cơ TC (không có lớp xếp của ngoại sản mạc)

2. Triệu chứng

- RCRL toàn phần: sau sổ thai 1h, rau vẫn không bong, tuy không chảy máu.
- RCRL bán phần: sau sổ thai, rau vẫn không bong hết nên không sổ được, chảy máu nhiều/ít tùy theo diện rau đã bong rộng/hẹp.
- Chẩn đoán chắc chắn dựa vào: thử bóc rau không kết quả, hay chỉ bóc được một phần và máu chảy nhiều.
- Cần chú ý phân biệt với rau mắc kẹt (rau bị cầm tù): bánh rau đã bong nhưng không sổ tự nhiên được vì bị mắc kẹt trong TC do vòng thắt của lớp cơ đàn → cho tay vào buồng TC sẽ lấy được rau ra vì bánh rau đã bong hoàn toàn.

3. Xử trí

- Nếu máu chảy trong thời kỳ sổ rau hoặc >1h rau không bong → bóc rau nhân tạo, kiểm soát TC.
- Nếu bóc rau không được do rau bám xuyên vào cơ TC → mổ cắt TC bán phần, hồi sức, truyền dịch, truyền máu trong và sau mổ.
- Rau tiền đạo cài răng lược → cắt TC bán phần thấp hoặc cắt TC hoàn toàn để cầm máu.

Tuyến xạ:

- Nếu chảy máu khi rau chưa bong → bóc rau nhân tạo, kiểm soát TC và dùng Oxytocin.
- Nếu rau không bong và không chảy máu → chuyển tuyến trên.

Tuyến huyện: Bóc rau nhân tạo, kiểm soát TC, nếu bóc không được thì cắt TC bán phần.

Câu 31. Trình bày triệu chứng, xử trí, tiên lượng của viêm phúc mạc sau đẻ.

	Viêm phúc mạc tiểu khung	Viêm phúc mạc toàn thể
Triệu chứng	<ul style="list-style-type: none"> - Toàn thân: HTNĐ (sốt cao 39-40°C, dao động, rét run, mạch nhanh, nhịp thở nhanh) - Đau âm ỉ hạ vị. - Tiêu buốt, tiêu rắt, hội chứng giả lỵ. - Khám bụng: <ul style="list-style-type: none"> + Vùng trên rốn mềm, ấn không đau. + Vùng dưới rốn chướng, co cứng, PUTB (+) + Vùng hố chậu hông có khối, ấn đau, không di động. - Khám âm đạo: <ul style="list-style-type: none"> + TC to, đau, di động kém. + Túi cùng sau đầy, căng, ấn đau, CTC hé mở. - XN máu: BC, máu lắng tăng. 	<ul style="list-style-type: none"> - Toàn thân: HTNĐ nặng (sốt cao 39-40°C, rét run, mạch nhanh nhỏ, thở nhanh nông, hơi thở hôi) - Nôn, buồn nôn, ỉa chảy, phân thối khắm. - Khám bụng: Bụng chướng, CUPM (+) - Khám âm đạo: <ul style="list-style-type: none"> + TC to, ấn đau + CTC chưa đóng kín. + Các túi cùng căng đau. - XN máu: <ul style="list-style-type: none"> + BC tăng, CRP cao. + Thiếu máu tán huyết. + RL điện giải và toan chuyển hoá. + Rl chức năng gan thận. + Cây sản dịch tìm được vi khuẩn gây bệnh. - Siêu âm: có dịch ổ bụng, các quai ruột chướng, xác định bất thường ở TC và nguyên nhân gây VPM.
Xử trí	<ul style="list-style-type: none"> - Nội khoa (chính): Kháng sinh đường tiêm liều cao, phổ rộng và phối hợp 2-3 loại (Beta-Lactam, Aminosid, Metronidazol). Nghỉ ngơi, chườm đá, vitaminC. - Ngoại khoa: Dẫn lưu mủ từ túi cùng sau qua âm đạo dưới hướng dẫn siêu âm. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nội khoa: <ul style="list-style-type: none"> + Nâng cao thể trạng, bồi phụ nước, điện giải. + Kháng sinh liều cao, phối hợp, phổ rộng (Beta-Lactam, Aminosid, Metronidazol) - Ngoại khoa: PT để dẫn lưu ổ mủ (cần cấy dịch ổ bụng, làm kháng sinh đồ), hoặc cắt TC.
Tiên lượng	<ul style="list-style-type: none"> - Tốt nếu được chẩn đoán và điều trị kịp thời. - Xấu nếu chẩn đoán muộn có thể dẫn tới viêm phúc mạc toàn thể. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tốt nếu được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời. - Xấu nếu chẩn đoán muộn hoặc viêm phúc mạc kèm nhiễm trùng máu, thường để lại di chứng dính và tắc ruột, có thể tử vong.

