TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
BỘ MÔN SẢN

Bài giảng
SẢN PHỤ KHOA

TẬP 1

HCM
ỜNG
OC
0
7

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
BỘ MÔN SẢN

BÀI GIẢNG SẢN PHỤ KHOA

TẬP I

(Tái bản lần thứ năm)

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2013

THƯ VIỆN
KHOA BD KTYK

Chủ biên

GS. DƯƠNG THỊ CƯƠNG

Thư ký biên soạn

PGS.TS. NGUYỄN VIẾT TIẾN

Biên soạn

PGS.TS. TRẦN HÁN CHÚC

GS. DƯƠNG THỊ CƯƠNG

PGS.TS. NGUYỄN ĐỨC HINH

TS. PHẠM THỊ HOA HỒNG

BSCKII. MA THỊ HUẾ

TS. NGUYỄN VIỆT HÙNG

GS.TS. NGUYỄN KHẮC LIÊU

GS.TS. TRẦN THỊ PHƯƠNG MAI

BSCKII. NGUYỄN MINH NGUYỆT

PGS.TS. VŨ NHẬT THĂNG

PGS.TS. NGUYỄN VIẾT TIẾN

LỜI NÓI ĐẦU

Cuốn sách này tập hợp các bài giảng lý thuyết về Sản và Phụ khoa dành cho sinh viên các lớp đi thực tập tại Bộ môn. Các bài giảng là do các anh chị em cán bộ giảng dạy của bộ môn viết theo số tiết giảng được phân công trong chương trình học của sinh viên Y3 và Y5. Do đó cuốn sách viết chưa hoàn chỉnh, có bài dài, bài ngắn phụ thuộc vào số tiết.

Chúng tôi rất mong các bạn đồng nghiệp góp ý kiến cho các tác giả để lần xuất bản sau được hoàn chỉnh hơn.

Hà Nội ngày 1 tháng 8 năm 1998

Trưởng bộ môn

GS. DƯƠNG THỊ CƯƠNG

MỤC LỤC

Phần I. Sản khoa

1. Giới thiệu những nét cơ bản của môn Phụ Sản 7
Dương Thị Cương
2. Sự thụ tinh. Sự làm tổ và sự phát triển của trứng 10
Phạm Thị Hoa Hồng
3. Tính chất thai nhi đủ tháng 22
Phạm Thị Hoa Hồng
4. Các phần phụ của thai đủ tháng 26
Phạm Thị Hoa Hồng
5. Thay đổi giải phẫu và sinh lý ở người phụ nữ có thai 34
Nguyễn Việt Hùng
6. Cơ chế đẻ ngôi chỏm kiểu thế chẩm chậu trái trước 49
Nguyễn Minh Nguyệt
7. Sổ rau thường 54
Nguyễn Việt Hùng
8. Hậu sản thường 61
Nguyễn Việt Hùng
9. Sự tiết sữa 69
Nguyễn Đức Hinh
10. Vệ sinh kinh nguyệt 74
Dương Thị Cương
11. Vệ sinh thai nghén 76
Dương Thị Cương
12. Vô khuẩn trong sản khoa 77
Nguyễn Đức Hinh
13. Sinh lý chuyển dạ 81
Nguyễn Việt Hùng

Phần II. Sản bệnh – Sản khó

1. Những yếu tố tiên lượng một cuộc đẻ 93
Phạm Thị Hoa Hồng
2. Các chỉ định mổ lấy thai 100
Phạm Thị Hoa Hồng
3. Sẩy thai 107
Vũ Nhật Thăng
4. Chửa ngoài tử cung 112
Nguyễn Viết Tiến
5. Chửa trứng 120
Trần Thị Phương Mai
6. Đẻ non 123
Nguyễn Việt Hùng

7. Chảy máu trong thời kỳ sổ rau 129
Phạm Thị Hoa Hồng
8. Suy thai cấp tính trong chuyển dạ 137
Nguyễn Đức Hinh
9. Vỡ tử cung 147
Ma Thị Huế
10. Thai chết lưu trong tử cung 154
Nguyễn Đức Hinh
11. Nhiễm độc thai nghén 161
Trần Hán Chúc
12. Rau tiền đạo 192
Trần Hán Chúc
13. Nhiễm khuẩn hậu sản 203
Vũ Nhật Thăng
14. Tư vấn về các biện pháp kế hoạch hoá gia đình 210
Nguyễn Khắc Liêu
15. Chất lượng chăm sóc sức khoẻ sinh sản 212
Nguyễn Khắc Liêu

Phần III. Phụ khoa

1. Sinh lý phụ khoa 218
Nguyễn Khắc Liêu
2. Sử dụng hormon trong phụ khoa 231
Nguyễn Khắc Liêu
3. Vòng kinh không phóng noãn 240
Nguyễn Khắc Liêu
4. Thống kinh 242
Nguyễn Khắc Liêu
5. Rong kinh, rong huyết 246
Nguyễn Khắc Liêu
6. Vô kinh 251
Nguyễn Khắc Liêu
7. Viêm sinh dục 261
Vũ Nhật Thăng
8. Tổn thương thường gặp ở cổ tử cung 270
Dương Thị Cương
9. Khối u nguyên bào nuôi 276
Vũ Nhật Thăng
10. U xơ tử cung 282
Vũ Nhật Thăng
11. Các khối u buồng trứng 290
Trần Thị Phương Mai
12. Đại cương về vô sinh 301
Nguyễn Khắc Liêu

Phần I

SẢN KHOA

GIỚI THIỆU NHỮNG NÉT CƠ BẢN CỦA MÔN PHỤ SẢN

Môn Phụ sản là môn học về các bệnh của riêng người phụ nữ, bao gồm các bệnh của bộ máy sinh dục và tất cả những gì có liên quan tới bộ máy sinh dục nữ. Ngày trước, môn Phụ sản chủ yếu chỉ bao gồm 2 phần:

– Phụ khoa học về các bệnh lý của bộ phận sinh dục phụ nữ ngoài thời kỳ sinh đẻ.

– Sản khoa học về tình trạng thai nghén, sinh đẻ và các bệnh lý liên quan đến sinh đẻ.

Ngày nay, môn Phụ sản bao gồm 4 phần rõ rệt:

– Phụ khoa.

– Sản khoa

– Sơ sinh học về tình trạng trẻ sơ sinh trong khi chuyển dạ đẻ, ngay sau đẻ và 7 ngày đầu sau khi ra đời.

– Sinh đẻ kế hoạch học về các biện pháp giúp người phụ nữ có thể sinh đẻ theo ý muốn, bao gồm việc sử dụng các biện pháp tránh thai thông dụng, các biện pháp để đình chỉ thai nghén trong trường hợp có thai ngoài ý muốn, và điều trị vô sinh cho những cặp vợ chồng hiếm muộn.

Cũng vì thế chúng ta phải gọi môn học này là môn phụ sản sơ sinh và sinh đẻ kế hoạch thì mới đầy đủ các nội dung. Tuy nhiên, đối với các bác sĩ đa khoa thì phần chủ yếu phải biết chính là sản khoa, đặc biệt là sản thường, các cấp cứu sản khoa và cấp cứu phụ khoa. Phần sơ sinh, phụ khoa và sinh đẻ kế hoạch là dành cho các bác sỹ chuyên khoa. Tuy nhiên cần phải nhớ rằng sản - phụ - sơ sinh - sinh đẻ kế hoạch thì phải làm tốt công tác bảo bà mẹ trẻ em, có như vậy người phụ nữ mới chấp nhận sinh đẻ kế hoạch.

1. NỘI DUNG PHẦN SẢN KHOA

Sản khoa là môn học về thai nghén, sự sinh đẻ và các bệnh lý do tình trạng thai nghén và sự sinh đẻ dẫn tới. Sản khoa bao gồm ba phần: sản thường, sản khó và sản bệnh.

– Sản thường là môn học về cơ chế sự thụ thai, sự phát triển của thai, tình trạng thai nghén và các hiện tượng xảy ra khi chuyển dạ đẻ bình thường theo đường âm đạo và sự trở lại bình thường của bộ phận sinh dục sau đẻ.

– Sản khó là môn học về các khó khăn có thể xảy ra khi chuyển dạ đẻ do phía mẹ hoặc phía thai làm cho cuộc đẻ không thể diễn ra bình thường theo đường âm đạo được mà phải có sự can thiệp của người cán bộ y tế để sản phụ có thể đẻ hoặc theo đường âm đạo hoặc đường bụng (mổ lấy thai).

– Sản bệnh là môn học về tình trạng thai nghén và sự chuyển dạ đẻ ở sản phụ có thêm một bệnh nội khoa khác (ví dụ bệnh tim, bệnh thận) làm cho cuộc đẻ không thể diễn ra bình thường vì bệnh lý đó đã nặng lên do tình trạng chửa đẻ gây nguy cơ cho mẹ và cho thai.

– Đặc biệt trong sản khoa có các cấp cứu: cấp cứu chảy máu, cấp cứu nhiễm độc, cấp cứu nhiễm khuẩn, trong đó cấp cứu chảy máu nếu không xử trí kịp thời có thể làm chết cả mẹ và sơ sinh. Ngoài ra cần nhớ rằng vì mục đích chính của người đỡ đẻ là đảm bảo cho cuộc đẻ an toàn, mẹ và con đều khoẻ mạnh, nên việc quyết định cho đẻ đường âm đạo hay mổ lấy thai đường bụng có thể thay đổi từng giờ từng phút tuỳ theo diễn biến của cuộc chuyển dạ. Y học ngày nay có rất nhiều tiến bộ trong việc theo dõi đánh giá sự phát triển của thai trong buồng tử cung do đó lúc nào lấy thai ra hợp lý nhất cho cả mẹ và con cũng được xác định dễ dàng hơn.

2. NỘI DUNG PHẦN PHỤ KHOA

Phụ khoa là môn học về các bệnh của bộ phận sinh dục phụ nữ ngoài thời kỳ sinh đẻ, kể cả các tuyến vú. Như vậy tất cả các tình trạng sinh lý và bệnh lý của bộ phận sinh dục nữ, kể từ khi em bé gái bước vào tuổi dậy thì, qua thời kỳ hoạt động sinh dục đến tuổi mãn kinh và sau mãn kinh đều thuộc nội dung của môn phụ khoa. Tuy nhiên, trong phụ khoa ngoài các bệnh lý nói chung người ta còn chia ra:

– Phụ khoa trẻ em: theo dõi và điều trị tình trạng sinh lý và bệnh lý của các em bé gái quanh tuổi dậy thì và bước vào tuổi dậy thì, thường là dưới 15 tuổi.

– Phụ khoa ung thư: phòng và điều trị các ung thư của bộ phận sinh dục nữ, kể cả ung thư vú.

– Phụ khoa nội tiết điều trị các bệnh của bộ phận sinh dục nữ do nguyên nhân nội tiết gây ra, kể cả vô sinh và rối loạn kinh nguyệt do rối loạn nội tiết buồng trứng.

Với các phát minh y học hiện nay, việc chẩn đoán và điều trị các bệnh phụ khoa đã có nhiều tiến bộ và nhiều hướng mới, đặc biệt là các phương pháp đề phòng và chống các bệnh phụ khoa.

3. NỘI DUNG PHẦN SƠ SINH HAY CHU SINH HỌC

Là phần học về sinh lý và bệnh lý sơ sinh từ ngay khi lọt lòng tới 7 ngày sau đẻ nhằm mục đích giúp cho người thầy thuốc sau khi đỡ đẻ an toàn, có thể theo dõi phát hiện và giải quyết một số bệnh lý sơ sinh.

Phần học về sơ sinh gồm có:

– Hồi sức thai và hồi sức sơ sinh sau đẻ.

– Sơ sinh non tháng.

– Sơ sinh bệnh lý.

Phần sơ sinh này chủ yếu để cung cấp những kiến thức ban đầu về chăm sóc sơ sinh cho người thầy thuốc sản khoa và người thầy thuốc nhi khoa chuyên về chu sinh.

4. NỘI DUNG PHẦN SINH ĐẺ KẾ HOẠCH

Do sự bùng nổ dân số thế giới, do tỷ lệ phát triển dân số còn cao ở nước ta, phần dân số và sinh đẻ kế hoạch có một vị trí quan trọng để làm tỷ lệ phát triển dân số đạt tới mức thay thế như Nghị quyết Trung ương Đảng đã đề ra.

Phần sinh đẻ kế hoạch có những nội dung sau đây:

– Dân số học:

– Các biện pháp tránh thai đang áp dụng ở Việt Nam kể các các biện pháp đình sản vĩnh viễn.

– Các biện pháp đình chỉ thai nghén cho những phụ nữ bị vỡ kế hoạch.

– Chẩn đoán và điều trị vô sinh cho các cặp vợ chồng mong muốn có thai. Trong sinh đẻ kế hoạch chúng ta thường ít quan tâm đến số cặp vợ chồng vô sinh này vì tỷ lệ vô sinh chỉ chiếm 7-8%, nhưng chúng ta phải luôn nhớ rằng sinh đẻ kế hoạch là phải quan tâm đến cả những người muốn sinh đẻ và những người muốn sinh đẻ theo kế hoạch đặt ra để đem lại hạnh phúc cho tất cả.

Ngày nay nội dung của môn phụ sản chính là nội dung của môn chăm sóc sức khoẻ sinh sản phụ nữ vì nó bao gồm việc chăm lo sức khoẻ cho người phụ nữ từ thuở dậy thì, qua thời kỳ hoạt động sinh dục đến thời kỳ mãn kinh, nghĩa là từ lúc ra đời đến khi chết, và vì vậy trong nội dung của môn học này thường có thêm một chương là "tình dục học" để giải thích yêu cầu tự nhiên của vấn đề tình dục, việc đạt khoái cảm trong tình dục, sức khoẻ tình dục và liên quan giữa tình dục và kế hoạch hoá gia đình. Chương này trước kia chúng ta không nói tới vì những quan niệm cổ hủ không dám đưa ra công khai, nay người ta thấy rõ tình dục là một lạc thú của cuộc đời và giáo dục tình dục là vô cùng quan trọng đối với thanh thiếu niên.

Tóm lại, môn phụ sản thực chất là môn phụ-sản-sơ sinh-sinh đẻ kế hoạch là môn học về việc chăm sóc người phụ nữ, điều trị các bệnh tật riêng của người phụ nữ mà người nam giới không có, liên quan đến toàn bộ cuộc đời của người phụ nữ từ khi bắt đầu dậy thì, khi lập gia đình, trở thành người mẹ cho tới tận tuổi già. Do đó người sinh viên học môn này là đi sâu vào những gì thầm kín nhất của cuộc đời người phụ nữ: từ giải phẫu, sinh lý, bệnh lý của bộ sinh dục nữ tới tâm lý và những tình tiết riêng trong cuộc sống tình dục của người phụ nữ. Vì vậy yêu cầu trước tiên là người sinh viên phải có lòng yêu thương người bệnh, có đạo đức của người thầy thuốc, không được đem những chi tiết trong cuộc đời riêng của bệnh nhân nói ra ngoài. Khi khám sản khoa cũng như khi khám phụ khoa phải xin phép bệnh nhân và phải khám nhẹ nhàng, không làm bệnh nhân đau hay sợ hãi, trong khi khám không được đùa cợt. Chỉ có với thái độ tôn trọng bệnh nhân, thông cảm với bệnh nhân, học tập nghiêm túc, cư xử đúng đắn, được bệnh nhân tin cậy thì chúng ta mới có thể học tốt môn học đặc biệt này.

SỰ THỤ TINH, SỰ LÀM TỔ VÀ SỰ PHÁT TRIỂN CỦA TRỨNG

1. ĐẠI CƯƠNG

– Sự thụ tinh là sự kết hợp giữa một tế bào đực là tinh trùng với một tế bào cái là noãn để thành một tế bào mới là trứng:

– Sự thụ thai là sự thụ tinh kèm theo sau đó là sự làm tổ của trứng.

– Sau khi làm tổ, trứng phát triển thành thai và phần phụ của thai.

– Phần phụ của thai còn gọi là phần phụ của trứng gồm bánh rau, màng rau, dây rau và nước ối.

2. SỰ THỤ TINH

Ở người, ngay từ năm 1787, Spallanzani đã chứng minh sự cần thiết phải có sự kết hợp tinh trùng với noãn và gọi là hiện tượng thụ tinh, thì mới trở thành trứng và phát triển thành thai trong tử cung.

2.1. Tinh trùng

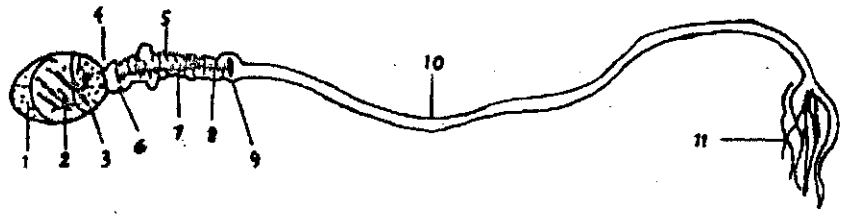
Tinh bào trưởng thành gọi là tinh trùng. Mỗi tinh trùng gồm có 3 phần:

– Đầu: hình bầu dục, phần trước có nguyên sinh chất, phần sau là một nhân to có nhiễm sắc thể.

– Thân: ở giữa có dây trục, nằm giữa các dây xoắn ốc, gần phía đầu có trung thể.

– Đuôi dài, ở giữa có dây trục.

2.1.1. Các đặc điểm của tinh trùng



1. Acrosome
2. Nhân
3. Nắp sau
4. Cổ
5. Phần trung gian
6. Trung thể
7. Sợi trục
8. Ty thể dạng xoắn
9, 10. Đuôi
11. Các sợi tận cùng

Hình 1. Tinh trùng

– Chiều dài 65μm

– Số lượng từ 60-120 triệu/1ml tinh dịch.

– Tỷ lệ hoạt động (lúc mới phóng tinh) trên 80%.

– Tốc độ di chuyển mỗi phút 1,5-2,5 mm

– Thời gian sống trong đường sinh dục phụ nữ phụ thuộc vào acid của môi trường.

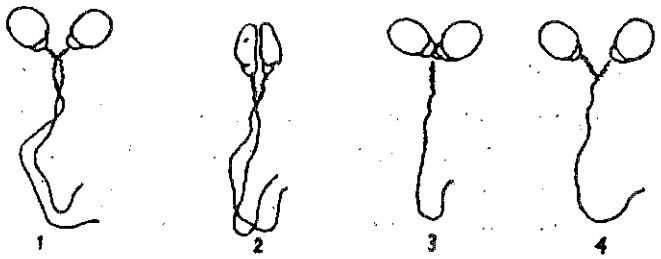
+ Ở âm đạo: pH toan sống được ≤ 2 giờ.

+ Ở ống cổ tử cung: pH > 7,5 sống được 2-3 ngày.

+ Trong vòi trứng: tinh trùng sống được 2-3 ngày. Tóm lại trung bình tinh trùng có thể sống trong bộ phận sinh dục nữ từ 2 đến 3 ngày.

2.1.2. Dị dạng về hình thể tinh trùng

Có thể gặp tinh trùng dị dạng trong tinh dịch bình thường nhưng tỷ lệ dị dạng không được quá 10%.



1,2. Tinh trùng hai đầu, thân dính vào nhau và có 2 đuôi

3. Tinh trùng 2 đầu cùng thân

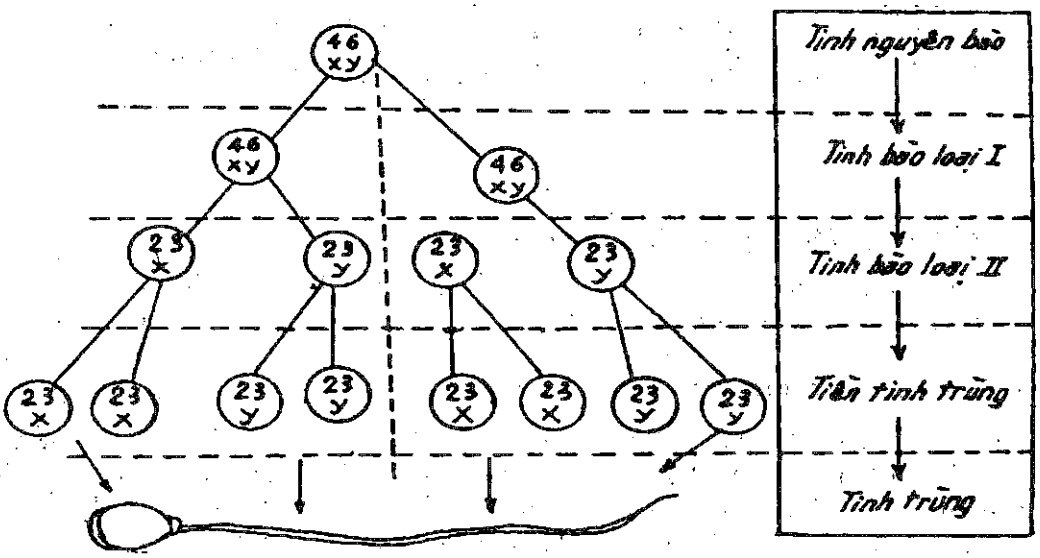
4. Tinh trùng hai đầu thân dính nhau, chung 1 đuôi

Hình 2

2.1.3. Nơi sản sinh ra tinh trùng

Tinh hoàn sản sinh ra tinh trùng. Trong tinh hoàn có các ống sinh tinh, trong ống sinh tinh có những tinh nguyên bào là những tế bào nguyên thuỷ của tinh trùng.

Tinh nguyên bào có 46 XY (nhiễm sắc thể). Phân bào lần thứ nhất (phân bào thường) thành tinh bào loại một có 46 XY. Phân bào lần thứ hai (phân bào giảm nhiễm) thành tinh bào loại hai có 23, X hoặc 23, Y. Sau đó tiếp tục phân bào thành tiền tinh trùng và tinh trùng loại 23, Y hoặc tinh trùng loại 23, X.



Hình 3. Sơ đồ phát triển của tinh bào thành tinh trùng

2.2. Noãn bào

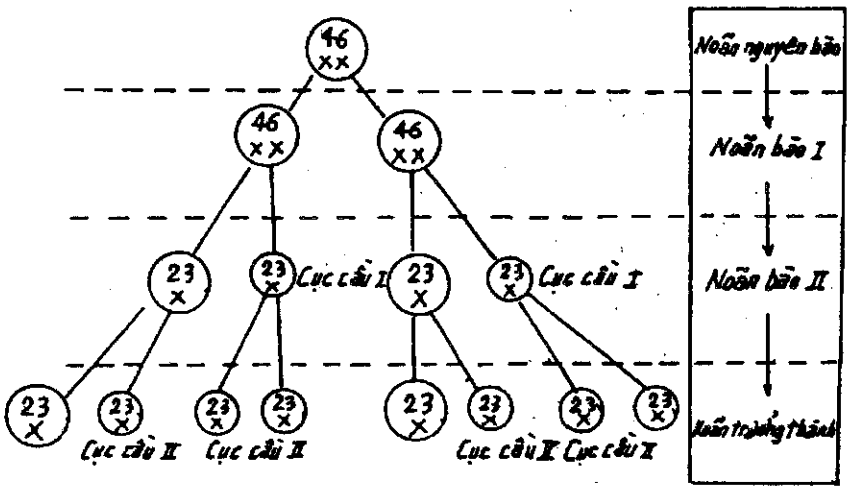
Trong buồng trứng có các nang noãn nguyên thuỷ. Buồng trứng của một em bé gái mới lọt lòng mẹ có từ 1.200.000 đến 1.500.000 nang noãn nguyên thuỷ. Nhưng từ tuổi dậy thì đến lúc mãn kinh chỉ có 400 đến 450 nang trưởng thành, có phần lớn thoái hoá và teo đi. Nang nguyên thuỷ phát triển dần trở thành nang graff. Trong nang graff có noãn và các tế bào hạt.

Noãn trưởng thành có đường kính từ 100 đến 150μ. Noãn được phóng ra từ nang graff đem theo nhiều lớp tế bào hạt bao bọc xung quanh.

Cấu tạo của noãn có vỏ bọc gọi là màng trong suốt. Noãn chứa nguyên sinh chất và một nhân to lệch sang bên. Khi noãn được phóng ra ngoài thì loa vòi trứng hứng lấy noãn và đưa về vòi trứng.

Sự phát triển của noãn thành noãn trưởng thành:

Noãn nguyên bào trong nang noãn phân bào và phát triển thành noãn bào loại I, noãn bào loại II và cuối cùng là noãn trưởng thành. Quá trình phát triển từ noãn nguyên bào thành noãn bào loại II ở trong giai đoạn trước tuổi thành niên. Noãn bào loại II phát triển thành noãn trưởng thành chỉ xảy ra trong khi phóng noãn.



Hình 4

2.3. Di chuyển của tinh trùng và noãn

Tinh trùng và noãn đều phải di chuyển được đến địa điểm để thụ tinh. Nhưng đoạn đường và cách thức di chuyển của tinh trùng và noãn không giống nhau.

2.3.1. Di chuyển của tinh trùng

Khi giao hợp tinh trùng được trộn với tinh tương trở thành tinh dịch tống vào âm đạo. Từ các cùng đồ âm đạo, tinh trùng còn được khoảng cách chừng 20cm để tới nơi thụ tinh (ở 1/3 ngoài vòi trứng). Người ta tính với nhiệt độ cơ thể thì tốc độ di chuyển của tinh trùng là 1,5 đến 2,5 mm trong 1 phút, vậy thời gian cần thiết để tinh trùng tới được nơi thụ tinh khoảng từ 90 phút đến 2 giờ. Thực ra tinh trùng di chuyển được đến nơi thụ tinh phải vượt qua cổ tử cung, tử cung và 2/3 trong của vòi

trứng, thì ngoài khả năng tự di chuyển của nó (nhờ có đuôi) còn có thêm nhiều yếu tố khác tác động vào cho nên thời gian để tinh trùng đến được nơi thụ tinh có thể ngắn hoặc dài hơn bình thường.

Đầu tiên tinh trùng ngay khi xuất tinh được tập trung nhiều tại cùng đồ của âm đạo. Nếu ở người bình thường, với tử cung hơi ngả trước thì lỗ của tử cung hướng về phía sau, nghĩa là nằm ngay trong đám tinh dịch. Tại đây, nhờ những co bóp của các thớ cơ âm đạo, sức hút của cổ tử cung, độ pH thích hợp của vùng cổ tử cung nên tinh trùng di chuyển được tương đối nhanh đến lỗ ngoài cổ tử cung. Từ đó tinh trùng vượt qua ống cổ tử cung để tới tử cung. Tuy nhiên tinh trùng qua được nhanh và nhiều như thế ngoài sự tự chuyển động, còn tuỳ thuộc khối lượng và đặc điểm lý hoá của niêm dịch cổ tử cung. Tuỳ theo từng thời gian trong vòng kinh dưới tác động của các loại nội tiết tố mà niêm dịch cổ tử cung có nhiều thay đổi. Ở thời điểm có phóng noãn thì lượng niêm dịch, độ nhầy, độ trong suốt của nó là thích hợp nhất cho tinh trùng qua được ống cổ tử cung dễ dàng hơn so với bất cứ thời điểm nào khác.

Qua được ống cổ tử cung, tinh trùng được chuyển lên phía vòi trứng cũng do khả năng tự di động của chúng, nhưng cũng có thêm những yếu tố khác tác động vào như nhu động của tử cung và vòi trứng, luồng dịch vận chuyển trong tử cung và vòi trứng, tác động của các đoạn thắt sinh lý như lỗ trong cổ tử cung, lỗ trong vòi trứng, sự vận động của các nhung mao của niêm mạc tử cung và vòi trứng... Những yếu tố tác động này trên thực tế đã có tác dụng chọn lọc về chất, đặc biệt là tại vùng cổ tử cung.

So sánh tình hình các tinh trùng ở âm đạo, cổ tử cung, buồng tử cung, vòi trứng thì tỷ lệ các tinh trùng không bình thường ngày một giảm và đến vòi trứng số lượng tinh trùng tuy ít đi rất nhiều nhưng chủ yếu là tinh trùng bình thường. Hiện tượng tinh trùng bị tiêu huỷ trong quá trình di chuyển được coi là một điểm cần thiết về sinh lý, vì nếu tinh trùng đến được địa điểm quá đông, hoặc có những con không tốt thì trứng thụ tinh sẽ không được bình thường.

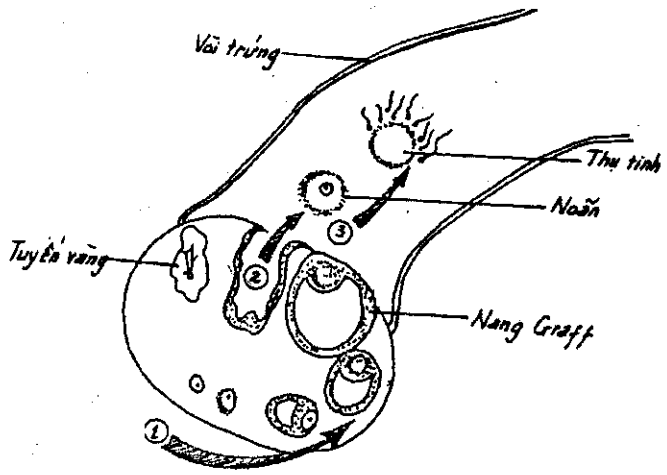
2.3.2. Di chuyển của noãn

Đoạn đường đi của noãn đến nơi thụ tinh ngắn hơn so với của tinh trùng, nhưng lại không thể tự chuyển động được, mà phải nhờ những yếu tố chung quanh. Lúc đầu khi nang noãn vỡ ra, noãn được thoát ra khỏi nang và nằm trên mặt của buồng trứng, lúc nãy noãn ở vào giai đoạn noãn bào cấp II, chung quanh noãn là màng trong và lớp tế bào hạt. Sau đó noãn được hút về phía vòi trứng (cơ chế của sự hút này cũng chưa biết thật rõ). Có thuyết cho rằng: noãn bị hút về phía vòi là do tác động phối hợp của nhu động vòi trứng và các nhung mao trong vòi trứng. Tác động đó càng mạnh nếu các tua của loa vòi càng gần noãn.

Một thuyết khác nêu lên vai trò của chất dịch thường có trong ổ bụng, chất dịch này luôn luôn chuyển động về phía loa vòi trứng nên hút noãn theo về hướng đó. Ngoài ra còn những yếu tố khác như sự co thắt các thớ cơ trơn trong các tua vòi, vai trò của nội tiết tố.... Khi tới lỗ vòi trứng, noãn sẽ vượt qua và di chuyển trong vòi trứng tương đối nhanh, chỉ sau vài giờ là có thể tới địa điểm thụ tinh. Sự di chuyển của noãn trong đoạn vòi này do những yếu tố như luồng dịch từ ổ bụng vào

tử cung, nhu động của vòi trứng, sự cử động của nhung mao vòi trứng. Trong giai đoạn phóng noãn, lượng estrogen lên cao kích thích sự co bóp của các cơ trơn nên đã đẩy noãn di chuyển nhanh.

2.4. Sự thụ tinh



Hình 5

1. Mũi tên 1: bọc nguyên thuỷ lớn lên thành nang Graff

2. Mũi tên 2: Noãn rụng, tương ứng với thời phân bào lần 1 và xuất hiện cực cầu thứ nhất.

3. Mũi tên 3: Noãn qua loa vòi đi vào trong vòi trứng.

* Tua của loa vòi trứng xung hướng cứng lên áp vào phía buồng trứng để hứng tiểu noãn. Dưới tác dụng của hệ thống bạch mạch ở vùng loa tạo ra một sức hút thể dịch trong ổ bụng vào phía ống dẫn trứng, kết hợp với nhu động của vòi trứng, làm cho noãn tiến sâu dần vào vòi trứng và thường gặp tinh trùng ở 1/3 ngoài vòi trứng.

Vào khoảng ngày 14 của vòng kinh, noãn từ buồng trứng được phóng ra ngoài, được loa vòi trứng hút vào trong vòi trứng. Nếu có tinh trùng ở âm đạo, tinh trùng chạy nhanh về phía cổ tử cung, lên buồng tử cung và vòi trứng để gặp noãn và thụ tinh. Hiện tượng thụ tinh diễn ra ở 1/3 ngoài của vòi trứng.

Mặc dầu chưa hiểu biết thật chi tiết, nhưng dựa vào thực nghiệm trên súc vật và các thí nghiệm trên trứng người trong ống nghiệm (invitro) có thể hình dung các bước thụ tinh đại cương như sau:

Tinh trùng và noãn gặp nhau, có tác giả cho rằng: do tình cờ mà các tinh trùng gặp noãn. Có người cho là tinh trùng bị hút vào noãn là do mối liên kết lý hoá của một chất có trong màng trong suốt (chất fertilysine) và các men của tinh trùng là sự kết hợp này chỉ xảy ra đối với tinh trùng đã được khả năng hoá (capacitation) hiện tượng khả năng hoá bao gồm những thay đổi sinh lý hoá và sinh vật diễn ra trong quá trình di chuyển của tinh trùng.

- Tinh trùng vào màng trong: cực đầu (acrosom) của đầu tinh trùng tiết ra men hyaluronidase làm tan lớp tế bào hạt để tinh trùng đi đến được màng trong và tinh trùng đi qua được màng trong là nhờ sức đẩy của đuôi và cũng nhờ những men của acrosom. Đầu tiên một loại men protease tác động lên màng trong để tinh trùng chui qua được dễ dàng. Sau đó men neuraminidase làm thay đổi cấu trúc màng trong làm cho các tinh trùng khác không qua được nữa.

– Tinh trùng vào trong noãn: khi tới màng bào tương của noãn, cực đầu (acrosom) của đầu tinh trùng mất đi và đuôi tinh trùng cũng ở ngoài. Nhân của tinh trùng nằm trong bào tương của noãn không khác gì nhân của bản thân noãn. Cũng có ý kiến cho rằng cả đuôi của tinh trùng cũng vào hẳn trong bào tương của

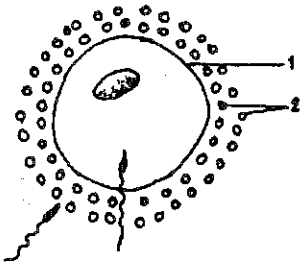
noãn và sau đó mới tan đi. Hoặc có khi cả hai tinh trùng cũng vào được nhưng chỉ có một nhân kết hợp được với nhân noãn.

Khi tinh trùng chui được vào trong noãn thì lúc này noãn đang ở thời kỳ cuối của phân bào nguyên nhiễm và noãn loại cực cầu II ra ngoài. Bào tương của noãn co lại và ở cách xa với màng trong để tránh không cho các tinh trùng khác vào.

Sự biến đổi ở nhân.

Nhân của đầu tinh trùng chui vào noãn trở thành tiền nhân đực có in nhiễm sắc thể. Lúc ấy noãn loại cực cầu II và trở thành tiền nhân cái cũng có 1n nhiễm sắc thể.

Hai tiền nhân tiếp tục phát triển riêng rẽ nhau, các chất trong nhân tăng lên. ADN tập trung nhiều hơn và nhân đông đặc lại. Nhìn bên ngoài có thể phân biệt được tiền nhân đực với tiền nhân cái: Tiền nhân cái bé hơn và ADN phân bổ không đều.



Hình 6. Noãn thụ tinh
1. Màng trong suốt
2 Tế bào hạt

Hai tiền nhân xích lại gần nhau, tiền nhân cái được hút vào tiền nhân đực hợp thành một nhân và phân bào.

Nếu tinh trùng xâm nhập vào noãn mang nhiễm sắc thể giới tính Y sẽ trở thành tế bào hợp nhất mang XY sẽ là thai trai. Nếu tinh trùng mang nhiễm sắc thể giới tính X sẽ trở thành tế bào hợp nhất mang XX sẽ là thai gái.

3. SỰ DI CHUYỂN CỦA TRỨNG

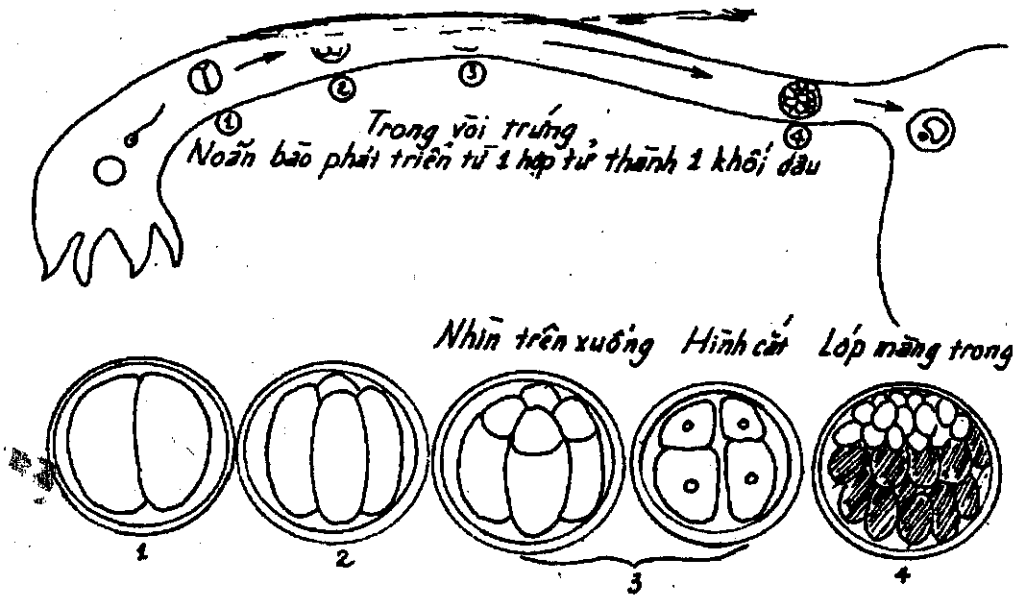
Sau khi thụ tinh ở 1/3 ngoài của vòi trứng, trứng tiếp tục di chuyển trong vòi trứng để đến làm tổ ở buồng tử cung. Ở người, sự thụ tinh được diễn ra một vài giờ sau phóng noãn thì trứng mất độ 3-4 ngày để đi hết phần còn lại ở vòi trứng và sống tự do trong tử cung từ 2-3 ngày rồi mới làm tổ.

Trứng di chuyển nhờ có 3 cơ chế:

- Nhu động của vòi trứng.
- Hoạt động của nhung mao niêm mạc vòi trứng.
- Luồng chất dịch hút từ ổ bụng chảy từ phía loa vòi trứng về buồng tử cung.

Nội tiết tố của buồng trứng có tác dụng điều chỉnh sự co bóp của vòi trứng estrogen và progesteron có ảnh hưởng đến nhu động của vòi trứng.

Trên đường di chuyển trứng phân bào rất nhanh. Từ một tế bào mầm phân chia thành hai tế bào mầm, rồi thành 4 tế bào bằng nhau. Sau đó lại phân chia thành 8 tế bào mầm: 4 tế bào mầm to và 4 tế bào mầm nhỏ. Từ đó các tế bào mầm nhỏ phát triển nhanh hơn các tế bào mầm to, và khi các tế bào mầm nhỏ bao quanh các tế bào mầm to thì trứng ở trong giai đoạn phôi dâu. Gồm từ 16-32 tế bào. Trong phôi dâu dần dần xuất hiện một buồng nhỏ chứa chất dịch đẩy các tế bào sang một bên và trở thành phôi nang (vào ngày thứ 6, 7 kể từ khi phóng noãn).



Hình 7. Sơ đồ sự phân chia của noãn bào sau khi thụ tinh

Các tế bào mầm nhỏ tạo thành lá nuôi có tác dụng nuôi dưỡng bào thai. Các tế bào mầm to nằm ở giữa sẽ trở thành các lá thai, sau này sẽ phát triển thành thai nhi.

Trứng tự do trong buồng tử cung khoảng 2-3 ngày có lẽ là để đạt mức phát triển cần thiết và cũng để cho niêm mạc tử cung chuẩn bị được thích hợp.

4. SỰ LÀM TỔ CỦA TRỨNG

Trứng bắt đầu làm tổ vào ngày thứ 6-8 sau khi thụ tinh (tức là ngày thứ 20-22 của vòng kinh), khi niêm mạc tử cung đã phát triển đầy đủ để chuẩn bị nhận trứng làm tổ. Nơi làm tổ thường là ở vùng đáy tử cung, mặt sau nhiều hơn mặt trước. Các bước làm tổ bao gồm: dính, bám rễ, qua lớp biểu mô và nằm sâu trong lớp đệm. Quá trình diễn biến như sau:

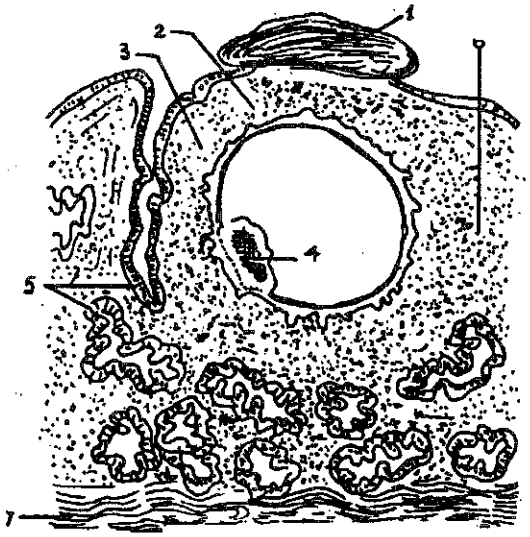
– Ngày thứ 6 đến 8. Phôi nang dính vào niêm mạc tử cung. Các chân giả xuất phát từ các tế bào nuôi bám vào biểu mô, gọi là hiện tượng bám rễ. Một số liên bào bị tiêu huỷ và phôi nang chui sâu qua lớp biểu mô.

– Ngày thứ 9-10 phôi thai đã qua lớp biểu mô trụ nhưng chưa nằm sâu trong lớp đệm, bề mặt chưa được biểu mô phủ kín.

– Ngày 11-12 phôi nằm hoàn toàn trong lớp đệm nhưng chỗ nó chui qua biểu mô cũng chưa được che kín.

– Ngày thứ 13-14 phôi nằm sâu trong niêm mạc và thường được biểu mô phủ kín. Trung sản mạc được biệt hoá thành hai lớp tế bào (lớp hội bào và lớp tế bào Langhans) và hình thành những gai rau đầu tiên.

Hiện tượng làm tổ chịu tác động của nhiều yếu tố sinh hoá học, miễn dịch học, đặc biệt là về nội tiết với sự progesteron.



Hình 8. Trứng làm tổ

1. Cực tơ huyết
2. Trung sản mạc
3. Tổ chức tử cung
4. Nụ bào thai
5. Ống tuyến
6. Sản bào

5. SỰ PHÁT TRIỂN CỦA TRỨNG VÀ PHẦN PHỤ CỦA TRỨNG

Sau khi thụ tinh trứng phân chia rất nhanh để cấu tạo thành thai và phần phụ của thai.

Về phương diện tổ chức, quá trình phát triển của trứng chia làm hai phần.

– Phần trứng sau này trở thành thai.

– Phần trứng sau này trở thành phần phụ của thai giúp cho thai phát triển.

Về phương diện thời gian, quá trình phát triển của trứng chia làm hai thời kỳ.

– Thời kỳ sắp xếp tổ chức: Bắt đầu từ lúc thụ tinh đến hết tháng thứ hai.

– Thời kỳ hoàn chỉnh tổ chức: từ tháng thứ 3 đến khi đủ tháng.

5.1. Thời kỳ sắp xếp tổ chức

5.1.1. Sự hình thành bào thai

Trong quá trình di chuyển từ nơi thụ tinh trứng tiếp tục tăng trưởng thành phôi dâu (Mòrula) và khi đến làm tổ ở tử cung trứng đang ở dạng phôi nang (Blastula). Các tế bào mầm to tiếp tục phân chia và phát triển bào thai với hai lớp tế bào: Lá thai ngoài và lá thai trong.

Vào ngày thứ 6, 7 (kể từ khi thụ tinh) lớp tế bào mầm to đã biệt hoá thành thai trong.

THƯ VIỆN KHOA HỌC KINH TẾ
237

– Đến ngày thứ 8 tiếp tục biệt hoá thành lá thai ngoài.

Vào tuần lễ thứ 3, ở giữa hai lá thai trong và lá thai ngoài sẽ phát triển thêm lá thai giữa.

Các lá thai này tạo ra bào thai (phôi thai) và sau tuần lễ thứ 8 phôi thai chuyển sang giai đoạn thai nhi.

Nguồn gốc	Hình thành các bộ phận
Lá thai ngoài	- Hệ thống thần kinh
	- Da
Lá thai giữa	- Hệ thống xương
	- Hệ thống cơ
	- Tổ chức liên kết
	- Hệ tuần hoàn
	- Hệ tiết niệu
Lá thai trong	- Hệ tiêu hoá
	- Hệ hô hấp

Ở một phôi thai mới thành lập, người ta phân biệt ba vùng.

– Vùng trước là đầu.

– Vùng giữa nhô về phía bụng, lưng có rãnh thần kinh.

– Vùng sau là phần đuôi.

Vùng trước và sau dần dần phình ra cho những phác hình của chi trên và chi dưới.

Cuối thời kỳ phôi thai, phần đầu phôi to một cách không cân đối đã có những phác hình của mắt mũi miệng, tai ngoài. Tứ chi có những chồi ngón. Những bộ phận chính của cơ thể (tuần hoàn tiêu hoá) đa số thành lập ở thời kỳ phôi.

Bào thai cong hình lưng tôm, về phía bụng của bào thai phát sinh ra nang rốn, trong có chứa các chất bổ dưỡng.

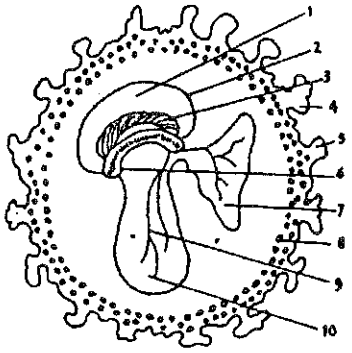
Từ các cung động mạch của thai, các mạch máu được phát ra đi vào nang rốn, lấy các chất bổ dưỡng về nuôi thai. Đó là hệ tuần hoàn thứ nhất hay hệ tuần hoàn nang rốn.

Về sau ở phía đuôi và bụng bào thai lại mọc ra một túi khác gọi là nang niệu. Trong nang này có phần cuối của động mạch chủ. Trong thời kỳ sắp xếp tổ chức, hệ tuần hoàn nang niệu mới bắt đầu hoạt động.

5.1.2. Phát triển của phần phụ

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

5.1.2.2. Trung sản mạc: các tế bào mầm nhỏ phát triển thành trung sản mạc. Trung sản mạc có hai lớp: Lớp ngoài là hội bào, lớp trong là các tế bào Langhans. Trung sản mạc làm thành các chân giả bao vây quanh trứng, thời kỳ này gọi là thời kỳ trung sản mạc rậm hay thời kỳ rau toàn diện.



1. Buồng ối
2. Nội sản mạc
3. Lớp thai ngoài
4. Chân giả
5. Hội bào
6. Lớp thai trong
7. Nang niệu
8. Tế bào Langhans
9. Mạch của hệ tuần hoàn thứ nhất
10. Nang rốn

Hình 9. Thời kỳ rau toàn diện

5.1.2.3. Ngoại sản mạc

Trong khi trứng làm tổ, niêm mạc tử cung phát triển thành ngoại sản mạc. Người ta phân biệt ba phần:

– Ngoại sản mạc tử cung là phần chỉ liên quan với tử cung.

– Ngoại sản mạc trứng là phần chỉ liên quan với trứng.

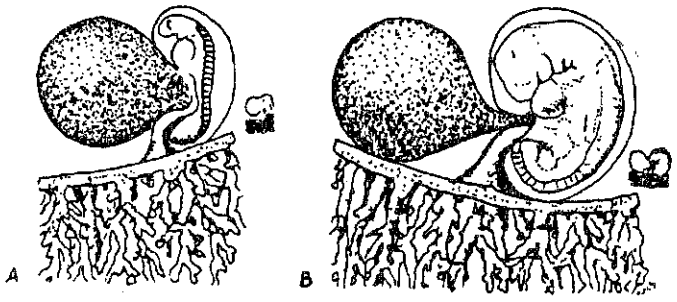
– Ngoại sản mạc tử cung - rau là phần ngoại sản mạc xen giữa lớp cơ tử cung và trứng.

5.2. Thời kỳ hoàn chỉnh tổ chức

5.2.1. Sự phát triển của thai

Trong thời kỳ này bào thai (phôi thai) gọi là thai nhi. Nó đã bắt đầu có đủ các bộ phận chỉ còn việc lớn lên và hoàn chỉnh tổ chức mà thôi.

Bộ phận sinh dục ngoài giúp nhận rõ giới tính, chỉ nhận ra rõ rệt ở tháng thứ tư (tuần lễ thứ 16). Chức năng vận động bắt đầu từ sau tuần lễ thứ 16, người mẹ cảm thấy thai máy.



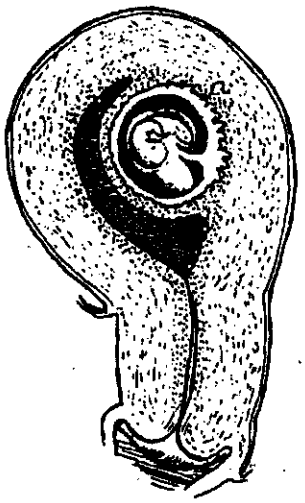
Hình 10. Phôi người ở tuổi thai

A. 22 ngày B. 23 ngày

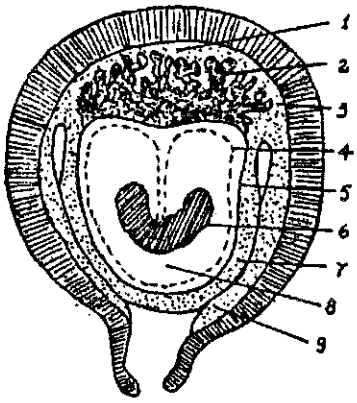
Hình nhỏ bên cạnh là kích thước thực sự của phôi

Cuối tháng thứ 6, da thai còn nhăn, được bao bọc bằng chất gây. Vào tháng thứ 7, lớp mỡ dưới da bớt nhăn. Ngón tay và ngón chân có móng. Tuần lễ 36 có điểm cốt hoá ở đầu dưới xương đùi. Đầu có tóc, vành tai ngoài mềm thường bị gấp nhăn lại vì thiếu sụn. Tuần lễ thứ 38 có điểm cốt hoá ở đầu trên xương chày. Thai đủ tháng có da mịn trơn, được bao phủ bằng chất gây, có lông măng, móng tay dài hơn móng chân, vành tai cứng hơn vì đầy đủ sụn.

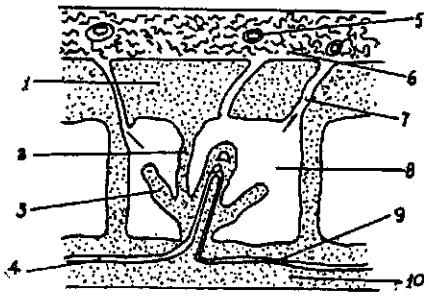
Trong thời kỳ này thai sống bằng hệ tuần hoàn thứ hai hay hệ tuần hoàn nang niệu. Nang niệu lôi kéo dần các mạch máu của nang rốn sang trong khi đó nang rốn dần dần teo đi. Cuối cùng hệ tuần hoàn nang niệu hoàn toàn thay thế cho nang rốn, rồi dần dần nang niệu cũng teo đi chỉ còn lại các mạch máu, đó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



Hình 11.
a. Ngoại sản mạc tử cung-rau
b. Ngoại sản mạc trứng
c. Ngoại sản mạc tử cung



Hình 12. Sự phát triển của phần phụ trong thời kỳ thứ hai
1. Ngoại sản mạc tử cung - rau
2. Tua rau
3. Trung thu sản mạc phát triển
4. Nội sản mạc
5. Trung sản mạc đã teo mỏng
6. Thai
7. Ngoại sản mạc trứng đã teo mỏng
8. Buồng ối
9. Ngoại sản mạc tử cung đã teo mỏng



Hình 13. Sơ đồ hồ huyết của gai rau
1. Ngoại sản mạc
2. Gai bám
3. Gai dinh dưỡng
4. Tĩnh mạch rốn
5. Tĩnh mạch tử cung
6. Cơ tử cung
7. Động mạch tử cung
8. Hồ huyết
9. Động mạch rốn
10. Trung sản mạc

5.2.2. Phát triển của phần phụ

5.2.2.1. Nội sản mạc: nội sản mạc ngày càng phát triển. Buồng ối ngày càng rộng ra và bao quanh khắp thai nhi. Thai nhi lúc đó như con cá nằm trong nước ối.

5.2.2.2. Trung sản mạc

Các chân giả sẽ tan đi, trung sản mạc trở thành nhẵn, chỉ còn khu trú phát triển ở vùng bám vào tử cung. Ở đây trung sản mạc phát triển thành gai rau với hai lớp tế bào và hai lớp hội bào và lớp tế bào Langhans. Trong lòng gai rau có tổ chức liên kết và các mao mạch của các mạch máu rốn. Lớp hội bào đục thủng niêm mạc tử cung thành các hồ huyết. Trong hồ huyết có hai loại gai rau.

– Loại lơ lửng trong hồ huyết gọi là gai rau dinh dưỡng, có nhiệm vụ đem các chất dinh dưỡng và O_2 trong máu mẹ về nuôi thai và trả về hồ huyết các chất bã và CO_2 để người mẹ đào thải.

– Loại gai rau bám: Bám vào nóc hay vách hồ huyết, giữ cho bánh rau bám vào niêm mạc tử cung.

5.2.2.3. Ngoại sản mạc

Ngoại sản mạc trứng teo mỏng dần. Ngoại sản mạc tử cung cũng teo mỏng dần và gần đến đủ tháng thì hai màng này hợp làm một và chỉ còn lơ thơ từng đám. Ngoại sản mạc tử cung - rau tiếp tục phát triển và bị đục thành các hồ huyết. Trong hồ huyết có máu người mẹ từ các nhánh động mạch tử cung chảy tới. Sau khi trao đổi dinh dưỡng, máu theo tĩnh mạch tử cung về tuần hoàn mẹ.

6. KẾT LUẬN

Trứng phát triển rất nhanh qua hai thời kỳ.

– Thời kỳ sắp xếp tổ chức. Nếu có rối loạn về sự phát triển của phôi thai sẽ gây ra dị dạng thai nhi về sau.

– Thời kỳ hoàn chỉnh tổ chức, nếu có rối loạn về sự phát triển của thai nhi thì chỉ có thể biến dạng mà thôi.

Trong suốt thời gian nằm trong tử cung, thai sống hoàn toàn ký sinh vào người mẹ. Sức khoẻ của người mẹ và tuần hoàn tử cung. Rau - thai, có ảnh hưởng trực tiếp đến sự phát triển của thai nhi.

TÍNH CHẤT THAI NHI ĐỦ THÁNG

1. GIẢI PHẪU

Thai nhi đủ tháng có cấu tạo giải phẫu gần giống người lớn. Thai nhi nằm trong buồng ối, lưng cong, đầu cúi, cằm sát vào ngực, hai tay bắt chéo trước ngực, hai cẳng chân gập vào đùi, hai đùi gập sát vào bụng. Thai nhi đủ tháng cân nặng trung bình 3000g. Thai trai nặng hơn thai gái chừng 50g, dài 50cm.

Riêng về sinh lý, khi thai còn nằm trong buồng tử cung, bộ máy tuần hoàn và hô hấp có những điểm khác với thai nhi đã ra ngoài.

Về giải phẫu chỉ để cập đến những phần có liên quan đến sản khoa, đặc biệt đầu thai nhi là phần quan trọng nhất.

1.1. Đầu

Đầu là phần to nhất, rắn nhất, các đường kính khó thu nhỏ lại nhất và cũng là phần dễ gây đẻ khó của thai nhi. Đầu rất quan trọng trong cơ chế đẻ:

Đầu có hai phần: sọ và mặt.

Mặt không có gì đặc biệt, sọ gồm 2 vùng: vùng đỉnh sọ và vùng đáy sọ.

1.1.1. Vùng đáy sọ: gồm một phần các xương trán, thái dương, chẩm và các xương bướm, xương sàng. Vùng đáy sọ không thu hẹp lại được, vì vậy trong các trường hợp thai chết, đầu khó ra, phải dùng kìm để bóp nát đáy sọ.

1.1.2. Vùng đỉnh sọ

Vùng đỉnh sọ là vùng có thể thu hẹp được nhiều vì các đường khớp còn là màng, các xương có thể chồng lên nhau trong khi thai qua tiểu khung của người mẹ. Vùng đỉnh sọ gồm có 2 xương trán, hai xương đỉnh và một xương chẩm. Giữa các xương là các khớp màng. Đường khớp dọc giữa đi từ chân sống mũi tới góc trên xương chẩm. Các đường khớp ngang: trán - đỉnh ở phía trước, đỉnh - chẩm ở phía sau. Ngoài ra còn có các đường khớp đỉnh - thái dương và trán - thái dương không quan trọng về sản khoa. Các đường khớp ngang, dọc gặp nhau tạo ra các thóp.

– Giữa hai xương trán và 2 xương đỉnh là thóp lớn hình thoi còn gọi là thóp trước.

– Giữa 2 xương đỉnh và xương chẩm có thóp sau nhỏ hơn, hình tam giác còn gọi là thóp nhỏ.

Các thóp thường được ứng dụng trong sản khoa làm mốc để định vị phía trán và phía chẩm.

Thóp trước và thóp sau có thể dễ nhầm với nhau nếu không quen thăm khám trên lâm sàng. Hai thóp đó cần được phân biệt để xác định kiểu thế của ngôi trong chẩn đoán ngôi, thế, kiểu thế.

Bình thường diện của thóp của vùng đỉnh sọ không to lắm, nhưng trong trường hợp não úng thuỷ (đầu to) thì các đường khớp giãn rộng và thóp cũng to lên nhiều.

Kích thước của đầu rất quan trọng trong cơ chế đẻ, gồm có các đường kính trước sau, trên, dưới, ngang và chu vi đầu.

1.1.2.1. Đường kính trước sau: có 5 đường kính trước sau liên quan đến các ngôi gồm:

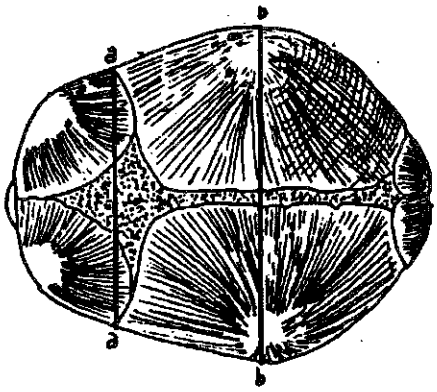
– Hạ chẩm - thóp trước: 9,5cm (trong ngôi chỏm, đầu cúi tốt).

– Hạ chẩm - trán: 11cm (ngôi chỏm, đầu cúi vừa).

– Chẩm - trán: 11,5cm (ngôi chỏm đầu không cúi, không ngửa, ngôi đầu lưng chừng).

– Chẩm - cằm: 13cm (ngôi thóp trước).

– Thượng chẩm - cằm: 13,5cm (ngôi trán).



Hình 14. Các đường kính ngang của đầu thai nhi

a. Lưỡng thái dương

b. Lưỡng đỉnh

c. Thóp trước

d. Thóp sau

1.1.2.2. Đường kính trên dưới: một đường kính trên dưới là hạ cằm - thóp trước: 9,5cm (trong ngôi mặt).

1.1.2.3. Đường kính ngang: có 2 đường kính ngang

– Lưỡng đỉnh: 9,5cm

– Lưỡng thái dương: 8cm

Tóm lại có 3 đường kính cần phải nhớ là:

– Hạ chẩm - thóp trước: 9,5cm ngôi chỏm

– Hạ cằm - thóp trước: 9,5cm ngôi mặt.

– Lưỡng đỉnh: 9,5cm ngôi đầu.

1.1.2.4. Có 2 vòng đầu (chu vi)

– Vòng to qua thượng chẩm và cằm: 38cm.

– Vòng nhỏ qua hạ chẩm và thóp trước 33cm.

1.2. Cổ và thân

– Cổ giúp cho đầu quay 180^0, cúi, ngửa, nghiêng dễ dàng. Cổ chịu đựng sức kéo không quá 50kg.

– Thân có các đường kính:

+ Lưỡng mỏm vai: 12cm, thu hẹp còn 9cm.

+ Lưỡng ụ đùi: 9cm.

+ Cùng chày: 11cm, thu hẹp còn 9cm.

2. SINH LÝ

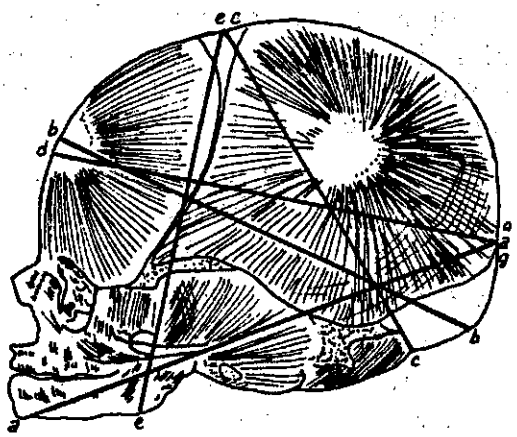
Thai sống trong tử cung nhờ cậy hoàn toàn vào người mẹ qua hệ tuần hoàn tử cung - rau - thai. Do đó, các bộ máy hô hấp, tuần hoàn có những điểm khác người lớn.

2.1. Tuần hoàn

Tim có 4 buồng, nhưng đặc biệt là hai tâm nhĩ thông với nhau bởi lỗ Botal.

Động mạch phổi cũng thông giữa tâm thất phải và phổi nhưng vì phổi xẹp, chưa hoạt động nên máu cũng không lưu thông bao nhiêu.

Động mạch chủ và động mạch phổi thông với nhau bởi ống động mạch nên đã dẫn máu từ thất phải sang động mạch chủ một phần.

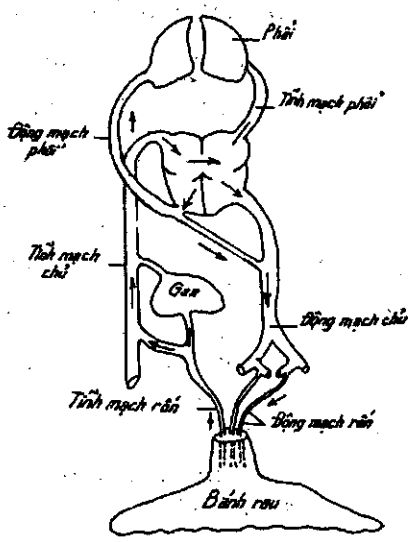


Hình 15. Các đường kính trước - sau và đường kính trên - dưới của đầu thai nhi
aa. Thượng chẩm - cằm
bb. Chẩm - trán
cc. Hạ chẩm - thóp trước
dd. Thượng chẩm - trán
ee. Hạ cằm - thóp trước

Từ hai động mạch chậu trong có hai động mạch rốn đi theo dây rau vào bánh rau để đưa ra những nhánh động mạch nhỏ tới các gai rau (mang máu đen). Máu đỏ từ các mao mạch của tua rau chảy về tĩnh mạch rốn.

Chu kỳ tuần hoàn như sau:

Máu đỏ từ các gai rau mang các chất dinh dưỡng và oxy đi vào thai nhi bằng tĩnh mạch rốn. Khi tới tĩnh mạch chủ dưới máu đó sẽ pha trộn với máu đen từ nửa dưới cơ thể, để cùng đổ vào tĩnh mạch chủ. Đến tâm nhĩ phải, máu một phần xuống tâm thất phải để vào động mạch phổi, một phần qua lỗ Botal vào tâm nhĩ trái. Vì phổi chưa làm việc nên phần máu từ động mạch đến động mạch chủ. Động mạch chủ cũng nhận máu từ tâm thất trái chảy ra, rồi đem đi nuôi khắp cơ thể, chỉ một phần máu trở về rau thai qua hai động mạch rốn. Như vậy, hầu hết máu trong thai nhi là một thứ máu pha trộn, vừa đen, vừa đỏ. Sau khi thai nhi sổ ra ngoài được gọi là trẻ sơ sinh, khi cuống rốn được cắt thì rau đình chỉ chức phận của nó. Trẻ sơ sinh bắt đầu thở, phổi bắt đầu hoạt động, tiểu tuần hoàn bắt đầu làm việc, lỗ Botal đóng lại, ống động mạch tắc, các mạch máu rốn và ống Arantius đều thôi làm việc. Trẻ sơ sinh bắt đầu sống với hệ tuần hoàn vĩnh viễn giống như người lớn.



Hình 16. Sơ đồ tuần hoàn thai nhi

2.2. Hô hấp

Thai nhi nằm trong tử cung sử dụng oxy trong máu người mẹ nhờ rau mang tới. Phổi chưa hoạt động nên xẹp, đặc, thả xuống nước thì chìm. CO_2 thải từ các tế bào của thai nhi được chuyển vào các gai rau rồi thải vào các hồ huyết để về máu người mẹ. Máu từ tĩnh mạch rốn đến thai nhi có O_2 cho nên màu đỏ, trái lại, máu ở động mạch rốn thì đen vì chứa CO_2. Sự trao đổi O_2 và CO_2 qua gai rau là do sự chênh lệch nồng độ giữa máu mẹ và máu con quyết định, khi người mẹ bị ngạt thai nhi có thể nhường O_2 cho người mẹ và thai nhi có thể chết trước. Nhưng thai nhi sử dụng ít O_2 nên khả năng chịu đựng ngạt của thai nhi khá cao. Máu động mạch của thai thường chỉ bão hoà khoảng 75% O_2. Vì vậy trong trường hợp mẹ bị chết một cách đột ngột (do tai nạn...) thì thai nhi có thể sống thêm một thời gian và người ta có thể đặt vấn đề phẫu thuật nhanh để cứu thai nhi sau khi mẹ chết trong vòng 15 phút.

Tuy vậy, nếu thai nhi bị thiếu O_2 thì sẽ có những hậu quả:

– Đầu tiên là toan khí do ứ đọng CO_2 sau đó bị toan chuyển hoá do thừa acid lactic.

– Thiếu oxy sẽ gây ra hiện tượng tập trung tuần hoàn, co mạch ngoại biên và nội tạng để tập trung máu vào những bộ phận quan trọng như não, tim. Tình trạng thiếu oxy làm tăng nhu động ruột và tống phân xu vào nước ối. Nước ối có lẫn phân xu là triệu chứng quan trọng của suy thai (trừ trường hợp ngôi mông).

2.3. Tiêu hoá

Khi còn trong bụng mẹ, thai nhi nhận những chất dinh dưỡng của mẹ từ bánh rau, thẩm thấu qua thành của các gai rau.

Bộ máy tiêu hoá cũng có hoạt động chút ít trong ống tiêu hoá có phân xu là chất dịch sánh đặc, trong có chứa chất nhầy của niêm mạc dạ dày ruột, mật của gan, nước ối do thai uống vào, một ít tế bào bong từ đường tiêu hoá.

2.4. Bài tiết

Da có bài tiết chất nhờn và chất bã, bắt đầu từ tháng thứ 5.

Thận đã hoạt động, có nước tiểu trong bàng quang. Thai đái vào buồng ối, Ngay sau đẻ, thai có thể đái ngay, nếu vì lý do nào đó bàng quang co bóp. Một vài trường hợp bệnh lý về thận như thận ứ nước cũng chứng tỏ là thận là hoạt động trong khi thai nhi còn nằm trong tử cung của người mẹ.

CÁC PHẦN PHỤ CỦA THAI ĐỦ THÁNG

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

1. CÁC MÀNG RAU: có 3 màng rau

1.1. Ngoại sản mạc

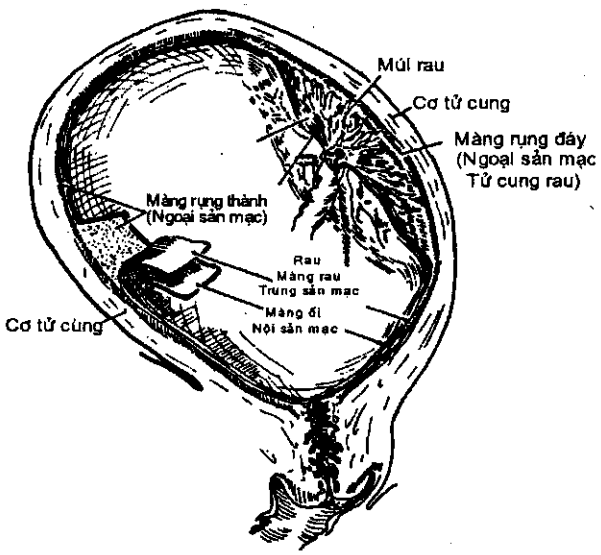
Là phần ngoài nhất của màng rau, do niêm mạc tử cung đã biến đổi trong khi có thai còn gọi là màng rụng. Ngoại sản mạc có ba phần: ngoại sản mạc tử cung, ngoại sản mạc trứng và ngoại sản mạc tử cung rau. Trong thời kỳ thai đủ tháng, phần ngoài sản mạc trứng chỉ là một màng rất mỏng và kết hợp với phần ngoại sản mạc tử cung thành một màng thống nhất. Ngoại sản mạc phát triển không đều, có một phần phát triển rất mạnh là phần liên quan đến bánh rau gọi là ngoại sản mạc tử cung - rau rất dày. Các phần khác teo mỏng chỉ còn là màng, màu vàng, hơi sần sùi có khi không thành một lớp liên tục, chỉ lấy ngón tay cào nhẹ cũng đủ làm màng đó bong ra dễ dàng. Vì vậy khi sổ rau dễ bị sót lại và cũng bị bong ra ngoài với sản dịch trong thời kỳ hậu sản.

1.2. Trung sản mạc

Là lớp màng ở giữa. Trung sản mạc cũng phát triển không đều. Một phần phát triển rất mạnh thành các gai rau của bánh rau. Phần còn lại teo đi chỉ còn là màng. Màng này bao bọc bên ngoài nội sản mạc, có tính chất ít thấm nước nhưng dễ rách. Vì vậy nước ối thấm qua nội sản mạc bị giữ lại nội sản mạc và trung sản mạc gần lỗ cổ tử cung, tạo thành một khối nước ối nhỏ ở đó. Nếu khi chuyển dạ lớp trung sản mạc này bị rách, phần nước ối đó chảy ra ngoài và người ta gọi là vỡ túi nội trung sản mạc.

1.3. Nội sản mạc

Nội sản mạc là một màng mỏng bao bọc mặt trong buồng ối (trong buồng ối có cuống rốn, nước ối và thai nhi) bao bọc xung quanh cuống rốn và bao phủ mặt trong bánh rau. Nội sản mạc không có mạch máu hay dây thần kinh. Nội sản mạc có tính chất khác với trung sản mạc là vì nó rất dễ thấm nước nhưng rất dai và ngăn cản được vi khuẩn. Nếu nội sản mạc bị rách tức là vỡ ối, dễ đưa đến nhiễm khuẩn ối và thai suy.



Hình 17. Rau và các màng rau trong tử cung

2. BÁNH RAU

2.1. Giải phẫu học

Sự phát triển của rau thực hiện được nhờ những tế bào nuôi của gai rau có áp lực thu hút dưỡng khí của máu, xâm nhập vào mạch máu của ngoại sản mạc tử cung rau tạo thành các xoang. Máu đổ vào các xoang tạo nên các hồ huyết ăn thông nhau nhưng đóng kín ở ngoài chu vi nhờ chỗ trung sản mạc và ngoại sản mạc dính nhau tạo thành vòng kín winckler.

Bánh rau giống như một cái đĩa úp vào mặt trong tử cung. Bánh rau có đường kính 16-20cm dầy 2-3cm ở trung tâm, mỏng dần ở bờ, chỗ mỏng nhất chừng 0,5cm. Đủ ngày tháng bánh rau nặng khoảng 500g (1/6 trọng lượng thai) thường bám ở mặt trước hoặc mặt sau đáy tử cung, nếu rau bám xuống đoạn dưới tử cung thì gọi là rau bám thấp.

Bánh rau có hai mặt.

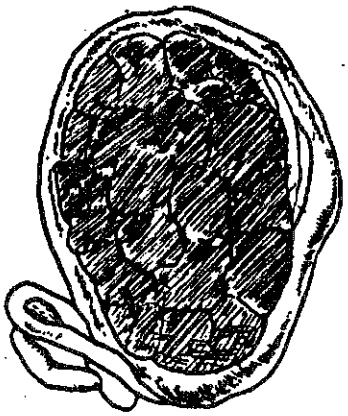
– Mặt phía buồng ối thì nhẵn, bao phủ bởi nội sản mạc. Ở mặt này có cuống rốn bám vào và qua nội sản mạc thấy các nhánh của động mạch rốn và tĩnh mạch rốn.

– Mặt kia của bánh rau là mặt bám vào tử cung khi rau chưa bong (mặt ngoại sản mạc). Khi bánh rau đã sổ ra ngoài mặt này đỏ như thịt tươi, chia thành nhiều múi nhỏ có khoảng 15-20 múi, các múi cách nhau bởi các rãnh nhỏ.

Bánh rau là do sự kết hợp của ngoại sản mạc (phần ngoại sản mạc tử cung - rau) và trung sản mạc (phần trung sản phát triển tại vị trí của ngoại sản mạc tế bào - rau).

– Phần ngoại sản mạc có các lớp đáy, xốp và đặc. Trong lớp đặc có các sản bào, các hồ huyết do các gai rau ăn thủng tạo thành.

– Phần trung sản mạc có các gai rau phát triển trong các hồ huyết phân nhánh nhiều cấp để làm tăng diện tích tiếp xúc với máu mẹ.



Hình 18. Bánh rau mặt ngoài sản mạc

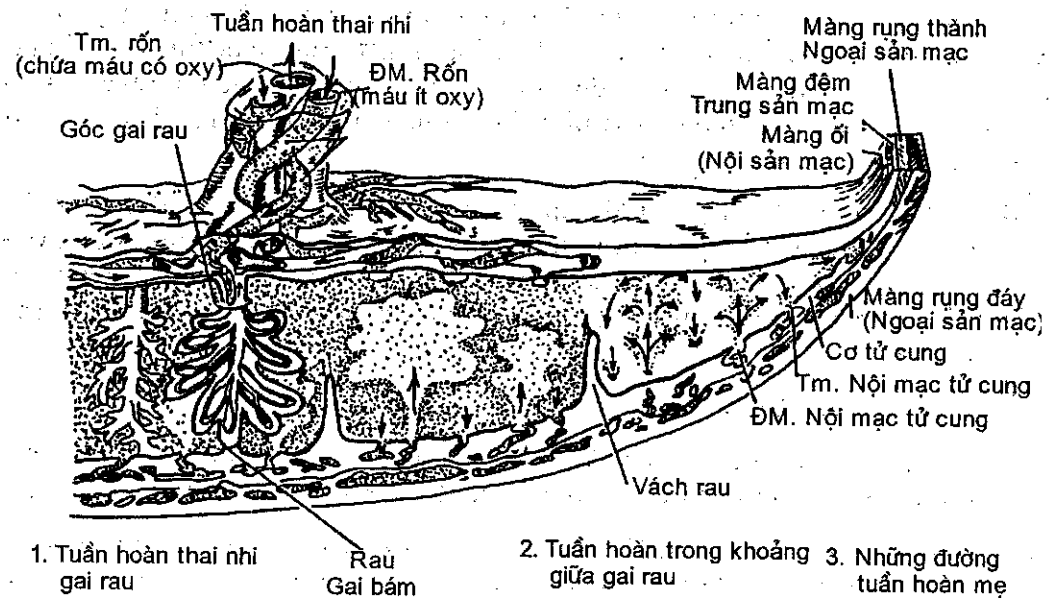
Có hai loại gai rau:

+ Loại gai rau lơ lửng có nhiệm vụ dinh dưỡng.

+ Loại gai rau bám vào vách hay nóc các hồ huyết cũng có chức năng dinh dưỡng và giữ cho bánh rau bám vào tử cung.

Mỗi gai rau cấu tạo bởi một trục sợi mạch cấu tạo bằng mô sợi reticulin thưa và tế bào nuôi các nhánh của mạch máu cuống rốn, bao quanh bằng lớp tế bào mới. Mỗi gai rau trước 4 tháng rưỡi gồm hai loại tế bào Langhans và hội bào nuôi. Sau 4 tháng rưỡi và nhất là từ tháng thứ 6 và thứ 7 trở đi chỉ còn một lớp hội bào, nhưng ngày càng mỏng đi. Chính vì vậy mà sự trao đổi tuần hoàn giữa mẹ và thai nhi dễ

dàng hơn trước. Sự trao đổi đó cũng nhiều hơn trước nhờ diện của các gai rau tăng lên. Nếu rải bề mặt các gai trên một diện phẳng, có thể từ 12-14m². Một vài tuần trước khi đẻ, các gai rau xơ hoá, hệ mao mạch bị tắc và như vậy diện trao đổi sẽ giảm đi.



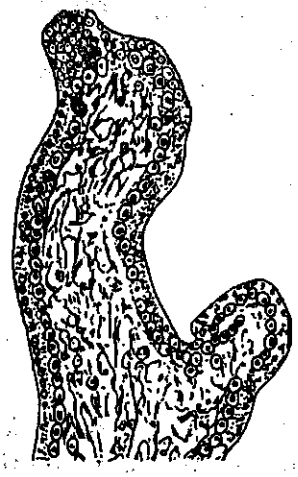
Hình 19. Sơ đồ mặt cắt bánh rau thai đủ tháng

1. Sự liên hệ giữa gai rau (C) và màng rụng (ngoại SM), (D) cùng với tuần hoàn thai nhi. 2. Tuần hoàn mẹ: máu mẹ được phun vào khoảng liên gai và trao đổi chất với máu thai khi chảy quanh các gai rau. 3. Máu động mạch của mẹ sẽ đẩy máu tĩnh mạch của mẹ vào các tĩnh mạch nội mạc tử cung.

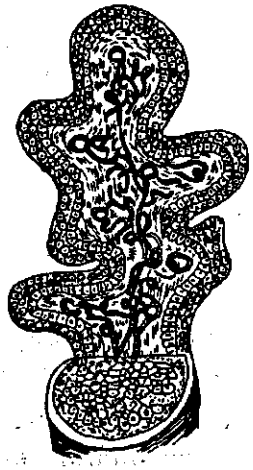
Máu mẹ từ động mạch đổ vào hồ huyết trở về bằng tĩnh mạch.

Máu con từ nhánh của động mạch rốn vào gai rau trở về bằng tĩnh mạch rốn.

Hai hệ tuần hoàn không pha lẫn nhau.



Hình 20. Gai rau tháng rưỡi đầu của thai nghén



Hình 21. Gai rau 4 tháng rưỡi sau của thai nghén

2.2. Chức phận của bánh rau

Khả năng trao đổi các chất giữa mẹ và thai nhi tốt hay xấu tuỳ thuộc vào cấu trúc và tình trạng của các gai rau. Gai rau tắm trong máu mẹ, nhưng máu của mẹ không lưu thông trực tiếp với máu của con, vì có màng ngăn cách của thai thường gọi là màng chắn của rau. Ở tuần thứ 12, độ dầy màng chắn của rau là 0,052 cm khi gần để độ dầy còn 0,002mm do đó sự ngăn cách về mặt sinh lý giữa mẹ và con cũng kém đi. Máu mẹ không thông trực tiếp với máu con mà thường trao đổi các chất qua lớp hội bào của gai rau. Cơ chế trao đổi gồm nhiều cách:

– Khuyến tán đơn giản, dựa vào sự khác biệt về nồng độ của chất trao đổi có trọng lượng phân tử dưới 600.

– Khuyến tán gia tăng, nhờ các yếu tố chuyên chở như ion Ca^{++}, Cl^- cơ chế này tiêu thụ nhiều năng lượng tế bào.

– Vận chuyển chủ động cần nhiều năng lượng.

– Hiện tượng thực bào.

Nhiều nhiều cơ chế khác nhau, sự trao đổi qua rau của nhiều chất xảy ra liên tục giữa hai hệ tuần hoàn kín. Lưu lượng tuần hoàn của máu mẹ là 600ml/phút trong khi lưu lượng tuần hoàn thai nhi là 70-200ml/phút.

Hai chức phận cơ bản của bánh rau là:

– Bảo đảm cho thai sống và phát triển.

– Giữ vai trò nội tiết để cơ thể mẹ phù hợp với tình trạng thai nghén.

2.2.1. Vai trò hô hấp

Máu thai nhận O_2 và thải CO_2 và máu mẹ trong hồ huyết. Sự trao đổi O_2 từ máu mẹ sang máu con được dễ dàng là do:

– Máu mẹ chảy qua hồ huyết rất chậm và áp lực máu hạ thấp máu con.

– Máu của mẹ có đậm độ O_2 cao hơn và CO_2 thấp hơn so với máu con.

– Hemoglobin (Hb) của máu con có đặc tính thu nhận O_2 một cách dễ dàng ngay cả khi đậm độ O_2 của máu mẹ thấp.

– Cấu trúc của gai rau làm tăng diện trao đổi giữa máu mẹ và máu con.

Thai muốn hô hấp đầy đủ O_2 và đào thải CO_2 thì máu mẹ trong hồ huyết phải luôn luôn đổi mới. Nếu dòng tuần hoàn tử cung - rau bị giảm đi trong trường hợp mẹ bị tăng huyết áp (tăng sức cản trong thành mạch) hoặc tử cung cường tính (tăng áp lực ngoài thành mạch) sẽ làm cho thai suy.

2.2.2. Vai trò dinh dưỡng

Các chất cần cho năng lượng và tạo hình thai sẽ được đưa từ mẹ vào thai qua gai rau.

– Nước, các chất điện giải và các chất hoà tan qua rau nhờ cơ chế thẩm thấu. Rau còn dự trữ sắt và calcium, nhất là vào những tháng cuối của thai kỳ.

– Các protein đi qua được nhờ gai rau chuyển thành acid - amin, rồi lại tổng hợp những protein đặc hiệu của thai.

– Các chất mỡ qua rau rất hạn chế. Vì vậy, thai thường thiếu các loại vitamin tan trong dầu như vitamin K làm cho trẻ sơ sinh có tình trạng thiếu prothrombin sinh lý. Trái lại, gai rau có khả năng tổng hợp một số loại phospholipid nhờ sự hiện diện của các men đặc biệt là những loại nội tiết số steroid của rau thai.

– Vitamin: caroten qua rau khó khăn sau khi được biến đổi thành vitamin A và dự trữ trong gan của bào thai. Vitamin nhóm B và C qua rau rất dễ. Vitamin D cần thiết cho biến dưỡng phosphocalci qua rau nhưng nồng độ vẫn thấp hơn so với mẹ.

2.2.3. Vai trò bảo vệ

– Một số chất kháng nguyên và kháng thể có nguồn gốc protein có thể đi qua rau. Vì vậy thai có thể có khả năng miễn dịch thụ động nhờ kháng thể của mẹ, hoặc máu của thai có thể bị tan huyết do ngưng kết tố của mẹ trong trường hợp mâu thuẫn yếu tố Rh giữa mẹ và thai.

– Các chất có hại có thai có thể qua rau như một số thuốc, các virus có thể gây dị dạng cho thai trong ba tháng đầu và trong những tháng cuối có thể gây ảnh hưởng độc hại trên thai nhi.

2.2.4. Vai trò của bánh rau đối với người mẹ

Những hormon của bánh rau tràn vào cơ thể người mẹ làm cho người mẹ đáp ứng với tình trạng thai nghén.

2.2.4.1. Các hormon loại peptid

– hCG (human chorionic gonadotropin) được tiết ra từ đơn bào nuôi (Cytotrophoblast) là một glycoprotein tác dụng kích thích hoạt động những mô mầm và kích thích tiết các steroid sinh dục. Sự tiết hCG bắt đầu khi có hiện tượng làm tổ, tăng nhanh tới mức tối đa vào khoảng tuần thứ 8 sau đó giảm nhanh đến mức ổn định kéo dài đến khi đẻ.

– hPL: (human placental lactogen) được tiết ra bởi tế bào nuôi, tạo thuận lợi cho sự phát triển của thai nhi, có tác dụng sinh sữa, biến dưỡng glucid, lipid và protid. Lượng hormon tăng dần theo tuổi thai, tối đa vào tuần lễ 36, sau đó hơi giảm.

2.2.4.2. Các hormon loại steroid

Gồm có 3 loại: estrogen, progesteron và các steroid khác.

Estrogen: gồm có estradiol, estriol và estron. Số lượng estrogen tiết ra phản ánh hoạt động của rau thai tăng cao theo tuổi thai. Để đánh giá sức khoẻ của thai nhi trong tử cung, xét nghiệm thường dùng là định lượng estriol trong nước tiểu hoặc máu của mẹ.

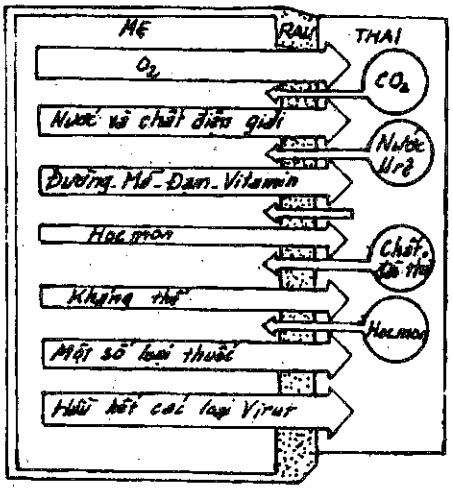
– Progesteron được tiết ra từ rau một phần vào thai nhi, một phần vào cơ thể mẹ.

Các steroid khác như 17. Cetosteroid, glucocorticoid cũng tăng lên trong khi có thai.

3. CUỐNG RỐN

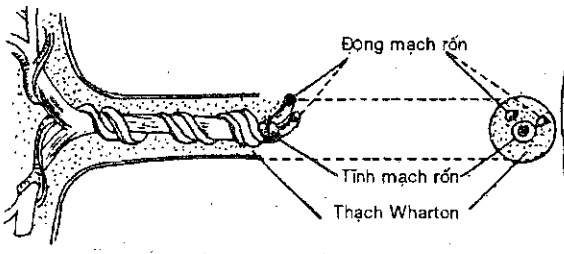
Còn gọi là cuống rau, dây rau. Cuống rau chiếm một vị trí quan trọng trong sự vận chuyển máu giữa rau và thai.

Khi thai đủ tháng, cuống rốn dài khoảng 45-60cm đường kính khoảng 1,5cm màu trắng, mềm, nhẵn và trơn, khó kẹp bằng tay. Một đầu cuống rốn bám vào trung tâm bánh rau (có khi bám ở mép bánh rau hoặc ở màng rau nếu bất thường). Đầu kia của cuống rốn bám vào bụng thai nhi. Cuống rốn được bao bọc bởi nội sản mạc. Lớp nội sản mạc này tiếp nối với lớp hạ bì của da bụng thai nhi. Lớp thượng bì của da bụng bao quanh cuống rốn khoảng 1cm. Sau khi thai sổ, cuống rốn được cắt, phần còn lại sẽ rụng ngay ở chỗ tiếp giáp của lớp thượng bì này.

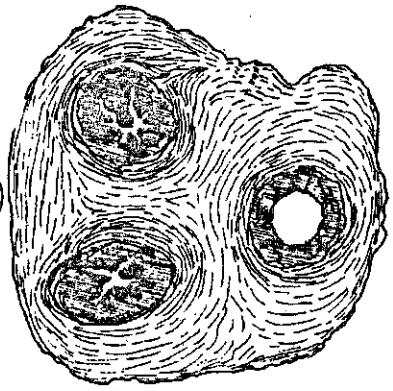


Hình 22. Sơ đồ trao đổi các chất qua hàng rào rau thai

Về cấu tạo cuống rốn từ ngoài vào là nội sản mạc bao bọc xung quanh, đến chất thạch Wharton một chất nhầy đặc và các mạch máu. Một tĩnh mạch rốn với thành cơ mỏng mang máu đỏ và hai động mạch rốn với thành cơ đầy mang máu đen.



Hình 23. Sơ đồ động mạch và tĩnh mạch rốn



Hình 24

Vì chất thạch Wharton có chỗ dầy, chỗ mỏng, các động mạch xoắn xung quanh tĩnh mạch, các mạch máu có đoạn to, đoạn nhỏ nên hình cuống rốn không đều. Cuống rốn không có mạch máu nuôi dưỡng riêng, sự dinh dưỡng thực hiện do thẩm thấu. Vì thế, cuống rốn dễ bị khô khi ra ngoài bọc ối.

Trong cuống rốn tĩnh mạch rốn mang O_2 và chất dinh dưỡng từ rau mang đến nuôi dưỡng thai nhi bảo đảm cho thai sống và phát triển. Động mạch rốn mang CO_2 và các chất thải từ thai nhi đến bánh rau để trao đổi qua hồ huyết.

Vì vậy, trong khi có thai và lúc chuyển dạ nếu cuống rốn bị xoắn, bị thắt nút, bị sa ra ngoài, bị chẹt gây nên sự chèn ép tuần hoàn đều dẫn đến sự nguy hiểm cho cuộc sống của thai nhi.

4. NƯỚC ỐI

Nước ối là môi trường giầu chất dinh dưỡng, có khả năng tái tạo và trao đổi, nó giữ một vai trò quan trọng đối với sự sống và phát triển của thai nhi trong tử cung.

4.1. Tính chất của nước ối

Trong những tháng đầu, nước ối màu trong. Khi gần đủ tháng nước ối màu lờ lờ trắng. Khi lẫn phân xu nước ối màu xanh. Nếu thai chết lột trong buồng tử cung, nước ối màu hồng nâu. Lượng nước ối khi thai đủ tháng là từ 500-1000ml.

Nước ối có tỷ trọng 1,006 và hơi nhớt. Vị hơi ngọt, mùi hơi tanh. pH thay đổi khoảng 7,10 đến 7,30 ở cuối thời kỳ có thai, có tính chất hơi kiềm.

Trong nước ối có lẫn tế bào thượng bì thai bong ra, lông tơ, chất bã, tế bào đường tiết niệu và các tế bào âm đạo của thai nhi gái. Các tế bào không nhân chỉ xuất hiện sau tuần lễ thứ 14 của thai, tỷ lệ dưới 10% khi thai dưới 37 tuần, tăng dần đến trên 50% khi thai đủ tháng. Khi nhuộm với xanh nil bắt màu cam nên dễ nhận biết. Đây là một yếu tố quan trọng trong chẩn đoán sự trưởng thành của thai. Người ta còn dùng tế bào trong nước ối để khảo sát sự bất thường của nhiễm sắc thể.

Thành phần hoá học của nước ối gồm 97% là nước còn lại là muối khoáng và các chất hữu cơ. Các chất điện giải chính là ion Na^+, K^+, Cl^-. Ngoài ra còn có phosphor, calcium và magnesium. Các chất hữu cơ gồm có:

– Protid: giảm dần trong khi có thai từ 6g/l đến 2,7g/l gồm có α,β, γ globulin và albumin. Các yếu tố này thay đổi trong bệnh đái tháo đường, bất đồng nhóm máu giữa mẹ và thai, một vài loại dị tật thai nhi.

– Nitơ toàn phần không phải protein:

+ Urê tăng dần đến tuần thứ 30 và duy trì ở mức 31mg%. Ure tăng trong bệnh đái tháo đường và hội chứng mạch - thận.

+ Creatinin cũng tăng dần và trên 2mg% khi thai được 38 tuần.

+ Acid uric tăng dần khoảng 4,5mg% khi thai 38 tuần.

+ Acid amin giảm dần trong thời kỳ có thai, trong khoảng 9-25mg%, những loại hay gặp là acid glutamic, alanin, lysin và histidin.

– Glucid tăng chậm trong khi có thai, thai khoảng 40 tuần khoảng 8mg%, trong bệnh đái đường glucid trong nước ối tăng cao.

– Lipid: trong nước ối rất ít lipid, khoảng 60mg%, phần lớn là phospho-lipid trong đó quan trọng nhất là lecithin một thành phần của lớp surfactant trong phổi thường thấp ở trẻ non tháng và đa ối. Các chất khác là cholesterol và prostaglandin.

– Các hormon:

+ Các hormon loại peptid quan trọng nhất là hCG.

+ Các steroid quan trọng nhất là estrogen. Nồng độ estradiol tăng dần từ 18mg% tuần lễ thứ 12 của thai lên đến 135,5mg% vào tuần lễ thứ 40. Người ta ghi nhận có sự rối loạn của chất này trong bệnh đái tháo đường, bất đồng nhóm máu, hội chứng mạch - thận, thai vô sọ.

– Chất màu: quan trọng nhất là bilirubin. Ở thai nghén bình thường, bilirubin chỉ xuất hiện vào tuần lễ thứ 20, tăng dần đến tuần thứ 30, ổn định đến tuần thứ 36, sau đó giảm dần tới thai đủ tháng.

4.2. Sự tái tạo của nước ối

4.2.1. Nguồn gốc tạo thành nước ối

Nước ối xuất hiện từ ngày thứ 12 sau thụ tinh, lúc đó buồng ối nằm độc lập trong mầm phôi, chứa dịch kẽ của phôi. Từ ngày thứ 12 đến 28 sau thụ tinh, tuần hoàn rau thai được thành lập có sự thẩm thấu giữa tuần hoàn và nước ối.

Nước ối được sản sinh từ 3 nguồn gốc:

– Thai nhi: trong giai đoạn đầu da thai nhi có liên quan đến sự tạo thành nước ối. Chỉ khi chất gây xuất hiện (khoảng tuần 20-28) đường này mới chấm dứt. Từ tuần thứ 20 xuất hiện nguồn gốc nước ối từ khí - phế quản, do huyết tương của thai thẩm thấu qua niêm mạc hô hấp. Đường quan trọng nhất từ thai nhi là tiết niệu, xuất hiện từ tháng thứ 4. Do đó, những trường hợp không có thận thường gây thiểu ối.

– Nội sản mạc: phần chính màng này tiết ra nước ối.

– Từ máu của mẹ.

4.2.2. Sự tiêu nước ối

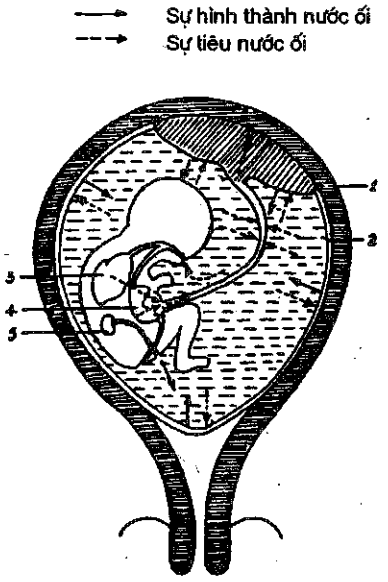
– Hệ tiêu hoá thai nhi.

Thai nhi uống nước ối xuất hiện từ tuần thứ 20. Bằng chứng khi tiêm chất cản quang vào buồng ối sau đó chụp X-quang sẽ thấy chất cản quang trong ruột thai nhi. Lâm sàng hay gặp đa ối do hẹp thực quản thai nhi.

– Nội sản mạc cũng có hoạt động hấp thụ để tiêu nước ối.

4.2.3. Tuần hoàn của nước ối

Nước ối luôn được tái tạo, vào cuối thời kỳ có thai nước ối đổi mới 3 giờ 1 lần tức là lưu lượng khoảng 4-8 lít mỗi ngày. Sự tái tạo này tăng dần đến khi thai đủ ngày và giảm sau đó.



Hình 25.

→ Sự hình thành nước ối

-·-→ Sự tiêu nước ối

1. Cơ tử cung 2. Màng ối
3. Phôi thai nhi 4. Dạ dày
5. Thận

4.3. Chức năng của nước ối

– Bảo vệ cho thai đỡ bị sang chấn, nhiễm trùng. Màng ối còn nguyên vẹn là một bảo đảm cho sự vô trùng trong bọc ối.

– Giúp cho ngôi thai bình chỉnh tốt.

– Thai nhi uống nước ối và đái vào buồng ối cũng có tác dụng giữ cân bằng nước trong cơ thể thai nhi.

– Ngăn cản sự chèn ép rau với cuống rốn. Giữ cuống rốn khỏi bị khô.

– Trong lúc chuyển dạ nước ối tiếp tục bảo vệ thai nhi khỏi sang chấn và nhiễm trùng. Sự thành lập đầu ối tạo thuận lợi cho sự xoá mở cổ tử cung. Sau khi ối vỡ, tính nhờn của nước ối làm trơn đường sinh dục giúp thai đẻ dễ hơn.

Sinh lý nước ối còn nhiều vấn đề phức tạp. Nhưng trên thực tế việc bảo vệ ối trong khi chuyển dạ đẻ là rất quan trọng. Để thai bình chỉnh tốt, tránh suy thai, tránh nhiễm khuẩn.

THAY ĐỔI GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ CỦA NGƯỜI PHỤ NỮ KHI CÓ THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Khi có thai cơ thể người phụ nữ có nhiều thay đổi lớn về giải phẫu, sinh lý và sinh hoá. Nhiều thay đổi của người phụ nữ xảy ra rất sớm ngay sau khi thụ tinh và tiếp tục trong suốt thời kỳ thai nghén. Cơ thể người phụ nữ thay đổi để đáp ứng với kích thích sinh lý do thai và phần phụ của thai gây ra.

Nguyên nhân gây ra những thay đổi đó là thay đổi về nội tiết và thay đổi về thần kinh.

2. THAY ĐỔI VỀ NỘI TIẾT

Ở người phụ nữ có thai, các tuyến nội tiết đều có thay đổi, đặc biệt là hai loại nội tiết cơ bản. Đó là hormon hướng sinh dục do rau thai hay hCG (human chorionic gonadotropin) và các steroid.

2.1. HCG

Hormon hướng sinh dục rau thai có hai loại A và B, ở người chủ yếu là loại B, trước đây thường gọi là Prolan B. Hormon này do rau thai tiết ra, cụ thể là do trung sản mạc. Trong các gai rau, tế bào nuôi gồm hai lớp, lớp hội bào và lớp tế bào Langhans.

hCG được tế bào nuôi tiết ra rất sớm. Hai tuần lễ sau khi thụ thai, lượng hCG chế tiết trong cơ thể đã có thể phát hiện được.

hCG có tác dụng giống LH của tuyến yên và được chia thành hai nhóm: α và β. βhCG chính xác là do gai rau tiết ra.

Chẩn đoán lâm sàng về thai chỉ có thể thực hiện dễ dàng sau tháng thứ ba. Trước tháng đó và nhất là trong những tuần đầu của thai nghén, việc chẩn đoán nhất thiết phải dựa vào xét nghiệm. Muốn phát hiện hCG có thể dùng nhiều phương pháp. Có hai phương pháp chính, đó là phương pháp sinh vật và phương pháp miễn dịch.

2.1. Phương pháp sinh vật

Phương pháp sinh vật dựa vào hiện tượng thay đổi bộ phận sinh dục của các động vật thí nghiệm sau khi tiêm nước tiểu hoặc huyết thanh của người phụ nữ có thai. Hiện tượng này có tác dụng của các nội tiết tố gonadotrophin tiết ra nhiều khi có thai. Ngày nay các phản ứng sinh vật hầu như không còn được sử dụng để chẩn đoán thai nghén.

2.1.1. Đánh giá kết quả phản ứng

Các phản ứng sinh vật nói chung đều dương tính 99% trong các trường hợp có thai bình thường hay bất thường.

Phản ứng dương tính kể từ ngày thứ ba đến thứ 8 sau khi tắt kinh (có khi sớm hơn) và kéo dài cho tới sau khi đẻ 4-7 ngày. Nếu sau khi đẻ còn sót rau và phần rau đó tốt, phản ứng còn dương tính.

Phản ứng âm tính sau khi thai chết 1-2 tuần lễ.

Kết quả phản ứng được tính theo công thức:

$$y = 1000/x$$

Ở đây: y là đơn vị phản ứng (ếch, thỏ...).

x là lượng nước tiểu tối thiểu gây phản ứng dương tính.

1000 là 1 lít nước tiểu (1000ml).

hCG đạt giá trị cực đại vào tuần lễ thứ 8, có thể lên tới 20.000 đơn vị thỏ hay 7.000-10.000 đơn vị ếch. Sau đó lượng hCG giảm dần xuống, đến tháng thứ ba hCG giảm xuống còn 3000 đơn vị thỏ và tiếp tục giảm cho đến khi thai đủ tháng và chuyển dạ đẻ.

Trên lâm sàng người ta thường đánh giá kết quả như sau:

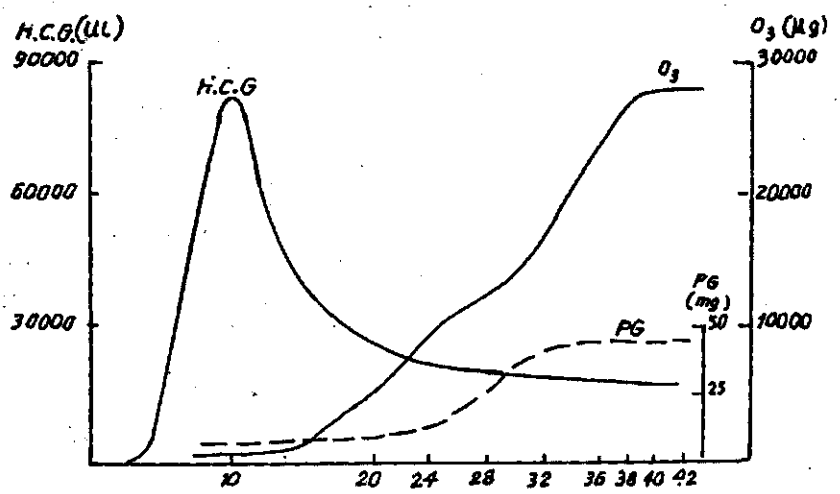
0-100 đơn vị thỏ/lít: không có thai.

100-500 đơn vị thỏ/lít: thai kém phát triển hoặc có nguy cơ sẩy thai, thai chết lưu.

500-20.000 đơn vị thỏ/lít: thai phát triển bình thường.

Trên 20.000 đơn vị thỏ/lít: thai sinh đôi, sinh ba....

Trên 60.000 đơn vị thỏ/lít: chửa trứng.



Hình 26. Thay đổi hCG, estriol và prograldiol trong nước tiểu 24 giờ trong thời kỳ thai nghén

2.1.2. Phương pháp miễn dịch

hCG về bản chất là một glucoprotein nên được coi như là một kháng nguyên và là cơ sở cho phương pháp chẩn đoán miễn dịch.

Nói chung, phản ứng miễn dịch có độ chính xác từ 96-99,1% nhưng có thể kém nhạy so với các phản ứng sinh vật. Ưu điểm của phương pháp này là tiến hành nhanh chóng chỉ trong vòng 2 phút đã có kết quả và có thể phổ biến rộng rãi.

2.2. Các hormon steroid

Trong khi có thai các hormon steroid đã được tăng tiết rất nhiều. Hai steroid quan trọng nhất là estrogen và progesteron. Nồng độ estrogen và progesteron tăng dần lên trong quá trình thai nghén, đạt mức cao nhất vào tháng cuối của quá trình thai nghén.

Estrogen và progesteron giảm thấp xuống một cách đột ngột trước khi chuyển dạ đẻ một vài ngày. Trong khi có thai nhiều tuyến nội tiết và các cơ quan có thể sản sinh ra steroid.

2.2.1. Buồng trứng

Khi có thai, hoàng thể tiếp tục tồn tại và chế tiết cho đến hết tháng thứ 3 (có tác giả nói đến hết tháng thứ 4), hoàng thể này gọi là hoàng thể thai nghén. Dưới tác dụng của hCG do rau thai chế tiết, sự hoạt động của hoàng thể thai nghén được duy trì. Từ tháng thứ tư trở đi, hoàng thể thai nghén ngừng hoạt động, thoái triển và teo nhỏ lại. Trong thời kỳ này lượng estrogen và progesteron chủ yếu do hoàng thể thai nghén tiết ra.

2.2.2. Bánh rau

Từ tháng thứ 4 trở đi của thời kỳ thai nghén, hoạt động của hoàng thể thai nghén chấm dứt, rau thai trực tiếp chế tiết ra estrogen và progesteron. Rau thai

tiếp tục chế tiết ra estrogen và progesteron đến cuối của thời kỳ thai nghén. Ở bánh rau, hợp bào của gai rau tiết ra estrogen và progesteron.

2.2.3. Thai nhi

Ngày nay người ta nhận thấy có tới 90% lượng estriol trong nước tiểu của người phụ nữ có thai có nguồn gốc từ thai nhi. Vỏ thượng thận của thai nhi chế tiết ra DHA (dehydroandrosteron), chất này được rau thai chuyển thành estriol và đưa vào tuần hoàn của mẹ.

Do đó, việc định lượng estriol niệu 24 giờ vào cuối thời kỳ thai nghén có tác dụng để đánh giá sự phát triển của thai.

2.2.4. Vỏ thượng thận

Các hormon của vỏ thượng thận trong khi có thai không thay đổi nhiều. Lượng 17 cetosteroid và dehydroepiandrosteron (DHA, DHEA) vẫn ở mức bình thường. Các corticoid chuyển hoá đường và muối khoáng tăng lên trong khi có thai làm tăng hiện tượng giữ nước trong cơ thể.

2.3. Các tuyến nội tiết khác

2.3.1. Tuyến yên

Trong khi có thai, tuyến yên to lên khoảng 35% so với khi không có thai. Nồng độ hormon phát triển (GH) tăng nhẹ mặc dù hPL có rất nhiều trong máu. Nồng độ prolactin cũng tăng đáng kể, gấp 10 lần so với người không có thai, khi thai đủ tháng (150ng/ml).

2.3.2. Tuyến giáp trạng

Tuyến giáp to lên trong khi có thai do tăng sinh mạch máu và do tăng sản tuyến. Chuyển hoá cơ bản tăng.

2.3.3. Tuyến cận giáp trạng

Nồng độ hormon cận giáp trạng giảm trong máu trong 3 tháng đầu, sau đó tăng dần lên. Nồng độ hormon cận giáp trạng tăng do tăng khối lượng máu, tăng độ lọc máu ở cầu thận và tăng vận chuyển calci cho thai nhi. Các yếu tố này tăng dẫn đến nồng độ calci máu giảm một cách trường diễn khi có thai. Do vậy, một số trường hợp có thể gây các cơn tétanie do hạ calci máu.

2.3.4. Tuyến thượng thận

Về hình thái học, tuyến thượng thận ít thay đổi khi có thai. Nồng độ cortisol trong huyết tương tăng đáng kể nhưng phần lớn nó kết hợp với globulin, dưới dạng transcortin. Tuy nhiên tốc độ bài tiết cortisol của tuyến thượng thận của người phụ nữ không tăng. Khi mới có thai nồng độ ACTH giảm xuống, sau đó khi thai phát triển thì nồng độ ACTH và cortisol tự do lại tăng lên. Nồng độ aldosteron cũng tăng lên khi có thai.

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

3.1. Thay đổi ở thân tử cung

Thân tử cung là bộ phận thay đổi nhiều nhất trong khi có thai và chuyển dạ đẻ. Trứng làm tổ ở niêm mạc tử cung và niêm mạc tử cung biến đổi thành ngoại sản mạc. Tại đây hình thành bánh rau, màng rau, buồng ối để chứa thai nhi ở trong. Trong khi chuyển dạ, tử cung thay đổi dần để tạo thành ống đẻ cho thai ra. Để đáp ứng các yêu cầu đó, thân tử cung thay đổi về kích thước, vị trí và tính chất.

3.1.1. Trọng lượng

Khi chưa có thai, tử cung nặng 50-60g. Sau khi thai và rau sổ ra ngoài, tử cung nặng trung bình 1000g (900-1200g).

Tăng trọng lượng của tử cung chủ yếu trong nửa đầu của thời kỳ thai nghén. Bình thường khi chưa có thai cơ tử cung dầy 1cm, đến khi có thai vào tháng thứ 4-5, lớp cơ tử cung dầy nhất, khoảng 2,5cm. Có 3 nguyên nhân dẫn đến tăng trọng lượng tử cung.

– Tăng tạo các sợi cơ tử cung mới.

– Tăng sinh mạch máu bao gồm cả động mạch, tĩnh mạch và mao mạch.

– Tăng giữ nước ở cơ tử cung.

Bản thân sợi cơ tử cung cũng phì đại lên. Các sợi cơ tử cung có thể phát triển theo chiều rộng gấp 3-5 lần, theo chiều dài lên tới 40 lần. Trong nửa sau của thời kỳ thai nghén, sự tạo thêm các sợi cơ mới đã giảm đi hoặc chấm dứt. Trong giai đoạn này cơ tử cung có lớn hơn trước là do phù và phì đại là chủ yếu.

Trong những tháng đầu của thai nghén, tử cung to lên chủ yếu do tác dụng của estrogen và có lẽ cả progesteron. Trong giai đoạn này tử cung to lên không phải hoàn toàn do đáp ứng lại với sự phát triển to lên của trứng ở trong tử cung vì trong các trường hợp chửa ngoài tử cung, tử cung cũng có các thay đổi giống như có thai trong tử cung. Nhưng sau 12 tuần lễ, tử cung tăng lên về kích thước chủ yếu là do thai và phần phụ của thai to lên làm cho tử cung phải tăng lên theo.

3.1.2. Dung tích

Khi chưa có thai, buồng tử cung có dung tích 2-4ml. Khi có thai, dung tích buồng tử cung tăng lên tới 4000-5000ml, trong các trường hợp đa ối, đa thai dung tích buồng tử cung có thể tăng lên nhiều hơn nữa.

Buồng tử cung đo được trung bình 7cm (6-8cm) khi chưa có thai. Vào cuối thời kỳ thai nghén, buồng tử cung lên tới 32cm.

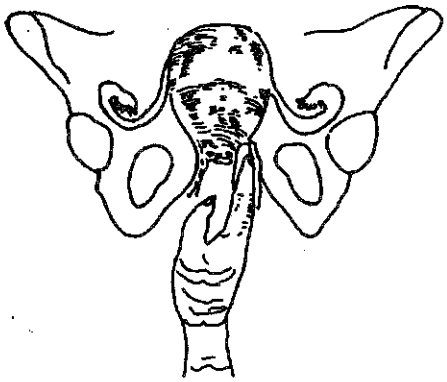
3.1.3. Hình thể

Trong 3 tháng đầu, đo đường kính trước sau to nhanh hơn đường kính ngang nên tử cung có hình tròn. Phần dưới phình to lên, có thể nắn thấy qua túi cùng bên âm đạo. Đó là dấu hiệu Noble.

Do thai không chiếm hết toàn bộ buồng tử cung làm cho tử cung không đối xứng, hình thể tử cung không đều. Đó là dấu hiệu Piszkacsek.

Vào 3 tháng giữa, tử cung có hình trứng, cực to ở trên còn cực nhỏ ở dưới. Đáy tử cung phình to.

Trong 3 tháng cuối, hình thể tử cung phụ thuộc vào tư thế của thai nhi nằm ở bên trong. Tử cung có hình trứng nếu thai nhi nằm dọc. Nếu thai nhi nằm ngang thì tử cung sẽ bè ngang.



Hình 27. Dấu hiệu Noble

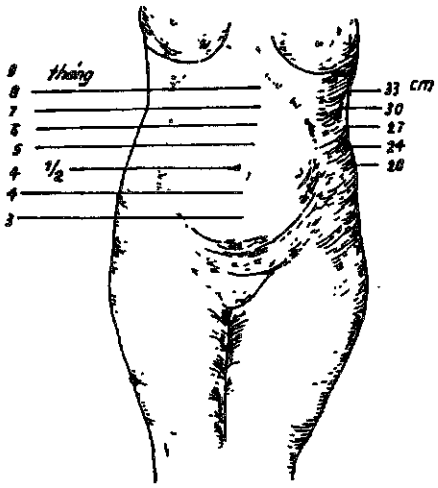
3.1.4. Vị trí

Khi chưa có thai, tử cung nằm ở đáy chậu, trong tiểu khung. Khi có thai, tử cung lớn lên và tiến vào ổ bụng. Tử cung cao dần lên và tiếp xúc với thành bụng trước, đẩy ruột sang bên và lên trên. Cuối cùng đáy tử cung tiến dần đến gần gan. Khi tử cung lên cao, nó kéo giãn căng dây chằng rộng và dây chằng tròn theo.

Cùng với việc tử cung cao dần lên vào ổ bụng, tử cung thường lệch sang bên phải và xoay về phía phải, do đó sừng trái tử cung thường nhô ra phía trước. Sừng bên phải chìm sâu xuống do ổ bụng ở phía đó rộng hơn.

Tháng đầu, tử cung còn ở dưới khớp vệ. Từ tháng thứ hai trở đi trung bình mỗi tháng, tử cung phát triển cao lên phía trên khớp vệ 4cm. Nhờ tính chất này, người ta có thể tính được tuổi thai theo công thức:

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



Hình 28. Chiều cao tử cung theo tuổi thai

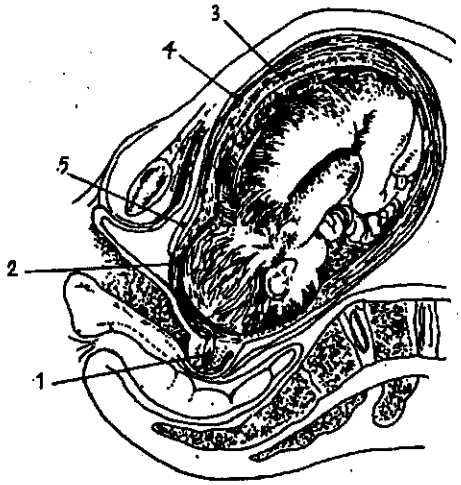
3.1.5. Cấu tạo

Tử cung gồm 3 phần: thân, eo và cổ tử cung. Thành tử cung gồm 3 lớp từ ngoài vào trong: phúc mạc, cơ và niêm mạc.

– Phúc mạc: ở thân tử cung, phúc mạc dính chặt vào lớp cơ. Khi có thai phúc mạc phì đại và giãn ra theo lớp cơ tử cung. Ở đoạn eo tử cung, phúc mạc có thể bóc tách được dễ dàng ra khỏi lớp cơ. Ranh giới giữa hai vùng là đường bám chặt của phúc mạc. Đó là ranh giới để phân biệt đoạn thân tử cung với đoạn dưới tử cung. Người ta thường mổ lấy thai ở đoạn dưới tử cung để có thể phủ được phúc mạc sau khi đã đóng kín vết mổ ở lớp cơ tử cung.

– Cơ tử cung gồm 3 lớp: lớp ngoài là lớp cơ dọc. Lớp cơ này vòng qua đáy tử cung và kéo dài tới các dây chằng của tử cung. Lớp trong là lớp cơ vòng, nó có các sợi cơ giống như cơ thắt ở quanh các lỗ vòi trứng và lỗ trong cổ tử cung. Giữa hai lớp cơ này là lớp cơ đan hay cơ chéo (cơ rối). Lớp cơ này dày nhất và phát triển mạnh nhất trong khi có thai. Trong lớp cơ này có nhiều mạch máu. Sau khi sổ rau, lớp cơ này co chặt lại để tạo thành khối an toàn của tử cung, thít chặt các mạch máu lại, đảm bảo không chảy máu. Đó là sự cầm máu sinh lý.

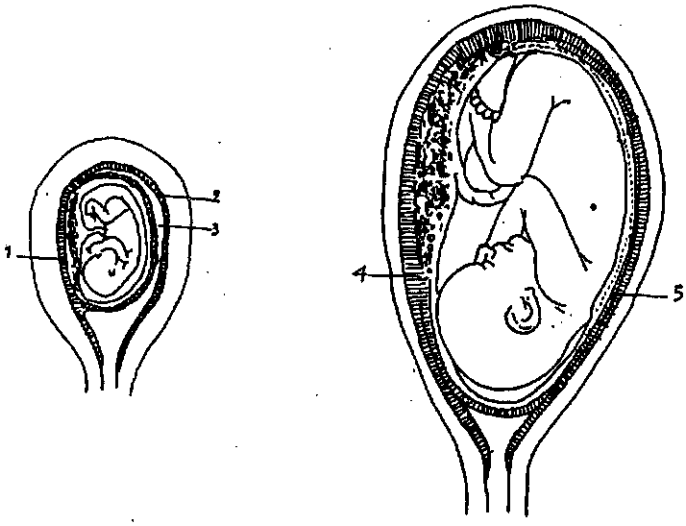
– Niêm mạc tử cung khi có thai biến đổi dần thành ngoại sản mạc. Ngoại sản mạc gồm 3 phần: ngoại sản mạc trứng, ngoại sản mạc tử cung và phần phát triển mạnh nhất là ngoại sản mạc tử cung - rau.



Hình 29. Tử cung có thai với 3 phần của nó
1. Cổ tử cung 2. Đoạn dưới 3. Thân tử cung
4. Phúc mạc bám chặt
5. Phúc mạc bóc tách được

3.1.6. Mật độ

Khi không có thai, mật độ tử cung chắc, nắn thấy có tính đàn hồi. Khi có thai, tử cung mềm nắn dễ lún xuống. Do ảnh hưởng của progesteron nên khi có thai cơ tử cung cũng như các cơ trơn khác đều giảm trương lực và mềm đi. Mặt khác, khi có thai, các mạch máu tăng sinh, các sợi cơ phì đại và ngấm nước nên cũng mềm.



Hình 30. Ngoại sản mạc
1. Ngoại sản mạc tử cung - rau 2. Ngoại sản mạc tử cung
3. Ngoại sản mạc trứng 4. Ngoại sản mạc tử cung - rau
5. Ngoại sản mạc trứng và ngoại sản mạc tử cung

3.1.7. Khả năng co bóp và co rút

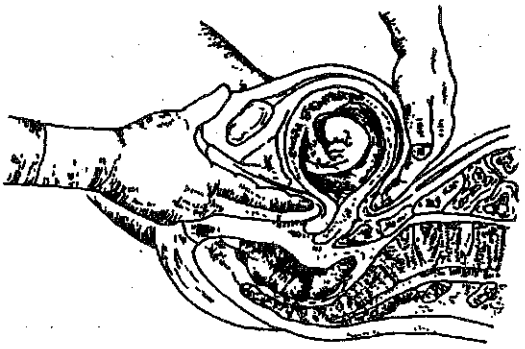
Trong khi có thai, khả năng co bóp và co rút của tử cung tăng lên rất lớn. Thể tích của tử cung có thể co lại còn 2/3, đang từ mềm toàn bộ có thể co chắc lại. Tăng khả năng co bóp và co rút do hai yếu tố: các sợi cơ tử cung đã tăng tình trạng dễ kích thích nên dễ bị co bóp hơn và các sợi cơ thường xuyên ở trong tình trạng giãn nên dễ dàng và sẵn sàng co rút lại.

Trong ba tháng đầu của thai nghén, tử cung có thể có những cơn co không đều thường không đau. Trong ba tháng giữa, các cơn co này có thể phát hiện thấy khi thăm khám bằng tay. Đó là các cơn co Hicks do J.Braxton Hicks tìm ra năm 1872. Ở những tháng cuối, các cơn co Hicks có thể tăng lên, gây khó chịu.

3.2. Thay đổi ở eo tử cung

Trước khi có thai, eo tử cung chỉ là một vòng nhỏ, chiều cao 0,5-1cm nằm giữa thân và cổ tử cung.

Phúc mạc ở eo tử cung lỏng lẻo, dễ bóc tách ra khỏi lớp cơ vì giữa phúc mạc và lớp cơ có một tổ chức liên kết khá dày. Khi có thai và đoạn dưới tử cung được thành lập phúc mạc cũng giãn dần ra.



