

ỦY BAN NHÂN TỈNH BẠC LIÊU  
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ BẠC LIÊU



**GIÁO TRÌNH**  
**MÔN HỌC: CHĂM SÓC SKSS PHỤ NỮ**

**NGÀNH: HỘ SINH**  
**TRÌNH ĐỘ: CAO ĐẲNG**

*Bạc Liêu, năm 2020*

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU  
**TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ**

---



# **GIÁO TRÌNH**

**MÔN HỌC: CHĂM SÓC SKSS PHỤ NỮ**

**Ngành/nghề: HỘ SINH**

**Trình độ: CAO ĐẲNG**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: 63G-QĐ/CDYT ngày 26/3/2020  
của Hiệu trưởng trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu)*

Bạc Liêu, năm 2020

## **TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN**

Tài liệu này thuộc loại sách giáo trình nên các nguồn thông tin có thể được phép dùng nguyên bản hoặc trích dùng cho các mục đích về đào tạo và tham khảo.

Mọi mục đích khác mang tính lệch lạc hoặc sử dụng với mục đích kinh doanh thiếu lành mạnh sẽ bị nghiêm cấm.

## LỜI GIỚI THIỆU

Quyển giáo trình môn *Chăm sóc sức khỏe sinh sản phụ nữ* được biên soạn theo chương trình giáo dục Cao đẳng Hộ sinh của Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu, dựa trên cơ sở chương trình khung của Bộ Lao Động -Thương Binh và Xã Hội đã phê duyệt.

Để cập nhật chương trình đào tạo Hộ sinh tiên tiến cần có phương pháp giảng dạy hiện đại, phương thức lượng giá thích hợp trong giảng dạy. Thực hiện mục tiêu ưu tiên đáp ứng nhu cầu có tài liệu học tập và nâng cao kiến thức về *Chăm sóc sức khỏe sinh sản phụ nữ* cho Sinh viên/Học viên Cao đẳng hộ sinh; Bộ môn đã tiến hành biên soạn quyển giáo trình này để đáp ứng nhu cầu thực tế trong công tác đào tạo Hộ sinh tại Trường.

Tài liệu được các giảng viên nhiều kinh nghiệm và tâm huyết trong công tác giảng dạy biên soạn theo phương pháp giảng dạy tích cực, nâng cao tính tự học của người học và phù hợp với thực tiễn Việt Nam. Giáo trình trang bị những kiến thức cơ bản và kiến thức chuyên ngành cho Sinh viên/Học viên và quý đồng nghiệp trong lĩnh vực hộ sinh nói chung và Chăm sóc sức khỏe sinh sản phụ nữ nói riêng.

Giáo trình *Chăm sóc sức khỏe sinh sản phụ nữ* đã được sự phản hồi và đóng góp ý kiến của quý đồng nghiệp, các chuyên gia lâm sàng có nhiều năm kinh nghiệm trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản phụ nữ, quyển giáo trình được thông qua hội đồng nghiệm thu cấp Trường để giảng dạy cho sinh viên trình độ cao đẳng.

Do bước đầu biên soạn nên chắc chắn nội dung quyển giáo trình còn nhiều hạn chế và thiếu sót. Chúng tôi rất mong nhận được ý kiến đóng góp của quý đồng nghiệp, các bạn Sinh viên/Học viên để tài liệu ngày càng hoàn thiện.

Chân thành cảm ơn Ban Giám Hiệu Trường; lãnh đạo Khoa; các phòng chức năng và tập thể giảng viên Bộ môn những người đã trực tiếp tham gia biên soạn quyển giáo trình.

*Bạc Liêu, ngày 10 tháng 02 năm 2020*

**NHÓM BIÊN SOẠN**

**Tham gia biên soạn**

**Chủ biên:**

BSCKI. Trần Thị Mão

**Tổ biên soạn:**

1. BSCKI. Trần Thị Mão
2. CN. Nguyễn Thị Lan Phương

## MỤC LỤC

Bài 1. Đại cương về chăm sóc sức khỏe phụ nữ .....	1
Bài 2. Giải phẫu - sinh lý chuyên ngành.....	9
Bài 3. Chăm sóc phụ nữ có ra máu bất thường đường sinh dục .....	31
Bài 4. Chăm sóc phụ nữ viêm nhiễm sinh dục và bệnh lây truyền qua đường tình dục .....	40
Bài 5. Chăm sóc phụ nữ có khối u sinh dục và u vú .....	57
Bài 6. Chăm sóc phụ nữ sa sinh dục, rò bàng quang sinh dục và tiểu không tự chủ .....	73
Bài 7. Những rối loạn và biến cố hay gặp ở phụ thời kỳ mãn kinh .....	87
Bài 8. Tư vấn sức khỏe phụ nữ thời kỳ mãn kinh .....	95
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	103

**Tên môn học: CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN PHỤ NỮ**

**Mã môn học: H. 15**

**Thời gian thực hiện môn học:** 75 giờ (Lý thuyết: 28 giờ, TH: 0 giờ, TTBV: 44 giờ, Kiểm tra: 3 giờ).

### **I. Vị trí, tính chất môn học:**

- **Vị trí:** Môn học Chăm sóc sức khỏe sinh sản phụ nữ được bố trí sau khi học xong các môn học: dân số KHHGD.

- **Tính chất:** Môn học cung cấp kiến thức cơ bản về sức khỏe sinh sản, trang bị các kỹ năng chăm sóc sức khỏe sinh sản đối với người phụ nữ; một số tình trạng rối loạn về thể chất, chức năng sinh sản; một số bệnh thường gặp của bộ phận sinh sản: cách phát hiện, xử trí ban đầu và dự phòng; nguyên tắc và quy trình một số kỹ thuật trong điều trị và thực hiện chăm sóc người bệnh có bệnh lý về sức khỏe sinh sản tại bệnh viện và tại cộng đồng. Những rối loạn và biến cố thường gặp ở tuổi mãn kinh, cách phát hiện, dự phòng và điều trị cũng như chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ tuổi mãn kinh.

### **II. Mục tiêu môn học:**

#### **1. Kiến thức**

- 1.1. Hiểu rõ được đặc điểm sức khỏe sinh sản của người phụ nữ.
- 1.2. Hiểu rõ được các phương pháp chăm sóc sức khỏe sinh sản đối với người phụ nữ.
- 1.3. Trình bày đầy đủ các nguyên nhân, rối loạn và biến cố xảy ra ở tuổi mãn kinh. Nhận biết cách phát hiện, dự phòng, điều trị và chăm sóc cho phụ nữ tuổi mãn kinh.

#### **2. Kỹ năng**

- 2.1. Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật chăm sóc sức khỏe sinh sản của người phụ nữ tại bệnh viện và tại cộng đồng.  
Tư vấn được các dịch vụ hỗ trợ chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ và gia đình của họ.
- 2.3. Nhận định được triệu chứng lâm sàng một số bệnh thường gặp ở phụ nữ.
- 2.4. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ.
- 2.5. Nhận định được triệu chứng lâm sàng một số biến cố và bệnh thường gặp ở phụ nữ mãn kinh.
- 2.5. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ mãn kinh.

#### **3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm**

- 3.1. Thận trọng, chính xác đảm bảo an toàn và tôn trọng người bệnh.
- 3.2. Tác phong nhanh nhẹn chính xác cho phụ nữ.

### III. Nội dung môn học:

#### 1. Nội dung tổng quát và phân bổ thời gian:

TT	Tên bài trong môn học	Thời gian (giờ)				
		TS	LT	TH	TTBV	KT
1	Đại cương về chăm sóc sức khỏe phụ nữ	2	2	0		
2	Giải phẫu - sinh lý chuyên ngành	4	4	0		
3	Chăm sóc phụ nữ có ra máu bất thường đường sinh dục	4	4	0		
4	Chăm sóc phụ nữ viêm nhiễm sinh dục và bệnh lây truyền qua đường tình dục	5	4	0		1
5	Chăm sóc phụ nữ có khối u sinh dục và u vú	2	2	0		
6	Chăm sóc phụ nữ sa sinh dục, rò bàng quang sinh dục và tiểu không tự chủ	2	2	0		
7	Những rối loạn và biến cố hay gặp ở phụ thời kỳ mãn kinh	4	4	0		
8	Tư vấn sức khỏe phụ nữ thời kỳ mãn kinh	7	6	0		1
9	Thực tập bệnh viện	45			44	1
<b>Cộng</b>		<b>75</b>	<b>28</b>	<b>0</b>	<b>44</b>	<b>3</b>



## **Bài 1. ĐẠI CƯƠNG VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE PHỤ NỮ**

**MỤC TIÊU BÀI HỌC:** *sau khi học xong, sinh viên có khả năng*

### **1. Kiến thức**

- 1.1. Trình bày được khái niệm về chăm sóc sức khỏe phụ nữ.
- 1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng và những thay đổi về sức khỏe sinh qua các thời kỳ.

### **2. Kỹ năng**

- 2.1. Vận dụng kiến thức đã học phát hiện và xử trí sớm các dấu hiệu bất thường về sinh sản cho phụ nữ.
- 2.2. Thực hiện được việc hướng dẫn phụ nữ cách chăm sóc sức khỏe sinh sản cho bản thân và gia đình.

### **3. Thái độ**

- 3.1. Rèn luyện tác phong nhanh nhẹn, thận trọng, chính xác.
- 3.2. Chủ động lĩnh hội kiến thức về chăm sóc SKPN

## **A. ĐẠI CƯƠNG VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE PHỤ NỮ**

### **1. SỨC KHỎE SINH SẢN**

#### **1.1. Định nghĩa sức khỏe sinh sản**

- Tại Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển tại hội nghị Quốc tế Dân số và Phát triển Cairô, Ai Cập - 1994.

“SKSS là tình trạng thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội, của tất cả những gì liên quan tới hoạt động và chức năng của bộ máy sinh sản, chứ không phải là không có bệnh hay khuyết tật của bộ máy đó.

#### **1.2. Hoạt động của bộ máy sinh sản gồm 2 mục tiêu**

- Mục tiêu sinh sản là đẻ.
- Mục tiêu không sinh sản là hoạt động tình dục.
- Định nghĩa sức khỏe sinh sản đơn giản và cụ thể là: khả năng nam và nữ tiến hành hoạt động tình an toàn, mong muốn có thai hoặc không, và nếu mong muốn thì quá trình mang thai đủ tháng an toàn, đẻ con khỏe mạnh và được nuôi dưỡng tốt.

#### **1.3. Lợi ích tình dục đối với sức khỏe**

##### **1.3.1. Tình dục giải phóng căng thẳng**

Lợi ích tình dục lớn nhất của tình dục là giảm huyết áp, giảm stress. Tạp chí sinh học đầu tiên trích dẫn cho biết một nghiên cứu ở Scotland được tiến hành trên 24 phụ nữ và 22 nam giới, cho biết căng thẳng của họ được giải tỏa và huyết áp ổn định hơn khi họ quan hệ tình dục thường xuyên, đối với họ ít nhất 1 lần/tuần

##### **1.3.2. Quan hệ tình dục làm cho sức khỏe dẻo dai**

Thường xuyên hoạt động tình dục hoạt động tình dục 1 hoặc 2 lần/tuần liên quan chặt chẽ gia tăng độ bền hay sức chịu đựng của cơ thể

### **1.3.3. Tình dục đốt cháy calo**

Hoạt động tình dục được cho là có khả năng đốt cháy calo 2000 calo/11 lần. Như vậy quan hệ tình dục được coi là phương pháp giảm béo nếu thực hiện đều đặn.

### **1.3.4. Tình dục có khả năng cải thiện của tim**

Các nhà nghiên cứu của Anh, công bố nghiên cứu của mình trên Tạp chí Dịch tễ học và y tế cộng đồng đã tiến hành nghiên cứu trên 914 nam giới/20 năm với các rối loạn đột quỵ, cho thấy thường xuyên hoạt động tình dục 2 lần/tuần làm giảm nguy cơ bệnh tim. Tuy nhiên nam giới ở độ tuổi 50 sợ quan hệ tình dục vì họ cho rằng nếu quan hệ tăng nguy cơ đột quỵ.

### **1.3.5. Tình dục giúp giảm đau**

Khi hormone oxytocin tăng lên, endorphin giảm đau cũng tăng lên, giảm đau đầu, giảm đau khớp, và những phản nản về triệu chứng kinh nguyệt

### **1.3.6. Tình dục làm giảm nguy cơ ung thư tiền liệt tuyến**

- Xuất tinh thường xuyên đặc biệt độ tuổi 20 có thể làm giảm nguy cơ ung thư tiền liệt tuyến của đời mình, theo báo cáo của nhà nghiên cứu Australia được đăng trong Tạp chí tiết niệu Quốc tế của Anh.

- Tình dục giảm kiểm soát bàng quang tốt hơn, giảm tiểu tiện không tự chủ, tương tự tập kegel ở nam và nữ.

### **1.3.7. Tình dục làm cho giấc ngủ có chất lượng**

Nếu bạn tận hưởng giấc ngủ có chất lượng tốt, đừng bao giờ lười quan hệ tình dục trước khi đi ngủ. Theo nghiên cứu trong quan hệ tình dục mức hormone oxytocin tiết ra đồng thời với cực khoái. Điều này sẽ giúp bạn ngủ ngon hơn thông thường.

## **2. MƯỜI NỘI DUNG VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN**

- Làm mẹ an toàn bao gồm việc chăm sóc khi mang thai, khi đẻ, sau đẻ mẹ và con an toàn.

- Kế hoạch hóa gia đình làm cho mức sinh sản tự nhiên phù hợp với mức phát triển kinh tế giúp cho thực hiện quyền sinh sản.

- Giảm nạo hút thai và hút thai an toàn.

- Sức khỏe sinh sản vị thành niên.

- Các bệnh nhiễm khuẩn cơ quan sinh sản bao gồm: Viêm cổ tử cung, viêm âm đạo, viêm tiểu khung.

- Bệnh lây truyền qua đường tình dục: lậu giang mai, trùng roi, viêm gan B, HIV/AIDS.

- Ung thư vú, ung thư sinh dục.

- Vô sinh (có xu hướng tăng dần).

- Giáo dục tình dục học.

- Công tác truyền thông giáo dục: dễ hiểu, dễ làm cho nhiều đối tượng ở cấp quản lý chương trình Y tế Quốc gia, những người cung cấp dịch vụ và những người sử dụng dịch vụ

## **B. GIÁO DỤC SỨC KHOẺ SINH SẢN CHO PHỤ NỮ**

Do đặc điểm cấu trúc giải phẫu, bộ phận sinh dục của người phụ nữ nằm giữa lỗ niệu đạo và hậu môn; do đặc điểm sinh lý, hàng tháng người phụ nữ có kinh nguyệt, nên người phụ nữ dễ nhiễm khuẩn đường sinh sản hơn nam giới. Mặt khác, với tâm lý người phụ nữ ngại nói ra những vấn đề liên quan đến bộ phận sinh dục, nên có thể có những vấn đề bất thường, họ không đến cơ sở y tế ngay. Vì vậy, việc giáo dục sức khỏe sinh sản cho người phụ nữ là một việc rất quan trọng và cần làm thường xuyên - Đó là một trong những nhiệm vụ của người hộ sinh trung học.

### **1.1. Vệ sinh thân thể và bộ phận sinh dục ngoài hàng ngày**

Bộ phận sinh dục nữ từ bên ngoài (lỗ âm đạo) thông với tử cung vào ổ bụng qua vòi trứng, nên vi khuẩn có thể xâm nhập từ âm hộ vào bên trong, gây viêm niêm mạc tử cung, viêm vòi trứng, viêm tiểu khung. Hàng ngày, đại tiểu tiện nhiều lần, vùng sinh dục ngoài bị bẩn, nếu người phụ nữ không vệ sinh tốt, có thể là điều kiện thuận lợi để vi khuẩn phát triển và gây viêm nhiễm.

Việc giáo dục vệ sinh thân thể và bộ phận sinh dục hàng ngày, không phải chỉ là sự tư vấn cho một cá thể nào đó, mà người hộ sinh cần có ý thức và biện pháp tuyên truyền, giáo dục tới mọi đối tượng trong cộng đồng, để không những bản thân người phụ nữ thực hiện tốt, mà chính họ có thể là tuyên truyền viên, hướng dẫn viên giúp chúng ta trong công việc này.

Trong quá trình truyền thông tư vấn, người hộ sinh cần quan tâm tìm hiểu những phong tục, tập quán, thói quen ảnh hưởng đến việc chăm sóc sức khỏe sinh sản ngoài thời kỳ thai nghén. Từ đó, tìm ra những phong tục, thói quen tốt để khuyến khích người phụ nữ phát huy; những phong tục thói quen không có lợi, để hướng dẫn, giải thích và làm thay đổi những thói quen đó.

Nội dung cần tư vấn bao gồm:

- Rửa bộ phận sinh dục ngoài:

- + Dùng nước sạch: nước máy, nước giếng hoặc nước mưa.
- + Dùng xà phòng có độ xút nhẹ để rửa (xà phòng tắm).
- + Dùng vòi nước hoặc gáo múc nước để dội, chứ không ngồi ngâm trong chậu.

+ Rửa từ trước ra sau, rửa âm hộ trước, hậu môn sau cùng. Chú ý trong khi rửa không cho tay vào trong âm đạo, vì có thể đưa bẩn vào trong âm đạo hoặc làm xước niêm mạc âm đạo, dễ dẫn đến viêm nhiễm.

- Thay quần áo lót sạch sẽ hàng ngày, quần áo phải rộng, thoáng, tốt nhất là bằng các loại vải bông.

- Hàng ngày, phải rửa bộ phận sinh dục ngoài, ít nhất một lần trước khi đi ngủ và sau khi đại tiện

- Các em bé gái cần phải thường xuyên mặc quần, để tránh bụi đất bám vào âm hộ, âm đạo.

## **1.2. Vệ sinh kinh nguyệt**

Kinh nguyệt là hiện tượng chảy máu có tính chất chu kỳ hàng tháng, từ buồng tử cung ra ngoài. Huyết kinh là môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển, vì vậy, nếu trong những ngày kinh nguyệt không vệ sinh tốt, thì dễ dẫn đến nhiễm khuẩn đường sinh sản.

### **1.2.1. Vệ sinh vùng âm hộ**

- Mỗi ngày rửa âm hộ nhiều lần tùy thuộc vào lượng huyết kinh ra nhiều hay ít, nhưng ít nhất cũng phải rửa 3 lần/ngày (sáng, trưa, tối). Mỗi lần rửa xong, phải thay bằng vệ sinh mới.

- Cách rửa như vệ sinh hàng ngày.

- Dùng băng vệ sinh được sản xuất sẵn, dùng 1 lần rồi bỏ. Nếu dùng vải màn thì phải được giặt bằng nước sạch với xà phòng có độ xút cao để tẩy sạch, phơi khô ở nơi thoáng, có ánh nắng mặt trời, xa các công trình vệ sinh (là khô thì tốt hơn), băng vệ sinh cần được bảo quản ở nơi khô ráo, tránh ẩm mốc, đề phòng khi dùng lại dễ bị bệnh nấm.

- Nên làm vệ sinh ở nhà tắm, không làm vệ sinh ở nơi đại, tiểu tiện.

### **1.2.2. Vệ sinh thân thể hàng ngày**

Khi hành kinh vẫn có thể tắm rửa như bình thường, tốt nhất là tắm bằng nước ấm, tắm dưới vòi nước hoặc dùng gáo múc dội, không ngâm mình trong ao, hồ, bể tắm...

### **1.2.3. Chế độ làm việc**

- Trong những ngày hành kinh, không lao động ngâm mình trong nước, vì dễ bị nhiễm khuẩn, nếu bị lạnh kéo dài, có thể bị băng kinh.

- Tránh làm việc nặng quá sức, thời gian lao động không quá dài, quá căng thẳng, dễ làm kinh nguyệt ra nhiều và kéo dài.

- Tránh đi lại nhiều, đi xa, làm việc lâu ở tư thế đứng. Nên nghỉ giữa giờ nhiều hơn bình thường.

- Nếu ra máu nhiều hoặc đau bụng nhiều, phải nghỉ làm việc để đảm bảo sức khoẻ.

### **1.2.4. Chế độ ăn uống, nghỉ ngơi**

- Không ăn, uống các chất kích thích như ớt, tiêu, cà phê, thuốc lá, rượu, nước chè đặc, dễ bị kích thích, làm kinh nguyệt ra nhiều và kéo dài.

- Không thức quá khuya hoặc dậy quá sớm.

### **1.2.5. Sinh hoạt tình dục**

Không sinh hoạt tình dục trong những ngày hành kinh, vì dễ bị nhiễm khuẩn do huyết kinh là môi trường rất thuận lợi cho vi khuẩn phát triển, đồng thời làm cho người phụ nữ mệt mỏi hơn.

### **1.3. Vệ sinh tình dục**

Tình dục là một nhu cầu sinh lý bình thường của con người, nhưng cần phải điều tiết hoạt động tình dục đúng mức, để đảm bảo sức khỏe chung và chức năng sinh sản, nghĩa là tình dục phải an toàn và có trách nhiệm.

- Chỉ sinh hoạt tình dục khi cả 2 người có nhu cầu và thấy người khoẻ mạnh.
- Cả 2 phải rửa bộ phận sinh dục ngoài trước và sau giao hợp.
- Không giao hợp trong khi ốm, vừa ăn no, uống rượu say, vì có thể bị chết đột tử (phạm phòng).

- Tình dục an toàn:

- + Không để có thai ngoài ý muốn, để lại những hậu quả không tốt về thể chất và tinh thần.

- + Không để cho bản thân và bạn tình bị lây nhiễm các bệnh

LTQĐTD.

- Tình dục có trách nhiệm:

- + Hai người phải quan tâm thông cảm với nhau, làm cho cả 2 cùng thoải mái chứ không vì để thỏa mãn sự ham muốn, khoái cảm của 1 người, mà bắt buộc hoặc gò ép, làm cho bạn tình đau đớn, mệt mỏi.

- + Cần tôn trọng nguyện vọng của bạn tình và thương lượng sử dụng các biện pháp tránh thai phù hợp.

### **2.4. Giáo dục cho trẻ vị thành niên**

Khi tư vấn về sức khỏe sinh sản cho tuổi vị thành niên cần chú ý: vị thành niên cần được đối xử như người lớn. Họ sẽ “không nghe” nếu họ cảm thấy họ đang được lên lớp. Trong khi tư vấn cho vị thành niên, vấn đề quan trọng là chiếm được lòng tin của họ qua cách thức nhẹ nhàng và chân thành. Không làm cho họ thấy sợ hãi và tội lỗi, hoặc tư vấn theo kiểu áp đặt, độc đoán.

Khi tư vấn, bạn cần phải lắng nghe ý kiến của khách hàng, lưu tâm đến những mối lo, nhu cầu của họ. Giúp họ đưa ra những vấn đề rắc rối của mình, nhưng bằng tình cảm bình thường làm cho họ yên tâm là: những nhu cầu hiểu biết về cơ thể, cảm xúc, sự phát triển, sự chán nản và ham muốn tình dục là bình thường. Khuyến khích họ nói về những gì mà họ đã biết, họ đã đưa ra những quyết định gì, lý do về sự lựa chọn đó.

Những lĩnh vực cần tư vấn bao gồm:

- Những thay đổi về thể chất, tinh thần và cảm xúc xuất hiện trong tuổi vị thành niên của các cô bé, cậu bé. Cả 2 giới phải tiếp nhận các thông tin này. Nó bao gồm trình bày kiến thức về giải phẫu của bộ phận sinh dục và những thay đổi bình thường của nó về kích thước và thời gian có những thay đổi đó. Cần cung cấp cho vị thành niên kiến thức về kinh nguyệt, những việc cần làm khi có kinh nguyệt và các hoạt động giới tính.

- Giải thích về sự thụ thai, có thai, sinh con và vai trò làm cha mẹ. Cần phải nhấn mạnh nghĩa vụ và trách nhiệm của vợ chồng với nhau và với con cái của họ. Đồng thời, cũng cần cung cấp các thông tin về nguy cơ do thai sản ở tuổi vị thành niên.

- Thông tin đầy đủ và chính xác về các biện pháp tránh thai ngoài ý muốn, phá thai (an toàn và không an toàn).

- Thông tin rõ ràng về vệ sinh hàng ngày, nguy cơ nhiễm khuẩn đường sinh dục và các bệnh LTQĐTD.

- Phân tích những nguy cơ dẫn đến vô sinh.

- Giải thích những nguy cơ nghiện ma túy.

- Giải thích những lời đồn đại không đúng về vị thành niên.

(xem chi tiết trong bài “Sức khỏe sinh sản vị thành niên”)

## **2.5. Giáo dục cho phụ nữ ở độ tuổi sinh sản**

Ở độ tuổi này, người phụ nữ hầu hết đã trưởng thành cả về thể chất, sinh lý và tâm lý, phần lớn đã có việc làm ổn định, xây dựng gia đình và sinh con. Trong chăm sóc sức khỏe sinh sản, không những bản thân người phụ nữ, mà cả người chồng cũng có vai trò rất quan trọng. Vì vậy, đối tượng truyền thông tư vấn không chỉ là chị em phụ nữ, mà phải là các cặp vợ chồng.

Ngoài thời kỳ mang thai và sinh đẻ, người hộ sinh cần tư vấn cho họ những vấn đề sau:

- Vệ sinh hàng ngày, vệ sinh giao hợp.

- Thông tin đầy đủ và chính xác về các biện pháp tránh thai, hỗ trợ họ lựa chọn biện pháp tránh thai thích hợp với bản thân họ.

- Thông tin về các dấu hiệu thai nghén, lợi ích của đăng ký thai nghén và khám thai định kỳ.

- Thông tin về nguy cơ của phá thai không an toàn.

- Thông tin đầy đủ về nguy cơ và các dấu hiệu nhiễm khuẩn đường sinh dục và các bệnh LTQĐTD.

- Hướng dẫn khám phụ khoa định kỳ, để phát hiện sớm các bệnh phụ khoa, điều trị kịp thời.

Cần chú ý, đi đôi với giáo dục, là cung cấp các dịch vụ đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe sinh sản, đặc biệt là trong lĩnh vực kế hoạch hoá gia đình

## **2.6. Giáo dục cho phụ nữ trong thời kỳ thai nghén**

(Môn học Chăm sóc bà mẹ thời kỳ thai nghén).

## **2.7. Giáo dục cho phụ nữ “tiền mãn kinh-mãn kinh”**

Phụ nữ có tuổi, có nhiều sự thay đổi về sức khỏe sinh sản, nhưng tâm lý người có tuổi lại ngại nói ra những vấn đề bất thường của mình, ngại đi khám bệnh, nếu như còn chịu đựng được. Vì vậy, không những chỉ tư vấn cho người phụ nữ có tuổi, mà còn cần tư vấn cho những người thân của họ, để những người thân có thể gần gũi và đồng cảm với người có tuổi hơn, khi đó, người có tuổi thấy dễ dàng kể ra những bất thường, những băn khoăn, lo lắng về sức khỏe của mình với những người thân.

Nội dung tư vấn gồm:

- Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, lao động, tập luyện phù hợp.
- Hướng dẫn chế độ ăn thích hợp phòng các bệnh tim mạch, loãng xương...
- Tư vấn về vấn đề tình dục ở người có tuổi. Chú ý đến tâm lý người có tuổi là rất ngại thổ lộ về vấn đề này, một số người cho rằng ở tuổi này không nên sinh hoạt vợ chồng; hoặc ở một số nơi có phong tục tuổi già, bố mẹ không ở cùng nhà, mà ở riêng theo các con...
- Hướng dẫn người có tuổi và người thân của họ phát hiện một số vấn đề bất thường về sức khỏe của người có tuổi.

(“Sức khỏe sinh sản ở người phụ nữ tuổi mãn kinh”)

## **TỰ LƯỢNG GIÁ**

### **1. Định nghĩa sức khỏe sinh sản**

A. Tại Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển tại hội nghị Quốc tế Dân số và Phát triển Cairô, Ai Cập - 1994

B. Tại Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển tại hội nghị Quốc tế Dân số và Phát triển Cairô, Hà Lan - 1994

A. Tại Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển tại hội nghị Quốc tế Dân số và Phát triển Cairô, Ấn Độ - 1994

A. Tại Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển tại hội nghị Quốc tế Dân số và Phát triển Cairô, Ai Cập - 1995

### **2. Sức khỏe sinh sản là tình trạng thoải mái về, ngoại trừ:**

A. Thể chất

B. Tinh thần

C. Xã hội

D. Có bệnh hay khuyết tật của bộ máy sinh sản

### **3. Hoạt động của bộ máy sinh sản gồm mấy mục tiêu?**

A. 2

B. 3

C. 4

D. 5

**4. Định nghĩa sức khỏe sinh sản đơn giản và cụ thể là, ngoại trừ:**

- A. Khả năng nam và nữ tiến hành hoạt động tình an toàn
- B. Mong muốn có thai hoặc không
- C. Quá trình mang thai đủ tháng không an toàn
- D. Để con khỏe mạnh và được nuôi dưỡng tốt

**Câu 5. Điều nào sau đây không đúng về lợi ích tình dục đối với sức khỏe là:**

- A. Tình dục giải phóng căng thẳng
- B. Giảm *Cholesterol*
- C. Cho sức khỏe dẻo dai
- D. Tình dục đốt cháy calo

**6. Các bệnh nhiễm khuẩn cơ quan sinh sản bao gồm, ngoại trừ:**

- A. Viêm cổ tử cung
- B. Viêm âm đạo
- C. Viêm tiểu khung
- D. Tăng sinh môn

**7. Làm mẹ an toàn bao gồm việc chăm sóc khi?**

- A. Mang thai, khi đẻ, sau đẻ mẹ và con an toàn
- B. Kế hoạch hóa gia đình an toàn
- C. Giảm nạo hút thai và hút thai an toàn
- D. Sức khỏe sinh sản vị thành niên

**8. Công tác truyền thông giáo dục, ngoại trừ:**

- A. Dễ hiểu
- B. Dễ làm
- C. Cho nhiều đối tượng
- D. Riêng hộ gia đình

**9. Đặc điểm với tâm lý người phụ nữ là:**

- A. Ngại nói ra những vấn đề liên quan đến bộ phận sinh dục
- B. Do đặc điểm sinh lý, hàng tháng người phụ nữ không có kinh nguyệt
- C. nên có thể có những vấn đề bất thường, họ không đến cơ sở y tế ngay
- D. Hệ thống sinh dục sâu, kín, ẩm ướt

**10. Nội dung không cần tư vấn sinh dục ngoài là:**

- A. Dùng nước sạch: nước máy, nước giếng hoặc nước mưa
- B. Dùng xà phòng có độ xút nhẹ để rửa (xà phòng tắm).
- C. Dùng vòi nước hoặc gáo múc nước để dội, chứ không ngồi ngâm trong chậu
- D. Rửa từ sau ra trước, rửa hậu môn trước, sau cùng âm hộ



## **Bài 2. GIẢI PHẪU SINH LÝ CHUYÊN NGÀNH**

**MỤC TIÊU BÀI HỌC: sau khi học xong, sinh viên có khả năng**

### **1. Kiến thức**

- 1.1. Kể tên đầy đủ các cơ quan thuộc bộ phận sinh dục nữ và các yếu tố liên quan.
- 1.2. Trình bày được cấu trúc và chức năng của tử cung.
- 1.3. Trình bày được hoạt động nội tiết có chu kỳ của buồng trứng.
- 1.4. Kể tên và số đo các đường kính của khung chậu nữ.

### **2. Thái độ**

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

## **B. GIẢI PHẪU BỘ PHẬN SINH DỤC NỮ**

### **1. ÂM HỘ**

Âm hộ gồm tất cả những phần bên ngoài nhìn thấy được từ xương vệ (xương mu) đến tầng sinh môn.

- Vùng mu (đôi vệ nữ): là lớp tổ chức mỡ nằm trên xương vệ có lông bao phủ bên ngoài.

- Âm vật: tương đương với dương vật ở nam giới nhưng không có thể xoắn và không có niệu đạo nằm trong. Âm vật dài khoảng 1-2 cm, đường kính ngang khoảng 0,5 cm. Âm vật có nhiều mạch máu, là cơ quan tạo cảm trong sinh dục.

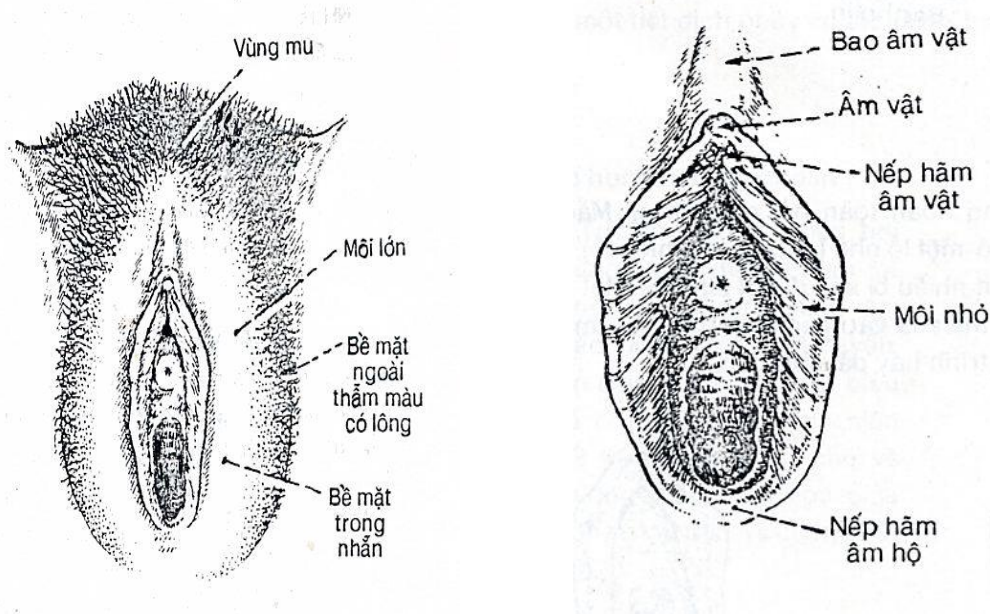
- Hai môi lớn: ở 2 bên âm hộ, nối tiếp với đôi vệ nữ đến vùng tầng sinh môn. Sau tuổi dậy thì cũng có lông bao phủ.

- Hai môi nhỏ: là hai nếp gấp của da ở trong 2 môi lớn, không có lông nhưng có nhiều tuyến và nhiều dây thần kinh cảm giác.

- Lỗ niệu đạo: nằm trong vùng tiền đình (1 vùng hình tam giác giới hạn phía trước là âm vật, 2 bên là 2 môi bé, phía sau là mép sau âm hộ), nằm ở dưới âm vật, 2 bên lỗ niệu đạo có tuyến Skène.

- Màng trinh và lỗ âm đạo: màng trinh có nhiều dạng khác nhau, có nhiều đầu dây thần kinh cảm giác, không có sợi cơ trơn, che ống âm đạo bên trong, chỉ chừa 1 lỗ nhỏ ở giữa để máu kinh nguyệt ra ngoài. Hai bên lỗ âm đạo có tuyến Bartholin, có nhiệm vụ tiết dịch giúp âm đạo không bị khô.

Âm hộ nhận máu từ động mạch thẹn trong và máu trở về qua tĩnh mạch thẹn trong. Đường bạch huyết dẫn đến các hạch vùng bẹn. Âm hộ có các đầu dây thần kinh thẹn trong.



Hình 2.1: âm vật

## 2. ÂM ĐẠO

- Âm đạo là ống cơ trơn nối âm hộ đến cổ tử cung, nằm giữa niệu đạo và bàng quang ở phía trước, trực tràng ở phía sau.

- Âm đạo có chiều dài khác nhau giữa các thành: thành trước 6,5 cm, thành sau 9,5 cm, 2 thành bên 7,5 cm.

- Vòm âm đạo tiếp cận với các túi cùng, ở phía sau, vòm âm đạo ngăn cách với trực tràng qua cùng đờ sau và túi cùng Douglas là điểm thấp nhất trong ổ bụng.

- Âm đạo bình thường là một ống dẹt, thành trước và thành sau áp vào nhau. Khi đẻ, âm đạo có thể giãn rộng để thai nhi đi qua được.

- Niêm mạc âm đạo thường có nhiều nếp nhăn ngang, chịu ảnh hưởng của các nội tiết tố nữ, thường hơi ẩm do dịch tiết từ cổ tử cung và buồng tử cung ra.

Thành âm đạo có lớp cơ trơn với thớ cơ dọc ở nông và thớ vòng ở sâu. Các thớ cơ liên tiếp với cơ cổ tử cung.