Câu 32. Nêu ảnh hưởng qua lại giữa bệnh tim và thai nghén. Trình bày thái độ xử trí đối với thai kỳ ở một phụ nữ mắc bệnh tim.

1. Ảnh hưởng qua lại giữa bệnh tim và thai nghén

Bệnh tim đối với thai nghén	Thai nghén lên bệnh tim
Thiếu oxy và dinh dưỡng ở tổ chức: - Thai chậm phát triển trong TC, thai suy mạn - Nhẹ cân so với tuổi thai - Doạ sảy thai, sảy thai - Doạ đẻ non, đẻ non - Thai chết trong TC/trong chuyển dạ - Thai có thể bị dị dạng ở những thai phụ bị bệnh tim bẩm sinh có tím Tuy vậy, thai nghén vẫn có thể phát triển bình thường ở những thai phụ bị bệnh tim khi chưa mất bù.	- Suy tim cấp - Phù phổi cấp - Thuyên tắc mạch phổi - RL nhịp tim - Thiếu máu trong thai kỳ, làm tăng lưu lượng tim, tim phải làm việc nhiều dễ suy tim.

2. Thái độ xử trí

2.1. Trong thời kỳ mang thai:

- Không để tăng cân quá mức: nên ăn kiêng với chế độ ăn ít muối ($\leq 2\text{g/ngày}$)
- Tránh hoạt động thể lực, nghỉ ngơi nằm nghiêng T ít nhất 1 giờ/ngày.
- Tránh thiếu máu.

2.2. Quản lý thai nghén chặt chẽ với sự phối hợp giữa Sản khoa và Nội tim mạch.

Xử trí nội khoa: → Chủ yếu là dự phòng và điều trị các tai biến.

- TD sát ngay từ khi có thai, phát hiện các biến chứng để điều trị kịp thời.
- Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, ăn uống hợp lý.
- Tư vấn cho BN các dấu hiệu nguy hiểm.
- Gồm: Trợt tim, lợi tiểu, an thần, chống huyết khối và dự phòng nhiễm trùng.

2.3. Xử trí sản khoa:

2.3.1. Khi có thai

* Chưa suy tim

- Con so: có thể giữ thai nếu được TD và chăm sóc nội khoa kỹ. Nên vào viện trước đẻ 1 tháng.
- Con rạ: nên đình chỉ thai nghén. Nếu thai gần đủ tháng, sức khỏe mẹ tốt thì giữ thai đến đủ tháng □ Cho đẻ có hỗ trợ thủ thuật/mổ lấy thai nếu có chỉ định.

* Đã có suy tim

- Con so: cần cân nhắc kỹ và thống nhất giữa sản khoa và nội tim mạch.
- Suy tim độ I, II: Thai <6 tháng nên đình chỉ thai nghén, >6 tháng nên

chiều cổ theo nguyên vọng.

- Suy tim độ III, IV: Phải đình chỉ thai nghén dù ở tuổi thai nào.

- Con rạ: nên đình chỉ thai nghén. Nếu thai gần đủ tháng cũng có thể điều trị thêm một thời gian ngắn đến đủ tháng rồi mổ lấy thai chủ động.

2.3.2. Khi chuyển dạ

* Khi đang chuyển dạ: dùng thuốc trợ tim, an thần, thở oxy, nằm nghiêng T, Oxytocin 10đv pha 500ml glucose 5% để điều chỉnh cơn co.

* Khi sổ thai:

- Lấy thai bằng Forcep nếu đủ điều kiện.

- Nếu phải mổ lấy thai nên mổ lấy thai chủ động.

