

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



GIÁO TRÌNH
MÔN HỌC: SỨC KHỎE SINH SẢN

Ngành/nghe: Y sĩ

Trình độ: Trung cấp

Bạc Liêu, năm 2020

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



GIÁO TRÌNH

MÔN HỌC: SỨC KHỎE SINH SẢN

Ngành/nghề: Y sĩ

Trình độ: Trung cấp

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: 63C -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 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 *Sức khỏe sinh sản* được biên soạn theo chương trình giáo dục Y sĩ đa khoa 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 Y sĩ đa khoa 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 *Sức khỏe sinh sản* cho Sinh viên/Học viên Y sĩ đa khoa; Bộ môn đã tiến hành biên soạn quyển giáo trình này để đáp ứng nhu cầu thực tế trong công tác đào tạo Y sĩ 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 y sĩ nói chung và Sức khỏe sinh sản nói riêng.

Giáo trình *Sức khỏe sinh sản* 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 sức khỏe sinh sản, quyển giáo trình được thông qua hội đồng nghiệm thu cấp Trường để giảng dạy cho sinh viên trình độ y sĩ.

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. Mục tiêu môn học SKSS và KHHGD.....	01
Bài 2. Nhắc lại GP- SL sinh dục nữ	02
Bài 3. Chẩn đoán thai, chăm sóc thai nghén (3 tháng đầu, 3 tháng giữa, 3 tháng cuối).....	20
Bài 4. Chẩn đoán ngôi thê, kiểu thê, độ lọt	34
Bài 5. Cơ chế đẻ ngôi chỏm	44
Bài 6. Các dấu hiệu chuyển dạ, theo dõi và chăm sóc chuyển dạ	51
Bài 7. Chăm sóc sản phụ và trẻ ngay sau đẻ	64
Bài 8. Đại cương đẻ khó	69
Bài 9. Sảy thai, thai chết lưu	77
Bài 10. Thai trứng.....	86
Bài 11. Thai ngoài tử cung	96
Bài 12. Nhau tiền đạo, nhau bong non	104
Bài 13. 5 tai biến sản khoa (vỡ tử cung, sản giật, uốn ván rốn, nhiễm trùng hậu sản, băng huyết sau sanh).....	115
Bài 14. Viêm âm hộ, âm đạo, cổ tử cung	145
Bài 15. Rối loạn kinh nguyệt.....	157
Bài 16. U xơ tử cung, u nang buồng trứng.....	162
Bài 17. Ung thư cổ tử cung và cách dự phòng	171
Bài 18. Đại cương dân số học	181
Bài 19. Lập kế hoạch, quản lý kế hoạch hóa gia đình	193
Bài 20. Các biện pháp tránh thai nam	200
Bài 21. Các biện pháp tránh thai nữ.....	206
<i>TÀI LIỆU THAM KHẢO</i>	215

Tên môn học: SỨC KHỎE SINH SẢN

Mã môn học: Y.18

Thời gian thực hiện môn học: 90 giờ (Lý thuyết: 56 giờ; Thực hành 29 giờ, kiểm tra: 05 giờ).

I. Vị trí, tính chất môn học:

- **Vị trí:** môn sức khỏe sinh sản được bố trí sau khi học sinh học xong các môn học cơ sở, giải phẫu sinh lý chuyên ngành.

- **Tính chất:** Môn học này giới thiệu những kiến thức cơ bản về sức khỏe của người phụ nữ, bà mẹ trước, trong và sau đẻ; trẻ sơ sinh và sinh đẻ kế hoạch.

II. Mục tiêu môn học:

1. Kiến thức

1. Trình bày những kiến thức cơ bản về sức khỏe sinh sản.
2. Trình bày nguyên nhân, triệu chứng, tiến triển và biến chứng một số bệnh thường gặp trong sản phụ khoa.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Thực hiện giáo dục sức khỏe về dân số - kế hoạch hóa gia đình.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm:

Có khả năng làm việc độc lập hoặc theo nhóm dưới sự hướng dẫn của giáo viên. Tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, rèn luyện thái độ tôn trọng, giúp khách hàng tự quyết định và áp dụng biện pháp tránh thai thích hợp.

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	KT
1	Mục tiêu môn học SKSS và KHHGD	1	1	0	
2	Nhắc lại GP- SL sinh dục nữ	3	3	0	
3	Chẩn đoán thai, chăm sóc thai nghén (3 tháng đầu, 3 tháng giữa, 3 tháng cuối)	6	2	4	
4	Chẩn đoán ngôi thế, kiểu thế, độ lọt	4	2	2	
5	Cơ chế đẻ ngôi chỏm	4	2	2	
6	Các dấu hiệu chuyển dạ, theo dõi và chăm sóc chuyển dạ	2	1	0	1
7	Chăm sóc sản phụ và trẻ ngay sau đẻ	6	2	4	
8	Suy thai và hồi sức thai nghẹt	2	0	2	
9	Đại cương đẻ khó	4	3	0	1
10	Sảy thai, thai chết lưu	2	2	0	
11	Thai trứng	2	2	0	
12	Thai ngoài tử cung	2	2	0	
13	Nhau tiền đạo, nhau bong non	2	2	0	
14	5 tai biến sản khoa (vỡ tử cung, sản giật, uốn ván rốn, nhiễm trùng hậu sản, băng huyết sau sanh)	10	9	0	1
15	Cách khám phụ khoa	4	0	4	
16	Viêm âm hộ, âm đạo, cổ tử cung	4	3	0	1
17	Rối loạn kinh nguyệt	2	2	0	
18	U xơ tử cung, u nang buồng trứng	2	2	0	
19	Ung thư cổ tử cung và cách dự phòng	2	2	0	
20	Đại cương dân số học	2	2	0	
21	Lập kế hoạch, quản lý kế hoạch hóa gia đình	6	6	0	
22	Các biện pháp tránh thai nam	2	2	0	
23	Các biện pháp tránh thai nữ	8	4	3	1
24	Đặt dụng cụ tử cung	4	0	4	
25	Phá thai dưới 7 tuần, hút thai	4	0	4	
Cộng		90	56	29	5

Bài 1. MỤC TIÊU MÔN HỌC SKSS và KHHGD

Mục tiêu học tập: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức:

1.1. Trình bày những kiến thức cơ bản về sức khỏe sinh sản.

1.2. Trình bày nguyên nhân, triệu chứng, tiến triển và biến chứng một số bệnh thường gặp trong sản phụ khoa.

2. Kỹ năng:

Thực hiện giáo dục sức khỏe về dân số - kế hoạch hóa gia đình.

3. Thái độ:

Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

1. Mục tiêu về sức khỏe sinh sản

- Mục tiêu của môn học Sức khỏe sinh sản nhằm trình bày định nghĩa sức khỏe sinh sản, quá trình phát triển và nội dung của chương trình sức khỏe sinh sản trên thế giới cũng như nội dung chiến lược sức khỏe sinh sản tại Việt Nam, xác định các vấn đề chính liên quan đến sức khỏe sinh sản vị thành niên và hiểu được tầm quan trọng của giáo dục giới tính xác định các vấn đề sức khỏe tình dục và chiến lược phòng ngừa.

2. Mục tiêu về kế hoạch hóa gia đình.

- Mục tiêu tổng quát của chính sách dân số là thực hiện gia đình ít con, khỏe mạnh, tạo điều kiện để có cuộc sống ấm no, hạnh phúc; nâng cao chất lượng dân số, phát triển nguồn nhân lực chất lượng cao đáp ứng yêu cầu công nghiệp hoá - hiện đại hoá, góp phần vào sự phát triển nhanh và bền vững đất nước.

- Mục tiêu cụ thể: là mỗi gia đình chỉ có 1 hoặc 2 con, để tới năm 2015 bình quân trong toàn xã hội mỗi cặp vợ chồng có 02 con, tiến tới ổn định quy mô dân số từ giữa thế kỷ 21.

- Duy trì xu thế giảm sinh một cách vững chắc để đạt mức sinh thay thế bình quân trong toàn quốc để quy mô dân số và phân bố dân cư phù hợp với phát triển kinh tế- xã hội vào năm 2010; nâng chất lượng dân số về thể chất, trí tuệ và tinh thần, phấn đấu đạt chỉ số phát triển con người (HDI) ở mức trung bình tiên tiến thế giới vào năm 2010.

Bài 2. NHẮC LẠI GIẢI PHẪU SINH LÝ BỘ PHẬN SINH DỤC NỮ

Mục tiêu học tập: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức:

- 1.1. Kể tên và chỉ trên tranh hoặc mô hình đầy đủ các thành phần của bộ phận sinh dục nữ và các bộ phận liên quan của nó.
- 1.2. Trình bày được cấu trúc và chức năng của tử cung.
- 1.3. Trình bày được cách đánh giá khung chậu ngoài.
- 1.4. Miêu tả tiểu khung và các đường kính của nó.

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

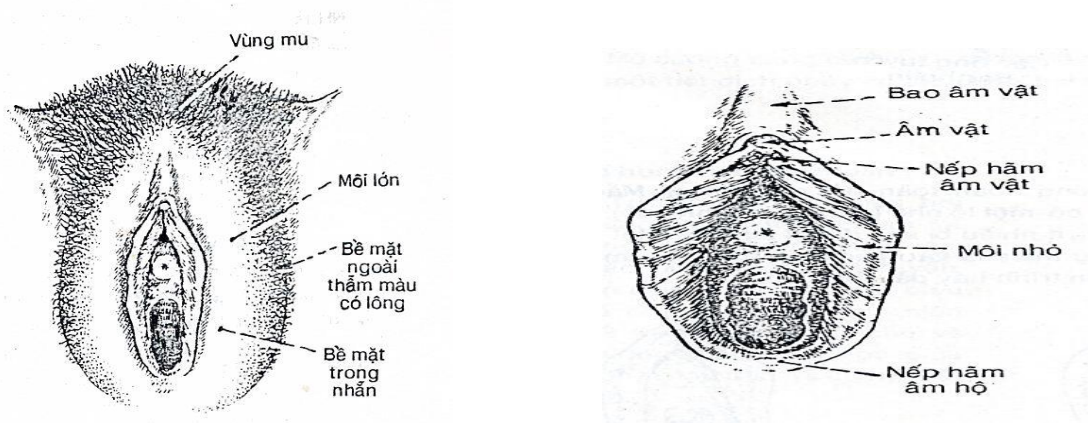
1. GIẢI PHẪU BỘ PHẬN SINH DỤC NỮ

1.1. Âm hộ

Gồm tất cả những phần bên ngoài nhìn thấy được từ xương mu đến hậu môn.

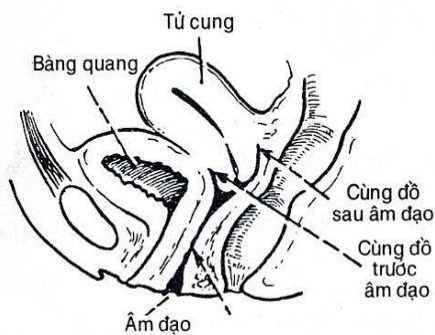
- Vùng mu: là lớp tổ chức mỡ trên xương mu, có lông bao phủ.
- Âm vật: tương đương với dương vật ở nam, là cơ quan tạo cảm giác sinh dục.
- Hai môi lớn: ở hai bên âm hộ, nối tiếp từ vùng mu đến vùng tầng sinh môn sau, có lông bao phủ.
- Hai môi bé: là hai nếp gấp của da ở phía trong hai môi lớn, không có lông nhưng có nhiều tuyến và nhiều thần kinh tạo cảm giác.
- Lỗ niệu đạo: nằm bên trong vùng tiền đình, dưới âm vật. Hai bên lỗ niệu đạo có tuyến skene đổ vào.
- Mànng trinh và lỗ âm đạo: mànng trinh có nhiều dạng khác nhau chứa mạch máu và thần kinh, che phủ ống âm đạo bên trong, chỉ chừa một lỗ nhỏ cho kinh nguyệt ra ngoài. Hai bên lỗ âm đạo có tuyến Bathoin đổ vào.

Hình 1.1: âm đạo

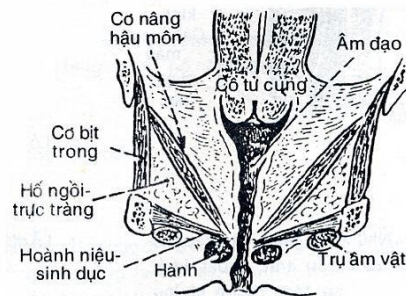


1.2. Âm đạo

- Âm đạo là ống cơ trơn nối từ âm hộ tới cổ tử cung, nằm giữa niệu đạo và bàng quang ở phía trước và trực tràng ở phía sau. Thành trước âm đạo dài: 6,5 cm. Thành sau âm đạo dài: 9,5 cm. Hai thành bên âm đạo dài: 7,5 cm.
- Vòm âm đạo tiếp xúc với các túi cùng, ở phía sau là túi cùng Douglas, là điểm thấp nhất của ổ bụng. Bình thường, âm đạo là một ống hẹp, thành trước và thành sau áp sát vào nhau. Khi sanh, âm đạo có thể giãn rộng cho thai nhi đi qua được.
- Niêm mạc âm đạo có nếp nhăn chịu ảnh hưởng của nội tiết tố nữ (Oestrogen).
- Âm đạo thường hơi ẩm do dịch tiết từ trong buồng tử cung và tử cung ra.
- Thành âm đạo có các cơ trơn là cơ dọc ở nông và cơ vòng ở sâu liên tiếp với các thớ cơ ở cổ tử cung.



Thiết đồ cắt đứng dọc âm đạo

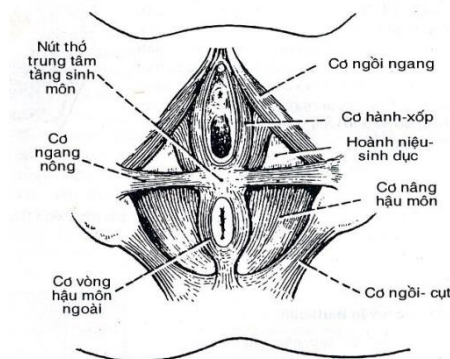


Thiết đồ cắt đứng ngang âm đạo

Hình 1.2: âm đạo

1.3. Tầng sinh môn

Tầng sinh môn hay đáy chậu gồm tất cả các phần mềm, cân, cơ, dây chằng bịt lỗ dưới khung chậu. Tầng sinh môn có dạng hình trám, giới hạn ở phía trước là bờ dưới xương vệ, 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 1.3: 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 ngòai 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 ngòai hang, cơ khíét 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 khíét 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.

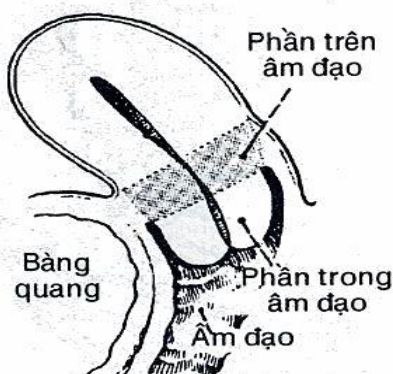
Tầng sinh môn có nhiệm vụ nâng đỡ các cơ quan trong tiểu khung (Bàng quang, tử cung, âm đạo, trực tràng). Khi sinh sanh, tầng sinh môn phải giãn mỏng và mở ra để ngòai thai và các phần của thai thoát ra ngòai. Trong giai đoạn sổ thai, nếu tầng sinh môn không giãn tốt có thể bị rách và có thể tổn thương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

1.4. 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.

1.4.1 Hình thể và cấu trúc

Hình 1.4: tử cung



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

1.4.1.1. 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 sanh 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 sanh, 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.

1.4.1.2. 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.

1.4.1.3. Cổ tử cung

- Cổ tử cung bình thường dài khoảng 2 - 3 cm, rộng khoảng 2 cm. Lúc chưa sanh cổ tử cung tròn đều, mật độ chắc, lỗ ngoài của cổ tử cung tròn. Khi người phụ nữ đã

sanh, cổ tử cung dẹp lại, mật độ mềm hơn, lỗ ngoài cổ tử cung rộng ra và không tròn như lúc chưa sanh. Càng sanh 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.

1.4.2. Vị trí và liên quan

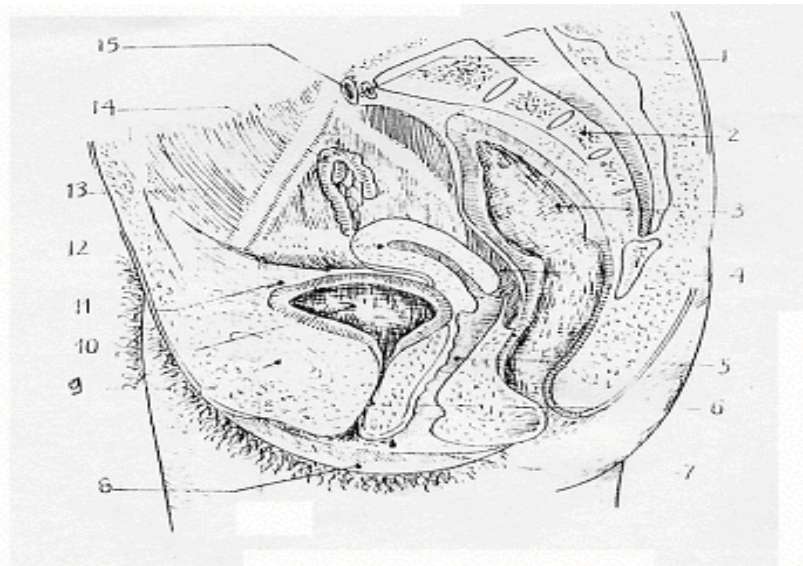
- Tử cung nằm trong tiêu khung, dưới phúc mạc, giữa bàng quang ở phía trước và trực tràng ở phía sau.

- Thân tử cung thường gấp trước so với trục của cổ tử cung góc khoảng 100° - 120° , tạo với trục âm đạo góc khoảng 90° .

- 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. Vì đường 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 (chứa 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 1.5: thiết đồ cắt đứng dọc qua chậu hông

1.4.3. 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 90^0 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.

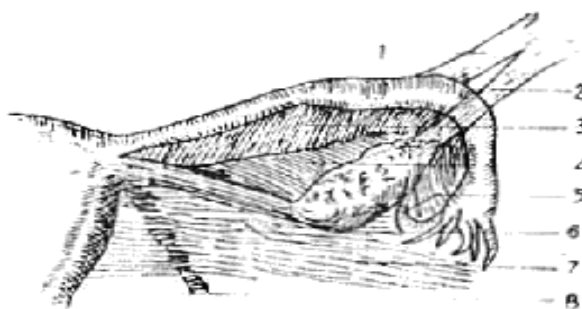
- Dây chằng tròn: là một dây chằng nửa sợi, nửa cơ đi từ phần trước của sừng tử cung tới lỗ sâu của ống bẹn, rồi tới lỗ nông của ống bẹn. Tại đây nó tạo thành các sợi chạy vào tổ chức liên kết của môi lớn và vùng mu (đồi vệ nữ).

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

1.5. Buồng trứng

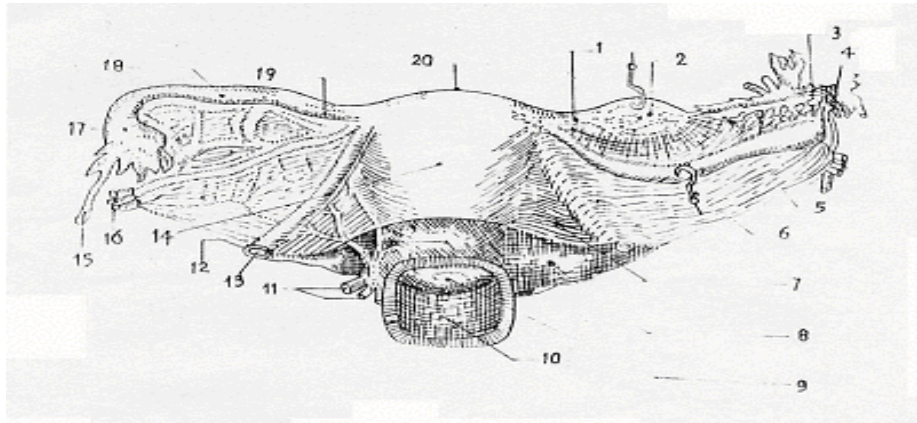
Buồng trứng là cơ quan vừa nội tiết (tiết ra estrogen từ tuổi vị thành niên đến tuổi mãn kinh), vừa ngoại tiết (phóng noãn).

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

Hình 1.6: Buồng trứng và ống dẫn trứng



- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 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 1.7: tử cung và các phần phụ

1.6. Ống dẫn 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.

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 7cm, 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.

2. SINH LÝ

2.1. Thay đổi về nội tiết

2.1.1. β hCG

- β hCG hình thành từ 2 tiểu đơn vị α và β . Được tế bào Langhans và hợp bào nuôi tiết ra.

- Có thể phát hiện trong huyết tương hoặc nước tiểu của thai phụ vào ngày 8-9 của thai kỳ.

- Tăng gấp đôi sau mỗi 48 giờ, đạt nồng độ đỉnh vào 60 -70 ngày của thai, sau đó giảm dần đạt nồng độ thấp nhất khoảng ngày 100-130 của thai kỳ.

2.1.2. Các steroid

2.1.2.1. Progesteron

- Do hoàng thể sản xuất trong vài tuần đầu , sau đó do bánh rau sản xuất. Lượng sản xuất tối đa là 250 mg/ngày

- Giảm trương lực cơ trơn: giảm co dạ dày đại tràng bàng quang niệu quản tử cung

- Giảm trương lực mạch máu: áp lực tâm trương giảm, giãn tĩnh mạch.

- Tăng thân nhiệt.

- Tăng nhịp thở.

- Tăng dự trữ mỡ.

- Tăng phát triển tuyến vú.

2.1.2.2. Estrogen

- Trong 2-4 tuần đầu tiên của thai kỳ, lượng estrogen trong cơ thể người mẹ chủ yếu do hoàng thể thai nghén sản xuất. Vào tuần thứ 7 của thai kỳ, trên 50% estrogen được sản xuất từ bánh rau. Do lá nuôi của bánh rau tiết ra 2 loại estrogen: 17β - estradiol và estriol. 85% là estriol.

- Làm tăng trưởng và kiểm soát chức năng tử cung.

- Phát triển tuyến vú

- Làm mô liên kết chun giãn hơn, bao khớp mềm ra các khớp dễ di động.

- Giảm bài tiết natri, gây ứ đọng nước trong cơ thể.

2.1.2.3. Lactogen

- Do rau thai tiết ra

- Cung cấp năng lượng cho quá trình trao đổi chất ở mẹ và dinh dưỡng của thai nhi.

- Kháng insulin làm tăng insulin ở mẹ

- Tham gia vào quá trình tạo sữa

2.1.2.4. Relaxin

- Do hoàng thể thai nghén nội sản mạc bánh rau tiết ra

- Làm giãn cơ tử cung

2.1.2.5. Cortisol

- Tuyến thượng thận tiết ra
- Tăng đường huyết
- Thay đổi hoạt động của kháng thể
- Ít có tác dụng toàn thân

2.1.2.6. Aldosteron

- Tuyến thượng thận tiết ra
- Ứ đọng muối và nước tổng cơ thể

2.1.2.7. Nội tiết tố tuyến cận giáp

- Tuyến cận giáp tiết ra
- Kiểm soát sự phân bố canxi (trong thai kỳ thường có tình trạng hạ canxi máu do canxi được huy động cho thai)

2.2. Thay đổi về giải phẫu

2.2.1. Thân tử cung tăng trọng lượng : từ 50 -60g lên 1000g.

- Hình thể
 - + Vào 3 đầu hình cầu, cực dưới phình to có thể sờ thấy qua túi cùng bên âm đạo (dấu hiệu noble)
 - + Vào 3 tháng giữa, tử cung có hình trứng, cực to ở trên còn cực nhỏ ở dưới.
 - + Đáy tử cung phình to

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

- Vị trí: trung bình mỗi tháng tăng 4cm
Tuổi thai (tháng) = (chiều cao tử cung): 4 + 1
- Cấu tạo
 - + Bên ngoài là phúc mạc.
 - + Tiếp đến 3 lớp cơ: ngoài cùng là cơ dọc => cơ đan => cơ vòng: cơ đan nhiều máu nhất.
 - + Trong cùng là lớp niêm mạc có 3 lớp: ngoài là niêm mạc tử cung => niêm mạc tử cung rau => niêm mạc trứng.

2.3. Thay đổi về sinh lý

- Khi chưa có thai tử cung chắc, khi có thai mềm ra do nội tiết tố.
- Khi có thai tử cung tăng mẫn cảm dễ bị co bóp và kích thích.

2.3.1. Eo tử cung

- Lúc chưa có thai dài 0,5cm đến lúc chuyển dạ dài 10cm. Tức là bị dài ra và mỏng đi, đoạn eo lại chỉ có cơ vòng và cơ dọc không có cơ đan => dễ vỡ dễ chảy máu.

- Dấu hiệu Hegar: khi có thai eo tử cung mềm ra, khi khám tưởng như thân tử cung tách rời khỏi phần cổ tử cung .

2.3.2. Cổ tử cung

Cổ tử cung mềm dần, có màu tím nhạt do tăng tuần hoàn và phù nề toàn bộ cổ tử cung. Ngay sau khi thụ thai, chất nhầy ống cổ tử cung đặc lại và tạo thành nút nhầy bít chặt cổ tử cung. Khi chuyển dạ nút nhầy bong ra và được tống ra ngoài.

2.3.4. Âm hộ, âm đạo

- Có sự tăng sinh mạch máu, xung huyết trong da và cơ của vùng tăng sinh môn và âm hộ, các mô liên kết mềm hơn. Do hiện tượng xung huyết, niêm mạc âm đạo có màu tím nhạt và tăng tiết dịch (dấu hiệu Chadwick).

- Độ pH của môi trường âm đạo dao động từ 3,5-6

2.3.5. Buồng trứng

- Hoàng thể thai nghén(ở trong buồng trứng) chế tiết progesteron tối đa trong 6-7 tuần đầu của thai kỳ, sau đó giảm dần và được thay thế bởi bánh rau.

- Do tác dụng của hoàng thể thai nghén các nang noãn không chín, người phụ nữ không hành kinh và không xảy ra hiện tượng phóng noãn. Từ tháng thứ tư trở đi, hoàng thể thai nghén thoái hoá dần và teo đi.

- Buồng trứng to lên, phù và xung huyết trong khi có thai.

2.3.6. Vòi trứng: có hiện tượng xung huyết và mềm ra.

2.4. Thay đổi các cơ quan khác

2.4.1. Thay đổi ở da, cân, cơ

- Ở da có thể xuất hiện các vết sắc tố (sạm da), tập trung ở mặt và cổ, đường trắng giữa bụng.

- Quần vú và da vùng cơ quan sinh dục cũng tăng sắc tố.

- Thành bụng bị giãn nở ra, các vết rạn thường thấy ở hai hố chậu, bụng, ngực và mặt trong đùi.

- Các cơ thành bụng, cân cơ thẳng to giãn rộng.

- Làm thế nào để không sạm da trong thai kỳ

2.4.2. Thay đổi ở vú

- Những tuần đầu tiên của thai kỳ, thường có cảm giác căng và ngứa ở vùng vú.

- Sau tháng thứ 2, tuyến sữa và ống dẫn sữa phát triển làm vú to và căng lên, quần vú sẫm màu, các hạt Montgomery nổi lên, núm vú to và sẫm màu,

- Hệ thống tuần hoàn tăng, các tĩnh mạch to và nổi lên, nhìn thấy ở dưới da gọi là lưới tĩnh mạch Haller.

- Sau những tháng đầu tiên có thể gặp hiện tượng tiết sữa non.

2.4.3. Thay đổi trong hệ tuần hoàn

2.4.3.1. Máu

- Thể tích trung bình khi không có thai là 2600ml, thể tích cao nhất ở người có thai con so là 3850ml gia tăng khoảng 41%, ở con rạ là 4100ml gia tăng khoảng 57%.

- Huyết sắc tố (hemoglobin (Hb)) giảm

- Hematocrite giảm (bình thường khoảng 39,5% còn khoảng 35,8% khi thai 40 tuần).

- Máu có xu hướng loãng, làm cho thiếu máu nhược sắc và giảm áp lực thẩm thấu.

- Bạch cầu tăng rõ rệt từ $7 \times 10^9/l$ lúc không có thai lên đến $10 \times 10^9/l$ ở giai đoạn cuối thai nghén, chủ yếu tăng đa nhân trung tính.

Tiểu cầu gia tăng trong suốt thời kỳ có thai và thời kỳ hậu sản ($300 - 400 \times 10^9/l$).

- Hệ thống đông máu: trong lúc có thai có tình trạng tăng đông, có lẽ nhằm tránh nguy cơ chảy máu ở giai đoạn sỏ rau. Nồng độ Fibrinogen tăng, bình thường 2,6g/l tăng đến 4g/l.

2.4.3.2. Tim mạch

- Cung lượng tim tăng 50%, cao nhất vào tháng thứ bảy do:

+ Nhu cầu oxy tăng

+ Thể tích máu tăng

+ Diện tích tưới máu tăng

- Nhịp tim: tăng khoảng 10 nhịp/phút

- Có thể có những thay đổi trong tiếng tim. Tiếng thổi tâm thu có thể xuất hiện ở khoảng 90% phụ nữ có thai.

- Mạch máu: huyết áp động mạch không tăng, huyết áp tĩnh mạch chi dưới tăng do tĩnh mạch chủ dưới bị tử cung mang thai chèn ép, có thể xuất hiện trĩ và giãn tĩnh mạch chi dưới.

- Hội chứng tụt huyết áp do nằm ngửa: Ở những tháng cuối của thai kỳ, tử cung đè vào tĩnh mạch chậu dẫn đến tuần hoàn tĩnh mạch về tim bị giảm, do đó giảm cung lượng tim thứ phát, gây ra hội chứng tụt huyết áp đáng kể ở khoảng 10% thai phụ..

2.4.3.3. Hô hấp

- Cơ hoành bị đẩy lên cao khoảng 4 cm.

- Thông khí: có hai thay đổi quan trọng trong khi có thai là giảm thể tích dự trữ thở ra (do cơ hoành nâng lên) và tăng thông khí, thể tích khí lưu thông cho một nhịp thở và hấp thu ôxy/phút theo tiến triển của thai nghén.

- Tần số thở: tăng vừa phải, thai phụ thường thở nhanh và nông, đặc biệt ở những người đa thai, đa ối.

2.4.3.4. Tiết niệu

Tốc độ lọc cầu thận tăng khoảng 50%, tăng nhẹ kích thước của thận

- Nồng độ creatinin trong huyết tương và urê thường giảm nhẹ.

- Đái bết thận và niệu quản thường giãn và giảm nhu động do bị tử cung mang thai chèn ép và tác động của progesteron. Sự giãn và giảm nhu động này có thể dẫn đến đánh giá sai về thể tích, chất lượng nước tiểu, tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn và thay đổi hình ảnh đường tiết niệu.

- Bàng quang: trong những tháng đầu có thể bị kích thích gây tình trạng đái rất, những tháng sau có thể chèn ép cổ bàng quang gây bí đái.

2.4.3.5. Tiêu hoá

- Niêm mạc lợi có thể dày lên, mềm ra và tăng sinh tuần hoàn, dễ chảy máu khi chấn thương. Trong ba tháng đầu sản phụ thường buồn nôn, nôn, tăng tiết nước bọt.

- Vị trí của dạ dày và ruột non thay đổi do tử cung to lên trong thai kỳ.

- Thời gian tiêu hoá ở dạ dày và ruột non thường kéo dài hơn do ảnh hưởng của các nội tiết tố hoặc yếu tố thực thể. Có thể xuất hiện chứng táo bón, trĩ.

- Chứng ợ nóng cũng khá phổ biến ở phụ nữ có thai do hiện tượng trào ngược của acid vào phần dưới của thực quản.

2.4.3.6. Hệ thống cơ xương khớp

- Tăng tính di động của các khớp cùng chậu, cùng cụt và khớp mu – có thể là do ảnh hưởng của thay đổi hormone. Trong thời kỳ cuối của thai nghén phụ nữ có thai có thể có cảm giác đau, tê, và yếu ở các chi trên .

- Cột sống ưỡn ra trước trong những tháng cuối thai kỳ.

2.4.3.7. Thần kinh

Thai phụ có thể có tình trạng giảm sự chú ý, tập trung và trí nhớ trong suốt giai đoạn thai nghén và giai đoạn đầu của thời gian sau đẻ, ngoài ra cũng gặp các hiện tượng khó ngủ, thức giấc nhiều lần, giấc ngủ ngắn hơn và giảm hiệu suất của giấc ngủ nói chung.

2.4.3.8. Một số thay đổi khác

- Nhiệt độ: trong 3 tháng đầu do tác dụng của hoàng thể thai nghén nên thân nhiệt cao trên 37°C, từ tháng thứ tư nhiệt độ trở lại bình thường.

- Trọng lượng cơ thể: có thể tăng đến 25% so với khi không mang thai, trung bình khoảng 12 kg. Tăng cân chủ yếu xảy ra vào nửa sau của thời kỳ thai nghén, khoảng 0,5 kg mỗi tuần. Hiện tượng tăng cân là do sự tăng trưởng của khối thai, các tạng của mẹ tăng dự trữ mỡ, protein và sự gia tăng thể tích máu, dịch kẽ của mẹ.

+ Vú: 1-1,5 kg

+ Tử cung: 0,5-1kg

+ Thai, bánh rau: 5kg

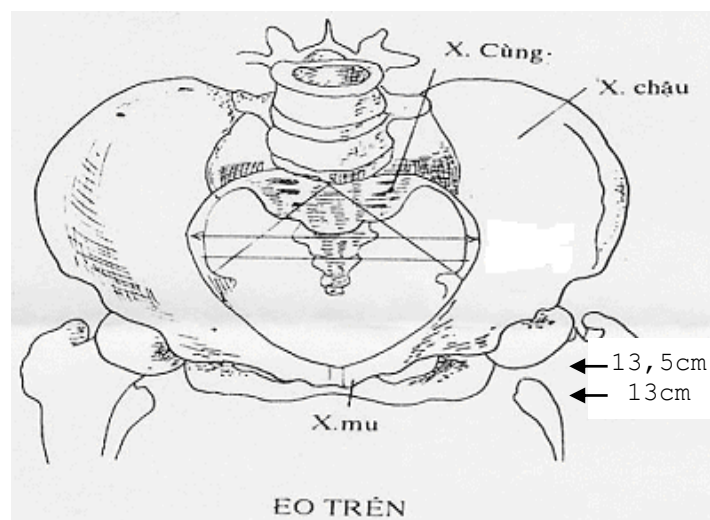
+ Dự trữ mỡ dưới da, dự trữ protein: 4-4,5 kg

- + Nước điện giải: 1-1,5 kg
- Chuyển hoá: trong thai nghén người ta quan sát thấy chuyển hoá cơ bản cao, nhịp tim, hô hấp tăng để thích hợp với các đòi hỏi của thai.
- + Nhu cầu năng lượng cần khoảng 2500 cal/ngày.
- + Thai nghén bình thường có một số đặc điểm chuyển hoá sau: giảm đường huyết trung bình khi nhịn ăn, tăng đường huyết sau bữa ăn và tăng insulin huyết. Những đặc điểm này đảm bảo việc cung cấp glucose liên tục tới thai nhi. Nếu tuyến tụy không cung cấp đủ insulin có thể dẫn đến đái tháo đường thai nghén.

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 máu (hay lưỡng ụ đùi): là khoảng cách giữa hai máu chuyên lớn xương đùi, trung bình là 27,5 cm.

- Hình trám Michaelis nối liền bốn điểm:

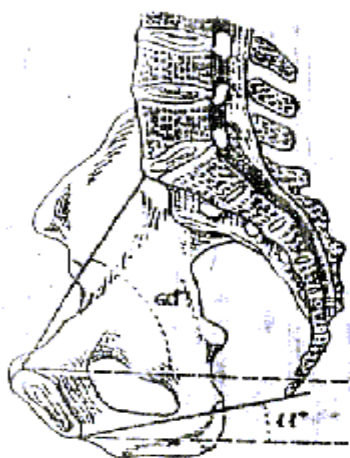
+ Trên là gai đốt sống thắt lưng L5; hai bên là hai gai chậu sau trên; dưới là đỉnh rãnh liên mông.

+ 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.

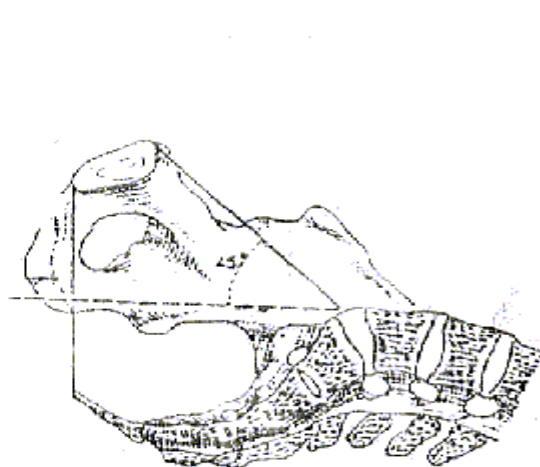
2. TIỂU KHUNG

Đây là phần quan trọng nhất vì ngôi thai phải chui lọt qua tiểu khung để ra âm đạo và ra ngoài. Về phương diện sản khoa, người ta chia tiểu 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 mòm nhô của xương cùng, hai bên là đường vô danh của khung chậu, phía trước là bờ trên của khớp vệ.

Các đường kính

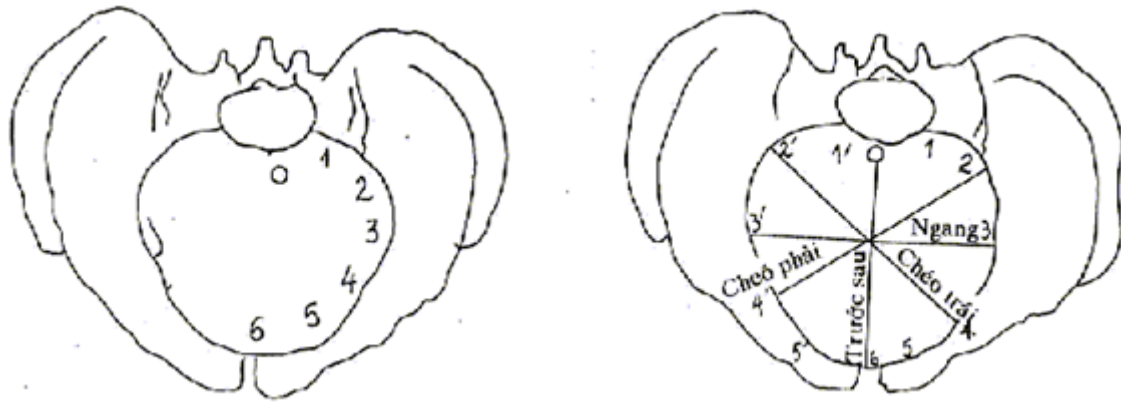
- Đường kính trước - sau có:

+ Mòm nhô - trên mu (mòm nhô - thượng vệ): 11 cm.

+ Mòm nhô - dưới mu (mòm nhô - hạ vệ): 12 cm

+ **Mòm nhô - sau mu (mòm 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 mào chậu lược trái để gọi tên)

2. Khớp cùng chậu

2 - 4': Chéo phải (lấy mào chậu lược phải để gọi tên)

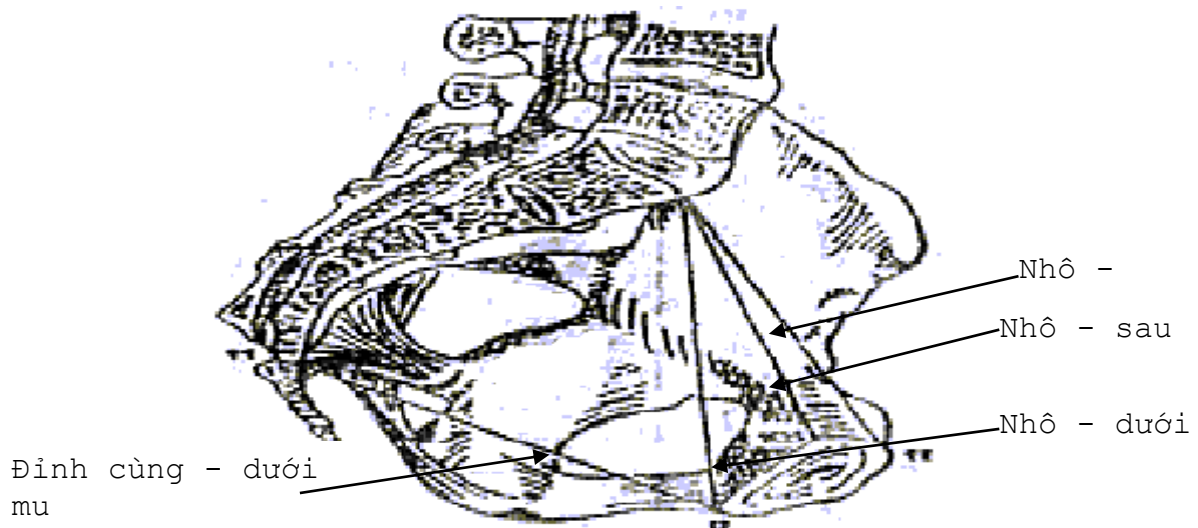
3. Gò chậu lược

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).

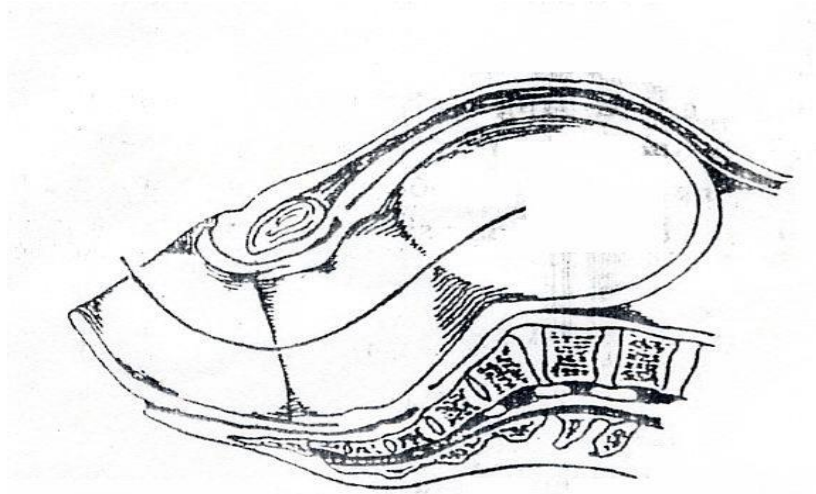
- Các đường kính

+ 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: trục của khung chậu khi sô thai

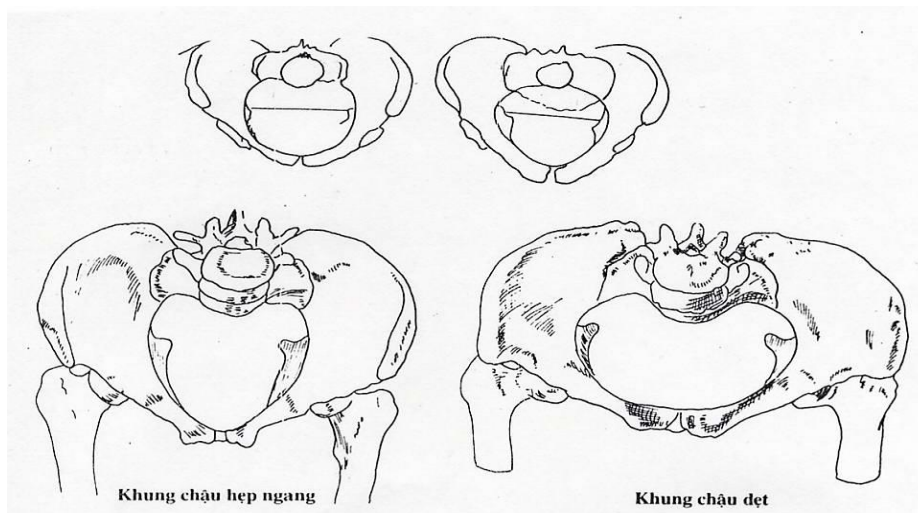
3. XẾP LOẠI KHUNG CHẬU

- Khung chậu dạng nữ (thường gặp nhất ở phụ nữ): là loại khung chậu có hình dạng đều đặn, đường kính từ trục 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.

- Khung chậu hẹp ngang (dạng hầu): dạng khung chậu này có đường kính ngang nhỏ hơn đường kính trước sau, xương cùng dài, móm nhô ngửa ra sau, hai gai hông nhọn.



Hình 2.16: các dạng khung chậu

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Điểm thấp nhất của ổ bụng tương ứng với túi nào của âm đạo:

- A. Túi cùng trước B. Túi cùng bên trái C. Túi cùng bên phải D. Túi cùng sau

2. Đường kính hữu dụng của eo trên:

- A. Nhô- trên mu B. Nhô - sau mu C. Nhô - dưới mu D. Ngang tối đa

3. Thành phần nào của tử cung quyết định khả năng cầm máu của tử cung

- A. Phúc mạc B. Cơ dọc C. Cơ đan D. Cơ vòng

4. Cấu trúc eo tử cung khác với thân tử cung là:

- A. Không có phúc mạc che phủ
B. Không có lớp niêm mạc
C. Không có lớp cơ đan
D. Không có lớp cơ vòng

5. Thai kỳ đủ tháng, thể tích tử cung trung bình của mẹ là:

- A. 3 lít B. 4 lít C. 5 lít D. 6 lít

6. Thứ tự của các phần ống dẫn trứng kể cả từ tử cung đến buồng trứng là:

- A. Kẽ - bóng - eo - loa B. Bóng - kẽ - loa - eo
C. Kẽ - eo - bóng - loa D. Eo - bóng - kẽ - loa

7. Thời gian sống trung bình của trứng ở sinh dục phụ nữ là:

- A. 36 giờ B. 48 giờ C. 12 giờ D. 24 giờ

8. Thời gian sống trung bình của tinh trùng ở sinh dục phụ nữ là:

- A. 36 giờ B. 48 giờ C. 72 giờ D. 94 giờ

9. Ngày dự sanh được tính chính xác là:

- A. Ngày giao hợp B. Ngày đầu kỳ kinh cuối
C. Chiều cao tử cung D. Ngày cuối kỳ kinh cuối

10. Hormon nào sau đây để chẩn đoán thai có thai sớm?

- A. *Estrogen* B. *Progesteron* C. *FSH* D. β -*hCG*

11. Đường kính ngang hữu dụng của eo trên bình thường đo được

- A. 9,5 cm B. 10 cm C. 10,5 cm D. 12,5 cm

12. Trị số bình thường của đường kính ngang eo giữa là:

- A. 13,5 cm B. 12,75 cm C. 11 cm D. 10,5 cm

13. Mốc giới hạn phía sau của eo trên là:

- A. Đốt sống thắt lưng 1 B. Mỏm nhô C. Mỏm chậu lược D. 2 gai hông

14. Giải phẫu học của âm đạo, ngoại trừ:

- A. Là một ống cơ trơn, có thể giãn rộng ra B. Có thành trước dài hơn thành sau
C. Niêm mạc âm đạo có những nếp ngang chịu ảnh hưởng của các nội tiết tố nữ
D. Bình thường không có đầu nhánh dây thần kinh

Bài 3. CHẨN ĐOÁN THAI, CHĂM SÓC THAI (3 THÁNG ĐẦU, 3 THÁNG GIỮA, 3 THÁNG CUỐI)

Mục tiêu học tập: sau khi học xong, sinh viên có khả năng

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng của thai nghén trong 4 tháng rưỡi đầu và bốn tháng rưỡi cuối.
- 1.2. Kể được năm cách tính tuổi thai.
- 1.3. Trình bày được các bước trong quy trình khám thai.
- 1.4. Trình bày được 4 công cụ quản lý thai nghén.

2.Thái độ:

Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

1. Chẩn đoán thai nghén trong 4 tháng rưỡi đầu.
2. Chẩn đoán thai nghén trong 4 tháng rưỡi cuối.
3. Chẩn đoán tuổi thai.
4. Cách khám thai định kỳ.
5. Quản lý thai nghén.

1. CHẨN ĐOÁN THAI 4 THÁNG RŨỖI ĐẦU VÀ 4 THÁNG RŨỖI SAU

1.1. Dấu hiệu hướng tới có thai

Bao gồm những dấu hiệu chủ quan của người mẹ:

1.1.1. Tắt kinh

- Là dấu hiệu đáng tin cậy để chẩn đoán, đối với những phụ nữ khoẻ mạnh, có tiền sử kinh nguyệt đều đặn, đang không cho con bú, và không có xáo trộn tinh thần đặc biệt.

- Nghiên cứu dấu hiệu tắt kinh giúp ta xác định kinh cuối cùng để dự đoán ngày sinh sau này theo cách tính của Nagelé (lấy ngày + 7, tháng - 3).

1.1.2. Các dấu hiệu giao cảm

Thường xuất hiện vào tháng thứ nhất, và biến mất vào cuối tháng thứ ba, các dấu hiệu đó là

1.1.2.1. Rối loạn tiêu hóa

Buồn nôn, nôn đặc biệt vào các buổi sáng, táo bón, tăng tiết nước bọt.

1.1.2.2. Rối loạn thần kinh - nội tiết

Tính dễ bị kích thích, chán ăn hoặc thèm ăn thức ăn gì đó, buồn ngủ hay mệt mỏi.

1.1.2.3. Rối loạn tiểu tiện

Tiểu rất, thường xảy ra trong những tháng đầu do tình trạng gia tăng các mạch máu và tử cung trong hố chậu to dần lên đè vào bàng quang. Cần phân biệt với nhiễm trùng tiểu khung.

1.1.3. Thay đổi ở vú

Vú lớn lên, các tĩnh mạch dưới da nổi nhiều, quầng vú thâm màu, các hạt Montcomery nổi rõ. Các thay đổi này thường rõ ở người con so, nhưng cũng có thể gặp khi không có thai như trường hợp thai tương (pseudocyesis), u nang buồng trứng, dùng thuốc an thần...

1.1.4. Niêm mạc âm đạo cổ tử cung

Chuyển màu tím so với màu hồng bình thường khi không có thai (Dấu hiệu Jacquemier)

1.1.5. Chất nhầy cổ tử cung

Đông lại, điều này phản ánh sự tiết progesterone.

1.1.6. Tăng sắc tố ở da

Dấu hiệu này không hằng định, khi có khi không

1.2. Dấu hiệu có thể có thai

Xuất hiện thường trễ hơn, bao gồm:

1.2.1. Bụng lớn

Từ sau tháng thứ ba là đã có thể sờ thấy tử cung qua thành bụng. Tử cung ngày càng lớn và bụng ngày càng to thêm.

1.2.2. Cơ co Braxton - Hicks

Từ tuần lễ 9-10 trở đi tử cung có những cơn co nhưng không làm cho sản phụ đau, cơn co không đều và có thể sờ được. Cơn co không có khi có thai ở trong ổ bụng, nhưng có thể có trong trường hợp tử cung ứ máu hay tử cung có nhân xơ.

1.2.3. Dấu hiệu Noble

Do khi có thai thân tử cung lớn lên và tròn ra, ta có thể nhận biết được dấu hiệu này bởi ngón tay đưa vào túi cùng bên âm đạo.

1.2.4. Dấu hiệu Hégar

Đó là sự hóa mềm của cổ tử cung, thân tử cung, và mềm nhất là ở eo tử cung. Bằng cách thăm khám phối hợp hai tay, đây là cảm giác mà các ngón tay tiếp nhận được như chạm vào nhau. Đối với dấu hiệu Hégar ta không nên tìm kiếm một cách thô bạo

1.3. Dấu hiệu chắc chắn có thai

Bao gồm nghe được tim thai, sờ được cử động thai, nắn được phần thai và thấy được xương thai qua quang tuyến hoặc qua siêu âm.

1.3.1. Tim thai

Với ống nghe gỗ ta có thể nghe được tim thai từ tuần lễ thứ 20- 22, với nhịp 120-160/phút. Với phương pháp máy Doppler ta có thể nghe được tim thai từ tuần lễ thứ 10- 12 trở đi. Khi nghe tim thai nên phân biệt với mạch mẹ thường có tần số chậm hơn nhiều, bằng cách vừa nghe tim thai vừa bắt mạch mẹ (động mạch quay).

1.3.2. Nắn được phần thai

Cho sản phụ nằm ở tư thế sản khoa, dùng hai bàn tay nắn trên tử cung ta có thể thấy được cực đầu, cực mông của thai nhi; ở hai bên tử cung ta có thể sờ được các chi của thai nhi, và có thể cảm nhận được cử động thai, phần thai bập bênh trong nước ối.

1.3.3. Siêu âm

Thông dụng, vô hại và cho phép chẩn đoán thai sớm và chắc chắn; nhất là siêu âm với đầu dò âm đạo. Với siêu âm ta có thể thấy:

- Túi thai, từ tuần lễ thứ 5 sau khi tắt kinh.
- Cấu trúc phôi từ tuần lễ thứ 7.
- Tim thai từ tuần lễ thứ 7- 8.
- Hoạt động thai từ tuần lễ thứ 9.

Trước tuần lễ thứ 14, với siêu âm đo chiều ài đầu mông là phương pháp tốt nhất để dự đoán tuổi thai (sai lệch # 4 ngày).

1.4. Các phản ứng thử

Các phản ứng được thực hiện khi mà các dấu hiệu lâm sàng chưa rõ ràng, ta có thể làm

1.4.1. Phản ứng sinh học: hiện nay các phản ứng sinh học hoàn toàn được thay thế bởi các phản ứng miễn dịch và miễn dịch phóng xạ. Một số phản ứng sinh học đã được sử dụng:

1.4.1.1. Phản ứng Galli-Mainini: dùng nước tiểu của người phụ nữ nghi có thai tiêm 5-12ml vào túi bạch huyết sau lưng ếch đực. Nếu nước tiểu có hCG sẽ kích thích phóng tinh- phản ứng dương tính nghĩa là có thai và ngược lại không phóng tinh ở rãnh ổ nhớp của ếch. Phản ứng âm tính nghĩa là không có thai. Đọc kết quả sau 2-4 giờ.

1.4.1.2. Phản ứng Friedman-Brouha: tiêm 5ml nước tiểu của người phụ nữ nghi có thai vào tĩnh mạch rìa tai thỏ cái tở. Nếu nước tiểu có hCG sẽ kích thích buồng trứng thỏ gây phóng noãn- phản ứng dương tính, và ngược lại không phóng noãn - phản ứng âm tính. Đọc kết quả sau 48 giờ.

1.4.1.3. Phản ứng Ascheim-Zondek: tiêm 0, 5 ml nước tiểu người phụ nữ nghi có thai, tiêm 3 lần/ ngày cho chuột nhắt cái tở. Sau 96 giờ kể từ mũi tiêm cuối cùng, mổ chuột ra quan sát bộ phận sinh dục. Phản ứng dương tính khi bộ phận sinh dục trưởng thành phát triển, xung huyết (chứng tỏ nước tiểu có hCG). Phản ứng âm tính khi không có phản ứng của bộ phận sinh dục chuột.

1.4.2. Phản ứng miễn dịch

Chiếm ưu thế hiện nay vì tính nhạy cảm, chính xác và kinh tế hơn. Phản ứng này dựa trên cơ sở là sự kết hợp giữa kháng nguyên là hCG của thai phụ với kháng thể

chuyên biệt tương ứng. Sự kết hợp này có thể thấy được bằng mắt thường nếu kháng nguyên hay kháng thể được gắn trên hồng cầu hay hạt latex. Phương pháp trực tiếp sử dụng hạt latex được bọc bởi kháng thể kháng hCG trộn với huyết tương hay nước tiểu của người phụ nữ nghi có thai, hiện tượng ngưng kết sẽ xảy ra nếu có sự hiện diện của hCG nghĩa là người phụ nữ có thai. Phương pháp gián tiếp sử dụng kháng thể kháng hCG trộn với huyết tương hay nước tiểu của người phụ nữ nghi có thai, rồi trộn với hồng cầu hay hạt latex có gắn hCG, sẽ không có hiện tượng ngưng kết nếu có sự hiện diện của hCG (có thai). Thời gian cần thiết để đọc kết quả rút xuống còn # 2 phút đến 2 giờ; mức độ nhạy thay đổi từ 250- 3500mUI/ml. Phần lớn các kết quả sẽ dương tính sau 7 ngày trễ kinh.

1.4.3. Phản ứng miễn dịch phóng xạ

Phản ứng miễn dịch vừa nêu trên có thể ảnh hưởng bởi protein, hồng cầu, Hb, các vi khuẩn trong nước tiểu, các bệnh lý miễn dịch, hoặc phản ứng chéo với tiểu đơn vị của LH, FSH, và hormone hướng giáp trạng vì có cấu trúc giống với cấu trúc của tiểu đơn vị hCG, cho nên phản ứng miễn dịch phóng xạ là một xét nghiệm chuyên biệt và nhạy cảm cho hCG, phản ứng ch o được loại trừ do thành tố tham gia miễn dịch là tiểu đơn vị hCG có cấu trúc khác hẳn với thành phần của LH, FSH, và hormone hướng giáp trạng. Mức độ nhạy cảm từ 2- 4mUI/ml. Kết quả dương tính từ 8-9 ngày sau rụng trứng.

2. CHẨN ĐOÁN THAI

2.1. Chẩn đoán thai

1.5. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán thai nghén nói chung không khó, nhưng trong những ngày tháng đầu của thai nghén chúng ta cần phân biệt với một số trường hợp:

- Tắt kinh: phân biệt với trường hợp mất kinh nhưng không có thai ví dụ đang cho con bú, xáo trộn tinh thần, thay đổi cuộc sống,... hay bệnh lý vô kinh không có thai.
- Nghén: có thể gặp thai tương tự ở phụ nữ quá mong con.
- Tử cung lớn: phân biệt với khối u trong ổ bụng hay trong hố chậu ví dụ u xơ tử cung, u nang buồng trứng. . .

Ngoài ra cần phân biệt một số trường hợp thai bệnh l thường gặp trong những tháng đầu của thai kỳ như thai ngoài tử cung, thai trứng, thai lưu...

3. CHẨN ĐOÁN TUỔI THAI THAI

A. KHÁM THAI

1. MỤC ĐÍCH KHÁM THAI

Trong thời kỳ thai nghén, thai phụ cần đi khám thai ít nhất 3 lần: ba tháng đầu, ba tháng giữa và ba tháng cuối, để theo dõi sự phát triển của thai nhi, phát hiện các yếu tố nguy cơ và tiên lượng cuộc đẻ. Chỉ có đi khám thai mới phát hiện được các

trường hợp thai nghén có nguy cơ cao để tư vấn, xử trí và đề phòng các biến chứng cho mẹ và con. Khi khám cần theo các trình tự sau:

2. PHẦN HỎI

2.1. Bản thân

- Họ và tên;
- Tuổi;
- Nghề nghiệp, điều kiện lao động: tư thế làm việc ngồi hay đứng, chế độ nghỉ ngơi, có tiếp xúc độc hại không?
- Địa chỉ (ghi theo địa chỉ hộ khẩu chú ý vùng sâu, vùng xa) và số điện thoại nếu có;
- Dân tộc (chú ý dân tộc thiểu số);
- Trình độ học vấn;
- Điều kiện sống, kinh tế (chú ý hoàn cảnh đói nghèo...).

2.2. Sức khỏe

2.2.1. Hiện tại

- Hiện mắc bệnh gì (nếu có), mắc bệnh từ bao giờ, diễn biến thế nào, đã điều trị gì, kết quả điều trị, có ảnh hưởng gì đến sức khỏe, đang dùng thuốc gì.

2.2.2. Tiền sử bệnh

Mắc những bệnh gì? Lưu ý những bệnh phải nằm viện, phải phẫu thuật, phải truyền máu, các tai nạn, dị ứng, nghiện rượu, thuốc lá, ma túy, bệnh tiểu đường, tim mạch, tâm thần, nội tiết, bệnh về máu, gan, thận.

2.2.3. Tiền sử sản khoa (PARA)

Đã có thai bao nhiêu lần, ghi theo 4 số:

- Số thứ nhất là số lần đẻ đủ tháng;
- Số thứ hai là số lần đẻ non;
- Số thứ ba là số lần sảy thai hoặc phá thai;
- Số thứ tư là số con hiện sống.

Ví dụ: 2012: đã đẻ đủ tháng 2 lần, không đẻ non, 1 lần sảy hoặc phá thai, hiện 2 con sống.

- Với từng lần có thai:
- Tuổi thai khi đẻ (để biết đẻ non hay đủ tháng);
- Nơi đẻ: bệnh viện, trạm xá, tại nhà, đẻ rơi;
- Thời gian chuyển dạ;
- Cách đẻ: đẻ thường, đẻ khó Forceps, giác hút (phẫu thuật lấy thai...).
- Các bất thường ở lần có thai trước: ra máu, tiền sản giật, ngôi bất thường, đẻ khó, thai dị dạng, băng huyết, nhiễm khuẩn.
- Tình trạng con khi đẻ ra: cân nặng, giới tính, khóc ngay, ngạt, chết...

2.2.4. Hỏi về tiền sử phụ khoa

- Có điều trị vô sinh, điều trị nội tiết, có các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh dục, bệnh lây truyền qua đường tình dục, đốt cổ tử cung (đốt nhiệt, đốt điện, laser, áp lạnh) các khối u phụ khoa, sa sinh dục, các phẫu thuật phụ khoa...

- Hỏi về các biện pháp tránh thai đã sử dụng
- Loại biện pháp tránh thai;
- Thời gian sử dụng của từng biện pháp;
- Lý do ngừng sử dụng;
- Biện pháp tránh thai sử dụng ngay trước lần có thai này (nếu có).
- Hỏi về lần có thai này
- Chu kỳ kinh nguyệt có đều không và ngày đầu của kỳ kinh cuối;
- Các triệu chứng nghén;
- Ngày thai máy;
- Sụt bụng (xuất hiện 1 tháng trước đẻ, do ngôi thai xuống thấp);
- Các dấu hiệu bất thường như đau bụng, ra máu, dịch tiết âm đạo tăng;
- Mệt mỏi, uể oải, đau đầu, ăn kém ngon (dấu hiệu thiếu máu);
- Nhức đầu, hoa mắt, đau thượng vị, nôn mửa (dấu hiệu tiền sản giật).

2.2.5. Gia đình

- Sức khỏe, tuổi bố mẹ, anh chị, còn sống hay đã chết. Nếu chết, cho biết lý do;
- Có ai mắc bệnh nội khoa: tăng huyết áp, đái tháo đường, tim mạch, gan, thận, lao.
- Có ai mắc bệnh nhiễm khuẩn: lao, bệnh LTQĐTD, HIV/AIDS, sốt rét.
- Các tình trạng bệnh lý khác: sinh đôi, đẻ con dị dạng, dị ứng...
- Hỏi để sàng lọc bạo hành phụ nữ.
- Tiền sử hôn nhân
- Lấy chồng năm bao nhiêu tuổi;
- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, sức khỏe, bệnh tật của chồng.
- Dự tính ngày sinh theo ngày đầu của kỳ kinh cuối Tính đúng 40 tuần kể từ ngày đầu của kỳ kinh cuối.
- Theo dương lịch, lấy ngày đầu của kỳ kinh cuối cộng 7, tháng cuối cộng 9 (hoặc trừ 3 nếu tổng số lớn hơn 12).

Ví dụ: ngày đầu của kỳ kinh cuối: 15/9/2012.

- Ngày dự kiến đẻ: 22/6/2013;
- Sử dụng bảng quay (nếu có) để tính ngày dự kiến đẻ;
- Nếu không nhớ ngày đầu của kỳ kinh cuối thì có thể dựa trên kết quả siêu âm (tốt nhất là trong 3 tháng đầu của thai kỳ) để xác định tuổi thai. Nếu sản phụ chỉ nhớ ngày âm lịch thì chuyển ngày âm sang ngày dương lịch để tính tuổi thai;

- Trong trường hợp bơm tinh trùng vào tử cung thì ngày đầu của kỳ kinh cuối được tính là trước ngày bơm 14 ngày. Dự tính ngày đẻ được tính như cách trên.

3. KHÁM TOÀN THÂN

- Đo chiều cao cơ thể (lần khám thai đầu);
- Cân nặng (cho mỗi lần khám thai);
- Khám da, niêm mạc, đánh giá có phù hoặc thiếu máu hay không (cho mỗi lần khám thai);
- Đo huyết áp (cho mỗi lần khám thai);
- Khám tim phổi (cho mỗi lần khám thai);
- Khám vú;
- Khám các bộ phận khác khi có dấu hiệu bất thường.

4. KHÁM SẢN KHOA

4.1. Ba tháng đầu

- Sờ nắn trên khớp mu xem đã thấy đáy tử cung chưa;
- Xem có vết sẹo phẫu thuật ổ bụng không?
- Đặt mỏ vịt xem cổ tử cung có viêm không? Nếu nghi ngờ viêm nhiễm đường sinh dục xét nghiệm tìm vi khuẩn;
- Chỉ thăm âm đạo nếu các dấu hiệu có thai chưa rõ, cần xác định thêm;
- Có điều kiện nên làm siêu âm lần 1 (khi thai khoảng 11 - 13 tuần).

4.2. Ba tháng giữa

- Đo chiều cao tử cung;
- Nghe tim thai khi đáy tử cung đã đến rốn (tốt nhất là bằng máy nghe tim thai nếu có);
- Cử động thai, số lượng thai, tình trạng ối;
- Có điều kiện nên làm siêu âm lần 2 (khi thai khoảng 20 - 24 tuần). Nếu nghi ngờ có viêm nhiễm đường sinh dục nên quan sát âm đạo, CTC qua đặt mỏ vịt.

4.3. Ba tháng cuối

- Tốt nhất nên khám thai mỗi tháng một lần;
- Đo chiều cao tử cung vòng bụng;
- Sờ nắn xác định tư thế thai nhi trong buồng tử cung;
- Nghe tim thai;
- Đánh giá độ xuống của ngôi (trong vòng 1 tháng trước dự kiến đẻ);
- Cử động thai, số lượng thai, tình trạng ối;
- Có điều kiện nên làm siêu âm lần 3 (khi tuổi thai 30 - 32 tuần).

Lưu ý: Khi làm siêu âm, nhân viên y tế không được cho thai phụ biết giới tính thai nhi;

- Khi nằm nghỉ, ngủ nên nằm nghiêng và tốt hơn là nghiêng bên trái, hai chân kê gối hơi cao nếu có phù chân do chèn ép;

- Nếu nghi ngờ có viêm nhiễm đường sinh dục cần được quan sát âm đạo, CTC qua đặt mỏ vịt.

4.4. Các xét nghiệm cần thiết

- Xét nghiệm tìm protein trong nước tiểu
- Lấy nước tiểu buổi sáng, giữa dòng;
- Dùng que thử protein (so với gam màu mẫu) hoặc dùng phương pháp đốt;
- Thử nước tiểu cần làm cho mọi thai phụ vào mỗi lần khám thai.
- Xét nghiệm máu
- Ở tuyến xã, nếu nghi ngờ thiếu máu cần chuyển tuyến trên xét nghiệm đánh giá tình trạng thiếu máu: công thức máu, huyết sắc tố, hematocrit;
- Xét nghiệm nước tiểu tìm protein niệu, đường máu;
- Các xét nghiệm khác: nếu có thiếu máu thì xét nghiệm phân xem có giun không? Xét nghiệm sàng lọc HIV, giang mai và viêm gan, xét nghiệm dịch âm đạo (nếu cần).