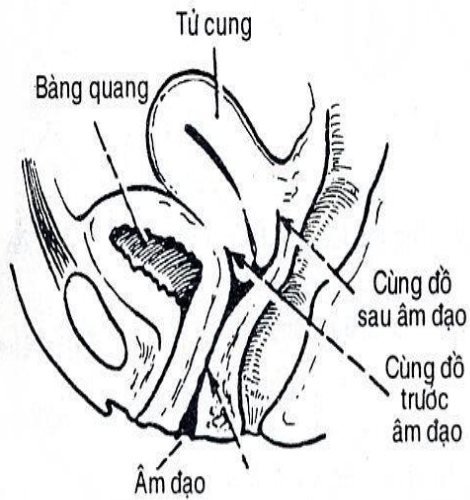
### 2.1. Mạch máu

- Động mạch: 1/3 trên âm đạo do nhánh cổ tử cung - âm đạo của động mạch tử cung, 1/3 giữa do động mạch bàng quang dưới và 1/3 dưới do nhánh của động mạch trực tràng giữa và động mạch thẹn trong.

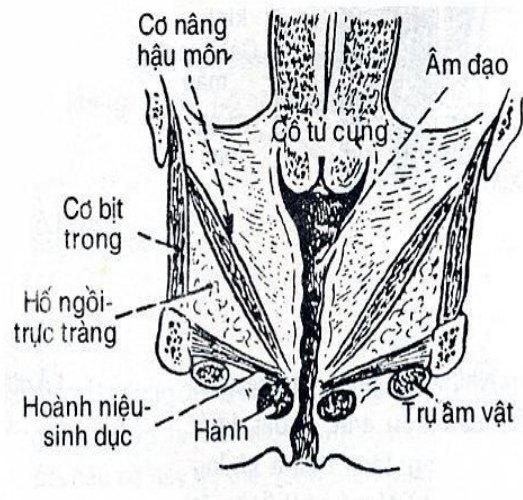
- Tĩnh mạch: có rất nhiều, tạo thành những đám rối tĩnh mạch nằm ở lớp dưới niêm mạc và đổ về tĩnh mạch hạ vị.

- Bạch mạch: 1/3 trên đổ về các hạch bạch huyết quanh động mạch chậu, 1/3 giữa đổ về các hạch bạch huyết quanh động mạch hạ vị, 1/3 dưới đổ về các hạch bạch huyết vùng bẹn.

2.2. **Thần kinh:** bình thường âm đạo không có đầu nhánh dây thần kinh.



Thiết đồ cắt đứng dọc âm đạo

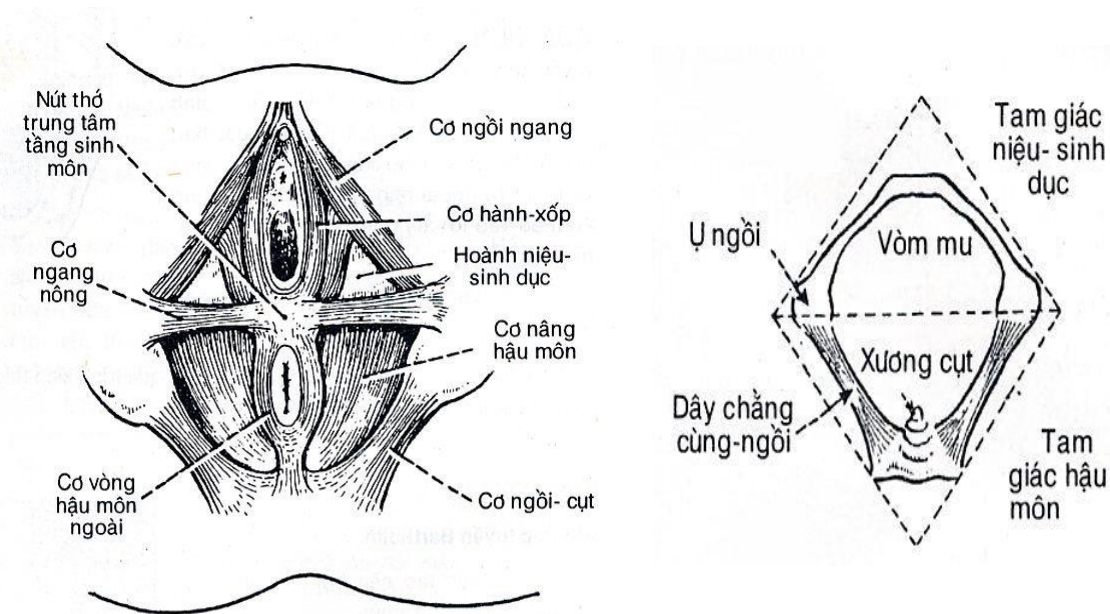


Thiết đồ cắt đứng ngang âm đạo

Hình 2.2: âm đạo

### 3. TẦNG SINH MÔN

Tầng sinh môn hay đáy chậu gồm tất cả các phần mềm, gân, cơ, dây chằng bịt lỗ dưới khung chậu. Tầng sinh môn có dạng hình trám, giới hạn ở phía trước là bờ dưới xương vẹt, 2 bên là 2 ụ ngồi, phía sau là đỉnh xương cụt. Đường nối 2 ụ ngồi chia tầng sinh môn ra làm 2 phần: tầng sinh môn trước hay đáy chậu niệu sinh dục và tầng sinh môn sau hay đáy chậu hậu môn (giữa nam và nữ, tầng sinh môn trước khác nhau còn tầng sinh môn sau giống nhau).



Hình 2.3: tầng sinh môn

Tầng sinh môn trước ở nữ là một vùng được giới hạn bởi phía trước là mép sau âm hộ và phía sau là hậu môn. Đó là một khối hình tam giác đều, mỗi cạnh 4 cm gồm da, tổ chức mỡ và cơ. Tầng sinh môn lấp kín phần hở giữa trực tràng và âm đạo, là trung tâm của các cơ tạo thành đáy chậu.

Từ sâu ra nông, tầng sinh môn gồm có 3 tầng: tầng sâu, tầng giữa và tầng nông. Mỗi tầng gồm có cơ và được bao bọc bởi một lớp cân riêng.

- Tầng sâu: gồm có cơ nâng hậu môn và cơ ngồi cụt, được bao bọc bởi hai lá của cân tầng sinh môn sâu.

- Tầng giữa: gồm có cơ ngang sâu và cơ thắt niệu đạo. Cả hai cơ này đều nằm ở tầng sinh môn trước và được bao bọc bởi hai lá của cân tầng sinh môn giữa.

- Tầng nông: gồm 5 cơ là: cơ ngang nông, cơ hành hang, cơ ngồi hang, cơ khí âm môn và cơ thắt hậu môn. Cơ thắt hậu môn nằm ở tầng sinh môn sau, 4 cơ còn lại đều nằm ở tầng sinh môn trước và được phủ bởi cân tầng sinh môn nông.

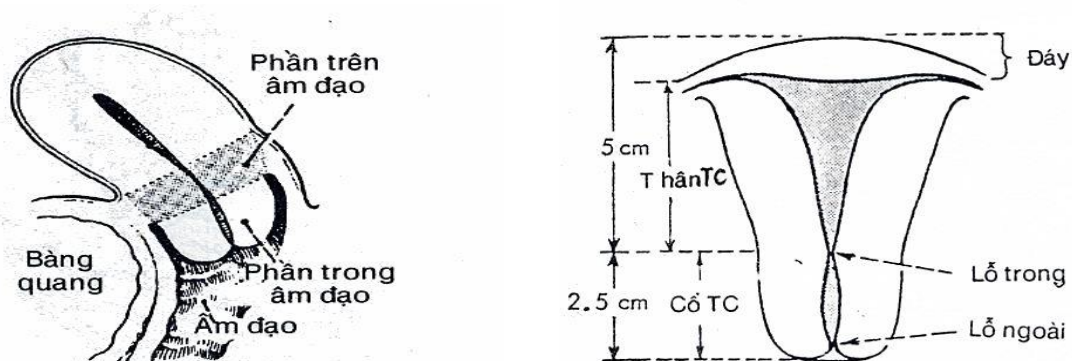
Các cơ nâng hậu môn, cơ ngang sâu, cơ ngang nông, cơ hành hang, cơ khí âm môn, cơ thắt hậu môn và cơ thắt niệu đạo đều bám vào nút thớ trung tâm đáy chậu. Đó là một nút cơ và sợi nằm giữa ống hậu môn và các cơ của tầng sinh môn trước.

Tầng sinh môn có nhiệm vụ nâng đỡ các cơ quan trong tiểu khung (Bàng quang, tử cung, âm đạo, trực tràng). Khi sinh đẻ, tầng sinh môn phải giãn mỏng và mở ra để ngôi thai và các phần của thai thoát ra ngoài. Trong giai đoạn sổ thai, nếu tầng sinh môn không giãn tốt có thể bị rách và có thể tổn thương đến nút thớ trung tâm đáy chậu. Trường hợp tầng sinh môn bị nhão do đẻ nhiều lần hoặc do rách mà không được khâu phục hồi sẽ dễ bị sa sinh dục về sau.

#### 4. TỬ CUNG

Tử cung là cơ quan tạo thành bởi các lớp cơ trơn dày. Đây là nơi làm tổ và phát triển của trứng đã thụ tinh cho tới khi thai trưởng thành. Khối lượng tử cung thay đổi tùy theo giai đoạn phát triển của người phụ nữ, theo chu kỳ kinh nguyệt và tình trạng thai nghén.

##### 4.1. Hình thể và cấu trúc



Hình 2.4: cổ tử cung và tử cung

Tử cung có dạng hình nón cụt, đáy rộng ở trên, được chia làm 3 phần:

#### **4.1.1. Thân tử cung**

Thân tử cung có dạng hình thang, phần rộng ở trên gọi là đáy tử cung, 2 góc bên là chỗ ống dẫn trứng thông với buồng tử cung, là nơi bám của 2 dây chằng tròn và dây chằng Tử cung - Buồng trứng, gọi là sừng tử cung.

Thân tử cung có chiều dài khoảng 4 cm, chiều rộng khoảng 4-5 cm, trọng lượng khoảng 50 gam (ở những người đẻ nhiều, kích thước tử cung có thể lớn hơn một chút).

Cấu trúc thân tử cung gồm 3 phần:

- Phủ ngoài tử cung là phúc mạc (thanh mạc).

+ Từ mặt trên của bàng quang, phúc mạc lách xuống giữa bàng quang và tử cung tạo thành túi cùng bàng quang - tử cung rồi lật lên che phủ mặt trước, đáy và mặt sau tử cung. Sau đó phúc mạc lách xuống giữa tử cung và trực tràng (sâu đến tận 1/3 trên của thành sau âm đạo) tạo thành túi cùng tử cung - trực tràng (túi cùng Douglas). Phúc mạc ở mặt trước và sau nhập lại ở hai bên và kéo dài ra đến vách chậu tạo thành dây chằng rộng.

+ Ở dưới do phúc mạc không phủ hết nên còn để hở một phần eo và cổ tử cung, dài khoảng 1,5 cm ở phía trên chỗ bám của âm đạo vào cổ tử cung.

- Cơ tử cung gồm 3 lớp:

+ Lớp ngoài gồm những sợi cơ dọc.

+ Lớp giữa dày nhất, gồm những sợi cơ đan chéo bao quanh các mạch máu. Sau khi đẻ, các sợi cơ này co rút lại, chèn ép vào các mạch máu làm cho máu tụ cầm.

+ Lớp trong là cơ vòng. Các lớp cơ ở thân tử cung tạo thành một hệ thống có tính chất vừa giãn vừa co.

- Trong cùng là niêm mạc tử cung. Đó là lớp biểu mô tuyến gồm 2 lớp: lớp đáy mỏng, ít thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt, lớp nông thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt và bong ra khi hành kinh. Niêm mạc tử cung là biểu mô trụ, chỉ có một lớp tế bào.

#### **4.1.2. Eo tử cung**

Eo tử cung là nơi thắt nhỏ lại, tiếp giáp giữa thân tử cung và cổ tử cung, dài khoảng 0,5 cm. Vào tháng cuối của thời kỳ thai nghén và khi chuyển dạ, eo tử cung sẽ giãn ra và trở thành đoạn dưới tử cung.

Eo tử cung chỉ có hai lớp cơ: cơ dọc và cơ vòng, không có cơ chéo. Vì vậy, khi vỡ tử cung thường vỡ ở đoạn dưới tử cung.

### **4.1.3. Cổ tử cung**

- Cổ tử cung bình thường dài khoảng 2 - 3 cm, rộng khoảng 2 cm. Lúc chưa đẻ cổ tử cung tròn đều, mật độ chắc, lỗ ngoài của cổ tử cung tròn. Khi người phụ nữ đã đẻ, cổ tử cung dẹp lại, mật độ mềm hơn, lỗ ngoài cổ tử cung rộng ra và không tròn như lúc chưa đẻ. Càng đẻ nhiều, lỗ cổ tử cung càng rộng ra theo chiều ngang.

- Niêm mạc ống cổ tử cung là những tuyến tiết ra chất nhầy, còn mặt ngoài cổ tử cung được bao phủ bởi lớp tế bào lát, không chế tiết.

## **4.2. Mạch máu và thần kinh**

### **4.2.1. Động mạch**

Động mạch tử cung là một nhánh của động mạch hạ vị, ở vùng eo tử cung thì bắt chéo niệu quản, cho các nhánh cấp máu:

- Nhánh niệu quản.
- Nhánh bàng quang - âm đạo.
- Nhánh cổ tử cung - âm đạo có 5 - 6 nhánh nhỏ, mỗi nhánh nhỏ chia ra làm 2 ngành cho mặt trước và sau âm đạo, cổ tử cung.

- Các nhánh tử cung: vào đáy tử cung phát triển nhiều khi có thai để cấp máu nuôi dưỡng thai.

Động mạch trái và phải ít tiếp nối nhau nên có đường vô mạch ở dọc giữa thân tử cung và cổ tử cung. Trên lâm sàng, khi làm thủ thuật cần kẹp cổ tử cung thường kẹp ở điểm 12 giờ hoặc 6 giờ.

- Các nhánh cấp máu nuôi dưỡng ống dẫn trứng và buồng trứng tiếp nối với các nhánh của động mạch buồng trứng.

### **4.2.2. Tĩnh mạch**

Tĩnh mạch lớp nông chạy cùng theo động mạch tử cung, cùng với động mạch bắt chéo ở mặt trước niệu quản. Tĩnh mạch lớp sâu đi sau niệu quản. Cả hai tĩnh mạch đổ vào tĩnh mạch hạ vị.

### **4.2.3. Bạch mạch**

Bạch mạch tạo thành một hệ thống chi chít ở nền dây chằng rộng phía trong chỗ bắt chéo của động mạch tử cung và niệu quản, đổ vào nhóm hạch cạnh động mạch chủ bụng và nhóm hạch động mạch hạ vị.

### **4.2.4. Thần kinh**

Có rất nhiều nhánh tách ra từ đám rối hạ vị, chạy theo dây chằng tử cung - cùng đến eo tử cung.

## **4.3. Vị trí và liên quan**

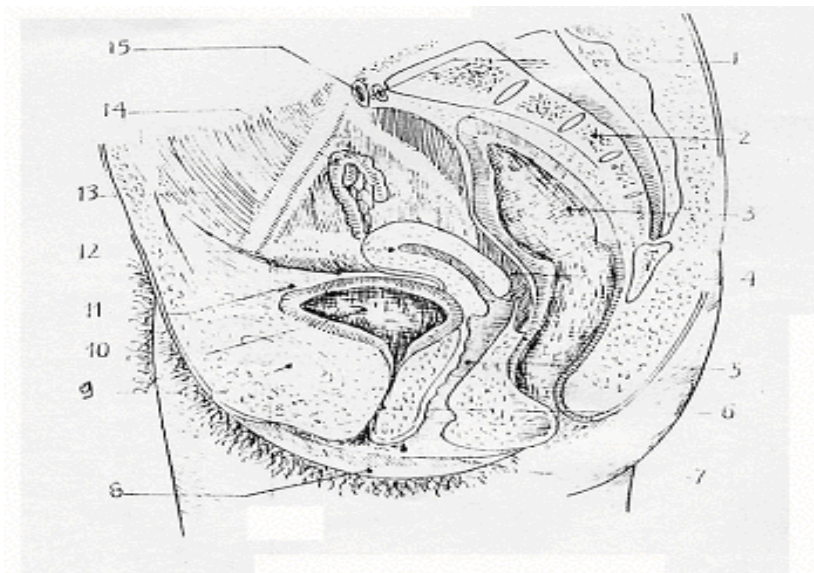
- Tử cung nằm trong tiểu khung, dưới phúc mạc, giữa bàng quang ở phía trước và trực tràng ở phía sau.

- Thân tử cung thường gấp trước so với trục của cổ tử cung góc khoảng  $100^{\circ}$  -  $120^{\circ}$ , tạo với trục âm đạo góc khoảng  $90^{\circ}$ .

- Liên quan của tử cung có thể chia làm 2 phần:

+ Phần ở trên âm đạo: qua phúc mạc liên quan phía trước với bàng quang, phía sau với trực tràng, phía trên với quai ruột non.

+ Phần ở trong âm đạo: gồm có đoạn dưới của cổ tử cung. Âm đạo bám vào cổ tử cung theo một đường vòng và tạo ra các cùng đồ trước, sau và 2 bên. Vị trí bám của thành âm đạo vào cổ tử cung chệch từ 1/3 dưới ở phía trước cổ tử cung đến 2/3 trên ở phía sau cổ tử cung, nên cùng đồ sau sâu hơn cùng đồ trước. Cùng đồ sau của âm đạo liên quan đến túi cùng Douglas. Khi trong ổ bụng có dịch hoặc có máu (chửa ngoài tử cung vỡ) thăm khám thấy cùng đồ sau phồng lên và đau.



1. Tĩnh mạch chậu hông trái. 2. Xương cùng. 3. Trực tràng. 4. Túi cùng tử cung trực tràng. 5. Âm đạo. 6. Niệu đạo. 7. Môi bé. 8. Môi lớn. 9. Xương mu. 10. Bàng quang. 11. Phúc mạc. 12. Tử cung. 13. Buồng trứng. 14. ống dẫn trứng

Hình 2.5: thiết đồ cắt đứng dọc qua chậu hông

#### 4.4. Các phương tiện giữ tử cung tại chỗ

Tử cung được giữ chắc chắn trong tiểu khung là nhờ các tổ chức bám chắc từ tử cung đến các bộ phận xung quanh và các dây chằng.

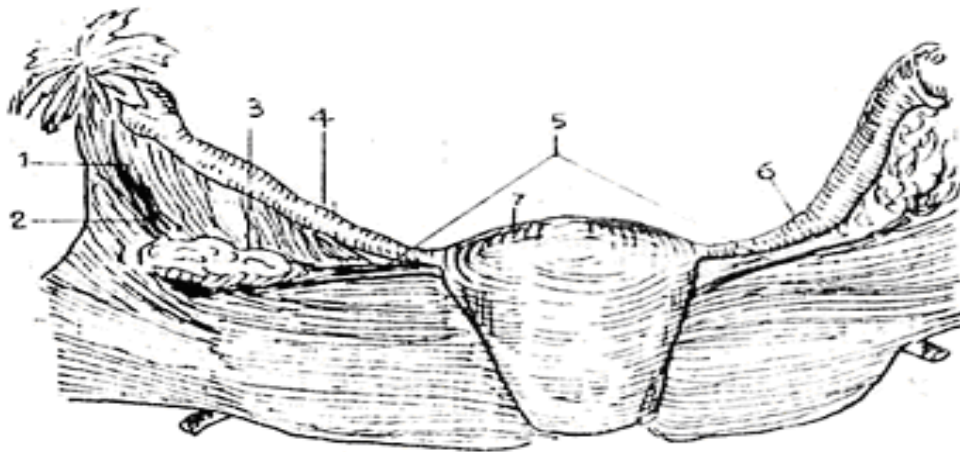
Các cơ nâng hậu môn, nút thớ trung tâm đáy chậu giữ chắc âm đạo tại chỗ, mà âm đạo lại bám chắc vào cổ tử cung nên tạo thành một khối âm đạo - tử cung chắc chắn. Độ nghiêng của tử cung so với âm đạo là  $90^{\circ}$  giúp tử cung không bị tụt ra khi đứng.

Các dây chằng giữ tử cung:

- Dây chằng rộng: là nếp phúc mạc trùm lên ở hai mặt trước và sau và kéo dài ra tận thành bên của vách chậu.

- Dây chằng tròn: là một dây chằng nửa sợi, nửa cơ đi từ phần trước của sừng tử cung tới lỗ sâu của ống bẹn, rồi tới lỗ nông của ống bẹn. Tại đây nó tạo thành các sợi chạy vào tổ chức liên kết của môi lớn và vùng mu (đôi vệ nữ).

- Dây chằng tử cung - cùng là một dây chằng chắc nhất gồm các sợi liên kết và các sợi cơ trơn dính phần dưới tử cung vào xương cùng.



- |                             |                                   |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Tua ống dẫn trứng.       | 4. Dây chằng rộng.                |
| 2. Dây chằng ống dẫn trứng. | 5. Dây chằng tử cung buồng trứng. |
| 3. Mạc treo ống dẫn trứng.  | 6. Ống dẫn trứng                  |

Hình 2.6: dây chằng

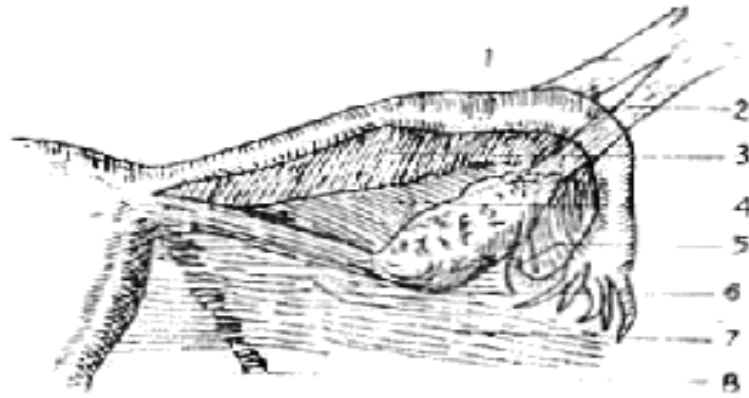
## 5. BUỒNG TRỨNG

Buồng trứng là cơ quan vừa nội tiết (tiết ra estrogen từ tuổi vị thành niên đến tuổi mãn kinh), vừa ngoại tiết (phóng noãn).

### 5.1. Hình thể và vị trí

Buồng trứng có hình hạt, dẹt, có hai mặt trong và ngoài, hai đầu trên và dưới, nằm áp vào thành bên của chậu hông, phía sau dây chằng rộng, chéch vào trong và ra trước. Buồng trứng có kích thước khoảng 3,5 cm x 2 cm x 1 cm. Trước tuổi vị thành niên, buồng trứng nhẵn đều. Từ tuổi vị thành niên, buồng trứng không nhẵn nữa vì hàng tháng có nang De Graaf vỡ ra, giải phóng noãn rồi tạo thành sẹo. Sau tuổi mãn kinh, buồng trứng trở lại nhẵn bóng.





- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 1. Dây treo ống dẫn trứng.          | 5. Dây chằng ống dẫn trứng buồng trứng. |
| 2. Dây chằng thắt lưng buồng trứng. | 6. Dây chằng tử cung buồng trứng.       |
| 3. Mạc treo ống dẫn trứng.          | 7. Dây chằng rộng                       |
| 4. Mạc treo buồng trứng.            | 8. Dây chằng tròn                       |

Hình 2.7: buồng trứng và ống dẫn trứng

## 5.2. Liên quan

Mặt ngoài buồng trứng liên quan với thành bên tiểu khung. Ở đó buồng trứng nằm trong hố buồng trứng. Hố buồng trứng nằm giữa các nhánh của động mạch chậu. Trên thực tế, khi người phụ nữ đã sinh đẻ, buồng trứng không còn nằm trong hố buồng trứng mà sa xuống dưới, có khi xuống hẳn sau túi cùng Douglas. Đáy hố có dây thần kinh bị chày qua, nên có thể bị đau khi viêm buồng trứng.

Mặt trong buồng trứng liên quan với ống dẫn trứng và các quai ruột. Ở bên phải còn liên quan với manh tràng và ruột thừa, bên trái liên quan với đại tràng sigma. Nhiễm khuẩn ở buồng trứng có thể lan tới ống dẫn trứng và ruột thừa.

## 5.3. Mạch máu, thần kinh

### 5.3.1. Động mạch có 2 nguồn

- Động mạch buồng trứng tách ra từ động mạch chủ ở ngay dưới động mạch thận, cho 3 nhánh: nhánh ống dẫn trứng, nhánh buồng trứng và nhánh nối. Nhánh nối tiếp nối với nhánh nối buồng trứng của động mạch tử cung, tạo nên một cung nối dưới buồng trứng. Nhờ vậy, khi cắt tử cung hoặc ống dẫn trứng, ít khi xảy ra rối loạn dinh dưỡng và chức năng nội tiết của buồng trứng.

- Động mạch tử cung tách ra 2 nhánh: nhánh buồng trứng và nhánh nối để nối tiếp với động mạch buồng trứng.

### 5.3.2. Tĩnh mạch

Chạy kèm theo động mạch đổ vào tĩnh mạch buồng trứng. Tĩnh mạch buồng trứng phải đổ vào tĩnh mạch chủ dưới, còn tĩnh mạch buồng trứng trái đổ vào tĩnh mạch thận trái.

### 5.3.3. Bạch mạch

Chạy theo động mạch buồng trứng về các hạch cạnh bên động mạch chủ.

### 5.3.4. Thần kinh

Gồm những nhánh của đám rối liên mạc treo và đám rối thận.

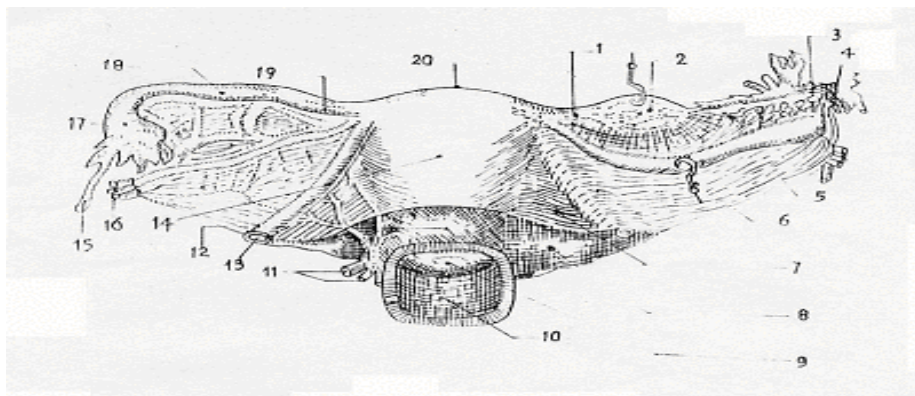
## 5.4. Các phương tiện giữ buồng trứng

- Mạc treo buồng trứng là nếp phúc mạc nối buồng trứng vào mặt sau của dây chằng rộng. Phúc mạc dính vào buồng trứng theo một đường chạy dọc ở bờ trước gọi là đường Farre, nên có khoảng 1/3 buồng trứng không có phúc mạc phủ lên. Nhờ đó noãn rơi thẳng vào ổ bụng và được ống dẫn trứng hứng lấy dẫn vào tử cung.

- Dây chằng tử cung - buồng trứng là một thừng tròn, dẹt, nối phía sau sừng tử cung với đầu dưới buồng trứng.

- Dây chằng thất lưng - buồng trứng dính buồng trứng vào thành chậu hông. Trong hai lá của dây chằng này có động mạch buồng trứng và nhiều thớ sợi dây thần kinh nên khi bị viêm ống dẫn trứng có thể gây đau vùng thất lưng.

- Dây chằng ống dẫn trứng - buồng trứng đi từ loa ống dẫn trứng đến đầu trên của buồng trứng. Có một tua lớn của ống dẫn trứng bám vào dây chằng gọi là tua Richard.



- |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Dây chằng tử cung buồng trứng. | 8. Lá sau dây chằng rộng.           |
| 2. Buồng trứng.                   | 9. Lỗ ngoài cổ tử cung.             |
| 3. Lỗ của loa ống dẫn trứng.      | 10. Thành âm đạo.                   |
| 4. Tua ống dẫn trứng.             | 11. Động mạch và tĩnh mạch tử cung. |
| 5. Tua Richard.                   | 12. Cổ tử cung.                     |
| 6. Ống dẫn trứng được kéo xuống.  | 13. Dây chằng tròn.                 |
| 7. Lá trước dây chằng rộng.       | 14. Thân tử cung                    |

Hình 2.8: tử cung và các phần phụ

## **6. ỐNG DẪN TRỨNG (VÒI TRỨNG)**

Ống dẫn trứng là ống dẫn noãn từ buồng trứng tới tử cung, có một đầu mở vào ổ bụng để đón noãn còn đầu kia thông với buồng tử cung. Noãn thường được thụ tinh trong ống dẫn trứng, sau đó mới di chuyển vào buồng tử cung. Nếu vì một lý do nào đó trứng thụ tinh không vào được buồng tử cung, thì trứng sẽ phát triển ở ống dẫn trứng gây nên chửa ngoài tử cung.

### **6.1. Hình thể và cấu trúc**

- Ống dẫn trứng dài 10 -12 cm. Lỗ thông vào buồng tử cung có đường kính khoảng 3 mm, còn lỗ thông vào ổ bụng thì rộng hơn, khoảng 8 mm.

- Ống dẫn trứng được chia làm 4 đoạn:

+ Đoạn kẽ nằm trong thành tử cung dài khoảng 1 cm, chạy chéo lên trên và ra ngoài.

+ Đoạn eo chạy ngang ra ngoài, dài 3 - 4 cm, đó là chỗ cao nhất của ống dẫn trứng.

+ Đoạn bóng dài khoảng 7 cm, chạy dọc theo bờ trước của buồng trứng.

+ Đoạn loa toả ra như hình phễu, có khoảng 10 - 12 tua, mỗi tua dài 1 - 1,5 cm. Tua dài nhất là tua Richard dính vào dây chằng ống dẫn trứng - buồng trứng, hứng noãn bào chạy vào ống dẫn trứng.

- Ống dẫn trứng có 4 lớp từ ngoài vào trong: Lớp thanh mạc (phúc mạc), lớp liên kết (trong đó có các mạch máu và dây thần kinh), lớp cơ (với thớ dọc ở ngoài và thớ vòng ở trong) và lớp niêm mạc.

### **6.2. Mạch máu và thần kinh**

- Động mạch: có hai nguồn động mạch là động mạch tử cung và động mạch buồng trứng. Hai nhánh của các động mạch này tiếp nối nhau trong mạc treo của ống dẫn trứng.

- Tĩnh mạch: đi kèm theo động mạch của ống dẫn trứng.

- Bạch mạch: chạy vào hệ bạch mạch của buồng trứng.

- Thần kinh: cùng nguồn gốc như của buồng trứng.

### **6.3. Các dây chằng và mạc treo**

- Mạc treo vòi là một nếp phúc mạc mỏng hình tam giác, đính ở tử cung, đáy là dây chằng ống dẫn trứng - buồng trứng.

- Dây chằng ống dẫn trứng - buồng trứng là một nhánh của dây treo buồng trứng.

## **B. SINH LÝ SINH DỤC NỮ**

### **1. CHU KỲ KINH NGUYỆT VÀ HOẠT ĐỘNG CỦA BUỒNG TRỨNG**

Bắt đầu từ tuổi dậy thì, buồng trứng bắt đầu hoạt động có chu kỳ và thể hiện ra ngoài bằng chu kỳ kinh nguyệt. Chính những hormon sản xuất ra trong chu kỳ

hoạt động của buồng trứng đã quyết định chu kỳ kinh nguyệt, cho nên 2 chu kỳ này có liên quan mật thiết với nhau.

### 1.1. Kinh nguyệt

Kinh nguyệt là sự chảy máu có chu kỳ của tử cung đi đôi với sự rụng niêm mạc tử cung và chủ yếu là sự giảm estrogen và progesteron trong máu, nhưng vai trò của estrogen là quyết định.

Đặc tính của kinh nguyệt.

- Theo quy ước chung, chu kỳ kinh nguyệt được tính từ ngày đầu tiên thấy kinh (là ngày thứ nhất của chu kỳ kinh nguyệt) đến ngày trước khi thấy kinh nguyệt lần sau (ngày kết thúc chu kỳ kinh nguyệt). Nhưng trên thực tế, để dễ hiểu, người ta thường tính chu kỳ kinh nguyệt từ ngày bắt đầu thấy kinh lần này đến ngày bắt đầu thấy kinh lần sau.

- Máu kinh nguyệt là máu không đông, kinh nguyệt có máu đông gặp trong trường hợp băng kinh.

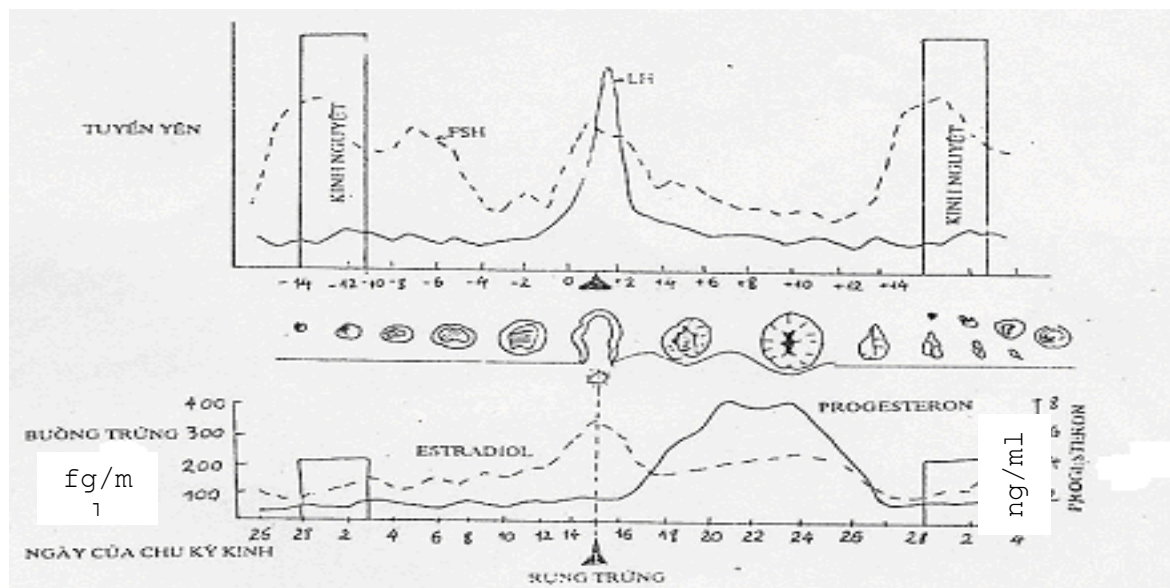
- Lượng máu kinh khoảng 40 - 100 ml.

- Thời gian thấy kinh nguyệt trung bình 3 - 4 ngày, nếu kéo dài quá 7 ngày là rong kinh.

- Chu kỳ kinh nguyệt thường gặp là 28 - 30 ngày. Có thể có những chu kỳ kinh nguyệt dài hơn (35 - 40) hoặc ngắn hơn (20 - 25 ngày).

- Đặc điểm ra máu kinh nguyệt: ngày đầu và ngày cuối ra ít, những ngày giữa ra nhiều.

### 1.2. Hoạt động của buồng trứng



Hình 2.9: các thay đổi ở buồng trứng

Một chu kỳ kinh nguyệt là kết quả của một chu kỳ hoạt động của buồng trứng. Chu kỳ hoạt động này được chia làm 4 thời kỳ. Nếu lấy chu kỳ kinh nguyệt là 28 ngày, thì 4 thời kỳ đó là:

### **1.2.1. Thời kỳ bong niêm mạc tử cung**

Từ ngày thứ 1 đến hết 3 - 4 ngày đầu của chu kỳ kinh nguyệt, niêm mạc tử cung bong ra gây chảy máu. (thực chất đây là kết quả của chu kỳ kinh nguyệt trước).