Hình 31. Dấu hiệu Hégar

Lớp cơ ở đoạn dưới tử cung chỉ có hai lớp, lớp cơ vòng ở trong và lớp cơ dọc ở ngoài, không có lớp cơ đan ở giữa. Khi có thai eo tử cung giãn rộng dần, dài và mỏng ra tạo thành đoạn dưới tử cung. Đến cuối cuộc chuyển dạ đẻ, đoạn dưới tử cung dài khoảng 10cm. Đoạn dưới tử cung được thành lập dần dần trong suốt thời kỳ thai nghén. Nhưng đoạn dưới tử cung chỉ hoàn toàn hình thành khi có sự chuyển dạ nhờ sự co bóp của tử cung. Đối với người con so, đoạn dưới tử cung được thành lập từ đầu tháng thứ chín. Còn ở người con dạ, đoạn dưới tử cung thành lập vào giai đoạn đầu của cuộc chuyển dạ. Đoạn dưới tử cung là phần dễ vỡ nhất trong cuộc chuyển dạ đẻ, dễ chảy máu nhất khi có rau bám thấp.

Ngoại sản mạc ở đoạn dưới tử cung cũng không dày bằng ở thân tử cung.

Khi có thai, do ảnh hưởng của nội tiết tố thai nghén, eo tử cung mềm. Eo tử cung có thể không nắn thấy và khối thân tử cung như tách rời khỏi cổ tử cung. Đó là dấu hiệu Hegar, một triệu chứng thực thể để chẩn đoán thai nghén trong những tháng đầu của thai nghén.

3.3. Thay đổi ở cổ tử cung

So với thân tử cung, cổ tử cung ít thay đổi hơn. Khi có thai, cổ tử cung mềm ra, mềm từ ngoại vi vào trung tâm. Do đó trong những tuần đầu khi có thai khám cổ tử cung sẽ thấy giống như một cái trụ gỗ có bọc nhung ở ngoài. Cổ tử cung của người con rạ mềm sớm hơn so với người con so. Vị trí và hướng của cổ tử cung không thay đổi nhưng khi đoạn dưới được thành lập, cổ tử cung thường quay về phía xương cùng do đoạn dưới tử cung phát triển nhiều hơn ở mặt trước hơn là mặt sau.

Trong khi có thai, biểu mô lát của cổ tử cung có màu tím do các mạch máu ở phần dưới tăng sinh và cương tụ.

Cổ tử cung mềm và có màu tím thường khám thấy sau khi có thai khoảng một tháng.

Các tuyến trong ống cổ tử cung chế tiết rất ít hay ngừng chế tiết. Chất nhầy cổ tử cung đục và đặc quánh lại tạo thành một cái nút bịt kín ống cổ tử cung, gọi là nút nhầy cổ tử cung. Nút nhầy cổ tử cung ngăn cách buồng tử cung với âm đạo, ngăn cách không cho thụ tinh lần thứ hai và không cho nhiễm khuẩn bộ phận sinh dục trên. Khi bắt đầu chuyển dạ đẻ, cổ tử cung xoá và mở, nút nhầy cổ tử cung bị tống ra ngoài và thường có lẫn ít máu có màu hồng nên được gọi là ra nhầy hồng.

3.4. Thay đổi ở âm đạo, âm hộ

Khi có thai niêm mạc âm đạo có màu tím, giống như thay đổi của cổ tử cung, chủ yếu do ứ máu và tăng sinh mạch máu. Thành âm đạo dày lên, tổ chức liên kết lỏng lẻo, các cơ trơn của âm đạo phì đại giống như cơ tử cung. Các thay đổi này làm cho âm đạo dài ra, dễ giãn rộng.

Trong khi có thai, khí hư âm đạo có thể tăng nhiều lên. Khí hư thường trắng đục. Độ pH của âm đạo trở nên acid hơn thay đổi từ 3,5 đến 6 do trực khuẩn Lactobacillus acidophilus trong âm đạo tăng sản xuất acid lactic từ glycogen trong biểu mô âm đạo.

Khi mới có thai, các tế bào biểu mô tương tự như ở giai đoạn hoàng thể của chu kỳ kinh nguyệt. Khi thai phát triển, trên phiến đồ âm đạo nhuộm theo phương pháp Papanicolaou thấy rất nhiều tế bào hình thoi, tụ thành từng đám, dày đặc. Do khi có thai, các lớp tế bào của biểu mô âm đạo không phát triển, không trưởng thành để thành những lớp tế bào bề mặt, tế bào nhân đông như khi chưa có thai nên chỉ số tế bào nhân đông rất thấp.

Các môi lớn và môi nhỏ có những tĩnh mạch giãn rộng, nhìn mắt thường cũng có thể thấy được. Các mạch máu tăng sinh và ứ máu dưới da và cơ của tầng sinh môn và âm hộ làm cho tổ chức liên kết ở khu vực này cũng mềm. Âm vật cũng có màu tím.

3.5. Thay đổi ở buồng trứng

Trong ba tháng đầu của thai nghén, hoàng thể tiếp tục phát triển, gọi là hoàng thể thai nghén. Hoàng thể thai nghén to hơn hoàng thể kinh nguyệt. Do ảnh hưởng của hoàng thể thai nghén, không có hiện tượng phóng noãn, các nang noãn không phát triển và chín được, người phụ nữ không hành kinh. Sang tháng thứ tư của thai nghén hoàng thể dần dần teo đi.

Buồng trứng khi có thai cũng sung huyết, phù, to và nặng lên. Các tĩnh mạch của buồng trứng to lên khi có thai, đường kính từ 0,9cm lên tới 2,6cm khi thai đủ tháng.

3.6. Thay đổi ở vòi trứng

Cơ của vòi trứng ít phì đại lên trong khi có thai. Niêm mạc vòi trứng mỏng hơn so với khi chưa có thai. Các tế bào màng rụng có thể xuất hiện một vài chỗ ở

niêm mạc vòi trứng nhưng không tạo thành một màng liên tục. Hiện tượng sung huyết và mềm tổ chức cũng xuất hiện. Khi tử cung to dần lên, vòi trứng và buồng trứng cũng lên cao dần trong ổ bụng. Trong khi có thai vòi trứng không làm nhiệm vụ gì.

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

4.1. Thay đổi ở da, cân, cơ

Nhiều phụ nữ, ở da xuất hiện các vết sắc tố (vết rám). Ở mặt, các vết rám xuất hiện ở gò má, mặt và cổ, tạo cho người phụ nữ có một gương mặt đặc biệt, gọi là "gương mặt thai nghén". Ở thành bụng, các sắc tố tập trung ở đường trắng giữa, có màu nâu đen, gọi là đường nâu. Sau khi đẻ các vết rám da này mất đi hoặc nhạt màu dần dần. Người ta chưa rõ nguồn gốc của các thay đổi về sắc tố này, mặc dù MSH (melanocyte-stimulating hormone) tăng lên cao trong máu từ cuối tháng thứ hai cho đến khi thai đủ tháng.

Tử cung phát triển to lên trong ổ bụng làm cho thành bụng giãn nở ra nên bị rạn da. Các vết rạn da thường thấy ở hai hố chậu và mặt trong đùi. Đôi khi có thể xuất hiện ở da vú. Rạn da gặp trong khoảng 50% phụ nữ có thai. Ở người con so, vết rạn da có màu hồng nhạt. Ngược lại, ở người con rạ, các vết rạn da có màu trắng như xà cừ, có thể xem lẫn một số vết rạn màu hồng nhạt của lần có thai hiện tại.

Các cơ thành bụng (cơ thẳng to, các cơ chéo....) cũng bị giãn rộng. Cân cơ thẳng to cũng giãn rộng, có thể tới 2cm trong khi có thai, đôi khi giãn quá rộng gây ra thoát vị thành bụng.

4.2. Thay đổi ở vú

Quầng vú sẫm màu và rộng ra, các hạt Montgomery nổi lên. Đó là các tuyến bã phì đại lên. Núm vú to lên, mầu sẫm lại và dễ dài và dễ cương lên. Người phụ nữ có cảm giác cương ở vú. Từ sau tháng thứ hai, tuyến sữa và ống dẫn sữa phát triển, phì đại làm cho vú to lên. Hệ thống tuần hoàn tăng, các tĩnh mạch to và nổi lên, nhìn thấy ở dưới da gọi là lưới tĩnh mạch Haller. Nếu tuyến vú phát triển quá to, da vú sẽ có vết rạn da giống như ở da bụng. Trong những tháng đầu hoặc những tháng cuối có thể gặp hiện tượng tiết sữa non, có màu vàng, đặc.

4.3. Thay đổi trong hệ tuần hoàn

4.3.1. Thay đổi về máu

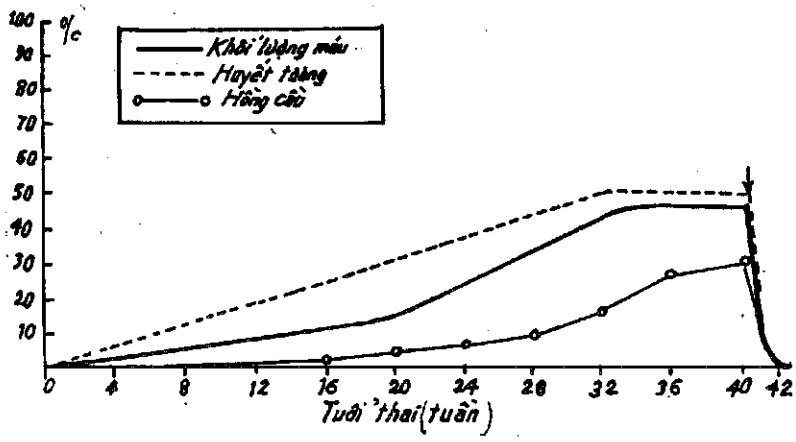
Trong khi có thai, khối lượng máu tăng lên khoảng 50%. Bình thường, người phụ nữ ngoài thời kỳ thai nghén có khoảng 4 lít máu thì khi có thai có thể tăng lên tới 6 lít. Khối lượng máu bắt đầu trong ba tháng đầu, tăng nhanh lên trong ba tháng giữa và cao nhất vào tháng thứ 7 của thai nghén. Sau đó khối lượng máu hằng định ở trong những tuần lễ cuối của thai nghén. Sau đẻ khối lượng máu giảm nhanh và dần dần trở lại bình thường.

Do khối lượng huyết tương tăng nhiều hơn huyết cầu nên số lượng hồng cầu trong máu hơi giảm. Tỷ lệ huyết sắc tố giảm, hemactocrite cũng giảm (từ 39,5% khi chưa có thai giảm xuống 35,8% khi thai được 40 tuần lễ). Độ nhớt của máu cũng giảm, máu có xu hướng loãng làm cho thiếu máu nhược sắc và giảm áp lực thẩm thấu.

Fibrinogen bình thường 2-4g/l, khi có thai tăng khoảng 50% (3-6g/l). Nồng độ fibrinogen tăng lên góp phần làm cho tốc độ lắng máu khi có thai cùng tăng lên theo.

Các yếu tố đông máu như yếu tố VI (proconvertin) yếu tố (antihemiphilic globulin) yếu tố IX (plasma tromboplastin component or Christmas factor), yếu tố X (Stuart factor) đều tăng lên trong khi có thai. Yếu tố II (prothorombin) thường chỉ tăng nhẹ, còn yếu tố XI và XII giảm nhẹ.

Tiểu cầu từ 300.000 đến 400.000.



Hình 32. Thay đổi của máu khi có thai

Số lượng bạch cầu thay đổi nhiều trong khi có thai từ 5.000 đến 12.000/ml. Trong khi chuyển dạ đẻ và sau đẻ ở những ngày đầu thời kỳ hậu sản, số lượng bạch cầu có thể lên tới 25.000 hoặc hơn nữa, trung bình từ 14.000 đến 16.000/ml.

Người ta chưa rõ nguyên nhân của sự tăng số lượng bạch cầu này. Công thức bạch cầu bình thường.

Protid 60-70g/l, tỷ lệ serin/globulin giảm.

Calci và sắt huyết thanh giảm.

Dự trữ kiềm giảm.

Trong thai nghén bình thường, nồng độ plasminogen (profibrolysin) tăng lên đáng kể.

4.3.2. Thay đổi về tim

– Nhịp tim: tăng lên 10-15 nhịp/phút. Trong trường hợp đa thai, đa ối có thể tăng lên 25-30 nhịp/phút.

– Cung lượng tim tăng lên 50% khi có thai. Bắt đầu tăng từ khi có thai và tăng dần đến mức cao nhất vào tháng thứ 7, sau đó giảm dần cho đến khi thai đủ tháng. Trong giai đoạn I của cuộc chuyển dạ đẻ, cung lượng tim tăng lên vừa phải,

đến giai đoạn II, thời kỳ rặn đẻ, cung lượng tim tăng lên cao nhất. Sau đẻ cung lượng tim giảm nhanh xuống.

– Trục tim xoay dần sang trái và lên cao, xoay ra phía trước do cơ hoành bị đẩy lên cao dần khi có thai.

– Tiếng tim: tăng cường độ tiếng thứ nhất (T1) từ tuần lễ 12 đến tuần lễ 32 sau đó giảm dần. Phần lớn nghe thấy T1 tách đôi, xuất hiện từ tuần lễ 20, đạt cực đại vào tuần lễ 30. Khoảng 15% nghe thấy tiếng thứ tư (T2 tách đôi). Có thể nghe thấy tiếng thổi tâm thu cơ năng vào những tháng cuối của thai nghén, chủ yếu do độ nhớt của máu giảm.

4.3.3. Thay đổi về mạch máu

Các mạch máu mềm, dài và to ra, dễ giãn. Do đó huyết áp động mạch không tăng. Tư thế của sản phụ cũng ảnh hưởng đến huyết áp. Khi đo huyết áp ở tay, áp lực cao nhất khi thai phụ ngồi, thấp nhất khi nằm nghiêng và trung bình khi nằm ngửa. Thông thường, huyết áp hơi giảm trong 3 tháng giữa và giai đoạn đầu của 3 tháng cuối, sau đó tăng lên. Do đó, khi đo thấy tăng huyết áp tâm thu lên 30mmHg và huyết áp tâm trương lên 15mmHg trong điều kiện chuẩn là bất thường (tăng huyết áp do thai nghén).

Ngược lại, huyết áp tĩnh mạch ở nửa dưới cơ thể tăng lên do tĩnh mạch chủ bụng bị tử cung chèn ép. Có thể xuất hiện trĩ và giãn tĩnh mạch ở chi dưới, ở âm hộ...

4.4. Thay đổi về hô hấp

– Lồng ngực: cơ hoành lên cao khoảng 4cm trong khi có thai. Góc dưới sườn (subcostal angle) rộng ra rõ khi đường kính ngang của lồng ngực tăng lên khoảng 2cm. Chu vi lồng ngực (vòng ngực) tăng lên khoảng 6cm nhưng không đủ để ngăn cản sự giảm thể tích khí cặn trong phổi do cơ hoành lên cao.

– Tần số thở: tăng lên vừa phải trong quá trình thai nghén. Người phụ nữ thường thở nhanh nông. Thường gặp có khó thở nhanh ở người chửa đa thai, đa ối.

– Thông khí: trong khi có thai, thể tích khí lưu thông tăng lên. Bắt đầu tăng từ tháng thứ 3 và đến khi thai đủ tháng tăng khoảng 40%. Thể tích khí dự trữ thở ra giảm, bắt đầu giảm từ tháng thứ năm, đến khi đủ tháng giảm khoảng 15%. Thể tích khí cặn cũng giảm từ tháng thứ 5, đến đủ tháng giảm khoảng 20%. Hai thể tích khí này giảm dần đến giảm dung tích cặn chức năng.

Tuy nhiên, dung tích sống (là tổng của thể tích khí lưu thông, thể tích khí dự trữ hít vào, thể tích khí dự trữ thở ra) trong khi có thai không thay đổi.

Như vậy có hai thay đổi quan trọng trong khi có thai. Một là tăng đáng kể thể tích khí lưu thông. Hai là giảm thể tích khí dự trữ thở ra. Thay đổi thứ nhất là nguồn gốc tăng thông khí phế nang.

Mức tiêu thụ O_2 ở người phụ nữ có thai tăng lên khoảng 15% so với người không có thai. Tương đương cân bằng thông khí với oxy tăng trưởng 10% trong khi có thai. Nhưng thông khí phế nang tăng lên 4 lần so với mức tiêu thụ oxy. Tăng

thông khí dẫn đến giảm áp suất riêng phần CO_2 (PCO_2), bắt đầu giảm từ tháng thứ 4 đến cuối thời kỳ thai nghén.

4.5. Thay đổi về tiết niệu

4.5.1. Thay đổi về thận

Kích thước của thận hơi tăng lên trong khi có thai. Tốc độ lọc máu ở cầu thận tăng lên 50%, bắt đầu tăng từ 3 tháng của thời kỳ thai nghén. Lưu lượng máu qua thận tăng từ 200ml lên 250ml/phút.

Một thay đổi bất thường trong chức năng bài tiết của thận trong khi có thai là hiện tượng mất các chất dinh dưỡng trong nước tiểu. Các acid amin và các vitamin tan trong nước tìm thấy trong nước tiểu của người phụ nữ có thai nhiều hơn so với người không có thai. Nồng độ urê và creatinin trong huyết thanh của người phụ nữ có thai giảm do tăng tốc độ lọc máu ở cầu thận.

Trong khi có thai, trong nước tiểu có đường (glucosuria) có thể không là hiện tượng bất thường do tốc độ lọc máu ở cầu thận tăng và khả năng tái hấp thu đường ở ống thận không tốt. Tuy nhiên cần phải luôn cảnh giác với đái tháo đường trong khi có thai. Protein niệu thường không có, do vậy khi thấy có protein trong nước tiểu là hiện tượng bất thường. Bình thường trong nước tiểu không có hồng cầu. Do vậy thì có hiện tượng đái ra máu cần phải tìm nguyên nhân các bệnh của đường tiết niệu. Tuy nhiên, chuyển dạ kéo dài và đẻ khó có thể gây ra đái ra máu do chấn thương đường tiết niệu dưới.

4.5.2. Niệu quản

Ở người phụ nữ có thai, sau khi tử cung vượt lên trên tiểu khung và tiến vào ổ bụng, nó đè vào niệu quản. Niệu quản bị chèn ép dẫn đến đài, bể thận bị giãn ra. Niệu quản dài ra, cong queo và giảm trương lực, do đó khả năng dẫn nước tiểu bị giảm xuống. Hậu quả là gây ra nhiễm trùng đường tiết niệu ngược dòng. Thường thấy hiện tượng giãn niệu quản và giảm trương lực ở 90% phụ nữ có thai được 3 tháng. Đặc biệt quan trọng đối với bên phải và không liên quan đến số lần đẻ.

Hai nguyên nhân dẫn đến tình trạng trên của đài, bể thận và niệu quản. Một là niệu quản bị tử cung hoặc động mạch chậu phải chèn ép và hai là do nội tiết, progesteron làm giãn cơ trơn. Có thể bị hai nguyên nhân, mới đầu là do nội tiết và về sau là do bị chèn ép.

Sự giãn to này gây ra ba hậu quả: đánh giá sai về khối lượng và chất lượng nước tiểu, tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu vào thay đổi hình ảnh đường tiết niệu.

4.5.3. Bàng quang và niệu đạo

Trong những tháng đầu bàng quang có thể bị kích thích gây ra tình trạng đái rắt. Trong những trường hợp tử cung ngả sau hoặc mắc kẹt trong tiểu khung, nó chèn ép vào cổ bàng quang gây ra tình trạng bí đái và chèn ép và trực tràng gây ra táo bón.

Áp lực bàng quang khi có thai tăng từ 8cm H_2O lên tới 20cm H_2O khi thai đủ tháng. Niệu đạo cũng dài và to ra. Áp lực tối đa của niệu đạo tăng từ 73cm H_2O lên 93cm H_2O.

4.6. Thay đổi về tiêu hoá

Trong 3 tháng đầu, thai phụ hay bị buồn nôn, nôn và thích các thức ăn lạ, được gọi là nghén. Tăng tiết nước bọt nên thai phụ hay nhổ vặt, có trường hợp tiết tới 1 lít/ngày. Do đó, trong những tháng này thai phụ thường ăn uống kém. Từ tháng thứ 4 trở đi, các triệu chứng nghén mất đi, thai phụ trở lại ăn uống bình thường.

Khi thai phát triển, dạ dày và ruột bị thay đổi vị trí do tử cung to lên. Do hậu quả của việc thay đổi vị trí nội tạng, các triệu chứng của một số bệnh có thể thay đổi. Ví dụ, ruột thừa thường bị đẩy lên cao, một đôi khi bị đẩy sang bên khi tử cung to lên.

Hiện tượng ợ hơi nóng (Pyrosis) thường gặp khi có thai. Nguyên nhân là do chảy ngược dịch dạ dày vào đoạn dưới của thực quản do trương lực cơ của thắt thực quản ở phần dưới bị giảm xuống và áp lực trong dạ dày tăng lên khi có thai. Ở những tháng cuối của thai nghén có thể gặp các cơn đau dạ dày, đôi khi có cảm giác bỏng rát, vị trí và cường độ cơn đau thay đổi. Đôi khi chẩn đoán nhầm với các bệnh của dạ dày, tuỵ hoặc mật, nguyên nhân chưa rõ ràng.

Ruột non và đại tràng giảm nhu động do bị chèn ép và giảm trương lực nên hay gây ra táo bón.

Thai nghén gây ra tình trạng mất calci hoá của răng và tạo điều kiện gây sâu răng. Niêm mạc lợi dầy lên và tăng sinh tuần hoàn. Các triệu chứng này mất dần đi sau đẻ.

Thường gặp trĩ trong khi có thai. Nguyên nhân do táo bón và tăng áp lực tĩnh mạch ở nửa dưới cơ thể do tử cung chèn ép.

Chức năng gan và mật ít thay đổi trong khi có thai.

4.7. Thay đổi về hệ thống xương, khớp

Các xương bị ngấm nước và mềm so với trước khi có thai. Đặc biệt có thể gặp tình trạng loãng xương do calci được huy động để tạo bộ xương cho thai nhi. Cột sống cũng thay đổi, đoạn thắt lưng và cổ ưỡn ra phía trước, do đó đoạn ngực và cùng cụt cong ra sau nhiều hơn so với trước khi có thai. Trong những tháng cuối của thai nghén, có thể gặp hiện tượng đau, tê bì hay mỏi yếu ở chi trên. Nguyên nhân do sự thay đổi của cột sống và đai vai (shoulder girdle) hạ thấp xuống kéo vào dây thần kinh trụ và giữa.

Các khớp mềm và giãn ra. Các dây chằng cũng ngấm nước và mềm đi. Ở vùng chậu hông, các khớp vệ, khớp cùng-chậu, khớp cùng-cụt giãn rộng và mềm ra làm cho khung chậu dễ thay đổi và tăng độ rộng, giúp cho cuộc đẻ dễ dàng hơn.

4.8. Thay đổi về thần kinh

Người phụ nữ có các thay đổi về tâm lý, cảm xúc, hay cáu gắt, dễ thay đổi tính tình, trí nhớ giảm sút khi có thai. Ngoài ra còn có những thay đổi về hệ thống thần

kinh giao cảm và phó giao cảm. Những triệu chứng buồn nôn, kém ăn, mất ngủ trong những tháng đầu có thể do nguyên nhân về thần kinh gây ra. Tuy nhiên, các thay đổi về thần kinh đều có liên quan mật thiết với thay đổi về nội tiết.

5. THAY ĐỔI Ở TOÀN THÂN

5.1. Thân nhiệt

Trong ba tháng đầu của thai nghén thân nhiệt cao trên 37^{0}C do tác dụng của hoàng thể thai nghén. Từ tháng thứ 4 trở đi thân nhiệt trở lại bình thường.

5.2. Trọng lượng cơ thể

Trong quá trình thai nghén, trọng lượng cơ thể người phụ nữ tăng trung bình 10kg (9-12kg). Sự tăng trọng lượng này diễn ra không đều. Ba tháng đầu tăng ít do nghén, tăng khoảng 1,5kg. Ba tháng giữa tăng nhiều nhất, khoảng 6kg. Ba tháng cuối tăng ít hơn, khoảng 4-5kg.

5.3. Thay đổi về chuyển hoá

– Chuyển hoá nước: tăng giữ nước ở ngoài tế bào và huyết tương. Khi thai đủ tháng, lượng nước có trong thai nhi, bánh rau và nước ối khoảng 3,5 lít. Ngoài ra còn có khoảng 3 lít nước nữa do tăng khối lượng máu mẹ, ở trong tử cung và vú. Như vậy, tổng lượng mức ngoài tế bào của một phụ nữ có thai khoảng 6,5 lít.

Nguyên nhân gây ra sự ứ nước là do tăng hút nước và muối trở lại của các ống thận, tăng tiết aldosteron và thay đổi sự kiểm soát của hậu yên đối với sự chế tiết nước tiểu.

– Các muối khoáng: khi có thai nhu cầu về sắt vượt quá nguồn sắc mà cơ thể người phụ nữ có. Nồng độ calci và magiê giảm xuống trong khi có thai.

– Chuyển hoá lipid: nồng độ lipid, lipoprotein và apoliprotein trong huyết thanh tăng lên rõ ràng trong khi có thai.

– Chuyển hoá protein tăng lên trong khi có thai.

– Chuyển hoá carbonhydrat cũng tăng lên với các đặc điểm: hạ đường huyết khi nhịn ăn vừa phải, tăng đường huyết sau bữa ăn và tăng insulin máu.

CƠ CHẾ ĐẺ NGÔI CHỎM KIỂU THẾ CHẨM CHẬU TRÁI TRƯỚC

Đối với tất cả các ngôi thai, cơ chế đẻ đều phải qua 3 giai đoạn: đẻ đầu, đẻ vai và đẻ mông. Đẻ đầu vẫn là phần khó khăn nhất, vì đầu là phần to và cứng hơn cả, ít có khả năng thu nhỏ đường kính lại so với vai và mông thai nhi.

Khi thai nhi đi từ buồng tử cung ra ngoài, sẽ chịu sự tác động của khung xương chậu, trong đó khung xương chậu lớn chỉ có tác dụng hướng cho thai nhi lọt vào tiểu khung. Khung xương chậu bé có tầm quan trọng lớn trong cơ chế đẻ, vì tất cả các phần của thai nhi đều phải qua các phần của khung xương chậu bé, đó là eo trên, lòng tiểu khung và eo dưới của khung chậu.

Trong cơ chế đẻ, đầu, vai và mông của thai nhi đều phải qua 4 thì: lọt, xuống, quay và sổ. Trên lâm sàng khó phân biệt 4 thì riêng biệt, người ta thường thấy lọt đồng thời với xuống, quay và sổ xảy ra cùng một lúc.

Lọt: khi đường kính lớn của ngôi trùng với mặt phẳng eo trên.

Xuống: khi đường kính lớn của ngôi đi từ mặt phẳng eo trên đến mặt phẳng eo dưới.

Quay: điểm mốc của ngôi sẽ quay ra khớp mu (đa số) hoặc quay ra xương cùng.

Sổ: ngôi thai ra khỏi mặt phẳng eo dưới.

1. ĐẺ ĐẦU

1.1. Thì lọt: trước khi chuyển dạ, đầu thai nhi thường còn cao và di động dễ, thường chưa cúi tốt, đường kính chẩm trán (11cm) trình diện trước eo trên (song song với mặt phẳng eo trên). Trong thì lọt, có 2 hiện tượng: chuẩn bị lọt và lọt chính thức.

1.1.1. Chuẩn bị lọt

Để chuẩn bị lọt, đầu thai nhi phải giảm các kích thước và lựa theo đường kính to nhất của eo trên.

Đầu giảm kích thước bằng cách cúi hơn:

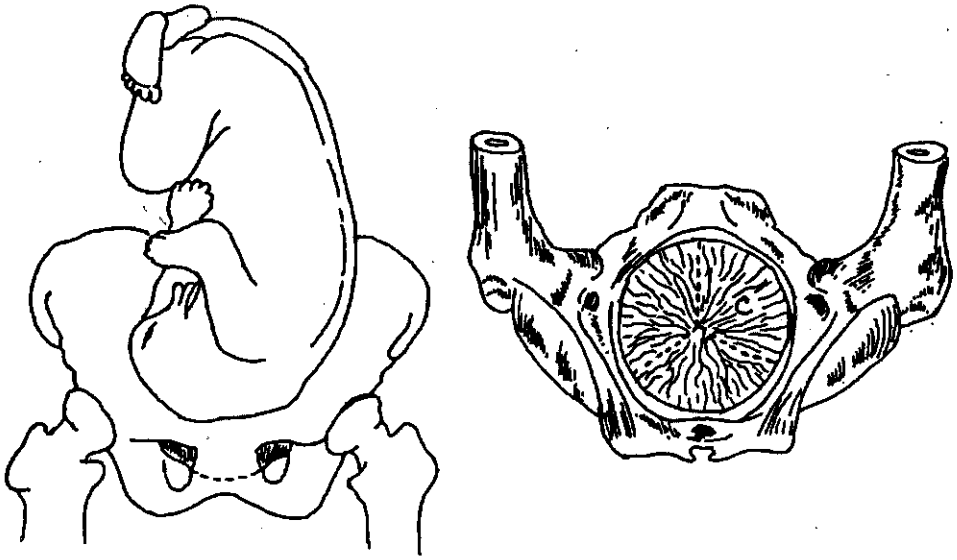
Trước khi lọt, đầu thai nhi ở thế không ngửa, nhưng cũng chưa cúi hẳn, đường kính chính thức lúc đó là chẩm - trán (11cm). Thế đó không vững nên khi có cơn co tử cung đầu sẽ cúi dần để có đường kính hạ - chẩm - trán (10,5cm) rồi cúi thật tốt, đường kính sẽ là hạ - chẩm - thóp trước (9,5cm).

Lựa theo đường kính to của eo trên.

Khi ngôi chưa cúi, còn lỏng, đầu hướng theo đường kính ngang, dưới tác dụng của cơn co tử cung đầu xuống thấp hơn, cúi hơn và đồng thời quay để cho xương chẩm tới gần gai chậu trước, nghĩa là đầu trước của đường kính chéo trái (12cm).

1.1.2. Lọt chính thức

Đường kính hạ chẩm - thóp trước và 2 bướu đỉnh qua diện eo trên.



Hình 33. Ngôi chỏm kiểu thế chẩm - chậu - trái - trước

Phần thấp nhất của ngôi thai đã đi tới mặt phẳng song song thứ ba của Hodge nghĩa là ngang mức gai hông. Như vậy thực ra là đã thấp hơn lý thuyết, thai đã xuống một phần và phần còn lại là khoảng cách giữa mặt phẳng thứ ba và thứ tư của Hodge thì không quá 3-4cm. Khi đã lọt, về lâm sàng khám có thể thấy:

Hai bướu đỉnh đã nằm trong âm đạo.

Dấu hiệu Farabeuf: hai ngón tay đưa vào âm đạo sát bờ dưới khớp mu, không đi tới đwọc mặt trước xương cùng.

Dấu hiệu Piszbacsek: ấn ngón tay cái vào môi lớn đã chạm vào đầu thai nhi.

Các dấu hiệu trên chỉ chính xác khi không có bướu huyết thanh.

Có hai kiểu lọt:

– Lọt đối xứng: khi hai bướu đỉnh cùng xuống song song.

– Lọt không đối xứng: một bướu xuống trước, bướu kia xuống sau.

Lọt không đối xứng kiểu trước:

Bướu đỉnh trước lọt trước qua mặt sau xương vệ rồi bướu đỉnh sau lọt theo sau.

Lọt không đối xứng kiểu sau.

Bướu đỉnh sau lọt vào hố cùng - chậu trước rồi bướu đỉnh trước lọt theo sau.

Động tác nhô tiến nghĩa là mỏm nhô tiến ra phía trước làm cho hố cùng - chậu rộng ra, nên bướu đỉnh sau lọt được dễ dàng. Trường hợp xương cùng phẳng sẽ cản trở bướu đỉnh sau không lọt được.

Hình 34. Lọt kiểu đối xứng

Hình 35. Lọt kiểu không đối xứng trước

1.2. Thì xuống

Là giai đoạn di chuyển của ngôi thai từ mặt phẳng eo trên đến mặt phẳng eo dưới, nghĩa là đường kính lớn nhất hay mặt phẳng lớn nhất của ngôi đi từ diện song song thứ nhất đến mặt phẳng song song thứ hai của Hodge.

Khi xuống thấp, đầu thai nhi chạm vào tầng sinh môn, nghĩa là mặt phẳng thứ tư của Hodge và làm tầng sinh môn phồng to.

Trong thực tế, ngôi thai xuống là một quá trình từ từ, xảy ra song song với sự xoá mở cổ tử cung và cùng với hiện tượng lọt và vì thế trong lâm sàng chúng ta sẽ thấy nhiều khi hai quá trình lọt và xuống trùng với nhau và không phân biệt được quá trình nào xảy ra trước.

Thường ngôi lọt theo đường kính nào thì sẽ xuống theo đường kính đó trong lòng tiểu khung.

1.3. Thì quay

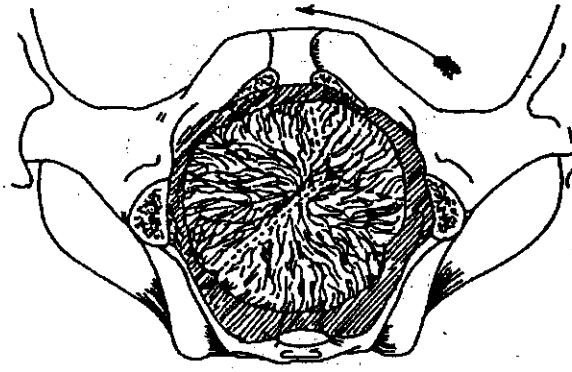
Sau khi lọt và xuống theo đường kính chéo trái của eo trên và lòng tiểu khung, đầu sẽ phải quay.

Với kiểu thế trước, đầu sẽ phải quay 450 từ trái sang phải để cho chẩm ở dưới khớp vệ và đường kính hạ-chẩm thóp-trước trùng với đường kính hữu dụng trước sau của eo dưới.

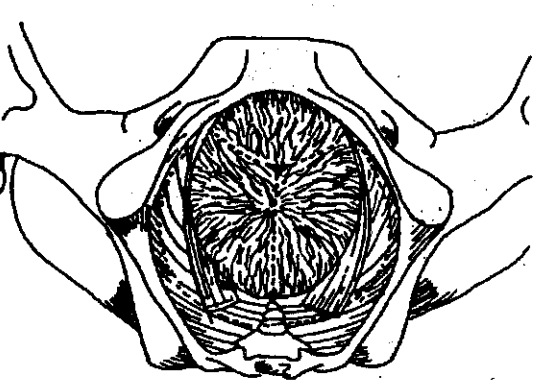
Đôi khi đầu xuống và quay cùng một lúc, trong khi xuống thì quay và như vậy khi xuống tới hoành chậu thì hiện tượng quay cũng vừa thực hiện xong.

Tại sao trước khi sổ, đầu lại cúi và quay?

Đó là kết quả một mặt của những cơn co tử cung và thành bụng đẩy mạnh ngôi xuống và mặt khác phản ứng của ngôi, làm cho ngôi đã cúi rồi, lại phải cúi hơn và quay theo kẽ hở giữa hai cơ nâng hậu môn.



Hình 36. Chỏm chậu trái trước ngôi quay 45^0 từ trái sang phải để chẩm tới bờ dưới khớp vệ



Hình 37. Đầu đã quay xong. Đường kính hạ chẩm - thóp trước theo đường kính trước sau của eo dưới.

1.4. Thì sổ

Sau khi quay xong, đầu thai nhi vẫn cúi và thân thai nhi ưỡn ngửa hết mức, cột sống song hẳn ra phía trước.

Hình 38. Ngôi chỏm chuẩn bị sổ: Hạ chẩm (hết thì 1) đã tới bờ dưới khớp vệ

Hình 39. Ngôi chỏm sổ: đầu ngửa dần (thì 2)

Cũng như thì lọt, thì sổ cũng có hai hiện tượng: chuẩn bị sổ và sổ chính thức.

1.4.1. Chuẩn bị sổ

Đầu thai nhi tiếp tục cúi hơn nữa do áp lực của cơn co tử cung và cơn co thành bụng, cùng với sức cản của đáy chậu. Đầu cúi để cho chỏm, một phần xương đỉnh thoát ra khỏi diện eo dưới. Khi bờ dưới xương chẩm (hạ chẩm) tỳ vào bờ dưới khớp vệ thì đầu không cúi nữa và bước sang thì thứ hai, thì sổ chính thức.

1.4.2. Sổ chính thức

Đầu thai nhi ngửa dần lên, đáy chậu bị phần trán, mặt đè vào làm cho phồng to lên và dài ra.

Hạ chẩm của đầu thai nhi tỳ vào bờ dưới khớp vệ và dưới áp lực của cơn co tử cung đầu sẽ ngửa dần để các đường kính hạ chẩm - thóp trước, hạ chẩm - trán, hạ chẩm - cằm tuần tự sổ ra ngoài.

Khi cằm thoát ra khỏi âm hộ là hết thời kỳ đẻ đầu.

Sau khi sổ xong đầu thai nhi quay 45^0 từ phải sang trái, để trở lại vị trí cũ, chẩm ở vị trí trái trước.

2. ĐẺ VAI

2.1. Thì lọt

Đường kính lưỡng mỏm vai vuông góc với đường kính hạ chẩm - thóp trước nên trong chẩm - chậu trái trước, đường kính hạ chẩm - thóp trước lọt theo đường kính chéo trái thì vai lọt theo đường kính chéo phải.

Hình 40. Ngôi chỏm: đẻ vai (vai trước quay 45^0 từ trái sang phải để đứng dưới khớp vệ. Vai quay xong, đầu ở tư thế chẩm chậu trái ngang).

2.1.1. Chuẩn bị lọt

Để chuẩn bị lọt, vai phải thu hẹp lại và chọn đường kính to nhất của eo trên.

Vai thu hẹp bằng cách so 2 vai lại để đường kính lưỡng mỏm vai từ 12cm còn lại 9,5cm.

Chọn đường kính to của eo trên: vì chẩm lọt theo đường kính chéo trái của eo trên, nên hai vai sẽ lựa theo đường kính chéo phải của eo trên, mỏm vai trước nghĩa là mỏm phải sẽ ở gần gai chậu lược phải.

2.1.2. Lọt chính thức

Đường kính lưỡng mỏm vai đi qua mặt phẳng eo trên theo đường kính chéo phải.

Cũng như đối với đầu, vai có 2 kiểu lọt:

Lọt đối xứng: hai vai cùng song song qua diện của eo trên.

Lọt không đối xứng: từng vai qua diện của eo trên, trên lâm sàng thường là lọt không đối xứng.

2.2. Thì xuống

Vai trên từ mặt phẳng eo trên xuống mặt phẳng eo dưới theo đường kính chéo phải.

2.3. Thì quay

Vai bắt đầu quay khi chạm vào hoành chậu. Vai chỉ quay 45^0 để cho đường kính lưỡng mỏm vai trùng với đường kính trước sau của eo dưới. Như vậy khi vai quay thì đầu sẽ quay tiếp 45^0 nữa, tổng cộng là 90^0. Do đó khi vai quay xong, đầu sẽ nằm ngang (chẩm ở vị trí ngang).

2.4. Thì sổ

Dưới áp lực của cơn co tử cung và sức rặn của người mẹ sẽ đẩy vai trước sổ ra trước. Vai trước sổ đến bờ dưới cơ Delta thì dừng lại và cố định ở đó. Do độ cong của ống đẻ, sự thay đổi của đáy chậu và âm hộ, áp lực cơn co tử cung và thành bụng sẽ đẩy cho vai sau sổ, mỏm vai trước quay quanh bờ dưới khớp vệ, điểm tỳ là bờ dưới cơ delta, sau khi vai sau sổ xong, vai trước sổ tiếp theo.

3. ĐẺ MÔNG

Cơ chế đẻ mông giống hệt cơ chế đẻ vai, vì đường kính lớn của mông là đường kính lưỡng ụ đùi, đường kính này song song với đường kính lưỡng mỏm vai, nên các thì lọt, xuống, quay và sổ hoàn toàn giống nhau.

Trên thực tế đẻ mông thường xảy ra rất nhanh và dễ dàng.

SỔ RAU THƯỜNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Sổ rau là giai đoạn thứ ba của cuộc đẻ, sau giai đoạn xoá, mở cổ tử cung và giai đoạn sổ thai. Sổ rau là giai đoạn cuối để đánh giá cuộc đẻ. Nếu sau khi thai sổ, mẹ bình thường thì tiên lượng của người mẹ hoàn toàn phụ thuộc vào sự sổ rau vì mọi biến chứng của nó thường xảy ra trong thời kỳ sổ rau. Do vậy muốn theo dõi và xử trí tốt trong thời kỳ sổ rau, cần phải nắm vững:

– Cơ chế bong rau và màng rau.

– Các giai đoạn của thời kỳ sổ rau.

– Cách theo dõi và xử trí

Sổ rau là giai đoạn quan trọng nhất của một cuộc đẻ thường. Trong bài này chỉ trình bày về sổ rau bình thường mà không nói về sổ rau bất thường.

1.2. Một số đặc điểm về giải phẫu và sinh lý của bánh rau và tử cung

– Lớp cơ ở thân tử cung có 3 lớp (cơ vòng, cơ dọc và cơ đan). Lớp cơ đan dầy và có nhiều mạch máu, cơ đan của tử cung có khả năng co bóp và co rút rất tốt, có tính đàn hồi.

– Ngược lại bánh rau không có tính chất đàn hồi vì không có tổ chức cơ và sợi chun.

– Ngoại sản mạc ở vị trí rau bám có 3 lớp: lớp đặc ở trên, lớp xốp ở giữa có nhiều mạch máu nên tổ chức rất lỏng lẻo. Khi rau bong thì bong ở vị trí lớp xốp này. Lớp dưới cùng là lớp đáy (màng rụng nền, basal decidua) sát với lớp cơ tử cung.

– Trung sản mạc và ngoại sản mạc gắn chặt với nhau thành một khối nhờ các gai rau bám vào đáy các hồ huyết và các vách ngăn trong hồ huyết ở lớp đặc.

1.3. Cơ chế bong rau

– Trước đây người ta cho rằng trong giai đoạn sổ thai, thai nhi sẽ kéo dây rau xuống làm cho rau bong dần và sổ ra ngoài. Cũng có người cho rằng rau và màng rau đã được chuẩn bị và bong dần trong giai đoạn cuối cùng của thời kỳ thai nghén. Rau được tiếp tục bong khi chuyển dạ đẻ và sau khi sổ thai thì rau bong hoàn toàn. Quan niệm cũ về cơ chế bong rau chỉ được thay đổi từ khi phẫu thuật mổ lấy thai được áp dụng rộng rãi trong sản khoa, việc mổ và cắt tử cung sau những thời gian nhất định sau khi lấy thai và được xét nghiệm giải phẫu về đại thể, vi thể thì cơ chế của sự bong rau mới được hiểu rõ.

– Ngày nay người ta cho rằng sau khi sổ thai, tử cung co nhỏ lại, diện bám của rau cũng bị co nhỏ lại. Nhưng do bánh rau không có tính chất đàn hồi như cơ tử cung nên bánh rau phải rúm lại, dầy lên, lớp rau chờm ra ngoài vùng rau bám. Tử cung càng co nhỏ lại, bánh rau càng bị kéo co rúm lại và càng dầy lên. Các gai rau bám bị kéo căng, kéo mạnh vào lớp xốp của ngoại sản mạc tử cung rau làm cho đáy tuyến trước đây dẹt nay bị phồng lên. Tử cung càng co bóp nhiều làm cho bánh rau càng bị thu nhỏ lại kéo mạnh vào lớp xốp, các mạch máu ở lớp xốp bị rách và đứt ra gây chảy máu.

Chảy máu ở lớp xốp mới đầu ít sau nhiều dần lên tạo thành cục huyết sau rau. Cục huyết càng ngày càng to lên, trọng lượng của cục huyết sau rau làm bong nốt phần xốp còn lại của bánh rau.

Như vậy trong cơ chế bong rau, chúng ta thấy thoạt đầu rau bong làm cho chẩy máu (quan niệm cũ cho rằng chẩy máu làm cho bong rau). Khi diện rau bong đã rộng, cục huyết sau rau đã to và nặng thì nó sẽ kết hợp với cơn co tử cung để làm cho bong rau hoàn toàn.

1.4. Cơ chế bong các màng rau

Bong màng rau trước tiên do co tử cung co bóp và co rút làm bong các màng rau và tiếp theo là do trọng lượng của cục huyết sau rau và máu loãng, trọng lượng của bánh rau làm bong nốt phần màng rau còn lại.

2. NHỮNG HIỆN TƯỢNG LÂM SÀNG TRONG THỜI KỲ SỔ RAU

Trên lâm sàng, thời kỳ sổ rau được làm ba giai đoạn hay ba thời kỳ.

2.1. Thời kỳ nghỉ ngơi sinh lý

2.1.1. Hiện tượng sinh lý

Sau khi sổ thai, tử cung co bóp và co rút lại nhưng sản phụ không cảm thấy đau như trong khi chuyển dạ đẻ nên sản phụ cảm thấy thoải mái, dễ chịu và có khi

ngủ thiếp đi. Lúc này rau sửa soạn bong hay đang bong nhưng vẫn còn nằm trong buồng tử cung.

2.1.2. Triệu chứng cơ năng

Sau khi thai đã sổ ra ngoài, sản phụ cảm thấy hết đau, thoải mái, nhẹ nhõm, nằm yên hoặc có khi ngủ thiếp đi. Âm hộ lúc này có thể ra một ít máu.

2.1.3. Triệu chứng thực thể

Mạch không thay đổi hoặc hơi chậm lại. Huyết áp vẫn ổn định như trong khi sổ thai. Tử cung co hồi ngang rốn, đổ ra trước, dễ nắn thấy qua thành bụng, mật độ tử cung rắn. Chiều cao tử cung trên khớp vệ 15cm, chiều ngang đáy tử cung 12cm. Cuống rau sau khi chảy máu sẽ cầm lại.

2.1.4. Tiến triển

Thời kỳ này kéo dài 10-20 phút. Khi tử cung co bóp mạnh hơn, sản phụ cảm thấy đau trở lại là lúc bắt đầu chuyển sang thời kỳ thứ hai.

2.2. Thời kỳ rau bong và rau xuống

2.2.1. Hiện tượng sinh lý

Tử cung bắt đầu co bóp mạnh trở lại, sản phụ lại cảm thấy đau gần như lúc đẻ. Sự co bóp của tử cung làm cho bánh rau và màng rau bong ra, làm chảy máu và tụ lại thành cục máu sau rau. Cơn co tử cung và trọng lượng cục máu sau rau làm cho rau bong hoàn toàn và cơn co tử cung đẩy rau và màng rau xuống đoạn dưới.

2.2.2. Triệu chứng cơ năng

Tình trạng toàn thân của sản phụ vẫn ổn định, không có gì thay đổi.

Sản phụ cảm thấy đau lại, nếu đang ngủ thì tỉnh dậy, đôi khi lo lắng.

Âm hộ có thể thấy chảy ra ít máu. Số lượng máu tuỳ theo kiểu sổ rau (sổ rau kiểu múi chảy nhiều máu hơn sổ rau kiểu màng).

2.2.3. Triệu chứng thực thể

Tử cung co bóp trở lại, đáy tử cung cao dần lên trên rốn, lên tới 18-22cm nhưng bề ngang đáy tử cung dần dần hẹp lại từ 12cm còn 9cm. Đáy tử cung thường lệ về bên phải, mật độ rắn hơn thời kỳ nghỉ ngơi sinh lý. Dây rau sẽ tụt dài ra ngoài âm hộ.

2.2.4. Tiến triển

Thời kỳ này kéo dài từ 5 đến 10 phút. Rau xuống đến âm đạo và sản phụ có cảm giác mót rặn.

2.3. Thời kỳ rau sổ

2.3.1. Hiện tượng sinh lý

Khi rau xuống đến đoạn dưới tử cung, đoạn dưới phồng lên đẩy đáy tử cung cao lên. Rau xuống đến âm đạo thì màng rau ở đoạn dưới sẽ tiếp tục bong nốt. Lúc này tử cung rỗng sẽ co bóp thật chặt lại, các lớp cơ dẫn thắt nghẹt lại làm cho các mạch máu bị bóp nghẹt để thực hiện tắc mạch sinh lý. Sau khi tạo thành khối an toàn tử cung, cơn co tử cung hết tác dụng và sản phụ lại không cảm thấy đau nữa.

2.3.2. Triệu chứng cơ năng

Sản phụ không cảm thấy đau nữa.

Ra máu qua âm đạo nhiều hoặc ít. Rồi bắt đầu có phản xạ mót rặn.

2.3.3. Triệu chứng thực thể

Mạch, huyết áp vẫn ổn định nếu cuộc sổ rau bình thường.

Tử cung co bóp và co rút nhỏ lại, mật độ rắn chắc như gỗ để tạo thành khối an toàn, nổi rõ dưới da bụng. Đáy tử cung cao trên khớp vệ 13cm, chiều ngang khoảng 10cm.

Âm đạo phồng to, âm hộ hé mở, qua đó có thể nhìn thấy rau (thường là nội sản mạc).

Dây rau tụt xuống thấp hơn.

2.3.4. Tiến triển

Nếu sản phụ vẫn nằm trên bàn đẻ, bánh rau và cục máu sau rau xuống đến âm đạo kích thích trực tràng gây phản xạ mót rặn. Nếu sản phụ rặn sẽ làm cho rau tụt ra ngoài. Đó là kiểu sổ rau tự động.

Nếu sản phụ ngồi lên hay đứng dậy, trọng lượng của bánh rau và cục huyết sau rau sẽ kéo bánh rau rơi ra ngoài. Đây cũng là một kiểu sổ rau tự động.

Nói chung sổ rau kiểu tự động không tốt, dễ gây sót màng rau ở đoạn cuối tử cung.

2.4. Các kiểu sổ rau

Rau bong kiểu nào sẽ sổ rau kiểu ấy. Có mấy kiểu bong rau sau:

2.4.1. Bong rau kiểu màng (kiểu Baudelocque)

Rau bắt đầu bong từ trung tâm ra rìa bánh rau. Cục máu sau rau sẽ tụ lại hoàn toàn ở sau bánh rau. Khi rau bong hoàn toàn và xuống đến âm đạo thì rau và màng rau sẽ ra lộn ngược. Nghĩa là nội sản mạc sẽ ra trước. Bong rau kiểu này không thấy có ra máu kèm lúc sổ rau vì máu cục và máu loãng nằm lại ở phía sau bánh rau và được màng rau bao bọc lại, máu chỉ chẩy ra ngoài sau khi rau đã sổ hoàn toàn.

Bong rau và sổ rau kiểu này chiếm tỷ lệ 75%. Đó là kiểu sổ tốt nhất vì ít gây sót rau và sót màng rau.

2.4.2. Bong rau kiểu múi (kiểu Duncan)

Rau bắt đầu bong từ mép bánh rau (rìa bánh rau) vào trung tâm bánh rau nghĩa là bong từ ngoại vi vào trung tâm bánh rau. Máu chảy một phần tụ lại ra sau, một phần tách các màng rau để chảy ra ngoài nên trong quá trình bong rau thấy có nhiều máu chảy qua đường âm đạo. Sau khi rau đã bong xong, rau và màng rau rơi xuống đoạn dưới tử cung và âm đạo, mặt nội sản mạc không bị lộn ra ngoài mà mặt ngoại sản mạc ra trước rồi cục máu sau rau và bánh rau ra cùng một lúc. Bánh rau sổ ra ngoài giống như cái lá rơi.

Tỷ lệ bong rau và sổ rau kiểu này khoảng 25%. Bong rau kiểu này dễ gây sót rau và màng rau hơn.

2.4.3. Tình trạng của sản phụ sau khi sổ rau

Sau khi sổ rau, tình trạng toàn thân của sản phụ vẫn bình thường. Mạch chậm lại hoặc vẫn không thay đổi, đều, rõ. Huyết áp ổn định. Sản phụ nằm yên, ra máu qua đường âm đạo rất ít hoặc không có. Tử cung co nhỏ lại thành khối an toàn sau đẻ.

Nếu sau sổ rau thấy chảy máu nhiều hơn mức bình thường qua đường âm đạo ra ngoài cần phải phát hiện nguyên nhân và xử trí ngay. Các nguyên nhân gây chảy máu sau khi sổ rau thường là:

– Đờ tử cung: tử cung mất khối an toàn, mềm nhão, to lên, đáy tử cung cao dần lên.

– Vỡ tử cung, rách cổ tử cung.

– Rách âm đạo.

– Sót rau.

Một cuộc đẻ lượng máu mất trung bình khoảng 300ml-500ml nếu lượng máu mất trên 500ml là bất thường. Nhưng đối với những sản phụ có tình trạng thiếu máu từ trước cần phải theo dõi sát và xử trí kịp thời mặc dù lượng máu mất chưa quá 300ml.

2.5. Các cách sổ rau

Có ba cách sổ rau.

2.5.1. Sổ rau tự động

Cả ba thời kỳ sổ rau (bong, xuống, sổ) đều diễn biến một cách tự nhiên không có sự can thiệp của người nữ hộ sinh. Kiểu sổ này không tốt vì dễ gây sót rau và màng rau.

2.5.2. Sổ rau tự nhiên

Hai thời kỳ rau bong và rau xuống xảy ra một cách tự nhiên. Nhưng đến thời kỳ sổ rau thì có sự can thiệp của người nữ hộ sinh để lấy rau và màng rau ra (đỡ rau). Kiểu sổ này tốt nhất vì chủ động và ít sót rau, sót màng rau.

2.5.3. Bóc rau nhân tạo

Cả ba thời kỳ sổ rau đều có sự can thiệp của người thầy thuốc hoặc nữ hộ sinh. Do rau không bong theo cơ chế tự nhiên nên phải cho tay vào buồng tử cung để bóc rau và lấy rau, màng rau ra ngoài. Thủ thuật bóc rau cần phải đảm bảo vô khuẩn và giảm đau tốt. Nếu không dễ gây sót rau và nhiễm khuẩn hậu sản và choáng cho phụ sản. Sau khi bóc và đẩy rau ra ngoài bao giờ cũng tiến hành kiểm soát tử cung ngay.

3. CÁCH XỬ TRÍ TRONG THỜI KỲ SỔ RAU

3.1. Theo dõi

Ngay sau khi sổ thai và cắt rốn, cần phải theo dõi sản phụ thật sát ở các giai đoạn của thời kỳ sổ rau để phát hiện kịp thời các trường hợp chảy máu. Thời kỳ sổ rau trung bình từ 20-40 phút. Khi đó rau đã xuống tới âm đạo và ta có thể chuẩn bị đỡ rau.

Nếu thời gian kéo dài quá một giờ mà rau chưa bong thì cần phải bóc rau nhân tạo.

3.2. Làm nghiệm pháp bong rau

Trước khi đỡ rau cần phải làm nghiệm pháp bong rau để xem rau đã bong chưa

– Đặt bờ trụ của tay lên bờ trên khớp vệ tương ứng với đoạn dưới tử cung, ấn tay xuống. Theo dõi dây rau ở âm đạo. Nếu dây rau bị kéo lên trên (ngắn lại) là rau chưa bong khỏi tử cung. Nếu dây rau đứng nguyên là rau đã bong và xuống đến đoạn dưới tử cung. Nếu dây rau tụt ra ngoài (dài thêm) là rau đã bong và xuống đến âm đạo.

Hoặc khi cắt rốn, kẹp dây rau sát vào âm môn. Theo dõi trong các giai đoạn của thời kỳ sổ rau sẽ thấy mốc của kẹp cuống rốn sẽ ngày càng cách xa âm môn khi ra đã bong.

3.3. Đỡ rau

Nguyên tắc chỉ can thiệp vào thời kỳ sổ rau. Nghĩa là khi rau đã bong tự nhiên và xuống âm đạo, ta chủ động đỡ ra từ rau từ âm đạo ra ngoài một cách từ từ bằng trọng lượng của bánh rau.

3.1.1. Thì 1

Một tay nhấc kẹp cuống rau lên ngang mức sản phụ nằm. Tay khác đặt vào mặt trước và đáy tử cung qua thành bụng, đẩy tử cung ra phía sau cho trục của tử cung trùng với trục của đoạn dưới sau đó đẩy đáy tử cung về phía tiểu khung để bánh rau sổ ra ngoài. Khi bánh rau đã sổ hết thì chuyển sang thì thứ hai.

3.3.2. Thì 2

Tay trên thành bụng không đẩy vào đáy tử cung nữa. Đặt bờ trụ của bàn tay trên khớp vệ vừa ấn xuống vừa từ từ đẩy ngược lên phía mũi ức. Đồng thời tay cầm kẹp cuống rau nâng từ từ dây rau lên để cho bánh rau từ từ rơi xuống và làm bong nốt các màng rau còn lại để sổ ra ngoài.

Nếu màng rau vẫn không bong thì phải đặt bánh rau vào giữa lòng hai bàn tay và quay tròn từ từ bánh rau để phần màng rau còn lại bong khỏi đoạn dưới và sổ ra ngoài.

Hoặc có thể dùng kẹp dài kẹp màng rau chỗ sát âm đạo và kéo từ từ, nhẹ nhàng ra ngoài. Theo lý thuyết, màng rau sót lại dưới 1/4 diện tích thì được coi là bình thường.

3.4. Kiểm tra rau

Mục đích của việc kiểm tra rau là không để sót rau và màng rau gây hậu quả nghiêm trọng trong thời kỳ hậu sản (chảy máu, nhiễm khuẩn).

3.4.1. Kiểm tra màng rau

– Kiểm tra xem có đủ màng rau hay không. Nếu đủ, chỗ vỡ ối là một hình tròn đều đặn.

– Kiểm tra xem có bánh rau phụ không. Tìm xem trên mặt màng rau có mạch máu chạy từ bánh rau ra không. Nếu có mạch máu chạy ra thì có bánh rau phụ.

Đo chỗ ngắn nhất từ rìa bánh rau đến chỗ vỡ ối. Bình thường đoạn này dài 10cm. Nếu đo được dưới 10cm thì chẩn đoán hồi cứu là rau tiền đạo.

Kiểm tra tính chất, màu sắc của màng rau xem rau bình thường hay bị nhiễm khuẩn.

3.4.2. Kiểm tra bánh rau

Bình thường bánh rau có từ 15 đến 20 múi rau, mặt múi rau nhẵn bóng, đỏ sẫm. Bánh rau hình tròn, đều đặn, dầy ở giữa và mỏng dần ra rìa bánh rau, không có vết khuyết trên diện các múi rau. Nếu có vết khuyết là có sót rau.

– Kiểm tra về hình dạng của bánh rau, kích thước của bánh rau xem có bình thường không.

– Kiểm tra nếu thấy khuyết múi rau hoặc một phần múi rau, bề mặt múi rau rách, rỉ máu thì là sót rau, cần phải tiến hành kiểm soát tử cung.

– Kiểm tra xem có vết lõm của bánh rau do khối máu tụ sau rau đè vào trong các trường hợp rau bong non.

3.4.3. Kiểm tra dây rau

– Màu sắc: dây rau màu trắng, nếu nhiễm khuẩn có màu vàng úa.

– Độ dài: bình thường 40-60cm.

– Kích thước: to, nhỏ, có phù nề không.

– Các bất thường khác: dây rau bị thắt nút, bị xoắn.

3.4.4. Trọng lượng

Cân bánh rau để tìm tỷ lệ giữa rau và thai. Bình thường bánh rau nặng 500g và bằng 1/6 trọng lượng thai nhi.

HẬU SẢN THƯỜNG

1. NHỮNG HIỆN TƯỢNG GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ

1.1. Định nghĩa

Khi có thai các cơ quan sinh dục và vú phát triển dần. Sau khi đẻ, cơ quan sinh dục trở lại tình trạng bình thường như khi không có thai. Thời gian trở lại bình thường của cơ quan sinh dục (trừ vú vẫn phát triển để tiết sữa) về mặt giải phẫu và sinh lý gọi là thời kỳ hậu sản.

Thời kỳ hậu sản về phương diện giải phẫu là 42 ngày kể từ sau khi đẻ vì ở những người không cho con bú kinh nguyệt có thể xuất hiện trở lại.

1.2. Thay đổi ở tử cung

1.2.1. Thay đổi ở thân tử cung

Ngay sau khi rau sổ, tử cung co chặt lại thành một khối chắc, đáy tử cung ở ngay dưới rốn. Trọng lượng tử cung lúc đó nặng khoảng 1000g, hết tuần lễ nhất tử cung còn nặng khoảng 500g, đến cuối tuần lễ thứ hai còn khoảng 300g và các ngày sau đó còn nặng 100g, đến cuối thời kỳ hậu sản tử cung trở về trọng lượng bình thường như khi chưa có thai (50-60g).

Trên lâm sàng ta nhận thấy có ba hiện tượng:

– Sự co cứng: sau sổ rau, tử cung co cứng lại để thực hiện tắc mạch sinh lý. Trên lâm sàng tử cung co lại thành một khối chắc, gọi là khối an toàn của tử cung. Khối an toàn này tồn tại vài giờ sau khi đẻ.

– Sự co bóp của tử cung: trong những ngày đầu sau đẻ, tử cung có những cơn co bóp để tống sản dịch ra ngoài. Trên lâm sàng thỉnh thoảng sản phụ có những cơn đau và sau mỗi cơn đau có ít máu cục và sản dịch chảy ra ngoài qua đường âm đạo. Các cơn đau này thường gặp ở người con rạ nhiều hơn so với người đẻ con so.

– Sự co hồi tử cung: ngay sau khi đẻ, đáy tử cung ở trên khớp vệ khoảng 13cm, các ngày sau đó, đáy tử cung thấp dần xuống trung bình mỗi ngày co hồi được 1cm, riêng ngày đầu tiên co nhanh hơn, có thể co được 2-3cm. Sau 2 tuần lễ, không sờ thấy đáy tử cung trên khớp vệ nữa. Tử cung trở lại trạng thái bình thường về kích thước, trọng lượng và vị trí như khi chưa có thai trong vòng 4 tuần lễ sau đẻ.

1.2.2. Thay đổi ở lớp cơ tử cung

Sau khi đẻ, lớp cơ tử cung dày 4-5cm, thành trước và thành sau co chặt sát vào nhau, các mạch máu bị bóp nghẹt do cơ tử cung co cứng nên khi cắt lớp cơ tử cung sau đẻ thấy có biểu hiện thiếu máu, nhợt màu khác với tử cung khi có thai có màu tím do tăng sinh các mạch máu.

Lớp cơ tử cung mỏng dần đi do các sợi cơ nhỏ đi và ngắn lại, một số sợi cơ thoái hoá mỡ và tiêu đi. Các mạch máu cũng co lại do sự co hồi của lớp cơ đan.

1.2.3. Thay đổi ở đoạn dưới tử cung và cổ tử cung

Đoạn dưới tử cung sau đẻ co gập lại như một đàn xếp, dần dần ngắn lại và đến ngày thứ tư sau đẻ thì đoạn dưới hình thành trở lại eo tử cung.

Sau khi đẻ, đoạn dưới và cổ tử cung giãn mỏng và xẹp lại. Mép ngoài cổ tử cung (tương ứng với lỗ ngoài cổ tử cung) thường bị rách sang hai bên. Cổ tử cung cũng co nhỏ lại và ngắn dần. Lỗ trong cổ tử cung đóng vào ngày thứ 5 đến ngày thứ 8 sau đẻ, ống cổ tử cung được tái lập lại như khi chưa có thai. Lỗ ngoài cổ tử cung đóng lại chậm hơn, vào khoảng ngày thứ 12-13 sau đẻ. Tuy nhiên, ống cổ tử cung không còn hình trụ nữa mà thường là hình nón, đáy ở dưới vì lỗ ngoài cổ tử cung đã bị biến dạng từ hình tròn trở thành hình dẹt và thường hé mở.

1.2.4. Thay đổi ở phúc mạc và thành bụng

Vì cơ tử cung co rút và co hồi nhỏ dần lại sau đẻ, phúc mạc phủ trên tử cung cũng co lại tạo thành các nếp nhăn. Các nếp nhăn này mất đi nhanh chóng do phúc mạc co lại và teo đi.

Ở thành bụng, các vết rạn da vẫn còn tồn tại. Các cơ thành bụng cũng co dần lại. Các cân và đặc biệt cân cơ thẳng to cũng co dần lại nhưng thành bụng vẫn nhão hơn so với khi chưa có thai, đặc biệt là ở những người đẻ nhiều lần, đẻ thai to, đa thai, đa ối....

1.2.5. Thay đổi ở niêm mạc tử cung

Rau bong ở lớp xốp, khi sổ ra ngoài rau mang theo lớp đặc của ngoại sản mạc. Lớp màng rụng nền (basal decidua) vẫn còn nguyên vẹn và sẽ phát triển phục hồi lại niêm mạc tử cung.

– Ở vùng rau bám: lớp cơ tử cung ở chỗ rau bám mỏng hơn các nơi khác, khi kiểm soát tử cung thấy vùng này lõm vào, sần sùi vì sau khi sổ rau, tử cung co chặt lại tạo thành khối an toàn các hồ huyết và mạch máu tắc lại, các huyết cục phồng lên như những nấm nhỏ. Ngay sau khi đẻ, vị trí rau bám có kích thước bằng lòng bàn tay nhưng nó thu nhỏ lại rất nhanh. Cuối tuần lễ thứ hai, nó chỉ còn 3-4cm đường kính. Sự phục hồi hoàn toàn niêm mạc tử cung ở vị trí rau bám có thể kéo dài tới 6 tuần lễ.

– Ở vùng màng rau bám không có tắc huyết như ở vùng rau bám nên sờ thấy nhẵn.

Sau đẻ, niêm mạc tử cung sẽ trải qua hai giai đoạn để trở lại có chức phận của niêm mạc tử cung bình thường.

– Giai đoạn thoái triển: xảy ra trong 14 ngày đầu sau đẻ. Trong 2-3 ngày đầu sau đẻ lớp màng rụng còn lại sẽ biệt hoá thành hai lớp. Lớp bề mặt (các ống tuyến, sản bào...) bị hoại tử và thoát ra ngoài cùng sản dịch. Lớp đáy gồm đáy tuyến vẫn còn nguyên vẹn và là nguồn gốc của niêm mạc tử cung mới.

– Giai đoạn phát triển: các tế bào trụ trong đáy các tuyến phát triển và phân bào dưới ảnh hưởng của estrogen và progesteron. Sau 6 tuần lễ sau đẻ, niêm mạc tử cung được phục hồi hoàn toàn và sẽ thực hiện chu kỳ kinh nguyệt đầu tiên sau khi đẻ nếu như không cho con bú.

1.3. Thay đổi ở các phần phụ, âm đạo và âm hộ

Buồng trứng, vòi trứng, dây chằng tròn, dây chằng rộng dần dần trở lại bình thường về chiều dài, hướng và vị trí.

Âm hộ và âm đạo bị giãn căng trong khi đẻ cũng co dần lại và 15 ngày sau đẻ sẽ trở lại vị trí bình thường.

Riêng màng trinh, sau khi đẻ bị rách chỉ còn di tích của rìa màng trinh.

1.4. Thay đổi ở hệ tiết niệu

Sau khi đẻ, không chỉ thành bàng quang bị phù và sung huyết mà còn cả hiện tượng sung huyết ở dưới niêm mạc bàng quang. Hơn nữa, bàng quang có hiện tượng tăng dung tích và mất nhạy cảm tương đối với áp lực của lượng nước tiểu ở trong bàng quang. Vì vậy, cần phải chú ý theo dõi hiện tượng bí đái hoặc đái sót nước tiểu sau đẻ. Tác dụng gây liệt cơ của thuốc mê, đặc biệt là gây tê tuỷ sống, rối loạn chức năng thần kinh tạm thời của bàng quang là các yếu tố góp phần thêm vào. Ứ nước tiểu và vi khuẩn niệu ở một bàng quang bị chấn thương cộng thêm bể thận và niệu quản bị giãn tạo ra những điều kiện thuận lợi cho nhiễm trùng đường tiết niệu sau đẻ phát triển. Bể thận và niệu quản bị giãn sẽ trở lại trạng thái bình thường sau đẻ từ 2 đến 8 tuần lễ.

1.5. Thay đổi ở vú

Ngược lại với cơ quan sinh dục, vú sau đẻ phát triển nhanh, vú căng lên, to và rắn chắc. Núm vú to và dài ra, các tĩnh mạch dưới da vú nổi lên rõ rệt. Các tuyến sữa phát triển to lên, nắn thấy rõ ràng, có khi lan tới tận nách. Lúc đó vú sẽ tiết ra sữa mà trên lâm sàng gọi là hiện tượng xuống sữa. Hiện tượng này thường xảy ra sau đẻ 2-3 ngày. Cơ chế của hiện tượng xuống sữa: sau đẻ nồng độ estrogen tụt xuống đột ngột, prolactin được giải phóng và tác dụng lên tuyến sữa gây ra sự tiết sữa.

Sự tiết sữa được duy trì bởi động tác mút đầu vú, nó kích thích thuỳ trước tuyến yên do đó prolactin được tiết ra liên tục. Mặt khác do tác dụng của động tác mút vú, thuỳ sau tuyến yên tiết ra oxytoxin làm cạn sữa ở tuyến bài tiết sữa.

2. NHỮNG HIỆN TƯỢNG LÂM SÀNG

2.1. Sự co hồi tử cung

Sau đẻ tử cung co lại cao trên khớp mu 13cm, ở dưới rốn hai khoát ngón tay. Trung bình mỗi ngày tử cung co hồi lại 1 cm, riêng ngày đầu co nhanh hơn, có thể được 2-3 cm và đến ngày thứ 12-13 thì không nắn thấy đáy tử cung trên khớp vệ nữa.

Vì trong tử cung vẫn còn máu cục, sản dịch nên thỉnh thoảng tử cung có những cơn co bóp mạnh để tống máu cục và sản dịch ra ngoài gây ra những cơn đau gọi là cơn đau tử cung. Ở người con so thường ít gặp vì chất lượng cơ tử cung còn tốt, tử cung luôn luôn co chặt lại. Các cơn đau tử cung thường gặp ở người con rạ, mức độ đau nhiều hay ít tuỳ theo cảm giác của mỗi người nhưng càng đẻ nhiều lần càng đau vì chất lượng cơ tử cung yếu dần, tử cung càng cần phải co bóp mạnh hơn các lần trước để đẩy máu cục và sản dịch ra ngoài. Đôi khi, các cơn đau tử cung này cần phải dùng thuốc giảm đau vì cường độ quá mạnh. Ở một số sản phụ, các cơn đau này có thể kéo dài nhiều ngày. Các cơn đau tử cung đặc biệt cũng có thể gặp khi cho trẻ bú do oxytoxin được giải phóng ra nhiều. Thông thường các cơn đau giảm dần về cường độ và sản phụ cảm thấy dễ chịu vào ngày thứ ba sau đẻ.

Trong những ngày sau đẻ cần phải theo dõi sự co hồi tử cung bằng cách đo chiều cao tử cung, tính từ khớp mu tới đáy tử cung hàng ngày. Sự co hồi tử cung phụ thuộc vào:

– Ở người con so tử cung co hồi nhanh hơn ở người con rạ.

– Tử cung ở người đẻ thường co nhanh hơn ở người mổ đẻ.

– Những người cho con bú tử cung co nhanh hơn người không cho con bú.

– Tử cung bị nhiễm khuẩn co hồi chậm hơn tử cung không bị nhiễm trùng.

– Trường hợp bí đái, táo bón sau đẻ tử cung bị đẩy lên cao và co hồi chậm.

Trên lâm sàng nếu thấy tử cung co hồi chậm, sốt, tử cung còn to và đau, sản dịch hôi cần phải nghĩ tới nhiễm khuẩn hậu sản.

2.2. Sản dịch

Sản dịch là dịch từ tử cung và đường sinh dục chảy ra ngoài trong những ngày đầu của thời kỳ hậu sản.

– Cấu tạo: sản dịch được cấu tạo bởi máu cục và máu loãng chảy từ niêm mạc tử cung, nhất là từ vùng rau bám, các mảnh ngoại sản mạc, các sản bào, các tế bào biểu mô ở cổ tử cung và âm đạo bị thoái hoá và bong ra.

– Tính chất: trong ba ngày đầu, sản dịch gồm toàn máu loãng và máu cục nhỏ nên có màu đỏ sẫm. Từ ngày thứ tư đến ngày thứ tám, sản dịch loãng hơn, chỉ còn có một chất nhầy có lẫn ít máu nên có máu lờ lờ máu cá. Từ ngày thứ 9 trở đi sản dịch không có máu, chỉ là một dịch trong.

Bình thường trong sản dịch không bao giờ có mủ. Nhưng sau khi chảy qua âm đạo, âm hộ sản dịch mất tính chất vô khuẩn và có thể bị nhiễm khuẩn các vi khuẩn gây bệnh như tụ cầu, liên cầu, trực khuẩn....

– Mùi: sản dịch có mùi tanh nồng, độ pH kiềm. Nếu bị nhiễm khuẩn, sản dịch có mùi hôi.

– Khối lượng: khối lượng sản dịch thay đổi tuỳ người. Trong 10 ngày đầu, trung bình sản dịch có thể ra tới 1500g, đặc biệt vào ngày thứ nhất và ngày thứ hai

ra nhiều, có thể lên tới 1000g. Các ngày sau sản dịch ít dần. Sau 2 tuần lễ sản dịch sẽ hết hẳn.

Ở người con so, người cho con bú, sản dịch hết nhanh vì tử cung co hồi nhanh hơn.

Ở người mổ đẻ sản dịch thường ít hơn so với người đẻ thường.

Nếu sản dịch ra nhiều, kéo dài hoặc đã hết huyết đỏ sẫm, lại ra máu tái lại cần phải theo dõi sót rau sau đẻ.

Trên lâm sàng, 3 tuần lễ sau đẻ ở một số sản phụ có thể ra một ít máu qua đường âm đạo, đó là hiện tượng thấy kinh non do niêm mạc tử cung phục hồi sớm.

2.3. Sự xuống sữa

Trong thời kỳ có thai có thể đã có sữa non. Sau đẻ một vài ngày, đối với con rạ là ngày thứ 2-3, đối với con so là ngày thứ 3-4, dưới tác dụng của prolactin, hai vú sẽ căng to và tiết sữa, đó là hiện tượng xuống sữa. Khi xuống sữa, sản phụ thấy người khó chịu sốt nhẹ ($\leq 38^0C$) hai vú căng tức và rắn chắc, mạch hơi nhanh. Các hiện tượng này mất đi sau khi sữa được tiết ra. Nếu sau khi sữa đã xuống rồi mà vẫn sốt phải đề phòng nhiễm khuẩn ở tử cung hay ở vú.

Sữa non được tiết ra trong ba ngày đầu sau đẻ, có màu vàng chanh, chứa nhiều muối khoáng và protein (globulin và kháng thể), ít đường và mỡ. Sữa non phù hợp với sự tiêu hoá của sơ sinh trong những ngày đầu. Về sau sữa tiết ra sẽ đặc hơn, ngọt hơn, đó là sữa mẹ bình thường.

2.4. Các hiện tượng khác

– Cơn rét run: ngay sau khi đẻ, sản phụ có thể lên cơn rét run, đó là cơn rét run sinh lý. Đặc điểm cơn rét run sinh lý là mạch, nhiệt độ, huyết áp vẫn bình thường. Cần phân biệt cơn rét run sinh lý với rét run do choáng mất máu. Trong choáng mất máu, ngoài triệu chứng rét run còn có các thay đổi về mạch, huyết áp, vã mồ hôi, các chi lạnh.

– Bí đái, tiểu tiện: sau đẻ sản phụ có thể bị bí đái, tiểu tiện do nhu động của ruột bị giảm, do chuyển dạ kéo dài, ngôi thai đè vào bàng quang.

– Các hiện tượng khác về toàn thân:

+ Mạch thường chậm lại 10 nhịp/phút và tồn tại 5-6 ngày sau đẻ.

+ Nhiệt độ có thể vẫn bình thường, không thay đổi.

+ Huyết áp trở lại bình thường sau đẻ 5-6 giờ.

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

Máu: những ngày đầu sau đẻ, hemoglobin, hematocrit, hồng cầu hơi giảm so với trước khi chuyển dạ đẻ do lượng máu mất trong chuyển dạ đẻ. Sau một tuần lễ, khối lượng máu trở lại gần bằng trước khi có thai. Cung lượng tim còn tăng cao ít nhất 48 giờ sau đẻ. Sau 2 tuần lễ, các thay đổi này trở lại các giá trị bình thường.

Số lượng bạch cầu, đặc biệt là bạch cầu hạt tăng lên sau đẻ. Fibrrinogen và tốc độ lắng máu còn cao ít nhất 1 tuần lễ sau khi đẻ.

Trọng lượng cơ thể: sau đẻ sản phụ có thể sụt 3 đến 5kg do sự bài tiết mồ hôi, nước tiểu, sản dịch.

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

3. CHĂM SÓC HẬU SẢN THƯỜNG

3.1. Chăm sóc ngay sau khi đẻ

Trong 2 giờ đầu ngay sau khi đẻ cần theo dõi tình trạng toàn thân của sản phụ để phát hiệm sớm tình trạng choáng sản khoa hoặc choáng mất máu. Theo dõi mạch, đo huyết áp, xoa đáy tử cung qua thành bụng để xác định khối an toàn của tử cung sau đẻ, đánh giá lượng máu chảy ra ngoài qua âm đạo 15 phút một lần ít nhất trong thời gian 1 giờ sau đẻ.

Cần phát hiện và xử trí sớm đờ tử cung và chảy máu sau đẻ. Ngay sau khi đẻ, tử cung co chặt lại, đáy tử cung ở dưới rốn để tạo thành khối an toàn tử cung. Nếu khám thấy mất khối an toàn, tử cung mềm, nhão hoặc tử cung to ra, đáy tử cung cao dần lên trên rốn là có máu chảy đọng lại trong buồng tử cung.

Cần đánh giá lượng máu chảy sau đẻ. Nguyên nhân chảy máu sau đẻ có thể do sót rau, đờ tử cung hoặc chấn thương đường sinh dục. Máu có thể chảy ra ngoài qua đường âm đạo hoặc đọng lại trong buồng tử cung mà không chảy ra ngoài.

3.2. Chăm sóc về tinh thần

Cuộc đẻ là một biến động lớn về giải phẫu và sinh lý, đồng thời cũng là một biến động về mặt tình cảm, cuộc sống của người phụ nữ. Vì vậy cần chú ý chăm sóc động viên sản phụ, giải thích cho sản phụ yên tâm, không lo lắng sau cuộc đẻ nhất là ở những cuộc đẻ không phù hợp với ý muốn của sản phụ.

3.3. Bảo đảm các điều kiện vệ sinh tốt cho sản phụ

Buồng nằm sau đẻ phải sạch sẽ, yên tĩnh, thoáng mát về mùa hè, đủ ấm về mùa đông, đủ ánh sáng.

Phải có buồng điều trị cách ly cho các sản phụ những bệnh nhiễm khuẩn, bệnh truyền nhiễm để tránh sự lây lan chéo bệnh giữa các sản phụ.

Có nhân viên phục vụ riêng.

Hạn chế sự thăm hỏi của thân nhân để sản phụ được nghỉ ngơi và để tránh mang bệnh đến cho sản phụ và trẻ sơ sinh.

3.4. Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp

Trong 6 giờ đầu phải được theo dõi sát từng giờ về mạch và huyết áp.

Các ngày sau theo dõi mạch, nhiệt độ hàng ngày để phát hiện sớm các triệu chứng nhiễm khuẩn hậu sản.

3.5. Theo dõi sự co hồi tử cung

Hàng ngày đo chiều cao tử cung trên khớp vệ và sờ nắn tử cung để đánh giá:

– Tử cung co hồi tốt hay xấu.

– Mật độ tử cung chắc hay mềm.

– Di động tử cung hay sờ nắn tử cung có đau hay không đau.

Nếu tử cung co hồi chậm, mật độ mềm, ấn đau là tử cung bị nhiễm khuẩn, cần được điều trị sớm.

3.6. Theo dõi sản dịch

Hàng ngày theo dõi sản dịch bằng cách xem khố của sản phụ để đánh giá.

– Số lượng sản dịch nhiều hay ít.

– Có bị bế sản dịch sau đẻ không (không có sản dịch).

– Màu sắc sản dịch.

– Mùi sản dịch không hôi, nếu có mùi hôi là có sự nhiễm khuẩn ở tử cung.

3.7. Làm thuốc ngoài

– Rửa sạch vùng âm hộ, tầng sinh môn và hậu môn cho sản phụ mỗi ngày ít nhất hai lần, bằng nước chín hoặc dung dịch sát trùng nhẹ (Betadine) sau đó thay khố vô khuẩn. Không được thụt rửa âm đạo vì cổ tử cung trong những ngày đầu sau đẻ chưa đóng lại, nước có thể qua cổ tử cung và buồng tử cung gây nhiễm trùng ngược dòng.

Đối với các trường hợp có rách hoặc cắt, khâu tầng sinh môn, sau khi làm thuốc phải thấm khô, đóng khố sạch.

Chú ý kỹ thuật làm thuốc ngoài chỉ rửa từ phía âm hộ xuống hậu môn chứ không được làm ngược lại.

3.8. Theo dõi đại, tiểu tiện

Sau đẻ sản phụ dễ bị bí đái và táo bón do tình trạng giảm nhu động ruột và liệt cơ bàng quang. Nếu sau đẻ 12 giờ mà sản phụ không tự đái được mặc dù đã điều trị nội khoa như xoa vùng bàng quang, chườm nóng, châm cứu... thì phải thông bàng quang sau đó bơm vào bàng quang 5-10ml dung dịch glycerin borat 5% để kích thích sự co bóp của bàng quang. Nếu vẫn chưa tự đái được thì các ngày sau phải rửa bàng quang sau đó bơm glycerin borat và cho đến khi nào tự đái được.

Nếu sản phụ bị táo bón cần cho thuốc nhuận tràng, uống dầu parafin 20g. Sau 3 ngày không đi ngoài phải thụt tháo phân cho sản phụ hoặc bơm Microlax vào trực tràng.

Chú ý đối với các sản phụ sau đẻ không được dùng các thuốc tẩy mạnh.

3.9. Chăm sóc vú

Cần giữ cho đầu vú và vú sạch sẽ để tránh nhiễm khuẩn.

Khuyên sản phụ cho con bú sớm ngay sau khi đẻ (sau 30 phút) để kích thích tiết sữa và làm cho tử cung co hồi tốt hơn.

Nếu có hiện tượng tắc tia sữa cần phải day, vắt sữa hoặc hút sữa để đề phòng tắc tia sữa dẫn đến apxe vú.

Nếu có nứt kẽ đầu vú phải cho trẻ ngừng bú bên vú đó, rửa sạch đầu vú, thấm khô, bôi glyceron borat 5%.

Nếu đầu vú bị tụt vào trong cần dùng máy hút sữa để hút cho đầu vú lộ ra ngoài.

3.10. Xử trí các cơn đau

Không cần điều trị gì trong các trường hợp đau ít. Nếu đau nhiều có thể cho dùng các thuốc giảm đau thông thường (Seda, Analgin...) hoặc chườm nóng vùng dưới rốn.

3.11. Tắm rửa

Ngày thứ 2 sau đẻ lau mình bằng nước ấm. Có thể tắm vào ngày thứ 3 sau đẻ bằng cách dội nước. Chú ý không tắm ở nơi gió lùa hoặc tắm ngâm mình trong nước (bồn tắm, chậu, bể nước....) vì trong thời kỳ hậu sản cổ tử cung còn mở.

3.12. Vấn đề giao hợp

Cần tránh trong thời kỳ hậu sản vì dễ gây nhiễm khuẩn.

3.13. Chế độ ăn, mặc, vận động

Chế độ ăn: ăn đủ chất đạm, lipid, glucid, muối khoáng và vitamin để nuôi dưỡng cơ thể, đủ sữa cho con bú. Kiêng các chất kích thích như rượu, chè, cà phê, thuốc lá....

Đảm bảo chế độ ngủ đầy đủ để nhanh chóng phục hồi sức khoẻ sau đẻ và đủ sữa nuôi con.

Chế độ mặc: quần áo mặc rộng rãi, sạch sẽ không nên mặc quần áo quá chật.

Chế độ vận động: trong 24 giờ đầu cho sản phụ nằm bất động sau đẻ từ 6-8 giờ, sau đó nằm nghỉ tại giường nhưng có thể co duỗi chân tay, trở mình. Sau 24 giờ cho sản phụ ngồi dậy, đi lại quanh giường. Nên tập thể dục nhẹ nhàng để tránh táo bón, giúp ăn ngon miệng và làm cho các cơ thành bụng chóng hồi phục trở lại bình thường. Một tuần lễ sau đẻ có thể làm những việc nhẹ nhàng.

Cần tránh lao động nặng, đặc biệt là gánh gồng, mang xách nặng trong thời kỳ hậu sản để khỏi gây ra sa sinh dục.

SỰ TIẾT SỮA

Sữa mẹ là nguồn thức ăn quý giá nhất đối với trẻ em, không một loại sữa nhân tạo nào có thể thay thế được sữa mẹ.

1. SINH LÝ SỰ TIẾT SỮA

1.1. Tuyến vú lúc dậy thì

Mầm tuyến vú đầu tiên xuất hiện ở bào thai không chịu ảnh hưởng của hormon, cho đến lúc dậy thì tuyến vú là mạng ống thưa thớt nối với núm vú. Đến khi dậy thì, dưới sự ảnh hưởng của các hormon buồng trứng, mạng ống tăng sinh, phân nhánh vào tổ chức mỡ, ở cực đầu của ống xuất hiện các nụ nhỏ sẽ là nguồn gốc của tổ chức chế tiết.

1.2. Trong mỗi chu kỳ kinh nguyệt

– Ở giai đoạn tăng sinh, dưới ảnh hưởng của estradiol, các tế bào cơ biểu mô bao quanh cực đầu của ống dẫn sữa tăng sinh. Tổ chức liên kết giữ nước.

– Ở giai đoạn chế tiết: progesteron làm biệt hoá cực đầu của ống dẫn sữa, làm ngừng sự tăng sinh của tế bào.

1.3. Khi có thai tuyến vú đạt được sự phát triển hoàn chỉnh

– Nhu mô tuyến vú tăng sinh. Các nụ biểu mô biến đổi thành các tiểu thuỳ, tế bào trụ chế tiết được bao quanh bởi lớp tế bào cơ - biểu mô. Các ống dẫn sữa dài và phân nhánh. Các mạch máu tăng sinh.

– Nguồn gốc của sự phát triển này là do ảnh hưởng của các hormon. Estrogen và progesteron của bánh rau giữ vai trò cơ bản. Estrogen làm phát triển ống dẫn sữa, làm cho các tiểu thuỳ nhạy cảm với các hormon khác. Progesteron làm phát triển các tiểu thuỳ.

– Hiện tượng chế tiết bắt đầu ngay thứ tháng thứ 3, tạo ra sữa non. Sữa non giàu protein, lactose và globulin miễn dịch. Sữa non tồn tại cho đến lúc xuống sữa, tức là sau đẻ vài ngày. Trong những giờ sau đẻ, trẻ bú sữa non. Chính sữa non đã giúp cho trẻ khỏi bị hạ đường huyết, khỏi bị nhiễm trùng và có những vai trò sinh lý nhất định lên ống tiêu hoá.

– Cuối thời kỳ thai nghén, dưới ảnh hưởng của estrogen và progesteron, tuyến vú đã được chuẩn bị đầy đủ, sẵn sàng hoạt động. Trong khi có thai, tuyến vú chưa thực sự hoạt động vì progesteron ức chế prolactin, sự ức chế này xảy ra ngay tại tuyến yên và tuyến vú.

– Sự xuống sữa xuất hiện sau đẻ từ 3-4 ngày ở con so, 2-3 ngày ở con dạ. Hiện tượng xuống sữa là do nồng độ prolactin trong máu tăng đột ngột và kéo theo tổng hợp nhiều sữa.

– Ban đầu sự tiết sữa được duy trì bằng động tác mút vào núm vú. Động tác mút theo đường phản xạ thần kinh kích thích vùng dưới đồi giải phóng prolactin. Mỗi khi bú, nồng độ prolactin trong máu đạt đỉnh cao. Sau này, sự tiết sữa được duy trì bằng hiện tượng hết sữa trong các tiểu thuỳ mỗi khi cho trẻ bú. Các tiểu thuỳ chỉ sản xuất sữa khi sữa trong tiểu thuỳ được lấy hết đi. Tới lúc này, nồng độ prolactin trong máu giảm dần về mức bình thường như trong chu kỳ kinh nguyệt. Sự chế tiết các hormon hướng sinh dục xuất hiện lại dần dần và hiện tượng kinh nguyệt trở lại. Người ta thấy rằng ở những phụ nữ cho con bú kéo dài hai năm hay hơn thì:

+ Sau 1 năm, 80% số phụ nữ này vẫn chưa có kinh trở lại.

+ Sau 2 năm, vẫn còn 20% số phụ nữ chưa có kinh trở lại.

– Mỗi khi trẻ mút vào núm vú, sẽ xuất hiện phản xạ thần kinh dẫn tới thuỳ sau của tuyến yên và làm giải phóng oxytoxin. Chính oxytoxin đã làm cho co tế bào cơ - biểu mô ở các ống dẫn sữa và tống sữa ra ngoài. Oxytoxin còn được giải phóng mỗi khi người mẹ nhìn thấy đứa trẻ hay nghe tiếng trẻ khóc (phản xạ có điều kiện). Bên cạnh đó oxytoxin còn làm tử cung co bóp.

2. CHO BÚ

Người ta luôn khuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ vì nhiều lý do:

– Sữa mẹ là nguồn thức ăn tốt nhất cho trẻ em, đặc biệt là sữa non trong những ngày đầu.

– Cho con bú là cơ sở để nảy nở tình cảm mẹ con, tạo ra sự âu yếm, quấn quít mẹ con.

– Cho con bú sữa mẹ cũng là một phương pháp tránh thai trong những tháng đầu sau đẻ.

2.1. Bắt đầu cho con bú khi nào?

Cho con bú càng sớm càng tốt. Người mẹ có thể cho con bú ngay sau khi đẻ. Cho con bú có thể chậm hơn nếu tình trạng sức khoẻ của người mẹ hay của trẻ chưa thật tốt (người mẹ phải mổ lấy thai, trẻ đang được hồi sức tích cực...). Cho bú sớm đã giúp cho trẻ sử dụng được sữa non là thứ sữa rất phù hợp sinh lý với trẻ. Ngoài ra động tác bú đã kích thích tuyến vú chế tiết sữa nhanh và nhiều. Cho bú sớm là thời điểm người mẹ tiếp xúc với con hết sức thuận lợi về mặt tâm lý. Cho bú sớm còn giúp tử cung co tốt, hạn chế băng huyết.

2.2. Số lần cho bú

Chính đứa trẻ điều chỉnh số lần cho bú trong một ngày. Trong những ngày đầu số lần cho bú nhiều hơn, từ 7 đến 9 lần. Cho đứa trẻ bú cả hai vú, mỗi lần cho bú không nên quá 15 phút. Các lần cho bú cách nhau từ 2 đến 3 giờ, nhưng tốt nhất

cho bú mỗi khi trẻ đòi bú. Không cần đánh thức trẻ để cho bú theo những giờ nhất định, cũng không nên cho trẻ bú mau quá. Sau vài ngày chính cảm giác đói của đứa trẻ tự điều hoà số lần bú và khoảng cách các lần bú. Người ta tránh cho trẻ bú đêm để tạo điều kiện cho người mẹ được nghỉ ngơi. Để kiểm tra xem trẻ bú có đủ hay không, người ta sẽ cân đứa trẻ. Mỗi ngày cân một lần là đủ. Nếu thấy cân nặng của trẻ tăng lên đều đặn là bằng chứng trẻ đã được nuôi dưỡng tốt, bú đầy đủ.

2.3. Một số quy tắc vệ sinh áp dụng cho bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ

– Vệ sinh tại chỗ: hàng ngày phải rửa vú bằng xà phòng, rửa tay trước khi cho bú, rửa sạch đầu vú bằng nước chín để nguội trước và sau khi cho bú. Cần vắt bỏ vài giọt sữa trước khi cho bú. Sau khi cho bú các đầu vú cần được bảo vệ, được che bằng miếng vải xô khô, sạch. Không nên dùng các áo nịt vú bằng nilon, sợi tổng hợp vì có thể gây loét đầu vú.

– Tư thế cho con bú: người mẹ có thể cho con bú ở tư thế ngồi hay tư thế nằm. Khi cho bú phải cho trẻ ngậm kín quầng vú.

– Chế độ ăn cho người mẹ: nhu cầu năng lượng tăng 25% so với lúc bình thường, khoảng 500 calo. Lưu ý cho bà mẹ uống nhiều nước, ăn thêm protein (thịt, cá, trứng, sữa....). Bên cạnh đó nên cho bà mẹ sử dụng thêm calci và sắt. Bà mẹ nên ăn thành nhiều bữa trong ngày. Không nên dùng các chất kích thích như rượu, bia, chè, cà phê, thuốc lá....

2.4. Những trường hợp không được cho con bú

Không có nhiều chống chỉ định cho con bú. Trong một số bệnh lý, người bệnh không được cho con bú như bị bệnh tim, lao đang tiến triển, bị nhiễm HIV, bị bệnh tâm thần không có khả năng chăm sóc con.

3. MỘT SỐ VẤN ĐỀ HAY GẶP KHI NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

3.1. Đau rát ở núm vú

Núm vú được chi phối bởi mạng lưới thần kinh cảm giác phong phú, do vậy rất nhạy cảm với các kích thích sờ, áp lực. Khi đứa trẻ mút vú, nó đã tạo ra một lực kéo lớn và trong một thời gian dài lên hai đầu vú. Sau độ 6 hay 7 lần cho bú các đầu vú có thể bị đau mỗi khi trẻ mút vào núm vú. Đau tăng dần qua các lần cho bú trong 3,4 ngày, sau đó dần dần quen đi. Đó là một hiện tượng bình thường, cần giải thích để người mẹ hiểu và kiên nhẫn. Trong nhiều trường hợp bị nhầm là nứt đầu vú. Người mẹ không cần làm gì đặc biệt, nếu có thì chỉ là xoa bóp hai đầu vú. Nguy cơ của hiện tượng này là người mẹ sợ mỗi khi cho con bú, có thể dẫn đến cương tức vú và sự chế tiết sữa kém đi. Tất cả các hiện tượng đó rơi vào vòng xoắn bệnh lý.

3.2. Tụt núm vú

Tụt núm vú không phải là chống chỉ định cho con bú vì khi bú đứa trẻ ngậm rộng ra cả quầng vú. Sau một số lần bú, sức mút của đứa trẻ có thể kéo hai núm vú ra một cách hoàn hảo. Nếu vẫn thực sự còn khó khăn, người mẹ có thể giúp đứa trẻ bằng cách vắt ít sữa và kéo núm vú ra trước khi cho trẻ bú.

3.3. Vú tự chảy sữa khi không cho bú

Đây là hiện tượng hay gặp trong những tuần đầu tiên. Một vú tự chảy sữa khi trẻ đang bú vú bên kia, hai vú tự chảy khi mẹ nghe thấy tiếng trẻ khóc hay không có nguyên nhân. Không cần phải xử trí đặc biệt, chỉ cần đặt một miếng bông vào đầu vú để thấm sữa chảy ra và thay ngay mỗi khi bị thấm ướt.

3.4. Ít sữa

Ít sữa nguyên phát hay không có hiện tượng xuống sữa là hiếm gặp. Nó thường gặp trong trường hợp có thương tổn vùng dưới đồi, tuyến yên. Không nên nhầm với những trường hợp xuống sữa ít do cho con bú chậm hay không muốn cho con bú.

Ít sữa thứ phát sau khi đã có xuống sữa bình thường rất hay gặp. Nó liên quan tới sự mệt mỏi của người mẹ, bị xúc động (con bị ốm), thay đổi nhịp điệu sống (đổi chỗ ở, đi làm), ít sữa thứ phát thường không kéo dài nếu người mẹ không vội vàng chuyển cho con bú bình. Bú bình dễ làm cho trẻ mất đi thói quen bú mẹ và mất phản xạ kích thích tạo sữa. Người thầy thuốc cần:

– Giải thích hiện tượng cho người mẹ, an ủi người mẹ rằng sữa sẽ về để người mẹ yên tâm.

– Khuyên người mẹ hãy cho con bú nhiều hơn nữa, hạn chế đến mức tối đa số lần cho bú bình.

– Sau khi cho bú, vắt sạch vú để kích thích tạo ra sữa mới.

– Yêu cầu người mẹ nghỉ ngơi nhiều hơn, uống nhiều hơn, nước hoa quả, sữa.

– Có thể cho người mẹ dùng Galactogil (3 thìa canh mỗi ngày), Primperan (metoclopramid, 10mg, 3 lần mỗi ngày).

3.5. Nứt đầu vú

Hay xảy ra trong hai tuần đầu khi mới cho con bú. Khoảng 25% số phụ nữ cho con bú bị nứt đầu vú. Yếu tố thuận lợi là trẻ bú kéo dài, mặc áo lót bằng chất liệu nilon.

– Biểu hiện của nứt đầu vú là:

+ Đầu vú đau khi trẻ bú

+ Đầu vú có những vết nứt, vết rạn nhỏ trên bề mặt.

+ Cuối cùng có thể có những vết loét ở đầu núm vú hay ở chân núm vú. Toàn bộ núm vú bị đỏ rựa, chảy máu mỗi khi cho trẻ bú.

– Điều trị:

+ Để hở vú tiếp xúc với không khí, nếu có thể được tiếp xúc với ánh nắng mặt trời.

+ Bôi các mỡ có chứa vitamin A và E, bôi dung dịch eosin 1%.

+ Tạm ngừng cho bú bên bị đau trong 6 đến 12 giờ và vắt sữa bằng tay, không nên dùng ống hút sữa, trong khi vẫn tiếp tục cho bú bên kia.

+ Nếu thương tổn không đỡ, cần phải tìm nguyên nhân do nấm gây tưa miệng ở trẻ. Nếu có phải điều trị cho cả mẹ và con.

3.6. Cương vú

Cương vú có thể gặp bất cứ thời điểm nào trong giai đoạn cho con bú. Tuy nhiên hay gặp nhất trong tuần lễ đầu tiên. Khoảng 15% số phụ nữ cho con bú bị cương vú. Các yếu tố thuận lợi là trẻ bú ít, bú yếu (trẻ nhẹ cân hay yếu), người mẹ bị đau khi cho trẻ bú, bị nứt đầu vú, khi người mẹ cai sữa. Biểu hiện lâm sàng là toàn bộ vú cương, căng tức, đau, đôi khi bị sốt (quanh 38^0C). Điều trị là xoa bóp, chườm nóng vú, vẫn tiếp tục cho trẻ bú. Có thể chỉ định dùng oxytoxin tiêm bắp (4 đơn vị chia 2 lần mỗi ngày). Phải điều trị thật tốt cương vú để tránh viêm bạch mạch vú và áp xe vú.

3.7. Viêm bạch mạch vú

Khoảng 5% số phụ nữ cho con bú bị viêm bạch mạch vú. Nếu người ta điều trị tốt nứt đầu vú và cương vú thì viêm bạch mạch vú giảm đi. Mầm bệnh là tụ cầu, liên cầu hay vi khuẩn Gram âm xâm nhập qua thương tổn ở đầu vú để gây bệnh. Hệ thống bạch huyết của vú bảo đảm sức đề kháng của cơ thể. Sữa không bị nhiễm trùng, cho nên vẫn cho trẻ bú được.

Biểu hiện lâm sàng là sốt cao (có thể tới 40^0C), rét run. Bên vú bị thương tổn sưng phồng, căng và rất đau. Trên vú người ta thấy một vùng đỏ khu trú thành mảng hay vùng đỏ kéo dài rất đau khi sờ vào, chạm vào. Khám nách có hạch tròn, đau, di động ở nách.

Người bệnh cần được nghỉ ngơi tại giường, chườm nóng tại chỗ, giảm đau (paracetamol 3g trong 24 giờ). Tăng cường cho trẻ bú bên bị bệnh (10-12 lần trong 24 giờ). Sau khi cho bú phải vắt sạch sữa, có thể dùng thêm oxytoxin tiêm bắp. Nếu sau 24 giờ các dấu hiệu không mất đi, nên cho dùng thêm kháng sinh.

3.8. Viêm ống dẫn sữa

Thông thường viêm ống dẫn sữa xảy ra sau cương vú và viêm bạch mạch. Người bệnh sốt cao, ở vú có các nhân cứng và đau, nách có hạch ấn đau. Vắt sữa lên một miếng bông quan sát thấy có những mảnh nhỏ vàng nhạt, chứng tỏ có mủ trong sữa (dấu hiệu Budin).

Để người bệnh nghỉ ngơi tại giường. Không cho con bú bên bị thương tổn, vắt sữa bỏ đi. Nên lấy sữa này xét nghiệm tìm vi khuẩn gây bệnh. Chỉ định dùng kháng sinh có tác dụng lên tụ cầu như Rovamycin trong thời gian 15 ngày, phối hợp với các thuốc chống viêm. Dưới tác dụng của điều trị, viêm ống dẫn sữa có thể khỏi hay tiến triển thành áp xe.

3.9. Áp xe vú

Đây là biến chứng nặng nề nhất, là hậu quả của viêm ống dẫn sữa không được điều trị tốt. Người bệnh sốt cao, vú có vùng sưng, nóng, đỏ, đau. Điều trị bằng cách chích dẫn lưu mủ. Trong thời gian áp xe không cho con bú mà phải vắt sữa bỏ đi.

4. CAI SỮA

Nên cho bú kéo dài từ 18-24 tháng. Lúc này trẻ đã ăn thêm nhiều thức ăn khác. Số lần cho bú giảm dần đi. Giảm số lần cho bú cho đến lúc ngừng cho hẳn cho bú sẽ làm cạn sữa.

VỆ SINH KINH NGUYỆT

Kinh nguyệt là một hiện tượng sinh lý, trong đó mỗi tháng một lần người phụ nữ ra huyết từ tử cung qua âm đạo, âm hộ ra ngoài. Thời gian ra huyết kinh chừng 3-6 ngày, khối lượng chừng 100g, ra từ tuổi dậy thì đến tuổi mãn kinh.

Người ta thường nói, kinh nguyệt là tấm gương phản ánh sức khoẻ người phụ nữ, do đó khi có kinh nguyệt, cần phải giữ vệ sinh cần thiết để cơ thể được sạch sẽ và tránh mắc các bệnh đường sinh dục. Ngoài ra khi có kinh, người phụ nữ có thể thấy khó chịu, mệt mỏi. Máu từ tử cung ra ngoài âm hộ càng làm cho người phụ nữ khó chịu. Máu kinh lại là môi trường rất thuận lợi cho vi khuẩn phát triển, khi đó cổ tử cung lại hé mở nên viêm nhiễm đường sinh dục rất có thể xảy ra. Bởi vậy, vệ sinh kinh nguyệt là việc cần thiết giúp người phụ nữ tránh được nhiều bệnh nguy hiểm.

1. VỆ SINH KHI CÓ KINH NGUYỆT NHƯ THẾ NÀO?

1.1. Phải giữ vệ sinh vùng âm hộ khi có kinh

Vì máu kinh ra suốt ngày và đêm, ra trong lúc làm việc cũng như lúc nghỉ ngơi. Máu kinh là máu không đông, thường đọng trong âm đạo và ngay cả khi ra đến âm hộ vẫn còn có thể đọng lại ở vùng tiền đình, giữa các môi sinh dục, làm cho người phụ nữ cảm giác nhớp nháp, bẩn thỉu, đôi khi ngứa ngáy. Ngoài ra khi đi tiểu hay đi ngoài, phân và nước tiểu có thể đọng lại ở âm hộ, làm tăng thêm khả năng nhiễm khuẩn.

Bởi vậy, muốn sạch sẽ phải rửa âm hộ, đóng khố và thay khố luôn.

1.2. Phải thay rửa nhiều lần khi có kinh nguyệt

– Mỗi ngày tuỳ huyết ra nhiều hay ít mà rửa vùng âm hộ, lau khô và thay khố, ít nhất cũng phải thay rửa 3 lần một ngày.

– Nước rửa phải là nước sạch: nước máy, nước giếng. Không được rửa bằng nước ao, nước sông. Mùa rét nên rửa bằng nước ấm.

– Tốt nhất nên rửa dưới vòi nước, hoặc cho nước vào một ấm để dội. Không đựơa rửa bằng cách ngâm vào chậu.

– Rửa cả vùng âm hộ và tầng sinh môn. Có thể rửa bằng xà phòng, hoặc pha gói thuốc rửa phụ khoa và nước rửa. Bao giờ cũng rửa từ âm hộ rồi mới rửa tới bẹn, đùi, cuối cùng mới rửa đến hậu môn và mông.

– Sau khi rửa xong, dùng khăn sạch lau khô vùng âm hộ, tầng sinh môn.

1.3. Phải đóng khố sạch

Việc đóng khố là cần thiết để máu kinh thấm vào khố, không dây ra đùi, bẹn, mất vệ sinh. Bởi vậy khố nên làm bằng vải bông, vải xô hay gạc, bông, có bọc vải xung quanh. Nếu là vải xô sử dụng nhiều lần thì phải ngâm giặt bằng xà phòng, phơi ở nơi thoáng có nắng, khi khô nên dùng bàn là nóng là đi một lượt rồi gấp lại.

Hiện nay có những băng vệ sinh bán sẵn để đóng khố, dùng một lần không cần giặt. Khi dùng xong, gói vào giấy rồi bỏ vào thùng rác. Ngoài ra còn loại khố bán sẵn thành một cục, đút khố sâu vào trong âm đạo, khi thấm đầy máu kinh thì rút ra bằng đầu dây có sẵn. Loại khố này chỉ dành cho các diễn viên cần biểu diễn đúng ngày có kinh; đối với chị em phụ nữ đi làm, đi học bình thường không nên dùng vì dễ gây viêm nhiễm.

1.4. Các vấn đề cần chú ý khi có kinh nguyệt

– Tắm: có thể tắm bình thường, nhưng dội nước, không ngâm mình vào bể tắm. Trời rét nên tắm nước ấm và không tắm quá lâu. Tuyệt đối không tắm ở hồ, ao, bể bơi vì phải ngâm mình trong nước, dễ bị nhiễm khuẩn ngược dòng.

– Thụt âm đạo: không được thụt rửa âm đạo khi có kinh, chỉ cần rửa ngoài là đủ.

– Giao hợp: nên kiêng giao hợp khi đang có kinh vì bộ phận sinh dục đang bị sung huyết, và khi có kinh dễ bị lây bệnh từ nam sang nữ và ngược lại.

– Ăn uống: ăn uống bình thường, tránh các chất gia vị kích thích có thể gây sung huyết vùng tiểu khung.

– Làm việc, học tập: có thể làm việc và đi học bình thường. Nên tránh các công việc quá nặng nhọc, tránh việc phải ngâm mình trong nước

Tóm lại, vệ sinh khi có kinh nguyệt là việc cần thiết để tránh các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh dục do vi khuẩn từ âm hộ, âm đạo đi ngược lên tử cung, vòi trứng, gây ra các bệnh tật ảnh hưởng đến sức khoẻ và sự sinh đẻ của phụ nữ. Bởi vậy, tại các trường học, các cơ quan, công trường, nhà máy cần có phòng vệ sinh kinh nguyệt để chị em có thể rửa và thay khăn vệ sinh trong những ngày hành kinh.

VỆ SINH THAI NGHÉN

Tình trạng thai nghén là tình trạng sinh lý không ổn định, dễ chuyển sang bệnh lý. Trong khi có thai sức đề kháng của người phụ nữ giảm đi, nên có thể mắc một số bệnh. Bởi vậy, nếu lúc bình thường phải giữ những điều vệ sinh nhất định, thì khi có thai càng cần phải tăng cường vệ sinh hơn nữa.

1. VẤN ĐỀ MẶC

Quần áo mặc phải rộng rãi, thoáng, tránh bó chặt vào người. Thắt lưng, chun bít tất, nịt vú cần nới rộng.

Về mùa rét phải mặc đủ ấm. Về mùa nực phải mặc mỏng, thoáng.

Không đi giầy cao gót, vì có thể ngã, có thể làm tử cung đổ lệch ra trước. Nên đi giầy, dép thấp.

Nên mặc nịt vú để nâng cặp vú nặng lên không bị sệ xuống, nhưng phải mặc nít vú rộng, không bó chặt lấy ngực gây khó thở.

2. VẤN ĐỀ THỂ DỤC THỂ THAO

Tránh tập các môn thể thao mạnh, phải dùng nhiều sức lực, làm người mẹ phải cố gắng nhiều về thể lực, gây khó thở.

Nên tập thể dục buổi sáng với những động tác nhẹ nhàng và tập hít thở sâu. Nếu không có thói quen tập thì nên đi dạo buổi sáng 5-10 phút. Nên tắm nắng buổi sáng.

3. VẤN ĐỀ ĐI XA

Nên tránh đi xa bằng ô tô, mô tô, xe đạp trong 3 tháng đầu của thời kỳ thai nghén, thời kỳ này dễ bị sẩy thai.

Từ tháng thứ 4 đến tháng thứ 7, có thể đi lại bằng xe lửa, ô tô, máy bay. Hạn chế đi xa từ tháng thứ 8.

4. VỆ SINH THÂN THỂ

Cần chú ý giữ gìn vệ sinh thân thể. Hàng ngày nên tắm bằng nước sạch. Mùa rét cần tắm bằng nước ấm, tránh tắm nước lạnh có thể bị cảm, gây sản giật. Không nên tắm quá lâu và càng không nên ngâm mình trong nước (nước ở bồn tắm, tắm sông, hồ ao...). Tốt nhất nên tắm bằng cách dội nwóc.

Sau khi đi tiểu, đi ngoài, cần lau rửa sạch âm hộ, hậu môn. Hàng ngày cũng cần rửa bộ phận sinh dục bằng nước sạch và xà phòng, lau khô, thay quần lót thường xuyên.

Chú ý chăm nom hai bầu vú trong khi có thai bằng cách lau rửa sạch hai núm vú cho hết vảy ghét, xoa cho hai vú mềm ra. Sau khi lau khô hai núm vú, có thể xoa thêm glycerin hoặc thuốc mỡ có vitamin.

5. VẤN ĐỀ GIAO HỢP

Trong khi có thai phải giao hợp điều độ, nhẹ nhàng. Nên kiêng hẳn trong hai tháng cuối.

6. CHẾ ĐỘ LAO ĐỘNG

Khi có thai vẫn có thể lao động bình thường, tránh các lao động nặng nhọc như khuân vác, gánh, đội nặng. Cần có chế độ nghỉ ngơi, đặc biệt đối với những người có cơn co liên tục hay đã có lần sẩy, đẻ non. Nên nghỉ công tác một tháng trước ngày dự kiến để nâng cao sức khoẻ và tăng cân cho cả mẹ và con.

7. CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG

Trong khi có thai, người phụ nữ phải ăn cho bản thân và cho đứa trẻ. Nếu được nuôi dưỡng kém mẹ dễ mắc bệnh, con có thể bị non tháng, nhẹ cân, sau đẻ mẹ thường thiếu sữa cho con bú.

Vì vậy trong khi có thai người mẹ phải ăn nhiều thức ăn hơn và chất lượng thức ăn phải đảm bảo. Thức ăn phải có thịt, cá, tôm, sữa, trứng, đậu, lạc, vừng, dầu ăn, nhiều rau và hoa quả tươi. Hạn chế uống rượu, cà phê, không hút thuốc lá.

VÔ KHUẨN TRONG SẢN KHOA

Hàng năm, trên toàn thế giới có trên 550.000 bà mẹ mang thai bị tử vong vì các lý do khác nhau. Nhiễm khuẩn là nguyên nhân đứng thứ hai trong số các nguyên nhân gây tử vong cho bà mẹ khi đẻ. Tình trạng nhiễm khuẩn lại càng xảy ra trầm trọng, nặng nề ở các nước còn gặp nhiều khó khăn về kinh tế. Hơn nữa đây là một nguyên nhân tử vong có thể tránh được. Có rất nhiều trường hợp, chỉ vì thiếu sót nhỏ trong khâu vô khuẩn đã dẫn tới các tử vong đáng tiếc. Mặc dù có nhiều kháng sinh mới rất tốt, nhưng công tác vô khuẩn ngày càng được chú ý, quan tâm. Có thể nói rằng đa số các trường hợp nhiễm khuẩn trong sản khoa là các bệnh lý do thầy thuốc gây nên. Vô khuẩn là một vấn đề rất cơ bản. Thực hiện vô khuẩn chính là thực hiện y học dự phòng. Đầu tư vào công tác vô khuẩn là mang lại lợi ích cao nhất. Vô khuẩn trong sản khoa có những đặc điểm riêng.

1. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA SẢN KHOA CÓ LIÊN QUAN ĐẾN VÔ KHUẨN

Trong thời gian mang thai, đáp ứng miễn dịch của người mẹ có xu hướng giảm đi để giúp cho thai tồn tại thuận lợi trong cơ thể người mẹ. Đó là mặc tích cực của vấn đề. Nhưng chính điều đó đã làm cho cơ thể người mẹ dễ bị các tác nhân gây bệnh xâm nhập. Sức đề kháng của người mẹ càng giảm đi nếu bị mất máu nhiều trước, trong và sau khi đẻ.

Trong khi chuyển dạ và sau đẻ, cổ tử cung mở rộng tạo điều kiện thuận lợi cho các mầm bệnh xâm nhập vào trong buồng tử cung. Sự xâm nhập vào buồng tử cung càng thuận lợi nếu có nhiễm trùng sẵn có ở âm đạo, nếu có các can thiệp không bảo đảm vô khuẩn vào buồng tử cung. Từ buồng tử cung, các mầm bệnh có thể lan rộng đi qua đường bạch huyết, đường máu. Đặc biệt, mầm bệnh có thể lan theo hai vòi trứng, đi vào ổ phúc mạc, gây ra nhiễm trùng ổ phúc mạc.

Diện rau bám sau khi bong rau là một cửa ngõ vô cùng rộng cho các mầm bệnh xâm nhập trực tiếp vào tuần hoàn của người mẹ gây nên hình thái nhiễm trùng nặng nhất với tỷ lệ tử vong cao, đó là nhiễm trùng huyết.

Các tổ chức còn sót lại trong buồng tử cung như rau, tổ chức thai là môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển, để từ đó nhiễm trùng lan rộng.

Trong sản khoa các thủ thuật đường dưới luôn luôn mang theo nguy cơ cao gây nhiễm trùng, nhất là các thủ thuật can thiệp trực tiếp vào buồng tử cung qua đường âm đạo.

Trên đây là một số điều kiện thuận lợi cho nhiễm trùng xảy ra trong sản khoa. Đó cũng là những lý do làm cho vô khuẩn có vai trò đặc biệt quan trọng. Mọi cán bộ y tế công tác trong ngành sản khoa đều phải ý thức được tầm quan trọng của vô khuẩn và phải triệt để tuân thủ các nguyên tắc vô khuẩn trong khi làm việc.

2. CƠ CHẾ LÂY NHIỄM CHO NGƯỜI BỆNH

Trong thời gian nằm chữa bệnh trong bệnh viện, người bệnh luôn luôn phải đương đầu với nhiều nguy cơ bị lây nhiễm. Lây nhiễm cho người bệnh có thể thực hiện qua các con đường sau:

– Nhiễm trùng từ ngoài vào: mầm bệnh từ môi trường bên ngoài (không khí, nước, bụi....) xâm nhập vào cơ thể người bệnh. Gần gũi hơn, các mầm bệnh từ quần áo, dụng cụ y tế (kim tiêm, bơm tiêm, dao, kéo, găng tay...) không được khử trùng tốt đi vào người bệnh.

– Nhiễm trùng chéo trong bệnh viện: các mầm bệnh được lây lan từ người bệnh này sang người bệnh khác thông qua đồ dùng sinh hoạt hàng ngày, thông qua dụng cụ y tế không được khử trùng tốt, thông qua bàn tay không sạch sẽ của nhân viên y tế... Trong nhiều trường hợp, nếu không tuân thủ tốt các quy định vô trùng thì chính nhân viên y tế là người đã giúp mang mầm bệnh từ người bệnh này sang người bệnh khác.

– Tự nhiễm trùng: các mầm bệnh có sẵn trên cơ thể người bệnh, ví dụ khi thông đái mà không thực hiện sát trùng tốt có thể gây nhiễm trùng bàng quang bằng các vi khuẩn đã có sẵn trên người bệnh.

3. ĐỐI VỚI NHÂN VIÊN Y TẾ

Điều trước tiên là phải nhận thức được tầm quan trọng của việc thực hiện vô khuẩn trong công việc hàng ngày. Quần áo công tác phải sạch sẽ, luôn luôn được giặt sạch. Mỗi khi làm các thủ thuật phẫu thuật đều phải đội mũ, đeo khẩu trang đúng quy cách. Mũ bảo đảm che kín hết tóc, khẩu trang phải che kín cả miệng và

mũi. Các móng tay luôn luôn được cắt ngắn. Rửa tay là một động tác rất quan trọng. Rửa tay để phòng tránh sự chuyển tải mầm bệnh đến các khu vực chưa bị ô nhiễm bằng cách loại bỏ hầu hết các vi sinh vật bám trên tay của nhân viên bệnh viện. Rửa tay là kỹ thuật đơn giản và quan trọng nhất để đề phòng nhiễm khuẩn mắc phải trong bệnh viện. Lưu ý trước khi rửa tay cần phải tháo đồng hồ và tất cả đồ trang sức đeo ở trên tay.

– Rửa tay thông thường với xà phòng và nước sạch, lau khô sau khi rửa tay. Rửa tay thông thường được thực hiện trước khi cho bệnh nhân uống thuốc, giữa các chăm sóc không đòi hỏi vô khuẩn, trước khi ăn, sau khi ra khỏi nhà vệ sinh...

– Rửa tay thông thường với xà phòng và nước sạch, lau khô sau khi rửa. Rửa tay thông thường được thực hiện trước khi cho bệnh nhân uống thuốc, giữa các chăm sóc không đòi hỏi vô khuẩn, trước khi ăn, sau khi ra khỏi nhà vệ sinh...

– Rửa tay có thuốc sát khuẩn được thực hiện cho tất cả mọi người tham gia vào phẫu thuật hay một số thủ thuật như mở nội khí quản, bộc lộ tĩnh mạch, đặt ống thông tĩnh mạch rốn.

4. ĐỐI VỚI THAI PHỤ

4.1. Trong thời gian mang thai

Thai phụ đóng vai trò quyết định. Thai phụ phải tuân thủ những phép vệ sinh trong thai nghén, không tắm rửa trong ao hồ, nơi nước bẩn. Hàng ngày thực hiện vệ sinh sạch sẽ bộ phận sinh dục ngoài, nhất là sau khi đại tiểu tiện. Chúng ta luôn nhớ rằng trong khi có thai, thai phụ dễ bị viêm nhiễm âm đạo và dễ bị nhiễm trùng đường tiết niệu. Trong nhiều trường hợp, biểu hiện lâm sàng của nhiễm trùng không điển hình hay không có biểu hiện lâm sàng. Các nhiễm trùng này cần được chẩn đoán và điều trị sớm, tránh để kéo dài gây các hậu quả nặng nề. Ngoài ra cần nâng cao sức đề kháng toàn thân bằng chế độ ăn đầy đủ dinh dưỡng, bổ sung thêm sắt để tránh thiếu máu.