4.5. Tiêm phòng uốn ván

+ Với người chưa tiêm phòng uốn ván lần nào: tiêm mũi 1 khi bắt đầu từ quý II thời kỳ thai nghén; tiếp theo tiêm mũi hai sau mũi 1 ít nhất một tháng và phải cách thời gian dự kiến đẻ ít nhất 1 tháng;

+ Với những người đã tiêm đủ 2 mũi ở lần có thai trước, nếu như:

- Khoảng cách với lần có thai này < 5 năm: tiêm 1 mũi;
- Khoảng cách với lần có thai này > 5 năm: tiêm 2 mũi.

+ Với người đã tiêm ba mũi hoặc bốn mũi, cần tiêm nhắc lại một mũi;

+ Với người đã tiêm đủ năm mũi phòng uốn ván theo đúng lịch, nếu mũi tiêm cuối cùng cách đã 10 năm trở lên thì nên tiêm thêm một mũi nhắc lại.

4.6. Giáo dục sức khỏe

- Dinh dưỡng. Chế độ ăn khi có thai:
- Số lượng tăng: số bữa ăn và số lượng cơm, thức ăn trong mỗi bữa;
- Tăng chất: đảm bảo cho sự phát triển của mẹ và con: thịt, cá, tôm, sữa, trứng, đậu, lạc, vừng, dầu ăn, rau quả tươi.
- Không nên ăn mặn, nên thay đổi món để ngon miệng;
- Không hút thuốc lá, uống rượu;
- Không uống thuốc nếu không có chỉ định của thầy thuốc;
- Tránh táo bón bằng chế độ ăn uống hợp lý, không nên dùng thuốc chống táo bón.
- Chế độ làm việc khi có thai

- Làm theo khả năng, xen kẽ nghỉ ngơi, không làm việc quá nặng nhọc, tránh làm ban đêm (nhất là từ tháng thứ bảy);

- Không làm việc vào tháng cuối để đảm bảo sức khỏe cho mẹ và để con tăng cân;

- Không mang vác nặng, tránh đi xa;

- Không làm việc dưới nước hoặc trên cao;

- Không tiếp xúc với các yếu tố độc hại;

- Quan hệ tình dục thận trọng.

- Vệ sinh khi có thai

- Nhà ở phải thoáng khí, sạch sẽ, tránh ẩm, nóng, khói;

- Mặc quần áo rộng và thoáng;

- Tắm rửa thường xuyên, vệ sinh vú và bộ phận sinh dục hàng ngày;

- Duy trì cuộc sống thoải mái, tránh căng thẳng;

- Ngủ ít nhất 8 giờ mỗi ngày, chú trọng ngủ trưa;

- Tránh thụt rửa âm đạo.

4.7. Cung cấp thuốc thiết yếu

- Thuốc sốt rét (vùng sốt rét lưu hành) theo phác đồ quy định của ngành sốt rét.

Viên sắt/acid folic: uống ngày 1 viên trong suốt thời gian có thai đến hết 6 tuần sau đẻ. Tối thiểu uống trước đẻ 90 ngày. Nếu thai phụ có biểu hiện thiếu máu rõ, có thể tăng từ liều dự phòng lên liều điều trị 2 - 3 viên/ngày. Việc cung cấp viên sắt/acid folic cần được thực hiện ngay từ lần khám thai đầu. Kiểm tra việc sử dụng và cung cấp tiếp trong các lần khám thai sau.

4.8. Ghi chép sổ và phiếu khám thai, phiếu hẹn

- Ghi sổ khám thai: nếu là lần đầu ghi đủ tất cả các mục trong 26 cột của sổ khám. Nếu là lần khám sau ghi tất cả những mục đã hỏi và khám (một số mục như tên, tuổi, tiền sử... không cần ghi lại).

- Ghi vào phiếu “Theo dõi sức khỏe bà mẹ và sơ sinh tại nhà” (phần theo dõi, khám thai) hoặc vào “Phiếu khám thai” thông thường đang sử dụng ở các cơ sở khám bệnh.

- Trong phần ghi phiếu khám, ngoài tình hình thai phụ và các số liệu thăm khám đo đạc được, nhất thiết phải ghi lại kết quả đánh giá về lần khám thai đó, các dấu hiệu quan trọng thai phụ cần tự theo dõi, tên thuốc và liều dùng, cách dùng (nếu có) và thời gian hẹn tái khám.

- Tại xã, nếu dùng “Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ và sơ sinh tại nhà” thì phải ghi lại trên phiếu thứ hai lưu ở trạm và để phiếu lưu này vào ngăn (hộp, hay túi) luân chuyển phiếu khám vào đúng ô có tháng quy định của lần khám sau. Nếu chỉ có

phiếu khám thai đưa cho thai phụ lưu giữ thì viết thêm phiếu hẹn cho thai phụ và đặt phiếu này vào ô của tháng đã hẹn đến khám tiếp.

- Ở trạm y tế xã, ghi phiếu con tôm ngay từ lần khám đầu tiên gắn lên bảng “Quản lý thai”. Trong những lần khám sau nếu phát hiện thai nghén có nguy cơ thì đánh dấu thêm vào phiếu đó.

4.9. Kết luận - dặn dò

- Thông báo cho thai phụ biết kết quả của lần khám thai có bình thường hay không, tình trạng mẹ và thai phát triển thế nào, cần lưu ý những điểm gì trong thời gian từ sau khi khám đến lần khám tiếp theo.

- Ở xã, khi khám phát hiện những dấu hiệu bất thường, cần giải thích và hướng dẫn chu đáo cho thai phụ đi khám hội chẩn ở tuyến trên.

- Cung cấp thuốc thiết yếu và hướng dẫn cách dùng (nếu cần thiết).

B. QUẢN LÝ THAI

1. MỤC ĐÍCH

- Quản lý thai là một trong những công việc quan trọng nhất góp phần bảo vệ SKSS cho mọi gia đình, giảm tỷ lệ tử vong bà mẹ của y tế tuyến xã, phường.

- Bốn công cụ dùng để thực hành công tác quản lý thai là:

+ Sổ khám thai.

+ Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà hoặc phiếu khám thai.

+ Bảng Quản lý thai sản (hay bảng con tôm).

+ Hộp (hay túi) luân chuyển phiếu hẹn.

1.1. Sổ khám thai

- Sổ khám thai là sổ ghi tên, tuổi, địa chỉ... và các dữ kiện phát hiện được trong mỗi lần khám thai cho thai phụ. Sổ khám thai cũng đồng thời là sổ đăng ký thai nghén khi người phụ nữ được khám thai lần đầu.

- Sổ khám thai giúp cán bộ y tế nắm bắt được diễn biến quá trình thai nghén và tình hình cụ thể của mỗi lần khám trong suốt quá trình mang thai của thai phụ.

- Sổ khám thai theo mẫu của Bộ Y tế hiện nay có tất cả 26 cột dọc.

- Trong lần khám đầu tiên (lần đăng ký) hầu hết các cột phải được ghi đầy đủ (trừ trường hợp chưa có dấu hiệu hay triệu chứng nào đó, ví dụ: bề cao tử cung, tim thai...).

- Số thứ tự (cột dọc số 1) trong sổ khám thai là số người khám (trong từng tháng hay tính từ đầu năm tùy qui định của mỗi địa phương).

- Sau lần khám đầu tiên, cho mỗi thai phụ, dành ra 3 - 5 dòng (hoặc nhiều hơn tùy cơ sở) để ghi các dữ kiện cho các lần khám sau. Như vậy lần khám sau không phải ghi lại các mục tên, tuổi, tiền sử... (vì đã ghi từ lần khám đầu) và chỉ ghi những tình hình, số liệu thu nhận được khi khám thai mỗi lần đó.

- Đếm số dòng ngang sẽ biết được số lần khám thai của mỗi thai phụ.
- Sổ khám thai phải được ghi chép đầy đủ, trung thực, giữ gìn sạch sẽ, đảm bảo bí mật đối với khách hàng.

1.2. Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà hoặc phiếu khám thai

1.2.1. Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà

- Là một quyển sổ tổng hợp nhiều chi tiết để cán bộ y tế tất cả các tuyến theo dõi và ghi chép tại đó mỗi lần người phụ nữ được thăm khám (kể cả khám thai và sinh đẻ), trong đó có các phần chính như sau:

- Phần bản thân: ghi những yếu tố chính về bản thân như: họ và tên, ngày sinh, địa chỉ, số đăng ký...

- Phần tiền sử sản khoa: ghi các tiền sử sản khoa chính với các ô trắng ghi chữ "không" và các ô có màu ghi chữ "có". Khi đăng ký ghi phiếu này cho người phụ nữ, nếu loại tiền sử nào không có thì ghi hoặc đánh dấu vào ô trắng (không) nếu đã có thì ghi hoặc đánh dấu vào ô có màu (có).

- Phần chăm sóc thai nghén hiện tại: để ghi các dữ kiện về từng lần khám thai (có 3 hoặc 5 cột dọc dành cho 3 - 5 lần khám trong suốt quá trình thai nghén). Mỗi dữ kiện phát hiện khi khám thai nếu bình thường thì ghi vào ô trắng; nếu bất thường ghi vào ô có màu.

- Thai phụ nào trong tiền sử sản khoa và trong phần chăm sóc thai nghén có từ một dấu hiệu hay tình trạng được ghi ở ô có màu trở lên thì thai phụ đó thuộc nhóm thai nghén có nguy cơ cao, cần được theo dõi và quan tâm đặc biệt, nếu cần phải gửi đi khám hội chẩn ở tuyến trên và xã không được lơ đãng để tránh tai biến có thể xảy ra.

- Tiếp theo, phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà còn có phần theo dõi các diễn biến chuyển dạ, việc sinh đẻ, tình trạng sơ sinh và diễn biến của sản phụ trong 6 tuần hậu sản.

- Sau phần này phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà còn phần "kế hoạch hóa gia đình sau đẻ" và "Lời khuyên của cán bộ y tế".

- Như vậy tại những nơi đang sử dụng phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà thì phiếu này chính là phiếu để cán bộ y tế ghi mỗi lần khám thai tại phần "Chăm sóc thai nghén hiện tại".

Cách sử dụng

- Phiếu được lập cho phụ nữ từ tuổi 15 đến 49. Sau 49 tuổi, phiếu không được sử dụng nữa.

- Khi có thai, phiếu này sẽ là phiếu theo dõi khám thai định kỳ theo hẹn của cán bộ y tế.

- Phiếu sẽ được lập hai bản ghi giống hệt nhau cho mỗi phụ nữ; một phiếu trao cho thai phụ giữ để biết ngày hẹn khám lần sau hoặc để đi khám bất kỳ lúc nào và ở bất kỳ cơ sở y tế nào khác; phiếu còn lại để lưu tại trạm (khi chưa có thai thì lưu ở các ô trong tủ hồ sơ phân loại theo thôn xóm; khi có thai thì lưu phiếu này trong hộp (hay túi) luân chuyển phiếu hẹn).

1.2.2. Phiếu khám thai.

- Ở những nơi chưa thực hiện được việc lập phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà thì dùng "phiếu khám thai" trong đó có phần ghi tên tuổi, tiền sử và các cột để ghi các dữ kiện thăm khám và dặn dò thai phụ mỗi lần khám thai. Mẫu phiếu này có thể không giống nhau tùy từng địa phương thiết kế in mẫu nhưng nói chung đều có những mục cần thiết để có thể theo dõi, đánh giá quá trình thai nghén.

- Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà hay phiếu khám thai đều có tác dụng ghi lại những dữ kiện đã phát hiện khi khám thai, nhắc nhở thai phụ đến khám lại lần sau đúng hẹn và những lời dặn dò hoặc hướng dẫn về dinh dưỡng, nghỉ ngơi hay dùng thuốc...

1.3. Bảng quản lý thai sản

- Bảng quản lý thai sản là một bảng lớn treo tường có gắn mẫu bìa nhỏ ghi các thông tin về thai phụ vào tháng dự kiến đẻ của thai phụ đó. Mẫu bìa này thường gọi là "con tôm".

- Bảng có 13 cột dọc, trong đó cột đầu tiên là tên thôn (xóm), 12 cột sau là các tháng ghi từ tháng 1 đến tháng 12.

- Các ô ngang dành cho mỗi thôn (xóm) một ô. Xã có nhiều thôn thì số ô ngang phải nhiều để đủ số thôn trong xã.

- Phần cuối của bảng quản lý thai sản là các ô "Sau đẻ". Sau khi sản phụ đã đẻ thì con tôm ghi các thông tin về sản phụ đó được gỡ ra chuyển xuống đây theo dõi, chăm sóc sau đẻ.

- Mỗi "con tôm" được ghi sáu thông tin chính là: họ và tên, tuổi, PARA, số đăng ký thai, ngày kinh cuối cùng, ngày sinh dự kiến. Thường dùng tôm màu xanh cho trường hợp thai phụ chưa sinh lần nào (thai con so); tôm màu vàng cho thai phụ sẽ sinh lần 2 và tôm màu đỏ cho thai phụ sẽ sinh từ lần 3 trở lên. Ngoài ra nếu là trường hợp thai nghén có nguy cơ cao thì đánh một dấu hoa thị ở góc mẫu bìa.

- Tôm sẽ được gắn (hay dán) vào một ô nằm trong tháng dự kiến sinh của thai phụ, phù hợp với ô có vị trí thôn (xóm) của thai phụ đang cư trú.

- Bảng quản lý thai sản giúp cho cán bộ y tế xã biết được:

+ Số sản phụ dự kiến sẽ sinh mỗi tháng (và cả số có nguy cơ cao trong thai nghén). Trên cơ sở đó chủ động có kế hoạch chuẩn bị chu đáo cho việc sinh đẻ của nhân dân trong xã (nhất là vào những tháng có thể xảy ra thiên tai, bão lụt).

+ Tình hình thực hiện kế hoạch hóa gia đình của toàn xã (thông qua số tôm màu xanh, vàng, đỏ).

+ Phát hiện kịp thời số sản phụ có thai quá hạn, hoặc đã sinh ở nơi khác... (khi đến hết tháng mà "con tôm" vẫn còn nằm tại chỗ chưa được lột ra chuyển xuống dưới).

+ Đảm bảo số lượng sản phụ đã đẻ đẻ có kế hoạch thăm cả mẹ và con tại nhà.

1.4. Hộp (hay túi) luân chuyển phiếu hẹn

- Hộp (hay túi) luân chuyển phiếu hẹn là công cụ giúp cán bộ y tế xã biết thai phụ có được khám thai định kỳ theo đúng hẹn của trạm hay không.

- Công cụ là một hộp bằng gỗ hay bằng giấy có 12 ngăn, tương đương 12 tháng, đánh số từ 1 đến 12. Không có hộp thì thay bằng túi nilon, bên ngoài túi ghi tên tháng.

- Thai phụ đến khám vào tháng nào thì tìm phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà của thai phụ đó ở trong ngăn (túi) của tháng đó. Sau khi khám xong, hẹn ngày đến khám lần sau vào tháng nào thì để phiếu lưu vào ngăn (túi) của tháng đó.

- Trường hợp đến hết tháng mà trong ngăn (túi) vẫn còn lại phiếu có nghĩa là người được hẹn theo phiếu đó đã không đến khám và cán bộ y tế phải tìm hiểu nguyên nhân.

- Trường hợp không có phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà thì viết vào phiếu hẹn để vào các ngăn (túi) đó.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Phương pháp máy Doppler ta có thể nghe được tim thai ở tuần lễ thứ?

- A. 8- 9 B. 10- 12 C. 12- 14 D. 14 - 1

2. Cần hướng dẫn cho thai phụ uống bao nhiêu nước một ngày?

- A. 0,5 đến 1lít/ngày B. 0,5 đến 1,5lít/ngày B. 1,5 đến 2 lít/ngày D. 0,5 đến 2 lít/ngày

3. Những tháng cuối của thai kỳ cơ hoành bị đẩy lên cao bao nhiêu cm?

- A. 2 cm B. 3 cm C. 4 cm D. 5 cm

4. Cận lâm sàng nào sau đây có giá trị để chẩn đoán thai ?

- A. hCG B. X quang C. Siêu âm D. Cả A, B, C đều đúng

5. Nhịp tim thai cơ bản với tần số là?

- A. 110 - 120/phút. B. 120 - 160/phút. C. 120 - 140/phút. D. 120 - 170/phút.

6. Mục đích khám thai lần 1 là:

- A. Xem thai có thuận không B. Dự kiến ngày sinh
C. Xác định thai nằm trong tử cung hay không
D. Quyết định để người mẹ đẻ tuyến cơ sở hay chuyển tuyến

7. Mục đích khám thai lần 2 là:

- A. Xem thai có thuận không
- B. Dự kiến ngày sinh
- C. Quyết định đẻ người mẹ đẻ tuyến cơ sở hay chuyển tuyến
- D. Xem thai có phát triển bình thường không, tiêm phòng uốn ván

8. Mục đích khám thai lần 3, ngoại trừ:

- A. Xem thai có thuận không, xác định ngôi thai, tiêm phòng uốn ván
- B. Phát hiện các nguy cơ của người mẹ do thai nghén gây ra
- C. Dự kiến ngày sinh, quyết định người mẹ đẻ tuyến cơ sở hay chuyển tuyến
- D. Thai nằm ngoài tử cung

9. Phương pháp nào sau đây giúp tính tuổi thai chính xác nhất cho phụ nữ có kinh nguyệt đều:

- A. Siêu âm sớm + X quang
- B. Kinh cuối + siêu âm sớm
- C. Kinh cuối + ngày thai máy
- D. Ngày thai máy + bề cao tử cung

10. Khi có thai, thăm khám bằng mỏ vịt cổ tử cung thấy thay đổi như thế nào?

- A. Cổ tử cung màu đỏ
- B. Cổ tử cung màu tím
- C. Cổ tử cung màu hồng
- D. Cổ tử cung màu đỏ có ít máu

Bài 4. CHẨN ĐOÁN NGÔI, THẾ, KIỂU THẾ, ĐỘ LỘT

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

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các loại ngôi – thế và kiểu thế của thai nhi.
- 1.2. Xác định đúng được điểm mốc của mỗi loại ngôi.
- 1.3. Mô tả được bốn mức độ tiến triển và ba mức độ lọt của ngôi thai.
- 1.4. Trình bày được các triệu chứng để chẩn đoán ngôi - thế và kiểu thế của thai nhi.

2.Thái độ:

Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

1. NHẮC LẠI VỀ GIẢI PHẪU KHUNG XƯƠNG CHẬU NGƯỜI MẸ

Khung xương chậu là phần cứng quan trọng nhất, thai phải đi qua trong khi đẻ. Khung xương chậu được cấu tạo bởi 4 xương và 4 khớp là:

- **Hai xương chậu** ở hai bên
- **Xương cùng** ở phía sau
- **Xương cụt** tiếp nối với xương cùng ở phía dưới.
- **Hai khớp cùng - chậu** nối xương cùng với xương chậu ở hai bên phía sau.
- **Khớp cùng - cụt** nối hai xương cùng và cụt với nhau.
- **Khớp mu** nối hai xương chậu với nhau ở phía trước.

Gờ vô danh của hai xương chậu cùng với móm nhô ở phía sau, tạo nên một vành hình tim gọi là **eo trên**, chia khung chậu ra hai phần: **khung chậu lớn** (đại khung) ở phía trên và **khung chậu nhỏ** (hay **tiểu khung**) ở phía dưới. Tiểu khung là nơi thai bắt buộc phải đi qua, nên có tầm quan trọng đặc biệt.

Đánh giá khung xương chậu có thể bằng cách đo các đường kính (ĐK) ngoài, nhưng ít giá trị (xem bài “Khám thai”). Chính các đường kính trong của khung xương chậu mới quyết định vấn đề có dễ dàng qua đường dưới hay không.

- **Eo trên:** có các đường kính sau đây:

- + Đường kính **ngang tối đa** đo ở nơi rộng nhất của eo trên: 13,5 cm.
- + Đường kính **ngang giữa** đo ở hai điểm giữa của 2 gờ eo trên 12,5 cm.
- + Hai đường kính **chéo** đi từ khớp cùng chậu bên này đến mào chậu lược bên kia, được gọi tên là đường kính **chéo trái** (đi đến mào chậu lược trái) và đường kính **chéo phải** (đi đến mào chậu lược phải). Mỗi đường kính dài 12 cm. Ngôi thai thường lọt theo một trong 2 đường kính chéo này và đường kính chéo trái hay được xử dụng hơn.

+ Các đường kính **trước sau:** đi từ móm nhô tới xương mu. Có 3 đường kính sau:

- Nhô - trên mu: 11 cm. (nhô-thượng mu)

- Nhô - sau mu: 10,5 cm.(nhô- hậu mu)
- Nhô - dưới mu: 12 cm.(nhô- hạ mu)

Nhô - sau mu (cm) = nhô dưới mu - 1,5 cm.

- **Tiểu khung:** là một ống cong bằng xương có hai thành bên là hai thành xương chậu, thành trước là mặt sau xương mu chỉ dài 4 cm, thành sau là mặt trước xương cùng, có mặt lõm quay ra trước và có chiều dài 12 cm. Giữa tiểu khung có đường kính **liên gai hông** dài 10,5 cm. Nơi đây được gọi là eo giữa.

- **Eo dưới:** là lỗ của phần dưới khung chậu, có hình trám, phía trước là bờ dưới mu, hai bên phần trước là hai ngành ngồi - háng và các ụ ngồi của xương chậu; hai bên phần sau là các dây chằng cùng hông. Các đường kính eo dưới là:

+ Đường kính trước sau: **cụt - dưới mu:** 9 cm (cụt - Hạ mu)

Cùng - dưới mu: 11 cm (cùng - Hạ mu)

+ Đường kính ngang: **lưỡng ụ ngồi:** 11 cm.

- Các **mặt phẳng khung chậu:** người ta hình dung có các mặt phẳng đi qua các điểm nối của eo trên, của eo dưới và qua hai gai hông của eo giữa là các mặt phẳng mang tên các eo đó. Trên thực tế, các điểm tạo nên các eo nói trên, không thể nằm trên cùng một mặt phẳng được.

- Các **trục của khung xương chậu:** đường thẳng vuông góc với mặt phẳng eo trên là trục lọt, đường vuông góc với điểm giữa mặt phẳng eo dưới là **trục sổ** và đường nối 2 điểm giữa của mặt phẳng eo trên và mặt phẳng eo dưới là **trục tiểu khung**, còn gọi là **trục xuống**, đó là một đường cong song song với mặt trước xương cùng-cụt.

2. CÁC ĐỊNH NGHĨA VỀ NGÔI, THẾ, KIỂU THẾ CỦA THAI

Thai nhi nằm trong bụng mẹ trước khi ra đời, có thể ở nhiều tư thế khác nhau. Trong những tháng đầu, khối thai còn nhỏ, tử cung lúc đó hình tròn, buồng ối lại lớn, nên thai nằm trong buồng ối không theo một tư thế nào nhất định. Từ 3 tháng giữa, hình dáng tử cung đã có hình trứng, cực to là đáy tử cung, với chiều dọc lớn hơn chiều ngang, thai lúc này có phần đầu to hơn phần mông và chân, nên thường có tư thế đầu ở phía đáy tử cung (là nơi rộng hơn). Đến ba tháng cuối, thai nằm trong tử cung với tư thế khom lưng, bó gối, hai tay khoanh trước ngực, nên khối mông và chân lớn hơn phần đầu, vì vậy thai nằm trong tử cung có đầu quay xuống dưới. Thai nhi nằm ngược hay xuôi như thế, đều là các thai nằm dọc. Tuy nhiên, cũng có khi thai nằm bất chéo với trục dài của tử cung, thì sẽ xuất hiện ngôi ngang. Thầy thuốc sản khoa và người hộ sinh cần hiểu biết thấu đáo về tất cả các loại ngôi thai, sự tiến triển của nó trong khi sinh mới có thể giúp cho sản phụ sinh nở thuận lợi nhất, tránh được các tai biến nguy hiểm đến tính mạng của cả mẹ và con.

2.1. Ngồi: ngồi là phần thai nhi trình diện trước eo trên của khung chậu người mẹ.

2.1.1. Các ngôi thai nằm dọc tử cung, có đầu quay xuống dưới gọi là các ngôi đầu. Tùy theo phần nào của đầu trình diện trước eo trên, người ta còn chia ra:

- **Ngôi chỏm** là ngôi có đầu cúi tốt nhất, để phần chỏm trình diện trước eo trên.
- **Ngôi mặt** là ngôi đầu ngửa hết mức, để mặt trình diện trước eo trên.
- **Ngôi trán** là ngôi đầu không cúi, không ngửa, để trán trình diện trước eo trên.
- **Ngôi thóp trước** là ngôi tương tự như ngôi trán, có thóp trước trình diện trước eo trên.

2.1.2. Nếu ngôi thai nằm dọc trong tử cung, nhưng đầu thai ở phía trên, để cho phần dưới của cơ thể thai trình diện trước eo trên, thì đó là các ngôi ngược:

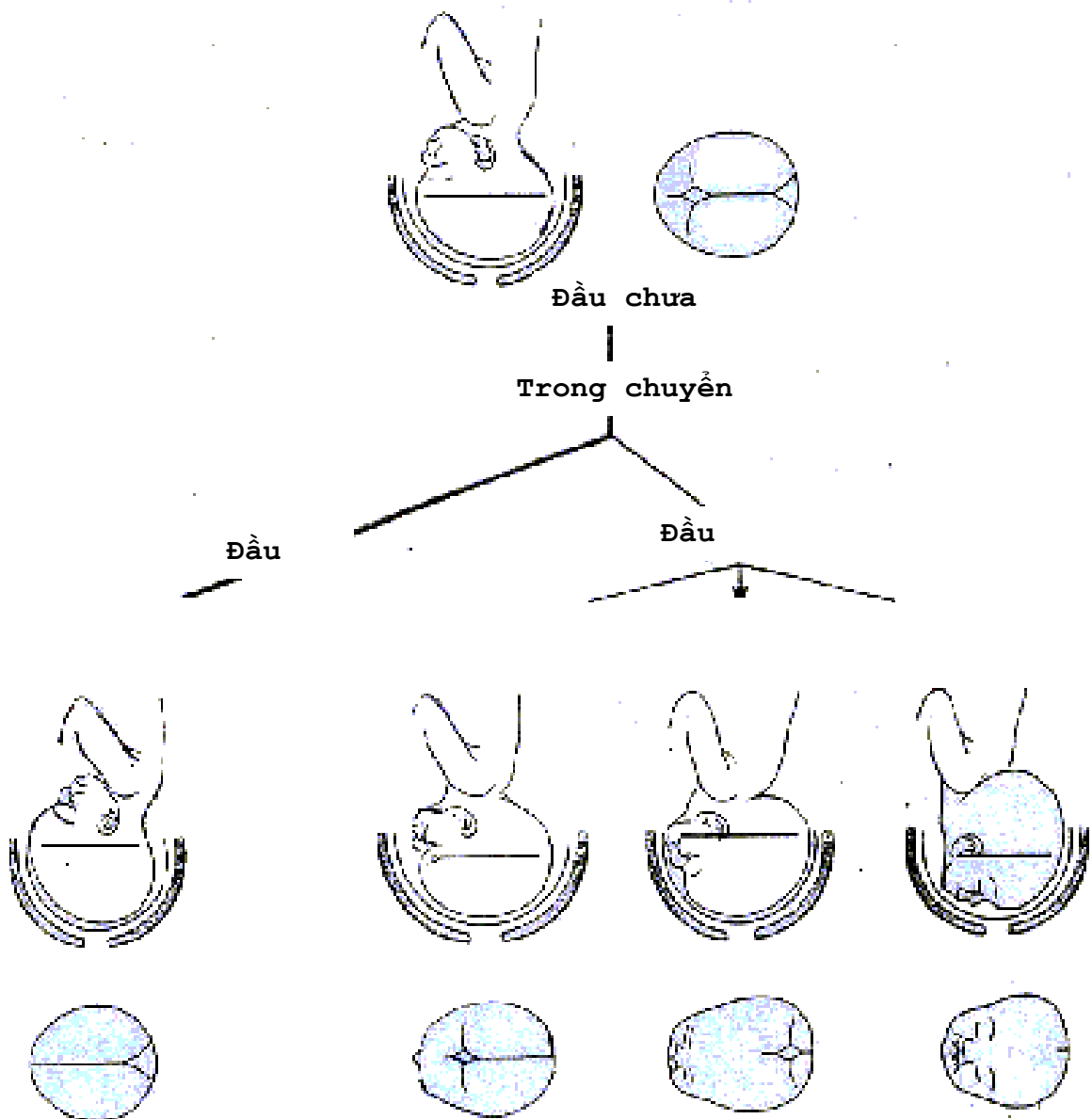
- **Ngôi ngược hoàn toàn** khi thai nhi trình diện cả mông và 2 bàn chân của nó trước eo trên. Trong trường hợp này, thai như ngôi xỏm trong tử cung.

- **Ngôi ngược không hoàn toàn** bao gồm:
+ Chỉ có mông trình diện trước eo trên, còn hai chi dưới đã gấp sát vào bụng và ngực, hai bàn chân ở ngang vai thai nhi, đó là ngôi **ngược không hoàn toàn kiểu mông**, còn gọi là **ngôi mông**. Ngôi này hay gặp nhất trong các loại ngôi ngược.

+ Nếu chỉ có một hay cả hai bàn chân trình diện trước eo trên, thì đó là ngôi **ngược không hoàn toàn kiểu chân**.

+ Nếu thai trình diện đầu gối của nó trước eo trên (như quỳ trong tử cung), thì đó là ngôi **ngược không hoàn toàn kiểu đầu gối**, một loại ngôi rất hiếm gặp.

2.1.3. Khi thai nằm trong tử cung có trục đầu - mông bắt chéo hay cắt ngang trục dọc của tử cung, thì đó là các **ngôi ngang**. Trong các ngôi ngang, phần thai trình diện trước eo trên sẽ là **mỏm vai**, nên còn có tên ngôi vai.



Hình 3.1: Các ngôi dọc, đầu ở phía dưới

2.2. Điểm mốc của ngôi

- Điểm mốc của ngôi là một phần của ngôi thai, mà khi phát hiện thấy nó thì xác định được đó là ngôi gì. Điểm mốc được chọn thường là phần xương hay một máu lồi, một khuyết lõm, dễ nhận thấy khi thăm khám. Mỗi ngôi thai lại có một đường kính lọt của nó. Đây là những ĐK nhỏ nhất của ngôi phải đi qua tiểu khung. Các đường kính này đều đi qua điểm mốc của ngôi:

- Điểm mốc của ngôi chỏm là **xương chẩm** của đầu thai (xác định qua thóp sau). đường kính lọt của ngôi chỏm là **dưới chẩm (hạ chẩm)** - thóp trước 9,5 cm. Trường hợp ngôi chỏm đầu cúi không tốt, thì đường kính lọt sẽ là **dưới chẩm (hạ chẩm)- trán 11 cm.**

- Điểm mốc của ngôi mặt là **cằm**. Đường kính lọt của ngôi mặt là **dưới cằm (hạ cằm) - thóp trước 9,5 cm**

- Điểm mốc của ngôi trán là **gốc mũi** (phần trên mũi giữa hai hố mắt). Đường kính lọt của ngôi trán là **thượng chẩm - cằm 13,5 cm**.

- Điểm mốc của ngôi thóp trước chính là **thóp trước**. Đường kính lọt của ngôi là **chẩm - trán 12 cm**

- Điểm mốc của ngôi ngược là **mỏm xương cùng**. Đường kính lọt của ngôi ngược hoàn toàn là **cùng - chày 9 cm** và của ngôi ngược không hoàn toàn kiểu mông là **cùng - mu 6 cm**.

- Điểm mốc của ngôi ngang là **mỏm vai**. Thai không thể đẻ được, nếu cứ ở tư thế này, vì thế không có đường kính lọt.

2.3. Thế và kiểu thế của thai

Thế và kiểu thế của thai là vị trí thực của điểm mốc ngôi thai trong tử cung, đối chiếu trên khung chậu bà mẹ:

- Điểm mốc của ngôi nằm ở bên phải khung chậu: thai có **thế phải**, nếu điểm mốc ở bên trái: thai có **thế trái**.

- Điểm mốc của ngôi ở phía trước khung chậu: ngôi ở **kiểu thế trước**. Nếu điểm mốc ở phía sau khung chậu: ngôi ở **kiểu thế sau**.

Do các quy định như vậy, mỗi ngôi thai khi đã cố định sẽ nằm ở một trong sáu tư thế sau đây:

Trái trước - Trái ngang - Trái sau.

Phải trước - Phải ngang - Phải sau.

2.4. Quá trình thai đẻ ra ngoài

Thực chất việc sinh đẻ là một quá trình di chuyển xuống thấp dần của thai trong đường sinh dục người mẹ (lúc này còn gọi là “ống đẻ”) đẻ ra ngoài. Đoạn đường trở ngại nhất cho thai phải vượt qua là tiểu khung, một ống bằng xương, rất ít khả năng giãn nở.

- Đầu tiên ngôi thai phải đi qua eo trên gọi là **lọt**.

- Tiếp đó ngôi thai phải đi từ eo trên đến eo dưới gọi là **xuống**.

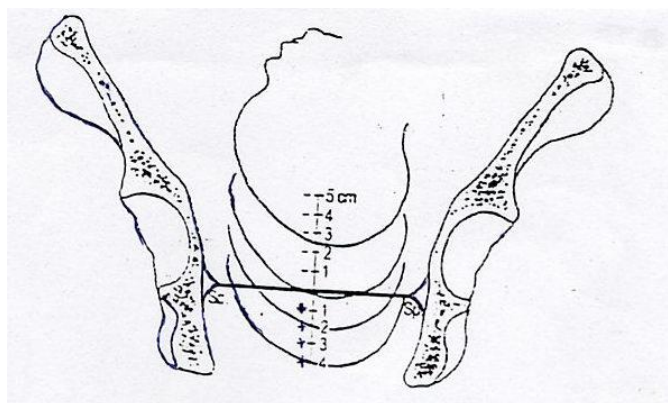
- Đến phần đáy chậu ngôi thai phải xoay, để có tư thế thuận lợi nhất cho cuộc đẻ gọi là **quay**.

- Cuối cùng ngôi chui qua eo dưới ra ngoài gọi là **sổ**.

3- Sự tiến triển của ngôi thai và các mức độ lọt của ngôi

Khi thai ở những tháng cuối, ngôi thai đã cố định thì nó vẫn ở trên cao. Khoảng 1-2 tuần trước khi chuyển dạ, ngôi thai có thể chuyển xuống thấp dần, làm cho bụng thai phụ ngắn đi về chiều cao, nhưng lại bè ra hơn (sụt bụng). Với người có thai lần

đầu, ngôi có thể lọt khi chưa chuyển dạ nhưng với người con rạ thì chỉ trong chuyển dạ ngôi mới lọt.



Hình 3.2: các mức độ lọt

Có 4 mức độ tiến triển của ngôi như sau:

- **Cao**: khi ngôi thai ở cao hơn mặt phẳng eo trên.
- **Chúc**: khi ngôi thai bắt đầu tới mặt phẳng eo trên.
- **Chật**: một phần ngôi đã qua eo trên, nhưng đường kính lọt của ngôi vẫn chưa tới mặt phẳng eo trên.
- **Lọt**: khi đường kính lọt của ngôi qua mặt phẳng eo trên.

Riêng lọt còn được chia ra 3 mức độ:

- **Lọt cao**: khi đường kính lọt của ngôi trùng với mặt phẳng eo trên. Nếu lấy mốc là đường kính liên gai hông để đánh giá độ lọt, thì lúc này phần thấp nhất của ngôi đã chạm tới mặt phẳng eo giữa. Với ngôi chỏm, thì lúc này hai bươu đỉnh của đầu thai còn ở trên mặt phẳng eo giữa.

- **Lọt trung bình**: khi đường kính lọt của ngôi đã xuống đến eo giữa. Với ngôi chỏm, thì lúc này hai bươu đỉnh của đầu thai đã đến mặt phẳng eo giữa.

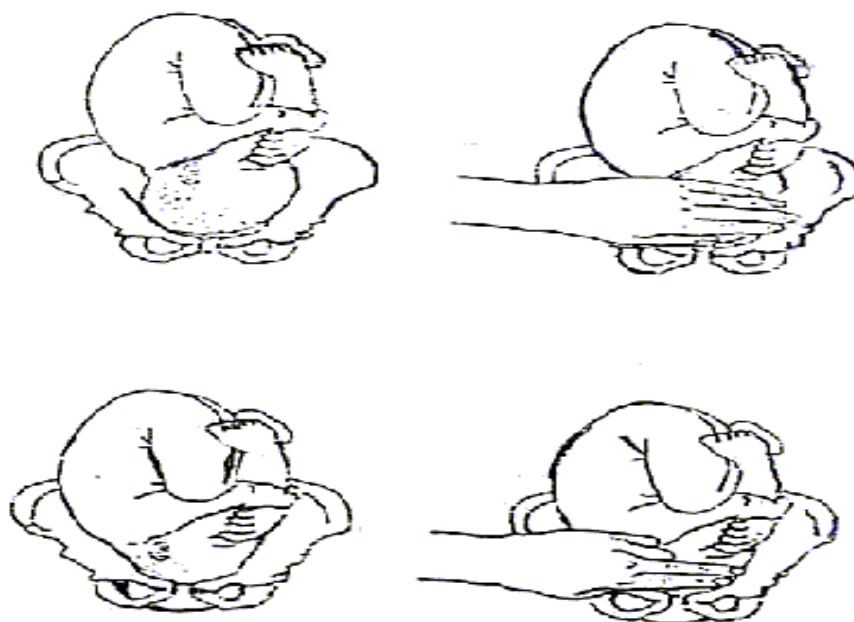
- **Lọt thấp**: khi đường kính lọt của thai đã qua eo giữa. Với ngôi chỏm, lúc này hai bươu đỉnh đã xuống dưới mặt phẳng eo giữa.

Bảng dưới đây trình bày cách đánh giá mức độ tiến triển và mức độ lọt của một thai ngôi chỏm:

Đánh giá mức độ tiến triển và độ lọt của thai ngôi chỏm

Mức độ tiến triển	Xác định bằng sờ nắn bên ngoài thành bụng	Xác định bằng bàn tay và các ngón tay (Hình 22)	Xác định bằng thăm âm đạo
Cao	- Đầu thai ở dưới. - Bươu trán và bươu chằm ngang nhau. - Đầu lúc lắc dễ.	Bàn tay đặt trên xương mu, cả bàn tay ôm được đầu thai.	Đầu còn ở trên eo trên.

Chúc	- Nắn thấy bướu trán cao hơn bướu cằm. - Đầu còn lúc lắc được nhưng hạn chế.	Chỉ 4 ngón tay chạm được đầu thai trên xương mu.	Đã thấy phần chỏm của đầu phía dưới eo trên. Đẩy nhẹ đầu vẫn lên.
Chặt	- Chỉ nắn được một bướu là bướu trán - Đầu không lúc lắc được.	Chỉ 3 ngón tay chạm đến khối đầu trên xương mu.	Phần lớn chỏm đã qua eo trên và đẩy nhẹ không lên.
Lọt cao	Không nắn thấy bướu nào trên bụng mẹ nữa.	Chỉ 2 ngón tay chạm đến khối đầu trên xương mu.	- Chỏm đã ở dưới eo trên. - Hai bướu đỉnh của đầu thai còn ở trên 2 gai hông.
Lọt trung bình	Không nắn thấy bướu nào trên bụng mẹ nữa.	Chỉ 1 ngón tay còn chạm khối đầu trên xương mu	Hai bướu đỉnh của đầu thai ở ngang với 2 gai hông (mặt phẳng eo giữa)
Lọt thấp	Không nắn thấy bướu nào trên bụng mẹ nữa.	Không ngón tay nào còn chạm được đầu thai.	Hai bướu đỉnh đã ở dưới 2 gai hông. Ngón tay trong âm đạo không còn sờ thấy gai hông nữa



Hình 3.3: Cách chẩn đoán độ lọt bằng khám ngoài

4. CHẨN ĐOÁN CÁC LOẠI NGÔI THAI TRÊN LÂM SÀNG

Loại ngôi	Quan sát	Sờ nắn	Nghe tim thai	Thăm âm đạo	Chẩn đoán xác định và phân biệt
Chỏm	- Bụng hình trứng. - Thai đập phía đáy tử cung	- Đầu ở dưới. - Lưng ở bên trái hoặc phải (thế của thai). - Nắn rõ bươu chằm: kiểu thế trước, nếu rõ bươu trán hơn: kiểu thế sau.	Tim thai dưới rốn, bên trái hay phải tùy theo thế của thai.	Thấy thóp sau ở gần chính giữa tiêu khung nếu đầu cúi tốt. Nếu cúi không tốt, thấy 2 thóp.	$\Delta+$: chằm trái trước, chằm phải sau, chằm trái sau, chằm phải sau. $\Delta\neq$: với các loại ngôi dọc khác: mặt, trán, thóp trước, ngược
Mặt	- Tử cung hình trứng. - Thai đập phía trên.	- Đầu ở dưới. - Lưng một bên. - Bươu nhỏ, nhọn là cằm, bươu đối diện to, tròn là chỏm. - Dấu hiệu nhát rìu (thấy rõ trong kiểu thế sau).	Tim thai dưới rốn, cùng bên với lưng	- Thấy má, mũi, mòm (mút) và cằm. - Không bao giờ thấy thóp trước.	$\Delta+$: Cằm trái trước, Cằm phải sau, Cằm trái sau, Cằm phải trước. $\Delta\neq$: với các ngôi dọc khác, đặc biệt với ngôi mông.
Trán	- Tử cung hình trứng. - Thai đập phía trên.	- Đầu ở dưới, luôn luôn cao. - Lưng một bên.	Tim thai dưới rốn, cùng bên với lưng.	- Khi ối vỡ: thấy góc mũi, 2 hố mắt, trán và thóp trước. - Không thấy cằm và không thấy thóp sau.	$\Delta+$: Mũi trái trước, Mũi trái sau, Mũi trái sau, Mũi phải trước. $\Delta\neq$: với các ngôi dọc khác đặc biệt ngôi mặt.

Thóp trước	- Tử cung hình trứng. - Thai đập phía trên.	- Đầu ở dưới, thường cao. - Lưng một bên	Tim thai dưới rốn, cùng bên với lưng.	- Thấy thóp trước ở giữa tiểu khung. - Không thấy thóp sau.	$\Delta \neq$: Với các ngôi dọc khác, đặc biệt ngôi chỏm và trán
Ngược	-Tử cung hình trứng -Thai đập bên dưới.	Đầu ở đáy tử cung hoặc lệch một bên hạ sườn	Tim thai trên rốn	Thấy xương cùng-cụt, lồng hông, lỗ hậu môn, có thể thấy bàn chân.	$\Delta +$: cùng trái trước, cùng phải sau, cùng trái sau, cùng phải trước $\Delta \neq$: với ngôi dọc khác đặc biệt ngôi mặt.
Ngang	Tử cung tròn hay bè ngang.	- Đầu ở một bên mạn sườn, hông ở bên đối diện. - Có thể thấy tay chân (lưng sau). - Sờ nắn bụng dưới trên xương mu thấy rỗng.	Tim thai ngang rốn.	- Có thể thấy mỏm vai, hõm nách, chi trên. các xương sườn. - Nếu ối vỡ sớm có thể thấy sa dây rau hoặc sa tay trong âm đạo.	$\Delta +$: vai trái trước, vai phải sau, vai trái sau, vai phải trước $\Delta \neq$: ít khi nhầm lẫn nhưng cũng cần phân biệt với các trường hợp ngôi đầu sa chi.

Sinh đôi	- Bụng to hơn bình thường. - Thai đập lung tung nhiều chỗ.	- Thấy nhiều phần của thai: 2 đầu, 2 mông, nhiều chi lớn nhỏ. - Thấy 2 đầu, 1 mông hoặc 2 mông 1 đầu cũng đủ để chẩn đoán.	- 2 ổ tim thai xa nhau, khác nhau về nhịp điệu, tần số. - Giữa 2 ổ đó là khoảng yên lặng	Thấy được phần ngói của thai thứ nhất (tùy theo ngói loại gì)	$\Delta+$: nhiều khối thai, 2 ổ tim thai. $\Delta\neq$: cần phân biệt với thai to, chửa đa ối
-----------------	---	---	---	---	--

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Đường kính nhô - sau mu của khung chậu bình thường có độ dài

- A. 9,5 cm B. 10,5 cm C. 11,5 cm D. 12,5 cm

2. Ngói nào trong các ngói dưới đây, có đầu cúi nhiều nhất

- A. Ngói ngược B. Ngói mặt C. Ngói chỏm D. Ngói trán

3. Đường kính trên chẩm - cằm là ĐK lọt của ngói nào

- A. Ngói chỏm B. Ngói thóp trước C. Ngói mặt D. Ngói trán

4. Đường kính chẩm - trán có độ dài trung bình là

- A. 9,5 cm B. 10,5 cm C. 11 cm D. 12 cm

5. Bàn tay đặt trên xương mu một thai phụ trong chuyển dạ có ba ngón tay (trỏ, giữa và nhẫn) chạm được đầu thai nhi. Mức độ tiến triển của ngói chỏm này là gì.

- A. Cao B. Chúc C. Chặt D. Lọt thấp

*** Chị N, con lần 2 khám cơ co 4/10 phút, tim thai: 146lần/phút. Cổ tử cung xóa hết mở 4 cm, ối dẹt, thóp sau ở vị trí 1h 30, độ chúc. (trả lời câu 1 - 3)**

6. Chẩn đoán đúng?

- A. Ngói chỏm, thế phải, kiểu thế trước B. Ngói chỏm, thế trái, kiểu thế trước
C. Ngói chỏm, thế trái, kiểu thế sau D. Ngói mặt, thế trái, kiểu thế trước

7. Khi ngói lọt đường kính dưới chẩm-thóp trước sẽ trùng và đi qua đường kính là:

- A. Chéo trái B. Chéo phải C. Ngang giữa D. Trước - sau

8. Để sổ được, chẩm phải chọn để đường kính dưới chẩm-thóp trước trùng đường kính trước-sau của eo dưới nên nó quay 1 góc

- A. 90^0 theo chiều kim đồng hồ B. 45^0 theo chiều kim đồng hồ
C. 45^0 ngược chiều kim đồng hồ D. 135^0 theo chiều kim đồng hồ

Bài 5. CƠ CHẾ ĐỂ NGÔI CHỖM

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

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được thứ tự 4 nội dung của cơ chế đẻ lọt - xuống - quay - sổ.
- 1.2. Mô tả được chi tiết cơ chế đẻ trong ngôi chỏm kiểu trái trước.
- 1.3. Mô tả được chi tiết cơ chế đẻ trong ngôi chỏm kiểu thể phải trước.

2. Thái độ:

Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Ngôi chỏm là ngôi dọc, đầu ở dưới, trục của thai nhi trùng với trục của tử cung. Đầu thai nhi cúi tốt với xương chẩm trình diện trước eo trên. Ngôi chỏm chiếm 95% trường hợp các ngôi thai. Điểm mốc của ngôi chỏm là xương chẩm. Đường kính lọt của ngôi chỏm là đường kính hạ chẩm- thóp trước (bình thường 9,5 cm). Ngôi chỏm có thể lọt qua eo trên khung chậu người mẹ theo 2 đường kính chéo phải và trái (chủ yếu là đường kính chéo trái, chiếm 95%). Một số trường hợp thai nhỏ hoặc thai chết có thể lọt qua đường kính ngang.

Ngôi chỏm có 2 thể (phải và trái), tương ứng với 6 kiểu thể lọt (chằm trái trước, chằm trái ngang, chằm trái sau, chằm phải trước, chằm phải ngang, chằm phải sau) và 2 kiểu thể sổ (chằm trước và chằm sau).

2. SỰ BÌNH CHỈNH CỦA NGÔI CHỖM

Ngôi chỏm bình chỉnh tốt phụ thuộc vào các điều kiện về mẹ, thai nhi và phần phụ của thai:

2.1. Điều kiện về mẹ

- Khung chậu bình thường về giải phẫu
- Thành bụng, các thành phần đáy chậu tốt
- Tử cung bình thường

2.2. Điều kiện về thai nhi

Thai sống và phát triển bình thường trong suốt thai kỳ

2.3. Điều kiện về phần phụ của thai

- Nước ối trung bình khoảng 500ml
- Cuống rau bình thường, dài 40-60cm
- Rau bám ở mặt trước, mặt sau thân tử cung

3. CHẨN ĐOÁN NGÔI CHỖM

Dựa vào phương pháp hỏi, nhìn, sờ, nghe và khám âm đạo khi có chuyển dạ.

3.1. Chẩn đoán ngôi

- Hỏi: tiền sử các lần đẻ trước thường là ngôi chỏm.
- Nhìn: tử cung có hình trứng.
- Khám thủ thuật 1 và 3 của Léopold: cực dưới là một khối tròn, rắn, đều, di động (khi ngôi cao lỏng), đó là đầu. Cực trên nắn được một khối mềm, không đều, lớn hơn khối cực dưới, đó là mông của thai nhi.

3.2. Chẩn đoán thế

- Khám thủ thuật 2 của Léopold xác định được một diện phẳng tương ứng lưng của thai nhi. Lưng bên nào thì thế của thai nhi bên đó.
- Đôi khi nắn được bướu chằm (to hơn bướu trán) thường thấp cùng bên với lưng thai nhi.

3.3. Chẩn đoán kiểu thế

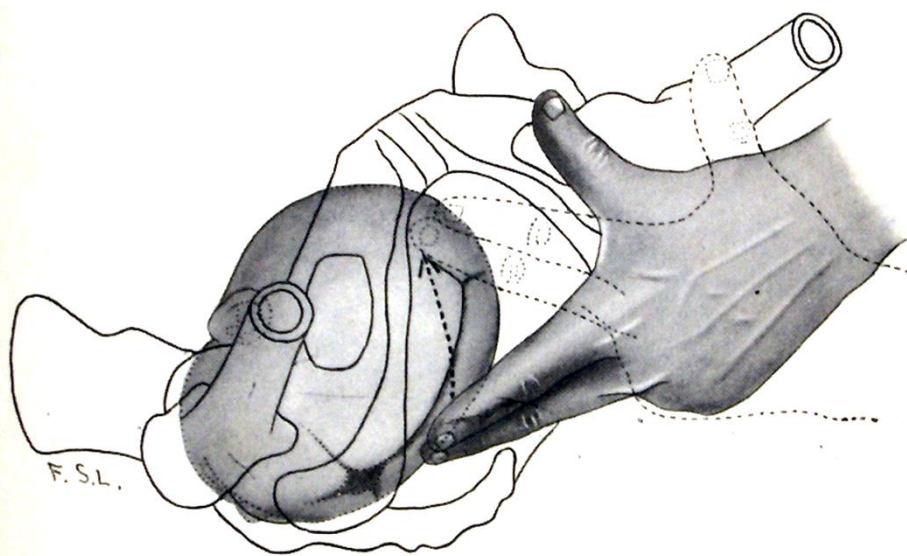
Dựa vào 2 triệu chứng sau đây:

- Nếu nắn được 3/4 diện lưng tức là kiểu thế trước, ngược lại nắn diện lưng không rõ và nắn chi rõ hơn là kiểu thế sau.
- Lúc chuyển dạ cổ tử cung đã mở, khám âm đạo sờ được xương chằm (thóp sau) ở phía trước của khung chậu tức là kiểu thế trước và ngược lại nghĩa là kiểu thế sau.

4. CHẨN ĐOÁN ĐỘ CÚI VÀ ĐỘ LỘT CỦA NGÔI CHỎM

4.1. Chẩn đoán độ cúi ngôi chỏm

- Ngôi chỏm cúi tốt: khám âm đạo lúc cổ tử cung đã xoá, mở sẽ sờ được thóp sau ở chính giữa mặt phẳng eo trên khung chậu hay ngay giữa cổ tử cung.
- Ngôi chỏm cúi không tốt: lúc thóp sau ở một bên cổ tử cung. Có thể sờ được thóp trước lẫn thóp sau trong trường hợp ngôi chỏm cúi không tốt.



Hình 4.1: Xác định khớp dọc giữa và các thóp qua thăm khám âm đạo

4.2. Chẩn đoán độ lọt của ngôi chỏm

Chẩn đoán độ lọt của ngôi bằng cách

- Khám ngoài:

+ Nắn đầu: đặt năm ngón đặt trên khớp vệ, tùy số ngón tay chạm được đến đầu thai tính ra mức độ lọt của ngôi: cao (5 ngón), chực (4 ngón), chặt (3 ngón), lọt cao (2 ngón), lọt vừa (1 ngón) và lọt thấp (không có ngón tay nào chạm vào đầu thai nữa).

+ Nắn vai: có thể đánh giá đầu đã lọt qua eo trên hay chưa. Nếu đo khoảng cách từ mỏm vai của thai nhi đến bờ trên khớp mu của sản phụ: $>7\text{cm}$ tức là đầu chưa lọt và ngược lại $<7\text{cm}$ có nghĩa là đầu đã lọt qua mặt phẳng eo trên.

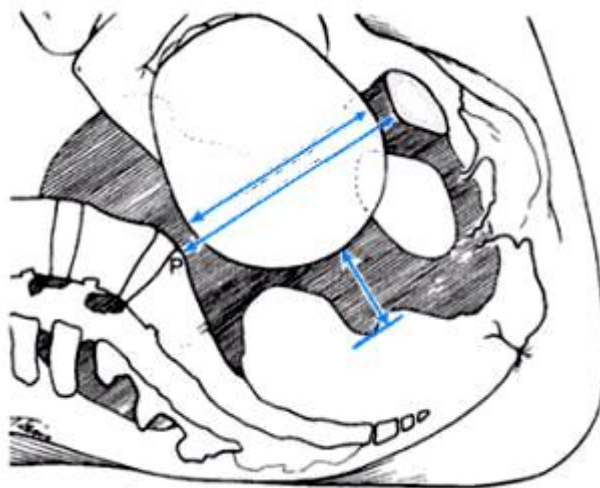
- Khám trong: dựa vào phân độ lọt của Delle.

5. CƠ CHẾ NGÔI CHỞ

Quá trình chuyển dạ đẻ là một chuỗi các động tác thụ động của thai nhi, đặc biệt là của phần ngôi thai trình diện, trong quá trình thai đi xuống để sổ qua đường sinh dục

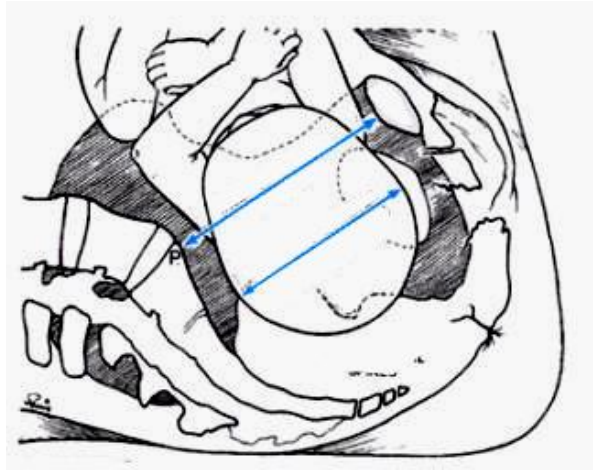
Trong một cuộc đẻ, thai nhi dù là ngôi gì cũng diễn tiến qua 4 thì chính:

- Lọt: đường kính lớn của ngôi trùng vào mặt phẳng eo trên (hay phần thấp nhất của đầu ngang vị trí -0- hai gai tọa)



Hình 4.2: Đường kính lớn của ngôi trùng vào mặt phẳng eo trên

- Xuống: ngôi di chuyển trong ống đẻ từ mặt phẳng eo trên đến mặt phẳng eo dưới.



Hình 4.3: Ngôi di chuyển từ mặt phẳng eo trên đến mặt phẳng eo dưới.

- Quay: điểm mốc của ngôi hoặc chằm (thóp sau) quay về phía xương mu hay xương cùng

- Sỏ: phần thai sỏ ra ngoài âm hộ

5.1. Để đầu

5.1.1. Thì lọt

- Trước khi chuyển dạ: đầu cao, cúi không tốt (đường kính chằm trán = 11 cm, trình diện trước eo trên).

- Để chuẩn bị lọt, cơn co tử cung làm đầu cúi hơn để đường kính hạ chằm - thóp trước = 9,5 cm song song với đường kính chéo trái của mặt phẳng eo trên (Khám âm đạo sờ được rãnh dọc của đầu trùng với đường kính này).

- Lọt thực sự: quá trình diễn tiến từ từ khi đường kính của ngôi (đường kính lớn nhất) đi qua mặt phẳng eo trên. Đặc biệt có một số dấu hiệu lâm sàng khi đầu đã lọt như sau:

+ Qua khám bụng, chỉ có thể sờ thấy 2/5 đầu thai nhi (xem bài biểu đồ chuyển dạ).

+ Khám âm đạo cho thấy phần thấp nhất của chỏm nằm ngang mặt phẳng gai hông của thai phụ (vị trí - 0 -).

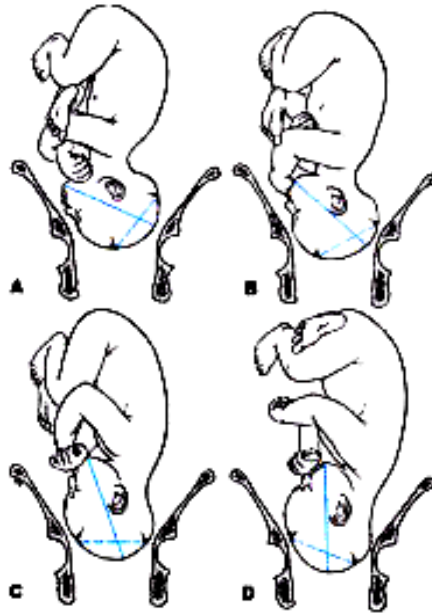
- Kiểu lọt:

+ Lọt đối xứng: 2 bứu đỉnh cùng xuống song song.

+ Lọt không đối xứng: 1 bứu xuống trước

1 bứu xuống sau

Kiểu lọt không đối xứng kiểu sau thường hay gặp hơn kiểu lọt không đối xứng kiểu trước.



Hình 4.4: Đầu thai nhi cúi trong chuyển dạ

5.1.2. *Thì xuống*

Là giai đoạn di chuyển của ngôi từ mặt phẳng eo trên đến mặt phẳng eo dưới ra phía âm đạo, khi đầu thai nhi xuống thấp làm tăng sinh môn căng phồng.

5.1.3. *Thì quay*

Khi đầu thai nhi chạm vào lớp cân cơ của đáy chậu thì đầu thai nhi bắt đầu quay để đường kính hạ chằm - thóp trước (9,5 cm) trở thành song song với đường kính trước sau của eo dưới.

- Ngôi chồm kiểu thế trước thì đầu sẽ quay 45° ra trước.
- Ngôi chồm kiểu thế sau thì đầu sẽ quay 45° ra phía sau, hoặc có thể quay 135° ra trước.

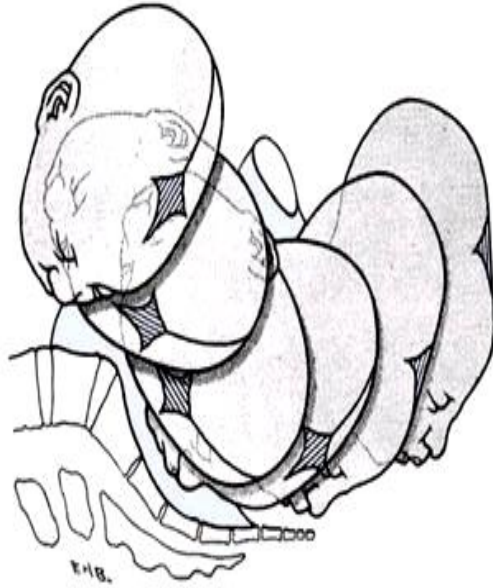
5.1.4. *Thì sổ*

- Sau khi xuống và quay, đầu sẽ cúi thêm do:
 - + Sức đẩy của cơ co tử cung
 - + Sức đẩy của cơ thành bụng lúc rặn đẻ.
 - + Sức cản của đáy chậu.

Các yếu tố trên làm cho đầu chuẩn bị sổ.

- Sổ thực sự: Khi hạ chằm thai nhi đã cố định ở bờ dưới khớp mu, dưới tác động của sức rặn và cơ co tử cung đầu thai nhi ngửa dần, âm hộ nở to để lần lượt trán, mặt, cằm chui ra và hướng lên trên.

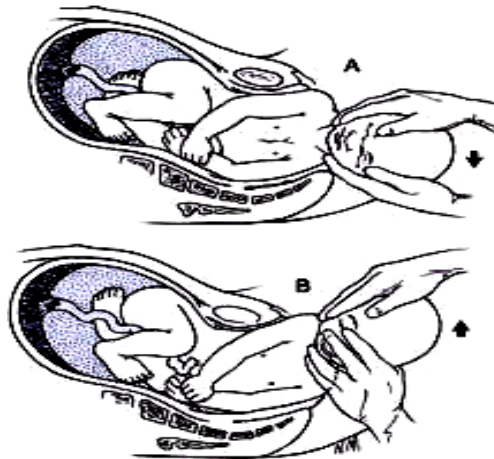
- Sau khi sổ xong đầu thai nhi sẽ quay 45° để trở về kiểu thế cũ.



Hình 4.5: Số đầu

5.2. Đẻ vai

Cơ chế không khác mấy so với đẻ đầu. Sau khi số đầu, đầu quay về vị trí cũ, đường kính lưỡng mồm vai thu hẹp từ 12 cm còn 9,5 cm và lọt theo đường kính chéo (nếu ngôi lọt theo đường kính chéo trái thì vai lọt theo đường kính chéo phải và ngược lại). Sau khi lọt, vai số theo đường kính trước sau của eo dưới, vai trước số đến bờ dưới cơ Delta thì dừng lại để vai sau số.



Hình 4.6: Đẻ vai

2.3. Đẻ mông

Giống như cơ chế đẻ vai, đường kính lớn của mông là đường kính lưỡng ụ đùi bằng 9 cm (đường kính cùng chày 11 cm) sẽ thu nhỏ còn 9 cm. Do đó đẻ mông không phải là trường hợp khó.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Khi khám thai được chẩn đoán ngôi chỏm tương đương với phần nào của thai nhi:

- A. Cằm B. Xương cùng C. Thóp sau D. Thóp trước

2. Xương chỏm của ngôi chỏm vị trí 1 giờ, kiểu thế là?

- A. Chỏm chậu trái trước B. Chỏm chậu trái sau
C. Chỏm chậu phải sau D. Chỏm chậu phải trước

3. Đường kính lớn nhất của ngôi chỏm tiến tới mặt phẳng của eo trên hiện tượng này được gọi là:

- A. Lọt B. Xuông C. Quay D. Sỏ

4. Thủ thuật Leopold, bước thứ 4 khám nhận biết gì?

- A. Xác định ngôi B. Xác định thế C. Xác định độ lọt E. Xác định kiểu thế

5. Đường kính lớn nhất của ngôi chỏm tiến tới mặt phẳng của eo dưới hiện tượng này được gọi là:

- A. Lọt B. Xuông C. Quay D. Sỏ

6. Thóp sau ở vị trí 10 giờ theo chẩn đoán kiểu thế là:

- A. Trái trước B. Trái sau C. Phải trước D. Phải sau

7. Thóp sau ở vị trí 2 giờ theo chẩn đoán kiểu thế là:

- A. Trái trước B. Trái sau C. Phải trước D. Phải sau

8. Thóp sau ở vị trí 7 giờ theo chẩn đoán kiểu thế là:

- A. Trái trước B. Trái sau C. Phải trước D. Phải sau

Bài 6. CÁC DẤU HIỆU CHUYỂN DẠ, THEO DÕI CHĂM SÓC CHUYỂN DẠ

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

1. Kiến thức

- 1.1. Phân tích được 3 giai đoạn của chuyển dạ, nhận định được 2 pha trong giai đoạn 1.
- 1.2. Nêu được 3 tính chất sinh lý và 3 đặc tính lâm sàng của cơn co tử cung.
- 1.3. Phân tích được 3 tác dụng của cơn co tử cung trong chuyển dạ.
- 1.4. Nêu được 3 dấu hiệu cơ năng và 3 dấu hiệu thực thể để chẩn đoán chuyển dạ về lâm sàng.

2. Thái độ:

Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

Chuyển dạ là hiện tượng sinh lý xảy ra ở cuối thời kỳ mang thai, mở đầu là những cơn co tử cung và kết thúc sau khi thai và rau đã sổ ra ngoài.

Thời kỳ mang thai dài, ngắn mang đặc điểm sinh học tùy theo từng loài. Ngắn nhất là chuột chỉ có 21 ngày, dài nhất là voi: 2 năm. Trâu và ngựa: 11 tháng. Bò giống như người 270 - 280 ngày. Hổ và Sư tử từ 3 tháng rưỡi đến 04 tháng. Các thời gian kể trên đều được dựa vào các thống kê sinh học tiến hành trên các số rất lớn ($n > 10.000$) Các thống kê với số thai phụ trên 10.000 người tiến hành ở thế kỷ XIX và XX đều cho thấy thời điểm chuyển dạ ở con người trung bình vào ngày thứ 280 kể từ ngày đầu của kỳ kinh cuối (có thể lên xuống 7-10 ngày).

Thường được giải thích là do ở cuối thời kỳ mang thai lượng Estrogen và Progesteron sản xuất từ gai rau giảm làm xuất hiện Prostaglandin, Oxytocin nội sinh tạo ra cơn co tử cung. Cũng có ý kiến cho rằng khi thai nhi đã trưởng thành thì từ hệ nội tiết của thai sẽ phát các tín hiệu chuyển tới người mẹ để có chuyển dạ.

1. CÁC DẤU HIỆU CHUYỂN DẠ

1. Giai đoạn chuyển dạ (3 giai đoạn)

1.1. Giai đoạn mở cổ tử cung

Giai đoạn I. Giai đoạn này bắt đầu từ khi có cơn co tử cung đến khi cổ tử cung mở hết.

Đây là giai đoạn dài nhất trong chuyển dạ

Với con dạ bình thường không quá 8 giờ, với con so không quá 12 giờ.

Chuyển dạ được xem là kéo dài chủ yếu do giai đoạn mở kéo dài, nhưng giai đoạn mở quá ngắn (1-2 giờ) cũng không tốt, được gọi là đẻ cực nhanh, thường không kịp chuẩn bị, tăng nguy cơ đẻ rơi.