### **1.2.2. Thời kỳ phát triển của noãn bào thành nang De Graaf**

Bắt đầu từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 14 của chu kỳ kinh nguyệt, dưới ảnh hưởng của kích dục tố FSH của thùy trước tuyến yên, một noãn bào nguyên thủy của buồng trứng phát triển thành nang De Graaf. Nang De Graaf gồm một tiểu noãn, xung quanh có nhiều tế bào hạt, bên trong có buồng nước, bên ngoài có màng bao trong và màng bao ngoài. Khi noãn bào phát triển, buồng nước càng ngày càng to, đẩy tiểu noãn vào góc của nang. Bọc noãn càng lớn, màng bao trong càng tiết ra nhiều estrogen vào máu. Dưới tác dụng của estrogen tế bào niêm mạc tử cung tăng sinh, dày lên (gấp 10 - 15 lần), các mao mạch dài ra, xoắn lại, chuẩn bị tiếp nhận tác dụng của progesteron.

### **1.2.3. Thời kỳ phóng noãn (rụng trứng)**

Vào khoảng ngày thứ 14 của chu kỳ kinh nguyệt, nang De Graaf chín, bài tiết estrogen ngày càng nhiều và đạt mức tối đa, làm cho thùy trước tuyến yên ngừng bài tiết FSH, đồng thời bài tiết ra LH làm nang De Graaf vỡ ra, tiểu noãn được giải phóng và đi vào ống dẫn trứng. Bình thường noãn tồn tại trong ống dẫn trứng 24 giờ, nếu gặp tinh trùng, noãn được thụ tinh, nếu không gặp tinh trùng, noãn tự tiêu hủy.

### **1.2.4. Thời kỳ hoàng thể**

Từ ngày 14 - 28. Sau khi phóng noãn, nang De Graaf bị vỡ ra, phần còn lại ở buồng trứng sẽ phát triển, có màu vàng nên gọi là hoàng thể. Dưới tác dụng của LH hoàng thể tiết ra Progesteron và Estrogen. Tại tử cung, dưới tác dụng của progesteron, niêm mạc dày lên, động mạch và các tuyến phát triển và chế tiết, tạo điều kiện để trứng thụ tinh về làm tổ. Vì vậy, niêm mạc tử cung ở giai đoạn này gọi là niêm mạc hoài thai.

#### **Thường có 2 khả năng**

- Nếu tiểu noãn kết hợp với tinh trùng (có thụ thai) hoàng thể phát triển và tồn tại 2,5 tháng tiếp tục tiết ra Progesteron giúp trứng làm tổ ở tử cung được tốt, nên gọi là hoàng thể thai nghén.

- Nếu tiểu noãn không kết hợp với tinh trùng (không thụ thai), hoàng thể sẽ thoái hoá, nên gọi là hoàng thể kinh nguyệt. Đến ngày 26 của chu kỳ kinh nguyệt, nồng độ Estrogen và Progesteron trong máu giảm đột ngột, làm cho các mạch máu

dưới niêm mạc tử cung xoắn lại, gây chảy máu, niêm mạc tử cung bị hoại tử bong ra từng mảng nhỏ chảy ra ngoài, tạo nên kinh nguyệt. Khi nồng độ Estrogen và Progesteron giảm, theo cơ chế hồi tác, FSH của thùy trước tuyến yên được giải phóng, tác động lên buồng trứng kích thích noãn bào phát triển và một chu kỳ kinh nguyệt mới lại bắt đầu.

Trong mỗi chu kỳ kinh nguyệt, thời kỳ hoàng thể thường là cố định (14 ngày). Như vậy, chu kỳ kinh nguyệt dài hay ngắn là tùy thuộc vào thời kỳ phát triển dài hay ngắn.

Trên thực tế, người ta thường chia một chu kỳ kinh nguyệt thành 2 thời kỳ (giai đoạn): Trước phóng noãn gọi là thời kỳ phát triển và sau phóng noãn gọi là thời kỳ chế tiết. Nếu chu kỳ kinh nguyệt không có phóng noãn là chu kỳ kinh nguyệt chỉ có một giai đoạn.

## **2. CHỨC NĂNG NỘI TIẾT CỦA BUỒNG TRỨNG**

### **2.1. Estrogen**

Estrogen do màng bao trong của nang noãn De Graaf tiết ra, ở phụ nữ có thai, rau thai cũng sản xuất ra Estrogen.

Estrogen có tác dụng:

- Làm phát triển bộ phận sinh dục: làm âm đạo nở nang, lớp cơ tử cung dày lên, niêm mạc tử cung tăng sinh.
- Làm tuyến vú phát triển (nhưng không có tác dụng bài tiết sữa).
- Làm xuất hiện giới tính phụ: nữ tính, dáng điệu, phát sinh tình dục.
- Làm tăng tính co bóp tử cung khi có thai.

Nếu nồng độ estrogen quá cao sẽ ức chế tuyến yên bài tiết FSH.

### **2.2. Progesteron**

Progesteron do hoàng thể tiết ra ở nửa cuối của chu kỳ kinh nguyệt, ở phụ nữ có thai, rau thai cũng sản xuất ra Progesteron.

Progesteron có tác dụng:

- Phối hợp với Estrogen làm cho niêm mạc tử cung tăng sinh, chế tiết chuẩn bị tốt cho trứng thụ tinh về làm tổ tại buồng tử cung, giúp trứng thụ tinh làm tổ, phát triển tốt.

- Giảm co bóp của tử cung, làm tử cung mềm ra.
- Làm cho các khớp xương chậu và khung chậu giãn ra, giúp cho sự sinh đẻ được dễ dàng.
- Cùng với Estrogen làm tuyến vú phát triển.

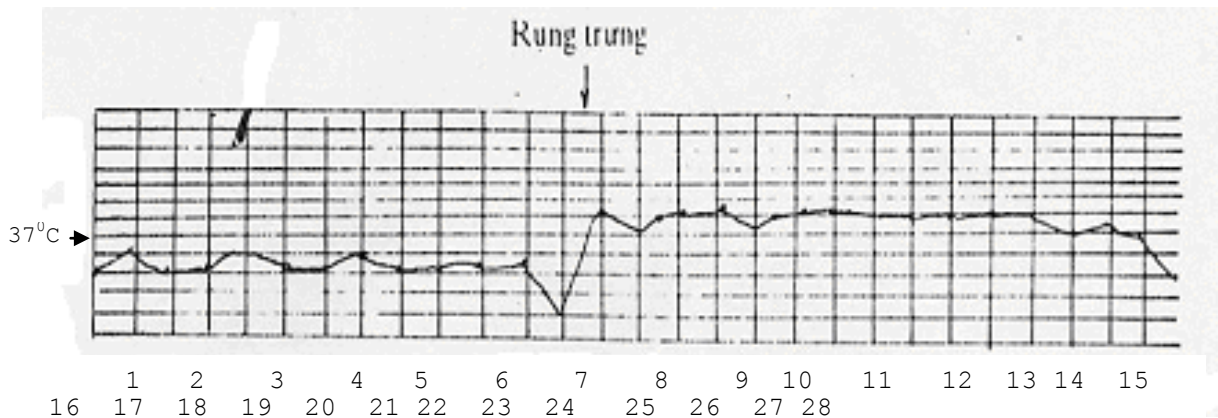
Nếu nồng độ Progesteron trong máu cao, sẽ ức chế sự bài tiết LH của tuyến yên, sẽ không có sự phóng noãn.

### 3. CÁC THAY ĐỔI KHÁC TRONG CHU KỲ KINH NGUYỆT

#### 3.1. Thân nhiệt

Trong mỗi chu kỳ kinh nguyệt, nửa đầu của kỳ kinh (trước khi phóng noãn), thân nhiệt của người phụ nữ luôn luôn dưới  $37^{\circ}\text{C}$ . Trước ngày phóng noãn, thân nhiệt hạ thấp hơn một chút. Vào ngày phóng noãn, thân nhiệt tăng lên trên  $37^{\circ}\text{C}$  và giữ như vậy đến trước ngày thấy kinh.

Trên lâm sàng, có thể theo dõi thân nhiệt để xác định ngày phóng noãn: Lấy nhiệt độ hàng ngày, ngay khi vừa thức dậy (chưa làm bất cứ việc gì), ghi lại kết quả trên bảng nhiệt độ. Ngày nhiệt độ tăng cao trên  $37^{\circ}\text{C}$  là ngày phóng noãn.



Hình 2.10: thân nhiệt của người phụ nữ trong chu kỳ kinh nguyệt

#### 3.2. Cổ tử cung

Nửa đầu của chu kỳ kinh nguyệt, dưới tác dụng của Estrogen, lỗ ngoài của cổ tử cung mở rộng dần, dịch tiết ở cổ tử cung tăng dần và loãng. Vào ngày phóng noãn, cổ tử cung mở rộng nhất, dịch tiết nhiều nhất và loãng nhất lấp đầy cổ tử cung, nên khi nhìn vào lỗ cổ tử cung có cảm giác như nhìn vào mắt, vì vậy trên lâm sàng gọi đó là “*Dấu hiệu con người*”.

#### 3.3. Âm đạo

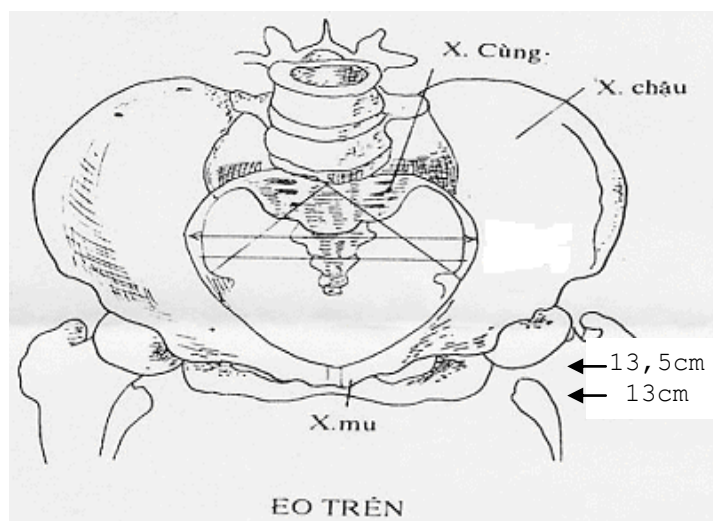
Độ pH của âm đạo cũng thay đổi trong chu kỳ kinh nguyệt: trước và sau khi hành kinh, pH âm đạo khoảng 5 - 6, vào giữa chu kỳ kinh (thời kỳ phóng noãn) pH âm đạo khoảng 4 - 5.

Tế bào âm đạo cũng thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt, nên người ta có thể làm xét nghiệm tế bào âm đạo để đánh giá chu kỳ kinh nguyệt có phóng noãn hay không.

### C. KHUNG CHẬU VỀ PHƯƠNG DIỆN SẢN KHOA

Khung chậu được cấu tạo bởi 4 xương: phía trước và hai bên là hai xương chậu, phía sau có xương cùng ở trên, nối tiếp với xương cụt ở dưới. Bốn xương này khớp với nhau bởi phía trước là khớp mu (khớp vệ), hai bên hơi lệch về phía sau là khớp cùng - chậu, phía sau là khớp cùng - cụt.

Mặt trong xương chậu có đường vô danh chia khung chậu ra làm hai phần: đại khung ở phía trên và tiểu khung ở phía dưới.



Hình 2.11: khung chậu

## 1. ĐẠI KHUNG

Đại khung được giới hạn bởi mặt trước cột sống lưng, hai cánh của xương chậu và thành bụng trước. Đại khung không quan trọng lắm về phương diện sản khoa nhưng nếu đại khung nhỏ nhiều thì tiểu khung cũng có khả năng hẹp theo.

Ta có thể đánh giá đại khung bằng cách đo kích thước của khung chậu ngoài và hình trám Michaelis. Kích thước khung chậu ngoài được đo bằng compa sản khoa (thước đo Baudelocque).

- Đường kính trước - sau hay đường kính Baudelocque: đo từ điểm giữa bờ trên xương mu đến gai đốt sống thắt lưng 5 (L5). Số đo trung bình là 17,5 cm.

- Đường kính hai gai (đường kính lưỡng gai): là khoảng cách giữa hai gai chậu trước trên, trung bình là 22,5 cm.

- Đường kính hai mào (đường kính lưỡng mào): là khoảng cách xa nhất của hai mào chậu, trung bình là 25,5 cm.

- Đường kính hai mấu (hay lưỡng ụ đùi): là khoảng cách giữa hai mấu chuyển lớn xương đùi, trung bình là 27,5 cm.

- Hình trám Michaelis nối liền bốn điểm:

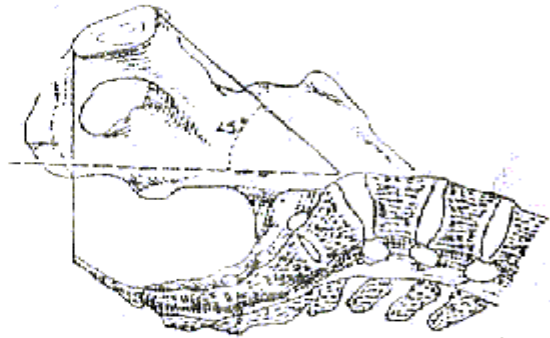
+ Trên là gai đốt sống thắt lưng L5; hai bên là hai gai chậu sau trên; dưới là đỉnh rãnh liên mông.

+ Đường kính ngang của hình trám là 10 cm, đường kính dọc là 11 cm. Đường kính ngang cắt và chia đường kính dọc làm hai phần: phần trên 4 cm, phần dưới 7 cm. Nếu hình trám Michaelis không cân đối nghĩa là khung chậu méo, lệch.



## 2. TIÊU KHUNG

Đây là phần quan trọng nhất vì ngôi thai phải chui lọt qua tiêu khung để ra âm đạo và ra ngoài. Về phương diện sản khoa, người ta chia tiêu khung làm ba phần: eo



trên, eo giữa và eo dưới.

Khung chậu đứng thẳng

Khung chậu nằm ngửa

Hình 2.12: các mặt phẳng của khung chậu khi phụ nữ đứng thẳng và khi nằm ngửa

### 2.1. Eo trên

Giới hạn: phía sau là mỏm nhô của xương cùng, hai bên là đường vô danh của khung chậu, phía trước là bờ trên của khớp vệ.

Các đường kính

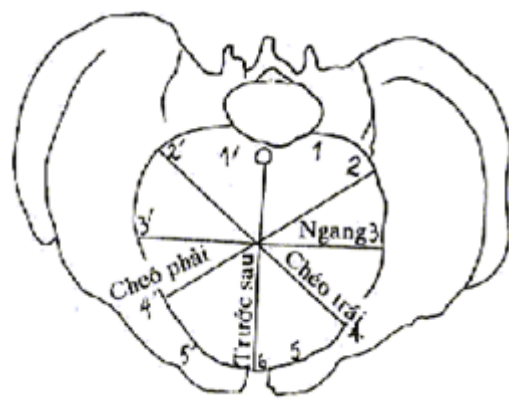
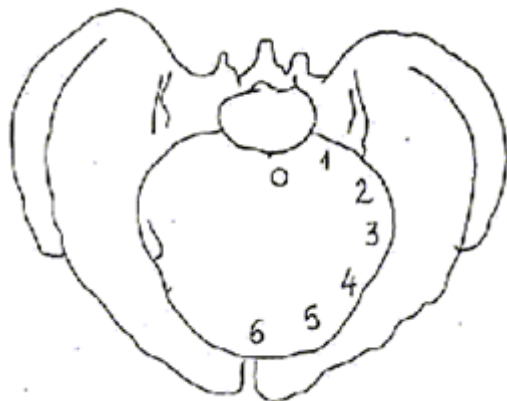
- Đường kính trước - sau có:

+ Mỏm nhô - trên mu (mỏm nhô - thượng vệ): 11 cm.

+ Mỏm nhô - dưới mu (mỏm nhô - hạ vệ): 12 cm

+ Mỏm nhô - sau mu (mỏm nhô - hậu vệ): 10,5 cm.

Đường kính nhô - dưới mu có thể đo được bằng tay trên lâm sàng. Tuy nhiên, đường kính nhô - sau mu mới là đường kính thật mà ngôi thai phải đi qua, nên còn gọi là đường kính hữu dụng. Ta có thể tính được đường kính nhô - sau mu bằng công thức:

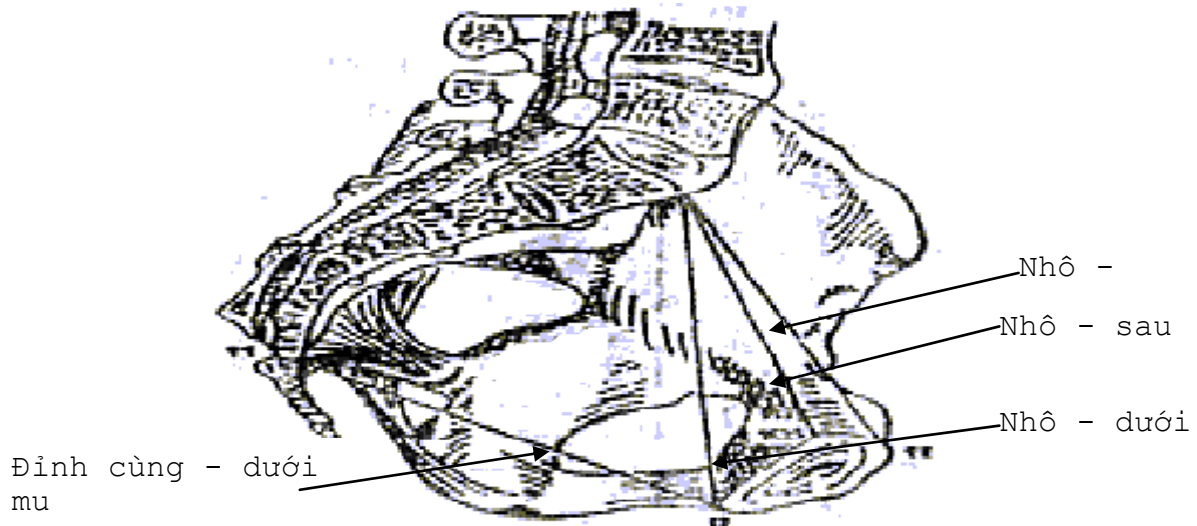


**Đường kính nhô - sau mu bằng đường kính nhô - dưới mu trừ 1,5 cm.**

## 0. Mỏm nhô

1. Cánh xương cùng                      2' - 4: Chéo trái (lấy mỏm chậu lược trái để gọi tên)
2. Khớp cùng chậu                      2 - 4': Chéo phải (lấy mỏm chậu lược phải để gọi tên)
3. Gò chậu lược
4. Mào chậu
5. Mặt sau ngành ngang mu
6. Điểm sau xương *mu*

Hình 2.13: eo trên và các đường kính



Hình 2.14: các đường kính trước sau của eo trên và eo dưới

- Đường kính chéo đi từ khớp cùng - chậu một bên (ở phía sau) đến gai mào chậu lược bên đối diện (ở phía trước). Số đo trung bình là 12,5 cm.

- Đường kính ngang tối đa là khoảng cách xa nhất giữa hai đường vô danh là 13 cm. Đường kính này không có giá trị về phương diện sản khoa, vì quá gần với mỏm nhô, nên ngôi thai không thể sử dụng được đường kính này.

- Đường kính ngang hữu dụng là 12,5 cm, đi ngang qua trung điểm của đường kính trước sau.

## 2.2. Eo giữa

- Giới hạn: eo giữa là một mặt phẳng tưởng tượng, đi từ mặt sau của khớp mu ngang qua hai gai hông, đến mặt trước của xương cùng, khoảng giữa đốt sống cùng 4 và cùng 5.

- Các đường kính:

+ Đường kính trước sau: 11,5 cm.

+ Đường kính ngang là khoảng cách giữa hai gai hông: 10,5 cm.

### 2.3. Eo dưới

- Giới hạn: eo dưới được cấu tạo như hợp bởi hai hình tam giác: phía trước là bờ dưới khớp mu, phía sau là đỉnh xương cụt, hai bên là hai ngành ngồi của xương chậu

(phía trước) và bờ dưới của dây chằng ngồi - cùng (phía sau).

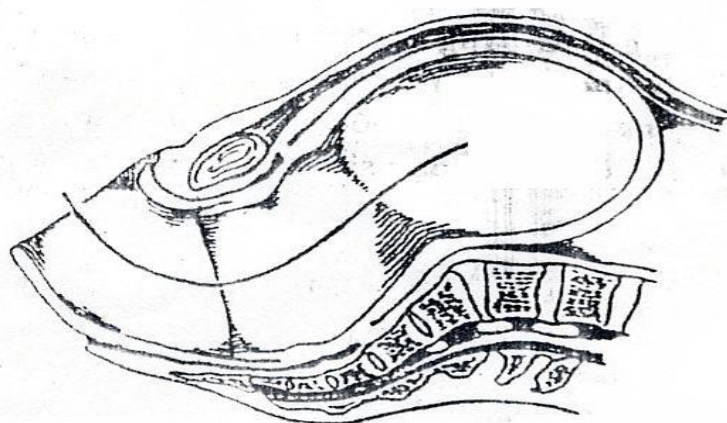
- Các đường kính

+ Đường kính trước sau thay đổi từ đỉnh cụt - dưới mu 11,5cm thành đỉnh cùng - dưới mu 9,5 cm (do khớp cùng - cụt là một khớp bán động nên đỉnh xương cụt có thể bị đẩy ra sau).

+ Đường kính ngang là khoảng cách giữa hai ụ ngồi: 11 cm.

### 2.4. Lòng tiểu khung

Ở mặt cắt dọc, khi nhìn ngang, lòng tiểu khung có dạng như một hình ống cong về phía trước, với hai thành trước và sau không đều nhau. Thành trước ngắn khoảng 4 cm tương ứng với mặt sau khớp mu. Thành sau dài 12-15 cm tương ứng với mặt trước xương cùng và xương cụt. Trong chuyển dạ, khi ngôi thai đi qua eo trên gọi là “lọt”, đi từ eo trên đến eo dưới gọi là “xuống”, ra khỏi eo dưới gọi là “sỏ”.



Hình 2.15: trực của khung chậu khi sổ thai

## 3. XẾP LOẠI KHUNG CHẬU

- Khung chậu dạng nữ (thường gặp nhất ở phụ nữ): là loại khung chậu có hình dạng đều đặn, đường kính từ trực giữa ra trước và ra sau gần bằng nhau. Nhìn toàn diện, khung chậu này có hình bầu dục, đường kính ngang lớn hơn đường kính trước sau chút ít, gai hông không nhọn.

- Khung chậu dạng nam: khung chậu này có hình trái tim, phần sau không tròn mà lại thẳng, móm nhô gồ về phía trước, bờ hai bên nhô, hai gai hông nhọn.

- Khung chậu dẹt: dạng khung chậu này có đường kính ngang lớn hơn so với đường kính trước sau, xương cùng ngắn, ngửa ra sau.





**18. Tất cả các câu sau đây về giải phẫu học cơ quan sinh dục đều đúng, ngoại trừ:**

- A. Thân tử cung thường gập góc chứ không thẳng hàng với cổ tử cung
- B. Tai vòi được nuôi dưỡng bởi những nhánh mạch máu xuất phát từ động mạch tử cung và động mạch buồng trứng
- C. Niêm mạc âm đạo bình thường không trơn láng mà có những nếp nhăn ngang
- D. Lỗ tiết của tuyến Skène nằm ở hai bên cạnh lỗ tiểu

**19. Tầng sinh môn bao gồm?**

- A. Tam giác niệu-sinh dục (tầng sinh môn trước) và tam giác hậu môn (tầng sinh môn sau) được ngăn cách bởi một đường tưởng tượng ngang qua hai ụ ngồi
- B. Vùng ngay sát phía dưới chĩa sau của âm hộ
- C. Môi lớn, môi nhỏ và vùng tiền đình
- D. Vùng chung quanh hậu môn

**20. Trong vùng tiểu khung, niệu quản đi qua**

- A. Phía trước động mạch chậu trong và động mạch tử cung
- B. Phía sau động mạch chậu trong và phía trước động mạch tử cung
- C. Phía trước động mạch tử cung và bên trong động mạch chậu trong
- D. Phía sau động mạch tử cung và động mạch chậu trong

### **Bài 3. CHĂM SÓC PHỤ NỮ CÓ RA MÁU BẤT THƯỜNG ĐƯỜNG SINH DỤC**

**MỤC TIÊU BÀI HỌC:** *sau khi học xong, sinh viên có khả năng*

#### **1. Kiến thức**

- 1.1. Trình bày được các nguyên nhân ra máu âm đạo bất thường.
- 1.2. Trình bày được các bước cơ bản trong điều trị ra máu âm đạo bất thường

#### **2. Thái độ**

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

#### **NỘI DUNG**

##### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Ra máu âm đạo bất thường là các trường hợp chảy máu từ tử cung bao gồm các trường hợp kinh nguyệt bất thường và các trường hợp chảy máu do bệnh lý toàn thân, các tổn thương cơ quan sinh dục và các biến chứng của thai nghén.

Ra máu âm đạo bất thường là một vấn đề rất hay gặp trong lâm sàng phụ khoa.

##### **2. SINH LÝ KINH NGUYỆT**

Nhắc lại một cách vắn tắt sinh lý chu kỳ kinh nguyệt bình thường có thể giúp ích cho việc hiểu biết về ra máu âm đạo bất thường. Chu kỳ kinh nguyệt điển hình có hai giai đoạn: giai đoạn tăng sinh và giai đoạn chế tiết. Đặc trưng của giai đoạn tăng sinh là sự nổi trội của Estrogen và sự phát triển của niêm mạc tử cung. Giai đoạn chế tiết bắt đầu sau phóng noãn, có sự sản xuất Progesteron và Estrogen từ hoàng thể.

Kinh nguyệt xuất hiện sau khi lượng Estrogen và Progesteron tụt xuống. Trong những ngày đầu của thời kỳ hành kinh, các nút Thrombin hạn chế sự mất máu, nhưng sau đó là sự co thắt của các tiểu động mạch xoắn.

##### **Đặc trưng của chu kỳ kinh nguyệt bình thường:**

- Độ dài vòng kinh :  $28 \pm 7$  ngày.
- Thời gian hành kinh:  $4 \pm 2$  ngày.
- Lượng máu mất: 40 - 100 ml.

##### **3. ĐỊNH NGHĨA NHỮNG BẤT THƯỜNG CHU KỲ KINH NGUYỆT**

- Kinh thưa (oligomenorrhea): kinh nguyệt không thường xuyên, không đều. Chu kỳ kinh thường trên 35 ngày.

- Kinh mau (polymenorrhea): còn gọi là đa kinh. Chu kỳ kinh thường là 21 ngày hoặc ngắn hơn.

- Rong kinh (menorrhagia): kinh có chu kỳ, lượng kinh nhiều (> 80 ml) và kéo dài trên 7 ngày.

- Băng kinh: kinh nguyệt đúng kỳ nhưng lượng máu kinh ra nhiều, có thể gây choáng.

- Rong huyết (metrorrhagia): ra máu thất thường không theo chu kỳ.

- Kinh ít (hypomenorhea): số ngày có kinh ngắn, lượng kinh ít.

- Vô kinh thứ phát: sau 1 thời gian bằng 2 lần chu kỳ kinh bình thường, không có kinh.

- Chảy máu giữa chu kỳ kinh (Intermenstrual bleeding): chảy máu (thường lượng không nhiều) xảy ra giữa chu kỳ kinh bình thường.

- Bất thường khác: thống kinh là hiện tượng đau bụng khi có kinh nguyệt, thống kinh nặng có thể kèm theo nôn và tiêu chảy.

#### **4. NGUYÊN NHÂN**

Bước đầu tiên của việc đánh giá là phải xác định chắc chắn nguồn gốc chảy máu, loại trừ đường tiêu hoá hoặc tiết niệu.

Có thể phân chia nguyên nhân chảy máu thành 5 nhóm riêng biệt theo nguyên nhân của nó:

**4.1. Rong kinh, rong huyết, kinh ít, kinh nhiều, băng kinh, vô kinh thứ phát... cơ năng.** Nguyên nhân thường gặp là do không phóng noãn, hay gặp trong các trường hợp sau:

- Tuổi dậy thì.

- Tuổi mãn kinh.

- Không phóng noãn rải rác trong tuổi sinh đẻ.

#### **4.2. Các tổn thương thực thể ở cơ quan sinh dục**

- U xơ tử cung: u xơ dưới niêm mạc.

- Polip tử cung, cổ tử cung.

- Ung thư cổ tử cung.

- Ung thư thân tử cung.

- Lạc nội mạc tử cung ở cơ tử cung.

- Dị dạng tử cung.

- Lao sinh dục.

- Các khối u nội tiết của buồng trứng (Thecome granulosa)

#### **4.3. Các biến chứng liên quan với thai nghén**

- Sảy thai.

- Bệnh tế bào nuôi.



- Chứa ngoài tử cung.
- Các biến chứng sau đẻ như sốt rau, viêm nội mạc tử cung.
- Rau tiền đạo.
- Rau bong non.
- Vỡ tử cung.

#### **4.4. Bệnh toàn thân**

- Các bệnh về máu (Hemogenie).
- Thiếu máu mãn tính.
- Sự kém nuôi dưỡng.
- Các bệnh về gan.

#### **4.5. Các yếu tố do thuốc**

- Điều trị các thuốc chống đông máu.
- Thuốc tiêm (Depo - Provera), cấy thuốc tránh thai, thuốc tránh thai uống.
- Điều trị hormon thay thế.

### **5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG**

#### **5.1. Khai thác tiền sử và bệnh sử**

Có thể biết được đặc điểm của kiểu chảy máu thông qua hỏi bệnh sử: tần suất, thời gian và lượng kinh. Xác định chảy máu có chu kỳ hay không cũng là điều quan trọng. Chảy máu có chu kỳ thường liên quan với có phóng noãn. Các đặc điểm khác bao gồm tuổi người bệnh, tiền sử tình dục (xác định nguy cơ của bệnh lây truyền qua đường tình dục), các bệnh phụ khoa trước đó, sử dụng thuốc hoặc các hormon tránh thai và các bệnh nội khoa mãn tính.

#### **5.2. Khám lâm sàng**

Bao gồm khám toàn thân và khám phụ khoa (xem các bài cụ thể theo nguyên nhân).

#### **5.3. Các xét nghiệm cận lâm sàng**

- Xét nghiệm tế bào âm đạo: giúp phát hiện sớm các trường hợp ung thư bộ phận sinh dục, nhất là ung thư cổ tử cung.
  - Nạo sinh thiết buồng tử cung: giúp phát hiện ung thư nội mạc tử cung.
  - Soi buồng tử cung.
  - Chụp phim tử cung - vòi trứng.
  - Siêu âm: phát hiện các trường hợp khối u đường sinh dục và các biến chứng của thai nghén.
- Các xét nghiệm khác bao gồm: công thức máu, xét nghiệm thử thai, nên làm ở tất cả phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ. Các xét nghiệm khác chỉ được chỉ định sau khi hỏi bệnh sử và khám thực thể.

## **6. ĐIỀU TRỊ**

### **6.1. Nguyên tắc điều trị**

Người bệnh cần được điều trị cơ bản theo nguyên nhân và điều trị nâng đỡ khi tổng trạng suy giảm.

Người hộ sinh công tác tại Y tế cơ sở cần phát hiện sớm những trường hợp rối loạn kinh nguyệt và ra máu âm đạo bất thường, tư vấn và chuyển tuyến trên xử trí.

Người hộ sinh công tác tại các bệnh viện thực hiện quá trình điều trị theo y lệnh của bác sỹ, thực hiện tốt chức năng chăm sóc người bệnh trong quá trình điều trị.

### **6.2. Điều trị nguyên nhân**

#### **6.2.1. Nguyên nhân toàn thân**

Người bệnh được điều trị theo đúng nguyên nhân, khi bệnh ổn định, kinh nguyệt sẽ trở lại bình thường.

**6.2.2. Nguyên nhân do tổn thương thực thể cơ quan sinh dục và các biến chứng của thai nghén:** tùy theo các tổn thương thực thể, sẽ có điều trị tương ứng (có bài riêng cụ thể).

#### **6.2.3. Nguyên nhân cơ năng**

- Rong kinh tuổi trẻ (metropathia juvenilis) thường quen gọi là rong kinh tuổi dậy thì vì thông thường hay gặp ở tuổi dậy thì.

+ Bước đầu tiên là loại trừ những nguyên nhân ác tính, các bệnh về máu, nhất là ở những người con gái trong lần thấy kinh đầu tiên, đã bị rong kinh, sau đó mới đặt vấn đề điều trị cầm máu.

+ Điều trị nguyên nhân bằng thuốc nội tiết.

\* Nạo bằng hormon: tiêm Progesteron hoặc uống Progestagen, sau đó điều trị bằng estrogen để tái phát triển niêm mạc tử cung, cầm máu.

\* Để phòng rong kinh trong vòng kinh sau, cho tiếp vòng kinh nhân tạo, có thể cho Progestagen đơn thuần hoặc cho kết hợp Estrogen với Progestagen như kiểu viên thuốc tránh thai.

+ Kết hợp thuốc cầm máu, thuốc co hồi tử cung (Oxytoxin, Ergotamin).

+ Nếu trong những trường hợp rất hãn hữu, điều trị bằng mọi biện pháp không kết quả, mới phải nạo buồng tử cung bằng dụng cụ.

- Rong kinh, rong huyết tiền mãn kinh.

+ Điều trị triệu chứng tốt nhất là nạo niêm mạc tử cung, có 3 lợi ích:

\* Cầm máu nhanh (đỡ mất máu).

\* Làm giải phẫu bệnh lý (loại trừ ác tính).

\* Xác định rõ ràng tình trạng quá sản niêm mạc tử cung (điều trị hormon tiếp theo).

+ Ngày nạo niêm mạc tử cung được tính là ngày đầu tiên của kỳ kinh tới. Thông thường cho Progestagen từ ngày thứ 16, mỗi ngày 10mg, uống trong 10 ngày, uống trong 3 vòng kinh liền.

- Rong kinh, rong huyết tuổi sinh đẻ (18 - 45tuổi).

+ Cường kinh (kinh nhiều).

\* Ở người trẻ tuổi, tử cung co kém: dùng thuốc tăng co tử cung.

\* Tử cung kém phát triển: vòng kinh nhân tạo hoặc cho viên thuốc tránh thai nửa sau chu kỳ kinh.

\* Ở người lớn tuổi: nếu có tổn thương thực thể (u xơ tử cung, polip cổ tử cung...) chưa có chỉ định phẫu thuật có thể dùng Progestagen vài ngày trước khi hành kinh. Cũng có thể cho Progestagen liều cao (mất kinh 3 - 4 tháng liền). Trên 40 tuổi điều trị thuốc không hiệu quả, nên mổ cắt tử cung.

- Rong kinh do quá sản tuyến nang niêm mạc tử cung: Kinh chậm, ra nhiều huyết và kéo dài.

+ Nạo niêm mạc buồng tử cung (50% khỏi trong một thời gian dài).

+ Thuốc: Progestagen 10mg/ngày trong 10 ngày, kể từ ngày thứ 16 của vòng kinh, trong 3 tháng liền.

+ Mổ cắt tử cung ở phụ nữ trên 40 tuổi.

**6.2.4. Thống kinh:** dùng thuốc giảm đau như: Atrophin, Papaverin...

## **7. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN RỐI LOẠN KINH NGUYỆT VÀ RA MÁU ÂM ĐẠO BẤT THƯỜNG**

Chăm sóc bệnh nhân rối loạn kinh nguyệt và ra máu âm đạo bất thường do các nguyên nhân thực thể (u xơ tử cung, ung thư cổ tử cung...) hoặc nguyên nhân do thai nghén, hoặc do bệnh toàn thân... đã được đề cập đến trong các bài cụ thể. Vì vậy, trong bài này chỉ đề cập đến việc chăm sóc người bệnh chảy máu tử cung bất thường, do nguyên nhân cơ năng.

### **7.1. Nếu người bệnh điều trị ngoại trú**

Trong trường hợp này, phần lớn người bệnh điều trị ngoại trú, nên người hộ sinh (đặc biệt những hộ sinh công tác tại cơ sở) có vai trò rất quan trọng đối với người bệnh. Cụ thể là:

- Thảo luận với người bệnh về tình trạng bệnh và phương thức điều trị.

- Hướng dẫn và hỗ trợ người bệnh dùng thuốc theo đơn của thầy thuốc. Cần chú ý là phần lớn thuốc điều trị nguyên nhân là thuốc nội tiết, mà đặc điểm của người bệnh có thể do công việc bận rộn, nên dễ quên dùng thuốc. Mặt khác, có một số trường hợp chưa hiểu rõ tác dụng của thuốc, nên khi dùng thuốc được vài ngày thấy hết triệu chứng nên không dùng tiếp nữa. Vì vậy, người hộ sinh phải giải thích và nhắc nhở người bệnh dùng thuốc đúng liều, đủ liều và đúng thời gian.