4.2. Trong khi chuyển dạ

Sản phụ nên được tắm rửa sạch sẽ trước khi đi đẻ. Bộ phận sinh dục ngoài cần được cạo lông, làm vệ sinh sạch sẽ. Mọi sản phụ đều được thụt tháo phân trước khi vào phòng đẻ, trừ những trường hợp sắp đẻ. Sau khi làm vệ sinh sạch sẽ, nên đóng khố vô khuẩn. Trong quá trình theo dõi chuyển dạ đẻ, hạn chế tối đa thăm trong, mỗi khi thăm trong phải mang găng vô khuẩn, sát trùng âm hộ trước khi thăm khám. Nên bố trí phòng đẻ cách ly cho những sản phụ bị mắc các bệnh truyền nhiễm.

4.3. Sau khi đẻ

Sau khi đẻ sản phụ nên vận động sớm, tránh nằm lâu tạo điều kiện cho bế sản dịch, nhiễm khuẩn. Tầng sinh môn được làm vệ sinh nhiều lần trong ngày (không dưới 2 lần) với nước sạch, thấm khô sau khi rửa sạch. Sau mỗi lần đại hay tiểu tiện đều được rửa sạch và thấm khô. Sản phụ có thể tự làm vệ sinh cho bản thân mình. Quần áo được thay luôn và giặt sạch. Hai vú cần được lau giữ sạch, cho trẻ bú sớm và hết từng vú một để tránh các biến chứng cho vú.

5. ĐỐI VỚI PHƯƠNG TIỆN, DỤNG CỤ

5.1. Phòng đẻ

Cần được bố trí ở nơi cao ráo, sạch sẽ, xa các nguồn ô nhiễm, có các phương tiện tránh bụi có hiệu quả (1g bụi chứa 1.500.000 vi khuẩn). Diện tích đủ rộng, bên trong không nên bày quá nhiều thứ gây khó khăn mỗi khi làm vệ sinh. Sàn nhà phải được lát gạch để có thể cọ rửa dễ dàng. Sàn nhà phải được lau 2 lần mỗi ngày, lau ướt, không dùng chổi để quét. Lau ướt là một cách làm nhanh chóng, có hiệu quả và vệ sinh, không làm cho bụi tung lên. Trần nhà được làm vệ sinh mỗi quý một lần. Tường nhà được cọ rửa hàng tháng. Cần có giầy dép sạch sẽ để đi riêng trong phòng đẻ. Trong điều kiện của chúng ta, người nhà sản phụ không được vào trong phòng. Các bàn đẻ cần được bố trí ngăn cách với nhau. Sau mỗi trường hợp đẻ, phải lau bàn đẻ sạch sẽ, chậu hứng dịch và máu phải được đổ đi ngay.

5.2. Nguồn nước

Cung cấp đủ nước cho bệnh viện hoặc cơ sở y tế có nghĩa là nước đảm bảo tiêu chuẩn an toàn và đủ số lượng để chăm sóc bệnh nhân và cho các hoạt động của bệnh viện nhằm duy trì môi trường bệnh viện an toàn và hạn chế khả năng lây lan bệnh tật. Trong sản khoa nhu cầu sử dụng nước lại càng lớn. Người ta ước tính rằng mỗi giường bệnh cần trung bình 300 đến 350 lít nước mỗi ngày.

5.3. Dụng cụ

Toàn bộ dụng cụ đều phải được khử khuẩn, tiệt khuẩn theo đúng quy cách, được sử dụng ngay hay lưu giữ trong các hộp kín để ở nơi không có bụi. Cọ rửa dụng cụ là bước quan trọng hàng đầu trong quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn vì nó loại bỏ toàn bộ bụi, các chất bẩn. Nếu không cọ rửa đúng kỹ thuật thì việc khử khuẩn, tiệt khuẩn sẽ không thu được kết quả. Các chất bẩn dính trên dụng cụ là nơi ẩn náu ở vi khuẩn để tránh không bị tiếp xúc với các hoá chất sát khuẩn, đồng thời làm giảm hoạt hoá của các hoá chất sát khuẩn. Khử khuẩn được tiến hành trên các dụng cụ tiếp xúc với màng (dụng cụ hô hấp), các dụng cụ không tiệt khuẩn được như các ống nội soi và các dung cụ không cần tiệt khuẩn (bô, vịt). Tiệt khuẩn được áp dụng cho tất cả các đồ vật được đưa vào tiếp xúc trực tiếp với máu hoặc các vùng vô khuẩn của cơ thể và một số dụng cụ đưa vào các khoang không vô khuẩn như chai sữa, vú chai sữa hoặc băng gạc. Có nhiều phương pháp khử khuẩn, tiệt khuẩn, vì vậy phải lựa chọn phương pháp thích hợp cho từng loại dụng cụ.

Bảng 1. Một số phương pháp khử khuẩn

- Đun sôi: nước phải được đun sôi liên tục trong thời gian 30 phút (lưu ý đây không phải là phương pháp tiệt khuẩn).
- Ngâm trong cồn 70^0 hay 90^0 trong thời gian 10 phút.
- Viên Presept (dichloroisocyam urate) viên 2,5g pha trong 10 lít nước, ngâm trong thời gian 60 phút.
- Formaldehyt: thời gian 30 phút.
- Cidex ngâm trong thời gian 15 phút.
- Idophor (Betadine) trong 30 phút.
- Phenol 1-2% trong 30 phút.

Bảng 2. Nhiệt độ, áp suất và thời gian cần thiết để tiệt khuẩn các loại dụng cụ bằng hơi nóng ẩm

Dụng cụ	Nhiệt độ	Áp suất (kg)	Thời gian sau khi đạt nhiệt độ và áp suất (phút)
Đồ vải	120°C	7 kg	30
Cao su	120°C	7 kg	15
Gói dụng cụ ngoại khoa	120°C	7 kg	30
Dụng cụ ngoại khoa không gói	120°C	7 kg	15
Thuỷ tinh	120°C	7 kg	15

Công tác khử khuẩn và tiệt khuẩn phải được kiểm tra theo dõi bằng nuôi cấy vi khuẩn. Các dụng cụ đã tiệt khuẩn mà quá thời hạn chưa sử dụng vẫn phải tiệt khuẩn lại. Nồi hấp và thức ăn cho trẻ được pha chế trong bệnh viện phải được kiểm tra bằng nuôi cấy vi khuẩn thường quy. Các dụng cụ hấp cần có chất chỉ thị màu để cho biết là dụng cụ đã được đi qua chu kỳ hấp sấy (bột lưu huỳnh, băng chỉ thị màu....). Đối với sữa chọn ngẫu nhiên 1ml trong lô sữa đã pha chế để gửi đi xét nghiệm. Số vi khuẩn đếm được ở mức chấp nhận là 25/ml. Khi số lượng vi khuẩn vượt quá mức chấp nhận cần xem lại quy trình kỹ thuật pha chế.

Nói tóm lại, thực hiện triệt để vô khuẩn đã giúp cho chúng ta tránh được các tai biến nhiễm khuẩn đáng tiếc, bảo đảm an toàn trong điều trị.

SINH LÝ CHUYỂN DẠ

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Một số định nghĩa

1.1.1. Chuyển dạ đẻ là một quá trình sinh lý làm cho thai và phần phụ của thai được đưa ra khỏi đường sinh dục của người mẹ.

Một cuộc chuyển dạ đẻ xảy ra từ đầu tuần lễ thứ 38 (259 ngày) đến cuối tuần lễ thứ 49 (293 ngày), trung bình là 40 tuần lễ (280 ngày) gọi là đẻ đủ tháng. Khi đó thai nhi đã trưởng thành và có khả năng sống độc lập ngoài tử cung.

1.1.2. Đẻ non tháng là tình trạng gián đoạn thai nghén khi thai có thể sống được. Chuyển dạ đẻ non xảy ra khi tuổi thai từ 28 tuần lễ (196 ngày) đến 37 tuần lễ.

1.1.3. Đẻ già tháng là hiện tượng chuyển dạ đẻ xảy ra sau hai tuần lễ so với ngày dự kiến đẻ. Gọi là thai già tháng khi tuổi thai quá 42 tuần lễ (300 ngày).

1.1.4. Sảy thai là sự chấm dứt thai nghén trước khi thai có thể sống được. Thai nhi và rau thai bị tống ra khỏi buồng tử cung khi tuổi thai từ 6 tháng trở xuống.

Đẻ thường là cuộc chuyển dạ diễn ra bình thường theo sinh lý.

Đẻ khó là cuộc chuyển dạ đẻ mà các giai đoạn của cuộc đẻ, các thành phần tham gia vào cuộc đẻ (thai nhi đặc biệt là các đường kính của đầu thai nhi, khung chậu và phần mềm của người mẹ, cơn co tử cung....) diễn ra không bình thường, cần sự can thiệp của người thầy thuốc.

1.2. Các giai đoạn của cuộc chuyển dạ đẻ

Người ta chia diễn biến của cuộc chuyển dạ đẻ ra làm 3 giai đoạn:

– Giai đoạn I hay giai đoạn xoá mở cổ tử cung được tính từ khi bắt đầu chuyển dạ đẻ đến khi cổ tử cung mở hết. Giai đoạn này được chia làm hai giai đoạn: giai đoạn Ia và giai đoạn Ib.

Giai đoạn này là giai đoạn kéo dài nhất của cuộc chuyển dạ.

– Giai đoạn II hay giai đoạn sổ thai. Giai đoạn này được tính từ khi cổ tử cung mở hết đến khi đẻ thai.

– Giai đoạn III hay giai đoạn sổ rau. Bắt đầu từ sau khi thai sổ hoàn toàn đến khi rau sổ ra ngoài.

1.3. Động lực của cuộc chuyển dạ đẻ

Cơn co tử cung là động lực của cuộc chuyển dạ đẻ. Nếu không có cơn co tử cung thì cuộc đẻ không xảy ra. Rối loạn co bóp của tử cung có thể làm cho cuộc chuyển dạ bị kéo dài hoặc gây các các tai biến cho người mẹ và cho thai nhi.

Cơn co tử cung làm thay đổi về phía người mẹ. Đó là hiện tượng xoá mở cổ tử cung, sự thành lập đoạn dưới tử cung và thay đổi ở đáy chậu trong thời kỳ sổ thai.

Đối với thai nhi, cơn co tử cung làm cho đầu ối được thành lập, rau thai và màng rau bong, xuống và sổ ra ngoài.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY CHUYỂN DẠ ĐẺ

Cho đến ngày nay, cơ chế thật sự của sự phát sinh cuộc chuyển dạ đẻ còn chưa được rõ và đầy đủ. Tuy nhiên, có một số giả thuyết được đa số chấp nhận.

2.1. Prostaglandin

Các Prostaglandin là những chất có thể làm thay đổi hoạt tính co bóp của cơ tử cung. Sự sản xuất PGF2 và PGE2 tăng dần trong quá trình thai nghén và đạt tới giá trị cao trong nước ối, màng rụng và trong cơ tử cung vào lúc bắt đầu cuộc chuyển dạ.

Người ta có thể gây chuyển dạ bằng cách tiêm Prostaglandin dù thai ở bất kỳ ở tuổi nào.

Sử dụng các thuốc đối kháng với Prostaglandin có thể làm ngừng cuộc chuyển dạ.

Các Prostaglandin tham gia làm chín mùi cổ tử cung do tác dụng lên chất Collagene của cổ tử cung.

2.2. Estrogen và progesteron

Trong quá trình thai nghén, các chất estrogen tăng lên nhiều làm tăng tính kích thích các sợi cơ trơn của tử cung và tốc độ lan truyền của hoạt động điện. Cơ tử cung trở nên mẫn cảm hơn với các tác nhân gây cơn co tử cung, đặc biệt là đối với oxytocin. Estrogen làm tăng sự phát triển của lớp cơ tử cung và làm thuận lợi cho việc tổng hợp các Prostaglandin.

Progesteron có tác dụng ức chế với co bóp của cơ tử cung. Nồng độ progesteron giảm ở cuối thời kỳ thai nghén làm thay đổi tỷ lệ Estrogen/Progesteron là tác nhân gây chuyển dạ.

2.3. Vai trò của oxytocin

Người ta đã xác định được có sự tăng tiết oxytocin ở thuỳ sau tuyến yên của người mẹ trong chuyển dạ đẻ. Các đỉnh liên tiếp nhau của oxytocin có tần số tăng lên trong quá trình chuyển dạ đẻ và đạt mức tối đa khi rặn đẻ.

Tuy vậy oxytocin có lẽ không đóng một vai trò quan trọng để gây chuyển dạ đẻ mà chủ yếu là làm tăng nhanh quá trình chuyển dạ đang diễn ra.

2.4. Các yếu tố khác

– Sự căng giãn từ từ và quá mức của cơ tử cung và sự tăng đáp ứng với các kích thích sẽ phát sinh ra chuyển dạ đẻ. Trong lâm sàng chúng ta thấy các trường hợp đa ối, đặc biệt là đa ối cấp, đa thai và phá thai to bằng phương pháp đặt túi nước là các thí dụ minh hoạt cho sự căng giãn cơ tử cung quá mức gây chuyển dạ đẻ.

– Yếu tố thai nhi: thai vô sọ hoặc thiểu năng tuyến thượng thận thì thai nghén thường bị kéo dài. Ngược lại, nếu có cường thượng thận thì sẽ đẻ non.

3. CƠN CO TỬ CUNG

Cơn co tử cung là động lực của cuộc chuyển dạ đẻ. Sự co bóp của cơ tử cung là sự trượt lên nhau của các sợi actin và myosin. Năng lượng cung cấp cho mối liên kết actinmyosin là sự thuỷ phân ATP.

3.1. Các phương pháp nghiên cứu cơn co tử cung

Có nhiều phương pháp đo áp lực của cơn co tử cung:

– Bằng tay: đặt lòng bàn tay lên bụng sản phụ và theo dõi độ dài của mỗi cơn co tử cung, khoảng cách giữa hai cơn co. Phương pháp này không chính xác, phụ thuộc vào chủ quan của người đo và không đánh giá chính xác cường độ cơn co tử cung.

– Phương pháp ghi ngoài: đặt một trống Marey ở đáy tử cung và đo áp lực của cơn co tử cung. Đơn vị tính bằng mmHg. Phương pháp này đo được tần số và độ

dài các cơn co tử cung nhưng không đo được chính xác áp lực của cơ tử cung ở từng phần và áp lực trong buồng ối.

– Phương pháp ghi trong: đặt một Catheter mảnh và mềm vào buồng ối qua cổ tử cung hoặc qua thành bụng của người mẹ để đo áp lực trong buồng ối. Phương pháp đo này được chính xác áp lực trong buồng ối, trương lực cơ bản của tử cung, tần số và cường độ cơn co tử cung. Nhược điểm của phương pháp này là không xác định được áp lực riêng từng phần của tử cung.

– Đặt các vi bóng (microballons) vào trong cơ tử cung ở các vị trí khác nhau của tử cung (sừng tử cung, đáy, thân, đoạn dưới tử cung...) qua thành bụng để ghi áp lực cơn co ở các vùng khác nhau của tử cung, điểm xuất phát của cơn co tử cung, thay đổi áp lực cơn co và sự lan truyền của cơn co tử cung.

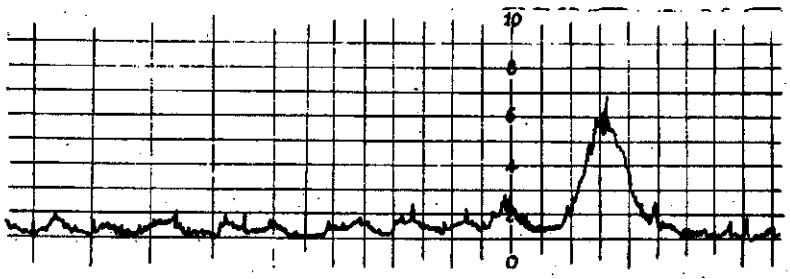
3.2. Đặc điểm của cơn co tử cung

Áp lực cơn co tử cung được tính bằng milimét thuỷ ngân (mmHg) hoặc kolo Pascal (1mmHg = 0,133 kPa). Đơn vị Montevideo (UM) bằng tích của biên độ cơn co trung bình nhân với tần số cơn co (số cơn co trong 10 phút).

Trong 30 tuần đầu của thai nghén, tử cung hầu như không co bóp, hoạt động tử cung dưới 20 UM. Từ tuần thứ 30 đến tuần thứ 37, các cơn co tử cung có thể nhiều hơn, đạt tới 50 UM, không quá một cơn co trong một giờ.

Một hai tuần lễ trước khi chuyển dạ đẻ, tử cung có các cơn co nhẹ, mau hơn trước, áp lực từ 3-15mmHg gọi là các cơn co Hicks. Đặc điểm của cơ co Hicks là không gây đau.

Trương lực cơ bản của cơ tử cung: bình thường ngoài cơn co, cơ tử cung vẫn trong tình trạng hơi co được gọi là trương lực cơ bản. Trung bình áp lực này là 10mmHg (5-15mmHg).



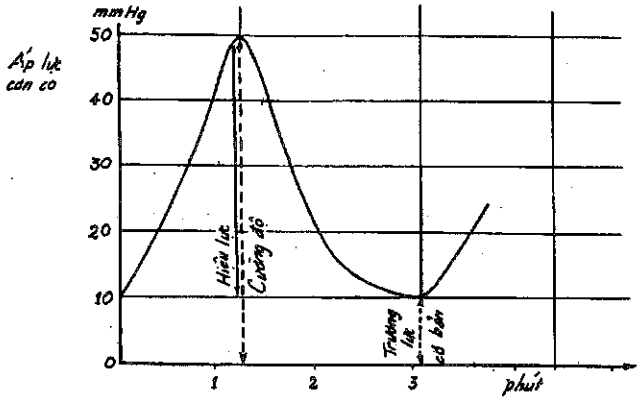
Hình 41. Cơn co Braxton - Hicks, các đỉnh nhỏ là các cử động của thai

Cường độ cơn co là số đo ở thời điểm áp lực tử cung cao nhất của mỗi cơn co.

Hiệu lực cơn co tử cung là hiệu số của cường độ cơn co tử cung trừ đi trương lực cơ bản. Hiệu lực cơn co giảm khi cường độ cơn co giảm hoặc trương lực cơ bản tăng.

Độ dài của cơn co được tính từ thời điểm tử cung bắt đầu co bóp đến khi hết cơn co. Đơn vị tính là giây.

Tần số cơn co tử cung tăng dần lên trong quá trình chuyển dạ. Khi mới chuyển dạ đẻ khoảng 10-15 phút mới có một cơn co tử cung, sau đó khoảng cách giữa các cơn co ngắn dần lại và khi cổ tử cung mở hết thì cứ 2 phút có một cơn co.



Hình 42. Cơn co tử cung

3.2.1. Các hình thái cơn co tử cung

Có 4 loại cơn co tử cung:

– Loại 1: cơn co có dạng hình chuông, pha tăng áp lực tương xứng với pha giảm áp lực. Giữa các cơn co là thời gian nghỉ dài hay ngắn. Áp lực cơn co ở thời điểm này tương đương với trương lực cơ bản.

– Loại 2: thường hay gặp. Cơn co loại này có đặc điểm là pha tăng áp lực thì ngắn còn pha giảm áp lực kéo dài giống hình hyperbol. Cơn co kéo dài cho tới khi bắt đầu cơn co mới, không có giai đoạn nghỉ giữa hai cơn co tử cung. Trương lực cơ bản được tính ở thời điểm ngay trước khi mới bắt đầu cơn co tiếp theo.

– Loại 3: cơn co này ngược lại với loại 2, thường gặp ở giai đoạn mới chuyển dạ đẻ. Pha tăng áp lực kéo dài, lên từ từ và pha giảm áp lực ngắn và đột ngột.

– Loại 4: khá hiếm. Có biểu hiện sự thay đổi đều đặn của hai loại cơn co xen kẽ nhau, phân biệt bằng cường độ, độ dài và hình thái mỗi loại cơn co.

Trong chuyển dạ đẻ thường gặp cơn co loại 1 hoặc loại 2 tăng dần lên về số lượng.

3.2.2. Đặc điểm của cơn co tử cung trong chuyển dạ đẻ

Trong chuyển dạ đẻ, cơn co tử cung có các tính chất đặc biệt:

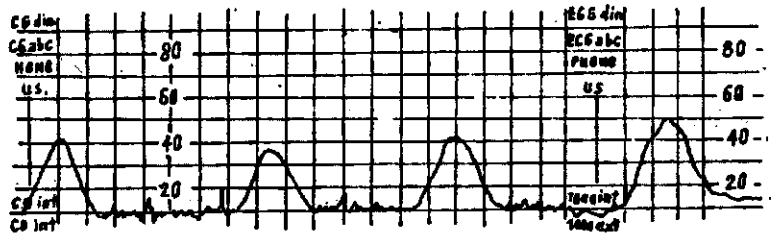
– Cơn co tử cung xuất hiện một cách tự nhiên ngoài ý muốn của sản phụ. Điểm xuất phát của cơn co tử cung nằm ở một trong hai sừng của tử cung. Thông thường chỉ có một điểm xuất phát hoạt động và khống chế điểm kia. Tất cả các cơn co tử cung đều xuất phát từ một điểm. Điểm xuất phát cơn co tử cung ở người thường ở sừng phải tử cung.

– Cơn co tử cung có tính chu kỳ và đều đặn, sau một thời gian co bóp là một khoảng thời gian nghỉ rồi lại tiếp tục vào một chu kỳ co cơ khác. Cơn co tử cung mau dần lên, khoảng cách giữa hai cơn co khi mới chuyển dạ dài 15-20' sau đó ngày càng ngắn dần lại, ở cuối giai đoạn I khoảng cách là 2-3 phút.

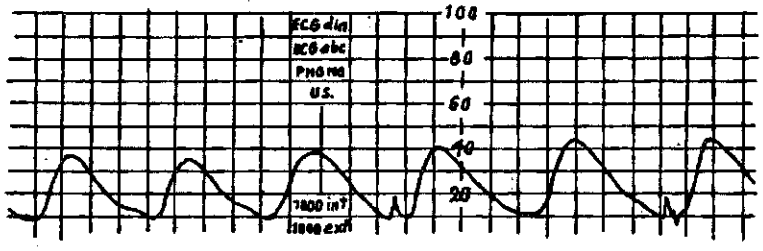
– Cơn co tử cung dài dần ra, khi bắt đầu chuyển dạ chỉ dài 15 đến 20 giây, sau đạt tới 30-40 giây ở cuối giai đoạn xoá mở cổ tử cung. Cường độ cơn co

tử cung cũng tăng dần lên. Áp lực cơn co khi mới bắt đầu chuyển dạ từ 30-35mmHG (120UM) tăng dần lên đến 50-55 mmHg ở giai đoạn cổ tử cung mở và ở cuối giai đoạn I và trong giai đoạn sổ thai có thể lên tới 60-70mmHG, tương đương với 250 UM.

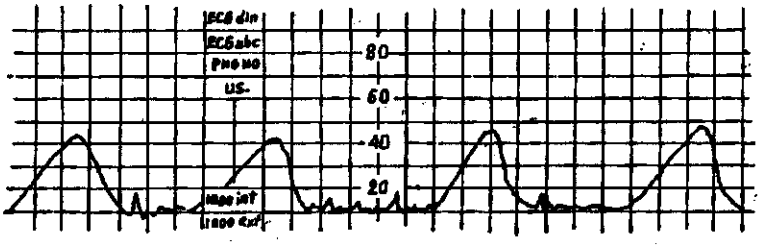
– Cơn co tử cung gây đau. Ngưỡng đau phụ thuộc theo từng sản phụ. Khi áp lực cơn co đạt tới 25-30mmHg, sản phụ bắt đầu cảm thấy đau. Cơn đau xuất hiện sau cơn co tử cung và mất đi trước cơn co tử cung. Cơn co tử cung càng mau, càng mạnh và thời gian co bóp càng dài thì càng đạu nhiều hơn. Khi có tình trạng lo lắng, sợ sệt cảm giác đau sẽ tăng lên.



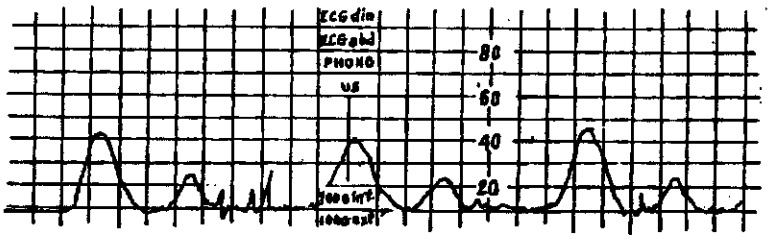
a. Cơn co tử cung loại 1



b. Cơn co tử cung loại 2



c. Cơn co tử cung loại 3



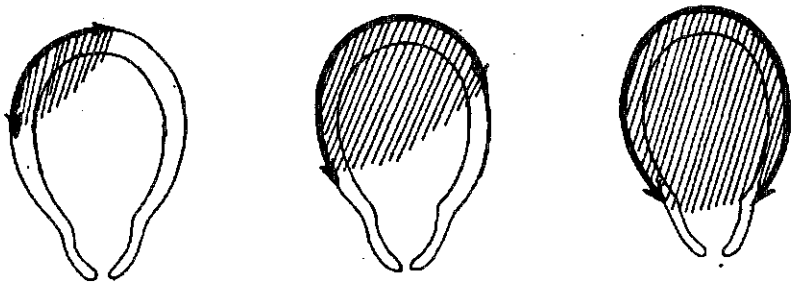
d. Cơn co tử cung loại 4

Hình 43 (a, b, c, d)

– Cơn co tử cung có tính chất ba giảm: áp lực cơn co tử cung giảm dần từ trên xuống dưới. Áp lực cao nhất ở đáy tử cung rồi giảm dần xuống dưới và đến lỗ ngoài cổ tử cung thì áp lực bằng không. Thời gian co bóp của tử cung cũng giảm dần từ trên xuống dưới, ở thân tử cung co bóp dài hơn ở đoạn dưới, còn ở đoạn dưới tử cung thì thời gian co bóp dài hơn ở cổ tử cung.

Sự lan truyền cơn co tử cung cũng theo hướng từ trên xuống dưới. Cơn co xuất phát từ sừng bên phải lan ra đáy tử cung rồi xuống đến thân tử cung, đoạn dưới và cổ tử cung. Tốc độ lan truyền cơn co 1-2cm/giây.

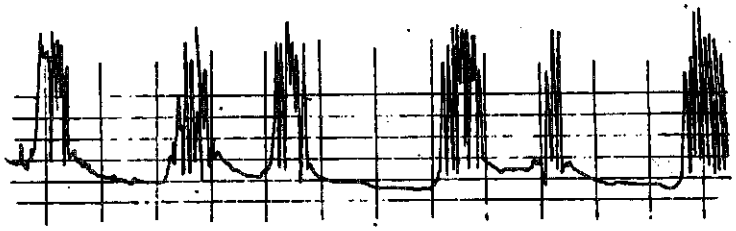
Số lượng cơn co tử cung trong một cuộc chuyển dạ đẻ thay đổi từ 70 đến 180, phụ thuộc vào số lần đẻ, đẻ dễ hay khó và chất lượng cơ tử cung.



Hình 44. Sự lan truyền của cơn co tử cung

3.3. Cơn co tử cung và cơn co thành bụng trong giai đoạn sổ thai

Trong giai đoạn hai cuộc chuyển dạ đẻ, cơn co thành bụng phối hợp với cơn co tử cung đẩy thai ra ngoài. Cơ hoành được đẩy xuống thấp trong ổ bụng, các cơ thành bụng co lại làm giảm thể tích ổ bụng. Khi thể tích ổ bụng bị giảm, áp lực của ổ bụng tăng lên ép vào đáy tử cung góp phần đẩy thai xuống. Áp lực cơn co tử cung ở cuối giai đoạn hai đã tăng cao cùng với cơn co thành bụng sẽ tạo thành áp lực trong buồng ối tăng lên tới 120-150mmHg. Như vậy là áp lực cơn co thành bụng rất cao mà một nửa áp lực này do cơ hoành gây ra. Do vậy việc hướng dẫn sản phụ biết cách rặn đẻ rất có giá trị.



Hình 45. Cơn co tử cung và cơn co thành bụng trong giai đoạn rặn đẻ

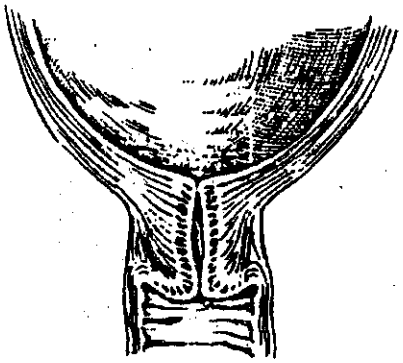
4. THAY ĐỔI VỀ PHÍA MẸ, THAI NHI VÀ THAI PHỤ CỦA THAI DO TÁC DỤNG CỦA CƠN CO TỬ CUNG

4.1. Thay đổi về phía người mẹ

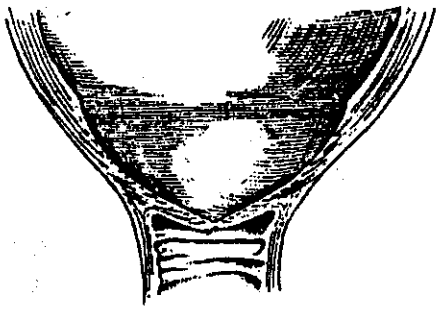
Có hai thay đổi quan trọng, đó là sự xoá mở cổ tử cung và thành lập đoạn dưới, thay đổi phần mềm ở đáy chậu trong giai đoạn sổ thai.

4.1.1. Sự xoá mở cổ tử cung và thành lập đoạn dưới

– **Xoá:** khi chưa chuyển dạ cổ tử cung là ống hình trụ, đầu trên là lỗ trong cổ tử cung, đầu dưới là lỗ ngoài cổ tử cung. Xoá là hiện tượng đường kính lỗ trong cổ tử cung rộng dần ra trong khi lỗ ngoài chưa thay đổi. Như vậy cổ tử cung biến đổi từ hình trụ thành hình chóp cụt. Khi cổ tử cung xoá hết thì cổ tử cung cùng với đoạn dưới tử cung thành lập ống cổ - đoạn dưới.

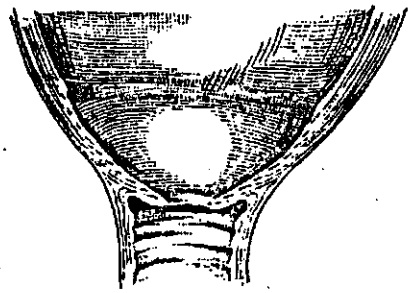


Hình 46. Cổ tử cung chưa xoá ở người con so

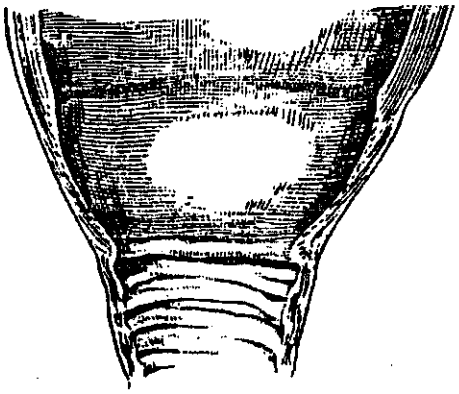


Hình 47. Cổ tử cung xoá hết ở người con so

– **Mở:** là hiện tượng lỗ ngoài cổ tử cung giãn rộng ra. Khi đó tử cung thông thẳng với âm đạo và thành lập ống cổ - đoạn - âm đạo.



Hình 48. Cổ tử cung bắt đầu mở ở người con so



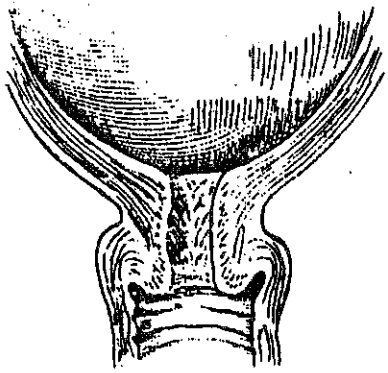
Hình 49. Cổ tử cung mở hết ở người con so

Thời gian xoá mở cổ tử cung diễn ra không đều. Trong giai đoạn đầu (Ia) từ khi cổ tử cung xoá đến khi mở được 4cm thời gian mất 8-10 giờ. Giai đoạn sau (Ib) thời gian mở cổ tử cung từ 4cm đến mở hết mất 4-6 giờ, tốc độ trung bình mở 1cm/giờ.

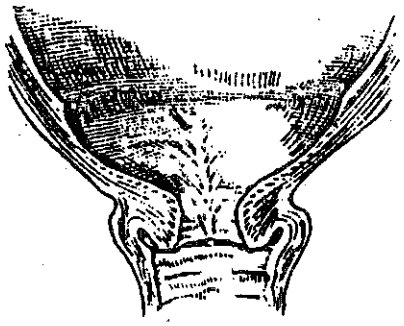
Sự xoá mở cổ tử cung nhanh hay chậm phụ thuộc vào các yếu tố:

+ Đầu ối đè vào cổ tử cung nhiều hay ít.
+ Tình trạng cổ tử cung: dầy cứng, sẹo xơ cũ...
+ Cơn co cổ tử cung có đồng bộ và đủ mạnh hay không.

Cơn co tử cung thực hiện được chức năng xoá mở cổ tử cung nhờ hai cơ chế: áp lực cơn co tử cung đè vào đoạn dưới làm giãn các sợi cơ vòng và sự co rút của các sợi cơ dọc làm co kéo đoạn dưới và cổ tử cung lên cao.

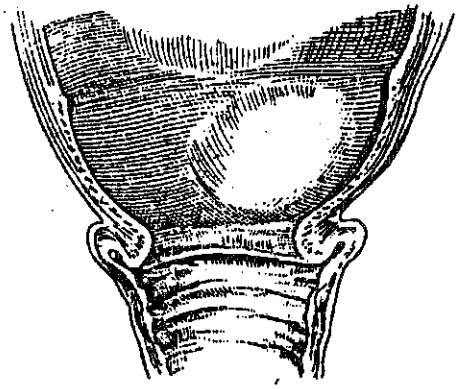


Hình 50. Cổ tử cung ở người con rạ trước khi chuyển dạ



Hình 51. Cổ tử cung vừa xoá vừa mở ở người con rạ

Thành lập đoạn dưới: đoạn dưới tử cung thành lập do eo tử cung giãn rộng, kéo dài và to ra. Bình thường eo tử cung chỉ cao 0,5-1cm, khi đoạn dưới được thành lập hoàn toàn cao đến 10cm. Trong cơn co, đoạn thân tử cung co bóp mạnh và rút lên trên, trong khi đó các giây chằng tròn và dây chằng tử cung cùng giữ tử cung xuống dưới, đoạn thân tử cung dầy lên và ngắn lại, đoạn dưới tử cung dài ra và cổ tử cung xoá mở thêm.



Hình 52. Cổ tử cung mở hết ở người con rạ

Giữa người con so và người con rạ có sự khác biệt về hiện tượng xoá mở cổ tử cung. Ở người con so cổ tử cung xoá hết rồi mới mở và đoạn dưới tử cung thành lập từ các tháng cuối của thai nghén. Còn ở người con rạ, cổ tử cung vừa xoá, vừa mở và đoạn dưới tử cung chỉ thành lập khi mới bắt đầu chuyển dạ. Thời gian mở cổ tử cung ở người con rạ nhanh hơn so với người con so, tốc độ mở tối đa tới 5-7cm/h.

4.1.2. Thay đổi ở đáy chậu

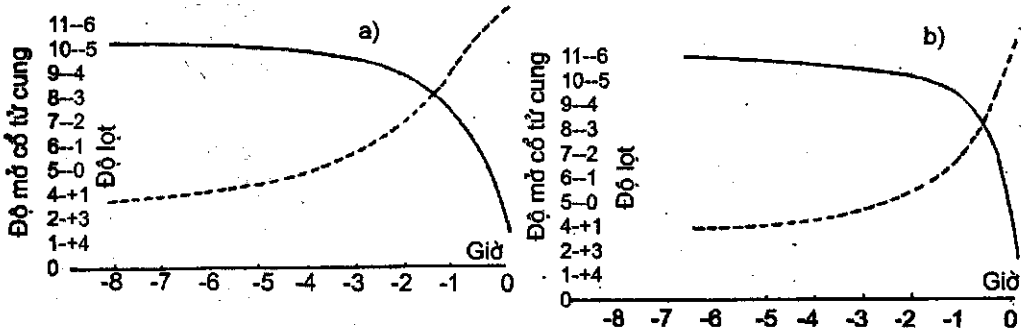
Do áp lực của cơn co tử cung ngôi thai xuống dần trong tiểu khung. Áp lực của ngôi thai đẩy dần mỏm xương cụt ra phía sau, đường kính mỏm cụt - hạ vệ thay đổi từ 9,5cm thành 11cm bằng với đường kính mỏm cùng - hạ vệ. Sức cản của các cơ ở phía tầng sinh môn sau đẩy ngôi thai hướng ra phía trước.

Hình 53. Thay đổi chậu trong giai đoạn sổ thai

Tầng sinh môn trước phồng lên, vùng hậu môn - âm hộ dài ra gấp đôi (bình thường 3-4cm khi giãn ra có thể lên tới 12-15cm). Do tác dụng của cơn co tử cung và cơn co thành bụng, tầng sinh môn sau bị ngôi thai đè vào giãn dài ra, lỗ hậu môn mở rộng xoá hết các nếp nhăn. Âm hộ mở rộng, thay đổi hướng dần dần nằm ngang. Sự tiến triển của ngôi thai thường gây són đái và nếu trực tràng còn phân thì phân sẽ thoát ra ngoài hậu môn khi ngôi thai xuống thấp trong tiểu khung.

4.2. Thay đổi về phía thai

Thai nhi là phần chuyển động trong cuộc chuyển dạ đẻ. Áp lực của cơn co tử cung đẩy thai nhi từ trong buồng tử cung ra ngoài theo cơ chế đẻ.



Hình 45. Sự tương quan giữa độ mở cổ tử cung và độ lọt của ngôi thai

a. Ở người con so b. Ở người con rạ

Khi đoạn dưới được thành lập, ngôi thai cũng từ từ tụt dần xuống áp sát vào đoạn dưới làm cho ngôi thai sát với cổ tử cung, tạo điều kiện thuận lợi cho việc mở cổ tử cung.

Trong quá trình chuyển dạ đẻ, thai nhi có một số hiện tượng uốn khuôn.

– Hiện tượng chồng xương sọ. Hộp sọ của thai nhi giảm bớt kích thước bằng cách các xương chồng lên nhau. Hai xương đỉnh chồng lên nhau, xương chẩm và xương trán chui xuống dưới xương đỉnh. Hai xương trán cũng có thể chồng lên nhau.

– Thành lập bướu thanh huyết. Đó là hiện tượng phù thấm thanh huyết dưới da, đôi khi rất to. Vị trí bướu thanh huyết thường nằm ở phần ngôi thai thấp nhất, giữa lỗ mở của cổ tử cung. Bướu thanh huyết chỉ xuất hiện sau khi vỡ ối. Mỗi một ngôi thai thường có vị trí riêng của bướu thanh huyết.

Hình 55. Hiện tượng chồng xương sọ ở đầu thai nhi

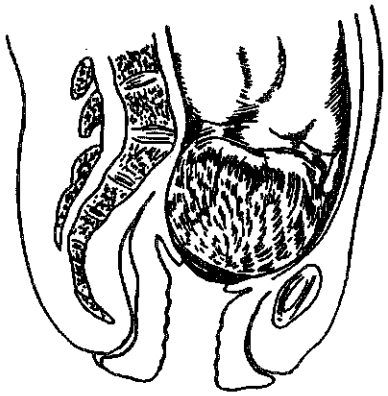
4.3. Thay đổi ở phần phụ của thai

4.3.1. Thành lập đầu ối: cơn co tử cung làm cho màng rau (trung sản mạc và nội sản mạc) ở cực dưới của trứng bong ra, nước ối dồn xuống tạo thành túi ối hay đầu ối.

4.3.1.1. Các loại đầu ối: có 3 loại đầu ối.

– Ối dẹt: lớp nước ối phân cách giữa màng ối và ngôi thai rất mỏng. Màng ối hầu như sát vào ngôi thai. Tiên lượng tốt do có sự bình chỉnh của ngôi thai tốt.

– Ối phồng: lớp nước ối giữa màng ối và ngôi thai dầy. Thường gặp trong các trường hợp ngôi thai bình chỉnh không tốt, có khe hở giữa đoạn dưới tử cung và ngôi thai. Do đó, trong cơn co tử cung nước ối từ phía trên dồn xuống phía cực dưới làm cho màng ối căng phồng lên.



Hình 56. Đầu ối

– Ối hình quả lê: đầu ối dài trong âm đạo mặc dù cổ tử cung mở còn nhỏ, do màng ối mất khả năng chun giãn. Thường gặp trong thai chết lưu.

4.3.1.2. Tác dụng của đầu ối

– Giúp cho cổ tử cung xoá và mở trong chuyển dạ đẻ do đầu ối ép vào cổ tử cung.

– Bảo vệ thai nhi với các sang chấn bên ngoài.

– Khi ối vỡ trên 6 giờ có nguy cơ nhiễm khuẩn ngược dòng từ âm đạo vào buồng ối.

4.3.1.3. Các hình thái ối vỡ

– Vỡ ối đúng lúc là vỡ ối khi cổ tử cung mở hết.

– Vỡ ối sớm là vỡ ối xảy ra khi đã có chuyển dạ nhưng cổ tử cung chưa mở hết.

– Vỡ ối non là vỡ ối xảy ra khi chưa có chuyển dạ.

4.3.2. Rau bong và sổ rau

Sau khi sổ thai, cơn co tử cung tiếp tục xuất hiện sau một giai đoạn nghỉ ngơi sinh lý làm cho rau thai và màng rau bong ra, xuống dần trong đường sinh dục người mẹ và sổ ra ngoài. Tử cung co chặt lại tạo thành khối an toàn gây tắc mạch sinh lý để cầm máu sau khi rau sổ.

5. CÁC THAY ĐỔI KHÁC

5.1. Về phía người mẹ

5.1.1. Thay đổi về hô hấp

Sự tăng thông khí trong các cơn co tử cung có thể gây nên tình trạng kiềm hô hấp. Trong khi sổ thai, các cơn rặn đẻ làm tăng PCO_2 và tình trạng tăng hô hấp sẽ làm tăng thêm vào tình trạng toan chuyển hoá.

5.1.2. Thay đổi về huyết động

Tư thế sản phụ nằm ngửa, tử cung thường lệch sang phải nên tĩnh mạch chủ bụng bị chèn ép làm giảm tuần hoàn rau thai dẫn đến suy thai. Cho sản phụ nằm nghiêng trái sẽ loại bỏ được tác dụng xấu này.

Các cơn co tử cung mạnh hoặc gắng sức rặn đẻ sẽ chèn ép động mạch chủ bụng dẫn tới giảm lưu lượng tuần hoàn rau thai và gây suy thai.

Giảm huyết áp động mạch do giãn mạch hoặc do liệt mạch vì gây tê quanh tuỷ sống cũng có thể dẫn đến suy thai.

Mẹ bị chảy máu nhiều trong chuyển dạ làm giảm khối lượng tuần hoàn và kèm theo tình trạng co mạch cũng gây ra suy thai nặng.

5.1.3. Thay đổi về chuyển hoá

Trọng lượng cơ thể người mẹ giảm từ 4-6kg sau khi đẻ, bao gồm trọng lượng thai nhi, bánh rau, nước ối, máu và các dịch tiết từ da, phổi, thận. Đường huyết cũng giảm do tăng tiêu thụ. Các gắng sức chịu đựng của cơ trong các cơn co tử cung, rặn đẻ... có thể dẫn đến tình trạng toan máu và tình trạng toan máu này có thể chuyển sang con.

Số lượng bạch cầu cũng tăng lên trong quá trình chuyển dạ đẻ.

5.1.4. Tình trạng lo lắng và đau

Trong chuyển dạ đẻ, tình trạng đau do cơn co tử cung và lo lắng sẽ làm tăng bài tiết cortisol và cathecholamin gây ra tình trạng co mạch làm trầm trọng thêm tình trạng toan do acid lactic. Vì vậy phải bằng mọi cách giảm đau và trấn an cho sản phụ.

5.2. Sự đáp ứng của thai

Tim thai thay đổi trong cơn co tử cung. Tim thai hơi nhanh lên khi tử cung mới co bóp sau đó chậm lại trong cơn co tử cung. Ngoài cơn co tử cung, tim thai dần dần trở lại bình thường.

5.3. Thời gian chuyển dạ

Ở người con so, thời gian chuyển dạ trung bình từ 16-20 giờ. Ở người con rạ, thời gian chuyển dạ đẻ ngắn hơn, trung bình từ 8-12 giờ.

Các cuộc chuyển dạ đẻ quá 24 giờ gọi là chuyển dạ kéo dài. Về phía người mẹ, chuyển dạ kéo dài làm cạn kiệt sức lực, rặn đẻ yếu hoặc không còn sức để rặn đẻ, nguy cơ đờ tử cung, chảy máu sau đẻ và nhiễm khuẩn hậu sản tăng lên. Đối với thai nhi, chuyển dạ kéo dài sẽ tăng nguy cơ suy thai và ngạt ở trẻ sơ sinh và các sang chấn cho thai phải can thiệp bằng các thủ thuật sản khoa trong thời kỳ sổ thai (Forceps, giác hút sản khoa...).

Phần II

SẢN BỆNH - SẢN KHÓ

NHỮNG YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG MỘT CUỘC ĐẺ

1. KHÁI NIỆM CHUNG

1.1. Tiên lượng một cuộc đẻ là gì?

Tiên lượng một cuộc đẻ là sự đánh giá của người thầy thuốc sau khi đã thăm khám một sản phụ để dự đoán cuộc đẻ sắp tới sẽ diễn ra bình thường hay khó khăn, có phải can thiệp không và can thiệp bằng cách nào là tối ưu để bảo đảm an toàn cho mẹ và con, phòng ngừa những tai tiến có thể xảy ra trước, trong và sau khi đẻ.

Tiên lượng một cuộc đẻ không phải là dễ, đòi hỏi người thầy thuốc phải có kiến thức, có kinh nghiệm và quan trọng hơn cả là thái độ nghiêm túc trong thăm khám và theo dõi sản phụ mới có thể tiên lượng được tốt, không để xảy ra tai biến.

1.2. Quan niệm về một cuộc đẻ bình thường

Quan niệm về một cuộc đẻ bình thường bao gồm nhiều yếu tố:

– Sản phụ đẻ được tự nhiên theo đường dưới sau một cuộc chuyển dạ xảy ra bình thường.

– Trong chuyển dạ cũng như khi đẻ không phải can thiệp bất cứ thuốc men gì hoặc thủ thuật, phẫu thuật nào.

– Không có biến cố nào xảy ra cho mẹ và con khi chuyển dạ, khi đẻ và sau đẻ (trong suốt thời kỳ hậu sản).

Một số chỉ tiêu cụ thể đã được nêu ra để đánh giá một cuộc đẻ bình thường:

– Mẹ khoẻ mạnh: không có bệnh (cấp, mạn tính), không có dị tật và di chứng bệnh (toàn thân, sinh dục) không có tiền sử đẻ khó, băng huyết...

– Không có biến có trong khi có thai lần này.

– Tuổi thai: 38-42 tuần.

– Thai một - ngôi chỏm.

– Chuyển dạ tự nhiên.

– Cơn co tử cung bình thường theo sự tiến triển của cuộc chuyển dạ.

– Nhịp tim thai ổn định trong suốt thời kỳ chuyển dạ.

– Tình trạng ối bình thường (không đa ối, không thiểu ối, nước ối không có phân xu, không vỡ ối non và sớm).

– Thời gian chuyển dạ bình thường trung bình 16-18 giờ.

– Thời gian rặn đẻ bình thường (dưới 60 phút).

– Thai sổ tự nhiên không cần can thiệp (trừ cắt tầng sinh môn).

– Không phải dùng bất cứ thuốc gì, kể cả việc cho thở oxy.

– Thai đẻ ra cân nặng trên 2500g, Apgar sau 1 phút đầu phải từ 8 điểm trở lên.

– Không có tai biến gì xảy ra cho mẹ và con trong suốt thời kỳ hậu sản.

1.3. Thế nào là yếu tố tiên lượng

Yếu tố tiên lượng là các dữ kiện được phát hiện khi hỏi sản phụ, khi thăm khám và trong quá trình theo dõi giúp cho người thầy thuốc đánh giá, dự đoán về diễn biến của cuộc chuyển dạ và quá trình đẻ. Các dữ kiện đó nếu trong phạm vi bình thường thì đó là yếu tố tiên lượng tốt.

Ngược lại, nếu trong các dữ kiện thu thập được, có những dấu hiệu, những chỉ số không bình thường thì cuộc đẻ có thể gặp khó khăn, tai biến có thể xảy ra. Trong trường hợp đó tiên lượng cuộc đẻ là dè dặt, là xấu và các yếu tố tiên lượng lúc đó là các yếu tố gây nguy cơ cho sức khoẻ và tính mạng của cả mẹ và thai nhi. Ví dụ mẹ lùn, thấp (thường có khung chậu hẹp) thai to, u tiền đạo, đẻ nhiều lần, ngôi bất thường, sẹo mổ ở tử cung, nạo thai nhiều lần, rối loạn cơn co tử cung, chuyển dạ lâu...

2. CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG MỘT CUỘC ĐẺ

Các yếu tố tiên lượng cho một cuộc đẻ có thể xếp thành hai loại:

2.1. Yếu tố tiên lượng có sẵn từ trước

Là những dấu hiệu đã có sẵn ở người thai phụ. Đó là những yếu tố tiên lượng không thể thay đổi được, hầu như đó là những yếu tố nguy cơ cao trong thai nghén.

2.1.1. Yếu tố tiên lượng xấu từ người mẹ

a. Tình trạng bệnh lý của mẹ có từ trước lúc có thai: các bệnh tim, bệnh phổi, bệnh gan, bệnh thận, bệnh cao huyết áp, thiếu máu, sốt rét, suy dinh dưỡng và cả các bệnh phụ khoa: u xơ tử cung, u nang buồng trứng, sa sinh dục, rò tiết niệu - sinh dục.

b. Các bệnh cấp tính hoặc mạn tính mắc phải trong lúc đang có thai lần này và cả các bệnh do thai nghén mà có: nhiễm độc thai nghén, sốt, viêm ruột thừa và thai nghén, xoắn ruột....

c. Các dị tật hoặc di chứng bệnh từ khi còn bé: các dị dạng sinh dục (tử cung nhi tính, vách ngăn âm đạo, tử cung đôi, tử cung có vách ngăn...). Khung xương chậu hẹp, khung chậu lệch do còi cương, lao, chấn thương (gẫy xương, trật khớp), di chứng bại liệt...

d. Tuổi mẹ quá trẻ (dưới 18 tuổi), lớn hơn (trên 35 tuổi).

e. Mẹ đã đẻ nhiều lần (4 lần trở lên), mẹ có tiền sử nặng nề về thai nghén và sinh đẻ: điều trị vô sinh, sẩy thai liên tiếp, đẻ non, thai chết lưu, con chết ngạt, đã phải đẻ can thiệp (giác hút, Forceps, mổ đẻ....) đã có lần bị băng huyết nặng khi đẻ.

– Có yếu tố di truyền ở người mẹ hay người bố. Hoàn cảnh bố mẹ nghèo nàn, thất học, lạc hậu về nhận thức....

2.1.2. Yếu tố tiên lượng xuất từ phía thai

a. Đa thai: sinh đôi, sinh ba.

b. Ngôi thai bất thường: ngôi mặt, ngôi trán, ngôi ngang, ngôi ngược.

c. Thai to: thai to bình thường, thai to bệnh lý, thai dị dạng.

d. Thai non tháng, thai suy dinh dưỡng, suy thai mạn tính, thai già tháng.

e. Các bệnh lý bẩm sinh khác của thai khi còn trong bụng mẹ.

2.1.3. Yếu tố tiên lượng xấu từ phần phụ của thai

a. Bánh rau: rau bám thấp, rau tiền đạo, rau bong non, suy rau, bánh rau phụ...

b. Về dây rốn: sa dây rau trong bọc ối, sa bên ngôi, hoặc sa hẳn ra ngoài. Dây rau thắt nút, dây rau quấn cổ, quấn thân...

2.2. Yếu tố tiên lượng phát sinh trong chuyển dạ

Đó là những dấu hiệu, những triệu chứng chưa có hoặc chưa phát hiện được lúc ban đầu của thời kỳ chuyển dạ mà chỉ mới xuất hiện trong quá trình diễn biến của chuyển dạ.

2.2.1. Toàn thân của mẹ

– Các cơn đau do co bóp tử cung khiến bà mẹ lo lắng, sợ hãi, kêu la ảnh hưởng xấu đến quá trình chuyển dạ.

– Cuộc chuyển dạ kéo dài làm sản phụ mệt mỏi, đói lả, kiệt sức vì không ăn được.

– Những thay đổi về mạch, huyết áp, nhiệt độ do nguyên nhân tâm lý sợ hãi do bội nhiễm.

2.2.2. Diễn biến của cơn co tử cung

a. Cơn co tử cung là động lực của cuộc chuyển dạ. Bình thường cơn co tử cung xuất phát từ một điểm hay gặp là từ sừng trái tử cung, lan ra theo quy luật 3 tháng:

– Từ trên xuống dưới.

– Cường độ giảm dần.

– Thời gian co giảm dần.

Về mặt lâm sàng: các cơn co ban đầu: yếu, ngắn, thưa; càng về sau: mạnh, dài, mau.

b. Các rối loạn cơn co tử cung có thể gặp trong chuyển dạ.

– Rối loạn tăng co bóp:

+ Tăng cường độ (cơn co mạnh).

+ Tăng tần số (cơn co mau)

+ Tăng cả hai (cơn co mạnh và mau).

– Tăng trương lực cơ bản:

+ Do co thắt (trong hội chứng rau bong non).

+ Do dãn căng (trong đa ối, sinh đôi).

+ Do co bóp tăng kéo dài (lạm dụng oxytocin chẳng hạn).

– Rối loạn giảm co bóp:

+ Giảm cường độ (cơn co yếu).

+ Giảm tần số (cơn co thưa).

+ Giảm cơn co toàn bộ (cơn co yếu và thưa).

Tình trạng rối loạn tăng co trong chuyển dạ thường có nguyên nhân thực thể, thường là do thai bị cản trở, không tiến triển được thuận lợi (lọt, xuống, quay, sổ, thai to, ngôi cúi không tốt, khung chậu hẹp).... Mà khi thăm khám trước đó chưa phát hiện được. Đó là những đẻ khó "cơ học" cần khám xét kỹ để tìm nguyên nhân. Nếu không thấy nguyên nhân nào thực thể thì tạm coi như rối loạn "cơ năng" gây đẻ khó do "động lực" và có thể dùng thuốc giảm co bóp để điều trị. Nếu không có kết quả vẫn phải mổ lấy thai.

2.2.3. Xóa mở cổ tử cung

a. Bình thường trong quá trình chuyển dạ cổ tử cung sẽ xóa mở dần từ 1cm đến 10cm. Các yếu tố thuận lợi về tiên lượng có thể là:

– Về vị trí: cổ tử cung phải ở chính giữa tiểu khung.

– Về mật độ: cổ tử cung phải mềm, xóa hết thì mỏng, và ôm lấy đầu ối hoặc ngôi thai (nếu ối đã vỡ, không cứng rắn, không phù nề).

– Về tốc độ mở:

+ Ở người con so, từ 1cm đến 3cm trung bình 8 giờ.

+ Từ 3cm đến 10cm thời gian trung bình 7 giờ.

b. Các yếu tố tiên lượng không tốt, có thể gặp:

– Khi thăm khám cổ tử cung dày, cứng, phù nề, lỗ trong co thắt. Đặc biệt ở những thai phụ đã có tiền sử điều trị đốt nhiệt, đốt điện, đốt hóa chất, khoét chóp, cắt đoạn cổ tử cung... thì tiên lượng xóa mở rất xấu.

– Khi theo dõi tiến triển cổ tử cung mở chậm hoặc không mở thêm sau mỗi lần thăm khám.

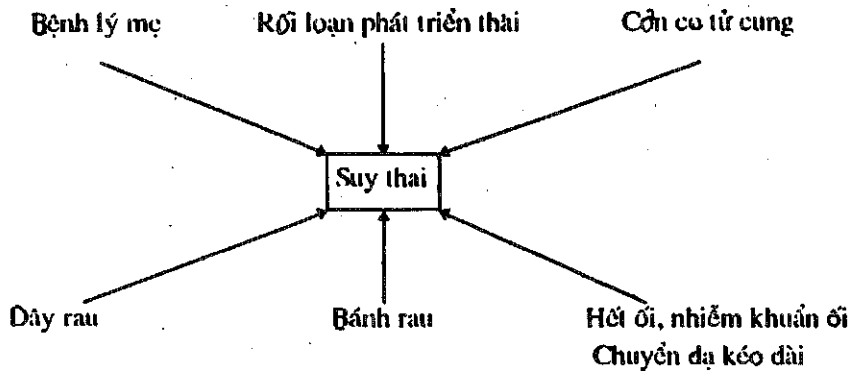
2.2.4. Đầu ối

a. Tiên lượng tốt khi đầu ối dẹt, màng ối không quá dày, ối vỡ đúng lúc (khi cổ tử cung mở hết) không có tình trạng đa ối hay thiểu ối, nước ối bình thường không có lẫn phân xu.

b. Tiên lượng không tốt khi đầu ối phồng hay hình quả lê, màng ối dày, ối vỡ non, ối vỡ sớm sẽ kéo theo nhiều nguy cơ khác: sa dây rau, sa chi, nhiễm khuẩn... Nước ối có phân xu biểu hiện sự suy thai. Nước ối có máu trong rau bong non, chảy máu ở các mạch máu bánh rau.

2.2.5. Tim thai

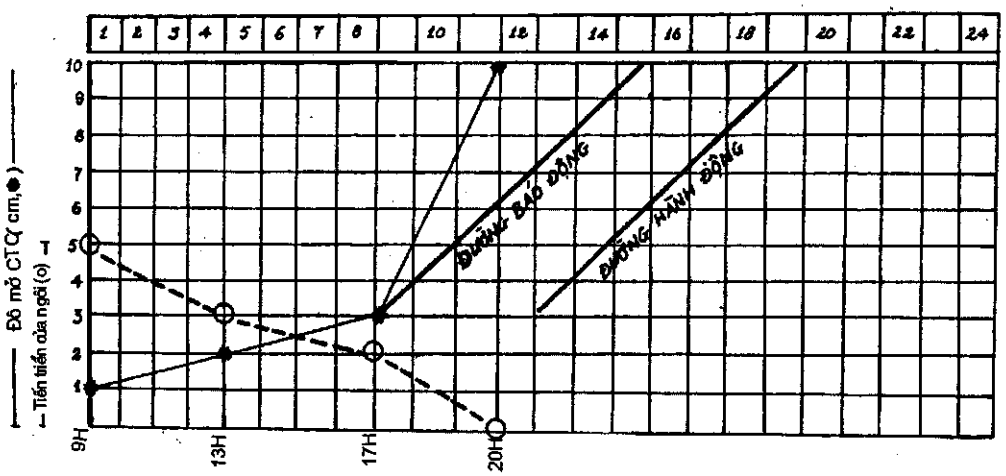
Trong chuyển dạ tùy theo tình trạng thai nhi mà cho phép chúng ta tiếp tục theo dõi chuyển dạ hoặc ngừng cuộc chuyển dạ. Suy thai là hậu quả của nhiều nguyên nhân.



Tình trạng thai nhi trong tử cung sẽ quyết định cách xử trí. Thai sống tốt là dấu hiệu tốt. Thai đã suy phải xử trí ngay. Thai chết thì không đặt vấn đề cấp cứu nữa. Vì vậy tim thai phải được theo dõi sát sao liên tục là rất quan trọng.

2.2.6. Độ lọt của ngôi thai

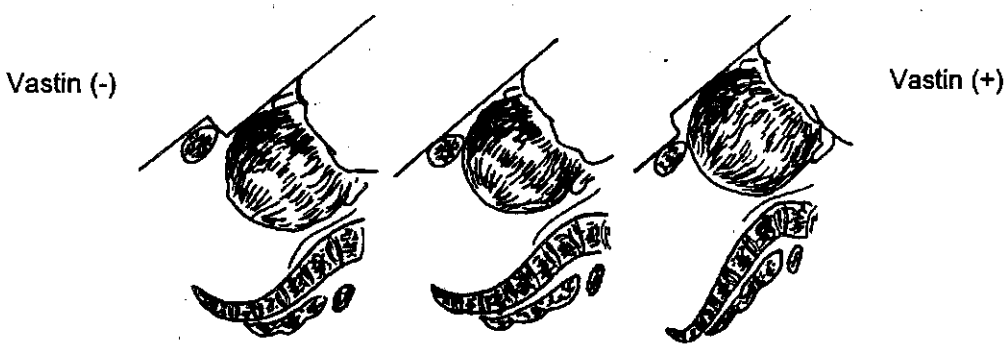
a. Ngôi tiến triển thuận lợi cùng với sự tiến triển của quá trình chuyển dạ, tiên lượng sẽ tốt khi ngôi thai cứ di chuyển dần dần từ cao xuống thấp. Cổ điển cho rằng ở người con so khi bước vào chuyển dạ ngôi thai đã phải lọt từ trước rồi (hiện tượng sụt bụng vào những tuần lễ cuối của thai nghén). Còn ở người con rạ chỉ trong khi chuyển dạ ngôi thai mới lọt. Thực ra trên thực tế ít khi gặp ngôi thai đã lọt khi mới bắt đầu chuyển dạ ở người con so. Trên biểu đồ chuyển dạ mức độ tiến triển của ngôi ta sẽ thấy hướng của đường biểu diễn sự tiến triển của ngôi đi ngược với hướng đường biểu diễn độ mở của cổ tử cung (hình 57).



Hình 57. Đường biểu diễn biến cổ tử cung và tiến triển của ngôi

b. Tiên lượng không tốt trong tiến triển của ngôi thai.

– Đầu luôn luôn chờm vệ (dấu hiệu vastin + hình 58).

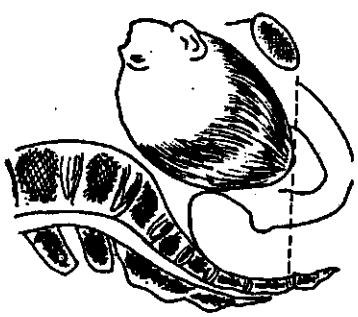


Hình 58. Đầu trờm vệ (dấu hiệu Vastin)

– Ngôi thai không tiến triển hoặc tiến triển đến mức độ nào đó thì dừng lại ngừng tiến triển (đầu không lọt) mặc dù cơn co tử cung tốt, thậm chí còn tăng co bóp. Thăm trong thường thấy các xương sọ của thai chồng khớp nhiều hoặc ít.

Khi đánh giá mức độ tiến triển của ngôi thai cần hết sức chú ý đến những trường hợp lọt giả (hình 60) nếu nhầm lẫn sẽ gây hậu quả nghiêm trọng khi quyết định xử trí.

Hình 59. Ngôi chỏm đã lọt



Hình 60. Lọt giả do BHT

– Độ lọt bị ngừng trệ nếu:

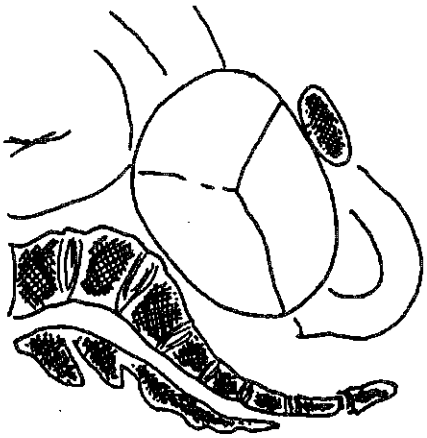
+ Cơn co chưa đủ mạnh, không đều.

+ Ối vỡ sớm làm ngôi bình chỉnh không tốt.

+ Cổ tử cung không mở.

+ Ngôi thế không thuận lợi, do đầu cúi không tốt.

+ Các yếu tố kín đáo: dây rau ngắn, dây rau quấn cổ, rau bám thấp.



Hình 61. Lọt giả do xương sọ khuôn chồng khớp nặng

2.2.7. Các tai biến trong khi chuyển dạ

a. Rau tiền đạo

Việc tiên lượng trước hết là phải đánh giá được khối lượng máu chảy từ trước khi vào bệnh viện. Nếu chảy máu đã nhiều có hiện tượng suy thai và đe doạ tính mạng của người mẹ thì phải xử trí ngay. Tiên lượng còn phụ thuộc vào yếu tố phân loại rau tiền đạo.

– Rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn phải mổ dù con sống hay chết.

– Rau tiền đạo bán trung tâm hầu hết là phải mổ trừ trường hợp thai quá nhỏ và chảy máu ít.

– Rau bám mép, bám bên phải bấm ối để cầm máu. Tiên lượng đẻ đường dưới nếu sau bấm ối cầm máu được nhưng vẫn phải kiểm tra các yếu tố đẻ khó khác.

b. Rau bong non

Tiên lượng cuộc đẻ đối với rau bong non không có gì khó, thường là thai dễ sổ vì cơn co tử cung rất tốt. Nhưng điều quan trọng là phải xử trí an toàn cho mẹ và có thể cho con. Chỉ trong trường hợp huyết tụ sau rau thể nhẹ, tim thai còn tốt, thai phụ không bị choáng thì bấm ối để đẻ đường dưới.

Khi đã có dấu hiệu choáng, trương lực cơ tử cung bắt đầu tăng, tử cung có xu hướng cứng liên tục thì vấn đề xử trí để cứu mẹ là chính. Hồi sức chống choáng, chống chảy máu, do rối loạn đông máu, mổ cắt tử cung, nếu bảo tồn tử cung thì thật rất cần thiết và có điều kiện.

c. Doạ vỡ tử cung

– Loại trừ nguyên nhân do dùng oxytocin quá liều, phải cho thuốc giảm cơn co.

Chỉ định mổ, hoặc Forceps khi đã đủ điều kiện.

d. Vỡ tử cung

Mổ, hồi sức, chống nhiễm khuẩn và rối loạn đông máu. Bảo tồn tử cung khi thật rất cần thiết và có điều kiện.

e. Sa dây rau

Sa dây rau là cấp cứu đối với thai nhi. Nếu thai còn sống, dây rau còn đập thì phải mổ lấy thai cấp cứu. Nếu thai đã chết không đặt vấn đề cấp cứu nữa.

g. Sa chi: thử đẩy chi lên, nếu có thêm yếu tố đẻ khó khác cần mổ lấy thai.

3. KẾT LUẬN

Tiên lượng một cuộc đẻ cho chính xác là điều khó nhưng lại là điều bắt buộc người thầy thuốc sản khoa nào cũng phải thực hiện để tránh các tai biến có thể xảy ra đối với cả hai mạng mẹ và con.

Công việc tuyên truyền giáo dục sức khoẻ trong nhân dân, nhất là với giới phụ nữ, việc xây dựng một màng lưới y tế cộng đồng để làm công tác chăm sóc sức khoẻ bà mẹ trẻ em, thực hiện tốt công tác đăng ký quản lý thai, khám thai định kỳ để phát hiện những nguy cơ, lựa chọn nơi đẻ an toàn nhất cho sản phụ là những công việc thiết thực góp phần hạ thấp tỉ lệ tai biến khi thai nghén và sinh đẻ. Đó cũng là giúp cho các thầy thuốc ở cơ sở điều trị làm tốt công việc tiên lượng cho một cuộc đẻ.

CÁC CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Mổ lấy thai là phẫu thuật mở tử cung ra để lấy thai, rau và màng rau theo đường rạch trên bụng hoặc qua túi cùng âm đạo trong một số ít trường hợp.

Cuộc mổ lấy thai đầu tiên được thực hiện vào năm 1610, người mẹ bị chết sau mổ 25 ngày. Vào cuối thế kỷ 19, tỷ lệ tử vong của mẹ trong mổ lấy thai còn rất cao (từ 50-85%) do chảy máu và nhiễm trùng. Năm 1882 Sanger đề nghị mổ lấy thai theo chiều dọc thân tử cung. Năm 1905 Osiander lần đầu tiên đã mô tả phẫu thuật mổ ngang đoạn dưới tử cung lấy thai, nhưng mãi đến đầu thế kỷ XX mới xuất hiện hàng loạt các cải tiến kỹ thuật bởi De Lee và lần đầu tiên ông đã so sánh mổ dọc thân tử cung và mổ ngang đoạn dưới tử cung để lấy thai. Nửa đầu thế kỷ XX, chỉ định mổ lấy thai còn rất hạn chế do nhiễm trùng và những khó khăn của gây mê hồi sức.

Ngày nay, với sự phát triển của phẫu thuật, phương tiện vô khuẩn, với các phát minh mới về truyền máu, các cách gây mê hồi sức đã làm giảm hẳn nguy cơ của mổ lấy thai. Phẫu thuật này đã trở thành biện pháp giải quyết đẻ khó phổ biến nhất, nó đã đẩy lùi và thay thế nhiều thủ thuật sản khoa cổ điển. Ở các nước trên thế giới, tỷ lệ mổ lấy thai mỗi năm một tăng. Trong vòng 10 năm từ 1072-1981 tỷ lệ mổ lấy thai ở Pháp đã tăng gấp đôi từ 6% lên 11%.

Ở Việt Nam, trước năm 1954 cũng chỉ mổ thân tử cung. Khoảng từ năm 1955-1956 mới bắt đầu mổ lấy thai qua đoạn dưới. Tại các viện và bệnh viện trong cả

nước, tỷ lệ mổ lấy thai cũng tăng dần hằng năm. Ở Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh (Bệnh viện Phụ Sản trung ương) từ giữa thập kỷ 50 đến hết thập kỷ 60, tỷ lệ mổ lấy thai khoảng 9%. Những năm đầu thập kỷ 80 tỷ lệ này là 15%. Những năm đầu thập kỷ 90 tăng lên tới trên 23%.

Chỉ định mổ lấy thai có những đặc điểm khác với các chỉ định về phụ khoa hoặc về ngoại khoa nói chung. Ngoài những chỉ định có tính chất tuyệt đối, đa số các chỉ định mổ lấy thai có tính tương đối (mà theo sản khoa cổ điển có thể giải quyết cho đẻ đường dưới bằng thủ thuật: Forceps, giác hút, đại kéo thai, huỷ thai). Có nhiều trường hợp mổ lấy thai mang tính dự phòng.

Ngoài ra còn nhiều yếu tố khác tham gia vào chỉ định của mổ lấy thai.

– Yếu tố cá nhân và gia đình: con quý hiếm, tiền sử vô sinh nhiều năm, sẩy liên tiếp nhiều lần, con so lớn tuổi.

– Yếu tố xã hội: ngày nay mỗi gia đình chỉ có 1-2 con, vấn đề con trai, con gái, trình độ dân trí và các vùng địa lý khác nhau (thành thị, nông thôn, miền núi).

– Điều kiện chuyên môn, kỹ thuật: trình độ cán bộ chuyên khoa, tình trạng cơ sở trang thiết bị y dụng cụ và các cán bộ gây mê hồi sức.

Vì vậy không thể có sự giống nhau trong tỷ lệ phải can thiệp khi so sánh giữa các cơ sở điều trị với nhau và ngay cả trong một cơ sở các chỉ định của các thầy thuốc cũng có thể khác nhau tuỳ theo ý kiến và kinh nghiệm của từng thầy thuốc đối với từng bệnh. Vấn đề quan trọng là các chỉ định mổ lấy thai phải được cân nhắc, có lý do xác đáng, thích hợp với xu thế sản khoa hiện đại, để tránh các tai biến xảy ra cho mẹ và con. Trái lại, cũng không nên mở rộng chỉ định hoặc lạm dụng nó do sợ tai biến xảy ra cho mẹ và con, hoặc trách nhiệm khi theo dõi đẻ đường dưới.

2. CÁC CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI

Trong bài này chỉ nêu các chỉ định mổ lấy thai có tính chất tổng hợp đã được sắp xếp lại cho có hệ thống và dễ nhớ, không đi sâu phân tích từng trường hợp cụ thể.

Có thể phân biệt ra hai loại chỉ định:

– Những chỉ định mổ lấy thai dự phòng (mổ chủ động) khi chưa có chuyển dạ.

– Những chỉ định mổ lấy thai trong thời kỳ chuyển dạ.

2.1. Chỉ định mổ lấy thai dự phòng (mổ chủ động)

Chỉ định được đặt ra ngay trong thời gian đang được theo dõi thai nghén và nguyên nhân đưa đến chỉ định mổ có thể là:

2.1.1. Khung chậu bất thường

– Khung chậu hẹp toàn diện: khung chậu có tất cả các đường kính giảm đều cả eo trên và eo dưới. Đặc biệt đường kính nhô hậu vệ chỉ đo được từ 8,5cm trở xuống.

– Khung chậu méo (khung chậu lệch hay khung chậu không đối xứng). Dựa vào đo hình trám Michaelis không cân đối và đường kính nhô - hậu vệ từ 8,5cm trở xuống.

– Khung chậu hình phễu: khung chậu biến dạng làm eo dưới hẹp, eo trên rộng. Thai lọt dễ dàng qua eo trên nhưng khó sổ hoặc không sổ được qua eo dưới. Chẩn đoán dựa vào đo đường kính lưỡng ụ ngồi. Nếu đường kính này nhỏ ≈ 9cm thai sẽ không sổ được, nên có chỉ định mổ lấy thai chủ động.

2.1.2. Đường xuống của thai bị cản trở

a. Do mẹ có các khối u tiền đạo

Khối u tiền đạo là các khối u nằm trong tiểu khung làm cho ngôi không lọt và không xuống được. Các khối u tiền đạo thường gặp: khối u buồng trứng nằm sâu trong tiểu khung, u xơ tử cung ở eo hay ở cổ tử cung, các khối u tiền đạo ít gặp kà khối u ở âm đạo, u vòi trứng, u dây chằng rộng, u ở tiểu khung như u thận, u trực tràng, u bàng quang, tử cung đôi.

b. Rau tiền đạo trung tâm

Phòng ngừa khi chuyển dạ ra máu nhiều ảnh hưởng đến tình trạng toàn thân, nguy hiểm đến tính mạng người mẹ. Phải dựa vào chẩn đoán siêu âm để có hướng mổ lấy thai chủ động.

2.1.3. Tử cung có sẹo xấu

Sẹo mổ ở thân tử cung lần trước.

Sẹo do vết khâu vỡ tử cung lần trước.

Sẹo mổ đã 2 lần hoặc dưới 24 tháng.

Lần mổ trước vì một lý do nhất thời nhưng lần này ngôi thai không tốt (ngôi ngược, ngôi ngang) hoặc có những biến có khác (rau tiền đạo).

Sẹo dính, mỏng, đau khi thăm khám hoặc sẹo nhiễm trùng nhiều.

2.1.4. Nguyên nhân về phía mẹ

Trong các bệnh tim: ở giai đoạn không bù trừ, có dấu hiệu suy tim thường nặng lên trong khi có thai và khi đẻ. Nếu gây mê hồi sức tốt mổ lấy thai chủ động sẽ tốt hơn là đẻ qua đường âm đạo.

Bệnh cao huyết áp, tai biến mạch não, nhiễm độc thai nghén, có thể nguy hiểm cho mẹ và con.

Âm đạo bị chít hẹp bẩm sinh hoặc bị rách trong các lần đẻ trước không được khâu phục hồi tốt, hoặc sau những trường hợp mổ có liên quan đến âm đạo như mổ sa sinh dục, mổ rò bàng quang - âm đạo, mổ rò trực tràng - âm đạo đã được có kết quả tốt.

Bảo tồn kết quả của phẫu thuật chỉnh hình phụ khoa như tiền sử mổ treo tử cung bị sa, mổ sa sinh dục.

Các dị dạng sinh dục: tử cung đôi, tử cung hai sừng hoặc đáy tử cung có phên giữa làm cho ngôi bất thường (ngôi ngang, ngôi ngược), sau phẫu thuật Strassmann. Các dị tật ở âm đạo như phên ngang, màng ngăn.

2.1.5. Nguyên nhân về phía con: thường là một thai suy mạn tính, một tình trạng bị suy dinh dưỡng nặng hoặc bất đồng nhóm máu nếu không lấy ra thai có thể bị chết trong tử cung.

Nên nhớ rằng mổ lấy thai thường ít khi có một chỉ định đơn độc mà hay phối hợp nhiều chỉ định với nhau (theo tài liệu của Pháp tỷ lệ có chỉ định phối hợp chiếm từ 50-70%).

Đối với mổ lấy thai chủ động, dù do nguyên nhân gì trước khi can thiệp cũng phải xác định chắc chắn thai nhi không có dị dạng. Ở các nước phát triển hiện nay, ngoài các thăm dò về các siêu âm, monitor, người ta cần phải làm các xét nghiệm về gen để phát hiện các rối loạn thể nhiễm sắc.

Về thời điểm mổ, ở nước ta chưa có quy định cụ thể nhưng ở Pháp, mổ dự phòng thường được thực hiện trong tuần thứ 39 của thai nghén để đảm bảo chắc chắn thai đã trưởng thành, có khả năng sốt tốt khi ra ngoài.

Sơ đồ chỉ định mổ lấy thai dự phòng

Trước thời hạn	Tuổi thai 39 tuần
Thai suy mạn tính	Khung chậu bất thường
Thai suy dinh dưỡng nặng (nếu không can thiệp thai có thể chết)	Cản trở tiền đạo
Bất đồng nhóm máu	Tử cung có sẹo xấu
	Một số bệnh lý ở người mẹ.
	Một số nguyên nhân thai nhi: ngôi bất thường, một số ca chứa nhiều thai.

Loại mổ trước thời hạn ở ta chưa phổ biến vì chưa có khả năng phát hiện và nuôi dưỡng trẻ non tháng và bệnh lý.

2.2. Chỉ định mổ lấy thai trong quá trình chuyển dạ

Những chỉ định mổ lấy thai trong khi chuyển dạ có thể do một tình huống cấp cứu, do một tiến triển bất thường của chuyển dạ hoặc do nguyên nhân bệnh lý nào đó chưa được phát hiện trong thời kỳ trước chuyển dạ, lúc này mới lộ ra.

2.2.1. Chảy máu

2.2.1.1. Rau tiền đạo

Tất cả những rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn đều phải mổ, có khi cần phải mổ cả trong trường hợp thai nhi đã chết để cứu người mẹ vì chảy máu nhiều.

Rau tiền đạo bán trung tâm con trên 2000g.

Sau khi xé rộng màng ối, vẫn còn chảy máu.

Sau khi xé rộng màng ối, cổ tử cung không mở hoặc mở chậm và con cũng trên 2000g.

Phối hợp với một ngôi thai bất thường.

2.2.1.2. Rau bong non thể trung bình và thể nặng (phong huyết tử cung rau)

Đối với rau bong non thể trung bình thái độ xử trí trước đây là bước đầu dùng phương pháp nội sản là chính nhưng luôn luôn theo dõi nếu biến chuyển không tốt phải giải quyết phẫu thuật.

Quan điểm hiện nay rau bong non thể trung bình và thể nặng là phải mổ ngay.

2.2.2. Doạ vỡ tử cung

Những trường hợp chuyển dạ lâu, ngôi chỏm chưa lọt hoặc còn cao trong tiểu khung và không xuống hơn (loại trường những khung chậu hẹp đã chẩn đoán rõ ràng, những ngôi bất thường: ngang, trán....) hoặc trong những trường hợp dùng oxytocin không đúng chỉ định, quá liều lượng sẽ làm cho đoạn dưới tử cung phình to, doạ vỡ, thai bình thường (hoặc có khi đã suy thai) nhưng không thể lấy thai bằng một thủ thuật qua đường âm đạo. Nói tóm lại doạ vỡ tử cung ở đây chỉ là những hình thái không theo dõi cẩn thận của sự không cân xứng cuối cùng dẫn tới phẫu thuật.

2.2.3. Sa dây rau

Đây là một cấp cứu sản khoa vì cần phải giải quyết ngay nếu không thai bị chết. Nếu thai đã chết, sẽ không có chỉ định mổ, tính chất cấp cứu cũng mất hoàn toàn, có thể chờ đợi cho đẻ tự nhiên hoặc các thủ thuật đường dưới khi điều kiện mở của cổ tử cung cho phép, nhưng phải chẩn đoán chắc chắn là thai đã chết.

Nếu thai còn sống, đầu ối còn, dây rau sa kèm theo những dấu hiệu suy thai, cổ tử cung chưa mở hết thì phải mổ lấy thai.

Nếu đầu ối đã vỡ, thai còn sống, thử đẩy dây rau lên không có kết quả phải có chỉ định mổ.

Khi đã có chỉ định mổ cần phải làm nhanh vì thai rất dễ suy và chết. Trong khi chuyển đi mổ cần đẩy ngôi lên cho khỏi chẹt vào dây rau và bọc dây rau trong một gạc to tẩm huyết thanh ấm.

2.2.4. Chỉ định mổ về phía thai

2.2.4.1. Thai to: thai to đều không tương xứng với khung chậu, không có khả năng lọt qua eo trên phải chỉ định mổ. Cần loại trừ những thai to một phần (não úng thuỷ, bụng cóc...) để có chỉ định huỷ thai.

2.2.4.2. Các ngôi bất thường

Ngôi vai, ngôi trán (chẩn đoán chỉ được đặt ra khi ối đã vỡ, ngôi đã cố định) ngôi mặt kiểu thể cằm sau khó có khả năng quay sang cằm vệ. Ngôi ngược kèm theo bất thường về khối lượng thai (trên 3kg ở con so, trên 3,2kg ở con rạ. Đường kính lưỡng đỉnh trên 95mm, bất thường về khung chậu. Tử cung có sẹo mổ cũ. Đầu ngửa nguyên phát...).

Ngôi chỏm sa chi, thử đẩy lên không kết quả.

2.2.4.3. Thai già tháng

Khi chẩn đoán chắc chắn là thai già tháng cần phải đình chỉ thai nghén. Nếu nước ối còn tương đối và trong đẻ chỉ huy bằng máy monitoring, nếu còn biểu hiện bất thường phải mổ lấy thai.

Nếu nước ối không còn hoặc nước ối xanh biểu hiện của suy thai cần phải mổ lấy thai.

2.2.4.4. Chửa nhiều thai

Ở nước ta chỉ định mổ lấy thai trong chửa nhiều thai cũng không có một chỉ định dứt khoát. Người ta khuyên mổ lấy thai khi:

– Song thai hai ngôi đầu chèn nhau làm cho đầu thứ nhất không lọt được.

– Song thai thứ nhất là ngôi ngược, thai thứ hai là ngôi đầu có khả năng mắc vào nhau khi đẻ thai thứ nhất.

– Chửa từ 3 thai trở lên:

– Khi có thêm một nguyên nhân đẻ khó.

2.2.5. Chỉ định mổ về phía mẹ

2.2.5.1. Chỉ định mổ vì mổ lấy thai cũ

Loại trừ những chỉ định mổ lấy thai cũ phải mổ chủ động tuyệt đối đã trình bày ở trên, nếu lần này thử thách cuộc đẻ không kết quả phải mổ lấy thai. Tỷ lệ mổ lấy thai lại chiếm 50-60%, tỷ lệ này hiện nay còn cao hơn nhiều.

2.2.5.2. Con so lớn tuổi

Thường là những người con so trên 35 tuổi, thành lập gia đình muộn, hoặc đã điều trị vô sinh lâu năm, trong quá trình chuyển dạ có một vài dấu hiệu và tiến triển bất thường (ối vỡ sớm, tầng sinh môn rắn, cổ tử cung mở chậm, rối loạn cơn co...) cần phải mổ lấy thai.

2.2.5.3. Tình trạng bệnh lý của người có thể là:

– Tăng huyết áp không được theo dõi tốt.

– Bệnh tim đã có suy tim hoặc dễ bị phù phổi cấp.

– Thiếu máu nặng.

– Đái tháo đường không được theo dõi.

– Ung thư cổ tử cung tại chỗ hoặc xâm lấn.

2.2.6. Chỉ định do bất thường xảy ra khi theo dõi chuyển dạ

Trong quá trình theo dõi chuyển dạ, có những tình huống xảy ra không cho phép để lại theo dõi tiếp cho đẻ đường dưới được nữa, khi ấy chỉ định mổ lấy thai cần được đặt ra:

2.2.6.1. Các đẻ khó do cổ tử cung không tiến triển

– Cổ tử cung không tiến triển được do:

+ Cổ tử cung có sẹo cũ xấu.

+ Khoét chóp hay cắt đoạn cổ tử cung.

2.2.6.2. Các đẻ khó do nguyên nhân cơ học

+ Thất bại của nghiệm pháp lọt ngôi chỏm.

+ Đôi khi do sự bất tương xứng giữa thai nhi và khung chậu do thai to trên một khung chậu bình thường mà trước đó chưa đánh giá đúng về cân nặng thai nhi.

+ Có khi do ngôi cúi không tốt nên không thể lọt được mặc dù cổ tử cung đã mở hết.

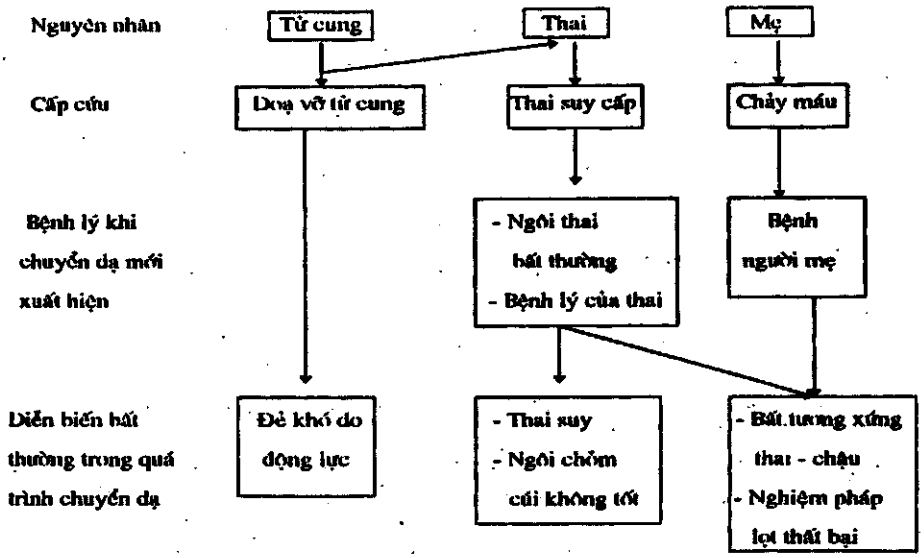
2.2.6.3. Các đẻ khó do nguyên nhân động lực

Là các đẻ khó do rối loạn cơn co. Ngày nay do có nhiều thuốc làm tăng hoặc giảm cơn co có hiệu quả nên nếu được sử dụng đúng đắn đẻ khó do nguyên nhân này sẽ giảm dần. Nhưng nếu đã sử dụng đúng các thuốc đó nhưng không có kết quả thì phải tìm xem có nguyên nhân thực thể như khung chậu bất thường, ngôi thai bất thường (ngôi trán, ngôi thóp trước...) trước khi kết luận là rối loạn cơn eo cơ năng không điều chỉnh được bằng thuốc cần phải mổ lấy thai.

2.2.6.4. Thai suy cấp trong chuyển dạ

Được xác nhận trên lâm sàng bằng nghe nhịp tim thai, tình trạng nước ối và trên các phương tiện thăm dò khác (máy theo dõi sản khoa, đo pH máu thai nhi) cũng cần đặt chỉ định mổ lấy thai nếu chưa đủ điều kiện để lấy thai ra ngay bằng thủ thuật qua đường dưới.

Sơ đồ chỉ định mổ lấy thai trong khi chuyển dạ



3. KẾT LUẬN

Chỉ định mổ lấy thai có khi do những nguyên riêng biệt nên phải chỉ định mổ tuyệt đối, nhưng phần nhiều những nguyên nhân lại hay phối hợp với nhau. Chỉ định phối hợp được đặt ra do sự kết hợp của nhiều nguyên nhân tương đối những nguyên nhân này nếu tách rời nhau ra thì không có lý do chính đáng để can thiệp mổ lấy thai. Cũng vì vậy chỉ định phối hợp có thể rất rộng, tuỳ theo quan điểm của từng nhà sản khoa, do đó tỷ lệ ở các trung tâm có thể rất khác nhau.

SẨY THAI

1. ĐỊNH NGHĨA

Sẩy thai là hiện tượng thai bị tống ra khỏi buồng tử cung trước tuổi thai có thể sống được, tuổi đó được tính từ lúc thụ tinh là 180 ngày hay 28 tuần vô kinh.

Thực ra quy định đó có phần hạn chế về tính chính xác vì khó xác định được ngày thụ thai (do nhớ nhầm ngày, chu kỳ kinh không đều...), mặt khác do tiến bộ về kỹ thuật y học nên người ta có thể nuôi được những thai nhi dưới 180 ngày.

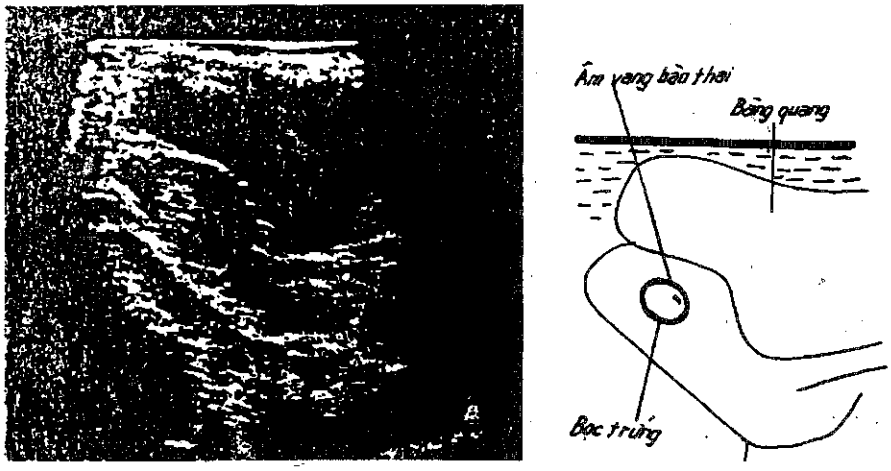
Có hai loại sẩy thai

– Sẩy thai tự nhiên

– Sẩy thai liên tiếp. Sẩy thai này kết tiếp nhau, tái phát, thường vào tuổi thai 3 tháng.

2. LÂM SÀNG

Sẩy thai tự nhiên thường diễn ra theo 2 giai đoạn: doạ sẩy và thực sự. Diễn biến của sẩy thai liên tiếp thường nhanh, dấu hiệu doạ sẩy không rõ.



Hình 62. Hình ảnh siêu âm bào thai bình thường

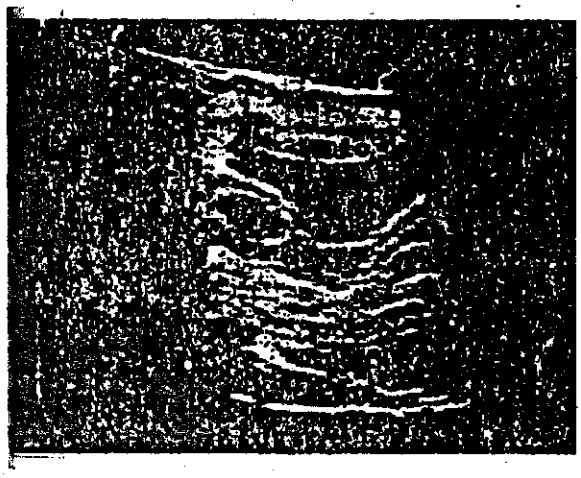
2.1. Dọa sẩy thai

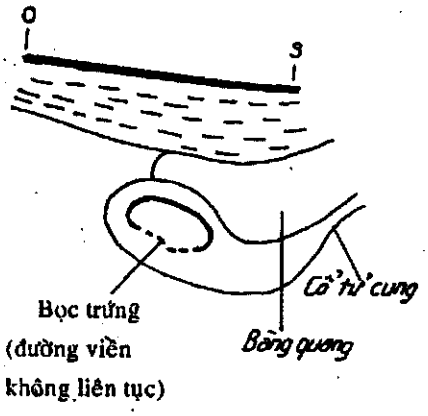
Trong giai đoạn này, trứng còn sống, chưa bị bong khỏi niêm mạc tử cung. Điều trị sớm, tiên lượng tốt, có khả năng giữ được thai.

Triệu chứng như sau:

– Ra huyết, máu đỏ hay đen, thường lẫn với dịch nhày, ra ít một liên tiếp.

– Không đau bụng, chỉ có cảm giác tức hoặc nặng bụng dưới. Nếu đau nhiều, liên tục nghĩ là do cơn co tử cung, tiên lượng xấu, khó giữ được thai.





Hình 63. Hình ảnh siêu âm túi ối biến dạng, tiên lượng xấu

– Thăm âm đạo: cổ tử cung còn dài, đóng kín.

– Test hCG hay phản ứng sinh vật còn dương tính.

– Siêu âm chẩn đoán: từ tuần thứ 6 âm vang cho thấy bờ túi ối rõ, có âm vang của phôi. Tuần thứ 8 có nhịp tim thai.

2.2. Sẩy thai thật sự

– Ra máu: máu ra nhiều, đỏ, loãng lẫn máu cục chứng tỏ rau đã bong nhiều.

– Đau bụng: đau vùng hạ vị, từng cơn, đều hơn do cơn co tử cung.

– Thăm âm đạo: cổ tử cung xoá mỏng, hé mở. Phần dưới tử cung phình to do bọc thai bị đẩy xuống phía cổ tử cung làm cổ tử cung có hình như con quay. Đôi khi sờ thấy bọc thai nằm ở lỗ cổ tử cung.

2.3. Cách sẩy thai

2.3.1. Sẩy thai hai tháng đầu (dưới 10 tuần lễ): ở thời kỳ này túi thai chỉ to bằng trứng cút trong đó có phôi, bên ngoài bao bọc các gai rau, vì thế sẩy thai thường diễn biến thành 1 thì ra cả bọc lẫn máu. Ít bị sót rau và máu ra không nhiều.

2.3.2. Sẩy thai tháng thứ 3 và thứ 4 (từ 10 tuần đến 18 tuần lễ). Thời kỳ này trong túi thai đã hình thành thai nhi. Khi sẩy thường diễn biến thành 3 thì: thì đầu thai, thì hai là rau, thì ba là ngoại sản mạc. Vì vậy, dễ bị sót rau, máu ra nhiều.

2.3.3. Sẩy thai tháng thứ 5 và thứ 6. Sẩy thai diễn ra như khi đẻ: thì đầu thai ra, thì sau rau ra và màng rau.

2.4. Tiến triển sau sẩy thai tự nhiên

Với tuổi thai còn nhỏ, tiến triển thường tốt, nói chung lượng máu chảy vừa phải. Sau đó sự thu hồi tử cung nhanh, với thai trên 3 tháng, có hiện tượng lên sữa. Kinh nguyệt trở lại sau 3-4 tuần.

3. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định về sẩy thai nói chung không khó, tuy nhiên, trước hết cần loại trừ trường hợp sẩy thai do phá thai phạm pháp. Sẩy thai tự nhiên cần chẩn đoán phân biệt với:

3.1. Thể giả sẩy của chửa chửa ngoài tử cung. Trong trường hợp này cũng ra huyết và ngoại sản mạc. Khám thực thể cho thấy khối cạnh tử cung, ấn vào đó bệnh nhân đau. Cùng đồ Douglas phồng và đau. Kết quả giải phẫu bệnh lý không thấy hình ảnh gai rau trong khối thai sẩy mà có hình ảnh màng rụng.

3.2. Chửa trứng thoái triển. Cũng ra huyết, dai dẳng. Tử cung mềm, tương ứng với tuổi thai hoặc to hơn tuổi thai. Siêu âm chẩn đoán không thấy hình ảnh túi thai, thay vào đó là hình ảnh tuyết rơi. Test hCG dương tính với nước tiểu pha loãng, phản ứng sinh vật dương tính từ 200.000 đến 400.000 đơn vị ếch/lít nước tiểu; có khi thấp hơn. βHCG cao hơn thai thường đạt trên 200.000 đơn vị/l.

3.3. Rong huyết, phụ khoa (cơ năng) trong nang noãn tồn tại. Tuy nhiên, tử cung bình thường, test hCG âm tính, chẩn đoán siêu âm thấy buồng tử cung rỗng.

4. NGUYÊN NHÂN

Xác định nguyên nhân sẩy thai tự nhiên, sẩy thai liên tiếp là rất quan trọng, nhưng thường khó khăn. Phải hỏi kỹ tiền sử, quá trình sẩy, khám toàn thân, phụ khoa, kết hợp với các xét nghiệm cận lâm sàng như huyết học, sinh hoá nội tiết, tế bào và giải phẫu bệnh lý tổ chức sẩy thai, chụp buồng tử cung ngoài thời kỳ có thai, xác định nhiễm sắc đồ.

4.1. Sẩy thai tự nhiên

Các nguyên nhân thường do:

– Sang chấn: với chấn thương 1 lần, dù mạnh cũng rất ít gây sẩy thai. Ngược lại những chấn thương dù nhỏ nhưng liên tục thì dễ gây sẩy thai.

– Nhiễm trùng cấp tính do virus, do vi khuẩn, do ký sinh trùng (cúm, thương hàn, bệnh do trực khuẩn Coli, sốt rét...). Tình trạng nhiễm trùng làm thân nhiệt tăng cao gây cơn co tử cung và gây sẩy thai.

– Do nhiễm độc ở những phụ nữ làm nghề độc hại (chì, thuỷ ngân...) hoặc nghiện rượu.

– Do trứng làm tổ bất thường (ở góc hay ở eo tử cung dễ bị sẩy), sinh đôi, chửa trứng và chửa trứng vi thể cũng đều là nguyên nhân gây sẩy thai.

4.2. Sẩy thai liên tiếp

4.2.1. Nguyên nhân do tử cung

– Tử cung kém phát triển (tử cung nhỏ, cổ tử cung nhỏ và dài).

– Tử cung gấp và đổ ra sau

– U xơ tử cung to hay nhiều nhân xơ.

– Dị dạng tử cung: tử cung đôi, tử cung hai sừng, vách ngăn tử cung, dính buồng tử cung không hoàn toàn, hở eo tử cung.

Hở eo tử cung là nguyên nhân thường gặp trong sẩy thai liên tiếp (eo tử cung bị hở do thiểu sản lỗ trong cổ tử cung, hoặc bị chấn thương trong lần đẻ trước...).

4.2.2. Nguyên nhân toàn thân

– Bệnh tim mạch, bệnh thận, bệnh máu. Các bệnh trên thường gây đẻ non hơn sẩy thai.

– Nhiễm khuẩn đặc hiệu như bệnh giang mai, Toxoplasma. Giang mai thường gây sẩy thai vào tháng thứ 4, hoặc thứ 5.

– Bệnh nội tiết: đái tháo đường.

– Bất đồng yếu tố Rh giữa mẹ và thai.

4.2.3. Nguyên nhân nội tiết

– Giảm estrogen. progesteron. Có khi giảm riêng biệt một hormon, có khi giảm đồng bộ cả hai thứ.

– Ngoài ra hormon tuyến giáp có vai trò trong việc phát triển thai. Nếu cường tuyến giáp, đặc biệt thiểu năng giáp dễ làm sẩy thai.

4.3. Một vài nguyên nhân chung cho sẩy thai tự nhiên và sẩy thai liên tiếp

– Rối loạn nhiễm sắc thể đứng hàng đầu trong các nguyên nhân gây sẩy thai, nhất là sẩy thai trong tuần đầu tiên.

– Do bất thường về số lượng nhiễm sắc thể (NST), thừa thay thiếu nst. Thừa nst (47 NST) như tam thể ở nhóm A,B,C,D,E,F các thai này thường sẩy rất sớm. Tuy nhiên với tam thể 21 hay tam thể 13, 18 (hội chứng Patau, Edward), thai có thể phát triển dị dạng lúc sinh. Thừa NST giới tính như XXY (hội chứng Klinefelter), XXX..., với loại này thai có thể phát triển.

Thiếu nhiễm sắc thể (45 NST) ở nhóm D, G hay thiếu NST giới tính XO (hội chứng Tunner), với XO thai có thể phát triển.

Tam bội thể (69 NST), tứ bội thể (92 NST) đều làm sẩy thai.

Do bất thường cấu trúc NST như chuyển đoạn, nhiễm sắc thể vòng. Về lâm sàng một số điểm sau có thể nghĩ đến sẩy thai do rối loạn nhiễm sắc thể.

+ Chu kỳ kinh nguyệt không đều của chu kỳ dài.

+ Mẹ nhiều tuổi.

+ Sẩy thai sớm vào tuần lễ thứ 3 cho đến tuần thứ 10.

Tuy nhiên chẩn đoán xác định dựa vào nuôi cấy bào thai sẩy sau đó nghiên cứu về nhiễm sắc đồ.

5. ĐIỀU TRỊ

Xử trí hướng vào điều trị giai đoạn doạ sẩy và dự phòng với sẩy thai liên tiếp.

5.1. Doạ sẩy thai

Cần xác định xem thai còn sống: phản ứng sinh vật hay test hCG còn dương tính, siêu âm còn thấy được túi thai rõ, bờ đều và âm vang của thai.

– Bệnh nhân nghỉ ngơi tuyệt đối.

– Điều trị bằng thuốc chống cơn co tử cung: papaverin, spasmonal, spasmalgin.

– Progesteron 25mg/ngày trong 5-7 ngày: hoặc progesteron đường uống như Utrogestan 100mg với liều 400mg/ngày hay Duphaston 10mg (Dyhrogesteron) ba lần/ngày. Điều trị cho đến khi hết các triệu chứng.

Kháng sinh (chống viêm nhiễm đường sinh dục).

5.2. Đang sẩy thai và đa sẩy thai

– Đang sẩy: bọc thai đã nằm trong âm đạo hoặc nằm ở ống cổ tử cung. Gắp bọc thai bằng kìm quả tim, sau đó nạo dụng dụng để đảm bảo không sót rau.

Sẩy thai băng huyết: tích cực hồi sức, truyền máu, truyền dịch. Đồng thời nạo buồng tử cung lấy hết rau, tiêm thuốc co tử cung cho tử cung co hồi tốt, đảm bảo cầm máu.

Sau nạo cho kháng sinh tránh nhiễm khuẩn đường sinh dục trong (buồng tử cung, vòi trứng phần phụ).

– Sẩy thai nhiễm khuẩn: trước hết điều trị kháng sinh liều cao để nhiệt độ giảm sau 6 giờ mới nạo. Chú ý khi nạo vì dễ thủng tử cung và nhiễm khuẩn lan toả.

5.3. Phương hướng xử trí đối với sẩy thai liên tiếp

Để xác định nguyên nhân phải sử dụng các phương pháp thăm dò, và xét nghiệm như định lượng hormon, xét nghiệm về giang mai, yếu tố Rh, nhiễm sắc đồ, chụp buồng tử cung....

Điều trị theo nguyên nhân:

– Mổ bóc nhân xơ trong u xơ tử cung, mổ cắt vách ngăn tử cung....

– Khâu vòng cổ tử cung đối với hở eo tử cung (kỹ thuật Shirodkar, Mac Donald).

– Điều trị những nguyên nhân toàn thân: đái tháo đường, giang mai, viêm thận.

– Điều trị nguyên nhân do rối loạn nội tiết như thiểu năng giáp trạng, với thiếu hụt estrogen, progesteron thì nên điều trị ngay và sớm từ khi mới có thai, kéo dài cho đến khi vượt qua thời kỳ thai thường bị sẩy. Xét nghiệm tế bào âm đạo nội tiết: chỉ số tế bào ái toan giảm, hình ảnh hoàng thể rõ.

– Với những trường hợp do rối loạn nhiễm sắc thể, nhất là do chuyển đoạn nên tham khảo lời khuyên về di truyền.

CHỬA NGOÀI TỬ CUNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Chửa ngoài tử cung là trường hợp trứng được thụ tinh và làm tổ ở ngoài tử cung. Trứng thường được thụ tinh ở 1/3 ngoài của vòi trứng, rồi di chuyển về buồng tử cung. Nếu trứng không di chuyển, hoặc di chuyển về hướng tử cung rồi dừng lại giữa đường, hoặc bị đẩy ra ngoài vòi trứng để làm tổ tại buồng trứng hay trong ổ bụng, sẽ gây ra chửa ngoài tử cung.

2. NGUYÊN NHÂN

Thường do biến dạng ở vòi trứng:

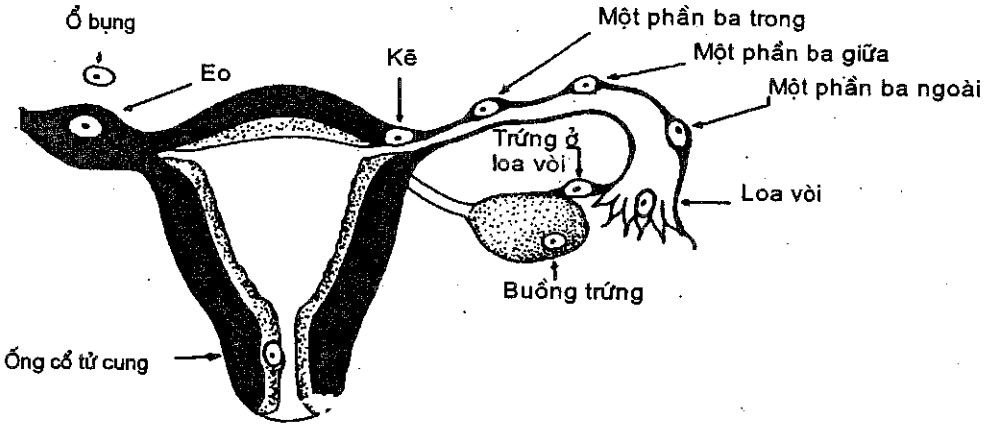
– Viêm vòi trứng, nạo hút thai nhiều lần dễ dẫn đến viêm phần phụ. Sau phẫu thuật tạo hình vòi trứng làm hẹp lòng vòi trứng hoặc vòi trứng bị cứng, nhu động kém là những yếu tố thuận lợi cho chửa ngoài tử cung.

– Các khối u trong lòng vòi trứng hoặc bên ngoài vòi trứng, đè ép làm hẹp lòng vòi trứng trong đó có lạc nội mạc tử cung.

– Do vòi trứng bị co thắt và có những nhu động bất thường

3. PHÂN LOẠI

Chửa ngoài tử cung có thể xảy ra ở vòi trứng, buồng trứng hoặc trong ổ bụng, hãn hữu có trường hợp chửa ở ống cổ tử cung. Nếu chửa ở vòi trứng, trứng có thể làm tổ ở bốn vị trí khác nhau:



Hình 64a. Các vị trí chửa ngoài tử cung

Chửa ở loa vòi.

Chửa ở đoạn bóng.

Chửa ở đoạn eo.

Chửa ở đoạn kẽ (đoạn vòi trứng nằm trong lớp cơ tử cung).

4. GIẢI PHẪU BỆNH VÀ SINH LÝ BỆNH

4.1. Vòi trứng và tử cung

– Vòi trứng: không đảm bảo cho thai làm tổ được tốt, vì niêm mạc của vòi trứng không có biến đổi nhiều như niêm mạc tử cung, và lớp cơ vòi trứng rất mỏng, do đó thai chỉ phát triển được một thời gian ngắn rồi những biến loạn sẽ xảy ra sớm.

– Tử cung: do chịu ảnh hưởng của những hormon khi có thai nên tử cung cũng phản ứng to hơn bình thường, tử cung mềm ra, niêm mạc tử cung chuyển thành ngoại sản mạc.

4.2. Sự tiến triển của chửa ngoài tử cung

* Khi trứng làm tổ ở vòi trứng, gai rau không gặp ngoại sản mạc, không tạo thành hồ huyết, không được cấp máu đầy đủ, do đó hai biến chứng có thể xảy ra:

– Vỡ vòi trứng: do gai rau ăn sâu vào lớp cơ làm thủng vòi trứng, hoặc do vòi trứng căng to làm vỡ vòi, đồng thời các thành mạch máu cũng bị vỡ gây chảy máu trong ổ bụng. Mức độ chảy máu có thể khác nhau:

+ Chảy ồ ạt, gây tràn ngập máu trong ổ bụng.

+ Chảy từ từ ít một, đọng ở vùng thấp trong ổ bụng và được khú trú lại, tạo ra túi máu khu trú.

– Sẩy thai: vì thai làm tổ lạc chỗ nên rau dễ bị bong ra gây sẩy, chảy máu trong ổ bụng và chảy máu âm đạo như sẩy thai tự nhiên khi thai nằm trong buồng tử cung.

+ Nếu máu chảy được khu trú trong vòi trứng thì gọi là ứ máu vòi trứng. Bọc thai còn nhỏ sẽ chết và tiêu đi.

+ Nếu bọc thai bong dần, máu chảy đi một, đọng lại ở túi cùng Douglas hoặc ở cạnh tử cung và được các cơ quan lân cận như ruột, mạc treo, mạc nối đến khu trú lại sẽ tạo thành khối máu tụ; thường gọi là huyết tụ thành nang.

+ Nếu bọc thai sẩy, chảy máu ồ ạt, sẽ gây ngập máu ổ bụng.

* Trong trường hợp trứng làm tổ lại buồng trứng, thường sẽ bị vỡ hay sẩy gây chảy máu; một số ít trường hợp thai tự chết và tiêu dần đi.

* Chửa trong ổ bụng là rất hiếm gặp vì phôi thai không có đủ điều kiện để làm tổ và phát triển, thường là chết sớm và tiêu đi hay calci hoá. Trong một số trường hợp, gai rau có thể cắm sâu vào ruột, bàng quang, tử cung, mạc nối... và như vậy sẽ có đủ khả năng để nuôi dưỡng thai phát triển, thậm chí thai sống đến khi đủ tháng. Vì các gai rau cắm sâu vào các tạng lân cận trong ổ bụng nên thường gây những biến chứng nghiêm trọng.

5. TRIỆU CHỨNG

5.1. Chửa ngoài tử cung chưa vỡ

5.1.1. Triệu chứng cơ năng

+ Tắt kinh: có khi chỉ chậm kinh vài ngày hoặc có rối loạn kinh nguyệt. Đôi khi, bệnh nhân đến viện trong tình trạng choáng nặng do chửa ngoài tử cung vỡ mà không có dấu hiệu tắt kinh hay rối loạn kinh nguyệt. Phải hỏi kỹ tình hình kinh nguyệt của 3-4 tháng gần nhất để phát hiện những rối loạn kinh nguyệt.

+ Các triệu chứng phụ: vú căng, buồn nôn, lợm giọng...

+ Ra huyết: là triệu chứng phổ biến nhất, thường sau khi chậm kinh ít ngày đã thấy ra huyết. Huyết ra ít màu nâu đen, màu sôcôla, có khi lẫn màng, khối lượng và màu sắc không giống như hành kinh.

+ Đau bụng: cũng là triệu chứng hay gặp, nếu có thai thường thì không đau bụng. Nếu đau bụng phải nghĩ ngay có sự bất thường. Đặc điểm đau bụng của chửa ngoài tử cung là đau vùng hạ vị, đau âm ỉ, có khi đau thành cơn, mỗi cơn đau lại ra ít huyết.

+ Ngất: không phải là triệu chứng phổ biến, nhưng nếu có thì là triệu chứng rất có giá trị, và đau quá làm cho bệnh nhân choáng váng muốn ngất hoặc ngất đi.

5.1.2. Triệu chứng thực thể

Thăm âm đạo kết hợp sờ nắn trên bụng thấy:

+ Cổ tử cung, thân tử cung mềm, tử cung hơi to nhưng không tương xứng với tuổi thai.

+ Cạnh tử cung có thể sờ thấy một khối mềm, ranh giới không rõ, ấn rất đau.

+ Thăm túi cung sau: ở thời kỳ đầu còn mềm mại không đau, nhưng nếu có ít máu chảy vào túi cùng Douglas thì có phản ứng rất sớm, đụng vào túi cùng sau bệnh nhân rất đau.

5.1.3. Xét nghiệm, thăm dò

+ Phản ứng sinh vật: nếu thai còn sống thì phản ứng sinh vật dương tính, nếu thai chết thì phản ứng sinh vật âm tính. Định lượng thì hCG thường thấp hơn trong chửa thường.

+ Siêu âm: không thấy hình ảnh của túi ối trong buồng tử cung, cạnh tử cung có thể thấy một vùng âm vang không đồng nhất, ranh giới rõ, kích thước thường nhỏ 2-4cm đường kính. Trong những trường hợp rỉ máu thì siêu âm có thể thấy dịch ở cùng đồ Douglas. Một số ít trường hợp, có thể nhìn thấy âm vang thai và hoạt động của tim thai nằm ngoài buồng tử cung.

+ Soi ổ bụng: khám xét lâm sàng là hết sức quan trọng và phải khám cẩn thận. Trong trường hợp nghi ngờ thì soi ổ bụng sẽ nhìn thấy một bên vòi trứng căng phồng, tím đen, đó là khối chửa.

5.1.4. Chẩn đoán phân biệt

Mặc dầu triệu chứng của chửa ngoài tử cung khá phong phú, nhưng cũng dễ nhầm lẫn với một số bệnh khác, đặc biệt với sẩy thai và viêm phần phụ.

– Sẩy thai: cũng là loại có thai đau bụng và ra máu. Nhưng đặc điểm của sẩy thai là:

+ Tử cung to, mềm, tương xứng với tuổi thai.

+ Máu ra đỏ tươi, nếu đang sẩy thì máu ra nhiều.

+ Khám cạnh tử cung không thấy khối gì đặc biệt.

Nếu cần nạo buồng tử cung sẽ thấy rau thai trong buồng tử cung. Xét nghiệm giải phẫu bệnh thấy có ngoại sản mạc và gai rau.

– Viêm phần phụ: cũng đau và có khối cạnh tử cung, đôi khi cũng ra máu bất thường. Phân biệt hai loại này đôi khi khó, cần dựa vào đặc điểm của viêm phần phụ:

+ Không có triệu chứng tắt kinh, nghén.

+ Có triệu chứng viêm nhiễm rõ.

+ Sờ nắn túi cùng bên thấy dày dính, không có ranh giới rõ.

+ Thường viêm cả hai bên.

+ Công thức máu: bạch cầu đa nhân tăng.

+ Phản ứng sinh vật âm tính.

+ Cho kháng sinh, các triệu chứng giảm xuống rõ.

– Viêm ruột thừa:

+ Triệu chứng nhiễm khuẩn rõ: sốt, mạch nhanh, lưỡi bẩn, công thức máu: bạch cầu đa nhân tăng.

+ Không có triệu chứng tắt kinh, nghén.

+ Thường đau khu trú bên hố chậu phải.

+ Phản ứng sinh vật âm tính.

– Khối u buồng trứng:

+ Không có triệu chứng tắt kinh, nghén.

+ Thường không đau bụng.

+ Phản ứng sinh vật âm tính.

+ Thăm âm đạo kết hợp với nắn bụng thấy có một khối cạnh tử cung, di động biệt lập với tử cung.

+ Nếu cần có thể kết hợp với siêu âm để chẩn đoán xác định.

– Cơn đau của sỏi niệu quản:

+ Có triệu chứng về tiết niệu: đái buốt, đái khó, đôi khi đái máu.

+ Siêu âm và chụp tiết niệu có chuẩn bị (chụp UIV) để chẩn đoán phân biệt.

5.2. Chửa ngoài tử cung vỡ

Đây là tai biến của chửa ngoài tử cung, nó diễn ra đột ngột và rầm rộ. Biến chứng chảy máu sớm hay muộn tuỳ theo vị trí làm tổ của trứng, làm tổ ở đoạn kẽ và đoạn eo thì vỡ sớm hơn là làm tổ ở đoạn bóng và loa.

Triệu chứng của chửa ngoài tử cung vỡ rất phong phú.

5.2.1. Triệu chứng toàn thân

Tuỳ thuốc vào mức độ chảy máu trong ổ bụng mà bệnh nhân có thể biểu hiện sốc điển hình hay không. Trong trường hợp tràn ngập máu ổ bụng: da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, chân tay lạnh, khát nước, thở nhanh và nông, bệnh nhân hốt hoảng hoặc lịm đi, mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ.

5.2.2. Triệu chứng cơ năng

+ Có kinh chậm hay tắt kinh.

+ Ra huyết đen, dai dẳng, ít một.

+ Có những cơn đau vùng hạ vị đột ngột, đau dữ dội, làm bệnh nhân choáng váng hoặc ngất đi.

5.2.3. Triệu chứng thực thể

+ Khám bụng: bụng hơi chướng, có phản ứng phúc mạc đặc biệt là vùng dưới rốn. Đôi khi có cảm ứng phúc mạc, đụng vào chỗ nào cũng đau. Gõ đục vùng thấp.

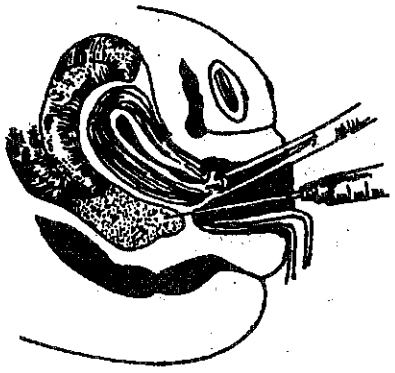
+ Thăm âm đạo: có huyết đen ra theo tay. Túi cùng sau căng phồng, đụng vào bệnh nhân đau chói. Di động tử cung rất đau, có cảm giác tử cung bồng bềnh trong nước; khó xác định thể tích tử cung vì bệnh nhân đau và có phản ứng thành bụng nên khó khăn.

5.2.4. Siêu âm

Không thấy hình ảnh túi ối trong buồng tử cung, có thể thấy hình ảnh của một khối âm vang không đồng nhất nằm ngoài tử cung, túi cùng Douglas và ổ bụng có dịch.

5.2.5. Chọc dò túi cùng Douglas

Hiện nay ít được áp dụng. Chỉ trong những trường hợp nghi ngờ mới chọc dò Douglas: thấy có máu đen, loãng, không đông. Chọc dò chỉ giúp ta khẳng định khi có máu. Nếu chọc dò không có máu thì cũng không loại trừ được chửa ngoài tử cung.



Hình 64b. Chọc dò túi cùng Douglas

5.3. Khối máu tụ khu trú

Vòi trứng bị rạn nứt dần hoặc bọc thai bị sẩy bong dần, không chảy máu ồ ạt trong ổ bụng, mà chảy máu ít một rồi đọng lại một nơi nào đó trong hố chậu. Ruột, mạc nối, mạc treo ruột ở xung quanh đến bao bọc, khu trú lại thành khối máu tụ. Chẩn đoán loại này khó, phải hỏi kỹ tiền sử và thăm khám cẩn thận.

5.3.1. Tiền sử

+ Có thời gian chậm kinh, sau đấy ra máu dai dẳng màu đen, ít một.
+ Đau vùng hạ vị, có lần đau trội lên rồi giảm đi.

5.3.2. Triệu chứng cơ năng

Ra máu ít, màu đen. Đau tức vùng dưới bụng có kèm theo những dấu hiệu chèn ép như táo bón, đái khó.

5.3.3. Toàn thân

Da hơi xanh, ánh vàng do thiếu máu và tan máu.

Toàn thân không suy sụp, nhưng người mệt mỏi, gầy sút, sốt nhẹ.

5.3.4. Triệu chứng thực thể

Khám ngoài đôi khi ở trên vệ có một khối ranh giới không rõ ràng.

Thăm âm đạo thấy khối này rắn, chiếm cả vùng hố chậu, không thấy ranh giới rõ ràng, ấn vào đau tức, khối u dính với tử cung thành một khối làm khó xác định vị trí và thể tích tử cung.