Giai đoạn I được chia làm 2 phân kỳ, còn gọi là 2 pha: Pha tiềm tàng và pha tích cực

1.1.1. Pha tiềm tàng

Từ khi bắt đầu chuyển dạ (cổ tử cung xoá) đến khi cổ tử cung mở 3cm. Cổ điển thì tính đến 4 cm và những tài liệu mới nhất của Tổ chức Y tế thế giới cũng quy định là 4cm (áp dụng vào một mẫu Biểu đồ chuyển dạ mới)

Đặc điểm của pha này là cổ tử cung mở chậm

- Từ 0cm đến 1cm có thể dài 3 giờ
- Từ 1cm đến 2cm có thể dài 3 giờ
- Từ 2cm đến 3cm có thể dài 2 giờ

Tối đa, pha này có thể lâu đến 8 giờ, quá 8 giờ là bất thường

1.1.2. Pha tích cực

Từ khi cổ tử cung mở 3 cm đến mở hết là pha tích cực. Chậm nhất là 1 giờ mở được 1cm cho nên pha tích cực tối đa là 7 giờ (chi tiết xem ở bài Biểu đồ chuyển dạ)

1.2. Giai đoạn sổ thai

Từ khi cổ tử cung mở hết đến khi thai sổ, trung bình từ 15 - 30 phút đối với con dạ và từ 30 - 45 phút đối với con so.

Con so rặn đến 60 phút và con dạ trên 30 phút chưa sổ được gọi là rặn lâu không chuyển.

1.3. Giai đoạn sổ nhau

Từ khi thai sổ đến khi rau sổ. Thời gian bình thường cho cả con so và con dạ là 15 - 30 phút

2. CƠN CO TỬ CUNG

Khi thai đã đủ tháng, cơ thể người mẹ xuất hiện prostaglandin, oxytocin nội sinh, tạo ra cơn co tử cung.

2.1. Tính chất sinh lý của cơn co tử cung

2.1.1. Thời gian

- Khi mới chuyển dạ 15 - 20 giây
- Khi cổ tử cung mở hết 45 - 60 giây

2.1.2. Khoảng cách giữa 2 cơn co

- Khi mới chuyển dạ 15 - 20 phút
- Khi cổ tử cung mở hết 1 - 2 phút

2.1.3. Độ mạnh

- Khi mới chuyển dạ: độ nhẹ 20 mmHg
- Tiếp theo: độ vừa 20 - 40mmHg
- Cuối giai đoạn 1: độ mạnh 50 - 60mmHg

(Nếu không có máy ghi cơn co, có thể suy độ mạnh từ thời gian tính bằng giây của mỗi cơn co ra số đo tương ứng bằng mmHg)

2.1.4. Nhận định cơn co tử cung trên lâm sàng

- Cơn nặng: Từ lúc thai phụ đau đến hết đau là một cơn co
- Thực thể: Từ lúc tử cung cứng đến hết cứng là một cơn co

2.2. Đặc tính của cơn co tử cung

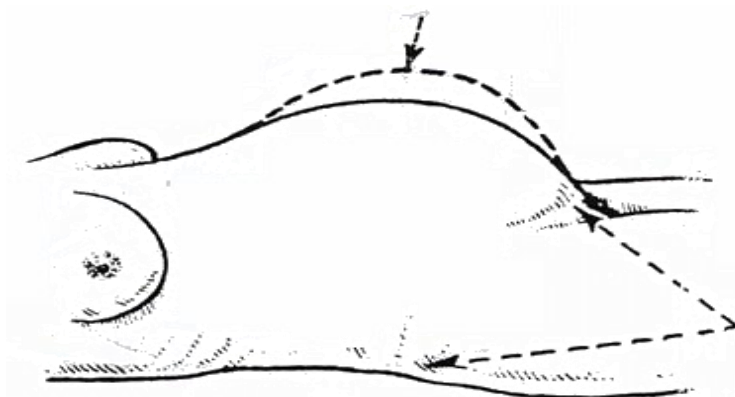
Cơn co tử cung có đường dẫn xoáy tròn ốc với điểm xuất phát là đáy tử cung, phía trên mạnh, xuống dưới giảm dần.

Thân tử cung được chia ra hai đoạn: đoạn trên và đoạn dưới

Tại đoạn trên (thân tử cung) đặc tính của các thớ cơ là co rút, có nghĩa là sau mỗi cơn co, thớ cơ có giãn nhưng lại rút ngắn một chút, làm cho thể tích đoạn trên nhỏ đi.

Tại đoạn dưới (eo tử cung) đặc tính của các thớ cơ là co giãn, có nghĩa là sau mỗi cơn co, thớ cơ lại giãn dài thêm một chút làm đoạn dưới mở rộng ra, nhờ đó việc sổ thai được dễ dàng.

Trên lâm sàng:



Hình 5.1: Đường viền thành bụng thay đổi theo cơn co

2.2.1. Cơn co tử cung ngoài ý muốn của thai phụ

2.2.2. Cơn co nhịp nhàng, tăng dần

- Trước ngắn, sau dài
- Trước thưa, sau mau
- Trước yếu, sau mạnh

2.2.3. Cơn co tử cung gây đau

Có 4 độ đau đẻ (tùy thai phụ)

- Độ 0: Chỉ tức, không đau
- Độ 1: Đau nhưng không biểu hiện ra nét mặt
- Độ 2: Đau biểu lộ ra nét mặt

- Độ 3: Đau biểu lộ ra cử chỉ, lời nói

3. CƠN CO THÀNH BỤNG

3.1. Cơn co thành bụng xuất hiện khi ngôi thai đè vào đáy chậu, tạo cảm giác muốn rặn, báo hiệu chuyển dạ đã sang giai đoạn 2

3.1.1. Thành lập mở rộng đoạn dưới

- Trong hình A đoạn dưới dày và ngắn
- Trong hình B, đoạn dưới (phần giữa cổ tử cung và túi cùng âm đạo) dài và mỏng

3.2. Cơn co thành bụng có thể điều khiển theo ý muốn (cần hướng dẫn cách rặn). Cơn rặn tùy thuộc sức khỏe, thành bụng người mẹ và cách hướng dẫn của người hộ sinh.

4. TÁC DỤNG CỦA CƠN CO TỬ CUNG VÀ CƠN CO THÀNH BỤNG

4.1. Về phía người mẹ

4.1.1. Thành lập mở rộng đoạn dưới

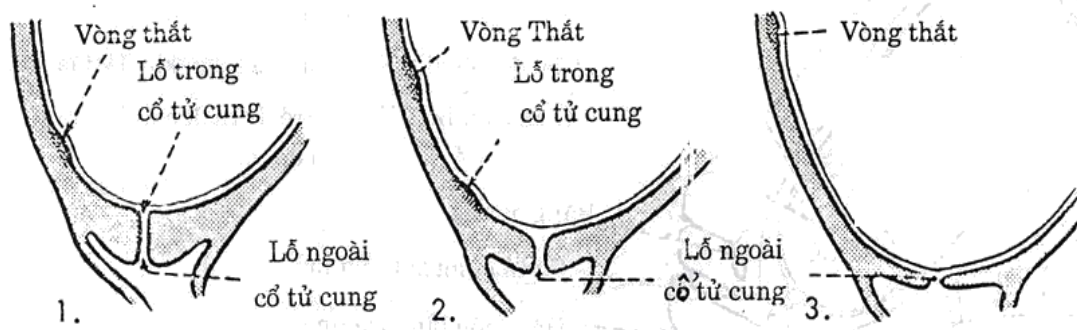
Những cơn co sinh lý của tháng cuối và cơn co khi chuyển dạ làm đoạn dưới tử cung giãn dần, dài và mỏng dần. Đó là sự thành lập và mở rộng đoạn dưới.

Cơn co tử cung tốt cộng với ngôi tốt, sẽ giúp đoạn dưới thành lập tốt.

Ngược lại đoạn dưới thành lập tốt, sẽ giúp ngôi thai chuẩn bị lọt tốt.

4.1.2. Xoá mở cổ tử cung

Xoá: Là hiện tượng lỗ trong giãn dần, làm ống cổ tử cung thu ngắn dần. Khi cổ tử cung xoá hết, thì không còn ống cổ tử cung mà chỉ có lỗ ngoài.



Hình 5.2: Xoá mở cổ tử cung

Mở: Là hiện tượng lỗ ngoài giãn dần đến lúc không còn lỗ ngoài (cổ tử cung mở hết có đường kính 10cm), làm cho buồng tử cung thông thẳng với âm đạo.

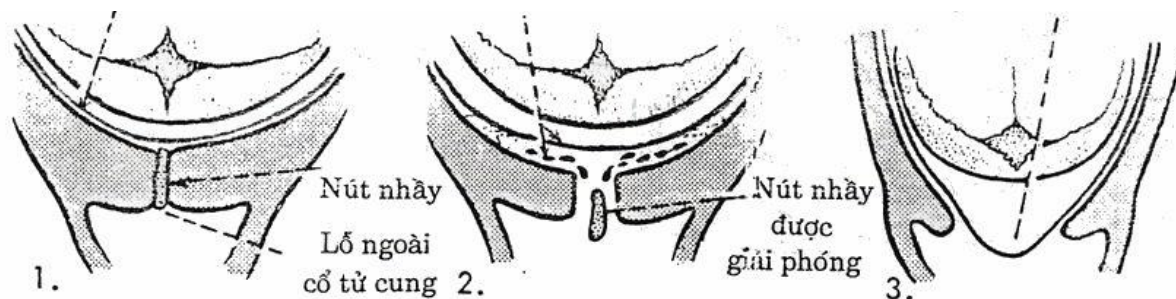
Chú ý: Cổ tử cung xoá mở nhanh, báo hiệu một cuộc đẻ dễ và ngược lại.

4.1.3. Thay đổi ở âm đạo, âm hộ, tầng sinh môn: Ngôi thai xuống đè vào đáy chậu, làm tầng sinh môn giãn mỏng và dài ra, âm hộ mở rộng ra tạo điều kiện cho thai sổ.

4.2. Về phía thai

4.2.1. Thành lập ối

Khi có sự thay đổi của cổ tử cung, dưới tác dụng của con co tử cung, nước ối được con co đẩy dần xuống làm màng ối ở chỗ cổ tử cung mở phình ra, gọi là đầu ối (túi ối).



Hình 5.3: Sự thành lập đầu ối

- Hình thể ối

- + Dẹt: Màng ối sát đầu, thường gấp trong ngôi chỏm đầu bình chỉnh tốt - khoang ối trước và khoang ối sau được ngôi ngăn cách.
- + Phòng: Do ngôi thai cao nước ối dồn xuống nhiều khoang ối trước và sau thông nhau.
- + Quả lê: Do thai chết, màng ối không còn sức chun.

- Nhiệm vụ của ối

- + Xoá mở cổ tử cung.
- + Bảo vệ thai trước các cơn co tử cung.
- + Chống nhiễm khuẩn.
- + Khi đẻ, nếu còn nước ối thai sẽ dễ hơn

4.2.2. Uốn khuôn

- Ngôi thu hẹp đường kính lọt bằng cách cúi thêm (ngôi chỏm) và chồng xương
- Càng chuyển dạ lâu hiện tượng chồng xương càng rõ.

4.2.3. Bướu thanh huyết

- Là hiện tượng thanh huyết thâm thấu ở vùng thấp nhất của ngôi (do bị đường đẻ chèn ép máu động mạch đến được nhưng máu tĩnh mạch không về được).
- Bướu thanh huyết càng lớn chứng tỏ chuyển dạ càng kéo dài.

5. CHUYÊN DẠ VỀ PHƯƠNG DIỆN LÂM SÀNG

5.1. Dấu hiệu tiền chuyển dạ

Có thể xuất hiện 1 - 2 tuần trước

- Dấu hiệu "nhẹ bụng", chủ yếu gặp ở con so - do đầu chuẩn bị lọt, cao tử cung giảm
- Tiểu tiện nhiều lần (do đầu chèn vào vùng cổ bàng quang).

- Chuột rút (do đầu chèn vào thần kinh ở lỗ bịt).
- Giãn tĩnh mạch.
- Tăng sức (làm những việc bình thường không có sức làm)
- Ra chất nhầy âm đạo (Do nút nhầy ở cổ tử cung được đẩy ra, có thể ra vài giọt máu do cổ tử cung xoá mở).

5.2. Dấu hiệu chuyển dạ

5.2.1. Cơ năng

- Đau bụng từng cơn, tăng dần về thời gian và mức đau
- Ra nước âm đạo (nếu vỡ ối).

5.2.2. Thực thể

- Cơn co tử cung xuất hiện, tăng dần về tần số, thời gian và cường độ tạo nên chu kỳ rõ
- Cổ tử cung xoá mở: Xoá hết với con so, mở 2cm với con dạ
- Ối thành lập.

5.3. Chẩn đoán chuyển dạ

Dựa vào 3 dấu hiệu cơ năng và 3 dấu hiệu thực thể kể trên. Hiện nay, dấu hiệu cơn co tử cung với 5 phút 1 cơn co, mỗi cơn co từ 20 giây trở lên được xem là dấu hiệu chủ chốt để đánh giá chuyển dạ thật và đó cũng là dấu hiệu chính để phân biệt với chuyển dạ giả do những cơn co sinh lý ở cuối thời kỳ thai nghén.

6. THEO DÕI CHUYỂN DẠ

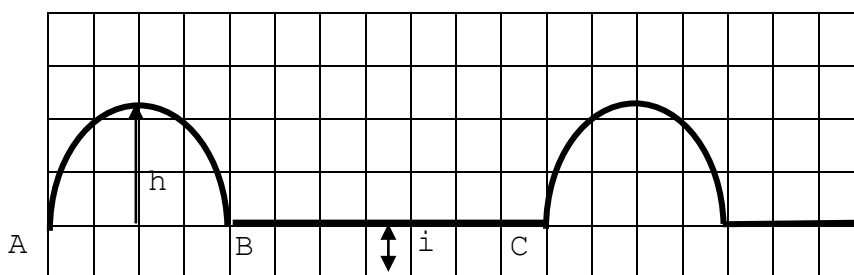
Chuyển dạ đẻ là một quá trình được người phụ nữ Việt Nam hình tượng hoá là “vượt cạn” và điều họ lo ngại nhất là vượt cạn một mình.

Việc theo dõi chu đạo của người Hộ sinh trong khi chuyển dạ sẽ giúp thai phụ khắc phục được tâm lý lo sợ, có điều kiện tốt nhất để làm mẹ an toàn. Bài này nói về 8 nội dung cần theo dõi trong giai đoạn 1 của chuyển dạ, 13 dấu hiệu phát hiện về các trường hợp chuyển dạ không bình thường và 9 điều cần tư vấn và giải thích cho thai phụ trong quá trình theo dõi chuyển dạ.

6.1. Cơn co tử cung

Cơn co tử cung là động lực của chuyển dạ và cũng là dấu hiệu đầu tiên của chuyển dạ.

6.1.1. Các yếu tố có thể nhận định trên lâm sàng về cơn co





Hình 5.4: Sơ đồ cơn co tử cung

- AB = độ dài của 1 cơn co, tính bằng giây. Cơn co trên 20 giây được xem như đã có chuyển dạ thật. Trong cơn co tử cung rắn lại, đau.

- BC = Khoảng cách giữa 2 cơn co, tử cung mềm lại, hết đau.

- AC = 1 cơn co, gồm cả co và nghỉ. Lấy 10 phút chia cho AC sẽ được tần số cơn co. Ví dụ: AC 30 giây, BC 3 phút, AC = 3 phút 30. Tần số cơn co lúc này là 10 chia cho 3^{1/2}, khoảng bằng 3.

- h: là cường độ của cơn co được đo bằng mmHg. Dưới 20 mmHg là cơn co nhẹ, từ 20 - 40 là cơn co vừa, trên 40 mmHg là cơn co mạnh. Trên lâm sàng số đo này tương ứng với số giây của 1 cơn co.

- i: là trương lực cơ. Đặc tính của cơ tử cung trong chuyển dạ là co và rút chứ không giãn hoàn toàn. Chính tình trạng rút tạo ra trương lực (10 mmHg). Trên lâm sàng với trương lực 10 mmHg sau mỗi cơn co có thể thấy tử cung mềm. Nếu vẫn có thể thấy tình trạng co là tăng trương lực, trương lực tăng làm giảm cường độ của cơn co.

6.1.2. Cách theo dõi cơn co

Thai phụ ở tư thế nằm, người hộ sinh đứng 1 bên, mặt nhìn về phía mặt thai phụ với đồng hồ có kim giây. Sau khi đã giải thích về nội dung công việc sẽ làm, đặt lòng bàn tay áp sát trên bụng sản phụ, quan sát nét mặt, cử chỉ của thai phụ trong cơn đau kết hợp với nhận định về thay đổi mật độ tử cung mà xác định 4 yếu tố đã nói trên về cơn co tử cung.

6.1.3. Tần suất theo dõi cơn co

Mỗi lần theo dõi tối thiểu là 10 phút hoặc tối thiểu là 3 cơn co để tính được tần số cơn co tử cung.

- Pha tiềm tàng: 1 giờ 1 lần

- Pha tích cực: 30 phút 1 lần

6.2. Tim thai

6.2.1. Phương tiện

- Đồng hồ có kim giây

- Ống nghe tim thai

6.2.2. Tần suất

- Pha tiềm tàng: Khoảng 30 phút 1 lần, pha tích cực 15 phút 1 lần

- Thường động tác nghe tim thai được làm ngay sau theo dõi cơn co

6.2.3. Cách nghe tim thai

- Giải thích về công việc sẽ làm

- Nắn tim mồm vai (nơi nghe tim thai rõ nhất)
- Đặt ống nghe vào vị trí vừa xác định, áp ống nghe vào tai (Phải áp sát để âm truyền được tốt)
- Bắt đầu đếm sau khi đã hết cơn co. Đếm cả phút
- Nhịp tim thai bình thường từ 120-160 lần/phút. Trên 160 và dưới 120 lần/phút là suy thai.

Để kết luận có suy thai phải kiểm tra nghe lại sau 2 cơn co tiếp. Không nên nghe 15 giây rồi nhân 4, dễ sai lệch.

Cũng có thể kiểm tra tim thai trong cơn co. Bình thường nhịp tim thai trong cơn co không chậm hơn nhịp tim thai cơ bản và hết cơn co nhịp tim thai sẽ trở lại bình thường ngay.

- Nghe xong tim thai nên thông báo cho thai phụ để động viên, an tâm. Ghi kết quả vào phiếu theo dõi hoặc biểu đồ chuyên dạ.

6.3. Mở xóa cổ tử cung

6.3.1. Phương tiện

- Bàn tay đã rửa sạch, đi găng vô khuẩn.
- Bàn nằm để thăm khám âm đạo.
- Phương tiện rửa ngoài sau mỗi lần thăm khám.
- Tăm lót dưới để thay sau mỗi lần thăm khám.

6.3.2. Tần suất

Khoảng 4 giờ 1 lần (tránh thăm nhiều gây nhiễm khuẩn), cuối pha tích cực nếu cần 2 h một lần.

6.3.3. Cách nhận định và theo dõi xóa mở cổ tử cung

- Cổ tử cung xoá: Là quá trình cổ tử cung thu ngắn lại. Bình thường cổ tử cung dài trên 2 cm, nếu còn 1 cm thì là xoá 1 nửa, nếu còn 0 cm là xoá hết.

- Cổ tử cung mở: Được đo bằng 2 ngón tay thăm khám âm đạo. Người mới học cần cắt giấy thành những vòng tròn có các đường kính khác nhau cho tới 10 cm và mã bằng các chữ cái. Sau đó tự đo và tự đối chiếu với mã.

Ngoài độ mở cần nhận định thêm cổ tử cung dày hay mỏng, cứng hay mềm. Một cổ tử cung mềm và mỏng sẽ mở nhanh hơn.

Thông báo kết quả thăm khám âm đạo, động viên thai phụ và ghi số liệu vào phiếu hoặc biểu đồ chuyên dạ.

Bình thường ở pha tiềm tàng phải 90 - 120 phút mới mở thêm 1 cm và ở pha tích cực là 30 - 40 phút mở thêm 1 cm.

6.4. Ối

6.4.1. Phương tiện

Như theo dõi xoá mở cổ tử cung và khi ối đột nhiên vỡ

6.4.2. Tần suất

Như theo dõi xoá mở cổ tử cung.

6.4.3. Các nhận định cần có khi theo dõi ối

- Khi ối còn:
 - + Nhận định hình thù: ối dẹt hay phòng
 - + Màng ối dày hay mỏng
 - + Có gì khác lạ: dây rốn, bánh rau....?
- Khi ối vỡ:
 - + Cần ghi giờ và theo dõi số giờ đã vỡ ối
 - + Lượng nước ối: ít, bình thường, nhiều...
 - + Màu sắc: trong hay có màu
 - + Mùi: nếu có mùi hôi là nhiễm khuẩn ối.

Bình thường ối dẹt, tự vỡ khi cổ tử cung mở hết, nước ối khoảng 500 ml, trong.

Chú ý: Cần khám lại ngay khi ối vỡ tự nhiên đột ngột để xác định lại ngôi và đề phòng sa dây rau.

6.5. Ngôi

6.5.1. Phương tiện

Nắn ngoài và thăm khám âm đạo.

6.5.2. Tần suất

Như theo dõi độ mở cổ tử cung.

6.5.3. Cách nhận định

Người hộ sinh có chức năng theo dõi chuyển dạ thường và đỡ đẻ thường - Đó là đỡ đẻ ngôi chỏm. Nhưng trong ngôi chỏm vẫn có các yếu tố tiên lượng khác nhau.

- Kiểu thế gì? (Chỉ có Chẩm trái trước là kiểu thế tốt).
- Đầu có quay tốt không?
- Có hiện tượng uốn khuôn: chông xương, bứu thanh huyết.

Ngôi chỏm có kiểu thế trái trước, lọt đối xứng, không có chông xương hoặc bứu thanh huyết là bình thường.

6.6. Độ lọt

6.6.1. Phương tiện

- Nắn ngoài
- Thăm khám âm đạo

6.6.2. Tần suất

- Nắn ngoài: pha tiềm tàng 1 giờ/ 1 lần, pha tích cực 30 phút/ 1 lần
- Thăm trong: cùng lúc với đánh giá độ mở cổ tử cung

6.6.3. Nhận định

Sử dụng phương pháp nắn ngoài:

- + Đầu cao 5/5 : Phần đầu nắn thấy trên mu đo được 5 khoát ngón tay.
- + Đầu chức 4/5: phần đầu nắn thấy trên mu đo được 4 khoát ngón tay.
- + Đầu chặt 3/5: phần đầu nắn thấy trên mu đo được 3 khoát ngón tay.
- + Đầu lọt cao 2/5: phần đầu nắn thấy trên mu đo được 2 khoát ngón tay.
- + Đầu lọt vừa 1/5: phần đầu nắn thấy trên mu đo được 1 khoát ngón tay.
- + Đầu lọt thấp 0/5: phần đầu nắn thấy trên mu đo được 0 khoát ngón tay (không nắn thấy đầu thai nhi trên mu)

6.7. Sinh hiệu mẹ

6.7.1. Mạch: 1 giờ 1 lần

6.7.2. Huyết áp: 4 giờ 1 lần.

6.7.3. Thân nhiệt: 4 giờ 1 lần

7. CHĂM SÓC

7.1. Nhận định

Đã chuyển dạ thật chưa? thuộc giai đoạn nào của chuyển dạ?

Tình trạng người mẹ: các dấu hiệu sống, tinh thần, sức khỏe

Tình trạng thai nhi: ngôi thai, tim thai...

Tiến độ chuyển dạ

7.2. Những vấn đề cần chăm sóc

Nếu đã chuyển dạ thật:

- Tiếp nhận sản phụ
- Lập hồ sơ sản khoa, phát hiện nguy cơ (nếu có)
- Chuyển sản phụ vào phòng chờ sinh, hướng dẫn vệ sinh cá nhân, chế độ

ăn khi chuyển dạ, tư vấn khi chuyển dạ.

- Tư vấn vai trò của người nhà sản phụ trong theo dõi và chăm sóc chuyển

dạ

Nếu sản phụ chưa chuyển dạ nhưng có các nguy cơ hoặc bệnh lý có chỉ định vào viện chờ sinh, ngoài những vấn đề chăm sóc như các sản phụ khác, cần chú ý theo dõi diễn biến của các yếu tố nguy cơ, tránh tai biến cho mẹ và con

7.3. Lập kế hoạch chăm sóc

7.3.1. Vệ sinh thân thể tại phòng chờ sinh

- Thai phụ đến sớm (Pha tiềm tàng)
 - + Cho sản phụ tắm nếu có điều kiện
 - + Vệ sinh vùng sinh dục, có thể hướng dẫn sản phụ tự làm
 - + Thay quần áo sạch, nếu có điều kiện cho sản phụ mặc váy áo riêng của

phòng sinh.

- + Không cạo lông
- + Thay guốc dép sạch
- + Có thể đặt Microlax để khi sinh không có phân (Không thụt tháo)
- + Thay vải trải giường (hoặc chiếu mới)
- + Hướng dẫn sử dụng các phương tiện sinh hoạt điện, nước...

7.3.2. Tư vấn khi chuyển dạ

- Tư vấn chung: diễn tiến của chuyển dạ, sự phối hợp cần có giữa sản phụ và hộ sinh, chế độ ăn uống, vận động.

- Tư vấn đặc hiệu: tùy cụ thể từng sản phụ

7.3.3. Theo dõi chuyển dạ

- Nếu ở pha tiềm tàng
 - + Huyết áp: 4 giờ/lần
 - + Thân nhiệt: 4 giờ/lần
 - + Mạch: 1 giờ/lần
 - + Cơn co tử cung: 1 giờ/lần
 - + Tim thai: 1 giờ/lần
 - + Độ mở cổ tử cung: 4 giờ/lần
 - + Độ lọt: 4 giờ/lần
 - + Ói: 4 giờ/ lần (cùng với độ mở cổ tử cung)
- Nếu ở pha tích cực
 - + Huyết áp: 4 giờ/lần
 - + Thân nhiệt: 4 giờ/lần
 - + Mạch: 1 giờ/lần
 - + Cơn co tử cung: 30 phút/lần
 - + Tim thai: 30 phút/lần
 - + Độ mở cổ tử cung: 2 - 4 giờ/lần
 - + Độ lọt: 2 - 4 giờ/lần
 - + Ói: 2 - 4 giờ/lần (cùng với độ mở cổ tử cung)

7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Làm đầy đủ các nội dung đã lập kế hoạch như trên
- Ghi đầy đủ kết quả theo dõi vào hồ sơ sản khoa
- Chuyển các số liệu đó vào Biểu đồ chuyển dạ (Thăm khám xong phải ghi ngay, không để để xong mới ghi hồi cứu)

7.5. Đánh giá

So sánh tiến triển của cuộc chuyển dạ với biểu đồ chuyển dạ chuẩn để đánh giá:

- Nếu biểu đồ độ mở của cổ tử cung nằm bên trái đường báo động, tim thai trong giới hạn bình thường, độ lọt thấp dần... là tiến triển tốt, theo dõi để đẻ đường âm hộ.

- Nếu biểu đồ độ mở cổ tử cung nằm ngang, tiếp cận hoặc sang phải so với đường báo động, tim thai ngoài giới hạn bình thường, nước ối có màu... cần báo ngay với bác sỹ để xử trí kịp thời. Đồng thời cần điều chỉnh kế hoạch chăm sóc cho phù hợp với thực trạng sản phụ.

Bài tập tình huống:

Chị Nguyễn Thị Thu Trang 35 tuổi, chuyển dạ đẻ lần 1. Qua hỏi và thăm khám thấy:

- Sản phụ đau bụng từng cơn, kèm theo có cảm giác mỗi lưng
- Có cảm giác buồn nôn nên sản phụ không muốn ăn, uống
- Tuổi thai tuần thứ 40
- Cao tử cung 33 cm, vòng bụng 92 cm
- Ngồi đầu, tim thai 140 lần/ phút
- Con co tử cung 20 giây, khoảng cách giữa các cơn co 10 phút
- Cổ tử cung mở 2cm, mềm
- Ối đang thành lập

1. Anh/Chị hãy tư vấn cho chị Trang về vấn đề ăn uống, dinh dưỡng đảm bảo sức khoẻ.

2. Anh/Chị hãy lập kế hoạch chăm sóc sản phụ trong 6 giờ sau khi khám

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Dấu hiệu nào sau đây có giá trị nhất trong cuộc chuyển dạ:

A. Ra nước âm đạo B. Ra nhầy hồng C. Thành lập đầu ối D. Con co tử cung

2. Giai đoạn nào sau đây không là giai đoạn chuyển dạ đẻ?

A. Khâu tầng sinh môn sau đẻ B. Mở cổ tử cung C. Sỏ thai D. Sỏ nhau

3. Thời gian sỏ nhau đối với con rạ là:

A. 15 - 30 phút B. 15 - 40 phút C. 15 - 50 phút D. 15 - 60 phút

4. Xuất phát điểm của cơn co tử cung là:

A. Eo tử cung B. Thân tử cung C. Lỗ trong cổ tử cung D. Đáy tử cung

5. Đặc điểm cơn co tử cung trong chuyển dạ đẻ, ngoại trừ

- A. Chu kỳ và đều đặn
- B. Cơn co tử cung giảm dần
- C. Ngày càng ngắn dần lại, cuối giai đoạn I khoảng 2-3 phút
- D. Không gây đau bụng

6. Chuyển dạ đẻ thai đủ tháng thường xảy ra khi thai được:

A. Trên 42 tuần B. 32 - 36 tuần C. 38 - 42 tuần D. Dưới 32 tuần

7. Thóp sau của thai nhi đủ tháng có hình dạng:

A. Tam giác B. Tứ giác C. Ngũ giác D. Lục giác

8. Thóp trước của thai nhi đủ tháng có hình dạng:

A. Tam giác B. Tứ giác C. Ngũ giác D. Lục giác

Bài 7. CHĂM SÓC SẢN PHỤ VÀ TRẺ NGAY SAU ĐẼ

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

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các biểu hiện sinh lý của bà mẹ thời kỳ sau đẻ.
- 1.2. Mô tả các công việc theo dõi và chăm sóc cho bà mẹ sau đẻ.
- 1.3. Kể 7 biến cố dễ gặp ở sản phụ trong thời kỳ sau đẻ.
- 1.4. Kể đủ và đúng trình tự 10 bước chăm sóc trẻ ngay sau đẻ.
- 1.5. Mô tả đầy đủ qui trình lau khô cắt rốn và làm rốn cho trẻ ngay sau đẻ.

2. Thái độ:

Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

1. NHỮNG BIỂU HIỆN SINH LÝ CỦA BÀ MẸ THỜI KỲ SAU ĐẼ

1.1. Ngày đầu sau đẻ (24h đầu sau đẻ)

- Khô cầu an toàn: xuất hiện trong vòng 2 giờ đầu sau đẻ
- Sự co bóp của tử cung có thể gây nên hiện tượng đau bụng từng cơn
- Tắc mạch sinh lý ở diện rnhu bám
- Sản dịch ra nhiều, có thể làm cho bà mẹ có cảm giác lo lắng, hoảng sợ, lúng túng...
- Tiết sữa non
- Rét run sau đẻ

1.2. Những tuần đầu sau đẻ

- Sự co hồi tử cung
- Sự co bóp của tử cung
- Sản dịch
- Xuống sữa và tiết sữa thực sự
- Vết khâu tầng sinh môn (nếu có) đau và có thể sưng nề, gây khó khăn cho sản phụ trong việc đi lại, vệ sinh, chăm sóc con,..
- Sự thay đổi về trọng lượng cơ thể
- Đại tiểu tiện có thể bị rối loạn
- Có thể xuất hiện kinh non
- Có thể có nhu cầu về kế hoạch hóa gia đình.

Mỗi bà mẹ có thể có những cảm nhận với những mức độ khác nhau về những thay đổi xuất hiện trong thời kỳ sau đẻ: vui vẻ, phấn khởi nếu cuộc đẻ an toàn, trẻ khoẻ mạnh; lo lắng, hoảng sợ, buồn rầu nếu cuộc đẻ khó khăn hoặc trẻ yếu, cuộc đẻ không phù hợp với mong muốn.

Các dấu hiệu sau đẻ có thể thay đổi tùy thuộc ở mỗi người. Thông thường các dấu hiệu này sẽ giảm dần và trở về bình thường.

2. CÁC BIẾN CỐ ĐỂ GẶP TRONG THỜI KỲ SAU ĐẼ

2.1. Ngay sau đẻ

- Shock (choáng): do đau, mất máu, gắng sức trong quá trình đẻ, do các bệnh lý có sẵn,...

- Do đờ tử cung, sót rau, chấn thương đường sinh dục khi đẻ,...

- Chấn thương đường sinh dục khi đẻ: rách tầng sinh môn, âm đạo, cổ tử cung, máu tụ đường sinh dục,...

Cách can thiệp: theo dõi sát, phát hiện sớm những bất thường, thông báo cho bác sỹ

2.2. Những ngày sau đẻ

- Thiếu máu: do mất máu, ăn uống kém, nhiễm khuẩn,...

- Nhiễm khuẩn: ở tầng sinh môn, âm đạo, chỗ khâu các vết cắt hoặc rách của bộ phận sinh dục, nhiễm khuẩn ở tử cung, phần phụ,...(xem bài “Chăm sóc sản phụ nhiễm khuẩn sau đẻ”)

- Sốt nhau: gây chảy máu, nhiễm khuẩn

- Các bệnh lý tại vú: xem bài “Chăm sóc sản phụ nhiễm khuẩn sau đẻ”

Cách can thiệp: theo dõi sát, phát hiện sớm những bất thường, thông báo cho bác sỹ

3. CHĂM SÓC CHO BÀ MẸ THỜI KỲ SAU ĐẼ

3.1. Mục đích các chăm sóc thời kỳ sau đẻ

- Giúp phục hồi sức khỏe cho bà mẹ nhanh chóng

- Làm tử cung co chắc hơn, giảm mất máu

- Giảm các biến động không có lợi cho bà mẹ (rét run, bí đại,...)

- Giúp sự xuống sữa nhanh hơn, gây tăng tiết oxytocin nội sinh, làm tử cung co tốt hơn, tăng tình cảm mẹ con.

- Giảm nguy cơ bị các tai biến trong thời kỳ sau đẻ (chảy máu, nhiễm khuẩn,...)

- Chuẩn bị cho người mẹ một cách tốt nhất cho việc chăm sóc cho bản thân và đứa trẻ sau này.

- Đảm bảo một cách tích cực cho bà mẹ trong việc chăm sóc cho bản thân và đứa trẻ. Xem xét tất cả những lo lắng hoặc sợ hãi của bà mẹ,..

- Tạo môi trường và bầu không khí thoải mái cho bà mẹ khi chăm sóc, theo dõi và tư vấn, hướng dẫn.

3.2. Hoạt động

3.2.1. Ngày đầu sau đẻ (24h sau đẻ)

- Cho bà mẹ nằm đầu thấp trong 2 giờ đầu sau đẻ, nếu không có chỉ định khác của bác sỹ, đảm bảo giấc ngủ, hướng dẫn vận động nhẹ sau 6 giờ.

- Xin phép trước khi làm bất cứ động tác nào và phải thông báo kết quả thăm khám cho bà mẹ

- Nếu phát hiện các bất thường ở bà mẹ và trẻ, thông báo ngay cho bác sỹ.

- Cho sản phụ nằm nghỉ tại phòng đẻ trong 6 giờ đầu sau đẻ. Sau đó đưa sản phụ về phòng sau đẻ.

- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp, co hồi tử cung, máu ra âm đạo 15 - 30'/lần trong 2 giờ đầu, 1h/ lần trong những giờ sau.

- Cho trẻ nằm cạnh mẹ.

- Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ cho con bú, cách chăm sóc vú. giờ đầu 15'/ 1 lần, giờ thứ hai 30'/1lần.

- Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ ăn uống.

- Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ thay băng vệ sinh.

- Hướng dẫn cách tự theo dõi khối cầu an toàn và sự co hồi tử cung sau đẻ. Nếu thấy tử cung mềm, cần tự xoa nhẹ trên thành bụng để kích thích tử cung co lại.

- Hướng dẫn người mẹ cách chăm sóc trẻ, theo dõi chảy máu rốn và các dấu hiệu bất thường khác ở trẻ: không khóc, không thở, tím tái, không bú,...

- Hướng dẫn cách tự nhận biết các dấu hiệu bất thường: đau bụng, chảy máu nhiều, nhức đầu, chóng mặt, choáng, khó thở, mệt lả, mót rặn, bí đại,...

3.2.2. Tuần đầu sau đẻ

- Cho sản phụ nằm nghỉ tại phòng sau đẻ .

- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp, co hồi tử cung, sản dịch 2 lần/ ngày.

- Cho trẻ nằm cạnh mẹ.

- Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ cho con bú, cách chăm sóc vú: rửa đầu vú trước và sau khi cho trẻ bú, bú từng bên, vắt hết sữa thừa,...

- Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ ăn uống: ăn đủ chất, no, uống nước đầy đủ, tránh kiêng khem vô lý

- Đảm bảo cho bà mẹ ngủ đầy đủ

- Hướng dẫn cách ăn mặc: mặc rộng rãi, sạch sẽ, đủ ấm về mùa đông, thoáng mát về mùa hè

- Hướng dẫn cách tắm rửa, vệ sinh thân thể: nên tắm rửa hàng ngày bằng nước ấm, tắm bằng dội nước, tránh ngâm mình trong bồn tắm, ao hồ...

- Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ thay băng vệ sinh. Vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày: 3lần/ngày bằng nước đun sôi để nguội

- Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ chăm sóc vết khâu TSM (nếu có): sau mỗi lần đại tiểu tiện phải rửa sạch âm hộ, thấm khô, cắt chỉ ngày thứ năm sau đẻ, nếu có nhiễm khuẩn thì phải cắt chỉ sớm.

- Hướng dẫn cách tự theo dõi sự co hồi tử cung sau đẻ. Nếu thấy tử cung mềm, cần tự xoa nhẹ trên thành bụng để kích thích tử cung co lại.

- Hướng dẫn người mẹ cách chăm sóc trẻ, theo dõi chảy máu rốn và các dấu hiệu bất thường khác ở trẻ: không khóc, không thở, tím tái, không bú,...

- Hướng dẫn cách tự nhận biết các dấu hiệu bất thường: đau bụng, chảy máu nhiều, nhức đầu, chóng mặt, choáng, khó thở, mệt lả, mót rặn, bí đại,...

- Tư vấn các biện pháp kế hoạch hóa gia đình.

4. CHĂM SÓC THIẾT YẾU SAU SINH: 90 phút đầu sau sinh

Thực hiện quy trình đỡ đẻ cho sản phụ:

Khi cổ tử cung đã mở hết, đầu trẻ lọt thấp, người đỡ đẻ cần nhắc lại các bước can thiệp và hướng dẫn sản phụ cách rặn đẻ.

Thông báo giờ sinh và giới tính của trẻ.

Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới WHO, Bộ trưởng bộ Y Tế đã ban hành Quyết định về các bước chăm sóc sơ sinh thiết yếu trong và ngay sau sinh bao gồm:

Bước 1: Lau khô toàn thân trẻ trong 5 giây đầu tiên sau khi sinh, lưu ý kiểm tra hơi thở của trẻ trong khi lau khô. Đặt trẻ nằm trong khăn khô ở trên bụng hoặc cánh tay của mẹ, cho tiếp xúc trực tiếp da kề da ít nhất 90 phút sau sinh.

Lưu ý: Không được hút đờm rãi thường quy. Trong vòng 30 giây đầu sau sinh không được hút nhót trừ trường hợp miệng/mũi trẻ bị tắc nghẽn. Không nên hút phân su trừ khi trẻ không khỏe.

Bước 2: Tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin sau khi chắc chắn là không có trẻ thứ 2 và thông báo cho sản phụ. Oxytocin để tử cung co tốt, tránh băng huyết sau sinh.

Bước 3: Kẹp dây rốn muộn (sau khi dây rốn ngừng đập hoặc đợi 1-3 phút sau khi thai sổ) và cắt dây rốn một thì.

Bước 4: Thực hiện kéo dây rốn có kiểm soát.

Bước 5: Xoa đáy tử cung cứ 15 phút/lần trong vòng 2 giờ đầu sau sinh.

Bước 6: Khuyến khích cho trẻ bú sớm và nên bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu và không nên cho trẻ ăn thêm bất cứ một loại thực phẩm nào khác. Lợi ích của việc cho trẻ bú sữa mẹ hoàn toàn có thể kể đến:

Ngăn ngừa tử vong do nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính và tiêu chảy trong 3 tháng đầu.

Giúp kích thích tăng tiết oxytocin giúp tử cung co lại sớm hơn để phòng ngừa băng huyết sau sinh.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Sơ sinh đủ tháng khi:

- A. Trọng lượng thai dưới 2500g
- B. Tuổi thai từ tuần 38- 42
- C. Tuổi thai 270 ngày kể từ ngày đầu của kỳ kinh cuối
- D. Chỉ số Apgar trên 7 điểm

2. Bộ dụng cụ đỡ đẻ gồm?

- A. 2 pen, 1 kéo
- B. 2 pen, 2 nhíp
- C. 1 pen, 1 kéo
- D. 2 pen, 1 nhíp

3. Thao tác nào sau đây cần thiết khi đón trẻ sơ sinh tại phòng sanh, ngoại trừ

- A. Tắm bé
- B. Da kề da
- C. Cắt rốn muộn
- D. Cân trẻ

4. Chảy máu nào sau đây không là nguyên nhân sau đẻ?

- A. Đờ tử cung
- B. Sốt nhau, sót màng hoặc
- C. Rách cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn
- D. Băng huyết sau nạo thai

5. Tác dụng của *oxytocin* sau sỏ thai:

- A. cầm máu
- B. Chống nhiễm trùng
- C. Giảm đau
- D. Giúp co hồi tử cung

6. Thường ở trẻ sơ sinh, người ta phòng xuất huyết bằng cách tiêm

- A. *Vitamin K1* tiêm bắp 1mg
- B. *Vitamin C* liều cao
- C. *Transamin*
- D. *Kháng sinh*

7. Kẹp rốn được tháo sau mấy ngày:

- A. Một ngày
- B. Hai ngày
- C. Ba ngày
- D. Bốn ngày

8. Sau đẻ ngày thứ 4-5 sản dịch có màu gì?

- A. Đỏ thẫm
- B. Lò đỏ nhớt cá
- C. Màu nâu nhạt
- D. Đỏ tươi

9. Sau sanh cơ quan sinh dục trở về bình thường thời gian nào:

- A. 4 tuần
- B. 6 tuần
- C. 8 tuần
- D. 10 tuần

10. Nhiễm khuẩn hậu sản là nhiễm khuẩn có tiêu điểm xuất phát từ:

- A. Bộ phận sinh dục nữ
- B. Bộ phận sinh dục ngoài
- C. Bộ phận sinh dục trong
- D. Hệ tiết niệu

Bài 8. ĐẠI CƯƠNG ĐẼ KHÓ

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

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các nguyên nhân đẻ khó do mẹ.
- 1.2. Trình bày được các nguyên nhân đẻ khó do thai.
- 1.3. Trình bày được các nguyên nhân đẻ khó do phần phụ của thai.

2. Thái độ

Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

1. TỔNG QUAN

Đẻ khó là cuộc đẻ cần có sự can thiệp của người thầy thuốc. Đẻ khó có thể gây hậu quả bệnh tật, tử vong cho sản phụ và thai nhi. Để hạn chế đến mức thấp nhất tai biến của các cuộc đẻ khó, người thầy thuốc sản khoa phải nắm chắc các nguyên nhân gây đẻ khó, phân loại các nguy cơ trong quá trình quản lý thai nghén 3 tháng cuối, lúc chuyển dạ, chẩn đoán được các nguyên nhân gây đẻ khó để xây dựng phương án xử trí tốt nhất cho từng sản phụ.

2. ĐẼ KHÓ DO CƠ CỐ TỬ CUNG BẤT THƯỜNG

2.1. Đẻ khó do cơ cỐ tử cung tăng

Khi có sự tăng cơ bóp cơ tử cung quá mức bình thường tức là thời gian co dài hơn bình thường, cường độ cơn co mạnh hơn, khoảng cách giữa hai cơn co ngắn làm sản phụ kêu la, đau nhiều. Trong khi đó, trương lực cơ bản vẫn bình thường giữa các cơn co.

2.1.1. Nguyên nhân

Thường gặp là nhóm nguyên nhân cơ học như:

- Bất tương xứng giữa thai nhi và khung chậu.
- Khô u tiền đạo.
- Cổ tử cung khó mở (do viêm cổ tử cung, đốt cổ tử cung, phẫu thuật Manchester, khoét chóp cổ tử cung, sẹo cổ tử cung do rách cũ, phù nề cổ tử cung do thăm khám âm đạo nhiều lần trong chuyển dạ...)
- Tử cung kém phát triển, tử cung xơ hoá (thường ở sản phụ lớn hơn 35 tuổi), dị dạng tử cung (tử cung đôi...)
- Nhau bong non
- Đa ối, đa thai làm cho thể tích tử cung tăng lên bất thường.
- Đoạn dưới tử cung kém phát triển.
- Sử dụng thuốc tăng cơ tử cung không đúng chỉ định. (Oxytocin, Prostaglandin)

- Các nguyên nhân về thần kinh, thay đổi tâm sinh lý người mẹ như tinh thần sản phụ không ổn định, lo lắng nhiều v.v.

- Các nguyên nhân khác về thai và phần phụ thai như: thai to toàn bộ hoặc từng phần (não úng thủy), ngôi thai, kiểu thể thai thất thường, ối vỡ sớm, vỡ non làm giảm thể tích buồng tử cung.

2.1.2. Hậu quả

- Chuyển dạ đình trệ do cổ tử cung khó xoá mở.

- Suy thai, nhất là sau khi ối vỡ vì áp lực cơ co tử cung sẽ tác động trực tiếp đến bánh nhau và dây rốn, hơn nữa do cơ co tử cung tăng nên tuần hoàn mẹ - nhau - thai bị suy giảm.

- Vỡ tử cung nếu không xử trí kịp thời đặc biệt trên các sản phụ có vết mổ cũ, dị dạng tử cung, tử cung nhi dạng, con rạ (đẻ nhiều lần).

2.1.3. Xử trí

- Ngưng dùng thuốc tăng co (nếu đang dùng), điều chỉnh cơn go bằng các thuốc giảm co như Papavérin, Spasmavérin, Spasmalgin, Seduxen, Dolargan (Dolosal).

- Mở lấy thai nếu khung chậu hẹp hoặc bất tương xứng đầu chậu.

- Liệu pháp tâm lý: động viên, giải thích để sản phụ yên tâm, nhất là các sản phụ hay lo lắng, suy nhược thần kinh. Nếu cần thiết thì sử dụng seduxen, dolargan .

2.2. Để khó do cơ co tử cung giảm

Cơ co tử cung giảm khi giảm cường độ, biên độ, tần số.

2.2.1. Nguyên nhân

- Nguyên phát: sản phụ suy nhược, thiếu máu, thiếu nước, suy tim, lao phổi, tử cung kém phát triển, u xơ tử cung.

- Thứ phát: đa ối, đa thai, chuyển dạ kéo dài, ối vỡ sớm, nhiễm khuẩn ối, lạm dụng các thuốc giảm co vào giai đoạn đầu của chuyển dạ.

2.2.2. Hậu quả

- Chuyển dạ đình trệ.

- Cổ tử cung phù nề, chậm tiến triển.

- Nhiễm khuẩn ối.

- Suy thai.

2.2.3. Xử trí

- Kháng sinh: nếu ối vỡ trên 6 giờ để đề phòng nhiễm khuẩn ối.

- Tăng co: nếu ối đã vỡ trên 12 giờ bằng cách chuyển oxytocin 5 đơn vị hoà trong 500 ml dung dịch Glucoza 5%, tăng giảm số giọt tùy theo tình trạng cơ co. Nếu chỉ số Bishop > 6 điểm: hiệu quả tốt.

- Bấm ối: nếu đa ối, đa thai để tạo cơ co tử cung.

- Trong giai đoạn thai sớm, nếu con co tử cung thưa, yếu cần phối hợp thuốc tăng co hoặc hỗ trợ forceps, giác hút nếu có chỉ định và đủ điều kiện

3. ĐỂ KHÓ DO NGUYÊN NHÂN CỦA MẸ

3.1. Khung chậu bất thường

Gọi là khung chậu bất thường khi một hoặc nhiều đường kính của khung chậu ngắn hơn bình thường. Trên lâm sàng người ta thường gặp:

- Khung chậu hẹp

+ Khung chậu có tất cả các đường kính đều giảm, bao gồm hai loại sau:

• Khung chậu hẹp toàn bộ: Khi các đường kính giảm đều ở eo trên và eo dưới (đường kính nhô hậu vệ < 8,5 cm).

• Xử trí: mổ lấy thai khi thai đủ tháng và có dấu hiệu chuyển dạ.

+ Khung chậu giới hạn: Khi đường kính nhô hậu vệ từ 8,5 - 10 cm; nhưng trọng lượng thai bình thường có thể làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm, nếu diễn tiến thuận lợi thì đẻ đường âm đạo, ngược lại thì mổ lấy thai. Trường hợp ngôi chỏm mà thai to hoặc các ngôi bất lợi thì nên chỉ định mổ lấy thai khi có dấu hiệu chuyển dạ.

- Khung chậu biến dạng

+ Hẹp eo trên, hẹp eo dưới, hoặc khung chậu méo, bao gồm:

+ Khung chậu hẹp eo trên: Khung chậu dẹt khi các đường kính ngang và đường kính chéo không thay đổi chỉ có đường kính trước sau ngắn hơn bình thường. Khung chậu dẹt có cột sống cong trước làm eo trên hẹp, eo dưới rộng, vì vậy nếu thai lọt được thì sẽ dễ dàng.

+ Chẩn đoán dựa vào đường kính nhô hậu vệ và thái độ xử trí tùy thuộc vào đường kính này.

+ Khung chậu hẹp eo dưới: là loại khung chậu có cột sống cong sau, nguyên nhân do gù, lao cột sống, thương tổn cột sống ở thấp. Dạng khung chậu này hình phễu, thai sẽ lọt dễ dàng qua eo trên, nhưng khó hoặc không sổ được qua eo dưới dễ bị mắc kẹt trong tiểu khung. Chẩn đoán dựa vào đường kính lưỡng ụ ngồi, nếu đường kính này < 9 cm thì thai không sổ được.

+ Thái độ xử trí: cần tiên lượng sớm để có chỉ định mổ lấy thai, nếu thai nhỏ sổ được thì có thể phải cắt rộng tầng sinh môn.

+ Khung chậu méo: còn gọi là khung chậu không đối xứng, do cột sống bị vẹo vì bệnh còi xương, sai khớp háng bẩm sinh một bên hay bị bại liệt. Việc chẩn đoán dựa vào hình trám Michaelis, dáng đi để định mức độ lệch. Hai đường kính chéo của eo trên dài ngắn khác biệt rõ rệt, nếu ngôi lọt hướng vào đường kính chéo lớn thì tiên lượng tốt.



Hình 7.1: Khung chậu méo

+ Thái độ xử trí: dựa vào đường kính nhô hậu vệ. Nếu đường kính này bình thường, trọng lượng thai trung bình, chỏm hướng theo đường kính chéo lớn của eo trên thì ta có thể bấm ối làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm. Nếu tiến triển thuận lợi thì để đường dưới, ngược lại thì mổ lấy thai. Các trường hợp khác đều có chỉ định mổ lấy thai khi có dấu chuyển dạ.

3.2. Khối u tiền đạo

Đây là các khối u nằm trong tiểu khung cản trở ngôi không lọt và không sổ được, thường gặp là khối u buồng trứng nằm ở túi cùng sau của âm đạo, u xơ ở eo hay ở cổ tử cung. Ngoài ra có các khối u tiền đạo khác ít gặp hơn như u âm đạo, u vòi trứng, u dây chằng rộng, u thận, u trực tràng, u bàng quang, tử cung đôi....

Xử trí: Mổ lấy thai và giải quyết khối u nếu u tiền đạo làm ngôi không lọt..

3.3. Âm đạo chít hẹp, vách ngăn âm đạo

- Âm đạo chít hẹp do bị rách phức tạp trong những lần đẻ trước hoặc sau những cuộc mổ có liên quan đến âm đạo như mổ sa sinh dục, mổ rò bàng quang âm đạo, rò trực tràng âm đạo. Xử trí: Mổ lấy thai khi có dấu hiệu chuyển dạ.

- Do dị tật bẩm sinh âm đạo có vách ngăn dọc, vách ngăn ngang.

Xử trí: nếu đủ điều kiện để đường dưới, cắt vách ngăn khi cổ tử cung mở hết, ngôi lọt thấp.

4. ĐỂ KHÓ DO NGUYÊN NHÂN CỦA THAI

4.1. Thai to toàn bộ

Thai to khi trọng lượng của thai > 4.000 gram (ở Châu Âu) hay > 3.500 gram ở Việt Nam, ở trường hợp này nếu khung chậu bình thường có thể làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm, nếu thất bại thì mổ lấy thai. Các ngôi khác có chỉ định mổ lấy thai khi chuyển dạ.

4.2. Thai to từng phần

- Đầu to: thường gặp não úng thủy. Chẩn đoán dựa vào khám âm đạo (các đường khớp của đầu thai nhi giãn rộng), siêu âm hoặc X quang.

Xử trí

+ Nếu não úng thủy to có thể chọc sọ để tháo bớt nước não tủy và sau đó huỷ thai qua đường âm đạo.

+ Trường hợp não úng thủy nhỏ, thai nhi có thể sống thì chỉ định mổ lấy thai nếu không đẻ được đường dưới.

- Vai to: gặp trong trường hợp thai to, thai vô sọ, mẹ bị đái tháo đường.

Xử trí: nếu đầu đã sỏ, có thể hạ tay theo thủ thuật Jacquemier.

- Bụng to: thường gặp ở dị dạng bụng cóc do cổ chướng, thận đa nang, gan to, lách to. Tiên lượng khó sỏ thai hoặc khi đã sỏ đầu rồi thì bị mắc ở bụng.

Xử trí: chọc bụng hút dịch bụng báng, moi hết phủ tạng rồi sau đó kéo thai ra qua đường âm đạo.

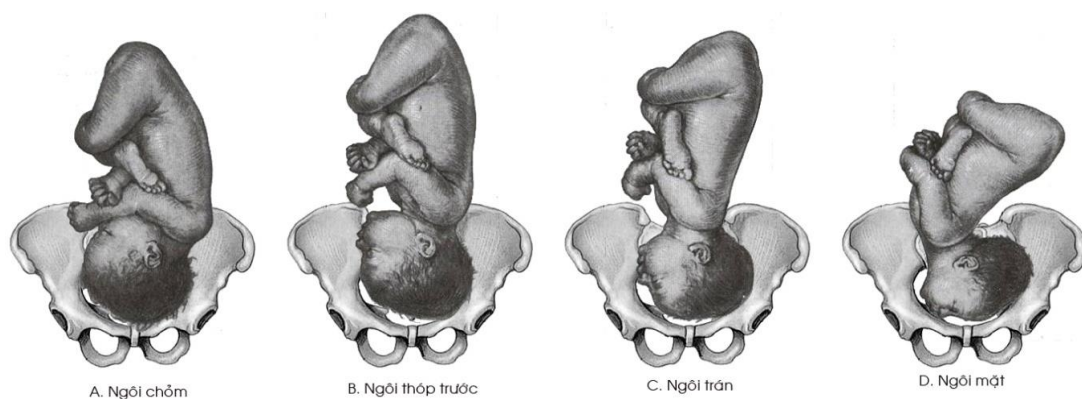
- Thai dính nhau trong sinh đôi: gặp trong sinh đôi cùng một noãn, có thể dính lưng, dính bụng... Chỉ định mổ lấy thai.

4.3. Đẻ khó do ngôi, thế, kiểu thế

- Ngôi chỏm: gặp trong ngôi chỏm kiểu thế sau. Một số trường hợp nếu ngôi sỏ kiểu chằm cùng sẽ gây sỏ khó khăn.

Xử trí: cắt rộng tầng sinh môn hoặc hỗ trợ thủ thuật.

- Ngôi mặt: ngôi mặt chỉ sỏ được theo kiểu cầm vệt, ngôi mặt cầm sau thì mổ lấy thai



Hình 7.2: Ngôi thai

- Ngôi trán: đường kính trình diện trước eo trên thường là *đường kính thượng chằm - cầm* (13,5 cm). Vì vậy thai đủ tháng sẽ không lọt được nên chỉ định mổ lấy thai.

- Ngôi vai: đối với trường hợp đơn thai, không đẻ được đường dưới, chỉ định mổ lấy thai. Đối với thai thứ hai trong trường hợp song thai, nội xoay và đại kéo thai.

- Ngôi ngược: là ngôi đẻ khó, đặc biệt là thì sỏ đầu. Các biến chứng thường gặp trong đẻ ngôi ngược là mắc đầu hậu, sa dây rốn, suy thai, nên đa số các trường hợp có chỉ định mổ lấy thai



Hình 7.3: Ngôi ngược hoàn toàn

4.4. Đa thai

- Song thai cùng là ngôi đầu sẽ cản trở nhau, làm ngôi thai xuống chậm. ở giai đoạn chuẩn bị lọt, đầu sẽ không cúi tốt, phải mổ lấy thai.

- Ngôi thứ nhất ngược, ngôi thứ 2 là ngôi đầu: Đầu của thai thứ nhất có thể vướng vào thai thứ 2 và không xuống được.

- Hai thai dính nhau: mổ lấy thai.

5. ĐẺ KHÓ DO NGUYÊN NHÂN PHẦN CỦA THAI

5.1. Nhau tiền đạo

Nhau tiền đạo bán trung tâm hay trung tâm hoàn toàn phải mổ cấp cứu vì chảy máu và không đẻ được đường âm đạo. Đối với những trường hợp khác có thể bấm ối để giảm bớt sự chảy máu, nếu sau khi bấm ối, máu không cầm được thì phải mổ lấy thai.

5.2. Dây rốn

- Sa dây rốn: chỉ định mổ lấy thai, khi thai còn sống.

- Dây rốn ngắn: thường gặp do dây rốn quấn cổ nhiều vòng gây ngôi bất thường, ngôi không lọt được.

5.3. Đa ối và thiếu ối

- Trong đa ối phần lớn thai bình chĩnh không tốt và tử cung quá căng làm cho con co tử cung bị rối loạn, một số trường hợp ối vỡ đột ngột làm ngôi thai trở thành ngôi ngang, sa dây rốn, gây ra đẻ khó. Các nguyên nhân này làm tăng chỉ định mổ lấy thai.

- Trường hợp thiếu ối: ảnh hưởng tới quá trình trao đổi oxy của thai nhi, thai bình chĩnh không tốt, gây đẻ khó, chỉ định mổ lấy thai.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Để khó do cơn go tử cung tăng sẽ không dẫn đến hậu quả nào sau đây?

- A. Suy thai B. Nhiễm khuẩn ối C. Vỡ tử cung D. A, B, C đúng

2. Nguyên nhân nào sau đây là dễ khó?

- A. Khung chậu hẹp B. Khối u tiểu khung
C. Cơ co tử cung tăng D. A, B, C đúng

3. Trọng lượng thai nào đây được gọi là thai to?

- A. 2.500gram B. 3.000gram C. 3.500gram D. 4.000gram

4. Chiều cao của thai phụ bao nhiêu được coi là yếu tố nguy cơ cao?

- A. Dưới 145 cm B. Dưới 150 cm C. Dưới 155 cm D. Dưới 160 cm

5. Khung chậu hẹp dẫn đến hậu quả gì?

- A. Nhiễm trùng ối B. Dọa vỡ tử cung C. Ới vỡ non D. Cổ tử cung mở chậm

6. Một sản phụ chuyển dạ ngôi mông, PARA 2022, trọng lượng thai nhi 3000 gr, nên sanh ở cơ sở y tế nào?

- A. Đẻ tại bệnh viện huyện B. Đẻ tại trạm Y Tế
C. Nơi có khả năng phẫu thuật D. Đẻ tại nhà

7. Tim thai gọi là suy khi nhịp tim thai:

- A. 130 lần/phút B. 150 lần/phút C. 160 lần/phút D. 170 lần/phút

8. Nước ối có các tác dụng sau, ngoại trừ

- A. Chống nhiễm khuẩn cho thai B. Chống sang chấn cho thai
C. Giúp cho thai bình chỉnh D. Chống lại sự chèn ép vào rau và cuống rốn

9. Nguyên nhân nào sau đây không là dễ khó về phía mẹ?

- A. Khung chậu hẹp B. Khối u tiền đạo
C. Cổ tử cung không mở D. Thai to toàn bộ

10. Nguyên nhân nào sau đây không gây chảy máu sinh dục sau đẻ?

- A. Sốt nhau, màng nhau B. Chấn thương đường sinh dục
C. Sổ nhau tích cục D. Đờ tử cung

11. Cân nặng nào sau đây được gọi là thai to, theo quy định của Việt Nam?

- A. > 3.500gram B. > 4.000gram C. > 4.500gram D. > 5.000gram

12. Tiêu chuẩn nào sau đây để khẳng định thai to khi khám thai?

- A. Chiều cao tử cung đo được 32cm, vòng bụng 96cm, đẻ lần thứ 4
B. Chiều cao tử cung đo được 33cm, vòng bụng 96cm, đẻ lần thứ 4
C. Chiều cao tử cung đo được 34cm, vòng bụng 96cm, đẻ lần thứ 4
D. Chiều cao tử cung đo được 34cm, vòng bụng 96cm, đẻ lần thứ 1

13. Khi vào chuyển dạ, dấu hiệu nào sau đây gợi ý khung chậu hẹp eo trên?

- A. Cơ gò thừa B. Cơ gò cường tính
C. Ngôi thai chưa lọt D. Dấu hiệu chòm vệt

- 14. Xử trí nào sau đây hợp lý nhất trong trường hợp hẹp eo dưới đơn thuần?**
- A. Mở lấy thai B. Cắt rộng tầng sinh môn, nếu cần đặt dụng cụ hỗ trợ
C. Cho thuốc tăng co D. Làm nghiệm pháp lọt
- 15. Khung chậu hẹp toàn diện phương pháp xử trí đúng nhất là:**
- A. Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm
B. Sinh chỉ huy
C. Mở lấy thai
D. Sinh hút
- 16. Chuyển dạ trong giai đoạn hoạt động, cơn co tử cung kéo dài bao lâu?**
- A. 20 giây
B. 30 giây
C. 35 giây
D. 58 giây
- 17. Hậu quả cơn co không đồng bộ dẫn đến tình trạng nào sau đây?**
- A. Thai bình thường
B. Thai kém phát triển
C. Thai teo đét
D. Thai suy
- 18. Diễn tiến đáng ngại nhất trong một cuộc chuyển dạ sinh thai to là:**
- A. Ngôi không lọt
B. Thai suy trong chuyển dạ
C. Kẹt vai sau sổ đầu
D. Chuyển dạ diễn tiến chậm
- 19. Dây rốn ngắn có thể chẩn đoán trước sinh bằng triệu chứng nào, ngoại trừ:**
- A. Khám bụng thấy ngôi thai cao bất thường
B. Sản phụ thấy đau bụng nhiều hơn
C. Thay đổi tần số tim thai khi sản phụ thay đổi tư thế
D. Dây rốn sau sanh kiểm tra đo được 50 cm
- 20. Điều quan trọng nhất cần làm khi phát hiện một trường hợp sa dây rốn là:**
- A. Cho mẹ thở oxy
B. Cho thuốc giảm co
C. Đắp gạc ấm lên dây rốn
D. Cho sản phụ nằm đầu thấp, hộ sinh cho tay vào âm đạo đẩy ngôi thai lên

Bài 9. SẢY THAI, THAI CHẾT LƯU

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

1. Kiến thức

- 1.1. Định nghĩa được các loại sảy thai.
- 1.2. Kể được các nguyên nhân thường gặp của sảy thai, Liệt kê được các dạng sảy thai khác nhau
- 1.3. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng của 3 giai đoạn sảy thai, Phân biệt được sảy thai với các trường hợp bệnh có ra máu khác.
- 1.4. Trình bày được cách xử trí của từng loại sảy thai.
- 1.5. Định nghĩa được thế nào là thai chết trong tử cung.
- 1.6. Kể được các nguyên nhân thai chết trong tử cung phía mẹ, về phía thai và phần phụ của thai.
- 1.7. Trình bày được cách xử trí thai chết trong tử cung.

2. Thái độ:

Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

A. THAI SẢY

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- Gọi là sảy thai khi thai bị tống xuất ra khỏi buồng tử cung khi chưa có khả năng có thể tự sống được một cách độc lập bên ngoài tử cung (ngay cả khi có sự can thiệp của y tế).

- Theo WHO, sảy thai khi thai bị tống xuất ra khỏi buồng tử cung trước tuần thứ 22 thai kỳ hoặc trọng lượng < 500gr.

- Nếu tính theo tuần lễ vô kinh chia sảy thai làm 2 nhóm.

+ Sảy thai sớm: khi sảy trước tuần thứ 12 chiếm khoảng 15% các thai kỳ.

+ Sảy thai muộn: khi sảy trước từ sau tuần thứ 12 và trước tuần thứ 28 chiếm khoảng 3% các thai kỳ.

1.2. Sảy thai theo tuổi thai

- Sảy thai trước 10 tuần, do ở thời điểm này các gai nhau chưa bám chặt vào lớp nội mạc tử cung nên khi sảy thường là nguyên bọc vừa trứng vừa nhau bị tống xuất hoàn toàn gọi là sảy thai trọn.

- Sảy thai từ 10 đến 20 tuần, do các gai nhau đã phát triển mạnh bám chặt vào nội mạc tử cung nên khi sảy còn một phần gai nhau dính lại trong tử cung gọi là sảy thai không trọn.

- Sảy thai sau tuần 20 thì thai và nhau bị tống xuất riêng biệt làm 2 thì như trong sanh đủ tháng.

2. NGUYÊN NHÂN

Chẩn đoán nguyên nhân gây sảy thai là vấn đề quan trọng nhưng thường khó khăn. Phải hỏi kỹ tiền sử, quá trình xuất hiện bệnh, khám toàn thân và bộ phận sinh dục, nếu cần kết hợp với các xét nghiệm huyết học, sinh hóa, tế bào đôi khi phải chụp buồng tử cung ngoài thai kỳ mới có thể tìm được nguyên nhân.

Khoảng 50% các trường hợp sảy thai có thể biết rõ nguyên nhân.

2.1. Sảy thai sớm

2.1.1. Nguyên nhân toàn thân

- Các trường hợp nhiễm khuẩn cấp gây tăng nhiệt độ của mẹ đều có thể gây sảy thai thường gặp là *Rubeon*, cúm, nhiễm *Toxoplasma*, sốt rét, viêm phổi, thương hàn,....

- Các bệnh mãn tính như bệnh tim, thận, đái tháo đường.
- Suy nhược cơ thể, thiếu sinh tố nhất là vitamine E.
- Các sang chấn tâm lý như sợ hãi, xúc động quá độ.
- Nhiễm độc, những nghề nghiệp độc hại.

2.1.2. Nguyên nhân cơ học

- U xơ tử cung to hoặc nhiều nhân, u xơ tử cung dưới niêm mạc.
- Các dị dạng tử cung như tử cung đôi, tử cung hai sừng, vách ngăn tử cung.
- Chấn thương trực tiếp vùng bụng hay do phẫu thuật.

2.1.3. Nguyên nhân do trứng

- Đa thai, đa ối.
- Phôi chết trong tử cung.

2.1.4. Nguyên nhân do nội tiết

Tất cả các rối loạn nội tiết đều có thể gây sảy thai.

- Cường giáp, thiếu giáp, tiểu đường, cường androgen.
- Suy hoàng thể không bài tiết đủ progesterone, niêm mạc tử cung trưởng thành không đủ sẽ ảnh hưởng đến sự làm tổ của trứng thụ tinh.