* Thời kỳ sổ rau: Tôn trọng sinh lý sổ rau, chỉ can thiệp khi cần thiết, kiểm tra, phát hiện sót rau.

2.3.3. Hậu sản

- Kháng sinh có hệ thống, tối thiểu là 1 tuần.

- Dự phòng huyết khối: ngồi dậy và vận động sớm, heparin trọng lượng phân tử thấp trong 15 ngày cho những người có nguy cơ cao.

- Cho con bú nếu chưa có suy tim mất bù.

- Nếu phải cắt sữa nên dùng Parlodel

Câu 33. Nêu ảnh hưởng qua lại giữa bệnh đái tháo đường và thai nghén. Trình bày thái độ xử trí đối với thai kỳ ở một phụ nữ mắc bệnh đái tháo đường.

1. Ảnh hưởng qua lại giữa bệnh đái tháo đường và thai nghén

Trong quá trình mang thai	Trong khi sinh	Với trẻ sơ sinh
<ul style="list-style-type: none"> - Sảy thai tự nhiên - Thai chết trong TC - Dị dạng thai nhi - Thai to (4,5-6kg). <p>Đường máu mẹ cao → tăng dung nạp glucide và insulin máu thai nhi tăng.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dễ khó cơ học, thai nhi khó lọt. - Dễ khó do thai to, vì đường kính lưỡng móm vai >12cm. - Chảy máu vào giai đoạn sổ rau. 	<ul style="list-style-type: none"> - Thai to với sự phì đại các tạng phủ, phù mọng, tích mỡ dưới da quá dày và phì đại đảo tụy Langhans. - Nguy cơ mắc bệnh màng trong, ứ trệ hệ tiểu tuần hoàn dẫn đến phù phổi cấp tính ngay sau đẻ. - Thai nhi dễ bị suy với các dh TK-cơ: co giật do hạ Ca máu, hạ đường huyết sơ sinh, giảm K máu.

2. Thái độ xử trí

2.1. Nguyên tắc điều trị:

Cộng tác có hiệu quả giữa bác sỹ sản và bác sỹ nội tiết.

Nên điều trị ở những trung tâm điều trị bệnh ĐTD.

2.2. Điều trị cụ thể

2.2.1. Theo dõi bà mẹ

- Ngay từ khi có thai bởi bác sỹ sản khoa và nội tiết.
- Nên nhập viện ở khoa điều trị ĐTD để được:
- + Hướng dẫn điều chỉnh chế độ ăn.
- + Hướng dẫn liều insulin 3 lần/ngày-đêm.
- + Hướng dẫn tự xét nghiệm đường máu 6 lần/ngày
- TD NKTN, THA, định lượng protein niệu và tổn thương đáy mắt. Xác định tuổi thai bằng siêu âm.
- Khám thai phụ thường xuyên 15 ngày/lần, và nhiều hơn khi có biến chứng.
- Nên nhập viện ở khoa sản từ tuần thai 32-34.

2.2.2. Theo dõi thai nhi

- Siêu âm nhiều lần để phát hiện dị dạng, TD sự tăng trưởng.
- TD tim thai bằng monitor sản khoa 1-2 lần/ngày vào cuối thai kỳ.
- TD cử động thai 3lần/ngày, 30phút/lần.
- Xét nghiệm tỷ L/S trong nước ối để xác định độ trưởng thành của phổi thai trước khi quyết định chấm dứt thai kỳ.

2.2.3. Sự sinh đẻ

- Nếu ĐTD ổn định → đợi đến 38 tuần/đủ tháng để sinh.

- Thái độ xử trí thay đổi tùy theo type ĐTĐ:
- + Type B và C, không có biến chứng → XN nước ối từ tuần thứ 36 hoặc 37.
- + Type D và F hoặc khi có biến chứng → XN nước ối từ tuần 35.
- ĐTĐ không ổn định → KPCD khi có dấu hiệu trưởng thành phổi của thai.
- Nên đẻ bằng đường âm đạo khi đủ điều kiện.
- Mổ lấy thai đa số ở con so: nên gây mê toàn thân/gây tê ngoài màng cứng sau khi đường máu đạt mức bình thường trong nhiều giờ trước khi PT.