5.3.5. Xét nghiệm, thăm dò

+ Phản ứng sinh vật âm tính chứng tỏ thai đã chết.
+ Siêu âm có thể thấy một vùng âm vang dày đặc.
+ Chọc dò qua túi cùng sau hướng vào khối u có thể thấy máu cục.

5.4. Chửa trong ổ bụng

Nếu chửa trong ổ bụng hoặc chửa ở buồng trứng và phần loa của vòi trứng, thai có thể phát triển đến đủ tháng. Lúc đó thai sẽ làm tổ ở một khoang trong ổ bụng, rau thai lan rộng bám vào ruột, mạc treo, hoặc các mạch máu lớn. Chẩn đoán chửa trong ổ bụng thường khó khăn.

5.4.1. Triệu chứng cơ năng

+ Đau bụng: đau bụng âm ỉ, có lúc đau dội từng cơn và có thể kèm theo ra ít huyết.
+ Triệu chứng bán tắc ruột: buồn nôn, nôn, bí trung đại tiện.

5.4.2. Triệu chứng thực thể

Khi thai nhỏ, sờ nắn qua thành bụng có thể thấy một khối ranh giới không rõ ràng, đau, khó di động.

Khi thai đủ tháng hay gần đủ tháng, sờ nắn sẽ thấy thai ngay dưới thành bụng, không thấy hình tử cung có thai, đặc biệt khi kích thích qua thành bụng không thấy cơn co tử cung xuất hiện.

Thăm qua âm đạo: bên cạnh khối thai thấy tử cung nhỏ hơn, nằm tách biệt với khối thai.

5.4.3. Siêu âm

Thăm dò siêu âm có thể thấy tử cung thể tích bình thường, không thấy âm vang thai trong buồng tử cung. Hình ảnh của túi ối, âm vang thai và có thể nhìn thấy hoạt động của tim thai nằm tách biệt với tử cung.

5.4.4. Soi ổ bụng

Khi thai đã lớn chẩn đoán thường dễ dàng hơn, trong trường hợp thai bé, nếu có điều kiện nên áp dụng soi ổ bụng để chẩn đoán: thấy tử cung và hai phần phụ bình thường, khối thai nằm ngoài tử cung.

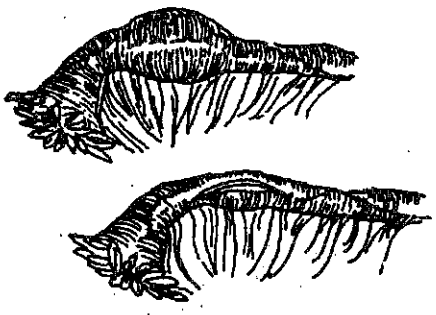
6. XỬ TRÍ

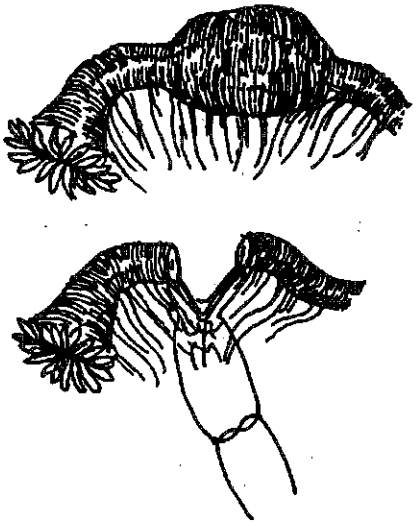
6.1. Chửa ngoài tử cung chưa có biến chứng chảy máu trong ổ bụng

Nếu đã chẩn đoán chắc chắn thì nên mổ sớm. Hiện nay, những trường hợp chửa ngoài tử cung chưa vỡ hay mới rỉ máu tại những cơ sở có điều kiện trang thiết bị và phẫu thuật viên có kinh nghiệm thì nên tiến hành mổ bằng phương pháp nội soi: rạch lấy khối chửa và đốt điện cầm máu. Ở những nơi không có điều kiện thì mổ bụng, cắt bỏ đoạn vòi trứng có bọc thai và giữ lại buồng trứng, khâu vùi mỏm cắt, lau sạch ổ bụng và đóng kín không cần dẫn lưu.

Có thể cắt bỏ khối chửa rồi nối vòi trứng tận - tận, nếu vòi trứng dài trên 4cm.

Nếu bọc thai đã sẩy hoặc bọc thai ở phần loa, có thể làm phẫu thuật bảo tồn bằng cách mở vòi trứng, lấy bọc thai rồi khâu phục hồi lại. Phẫu thuật bảo tồn chỉ nên áp dụng cho những bệnh nhân còn trẻ, chưa có con.





Hình 64c. Phẫu thuật bảo tồn vòi trứng **Hình 64d.** Cắt bỏ khối chửa - nối vòi trứng tận - tận

6.2. Chửa ngoài tử cung tràn ngập máu ổ bụng

Mổ ngay không trì hoãn, vừa mổ vừa hồi sức tích cực bằng truyền máu, các chất thay thế máu và truyền dịch. Chỉ trong những trường hợp không có máu, tình trạng bệnh nhân rất nặng thì có thể lấy máu trong ổ bụng để lọc và truyền lại cho bệnh nhân.

Khi mổ cho tay vào tìm ngay chỗ vòi trứng vỡ để cặp cầm máu.

Cắt bỏ đoạn vỡ, khâu cầm máu rồi khâu vùi.

Lau sạch ổ bụng, đóng kín bụng, không cần dẫn lưu.

6.3. Chửa ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang

Khi đã có chẩn đoán chắc chắn cũng phải mổ để tránh vỡ thứ phát và nhiễm khuẩn trong ổ máu tụ. Bệnh nhân phải được chuẩn bị tốt trước khi mổ. Lúc mổ phải tìm cách vào ổ máu tụ, lấy hết máu tụ ở trong, lau sạch rồi khâu kín túi bọc, tránh để lại khoang rỗng.

Nếu còn chảy máu thì có thể chèn các mảnh spongene hoặc có thể chèn gạc cầm máu và dẫn lưu ra ngoài, gạc sẽ được rút sau mổ một vài ngày.

6.4. Chửa trong ổ bụng

+ Khi thai nhỏ, dưới 32 tuần: mổ ngay để lấy thai mặc dù thai còn sống; nếu chờ đợi sẽ rất nguy hiểm vì khó có thể tiên lượng được diễn biến của bệnh.

+ Tuổi thai trên 32 tuần có thể chờ đợi đến khi thai đủ tháng sẽ mổ lấy thai. Chú ý khi mổ cần cắt và buộc cuống rốn sát với bánh rau, tuyệt đối không được cố bóc bánh rau. Trong trường hợp chảy máu nhiều, giải pháp tốt nhất là chèn gạc thật chặt để cầm máu và những gạc này sẽ được rút dần vào những ngày sau mổ.

CHỬA TRỨNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Chửa trứng là bệnh của tế bào nuôi, do các gai rau thoái hoá, sưng mọng lên, tạo thành các túi dịch dính vào nhau như chùm nho, thường toàn bộ buồng tử cung chứa các túi dịch trông như trứng ếch.

2. BỆNH NGUYÊN

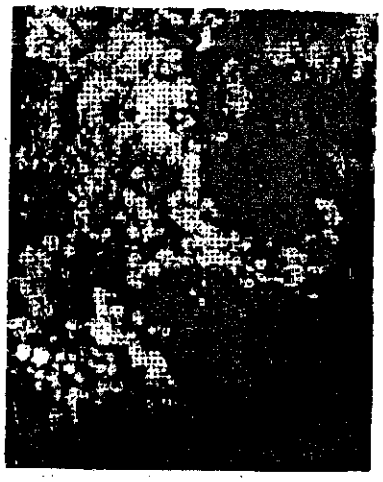
Hiện nay, vẫn chưa rõ nguyên nhân gây chửa trứng người ta cho rằng chửa trứng là một hiện tượng thai nghén không bình thường, trong đó các tổn thương đã làm trứng hỏng nhưng gai rau vẫn được nuôi dưỡng bằng máu mẹ, nên vẫn tiếp tục hoạt động chế tiết và hậu quả là dịch tích lại trong lớp đệm rau và tế bào nuôi tăng sinh.

Một số yếu tố gây nguy cơ đáng kể như: tuổi người mẹ, nếu tuổi người mẹ mang thai trên 40 tuổi thì 5,2 lần tăng nguy cơ bệnh tế bào nuôi khi so sánh với người phụ nữ mang thai ở tuổi 21 đến 35 và ngược lại nếu tuổi người mẹ dưới 20 cũng tăng nguy cơ đáng kể.

Tiền sử thai nghén lần đầu không bình thường cũng làm tăng nguy cơ bệnh.

Tỷ lệ bệnh gặp thường khác nhau giữa các nước, tỷ lệ tăng cao ở các nước Đông Nam Á: ở Mỹ tỷ lệ gặp chửa trứng là 1: 1500 thai nghén, ở Nhật là 1: 522 người có thai, Việt Nam: 1: 500 người có thai: Philipine: 7: 1000 ca đẻ, Malaysia 2,8: 1000 ca đẻ.

Hình 65A. Tử cung với các nang trứng



Hình 65B. Thai trứng các gai nhau thoái hoá nước có dạng hình chùm nho

3. BỆNH SINH

Dựa vào tổn thương giải phẫu bệnh lý người ta phân ra: 4 loại bệnh của tế bào nuôi: chửa trứng, xâm lấn, ung thư nguyên bào nuôi, và khối u ở vị trí rau bám. Ngoài ra trong chửa trứng người ta phân ra hai loại:

3.1. Chửa trứng hoàn toàn

Là loại chửa trứng trong đó các gai rau phình to, mạch máu lông rau biến mất, lớp tế bào nuôi tăng sinh mạnh, không có tổ chức thai, có sự biến đổi ADN gồm 46, XX chromosoma mà nguồn gốc từ đơn bội thể của người cha không có sự tham gia của trứng.

3.2. Chửa trứng bán phần

Các gai rau phù nề, gồm cả trứng và thai, thai còn sống hoặc đã chết, hoặc một phần thai, màng ối. Chửa trứng bán phần thường được chẩn đoán khi sẩy thai, chửa trứng bán phần gồm 69 XXY tam bội thể. Khả năng ác tính của chửa trứng bán phần ít hơn chửa trứng toàn phần.

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Ra máu: là triệu chứng cơ năng quan trọng đầu tiên, thường ra máu sớm trong 3 tháng đầu của thời kỳ thai nghén huyết thường đen, hoặc đỏ, ra dai dẳng dẫn đến thiếu máu.

4.2. Nghén nặng: thường biểu hiện nôn nhiều, đôi khi xuất hiện phù, protein niệu.

4.3. Thực thể: tử cung to, không tương xứng tuổi thai, mật độ mềm, thường tử cung to hơn so với tuổi thai, (trừ loại chửa trứng thoái hoá tử cung không to hơn so với tuổi thai) tim thai âm tính.

Khám âm đạo: có thể thấy nhân di căn âm đạo, to bằng ngón tay màu tím sẫm, dễ vỡ gây chảy máu, khám phần phụ có thể thấy nang hoàng tuyến hai bên mọng, di động dễ.

Xét nghiệm: lượng βhCG tăng cao trên 30.000 đơn vị ếch hoặc khoảng 100.000 mIU/ml.

Siêu âm: có thể nhiều âm vang trong buồng tử cung, không có âm vang thai, có thể thấy hình lỗ chỗ trong khối rau như hình ảnh tuyết rơi, hoặc thấy nang hoàng tuyến hai bên. Ngoài ra một số phòng thí nghiệm hiện đại có thể giúp chẩn đoán xác định chửa trứng bằng cách phát hiện nồng độ amino peptid, HPL (human Placean Lactogen), estrogen.

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các triệu chứng sau đây để chẩn đoán xác định:

– Chảy máu dai dẳng, trong 3 tháng đầu của thai nghén.

– Tử cung to không tương xứng với tuổi thai.

– Không nắn thấy phần thai hoặc qua siêu âm không có âm vang thai trong tử cung.

– Có thể có nang hoàng tuyến ở một hay hai bên buồng trứng.

– Nồng độ βhCG tăng cao.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

Chửa trứng có thể nhầm với:

– Doạ sẩy thai thường, tử cung không to hơn tuổi thai, lượng hCG không cao.

– Thai chết lưu, tử cung nhỏ hơn so với tuổi thai, có tiết sữa non, hCG âm tính, tuy vậy thai chết lưu có thể nhầm với chửa trứng thoái triển. Siêu âm giúp ta chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt chính xác.

6. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Nếu không chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời có thể gây băng huyết do sẩy trứng, nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.

Thủng tử cung: do trứng ăn sâu vào cơ tử cung gây chảy máu vào ổ bụng. Ung thư nguyên bào nuôi: tỷ lệ thường gặp là 15 đến 27% có biến chứng thành chorio sau chửa trứng.

7. XỬ TRÍ

Khi đã chẩn đoán là chửa trứng thì phải nạo hút trứng để phòng sẩy tự nhiên gây băng huyết.

– Thường dùng máy hút dưới áp lực chân không để hút nhanh đỡ chảy máu - trong khi hút trứng phải cắm dây truyền huyết thanh ngọt đẳng trưởng 5% pha 5 đơn vị oxytocin để giúp tử cung co hồi tốt, tránh thủng tử cung khi nạo và cầm máu, chỉ ngừng truyền khi hết chảy máu âm đạo.

– Sau 2-3 ngày nạo lại lần hai.

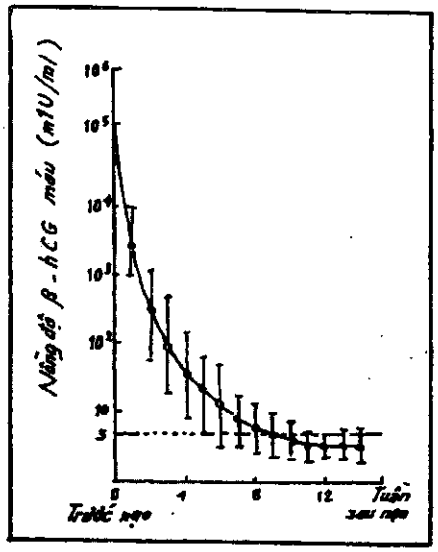
– Sau nạo phải cho kháng sinh chống nhiễm khuẩn.

– Cắt tử cung: thường cắt tử cung đối với những phụ nữ không muốn có con nữa hoặc những phụ nữ trên 40 tuổi. Người ta nhận thấy rằng cắt tử cung dự phòng sau nạo trứng đã giảm tỷ lệ biến chứng ác tính xấp xỉ 3,6% trong số 20% phụ nữ được mổ sau nạo trứng.

Tuy vậy sau cắt tử cung vẫn chưa loại trừ được biến chứng ác tính do đó cần phải được theo dõi nồng độ hCG sau mổ lâu dài.

8. THEO DÕI SAU NẠO TRỨNG

– Ngay sau khi nạo trứng, phải gửi tổ chức nạo để xét nghiệm giải phẫu bệnh lý xem chửa trứng ác tính hay lành tính.



Hình 65C. Biểu đồ biểu diễn sự giảm nồng độ hCG sau nạo thai trứng trong trường hợp bình thường. Nhớ rằng thời gian bán huỷ của hCG là 36 giờ.

Theo dõi về lâm sàng: sau nạo phải khám để theo dõi sự co hồi tử cung, nang hoàng tuyến, nhân di căn, nếu thấy tử cung vẫn to, nang hoàng tuyến không mất đi thì phải nghĩ đến có biến chứng ác tính hoặc thấy xuất hiện nhân di căn thì càng chắc chắn hơn. Thời gian theo dõi 6 tháng đầu 1 tháng một lần, 1 năm: 2 tháng một lần, 3 tháng một lần cho đến 2 năm.

– Theo dõi hCG: sau nạo trứng phải định lượng hCG 1-2 tuần một lần cho đến khi âm tính ba lần liên tiếp. Sau đó cứ hai tháng thử một lần cho đến 1 năm.

Biểu đồ theo dõi lượng hCG (hình 65C)

9. TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ CHỬA TRỨNG CÓ NGUY CƠ CAO

1. Kích thước tử cung trước nạo to hơn tuổi thai 20 tuần.
2. Có hai nang hoàng tuyến to hai bên.
3. Tuổi của mẹ trên 40 tuổi.
4. Nồng độ hCG tăng rất cao.
5. Có biến chứng của thai trứng như: nhiễm độc thai nghén, cường tuyến giáp v.v....
6. Chửa trứng lặp lại.

ĐẺ NON

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Đẻ non là hiện tượng gián đoạn thai nghén khi có thể sống được (nghĩa là tuổi thai trong vòng 28-37 tuần).

1.2. Tỷ lệ: từ 5 đến 10% các trường hợp chuyển dạ đẻ.

1.3. Nguyên nhân

Nguyên nhân của đẻ non đến nay chưa được biết một cách rõ ràng. Một số nguyên nhân được biết là:

1.3.1. Nguyên nhân về phía người mẹ

– Các nhiễm trùng nặng toàn thân: các bệnh nhiễm trùng nặng do vi khuẩn, virus, kí sinh trùng (sốt rét...), nhiễm trùng đường tiết niệu.

– Sang chấn: trực tiếp vào vùng tử cung hoặc gián tiếp như sau các phẫu thuật, đặc biệt là sau các phẫu thuật vùng bụng, chiếu xạ, sốc điện...

– Tại chỗ: tử cung dị dạng bẩm sinh hoặc buồng tử cung bị nhỏ lại như u xơ tử cung, dính buồng tử cung một phần...

– Nghề nghiệp: các tệ nạn xã hội, các bệnh nghề nghiệp, giang mai...

– Các bệnh toàn thân của người mẹ, thiếu máu, nhiễm độc...

1.3.2. Nguyên nhân do thai

– Đa thai (song thai, sinh ba, sinh bốn...).

– Thai dị dạng: thai vô sọ, não úng thuỷ, bụng cóc, tam bội thể 18, hội chứng Potter...

1.3.3. Nguyên nhân do phần phụ của thai

– Đa ối đặc biệt là đa ối cấp.

– Viêm màng ối (Aminionitis).

– Vỡ ối non, rau tiền đạo, rau bong non...

1.4. Một số đặc điểm của thai non tháng

– Tuổi thai từ 37 tuần lễ trở xuống.

– Trọng lượng dưới 2500 gam.

– Một số phản xạ chưa có đặc biệt là phản xạ mút. Phổi chưa trưởng thành.

– Trung tâm điều nhiệt chưa hoàn chỉnh, hệ thần kinh phát triển chưa đầy đủ.

– Lớp mỡ dưới da dễ bị đông lại nên dễ dẫn tới hiện tượng cứng bì ở trẻ non tháng.

– Khả năng thích ứng với hoàn cảnh môi trường sống ngoài tử cung còn kém.

1.5. Đẻ non: là vấn đề lớn trong sản khoa vì tỷ lệ tử vong và bệnh tật của trẻ cao. Tử vong chu sinh và sơ sinh thô từ 30 đến 40%. Hơn nữa, trẻ non tháng đòi hỏi sự chăm sóc đặc biệt, do vậy tốn nhiều thời gian và tiền của mà vẫn không đảm bảo trẻ sẽ phát triển bình thường khi trẻ sống sót. Vì vậy tất cả mọi cố gắng nhằm ngăn chặn cuộc chuyển dạ và khi hợp lý, gây chuyển dạ và cho đẻ trong điều kiện ít sang chấn nhất cho thai.

2. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán được dựa vào triệu chứng cơn co tử cung đều đặn trong thời gian 10 phút hoặc ngắn hơn, thời gian co tử cung ít nhất 30 giây.

2.1. Tuổi thai

Tuổi thai từ 28 đến 37 tuần. Xác định tuổi thai theo ngày đầu tiên của chu kỳ kinh nguyệt cuối cùng chỉ có giá trị ở những người có vòng kinh đều và có ghi chép cẩn thận.

2.2. Cơn co tử cung

Chẩn đoán được dựa vào triệu chứng cơn co tử cung đều đặn trong thời gian 10 phút hoặc ngắn hơn, thời gian cơn co tử cung ít nhất là 30 giây.

2.3. Cổ tử cung

Theo dõi trong thời gian từ 30 đến 60 phút thấy cổ tử cung có hiện tượng thay đổi từ cổ tử cung bình thường sang xoá và mở cổ tử cung.

Hoặc khi vào viện, khám thấy cổ tử cung đã xoá hết và mở ít nhất 2cm.

2.4. Thăm khám khi mới vào viện

2.4.1. Đánh giá trọng lượng thai bằng thăm khám ngoài (đo chiều cao tử cung, vòng bụng...) và hỏi ngày đầu tiên của chu kỳ kinh nguyệt cuối cùng. Điều này quan trọng để loại trừ khả năng thai kém phát triển trong tử cung. Sự không phù hợp giữa đánh giá trọng lượng thai bằng khám lâm sàng và đo đường kính lưỡng đỉnh của thai bằng siêu âm có thể do cả thai kém phát triển trong tử cung lẫn nhớ nhầm ngày hành kinh cuối cùng.

2.4.2. Siêu âm

Siêu âm cách B giúp đo đường kính lưỡng đỉnh, vòng ngực, vòng bụng, vị trí rau bám....

Siêu âm cũng giúp cho việc loại trừ các trường hợp rau bong non, rau tiền đạo, thai chết lưu trong tử cung, thiếu ối, các tử cung dị dạng (u xơ, có vách ngắn...) và thai dị dạng. Ngoài ra siêu âm cũng đánh giá được trọng lượng của thai.

2.4.3. Monitoring sản khoa

Theo dõi cơn co tử cung và tim thai ít nhất 6 giờ để đánh giá cơn co tử cung và tim thai, đặc biệt là suy thai.

2.4.4. Thăm âm đạo

Nên hạn chế thăm khám âm đạo và chỉ nên một người khám và theo dõi trong suốt quá trình điều trị. Thăm âm đạo lần đầu cần phải xác định xem ối đã vỡ hay còn ối, nuôi cấy vi khuẩn âm đạo và cổ tử cung để loại trừ liên cầu khuẩn tan huyết nhóm B, Listeria...

Lấy nước ối (nếu đã vỡ ối) để xác định tỷ lệ Lecithin/Sphingomyelin (tỷ lệ L/S) nếu ối chưa vỡ, thường phải lấy nước ối để xét nghiệm tỷ lệ L/S bằng thủ thuật chọc buồng ối dưới hướng dẫn của siêu âm.

2.4.5. Lấy nước tiểu để xét nghiệm, nuôi cấy vi khuẩn và các xét nghiệm thông thường khác.

2.5. Lập bảng cho điểm

Điểm yếu tố	1	2	3	4
Cơn co	Không đều	Đều, < 10 phút		
Vỡ ối non		Cao hoặc nghi ngờ		Thấp
Ra máu	ít, vừa	Nhiều (> 100ml)		
Cổ tử cung mở (cm)	1	2	3	≥ 4

2.6. Chẩn đoán

– Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng đã trình bày ở trên.

– Chẩn đoán phân biệt với hở eo tử cung. Cần phải hỏi tiền sử có sẩy thai liên tiếp, trong hở eo tử cung thì cổ tử cung giãn rộng và mở mà không có cơn co tử cung.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Ức chế chuyển dạ

3.1.1. Chọn lựa bệnh nhân

3.1.1.1. Chỉ định: chỉ định trong các trường hợp sau:

– Thai khoẻ.

– Tuổi thai ≤ 35 tuần (có thể đến 37 tuần)

– Cổ tử cung mở ≤ 4cm.

– Màng ối còn nguyên vẹn (intact membranes)

3.1.1.2. Chống chỉ định

– Các bệnh toàn thân của người mẹ không cần giữa thai như bệnh tim, tăng huyết áp, đái tháo đường, các bệnh sốt nhiễm khuẩn....

– Suy thai không hồi phục khi theo dõi bằng monitoring sản khoa.

– Các trường hợp thai dị dạng.

– Các tai biến sản khoa cần đẻ sớm như rau bong non, rau tiền đạo chảy máu nhiều, tiền sản giật, sản giật, các bệnh tan máu, đa ối.

– Nhiễm trùng ối (chorioamnionitis).

– Sa màng ối.

3.1.2. Phương pháp

3.1.2.1. Nghỉ ngơi tại giường

Nằm nghỉ tuyệt đối tại giường là yếu tố quan trọng hàng đầu trong ức chế chuyển dạ. Chỉ riêng việc này có thể ức chế chuyển dạ thành công tới 50% các trường hợp. Nên nằm nghiêng trái để cải thiện tuần hoàn rau thai.

3.1.2.2. An thần

Dùng thuốc an thần để giảm. Các thuốc nên dùng là gardenal 0,10g uống 1 viên/8 giờ hoặc hydroxyzin (Atarax, Vistaril) 50mg/24 giờ.

Không sử dụng Morphin và Meperidin (Dolosal, Demerol) vì có thể kích thích tử cung co bóp.

3.1.2.3. Ức chế giải phóng oxytocin

Truyền Ringer lactat hoặc dung dịch mặn 9‰ với tốc độ tối đa là 80ml/giờ cho đến khi không còn cơn co tử cung hoặc phải dùng các thuốc để cắt cơn co tử cung.

Tác dụng chính của việc hydrat hoá là giảm nội tiết tố chống bài niệu (ADH) và oxytocin được giải phóng ra từ thuỳ sau của tuyến yên.

3.1.2.4. Kháng sinh

Kháng sinh dự phòng: ampicillin 500mg/6 giờ (uống) hoặc cefazolin 500mg/8 giờ (uống).

3.1.2.5. Các thuốc ức chế cơn to tử cung

a. Beta hướng giao cảm (β-mimetic)

Các thuốc hướng giao cảm β có tác dụng trực tiếp lên β receptor (β2) làm giãn cơ tử cung và mạch máu. Tác dụng phụ gồm có phù phổi, suy hô hấp ở người lớn, tăng huyết áp tâm thu và giảm huyết áp tâm trương, tim nhịp nhanh ở cả mẹ và thai, giảm kali huyết và tăng nồng độ glucose, insulin và acid lactic trong máu.

Chống chỉ định sử dụng trong các trường hợp bệnh tim, cường giáp trạng, tăng huyết áp không kiểm soát được, đái tháo đường nặng, các bệnh gan và thận mãn tính. Các bệnh nhân trên 35 tuổi cũng có chống chỉ định.

+ Ritodrin là thuốc có tác dụng trực tiếp làm giảm cơ trơn của tử cung và phổi. Pha 150mg trong 500ml dung dịch mặn đẳng trương. Bắt đầu truyền với tốc độ 20ml/giờ và cứ 15 phút tăng lên 10ml/giờ và tăng đến tối đa là 70ml/giờ. Khi cắt được cơn co tử cung tiếp tục truyền duy trì thêm 12 giờ. Trước khi rút truyền 30 phút cho uống Ritodrin cứ 2 giờ 10mg trong vòng 24 giờ và sau đó uống liều duy trì 20mg/4-6giờ cho đến khi thai được 36 tuần.

Ngừng thuốc khi nhịp tim mẹ trên 150 lần/phút và tim thai trên 200 lần/phút, huyết áp tâm thu trên 180mgHg và huyết áp tâm trương dưới 40mmHg.

+ Terbutalin. Tác dụng và chỉ định, chống chỉ định giống Ritodrin.

Truyền tĩnh mạch với tốc độ 10-80microgam/phút cho đến khi chuộc chuyển dạ ngừng lại. Uống một viên 250 microgam. Sau đó tiêm dưới da 2,5-5mg/2-4 giờ trong vòng 12 giờ tiếp theo. Duy trì liều uống 5mg cứ 4-6 giờ 1 lần cho đến khi thai được 36 tuần.

+ Isoxsuprin, ít tác dụng.

Truyền tĩnh mạch tốc độ 0,25-0,5mg/phút trong thời gian 8 đến 12 giờ. Duy trì liều tiêm bắp thịt 5-20mg hoặc uống cứ 4-6 giờ 1 lần.

b. Magie Sunphat ($MgSO_4$. $7H_2O$). Ít tác dụng hơn Ritodrin và Terbutalin và ít tác dụng phụ (suy tim, suy hô hấp). Là thuốc thay thế cho các thuốc beta hướng giao cảm khi có chống chỉ định dùng các thuốc này hoặc ngộ độc thuốc.

Tiêm tĩnh mạch chậm 40ml dung dịch 10% sau đó duy trì liều 100ml/giờ dung dịch 20% cho đến khi chuyển dạ dừng lại. Theo dõi bằng xét nghiệm máu định kỳ để duy trì trong giới hạn 4-6 mEq. Thử phản xạ gân xương để phát hiện quá liều thuốc. Nếu có, tiêm gluconat calci để giải độc.

c. Antiprostaglandins

Các thuốc kháng prostaglandin có tác dụng ức chế Prostaglandin do đó ức chế được chuyển dạ. Một tác dụng phụ nguy hiểm cho thai, đó là làm tắc sớm ống động mạch trên các động vật thực nghiệm. Cơ chế tác dụng của các thuốc này là ngăn cản sự tổng hợp Prostaglandin từ các tiền chất acid béo.

Chỉ có một loại được sử dụng trong lâm sàng là Indomethacin.

Liều dùng: uống 25mg/6 giờ trong 5 ngày hoặc đặt vào hậu môn 100mg sau đó uống 25mg/6h cho tới 24h sau khi cơn co tử cung không còn nữa.

Tác dụng phụ: gây rối loạn tiêu hoá, đau đầu và chóng mặt ở mẹ.

d. Progesteron

Không có tác dụng khi đã có chuyển dạ.

3.1.3. Đánh giá kết quả

Khả năng ức chế chuyển dạ đẻ non bằng các thuốc beta hướng giao cảm theo bảng sau

Ngừng chuyển dạ (%)	Điểm
100	1
90	2
84	3
38	4
11	5
7	6
0	≥ 7

Nếu sau một thời gian điều trị, cổ tử cung mở đến 5cm thì coi như việc điều trị thất bại và dừng lại để cho cuộc chuyển dạ tiến triển và cho đẻ.

3.2. Gây chuyển dạ và đẻ

Cần có sự theo dõi và xử trí đặc biệt trong khi chuyển dạ đẻ và có phòng chăm sóc tích cực cho các trẻ non tháng sau đẻ.

Các sang chấn cho thai và trẻ sơ sinh non tháng gồm có:

– Chảy máu nội tạng đặc biệt chảy máu não.

– Ứ đọng và nhiễm trùng phổi, xẹp phổi, thiếu surfactant.

Các tổn thương của thai non tháng do thành mạch quá yếu và các rối loạn đông máu vì thiếu prothrombin sinh lý ở trẻ sơ sinh trong những ngày đầu. Nguyên nhân nữa là do ngạt và các sang chấn cơ học trong cuộc đẻ do hộp sọ còn quá mỏng. Sốc và rối loạn tuần hoàn cho các thai non tháng khi chuyển từ đời sống trong tử cung ra cuộc sống ngoài tử cung cũng làm cho tiên lượng của trẻ non tháng xấu thêm.

Xử trí trong chuyển dạ.

– Làm bền vững thành mạch của trẻ sơ sinh bằng cách cho mẹ uống hay tiêm khi mới bắt đầu chuyển dạ các loại vitamin C,K,E và P.

– Hồi sức thai và chống ngạt: cho mẹ thở oxy ngắt quãng mỗi lần 10 phút, 3-4 đợt/giờ với tốc độ 6-8l/phút.

Tránh các sang chấn cho thai: bảo vệ đầu ối cho đến khi cổ tử cung mở hết hoặc gần hết. Hạn chế sử dụng oxytocin. Giúp cho thai dễ sổ bằng cách cắt rộng tầng sinh môn khi sổ thai.

Đối với ngôi chỏm khi đầu lọt thấp cho đẻ bằng Forceps chống chỉ định dùng giác hút sản khoa.

– Hạn chế các thuốc giảm co bóp tử cung và có các thuốc giảm đau vì có nguy cơ làm ức chế trung tâm hô hấp của thai.

– Trong các trường hợp vỡ ối, đề phòng nhiễm trùng ối bằng kháng sinh toàn thân.

– Tránh mất nhiệt cho trẻ mới đẻ, đảm bảo đủ ấm cho trẻ.

CHẢY MÁU TRONG THỜI KỲ SỔ RAU

1. ĐẠI CƯƠNG

Chảy máu trong thời kỳ sổ rau hiện nay vẫn là một tai biến sản khoa hay gặp nhất và vẫn còn là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong cho sản phụ.

Chảy máu trong thời kỳ sổ rau là những chảy máu cấp tính ngay sau khi đẻ rau bao gồm: đờ tử cung, sót rau sau đẻ, rau cài răng lược, lộn tử cung và rách đường sinh dục.

2. ĐỜ TỬ CUNG

Đờ tử cung là dấu hiệu cơ tử cung không co chặt lại thành khối an toàn sau đẻ để thực hiện tắc mạch sinh lý, do đó gây chảy máu.

Trên lâm sàng đờ tử cung có 2 mức độ:

– Đờ tử cung còn hồi phục: cơ tử cung giảm trương lực sau đẻ nhưng còn đáp ứng với các kích thích cơ học, hoá học, lý học.

– Đờ tử cung không hồi phục: do hệ thống thần kinh cơ tử cung không còn khả năng đáp ứng với bất kỳ kích thích nào.

2.1. Nguyên nhân

– Do chất lượng cơ tử cung yếu do đẻ nhiều lần, tử cung có sẹo mổ, u xơ tử cung, tử cung dị dạng.

– Do tử cung bị căng giãn quá mức vì đa thai, đa ối, thai to.

– Do chuyển dạ kéo dài.

– Do nhiễm khuẩn ối.

– Do còn sót rau trong buồng tử cung (đờ tử cung là thứ phát).

– Do sản phụ suy nhược, thiếu máu, cao huyết áp, nhiễm độc thai nghén.

2.2. Triệu chứng và chẩn đoán

– Chảy máu ngay sau đẻ thai và khi sổ rau là triệu chứng phổi biến nhất. Máu từ chỗ bám của rau chảy ra, ứ đọng lại trong buồng tử cung rồi mỗi khi có cơn co tử cung lại đẩy ra ngoài một khối lượng máu, nếu tử cung đờ hoàn toàn không hồi phục thì máu chảy ra liên tục hoặc khi ta ấn vào đáy tử cung thì máu sẽ chảy ồ ạt ra ngoài.

– Tử cung giãn to, mềm, cao trên rốn, không thành lập cầu an toán, mặc dù rau đã sổ.

– Mật độ tử cung nhão, khi cho tay vào buồng tử cung không thấy tử cung co bóp lấp tay mà mềm nhẽo như ở trong cái túi, trong tử cung toàn máu cục và máu loãng.

– Nếu máu ra nhiều sản phụ xanh nhợt, mạch nhanh, huyết áp hạ, khát nước, chân tay lạnh, vã mồ hôi.

2.3. Xử trí

Cần phải xử trí khẩn trương và tiến hành song song hai khâu cầm máu và phục hồi chức năng co bóp của tử cung.

– Cầm máu:

+ Ấn động mạch chủ bụng nếu chảy máu nhiều.

+ Kiểm soát tử cung lấy máu cục và rau sót (nếu có) sau khi đã chống choáng.

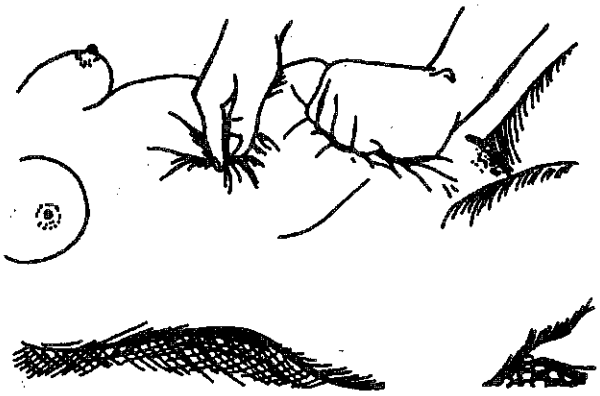
+ Gây phản xạ co bóp tử cung: xoa bóp tử cung qua thành bụng phối hợp với tay kia trong buồng tử cung hoặc chèn ép tử cung bằng hai tay (Hình 67; hình 68).

+ Tiêm thẳng vào cơ tử cung ở vùng đáy qua thành bụng 5-10 đơn vị oxytocin.

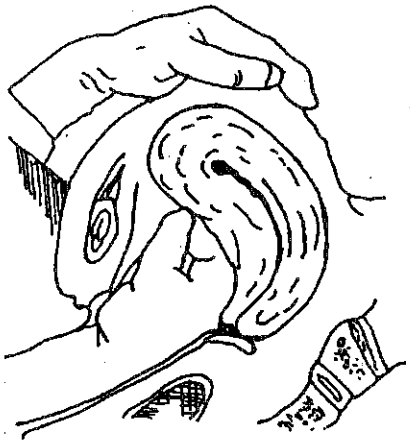
+ Truyền nhỏ giọt tĩnh mạch 5-10 đơn vị oxytocin hoà vào 500ml huyết thanh ngọt 5%.

+ Tiêm ergometrin 0,2mg hoặc méthergin 0,05mg vào bắp thịt.

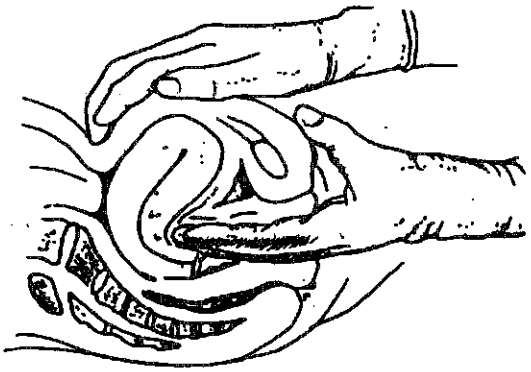
+ Ampicillin 500mg x 4 viên/ngày trong 5 ngày.



Hình 66. Ấn động mạch chủ



Hình 67. Chép ép tử cung bằng hai tay



Hình 68. Xử trí chảy máu sau đẻ do đờ tử cung, ép và xoa bóp tử cung bằng hai bàn tay

– Tuy nhiên, nếu sau khi đã xoa bóp liên tục tử cung, đã tiêm thuốc co bóp tử cung, nhưng máu vẫn tiếp tục chảy và mỗi khi ngừng xoa bóp tử cung lại nhão ra, thì phải nghĩ tới đờ tử cung không hồi phục, ngay lập tức phải tiến hành mổ cắt tử cung bán phần hoặc buộc động mạch tử cung ở người còn trẻ.

Điều quan trọng là phải có thái độ xử trí kịp thời để tránh tình trạng chảy máu kéo dài, dẫn tới biến chứng rối loạn đông máu.

– Để dề phòng đờ tử cung trong các trường hợp chuyển dạ kéo dài, nhiều thai, đa ối, thai to, đẻ nhiều lần v.v... nên tiến hành truyền tĩnh mạch chậm oxytocin ngay sau khi thai sổ, để giúp cho thời kỳ sổ rau được nhanh chóng, tránh bớt chảy máu. Ngay sau khi sổ rau phải kiểm tra kỹ bánh rau, để đề phòng sót rau, sau đó tiêm trực tiếp 5-10 đơn vị oxytocin vào lớp cơ tử cung qua thành bụng.

3. SÓT RAU

Chảy máu là dấu hiệu sớm của sót rau, ngay sau khi sổ rau do các xoang tĩnh mạch ở nơi rau bám không đóng lại được.

3.1. Nguyên nhân

Sót rau thường gặp trong các trường hợp.

– Do tiền sử sảy thai, nạo, hút thai nhiều lần.

– Do đẻ nhiều lần và có lần đã bị sót rau viêm niêm mạc tử cung.

– Sau đẻ non, đẻ thai lưu, do sẹo mổ cũ.

3.2. Triệu chứng

Có thể phát hiện sớm sót rau sau đẻ bằng cách kiểm tra bánh rau thấy thiếu. Chú ý đến những múi rau phụ khi thấy các mạch máu trên màng rau.

– Chảy máu: là dấu hiệu sớm nhất của sót rau, thường xuất hiện ngay sau khi sổ rau. Ra máu rỉ rả hay đọng lại trong buồng tử cung làm tử cung căng to không co lại được. Có thể có dấu hiệu đờ tử cung thứ phát.

– Lượng máu có thể ít, có thể nhiều, màu đỏ tươi có lẫn máu cục.

– Có khi ra máu ít và chảy ngay ra ngoài, tử cung vẫn co nhỏ dưới rốn.

– Nếu phát hiện muộn, mất máu nhiều có dấu hiệu toàn thân: mạch nhanh, huyết áp hạ, khát nước.

3.3. Xử trí

– Phải kiểm soát tử cung ngay khi kiểm tra rau thấy sót hoặc khi máu ra rỉ sau sổ rau hay tử cung không có khối an toàn. Khi kiểm soát tử cung phải lấy hết rau và màng rau sót, toàn bộ máu cục và máu loãng trong buồng tử cung.

– Tiêm oxytocin 5-10 đơn vị vào cơ tử cung và ergometrin 0,2mg vào bắp thịt.

– Hồi sức, truyền máu nếu có dấu hiệu thiếu máu cấp.

4. RAU CÀI RĂNG LƯỢC

Đây là một bệnh lý hiếm gặp của rau (tỷ lệ 1/2000 người đẻ). Ở người đẻ nhiều lần nạo thai nhiều lần, tiền sử có viêm niêm mạc tử cung, các gai rau bám trực tiếp vào cơ tử cung không có lớp xốp của ngoại sản mạc, có khi gai rau xuyên sâu vào chiều dày lớp cơ tử cung, giống như các răng của một chiếc lược.

Có thể chỉ một phần bánh rau bám và lớp cơ hay toàn bộ bánh rau bám vào lớp cơ, người ta có thể phân biệt:

– Rau cài răng lược toàn phần: toàn bộ bánh rau bám vào lớp cơ do đó không bong ra được và không chảy máu.

– Rau cài răng lược bán phần: toàn bộ bánh rau bám vào lớp cơ do đó không bong ra được và không chảy máu.

– Rau cài răng lược bán phần: chỉ một phần bánh rau bám sâu vào cơ tử cung do đó bánh rau có thể bong một phần gây chảy máu. Lượng máu chảy ra nhiều hay ít tuỳ thuộc vào tình trạng co rút của lớp cơ tử cung và mức độ bong rau.

4.1. Triệu chứng lâm sàng

– Nếu là rau cài răng lược toàn phần thì sau khi sổ thai một giờ rau vẫn không được, tuy không chảy máu.

– Nếu là rau cài răng lược bán phần thì sau khi thai đã sổ, rau vẫn không bong được, nhưng có chảy máu nhiều hay ít tuỳ theo diện rau bong rộng hay hẹp.

– Chỉ có thể chẩn đoán chắc chắn dựa vào thử bóc rau không kết quả hay chỉ bóc được một phần và máu chảy nhiều.

– Cần chú ý phân biệt với:

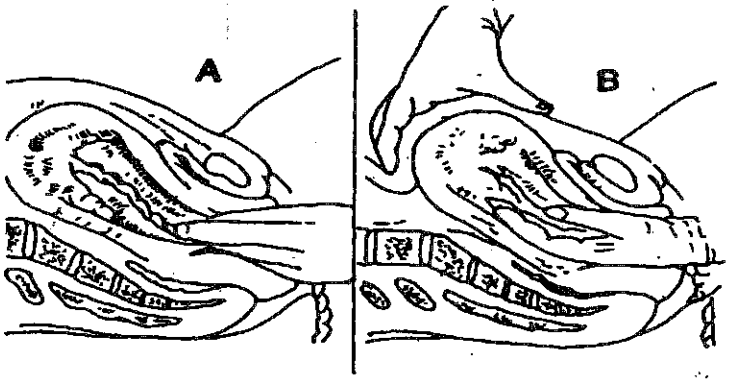
+ Rau bám chặt: trường hợp rau khó bong do lớp xốp kém phát triển, nhưng có thể bóc toàn bộ bánh rau bằng tay được.

+ Rau mắc kẹt (rau bị cầm tù)

Trường hợp bánh rau đã bong nhưng không sổ tự nhiên được vì bị mắc kẹt ở một sừng tử cung do một vòng thắt của lớp cơ đan chéo. Đặc biệt bánh rau dễ bị mắc kẹt trong trường hợp tử cung hai sừng. Khi ấy chỉ cần cho tay vào buồng tử cung là có thể lấy được rau ra, vì bánh rau đã bong hoàn toàn.

4.2. Xử trí

– Nếu chảy máu trong thời kỳ sổ rau hoặc trên một giờ rau không bong thì thái độ đầu tiên là bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung (hình 69).



Hình 69. Bóc rau bằng tay

– Nếu rau cài răng lược, cần mổ cắt tử cung bán phần ngay.

– Nếu bị chảy máu nhiều, cần hồi sức và truyền máu trong và sau mổ.

– Trường hợp rau tiền đạo bị cài răng lược phải cắt tử cung bán phần thấp hoặc cắt tử cung hoàn toàn để cầm máu.

5. LỘN TỬ CUNG

5.1. Định nghĩa

Lộn tử cung là khi tử cung bị đẩy lộn đáy vào trong buồng tử cung hay trong âm đạo. Là một biến chứng rất hiếm gặp song rất nặng (tỷ lệ 1/15.000 người đẻ). Lộn tử cung sau đẻ là một cấp cứu, phải chẩn đoán được và phải xử trí ngay.

Cần phân biệt:

– Lộn tử cung không hoàn toàn khi đáy tử cung bị đẩy lộn vào trong buồng tử cung.

– Lộn tử cung hoàn toàn xảy ra khi toàn bộ đáy và buồng tử cung chui qua cổ tử cung vào âm đạo, kéo theo cả 2 phần phụ, dây chằng rộng và dây chằng tròn lộn theo (như lộn chiếc găng tay).

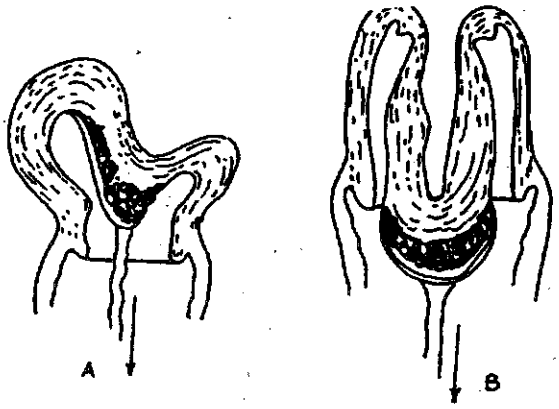
5.2. Nguyên nhân

– Người con rạ đẻ nhiều lần, đẻ nhanh, đặc biệt ở tư thế đứng.

– Dây rau ngắn, quấn cổ nhiều vòng.

– Lấy rau không đúng quy cách: kéo mạnh bánh rau và dây rau khi chưa bong thường do làm thô bạo.

– Ấn lên đáy một tử cung mềm.



Hình 70. A. Lộn tử cung không hoàn toàn
B. Lộn tử cung hoàn toàn

5.3. Triệu chứng lâm sàng

– Choáng do đau và chảy máu.

– Nhìn thấy một khối màu đỏ tụt ra ngoài âm đạo, máu chảy từ khối đó.

– Sờ trên bụng không thấy khối an toàn của tử cung.

– Sờ phía trên khối sa trong âm đạo thấy có vành của cổ tử cung (sâu trong âm đạo).

– Cần chẩn đoán phân biệt với políp tử cung.

5.4. Biến chứng

– Chảy máu.

– Choáng do giảm lưu lượng máu.

– Nhiễm khuẩn.

5.5. Đề phòng

– Không kéo vào dây rau khi rau chưa bong.

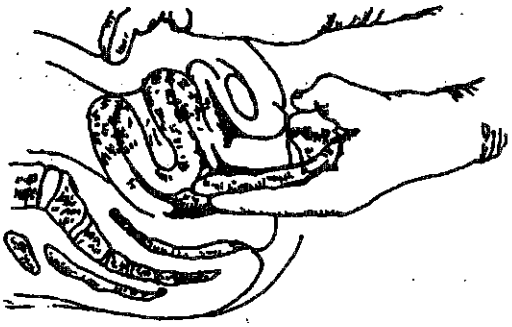
– Không đẩy mạnh vào đáy tử cung khi sổ thai và khi sổ rau.

– Không cho sản phụ đứng rặn đẻ.

5.6. Xử trí

Trong lộn tử cung tỷ lệ tử vong mẹ rất cao, bởi vậy phải chẩn đoán và xử trí ngay.

– Nếu lộn tử cung được chẩn đoán trước 5 phút sau khi lộn cần phải nắn lại tử cung ngay sau khi giảm đau tĩnh mạch. Lúc nắn lại phải tác động lên các thành hơn là lên đỉnh. Nắn lại xong phải cho Ergometrin 0,2mg truyền tĩnh mạch cùng với dung dịch hồi sức và cho kháng sinh.



Hình 71. Xác định lộn tử cung bằng cách khám với hai bàn tay

– Nếu lộn tử cung được biết sau 5 phút:

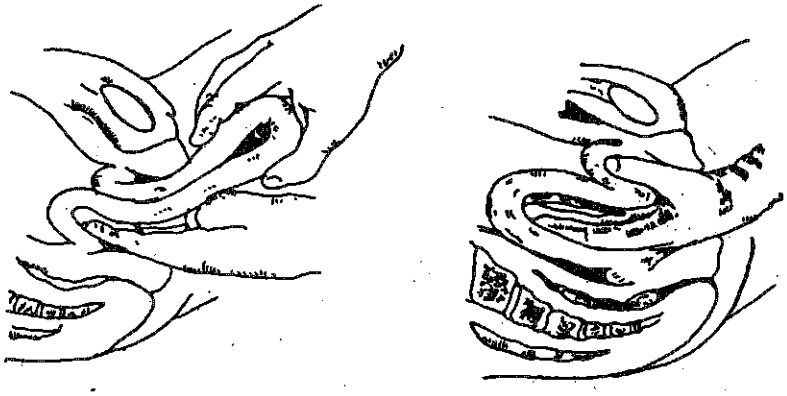
+ Tiến hành các biện pháp chống choáng tích cực.

+ Cho kháng sinh trước khi nắn lại tử cung.

+ Cần gây mê.

+ Sát khuẩn, trải khăn vô khuẩn.

+ Dùng sức ép của bàn tay và ngón tay đặt lại phần tử cung bị lộn ra bắt đầu từ vùng gần cổ tử cung nhất. Nếu rau còn sót phải bóc bằng tay sau khi nắn lại tử cung.



Hình 72. Xử trí lộn tử cung

+ Sau khi tử cung đã trở về hình dáng cũ phải tiêm ergometrin làm tử cung co bóp chặt lại sau đó mới rút tay ra.

+ Đóng băng vệ sinh vô khuẩn.

+ Để đề phòng lộn tử cung trở lại người ta thường duy trì cơ tử cung co bóp liên tục bằng oxytocin nhỏ giọt tĩnh mạch.

– Hiếm gặp trường hợp khó nắn lại. Nếu thất bại phải cắt tử cung ngay.

– Cho kháng sinh sau thủ thuật.

– Nếu có choáng phải hồi sức.

6. CHẢY MÁU DO RÁCH ĐƯỜNG SINH DỤC

Rách đường sinh dục là nguyên nhân gây chảy máu từ chỗ rách và xảy ra ngay sau khi sổ thai. Nếu không xử trí kịp thời sẽ làm mất máu nặng, gây đờ tử cung và rối loạn đông máu.

6.1. Nguyên nhân

– Do đỡ đẻ không đúng cách.

– Do đẻ nhanh.

– Do thai to.

– Do cổ tử cung chưa mở hết mà sản phụ đã rặn.

– Do can thiệp thủ thuật.

6.2. Triệu chứng

Chảy máu xuất hiện ngay sau khi thai sổ, lượng máu mất nhiều hay ít tuỳ tổn thương nặng hay nhẹ.

– Máu đỏ tươi chảy rỉ rả hay thành dòng liên tục.

– Sau khi xoa bóp cho tử cung co lại máu vẫn chảy.

6.3. Chẩn đoán

– Phải bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung ngay sau khi sổ thai để loại trừ sang chấn ở tử cung.

– Chẩn đoán rách ở tầng sinh môn và âm hộ dễ dàng qua quan sát (rách ở tiền đình chảy máu nhiều).

– Chẩn đoán rách cổ tử cung và cùng đồ bằng cách cho 2 ngón tay theo bề ngoài cổ tử cung, sát tới cùng đồ, nếu có chỗ khuyết là rách cổ tử cung. Nhưng phải dùng van và 2 kim hình tim kéo từng đoạn cổ tử cung để quan sát, tìm chỗ rách (quan sát vòng quanh cổ tử cung).

– Chẩn đoán rách âm đạo bằng tay, nhưng bằng van thì tốt hơn.

6.4. Xử trí

– Hồi sức chống choáng nếu chảy máu nhiều.

– Khâu lại chỗ rách bằng catgut mũi riêng (ở cổ tử cung, cùng đồ và âm đạo) và khâu nhiều lớp ở chỗ rách tầng sinh môn.

– Kháng sinh sau khi khâu.

7. KẾT LUẬN

Chảy máu trong thời kỳ sổ rau là một biến chứng hay gặp và nguy hiểm. Cần phải sớm tìm ra nguyên nhân chảy máu để xử trí đúng đắn và kịp thời mới tránh được hậu quả tai hại của nó và giảm tỷ lệ tử vong do chảy máu. Muốn tránh các tai biến này cần phải xử trí đúng các chỉ định và kỹ thuật sản khoa. Mặt khác cần thực hiện kế hoạch hoá gia đình, đặc biệt đối với các trường hợp có nguy cơ cao.

SUY THAI CẤP TÍNH TRONG CHUYỂN DẠ

Suy thai cấp tính là một tình trạng đe doạ sinh mạng thai, sức khoẻ thai và tương lai phát triển tinh thần, vận động của đứa trẻ sau này. Suy thai cấp tính là nguyên nhân của 1/3 số trường hợp tử vong chu sinh. Hậu quả của suy thai cấp tính rất khó đánh giá bởi vì có những hậu quả chỉ biểu hiện sau rất nhiều năm, ở độ tuổi đi học. Điều trị suy thai cấp tính là dựa trên cơ sở của hai yếu tố:

+ Mức độ suy thai.
+ Khả năng chống đỡ lại của thai.

Yếu tố đầu tiên đã được biết khá rõ những yếu tố sau còn rất khó đánh giá.

1. SINH LÝ BỆNH HỌC

Suy thai cấp tính là hậu quả của rối loạn trao đổi khí giữa mẹ và con trong lúc chuyển dạ đẻ, làm cho thai bị thiếu oxy. Sự trao đổi này phụ thuộc phần lớn vào tuần hoàn ở hồ huyết và gai rau. Khi cung cấp oxy cho thai giảm đi, thai sẽ khởi động các cơ chế chuyển hoá và huyết động để thích nghi tồn tại.

1.1. Tuần hoàn hồ huyết (phía mẹ)

Máu của mẹ theo động mạch xoắn và nhánh tận của nó đổ vào hồ huyết. Các động mạch xoắn hoạt động độc lập với nhau, hoạt động không đồng thời cùng một lúc. Áp lực trung bình của máu đến hồ huyết là 25mmHg, trong khi ở động mạch xoắn là 75-80mmHg. Áp lực máu ở giữa các gai rau là 10mmHg. Áp lực trong tĩnh mạch dẫn máu đi khỏi hồ huyết là 3 đến 8mmHg. Đây là một hệ thống huyết động có áp lực thấp, nhưng cũng đủ sức làm lưu thông và trộn lẫn các dòng máu trong hồ huyết. Sức cản của mạch máu ở bánh rau là thấp.

Thể tích của hồ huyết là từ 150ml đến 250ml. Khi thai nghén ở quí 3, lưu lượng máu mẹ đi vào hồ huyết là 135/47ml/phút/100g rau.

1.2. Các yếu tố làm thay đổi lưu lượng tuần hoàn ở hồ huyết

Lưu lượng máu trong hồ huyết phụ thuộc vào áp lực máu có liên quan đến tình trạng huyết động của mẹ và phụ thuộc vào sức cản của thành mạch. Trong lúc

chuyển dạ, nhiều yếu tố có thể làm giảm lưu lượng hồ huyết. Sự ảnh hưởng lên thai không chỉ phụ thuộc vào mức độ giảm lưu lượng mà còn phụ thuộc vào lưu lượng hồ huyết trước đó. Nếu như lưu lượng đã giảm trong thời kỳ có thai thì thai rất dễ dàng bị thiếu oxy trong lúc chuyển dạ.

– Cơn co tử cung làm máu đến hồ huyết giảm đáng kể, đôi khi bị ngừng trệ hoàn toàn. Ban đầu tăng áp lực trong cơ tử cung làm gián đoạn tuần hoàn tĩnh mạch, trong khi tuần hoàn động mạch tiếp tục hoạt động. Hậu quả là máu bị dồn ứ lại trong hồ huyết. Khi áp lực ở cơ tử cung đạt 30 đến 55mmHg thì tuần hoàn động mạch bị ngừng lại, lúc này trao đổi khí trong hồ huyết được thực hiện với máu nghèo dần oxy. Thông thường tuần hoàn tử cung - rau bị ngừng trong cơn co tử cung từ 10 giây đến 20 giây và thai chịu đựng tốt. Các rối loạn cơn co tử cung (quá mau, quá mạnh) sẽ làm giảm lưu lượng tuần hoàn ở hồ huyết.

– Thay đổi huyết áp: giảm lưu lượng hồ huyết không tỷ lệ với mức độ tụt huyết áp. Tụt huyết áp vừa phải chỉ làm giảm nhẹ lưu lượng. Tới một ngưỡng nào đó của huyết áp, lưu lượng hồ huyết tụt đột ngột vì tăng sức cản mạch máu ngoại vi. Ngưỡng này ở động vật là 40mmHg, ở phụ nữ thì chưa biết.

– Thay đổi tư thế. Khi nằm ngửa cơn co tử cung sửa lại tư thế quay phải của tử cung, có thể làm cho tử cung chèn ép lên động mạch chủ và động mạch chậu gốc phải làm cho lưu lượng hồ huyết giảm đi (hiệu ứng Poseiro). Tử cung còn chèn ép tĩnh mạch chủ dưới, nhất là khi nằm ngửa. Hậu quả của sự chèn ép này là rất khác nhau giữa những người phụ nữ, tuỳ theo mức độ phát triển tuần hoàn bằng hệ cạnh cột sống, cho phép máu từ chi dưới và khung chậu quay về tim. Nếu tuần hoàn bàng hệ thoả mãn thì sinh ra hội chứng giảm huyết áp do nằm ngửa. Máu trở về tim phải giảm đột ngột làm cho cung lượng tim giảm, huyết áp tụt và gây giảm lưu lượng tuần hoàn ở hồ huyết. Có một số trường hợp không xảy ra tụt huyết áp vì được bù lại bằng co mạch ngoại vi. Tuy nhiên sức cản của mạch máu ngoại vi vẫn làm giảm lưu lượng hồ huyết.

– Chảy máu ở mẹ. Người ta chưa có tài liệu cụ thể ở người. Trên động vật thí nghiệm người ta thấy.

+ Chảy nhanh 15% thể tích máu sẽ làm giảm áp lực động mạch 10% và giảm lưu lượng hồ huyết 20%.

+ Chảy 30% thể tích máu làm giảm 65% lưu lượng ở hồ huyết.

– Mẹ làm việc, hoạt động thể lực quá sức. Hoạt động thể lực làm giảm lưu lượng máu ở các tạng và hồ huyết vì đã tăng cường một phần thể tích máu đến cơ, da.

– Thay đổi khí trong máu. Mẹ bị thiếu oxy sẽ dẫn đến co thắt động mạch tử cung, làm giảm máu đến hồ huyết.

1.3. Tuần hoàn ở gai rau (phía thai)

Dòng máu thai đi qua bánh rau ước tính là 500ml/phút. Lưu lượng máu ở dây rốn là vào khoảng 180 đến 200ml/phút/kg thân trọng thai. Lưu lượng máu qua dây rốn chiếm khoảng 40% cung lượng tim thai ở cuối thời kỳ thai nghén.

1.4. Các yếu tố ảnh hưởng đến tuần hoàn ở gai rau

– Thay đổi sinh lý: lưu lượng máu ở dây rốn thay đổi chủ yếu theo áp lực động mạch của thai và nhịp tim thai. Mối liên quan giữa các lưu lượng và các yếu tố này theo quan hệ tuyến tính. Tăng 1mmHg áp lực động mạch trung bình kéo theo tăng lưu lượng ở dây rốn là 6ml/phút/1kg thân trọng thai. Tăng nhịp tim 1 lần/phút làm tăng lưu lượng 1ml/phút/kg thân trọng.

– Thay đổi khí trong máu: thiếu oxy nhẹ gây ra co mạch toàn thân, tăng huyết áp động mạch, tăng lưu lượng máu qua dây rốn. Mặc dù nhịp tim thai bị chậm vừa, vẫn thấy tăng lưu lượng. Nhưng khi thiếu oxy nặng kéo theo nhịp tim thai rất chậm và giảm lưu lượng máu ở dây rốn.

– Ảnh hưởng của một số thuốc. Dây rốn không có thần kinh chi phối, các thuốc có ảnh hưởng đến lưu lượng máu ở dây rốn là thông qua tác dụng toàn thân của thuốc (làm thay đổi huyết áp, nhịp tim...).

2. SỰ THÍCH ỨNG CỦA THAI VỚI TÌNH TRẠNG THIẾU OXY

2.1. Thích ứng chuyển hoá

Giảm cung cấp oxy, sẽ làm thay đổi phương thức dị hoá của glucose, nguồn năng lượng chính của tế bào. Bình thường có đủ O_2, dị hoá một phân tử glucose sẽ cung cấp 38 phân tử ATP và 6 phân tử CO_2, đạt hiệu suất cung cấp năng lượng tối đa (chuyển hoá ái khí). Khi thiếu O_2, dị hoá một phân tử glucose chỉ cho 2 phân tử ATP và 2 phân tử acid lactic (chuyển hoá yếm khí). Do đó để có đủ năng lượng hoạt động cần thiết phải huy động một số lượng rất lớn glucose. Cung cấp glucose chủ yếu qua bánh rau. Khi suy thai, cung cấp glucose giảm đi, vì trao đổi mẹ - con ở bánh rau giảm đi, nhu cầu lại tăng lên, vì thế thai phải dựa vào nguồn glucose dự trữ ở dưới dạng glycogen, có nhiều trong gan, cơ tim, thận. Sức chịu đựng của thai đối với thiếu O_2 phụ thuộc vào nguồn dự trữ này. Nguồn dự trữ này phong phú hơn ở thai non tháng so với thai đủ tháng, ở thai phát triển bình thường so với thai suy dinh dưỡng. Khuynh hướng chuyển hoá yếm khí sẽ gây lên toan chuyển hoá vì ứ đọng acid lactic ở tổ chức, đặc biệt là tổ chức bị co mạch. Như vậy toan chuyển hoá vì ứ đọng acid latic ở tổ chức, đặc biệt là tổ chức bị co mạch. Như vậy toan chuyển hoá đã góp phần thêm vào toan hô hấp có trước đó do ứ đọng CO_2 (giảm trao đổi khí CO_2 giữa mẹ và con ở bánh rau).

Để chống lại toan hoá, thai không để đào thải CO_2 và sản phẩm chuyển hoá acid trung gian qua bánh rau được, thai phải sử dụng hệ thống đệm của mình, đó là hemoglobin. Tình trạng toan hoá làm liên kết O_2 - hemoglobin lỏng lẻo hơn, O_2 dễ được giải phóng (hiệu ứng Bohr); hemoglobin còn lại kết hợp với H^+ để duy trì thăng bằng pH. Khi hệ đệm hemoglobin bão hoà thì pH bị tụt đột ngột. Do vậy khả năng đệm phụ thuộc vào nồng độ hemoglobin của máu thai.

2.2. Thích ứng của tim mạch

Trên phương diện chuyển hoá, tim có hệ thống men để thực hiện chuyển hoá yếm khí glucose và là nơi dự trữ glycogen. Do đó tim thích ứng tốt với tình trạng thiếu O_2. Tim có những biến đổi để cố gắng bảo đảm cung cấp máu cho một số cơ

quan ưu tiên. Nhịp tim đập chậm lại (trái với người lớn), thời gian tâm trương dài ra, máu về thất trái nhiều hơn. Tuy nhiên cũng có trường hợp nhịp tim thai nhanh lên, rất khó giải thích sự đáp ứng khác nhau này. Có hiện tượng phân bố lại tuần hoàn. Toan hoá làm co động mạch phổi và ống động mạch. Các thay đổi này làm cho máu được tập trung đến nuôi dưỡng cơ quan quan trọng. Người ta thấy lưu lượng máu đến các cơ quan như phổi, thận, ruột, lách, cơ, da giảm đi, trong khi ở cơ quan vỏ não, tim thượng thận có lưu lượng máu tăng lên. Có nhiều yếu tố tham gia vào quá trình điều hoà này, còn nhiều điểm chưa biết rõ. Tính theo cân nặng, não thai tiêu thụ O_2 nhiều gấp rưỡi não người lớn. khi suy thai, dòng máu đến não tăng lên. Dòng máu đến não càng tăng lên nhiều khi độ bão hoà O_2 trong máu giảm đi. Trong não thì thân não được ưu tiên hơn.

2.3. Các hiệu quả khác

Hậu quả thiếu O_2 khi suy thai có thể kéo dài đến sau đẻ, thậm chí còn nặng lên nếu không nhanh chóng thực hiện hồi sức sơ sinh.

Thận được tưới máu ít làm giảm bài tiết nước tiểu. Đặc biệt suy thai nặng có thể gây ra thương tổn thiếu máu ở nhu mô thận. Ở ruột, thiếu máu nuôi dưỡng đã làm tăng nhu động ruột, làm giãn cơ thắt hậu môn và đẩy phân su vào buồng ối. Thiếu máu mạc treo ruột là một trong các yếu tố gây viêm ruột hoại tử sau đẻ. Đôi khi có thương tổn chức năng gan gây vàng da sớm với tăng cao bilirubin dán tiếp và có thể gây rối loạn các yếu tố đông máu. Mạch máu phổi bị co có thể gây ra hội chứng tồn tại tuần hoà thai nhi ở trẻ sơ sinh. Nuôi dưỡng da thai kém đi làm cho da bị bong.

Ở tổ chức, thiếu O_2 làm giải phóng một số men trong tế bào. Về mặt lý thuyết, định lượng các men này có thể cho phép đánh giá tình trạng thiếu O_2 ở tổ chức. Thay đổi một số men có liên quan chặt chẽ với tổn thương ở não.

3. NGUYÊN NHÂN

Có nhiều nguyên nhân gây ra suy thai, để hệ thống hoá có thể chia ra 3 nhóm sau:

- Cơn co tử cung bất thường.
- Chuyển dạ kéo dài bất thường.
- Các nguyên nhân còn lại.

3.1. Cơn co tử cung bất thường

Cơn co tử cung cường tính có thể là nguyên phát, có thể là thứ phát do bất tương xứng thai - khung chậu (hay gặp), có thể do dùng thuốc oxytocin không đúng. Cơn co tử cung cường tính có thể là:

+ Tăng tần số cơn co (cơn co mau).
+ Tăng cường độ cơn co (cơn co mạnh).
+ Tăng cả tần số và cường độ (cơn co mau mạnh).

Cơn co tử cung cường tính làm giảm lưu lượng tuần hoàn ở hồ huyết, kéo dài thời gian ứ trệ máu trong hồ huyết dẫn đến thiếu O_2 và ứ đọng CO_2 ở thai.

3.2. Chuyển dạ kéo dài bất thường

Ở một số trường hợp, cơn co tử cung bình thường, không có bất tương xứng thai - khung chậu nhưng cổ tử cung mở rất chậm, thậm chí không mở. Thông thường hay gặp ở ngôi chỏm kiểu thế sau, đầu cúi không tốt. Nếu cứ để tình trạng này, bệnh nhân sẽ mệt mỏi, lo lắng, cơn co tử cung sẽ bị rối loạn và gây suy thai.

3.3. Các nguyên nhân còn lại

Cơn co tử cung hoàn toàn bình thường có thể gây ra suy thai vì trao đổi mẹ - con bị rối loạn do các bệnh lý khác gây ra.

3.3.1. Nguyên nhân của mẹ

– Cung cấp máu cho hồ huyết không đủ:

+ Mạn tính: nhiễm độc thai nghén, thai già tháng, bệnh huyết áp cao sẵn có... các bệnh này thường làm cho thai suy dinh dưỡng, dễ có nguy cơ bị suy thai cấp tính trong chuyển dạ.

+ Cấp tính: các tình trạng choáng (rau tiền đạo, rau bong non...).

+ Tụt huyết áp do nằm ngửa, dùng thuốc hạ huyết áp quá liều, choáng do các phương pháp giảm đau (gây tê ngoài màng cứng có thể gây tụt huyết áp do liệt mạch).

– Độ bão hoà O_2 của máu mẹ không đủ: mẹ bị thiếu máu, bệnh tim nặng, bệnh phổi (hen phế quản).

3.3.2. Nguyên nhân của phần phụ

Bánh rau: diện tích trao đổi bị giảm (rau bong non, u mạch màng đệm...).

– Dây rốn: sa dây rốn trước ngôi, bên ngôi, dây rốn thắt nút, dây dốn quanh cổ chặt, bất thường về giải phẫu của dây rốn.

3.3.3. Nguyên nhân của thai: một số trường hợp thai đã bị yếu sẵn, luôn bị đe doạ suy thai cấp tính trong chuyển dạ. Đó là: thai non tháng, thai già tháng, thai suy dinh dưỡng, thai đôi, thai bị thiếu máu, nhiễm trùng.

4. TRIỆU CHỨNG

Suy thai cấp tính có thể xuất hiện bất kỳ lúc nào trong quá trình chuyển dạ. Những thai yếu, có nguy cơ cao thì suy thai có thể xuất hiện ngay khi bắt đầu chuyển dạ vì cơn co tử cung là một yếu tố tấn công làm cho trao đổi ở bánh rau vốn đã rối loạn nay nặng thêm lên.

4.1. Nước ối lẫn phân su: thường phát hiện ra khi vỡ ối. Cần phải chủ động phát hiện nước ối lẫn phân suy ngay khi bắt đầu chuyển dạ, ối chưa vỡ bằng thủ thuật soi ối. Nước ối lẫn phân su là một nhân chứng của suy thai trong quá khứ hay hiện

tại. Phân su có từ lâu trong nước ối sẽ hoà tan đều. Nguy cơ thai bị suy là rất cao khi nước ối lẫn phân su.

Nước ối lẫn phân su mở đường cho nhiễm trùng, tiên lượng nặng khi trẻ hít phải phân su. Chỉ với triệu chứng nước ối lẫn phân su không đủ để chẩn đoán suy thai. Có tác giả chỉ thấy 1/3 số trường hợp thai bị toan hoá là có nước ối lẫn phân su và chỉ 20% số trường hợp nước ối lẫn phân su là có toan hoá ở thai.

4.2. Biến đổi nhịp tim thai

Nghe nhịp tim thai bằng ống nghe sản khoa vị trí mỏm vai của thai. Bình thường tần số tim thai dao động trong phạm vi 120 lần/phút đến 160 lần/phút. Ngoài cơn co tử cung tiếng tim thai rõ. Nếu có suy thai có thể thấy: nhịp tim thai nhanh (trên 160 lần/phút); nhịp tim thai chậm (dưới 120lần/phút), nhịp tim thai không đều. Cổ điển thấy tiếng tim thai yếu đi, mờ, xa xăm.

Từ khi có theo dõi chuyển dạ bằng máy điện tử (monitor) thì phương pháp nghe tim thai có nhiều nhược điểm. Không thể theo dõi liên tục nhịp tim thai, không thể nghe được tim thai trong lúc có cơn co tử cung, do đó không thấy được các thay đổi nhịp tim thai liên quan với cơn co tử cung. Vì vậy phát hiện suy thai bằng ống nghe thường là chậm và không chính xác. Các tác giả Mỹ cho rằng thời gian nghe tim thai chỉ chiếm khoảng 5% thời gian chuyển dạ.

4.3. Triệu chứng trên monitoring

Monitoring là phương pháp sử dụng máy theo dõi liên tục đồng thời cả cơn co tử cung và nhịp tim thai. Cơn co tử cung và nhịp tim thai được ghi lại trên giấy là cơ sở để phân tích kết quả.

Đường ghi cơn co tử cung cho biết: cường độ cơn co, trương lực cơ bản của tử cung và tần số cơn co (là số cơn co trong khoảng thời gian 10 phút). Cường độ cơn co và trương lực cơ bản tử cung chỉ có giá trị thật nếu đầu dò đặt trong buồng tử cung (phương pháp ghi trong). Đường ghi nhịp tim thai cho thấy: nhịp tim thai cơ bản, độ dao động của nhịp tim thai và biến đổi nhịp tim thai liên quan với cơn co tử cung.

4.3.1. Phân tích nhịp tim thai cơ bản

– Nhịp tim thai bình thường nằm trong phạm vi từ 120 đến 160 lần/phút.

– Nhịp tim thai nhanh có thể gặp khi mẹ bị sốt, mẹ dùng thuốc (atropin, beta mimetic), thai bị nhiễm trùng. Nhịp tim thai nhanh cũng có thể có nguồn gốc từ suy thai.

+ Nhịp tim thai nhanh là từ 160 lần/phút trở lên.

– Nhịp tim thai chậm là dưới 120 lần/phút.

Nhịp tim thai chậm thông thường là biểu hiện của suy thai. Nếu nhịp tim thai chậm, kéo dài trên 3 phút là phải nghĩ đến suy thai. Tuy nhiên cần loại trừ nguyên nhân cơn co cường tính gây ra nhịp tim thai chậm.

4.3.2. Phân tích độ dao động của tim thai

Độ dao động tim thai được chia thành các mức:

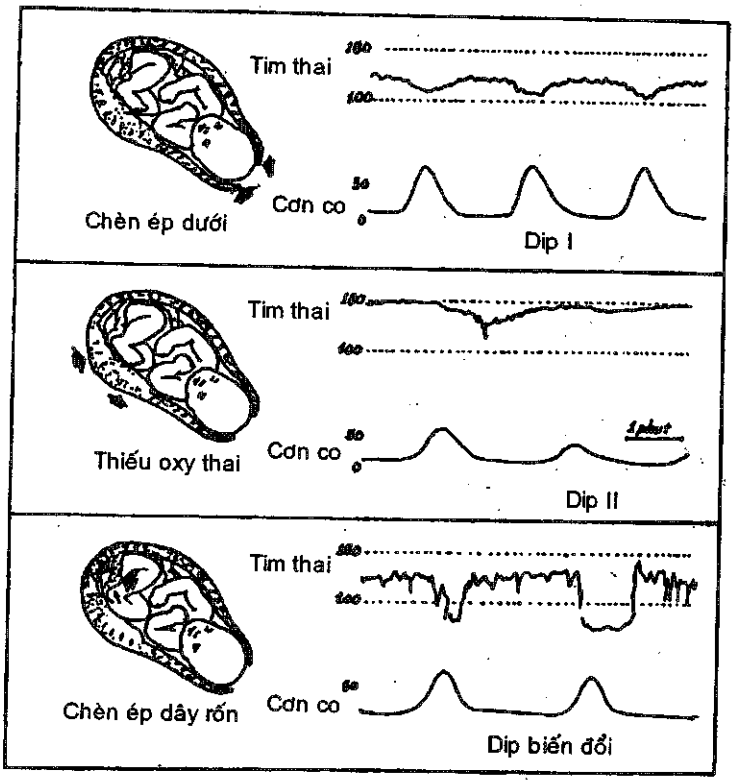
+ Dao động độ O (nhịp phẳng): dưới 5 lần/1phút.
+ Dao động độ I: từ 6 đến 10 lần/phút.
+ Dao động độ II: từ 11 đến 25 lần/phút.
+ Dao động độ III (nhịp nhảy): trên 25 lần/phút.

Nhịp phẳng chỉ xuất hiện khi thai bị suy rất nặng, đôi khi còn gặp lúc thai ở trạng thái ngủ.

Trong trường hợp thai ngủ, nếu kích thích thai (sờ nắn, thăm âm đạo, cơn co tử cung....) thì nhịp phẳng sẽ mất đi nhường chỗ cho các loại nhịp dao động khác. Có điều nhịp phẳng còn có thể gặp trong trường hợp thai vô sọ, thai rất non tháng, trong một số trường hợp dị dạng tim.

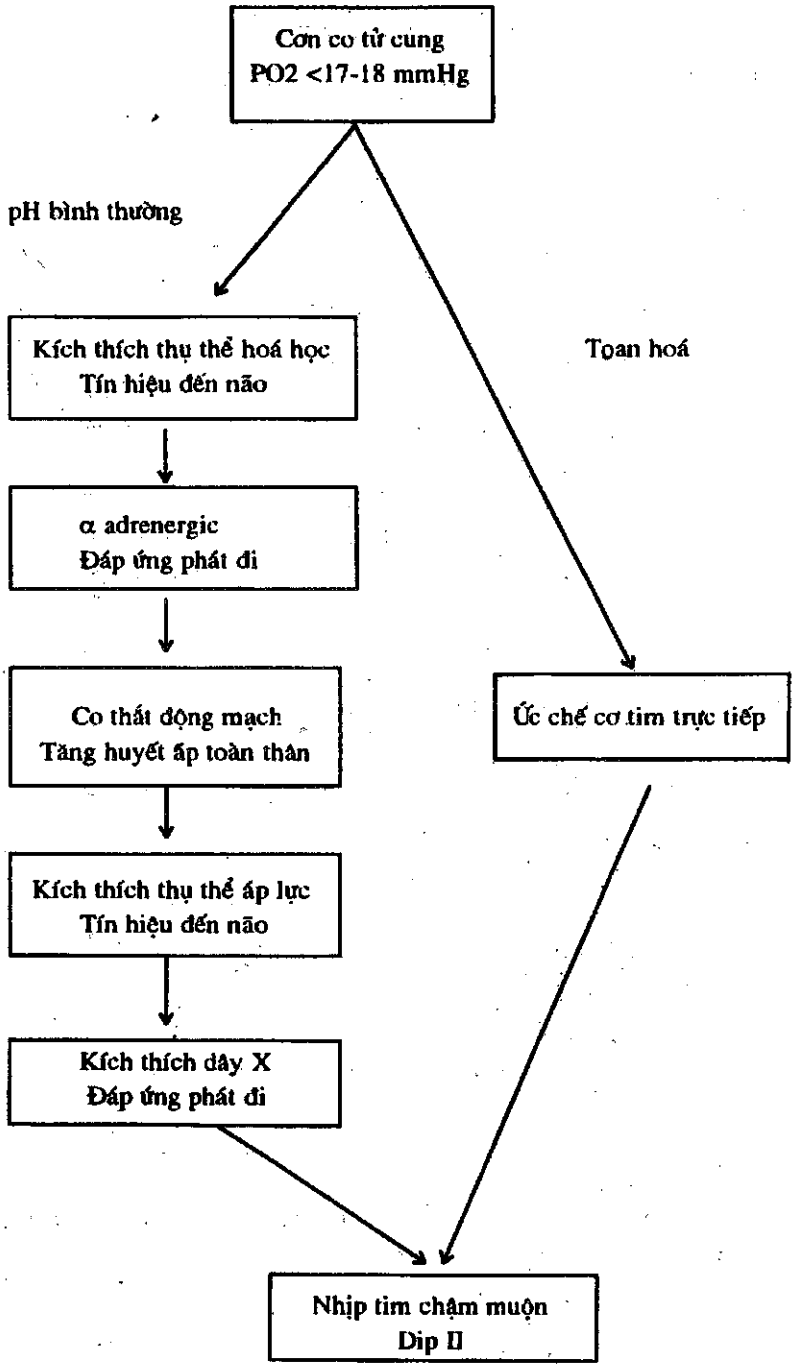
4.3.3. Phân tích nhịp tim thai liên quan với cơn co tử cung

Nhịp tim thai chậm sớm (dip I): khi nhịp tim thai chậm nhất rơi trùng vào đỉnh cơn co tử cung hay chênh lệch với đỉnh cơn co dưới 20 giây. Dip I xuất hiện là do cơ chế phản xạ khi đầu bị chèn ép. Phản xạ là do kích thích trung tâm điều hoà nhịp tim của dây X, giống như phản xạ khi ấn nhãn cầu làm chậm nhịp tim. Một số tác giả cho rằng nếu đầu thai bị chèn ép nhiều và liên tục (dip I liên tục) cũng sẽ làm giảm lưu lượng tuần hoàn não và dẫn đến suy thai.



Hình 73

– Nhịp tim thai chậm muộn (dip II): nhịp tim thai lúc chậm nhất xuất hiện sau đỉnh của cơn co tử cung từ 20 giây đến 60 giây. Dip II liên quan đến tình trạng thiếu O_2 của thai do cơn co tử cung. Tình trạng thiếu O_2 nặng nề nhất vào khi hết cơn co tử cung, thông qua các cơ chế phức tạp (hình 74) làm cho nhịp tim chậm lại.



Hình 74. Cơ chế xuất hiện nhịp tim thai chậm muộn (Dip II)

– Nhịp tim chậm biến đổi (dịp biến đổi) nhịp tim lúc chậm nhất khi trùng với đỉnh cơn co, khi không trùng với đỉnh cơn co (có thể dậy sớm hay muộn hơn) không tuân theo một qui luật nào. Dịp thay đổi thường quan sát thấy trong các trường hợp dây rốn bị chèn ép (sa dây rốn, dây rốn ngắn...).

4.4. Vi định lượng pH máu thai

Từ năm 1961, Saling đã áp dụng phương pháp vi định lượng pH máu thai trong chuyển dạ. Khi màng ối đã vỡ, người ta trích da ở ngôi thai lấy một giọt máu mao mạch đã được động mạch hoá vào một ống nhỏ và đưa vào máy astrup để phân tích. Xét nghiệm cho kết quả sau 1 đến 2 phút. Trong quá trình chuyển dạ, các giá trị dao động trong một phạm vi lớn, nhưng giới hạn bình thường là:

+ pH > 7,25

+ pCO_2 < 60mmHg

+ pI2 > 15mmHg

+ BE > 8 mEq

Nếu pH từ 7,20 đến 7,25 là ranh giới giữa bình thường và bệnh lý. pH < 7,20 chắc chắn là bệnh lý, thai bị suy.

Một khi có nhịp tim thai bất thường trên monitoring, thì phải thực hiện vi định lượng xác định pH máu thai.

– Nếu pH > 7,25

+ Bất thường tim thai mất đi. Tiếp tục theo dõi chuyển dạ.

+ Còn tồn tại nhịp tim thai bất thường: kiểm tra lại pH sau 15 phút, trong khi chuẩn bị sẵn sàng lấy thai ra nếu tình hình xấu đi.

– Nếu pH < 7,25

+ Tồn tại tim thai bất thường: lấy thai ra ngay

+ Tim thai bất thường mất đi: kiểm tra lại pH sau 15 phút, trong khu chuẩn bị lấy thai ra.

Đo pH máu là phương tiện duy nhất chẩn đoán chính xác thai suy cấp tính trong chuyển dạ. Hơn nữa nó còn cho phép đánh giá mức độ suy thai.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị dự phòng

Cách điều trị suy thai tốt nhất là dự phòng. Không được để chuyển dạ diễn ra tự nhiên nếu như đánh giá thấy có khả năng nguy hiểm cho thai. Người ta sẽ phải giảm tối đa suy thai cấp tính trong chuyển dạ vì biến chứng này là dự đoán được.

5.1.1. Trước khi có chuyển dạ

Phải phát hiện ra các thai phụ nếu để đẻ đường dưới sẽ nguy hiểm cho thai. Ví dụ đó là những trường hợp thai suy dinh dưỡng nặng, thai già tháng, khung

chậu bất thường... Cần phải cân nhắc để chỉ định mổ lấy thai chủ động, đôi khi có thể để đẻ đường dưới nhưng phải được theo dõi rất sát sao.

5.1.2. Trong khi chuyển dạ

Theo dõi cẩn thận chuyển dạ để phát hiện sớm các biến đổi bất thường của nhịp tim thai, chẩn đoán sớm suy thai. Nên khuyến khích thai phụ nằm nghiêng trái để tránh chèn ép tĩnh mạch chủ dưới khi không có cơn co tử cung, chèn ép động mạch chủ khi có cơn co. Bằng nhiều phương pháp làm sao cho sản phụ đỡ đau, đỡ lo lắng, đỡ hoảng hốt. Điều chỉnh lại cơn co tử cung nếu có bất thường, đặc biệt là cơn co tử cung cường tính.

5.2. Điều trị suy thai

5.2.1. Điều trị nội khoa

– Dùng thuốc làm giảm bớt cơn co tử cung để cải thiện tuần hoàn ở hồ huyết (Ritodrin, Salbutamol, Terbutalin...).

– Hồi phục cân bằng nội môi cho thai bằng cách dùng cho mẹ:

+ Dung dịch glucose ưu trương (20%) tiêm tĩnh mạch

+ Kiềm hoá bằng $NaHCO_3$ ít có hiệu quả vì làm tăng CO_2, làm tăng toan hô hấp ở thai. Dung dịch THAM (Trisaminol) được ưa thích hơn vì không có bất lợi trên, lại qua được rau dễ dàng.

– Cho mẹ thở O_2 là vấn đề bàn cãi, hình như có hiệu quả khi thai thiếu O_2 nặng. Nhưng cần nhớ rằng cho thở O_2 dẫn đến kiềm hô hấp cho mẹ, tình trạng này làm nặng thêm toan chuyển hoá đã có sẵn của thai. Lưu lượng O_2 trung bình cho thở là 6 lít/phút.

5.2.2. Thái độ sản khoa: cần phải lấy thai ra ngay nếu tình trạng suy thai không được cải thiện. Tuỳ theo điều kiện mà có thể quyết định lấy thai ra đường trên (mổ lấy thai) hay đường dưới (Forceps).

Cần chuẩn bị sẵn sàng hồi sức sơ sinh khi lấy thai ra.

Suy thai cấp tính có thể để lại những hậu quả hết sức nặng nề cho đứa trẻ sau này. Điều trị suy thai không phải là quá khó khăn. Vấn đề then chốt là ở chỗ phải theo dõi tốt chuyển dạ để phát hiện sớm suy thai và điều trị kịp thời.

VỠ TỬ CUNG

ĐẠI CƯƠNG

Vỡ tử cung là một tai biến sản khoa, rất nguy hiểm cho thai và cho mẹ, nếu không phát hiện và xử trí kịp thời sẽ gây tử vong cho mẹ và cho thai nhi. Có thể vỡ tử cung trong khi có thai nhưng thường gặp vỡ tử cung trong khi chuyển dạ.

Hiện nay nhờ có sự đăng ký quản lý thai nghén tốt, nhờ có kháng sinh và kỹ thuật gây mê, hồi sức hiện đại, ta có chỉ định mổ đúng lúc, hạn chế các thủ thuật thô bạo, do đó giảm được tỷ lệ vỡ tử cung.

1. VỠ TỬ CUNG TRONG THỜI KỲ THAI NGHÉN

So với vỡ tử cung trong thời kỳ chuyển dạ thì vỡ tử cung trong thời kỳ thai nghén hiếm gặp hơn.

1.1. Nguyên nhân

Thường xảy ra trên các thai phụ có sẹo mổ cũ ở tử cung, các sẹo mổ đó có thể là:

- Sẹo mổ lấy thai ở thân tử cung.
- Sẹo khâu lại tử cung bị vỡ.
- Sẹo mổ lấy thai từ hai lần trở lên.
- Sẹo mổ cắt góc tử cung trong chửa ngoài tử cung.
- Sẹo mổ lấy thai bị nhiễm khuẩn.
- Sẹo của phẫu thuật bóc tách nhân xơ tử cung.
- Sẹo của phẫu thuật Strassmann.
- Sẹo cắm vòi trứng vào tử cung.
- Sẹo mổ thủng tử cung sau nạo phá thai, sau nạo sót rau sau đẻ.

Ngoài ra, tử cung đôi, có thai trong buồng tử cung không phát triển.

1.2. Triệu chứng

1.2.1. Triệu chứng cơ năng

Cần nhớ rằng vỡ tử cung ở đây không có triệu chứng điển hình như ta thường mô tả, không có dấu hiệu doạ vỡ tử cung, thường xảy ra trong những tháng cuối của thời kỳ thai nghén.

Trên những thai phụ có tiền sử mổ tử cung như đã nêu ở trên xuất hiện đau vết mổ đột ngột, phải khám ngay để phát hiện kịp thời.

1.2.2. Triệu chứng thực thể

– Toàn trạng có dấu hiệu choáng, có khi choáng nặng: Mặt tái nhợt, thở nông và nhanh, vẻ mặt hốt hoảng, lo lắng, chân tay lạnh toát vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp hạ, có trường hợp ngừng tim. Nhưng cũng có trường hợp chỉ choáng nhẹ.

– Bụng đau toàn bộ, có khi có phản ứng phúc mạc rất rõ.

– Không thấy hình thù của tử cung, sờ thấy các phần của thai nhi ngay dưới thành bụng.

– Nghe tim thai không còn.

– Gõ bụng thấy đục toàn bộ.

– Thăm khám âm đạo: không thấy ngôi thai, có thể có máu theo tay.

Cần chú ý: có trường hợp sẹo mổ cũ bị toác ra nên không có dấu hiệu điển hình của chảy máu trong như đã mổ tả ở trên.

1.2.3. Cận lâm sàng

– Siêu âm: thai nhi nằm trong ổ bụng, ổ bụng có dịch nhiều, hoặc ít, tim thai âm tính.

– Xét nghiệm: hồng cầu Hemoglobin và Hemotocrit giảm đột ngột trong trường hợp mất máu nhiều.

1.3. Thái độ xử trí

– Phòng bệnh: đối với những phụ nữ có sẹo mổ cũ, đặc biệt ở thân tử cung dù là mổ vì lý do gì, sau sáu tháng nên chụp lại buồng tử cung, nếu trên phim thấy các ổ đọng thuốc là sẹo xấu.

+ Khi có thai, thai phụ cần đến đăng ký khám thai ở một số cơ sở chuyên khoa thuộc bệnh viện phẫu thuật khi cần thiết.

+ Trong những tháng cuối hoặc gần ngày đẻ, thai phụ được vào viện để theo dõi, can thiệp phẫu thuật kịp thời khi có chỉ định.

– Xử trí: tuỳ theo thương tổn ở tử cung, tuỳ theo tuổi của thai phụ, tuỳ theo số lần có thai mà có thể cắt tử cung bán phần hoặc bảo tồn tử cung (sẽ nói kỹ ở phần sau).

2. VỠ TỬ CUNG TRONG CHUYỂN DẠ

Vỡ tử cung trong chuyển dạ có thể vỡ tử cung tự nhiên không có sự can thiệp thủ thuật của người nữ hộ sinh hay của thầy thuốc, có thể vỡ tử cung do sự can thiệp như truyền oxytocin hoặc tiến hành các thủ thuật nội xoay, cắt thai, huỷ thai, giác hút, Forceps...

2.1. Nguyên nhân

2.1.1. Nguyên nhân về phía mẹ

– Các loại đẻ khó do khung chậu hẹp tuyệt đối, khung chậu giới hạn, khung chậu méo...

– Có sẹo mổ cũ ở tử cung: sẹo mổ thân tử cung để lấy thai, sẹo mổ ngang đoạn dưới, sẹo mổ khâu lại vỡ tử cung, sẹo mổ bóc nhân xơ, sẹo của phẫu thuật Strassmann, sẹo mổ do thủng tử cung....

– Các loại rách ở cổ tử cung kéo dài lên gần đoạn dưới phục hồi xấu.

– Đẻ nhiều lần, nạo phá thai nhiều lần làm tử cung nhão, mỏng dễ vỡ.

– Đẻ khó do các khối u tiền đạo như các u xơ ở eo tử cung, u nang buồng trứng, trong tiểu khung, u ở xương cùng, u ở âm đạo không được giải quyết đúng cách và đúng lúc.

2.1.2. Nguyên nhân về phía thai

– Đẻ khó do thai to toàn bộ: trọng lượng thai trên 4000g, gây bất tương xứng giữa thai và khung chậu.

– Đẻ khó do thai to từng phần như não úng thuỷ không được phát hiện và can thiệp đúng lúc.

– Đẻ khó do ngôi, kiểu thế bất thường: ngôi chỏm cúi không tốt, ngôi mặt cằm cùng, ngôi trán, ngôi thóp trước, ngôi vai....

– Đẻ khó do các thai dính nhau trong sinh đôi làm thể tích thai lớn có thể gây vỡ tử cung.

2.1.3. Nguyên nhân do can thiệp

– Do truyền oxytocin không đúng chỉ định và liều lượng.

– Do can thiệp các thủ thuật: nội xoay thai trong ngôi vai, đại kéo thai thô bạo trong ngôi mông, giác hút, foócxép, cắt thai trong ngôi vai buông trôi, không đúng chỉ định và không đủ điều kiện.

2.2. Giải phẫu bệnh lý

Trong vỡ tử cung có thể gặp các hình thái sau:

2.2.1. Vỡ tử cung hoàn toàn

Toàn bộ đều bị xé từ niêm mạc, cơ, đến phúc mạc. Vị trí rách thường ở bên trái và mặt trước của đoạn dưới tử cung, có thể từ thân tử cung kéo dài đến cổ tử cung, có khi tổn thương từ cổ tử cung dọc lên đoạn dưới (vỡ do thủ thuật, ta gọi là vỡ đoạn dưới và cổ tử cung).

Trường hợp rách bờ phải và mặt sau hiếm hơn, bờ rách thường nham nhở, tím bầm, các mạch máu bị xé rách, máu chảy nhiều vào ổ bụng và xung quanh tử cung, dây chằng rộng, gây tụ huyết, phù mọng máu có thể chảy ra nhiều ở âm đạo.

Trong trường hợp vỡ tử cung hoàn toàn thường thai và rau bị đẩy vào trong ổ bụng.

2.2.2. Vỡ tử cung không hoàn toàn

Loại này còn gọi là vỡ tử cung dưới phúc mạc. Chỉ có lớp niêm mạc và lớp cơ bị xé rách, phúc mạc đoạn dưới bị bong ra nhưng vẫn còn nguyên vẹn. Máu tràn vào dây chằng rộng gây nên các huyết tụ dây chằng, huyết tụ ở tiểu khung.

Trong trường hợp vỡ tử cung không hoàn toàn thai và rau vẫn nằm trong tử cung.

2.2.3. Vỡ tử cung ở người có sẹo mổ cũ

Thường do sẹo ở tử cung bị toác ra hoặc bị nứt một phần, trường hợp này bờ không nham nhở và có khi ít chảy máu.

2.3.4. Vỡ phức tạp

Ngoài vỡ tử cung hoàn toàn, tổn thương có thể dài xuống âm đạo xé rách cùng đồ, xé rách bàng quang tạo nên một vết vỡ phức tạp.

2.3. Triệu chứng

Trừ trường hợp vỡ tử cung ở người có sẹo mổ cũ thường xảy ra đột ngột, vỡ tử cung ở đoạn dưới thường có dấu hiệu báo trước mà ta thường gọi là dấu hiệu doạ vỡ tử cung. Đó là dấu hiệu rất quí cho người thầy thuốc, nếu phát hiện và xử trí kịp thời thì hạn chế được vỡ tử cung.

2.3.1. Doạ vỡ tử cung

– Triệu chứng cơ năng:

+ Thai phụ đau dồn dồn, quằn quại.

+ Thai phụ mệt mỏi, kêu la.

– Triệu chứng thực thể:

+ Nhìn: thấy rõ hai khối bị thắt ở giữa như hình quả bầu nậm. Khối dưới là đoạn dưới bị kéo dài (có khi lên tới rốn), giãn mỏng, đẩy khối thân tử cung lên cao. Chỗ thắt ở giữa là vòng Bandl, càng gần vỡ vòng Bandl càng lên cao và càng rõ.

+ Đo cơn co tử cung thấy mau và mạnh.

+ Sờ nắn: thấy hai dây chằng tròn bị căng như hai sợi dây đàn, đoạn dưới cảm thấy mỏng. Vòng Bandl và dây chằng tròn tạo thành dấu hiệu Bandl - Frommel.

Chú ý: phải thông đái trước khi khám vì có khi bàng quang đầy nước tiểu dễ nhầm với đoạn dưới bị kéo dài.

+ Nghe tim thai: có thể thấy dấu hiệu tim thai nhanh hoặc chậm, hoặc không đều.

+ Thăm âm đạo: có thể thấy các nguyên nhân đẻ khó như khung chậu hẹp, u tiền đạo, ngôi vai, ngôi trán, ngôi mặt cằm cùng, ngôi chỏm thai to hoặc bất tương xứng giữa thai và khung chậu...

2.3.2. Vỡ tử cung

– Triệu chứng cơ năng:

+ Trên thai phụ có dấu hiệu doạ vỡ như mô tả trên đột nhiên đau chói lên, đau nhiều ở chỗ vỡ sau đó dịu bớt đi.

+ Ra máu ở âm đạo: máu đỏ có thể nhiều hoặc ít.

– Triệu chứng thực thể:

+ Nếu mất máu nhiều có tình trạng choáng: da nhợt nhạt, thở nông, niêm mạc mắt trắng bệch, vã mồ hôi, chân tay lạnh, mạch nhanh, huyết áp tụt.

+ Nhìn: không thấy khối thắt hình quả bầu nữa, mất cả dấu hiệu vòng Bandl.

+ Sờ nắn: nếu thai còn trong buồng tử cung, tử cung vẫn còn hình thế cũ nhưng sờ vào chỗ vỡ, thai phụ đau chói lên, bụng có phản ứng. Nếu thai bị đẩy vào ổ bụng ta sờ thấy các phần của thai nhi lổn nhổn dưới da bụng, bên cạnh thai nhi có một khối nhỏ, đó là tử cung nhưng thường khó thấy.

+ Nghe: không có tim thai hoặc có dấu hiệu suy thai trong trường hợp nứt một đoạn sẹo mổ ngay đoạn dưới.

+ Thăm âm đạo: máu đỏ ra theo tay, ngôi thai sẽ ở cao, đẩy lên dễ dàng nếu thai nằm trong ổ bụng.

Có trường hợp vỡ tử cung nhưng khi khám thấy ngôi đã lọt, thầy thuốc sẽ can thiệp bằng thủ thuật Forceps đã lấy thai ra, sau đó chảy máu bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung mới phát hiện được vỡ tử cung. Có trường hợp trong mổ lấy thai vì lý do nào đó mới phát hiện được nứt một đoạn mổ ngay đoạn dưới.

Chú ý: vỡ tử cung dưới phúc mạc kiểm soát tử cung phát hiện khó đỡ vỡ tử cung hoàn toàn.

2.3.3. Hình thái lâm sàng

– Hình thái bất ngờ: gặp ở những thai phụ có sẹp mổ cũ ở tử cung, không có dấu hiệu doạ vỡ, sau một số cơn co dồn dập, thai phụ thấy đau chói lên và vỡ tử cung (toác sẹp hoàn toàn hoặc nứt một đoạn.

– Hình thái vỡ tử cung hoàn toàn: có dấu hiệu doạ vỡ tử cung, triệu chứng điển hình như đã mô tả trên.

– Hình thái vỡ tử cung dưới phúc mạc: có dấu hiệu doạ vỡ tử cung, choáng nhẹ hay nặng tuỳ theo tình trạng mất máu. Khám đoạn dưới rất mỏng có cảm giác sờ thấy thai ngay dưới tay. Có huyết tụ ở tiểu khung và huyết tụ dây chằng hố chậu.

– Hình thái vỡ phức tạp: ngoài các dấu hiệu trên còn thấy dấu hiệu vỡ của các tạng như vỡ tử cung kèm theo bàng quang (khi không đái không thấy nước tiểu, có máu trào ra) hoặc vỡ tử cung kèm theo rách cổ tử cung. (Đặt van âm đạo sẽ thấy rõ các tổn thương ở cổ tử cung kéo dài và thấy tổn thương ở âm đạo).

– Vỡ tử cung do can thiệp thủ thuật:

Thường sau các thủ thuật như nội xoay thai, đại kéo thai, Forceps, cắt thai...

Thai phụ chảy máu nhiều, biểu hiện choáng rõ rệt, thầy thuốc cần hồi sức, bóc rau nhân tạo, kiểm soát tử cung và kiểm tra cổ tử cung bằng van để xác định tổn thương.

2.3.4. Chẩn đoán

2.3.4.1. Chẩn đoán xác định

– Doạ vỡ tử cung: thai phụ đau, cơn co dồn dập, có dấu hiệu Bandl - Frommel.

– Vỡ tử cung: có dấu hiệu doạ vỡ tử cung (trừ các trường hợp có sẹo mổ ở tử cung), thai phụ thấy đau chói lên, ra máu âm đạo, có tình trạng choáng nhẹ hoặc nặng tuỳ tình trạng mất máu, không còn tim thai, sờ thấy thai nhi dưới da bụng hoặc thăm âm đạo thấy ngôi đẩy lên cao dễ dàng. Trong trường hợp sau khi tiến hành các thủ thuật thấy máu chảy ra âm đạo nhiều, bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung, kiểm tra cổ tử cung mới phát hiện ra vỡ tử cung.

2.3.4.2. Chẩn đoán phân biệt

– Doạ vỡ tử cung: cần phân biệt với:

– Bàng quang đầy nước tiểu: do bị chèn ép thai phụ không đi tiểu được. Nhìn thấy bụng có hai khối tưởng nhầm là vòng Bandl nhưng khám cơn co tử cung không tháy máu, mạnh, thông đái ra nhiều nước tiểu.

– Đầu chờm vệ: sờ nắn thấy đầu ở ngay trên khớp vệ loại trừ không phải đoạn dưới kéo dài.

– Tử cung có nhẫn xơ ở đoạn dưới, mặt trước hoặc u nang buồng trứng ở phía trước tử cung: trong các trường hợp này khi đăng ký quản lý thai đã phát hiện thấy vừa có thai vừa có nhân xơ tử cung hoặc u nang buồng trứng.

– Vỡ tử cung: cần phân biệt với:

+ Rau tiền đạo: không có dấu hiệu doạ vỡ, chảy máu ngoài là chủ yếu, tim thai có thể mất khi chảy máu nhiều, cơn co tử cung không mau mạnh, thăm âm đạo thấy một phần bánh rau (rau bám mép, rau bán trung tâm) hoặc sờ thấy toàn rau khi cổ tử cung mở (trong rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn).

+ Rau bong non: có thể có các dấu hiệu nhiễm độc thai nghén (protein niệu, phù, huyết áp cao), máu chảy ra âm đạo là máu loãng không đông, có thể có choáng nhưng huyết áp có thể không tụt, mạch vẫn rõ, tử cung cứng như gỗ, không nghe thấy tim thai, sinh sợi huyết giảm.

+ Sau đẻ hoặc sau một số thủ thuật có chảy máu cần phân biệt với các nguyên nhân chảy máu khác như đờ tử cung, sót rau, chảy máu do rối loạn đông máu. Cách phát hiện bằng cách kiểm soát tử cung thấy vỡ tử cung và kiểm tra cổ tử cung thấy rách dọc lên đoạn dưới.

2.3.5. Tiên lượng

Rất nguy hiểm đến tính mạng của cả con và mẹ.

– Con thường chết vì cơn co dồn dập, rau bong.

– Tỷ lệ tử vong của mẹ còn phụ thuộc vào:

+ Tổn thương đơn giản hoặc phức tạp, có nhiễm khuẩn hay không?

+ Phương tiện chuyên chở.

+ Điều kiện gây mê, hồi sức và thái độ xử trí.

2.3.6. Xử trí

2.3.6.1. Phòng bệnh: là khâu quan trọng và quyết định. Phòng bệnh tốt ta có thể xoá bỏ tình trạng vỡ tử cung trong sản khoa hoặc ít ra cũng hạ thấp tỷ lệ vỡ tử cung và tỷ lệ tử vong do vỡ tử cung.

– Khi có thai: phải khám thai thường xuyên, phát hiện sớm các nguy cơ đẻ khó như khung chậu hẹp, khung chậu méo, có sẹo mổ cũ ở tử cung (dù là sẹo mổ vì nguyên nhân nào), thai to, ngôi bất thường....

+ Ở tuyến xã, tuyến khu phố, tuyến huyện không có khả năng phẫu thuật không được quản lý các loại đẻ khó mà phải gửi lên tuyến trên để quản lý.

+ Các thai phụ có sẹo ở tử cung phải được vào viện trước khi chuyển dạ để theo dõi cẩn thận và chỉ định đúng lúc.

– Khi chuyển dạ:

+ Khám phát hiện sớm các nguyên nhân đẻ khó.

+ Theo dõi sát cuộc chuyển dạ, phát hiện được dấu hiệu doạ vỡ tử cung để xử trí kịp thời.

+ Khi sử dụng các thuốc tăng co, tiêm truyền giỏ giọt oxytocin cần phải đúng chỉ định, đúng liều lượng và theo dõi cẩn thận.

+ Khi phải làm thủ thuật đường dưới như nội xoay thai, cắt thai, Forceps, giác hút... phải đúng chỉ định và phải đủ điều kiện. Sau một số thủ thuật thấy không đảm bảo sự toàn vẹn của tử cung phải bóc rau nhân tạo, kiểm soát tử cung ngay, đồng thời kiểm tra cổ tử cung bằng van để phát hiện sớm vỡ tử cung.

2.3.6.2. Điều trị

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

– Hồi sức chống choáng bằng cách bồi phụ khối lượng máu đã mất, truyền dịch, nước điện giải, trợ tim trước, trong và sau mổ.

– Khi phẫu thuật: tuỳ theo tình trạng toàn thân của thai phụ, tuỳ theo thời gian vỡ mới hay vỡ lâu, tuỳ theo tình trạng nhiễm khuẩn nhiều hay ít, tuỳ theo vỡ đơn thuần hay phức tạp, tuỳ theo tuổi và số con sống của thai phụ mà quyết định cắt tử cung hay khâu lại tử cung.

+ Khâu lại tử cung: chỉ khâu lại tử cung khi thai phụ còn trẻ, còn nguyện vọng sinh đẻ, vết rách không nham nhở, không bị nhiễm khuẩn.

Chú ý: ở những thai phụ có sẹo mổ cũ ở tử cung, muốn khâu bảo tồn cần phải cắt xén sẹo cũ rồi mới khâu lại. Nếu thai phụ không có nhu cầu sinh đẻ thì thắt và cắt 2 vòi trứng.

+ Cắt tử cung: khi thai phụ nhiều tuổi, đã đẻ nhiều lần, vết rách nham nhở, nhiễm khuẩn hoặc vỡ phức tạp (vỡ cả bàng quang) cần cắt tử cung bán phần, khâu phục hồi bàng quang sau đó đặt sonde dẫn lưu nước tiểu theo dõi trong hai tuần (không để sonde tắc).

Cần lưu ý: nếu có viêm phúc mạc cần rửa sạch ổ bụng và dẫn lưu ổ bụng.

Trong trường hợp rách nham nhở, rách sâu kiểm tra hai niệu quản để phòng khâu hoặc cắt phải niệu quản.

– Sau mổ dùng kháng sinh liều cao, có thể dùng phối hợp hai loại kháng sinh và săn sóc hậu phẫu thuật tốt, đảm bảo chế độ ăn đủ dinh dưỡng.

THAI CHẾT LƯU TRONG TỬ CUNG

Trong thời gian sống trong tử cung, mặc dù được người mẹ bảo vệ nhưng thai vẫn có thể bị chết ở bất kỳ thời điểm nào. Định nghĩa về thai chết lưu không thống nhất giữa các nước khác nhau, chúng ta quan niệm thai chết lưu là tất cả các trường hợp thai bị chết mà còn lưu lại trong tử cung trên 48 giờ. Trong nhiều trường hợp thai chết lưu rất khó tìm thấy nguyên nhân. Thai chết lưu gây ra hai nguy cơ lớn cho người mẹ.

+ Rối loạn đông máu dưới dạng chảy máu vì đông máu rải rác trong lòng mạch.

+ Nhiễm trùng nhanh và nặng khi ối vỡ lâu.

Bên cạnh đó, còn có những ảnh hưởng ít nhiều đến tâm lý, tình cảm của người mẹ, đặc biệt là ở những trường hợp hiếm con.

1. NGUYÊN NHÂN

Có rất nhiều nguyên nhân gây ra thai chết lưu và cũng có nhiều trường hợp thai chết lưu mà không tìm được nguyên nhân.

1.1. Nguyên nhân từ phía mẹ

– Mẹ bị các bệnh lý mạn tính: viêm thận, suy gan, thiếu máu, lao phổi, bệnh tim, huyết áp cao...

– Mẹ bị các bệnh nội tiết: Basedow, thiểu năng giáp trạng, đái tháo đường, thiểu năng hay cường năng thượng thận.

– Nhiễm độc thai nghén từ thể nhẹ đến thể nặng đều có thể gây ra thai chết lưu. Tỷ lệ thai chết lưu càng cao khi nhiễm độc thai nghén càng nặng và không được điều trị hay điều trị không đúng. Bệnh kéo dài nhiều ngày làm cho thai suy dinh dưỡng và chết.

– Mẹ bị các bệnh nhiễm ký sinh trùng như sốt rét (đặc biệt là sốt rét ác tính làm cho thai chết gần như 100%), nhiễm vi khuẩn (như giang mai...), nhiễm virus (viêm gan, quai bị, cúm, sởi...). Trong các trường hợp nặng thai có thể chết vì:

+ Tác động trực tiếp của nguyên nhân gây bệnh lên thai, lên bánh rau.

+ Tình trạng sốt của mẹ, thai rất kém chịu đựng với tình trạng sốt của người mẹ. Khả năng thải nhiệt của thai là rất kém. Hệ thống điều nhiệt của thai chưa hoạt động.

– Mẹ bị nhiễm độc mạn tính, hay cấp tính, bị chiếu tia xạ, đặc biệt là trong thời gian đầu khi mới có thai.

– Một số yếu tố thuận lợi làm cho thai chết lưu là:

+ Tuổi của mẹ: tỷ lệ thai chết tăng cao ở những người mẹ trên 40 tuổi, nguy cơ thai chết lưu cao gấp 5 lần so với nhóm phụ nữ trẻ.

+ Dinh dưỡng kém, lao động vất vả, đời sống khó khăn.

1.2. Nguyên nhân từ phía thai

– Rối loạn nhiễm sắc thể: là nguyên nhân chủ yếu của thai dưới 3 tháng bị chết. Rối loạn nhiễm sắc thể có thể là do di truyền từ bố mẹ, có thể là do đột biến trong quá trình tạo noãn, tạo tinh trùng, thụ tinh và phát triển của phôi. Tỷ lệ rối loạn nhiễm sắc thể tăng lên rõ ràng theo tuổi của mẹ, đặc biệt là ở các bà mẹ trên 40 tuổi.

– Thai dị dạng: não úng thuỷ, vô sọ, phù thai rau.

– Bất đồng nhóm máu giữa mẹ và con do yếu tố Rh, thai rất dễ bị chết lưu ở các lần có thai tiếp theo.

– Thai già tháng: bánh rau bị lão hoá, không bảo đảm nuôi dưỡng thai, dẫn đến thai chết lưu nếu không được xử trí kịp thời.

– Đa thai: thai có thể chết trong trường hợp truyền máu cho nhau, thai cho máu dễ bị chết lưu. Hơn nữa trong quá trình phát triển một thai có thể bị chết khi còn bé, tiêu đi mà không hề có biểu hiện lâm sàng. Trong khi thai bên cạnh vẫn tiếp tục phát triển bình thường. Do đó khi bé, làm siêu âm phát hiện ra song thai, đến khi thai lớn siêu âm lại chỉ thấy có một thai. Các trường hợp như thế này không phải là hiếm gặp.

1.3. Nguyên nhân từ phần phụ, tử cung

– Dây rốn: mọi bất thường ở dây rốn đều có thể làm thai chết lưu. Dây rốn thắt nút, dây rốn ngắn tuyệt đối, dây rốn quấn quanh cổ, quanh thân, quanh chi. Dây rốn bị chèn ép, đặc biệt hay gặp trong trường hợp thiểu ối. Dây rốn bị xoắn quá mức.

– Bánh rau: bánh rau xơ hoá, bánh rau bị bong, u mạch máu màng đệm của bánh rau.

– Nước ối: đa ối cấp tính hay mạn tính, thiểu ối.

– Tử cung: tử cung dị dạng cũng là một nguyên nhân gây thai chết lưu, có thể gặp ở tất cả các kiểu dị dạng của tử cung. Tử cung nhi tính, tử cung kém phát triển làm cho thai bị nuôi dưỡng kém, có thể bị chết lưu.

Người ta thấy rằng có từ 20% đến 50% số trường hợp thai chết lưu là không tìm thấy nguyên nhân, mặc dù có đầy đủ các phương tiện thăm dò hiện đại.

2. GIẢI PHẪU BỆNH

Tuỳ theo giai đoạn thai bị chết, mà có các hình thái sau:

2.1. Thai bị tiêu

Thai bị chết trong những tuần đầu tiên, ở giai đoạn rau toàn diện thì thai có thể bị tiêu đi hoàn toàn, chỉ còn để lại một bọc nước.

2.2. Thai bị teo đét

Vào tháng thứ 3, thứ 4, thai chết sẽ bị teo đét, khô lại. Đa thai vàng xám như màu đất, nhăn nheo bọc lấy xương, nước ối ít đi, đặc sánh, vẩn đục, cuối cùng sẽ khô đi để lại một lớp sáp trắng bệch, bao quanh cái thai.

2.3. Thai bị ủng mục

Sau 5 tháng, thai chết sẽ bị ủng mục. Lớp ngoại bì sẽ bị bong, lột dần từ phía chân lên phía đầu thai. Lớp nội bì bị thấm hemoglobin nên có màu đỏ tím. Các nội tạng bị rữa nát, làm cho đầu ọp ẹp, các xương sọ chồng lên nhau, ngực xẹp, bụng ỏng, bánh rau vàng úa, teo đét, xơ cứng lại. Màng rau vàng úa, nước ối ít dần đi, sánh lại có màu hồng đỏ. Dây rốn teo nhỏ lại. Có thể dựa vào hiện tượng lột da để biết thời gian thai chết.

+ Ngày thứ ba: lột da bàn chân
+ Ngày thứ tư: lột da chi dưới
+ Ngày thứ tám: lột da toàn thân.

2.4. Thai bị thối rữa

Nếu ối bị vỡ lâu, thai vẫn nằm lại trong tử cung thì sẽ bị nhiễm trùng rất nhanh và rất nặng. Nhiễm trùng lan toả rất nhanh, gây nhiễm độc cho mẹ. Có thể gặp vi khuẩn kỵ khí gây hoại thư sinh hơi ở trong tử cung. Thai có thể bịt lỗ trong tử cung, hơi bị tích lại làm cho tử cung căng, chứa hơi.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Thai dưới 20 tuần bị chết

Nhiều trường hợp thai chết lưu âm thầm, không có triệu chứng, làm cho chẩn đoán khó khăn.

– Bệnh nhân có các dấu hiệu có thai như: chậm kinh, nghén, bụng to dần, hCG trong nước tiểu dương tính, siêu âm đã thấy thai và hoạt động tim thai.

– Ra máu âm đạo tự nhiên, ít một, không đau bụng, máu đỏ xẫm hay nâu đen. Đây là dấu hiệu phổ biến của thai dưới 20 tuần bị chết lưu.

– Tử cung bé hơn tuổi thai.

– Bệnh nhân thấy bụng bé đi hay không thấy bụng to lên mặc dù mất kinh đã lâu.

+ Khi khám thấy thể tích tử cung bé hơn so với tuổi thai, mật độ tử cung đôi khi chắc hơn so với tử cung có thai sống.

– Xét nghiệm tìm hCG trong nước tiểu chỉ âm tính sau khi thai đã chết một thời gian. Khoảng thời gian để cho hCG trở thành âm tính phụ thuộc chủ yếu vào ngưỡng phát hiện hCG của phản ứng (với phản ứng Galli - Mainini cũng chỉ âm tính sau khi thai đã chết hàng tuần).

– Siêu âm là thăm dò có giá trị, cho chẩn đoán sớm và chính xác. Trên siêu âm có thể thấy âm vang thai rõ ràng mà không thất hoạt động tim thai. Hoặc chỉ nhìn thấy túi ối, mà không thấy âm vang thai - còn gọi là hình ảnh túi ối rỗng. Hình ảnh túi rỗng càng chắc chắn là thia lưu túi ối méo mó, không đều. Trong những trường hợp nghi ngờ, chúng ta nên kiểm tra lại bằng siêu âm sau độ một tuần xem tiến triển của túi ối để có kết luận chính xác.

3.2. Thai trên 20 tuần bị chết

Triệu chứng thường rõ ràng làm bệnh nhân phải đi khám ngay. Nhờ vậy cũng dễ dàng xác định được thời gian tiềm tàng, là khoảng thời gian thai đã chết.

– Bệnh nhân có các dấu hiệu có thai, đặc biệt là đã thấy thai cử động. Người thầy thuốc đã sờ nắn thấy phần thai, nghe thấy tiếng tim thai bằng ống nghe sản khoa, đã xác định được chiều cao tử cung.

– Bệnh nhân không thấy thai cử động nữa. Đây là dấu hiệu chính buộc bệnh nhân phải chú ý, phải đi khám. Cũng nhờ đó mà chúng ta có thể dễ dàng xác định thời gian thai chết (thời gian tiềm tàng).

– Hai vú tiết sữa non tự nhiên làm cho bệnh nhân phải chú ý đến hiện tượng này.

– Rau máu âm đạo là dấu hiệu hiếm gặp đối với thai trên 20 tuần bị chết.

– Bệnh nhân cảm thấy bụng không to lên, thậm chí bé đi nếu thai đã chết lâu ngày.

– Nếu bệnh nhân có bị số bệnh kèm theo như nhiễm độc thai nghén, bệnh tim... thì bệnh sẽ tự thuyên giảm, bệnh nhân cảm thấy dễ chịu hơn.

– Thăm khám thấy:

+ Tử cung bé hơn so với tuổi thai, đặc biệt có giá trị nếu thấy chiều cao tử cung giảm đi qua hai lần đo khác nhau, do cùng một người đo.

+ Khó sờ nắm thấy phần thai.

+ Không nghe thấy tiếng tim thai.

– Siêu âm cho kết quả chính xác. Không quan sát thấy cử động của tim thai. Đầu méo mó, có thể thấy dấu hiệu hai vòng ở xương sọ thai do da đầu bị bong ra. Nước ối có thể thấy ít, thậm chí không còn. Hiện nay đây là một thăm dò chủ yếu cho chẩn đoán chắc chắn và rất sớm.

– Các phương pháp thăm dò X-quang như: chụp bụng không chuẩn bị, chụp buồng ối... ngày nay ít còn được sử dụng. Các phương pháp này có thể gây hại cho mẹ, nhất là cho thai nếu thai còn sống. Do đó người ta chỉ áp dụng các phương pháp này khi đã chẩn đoán là thai lưu, hay thai đã gần đủ tháng.

Trên phim chụp không chuẩn bị có thể thấy:

+ Xương sọ bị chồng lên nhau, dấu hiệu Spalding I, xuất hiện khi thai chết độ 10 ngày.

+ Cột sống thai bị gấp khúc, dấu hiệu Spalding II.

+ Vòng sáng quanh đầu thai, dấu hiệu Devel.

+ Có thể thấy bóng hơi trong buồng tim hay mạch máu lớn, dấu hiệu Roberts.

– Định lượng fibrinogen trong máu để đánh giá ảnh hưởng của thai chết lưu lên quá trình đông máu. Nếu thai chết vẫn còn ở trong tử cung thì phải định lượng fibrinogen máu hàng tuần. Đây là xét nghiệm quan trọng không thể thiếu được trước khi can thiệp cho thai ra.