2.1.5. Rối loạn nhiễm sắc thể

2.1.6. Nguyên nhân miễn dịch

Thai như một mảnh ghép trong tử cung người mẹ, phản ứng loại bỏ thai của cơ thể mẹ để chống lại kháng nguyên thai thực hiện qua lympho bào T sẽ ức chế sự phát triển của phôi.

2.2. Sảy thai muộn

- Sai lệch nhiễm sắc thể làm thai phát triển bất thường rồi sảy.
- Máu tụ sau nhau trong trường hợp mẹ cao huyết áp.

- Vỡ ối non gặp trong đa thai, đa ối, hở eo tử cung.
- Tất cả bất thường tử cung như dị dạng, thiếu sản tử cung, u xơ tử cung, hở eo tử cung.
- Bệnh toàn thân của mẹ.
- Các tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm siêu vi.
- Chấn thương bụng trực tiếp hay do phẫu thuật.

Khoảng 20 - 30% các trường hợp sảy thai mà không tìm được nguyên nhân.

3. HÌNH THÁI LÂM SÀNG

3.1. Dọa sảy thai

Phôi thai còn sống chưa bị bong ra khỏi niêm mạc tử cung.

- Ra máu âm đạo là triệu chứng chủ yếu, ra máu đỏ hoặc máu đen, lượng ít thường. kéo dài nhiều ngày. Nếu ra máu âm đạo lượng nhiều tiên lượng sẽ bị sảy.

- Có cảm giác nặng bụng dưới hoặc đau lưng.

- Đặt mỏ vịt nhẹ nhàng để loại trừ nguyên nhân chảy máu từ các tổn thương ở cổ tử cung, âm đạo.

- Khám âm đạo: cổ tử cung dài, đóng kín, thân tử cung mềm và to tương ứng với tuổi thai.

- Siêu âm có hiện tượng bóc tách một phần nhỏ của bánh nhau, bờ túi ối đều và rõ, có âm vang của phôi, tim thai có hoặc không.

3.2. Sảy thai khó tránh

- Ra máu nhiều và đỏ tươi, hoặc không ra máu nhiều nhưng lại kéo dài dây dưa trên 10 ngày.

- Đau bụng vùng hạ vị từng cơn, đau từng cơn, ngày càng tăng.

- Khám âm đạo: cổ tử cung hé mở lợt ngón tay, đôi khi vỡ ối.

3.3. Sảy thai đang diễn tiến

- Ra máu âm đạo nhiều đỏ tươi, có máu cục.

- Đau quặn từng cơn vùng hạ vị do tử cung co thắt mạnh để tống nhau thai ra.

- Khám âm đạo thấy đoạn dưới tử cung phình to do bọc thai đã bong khỏi thành tử cung. Cổ tử cung mở, đôi khi có thể thấy khối nhau thai đang nằm lấp ló ở cổ tử cung.

3.4. Sảy thai không trọn

Thường bệnh nhân có triệu chứng dọa sảy trước đó, rồi có một lúc đau bụng nhiều hơn ra máu nhiều hơn. Bệnh nhân có thể ghi nhận có một mảnh mô được tống xuất ra khỏi âm đạo. Sau đó vẫn còn ra máu khi nhiều, khi ít dây dưa và vẫn còn đau bụng âm ỉ.

- Khám âm đạo thấy cổ tử cung còn hé mở hay đã đóng kín. Thân tử cung còn to hơn bình thường.

- Bệnh nhân có thể có biểu hiện nhiễm trùng.
- Siêu âm cho thấy có hình ảnh sót nhau trong buồng tử cung.

3.5. Sảy thai băng huyết

- Ra máu âm đạo nhiều, máu tươi. Bệnh nhân có thể biểu hiện tình trạng choáng mất máu.

- Khám âm đạo thấy nhiều máu tươi lẫn máu cục, có phần thai thập thò ở cổ tử cung hoặc trong âm đạo. Trường hợp vào viện muộn, thai đã sảy thì không còn các triệu chứng này mà chỉ nổi bật triệu chứng chảy máu.

3.6. Sảy thai nhiễm khuẩn

- Ra máu âm đạo kéo dài kèm theo hội chứng nhiễm trùng.

- Khám âm đạo thấy cổ tử cung hé mở, máu âm đạo sẫm màu và hôi. Tử cung mềm chạm đau.

- Trường hợp nặng có thể đưa đến biến chứng nhiễm trùng tử cung toàn bộ, viêm phúc mạc

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

4.1. Thể giả sảy của thai ngoài tử cung

Trong thai ngoài tử cung lớp màng rụng có thể tróc ra nguyên khối nên nhầm với sảy thai. Khám âm đạo thấy tử cung không to tương xứng với tuổi thai, có thể sờ được khối u cạnh tử cung đau. Nếu nạo buồng tử cung, hình ảnh giải phẫu bệnh lý mô nạo sẽ là nội mạc tử cung có phản ứng màng rụng chứ không thấy gai nhau.

4.2. Thai trứng

Thường có rong huyết kéo dài gây thiếu máu, nôn nhiều. Khám tử cung lớn hơn tuổi thai, có thể sờ thấy nang hoàng tuyến. Thai lớn không sờ thấy phần thai, không nghe được tim thai . Định lượng HCG trong máu rất cao. Siêu âm có hình ảnh bão tuyết.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Dự phòng sảy thai

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

- Bổ sung sinh tố nhất là vitamin E.

- Sử dụng các loại thuốc giảm co bóp.

- Điều trị nội tiết : Progesterone tự nhiên nhằm giảm co bóp tử cung là chính, không nên dùng các loại progesterone tổng hợp vì có khả năng gây dị tật thai nhất là trong giai đoạn tạo phôi ở hai tháng đầu thai kỳ. Nếu nguyên nhân sảy thai không phải do suy hoàng thể thì thai vẫn có thể chết nhưng lại bị lưu trong buồng tử cung

- Tránh giao hợp ít nhất là 2 tuần sau khi ngưng ra máu.

5.2. Sẩy thai khó tránh, đang sẩy và sẩy thai không trọn

Nguyên tắc là phải nạo buồng tử cung để lấy hết thai và nhau, để phòng băng huyết, nhiễm khuẩn. Trong xử trí phải dựa vào tình trạng toàn thân, tuổi thai, sự xóa mở cổ tử cung để xử trí thích hợp.

5.3. Sẩy thai băng huyết

- Hồi sức tích cực, truyền dịch và máu.
- Nong gấp nạo buồng tử cung.

5.4. Sẩy thai nhiễm khuẩn

- Cho kháng sinh liều cao phối hợp và oxytocin.
- Nạo buồng tử cung sau ít nhất 12giờ, nạo phải cẩn thận để bị thủng tử cung.
- Trường hợp nhiễm khuẩn nặng có chỉ định cắt tử cung.

6. SẢY THAI TÁI PHÁT

6.1. ĐỊNH NGHĨA

Gọi là sẩy thai tái phát hay sẩy thai liên tiếp khi bị sẩy thai tự nhiên từ 3 lần liên tiếp trở lên.

6.2. NGUYÊN NHÂN

- Bất thường nhiễm sắc thể chiếm đến 74% các trường hợp sẩy thai tái phát.
- Bệnh lý của mẹ.
- Bất thường của tử cung.
- Các bệnh lý nhiễm khuẩn.

- Hở eo tử cung là nguyên nhân quan trọng nhất gây sẩy thai tái phát. Hở eo tử cung có thể do bẩm sinh, do cổ tử cung bị tổn thương vì nong nạo ở các lần có thai trước, do rách cổ tử cung khi đẻ...

+ Đặc điểm lâm sàng của sẩy thai do hở eo tử cung là thai thường sẩy đột ngột từ giữa đến cuối tam cá nguyệt thứ hai của thai kỳ, không có triệu chứng đau bụng hoặc ra máu âm đạo báo trước, đột ngột bị vỡ ối và sau vài cơn co mạnh, thai thoát âm rất nhanh. Thai còn rất non, chết sau sanh.

+ Chẩn đoán bằng cách khám âm đạo khi có thai có thể đứt lọt ngón tay qua lỗ trong cổ tử cung dễ dàng.

+ Điều trị bằng cách may vòng eo tử cung vào thời điểm sau tam cá nguyệt đầu nhưng trước tuần thứ 14, chính xác hơn là trước thời điểm bị sẩy ở các lần có thai trước.

+ Chống chỉ định may vòng eo tử cung trong trường hợp đã bị vỡ ối hoặc có cơn go tử cung, hay có ra máu âm đạo.

3. ĐIỀU TRỊ

Tùy theo nguyên nhân của sẩy thai tái phát mà có cách điều trị thích hợp.

- Điều trị các bệnh lý của mẹ.

- Khâu vòng eo tử cung trường hợp hở eo tử cung.
- Sử dụng progesterone nếu suy hoàng thể.
- Mổ bóc nhân xơ tử cung, mổ cắt vách ngăn tử cung ...

B. THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG

Thai chết trong tử cung là những thai bị chết mà còn lưu lại buồng tử cung lớn hơn 48 giờ.

Trong nhiều trường hợp nguyên nhân gây thai chết khó xác định được.

1. NGUYÊN NHÂN

1.1. Nguyên nhân về phía mẹ

- Cao huyết áp trong thai kỳ, sản giật đều có thể gây chết thai nếu không được điều trị hay điều trị không đúng. Khi tiền sản giật càng nặng, tỷ lệ thai chết càng cao

- Các bệnh mạn tính: viêm thận, xơ gan, bệnh tim...

- Mẹ bị các bệnh nội tiết: Basedow, thiếu năng giáp, đái tháo đường, thiếu năng hay cường tuyến thượng thận.

- Các bệnh nhiễm khuẩn (bệnh lậu, giang mai...), nhiễm ký sinh trùng (đặc biệt là sốt rét ác tính làm cho thai chết gần 100%), nhiễm virus (Viêm gan, quai bị, cúm, sởi,..). Trong các trường hợp nặng thai chết có thể là do tác động trực tiếp của nguyên nhân gây bệnh lên thai, bánh nhau hoặc do tình trạng sốt của mẹ (vì hệ thống điều hoà nhiệt của thai chưa hoạt động, khả năng điều hoà nhiệt rất kém).

1.2. Nguyên nhân do thai

- Đa thai
- Di tật bẩm sinh
- Di tật di truyền
- Nhiễm khuẩn

1.3. Nguyên nhân do nhau

- Bất thường của dây rốn: dây rốn thắt nút, dây rốn ngắn, dây rốn quấn cổ, dây rốn bị chèn ép hoặc bị xoắn quá mức.

- Bệnh lý bánh nhau: phù nhau thai, bánh nhau xơ hoá, bánh nhau bị bong.

- Vỡ ối sớm.

Có một tỷ lệ không nhỏ thai chết không rõ nguyên nhân

2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

Tùy theo tuổi thai và thời gian thai chết trong tử cung mà có các hình thái khác nhau

2.1. Thai bị tiêu

Thai bị chết trong những tuần đầu, ở giai đoạn nhau toàn diện thì thai có thể bị tiêu hoàn toàn, chỉ còn túi ối (trứng trống).

2.2. Thai bị teo đét

Khi tuổi thai 3 - 4 tháng, nếu thai chết sẽ bị teo đét lại: da vàng sẫm như màu đất, nhãn nheo bọc lấy xương, nước ối ít, sánh đặc, vẫn đục và cuối cùng sẽ khô đi để lại một lớp như sáp trắng bao quanh thai.

2.2.1. Thai bị ửng mục

Khi tuổi thai hơn 5 tháng, nếu thai chết sẽ bị ửng mục. Lớp ngoại bì bị bong, bong dần từ chân lên đầu thai nhi. Lớp nội bì thấm Hemoglobin nên có màu đỏ tím. Các nội tạng bị rữa, xương sọ ọp ẹp, chồng lên nhau, ngực xẹp, bánh nhau vàng úa, teo đét xơ cứng lại. Màng nhau vàng úa, nước ối cạn dần có màu hồng đỏ, dây rốn teo nhỏ. Chúng ta có thể dựa vào hiện tượng lột da để xác định thời gian thai chết:

Ngày thứ ba: bong da bàn chân.

Ngày thứ tư: bong da chi dưới.

Ngày thứ tám: bong da toàn thân.

2.2.2. Thai bị thối rữa

Nếu ối vỡ, nhiễm trùng lan toả rất nhanh, gây nhiễm độc cho mẹ. Vi khuẩn có thể gặp là các vi khuẩn kỵ khí, hoại thư sinh hơi.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

3.1. Thai dưới 20 tuần bị chết

Việc chẩn đoán thai chết ở giai đoạn này tương đối khó khăn vì thường thai chết âm thầm, không có triệu chứng.

- Bệnh nhân có đã các dấu hiệu có thai: chậm kinh, nghén, bụng to dần, hCG dương tính, siêu âm thấy các phần thai và hoạt động của tim thai.

- Ra máu âm đạo tự nhiên, ít một, máu đỏ sẫm hay nâu đen, không kèm theo đau bụng. Đây là một dấu hiệu phổ biến của thai chết dưới 20 tuần.

- Tử cung không lớn lên, ngược lại tử cung sẽ nhỏ lại và nhỏ hơn tuổi thai

- Xét nghiệm hCG trong nước tiểu âm tính (sau khi thai chết khoảng 2 tuần)

- Siêu âm: rất có giá trị trong chẩn đoán sớm: trên siêu âm thấy hình ảnh của thai nhưng không có hoạt động của thai và tim thai. Có khi chỉ thấy túi ối mà không có phần thai (trứng trống). Hình ảnh túi ối rộng, méo mó không đều càng chắc chắn thai đã chết. Nếu có nghi ngờ nên kiểm tra lại sau một tuần.

3.2. Thai trên 20 tuần

Triệu chứng lâm sàng khá rõ, dễ xác định được thời gian thai chết hơn.

- Bệnh nhân đã có các dấu hiệu có thai với các dấu hiệu thai sống: bụng lớn, vú phát triển, có dấu hiệu thai máy. Nhìn thấy rõ các phần của thai, nghe được tim thai, siêu âm có tim thai và cử động thai.

- Trong một vài trường hợp, thai chết xảy ra ở bệnh nhân có nguy cơ cao đang được theo dõi. Người ta có thể phát hiện các dấu hiệu suy thai trước khi thai chết

trong khi đang theo dõi một thai nghén nguy cơ cao. Ít khi thai chết trong quá trình chuyển dạ.

- Xuất hiện dấu hiệu thai chết: không thấy cử động của thai (đây thường là dấu hiệu để bệnh nhân đi khám),bụng nhỏ dần, vú tiết sữa non, có thể ra máu âm đạo nhưng hiếm gặp ở giai đoạn này.

- Nếu bệnh nhân có một số bệnh lý kèm theo như tiền sản giật, bệnh tim thì bệnh sẽ có xu hướng giảm nhẹ sau khi thai chết.

- Thăm khám: khám thực thể và tiền sử không có nhiều giá trị chẩn đoán thai chết. Trong đa số trường hợp, dấu hiệu duy nhất là không có cử động của thai.

+ Chiều cao tử cung nhỏ hơn tuổi thai. đo chiều cao tử cung nhỏ lại so với lần đo trước đặc biệt có ý nghĩa trong chẩn đoán thai chết trong tử cung.

+ Nắn bụng không rõ phần thai.

+ Không nghe được tim thai. Tim thai không nghe được khi khám có thể gợi ý thai chết. Tuy nhiên, điều đó chưa thể khẳng định chẩn đoán, chẩn đoán thai chết được khẳng định qua siêu âm.

- Cận lâm sàng:

+ Siêu âm: không thấy cử động của thai, không có hoạt động của tim thai, đầu thai méo mó, có thể thấy một viên âm vang nghèo quanh hộp sọ do da đầu bị bong ra (dấu hiệu Hallo).

+ X quang: sau khi thai chết khoảng 10 ngày có hình ảnh chồng xương sọ (dấu hiệu Spalding 1), cột sống bị gấp khúc, đốt sống chồng nhau (dấu hiệu Spalding 2) hoặc vòng sáng quanh đầu (dấu hiệu Devel). Đôi khi thấy bóng hơi trong buồng tim hoặc trong các mạch máu lớn (dấu hiệu Robertson)

Chẩn đoán thai chết luôn cần được khẳng định qua siêu âm. Đó là dấu hiệu tim thai không hoạt động.

3.3. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt cần đặt ra đối với một thai nhỏ có tuổi thai dưới 20 tuần

- Thai ngoài tử cung

- Tử cung có u xơ: khám thấy tử cung to hơn bình thường và ra máu âm đạo.

- Thai trứng: đặc biệt dễ nhầm với thai trứng thoái hoá, đôi khi không thể phân biệt được trên lâm sàng và cả siêu âm, chỉ khi làm giải phẫu bệnh lý mới chẩn đoán xác định được.

- Thai còn sống: đây là một vấn đề có thể xảy ra nếu chẩn đoán vội vàng. Tất cả các triệu chứng cơ năng, thực thể hoặc siêu âm cũng có thể không chính xác. Do đó, cách tốt nhất để tránh lầm lẫn là không nên vội vàng khi chẩn đoán và xử trí. Phải thăm khám kỹ, phối hợp các xét nghiệm, thăm dò nhiều lần mới được xác định chẩn đoán.

4. TIẾN TRIỂN CỦA THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG

4.1. Chuyển dạ đẻ của thai chết trong tử cung

Hầu hết (90%) là chuyển dạ tự nhiên, thai sẽ bị tống ra ngoài tử cung sau khi chết 2-3 tuần. Chuyển dạ tự nhiên thường xảy ra ở các trường hợp con rạ, thai gần đủ tháng, có chỉ số Bishop > 6

- Đau bụng tăng dần như chuyển dạ.
- Có hiện tượng xoá, mờ cổ tử cung .
- Ôi phòng hình “quả lê” do màng ối chết mất tính đàn hồi .
- Ới có thể vỡ, nước ối hồng hoặc đen bản, dễ gây nhiễm trùng .
- Nhau thường sổ ngay sau khi thai sổ và hay có biến chứng chảy máu
- Nhiễm trùng hậu sản dễ xảy ra trong thời kỳ hậu sản

Trường hợp tiến triển không thuận lợi (con so, tuổi thai nhỏ, chỉ số Bishop > 5) cần phải phát khởi chuyển dạ sau khi đã chuẩn bị đầy đủ.

4.2. Biến chứng

4.2.1. Rối loạn đông máu

- Rối loạn đông máu là một biến chứng nặng của thai chết trong tử cung. Thời gian thai chết và lưu trong buồng tử cung càng lâu, nếu chết lưu trên 4 tuần thì nguy cơ rối loạn đông máu càng cao. Fibrinogen giảm hoặc mất, kèm theo giảm tiêu cầu gây chảy máu không đông. Cơ chế có thể do:

+ Đông máu rải rác trong lòng mạch (CIVD): các sản phẩm của nhau thai thoái hoá, hoại tử sẽ kích hoạt quá trình sinh thromboplastin ở máu mẹ, dẫn tới tăng quá trình đông máu nên tăng tiêu thụ Fibrinogen

+ Tiêu huỷ Fibrinogen: sản phẩm thoái hoá của nhau thai có thể kích hoạt sự sản sinh quá nhiều plasminogen (chất phân huỷ Fibrin) gây nên tiêu sợi huyết.

- Dù rối loạn đông máu do CIVD hay do tiêu sợi huyết thì biểu hiện lâm sàng cũng là chảy máu không đông từ tử cung. Chảy máu có thể xuất hiện ngay sau đẻ hoặc sau khi can thiệp.

4.2.2. Biến chứng nhiễm trùng

Nếu thai chết nhưng chưa có vỡ ối thường là vô trùng, chỉ nhiễm trùng khi ối đã vỡ. Biến chứng nhiễm trùng xảy ra rất nhanh, có thể đưa đến tình trạng nhiễm trùng máu, sốc nhiễm trùng đặc biệt là do vi khuẩn Gram âm....Các vi khuẩn có thể gặp là *Colibacille*, *Proteus*, *Pseudomonas*, thậm chí cả *Chlostridium Perferingent*.

4.2.3. Ảnh hưởng đến tâm lý

Tâm lý người mẹ bị ảnh hưởng nghiêm trọng khi thai chết, nhất là ở những thai phụ hiếm con, vô sinh. Ngoài ra họ còn có tâm lý lo sợ khi phải mang thai đã chết, do đó cần giải thích cặn kẽ, động viên để thai phụ tránh được những ảnh hưởng xấu cho lần mang thai này và những lần mang thai sau.

5. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

6.1. Tuyến xã

Tư vấn và chuyên tuyến trên xử trí vì thai chết trong tử cung có thể có các biến chứng nặng nề như: chảy máu, nhiễm khuẩn, có thể gây nguy hiểm đến tính mạng người mẹ.

5.2 Tuyến huyện và các tuyến cao hơn

5.2.1 Nguyên tắc chung

Không vội vàng xử trí

- Chỉ quyết định điều trị sau khi đã có chẩn đoán chính xác và chuẩn bị đầy đủ
- Làm các xét nghiệm: công thức máu, phân loại nhóm máu, chức năng đông máu toàn bộ, đặc biệt là lượng fibrinogen máu và một số xét nghiệm cần thiết khác.
- Nếu xét nghiệm có hiện tượng rối loạn chức năng đông máu thì phải điều trị rối loạn đó rồi mới đặt vấn đề giải quyết thai lưu. Các thuốc sử dụng để điều chỉnh rối loạn đông máu:

- + Fibrinogen truyền tĩnh mạch.
- + Máu tươi toàn phần.
- + Thuốc chống tiêu sinh sợi huyết: E. A. C, Transamine 250mg x 2 - 4 ống/ngày.

Những trường hợp dù xét nghiệm chức năng đông máu bình thường cũng cần chuẩn bị sẵn máu tươi hoặc các chế phẩm như Fibrinogene, để điều trị khi có biến chứng rối loạn đông máu thứ phát xảy ra (một số tác giả sử dụng Heparin để điều trị với liều từ 50000 - 100000 đv, tuy nhiên vấn đề này cần được nghiên cứu thêm để có thể áp dụng mà không gây tai biến.)

- Những nguy cơ đáng lưu ý đối với thai chết lưu là rất dễ bị nhiễm khuẩn sau khi vỡ ối hoặc sau khi thai, nhau ra có thể chảy máu nặng do rối loạn chức năng đông máu, hoặc đờ tử cung. Vì vậy cần phòng chống nhiễm khuẩn tốt, dùng kháng sinh toàn thân, liều cao và phối hợp kháng sinh trong 5 - 7 ngày.

5.2.2. Nạo cổ tử cung, nạo

- Nạo buồng tử cung được áp dụng cho những trường hợp thai chết mà thể tích tử cung nhỏ hơn tử cung có thai 3 tháng hoặc chiều cao tử cung < 8 cm.
- Phải giảm đau cho bệnh nhân trước khi nạo, dùng thuốc tăng co tử cung và kháng sinh. Không để sót tổ chức nhau, thai.
- Chú ý theo dõi đề phòng chảy máu, biến chứng rối loạn đông chảy máu sau nạo.

5.2.3. Khởi phát chuyển dạ

Khi đã chẩn đoán khẳng định thai chết, cần phát khởi chuyển dạ để tống thai. Phản ứng của bệnh nhân có thể khác nhau đối với hình thức xử trí này. Một số bệnh

nhân có thể đồng ý khởi phát chuyển dạ ngay, một số khác cần đợi một thời gian nhất định (có thể vài giờ hoặc vài ngày) để họ ổn định về tinh thần. Cả hai trường hợp này đều có thể chấp nhận.

Khi thai chết trong tử cung từ 3 - 4 tuần, lượng fibrinogen trong máu có thể giảm, dẫn tới rối loạn đông máu-chảy máu

Khởi phát chuyển dạ bắt đầu với việc chuẩn bị bệnh nhân và sau đó truyền ôxytôxin tĩnh mạch. Bệnh nhân có tiền sử mổ đẻ cần được chú ý để tránh nguy cơ vỡ tử cung.

Thai chết lưu sớm có thể được xử trí bằng việc đặt dụng cụ và nong rồi đưa thai ra. Ở phụ nữ có thai chết lưu trước 28 tuần tuổi, khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandin E2 đặt âm đạo (misoprostol đặt âm đạo) hoặc dùng đường uống và/hoặc ôxytôxin (thường áp dụng ở những phụ nữ có sẹo mổ ở tử cung). Đối với những phụ nữ có thai chết lưu sau 28 tuần tuổi nên dùng những liều thấp hơn.

Prostaglandin E2 và misoprostol không nên dùng ở những phụ nữ có tiền sử phẫu thuật tử cung vì có nguy cơ vỡ tử cung.

5.2.4. Đánh giá nguyên nhân:

Ngoài những nguyên nhân rõ ràng như: dây rốn thắt nút, quấn cổ...cần tìm hiểu những yếu tố nguy cơ bệnh lý từ phía mẹ như: tiểu đường, nhiễm khuẩn, cao huyết áp...và phía thai và phần phụ của thai: làm giải phẫu bệnh lý, thử máu, nuôi cấy, phân tích nhiễm sắc thể...

Có tới 50% trường hợp thai chết lưu không rõ nguyên nhân. Tuy nhiên việc đánh giá nguyên nhân thai chết có thể tác động tới việc ước lượng tần số xuất hiện và giúp cải thiện tốt hơn hoạt động tư vấn, quản lý thai nghén, hệ thống chẩn đoán trong thời kỳ mang thai của phụ nữ và quản lý thai

6. DỰ PHÒNG:

Việc dự phòng thai chết trong tử cung là một vấn đề khó khăn bởi nhiều trường hợp không tìm được nguyên nhân, tuy nhiên giảm được tỷ lệ thai chết nếu làm tốt những việc sau:

- Đăng ký quản lý thai nghén, tư vấn tốt cho các bà mẹ khi mang thai ngay từ những tuần lễ đầu tiên, chú trọng chế độ dinh dưỡng và làm việc, tránh các lao động nặng, lao động trong môi trường độc hại. Không để sót các trường hợp thai quá ngày sinh

- Phát hiện, chẩn đoán, điều trị sớm các bệnh lý của mẹ trước và trong khi mang thai.

- Thận trọng khi dùng thuốc cho phụ nữ có thai.

- Khi nghi ngờ thai chết lưu: nếu ở tuyến xã phải tư vấn và chuyển ngay lên tuyến trên, nếu ở tuyến trên phải cho nhập viện và điều trị kịp thời./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Một phụ nữ đến khám vì bị ra máu âm đạo ít từ 3 ngày nay sau khi đã trễ 2 kỳ kinh. Khám thấy cổ tử cung đóng, thân tử cung to tương đương thai 7-8 tuần, ra máu ít. Chẩn đoán được nghĩ đến nhiều nhất là:

A. Dọa sảy thai B. Hư thai trọn C. Hư thai không trọn D. Thai ngoài tử cung

2. May vòng eo tử cung để điều trị hở eo tử cung thường được thực hiện vào khoảng thời điểm nào?

A. Tuần lễ vô kinh thứ 8 B. Tuần lễ vô kinh thứ 10

C. Tuần lễ vô kinh thứ 14 D. Tuần lễ vô kinh thứ 18

3. Một phụ nữ 22 tuổi đến khám vì rong huyết dai dẳng. Trước đó 3 tuần đã sảy thai tự nhiên (thai 12 tuần). Khám thấy cổ tử cung đóng, thân tử cung hơi to. Bạn yêu cầu thực hiện thăm sát nào dưới đây?

A. Chọc dò cùng đồ sau B. Chụp buồng tử cung-vòi trứng có cản quang

C. Phết tế bào âm đạo nội tiết D. Siêu âm vùng chậu

4. Chống chỉ định khâu vòng eo tử cung trong trường hợp nào sau đây:

A. Hở eo tử cung do nguyên nhân bẩm sinh

B. Bệnh nhân có tiền căn nạo thai nhiều lần

C. Có con co tử cung nhẹ

E. Tuổi thai đã quá 14 tuần vô kinh

5. Trung bình 80% trường hợp sảy thai tự nhiên xảy ra ở tuổi thai nào sau đây:

A. 6 tuần tuổi

B. 8 tuần tuổi

C. 10 tuần tuổi

D. 12 tuần tuổi

6. Thời gian tối thiểu từ lúc thai chết cho đến lúc được tổng xuất tự nhiên ra ngoài là bao nhiêu?

A. 24 giờ

B. 36 giờ

C. 48 giờ

D. 72 giờ

7. Nguyên nhân nào sau đây thường gây thai chết lưu?

A. Thai già tháng.

B. Cao huyết áp trong thai kỳ

B. Tiểu đường

D. Tất cả các câu trên đều đúng

8. Khám đầu ối nào sau đây đặc trưng thai chết trong tử cung?

A. Ổi phồng

B. Ổi dẹt

C. Ổi quả lê

D. Cả A, B, C đều đúng

9. Cận lâm sàng nào sau đây có giá trị để chẩn đoán thai chết lưu?

A. hCG

B. X quang

C. Siêu âm

D. Cả A, B, C đều đúng

10. Chảy máu sau sảy thai và sau đẻ trong thai chết lưu là do?

A. Tăng fibrinogen máu

B. Giảm fibrinogen máu

C. Giảm thromboplastin

D. Tăng thromboplastin

Bài 10. THAI TRÚNG

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

1. Kiến thức

- 1.1. Định nghĩa được thai trứng.
- 1.2. Mô tả được đặc điểm giải phẫu bệnh của thai trứng.
- 1.3. Chẩn đoán xác định được một trường hợp thai trứng.
- 1.4. Nêu được tiến triển của thai trứng.
- 1.5. Nêu được các cách xử trí thai trứng.
- 1.6. Trình bày được cách theo dõi bệnh nhân sau nạo thai trứng.

2. Thái độ:

Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

1. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

1.1. Điều kiện sống

Dinh dưỡng kém và điều kiện sống thiếu thốn, điều này có thể lý giải về tỉ lệ mắc bệnh cao ở Châu Á.

1.2. Tuổi

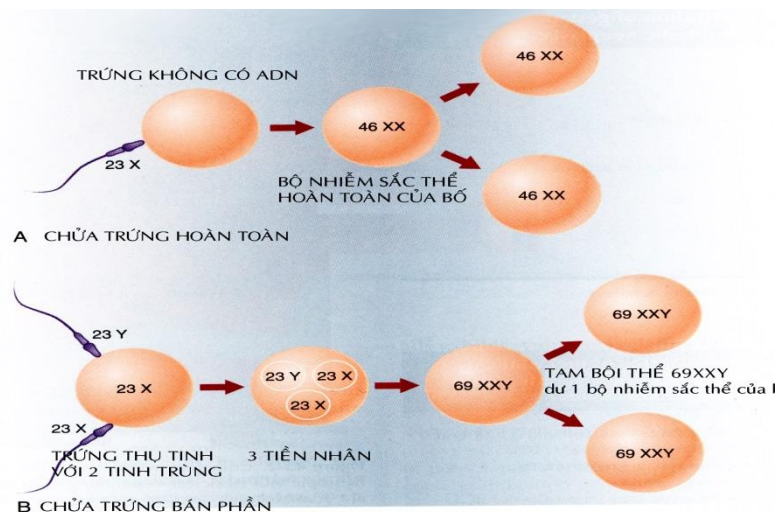
Khi so sánh những người phụ nữ mang thai ở các độ tuổi khác nhau cho thấy nguy cơ mắc bệnh tương đối khác nhau; chẳng hạn như khi mang thai trước tuổi 20 thì tỷ lệ này là 1,5% nhưng sau tuổi 40 tỷ lệ là 5,2%.

1.3. Bất thường nhiễm sắc thể

- *Thai trứng toàn phần:* nghiên cứu di truyền học tế bào đã chứng minh 94% số thai trứng có nhiễm sắc thể là 46XX, đó là sự thụ tinh của một noãn không có nhân với một tinh trùng, sau đó nhân đôi để tạo thành 46 nhiễm sắc thể. Có khoảng 4 - 6% thai trứng toàn phần có 46 nhiễm sắc thể với giới tính XY.

- *Thai trứng bán phần:* có cả thai nhi và nhau thai. Trên phương diện di truyền đó là một tam bội thể do hai tinh trùng thụ tinh với một tế bào noãn bình thường, có kiểu gen là 69 XXY, XXX hay XYY. Khả năng ác tính của thai trứng bán phần thấp hơn thai trứng toàn phần.

1.4. Suy giảm miễn dịch



Hình 9.1: Cơ chế tạo thành thai trứng

2. GIẢI PHẪU BỆNH

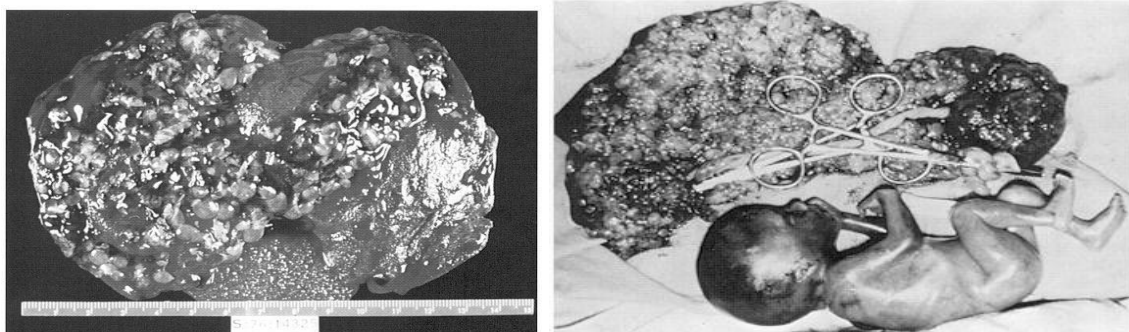
2.1. Đại thể

Có 2 loại thai trứng:

- Thai trứng toàn phần: toàn bộ gai nhau phát triển thành các túi trứng
- Thai trứng bán phần: bên cạnh các túi trứng còn có mô nhau thai bình thường, hoặc có cả phôi, thai nhi thường chết trong giai đoạn 3 tháng đầu.

Đường kính túi trứng từ 1-3mm. Các túi trứng dính vào nhau như những bọng trứng ếch hoặc chùm nho

Trong thai trứng, buồng trứng bị ảnh hưởng bởi hormon β hCG. Nang hoàng tuyến xuất hiện ở một hoặc hai bên buồng trứng. Đường kính từ vài cm đến vài chục cm, trong chứa dịch vàng. Nang hoàng tuyến thường có nhiều thủy, vỏ nang mỏng và trơn láng.



Hình 9.2: Bệnh phẩm đại thể thai trứng toàn phần và bán phần.

2.2. Vi thể

Các túi trứng thể tích lớn hơn gai nhau rất nhiều, lớp nguyên bào nuôi bọc ngoài bị căng mỏng, trực liên kết động-tĩnh mạch bị thoái hoá không còn mạch máu. Tổ chức liên kết thưa thớt và chỉ chứa một chất dịch trong như nước.

3. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

3.1. Cơ năng

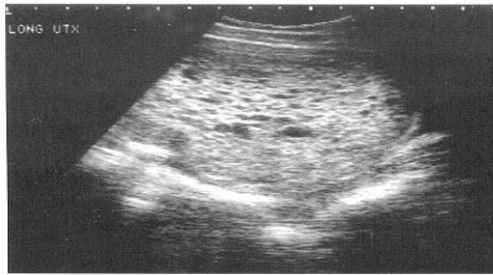
- Bệnh nhân có hiện tượng tắt kinh.
- Rong huyết chiếm trên 90% trường hợp thai trứng. Máu ra ở âm đạo tự nhiên, máu sẫm đen hoặc đỏ loãng, ra kéo dài.
- Nghén nặng: gặp trong 25 - 30% các trường hợp, biểu hiện nôn nhiều, đôi khi phù, có protein niệu.
- Bụng to nhanh.
- Không thấy thai máy.

3.2. Thực thể

- Toàn thân: mệt mỏi, biểu hiện thiếu máu.
- Tử cung mềm, bề cao tử cung lớn hơn tuổi thai (trừ trường hợp thai trứng thoái triển).
- Không sờ được phần thai.
- Không nghe được tim thai.
- Nang hoàng tuyến xuất hiện trong 25 - 50%, thường gặp cả 2 bên.
- Khám âm đạo có thể thấy nhân di căn âm đạo, màu tím sẫm, dễ vỡ gây chảy máu.
- Có thể có dấu hiệu tiền sản giật (10%)
- Có thể có triệu chứng cường giáp (10%)

3.3. Cận lâm sàng

- Siêu âm: cho thấy hình ảnh tuyết rơi hoặc lỗ chỗ như tổ ong. Có thể thấy nang hoàng tuyến hai bên, không thấy phôi thai (thai trứng toàn phần).
- Định lượng β -hCG: là xét nghiệm cơ bản để chẩn đoán và theo dõi thai trứng. Lượng β -hCG tăng trên 100 000mUI / ml.
- Các xét nghiệm khác: định lượng HPL (Human placental lactogen), thường cao trong thai thường, nhưng rất thấp trong thai trứng.
- Định lượng Estrogen: trong nước tiểu Estrogen dưới dạng các Estrone, estradiol hay estriol đều thấp hơn trong thai thường, do sự rối loạn chế tiết của nhau và do không có sự biến đổi estradiol và estriol xảy ra ở tuyến thượng thận của thai nhi. Sự khác biệt này thấy rõ khi tuổi thai từ 14 tuần trở lên.



Hình 9.3: Hình ảnh siêu âm của thai trứng toàn phần.

3.4. Chẩn đoán phân biệt

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

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Tuyến xạ

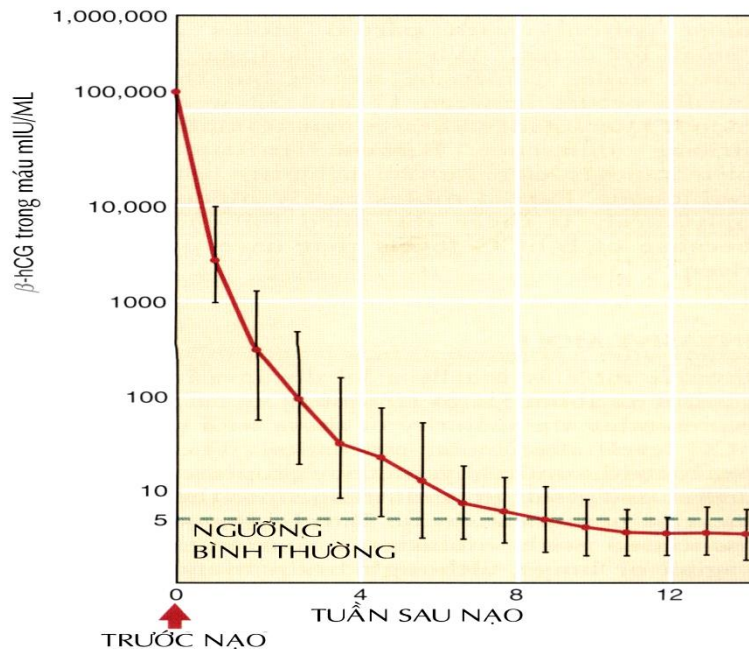
- Chuyển lên tuyến trên nếu thai trứng chưa sảy.
- Nếu thai đang sảy: thiết lập đường chuyển, hồi sức chống choáng, sử dụng Oxytocin và các thuốc go hồi tử cung, nhanh chóng chuyển lên tuyến trên.

4.2. Tuyến huyết và các tuyến chuyên khoa

4.2.1. Nạo hút trứng

4.2.2. Phẫu thuật

6.2.3. Theo dõi sau nạo trứng



Hình 9.4: Diễn biến bình thường của nồng độ Beta-hCG sau nạo trứng

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

- Cận lâm sàng: định lượng β hCG 8 ngày/1 lần cho đến khi âm tính. Nếu xét nghiệm 3 lần liên tiếp âm tính thì mới được khẳng định là âm tính. Sau đó định lượng 2 tháng một lần cho đến hết thời gian theo dõi.

+ Xét nghiệm chức năng gan, thận

+ X quang phổi: tìm nhân di căn.

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

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

+ Tử cung vẫn to, nang hoàng tuyến không mất đi hoặc xuất hiện nhân di căn âm đạo

+ β -hCG không biến mất sau 3 tháng.

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

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

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

+ Kích thước tử cung trước nạo to hơn tuổi thai 20 tuần

+ Có 2 nang hoàng tuyến to 2 bên

- + Tuổi của mẹ trên 40
- + Nồng độ β -hCG tăng rất cao
- + Có biến chứng của thai trứng như nhiễm độc thai nghén, cường giáp.
- + Thai trứng lặp lại.

5.2.4. Thời gian theo dõi

- Cần gửi giải phẫu bệnh mô nạo hoặc tử cung để có chẩn đoán mô học lành tính hay ác tính.

- Thời gian theo dõi: 2 năm, ít nhất 12 - 18 tháng.

- Có biện pháp ngừa thai phù hợp

+ Ngừa thai bằng bao cao su

+ Hoặc thuốc ngừa thai.

- Có thể sử dụng viên thuốc ngừa thai dạng kết hợp mà không làm thay đổi nồng độ β -hCG trong máu. Người ta khuyến nên dùng viên thuốc ngừa thai liều thấp.

6. TIẾN TRIỂN

6.1. Tiến triển tự nhiên

Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời thường xảy trứng băng huyết nặng, nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.

6.2. Tiến triển sau nạo thai trứng

- Tiến triển tốt: trong 80 - 90% các trường hợp. Bệnh nhân hết ra máu, tử cung co hồi nhanh sau 5 - 6 ngày, nang hoàng tuyến nhỏ dần và biến mất, nồng độ β -hCG giảm nhanh trong vài ngày, có thể giảm xuống còn 350 - 500mUI/ml trong vài tuần.

Theo Kistner trong 80% các trường hợp nồng độ β -hCG trở về bình thường sau 30 - 60 ngày sau nạo.

- Tiến triển xấu: có đến 15 - 27% thủng tử cung do trứng ăn sâu vào cơ tử cung, thai trứng xâm lấn và choriocarcinoma.

7. BIẾN CHỨNG

- Băng huyết sau sảy, sau nạo

- Thủng tử cung sau nạo hút trứng

- Nhiễm khuẩn sau sảy, sau nạo trứng.

8. PHÒNG BỆNH

- Tăng cường sức khỏe, cải thiện yếu tố xã hội, nâng cao mức sống, sức đề kháng.

- Đề phòng các diễn biến xấu của bệnh.

- Theo dõi định kỳ và đầy đủ, nhằm phát hiện sớm biến chứng ung thư tế./.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Hormon nào sau đây tăng cao để chẩn đoán thai trứng:

- A. Estrogen B. Progesteron C. FSH D. β -hCG

2. Hình ảnh cận lâm sàng nào sau đây chẩn đoán xác định thai trứng:

- A. Siêu âm hình ảnh bong tuyết rơi B. Protein niệu cao
C. VS máu tăng cao D. β -hCG (5UI)

3. Khi khám nắn ngoài dấu hiệu nào sau đây chẩn đoán thai trứng:

- A. Tử cung mềm tương xứng với tuổi thai
B. Tử cung mềm không tương xứng với tuổi thai
C. Tử cung mềm nhỏ hơn với tuổi thai
D. Cả A, B, C đúng

4. Tiêu chuẩn chẩn đoán thai trứng gồm:

- A. Mẹ sinh con so lớn tuổi B. Tử cung to hơn tuổi thai
C. β -hCG > 1000.000UI/mL D. Cả A, B, C đúng

5. Sau khi nạo hút trứng hướng điều trị tiếp theo là.

- A. Hóa trị dự phòng theo dõi B. Hóa trị dự phòng theo dõi + cắt tử cung
C. Theo dõi co hồi tử cung và diễn tiến β -hCG
D. Cắt 2 phần phụ để nang hoàng tuyến không phát triển

6. Dấu hiệu nào là dấu hiệu tiên triển tốt sau nạo trứng

- A. Tử cung to, nang hoàng tuyến tồn tại B. Xuất hiện nhân di căn âm đạo
C. Ra huyết dai dẳng sau nạo trứng D. β -hCG thường biến mất sau 12 tuần

7. Khẩn định thai trứng âm tính cần xét nghiệm β -hCG liên tiếp mấy lần?

- A. 1 lần B. 2 lần C. 3 lần D. 4 lần

8. Khẩn định thai trứng âm tính cần định lượng β -hCG mấy tháng một lần?

- A. 1 tháng B. 2 tháng C. 3 tháng D. 4 tháng

9. Tư vấn biện pháp tránh thai thích hợp nhất hậu thai trứng?

- A. Dụng cụ tử cung B. Thuốc tránh thai đơn thuần
C. Thuốc tránh thai đơn thuần D. Bao cao su

10. Thai trứng bán phần là:

- A. Khả năng ác tính, cao hơn chửa trứng toàn phần
B. Tỷ lệ thai trứng toàn phần ở các vùng khác nhau trên thế giới rõ ràng
C. Kết hợp giữa 2 tinh trùng với một noãn không nhân
D. Kết hợp giữa 2 tinh trùng với một noãn bình thường

Bài 11. THAI NGOÀI TỬ CUNG

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

1. Kiến thức

- 1.1. Kể được các nguyên nhân gây thai ngoài tử cung.
- 1.2. Trình bày được triệu chứng, chẩn đoán, các hình thái lâm sàng của thai ngoài tử cung.
- 1.3. Trình bày được cách xử trí cho từng hình thái lâm sàng của thai ngoài tử cung.

2. Thái độ:

Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

Thai ngoài tử cung (Grossese Extra Uterine - GEU) là trường hợp trứng được thụ tinh, làm tổ và phát triển ở ngoài buồng tử cung.

1. NGUYÊN NHÂN

Gồm tất cả những nguyên nhân ngăn cản hoặc làm chậm cuộc hành trình của trứng qua vòi tử cung để vào buồng tử cung. Thường gặp là do biến dạng và thay đổi nhu động vòi tử cung:

- Viêm vòi tử cung (hay gặp nhất).
- Các khối u trong lòng hoặc bên ngoài đè ép.
- Dị dạng vòi tử cung, hoặc vòi tử cung bị co thắt bất thường.
- Xơ dính do phẫu thuật đã thực hiện trước đó trên vòi tử cung, các phẫu thuật vùng bụng, hoặc hậu quả của lạc nội mạc tử cung.
- Thuốc ngừa thai đơn thuần progestin.
- Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản như kích thích rụng trứng bằng Gonadotropin, thụ tinh trong ống nghiệm...
- Tiền sử vô sinh.

2. PHÂN LOẠI

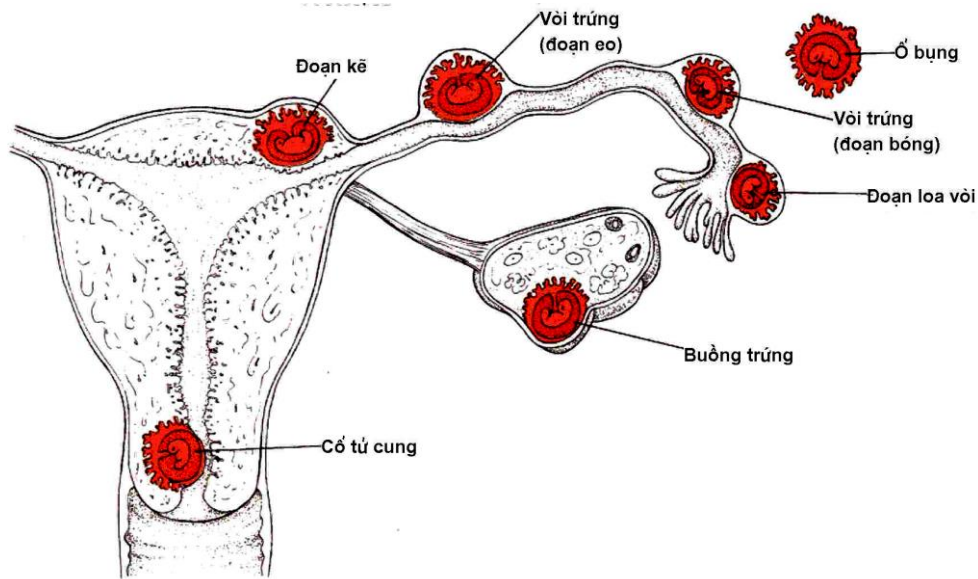
Thai ngoài tử cung có thể là ở vòi tử cung, buồng trứng hoặc trong ổ bụng, trong ống cổ tử cung. Thai ở buồng trứng và trong ổ bụng rất hiếm gặp.

- Vòi tử cung : 95 - 98%
- Buồng trứng : 0,7 - 1%
- Ống cổ tử cung : 0,5 - 1%
- Ổ bụng : hiếm gặp

Nếu thai ở vòi tử cung, phôi có thể làm tổ ở 4 vị trí khác nhau:

- Đoạn bóng : 78%
- Đoạn eo : 12%
- Đoạn loa : 5%

- Đoạn kẽ : 2%



Hình 10.1: Các vị trí làm tổ của phôi

3. GIẢI PHẪU BỆNH - SINH LÝ BỆNH

3.1. Vòi tử cung và tử cung

- Vòi tử cung không đảm bảo cho thai làm tổ, vì niêm mạc của vòi tử cung ít biến đổi so với niêm mạc tử cung và lớp cơ vòi tử cung rất mỏng do đó thai chỉ phát triển được một thời gian ngắn rồi những biến chứng sẽ xảy ra.

- Tử cung do ảnh hưởng của các hormon thai nghén nên tử cung cũng phản ứng to hơn bình thường, mềm ra, niêm mạc tử cung chuyển thành ngoại sản mạc.

3.2. Sự tiến triển của thai làm tổ ở vòi tử cung

- Vỡ vòi tử cung: do gai nhau ăn sâu vào lớp cơ làm thủng vòi tử cung, hoặc do vòi tử cung căng to làm vỡ vòi, đồng thời các nhánh mạch máu cũng bị vỡ gây chảy máu vào ổ bụng. Mức độ chảy máu có thể khác nhau:

+ Chảy ồ ạt, gây tràn ngập máu trong ổ bụng

+ Chảy từ từ ít một, đọng ở vùng thấp và được khu trú lại, tạo ra khối máu tụ

- Sảy thai: vì thai làm tổ lạc chỗ nên dễ bị bong ra gây sảy và chảy máu.

+ Nếu máu chảy được khu trú trong vòi tử cung thì được gọi là ứ máu vòi tử cung, bọc thai còn nhỏ sẽ chết và tiêu đi.

+ Nếu bọc thai bong dần, máu chảy ít một, đọng lại trong túi cùng Douglas hoặc ở cạnh tử cung và được ruột, mạc treo, mạc nối đến khu trú để tạo thành khối máu tụ.

+ Nếu bọc thai sảy, máu chảy ồ ạt gây tràn ngập máu ổ bụng.



A. Phóng noãn, trứng theo vòi tử cung vào buồng tử cung

B. Phôi làm tổ ở đoạn bóng vòi tử cung bên phải

C. Phôi thai lớn dần làm căng phồng vòi tử cung

D. Phôi thai lớn làm vỡ vòi tử cung, sảy qua loa và xuất huyết ổ bụng

Hình 10.2: A. B. C. D

4. LÂM SÀNG

4.1. Thai ngoài tử cung chưa vỡ

- Triệu chứng cơ năng

+ Tắt kinh: hay có khi chỉ chậm kinh vài ngày hoặc có rối loạn kinh nguyệt, có thể có dấu hiệu nghén, vú căng.

+ Đau bụng: vùng hạ vị, một bên, âm ỉ

+ Ra huyết: Huyết ra ít một, rỉ rả, màu nâu đen, có khi lẫn màng, không đông.

- Triệu chứng thực thể

+ Cổ tử cung hơi tím, mềm, đóng kín, có máu đen từ trong lòng tử cung ra.

+ Tử cung lớn hơn bình thường, mềm, nhưng không tương xứng với tuổi thai.

+ Có khối u cạnh tử cung mềm, bờ không rõ, di động, chạm đau hoặc hiếm hơn có thể sờ thấy khối u có dạng hơi dài theo chiều dài của vòi tử cung

- Cận lâm sàng

+ hCG: định tính hCG chỉ gợi ý có hoạt động của tế bào nuôi giúp xác định có thai, tuy nhiên khi hCG âm tính ta cũng chưa loại trừ được thai ngoài tử cung. Định lượng nồng độ β - hCG thấy nồng độ hCG thấp hơn so với thai nghén bình thường.

+ Siêu âm: không có túi thai trong buồng tử cung, có khối âm vang hỗn hợp hoặc có hình ảnh túi thai ngoài tử cung. Có thể có hình ảnh tụ dịch ở cùng đồ sau, hoặc trong ổ bụng (tùy lượng dịch và máu chảy ra). Nếu siêu âm đường bụng nghi ngờ phải siêu âm đường âm đạo để kiểm tra.

+ Soi ổ bụng: đây là phương pháp giúp xác định chẩn đoán và xử trí.

4.2. Thai ngoài tử cung vỡ tràn ngập máu ổ bụng

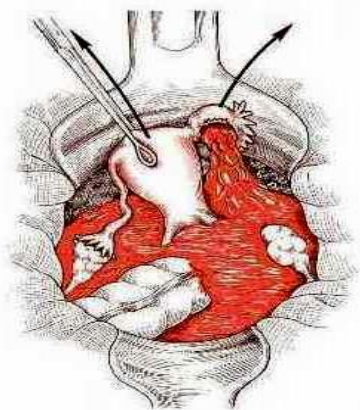
- *Choáng*: do tình trạng chảy máu ồ ạt trong ổ bụng. Bệnh nhân có biểu hiện vật vã, chân tay lạnh, mạch nhanh, huyết áp hạ.

- Triệu chứng cơ năng

- + Có chậm kinh, tắt kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt.
- + Ra huyết đen, ít một.
- + Thường có những cơn đau vùng hạ vị đột ngột, dữ dội làm bệnh nhân choáng váng hoặc ngất đi.

- Triệu chứng thực thể

- + Khám bụng: bụng căng, hơi chướng, có phản ứng phúc mạc khắp bụng, đặc biệt là vùng hạ vị, gõ đục ở vùng thấp.
- + Khám âm đạo: túi cùng sau đầy, ấn vào bệnh nhân đau chói (tiếng kêu Douglas).
- + Di động tử cung rất đau, có cảm giác tử cung bồng bênh trong nước. Khó xác định tử cung và hai phần phụ vì bệnh nhân đau và phản ứng nên khó khám.



A



B

Hình 10.3: A. Thai ngoài tử cung tràn ngập máu ổ bụng, B. Tiếng kêu Douglas

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

4.3. Khôi huyết tụ thành nang

- Toàn thân

- + Da hơi xanh hoặc hơi vàng do thiếu máu và tan máu.
- + Toàn thân không suy sụp, nhưng mệt mỏi, gầy sút.

- Triệu chứng cơ năng

- + Có chậm kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt.
- + Ra huyết đen âm đạo ít một, dai dẳng.
- + Có đau vùng hạ vị, có khi đau trội lên rồi giảm đi.
- + Đau tức ở bụng dưới, kèm những dấu hiệu chèn ép như táo bón, đái khó.

- Triệu chứng thực thể

+ Tử cung hơi to, có khối u cạnh, trước hay sau tử cung. Đặc điểm của khối u là mật độ chắc, bờ không rõ, không di động, ấn rất rất tức, đôi khi khối u dính với tử cung thành một khối khó xác định vị trí và thể tích tử cung.

- *Cận lâm sàng*

+ hCG có thể âm tính, chứng tỏ thai đã chết.

+ Chọc dò qua túi cùng Douglas vào khối u bằng kim to có thể thấy máu đen, lẫn máu cục.

+ Siêu âm: có khối cạnh tử cung, âm vang không đồng nhất, ranh giới không rõ

4.4. Thai trong ổ bụng

- Tiền sử đã có triệu chứng như dọa sảy trong những tháng đầu thai kỳ.

- *Triệu chứng cơ năng*

+ Đau bụng, đau tăng khi có cử động thai.

+ Có thể có hiện tượng bán tắc ruột: nôn, buồn nôn, bí trung đại tiện.

+ Ra huyết, lượng ít (ở 70% trường hợp).

- *Thực thể*

+ Cảm giác thai ở nông ngay dưới da bụng, không có cơn co tử cung.

+ Khám âm đạo: kích thước tử cung bình thường, tách biệt với khối thai.

Ngôi thai bất thường trong 50 - 60% các trường hợp.

- *Cận lâm sàng*

+ Siêu âm: thai nằm ngoài tử cung, xen kẽ giữa các quai ruột non, thường bị suy dinh dưỡng, có các kích thước nhỏ hơn tuổi thai, bờ khối thai không đều, mặt nhau không phẳng, nước ối thường ít, hình ảnh mạc nối, ruột, tử cung, nhau tạo thành một vỏ dày khó phân biệt với cơ tử cung.

+ X quang bụng không chuẩn bị: không có bóng mờ của tử cung bao quanh thai, bóng hơi của ruột nằm chùng lên các phần thai, trên phim chụp nghiêng thấy các phần thai nằm vắt qua cột sống lưng của mẹ.

4.5. Chẩn đoán gián biệt

- Sảy thai.

- Thai trứng.

- Viêm phần phụ.

- Vỡ nang De Graaf (khó phân biệt và hiếm).

- Viêm ruột thừa.

- Khối u buồng trứng xoắn.

- Cơn đau của sỏi niệu quản.

- Khối u lạc nội mạc tử cung (chẩn đoán phân biệt với thể huyết tụ thành nang).

- Khối u đường tiêu hoá (chẩn đoán phân biệt với thể thai trong ổ bụng).

5. XỬ TRÍ

Thai ngoài tử cung là một cấp cứu cần được phát hiện sớm và chuyển tuyến để được điều trị sớm ở cơ sở có khả năng phẫu thuật.

5.1. Thai ngoài tử cung chưa có biến chứng chảy máu trong ổ bụng

5.1.1. Điều trị nội khoa: chuyên khoa

Điều kiện:

- Khối thai ngoài tử cung chưa vỡ
- Lượng dịch trong ổ bụng dưới 100ml
- Đường kính khối thai dưới 4cm.
- Chưa thấy tim thai trên siêu âm.
- Nồng độ β – hCG không vượt quá 6000 mIU/ml
- Bệnh nhân không có chống chỉ định với Methotrexate

5.1.2. Phẫu thuật

5.2. Thai ngoài tử cung tràn ngập máu ổ bụng

5.3. Thai ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang

5.4. Thai trong ổ bụng (thai phát triển trong ổ bụng)



Hình 10.4: Thai ngoài tử cung ở ổ bụng

6. TIÊN LƯỢNG

- Nếu chẩn đoán sớm và xử trí lúc thai ngoài tử cung chưa vỡ, tiên lượng thường tốt.
- Nếu chẩn đoán muộn, xử trí không kịp thời, tỷ lệ tử vong 1 - 1,5%.
- Khoảng 30% các trường hợp có thể có thai lại bình thường sau đó.
- Tỷ lệ tái phát thai ngoài tử cung ở các lần có thai sau khoảng 10%.

7. PHÒNG BỆNH

Để giảm tỷ lệ thai ngoài tử cung, tư vấn cho chị em giữ vệ sinh phụ nữ tốt (vệ sinh hàng ngày, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh khi giao hợp, khi sây, đẻ).

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

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

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

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Bạn hãy cho biết thai ngoài tử cung tái phát chiếm tỷ lệ bao nhiêu%:

- A. 5 % B. 10 % C. 15 % D. 20 %

2. Những hình ảnh dịch tễ học mới đây cho thấy tỷ lệ GEU tăng có liên quan với các yếu tố sau đây, ngoại trừ:

- A. Các bệnh lây truyền qua đường tình dục B. Các nhiễm trùng đường tiết niệu
C. Nạo phá thai D. Sử dụng đặt vòng, dùng thuốc tránh thai...

3. Vị trí giải phẫu thường gặp nhất của thai ngoài tử cung là:

- A. Đoạn eo của vòi trứng B. Đoạn bóng của vòi trứng
C. Đoạn kẽ của vòi trứng D. Trong ổ bụng

4. Chọn câu đúng nhất về vị trí làm tổ của trứng theo thứ tự tỷ lệ từ cao đến thấp

- A. Vòi trứng, kênh cổ tử cung, buồng trứng, ổ bụng
B. Vòi trứng, ổ bụng, buồng trứng, kênh cổ tử cung
C. Vòi trứng, buồng trứng, kênh cổ tử cung, ổ bụng
D. Vòi trứng, buồng trứng, ổ bụng, kênh cổ tử cung

5. Nếu thai ở vòi trứng, trứng có thể làm tổ ở 4 vị trí khác nhau. Chọn một câu đúng nhất về vị trí làm tổ của trứng theo thứ tự hay gặp nhất cho đến ít gặp nhất.

- A. Đoạn bóng, đoạn loa vòi, đoạn kẽ, đoạn eo
B. Đoạn bóng, đoạn loa vòi, đoạn eo, đoạn kẽ
C. Đoạn kẽ, đoạn eo, đoạn bóng đoạn loa vòi
D. Đoạn bóng, đoạn eo, đoạn loa vòi, đoạn kẽ

6. Thai ngoài tử cung khám có khối thai, việc làm tiếp theo là:

- A. Hẹn bệnh nhân sau 7 ngày tới khám lại B. Nạo sinh thiết buồng tử cung
C. Nội soi ổ bụng chẩn đoán D. Thử β -hCG

7. Làm giảm tỷ lệ thai ngoài tử cung bằng các biện pháp, ngoại trừ:

- A. Khám phụ khoa định kỳ cho chị em phụ nữ
B. Hạn chế các trường hợp phải nạo phá thai
C. Phòng ngừa viêm nhiễm sinh dục
D. Ăn uống đủ chất dinh dưỡng trong khi mang thai

8. Vị trí thường gặp nhất của thai ngoài tử cung là:

- A. Buồng trứng B. Trong ổ bụng
C. Đoạn bóng vòi trứng D. Đoạn eo vòi trứng

9. Bệnh nào sau đây không gây xuất huyết âm đạo 3 tháng cuối thai kỳ?

- A. Nhau tiền đạo
B. Nhau bong non
C. Thai chết lưu
D. Vỡ tử cung

9. Nguyên nhân gây thai ngoài tử cung, ngoại trừ:

- A. Tiền sử viêm vòi trứng
B. Vòi trứng dài bất thường
C. Túi宫外孕 của vòi trứng
D. Các xơ dính do hậu quả phẫu thuật vùng bụng trước đó

10. Nguyên nhân thường gặp nhất của thai ngoài tử cung là:

- A. Vòi trứng dài, ngắn bẩm sinh hoặc có túi thừa
B. Tiền sử có viêm vòi trứng
C. U chèn ép gây hẹp lòng vòi trứng
D. Sau phẫu thuật vùng tiểu khung

Bài 12. NHAU TIỀN ĐẠO, NHAU BONG NON

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

1. Kiến thức

- 1.1. Nêu được định nghĩa nhau tiền đạo.
- 1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của nhau tiền đạo, cách xử trí nhau tiền đạo ở tuyến cơ sở.
- 1.3. Phân loại được các loại nhau tiền đạo.
- 1.4. Nêu được định nghĩa nhau bong non.
- 1.5. Mô tả được triệu chứng lâm sàng của rau bong non trong ba thể bệnh khác nhau.
- 1.6. Phân biệt được nhau bong non với các bệnh cảnh khác, trình bày được cách xử trí nhau bong non tại tuyến cơ sở.

2. Thái độ:

Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

A. NHAU TIỀN ĐẠO

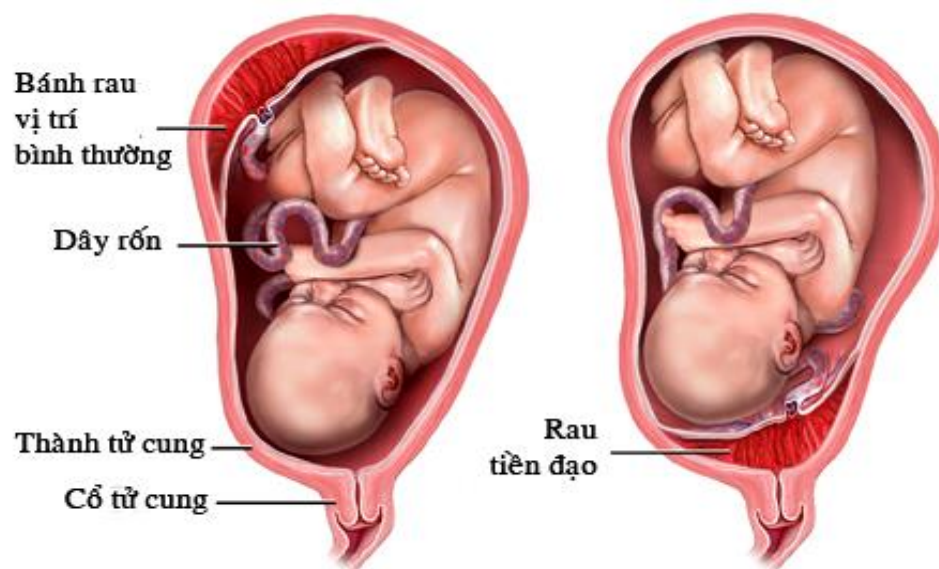
1. ĐẠI CƯƠNG

- Nhau tiền đạo là bánh nhau bám ở đoạn dưới tử cung, có thể che lấp một phần hoặc toàn bộ lỗ trong cổ tử cung.

- Nhau tiền đạo xảy ra khoảng 1/200 trường hợp thai nghén, là một trong những nguyên nhân chính gây chảy máu trong ba tháng cuối của thai kỳ, trong chuyển dạ và sau đẻ. Vì vậy, nhau tiền đạo còn là một cấp cứu trong sản khoa.

- Cơ chế chảy máu trong nhau tiền đạo:

- + Đoạn dưới thành lập trong 3 tháng cuối thai kỳ.
- + Sự co kéo của đoạn dưới ở diện nhau bám gây bóc tách.
- + Gai nhau bám sâu vào cơ tử cung ở đoạn dưới.



Hình 11.1: A. Nhau bám vị trí bình thường B. Nhau tiền đạo

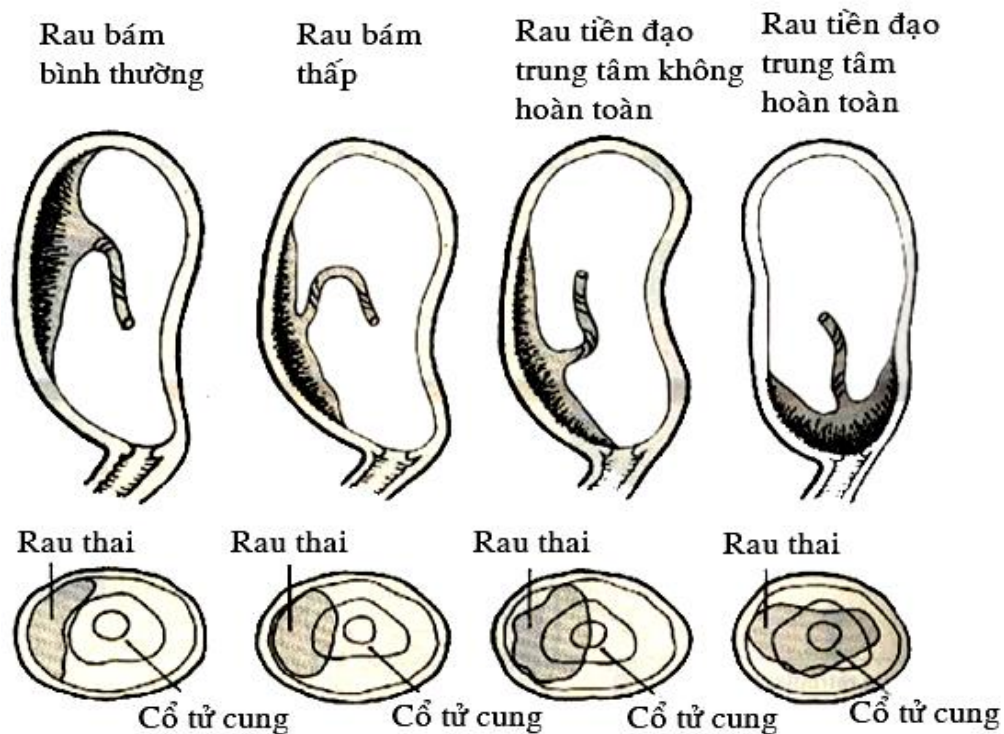
2. PHÂN LOẠI

2.1. Phân loại theo giải phẫu

- Nhau bám thấp: bánh nhau bám lan xuống đoạn dưới của tử cung nhưng chưa tới lỗ trong cổ tử cung.
- Nhau bám mép: bờ của bánh nhau bám sát mép lỗ trong cổ tử cung.
- Nhau tiền đạo trung tâm không hoàn toàn: bánh nhau che lấp một phần lỗ trong tử cung.
- Nhau tiền đạo trung tâm hoàn toàn: bánh nhau che lấp toàn bộ lỗ trong cổ tử cung.