- Tư vấn cho người bệnh những biểu hiện của tác dụng phụ của thuốc và cách xử trí tác dụng phụ, để người bệnh yên tâm điều trị tiếp.

- Theo dõi người bệnh trong quá trình dùng thuốc, để phát hiện các biến chứng do dùng thuốc, chuyển tuyến trên kịp thời.

- Nhắc nhở, đôn đốc người bệnh khám lại theo hẹn của thầy thuốc, vì nhiều khi người bệnh thấy hết triệu chứng nghĩ rằng mình đã khỏi bệnh, nên không đi khám lại theo hẹn.

- Một số người bệnh trong tình trạng thiếu máu, vì vậy cần hướng dẫn người bệnh chế độ lao động thích hợp, để tránh ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khoẻ.

- Hướng dẫn chế độ ăn giàu chất dinh dưỡng, tăng cường các thức ăn nhiều sắt hoặc uống thêm viên sắt.

## **7. 2. Nếu người bệnh điều trị tại bệnh viện**

### **7.2.1. Nhận định**

Thường những người bệnh có biểu hiện lâm sàng nặng nề hoặc đã điều trị ngoại trú lâu ngày, mà các dấu hiệu lâm sàng không giảm, mới điều trị tại bệnh viện.

- Nhận định về toàn trạng của người bệnh: các dấu hiệu sinh tồn, thể trạng, tình trạng thiếu máu.

- Ra máu âm đạo: thời gian, số lượng, màu sắc.

- Có đau bụng kèm theo không?

- Tình trạng ăn, ngủ như thế nào.

- Các dấu hiệu thực thể bộ phận sinh dục và các bộ phận khác.

- Yêu cầu xét nghiệm.

- Y lệnh thuốc.

### **7.2.2. Chẩn đoán chăm sóc**

- Yếu tố tinh thần do lo lắng với tình trạng ra máu bất thường

- Thiếu máu do chảy máu kéo dài

- Nhiễm khuẩn

- Bệnh thực thể ở đường sinh dục hoặc các bệnh toàn thân gây ra máu bất thường

- Chế độ ăn, uống, ngủ. Chế độ vệ sinh phòng nhiễm khuẩn

### **7.2.3. Lập kế hoạch**

- Theo dõi toàn trạng của người bệnh, tùy theo tình trạng của người bệnh, nhưng ít nhất mỗi ngày một lần.

- Theo dõi sự ra máu âm đạo hàng ngày tùy mức độ ra máu.

- Giải thích và động viên người bệnh an tâm điều trị, cách khắc phục những tác dụng phụ của thuốc.

- Hướng dẫn chế độ ăn thích hợp, giàu dinh dưỡng, tăng các loại thức ăn giàu sắt

- Hướng dẫn và thực hiện các xét nghiệm theo yêu cầu.

- Thực hiện y lệnh điều trị của bác sĩ

#### **7.2.4. Thực hiện kế hoạch**

Thảo luận với người bệnh về phương thức điều trị bệnh và các công việc cần làm trong quá trình chăm sóc. Động viên tinh thần, an ủi bệnh nhân yên tâm điều trị và phối hợp cùng thầy thuốc trong công tác điều trị và chăm sóc

- Theo dõi các chỉ số sinh tồn đặc biệt chú ý mạch, huyết áp.

- Theo dõi ra máu âm đạo: phải kiểm tra băng vệ sinh của người bệnh và có sự so sánh giữa các lần khám để đánh giá đúng tiến triển của bệnh.

- Phát hiện và hướng dẫn người bệnh tự phát hiện những vấn đề bất thường trong quá trình điều trị, xác định được tác dụng phụ của thuốc hay biến chứng để báo bác sĩ xử trí kịp thời.

- Hướng dẫn vệ sinh cá nhân sạch sẽ

- Trao đổi thường xuyên với người bệnh và người thân của bệnh nhân về quá trình điều trị và theo dõi, để người bệnh và gia đình phối hợp trong quá trình chăm sóc, đặc biệt người bệnh ở tuổi vị thành niên.

#### **7.2.5. Đánh giá**

- Toàn trạng người bệnh tốt dần lên, mạch huyết áp ổn định, ra máu âm đạo giảm dần là tiến triển tốt.

- Nếu người bệnh có biểu hiện buồn nôn hoặc nôn mà không có dấu hiệu thực thể của tiêu hoá, thì nên nghĩ đến tác dụng phụ của thuốc, cần báo với thầy thuốc ngay.

- Nếu người bệnh có biểu hiện đau bụng, đau đầu, mờ mắt, nên nghĩ đến biến chứng do dùng thuốc, cần báo thầy thuốc ngay.

- Nếu toàn trạng người bệnh không tốt lên, ra máu âm đạo không giảm hoặc tăng lên, cần báo thầy thuốc ngay.

### **TỰ LƯỢNG GIÁ**

#### **1. Lâm sàng của đang sẩy thai; ngoại trừ:**

A. Đau bụng nhiều từng cơn vùng hạ vị B. Ra máu âm đạo nhiều khi có choáng

C. Cổ tử cung khép và dài

D. Đoạn dưới tử cung phình to

#### **2. Thống kinh nguyên phát hay gặp ở những phụ nữ sau đây, ngoại trừ:**

A. Lạc nội mạc tử cung

B. Chít hẹp cổ tử cung sau đốt cổ tử cung

C. Tử cung gấp trước hoặc gấp sau quá mức

D. Tiền sử hở eo cổ tử cung

#### **3. Chất nhầy ở cổ tử cung có tính chất:**

B. Trong và loãng

B. Đục vàng

C. Đục và loãng

D. Trong và đặc

**4. Tuổi nào sau đây của phụ nữ chưa có kinh lần đầu gọi là vô kinh nguyên phát, mặc dù đã trưởng thành và phát triển các dấu hiệu thứ phát bình thường?**

- A. Sau 13 tuổi      B. Sau 16 tuổi      C. Sau 18 tuổi      D. Sau 25 tuổi

**5. Các triệu chứng lâm sàng của nhau bong non thể nặng, ngoại trừ**

- A. Ra ít máu tươi có cục ở âm đạo      B. Tử cung co cứng  
C. Mất tim thai      D. Màng ối căng phồng, nước ối màu hồng

**6. Thái độ xử trí trường hợp cơn co tử cung giảm do vỡ ối sớm**

- A. Theo dõi chuyển dạ      B. Mổ lấy thai  
C. Tăng co tử cung      D. Nghiệm pháp lọt

**7. Đặc tính của cơn co tử cung trong nhau tiền đạo là:**

- A. Cơn co tử cung và trương lực cơ tử cung bình thường  
B. Cơn co tử cung mau và mạnh      C. Tử cung co cứng  
D. Trương lực cơ tử cung tăng, ngoài cơn co tử cung cứng hơn bình thường

**8. Xuất huyết âm đạo trong nhau tiền đạo có đặc tính sau, ngoại trừ**

- A. Xảy ra đột ngột, không dấu hiệu báo trước      B. Không đau bụng  
C. Lượng máu ra ít hơn lần đầu, tái phát nhiều lần      D. Máu sậm loãng không đông

**9. Triệu chứng lâm sàng có giá trị nhất phát hiện nhau tiền đạo chưa chuyển dạ là:**

- A. Ra máu đỏ tươi âm đạo 3 tháng cuối      B. Suy thai  
C. Thai phụ thiếu máu, sốc      D. Ngôi thai bất thường

**10. Biến chứng hay gặp nhất của sản phụ nhau tiền đạo sau đẻ là:**

- A. Chảy máu      B. Nhiễm khuẩn      C. Vỡ tử cung      D. Đờ tử cung

**11. Chảy máu sau đẻ xảy ra thời gian sau đẻ là:**

- A. Nhỏ hơn 2 giờ      B. 12 giờ      C. Trong vòng 24 giờ sau sanh      D. Lớn hơn 24 giờ

**12. Nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ do đờ tử cung hay gặp là:**

- A. Chuyển dạ kéo dài, tử cung căng giãn quá, đẻ nhiều      B. Lộn tử cung  
C. Chấn thương đường sinh dục      D. Rối loạn đông máu, u xơ tử cung

**13. Nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ do lộn tử cung cấp dấu hiệu phát hiện chủ yếu là, ngoại trừ:**

- A. Chảy máu âm đạo      B. Không sờ thấy thân tử cung  
C. Sản phụ đau nhiều có thể *Shock*      D. Máu loãng đỏ sẫm không đông

**14. Chảy máu sau đẻ nguyên phát do chấn thương đường sinh dục dấu hiệu có giá trị phát hiện là:**

- A. Ra máu âm đạo đỏ tươi, lẫn cục      B. Tử cung có khối cầu an toàn  
C. Toàn thân: da xanh, niêm mạc nhợt, mạch nhanh, huyết áp hạ  
D. Kiểm tra bằng tay và van âm đạo phát hiện thấy tổn thương

**15. Dấu hiệu phát hiện chảy máu sau đẻ nguyên phát do đờ tử cung là:**

- A. Ra máu âm đạo đỏ, lẫn cục to
- B. Da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi
- C. Tử cung mềm không thấy khối cầu an toàn
- D. Nấn thấy tử cung trên vệ

**16. Những yếu tố nào sau đây không đưa đến sự co hồi tử cung sau đẻ?**

- A. Ở người con so tử cung co hồi nhanh hơn những người con ọ
- B. Người cho con bú co hồi chậm hơn người không cho con bú
- C. Tử cung có sẹo mổ tử cung co hồi chậm hơn tử cung không có sẹo mổ
- D. Tử cung nhiễm trùng co hồi chậm hơn tử cung không nhiễm trùng

**17. Nguyên nhân nào sau đây không là nguy cơ đờ tử cung?**

- A. Sinh nhiều lần
- B. Tử cung quá căng: đa thai, đa ối
- C. Chuyển dạ kéo dài
- D. Số nhau tích cục

**18. Các triệu chứng lâm sàng nào sau đây không của băng huyết sau sanh do đờ tử cung**

- A. Ra máu âm đạo đỏ tươi
- B. Mạch nhanh, huyết áp tụt
- C. Tử cung co hồi kém
- D. Tử cung có khối cầu an toàn

**19. Rong kinh là hiện tượng:**

- A. Ra máu có chu kỳ kéo dài trên 7 ngày
- B. Tất cả các câu trên đều đúng
- C. Gồm có rong kinh cơ năng và rong kinh thực thể
- D. Rong kinh là triệu chứng không phải là bệnh

**20. Rong huyết là hiện tượng:**

- A. Là hiện tượng ra huyết từ đường sinh dục kéo dài trên 7 ngày
- B. Có chu kỳ
- C. Không có chu kỳ
- D. A và C đúng

## **Bài 4. CHĂM SÓC PHỤ NỮ VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC VÀ BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC**

**MỤC TIÊU BÀI HỌC:** *sau khi học xong, sinh viên có khả năng*

### **1. Kiến thức**

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân gây ra các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục.
- 1.2. Chẩn đoán và xử trí được một số bệnh phụ khoa thông thường tại tuyến y tế cơ sở.
- 1.3. Trình bày kế hoạch chăm sóc và dự phòng các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục.

### **2. Thái độ**

- 2.1. Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.
- 2.2. Hiểu được tầm quan trọng để thực hiện tốt nguyên tắc nghề nghiệp.

### **NỘI DUNG**

#### **A. NHỮNG VẤN ĐỀ CHUNG VỀ NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN VÀ CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC**

Nhiễm khuẩn đường sinh sản và bệnh lây truyền qua đường tình dục (BLTQĐTD) là một trong những nguyên nhân gây bệnh tật nhiều nhất trên thế giới. Hiện nay, trên 20 loại vi sinh vật được xác định, có khả năng lây truyền theo đường tình dục, cũng như các sinh vật khác có thể sinh trưởng trong đường sinh sản, cũng gây ra các vấn đề về sức khỏe sinh sản.

#### **1. NGUYÊN NHÂN NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN VÀ CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC**

##### **1.1. Nhiễm khuẩn đường sinh sản và BLTQĐTD có thể do một trong những nguyên nhân sau:**

- Bệnh lây truyền theo đường tình dục: như nhiễm khuẩn chlamydia, lậu, trichomonas, giang mai, hạ cam, mụn dộp sinh dục, mụn cóc sinh dục và nhiễm HIV.

- Các nhiễm khuẩn nội sinh: do các vi sinh vật vốn có mặt trong đường sinh dục của phụ nữ khỏe mạnh. Khi có sự thay đổi pH ở đường sinh dục trong một số trường hợp như: có thai, đau yếu, dùng thuốc tránh thai... các vi sinh vật này sinh trưởng quá mức, gây ra nhiễm khuẩn đường sinh dục như: viêm âm đạo do vi khuẩn, nấm âm hộ, âm đạo...

##### **1.2. Điều kiện thuận lợi dẫn đến nhiễm khuẩn đường sinh dục**

- Do người phụ nữ vệ sinh bộ phận sinh dục chưa tốt (vệ sinh hàng ngày, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh giao hợp...)

- Do điều kiện làm việc của một số phụ nữ không thuận lợi như: hay phải ngâm mình dưới nước, lao động ở những nơi thiếu nước...



- Do thầy thuốc: trong quá trình thăm khám và làm các thủ thuật không đảm bảo vô khuẩn như: đỡ đẻ không an toàn, đặt dụng cụ tử cung...

- Do quan hệ tình dục với người mắc bệnh, mà không có bảo vệ.

Tất cả những nhiễm khuẩn này, đều có thể gây ra vô sinh, chửa ngoài tử cung, sảy thai, ung thư cổ tử cung... Tuy nhiên, các nhiễm khuẩn này, đều có thể dự phòng hoặc điều trị được, nếu như người phụ nữ được tư vấn đầy đủ về cách phòng bệnh và được khám phụ khoa định kỳ, phát hiện và điều trị sớm các tổn thương ở đường sinh dục.

## **2. DỊCH TIẾT ÂM ĐẠO BÌNH THƯỜNG**

### **2.1. Vai trò của dịch tiết âm đạo bình thường**

Ở phụ nữ, dịch tiết âm đạo chủ yếu do cổ tử cung tiết ra, nó luôn luôn hiện diện với lượng nhỏ và bình thường không nhận thấy. Dịch tiết âm đạo giúp cho đường sinh dục luôn ẩm, đồng thời dịch có thể ức chế việc sinh sôi quá mức của một số vi khuẩn bình thường vẫn sống trong đường sinh dục và đường tiêu hoá.

### **2.2. Đặc tính của dịch tiết sinh lý ở âm đạo**

- Dịch trong loãng, không màu, hầu như không có mùi, hơi dính.

- Lượng dịch ít, thường không nhận thấy. Dịch tăng tiết ở giữa chu kỳ kinh nguyệt khi có phóng noãn (14 ngày trước khi thấy kinh nguyệt), hoặc khi kích thích tình dục, hoặc trong thời kỳ cho con bú (kích thích đầu vú làm tăng tiết nội tiết tố) hoặc sử dụng thuốc tránh thai.

- Dịch tiết âm đạo giảm trong trường hợp không sản xuất nội tiết tố sinh dục (sau khi mãn kinh, cắt bỏ cả hai buồng trứng), hoặc khi bị mất nước nặng. Khi dịch tiết giảm, khả năng nhiễm khuẩn sẽ tăng.

Trên thực tế, khi người phụ nữ thấy ra dịch âm đạo, dễ lầm tưởng là mình bị bệnh phụ khoa. Vì vậy, trong khi tư vấn về chăm sóc sức khỏe phụ nữ, cần giải thích để phụ nữ biết về đặc điểm và tác dụng của dịch âm đạo bình thường.

## **3. THÔNG TIN VÀ TƯ VẤN VỀ NHIỄM KHUẨN LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC**

- Giáo dục và tư vấn về hành vi tình dục an toàn cần được áp dụng với mọi trường hợp mắc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục.

- Các vấn đề chính cần tư vấn cho người mắc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục là:

- Các hậu quả của nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục đối với nam và nữ, đặc biệt là trong trường hợp tự điều trị hoặc không được điều trị đúng và đầy đủ.

- Tuân thủ phác đồ điều trị, đến khám lại theo lịch hẹn.

- Khả năng lây truyền cho vợ/chồng, bạn tình và sự cần thiết điều trị cho vợ/chồng, bạn tình.

- Tình dục an toàn và sử dụng bao cao su để tránh lây nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV, đồng thời tránh có thai ngoài ý muốn.

- Tất cả người bệnh mắc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục đều cần được đánh giá nguy cơ mắc và lây truyền HIV. Vì vậy, tất cả người mắc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục đều cần được tư vấn và đề nghị xét nghiệm HIV.

- Đặc biệt chú ý đến những người mắc bệnh Giang mai, Herpes sinh dục, hạ cam, nấm candida hầu họng, các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục không đáp ứng với điều trị thông thường, các trường hợp với biểu hiện lâm sàng nặng và hay tái phát (có dấu hiệu nghi ngờ nhiễm HIV).

- Địa điểm tư vấn và xét nghiệm HIV.

#### **4. DỰ PHÒNG NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN VÀ BLTQĐTD**

- Hướng dẫn phụ nữ thực hiện tốt vệ sinh phụ nữ (vệ sinh hàng ngày, vệ sinh giao hợp, vệ sinh kinh nguyệt).

- Thầy thuốc phải đảm bảo vô khuẩn khi thăm khám và làm thủ thuật đặc biệt là các thủ thuật can thiệp vào buồng tử cung (kiểm soát tử cung, đặt dụng cụ tử cung, hút thai...).

- Mọi phụ nữ cần khám phụ khoa định kỳ 6 tháng một lần, để phát hiện và điều trị sớm, nếu có nhiễm khuẩn sinh dục.

- Sống chung thủy một vợ một chồng.

- Khi có dấu hiệu nghi ngờ của bệnh, cần đến cơ sở y tế để khám và điều trị kịp thời, không nên tự ý điều trị, để tránh hậu quả của bệnh. Khi bị bệnh, không nên quan hệ tình dục hoặc khi quan hệ tình dục phải dùng bao cao su.

- Cán bộ y tế khi thăm khám và làm thủ thuật phải được bảo vệ an toàn.

#### **5. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN VÀ CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC**

Phần lớn bệnh nhân nhiễm khuẩn đường sinh dục điều trị ngoại trú, nên việc điều dưỡng chủ yếu là tư vấn cho bệnh nhân về vấn đề vệ sinh bộ phận sinh dục, đặt thuốc âm đạo...Tuy nhiên, khi bệnh nhân điều trị tại khoa phòng, người hộ sinh cần có kế hoạch điều dưỡng cho bệnh nhân.

##### **5.1. Nhận định**

- Nhận định toàn trạng của bệnh nhân có liên quan đến bệnh và quá trình điều trị bệnh.

- Nhận định bộ phận mắc bệnh và tác nhân gây bệnh để có kế hoạch chăm sóc phù hợp.

- Nhận định các dấu hiệu cơ năng: đau bụng, ra khí hư...
- Các dấu hiệu thực thể, xác định mức độ tổn thương để có kế hoạch chăm sóc phù hợp và hiệu quả.
- Cần nhận định thể trạng, tinh thần, cách sống của bệnh nhân, điều đó có liên quan trực tiếp đến kết quả điều trị.

### **5.2. Chẩn đoán chăm sóc**

- Tinh thần đáp ứng với sự thay đổi khi vào viện.
- Đáp ứng của cơ thể người bệnh với chế độ điều trị như: mạch, huyết áp, đại tiểu tiện ...
- Đáp ứng của tình trạng bệnh với điều trị: tiến triển của các triệu chứng như đau bụng, sốt, ra khí hư, ngứa âm đạo, cổ tử cung ....
- Các vấn đề mới nảy sinh trong quá trình điều trị như tác dụng phụ của thuốc.

### **5.3. Lập kế hoạch**

- Theo dõi toàn trạng.
- Theo dõi diễn biến của các dấu hiệu bệnh lý: khí hư, đau bụng, các tổn thương.
- Lập kế hoạch chăm sóc về tinh thần, ăn uống, vận động, vệ sinh cho bệnh nhân, làm thuốc âm đạo.
- Thực hiện các xét nghiệm theo yêu cầu của thầy thuốc.
- Thực hiện y lệnh.

### **5.4. Thực hiện kế hoạch**

- Thảo luận với người bệnh về tình trạng bệnh lý, tiến triển của bệnh và việc làm trong quá trình chăm sóc.
- Quan sát toàn trạng người bệnh, đo mạch, nhiệt độ, huyết áp ít nhất 1 ngày / lần. Tùy theo tình trạng người bệnh mà số lần thực hiện nhiều hơn, ví dụ: nếu người bệnh có sốt phải theo dõi sát mạch, nhiệt độ ...
- Theo dõi đau bụng, liên quan của đau bụng với sốt, ra khí hư hoặc ra máu âm đạo như thế nào.
- Làm thuốc âm đạo theo chỉ định của bác sỹ.
- Đảm bảo chế độ ăn đầy đủ chất, tránh táo bón.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà thực hiện vệ sinh tốt.
- Động viên người bệnh an tâm điều trị, có thể hướng dẫn người bệnh 1 số biện pháp điều trị không dùng thuốc.
- Chuẩn bị phương tiện làm các thủ thuật theo y lệnh.
- Thực hiện y lệnh.
- Ghi kết quả theo dõi vào phiếu theo dõi, có gì bất thường cần báo ngay với bác sỹ.

## 5.5. Đánh giá

- Tình trạng toàn thân khá lên, đau bụng giảm dần, khí hư giảm dần là tiên triển tốt.

- Nếu người bệnh vẫn sốt hoặc vẫn đau bụng, hoặc khí hư vẫn nhiều, có màu, có mùi... cần báo ngay với thầy thuốc và điều chỉnh lại kế hoạch chăm sóc cho phù hợp.

## B. HỘI CHỨNG TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO

Hội chứng tiết dịch âm đạo là hội chứng thường gặp nhất ở phụ nữ. Người bệnh than phiền có dịch âm đạo bất thường (khí hư) và kèm theo một số triệu chứng khác như ngứa, đau rát ở vùng sinh dục, đái khó, đau khi giao hợp..., và nếu không điều trị có thể gây biến chứng như viêm tiểu khung, vô sinh, chửa ngoài tử cung, sảy thai, đẻ non, viêm kết mạc mắt trẻ sơ sinh...

Nguyên nhân thường gặp:

- Nấm men gây viêm âm hộ - âm đạo.
- Trùng roi gây viêm âm đạo.
- Vi khuẩn gây viêm âm đạo: vi khuẩn kỵ khí và candida.
- Lậu cầu khuẩn gây viêm cổ tử cung mũ nhầy và/ hoặc viêm niệu đạo.

## 1. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

### 1.1. Viêm âm đạo do trùng roi (*Trichomonas vaginalis*)

Là một bệnh thường gặp ở phụ nữ. Bệnh lây qua quan hệ tình dục là chủ yếu, ngoài ra bệnh còn có thể lây qua bồn tắm, khăn tắm ẩm ướt.

Thời gian ủ bệnh từ 1- 4 tuần lễ, khoảng 1/4 số người mắc không có biểu hiện bệnh lý. Các triệu chứng thường gặp là:

- Khí hư: số lượng nhiều, loãng, có bọt, màu vàng xanh, mùi hôi (mùi hôi không mất đi khi rửa). Đặc điểm của khí hư do trùng roi có tính chất đặc thù nên có thể phân biệt với khí hư do nấm và các tác nhân khác.

- Có thể kèm theo ngứa, đi tiểu khó và đau khi giao hợp.

- Khám: âm hộ, âm đạo, cổ tử cung đỏ, phù nề, có nhiều khí hư màu vàng xanh loãng và có bọt ở cùng đồ. Đo pH > 4,5.

- Xét nghiệm:

+ Lấy 1 giọt khí hư cho vào 1-2 giọt nước muối sinh lý soi tươi thấy có trùng roi hình hạt chanh di động.

+ Test sniff: nhỏ 1 giọt KOH 10% vào dịch khí hư thấy mùi cá ươn và mất đi nhanh.

### 1.2. Viêm âm đạo do nấm

Căn nguyên do nấm candida quá phát (chủ yếu là *Candida albicans*)

Người bệnh thường ngứa nhiều ở âm hộ, do vậy người bệnh thường gãi làm xây xước âm hộ và làm nấm lan rộng cả tầng sinh môn, bẹn.

Khí hư có màu trắng đục như váng sữa, không hôi. Có thể kèm theo đau khó, đau khi giao hợp.

Khám: âm hộ, âm đạo viêm đỏ, có thể bị xây xước nhiễm khuẩn do gãi, trường hợp nặng bị viêm cả vùng tầng sinh môn, bẹn, đùi. Khí hư thường nhiều, màu trắng như váng sữa, thành mảng dày dính vào thành âm đạo, khi lau sạch khí hư có thể thấy âm đạo có vết trợt đỏ.

Xét nghiệm: soi tươi hoặc nhuộm tìm nấm men. Test sniff âm tính, đo pH  $\leq 4,5$ .

### **1.3. Viêm âm đạo do vi khuẩn**

- Là hình thái viêm âm đạo không đặc hiệu, nghĩa là các vi khuẩn kỵ khí nội sinh quá phát tại âm đạo. Bệnh không phải do lây qua đường tình dục mà căn nguyên chủ yếu do vi khuẩn *Gardnerella vaginalis* và có thể phối hợp với một số vi khuẩn yếm khí khác.

- Khí hư ra nhiều, mùi hôi là lý do chủ yếu khiến người phụ nữ đi khám bệnh.

- Khám thấy khí hư mùi hôi, màu xám trắng, đồng nhất như kem bám vào thành âm đạo. Niêm mạc âm đạo không có biểu hiện viêm đỏ.

- Xét nghiệm: Test sniff dương tính

### **1.4. Viêm cổ tử cung mũ nhày do lậu và/hoặc *Chlamydia trachomatis***

#### **1.4.1. Viêm cổ tử cung và viêm niệu đạo do lậu:**

- Đặc điểm bệnh lậu ở phụ nữ không có triệu chứng rõ ràng mà thường kín đáo, thậm chí trên 50% không có triệu chứng nên họ không biết mình bị bệnh.

- Biểu hiện cấp tính: người bệnh có biểu hiện đái buốt, có mủ chảy ra từ niệu đạo, lỗ cổ tử cung. Mủ có màu vàng đặc hoặc vàng xanh. Đau bụng dưới. Đau khi giao hợp.

- Khám thấy cổ tử cung đỏ, phù nề, chạm vào dễ chảy máu. Mủ chảy ra từ ống cổ tử cung. Có thể thấy lỗ niệu đạo đỏ, có mủ từ trong chảy ra hoặc có khi chỉ có dịch đục.

- Xét nghiệm: Lấy bệnh phẩm ở lỗ niệu đạo, ống cổ tử cung (đây là 2 vị trí quan trọng nhất), hậu môn, tuyến Skène, Bartholin cũng là nơi có thể có lậu cầu để gửi làm xét nghiệm.

#### **1.4.2. Viêm cổ tử cung và niệu đạo do *Chlamydia*:**

- Có dịch nhầy, hơi đục chảy ra từ lỗ cổ tử cung, số lượng ít. Cổ tử cung đỏ, phù nề, chạm vào dễ chảy máu.

- Người bệnh có thể có biểu hiện ngứa âm đạo, đi tiểu khó.

- Ngoài ra, có thể có biểu hiện viêm tuyến Bartholin, viêm tiểu khung.

## **2. ĐIỀU TRỊ**

Nếu xác định được nguyên nhân thì điều trị nguyên nhân, nếu không xác định được nguyên nhân thì điều trị theo hội chứng. Đối với mọi trường hợp tiết dịch âm

đạo cán bộ y tế cần xác định và điều trị cho bạn tình (trừ trường hợp viêm âm đạo do nấm hoặc vi khuẩn).

### **2.1. Phác đồ điều trị viêm âm đạo do trùng roi và vi khuẩn:**

Dùng một trong các phác đồ sau đây:

- Metronidazole 2g hoặc Tinidazole 2g uống liều duy nhất, hoặc
- Metronidazole 500mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày.

#### **Chú ý**

- Với viêm âm đạo do trùng roi điều trị cho bạn tình với liều tương tự.
- Với phụ nữ có thai 3 tháng đầu không dùng Metronidazol. Chỉ điều trị tại chỗ bằng đặt âm đạo Clotrimazol 100mg/ngày trong 6 ngày. Từ tháng thứ tư trở lên mới dùng Trimetronidazol dùng toàn thân.
- Trong khi điều trị bằng Metronidazol không được quan hệ tình dục, không uống rượu cho đến 24 giờ sau khi ngừng thuốc.

### **2.2. Điều trị viêm âm đạo do nấm men Candida:**

Dùng một trong các phác đồ sau đây:

- Nistatin viên đặt âm đạo 100.000 đơn vị, 1 hay 2 viên/ngày trong 14 ngày, hoặc
- Miconazole hoặc Clotrimazole viên đặt âm đạo 200mg, 1 viên/ngày trong 3 ngày, hoặc
- Clotrimazole 500mg, viên đặt âm đạo, đặt 1 liều duy nhất, hoặc
- Itraconazole (Sporal) 100mg uống 2 viên/ngày trong 3 ngày, hoặc
- Fluconazole (Diflucan) 150mg uống 1 viên duy nhất

#### **Chú ý:**

- Không cần điều trị cho bạn tình.

### **2.3. Điều trị viêm ống cổ tử cung**

Điều trị theo 1 trong 3 phác đồ sau:

- Ceftriaxone 250mg, tiêm bắp liều duy nhất + Doxycyclin 100mg uống ngày 2 lần, mỗi lần 1 viên, trong 7 ngày, hoặc
- Spectinomycin 2g, tiêm bắp liều duy nhất + Doxycyclin 100mg uống ngày 2 lần, mỗi lần 1 viên, trong 7 ngày, hoặc
- Cefotaxime 1g, tiêm bắp liều duy nhất + Doxycyclin 100mg uống ngày 2 lần, mỗi lần 1 viên trong 7 ngày

#### **Chú ý:**

- Ở Việt Nam, lậu cầu kháng lại các kháng sinh thuộc nhóm Quinolon, Penicilin, Kanamycin.
- Có thể thay Doxycyclin bằng Tetracylin 500 mg uống ngày 4 lần, mỗi lần 1 viên trong 7 ngày

- Không dùng Doxycyclin và Tetracyclin cho phụ nữ có thai và cho con bú, thay thế bằng 1 trong các phác đồ sau:

- + Erythromyxin base 500mg uống ngày 4 lần, mỗi lần 1 viên, trong 7 ngày, hoặc
- + Amoxilin 500mg uống ngày 3 lần, mỗi lần 1 viên, trong 7 ngày, hoặc
- + Azthromycin 1g uống liều duy nhất

- Điều trị cho bạn tình dù họ không có triệu chứng lậu và Chlamydia với liều tương tự

- Đề phòng lậu mắt ở trẻ sơ sinh: Khi trẻ đẻ ra nhỏ dung dịch Nitrat Bạc 1%.

Nếu mẹ bị bệnh lậu chưa điều trị có thể điều trị phòng ngừa cho trẻ (chuyển tuyến)

### **3.4. Chuyển tuyến**

Chuyển tuyến khi:

- Không có các thuốc trên.
- Các triệu chứng không giảm sau một đợt điều trị.
- Nếu nghi ngờ người bệnh bị viêm tiểu khung thì phải điều trị tại tuyến huyện, tỉnh.

## **C. HỘI CHỨNG TIẾT DỊCH NIỆU ĐẠO**

Trong các nhiễm khuẩn lây qua đường tình dục, hội chứng tiết dịch niệu đạo là hội chứng thường gặp nhất ở nam giới. Nếu không điều trị kịp thời có thể để lại di chứng như hẹp niệu đạo, vô sinh.

### **1. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN**

#### **1.1. Viêm niệu đạo do lậu**

- Thời gian ủ bệnh thường 2 - 4 ngày.
- Mủ chảy từ trong niệu đạo, số lượng nhiều, màu vàng đặc hoặc vàng xanh.

Nếu là lậu mạn thì chỉ có dịch nhầy.

- Đái buốt, có thể kèm theo đái rắt.
- Biểu hiện sốt, người mệt mỏi.
- Xét nghiệm: lấy mủ từ lỗ niệu đạo.

- Có thể có biểu hiện của biến chứng viêm mào tinh hoàn: thường bị viêm 1 bên, biểu hiện sưng, nóng, đỏ, đau kèm theo sốt. Nếu viêm cả 2 bên có thể gây vô sinh.

#### **1.2. Viêm niệu đạo do Chlamydia trachomatis**

Nhiễm Chlamydia sinh dục tiết niệu còn gọi là viêm niệu đạo không đặc hiệu.

- Thời gian ủ bệnh từ 2 - 4 tuần.
- Dịch niệu đạo ít hoặc vừa, dịch có thể trong, nhầy, trắng đục hoặc màu vàng.

Có khi dịch ít chỉ biểu hiện ướt hoặc dính ở miệng sáo hoặc không có triệu chứng gì.

- Người bệnh có biểu hiện khó đi tiểu, ngứa, dầm dứ khó chịu trong niệu đạo.

- Triệu chứng nghèo nàn, rất dễ nhầm với lậu mạn tính.
- Có thể có biểu hiện của biến chứng viêm mào tinh hoàn.

## **2. ĐIỀU TRỊ**

### **2.1. Nguyên tắc điều trị**

- Điều trị theo hội chứng, điều trị phối hợp cả lậu và Chlamydia khi lần đầu tiên đến khám.
- Nếu xác định được nguyên nhân điều trị theo nguyên nhân.
- Đối với mọi trường hợp, cần điều trị cho vợ/bạn tình của người bệnh dù không có triệu chứng.
- Không quan hệ tình dục và uống rượu bia trong thời gian điều trị.

### **2.2. Phác đồ điều trị viêm niệu đạo do lậu:**

Dùng 1 trong các loại thuốc sau kết hợp với 1 trong các loại thuốc điều trị viêm niệu đạo không do lậu

- Ceftriaxone 250mg, tiêm bắp liều duy nhất + Doxycyclin 100mg uống ngày 2 lần, mỗi lần 1 viên, trong 7 ngày.

- Spectinomycin 2g, tiêm bắp liều duy nhất + Doxycyclin 100mg uống ngày 2 lần, mỗi lần 1 viên trong 7 ngày.

- Cefotaxime 1g tiêm bắp liều duy nhất + Doxycyclin 100mg uống ngày 2 lần, mỗi lần 1 viên, trong 7 ngày.

### **2.3. Phác đồ điều trị viêm niệu đạo không do lậu**

Dùng 1 trong 3 thuốc sau:

- Doxycyclin 100mg uống ngày 2 lần, mỗi lần 1 viên, trong 7 ngày.
- Tetracycline 500mg uống ngày 4 lần, mỗi lần 1 viên, trong 7 ngày.
- Azithromycin 1g uống liều duy nhất

**Chú ý:** điều trị cho bạn tình với liều tương tự, không dùng Doxycyclin, Tetracycline cho phụ nữ có thai và bà mẹ cho con bú

### **2.4. Chuyển tuyến**

Chuyển tuyến khi:

- Không có các thuốc trên.
- Các triệu chứng không giảm sau một đợt điều trị.
- Người bệnh có biến chứng, đặc biệt là viêm mào tinh hoàn.

## **D. HỘI CHỨNG LOÉT SINH DỤC/SỪNG HẠCH BỆN**

Hội chứng loét sinh dục là tình trạng có các vết loét vùng sinh dục, hậu môn hoặc một số vị trí ngoài sinh dục như môi, lưỡi, họng... gây ra bởi các tác nhân gây bệnh nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục, thường gặp như Giang mai, Herpes, hoặc trực khuẩn hạ cam.



## 1. TRIỆU CHỨNG

- Có 1 hoặc nhiều vết loét vùng sinh dục, hậu môn hoặc một số vị trí ngoài sinh dục như môi, lưỡi, họng... có thể kèm theo đau hoặc không đau.

- Hạch bẹn to, thường là hạch to 1 bên, cũng có thể cả 2 bên. Tùy theo tác nhân gây bệnh mà tính chất hạch khác nhau: đau hoặc không đau, có mũ hoặc không có mũ, có loét hoặc không, di động hoặc dính vào da.