2.2.4. Hậu sản

- Kháng sinh dự phòng NT hậu sản, NT đường tiểu.
- Nên triệt sản khi đã đủ con, nhất là ĐTĐ đã có biến chứng.
- Nên ngừa thai với các thuốc progesteron đơn thuần.

Câu 34. Nêu nguyên nhân gây vô sinh và thăm dò cận lâm sàng cần thiết để chẩn đoán nguyên nhân gây vô sinh.

1. Nguyên nhân gây vô sinh

1.1. Nam giới

- Bất thường tinh dịch: vô tinh (do tắc nghẽn/bất sản), giảm chất lượng tinh trùng (ít, yếu, dị dạng)
- Bất thường giải phẫu: giãn TM thừng tinh, lỗ tiểu đóng thấp/cao, tinh hoàn ẩn.
- RL chức năng: giảm ham muốn, RL cương dương, RL phóng tinh, chứng giao hợp đau.
- Khác: CT tinh hoàn, PT niệu SD, triệt sản nam, viêm nhiễm niệu SD, di truyền.

1.2. Nữ giới

- Bất thường phóng noãn: Vòng kinh không phóng noãn do ảnh hưởng của trục DD-TY-BT, u tuyến yên.
- Vòi TC bị tổn thương: viêm đường SD, tiền sử PT vùng chậu và VTC, lạc nội mạc TC ở VTC, bất thường bẩm sinh, triệt sản.
- Tử cung: U xơ TC, viêm dính buồng TC, dị dạng bẩm sinh.
- Cổ TC: ngắn, chất nhầy kém, kháng thể kháng tinh trùng, tổn thương do can thiệp.
- Khác: Tâm lý TD, chứng giao hợp đau, các dị dạng bẩm sinh.

2. Thăm dò cận lâm sàng cần thiết để chẩn đoán nguyên nhân gây vô sinh.

2.1. Nam giới

- XN nội tiết: định lượng LH, FSH, testosterone..
- Tinh dịch đồ.
- CDHA: Khảo sát bìu, tinh hoàn, thừng tinh qua siêu âm, chụp đường dẫn tinh.
- Sinh thiết tinh hoàn, mào tinh, thừng tinh tìm sự hiện diện của tinh trùng trong trường hợp mẫu tinh dịch vô tinh.

2.2. Nữ giới

- XN nội tiết: định lượng LH, FSH, estrogen, progesteron, hCG .. Tiến hành các thử nghiệm nội tiết đánh giá chức năng của trục DD-TY-BT.
- Thăm dò phóng noãn: Đo thân nhiệt cơ sở, chỉ số TC, sinh thiết nội mạc TC.
- Thử nghiệm sau giao hợp (Huhner test) (+) nếu tìm thấy được 5 tinh trùng khoẻ trong một môi trường ở vật kính x40.
- CDHA: siêu âm sản phụ khoa, chụp phim TC-VTC, chụp XQ/CLVT tuyến yên
- Phẫu thuật nội soi: vừa chẩn đoán vừa điều trị.
- NST đồ.

Câu 35. Trình bày cơ chế tác dụng, ưu điểm, chỉ định, chống chỉ định, tác dụng phụ, biến chứng, thời điểm đặt của dụng cụ tử cung tránh thai.

1. Cơ chế tác dụng

- Gây phản ứng viêm thứ phát tại niêm mạc TC, phá huỷ tinh trùng, ngăn cản sự làm tổ của noãn đã thụ tinh.
- Làm đặc dịch nhầy ở CTC, cản trở sự di chuyển của tinh trùng (đối với dụng cụ có chứa nội tiết tố)

2. Ưu điểm

- Hiệu quả tránh thai cao, đặc biệt loại Tcu 380A, thất bại <1%
- Dễ sử dụng, kinh tế, không ảnh hưởng đến sức khỏe, thời gian tránh thai lâu dài, chỉ đặt 1 lần tránh thai từ 10-12 năm (Tcu 380 A), dễ có thai sau khi tháo.

3. Chỉ định

- Mọi đối tượng muốn tránh thai tạm thời/lâu dài trong tuổi sinh đẻ (kể cả trong thời kỳ cho con bú).
- DCTC (chứa Cu) được dùng như một biện pháp tránh thai khẩn cấp.