2.2. Phân loại theo lâm sàng

- Nhau tiền đạo trung tâm: bao gồm loại bán trung tâm và trung tâm hoàn toàn. Thái độ xử trí chủ yếu là mổ lấy thai.
- Nhau tiền đạo không trung tâm: bao gồm loại nhau bám thấp và bám mép. Các trường hợp này có thể theo dõi để đường âm đạo.



Hình 11.2: Phân loại theo giải phẫu nhau tiền đạo

3. CÁC YẾU TỐ THUẬN LỢI

Người ta chưa hiểu đầy đủ nguyên nhân sinh ra nhau tiền đạo. Tuy nhiên, tần suất nhau tiền đạo tăng lên ở những thai phụ có tiền sử sau:

- Đẻ nhiều lần.
- Mổ lấy thai.
- Mổ bóc nhân xơ tử cung, cắt góc tử cung trong điều trị thai làm tổ ở sừng tử cung, tạo hình tử cung...
- Nạo thai, hút điều hoà kinh nguyệt nhiều lần.
- Đẻ có kiểm soát tử cung hay bóc nhau nhân tạo
- Viêm nhiễm tử cung
- Đa thai
- Tiền sử đã mang thai bị nhau tiền đạo.

4. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

4.1. Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: *chảy máu âm đạo là triệu chứng chính, thường xuất hiện vào ba tháng cuối của thai kỳ, đôi khi sớm hơn.*

+ Chảy máu thường xuất hiện đột ngột, không có nguyên nhân, không có triệu chứng báo trước.

+ Lượng máu ít trong những lần đầu, có thể tự cầm, sau đó lại tái phát nhiều lần và lần sau có khuynh hướng nhiều hơn những lần trước và khoảng cách giữa các lần ngắn lại.

+ Máu ra đỏ tươi lẫn máu cục.

- *Triệu chứng thực thể:*

+ Toàn trạng bệnh nhân biểu hiện tương ứng lượng máu mất ra ngoài. Mạch, huyết áp, nhịp thở có thể bình thường hay thay đổi tùy sự theo mất máu nhiều hay ít

+ Nắn tử cung thường thấy ngò đầu cao lỏng hoặc ngò bất thường.

+ Nghe tim thai: tình trạng tim thai thay đổi tùy thuộc vào lượng máu mất ra ngoài.

+ Khám âm đạo:

• Kiểm tra bằng mỏ vịt hay van âm đạo nhằm chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân gây chảy máu từ các tổn thương ở cổ tử cung và âm đạo.

• Nên hạn chế và thận trọng khi khám âm đạo bằng tay vì có thể làm nhau bong thêm, gây chảy máu ồ ạt, nguy hiểm cho cả mẹ lẫn con.

4.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: xác định được vị trí bám chính xác của bánh nhau sớm. Phương pháp này an toàn và có giá trị chẩn đoán cao (độ chính xác 95% với đầu dò đường bụng và 100% với đầu dò đường âm đạo), trước khi có biểu hiện lâm sàng là chảy máu. Siêu âm còn giúp theo dõi tiến triển của nhau tiền đạo trong thai kỳ.

- Chụp cộng hưởng từ giúp chẩn đoán chính xác nhau tiền đạo nhưng đây là một phương pháp tốn kém và phức tạp nên ít được sử dụng rộng rãi như siêu âm.

4.3. Chẩn đoán phân biệt

4.3.1. Nhau bong non

Thường có hội chứng tiền sản giật - sản giật. Máu âm đạo đen loãng, không đông, sản phụ đau bụng nhiều, tử cung co cứng, thai suy nhanh chóng.

4.3.2. Vỡ tử cung

Thường có dấu hiệu dọa vỡ, thai suy hoặc chết, sản phụ choáng nặng, có dấu hiệu xuất huyết nội.

4.3.3. Các nguyên nhân khác

Một số nguyên nhân chảy máu từ cổ tử cung (viêm lộ tuyến, polyp, ung thư...), chảy máu âm đạo. Trong khi chuyển dạ chẩn đoán phân biệt với đứt mạch máu của dây nhau, máu chảy ra đỏ tươi, thai suy rất nhanh.

5. XỬ TRÍ

5.1. Tuyến xạ

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

- Trường hợp đã có chuyển dạ hay chảy máu âm đạo nhiều, cần hồi sức chống choáng tích cực và sử dụng thuốc giảm go và chuyển lên tuyến trên cùng cán bộ y tế đi kèm.

5.2. Tuyến huyết và các tuyến chuyên khoa

Nguyên tắc trong điều trị nhau tiền đạo là phải dựa vào tuổi thai, phân loại lâm sàng, mức độ chảy máu.

5.2.1. Xử trí nhau tiền đạo khi chưa chuyển dạ

- Chăm sóc, theo dõi

- + Khuyến bệnh nhân vào viện để điều trị và dự phòng cho lần chảy máu sau.
- + Nghỉ ngơi tại giường, hạn chế đi lại tối đa.
- + Chế độ ăn uống: đầy đủ dinh dưỡng, chống táo bón.
- + Theo dõi sự phát triển thai và bánh nhau. Xác định lại chẩn đoán nhau tiền đạo thuộc loại nào, tuổi thai và trọng lượng thai để có biện pháp xử lý cho phù hợp.
- + Làm các xét nghiệm máu như công thức máu, hemoglobin, hematocrit, phân loại máu. Chuẩn bị máu tươi để truyền khi cần thiết.

- Điều trị

+ Điều trị duy trì: khi thai chưa trưởng thành và mức độ chảy máu không nhiều.

- Thuốc giảm co tử cung như Spasmaverin, Salbutamol, Magné Sulfate.
- Kháng sinh.
- Viên sắt và các vitamin.

+ Chấm dứt thai kỳ

- Nếu nhau tiền đạo trung tâm thì nên chủ động mổ lấy thai khi thai đủ tháng để tránh chảy máu khi chuyển dạ
- Nếu chảy máu nặng, hoặc điều trị chảy máu không có kết quả nên chủ động mổ lấy thai để cầm máu cứu mẹ là chính không kể tuổi thai.

5.2.2. Xử trí nhau tiền đạo khi chuyển dạ

- Nhau tiền đạo không trung tâm

+ Đa số các trường hợp này có thể sinh đường dưới. Khi chuyển dạ nên bám ôi để hạn chế chảy máu. Nếu sau bám ôi máu vẫn tiếp tục chảy nên mổ lấy thai.

+ Khi có quyết định cho sinh đường âm đạo cần phải theo dõi sát toàn trạng và các dấu hiệu sinh tồn của sản phụ, số lượng máu mất và tình trạng thai. Nếu toàn trạng mẹ xấu đi do mất máu nhiều, hoặc phát sinh thêm các yếu tố nguy cơ khác thì phải mổ lấy thai cấp cứu.

+ Sau khi thai sổ, bánh nhau thường bong sớm vì một phần đã bị bong trước sinh. Chỗ nhau bám có thể chảy máu, cần dùng các thuốc co hồi tử cung. Nếu không kết quả phải cắt tử cung bán phần thấp.

- Nhau tiền đạo trung tâm: chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối. Trường hợp chảy máu nhiều không kiểm soát được có thể buộc động mạch tử cung hoặc động mạch hạ vị cầm máu. Nếu không có kết quả thì cắt tử cung bán phần thấp để cầm máu.

5.2.3. Thời kỳ hậu sản

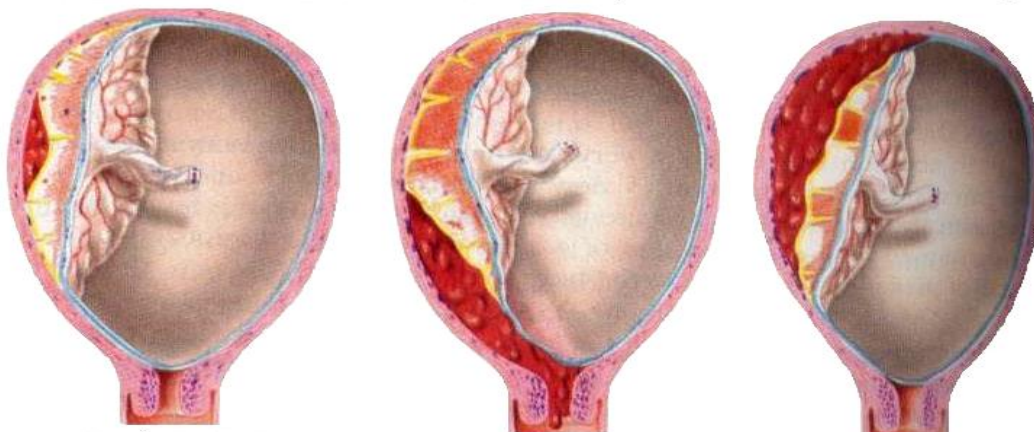
- Theo dõi sát để đề phòng chảy máu thứ phát sau sinh và nhiễm khuẩn.
- Trong thời kỳ hậu sản nếu mẹ thiếu máu nhiều phải truyền máu để bù lại số lượng máu đã mất và uống thêm viên sắt.
- Trẻ sơ sinh cần được chăm sóc đặc biệt vì phần lớn là trẻ non tháng

6. PHÒNG BỆNH

Đăng ký quản lý thai nghén chặt chẽ nhằm phát hiện sớm các trường hợp nhau tiền đạo. Nếu cần thiết, cho thai phụ nhập viện để theo dõi và điều trị, hạn chế chảy máu tới mức thấp nhất

B. NHAU BONG NON

1. NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ



Hình 11.3: Nhau bong non

Nguyên nhân trực tiếp là sự phá vỡ của các mạch máu của niêm mạc tử cung nơi nhau bám.

Các yếu tố nguy cơ bao gồm:

- Tiền sản giật
- Sự căng giãn đột ngột quá mức của tử cung
- Những thương tổn của mạch máu tại bánh nhau, tại vùng nhau bám, xuất hiện trong các bệnh lý: nhau tiền đạo, cao huyết áp, đái tháo đường
- Sự thay đổi thể tích đột ngột của tử cung như trường hợp chọc hút nước ối trong đa ối, hoặc song thai sau khi thai thứ nhất ra
- Dây rốn ngắn
- Sang chấn
- Thiếu acide folic, thường gặp ở những sản phụ có mức sống thấp
- Hút thuốc, sử dụng Cocain

- Có tiền sử nhau bong non
- Mẹ lớn tuổi

2. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng

2.1.1. Toàn thân

Choáng: bệnh nhân xanh, niêm mạc nhợt nhạt, hốt hoảng, thở nhanh, chân tay lạnh, mạch có thể chậm, huyết áp có thể bình thường hay giảm nhẹ.

2.1.2. Cơ năng

- Đau bụng: thường đau nhiều, bắt đầu đau ở tử cung sau lan ra khắp bụng, bụng càng căng cứng, càng đau nhiều.
- Chảy máu: âm đạo thường là máu loãng, không có máu cục.

2.1.3. Thực thể

- Dấu hiệu tiền sản giật: 60 - 70% các trường hợp nhau bong non có tiền sản giật (phù, proteine niệu, cao huyết áp).
- Tử cung co cứng liên tục, bề cao tử cung tăng dần theo thể tích khối máu tụ. Đo cơn co tử cung thường thấy trương lực cơ bản tăng.
- Biến động tim thai tùy thuộc vào thể lâm sàng.
- Máu ra ở âm đạo thường là máu loãng, sẫm màu và không đông.
- Khám âm đạo: đoạn dưới căng phồng, cổ tử cung giãn mỏng và cứng, có khi thấy đầu ối phồng căng, bầm ối nước ối màu hồng.

2.1.4. Cận lâm sàng

- Công thức máu: hồng cầu, tiểu cầu, Hct giảm.
- Monitoring: trương lực cơ bản tử cung tăng lên 3 - 4 lần so với bình thường.
- Siêu âm: thấy khối máu tụ sau nhau.
- Fibrinogen: giảm hoặc không có.

2.2. Chẩn đoán xác định: dựa theo các thể lâm sàng.

- *Thể nặng:* không thể phát hiện được trên lâm sàng trước khi đẻ, chỉ có thể phát hiện khi kiểm tra thấy cục máu sau nhau. Đôi khi tình cờ phát hiện khi kiểm tra siêu âm trước đẻ.

- Thể nhẹ:

- + Toàn trạng bình thường, sản phụ không có biểu hiện choáng.
- + Chảy máu âm đạo ít hoặc không có.
- + Trương lực cơ tử cung có thể tăng nhẹ.
- + Tim thai bình thường.
- + Chưa có biểu hiện rối loạn đông chảy máu.
- + Siêu âm: có thể có hình ảnh khối máu tụ sau nhau.

- Thể trung bình:

- + Mạch nhanh, nhỏ, có thể hạ huyết áp.
- + Chảy máu âm đạo có thể có hoặc không, máu loãng, sẫm màu, không đông.
- + Trương lực cơ tử cung tăng, cơn co tử cung cường tính.
- + Tim thai biểu hiện suy.
- + Sinh sợi huyết giảm.
- *Thể nặng*: Còn gọi là phong huyết tử cung
- nhau hay hội chứng Couvelaire. Có đầy đủ các triệu chứng điển hình:
 - + Toàn thân biểu hiện mất máu nặng.
 - + Thường có tiền sản giật
 - + Chảy máu âm đạo không tương xứng với tình trạng mất máu toàn thân.
 - + Tử cung co cứng như gỗ và đau liên tục.
 - + Không có tim thai.
 - + Có rối loạn đông máu, có thể chảy máu ở các phủ tạng như phổi, dạ dày, thận, buồng trứng, ruột, chảy máu những chỗ tiêm chích...
 - + Xét nghiệm sinh sợi huyết giảm hoặc không có, tiểu cầu giảm, hồng cầu và hematocrit giảm

Thể	Choáng	Chảy máu	Tiền sản giật	Trương lực cơ tử cung	Fibrinogen	Tim thai
Thể ảm	-	-	-	Không thay đổi	Bình thường	+
Thể nhẹ	-	+	±	Cường tính	Giảm nhẹ hoặc bình thường	+
Thể trung bình	+	++	+	Co cứng	Giảm	±
Thể nặng	+++	+++	+++	Cứng như gỗ	Giảm nhiều, thậm chí không còn	-

Bảng. Các thể lâm sàng của nhau bong non

2.3. Chẩn đoán phân biệt

5.3.1. Đa ối cấp

Thường xảy ra vào ba tháng giữa, tử cung to nhanh, không có chảy máu, thai thường dị dạng. Nguy cơ nhau bong non rất cao khi màng ối vỡ (do sự giảm nhanh thể tích buồng tử cung).

2.3.2. Nhau tiền đạo

Tử cung không co cứng, tim thai có thể còn, không có rối loạn đông máu, sờ được bánh nhau, không đau bụng, máu âm đạo tươi lẫn máu cục.

2.3.3. Võ tử cung

Có dấu hiệu dọa vỡ hoặc vỡ tử cung, máu âm đạo tươi đi kèm triệu chứng chảy máu trong.

3. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

3.1. Xử trí trước đẻ

3.1.1. Thể ần: thường không phát hiện trước nên không xử trí gì

3.1.2. Thể nhẹ

- Tuyến cơ sở:

+ Sơ cứu: giảm đau, giảm co: Papaverin 40mg (1 - 4 ống tiêm bắp)

+ Chuyển tuyến chuyên khoa có nhân viên Y tế đi kèm

- Tuyến chuyên khoa:

+ Giảm đau, an thần, giảm co (Papaverin hoặc Dolosal...)

+ Sản khoa: bấm ối sớm, thúc đẩy cuộc đẻ kết thúc nhanh; nếu khó khăn thì chỉ định mổ lấy thai ngay.

+ Ngoại khoa: Trong mổ cần đánh giá sát tổn thương tại tử cung để có quyết định đúng đắn là bảo tồn tử cung hay phải cắt bán phần tử cung vì trong thể nhẹ triệu chứng lâm sàng đôi khi không rõ rệt, nhưng tổn thương tử cung lại nặng (không tương xứng với thể lâm sàng).

3.1.3. Thể trung bình

- Tuyến cơ sở:

+ Cấp cứu: giảm đau, giảm co, và lập đường truyền tĩnh mạch (dịch truyền tùy điều kiện cơ sở đang có sẵn)

+ Chuyển ngay lên tuyến chuyên khoa có nhân viên Y tế đi kèm.

- Tuyến chuyên khoa:

+ Chống choáng:

• Bù khối lượng tuần hoàn (truyền máu và dịch thay thế máu) bù điện giải, Cortison (sử dụng Hydrocortison đường truyền tĩnh mạch ...)

• Kháng Histamin tổng hợp và các thuốc phong bế thần kinh giao cảm

• Trợ tim

+ Chống rối loạn đông máu

• E.A.C (4 - 8gr tiêm tĩnh mạch); Transamin (250mg - 1000mg truyền tĩnh mạch)

• Fibrinogen (2 - 4gr tiêm tĩnh mạch)

+ Sản khoa: chỉ lấy thai ra khi cổ tử cung đã mở rộng, sau bấm ối ngôi thai tiến triển nhanh, thường đẻ dễ dàng,....

+ Các trường hợp: cổ tử cung mở ít, nguy cơ diễn biến nặng lên phải chỉ định mổ ngay để cứu mẹ và con.

+ Ngoại khoa: Sau khi mổ lấy thai cần đánh giá tổn thương thực thể tại tử cung để quyết định bảo tồn tử cung hay phải cắt bán phần để cầm máu.

3.1.4. Thể nặng

- Tuyến cơ sở: thực hiện song song 2 việc

+ Cấp cứu ngay khi bệnh nhân vào: Thở oxy liên tục và thiết lập ngay đường truyền tĩnh mạch (bằng loại dịch truyền tại cơ sở đang có sẵn) và sử dụng các thuốc hồi sức, thuốc giảm đau, giảm co qua đường truyền tĩnh mạch

+ Mời ngay kíp mổ tuyến chuyên khoa về hồi sức và mổ cấp cứu tại chỗ, tránh vận chuyển bệnh nhân gây nặng hơn tình trạng sốc.

- Tuyến chuyên khoa:

+ Thở oxy liên tục

+ Chống choáng tích cực bằng truyền máu tươi, dung dịch thay thế máu, bù điện giải, corticoid, kháng Histamin tổng hợp, trợ tim, giảm đau... (liều trị như ở thể trung bình)

+ Chống rối loạn đông máu: E.A.C, Transamin, Fibrinogen liên tục (tất cả tiêm theo đường tĩnh mạch như điều trị ở thể trung bình)

+ Chống vô niệu bằng Lasix tiêm bắp hay tĩnh mạch liều cao

+ Chống nhiễm khuẩn bằng kháng sinh toàn thân phối hợp

+ Chỉ định mổ lấy thai nhanh (mặc dù con đã chết) và cắt ngay tử cung bán phần vì thường là tử cung đã tổn thương nặng (phải cắt tử cung tới hết vùng có nhồi huyết bầm tím)

Chú ý: xử trí thể nặng phải nhanh chóng, phải tiến hành song song hồi sức chống sốc tích cực với mổ cắt tử cung.

4.2. Xử trí sau đẻ

Không thực hiện ở tuyến cơ sở mà chỉ thực hiện ở tuyến chuyên khoa

- Tiếp tục điều trị chống sốc cho mẹ và hồi sức sơ sinh (nếu con sống)

- Theo dõi chảy máu sau đẻ, sau mổ đặc biệt khi còn để lại tử cung. Nếu thấy còn ra máu loãng thâm màu liên tục chứng tỏ điều trị nội khoa chống đông máu không kết quả hoặc tử cung đã dờ không hồi phục thì phải chỉ định mổ lại cắt TC ngay để cầm máu.

- Tiếp tục theo dõi chức năng gan thận để điều trị kịp thời khi có biến chứng.

- Theo dõi tình trạng nhiễm khuẩn sau đẻ sau mổ để kịp thời điều chỉnh liều kháng sinh và phối hợp kháng sinh hợp lý.

5. DỰ PHÒNG

5.1. Với tuyến cơ sở

- Truyền thông giáo dục SĐKH và Bảo vệ sức khỏe sinh sản

- Tuyên truyền và tổ chức khám và quản lý thai nghén đúng, đầy đủ tại tuyến cơ sở

- Chuyên lên khám, theo dõi và đẻ tại tuyến trên những trường hợp thai nghén có nguy cơ hoặc có những yếu tố thuận lợi dễ xảy ra nhau bong non...

5.2. Tuyến chuyên khoa: phòng các biến chứng nặng của nhau bong non

- Chẩn đoán sớm và phân loại đúng các thể lâm sàng nhau bong non để cho xử trí nhanh chóng phù hợp và tích cực ngay từ đầu.

- Cần có một bộ phận chuyên sâu về hồi sức tích cực với đầy đủ các phong tiện: máy móc, thuốc men, dịch truyền, nguồn máu tươi dự trữ và nhân lực khi cấp cứu...

6. BIẾN CHỨNG

6.1. Choáng

Thường nặng, nhất là sau khi thai ra vì:

- Tử cung đang căng to được giải phóng đột ngột
- Chảy máu nhiều.

6.2. Chảy máu

Do rối loạn đông chảy máu, giảm trầm trọng sinh sợi huyết.

6.3. Vô niệu

- Do thể tích máu giảm, huyết áp tụt làm giảm tưới máu cầu thận.
- Thiếu oxy thận: do giảm tưới máu và co mạch, gây hoại tử vỏ thận.

6.4. Biến chứng khác

Ngoài ra nhau bong non có thể để lại các di chứng sau :

- Suy gan cấp
- Suy thận mạn.
- Suy tuyến thượng thận.
- Cao huyết áp.

7. TỬ VONG

- Tử vong sớm: gặp trong thể nặng không được xử trí kịp thời. Tử vong con 100%.

- Tử vong muộn đối với mẹ: thường do biến chứng của một loạt các rối loạn suy chức năng các tạng (gan, thận), biến chứng tắc mạch...

TỰ LƯỢNG GIÁ

- 1. Triệu chứng lâm sàng có giá trị nhất để chẩn đoán nhau tiền đạo là:**
 - A. Ra máu đỏ tươi ở âm đạo trong 3 tháng cuối thai kỳ
 - B. Suy thai
 - C. Thai phụ thiếu máu, sốc
 - D. Ngôi thai bất thường
- 2. Để chẩn đoán sớm nhau tiền đạo tốt nhất dựa vào:**
 - A. Khám lâm sàng
 - B. Hỏi tiền sử
 - C. Xét nghiệm máu
 - D. Siêu âm vị trí nhau bám
- 3. Để chẩn đoán nhau tiền đạo tốt nhất dựa vào tuổi thai:**
 - A. Tháng thứ 3
 - B. Tháng thứ 4
 - C. Tháng thứ 5
 - D. Tháng thứ 7
- 4. Chảy máu nhau tiền đạo bám trung tâm thường vào thời điểm:**
 - A. Tuần thứ 28
 - B. Tuần thứ 32
 - C. Tuần thứ 36
 - D. Lúc chuyển dạ đẻ
- 5. Chảy máu nhau tiền đạo bám thấp thường vào thời điểm:**
 - A. Tháng thứ 5
 - B. Tháng cuối thai kỳ
 - C. Thai đủ tháng
 - D. Lúc chuyển dạ đẻ
- 6. Bệnh lý nào sau đây liên quan nhiều nhất đến tỷ lệ nhau bong non:**
 - A. Tăng huyết áp
 - B. Suy thai
 - C. Thai phụ thiếu máu
 - D. Ngôi thai bất thường
- 7. Chảy máu âm đạo 3 tháng cuối thai kỳ thường do các nguyên nhân sau:**
 - A. Nhau bong non
 - B. Nhau tiền đạo
 - C. Vỡ tử cung
 - D. Cả A, B, C đúng
- 8. Trong nhau bong non thể nào sau đây thường xảy ra nhất:**
 - A. Thể ẩn
 - B. Thể nhẹ
 - C. Thể trung bình
 - D. Thể nặng
- 9. Trong nhau bong non khi khám dấu hiệu nào sau đây đúng nhất:**
 - A. Ra huyết âm đạo đen không đông
 - B. Nước ối có màu hồng
 - C. Luôn xuất hiện tiền sản giật- sản giật
 - D. Không có tim thai
- 10. Khám âm đạo trong nhau bong non:**
 - A. Nguy cơ làm chảy máu nặng thêm
 - B. Cho phép đánh giá tính cường cơ của tử cung
 - C. Đánh giá độ viên chắc của cổ tử cung và tình trạng ối căng phòng
 - D. Cho phép đánh giá bề cao tử cung tăng thêm hay không

Bài 13. NĂM TAI BIẾN SẢN KHOA
(VỠ TỬ CUNG, SẢN GIẬT, UỐN VÁN RÓN, NHIỄM TRUNG HẬU SẢN,
BĂNG HUYẾT SAU SINH)

Mục tiêu học tập

- 1.1. Kể được các nguyên nhân gây vỡ tử cung và mô tả được các triệu chứng của nó.
- 1.2. Trình bày được các triệu chứng của vỡ tử cung.
- 1.3. Kể được cách xử trí dọa vỡ và vỡ tử cung.
- 1.4. Kể được các nguyên nhân gây nên sản giật.
- 1.5. Trình bày được các triệu chứng của cơn sản giật điển hình.
- 1.6. Kể được cách xử trí khi xảy ra cơn sản giật.
- 1.7. Kể được các nguyên nhân gây uốn ván sơ sinh.
- 1.8. Trình bày được các triệu chứng của uốn ván sơ sinh.
- 1.9. Kể được cách xử trí khi trẻ bị uốn ván sơ sinh.
- 1.10. Kể được các nguyên nhân gây băng huyết sau sinh.
- 1.11. Trình bày được các triệu chứng của băng huyết sau sinh.
- 1.12. Kể được cách xử trí cho từng nguyên nhân gây băng huyết sau sinh.
- 1.13. Kể được một số vi khuẩn thường gây nhiễm trùng hậu sản.
- 1.14. Nắm được những yếu tố thuận lợi gây nhiễm trùng hậu sản.
- 1.15. Nắm được các hình thái nhiễm khuẩn hậu sản.
- 1.16. Kể được các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn hậu sản.

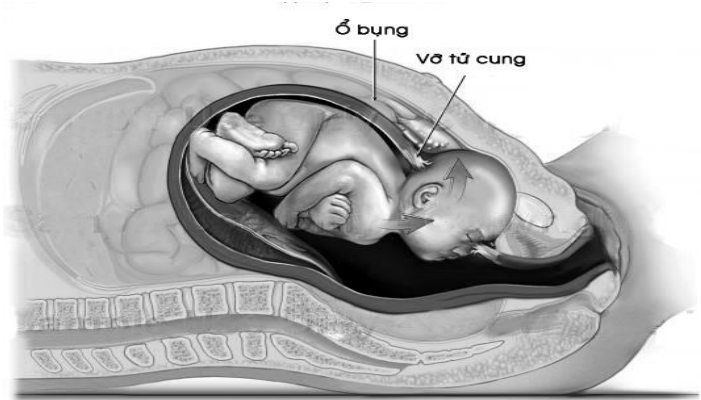
2. Thái độ:

Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

VỠ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Vỡ tử cung là một tai biến sản khoa. Nếu không phát hiện và xử trí kịp thời sẽ gây tử vong cho mẹ và thai nhi. Vỡ tử cung trong chuyển dạ thường gặp hơn vỡ tử cung trong thai kỳ.



Hình 12.1: Vỡ tử cung

2. NGUYÊN NHÂN VỠ TRONG THAI KỲ

2.1. Nguyên nhân: Có thể xảy ra trên các thai phụ có sẹo mổ cũ ở tử cung do:

- Mổ lấy thai ở thân tử cung.
- Khâu lại tử cung bị vỡ.
- Mổ lấy thai từ hai lần trở lên (sẹo mổ ngang đoạn dưới tử cung trước đó, số lần mổ càng nhiều càng làm tăng nguy cơ vỡ tử cung).
- Mổ cắt góc tử cung trong phẫu thuật điều trị chửa ngoài tử cung ở sừng
- Mổ lấy thai bị nhiễm khuẩn tại vết mổ hoặc tử cung
- Phẫu thuật bóc nhân xơ tử cung (nếu u xơ tử cung ăn vào nội mạc tử cung).
- Khâu lỗ thủng tử cung sau nạo phá thai.
- Tai nạn, sang chấn trực tiếp.

2.2. Triệu chứng

Vỡ tử cung trong thai kỳ có thể xảy ra ở 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ nhưng không có dấu hiệu dọa vỡ tử cung.

- Triệu chứng cơ năng
 - + Đau xảy ra đột ngột ở vùng tử cung (thường ở vị trí vết mổ cũ.)
 - + Ra máu ở âm đạo.
- Triệu chứng toàn thân

Trong một số trường hợp bệnh nhân có dấu hiệu choáng, đôi khi choáng nặng: da mặt tái nhợt, nhịp thở nhanh, thở nông, vẻ mặt hốt hoảng, lo lắng, chân tay lạnh toát, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp hạ, đôi khi có thể ngừng tim.

- Triệu chứng thực thể

+ Đau bụng: đau có thể lan toả toàn bụng, có khi phản ứng phúc mạc rất rõ.

+ Tử cung không còn hình dạng ban đầu, có thể sờ thấy các phần thai ngay dưới thành bụng, trường hợp vỡ tử cung không hoàn toàn có thể còn sờ thấy tử cung nhưng có điểm đau chói tại vùng sẹo của tử cung.

+ Nghe tim thai: Tim thai không còn nghe được.

+ Gõ bụng: bụng đục toàn bộ.

+ Khám âm đạo: ngôi thai không sờ thấy, có máu chảy ra theo tay.

Cần chú ý: Có trường hợp sẹo mổ cũ bị nứt, nên không có dấu hiệu điển hình của chảy máu trong như đã mô tả ở trên.

- Cận lâm sàng

+ Siêu âm: Nếu vỡ tử cung hoàn toàn sẽ thấy trong ổ bụng có: thai nhi, tim thai không đập, dịch

+ Xét nghiệm: Trong xét nghiệm máu có giảm số lượng hồng cầu, hemoglobin (Hb) và hematocrit (Hct). Hồng cầu, Hb, Hct giảm nhiều trong trường hợp mất máu nặng.

3. VỠ TỬ CUNG TRONG CHUYỂN DẠ

Vỡ tử cung trong chuyển dạ được chia làm 2 nhóm:

- Vỡ tử cung tự nhiên xảy ra không do sự can thiệp thủ thuật.

- Vỡ tử cung do can thiệp bởi các thủ thuật sản khoa như nội xoay thai, lấy đầu hậu trong đỡ đẻ ngôi ngược, đẻ thủ thuật forceps, giác hút và đẩy bụng trong giai đoạn rặn sổ ...

3.1. Nguyên nhân

3.1.1. Nguyên nhân về phía mẹ

- Đẻ khó do khung chậu: khung chậu hẹp tuyệt đối, khung chậu hẹp eo giữa và eo dưới (hình phễu), khung chậu méo...

- Sẹo mổ cũ ở tử cung.

- Sản phụ đã đẻ nhiều lần, có tiền sử sinh đa thai nên cơ tử cung nhão, mỏng, dễ vỡ.

- Sản phụ đã nhiều lần phải nạo phá thai

- Đẻ khó do các khối u tiền đạo như: u xơ ở eo tử cung, u nang buồng trứng và một số u khác trong tiểu khung.

3.1.2. Nguyên nhân về phía thai

- Thai to toàn bộ: trọng lượng thai trên 4000g, gây bất tương xứng giữa thai và khung chậu người mẹ

- Thai to từng phần như não úng thủy.

- Do ngôi và kiểu thế bất thường: ngôi chồm đầu cúi không tốt, ngôi mặt cằm cùng, ngôi trán, ngôi thóp trước, ngôi ngang ...

- Đa thai: do các thai vướng nhau hoặc dị dạng

3.1.3. Nguyên nhân do can thiệp

- Các thủ thuật thực hiện không đúng chỉ định, chưa đủ điều kiện hoặc không đúng kỹ thuật.

- Sử dụng thuốc tăng co không chính xác (chỉ định, liều lượng) và theo dõi không cẩn thận.

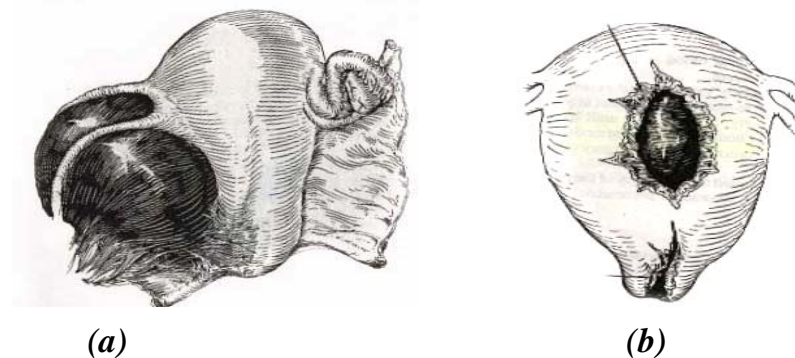
3.2. Giải phẫu bệnh lý

3.2.1. Vỡ tử cung hoàn toàn

Hình thái này chiếm 80% các trường hợp vỡ tử cung. Toàn bộ bề dày thành tử cung đều bị xé rách (niêm mạc, cơ đến phúc mạc). Vị trí rách thường ở bên trái và mặt trước đoạn dưới tử cung, vết rách có thể kéo dài từ cổ tử cung đến thân tử cung. Trong vỡ tử cung hoàn toàn thai, nhau nước ối bị đẩy vào ổ bụng của mẹ nên mẹ dễ bị viêm phúc mạc.

3.2.2. Vỡ tử cung không hoàn toàn

Hình thái này còn gọi là vỡ tử cung dưới phúc mạc. Chỉ có lớp niêm mạc và lớp cơ bị xé rách, phúc mạc đoạn dưới bị bong ra nhưng vẫn chưa bị rách. Máu không chảy vào ổ bụng người mẹ mà chảy vào dây chằng rộng tạo thành khối máu tụ trong dây chằng rộng, tiểu khung. Trường hợp vỡ tử cung không hoàn toàn thai và rau vẫn ở trong tử cung nên thai có thể còn sống.



Hình 12. 2: (a) Vỡ tử cung trong dây chằng rộng. (b) Vỡ tử cung hoàn toàn

3.2.3. Vỡ tử cung ở người có sẹo mổ cũ

Thường do sẹo ở tử cung bị vỡ hoặc bị nứt một phần, trường hợp này bờ vết rách không nhám nhở và có khi ít chảy máu.

3.2.4. Vỡ phức tạp

Tổn thương của vỡ tử cung phức tạp bao gồm vỡ tử cung hoàn toàn với tổn thương rộng, có thể kéo dài xuống âm đạo, xé rách túi cùng, bàng quang hoặc đứt động mạch tử cung. Do tổn thương phức tạp, bệnh nhân thường bị choáng nặng nên việc xử trí rất khó khăn và hậu phẫu nặng nề.

3.3. Triệu chứng

Vỡ tử cung thường có dấu hiệu báo trước mà ta thường gọi dấu hiệu dọa vỡ tử cung. Đó là dấu hiệu rất quý cho người thầy thuốc, nếu phát hiện và xử trí kịp thời sẽ hạn chế được vỡ tử cung. Vỡ tử cung ở người có sẹo mổ cũ thường xảy ra đột ngột không có dấu hiệu dọa vỡ

3.3.1. Dọa vỡ tử cung

- Triệu chứng cơ năng

+ Thai phụ đau nhiều, quằn quại do cơn co mạnh và dày.

- Triệu chứng thực thể

+ Nhìn: Thấy rõ tử cung bị chia làm hai khối, thất ở giữa như hình quả bầu nậm. Khối dưới là đoạn dưới bị kéo dài (có khi lên tới rốn), giãn mỏng, khối thân tử cung bị đẩy lên cao. Chỗ thất ở giữa gọi là vòng Bandl, lúc tử cung gần vỡ vòng Bandl càng lên cao và càng rõ.

+ Cơn co tử cung mạnh, dồn dập.

+ Sờ nắn: hai dây chằng tròn bị căng như hai sợi dây đàn, đoạn dưới giãn mỏng. Vòng Bandl và dây chằng tròn bị kéo căng tạo thành dấu hiệu Bandl - Frommel.

+ Tim thai có biểu hiện bất thường: nhanh, chậm, hoặc không đều.

+ Khám âm đạo: có thể tìm thấy các nguyên nhân gây cản trở chuyển dạ như khung chậu hẹp, ngôi thai bất thường (ngôi ngang, ngôi trán, ngôi mặt cằm cùng), thai to hoặc bất tương xứng đầu - chậu...

3.3.2. Vỡ tử cung

- Triệu chứng cơ năng:

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

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

- Triệu chứng thực thể:

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

+ Nhìn: không còn thấy hình dạng tử cung .

+ Sờ nắn: nếu thai còn trong buồng tử cung thì tử cung vẫn còn hình thể cũ nhưng sờ vào chỗ vỡ thai phụ sẽ đau chói, bụng có phản ứng. Nếu thai bị đẩy vào ổ bụng ta sờ thấy các phần của thai lỏn nhón dưới da bụng.

+ Nghe: tim thai không có hoặc có biểu hiện suy thai trong trường hợp nứt sẹo mổ cũ ở đoạn dưới.

+ Khám âm đạo: có máu đỏ tươi chảy ra theo tay, ngôi thai cao, đẩy lên dễ dàng.

+ Thông tiểu: nước tiểu có màu hồng hoặc đỏ tùy theo có vỡ bàng quang hay không.

3.4. Chẩn đoán

3.4.1. Chẩn đoán xác định

- Doạ vỡ tử cung: thai phụ đau bụng dữ dội, cơn co dồn dập, có vòng Bandl hặc dấu hiệu Bandl-Frommel.

- Vỡ tử cung: đã có dấu hiệu dọa vỡ tử cung (trừ trường hợp có sẹo mổ ở tử cung), thai phụ thấy đau chói, ra máu âm đạo đỏ tươi, có tình trạng choáng tùy thuộc vào mức độ mất máu, không còn tim thai, sờ thấy phần thai dưới da bụng.

- Vỡ tử cung sau đẻ, sau thủ thuật: sau đẻ thấy ra máu âm đạo nhiều, bóc nhau nhân tạo và kiểm soát tử cung hoặc kiểm tra cổ tử cung mới phát hiện ra vỡ tử cung.

3.4.2. Chẩn đoán phân biệt

- Nhau tiền đạo: không có dấu hiệu dọa vỡ, chảy máu ra ngoài là chủ yếu, tim thai có thể mất khi máu chảy nhiều, không đau bụng, khám âm đạo sờ thấy bánh nhau.

- Nhau bong non: có thể có các dấu hiệu của tiền sản giật (protein niệu, phù, huyết áp cao), máu chảy ra âm đạo là máu loãng không đông, tử cung co cứng như gỗ, không nghe thấy tim thai, giảm fibrinogen máu, choáng có thể xảy ra

4. TIỀN LƯỢNG

Vỡ tử cung nguy hiểm đến tính mạng cho cả mẹ và con.

- Thai suy hoặc chết vì cơn co dồn dập, nhau bong.

- Tỷ lệ tử vong mẹ phụ thuộc vào:

+ Độ phức tạp của tổn thương

+ Thái độ xử trí và điều kiện gây mê- hồi sức.

+ Phương tiện di chuyển bệnh nhân.

5. ĐIỀU TRỊ

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

- Hồi sức chống choáng bằng cách bồi phụ lượng máu đã mất, truyền dịch điện giải.

- Phẫu thuật: tùy thuộc vào tình trạng toàn thân của bệnh nhân, thời gian vỡ, tình trạng nhiễm khuẩn, vỡ đơn giản hay phức tạp, tuổi và số con sống của bệnh nhân mà quyết định cắt hay bảo tồn tử cung.

+ Khâu phục hồi tử cung: chỉ khâu lại tử cung khi bệnh nhân còn trẻ, còn nguyện vọng sinh đẻ, vết rách không phức tạp.

+ Cắt tử cung: khi bệnh nhân nhiều tuổi, đã đẻ nhiều lần có đủ con, nhiễm khuẩn, vỡ phức tạp.

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

6. DỰ PHÒNG

Dự phòng có vai trò rất quan trọng để hạ thấp tỷ lệ vỡ tử cung, tỷ lệ tử vong do vỡ tử cung.

- Trong thai kỳ: cần khám thai thường xuyên, phát hiện sớm các nguy cơ đẻ khó như khung chậu hẹp, khung chậu méo, có sẹo mổ cũ ở tử cung, thai to, ngôi bất thường ...

+ Tuyên xã, tuyên huyện không có khả năng phẫu thuật không được quản lý các loại đẻ khó mà phải chuyển lên tuyến trên để quản lý.

+ Các thai phụ có sẹo ở tử cung phải được vào viện trước khi chuyển dạ để theo dõi cẩn thận và chỉ định can thiệp đúng lúc.

- Trong chuyển dạ :

+ Khám phát hiện sớm các nguyên nhân đẻ khó.

+ Sử dụng biểu đồ chuyển dạ để theo dõi, phát hiện sớm dấu hiệu chuyển dạ đình trệ, dọa vỡ tử cung để xử trí kịp thời.

+ Sử dụng các thuốc tăng co cần phải đúng chỉ định, đúng liều lượng và theo dõi cẩn thận.

+ Khi làm thủ thuật đường dưới như nội xoay thai, cắt thai, forceps, giác hút ... phải đúng chỉ định và đủ điều kiện. Sau thủ thuật phải kiểm tra sự toàn vẹn của ống đẻ.

+ Cầm đẩy bụng trong giai đoạn rặn sổ thai.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Năm tai biến sản khoa gồm bệnh lý nào, ngoại trừ?

- A. Nhau bong non B. Sản giật C. Vỡ tử cung D. Băng huyết sau sinh

2. Năm tai biến sản khoa nào thường gặp nhiều nhất?

- A. Nhau bong non B. Sản giật C. Vỡ tử cung D. Băng huyết sau sinh

3. Nguyên nhân nào gây vỡ tử cung trong chuyển dạ do thai là không đúng:

- A. Thai to toàn bộ B. Thai to từng phần C. Ngôi thế bất thường D. Thai già tháng

4. Vỡ tử cung trong thai kỳ thường có đặc điểm:

- A. Dễ phát hiện và có dấu hiệu dọa vỡ B. Con go tử cung dồn dập
C. Có dấu vòng Bandl-Frommel D. Thường xảy ra ở sản phụ có sẹo mổ cũ ở tử cung

5. Triệu chứng vỡ tử cung vết mổ cũ lấy thai, ngoại trừ:

- A. Có dấu hiệu dọa vỡ B. Vẫn thấy hình dáng tử cung
C. Đoạn dưới tử cung mỏng có phản ứng hạ vị
D. Sờ thấy thai nhi nằm trong ổ bụng

6. Triệu chứng dọa vỡ tử cung trên một sản phụ có vết mổ cũ lấy thai là:

- A. Dấu hiệu vòng Bandl B. Dấu hiệu Frommel
C. Con co tử cung cường tính D. Đau vết mổ và ra máu âm đạo đỏ tươi

7. Khung chậu hẹp sẽ dẫn đến hậu quả:

- A. Dọa vỡ tử cung B. Nhau bong non
C. Ối vỡ non D. Cổ tử cung mở chậm

8. Dấu hiệu quan trọng để xác định dọa vỡ tử cung là:

- A. Đau bụng liên tục dữ dội B. Thấy dấu hiệu vòng bandl
C. Không nghe thấy tim thai D. Sờ thấy các phần của

TIỀN SẢN GIẬT - SẢN GIẬT

1. PHÂN LOẠI CAO HUYẾT ÁP

Trong sản khoa, cao huyết áp đi kèm với protein niệu và phù tạo nên một bệnh cảnh đặc biệt mà trước đây người ta đây người ta thường gọi là nhiễm độc thai nghén, nay được gọi là tiền sản giật - sản giật.

Phân loại các rối loạn cao huyết áp do thai :

- Cao huyết áp do thai:

+ Tiền sản giật: Tiền sản giật nhẹ, tiền sản giật nặng

+ Sản giật

- Cao huyết áp mạn tính trước khi có thai, không nặng lên trong khi có thai

- Cao huyết áp mạn tính trước khi có thai nặng lên trong khi có thai

+ Cao huyết áp nặng lên thành tiền sản giật

+ Cao huyết áp nặng lên thành sản giật

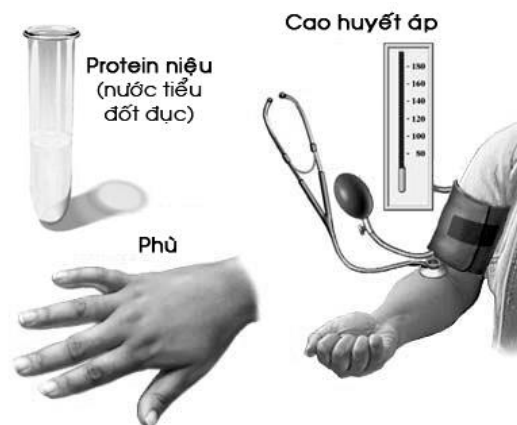
- Cao huyết áp thoáng qua: xuất hiện trong khi mang thai hoặc chuyển dạ trong 3-4 giờ rồi trở lại bình thường.

2. TIỀN SẢN GIẬT

2.1. Định nghĩa

Tiền sản giật là bệnh lý do thai nghén hoặc ảnh hưởng của một thai nghén rất gần gây nên với sự xuất hiện cao huyết áp với protein niệu, có hoặc không kèm theo phù. Tiền sản giật - sản giật thường xảy ra sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ và chấm dứt sau 6 tuần sau đẻ. Tuy nhiên, với sự hiện diện của bệnh lá nuôi, tiền sản giật nặng có thể xuất hiện trước thời điểm đó.

Trước đây người ta thường gọi tiền sản giật là nhiễm độc thai nghén hay hội chứng protein niệu, nhưng ngày nay người ta nhận thấy chính huyết áp cao là triệu chứng thường gặp nhất và gây nên các biến chứng trầm trọng cho mẹ và thai.



Hình 12.3: Cao huyết áp, phù và protein niệu trong tiền sản giật

2.2. Tỷ lệ

Tiền sản giật xảy ra khoảng 5-10 % và sản giật chiếm khoảng 0,2- 0,5% trong tổng số thai nghén.

2.3. Bệnh nguyên và các yếu tố ảnh hưởng

2.3.1. Bệnh nguyên

Cho đến nay người ta vẫn chưa hiểu rõ nguyên nhân sinh bệnh của tiền sản giật. Một số yếu tố sau đây có thể góp phần trong sự xuất hiện tiền sản giật - sản giật.

- Hiện tượng miễn dịch
- Di truyền.
- Các yếu tố dinh dưỡng.
- Phản ứng, stress.
- Phản xạ do căng tử cung trong đa thai, thai to.
- Thiếu máu cục bộ tử cung - nhau.
- Mất cân bằng giữa Prostacyclin và Thromboxan:
 - + Tăng sản xuất thromboxan A2 (chất gây co mạch và dễ hình thành cục máu đông.)
 - + Giảm sản xuất prostacyclin (chất gây giãn mạch).

Điều này làm giảm tỷ lệ prostacyclin/thromboxan A2, gây co mạch và dẫn đến tăng huyết áp.

2.3.2. Các yếu tố nguy cơ

- Con so
- Thai phụ lớn tuổi (trên 35 tuổi).
- Đa thai, đa ối.
- Chửa trứng, biểu hiện tiền sản giật thường xảy ra sớm.
- Thai nghén kèm đái tháo đường, bệnh thận mãn tính, cao huyết áp mãn tính.
- Tiền sử có tiền sản giật - sản giật.

2.4. Triệu chứng

2.4.1. Cao huyết áp

Cao huyết áp là triệu chứng cơ bản để chẩn đoán xác định tiền sản giật. Cao huyết áp được xác định khi tuổi thai từ 20 tuần trở lên với các giá trị sau :

- Huyết áp tối đa ≥ 140 mmHg hoặc
- Huyết áp tối thiểu ≥ 90 mmHg.

Những trường hợp có huyết áp tối đa tăng hơn 30mmHg hoặc huyết áp tối thiểu tăng hơn 15mmHg so với trị số huyết áp khi chưa có thai cần được quan tâm

đặc biệt, vì có thể xuất hiện tiền sản giật - sản giật.

Lưu ý: Phải đo huyết áp 2 lần cách nhau 4 giờ, sau khi nghỉ.

2.4.2. Phù:

Đặc điểm của phù:

- + Phù toàn thân, không giảm khi nghỉ ngơi.
- + Phù trắng, mềm, có dấu ấn lõm.
- + Tăng cân nhanh, quá 0,5kg/tuần.

Có thể phù nhiều, phù toàn thân, các chi to lên, ngón tay tròn trĩnh, mặt nặng, mí mắt húp lại, âm hộ sưng to. Bụng căng lên, nổi hẳn dây thắt lưng hay sau khi nghe tim thai còn hẳn dấu vết của ống nghe. Có khi phù cả phủ tạng, phù phúc mạc nên có nước trong ổ bụng, màng phổi, não. Vỡ mạch có thể bị phù nên bệnh nhân bị nhức đầu, mờ mắt. Trong một số trường hợp, phù có thể nhẹ, kín đáo, chỉ khi ấn lên mắt cá chân mới phát hiện được hoặc buổi sáng hơi nặng mặt.

2.4.3. Protein niệu: Protein niệu thường là dấu hiệu sau cùng của bộ ba triệu chứng. Mức độ protein niệu có thể thay đổi nhiều trong 24 giờ, do đó xét để nghiệm protein niệu chính xác nước tiểu phải được lấy mẫu trong 24 giờ.

Protein niệu dương tính khi lượng protein lớn hơn 0,3g/l/24 giờ hoặc trên 0,5g/l/ mẫu nước tiểu ngẫu nhiên.

Mức độ protein niệu trong 24 giờ

Vết	# 0,1 g/l
+	# 0,3 g/l
++	# 1,0 g/l
+++	# 3 g/l

2.4.4. Các xét nghiệm : Bệnh nhân tiền sản giật cần được làm các xét nghiệm sau

- Công thức máu, hematocrit, hemoglobin, tiểu cầu
- Chức năng thận: Ure, creatinin, axit uric, protein niệu. Ngoài ra tùy thuộc vào mức độ tổn thương thận trong nước tiểu có thể có hồng cầu, bạch cầu, trụ niệu
- Chức năng gan: SGOT, SGPT.
- Điện giải đồ và dự trữ kiềm
- Chức năng đông chảy máu toàn bộ.
- CRP, Protid máu.
- Soi đáy mắt
- Đánh giá tình trạng thai qua siêu âm và monitoring.

3.5. Chẩn đoán tiền sản giật

Dựa vào ba triệu chứng chính là cao huyết áp, phù và protein niệu.

3.5.1. Tiền sản giật nhẹ

- Huyết áp tâm thu 140 - <160 mmHg
- Huyết áp tâm trương 90 - <110 mmHg
- Protein niệu từ (+) đến (++)

3.5.2. Tiền sản giật nặng: khi có ít nhất một trong những dấu hiệu sau:

- Huyết áp tối đa ≥ 160 mmHg và/hoặc tối thiểu ≥ 110 mmHg,
- Protein niệu ≥ 3 g/l.(+++)
- Rối loạn thị giác và tri giác.
- Đau đầu nhưng không đáp ứng với các thuốc giảm đau thông thường.
- Đau vùng thượng vị hoặc phần tư trên của hạ sườn phải.
- Phù phổi hoặc xanh tím.
- Thiếu niệu: lượng nước tiểu <400ml/24 giờ.
- Giảm tiểu cầu: số lượng tiểu cầu <150.000/mm³.
- Tăng men gan.
- Thai chậm phát triển

3.6. Chẩn đoán phân biệt

- Cao huyết áp mãn tính: tiền sử đã có cao huyết áp, hoặc cao huyết áp xuất hiện trước tuần thứ 20 của thai kỳ.

- Các bệnh lý về thận: viêm thận cấp, viêm thận mãn, viêm mủ bể thận, hội chứng thận hư.

- Phù do tim, phù do suy dinh dưỡng.

3.7. Biểu chứng của tiền sản giật

3.7.1. Biểu chứng cho mẹ

- Hệ thần kinh trung ương: phù não, xuất huyết não- màng não.
 - Mắt: Phù võng mạc, mù mắt,
 - Thận: Suy thận cấp.
 - Gan: Chảy máu dưới bao gan, vỡ gan.
 - Tim, phổi: suy tim cấp, phù phổi cấp (gặp trong tiền sản giật nặng hoặc sản giật).
 - Huyết học: Rối loạn đông - chảy máu, giảm tiểu cầu, đông máu rải rác trong lòng mạch.

3.7.2. Biểu chứng cho thai

- Thai chậm phát triển trong tử cung (56%).
- Đẻ non (40%), do tiền sản giật nặng hoặc sản giật phải cho đẻ sớm.
- Tử vong chu sinh (10%): Tỷ lệ tử vong chu sinh tăng cao nếu đẻ non hoặc biến chứng rau bong non.

Tiền sản giật nặng, sản giật có thể tiến triển thành hội chứng HELLP

(Hemolysis- Elevated Liver enzyme- Low plateletes: tan huyết, tăng các men gan và giảm tiểu cầu). Hội chứng này có thể đe dọa tính mạng cho mẹ và con.

3.8. Xử trí

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

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

3.8.2. Điều trị

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

- **Tiền sản giật nhẹ:** Có thể điều trị và theo dõi ở tuyến y tế cơ sở
 - + Nghỉ ngơi và nằm nghiêng trái.
 - + Có thể cho uống thuốc an thần Seduxen (Diazepam) 5mg.
 - + Theo dõi hằng tuần, nếu nặng lên phải nhập viện và điều trị tích cực.
 - + Nếu thai đã đủ tháng nên chấm dứt thai kỳ ở tuyến chuyên khoa.
- **Tiền sản giật nặng: Chuyên khoa**

4. SẢN GIẬT

4.1. Định nghĩa

Sản giật được xác định là khi xuất hiện những cơn co giật hoặc hôn mê, xảy ra trên một bệnh nhân có hội chứng tiền sản giật nặng. Đây là một biến chứng cấp tính của tiền sản giật nặng nếu không được theo dõi và điều trị đúng mức.

Sản giật có thể xảy ra ở các thời điểm khác nhau: trước đẻ (50%), trong đẻ (25%) và sau đẻ (25%).

4.2. Triệu chứng và chẩn đoán

4.2.1. Lâm sàng

Cơn giật điển hình thường trải qua 4 giai đoạn.

- *Giai đoạn xâm nhiễm:* kéo dài từ 30 giây đến 1 phút, với những cơn kích thích ở vùng mặt, miệng, mí mắt nhấp nháy, nét mặt nhăn nhúm, sau đó cơn giật lan xuống hai tay.

- *Giai đoạn giật cứng:* xảy ra khoảng 30 giây, biểu hiện bằng những cơn giật cứng lan toả khắp người. Toàn thân co cứng, các cơ thanh quản và hô hấp bị co thắt làm cho bệnh nhân ngạt thở vì thiếu oxy.

- *Giai đoạn giật gián cách*: Sau cơn giật, các cơ toàn thân giãn ra trong chốc lát rồi tiếp tục những cơn co giật toàn thân, lưỡi thè ra thụt vào nên rất dễ cắn phải lưỡi, mặt tím do ngưng thở, miệng sùi bọt mép. Giai đoạn giật gián cách kéo dài khoảng 1 phút.

- *Giai đoạn hôn mê*: Các cử động co giật nhẹ và thưa dần rồi chấm dứt. Bệnh nhân đi vào tình trạng hôn mê. Bệnh nhân có thể hôn mê nhẹ hoặc hôn mê sâu tùy thuộc mức độ nặng hay nhẹ của bệnh. Nếu nhẹ thì sau 5-7 phút bệnh nhân sẽ tỉnh lại, nếu nặng thì bệnh nhân hôn mê sâu. Hôn mê có thể kéo dài từ vài giờ đến vài ngày. Bệnh nhân mất tri giác, đồng tử giãn rộng, rối loạn cơ vòng nên đại tiểu tiện không tự chủ. Trường hợp nặng bệnh nhân có thể tử vong.

4.2.2. Chẩn đoán

- *Chẩn đoán xác định*: dựa vào triệu chứng lâm sàng của cơn giật điển hình trên một bệnh nhân có hội chứng tiền sản giật nặng.

- *Chẩn đoán phân biệt*

+ Động kinh: có tiền sử động kinh trước khi có thai.

+ Con Tetanie: có thể có hay không có tiền sử. Các ngón tay duỗi thẳng và co dúm lại như bàn tay người đỡ đờ.

+ Con Hysteria: sự biểu hiện các cơn giật không giống nhau, tuy không tỉnh nhưng người xung quanh nói vẫn biết; Mất tri giác nhưng không mất phản xạ.

+ Các tai biến mạch máu não: xuất huyết não, thuyên tắc mạch não do huyết khối. Tổn thương não (u não, áp- xe não).

+ Các bệnh nhiễm trùng: viêm màng não, viêm não.

+ Các bệnh chuyển hoá: hạ calci máu, hạ glucoza máu, hôn mê do urê máu cao, hôn mê gan, hôn mê do đái tháo đường. . .

4.3. Biến chứng

4.3.1. Về phía mẹ

- Cắn phải lưỡi khi lên cơn giật

- Ngạt thở, suy hô hấp

- Suy tim cấp, phù phổi cấp

- Xuất huyết não - màng não

- Chảy máu dưới bao gan, vỡ gan

- Suy gan cấp, suy thận cấp

- Mù mắt, thông manh, ngớ ngẩn

- Có thể để lại di chứng cao huyết áp mãn, suy gan, suy thận mãn.

- Tử vong

4.3.2. Về phía con

- Thai kém phát triển trong tử cung.

- Đẻ non.
- Thai chết trong tử cung.

4.4. Điều trị sản giật

4.4.1. Chế độ chăm sóc

- Giữ bệnh nhân tại nơi yên tĩnh, tránh mọi kích thích, không cho ăn.
- Ngáng miệng bằng thanh ngáng có quần vải để đề phòng cắn phải lưỡi.

Đây là một việc làm bắt buộc vì khi bệnh nhân lên cơn giật rất dễ cắn lưỡi.

- Nằm giường có thanh chắn, cố định bệnh nhân .
- Hút đờm dãi để phòng tắc đường hô hấp.
- Thở oxy qua mặt nạ hoặc ống thông mũi.

- Theo dõi cơn giật, huyết áp, lượng nước tiểu, mạch, nhiệt độ. Tất cả được ghi vào bảng theo dõi để phục vụ điều trị.

4.4.2. Xử trí tại tuyến y tế cơ sở:

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

- Cần thực hiện đầy đủ chế độ chăm sóc: Hút đờm dãi, ngáng miệng, tiêm thuốc an thần, lập một đường truyền tĩnh mạch trước và trong khi chuyển tuyến.

4.4.3. Điều trị nội khoa: Chuyên khoa

4.4.4. Theo dõi và điều trị trong thời gian hậu sản

- Tiếp tục theo dõi, điều trị chống co giật trong 24 giờ sau đẻ hoặc cơn giật cuối cùng.
- Tiếp tục điều trị cao huyết áp nếu có.
- Tiếp tục theo dõi lượng nước tiểu.
- Tư vấn các biện pháp tránh thai.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Tiền sản giật và sản giật gây biến chứng, ngoại trừ:

- A. Sảy thai B. Thai chết lưu C. Nhau bong non D. Sản giật

2. Sản phụ bị phù 2 chi dưới xuất hiện trong 3 tháng cuối của thai kỳ cần tiến hành:

- A. Sử dụng thuốc lợi tiểu B. Ăn chế độ giảm muối
C. Protein niệu D. Nhập viện ngay

3. Đặc điểm phù của tiền sản giật- sản giật?

- A. Phù mềm, trắng, ấn lõm, phù toàn thân và cả buổi sáng khi thức dậy
B. Chỉ phù nhẹ ở mắt cá chân C. Sáng chưa phù chiều mới xuất hiện phù
D. Phù giảm hoặc mất khi kê chân lên hoặc nằm nghỉ và nghiêng trái.

4. Để phòng chống sản giật, cần phải làm gì?

- A. Chế độ ăn ít muối B. Chích Seduxen 10mg
C. Tiêm phòng uốn ván đầy đủ D. Phát hiện tiền sản giật và điều trị

5. Trị số huyết áp tâm thu nào sau đây được xác định là tăng huyết áp:

- A. 130mmHg B. 135 mmHg C. 140 mmHg D. 150 mmHg

6. Trị số huyết áp tâm trương nào sau đây được xác định là tăng huyết áp:

- A. 85 mmHg B. 90 mmHg C. 100 mmHg D. 110 mmHg

7. Huyết áp tâm thu tăng bao nhiêu so với trị số ban đầu thì gọi là tăng huyết áp:

- A. 10 mmHg B. 15 mmHg C. 20 mmHg D. 30 mmHg

8. Huyết áp tâm trương tăng bao nhiêu so với trị số ban đầu thì gọi là tăng huyết áp:

- A. 5 mmHg B. 10 mmHg C. 15 mmHg D. 20 mmHg

9. Để phòng chống sản giật, người ta phải:

- A. Chế độ ăn ít muối B. Chích Seduxen 10mg C. Tiêm phòng uốn ván đầy đủ
D. Phát hiện sớm các dấu hiệu tiền sản giật và điều trị kịp thời bằng cách khám thai đầy đủ theo quy định.

10. Hội chứng chính của tiền sản giật bao gồm:

- A. Phù, cao huyết áp B. Cao huyết áp, protein niệu
C. Phù, cao huyết áp, protein niệu D. Phù, da xanh niêm nhợt

UỐN VÁN RÓN TRẺ SƠ SINH

NỘI DUNG

Uốn ván rón là một bệnh nhiễm khuẩn nhiễm độc do trực khuẩn Clostridium tetani, gram (+) gây ra, là loại bệnh hay gặp ở các nước đang phát triển, có tỉ lệ tử vong cao (34-50%) tùy từng thông báo của từng nước.

Uốn ván rón là một bệnh nhiễm khuẩn nhiễm độc do trực khuẩn Clostridium tetani, gram (+) gây ra, là loại bệnh hay gặp ở các nước đang phát triển, có tỉ lệ tử vong cao (34-50%) tùy từng thông báo của từng nước, số điều trị qua được cũng có tỉ lệ di chứng (động kinh, kém phát triển tinh thần, vận động...) không ít.

1. NGUYÊN NHÂN

Do trực khuẩn gram (+) có tên là Nicolaier (Clostridium tetani) ở dạng hoạt động hay dạng kén (nha bào) xâm nhập vào cơ thể qua vết cắt rón nên gọi là uốn ván rón.

Nha bào uốn ván có nhiều trong đất, bụi, nước, phân súc vật (trâu bò) ở dạng nha bào. Vi khuẩn uốn ván có thể chịu đựng được với nhiệt độ cao ở 120°C trong 15 phút, ở 90°C trong 2 giờ và điều kiện thích hợp để nha bào trở thành dạng hoạt động là nhiệt độ 35-37°C và pH: 6,8-7,4.

Trẻ bị uốn ván rón là do cắt rón không vô khuẩn như bằng nũa, bằng liềm, dao kéo không vô khuẩn, thường là do đẻ tại nhà, đẻ rơi, do những người không chuyên môn đỡ đẻ.

Vi khuẩn uốn ván tiết ra độc tố

Tác động lên hệ thống vận động của thần kinh gây cơn co giật và co cứng, độc tố này rất mạnh, chỉ cần 1/50.000 - 1/90.000 của 1 ml đủ gây chết chuột.

Độc tố thứ hai gây vỡ hồng cầu nhưng yếu, dễ bị phá huỷ.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1. Thời kỳ ủ bệnh

Kể từ khi cắt rón tới khi có dấu hiệu cứng hàm là thời kỳ không có gì báo trước về bệnh uốn ván, thời gian ủ bệnh từ 4-15 ngày, trung bình là 7 ngày, ủ bệnh ngắn bệnh càng nặng.

3.2. Thời kỳ khởi phát

Trẻ quấy khóc, bỏ bú, miệng chúm chím lại, trẻ đói nhưng không bú được nên càng khóc, lúc này nếu đè lưỡi ấn xuống thì thấy phản ứng lại đó là dấu hiệu cứng hàm (trismus), thời kỳ khởi phát này nhanh chóng chuyển sang thời kỳ toàn phát (từ vài giờ đến một ngày).

3.3. Thời kỳ toàn phát

Bệnh thể hiện rõ ràng, cứng hàm càng rõ, xuất hiện hai triệu chứng chính là cơn co giật và co cứng.

3.3.1. Cơn co giật

Xảy ra một cách tự phát hay kích thích (ánh sáng, khám, bế cho ăn) lúc đó nét mặt trẻ nhăm nhúm lại, miệng chúm chím, sùi bọt mép, hai tay nắm chặt. Cơn co giật có thể kéo dài vài phút. Cũng có khi tới 5-6 giờ liền, nếu cơn co giật mạnh liên tục, dễ kèm theo cơn ngừng thở kéo dài 2-3 phút, thậm chí đến 20-30 phút do cơ thanh quản bị co thắt. Lúc đó tiếng tim đập chậm lại, nếu kéo dài tiếng tim rời rạc, mạch khó bắt, chân tay lạnh, mỗi cơn ngừng thở là một lần có thể đe dọa tính mạng bệnh nhi, hoặc dễ bị bội nhiễm và toan hoá máu.

3.3.2. Cơn co cứng cơ

Người trẻ uốn cong, đầu ngả ra sau, hay tay khép chặt, nó thường xuyên hiện sau cơn co giật đầu tiên và kéo dài suốt thời gian trị bệnh.

Toàn thân:

- Nhiệt độ có thể bình thường nhưng thường tăng trên 37°C đến 40-41°C là yếu tố phối hợp làm cơn co giật xảy ra.

- Tiêu hoá hay bị táo bón.

- Rõn thường rụng sớm (100%) và nhiễm khuẩn, có thể rõn ướt, có mũ hay thối, lấy mũ ở rõn cây có thể thấy vi khuẩn uốn ván mọc.

- Bệnh kéo dài 2-3 tuần, dễ tử vong ở tuần thứ nhất và thứ hai trong cơn co giật, hoặc biến chứng viêm phổi.