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Đối với thai trên 20 tuần chết lưu, chẩn đoán phân biệt ít đặt ra. Đối với thai dưới 20 tuần chết lưu, có thể bị nhầm với:

+ Chửa ngoài dạ con vì có ra máu đen ở âm đạo, tử cung bé hơn tuổi thai. Thai chết lưu khi sắp bị sảy cũng gây đau bụng.

– Chửa trứng, đặc biệt là nhầm với chửa trứng thoái triển. Nhiều khi không thể phân biệt được nếu dựa trên lâm sàng và siêu âm. Chỉ khi nạo và xét nghiệm giải phẫu bệnh lý tổ chức nạo ra mới cho chẩn đoán xác định được. Bệnh cảnh lâm sàng của thai chết lưu và chửa trứng thoái triển nhiều khi giống hệt nhau.

– Tử cung có u xơ, khám thấy tử cung to hơn bình thường kèm theo ra máu âm đạo bất thường.

– Thai còn sống, đây là vấn đề hết sức lưu ý vì lúc nào cũng có thể bị nhầm, nhất là khi vội vàng trong chẩn đoán. Tất cả các triệu chứng cơ năng hay thực thể, kể cả thăm dò siêu âm để chẩn đoán thai chết lưu đều có thể bị sai, bị nhầm. Cách tốt nhất để tránh nhầm lẫn đáng tiếc này là chúng ta không nên vội vàng , hấp tấp trong chẩn đoán, trong xử trí. Nhiều khi phải thăm khám, thăm dò nhiều lần, bằng nhiều người để có chẩn đoán chuẩn xác.

5. TIẾN TRIỂN

5.1. Ảnh hưởng đến tâm lý, tình cảm người mẹ

Thai chết lưu trong tử cung bao giờ cũng gây ra các hậu quả tâm lý, tình cảm cho người mẹ vì:

+ Mất đi một đứa con đang được mong đợi. Hậu quả tâm lý này càng nặng nề ở những người hiếm con, vô sinh...

+ Tâm lý lo sợ khi mang cái thai đã chết.

Thầy thuốc cần giải thích cặn kẽ, làm an lòng, thông cảm với người mẹ. Tất cả các vấn đề này cần được làm cẩn thận trước khi can thiệp lấy thai ra.

5.2. Rối loạn đông máu

Rối loạn đông máu là một biến chứng nặng của thai chết lưu. Thromboplastin có trong nước ối, có trong tổ chức thai chết đi vào tuần hoàn người mẹ, đặc biệt là khi tử cung có cơn co hay can thiệp vào buồng tử cung, hoạt hoá quá trình đông máu, gây ra đông máu rải rác trong lòng mạch. Đông máu rải rác trong lòng mạch này có đặc điểm là quá trình tiêu sinh sợi huyết thứ phát chiếm ưu thế, dẫn đến biểu hiện lâm sàng là chảy máu, fibrinogen trong máu tụt thấp hay không có. Quá trình đông máu rải rác trong lòng mạch có thể diễn ra từ từ. Người ta thấy rằng nếu thời gian tiềm tàng trên 4 tuần và thai càng lớn thì nguy cơ rối loạn đông máu càng cao. Bên cạnh đó, quá trình đông máu rải rác trong lòng mạch có thể cấp tính khi các chất gây rối loạn đông máu có điều kiện ồ ạt tràn vào tuần hoàn người mẹ, đó là khi can thiệp vào buồng tử cung hay khi tử cung có cơn co. Biểu hiện lâm sàng là chảy máu từ tử cung, máu không đông. Chảy máu xuất hiện sau khi can thiệp vài giờ. Định lượng fibrinogen rất thấp hay không có, các sản phẩm phân huỷ của fibrin (FDP) tăng cao, giảm plasminogen, giảm hoạt tính yếu tố antithrombin III, đôi khi có giảm tiểu cầu.

5.3. Nhiễm trùng khi ối vỡ lâu

Không sợ nhiễm trùng khi còn màng ối, nhưng khi đã vỡ ối, nhiễm trùng sẽ rất nhanh và nặng. Ngoài các vi khuẩn hay gặp như: tụ cầu, trực khuẩn, proteus... còn có thể gặp vi khuẩn yếm khí như *Clostridium perfringens*. Nhiễm trùng nặng, lan rộng có thể làm cho mẹ bị choáng nội độc tố, đặc biệt là do vi trùng gram âm.

5.4. Một số đặc điểm chuyển dạ của thai chết lưu

– Đầu ối hình quả lê, lòi qua cổ tử cung, thõng vào trong âm đạo là do màng thai không còn khả năng chun giãn. Đầu ối quả lê không giúp ích cho cổ tử cung mở, làm chẩn đoán nhầm độ mở cổ tử cung khi khám. Tuy nhiên không bao giờ được bấm ối khi cổ tử cung chưa mở hết.

– Nước ối có màu đỏ hồng, đôi khi lẫn rất nhiều phân su nếu thai bị chết vì suy thai mạn tính.

– Dù là ngôi gì thai cũng có thể đẻ đường dưới được. Nếu thai ở tư thế ngang, cột sống bị gấp lại cho phép thai lọt và sổ được. Một khi cần giúp đỡ cho thai ra thì áp dụng các thủ thuật huỷ thai như chọc óc, kẹp sọ, cắt thai.

– Sau khi sổ rau phải tiến hành kiểm soát tử cung một cách chủ động, có hệ thống vì bao giờ cũng bị sót rau.

– Chú ý cho bệnh nhân sử dụng kháng sinh để tránh nhiễm khuẩn.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Điều chỉnh lại tình trạng rối loạn đông máu nếu có

Nếu fibrinogen bị giảm thấp, chúng ta cần điều chỉnh lại trước khi can thiệp lấy thai ra. Các thuốc có thể sử dụng được:

– Fibrinogen truyền tĩnh mạch.

– Máu tươi toàn phần.

– Các thuốc chống tiêu sinh sợi huyết như EAC, Transamine...

Các tác giả Mỹ đã sử dụng Heparin để điều trị với liều từ 5000 đến 10000 đơn vị mỗi ngày. Chúng ta chưa áp dụng Heparin để điều trị. Vấn đề này cần được nghiên cứu thêm để có thể áp dụng được mà không gây ra tai biến.

6.2. Nong cổ tử cung, nạo

Nạo được áp dụng cho các trường hợp thai lưu mà thể tích tử cung bé hơn tử cung có thai 3 tháng, hay chiều cao tử cung dưới 8cm. Thủ thuật nạo khó khăn hơn so với nạo thai sống vì xương thai to, rắn, vì rau xơ hoá bám chặt vào tử cung. Phải giảm đau cho bệnh nhân trước khi nạo, dùng thuốc co tử cung và kháng sinh sau thủ thuật. Cần chú ý theo dõi chảy máu sau nạo. Chảy máu thường xuất hiện sau thủ thuật vài giờ. Điều trị nội khoa chảy máu (fibrinogen, máu, thuốc chống tiêu sinh sợi huyết...) có kết quả trong hầu hết các trường hợp, bảo tồn được tử cung. Trước khi điều trị nội khoa cần bảo đảm chắc chắn là không có sót rau, không có rách ở cổ tử cung, không thấy hiện tượng chảy máu tái phát.

6.3. Gây sẩy thai, gây chuyển dạ

Gây sẩy thai, gây chuyển dạ được áp dụng cho tất cả các trường hợp thai chết lưu to hơn, không thể nong, nạo được. Có nhiều phương pháp để cho thai ra.

6.3.1. Phương pháp đặt túi nước không nên áp dụng vì có nguy cơ gây nhiễm trùng và làm vỡ ối

6.3.2. Phương pháp Stein

Stein cổ điển bao gồm cho bệnh nhân tắm nước ấm, thụt tháo, dùng estrogen và quinin trước khi cho truyền oxytocin. Hiện nay phương pháp Stein đã được cải tiến, đơn giản hoá đi nhiều, thường người ta hay tiến hành như sau:

+ Dùng estrogen, cụ thể là Benzogynestryl 10mg/ngày, trong 3 ngày liền.

+ Đến ngày thứ tư truyền oxytocin tĩnh mạch gây cơn co tử cung. Liều oxytocin truyền mỗi ngày tối đa là 30 đơn vị, truyền từng đợt trong 3 ngày liên. Giữa các đợt cách nhau 7 ngày, thông thường là thai bị tống ra trong 1 đến 2 ngày truyền đầu tiên.

6.3.3. Truyền oxytocin tĩnh mạch đơn thuần

Bệnh nhân được truyền oxytocin tĩnh mạch ngay mà không có chuẩn bị trước. Cũng với cách thức truyền như trong phương pháp Stein. Kết quả thành công của phương pháp này có vẻ cũng như kết quả của phương pháp Stein. Ưu điểm của phương pháp này là không phải dùng Estrogen, rút ngắn được thời gian nằm viện.

6.3.4. Dùng prostaglandin là phương pháp được ưa chuộng nhất hiện nay: các thuốc hay được dùng là thuốc nhóm Prostaglandin E2 như Prostin, Nalador, Cervageme. Đường dùng thuốc có thể là đặt âm đạo, tiêm bắp, truyền tĩnh mạch. Phải giữ màng ối đến khi cổ tử cung mở hết. Hiện nay tại Việt Nam nhiều cơ sở đã dùng viêm Cytotec uống hay đặt âm đạo để gây sẩy thai.

Với tất cả các phương pháp, tỷ lệ thành công càng cao nếu tử cung càng lớn, tuổi thai càng lớn, xung quanh ngày dự kiến đẻ. Đứng trước các trường hợp khó khăn, người thầy thuốc không được vội vàng, hấp tấp cho thai ra. Việc cho thai ra sớm bằng mọi giá có thể gây nhiều khó khăn, biến chứng nặng nề, nguy hiểm. Chúng ta không nên quên rằng có những trường hợp thai chết lưu xuất hiện chuyển dạ tự nhiên, cuộc đẻ thường kết thúc mà không có nhiều khó khăn. Vì thế nếu không có nguy cơ rối loạn đông máu, nếu thai lớn, thái độ chờ chuyển dạ tự nhiên cũng là một cách điều trị có thể chấp nhận được. Trong những trường hợp gặp khó khăn khi gây chuyển dạ, chúng ta có thể chờ đợi thêm một vài tuần, nếu các xét nghiệm về đông máu bình thường, không có nhiễm khuẩn ối.

Dự phòng thai chết lưu là một vấn đề rất phức tạp. Rất nhiều trường hợp không tìm thấy được nguyên nhân, làm cho bệnh nhân và thầy thuốc lúng túng trong những lần có thai tiếp theo. Cần thận trọng trong chẩn đoán và tránh vội vàng trong xử trí cho thai ra.

NHIỄM ĐỘC THAI NGHÉN

I. MỞ ĐẦU

1.1. Đặc điểm: khi có thai một số thai phụ có biểu hiện như buồn nôn, nôn; phù hai chân, huyết áp tăng, protein niệu,.... Các triệu chứng trên, sau khi đẻ dần mất đi trong thời kỳ hậu sản; chúng được gọi là tình trạng nhiễm độc do thai nghén.

1.2. Thời gian: thai nghén ở người dài 9 tháng 10 ngày (bằng 40 tuần), có thể chia làm 3 giai đoạn. Trong 3 tháng đầu thai kỳ có bệnh nôn nặng, ba tháng cuối có bệnh nhiễm độc thai nghén (NĐTN), còn ba tháng giữa là thời kỳ chung sống "hoà bình" giữa mẹ và con; nếu có biểu hiện bệnh lý bất thường, cần xác định kỹ.

1.3. Nguyên nhân và sinh bệnh học của nhiễm độc thai nghén: hiện nay còn chưa biết rõ, nên thái độ xử trí, điều trị còn nhiều điểm chưa thống nhất; tên bệnh hiện nay cũng chưa thống nhất. Tuy vậy, hầu hết các tác giả đều nhất trí về tầm quan trọng của bệnh này vì những lý do sau:

– Tỷ lệ thai phụ mắc NĐTN cao từ 5-10% trong các thai phụ nói chung.

– Tỷ lệ tử vong mẹ, tử vong chu sản cao. Tỉ lệ mắc bệnh của mẹ và con cao.

– Là nguyên nhân gây thai chậm phát triển trong tử cung, thai chết lưu...

– Là nguyên nhân gây trì trệ tâm thần ở con của những bà mẹ bị nhiễm độc thai nghén.

1.4. Ý nghĩa

Những thập kỷ gần đây, nhờ có chăm sóc khoẻ ban đầu, chăm sóc trước đẻ tốt, nhờ có những tiến bộ thăm dò mới trong sản khoa, tỷ lệ biến chứng của nhiễm độc thai nghén giảm, tỷ lệ tử vong mẹ và tử vong chu sản giảm. Tuy vậy ta vẫn cần tập trung nghiên cứu sâu hơn, tổ chức công tác chăm sóc sức khoẻ bà mẹ từ khi chưa có thai cho đến khi đẻ và sau đẻ tốt mới có khả năng giảm được tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong cho mẹ và con do nhiễm độc thai nghén xuống thấp hơn.

2. BIỂU HIỆN BỆNH LÝ SỚM TRONG BA THÁNG ĐẦU THAI KỲ

Sau khi tắt kinh, thai phụ thường có tăng tiết nước bọt, buồn nôn, nôn ọe, báo cho người phụ nữ biết mình có thai. Nếu dấu hiệu nghén tăng lên có ảnh hưởng tới sinh hoạt của thai phụ được gọi là chứng nôn ọe. Nếu tình trạng nôn nặng hơn có ảnh hưởng tới sức khoẻ và tính mạng thai phụ được gọi: bệnh nôn nặng. Tất cả những hiện tượng trên sẽ tự mất đi vào cuối tháng thứ ba của thời kỳ thai nghén (thai - kỳ) dù có hay không điều trị gì.

2.1. Nguyên nhân sinh bệnh

Hiện nay, ta chưa biết rõ nguyên nhân sinh bệnh của chúng. Nên có nhiều tác giả cho rằng:

* Có thể do trứng: chửa trứng, sinh đôi, đa thai. Chúng có nồng độ hCG cao làm cho thai phụ có triệu chứng buồn nôn và nôn nhiều.

* Thuyết dị ứng: thai là một protein lạ đối với cơ thể người mẹ, nó có thể gây dị ứng, làm thai phụ buồn nôn và nôn. Do đó, sau sẩy hoặc thai chết triệu chứng nôn tự nhiên khỏi.

* Thuyết tiêu hoá: những thai phụ có những tổn thương cũ ở đường tiêu hoá như: viêm ruột thừa, bệnh đường mật, viêm loét dạ dày tá tràng, khi có thai dễ gây ra phản xạ nôn và nôn.

2.2. Chứng nôn nhẹ

2.2.1. Triệu chứng lâm sàng

– Ban đầu: thai phụ ứa nước bọt, nhạt mồm, khó chịu, có cảm giác muốn ăn một loại thức ăn nào đó. Thay đổi khẩu vị như: sợ cơm, thèm chua, hay thèm ăn một loại thức ăn bất thường nào đó. Nước miếng ngày ứa ra càng nhiều.

– Sau đó: buồn nôn, nôn. Nôn ra thức ăn. Thường nôn vào buổi sáng, nôn mỗi khi ngửi thấy mùi thức ăn hoặc nghĩ tới mùi thức ăn. Nôn nhiều dẫn đến đau vùng thượng vị do bị kích thích vào dạ dày khi nôn.

– Thể trạng thai phụ: ngày càng gầy yếu, xanh xao, thiếu máu, sút cân, mệt mỏi; do nôn nhiều sản phụ không ăn được. Tình trạng lâm sàng này hay gặp ở thai phụ con so.

– Nên làm các xét nghiệm để loại trừ: chửa trứng, sinh đôi, đa thai, viêm ruột thừa, viêm não...

2.2.2. Điều trị

– Điều dưỡng: nên để thai phụ nằm trong bệnh phòng yên tĩnh, thoáng, sạch sẽ, không có mùi thức ăn, ánh sáng vừa đủ, ấm về mùa đông. Chế độ ăn nên ăn nguội ít gây kích thích nôn.

– Thuốc điều trị:

+ Thuốc chống nôn giảm tiết dịch: Atropin, Metoclopramid (Primperan 10mg/viên) hay Motilium M 10mg/viên... uống hay tiêm và liều tuỳ tình trạng bệnh nhân.

+ Thuốc kháng histamin tổng hợp: Prometazin sulfat,...

+ Thuốc vitamin B6, Mangne-B6...

Thường sau đợt điều trị, triệu chứng nôn của thai phụ giảm dần và hết nôn. Nếu không điều trị bệnh sẽ khỏi 3 tháng đầu của thai kỳ.

2.3. Bệnh nôn nặng

Trước đây, bệnh nôn nặng còn gọi là bệnh nôn không cầm được, vì lúc đó chưa có thuốc chống nôn có hiệu quả, nên bệnh này có tỷ lệ tử vong thai phụ cao, vì chưa biết cách phá thai để điều trị. Rất may, bệnh này ở nước ta rất ít gặp, nay chúng ta đã có kinh nghiệm điều trị tốt.

2.3.1. Triệu chứng lâm sàng

Lâm sàng, từ năm 1850 Paul Dubois đã mô tả các triệu chứng lâm sàng và chia nó làm ba giai đoạn. Thực tế, ba giai đoạn này không có ranh giới rõ ràng về thời gian cũng như sự biểu hiện những triệu chứng của chúng.

a. Giai đoạn nôn và gầy mòn

– Dấu hiệu nôn: nôn vào buổi sáng, liên quan tới bữa ăn, sau nôn suốt ngày có khi đang ngủ cũng phải thức dậy để nôn.

– Chất nôn: mới đầu nôn thức ăn, nôn ra nước có mùi chua của dịch vị, rồi nôn ra mật xanh, mật vàng.

– Nôn càng nhiều, vùng thượng vị càng đau do dạ dày bị co bóp co thắt.

– Vì nôn ngày càng nhiều, bệnh nhân không ăn uống được, cơ thể ngày càng gầy mòn, vẻ mặt hốc hác, mất nước. Lượng nước tiểu ngày càng ít, và dẫn đến rối loạn điện giải, rối loạn nhiễm toan máu.

– Giai đoạn này có thể tiến triển từ 4 đến 6 tuần.

– Thực tế hiện nay hay gặp bệnh nôn nặng ở giai đoạn này, vì mạng lưới y tế của ta đã được mở rộng, trưởng thành, bệnh nhân đến khám và điều trị sớm. Ở giai đoạn này sau ít gặp hơn.

b. Giai đoạn mạch nhanh và rối loạn chuyển hoá

– Triệu chứng: nôn ngày càng nhiều gần như liên tục, nhưng lượng chất nôn ít, vì trong cơ thể (dạ dày) của bệnh nhân chẳng còn gì để nôn, nên được gọi là nôn khan.

– Thể trạng bệnh nhân gầy mòn, khô héo, mắt lõm, má lõm, miệng và lưỡi khô, hơi thở có mùi chua, mùi aceton, da nhăn nheo, bụng lõm lòng thuyền. Mạch nhanh nhỏ khoảng từ 100 đến 120 lần/phút.

– Tinh thần lo lắng, sợ sệt, bi quan, sợ cho đứa con trong bụng, sợ cho tính mạng của mình, sợ không tiếp tục được thai nghén và hạnh phúc gia đình...

– Xét nghiệm: số lượng hồng cầu và hermatocrit tăng vì mất nước. Dự trữ kiềm giảm. Tình trạng nhiễm toan chuyển hoá và rối loạn điện giải ngày càng rõ rệt. Urê máu tăng, nhưng lại không có dấu hiệu viêm thận.

– Thời gian tiến triển khoảng từ 2 đến 3 tuần.

c. Giai đoạn có biến cố thần kinh

Đây là giai đoạn hậu quả của quá trình mất nước, rối loạn điện giải; rối loạn kiềm toan, suy dinh dưỡng và rối loạn chuyển hoá kéo dài.

– Triệu chứng nôn khan gần như không còn. Bệnh nhân lâm vào cảnh tuyệt vọng. Đôi khi tinh thần của bệnh nhân hốt hoảng, mê sảng, có khi hôn mê, rồi co giật.

Nhịp thở nhanh nông khoảng 40-50 lần/phút, hơi thở hăng có mùi aceton. Mạch nhanh có thể trên 120 lần/phút. Số lượng nước tiểu ít dần rồi gần như vô niệu. Bệnh nhân có thể chết trong tình trạng suy kiệt này.

d. Xét nghiệm: nước tiểu có aceton, muối mật, sắc tố mật.

Máu: urê tăng, dự trữ kiềm giảm, nhiễm toan chuyển hoá tăng, điện giải đồ rối loạn.

2.3.2. Chẩn đoán

a. Chẩn đoán phân biệt

+ Với dấu hiệu nôn cần phân biệt với: chửa trứng và có thai kèm theo có viêm ruột, tắc ruột, lồng ruột.

+ Với dấu hiệu mạch nhanh cầnphân biệt với có thai kèm theo có bệnh tim, Basedow, những bệnh nhiễm trùng, nhiễm độc....

+ Với dấu hiệu hôn mê cần phân biệt với thai phụ bị hôn mê: do gan, do đái đường....

b. Chẩn đoán xác định

Cần dựa vào những dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm: định lượng hCG nước tiểu, siêu âm hình ảnh, để xác định xem thai nghén bình thừ hay không bình thường.

2.3.3. Tiến triển và tiên lượng

a. Tiến triển: bệnh nôn nặng có thể tiến triển từ giai đoạn nhẹ chuyển sang nặng, nếu bệnh nhân không được điều trị kịp thời và thích hợp.

b. Tiên lượng: tốt nếu bệnh được chẩn đoán sớm, điều trị đúng, nhờ thuốc mới của ngành dược, nhờ có kỹ thuật nạo phá thai tốt. Hiện nay, ta có khả năng giữ được thai hoặc tránh được tử vong cho mẹ.

2.3.4. Điều trị

a. Điều dưỡng

– Làm công tác ổn định tinh thần, tư tưởng cho bệnh nhân, yên tâm tin tưởng vào khả năng điều trị hiện nay của y học.

– Tập cho bệnh nhân ăn trong hoàn cảnh đang bị nôn: (1)

* Hai ngày đầu cho bệnh nhân ăn bằng đường tĩnh mạch, chống mất nước và điện giải.

* Hai ngày tiếp theo cho bệnh nhân ăn bằng ngậm liên tục những viên sữa đá, nếu đáp ứng.

* Hai ngày tiếp theo nữa cho bệnh nhân uống từng ngụm sữa lạnh, sữa lạnh đặc dần để nâng cao giá trị dinh dưỡng, nếu đáp ứng.

* Hai ngày tiếp theo nữa có thể cho bệnh nhân ăn súp lạnh.

Trong quá trình luyện cho bệnh nhân ăn, nếu ngày tiếp theo bệnh nhân không chịu được cách ăn mới, ta lại cho bệnh nhân ăn như ngày hôm trước, rồi tập cho bệnh nhân sẽ ăn được như bình thường.

– Nên cách ly bệnh nhân khỏi những người thân có khả năng gây cho bệnh của bệnh nhân trầm trọng thêm; như không nên để mẹ chồng của bệnh nhân đến chăm sóc nếu như mẹ chồng nàng dâu không hợp nhau.

Theo dõi và đánh giá: sự thay đổi dấu hiệu lâm sàng, xét nghiệm so với trước để đánh giá sự tiến triển của bệnh nôn nặng để có thể điều chỉnh biện pháp xử trí cho thích hợp.

b. Thuốc điều trị triệu chứng

– Chống mất nước, dinh dưỡng, rối loạn điện giải, rối loạn kiềm toan: bằng truyền tĩnh mạch các loại dịch như: dung dịch natri clorua 9‰; dung dịch glucose 5% và 10% dung dịch moriamin S-2, dung dịch aminoplasmal 5%, 10%, 15%; dung dịch natri bicarbonat 45% để cân bằng kiềm toan, dinh dưỡng và bù đủ thể dịch, điện giải.

– Chống nôn bằng các thuốc chống nôn như: Primperan 10mg (metoclopramide HCl) uống 3-4 viên/ngày, (trước khi ăn nửa giờ uống 1 viên) hay Motilium - M 10mg uống 3-4 viên/ngày, cũng uống 1 viên trước bữa ăn nửa giờ. Thuốc giảm tiết dịch (atropin, belladon...).

– Những thuốc chống dị ứng kháng histamin như: Pipolphen, Allerlene....

– Những thuốc vi lượng khác như: calci, vitamin B6, Mg-B6....

– An thần, Rotunda...

c. Sản khoa: khi điều trị triệu chứng như trên không có kết quả, nên nạo phá thai để bảo vệ tính mạng cho thai phụ. Chất nạo được nên làm xét nghiệm giải phẫu bệnh học để xác định cho chính xác.

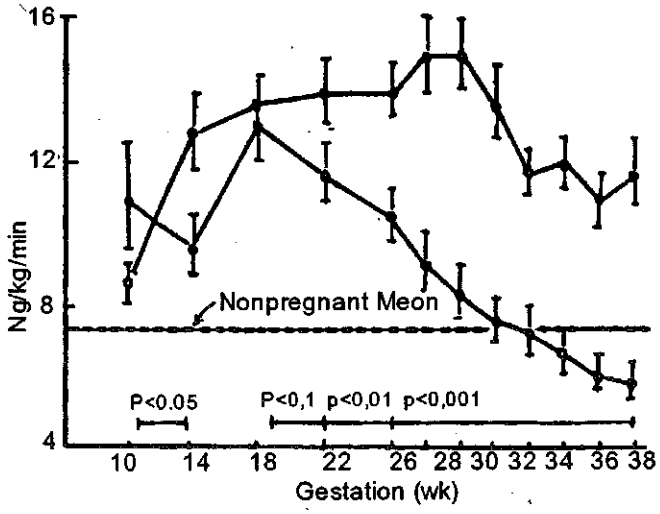
2.4. Phòng bệnh

Chúng ta chưa biết rõ nguyên nhân của những hiện tượng nhiễm độc thai nghén sớm. Vì vậy, công tác phòng bệnh chủ yếu là phát hiện sớm và điều trị kịp thời các hiện tượng nhiễm độc sớm. Mặt khác, ta nên chữa các bệnh đã nêu trong phần nguyên nhân (nguy cơ) trước khi có kế hoạch có thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Đinh Văn Thắng: Bệnh nôn nặng trong khi có thai. Bệnh học sản khoa.

NXBGD Hà Nội 1959, bài 2, trang 11



Hình 75.

So sánh liều Angiotesin II trung bình truyền tĩnh mạch để gây đáp ứng tăng huyết áp ở 120 thai phụ con so huyết áp còn bình thường (chấm kín) và 72 thai phụ sau đó bị phát triển tăng áp do thai nghén (chấm rỗng) (Theo Gant và cộng sự công bố năm 1973).

3. BIỂU HIỆN BỆNH LÝ MUỘN Ở BA THÁNG CUỐI THAI KỲ: NHIỄM ĐỘC THAI NGHÉN

3.1. Định nghĩa

Nhiễm độc thai nghén (NĐTN) là tình trạng bệnh lý do thai nghén gây ra trong ba tháng cuối thai kỳ gồm ba triệu chứng chính: phù, tăng huyết áp và protein niệu. Trong quá trình phát triển của y học, bệnh nhiễm độc thai nghén được gọi bằng nhiều tên khác nhau: năm 1928 Fabre gọi "Nhiễm độc do thai". Nước Đức gọi Gestosis. Nước ta (1) gọi bệnh albumin niệu trong khi có thai. Gần đây Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đề nghị gọi: rối loạn tăng huyết áp do thai nghén. Tỷ lệ mắc nhiễm độc do thai nghén thay đổi tuỳ theo vùng, từng nước. Ở Việt Nam tỷ lệ mắc nhiễm độc thai nghén từ 4-5% so với tổng số người có thai, nếu lấy mốc huyết áp bắt đầu từ 140/90 mmHg; và tỷ lệ 10-11% nếu lấy mức huyết áp từ 135/85 mmHg theo WHO.

3.2. Nguyên nhân và sinh lý bệnh học

Nguyên nhân sinh bệnh học nhiễm độc thai nghén hiện nay còn đang thảo luận, những biểu hiện lâm sàng nhiễm độc thai nghén giống như có: bệnh ở thận, ở hệ tim mạch, ở gan, ở mắt. Thực chất đây là biểu hiện các rối loạn bệnh ở tạng đích di thai nghén gây ra (1,2,3,4).

3.2.1. So sánh những biến đổi trong thai nghén thường là nhiễm độc thai nghén lấy

a. Sự thay đổi sinh lý trong thai nghén thường ở hệ tim, mạch, thận và máu. Những thay đổi trong nhiễm độc thai nghén được tóm tắt ở bảng sau.

Bảng 1. Những thay đổi sinh lý bệnh (2)

Đặc điểm (1)	Thay đổi thai nghén thường (2)	Biến đổi trong NĐTN (3)
Thể tích máu	Tăng 50%	Tăng ít hơn
Huyết tương:	Tăng +++	Tăng ít hay không
Hematocrit	Tăng ++ → + (thiếu máu sinh lý)	Tăng +++
Hiệu suất tim:	Tăng từ 40-50%	Có thể thay đổi
Huyết áp động mạch:	Giảm thấp ở 3 tháng giữa rồi 3 tháng cuối về bình thường	Tăng huyết áp
Sức kháng mạch máu ngoại vi:	Giảm	Tăng, hoạt động mạch máu tăng, co thắt mạch máu
Chức năng thận: -Lưu lượng máu thận -Tốc độ lọc cầu thận ở ba tháng giữa:	Truyền máu tăng gấp đôi. - Tăng 75% - Tăng 50%	Giảm Giảm Giảm
	Urê giảm	Urê máu tăng
	Thanh thải creatinin. Acid uric giảm	Creatinin máu tăng. Acid uric máu tăng
Hệ Renin Angiotensin-Aldosteron:	Hoạt động mạnh và thích hợp với tư thế và lượng muối ăn vào	Hoạt động và nồng độ renin huyết tương bị cản trở do mất đối vận (giãn mạch) với angiotensin II.
Hệ đông máu		
Fibrinogen:	Tăng	Còn bình thường
Yếu tố VII, VIII, IX và X	Đều tăng	Tỷ lệ von Wille Brand với yếu tố VIII hoạt động máu tăng dẫn đến tiêu thụ yếu tố VIII.
Hoạt động tan huyết	Giảm	Tăng
Số lượng tiểu cầu:	Bình thường hay tăng nhẹ.	Giảm
Thời gian chảy máu:	Bình thường	Kéo dài.

Co thắt mạch máu: co thắt mạch máu là cơ sở sinh lý bệnh học của NĐTN - sản giật. Khái niệm này được Volhard (1918) mô tả đầu tiên dựa trên quan sát trực tiếp các mạch máu nhỏ ở đáy mắt, ở tạng (Hinselman, 1924); Landesman, 1954). Sự co thắt mạch máu gây tăng huyết áp động mạch. Sự tăng huyết áp gây tổn thương mạch máu. Sự giãn và co từng đoạn động mạch nhỏ cũng có thể làm tổn hại lòng mạch làm giảm thể tích máu, cũng gây lắng đọng tiểu cầu và sinh sợi huyết ở nội mạc mạch (Brunner và Gavras, 1975). Co thắt mạch máu gây thiếu oxy ở mô quanh mạch, có thể gây hoại tử chảy máu và những rối loạn ở tạng đích khác (McKay, 1965) thấy ở bệnh nhân tiền sản giật nặng.

Thận là tạng nhậy cảm nhất với thay đổi lưu lượng và thể tích máu, làm tăng bài tiết sản phẩm chuyển hoá, làm urê máu, acid uric giảm và thải creatinin tăng. Lưu lượng máu và tốc độ lọc cầu thận tăng làm bài tiết những sản phẩm chuyển hoá ở máu. Đó là ở thai nghén thường.

Khi nhiễm độc thai nghén: có protein niệu, protid máu giảm, và những bất thường khác là dấu hiệu của tổn thương thận, do truyền máu thận giảm. Mức acid uric giảm và thải creatinin tăng. Lưu lượng máu và tốc độ lọc cầu thận tăng làm bài tiết những sản phẩm chuyển hoá ở máu. Đó là ở thai nghén thường.

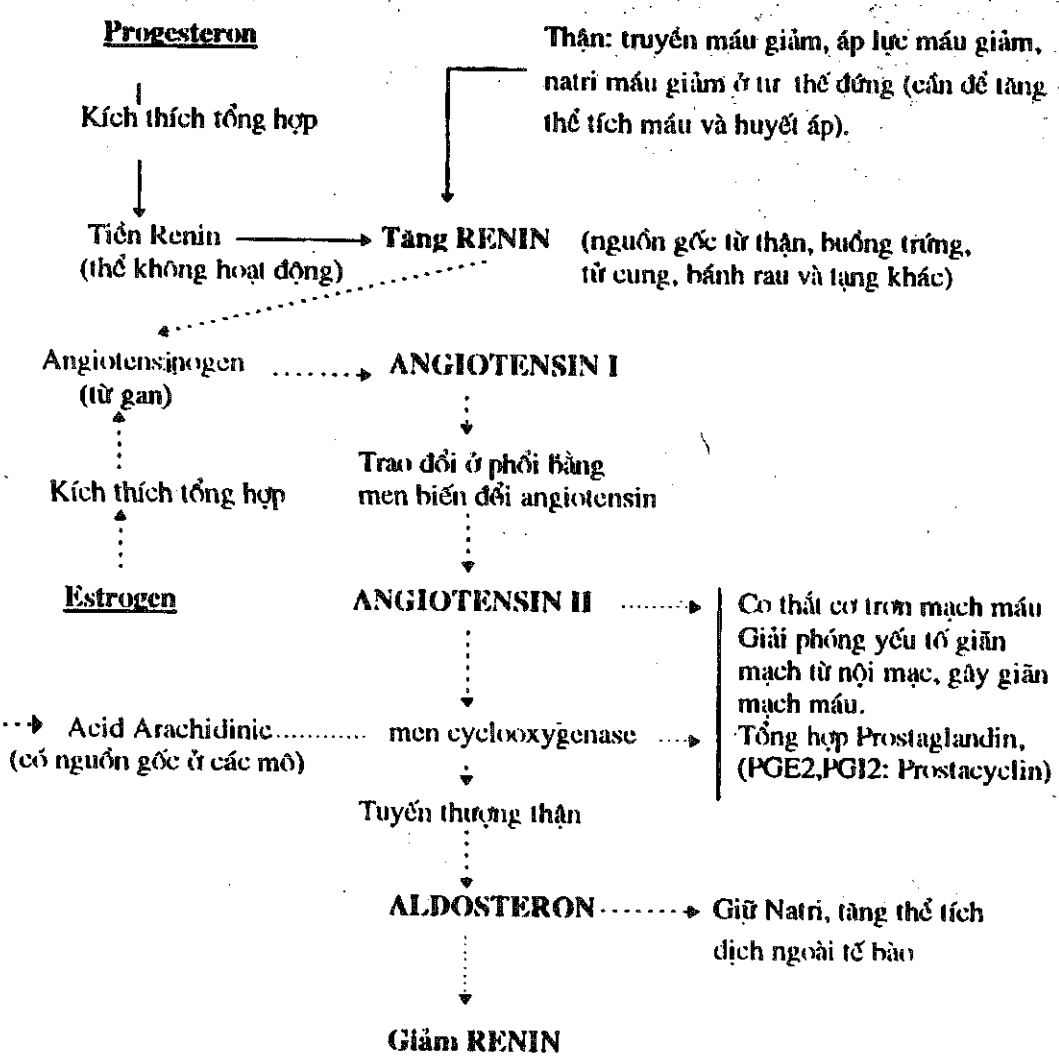
Khi nhiễm độc thai nghén: có protein niệu, protid máu giảm, và những bất thường khác là dấu hiệu của tổn thương thận, do truyền máu thận giảm. Mức acid uric máu tăng báo trước tốc độ lọc cầu thận giảm được coi là dấu hiệu quan trọng của phát triển bệnh nặng.

b. Thuyết về hệ Renin - Angiotensin - Aldosteron hay sự đáp ứng chất tăng áp

Hệ thống này có thể tóm tắt trong hình sau (Hình 75)

– Trong thai nghén bình thường: thành phần ở hệ Renin - Angiotensin - Aldosteron (chất Renin, nồng đồ Renin và hoạt độ Renin huyết tương, Angiotensin II và Aldosteron) tăng.

– Trong nhiễm độc thai nghén: một số thành phần của hệ này thấp hơn, so với thai nghén bình thường ví như Angiotensin II vẫn ở mức phạm vi không có thai, tức thấp so với mức thai có thai nghén bình thường. Bệnh nhân bị nhiễm độc thai nghén có mức Angiotensin II thấp, nhưng tăng đáp ứng với tăng huyết áp. Năm 1973, Gant và cộng sự đã chứng minh: truyền Angiotensin II vào tĩnh mạch cho những thai phụ có tuổi thai từ 28-32 tuần. Nếu truyền Angiotensin II với tốc độ trên 8ng/Kg/phút sẽ gây được tăng huyết áp tâm trương lên 20mmHg, ở thai nghén thường. Ngược lại, nếu truyền Angiotensin II cho những thai phụ cùng tuổi thai với tốc độ dưới 8ng/Kg/phút đã gây được huyết áp tâm trương lên 20mmHg thì người đó sẽ xuất hiện nhiễm độc thai nghén ở 3 tháng cuối của thai kỳ. Test này có thể phát hiện sớm những thai phụ sẽ có biểu hiện nhiễm độc thai nghén trước khoảng 8-12 tuần với giá trị (-) hay (+) ở 90% đối tượng thử (xem hình 76).



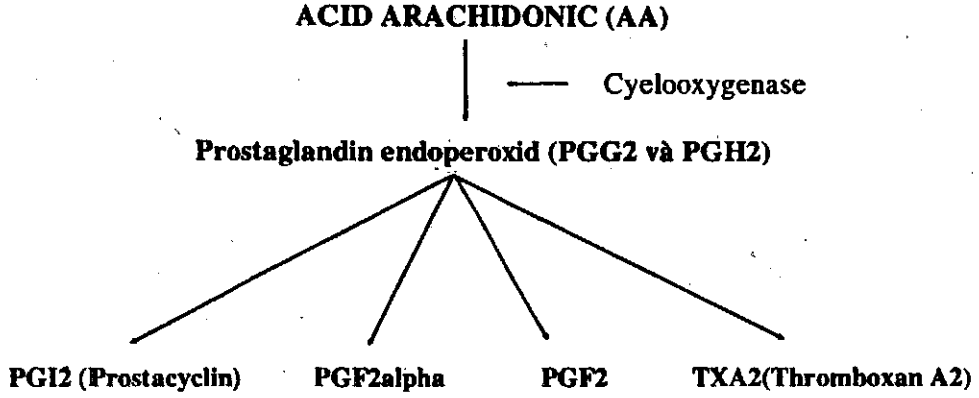
Hình 76. Hệ thống Renin - Angiotensin - Aldosteron (2)

Người ta cho rằng sự đáp ứng chất tăng áp Angiotensin II bị giảm ở thai phụ có huyết áp bình thường vì khả cảm thụ Angiotensin II ở tế bào cơ trơn mạch giảm (MacKanjee và cộng sự, 1991). Sức kháng mạch với Angiotensin II có thể qua trung gian bởi những yếu tố khác, như tăng tiết Aldosteron. Họ cho rằng Angiotensin II tác dụng lên cuộn mạch vỏ thượng thận. Nhiều nghiên cứu cho rằng: cơ trơn thành tiểu động mạch trơ với Angiotensin II là do có mặt Prostaglandin, hay chất giống Prostagladin được tổng hợp từ nội mạc mạch. (Cunningham và CS, 1975; Gant và CS; 1974a). Sự trơ này bị loại, khi dùng những chất ức chế Prostagladin như indomethacin, aspirin (Everette và CS, 1978a). Có một số mô, tăng nhanh tổng hợp Angiotensin hay giải phóng Prostaglandin hay cả hai. Người ta cho rằng thai nghén bình thường có khả năng tổng hợp Prostaglandin loại gây giãn mạch Prostagladin (PGI2) nhiều hơn loại gây co mạch Thromboxane A2 (TxA2).

Hiện nay chưa biết cơ chế chính xác của Prostagladin hay chất liên quan có hoạt động lên mạch máu khi có thai. Để làm sáng tỏ cơ chế, Goodman và CS (1982)

đã dùng Prostagladin giãn mạch trong thai nghén thường; Everette và CS (1978a) đã chứng minh liều cao aspirin hay Indomethacin sẽ làm tăng nhậy cảm mạch máu khi truyền Angiotensin II và họ cho rằng sự tổng hợp Prostagladin đã bị chẹn. Sachez-Ramos và CS (1978) đã ghi nhận sự đáp ứng mạch máu giảm sau khi uống 40mg aspirin trong vòng 2 giờ, giống như chẹn chất Thromboxan co mạch.

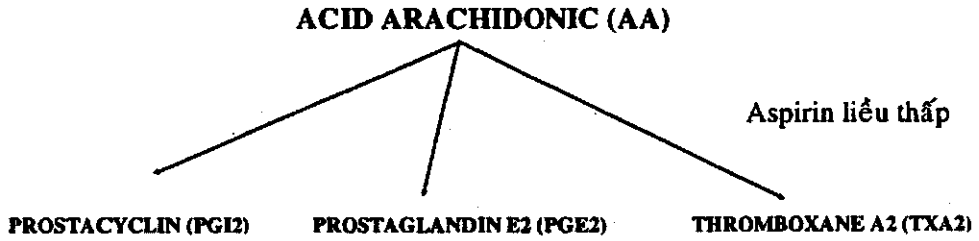
c. Thuyết Prostacyclin và Thromboxan A2: Prostagladin là một acid có tiền chất là acid arachidonic (acid eicosatettraenoic) chuyển hoá theo hai cách: Lipoxygenase và Cyclooxygenase. Sơ đồ tổng hợp Prostagladin như sau:



TxA2 đầu tiên được tổng hợp từ tiểu cầu, mô đệm và nguyên bào nuôi của bánh rau. Nó là chất co thắt mạch, tập trung tiểu cầu, giảm lưu lượng tuần hoàn tử cung rau và tăng hoạt động tử cung. PGI2 đầu tiên được sinh ra từ nội mạc mạch máu và phần ít hơn từ nguyên bào nuôi. Nó gây giãn mạch mạnh, ức chế độ tập trung tiểu cầu, thúc đẩy tuần hoàn tử cung rau và giảm hoạt độ tử cung. PGI2 và TxA2 cân bằng nhau ở thai nghén thường. Ở nhiễm độc thai nghén, tiền sản giật (TSG), TxA2 tăng trội lên. Walsh (1988) báo cáo progesteron bánh rau ở TSG tăng và giả thiết rằng: nồng độ progesteron tăng có thể ức chế sản sinh ra PGI2.

Spitz và CS (1988) báo cáo nữ cao huyết áp dùng 81mg aspirin hằng ngày có khả năng chặn tổng hợp TxA2 khoảng 75%, tổng hợp PGI2 giảm 20%, PGE2 30% nghĩa là ở TSG men cyclooxygenase biến đổi AA thành PGI2 và PGE2 giảm còn TxA2 tăng dần đến tình trạng co thắt mạch và nhậy cảm với truyền Angiotensin II.

Liệu pháp Aspirin liều thấp làm giảm mạnh sản sinh TxA2, nhưng chỉ chẹn một phần sản sinh PGI2 và PGE2, tạo khả năng giãn mạch của PGI2 như hình sau: (2)



Ở thai nghén thường, Prostacyclin có thể hoạt động bảo vệ, chống lại huyết khối. Liệu pháp aspirin liều thấp chứng tỏ đã ức chế men cyclooxygennase hạn chế chuyển AA thành TxA2, ưu tiên tạo PGI2 cải thiện lâm sàng làm giảm nguy cơ cho

những thai phụ bị nhiễm độc thai nghén, cũng như phòng ngừa tiền sản giật. Những quan sát này ủng hộ vai trò của Prostacyclin trong phòng ngừa nhiễm độc thai nghén, tiền sản giật và sản giật.

d. Thuyết cơ chế tổn thương nội mạc mạch máu

Thuyết hướng vào các yếu tố nội mạch máu trong đó Prostacyclin. Thuyết này đã được ủng hộ bởi Romeo & Cs (1988), Walsh & Cs (1990), Friedman & Cs (1991). Họ đã xem xét tác dụng của liệu pháp aspirin liều thấp thấy có mất cân bằng giữa TxA2 và PGI2 ở tiền sản giật.

Nó có vai trò điều hoà mạch máu chung và lưu lượng máu tử cung - rau, mà chủ yếu là truyền máu tại chỗ ở tử cung - bánh rau.

Để duy trì giãn mạch máu, cần có yếu tố giãn nội mạc (EDRF = Endothelium derived relaxing factor), và PGI2 (Prostacyclin). Pha đầu thai kỳ (giữa tuần thứ 10-16): EDRF hướng vào phía cơ tử cung và nội mạc động mạch xoắn. Pha thứ 2: xẩy ra từ tuần 16-22, EDRF hướng vào một phần động mạch xoắn ở cơ tử cung.

Kết quả: mạch máu giãn không có thắt lại được.

Trong nhiễm độc thai nghén, tiền sản giật không có hiện tượng xâm lấn của nguyên bào nuôi nên dẫn tới sự co thắt mạch khu trú và truyền máu vào bánh rau ít hơn, dẫu có tăng áp. Khi nội mạc mạch bị tổn thương gây: protein niệu, phù toàn thân.

Người ta cũng biết rằng: tế bào nội mạch mạch máu bị tổn thương, thường tiết ra những chất co mạch như Endothelin, và những chất khác từ tế bào nội mạc. Chúng cũng ức chế đông máu và hoạt hoá chất Plasminogen mô tan huyết khối. Khi tế bào nội mạc bị tổn thương, không chỉ bị mất chức năng bình thường mà còn sinh ra những chất tiền đông (thay thế chất chống đông) và chất co thắt mạch máu. Do vậy, tổn thương nội mạc, nguyên bào nuôi ở đầu thai kỳ dễ gây rối loạn những chức năng tế bào nội mạc tiếp theo. Do đó, có thể giải thích nhiều thay đổi sinh lý học của bệnh này.

Bảng 2. Tóm tắt những biểu hiện lâm sàng và sinh bệnh lý của NĐTN (2)

Sinh bệnh lý	Lâm sàng	
Bánh rau bất thường	nguyên bào nuôi xâm lấn động mạch xoắn không đủ, đặc biệt pha thứ hai	Sự tăng trưởng thai bị tổn hại thứ phát, sức kháng cao, truyền máu bánh rau giảm dẫn đến suy thai
Prostacyclin thiếu và Thromboxane A2 dư thừa	Hoạt hoá hệ cầm máu, tập trung tiểu cầu	Sự co thắt mạch máu tăng. Huyết áp tăng
Sự co thắt mạch (hệ thống)	Tăng huyết áp	Truyền máu tạng giảm (như: tốc độ lọc cầu giảm, lưu lượng máu thận giảm, thanh thải creatinin giảm).
Tổn thương nội mạc mạch máu	Protein niệu. Bệnh đông máu	Giảm tiểu cầu (bình thường trên 100.000/cc).
Thể tích máu giảm	Máu cô đặc (hematocrit tăng).	

Tóm lại, hiện nay nguyên nhân sinh bệnh của rối loạn tăng huyết áp do thai nghén đã khu trú trên hệ Renin - Aldosteron - Angiotensin; hệ Prostacyclin và Thromboxan A2; tổn thương nội mạc; ít liên quan tới hệ Catecholamin và ADH.

3.2.2. Các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sự phát sinh bệnh

– Thời tiết: tỷ lệ nhiễm độc thai nghén về mùa rét, ẩm ướt, cao hơn so với mùa nóng ấm.

– Tuổi: tỷ lệ nhiễm độc thai nghén ở con số 35 tuổi gần gấp đôi thai phụ cơ so dưới 20 tuổi.

– Số lần có thai: thai phụ con rạ tỷ lệ nhiễm độc thai nghén cao hơn con so.

– Số lượng thai: thai đôi, đa thai.

– Đời sống kinh kế kém và trình độ văn hoá thấp tỷ lệ nhiễm độc thai nghén cao hơn.

– Địa lý: ta chưa có công trình xác minh tỷ lệ mắc nhiễm độc thai nghén ở từng vùng.

– Chế độ dinh dưỡng: tỷ lệ nhiễm độc thai nghén cao ở người thiểu dưỡng, thiếu acid folic và các yếu tố vi lượng: Ca, Mg, P, Zn...

– Chế độ làm việc: chế độ làm việc nặng nhọc, căng thẳng về tinh thần.

– Tiền sử có nhiễm độc thai nghén, tiền sản giật, sản giật, rau bong non.

– Tiền sử thai nghén: thai kém phát triển trong tử cung, thai chết.

– Tiền sử nội khoa: đái đường, cao huyết áp, thận, rối loạn chất tạo keo, nhược giáp.

– Tốc độ lưu lượng Doppler động mạch tử cung bất thường: (4)

+ Tỷ lệ tâm thu/tâm trương > 2,6

+ Chỉ số kháng (Resistance Index = RI) > 0,58

+ Có xuất hiện khía hình chữ V.

– Nhậy cảm với Angiotensin II tăng lúc 28 tuần tuổi thai (4).

– Test đo huyết áp ở hai tư thế (Roll - over test): dương tính (+). (4)

3.2.3. Giải phẫu bệnh

Thường gặp tổn thương cơ bản ở các tạng như:

– Tổn thương mạch máu hay gặp ở các tạng như:

+ Não: co mao mạch thiểu dưỡng mô và tổn thương tế bào não và phù não

+ Thận: co thắt mạch máu thận làm giảm lưu lượng máu thận, giảm tốc độ lọc máu của cầu thận làm tổn thương tế bào thận: tiểu ra protein, lượng nước tiểu ít, xuất hiện trụ niệu; và urê, acid uric và creatinin máu tăng.

+ Tim: thiếu máu cơ tim, gây loạn nhịp tim, suy tim.

+ Phổi: co thắt mạch máu phổi, ứ huyết phổi gây phù phổi.

+ Mắt: co thắt mao mạch chủ yếu mao động mạch (dấu hiệu Gunn) gây phù võng mạc, xuất tiết và xuất huyết võng mạc gây bệnh thong manh.

– Tổn thương hệ đông máu: có khả năng gây đông máu rải rác trong lòng mạch gây giảm sinh sợi huyết, tan huyết gây chảy máu ở các tạng, rau bong non, huyết khối ở trong bánh rau. Chảy máu ở: phổi, thận, tim, não, dưới bao gan, chảy máu ra ngoài sau khi đẻ do rối loạn đông máu. Số lượng tiểu cầu giảm (xem hình 70 bài Tiền sản giật - sản giật).

– Tổn thương hoại tử: khi làm giải phẫu bệnh, thường gặp những ổ tổn thương hoại tử rải rác ở bánh rau, thận, gan, quanh động mạch nhỏ tĩnh mạch cửa.

– Tổn thương phù: gặp ở gian bào phù toàn thể, ở phổi gây phù phổi cấp, phù não gây cơn sản giật.

– Tổn thương lắng đọng sản phẩm thoái hoá: từ Fibrin - Fibrinogen, Globulin, miễn dịch AgG, AgM, bổ thể trong các mô và màng mao mạch. Tổn thương này hay gặp ở bó mao mạch cầu thận, mô gan, xoang mạch ở gan.

3.3. Triệu chứng học

3.3.1. Triệu chứng lâm sàng

a. Những triệu chứng chính:

– Tăng huyết áp: tăng huyết áp động mạch là dấu hiệu quan trọng, vì là dấu hiệu đến sớm nhất, tỷ lệ gặp nhiều nhất (87,5%), có giá trị tiên lượng cho cả mẹ và con. Có ba cách đánh giá tăng huyết áp động mạch.

(1) Đánh giá theo hằng số sinh lý: dùng cho những ai chưa có số đo huyết áp. Nếu số đo huyết áp bằng hay trên 140/90 mmHg, được coi là cao huyết áp.

(2) Đánh giá so sánh với số đo huyết áp trước và sau khi có thai, nếu;

Huyết áp tâm thu tăng trên 30mmHg so với huyết áp tâm thu trước khi có thai.

Huyết áp tâm trương tăng trên 15mmHg so với huyết áp tâm trương trước khi có thai.

Nếu đánh giá so sánh với số đo huyết áp sau khi có thai tăng, tuỳ thời điểm lúc so với tuổi thai, ta có khả năng phân biệt cao huyết áp mạn hay nhiễm độc thai nghén.

(3) Huyết áp trung bình: đánh giá cả hai số đo huyết áp tâm thu và tâm trương, cùng lúc theo công thức sau:

$$\text{Huyết áp trung bình} = \frac{\text{Huyết áp tối đa} + 2\ (\text{huyết áp tối thiểu})}{3}$$

Nếu huyết áp trung bình tăng 20mmHg so với trước khi có thai là tăng huyết áp.

Chú ý: đo là ghi nhận số đo huyết áp cả hai tay, rồi lấy số đo ở tay có huyết áp cao hơn để đánh giá và theo dõi. Nói tăng huyết áp khi số đo lần sau cao hơn trước. Điều kiện lúc chẩn đoán: hai lần đo huyết áp cách nhau 6 giờ đều tăng gọi là tăng huyết áp thực sự. Khi chuyển dạ đẻ, chỉ cần cách 2 giờ đủ để đánh giá là đã tăng huyết áp.

* Đặc điểm tăng huyết áp trong nhiễm độc thai nghén.

Huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương tăng giảm không tương đồng, huyết áp tâm thu tăng, huyết áp tâm trương vẫn bình thường hay ngược lại. Thường tăng cả huyết áp tâm thu lẫn tâm trương. Nếu huyết áp tâm trương tăng nhanh hơn dẫn đến kẹt huyết áp, sẽ có tiên lượng nặng hơn.

Tăng huyết áp có thể dao động theo nhịp sinh học trong ngày, hay tăng ổn định. Do vậy trước khi điều trị, nên xác định xem tăng huyết áp thuộc thể nào.

Trong nhiễm độc thai nghén, tăng huyết áp thường bắt đầu từ tuần 32 của thai kỳ, tăng sớm hơn tiên lượng nặng hơn và trở lại bình thường khi hết thời kỳ hậu sản.

Nếu sau đẻ sáu tuần, huyết áp vẫn còn cao, thường là tăng huyết áp mạn tính.

– Protein niệu: protein niệu xuất hiện muộn hơn dấu hiệu tăng huyết áp. Xác định bằng lượng protein có trong nước tiểu, gọi dương tính (+) khi:

Lượng protein niệu trên 0,3g/l ở mẫu nước tiểu trong 24 giờ.

Lượng protein niệu trên 0,5g/l ở mẫu nước tiểu lấy ngẫu nhiên.

Xác định protein niệu bằng phương pháp bán định lượng, giá trị (+) → 3(+). Thận bị tổn thương. Sự bài tiết protein niệu trong ngày không đều, nên mẫu nước tiểu 24 giờ có giá trị chẩn đoán và theo dõi hơn. Như dấu hiệu huyết áp, lượng protein niệu càng cao bệnh càng nặng.

– Phù: vào nửa cuối thai kỳ có hai loại phù: phù do chèn ép thường xuất hiện vào chiều tối, sáng ngủ dậy thì hết phù. Phù do nhiễm độc thai nghén, ban đầu biểu hiện vào buổi sáng, rồi cả trong ngày, phù ngày càng tăng. Hai loại phù này đều là phù trắng, mềm, ấn lõm. Phù do nhiễm độc thai nghén bắt đầu phù từ thấp (chân) lên cao (mặt) hay phù toàn thân. Có hai thể: thể biểu hiện lâm sàng, như đã mô tả ở trên. Thể không biểu hiện lâm sàng, tức phù ở các tạng, khám lâm sàng khó thấy. Hai thể phù này đều thể hiện: thai phụ tăng cân quá nhanh, tăng trên 500g/tuần, hay trên 2250g/tháng. Đánh giá khả năng phù quá cân nặng là chính xác.

b. Những triệu chứng khác

– Tình trạng thiếu máu: mệt mỏi, da xanh, niêm mạc nhợt nhạt, (huyết tán).

– Phổi: đôi khi có hội chứng ba giảm do có nước ở màng phổi.

– Tim: đôi khi có tiếng thổi cơ năng do thiếu máu, tiếng tim mờ ứ nước màng tim, đôi khi bệnh nhân có kèm theo khó thở nhẹ.

– Bụng: có thể có nước cổ trướng tự do, do phù màng bụng.

– Mắt: bệnh nhân đôi khi cảm thấy mờ mắt do phù võng mạc có ở nhiễm độc thai nghén nặng.

3.3.2. Dấu hiệu cận lâm sàng

– Xét nghiệm chức năng thận: nước tiểu: lượng protein. Cặn nước tiểu: hồng cầu, bạch cầu, trụ niệu. Máu: định lượng các chất như: Creatinin (bình thường: 1,8mg); acid uric (bình thường: 4,5mg); urê (bình thường 0,3g/l), nếu chúng tăng là chức năng thận đã bị tổn thương.

– Xét nghiệm chức năng gan: định lượng SGOT, SGPT; phản ứng Gross, Maclagan, nếu tăng, tức tế bào gan đã có dấu hiệu bị tổn thương.

– Tế bào máu: số lượng hồng cầu; hematocrit, hemoglobin; tiểu cầu giảm.

– Định lượng protid máu: nếu giảm là phù do áp lực keo máu giảm.

– Soi đáy mắt: có dấu hiệu Gunn, phù gai thị, xuất huyết võng mạc,... là mắt đã bị tổn thương. Động mạch mắt xơ hoá thường gặp trong cao huyết áp mạn tính.

– Thăm dò tình trạng thai: test NST, test CT, chỉ số sinh học khi có thai, đánh giá xem thai đã bị suy yếu ở mức nào, đã có khả năng sống trong môi trường không khí chưa.

3.4. Thể lâm sàng

3.4.1. Theo mức độ nặng nhẹ : tóm tắt theo bảng sau

Bảng 3. Các thể lâm sàng theo mức độ nặng nhẹ

	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Phù sau nghỉ ngơi	Phù ở chân	Lan lên bụng, tay	Lan toàn bụng
Tăng thân trọng	Trên 0,5kg/tuần	Trên 1kg/tuần	Trên 2kg/tuần
Tăng huyết áp	Từ 140/90mmHg	Từ 150/100mmHg	Từ 160/110mmHg
Protein niệu (g/l)	Từ 1 đến 2	Từ 3 đến 4	Từ 5,0 trở lên
Lượng nước tiểu	Trên 800ml/24 giờ	Dưới 800ml/24 giờ	Dưới 400ml/giờ
Thị lực	Bình thường	Giảm hay mờ	Mờ hẳn

3.4.2. Theo triệu chứng kết hợp

– Loại có một triệu chứng đơn thuần: khi chỉ có tăng huyết áp, hay protein niệu hay chỉ có phù. Thể tăng huyết áp: loại tăng huyết áp thoáng qua, dễ bị lầm với cao huyết áp mạn tính.

– Loại kết hợp hai triệu chứng:

Hoặc tăng huyết áp kết hợp với phù.

Hoặc tăng huyết áp kết hợp với protein niệu.

Hoặc protein niệu kết hợp với phù.

3.4.3. Theo phát sinh bệnh (Cummingham FG, William obstetric 19th ed. 1993)

Bảng 4. Phân loại rối loạn tăng huyết áp do thai nghén

(1) Rối loạn tăng huyết áp do thai: Huyết áp tăng lên từ quý ba thai kỳ và trở lại bình thường sau khi đẻ, ở người không cao huyết áp mạn tính.
Tăng huyết áp tạm thời (do thai nghén).
Tiền sản giật:
- Thể nhẹ
- Thể nặng
Sản giật
(2) Cao huyết áp mạn tính: (có trước khi có thai)
(3) Cao huyết áp mạn tính (trầm trọng lên trong khi có thai).
Tăng huyết áp nặng lên thành tiền sản giật gọi tiền sản giật bội thêm
Tăng huyết áp nặng lên thành sản giật

3.4.4. Hội chứng HELLP

Đây là tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng HELLP của đại học Tennessee, Memphis, Mỹ: H (Hemolyse = tan huyết): vết mờ ở tiêu bản máu. Bilirubin toàn phần > 1,2mg/dL. Lactic dehydrogenáe > 600U/L. EL (Elevated Liver enyme = men gan tăng): SGOT > 70U/L. Lacticdehydrogenase tăng. LP (Low Platelét = tiểu cầu giảm): < 100.000/mm^3. Đây là hội chứng nặng cần đình chỉ thai nghén ngay (3;40.

3.5. Chẩn đoán

3.5.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào ba triệu chứng chính: huyết áp, protein niệu, và phù không hay có kèm theo dấu hiệu phụ và dấu hiệu cận lâm sàng.

3.5.2. Chẩn đoán phân biệt: với những bệnh có triệu chứng tương tự như:

– Bệnh tăng huyết áp mạn tính và thai nghén: cao huyết áp có từ trước khi có thai, hoặc tăng ngay từ khi có thai, nhưng protein niệu (-). Nên dễ lầm thể NĐTN một triệu chứng. Nếu protein niệu (+) đã là tiền sản giật thêm vào, có tiên lượng xấu cho mẹ và con.

– Bệnh viêm thận và thai nghén: bệnh nhân có protein niệu trước khi có thai và tồn tại dai dẳng đến khi đẻ. Bệnh thận dễ nặng lên khi có thai, có tiên lượng xấu cho cả mẹ và con.

– Dấu hiệu phù do nguyên nhân khác: phù do tim, thận, thiểu dưỡng... hoặc do chèn ép.

– Dấu hiệu protein: do tim hoặc do thận.

3.6. Tiên lượng và tiến triển

3.6.1. Tiên lượng

Muốn tiên lượng, ta phải dựa vào các yếu tố chính, phụ, cận lâm sàng, thời gian xuất hiện sớm hay muộn theo tuổi thai và mức độ nặng nhẹ của bệnh.

a. Về phía mẹ: có thể dựa vào những điểm sau:

– Sự tăng huyết áp và những dấu hiệu hậu quả của tăng huyết áp.

– Ba triệu chứng chính đều nặng lên. Phương pháp điều trị đúng hay không.

– Thời điểm xuất hiện bệnh càng sớm càng nặng.

– Phát hiện muộn hay điều trị muộn và bệnh có đáp ứng với điều trị hay không.

– Xuất hiện biến chứng ở tạng đích của bệnh như: phù não, phù hay xuất huyết đáy mắt...

– Lượng nước tiểu ít dần, chức năng thận suy dần.

– Có kèm theo bệnh lý khác như: bệnh tim, bệnh thận, phát ban giảm tiểu cầu (SLE)...

b. Về phía con

– Dựa vào tuổi thai, tuổi thai càng nhỏ bệnh tiên lự cho mẹ con càng nặng.

– Sự phát triển của thai trong tử cung càng kém phát triển, bệnh càng nặng.

– Dựa vào thể tích dịch ối càng giảm bệnh càng nặng.

– Dựa vào sự tăng huyết áp tâm trương:

Ở mức 110mmHg thai có nguy cơ cao, thai suy mạn trong tử cung.

Ở mức 120mmHg thai có nguy cơ chết trong tử cung.

3.6.2. Tiến triển

Nói chung nếu nhiễm độc thai nghén được chẩn đoán sớm, được điều trị tốt, bệnh nhân có đáp ứng với điều trị, ta có khả năng duy trì thai nghén tới đủ tháng. Khi điều trị cần và phải luôn đánh giá kết quả điều trị hàng ngày để tiên lượng. Vì từ thể nhiễm độc thai nghén nhẹ rất dễ tiến triển tới thể nặng, tiền sản giật rồi sản giật, nếu không được điều trị tốt dễ dẫn đến tỷ lệ tử vong mẹ và con.

3.7. Xử trí

3.7.1. Mục tiêu điều trị

a. Đối với mẹ: ngăn cản sự tiến triển của bệnh. Tránh các biến chứng có thể xảy ra. Hy vọng cải thiện tình trạng bệnh và giảm tỷ lệ mắc biến chứng và tử vong mẹ.

b. Đối với con: cố gắng đảm bảo sự phát triển bình thường của thai trong tử cung, hạn chế những nguy cơ có thể xảy ra cho thai: kém phát triển trong tử cung, suy dinh dưỡng, chết lưu... và giảm tỷ lệ bệnh và tử vong chu sản.

Khi điều trị, người thầy thuốc cần phải nắm vững phương châm: bảo vệ mẹ là chính, có chiếu cố đến con; và nguồn gốc của bệnh xuất phát từ thai. Thuốc điều trị triệu chứng cho mẹ đồng thời có thể tác động đến thai, nên cân nhắc kỹ trước khi dùng thuốc để điều trị cho mẹ.

3.7.2. Nội dung điều trị bao gồm

a. Điều dưỡng chung các thể lâm sàng

– Chăm sóc: bệnh nhân cần nghỉ tại giường, nằm nghiêng trái nhằm tăng tuần hoàn tử cung rau có lợi cho thai. Buồng bệnh ấm áp, ánh sáng dịu, ít ồn ào, tạo cảm giác thoải mái, gây tin tưởng vào chuyên môn.

– Chế độ ăn: nếu protid máu giảm và phù nên khuyên bệnh nhân ăn tăng khẩu phần đạm và hạn chế muối, đặc biệt khi có protein niệu.

– Về uống: khuyên bệnh nhân uống lượng nước hàng ngày như bình thường, (1,5-2l/ngày), không uống nước có muối.

Theo dõi và đánh giá hàng ngày về các dấu hiệu lâm sàng, lượng nước tiểu/24 giờ, xét nghiệm,... về sự tiến triển của bệnh đáp ứng thuốc trong quá trình điều trị bệnh. Theo dõi cân nặng của bệnh nhân hàng ngày.

b. Điều trị

Khi thai chưa đủ tháng, điều trị ở đây là điều trị triệu chứng:

– Với huyết áp: mục đích khống chế huyết áp không để tăng lên, không hạ thấp quá sao cho an toàn cả mẹ và con, tức không ảnh hưởng tới tuần hoàn tử cung rau. Những thuốc sau hiện nay được chọn điều trị để an toàn cho mẹ con:

– Anpha methyldopa (Aldomet, Dopegyt...). Nó kích thích ức chế trung tâm nhận cảm alpha và làm giảm hoạt tính renin trong huyết tương. Viên 0,25g; liều tối đa không quá 3g/24giờ. Nên dùng liều từ thấp đến cao rải đều trong ngày để có nồng độ ức chế huyết áp.

+ Hydralazin hydroclorit (Dihydralazin, Depresssan, ...). Nó có tác dụng giãn mạch và làm giảm sức cản ngoại vi. Viên 10mg; 20mg; liều tối đa không quá 200mg/24 giờ. Chú ý tác dụng phụ: khi đứng dễ tụt huyết áp. Aldomet và Hydralazin là thuốc an toàn cho thai vì nó đã được dùng trên 50 năm.

+ Dung dịch Magnesium sulfat 15% tiêm tĩnh mạch hay bắp đều có tác dụng giãn các mao động mạch như hai thuốc trên. Liều trung bình từ 3-4g/ngày. Nó có tác dụng hạ huyết áp. Nên dùng liều thấp rồi tăng dần cho đến khi đạt được mục tiêu điều trị. Có thể dùng 1 hoặc kết hợp 2-3 loại thuốc trên bằng tiêm hay uống, sao cho trong máu luôn đủ nồng độ thuốc để kìm chế huyết áp của bệnh nhân theo yêu cầu của điều trị (1,4).

+ Các chẹn giao cảm bêta: Labetalol, Trandate.... ít được dùng trong nhiễm độc thai nghén.

Về aspirin: Hauth và CS nghiên cứu ngẫu nhiên 604 thai phụ con so khoẻ mạnh lúc thai 24 tuần tuổi thai: 302 nữ uống aspirin 60mg/ngày, và 302 uống viên thuốc giả. Kết quả: tỷ lệ tiền sản giật thấp có ý nghĩa ở nhóm đã uống aspirin. Không có khác biệt giữa hai nhóm về: tuổi thai lúc đẻ, cân lúc sinh, hay tỷ lệ chậm phát triển hoặc đẻ non. Đây là kết quả nghiên cứu của CLASP.

Bảng 5. So sánh tác dụng về viên aspirin 60mg và viên placebo ở nhiều nước

Aspirin (n = 4659)	Placebo (n= 4650)
Tiền sản giật (%) 6,7	7,6
Thai chậm phát triển (%) 7,7	8,3
Đẻ trước 37 tuần (%) 19,7	22,2
Rau bong non (%) 1,8	1,5
Sự truyền máu (%) 4,0	3,2
Tử vong chu sản (%) 2,7	2,8

(Collaborative Low-Dose Aspirin Study in Pregancy). Lancet 1994, 343: 619

Các tác giả không thấy có sự khác nhau về: tỷ lệ tiền sản giật: thai chậm phát triển, hay mẹ bị biến chứng. Tuy vậy họ kết luận: aspirin liều thấp không nên dùng thường qui để giảm tiền sản giật và thai chậm phát triển, vì:

Ít nhất có hai cơ chế có thể có ở thai phụ bị nhiễm độc thai nghén. Acid arachidonic biến đổi do men cyclooxygenase thành TxA2, PGI2, PGE2; con đường này có đáp ứng với liệu pháp aspirin liều thấp. Con đường thứ hai acid arachidonic chuyển hoá do men lipoxygenase làm cho bánh rau tăng sản xuất 15 - dhydroxyeicoxatetraenoic - acid 915 - HETE); nó ức chế sản xuất prostacylin dẫn đến co thắt mạch máu.

– Về bổ sung calcium:

Có sự liên quan giữa ăn bổ sung thêm calci và nhiễm độc thai nghén. Tác giả đã thấy sự bài tiết calci nước tiểu giảm ở thời gian tiền sản giật, và nhiều tuần lễ trước khi bắt bị tiền sản giật. Belizan (1988) báo cáo về mối liên quan ngược giữa chế độ ăn bổ sung calci, huyết áp mẹ và tỷ lệ tiền sản giật, sản giật.

Dưới đây nêu 3 nghiên cứu có đối chứng có số đối tượng cao nhất. Mỗi ngày đối tượng nghiên cứu dùng từ 1500 đến 2000mg calcium. Tỷ lệ tiền sản giật, rối loạn cao huyết áp giảm có ý nghĩa ở 2 nghiên cứu sau (3).

	Viliar & Repker		Montanaro & CS		Belizan & CS	
	Ca (n = 90)	Pla (n = 88)	Ca (n = 84)	Pla (n = 86)	Ca (n = 579)	Pla (n = 588)
Tăng HA/thai	3,3	5,7	4,8	16,3	7,2	10,7
Tiền sản giật	0,0	3,3	2,4	10,5	2,6	3,9
Rối loạn tăng HA	3,3	9,0	7,2*	26,8	9,8*	14,8

Bị chú: Ca = Calcium; Pla = viên thuốc giả; HA = huyết áp; *P < 0,01.

+ Với protein niệu: ngoài công tác điều dưỡng, hạn chế Natri clorua; nên dùng kháng sinh nhóm bêta lactamin để chống viêm cầu thận khi có thai.

+ Với phù: cần tìm nguyên nhân gây phù. Nếu ứ Natri ở máu, phải hạn chế đưa Natri clorua vào cơ thể. Nếu protid máu giảm, nên nâng cao áp lực keo trong lòng mạch bằng truyền đạm hay bằng đường tiêu hoá tuỳ trường hợp cụ thể.

+ Khi lượng nước tiểu dưới 800ml/24 giờ: nên dùng thêm thuốc lợi niệu như lasix. Khi dùng thuốc lợi niệu nên kèm theo Kali clorua để chống hạ Kali do thuốc lợi niệu. Không nên dùng thuốc lợi niệu kéo dài, dễ gây thiểu ối nguy hiểm cho thai.

+ An thần: Diazepam 5mg; Rotunda 30mg; Tranxen 5mg....

+ Nên dùng thêm các yếu tố vi lượng: calci, Magne - B6, kẽm, acid folic... Trong quá trình điều trị, cần phải đánh giá kết quả điều trị hàng ngày. Khi tình trạng nhiễm độc thai nghén có đáp ứng với điều trị, có thể giữ thai tới đủ tháng. Khi đã đủ tháng, có thể gây chuyển dạ đẻ nếu chỉ số Bishop thuận lợi, hoặc chờ chuyển dạ, không nên để thai nghén quá ngày sinh. Nếu nhiễm độc thai nghén không đáp ứng với điều trị, nên đình chỉ thai nghén để cứu mẹ tức điều trị nguyên nhân.

– Khi chẩn đoán nhiễm độc thai nghén lúc đủ tháng: ta nên đánh giá tình trạng mức độ nhiễm độc thai nghén. Tiến hành thực hiện các biện pháp nội khoa cho phù hợp. Đồng thời đánh giá chỉ số Bishop và những vấn đề chuẩn bị liên quan khác để ra quyết định đình chỉ thai nghén bằng đường dưới hay đường trên và chọn thời điểm thích hợp để tiến hành thực hiện đình chỉ thai nghén.

– Khi chẩn đoán nhiễm độc thai nghén lúc đang chuyển dạ: cần đánh giá tình trạng nhiễm độc thai nghén để thực hiện biện pháp nội khoa và sản khoa thích hợp. Nếu chủ quan dễ xảy ra những tai biến kho có thể lường trước được.

3.8. Phòng bệnh

– Nguyên nhân bệnh nhiễm độc thai nghén chưa rõ, nên chưa có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu.

– Cần điều trị các bệnh liên quan: bệnh cao huyết áp, bệnh thận..., trước khi có thai. Vì thai nghén làm bệnh đó nặng lên và dễ dẫn đến nhiễm độc thai nghén nặng.

– Khi có thai, thai phụ cần đăng ký, khám thai theo định kỳ ở phòng khám chuyên khoa, để có thể phát hiện sớm những bất thường của thai nghén, để điều trị kịp thời; ta sẽ có khả năng hạn chế tỷ lệ mắc bệnh và tử vong do bệnh nhiễm độc thai nghén.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ***Đinh Văn Thắng:*** Bệnh albumin niệu trong khi có thai. Bệnh học sản khoa. Nhà xuất bản giáo dục Hà Nội, 1959: trang 18.
2. ***Joyce Roberts:*** Current perspectives on preeclampsia. Journal of Nurse - Midwifery 1994, 39/2: 70-90
3. ***Williams Obstetrics. 19th Edition:*** Section X: Common complications of Pregnancy. Chapter 36: Hypertension Disorders in Pregnancy. Page: 763-810.
4. ***Baha M. Sibai and Mohammed K. Ramada:*** Preeclampsia and Eclampsia. Sciarra Obstetrics and Gynecology. Vol 2, Chap 7, 1995.

4. TIỀN SẢN GIẬT

Tiền sản giật là giai đoạn quá độ từ nhiễm độc thai nghén biến chứng thành sản giật. Giai đoạn tiền sản giật có thể diễn biến khoảng vài giờ, vài ngày, vài tuần, tuỳ mức độ nặng nhẹ của bệnh; cũng có thể thoáng qua gần như bỏ qua giai đoạn này. Vì thế đứng trên quan điểm điều trị, ta nên coi thể nhiễm độc thai nghén nặng là tiền sản giật.

4.1. Triệu chứng học

Trên cơ sở bệnh nhân có biểu hiện nhiễm độc thai nghén nặng với các triệu chứng như:

– Tăng huyết áp: bằng hay trên 160/110mmHg, đo khi bệnh nhân đang nằm nghỉ và khoảng cách giữa hai lần đo cách nhau ít nhất 2 giờ.

– Protein niệu: lượng protein trên 6g/lít/24 giờ. Tất nhiên lượng protein niệu càng nhiều bệnh càng nặng; nhưng nếu dưới 6g/lít/24 giờ cũng chưa loại trừ được tình trạng tiền sản giật.

– Dấu hiệu phù hay tăng cân nhiều cũng rất có ý nghĩa trong chẩn đoán.

– Lượng nước tiểu giảm, dưới 400ml/24 giờ và càng giảm bệnh càng nặng.

– Xuất hiện thêm một trong những dấu hiệu (gọi tắt dấu hiệu thần kinh) sau:

+ Dấu hiệu thần kinh:

Bệnh nhân kêu nhức đầu, đau nhức ở vùng chẩm, mà dùng thuốc chống nhức đầu không khỏi. Tinh thần của bệnh nhân lờ đờ, thờ ơ với ngoại cảnh (3,4; hình 77).

+ Dấu hiệu về thị giác: bệnh nhân cảm thấy hoa mắt, chóng mặt, sợ ánh sáng. Bệnh nhân cảm thấy mờ mắt, thị lực giảm dần hay giảm đột ngột.

+ Dấu hiệu tiêu hoá: bệnh nhân cảm thấy buồn nôn, nôn và đau ở vùng thượng vị hay đau vùng hạ sườn phải (3,4; hình 77).

+ Dấu hiệu cận lâm sàng của nhiễm độc thai nghén nay nặng thêm: số lượng hồng cầu và huyết sắc tố giảm. Định lượng men gan (SGOT, SGPT) tăng. Số lượng tiểu cầu giảm. Creatinin, urê và acid uric máu tăng. Protein niệu tăng.

+ Nếu bệnh nhân xuất hiện thêm một trong các biến chứng: suy tim, phù phổi, khó thở, tím tái, đau ngực, thai kém phát triển trong tử cung và thiểu ối. Dù những dấu hiệu chính nhẹ cũng nên xem là tiền sản giật (1;2;3;4).

4.2. Thể lâm sàng

– Tiền sản giật đơn thuần, phát triển từ nhiễm độc thai nghén.

– Tiền sản giật bội thêm (Superimposed Hypertension): thể này phát triển từ thai phụ bị bệnh tăng huyết áp mạn tính, nay có thêm protein niệu. Lượng protein niệu càng cao, bệnh càng nặng, có thể dẫn tới sản giật hay những biến chứng khác cho mẹ. Nó có tỷ lệ mắc bệnh và tử vong mẹ và con rất cao.

– Hội chứng HELLP. Hội chứng gồm: chứng huyết tán, men gan tăng và số lượng tiểu cầu giảm < 100.000/mm^3. HELLP có tiên lượng nặng cho mẹ và con.

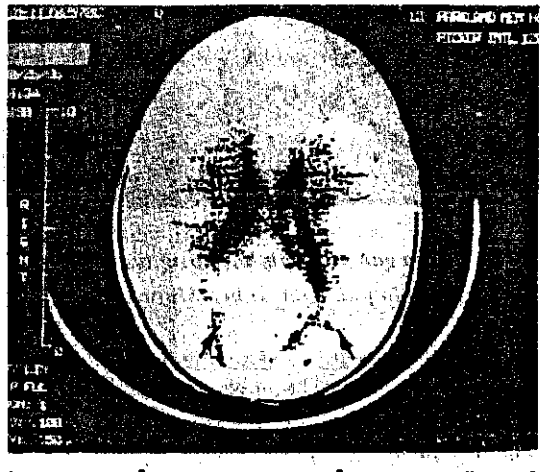
4.3. Tiên lượng

Tiên lượng sớm cho mẹ và con phụ thuộc vào mức độ nặng nhẹ của bệnh, bệnh xuất hiện càng sớm so với tuổi thai bệnh càng nặng; tuổi mẹ càng cao bệnh càng nặng. Thể lâm sàng nhiễm độc thai nghén đơn thuần nhẹ hơn so với hai thể sau.

4.4. Chẩn đoán

4.4.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán dựa vào tiền sử, dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng.



Hình 77. Chụp cắt lớp (CT) sọ ở bệnh nhân bị sản giật. Những vùng ít đậm trên phim (mũi tên chỉ) ở vùng chẩm và đỉnh (theo Brown và CS, 1988a).

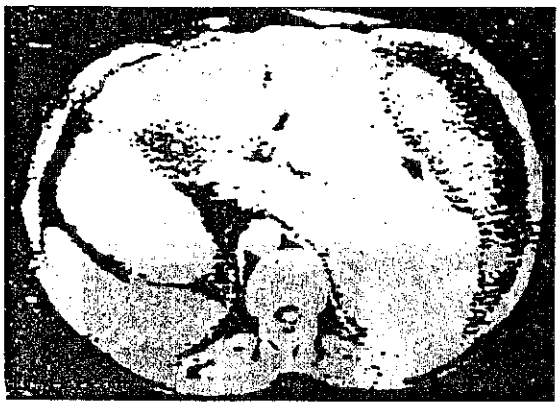
4.4.2. Chẩn đoán phân biệt với

– Dấu hiệu mờ mắt với bệnh về mắt.

– Dấu hiệu đau vùng thượng vị với bệnh dạ dày, mật khi có thai.

– Dấu hiệu tăng men gan với bệnh viêm gan do virus hay gan hoá mỡ do thai.

– Dấu hiệu suy tim hay phù phổi với bệnh tim kết hợp với thai nghén...



Hình 78. Chụp cắt lớp (CT) qua gan để minh hoạt vùng tụ máu ở dưới bao gan (mũi tên chỉ) dọc theo rìa phải gan (Theo Manas và cộng sự, 1985 (3)).

4.5. Xử trí

Mục tiêu là ngăn ngừa cơn sản giật. Nếu bệnh nhân có đáp ứng tốt với điều trị mà thai còn non tháng, có thể giữ thai đến đủ tháng. Nếu thai đã có khả năng sống nên đình chỉ thai nghén tức điều trị nguyên nhân.

4.5.1. Điều trị nội khoa

a. Ngăn ngừa cơn sản giật: ta cần thực hiện ngay khi có chẩn đoán xác định.

– Hỗn hợp gây liệt hạch (đông miên nhân tạo): dùng cho bệnh nhân mới vào viện, bằng hỗn hợp sau: (1)

Dolosal	100mg	1 ống
Aminazin	25mg	1 ống
Pilolphene	50mg	1 ống
D.D glucose	5%	20ml

Trộn đều, tiêm 1/3 dung dịch trên vào tĩnh mạch chậm, sau đó cứ cách 1-2 giờ tiêm 2ml dung dịch còn lại vào bắp. Tuỳ theo tiến triển của bệnh mà ta có thể ngừng hay tiếp tục thêm liều khác. Cần nhớ rằng dung dịch đông miên có thể có hại cho gan và thân bệnh nhân, nên liệu pháp này hiện nay không dùng.

– Dùng dung dịch Magnesium sulfat 15% với liều 4-7g/24giờ cũng có tác dụng phòng ngừa cơn sản giật. Khi dùng liều cao ở bệnh nhân thiểu niệu ta phải đề phòng ngộ độc Magnesium sulfat. Ngộ độc biểu hiện bằng giảm hay mất phản xạ đầu gối. Thuốc chống ngộ độc là tiêm ngay một ống 5ml Gluconat Calcium 0,5g vào tĩnh mạch để trung hoà Magnesium sulfat (2;4; hình 71; 72).

(Theo International Journal of Gynecology và Obstertrics (1995. 53: 175-183) là Magnesium sulfate 15% được dùng để ngừa cơn sản giật. Tiêm tĩnh mạch ở liều cao (4g/20 phút) rồi truyền liên tục 2-3g/giờ. Chỉ truyền $MgSO_4$ ngắt quãng, khi nồng độ thuốc trong huyết thanh đã đạt mức ức chế cơn sản giật; hay đã mất phản xạ gối, tần số hô hấp < 12 lần/phút, và lượng nước tiểu < 25ml/h. Mức liệu pháp $MgSO_4$ hiệu quả: 4-8mg/dL, huyết thanh. Triệu chứng nghi ngờ khi đã quá liều

$MgSO_4$ như: khó thở, mất cảm giác chức năng. Cần tiêm tĩnh mạch ngay 1g (10ml-10%) gluconat calcium/2 phút để trung hoà $MgSO_4$. $MgSO_4$ cũng có thể tiêm bắp (theo Prichard). Nếu bị suy hô hấp, phải hỗ trợ hô hấp cơ học cho đến khi mức $MgSO_4$ máu giảm. Khi dùng thuốc để chống cơn co giật cho hiệu quả khác $MgSO_4$ không ảnh hưởng tới hạ huyết áp. Khi cần khống chế mức huyết áp, nên dùng thêm thuốc chống cao huyết áp.

– Có thể kết hợp thêm: Diazepam (valium 10mg) tiêm tĩnh mạch.

b. Khống chế tăng huyết áp

– Thuốc khống chế huyết áp để an toàn cho mẹ và con hiện nay được chọn là: Magnesium sulfat 15%, Alpha methydopa và Hydralazin.

– Viên Aldomet 250mg, liều dùng không quá 3g/ngày, chia đều liều trong ngày. Viên Hydralazin 10mg, liều dùng không quá 200mg/ngày. Hydralazin có tác dụng giãn mạch và giảm sức cản ngoại vi nhưng lại làm tăng nhịp tim của bệnh nhân: do đó nên dùng từ liều thấp đến liều cao để hạn chế tác dụng phụ của nó. Những thuốc chống cao huyết áp trên, có thể dùng bằng đường tiêm để có tác dụng nhanh; nhưng phải theo dõi sát để chống những tác dụng phụ của nó. Các loại thuốc trên có thể phối hợp cùng nhau, để tăng tác dụng của thuốc.

c. Thuốc lợi tiểu: thuốc được chọn là Furosemid (Lasix), hydroclorothizid. Ta chỉ nên dùng thuốc lợi tiểu khi lượng nước tiểu dưới 800/24 giờ. Khi dùng thuốc lợi bao giờ cũng phải nhớ dùng thêm kaliclorua để chống mất kali do tác dụng phụ của Lasix, đặc biệt liều kali uống trước khi đi ngủ.

d. Bổ sung các yếu tố vi lượng (xem trong nhiễm độc thai nghén)

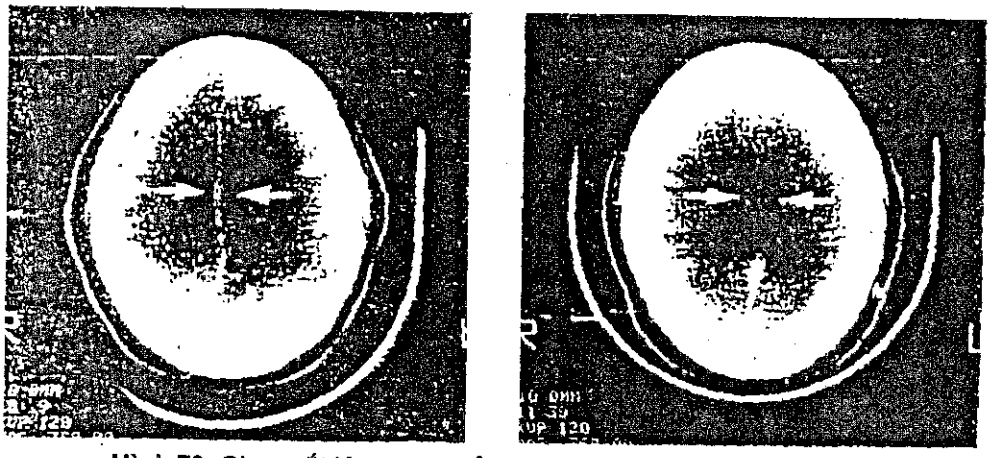
Trong quá trình điều trị, ta cần đánh giá kết quả điều trị hàng ngày. Nếu điều trị từ 3-5 ngày, bệnh nhân không đáp ứng với điều trị, ta nên đình chỉ thai nghén ngay để cứu mẹ là chính.

4.5.2. Sản khoa

a. Khi thai nghén chưa đủ tháng: ta có thể điều trị nội khoa tích cực hơn và đánh giá kết quả điều trị hàng ngày (như nhiễm độc thai nghén nặng) nhưng rất thận trọng vì thời gian xuất hiện cơn sản giật lúc nào không biết trước.

b. Khi thai đủ tháng (38-40 tuần tuổi): cần đánh giá chỉ số Bishop. Nếu chỉ số Bishop thuận lợi, áp lực tĩnh mạch trung tâm thấp dưới 12cm nước và test oxytocin (-), ta có thể tiêm truyền oxytocin tĩnh mạch bằng pha loãng với dung dịch glucose 5%; nếu áp lực tĩnh mạch trung tâm bình thường có thể bơm truyền oxytocin để gây chuyển dạ đẻ. Nên chỉ số Bishop dưới 7 điểm là không thuận lợi, nên chủ động mổ lấy thai để đình chỉ thai nghén.

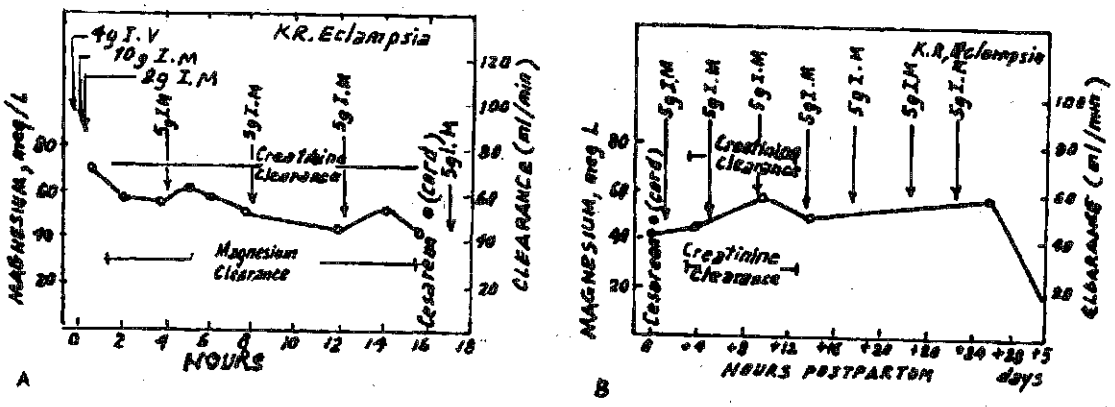
c. Khi đang chuyển dạ, thai ở ngôi chỏm: chờ khi cổ tử cung mở > 4cm, nên bấm ối để rút ngắn thời gian chuyển dạ, đặt Forceps để lấy thai khi đủ điều kiện. Nếu không, nên mổ lấy thai sớm. Nói chung, mẹ bị tiền sản giật, thai thường suy cần chuẩn bị trước phương tiện hồi sức sơ sinh.



Hình 79. Chụp cắt lớp sọ (CT) ở bệnh nhân sản giật đã bị hôn mê

A. Phù não được đặc trưng bởi mất vách ngăn giữa 2 não bán cầu, 2 não thất bên bị hẹp lại rất nhiều (theo mũi tên chỉ).

B. Hình ảnh đã hồi phục thần kinh hoàn toàn, khoảng sau 4 tuần, người ta thấy cấu trúc vách ngăn giữa 2 bán cầu rõ hơn và kích thước não thất trở lại bình thường (mũi tên chỉ) [Theo Brown và cộng sự, 1988a (3)].



Hình 80. Ghi chú: (Theo thứ tự từ trên xuống dưới và từ trái sang phải)

IV: Tiêm tĩnh mạch; K.R. Eclampsia = Bệnh nhân K.R bị sản giật
IM: Tiêm bắp
Convulsed = Cơn sản giật
Creatinine Clearance = Thanh thải creatinin
Magnesium Clearance = Thanh thải magnesium
Cesarean = mổ lấy thai
(cord) = cắt rốn
Clearance (ml/min) = Độ thanh thải (tính theo milit/phút).
Hour Postpartum = những giờ sau đẻ
days: ngày

A. Theo dõi biểu đồ mức magnesium huyết tương cho một sản phụ K.R, bị sản giật trước đẻ: Magnesium Sulfat 4g tiêm tĩnh mạch + 10g tiêm bắp lúc chẩn đoán. Ngay khi co giật lại tiêm thêm 2g vào tĩnh mạch, sau đó cứ 5g/4g bệnh nhân không lên cơn giật lại nữa, nêu ở hình A.

B. Cũng bệnh nhân đó, liệu pháp Magnesium Sulfat được duy trì trong 28 giờ sau đẻ. Còn 4 ngày tiếp sau, liệu pháp Magnesium Sulfat dùng không liên tục. Ngày trước và sau đẻ, sự thanh thải Magnesium Sulfat tương đối hằng định ở khoảng 35 của sự thanh thải và creatinin đã bị chẹn phần nào. Sau đó mẹ hồi phục hoàn toàn và con phát triển tốt (Theo Prichard và cộng sự, 1984).

5. SẢN GIẬT

5.1. Định nghĩa

Sản giật là biến chứng của nhiễm độc thai nghén, độ 75% sản giật xảy ra ở ba tháng cuối thai kỳ, 20% trong chuyển dạ, và 1-5% trong thời kỳ hậu sản, chủ yếu trong 48 giờ đầu sau đẻ. Sản giật biểu hiện bằng những cơn co giật qua bốn giai đoạn, có thể gây tử vong mẹ và con trong cơn sản giật.

5.2. Triệu chứng lâm sàng

Trên cơ sở bệnh nhân đã bị nhiễm độc thai nghén, tiền sản giật hay tiền sản giật bội thêm nay đột ngột xuất hiện cơn sản giật. Mỗi cơn sản giật thường qua bốn giai đoạn:

5.2.1. Giai đoạn xâm nhiễm: kéo dài chừng 30-60 giây.

Giai đoạn này bắt đầu kích thích các cơ ở đầu, mặt, cổ, làm cho các cơ này co giật liên tiếp và không đối xứng. Biểu hiện co giật ở mắt: mi mắt nhấp nháy, nhãn cầu đảo đi đảo lại rồi lệch sang một bên. Nét mặt nhăn nhúm, sắc mặt thay đổi, lưỡi thè ra thụt vào. Các tuyến nước bọt, nước mắt tăng bài tiết làm tăng tiết nước bọt ở miệng. Các cơ ở cổ co giật nên đầu lắc la lắc lư, cuối cùng ngả vẹo sang một bên (phía mắt bị kéo lệch).

Rồi, cơn co giật lan xuống hai tay làm các ngón 2 bàn tay dúm chụm lại. Cơn giật này không lan xuống chi mà chuyển sang giai đoạn sau.

5.2.2. Giai đoạn giật cứng

Giai đoạn này kéo dài khoảng 30 giây. Ở giai đoạn này, toàn bộ các cơ trong cơ thể co cứng. Thân mình ưỡn cong. Đầu nghiêng vẹo sang một bên. Mắt trắng dã, nhãn cầu trợn ngược. Hai hàm răng cắn chặt (có khi phải cắn lưỡi), miệng sùi bọt mép. Các cơ hô hấp cũng co cứng lại làm cho bệnh nhân ngạt thở, mặt bạnh ra, môi tím lại. Lưng ưỡn cong. Tay, chân cứng đơ duỗi thẳng. Đồng tử co nhỏ.

5.2.3. Giai đoạn giật gián cách

Giai đoạn giật cứng co thắt các cơ hô hấp nên thiếu oxy, các cơ toàn thân giãn ra trong chốc lát, bệnh nhân hít vào một hơi dài, tình trạng ngạt thở tạm thời chấm dứt. Rồi, các cơ trong cơ thể bị kích động, co giật liên tiếp nhưng không đồng đều. Bệnh nhân cử động lung tung đầu ngửa ra sau, nét mặt nhăm nhúm, nhãn cầu đảo đi đảo lại, lưỡi thè ra thụt vào nên dễ cắn phải lưỡi. Hai tay co giật không đều, như người đánh trống. Mình ưỡn cong. Hai chân duỗi thẳng hay co đạp dẫy dụa nên dễ bị ngã ra xuống đất. Các cơ hô hấp lúc co, lúc giãn, làm cho nhịp thở không đều, thở như rít lên, sùi bọt mép do tăng tiết nước bọt, làm tiếng thở kêu lọc sọc, và dễ bị ngạt thở.

Giai đoạn này cách kéo dài khoảng vài 3-5 phút, nếu càng kéo dài bệnh càng nặng. Các cơn co giật như vậy sẽ thưa và nhẹ dần rồi bệnh nhân lâm vào tình trạng hôn mê.

5.2.4. Giai đoạn hôn mê

Tuỳ theo tình trạng nặng nhẹ của cơn sản giật, bệnh nhân có thể hôn mê nhẹ hay hôn mê sâu.

a. Hôn mê nhẹ

Nó xảy ra sau các cơn giật ngắn, nhẹ và thưa. Bệnh nhân thường có biểu hiện mê man hay ngơ ngác chừng 5-7 phút, rồi tỉnh lại. Sau khi tỉnh lại, bệnh nhân cảm thấy bàng hoàng, hoảng sợ như vừa trải qua một cơn ác mộng.

b. Hôn mê sâu

Nó thường xảy ra sau một cơn co giật nặng và kéo dài. Bệnh nhân có những triệu chứng như: mất tri giác, mất các phản xạ (phản xạ giác mạc, đồng tử,. ...) đôi khi chỉ còn phản xạ nuốt. Bệnh nhân có thể ỉa đái dầm dề, thở khó, ngáy to, có tiếng lọc xọc ở cổ họng do ứ dịch. Mặt sưng phù. Hôn mê sâu có thể kéo dài vài giờ hay vài ngày, trong cơn hôn mê sâu có thể xuất hiện những cơn co giật khúc và bệnh nhân cũng có thể bị các biến chứng và chết trong cơn hôn mê.

5.3. Những dấu hiệu cận lâm sàng

– Nước tiểu: protein niệu > 5g/lít, lượng protein niệu càng cao bệnh càng nặng có khi lên đến > 30g/lít. Cặn nước tiểu: hồng cầu, bạch cầu, trụ hình hạt (+). Bệnh càng nặng số lượng nước tiểu càng ít, đôi khi vô niệu.

– Máu: urê máu vẫn bình thường. Urê, Creatinin và acid uric tăng: suy thận.

– Soi đáy mắt: có thể có dấu hiệu Gunn, phù gai thị, xuất huyết võng mạch...

– Gan: chụp cắt lớp gan (Computed tomogaphic scan = CT) ta có thể thấy tụ máu dưới bao gan. Máu, Pritchard và CS (1976) thấy 3/134 bệnh nhân tăng huyết áp do có thai tăng bilirubin huyết thanh, tăng > 1,2mg/dL. Sibai và CS (1986) thấy có hoại tử chảy máu quanh mạch gánh, tổn thương gan làm men gan tăng và giảm tiểu cầu.

– Não: Sibai và CS (1985a) thấy 74% của 65 bệnh nhân sản giật có điện não đồ bất thường trong vòng 48 giờ của cơn sản giật; 1/2 những bất thường này tồn tại trong 1 tuần; còn hầu hết sau 3 tháng trở lại bình thường. Tổn thương não: phù, thiếu máu khu trú, huyết khối và chảy máu não. Brown và CS (1988a) thấy gần 1/2 bệnh nhân sản giật có dấu hiệu bất thường qua chụp cắt lớp.

5.4. Chẩn đoán

5.4.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào tiền sử nhiễm độc thai nghén, sản giật, bệnh thận, cao huyết áp mạn tính, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng với cơn co giật có bốn giai đoạn.

5.4.2. Chẩn đoán phân biệt

Với những bệnh có cơn co giật và hôn mê như:

Cơn động kinh: có tiền sử động kinh trước khi có thai. Bệnh nhân không biết trước khi lên cơn. Không có hội chứng nhiễm độc thai nghén.

Cơn co giật Tetani: có thể có hay không có tiền sử. Cơn co giật xuất hiện đột ngột hoặc có dấu hiệu báo trước như tăng thân nhiệt, đau bụng, cảm giác như có kiền bò ở chân tay. Các ngón tay duỗi thẳng và dúm lại. Phản xạ đầu gối tăng và không hôn mê. Điều trị thử bằng tiêm calci vào tĩnh mạch khỏi co giật.

Cơn co giật do viêm tắc mạch não sau đẻ:

Cơn co giật này thường xuất hiện sau khi đẻ khoảng 1-2 tuần. Cơn giật khu trú, không phù, có sốt nhẹ.

Cơn Hysteria: sự biểu hiện của các cơn giật không giống nhau. Tuy không tỉnh nhưng người xung quanh nói bệnh nhân vẫn biết. Không mất tri giác, không mất phản xạ.

Hôn mê do đái tháo đường: tiền sử đái tháo đường. Khi hôn mê, bệnh nhân có vật vã, tim đập nhanh, thở kiểu Kusmaul, đồng tử giãn, hơi thở có mùi aceton và thân nhiệt giảm.

Hôn mê do xuất huyết não, màng não: ở bệnh nhân cao huyết áp mạn, khi có thai huyết áp tăng lên gây xuất huyết não nhưng không có protein niệu. Tuy nhiên, bệnh nhân bị sản giật cũng có thể bị xuất huyết não, màng não. Chọc dò não tuỷ có thể thấy hồng cầu trong dịch não tuỷ.

5.5. Tiên lượng và biến chứng

5.5.1. Tiên lượng

Đánh giá tiên lượng dựa vào các yếu tố: lượng nước tiểu, số lượng và độ dài của cơn giật. Sự thay đổi huyết áp. Lượng protein niệu... tình trạng bệnh nhân. Cơn sản giật xảy ra khi tuổi thai càng non, bệnh càng nặng; ở người con so nặng hơn ở người con rạ; ở bệnh nhân có bệnh mạn tính nặng hơn người không có bệnh mạn tính.

5.5.2. Biến chứng

a. Những biến chứng có thể xảy ra cho mẹ:

– Cắn phải lưỡi hay ngạt thở khi đang lên cơ sản giật.

– Xuất huyết não, màng não. Rau bong non. Phù phổi cấp. Viêm thận cấp....

– Sau sản giật có thể để lại: thong manh, liệt, hôn mê kéo dài, loạn thần mất não...

b. Những biến chứng có thể xảy ra cho thai

– Thai chết lưu trong tử cung. Thai non tháng do phải đình chỉ thai nghén.

– Thai suy mạn, kém tăng trưởng trong tử cung, ngạt nặng khi chuyển dạ đẻ...

– Nhẹ cân lúc đẻ so với tuổi thai. Tỷ lệ mắc bệnh sau đẻ cao.

5.6. Xử trí

5.6.1. Điều dưỡng

a. Chăm sóc: trong cơn sản giật, bệnh nhân cần được chăm sóc đặc biệt: đặt nằm ở giường có ván ngăn, buộc giữ tay chân để tránh ngã. Ngáng miệng phòng cắn

phải lưỡi. Hút đờm dãi tiết ra nhiều để thông hô hấp, tránh ngạt do đờm dãi và cần được thở oxy qua nước pha cồn. Đặt thông đái để theo dõi lượng nước tiểu. Trường hợp bệnh nhân sản giật nặng cần có biện pháp chống loét, chống bội nhiễm đường hô hấp và tiết niệu tích cực. Theo dõi đánh giá cơn giật về số cơn, độ dài và khoảng cách các cơn giật.

b. Dinh dưỡng: ăn tăng khẩu phần đạm, hạn chế muối mắm, nên ăn lỏng. Uống: cần đủ nước để đánh giá chức năng lọc của thận. Tất nhiên, không dùng các chất kích thích.

c. Theo dõi xét nghiệm: công thức máu, bạch cầu; hematocrit, máu đông, máu chảy, huyết sắc tố, lượng tiểu cầu, protid máu, SGOT, SGPT, creatinin, acid uric và urê máu. Định lượng protein niệu/24 giờ. Tìm: trụ niệu hồng cầu bạch cầu trong nước tiểu. Đánh giá nhiều lần, 2 lần/tuần khi đang điều trị. Theo dõi đánh giá: cơn sản giật và các dấu hiệu lâm sàng và biến chứng.

5.6.2. Điều trị nội khoa (triệu chứng)

a. Chống cơn sản giật bằng:

– Đông miên nhân tạo: hỗn hợp đông miên như ở phần tiền sản giật nhưng mũi tiêm tĩnh mạch đầu tiên có thể dùng 1/3-1/2 liều và thêm những mũi tiêm bắp để duy trì nồng độ thuốc đủ để khống chế cơn sản giật, thời gian dùng thuốc đông miên kéo dài cho đến khi hết cơn co giật (1). Hiện nay nước ta không dùng liệu pháp này mà thay bằng:

– Dùng magnesium sulfat tiêm để chống cơn sản giật theo Williams (1994):

1. Truyền tĩnh mạch 4g magnesium sulfat 20% với tốc độ dưới 1g/phút.

2. Sau đó, dùng tiếp 10g magnesium sulfat 50% theo cách sau: dùng 5g magnesium sulfat 20% + 1 ml lidocain 2% tiêm mông sâu.

Nếu cơn sản giật còn, sau 15 phút tiêm thêm 2g dung dịch 20% vào tĩnh mạch với tốc độ < 1g/phút. Nếu bệnh nhân người to lớn có thể tiêm 4g với tốc độ chậm.

3. Sau đó, cứ 4 tiếng tiêm 5g dung dịch 50% vào mông nhưng chỉ đau khi đã bảo đảm:

+ Còn phản xạ đầu gối.
+ Không bị suy hô hấp.
+ Đo được lượng nước tiểu > 100ml/4 tiếng.

4. Tiêm magnesium sulfat không liên tục sau đẻ.

Magnesium sulfat ($MgSO_4.7[H_2O]$ có thể để cắt cơn giật và ngừa tái phát. Truyền tĩnh mạch 4g là để tạo mức điều trị khống chế cơn giật, rồi tiêm bắp 10g, tiếp sau cứ cách 4 giờ tiêm 5g vào mông. Chế độ này không có nguy cơ cường magnesium sulfat máu và đủ mức hiệu quả điều trị (4-7mEq/L là mức điều trị).

Theo Cheley và Tepper, 1957; Prichard và CS, 1984 và Sibai, C3. 1984 đã thực hiện nghiên cứu tiêm magnesium sulfat tiêm tĩnh mạch và tiêm bắp (hình 80).

Lâm sàng: trước khi tiêm magnesium sulfat (Mg), bao giờ cũng phải đánh giá phản xạ đầu gối (+): bệnh nhân không bị nhiễm độc Mg (mức Mg < 7mEq/l). Sau tiêm đánh giá lại, nếu phản xạ đầu gối giảm (mức Mg trên 7mEq/l) là dấu hiệu bắt đầu ngộ độc, cần tiêm tĩnh mạch ngay 1g gluconat calci để trung hoà và ngừng tiêm mũi magnesium sulfat tiếp sau. Nếu Mg máu tới 10mEq/l sẽ bị mất phản xạ đầu gối là dấu hiệu ngộ độc Mg. Nếu Mg máu > 12mEq/l liệt hô hấp; ngừng thở, cần mở khí quản và hô hấp viện trợ. Tác dụng độc lên cơ tim làm ngừng tim ở mức 30mEq/l, rất hiếm gặp.

Goldman và Finbeiner (1988): Magnesium sulfat có tác dụng ức chế calcium vào tế bào thần kinh qua kênh nhận cảm glutamat. Cotton và CS (1992) khi gây cơn co giật ở chuột, họ thấy cơn co giật ở chuột bị ức chế bởi magnesium. Do đó, magnesium có tác dụng lên hệ thần kinh trung ương để ngăn chặn cơn co giật. Ion magnesium (Mg++) có thể qua rau, nên nồng độ Mg++ ở máu mẹ và thai bằng nhau. Lenox và CS (1990) không nhận thấy nhịp tim thai thay đổi do dùng magnesium sulfat ở bệnh nhân bị cao huyết áp nặng.

– Kết hợp valium 10mg tiêm tĩnh mạch, bắp để chống co giật.

b. Khống chế tăng huyết áp

– Thuốc được chọn: Methyldopa, Hydralazin, Nifedipin, Diazoxid có thể dùng một hay kết hợp hai, liều lượng, đường dùng (uống, tiêm) tuỳ theo mức huyết áp, sự đáp ứng với thuốc của từng bệnh nhân nên sử dụng sao cho thích hợp.

– Tăng huyết áp (huyết áp tối thiểu > 110mmHg): Hydralazin dùng ở bệnh viện Parland cho trên 3000 bệnh nhân để khống chế tăng huyết áp cấp, ở liều khởi đầu 5mg tiêm tĩnh mạch với khoảng cách 15-20 phút, để hạ huyết áp tối thiểu tới 90-100mmHg, không nên hạ thấp hơn sự truyền máu bánh rau có thể bị giảm. Nhiều bệnh viện ở châu Âu cũng đã dùng Hydralazin.

Minh hoạ Hydralazin khống chế huyết áp trước đẻ ở Parland để tham khảo

Thời gian	Huyết áp (mmHg) và cách điều trị	Tim thai
11.40'	240/150	TT bình thường
11.45'	Magnesium sulfat 4g tiêm t/m và 10 bắp	
11.55'	270/130. Hydralazin 5mg tiêm t/m	
12.00	200/120. Hydralazin 5mg tiêm t/m	
12.05'	230/130. Hydralazin 10mg tiêm t/m	
12.10-20'	185/120-180/120 thêm 5mg hydralazin t/m	
12.30-35'	150/105-150/105	
12.50'	110/80 và 13.10' huyết áp 130/90mmHg	TT chậm
13.45'	130/100 và 15.00' huyết áp 150/105mmHg	TT bình thường

– Sau đẻ: nếu huyết áp còn cao, vẫn cần Hydralazin, Methyldopa, ... để chống cao huyết áp. Lúc này không sợ suy thai nên có thể dùng cả lợi tiểu.

c. Chống phù bằng thuốc lợi niệu và thuốc tăng áp lực thẩm thấu: khi đang có thai: Tránh dùng thuốc lợi niệu, vì thuốc gây hạ thể tích máu trong lòng mạch nhanh, làm tăng nồng độ natriclorua máu mẹ, ảnh hưởng đến tuần hoàn tử cung rau. Như vậy, có hại cho mẹ và cho thai. Chỉ dùng thuốc lợi niệu khi số lượng nước tiểu của mẹ < 800ml/24giờ. Thiểu niệu lúc chuyển dạ đang còn thảo luận vì tình trạng thiểu niệu này sẽ được cải thiện ngay sau đẻ, trừ khi có liên quan với mất máu.

– Sau khi đẻ: thường số lượng nước tiểu của bệnh nhân sản giật sẽ tăng lên dần, và mất dần dấu hiệu dịch thừa ngoài tế bào. Tuy vậy, nếu lượng tiểu vẫn ít do chức năng thận bịt ổn thương, vẫn cần dùng thuốc lợi tiểu và theo dõi chức năng thận (Hình 80).

– Về truyền dịch tăng áp lực thẩm thấu: thuốc sẽ hút dịch từ bên ngoài vào trong lòng mạch dễ phù nội tạng đặc biệt là phổi và não. Vì vậy, ta không nên dùng thuốc tăng áp lực thẩm thấu, nên dùng furosemid (Lasix) giảm được phù ở phổi và não.

Vấn đề phù phổi: ở bệnh nhân nhiễm độc thai nghén nặng, tiền sản giật bội thêm, sản giật có thể bị phù phổi sau đẻ do họ có áp lực thẩm thấu ngoài mạch tăng, ứ dịch bên ngoài mạch và khả năng thấm mao mạch tăng, gây tổn thương mao mạch phổi, dễ gây phù phổi. Gần đây đã có bằng cớ về: hiện tượng máu cô đặc, áp lực tĩnh mạch trung tâm và áp lực ở giữa mao mạch phổi giảm. Một số tác giả đã truyền các loại dịch để tăng thể tích máu và giảm bớt sự co thắt mạch máu. Sibai và CS (1987): nếu truyền thêm dịch có thể gây phù phổi, ở 37 bệnh nhân tiền sản giật nặng. Cho đến nay, nếu không mất dịch nhiều, vẫn có thể truyền dịch an toàn nhưng chỉ ở mức độ vừa phải, chưa thấy có tác dụng xấu. Cunningham (1986) và Mabie (1988) thấy hầu hết nữ bị phù phổi là do suy tim và cần thuốc lợi tiểu tĩnh mạch và trợ tim...

d. Chống bội nhiễm, chống thiếu oxy và những thuốc khác

Kháng sinh: sản giật dễ có khả năng nhiễm trùng miệng - lưỡi, đường hô hấp, đường tiết niệu và khi đẻ phải làm thủ thuật Forceps... Do đó, dùng kháng sinh dự phòng là cần thiết, đặc biệt những bệnh nhân phải nằm điều trị lâu sài.

Thở oxy: bệnh nhân sản giật dễ thiếu oxy. Cho bệnh nhân thở oxy qua đường mũi, dòng oxy qua nước tạo độ ẩm cho oxy, đặc biệt khi thai đang còn ở trong tử cung.

Thuốc an thần diazepam: trước đây đã được dùng rộng rãi để khống chế cơn sản giật cho những sản phụ sau đẻ, những Crother (1990) thấy dùng diazepam không cải thiện cơn sản giật bằng magnesium sulfat. Diazepam liều thấp có thể vẫn có lợi cho việc chăm sóc để tránh kích thích khi hút đờm...

Thuốc trợ tim và sinh lượng: Uabain hay digoxin và vitamin C, Mg, B6,...

5.6.3. Xử trí sản khoa

a. Khi thai chưa đủ tháng: sau khi điều trị nội khoa hết cơ sản giật, tình trạng bệnh nhân ổn định, phải đình chỉ thai nghén ngay, không phụ thuộc vào tuổi thai, bảo vệ mẹ là chính.

b. Sản giật xảy ra khi chuyển dạ đẻ: cố gắng theo dõi để đẻ đường dưới. Tránh nguy cơ cho mẹ do mổ lấy thai và kết hợp với điều trị nội khoa.

c. Sản giật xảy ra sau đẻ: song song với điều trị nội khoa, dùng thêm thuốc lợi niệu và cần loại trừ và xử trí khi có sót rau đẻ.

5.7. Phòng bệnh: (xem phần 3.8 của NĐTN) Phát hiện sớm và xử trí tốt NĐTN là phòng được tiền sản giật, tiền sản giật bội thêm và sản giật.

RAU TIỀN ĐẠO

1. MỞ ĐẦU

Rau tiền đạo là bánh rau bám ở đoạn dưới và cổ tử cung, nó chặn phía trước cản trở đường ra của thai nhi khi chuyển dạ đẻ.

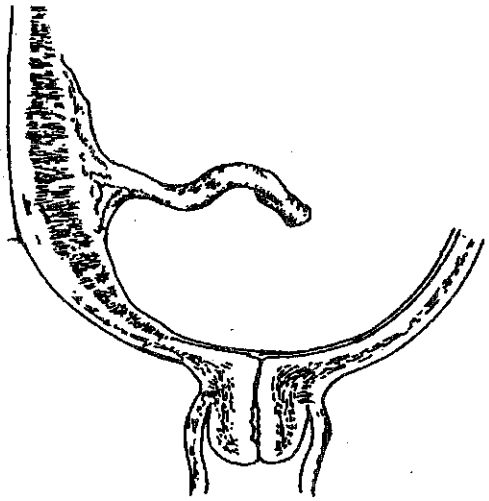
Rau tiền đạo là một trong những bệnh lý của bánh rau về vị trí bám. Nó gây chảy máu trong ba tháng cuối của thời kỳ thai nghén, trong chuyển dạ và sau đẻ. Rau tiền đạo có khả năng gây tỷ lệ tử vong và mắc bệnh hoặc cho mẹ và con, do chảy máu và đẻ non. Vì vậy, rau tiền đạo còn là một cấp cứu trong sản khoa. Rau tiền đạo còn có khả năng gây khó khăn cho sự bình chỉnh của ngôi thai.

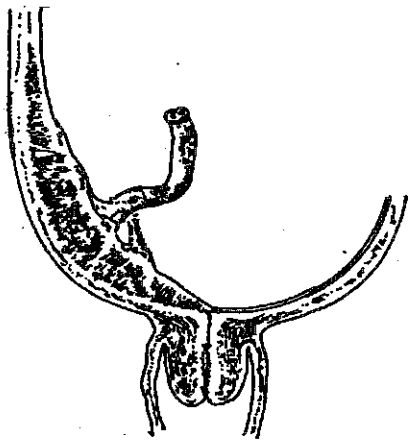
Nếu rau tiền đạo được phát hiện sớm và xử trí tốt, chúng ta có thể hạn chế được tỷ lệ tử vong và mắc bệnh cho mẹ và con. Ngày nay nhờ có máy siêu âm hình ảnh, chúng ta có thể phát hiện sớm rau tiền đạo khi chưa có dấu hiệu chảy máu là một thuận lợi cho chẩn đoán và xử trí rau tiền đạo.

2. PHÂN LOẠI

2.1. Phân loại theo giải phẫu

– Rau tiền đạo bám thấp: là một phần bánh rau bám lan xuống đoạn dưới của tử cung. Ta chỉ có thể chẩn đoán xác định được sau khi đẻ, bằng cách ta đo từ mép bánh rau tới lỗ màng rau để thai chui ra là dưới 10cm. (xem hình 81A).





Hình 81 (A). Rau tiền đạo bám bên **Hình 81 (B).** Rau tiền đạo bám mép

– Rau tiền đạo bám bên: là một phần bánh rau bám thấp hơn nữa xuống đoạn dưới tử cung. Ta cũng chỉ có thể chẩn đoán xác định sau khi đẻ, bằng cách đo từ mép bánh rau tới lỗ rách màng rau là dưới 10cm.

– Rau tiền đạo bám mép: là mép bánh rau bám sát vào lỗ rách của màng rau. Loại này ta có thể chẩn đoán được trong lúc chuyển dạ, khi cổ tử cung mở hết, thăm trong có thể sờ thấy bờ bánh rau sát mép cổ tử cung (xem hình 81B).

– Rau tiền đạo trung tâm không hoàn toàn: là khi chuyển dạ cổ tử cung mở, thăm trong qua lỗ cổ tử cung ta có thể thấy một phần bánh rau che lấp một phần lỗ cổ tử cung và phần còn lại là màng ối; có nghĩa là thai có khả năng đẻ được đường dưới.

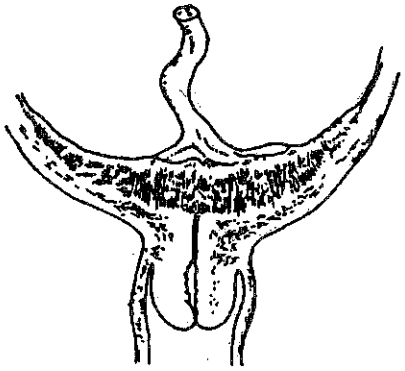
– Rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn: là khi chuyển dạ cổ tử cung mở, thăm trong qua lỗ cổ tử cung ta thấy bánh rau che lấp kín toàn bộ lỗ cổ tử cung, có nghĩa là bánh rau che kín hoàn toàn đường thai ra và không thể đẻ đường dưới được (xem hình 81C).

Rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn

2.2. Phân loại rau tiền đạo theo lâm sàng

– Loại rau tiền đạo chảy máu ít: loại này thường gặp trong rau tiền đạo bám thấp, bám bên và bám mép và có khả năng đẻ đường dưới nếu chảy máu ít.

– Loại rau tiền đạo chảy máu nhiều: loại này thường gặp trong rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn và không hoàn toàn. Loại này không có khả năng đẻ đường dưới. Loại rau tiền đạo này rất nguy hiểm cho tính mạng mẹ và con, vì mẹ chảy máu và con thường non tháng.



Hình 81 (C)

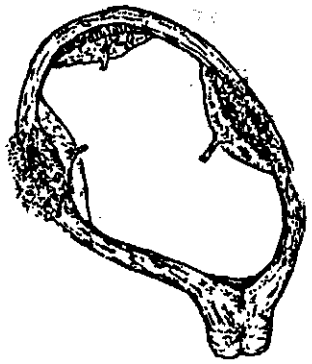
2.3. Phân loại theo siêu âm hình ảnh

– Khi siêu âm hình ảnh lúc thai đủ tháng chưa chuyển dạ: đo từ bờ dưới mép bánh rau tới lỗ trong cổ tử cung được trên 20mm thì khi chuyển dạ thai có khả năng đẻ đường dưới, thường do chảy máu ít.