- Khám vết loét để xác định:

- + Số lượng
- + Vị trí
- + Hình dáng
- + Kích thước
- + Mật độ cứng hay mềm
- + Đáy sạch hoặc có mũ, cứng hay gồ ghề
- + Bờ nổi cao hay không, tròn hay nhám nhờ
- + Đau hay không đau
- + Vết loét mới hay tái phát

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Vết loét do giang mai (còn gọi là săng giang mai)

- Vết loét thường có hình tròn hoặc bầu dục.

- Đáy vết loét phẳng so với mặt da, không có bờ nổi gờ lên hoặc lõm xuống, không đau, không ngứa, không có mũ. Đáy thâm nhiễm cứng (còn gọi là săng cứng) là dấu hiệu quan trọng nhất để chẩn đoán.

- Vết loét có thể tự khỏi sau 6 - 8 tuần kể cả không điều trị.

- Kèm theo vết loét có thể có biểu hiện hạch to, thường là hạch bẹn, di động, không đau, không hoã mũ.

### 2.2. Vết loét do Hạ cam (còn gọi là săng mềm)

- Thường nhiều vết loét do tự lây nhiễm. Đáy lõm chõm, nhiều mũ. Bờ nhám nhờ. Rất đau (đây là dấu hiệu quan trọng).

- Hạch bẹn to 1 bên, sau 1 vài tuần hạch có thể tạo thành ổ áp - xe, vỡ mũ tạo thành lỗ dò, lâu lành.

### 2.3. Vết loét do Herpes

- Thường bắt đầu bằng đám mụn nước nhỏ hình chùm nho. Cảm giác rất bông, ngứa nhiều. Sau đó dập vỡ tạo thành các vết trợt (loét) nông, mềm, bờ có nhiều cung, có thể tự khỏi nhưng rất hay tái phát.

- Hạch nhỏ 2 bên bẹn, đau, không làm mũ.

### **3. ĐIỀU TRỊ**

#### **3.1. Nguyên tắc điều trị**

- Đối với tất cả các trường hợp loét sinh dục cần điều trị cho cả bạn tình.
- Nếu xác định được nguyên nhân thì điều trị nguyên nhân
- Nếu vết loét không xác định được do hạ cam hay giang mai thì điều trị đồng thời hạ cam và giang mai.

#### **3.2. Phác đồ điều trị giang mai**

Dùng một trong các thuốc sau:

- Benzathine Penicilin G 2,4 triệu đơn vị tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Procain penicilin G 1,2 triệu đơn vị tiêm bắp 1 lần/ngày 10 ngày liên tiếp, hoặc
- Doxycyclin 100mg uống 4 lần/ngày trong 15 ngày.

**Chú ý:** không dùng Doxycyclin cho phụ nữ có thai và cho con bú, trẻ dưới 7 tuổi.

#### **3.3. Phác đồ điều trị hạ cam**

Dùng 1 trong các thuốc dưới đây:

- Ceftriaxone 250mg tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Azithromycine 1g uống liều duy nhất, hoặc
- Erythromycine 500mg uống 4 lần/ ngày x 7 ngày, hoặc
- Spectinomycine 2g tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Ciprofloxacin 500mg uống ngày 2 lần x 3 ngày.

**Chú ý:** không dùng Ciprofloxacin cho phụ nữ có thai, đang cho con bú và người dưới 18 tuổi

#### **3.4. Phác đồ điều trị Herpes sinh dục**

Dùng 1 trong các thuốc sau đây:

- Acyclovir 400mg uống 3 lần/ngày trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày (với trường hợp tái phát).
- Acyclovir 200mg uống 5 lần/ngày trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu) trong 5 ngày (với trường hợp tái phát).
- Famcyclovir 250mg uống 3 lần/ngày trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu) trong 5 ngày (với trường hợp tái phát), hoặc
- Valacyclovir 1g uống 2 lần/ngày trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu) trong 5 ngày (với trường hợp tái phát).

Các thuốc điều trị Herpes hiện nay không có khả năng diệt virus mà chỉ có hiệu quả làm giảm triệu chứng bệnh và giảm thời gian bị bệnh. Cần điều trị càng sớm càng tốt cho trường hợp mới mắc Herpes sơ phát.

### 3.5. Chuyển tuyến

Chuyển tuyến khi:

- Không có sẵn các thuốc trên đây.
- Các triệu chứng không giảm sau 1 đợt điều trị.
- Herpes tái phát từ 6 lần trở lên trong 1 năm.
- Trường hợp bệnh giang mai và hạ cam không đáp ứng với điều trị hoặc Herpes sinh dục có biểu hiện lâm sàng nặng và lan toả thì có khả năng người bệnh bị suy giảm miễn dịch do nhiễm HIV.
- Trường hợp phụ nữ có thai sắp sinh bị Herpes cần chuyển tuyến vì nguy cơ gây lây nhiễm cao cho thai nhi.
- Phụ nữ có thai bị giang mai.

## E. SÙI MÀO GÀ SINH DỤC

Sùi mào gà sinh dục là một bệnh nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục gặp

ở cả nam và nữ

Trong số các bệnh nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục thì sùi mào gà là một trong những bệnh phổ biến (ở Việt Nam tính từ năm 1996 - 1998 số người mắc bệnh sùi mào gà chiếm 13,2% trong tổng số mắc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục).

Bệnh có thể có nguy cơ gây ung thư cổ tử cung, dương vật.

Đặc biệt tần suất sùi mào gà trên người nhiễm HIV rất cao. Hiện nay, sùi mào gà chưa có thuốc điều trị khỏi.

Nguyên nhân gây sùi mào gà là do virus có tên HPV (Human Papiloma Virus) gây nên. Hiện nay, HPV được chia ra hơn 100 typ khác nhau. Các loại HPV khác nhau gây bệnh cảnh lâm sàng khác nhau. Loại HPV typ 6, 11 gây sùi mào gà sinh dục và các u nhú ở thanh quản.

### 1. TRIỆU CHỨNG

- Phần lớn người nhiễm virus sùi mào gà thường không có biểu hiện lâm sàng, thời kỳ ủ bệnh không rõ ràng, có thể vài tuần đến 2 - 3 tháng.

- Ở nữ: tổn thương là u nhú màu hồng tươi, mềm, không đau, dễ chảy máu khu trú ở âm hộ, âm đạo, quanh lỗ niệu đạo, tầng sinh môn, cổ tử cung, hậu môn. Bệnh có nguy cơ gây ung thư cổ tử cung, hậu môn.

- Ở nam: thường gặp sùi mào gà ở rãnh bao quy đầu, bao da và thân dương vật, có khi thấy ở miệng sáo.

- Cả nam và nữ: quanh hậu môn, hậu môn, miệng, họng

## **2. CHẨN ĐOÁN**

- Tổn thương sùi mào gà rất đặc hiệu, do vậy chẩn đoán chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng.

- Phụ nữ bị sùi mào gà cổ tử cung cần phải làm xét nghiệm phiến đồ cổ tử cung định kỳ hàng năm để phát hiện sớm ung thư cổ tử cung.

## **3. ĐIỀU TRỊ**

Hiện nay chưa có thuốc diệt virus nên người bệnh có thể mang bệnh suốt đời ở tình trạng có biểu hiện triệu chứng hoặc không có biểu hiện triệu chứng. Các phương thức điều trị chỉ có tác dụng làm giảm triệu chứng mà không khỏi bệnh hoàn toàn.

Các trường hợp sùi mào gà phải được điều trị từ tuyến huyện trở lên và cần xác định và điều trị cho bạn tình.

Điều trị bằng phương pháp đốt hoặc phẫu thuật.

## **F. HỘI CHỨNG ĐAU BỤNG DƯỚI**

### **1. NGUYÊN NHÂN**

Nguyên nhân gây đau bụng dưới liên quan đến viêm tiểu khung do

- Lậu cầu khuẩn
- Chlamydia Trachomatis
- Vi khuẩn kỵ khí

### **2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG**

- Đau bụng dưới, liên tục hoặc gián đoạn, nhẹ hoặc nặng
- Đau khi giao hợp
- Dịch âm đạo và cổ tử cung bẩn, có mùi hôi.
- Sốt
- Có thể gặp thể không điển hình: người bệnh không sốt chỉ đau 1 bên hố

chậu và có thể có rong kinh.

## **3. CHẨN ĐOÁN**

### **3.1. Chẩn đoán phân biệt**

- Viêm ruột thừa
- Tắc ruột
- U nang buồng trứng xoắn
- Chửa ngoài tử cung

### **3.2. Chẩn đoán viêm tiểu khung dựa vào các dấu hiệu sau:**

- Đau khi di chuyển cổ tử cung và khi giao hợp
- Đau cả 2 bên, đau nhiều hơn ở 1 bên
- Tiết dịch nhiều
- Đau bụng dưới và bên cạnh tử cung

- Khỏi súng dính vào tử cung
- Sốt

#### **4. ĐIỀU TRỊ**

Người hộ sinh công tác ở cơ sở phát hiện viêm tiểu khung, chuyển tuyến trên điều trị, chú ý điều trị cả bạn tình.

Người hộ sinh công tác tại bệnh viện, thực hiện chăm sóc, điều trị theo y lệnh của bác sỹ.

#### **G. HỘI CHỨNG SUY GIẢM MIỄN DỊCH MẮC PHẢI (HIV/AIDS)**

HIV là viết tắt của tiếng Anh: Human - Immuno - Deficiency - Virus, là virus gây suy giảm miễn dịch ở người. Người bị nhiễm HIV thì hệ thống miễn dịch trong cơ thể họ suy giảm, rối loạn và bị phá vỡ. Vì vậy, họ rất dễ nhiễm khuẩn, nhiễm virus, nhiễm nấm. Những tác nhân gây bệnh này có thể và có khả năng gây bệnh ở tất cả các phủ tạng trong cơ thể người bị nhiễm, rồi dễ dàng dẫn đến tử vong.

Virus HIV gây bệnh trên người có 2 loại: HIV 1 và HIV 2. Sau khi nhiễm HIV nói chung có 3 kiểu hình nhân lên của virus:

- Kiểu hình 1 (dạng phổ biến) sự nhân lên có 3 giai đoạn:
  - + Giai đoạn nhiễm cấp tính: virus nhiễm vào máu và dịch não tủy. Người bị nhiễm có triệu chứng giống như cảm cúm, nhưng cũng có khi không có triệu chứng. Thời gian kéo dài khoảng 2 - 3 tháng. Xét nghiệm tìm kháng thể chống HIV (-), vì vậy còn gọi là giai đoạn cửa sổ.
  - + Giai đoạn không triệu chứng: người nhiễm HIV hoàn toàn khỏe mạnh. Xét nghiệm tìm kháng thể trong máu (+). Giai đoạn này kéo dài khoảng 9 - 10 năm.
  - + Giai đoạn toàn phát: các biểu hiện triệu chứng suy giảm miễn dịch toàn thân rầm rộ: viêm da, viêm phổi, sút cân... rồi dẫn đến suy kiệt và tử vong.
- Kiểu hình 2: (ít gặp): HIV tồn tại trong cơ thể dạng tiền Virus
- Kiểu hình 3: là loại nhiễm virus thầm lặng. Không tìm thấy kháng thể trong máu. Từ kiểu hình này chuyển thành nhiễm HIV hoạt động do yếu tố môi trường.

#### **1. ĐƯỜNG LÂY BỆNH**

- Quan hệ tình dục (đồng giới, khác giới) với người nhiễm HIV: đường âm đạo, đường hậu môn, đường miệng.

- Qua đường máu: truyền máu, tiêm chích, xâu tai, xăm mày, nhổ răng...

- Mẹ mang virus truyền sang con, trong khi mang thai và sinh đẻ.

#### **2. TRIỆU CHỨNG**

Khoảng 80 % các đối tượng nhiễm HIV không có triệu chứng mà chỉ mang mầm bệnh.

Khoảng 10 - 20 % người mang mầm bệnh phát triển thành bệnh AIDS mỗi năm. Trong số bệnh nhân AIDS đó có khoảng 80 - 90 % chết trong vòng 2 năm.

Có 2 loại dấu hiệu:

- Các dấu hiệu chính
  - + Sút cân 10% trọng lượng cơ thể
  - + Ìa chảy kéo dài trên 1 tháng.
  - + Sốt kéo dài trên 1 tháng không rõ nguyên nhân.
- Các dấu hiệu phụ
  - + Ho khan kéo dài.
  - + Viêm da toàn thân (các nốt ban phẳng, rộp, ngứa).
  - + Zona kéo dài
  - + Nhiễm nấm kéo dài
  - + Bệnh có hạch toàn thân

Bệnh nhân được chẩn đoán là AIDS khi có 2 dấu hiệu chính kết hợp với 2 dấu hiệu phụ (loại trừ những người bị ung thư, suy dinh dưỡng cũng gây suy giảm miễn dịch).

## TỰ LƯỢNG GIÁ

### 1. Dấu hiệu nào là viêm cổ tử cung:

- A. Cổ tử cung màu hồng
- B. Cổ tử cung tím
- C. Cổ tử cung đỏ
- D. Cổ tử cung cứng

### 2. Dịch ra âm đạo là sinh lý khi:

- A. Có lẫn máu
- B. Có mùi hôi
- C. Trong loãng
- D. Màu vàng

### 3. Khám túi cùng âm đạo trường hợp nào là bình thường:

- A. Đầy
- B. Ấn đau
- C. Cứng
- D. Sâu

### 4. Nguy cơ cao dẫn đến nhiễm khuẩn đường sinh dục và BLTQĐTD là:

- A. Dùng thuốc tránh thai kéo dài
- B. Đỡ đẻ không an toàn
- C. Nhiều bạn tình
- D. Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài không thường xuyên

### 5. Thuốc đặc hiệu điều trị nấm men là:

- A. Metronidazole
- B. Miconazole
- C. Specnomycin
- D. Cefotaxime

### 6. Triệu chứng có giá trị nhất trong viêm phần phụ sau đẻ?

- A. Đau hai bên hố chậu âm i liên tục
- B. Sản dịch bẩn hôi, đục như mủ
- C. Tử cung co hồi kém, ấn đau, cổ tử cung mở
- D. Sau đẻ khám có một khối nề cạnh tử cung, ấn đau nhiều, di động kém

### 7. Triệu chứng nhiễm tầng sinh môn sau đẻ là

- A. Âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn viêm chảy máu
- B. Tử cung co kém, mềm, ấn đau
- C. Chỗ cắt/rách tầng sinh môn viêm tấy, đỏ, đau, tiết dịch hoặc mủ
- D. Thể trạng nhiễm khuẩn, sốt, xuất hiện sau đẻ 3- 4 ngày

**8. Yếu tố thuận lợi hay gặp nhất của viêm nội mạc tử cung sau đẻ?**

- A. Sốt rau  
B. Nhiễm độc thai nghén  
C. Thể trạng suy nhược  
D. Cắt khâu tầng sinh môn

**9. Bệnh nào sau đây không lây truyền qua đường tình dục điển hình?**

- A. Bệnh sùi mào gà B. Bệnh lậu C. Nấm D. Bệnh mụn rộp sinh dục

**10. Loại dụng cụ nào sau đây không chuẩn bị cho buổi khám phụ khoa?**

- A. Kẹp sát khuẩn ngoài B. Mỏ vịt C. Đôi găng tay D. Ống Karman

**11. Đường nào sau đây không lây truyền HIV cho phụ nữ mang thai?**

- A. Giao hợp không được bảo vệ B. Bắt tay  
C. Dùng các ống kim tiêm đã nhiễm HIV, truyền máu và các chế phẩm của máu có chứa HIV  
D. Người mẹ khi bị nhiễm HIV khi có thai có thể truyền cho con

**12. Thai phụ bị mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục sẽ gây hậu quả sau, ngoại trừ:**

- A. Biến chứng vô sinh, thai ngoài tử cung, giang mai bẩm sinh  
B. Chi phí cho chẩn đoán, điều trị  
C. Là điều kiện thuận lợi cho việc lan truyền HIV/AIDS  
D. Cần có một chiến lược để phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục hiệu quả

**13. Mục tiêu của chiến lược phòng chống bệnh lây truyền qua đường tình dục, ngoại trừ:**

- A. Kiểm soát nguồn lây lan B. Không cần thiết phải cắt đứt nguồn lây  
C. Duy trì sự tiến triển của bệnh để phục vụ cho công tác nghiên cứu  
D. Làm ngừng tiến triển, chữa khỏi bệnh và tránh biến chứng

**14. Nội dung của chiến lược phòng chống bệnh lây truyền qua đường tình dục cho thai phụ là:**

- A. Phát hiện bệnh sớm bằng khám lâm sàng và xét nghiệm để sàng lọc cho thai phụ  
B. Tăng cường giáo dục y tế, giáo dục sức khỏe, tư vấn cho cộng đồng  
C. Lòng ghép phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục vào hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu  
D. Huy động sự tham gia của các nhà lãnh đạo, nhà hoạch định chính sách, người cung cấp dịch vụ phòng bệnh lây truyền qua đường tình dục

**15. Điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục cho thai phụ chủ yếu dựa vào:**

- A. Kháng sinh B. Kháng viêm C. Kháng dị ứng D. Dinh dưỡng

**16. Kháng sinh chọn lựa để điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục cho thai phụ cần thiết phải là:**

- A. Có hiệu quả chữa bệnh cao  
B. An toàn, ít độc tính, ít tác dụng phụ  
C. Tiện lợi, dễ sử dụng  
D. Dễ tìm, giá cả hợp lý

**17. Hội chứng nào sau đây không liên quan đến những bệnh lây truyền qua đường tình dục?**

- A. Hội chứng tiết dịch niệu đạo ở nam giới  
B. Hội chứng tiết dịch âm đạo ở nữ giới  
C. Hội chứng loét vùng sinh dục ở cả nam cả nữ  
D. Hội chứng mót rặn

**18. Thuốc nào dùng để điều trị viêm âm đạo do *Candida albicans*?**

- A. Ketoconazole  
B. Micodazol  
C. Metronidazol  
D. Cefotaxime

**19. Thuốc nào dùng để điều trị viêm âm đạo do *Tạp trùng*?**

- A. Ketoconazole  
B. Micodazol  
C. Metronidazol  
D. Cefotaxime

**20. Thuốc nào dùng để điều trị viêm âm đạo do *Trichomonas*?**

- A. Doxycyclin  
B. Micodazol  
C. Metronidazol  
D. Cefotaxime



## **Bài 5. CHĂM SÓC PHỤ NỮ CÓ KHỐI U SINH DỤC VÀ U VÚ**

**MỤC TIÊU BÀI HỌC:** *sau khi học xong, sinh viên có khả năng*

### **1. Kiến thức**

- 1.1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của các khối u sinh dục và u vú.
- 1.2. Phân loại được các loại u sinh dục và u vú.
- 1.3. Nêu được cách xử trí, chăm sóc và dự phòng u sinh dục và u vú.

### **2. Thái độ**

- 2.1. Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

## **A. KHỐI U LÀNH TÍNH VÀ ÁC TÍNH ÂM HỘ - ÂM ĐẠO**

### **1. CÁC KHỐI U LÀNH TÍNH Ở ÂM HỘ**

- Nang tuyến bã: rất thường gặp tại vùng da âm hộ do tắc nghẽn ống tuyến. Thường nằm ở các môi âm hộ, di động, tròn, trong nang chứa chất bã đục màu vàng trắng.

- Nang của ống trung thận (nang Gartner) có nguồn gốc từ di tích ống trung thận, nằm ở phía bên của mỗi môi âm hộ.

- Nang tuyến tiền đình lớn (nang Bartholin) nang tròn, nằm ở phía sau của môi lớn, chứa dịch nhầy trong.

- Sùi mào gà: xem phần Bệnh lý lây qua đường tình dục.

### **2. CÁC KHỐI U LÀNH TÍNH Ở ÂM ĐẠO**

- Nang của ống trung thận (nang Gartner) có nguồn gốc từ di tích ống trung thận, nằm ở hai thành bên âm đạo.

- Sùi mào gà: xem phần Bệnh lý lây qua đường tình dục.

- U cơ trơn thành âm đạo lành tính: khối u tròn, chắc, ranh giới rõ. Cần tiến hành bóc và xét nghiệm mô học để loại trừ ung thư cơ trơn thành âm đạo.

### **3. CÁC KHỐI U ÁC TÍNH Ở ÂM HỘ**

#### **3.1. Ung thư biểu mô lát âm hộ**

Chiếm khoảng 90% các ung thư ở vùng âm hộ, thường gặp ở bệnh nhân trên 60 tuổi. Các biểu hiện trên lâm sàng bao gồm triệu chứng ngứa, thương tổn sùi hoặc loét ở âm hộ, chảy máu. Lan tràn và di căn hạch xuất hiện sớm, kể cả chuỗi hạch bên của bên đối diện. Về sau có thể lan tràn qua đường máu đến gan, phổi và xương. Điều trị bao gồm phẫu thuật cắt âm hộ rộng rãi và nạo hạch, có thể sử dụng hoá trị liệu nhưng hiệu quả rất thấp (< 20%).

**3.2. Các khối u ác tính khác:** bao gồm ung thư tế bào đáy, u hắc tố ác tính và các khối u di căn từ các cơ quan khác.

## 4. CÁC KHỐI U ÁC TÍNH Ở ÂM ĐẠO

**4.1. Ung thư biểu mô lát:** chiếm khoảng 1-1,5% các ung thư đường sinh dục nữ, thường phát triển trên nền thương tổn loạn sản, xuất hiện trong độ tuổi 50 - 70. Các triệu chứng thường xuất hiện sau khi bắt đầu có loét khối u với ra máu hoặc khí hư bất thường.

**4.2. Ung thư biểu mô tuyến:** bệnh nhân thường có tiền sử phơi nhiễm diethylstilbestrol (DES) trong thai kỳ, khối u sùi thường xuất phát từ 1/3 trên thành trước âm đạo. xâm lấn và lan tràn mạnh, tỷ lệ sống sót sau 5 năm rất thấp.

**4.3. Ung thư cơ trơn thành âm đạo:** là một khối u hiếm gặp nhưng có độ ác tính rất cao, có thể gặp ở bất kỳ độ tuổi nào nhưng thường xuất hiện sớm (< 20 tuổi).

## 5. U NANG BUỒNG TRỨNG

U nang buồng trứng là những khối u khá phổ biến ở phụ nữ. Bệnh thường gặp ở mọi lứa tuổi, nhiều nhất từ 30 - 45 tuổi. Chẩn đoán tương đối dễ, nhưng triệu chứng và tiến triển phức tạp, nên việc điều trị và tiên lượng còn gặp nhiều khó khăn.

Gọi là u nang, vì có cấu tạo kiểu túi. Thành túi là vỏ nang, trong túi có chứa dịch nang đơn thuần hay phối hợp với thành phần khác.

### 5.1. Phân loại

#### 5.1.1. U nang cơ nang

- U nang cơ nang sinh ra do tổn thương chức năng của buồng trứng, có đặc điểm: Lớn nhanh, mất sớm, chỉ tồn tại trong một vài chu kỳ kinh nguyệt.

- U nang cơ nang bao gồm:

+ U nang bọc noãn: do không phóng noãn, thường tồn tại trong vài chu kỳ kinh nguyệt, rồi tự mất.

+ U nang hoàng tuyến: thường gặp trong chửa trứng hoặc Chorio.

+ U nang hoàng thể: có thể gặp trong 1 số trường hợp dùng thuốc kích thích phóng noãn liều cao để điều trị vô sinh.

#### 5.1.2. U nang thực thể

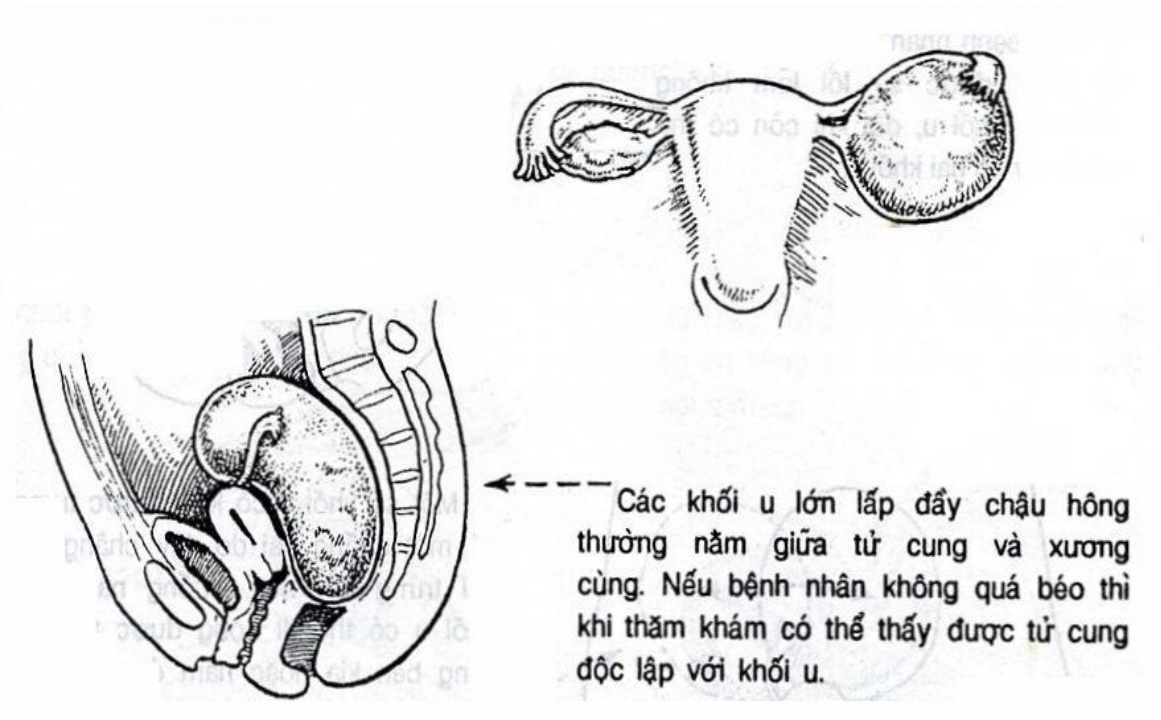
- Do tổn thương thực thể giải phẫu buồng trứng. U phát triển chậm, nhưng không bao giờ mất. Kích thước u nang thường lớn, có vỏ dày, đa số là lành tính.

- Có 3 loại u nang thực thể:

+ U nang bì

+ U nang nước

+ U nang nhầy



Hình 5.1: một số dạng khối u buồng trứng

## 5.2. Lâm sàng và cận lâm sàng

### 5.2.1. Triệu chứng cơ năng

- U nang nhỏ: triệu chứng nghèo nàn, khối u tiến triển nhiều năm. Phần lớn người bệnh vẫn sống, hoạt động bình thường.
- U nang chỉ được phát hiện khi tắm hoặc khi khám sức khoẻ.
- Một số người bệnh cảm giác nặng bụng dưới. Trường hợp u lớn có dấu hiệu chèn ép các tạng xung quanh, gây bí tiểu, bí đại tiện.

### 5.2.2. Triệu chứng thực thể

- U nang to: Thấy bụng dưới to lên như mang thai, sờ thấy khối u di động, có khi đau.
- Khám âm đạo: tử cung nhỏ, cạnh tử cung có khối tròn đều, di động dễ dàng, ranh giới biệt lập với tử cung.
- U nang to, dính, hay nằm trong dây chằng rộng, thì di động hạn chế, có khi mắc kẹt trong tiểu khung. Không nên đè mạnh hay đẩy lên, vì có thể gây vỡ.

### 5.2.3. Cận lâm sàng

- Chụp bụng không chuẩn bị, nếu là u nang bì sẽ thấy cản quang. Chụp tử cung vòi trứng với thuốc cản quang, thấy tử cung lệch 1 bên, vòi trứng bên khối u kéo dài ra ôm lấy khối u.
- Siêu âm thấy ranh giới khối u rõ.
- Soi ổ bụng chỉ làm khi khối u nhỏ, nghi ngờ với chửa ngoài tử cung.

### 5.3. Tiến triển và biến chứng

- Người phụ nữ có u nang buồng trứng, có thể khó có thai, khi có thai có nguy cơ ngôi bất thường và đẻ non.

- Xoắn u nang

- Chảy máu trong nang

- Vỡ u nang

- Viêm nhiễm

- Chèn ép các tạng lân cận, gây bán tắc ruột, đái, tiểu tiện khó.

- Ung thư hoá có thể xảy ra với 3 loại u nang thực thể, nhưng u nang nước là thường gặp nhất.

- Có thể chẩn đoán nhầm với áp - xe ruột thừa, chữa ngoài tử cung.

### 5.4. Điều trị

**5.4.1. U nang cơ năng:** thường mất đi khi điều trị khỏi các căn nguyên, chỉ mổ khi biến chứng

**5.4.2. U nang thực thể:** phẫu thuật là chủ yếu

- Trong trường hợp u lành tính 2 bên, bệnh nhân trẻ nên bóc u nang để lại phần lành.

- U xoắn khi mổ cấp cứu nên giảm đau, chống choáng, cấp, cắt trước khi tháo xoắn.

- Các khối u đều phải gửi giải phẫu bệnh lý để xác định lành hay ác tính.

- Trường hợp ác tính, phải cắt tử cung hoàn toàn, cắt bỏ phần phụ bên kia, cắt một phần mạc nối lớn và tiếp tục điều trị bằng hoá chất.

### 5.5. Phòng bệnh

- Khuyến khích phụ nữ khám phụ khoa định kỳ, phát hiện sớm u buồng trứng.

- Quản lý chặt chẽ những bệnh nhân sau mổ, phát hiện sớm bệnh tái phát.

## 6. U XƠ TỬ CUNG

U xơ tử cung là khối u lành tính, bệnh khá phổ biến ở phụ nữ từ 30 - 45 tuổi, tỷ lệ 15 - 20%.

U xơ tử cung có thể to, nhỏ, một hay nhiều nhân xơ nằm ở thân, ở cổ và cả ở eo tử cung.

U xơ có thể phát triển bề ngoài tử cung (U xơ dưới thanh mạc)

U xơ phát triển trong lớp cơ tử cung (U xơ kẽ)

U xơ phát triển trong buồng tử cung (U xơ dưới niêm mạc)



Hình 5.2: một số dạng khối u xơ tử cung

## 6.1. Lâm sàng và cận lâm sàng

### 6.1.1. Triệu chứng cơ năng

Biểu hiện lâm sàng phụ thuộc vào vị trí, số lượng thể tích của u xơ.

- Rối loạn kinh nguyệt: cường kinh, rong kinh kéo dài, vòng kinh ngắn, nhưng vẫn theo chu kỳ, làm người bệnh thiếu máu.
- Đau: do thiếu máu cục bộ hay do chèn ép hệ thần kinh trong tiểu khung
- Chèn ép: U xơ to chèn ép bàng quang, gây tiểu khó, tiểu nhiều lần, chèn ép trực tràng, gây táo bón.
- Thường dịch âm đạo nhiều, loãng theo chu kỳ.

### 6.1.2. Triệu chứng thực thể

- Thăm âm đạo kết hợp nắn bụng, sẽ thấy tử cung lớn hơn bình thường, nhiều nhân gồ ghề, thay đổi hình dạng tử cung. Di động tử cung bị hạn chế, do u xơ to, dính trong tiểu khung.
- U xơ kẽ thấy tử cung to tròn đều, hay gây cường kinh.
- Nhân xơ dưới niêm mạc có thể không lớn, đôi khi thấy polyp chui ra cổ tử cung, hay ra huyết bất thường.
- U xơ dưới phúc mạc làm tử cung biến dạng. Nếu có cuống dài, dễ nhầm U nang buồng trứng.

### 6.1.3. Cận lâm sàng

- Đo buồng tử cung
- Chụp buồng tử cung cản quang
- Siêu âm

## 6.2. Tiến triển và biến chứng

- Thiếu máu do rong kinh rong huyết
- Chèn ép các tạng xung quanh, gây tiểu khó, táo bón.
- Nhiễm khuẩn, hoại tử do thiếu máu tại chỗ.
- Xoắn u nếu u dưới thanh mạc có cuống.
- Khi có thai, gây sảy thai, đẻ non, rau bám thấp, ngôi thai bất thường.

- Khi chuyển dạ: rối loạn cơn co, chuyển dạ kéo dài, u tiền đạo.
- Sau đẻ chờ tử cung, băng huyết, bế sản dịch.
- Một số ít u xơ có thể thoái hoá, biến thành ung thư, nhưng hiếm gặp.

### 6.3. Điều trị

#### 6.3.1. Phẫu thuật

- Bóc tách nhân xơ
- Cắt tử cung bán phần hoặc toàn phần

#### 6.3.2. Điều trị nội khoa

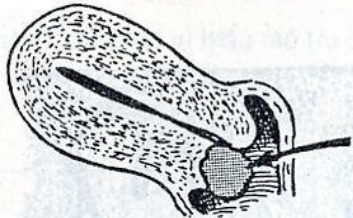
Chỉ định khối u nhỏ, tiến triển chậm, chưa có biến chứng, người bệnh còn trẻ. Điều trị bằng progesteron 10 mg/ ngày x 7 - 10 ngày trong nửa sau của chu kỳ kinh nguyệt.

## 7. UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

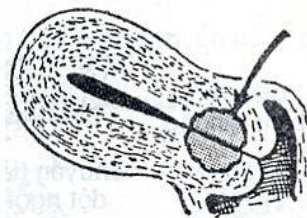
Ung thư cổ tử cung là một bệnh thường gặp ở phụ nữ, đứng hàng thứ 2 sau ung thư vú. Thương tổn xuất phát từ vùng nối tiếp của 2 loại biểu mô, biểu mô lát ở phía ngoài, biểu mô trụ ở phía trong ống cổ tử cung.

Diễn biến của nó thường chậm, sau một thời gian dài phát triển ở bề mặt cổ tử cung, các tế bào tân sinh phá huỷ lớp màng đáy, lan tràn đến tổ chức liên kết của cổ tử cung và đi xa theo đường bạch huyết, đường máu.

Đây là loại u ác tính hay gặp nhất của đường sinh dục.



Nó thường xuất hiện ở biểu mô lỗ ngoài cổ tử cung, được gọi là ung thư biểu mô lát tầng hoặc ung thư dạng biểu bì.



Có khoảng 1/20 trường hợp xuất hiện ở niêm mạc tuyến của buồng cổ tử cung và gọi là ung thư biểu mô tuyến.

Hình 5.3: vị trí thường gặp của ung thư cổ tử cung

### 7.1. Các yếu tố nguy cơ

- Tuổi: từ 35 - 50
- Đẻ nhiều: từ 5 con trở lên.
- Hoạt động sinh dục sớm: trước 17 tuổi.
- Có nhiều bạn tình.
- Tiền sử có bệnh viêm sinh dục do virus Papilloma hay Herpes.
- Vệ sinh cá nhân kém.

## 7.2. Lâm sàng và cận lâm sàng

Thường người bệnh đến khám, vì ra máu âm đạo bất thường giữa kỳ kinh, sau giao hợp, hoặc là khí hư hôi, màu hồng cộng với cơ thể suy mòn, ta cần phân biệt

### 7.2.1. Các thương tổn khó thấy

Ở giai đoạn còn sớm, ung thư không thấy rõ rệt khi thăm khám âm đạo - cổ tử cung bằng mỏ vịt: cổ tử cung trông giống như bình thường, hoặc như một vết loét trợt, hoặc có một vùng trắng không điển hình. Để chẩn đoán, cần thực hiện

- Tế bào âm đạo: mục đích thu lượm các tế bào bong ra của khối u và nhuộm màu bằng phương pháp Papanicolaou. Nếu có tế bào nhóm IV hoặc nhóm V, nghĩa là có sự hiện diện của tế bào ung thư.

- Soi cổ tử cung: thấy được vùng nghi ngờ và đó là nơi cần phải được sinh thiết.

- Sinh thiết: được lấy từ vùng nối tiếp của 2 loại tế bào và vùng nghi ngờ, để xem xét về mô học một cách chính xác và đầy đủ.

- Nếu sự bất thường về mặt tế bào còn giới hạn ở bề mặt của biểu mô, màng đáy chưa bị phá huỷ, đó là ung thư trong liên bào.

- Nếu màng đáy bị phá huỷ, khối u có kích thước dưới 3 cm, đó là ung thư xâm lấn vi thể.

**7.2.2. Với các tổn thương rõ:** chẩn đoán dễ, chủ yếu còn để tiên lượng bệnh

- Cổ tử cung loét, sùi, dễ chảy máu, sờ cổ tử cung thấy nền loét sùi cứng.

- Khi ung thư đã sang giai đoạn 2 - 3, sờ túi cùng bên thấy cứng, hẹp.