3.4. Thời kỳ lui bệnh

Những trẻ qua được tuần thứ hai, thứ ba thường tiến triển tốt dần, cơn giảm dần và bệnh nhi bắt đầu mở mắt, khóc được, trước nhỏ sau to dần. Trong thời gian này vẫn còn tăng trương lực. Vài hôm sau, bệnh nhi có thể bú mẹ được. Như vậy, độ một tháng kể từ khi bệnh phát thì bệnh nhi bú được. Nhưng phải từ 1,5-2 tháng thì trương lực cơ mới trở lại bình thường.

4. CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ

4.1. Chăm sóc

Khi nghi ngờ bị uốn ván rõn phải chuyển trẻ đi bệnh viện, trước khi chuyển đi có thể làm một số việc sau:

- Đặt trẻ nơi yên tĩnh, nằm phòng tối, sạch cỏ, bện, nách, vùng có nếp gấp.

- Rửa rõn hay vết thương bằng nước đun sôi để nguội hoặc nước muối sinh lý 9%, cồn 70°.

- Hút hoặc lau sạch chất dịch ở mũi họng.

- Vắt sữa mẹ cho trẻ ăn bằng thìa nhỏ, có thể tiêm một lần penicilin 200.000 UI cho trẻ và uống Seduxen 5mg x 1/2 viên trước khi chuyển đi.

4.2. Thuốc

Trung hoà độc tố:

- SAT x 20.000 đơn vị (bắt 1 lần).

Chống co giật:

- Diazepan (Valium, Seduxen): 0,5-1 mg/kg/24 giờ chia 3 giờ một lần, tiêm bắp, uống.

- Phenobarbital (gacdenan): 10-20 mg/kg/24 giờ chia 4 giờ một lần, tiêm bắp hoặc uống.

Chống cơn ngừng thở:

- Thở oxy qua lều với nồng độ oxy 40%.

- Đặt nội khí quản thở máy.

Chống nhiễm khuẩn:

- Ampicilin 50-100 mg/kg/24 giờ, chia 4 lần tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.

- Gentamicin 2-4 mg/kg/24 giờ, chia 4 lần tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.

5. PHÒNG BỆNH

Cơ thể con người không có miễn dịch tự nhiên với vi khuẩn này, do đó muốn có miễn dịch phải tiêm phòng. Hiện nay do công tác tiêm chủng mở rộng tốt nên bệnh uốn ván rốn giảm đi rõ rệt.

5.1. Vô khuẩn khi cắt rốn

Nữ hộ sinh phải rửa tay bằng xà phòng dưới vòi nước chảy hay nước sôi để nguội, sát khuẩn tay bằng cồn hay ngâm tay vào dung dịch sát trùng.

Bộ dụng cụ đỡ đẻ phải vô khuẩn sản khoa

Tránh chạm tay vào móm cắt rốn.

5.2. Tiêm chủng

Đối với sản phụ cần tiêm đủ 2 mũi vaccin vào 2 tháng cuối. Mũi thứ hai sau mũi thứ nhất một tháng và phải trước khi đẻ ít nhất là 15-30 ngày. Vì người mẹ có thể truyền cho thai nhi lượng miễn dịch chống uốn ván cho đến tháng đầu sau đẻ. Phương pháp này tỏ ra an toàn và có hiệu quả.

Hội nghị quốc tế về bệnh uốn ván (1987) chủ trương tiêm phòng uốn ván cho tất cả phụ nữ đang độ tuổi mang thai với 5 lần tiêm:

- Lần 1: cho phụ nữ đến khám ở cơ sở y tế với bất kỳ lý do gì.

- Lần 2: sau 4 tuần lễ tiêm một lần.

- Lần 3: từ 6-12 tháng sau tiêm mũi 2.

- Lần 4: một năm sau tiêm mũi 3, hoặc trong thời gian mang thai, bảo vệ cho mẹ và con trong 10 năm.

- Lần 5: sau tiêm mũi 4 một năm và như thế sẽ bảo vệ được cho cả mẹ và con không mắc bệnh uốn ván suốt đời.

Nếu trẻ đẻ trong điều kiện không đảm bảo vô khuẩn và người mẹ chưa được tiêm phòng uốn ván trong lúc mang thai thì nên tiêm phòng uốn ván với SAT 1500 đơn vị, tiêm bắp một lần sau đẻ.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Vi khuẩn uốn ván có thể xâm nhập sớm vào cơ thể trẻ sơ sinh vào thời điểm nào dưới đây?

- A. Ngay lúc cắt rốn
- B. Trong vòng 24 giờ sau sanh
- C. Trong những ngày sau sanh khi rốn chưa rụng
- D. Ngay khi rốn mới rụng nhưng chưa lành sẹo da

2. Triệu chứng đầu tiên buộc phải nghĩ đến uốn ván rốn ở sơ sinh là:

- A. Sốt cao
- B. Khó thở
- C. Bú khó
- D. Co cứng toàn thân

3. Mầm bệnh của uốn ván rốn sơ sinh là:

- A. *Clostridium tetani*
- B. *Trichomonas vaginalis*
- C. *Chlamydia trachomatis*
- D. *Papiloma polyform vaacuolisation*

4. Lịch tiêm phòng cho phụ nữ chuẩn bị mang thai Vắc xin VAT (Việt Nam), ngoại trừ:

- A. Liều 1: Tiêm càng sớm càng tốt khi có thai lần đầu
- B. Liều 2: cách liều đầu tiên 1 tháng
- C. Liều 3: cách liều 2 tối thiểu 6 tháng hoặc trong thời kỳ có thai sau
- D. Liều 4: cách liều 2 tối thiểu 3 tháng hoặc trong thời kỳ có thai sau

5. Lịch tiêm phòng cho phụ nữ mang thai Vắc xin VAT (Việt Nam), ngoại trừ:

- A. Tiêm 2 mũi, nên tiêm vào 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ, mũi tiêm cuối nên tiêm trước khi sinh 1 tháng
- B. Tiêm 2 mũi, nên tiêm vào 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ, mũi tiêm cuối nên tiêm sau khi sinh 1 tháng
- C. Tiêm 3 mũi, nên tiêm vào 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ, mũi tiêm cuối nên tiêm trước khi sinh 1 tháng
- D. Tiêm 4 mũi, nên tiêm vào 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ, mũi tiêm cuối nên tiêm trước khi sinh 1 tháng

6. Loại trừ uốn ván sơ sinh, ngoại trừ:

- A. Phòng ngừa bệnh uốn ván cho mẹ và bé từ trước khi mang thai và trước khi sinh
- B. Được theo dõi tốt, định kỳ, tránh tình trạng đẻ tại nhà, đẻ rơi
- C. Nữ hộ sinh, bác sĩ cần được đào tạo, bồi dưỡng chuyên môn nghiệp vụ thường xuyên
- D. Đẻ không vô khuẩn để chăm sóc và giữ gìn rốn trẻ luôn băng kín

NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm khuẩn hậu sản là một trong những tai biến sản khoa thường gặp, đặc biệt là ở các nước đang phát triển do nhiều nguyên nhân từ cơ sở và trang thiết bị yếu kém, thực hiện quy trình không chế nhiễm khuẩn trong lĩnh vực sức khoẻ sinh sản chưa được bảo đảm... Nhiễm khuẩn hậu sản là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trong các tai biến Sản khoa.

1.1. Định nghĩa

Nhiễm khuẩn hậu sản là các nhiễm khuẩn xuất phát từ bộ phận sinh dục trong thời kỳ hậu sản.

1.2. Đường vào

- Đường máu
- Nhiễm khuẩn ngược dòng từ âm đạo và/hoặc cổ tử cung
- Qua các tổn thương của sinh dục trong và sau khi đẻ: tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung bị tổn thương trong đẻ
- Sản dịch là môi trường tốt cho vi khuẩn

1.3. Nguyên nhân/các yếu tố nguy cơ

- Cơ sở vật chất trang thiết bị không đảm bảo vô khuẩn.
- Các chỉ định và kỹ thuật can thiệp không đúng thời điểm (trường hợp đang nhiễm khuẩn) trong lĩnh vực sản khoa.
- Chăm sóc trước, trong và sau đẻ không đảm bảo qui trình.
- Các nhiễm khuẩn ở đường sinh dục không được xử trí tốt trước đẻ.
- Chuyển dạ kéo dài, ối vỡ non, ối vỡ sớm.

1.4. Mầm bệnh các loại vi khuẩn phân lập được

Vi khuẩn	Bệnh viện Trung ương Huế	Viện BVBM TSS
Tụ cầu	50,4%	76%
<i>E.Coli</i>	31,2%	30,8%
Phối hợp	33,6%	
<i>Aerobacte</i>	12,0%	
<i>r</i>		
	Dịch vết mổ	Dịch âm đạo
Tụ cầu	78,2%	44,1%
<i>E.Coli</i>	13,0%	35,2%
<i>Aerobacte</i>	17,0%	10,7%
<i>r</i>		
Phối hợp	43,4%	31,3%

2. CÁC HÌNH THÁI NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

2.1. Nhiễm khuẩn tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo

- Đây là hình thái nhẹ nhất
- Các triệu chứng/dấu hiệu:
 - + Sốt nhẹ 38°C - 38°5 C
 - + Vùng tầng sinh môn có biểu hiện viêm tấy, đỏ, đau, trường hợp nặng có mủ (khối tụ máu âm hộ/âm đạo có thể là nơi đặc biệt dễ nhiễm khuẩn).
- Tiến triển thường tốt nếu được phát hiện và điều trị kịp thời.
- Điều trị:
 - + Cắt chỉ ngắt khoảng nếu vết khâu phù nề, cắt chỉ toàn bộ nếu vết thương có tấy đỏ và mủ.
 - + Kháng sinh đường uống hoặc đường toàn thân.
 - + Vệ sinh tại chỗ hàng ngày bằng dung dịch Betadine 10%.

2.2. Viêm nội mạc tử cung

Đây là hình thái nhẹ, thường gặp, nếu không điều trị kịp thời có thể đưa đến các biến chứng.

2.2.1. Triệu chứng

- Sốt xuất hiện 2-3 ngày sau đẻ.
- Mạch nhanh 100 - 120 l/phút, mệt mỏi
- Tử cung co hồi chậm.
- Sản dịch hôi, có thể có mủ lẫn máu.

2.2.2. Điều trị

- Thuốc co hồi tử cung.
- Kháng sinh đường tiêm.
- Nong cổ tử cung trong trường hợp bế sản dịch.
- Cấy sản dịch, sau đó điều chỉnh kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Nạo buồng tử cung nếu có sót rau, tốt nhất sau khi đã dùng kháng sinh 24 giờ.

2.3. Viêm cơ tử cung

- Đây là hình thái hiếm gặp, thường xảy ra sau viêm nội mạc không được điều trị kịp thời và tích cực. Tiên lượng phụ thuộc vào chẩn đoán và điều trị.
- Những biến chứng có thể xảy ra là viêm phúc mạc hoặc nhiễm trùng máu.

2.3.1. Triệu chứng

- Sốt cao 39-40°C, biểu hiện nhiễm trùng nặng.
- Sản dịch hôi thối, ra máu lẫn mủ.
- Tử cung to mềm và nắn đau.

2.3.2. Điều trị

- Cấy sản dịch, điều trị theo kháng sinh đồ
- Dùng kháng sinh đường tiêm liều cao, phổ rộng và phối hợp 2-3 loại kháng sinh (Beta-Lactam, Aminosid, Metronidazol).
- Thuốc co hồi tử cung (oxytocin)
- Nâng cao thể trạng, bù nước và điện giải, truyền máu nếu cần thiết.
- Nạo kiểm tra buồng tử cung trong trường hợp sót nhau.
- Cắt tử cung trong các trường hợp nặng.

2.4. Viêm dây chằng và phần phụ

2.4.1. Triệu chứng

- Xuất hiện muộn 8 -10 ngày sau đẻ
- Sốt, mệt mỏi
- Tử cung co hồi chậm, sản dịch hôi
- Nắn thấy khối u cạnh tử cung đau, bờ không rõ

2.4.2. Điều trị

- Kháng sinh phù hợp với kháng sinh đồ trong hai tuần hoặc cho đến khi khỏi
 - Thuốc co hồi tử cung
 - Giảm đau, kháng viêm
 - Dẫn lưu túi mủ qua âm đạo
 - Nếu nặng phải cắt tử cung bán phần và dẫn lưu

2.4.3. Tiên triển: phụ thuộc vào thời gian phát hiện và điều trị; khỏi hoặc biến thành ổ mủ, viêm phúc mạc khu trú, viêm phúc mạc toàn thể.

2.5. Viêm phúc mạc tiểu khung

Viêm phúc mạc tiểu khung là nhiễm khuẩn lan từ tử cung, dây chằng rộng, phần phụ, đáy chậu. Vi khuẩn cũng có thể xâm nhập từ vết thương tầng sinh môn trực tiếp vào tổ chức liên kết hoặc qua hệ thống bạch huyết.

2.5.1. Triệu chứng

- Thời gian xuất hiện 3 - 15 ngày sau đẻ, sau các hình thái khác của nhiễm khuẩn hậu sản.
- Sốt cao 39 - 40°C, rét run, mạch nhanh
- Biểu hiện nhiễm trùng và nhiễm độc nặng, sốt dao động
- Đau âm ỉ hạ vị
- Tiểu buốt, tiểu rát, hội chứng giả ly
- Tử cung to, đau, di động kém.
- Đau túi cùng sau khi khám

2.5.2. Điều trị

- Nội khoa: Điều trị kháng sinh đường tiêm liều cao, phổ rộng và phối hợp 2-3 loại (Beta-Lactam, Aminocyclitol, Metronidazol).
- Ngoại khoa: Dẫn lưu mủ từ túi cùng sau qua âm đạo (tốt nhất dưới hướng dẫn siêu âm).

2.5.3. Tiên triển: Có thể dẫn tới viêm phúc mạc toàn thể.

2.6. Viêm phúc mạc toàn thể

2.6.1. Triệu chứng: thường xuất hiện muộn

- Nếu viêm phúc mạc sau mổ các triệu chứng có sớm
- Sốt cao 39 - 40°C, rét run, mạch nhanh và nhỏ.
- Nhiễm độc nhiễm trùng nặng, hơi thở hôi, thở nhanh - nông
- Nôn, buồn nôn
- Ía chảy, phân thối khắm
- Bụng chướng, cảm ứng phúc mạc
- Tử cung to, ấn đau
- Cổ tử cung chưa đóng kín, các túi cùng căng đau
- Xét nghiệm :
 - + Công thức máu có bạch cầu tăng cao, thiếu máu tán huyết.
 - + CRP cao, hematocrit cao.
 - + Rối loạn điện giải và toan chuyển hoá.
 - + Rối loạn chức năng gan thận.
 - + Cây sản dịch xác định được vi khuẩn gây bệnh.
 - + Siêu âm: có dịch ổ bụng, các quai ruột chướng, có thể xác định được bất thường ở tử cung và nguyên nhân gây viêm phúc mạc.

2.6.2. Tiên lượng

- Tiên lượng tốt nếu chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời.
- Tiên lượng xấu nếu chẩn đoán muộn hoặc viêm phúc mạc kèm nhiễm trùng máu, thường để lại di chứng dính và tắc ruột, có thể tử vong.

2.6.3. Điều trị

- Nội khoa:
 - + Nâng cao thể trạng, bồi phụ nước, điện giải.
 - + Kháng sinh liều cao, phối hợp, phổ diệt khuẩn rộng (Beta-Lactam, Aminositid, Metronidazol)
- Ngoại khoa: Phẫu thuật để dẫn lưu ổ mủ, hoặc cắt tử cung. Trong khi phẫu thuật cần cấy dịch ổ bụng, làm kháng sinh đồ.

2.7. Nhiễm khuẩn máu

- Là hình thái nặng nhất trong nhiễm khuẩn hậu sản.
- Tỷ lệ tử vong cao, có thể để lại nhiều di chứng.

2.7.1. Triệu chứng

Thời gian xuất hiện sau can thiệp thủ thuật sớm nhất từ 24 - 48 giờ.

- *Hội chứng nhiễm trùng nặng*: Sốt cao, rét run, môi khô, lưỡi bẩn, mặt hốc hác do mất nước và nhiễm độc.
- *Hội chứng thiếu máu*: da xanh, hồng cầu và Hb giảm.
- *Các dấu hiệu choáng*: trạng thái tâm thần bất định, tụt huyết áp và rối loạn vận mạch và tình trạng nhiễm toan máu.
 - Tử cung to, mềm, ấn rất đau, cổ tử cung hé mở, sản dịch nhiều bản đục như mủ lẫn máu và có mùi hôi.
 - Có thể xuất hiện nhiễm khuẩn ở các cơ quan khác (phổi, gan hoặc thận).
 - *Cấy máu*: phải thực hiện trước khi sử dụng kháng sinh để tìm tác nhân gây bệnh, phải cấy máu ít nhất 3 lần, cách nhau một giờ.
 - *Công thức máu*: Bạch cầu tăng rất cao, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao, hematocrit tăng, tốc độ lắng máu tăng cao.
 - Chức năng gan thận suy giảm, rối loạn các yếu tố đông chảy máu.

2.7.2. Điều trị

- Nội khoa:
 - + Hồi sức chống choáng, truyền dịch, chống rối loạn nước, điện giải.
 - + Kháng sinh phổ rộng, liều cao, phối hợp, tốt nhất phải dựa theo kháng sinh đồ.
- Ngoại - Sản khoa: nhằm loại bỏ ổ nhiễm khuẩn
 - + Cắt tử cung sau 6 giờ điều trị, chậm nhất là 24 giờ sau khi điều trị.

+ Có thể giữ tử cung ở những bệnh nhân còn trẻ, mong muốn có con và đáp ứng tốt với điều trị nội khoa.

2.8. Choáng nhiễm khuẩn

Choáng nhiễm khuẩn là biến chứng nặng của nhiễm khuẩn hậu sản, một tình trạng suy sụp tuần hoàn do nội độc tố của vi khuẩn.

Tỷ lệ tử vong cao tới 60% - 75%.

2.8.1. Mầm bệnh

Nhiều loại vi khuẩn có thể gây ra choáng nhiễm khuẩn như:

- Các loại vi khuẩn Gram dương: Tụ cầu vàng, liên cầu tan máu, clostridium
- Các loại vi khuẩn Gram âm: *Escherichia coli*, *Pseudomonas pyocyanea*

2.8.2. Triệu chứng

- Biểu hiện nổi bật là suy tuần hoàn và suy hô hấp: Tím tái toàn thân, nổi vân tím, khó thở, thở nhanh nông, mạch nhanh, huyết áp tụt kẹt.
- Hội chứng nhiễm trùng nặng: sốt cao đột ngột, có thể đến 40 - 41⁰C, môi khô, lưỡi bẩn.
- Thần kinh: lơ mơ, vật vã, ảo giác hoặc li bì.
- Thiếu niệu
- Công thức máu bạch cầu tăng cao, men gan tăng, urê máu tăng, rối loạn nước và điện giải. Cây máu có thể tìm thấy vi khuẩn.

2.8.3. Điều trị

Mục đích là chống nhiễm khuẩn, chống trụy tim mạch và các biến chứng.

- Nội khoa:

+ Hồi sức chống choáng, bồi phụ nước và điện giải. Truyền máu nếu có biểu hiện thiếu máu nặng hoặc rối loạn đông chảy máu.

+ Trợ tim

+ Corticoid

+ Kháng sinh liều cao, phổ rộng, phối hợp, theo kháng sinh đồ.

- Ngoại - Sản khoa:

+ Sau khi điều trị choáng ổn định cần loại bỏ ổ nhiễm khuẩn: dẫn lưu ổ mủ, nạo buồng tử cung hoặc cắt tử cung.

3. DỰ PHÒNG

Muốn hạn chế các nhiễm khuẩn hậu sản cũng như các biến chứng của nó, cần làm tốt những việc sau:

- Đảm bảo điều kiện vô khuẩn khi đỡ đẻ, khi tiến hành thăm khám, các thủ thuật phẫu thuật sản phụ khoa.
- Xử trí tốt các tổn thương sinh dục khi đẻ.

- Phát hiện sớm, điều trị tích cực các trường hợp nhiễm khuẩn sinh dục trước, trong và sau đẻ

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Điều nào sau đây là yếu tố thuận lợi nhất dẫn đến nhiễm trùng hậu sản?

- A. Tổn thương phần mềm của mẹ B. Thiếu chất sắt
C. Mẹ bị nhiễm trùng đường tiểu trước đó D. Dinh dưỡng kém

2. Nguyên nhân dẫn đến nhiễm khuẩn vết may tầng sinh môn, ngoại trừ:

- A. Vô khuẩn không tốt B. Cắt khâu tầng sinh môn không đạt kỹ thuật
C. Thiếu dinh dưỡng D. Ối vỡ non

3. Dấu hiệu nhận định vết may tầng sinh môn nhiễm trùng?

- A. Vết may sưng, nề đau B. Vết may đỏ, đau, nung mủ
C. Vị trí vết may 7 giờ D. Vết may 4 cm may 4 mũi

4. Các biện pháp chăm sóc và theo dõi choáng nhiễm khuẩn

- A. Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm 1 đến 2 giờ/1 lần
B. Đo nhịp thở, đếm mạch từ 15 đến 30 phút/1 lần
C. Theo dõi nước tiểu 1 giờ 1 lần D. Hướng dẫn đi lại sau 3 giờ

5. Điều nào sau đây không phải là yếu tố thuận lợi gây nhiễm khuẩn hậu sản?

- A. Sốt rau B. Bé sản dịch C. Sinh non D. Chuyển dạ kéo dài

BẢNG HUYẾT SAU SINH

I. ĐỊNH NGHĨA

- Bảng huyết sau sinh là tình trạng mất $\geq 500\text{ml}$ máu sau sinh đường âm đạo hoặc mất $\geq 1000\text{ml}$ máu sau mổ lấy thai, ảnh hưởng tổng trạng
- Hoặc Haematocrit giảm $> 10\%$ so với trước sinh.
- Phân loại: nguyên phát (< 24 giờ đầu) và thứ phát (sau 24 giờ - 12 tuần – WHO).

II. CHẨN ĐOÁN

- Đo lượng máu mất bằng túi đo máu lớt ngay sau khi sổ thai và ra hết nước ối.
- Dấu hiệu mất máu cấp tính: mệt, vật vã, da xanh niêm nhạt, vã mồ hôi.
- Thay đổi tổng trạng, sinh hiệu: mạch nhanh, HA tụt.
- Tử cung tăng thể tích.
- Ra huyết âm đạo đỏ tươi lượng nhiều - liên tục
- Ra huyết âm đạo đỏ tươi lượng nhiều - liên tục

III. NGUYÊN NHÂN

- Đờ tử cung.
- Chấn thương đường sinh dục (đặc biệt là vỡ tử cung).
- Bất thường về bong nhau, sổ nhau.
- Rối loạn đông máu.

III. XỬ TRÍ CHUNG

- Hồi sức tích cực + co hồi tử cung + tìm nguyên nhân.
 - Huy động tất cả mọi người để cấp cứu.
 - Thiết lập ít nhất 2 đường truyền tĩnh mạch, catheter 18G cho dịch chảy với tốc độ nhanh.
 - Đánh giá tình trạng mất máu và thể trạng chung của sản phụ (các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ).
 - Nếu nghi ngờ có choáng hoặc bắt đầu có choáng phải xử trí ngay theo phác đồ xử trí choáng.
 - Thông tiểu.
 - Xoa đáy tử cung và dùng thuốc co hồi tử cung
 - + Oxytocin 5 UI 4 ống pha 500 ml dịch tinh thể, tối đa 80 UI.
 - + Methyl-ergometrin 0,2mg 1 ống TB hay tiêm vào cơ tử cung (không bao giờ tiêm tĩnh mạch), tối đa 5 liều, không sử dụng: tiền căn cao huyết áp, hội chứng Raynaud.
 - + Carbetocin (Duratocin 100mcg) 1 ống TMC, chỉ một liều duy nhất (khuyến cáo sử dụng dự phòng trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS).

+ Prostaglandin F2 alpha (Carboprost tromethamine): 250mcg TB mỗi 15-20 phút nếu cần, tổng liều là 2mg) nếu không có hen suyễn và cao huyết áp.

+ Prostaglandin E1 (Misoprostol: Cytotec) 200mcg: 800 mcg đặt hậu môn 1 lần duy nhất, có thể dùng cho người cao huyết áp hay hen suyễn. Theo dõi nhiệt độ sản phụ vì có thể sốt $\geq 40^{\circ}\text{C}$ và lạnh run. Sử dụng phối hợp với thuốc gò tử cung đường tiêm, không sử dụng như thuốc gò duy nhất để điều trị BHSS.

- Tìm nguyên nhân: kiểm tra đường sinh dục và thực hiện các biện pháp cầm máu cơ học khác.

- Làm xét nghiệm cơ bản: nhóm máu, huyết đồ, đông máu toàn bộ.

IV. TRIỆU CHỨNG VÀ XỬ TRÍ THEO BỆNH CẢNH LÂM SÀNG

1. Đờ tử cung (Tonus)

- Chảy máu ngay sau khi sổ nhau là triệu chứng phổ biến nhất.

- Tử cung giãn to, mềm nhão, co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối an toàn.

- Có thể dẫn đến choáng nếu không xử trí kịp thời.

Xử trí: ngoài phần xử trí chung có thể cần thêm

- Chèn bóng lòng tử cung, phẫu thuật may mũi B-Lynch hoặc thắt động mạch tử cung, thắt động mạch hạ vị, cắt tử cung.

- Kết hợp vừa phẫu thuật vừa hồi sức, truyền máu.

2. Chấn thương đường sinh dục (Trauma)

Gồm rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn, cổ tử cung, vỡ tử cung và máu tụ đường sinh dục.

- Tử cung co hồi tốt nhưng máu đỏ tươi vẫn chảy ra ngoài âm hộ.

- Khám thấy vết rách và máu tụ đường sinh dục.

Xử trí: ngoài xử trí chung còn thêm

- Khâu phục hồi đường sinh dục.

- Nếu bị tụ máu, tùy theo vị trí, kích thước và sự tiến triển của khối máu tụ để có thái độ xử trí thích hợp. Nguyên tắc chung là phải phá khối máu tụ và khâu cầm máu kỹ, tránh tái phát. Làm tại phòng mổ khi khối máu tụ to, sâu hoặc ở vị trí khó kiểm soát.

- Với vỡ tử cung: xem phác đồ “Vỡ tử cung”.

3. Bất thường về bong nhau và sổ nhau (Tissue)

• Sốt nhau, sót màng

- Chảy máu thường xuất hiện sau khi sổ nhau.

- Tử cung có thể co hồi kém.

- Ra máu rỉ rả, lượng máu ra có thể ít hoặc nhiều, máu đỏ tươi lẫn máu cục.

- Có thể phát hiện sớm sót nhau bằng cách kiểm tra nhau và màng nhau.
- Nếu phát hiện muộn, không kịp thời, mất máu nhiều có dấu hiệu choáng.

• **Nhau không bong**

- Nhau không bong trong vòng 30 phút sau khi sổ thai hoặc dùng biện pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ không kết quả.
- Nhau bám chặt và không chảy máu.
- Nhau cài răng lược bán phần thì sau khi thai đã sổ 30 phút nhau không bong hoàn toàn, chảy máu nhiều hay ít tùy theo diện nhau bong rộng hay hẹp. Nhau cài răng lược toàn phần: ít gặp, không chảy máu.

Xử trí

• Sốt nhau, sốt màng

- Truyền dịch tĩnh mạch ngay.
- Cho thuốc giảm đau (Morphin 10 mg x 1 ống tiêm bắp hay tiêm dưới da hay

Pethidine 100mg

½ ống tiêm bắp) và tiến hành kiểm soát tử cung.

- Tiêm bắp 5 - 10 UI Oxytocin hoặc/và Ergometrin 0,2 mg.
- Dùng kháng sinh toàn thân.
- Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.
- Hồi sức truyền máu nếu thiếu máu cấp.

• **Nhau không bong**

- Nếu chảy máu, tiến hành bóc nhau và kiểm soát tử cung, tiêm bắp Oxytocin 10UI, xoa đáy tử cung, hồi sức chống choáng, cho kháng sinh.
- Nhau cài răng lược bán phần chảy máu hoặc nhau cài răng lược toàn phần phải cắt tử cung.
- Nếu chảy máu nhiều cần phải hồi sức chống choáng, truyền máu và phẫu thuật.
- Duy trì gò tử cung theo nguyên tắc chung.

4. Rối loạn đông máu (Thrombin)

- Có thể tiên phát do các bệnh về máu nhưng thường là thứ phát do chảy máu nhiều, mất sinh sợi huyết (đông máu nội quản lan tỏa). Đông máu nội mạch lan tỏa có thể kết hợp với tiền sản giật nặng, thai chết trong tử cung, nhau bong non thể ẩn, nhiễm trùng ối hay thuyên tắc ối. Tất cả các tình trạng bệnh lý này có thể dẫn đến tiêu sinh sợi huyết.

- Điều trị nội khoa bằng máu tươi là chính, các yếu tố đông máu và điều trị nguyên nhân.
- Nếu phải can thiệp phẫu thuật lưu ý mở bụng đường dọc.

V. DỰ PHÒNG

- Đảm bảo quản lý thai nghén tốt, phát hiện sớm các nguy cơ cao.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ: kéo dây rốn có kiểm soát.
- Trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS: có thể sử dụng sớm Carbetocin (Duratocin 100mcg) 1 ống tĩnh mạch chậm hoặc tiêm bắp, một liều duy nhất.
- Áp dụng vẽ biểu đồ chuyển dạ, không để xảy ra chuyển dạ kéo dài.
- Đỡ sinh đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng để tránh gây chấn thương đường sinh dục. Khi có tổn thương đường sinh dục cần phát hiện sớm và xử trí kịp thời.
- Theo dõi sát sản phụ 6 giờ đầu sau sinh, đặc biệt là trong 2 giờ đầu để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Lượng máu mất sau sanh là bao nhiêu thì chẩn đoán băng huyết:

- A. 200ml B. 300ml C. 400ml D. >500ml

2. Thuốc oxytocin được sử dụng trong trường hợp nào sau đây:

- A. Thai trứng B. Thai ngoài tử cung
C. Nhau bong non D. Băng huyết do đờ tử cung

3. Nguyên nhân nào sau đây ít được nghĩ đến nhất khi chảy máu sau đẻ.

- A. Sốt màng rau B. Sốt rau C. Bể sản dịch D. Tử cung go hồi kém

4. Sau sanh máu chảy ra đỏ tươi, tử cung co hồi tốt, nguyên nhân thường là:

- A. Đờ tử cung B. Sốt nhau C. Rách phần mềm D. Nhiễm trùng ối

5. Chảy máu sau đẻ thường xảy ra:

- A. 6 giờ đầu sau đẻ B. 12 giờ sau đẻ C. 24 giờ sau đẻ D. Những ngày sau đẻ

6. Các nguyên nhân chảy máu sau đẻ dưới đây, nguyên nhân nào là hay gặp nhất:

- A. Sốt rau B. Đờ tử cung C. Vỡ tử cung D. Rách cổ tử cung, âm đạo

7. Dấu hiệu đầu tiên của chảy máu sau đẻ là:

- A. Mạch nhanh B. Huyết áp hạ
C. Bàn quang căng D. Tử cung không có khối an toàn

8. Dấu hiệu nhận định chảy máu sau đẻ do đờ tử cung là:

- A. Ra máu âm đạo đỏ, lẫn cục B. Da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi
C. Tử cung mềm không thấy khối cầu an toàn D. Nhịp thở nhanh, huyết áp giảm

9. Trong thai kỳ thai phụ được chẩn đoán thiếu máu khi huyết sắc tố dưới:

- A. 11g/100ml máu B. 12g/100ml máu C. 13g/100ml máu D. 14g/100ml máu

10. Nguyên nhân nào sau đây ít được nghĩ đến nhất khi chảy máu sau đẻ

- A. Sốt màng rau B. Sốt rau C. Bể sản dịch D. Tử cung go hồi kém

Bài 14. VIÊM ÂM HỘ ÂM ĐẠO, CỔ TỬ CUNG

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

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân, cách phát hiện các bệnh viêm âm hộ âm đạo, cổ tử cung.
- 1.2. Trình bày được nguyên tắc, hướng xử trí một số bệnh phụ khoa thông thường tại tuyến y tế cơ sở.
- 1.3. Trình bày được công tác tư vấn, làm tốt công tác dự phòng các bệnh viêm âm hộ âm đạo, cổ tử cung.

2. Thái độ

Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

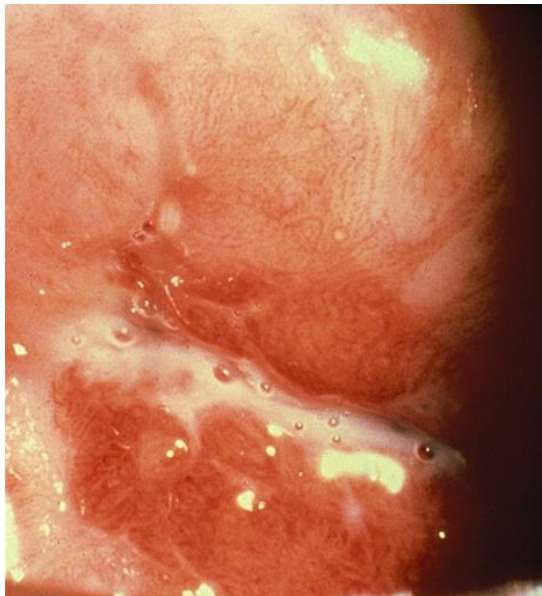
Viêm nhiễm cơ quan sinh dục là bệnh khá phổ biến trong đời sống của người phụ nữ, nguyên nhân đa dạng, diễn biến phức tạp dẫn đến việc điều trị khó khăn, đôi lúc để lại biến chứng như viêm tiểu khung, vô sinh, chửa ngoài tử cung, sảy thai, đẻ non, viêm kết mạc mắt trẻ sơ sinh...

Viêm âm đạo là biểu hiện thường gặp nhất. Âm đạo là nơi gần với bên ngoài và cũng là nơi thường xuyên có những va chạm trong đời sống hằng ngày. Khí hư là triệu chứng nổi bật làm cho người phụ nữ đến khám bệnh.

1.1. Khí hư

Bình thường ở cổ tử cung và âm đạo có một chất dịch trắng trong hơi đặc, hoặc như lòng trắng trứng, lượng ít không chảy ra bên ngoài, không làm cho người phụ nữ để ý, đó là dịch sinh lý, dịch này có pH # 3,8 - 4,6 tạo nên môi trường bảo vệ cho âm đạo, chống lại sự nhiễm khuẩn nhưng cũng có thể là yếu tố thuận lợi cho sự phát triển của mầm bệnh, pH này do sự chuyển hoá glycogène ở tế bào niêm mạc âm đạo-cổ tử cung thành axit lactic bởi trực khuẩn Doderlein.

Khi âm đạo bị viêm nhiễm, chất dịch tiết ra nhiều, gây khó chịu làm cho người phụ nữ lo lắng, trong trường hợp này dù màu sắc như thế nào trắng hay vàng, có mùi hay không đều là bệnh lý.



Hình 13.1: Khí hư cổ tử cung

1.2. Các loại tác nhân trong âm đạo

1.2.1. Vi khuẩn không gây bệnh

- Trực khuẩn Doderlein.
- *Staphylococcus epidermidis*.

1.2.2. Các vi khuẩn gây bệnh cơ hội

- Các cầu trùng ái khí :
 - + *Streptococcus alpha*.
 - + *Streptococcus tan huyết A,C,G*.
 - + *Staphylococcus aureus*.
 - + *Streptococcus agalactia*.
- Các trực khuẩn ái khí :
 - + *Colibacille*
 - + *Coliformes*.
 - + *Proteus, pseudomonas*.
 - + *Klebsiella*.
 - + *Enterobacter*.
- Các vi khuẩn kỵ khí :
 - + *Streptococcus beta*.
 - + *Bacteroides*.
 - + *Clostridium*.
 - + *Fusobacterie*.

1.2.3. Vi trùng, siêu vi trùng và ký sinh trùng luôn gây bệnh

- *Neisseria Gonorrhoea*.
- *Trichomonas vaginalis*.

- *Candida albicans*: nấm có thể là loại cộng sinh nhưng sẽ gây bệnh khi tăng sinh bất thường.

- *Clamidia trachomatis*.

- *Treponema pallidum*.

- *Gardnerella vaginalis*: có thể là loại cộng sinh, gây bệnh khi tăng sinh bất thường

- *Herpes simplex virus*

- *Human papiloma virus*

- *H.I.V*

1.2.4. Các mầm bệnh thường gặp

- Nấm men gây viêm âm hộ- âm đạo.

- Trùng roi gây viêm âm đạo.

- Vi khuẩn gây viêm âm đạo vi khuẩn.

- Lậu cầu khuẩn gây viêm cổ tử cung mũ nhầy và viêm niệu đạo.

- *Chlamydia trachomatis* gây viêm cổ tử cung mũ nhầy và viêm niệu đạo.

2. CÁC THỂ LÂM SÀNG CỦA VIÊM ÂM ĐẠO

2.1. Viêm âm đạo do trùng roi (Trùng roi âm đạo: *Trichomonas vaginalis*): là một bệnh thường gặp ở phụ nữ. Bệnh lây qua đường quan hệ tình dục là chủ yếu, ngoài ra bệnh còn có thể lây qua bồn tắm, khăn tắm ẩm ướt.

- Triệu chứng

+ Thời gian ủ bệnh từ 1 - 4 tuần lễ. Khoảng 25% số người mắc không có biểu hiện bệnh lý.

+ Khí hư: số lượng nhiều, loãng có bọt, màu vàng xanh, hôi. Đặc điểm của khí hư do trùng roi âm đạo có tính chất riêng biệt 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: Viêm âm hộ, âm đạo, cổ tử cung viêm đỏ, phù nề, có nhiều khí hư màu vàng xanh loãng và có bọt ở cùng đồ.

- Xét nghiệm

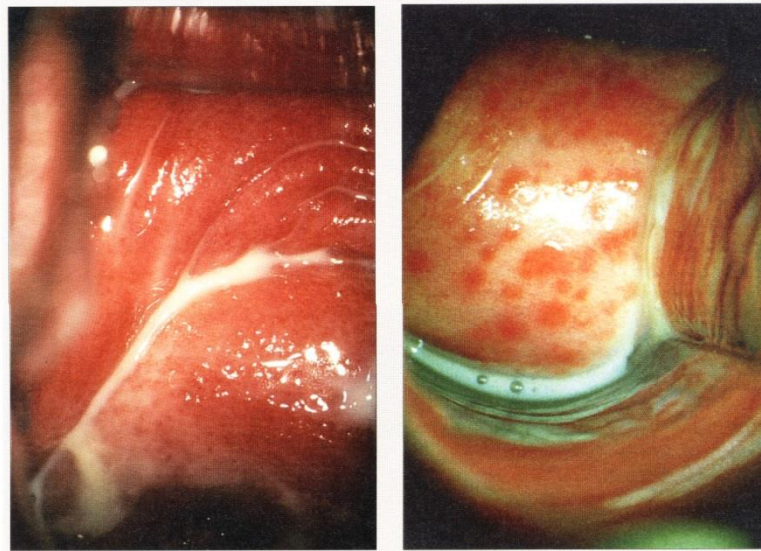
+ Lấy dịch khí hư cho vào nước muối sinh lý soi tươi thấy có trùng roi âm đạo có hình hạt chanh đang di động.

+ Chứng nghiệm Sniff (Whiff test): nhỏ một giọt KOH 10% vào dịch khí hư thấy mùi cá ươn và mất đi nhanh.

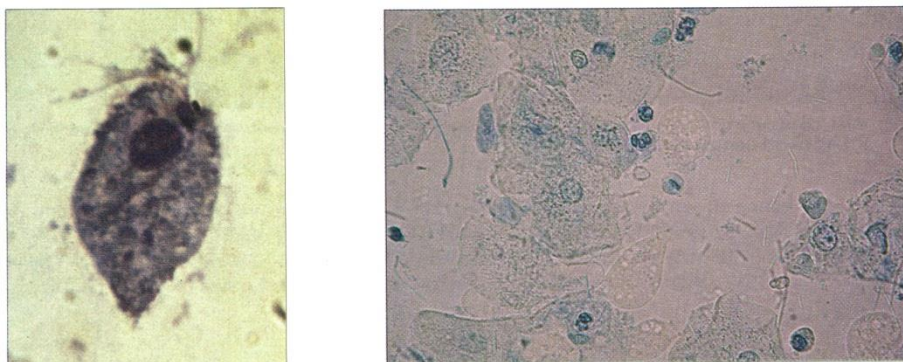
+ Đo pH >4,5.

- Điều trị viêm âm đạo do trùng roi:
 - + Vệ sinh âm đạo, quần áo lót sạch, phải được phơi nắng hoặc là trước khi dùng
 - + Không giao hợp trong thời gian điều trị
 - + Metronidazole 2g uống liều duy nhất. hoặc
 - + Metronidazole 500mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày.
 - + Có thể phối hợp đặt thuốc âm đạo
- Cần điều trị cho người chồng hoặc bạn tình:
 - + Metronidazole 2g liều duy nhất.

Chú ý: Metronidazole không dùng cho phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu và cần dặn bệnh nhân không được uống rượu khi đang dùng thuốc và cho đến 24 giờ sau khi ngừng thuốc.



Hình 13.2: Triệu chứng viêm âm đạo do *Trichomonas vaginalis*

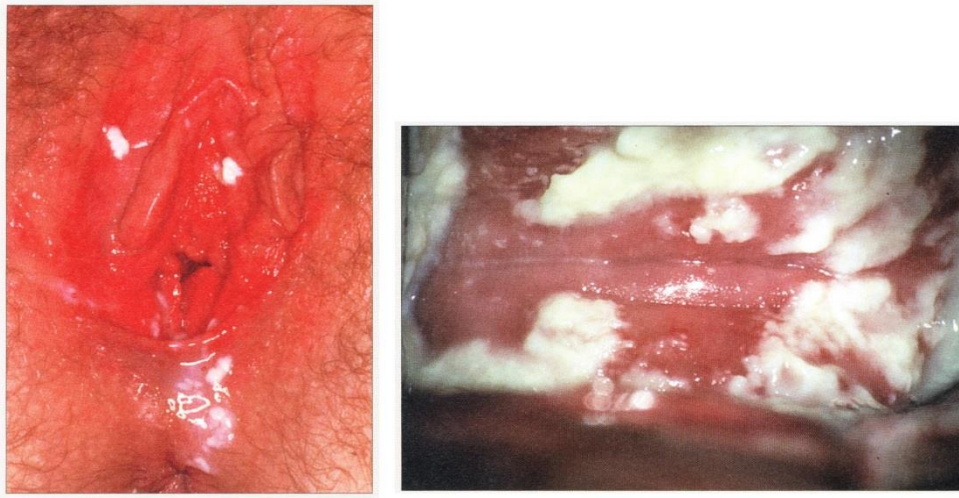


Hình 13.3: *Trichomonas vaginalis* khi nhuộm Giemsa và soi dưới kính hiển vi

2.2. Viêm âm đạo do nấm: là bệnh do nhiễm một loại nấm có tên là Candida (chủ yếu là *Candida albicans*).

Chiếm khoảng 20% các trường hợp viêm âm đạo. Có các yếu tố thuận lợi như dùng kháng sinh nhiều ngày, đái tháo đường, có thai, bệnh tự miễn, mặc quần quá chật, hoặc thay đổi các sản phẩm dùng cho vệ sinh phụ nữ. Triệu chứng:

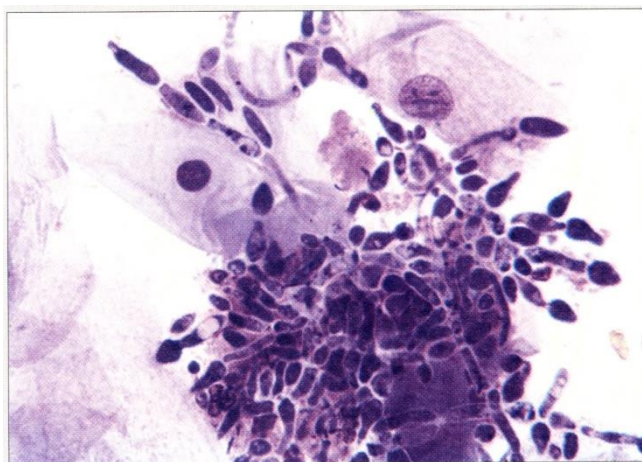
- + Bệnh nhân thường ngứa nhiều.
- + Khí hư có màu trắng đục như váng sữa, không hôi, nhiều hoặc ít.
- + Có thể kèm theo đi tiểu khó, đau khi giao hợp.
- + Khám: Âm hộ - âm đạo viêm đỏ, có thể bị xây xước nhiễm khuẩn do gãi, trường hợp nặng bị viêm cả vùng tầng sinh môn và đùi bẹn. Khí hư thường nhiều, màu trắng như váng sữa, thành mảng dày dính vào thành âm đạo, ở dưới có vết trợt đỏ.



Hình 13.4: Viêm âm đạo do *Candida albicans*

- Xét nghiệm

- + Soi tươi hoặc nhuộm gram tìm nấm men. Nuôi cấy ở môi trường Sabouraud.
- + Chứng nghiệm Sniff (Whiff test) (-).
- + Đo pH < 4,5



Hình 13.5: *Candida albicans* dưới kính hiển vi theo PP nhuộm xanh methylen

- Điều trị: có thể dùng một trong các cách sau
 - + Vệ sinh âm đạo, quần áo lót sạch, phải được phơi nắng hoặc là trước khi dùng
 - + Không giao hợp trong thời gian điều trị
 - + Itraconazole (*Sporal*) (100mg uống 2 viên/ngày x 3 ngày
 - + Fluconazole 150mg uống 1 viên duy nhất.
 - + Miconazole hoặc Clotrimazole 200mg, viên đặt âm đạo, đặt 1 viên trước khi đi ngủ x 3 ngày
 - + Clotrimazole 500mg, viên đặt âm đạo, đặt 1 viên duy nhất
 - + Econazole 150 mg, viên đặt âm đạo, đặt 1 viên vào âm đạo khi đi ngủ x 2 ngày
 - + Nystatin 100.000 đơn vị, viên đặt âm đạo, đặt 1 viên vào âm đạo trước khi đi ngủ x 14 ngày liên tục (kể cả những ngày có kinh)
- Tỷ lệ tái phát 15%.

2.3. Viêm âm đạo do vi khuẩn

Là viêm âm đạo không đặc hiệu, bệnh nhân ra nhiều khí hư nhưng không có biểu hiện đau, không có biểu hiện viêm âm hộ - âm đạo. Bệnh không phải lây qua quan hệ tình dục nên không cần điều trị cho chồng hoặc bạn tình. Căn nguyên chủ yếu do vi khuẩn *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma Hominis*, *Prevotella*, *Mobiluncus* có thể phối hợp với một số vi khuẩn yếm khí khác.

- Triệu chứng:
 - + Ra nhiều khí hư, mùi hôi như mùi tanh cá là lý do đưa người bệnh đi khám.
 - + Khám: Khí hư mùi hôi như mùi cá ươn, màu xám trắng, đồng nhất như kem phết đều vào thành âm đạo một lớp mỏng, không có viêm âm đạo.



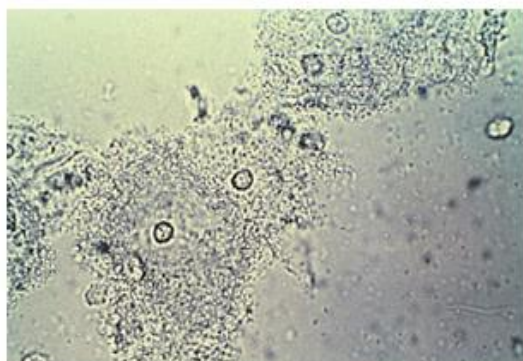
Hình 13.6: Khí hư âm đạo do vi khuẩn

- Xét nghiệm: tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào nhuộm Gram hoặc có 3 trong 4 tiêu chí của Amsel: ra khí hư, pH > 4,5, có Clue cells và test Sniff (+)

+ Soi tươi hoặc nhuộm gram có tế bào âm đạo dính các vi khuẩn, (Clue cells).

+ Test Sniff (+).

+ pH âm đạo > 4,5.



A. Bình thường



B. Có Clue cell

Hình 13.7: Soi tươi khí hư âm đạo nghi viêm do vi khuẩn (bacterial vaginosis)

- Điều trị: Metronidazole là thuốc có hiệu quả nhất.

+ Vệ sinh âm đạo, quần áo lót sạch, phải được phơi nắng hoặc là trước khi dùng

+ Không giao hợp trong thời gian điều trị

+ Metronidazole 2g uống liều duy nhất, hoặc

+ Metronidazole 500mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày, hoặc

+ Kem Clindamycin 2% bôi tại chỗ trong 7 ngày, hoặc

+ Clindamycin 300mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày.

+ Có thể phối hợp đặt thuốc âm đạo

Chú ý: Metronidazole không dùng cho phụ nữ có thai 3 tháng đầu. Trong khi uống thuốc không được uống rượu, không quan hệ tình dục.

2.4. Viêm cổ tử cung mũ nhầy do lậu và/hoặc *Chlamydia trachomatis*

2.4.1. Bệnh lậu ở phụ nữ (viêm cổ tử cung và viêm niệu đạo do lậu cầu)

- Triệu chứng

+ Biểu hiện cấp tính: đái buốt, mũ chảy ra từ niệu đạo, từ cổ tử cung mũ màu vàng đặc hoặc vàng xanh số lượng nhiều, mùi hôi. Bệnh nhân đau khi giao hợp, đau bụng dưới.

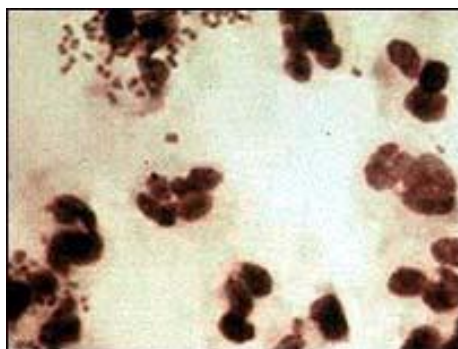
+ Khám mô vết thấy: cổ tử cung đỏ, phù nề, chạm vào chảy máu. Mũ chảy ra từ ống cổ tử cung. Có thể thấy lỗ niệu đạo đỏ, có mũ từ trong chảy ra hoặc có khi chỉ có dịch đục.

+ Thể mãn tính: triệu chứng lâm sàng không rõ ràng mà thường kín đáo, thậm chí không biểu hiện triệu chứng bệnh (trên 50% trường hợp) vì vậy họ không biết mình bị bệnh nên dễ lây lan cho người khác và cho trẻ sơ sinh.

- Xét nghiệm

+ Thường lấy bệnh phẩm ở 2 vị trí là niệu đạo và cổ tử cung. Hậu môn, các tuyến Skène, Bartholin cũng là nơi thường có lậu cầu. .

+ Nhuộm Gram: Song cầu khuẩn hình hạt cà phê, bắt màu gram (-) nằm trong và ngoài bạch cầu đa nhân, tế bào mũ.



Hình 13.8: Song cầu khuẩn hình hạt cà phê bắt màu Gram (-)

- Điều trị: Có thể lựa chọn một trong các loại thuốc sau:

- + Cefixime 400 mg uống liều duy nhất
- + Ceftriaxone 250mg tiêm bắp liều duy nhất
- + Spectinomycin 2g tiêm bắp liều duy nhất
- + Cefotaxime 1g tiêm bắp liều duy nhất.

Chú ý:

+ Ở Việt Nam, lậu cầu khuẩn đã kháng lại các kháng sinh thuộc nhóm Quinolone, Penicilin, Kanamycin.

+ Viêm âm đạo do lậu thường kèm theo các tác nhân gây bệnh khác nên thường phải điều trị phối hợp.

+ Phải điều trị cho bạn tình

2.4.2. Viêm cổ tử cung và niệu đạo do *Chlamydia trachomatis*

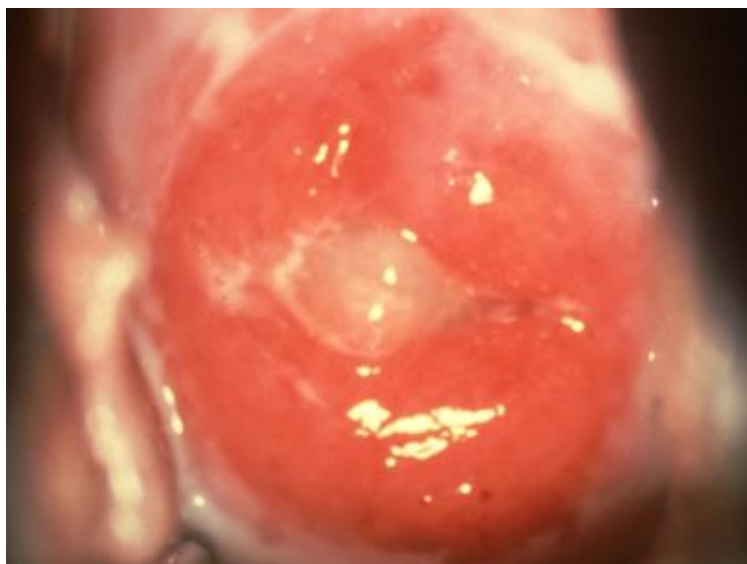
Nhiễm *Chlamydia trachomatis* ở sinh dục - tiết niệu nữ thường không biểu hiện triệu chứng (70%), thông thường được phát hiện khi bạn tình có viêm niệu đạo.

- Triệu chứng

+ Có dịch tiết từ cổ tử cung: màu vàng hoặc xanh, số lượng không nhiều. Cổ tử cung đỏ, phù nề và chạm vào dễ chảy máu.

+ Ngứa âm đạo, tiểu khó.

+ Ngoài ra có thể tổn thương viêm niệu đạo, tuyến Bartholin, hậu môn hoặc nhiễm trùng cao hơn ở buồng tử cung, vòi trứng - buồng trứng.



Hình 13.9: Khí hư do Chlamydia

- Xét nghiệm

Cần lấy bệnh phẩm ở cổ tử cung, niệu đạo, hậu môn, tuyến Bartholin.

- Điều trị: Có thể lựa chọn một trong các loại thuốc sau:

- + Doxycyclin : 100mg uống 2 lần/ngày trong 10 ngày
- + Erythromycin 500mg uống 2 lần/ngày trong 10 ngày
- + Azithromycin 1g uống liều duy nhất.

Chú ý:

- Không dùng doxycyclin cho phụ nữ có thai và cho con bú.
- Đề phòng lậu mắt ở trẻ sơ sinh : Ngay khi trẻ mới được đẻ ra phải nhỏ mắt cho trẻ dung dịch Nitrat Bạc 1%. Nếu mẹ bị bệnh lậu chưa điều trị có thể điều trị phòng ngừa cho trẻ (Cần chuyên tuyến).

3. ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ

Một người có nguy cơ bị nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục (viêm cổ tử cung mũ nhầy do lậu và/hoặc *Chlamydia*) khi :

- Có ít nhất một trong 4 yếu tố sau
 - + Bạn tình có triệu chứng nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục
 - + Có hành vi tình dục không an toàn.
 - + Có quan hệ tình dục hoặc bạn tình có quan hệ tình dục với nhóm người có hành vi tình dục nguy cơ cao như mại dâm, ma túy.
 - + Có hai trong 3 yếu tố sau
 - Thanh niên tuổi dưới 20, chưa lập gia đình và có quan hệ tình dục.
 - Có trên một bạn tình hoặc bạn tình có quan hệ tình dục với nhiều người khác.
 - Mới thay đổi bạn tình trong vòng 3 tháng gần đây.

4. TƯ VẤN

Tất cả các trường hợp mắc hội chứng tiết dịch âm đạo đều phải được tư vấn về tình dục an toàn. Các vấn đề cần được tư vấn là:

- Các hậu quả của bệnh như viêm tiểu khung, vô sinh, chửa ngoài tử cung... Các nguy cơ lây nhiễm cho trẻ sơ sinh như trong trường hợp viêm cổ tử cung mũ nhầy có thể gây viêm kết mạc mắt dẫn đến mù loà, viêm phổi trẻ sơ sinh hoặc các bệnh khác do vi khuẩn lậu (viêm khớp, viêm màng não).

- Tuân thủ phác đồ điều trị dù triệu chứng bệnh đã hết và khám lại theo hẹn.
- Khả năng lây bệnh cho bạn tình.
- Điều trị cho bạn tình đối với các trường hợp viêm cổ tử cung mũ nhầy và trùng roi.
- Tình dục an toàn, sử dụng bao cao su đúng và thường xuyên.
- Nguy cơ lây nhiễm H.I.V. Tư vấn về H.I.V và thông tin về các địa điểm xét nghiệm HIV

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Dịch ra âm đạo sinh lý là:

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

2. Thuốc điều trị viêm âm đạo do trùng roi:

- A. *Cefotaxim* B. *Nystatin* C. *Metronidazol* D. *Doxycyclin*

3. Thuốc điều trị viêm âm đạo do nấm men:

- A. *Cefotaxim* B. *Nystatin* C. *Metronidazol* D. *Doxycyclin*

4. Nguy cơ cao dẫn đến nhiễm khuẩn đường sinh dục và các bệnh lây qua truyền qua đường tình dục là:

- A. Dùng thuốc tránh thai kéo dài B. Tình dục không an toàn
C. Nhiều bạn tình. D. Vệ sinh bộ phận sinh dục không sạch

5. Cách điều trị mào gà sinh dục là:

- A. *Povidin* B. Cồn 90⁰ C. Đốt điện D. Đặt thuốc

6. Xét nghiệm nào có giá trị chẩn đoán nhiễm HIV?

- A. *HBsAg* B. *SGOT* C. *CRP* D. *ELISA*

7. Phát hiện sớm ung thư cổ tử cung ở phụ nữ đã sinh con cần làm gì?

- A. Siêu âm B. Khám phụ khoa C. Chụp X quang D. Thử nước tiểu

8. Điều trị viêm nhiễm đường sinh dục do herpes ta dùng:

- A. *Metronidazol* B. *Penicillin* C. *Amoxicillin* D. *Acyclovir*

9. Thăm khám bằng mỏ vịt quan sát cổ tử cung bình thường sẽ thấy hình ảnh gì?

- A. Cổ tử cung nhẵn, đỏ B. Cổ tử cung màu hồng nhẵn, bóng
C. Cổ tử cung gợn đỏ D. Cổ tử cung có khối sùi, đỏ

Bài 15 . RỐI LOẠN KINH NGUYỆT

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

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được định nghĩa về rối loạn kinh nguyệt.
- 1.2. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng rối loạn kinh nguyệt.
- 1.2. Trình bày được nguyên tắc, hướng xử trí các rối loạn kinh nguyệt.

2. Thái độ

Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

Rối loạn kinh nguyệt là chỉ những biểu hiện bất thường về kinh nguyệt. Đó là những dấu hiệu, những triệu chứng của một hay nhiều bệnh khác nhau chứ rối loạn kinh nguyệt không phải là bệnh.

Rối loạn kinh nguyệt là chỉ những biểu hiện bất thường về kinh nguyệt. Đó là những dấu hiệu, những triệu chứng của một hay nhiều bệnh khác nhau chứ rối loạn kinh nguyệt không phải là bệnh.

Nghiên cứu rối loạn kinh nguyệt về: Tuổi bắt đầu hành kinh, tuổi mãn kinh, độ dài của kỳ kinh, lượng máu kinh, sự phóng noãn, đau bụng khi hành kinh...

Là triệu chứng nhưng đôi khi cần phải điều trị mặc dù chưa rõ nguyên nhân bệnh nhưng gây băng kinh, băng huyết, rong kinh kéo dài...

1. CÁC THUẬT NGỮ TRONG RỐI LOẠN KINH NGUYỆT

Dậy thì sớm: Bắt đầu có kinh từ 8 tuổi trở xuống, bình thường 13-16 tuổi.

Dậy thì muộn: Bắt đầu hành kinh sau 18 tuổi.

Mãn kinh sớm: Không hành kinh nữa trước tuổi 40, bình thường từ 45-50 tuổi.

Mãn kinh muộn: Không hành kinh nữa sau tuổi 55.

Kinh thưa: Vòng kinh dài trên 35 ngày, bình thường từ 22-35 ngày.

Kinh mau: Vòng kinh ngắn dưới 22 ngày.

Vô kinh: Không có hành kinh từ 6 tháng trở lên.

Rong kinh: Kỳ hành kinh kéo dài trên 7 ngày.

Kinh ngắn: Kỳ hành kinh chỉ từ 2 ngày trở xuống.

Kinh nhiều: Tổng lượng máu kinh trong cả chu kỳ trên 200 ml, bình thường: 50-80 ml.

Kinh ít: Lượng máu kinh ra rất ít, không cần đóng băng vệ sinh, dưới 15 ml.

Cường kinh: Máu kinh ra vừa nhiều, vừa kéo dài ngày.

Thiếu kinh: Máu kinh ra ít và ngắn ngày.

Thông kinh: Đau bụng trước, trong hoặc sau khi hành kinh.

Vòng kinh không phóng noãn: Vòng kinh không có sự phóng noãn ở giữa chu kỳ kinh bình thường.

2. VÔ KINH VÀ PHÂN LOẠI VÔ KINH

- Vô kinh nguyên phát: Không hành kinh khi trên 18 tuổi.
- Vô kinh thứ phát: Không hành kinh lại sau 3 tháng đối với vòng kinh đều và 6 tháng đối với vòng kinh không đều.
- Vô kinh sinh lý: Là hiện tượng mất kinh khi có thai hay khi mãn kinh.
- Vô kinh giả: Còn gọi là bế kinh do máu kinh không chảy được ra ngoài.

Có thể coi tất cả các loại vô kinh (trừ vô kinh sinh lý) đều là vô kinh bệnh lý cần tìm nguyên nhân để điều trị hoặc có thể không điều trị được.

2.1. Nguyên nhân vô kinh nguyên phát

Do bất thường ở bộ phận sinh dục, hoặc ứ tắc tuyến nội tiết liên quan đến hoạt động sinh dục như: không có tử cung, không có âm đạo, màng trinh không thủng, teo buồng trứng bẩm sinh...

Một số hội chứng, bệnh gây vô kinh nguyên phát:

- Hội chứng Turner: Do Turner mô tả năm 1938 với các dấu hiệu: hình dáng nhi tính, 2 bên cổ có da bệnh, thiếu một nhiễm sắc thể X (45,XO) nên gây ra teo buồng trứng bẩm sinh dẫn đến rối loạn phát triển tuyến sinh dục. Vì thiếu Estrogen nên các phần của bộ phận sinh dục đều nhỏ, vú không phát triển, lông mu, lông nách thưa. Chậm trí tuệ, không tình dục, vô kinh và điều trị duy nhất bằng thay thế hormone, dùng vòng kinh nhân tạo giúp phát triển tính sinh dục phụ và giải quyết loãng xương.

- Hội chứng Mayer - Rokitansky - Kuster: Tử cung là một dải nhỏ, teo âm đạo bẩm sinh, buồng trứng bình thường, tính chất sinh dục nữ bình thường nhưng không hành kinh vì teo tử cung.

- Cần chẩn đoán phân biệt với lao tử cung sớm gây dính buồng tử cung. Không gây được kinh nguyệt và không điều trị được nguyên nhân.

- Hội chứng thượng thận - sinh dục: Hiếm gặp. Vỏ thượng thận thiếu men hydroxylase 21 nên cortisol thấp, ACTH tăng tiết dẫn tới quá sản vỏ thượng thận và tăng tiết Androgen.

- Androgen cao làm sớm mọc lông mu, lông nách, râu, âm vật to. Người lùn thấp bé vì Androgen cao làm chóng đóng các đầu xương, ức chế tuyến yên sản sinh các hormone hướng sinh dục, dẫn tới buồng trứng không hoạt động.

- Điều trị bằng Cortisol vừa giải quyết thiếu hụt Cortisol vừa ức chế ACTH, Androgen sẽ giảm đi, hormone hướng sinh dục được chế tiết và buồng trứng lại hoạt động trở lại, người bệnh có hành kinh và có thai được.

- Tinh hoàn nữ tính hoá: Rất hiếm gặp, gọi là hội chứng Moris, do Moris mô tả năm 1953, bệnh nhân có nhiễm sắc thể XY, thực chất là nam giới nhưng tính hoàn lạc chỗ ở trong bụng hay nếp bẹn. Tinh hoàn chỉ chế tiết Estrogen không chế tiết Testosteron, nên tính chất sinh dục phụ của nữ phát triển nên bệnh nhân có kiểu hình và tính cách nữ giới. Không có lông mu, lông nách, không có hành kinh. Không có dương vật nên coi là con gái.

- Điều trị bằng cắt bỏ 2 tinh hoàn để phòng ung thư hoá sau khi đã phát triển tính chất sinh dục phụ của nữ đầy đủ. Sau phẫu thuật dùng Estrogen để duy trì nữ giới và để phòng loãng xương.

- Dị dạng sinh dục: Không có âm đạo, màng trinh không thủng, vách ngăn ngang âm đạo. Không có kinh, đau bụng hàng tháng theo chu kỳ, đau tăng dần qua mỗi kỳ. Khám thấy khối máu kinh ở tiểu khung. Nếu do màng trinh không thủng thì âm hộ bị đẩy phồng ở vị trí màng trinh.

- Điều trị: Cắt màng trinh hình hoa thị, cắt vách ngăn ngang hoặc tạo hình âm đạo nhưng khó đạt được vừa dẫn lưu máu kinh vừa đảm bảo khả năng sinh sản.

Chẩn đoán:

- Hỏi bệnh.

- Khám bệnh: quan sát phát hiện có bất thường về đường sinh dục.

- Lông mu và vú không phát triển: Teo buồng trứng, teo tuyến yên bẩm sinh.

- Lông mu và vú phát triển: Có đau bụng có thể do bế máu kinh.

- Không đau bụng: Không có tử cung.

- Xét nghiệm: Tùy thuộc hướng tới loại nguyên nhân mà đưa xét nghiệm: siêu âm, RIA, soi ổ bụng, nhiễm sắc thể.

2.2. Nguyên nhân vô kinh thứ phát

Vùng dưới đồi.

Nội tiết: Suy tuyến yên, buồng trứng.

Rối loạn hoạt động nội tiết của vỏ thượng thận, tuyến giáp, hoại tử tuyến yên do mất máu nhiều (Hội chứng Sheehan).

Vô kinh tiết sữa do Prolactin cao.

Dính buồng tử cung: do lao sinh dục, sau nạo hút thai, sau tháo vòng tránh thai hay dính cổ tử cung.

Do tinh thần căng thẳng, lo sợ.

Hội chứng Sheehan: Do mất máu cấp và nhiều dẫn đến giảm cung cấp máu cho tuyến yên và thùy trước tuyến yên bị hoại tử và sẽ mất việc chế tiết các hormon, gặp sau đẻ.

- Mất sữa là triệu chứng sớm nhất, sau đó vú teo dần, mất kinh, rụng lông nách và lông mu, teo các cơ quan sinh dục, giảm tình dục. Bệnh nhân gầy mòn, mệt mỏi.

Nặng hơn thì suy tuyến giáp, tuyến vỏ thượng thận, nhưng bệnh nhân không sạm da do tuyến yên không chế tiết ACTH, một hormon gây sạm da.