4. Chống chỉ định

- Về phụ khoa: RL kinh nguyệt (rong kinh, rong huyết, đau bụng kinh), viêm đường SD, NT hậu sản/sau nạo thai, khối u ở cơ quan SD, dị dạng TC.
- Về sản khoa: đang có thai hoặc nghi ngờ có thai.
- Các bệnh lý khác: viêm tắc TM sâu hoặc tắc mạch phổi, suy gan nặng hoặc các khối u gan (đối với DCTC chứa levonorgestrel)

5. Tác dụng phụ

- Đau thắt bụng: vài ngày sau khi đặt DCTC, đặc biệt với loại chứa Cu.
- Ra máu: ngay sau khi đặt DCTC hoặc đến kỳ kinh máu ra nhiều hơn thường lệ. Thường xảy ra trong 2 - 3 tháng đầu sau khi đặt, nếu quá 3 tháng triệu chứng chảy máu không giảm phải đến khám lại.

6. Biến chứng:

Thủng TC, nhiễm trùng, chảy máu nhiều, đau tiểu khung, thống kinh, DCTC chui vào ổ bụng và có thể có thai.

7. Thời điểm đặt DCTC

- Bất kỳ ngày nào trong vòng kinh, khi chắc chắn không có thai. Thuận lợi nhất là sau khi sạch kinh 3 ngày vì ít khả năng có thai, CTC mềm hơn và hé mở, ít gây chảy máu.
- Sau đẻ: Có thể đặt sau 6 tuần (hết thời kỳ hậu sản). Chú ý: cơ TC rất mềm, dễ thủng. Ngoài ra, cũng có thể đặt sau khi hút điều hoà kinh nguyệt hay sau khi nạo thai, nhưng phải chắc chắn không sót rau và nhiễm khuẩn.
- Đặt DCTC (loại chứa Cu) để tránh thai khẩn cấp: Cần đặt càng sớm càng tốt trong vòng 5 ngày sau khi giao hợp không được bảo vệ.
- Sau khi đặt DCTC, cần kiêng giao hợp 1 tuần. Tái khám theo hẹn:

1 tháng, 3 tháng sau khi đặt.

1 năm/ 1 lần đến kiểm tra lại.

- Khi có các dấu hiệu bất thường: không sờ thấy dây của DCTC trong âm đạo, chậm kinh (ngghi có thai), rong huyết/ra máu bất thường, đau bụng/đau khi giao hợp, ra khí hư nhiều kèm sốt phải đi khám ngay tại các cơ sở y tế.

Câu 36. Trình bày cơ chế tác dụng, chỉ định, chống chỉ định, tác dụng phụ, cách sử dụng viên thuốc tránh thai kết hợp (vi 28 viên).

1. Cơ chế tránh thai

- Ức chế phóng noãn, ức chế giải phóng FSH, LH từ trục dưới đồi - tuyến yên.
- Cản trở sự làm tổ của trứng do biến đổi nội mạc TC không phù hợp.
- Ngăn cản sự di chuyển của tinh trùng do chất nhầy CTC đặc lại.

2. Chỉ định:

- Tất cả phụ nữ muốn dùng biện pháp tránh thai tạm thời, hiệu quả cao và không có CCD.

3. Chống chỉ định

- Có thai hoặc nghi ngờ có thai.
- Đang cho con bú và <6 tuần sau sinh.
- Ra máu âm đạo bất thường CRNN.
- Đang theo dõi các loại khối u.
- Phụ nữ >35 tuổi hút thuốc lá.
- Các bệnh lý nội khoa: cao huyết áp, ĐTD, bệnh gan thận...
- Điều trị với các thuốc chống co giật.

4. Tác dụng phụ

- Ra máu thâm giọt thường gặp ở 2-3 CKKN đầu tiên khi dùng thuốc.
- Cương vú, đau vùng tiểu khung (kiểu giả có thai).
- Nhức đầu, thay đổi tâm lý, ham muốn tình dục.
- Tăng cân nhẹ do giữ muối, giữ nước. (Thường chỉ xuất hiện trong thời gian đầu dùng thuốc)

5. Cách sử dụng

- Bắt đầu uống viên thứ nhất từ ngày 1 đến ngày 5 của vòng kinh, uống 1viên/ngày vào 1 giờ nhất định theo chiều mũi tên trên vỉ thuốc. Với vỉ 28 viên, khi hết vỉ thì uống viên đầu tiên của vỉ tiếp theo vào ngày hôm sau dù đang còn kinh. Với vỉ 21 viên khi hết vỉ nghỉ 7 ngày rồi dùng tiếp vỉ sau.
- Sau đẻ không cho con bú: uống từ tuần thứ 4 sau đẻ.
- Sau nạo/sảy thai: có thể bắt đầu sớm trong vòng 5 ngày đầu sau nạo.