## 7.3. Điều trị

Sự điều trị tia xạ hoặc phẫu thuật phụ thuộc vào

- Cơ địa: tuổi, tình trạng chung, tiền sử thai nghén...

- Giai đoạn khi khám bệnh

- Hình thái của khối u cổ tử cung

- Sự xâm lấn hạch

- Tiến triển của bệnh

- Tiên lượng vào khả năng sống sau điều trị

## 7.4. Dự phòng

Ung thư cổ tử cung nguy hiểm, vì gây tử vong cao vào giai đoạn xâm lấn, song diễn biến thì chậm chạp, nếu quan tâm chú ý thì ta có thể phát hiện sớm và đề phòng được. Để đề phòng bệnh cần khuyên người phụ nữ:

- Đẻ ít

- Giữ gìn vệ sinh phụ nữ, vệ sinh sau giao hợp và vệ sinh kinh nguyệt.

- Khám phụ khoa định kỳ ít nhất 1 năm/lần, hoặc đi khám ở cơ sở chuyên khoa khi mà có dấu hiệu bất thường như: ra máu sau giao hợp, khí hư bất thường.

- Thực hiện nếp sống lành mạnh, một vợ một chồng, không quan hệ tình dục phức tạp và sớm.

## **8. UNG THƯ NIÊM MẠC TỬ CUNG**

Ung thư niêm mạc tử cung là một loại ung thư thường gặp ở người lớn tuổi (80%), trong đó khoảng 95% có nguồn gốc từ biểu mô tuyến của nội mạc tử cung. Ung thư xuất phát từ biểu mô liên kết thân tử cung, rất hiếm gặp, tiến triển nhanh, tiên lượng xấu.

### **8.1. Các yếu tố nguy cơ**

- Tuổi: từ 50 - 70
- Quá mập (trên 25 kg so với bình thường)
- Đái đường
- Bệnh lý ở tử cung: quá sản nội mạc tử cung.
- Mãn kinh muộn: sau 52 tuổi.

### **8.2. Lâm sàng và cận lâm sàng**

#### **8.2.1. Triệu chứng lâm sàng**

- Ra máu bất thường sau khi đã mãn kinh, có khi ra máu trong thời kỳ tiền mãn kinh, có thể nhầm với những rối loạn của thời kỳ này.

- Khí hư nhiều, nhầy, loãng, hôi, có khi là mủ. Trong trường hợp này thường kèm theo đau và cảm giác nặng nề, đau nhói vùng hạ vị.

- Thăm âm đạo bằng tay, tử cung thường có kích thước bình thường, cũng có thể hơi to và mềm.

#### **8.2.2. Cận lâm sàng**

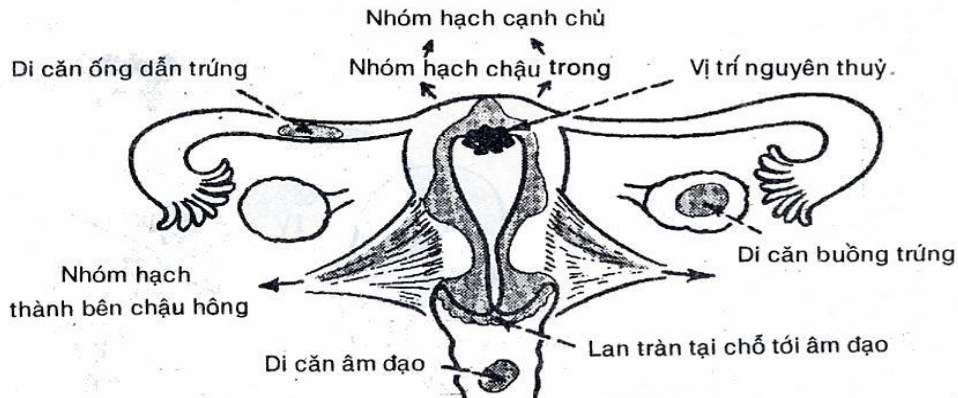
- Tế bào học: dịch hút buồng tử cung hay dịch rửa buồng tử cung.
- Chụp buồng tử cung: cho ta hình ảnh khuyết, bờ không đều, khúc khuỷu.
- Soi buồng tử cung: thấy rõ hình ảnh nội mạc tử cung cũng như tổn thương một cách chính xác.

- Nạo sinh thiết toàn bộ tử cung: tốt nhất ta nên làm từ ngoài vào trong và để riêng bệnh phẩm: ống cổ tử cung rồi buồng tử cung.



### Lan tràn theo ống dẫn trứng

Các tế bào ác tính có thể đi theo ống dẫn trứng theo cùng đường trào vào trong phúc mạc của máu kinh. Hiện tượng này có thể giải thích cho các trường hợp di căn buồng trứng đơn độc.



Hình 5.4: di căn của ung thư niêm mạc tử cung

### 8.3. Điều trị

- Phẫu thuật: cắt tử cung toàn phần rộng rãi, cắt vòm âm đạo, lấy hạch tiểu khung.

- Tia xạ
- Hormon liệu pháp
- Hoá liệu pháp

## B. KHỐI U VÚ

### 1. BỆNH XƠ NANG TUYẾN VÚ

#### 1.1. Lâm sàng

- Tuổi: thường bắt đầu sau 30 tuổi, hay gặp ở lứa tuổi 40 - 50, mất đi các dấu hiệu sau thời kỳ mãn kinh.

- Triệu chứng cơ năng: đau vú theo chu kỳ: thường xuất hiện 8 ngày trước khi hành kinh, biến mất sau chu kỳ kinh, đau tự nhiên, đau lan ra 2 tay, vú tăng thể tích.

- Triệu chứng thực thể

+ Các nang đặc trưng: khối u tròn, giới hạn rõ, hơi cứng, vị trí thường ở 1/4 trên ngoài, kích thước và số lượng thay đổi.

+ Các mảng cứng: lâm sàng thường thấy các mảng cứng trên vú giới hạn không rõ, vị trí hay gặp là 1/4 trên ngoài, mất đi sau chu kỳ kinh.

#### 1.2. Cận lâm sàng

- X quang vú (mammographie).
- Siêu âm: cho phép xác định bản chất một vài khối u.
- Chọc hút làm tế bào: chọc hút các nang cho phép đánh giá màu sắc của dịch. Khi chọc hút dịch lẫn máu, phải nghĩ tới ung thư dạng nang.

### 1.3. Điều trị

- Nội khoa
  - + Chống phù và tăng trương lực thành mạch
  - + Progestagene
- Phẫu thuật: 2 chỉ định
  - + Cắt bỏ nang nếu
    - \* Chọc dò dịch có lẫn máu
    - \* Có u nhú trong nang.
    - \* Tế bào nghi ngờ
  - + Sinh thiết giải phẫu bệnh trong các trường hợp:
    - \* Tồn tại sau điều trị nội khoa.
    - \* Nghi ngờ.
    - \* Có các tế bào loạn sản.

## 2. U XƠ TUYẾN

Khối u phát triển từ mô liên kết giữa các tiểu thùy tuyến vú.

### 2.1. Lâm sàng

- Thường xảy ra trước tuổi 25.
- Khối u có đặc trưng:
  - + Chắc, xơ, đều, tròn hoặc hình trứng di động dưới da, không đau, không liên quan với chu kỳ kinh.
  - + Kích thước thay đổi khoảng 2 - 3 cm.
  - + Số lượng: thường chỉ có 1, nhưng đôi khi có nhiều u và xuất hiện kế tiếp theo thời gian.

### 2.2. Cận lâm sàng

- X quang vú: cho thấy hình ảnh cản quang tròn, giới hạn rõ.
- Siêu âm: hình ảnh giới hạn rõ.
- Tế bào học: ít có giá trị chẩn đoán.

### 2.3. Điều trị

- Đối với các u xơ tuyến nhỏ dưới 2 cm, không gây khó chịu, không cần điều trị.
- Với các khối u lớn, gây khó chịu, thường phải phẫu thuật cắt bỏ khối u.

## 3. UNG THƯ VÚ

Ung thư vú chủ yếu là loại ung thư biểu mô phát triển từ biểu mô của các ống dẫn sữa hoặc các thùy tận cùng. Ung thư vú thường gặp ở phụ nữ, tần suất 60 đến 70/100.000 dân/năm

- Các yếu tố nguy cơ:
- Tiền sử gia đình.

- Chưa sinh đẻ
- Thai nghén muộn.
- Tiền sử bệnh xơ nang tuyến vú có kèm quá sản biểu mô.

### 3.1. Chẩn đoán

Trong 80% các trường hợp đến khám là do bệnh nhân tự phát hiện thấy có một u nhỏ ở vú.

- Hỏi: phải hỏi được ngày phát hiện, thấy có hoặc không sự tăng thể tích của khối u từ khi phát hiện, đau hoặc không và khối u có thay đổi với chu kỳ kinh không.

- Khám lâm sàng: cho phép chẩn đoán chính xác trong 70% trường hợp.

+ Khám vú: (so sánh tư thế ngồi, nằm, 2 tay đưa cao) khối u không đau, giới hạn không rõ, di động so với da trong phần lớn các trường hợp.

Tìm kiếm các dấu hiệu viêm da (da đỏ, phù, dưới dạng da cam) có co rút da, co rút núm vú nếu khối u ở trung tâm.

+ Khối u phải được đo chính xác và xác định vị trí ở phần tư nào của vú.

+ Khám hạch các vùng.

Các kết quả được vẽ và chú thích rõ

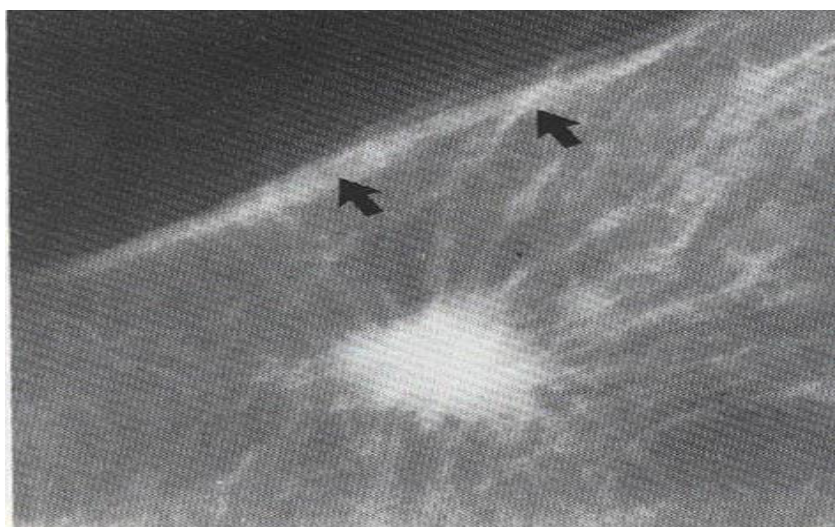
- Cận lâm sàng

+ Chụp X quang vú: có giá trị chẩn đoán trong 80% trường hợp.

+ Siêu âm: hữu ích đối với ác trường hợp vú có mật độ cao, cho phép thấy tổn thương (tạo siêu âm) không đồng nhất với giới hạn mờ.

+ Chọc hút tế bào: được làm với kim nhỏ cho phép chẩn đoán chính xác 90% trường hợp.

+ Sinh thiết giải phẫu bệnh: một vài loại kim cho phép lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh, phương pháp này rất được ưa thích trong những trường hợp mổ không phải là ý định đầu tiên.



Hình 5.5: hình ảnh chụp X quang ung thư vú

## **3.2. Điều trị**

### **3.2.1. Điều trị tại chỗ**

3.2.1.1. *Phẫu thuật*: có thể bảo tồn hoặc không

- Cắt bỏ vú + nạo hạch: phẫu thuật Patey.
- Cắt bỏ vú tận gốc: phẫu thuật Halsted (cắt bỏ vú, cơ ngực lớn và nạo hạch nách).
- Cắt bỏ khối u + nạo hạch nách.

3.2.1.2. *Điều trị tia xạ*: có nhiều phương pháp

- Tia xạ trên vú sau khi cắt bỏ khối u + nạo hạch.
- Tia xạ trên da vùng ngực sau khi cắt bỏ vú.
- Tia xạ trên vùng hạch: hạch nách, chuỗi vú trong chuỗi thượng đòn.

### **3.2.2. Điều trị di căn xa**

3.2.2.1. *Hoá trị liệu*:

Các thuốc được dùng trong đa hoá trị liệu bao gồm: Endoxan, 5FU, Méthotrexate và Anthracyclines

3.2.2.2. *Điều trị Hormon*

Điều trị này được áp dụng trong điều trị hỗ trợ.

3.2.2.3. *Tia xạ hoặc cắt bỏ hai buồng trứng*

Mục đích là loại bỏ nguồn sản xuất Estrogen nội sinh ở phụ nữ trước mãn kinh

3.2.2.4. *Kháng Estrogen (Tamoxifène)*

Các kháng Estrogen ức chế sự cố định Estradiol ở mô vú, có thể được chỉ định trước và nhất là sau mãn kinh.

## **4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH KHỐI U SINH DỤC**

Phần lớn các khối u sinh dục điều trị bằng phẫu thuật. Vì vậy, chăm sóc người bệnh gồm 2 phần: chăm sóc trước và sau phẫu thuật.

### **1. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA/TRƯỚC PHẪU THUẬT**

#### **1.1. Nhận định**

- Toàn trạng người bệnh
  - + Thể trạng
  - + Tình trạng thiếu máu
  - + Cân nặng
  - + Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở
  - + Hệ thống hạch bạch huyết
- Các dấu hiệu cơ năng: đau, sốt, dịch âm đạo, ra máu âm đạo...
- Tình trạng khối u: vị trí, mật độ, thể tích, sự di động...
- Tình trạng các bộ phận khác, xác định xem khối u có ảnh hưởng đến các bộ phận khác không như chèn ép gây đau, khó tiểu tiện, bán tắc ruột...

- Tình trạng dinh dưỡng: người bệnh ăn uống bình thường hay bất thường (nếu bất thường thì hiện tại người bệnh ăn bằng đường nào, chế độ ăn như thế nào, có phù hợp với tình trạng người bệnh không...)

- Vận động (khả năng tự vận động, tự chăm sóc như thế nào)
- Y lệnh về các xét nghiệm cận lâm sàng
- Y lệnh về thuốc

### **1.2. Chẩn đoán chăm sóc**

- Chăm sóc tinh thần
- Chăm sóc vệ sinh, ăn, uống, ngủ
- Chăm sóc đặc hiệu liên quan đến chỉ định phẫu thuật.
- Trường hợp không có chỉ định phẫu thuật mà điều trị nội khoa các vấn đề chăm sóc như một trường hợp điều trị bệnh phụ khoa

### **1.3. Lập kế hoạch**

Tuỳ theo tình trạng người bệnh, lựa chọn vấn đề ưu tiên chăm sóc:

- Trao đổi với người bệnh về những vấn đề cần làm trong quá trình chăm sóc người bệnh để người bệnh yên tâm và cảm thấy thoải mái.

- Theo dõi toàn trạng: ít nhất 1 lần/ngày.

- Theo dõi các dấu hiệu cơ năng để đánh giá tiến triển của người bệnh: ít nhất 6 giờ/lần

- Theo dõi đại, tiểu tiện.

- Động viên người bệnh và người nhà để người bệnh bớt lo âu.

- Hỗ trợ người bệnh trong các vấn đề: ăn uống, vận động, vệ sinh...

- Thực hiện y lệnh của bác sỹ về chế độ thuốc, thủ thuật.

- Theo dõi và phát hiện sớm những tác dụng phụ hoặc tai biến của thuốc để báo cáo với bác sỹ kịp thời.

- Giải thích và hướng dẫn người bệnh xử trí các tác dụng phụ của thuốc, đặc biệt trong những trường hợp dùng dùng hoá chất trị liệu.

- Hỗ trợ người bệnh trong quá trình thực hiện các xét nghiệm.

### **1.4. Thực hiện kế hoạch**

Thực hiện theo kế hoạch chăm sóc đã lập. Trong quá trình thực hiện kế hoạch cần chú ý:

- Phần lớn những người bệnh khối u sinh dục đã có tuổi nên thể trạng thường yếu, tâm lý dễ mặc cảm tủi thân. Vì vậy người hộ sinh sắp xếp để người bệnh nằm ở các buồng bệnh tương đối yên tĩnh và cùng những người bệnh khác cùng tuổi. Buồng bệnh phải thuận tiện cho việc phục vụ, vệ sinh.

- Hướng dẫn người thân của người bệnh tránh tâm trạng lo lắng, buồn rầu khi đến thăm người bệnh, đặc biệt là người bệnh điều trị khối u ác tính.

- Chế độ dinh dưỡng đảm bảo đủ dinh dưỡng nhưng phải hợp khẩu vị, tránh tình trạng ép người bệnh ăn quá nhiều 1 lúc mà nên ăn nhiều bữa.

- Theo dõi đại tiện: nếu người bệnh có khối u chèn ép có thể ảnh hưởng đến đại, tiểu tiện. Nếu cần phải thụt tháo hoặc thông tiểu, cần chú ý tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.

### **1.5. Đánh giá**

Qua quá trình theo dõi và chăm sóc người bệnh, người hộ sinh cần đánh giá tình trạng người bệnh qua các triệu chứng cơ năng và tình trạng toàn thân để thông báo thường xuyên với bác sỹ và điều chỉnh chế độ chăm sóc thích hợp.

- Nếu tinh thần bệnh nhân ổn định, thoải mái, yên tâm điều trị, tin tưởng vào kết quả điều trị là tiến triển tốt.

- Nếu toàn trạng không khá lên, tinh thần bệnh nhân không ổn định, không cho phép phẫu thuật cần báo bác sỹ để điều chỉnh chế độ điều trị và chăm sóc bệnh nhân cho phù hợp.

## **2. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT**

### **2.1. Nhận định**

- Nhận định loại phẫu thuật: đại phẫu hay tiểu phẫu, đơn giản hay phức tạp, có biến chứng hay không có biến chứng, ví dụ: Mổ cắt khối u, cắt tử cung bán phần hoặc cắt tử cung hoàn toàn...mổ nội soi hay mở bụng?

- Thời gian phẫu thuật kéo dài bao lâu

- Cách thức gây mê hay gây tê?

- Thời gian nhận bệnh nhân giờ thứ mấy hoặc ngày thứ mấy sau phẫu thuật

- Toàn trạng của người bệnh:

+ Tỉnh hoàn toàn hay còn ảnh hưởng của thuốc mê

+ Da niêm mạc

+ Mạch, huyết áp, nhiệt độ

+ Hô hấp: tự thở hay còn phải hỗ trợ hô hấp

- Tinh thần của người bệnh sau phẫu thuật

- Tình trạng vết mổ: khô hay có dịch, có máu...

- Khám bụng (nếu mổ khối u tử cung, buồng trứng): bụng mềm hay chướng, có phản ứng, có điểm đau...

- Ra máu âm đạo: nếu có cần xác định vị trí, số lượng, màu sắc...

- Khả năng vận động: tùy theo thời gian sau mổ, toàn trạng người bệnh để đánh giá vận động phù hợp hay chưa

- Chế độ dinh dưỡng của người bệnh phù hợp với phẫu thuật và thời gian sau phẫu thuật chưa

- Đại tiện

- Các xét nghiệm cần làm
- Y lệnh của bác sỹ

## 2.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Nguy cơ rối loạn hô hấp sau gây mê nội khí quản, do tăng tiết đờm dãi.
- Nguy cơ tụt huyết áp trong trường hợp gây tê ngoài màng cứng.
- Tình trạng liệt ruột cơ năng sau phẫu thuật: chướng bụng, nôn, bí trung đại tiện dẫn đến khó thở.
- Tình trạng thông tiểu, nước tiểu.
- Theo dõi truyền dịch
- Phát hiện biến chứng sau phẫu thuật nếu có

## 2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Lập kế hoạch chăm sóc cụ thể phù hợp với từng thời điểm sau mổ của người bệnh, bao gồm:

- Theo dõi
  - + Mạch, nhiệt độ, huyết áp.
  - + Hô hấp: nhịp thở, kiểu thở.
  - + Tiết niệu.
  - + Tình trạng ra máu âm đạo, dịch vết mổ.
- Chế độ ăn uống: cho ăn uống sớm thiết lập lại nhu động ruột.
- Chế độ vận động sớm nhằm thiết lập nhu động ruột và chống dính ruột.
- Động viên người bệnh, tránh lo lắng quá mức, trao đổi với người bệnh về tiến triển của người bệnh hàng ngày để người bệnh yên tâm điều trị.
- Chế độ vệ sinh phù hợp với thời gian sau mổ: vệ sinh toàn thân, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, làm thuốc âm đạo (nếu có chỉ định) ...
- Thực hiện y lệnh cụ thể.

## 2.4. Thực hiện kế hoạch

- Trao đổi với người bệnh về công việc của người hộ sinh trong quá trình chăm sóc người bệnh, những việc cần sự phối hợp của người bệnh hoặc người thân của họ.
- Bảo đảm thông đường thở tốt, hút đờm dãi nếu có.
- Dây truyền đúng tốc độ, mùa lạnh cho dây qua ca nước ấm.
- Có thể cho uống khi bệnh nhân tỉnh hoàn toàn, cho uống ít một, uống nước lọc hoặc nước có điện giải. Không cho dùng nước đường, nước hoa quả, uống sữa khi chưa trung tiện. Theo dõi tình trạng chướng bụng, buồn nôn, nôn, trung tiện, đại tiện.

- Vận động ngay khi tỉnh bằng cách thay đổi tư thế, co chân duỗi tay. Chú ý hướng dẫn tránh chệch dây truyền. Ngồi dậy, đi lại tùy thuộc từng bệnh nhân hoặc từng phẫu thuật theo chỉ định của bác sỹ.

- Chăm sóc tiết niệu: có tắc sonde không, nước tiểu số lượng màu sắc. Nếu không có sonde tiểu theo dõi tình trạng tiểu tiện, số lần đi tiểu, số lượng, màu sắc...

## 2.5. Đánh giá

- Tình trạng người bệnh tốt dần lên, ăn uống tốt, tinh thần thoải mái, đi lại tốt, tình trạng vết mổ tốt, không có biểu hiện chảy máu hoặc nhiễm khuẩn là tiến triển tốt.

- Người bệnh có biểu hiện liệt ruột kéo dài, bí tiểu, chảy máu hoặc sốt hoặc có bất kỳ bất thường nào cần báo cáo ngay bác sỹ có chế độ điều chỉnh phù hợp.

## TỰ LƯỢNG GIÁ

### 1. Triệu chứng sớm của ung thư cổ tử cung là:

- A. Rong kinh  
B. Khí hư nhiều  
C. Ra máu âm đạo sau giao hợp  
D. Chu kỳ kinh nguyệt ngắn hơn trước

### 2. Dấu hiệu nghi đến u xơ tuyến vú

- A. Đau vú trước khi hành kinh và mất đi sau khi sạch kinh.  
B. Khám vú thấy những mảng cứng  
C. Khối u di động hạn chế  
D. Khám thấy khối u chắc đều, hình tròn hoặc hình trứng, không đau

### 3. Khối u sinh dục nào không phải phẫu thuật:

- A. U xơ tử cung  
B. U nang nước  
C. U nang hoàng thể  
D. U nang nhầy

### 4. Trường hợp nào điều trị bằng Progestagen có hiệu quả:

- A. Xơ nang tuyến vú  
B. U nang nhầy  
C. Ung thư cổ tử cung  
D. Ung thư niêm mạc tử cung

### 5. Khối u sinh dục nào gây thiếu máu nhiều:

- A. U xơ tuyến vú  
B. U nang buồng trứng  
C. Ung thư cổ tử cung  
D. U xơ tử cung

### 6. Trong các biến chứng sau đây của u xơ cơ tử cung, biến chứng nào hiếm gặp nhất?

- A. Thoái hóa ác tính  
B. Hoại tử vô trùng  
C. Xoắn  
D. Đè niệu quản

### 7. U xơ tử cung là:

- A. Khối u xơ - cơ trơn lành tính  
B. Khối u xơ - cơ trơn ác tính  
C. Khối u phát triển do ảnh hưởng của nội tiết *progesteron*  
D. Khối u phát triển nhanh sau mãn kinh

### 8. Những biến chứng sớm hay gặp của u xơ tử cung, chọn một câu, ngoại trừ:

- A. Hoại tử vô khuẩn  
B. Xoắn  
C. Thiếu máu  
D. Thoái hóa ác tính



## **Bài 6. CHĂM SÓC PHỤ NỮ SA SINH DỤC, RÒ BÀNG QUANG SINH DỤC VÀ TIÊU TIÊU KHÔNG TỰ CHỦ**

**MỤC TIÊU BÀI HỌC:** *sau khi học xong, sinh viên có khả năng*

### **1. Kiến thức**

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân dẫn đến sa sinh dục.
- 1.2. Trình bày được cách chẩn đoán và hướng điều trị sa sinh dục.
- 1.3. Kể được 7 biện pháp dự phòng sa sinh dục.
- 1.4. Trình bày được nguyên gây rò bàng quang.
- 1.5. Trình bày được cách chẩn đoán và hướng điều trị trong rò bàng quang.

### **2. Thái độ**

- 2.1. Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

## **NỘI DUNG**

### **A. SA SINH DỤC**

#### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Sa sinh dục còn gọi là sa tử cung, nhưng gọi sa sinh dục thì đúng hơn, vì trong nhiều trường hợp không những chỉ sa tử cung, mà còn sa cả thành trước âm đạo kèm theo có sa bàng quang và sa cả thành sau âm đạo kèm theo trực tràng.

- Sa sinh dục là một bệnh khá phổ biến ở phụ nữ Việt nam, nhất là phụ nữ ở nông thôn, trong lứa tuổi từ 40 - 50 trở lên chiếm khoảng 5 - 8%.

- Đây là bệnh không nguy hiểm đến tính mạng, nhưng lại ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt, lao động của phụ nữ. Bệnh thường gặp ở những người chữa đẻ nhiều, đẻ quá sớm, quá dày và những lần đẻ trước không không được đỡ đẻ an toàn, đúng kỹ thuật.

#### **2. CƠ CHẾ SINH BỆNH - NGUYÊN NHÂN**

##### **2.1. Cơ chế giữ tử cung không sa**

Bình thường, tư thế tử cung trong hố chậu là gập trước, thân tử cung hợp với cổ tử cung một góc  $120^{\circ}$ , tử cung hợp với trục âm đạo thành một góc  $90^{\circ}$

Các tổ chức và dây chằng giữ cho tử cung ở tư thế bình thường gồm:

- Tổ chức cơ: các cơ hoành chậu hông trong đó quan trọng nhất là cơ nâng hậu môn.

- Các dây chằng: dây chằng tử cung - cùng, dây chằng tròn, dây chằng rộng.

- Tổ chức liên kết dưới phúc mạc và trên cơ nâng hậu môn, các tổ chức này kết lại thành những vách ràng buộc các tạng với nhau, với thành chậu và đáy chậu.

- Hệ thống dây chằng chỉ có giá trị tương đối, quan trọng nhất để giữ tử cung là các vách âm đạo và tầng sinh môn.

- Do âm đạo hợp với tử cung một góc  $90^0$ , nên khi người phụ nữ đứng, dưới áp lực trong ổ bụng, tử cung không những không sa vào âm đạo mà còn có tác dụng đóng kín hoành chậu, tăng sinh môn với các cơ, các màng cơ.

## **2.2. Nguyên nhân sa sinh dục**

- Chưa đẻ nhiều lần, đẻ dày, đẻ không được đỡ đẻ an toàn đúng kỹ thuật, rách tầng sinh môn không khâu.

- Lao động nặng hoặc quá sớm sau đẻ làm tăng áp lực ổ bụng, đè vào đáy chậu còn mềm yếu dễ gây nên sa sinh dục.

- Các nguyên nhân gây tăng áp lực ổ bụng thường xuyên: mang vác, gánh gồng nặng, táo bón thường diễn, ho kéo dài, những người bán hàng rong thường xuyên ngồi bệt trên lề đường...

- Rối loạn dinh dưỡng ở người già, hệ thống treo và nâng đỡ tử cung suy yếu.

- Ngoài ra có thể do cơ địa bẩm sinh ở người chưa đẻ lần nào.

## **2.3. Cơ chế dẫn đến sa sinh dục**

Những thay đổi sau có thể dẫn đến sa sinh dục:

- Thay đổi tư thế tử cung: những tử cung ở tư thế đổ sau hoặc trung gian làm cho thân và cổ tử cung trên cùng một trục với âm đạo, dưới áp lực trong ổ bụng dễ làm cho tử cung và âm đạo sa ra ngoài.

- Thay đổi các tổ chức của đáy chậu: là nguyên nhân chính gây ra sa sinh dục. Ví dụ: cơ nâng hậu môn bị rách, các màng cơ bị giãn mỏng và yếu, nút thắt trung tâm bị phá hủy. Những thay đổi này làm sa thành âm đạo rồi sẽ dẫn đến sa tử cung.

## **3. GIẢI PHẪU BỆNH**

Sa sinh dục ở người đẻ nhiều lần

Thời gian đầu thường là sa thành trước hoặc thành sau âm đạo, sau đó kéo theo sa tử cung, cổ tử cung.

Mức độ và thành phần của khối sa sinh dục: dựa vào vị trí sa của cổ tử cung so với âm hộ chia làm 3 độ sa sinh dục.

- Sa sinh dục độ I:

+ Sa thành trước âm đạo, kèm theo sa bàng quang.

+ Sa thành sau âm đạo, nếu sa nhiều kéo theo sa cả trực tràng.

+ Cổ tử cung sa thấp trong âm đạo nhưng chưa tới âm hộ.

- Sa sinh dục độ II:

+ Sa thành trước âm đạo và bàng quang.

+ Sa thành sau âm đạo, có thể kèm sa trực tràng.

+ Cổ tử cung sa thấp thò âm hộ.

- Sa sinh dục độ III:

- + Sa thành trước âm đạo và bàng quang.
- + Sa thành sau âm đạo, có thể kèm theo sa trực tràng.
- + Tử cung, cổ tử cung sa thấp, cổ tử cung sa hẳn ra ngoài âm hộ.
- + Các thương tổn phối hợp:

Cổ tử cung thường viêm loét, phì đại do bị cọ sát lâu ngày với quần bệnh nhân.

Tử cung thường teo nhỏ do người già đã mãn kinh, song một số trường hợp có thể có u xơ tử cung hoặc u nang buồng trứng kết hợp.

Tầng sinh môn thường có vết rách cũ không được khâu tại điểm 6 giờ, cơ tầng sinh môn mềm nhão, suy yếu.

Một số trường hợp có sỏi bàng quang, viêm bàng quang, xuất huyết bàng quang - hậu quả của ứ trệ nước tiểu lâu ngày do niệu đạo bị gập.

Sa sinh dục ở người chưa đẻ lần nào

Thường là sa tử cung đơn thuần, cổ tử cung dài, thò ra ngoài âm đạo, thành âm đạo không bị sa.

## **4. TRIỆU CHỨNG - CHẨN ĐOÁN**

### **4.1. Triệu chứng**

- Cơ năng: triệu chứng cơ năng tùy thuộc mức độ sa nhiều hay ít, thời gian sa mới hay đã lâu, sa đơn thuần hay còn có tổn thương phối hợp. Các triệu chứng cơ năng của sa sinh dục gồm có:

- Khối sa lồi ở vùng âm hộ, tầng sinh môn: ban đầu kích thước khối sa nhỏ, sa không thường xuyên, xuất hiện khi lao động hoặc đi lại nhiều, nằm nghỉ thì khối sa tụt vào trong âm đạo hoặc tự đẩy lên được. Càng về sau khối sa càng to, sa thường xuyên, không đẩy lên được nữa. Tức nặng bụng dưới, cảm giác vướng víu khó chịu vùng âm hộ, tầng sinh môn, ảnh hưởng đến lao động và sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân.

- Các triệu chứng rối loạn tiểu tiện (do bàng quang và niệu đạo bị sa): đái khó, đái buốt, són đái, đái ra máu khi có viêm bàng quang hoặc có sỏi bàng quang hình thành do sự ứ trệ nước tiểu lâu ngày. Đôi khi bệnh nhân đến viện vì bí đái cấp.

- Rối loạn đại tiện (do sa trực tràng): đại tiện khó, táo bón, bệnh nhân hay có cảm giác mót rặn, tức nặng vùng hậu môn. Các triệu chứng này ít gặp hơn so với rối loạn tiểu tiện.

- Chảy máu, dịch từ cổ tử cung do cổ tử cung bị viêm nhiễm, cọ sát.

- Sa sinh dục ở người trẻ có thể vẫn có thai nhưng dễ bị sảy thai hoặc đẻ non.

### **4.2. Thực thể: cần thăm khám cẩn thận, tỉ mỉ:**

- Đánh giá kích thước, mức độ và các thành phần trong khối sa sinh dục:

- Kích thước khối sa sinh dục có thể to nhỏ khác nhau tùy thuộc vào mức độ và thời gian sa sinh dục. Nếu có bí đái, phải thông tiêu để đánh giá kích thước khối sa sinh dục được chính xác.

- Mức độ sa sinh dục: có 3 độ như đã nói ở trên.

- Các thành phần trong khối sa sinh dục: thường là sa thành trước âm đạo (kèm theo sa bàng quang), sa thành sau âm đạo (có thể kèm sa trực tràng), sa cổ tử cung và thân tử cung. Cần đánh giá cổ tử cung có tổn thương viêm loét, phì đại hay không?

- Cho bệnh nhân ngồi rặn hoặc ho để khối sa sinh dục xuất hiện rõ hơn (nếu sa không thường xuyên).

- Khám tiêu khung: đẩy khối sa vào âm đạo, thực hiện thao tác thăm âm đạo kết hợp với nắn bụng để đánh giá kích thước, độ di động của tử cung và hai phần phụ, đánh giá mức độ dính của chúng trong trường hợp có vết mổ cũ, từ đó tiên lượng và dự kiến phương pháp phẫu thuật.

- Thăm trực tràng: mục đích để đánh giá mức độ sa trực tràng và độ dày của phân trực tràng - âm đạo giúp cho việc thực hiện phẫu thuật an toàn, đề phòng tổn thương trực tràng.

- Đánh giá tình trạng tầng sinh môn và cơ nâng hậu môn.

Toàn thân: cần khám phát hiện các bệnh lý toàn thân như bệnh tim, phổi mãn tính, huyết áp cao... để điều trị nội khoa ổn định trước khi phẫu thuật sa sinh dục.

### **4.3. Chẩn đoán**

#### **4.3.1. Chẩn đoán xác định**

- Đặc điểm của bệnh là thường gặp ở người từ 40 - 50 tuổi trở lên, bệnh tiến triển chậm, có thể từ vài năm đến hàng chục năm.

- Tiền sử thường đẻ nhiều, đẻ dày, không được đỡ đẻ an toàn, sau đẻ lao động nặng sớm.

- Triệu chứng cơ năng gồm khối sa vùng âm hộ, tức nặng bụng dưới, kèm theo có thể có rối loạn đại, tiểu tiện.

- Khám thực thể xác định kích thước, mức độ, nội dung khối sa; tình trạng tầng sinh môn; đánh giá vùng tiêu khung có khối u, có dính hay không?..

**4.3.2. Chẩn đoán phân biệt:** chẩn đoán sa sinh dục thường dễ, dấu sao chúng ta cũng nên chú ý tới hai bệnh dễ nhầm với sa sinh dục, đó là:

- Lộn tử cung.

- Cổ tử cung dài và phì đại đơn thuần

## **5. TIẾN TRIỂN - BIẾN CHỨNG**

### **5.1. Tiến triển**

Nói chung, sa sinh dục tiến triển chậm. Theo thời gian, nếu không được xử trí thì ngày càng sa nhiều hơn, mức độ sa nhanh hay chậm tùy thuộc vào tuổi tác và mức độ lao động nặng hay nhẹ.

### **5.2. Biến chứng**

Các biến chứng do sa sinh dục gây nên gồm:

- Viêm loét, chảy máu cổ tử cung kéo dài (do bị cọ sát), làm cho việc vệ sinh chăm sóc hàng ngày rất bất tiện.

- Thành âm đạo sa dễ bị viêm, khô, rát, có thể xuất huyết do bị cọ sát; người bệnh đau đớn khó chịu, mất dần khả năng sinh hoạt tình dục.

- Tử cung - phần phụ dễ bị viêm ngược dòng do viêm cổ tử cung.

- Bàng quang và niệu đạo bị sa (theo thành trước âm đạo) gây rối loạn tiểu tiện, bí đái, lâu ngày dẫn đến viêm bàng quang, sỏi bàng quang, xuất huyết bàng quang, rò bàng quang - âm đạo, thận ứ niệu.