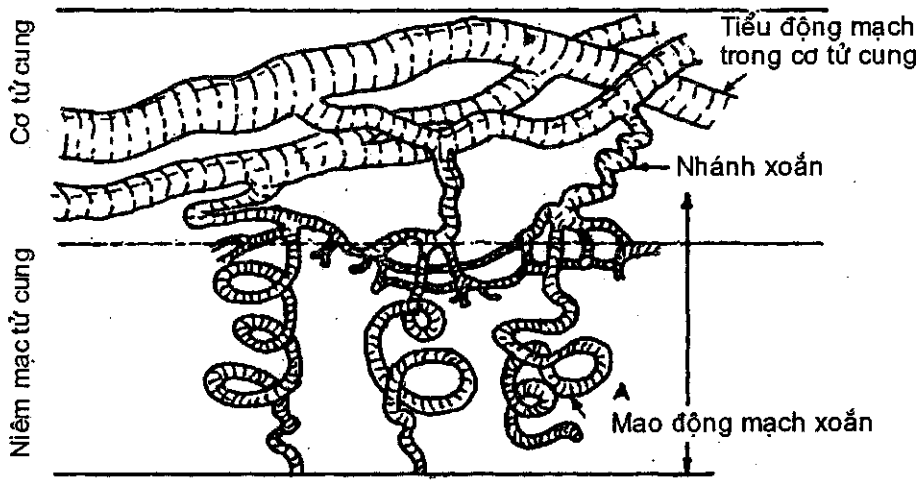
– Khi siêu âm hình ảnh chưa chuyển dạ nếu từ mép bánh rau tới lỗ trong cổ tử cung được dưới 20mm thường khó có khả năng đẻ đường dưới được, thường phải mổ lấy thai vì chảy máu nhiều.

– Khi siêu âm hình ảnh lúc chưa chuyển dạ: nếu thấy mép bánh rau lan tới lỗ trong cổ tử cung khi chuyển dạ thường trở thành rau tiền đạo bán trung tâm rất có khả năng đẻ đường dưới. Nên mổ chủ động lấy thai để tránh chảy máu khi chuyển dạ.

– Khi siêu âm hình ảnh lúc chưa chuyển dạ nếu thấy bánh rau lan qua lỗ trong cổ tử cung là rau tiền đạo trung tâm không có khả năng đẻ đường dưới được. Nên mổ chủ động lấy thai để tránh chảy máu khi chuyển dạ.



Hình 82. Sơ đồ các loại rau cài răng lược Accreta: Gai rau xuyên vào cơ tử cung Increta: Gai rau xuyên vào trong cơ tử cung. Percreta: Gai rau xuyên qua cơ tới thanh mạch tử cung.



Hình 83. Sơ đồ mạch máu tử cung vùng bánh rau bám

3. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU CỦA RAU TIỀN ĐẠO

3.1. Bánh rau

Bánh rau của rau tiền đạo hình thể không tròn đều. Diện bám của bánh rau rất rộng nên chiều dày của bánh rau mỏng, thường dưới 2cm. Các gai rau thường ăn sâu vào phía niêm mạc tử cung. Vì vậy, rau tiền đạo có khả năng gây ra rau cài răng lược (Placenta increta), hoặc đôi khi gai rau ăn sâu tới lớp thanh mạch tử cung (Placenta percreta) khi mở bụng có thể thấy vùng tương ứng nơi rau bám có mạch máu nổi to, sung huyết. Sau khi lấy thai bóc rau gây chảy máu rất dữ dội phải cắt

tử cung để cầm máu. Tỷ lệ rau tiền đạo gây ra rau cài răng lược từ 4,1 đến 10,1%. Quá trình theo dõi rau tiền đạo ở quí ba thai kỳ thấy chúng có khả năng di động (4) (xem hình 82).

3.2. Màng rau

Màng rau xung quanh bánh rau thường dày, độ chun giãn kém nên ở 3 tháng cuối của thời kỳ thai nghén, eo tử cung giãn dần dần để hình thành đoạn dưới khi chuyển dạ (eo tử cung 0,5cm giãn dần ra thành đoạn dưới 10cm) gây co kéo vào bánh rau làm một vài mạch máu nhỏ của múi rau không giãn dài ra kịp nên bị đứt gây chảy máu ở 3 tháng cuối của thời kỳ thai nghén. Khi chuyển dạ, đoạn dưới tử cung hình thành thực sự gây co kéo càng mạnh vào bánh rau càng gây đứt nhiều mạch máu hơn và gây chảy máu dữ dội (xem hình 83).

3.3. Dây rau

Dây rau của bánh rau tiền đạo thường không cắm ở giữa bánh rau, người ta thường thấy nó cắm ở rìa bánh rau. Nếu dây rau bám ở rìa bánh rau về phía cổ tử cung như ở những trường hợp rau tiền đạo bám thấp, bám bên, bám mép thì khi vỡ ối tự nhiên hay bấm ối thường dễ bị sa dây rau.

3.4. Đoạn dưới

Đoạn dưới tử cung cấu tạo bởi hai lớp cơ, không có lớp cơ đan nên sau khi sổ rau, cầm máu khó. Mạch máu của đoạn dưới tử cung là những nhánh ngang của động mạch tử cung nên dinh dưỡng cho bánh rau kém. Vì vậy, diện bám của bánh rau lan rộng và vị trí bám của bánh rau của rau tiền đạo có xu hướng di chuyển về phía đáy tử cung là nơi có những mạch máu lớn hơn. Cũng vì cấu tạo mạch máu của đoạn dưới kém phát triển nên nó là nguyên nhân tạo ra rau cài răng lược. Vì đặc điểm này trong quá trình điều trị rau tiền đạo ở 3 tháng cuối của thời kỳ thai nghén bánh rau của rau tiền đạo có thể di chuyển. Nên, khi thai đủ tháng ta phải làm chẩn đoán siêu âm lại để xác định vị trí bánh rau để có phương án xử trí thích hợp hơn.

4. CƠ CHẾ CHẢY MÁU CỦA RAU TIỀN ĐẠO

4.1. Do hình thành dần đoạn dưới ở 3 tháng cuối

Eo tử cung từ 0,5cm giãn dần tới lúc chuyển dạ hình thành đoạn dưới thực sự là 10cm; trong khi đó bánh rau không giãn được gây co kéo làm đứt mạch máu giữa tử cung và bánh rau gây chảy máu (xem lại hình 82).

4.2. Do có cơn co tử cung ở 3 tháng cuối

Cơn co tử cung ở 3 tháng cuối là cơn co Hick - cơn co sinh lý mạnh để hình thành đoạn dưới. Khi có cơn co mạnh không phải cơn cơ Hick cũng có thể gây bong rau một phần làm chảy máu.

Vì vậy trong điều trị ta phải dùng thuốc giảm co khi có cơn co tử cung để cầm máu khi rau tiền đạo có hiện tượng chảy máu.

4.3. Sự thành lập đầu ối khi chuyển dạ

Khi thành lập đầu ối, ối phồng lên gây co kéo vào màng ối, màng ối rau tiền đạo lại đầy lên không giãn ra được gây co kéo mạnh vào bánh rau bong gây chảy máu. Vì vậy, trong rau tiền đạo bị chảy máu mà còn màng ối, ta phải bấm ối để cầm máu.

4.4. Khi thai đi ngang qua bánh rau

Thai đi ngang qua bánh rau, thai có khả năng cọ sát vào bánh rau làm rau bong gây chảy máu nhưng không chảy ngay lúc đó mà chỉ chảy khi thai đã đi qua sẽ tạo ra sự chảy máu ồ ạt sau sổ thai.

5. NGUYÊN NHÂN

Người ta chưa hiểu đầy đủ nguyên nhân sinh ra rau tiền đạo. Nhưng người ta thấy tần suất rau tiền đạo tăng lên theo những người có tiền sử sau:

– Những người trước đây đã bị rau tiền đạo (đã bị mổ lấy thai vì rau tiền đạo).

– Tiền sử đã mổ tử cung để lấy thai.

– Tiền sử đã mổ tử cung vì bất kỳ lý do nào như: u xơ tử cung, chửa góc tử cung, mổ tạo hình tử cung....

– Tiền sử nạo thai, nạo sẩy, hút điều hoà kinh nguyệt.

– Tiền sử đẻ có kiểm soát tử cung hay bóc rau nhân tạo.

– Tiền sử đẻ nhiều lần.

Nói chung những nguyên nhân trên có thể làm tổn thương niêm mạc tử cung ở vùng đáy dẫn tới sự hình thành màng rụng và làm tổ ở vùng đáy tử cung không đầy đủ nên dễ dẫn đến rau tiền đạo.

– Những người mẹ hút thuốc lá nhiều dẫn đến tăng mức nicotin và carbo - monicid trong máu; những chất này gây co thắt động mạch tử cung và thiếu oxy dẫn đến cường phát rau thai nhưng bánh rau lại rộng và mỏng hơn và hình thành rau tiền đạo.

6. CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ TRONG KHI CÓ THAI HAY TRƯỚC CHUYỂN DẠ

6.1. Triệu chứng lâm sàng

6.1.1. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng chảy máu thường xuất hiện vào ba tháng cuối của thời kỳ thai nghén, đôi khi sớm hơn từ cuối ba tháng giữa thời kỳ thai nghén.

– Chảy máu ở ba tháng cuối thai kỳ có những tính chất sau:

* Máu chảy tự nhiên bất ngờ: như bệnh nhân đang ngủ thấy ướt quần, bật đèn lên thấy quần đẫm máu, như ngủ dậy đi tiểu thấy ra nhiều máu và không thấy đau bụng.

* Mầu máu đỏ tươi có khi lẫn máu cục.

* Lượng máu chảy ra nhiều, máu chảy ra một cách ồ ạt làm cho bệnh nhân rất hốt hoảng, lo sợ đến tính mạng mình, rồi máu chảy ra ít dần và mầu thẫm lại.

* Sau đó, bệnh nhân thấy máu tự cầm lại được không chảy nữa, dù có hay không dùng thuốc gì.

* Sự chảy máu này sẽ tái phát lại nhiều lần:

+ Lượng máu chảy lần sau ra nhiều hơn lần trước.

+ Khoảng cách chảy máu lần sau ngắn hơn lần trước.

+ Thời gian chảy máu lần sau dài hơn lần trước.

– Triệu chứng thiếu máu như da xanh xao, gầy yếu, mệt mỏi phụ thuộc vào lượng máu và số lần chảy máu nhiều hay ít.

6.1.2. Triệu chứng thực thể

– Đo mạch, huyết áp, nhịp thở các thông số này có thể còn bình thường hay thay đổi tuỳ sự mất máu nhiều hay ít.

– Nhìn: da, niêm mạc có nhợt nhạt hay không cũng lệ thuộc vào lượng máu chảy ra có bị mất nhiều hay ít.

– Nhìn tử cung có thể có hình trứng (thường là ngôi dọc) hay bè ngang (thường là ngôi ngang) tuỳ thuộc vào ngôi thai. Dấu chứng này không có giá trị chẩn đoán rau tiền đạo lắm mà chỉ có khả năng giúp ta nghĩ tới rau tiền đạo khi có những dấu hiệu khác kèm theo.

– Nắn ta có thể chẩn đoán được ngôi thai. Trong rau tiền đạo ta thường gặp những ngôi thai bất thường như: ngôi vai, ngôi mông hay ngôi đầu cao lỏng.

– Nghe tiếng tim thai ở rau tiền đạo không chảy máu thường biểu hiện tiếng bình thường. Tiếng tim thai chỉ thay đổi (thai suy) khi rau tiền đạo chảy máu nhiều. Nói chung khám ngoài không có dấu hiệu đặc hiệu cho rau tiền đạo.

– Thăm trong: thăm trong để chẩn đoán rau tiền đạo khi chưa chuyển dạ không có dấu hiệu nào đặc thù, mà chỉ có giá trị chẩn đoán phân biệt về chảy máu hoặc nghi ngờ.

– Thăm bằng tay: thường ta không thấy gì đặc biệt; tuy nhiên những người có kinh nghiệm có thể tìm thấy cảm giác đệm của vùng rau tiền đạo, nhưng rất khó, vì bề dày của bánh rau thường không dầy lắm.

– Bằng mỏ vịt hay bằng âm đạo: khi chưa chuyển dạ có giá trị chẩn đoán phân biệt với các bệnh gây ra chảy máu từ tổn thương cổ tử cung như lộ tuyến cổ cung, viêm hay loét cổ tử cung, ung thư cổ tử cung, pô - líp cổ tử cung....

6.1.3. Triệu chứng cận lâm sàng

– Chụp X-quang bằng tia mềm: ta có thể thấy hình mờ của bánh rau khi rau tiền đạo ở trước ngôi thai, làm cho ngôi đầu cao. Phương pháp này hiện nay hầu như không dùng.

– Chụp X-quang có bơm thuốc cản quang vào bàng quang: ta có thể thấy hình thuốc cản quang ở bàng quang giống như "đầu thai nhi đội mũ nồi". Nói chung, người ta khuyên không nên dùng X-quang để chẩn đoán rau tiền đạo vì thai bị nhiễm tia xạ.

– Chụp phóng xạ: thường dùng Iod phóng xạ 131. Cách làm: lấy 10ml máu tĩnh mạch của bệnh nhân nghi bị rau tiền đạo hoà vào 10ml dung dịch chống đông ACD và thêm 2ml dung dịch phóng xạ Iod 131 rồi để vào tủ ấm trong 30 phút để gắn Iod và hồng cầu của bệnh nhân. Sau đó, lấy dung dịch máu đã gắn Iod 131 tiêm trả lại vào tĩnh mạch của bệnh nhân này, rồi dùng máy đo phóng xạ đo trên bụng của bệnh nhân đã đánh dấu chia vùng (thường chia vùng theo giải phẫu hay chia thành 12 ô khắp thành bụng). Nếu là rau tiền đạo thường có độ tập trung của Iod 131 nhiều ở vùng hạ vị hoặc hai hố chậu tuỳ theo vị trí của rau tiền đạo. Phương pháp này hiện nay ít làm tuy nó chẩn đoán chính xác nhưng tốn tiền và thời gian.

* Siêu âm chẩn đoán: dùng máy siêu âm có hình ảnh (real - time) ta có thể thấy được vị trí chính xác của bánh rau nhưng với điều kiện bàng quang phải có đủ nước tiểu thì mới xác định được đúng vị trí bánh rau, thậm chí ta có thể đo được khoảng cách từ mép bánh rau tới lỗ trong của cổ tử cung. Ngoài giá trị chẩn đoán rau tiền đạo, ta còn có thể xem được các thông số khác như: đo đường kính lưỡng đỉnh, đo chu vi bụng thai, xem hoạt động tim của thai... Phương pháp này vừa chẩn đoán chính xác 80% vừa nhanh có khả năng chẩn đoán trước khi có biểu hiện lâm sàng là chảy máu, đang được dùng rộng rãi ở khắp mọi nơi. Siêu âm có thể theo dõi sự di chuyển vị trí của bánh rau trong ba tháng cuối thai kỳ.

6.2. Xử trí rau tiền đạo trong khi đang có thai hay trước chuyển dạ

6.2.1. Chăm sóc, điều dưỡng

– Khuyên bệnh nhân vào viện để điều trị cầm máu dù máu đã ngừng chảy và dự phòng cho lần sau.

– Nằm bất động tại giường, hạn chế đi lại ở mức độ tối đa khi đã hết chảy máu. Không nên xếp bệnh nhân nằm ghép, không nằm chung với người nhà đặc biệt là chồng.

– Chế độ ăn uống: bệnh nhân cần được ăn chế độ dinh dưỡng tốt để đảm bảo cân nặng của đứa trẻ vì bệnh rau tiền đạo thường hay đẻ non. Ăn chế độ chống táo bón (nhiều rau và nhất là chất xơ) vì bệnh nhân bị táo bón phải rặn dễ gây co tử cung và gây chảy máu. Nên khuyên bệnh nhân ăn nhiều đường, mía, đạm...

6.2.2. Chế độ thuốc

– Papaverin chlohydrat: thuốc giảm co tử cung thường dùng nhất ở nước ta, có loại tiêm, viên nén thường đóng gói 0,04g. Ngày đầu thường tiêm tĩnh mạch hay tiêm bắp để có hiệu quả giảm cơn co tử cung ngay. Những ngày sau có thể tiêm hay uống. Liều thuốc dùng trong ngày có thể từ 0,04g tới 0,40g. Liều thuốc nên rải đều ra trong ngày để có đủ nồng độ thuốc để ức chế cơn co tử cung.

– Progesteron (liều cao thường được dùng để điều trị cho rau tiền đạo): 25mg đến 50mg/ngày, tiêm bắp sâu: progesteron chỉ nên dùng từ 5 đến 7 ngày. Nếu cơn co tử cung mạnh có thể kết hợp cả với papaverin.

– Isopenalin (Isuprel): là thuốc điều trị bệnh tim, thuốc này cũng có khả năng làm giảm cơn co tử cung mạnh của thai phụ, nên thuốc này chỉ dùng cho thai phụ có mạch dưới 100lần/phút. Thuốc này đóng viên 1mg. Thuốc dùng theo đường ngậm dưới lưỡi, chỉ nên ngậm dưới lưỡi từ liều 1/8 viên và theo dõi mạch xem tác dụng phụ của thuốc, nếu mạch của bệnh nhân tăng trên 100 lần/phút thì không nên dùng tiếp vì nó gây nguy hiểm cho bệnh nhân, hoặc salbutamol sulfat thay thế.

– Salbutamol: là thuốc chống co thắt khí quản trong điều trị cơn hen phế quản. Nó cũng có tác dụng gây giảm co cơ tử cung nên cũng có thể dùng điều trị giảm co để cầm máu trong rau tiền đạo. Trong những trường hợp chảy máu do rau tiền đạo trong cơn co tử cung chúng ta có thể truyền salbutamol sulfat dưới 20mcg/phút để khống chế cơn co tử cung; sau đó dùng salbutamol uống rải rác trong ngày để duy trì tác dụng giảm co của nó. Nếu không có tác dụng có thể thay thế bằng:

– Ritodrin HCl: là thuốc có hoạt động trên β2 thụ cảm, có tác dụng làm giãn cơn tử cung mạnh, ức chế cơn co tử cung về tần số và cường độ. Về động dược học: sau khi truyền Ritodrin vào tĩnh mạch với tốc độ 150mcg/phút trong một tiếng thì mức độ huyết tương tối đa khoảng 40ng/ml. Khi ngừng truyền, tốc độ huyết tương giảm với bán huỷ 6-9 phút và trong 1,7-2,6 giờ. Uống từ 4-10mg/24 giờ thì có đỉnh huyết tương cao nhất và bán huỷ khoảng 2 giờ. Chỉ định: dùng điều trị doạ đẻ non trên 20 tuần; và suy thai cấp. Tác dụng phụ của thuốc: làm cho nhịp tim của mẹ và thai nhanh cho nên khi dùng thuốc phải theo dõi mạch chặt chẽ. Nếu nhịp tim của mẹ trên 120lần/phút thì phải ngừng thuốc. Đường máu mẹ cũng tăng và đôi khi người mẹ có nhức đầu và nổi mẩn ở da có thể thay bằng:

– Terbutalin sulfat: là thuốc chủ vận giải phóng adrenalin, nó có tác dụng kích thích trội thụ cảm β2. Nó làm giãn cơ trơn khí quản, ức chế giải phóng những chất gây co thắt nội sinh, ức chế phù và giãn cơ tử cung. Liều từ 5-7,5mg, liều tối đa từ 10-15 mg/ngày. Chỉ định dùng ức chế cơn co tử cung trong sản khoa (doạ đẻ non, giảm cơn co trong rau tiền đạo...). Chống chỉ định: trong những trường hợp nhạy cảm và cường giáp.

Tác dụng phụ: có thể gây nhức đầu, hồi hộp, đánh trống ngực, đôi khi hạ huyết áp.

– Aspirin: là thuốc giảm đau hạ nhiệt nhưng cũng có tác dụng đối kháng với prostagladin (chất gây cơn co tử cung). Thuốc này chỉ nên dùng cho những thai dưới 32 tuần, vì dùng cho thai cao tuổi hơn dễ tạo ra bệnh của ống động mạch ở trẻ sơ sinh tuy tỷ lệ không nhiều. Nếu phải dùng phối hợp để giảm cơn co tử cung thì ta chỉ nên dùng từ 3 đến 5 ngày, cùng với kháng sinh loại β lactamin (ampicillin, penicillin...). Ta nên dùng kháng sinh trong rau tiền đạo, vì nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới có khả năng tạo ra prostagladin. Đây là một bộ (aspirin + penicillin) để giảm co cơ tử cung.

– Ngoài những thuốc trên, ta có thể dùng thêm các thuốc nhuận tràng để chống táo bón như natri sulfat hay magiê sulfat uống.

– Với bệnh nhân thiếu máu ta nên cho thêm viên sắt hay vitamin B12, hay truyền máu tươi cùng loại với khối lượng ít mỗi lần từ 100ml.

* Khi điều trị chảy máu của rau tiền đạo có kết quả; ta có thể giữ thai tới đủ tháng. Nên giữ bệnh nhân ở trong bệnh viện vì có khả năng, chảy máu lại rất nguy hiểm cho tính mạng của bệnh nhân. Trong quá trình điều trị, ta nên theo dõi sát sự phát triển của tình trạng của thai và của bánh rau. Đặc biệt khi thai đủ 38 tuần trở lên, ta nên đánh giá tuổi thai, trọng lượng thai, xác định lại chẩn đoán lại rau tiền đạo thuộc loại nào để có biện pháp xử lý tiếp theo cho phù hợp:

– Nếu là rau tiền đạo bám thấp, bám bên hay bám mép mà từ mép bánh rau đến lỗ trong cổ tử cung trên 20mm ta có thể chờ chuyển dạ đẻ tự nhiên.

– Nếu là rau tiền đạo trung tâm thì ta nên chủ động mổ lấy thai trước khi chuyển dạ đẻ để tránh chảy máu khi chuyển dạ.

* Khi điều trị chảy máu của rau tiền đạo không có kết quả, thì ta phải chủ động mổ lấy thai để cầm máu cứu mẹ là chính không kể tuổi thai; tất nhiên cái thai ấy có sống được hay không là khả năng nuôi trẻ sơ sinh non yếu của chúng ta, nếu cứu được cả mẹ cả con là điều mọi người mong muốn.

7. CHẨN ĐOÁN RAU TIỀN ĐẠO KHI CHUYỂN DẠ

7.1. Chẩn đoán lâm sàng

7.1.1. Triệu chứng cơ năng

+ Bệnh nhân đã có quá trình chảy máu trong 3 tháng cuối thời kỳ thai nghén.

+ Nay tự nhiên thấy bệnh nhân ra máu ồ ạt, màu đỏ tươi lẫn máu cục. Máu ra ngày một nhiều khiến bệnh nhân rất lo sợ và mệt mỏi.

+ Kèm theo ra máu bệnh nhân thấy bụng ngày càng đau, đó là dấu hiệu đau bụng do cơn co tử cung khi chuyển dạ.

+ Dấu hiệu ra nhầy hồng ở đây lẫn vào dấu hiệu ra máu nên không thấy.

7.1.2. Triệu chứng thực thể

– Toàn trạng: da, niêm mạc, mạch và huyết áp thay đổi tuỳ theo sự mất máu của rau tiền đạo.

– Nhìn: vẻ mặt sản phụ xanh xao, hốt hoảng, lo lắng sợ hãi khi thờ ơ bất tỉnh do mất máu quá nhiều.

Nhìn bụng sản phụ, ta thấy tử cung nổi rõ hình trứng hay hình bè ngang tuỳ theo ngôi thai.

– Nắn: ta có thể thấy ngôi đầu cao lỏng hay những ngôi bất thường như: ngôi ngang, ngôi mông hay ngôi đầu cao lỏng....

– Nghe: ta có thể thấy tiếng tim thai biểu hiện bình thường hay thai suy là tuỳ số lượng máu mất nhiều hay ít có ảnh hưởng đến thai hay không.

– Thăm trong:

+ Bằng tay: khi cổ tử cung mở, ta có thể thấy màng ối (có thể là rau tiền đạo bám thấp, bám bên). Khi cổ tử cung mở hết, sờ thấy màng ối cạnh lỗ cổ tử cung thấy mép bánh rau là rau tiền đạo bám mép. Nếu cổ tử cung mở, ta vừa sờ thấy bánh rau vừa sờ thấy màng ối là rau tiền đạo trung tâm không hoàn toàn. Phương pháp chẩn đoán rau tiền đạo khám bằng tay qua lỗ cổ tử cung đã mở dễ gây chảy

máu rất nhiều trong khi thăm khám, hiện nay người ta khuyên không nên dùng; vì dễ gây bong rau gây chảy máu ồ ạt, gây nguy hiểm cho tính mạng sản phụ.

+ Bằng mỏ vịt hay bằng van âm đạo: đây là phương pháp thăm trong tốt nhất hiện nay, vì chuyển dạ lỗ cổ tử cung mở, mở âm đạo bằng van âm đạo ta có thể nhìn thấy đâu là màng ối, đâu là rau. Chẩn đoán bằng van âm đạo nhẹ nhàng, chính xác không gây chảy máu, rất an toàn cho sản phụ.

+ Trong trường hợp chuyển dạ mà cổ tử cung đang xoá (chưa mở), ta có thể thăm qua túi cùng âm đạo như trước khi chuyển dạ để tìm cảm giác đệm của bánh rau.

7.2. Triệu chứng cận lâm sàng

Trong chuyển dạ ít khi dùng các phương pháp cận lâm sàng. Tuy vậy, đôi khi chẩn đoán lâm sàng khó khăn ta có thể vẫn phải dùng kỹ thuật siêu âm để chẩn đoán xác định vị trí của bánh rau.

7.3. Xử trí rau tiền đạo khi chuyển dạ

7.3.1. Nguyên tắc xử trí rau tiền đạo

Nguyên tắc xử trí trong rau tiền đạo là cầm máu để cứu mẹ là chính, nếu cứu được con thì càng hay vì thai của rau tiền đạo thường non tháng và mất máu nên khó sống. Nếu chần chừ vì con non tháng để mẹ chảy máu nhiều có thể dẫn đến chết cả mẹ và con.

7.3.2. Loại rau tiền đạo bám thấp, bám bên

Khi bắt đầu chuyển dạ và có chảy máu, ta phải bấm ối để cầm máu. Nếu cầm được máu, ta chờ cuộc chuyển dạ tiến triển bình thường để đẻ đường dưới như bình thường. Nếu không cầm được máu ta phải mổ lấy thai để cầm máu.

7.3.3. Loại rau tiền đạo bám mép

Loại này ta cũng phải bấm ối để cầm máu, nhưng vì khi khám ta sờ thấy mép rau, vì vậy có kỹ thuật bấm ối riêng (sẽ nói ở dưới đây). Nếu không cầm được máu, ta phải mổ lấy thai để cầm máu.

7.3.4. Kỹ thuật bấm ối trong rau tiền đạo

Ta dùng kìm bấm ối như bình thường, nhưng sau khi bấm ối ta phải xé rộng màng ối song song với mép bánh rau thì mới cầm đọc máu. Nếu sau bấm ối, không xé màng ối đúng kỹ thuật thì không cầm được máu.

7.3.5. Loại rau tiền đạo trung tâm không hoàn toàn

Ta vẫn phải sử dụng kỹ thuật bấm ối của rau tiền đạo để cầm máu tạm thời, nhưng sau đó phải mổ lấy thai, vì bánh rau của rau tiền đạo loại này che lấp một phần đường thai chui ra.

7.3.6. Loại rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn

Ta chỉ có một cách mổ lấy thai càng sớm càng tốt để cầm máu. Trước khi mổ ta nên tiêm thuốc giảm co tử cung để hạn chế chảy máu.

7.3.7. Kỹ thuật mổ lấy thai của rau tiền đạo

Khi rạch ngang đoạn dưới tử cung thấy múi rau (trường hợp bánh rau bám lên mặt trước đoạn dưới), ta phải tránh vào bánh rau vì rạch vào bánh rau máu chảy ra rất dữ dội có thể chết mẹ và con ngay, và rạch như vậy rất khó lấy thai. Sau khi rạch xong đoạn dưới tử cung, ta phải đưa tay lách qua mặt múi của bánh rau lên phía đáy tử cung tới màng ối và phá ối để lấy thai.

7.3.8. Kỹ thuật cầm máu ở rau tiền đạo

Bánh rau tiền đạo thường bám chặt vào niêm mạc tử cung nên khi lấy bánh rau ra khỏi niêm mạc tử cung thường dễ gây chảy máu. Vì vậy, muốn cầm máu ta thường phải cầm máu bằng những mũi X và bằng chỉ catgut. Nếu khâu mũi X vẫn không cầm được máu, ta phải cắt tử cung bán phần để cầm máu. Ở những người chưa có con không thể cắt tử cung được (phải bảo tồn tử cung), ta có thể thắt động mạch hạ vị hoặc động mạch tử cung để cầm máu. Trong trường hợp không có khả năng thắt động mạch buộc phải cắt tử cung bán phần, khâu mũi X mà vẫn chảy máu, ta có thể khâu ép mặt trước vào mặt sau của thành đoạn dưới lại (khâu từ phía cổ tử cung lên đến chỗ mép cắt) để cầm máu.

8. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

8.1. Mẹ: biến chứng chủ yếu là chảy máu (147/207 = 71%) đe doạ tính mạng mẹ và con (2). 83% phải mổ lấy thai để cầm máu. 17% phải cắt tử cung mới cầm được máu. Tỷ lệ tử vong mẹ 3,23% (Bệnh viện Gia Lai năm 1997).

8.2. Con: 52% con non tháng, cân lúc sinh (2500g) (3). Tỷ lệ tử vong chu sản từ 8 - 12,2% (4).

9. PHÒNG BỆNH

9.1. Nguy cơ bị rau tiền đạo tăng lên ở những thai phụ có tiền sử

- Con rạ đẻ nhiều lần chiếm 79,3% các trường hợp rau tiền đạo (2).
- Con so đã có nạo thai hút điều hoà kinh nguyệt chiếm 2,9%.
- Có sẹo mổ tử cung chiếm 1,3 đến 9,3%.

9.2. Khi đã phát hiện ra rau tiền đạo cần vào viện để theo dõi điều trị

NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm khuẩn hậu sản (NKHS) là nhiễm khuẩn xảy ra ở sản phụ sau đẻ mà khởi điểm là từ đường sinh dục (âm đạo, cổ tử cung, tử cung vùng rau bám). Những trường hợp đường vào của vi khuẩn không phải từ bộ phận sinh dục, như sốt sau đẻ do bệnh cúm, thương hàn, lao phổi, thì không phải là NKHS.

Đầu thế kỷ XIX, khi chưa rõ nguyên nhân là vi khuẩn, chưa có kháng sinh thì NKHS là nỗi kinh hoàng cho các bà mẹ. Tử vong rất cao 124/1000 trường hợp đẻ. Tarnier (1857, Pháp), nhất là Semmelweis (1844, áo) dựa vào nhận xét lâm sàng là ở nhóm sinh viên thực tập mổ xác, sau đó chỉ rửa tay, khám sản phụ và đỡ đẻ thì tử vong sản phụ cao gấp 10 lần so với nữ hộ sinh đỡ đẻ. Như vậy theo Semmelweis, NKHS có tính truyền nhiễm, từ đó người đỡ đẻ phải rửa tay bằng nước pha vôi (chlorua calci), cách ly thai phụ. Tử vọng sản phụ đã giảm rõ rệt.

Khoảng 1865, Pasteur đã phân lập được liên cầu khuẩn (*Streptococus*), tác nhân gây NKHS. Phương pháp khử khuẩn, vô khuẩn trong ngoại khoa được đề xuất bởi Lister, Pasteur đã làm giảm tử vong NKHS rõ rệt.

Phát minh kháng sinh, sulfamid đã làm giảm rất nhiều NKHS và tử vong chỉ còn từ 6-8/10000 ca đẻ. Tuy nhiên, ở hoàn cảnh nước ta, NKHS vẫn còn là một trong các tai biến về sản khoa.

1.1. Vi khuẩn

Rất nhiều loại vi khuẩn gây ra NKHS: *Streptococus, Staphylococcus, E.coli, Enterococcus* và các vi khuẩn kỵ khí như *Clostridium, Bacteroides....*

Vi khuẩn từ cơ thể của sản phụ, người xung quanh, từ dụng cụ đỡ đẻ, thủ thuật mổ lấy thai, qua các sang chấn ở đường sinh dục vào vùng rau bám tử cung.

1.2. Đường lan truyền

Từ âm đạo, qua cổ tử cung vào tử cung, từ đó lên ống dẫn trứng, vào phúc mạc tiểu khung.

Có thể vi khuẩn theo đường bạch huyết, tĩnh mạch (đám rối tĩnh mạch cạnh tử cung) vào tổ chức dây chằng rộng.

1.3. Yếu tố thuận lợi cho sự phát triển của vi khuẩn trong nhiễm khuẩn hậu sản

- Dinh dưỡng kém.
- Thiếu máu.
- Nhiễm độc thai nghén.
- Tại chỗ có viêm âm đạo, viêm cổ tử cung.

– Ối vỡ non, vỡ sớm.

– Chuyển dạ kéo dài, thăm khám nhiều.

– Chấn thương đường sinh dục.

– Thủ thuật bóc rau, mổ lấy thai.

– Ứ sản dịch.

Các biện pháp dự phòng NKHS nhằm vào giải quyết tới các yếu tố trên.

2. CÁC HÌNH THÁI NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

Có nhiều hình thái lâm sàng, giải phẫu của NKHS, từ nhẹ đến nặng: nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới (âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn), tử cung, dây chằng rộng, viêm phần phụ, viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phúc mạc toàn bộ, viêm tắc tĩnh mạch, nhiễm khuẩn huyết. ở một số bệnh nhân có khi chỉ có một hình thái nhiễm khuẩn, có khi phối hợp hai, ba hình thái.

2.1. Nhiễm khuẩn tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo

Đây là hình thái nhẹ nhất.

– Nguyên nhân: vết khâu tầng sinh môn, âm đạo không đúng kỹ thuật, không được vô khuẩn tốt. Hoặc rách tầng sinh môn, rách âm đạo không khâu, quên gạc trong âm đạo.

– Triệu chứng: toàn thân có nhiệt độ không cao lắm; tại chỗ có vết rách, khâu viêm tấy, đỏ, mưng mủ, đau. Tử cung co hồi bình thường, sản dịch không hôi. Hình thái này tiên lượng tốt.

– Điều trị: săn sóc tại chỗ là chính. Rửa bằng thuốc sát khuẩn hoặc phải cắt chỉ khi có mưng mủ. Đóng khăn vệ sinh, gạc vô khuẩn.

2.2. Viêm niêm mạc tử cung

Là một hình thái nhẹ của nhiễm khuẩn tử cung, thường gặp. Từ hình thái này nếu điều trị không tốt và kịp thời, quá trình viêm nhiễm có thể phát triển nặng hơn thành viêm phần phụ, viêm phúc mạc tiểu khung.

– Nguyên nhân: sót rau, sót màng, nhiễm khuẩn ối, chuyển dạ kéo dài, thủ thuật bóc rau, kiểu soát tử cung không bảo đảm vô khuẩn.

– Triệu chứng:

+ Sau đẻ vài ba ngày, bệnh nhân sốt, nhiệt độ 38-38^{0}5, mạch nhanh. Toàn thân mệt mỏi, khó chịu, nhức đầu.

+ Sản dịch ra nhiều, hôi, lẫn máu hoặc có mủ, nặng mùi khi bị nhiễm khuẩn kỵ khí, hoặc *E.coli*. Do vi khuẩn ái khí, sản dịch ít hôi. Cổ tử cung hé mở, tử cung co hồi chậm, ấn tử cung đau. Thăm túi cùng âm đạo: không đau.

+ Cấy sản dịch xác định vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

Bế sản dịch là hình thái trung bình của viêm mạc tử cung, khám thấy tử cung gập trước, sản dịch ra ít hoặc không, đau vùng hạ vị, ấn vào tử cung bệnh nhân đau.

Hình thái nặng hơn là viêm tử cung toàn bộ. Quá trình nhiễm khuẩn lan rộng đến lớp cơ tử cung, có khi có những ổ áp xe nhỏ. Các triệu chứng toàn thân, cơ năng, thực thể nặng hơn các hình thái trên: sản dịch thối, ra huyết vào ngày thứ 8, thứ 10. Nắn tử cung rất đau, có cảm giác như có hơi. Tiến triển có thể đưa đến viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn huyết.

Còn một hình thái ít gặp, đó là viêm niêm mạc tử cung chảy máu. Thường các triệu chứng xuất hiện chậm hơn sau đẻ. Sản dịch có máu đỏ, máu cục. Trường hợp này hay lầm với chẩn đoán là sót rau, đưa đến xử trí nạo rau làm cho tiên lượng nặng hơn. Điều trị: kháng sinh thích hợp với vi khuẩn, thường sau 48 giờ tiến triển khả quan. Góp phần co hồi tử cung bằng oxytocin hoặc methylergometrin.

Nếu có sót rau phải đợi nhiệt độ giảm, hoặc hết sốt mới can thiệp nạo, vì can thiệp sớm sẽ phá vỡ hàng rào bảo vệ quanh vùng rau, gây viêm phúc mạc hoặc nhiễm khuẩn huyết.

Trường hợp viêm tử cung toàn bộ với những ổ áp xe nhỏ, phải cắt tử cung bán phần phối hợp kháng sinh liều cao. Trước đó nên cấy máu để phát hiện sớm nhiễm khuẩn huyết.

2.3. Viêm phần phụ (VPP) và dây chằng rộng

Nhiễm khuẩn tử cung có thể lan sang dây chằng rộng, vòi trứng, buồng trứng.

Viêm phần phụ xảy ra 8-10 ngày sau đẻ, chậm hơn so với viêm niêm mạc tử cung. Bệnh nhân sốt, nắn thấy một khối mềm, đau, bờ không rõ, di động hạn chế. VPP (vòi trứng) hoặc viêm phần trên thì khối mềm sẽ ở cao. Viêm ở đáy dây chằng rộng thì thăm khám âm đạo phối hợp với nắn bụng sẽ thấy khối viêm ở thấp, ngay ở túi cùng, có khi dính với túi cùng, có khi khó phân biệt với đám quánh ruột thừa nếu khối viêm ở bên phải.

Sản dịch ra nhiều, hôi, tử cung co hồi chậm, vẫn to.

Tiến triển của viêm phần phụ tốt nếu điều trị kịp thời. Tiến triển xấu thành ổ áp xe hay viêm phúc mạc tiểu khung. Nếu khối mủ vỡ ở ổ bụng sẽ gây ra viêm phúc mạc toàn bộ. Nếu khối mủ ở thấp có thể vỡ gây rò trực tràng, âm đạo.

Phải cấy sản dịch và làm kháng sinh đồ.

Điều trị VPP bằng cách để sản phụ nằm nghỉ, chườm đá và kháng sinh. Viêm phúc mạc tiểu khung cũng được điều trị nội khoạ. Nếu túi mủ khu trú thì mở thông túi mủ ra ngoài qua túi cùng âm đạo. Chỉ mổ theo đường bụng khi bị viêm phúc mạc toàn bộ.

2.4. Viêm phúc mạc (VPV) tiểu khung

Nhiễm khuẩn từ niêm mạc tử cung, lan qua lớp cơ tử cung, vòi trứng, buồng trứng, đến phúc mạc tiểu khung. Vi khuẩn có thể theo đường bạch mạch. Nhiễm khuẩn lan đến túi cùng sau, manh tràng, đại tràng, bàng quang phía trước, trực

tràng ở sau. Phát triển đến đầu sẽ hình thành các giả mạc, phúc mạc sẽ dính với nhau. Phản ứng của phúc mạc sẽ sinh ra các túi dịch lẫn máu và mủ.

– Triệu chứng: rầm rộ hơn ở viêm tử cung. Trung bình sau đẻ 7 ngày, có khi muộn hơn sau đẻ 15 ngày từ nhiễm khuẩn tử cung.

Toàn thân: nhiệt độ tăng dần hoặc đột ngột đến 39-40^0, rét run, mạch nhanh không phân ly. Tình trạng toàn thân mệt mỏi, lưỡi trắng.

Về triệu chứng cơ năng: đau vùng hạ vị, đau dữ dội. Đái rắt, táo bón. Nếu hình thành mủ và mủ đọng ở túi cùng thì sẽ có triệu chứng giả lỵ (đại tiện nhiều lần, phân ra ít, đau).

Triệu chứng thực thể: có phản ứng thành bụng vùng bụng dưới, bụng chướng nhẹ. Các vùng khác không có phản ứng, phần trên bụng mềm. Thăm âm đạo, tử cung còn to, kém di động, đau, cổ tử cung hé mở. Túi cùng sau, túi cùng bên rắn, đau, nề. Thăm âm đạo kết hợp nắn bụng thấy vùng hố chậu hông có khối rắn, không di động, đau.

Xét nghiệm máu: tốc độ lắng máu, bạch cầu, lấy khí hư xét nghiệm vi khuẩn từ cổ tử cung.

– Điều trị nội khoa là chính: nằm nghỉ, chườm đá, vitamin C, kháng sinh liều cao, duy trì thêm nhiều ngày sau khi nhiệt độ giảm.

– Tiến triển của viêm phúc mạc tiểu khung:

Trong điều điều trị không kịp thời và liều không đủ, viêm phúc mạc tiểu khung sẽ tiến triển thành:

+ Áp xe Douglas: triệu chứng nhiễm khuẩn vẫn tăng, đau chói ở tiểu khung. Thăm âm đạo, tử cung bị đẩy ra trước, cổ tử cung bị chẹt dưới xương vệ. Cùng đồ sau có khối đau, bờ của khối vượt quá cạnh tử cung. Thăm trực tràng thấy rõ khối áp xe.

Cách điều trị là chích túi cùng sau, tháo dẫn lưu mủ phòng rò trực tràng âm đạo, phòng VPM toàn bộ.

+ Viêm vòi trứng có mủ: ít gặp. Thăm khám có khối nề, đau, ở bên cạnh và biệt lập với tử cung. Điều trị: kháng sinh và phẫu thuật cắt bỏ khối vòi trứng ứ mủ.

+ Viêm tấy (phlegmon) dây chằng rộng: khối này có thể khu trú ở cao (hạ vị) hoặc thấp hơn, khi thăm âm đạo sẽ thấy khối lan toả cả hai bên, đẩy tử cung ra trước. Điều trị: kháng sinh liều cao.

2.5. Viêm phúc mạc toàn bộ

Ở đây không nêu lên viêm phúc mạc toàn bộ thứ phát sau mổ lấy thai, sau nạo thai. Sau đẻ thường có thể có biến chứng viêm phúc mạc toàn bộ.

Viêm phúc mạc toàn bộ có thể xảy ra sau viêm niêm mạc tử cung, viêm tử cung. Nguyên nhân của các viêm nhiễm này đã được nêu ở phần viêm niêm mạc tử cung. Đường lan truyền, ngoài trực tiếp còn có thể do đường bạch huyết.

Cũng có khi viêm phúc mạc toàn bộ phát triển từ viêm phúc mạc tiểu khung hay từ túi mủ của áp xe Douglas, của viêm vòi trứng ứ mủ.

– Triệu chứng chẩn đoán: sau đẻ từ 7-10 ngày thì xuất hiện những dấu hiệu của viêm phúc mạc. Trước đó, đã có những dấu hiệu của hình thái nhiễm khuẩn bộ phận sinh dục ở giai đoạn đã có mủ. Mủ vỡ vào ổ bụng nên có dấu hiệu viêm phúc mạc một cách đột ngột.

Triệu chứng toàn thần: mắt trũng, môi khô, sốt cao, mạch nhanh, dấu hiệu nhiễm độc nhiễm trùng. Về triệu chứng cơ năng: nôn, đau khắp vùng bụng, có hội chứng tắc ruột (hoặc bán tắc), có khi đại tiện lỏng, phân khắm. Triệu chứng thực thể: bụng chướng thường gặp, phản ứng hoặc co cứng thành bụng, triệu chứng này ít gặp. Thăm túi cùng âm đạo đau.

Chụp XQ vùng bụng không chuẩn bị thấy hơi và mức nước.

– Chẩn đoán phân biệt với giả viêm phúc mạc và viêm phúc mạc tiểu khung.

Trong giả viêm phúc mạc sau đẻ thì thể trạng của thai phụ vẫn bình thường, không sốt, chỉ có bụng chướng, bí đại tiện, trung tiện khó. Loại này chỉ điều trị nội khoa: hút dịch dạ dày, đặt ống thông hậu môn, huyết thanh mặn ưu trương, prostigmin.

Trong viêm phúc mạc tiểu khung thì đau khu trú, không chướng toàn bụng, thể trạng khá.

– Tiên lượng: chẩn đoán sớm và mổ kịp thời, tiên lượng sẽ tốt. Mổ chậm, tiên lượng xấu sẽ có tử vong, nếu có khỏi thì di chứng xa hay gây dính và tắc ruột.

– Điều trị mổ cấp cứu: cắt tử cung bán phần và phần phụ nếu có tổn thương. Lau sạch ổ bụng, cho kháng sinh vào ổ bụng. Đặc biệt đặt ống dẫn lưu từ chỗ thấp nhất của ổ bụng (túi cùng sau, rãnh đại tràng - thành bụng) ra thành bụng bên.

– Để tránh viêm phúc mạc toàn bộ sau đẻ là phải chú ý vô khuẩn, khử khuẩn khi khám âm đạo, khi làm các thủ thuật ở tử cung, không để sót rau, điều trị tích cực các hình thái nhiễm khuẩn hậu sản.

2.6. Nhiễm khuẩn huyết

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) là hình thái nặng nhất của nhiễm khuẩn hậu sản. Từ khi có kháng sinh, biến chứng này đã giảm nhiều. Tiên lượng rất xấu, tử vong còn rất cao (50-70%). Là nhiễm khuẩn thứ phát sau NKHS bắt nguồn từ đường sinh dục, chủ yếu từ vùng rau bám ở tử cung.

Ở đây chỉ nêu lên nhiễm khuẩn sau đẻ:

2.6.1. Nguyên nhân

Vi khuẩn thường gặp là liên cầu tan huyết nhóm A, β faecalis nhất là tụ cầu vàng gây bệnh, *E.coli, Aerobacter faecalis*, loại kỵ khí như *Clostridium perfringens*.

Từ viêm niêm mạc tử cung, quá trình nhiễm khuẩn lan rộng ra xung quanh, hoặc vào sâu lớp cơ tử cung, theo đường máu, từ trạng thái vi khuẩn vãng lai trong máu (bacteriemia) trở thành NKH (septicemia).

Cũng có khi chưa diệt được ổ nhiễm khuẩn khư trú tại bộ phận sinh dục đã vội can thiệp (như nạo sót rau trong khi bệnh nhân đang sốt) phá vỡ hàng rào bảo vệ, tạo điều kiện vi khuẩn lan tràn vào mạch máu.

2.6.2. Triệu chứng và chẩn đoán

– Triệu chứng toàn thân: sốt cao liên tục, hoặc nhiệt độ dao động, có khi sốt kèm cơn rét run hay nhiệt độ không cao nhưng kéo dài nhiều ngày. Phải lấy nhiệt độ 4 lần/ngày là tốt nhất, mạch nhanh.

Toàn thên mệt mỏi, suy sụp, lờ đờ, tình trạng nặng có dấu hiệu choáng, huyết áp hạ, hôn mê, bán hôn mê, kèm thiểu niệu, nước tiểu sẫm màu, khó thở, vàng da.

– Triệu chứng sản khoa: cổ tử cung hé mở, sản dịch rất hôi, có máu và mủ. Tử cung to, thu hồi chậm, ấn đau.

– Triệu chứng thực thể khác: gan, lách to, bụng chướng, nghe phổi có ran ẩm. Có thể gặp nhiễm khuẩn ở khớp xương, da, niêm mạc, màng não hoặc viêm nội tâm mạc.

Các dấu hiệu trên chứng tỏ có những ổ di căn vi khuẩn tại các tạng trên.

– Chẩn đoán xác định dựa vào kết quả cấy máu (lúc nhiệt độ cao), cấy sản dịch (từ buồng tử cung), cấy nước tiểu (thông bàng quang).

Các xét nghiệm khác: hồng cầu giảm, bạch cầu đa nhân trung tính tăng mạnh, hematocrit giảm.

Làm kháng sinh đồ và xác định nồng độ ức chế tối thiểu (MIC).

2.6.3. Biến chứng

– NKH đưa đến nhiều biến chứng như suy thận cơ nặng, viêm thận kẽ, áp xe phổi, viêm nội tâm mạc, áp xe não, viêm màng não mủ.

– Hình thức nặng nhất của biến chứng NKH là choáng nhiễm khuẩn, chủ yếu do vi khuẩn Gram âm và một vài loại khác như *Clostridium*... Tử vong rất nhanh.

2.6.4. Tiên lượng và điều trị

Tiên lượng tốt hay xấu tuỳ thuộc vào số lượng ổ di bệnh thứ phát. Điều này phụ thuộc vào việc điều trị có kịp thời và tích cực không.

Điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ. Khi chưa có kháng sinh đồ nên dùng loại kháng sinh có phổ tác dụng rộng cephalosporin (là β lactamin bán tổng hợp): Cefalotin, Cefotaxim, Cefoxitin... Các loại này đều có tác dụng hiệu quả với cầu khuẩn (tụ cầu, liên cầu, phế cầu....), lậu cầu, Klebsiella.

Nhóm Aminosid hiệu quả với *Aerobacter, E.coli.*

Flagyl tác dụng tốt với các loại kỵ khí. Điều trị bằng đường tĩnh mạch sau đó thay thế bằng đường uống.

Nói chung nên phối hợp cefalospirin với aminosid. Phải duy trì nồng độ kháng sinh được liên tục trong máu bệnh nhân và kéo dài thêm 7 ngày khi nhiệt độ trở lại bình thường.

Ngoài kháng sinh phải truyền dịch, truyền máu, trợ tim...

Điều trị ngoại khoa khi nhiệt độ trở lại bình thường, tiến hành cắt tử cung bán phần để loại bỏ hoàn toàn ổ nhiễm khuẩn nguyên phát và gửi bệnh phẩm để xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

2.7. Viêm tắc tĩnh mạch

Viêm tắc tĩnh mạch sau đẻ, sau mổ vùng tiểu khung ít gặp ở nước ta, hay gặp ở các nước Âu, Mỹ.

Viêm tắc tĩnh mạch tử cung, rồi quá trình lan đến tĩnh mạch quanh tử cung, tĩnh mạch chậu thường do những vi khuẩn loại liên cầu kỵ khí.

Các vi khuẩn khu trú trong buồng tử cung sản sinh ra men streptokinase huỷ hoại các thrombus (cục máu), rồi vi khuẩn lan theo thành mạch dọc đường đi của tĩnh mạch. Viêm tắc phát triển đến đâu thì những cục máu mới hình thành để hạn chế nhiễm khuẩn. Viêm tắc lan đến các tĩnh mạch dây chằng rộng, buồng trứng, chậu, đùi, đôi khi lan đến tĩnh mạch chậu. Tĩnh mạch buồng trứng (thường bên trái) hay bị viêm tắc vì tĩnh mạch này dẫn lưu một nửa trên của tử cung.

2.7.1. Nguyên nhân

Gặp ở con rạ, chuyển dạ kéo dài, chảy máu nhiều. Về cơ địa: lưu thông máu hệ tĩnh mạch bị cản trở, tăng sinh sợi huyết hoặc do yếu tố thần kinh giao cảm của hệ tĩnh mạch đùi, chân, bụng dưới.

2.7.2. Triệu chứng

Triệu chứng xuất hiện muộn, sau đẻ 12-15 ngày, sốt nhẹ, rét run, mạch nhanh xuất hiện sớm, nhịp tăng dần. Viêm tắc tĩnh mạch ở chân; chân phù, màu trắng, ấn đau (phlegmatia alba dolens), căng nóng từ đùi trở xuống, gót chân không nhấc được khỏi giường.

Khi điều trị không kịp thời, nhiễm khuẩn lan đến phổi gây viêm tắc động mạch phổi (khó thở, khạc ra máu, tức ngực), thận ... bệnh nhân có thể tử vong đột ngột.

2.7.3. Điều trị

Cần làm xét nghiệm về thời gian đông máu, tiểu cầu, thời gian Quick và tỷ lệ prothrombin.

– Bất động chân trong khi bị bệnh và kéo dài 3 tuần sau khi hết sốt.

– Điều trị kháng sinh, corticoid sau vài ngày điều trị kháng sinh.

– Thuốc chống đông máu: Heparin 25000 UI/1kg thể trọng/24 giờ, tiêm tĩnh mạch cách 2 giờ một lần hoặc truyền nhỏ giọt tĩnh mạch, lưu lượng cố định, vì heparin thải trừ nhanh.

Hoặc Dicoumarol (Coumadine) loại uống 2-10mg, đây là loại kháng vitamin K, tác dụng chậm, liều 2-10mg/24 giờ. Theo dõi kết quả điều trị bằng xét nghiệm thời gian Howell, Quick.

Đang sử dụng heparin nếu thay thế bằng Dicoumarol thì phải tiếp tục heparin cho đến khi có tác dụng của dicoumarol.

Với heparin kiểm tra xét nghiệm giảm đông máu bằng 1,5-3 lần thời gian so với chứng. Với Dicoumarol duy trì thời gian Quick là 20-35%.

3. PHÒNG BỆNH

Để phòng nhiễm khuẩn hậu sản cần áp dụng các biện pháp sau:

– Trong khi có thai: điều trị các ổ viêm nhiễm của sản phụ (ở da, họng...), viêm đường sinh dục, tiết niệu.

– Trong chuyển dạ: hạn chế thăm âm đạo, không để chuyển dạ kéo dài, đề phòng nhiễm khuẩn ối.

– Trong đẻ: không để sót rau, chỉ định đúng kiểm soát tử cung, bóc rau nhân tạo. Đảm bảo khử khuẩn tốt các dụng cụ.

– Sau đẻ: tránh ứ sản dịch, bệnh phòng sạch sẽ, định kỳ phải đwọc chạy tia cực tím, tăng cường đề kháng sản phụ.

TƯ VẤN VỀ CÁC BIỆN PHÁP KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH

Tư vấn là một trong những nhiệm vụ quan trọng nhất trong công tác kế hoạch hoá gia đình. Cần được tiến hành thường xuyên, trong mọi trường hợp tiếp xúc với khách.

Vậy tư vấn là gì? Đó là việc nói chuyện trực tiếp để người tư vấn giúp khách có được một quyết định hành động đúng đắn. Trong kế hoạch hoá gia đình, tư vấn nhằm giúp khách có được một biện pháp kế hoạch hoá gia đình thích hợp nhất, thoả đáng nhất. Nói một cách khác, tư vấn nhằm giúp tìm phương pháp, giúp thay phương pháp để có được một phương pháp đảm bảo: (1) hiệu quả và an toàn cho khách, (2) khách chấp nhận một cách thoải mái.

Công tác tư vấn không nặng nề nhưng đòi hỏi có kỹ năng. Bạn có thể làm tư vấn tốt bạn tin tưởng ở kế hoạch hoá gia đình và bạn chú ý:

– Chứng tỏ cho khách biết bạn thật tình quan tâm muốn giúp họ.

– Lắng nghe khách trình bày và tự đề xuất ý kiến. Tìm hiểu xem khách cảm nhận thế nào.

– Cung cấp cho khách những thông tin chính xác với tác phong thân mật, cởi mở, tạo không khí chan hoà gần gũi, giúp khách tin tưởng, thoải mái lắng nghe mình.

– Hai bên thảo luận tìm phương pháp thích hợp nhất cho khách.

Các bước tiến hành nên theo trình tự:

1. Chào hỏi thân mật và cởi mở với tinh thần sẵn sàng phục vụ, sẵn sàng giúp đỡ, tạo không khí gần gũi, ấm cúng ngay từ ban đầu. Tốt nhất là nên biết trước tên khách và chào hỏi có nêu tên của khách, khiến khách thấy an tâm ngay, tự cảm thấy mình đã được tìm hiểu nghiên cứu, quan tâm.

2. Hỏi khách về những nhu cầu về kế hoạch hoá gia đình của khách. Lắng nghe chăm chú, không một phút lơ đễnh. Nhìn mặt khách.

3. Nói cho khách biết những biện pháp hiện có một cách sơ quan nhưng đầy đủ.

4. Gợi ý và giúp khách quyết định chọn phương pháp.

5. Giải thích cho khách biết tại sao lại chọn phương pháp đó.

6. Đặt kế hoạch để gặp gỡ tiếp theo, khi có vấn đề.

Trong 6 bước nói trên thì 4 bước đầu: chào, hỏi, nói, gợi ý là quan trọng nhất.

Những điều kiện để tổ chức tư vấn tốt:

1. Cần có đội ngũ nhân viên đầy đủ để phân lịch được nhiều buổi, có người có trình độ kiến thức cao hơn nhau để giúp đỡ giải pháp những vấn đề khó khăn.

2. Cần có đủ phòng giảng dạy, phòng đợi, phòng tư vấn, phòng khám. Phòng nào cũng cần thoáng đãng, sạch sẽ, đủ chỗ ngồi và tiện nghi ấm úng. Có thể là phòng riêng có tường ngăn cách hoặc phòng rộng có bình phong ngăn cách, có mành, màn che chắn. Tất cả phải toát lên một không khí, tác phong, thái độ lịch sự, lễ phép, tôn trọng khách.

3. Tài liệu phong phú: sách nhỏ, tờ rơi, tranh ảnh minh hoạ, các mẫu thuốc, dụng cụ... để tiện giới thiệu.

4. Đủ phương tiện tránh thai để phục vụ kịp thời.

5. Có sổ sách ghi chép để tiện liên lạc và tra cứu khi khách quay trở lại lần sau.

6. Người làm tư vấn cần có đầy đủ kiến thức và kinh nghiệm để sẵn sàng đáp ứng mọi nhu cầu và giải đáp mọi thắc mắc của khách. Trong nhiều trường hợp, nên có sẵn một số tài liệu cẩm nang để tiện tra cứu.

Kết luận

Tư vấn về các biện pháp kế hoạch gia đình nhằm mục đích chính là giúp khách tìm biện pháp thích hợp nhất. Vậy phải đặt quyền lợi của khách lên trên hết. Kiên nhẫn lắng nghe, tìm hiểu cặn kẽ về khách. Cùng khách bàn bạc dân chủ, bình đẳng và thân tình, cởi mở, tiến tới mục đích cuối cùng một cách trọn vẹn, thoả đáng. Tuyệt đối tránh tư tưởng coi thường khách, tư tưởng ban ơn thái độ kẻ cả, cửa quyền.

CHẤT LƯỢNG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ SINH SẢN

MỞ ĐẦU

Theo hội nghị về Dân số và Phát triển của Liên Hợp Quốc tổ chức tại Cairo năm 1994, "sức khoẻ sinh sản" được định nghĩa như sau: "Sức khoẻ sinh sản là sự thoải mái chung của con người về cơ thể, tâm thần và xã hội đối với tất cả các vấn đề thuộc bộ phận sinh dục, chức năng và hhoạt động của bộ phận sinh dục, không chỉ riêng là không có bệnh tật và tật nguyền".

Thí dụ, một người có thể sống một cuộc sống toại nguyện và an toàn về sinh dục, có khả năng sinh mau hoặc sinh thừa tuỳ thích. Như thế, người chồng và người vợ sẽ có quyền được phổ biến những phương pháp kế hoạch hoá gia đình và có thể tự mình lựa chọn để điều hoà sinh sản mà không có gì là trái với pháp luật. Những phương pháp này phải chắc chắn, có hiệu quả, chấp nhận được và trong tầm tay. Nếu muốn có thai thì có được đứa con khoẻ mạnh.

Những dịch vụ về sức khoẻ sinh sản gồm những phương pháp kỹ thuật nhằm phục vụ sức khoẻ, sự thoải mái trong sinh sản, có chất lượng sống, có quan hệ giữa người và người.

1. NHỮNG NỘI DUNG VỀ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ SINH SẢN (CSSKSS)

1.1. Tình hình sức khoẻ phụ nữ và trẻ em trên thế giới liên quan với sinh sản

– Mức sinh trên thế giới trong những năm 1960 là 6,7 con trong mỗi gia đình, nay giảm xuống còn 4,3. Hiện có 350 triệu người muốn đẻ thưa, 120 triệu người áp dụng những biện pháp tránh thai hiện đại. Trong những năm 1990, mỗi năm có 18 triệu người bước vào tuổi kết hôn.

1.2. Mục tiêu của chăm sóc sức khỏe sinh sản

Chăm sóc sức khoẻ sinh sản nhằm:

1.2.2. Giúp các cặp vợ chồng đạt được những mục tiêu về sinh đẻ trong khung cảnh thuận lợi cho sức khoẻ, trách nhiệm và sự thoải mái trong gia đình, tôn trọng nhân phẩm và quyền quyết định số con và quãng thời gian đẻ giữa các con.

1.2.2. Ngăn ngừa những thai nghén không mong muốn và những nguy cơ trong thai nghén, giảm tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong.

1.2.3. Tạo điều kiện thuận lợi cho bất cứ ai muốn thực hiện kế hoạch hoá gia đình (KHHGĐ) có được biện pháp sử dụng đáng tin cậy với những phương tiện cần thiết.

1.2.4. Hoàn thiện KHHGĐ bằng thông tin - giáo dục - truyền thông (TTGDTT) và tư vấn

1.2.5. Tăng cường sự tham gia có hiệu quả của nam giới vào KHHGĐ và chia phần trách nhiệm với nữ giới.

1.2.6. Khuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ để giúp đẻ thưa

1.2.7. Đề phòng và điều trị vô sinh.

1.2.8. Đề phòng và điều trị những bệnh lây truyền theo đường sinh dục trong đó có HIV?AIDS.

1.2.9. Đề phòng và phát hiện sớm ung thư sinh dục, ung thư vú

1.2.10. Vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh khi giao hợp.

1.2.11. Vệ sinh thai nghén. Đăng ký và quản lý thai nghén

1.2.12. Vệ sinh dưỡng dục trong thời kỳ tiền mãn kinh và mãn kinh.

2. NHỮNG BIỆN PHÁP CHĂM SÓC SỨC KHOẺ SINH SẢN

2.1. Về kế hoạch hoá gia đình

Đẩy mạnh TTGDTT và tư vấn về KHHGĐ để mọi người hiểu rõ và hiểu đúng những lợi ích của KHHGĐ, những đặc điểm và chỉ định, chống chỉ định của các biện pháp KHHGĐ.

Phát triển rộng khắp các dịch vụ KHHGĐ, tạo điều kiện thuận lợi cho mọi người sử dụng được biện pháp KHHGĐ.

2.2. Về chăm sóc sức khoẻ trong tuổi dậy thì

– Phổ biến kiến thức về giới tính và tình dục học cho thanh thiếu niên.

– Tình yêu và luyến ái lành mạnh.

– Phổ biến kiến thức về vệ sinh kinh nguyệt và vệ sinh bộ phận sinh dục.

2.3. Về đề phòng vô sinh và điều trị vô sinh

– Đề phòng viêm nhiễm ở bộ phận sinh dục gây tắc vòi trứng và viêm niêm mạc tử cung.

– Điều trị sớm các viêm nhiễm ở bộ phận sinh dục và các rối loạn kinh nguyệt.

2.4. Phát hiện sớm thai nghén. Đăng ký và quản lý thai nghén

– Phát hiện những dấu hiệu của có thai. Xét nghiệm hCG. Siêu âm chẩn đoán.

– Những lý do phải đăng ký thai nghén: để phát hiện sớm các nguy cơ sẩy thai, chửa ngoài tử cung, chửa trứng, thai chết lưu trong tử cung, nhiễm độc thai nghén...

– Những nội dung cần quản lý: phát hiện phù, tăng huyết áp, protein trong nước tiểu, ngôi thai bất thường, tình trạng sức khoẻ người mẹ và thai.

2.5. Đề phòng các bệnh lây lan theo đường tình dục và HIV/AIDS

– Quan hệ tình dục lành mạnh. Dùng bao cao su trong trường hợp cần thiết.

– Điều trị sớm và có hiệu quả những bệnh viêm nhiễm đường sinh dục.

2.6. Phát hiện sớm các u vú và ung thư cổ tử cung

– Thường xuyên nắn vú để phát hiện sớm các khối u. Điều trị sớm những khối u khi mới xuất hiện.

– Thường kỳ 6 tháng một lần nên làm phiến đồ khối u ở cổ tử cung để phát hiện những tế bào bất thường, hoặc soi cổ tử cung nếu có tổn thương ở cổ tử cung. Điều trị sớm những tổn thương ở cổ tử cung.

2.7. Rối loạn tiền mãn kinh và mãn kinh

– Những dấu hiệu bất thường có thể thấy trong giai đoạn tiền mãn kinh: rong kinh, kinh mau, kinh thưa.

– Những dấu hiệu bất thường có thể gặp trong thời kỳ mãn kinh: bốc hoả, hồi hộp, đánh trống ngực, lạnh đầu chi.

– Những nguy cơ có thể gặp trong thời kỳ mãn kinh: loãng xương dẫn đến gãy xương (hay gặp nhất là gãy cổ xương đùi và cột sống thắt lưng), ung thư niêm mạc tử cung.

3. NHỮNG VẤN ĐỀ VỀ TỔ CHỨC NHẰM ĐÁP ỨNG TỐT CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN

Hội nghị dân số và phát triển 1994 khuyến khích:

3.1. Các chính phủ và cộng đồng quốc tế cần sử dụng tất cả các biện pháp để bảo vệ nguyên lý tự lựa chọn KHHGĐ

3.2. Trong những năm tới, tất cả các nước cần phải đánh giá những nhu cầu của quốc gia mình nhằm thoả mãn cho công tác KHHGĐ trong khuôn khổ bảo đảm sức khoẻ sinh sản

3.3. Các chính phủ cần chăm lo các dịch vụ KHHGĐ và sức khoẻ sinh sản (SKSS), tôn trọng các luật pháp về con người, những tiêu chuẩn về đạo đức và nghề nghiệp. Những kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm cần được sử dụng trong khuôn khổ tôn trọng những quy tắc đạo lý thích hợp và những luật lệ về quy chế hành nghề y.

3.4. Các tổ chức ngoài chính phủ đóng vai trò tích cực trong động viên các gia đình và cộng đồng tiếp cận với các dịch vụ về SKSS trong đó có KHHGĐ. Kết hợp với nhà nước trong việc trợ cấp các nguồn vốn để hoạt động các chương trình công và tư.

3.5. Cố gắng khắc phục tới năm 2005 mọi khó khăn trở ngại về KHHGĐ và CSSKSS trong phạm vi có tính chất chương trình hoá. Nói chính xác hơn, các chính phủ cần chịu trách nhiệm tạo điều kiện dễ dàng cho các cá nhân và những cặp vợ chồng trong việc thực hiện KHHGĐ và CSSKSS xoá bỏ những bó hẹp không đúng về luật pháp, y tế, lâm sàng và thủ tục.

3.6. Động viên các chính phủ sử dụng các biện pháp giáo dục và tự nguyện hơn là những biện pháp khích động và răn đe.

3.7. Trong những năm tới, tất cả những chương trình về KHHGĐ cần phải có những cố gắng đáng kể nhằm nâng cao chất lượng của CSSKSS gồm:

– Nắm biết tình hình và nguyện vọng về KHHGĐ của các cặp vợ chồng qua các lứa tuổi (số con mong muốn, biện pháp muốn dùng...).

– Phổ biến rộng rãi các thông tin chính xác và sâu sắc về các biện pháp tránh thai, phòng HIV/AIDS và các bệnh lây truyền theo đường tình dục.

– Tổ chức dịch vụ chất lượng tốt, phù hợp, đầy đủ, tôn trọng cuộc đời tư thầm kín.

– Mở các lớp đào tạo những người giáo dục và quản lý về giảng dạy các kỹ thuật truyền thông bảo trợ tâm lý xã hội.

– Đảm bảo theo dõi và xử trí điều trị tại chỗ những tác dụng phụ trong khi sử dụng các biện pháp tránh thai hoặc hướng dẫn đến trung tâm y tế thích hợp.

– Đánh giá nhanh những kết quả về số lượng và chất lượng các dịch vụ nhờ những hệ thống quản lý hữu hiệu về thông tin và báo cáo.

– Nhấn mạnh giáo dục nuôi con bằng sữa mẹ nhằm giúp đẻ thưa, tăng cường sức khoẻ của mẹ và con, tăng tỷ lệ sống của trẻ em.

3.8. Các chính phủ cần có những biện pháp thích hợp để giúp người phụ nữ khỏi phải phá thai, trong mọi hoàn cảnh, phá thai không được khuyến khích như là một biện pháp KHHGĐ và nếu có phải phá thai thì cũng được xử sự một cách nhân đạo.

3.9. Đứng trước những nhu cầu ngày càng tăng về các biện pháp tránh thai trong thập kỷ tới, cộng đồng quốc tế cần có ngay những biện pháp để tạo lập một hệ thống phối hợp có hiệu quả và những dễ dàng trong phạm vi thế giới, trong khu vực để cung cấp những biện pháp tránh thai và những phương tiện phục vụ các chương trình CSSKSS ở những nước đang phát triển có nền kinh tế đang chuyển đổi. Cộng đồng quốc tế cũng cần quan tâm đến những biện pháp như chuyển giao các kỹ thuật sản xuất các phương tiện tránh thai cũng như những sản phẩm dành cho CSSKSS, giúp cho các nước này có thể tự túc được.

3.10. Chăm sóc sức khoẻ sinh sản không thể chỉ do các khu vực nhà nước đảm nhiệm mà cần có sự tham gia của các tổ chức tư nhân và các tổ chức phi chính phủ kể cả trong những lĩnh vực làm tăng nguồn thu cho các đầu tư và dịch vụ hỗ trợ.

4. NHỮNG BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC VÀ VIỆC PHÒNG NHIỄM HIV/AIDS

4.1. Tỷ lệ mắc các bệnh lây truyền theo đường tình dục đã cao và đang tiếp tục cao. Mặc dù tỷ lệ mắc bệnh của một số bệnh này có ổn định ở một số vùng trên thế giới, nhưng vẫn còn tăng ở nhiều vùng khác.

4.2. Những phụ nữ ở trong hoàn cảnh không thuận lợi về xã hội như về kinh tế dễ bị mắc các bệnh lây truyền theo đường tình dục và chủ yếu là nhiễm HIV. Ở phụ nữ, các bệnh lây truyền đường tình dục thường ẩn triệu chứng, khiến chẩn đoán khó khăn hơn ở nam giới, trong khi tác động lên sức khoẻ lại nặng nề hơn, đặc biệt làm tăng vô sinh và chửa ngoài tử cung. Ngoài ra, bệnh dễ lây truyền từ nam giới sang phụ nữ hơn là từ phụ nữ sang nam giới, đồng thời nhiều phụ nữ không có biện pháp gì để tự bảo vệ mình.

4.3. Vấn đề đặt ra là phải phòng ngừa các bệnh lây truyền theo đường tình dục kể cả đề phòng lây nhiễm HIV, đề phòng những biến chứng vô sinh, đặc biệt lưu ý những cô gái và phụ nữ trẻ.

4.4. Các biện pháp đặt ra gồm

– Phát hiện và điều trị những bệnh lây truyền theo đường tình dục và những bệnh viêm nhiễm ở bộ phận sinh dục, đặc biệt trong phạm vi chăm sóc sức khoẻ ban đầu.

– Thông tin, giáo dục và các hoạt động tư vấn xoáy vào các hành vi tình dục và việc đề phòng tích cực các bệnh lây truyền theo đường tình dục trong đó có AIDS.

– Vận động sử dụng và phân phối rộng rãi bao cao su để phòng bệnh.

5. GIỚI TÍNH VÀ CÁC MỐI LIÊN QUAN GIỮA HAI GIỚI

5.1. Giới tính và mối liên quan giữa hai giới là một khối thống nhất, ảnh hưởng đến khả năng tạo cho người đàn ông và người đàn bà có được cuộc sống lành mạnh, làm chủ được vận mệnh của mình về phương diện sinh sản. Những quan hệ bình đẳng giữa nam và nữ trong lĩnh vực quan hệ tình dục và sinh sản trong đó có sự tôn trọng đầy đủ và hoàn toàn về cơ thể con người, ý thức trách nhiệm bình đẳng và quan tâm lẫn nhau tạo điều kiện cho những quan hệ hài hoà giữa nam và nữ trên cơ sở tôn trọng lẫn nhau.

5.2. Bạo lực đối với phụ nữ và sự cưỡng dâm ngày càng phổ biến khiến HIV/AIDS và các bệnh lây truyền theo đường tình dục ngày càng đe doạ và trà đạp lên những quyền cơ bản của phụ nữ và gây ra những nguy cơ chủ yếu và thường xuyên cho sức khoẻ của họ.

5.3. Mục tiêu nhằm khuyến khích đẩy mạnh những thông tin, giáo dục và dịch vụ để phát triển những quan hệ bình đẳng và tôn trọng lẫn nhau giữa hai giới để cải thiện chất lượng cuộc sống con người.

5.4. Biện pháp gồm những hoạt động giáo dục trong gia đình, cộng đồng, trường học, ngoài trường học theo từng lứa tuổi, kể cả người lớn, đặc biệt đối với nam giới. Cấm sản xuất và buôn bán các văn hoá phẩm khiêu dâm đồi truỵ đối với trẻ em.

5.5. Nội dung gồm những vấn đề cấp thiết như tránh những thai nghén không mong muốn, ngăn chặn lan truyền HIV/AIDS, bệnh lây truyền theo đường tình dục

và những hành động hung bạo đối với phụ nữ trong đó có cả cưỡng dâm, bóc lột và cưỡng ép mại dâm.

6. ĐỐI VỚI THIẾU NIÊN

6.1. Nguyên lý hành động là cung cấp thông tin cho các thiếu niên hiểu rõ về giới tính, đề phòng có thai ngoài ý muốn, đề phòng các bệnh lây truyền theo đường tình dục có nguy cơ dẫn đến vô sinh. Cũng cần giáo dục cho những người trẻ tuổi rõ cần tôn trọng sự tự quyết của phụ nữ và chia sẻ với họ trách nhiệm trong những vấn đề tình dục và sinh sản. Đẻ sớm không những có nguy cơ làm tăng nhanh dân số mà còn làm tăng nguy cơ tử vong người mẹ, tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong của trẻ lên nhiều. Lấy chồng sớm và đẻ sớm làm giảm khả năng học tập và lao động của các phụ nữ trẻ, làm giảm chất lượng cuộc sống của họ và con cái họ.

6.2. Mục tiêu là giải quyết những vấn đề sức khoẻ tình dục và sinh sản của thiếu niên, chủ yếu là tránh có thai ngoài ý muốn và phá thai trong những điều kiện kém an toàn, tránh những bệnh lây truyền theo đường tình dục và nhiễm HIV, làm giảm hẳn tỷ lệ có thai ở tuổi thiếu niên.

6.3. Biện pháp gồm hướng dẫn thiếu niên xử sự đúng đắn về giới tính và sinh sản. Những bậc cha mẹ và những người có trách nhiệm trước chính quyền, có nghĩa vụ và trách nhiệm làm việc đó kể cả việc xoá bỏ những luật lệ và quy tắc xã hội, tôn giáo ngăn cấm cung cấp thông tin về SKSS và CSSKSS cho thiếu niên.

Tóm tắt

CSSKSS là một trong các vấn đề ngày nay rất được quan tâm trên phạm vi toàn thế giới nhằm đảm bảo sức khoẻ và hạnh phúc cho con người trong lĩnh vực hoạt động tình dục và sinh sản. Nội dung của CSSKSS tập trung vào KHHGĐ, phòng tránh các bệnh lây truyền theo đường tình dục, kể cả HIV/AIDS, giáo dục giới tính và hướng dẫn cho thanh thiếu niên có những hành vi, thái độ đúng đắn, lành mạnh đối với tình dục. Những công tác này cần được các tổ chức chính quyền kết hợp rộng rãi với các tổ chức ngoài chính phủ, các trường học và gia đình hưởng ứng, tham gia khắc phục mọi khó khăn do luật lệ, tôn giáo và phong tục gây ra.

Phần III

PHỤ KHOA

SINH LÝ PHỤ KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Sinh lý phụ khoa nghiên cứu tất cả những vấn đề có liên quan đến những thay đổi về tính chất sinh dục và hoạt động sinh dục của người phụ nữ, chủ yếu là những hoạt động của bộ phận sinh dục nữ.

Đây là một phần rất quan trọng trong phụ khoa, góp phần hiểu biết những cơ sở của sự sinh sản và những nguyên nhân của nhiều rối loạn cũng như bệnh tật về phụ khoa.

Có thể tóm tắt những nét sau đây:

– Chức năng của bộ phận sinh dục nữ là chức năng sinh sản, tức là chức năng đảm bảo sự thụ tinh, sự làm tổ và sự phát triển của trứng trong tử cung.

– Toàn bộ những thay đổi của bộ phận sinh dục đều chịu ảnh hưởng nội tiết của trục vùng dưới đồi - tuyến yên - buồng trứng. Trục này hoạt động có chu kỳ, biểu hiện bằng kinh nguyệt xảy ra hàng tháng, là dấu hiệu lâm sàng rõ nét nhất.

– Những mối liên quan hoạt động giữa các phần của bộ phận sinh dục nữ thường được nghiên cứu đối chiếu với kinh nguyệt và cuộc đời hoạt động của người phụ nữ về sinh dục cũng được sắp xếp theo các thời kỳ: trước dậy thì, dậy thì (khi hành kinh lần đầu tiên), thời kỳ hoạt động sinh dục (thời kỳ hành kinh đều đặn) và thời kỳ mãn kinh (thôi không hành kinh) là dựa vào sự hành kinh.

– Hoạt động của vùng dưới đồi kích thích hoạt động của tuyến yên. Hoạt động của tuyến yên kích thích hoạt động của buồng trứng. Ngược trở lại, hoạt động mạnh của buồng trứng sẽ ức chế hoạt động của vùng dưới đồi theo cơ chế hồi tác (feed - back).

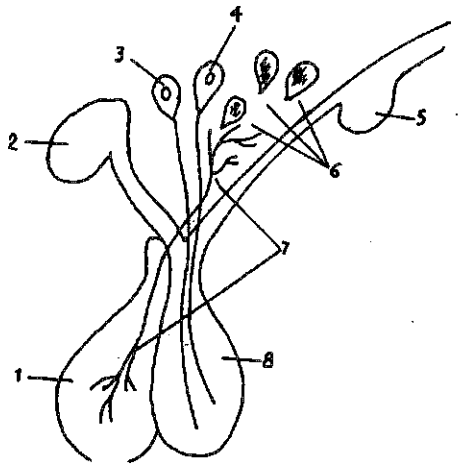
2. VÙNG DƯỚI ĐỒI

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

Củ xám, nhân bụng giữa, nhân lưng giữa và nhân cung tiết ra các hormon giải phóng. Các hormon này được chuyển xuống thuỳ trước tuyến yên (còn gọi là tuyến yên tuyến) theo một hệ tĩnh mạch gọi là hệ tĩnh mạch gánh của Popa và

Fielding. Trong số các hormon giải phóng nói trên có các hormon giải phóng sinh dục, gọi tắt là Gn-RH (Gonadotropin Releasing Hormone).

Năm 1971, Shally đã tổng hợp được LH-RH (LH-Releasing Hormone). Đó là một decapeptid có tác dụng kích thích tuyến yên chết tiết LH. Nhưng từ đó đến nay, người ta vẫn chưa tìm được một hormon giải phóng thứ hai, FSH-RH như trong giả thiết đã nêu. Đồng thời, LH-RH cũng lại có tác dụng kích thích tuyến yên chế tiết FSH. Vì thế, trong những năm gần đây, nhiều tác giả đã gọi LH-RH là Gn-RH. Nhưng cũng còn những tác giả khác vẫn giữ tên cũ LH-RH, mặc dầu chất này có khả năng kích thích tuyến yên sản sinh ra FSH như đã nói trên.



Hình 84. Mối liên quan giữa vùng dưới đồi và tuyến yên về giải phẫu

1. Thuỳ trước tuyến yên.
2. Chiasma opticum
3. Nhân trên thị (vasopressin)
4. Nhân bên thất (oxytocin)
5. Thể vú
6. Các nhân chế tiết hormon giải phóng
7. Hệ mạch gánh
8. Thuỳ sau tuyến yên

3. TUYẾN YÊN

Tuyến yên nằm trong hố yên, nặng khoảng 0,5g, có hai thuỳ. Thuỳ trước là một tuyến nội tiết nên còn được gọi là tuyến yên tuyến (adenohypophysis). Thuỳ sau là một mô giống thần kinh, còn được gọi là tuyến yên thần kinh (neurohypophysis), không phải là tuyến nội tiết.

Đứng về phương diện hoạt động sinh dục mà nói, thuỳ trước tuyến yên chế tiết các hormon hướng sinh dục kích thích các tuyến sinh dục, đồng thời chế tiết prolactin kích thích tuyến vú.

Có hai hormon hướng sinh dục, FSH và LH. Cả hai đều là glycoprotein.

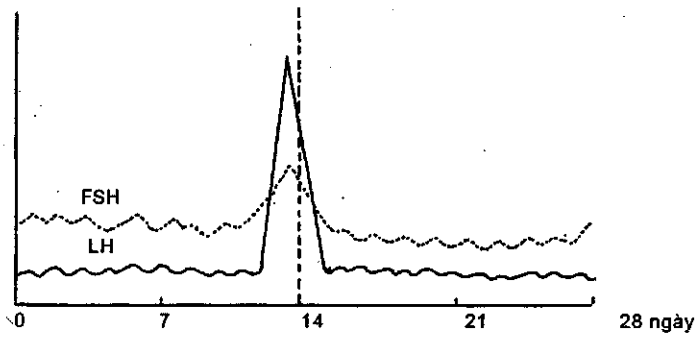
FSH (Follicle Stimulating Hormone) kích thích nang noãn của buồng trứng phát triển và trưởng thành (chín).

LH (Luteinizing Hormone) kích thích nang noãn trưởng thành phóng noãn, kích thích hình thành hoàng thể và kích thích hoàng thể chế tiết. Như vậy LH của loài người làm cả nhiệm vụ của LTH (Luteotrophic Hormone) của một số loại gặm nhấm.

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

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

LH như đã nói, vài ngày trước phóng noãn có thể tăng nhanh đột ngột, đạt đỉnh cao trước phóng noãn 1 ngày, sau đó lại giảm nhanh, xuống mức như trước khi phóng noãn.



Hình 85. Lượng FSH và LH huyết thanh trong vòng kinh

4. BUỒNG TRỨNG

Là tuyến sinh dục nữ, thường có 2 buồng trứng, nặng 8-15g. Có hai chức năng: chức năng ngoại tiết tạo noãn chín và chức năng nội tiết tạo các hormon sinh dục.

Buồng trứng có rất nhiều nang noãn. Số lượng các nang noãn này giảm rất nhanh theo thời gian. Khi còn là thai nhi với tuổi 20 tuần, hai bên buồng trứng có 1,5-2 triệu nang noãn nguyên thuỷ. Nhưng khi em bé gái ra đời, số lượng các nang noãn này đã giảm xuống rất nhiều, chỉ còn chừng 200.000 - 300.000, nghĩa là giảm đi khoảng 10 lần trong thời gian 20 tuần. Vào tuổi dậy thì, số lượng nang noãn chỉ còn 20.000-30.000. Tuy tốc độ giảm có chậm hơn, nhưng cũng là một vấn đề đáng suy nghĩ về số phận và khả năng của những nang noãn còn lại. Sự giảm số lượng các nang noãn là do các nang noãn bị thoái triển teo đi. Nhưng các nang còn lại cũng trên đã thoái triển, mặc dầu chậm chạp, từ từ hơn. Nếu những noãn nằm trong các nang này được thụ tinh muộn thì cái phôi được hình thành có thể có khả năng bị đe doạ về phát triển.

Buồng trứng không có khả năng sản sinh những nang noãn mới, khác với tinh hoàn có khả năng sản sinh tinh trùng mới và tinh trùng luôn luôn trẻ.

4.1. Hoạt động sinh sản

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

Trong mỗi vòng kinh thường chỉ có một nang noãn phát triển để trở thành nang Graff. Đó là nang nhạy nhất trong vòng kinh ấy. Nang này phát triển từ một nang đã đang phát triển dở dang từ cuối vòng kinh trước, chứ không phải từ một nang nguyên thuỷ như những lý thuyết cũ đã nếu.

Nang noãn chín là một nang có hốc (nang rỗng) có các thành phần:

– Vỏ nang ngoài làm bởi các sợi liên kết, thực sự chỉ có tác dụng bọc lấy nang.

– Vỏ nang trong có nhiều mạch máu, là một tuyến nội tiết, có khả năng chế tiết estrogen.

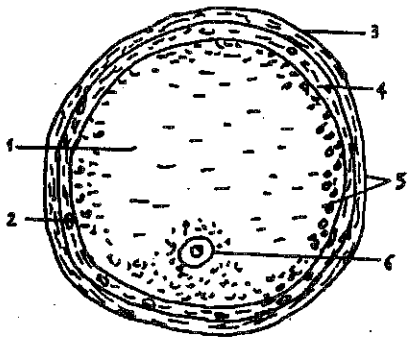
– Màng tế bào hạt có tới 10-15 lớp tế bào hạt.

– Noãn trưởng thành đã phân bào giảm số và có 22 nhiễm sắc thể thân và một nhiễm sắc thể giới X.

– Hốc nang chứa dịch nang (liquor filliculi) trong có estro

Dưới tác dụng của LH, nang noãn càng chín nhanh, lồi ra phần ngoại vi của buồng trứng rồi vỡ, phóng noãn ra ngoài. Đó là hiện tượng phóng noãn.

Cũng dưới tác dụng của LH, phần còn lại của nang noãn tại buồng trứng dần dần biến thành hoàng thể. Vào cuối vòng kinh, khi LH tụt xuống trong máu, hoàng thể teo đi, để lại sẹo trắng, gọi là vật trắng hay bạch thể.



Hình 86. Nang noãn chín (nang Graff)
1. Dịch nang. 2. Mạch máu. 3. Vỏ nang ngoài
4. Vỏ nang trong. 5. Tế bào hạt. 6. Noãn

4.2. Hoạt động nội tiết

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

– Vỏ nang trong chế tiết estrogen.

– Các tế bào hạt của hoàng thể chế tiết progesteron.

Các tế bào của rốn buồng trứng chết tiết androgen (hormon nam).

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

5. TÁC DỤNG CỦA CÁC HORMON SINH DỤC NỮ

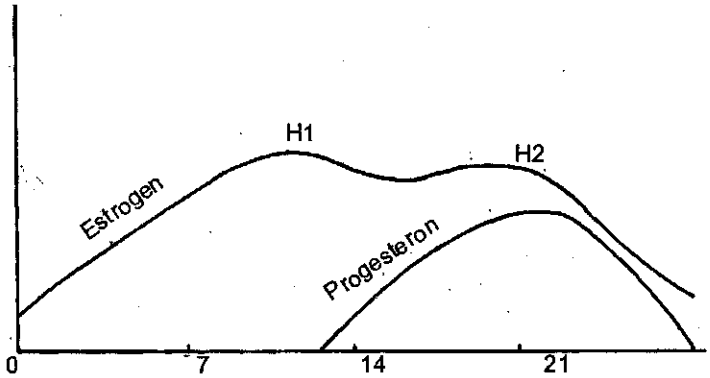
5.1. Estrogen

Gọi là estrogen vì đây là những chất gây động dục (estrus) cho chuột cái đã bị cắt bỏ hai buồng trứng. Buồng trứng chế tiết estrogen dưới sự kích thích của LH kết hợp với FSH. Cũng vì lượng FSH và LH thay đổi có chu kỳ nên lượng estrogen cũng thay đổi có chu kỳ.

Có 3 loại estrogen chính của buồng trứng là estradiol, estron và estriol. Đối với niêm mạc tử cung, estradiol có tác dụng mạnh gấp 8-10 lần so với estron. Estriol rất ít có tác dụng lên niêm mạc tử cung.

Trong vòng kinh, estrogen có hai đỉnh cao, một ở vào trước ngày phóng noãn do dự tăng chế tiết cực đại của nang noãn chín. Người ta thấy rằng sự tăng cao này của estrogen đã dẫn đến đỉnh cao của LH vào trước phóng noãn 1 ngày. Đó là do estrogen đã làm tăng nhạy cảm của tuyến yên đối với LH-RH của vùng dưới đồi nên tuyến yên đã tăng tiết LH nhanh chóng.

Đỉnh cao thứ hai của estrogen xảy ra sau ngày phóng noãn khoảng một tuần, vào thời điểm hoạt động mạnh nhất của hoàng thể.



Hình 87. Thay đổi hàm lượng estrogen và progesteron trong vòng kinh

Tác dụng cụ thể của estrogen như sau:

5.1.1. Đối với cơ tử cung

– Làm phát triển các sợi cơ tử cung, làm tăng độ lớn, độ dài và số lượng các sợi cơ. Từ đó làm tử cung to ra.

– Làm tăng nhạy cảm của cơ tử cung đối với oxytocin. Vì thế estrogen được coi là nhân tố dễ gây sẩy thai.

5.1.2. Đối với niêm mạc tử cung

– Kích thích phân bào, tăng sinh niêm mạc tử cung, được coi là một hormon sinh ung thư niêm mạc tử cung, gây ung thư rõ rệt nhất trong tất cả các loại hormon hiện biết.

– Vì nồng độ estrogen trong máu dao động có chu kỳ nên sự phát triển của niêm mạc tử cung cũng thay đổi theo trong vòng kinh, dẫn đến quá trình phát triển, bong rụng và chảy máu kinh nguyệt có chu kỳ. Nếu có thêm vai trò cộng đồng của progesteron, sự diễn biến bằng kinh nguyệt lại càng rõ nét.

5.1.3. Đối với cổ tử cung

– Kích thích chế tiết chất nhầy cổ tử cung, làm chất nhầy tăng nhiều, trong và loãng, tạo điều kiện thuận lợi cho tinh trùng thâm nhập lên đường sinh dục trên của người phụ nữ.

– Song song với việc tăng tiết chất nhầy, lỗ cổ tử cung mở rộng, tạo điều kiện cho tinh trùng thâm nhập.

5.1.4. Đối với âm đạo

– Làm phát triển biểu đồ âm đạo, làm dầy thành âm đạo thông qua tác dụng duy trì, làm chậm bong các tế bào của biểu mô âm đạo. Ở những người kém hoạt động của buồng trứng như ở người mãn kinh lâu năm, người đã bị cắt bỏ hai buồng trứng, do thiếu trầm trọng estrogen, âm đạo sẽ bị teo mỏng, dễ chảy máu khi va chạm.

– Làm biểu mô âm đạo chưa glycogen. Vì thế khi lugol vào âm đạo sẽ có màu nâu thâm do iod của lugol đã tác dụng lên glycogen. Nếu thiếu estrogen, âm đạo sẽ không bắt màu nâu thẫm mà chỉ nhuộm màu vàng nhạt của lugol.

– Làm môi trường âm đạo toan tính do glycogen của biểu mô đã được trực khuẩn *Dolderlein* vốn có trong âm đạo biến thành acid lactic, khiếm pH của âm đạo chỉ còn 4,5-5,5. Đây là khả năng tự bảo vệ tích cực của âm đạo chống lại sự phát triển của vi khuẩn gây bệnh. Ở những người có hoạt động kém của buồng trứng, khả năng chống viêm của âm đạo cũng kém.

5.1.5. Đối với âm đạo

– Làm phát triển môi lớn và môi nhỏ của âm hộ. Người thiếu estrogen, các môi lớn, môi nhỏ sẽ kém phát triển và âm hộ sẽ bị hé mở. Đây là trường hợp của các em bé gái còn nhỏ tuổi và của các cụ bà mãn kinh đã lâu năm.

– Làm phát triển các tuyến của âm hộ như tuyến Bartholin, tuyến Skene, kích thích các tuyến này chế tiết chất nhờn.

5.1.6. Đối với vú

Làm phát triển các tuyến sữa của vú và mô đệm của vú, khiến vú nở nang. Kết hợp với tác dụng của progesteron, sự phát triển của vú càng đầy đủ.

5.1.7. Các tác dụng khác

– Giữ nước, giữ natri, gây phù.

– Kích thích đòi hỏi tình dục.

– Làm căng các dây thanh âm khiến tiếng nói có âm sắc cao.

– Giúp giữ calci ở xương, góp phần cấu tạo xương được tốt. Những người thiếu estrogen trầm trọng, mãn kinh lâu năm dễ bị loãng xương.

5.2. Progesteron

Progesteron được hoàng thể chế tiết trong nửa sau của vòng kinh. Tuy vậy, đường cong của progesteron trong máu bắt đầu từ 1 ngày trước phóng noãn do có sự hoàng thể hoá sớm của nang noãn chín, dưới tác dụng của nồng độ cao LH.

5.2.1. Đối với cơ tử cung

– Làm mềm cơ tử cung. Làm giảm nhạy cảm của cơ tử cung đối với oxytocin. Từ đó có tác dụng giữ thai và còn được gọi là hormon trợ thai.

– Cộng đồng với estrogen làm tăng phát triển cơ tử cung về cả số lượng các sợi cơ, độ dài, độ lớn của các sợi cơ. Vì thế, khi có thai, dưới tác dụng của nồng độ estrogen và progesteron cao trong máu, cơ tử cung phát triển mạnh mẽ, có khả năng chứa được thai phát triển nhanh trong tử cung.

5.2.2. Đối với niêm mạc tử cung

– Làm teo niêm mạc tử cung. Là một hormon duy nhất cho tới nay có khả năng điều trị ung thư niêm mạc tử cung. Tuy nhiên, trên thực tế người ta chỉ sử dụng progestin (tất cả các chất có tác dụng giống progesteron) để điều trị bằng phẫu thuật và tia xạ không giải quyết được hoặc dùng để điều trị triệu chứng dành cho các bệnh nhân ung thư niêm mạc tử cung không có chỉ định mổ.

– Cộng đồng với estrogen và nhất là sau khi đã được chuẩn bị trước bằng estrogen, làm niêm mạc tử cung chế tiết. Sự chế tiết này liên quan chặt chẽ với khả năng làm tổ của niêm mạc tử cung.

5.2.3. Đối với cổ tử cung

– Đối kháng với estrogen, ức chế chế tiết chất nhầy của các tuyến trong ống cổ tử cung, khiến lượng chất nhầy ít đi, chất nhầy trở thành đục và đặc, cổ tử cung đóng lại, ngăn cản sự thâm nhập của tinh trùng lên đường sinh dục trên của người phụ nữ. Vì thế có thể sử dụng làm thuốc tránh thai.

5.2.4. Đối với âm đạo

– Đối kháng với estrogen, làm bong sớm các tế bào biểu mô âm đạo, nguyên nhân gián tiếp gây teo niêm mạc tử cung, làm giảm khả năng tự bảo vệ chống viêm của âm đạo. Người sử dụng progestin kéo dài liều cao, người có thai dễ bị viêm âm đạo hơn người bình thường.

5.2.5. Đối với vú

– Làm phát triển các ống dẫn sữa.

– Hình như có khả năng làm giảm phát triển các mô liên kết của vú và có khả năng điều trị những u xơ tuyến vú ở giai đoạn sớm.

– Cộng đồng tác dụng estrogen làm vú phát triển toàn diện.

– Progesteron liều cao làm giảm phát triển tuyến vú.

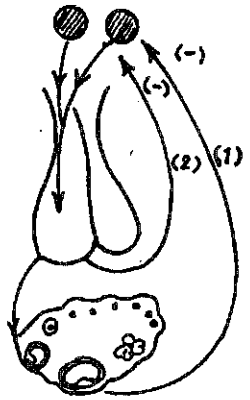
5.2.6. Các tác dụng khác

– Có tác dụng lợi niệu, giảm phù.

– Chất chuyển hoá pregnandiol của progesteron làm tăng nhiệt độ cơ thể từ 0,3°C đến 0,5°C, trung bình là 0,4°C. Được áp dụng trong chẩn đoán phóng noãn dựa vào sự có mặt của giai đoạn nhiệt độ tăng.

6. CHU KỲ SINH DỤC Ở PHỤ NỮ

Trên súc vật gậm nhấm thí nghiệm, người ta thấy trung khu sinh dục tại vùng dưới đồi có hai khu vực: khu vực trước hoạt động có chu kỳ và khu vực sau hoạt động không có chu kỳ. Ở động vật cái, khu vực trước hoạt động và khu vực sau không hoạt động. Do đó ở động vật cái, hoạt động sinh dục có chu kỳ. Ở động vật đực, khu vực trước không hoạt động và khu vực sau có hoạt động, nên hoạt động sinh dục đã không có chu kỳ.



Hình 88. Cơ chế hồi tác dài giữa vùng dưới đồi, tuyến yên và buồng trứng

1. Đường hồi tác dài giữa steroid sinh dục và vùng dưới đồi.
2. Đường hồi tác ngắn giữa hormon hướng sinh dục và vùng dưới đồi.

Ở người phụ nữ hoạt động sinh dục cũng có chu kỳ, nhưng nhiều tác giả trong đó chúng tôi, nghĩ rằng nguyên nhân hoạt động có chu kỳ của người phụ nữ là do có cơ chế hồi tác (feed-back).

Chu kỳ sinh dục của người phụ nữ có độ dài trung bình là 28 ngày, dao động từ 22-35 ngày cũng được coi là bình thường. Mỗi chu kỳ được mở đầu bằng ngày bắt đầu hành kinh và kết thúc bằng ngày bắt đầu của kỳ hành kinh sau. Vì thế chu kỳ sinh dục còn được gọi là chu kỳ kinh hay vòng kinh.

Mở đầu của mỗi chu kỳ, Gn-RH của vùng dưới đồi kích thích tuyến yên chế tiết các hormon hướng sinh dục. FSH của tuyến yên kích thích nang noãn của buồng trứng phát triển. Cộng với tác dụng của LH, nang noãn này chế tiết estrogen. Khi estrogen đạt tới một mức độ nhất định sẽ tác động ngược lên vùng dưới đồi và tuyến yên làm tăng tiết LH, dẫn đến phóng noãn và hình thành hoàng thể.

Khi estrogen và progesteron của hoàng thể đạt đủ cao sẽ ức chế vùng dưới đồi. Hormon giải phóng Gn-RH giảm xuống. Tuyến yên ngừng tiết các hormon hướng dinh dục. Hoàng thể teo đi, các hormon của hoàng thể giảm xuống làm bong niêm mạc tử cung dẫn đến kinh nguyệt.

Khi các hormon sinh dục estrogen và progesteron giảm thì vùng dưới đồi không bị ức chế nữa và bắt đầu chết tiết lại Gn-RH, mở đầu một chu kỳ mới, một vòng kinh mới. Đây là đường hồi tác dài. Theo chúng tôi, đường hồi tác ngắn không có, giữa tuyến yên và vùng dưới đồi.

Sự hành kinh đều đặn là điều chứng tỏ cơ chế hồi tác đã được thực hiện tốt do các tuyến nội tiết như tuyến yên, buồng trứng đều hoạt động, chế tiết tốt, đủ nồng độ hormon ức chế vùng dưới đồi cũng đã hoạt động tốt một khi không bị ức chế ngược. Nói một cách khác, một người phụ nữ có kinh nguyệt đều là một người phụ nữ có nhiều khả năng có hoạt động bình thường của trục vùng dưới đồi - tuyến yên - buồng trứng, nghĩa là có phóng noãn, có khả năng sinh sản.

7. KINH NGUYỆT

7.1. Cơ chế của kinh nguyệt

Kinh nguyệt là hiện tượng chảy máu có tính chất chu kỳ hàng tháng từ tử cung ra ngoài do bong niêm mạc tử cung dưới ảnh hưởng của sự tụt đột ngột estrogen và progesteron trong cơ thể.

Nếu là vòng kinh không phóng noãn, chỉ có estrogen thì sự tụt đột ngột của estrogen cũng đủ gây kinh nguyệt.

Nếu là vòng kinh có phóng noãn, có hoàng thể, thì sự tụt đột ngột của cả estrogen và progesteron là cần thiết để dẫn đến kinh nguyệt.

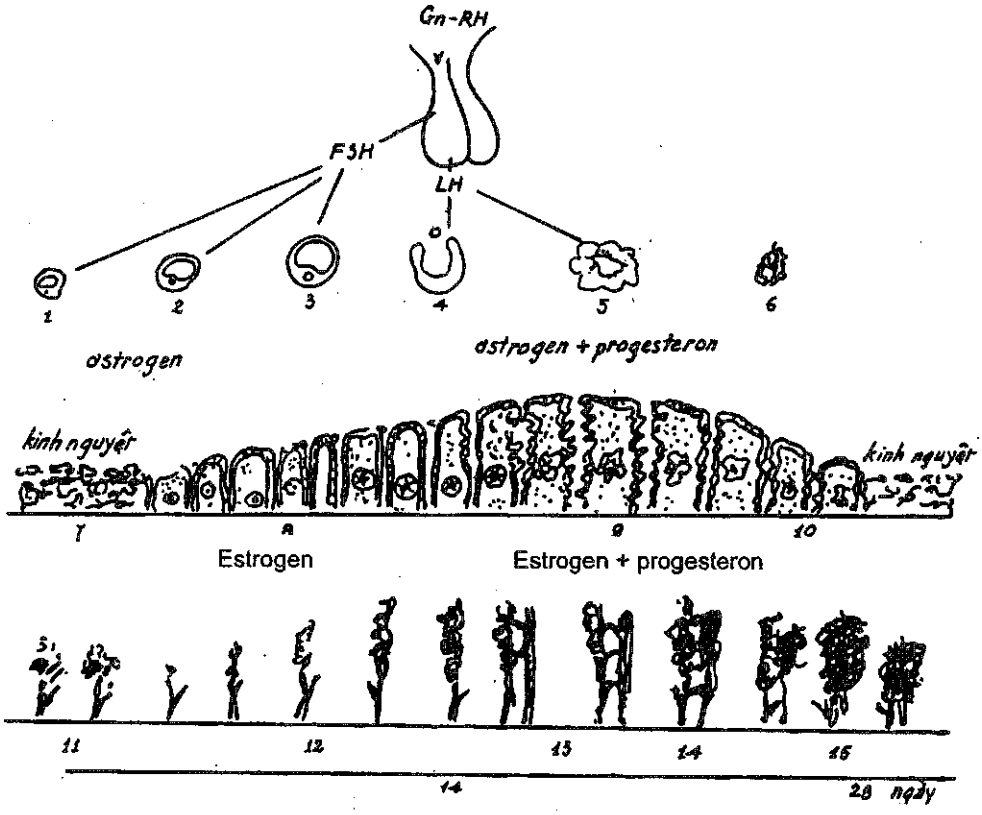
Về cơ chế kinh nguyệt, giả thuyết tụt đơn thuần progesteron đã bị bác bỏ vì một mình progesteron không làm phát triển niêm mạc tử cung và khi tụt cũng không làm bong niêm mạc tử cung.

Theo công trình nghiên cứu của Markee tiến hành năm 1939 bằng cách ghép mảnh niêm mạc tử cung vào tiền phòng mắt khỉ cái, rút ra kết luận: estrogen làm phát triển các tiểu động mạch xoắn ốc của lớp nông niêm mạc tử cung. Khi estrogen tụt thì các tiểu động mạch này co giãn và kết thúc bằng giãn cực độ, dẫn tới vỡ thành mạch và chảy máu kinh nguyệt.

Theo công trình nghiên cứu của Shlegel, vào cuối vòng kinh, dưới tác dụng của progesteron kết hợp với estrogen, xuất hiện những xoang tiếp nối (shunt) động - tĩnh mạch. Khi estrogen và progesteron tụt thì máu dồn mạch từ tiểu động mạch vào tiểu tĩnh mạch làm vỡ xoang tĩnh mạch và gây chảy máu kinh.

Nhiều tác giả nêu nguyên nhân hoại tử và bong niêm mạc tử cung là do các mạch máu bị co thắt gây thiếu máu.

Tất cả các giả thuyết nêu trên đều có giá trị và các hiện tượng xảy ra ở phạm vi niêm mạc tử cung là hỗn hợp, đa dạng và ở các mức độ khác nhau. Chỉ có một điều người ta còn băn khoăn về cơ chế của chảy máu kinh nguyệt cho là do hậu quả của sự tụt các hormon sinh dục nữ. Đó là trong thực hành điều trị dùng estrogen, đôi khi cũng xảy ra chảy máu. Trong trường hợp này, estrogen không tụt mà lại tăng lên.



Hình 89. Hoạt động nội tiết của trục vùng dưới đồi - tuyến yên - buồng trứng và cơ chế kinh nguyệt

1. Nang noãn phát triển dở dang từ cuối vòng kinh trước; 2. Nang noãn tiếp tục phát triển; 3. Nang noãn chín; 4. Nang noãn vỡ (phóng noãn); 5. Hoàng thể; 6. Hoàng thể teo (vật trắng); 7. Niêm mạc tử cung hoại tử bong (kinh nguyệt); 8. Niêm mạc tử cung phát triển dần, các tuyến thẳng; 9. Niêm mạc tử cung chế tiết, các tuyến hình đăng - ten; 10. Niêm mạc tử cung thoát triển bắt đầu bằng bong; 11. Các mạch máu đứt vỡ (kinh nguyệt); 12. Các tiểu động mạch phát triển dần, xoắn ốc; 13. Hình thành các tiếp nối (shunt) động - tĩnh mạch; 14. Máu từ các tiểu động mạch dồn vào xoang tĩnh mạch làm phồng các xoang này; 15. Vỡ các xoang tĩnh mạch (kinh nguyệt).

7.2. Tính chất của kinh nguyệt

Mặc dù là do cơ chế nào, cho tới nay, chúng ta có thể có những nhận xét tóm tắt như sau:

– Niêm mạc tử cung bong không đều tại các vùng khác nhau trong tử cung. Có nơi bong rồi, có nơi đang bong và có nơi chưa bong, chứ không phảo bong cùng một lúc. Chính vì thế cuộc hành kinh mới kéo dài 3-5 ngày. Nếu niêm mạc tử cung bong nhanh, bong gọn như trong trường nạo niêm mạc tử cung bằng dụng cụ thì việc hành kinh có lẽ chỉ xảy ra trong vài giờ.

– Từ lâu người ta đã có nhận xét thấy niêm mạc tử cung bong đến đâu thì tái tạo ngay đến đấy. Người ta chưa giải thích cơ chế của hiện tượng tái tạo này là do đâu, trong khi các hormon sinh dục chưa tăng. Theo giả thiết của chúng tôi, khi niêm mạc tử cung bong thì ngưỡng mới về hormon gây chảy máu cũng hạ xuống

thấp theo, khiến cho đường cong hormon sinh dục hiện tại đã cao hơn ngưỡng chảy máu mới và niêm mạc tử cung tái tạo lại được.

– Trong những vòng kinh không phóng noãn, niêm mạc tử cung chỉ chịu tác dụng của estrogen, sẽ không có các xoang tiếp nối động - tĩnh mạch mà chỉ vỡ các tiểu động mạch xoắn ốc theo cơ chế của Markee, nên máu kinh là máu động mạch đã đỏ tươi.

– Trong những vòng có phóng noãn, máu kinh thường thẫm màu, ngả về nâu. Phải chăng đây là máu chảy từ các xoang tĩnh mạch vỡ của các tiếp nối động - tĩnh mạch đã được hình thành dưới tác dụng của estrogen phối hợp với progesteron theo cơ chế của Schelegel?

– Tuy gọi là máu kinh nhưng không phải chỉ là máu đơn thuần mà là hỗn dịch máu không đông trong chứa cả chất nhầy của tử cung, của cổ tử cung, của vòi trứng, những mảnh niêm mạc tử cung, những tế bào bong của âm đạo.

– Máu kinh chứa những lượng quan trọng các chất protein, các chất men và các progstaglandin. Thông thường những cục máu trong âm đạo không chứa sợi huyết mà chỉ là những tích tụ hồng cầu trong chất nhầy. Có hiện tượng tiêu sợi huyết mạnh và tiêu protein mạnh xảy ra trong buồng tử cung và ở chất nhầy cổ tử cung. Những sản phẩm giáng hoá của sinh sợi huyết và của sợi huyết cũng là những nhân tố chống đông máu rất có hiệu quả.

– Theo nhiều tác giả, cục huyết một khi hình thành trong buồng tử cung, lập tức sợi huyết bị tiêu ngay. Progtacyclin chứa nhiều trong máu kinh cũng có tác dụng lên mạch máu và tác dụng kháng tiểu cầu. Vì thế trong khi hành kinh, tác dụng tiêu sợi huyết và tiêu protein liên tục có mặt làm cho những chất liệu thải qua máu kinh đã bị hoá lỏng và máu kinh cũng không đông trong suốt thời gian hành kinh.

– Máu kinh có mùi hơi nồng, không tanh như máu chảy do các nguyên nhân khác.

– Chu kỳ kinh có thể thay đổi giữa người này với người khác nhưng ít thay đổi ở cùng một người ở trong tuổi hoạt động sinh dục.

– Lượng máu mất trong mỗi kỳ kinh thay đổi theo tuổi. Ở lứa 50 tuổi lượng máu kinh nhiều hơn so với lứa tuổi 15. Nói chung, người coi lượng máu kinh bình thường vào quãng 60-80ml. Lượng máu kinh thường nhiều vào những ngày giữa của kỳ kinh. Không có mối liên quan giữa độ dài của kỳ kinh và lượng máu kinh. Lượng máu kinh có thể khác nhau nhiều, gấp nhau tới 4 lần giữa người này và người khác, nhưng không khác nhau bao nhiêu giữa các kỳ kinh của mỗi người.

7.3. Nhìn chung về đặc điểm của kinh nguyệt

– Về chu kỳ kinh, thời gian hành kinh (kỳ kinh), lượng máu kinh, ngoài ảnh hưởng của thay đổi nội tiết sinh dục còn phụ thuộc vào tình trạng và sự trả lời của niêm mạc tử cung. Nếu niêm mạc tử cung có tổn thương như viêm, u xơ tử cung khiến các vùng không trả lời đồng đều với các hormon sinh dục, sẽ xảy ra hiện tượng phát triển không đều và bong không đều của niêm mạc, dẫn tới kinh kéo dài và kinh ra nhiều máu.

– Nói chung, kinh nguyệt là tấm gương phản ánh tình hình hoạt động nội tiết của trục vùng dưới đồi - tuyến yên - buồng trứng và tình trạng niêm mạc tử cung, đồng thời cũng là thước đo quá trình diễn biến hoạt động sinh dục của người phụ nữ.

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

Đứng về hoạt động sinh dục, cuộc đời người phụ nữ có thể chia làm ba thời kỳ dựa vào sự diễn biến của kinh nguyệt.

8.1. Thời kỳ trẻ em (trước dậy thì)

– Vùng dưới đồi chế tiết ít Gn - RH. Tuyến yên cũng chế tiết ít hormon hướng sinh dục nhưng cả hormon giải phóng, cả hormon hướng sinh dục được dần dần tăng tiết khiến buồng trứng cũng dần dần tăng tiết estrogen. Progesteron hầu như không được chế tiết vì các nang noãn của buồng trứng chưa chín, chưa có phóng noãn, chưa có hoàng thể.

– Dần dần xuất hiện các dấu hiệu sinh dục phụ của phụ nữ như vú hơi nhô ra, lông mu bắt đầu mọc lưa thư khi gần sát vào tuổi dậy thì.

– Cơ thể cũng phát triển dưới tác dụng song song của các hormon tăng trưởng và các hormon sinh dục.

– Tuy nhiên, vì hoạt động nội tiết của buồng trứng còn chưa đủ để làm thay đổi đáng kể niêm mạc tử cung nên chưa đủ dẫn đến kinh nguyệt. Người thiếu nữ chưa hành kinh.

8.2. Dậy thì

– Khi vùng dưới đồi chín muồi, chế tiết đầy đủ hormon giải phóng Gn - RH để kích thích đầy đủ tuyến yên chết tiết các hormon hướng sinh dục và cuối cùng buồng trứng cũng chế tiết đầy đủ các hormon sinh dục nữ làm thay đổi rõ rệt niêm mạc tử cung dẫn đến kinh nguyệt, người thiếu nữ hành kinh lần đầu tiên và bước vào tuổi dậy thì.

– Nói một cách khác, tuổi dậy thì về sinh dục được đánh dấu bằng kỳ hành kinh đầu tiên. Song song với sự dậy thì về sinh dục, có sự dậy thì chung của toàn cơ thể.

– Tuổi dậy thì trung bình vào khoảng 13-16 tuổi. Ở một số nước, tuổi dậy thì có xu hướng sớm hơn, 11-12 tuổi.

– Các dấu hiệu sinh dục phụ của người phụ nữ xuất hiện rõ nét như vú nở nang (hình 89), lông mu phát triển, lông nách bắt đầu mọc, tiếng nói thanh do dây thanh âm căng hơn. Lông nách xuất hiện sau lông mu khoảng hai năm.

8.3. Thời kỳ hoạt động sinh dục

– Tiếp theo tuổi dậy thì là thời kỳ hoạt động sinh dục, kéo dài đến khi mãn kinh (hình 90). Trong thời kỳ này, người phụ nữ thường hành kinh đều đặn, tỷ lệ vòng kinh có phóng noãn tăng lên do hoạt động nội tiết của trục dưới đồi - tuyến yên - buồng trứng đã được hoàn chỉnh. Người phụ nữ có thể thụ thai được.

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

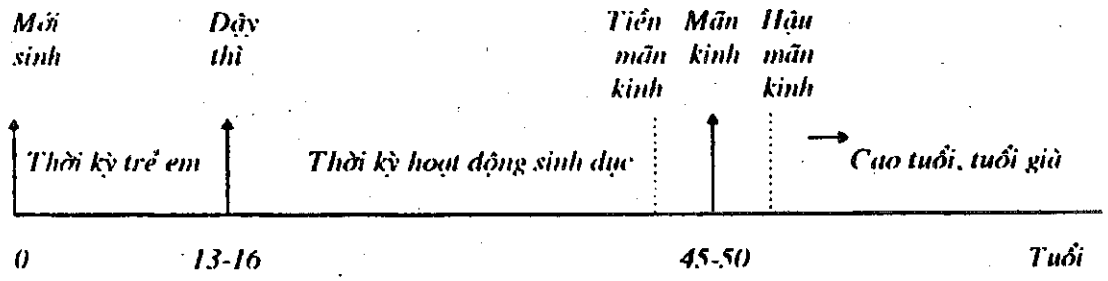
8.4. Thời kỳ mãn kinh

– Mãn kinh là tình trạng thôi không hành kinh của người phụ nữ. Nếu nói một thiếu nữ chưa hành kinh là do vùng dưới đồi hoạt động chưa chín muồi, thì một người phụ nữ thôi không hành kinh ở tuổi mãn kinh là do buồng trứng đã suy kiệt, đã quá giảm nhạy cảm trước sự kích thích của các hormon hướng sinh dục, nên không còn chế tiết đủ hormon sinh dục.

– Tuổi mãn kinh trung bình là 45-50 tuổi. Theo một số điều tra cơ bản, tuổi mãn kinh trung bình của người Việt Nam là 47 ± 3 tuổi.

– Kể từ khi mãn kinh, người phụ nữ không còn khả năng có thai nữa.

– Người ta còn phân ra các giai đoạn trước mãn kinh (tiền mãn kinh) và sau mãn kinh (hậu mãn kinh). Các giai đoạn này thường kéo dài một hai năm. Nhưng có khí rất dài, tới mười năm đối với giai đoạn tiền mãn kinh và cũng có khi rất ngắn, chỉ một vài tháng, thậm chí không có biểu hiện lâm sàng của tiền mãn kinh mà chuyển ngay sang thời kỳ mãn kinh (hình 90).



Hình 90. Phân chia các thời kỳ về sinh dục ở phụ nữ

– Trong giai đoạn tiễn mãn kinh, người phụ nữ hành kinh dễ có những biểu hiện bất thường. Vòng kinh có thể dài, cũng có thể ngắn. Lượng máu kinh có thể nhiều lên, cũng có thể ít đi. Nếu vòng kinh ngắn và lượng kinh nhiều thì tiên lượng có thể giai đoạn này sẽ kéo dài. Nếu vòng kinh dài (kinh thưa) và lượng kinh ít thì hy vọng sắp mãn kinh thực sự. Những vòng kinh trong giai đoạn tiền mãn kinh thường không phóng noãn và khả năng sinh sản của người phụ nữ giảm hẳn.

– Giai đoạn hậu mãn kinh thường được tính là hai năm. Trong giai đoạn này, nếu người phụ nữ không hành kinh lần nào nữa thì có thể coi là đã mãn kinh hẳn và người phụ nữ bước vào thời kỳ cao tuổi, tuổi già, chấm dứt hẳn cuộc đời hoạt động sinh dục (đẻ, nuôi con), nói cho đúng hơn, chấm dứt cuộc đời hoạt động sinh sản.

SỬ DỤNG HORMON TRONG PHỤ KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Sử dụng hormon trong phụ khoa cũng như sử dụng hormon trong các chuyên ngành khác, nhằm thay thế các hormon đang bị thiếu, kích thích các tuyến nội tiết khi cần chúng hoạt động tốt hơn hoặc ức chế các tuyến nội tiết khi cần làm giảm hoặc ngừng hoạt động của chúng. Thí dụ, dùng hormon hướng sinh dục để kích thích phóng noãn là nhằm thay thế tuyến yên đồng thời kích thích buồng trứng. Dùng vòng kinh nhân tạo là thay thế buồng trứng đồng thời kích thích tử cung và niêm mạc tử cung. Dùng progesteron trong điều trị rong kinh do quá sản niêm mạc tử cung vừa nhằm kích thích vừa nhằm ức chế niêm mạc tử cung phát triển tuỳ từng trường hợp.

Trong phạm vi bài này, chúng tôi sẽ lần lwọt trình bày về việc sử dụng estrogen, progestin, testosteron, các hormon khác liên quan đến sinh dục và hormon giải phóng trong phụ khoa.

2. SỬ DỤNG ESTROGEN TRONG PHỤ KHOA

Estrogen có tác dụng:

– Làm phát triển cơ tử cung bằng cách làm tăng phát triển số lượng, độ dài và độ lớn của các sợi cơ. Sử dụng điều trị trong tử cung kém phát triển.

– Làm cơ tử cung tăng nhạy cảm với oxytocin khiến tử cung dễ co bóp, ứng dụng điều trị trong kích thích cơn co tử cung gây sẩy thai chết lưu.

– Làm phát triển niêm mạc tử cung qua việc làm tăng phân bào niêm mạc tử cung, áp dụng điều trị trong việc gây vòng kinh nhân tạo hoặc gây tái tạo nhanh niêm mạc tử cung.

– Kích thích các tuyến cổ tử cung chế tiết nhiều chất nhầy, làm cho chất nhầy trong và loãng. Áp dụng trong điều trị vô sinh, giúp tinh trùng dễ thâm nhập lên đường sinh dục trên của người phụ nữ.

– Làm phát triển biểu mô âm đạo, giúp các tế bào biểu mô âm đạo chứa glycogen và tạo điều kiện để các trực khuẩn *Dolerlein* biến glycogen này thành acid lactic. Sử dụng điều trị trong các trường hợp teo âm đạo hoặc viêm âm đạo do thiếu estrogen.

– Làm phát triển các môi lớn và môi nhỏ của âm hộ, ứng dụng điều trị trong các trường hợp viêm teo ngứa âm hộ do thiếu estrogen ở người già hay người đã cắt bỏ hai buồng trứng.

– Làm phát triển các tuyến sữa của vú. Sử dụng điều trị đối với những trường hợp vú kém phát triển do thiếu estrogen bẩm sinh (thí dụ hội chứng Turner).

– Làm tăng giữ nước và Na ở tế bào, gây phù.

– Giúp giữ calci ở xương trong quá trình tạo xương, chống loãng xương. Sử dụng trong đề phòng và điều trị loãng xương ở người già và người đã được cắt bỏ hai buồng trứng.

– Cùng với androgen tạo nên dục tình (libido).