Hướng xử trí:

- Tùy loại nguyên nhân.
- Loại trừ mất kinh sinh lý: Có thai, mãn kinh.
- Do dính buồng tử cung: Sau nạo thì nong buồng tử cung và đặt vòng chống dính.
- Dính cổ tử cung: Nong cổ tử cung
- Lao sinh dục: Điều trị lao toàn thân
- Do nội tiết: Liệu pháp hormon thay thế, điều trị các bệnh nội tiết khác, hoặc sử dụng vòng kinh nhân tạo.
- Vô kinh tiết sữa do Prolactin: Điều trị bằng Parloden.
- Ăn uống đầy đủ, liệu pháp tâm lý...

3. RONG KINH-RONG HUYẾT

Rong huyết là hiện tượng ra máu không liên quan đến kỳ kinh. Rong kinh trên 15 ngày thường biến thành rong huyết và gọi là rong kinh - rong huyết, nếu kéo dài sẽ gây thiếu máu và có thể gây viêm nhiễm do máu ở âm đạo tạo thành môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển.

3.1. Nguyên nhân

- Rối loạn hoạt động nội tiết ở tuổi trẻ, tiền mãn kinh.
- Do viêm niêm mạc tử cung sau sảy đẻ.
- U xơ tử cung, polip buồng tử cung.
- Bệnh gây rối loạn đông máu: Hemogenia, bệnh về gan thận.

3.2. Hướng xử trí

- Điều trị càng sớm càng tốt và tùy theo nguyên nhân.
- Tuổi trẻ: Dùng hormon sinh dục nữ estrogen và Progesteron.
- Tiền mãn kinh: Nạo buồng tử cung gửi giải phẫu bệnh, thuốc co tử cung và kháng sinh.
- Nguyên nhân thực thể tại tử cung: Chẩn đoán và điều trị nguyên nhân.

4. THỐNG KINH

- Gọi là thống kinh thì đau là đáng kể, có ảnh hưởng đến sinh hoạt và lao động.
- Thống kinh nguyên phát: xảy ra sớm, ngay hoặc sau vài kỳ hành kinh đầu, thường là thống kinh cơ năng.
- Thống kinh thứ phát: xảy ra muộn nhiều năm sau. Thường có nguyên nhân thực thể như: tử cung quá đổ sau, chít hẹp cổ tử cung do u xơ tử cung hay dính một phần cổ tử cung, lạc nội mạc tử cung.

4.1. Điều trị

Liệu pháp tâm lý.

Thể dục liệu pháp.

Thuốc giảm đau: theo chỉ dẫn của bác sĩ.

Tìm nguyên nhân thực thể giải quyết và những rối loạn kinh nguyệt khác.

CÂU HỎI LƯƠNG GIÁ:

1. Phụ nữ có chu kỳ 28 ngày, phóng noãn vào ngày:

- A. Ngày thứ 14 B. Ngày thứ 16 C. Ngày thứ 18 D. Ngày thứ 20

2. Rong huyết là hiện tượng:

- A. Là ra huyết từ đường sinh dục kéo dài trên 7 ngày, không có chu kỳ
B. Là ra huyết từ đường sinh dục kéo dài trên 3 ngày, không có chu kỳ
C. Là ra huyết từ đường sinh dục kéo dài trên 7 ngày, có chu kỳ
D. Là ra huyết từ đường sinh dục kéo dài trên 3 ngày, có chu kỳ

3. Dịch ra âm đạo sinh lý là:

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

4. Ở phụ nữ tuổi mãn kinh thường bị viêm âm đạo do:

- A. Dư *Estrogen* B. Thiếu *Estrogen* C. Thiếu *Progesteron* D. Dư *Progesteron*

5. Máu kinh nguyệt là máu có tính chất:

- A. Loãng lẫn máu cục, không đông B. Đỏ tươi, nhiều
C. Đỏ sậm, kượng ít D. Loãng lẫn máu cục, đông

6. Băng kinh là:

- A. Kinh nguyệt đúng kỳ, lượng máu kinh ra nhiều, có thể gây choáng
B. Lượng máu kinh ra nhiều
C. Kinh nguyệt đúng kỳ, chảy máu trong chu kỳ kinh
D. Ra máu thất thường không theo chu kỳ kinh

7. Rong kinh là:

- A. Hành kinh kéo dài > 7 ngày B. Hành kinh kéo dài < 7 ngày
C. Chu kỳ kinh nguyệt > 35 ngày D. Chu kỳ kinh nguyệt > 35 ngày

8. Loãng máu mất trong thời gian hành kinh khoảng:

- A. 10 – 40 ml B. 20 – 60 ml C. 30 – 80 ml D. 40 – 100 ml

9. Ung thư niêm mạc tử cung thường gặp ở phụ nữ có độ tuổi:

- A. 30- 40 tuổi B. 40 - 50 tuổi C. 50- 60 tuổi D. 60- 70 tuổi

10. Dấu hiệu cơ năng nghi đến ung thư cổ tử cung là:

- A. Rong kinh B. Khí hư ra nhiều
C. Cổ tử cung viêm D. Ra máu âm đạo sau giao hợp

Bài 16 . U XƠ TỬ CUNG, U NANG BUỒNG TRỨNG

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

1. Kiến thức

1.1. Trình bày được phân loại, dấu hiệu phát hiện u xơ tử cung, u nang buồng trứng.

1.2. Trình bày được tiến triển, biến chứng, hướng xử trí u xơ tử cung, u nang buồng trứng.

2. Kỹ năng:

Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc cho người bệnh bị u xơ tử cung, u nang buồng trứng

3. Thái độ

Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

A. U XƠ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG VỀ U XƠ

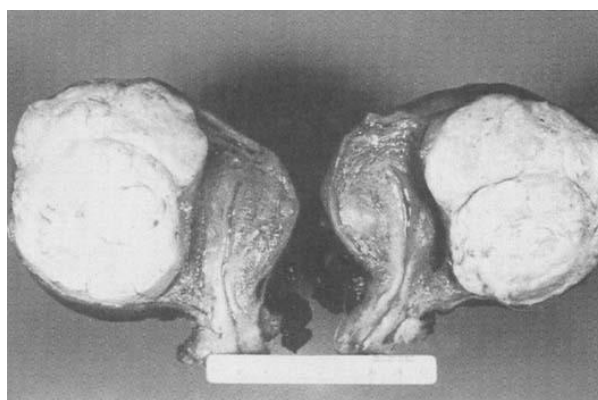
- U xơ tử cung (UXTC) là khối u lành tính, có nguồn gốc từ tế bào cơ trơn tử cung, tỷ lệ 20 - 25% ở các phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, kích thước thường dưới 15cm. U xơ tử cung thường ít có triệu chứng. Tuy nhiên khi khối u lớn thì có thể gây rong kinh, rong huyết, đau và vô sinh. Nguyên nhân chưa được biết rõ, nhưng giả thuyết về cường estrogen được nhiều tác giả ủng hộ.

- Thường gặp ở phụ nữ từ 35 - 40 tuổi

- U xơ tử cung không gặp trước tuổi dậy thì

2. GIẢI PHẪU BỆNH

2.1. Đại thể



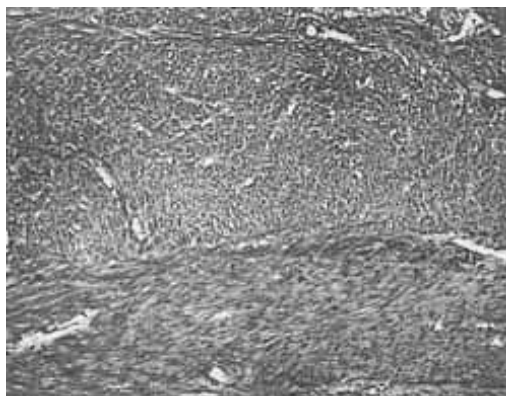
Hình 15.1: U xơ đại thể

- U xơ tử cung là một khối u đặc, không có vỏ, có hình tròn hoặc bầu dục, mật độ chắc, mặt cắt màu trắng, giới hạn rõ với lớp cơ tử cung bao quanh có màu hồng. Khối u có cấu trúc là cơ trơn.

- Số lượng u có thể chỉ có một hoặc nhiều nhân, kích thước không đều.

2.2. Vi thể

Các sợi cơ trơn hợp thành bó, đan xen với nhau thành khối. Xen kẽ với sợi cơ trơn là tổ chức liên kết. Nhân tế bào có hình bầu dục, tròn, không có hình ảnh nhân chia. Khi mãn kinh khối u có thể nhỏ dần, sợi cơ giảm thay vào đó là các sợi collagen kèm canxi hóa. Ngoài ra niêm mạc tử cung dày lên kiểu quá sản.



Hình 15.2: U xơ vi thể

3. VỊ TRÍ U XƠ: theo vị trí giải phẫu và cấu trúc của cơ tử cung thì u xơ tử cung được phân chia thành các loại sau:

3.1. Ở thân tử cung

3.1.1. U dưới phúc mạc

U ở dưới phúc mạc, có thể có cuống hoặc không có cuống. Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, u được phát hiện do biến chứng chèn ép các tạng xung quanh, làm thay đổi vị trí vòi tử cung, buồng trứng - loại này thường bị chẩn đoán nhầm với khối u buồng trứng.

3.1.2. U kẽ

Hay gặp nhất phát triển từ phần giữa của lớp cơ tử cung, u có thể lấn vào buồng tử cung, làm biến dạng buồng tử cung. Có thể có nhiều khối u, kích thước lớn, hình tròn và đối xứng.

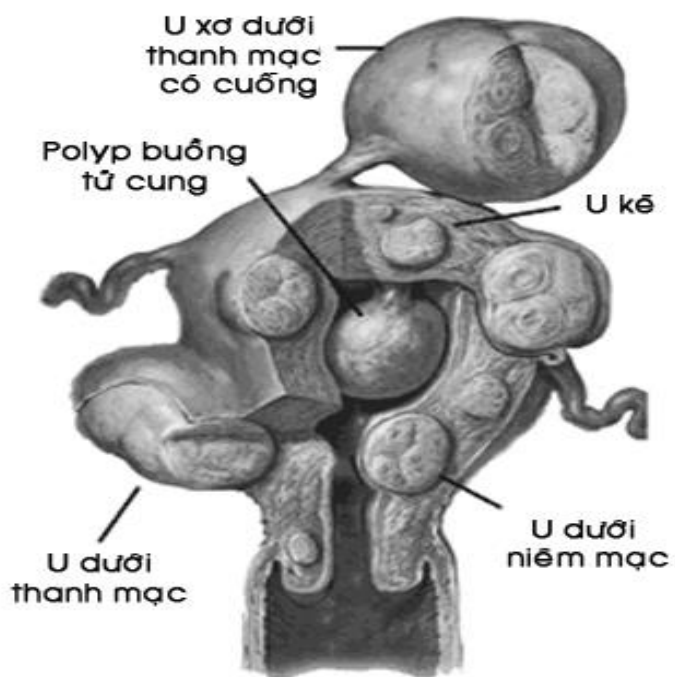
3.1.3. U dưới niêm mạc

Thường chỉ có một khối u, hay phối hợp với các bất thường của niêm mạc tử cung, gây nhiều triệu chứng bất thường như ra huyết, kinh đau. U phát triển lấn vào buồng tử cung, niêm mạc tử cung bị hoại tử, chảy máu. Khi khối u có cuống, nó chui qua eo vào ống cổ tử cung hoặc nằm trong âm đạo, gọi là polyp buồng tử cung.

3.2. Ở cổ tử cung

Thường phát triển về phía âm đạo. Nếu u xơ cổ tử cung phát triển ở thành sau, sẽ lấn vào cùng đồ Douglas gây chèn ép trực tràng. Nếu u xơ ở thành trước, nó sẽ phát triển trong hố chậu có thể đè vào bàng quang hoặc niệu đạo. Khối u có thể có

cuống, được bao phủ bởi niêm mạc ống cổ tử cung, lấn ra ngoài lỗ cổ tử cung, cổ tử cung như bị xoá gọi là polyp ống cổ tử cung.



Hình 15.3: Vị trí u xơ tử cung

4. TRIỆU CHỨNG

U xơ tử cung thường ít có triệu chứng và thường được phát hiện tình cờ. Các triệu chứng biểu hiện phụ thuộc vào vị trí và kích thước khối u.

4.1. Triệu chứng toàn thân

Có thể gặp tình trạng thiếu máu, mức độ thiếu máu phụ thuộc vào tình trạng mất máu

4.2. Triệu chứng cơ năng

- Khí hư loãng như nước.
- Rong kinh, cường kinh là triệu chứng chính, gặp trong 60% trường hợp. Máu kinh thường có máu cục lẫn máu loãng. Kinh kéo dài ngày 7-10 ngày hoặc dài hơn.
- Đau vùng hạ vị hoặc vùng hố chậu, đau có thể tăng lên trước hoặc tắc kinh.
- Đau hoặc tức bụng kéo dài có thể do khối u chèn ép vào tạng lân cận.

4.3. Triệu chứng thực thể

- Nhìn: nếu khối u lớn có thể thấy khối u gò lên ở vùng hạ vị.
- Sờ nắn bụng: khối u ở hạ vị có mật độ chắc, di động liên quan với tử cung.
- Khám mỏ vịt: nếu u xơ ở cổ tử cung có thể thấy polyp có cuống nằm ở lỗ ngoài cổ tử cung.

- Khám âm đạo phối hợp với nắn bụng: phát hiện toàn bộ tử cung to, chắc, nhẵn, đều (có khi gò ghề) không đau. Nếu u xơ dưới thanh mạc có thể phát hiện

chạy tử cung một khối u tương tự như khối u phần phụ, khi lay cổ tử cung, khối u di động theo.

- Khám trực tràng: rất cần thiết để phân biệt u xơ tử cung phát triển về phía sau hay khối u trực tràng.

4.4. Cận lâm sàng

- Siêu âm: kích thước tử cung tăng, đo được kích thước của u xơ tử cung và kích thước của nhân xơ tử cung. Siêu âm cản quang (bơm nước muối hoặc dịch cản quang vào buồng tử cung) có thể phát hiện polyp buồng tử cung. Chẩn đoán siêu âm có thể khó khăn trong trường hợp u nang buồng trứng dính với tử cung, hoặc tử cung bị dị dạng.

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

- Xét nghiệm tế bào âm đạo để phát hiện các tổn thương cổ tử cung kèm theo.

- CT- scan được chỉ định trong trường hợp cần phân biệt với các ung thư ở tiểu khung.

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào triệu chứng cơ năng, thực thể và cận lâm sàng. Chẩn đoán thường dễ khi khối u lớn và có nhiều nhân xơ.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Có thai: phải dựa vào xét nghiệm β - hCG và siêu âm để phân biệt với có thai bình thường, dọa sảy thai, thai chết lưu.

- Khối u buồng trứng: thường biệt lập với tử cung, di động khối u không làm di chuyển cổ tử cung. Chẩn đoán phân biệt giữa khối u buồng trứng với u xơ tử cung dưới phúc mạc đôi khi khó khăn.

- Ung thư thân tử cung: tất cả những trường hợp ra huyết bất thường ở thời kỳ tiền mãn kinh, mãn kinh cần được loại trừ ung thư thân tử cung. Các xét nghiệm bổ sung như: soi buồng tử cung và nạo sinh thiết giúp chẩn đoán xác định.

6. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

6.1. Tiến triển

thường tiến triển chậm, sau một thời gian khối u có thể tăng kích thước gây nên triệu chứng và biến chứng. Chỉ khoảng 0,05% trường hợp u xơ tử cung biến chứng thành sarcoma. Nếu khối u nhỏ không gây triệu chứng hoặc biến chứng gì đáng kể. Thời kỳ mãn kinh, u xơ tử cung có thể ngừng phát triển.

6.2. Biến chứng

6.2.1. U xơ tử cung ở người không có thai

- Chảy máu: rong kinh, rong huyết thường là biểu hiện chính, hay gặp trong u dưới niêm mạc. Ra huyết kéo dài dẫn đến thiếu máu.

- Chèn ép:

+ U xơ trong dây chằng rộng chèn ép vào niệu quản đưa đến ứ đọng đài bể thận. Biến cố nhẹ ở đường tiết niệu là đái rắt, đái khó...

+ U xơ ở mặt sau tử cung chèn ép vào trực tràng gây táo bón.

- Xoắn khối u dưới phúc mạc có cuống: đau dữ dội ở vùng hố chậu, kèm dấu hiệu kích thích phúc mạc (nôn, bí trung tiện). Toàn thân suy sụp, mạch nhanh, bụng chướng. Choáng có thể xảy ra do đau.

- Thoái hoá: một số trường hợp khối u to có thể có biến chứng thoái hoá hoại tử vô khuẩn hoặc thoái hoá kình.

- Ung thư hoá: hiếm gặp.

6.2. Biến chứng

6.2.1. U xơ tử cung ở người không có thai

- Chậm có thai, hoặc vô sinh.

- Khi có thai: u xơ tử cung có thể gây sảy thai, đẻ non.

- U xơ tử cung có thể gây nhau tiền đạo, nhau bám chặt.

- Đẻ khó: tùy theo vị trí u xơ có thể gây ra ngôi thai bất thường, ngôi cúi không tốt hoặc trở thành khối u tiền đạo khi chuyển dạ.

- Khi chuyển dạ: thường gây chuyển dạ kéo dài, rối loạn cơn co. Thời kỳ số nhau thường gây băng huyết, đờ tử cung.

- Trong một số trường hợp vị trí của khối u có thể gây trở ngại cho đường rạch cơ tử cung khi mổ lấy thai. Ví dụ, thay vì phẫu thuật theo đường mổ ngang đoạn dưới có thể phải rạch thân tử cung để lấy thai.

- Thời kỳ hậu sản: u xơ có thể gây bế sản dịch, nhiễm khuẩn hậu sản, u xơ dưới thanh mạc có cuống có thể bị xoắn.

- Biến chứng sau đẻ của u xơ

+ Khối u bị kẹt ở cùng đồ Douglas gây chèn ép bàng quang, trực tràng.

+ Khối u dưới phúc mạc bị dính vào phúc mạc.

+ Biến chứng nhiễm khuẩn có thể xảy ra ở ngay khối u, niêm mạc tử cung và vòi tử cung. Bệnh nhân có những cơn đau bụng, sốt, bạch cầu tăng, toàn thân suy sụp.

7. ĐIỀU TRỊ

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

7.1. Điều trị nội khoa

Mục đích chủ yếu là hạn chế sự phát triển của khối u và các triệu chứng rong kinh, rong huyết.

7.1.1. Chỉ định

- Có một số u xơ nhỏ, không biến chứng chỉ cần theo dõi, không cần điều trị
- U xơ nhỏ, không có biến chứng hoặc ở tuổi sắp mãn kinh hoặc chờ mổ vì một số bệnh lý nội khoa, nhưng phải ngừng điều trị trước phẫu thuật ít nhất 10 ngày.

7.1.2. Điều trị

- Có thể sử dụng một số thuốc như Medroxyprogesteron acetat, chất đồng vận GnRH, hoặc Danazol. Tác dụng của thuốc đạt được tối đa sau 3 - 6 tháng dùng thuốc khối u có thể giảm được 50% thể tích, sau đó thể tích khối u không giảm thêm. Nếu ngừng thuốc khối u sẽ dần dần tăng kích thước trở lại.

- Liều lượng: Medroxyprogesteron 10mg/ngày x 10 ngày, từ ngày 16-25 của vòng kinh. GnRH agonist.

7.2. Điều trị ngoại khoa

7.2.1. Chỉ định

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

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

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

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

7.2.2. Điều trị bảo tồn

- Gây tắc mạch: người ta đã ứng dụng thành công phương pháp làm tắc mạch khối nhân xơ bằng một catheter đặt qua động mạch đùi, đưa lên động mạch tử cung và bơm chất gây tắc mạch như: hạt gelatin xốp (Gelfoam), hạt silicon, hạt polyvinyl alcohol (PVA).

- Bóc nhân xơ bảo tồn tử cung bằng mổ hở hoặc nội soi.

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

7.2.3. Điều trị triệt để

Cắt tử cung hoàn toàn, có thể cắt hai hay một phần phụ tùy thuộc vào từng trường hợp cụ thể và tuổi người bệnh.

B. U NANG BUỒNG TRỨNG

1. ĐAI CƯƠNG

U nang buồng trứng là những u có vỏ bọc ngoài trong có chứa chất dịch gầy trong mọi lứa tuổi. U nang buồng trứng gây rối loạn kinh nguyệt gây khó chịu tại chỗ, gây suy yếu chức năng sinh sản, đôi khi gây suy nhược cơ thể hoặc có thể gây tử vong do các biến chứng tắc ruột hoặc bí tiểu.

2. PHÂN LOẠI

2.1. Nang cơ năng

Là những nang nhỏ chứa dịch, có thể gặp ở bất kỳ tuổi nào nhưng hay gặp ở tuổi dậy thì và tiền mãn kinh. Thường là những nang nhỏ, trên lâm sàng khó phát hiện, nhưng nếu khối u có kích thước từ 5-6 cm thì có thể sờ thấy, thường gặp ở tuổi mãn kinh, do đó bệnh nhân cần phải được theo dõi cẩn thận. Nang thường biến mất sau vài vòng kinh, nếu nang tồn tại trên 60 ngày với kinh nguyệt bình thường thì phải coi chừng là u thực thể.

2.1.1. Nang bọc noãn

Kích thước nang thường từ 3 - 8 cm hoặc lớn hơn, do nang De Graff không vỡ vào ngày qui định. Siêu âm cũng còn là vấn đề cần bàn cãi vì nếu u là thực thể thì tế bào khối u có thể rơi vào khoang bụng làm lan tràn khối u.

2.1.2. Nang hoàng thể: có hai loại

2.1.2.1. Nang hoàng thể hạt

Là nang cơ năng, gặp sau phóng noãn, các tế bào hạt trở nên hoàng thể hoá.

Triệu chứng: đau vùng chậu, gây vô kinh hoặc muộn kinh dễ nhầm với thai ngoài tử cung, có thể xoắn nang, vỡ nang gây chảy máu phải soi ổ bụng hoặc mổ bụng để cầm máu.

2.1.2.2. Nang hoàng thể vỏ: loại nang này không to, hay gặp ở hai bên buồng trứng, dịch trong nang có màu vàng rơm. Loại nang này thường gặp trong buồng trứng đa nang, thai trứng, chorio hoặc quá mẫn trong kích thích phóng noãn.

Xử trí: nang thường biến mất sau điều trị như nạo trứng, điều trị chorio.

2.1.3. Buồng trứng đa nang (Stein - Leventhal syndrom)

Gặp ở hai bên buồng trứng, gây vô kinh, vô sinh, thiểu kinh, 50% có mọc râu và béo phì. Buồng trứng đa nang hay gặp ở những trường hợp có rối loạn có liên quan đến vùng dưới đồi.

Biểu hiện bằng vỏ buồng trứng bị sừng hóa, bề mặt trắng ngà nên gọi là hình con sò, nhiều nang nhỏ nằm dưới lớp vỏ dày.

2.2. U nang buồng trứng thực thể

2.2.1. U nang biểu mô buồng trứng:

Chiếm 60 - 80% tất cả các loại u nang gồm: u nang nước, u nang nhày, lạc nội mạc tử cung, u tế bào sáng, u Brenner, u đệm buồng trứng.

2.2.2. U nang nước

- Vỏ mỏng, cuống dài, chứa dịch trong, to, đôi khi choán hết ổ bụng, là khối u lành tính, có thể có nhú ở mặt trong hoặc mặt ngoài vỏ nang. Nếu có nhú dễ ác tính.

- Triệu chứng: Gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng hay được phát hiện ở tuổi 20-30.

- Khám tiểu khung thấy khối u.

- Xử trí: mổ cắt bỏ nang.

2.2.3. U nang nhày

- Chiếm khoảng 10 - 20% các loại u biểu mô, 85% là lành tính.
- Cấu tạo vỏ nang gồm 2 lớp: tổ chức xơ và biểu mô trụ. U nang gồm nhiều thụ thể chứa dịch vàng, kích thước to nhất trong các u buồng trứng.

2.3. Lạc nội mạc tử cung

- Thường phát hiện được qua soi ổ bụng hoặc trong phẫu thuật 10-25% do tuyến nội mạc tử cung phát triển ra ngoài tử cung, hay gặp ở buồng trứng.

- Cấu tạo vỏ nang mỏng, trong, chứa dịch màu chocolate, khối u thường dính, dễ vỡ khi bóc tách.

- **Chẩn đoán:** biểu hiện các triệu chứng đau hạ vị, đau bụng khi hành kinh, đau khi giao hợp. Khám tiểu khung phát hiện khối u.

- **Xử trí:** mổ cắt bỏ u nang.

3. BIẾN CHỨNG: hay gặp là

- Xoắn nang: hay gặp ở khối u có kích thước nhỏ, cuống dài, không dính, xoắn nang có thể xảy ra khi đang mang thai, hoặc trong khi chuyển dạ.

+ **Triệu chứng:** đau đột ngột, dữ dội, vã mồ hôi, choáng, nôn.

+ **Xử trí:** mổ cấp cứu.

- Vỡ nang: xảy ra sau khi nang bị xoắn.

- Nhiễm khuẩn nang: xảy ra khi xoắn nang. Nhiễm khuẩn làm nang to lên, dính vào các tạng xung quanh. Biểu hiện lâm sàng giống viêm nội mạc tử cung.

- Chèn ép tiểu khung: khối u chèn ép vào trực tràng, bàng quang. Nang to, tiến triển trong nhiều năm choán hết ổ bụng, chèn ép tĩnh mạch chủ dưới gây phù, tuần hoàn bàng hệ, cổ chướng.

- Chảy máu trong nang: do xoắn nang.

- Có thai kèm u nang buồng trứng.

- Được chẩn đoán qua khám thai định kỳ hoặc qua siêu âm.

- Có thể gặp bất kỳ loại nang nào, nhưng hay gặp là nang hoàng thể hay u nang bì, ít khi gặp nang ác tính. Nếu tiên lượng sợ xoắn nang mổ càng sớm càng tốt. Nếu mổ sớm trong 3 tháng đầu thời kỳ thai nghén dễ gây sảy thai, do đó nên mổ vào thời gian sau 16 tuần vì lúc này nhau thai đã tiết đủ progesteron để nuôi dưỡng thai, hơn nữa, nếu là nang hoàng thể thì lúc này cũng đã giảm kích thước hoặc không phát triển nữa, do đó không cần thiết phải mổ.

- Nếu u phát triển sau 16 tuần thì nên mổ ngay, trừ khi chỉ phát hiện được trong thời kỳ cuối thai nghén..

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Loại u xơ cơ tử cung nào hay cho biến chứng xuất huyết âm đạo bất thường nhất ?

- A. U xơ cơ dưới phúc mạc
B. U xơ cơ dưới niêm mạc
C. U xơ cơ nằm trong lớp cơ tử cung
D. U xơ cơ ở cổ tử cung

2. Về u xơ tử cung, chọn một câu đúng sau đây:

- A. Được xem như là một tình trạng tiền ung thư
B. Chỉ thường gặp sau tuổi mãn kinh
C. Luôn luôn gây biến chứng rong huyết nếu phát triển to quá
D. Có thể bị thoái hóa, gồm thoái hóa hyalin, hóa vôi, hoại tử hoặc hóa ung thư

3. Biến chứng thường gặp của u xơ tử cung dưới thanh mạc có cuống là:

- A. Hoại tử vô trùng
B. Xoắn
C. Chèn ép niệu đạo
D. Sảy thai

4. Trong những chỉ định điều trị dưới đây, bạn cho rằng chỉ định nào hợp lý nhất đối với một phụ nữ 35 tuổi, có 1 con, có u xơ cơ tử cung to, bị rong kinh rong huyết:

- A. Bóc nhân xơ
B. Progestogen
C. Cắt tử cung toàn phần và hai phần phụ
D. Estrogen

5. U nang buồng trứng cơ năng đường kính không quá:

- A. 5 cm
B. 6 cm
C. 7 cm
D. 8 cm

6. Tính chất của u nang buồng trứng cơ năng, ngoại trừ:

- A. Có thể là u dạng nang hoặc dạng đặc
B. Nghi là u cơ năng khi đường kính < 5cm
C. Thường tự biến mất sau vài chu kỳ kinh nguyệt
D. Xử trí chủ yếu là theo dõi

7. Trong u buồng trứng kèm với thai kỳ, biến chứng xoắn u dễ xảy ra nhất ở thời điểm nào?

- A. 3 tháng đầu thai kỳ
B. 3 tháng giữa thai kỳ
C. 3 tháng cuối thai kỳ
D. Trong kỳ hậu sản

8. Chọn một câu đúng về u nang buồng trứng sau đây

- A. U tiết dịch trong có thể rất to so với các loại u nang khác
B. U nang bì dễ có biến chứng xoắn nhất
C. U đặc buồng trứng luôn luôn là ác tính
D. Trên lâm sàng luôn luôn dễ dàng phân biệt được u buồng trứng và u tử cung

9. Trường hợp u nang buồng trứng trong dây chằng rộng, cần bổ sung xét nghiệm quan trọng nào sau đây trước khi giải quyết phẫu thuật?

- A. Soi bàng quang
B. CT. Scanner
C. Chụp tiết niệu có cản quang (UIV)
D. Xét nghiệm nước tiểu

10. Biến chứng sản khoa thường nhất của một u buồng trứng thực thể là:

- A. Khối u tiền đạo
B. Sảy thai
C. Sinh non
D. Thai kém phát triển

Bài 17. UNG THƯ CỔ TỬ CUNG VÀ CÁCH DỰ PHÒNG

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

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được phân loại, dấu hiệu phát hiện ung thư cổ tử cung.
- 1.2. Trình bày được tiến triển, biến chứng, hướng xử trí ung thư cổ tử cung.

2. Thái độ

Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

- Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là khối u ác tính đứng hàng thứ hai sau ung thư vú, thường xảy ra ở ranh giới giữa biểu mô lát tầng và biểu mô trụ của cổ tử cung.

- Theo số liệu của Hiệp hội phòng chống ung thư thế giới thì UTCTC chiếm 12% các ung thư đường sinh dục nữ. Tại Viện ung bướu Hà Nội, ung thư cổ tử cung chiếm khoảng 6%. Nếu tính trên tổng số dân thì UTCTC chiếm từ 6,6 - 8,6/100.000 dân. Trong khi đó, tỷ lệ này tại thành phố Hồ Chí Minh là 35,6/100.000

- Kết quả điều trị UTCTC phụ thuộc vào thời điểm chẩn đoán. Nếu chẩn đoán muộn việc điều trị gặp nhiều khó khăn và kết quả điều trị thấp.

- Các yếu tố nguy cơ:

+ Nhiễm *Human Papilloma virus (HPV)*, *Herpes virus*.

+ Tuổi: từ 40 -70.

+ Hút thuốc lá

+ Sinh nhiều: từ 5 con trở lên.

+ Quan hệ tình dục sớm.

+ Có nhiều bạn tình.

+ Vệ sinh cá nhân kém.

+ Suy giảm hệ thống miễn dịch do HIV/AIDS, dùng corticoid kéo dài, hoá trị liệu...

+ Thuốc ngừa thai dạng uống, yếu tố gia đình.

+ Tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục, nhiều lần

2. GIẢI PHẪU BỆNH

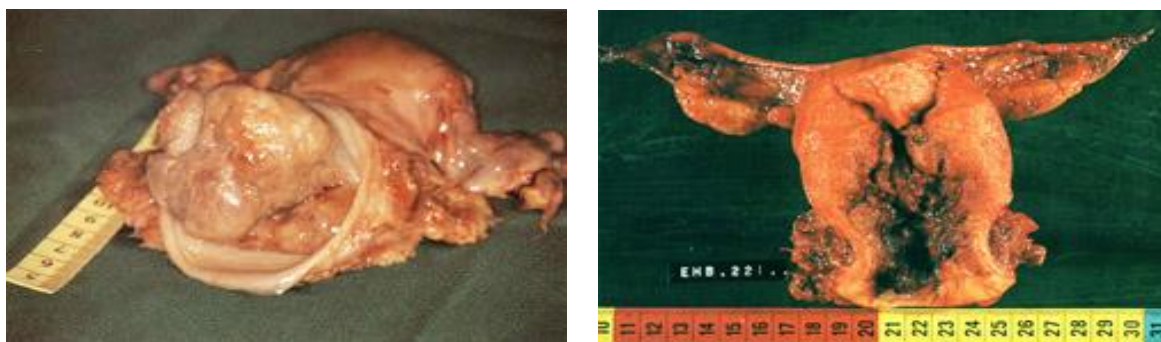
2.1. Ung thư trong liên bào (carcinoma in situ): Tế bào ung thư chiếm toàn bộ bề dày lớp biểu mô nhưng chưa xâm lấn qua màng đáy.

2.1.1. Bất thường về mặt tế bào: Nhiều tế bào bệnh lý có nhân lớn, không đồng đều, chất nhiễm sắc bất màu đậm, có nhiều sự phân bào bất thường dạng nhân quái nhân chia.

2.1.2. Bất thường về cấu trúc: Mất hiện tượng phân tầng bình thường của các lớp tế bào.

2.2. Ung thư xâm lấn: Tế bào ung thư phá huỷ lớp màng đáy và xâm lấn vào tổ chức đệm, trường hợp này ta gọi là ung thư xâm lấn. Có khoảng 95% các trường hợp là ung thư biểu mô lát và khoảng 5% dạng biểu mô trụ.

Biểu đồ 16.1: Tiến triển của các thương tổn tiền ác tính và ung thư ở cổ tử cung



Hình 16.2: Đại thể ung thư cổ tử cung ở cổ ngoài (trái) và ống cổ tử cung (phải)

2.3. Lan tràn của ung thư cổ tử cung

2.3.1. Tại chỗ

- Từ vùng chuyển tiếp ở bề mặt cổ tử cung - âm đạo lan xuống âm đạo, lan lên eo của tử cung,
- Xâm lấn sâu về phía trước, đến vách bàng quang-âm đạo và bàng quang.
- Xâm lấn ra phía sau phên trực tràng - âm đạo và trực tràng.
- Xâm lấn ra hai bên đáy dây chằng rộng, niệu quản và vách chậu.

2.3.2. Theo đường bạch mạch

Ung thư lan theo đường này đến chuỗi hạch chậu ngoài, chậu trong, cũng có khi ung thư lan tràn bất thường, chẳng hạn bỏ qua chuỗi hạch chậu hông tới ngay nhóm hạch động mạch chủ bụng “di căn theo kiểu ky sĩ “ .

Rất hiếm khi thấy ung thư di căn theo đường máu.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

3.1. Các thương tổn tiền lâm sàng

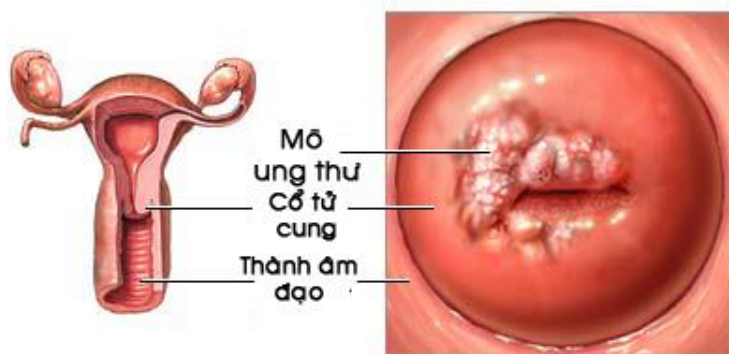
Ở giai đoạn sớm, các triệu chứng cơ năng thường nghèo nàn. Khi khám âm đạo - cổ tử cung bằng mỏ vịt có thể thấy cổ tử cung trông giống như bình thường hoặc có vết loét trợt, một vùng trắng không điển hình hoặc tăng sinh mạch máu

3.2. Các thương tổn rõ trên lâm sàng

Bệnh nhân thường đến khám với triệu chứng ra máu âm đạo bất thường giữa kỳ kinh, ra máu sau giao hợp, hoặc khí hư hôi, lẫn máu, có thể phối hợp với tình trạng cơ thể suy kiệt.

Khám mỏ vịt hiện diện một khối sùi, dễ chảy máu khi chạm vào. Khi bôi Lugol vùng tổn thương không bắt màu (nghiệm pháp Schiller âm tính). Một số trường hợp muộn hơn cổ tử cung sẽ biến dạng, loét sâu hoặc cổ tử cung bị mất hẳn

hình dạng. Sinh thiết được thực hiện ở cả vùng lành và vùng bệnh lý. Ngoài ra, cần phải đánh giá mức độ lan tràn và xâm lấn của ung thư vào các túi cùng âm đạo, nền dây chằng rộng, bàng quang, trực tràng và các vùng kế cận.



Hình 16.3: Thương tổn cổ tử cung trên lâm sàng

3.3. Cận lâm sàng

3.3.1. Tế bào âm đạo: Giúp phát hiện các thay đổi ở mức độ tế bào theo hướng tiền ung thư hoặc ung thư. Tiêu bản được nhuộm theo phương pháp Papanicolaou và xếp loại theo danh pháp Bethesda 2001 bao gồm:

Các thay đổi tế bào biểu mô lát:

ASCUS (bất điển hình tế bào lát có ý nghĩa không xác định)

LSIL (tổn thương trong biểu mô lát mức độ thấp)

HSIL (thương tổn trong biểu mô lát mức độ cao)

Ung thư.

Các thay đổi tế bào biểu mô trụ:

AGUS (bất điển hình tế bào tuyến có ý nghĩa không xác định)

AIS (ung thư trong liên bào biểu mô tuyến)

Ung thư.

3.3.2. Soi cổ tử cung

- Không chuẩn bị: tổn thương dạng sùi hoặc loét, bề mặt dễ chảy máu, nhiều mạch máu tăng sinh.

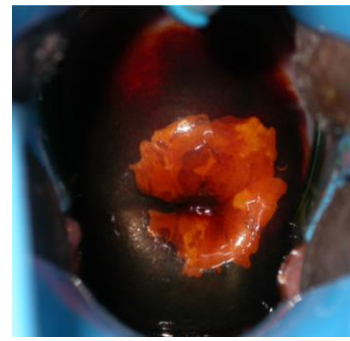
- Chứng nghiệm Hinselmann (chứng nghiệm axit axêtic): Khi bôi acid acetic 3%, vùng tổn thương trở nên trắng đục, có thể có hình chấm đậy hoặc hình lát đá.

- Chứng nghiệm Schiller: Bôi dung dịch Lugol 3%, vùng tổn thương không bắt màu nâu.

Ngoài các thương tổn trên, cần phải xác định vùng chuyển tiếp.



A. Chứng nghiệm Hinselmann



B. Chứng nghiệm Schiller

Hình 16.4: Soi cổ tử cung

3.3.3. Sinh thiết: Được lấy từ vùng chuyển tiếp và vùng nghi ngờ, cho phép khảo sát mô học một cách chính xác và đầy đủ.

3.3.4. Chẩn đoán hình ảnh

Để giúp đánh giá đầy đủ mức độ lan tràn và xâm lấn của ung thư, có thể chỉ định một số thăm dò sau: siêu âm, chụp UIV, chụp cắt lớp vi tính (CT Scan), cộng hưởng từ hạt nhân (MRI).

3.4. Các giai đoạn lâm sàng

Phân loại theo FIGO -1994 (Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique).

- Giai đoạn Ia: Ung thư xâm lấn chỉ được xác định trên vi thể. Tất cả các tổn thương đại thể thậm chí với xâm lấn nông thuộc ung thư giai đoạn Ib, xâm lấn giới hạn đến mô đệm sâu tối đa 5mm và không rộng hơn 7mm.

+ Giai đoạn Ia1: Xâm lấn mô đệm sâu không quá 3mm và không rộng quá 7mm.

+ Giai đoạn Ia2: Xâm lấn mô đệm sâu hơn 3mm, nhưng không quá 5mm và lan rộng không quá 7mm.

- Giai đoạn Ib: Tổn thương lâm sàng khu trú ở cổ tử cung hoặc tổn thương tiền lâm sàng lớn hơn giai đoạn Ia.

+ Giai đoạn Ib1: Tổn thương lâm sàng có kích thước không quá 4cm.

+ Giai đoạn Ib2: Tổn thương lâm sàng có kích thước lớn hơn 4cm.

- Giai đoạn II: Ung thư lan lên khỏi cổ tử cung nhưng chưa lan rộng đến thành chậu.

Ung thư xâm lấn âm đạo nhưng chưa lan đến 1/3 dưới.

+ Giai đoạn IIa: Không có xâm nhiễm nền dây chằng rộng.

+ Giai đoạn IIb: Có xâm nhiễm rõ ràng nền dây chằng rộng.

- Giai đoạn III: Ung thư lan đến thành chậu. Khám trực tràng, không thấy có khoang trống không có ung thư giữa khối u và thành chậu. Khối u lan xuống 1/3

dưới âm đạo. Tất cả các trường hợp thận ứ nước hoặc thận cầm đều thuộc giai đoạn III trừ khi do nguyên nhân khác gây ra.

+ Giai đoạn IIIa: Không lan đến thành chậu nhưng xâm lấn đến 1/3 dưới âm đạo.

+ Giai đoạn IIIb: Lan đến thành chậu hay thận ứ nước hoặc thận cầm.

- Giai đoạn IV: Ung thư lan khỏi vùng chậu hoặc có bằng chứng lâm sàng xâm lấn niêm mạc bàng quang hay trực tràng.

+ Giai đoạn IVa: Lan đến cơ quan lân cận.

+ Giai đoạn IVb: Lan đến cơ quan xa.

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

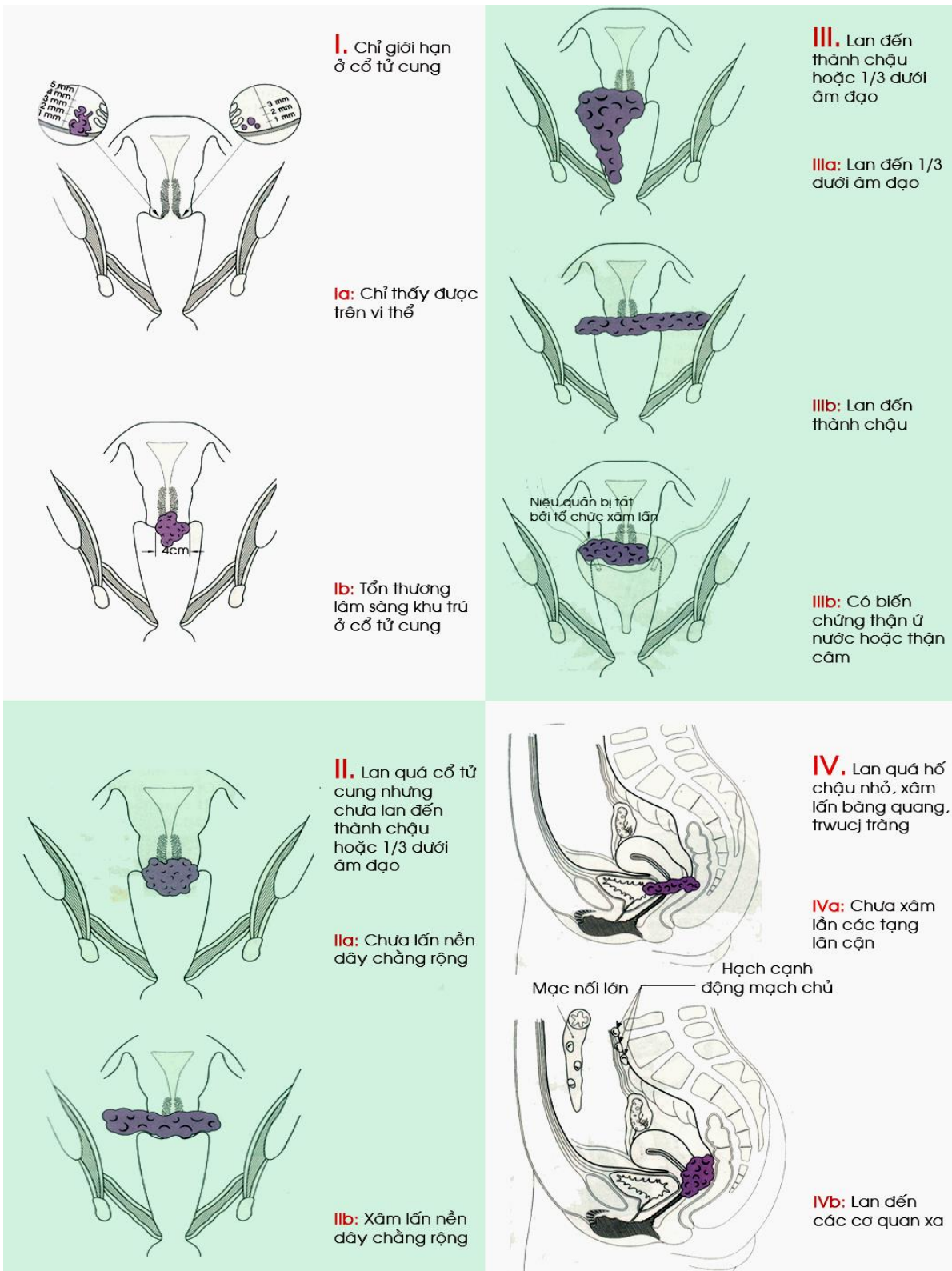
4.1. Lộ tuyến, loét loét cổ tử cung: là thương tổn thường gặp ở cổ tử cung.

4.2. Polyp cổ tử cung: Dạng polyp tuyến bị hoại tử hoặc nhiễm khuẩn.

4.3. Lạc nội mạc tử cung: Dễ nhầm nhất là vào giai đoạn chảy máu trùng với hành kinh trên nền của thương tổn lạc nội mạc tử cung.

4.4. Giang mai cổ tử cung: có thể gặp sảng giang mai nguyên phát ở cổ tử cung.

4.5 Lao cổ tử cung: rất hiếm gặp, có tiền sử lao sinh dục.



Hình 16.5: Phân loại ung thư cổ tử cung theo FIGO -1994

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Các biện pháp điều trị

5.1.1. Xạ trị

- Xạ trị ngoài: sử dụng Cobalt 60, tổng liều 50-60 grays. Biến chứng thường gặp là viêm bàng quang, viêm ruột, các phản ứng của da như tình trạng xơ cứng hạ bì. Quang tuyến liệu pháp được dùng như một biện pháp bổ sung trong trường hợp có di căn đến hạch, hoặc điều trị trước mổ trong trường hợp khối u quá lớn.

- Xạ trị tại chỗ: sử dụng radium hoặc cesium, bằng cách đặt các nguồn tia xạ vào âm đạo - cổ tử cung.

Các biến chứng thường gặp là: Nhiễm trùng, viêm bàng quang thoáng qua, loét trực tràng, dò bàng quang-âm đạo, dò bàng quang-trực tràng.

Phương pháp này chỉ có khả năng tiêu diệt những ổ ung thư tại chỗ và một số chuỗi hạch lân cận.

5.1.2. Điều trị ngoại khoa

- Các phương pháp cắt bỏ thương tồn tại chỗ: Khoét chóp

- Phẫu thuật Wertheim-Meigs

+ Cắt tử cung toàn phần rộng rãi đến 1/3 trên âm đạo.

+ Lấy hạch và lấy hết mô mỡ dọc theo các chuỗi hạch thành chậu.

+ Lấy nhóm hạch cạnh động mạch chủ.

5.1.3 Điều trị hoá chất

- Hoá liệu pháp trước phẫu thuật tỏ ra hữu ích trong các trường hợp khối u trên 2cm.

- Liều trình với Cisplatin 50 mg/m², Vincristine 1 mg/m² và Bleomycine 25 mg/m² trong ngày 1-3/3 tuần có thể làm giảm bớt kích thước khối u, tạo điều kiện cho phẫu thuật dễ dàng và kéo dài thời gian tái phát.

Cho đến nay vẫn chưa xác định được liệu pháp hoá chất tối ưu sau phẫu thuật, nhưng kết quả từ các nghiên cứu hiện có cho thấy Cisplatin đơn thuần liều thấp (40 mg/m² hàng tuần) hoặc Cisplatin (50 - 75 mg/m² ngày thứ nhất) phối hợp với 5-FU (1000 mg/m² trong 4 ngày tiếp theo) có thể cải thiện thời gian sống còn của bệnh nhân.

5.2. Chỉ định điều trị

5.2.1. Ung thư trong liên bào

Ở người phụ nữ còn trẻ, còn có nguyện vọng sinh đẻ, có thể khoét chóp hay cắt cụt cổ tử cung, và sau đó cần phải được theo dõi kỹ định kỳ 6 tháng với 3-4 lần làm tế bào học âm đạo. Ở người phụ nữ đủ con, lớn tuổi có thể cắt tử cung toàn phần rộng rãi.

5.2.2. Ung thư xâm lấn

Thông thường xử trí theo phác đồ phối hợp giữa xạ trị và phẫu thuật.

- Giai đoạn I.IIIa: Chủ yếu là phẫu thuật theo phương pháp Wertheim-Meigs, cắt tử cung hoàn toàn, cắt hai phần phụ, cắt 1/3 trên âm đạo, lấy hết các tổ chức liên kết dưới hai lá dây chằng rộng, nạo hạch trong hố chậu và dọc theo động mạch chủ bụng. Đối với giai đoạn Ib, nhiều tác giả nêu lợi ích của xạ trị trước phẫu thuật nhằm giảm mức độ ác tính của tế bào ung thư, diệt những ổ lan tràn quanh tổn thương nguyên phát, ngăn chặn di căn. Xạ trị trước mổ, nguồn xạ sử dụng là cesium hay radium, ngừng xạ trị khoảng 6 tuần trước phẫu thuật, xạ trị sau mổ dùng tia Cobalt chiếu vào vùng chậu nơi đã lấy hạch có tế bào ung thư.

- Giai đoạn IIb và giai đoạn III: xạ trị và đánh giá lại để cân nhắc chỉ định phẫu thuật.

- Giai đoạn IV: xạ trị và điều trị hỗ trợ, có thể áp dụng phẫu thuật tạm thời như dẫn lưu bàng quang, hậu môn nhân tạo.

6. TIÊN LƯỢNG

Các yếu tố tiên lượng: phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, di căn hạch, kích thước khối ung thư, thể trạng của bệnh nhân và mức độ triệt để của phẫu thuật.

Tỷ lệ sống sau 5 năm:

- + Giai đoạn ung thư trong liên bào: 100%
- + Giai đoạn I: 80%
- + Giai đoạn II: 50%
- + Giai đoạn III: 20-30%
- + Giai đoạn IV: dưới 10%

7. DỰ PHÒNG

Ung thư cổ tử cung nguy hiểm vì gây tử vong cao vào giai đoạn xâm lấn, song tiến triển chậm, nếu được phát hiện sớm có thể điều trị khỏi. Do đó dự phòng ung thư cổ tử cung có vai trò rất lớn trong việc làm giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong. Để phòng bệnh, cần hướng dẫn các biện pháp dự phòng cho phụ nữ:

- Sinh ít
- Thực hiện tốt vệ sinh phụ nữ.
- Khám phụ khoa định kỳ, ít nhất là 1 lần/năm để thực hiện các xét nghiệm sàng lọc (làm phiến đồ âm đạo - cổ tử cung...) hoặc đến khám ở cơ sở chuyên khoa khi có dấu hiệu bất thường như: ra máu sau giao hợp, khí hư bất thường.
- Điều trị sớm và triệt để các tổn thương lành tính cổ tử cung
- Không quan hệ tình dục quá sớm, không có nhiều bạn tình.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Khi khám phụ khoa điều quan trọng cần hỏi là:

- A. Có ra máu âm đạo không?
- B. Dịch âm đạo có hôi không?
- C. Kinh nguyệt có đều không?
- D. Có quan hệ tình dục chưa

2. Nguy cơ cao dẫn đến nhiễm khuẩn đường sinh dục và các bệnh lây qua truyền qua đường tình dục là:

- A. Dùng thuốc tránh thai kéo dài
- B. Tình dục không an toàn
- C. Nhiều bạn tình
- D. Vệ sinh bộ phận sinh dục không sạch

3. Thăm dò chất nhầy cổ tử cung được thực hiện vào thời điểm:

- A. Trước khi hành kinh
- B. Sau khi hành kinh
- C. Giai đoạn trước phóng noãn
- D. Trong thời kỳ phóng noãn

4. Đặc tính của dịch tiết âm đạo bình thường là:

- A. Dịch trong loãng, không màu, hầu như không có mùi, hơi dính
- B. Dịch đục, màu hồng, không có mùi, hơi dính
- C. Dịch trong loãng, màu nâu, có mùi tanh nồng, hơi dính
- D. Dịch trong loãng, màu vàng, mùi hôi, hơi dính

5. Thăm dò chất nhầy cổ tử cung được thực hiện vào thời điểm:

- A. Trước khi hành kinh
- B. Sau khi hành kinh
- C. Giai đoạn trước phóng noãn
- D. Trong thời kỳ phóng noãn

6. Các phương pháp sàng lọc ung thư cổ tử cung được áp dụng theo hướng cộng đồng, ngoại trừ:

- A. Soi cổ tử cung
- B. Xét nghiệm HPV
- C. VIA, VILI
- D. Soi tươi

7. Đặc điểm ra máu âm đạo bất thường của ung thư niêm mạc tử cung là:

- A. Rong kinh lẫn khí hư trong loãng
- B. Băng huyết
- C. Đã mãn kinh nhiều năm lại ra máu âm đạo
- D. Khí hư hôi lẫn máu

8. Phụ nữ mãn kinh 13 tháng nay thấy ra máu âm đạo sau giao hợp, điều đầu tiên nghĩ đến:

- A. Có kinh trở lại
- B. Ung thư vú
- C. Ung thư cổ tử cung
- D. Ung thư buồng trứng

Bài 18. ĐẠI CƯƠNG VỀ DÂN SỐ HỌC

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

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được sự gia tăng dân số thế giới và Việt Nam.
- 1.2. Nêu được những nguy cơ của sự gia tăng dân số với con người và xã hội.
- 1.3. Trình bày được cách đánh giá về dân số kế hoạch hóa gia đình về lượng, về chất, cách thu thập số liệu.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Vẽ được tháp tuổi dân số của Việt Nam.
- 2.2. Phân tích được biện pháp giải quyết và chính sách dân số của Việt Nam.

3. Thái độ

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

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG VỀ DÂN SỐ HỌC

- Dân số học là một ngành khoa học nghiên cứu về dân số, được định nghĩa theo nghĩa hẹp là ngành khoa học nghiên cứu về quy mô, phân bố, cơ cấu và biến động dân số. Các hiện tượng dân số gắn chặt với đời sống của xã hội.

- Nói đến dân số học là nói đến các mối liên hệ giữa các quá trình phát triển dân số và hoàn cảnh xã hội, kinh tế, văn hoá và môi trường xung quanh. Vì vậy, khi nói đến dân số, không thể tách nó ra khỏi các điều kiện về kinh tế, văn hoá, xã hội và môi trường.

- Dân số: bao gồm toàn bộ số người sinh sống trong một phạm vi lãnh thổ nhất định: Một vùng, một nước, một khu vực trên thế giới hay cả toàn cầu.

- Quy mô dân số: là số người sống trong một quốc gia, khu vực, vùng địa lý kinh tế hoặc một đơn vị hoặc một đơn vị hành chính tại thời điểm nhất định.

- Cơ cấu dân số: là tổng số dân được phân loại theo giới tính và lứa tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân và các đặc trưng khác.

+ Cơ cấu dân số theo giới tính: là sự phân chia tổng số dân thành số nam và số nữ.

$$\text{Tỷ lệ nam (nữ) trong tổng số dân} = \frac{\text{Số nam (nữ)}}{\text{Tổng số dân}} \times 100$$

- + Cơ cấu dân số theo độ tuổi: tỷ lệ nam, nữ theo từng độ tuổi.
- + Cơ cấu dân số theo tình trạng hôn nhân: công tác kế hoạch hoá gia đình trước hết tập trung vào số nữ có chồng ở tuổi sinh đẻ, sau đó đến nhóm tuổi vị thành niên để tránh thai ngoài ý muốn. Số kết hôn, ly hôn, tái hôn cũng được dân số học quản lý.

- + Phân bố dân số: là sự có mặt của dân cư theo vùng lãnh thổ (tức là theo địa lý) như dân cư miền núi, đồng bằng, vùng trung du,....

Số dân trong vùng

$$\text{Mật độ dân số} = \frac{\text{Số dân trong vùng}}{\text{Diện tích vùng (km}^2\text{)}}$$

- Gia tăng dân số: là sự biến đổi về số lượng của dân số ở đầu và cuối mỗi thời điểm (một năm, 5 năm hay nhiều năm). Gia tăng này được hiểu là sự phát triển theo giá trị dương hoặc giá trị âm. Trong quá trình đó có 3 yếu tố rất quan trọng là sinh, chết và chuyển cư.

- Tử vong: số người mất đi sự sống, không tồn tại trong mọi hoạt động của một cộng đồng dân cư.

- Biến động dân số: là sự tăng hay giảm của tổng số dân số hoặc một trong những thành phần của nó.

- Tuổi và giới: là đặc trưng cơ bản của một dân số. Mỗi dân số có cấu thành tuổi và giới khác nhau.

- Tuổi trung vị: là số tuổi chia dân số ra hai phần bằng nhau, một nửa trẻ hơn, một nửa già hơn tuổi đó.

- Dân số già: khi số người trên 65 tuổi chiếm trên 10% so với tổng dân số.

- Dân số trẻ: khi nhóm người có tuổi từ 0 - 14 chiếm nhiều hơn trong tổng số dân và nhóm người trên 65 tuổi chỉ chiếm 5% số dân.

- Chất lượng dân số: là sự phản ánh các đặc trưng về thể chất, trí tuệ và tinh thần của toàn bộ dân số.

- Di cư: là sự di chuyển dân số từ quốc gia này đến cư trú ở quốc gia khác, từ đơn vị hành chính này tới cư trú ở đơn vị hành chính khác.

Dân số học nghiên cứu hành vi của con người. Chẳng hạn, sinh và chết không phải chỉ bị tác động bởi yếu tố sinh học mà còn chịu tác động của hành vi con người. Ngoài sinh, chết, di cư còn nhiều nhân tố khác cũng được chuyên ngành dân số hết sức quan tâm. Trong nghiên cứu dân số, giới tính là một biến số đặc biệt quan trọng. Con người muốn sinh sản được phải có hai giới. Nếu mất sự cân bằng về giới trong dân số đều ảnh hưởng đến tăng trưởng dân số.

Vì vậy, nhiệm vụ nghiên cứu dân số học là tìm ra qui luật của các hiện tượng như sinh và nguyên nhân của tăng, giảm sinh; chết và các nguyên nhân thay đổi của chết; sự tăng trưởng dân số trong mối quan hệ phụ thuộc giữa sinh, chết và di cư.

2. NGUY CƠ BÙNG NỔ DÂN SỐ VỚI PHÁT TRIỂN KINH TẾ - XÃ HỘI

2.1. Sự bùng nổ dân số

Là sự bùng ra nhanh chóng, đột ngột. Khi nói bùng nổ dân số có nghĩa là sự gia tăng dân số rất nhanh, bởi có nhiều trẻ em được ra đời ở bất cứ lúc nào.

2.1.1. Dân số Thế giới

Nếu kể từ khi loài người có mặt trên quả đất hàng chục triệu năm trước công nguyên, thì đến năm 1830 quả đất mới đạt 1 tỷ dân, phải trải qua một thời gian hết sức lâu dài. Nhưng những năm sau đó, thời gian để dân số giới tăng thêm 1 tỷ ngày càng ngắn dần đi. Thập kỷ 1930: 2 tỷ người; Thập kỷ 1960: 3 tỷ người; Năm 1975: 4 tỷ người; Năm 1987: 5 tỷ; Năm 1999: 6 tỷ, dự kiến năm 2050 giới đạt 10 tỷ người nếu tỷ suất sinh thô là 17‰ (tài liệu UNFPA - 1992).

Hàng năm, trên giới có khoảng 200 triệu phụ nữ có thai và có khoảng 585.000 phụ nữ chết có liên quan đến thai sản, trong đó có:

- 76.000 người chết do nhiễm khuẩn.
- 38.000 người chết do đẻ khó.
- 70.000 người chết do nạo hút thai không an toàn.
- 8,1 triệu trẻ em chết do bệnh tiêu chảy và dưới 1 tháng tuổi.

Năm	Tổng số dân Thế giới	Mức tăng dân số
1830	1 tỷ	
1930	2 tỷ	100 năm tăng 1 tỷ dân
1960	3 tỷ	30 năm tăng 1 tỷ dân
1975	4 tỷ	15 năm tăng 1 tỷ dân
1987	4,5 tỷ	12 năm tăng 1 tỷ dân
12/10/1999	6 tỷ	12 năm tăng 1,5 tỷ dân

*** Tổ chức dân số Thế giới chọn ngày 11/7 hàng năm là ngày dân số Thế giới.**

2.1.2. Dân số Việt Nam

- Dân số Việt Nam đang tăng nhanh: đầu thập kỷ 40, dân số Việt Nam chỉ có khoảng 25 triệu người, nhng vụ đói năm 1945 đã làm cho 2 triệu người bị chết, sau đó là cuộc kháng chiến chống Pháp và chống Mỹ kéo dài. Mặc dù chính sách dân số-KHHGD đã được thực hiện ngay từ đầu những năm 1960 và có rất nhiều khó khăn nhưng dân số nước ta vẫn tăng lên rất nhanh. Theo kết quả điều tra dân số:

- + 1/10/1979: dân số nước ta là 52,7 triệu người.
- + 1/10/1989: 64,4 triệu người, (tăng 11,7 triệu)
- + 1/10/1999: 76.327.919 triệu người.

- Do thực hiện tốt các chương trình DS - KHHGD, tỷ lệ tăng dân số từ 3,56 % từ đầu năm 60 đã giảm xuống còn 2,1% (1989); Số con trung bình cho một phụ nữ ở tuổi sinh sản từ 6 con (những năm đầu thập kỷ 60) đã giảm xuống còn 2,7 con (1992 - 1996) và 2,3 con (1999)

Năm	Tổng số dân ở Việt Nam	Tỷ lệ phát triển DS/năm	Mức tăng dân số
1921	15,584 triệu		
1931	17,702 triệu	0,69%	10 năm tăng 2,2 triệu
1951	23,061 triệu	0,50%	20 năm tăng gần 6 triệu
1961	30,172 triệu	3,93%	6 năm tăng gần 7 triệu
1970	41,063 triệu	3,24%	10 năm tăng gần 11 triệu
1979	52,742 triệu	2,16%	9 năm tăng gần 12 triệu
1989	64,412 triệu	2,1%	10 năm tăng gần 12 triệu
1992	70 triệu	2,0%	3 năm tăng 4,5 triệu
1999	76,327, triệu	1,9%	7 năm tăng 6 triệu

* Cơ cấu dân số Việt Nam trẻ và đang chuyển dần sang cơ cấu dân số già:

- Trong thập kỷ 20, Việt Nam có rất đông trẻ em và thanh niên: 30% dân số dưới 15 tuổi, 49,6% dân số dưới 20 tuổi, 58% dân số dưới 25 tuổi và chỉ có 7% dân số ở tuổi 60 trở lên. Tỷ suất chết của dân số nước ta (1996) là 8,6% thấp hơn so với giới và khu vực (Thế giới là 9%, khu vực Đông Nam á là 9,3%).

- Hiện nay, do giảm sinh nhanh và tuổi thọ tăng, dân số nước ta bắt đầu chuyển dần sang quá trình già hoá. Tuổi trung vị sẽ tăng từ 23,2, năm 2000 lên 27,1, năm 2010. Người già từ 60 tuổi trở lên sẽ tăng từ 6,3 triệu người, năm 2000 lên 6,9 triệu năm 2010.

* Chất lượng dân số còn thấp, chưa đáp ứng yêu cầu về nguồn nhân lực chất lượng cao cho sự nghiệp công nghiệp hoá, hiện đại hoá đất nước:

- Chất lượng thể chất của người Việt Nam còn bị hạn chế, đặc biệt về chiều cao, cân nặng và sức bền.

- Tỷ lệ trẻ đẻ thấp cân (< 2500g) chiếm 8 % (1998).
- Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng còn cao, chiếm 36,7% (1999).
- 1,5 % dân số bị thiếu năng về thể lực và trí tuệ.
- Tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS tăng nhanh.
- Số năm học bình quân đầu người thấp: 6,2 năm/người (1997 - 1998).

- Tỷ lệ lao động qua đào tạo đạt khoảng 20% (trong khi đó ở các nước khác từ 50% trở lên), đã làm hạn chế khả năng tiếp thu và sử dụng khoa học và công nghệ hiện đại.

- Chỉ số phát triển con người (HDI - Human Development Index: bao gồm tuổi thọ trung bình, trình độ giáo dục, thu nhập thực tế trên đầu người) thấp: 0,664 điểm năm 1998. (Nguồn Ủy ban Quốc gia dân số và kế hoạch hóa gia đình - chiến lược dân số Việt Nam 2000 - 2010).

2.2. Nguy cơ bùng nổ dân số và phát triển kinh tế - xã hội - môi trường

2.2.1. Đối với Thế giới

- Ở các nước đang phát triển: đa số là dân nghèo, tỷ lệ mù chữ cao, dịch vụ y tế kém thì đẻ nhiều nh ở Châu Phi, khu vực Nam á, Châu Mỹ la tinh.

- Dân số tăng nhanh nhưng đất không tăng, sản lượng lương thực không đủ đáp ứng cho dân, dẫn đến đói nghèo, thất học, thất nghiệp.

- Chăm sóc y tế kém: theo OMS và UNICEF thông báo mỗi năm còn 15 triệu trẻ em dưới 15 tuổi bị chết, 585.000 bà mẹ chết vì thai nghén và sinh đẻ, 40% trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng, 22 triệu sơ sinh cân nặng dưới 2500g trong khi đẻ. Đa số các tai biến này xảy ra ở các nước đang phát triển.

2.2.2. Đối với Việt Nam

*** Sáu đặc điểm của Việt Nam liên quan đến vấn đề tăng dân số:**

- Việt Nam đất chật, người đông: Với diện tích 33.000.000 km², mật độ dân cư trung bình khoảng 230 người/ km², cao gấp 6 lần mật độ dân cư trung bình của Thế giới và gấp 3 lần so với Châu Âu.

- Phân bố dân cư không đều: 80% số dân sống trên 29% diện tích của đất nước. Miền núi chiếm 80% diện tích toàn quốc, nhng chỉ có 20% dân số sinh sống.

- Diện tích canh tác/ đầu người thấp: bình quân là khoảng 0,1 ha đất canh tác cho một người, bình quân lương thực/đầu người là 301 kg (1996) chỉ hơn bình quân năm 1939 có 1 kg là do diện tích canh tác ít, nhưng dân số tăng quá nhanh, sản lượng lương thực tăng không tương xứng.

- Về phát triển kinh tế quốc dân cũng gặp nhiều khó khăn, vì đất nước chưa có công nghiệp hóa cao. Thu nhập quốc dân cho đầu người thấp: chúng ta mới chỉ đạt khoảng 300 đô la Mỹ cho mỗi người/năm, là một trong những nước có thu nhập gần thấp nhất Thế giới.