- Khi thành sau âm đạo sa nhiều sẽ kéo theo sa trực tràng gây rối loạn đại tiện (ỉa khó, mót rặn, són phân...).

## **6. ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC**

### **6.1. Điều trị nội khoa**

Chỉ định

- Với sa sinh dục độ I.
- Sa độ II, III nhưng bệnh nhân quá già, hoặc có bệnh toàn thân chống chỉ định phẫu thuật, hoặc bệnh nhân quá trẻ.

Cách điều trị

- Cho đeo dụng cụ đỡ tử cung bằng chất dẻo (pessarium).
- Dùng Estrogen tác dụng đơn thuần ở âm đạo.
- Thẻ dục liệu pháp.
- Ngâm tầng sinh môn và khối sa sinh dục hàng ngày trong các dung dịch sát trùng, nước chè xanh, nước sắc lá trầu không có tác dụng làm săn se niêm mạc âm đạo, chống viêm.

- Điều trị các biến chứng nếu có.

Điều trị ngoại khoa

Phẫu thuật là phương pháp chủ yếu trong điều trị sa sinh dục.

Chỉ định

- Sa sinh dục độ II và độ III, nghĩa là những trường hợp sa sinh dục có triệu chứng cơ năng mới cần phẫu thuật.

- Kỹ thuật:

- + Cắt cổ tử cung.
- + Sửa chữa thành trước âm đạo sa.
- + Khâu treo bàng quang và khâu ngắn dây chằng Mackenroth.
- + Sửa chữa thành sau âm đạo sa, khâu chặt lại cơ nâng hậu môn.
- + Tái tạo lại tầng sinh môn.

## **7. DỰ PHÒNG SA SINH DỤC**

- Không nên đẻ sớm quá, đẻ nhiều quá, đẻ dày quá. Phải đẻ ở nơi có điều kiện đỡ đẻ an toàn, đỡ đẻ đúng kỹ thuật.
- Không nên đẻ chuyển dạ quá dài, không đẻ rặn đẻ quá lâu.
- Các thủ thuật sản khoa phải làm đúng chỉ định, đúng kỹ thuật và đủ điều kiện tránh gây sang chấn cho âm đạo và tầng sinh môn.
- Nếu rách tầng sinh môn, dù nhỏ cũng phải khâu lại.
- Sau đẻ không nên lao động quá sớm và quá nặng.
- Cần phát hiện và điều trị sớm các bệnh mãn tính gây tăng áp lực ổ bụng thường xuyên (táo bón trường diễn, ho kéo dài...) là nguyên nhân dẫn đến sa sinh dục.

## **B. RÒ BÀNG QUANG**

Rò tiết niệu là sự nối thông giữa đường tiết niệu với một cơ quan lân cận, qua đó nước tiểu có thể thoát ra ngoài. Thường gặp nhất, đó là rò bàng quang - âm đạo.

### **1. NGUYÊN NHÂN**

Có thể mắc phải hoặc bẩm sinh. Tuy nhiên, nguyên nhân mắc phải, chiếm tỷ lệ cao. Các nguyên nhân hay gặp là:

- Thành âm đạo và bàng quang bị rách trong phẫu thuật sản khoa, như khi đẩy bàng quang để mở ngang đoạn dưới để lấy thai, nhất là trong trường hợp có vết mổ cũ.
- Thành bàng quang bị hoại tử do đầu thai nhi chèn ép vào xương mu, khi chuyển dạ kéo dài và khó khăn.
- Forceps cao, bàng quang chưa thông tiểu.
- Vùng thành bàng quang bộc lộ bị rách hoặc bị xuyên thủng, khi mổ cắt tử cung.
- Bỏng do bức xạ khi điều trị ung thư cổ tử cung. Loại rò này thường xảy ra sau khi điều trị nhiều năm.
- Có thể bẩm sinh: bàng quang hay niệu quản phụ lạc chỗ, có thể đổ vào âm đạo. Bệnh cảnh này thường được phát hiện ra trong thời kỳ còn thơ ấu.

### **2. BỆNH HỌC**

- Nếu nguyên nhân do rách khi phẫu thuật, sẽ thấy ngay, vì nước tiểu sẽ theo đường rách chảy ra ngoài.

- Nếu nguyên nhân là hoại tử do chèn ép, vùng bị thương sẽ bị hoại tử và nước tiểu sẽ chảy ra sau đờ khó vài ngày.

- Các lỗ rò bàng quang - âm đạo có xu hướng tự liền, nhờ tổ chức hạt phát triển, do xơ hoá và do co rút lại. Song một đôi khi tồn tại lâu, ảnh hưởng đến hạnh phúc, sức khoẻ của người bệnh.

- Các yếu tố cản trở sự liền sẹo đó là: nước tiểu chảy ra liên tục, nhiễm khuẩn, hoặc tồn tại các yếu tố gây bệnh, như ung thư hoặc hoại tử do bức xạ chẳng hạn.

### **3. TRIỆU CHỨNG - CHẨN ĐOÁN LỖ RÒ**

- Bất thường về tiểu tiện

+ Chẩn đoán thường dễ, khi sau một số yếu tố nguy cơ, người bệnh thấy nước chảy ra ở cơ quan sinh dục ngoài, có mùi khai.

+ Trong một số trường hợp, người bệnh vẫn có thể đi tiểu được và vẫn có nước bất thường chảy ra, làm bẩn ướt cơ quan sinh dục ngoài, khiến người bệnh phải đến khám.

+ Són tiểu cũng là một triệu chứng thường gặp, có thể xuất hiện ngay sau khi bị chấn thương, nhưng thường đái khó, đái ra máu nhiều ngày với các triệu chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu, trước khi có dấu hiệu nước tiểu thường xuyên chảy ra ngoài âm hộ.

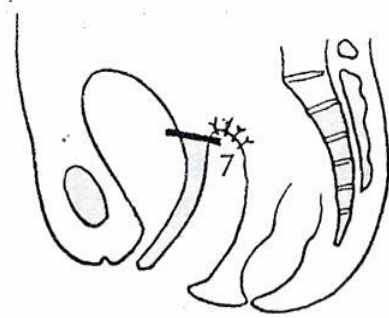
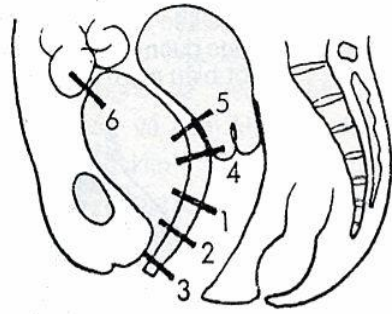
- Dịch âm đạo bất thường

- Đau rát da vùng âm hộ và tầng sinh môn.

- Da vùng tầng sinh môn có thể bị bỏng, viêm đỏ, có thể bị loét. ấn vào rất đau.

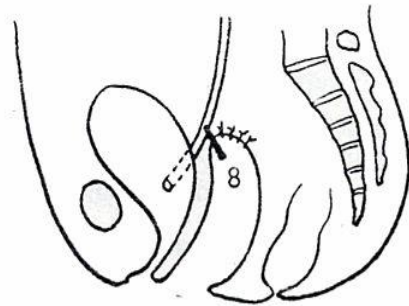
- Khám bằng mỏ vịt: Khi đặt mỏ vịt có thể làm cho người bệnh đau, quan sát thấy vùng thành trước âm đạo, hoặc ở cùng đồ trước của âm đạo có một lỗ rò nước tiểu đang chảy, bờ của lỗ rò có thể xơ chai, nếu bệnh để lâu. Kích thước của lỗ rò có thể không thấy cho đến rộng 2cm. Có nhiều lỗ rò nhỏ có thể tự liền sau một thời gian (từ 3 - 5 tháng).

- Trường hợp lỗ rò khó thấy, ta có thể tiến hành thăm dò với việc bơm xanh methylen vào bàng quang và quan sát chất màu chảy ra ở âm đạo. Có thể chụp phim với chất cản quang, để thấy đường rò trong trường hợp phức tạp.



1. Rò bàng quang - âm đạo: loại hay gặp nhất.
2. Rò niệu đạo - bàng quang - âm đạo: són nước tiểu do stress thường xảy ra sau khi đóng lỗ rò.
3. Rò niệu đạo - âm đạo: đây là loại lỗ rò duy nhất không gây ra hiện tượng són nước tiểu.
4. Rò bàng quang - cổ tử cung - âm đạo: do rách cổ tử cung khi đẻ.
5. Rò tử cung - bàng quang - âm đạo: do rách đoạn dưới và bàng quang.
6. Rò bàng quang - ruột: có thể xuất hiện do nhiễm khuẩn sau phẫu thuật lớn hoặc do lao.

7. Rò vòm âm đạo sau phẫu thuật cắt tử cung.



8. Rò niệu quản - âm đạo: xảy ra sau khi niệu quản bị tổn thương trong phẫu thuật cắt tử cung.

Hình 6.1: vị trí các lỗ rò bàng quang - âm đạo

#### 4. ĐIỀU TRỊ

Thường rò bàng quang - âm đạo là phải mổ. Đây là một phẫu thuật tạo hình đòi hỏi kỹ năng cao, nhưng việc chăm sóc cũng không kém phần quan trọng.

- Nếu phát hiện ngay sau đẻ, có thể khâu ngay.
- Nếu phát hiện muộn, phải chờ 2 tháng cho bờ lỗ rò trở thành sẹo và hết viêm nhiễm, rồi mới mổ (trên thực tế lâm sàng thường sau đẻ 4 - 6 tháng sẽ mổ).
  - + Trước mổ: cần điều trị kháng sinh chống nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
  - + Sau mổ: vai trò của người hộ sinh rất quan trọng, vì việc chăm sóc là quan trọng hàng đầu.

- Phải giữ ống dẫn lưu bàng quang liên tục trong 10 - 14 ngày.
- Hàng ngày phải bơm rửa bàng quang bằng xanh methylen 2 lần, để ống dẫn lưu không tắc, đồng thời để chống viêm bàng quang. Mỗi lần rửa, bơm không quá 10ml, rồi cho thoát hết, rồi mới bơm tiếp.



- Tránh làm căng bảng quang, vì sẽ ảnh hưởng đến vết mổ đóng rò.
- Dùng kháng sinh phối hợp chống nhiễm khuẩn.

## **5. DỰ PHÒNG**

- Theo dõi chuyên dạ, xử trí kịp thời, tránh chuyên dạ kéo dài.
- Tiến hành thủ thuật đúng chỉ định, đúng kỹ thuật.

## **6. CHĂM SÓC**

Tuỳ từng trường hợp mà có chỉ định chăm sóc và điều trị khác nhau. Nhìn chung nếu rò mới phát hiện ra có chỉ định vá rò luôn. Trường hợp nếu không phát hiện sớm, thường chăm sóc và phẫu thuật vá rò sau 2 tháng. Vì vậy trong quá trình chăm sóc chia 2 giai đoạn: giai đoạn trước và sau phẫu thuật. Kết quả của cuộc vá rò ngoài vấn đề kỹ thuật thì chăm sóc có vai trò rất quan trọng bảo đảm sự thành công của kỹ thuật này.

### **6.1. Chăm sóc trước phẫu thuật**

#### **6.1.1. Nhận định**

- Toàn trạng người bệnh
- Vị trí rò, trường hợp khó khăn phải bơm xanh methylen
- Nguyên nhân rò
- Thời gian rò
- Tình trạng vết rò: đơn giản hay phức tạp; to hay nhỏ; có viêm nhiễm, loét kèm theo không?...

#### **6.1.2. Chẩn đoán chăm sóc**

- Tuỳ thời gian rò mà có chỉ định khác nhau.
  - + Nếu rò mới, có chỉ định đóng rò ngay.
  - + Nếu phát hiện ra muộn, cần có kế hoạch chăm sóc tuỳ cụ thể từng bệnh nhân.

Cụ thể là:

- Chăm sóc toàn thân như các phẫu thuật phụ khoa khác.
- Tinh thần lo lắng, mệt mỏi, luôn căng thẳng
- Chăm sóc tại chỗ: thường bệnh nhân rò lâu có biểu hiện viêm loét tại chỗ do có nước tiểu và bệnh nhân phải dùng băng vệ sinh kéo dài

#### **6.1.3. Lập kế hoạch chăm sóc**

- Chăm sóc tinh thần
- Chú ý chế độ dinh dưỡng đủ chất để giúp liền lỗ rò nếu nhỏ
- Chế độ vệ sinh toàn thân và đặc biệt là vệ sinh tại chỗ tránh viêm loét

#### **6.1.4. Thực hiện kế hoạch**

- Động viên gần gũi bệnh nhân, thông cảm và chia sẻ với họ. Đặc biệt là những trường hợp rò do tai biến của phẫu thuật, thủ thuật, bệnh nhân luôn có xu hướng cho rằng đó là lỗi của nhân viên y tế.

- Ăn uống đủ về số lượng và chất lượng. Tăng cường đạm như thịt, cá, trứng, sữa.

- Rửa, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, thay băng vệ sinh nhiều lần trong ngày. Chú ý dùng băng vệ sinh mềm, sạch sẽ.

#### **6.1.5. Nhận định kết quả**

- Nếu trong quá trình chăm sóc, vết rò nhỏ có thể tự liền.

- Nếu lỗ rò lớn không liền, thể trạng tốt, tại chỗ không viêm nhiễm chỗ vá rò

### **6.2. Chăm sóc sau phẫu thuật**

#### **6.2.1. Nhận định**

- Nhận định chung: như một phẫu thuật phụ khoa

- Vấn đề quyết định cho sự thành công của phẫu thuật là bàng quang phải luôn xẹp. Vì vậy theo dõi sonde niệu đạo là cần thiết (lượng nước tiểu lưu thông)

#### **6.2.2. Chẩn đoán chăm sóc**

- Nguy cơ do gây mê giống như một phẫu thuật phụ khoa.

- Nguy cơ không thành công do tắc sonde niệu đạo hoặc do thiếu dưỡng.

- Nguy cơ nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc nhiễm khuẩn ngược dòng.

- Tư vấn cho bệnh nhân cách để bảo vệ kết quả điều trị của lần này.

#### **6.2.3. Lập kế hoạch chăm sóc**

- Như một phẫu thuật phụ khoa thông thường: chú ý chế độ ăn uống và vận động.

- Vệ sinh toàn thân và tại chỗ.

- Chăm sóc sonde niệu đạo

- Chế độ thuốc theo y lệnh bác sỹ

- Tư vấn chăm sóc sau ra viện và cách bảo vệ nếu còn sinh đẻ lần sau.

#### **6.2.4. Thực hiện kế hoạch**

- Chăm sóc chung như sau một phẫu thuật phụ khoa thông thường. Ăn đủ chất cho vết rò nhanh liền. Uống đủ nước. Hướng dẫn bệnh nhân vận động thích hợp vì bệnh nhân có sonde bàng quang nên hạn chế vận động hơn các phẫu thuật khác.

- Vệ sinh toàn thân và tại chỗ

- Chăm sóc thông tiểu: lưu sonde bàng quang liên tục 10-14 ngày. Hàng ngày theo dõi số lượng, màu sắc nước tiểu. Vệ sinh bơm rửa bàng quang bằng xanh methilen. Mỗi lần 10 ml sau đó tháo sạch không để bàng quang căng.

- Dùng kháng sinh toàn thân chống nhiễm khuẩn.
- Tư vấn chăm sóc sau ra viện: nếu lần sau có thai phải được chăm sóc ở tuyến có cơ sở phẫu thuật, không để chuyển dạ kéo dài, nếu cần phẫu thuật lấy thai để bảo vệ kết quả phẫu thuật lần trước.

### **6.2.5. Nhận định**

- Nếu toàn trạng khá lên, ăn uống bình thường, nước tiểu trong, bình thường, không sốt là diễn biến tốt.

- Nếu có biểu hiện nhiễm khuẩn, sonde tiểu tắc không xử trí kịp thời, khi rút sonde niệu đạo vẫn rò nước tiểu ... diễn biến xấu. Cần phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường để có kế hoạch chăm sóc và điều trị kịp thời

## **C. TIỂU KHÔNG TỰ CHỦ**

### **1. ĐỊNH NGHĨA**

Tiểu không kiểm soát - sự mất tự chủ (kiểm soát) bàng quang - là một vấn đề phổ biến và thường lúng túng. Các mức độ nghiêm trọng của các phạm vi tiểu không tự chủ từ đôi khi bị rò rỉ nước tiểu khi ho hoặc hắt hơi đến có sự thôi thúc đi tiểu mà rất bất ngờ và mạnh.

Nếu nước tiểu không kiểm chế ảnh hưởng đến hoạt động của mình hằng ngày, không ngần ngại đi khám bác sĩ. Trong hầu hết trường hợp, thay đổi lối sống đơn giản hoặc điều trị y tế có thể giảm bớt sự khó chịu hoặc ngừng tiểu không tự chủ.

### **2. TRIỆU CHỨNG**

Xảy ra hiện tượng tiểu không tự chủ là do khả năng tự chủ phát hành nước tiểu của bàng quang. Người bệnh thường xuyên bị rò rỉ nhỏ, dất bóng trong nước tiểu.

Tiểu không tự chủ chia làm các loại như sau:

- Stress: mất nước tiểu do gây áp lực, stress vào bàng quang khi ho, hắt hơi, cười hay làm việc nặng...
- Không tự chủ cấp bách: đây là một thôi thúc mãnh liệt đột ngột đi tiểu, tiếp theo là mất không tự nguyện của nước tiểu.
- Không tự chủ tràn. nếu thường xuyên hoặc nước tiểu dribble liên tục, có thể không kiểm chế tràn, mà là một việc không thể để trống bàng quang.
- Hỗn hợp không tự chủ: nếu có những triệu chứng của nhiều hơn một loại tiểu không tự chủ, chẳng hạn như không tự chủ căng thẳng và không tự chủ cấp bách, gọi là không tự chủ hỗn hợp.
- Không tự chủ chức năng. Nhiều người cao niên, đặc biệt là người trong nhà điều dưỡng, trải nghiệm không tự chủ đơn giản chỉ vì suy giảm về thể chất hoặc tinh thần.

- Không tự chủ toàn bộ: dùng để mô tả liên tục bị rò rỉ nước tiểu trong ngày và ban đêm, hoặc định kỳ không tự chủ (kiểm soát) rò rỉ của khối lượng lớn nước tiểu.

### **3. NGUYÊN NHÂN**

Theo Bác sĩ Trackoen Gauthier, chuyên khoa Tiết niệu Bệnh viện Việt Pháp, Hà Nội thì có 4 nguyên nhân dẫn tới bệnh són tiểu không tự chủ, bao gồm:

- Thứ nhất là són tiểu khi gắng sức, rơi vào 80% chị em mắc bệnh lý và thường xảy ra khi xách một vật nặng, leo cầu thang, chơi thể thao, khiêu vũ, thậm chí cả khi ho mạnh...

- Thứ hai là són tiểu do bàng quang không ổn định, biểu hiện là đột nhiên rất buồn tiểu mà không thể kìm được dù chỉ vài phút. Trường hợp này có thể dẫn đến rỉ nước tiểu (đái gập) dù chỉ cần nghe tiếng nước ở đâu đó chảy hoặc rửa tay bằng nước lạnh gây cảm giác rùng mình.

- Thứ ba, són tiểu hỗn hợp, là sự phối kết hợp giữa 2 nguyên nhân trên.

- Thứ tư, són tiểu do ứ tràn nước tiểu. Trường hợp này luôn cảm thấy bàng quang có đọng nước tiểu, muốn tiểu hết mà không thể. Nước tiểu thường rỉ ra với số lượng ít, nhưng lại cứ rả rích như thế cả ngày lẫn đêm.

### **4. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ**

Dưới đây là những yếu tố làm tăng nguy cơ tiểu không tự chủ:

- Giới tính. Phụ nữ có nhiều khả năng hơn nam giới có không tự chủ (kiểm soát) căng thẳng. Mang thai, sinh con, mãn kinh và giải phẫu học nữ bình thường có sự khác biệt này. Nhưng nam giới cũng có thể bị do bệnh về tuyến tiền liệt có nguy cơ gây hiện tượng này.

- Tuổi. Khi già hơn, các cơ trong niệu đạo bàng quang mất một số sức mạnh.

- Thừa cân béo phì, hoặc gia tăng áp lực lên bàng quang và các cơ xung quanh, làm suy yếu chúng và cho phép nước tiểu rỉ ra ngoài khi ho hoặc hắt hơi.

- Ho mãn tính liên quan đến hút thuốc có thể gây ra các giai đoạn không tự chủ (kiểm soát) hoặc làm nặng thêm không kiểm chế.

- Các bệnh khác. Bệnh thận hoặc bệnh tiểu đường có thể làm tăng nguy cơ không tự chủ (kiểm soát).

### **5. BIẾN CHỨNG**

Biến chứng của tiểu không tự chủ mãn tính:

- Vấn đề về da: tiểu không tự chủ (kiểm soát) có thể dẫn đến phát ban, nhiễm trùng da và vết loét (loét da) từ ướt da liên tục.

- Nhiễm trùng đường tiểu: Incontinence tăng nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiết niệu lặp đi lặp lại.

- Thay đổi một số hoạt động như ngừng tập thể dục, không tham gia các cuộc họp xã hội...đồng thời ảnh hưởng tiêu cực tới cuộc sống cũng như công việc hàng ngày

- Tuy nhiên, không kiểm chế không phải là một cái gì đó nhất thiết phải sống với.

Hầu hết các trường hợp không kiểm chế có thể được loại bỏ hoặc tự chủ (kiểm soát), đặc biệt là khi bắt đầu điều trị sớm.

## **6. ĐIỀU TRỊ**

Việc điều trị phụ thuộc vào loại không tự chủ, mức độ nghiêm trọng hoặc do nguyên nhân cơ bản. Bác sĩ sẽ khuyên nên các phương pháp tiếp cận phù hợp nhất với điều kiện. Thường kết hợp các phương pháp điều trị được sử dụng. Phương pháp phổ biến nhất hiện nay là phương pháp phẫu thuật:

- Cơ vòng tiểu nhân tạo
- Sling thủ tục
- Treo cổ bàng quang
- Miếng thấm và ống thông
- May Pads bảo vệ
- Ống thông

Tuy nhiên, dù cho phương pháp phẫu thuật có hiệu quả đến đâu nhưng cũng gây những e ngại nhất định cho người mắc bệnh không tự chủ. Ngoài vấn đề liên quan đến chi phí phẫu thuật tốn kém, việc phẫu thuật cũng gây ra những phiền toái nhất định cho người bệnh ngoài ra còn các biến chứng sau ca mổ. Do vậy, việc điều trị dứt điểm căn bệnh tiểu không tự chủ mà không cần đến phương pháp phẫu thuật là mong mỏi của tất cả những người bệnh.

## **TỰ LƯỢNG GIÁ**

### **1. Sa sinh dục độ I**

- A. Sa thành trước âm đạo, kèm theo sa bàng quang.
- B. Sa thành sau âm đạo, nếu sa nhiều kéo theo sa cả trực tràng.
- C. Cổ tử cung sa thấp trong âm đạo nhưng chưa tới âm hộ. D. Cả A, B, C đúng

### **2. Sa sinh dục độ II**

- A. Sa thành trước âm đạo và bàng quang.
- B. Sa thành sau âm đạo, có thể kèm sa trực tràng, cổ tử cung sa thấp thò âm hộ
- C. Cả A, B, đúng D. Cả A, B, sai

### **3. Không tự chủ chức năng**

- A. Người cao niên B. suy giảm về thể chất
- C. Hoặc tinh thần. D. Cả A, B, C đúng

**4. Chẩn đoán chăm sóc sau phẫu thuật rò sinh dục:**

- A. Nguy cơ do gây mê giống như một phẫu thuật phụ khoa.
- B. Nguy cơ không thành công do tắc sonde niệu đạo hoặc do thiếu dưỡng.
- C. Nguy cơ nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc nhiễm khuẩn ngược dòng.
- D. Cả A, B, C đúng

**5. Theo Bác sĩ Trackoen Gauthier, dẫn tới bệnh són tiểu không tự chủ, bao gồm mấy nguyên nhân:**

- A. 4 nguyên nhân
- B. 5 nguyên nhân
- C. 6 nguyên nhân
- D. 7 nguyên nhân

**6. Sa sinh dục là:**

- A. Tử cung, phần phụ, âm đạo bị sa ra ngoài
- B. Âm đạo, bàng quang, trực tràng bị sa ra ngoài
- C. Tử cung, phần phụ, bàng quang, trực tràng bị sa ra ngoài
- D. Tử cung, phần phụ, âm đạo, bàng quang, trực tràng bị sa ra ngoài

**7. Chẩn đoán chăm sóc sau phẫu thuật rò sinh dục, ngoại trừ:**

- A. Nguy cơ do gây mê giống như một phẫu thuật phụ khoa
- B. Nguy cơ không thành công do tắc sonde niệu đạo hoặc do thiếu dưỡng
- C. Nguy cơ nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc nhiễm khuẩn ngược dòng
- D. Sẽ ảnh hưởng đến chức năng thâm mỹ vì dễ tạo sẹo lồi

**8. Dự phòng nào sau đây không cần thiết cho sa sinh dục trong đẻ?**

- A. Không nên đẻ sớm quá, đẻ nhiều quá, đẻ dày quá
- B. Phải đẻ ở nơi có điều kiện đỡ đẻ an toàn, đỡ đẻ đúng kỹ thuật
- C. Không nên đẻ chuyển dạ quá dài, không đẻ rặn đẻ quá lâu
- D. Nếu rách tầng sinh môn, dù nhỏ không phải khâu lại

**9. Biến chứng của tiểu không tự mãn tính, ngoại trừ:**

- A. Không thể dẫn đến phát ban
- B. Nhiễm trùng da và vết loét (loét da)
- C. Gây ướt da liên tục
- D. Nhiễm trùng đường tiểu

**10. Những yếu tố làm tăng nguy cơ tiểu không tự chủ, ngoại trừ:**

- A. Phụ nữ có ít khả năng hơn nam giới có không tự chủ
- B. Tuổi
- C. Thừa cân béo phì
- D. Ho mãn tính liên quan đến hút thuốc lá

## **Bài 7. NHỮNG RỐI LOẠN VÀ MỘT SỐ BIẾN CỐ HAY GẶP Ở TUỔI MÃN KINH**

**MỤC TIÊU BÀI HỌC:** *sau khi học xong, sinh viên có khả năng*

### **1. Kiến thức**

- 1.1. Trình bày được những thay đổi về mặt sinh học của phụ nữ thời kỳ mãn kinh.
- 1.2. Trình bày được những thay đổi về mặt lâm sàng của phụ nữ thời kỳ mãn kinh.
- 1.3. Trình bày được các bước lập kế hoạch chăm sóc phụ nữ thay đổi những rối loạn và biến cố hay gặp ở phụ nữ tuổi mãn kinh.

### **2. Kỹ năng**

Thực hiện được buổi truyền thông về những biến cố thường gặp của phụ nữ thời kỳ mãn kinh

### **3. Thái độ**

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực

## **1. NỘI DUNG**

Mãn kinh là không hành kinh sau 12 tháng do suy giảm tự nhiên hoạt động của buồng trứng. Trước khi mãn kinh thực sự có giai đoạn tiền mãn kinh, đó là giai đoạn chuyển tiếp có thể có rối loạn kinh nguyệt như kinh thưa, đa kinh, thiếu kinh, vòng kinh ngắn dần, lượng kinh ít dần rồi ngừng hẳn.

### **1.1. Mãn kinh và các yếu tố ảnh hưởng**

#### **1.1.1 Những yếu tố tác động đến mãn kinh**

Di truyền - nhiều gia đình có người mãn kinh ở độ tuổi giống nhau. Người sống ở độ cao thấp hơn so với mặt biển thường mãn kinh muộn so với những người sống ở độ cao hơn mặt biển. Người sinh đẻ nhiều, u xơ tử cung, ung thư sinh dục: mãn kinh muộn có thể là do cường estrogen.

#### **1.1.2. Những yếu tố không ảnh hưởng đến mãn kinh**

Uống thuốc tránh thai, hoàn cảnh kinh tế xã hội, lấy chồng sớm hoặc muộn, dậy thì sớm hay muộn, tiền sử sảy đẻ nhiều hay ít...

## **2. RỐI LOẠN Ở TUỔI MÃN KINH**

- Estrogen suy giảm dẫn đến nhiều rối loạn ở thời kỳ tiền mãn kinh, mãn kinh

### **2.1. Nguyên nhân gây mãn kinh**

Buồng trứng không đáp ứng với FSH và LH của tuyến yên. Niêm mạc tử cung không phát triển, không hành kinh nữa. Vỏ thượng thận vẫn có một lượng nhỏ estrogen duy trì một số chức năng của phụ nữ.

Những thay đổi rối loạn tuổi tiền mãn kinh, mãn kinh

### **2.1.1. Rối loạn thân kinh thực vật**

Bốc hoả, chóng mặt do rối loạn thăng bằng, ra mồ hôi ban đêm, mất ngủ, chóng mặt, nhức đầu.

### **2.1.2. Rối loạn về tâm thần**

Lo lắng, hồi hộp, giảm trí nhớ, hay quên, bệnh Alzheimer, thay đổi tính tình, cáu gắt, hờn giận, mất bình tĩnh, mất tự tin, trầm cảm, dễ bị tác động của ngoại cảnh.

### **2.1.3. Thay đổi về giải phẫu**

Mắt lớp mỡ dưới da nên da khô, nhăn nheo, tóc khô giòn, dễ gãy, bạc màu, dễ rụng. Âm hộ, các môi lớn và môi bé teo nhỏ, buồng trứng, tử cung, cổ tử cung teo nhỏ, đau và dễ bị tổn thương khi sinh hoạt tình dục, giảm khoái cảm và ham muốn tình dục, nước tiểu lắng đọng ở bàng quang, sỏi tiểu, dễ viêm nhiễm tiết niệu sinh dục.

### **2.1.4. Tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch**

Mãn kinh làm nguy cơ bệnh tim mạch tăng 2 - 4 lần so với người chưa mãn kinh, tăng huyết áp, tăng bệnh mạch vành, tăng nguy cơ huyết khối.

### **2.1.5. Giảm đưa canxi vào xương**

Dẫn đến loãng xương rồi mất xương, lún, xẹp các đốt sống, giảm chiều cao, còng, xương giòn, xốp, dễ gãy.

Các rối loạn ở thời kỳ này ảnh hưởng rất nhiều đến sức khoẻ, khả năng lao động cũng như chất lượng cuộc sống của người phụ nữ.

## **3. NHỮNG BIẾN CỐ HAY GẶP Ở TUỔI MÃN KINH**

### **3.1. Biến cố do loãng xương.**

Sự cấu tạo xương thông qua 2 quá trình: tạo xương và tiêu xương. Estrogen có tác dụng bảo vệ xương, do nó giúp Canxi gắn kết vào mô xương, giúp niêm mạc ruột hấp thu Canxi và ngăn cản đào thải Canxi qua phân. Mặt khác, Estrogen còn chống tác dụng tiêu xương của Parahormon của tuyến cận giáp trạng. Khi mãn kinh, Estrogen giảm, gây nên:

- Xương giòn, xốp, dễ gãy.

- Xương xốp, làm lún đốt sống lưng, gây còng, mức độ còng nhiều hay ít tùy thuộc từng người.

- Khi trượt chân ngã, chông tay xuống đất, rất dễ gãy đầu dưới xương quay.

Hay bị gãy cổ xương đùi, do xương to mà cổ xương đùi lại xốp. Điều này rất nguy hiểm, vì khi gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi, rất khó liền. Khi bị gãy xương, phải bất động nên nguy cơ tiêu chỏm xương đùi cao, đồng thời dễ bị viêm phổi, viêm đường tiết niệu, có thể dẫn đến tử vong.



Ngoài ra, sang chấn, sự bất động, sự hoạt động tĩnh tại, sử dụng Corticoid kéo dài, các bệnh như đái tháo đường, viêm khớp, cường giáp trạng, điều trị tia xạ cũng làm tăng nhanh tình trạng loãng xương.

Để phòng bệnh, cần hướng dẫn người phụ nữ tuổi mãn kinh về chế độ ăn, luyện tập thích hợp theo điều kiện, hoàn cảnh của họ.

### **3.2. Biến cố tim mạch.**

Estrogen có tác dụng bảo vệ tim mạch do: làm giãn mạch vành, tăng lưu lượng động mạch vành. Ngăn chặn xơ vữa động mạch, ức chế tăng sinh lớp cơ trơn mạch máu, giúp cho lòng động mạch đỡ bị chít hẹp và đỡ co thắt, tưới máu cơ tim tốt hơn.

Do thiếu hụt Estrogen, người phụ nữ sau mãn kinh dễ mắc các bệnh tim mạch, như tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim.

Để phòng bệnh và phát hiện sớm biến cố này, người hộ sinh cần có kế hoạch theo dõi huyết áp cho người phụ nữ tuổi mãn kinh và hướng dẫn chế độ ăn uống, luyện tập thích hợp để phòng bệnh.

### **3.3. Viêm âm đạo**

Vì thiếu hụt Estrogen, âm đạo không chứa Glycogen, nên trực khuẩn Doderlein dù có cũng không thể tạo được axit lactic, nên môi trường âm đạo mất toan tính. Vì vậy, âm đạo dễ bị dễ bị viêm nhiễm hơn so với thời kỳ hoạt động sinh sản. Nếu bị viêm nhiễm phải điều trị kháng sinh kết hợp với Estrogen.

### **3.4. Són đái**

Một số phụ nữ tuổi mãn kinh do giảm Estrogen hoặc tuổi già phần nào về triệu chứng són đái. Cần loại trừ nguyên nhân són đái do nhiễm khuẩn đường tiết niệu, thường gặp són đái là: một lượng nước tiểu chảy ra không tự chủ được khi căng thẳng, khi hắt hơi, khi ho...

Són đái thể nhẹ luyện tập tiểu khung có thể điều trị được, tuy nhiên thể nặng có khi phải phẫu thuật.

Bài tập luyện tập đáy chậu thường làm là: Người phụ nữ được hướng dẫn ngồi hoặc đứng thoải mái. Hướng dẫn họ co cơ vòng hậu môn, như nhịn đi ỉa lỏng. Đếm nhanh 4 lần (1-2) và đếm chậm 4 lần (1-2-3-4-5) rồi thư giãn. Bài tập có thể làm bất cứ lúc nào trong ngày, tốt nhất là tập hàng giờ.

### **3.5. Phát hiện các ung thư về phụ khoa**

#### **3.5.1. Ung thư vú**

- Đánh giá và tự đánh giá vú là rất quan trọng ở phụ nữ tuổi mãn kinh. Cần hướng dẫn họ tự đánh giá vú thường xuyên khi tắm, khi đi ngủ để có thể phát hiện những bất thường ở vú. Khi thấy ở vú có sự thay đổi như: có u cục, da lõm, núm vú thụt vào, đau vú, có dịch tiết từ núm vú, có hạch cứng ở nách, cần phải đi khám ngay.

- Khi khám: cần khám toàn diện 2 bên vú, hạch nách, ở hai tư thế ngồi và nằm ngửa, xác định khối u ở vú, ranh giới có rõ không, có dính không, có hạch không. Khi nghi ngờ có khối u, cần cho bệnh nhân làm xét nghiệm tế bào sớm.

**3.5.2. Ung thư cổ tử cung:** đặc biệt chú ý ở những người có tiền sử viêm cổ tử cung kéo dài.

**3.5.3. Ung thư thân tử cung:** chảy máu sau khi đã mãn kinh là triệu chứng thường gặp nhất và gặp sớm trong quá trình bệnh.

**3.5.4. Ung thư buồng trứng:** ở người phụ nữ mãn kinh, bình thường buồng trứng thường teo nhỏ; khi có khối u buồng trứng, thì tỷ lệ ung thư rất cao.

#### **4. TƯ VẤN VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI PHỤ NỮ TUỔI MÃN KINH**

Mục đích chăm sóc sức khỏe người phụ nữ tuổi mãn kinh là: giúp cho họ có được cuộc sống thoải mái, dễ chịu, hạnh phúc và có chất lượng hơn.