Trong thị trường được có thể gặp các estrogen tự nhiên như estradiol thường dưới dạng estradiol benzoat như Benzogynoestryl, estron, estriol tan trong dầu, hoặc estrogen phức hợp như Premarin, tan trong nước. Nhiều khi người ta sử dụng estrogen bán tổng hợp như ethinylestradiol mà biệt dược hay gặp ở Việt Nam là Mikrofollin. Loại estrogen có nhân stilben như diethylstilboestrol mà biệt dược quen biết là Oestrasid hiện không còn được ưa dùng trong phụ khoa nữa.

2. ĐIỀU TRỊ ĐỐI VỚI ÂM HỘ, ÂM ĐẠO

– Estrogen chữa viêm ngứa âm hộ, âm đạo do thiểu dưỡng ở người già hay người đã bị cắt bỏ 2 buồng trứng. Người già nên uống Ovestin (trong chứa estriol) 0,25mg mỗi ngày 2-4 viên trong 15 ngày hoặc dùng thuốc mỡ Trophicrème trong chứa estriol với hàm lượng 100mg trong 30g chất mỡ bôi âm hộ mỗi ngày 1 lần, sau khi các triệu chứng đã giảm đi thì cách ngày bôi một lần. Có thể dùng thuốc mỡ Colpotrophin trong chứa promestrèn với tỷ lệ 1%, cách bôi cũng như trên vào âm hộ và bơm vào âm đạo mỗi ngày 1g thuốc mỡ.

– Estriol không có tác dụng lên niêm mạc tử cung nên không sợ gây ung thư niêm mạc tử cung. Promestrien chỉ có tác dụng estrogen tại chỗ, không có tác dụng xa, không gây ảnh hưởng lên niêm mạc tử cung, vú và tuyến yên. Cả hai thứ này đều sử dụng an toàn đối với người có tuổi.

– Đối với những phụ nữ trẻ tuổi bị cắt bỏ hai buồng trứng nếu không có nhu cầu hành kinh thì có thể điều trị theo phương án như người cao tuổi. Nếu có nhu cầu hành kinh thì có thể dùng vòng kinh nhân tạo, cũng có tác dụng điều trị tại chỗ đối với âm hộ. Nhưng phải thường xuyên theo dõi ảnh hưởng xấu đối với vú và niêm mạc tử cung.

– Đối với tất cả các lứa tuổi có thể kết hợp điều trị viêm âm đạo và viêm âm hộ do thiếu estrogen bằng cách đặt thuốc âm đạo và bôi thuốc âm hộ. Thuốc đặt âm đạo có thể là các viên trứng Trophigil với hàm lượng estriol 0,2mg trong mỗi viên, mỗi ngày đặt hai lần, sáng và tối, mỗi lần 1 viên, kéo dài 2-3 tuần. Có thể dùng viên trứng Physiogin trong chứa 0,5mg estriol hoặc viên Colpotrophin trong chứa promestrien 10mg.

Cách sử dụng và thời gian đặt đều giống nhau.

2.2. Đối với cổ tử cung

Estrogen làm tăng tiết chất nhầy ở cổ tử cung, có thể sử dụng trong điều trị vô sinh nữ, đặc biệt trong trường hợp dùng clomifen citrat bị giảm tiết chất nhầy. Có thể dùng Mikrofollin (ethinyl - estradiol) 0,05mg 1-2 viên/ngày trong 4-5 ngày, bắt đầu từ ngày thứ 10-11 của vòng kinh. Không nên dùng sớm hơn, sợ ức chế

phóng noãn. Cũng không nên kéo dài hơn, sợ ảnh hưởng đến sự làm tổ của trứng. Có thể dùng Premarin (estrogen phức hợp) 1,25mg, mỗi ngày 1-2 viên từ ngày thứ 6 đến ngày thứ 14 của vòng kinh. Có thể dùng Ovestin 1-2mg/ngày cũng trong thời gian như trên. Nhưng người ta thấy có trường hợp chỉ cần đến 0,25mg Ovestin mỗi ngày và ngược lại cũng có trường hợp cần đến 8mg mỗi ngày. Do đó cần phải thăm dò liều thích hợp từ thấp đến cao trong từng trường hợp.

2.3. Đối với thân tử cung

– Làm phát triển cơ tử cung trong trường hợp tử cung kém phát triển. Vì phải dùng trong nhiều tháng nên tốt nhất là dùng theo kiểu vòng kinh nhân tạo, nghĩa là trong nửa đầu với estrogen và nửa sau kết hợp estrogen với progestin (xem vòng kinh nhân tạo).

– Làm phát triển niêm mạc tử cung trong trường hợp vô kinh lâu năm do thiểu năng nội tiết, giúp cho trứng làm tổ tốt khi điều trị vô sinh sau này. Tốt nhất, cũng là vòng kinh nhân tạo.

– Có nhiều cách gây vòng kinh nhân tạo, chúng tôi quen dùng phác đồ sau: Mikrofillin 0,05mg x 1 viên x 14 ngày, tiếp sau đó: Rigevidon 1 viên x 12 ngày. Như vậy, tổng cộng là 26 ngày. Ngừng dùng thuốc trong khoảng 2 ngày, người bệnh sẽ hành kinh, ta được một vòng kinh 28 ngày, các thứ thuốc trên đều dễ có trong thị trường Việt Nam hiện nay.

Có tác giả dùng các hormon tự nhiên như Benzo-Gynoestryl 5mg mỗi tuần tiêm 1 ống vào bắp thịt, tiêm trong 4 tuần. Từ tuần thứ 3 tiêm kết hợp mỗi ngày 1 ống progesteron 10mg vào bắp thịt cho đến khi ngừng tiêm Benzo-Gynoestryl. Phương pháp này có hiệu quả trong việc chuẩn bị niêm mạc tử cung điều trị vô sinh hơn phương pháp uống ở trên nhưng phức tạp hơn, nhất là lại phải tiêm.

– Giúp niêm mạc tử cung phát triển nhanh sau nạo tử cung, đặc biệt trong những trường hợp nạo tử cung sau đẻ, để tránh dính buồng tử cung. Có thể cho uống Mikrofollin mỗi ngày 1 viên 0,05mg trong 10 ngày hoặc tiêm Benzo-Gynoestryl 5mg hai lần, cách nhau 5 ngày.

2.4. Giúp chuyển hoá calci

Estrogen giúp giữ calci, tăng tác dụng của calcitonin, giảm quá trình tiêu xương, đề phòng loãng xương sau mãn kinh hoặc sau cắt bỏ buồng trứng. Có thể dùng Benzo-Gynoestryl 5mg hàng tuần tiêm bắp thịt. Nhưng tiện nhất có lẽ là dùng Mikrofollin 0,05 mỗi ngày trong 20-25 ngày mỗi tháng. Sau đó có thể giảm liều xuống một nửa, cứ 2 ngày uống 1 viên. Nên vào 10 ngày cuối của mỗi chu kỳ cho thêm progestin, mỗi ngày 10mg.

2.5. Chống bốc hoả và rối loạn thần kinh thực vật

Đối với những người mãn kinh hoặc cắt hai buồng trứng có thể bị bốc hoả và có những rối loạn thần kinh thực vật như hồi hộp, tim đập nhanh, hay ra mồ hôi, lạnh đầu chi, có thể áp dụng phương án như đối với đề phòng loãng xương như đã nêu ở trên. Ngoài ra, có thể dùng estriol 4-8mg mỗi ngày trong vài tuần, sau đó giảm liều dần. Ngừng dùng khi có dấu hiệu cương vú.

2.6. Các chống chỉ định sử dụng estrogen

Không được dùng estrogen trong các trường hợp ung thư vú, ung thư niêm mạc tử cung, bệnh tim mạch, bệnh tăng huyết áp, bệnh thận gây phù, bệnh mạch vành, các chứng tắc mạch, đang có thai, đang cho con bú.

3. SỬ DỤNG PROGESTIN TRONG PHỤ KHOA VÀ SẢN KHOA

Các progestin (trong đó có progesteron) có tác dụng:

– Hạn chế phát triển của cơ tử cung, nhất là của tổ chức xơ của tử cung nên có thể sử dụng để điều trị hoặc làm chậm phát triển u xơ tử cung trong những trường hợp u xơ nhỏ.

– Làm giảm nhạy cảm của cơ tử cung đối với các nhân tố gây co, do đó có thể dùng trong giữ thai.

– Làm teo niêm mạc tử cung và có thể dùng để điều trị ung thư niêm mạc tử cung hoặc những di căn ung thư niêm mạc tử cung mà phẫu thuật không thể với tới được.

– Kết hợp với estrogen trong trường hợp đã được chuẩn bị trước bằng estrogen làm niêm mạc tử cung chế tiết nên có thể sử dụng để điều trị vô sinh, giúp niêm mạc tử cung chuẩn bị làm tổ cho trứng. Đồng thời có thể dùng trong vòng kinh nhân tạo ở nửa sau của vòng kinh nhân tạo.

– Ức chế chế tiết chất nhầy của cổ tử cung, có thể áp dụng trong tránh thai.

– Làm teo tuyến vú, có thể áp dụng trong điều trị u xơ tuyến vú hoặc phì đại tuyến vú.

– Có tính chất lợi niệu, giảm phù, áp dụng được trong điều trị phù căng trước kinh.

Để giúp phát triển và tăng hoạt động sinh lý của tử cung cũng như của niêm mạc tử cung, người ta hay dùng các progestin tự nhiên như progesteron, hoặc gần giống tự nhiên như 17-hydroxyprogesteron. Còn muốn dùng với tính chất ức chế, người ta hay dùng những chất progestin bán tổng hợp có nguồn gốc 19 - nortestosteron. Những chất có nguồn gốc progesteron gồm progesteron (Lutogyl, Utrogestan, progesteron retard), Chlormadinon acetat (Luteran), dydrogesteron (Duphaston), medroxyprogesteron acetat (Depo-provera megestron), nomegestrol acetat (Lutenyl). Những chất có nguồn gốc 19-nor-testosteron hay được dùng gồm lynesternol (Orgametril), norgestrel (Postinor), allylestrenol (turinal), etynodiol diacetat (Lutometrodiol).

3.1. Góp phần gây vòng kinh nhân tạo

– Sau khi cho estrogen trong nửa đầu của vòng kinh dự kiến, dùng progestin tiếp trong nửa sau cùng với estrogen.

– Có thể cho estrogen từ ngày 1-24, rồi từ ngày 13-24 cho thêm một trong các progestin sau đây:

+ Duphaston 10mg mỗi ngày 1 viên.

+ Lutometrodriol 2mg mỗi ngày 2 viên.

+ Orgametril 5mg mỗi ngày 2 viên.

+ Lutenyl 5mg mỗi ngày uống 1 viên.

3.2. Giúp niêm mạc tử cung chế tiết, điều trị vô sinh

– Có thể tiến hành theo cách cho vòng kinh nhân tạo trong trường hợp vô sinh.

– Nếu vẫn có vòng bình thường, chỉ có tình trạng thiểu năng hoàng thể:

+ Progesteron - Retard 250mg tiêm bắp thịt 1 ống vào ngày thứ 16 của vòng kinh.

+ Duphaston 10mg uống 1-2 viên mỗi ngày từ ngày thứ 16-25 của vòng kinh.

+ Utrogestan 100mg x 2-3 viên mỗi ngày đặt âm đạo trong 10 ngày từ ngày thứ 16 của vòng kinh.

3.3. Điều trị quá sản niêm mạc tử cung

– Lutenyl 5mg mỗi ngày 1 viên trong 10 ngày, thừ ngày thứ 16 của vòng kinh.

3.4. Điều trị chức căng năng trước kinh

– Utrogestan 100mg mỗi ngày uống 2-3 viên trong 10 ngày, từ ngày thứ 17 của vòng kinh.

3.5. Điều trị thống kinh cơ năng

Từ ngày thứ 16 của vòng kinh, dùng một trong những thuốc sau đây:

– Lutenyl 5mg mỗi ngày uống 1 viên.

– Duphaston 10mg mỗi ngày uống 1 viên.

3.6. Điều trị đau vú

Từ ngày 16-25 của vòng kinh dùng 1 trong các phương án sau:

– Lutenyl 5mg mỗi ngày uống 1 viên.

– Orgametril 5mg mỗi ngày uống 1-2 viên.

3.7. Điều trị lạc nội mạc tử cung

Uống liên tục hàng ngày trong 6-12 vòng kinh theo 1 trong những phương án:

– Duphaston 10mg mỗi ngày 2-3 viên.

– Luteran 2mg mỗi ngày 1-5 viên.

– Lutometrodiol 2mg mỗi ngày uống 2 viên.

3.8. Điều trị rong kinh rong huyết

Khi đang rong kinh, có thể dùng 1 trong các cách:

– Progesteron 25mg mỗi ngày tiêm bắp thịt 1 ống cho đến khi cầm máu.

– Duphaston 10mg mỗi ngày uống 2-3 viên cho đến khi cầm máu.

Nếu quá 6 ngày dùng như trên mà không cầm máu thì phải đổi phương pháp khác, dùng estrogen hoặc estrogen kết hợp với progestin.

Đề phòng rong kinh trong vòng kinh sau, dùng từ ngày 16-25 của vòng kinh một trong các cách:

– Lutenyl 5mg mỗi ngày uống 1 viên.

– Luteran 2mg mỗi ngày uống 2-5 viên.

– Lutometrodiol 2mg mỗi ngày uống 2-4 viên.

Cũng có thể dùng thuốc uống tránh thai viên kết hợp.

3.9. Sử dụng trong tránh thai

– Depo-provera 150mg tiêm sâu bắp thịt tác dụng tránh thai 3 tháng.

– Noristerat 200mg tiêm bắp thịt có tác dụng tránh thai 2 tháng.

– Lynestrenol (Exluton là biệt dược hiện có ở Việt Nam) 0,5mg uống hàng ngày liên tục kể cả khi hành kinh.

3.10. Điều trị doạ sẩy thai, doạ đẻ non

Có thể dùng 1 trong các phương án sau đây:

– Progesteron liều tối thiểu 25mg/ngày tiêm bắp thịt. Theo dõi lâm sàng và tế bào âm đạo nội tiết, chừng nào còn chưa ổn định còn chưa ngừng tiêm.

– Progesteron - Retard (hydroxyprogesteron) 250-500mg mỗi ngày tiêm bắp thịt 1 ống cho đến khi hết đe doạ, giảm liều xuống mỗi tuần tiêm 1 hoặc 2 lần.

– Ultrogestan 100mg mỗi ngày 2-4 viên, uống rải đều trong ngày.

– Duphaston 10mg mỗi ngày uống 3 viên chia đều trong ngày.

– Turinal 5mg uống mỗi ngày 1-3 viên cho đến khi hết triệu chứng.

3.11. Điều trị sẩy thai liên tiếp

– Progesteron - Retard 500mg mỗi tuần tiêm bắp thịt ngay từ khi phát hiện có thai.

3.12. Điều trị ung thư niêm mạc tử cung

Sử dụng progestin trong điều trị những ung thư niêm mạc tử cung không có khả năng phẫu thuật.

– Depo-provera 150mg mỗi tuần tiêm một ống vào bắp thịt.

3.13. Chống chỉ định progestin

Không được sử dụng progestin trong những trường hợp:

– Bệnh tắc mạch (viêm tắc tĩnh mạch, viêm tắc động mạch).

– Bệnh tim mạch (bệnh van tim, bệnh tăng huyết áp, bệnh mạch vành....).

– Tai biến mạch máu não.

– Ung thư vú và ung thư tử cung.

– U tuyến yên

4. SỬ DỤNG CÁC HORMON STEROID KHÁC LIÊN QUAN ĐẾN SINH DỤC

4.1. Sử dụng androgen

Cần thận trọng khi sử dụng androgen cho phụ nữ vì sẽ có nguy cơ phát sinh các triệu chứng nam tính hoá như mọc râu, ria, lông chân theo kiểu nam giới, âm vật to và nhiều khi không hồi phục. Tuy nhiên có thể sử dụng để điều trị một số trường hợp cần thiết.

* Điều trị rong kinh rong huyết trong u xơ tử cung bằng testosteron:

Theo kinh nghiệm của chúng tôi: trong trường hợp u xơ tử cung chưa muốn chỉ định mổ vì nhu cầu sinh sản, có thể dùng testosteron propionat 25mg tiêm bắp thịt mỗi tuần. Kinh nguyệt có thể trở lại bình thường và khả năng sinh sản vẫn được duy trì. Nhưng khi có thai thì phải ngừng điều trị testosteron. Phương thức điều trị này nhằm dựa vào tác dụng cộng đồng của testosteron với hormon sinh dục của buồng trứng để ức chế bớt hoạt động của vùng dưới đồi và tuyến yên, từ đó estrogen của buồng trứng cũng được giảm chế tiết.

4.2. Sử dụng chất kháng androgen

* Điều trị chứng rậm lông bằng cyproteron acetat (biệt dược Androcur)

Trong chứng rậm lông (hirsutismus) có thể dùng Androcur 50mg điều trị mỗi ngày uống 1-2 viên kết hợp với ethinylestradiol mỗi ngày 0,035mg từ ngày 1-21 của vòng kinh.

Cũng có thể dùng Androcur 50mg mỗi ngày 1-2 viên từ ngày 1-10 của vòng kinh kết hợp với ethinylestradiol 50mcg từ ngày 1-21 của vòng kinh.

Ức chế mạnh hormon hướng sinh dục dẫn tới ức chế phóng noãn và tránh được thai.

4.3. Sử dụng chất kháng estrogen

* Điều trị ung thư vú bằng tamoxifen (biệt dược Tamofen)

Đề phòng di căn, đề phòng tái phát ung thư vú sau khi mổ. Càng có hiệu lực khi ung thư vú là trường hợp có các thụ thể estradiol hay progesteron.

Nhưng tamoxifen là chất kháng estrogen nên có thể làm tăng tiết hormon hướng sinh dục, từ đó làm tăng hoạt động của buồng trứng và dễ có nguy cơ gây ung thư niêm mạc tử cung. Do đó cần theo dõi quá sản niêm mạc tử cung, polip, ung thư niêm mạc tử cung. Ngoài ra còn phải theo dõi chức năng gan, biến chứng tắc mạch.

4.4. Sử dụng corticoid

* Điều trị hội chứng thượng thận - sinh dục

Trong hội chứng thượng thận - sinh dục, vỏ thượng thận thiếu men 21-hydroxylase nên không tổng hợp được corticoid. Vì thế không ức chế được tuyến yên và ACTH được tăng tiết. Cuối cùng androgen được tăng tiết. Androgen của vỏ thượng thận tăng tiết khiến người phụ nữ có những dấu hiệu nam tính hoá, mọc râu, trứng cá, rậm lông và vô kinh. Vô kinh còn do androgen đã ức chế các hormon hướng sinh dục khiến buồng trứng không hoạt động.

Điều trị dùng corticoid để thay thế sự thiếu hụt corticoid, đồng thời ức chế ACTH của tuyến yên, giúp cho vỏ thượng thận giảm tiết androgen và tiết trở lại các hormon hướng sinh dục, kích thích buồng trứng hoạt động.

Có thể dùng dexamethason, prednisolon vào mục đích trên.

– Prednisolon 5mg mỗi ngày uống 1-2 viên trong 20 ngày. Sau đó có thể giảm liều xuống còn 1 viên mỗi ngày. Người phụ nữ có thể hành kinh trở lại và có thai được.

5. SỬ DỤNG CÁC HORMON HƯỚNG SINH DỤC

5.1. Sử dụng FSH, LH, hCG trong điều trị vô sinh

* Kích thích nang noãn phát triển và phóng noãn

Có thể dùng Humegon, Neo - Pergonal, Metrodin, Puregon là những biệt dược chứa FSH hoặc cả FSH và LH nhằm kích thích nang noãn phát triển.

Có thể dùng Pregnyl, Profasi là những biệt dược chứa hCG để kích thích phóng noãn và hình thành hoàng thể.

* Nguyên tắc dùng như sau:

– Humegon, Inductor hoặc Neo-pergonal (chứa 75 đv FSH và 75 đv LH trong mỗi ống), mỗi ngày tiêm 1-4 ống vào bắp thịt, bắt đầu trong tuần đầu của vòng kinh, liều tăng dần tuỳ theo sự trả lời của buồng trứng theo dõi qua siêu âm, chỉ số tử cung, định lượng estradiol trong máu. Liều tối đa không quá 4 ống mỗi ngày nếu nhu cầu chỉ cần 1 nang noãn chín.

– Có thể dùng Metrodin, nhưng Metrodin chỉ chứa FSH với 75 đv không chứa LH nên kém kích thích các nang noãn chế tiết. Do đó khó có thể theo dõi được bằng chỉ số cổ tử cung và định lượng estrogen. Chỉ có thể theo dõi sự phát triển của nang noãn qua siêu âm.

– Vì những lý do trên, người ta hay dùng Humegon và Neo-pergonal trong điều trị phụ khoa cho dễ theo dõi. Metrodin hay được dùng để nghiên cứu và một số tác giả dùng trong kích thích nhiều nang noãn cùng một lúc, phục vụ phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm.

– Sau khi qua các xét nghiệm thăm dò thấy có biểu hiện nang noãn chín được 48 giờ, người ta tiêm hCG một liều duy nhất 5000-10000 đv vào bắp thịt. Có tác giả khuyên tiêm tiếp thêm một đợt nữa vào 2 ngày sau. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, liều 9000 đv đạt kết quả nhất, không cần và không nên tiêm thêm mũi

thứ hai vì hay gây quá kích ứng, biểu thị bằng đa thai và nang hoàn tuyến xuất hiện nhanh, nguy hiểm.

– Trong trường hợp kích thích phóng noãn điều trị vô sinh thông thường, nếu thăm dò thấy có biểu hiện của nhiều nang noãn cùng chín, để tránh quá kích ứng, người ta ngừng điều trị đợt đó, không tiêm tiếp hCG và hCG là nguyên nhân chủ yếu gây quá kích ứng trong trường hợp này.

– hCG hay được bán ở Việt Nam hiện nay là Pregnyl và Profasi thường đóng ống 1500 đv. Mỗi ống thuốc bột đông khô được bán kèm với một ống 1ml nước muối sinh lý làm dung môi. Tuy nhiên có thể pha 2-3 ống bột vào 1ml dung môi cũng được, để tránh phải tiêm lượng lớn dịch vào bắp thịt.

6. SỬ DỤNG HORMON ĐỒNG VẬN Gn - RH

Hormon đồng vận Gn- RH gồm những chất tổng hợp trong chứa các acid amin, có tác dụng giống Gn-RH. Nhưng được sử dụng với hai mục đích khác nhau, hoặc kích thích tuyến yên, hoặc ức chế tuyến yên, tuỳ theo liều lượng và cách dùng.

Để kích thích tuyến yên trong điều trị vô sinh, thường được kết hợp với FSH-LH, hCG như đã nói trong mục 5.1 ức chế tuyến yên hay được áp dụng trong điều trị lạc nội mạc tử cung, trước khi dùng FSH liều cao để kích thích nhiều nang noãn chín, làm thụ tinh trong ống nghiệm.

6.1. Kích thích tuyến yên

Dùng triptorelin (biệt dược Decapeptyl) 0,1mg tiêm dưới da mỗi ngày 1 ống bắt đầu từ ngày thứ 2 của vòng kinh cho tới trước khi định dùng hMG 1 ngày. Trung bình tiêm trong 10-12 ngày. Phương án này áp dụng trong điều trị vô sinh do không phóng noãn.

6.2. Ức chế tuyến yên

* Trong trường hợp điều trị vô sinh

Decapeptyl 3,75mg tiêm dưới da vào ngày thứ 2 của vòng kinh để ức chế tuyến yên cho tới khi lượng estradiol của buồng trứng giảm xuống dưới 50pg/ml, thường là 15 ngày sau. Khi ấy sẽ bắt đầu HMG như đã ghi trong mục 5.1. Trong trường hợp này, kích thích buồng trứng hoàn toàn dựa vào hormon hướng sinh dục ngoại lai vì hormon hướng sinh dục nội sinh đã bị loại trừ do tuyến yên đã bị ức chế.

* Trong trường hợp điều trị lạc nội mạc tử cung.

Decapeptyl 3,75mg tiêm bắp thịt khởi đầu cuộc điều trị trong vòng 5 ngày đầu của vòng kinh, sau đó cứ 4 tuần tiêm 1 lần. Tổng thời gian tiêm 4-6 tháng.

7. KẾT LUẬN

Sử dụng hormon trong phụ khoa tuỳ thuộc vào mục tiêu điều trị, nhằm thay thế, kích thích hay ức chế tuỳ từng trường hợp. Liều dùng cần được thăm dò cho thích hợp, cho vừa đủ đối với từng trường hợp. Thời gian sử dụng thuốc cũng nên hạn chế ở mức cần thiết, không để thiếu, nhưng cũng không để thừa, không kéo dài, sẽ có hại hơn là có lợi.

VÒNG KINH KHÔNG PHÓNG NOÃN

1. ĐẠI CƯƠNG

Vòng kinh không phóng noãn còn có tên gọi là vòng kinh một giai đoạn . Khi hành kinh, trước kia người ta gọi là kinh nguyệt giả (pseudomen struation) vì theo quan niệm cũ, hành kinh phải là do bong một niêm mạc tử cung có thể chế tiết, nghĩa là có tác dụng của progesteron của giai đoạn hoàng thể sau phóng noãn. Nhưng ngày nay người ta quan niệm rộng rãi hơn: bất cứ hiện tượng ra huyết nào từ tử cung do bong niêm mạc tử cung dưới ảnh hưởng của tụt hormon sinh dục nữ đều được coi là hành kinh.

Độ dài của vòng kinh không phóng noãn có thể vẫn bình thường, nhưng thông thường ngắn hơn, 23-25 ngày. Không những vòng kinh không phóng noãn mà ngay những vòng kinh có hoàng thể kém cũng dễ ngắn hơn bình thường. Đó là do hormon của buồng trứng vì không có hoạt động tốt của hoàng thể nên chóng tụt hơn bình thường.

Vòng kinh không phóng noãn hay gặp vào tuổi dậy thì và tuổi tiền mãn kinh. Vào tuổi dậy thì, vùng dưới đồi chưa chế tiết đầy đủ Gn - RH nên tuyến yên chế tiết không đầy đủ FSH làm nang noãn không chín, không đầy đủ LH làm nang noãn (dù chín) không phóng noãn. Còn vào tuổi tiền mãn kinh, buồng trứng không còn đủ nhạy cảm để trả lời thích đáng hormon của tuyến yên nên nang noãn không chín và không phóng noãn, mặc dầu LH có thể vẫn cao. Sau sẩy thai, sau đẻ, những vòng kinh đầu tiên có thể không phóng noãn.

Hiện tượng không phóng noãn có thể là cơ năng nhưng có thể trong một số ít trường hợp có tổn thương thực thể như u tuyến yên, hội chứng Stein - Leventhal (buồng trứng đa nang).

2. CHẨN ĐOÁN HIỆN TƯỢNG KHÔNG PHÓNG NOÃN

Chủ yếu dựa vào các xét nghiệm thăm dò. Về lâm sàng có gì đặc trưng để phân biệt phóng noãn và không phóng noãn, mặc dầu người ta nhận xét thấy từ lâu rằng những vòng kinh không phóng noãn kết thúc bằng kỳ hành kinh không đau bụng, vì cũng có nhiều vòng kinh có phóng noãn mà cũng không đau bụng. Ngược lại, những xét nghiệm, thăm dò có ý nghĩa quan trọng, có tính chất quyết định trong chẩn đoán.

2.1. Xét nghiệm cổ tử cung

Về các mặt độ mở cổ tử cung, lượng chất nhầy, độ trong, độ loãng, độ kéo sợi, độ kết tinh lá dương sỉ. Theo dõi nếu thấy sau khi tăng lên tới cực đại rồi tụt xuống nhanh chóng sau vài ngày là có phóng noãn vào ngày cực đại. Nếu xuống chậm và tính từ ngày có cực đại đến ngày hành kinh không được 10 ngày thì là không có phóng noãn, hoặc có phóng noãn nhưng hoàng thể yếu.

2.1.2. Làm tế bào học âm đạo nội tiết

Theo dõi chỉ số ái toan và chỉ số nhân đông thấy không có đỉnh cực đại thì là không có phóng noãn.

2.3. Đo thân nhiệt cơ sở

Vào các sáng sớm trước khi xuống giường đúng giờ. Lấy nhiệt độ ở hậu môn hay ở miệng, không lấy ở nách. Nếu thấy nhiệt độ thấp dưới 37°C, không có biểu hiện hai thì là không có phóng noãn vì không có mặt của pregnandiol, chất chuyển hoá của progesteron gây tăng thân nhiệt.

2.4. Định lượng LH: vào giữa vòng kinh không thấy có đỉnh cao. Định lượng progesteron trong huyết tương vào tuần lễ thứ 3 của vòng kinh (trước khi hành kinh 1 tuần) không thấy tăng là không có phóng noãn. Có thể định lượng pregnandiol trong nước tiểu 24 giờ, cũng không thấy tăng.

2.5. Soi ổ bụng

Vào nửa sau của vòng kinh không thấy hoàng thể hoặc sẹo của hoàng thể.

Theo dõi bằng siêu âm nếu thấy nang noãn ngày càng lớn lên rồi méo mó, nhỏ đi là có phóng noãn. Nếu không, là không có phóng noãn.

2.6. Sinh thiết niêm mạc tử cung

Vào cuối tuần lễ thứ 3 của vòng kinh (trước khi hành kinh dự kiến 1 tuần) nếu không thấy niêm mạc tử cung có hình ảnh chế tiết là không có phóng noãn.

Nói chung, tất cả các phương pháp thăm dò nói trên đều chỉ có tính chất hồi cứu, nghĩa là chỉ phát hiện được sau khi phóng noãn, đã có mặt của hoàng thể và hormon của hoàng thể. Riêng xét nghiệm cổ tử cung còn có chút tính chất phỏng đoán và có ích thực thể trong điều trị vô sinh. Thật vậy, khi các dấu hiệu của cổ tử cung phát triển ở mức cao, tức là có biểu hiện của nang noãn chín, sắp phóng noãn, có thể tiến hành chỉ định những bước cụ thể như khuyên giao hợp, thụ tinh nhân tạo...

3. ĐIỀU TRỊ

Vòng kinh không phóng noãn trên thực tế chỉ có mục đích điều trị vô sinh. Đôi khi có mục đích điều trị rong kinh với ý nghĩ cho rằng rong kinh là do không có progesteron, kết quả của hiện tượng không phóng noãn. Đối với những vòng kinh không đều, không có phóng noãn có thể cho thuốc tránh thai uống trong 2-6 tháng. Sau khi ngừng thuốc sẽ có thể có hiệu ứng nhảy vọt, vùng dưới đồi tăng tiết Gn - RH và phóng noãn có thể xảy ra.

Dựa trên cơ chế tranh chấp vị trí vùng dưới đối với estrogen, người ta có thể dùng clomifen citrat, một hoá chất có tác dụng kháng estrogen nhẹ, nhằm tạo nên hồi tác dương (feed - back positif), kích thích vùng dưới đồi tăng tiết Gn - RH, dẫn tới phóng noãn. Cho uống clomifen citrat 50mg x 1-2 viên/ngày, trong 5-10 ngày, bắt đầu từ ngày thứ 3 hay thứ 5 của vòng kinh. Trước kia người ta hay chỉ định từ

ngày thứ 5 của vòng kinh, mỗi ngày 2 viên, trong 5 ngày. Hiện nay người ta có xu hướng cho uống thuốc từ ngày thứ 3 của vòng kinh.

Phóng noãn thường xảy ra voà ngày thứ 14 của vòng kinh. Nhưng cũng có khi muộn hơn.

Nếu sau khi theo dõi thấy nang noãn phát triển (qua siêu âm thấy nang noãn có đường kính trên 18mm chẳng hạn, có thể cho hCG tiêm 6000 đến 10.000 đơn vị vào bắp thịt. Sẽ có phóng noãn trong vòng 12-24 giờ sau tiêm, trên thực tế, ít khi chỉ thiếu LH mà không thiếu FSH, nên kích thích phóng noãn đơn thuần bằng hCG (tương đương tác dụng với LH) ít đem lại kết quả. Nhiều khi người ta phải kích thích nang noãn phát triển trước bằng FSH (biệt dược Human Meno pausal Gonadotropin) rồi mới kích thích phóng noãn bằng hCG sau (biệt dược của hCG có choriogonin, Pregnyl....). Có thể kết hợp với clomifen xitrat và hCG. Cho clomifen citrat trước như thường lệ. Đến gần ngày dự kiến phóng noãn, cho thêm hCG, liều lượng như đã nói trên.

Có thể kết hợp dùng những biện pháp bồi phụ. Đó là những biện pháp không tác dụng trực tiếp đối với phóng noãn mà chỉ giúp đỡ thêm. Thí dụ giảm căng thẳng trong đời sống, thay đổi hoàn cảnh sống, hoàn cảnh công tác, nơi ở, tắm nước nóng, nước suối nóng, chạy sóng ngắn, cho vitamin A, E, C v.v....

THỐNG KINH

1. THỐNG KINH

Ít phụ nữ khi hành kinh không có dấu hiệu gì. Nhưng thông thường những dấu hiệu khó chịu của hành kinh không nặng nề và người phụ nữ có thể chịu đựng được. Thí dụ hơi mỏi lưng, hơi cuộn bụng trước hoặc trong khi hành kinh và nhiều trường hợp hết cảm giác khó chịu ngay sau khi huyết kinh chảy ra.

Thống kinh là hành kinh có đau bụng, đau xuyên ra cột sống, lan xuống hai đùi, lan ra toàn bộ bụng, kèm theo, có thể đau đầu, căng vú, buồn nôn, thần kinh bất ổn định.

Đã từ nhiều năm nay, người ta phân thống kinh làm hai loại, thống kinh nguyên phát và thống kinh thứ phát. Thống kinh nguyên phát xảy ra sau tuổi dậy thì, hay nói đúng hơn là ngay vòng kinh đầu tiên có phóng noãn. Thường cơ năng, nghĩa là không có tổn thương thực thể. Thống kinh thứ phát xảy ra sau nhiều năm hành kinh không đau, nay mới đau, còn gọi là thống kinh muộn, thống kinh mắc phải. Thống kinh thứ phát thường do những nguyên nhân thực thể như thống kinh đổ sau, chít lỗ cổ tử cung, u xơ cổ tử cung ở eo tử cung làm cho máu kinh khó thoát ra. Lạc nội mạc tử cung (endometriosis) là nguyên nhân thực thể rõ nét nhất gây thống kinh, do máu kinh bị ứ ở những ổ có niêm mạc tử cung lạc chỗ.

Tại Mỹ, người ta thấy hàng năm có tới 140 triệu giờ lao động bị mất do thống kinh nguyên phát và đây cũng là bệnh chứng xã hội đáng quan tâm.

1.1. Nghiên cứu sinh lý bệnh học

Về những hiện tượng xảy ra ở tử cung, cụ thể ở cổ tử cung, ở eo tử cung, những hiện tượng liên quan với nội tiết, thần kinh vận mạch và các quá trình sinh hoá người ta cũng thấy có những nét đáng lưu ý. Cơ tử cung và eo tử cung thay đổi có chu kỳ. Trong giai đoạn estrogen, cơ tử cung có những cơn co mau và nhẹ. Trong giai đoạn progesteron, các cơn co thưa hơn nhưng mạnh hơn. Sự tăng cường độ co bóp tử cung không có tính chất quyết định gây đau bằng trương lực cơ bản của cơ tử cung. Mặc dầu tăng trương lực và tăng co bóp tử cung thường bao giờ cũng gặp trong những trường hợp thống kinh cơ năng, nhưng ngược lại có nhiều trường hợp tăng trương lực và tăng cơn co tử cung mà không có thống kinh. Đối với eo tử cung, người ta cũng thấy estrogen có tác dụng làm mềm và đàn hồi. Dưới tác dụng của progesteron, eo tử cung tăng trương lực, đóng kín và rắn. Dưới tác dụng của progesteron, niêm mạc tử cung chế tiết prostagladin F2α. Định lượng trong máu (huyết tương) và trong huyết kinh của những người thống kinh cũng thấy prostagladin F2α tăng so với những người không thống kinh. Tất cả những sự kiện kể trên đều gợi ý vai trò của progesteron trong cơ chế phát sinh thống kinh. Kinh nghiệm lâm sàng qua nhiều năm, người ta đã xác định những vòng kinh có phóng noãn (có hoàng thể, có progesteron) mới có thống kinh (trừ những trường hợp có tổn thương thực thể).

Vai trò của thần kinh vận mạch và thần kinh thực vật cũng đã được nêu ra. Trong giai đoạn estrogen, thần kinh giao cảm tăng nhạy, adrenalin tác dụng làm giảm đau. Trong giai đoạn progesteron, hoặc trong trường hợp dùng progesteron, acetylcholin tăng nhạy cảm và gây đau.

Sự thiếu máu dẫn tới hiện tượng co thắt và co thắt dẫn đến đâu. Người ta đã từng ví sự thiếu máu gây co thắt và đau này giống như cơn đau thắt ngực (angopectoris). Tuy nhiên, nguyên nhân thống kinh rất phức tạp và đôi khi mâu thuẫn. Có những trường hợp tưởng như nguyên nhân là rõ ràng nhưng khi điều trị giải quyết nguyên nhân, đã hết nguyên nhân mà vẫn không hết thống kinh. Ngược lại, có những trường hợp có nguyên nhân rõ ràng đáng lẽ phải có thống kinh mà lại không có thống kinh.

Cổ điển, người ta hay phân chia các thống kinh cơ năng ra làm các loại thống kinh co thắt, thống kinh xuất tiết, thống kinh thiếu máu, thống kinh sung huyết và thống kinh tâm lý. Nhưng sự phân chia này có vẻ như chỉ là nhân tạo, do con người nghĩ ra chứ thực chất chỉ là những giai đoạn khác nhau của một quá trình trong cơ chế chung. Đối với từng trường hợp, biểu hiện của giai đoạn này nổi bật hơn giai đoạn khác hay ngược lại, nên đã tưởng nhầm là có những thể khác nhau.

1.2. Nghiên cứu lâm sàng

Khó xác định tỷ lệ gặp thống kinh vì còn tuỳ thuộc vào yếu tố con người, yếu tố cá thể đối với nhạy cảm đau đớn. Tất cả các mức độ nặng nhẹ khác nhau đều có thể gặp, từ mức hơi khó chịu, cảm giác nặng ở tiểu khung khi hành kinh đến mức

đau đớn dữ dội phải nằm liệt giường trong 24-48 giờ liền, không làm được việc gì. Không có những con số thống kê cụ thể nhưng người ta ước khoảng 1 trên 10 phụ nữ xếp vào loại thống kinh. Thống kinh nguyên phát trong vòng 5 năm sau tuổi dậy thì chiếm tới 20-25% thiếu nữ bị thống kinh. Đa số là cơ năng, nguyên nhân thực thể rất ít gặp. Có thể do:

– Các mạch máu tử cung co thắt và gây thiếu máu.

– Tử cung co bóp quá mạnh.

– Ống cổ tử cung hẹp làm máu kinh khó thoát ra.

– Tử cung kém phát triển.

– Ngưỡng kích thích đau giảm thấp (dễ kích thích).

– Tình trạng dễ xúc động

1.3. Thống kinh muộn (thứ phát)

Xảy ra nhiều năm sau tuổi dậy thì, sau nhiều năm hành kinh bình thường, vào 30-40 tuổi. Ảnh hưởng của thai nghén hầu như không rõ nét. Thống kinh có thể xảy ra đối với những người sinh đẻ nhiều lần nhưng cũng có thể xảy ra đối với những người chưa có thai lần nào. Có những người bị thống kinh trước thời gian có thai, đến khi có thai, sinh đẻ song có kinh trở lại, lại thống kinh như trước. Tuy nhiên, thống kinh thứ phát ít gặp hơn thống kinh nguyên phát, chỉ chiếm 20-30% những trường hợp bị thống kinh.

Nguyên nhân: có thể cơ năng, có thể thực thể, nhưng phần lớn do nguyên nhân thực thể như:

– Lạc nội mạc tử cung ở trong lớp cơ tử cung hoặc ở ngoài tử cung.

– U xơ tử cung.

– Tư thế bất thường của tử cung (tử cung đổ sau).

– Viêm dính tử cung.

– Sẹo chít hẹp lỗ cổ tử cung do có phẫu thuật thủ thuật trước kia.

– Polip cổ tử cung hay u đế ở lỗ cổ tử cung (ngăn cản huyết kinh chảy ra).

Có một thể gọi là thống kinh màng (dysmenorrhoea mambranacea) là một thể đặc biệt, nguyên nhân chưa rõ. Bệnh nhân đau bụng từng cơn như kiểu đau doạ sẩy thai do tử cung co bóp mạnh. Đến khi tống ra được những mảnh màng to, có khi in hình tam giác của buồng tử cung, hiện tượng đau mới giảm nhanh. Màng đó là màng rụng, niêm mạc tử cung chịu tác dụng kéo dài của progesteron. Còn nguyên nhân tác dụng kéo dài hoạt động của hoàng thể thì chưa được xác định.

Lạc nội mạc tử cung có triệu chứng của thống kinh là đau kéo dài, có thể xuất hiện sớm trước hoặc khi bắt đầu hành kinh, nhưng kéo dài đến cả sau khi hành kinh đã sạch huyết. Có trường hợp kéo dài tới mức khi giảm được đau hoặc hết đau được vài ngày thì đã chuyển sang kỳ hành kinh mới.

2. ĐIỀU TRỊ

Thống kinh đôi khi có thể giải quyết được triệt để nếu phát hiện được rõ ràng nguyên nhân gây bệnh. Đó là những trường hợp thống kinh do tổn thương thực thể như do chít hẹp cơ học, lạc nội mạc tử cung, viêm nhiễm cổ tử cung....

Trong đa số các trường hợp, nếu không phải là điều trị triệu chứng thì thường là điều trị phỏng chừng dựa vào những yếu tố sinh lý bệnh học của thống kinh cơ năng. Đối với lạc nội mạc tử cung, chủ yếu điều trị bằng các phương pháp nội khoa, đôi khi bằng ngoại khoa.

Đối với phụ nữ trẻ, điều trị càng bảo tồn được nhiều càng tốt bấy nhiêu. Điều trị nội khoa, dùng các progestin tổng hợp, trong đó có norethisteron là một chất gây teo niêm mạc tử cung tốt nhất và kháng estrogen mạnh nhất. Có thể dùng thuốc tránh thai, những viên thuốc có chứa trội progestin và ít estrogen. Cuộc điều trị kéo dài từ 6 tháng đến 1 năm. Can thiệp bằng phẫu thuật gồm nạo vét, bóc tách hoặc cắt bỏ những lạc nội mạc tử cung tuỳ từng hoàn cảnh chung cho phép.

Các tổn thương thực thể khác cũng đều phải can thiệp. Thí dụ chít lỗ cổ tử cung thì phải nong nhiều lần, polip xơ phải cắt, tử cung đổ sau nhiều quá có khi phải treo ra phía trước v.v....

2.1. Điều trị thống kinh cơ năng rất rộng rãi và phong phú do tính chất đa dạng của nguyên nhân bệnh, đi từ các thuốc giảm đau đến phẫu thuật. Những thuốc giảm đau ở đây có thể chia làm hai nhóm: nhóm gây mơ màng, gây ngủ như dạng morphin, codein, pethidin, palfium) và nhóm giảm đau hạ nhiệt như pyrazolon và các thế phẩm (acetanilin, phenacetin), acidsalicylic và các thế phẩm, quinolein và các thế phẩm. Cơ chế tác dụng là lên ngoại vi nếu là các thuốc không gây ngủ, còn các thuốc gây ngủ thì tác dụng lên trung ương. Phương pháp điều trị giảm đau nhằm hướng vào tâm lý. Ngoài ra tâm lý liệu pháp bao giờ cũng là cần thiết và thường đem lại kết quả tốt.

2.2. Điều trị hormon: đối với thống kinh cơ năng trong đa số trường hợp đem lại kết quả mỹ mãn, kể cả thống kinh nặng. Cơ sở lý thuyết dựa trên những sự kiện sinh lý bệnh học đã biết, không có thống kinh trong những vòng kinh không phóng noãn, mặc dầu cơ chế sinh bệnh trên thực tế còn mang nhiều mâu thuẫn và có những điểm chưa biết rõ, chưa giải thích được. Dùng progestin như trong điều trị lạc nội mạc tử cung nhằm ức chế phóng noãn, đem lại kết quả tốt. Tác dụng giảm đau hoặc hết đau của thuốc cũng tác động lên tâm lý người bệnh và củng cố kết quả điều trị.

Trong những trường hợp thống kinh quá nặng nề, dùng các thứ thuốc kết hợp không có hiệu quả thì có thể chỉ định phẫu thuật Cotte, cắt đám rối thần kinh trước xương cùng. Tuy nhiên phương pháp này không phải bao giờ cũng đem lại kết quả thoả mãn.

Tóm lại, nếu như điều trị thống kinh thứ phát do nguyên nhân cơ giới có những đường hướng rõ rệt bao nhiêu thì điều trị thống kinh cơ năng phức tạp, mơ hồ bấy nhiêu. Tuy nhiên, có thể có một phác đồ điều trị chấp nhận được trong đa số trường hợp. Đó là điều trị hormon kết hợp với các thuốc giảm đau tác dụng trung ương hay ngoại vi, các thuốc liệt thần kinh, các thuốc thần kinh thực vật. Tâm lý liệu pháp bao giờ cũng có ích như đối với tất cả những bệnh phụ khoa cơ năng khác. Chỉ định điều trị phụ khoa tại chỗ như nong cổ tử cung, phẫu thuật, ngày nay đã bị hạn chế đi rất nhiều.

RONG KINH RONG HUYẾT

1. RONG KINH

Là hiện tượng ra huyết từ tử cung có chu kỳ, kéo dài trên 7 ngày. Rong huyết là hiện tượng ra huyết không có tính chất chu kỳ, kéo dài cũng trên 7 ngày. Đó là quan niệm kinh điển, coi hiện tượng ra huyết có chu kỳ từ tử cung ra ngoài là kinh nguyệt. Cho đến nay quan niệm đó vẫn được giữ, mặc dầu có nhiều trường hợp ra huyết không có chu kỳ vẫn mang tính chất chảy máu, cơ chế chảy máu như chảy máu kinh nguyệt, nghĩa là do bong niêm mạc tử cung dưới ảnh hưởng của sự tụt các hormon sinh dục nữ, estrogen hoặc cả estrogen và progesteron. Hiện tượng kinh nguyệt không đều này hay gặp ở những phụ nữ quanh tuổi tiền mãn kinh. Người ta hay phân biệt rong kinh rong huyết ở tuổi trẻ, ở tuổi hoạt động sinh dục và ở tuổi tiền mãn kinh, lý do là mỗi thời kỳ này có những đặc thù riêng.

Rong kinh rong huyết tuổi trẻ (metropathia juvenilis). Thường quen gọi là rong kinh dậy thì vì thông thường hay gặp vào tuổi dậy thì, cơ chế chảy máu của kinh nguyệt, ra máu kéo dài, máu nhiều và tươi, hay bị bị đi bị lại. Nhưng để tôn trọng quy định chung, chúng ta nên gọi là rong kinh rong huyết tuổi trẻ.

2. NGUYÊN NHÂN

Trước kia người ta cho rằng cường estrogen do tồn tại nang noãn (nang noãn hoạt động kéo dài, không vỡ, không phóng noãn) làm cho niêm mạc tử cung quá sản tuyến nang. Ngày nay, người ta thấy estrogen có thể bình thường, mặc dầu cũng có thể cao. Cơ bản là do FSH và LH không đầy đủ để kích thích buồng trứng, nguyên nhân từ rối loạn hoạt động của vùng dưới đồi, hoạt động chưa thuần thục, chế tiết chưa đầy đủ Gn-RH. Thường là giai đoạn hoàng thể kém hoặc không phóng noãn, không có giai đoạn hoàng thể. Progesteron bảo vệ hệ thống vùng dưới đồi - tuyến yên hoạt động không hoàn chỉnh. Đương nhiên còn nhiều sự kiện khác có ảnh hưởng tới như bản thân cấu trúc của vùng này, ảnh hưởng của các bệnh cấp tính, mạn tính, thay đổi huyết học, thần kinh căng thẳng v.v....

3. TRIỆU CHỨNG

Kinh nguyệt kéo dài, thường là huyết tươi, xảy ra sau một vòng kinh dài (chậm kinh), nhiều khi dẫn tới thiếu máu. Khám thực thể đôi khi đem lại những dấu hiệu không chính xác như tử cung to và mềm, cổ tử cung hé mở, khiến người thầy thuốc liên tưởng đến doạ sẩy thai, nhất là sau một vòng kinh dài xem như chậm kinh.

4. ĐIỀU TRỊ

Bước đầu tiên là phải loại trừ những nguyên nhân ác tính sau đó mới đặc vấn đề điều trị cầm máu, bằng:

4.1. Nạo bằng hormon

Tiêm 6-7 ngày, mỗi ngày 20-25 mg progesteron, hoặc uống progestin liều tương đương. Có thể cho thêm estrogen như Mikrofollin, Lynoral, mỗi ngày 0,05mg. Huyết sẽ cầm, ngừng thuốc 2-3 ngày sẽ ra huyết trở lại, niêm mạc tử cung bong triệt để. Vì thế có tên gọi là nạo bằng thuốc, nạo bằng hormon. Thời gian và lượng máu khi ra huyết trở lại tương tự như kinh nguyệt của người bình thường.

4.2. Đề phòng rong kinh trong vòng kinh sau

Cho tiếp vòng kinh nhân tạo, có thể cho estrogen cùng với progestin như kiểu viên thuốc tránh thai kết hợp. Cũng có thể cho progestin đơn thuần vào nửa sau của vòng kinh nhưng phương pháp này không đảm bảo chắc chắn có kết quả vì khó có thể tiên lượng được vòng kinh tới sẽ dài bao nhiêu ngày để ước đoán ngày bắt đầu của nửa sau để cho thuốc.

Có thể cho thuốc kích thích phóng noãn như clomifen citrat 5 ngày liền, từ ngày thứ 3 của vòng kinh, mỗi ngày 1-2 viên. Cách điều trị này nhằm tạo cho vòng kinh có phóng noãn, có hoàng thể, có progesteron nội sinh và niêm mạc tử cung sẽ bong ngắn gọn hơn trong những ngày hành kinh. Kết quả có thể đạt tới 50% các trường hợp.

Với cách điều trị như trên, kết hợp với các thuốc cầm máu, thường không phải nạo tử cung bằng dụng cụ. Trong một số trường hợp rất hãn hữu, điều trị bằng mọi biện pháp nội khoa không có kết quả mới phải nạo bằng dụng cụ. Để cầm máu nhanh trong những trường hợp ra máu cấp, người ta có thể dùng loại estrogen phức hợp sulfat (biệt dược Permarin) tan trong nước, có khi chỉ sau 15 phút là cầm máu. Nhưng sau khi cầm máu vẫn phải tiếp tục điều trị duy trì bằng hormon để tránh ra huyết ồ ạt trở lại khi ngừng thuốc.

Dùng thuốc tránh thai để đề phòng rong kinh tuổi trẻ trong những vòng kinh sau nên cho uống 3 tháng liền. Sau đó ngừng thuốc để chờ trả lời của hiệu ứng nhảy vọt (rebound effect). Nếu trong thời gian không dùng thuốc, kinh nguyệt trở lại bình thường thì thôi không phải dùng tiếp. Nếu kinh nguyệt lại hỗn loạn, rong kinh vẫn xảy ra, lại tiếp tục điều trị như trên 3 tháng nữa. Chú ý mỗi tháng uống thuốc 3 tuần, có thể chỉ dùng thuốc trong 10 ngày cuối của mỗi vòng kinh, mỗi ngày 1-2 viên thuốc tránh thai. Phương pháp này tỏ ra rất thuận lợi và đem lại kết quả tốt. Trước hết, vùng dưới đồi không bị ức chế trong nửa đầu vòng kinh, có thể tập dượt hoạt động, chứ không bị ức chế hoàn toàn như trong phương pháp dùng cả tháng. Hơn nữa, người bệnh có thể đến với thầy thuốc chậm hơn, sau khi kinh nguyệt đã sạch, người thầy thuốc có điều kiện để nắm tình hình mà điều chỉnh phương pháp điều trị.

5. TIÊN LƯỢNG

Những em bé bị rong kinh rong huyết trong tuổi trẻ có tỷ lệ bị vô kinh thứ phát cao hơn thường, vòng kinh phóng noãn, vô sinh khi đã lớn tuổi. Vì thế cần theo dõi cẩn thận trong một thời gian dài, mặc dầu có thể không có biểu hiện lâm sàng gì bất thường. Đặc biệt, cần điều trị sớm rong kinh rong huyết, tránh để mất

máu kéo dài, dẫn tới suy tổn vùng dưới đồi - tuyến yên không hồi phục trong hoàn cảnh vốn đã kém hoạt động.

6. RONG KINH RONG HUYẾT TIỀN MÃN KINH

Nhiều khi gọi tắt là rong kinh tiền mãn kinh. Thực ra, có thể ban đầu là rong kinh, về sau huyết ra kéo dài, chảy máu không còn theo cơ chế kinh nguyệt nữa mà do thương tổn (viêm) ở niêm mạc tử cung và là rong huyết.

Khá phổ biến. Rối loạn về lượng kinh như thiểu kinh, cường kinh, rối loạn về chu kỳ kinh như kinh mau, kinh thưa đều có thể gặp.

Tất cả những trường hợp rối loạn kinh nguyệt tiền mãn kinh đều phải nghi ngờ nguyên nhân ác tính. Phải khám phụ khoa chu đáo (soi cổ tử cung, làm phiến đồ khối u, nạo sinh thiết niêm mạc tử cung, sinh thiết cổ tử cung...) là điều không thể bỏ qua. Ung thư có thể xuất phát từ cổ tử cung, từ niêm mạc tử cung, từ buồng trứng, từ âm đạo. Chỉ sau khi đã loại trừ nguyên nhân ác tính mới được điều trị triệu chứng.

Trong rong kinh tiền mãn kinh, sinh thiết niêm mạc tử cung phần lớn (có tới 90%) cho hình ảnh phát triển, chỉ chừng 10% có hình ảnh chế tiết. Hình ảnh quá sản tuyến nang của niêm mạc tử cung gặp nhiều gấp 10 lần so với lứa tuổi 20-45 tuổi.

Trong giai đoạn sau mãn kinh, hay gặp hình ảnh niêm mạc tử cung teo, niêm mạc tử cung không hoạt động.

Những khối u lành tính và ác tính gây rối loạn ra huyết có tỷ lệ khác nhau tuỳ theo lứa tuổi. Trong tiền mãn kinh, tỷ lệ u xơ tử cung, polip cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung là 1-2%. Các khối u lành tính ngày càng ít gặp sau khi đã mãn kinh và chuyển sang các khối u ác tính ngày càng tăng.

Điều trị triệu chứng rong kinh rong huyết tiền mãn kinh tốt nhất là nạo niêm mạc tử cung. Có 3 lợi ích rõ rệt: cầm máu nhanh, đỡ để mất máu kéo dài, có được mảnh niêm mạc tử cung để thử giải phẫu bệnh lý, xác định rõ ràng tình trạng quá sản niêm mạc tử cung để định hướng sử dụng hormon tiếp theo.

Ngày nạo niêm mạc tử cung được coi là ngày đầu của vòng kinh tới. Nếu có sử dụng hormon thì lấy ngày đó làm mốc. Thông thường nên cho progestin từ ngày thứ 16, mỗi ngày 10g (Duphaston, Norcolit, Turinal...), uống trong 10 ngày. Uống trong 3 vòng kinh liền như thế, kết quả bao giờ cũng tốt, nếu như không có tổn thương thực thể kèm theo. Sau khi ngừng thuốc 2-3 ngày, người bệnh sẽ hành kinh trong 3-4 ngày, lượng kinh không nhiều.

Chú ý không bao giờ nên cho progesterin ngay sau nạo như một thầy thuốc thường làm với ý đồ và hy vọng làm teo niêm mạc tử cung ngay sau nạo, vì rất hay có nguy cơ gây băng huyết. Nếu chẳng may chót gây băng huyết bằng progestin sau nạo thì nên cho tiếp ngay estrogen như 1-2 viên Mikrofollin hoặc estradiol tiêm, sẽ cầm máu nhanh.

Có một số tác giả đưa ra kết quả khả quan sau khi dùng testosteron điều trị rong kinh tiền mãn kinh, giúp chóng mãn kinh hoàn toàn. Theo kinh nghiệm, chúng tôi thấy ở Việt Nam, việc chỉ định sử dụng hormon nam cho phụ nữ tiền mãn

kinh không đáng ngại như ở châu Âu, không sợ xuất hiện những dấu hiệu sinh dục phụ của nam giới. Ngoài ra, testosteron cũng giúp cho chuyển hoá tốt, góp phần nâng cao thể trạng người bệnh.

Bên cạnh những thuốc và biện pháp nói trên, thuốc co tử cung như oxytocin, ergotamin cần được lưu ý dùng sớm và thường chỉ có lợi. Các thuốc giúp cầm máu như EAC, vitamin K, calci cũng góp phần cầm máu, như sắt, vitamin A, B cũng có ích.

7. RONG KINH RONG HUYẾT TRONG TUỔI SINH ĐẺ (18-45 TUỔI)

7.1. Cường kinh

Kinh nhiều so với kinh nguyệt bình thường, hay kèm theo với rong kinh. Nếu huyết ra nhiều quá, trên 200ml/ngày, ảnh hưởng tới toàn trạng, mạch nhanh, huyết áp tụt thì gọi là băng kinh.

Nguyên nhân phần lớn do có tổn thương thực thể ở tử cung như u xơ tử cung, polip buồng tử cung, lạc nội mạc tử cung tại cơ tử cung làm tử cung không co bóp được, làm niêm mạc tử cung khó tái tạo nên khó cầm máu. Cũng có thể do tử cung kém phát triển, tử cung đổ sau gây ứ máu tĩnh mạch và chảy máu nhiều. Bệnh nội khoa cũng có thể gây cường kinh như cao huyết áp, rối loạn đông máu, bệnh thận. Cường kinh cơ năng ít gặp hơn. Có thể do tan cục huyết, tan sợi huyết tại chỗ.

7.2. Điều trị

Ở người trẻ tuổi, nếu cường kinh do tử cung co bóp kém, có thể cho dùng thuốc co tử cung như ergotamin, prostaglandin ngậm dưới lưỡi. Nếu cường kinh do kém phát triển tử cung thì sau đẻ sẽ trở lại bình thường. Nếu như không có thai, có thể cho estrogen kết hợp với progesteron như kiểu viên thuốc tránh thai. Nếu sợ thuốc tránh thai sẽ gây vô sinh nhân tạo cho người bệnh sau điều trị lâu dài có thể cho thuốc tránh thai sẽ gây vô sinh nhân tạo cho người bệnh sau điều trị lâu dài thì có thể cho thuốc tránh thai vào nửa sau của chu kỳ kinh; theo kinh nghiệm của chúng tôi, không những không có tác dụng tránh thai mà còn tạo điều kiện cho tử cung phát triển, chống lại cường kinh.

Ở người đứng tuổi, nếu có tổn thương thực thể nhỏ, chưa đáng chỉ định phẫu thuật (u xơ tử cung nhỏ, lạc nội tử cung nhỏ), có thể dùng progestin liều cao để gây mất kinh trong 3-4 tháng liền.

Đối với người trên 40 tuổi, nếu điều trị bằng thuốc không có kết quả, có thể đặt vấn đề mổ cắt bỏ tử cung.

8. RONG KINH DỌ CHẢY MÁU TRƯỚC KINH

Trước khi hành kinh chính thức, người phụ nữ có ra huyết một số ngày, lượng huyết ít hơn, khiến kỳ kinh dài ra. Như vậy vòng kinh như ngắn lại.

Nguyên nhân có thể do có tổn thương thực thể như viêm niêm mạc tử cung, polip buồng tử cung. Nhưng cũng có thể do giai đoạn hoàng thể teo sớm, progesteron giảm nhanh. Phát hiện bằng cách lấy thân nhiệt cơ sở vào các sáng sớm, thấy thân nhiệt giảm sớm.

Điều trị: đối với người trên 35 tuổi, nên nạo tử cung vì riêng nạo tử cung bản thân nó cũng có thể điều trị khỏi người bệnh, như trong trường hợp viêm niêm mạc tử cung chẳng hạn, đồng thời lại có được mảnh niêm mạc tử cung để thử giải phẫu bệnh lý, đánh giá được tổn thương thực thể nếu có và kiểm tra được ác tính.

Điều trị bằng thuốc, dùng progestin từ ngày thứ 20-26 của vòng kinh, mỗi ngày 10mg Duphaston. Cũng có thể dùng kết hợp estrogen với progestin như viên thuốc tránh thai kết hợp Ovidon, Eugynon, Rigevidon, Choice, marodon vì trong nửa sau của những vòng kinh này không những thiếu progesteron mà còn thiếu cả estrogen, kết quả cũng tương tự.

9. RONG KINH DO CHẢY MÁU SAU KINH

Sau khi sạch kinh được 1-2 ngày, người phụ nữ lại ra huyết một vài ngày, huyết ít. Nguyên nhân thực thể không hiếm (có thể do viêm niêm mạc tử cung, u xơ tử cung, polip buồng tử cung, u ác tính trong buồng tử cung....). Nguyên nhân cơ năng có thể do niêm mạc tử cung có những vùng bong chậm hoặc có những vùng tái tạo chậm. Bong chậm là do hoàng thể thoái triển chậm nên estrogen và progesteron xuống chậm. Tái tạo chậm là do nang noãn chưa kịp chế tiết đủ estrogen. Phân biệt bằng cách lấy thân nhiệt sáng sớm. Nếu thấy đường cong thân nhiệt cao kéo dài là progesteron xuống chậm. Nếu thấy trong khi máu ra lại, nhiệt độ đã xuống thấp là do estrogen thiếu.

Điều trị: trước hết phải loại trừ nguyên nhân thực thể. Nếu có nguyên nhân thực thể thì giải quyết nguyên nhân thực thể. Nếu do hoàng thể kéo dài thì cho progestin và estrogen kết hợp progestin vào các ngày 20-25 của vòng kinh. Sau khi ngừng thuốc được vài ngày, niêm mạc tử cung sẽ bong gọn và không rong kinh. Nếu do niêm mạc tử cung tái tạo chậm, có thể cho Mikrofollin 0,05mg, mỗi ngày 1-2 viên trong các ngày 3-8 của vòng kinh.

10. RONG KINH DO QUÁ SẢN TUYẾN NANG NIÊM MẠC TỬ CUNG

Kinh chậm, ra nhiều huyết và kéo dài. Niêm mạc tử cung dày có khi tới 3-5mm, có những nhú nhỏ dài hoặc phình dạng pôlip, trong mượt như nhung. Qua kính hiển vi không thấy hình ảnh chế tiết của niêm mạc tử cung, thiếu lớp xốp (pars spongiosa) của niêm mạc. Các tuyến hình thẳng, đôi chỗ phình to trông như miếng phomat cắt ngang (có những lỗ hổng). Trong mô liên kết có các sợi to. Trong các tuyến không có glycogen. Các mạch máu chỉ có một lớp nội bì, chính là tĩnh mạch giãn to thành xoang, chèn ép vào các ống tuyến làm cho các ống này phình to. Các tiểu động mạch xoắn ốc cũng tăng phát triển. Vì các hệ tĩnh mạch phình nên tạo cho niêm mạc tử cung một hình dạng hang lỗ chỗ.

Nguyên nhân

Người ta thấy tình trạng estrogen tác dụng kéo dài dẫn đến hiện tượng có hình ảnh hang lỗ chỗ của niêm mạc tử cung. Khi nồng độ estrogen dao động hoặc độ nhạy cảm với estrogen không còn đủ đảm bảo duy trì niêm mạc tử cung khiến niêm mạc tử cung bong từng chỗ gây chảy máu, bong lâu hết, gây rong kinh. Vì niêm mạc tử cung có nhiều xoang mạch nên chảy máu nhiều.

Kiểm tra buồng trứng người ta không thấy có hoàng thể. Tình trạng estrogen tác dụng kéo dài được quy cho là có tồn tại nang noãn (folliculus persistens).

Điều trị

Chắc chắn nhất là nạo niêm mạc tử cung. Có tới 50% khỏi được một thời gian dài. Số còn lại phải tiếp tục điều trị bằng thuốc.

Đối với người trên 40 tuổi có thể dùng testosteron tiêm 25mg/ngày trong 8-10 ngày, có thể làm teo niêm mạc tử cung (hoạn bằng hormon).

Phương pháp chạy tia X nhằm làm teo buồng trứng ngày nay không còn dùng nữa. Trong mọi trường hợp, nên điều trị thử bằng progestin trong nửa sau vòng kinh, từ ngày thứ 16 của vòng kinh (có thể từ ngày thứ 14-15), từng đợt 3 tháng. Nghỉ thuốc, theo dõi vài tháng. Nếu thấy kinh nguyệt bình thường thì thôi dùng thuốc. Nếu không kết quả, lại dùng tiếp. Tuy nhiên, không nên điều trị bằng thuốc kéo dài đối với những người trên 40 tuổi mà nên có chỉ định mổ cắt tử cung, nếu sau hai năm điều trị bảo tồn không có kết quả.

VÔ KINH

Theo định nghĩa, vô kinh là hiện tượng không hành kinh qua một thời gian quy định. Thời gian ấy là 18 tuổi đối với vô kinh nguyên phát, là 3 tháng nếu đã từng hành kinh đều, hoặc 6 tháng nếu đã từng hành kinh không đều trong tiền sử, đối với vô kinh thứ phát. Người ta còn phân biệt "vô kinh sinh lý" và "vô kinh bệnh lý". Vô kinh sinh lý xảy ra trong khi có thai, trong thời gian cho con bú. Có tác giả còn xếp hiện tượng không hành kinh trước tuổi dậy thì và sau tuổi mãn kinh vào vô kinh sinh lý. Tất cả những trường hợp vô kinh còn lại đều là vô kinh bệnh lý. Trong vô kinh bệnh lý còn có cả vô kinh giả (pseudoamenorrhoea), thực chất là có chảy máu kinh nhưng máu kinh đó không thoát được ra ngoài do cổ tử cung bị chít, màng trinh không thủng hoặc không có âm đạo. Vì thế vô kinh giả còn có tên gọi là bế kinh.

Vô kinh chiếm một trong những chương lớn nhất trong phụ khoa, vì những đặc điểm quan trọng của nó không những trong lĩnh vực sinh sản mà còn trong lĩnh vực sức khoẻ, tính mạng của người bệnh.

Có thể phân ra các loại vô kinh do các nguyên nhân riêng rẽ như do vùng dưới đồi, do tuyến yên, do buồng trứng, do tử cung. Ngoài ra, có thể có những nguyên nhân khác, thậm chí phức tạp hơn, như do tuyến thượng thận (bệnh Addison, bệnh Cushing...), do giáp trạng (bệnh phù niêm mạc, bệnh Basedow....), do bệnh tâm thần, do suy dinh dưỡng..., thậm chí do nhiều nguyên nhân kết hợp. Thí dụ trong chiến tranh thế giới lần thứ 2, người ta thấy tại châu Âu có tới 50% phụ nữ bị vô kinh do sợi hãi kết hợp với đói kém.

Về nội tiết, người ta có thể định lượng các hormon sinh dục và các hormon hướng sinh dục để chẩn đoán phân biệt nguyên nhân tại buồng trứng (vùng dưới đồi, tuyến yên...). Chính xác nhất và nhanh nhất là định lượng trong máu bằng phương pháp miễn dịch phóng xạ (RIA, radio-immuno-assay), hoặc bằng phương pháp miễn dịch men EIA, enzym inmuno, assay). Nếu thấy hormon sinh dục thấp thì nguyên nhân là tại buồng trứng. Vì do thiếu hormon buồng trứng nên vùng dưới đồi không bị ức chế và tuyến yên được tăng kích thích.

Để phân biệt những nguyên nhân giữa vùng dưới đồi và tuyến yên, phải định lượng hormon giải phóng, một phương pháp chưa được áp dụng rộng rãi trong lâm sàng điều trị vì tốn kém và phức tạp. Tuy nhiên, có thể điều trị thử bằng hormon giải phóng của vùng dưới đồi sau đó định lượng lại hormon hướng sinh dục. Nếu thấy hormon này tăng thì nguyên nhân là tại vùng dưới đồi. Nếu thấy hormon hướng sinh dục không tăng thì nguyên nhân là tại tuyến yên. Nhưng phương pháp điều trị thử này cũng chưa áp dụng được rộng rãi ở Việt Nam vì giá thành của phương pháp cũng cao.

Để phân biệt nguyên nhân giữa buồng trứng và tuyến thượng thận, ngoài những xét nghiệm định lượng các hormon đặc hiệu của buồng trứng, của vỏ thượng thận, có khi phải làm cả những xét nghiệm thăm dò chức năng buồng trứng và chức năng vỏ thượng thận qua phương pháp kích thích và ức chế. Thí dụ đồng thời kích thích buồng trứng bằng hCG, FSH ức chế vỏ thượng thận bằng dexamethason. So sánh kết quả trước và sau khi kích thích - ức chế, rút ra kết luận.

Vô kinh nguyên phát (VKI)

Sở dĩ người ta phân biệt vô kinh làm hai loại, nguyên phát và thứ phát là vì ý nghĩa chẩn đoán nguyên nhân bệnh. Trong vô kinh nguyên phát, cần phải quan tâm tất cả các loại nguyên nhân gồm những bất thường về hoạt động nội tiết của trục vùng dưới đồi - tuyến yên - buồng trứng, những bất thường về cấu tạo giải phẫu của bộ phận sinh dục. Trong khi đó, đối với vô kinh thứ phát có thể bỏ qua việc thăm dò những bất thường bẩm sinh của bộ phận sinh dục. Thí dụ, không có tử cung, không có âm đạo, màng trinh không thủng, không có buồng trứng hoặc buồng trứng teo bẩm sinh v.v... vì trong tiền sử người bệnh đã từng hành kinh.

Chẩn đoán: vô kinh nguyên phát tiến hành từng bước.

Hỏi bệnh: quan tâm đến tính di truyền vì có tới 0,1-0,2 phần trăm thiếu nữ hành kinh muộn sau tuổi 18.

Khám bệnh: xem các tính sinh dục phụ như phát triển vú, lông mu, lông nách. Thăm trực tràng hay thăm âm đạo bằng một ngón tay, đặt mỏ vịt nhỏ dành cho thiếu nữ còn trinh, xem có gì bất thường hoặc thiếu một phần nào của bộ phận sinh dục không. Đặc biệt xem có tử cung không. Đối với buồng trứng, người ta không hy vọng lắm về việc tìm nắn có hay không mà chủ yếu xem có khối u buồng trứng, nhất là có khối u nam tính hoá của buồng trứng không.

Xem cấu trúc cơ thể có gì bất thường không. Người lùn cổ ngắn và bạnh, tóc mọc xuống thấp đặc trưng của hội chứng Turrner v.v... Làm các xét nghiệm thăm dò như định lượng các hormon hướng sinh dục, estrogen, progesteron, tế bào học âm đạo nội tiết, chỉ số tử cung để xác định nơi có rối loạn nội tiết. Bổ sung, có thể thăm dò qua phương pháp kích thích - ức chế.

– Chứng nghiệm hormon còn gọi là điều trị thử:

– Chứng nghiệm progesteron: cho progesteron mỗi ngày 10mg tiêm bắp thịt, trong 8 ngày liền. Nếu sau ngừng thuốc từ 2 đến 5 ngày, ra huyết thì là biểu hiện két hoạt động nhẹ của hệ thống vùng dưới đồi - tuyến yên - buồng trứng. Nếu không ra huyết là kém hoạt động nặng.

– Chứng nghiệm estrogen. Dùng chứng nghiệm này khi chứng nghiệm progesteron âm tính. Cho Mikrofollin mỗi ngày 0,10mg hay Akrofollin hoặc Benzogynoestryl mỗi ngày 5mg tiêm bắp, tổng cộng 10 ngày. Nếu sau ngừng thuốc từ 5 đến 8 ngày, ra huyết thì là suy nặng vùng dưới đồi hoặc tuyến yên, hoặc buồng trứng. Nếu không ra huyết, nghĩ tới không có tử cung hoặc dính buồng tử cung.

– Chứng nghiệm hormon hướng sinh dục: nạo niêm mạc tử cung, thử tế vào học âm đạo nội tiết, định lượng estrogen, progesteron trước và sau khi tiêm hormon hướng sinh dục. Nếu sau khi tiếm thấy các kết quả đều tăng lên: suy vùng dưới đồi hoặc tuyến yên. Nếu không tăng, suy buồng trứng hoặc buồng trứng teo.

– Chứng nghiệm clomifen. Cho uống 5 ngày liền, mỗi ngày 100mg clomifen citrat nhằm ức chế các thụ cảm của vùng dưới đồi và làm tăng tiết các hormon giải phóng. Định lượng lại FSH, LH. Nếu so với trước khi tiêm có thấy tăng lên: vùng dưới đồi kém hoạt động. Nếu không tăng: tuyến yên kém hoạt động, cũng có thể là vùng dưới đồi không hoạt động.

ÁP DỤNG THỰC TẾ

1. VÔ KINH NGUYÊN PHÁT

– Trên thực tế, vô kinh nguyên phát chỉ có 2 loại nguyên nhân, rối loạn nội tiết của trục vùng dưới đồi - tuyến yên - buồng trứng hoặc dị dạng sinh dục, cụ thể là không có tử cung.

– Về lâm sàng nếu thấy các tính chất sinh dục phụ bình thường như vú phát triển tốt, lông mu bình thường, không có biểu hiện đau bụng của bế kinh thì chẩn đoán là không có tử cung hầu như bao giờ cũng đúng.

– Nếu có các tính chất sinh dục phụ bình thường, đồng thời đau bụng có chu kỳ, khám thấy có khối u ở tiểu khung có thể chẩn đoán là bế kinh do không có âm đạo hay màng trinh không thủng, tất nhiên phải khám thực thể, không thấy cổ tử cung, không thấy âm đạo hoặc màng trinh không thủng.

– Nếu các tính chất sinh dục phụ không phát triển, tức là thiếu các hormon của buồng trứng hoặc nguyên phát, hoặc thứ phát. Nguyên phát là buồng trứng teo bẩm sinh, thứ phát là suy vùng dưới đồi hay suy tuyến yên dẫn tới suy buồng trứng.

– Trong vô kinh nguyên phát, các nguyên nhân chiếm tỷ lệ như sau:

Buồng trứng bất thường do rối loạn thể nhiễm sắc:	30%
Rối loạn phát triển cơ thể:	19%

Nguyên nhân vùng dưới đồi - tuyến yên:	20%
Tổn thương buồng trứng:	17%
Hội chứng thượng thận - sinh dục:	7%
Tinh hoàn nữ tính hoá:	7%

1.1. Tinh hoàn nữ tính hoá (hội chứng Morris)

Morris mô tả lâm sàng năm 1953. Hiếm gặp tỷ lệ 1/20.000. Nhiễm sắc đồ nam giới (XY). Hình dáng bên ngoài là nữ giới. Vú phát triển, đôi khi phát triển hơn thường. Người thon thả, xinh gái, nhiều người đẹp mẫu, tâm tính nữ. Không có lông mu và lông nách. Tinh hoàn chế tiết estrogen như vô kinh vì không có tử cung. Phải mổ cứt bỏ tinh hoàn để phòng ung thư hoá. Nhưng nên đợi vú phát triển đầy đủ rồi hãy cắt. Sau mổ dùng estrogen thay thế để tiếp tục duy trì tính nữ cho phù hợp với cuộc sống xã hội đã quen của người bệnh.

1.2. Hội chứng thượng thận - sinh dục

Vỏ thượng thận tăng tiết androgen (hormon nam). Có buồng trứng nhưng mang tính sinh dục phụ nam. Là bệnh mang tính chất di truyền. Thiếu men hydroxelase của vỏ thượng thận, trước hết là hydroxylase 21 nên cortisol thấp, ACTH tăng tiết dẫn tới quá sản vỏ thượng thận và tăng tiết androgen. Với nồng độ cao, androgen ức chế tuyến yên sản sinh hoạt động hướng sinh dục.

Bệnh nhân sớm mọc lông mu, lông nách và râu. Người lùn thấp vì androgen cao làm chóng đóng các đầu xương dài. Âm vật to. Vô kinh. Điều trị bằng corticoid (prednisolon, dexamethason) vừa thay thế thiếu hụt vừa ức chế chế tiết ACTH. Có thể có thai được. Âm vật không thoái triển, phải cắt vì mỹ quan.

1.3. Hội chứng Turrner

Bệnh cảnh do Turrner mô tả năm 1938: hình thái nhi tính, cẳng tay choãi ra ngoài, cổ có da bạnh. Rối loạn phát triển nặng nề tuyến sinh dục do thiếu một thể nhiễm sắc X. Do đó còn gọi là "buồng trứng teo", "buồng trứng không phát triển". Nhiễm sắc thể đó 45, XO. Có khi có hình khảm, có khi có bất thường nhiễm sắc thể cấu trúc.

Bộ phận sinh dục nhi tính.

Vú không phát triển, lông mu, lông nách thưa thớt. Tất cả các phần của bộ phận sinh dục đều nhỏ: môi lớn không có đệm mỡ, môi nhỏ teo, âm vật nhỏ, âm đạo ngắn, hẹp, tử cung bằng đầu ngón tay út, vòi trứng mảnh và dài tương đối, buồng trứng không có hoặc chỉ là một dải nhỏ.

Mặc dù hormon tăng trưởng tăng, người vẫn lùn, ít khi đạt 1,50m. Có nhiều dạng triệu chứng khác nhau, có tới 60 loại, có khi có cả loạn nhìn mầu, đục nhân mắt, teo tắc động mạch chủ, loãng xương (do thiếu estrogen)....

Trí tuệ chậm phát triển, kém thông minh, không tình dục, vô kinh: tuy nhiên, mặc dầu rất hãn hữu có thể có kinh, kinh rối loạn.

Điều trị: duy nhất chỉ có cách thay thế nội tiết, cho estrogen, cho vòng kinh nhân tạo giúp hành kinh, phát triển tính sinh dục nữ, giải quyết tâm lý đồng thời đỡ loãng xương.

1.4. Vô kinh do bất thường đường sinh dục

1.4.1. Hội chứng Mayer - Rokitansky - Kuster: teo âm đạo, tử cung teo, có hai dải nhỏ. Buồng trứng bình thường, nội tiết bình thường nhưng vẫn vô kinh. Cũng cần phân biệt với:

1.4.2. Dính buồng tử cung do lao, mắc từ hồi nhỏ tuổi. Khám thấy có tử cung, âm đạo

Hội chứng Mayer - Rokitansky - Kuster (gọi tắt là hội chứng Rokitansky) và dính buồng tử cung do lao trên thực tế tới nay vẫn chưa điều trị được.

1.4.3. Không có âm đạo, màng trinh không thủng gây bế kinh. Điều trị bằng chọc dùng đồ Douglas để dẫn thoát máu kinh. Có khi phải cắt tử cung.

Tiên lượng chung của vô kinh nguyên phát

– Tuỳ thuộc vào nguyên nhân sinh bệnh, nhưng nói chung tiên lượng không tốt.

– Điều trị đối với hệ thống nội tiết chủ yếu là dùng hormon thay thế.

– Đối với những bất thường về giải phẫu, nếu được, có thể giải quyết bằng phẫu thuật (cắt bỏ âm vật to, chích chọc màng trinh dẫn thoát máu kinh ứ đọng, cắt bỏ tinh hoàn nữ tính hoá v.v...). Nhưng phần lớn cũng chỉ là điều trị triệu chứng, giải quyết không triệt để.

2. VÔ KINH THỨ PHÁT (VKI)

Những nguyên nhân của vô kinh thứ phát

Tất cả những nguyên nhân gây vô kinh nguyên phát đều có thể là những nguyên nhân gây vô kinh thứ phát, trừ những bất thường bẩm sinh về giải phẫu ở bộ phận sinh dục và những bất thường bẩm sinh khác. Thí dụ hội chứng thượng thận - sinh dục, hội chứng Rokitansky tuyệt đại đa số gây vô kinh nguyên phát. Những nguyên nhân phổ biến nhất của VKI là thuộc về vùng dưới đồi (78%), tuyến yên (2%), buồng trứng (8%), ở ngoài bộ phận sinh dục (7%) theo tài liệu châu Âu. Nhưng ở Việt Nam chủ yếu là do suy sớm buồng trứng.

2.1. Vô kinh thứ phát nguyên nhân vùng dưới đồi

Có 2 nhóm, nhóm do các yếu tố tâm thần và nhóm do các tổn thương thực thể. Thật ra cả hai đều phần lớn là do từ vỏ não tác động xuống vùng dưới đồi chứ không phải xuất phát từ vùng dưới đồi.

Những yếu tố tâm thần, tâm lý có thể là sang chấn tinh thần trong gia đình như ly dị, tang tóc, thay đổi hoàn cảnh sống, hành trình đường dài, lo sợ v.v... có khi tưởng tượng có thai cũng gây ra vô kinh.

Những thay đổi giải phẫu (thương tổn thực thể) như viêm não, sang chấn sọ não làm ảnh hưởng đến chức năng vùng dưới đồi hay các nhóm nhân ở trên vùng dưới đồi như hệ thống viền, cấu tạo lưới.

Không hiếm những trường hợp xảy ra trong thời kỳ thai nghén của người mẹ dẫn tới tổn hại cho đứa con như nhiễm khuẩn, nhiễm độc thai nghén, tia xạ, thuốc. Trong các thuốc, người ta lưu ý fenetiasin, reserpin, các thuốc bế hạch thần kinh có tác động lên vùng dưới đồi. Nhiều trường hợp vô sinh sau đẻ kèm béo bệu được coi là trong khi có thai và sau thời gian ngừng cho bú, những trung tâm của vùng dưới đồi không được dinh dưỡng đầy đủ. Thật khó phân biệt vô kinh nguyên nhân vùng dưới đồi với vô kinh nguyên nhân tuyến yên vì mặc dù nguyên nhân là từ vùng dưới đồi nhưng cuối cùng vẫn dẫn đến kém hoạt động của tuyến yên.

2.2. Vô kinh thứ phát nguyên nhân tuyến yên

Vì tiềm năng hoạt động cao của tuyến yên nên ít khi có vô kinh do nguyên nhân suy tuyến yên. Hay gặp nhất là suy tuyến yên sau sinh và u tuyến yên gây ra vô kinh.

Trong các khối u cần phân biệt những khối u không hoạt động nội tiết như khối u kỵ sắc, u họng vòm sọ và những khối u nội tiết như u tế bào ái toan gây chứng khổng lồ, bệnh lớn cực, u tế bào ái kiềm gây bệnh Cushing, u tuyến prolactin (adénnomé à prolactine) gây chứng vô kinh - tiết sữa. Những khối u tế bào kỵ sắc của tuyến yên tuy khống chế hormon, không gây các triệu chứng nội tiết nhưng cũng gây được vô kinh do thuỳ trước tuyến yên bị huỷ hoại.

Suy tuyến yên rõ nét gặp trong hội chứng Sheehan và bệnh Simmomds cũng do thuỳ trước tuyến bị hoại tử, huỷ hoại.

2.2.1. Hội chứng Sheehan

Trong khi có thai, thể tích của tuyến yên tăng lên khoảng 1,5 lần. Sau khi đẻ, tuyến yên giảm nhanh thể tích song song với việc giảm tuần hoàn chung của sản phụ. Nếu xảy ra mất máu nhiều trong khi đẻ hoặc sau khi đẻ thì lượng máu cung cấp cho tuyến yên càng giảm nhanh và thuỳ trước tuyến yên bị hoại tử. Có tới 15% những trường hợp choáng mất máu do đẻ dẫn tới giảm tiết hormon hướng sinh dục. Nếu bị hoại tử 90% mô tuyến yên, sẽ tiến đến mất hẳn chế tiết các hướng hormon. Tỷ lệ gặp là một trường hợp trên 5-1000 cuộc đẻ.

Triệu chứng: sớm nhất là triệu chứng mất sữa. Sau đó vú teo dần. Rụng lông nách và lông mu. Bộ phận sinh dục teo dần. Nếu nặng hơn, suy chức năng tuyến giáp và tuyến vỏ thượng thận sẽ nổi bật lên. Mất kinh, người bệnh mệt mỏi, gầy mòn, âm đạo khô, các tuyến bã và tuyến nhờn giảm hoạt động. Mất dục tình. Trong những thể nhẹ, có thể vẫn còn kinh nguyệt, nhưng ít, đồng thời không có dấu hiệu suy tuyến vỏ thượng thận, suy tuyến giáp vì các tế bào chế tiết ACTH và các tế bào chế tiết TSH của tuyến yên không dễ bị tổn hại như những tế bào chế tiết hormon hướng sinh dục.

Một trong những vấn đề quan trọng cần lưu ý là mặc dầu có suy tuyến vỏ thượng thận, bệnh nhân vẫn không có dấu hiệu xạm da, tuy rằng những dấu hiệu

khác của suy tuyến vỏ thượng thận vẫn có như giảm huyết áp, mệt mỏi. Đó là do tuyến yên bị suy, không chế tiết được ACTH mà ACTH lại gây xạm da.

Các xét nghiệm bổ sung như định lượng thấy các hormon tuyến yên bị giảm thấp đường huyết giảm thấp cũng có giá trị tốt chẩn đoán bệnh.

Điều trị: trước hết phải bồi phụ sự thiếu hụt của hormon giáp trạng. Nhưng cũng phải cho corticoid (ngày 10-20mg) để giải quyết thiếu hormon vỏ thượng thận. Chế độ ăn nhiều đạm, nhiều hydrat carbon và nhiều NaCl hơn thường. Cho estrogen bồi phụ vì có kém hoạt động buồng trứng. Đối với những thể nhẹ, có thể có thai, đẻ con khoẻ mạnh bình thường. Đối với những thể nặng, nhưng không suy giáp trạng và thượng thận nhiều tới mức phải điều trị bằng hormon liều cao, có thể điều trị vô kinh, kích thích phóng noãn bằng các hormon hướng sinh dục thay thế.

2.2.2. Bệnh Simmonds do nguyên nhân teo hay hoại tử tuyến yên không liên quan đến thai nghén, sẩy đẻ. Bệnh cảnh và bệnh sinh rất giống hội chứng Sheehan.

2.2.3. Hội chứng vô kinh tiết sữa: có ba hội chứng được lưu ý trong chẩn đoán. Hội chứng Chiari-Frommel xảy ra sau đẻ. Nhiều năm kéo dài vô kinh và tiết sữa. Tử cung teo trầm trọng, niêm mạc tử cung teo. Béo bệu. Có rối loạn hoạt động của hệ thống vùng dưới đồi - tuyến yên dẫn đến tăng tiết prolactin, tiết sữa và vô kinh. Hội chứng Argonz-del Castillo xảy ra trong trường hợp chưa đẻ lần nào. Hội chứng Forbes - Albright có khối u tuyến yên.

Có tới 50% những trường hợp tiết sữa không rõ nguyên nhân. Nhưng một số nguyên nhân đã được biết là có thể gây tiết sữa như dùng estrogen, dùng thuốc chữa bệnh tâm thần (aminazin chẳng hạn), những kích thích ở ngực, ở vú (sẹo mổ, bỏng, sang chấn...), những bệnh nội tiết (thiểu năng giáp trạng, tăng tiết TRH) v.v... làm tăng tiết prolactin.

Chẩn đoán: dựa thêm vào chụp hố yên, khám xét xem có dấu hiệu to tuyến yên không. Định lượng prolactin xem có cao không (bình thường 5-25ng/ml).

Điều trị: nếu không thấy có nguyên nhân thực thể, có thể dùng bromocriptin (2-brom - alpha - ergocriptin), biệt dược partodel, dùng kéo dài qua nhiều tháng, mỗi ngày 1 -2 viên có thể tới 4 viên (viên 2,5mg). Trong khi dùng, có thể có thai. Nếu nghi ngờ có khối u sinh prolactin của tuyến yên thì không nên để có thai vì nội tiết thai nghén có thể kích thích phát triển nhanh khối u tuyến yên dẫn đến những tai biến nguy hiểm như chèn ép vào giao thoa thị giác gây mù loà hoặc chảy máu khối u gây chèn ép não như kiểu xuất huyết não. Tránh thai bằng những phương pháp thông thường trừ thuốc tránh thai hormon, như đặt vòng, túi cao su v.v... Sau 1-2 năm điều trị, nếu biết chắc không có khối u tuyến yên, có thể cho phép có thai. Trước khi quyết định cho phép có thai có thể cho một số vòng kinh nhân tạo để thăm dò phản ứng của tuyến yên qua sức chịu đựng và các dấu hiệu cơ năng như nhức đầu, mờ mắt của người bệnh. Ngoài Parlodel, với mục đích kích thích phóng noãn có thể dùng clomifen citrat, hormon hướng sinh dục. Clomifen thường cho kết quả kém hơn so với Parlodel.

2.3. Vô kinh thứ phát nguyên nhân buồng trứng

Có thể có những nguyên nhân cụ thể như buồng trứng suy tàn sớm, khối u nam tính hoá buồng trứng, hội chứng Stein - Leventhal, buồng trứng giảm chế tiết estrogen, tăng chế tiết androgen.

Buồng trứng suy là do teo sớm các nang noãn nguyên thuỷ. Nguyên nhân có thể do di truyền, có thể do khi còn là bào thai, là thai nhi, hệ thống vùng dưới đồi - tuyến yên đã kích thích quá mạnh làm teo nhanh các nang noãn nguyên thuỷ, cũng có thể do người bệnh bị chạy tia xạ, bị bệnh quai bị, bị bệnh lao, bệnh virus, tự miễn dịch ở buồng trứng v.v...

Buồng trứng có khối u nam tính hoá (arrhenoblastoma) chế tiết nhiều androgen, đối kháng với tác dụng của estrogen. Mặt khác, androgen này cũng ức chế sự chế tiết các hormon giải phóng của vùng dưới đồi, cuối cùng buồng trứng lành bên kia cũng hoạt động. Từ những sự kiện trên, xảy ra vô kinh.

Đặc điểm lâm sàng

– Trong trường hợp buồng trứng suy tàn sớm, người phụ nữ sẽ có bệnh cảnh như của người mãn kinh vì thực chất đây là một tình trạng mãn kinh sớm. Bốc hoả, hồi hộp, hay ra mồ hôi, lạnh đầu chi, buồn ngủ ban ngày v.v... đều là những triệu chứng có thể gặp. Không điều trị được nguyên nhân. Có thể dùng estrogen để giảm bớt những triệu chứng khó chịu và cho hành kinh để người bệnh an tâm.

– Trong trường hợp có khối u nam tính hoá, người bệnh sẽ có tính chất sinh dục phụ kiểu nam giới như lông chân, lông bụng, râu, ria mép, âm vật to. Vô kinh là dấu hiệu sớm khiến người phụ nữ đi khám bệnh. Điều trị duy nhất bằng cách cắt bỏ khối u. Buồng trứng lành còn lại sẽ hoạt động bình thường. Người phụ nữ sẽ lại hành kinh bình thường, có thể có thai được. Duy các tính chất sinh dục phụ thì chậm thoái triển hơn và có khi không trở lại bình thường. Thí dụ âm vật to có thể phải được cắt bỏ vì lý do thẩm mỹ, nếu sau một vài năm theo dõi không nhỏ đi đáng kể.

– Trong trường hợp hội chứng Stein - Levental, bên cạnh những dấu hiệu kinh ít, kinh thưa, vô kinh như cổ điển, người phụ nữ có thể có những dấu hiệu sinh dục phụ kiểu nam giới nhưng thường không nhiều lắm như trong trường hợp khối u nam tính hoá. Bệnh cảnh mô tả trên đây hay gặp ở châu Âu. Ở Việt Nam, thay và kinh ít, vô kinh có thể là rong kinh, kinh nhiều. Những dấu hiệu nam tính hoá cũng nhẹ nhàng hơn nhiều, thậm chí không có. Nhận xét này gợi ý cho ta thấy người Việt Nam ít nhạy cảm với androgen hơn người châu Âu. Còn tính chất giải phẫu bệnh lý của buồng trứng cũng giống như của hội chứng Stein - Leventhal ở châu Âu, nghĩa là cả hai buồng trứng đều đa nang, có vỏ dầy, trắng như sứ, ánh như xà cừ, ở phía dưới ẩn nhiều nang noãn đang phát triển. Điều trị bằng cách cắt góc buồng trứng đem lại kết quả kết cao, đều kinh, có phóng noãn, có thể thụ thai được, tỷ lệ tới 70-90%. Hội chứng được Stein và Leventhal viết lên lần đầu tiên năm 1935. Nguyên nhân chưa thật rõ nét nhưng trên thực nghiệm có thể gây được hội chứng này bằng cách tiêm testosteron cho chuột chưa trưởng thành, hoặc bằng cách gây trở ngại giải phóng Gn-RH của vùng dưới đồi xuống tuyến yên (Flerkó). Chúng tôi cũng đã gây được buồng trứng đa nang cho chuột cống cái đã trưởng thành bằng cách tiêm testosteron và bằng cách ghép buồng trứng vào thành bụng trên chuột cống (buồng trứng còn lại trong ổ bụng cũng bị đa nang hoá).

2.4. Vô kinh thứ phát nguyên nhân tử cung

Nguyên nhân chủ yếu là dính buồng tử cung, mất niêm mạc tử cung do nạo tử cung quá sâu hoặc do lao niêm mạc tử cung, cuối cùng dẫn đến dính toàn bộ buồng tử cung và vô kinh, vô sinh. Dính buồng tử cung do nạo còn có tên gọi là hội chứng Asherman. Triệu chứng chung của hai loại dính toàn bộ buồng tử cung này là vô kinh sau một thời gian kinh ít dần trong khi chu kỳ kinh vẫn đều đặn bình thường. Tuy mất kinh nhưng những tính chất sinh dục phụ và dục tình vẫn bình thường. Dính buồng tử cung do lao được coi là một giai đoạn ổn định của bệnh, nhưng không thể chữa cho có được một buồng tử cung bình thường trở lại, dù bằng thuốc chống lao, dù bằng cách nong tử cung. Dính buồng tử cung do nạo có thể điều trị được bằng cách nong tử cung. Nong thường dễ vì ranh giới giữa các thành tử cung vẫn còn giữ nguyên. Sau khi nong được thoáng buồng tử cung rồi nên đặt một dụng cụ tránh thai vào trong buồng tử cung để ngăn cách hai thành tử cung, tránh dính trở lại, đồng thời cho estrogen giúp niêm mạc tử cung chóng tái tạo.

Đề phòng dính buồng tử cung, phải chữa sớm và chữa triệt để lao sinh dục, tránh nạo thai quá sâu niêm mạc tử cung, đặc biệt rất thận trọng trong nạo sót rau sau đẻ, rất hay gây dính buồng tử cung. Sau nạo, bao giờ cũng nên cho estrogen để niêm mạc tử cung tái tạo tốt, vì sau đẻ, buồng trứng chưa hoạt động trở lại, chưa chế tiết estrogen. Tối thiểu là liều Mikrofollin 0,05mg/ngày, trong 7 ngày liền. Tốt nhất là cho vòng kinh nhân tạo, 14 ngày đầu với estrogen, 12 ngày sau kết hợp với estrogen với progesteron, hoặc với progestin nói chung (tiện nhất là dùng viên thuốc tránh thai loại kết hợp).

Chẩn đoán dính buồng tử cung tương đối dễ, dựa vào đo buồng tử cung nhưng dựa vào chụp buồng tử cung là chắc chắn nhất. Sẽ không thấy buồng tử cung mà chỉ thấy hình ống cổ tử cung vì ống cổ tử cung không bao giờ bị dính. Những xét nghiệm nội tiết như tế bào học âm đạo nội tiết cũng góp phần hướng vào chẩn đoán bệnh. Thí dụ, nếu thấy có biểu hiện hoạt động nội tiết bình thường của buồng trứng mà vẫn vô kinh thì chỉ có thể là không có niêm mạc tử cung và dính buồng tử cung. Tuy nhiên, những kết luận này không hoàn toàn đầy đủ tính thuyết phục, nên thử thêm bằng vòng kinh nhân tạo với liều cao hơn bình thường một chút. Nếu sau khi ngừng thuốc, vẫn không thấy hành kinh thì có thể yên tâm chẩn đoán là dính buồng tử cung.

2.5. Vô kinh thứ phát do những rối loạn hoạt động nội tiết khác. Những bệnh nội tiết nặng có thể gây ra vô kinh. Hội chứng thượng thận - sinh dục, hội chứng Cushing, bệnh Addison, bệnh Basedow, bệnh đái tháo đường nặng đều có thể dẫn đến vô kinh.

2.6. Vô kinh thứ phát do các thuốc hormon tránh thai

Dùng hormon tránh thai kéo dài có thể bị vô kinh vì vùng dưới đồi và tuyến yên bị ức chế lâu ngày, prolactin tăng tiết, niêm mạc tử cung teo. Điều trị bằng cách cho hoạt động buồng trứng thay thế, cho vòng kinh nhân tạo để niêm mạc tử cung tái tạo lại tốt.

2.7. Chẩn đoán phân biệt nguyên nhân vô kinh thứ phát

Những phương pháp hỏi bệnh, khám thực thể và thăm dò cũng đều giống như đối với vô kinh nguyên phát. Ngoài ra, quan tâm đến những hoàn cảnh sinh bệnh

như choáng mất máu nhiều sau đẻ, sau sẩy nạo tử cung, rối loạn tâm thần, viêm nhiễm v.v...

Những nét chung trong điều trị vô kinh thứ phát

Trong từng nguyên nhân của vô kinh thứ phát, đã nêu những phương hướng giải quyết cụ thể. Nói chung, trước hết phải loại trừ vô kinh sinh lý như thai nghén, cho bú và vô kinh giả (bế kinh) rồi mới được phép dùng hormon sinh dục nữ để gây kinh nhân tạo.

Vòng kinh nhân tạo là phương pháp dùng estrogen và progesteron theo trình tự trong giai đoạn đầu chỉ có estrogen và giai đoạn sau có cả estrogen và progesteron giống như vòng kinh tự nhiên. Sau khi ngừng thuốc, kinh nguyệt sẽ xảy ra. Mục đích của dùng vòng kinh nhân tạo nhằm thay thế hormon sinh dục nữ đang bị thiếu hụt, giúp cho niêm mạc tử cung phát triển giống như sinh lý bình thường, có thể chuẩn bị cho trứng làm tổ trong những vòng kinh sau. Cũng còn có mục đích gây chảy huyết kinh để kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung, nhất là buồng tử cung.

Chúng tôi thường cho 14 ngày đầu, mỗi ngày 1 viên ethinyl - estradiol 0,05mg (Mikrofollin hoặc Lynoral), tiếp theo 12 ngày sau, mỗi ngày 1 viên thuốc tránh thai Ovidon hoặc Eugynon trong chứa 0,05mg ethinyl estradiol và 0,25mg norgestrel (progestin). Sau ngừng thuốc được 2 ngày người bệnh sẽ hành kinh. Vòng kinh như vậy sẽ là 28 ngày. Nếu cần cho vòng kinh nhân tạo thứ hai thì chúng tôi chờ bệnh nhân sạch kinh mới bắt đầu cho thuốc lại. Nếu người bệnh hành kinh 3 ngày mới sạch mà tạo vòng kinh như trên thì vòng kinh thứ hai sẽ dài 28+3 = 31 ngày. Sự thay đổi chu kỳ từ 28 đến 31 ngày không có gì đáng quản ngại, mà ngược lại, còn có lợi là chờ cho niêm mạc tử cung mọc chồng lên nhau, gây nên quá sản niêm mạc tử cung nếu phải điều trị lâu dài.

Có thầy thuốc cho vòng kinh nhân tạo theo hai giai đoạn nối tiếp nhau, giai đoạn đầu dùng estrogen đơn thuần, giai đoạn sau dùng progestin đơn thuần. Thí dụ trong giai đoạn đầu 14 ngày, mỗi ngày 1 viên Mikrofollin, giai đoạn sau 12 ngày, mỗi ngày 1 viên Duphaston 10mg. Thật ra cách dùng này không được phù hợp với tự nhiên và có trường hợp ra huyết sớm trước khi ngừng thuốc, nhất là trong trường hợp cho progestin liều thấp hơn (Duphaston hoặc progesteron 5mg mỗi ngày).

Gây kinh nhân tạo là phương pháp cho estrogen và progesteron trong một thời gian tương đối ngắn, chỉ cần đủ để gây thay đổi niêm mạc tử cung tạo ra kinh nguyệt, nhằm mục đích kiểm tra chẩn đoán, không có ý định điều trị. Có thể cho Mikrofillin 0,05mg 1 viên, hoặc chắc chắn hơn, 2 viên mỗi ngày kết hợp với Duphaston 10mg mỗi ngày, trong tất cả 7 ngày. Sau khi ngừng thuốc được 2-7 ngày, bệnh nhân hành kinh.

Điều trị nguyên nhân là chủ yếu. Nhưng nhiều khi không điều trị được nguyên nhân vì khả năng của y học có hạn cả về việc phát hiện nguyên nhân cả về việc giải quyết nguyên nhân thì việc điều trị triệu chứng lại là cần thiết. Tuy nhiên, điều trị triệu chứng trong một thời gian, có khi kết quả lại trở thành khỏi nguyên nhân. Thí dụ trong trường hợp vô kinh thứ phát do sang chấn tâm thần, cho vòng kinh nhân tạo 3-6 tháng, có khi người bệnh hành kinh trở lại bình thường.

VIÊM SINH DỤC

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm sinh dục nữa là những bệnh lý nhiễm khuẩn đường sinh dục phụ nữ. Bệnh khá phổ biến, 80% những người bị bệnh phụ khoa là viêm sinh dục (VBVBMSS, 1970). Viêm sinh dục có tầm quan trọng trong bệnh lý phụ khoa vì nó là nguyên nhân gây nhiều rối loạn trong đời sống và hoạt động sinh dục của người phụ nữ. Hiện nay, trong việc kế hoạch hoá gia đình thì viêm sinh dục ảnh hưởng đến khả năng sử dụng dụng cụ tử cung tránh thai và đó cũng là yếu tố thuận lợi làm tăng bệnh lây truyền qua đường *Trichomonas vaginalis* trong đó có nhiễm HIV.

1.1. Đặc điểm

Viêm sinh dục có mấy đặc điểm sau:

– Phổ biến hay gặp trong độ tuổi hoạt động sinh dục.

– Các bộ phận của đường sinh dục dưới và trên đều có thể bị viêm nhiễm.

– Hình thái cấp tính và mạn tính đều có thể gặp và hính thái mạn tính điều trị kéo dài kém hiệu quả.

– Phát hiện bệnh sớm, điều trị sẽ khỏi hẳn và tránh được những biến chứng xấu như viêm tắc ống dẫn trứng, đau trong viêm phần phụ mạn tính.

1.2. Nguyên nhân

– Lây qua đường tình dục (giao hợp với người bị bệnh lây lan qua đường tình dục).

– Thủ thuật như đình chỉ thai nghén, đặt dụng cụ tử cung, bơm hơi vòi trứng...

– Nhiễm khuẩn sau sẩy, sau đẻ.

– Kém vệ sinh khi giao hợp, sau khi hành kinh.

1.3. Mầm bệnh

Các vi khuẩn Gr (-), Gr (+) đều có thể có mặt trong viêm sinh dục như tụ cầu vàng, *E.coli, Klebsiella pn., Pseudomanas, Enterobacter*, liên cầu, *Mycoplasma genitalis, Gardnerella vaginalis, Chlamydia, Neisseria gonorrhac* và cả vi khuẩn kị khí.

Các ký sinh trùng trùng như *Trichomonas vaginalis*, nấm Caudida. Các mầm bệnh trên làm thay đổi môi trường âm đạo, thay đổi pH bình thường của âm đạo (3,8 - 44). Quần thể vi khuẩn không gây bệnh như *Lactobacillus* (Doderlein) bị giảm hoặc bị tiêu diệt, tạo điều kiện cho mầm bệnh phát triển.

1.4. Khí hư

Bình thường ở cổ tử cung, âm đạo có một chất dịch trắng như sữa, trong hơi đặc, lượng ít không chảy ra ngoài âm hộ, không gây ảnh hưởng đến sinh hoạt của người phụ nữ.

Khi chất dịch tiết ra nhiều, chảy ra ngoài âm hộ làm cho người phụ nữ khó chịu phải để ý tới thì là bất thường, đó là khí hư.

Có ba loại khí hư:

– Khí hư trong, dính như lòng trắng trứng, có khi loãng như nước. Xét nghiệm khí hư: không thấy vi khuẩn, bạch cầu, chỉ có tế bào biểu mô. Khí hư này từ niêm mạc tử cung, do u xơ tử cung, polip cổ tử cung, hoặc ở người cường estrogen. Điều trị nguyên nhân như cắt bỏ u xơ, xoắn pôlip, hoặc tiêm atropin sẽ hết khí hư.

– Khí hư trắng như váng sữa, xét nghiệm không có bạch cầu và vi khuẩn. Nguyên nhân do rối loạn thần kinht hực vật ở bệnh nhân hay lo lắng, hoặc tử cung bị sung huyết. Điều trị phải giải thích cho bệnh nhân an tâm, tinh thần phấn khởi hoặc thuốc giảm tiết dịch như atropin.

– Khí hư đục: triệu chứng phổ biến của viêm sinh dục. Khí hư đục, loãng hoặc đặc do lẫn mủ. Nhiễm khuẩn càng nặng thì khí hư càng nhiều, màu sắc vành xanh, mùi hôi, tanh.

2. CÁC LOẠI VIÊM SINH DỤC

Ít khi có viêm âm hộ đơn thuần, thường hay phối hợp với viêm âm đạo.

2.1. Viêm âm đạo

2.1.1. Viêm âm đạo do Trichomonas vaginalis (ký sinh trùng roi) viêm âm đạo do *Trichomonas* đứng hàng thứ hai sau nguyên nhân nấm.

– Đường lây truyền từ niệu đạo của nam giới mang ký sinh trùng là đường lây truyền chủ yếu. Ngoài ra, còn có thể do nguồn nước tắm giặt mà người bệnh đã dùng.

– Triệu chứng: ngứa, rát ở âm đạo, âm hộ, đôi khi ngứa ở hậu môn. Trường hợp bệnh nhân bị lâu ngày, hoặc tái phát thì có thể không có triệu chứng này. Khí hư loãng, đục, vàng nhạt, thường có bọt.

Thăm khám bằng mỏ vịt, bệnh nhân rất đau.

Niêm mạc âm đạo viêm đỏ, nổi cục, do niêm mạc âm đạo phản ứng với viêm nên hình thành các đảo tân lymphô bào. Hình ảnh viêm lan đến cả cổ tử cung. Bôi dung dịch lugol vào âm đạo, cổ tử cung sẽ thấy những chấm trắng, hoặc những mảnh trắng rải rác trên nền nâu xẫm.

Xét nghiệm khí hư: soi tươi thấy ký sinh trùng, thể đơn bào, di động, ký sinh trùng ít gặp, hoặc số lượng ít trong giai đoạn rụng trứng hay gặp trước và sau ngày hành kinh. Nhuộm tiêu bản với Fuschin, hình ký sinh trùng với bờ không rõ nét, nhận định khó hơn.

Điều trị: bệnh dai dẳng, hay tái phát, dù điều trị lâm sàng giảm, xét nghiệm ký sinh trùng âm tính vẫn nên điều trị tiếp.

Thường dùng hai loại: arsenic và họ nitro-5- iminazol. Biệt dược Gynoplix, viên nén có 0,25g As. Đặt âm đạo vào buổi tối khi đi nằm. Điều trị trong 10-20 ngày.

Thuốc thuộc họ Nitri-5 imidazol có Flagyl, Klion (metronidazol) 0,25g uống 0,500-0,750g/ngày trong 10 ngày, kèm đặt viên Flagyl, Klion âm đạo. Nghỉ thuốc 10 ngày, điều trị tiếp đợt hai.

Có thể điều trị, uống Fasigyn 500mg, hay Naxogyn 100mg (thuốc thuộc họ Nitro-5 imidazol), liều duy nhất 2000g, 30 ngày sau uống nhắc lại.

Phải điều trị đồng thời cho cả nam giới cho uống metronidazol.

2.1.2. Viêm âm đạo do nấm

Nấm gây bệnh ở niêm mạc âm đạo chủ yếu là *Candida Albicans, Tropicalis, krusei* (còn gọi là monilia). Bệnh hay gặp ở người có thai, đái tháo đường.

– Triệu chứng: rất ngứa (âm hộ, âm đạo). Khí hư ít, như bột, hoặc sánh, có khi trông như vẩy nhỏ.

Âm hộ, âm đạo đỏ xẫm, khí hư trắng, như vẩy nhỏ.

Bôi dung dịch lugol, âm đạo bắt mầu nâu xẫm, nham nhở những mảng nhỏ không hoặc ít bắt mầu với lugol.

Lấy khí hư làm tiêu bản, nhuộm Fuchin sẽ thấy sợi nấm, bào tử nấm như hình hạt thóc. Hoặc trên tiêu bản có khí hư, giỏ dung dịch KOH 5% rồi soi tươi sẽ thấy các tế bào tan đi và hình các sợi nấm. Để định "típ" nấm Candida, cần phải cấy bệnh phẩm trong môi trường riêng.

Điều trị: viên nén âm đạo Nystatin 100.000 đơn vị, đặt vào âm đạo vào buổi tối trong 20 ngày hoặc Gynopevaryl 150mg, (Econazol) hay Gynodaktarin 400mg, (miconazole) đặt vào âm đạo. Các viên đạn trên trong ba ngày liền. Cùng với thuốc phải kết hợp với các biện pháp vệ sinh ngoài bộ phận sinh dục, vệ sinh quần lót (bằng vải).

2.1.3. Viêm âm đạo do vi khuẩn thường

Bệnh hay gặp ở những người đã mãn kinh, đã bị cắt 2 buồng trứng, ở em gái trước tuổi dậy thì.

Triệu chứng: khí hư vàng như mủ, có thể lẫn ít máu. Âm đạo sung huyết đỏ.

Điều trị: đặt thuốc kháng sinh tại âm đạo, phối hợp với estrogen đặt âm đạo như Colposeptin, thuốc vừa có tác dụng sát khuẩn và tác dụng estrogen tại niêm mạc âm đạo. Điều trị trong 20 ngày liền.

2.1.4. Viêm âm đạo do vi khuẩn lậu

Thường kèm theo viêm âm hộ, viêm cổ tử cung.

Triệu chứng: ra nhiều khí hư, đặc trắng hay xanh đục.

Đái buốt: thăm âm đạo: đau, thành âm đạo đỏ, lổn nhổn hạt xùi. Bệnh dễ chuyển sang hình thái mạn tính, viêm niệu đạo, việm tuyến Bartholin.

Xét nghiệm khí hư, nhuộm Gram thấy song cầu hình hạt cà phê.

Phải điều trị cả nam giới.

2.1.5. Viêm âm đạo do Gardnerella vaginalis

Là loại Gr (-), hình que.

Triệu chứng: khí hư, nhiều , hôi, đục, tăng lên quanh thời kỳ phóng noãn, trước kinh. Khí hư có mùi hôi. Ngứa.

Niêm mạc âm đạo bình thường, khí hư đục dính vào âm đạo.

Lấy khí hư soi tươi sẽ thấy tập hợp tế bào có nhiều trực khuẩn hình gậy bám.

Hoặc trên tiêu bản có khí hư, giỏ dung dịch KOH 10% có mùi tanh cá.

Điều trị: Ampicillin 2g/ngày trong 10 ngày hay Amoxicillin 1g/ngày trong 10 ngày.

2.2. Viêm tuyến Bartholin

Mầm bệnh thường do vi khuẩn lậu, các vi khuẩn khác như liên cầu, tụ cầu hoặc trực khuẩn *Chlamydia* từ viêm âm hộ nhiễm khuẩn lan đến tuyến Bartholin, có khi uống tiết bị tắc, tuyến biến thành nang và bị nhiễm khuẩn thứ phát, bệnh có thể gặp trong trường hợp cắt tầng sinh môn.

Viêm tuyến Bartholin có hai hình thái cấp và mạn tính.

2.2.1. Viêm tuyến Bartholin cấp

Bệnh nhân đau ở vùng âm hộ, thường đau một bên, đi đứng đều đau. Viêm lúc đầu khu trú sau lan toả, phát triển có mủ.

Khám bằng cách nắn môi nhỏ giữa ngón cái và ngón trỏ sẽ thấy một khối có khi to bằng quả trứng, rắn, tròn đều. Nắn thấy đau, bóp sẽ thấy mủ chảy ra ở cửa tuyến, ở mặt trong môi nhỏ.

2.2.2. Viêm tuyến Bartholin mạn

Hình thái thường xảy ra sau đợt điều trị viêm tuyến Bartholin cấp, điều trị không triệt để hoặc đã chích.

Hoàn cảnh xuất hiện sau khi kinh nguyệt, hoặc mệt mỏi, sau khi giao hợp tuyến lại to lên, nắn thấy rắn, đau (không nhiều) và có ít mủ chảy ra.

2.2.3. Nang hoá

Tuyến bị nang hoá sau viêm cấp, hay sau viêm mạn hoặc ống tiết bị tắc. Khi nang hoá, có thể sờ thấy khối cứng, khư trú ở một bên, nang có thể ở vị trí nông, sâu. Nếu bị nhiễm khuẩn, nang trở thành khối áp xe có mủ.

Cho mọi hình thái sau khi khám thực thể, cần lấy mủ tiết để xác định loại vi khuẩn; đồng thời lấy bệnh phẩm ở cả niệu đạo, cổ tử cung để xét nghiệm vi khuẩn.

Điều trị: nội khoa.

Do vi khuẩn Gr(-), điều trị bằng kháng sinh họ β Lactamin, nhóm Cephalosporin (1-2g/ngày trong 7 ngày).

Với các vi khuẩn kỵ khí Gr (+), Gr (-), hay lậu cầu khuẩn: penicillin procain 5 x 10^6 UI/ngày, trong 7 ngày, hoặc Spectinomycin 2g/ngày, 1 lần. Cũng có thể điều trị với kháng sinh nhóm quinolon như Péfloxacin 800mg/liều duy nhất, hoặc Fuxacin 200mg x 02 lần/ngày trong 05-07 ngày.

Với *Chlamydia*: doxycyclin 200mg/ngày, điều trị trong 10 ngày.

Ngoại khoa. Chích, mở rộng ống tiết, huỷ các ngăn vách, dẫn lưu trong 2-3 ngày.

Với thể mạn tính hay nang hoá: bóc tách vỏ, chú ý hay chảy máu vì có thể chạm thương vật hành xốp gây huyết tụ. Sau điều trị ngoại khoa, di chứng là giao hợp đau.

2.3. Viêm cổ tử cung

Có 2 hình thái viêm cổ tử cung. Viêm ngoài cổ tử cung và viêm trong cổ tử cung. Viêm ngoài cổ tử cung hay gặp nhiều hơn.

Mầm bệnh trong viêm ngoài cổ tử cung cũng giống như trong viêm âm đạo (do, *Trichomonas* âm đạo, nấm, vi khuẩn thường, vi khuẩn lậu) riêng viêm trong cổ tử cung, các mầm bệnh chủ yếu là vi khuẩn lậu, *Chlamydia*, do vi khuẩn thường, virus Herpes t ít hơn.

2.3.1. Viêm ngoài cổ tử cung

Viêm ngoài cổ tử cung do *Trichomonas*, nấm, vi khuẩn thường: triệu chứng và chẩn đoán như trong viêm âm đạo.

Trong trường hợp viêm cổ tử cung do mầm bệnh phối hợp và tiến triển nặng hơn thì sẽ thấy ở cổ tử cung có diện loét nông hay sâu, biểu mô lát bị mất, tổn thương đỏ hơn chỗ bình thường. Diện loét bao quanh cổ tử cung, vết loét chảy máu khi chạm vào.

Làm nghiệm pháp với nitrat bạc 3% sẽ thấy bờ và đáy vết loét có màu trắng. Viêm ngoài cổ tử cung thường hay phối hợp với lộ tuyến cổ tử cung.

Viêm ngoài cổ tử cung do lậu cầu khuẩn sau khi đã gây viêm cấp tính ở âm hộ, âm đạo vi khuẩn lan tới cổ tử cung. Cổ tử cung đỏ tấy, sần sùi hoặc loét. Khí hư nhiều, xanh phối hợp có mủ. Kèm theo triệu chứng chung là sốt,đau hạ vị, đau vùng lưng, đái buốt. Xét nghiệm khí hư tháy lậu cầu khuẩn.

2.3.2. Viêm trong cổ tử cung do lậu cầu khuẩn: khí hư ra nhiều, đục, màu xanh, có mủ (có thể lẫn máu). Cổ tử cung phình to, niêm mạc ống cổ tử cung đỏ, cặp cổ tử cung giữa hai ngành mỏ vịt thấy khí hư mủ chảy ra.

Xét nghiệm khí hư: nhiều bạch cầu, trên 10 bạch cầu trong một vi trường, có lậu cầu khuẩn.

Viêm trong cổ tử cung do *Chlamydia*. Có thể không có triệu chứng, nhưng thường khí hư nhầy mủ, lây lan từ nam giới có viêm niệu đạo do *Chlamydia*.

Xét nghiệm ELISA với kháng thể đơn dòng (clôn), xét nghiệm đặc hiệu, nhưng kém nhạy với nhiễm khuẩn nhẹ.

2.3.3. Chẩn đoán

Chẩn đoán phân biệt

– Với lộ tuyến cổ tử cung: lộ tuyến cổ tử cung là tổn thương trong đó biểu mô trụ của ống cổ tử cung phát triển và thay thế biểu mô lát của mặt ngoài cổ tử cung bị huỷ hoại. Về đại thể, nhìn lộ tuyến như là một tổn thương loét, nếu làm nghiệm pháp acid acetic 3% sẽ thấy tổn thương màu trắng, có những hạt như chùm nho.

– Với lao và ung thư cổ tử cung. Trong viêm cổ tử cung, hình thái loét thì về đại thể, nhìn khó phân biệt được với loét do lao hay loét do ung thư. Diện loét lao, ung thư thường không đều, sần sùi, hoặc cục nhỏ, chạm vào dễ chảy máu. Để chẩn đoán xác định cần phải chẩn đoán tế bào học khối u và sinh thiết để xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

Hậu quả

– Viêm cổ tử cung cũng là một trong nhiều nguyên nhân gây vô sinh nguyên phát. Do viêm nên chất nhầy cổ tử cung có thể đặc lẫn mủ làm cản trở sự thâm nhập của tinh trùng. Điều trị khỏi viêm cổ tử cung thì lại có thai.

– Với ung thư cổ tử cung. Viêm cổ tử cung là một trong những yếu tố thuận lợi cho việc phát sinh ung thư cổ tử cung. Trong lộ tuyến cổ tử cung, viêm đã biến đổi các tế bào biểu mô, gây những rối loạn về trưởng thành và biệt hoá của tế bào trong giai đoạn tái tạo của lộ tuyến. Một trong những biện pháp tích cực đề phòng ung thư cổ tử cung là phải điều trị các tổn thương viêm cổ tử cung.

2.3.4. Điều trị

Điều trị viêm cổ tử cung phải xác định được mầm bệnh, nguyên nhân của viêm cổ tử cung. Cách điều trị theo nguyên nhân đã được trình bày ở phần viêm âm đạo, hoặc viêm tuyến Bartholin.

2.4. Viêm niêm mạc tử cung

Trong phụ khoa, viêm niêm mạc tử cung ít gặp, mầm bệnh do vi khuẩn lậu (*N. Gonorrhea*) và *Chlamydia*.

Vi khuẩn lậu từ cổ tử cung lan từ đường sinh dục ngoài vào niêm mạc tử cung. Nói chung viêm niêm mạc tử cung thường kèm theo với viêm cổ tử cung và viêm phần phụ cấp tính.