Xử trí khi quên thuốc:

- + Nếu quên thuốc 1 viên thì uống ngay khi nhớ ra và tiếp tục như bình thường.
- + Nếu quên thuốc 2 viên liên tiếp thì phải uống 2 viên/ngày trong 2 ngày sau đó. Đồng thời dùng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ cho đến khi hết vỉ thuốc.
- + Nếu quên từ 3 viên trở lên, bỏ vỉ thuốc và bắt đầu dùng vỉ mới. Dùng biện pháp hỗ trợ trong 7 ngày đầu tiên.
- + Hàng năm, khám kiểm tra 1 lần hoặc khi có dấu hiệu bất thường.

Câu 37. Trình bày triệu chứng, điều trị, dự phòng viêm âm đạo do nấm.**1. Triệu chứng**

- Ngứa âm hộ âm đạo.
- Có cảm giác nóng rát, đau khi giao hợp.
- Âm hộ và niêm mạc âm đạo viêm đỏ.
- Huyết trắng đục, đặc, lợn cợn thành mảng giống sữa đông, vôi vữa.
- CTC bình thường.
- PH âm đạo bình thường ($<4,5$)
- Cận lâm sàng:
 - + Nhuộm soi có sợi tơ nấm/bào tử nấm.
 - + Cây nấm giúp chẩn đoán xác định.

2. Điều trị

- Thuốc đặt âm đạo: clotrimazole, miconazole, terconazole..
- Thuốc uống điều trị nấm
- Thuốc dạng kem bôi: butoconazole, ticonazole..

3. Dự phòng

- Không mặc đồ lót quá chật hoặc đồ lót có chất liệu từ sợi tổng hợp, nên mặc đồ lót cotton.
- Giữ khô ráo vùng kín sau khi tắm và trước khi mặc đồ.
- Sau mỗi lần đi vệ sinh dùng giấy vệ sinh mềm lau theo hướng từ trước ra sau hậu môn.
- Không rửa bộ phận sinh dục nhiều lần trong ngày, không thụt rửa bên trong.
- Khi bị nấm phải đi khám phụ khoa không tự ý dùng thuốc theo đơn.
- Trong quá trình điều trị hạn chế quan hệ tình dục

Câu 38. Trình bày triệu chứng, biến chứng, điều trị u nang buồng trứng.**1. Triệu chứng**

Cơ năng	Thực thể	Cận lâm sàng
<ul style="list-style-type: none"> - U nhỏ: triệu chứng nghèo nàn. - U lớn: cảm giác nặng bụng dưới, có dấu hiệu chèn ép các tạng xung quanh gây tiểu rất, bí đại tiểu tiện. 	<ul style="list-style-type: none"> - U to: bụng dưới to, sờ thấy khối u di động, có khi đau. - Khám âm đạo: TC nhỏ, cạnh TC có khối tròn đều, di động, ranh giới rõ. - U nang dính hay u nang trong DC rộng: di động hạn chế, có khi mắc kẹt trong tiểu khung. 	<ul style="list-style-type: none"> • hCG (-) • Siêu âm: ranh giới khối u rõ • Soi ổ bụng: chỉ làm khi khối u nhỏ, nghi ngờ với GEU. • Xquang bụng không chuẩn bị: u nang bì thấy cản quang. • Chụp TC-VTC có thuốc cản quang: TC lệnh 1 bên, VTC bên khối u kéo dài ôm lấy khối u.