Diễn biến tâm lý và sự hiểu biết về chăm sóc sức khỏe của người phụ nữ tuổi mãn kinh rất khác nhau. Trong quá trình tư vấn, cần lưu ý tâm lý phụ nữ tuổi mãn kinh thường ngại nói ra những vấn đề bất thường về sức khỏe, đặc biệt là sức khỏe sinh sản; ngại làm phiền người thân, ngại đến cơ sở y tế khám bệnh. Một số người còn có mặc cảm mình là người thừa trong gia đình. Vì vậy, người hộ sinh cần gần gũi, quan tâm đến người có tuổi, tư vấn với người có tuổi và cả những người thân của họ.

##### **4.1. Những vấn đề chung**

- Có chế độ lao động, nghỉ ngơi thích hợp. Không nên lao động nặng, nhưng cũng không nên bất động, vì người phụ nữ tuổi mãn kinh nếu bất động nhiều, làm tăng nguy cơ loãng xương, bệnh tim mạch. Nên có một số công việc cụ thể phù hợp với sức khỏe và hoàn cảnh cụ thể từng người.

- Hướng dẫn người có tuổi tập dưỡng sinh, đi bộ là hình thức thể dục thích hợp nhất.

- Chú ý nơi ở, vấn đề đi lại, nhà vệ sinh đề phòng trượt chân ngã, sẽ dễ bị gãy xương.

- Các thành viên trong gia đình cần quan tâm đến đời sống tình cảm của người phụ nữ tuổi mãn kinh, tránh để họ có cảm giác cô đơn, mặc cảm họ là người thừa.

##### **4.2. Dinh dưỡng**

- Nên hạn chế chất béo để giảm nguy cơ bị bệnh xơ vữa động mạch. Cung cấp đầy đủ lượng chất đạm, nên dùng các loại đạm thực vật dễ tiêu, cung cấp các axit béo không bão hòa.

- Cung cấp lượng rau quả tươi và sữa giàu canxi, để giảm nguy cơ loãng xương.

Nên ăn các thức ăn cung cấp nhiều canxi như tôm, cua, cá. Mỗi tuần nên có ít nhất một bữa cá kho nhừ, ăn cả xương.

#### **4.3. Vấn đề tình dục ở người phụ nữ tuổi mãn kinh**

- Cần cung cấp đầy đủ thông tin về tình dục cho người phụ nữ mãn kinh, để họ hiểu rõ và hiểu đúng nhu cầu về tình dục ở lứa tuổi này, tránh bị mặc cảm.

- Nên duy trì tình dục nếu có nhu cầu, với những hình thức khác nhau, đảm bảo được nhu cầu tình cảm, nhưng phải phù hợp với sức khoẻ và cần có sự hợp tác giữa hai người. Khi có khó khăn trong sinh hoạt tình dục, do niêm mạc âm đạo khô thì dùng các loại kem có Estrogen để bôi trơn. Cần chú ý: do niêm mạc âm đạo bị teo, thành âm đạo mỏng, nên dễ bị tổn thương (trợt, rách) khi sinh hoạt tình dục gây chảy máu.

- Vì còn sinh hoạt tình dục, nên người phụ nữ tuổi mãn kinh vẫn có nguy cơ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục, gồm cả HIV nếu một hoặc cả hai bên không chung thuỷ một vợ một chồng hoặc sinh hoạt tình dục không bảo vệ.

- Nếu sa sinh dục thì không nên sinh hoạt tình dục; nếu có nhu cầu thì khi sinh hoạt phải đẩy khối sa vào trong âm đạo.

4.4. Hướng dẫn cho người phụ nữ tuổi mãn kinh biết tự phát hiện một số bất thường về sức khoẻ, đặc biệt phụ nữ mãn kinh nên đi khám phụ khoa định kỳ.

### **5. CHĂM SÓC SỨC KHOẺ PHỤ NỮ MÃN KINH**

Phụ nữ mãn kinh có nhiều thay đổi từ tính tình đến hình thể, chất lượng sức khoẻ liên quan đến sự thay đổi nội tiết của trục dưới đồi tuyến yên buồng trứng. Trừ các trường hợp phải vào viện do bệnh lý, còn lại vấn đề chăm sóc phụ nữ mãn kinh nằm ở cộng đồng. Vì vậy khi chăm sóc phụ nữ mãn kinh cần chú ý các điểm sau:

#### **5.1. Nhận định**

- Tuổi

- Công việc: đang đi làm, đã nghỉ hưu, làm gì sau nghỉ hưu, còn lao động trực tiếp không?

- Tính tình thay đổi

- Thay đổi các chỉ số như chỉ số khối cơ thể, tim, mạch, huyết áp.

- Các bệnh lý nếu có

#### **5.2. Chẩn đoán chăm sóc/những vấn đề cần chăm sóc**

- Sự đáp ứng của cơ thể người phụ nữ với tình trạng thay đổi của tình trạng mãn kinh. Có những người ít thay đổi, phụ nữ có thể thấy bình thường. Có người có sự thay đổi nhiều, thể hiện như bệnh lý cần phải can thiệp của nhân viên y tế và sự chăm sóc của gia đình.

- Chăm sóc về tinh thần

- Sự thay đổi thể chất đáp ứng tình trạng mãn kinh, đặc biệt sự thay đổi của đường sinh dục khi không còn kinh nguyệt
- Chăm sóc đáp ứng của cơ thể phụ nữ mãn kinh với sinh hoạt tình dục.
- Nguy cơ mắc một số bệnh như loãng xương, tiểu đường, bệnh tim mạch, bệnh đường tiết niệu và các bệnh ung thư, đặc biệt là ung thư đường sinh dục.
- Sự đáp ứng với công việc thay đổi sau về hưu.

### **5.3. Lập kế hoạch chăm sóc**

- Tư vấn cho phụ nữ mãn kinh biết sinh lý bình thường từ đó phát hiện những bất thường.
- Tư vấn các vấn đề dinh dưỡng và luyện tập, tự chăm sóc bản thân.
- Tổ chức khám phụ khoa định kỳ cho PNMK phát hiện viêm nhiễm đường sinh dục và các bệnh khác
- Tư vấn cho người thân cách động viên, chăm sóc PNMK

### **5.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

- Chăm sóc tinh thần: tư vấn cho PNMK chuẩn bị sẵn sàng từ khi đang trong độ tuổi sinh đẻ để họ có những bước chuẩn bị về mặt tư tưởng đón nhận sự thay đổi của lứa tuổi này
- Tư vấn cho phụ nữ tuổi mãn kinh trong chế độ ăn uống, vệ sinh, tập luyện để cơ thể khoẻ mạnh, ngừa một số bệnh có thể xuất hiện trong độ tuổi này. Không lao động nặng, thận trọng tránh ngã vì dễ có nguy cơ gãy xương do loãng xương.
- Tư vấn sự thay đổi trong đường sinh dục sau mãn kinh, hướng dẫn cách vệ sinh, chăm sóc đường sinh dục tránh viêm nhiễm và cách đáp ứng với hoạt động tình dục sau mãn kinh
- Tư vấn cách theo dõi, tự khám phát hiện một số bệnh như ung thư vú. Khám phụ khoa định kỳ phát hiện sớm ung thư vú, ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung và các bệnh khác.

### **5.5. Đánh giá**

- Phụ nữ tuổi mãn kinh đáp ứng tốt với sự thay đổi: khoẻ mạnh, tư tưởng vui vẻ, tham gia các hoạt động đoàn thể tại địa phương.
- Đáp ứng không tốt: mệt mỏi, chán nản, bệnh tật.



**13. Các vai trò của cán bộ y tế tư vấn sức khỏe sinh sản nam giới, ngoại trừ:**

- A. Cung cấp thông tin
- B. Giúp cho nam giới đến đúng lúc khi có bệnh lý
- C. Giáo dục cho họ về các kết quả và tiên lượng có thể xảy ra.
- D. Tư vấn cho nam giới thực hiện cận lâm sàng hiện đại

**14. Đặc điểm nào sau đây không được xếp vào nhóm sa sinh dục?**

- A. Sa niệu đạo
- B. Sa mỏm âm đạo sau cắt tử cung
- C. Sa tử cung
- D. Sa cả buồng trứng

**15. Cơ nào sau đây không có chức năng giữ tử cung tại chỗ?**

- A. Cơ nâng hậu môn
- B. Cơ âm đạo
- C. Khối cơ tầng sinh môn trước
- D. Khối cơ tầng sinh môn sau

**16. Dây chằng không có chức năng giữ tử cung tại chỗ:**

- A. Dây chằng tròn
- B. Dây chằng rộng
- C. Dây chằng thắt lưng buồng trứng
- D. Dây chằng tử cung

**17. Các nguyên nhân chính gây sa sinh dục, ngoại trừ:**

- A. Đẻ nhiều lần
- B. Lao động nặng và sớm sau đẻ
- C. Do đỡ đẻ không đúng kỹ thuật
- D. Rối loạn dinh dưỡng

**18. Việc đầu tiên cần thực hiện tầm soát cho nam giới vô sinh:**

- A. Khám toàn thân
- B. Xét nghiệm tinh dịch đồ
- C. Chụp ống dẫn tinh
- D. Khám cơ quan sinh dục ngoài

**19. Sự thiếu rối loạn của *Estrogen* với phụ nữ “tiền mãn kinh”, gây triệu chứng nào sau đây?**

- A. Thay đổi tính tình
- B. Hay lo lắng
- C. Rối loạn kinh nguyệt
- D. Dễ cáu gắt

**20. Tổn thương nào sau đây thường gặp trong ung thư cổ tử cung?**

- A. Cổ tử cung có loét trợt đỏ
- B. Cổ tử cung đỏ rực
- C. Cổ tử cung sùi loét
- D. Cổ tử cung cứng

## **Bài 8. TƯ VẤN SỨC KHỎE PHỤ NỮ THỜI KỲ MÃN KINH**

**MỤC TIÊU CỦA BÀI:** Sau khi học xong bài này người học có khả năng:

### **1. Kiến thức**

- 1.1. Mô tả 6 thay đổi về thể chất ở phụ nữ thời kỳ mãn kinh.
- 1.2. Phân tích được những biến cố hay gặp ở phụ nữ thời kỳ mãn kinh.
- 1.3. Kể được 5 loại ung thư thường hay gặp ở tuổi mãn kinh.
- 1.4. Tư vấn đầy đủ và hỗ trợ chăm sóc sức khỏe sinh sản cho người phụ nữ thời kỳ mãn kinh.

### **2. Thái độ**

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực

## **NỘI DUNG**

### **1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

- Hiện nay, còn nhiều tranh luận khi phân chia các giai đoạn của người cao tuổi, vì tuổi thọ ngày càng được nâng cao. Nếu tính tuổi thọ trung bình hiện nay là gần 70, thì đa số đồng ý với sự phân chia một cách tương đối là:

- Lứa tuổi 70 - 89 là giai đoạn già.
- Lứa tuổi trên 90 được gọi là những người sống lâu.

- Nhưng về phương diện sinh sản, thì phụ nữ từ 50 tuổi trở lên được coi là người có tuổi, vì ở giai đoạn này có nhiều thay đổi cả về thể chất lẫn tâm thần. Vì vậy, lứa tuổi này cần có sự quan tâm đặc biệt của gia đình và xã hội.

- Đối với nam giới, quá trình già diễn ra từ từ, như biểu hiện một phần bởi giảm khả năng sinh lý, nhưng với nữ giới thì biểu hiện rõ ràng và mạnh mẽ hơn, vì vậy cần đến sự chăm sóc của gia đình và xã hội nhiều hơn.

- Mãn kinh là biểu hiện đầu tiên của sự già ở phụ nữ, vì vậy người ta còn gọi độ tuổi này là “Tuổi mãn kinh”.

### **2. TUỔI MÃN KINH**

#### **2.1. Định nghĩa**

- Mãn kinh là tình trạng không có kinh nguyệt vĩnh viễn, một vô kinh thứ phát do suy giảm tự nhiên hoạt động của buồng trứng (estrogen giảm) và không hồi phục.

- Qua định nghĩa này, cần phân biệt với những trường hợp không có kinh nguyệt vĩnh viễn, nhưng không phải là mãn kinh như:

- Hội chứng Sheehan: vô kinh do hoại tử tuyến yên sau đẻ băng huyết.
- Sau phẫu thuật cắt 2 buồng trứng.

## **2.2. Sinh lý tuổi mãn kinh**

- Trong thời kỳ hoạt động sinh sản, người phụ nữ có kinh nguyệt đều đặn do có hoạt động nội tiết tốt của trục dưới đồi- tuyến yên- buồng trứng và do buồng trứng có độ nhạy cảm tốt đối với kích thích của hormon hướng sinh dục FSH và LH.

- Đến độ tuổi 45 - 50, số lượng các nang noãn trưởng thành giảm đi, vì buồng trứng ít nhạy cảm với FSH và LH. Lượng estrogen giảm và trở nên thấp, mức sản xuất FSH và LH tăng, nên kinh nguyệt trở nên không đều, lượng máu kinh giảm, cuối cùng ngừng có kinh. Tuy nhiên, có một số phụ nữ máu kinh lại ra nhiều hơn do estrogen tăng vọt sau một thời gian dài không có phóng noãn, không có kinh. Đó là thời kỳ nối tiếp giữa thời kỳ hoạt động sinh sản với thời kỳ mãn kinh, gọi là thời kỳ chuyển tiếp hay là thời kỳ “

Tiền mãn kinh”. Tiền mãn kinh dài hay ngắn tùy từng cá thể.

- Nếu sau 12 tháng liên tục không có kinh nguyệt hoặc nếu xét nghiệm máu cho thấy mức FSH tăng cao thì gọi là “Mãn kinh”.

## **2.3. Những thay đổi giải phẫu ở người phụ nữ tuổi mãn kinh**

- Ở tuổi mãn kinh, do tụt estrogen nên dẫn đến một số thay đổi về thể chất của người phụ nữ.

- Vú: thời kỳ tiền mãn kinh, vú có thể tăng kích thước do tăng lắng đọng mỡ. Đến khi hết kinh, mỡ này sẽ được hấp thụ, mô tuyến vú giảm và núm vú nhỏ lại. Thay đổi này thường chậm và ít nhận thấy.

- Buồng trứng, vòi trứng, tử cung thu nhỏ kích thước và không hoạt động. Về lâm sàng, không có biểu hiện gì rõ rệt ngoài triệu chứng mất kinh.

- Âm đạo teo xuất hiện muộn, thường sau mãn kinh khoảng 5 năm. Âm đạo trở nên mỏng hơn, nên khi giao hợp hoặc khám phụ khoa có thể gây đau. Các mô đỡ và bao quanh âm đạo, các cơ thành tiểu khung trở nên lỏng lẻo, một số mất đàn hồi, đôi khi dẫn đến sa sinh dục. Môi trường âm đạo mất toan tính, nên dễ dẫn đến viêm nhiễm.

- Âm hộ, môi nhỏ cũng thoái hóa dần, làm cho âm hộ hé mở.

- Bộ phận tiết niệu: các biểu mô lát tầng của bàng quang cũng teo đi, các cơ vòng niệu đạo, cổ bàng quang cũng bị teo nhỏ, nên gây ra sỏi đá hoặc đá không tự chủ. Trong trường hợp sa sinh dục, thành trước âm đạo sa xuống, làm cho niệu đạo bị gãy gấp, nên sẽ dễ bị bí đá.

- Da: các mô liên kết dưới da mỏng đi, giảm tính đàn hồi, làm cho da mỏng và nhăn.



-Tuyến mồ hôi, tuyến bã, hệ thống lông cũng bị teo, giảm hoạt động, nên da bị khô, tóc rụng thưa đi, hói đầu.

- Những thay đổi này, có thể làm cho người phụ nữ lo lắng, bồn chồn. Việc cung cấp thông tin về những sự thay đổi này là rất cần thiết. Vì vậy, người hộ sinh nên lồng ghép việc cung cấp thông tin về vấn đề này, ngay từ khi người phụ nữ chưa đến tuổi mãn kinh.

- Ví dụ như thông tin khi khám phụ khoa cho những phụ nữ trên 40 tuổi, thông tin khi tiếp xúc với các bà mẹ đi chăm sóc con khi sinh đẻ...

#### **2.4. Những rối loạn thường gặp ở tuổi tiền mãn kinh**

- Thời kỳ tiền mãn kinh bắt đầu từ khi có những rối loạn kinh nguyệt, có thể kèm theo những rối loạn về thần kinh, tâm lý.

- Kinh nguyệt thay đổi: chu kỳ kinh không đều, lượng kinh nguyệt có thể nhiều hơn hoặc ít hơn trước, hay bị rong

- Tinh thần thường không ổn định, hay cáu gắt, lo lắng, mệt mỏi, khó ngủ. Con bốc hỏa: tự nhiên người phụ nữ thấy nóng bừng, ở ngực rồi lan lên cổ và mặt. Cảm giác này tồn tại trong một vài phút, nhưng làm cho người phụ nữ khó chịu. Hiện tượng này lặp đi lặp lại nhiều lần trong ngày, số lần nhiều hay ít tùy thuộc từng người. Kèm theo có thể ra mồ hôi trộm. Con bốc hỏa có thể xảy ra nhiều lần ban ngày, rồi nhẹ đi vào ban đêm.

- Nguyên nhân là do rối loạn thần kinh thực vật, nên có thể dùng thuốc an thần để khắc phục. Hay có cơn choáng váng, nhức đầu, buồn nôn, chóng mặt, đánh trống ngực.

- Tuy nhiên, có khoảng 10% phụ nữ không có biểu hiện của thời kỳ này, mà chuyển nhẹ nhàng từ thời kỳ hoạt động sinh sản sang hẳn thời kỳ mãn kinh, mà không có biểu hiện rối loạn gì.

- Để giúp cho người phụ nữ có tuổi tránh lo lắng khi có những biểu hiện trên, cần động viên, giải thích để người có tuổi hiểu rằng: đó cũng là một hiện tượng sinh lý bình thường, nó chỉ diễn ra trong một thời gian ngắn rồi sẽ hết. Có thể dùng thuốc an thần để làm giảm các triệu chứng đó.

### **3. NHỮNG BIẾN CỐ HAY GẶP Ở TUỔI MÃN KINH**

#### **3.1. Biến cố do loãng xương**

- Sự cấu tạo xương thông qua 2 quá trình: tạo xương và tiêu xương. Estrogen có tác dụng bảo vệ xương, do nó giúp calci gắn kết vào mô xương, giúp niêm mạc ruột hấp thu calci và ngăn cản đào thải calci qua phân. Mặt khác, estrogen còn chống tác dụng tiêu xương của hormon tuyến cận giáp. Khi mãn kinh, estrogen giảm, gây nên:

+ Xương giòn, xốp, dễ gãy.

+ Xương xốp, làm lún đốt sống lưng, gãy còng, mức độ còng nhiều hay ít tùy thuộc từng người.

- Khi trượt chân ngã, chông tay xuống đất, rất dễ gãy đầu dưới xương Hay bị gãy cổ xương đùi, do xương to mà cổ xương đùi lại xốp. Điều này rất nguy hiểm, vì khi gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi, rất khó liền. Khi bị gãy xương, phải bất động nên nguy cơ tiêu chỏm xương đùi cao, đồng thời dễ bị viêm phổi, viêm đường tiết niệu, có thể dẫn đến tử vong.

- Ngoài ra, sang chấn, sự bất động, sự hoạt động tĩnh tại, sử dụng corticoid kéo dài, các bệnh như đái tháo đường, viêm khớp, cường giáp trạng, điều trị tia xạ cũng làm tăng nhanh tình trạng loãng xương.

- Để phòng bệnh, cần hướng dẫn người phụ nữ tuổi mãn kinh về chế độ ăn, luyện tập thích hợp theo điều kiện, hoàn cảnh của họ.

### **3.2. Biến cố tim mạch**

- Estrogen có tác dụng bảo vệ tim mạch do: làm giãn mạch vành, tăng lưu lượng động mạch vành. Ngăn chặn xơ vữa động mạch, ức chế tăng sinh lớp cơ trơn mạch máu, giúp cho lòng động mạch đỡ bị chít hẹp và đỡ co thắt, tưới máu cơ tim tốt hơn.

- Do thiếu hụt estrogen, người phụ nữ sau mãn kinh dễ mắc các bệnh tim mạch, như tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim.

- Để phòng bệnh và phát hiện sớm biến cố này, người hộ sinh cần có kế hoạch theo dõi huyết áp cho người phụ nữ tuổi mãn kinh và hướng dẫn chế độ ăn uống, luyện tập thích hợp để phòng bệnh.

### **3.3. Viêm âm đạo**

- Vì thiếu hụt estrogen, âm đạo không chứa glycogen, nên trực khuẩn sinh acid dù có cũng không thể tạo được acid lactic, nên môi trường âm đạo mất toan tính.

- Vì vậy, âm đạo dễ bị viêm nhiễm hơn so với thời kỳ hoạt động sinh sản.

- Nếu bị viêm nhiễm phải điều trị kháng sinh kết hợp với estrogen.

### **3.4. Són đái**

- Một số phụ nữ tuổi mãn kinh do giảm estrogen hoặc tuổi già phần nào về triệu chứng són đái. Cần loại trừ nguyên nhân són đái do nhiễm khuẩn đường tiết niệu, thường gặp són đái là: một lượng nước tiểu chảy ra không tự chủ được khi căng thẳng, khi hắt hơi, khi ho...

- Són đái thể nhẹ luyện tập tiểu khung có thể điều trị được, tuy nhiên thể nặng có khi phải phẫu thuật.

- Bài tập cho luyện tập đáy chậu thường làm: người phụ nữ được hướng dẫn ngồi hoặc đứng thoải mái. Hướng dẫn họ co cơ vòng hậu môn, như nhịn đi ỉa lỏng. Đếm nhanh 4 lần (1-2) và đếm chậm 4 lần (1-2-3-4-5) rồi thư giãn.

Bài tập có thể làm bất cứ lúc nào trong ngày, tốt nhất là tập hàng giờ.

### **3.5. Phát hiện các ung thư về phụ khoa**

#### **3.5.1. Ung thư vú**

Đánh giá và tự đánh giá vú là rất quan trọng ở phụ nữ tuổi mãn Cần hướng dẫn họ tự đánh giá vú thường xuyên khi tắm, khi đi ngủ để có thể phát hiện những bất thường ở vú. Khi thấy ở vú có sự thay đổi như: có u cục, da lõm, núm vú thụt vào, đau vú, có dịch tiết từ núm vú, có hạch cứng ở nách, cần phải đi khám ngay.

khám: cần khám toàn diện hai bên vú, hạch nách, ở hai tư thế ngồi và nằm ngửa, xác định khối u ở vú, ranh giới có rõ không, có dính không, có hạch không. Khi nghi ngờ có khối u, cần cho người bệnh làm xét nghiệm tế bào sớm.

#### **3.5.2. Ung thư cổ tử cung**

Đặc biệt chú ý ở những người có tiền sử viêm cổ tử cung kéo dài.

#### **3.5.3. Ung thư thân tử cung**

Chảy máu sau khi đã mãn kinh là triệu chứng thường gặp nhất và gặp sớm trong quá trình bệnh.

#### **3.5.4. Ung thư buồng trứng**

Ở phụ nữ mãn kinh, bình thường buồng trứng thường teo nhỏ; khi có khối u buồng trứng, thì tỷ lệ ung thư rất cao.

## **4. TƯ VẤN VÀ CHĂM SÓC CHO PHỤ NỮ TUỔI MÃN KINH**

- Mục đích chăm sóc sức khỏe người phụ nữ tuổi mãn kinh là: giúp cho họ có được cuộc sống thoải mái, dễ chịu, hạnh phúc và có chất lượng hơn.

- Diễn biến tâm lý và sự hiểu biết về chăm sóc sức khỏe của người phụ nữ tuổi mãn kinh rất khác nhau. Trong quá trình tư vấn, cần lưu ý tâm lý phụ nữ tuổi mãn kinh thường ngại nói ra những vấn đề bất thường về sức khỏe, đặc biệt là sức khỏe sinh sản; ngại làm phiền người thân, ngại đến cơ sở y tế khám bệnh. Một số người còn có mặc cảm mình là người thừa trong gia đình. Vì vậy, người hộ sinh cần gần gũi, quan tâm đến người có tuổi, tư vấn với người có tuổi và cả những người thân của họ.

### **4.1. Những vấn đề chung**

- Có chế độ lao động, nghỉ ngơi thích hợp. Không nên lao động nặng, nhưng cũng không nên bất động, vì người phụ nữ tuổi mãn kinh nếu bất động nhiều, làm tăng nguy cơ loãng xương, bệnh tim mạch. Nên có một số công việc cụ thể phù hợp với sức khỏe và hoàn cảnh cụ thể của từng người.

- Hướng dẫn người có tuổi tập dưỡng sinh, đi bộ là hình thức thể dục thích hợp nhất.

- Chú ý nơi ở, vấn đề đi lại, nhà vệ sinh đề phòng trượt chân ngã, sẽ dễ bị gãy xương.

- Các thành viên trong gia đình cần quan tâm đến đời sống tình cảm của người phụ nữ tuổi mãn kinh, tránh để họ có cảm giác cô đơn, mặc cảm họ là người thừa.

#### **4.2. Dinh dưỡng**

- Nên hạn chế chất béo để giảm nguy cơ bị bệnh xơ vữa động mạch. Cung cấp đầy đủ lượng chất đạm, nên dùng các loại đạm thực vật dễ tiêu, cung cấp các acid béo không bão hòa.

- Cung cấp lượng rau quả tươi và sữa giàu calci, để giảm nguy cơ loãng xương. Nên ăn các thức ăn cung cấp nhiều calci như tôm, cua, cá. Mỗi tuần nên có ít nhất một bữa cá kho nhừ, ăn cả xương.

#### **4.3. Vấn đề tình dục ở người phụ nữ tuổi mãn kinh**

- Cần cung cấp đầy đủ thông tin về tình dục cho người phụ nữ mãn kinh, để họ hiểu rõ và hiểu đúng nhu cầu về tình dục ở lứa tuổi này, tránh bị mặc cảm.

- Nên duy trì tình dục nếu có nhu cầu, với những hình thức khác nhau, đảm bảo được nhu cầu tình cảm, nhưng phải phù hợp với sức khỏe và cần có sự hợp tác giữa hai người.

- Khi có khó khăn trong sinh hoạt tình dục, do niêm mạc âm đạo khô thì dùng các loại kem có estrogen để bôi trơn. Cần chú ý: do niêm mạc âm đạo bị teo, thành âm đạo mỏng, nên dễ bị tổn thương (trợt, rách) khi sinh hoạt tình dục dễ gây chảy máu.

- Vì còn sinh hoạt tình dục, nên người phụ nữ tuổi mãn kinh vẫn có nguy cơ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục, gồm cả HIV nếu một hoặc cả hai bên không chung thủy một vợ một chồng hoặc sinh hoạt tình dục không bảo vệ.

- Nếu sa sinh dục thì không nên sinh hoạt tình dục; nếu có nhu cầu thì khi sinh hoạt phải đẩy khối sa vào trong âm đạo.

- Hướng dẫn cho người phụ nữ tuổi mãn kinh biết tự phát hiện một số bất thường về sức khỏe, đặc biệt phụ nữ mãn kinh nên đi khám phụ khoa định kỳ.

#### **Thực hiện đóng vai trong các bài tập sau:**

##### **Bài tập 1:**

Bạn là hộ sinh làm việc tại phòng khám của khoa sản, bệnh viện đa khoa tỉnh. Khi sắp hết giờ làm việc buổi chiều, có 1 em gái khoảng 15 - 16 tuổi đến, rụt rè đề nghị bạn giúp em giải quyết một số vấn đề, mà em không biết nói cùng ai.

Bạn sẽ làm gì khi em gái đề nghị như vậy?

Nếu em gái đó đang phân vân thắc mắc về vấn đề kinh nguyệt và tình dục, bạn cần tư vấn như thế nào?

## **Bài tập 2:**

Trong một lần đi khám ngoại viện cùng các đồng nghiệp tại cộng đồng, trạm y tế xã yêu cầu bạn trao đổi với 1 nhóm chị em phụ nữ trong độ tuổi 25 - 30 về sức khoẻ sinh sản. Bạn thực hiện như thế nào?

## **Bài tập 3:**

Khi bạn đến thăm 1 người bạn học thời phổ thông, mà đã lâu bạn chưa có dịp gặp lại. Khi nghe giới thiệu bạn là hộ sinh, bà của bạn học đã 65 tuổi rất vui và muốn tâm sự với bạn một số vấn đề về sức khoẻ. Bạn cần trao đổi với bà những vấn đề gì và thực hiện như thế nào?

## **CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ**

**1. Thiếu *Estrogen* ở tuổi mãn kinh gây: nóng mặt, cơn bốc hỏa, vã mồ hôi vùng bị ảnh hưởng là:**

- A. Hệ vận mạch, nội tiết                      B. Buồng trứng  
C. Tâm thần kinh                                D. Tử cung

**2. Các bệnh lý sau đây thường gặp tuổi mãn kinh, ngoại trừ:**

- A. Rối loạn kinh nguyệt                      B. Loãng xương  
C. Tim mạch                                      D. *Alzheimer*

**3. Độ tuổi nào sau đây thường xuất hiện triệu chứng rối loạn vận mạch?**

- A. Tiền mãn kinh                                B. Quanh mãn kinh  
C. Mãn kinh < 5 năm                          D. Mãn kinh  $\geq$  5 năm

**4. Độ tuổi nào sau đây thường xuất hiện triệu chứng tâm lý?**

- A. Tiền mãn kinh                                B. Quanh mãn kinh  
C. Mãn kinh < 5 năm                          D. Mãn kinh  $\geq$  5 năm

**5. Điều nào sau đây liên quan đến thời kỳ “tiền mãn kinh, mãn kinh”?**

- A. Thời gian kéo dài khoảng 2 - 3 năm  
B. Thường kèm theo những xáo trộn tâm sinh lý  
C. Biểu hiện sự thiếu hụt hoàn toàn *Estrogen* trong cơ thể  
D. Bất kinh liên tục 6 tháng

**6. Nội tiết tố nào sau đây giảm nhiều nhất ở thời kỳ “tiền mãn kinh, mãn kinh”?**

- A. Estrogen                                      B. Progesterone    C. FSH                      D. LH

**7. Nguy cơ bệnh lý mạch vành xảy ra ở phụ nữ “tiền mãn kinh, mãn kinh” là do:**

- A. Giảm Estrogen    B. Giảm Progesterone    C. Giảm FSH    D. Giảm LH

**8. Dấu hiệu thường gặp ở phụ nữ “tiền mãn kinh, mãn kinh”, ngoại trừ:**

- A. Giao hợp đau                      B. Dễ chảy máu âm hộ, âm đạo  
C. Rối loạn tiểu tiện thường gây viêm bàng quang                      D. Khí hư nhiều

**9. Trình tự thay đổi về hình thái và tổ hợp của các lớp niêm mạc tử cung ở phụ nữ mãn kinh là:**

- A. Teo đét, thoái hóa niêm mạc mỏng B. Niêm mạc mỏng, teo đét, thoái hóa
- C. Thoái hóa, teo đét, niêm mạc mỏng D. Niêm mạc mỏng, thoái hóa, teo đét

**10. Thay đổi các lớp tử cung ở phụ nữ “tiền mãn kinh, mãn kinh” là:**

- A. Tử cung thu nhỏ dần kích thước và trọng lượng do mất dần lớp niêm mạc
- B. Tử cung thu nhỏ dần kích thước và trọng lượng do mất dần lớp phúc mạc
- C. Tử cung thu nhỏ dần kích thước và trọng lượng do mất dần lớp cơ tử cung
- D. Tử cung thu nhỏ dần kích thước và trọng lượng do mất dần lớp thanh mạc

**11. Vấn đề nào sau đây liên quan đến phụ nữ “tiền mãn kinh, mãn kinh”?**

- A. Đo lượng nội tiết trong cơ thể chẩn đoán xác định là mãn kinh
- B. Giai đoạn tiền mãn kinh có thể trôi qua một cách êm thấm
- C. Do sự giảm đáp ứng của buồng trứng đối với các nội tiết tố hướng sinh dục của tuyến yên
- D. Phân bào ở nội mạc tử cung

**12. Triệu chứng “tiền mãn kinh, mãn kinh”, ngoại trừ:**

- A. Sạm da B. Hay đau vú
- C. Giảm hiện tượng phân bào ở nội mạc tử cung
- D. Chất nhầy cổ tử cung giống giai đoạn trước rụng trứng

**13. “Rối loạn tiền mãn kinh, mãn kinh” là:**

- A. Trước khi mãn kinh không có giai đoạn tiền mãn kinh
- B. Trước khi mãn kinh có xuất hiện nội tiết tăng đột ngột
- C. Trước khi mãn kinh thực sự có giai đoạn tiền mãn kinh
- D. Trước khi mãn kinh tăng hấp thu calci ở xương hơn giai đoạn mãn kinh

**14. Các triệu chứng của “tiền mãn kinh, mãn kinh”, ngoại trừ:**

- A. Nhức đầu B. Cương vú C. Bốc hỏa D. Khó thở

**15. Hiện tượng sinh lý tự nhiên của “tuổi mãn kinh”, ngoại trừ:**

- A. Tuổi mãn kinh trung bình là 48 - 50 tuổi B. Mãn kinh sớm hiện nay là 50 tuổi C. Sau mãn kinh phụ nữ có thể sống thêm 20 - 30 năm
- D. Nhiều vấn đề sức khỏe xuất hiện quanh tuổi mãn kinh

**16. Khẳng định một phụ nữ ở tuổi “tiền mãn kinh, mãn kinh” dựa vào yếu tố nào?**

- A. Xảy ra trong khoảng 45 - 55 tuổi B. Sau khi xuất hiện bất kinh 6 tháng
- C. Khi nội tiết buồng trứng không còn hoạt động nữa
- D. Được chẩn đoán chắc chắn về thời điểm mất kinh

**17. Cổ tử cung ở phụ nữ “tiền mãn kinh, mãn kinh” có màu gì?**

- A. Cổ tử cung màu hồng nhạt B. Cổ tử cung màu tím  
C. Cổ tử cung màu trắng nhạt D. Cổ tử cung màu hồng

**18. Phụ nữ ở tuổi “tiền mãn kinh, mãn kinh” bị gãy xương cần cung cấp dinh dưỡng nào sau đây?**

- A. Chất béo B. Rau quả tươi C. Sữa nhiều calci D. Thức ăn hải sản

**19. Điều trị rong kinh, rong huyết ở phụ nữ “tiền mãn kinh”, mãn kinh tốt nhất là:**

- A. Tiêm hoặc uống *progesterone* B. Mổ cắt tử cung C. Nạo niêm mạc tử cung  
D. Tiêm hoặc uống *progesterone* sau đó điều trị bằng *estrogen*

**20. Tuổi “tiền mãn kinh-mãn kinh” triệu chứng nào sau đây có nguy cơ cao?**

- A. Rong kinh B. Rối loạn tiểu tiện C. Ra máu âm đạo bất thường D. Sa sinh dục

**21. Tuổi “tiền mãn kinh, mãn kinh”, biến chứng nào chiếm tỷ lệ cao nhất?**

- A. Tiểu són B. Loãng xương C. Ung thư vú D. Nhồi máu cơ tim

**22. Tác động của *Estrogen* với phụ nữ “mãn kinh”, gây triệu chứng nào sau đây?**

- A. Kém tập trung suy nghĩ B. Vã mồ hôi  
C. Rối loạn kinh nguyệt D. Mất ngủ

**23. Phát hiện sớm tổn thương tiền ung thư và ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm?**

- A. *Pap's smear* B. Soi cổ tử cung  
C. Sinh thiết mù D. Huyết thanh chẩn đoán *HPV*

**24. Huyết trắng âm đạo vàng loãng, có bọt, rất ngứa → nằm bệnh gọi ý?**

- A. *Nấm* B. *Trichomonas vaginalis* C. *Lậu cầu* D. *Tạp khuẩn*

**9. Triệu chứng tiểu són ở phụ nữ tuổi “tiền mãn kinh, mãn kinh” là do:**

- A. Suy cơ thắt niệu đạo ảnh hưởng vai trò chính cơ thắt bình thường  
B. Tình trạng giảm nội tiết tố nên gây cơ thắt  
C. Xơ vữa thành mạch máu tại chỗ D. Chỉ xảy ra sau mãn kinh

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Tài liệu học tập:

[1]. Giáo trình môn Chăm sóc sức khỏe sinh nữ do bộ môn Sức khỏe sinh sản biên soạn.

[2]. Giáo trình thực hành Chăm sóc sức khỏe sinh nữ do bộ môn Sức khỏe sinh sản biên soạn.

Tài liệu tham khảo:

[1]. Bài giảng khoa Đại học YD TPHCM năm 2009

[2]. Bài giảng khoa Đại học YHà Nội năm 2009