Triệu chứng lâm sàng: sau giao hợp vài ngày khí hư ra nhiều, như mủ, đặc, mầu xanh. Tử cung to, nắn vào tử cung bệnh nhân kêu đau. Xét nghiệm hoặc cấy khí hư thấy vi khuẩn lậu.

Điều trị theo nguyên nhân. Ít gặp hình thái viêm niêm mạc tử cung mạn tính.

Viêm niêm mạc tử cung do *Chlamydia* thường chỉ gây khí hư nhầy, đục hoặc không có triệu chứng chẩn đoán xác định dựa vào xét nghiệm khí hư lấy từ buồng tử cung, thường khó thực hiện.

2.5. Viêm phần phụ

Viêm phần phụ là loại nhiễm khuẩn khá phổ biến. Vòi trứng, buồng trứng, dây chằng đều có thể bị viêm nhiễm, nhưng tổn thương ở vòi trứng là quan trọng. Tổn thương ở buồng trứng thường là xơ nang hoá.

Xác định tỷ lệ viêm phần phụ thường khó, nhất là ở những trường hợp viêm phần phụ do *Chlamydia*, mặt khác những bệnh lây truyền qua đường tình dục là hình thức lan truyền và làm tăng tỷ lệ viêm phần phụ. Dụng cụ tử cung, những thủ thuật ở tử cung cũng là nguyên nhân gây viêm phần phụ.

Các mầm bệnh: *Streptococcus, Staphylococcus, Colibacillus, Gardnerella vaginalis, Mycoplasme, Neisseria gonorrhea, Chlamydia...*

Điều trị hình thái cấp phải triệt để, tránh để chuyển sang hình thái mạn. Hình thái mạn thường gây hậu quả vô sinh thứ phát và giảm sức lao động.

2.5.1. Viêm phần phụ cấp tính

Do vi khuẩn lậu hay vi khuẩn khác thì triệu chứng lâm sàng đều giống nhau, nhưng viêm phần phụ di vi khuẩn *Neisseria gonorrhea* thì tiến triển và tiên lượng xấu hơn.

Triệu chứng.

– Triệu chứng cơ năng: đau và sốt.

+ Đau: đau vùng hạ vị, thường đau cả hai bên hố chậu, nhưng bao giờ một bên cũng đau trội hơn bên kia. Đau liên tục, có lúc đau dữ dội hơn. Khi một bệnh nhân nữ đau ở hạ vị và ra khí hư thì phải nghĩ đến viêm phần phụ, vì trong viêm cổ tử cung không bao giờ đau ở hạ vị.

+ Sốt: nhiệt độ tăng vừa phải, ít khi sốt cao, mạch nhanh.

– Triệu chứng thực thể:

+ Nắn bụng: bệnh nhân thấy đau khi nắn vùng hạ vị, trên xương vệ.

+ Thăm hai bên túi cùng, bệnh nhân đau chói, một bên có thể đau nhiều hơn bên kia.

+ Thăm âm đạo kết hợp với nắn bụng sẽ thấy.

+ Khối nề cạnh tử cung, là triệu chứng quan trọng. Khi quá trình viêm chưa lan toả, sẽ nắn thấy vòi trứng căng thành một khối có ranh giới, ấn vào rất đau. Viêm nhiễm lan toả thì các bộ phần chung quanh dính với vòi trứng làm thành một khối nề to, không ranh giới, rất đau, khi đó thành bụng sẽ có phản ứng.

+ Một dấu hiệu nữa di động tử cung khó và rất đau vì các bộ phận trong tiểu khung đã dính vào với nhau.

Chẩn đoán

– Chẩn đoán xác định: dựa vào tiền sử có bị bệnh lây truyền qua đường tình dục, hoặc nhiễm khuẩn sau một thủ thuật ở buồng tử cung và các triệu chứng đau hạ vị, sốt, có khối nề cạnh tử cung, ấn đau.

– Chẩn đoán phân biệt với:

+ Viêm ruột thừa: viêm phần phụ thường đau cả hai bên, điểm đau cảu phần phụ bên phải thấp hơn điểm đau viêm ruột thừa. Trong viêm ruột thừa, nắn cùng đồ bên không đau. Nằm nghỉ, chườm đá thì các triệu chứng viêm phần phụ sẽ giảm.

+ Viêm phúc mạc tiểu khung: thường xảy ra sau sẩy thai, sau đẻ. Thể trạng nhiễm khuẩn rõ, sốt cao dao động, vùng hố chậu có phản ứng thành bụng.

+ Viêm tổ chức quanh tiểu khung. Chỉ xảy ra do bị nhiễm khuẩn sau đẻ, trong trường hợp cổ tử cung bỉ ách kéo lên cao, sau sẩy thai. Nhiễm khuẩn từ dưới lan lên đáy dây chằng rộng. Ba, bốn ngày sau đẻ, sẩy thai bệnh nhân sốt, đau hạ vị, vùng bẹn, có dấu hiệu viêm cơ đáy chậu. Khám thấy khối nề cứng, ở thấp hơn so với viêm phần phụ.

+ U nang buồng trứng xoắn: trong trường hợp này thì đau đột ngột, dữ dội hơn. Khám thấy ở phần phụ một khối tròn hơn, cùng đồ bên không đau. Không có tiền sử nhiễm khuẩn đường sinh dục.

+ Chửa ngoài tử cung: có tiền sử như có thai. Đau thường ở một bên hố chậu. Khám thấy khối đau bờ không rõ cạnh tử cung. Xét nghiệm hCG dương tính, không có dấu hiệu nhiễm khuẩn đường sinh dục.

– Tiến triển: phụ thuộc vào cách điều trị có khẩn trương, tích cực hay không.

+ Tiến triển tốt: khỏi về lâm sàng, hết sốt và đau, toàn thân khá lên. Tuy nhiên, về mặt giải phẫu bệnh thường có những tổn thương mạn ở ống dẫn trứng.

+ Tiến triển thành hình thái mạn: các triệu chứng giảm đi một thời gian, rồi tái phát một đợt bán cấp tính sau thủ thuật đốt điện cổ tử cung, chụp tử cung - vòi trứng, bơm hơi vòi trứng, hoặc sau một lao động nặng. Do vậy, làm thủ thuật trên bệnh nhân có viêm phần phụ phải rất thận trọng.

+ Tiến triển thành ổ áp xe tiểu khung hoặc túi mủ vòi trứng. Khám thấy một khối căng mọng có bờ, ấn đau.

– Các di chứng:

+ Tắc vòi trứng hay hẹp chít gây vô sinh thứ phát hay bị chửa ngoài tử cung.

+ Đau bụng mạn tính: đau tăng sau kinh nguyệt, sau giao hợp, làm việc nặng. Có kèm ra huyết giữa vòng kinh.

– Điều trị: điều trị nội khoa là chính.

+ Kháng sinh: làm kháng sinh đồ, lưu ý đến hiện nay chủng tụ cầu vàng đều kháng với kháng sinh họ penicillin. Có thể điều trị bằng kháng sinh họ Cephalosporin hay kháng sinh họ Lincosamid kết hợp một aminosid. Kháng sinh kéo dài thêm 3-5 ngày sau khi nhiệt độ bình thường.

+ Điều trị toàn thân: nghỉ ngơi, chườm lạnh ở vùng hạ vị, vitamin C liều cao, dinh dưỡng tốt và chống táo bón.

+ Điều trị ngoại khoa khi có biến chứng như apxe Douglas, chích rạch và dẫn lưu qua cùng đồ Douglas.

2.5.2. Viêm phần phụ mạn tính

Sau điều trị viêm phần phụ cấp, tuy các triệu chứng lâm sàng giảm, nhưng ở vòi trứng còn những ổ nhiễm khuẩn tiềm tàng, tổn thương giải phẫu bệnh lý tồn tại. *Chlamydia* thường khu trú tiềm tàng lâu dài ở vòi trứng, và thường không có triệu chứng lâm sàng.

Thương tổn vòi trứng có thể có những hình thái sau đây:

– Tắc vòi trứng ở phần kẽ, eo.

– Tắc ở loa vòi trứng, có kèm hay không với ứ nước vòi trứng.

– Viêm vòi trứng dính với buồng trứng, với hố chậu.

Triệu chứng

Triệu chứng cơ năng

Đau: đây là tử cung phổ biến nhất. Đau vùng hạ vị, hay đau hai bên hố chậu. Đau thay đổi về cường độ, thời gian, từng cơn hay liên tục. Đau tăng lên khi làm việc nặng, đi lại nhiều. Nằm nghỉ thì bớt đau.

Đau làm ảnh hưởng đến năng suất lao động, buộc bệnh nhân phải nghỉ việc một thời gian.

Khí hư: trong đợt đau hay ra khí hư (khí hư từ vòi trứng vào buồng tử cung rồi ra ngoài trong mỗi cơn đau).

Có khi ra máu thất thường trước và sau kinh nguyệt, hoặc rong kinh. Đó là do sự tồn tại ở các nang bọc noãn ở buồng trứng đa nang.

Đôi khi có những triệu chứng như hội chứng trong thời kỳ phóng noãn: đau, ra huyết, khí hư. Có thể đủ cả ba triệu chứng hoặc không. Thường không sốt.

Triệu chứng thực thể

Thăm âm đạo phối hợp với nắn bụng sẽ thấy: tử cung di động hạn chế, khi di động thì đau. Có thể nắn thấy khối viêm ở phần phụ, do vòi trứng dính vào buồng trứng làm thành một khối, vị trí khối này cạnh tử cung, ranh giới không rõ. ấn vào khối bệnh nhân đau. Hoặc nắn thấy một dây rắn cạnh tử cung, túi cùng nề.

Chụp tử cung - vòi trứng có thể thấy hình ảnh vòi trứng giãn to. Việc chụp phải hết sức thận trọng, tránh gây viêm kịch phát và lan rộng.

Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định: dựa vào có tiền sử viêm phần phụ cấp, dựa vào các triệu chứng kể trên cộng với khám thực thể có đau cạnh tử cung, và tử cung kém di động.

Chẩn đoán phân biệt

– U nang buồng trứng: khi viêm phần phụ có ứ nước vòi trứng thì triệu chứng thực thể rất giống với u nang buồng trứng nhỏ.

Chửa ngoài tử cung (thể chưa vỡ). Trong thời kỳ phóng noãn, đôi khi viêm phần phụ HCG (-) có đau, ra huyết bất thường nên triệu chứng giống như chửa

ngoài tử cung. Trong viêm phần phụ nếu bệnh nhân được nghỉ, chườm đá, các triệu chứng sẽ giảm.

Tiến triển: thường kéo dài, bệnh nhân hay bị đau tái phát sau lao động nặng, đi lại nhiều.

Có khi tái phát thành đợt cấp tính sau thủ thuật ở cổ tử cung, hay ở buồng tử cung.

Điều trị: điều trị nội khoa là chính: nghỉ ngơi, làm việc nhẹ, tránh đi lại nhiều, sinh hoạt điều độ.

Khi đau nhiều, ra khí hư: điều trị bằng kháng sinh nhóm Lincosamid phối hợp với Aminosid.

Điều trị tại chỗ bằng lý liệu pháp sóng ngắn. Các sóng tạo nên ở dòng điện có tần số cao kích thích khả năng trao đổi tế bào, sức đề kháng tế bào đwọc tăng cường. Chạy sóng ngắn từ 10-12 buổi, mỗi lần từ 15 phút đến nửa giờ, và không điều trị sóng ngắn ở hình thái bán cấp, trong lúc có kinh.

Điều trị ngoại khoa: rất hãn hữu. Áp dụng khi viêm phần phụ có biến chứng đau nhiều, liên tục có khối rõ, ảnh hưởng rõ rệt đến khả năng lao động, bệnh nhân không có nguyện vọng sinh đẻ nữa. Mổ cắt tử cung bán phần và cả khối phần phụ dính gồm vòi trứng, buồng trứng.

CÁC TỔN THƯƠNG THƯỜNG GẶP Ở CỔ TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Các tổn thương thường gặp ở cổ tử cung là những tổn thương lành tính do những nguyên nhân rất thông thường gây ra như vệ sinh cá nhân kém, dùng nguồn nước bẩn tắm, lây lan do sống chung ở tập thể, giữa vợ chồng... Các tổn thương này chỉ biểu hiện bằng một triệu chứng lúc đầu là ra khí hư hay ngứa âm hộ, đôi khi người phụ nữ ít chú ý tới. Nếu không điều trị tổn thương có thể trở thành mạn tính gây ra các triệu chứng nặng hơn và khó chịu hơn cho chị em và có thể làm ảnh hưởng đến cường độ lao động của chị em.

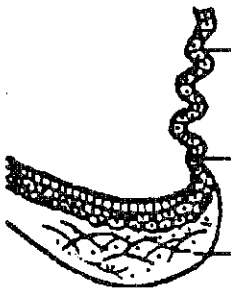
1.2. Tần suất

Đây là các tổn thương rất thường gặp. Tại các phòng khám phụ khoa, trong số chị em phụ nữ đến khám vì các lý do khác nhau, tỷ lệ mắc các tổn thương này là từ 60 đến 65%. Tại cộng đồng, tỷ lệ bệnh phụ khoa thông thường ở chị em trong tuổi sinh đẻ là từ 45% đến 50%, trong khi đó ở các nước đã phát triển tỷ lệ viêm âm đạo ở cổ tử cung và lộ tuyến thường dưới 20%.

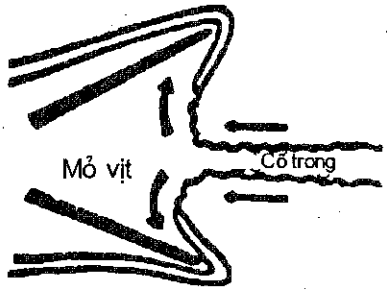
2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH VÀ CÁC ĐẶC ĐIỂM VỀ TỔ CHỨC HỌC CỦA CỔ TỬ CUNG ÂM ĐẠO

2.1. Nguyên nhân gây ra các tổn thương âm đạo và cổ tử cung

Là các vi khuẩn thông thường: liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn, trực cầu khuẩn, hay các ký sinh trùng như *Trichomonas*, các loại nấm gây bệnh, các vi sinh như *Gardnerella*, virus *Herpes*. Lúc đầu các tác nhân này gây viêm âm đạo và cổ tử cung, sau đó hiện tượng viêm sẽ làm biểu mô lát tầng bị phá huỷ, tạo điều kiện cho biểu mô tuyến mọc ra ngoài cổ tử cung gây lộ tuyến.



Hình ảnh ranh giới lát trụ



Thay đổi vùng ranh giới lát trụ liên quan đến mở mỏ vịt

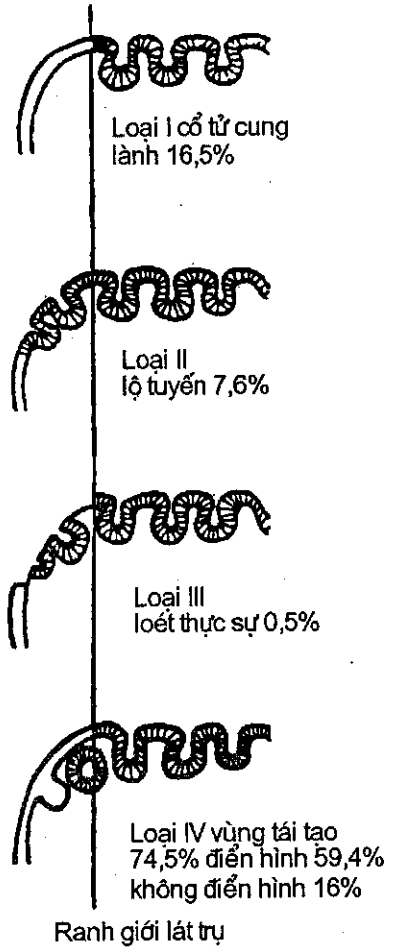
Hình 91a

2.2. Đặc điểm về tổ chức học của cổ tử cung âm đạo cũng là nguyên nhân thuận lợi dễ gây lộ tuyến. Âm đạo được phủ một lớp biểu mô nhiều tầng gọi là biểu mô lát tầng, gồm nhiều hàng tế bào (lớp bề mặt, lớp giữa, lớp cận đáy và lớp đáy). Các tế bào này chịu tác dụng của estrogen buồng trứng và rụng lần lượt trong chu kỳ kinh nguyệt. Các lớp tế bào của biểu mô lát tầng chứa chất glycogen khi gặp iod của dung dịch lugol sẽ bắt mầu nâu sẫm.

Đó là chứng nghiệm Schiller, ta dùng trong khi khám phụ khoa để phát hiện những vùng mất biểu mô lát tầng.

Lớp biểu mô lát tầng ở âm đạo phủ lên mặt ngoài cổ tử cung, do đó khi viêm âm đạo rất dễ dàng bị viêm cổ tử cung. Trong khi đó ống cổ tử cung được phủ bởi lớp biểu mô trụ gồm một hàng tế bào tuyến hình trụ, các tuyến luôn chế tiết chất nhầy cổ tử cung (Hình 91a).

Ranh giới giữa biểu mô lát tầng và biểu mô trụ là nơi khởi đầu của các tổn thương ở cổ tử cung. Các tuyến ở biểu mô tuyến chế chết tiết nhầy có thể phá huỷ biểu mô lát, nếu biểu mô lát bị mất đi, các tuyến có thể từ trong ống cổ tử cung mọc lấn ra mặt ngoài cổ tử cung gây ra một tổn thương đặc biệt mà ta gọi là lộ tuyến. Lộ tuyến nếu không được điều trị sẽ nặng lên vì càng ngày vùng biểu mô lát tầng bị phá huỷ sẽ rộng ra. Nếu được điều trị bằng cách diệt các tuyến lấn ra mặt ngoài cổ tử cung thì biểu mô lát sẽ phục hồi lại nhanh chóng. Hiện tượng viêm âm đạo và cổ tử cung thường phá huỷ biểu mô lát, do đó điều trị viêm cũng là điều trị lộ tuyến. Thông thường sau khi diệt các tuyến xâm lấn, biểu mô lát sẽ hồi phục hoàn toàn hoặc còn có chỗ sót lại một vài tuyến, gọi là di chứng của sự tái tạo biểu mô (hình 91b).



Loại I: Ranh giới lát trụ tương ứng với lỗ ngoài cổ tử cung (giải phẫu), cổ tử cung lành ở người chưa đẻ.

Loại II: Nhìn thấy niêm mạc cổ trong không có biến đổi (trước lúc dậy thì).

Loại III: Biểu mô tuyến nằm trong âm đạo bị phá huỷ trước khi tái tạo.

Loại IV: Vùng niêm mạc cổ trong nằm trong âm đạo biến đổi dần hầu hết do dị sản dẫn đến biểu mô tái tạo ở đó còn tồn tại các tuyến.

Hình 91b

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Các tổn thương thường gặp ở cổ tử cung chỉ gây ra một tổn thương hay gặp là ra khí hư. Cần phân biệt ra khí hư với chất dịch (chất nhầy) sinh lý của cổ tử cung. Đó là chất dịch trắng, trong, không màu, không mùi, thường được tiết ra vào thời kỳ phóng noãn hay trước khi có kinh nguyệt. Ngược lại, khí hư có thể có màu vàng, xanh, có bọt, có mùi hôi và có thể ra trong suốt tháng hoặc ra nhiều gây khó chịu, có cảm giác đau lưng.

Ngoài tổn thương ra khí hư thì ra huyết là tổn thương hiếm gặp. Thường ra huyết khi có kèm viêm nhiễm nặng, ra huyết trong trường hợp viêm teo do thiếu estrogen hoặc ra huyết vì có kèm tổn thương ung thư.

Đau bụng là triệu chứng hiếm gặp hơn cả. Chỉ đau bụng khi viêm nhiễm đã có từ cổ tử cung lan lên tử cung và phần phụ.

Chính vì triệu chứng nghèo nàn như vậy nên các chị em thường ít quan tâm tới việc đi khám và điều trị sớm.

4. CÁC LOẠI TỔN THƯƠNG VÀ CÁCH NHẬN BIẾT

4.1. Viêm âm hộ: thường hay kèm với viêm âm đạo. Tỷ lệ gặp từ 1-2%.

– Viêm âm hộ cấp tính thường gặp ở phụ nữ trẻ do thiếu vệ sinh âm hộ hàng ngày.

Triệu chứng: ngứa, đau vùng âm hộ, ra khí hư, có thể có đái buốt.

Khám thực thể sẽ thấy âm hộ sưng đỏ, đặc biệt vùng tiền đình, quanh lỗ niệu đạo tấy đỏ, chạm vào đau.

– Viêm tuyến Bartholin có thể gặp với tỷ lệ 1,37%.

Triệu chứng: vùng tuyến có hiện tượng sưng, nóng, đỏ, đau, bóp miệng tuyến có thể thấy mủ chảy ra. Vi khuẩn gây viêm tuyến Bartholin có thể là lậu cầu hay *Chlamydia*, có thể là các vi khuẩn thông thường.

Điều trị: rửa âm hộ bằng nước sạch nhiều lần, kháng sinh toàn thân uống hay tiêm.

Tại chỗ: dẫn lưu nếu có mủ ở miệng tuyến.

Hết mủ sẽ mổ bóc tách cắt bỏ tuyến.

– Viêm mạn tính.

Thường ít gặp viêm mạn tính âm hộ, đôi khi gặp ở người phụ nữ đã có tuổi. Triệu chứng chủ yếu là ngứa và ra khí hư. Do gãi nhiều nên ở vùng âm hộ quanh các môi thường có vết xước, vùng da và niêm mạc âm hộ dày lên.

Điều trị: rửa âm hộ nhiều lần kháng sinh bôi tại chỗ. Nếu có nấm, vi khuẩn: điều trị đặc hiệu.

4.2. Viêm âm đạo và cổ tử cung

Viêm âm đạo và cổ tử cung thường phối hợp vì do cùng một biểu mô phủ và là tổn thương hay gặp. Điều kiện thuận lợi gây viêm là do vệ sinh cá nhân kém, lây nhau từ một nguồn nước chung, hoặc lây nhau qua đường tình dục.

Trên lâm sàng có thể gặp các nguyên nhân gây viêm sau đây:

4.2.1. Viêm do ký sinh trùng Trichomonas (tỷ lệ gặp 2,2 đến 3,2%)

Khi khám thấy âm đạo và cổ tử cung đỏ, khí hư ra mầu xanh, có bọt, ra nhiều, mùi hôi, gây ngứa.

Nếu lau sạch khí hư và bôi dung dịch lugol 3% sẽ thấy biểu mô âm đạo, cổ tử cung bắt mầu nâu sẫm, trên nền nâu có nhiều chấm trắng hay ổ trắng (chứng nghiệm Schiller cho thấy có hình ảnh đêm sao).

4.2.2. Viêm do nấm Candida albicans (tỷ lệ gặp từ 23-26%)

Khí hư ra nhiều, đặc, trắng như bột, ngứa rát. Sở dĩ hay bị viêm do nấm vì các nấm gây bệnh có thể có trong nguồn nước dùng chung, bệnh dễ khỏi nhưng dễ bị tái phát, hay gặp ở người có thai, hay bị đái tháo đường.

4.2.3. Viêm do vi khuẩn thường: hay gặp ở người đã mãn kinh hay bị cắt bỏ buồng trứng do lớp biểu mô lát tầng không có glycogen, pH âm đạo trở thành kiềm tính, tạo thuận lợi cho các vi khuẩn phát triển. Khám thấy âm đạo, cổ tử cung viêm đỏ, ra khí hư vàng bẩn, mùi hôi, lau mạnh biểu mô dễ bong, gây chảy máu.

4.3. Lộ tuyến cổ tử cung

Là thương tổn lành tính thường gặp ở cổ tử cung, sinh ra do lớp biểu mô lát tầng mặt ngoài cổ tử cung bị phá huỷ và lớp biểu mô tuyến trong ống cổ tử cung mọc lấn ra ngoài.

Lộ tuyến có thể do nhiều nguyên nhân:

– Lộ tuyến bẩm sinh, hiếm gặp, thường ở bé gái mới sinh do người mẹ dùng nhiều estrogen khi có thai.

Chỉ định đốt tuyến sau khi sạch kinh và không viêm nhiễm cổ tử cung, phần phụ. Giữ vệ sinh sau đốt, tránh bong vẩy sớm, tránh nhiễm khuẩn vùng đốt gây chảy máu thứ phát.

– Do cường estrogen buồng trứng làm các tuyến phát triển mạnh, chế tiết nhiều, dễ phá huỷ biểu mô lát tầng và làm cho sự phục hồi biểu mô lát tầng khó khăn. Sau mãn kinh thường lộ tuyến có thể tự khỏi.

– Do biểu mô lát bị sang chấn, bị tổn thương mất biểu mô sau sẩy thai, sau đẻ, sau nạo thai và sau các thủ thuật ở cổ tử cung.

Khám qua mỏ vịt ta thấy biểu mô lát quanh lỗ cổ tử cung không nhẵn bóng mà có vùng sù sì màu đỏ, ranh giới rất rõ, có lớp khí hư đục bao phủ. Dung dịch acid acetic 3% bôi lên cổ tử cung sẽ thấy vùng tổn thương se lại, chất nhày đông đặc, có thể nhìn rõ các tuyến hình chùm nho trên máy soi cổ tử cung (đó là chứng nghiệm Hinselmann). Nếu bôi lugol 3% sẽ thấy tổn thương vẫn giữ màu hồng, không bắt mầu nâu, ranh giới quanh tổn thương rất rõ rệt.

4.4. Các hình ảnh tái tạo của lộ tuyến

Dù được điều trị hay không, bao giờ biểu mô lát tầng cũng tìm cách diệt biểu mô tuyến và phục hồi lại vùng bị biểu mô tuyến xâm lấn. Sự phục hồi đó gọi là sự tái tạo của biểu mô lát tầng. Sự tái tạo thường bắt đầu từ chu vi lộ tuyến bò dần về phía lỗ cổ tử cung, cũng có khi từ lỗ cổ tử cung (ranh giới lát - trụ) bò dần ra ngoài. Trong quá trình tái tạo, có thể trọn vẹn không sót lại biểu mô tuyến nào và vùng tái tạo sẽ lại bắt luogol và có mầu nâu sẫm. Nhưng thông thường vùng tái tạo có để lại một số vết tích của biểu mô tuyến mà ta gọi là các di chứng lành tính.

– Cửa tuyến là trường hợp biểu mô lát bao quanh một miệng tuyến.

– Đảo tuyến là trường hợp biểu mô lát bao quanh một số tuyến.

– Nang Naboth là trường hợp biểu mô lát phủ lên miệng một tuyến nhưng tuyến đó vẫn chết tiết.

Ngoài những di chứng lành tính, trong quá trình tái tạo của biểu mô lát tầng vẫn có thể có những di chứng bất thường mà ta cần theo dõi sự tiến triển sau 3-5

năm vì các di chứng bất thường đó đôi khi có thể dẫn tới ung thư: đó là vết trắng, vết lát đá, vết chấm đáy, vùng loét, các mạch máu bất thường. Chúng ta gọi đó là các tổn thương nghi ngờ của cổ tử cung.

5. ĐIỀU TRỊ CÁC TỔN THƯƠNG Ở CỔ TỬ CUNG

5.1. Điều trị viêm âm hộ chủ yếu là giữ vệ sinh, rửa âm hộ hàng ngày, dùng kháng sinh tại chỗ hay toàn thân như đã nói ở trên.

5.2. Điều trị viêm âm đạo, cổ tử cung chủ yếu phải dựa vào nguyên nhân sau khi soi khí hư.

– Viêm do *Trichomonas*

Metronidazol 0,25g/4-6 viên/ngày/7 ngày.

Flagystatin đặt âm đạo trong 10 ngày.

Hai vợ chồng cùng điều trị, kiêng giao hợp một tháng để tránh lây chéo. Có thể thụt rửa âm đạo bằng acid lactic 2% để giảm độ pH kiềm của âm đạo.

– Viêm do nấm *Candida abicans*

Nystatin 0,25g/4-6 viên/ngày/7 ngày.

Mycostatin đặt âm đạo trong 10 ngày.

Hai vợ chồng cùng điều trị, kiêng giao hợp.

Có thể thụt rửa âm đạo bằng bicarbonat Na 1% để giảm bớt độ pH toan cảu âm đạo.

– Viêm do vi khuẩn thường:

Thụt rửa âm đạo.

Đặt kháng sinh đặc hiệu trong âm đạo/7 tối (có thể dựa vào kháng sinh đồ).

Ở người già có thể bôi mỡ oestrasid để giảm mức độ viêm teo của biểu mô.

5.3. Điều trị lộ tuyến

Trước tiên phải điều trị viêm, sau đó diệt tuyến bằng cách đốt điện, đốt lạnh, đốt laser tạo điều kiện cho biểu mô lát được phục hồi.

Chỉ định đốt tuyến sau khi sạch kinh và không có viêm nhiễm cổ tử cung phần phụ. Giữ vệ sinh sau đốt, t ránh bong vẩy sớm, tránh nhiễm khuẩn vùng đốt gây chảy máu thứ phát.

5.4. Các tái tạo thường của lộ tuyến

Nếu ít không cần điều trị. Nếu nhiều hoặc người bệnh còn ra khí hư, điều trị như lộ tuyến, chống viêm, đốt đảo tuyến, chọc nang Naboth.

Riêng tái tạo để lại di chứng bất thường cần phải theo dõi sự tiến triển của tổn thương để quyết định thái độ xử trí.

6. PHÒNG BỆNH

Phải hướng dẫn cho cộng đồng:

– Vệ sinh cá nhân hàng ngày bằng nguồn nước sạch.

– Vệ sinh khi có kinh nguyệt, khi sảy đẻ.

– Sinh đẻ có kế hoạch.

– Đến cơ sở y tế khám để được điều trị sớm khi có ra khí hư bất thường.

KHỐI U NGUYÊN BÀO NUÔI

1. ĐẠI CƯƠNG

Khối u nguyên bào nuôi (KUNBN) là khối u ác tính phát triển từ tế bào nuôi của tổ chức rau thai, rồi xâm lấn vào tổ chức của người mẹ.

Khối u nguyên bào nuôi bao gồm ung thư tế bào nuôi (UTTBN) là một ung thư thực sự và chửa trứng xâm lấn (CTXL). Khối u này có đặc điểm chế tiết hCG, được coi như một chỉ điểm để chẩn đoán, theo dõi sự tiến triển của bệnh và đánh giá kết quả điều trị.

Ở châu Âu, châu Mỹ, KUNBN ở những người có tiền sử chửa trứng là 50%, sau sẩy thai 25%, sau đẻ 25%. Ngược lại ở Việt Nam, KUNBN chủ yếu là sau chửa trứng 93%, sau sẩy thai, đẻ, thai chết lưu là 7%.

Tần suất KUNBN ở châu Âu, châu Mỹ là 1/5.000 có thai; ở các nước Á châu, Mỹ La tinh tỷ lệ này cao hơn, riêng ở nước ta KUNBN là 1/500 có thai.

Bệnh hay gặp trong độ tuổi sinh đẻ.

Khác với ung thư của tổ chức khác là đồng ghép, KUNBN là dị ghép trên cơ thể người mẹ, vì bộ gen của rau thai khác hoàn toàn với bộ gen của mẹ.

Thời gian xuất hiện KUNBN có thể ngay khi đang chửa trứng, thông thường là ba tháng đầu sao nạo trứng, một số khác sau sáu tháng cho đến một năm sau nạo nói chung, bệnh xuất hiện sớm thì mức độ ác tính càng cao.

2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

2.1. Đại thể: tử cung thường to, mềm, nhân KUNBN thường to bằng đầu ngón tay, sùi lên không đều, màu tím xẫm, khu trú ở lớp niêm mạc tử cung ở vùng rau bám, có khi ăn sâu vào lớp cơ tử cung, hoặc phát triển lồi vào buồng tử cung hay phá thủng tử cung. Trong lòng nhân khối u có nhiều cục máu, đôi khi còn thấy túi trứng.

2.2. Ở buồng trứng: một bên hay hai bên, có thể có nang hoàng tuyến, to bằng quả cam, quả chanh (đường kính 6cm-10cm), vỏ mỏng, trong chứa dịch vàng chanh, có lutein.

2.3. Vi thể

2.3.1. Của UTNBN: không còn cấu trúc lông rau. Tế bào nuôi loạn sản, lớp hội bào bị phá vỡ, tế bào Langhans và hội bào nuôi ác tính lan tràn vào lớp cơ tử cung gây hoại tử, xuất huyết vùng rộng, phá huỷ tổ chức. Các tế bào này lan tràn tại chỗ hoặc di căn xa.

2.3.2. Của CTXL: còn thấy cấu trúc lông rau. Lớp hội bào bị phá vỡ từng mảng, tế bào nuôi quá sản, thâm nhập vào lớp cơ tử cung. Tổ chức liên kết bị loạn dưỡng.

Trong CTXL, tế bào nuôi thường xâm lấn lan tràn tại chỗ gây chảy máu.

3. GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG

Theo phân loại của F.I.G.O (1991), giai đoạn lâm sàng của KUNBN được phân chia như sau:

Giai đoạn 1: khối u phát triển ở tử cung (chưa di căn).

Giai đoạn 2: di căn ở âm đạo, hố chậu.

Giai đoạn 3: di căn ở phổi.

Giai đoạn 4: di căn ở các bộ phận khác.

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Cơ năng ra huyết là triệu chứng chủ yếu rất thường gặp. Huyết đỏ tươi, hoặc huyết đen, ra tự nhiên, ít một, kéo dài làm bệnh nhân thiếu máu.

Sau nạo trứng, tình trạng chung không ổn định, huyết ra kéo dài, thường là triệu chứng củ KUNBN; hoặc sau nạo trứng, kinh nguyệt đã trở lại bình thường nhưng giữa chu kỳ có huyết ra bất thường.

4.2. Toàn thân thiếu máu, bệnh nhân gầy xanh

Ngoài ra nếu có di căn thì kèm theo biểu hiện của các di căn đó, như:

– Di căn âm đạo: có khối u màu tím sẫm trong âm đạo, khối u có thể vỡ gây chảy máu cấp cứu.

– Di căn phổi: khó thở, tức ngực, ho ra máu.

– Di căn não: nôn, nhức đầu, mờ mắt, liệt, hôn mê v.v...

4.3. Thực thể

– Thăm âm đạo: âm đạo mềm, có thể thấy nhân di căn có khi rất nhỏ, như một nốt màu tím, hoặc to bằng đầu ngón tay cái; nhân thường ở thành trước âm đạo.

– Cổ tử cung mềm, có khi hé mở.

– Tử cung mềm, to hơn bình thường, di động nhiều hay ít tuỳ mức độ lan tràn của khối u.

– Có thể có nang hoàng tuyến ở một hay hai bên, di động.

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Chẩn đoán xác định dựa vào

– Có tiền sử chửa trứng (chủ yếu), hoặc ít nhất là trong tiền sử đã có sẩy thai, đẻ.

– Ra huyết ở âm đạo.

– Tử cung to hơn bình thường, mềm, kèm hoặc không có nang hoàng tuyến.

– Nếu thấy nhân di căn âm đạo, di căn phổi thì chẩn đoán càng chắc chắn.

– Xét nghiệm hCG có tính chất quyết định.

Bằng phương pháp sinh vật (Gilli - manini), bình thường nạo trứng đúng phương pháp, sau 3 tuần 85% trường hợp âm tính với 12ml nước tiểu (khoảng 88 đơn vị ếch), sau 4 tuần phản ứng âm tính với 200ml (dưới 5 đơn vị ếch). Nếu sau thời gian nêu trên, hCG không âm tính hoặc sau khi xuống lại tăng lên thì phải nghĩ đến biến chứng KUNBN.

Bằng phương pháp miễn dịch phóng xạ (RIA) hay miễn dịch men (EIA) định lượng β hCG.

Từ hàng trăm nghìn mU/ml, sau 2 tuần βhCG giảm xuống khoảng 100mU/ml, đến tuần lễ thứ sáu βhCG còn khoảng 5-10mU/ml. Sau sáu tuần lễ, nếu βhCG không giảm hoặc tăng, cần nghĩ đến KUNBN.

Dưới 5mU/ml coi như không có biến chứng KUNBN.

– Các phương pháp thăm dò sau để chẩn đoán KUNBN chỉ được sử dụng trong một số yêu cầu như:

Nạo sinh thiết niêm mạc tử cung để xét nghiệm giải phẫu bệnh lý tìm hình ảnh loạn sản hội bào nuôi. Dễ có biến chứng thủng tử cung, chảy máu, hoặc tạo thuận lợi di căn xa.

Chụp X-quang buồng tử cung: buồng tử cung giãn, thấy hình khuyết hoặc buồng tử cung nham nhở.

Chẩn đoán siêu âm: giúp xác định sót rau hay hình ảnh nhân KUNBN.

Chụp chọn lọc động mạch chậu để xem hình ảnh nhân khối u, rối loạn tuần hoàn ở tử cung và ở hố chậu do nhân KUNBN gây ra. Phương pháp này hiện nay hầu như không sử dụng.

Để phát hiện di căn xa ở phổi phải chụp X-quang, chụp cắt lớp (Computer Tomography Scanner) hoặc dùng nhấp nháy đồ (kháng thể kháng hCG gắn I đồng vị phóng xạ 131 (I131) để phát hiện di căn ở gan, não v.v....

5.2. Chẩn đoán phân biệt

– Nếu sao nạo trứng dưới hai tuần, chẩn đoán phân biệt với sót trứng. Trong trường hợp này, bệnh nhân ra huyết kéo dài sau nạo; tử cung to, có dấu hiệu nhiễm khuẩn. Chụp hình ảnh siêu âm cho thấy trong buồng tử cung có khối. Có thể, sau khi điều trị với kháng sinh, nạo buồng tử cung, gửi bệnh phẩm để xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

– Sau nạo trứng, tình trạng bệnh nhân đã ổn định, kinh nguyệt trở lại, sau đó có tắt kinh, ra huyết thì phân biệt với có thai. Trên lâm sàng, phân biệt rất khó giữa biến chứng là KUNBN với có thai.

Phải làm test hCG, siêu âm để xác định thai hay nhân của KUNBN.

Sau nạo trứng một năm, nếu có thai thì cần đình chỉ thai nghén, gửi tổ chức rau làm xét nghiệm giải phẫu bệnh lý để loại trừ KUNBN đang tiến triển.

Ít gặp hơn là UTNBN sau sẩy, đẻ, thường xuất hiện muộn vào độ tuổi tiền mãn kinh, nên việc chẩn đoán thừ khó hơn. Lúc đó, trên lâm sàng thường chẩn đoán phân biệt với ung thư nội mạc tử cung. Xét nghiệm hCG (+).

6. TIỀN SỬ VÀ BIẾN CHỨNG

Nếu bệnh nhân không được theo dõi sít sao thì KUNBN sẽ bị phát hiện chậm. Bệnh tiến triển với những ổ di căn ở các tạng, hoặc chảy máu do vỡ nhân di căn hay thủng tử cung.

– Di căn: không như các loại ung thư khác, trong KUNBN tế bào di căn theo đường máu, đặc biệt là theo đường tĩnh mạch. Tế bào nuôi di căn đến đâu thì phát triển tràn lan và phá huỷ tổ chức ở đó. Thường gặp ở những di căn phổi, âm đạo, não, gan, thận và các nơi khác như xương, da, lách, tuỵ, mạc treo ruột, bàng quang v.v....

+ Di căn phổi 39%

+ Di căn âm đạo 28%

+ Di căn ở não (số liệu của Viện BVBMSS, 1965, 1980).

Theo Novak: - Di căn phổi: 55%

– Âm đạo: 15%

– Não: 13%

– Các nơi khác: 12%

Di căn phổi sẽ gây khó thở, sốt, ho ra máu,suy hô hấp. Hình ảnh X quang sẽ thấy những ổ di căn như chùm bóng thổi hoặc nhân có bờ rõ, hay đám mờ như hình ảnh thâm nhiễm.

Di căn âm đạo dễ phát hiện hơn, nhân di căn màu tím, mềm, không đau, dễ chảy máu tự nhiên hay khi chạm. Thường gặp ở thành trước âm đạo, gần lỗ niệu đạo.

Di căn ở não gây ra những dấu hiệu chèn ép não, tăng áp lực nội sọ, chảy máu não hay bệnh nhân bị liệt, hôn mê rồi chết.

– Chảy máu.

Nhân của UTNBN hay trong chửa trứng xâm lấn (CTXL), trong quá trình phát triển có thể bị vỡ, hoặc nhân gây hoại tử, xuất huyết gây chảy máu rất nặng.

– Nhiễm khuẩn. Khối u phát triển ở tử cung gây nhiễm khuẩn tại chỗ hay toàn thân. Bệnh nhân sốt, đau, khối u phát triển rất nhanh.

– Biến chứng khác như xoắn nang hoàng thể tuyến đòi hỏi phải can thiệp bằng phẫu thuật.

6.2. Tiến triển thuận lợi: nếu KUNBN khu trú ở tử cung, chưa có di căn, thì với phương pháp phẫu thuật hoặc hoá liệu pháp, bệnh nhân có thể khỏi hoàn toàn. Những loại hình thái lâm sàng KUNBN như trên thuộc vào loại nguy cơ thấp.

KUNBN di căn ở phổi, âm đạo là nguy cơ trung bình, tiên lượng tương đối tốt.

Nếu đã có di căn nhất là ở gan, não thì thuộc vào loại nguy cơ cao, tiên lượng rất xấu dù được điều trị bằng phẫu thuật, hoá liệu pháp.

7. PHƯƠNG HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

Tỷ lệ chửa trứng ở nước ta rất cao, những người bị chửa trứng có nguy cơ cao bị KUNBN.

Vì vậy, quản lý và theo dõi sát sao những bệnh nhân sau nạo trứng có tầm quan trọng rất lớn trong việc phát hiện sớm KUNBN.

7.1. Đề phòng biến chứng: vào thập kỷ 60, đề phòng biến chứng, thường bệnh nhân sau nạo trứng được điều trị bằng hoá liệu pháp như Methotrexat (MTX).

Sau người ta nhận thấy, tuy đã được sử dụng hoá chất dự phòng, nhưng tỷ lệ bệnh nhân bị biến chứng KUNBN giảm ít, ngược lại một số bệnh nhân khác lại bị suy tuỷ, gan, thận, hoặc khối u vẫn di căn, thậm chí có khi bị tử vong do độc chất của hoá chất. Vì vậy, hiện nay, hoá liệu pháp dự phòng không còn được sử dụng sau nạo trứng.

Xu hướng chung hiện nay là cho điều trị sớm những bệnh lý nguyên bào nuôi tồn tại (Persistent Trophoblastic Disease, P.T.D) (Berkovitz - Goldstein, 1987).

Ở Việt Nam, với bệnh nhân sau nạo trứng được 4 tuần, thường hCG âm tính với 200ml nước tiểu bằng phương pháp sinh vật Galli - Mainini (dưới 5 đơn vị ếch/l). Nếu sau 4 tuần, hCG còn trên 5 đơn vị ếch/l nước tiểu, thì những trường hợp đó nên nghĩ đến bệnh lý nguyên bào nuôi tồn tại (BLNBNTT). Nếu được làm xét nghiệm βhCG thì kết quả chẩn đoán tin cậy hơn.

Với những trường hợp trên, nếu người phụ nữ đã đủ con thì nên tiến hành cắt tử cung hoàn toàn (CTCHT). Với những trường hợp còn trẻ cần bảo tồn tử cung, có thể điều trị 50mg MTX/bắp/tuần hay 0,3g - 0,4mg MTX/kg cơ thể/ngày, trong 5 ngày, nghỉ 7 ngày dùng đợt khác. Điều trị nhiều đợt cho đến khi hCG cô đặc nước tiểu trở nên âm tính, hoặc βhCG dưới 5 đơn vị/l.

7.2. Các phương pháp điều trị chính với khối u nguyên bào nuôi

Các phương pháp điều trị KUNBN nhằm mục đích loại trừ tổ chức khối u nguyên bào nuôi tại chỗ và tiêu diệt những nguyên bào nuôi ung thư đã di căn.

7.2.1. Phẫu thuật

Mổ cắt tử cung hoàn toàn để lại bổ gốc phát triển của KUNBN (thường kèm cắt bỏ hai phần phụ).

7.2.2. Hoá chất liệu pháp

Từ hội nghị chống ung thư quốc tế (1967), hoá chất liệu pháp được coi như phương pháp điều trị có nhiều hiệu quả với KUNBN, ngay cả với hình thái có di căn.

Hoá chất có nhiều loại, thông thường hay dùng hai loại sau:

– Methotrexat (MTX), thuộc nhóm chống chuyển hoá các acid nucleic. MTX ngăn cản tổng hợp ADN, nên phân bào của khối u không xúc tiến được.

MTX dạng viên 2,5mg ít được sử dụng, dạng toàn thân (tĩnh mạch, bắp) 5mg, 25mg, 50mg; liều sử dụng hàng ngày 0,3mg; 0,4mg/kg cơ thể, mỗi đợt 5 ngày, thời gian nghỉ 7 ngày, điều trị nhiều đợt.

– Actinomycin D (500mcg), thuộc nhóm kháng sinh, liều sử dụng hàng ngày 12mcg/kg cơ thể. Trung bình 500mcg mỗi ngày, dùng đường tĩnh mạch, mỗi đợt điều trị 5 ngày, nghỉ 7 ngày.

Ngoài ra còn có nhiều hoá chất khác như: Cyclophosphamid, Cisplatin, v. v.... cũng được sử dụng trong điều trị KUNBN.

Các hoá chất chống ung thư đều độc với tuỷ xương, gan, thận, đường tiêu hoá, đến da niêm mạc, thần kinh.

Trước và trong điều trị phải làm xét nghiệm máu (ba dòng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu), theo dõi khả năng chịu đựng thuốc của bệnh nhân và tính kháng thuốc của khối u. Khi có biến chứng trầm trọng do MTX thì điều trị ngay bằng Folinat Calxi, là một đối kháng của MTX.

Tuỳ theo mức độ bệnh, có thể dùng một hoá chất hay phối hợp nhiều hoá chất.

7.2.3. Điều trị quang tuyến

Tia xạ thường Cobalt, sử dụng trong điều trị di căn ở âm đạo nếu nhân di căn to không bóc tách lấy được nhằm hạn chế sự phát triển của tế bào ung thư, hoặc chửa trứng xâm lấn phát triển sang phần phụ.

7.3. Điều trị cụ thể

7.3.1. Khối u nguyên bào nuôi ở tử cung, chưa di căn, ở ngoài còn trẻ chưa có con

– Hoá chất liệu pháp bảo tồn tử cung.

– Nếu không đáp ứng phải mổ cắt tử cung hoàn toàn.

7.3.2. Khối u nguyên bào nuôi chưa di căn ở ngoài đã có đủ con

– Cắt tử cung hoàn và hai phần phụ.

– Phối hợp với hoá chất nếu cần.

7.3.3. Có di căn âm đạo

– MTX tiêm vào nhân di căn.

– Sau đó cắt tử cung hoàn toàn cùng hai phần phụ và hoá liệu pháp sau mổ.

7.3.4. Di căn phổi

– Hoá liệu pháp, cắt tử cung hoàn toàn.

– Cắt phân thuỳ phổi, lấy nhân (số lượng 1-2 nhân, bờ rõ).

7.3.5. Di căn các tạng khác

– Cắt tử cung hoàn toàn, hai phần phụ.

– Điều trị hoá chất phối hợp.

– Chỉ mổ di căn nếu có biến chứng cấp.

U XƠ TỬ CUNG

U xơ tử cung (UXTC) là khối u lành tính ở tử cung, thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi hoạt động sinh dục. UXTC còn được, gọi là u xơ và cơ tử cung hay u cơ tử cung vì cấu tạo từ tổ chức liên kết và cơ trơn của tử cung. Đã có nhiều giả thiết về cơ chế sinh bệnh của UXTC, giả thuyết về cường estrogen được nhiều tác giả ủng hộ.

1. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ THUẬN LỢI

1.1. Tỷ lệ

Khó xác định được tỷ lệ UXTC vì nhiều khi khối u đường kính nhỏ không được phát hiện trên lâm sàng.

– Tuổi xuất hiện: thường gặp từ 30-50 tuổi, độ tuổi trong thời kỳ hoạt động sinh dục.

Số lần có thai và đẻ không thấy rõ ảnh hưởng, tuy nhiên nhiều tác giả nêu đẻ ít và vô sinh cũng là nguyên nhân thuận lợi.

Các thuốc estrogen - progestin như thuốc tránh thai với estrogen liều thấp hầu như không ảnh hưởng đến tỷ lệ xuất hiện của UXTC.

– Yếu tố di truyền trong gia đình không rõ.

1.2. Nguyên nhân

Giả thuyết về nguyên nhân phát sinh UXTC được nêu lên:

– Thuyết về virus. Virus u nhú ở người (Human papilloma virus HPV) có thể gây ra khối u tổ chức liên kết ở chuột thực nghiệm.

Thuyết về nội tiết.

U xơ tử cung hay xuất hiện vào thời kỳ hoạt động sinh dục, điều này gợi ý UXTC có mối liên quan đến nội tiết:

– Cường estrogen tương đối. Estrogen kích thích sự tổng hợp protein ở tử cung. Trong khi có thai, estrogen làm tăng actomyosin, gây quá sản tế bào (Csapo 1950, Cullen, 1968). Bằng thực nghiệm, một số tác giả đã nhận thấy estrogen liều cao gây ra khối u tử cung.

Tuy nhiên, nghiên cứu nội tiết ở những phụ nữ UXTC cho thấy nồng độ estrogen trong huyết tương không cao.

Cơ chế trong đó estradiol kích thích sự phát triển của UXTC chưa được sáng tỏ, có thể do rối loạn sự tổng hợp tại chỗ của estrogen hoặc kháng estrogen và cathecol estrogen các chất này là những dãy của sự chuyển hoá estradiol 17β là những chất ức chế và kìm hãm khối u.

Vai trò của progesteron, được coi như kháng estrogen bằng cách làm tăng tổng hợp các cathecol - estrogen (REDDY 1981) sự suy hụt progesteron làm giảm tổng hợp cathecol - estrogen.

– Vai trò của nội tiết tăng trưởng. Ở những phụ nữ có UXTC người ta thấy nội tiết tăng trưởng tăng cao (Growth hormone). Thực nghiệm trên súc vật cho thấy GH đồng vận với estradiol có thể làm tăng thể tích tử cung (chuột cái đã được cắt bỏ tuyến yên và buồng trứng) (Graltarola 1959).

2. GIẢI PHẪU BỆNH

2.1. Đại thể

UXTC là một khối u tròn, bầu dục, đặc, mật độ chắc, mặt cắt màu trắng, giới hạn rõ với lớp cơ tử cung bao quanh có màu hồng, không có vỏ; khối u có cấu trúc là cơ trơn. Tuần hoàn nuôi dưỡng ở phía ngoài.

Số lượng u, có thể chỉ có một khi đó kích thước to, hoặc có nhiều nhân xơ kích thước nhỏ hoặc vừa phải.

Nhân xơ khu trú ở thân, cổ hay eo tử cung, đối với thành tử cung có thể nhân xơ dưới phúc mạc, ở trong thành tử cung (u kẽ) hay dưới niêm mạc.

2.2. Vi thể

Sợi cơ trơn hợp thành bó, các sợi đan xen với nhau như hình lốc. Nhân tế bào có hình bầu dục, tròn, không có nhân chia. Xen kẽ với sợi cơ trơn là tổ chức liên kết.

Khi mãn kinh sợi cơ giảm, khối u nhỏ dần thay vào đó là các sợi collagen xơ kèm calci hoá. Ngoài ra niêm mạc tử cung dầy lên kiểu quá sản. Buồng trứng có thể bị nang hoá.

Hình 92. Giải phẫu bệnh lý - các tế bào cơ trơn bắt chéo không có bất thường về tế bào

2.3. Vi thể các hiện tượng thoái hoá

Khối u có thể bị biến đổi thoái hoá do rối loạn vận mạch động hoặc tĩnh mạch, hoặc do nhiễm khuẩn, do ung thư hoá.

– Phù do tắc tĩnh mạch từng phần, khối u mềm, các sợi cơ bị tách ra.

– Thoái hoá kính. Tổ chức liên kết mất đi, thay vào đó là chất kính (hyalin), ưa toan) không có tế bào. Khi tắc mạch hoàn toàn khối u thành thoái hoá nhầy hoặc như chất keo.

Thoái hoá nhiễm khuẩn, do khối u bị chèn ép hay do cuống bị xoắn, từ đó vi khuẩn tràn ngập vào. Khối u sẽ có màu đen.

Thoái hoá mỡ, tổ chức liên kết được thay thế bằng các tiểu thuỳ có mỡ mầu vàng nhạt. Tiếp sau đó là hoại tử hay bị vôi hoá.

– Hoại tử do rối loạn mạch máu, do tắc mạch gây nhồi huyết. Ở phạm vi nhồi huyết nhỏ, khối u sẽ trở thành phù, sợi cơ mất nhân. Nhồi huyết lan rộng, khối u như miếng thịt chín, màu đen, chảy ra chất màu hồng.

– Thoái hoá vôi. Kết thúc quá trình của hoại tử hay của thoái hóa mỡ là carbonat, phosphat calcium lắng đọng ở nhân trung tâm và giữa các sợi cơ. Calci hoá có thể ở vùng giữa, hoặc lan toả; nắn lúc đó thấy khối u rắn, phát hiện bằng X-quang hay siêu âm.

Thoái hoá sarcom. Tỷ lệ thoái hoá này không cao lắm, bắt đầu ở vùng trung tâm. Khối u trở nên mềm, vùng tổn thương lan toả, không rõ ranh giới với những vùng xuất huyết, khó bóc tách. Về vi thể có bất thường về tế bào và nhiều nhân chia. Nạo sinh thiết có thể phát hiện được khi khối u dưới niêm mạc.

3. VỊ TRÍ CỦA U XƠ TỬ CUNG

Theo vị trí định khu đối với các lớp của tử cung và giải phẫu có thể phân chia ra các loại UXTC như sau.

3.1. Ở thân tử cung

3.1.1. U dưới phúc mạc

Nằm dưới phúc mạc, UXTC có thể cổ cuống, hay không. Có khi không có triệu chứng lâm sàng, phát hiện được do biến chứng chèn ép các tạng xung quanh. Khối

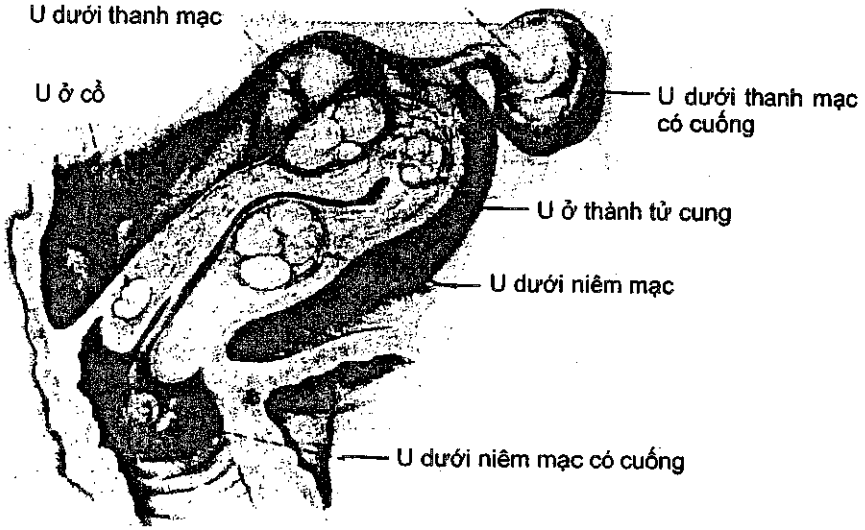
u có thể có kích thước khá lớn. Vị trí: phát triển về ổ bụng, hố chậu, hoặc giữa hai lá của dây chằng rộng gây chèn ép vào niệu quản, làm di chuyển ống dẫn trứng buồng trứng - loại này thường được chẩn đoán nhầm là khối u buồng trứng.

3.1.2. U kẽ (u trong lớp cơ tử cung)

Loại này hay gặp nhiều nhất, số lượng có thể có nhiều khối u, kích thước lớn, phát triển từ phần giữa của cơ tử cung, hình tròn và đối xứng, làm biến dạng buồng tử cung. Khi phát triển, u có thể lồi vào buồng tử cung.

3.1.3. U dưới niêm mạc

Thường số lượng có một khối u, loại này hay phối hợp với các bất thường của niêm mạc tử cung. Loại này gây nhiều triệu chứng nhất như ra huyết bất thường, kinh đau. U phát triển, làm kín buồng tử cung, niêm mạc bị hoại tử, chảy máu. Khi khối u có cuống, nó qua eo, chui vào ống cổ tử cung và nằm ở âm đạo, gọi là polip buồng tử cung.



Hình 93. Vị trí UXTC so với chiều dầy và từng phần tử cung

3.2. Ở cổ tử cung

Loại này phát triển ở phần âm đạo của cổ tử cung. U xơ cổ tử cung phát triển ở thành sau, tiến về cùng Douglas, gây chèn ép trực tràng. Ở thành trước, u xơ phát triển trong hố chậu có thể đè vào bàng quang, niệu đạo. Khối u có thể có cuống, bao phủ bởi niêm mạc ống cổ tử cung vươn ra ngoài lỗ cổ tử cung, cổ tử cung như bị xoá, ta gọi là pôlop ống cổ tử cung.

4. TRIỆU CHỨNG

UXTC nhỏ thường không có triệu chứng. Thường được phát hiện do đi khám phụ khoa vì lý do vô sinh, chạm có thai hoặc UXTC được phát hiện trong chương trình phát hiện sớm ung thư phụ khoa hay qua siêu âm khi khám phụ khoa hay khám thai.

Nói chung, triệu chứng UXTC phụ thuộc vào vị trí của khối u, u to hay nhỏ và những biến đổi thoái hoá.

4.1. Triệu chứng cơ năng

– Ra huyết từ tử cung. Đây là triệu chứng chính, gặp trong 60% trường hợp. Thể hiện dưới dạng cường kinh. Dần dần kinh nguyệt trở nên rối loạn và ra nhiều.

– Về lượng, nhiều máu cục lẫn máu loãng.

– Về số ngày, kinh kéo dài 7-10 ngày có khi còn hơn. Khi đó khó phân biệt giữa cường kinh với băng huyết.

Tình trạng toàn thân bị thiếu máu, xét nghiệm huyết đồ cho thấy ảnh hưởng của UXTC đến sức khoẻ của bệnh nhân.

Cường kinh băng huyết là do mấy nguyên nhân sau:

– Trong u xơ tử cung, bề mặt buồng tử cung đã tăng hơn nhiều so với tử cung bình thường. Bề mặt buồng tử cung càng lớn, huyết ra càng nhiều.

– Co bóp tử cung trong khi có kinh bị rối loạn.

– Quá sản niêm mạc tử cung làm niêm mạc rụng kéo dài, chảy máu nhiều.

– Khối u chèn ép vào đám rối tĩnh mạch ở cơ tử cung, gây chảy máu do tăng áp lực ở phía đầu tĩnh mạch.

– Đau vùng hạ vị hoặc vùng hố chậu. Đau kiểu nặng bụng, tức bụng (40% trường hợp). Đau thường xuất hiện khi bệnh nhân đứng, hoặc lúc mệt nhọc, giảm khi nằm. Có khi đau tăng lên trước khi có kinh, hoặc trong khi có kinh.

Đau hoặc tức bụng kéo dài có thể do khối u chèn ép vào tạng ở bên cạnh. Đau dữ dội, đau chói là triệu chứng gợi ý đến biến chứng của UXTC.

– Khí hư loãng như nước, triệu chứng này ít gặp. Hay thấy hơn là khí hư do viêm âm đạo, viêm niêm mạc tử cung, hay viêm ống dẫn trứng phối hợp trong UXTC.

Các triệu chứng sau như rối loạn tiểu tiện (đái rắt trước khi có kinh) tự nắn thấy một khối u to lên ở hố chậu, là những triệu chứng liên quan đến mức độ phát triển khối u.

4.2. Triệu chứng thực thể

– Nắn bụng. Phải thông nước tiểu ở bàng quang trước. Nắn bụng nhận thấy vùng hạ vị phồng lên, xác định đáy tử cung, khối u ở giữu, gõ đục, di động mật độ chắc, không xác định được cực dưới của khối u.

– Đặt mỏ vịt: có thể xuất hiện pôlip có cuống nằm ngoài cổ tử cung. Thăm âm đạo kết hợp nắn bụng: toàn bộ tử cung to, chắc, bờ nhẵn, đều, có khi thấy những khối nổi trên mặt tử cung, chắc, không đau. Hoặc có thể thấy cạnh tử cung có một khối u cho cảm giác như một khối u phần phụ. Ngón tay di động cổ tử cung thì chuyển động được truyền đến tử cung và khối u xơ tử cung.

– Thăm trực tràng bổ ích để phân biệt UXTC phát triển về phía sau hay phân biệt với khối u trực tràng.

– Đo buồng tử cung tuy ít giá trị nhưng có thể cho thấy buồng tử cung dài hơn bình thường.

5. CHẨN ĐOÁN VÀ PHƯƠNG PHÁP THĂM DÒ BỔ SUNG

Nếu có nhiều nhân xơ nắn được, có thể nghĩ ngay đến UXTC cần chẩn đoán phân biệt với:

– Có thai. Trước một u xơ tử cung, luôn phải loại trừ có phải là tử cung có thai hay không. Phân biệt với có thai bình thường, doạ sẩy thai, thai chết lưu.

Phải tiến hành xét nghiệm phản ứng hCG hay test miễn dịch học... hCG. Ngay với phụ nữ tiền mãn kinh (có những rối loạn về kinh nguyệt, đa kinh, kinh thưa, băng kinh...) cũng phải luôn luôn lưu ý đến điều trên. Đơn giản hơn, nên tiến hành thăm dò bằng siêu âm.

– Khối u buồng trứng. Cổ điển, khối u buồng trứng biệt lập với tử cung, di động khối u không làm di chuyển cổ tử cung.

Chẩn đoán phân biệt giữa khối u buồng trứng với u xơ tử cung dưới phúc mạc thường khó. Trường hợp u buồng trứng nhỏ có thể soi ổ bụng, siêu âm chẩn đoán.

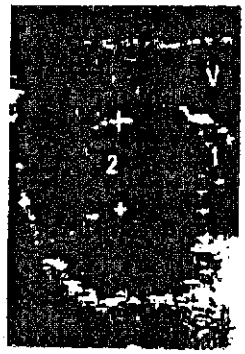
– Ung thư thân tử cung. Tất cả những trường hợp ra huyết bất thường ở thời kỳ tiền mãn kinh, cần được loại trừ ung thư thân tử cung. Vả lại, vào độ tuổi đó UXTC có thể phối hợp với ung thư tử cung. Các xét nghiệm, hay phương pháp bổ sung như: chụp buồng tử cung, nạo sinh thiết buồng tử cung sẽ cho chẩn đoán xác định.

Phương pháp thăm dò bổ sung.

– Siêu âm cho thấy:

Kích thước tử cung tăng đường kính trước - sau, tăng đường kính ngang ở đáy, đường kính dọc cũng tăng.

Âm vang của u xơ tử cung thường không có ranh giới rõ với hình ảnh tử cung. Âm vang không đều có thể nghĩ đến phù, hoại tử v.v...



Hình 94. Siêu âm cắt dọc bàng quang
1. U xơ ở thành trước
2. Buồng tử cung bị phình do u xơ

Hình 95. Chụp buồng tử cung u xơ dưới niêm mạc

– Đo được kích thước của u xơ tử cung.

Chẩn đoán siêu âm có thể khó khăn trong trường hợp u nang buồng trứng dính với tử cung, hoặc tử cung bị dị dạng nhưng lại chẩn đoán u xơ ở đáy, tử cung đổ sau.

– Chụp buồng tử cung luôn luôn là phương pháp cần thiết, nó cho biết các thông tin trực tiếp về khối u, những tổn thương phù hợp như quá sản niêm mạc tử cung, một ung thư thân tử cung phối hợp.

Chụp bơm thuốc cản quang (chụp thẳng, chụp nghiêng).

Hình ảnh khuyết đều, đồng nhất, bờ rõ, có thể choán buồng tử cung, hoặc ở một bờ, ở góc buồng tử cung.

Hình ảnh chụp có thể không thấy có thay đổi ở buồng tử cung trong trường hợp u xơ dưới phúc mạc.

Chụp nghiêng cho phép xác định được u xơ có cuống dưới niêm mạc, khối u ở một mặt của tử cung.

– Sinh thiết niêm mạc tử cung.

Qua sinh thiết, có thể phát hiện các tổn thương như quá sản hay loạn dưỡng niêm mạc tử cung, niêm mạc tử cung teo, pôlíp niêm mạc tử cung.

Sau cùng, bao giờ cũng là một xét nghiệm về tế bào ở cổ tử cung để phát hiện sớm các ung thư cổ tử cung.

6. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Nếu khối u nhỏ thì không gây triệu chứng gì đáng kể, sau một hai lần có thai khối u vẫn không phát triển. Hoặc gần đến thời kỳ mãn kinh, khối u ngừng phát triển.

Khi các triệu chứng thông thường của UXTC tăng lên thì sẽ dẫn đến biến chứng.

– Biến chứng chảy máu. Hay gặp trong u xơ dưới niêm mạc; phối hợp với các tổn thương ở niêm mạc. Ra huyết nhiều lần dẫn đến thiếu máu mạn, nhược sắc, mức độ trầm trọng được xác định qua huyết đồ, hemoglobin.

Bệnh nhân cần phải được điều trị nội trú, có hồi sức.

– Biến chứng cơ giới. Loại biến chứng này do sự phát triển của khối u.

+ Chèn ép vào niệu quản đối với khối u dây chằng rộng, đưa đến hậu quả ứ đọng bể thận. Biến cố nhẹ ở đường tiết niệu đái rắt, đái khó...

+ Chèn ép vào trực trạng gây táo bón trường diễn.

+ Chèn ép tĩnh mạch gây phù chi dưới v.v...

+ Xoắn khối u dưới phúc mạc có cuống biểu hiện đau hố chậu dữ dội, kèm dấu hiệu kích thích phúc mạc: nôn, bí trung tiện. Toàn thân suy sụp, mạch nhanh, choáng, bụng chướng, đau.

+ Đôi khi (hiếm hơn) do khối u phát triển, đoạn eo bị kéo dài, tử cung bị xoắn theo trục dọc. Biến cố gặp sau đẻ:

+ Khối u bị chẹt ở cùng đồ Douglas gây chèn ép bàng quang, trực tràng.

+ Khối u dưới phúc mạc bị dính vào phúc mạc.

– Biến chứng nhiễm khuẩn.

Nhiễm khuẩn có thể xảy ra ở ngay khối u, niêm mạc tử cung, và ống dẫn trứng.

+ Nhiễm khuẩn ở ngay khối u, tương đối hiếm xảy ra, ở u dưới niêm mạc, hay polip, thò ra ngoài cổ tử cung bị nhiễm khuẩn hoặc hoại tử. Bệnh nhân có những cơn đau bụng, sốt bạch cầu tăng, toàn thân suy sụp.

Khám qua mỏ vịt thấy một khối nâu sẫm, mềm, hoại tử cho cảm giác như một ung thư cổ tử cung.

Hoại tử nhiễm khuẩn trong lớp cơ tử cung, hoặc u dưới phúc mạc. Nhiễm khuẩn nối tiếp sau một thời gian diễn biến của hoại tử vô khuẩn sau đẻ. Chụp buồng tử cung không được tiến hành khi khối u bị hoại tử nhiễm khuẩn.

+ Viêm niêm mạc tử cung. Loại nhiễm khuẩn này thường kín đáo. Khí hư nhiều, đục, hôi, có thể có mủ khi khối u dưới niêm mạc làm tắc đoạn eo, hay ống cổ tử cung.

+ Viêm ống dẫn trứng cấp hoặc mạn. Triệu chứng có ra huyết, đau hố chậu, sốt, bạch cầu tăng.

– Biến đổi thoái hoá của UXTC.

Các loại thoái hoá này đã nêu ở trên như phù, thoái hoá mỡ, kính, vôi hoá hoại tử v.v...

Ung thư hoá (sarcom) tỷ lệ này không cao. Chẩn đoán sarcom thường khó. Về lâm sàng khối u trở nên mềm, ra huyết thất thường, kéo dài, tình trạng toàn thân suy sụp.

– Biến chứng về sản khoa

+ Chậm có thai, hoặc vô sinh. 27% bệnh nhân mổ về UXTC, bị vô sinh (Buttram, 1981). Mấy yếu tố sau giải thích nguyên nhân vô sinh: chu kỳ không phóng noãn, cơ địa cường ở estrogen tương đối không thuận lợi cho thai nghén, rối loạn co bóp tử cung làm ảnh hưởng tới sự di chuyển tinh trùng, niêm mạc tử cung bất thường, đoạn eo kẽ của ống dẫn trứng bị chít hẹp.

+ Khi có thai.

7.2. Điều trị ngoại khoa

7.2.1. Điều trị bảo tồn: phẫu thuật bóc tách nhân xơ bảo tồn chức năng của tử cung trong vô sinh. Thường mổ qua đường bụng, tìm diện bóc tách và lấy khối u. Chú ý cầm máu, phủ phúc mạc tránh dính.

7.2.2. Điều trị triệt để: cơ bản là cắt tử cung hoàn toàn chủ yếu qua đường bụng. Cắt cả cổ tử cung tránh biến chứng ung thư hoặc ung thư ở cổ tử cung còn lại. Cắt cả hai phần phụ hay bảo tồn là tuỳ trường hợp và tuổi của bệnh nhân.

– Cắt tử cung bán phần, chỉ định trong u to ở eo, hoặc khối u gần bàng quang, niệu quản, trực tràng. Trước mổ, cần xác định cổ tử cung không có tổn thương và sau mổ phải thường xuyên theo dõi bằng tế bào học.

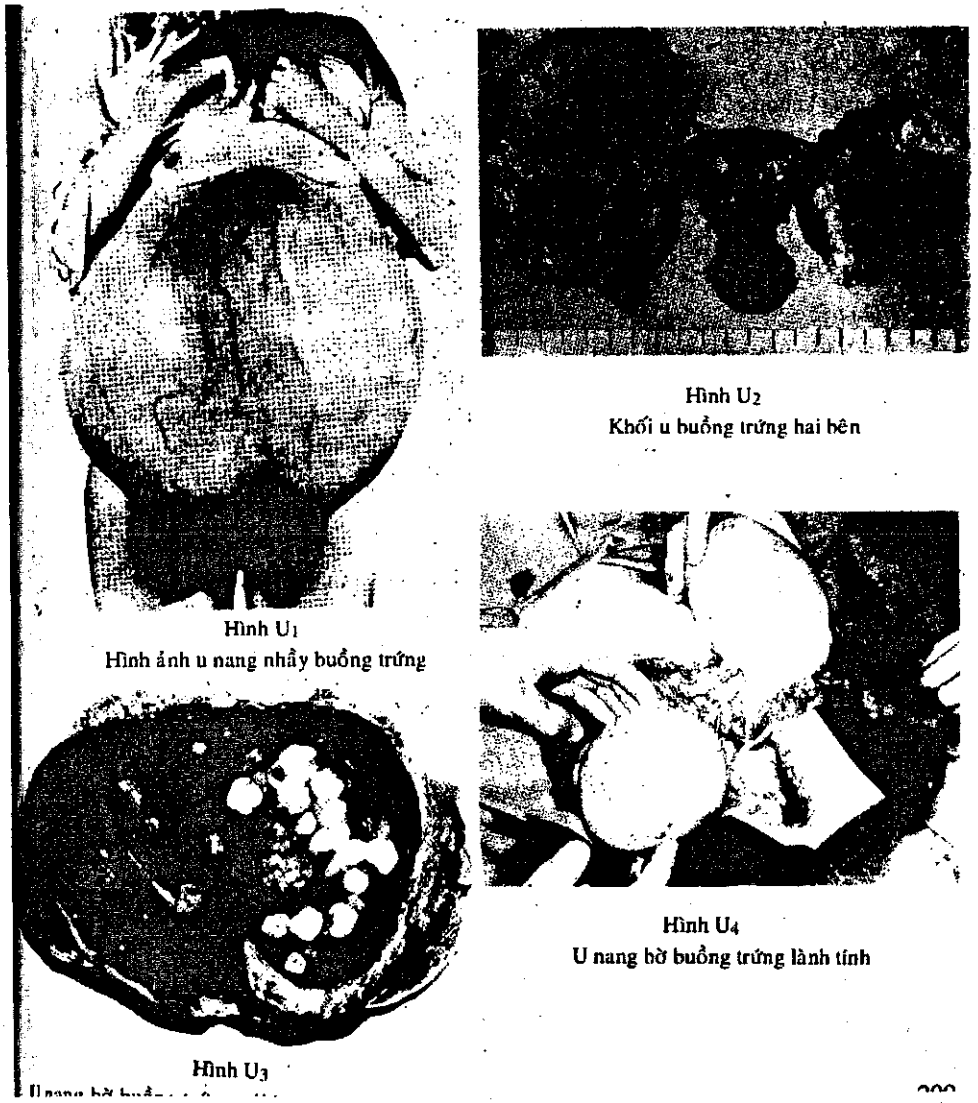
CÁC KHỐI U BUỒNG TRỨNG

ĐẠI CƯƠNG

Là các khối u thường gặp, chẩn đoán không khó, tiến triển bệnh phức tạp, điều trị và tiên lượng khó khăn. Người ta đưa ra nhiều cách xếp lại các khối u buồng trứng, dựa theo tổ chức học, bào thai học, hay dựa vào lâm sàng. Trong phạm vi bài này, chúng ta đề cập 2 loại.

– U nang buồng trứng.

– Các khối u khác của buồng trứng (U1, U2, U3, U4).



Hình 96 U_1: Hình ảnh u nang nhầy bệnh nhân **Hình U_2:** Khối u buồng trứng hai bên **Hình U_3:** U nang bờ buồng trứng với hình răng và tóc trong nang **Hình U_4:** U nang bờ buồng trứng lành tính

U NANG BUỒNG TRỨNG

Là u có vỏ bọc ngoài (vỏ nang) trong có chứa một chất dịch, gặp ở tất cả mọi lứa tuổi, chia làm hai loại u nang cơ năng và u nang thực thể.

1. U NANG CƠ NĂNG

Sinh ra do rối loạn chức phận buồng trứng, không có tổn thương giải phẫu. Là những nang nhỏ, vỏ mỏng, căng nước, chỉ gặp ở những phụ nữ có hành kinh và tiến triển nhanh, mất đi sau vài vòng kinh.

1.1. Nang bọc noãn

Do nang De graff không vỡ vào ngày quy định, liên tục lớn lên (từ 3-10 cm), tiếp tục tiết estrogen, do đó bệnh nhân bị chậm kinh.

1.1.1. Triệu chứng

Thường không có triệu chứng, đôi khi bệnh nhân cảm thấy nặng ở bụng, chậm kinh, nếu nang vỡ sẽ có dấu hiệu đau và rong kinh, giống triệu chứng của chửa ngoài tử cung (CNTC), vỡ.

1.1.2. Chẩn đoán

Thường dựa vào triệu chứng lâm sàng, có thể sờ thấy một khối u nhỏ, nên thử hCG để loại trừ CNTC.

1.1.3. Điều trị

Phụ thuộc vào kích thước, loại nang và triệu chứng

– Đối với loại nang nhỏ.

Gặp ở lứa tuổi sinh đẻ, khối u thường tự nhiên mất đi, uống thuốc tránh thai có thể ngăn cản sự hình thành nang và ngăn cản sự phát triển của nang, nếu đường kính nang lớn hơn 5cm thì cần phân biệt với nang thực thể và CNTC trên cơ sở tiền sử và khám lâm sàng và thử hCG.

– Phẫu thuật.

Được chỉ định khi thấy u nang tồn tại trên 3 tháng, sau khi điều trị bằng thuốc tránh thai 3 tháng không mất hoặc có dấu hiệu xoắn hoặc vỡ nang.

1.2. Nang hoàng tuyến

Lớn hơn nang bọc noãn, gặp ở một hoặc hai bên buồng trứng, vỏ nang mỏng, trong chứa dịch lutein do sự tăng hCG. Người ta thường gặp ở bệnh nhân chửa trứng, hay ở bệnh nhân vô sinh, đang được điều trị bằng hormon hướng sinh dục liều cao như hormon (human menopausal gonadotropin) hCG.

1.2.1. Chẩn đoán

Hầu hết các bệnh nhân có triệu chứng đau ở tiểu khung, khám thấy có một khối u to đường kính có thể trên 10cm, đặc biệt nếu là bệnh nhân chửa trứng thử nguyên bào nuôi hoặc dùng thuốc kích thích phóng noãn song thai v.v...

1.2.2. Điều trị

Phẫu thuật chỉ đặt ra khi có dấu hiệu xoắn nang, vỡ nang.

2. NANG THỰC THỂ

Thường là lành tính, tuy nhiên vẫn có khả năng ác tính, có thể gặp các loại dưới đây.

2.1. U nang buồng trứng

2.1.1. U nang nước

Là u lành tính, thường vỏ mỏng, cuống dài, trong chứa dịch trong, nang thường không dính vào xung quanh, đôi khi có nhú ở mặt trong hoặc mặt ngoài của vỏ nang, nếu có nhú thường là ác tính.

2.1.2. U nang nhầy

Nang có nhiều thuỳ, nên có thể rất to, thành nang dầy có hai lớp: lớp ngoài là tổ chức xơ, ở trong là lớp thượng bì trụ đơn, trong nang chứa chất nước đặc nhầy màu vàng. Nang nhầy có thể dính vào các tạng chung quanh

a. Chẩn đoán

Bệnh nhân thường có cảm giác nặng ở tiểu khung, phần lớn không có triệu chứng thường chẩn đoán dựa vào khám tiểu khung thấy khối u to biệt lập với tử cung, mật độ căng, ấn không đau, tử cung thường bị đẩy lệch sang một bên hố chậu. Nếu nang nhỏ cần chẩn đoán phân biệt với:

– Chửa ngoài dạ con.

Khám thấy khối u cạnh tử cung, ấn rất đau, tiền sử có tắt kinh, ra huyết.

– Ứ nước vòi trứng:

Tiền sử có viêm nhiễm, có khối u cạnh tử cung, di động khó, ấn đau.

– Có thai trong tử cung:

Có tắt kinh, tử cung thường mềm, di động theo cổ tử cung phản ứng hCG (+)

– U xơ tử cung:

Đặc biệt dễ nhầm với u xơ, dưới phúc mạc.

Nếu u nang nước to choán hết ổ bụng cần phân biệt với cổ trướng.

b. Điều trị

Phẫu thuật cắt bỏ nang, trường hợp bệnh nhân chưa có con thì bóc tách nang để lại phần lành buồng trứng, đối với người nhiều tuổi nên cắt bỏ buồng trứng.

2.2.3. U nang bì

Thường gặp nhất là u quái (teratoma) và khối u tế bào mầm, có thể chưa gặp ở tuổi sinh đẻ, tuổi sau mãn kinh hoặc ở trẻ em. 10% teratoma gặp khi mang thai. Thành nang có cấu trúc như da có lớp sừng, mỡ, mồ hôi trong nang chứa tóc, răng, bã đậu.

a. Triệu chứng và chẩn đoán

Thường không có triệu chứng, thường phát hiện khi mổ lấy thai hoặc khi chụp X quang thấy răng, trong u, hoặc khám qua đường âm đạo phát hiện khối u.

b. Điều trị

Phẫu thuật là phương pháp tốt nhất vì tỷ lệ ác tính của khối u nên người ta thường cắt bỏ cả buồng trứng.

2.2. Tiến triển và biến chứng

2.2.1. Xoắn u nang

– Cấp hay bán cấp thường xảy ra với nang bì, kích thước không to lắm và nặng, đôi khi xảy ra với nang nhầy, nang nước.

a. Triệu chứng

Đau đột ngột dữ dội, vã mồ hôi, choáng nôn, rối loạn nhu động ruột.

b. Xử trí

Mổ cấp cứu cặp cắt bỏ nang không tháo xoắn.

2.2.2. Ung thư

Có thể gặp ở nang nước, có các nhú trong vỏ nang.

2.2.3. Vỡ u nang

Thường xảy ra sau khi bị xoắn nhiều vòng hoặc do chấn và đập vào u nang.

2.2.4. Nhiễm khuẩn u nang

Xảy ra sau khi xoắn u nang, nhiễm khuẩn làm u nang to lên dính vào các tạng xung quanh, biểu hiện lâm sàng giống viêm phúc mạc tiểu khung.

2.2.5. Nang chèn ép tiểu khung

Chèn ép trực tràng, chèn ép bàng quang, niệu quản. Nang to tiến triển trong nhiều năm choán hết ổ bụng chèn ép tĩnh mạch chủ dưới gây phù, tuần hoàn bàng hệ cổ trướng.

2.2.6. Có thai kèm u nang

U nang có thể gây sẩy, đẻ non, gây u tiền đạo, vì vậy có chỉ định mổ, cắt u nang nên chờ đến tháng thứ 4 tránh sẩy thai. Nếu xoắn u nang thì mổ ngay ở bất kỳ tháng nào.

Tất cả u nang phải được xét nghiệm giải phẫu bệnh để xác định tính chất, nếu ác tính phải cắt tử cung và buồng trứng bên kia.

UNG THƯ BUỒNG TRỨNG VÀ KHỐI U BIỂU BÌ THƯỜNG GẶP

1. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư buồng trứng là loại ung thư thường gây tỷ lệ tử vong cao nhất trong các bệnh ung thư phụ khoa, chiếm tỷ lệ 52% ở Mỹ. Ung thư buồng trứng xếp hàng thứ ba sau ung thư vú và ung thư cổ tử cung. Là loại ung thư ngày càng tăng vì chẩn đoán sớm hơn nhưng điều trị khó hơn, tiên lượng xấu.

1.1. Yếu tố thuận lợi

Ung thư buồng trứng thường gặp ở những phụ nữ có mức sinh hoạt cao, và ở những nước công nghiệp hoá cao, tỷ lệ mắc bệnh cao ở những phụ nữ da trắng. Nguy cơ tăng ở lứa tuổi sau 40, trung bình là từ 50-59 tuổi.

1.2. Nguyên nhân

Cho đến nay, người ta chưa biết rõ nguyên nhân, tuy vậy những yếu tố như ô nhiễm môi trường đặc biệt là chất asbestos và hột tale (hydrous magnesium silicate) là hai chất hoá học công nghiệp hay gây ung thư buồng trứng. Chế độ ăn nhiều mỡ động vật, yếu tố hormon, yếu tố di truyền, và nhiễm vi khuẩn là những yếu tố liên quan đến ung thư buồng trứng, còn gặp ở người không sinh đẻ. Thai nghén và những người dùng thuốc tránh thai được coi như là có tác dụng chống lại ung thư buồng trứng. Người ta thấy rõ, phụ nữ bị ung thư buồng trứng có 3-4 lần có nguy cơ mắc ung thư vú và phụ nữ bị ung thư vú có 2 lần có nguy cơ mắc ung thư buồng trứng.

2. PHÂN LOẠI

2.1. Phân loại theo tổ chức học

Buồng trứng sinh ra rất nhiều loại khối u, do đó có rất nhiều bảng phân loại của nhiều tác giả. Hiện nay các ung thư buồng trứng được phân chia thành ba nhóm chính sau: khối u biểu bì (Adenocarcinoma), khối u tế bào mầm (germ cell tumors) và các khối u đệm sinh dục (sexcord stromal tumors) 90% ung thư buồng trứng là ung thư biểu bì, trong đó khối u thanh dịch chiếm khoảng 40-45%. U nhầy 10%, u nội mạc 25%, khối u không biệt hoá 17%, ung thư tế bào sáng 6%, hiếm gặp là khối u Brenner.

2.2. Khối u có độ ác tính giới hạn (Borderline tumors)

Là loại khối u về mặt tổ chức học nằm giữa u lành tính và ác tính, trong đó người ta thấy chưa có sự xâm lấn của tế bào khối u vào lớp đệm.

Hình 97.U5. Khối u buồng trứng ác tính với các nhú

a. Tỷ lệ

Khối u Borderline thường gặp ở phụ nữ 20-40 tuổi, tỷ lệ sống ở giai đoạn I là 100% nhưng khi bệnh tiến triển thì 50% chết ở giai đoạn ác tính.

b. Điều trị

Khi phát hiện khối u Borderline ở phụ nữ trẻ thì nên mổ cắt khối u và buồng trứng cả phía bên đối diện.

3. SỰ LAN TRÀN

Có ba cách lan tràn của ung thư buồng trứng:

– Sự lan tràn trực tiếp từ khối u tới chậu hông và màng bụng.

– Tế bào khối u di căn đến hạch chậu hông và hạch vị qua đường bạch mạch.

– Qua đường bạch huyết dọc theo buồng trứng tới hạch cạnh động mạch chủ, thận, mạc nối lớn, gan, phổi. Tắc ruột và sự xâm nhiễm niệu quản là biến chứng phổ biến. Trong giai đoạn muộn có thể có cổ trướng và kết quả là suy mòn gọi là vẻ mặt buồng trứng.

4. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

4.1. Triệu chứng

Triệu chứng hay gặp là bệnh nhân đau nặng, cảm thấy bụng to lên, cảm giác khó chịu, đôi khi có thể ra máu ở tử cung, bởi vì ung thư buồng trứng thường thầm lặng, không có triệu chứng báo trước, nên 70% bệnh nhân đến khám vì tự sờ thấy khối u ở bụng hay do đi khám phụ khoa thông thường mà phát hiện ra.

a. Thăm âm đạo:

Nếu khối u nhỏ, không có gì đặc biệt, khi khối u có đường kính lớn hơn 5cm thì mới rõ và nếu khám thấy khối u lớn hơn 5cm, ở những phụ nữ từ 40-60 thì phải nghĩ đến khối u buồng trứng ác tính.

Một khối u có khuynh hướng ác tính khi khám thấy:

Kích thước khối u tiến triển nhanh, mật độ khối u chắc, di động hạn chế và u phát triển cả hai bên buồng trứng.

b. Xét nghiệm

Tế bào học âm đạo cổ tử cung: ít có giá trị trong chẩn đoán ung thư buồng trứng.

– Tế bào nước cổ trướng:

96% ung thư giai đoạn muộn có tế bào ung thư rụng phiến đồ (+). Theo Graham có những trường hợp ung thư ở giai đoạn sớm, tế bào không rụng trong tiểu khung do đó có khoảng 34% (-) giả. Đây là phương pháp tốt để chẩn đoán và theo dõi sự tiến triển của bệnh.

– Siêu âm.

Giúp chẩn đoán kích thước khối u, dịch ổ bụng, mật độ khối u.

– CA 125.

Là chất đánh dấu khối u tốt nhất trong ung thư buồng trứng. Bình thường ở người khoẻ mạnh 99% có nồng độ CA 125 ít hơn 35 đơn vị trong ml (35 unit/ml) 80% với ung thư buồng trứng giai đoạn III và IV có nồng độ CA 125 tăng cao. Mặc dù, CA 125 là có giá trị trong chẩn đoán ung thư buồng trứng như CA 125 có thể tăng trong một số ung thư khác như: ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung, ung thư vú, đại tràng v.v....

– Ý nghĩa nồng độ CA 125.

Khi nồng độ CA 125 trong ung thư buồng trứng tăng lên bệnh tiến triển khi nồng độ CA 125 giảm là bệnh thoái triển. Tuy vậy, người ta cũng nhận thấy rằng 15% có nồng độ CA 125 giảm xuống ở những bệnh nhân ung thư buồng trứng tiến triển, thông thường sau phẫu thuật nồng độ CA 125 trở lại bình thường sau 3 tháng.

– Nước cổ trướng trong khối u buồng trứng.

Nếu khối u buồng trứng có kèm theo cổ trướng thì cổ trướng có giá trị trong tiến triển và tiên lượng bệnh.

Cổ trướng là nước vàng chanh có tiên lượng xấu, theo Wolff 32% bệnh nhân chết trong năm đầu nếu có cổ trướng. Nước cổ trướng thường do phúc mạc bị các ổ ung thư lan tràn trong ổ bụng kích thích tiết dịch, và nước cổ trướng lại mang tế bào ung thư lan đi khắp các phủ tạng.

– Nếu nước cổ trướng là nước đỏ máu thì tiên lượng càng xấu, 70% bệnh nhân chết trong năm đầu.

4.2. Xử trí

Việc điều trị khối u ác tính buồng trứng vẫn còn được tranh cãi nhiều do việc phát hiện bệnh sớm khó khăn, do tính chất giải phẫu bệnh lý phức tạp, do tiến triển và tiên lượng, khó lường trước được của bệnh.

4.2.1. Phẫu thuật

Là phương pháp đầu tiên và quan trọng

– Mục đích:

Để đánh giá toàn bộ khối u, gửi giải phẫu bệnh lý hoặc giúp điều trị bằng hoá liệu bổ sung có kết quả, nếu trường hợp không cắt được toàn bộ khối u thì bấm sinh thiết, sau đó điều trị hoá chất khi khối u nhỏ đi, có thể mổ lại lần hai, lần 3 (second look), nếu là ung thư, cắt khối u, cắt buồng trứng, bên kia và mạc nối lớn, cắt tử cung.

4.2.2. Hoá liệu pháp

Là phương pháp điều trị bổ sung quan trọng, có tác dụng đặc biệt đối với các trường hợp có nhiều thương tổn ở nhiều nơi, hoặc khu trú sâu ở một nơi mà phẫu thuật khó khăn hoặc quang tuyến không tới được.

Hoá liệu pháp có những ưu điểm sau:

– Đa số bệnh nhân chịu được.

– Có thể điều trị kéo dài.

– Có thể điều trị trong nhiều tình huống khác nhau như tấn công, phòng ngự, triệu chứng hoá liệu pháp có những nhược điểm sau:

– Tác dụng thay đổi trên từng bệnh nhân và từng loại ung thư.

– Sau một thời gian có hiện tượng quen thuốc.

– Độc cho hệ tạo huyết, gây giảm miễn dịch, do đó trước khi dùng phải kiểm tra chức năng gan, thận và công thức máu.

– Phải điều trị kéo dài, nếu nghỉ đột ngột thường nguy hiểm cho bệnh nhân. Các hoá chất điều trị ung thư rất nhiều nhưng có thể xếp thành những nhóm chính.

a. Nhóm các chất làm huỷ hoại ADN có tác dụng trong toàn bộ chu kỳ sinh sản của tế bào. Ví dụ, Thiotepa, Alkeran, cylophophamid, Chlorambucil.

b. Các chất chống chuyển hoá, chống lại nơi sinh sản ADN bằng cách thay thế một chất khác vào chuỗi tổng hợp. Ví dụ: Fluouracil, Methotrexat.

c. Các chất chống phân bào, có tác dụng chủ yếu trong giai đoạn phân bào như: Cisplastin, carboplatin, decarbasin.

d. Các kháng sinh chống ung thư Actinomycin D, Adriamycin, Bleomycin v. v...

Cisplastin 50mg/m^2 (truyền trong 4 giờ)

e. Adriamycin 50mg/m^2 (tĩnh mạch tiêm chậm).

f. Cyclophophamid 750mg/m^2 (tiêm tĩnh mạch chậm).

Một đợt truyền nghỉ 3-4 tuần. Với phác đồ này các tác giả nhận thấy kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân khoảng 24 tháng. Viện Bà mẹ trẻ sơ sinh dùng công thức sau:

– HTM 1000ml truyền tĩnh mạch trong 4 giờ.

– Cyclophosphamid 600mg/m^2

– Cisplastin 100mg/m^2

– HTN 1000ml truyền 4 giờ.

4.2.3. Quang tuyến liệu pháp

Là phương pháp điều trị được nhắc tới từ lâu. Cơ sở của phương pháp này là dùng tác dụng huỷ của tia xạ để diệt các tế bào đang phân chia 50 lần nhiều hơn các tổ chức thường. Liều thường dùng là 6000 Rad, trong vòng 24 đến 30 ngày.

4.3. Tiên lượng

Nói chung đối với ung thư buồng trứng là tiên lượng xấu, do chẩn đoán muộn nên khối u đã tràn trong ổ bụng

KHỐI U TẾ BÀO MẦM

Khối u tế bào mầm chiếm tỷ lệ khoảng 15-20% của tất cả các loại khối u buồng trứng, là loại khối u có nguồn gốc từ tế bào mầm. Khối u tế bào mầm thường gặp ở người trẻ tuổi, thường gặp dưới 20 tuổi. Những bệnh nhân trẻ hơn thường là ác tính.

1. TRIỆU CHỨNG

Khoảng 85% có triệu chứng đau bụng, sờ thấy khối u ở hạ vị, và khoảng 10% có thể gặp vỡ u, xoắn u, chảy máu, đôi khi có thể sốt (10%), chảy máu âm đạo (10%).

Trong ung thư tế bào mầm, vai trò hCG; AFP (Alpha Fetoprotein) và LDH (Lactic Dehydrogenase) là có giá trị trong chẩn đoán, theo dõi trong quá trình điều trị và theo dõi tái phát sau điều trị.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Phẫu thuật là phương pháp tốt nhất

2.2. Sau mổ nên kết hợp điều trị hoá chất, đặc biệt trong ung thư tế bào mầm, hoá chất có tác dụng tốt nhất là VAC (vincristin; actinomycin D & cyclophosphamid). Hoá chất có tác dụng làm khối u thoái hoá, không những ở giai đoạn sớm mà ngay cả giai đoạn bệnh tiến triển và tái phát.

Phác đồ điều trị theo VAC

+ Vincristin 1mg tiêm tĩnh mạch 1 tuần 1 lần.
+ Actinomycin D 0,5mg tiêm tĩnh mạch trong 5 ngày.
+ Cyclophosphamid 200mg (tiêm tĩnh mạch trong 5 ngày).

Nghỉ 4 tuần dùng tiếp đợt khác. Tổng liều 12 đợt. Khi dùng hoá chất lưu ý thử lại chức năng gan, thận, và công thức máu sau 1 đợt điều trị.

2.1. Tia xạ

Trong ung thư tế bào mầm, đặc biệt là khối u dysgermimoma có ý nghĩa.

KHỐI U ĐỆM BUỒNG TRỨNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Tỷ lệ

Khối u đệm buồng trứng chiếm tỷ lệ 5-7% của tất cả các khối u buồng trứng, là khối u có nguồn gốc từ lớp đệm như thecoma, leydig gralosa v.v....

1.2. Hoạt động nội tiết

Người ta thấy rằng 50% khối u đệm buồng trứng có hoạt động nội tiết giảm, 15% thể hiện không có hoạt động nội tiết.

1.3. Khả năng ác tính

Khối u đệm buồng trứng thường là lành tính, hoặc độ ác tính thấp. Khoảng 50% khối u đệm buồng trứng là không có hoạt động nội tiết và hầu hết khối u đệm buồng trứng là u tế bào hạt (granualosa cell tumors).

2. KHỐI U TẾ BÀO HẠT

Khối u tế bào hạt bắt nguồn từ tế bào hạt có thể kết hợp với tế bào vỏ hoặc không.

Khối u tế bào hạt thường là ác tính, và khối u tế bào vỏ nang (thecoma) thường lành tính.

2.1. Tuổi bệnh nhân

Có thể gặp ở mọi lứa tuổi.

2.2. Triệu chứng

Thường biểu hiện đau ở hạ vị, chảy máu ở tử cung. Khám thấy khối u ở hạ vị, đôi khi triệu chứng biểu hiện vỡ u nang, xoắn u. Thường khối u được cortisol là u tế bào hạt sau khi mổ làm xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

2.3. Điều trị

Phẫu thuật là phương pháp điều trị quan trọng và là việc đầu tiên cần thực hiện. Trong phẫu thuật người ta khuyên nên cố gắng cắt hết được khối u. Đối với người trẻ tuổi mà có nguyện vọng có con, với giai đoạn 1 có thể để lại phần buồng trứng lành. Còn đối với người đã có con nên cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ + mạc nối lớn.

2.4. Hoá liệu pháp

Trong ung thư đệm buồng trứng người ta sử dụng phác đồ V.A.C hoặc VPB (Vinbtastine - platium - bleonmycin) có tác dụng tốt, hoặc công thức PAC (platium Adriamycin, Cyclophosphamid) cũng thành công trong điều trị một số trường hợp ung thư đệm buồng trứng.

BẢNG PHÂN CHIA VỀ TỔ CHỨC HỌC CỦA CÁC KHỐI U BUỒNG TRỨNG

1. Khối u biểu bì ác tính

- Khối u thanh dịch
- Khối u nhầy.
- U tế bào sáng
- U nội mạc
- Ung thư không biệt hoá
- Ung thư tế bào nhỏ
- U thanh dịch có độ ác tính thấp
- U nhầy có độ ác tính thấp
- U tế bào sáng có độ ác tính thấp
- U nội mạc có ác tính thấp
- Khối u Brenner

2. Khối u tế bào mầm

- Dysgerminoma
- Embryonal simus carcinoma
- Immatue teratoma
- Chorio carcinoma
- Carcinoid struma Ovarii
- Gonadoblastoma
- Mixed germ cell tumor

3. Khối u đệm buồng trứng

- Khối u tế bào mầm
- Cellular fibroma
- Fibrosarcoma
- Thecoma
- Sertoli leydig cell tumor
- Sertoli leydig tumor with retifom pattern
- Sertoli leydig cell tumor
- Lpid cell tumor
- Hilus tumor
- Gynandroblastoma

ĐẠI CƯƠNG VỀ VÔ SINH

1. ĐẠI CƯƠNG VÀ ĐỊNH NGHĨA

Vô sinh là tình trạng không có thai sau một thời gian nhất định chung sống vợ chồng mà không áp dụng một biện pháp tránh thai nào. Cổ điển quy định thời gian đó là hai năm. Hiện nay Tổ chức Y tế thế giới quy định là một năm.

Người ta chia làm vô sinh nguyên phát (VSI) và vô sinh thứ phát (VSII). Vô sinh nguyên phát là chưa hề có thai lần nào sau 1 năm xây dựng gia đình. Vô sinh thứ phát là chưa có thai lại sau lần có thai trước được 1 năm. Với phụ nữ trên 35 tuổi, chỉ cần tính 6 tháng.

Ngoài ra, những trường hợp có nguyên nhân hiển nhiên thì không cần tính mốc thời gian. Thí dụ: vợ bị vô sinh, chồng bị liệt dương v.v... thì cần điều trị vô sinh ngay.

Muốn thụ thai được, cần có sự kết hợp giữa noãn và tinh trùng để thành trứng và sau đó là sự làm tổ của trứng (trong buồng tử cung). Nếu thiếu một trong các yếu tố nói trên thì xảy ra vô sinh. Thí dụ, không phóng noãn, không có tinh trùng, tắc đường sinh dục nữ đều là những nguyên nhân quan trọng gây vô sinh.

2. NGUYÊN NHÂN CỦA VÔ SINH

Về nguyên nhân, người ta chia làm vô sinh nam và vô sinh nữ. Vô sinh nam là trường hợp nguyên nhân vô sinh hoàn toàn do người chồng, người vợ hoàn toàn bình thường. Vô sinh nữ là nguyên nhân vô sinh hoàn toàn do người vợ và người chồng hoàn toàn bình thường. Vô sinh không rõ nguyên nhân là trường hợp làm các xét nghiệm thăm dò hiện có, không tìm thấy nguyên nhân nào.

Từ xưa và ở những nước, kể cả những nước phát triển, người ta thường cho rằng nguyên nhân gây vô sinh là do người vợ. Có lẽ đó là do cảm tính, thấy rằng người phụ nữ đóng vai trò chính trong suốt thời gian từ đầu của sự thụ thai đến khi sinh con xong. Nhưng cũng có lẽ do ngộ nhận, người vợ thấy rằng chồng mình quan hệ tình dục với mình bình thường thì không có lý gì nguyên nhân vô sinh lại do chồng mình. Thật ra khả năng thực hiện tình dục và khả năng sinh sản ra tinh trùng có khác biệt. Nhiều người đàn ông liệt dương mà tinh trùng lại rất nhiều và rất khoẻ. Ngược lại, có người về tình dục rất bình thường mà lại không có một con tinh trùng nào. Tỷ lệ vô sinh nam trên thế giới vào quãng 10-18%. Ở Việt Nam theo kết quả điều tra dân số năm 1982, tỷ lệ vô sinh chiếm 13%. Ở nhiều nước vô sinh nam giới và vô sinh nữ giới có tỷ lệ ngang nhau là 40% và nguyên nhân chung do cả hai vợ chồng chiếm 20%. Theo nghiên cứu mới đây của chúng tôi trên 1000 trường hợp điều trị vô sinh tại Bệnh viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh từ 1993-1997 có đầy đủ các xét nghiệm thăm dò, vô sinh nữ chiếm 54,5%, vô sinh nam chiếm 35,6%, ngoài ra, vô sinh không rõ nguyên nhân chiếm 9,9%. Tỷ lệ vô sinh không rõ nguyên nhân ở nước ta thấp chỉ bằng một nửa so với nhiều nước trên thế giới (quãng 20%). Có lẽ do bệnh nhân của ta đến khám muộn nên các nguyên nhân đã bộc lộ rõ nét và

xét nghiệm thăm dò thấy được nhiều nguyên nhân hơn. Nguyên nhân do nữ giới hay gặp nhất thường là không phóng noãn đối với vô sinh nguyên phát (33,6%) và tắc vòi trứng đối với vô sinh thứ phát (75,4%). Tuy nhiên, trong vô sinh nguyên phát cũng có tắc vòi trứng (28,8%) và trong vô sinh thứ phát cũng có rối loạn phóng noãn (22,9%). Vô sinh nữ giới do viêm nhiễm đường sinh dục dưới cũng chiếm tới 5%. Nguyên nhân do nam giới hay gặp nhất là không có tinh trùng. Trong vô sinh thứ phát, nguyên nhân vô sinh nam do không có tinh trùng cũng chiếm tới 7,1%.

3. CÁCH THĂM KHÁM MỘT CẶP VỢ CHỒNG VÔ SINH

Nguyên tắc khám: bao giờ cũng phải song song khám và làm xét nghiệm thăm dò cho cả hai vợ chồng.

3.1. Thăm khám người vợ

* Hỏi:

Hỏi về tình hình kinh nguyệt: tuổi bắt đầu hành kinh, chu kỳ kinh, số ngày kinh, lượng máu kinh, hành kinh có đau bụng không...

Hỏi về tiền sử sẩy đẻ theo thứ tự thời gian, có biến chứng sốt và băng huyết sau sẩy sau đẻ không.

Hỏi về tình trạng viêm nhiễm: khí hư, đau bụng, sốt.

Tần suất giao hợp: bao nhiêu lâu một lần. Cổ điển nói rằng nếu giao hợp mỗi tuần 3 lần trở lên thì ít khi xảy ra vô sinh vì tinh trùng có thể sống được 2 ngày và trứng có thể sống được 1 ngày. Noãn và tinh trùng có thể đợi nhau ở đường sinh dục của người phụ nữ.

* Khám:

Phát hiện các tính sinh dục phụ: vú, lông mu, lông chân, âm vật.

Phát hiện viêm, trước hết là viêm đường sinh dục dưới, sau đó là viêm phần phụ.

Phát hiện các khối u ở cổ tử cung, ở tử cung và ở phần phụ (u buồng trứng hoặc ứ nước vòi trứng, ứ mủ vòi trứng).

3.2. Thăm khám người chồng

* Hỏi:

Thường người thầy thuốc phụ khoa chỉ tiếp xúc với người chồng khi người chồng có gì bất thường như liệt dương, tinh trùng ít hoặc không có tinh trùng. Cũng có khi, người thầy thuốc chỉ ghi xét nghiệm, ghi đơn rồi nhờ người vợ cầm chuyển cho người chồng. Nếu kết quả tinh dịch đồ hoàn toàn bình thường thì có khi người thầy thuốc phụ khoa không bao giờ gặp người chồng.

Hỏi về tiền sử quai bị, tiểu sử viêm tinh toàn, viêm mào tinh hoàn.

Tình hình sinh hoạt vợ chồng: tần suất giao hợp, có xuất tinh không, có liệt dương không.

* Khám:

Xét tinh hoàn có teo nhỏ, nhẽo và nhẹ không, mào tinh có to, rắn và đau không, tĩnh mạch tinh có giãn không.

4. XÉT NGHIỆM VÀ THĂM DÒ

4.1. Thăm dò đối với người vợ

Kiểm tra mầm bệnh gây viêm nhiễm đường sinh dục dưới.

Kiểm tra độ thông của vòi trứng bằng bơm hơi vòi trứng và nhất là chụp tử cung với trứng. Thăm dò độ thâm nhập của tinh trùng vào chất nhầy cổ tử cung trên kính hoặc qua chứng nghiệm Huhner (chứng nghiệm sau giao hợp, tìm tinh trùng trong chất nhầy cổ tử cung của người vợ).

Kiểm tra sự phóng noãn: đường cong thân nhiệt cơ sở, chỉ số cổ tử cung, sinh thiết niêm mạc tử cung vào nửa sau của vòng kinh hoặc vào đầu của vòng kinh sau, định lượng progesteron vào nửa sau của vòng kinh. Khác với nhận xét trước kia, hiện nay tế bào học âm đạo nội tiết không còn được coi là xét nghiệm chính xác để chẩn đoán phóng noãn nữa.

Kiểm tra khả năng làm tổ của niêm mạc tử cung bằng sinh thiết niêm mạc tử cung vào nửa sau của vòng kinh hoặc vào đầu vòng kinh sau, xem có hình ảnh chế tiết của các tuyến không. Sinh thiết niêm mạc tử cung như vậy có hai tác dụng: xem khả năng phóng noãn và xem khả năng làm tổ.

4.2. Xét nghiệm thăm dò người chồng

Tinh dịch đồ

Mỗi nước quy định số ngày kiêng giao hợp khác nhau trước khi làm xét nghiệm, trường phái Pháp buộc kiêng 3 ngày, Hungari 5 ngày, Việt Nam 7 ngày. Theo giáo sư Đinh Văn Thắng, không cần bắt kiêng giao hợp. Chúng tôi nghĩ thời gian kiêng nên tuỳ thuộc tần suất giao hợp của từng người. Thí dụ: nếu cứ 4 ngày giao hợp 1 lần thì kiêng giao hợp 3 ngày, nếu cứ 7 ngày 1 lần thì kiêng 6 ngày v.v... Như thế sẽ thấy được lượng tinh trùng khá nhất trong trường hợp sinh hoạt vợ chồng tự nhiên của người bệnh.

Trong tinh dịch đồ, nên để ý đến lượng tinh dịch được xuất, số lượng tinh trùng trong $1mm^3$ (bình thường 60.000 - $120.000/mm^3$), tỷ lệ tinh trùng khoẻ (từ 50% trở lên), tỷ lệ tinh trùng dị dạng (dưới 10%). Hiện nay theo Tổ chức Y tế thế giới, nếu lượng tinh trùng $\geq 20.000/mm^3$ thì được coi là bình thường. Chúng tôi cảm thấy tiêu chuẩn này thấp quá, mặc dầu trong y văn có trường hợp tinh trùng ít như vậy cũng gây được có thai. Trong những năm hành nghề của chúng tôi chưa gặp được trường hợp nào đạt kết quả khả quan như vậy. Chúng tôi thấy, nếu lượng tinh trùng $< 40.000/mm^3$ thì đều nên coi là ít và cần sớm điều trị cho người chồng.

Có thể làm nghiệm chứng Huhner (sau giao hợp một thời gian, lấy chất nhầy cổ tử cung trong ống cổ tử cung để xem số lượng tinh trùng sống). Nếu sau giao hợp

1 giờ thấy 10-20 tinh trùng di động trên một kính trường thì coi là bình thường. Hiện nay trên thế giới người ta chỉ định chứng nghiệm này. Nhưng cũng có khá nhiều tác giả lên tiếng phê phán, coi rằng những tinh trùng khoẻ cần xem thì đã di chuyển lên cao rồi, còn lại trong ống cổ tử cung là những tinh trùng yếu và bất thường, nhất là trong trường hợp đọc chất nhầy muộn, sau giao hợp nhiều giờ.

5. ĐIỀU TRỊ VÔ SINH CHO MỘT CẶP VỢ CHỒNG VÔ SINH

5.1. Nguyên tắc chung

Phải song song điều trị cho cả người vợ và người chồng nếu cả hai đều có nguyên nhân. Tối thiểu cũng phải làm xét nghiệm cho người chồng và hỏi bệnh án về người chồng để xem có nguyên nhân gì gây vô sinh không. Nếu không có nguyên nhân gì, mới tiến hành điều trị riêng cho người vợ.

5.2. Điều trị cho người vợ

Điều trị chống viêm nhiễm là bước đầu tiên. Đặc biệt chống viêm nhiễm ở đường sinh dục dưới như viêm âm đạo và cổ tử cung có hai ý nghĩa, một là có thể dẫn tới khỏi vô sinh, hai là để chuẩn bị làm các thăm dò ở đường sinh dục trên. Theo tổng kết của chúng tôi năm 1962 có tới 17,3% những trường hợp vô sinh được đốt điện lộ tuyến cổ tử cung đã khỏi vô sinh. Ngoài ra cũng có 5% các trường hợp vô sinh, đơn thuần điều trị viêm nhiễm đường sinh dục dưới cũng đã khỏi vô sinh. Có những trường hợp vô sinh năm, mười năm, sau khi đốt điện cổ tử cung 3-4 tháng, vừa khỏi lộ tuyến thì có thai ngay. Viêm âm đạo và lộ tuyến viêm ở cổ tử cung sẽ làm cho chất nhầy cổ tử cung lẫn mủ, chất nhầy đặc lại, tinh trùng không thể thâm nhập được lên đường sinh dục trên của người phụ nữ.

Sau khi đã khỏi viêm âm đạo và cổ tử cung rồi, mới có thể tiến hành bơm hơi vòi trứng, chụp tử cung vòi trứng, sinh thiết niêm mạc tử cung v.v....

Kích thích phóng noãn bằng clomifen citrat hay clomifen citrat bổ sung bằng hCG. Clomifen citrat dùng từ liều thấp đến cao, mỗi ngày từu 50mg đến 150mg, uống trong 5 ngày, từ ngày thứ 3 hoặc thứ 5 của vòng kinh. hCG nếu bổi phụ thì chờ khi thăm dò bằng siêu âm thấy nang noãn đã chín, đạt kích thước từ 18mm trở lên. Liều hCG là 6000-9000 đơn vị quốc tế tiêm bắp thịt làm một lần; thường 36 giờ sau khi tiêm sẽ xảy ra phóng noãn. Nếu bệnh nhân bị vô kinh do suy yếu tuyến yên hoặc do vùng dưới đồi - tuyến yên thì phải điều trị kích thích nang noãn chín bằng hMG (trong chứa FSH hoặc FSH kèm LH), sau đó mới kích thích phóng noãn bằng hCG.

Giúp đỡ trứng làm tổ bằng cách cho progestin, chủ yếu là progestin, mỗi ngày 5-10mg trong 10 ngày, từ ngày thứ 15-16 của vòng kinh.

Điều trị tắc vòi trứng: trong trường hợp chỉ hơi dính tắc một chút ở loa vòi trứng thì có thể cho bơm thuốc tử cung vòi trứng nhiều đợt, mỗi đợt 4-6 ngày, từ ngày thứ 6 của vòng kinh. Các dung dịch thuốc phối hợp gồm kháng sinh, hyaluronidase, alpha - chymotrypsin, hydrocortison, tổng lượng 5-10ml trong mỗi lần bơm. Trên thực tế, bơm thuốc vào tử cung vòi trứng rất ít đem lại kết quả khỏi

vô sinh. Những trường hợp nào dính ít khi chụp tử cung vòi trứng đã thông lại được và khỏi vô sinh. Những trường hợp tắc nhiều, chụp tử cung vòi trứng không làm thông được thì bơm thuốc tử cung vòi trứng cũng chẳng đem lại kết quả hơn bao nhiêu, thậm chí còn gây tổn thương nặng lên. Ngày nay nhiều tác giả chống chỉ định bơm thuốc tử cung, vòi trứng.

Nên soi ổ bụng trong những trường hợp chụp tử cung vòi trứng thấy tắc. Nếu soi thấy vòi trứng tắc do bị gãy gấp vì dính ở bên ngoài, tiến hành gỡ dính sẽ đem lại kết quả rất cao.

Nếu tắc từ trong lòng vòi trứng thì điều trị rất khó khăn. Các phẫu thuật, kể cả vi phẫu thuật cắt nối vòi trứng đều đem lại kết quả hạn chế.

Trong những trường hợp vòi trứng tắc nhiều lần, không thể hy vọng giải quyết gì được bằng phẫu thuật, người ta chỉ định làm thụ tinh trong ống nghiệm Invitro Fertilization embryo transfer - IVF/ET. Đó là phương pháp lấy noãn của người vợ để chung với tinh trùng của người chồng vào trong môi trường nuôi cấy cho thụ tinh và phát triển thành phôi non ở giai đoạn 2 - 8 tế bào rồi đưa vào buồng tử cung cho làm tổ ở đó. Đây là một biện pháp công phu, đắt tiền và tỷ lệ đạt cũng chỉ được 27% trong các trường hợp, là cao nhất. Hiện nay, tại bệnh viện Từ Dũ, đạt kết quả điều trị bằng thụ tinh trong ống nghiệm có thai là 10-15%.

Ngoài ra, còn có phương pháp chuyển giao tử vào vòi trứng (gamete intrafallopian tube transfer - GIFT) dành cho những trường hợp nghi ngờ rằng loa vòi trứng không lượm được noãn để đưa vào vòi trứng và dẫn vào buồng tử cung. Người ta hút lấy noãn từ buồng trứng. Lấy tinh trùng của người chồng, cho xử lý rồi trộn với noãn bơm ngay vào vòi trứng qua phương pháp soi ổ bụng.

Đối với những phương pháp hợp tinh trùng của người chồng rất ít hoặc chết rất nhiều, người ta đã dùng phương pháp bơm tinh trùng vào nguyên sinh chất của noãn. Chỉ định cho phương pháp này cũng dành cho những trường hợp mà tinh trùng không có khả năng tự đâm xuyên vào noãn để gây thụ tinh, xác định bằng cách trộn noãn với tinh trùng, không thấy có thụ tinh, hoặc chỉ định trong trường hợp rất ít tinh trùng, chỉ lác đác có vài tinh trùng khi làm tinh dịch đồ, hoặc không có tinh trùng qua tinh dịch, phải lấy tinh trùng ở tinh hoàn hay mào tinh hoàn.

5.3. Điều trị cho người chồng

– Đối với những trường hợp tinh trùng ít hoặc tinh trùng yếu, có thể cho testosteron 250-300mg mỗi tháng, tiêm bắp, trong 3 tháng liền để ức chế vùng dưới đồi - tuyến yên, sau đó ngừng tiêm để chờ hiệu ứng nhảy vọt, tăng tiết Gn - RH của vùng dưới đồi, FSH, LH của tuyến yên và kích thích tốt tinh hoàn sản sinh ra tinh trùng.

– Có thể cho vitamin E 400mg 1-2 viên mỗi ngày trong 20 ngày, nghỉ 10 ngày trong mỗi tháng. Dùng 3 tháng liền. Vitamin C, vitamin A cũng có ích.

– Nhưng hiệu quả nhất là hMG và hCG phối hợp. hMG 75 đơn vị mỗi ngày, trong 10 ngày, hCG tổng liều 6000-9000 đơn vị quốc tế mỗi đợt. Tổng cộng 3 đợt. Muốn thử tinh trùng lại, cũng phải 3-4 tháng sau vì dù có tác dụng chăng nữa, tinh trùng cũng phải mất một thời gian là 3 tháng để di chuyển từ tinh hoàn ra ngoài.

– Nếu tinh trùng yếu nhiều hoặc chết nhiều mà có phình giãn các tĩnh mạch tinh thì có thể cải thiện được bằng phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh.

– Nếu tinh dịch đồ cho thấy số lượng tinh trùng dưới 20.000/mm^3 thì nên tiến hành làm thụ tinh nhân tạo bằng tinh trùng của người chồng. Bơm một lượng tinh dịch chừng 0,5ml vào sâu 1cm trong ống cổ tử cung. Tinh trùng sẽ tự bơi lên đường sinh dục trên của người phụ nữ. Ngày nay, người ta hay làm thụ tinh nhân tạo bằng cách bơm tinh trùng vào buồng tử cung. Phương pháp này đặc biệt có chỉ định khi có hiện tượng miễn dịch tinh trùng trong chất nhầy cổ tử cung, nên không thể bơm tinh trùng vào chất nhầy đó được, tinh trùng sẽ bị ngưng kết. Nhưng chỉ định phổ biến nhất là trong những trường hợp lỗ cổ tử cung mở quá hẹp, chất nhầy cổ tử cung quá đặc. Nếu bơm tinh trùng vào buồng tử cung thì trước hết phải xử lý tinh trùng cho sạch hết progestaglandin, sạch vi khuẩn và làm tinh trùng khoẻ lên.

– Nếu không có tinh trùng, hoặc do tắc đường dẫn tinh hoặc do tinh hoàn không sản sinh có được tinh trùng thì tiên lượng sẽ rất gay go. Thăm dò chỗ tắc của ống dẫn tinh đã khó, phẫu thuật làm thông ống dẫn tinh bằng cách bỏ đoạn tắc, nối các đoạn thông, hoặc bằng thông các đoạn tắc đều ít đem lại kết quả. Khi ấy chỉ còn cách lấy tinh trùng của người cho bơm vào đường sinh dục của người phụ nữ gọi là thụ tinh nhân tạo bằng tinh trùng của người cho.

6. ĐỀ PHÒNG VÔ SINH

Qua những nguyên nhân về vô sinh nói trên, có thể nêu những phương hướng đề phòng vô sinh như sau;

– Đối với nam giới: tránh bị lây nhiễm bệnh quai bị để khỏi bị biến chứng vào tinh hoàn, nhất là đối với nam thanh niên đã qua tuổi dậy thì.

– Đối với nữ giới: cần tuyệt đối giữ vệ sinh ở bộ phận sinh dục khi hành kinh, khi giao hợp, để đề phòng viêm tắc ở đường sinh dục, nhất là ở vòi trứng.

– Cần điều trị thật sớm đối với các biểu hiện của rối loạn kinh nguyệt, đặc biệt tìm mọi cách khắc phục tình trạng rong kinh kéo dài có thể dẫn đến hiện tượng rối loạn phóng noãn sau này.

7. KẾT LUẬN CHUNG

Vô sinh có nguyên nhân do cả nam và do cả nữ, tỷ lệ ngang nhau nên phải song song khám và chữa cho cả hai vợ chồng. Nguyên nhân của vô sinh thứ phát thường hay gặp không phóng noãn và bất thường về tinh trùng. Nguyên nhân của vô sinh thứ phát thường hay gặp tắc vòi trứng do viêm nhiễm đường sinh dục sau đẻ. Tuy nhiên, bao giờ cũng phải thăm dò đầy đủ để phát hiện sớm các nguyên nhân của cả hai phía, người vợ và người chồng nhằm tiến hành điều trị được chính xác và toàn diện.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

BÀI GIẢNG
SẢN PHỤ KHOA
Tập 1

Chịu trách nhiệm xuất bản
TỔNG GIÁM ĐỐC
CHU HÙNG CƯỜNG

Biên tập viên: BSCK I. NGUYỄN TIẾN DŨNG
Sửa bản in: NGUYỄN TIẾN DŨNG
Trình bày bìa: NGUYỆT THU
Kt vi tính: BÙI HUỆ CHI

GIÁ: 85.000 Đ

In 1000 cuốn, khổ 19 x 27 cm tại Công ty in Y học. Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 23 - 2013/CXB/21-185/YH. Số xuất bản: 459/QĐ-YH ngày 13/12/2013. In xong và nộp lưu chiểu quý IV năm 2013.