2. Biến chứng

- Xoắn u nang (hay gặp nhất). Có 2 hình thức xoắn:
- Xoắn cấp tính: đau bụng đột ngột, dữ dội, mạch, HA ổn định, có thể nôn, buồn nôn, ấn vào khối u rất đau, di động hạn chế.
- Xoắn bán cấp: đau từ từ âm ỉ, giảm khi thay đổi tư thế, thỉnh thoảng lại tái phát.
- Chảy máu trong nang (u nang xoắn, máu ứ không trở về được gây vỡ mạch, nang to dần)
- Vỡ u nang → chảy máu ổ bụng cấp tính.
- Viêm nhiễm (U nang dính với các tạng xung quanh → VPM khu trú)
- Chèn ép → bán tắc ruột, đại tiểu tiện khó
- Ung thư hoá: Ung thư có thể xảy ra ở cả 3 loại u nang thực thể, nhưng u nang nước thường gặp nhất.
- U nang và thai nghén: U nang có thể gây sảy thai, đẻ non, u tiền đạo, ngôi bất thường, xoắn u nang sau đẻ.

3. Điều trị

- U nang cơ năng → TD định kỳ, chỉ PT khi có biến chứng.
- U nang thực thể → PT là chủ yếu, tốt nhất nên mổ chương trình.
- U lành tính, u ở 2 BT, BN trẻ → bóc u nang để lại phần lành. Khi mổ tốt nhất nên lấy cả khối, nếu u mắc kẹt hay quá to thì hút bớt dịch, nên chèn gạc tốt để hạn chế dịch chảy vào ổ bụng.
- Khối u dính nên cẩn thận vì có thể gây tổn thương các tạng xung quanh.
- U nang xoắn → cắt, cắt trước khi tháo xoắn.
- Các khối u đều phải gửi làm giải phẫu bệnh để xác định lành/ác tính.
- U ác tính → cắt TC hoàn toàn, cắt bỏ phần phụ bên kia, cắt 1 phần mạc nối lớn và tiếp tục điều trị hoá chất.

Câu 39. Trình bày triệu chứng, biến chứng, điều trị u xơ tử cung.**1. Triệu chứng**

- Triệu chứng cơ năng

+ Khí hư loãng.

+ Rong kinh, cường kinh là triệu chứng chính, máu kinh lẫn máu cục.

+ Đau vùng hạ vị/hố chậu, có thể tăng lên trước/trong khi có kinh. Đau tức bụng kéo dài có thể do khối u chèn ép vào tạng lân cận.

- Triệu chứng thực thể

+ Toàn thân: Thiếu máu

+ Nhìn: khối u gồ lên ở vùng hạ vị nếu lớn.

+ Sờ nắn bụng: khối u ở hạ vị có mật độ chắc, di động liên quan với TC.

+ Khám摸 vết: Nếu u xơ ở CTC có thể thấy polyp có cuống nằm ở lỗ ngoài CTC.

+ Khám âm đạo + nắn bụng: TC to, chắc, nhẵn, đều (có khi gồ ghề) không đau, di động.

+ Khám trực tràng: phân biệt u xơ tử cung phát triển về phía sau hay khối u trực tràng.

- Cận lâm sàng

+ Siêu âm: TC to, đo được kích thước của u xơ tử cung và kích thước của nhân xơ tử cung. Siêu âm cản quang (bơm nước muối/dịch cản quang vào buồng TC) có thể phát hiện polyp buồng tử cung.

+ Soi buồng tử cung: chẩn đoán và điều trị các u xơ dưới niêm mạc.

+ XN TB âm đạo: để phát hiện các tổn thương CTC kèm theo.

+ CT- scan khi cần phân biệt với các ung thư ở tiểu khung.

2. Biến chứng

UXTC ở người không có thai	U xơ tử cung và thai nghén
<ul style="list-style-type: none"> - Chảy máu: rong kinh, rong huyết → thiếu máu - Chèn ép: <ul style="list-style-type: none"> + U xơ trong DC rộng chèn ép niệu quản → ứ đọng đài bể thận, sỏi, sỏi, sỏi... + U xơ ở mặt sau TC chèn ép trực tràng → táo bón - Xoắn khối u dưới phúc mạc có cuống: đau dữ dội vùng hố chậu, kèm dấu hiệu kích thích phúc mạc (nôn, bí trung đại tiện) - Thoái hoá: thoái hoá hoại tử vô khuẩn/thoái hoá kính. - Ung thư hoá (hiếm) 	<ul style="list-style-type: none"> - Chậm có thai/vô sinh - Sảy thai, đẻ non - Rau tiền đạo, rau bám chặt. - Đẻ khó: gây ngôi thai bất thường, u tiền đạo - Chuyển dạ kéo dài, RL cơn co - Trở ngại cho đường rạch cơ TC khi mổ lấy thai - Thời kỳ hậu sản: bế sản dịch, nhiễm khuẩn + Khối u bị kẹt ở cùng đồ Douglas → chèn ép bàng quang, trực tràng + Khối u dưới phúc mạc dính vào phúc mạc

3. Điều trị

- Phương pháp điều trị phụ thuộc vào tuổi BN, số lần có thai, tình trạng thai nghén, mong muốn có thai trong tương lai, vị trí và kích thước khối u.

3.1. Điều trị nội khoa

- Mục đích: hạn chế sự phát triển của khối u và các triệu chứng rong kinh, rong huyết.

- Chỉ định:

+ U xơ nhỏ, không biến chứng chỉ cần theo dõi, không cần điều trị.

+ U xơ nhỏ, không biến chứng, ở tuổi sắp mãn kinh hoặc chờ mổ vì một số bệnh lý nội khoa, nhưng phải ngừng điều trị trước PT ít nhất 10 ngày.

- Thuốc: Medroxyprogesteron 10mg/ngày x 10 ngày, từ ngày 16-25 của vòng kinh.

hoặc GnRH agonist, Danazol

3.2. Điều trị ngoại khoa

→ Chỉ định

- U xơ có biến chứng: chảy máu, chèn ép, hoại tử, xoắn hay kết hợp với vô sinh, điều trị nội khoa thất bại.

- U xơ phối hợp tổn thương khác: sa sinh dục, u nang buồng trứng, nghịch sản CTC.

- U xơ tử cung to hay lớn dần lên (>8cm)

- U xơ làm biến dạng buồng TC: u xơ dưới niêm mạc gây chảy máu và nhiễm khuẩn.

3.3. Điều trị bảo tồn

- Gây tắc mạch khối nhân xơ bằng bơm chất gây tắc mạch.

- Bóc nhân xơ (mổ hở hoặc nội soi).

- Cắt polyp buồng tử cung qua soi buồng TC hoặc mổ hở.

- Điều trị triệt để: Cắt TC hoàn toàn, có thể cắt 2 hay 1 phần phụ tùy từng trường hợp cụ thể và tuổi người bệnh.

Câu 40. Nêu các yếu tố nguy cơ, triệu chứng của ung thư niêm mạc tử cung.

1. Các yếu tố nguy cơ gây ung thư niêm mạc tử cung:

- Tuổi từ 50 - 70.
- Không sinh đẻ hoặc đẻ ít
- Béo phì > 25kg so với bình thường
- Bệnh lý ở tử cung: quá sản niêm mạc tử cung
- Mãn kinh muộn sau 55 tuổi.

Dùng estrogen đơn thuần, kéo dài.

- Tiền sử ung thư buồng trứng, ung thư vú và ung thư đại tràng.
- Đái tháo đường.
- Cao huyết áp

2. Triệu chứng của ung thư niêm mạc tử cung:

2.1. Triệu chứng cơ năng

- + Ra máu âm đạo bất thường ở phụ nữ đã mãn kinh hoặc rong kinh, rong huyết ở phụ nữ tiền mãn kinh hoặc còn kinh. Triệu chứng này hay gặp khoảng (80%).
- + Chảy dịch hôi âm đạo có thể gặp khoảng 30% các người bệnh. Chảy dịch thường do nhiễm khuẩn, máu lẫn chất hoại tử tạo mùi hôi.
- + Đau vùng hạ vị thường xuất hiện muộn khi khối u đã lan tràn hoặc xâm lấn vào các bộ phận khác trong hố chậu, triệu chứng này có thể gặp khoảng 20,4%.

2.2. Triệu chứng thực thể

Các dấu hiệu thăm khám lâm sàng thường ít thấy. Đặt mỏ vịt chẩn đoán loại trừ trường hợp ra máu từ cổ tử cung. Nếu người bệnh đến ở giai đoạn muộn có thể thấy thân tử cung to, hoặc có xâm lấn cổ tử cung, âm đạo hay có dấu hiệu di căn xa.