- Việt Nam thừa sức lao động: trong nông nghiệp, lực lượng nông nghiệp chỉ mới được sử dụng hai phần ba hoặc thấp hơn quỹ thời gian lao động. Hàng năm, có khoảng từ một triệu rưỡi đến hai triệu người bước vào tuổi lao động cần việc làm. Khả năng tạo việc làm còn hạn chế, số lao động dư thừa ở nông thôn tràn về thành

thị kiểm việc làm đã làm xáo trộn nhiều vấn đề, ảnh hưởng đến sự phát triển, trật tự đô thị.

- Chất lượng môi trường sống đang bị thoái hóa nghiêm trọng: nguồn tài nguyên bị khai thác bừa bãi, không có kế hoạch, lãng phí đang làm nhanh chóng cạn kiệt nguồn tài nguyên, khoáng sản, lâm sản, nguồn dự trữ nước bị cạn kiệt do rừng bị tàn phá gây nên những lũ lụt nghiêm trọng. Trong thời gian vừa qua ở miền Trung hoặc đồng bằng sông Cửu Long đã phá hoại môi trường sống của con người. Nền công nghiệp chưa cao, nhưng đang phát triển mạnh, các hoá chất được sử dụng trong công nghiệp, trong nông nghiệp và các chất thải không được xử lý hoặc xử lý chưa tốt đã làm ô nhiễm các nguồn nước và môi trường sống. Các chất khí thải hoặc các chất thải của công nghiệp gây ô nhiễm không khí làm tăng khả năng mắc bệnh về đường hô hấp.

*** Hậu quả của việc gia tăng dân số**

- Dân số tăng nhanh nhưng diện tích canh tác không tăng, đã làm giảm diện tích canh tác trên đầu người. Dù rằng có nhiều tiến bộ trong nông nghiệp, nhưng sản lượng lương thực thực phẩm tăng không phù hợp với tỷ lệ tăng dân số. Các dịch vụ phục vụ đời sống tăng cả về khối lượng và chất lượng, đòi hỏi nhà nước phải tăng chi phí phúc lợi sẽ ảnh hưởng đến nền kinh tế chung, làm cho mức thu nhập đầu người tăng chậm hoặc không tăng.

- Mức độ ô nhiễm môi trường tăng và chất lượng cuộc sống bị giảm sút.

- Hậu quả của việc tăng dân số quá nhanh còn ảnh hưởng đến vấn đề y tế, giáo dục, bảo vệ bà mẹ trẻ em, trật tự an ninh xã hội.

Vì vậy việc khống chế gia tăng dân số tự nhiên là một nhiệm vụ cấp bách và thường xuyên, để hướng cho sự gia tăng dân số theo kế hoạch phù hợp với sự phát triển của nền kinh tế xã hội.

3. THÁP DÂN SỐ

Tháp tuổi dân số là sự biểu hiện đều về chất lượng dân số. Là một đồ thị trình bày cấu thành tuổi và giới của một dân số hoặc tỷ lệ nam và nữ thuộc từng nhóm tuổi đó. Nói cách khác, tháp tuổi là cách trình bày cấu trúc dân số theo qui mô tuổi và giới. Có 3 loại tháp tuổi dân số:

3.1. Loại già

Số người tuổi trẻ (dưới 15 tuổi) ngày càng tăng. Việt Nam và các nước đang phát triển có tháp tuổi loại này. Trong đó số người sống phụ thuộc không có khả năng lao động cao, số người ở độ tuổi lao động thấp.

3.2. Loại cơ

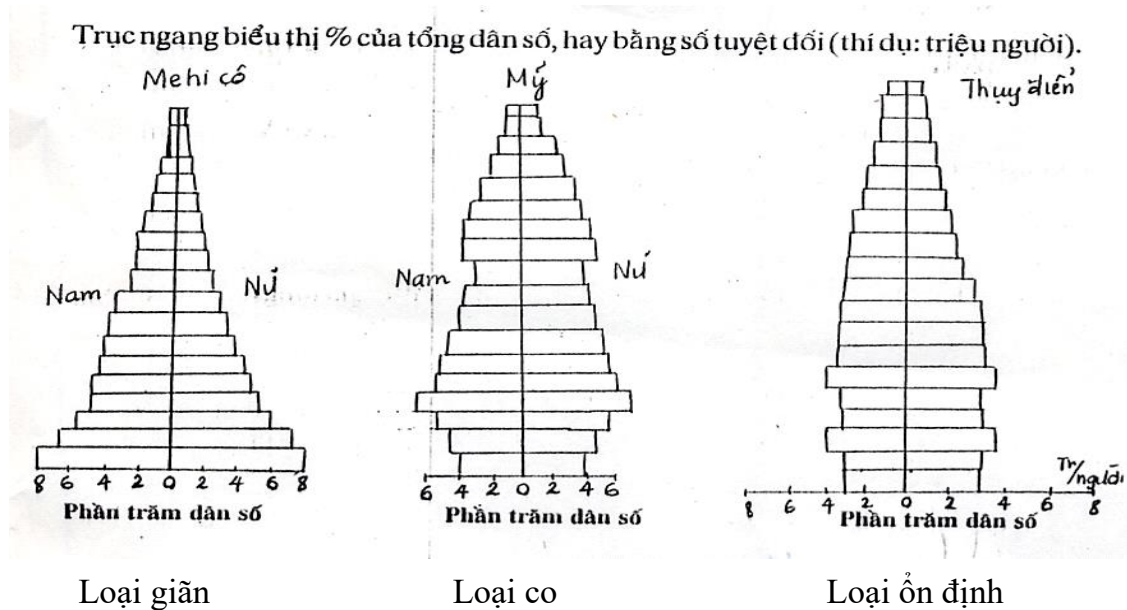
Số người trẻ ngày càng giảm.

3.3. Loại ổn định

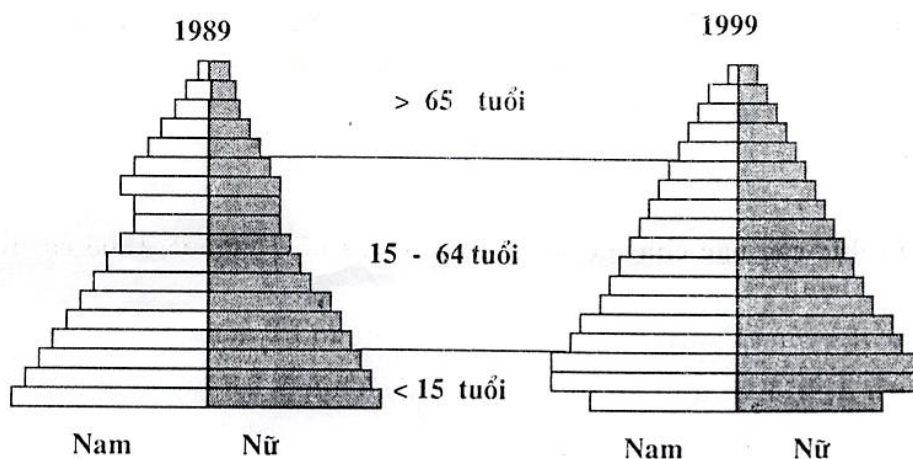
Tỷ lệ người trẻ là người ở độ tuổi lao động, người già ở mức cân đối.

Hai giới đối xứng nhau: nam ở bên trái biểu đồ, nữ ở bên phải. Trục dọc đứng thẳng được phân theo từng nhóm tuổi với khoảng cách đều nhau. Trục ngang biểu thị % của tổng dân số, hay bằng số tuyệt đối (cuộc sống ở nước đó, thể hiện qua tỷ lệ người phụ thuộc (người trẻ: dưới 15 tuổi và người già: trên 65 tuổi). Tỷ lệ càng cao thì chất lượng cuộc sống càng giảm.

CÁC LOẠI THÁP



Tháp tuổi dân số ở Việt Nam



Tranh tháp tuổi dân số ở Việt Nam

Người ta dùng tỉ lệ người già (trên 65 tuổi) so sánh với tỉ lệ người trẻ (<15 tuổi) để biết dân số đó có khuynh hướng già đi hay trẻ hóa và tính bằng công thức sau:

$$\text{ACR} = \frac{\text{Dân số trên 65 tuổi}}{\text{Dân số từ 0 - 14 tuổi}} \times 100$$

4. PHÁP LỆNH DÂN SỐ CỦA NHÀ NƯỚC VIỆT NAM

4.1. Một số những quy định chung

4.1.1. Phạm vi điều chỉnh và đối tượng áp dụng

- Pháp lệnh này áp dụng đối với cơ quan, tổ chức, cá nhân
- Pháp lệnh này quy định về quy mô dân số, cơ cấu dân số, phân bố dân cư, chất lượng dân số, các biện pháp thực hiện công tác dân số và quản lý nhà nước về dân số.

4.1.2. Nguyên tắc của công tác dân số

- Bảo vệ quyền và lợi ích hợp pháp của cơ quan, tổ chức, cá nhân trong lĩnh vực dân số phù hợp với sự phát triển kinh tế - xã hội, chất lượng cuộc sống của cá nhân, gia đình và toàn xã hội.
- Bảo đảm việc chủ động, tự nguyện, bình đẳng của mỗi cá nhân, gia đình trong kiểm soát sinh sản, chăm sóc sức khỏe sinh sản, lựa chọn nơi cư trú và thực hiện các biện pháp nâng cao chất lượng dân số.
- Kết hợp giữa quyền và lợi ích của cá nhân, gia đình với lợi ích của cộng đồng và toàn xã hội, thực hiện quy mô gia đình ít con, no ấm, bình đẳng, tiến bộ, hạnh phúc và bền vững.

4.1.3. Quyền và nghĩa vụ của công dân về công tác dân số

*** Công dân có các quyền sau đây**

- Được cung cấp thông tin về dân số.
- Được cung cấp các dịch vụ dân số có chất lượng, thuận tiện, an toàn và được giữ bí mật theo pháp luật.
- Lựa chọn các biện pháp chăm sóc sức khỏe sinh sản, kế hoạch hóa gia đình và nâng cao chất lượng dân số.
- Lựa chọn nơi cư trú phù hợp với quy định của pháp luật.

*** Công dân có các nghĩa vụ sau đây**

- Thực hiện kế hoạch hoá gia đình, xây dựng quy mô gia đình ít con, no ấm, bình đẳng, tiến bộ, hạnh phúc và bền vững.

- Thực hiện các biện pháp phù hợp để nâng cao thể chất, trí tuệ, tinh thần của bản thân và các thành viên trong gia đình.

- Tôn trọng lợi ích của nhà nước, xã hội, cộng đồng trong việc điều chỉnh quy mô dân số, cơ cấu dân số, phân bố dân cư, nâng cao chất lượng dân số.

- Thực hiện các quy định của pháp lệnh có liên quan đến công tác dân số.

4.1.4. Trách nhiệm của Nhà Nước, cơ quan, tổ chức trong công tác dân số

- Nhà nước có chính sách, biện pháp để triển khai công tác dân số.

- Nhà nước có chính sách khuyến khích các tổ chức, cá nhân đầu tư, hợp tác, giúp đỡ, hỗ trợ chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản - kế hoạch hóa gia đình.

+ Cơ quan quản lý Nhà nước về dân số có trách nhiệm chỉ đạo thực hiện công tác dân số, phối hợp với Mặt trận Tổ quốc Việt Nam và các thành viên của Mặt trận để triển khai công tác dân số, thanh tra kiểm tra việc thi hành pháp luật về dân số.

4.1.5. Trách nhiệm của mặt trận Tổ quốc Việt Nam và các đoàn thể nhân dân trong công tác dân số

- Tham gia ý kiến vào việc hoạch định chính sách, xây dựng quy hoạch, kế hoạch dân số và các văn bản quy phạm pháp luật về dân số.

- Tổ chức thực hiện công tác dân số trong hệ thống của mình.

- Tuyên truyền, vận động đoàn viên, hội viên và toàn dân thực hiện pháp lệnh về dân số.

- Giám sát việc thực hiện pháp lệnh dân số.

4.1.6. Các hành vi bị nghiêm cấm

- Cản trở, cưỡng bức việc thực hiện kế hoạch hoá gia đình.

- Lựa chọn giới tính thai nhi dưới mọi hình thức.

- Sản xuất, kinh doanh, nhập khẩu, cung cấp phương tiện tránh thai giả, không đảm bảo tiêu chuẩn chất lượng, quá hạn sử dụng, chưa được phép lưu hành.

- Di cư và cư trú trái pháp luật.

- Tuyên truyền, phổ biến hoặc đưa ra những thông tin có nội dung trái với chính sách dân số, truyền thống đạo đức tốt đẹp của dân tộc, có ảnh hưởng xấu đến công tác dân số và đời sống xã hội.

- Nhân bản vô tính người.

4.2. Mục tiêu chiến lược của công tác dân số năm 2001 - 2010.

*** Mục tiêu tổng quát**

Thực hiện gia đình ít con, khỏe mạnh, tiến tới ổn định quy mô dân số ở mức hợp lý để có cuộc sống ấm no, hạnh phúc, nâng cao chất lượng dân số, phát triển nguồn nhân lực chất lượng cao đáp ứng nhu cầu công nghiệp hoá, hiện đại hoá, góp phần vào sự phát triển nhanh và bền vững đất nước.

*** Mục tiêu cụ thể**

- **Mục tiêu 1:** duy trì giảm sinh một cách vững chắc để đạt mức sinh thay thế bình quân trong toàn quốc chậm nhất vào năm 2005, ở vùng sâu, vùng xa và vùng nghèo nhất vào năm 2010 để quy mô, cơ cấu dân số và phân bố dân cư phù hợp với sự phát triển kinh tế xã - hội vào năm 2010.

- **Mục tiêu 2:** nâng cao chất lượng dân số về thể chất, trí tuệ và tinh thần, phấn đấu đạt chỉ số phát triển con người (HDI) ở mức trung bình tiên tiến Thế giới vào năm 2010.

*** Kết quả thực hiện mục tiêu trên nhằm**

- Giảm tỷ lệ phát triển dân số tự nhiên xuống còn 1,1 %, để dân số cả nước không quá 88 triệu người, để nâng cao chất lượng cuộc sống.

- Nâng tuổi thọ trung bình lên từ 66,4 tuổi (1998) lên 71 tuổi.

- Tăng số năm đi học từ 6,2 năm (1998) lên 9 năm.

- Nâng chỉ số phát triển con người (HDI) lên khoảng 0,700 đến 0,750 điểm, bằng mức trung bình tiên tiến so với Thế giới.

- Tăng tỷ lệ người lao động đã qua đào tạo lên 40%.

- Tăng tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại lên khoảng 70 %.

- Hạ tỷ suất chết trẻ sơ sinh xuống còn 25 ‰ (năm 1999 là 36,7 ‰).

Công tác dân số - KHHGD là một bộ phận quan trọng của chiến lược phát triển đất nước, là một trong những vấn đề kinh tế - xã hội hàng đầu của nước ta, là một yếu tố cơ bản để nâng cao chất lượng cuộc sống của từng người, từng gia đình và của toàn xã hội.

4.3. Giải pháp cơ bản để thực hiện mục tiêu chiến lược công tác dân số - KHHGD:

- Tăng cường công tác lãnh đạo, tổ chức quản lý.

- Vận động, tuyên truyền và giáo dục gắn liền với đa dịch vụ KHHGD đến tận ngôi dân; có chính sách mang lại lợi ích trực tiếp cho người chấp nhận gia đình ít con, tạo động lực thúc đẩy phong trào quần chúng thực hiện KHHGD.

- Đầu tư cho công tác DS - KHHGD là đầu tư mang lại hiệu quả kinh tế trực tiếp rất cao. Nhà nước cần tăng mức chi ngân sách cho công tác DS - KHHGD; đồng thời động viên sự đóng góp của cộng đồng và tranh thủ sự viện trợ của quốc tế

- Huy động lực lượng của toàn xã hội tham gia công tác DS - KHHGD, đồng thời phải có bộ máy chuyên trách đủ mạnh để quản lý theo chương trình mục tiêu, bảo đảm cho các nguồn lực nói trên được sử dụng có hiệu quả và đến tận tay người dân.

- Chăm sóc sức khỏe sinh sản và kế hoạch hoá gia đình.

- Nâng cao chất lượng đào tạo và nghiên cứu cho đội ngũ làm công tác dân số.

Để đạt được mục tiêu trong thời gian tương đối ngắn, điều có ý nghĩa quyết định là Đảng và chính quyền các cấp phải lãnh đạo và chỉ đạo tổ chức thực hiện công tác DS - KHHGD theo chương trình.

5. CÁCH ĐÁNH GIÁ VỀ DÂN SỐ - KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH Ở MỘT NƯỚC HAY MỘT ĐỊA PHƯƠNG VỀ LƯỢNG, VỀ CHẤT, CÁCH THU THẬP DỮ LIỆU

5.1. Về lượng

***Chúng ta dùng các chỉ số đánh giá sau đây**

- Kích thước dân số.
- Tỷ suất sinh thô (CBR).
- Tỷ suất chết thô (CDR).
- Tỷ lệ phát triển dân số tự nhiên (NIR).
- Các tỷ lệ biểu thị các biến động dân số.

5.1.1. Biến động sinh học

- Tổng tỷ suất sinh (TFR): số con trung bình 1 phụ nữ 15 - 49 tuổi có thể có.
- Tỷ suất tái sinh sản: tỷ suất tái sinh sản thô. Tỷ suất tái sinh sản tinh (tính số con gái của 1 phụ nữ sinh được để thay thế mình).

- Tỷ số trẻ em/phụ nữ .
- Mức sinh thay thế.

*** Người ta thấy rằng nếu:** tổng tỷ suất sinh (TFR) = 2,1 hay tỷ suất tái sinh tính (NRR) = 1 thì đạt được mức sinh thay thế, số sinh và chết sẽ cân bằng nhau - dân số dần dần sẽ ngừng phát triển, sẽ trở thành dân số ổn định.

5.1.2. Biến động cơ học: gồm có sự chuyển cư trong nước và ngoài nước

5.2. Về chất

Thường người ta dùng: theo tuổi, theo giới tính, tức là: cấu trúc dân số tháp tuổi dân số để đánh giá chất lượng của một dân tộc (trẻ, già, lực lượng lao động...)

5.3. Cách thu thập các nguồn dữ liệu về dân số

- Tổng điều tra dân số: rất tốn kém.
- Điều tra dân số mẫu (thông 5%) rẻ hơn, kết quả nhanh hơn, chất lượng về số liệu tốt hơn.

- Hệ thống đăng ký thông xuyên (sinh, tử, kết hôn, ly hôn, con nuôi)

Thường người ta phải làm cả 3 nguồn kể trên để bổ sung cho nhau.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Khái niệm quy mô dân số là:

A. Số người sống trong một quốc gia, khu vực, vùng địa lý kinh tế hoặc một đơn vị hành chính tại một thời điểm nhất định

B. Được phân loại theo giới tính và lứa tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân và các tổng hợp khác

C. Số người sống trong một quốc gia, khu vực, vùng địa lý kinh tế hoặc một đơn vị hành chính tại một thời điểm bất buộc

D. Số người sống trong một quốc gia, khu vực, vùng địa lý kinh tế hoặc một đơn vị hành chính tại một thời điểm có thay đổi về dân số

2. Sự gia tăng dân số là:

A. Sự biến đổi về số lượng của dân số ở đầu cuối mỗi thời điểm

B. Được hiểu là sự phát triển theo giá trị dương hoặc giá trị âm

C. Câu A và B đúng

D. Câu A và B sai

3. Cấu trúc dân số theo qui mô?

A. Địa danh

B. Tuổi và giới

C. Ngành nghề

D. Vị trí việc làm

4. Định nghĩa dân số trẻ là:

A. Nhóm người có tuổi từ 0 - 14 chiếm nhiều hơn trong tổng số dân

B. Nhóm người trên 65 tuổi chỉ chiếm 5% số dân

C. Nhóm người trên 65 tuổi chiếm trên 10% so với tổng số dân

D. Nhóm người đang sống

5. Nguy cơ nào gây ra bùng nổ dân số đối với Việt Nam?

A. Phân bố dân cư không đều

B. Việt Nam dư thừa sức lao động

C. Chất lượng môi trường đang bị thoái hóa nghiêm trọng

D. Tất cả các câu trên đều đúng

6. Định nghĩa tỷ số trong dân số học là:

A. Một phân số, nhưng trong đó tử số luôn là một phần của mẫu số và có cùng đơn vị với mẫu số

B. Một phân số, trong đó tử số không nhất thiết có mối liên hệ nào giữa tử số và mẫu số

C. Một số tự nhiên, tử số luôn là một phần của mẫu số và có cùng đơn vị với mẫu số

D. Bất kỳ số nào, nhưng trong đó tử số luôn là một phần của mẫu số và có cùng đơn vị với mẫu số

7. Có mấy loại tháp tuổi dân số:

A. 1 loại

B. 2 loại

C. 3 loại

D. 4 loại

8. Chất lượng dân số?

- A. Phản ánh các đặc trưng về thể chất, trí tuệ và tinh thần của toàn bộ dân số
- B. Phân loại các không đặc trưng về thể chất, trí tuệ và tinh thần của toàn bộ dân số
- C. Phản ánh các đặc trưng về kinh tế, trí tuệ và tinh thần của toàn bộ dân số
- D. Phản ánh các đặc trưng về thể chất, tâm lý và thái độ của toàn bộ dân số

9. Cách thu thập các nguồn dữ liệu về dân số, ngoại trừ:

- A. Tổng điều tra dân số
- B. Điều tra dân số mẫu, kết quả nhanh hơn, chất lượng về số liệu tốt hơn
- C. Hệ thống đăng ký thường xuyên (sinh, tử, kết hôn, ly hôn, con nuôi,...)
- D. Cả nguồn người sinh sống ngoài lãnh thổ nhất định

10. Các quyền của công dân về công tác dân số:

- A. Được cung cấp thông tin, được cung cấp các dịch vụ về dân số
- B. Thực hiện kế hoạch hóa gia đình, xây dựng quy mô gia đình ít con
- C. Thực hiện các biện pháp phù hợp để nâng cao thể chất, trí tuệ

Bài 19. LẬP KẾ HOẠCH, QUẢN LÝ KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

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

1. Kiến thức

1.1. Trình bày được các chỉ số cần thiết trong khi lập dự trù các phương tiện tránh thai.

1.2. Trình bày được cách lập dự trù, quản lý, phân phối các phương tiện tránh thai tại cơ sở.

2. Thái độ:

Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

NỘI DUNG

1. CÁC PHƯƠNG TIỆN TRÁNH THAI

Như: bao cao su, các loại thuốc tránh thai, dụng cụ tử cung,...(xem bài Các phương tiện tránh thai)

2. LẬP DỰ TRÙ CÁC PHƯƠNG TIỆN TRÁNH THAI

2.1. Những nội dung cần lập dự trù

Khi lập dự trù các phương tiện tránh thai tại các tuyến y tế cơ sở, chúng ta phải xác định được mục tiêu của công tác, kế hoạch hóa gia đình của địa phương theo từng tháng, quý và cả năm. Mục tiêu này phải có nội dung như sau:

- Cần bao nhiêu cặp vợ chồng thực hiện áp dụng kế hoạch hóa gia đình.
- Đối tượng nào cần vận động áp dụng kế hoạch hóa gia đình.
- Phân phối các biện pháp tránh thai như thế nào, theo tỷ lệ nào?
- Cần bao nhiêu phương tiện tránh thai và công tác bảo quản các phương tiện tránh thai như thế nào?

2.2. Những chỉ số cần thiết khi lập dự trù các phương tiện tránh thai

2.2.1. Các chỉ số về dân số

- Dân số trung bình

DS đầu năm (tại 0 giờ 1/1) + DS cuối năm (tại 24 giờ 31/12)

$$\text{DSTB} = \frac{\text{DS đầu năm (tại 0 giờ 1/1)} + \text{DS cuối năm (tại 24 giờ 31/12)}}{2}$$

Có thể coi dân số tại một thời điểm 1/7 hàng năm là dân số trung bình của năm đó.

Tổng số trẻ đẻ ra sống trong năm

- **Tỷ suất sinh (‰) =** ----- **x 1.000**

Dân số trung bình

- + Tỷ suất chết: 3,5 ‰
- + Tỷ lệ phát triển dân số tự nhiên: 1,85 ‰
- Kế hoạch năm 2017 dự kiến như sau:
 - + Dân số: 10.250
 - + Phụ nữ 15 - 49 tuổi có chồng: 2.600
 - + Giảm tỷ suất sinh xuống: 0,5 ‰
 - + Như vậy tỷ suất sinh 2015 dự kiến là: $20 ‰ - 0,5 ‰ = 19,5 ‰$
 - + Tỷ lệ cặp vợ chồng áp dụng tránh thai 50 ‰ 1.250
- Ta có tỷ lệ vợ chồng áp dụng các biện pháp tránh thai năm 2015 là:

$$\text{CBR} = \frac{48,4 - \text{CBR}}{0,44} = \frac{48,4 - 19,5}{0,44} = 65,7\%$$

- Số cặp vợ chồng áp dụng các biện pháp tránh thai năm 2015 là:

$$2.600 \times 65,7\% = 1.710$$

- Nên nhớ là 25% cặp vợ chồng (312) áp dụng biện pháp tránh thai năm 2014 sẽ ngừng áp dụng trong năm 2015, nên số cặp vợ chồng cần vận động là:

$$1.710 - (1250 - 312) = 772 \text{ cặp}$$

2.2.3.2. Xác định đối tượng cần vận động áp dụng kế hoạch hóa gia đình:

- Từ sổ quản lý phụ nữ 15 - 49 tuổi có chồng của trạm y tế, cán bộ phụ trách kế hoạch hóa gia đình, sẽ phân loại đối tượng phụ nữ như sau:

Đối tượng	Phân loại	Chú thích
Nhóm chưa áp dụng biện pháp tránh thai		x: nên vận động
1.Lấy chồng sớm (dưới 20 tuổi)	x	xx: cần vận động
2.Một con dưới 24 tháng	xx	xxx: rất cần vận
3.Từ ba con trở lên	xxx	động
Nhóm có thai		xxxx: rất rất cần
1.Đẻ sinh		vận động
2.Nạo, hút	xxxx	
Nhóm áp dụng biện pháp tránh thai		
1.Biện pháp tránh thai hiện đại	25% ngừng	
2.Biện pháp tránh thai hiện đại	xx	

2.2.3.3. Dự trù các phương tiện tránh thai

- Phân phối các phương tiện tránh thai thường căn cứ vào mức thực tế bao nhiêu cho mỗi loại đã sử dụng ở địa phương trong các năm trước. Nếu không có số liệu về từng loại cụ thể, thì có thể dựa vào mức chung của các biện pháp tránh thai điển đại là:

- + Dụng cụ tử cung: 60%
- + Thuốc tránh thai: 20%
- + Bao cao su: 10%
- + Đình sản: 10%

- Khuyh hướng chung hiện nay trên Thế giới là giảm dần các biện pháp tránh thai lâm sàng (dụng cụ tử cung, đình sản) tăng các biện pháp tránh thai phi lâm sàng (thuốc tránh thai, bao cao su).

- Trong số áp dụng các biện pháp tránh thai, ước tính có 19% thất bại sẽ được giải quyết bằng hút, nạo thai.

Ví dụ:

- Ước tính trong 2016, tại xã A sẽ có 772 cặp vợ chồng áp dụng các biện pháp tránh thai và được phân phối theo tỷ lệ sau:

- + Dụng cụ tử cung: 60% = 465
- + Thuốc tránh thai: 20% = 155
- + Bao cao su: 10% = 76
- + Đình sản: 10% = 76

2.2.3.4. Dự trù các phương tiện tránh thai

Lập bảng như sau:

Phương tiện tránh thai	Dùng tiếp (1 người/ năm)	Dùng mới (1 người/ năm)
Dụng cụ tử cung	0,2 DCTC (1/5 người thay)	1 dụng cụ tử cung
Thuốc uống	13 vỉ	6,5 vỉ
Bao cao su	120 bao	60 bao

Từ bảng trên và căn cứ vào số lượng các cặp vợ chồng sẽ áp dụng các biện pháp tránh thai, khác nhau như ở phần (2.2.3.3) ta sẽ tính được số lượng cụ thể từng loại phương tiện tránh thai phải sử dụng cho từng năm.

3. QUẢN LÝ CÁC PHƯƠNG TIỆN TRÁNH THAI

Gồm các công việc sau:

3.1. Lên kế hoạch dự trù các phương tiện tránh thai như ví dụ

3.2. Tổ chức thực hiện (xem phần phân phối các phương tiện tránh thai)

3.3. Bảo quản các phương tiện tránh thai

Các phương tiện tránh thai phải được bảo quản trong điều kiện:

- Hạn sử dụng đọc rõ.

- Để nơi khô ráo tránh nắng và nhiệt độ cao.
- Thuốc không bị đổi màu, không mốc.
- Bao cao su tránh để gần xăng, dầu vì có thể hỏng bao.
- Riêng dây đồng của vòng tránh thai nếu đổi màu vẫn sử dụng được

3.4. Chỉ đạo theo dõi giám sát

Bao gồm các công việc sau:

- Triển khai các nhiệm vụ theo kế hoạch đề ra.
- Giám sát và sửa chữa kịp thời các sai lệch phát sinh trong quá trình thực hiện nhiệm vụ kế hoạch.
- Thúc đẩy các hoạt động phát triển.

3.5. Kiểm tra, đánh giá

Hàng tháng, hàng quý và cuối năm phải tiến hành theo dõi, kiểm tra và đánh giá những công việc đã đề ra, bằng cách so sánh kết quả làm được với mục tiêu. Cần phát hiện sớm khó khăn ảnh hưởng đến công tác, từ đó rút ra giải pháp thích hợp.

4. PHÂN PHỐI CÁ PHƯƠNG TIỆN TRÁNH THAI

Dưới đây là ví dụ bảng phân phối phương tiện tránh thai

TT	Nội dung hoạt động	Thời gian	Người phụ trách	Người hỗ trợ	Cán bộ giám sát	Trang bị, kinh phí	Số liệu thu thập	Kết quả dự kiến
1	Giải pháp 1: xác định số cặp vợ chồng cần vận động áp dụng BPTT							
	1.Lập danh sách đối tượng đã có 2 con, tách riêng nhóm chưa	1/1/17	Nữ hộ sinh A	Cộng tác viên	Nữ hộ sinh D	Văn phòng phẩm 100.000 đ	Số phụ nữ có trên 2 con	730

	áp dụng BPTT							
	Quản lý thai sắp sinh con thứ 2	Thường xuyên	Nữ hộ sinh A	Nữ hộ sinh H	Nữ hộ sinh D	Sổ khám thai	Số thai phụ đẻ lần 2	105
	3. Vận động các gia đình có 2 con không sinh con thứ 3	Từng quý	Chị B (hội phụ nữ)	Nữ hộ sinh H	Chủ tịch xã	Văn phòng phẩm 100.000 đ	Số cặp vợ chồng đăng ký	
	4. Theo dõi các trường hợp thất bại	Hàng tháng	Cộng tác viên	Nữ hộ sinh H	Nữ hộ sinh D	Nữ hộ sinh D		15
2	Giải pháp 2: cung cấp các PTTT							
	1. Tổ chức 4 đợt chiến dịch cung cấp các dịch vụ tránh thai	Đầu tháng mỗi quý	Nữ hộ sinh B	Dân số KHHG Đ huyện	Chủ tịch xã	Phương tiện tránh thai	Cặp vợ chồng có từ 2 con trở lên	100
	2. Phân phối rộng rãi các PTTT	Thường xuyên	Nữ hộ sinh B	Cộng tác viên	Nữ hộ sinh X	Dự trữ PTTT	Số Phương tiện tránh thai	300

Bài 20. CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI NAM

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

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các chỉ định và chống chỉ định của biện pháp tránh thai bằng bao cao su ở nam.
- 1.2. Trình bày được cách hướng dẫn khách hàng sử dụng bao cao su.
- 1.3. Tư vấn được cho khách hàng hiệu quả, thuận lợi của biện pháp tránh thai bằng bao cao su ở nam.

2. Kỹ năng:

Thao tác thành thạo trên mô hình cách sử dụng bao cao su cho nam.

3. Thái độ:

Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm.

A. BAO CAO SU

CƠ CHẾ TÁC DỤNG

Bao cao su làm bằng nhựa latex mỏng có thể lồng vào dương vật hoặc đặt vào âm đạo trước khi giao hợp. Nó có tác dụng chứa và ngăn không cho tinh trùng vào âm đạo, nên không thụ tinh.

1. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1.1. Chỉ định

- Dùng cho tất cả các trường hợp muốn tránh thai.
- Bao cao su còn là biện pháp tránh thai hỗ trợ (ví dụ: thời gian đầu sau khi thất ống dẫn tinh, quên uống thuốc tránh thai).
- Phòng các bệnh lây qua đường tình dục kể cả HIV/AIDS.

1.2. Chống chỉ định

Dị ứng với cao su

2. THUẬN LỢI VÀ KHÔNG THUẬN LỢI

2.1. Thuận lợi

- Bảo vệ, phòng chống bệnh lây qua đường tình dục kể cả HIV/AIDS.
- An toàn, không có tác dụng phụ .
- Hiệu quả cao.
- Có thể sử dụng bất cứ thời gian nào, sau khi sinh, sau khi nạo thai.
- Giúp nam giới có trách nhiệm KHHGD.
- Tiện lợi khi muốn tránh thai tạm thời.
- Đối với bao cao su nữ còn thêm ưu điểm là người phụ nữ có thể chủ động ngừa thai được .
- Dễ sử dụng, có sẵn, nhỏ gọn có thể mang theo người.

- Rẻ tiền.

2.2. Không thuận lợi

- Có thể bị tuột, rách trong khi đang giao hợp, với người sử dụng thiếu kinh nghiệm làm trào tinh dịch vào âm đạo.

- Một số cặp vợ chồng than phiền về mức độ giảm khoái cảm .

- Đôi khi có cặp vợ chồng bị dị ứng với latex.

- Đối với bao cao su nữ, phải biết cách sử dụng tốt thì mới tránh được thất bại.

3. CÁCH SỬ DỤNG VÀ BẢO QUẢN

- Kiểm tra trước về hạn dùng, độ kín của vỏ bao và chất lượng bao.

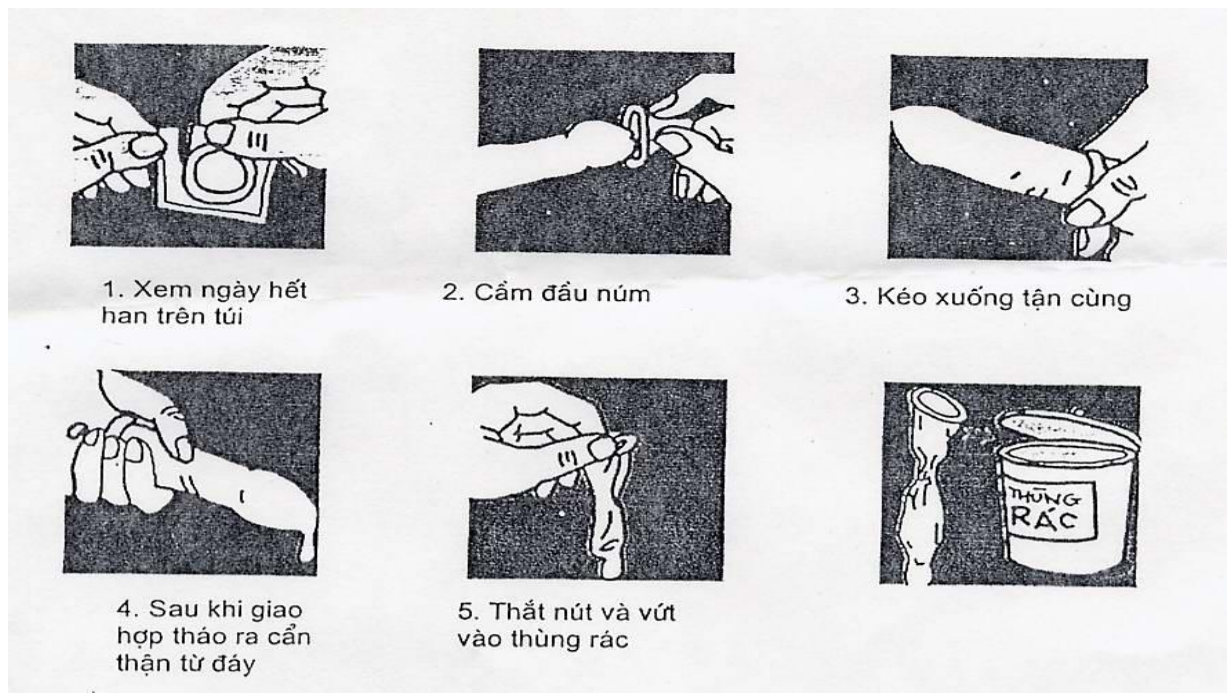
- Mỗi lần giao hợp phải dùng bao cao su mới.

- Với bao cao su nam: lồng bao cao su vào dương vật đang cương trước khi giao hợp, giữ cho vành cuộn của bao nằm phía ngoài. Tháo cuộn vành bao lên tới gốc dương vật, không cần kéo căng. Sau khi xuất tinh, rút dương vật ra lúc còn cương, giữ chặt vành cao su ở gốc dương vật trong khi rút dương vật ra, để bao không tuột và tinh dịch không tràn ra ngoài.

- Với bao cao su nữ: đặt bao cao su vào âm đạo trước khi giao hợp. Cầm vòng tròn nhỏ bóp méo đưa nghiêng vào sâu trong âm đạo. Vòng tròn nhỏ che CTC. Vòng tròn lớn nằm ngoài, phủ kín các môi lớn và vùng tiền đình. Bao cao su nữ có thể đặt trước vài giờ, nhưng cần tháo sớm sau khi giao hợp xong, trước khi ngồi hay đứng dậy, để tránh tinh dịch trào ra ngoài.

- Bảo quản bao cao su: để nơi thoáng mát tránh ánh sáng.

- Nếu bao cao su bị rách, cần áp dụng biện pháp tránh thai khẩn cấp .



Hình 19.1: Cách sử dụng bao cao su

4. TƯ VẤN

Thực hiện 6 bước tư vấn với nội dung:

- Lắng nghe tìm hiểu nhu cầu của phụ nữ.
- Chú ý cho phụ nữ xem bao cao su và hướng dẫn cách sử dụng.
- Nêu rõ ưu nhược điểm của bao cao su.

B. TRIỆT SẢN

NỘI DUNG

Triệt sản nam bằng phương pháp thắt và cắt ống dẫn tinh; triệt sản nữ bằng phương pháp thắt và cắt ống dẫn trứng, là biện pháp tránh thai vĩnh viễn, thực hiện một lần có tác dụng suốt đời.

Hiện nay số cặp vợ chồng áp dụng phương pháp tránh thai này còn ít.

1. THUẬN LỢI - KHÔNG THUẬN LỢI

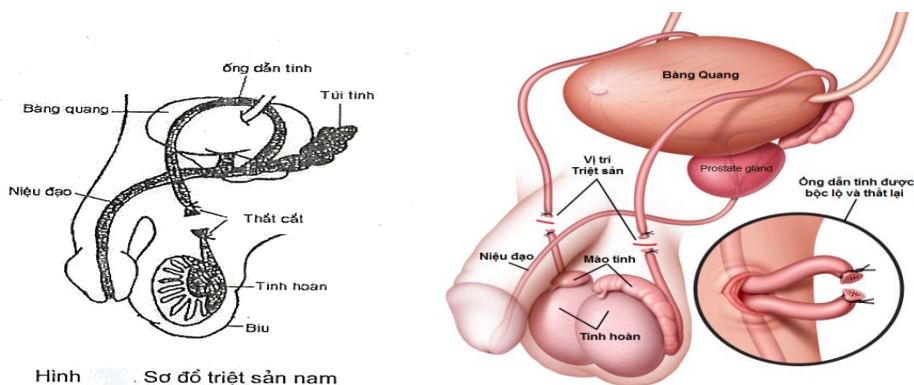
1.1. Thuận lợi

- Hiệu quả tránh thai cao trên 99,5%. Tỷ lệ thất bại vào khoảng 0,1% đến 0,5%.
- Triệt sản không có ảnh hưởng đến sức khỏe, sinh lý và sinh hoạt tình dục.
- Không có tác dụng phụ, tác dụng không mong muốn.
- Kinh tế: thực hiện 1 lần tránh thai vĩnh viễn
- Thủ thuật đơn giản, nhanh chóng.

1.2. Không thuận lợi

- Chỉ áp dụng cho những người muốn tránh thai vĩnh viễn, nên luôn được coi là biện pháp tránh thai không hồi phục.

- Biện pháp tránh thai này không cho phép đề phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Triệt sản đòi hỏi được thực hiện bởi các bác sĩ chuyên khoa đã được đào tạo.
- Khách hàng phải chịu một phẫu thuật tuy nhỏ, có thể gặp một số biến chứng sau phẫu thuật.
- Có thể gặp khó khăn khi khách hàng chịu ảnh hưởng của tôn giáo, tín ngưỡng.



Hình 19.2: Triệt sản nam

	Triệt sản nam	Triệt sản nữ
2. Chỉ định	Nam giới trong độ tuổi sinh sản và có đủ số con mong muốn, các con khỏe mạnh, tự nguyện dùng biện pháp tránh thai vĩnh viễn	Nữ giới trong độ tuổi sinh sản và có đủ số con mong muốn, các con khỏe mạnh, tự nguyện dùng biện pháp tránh thai vĩnh viễn.
3. Chống chỉ định	<ul style="list-style-type: none"> - Có nhiễm khuẩn tại chỗ (vùng bìu, bệnh lây truyền qua đường tình dục, viêm tinh hoàn, viêm mào tinh). - Tràn dịch màng tinh. - Các bệnh lý tại chỗ: Thoát vị bẹn, có khối u trong bìu, giãn tĩnh mạch vùng bìu, rối loạn đông máu. - Bệnh tâm thần, thần kinh nặng (bệnh nhân không có khả năng tình nguyện triệt sản) 	<ul style="list-style-type: none"> - Phụ nữ đang mắc các bệnh: Suy tim, phổi, bệnh nội tiết, rối loạn đông máu, tâm thần, u lành tính, ác tính của cơ quan sinh dục, viêm đường sinh dục, tiết niệu cấp tính (bao gồm viêm tiểu khung). - Thận trọng khi có vết mổ cũ trên bụng và các phụ nữ quá béo. - Bệnh tâm thần, thần kinh nặng
4. Thời điểm tiến hành	Có thể thực hiện bất kì khi có thời gian thuận tiện.	<ul style="list-style-type: none"> - Khi không có thai. - Sau đẻ thường, có thể triệt sản trong vòng 48 giờ sau đẻ hay hết thời kì sau đẻ (sau đẻ 6

		<p>tuần).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ngay sau khi nạo, hút thai, chắc chắn trong buồng tử cung sạch không nhiễm khuẩn. - Kết hợp trong khi phẫu thuật ở ổ bụng cả mổ bụng và nội soi.
5. Chuẩn bị khách hàng	<ul style="list-style-type: none"> - Tư vấn (xem phần 7) - Hoàn thiện hồ sơ, ký phiếu tình nguyện mổ. - Làm sạch vùng mổ: Cắt bớt lông mu, rửa sạch vùng sinh dục bằng dung dịch sát khuẩn. - Khách hàng mặc quần áo sạch, nằm ngửa trên bàn mổ. Trải khăn mổ có để hở vùng bìu . 	<ul style="list-style-type: none"> - Tư vấn - Hoàn thiện hồ sơ, ký phiếu tình nguyện mổ. - Yêu cầu khách hàng đi tiểu ngay trước khi lên bàn mổ để khỏi phải thông tiểu. - Để khách hàng nằm ngửa, hai chân khép.
6. Theo dõi sau thủ thuật	<ul style="list-style-type: none"> - Để khách hàng nghỉ ngơi thoải mái trong vài giờ đầu, không cần nằm viện. - Khách hàng có thể về nhà sau khi nghỉ ngơi tại chỗ vài giờ. - Uống kháng sinh 5 ngày. - Giảm đau bằng Paracetamol. - Tư vấn khách hàng trước khi ra về 	<ul style="list-style-type: none"> - Cần phải theo dõi phát hiện các tai biến như chảy máu, đau bụng. - Trong vòng 6 giờ đầu sau mổ phải theo dõi các dấu hiệu sinh tồn như toàn trạng, mạch, huyết áp, nhịp thở. Dùng kháng sinh trong 7 ngày - Để cho khách hàng về nhà nếu ổn định sau 6 giờ. - Tư vấn khách hàng trước khi ra về
7. Tư vấn	<ul style="list-style-type: none"> - Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về triệt sản nam. - Tư vấn hiệu quả, thuận lợi và không thuận lợi của triệt sản nam. Nhấn mạnh đây là biện pháp tránh thai không phục hồi. Giải thích các nguyên nhân có thai lại sau triệt sản. Biện pháp triệt sản nam không có tác dụng phòng tránh các bệnh lây qua đường tình dục kể cả 	<ul style="list-style-type: none"> - Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về triệt sản nữ. - Tư vấn hiệu quả, thuận lợi và không thuận lợi của triệt sản nữ. Nhấn mạnh đây là biện pháp tránh thai không phục hồi. Giải thích các nguyên nhân có thai lại sau triệt sản. Biện pháp triệt sản nữ không có tác dụng

	lây truyền HIV. - Triệt sản nam không ảnh hưởng đến giới tính và hoạt động của cơ quan sinh dục. - Hướng dẫn khách hàng tự chăm sóc. - Khách hàng có thể có cảm giác tức nặng ở bìu nhưng không đau (nên mặc quần lót chặt trong vài ngày đầu giúp có cảm giác thoải mái). - Tránh lao động nặng trong 1 - 2 ngày đầu. - Theo dõi các dấu hiệu viêm nhiễm. - Sau 1 tuần có thể sinh hoạt tình dục nhưng phải dùng bao cao su trong 2 tháng đầu tiên sau khi triệt sản.	phòng tránh các bệnh lây qua đường tình dục kể cả lây truyền HIV. - Triệt sản nữ không ảnh hưởng đến giới tính và hoạt động của cơ quan sinh dục. - Uống thuốc đầy đủ, nghỉ lao động nặng 1 tuần sau phẫu thuật. - Quay lại khám khi: Đau bụng, sốt, chậm kinh hoặc các vấn đề khác .
--	--	--

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Hiệu quả tránh thai của triệt sản nam bằng phương pháp thắt và cắt ống dẫn tinh

- A. 85% B. 90% C. 95% D. > 99,5%

2. Cơ chế tránh thai của triệt sản nam phương pháp thắt và cắt ống dẫn tinh

- A. Ngăn cản tinh hoàn sản sinh ra tinh trùng B. Diệt tinh trùng
 C. Ngăn cản không cho tinh trùng di chuyển từ tinh hoàn đến túi tinh
 D. Ngăn cản hiện tượng xuất tinh trong khi giao hợp

3. Sau khi đã thắt và cắt ống dẫn tinh vợ chồng phải dùng biện pháp tránh thai khác trong thời gian:

- A. 1 tháng B. 1,5 tháng C. 2 tháng D. 2,5 tháng

4. Hiệu quả tránh thai của triệt sản nữ bằng phương pháp thắt và cắt hai ống dẫn trứng

- A. 85% B. 90% C. 95% D. > 99,5%

5. Cơ chế tránh thai của triệt sản nữ bằng phương pháp thắt và cắt hai ống dẫn trứng

- A. Diệt tinh trùng B. Ngăn cản không cho tinh trùng xâm nhập lên ống dẫn trứng
 C. Làm tắc hai ống dẫn trứng không cho noãn gặp tinh trùng
 D. Ngăn cản trứng làm tổ trong buồng tử cung

Bài 21. CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI NỮ

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

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các chỉ định và chống chỉ định của các biện pháp tránh thai ở nữ.
- 1.2. Trình bày được cách hướng dẫn khách hàng áp dụng các biện pháp tránh thai ở nữ.
- 1.3. Tư vấn được cho khách hàng hiệu quả, thuận lợi của các biện pháp tránh thai.

2. Thái độ:

Có thái độ nghiêm túc khi học tập, làm bài tập nhóm

NỘI DUNG

Ngoài vấn đề hiệu quả tránh thai cao, các phương pháp tránh thai còn phải không ảnh hưởng đến người sử dụng và được chấp nhận sử dụng một cách rộng rãi.

Các biện pháp tránh thai là các biện pháp nhằm ngăn chặn sự thụ tinh và quá trình làm tổ. Nó có thể là một hàng rào cơ học hoặc hoá học ngăn cản sự thành lập giao tử, hoặc ngăn chặn sự làm tổ của trứng.

Việc phòng tránh thai ngoài kế hoạch và giãn khoảng cách sinh có tác động sâu sắc đến việc bảo vệ sức khỏe, giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong bà mẹ, trẻ em. Tuy nhiên việc áp dụng các biện pháp tránh thai phải là một quyết định tự nguyện dựa trên sự lựa chọn một biện pháp thích hợp của khách hàng sau khi đã nhận được đầy đủ các thông tin về mỗi biện pháp. Vai trò của nhân viên y tế là cung cấp cho khách hàng mọi thông tin về những thuận lợi, bất lợi cũng như cách sử dụng của mỗi phương pháp.

Ngoài vấn đề hiệu quả tránh thai cao, các phương pháp tránh thai còn phải không ảnh hưởng đến người sử dụng và được chấp nhận sử dụng một cách rộng rãi.

1. DỤNG CỤ TỬ CUNG

Dụng cụ tử cung đã được khẳng định là một phương pháp tránh thai cao, được công nhận để sử dụng rộng rãi. Cho đến nay dụng cụ tử cung là một trong những biện pháp tránh thai có hiệu quả cao và được sử dụng rộng rãi nhất.

1.1. Các loại dụng cụ tử cung

Dụng cụ tử cung được chia làm hai loại là vòng kín và vòng hở.

- Dụng cụ tử cung hở: (TCu, Multiload).
- Dụng cụ tử cung kín: (Ota, Dana).
- Chứa đồng.
- Chứa thuốc.
- Dụng cụ tử cung được làm bằng Polyethylene có Bari Sulfat để cản quang.

Hình dạng: dụng cụ tử cung có nhiều hình dạng khác nhau như: Vòng tròn (Ota), hình xoắn ốc (Margulies), hình chữ S (lippes, Dana), vòng chữ T (T, Tcu).

Có 2 loại dụng cụ tử cung cơ bản: loại không có đồng hoặc tấm thuốc (trơ) và loại có đồng hoặc tấm thuốc. dụng cụ tử cung có đồng hoặc thuốc, để cho chất thuốc hoặc đồng phóng xạ có tác dụng tránh thai cao hơn. Diện tích mặt đồng cuốn quanh dụng cụ tử cung có thể nhiều ít từ 120 - 380 mm. Diện tích đồng càng nhiều, tác dụng tránh thai càng cao. Loại có tấm Levonorgestrel (Mirela) chứa 52 mg Levonorgestrel giải phóng chậm 20mcg/ngày.

Ở Việt nam loại được sử dụng rộng rãi là Multiload 375 (MLCu 375) với 2 cánh có thể gập vào thân, dây đồng 375mm và Tcu 380A. hình chữ T với một dây đồng 314 mm quấn xung quanh thân T, 2 cánh ngang có 2 miếng đồng 33mm, chân T có dây không màu thắt nút tạo thành dây đôi.

1.2. Cơ chế tác dụng

Gây phản ứng viêm thứ phát tại niêm mạc tử cung, phá huỷ tinh trùng, ngăn cản sự làm tổ của noãn đã thụ tinh.

Làm đặc dịch nhầy ở cổ tử cung, cản trở sự di chuyển của tinh trùng (đối với dụng cụ có chứa nội tiết tố).

Ưu điểm

Dụng cụ tử cung có hiệu quả tránh thai cao, đặc biệt loại Tcu 380A có tỷ lệ thất bại dưới 1%.

Dễ sử dụng, kinh tế, không ảnh hưởng đến sức khỏe, thời gian tránh thai lâu dài, chỉ đặt 1 lần tránh thai từ 10-12 năm (Tcu 380 A), dễ có thai sau khi tháo dụng cụ tử cung.

1.3. Chỉ định

Chỉ định cho mọi đối tượng muốn tránh thai tạm thời hoặc lâu dài trong tuổi sinh đẻ (kể cả trong thời kỳ cho con bú).

Dụng cụ tử cung (loại chứa đồng) còn được dùng như một biện pháp tránh thai khẩn cấp.

1.4. Chống chỉ định

Phụ khoa: Rối loạn kinh nguyệt (rong kinh, rong huyết, đau bụng kinh), viêm nhiễm đường sinh dục trên, viêm âm đạo - cổ tử cung do vi khuẩn; nhiễm trùng hậu sản hoặc nhiễm trùng do nạo thai, khối u lành tính hoặc ác tính ở cơ quan sinh dục, dị dạng tử cung.

Sản khoa: đang có thai hoặc nghi ngờ có thai.

Các bệnh lý khác: viêm tắc tĩnh mạch sâu hoặc tắc mạch phổi, suy gan nặng hoặc các khối u gan (đối với dụng cụ tử cung chứa levonorgestrel).

1.5. Thời điểm đặt dụng cụ tử cung

Thời điểm đặt dụng cụ tử cung thuận lợi nhất là sau khi sạch kinh 3 ngày vì thời điểm này ít có khả năng có thai, cổ tử cung mềm hơn và hé mở, có thể ít gây chảy máu. Tuy nhiên, có thể đặt dụng cụ tử cung bất kỳ ngày nào trong vòng kinh, khi đã chắc chắn người đó không có thai.

Sau đẻ: Có thể đặt sau 6 tuần (hết thời kỳ hậu sản). Phải chú ý là ở thời điểm này cơ tử cung rất mềm, dễ thủng tử cung. Ngoài ra cũng có thể đặt dụng cụ tử cung sau khi hút điều hoà kinh nguyệt hay sau khi nạo thai, nhưng với điều kiện chắc chắn là không sót rau và nhiễm khuẩn.

Đặt dụng cụ tử cung (loại chứa đồng) để tránh thai khẩn cấp: Cần đặt càng sớm càng tốt trong vòng 5 ngày sau khi giao hợp không được bảo vệ.

Sau khi đặt dụng cụ tử cung người phụ nữ cần kiêng giao hợp 1 tuần. Theo đúng lời hẹn khám lại của cán bộ y tế, thông thường khám lại vào các thời điểm:

- 1 tháng, 3 tháng sau khi đặt.
- 1 năm 1 lần đến kiểm tra lại.

Khi có các dấu hiệu bất thường như: người phụ nữ không sờ thấy dây của dụng cụ tử cung trong âm đạo của mình, chậm kinh (nghi có thai), rong huyết hoặc ra máu bất thường, đau bụng hoặc đau khi giao hợp, ra khí hư nhiều kèm theo sốt phải đi khám ngay tại các cơ sở y tế.

1.6. Tác dụng phụ và biến chứng

Tác dụng phụ

Đau bụng: Người phụ nữ có thể cảm thấy đau thắt vài ngày sau khi đặt dụng cụ tử cung. Với loại chứa đồng nhiều phụ nữ có cảm giác đau bụng kinh nhiều hơn.

Ra máu: Ra máu ngay sau khi đặt dụng cụ tử cung hoặc đến kỳ kinh máu ra nhiều hơn thường lệ. Ra máu thường xảy ra trong 2 - 3 tháng đầu sau khi đặt, nếu quá 3 tháng triệu chứng chảy máu không giảm phải đến khám lại.

Trường hợp sử dụng dụng cụ tử cung levonorgestrel có thể gặp hiện tượng ra máu thấm giọt nhẹ và không định kỳ trong 4-6 tháng, sau đó trở lại bình thường và lượng máu kinh có thể ít hơn.

Biến chứng:

Một số biến chứng có thể gặp là thủng tử cung, nhiễm trùng, chảy máu nhiều, đau tiểu khung, thống kinh, dụng cụ tử cung chui vào ổ bụng và có thể có thai.

2. THUỐC TRÁNH THAI

Từ năm 1950, sự xuất hiện thuốc tránh thai uống (Pincus) là một phát minh lớn. Đây là phương pháp tránh thai tạm thời, có hiệu quả cao. Cùng với phương pháp dụng cụ tử cung nó góp phần đáng kể làm giảm tỷ lệ phát triển dân số toàn

cầu, và qua đó đã giảm tỷ lệ bệnh lý, tử vong các bà mẹ, các cặp vợ chồng đã chủ động được khoảng cách lần sinh con.

2.1. Các loại thuốc viên tránh thai

2.1.1. Viên thuốc tránh thai kết hợp (VKH):

- Thành phần: Viên thuốc tránh thai kết hợp gồm 2 thành phần là:
- Estrogen tổng hợp: Ethinyl-estradiol (E.E).
- Progestin tổng hợp: 17 hydroxyprogesteron hoặc 19-nortestosteron. Xu hướng hiện nay sử dụng progestatif thuộc thế hệ 3 ít gây tác dụng không mong muốn.

- Progestin là thành phần tránh thai chủ yếu, tuy nhiên trong cơ chế tránh thai, estrogen và progestin đều có tác dụng đồng vận lên tuyến yên. Estrogen là thành phần nhằm giải quyết chảy máu thâm giọt do progestin đơn thuần gây ra, nhưng tác dụng phụ, tai biến của thuốc tránh thai uống thường do estrogen gây ra.

- Liều của E.E là 50mcg cho loại viên cổ điển, 20 -35 mcg cho loại viên liều thấp. - Tỷ lệ thất bại của VKH dao động từ 0,1% tới 5% chủ yếu do dùng không đúng.

Cách trình bày của thuốc: Trong các chương trình kế hoạch hóa gia đình, hiện nay thường sử dụng loại thuốc tránh thai viên kết hợp 1 giai đoạn: liều Progestin phối hợp kéo dài suốt vòng kinh:

Loại 1 giai đoạn:

- Microgynon, New choice, Ideal (Levonorgestrel 0,15mg, EE 0,03mg).
- Rigevidon (desonorgestrel 0,15mg, EE 0,03mg).
- Marvelon (desogestrel 0,15mg, EE 0,03mg).
- Mercilon (desogestrel 0,15mg, EE 0.02mg).

Loại 2 giai đoạn: Liều progestatif tăng ở 10 ngày sau của vòng kinh (Gynophase, Adepal, miniphase)

Loại 3 giai đoạn: Viên 3 pha cho phép giảm tổng liều steroid nhưng hiệu quả tránh thai không thay đổi (Tri-Regol, Tri-Mihulet, Tri-nordiol).

Thuốc được đóng vỉ 21 viên hoặc vỉ 28 viên (trong đó có 21 viên có thành phần thuốc và 7 viên đệm không chứa thuốc tránh thai).

Cơ chế tránh thai:

- Ức chế phóng noãn do ức chế giải phóng FSH, LH từ trục dưới đồi - tuyến yên.

- Cản trở sự làm tổ của trứng do biến đổi nội mạc tử cung không phù hợp.

- Ngăn cản sự di chuyển của tinh trùng do chất nhầy cổ tử cung đặc lại.

Chỉ định: Tất cả phụ nữ muốn sử dụng một biện pháp tránh thai tạm thời, hiệu quả cao và không có chống chỉ định.

Chống chỉ định:

- Có thai hoặc nghi ngờ có thai.
- Đang cho con bú và dưới 6 tuần sau sinh
- Ra máu âm đạo bất thường chưa rõ nguyên nhân.
- Đang theo dõi các loại khối u.
- Phụ nữ trên 35 tuổi hút thuốc lá.
- Các bệnh lý nội khoa như cao huyết áp, đái tháo đường, bệnh gan, thận...
- Điều trị với các thuốc chống co giật như Phenytoin, Carbamazepin,

Barbiturat hoặc kháng sinh như Griseofulvin, Rifampicin.

Tác dụng phụ:

- Ra huyết thâm giọt thường hay gặp ở 2-3 chu kỳ kinh nguyệt đầu tiên ngay sau khi dùng thuốc.

- Cương vú, đau vùng tiểu khung (kiểu giả có thai).
- Nhức đầu, thay đổi tâm lý, ham muốn tình dục.
- Tăng cân nhẹ do giữ muối, giữ nước.

Các tác dụng phụ này thường chỉ xuất hiện trong thời gian đầu dùng thuốc.

Cách sử dụng:

- Bắt đầu uống viên thứ nhất từ ngày 1 đến ngày 5 của vòng kinh, uống mỗi ngày một viên vào một giờ nhất định theo chiều mũi tên trên vỉ thuốc. Với vỉ 28 viên, khi hết vỉ thì uống viên đầu tiên của vỉ tiếp theo vào ngày hôm sau dù đang còn kinh. Với vỉ 21 viên khi hết vỉ nghỉ 7 ngày rồi dùng tiếp vỉ sau.

- Sau đẻ không cho con bú: uống từ tuần thứ tư sau đẻ.
- Sau nạo, sau sảy thai, có thể bắt đầu sớm trong vòng 5 ngày đầu sau nạo.

Xử trí khi quên thuốc:

- Nếu quên thuốc 1 viên thì uống ngay khi nhớ ra và tiếp tục như bình thường.

- Nếu quên thuốc 2 viên liên tiếp thì phải uống mỗi ngày 2 viên trong hai ngày sau đó. Đồng thời dùng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ cho đến khi hết vỉ thuốc.

- Nếu quên từ 3 viên trở lên, bỏ vỉ thuốc và bắt đầu dùng vỉ mới. Dùng biện pháp hỗ trợ trong 7 ngày đầu tiên. Hàng năm, người phụ nữ cần phải đi khám kiểm tra 1 lần hoặc khi có dấu hiệu bất thường

2.1.2. Viên tránh thai đơn thuần:

Viên thuốc tránh thai đơn thuần chỉ có Progestin, không có Estrogen. Ngoài tác dụng ngừa thai, còn thường được sử dụng với mục đích điều trị. Có 2 loại:

- Progestin liều thấp, liên tục (microprogestatif):

Thành phần, cách trình bày của thuốc:

- Viên tránh thai progestin liều thấp hay được sử dụng là EXLUTON (lynestrenol 0,5mg), vỉ 28 viên. Ngoài ra còn có thể gặp ở thị trường: Microval (Levonorgestrel 0,03mg), Milligynon (Norethisterone Acetate, 0,6mg). Ogyline (norgestrienone).

Cơ chế tránh thai:

- Làm đặc chất nhầy cổ tử cung, ngăn cản tinh trùng xâm nhập lên đường sinh dục trên. Làm teo nội mạc tử cung, giảm khả năng làm tổ.

- Hiệu quả tránh thai cao đạt đến 97%.

- Viên Progestin liều cao (macroprogestatif):

- Các chế phẩm có thể là: Norluten (Noréthisterone 5mg), Orgametril (Lynestrenol 5mg). Một số thuốc có dẫn xuất từ progesteron như Luteryl (Nomegestrol 5mg), Luteran (Chlomadion 5mg), Surgestone (Promegeston 0,125mg) ít gây nam tính hoá khi sử dụng dài ngày. Các viên progestin liều cao ít sử dụng vì mục đích tránh thai và thường dùng trong điều trị.

2.1.3. Viên tránh thai khẩn cấp:

Viên tránh thai khẩn cấp còn gọi là viên thuốc tránh thai sáng hôm sau.

- Cơ chế tác dụng: làm niêm mạc tử cung phát triển không thuận lợi cho sự làm tổ.

- Chỉ định: Trường hợp giao hợp không được bảo vệ, bị cưỡng dâm.

- Cách sử dụng: viên tránh thai khẩn cấp chỉ có Progestin đơn thuần: Loại thường được sử dụng là Postinor (Levorgestrel 0,75mg) Viên đầu tiên uống càng sớm càng tốt trong vòng 72 giờ sau giao hợp không được bảo vệ, viên thứ hai uống sau viên thứ nhất 12 giờ.

- Viên thuốc tránh thai kết hợp (Ideal, Choice, New choice, Tetragynon):

Uống 4 viên thuốc tránh thai kết hợp trong vòng 72 giờ sau giao hợp, 12 giờ sau đó uống tiếp 4 viên.

- Tác dụng phụ thường gặp triệu chứng chóng mặt, buồn nôn và nôn sau khi dùng viên tránh thai khẩn cấp.

2.1.4. Thuốc tiêm tránh thai

Thuốc tiêm tránh thai DMPA là loại hormon progestin có tác dụng tránh thai 1 tháng hay 3 tháng.

- Depo-provera (medroxyprogesterone acetate) chế phẩm của progesteron tự nhiên được pha chế trong dung dịch nhũ tương tinh thể nhỏ do đó được hấp thu chậm. Noristerat (noréthisterone) 200mg.

- Cơ chế tác dụng: Thuốc tiêm DMPA liên tục ức chế phóng noãn, làm niêm mạc tử cung mỏng và làm đặc chất nhầy cổ tử cung.

- Chỉ định cho những người phụ nữ muốn dùng biện pháp tránh thai dài hạn, có hồi phục, hiệu quả cao mà không phải dùng thuốc hàng ngày. Ưu điểm: Hiệu quả cao, có tác dụng lâu dài, chỉ cần tiêm một lần cho 4 tuần, 12 tuần.

- Có thể hồi phục lại khả năng sinh sản. Không ảnh hưởng nhiều đến tim mạch, thích hợp cho phụ nữ trên 35 tuổi phải đề phòng với estrogen. Có thể dùng cho phụ nữ cho con bú, không ảnh hưởng đến giao hợp, dễ sử dụng.

- Tác dụng phụ: ra huyết thâm giọt, rong kinh giữa kỳ, vô kinh, tăng cân nhẹ. Việc sử dụng kéo dài thường đi kèm với việc giảm mật độ khoáng trong xương và sẽ trở lại bình thường sau khi ngừng sử dụng thuốc.

- Chống chỉ định: dưới 6 tuần sau sinh; Nhiều yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch; Huyết áp cao không kiểm soát; Bệnh mạch; đang bị viêm tắc tĩnh mạch sâu; có tiền sử hoặc đang bị bệnh tim do thiếu máu; tiền sử đột quỵ; có tiền sử hoặc đang mắc ung thư vú; tiểu đường phụ thuộc insulin với những thay đổi mạch hoặc diễn biến bệnh trên 20 năm; đang bị viêm gan do virus, xơ gan nặng, các khối u gan.

- Nhược điểm: Vì thuốc có tác dụng kéo dài nên không thể ngưng tác dụng ngay hoặc lấy ra khỏi cơ thể khi có tai biến xảy ra hoặc muốn có thai trở lại. Tỷ lệ thất bại là 0,3%.

- Thời điểm tiêm, liều lượng: Mũi tiêm có thể thực hiện vào bất cứ lúc nào trong chu kỳ kinh nguyệt với điều kiện là chắc chắn không có thai. Tốt nhất là trong vòng 7 ngày đầu của kỳ kinh hoặc sau nạo hút. Nếu cho con bú thì tiêm 6 tuần sau đẻ.

- Chế độ chuẩn là cứ 12 tuần dùng một liều 150mg DMPA, tiêm bắp sâu. Có thể sớm hoặc muộn hơn 2 tuần vẫn có tác dụng.

2.1.5. Thuốc cấy tránh thai

Thuốc cấy tránh thai hiện nay có 2 loại:

- Norplant: Loại này có 6 nang mềm, vỏ bằng chất dẻo sinh học, mỗi nang chứa 36mg Levonorgestrel. Hormon này thấm qua thành nang vào máu một cách liên tục đảm bảo tác dụng tránh thai kéo dài 5 năm. Tỷ lệ thất bại là 0,2%.

- Implanon: Chỉ có một nang chứa 68mg Etonogestrel và có tác dụng 3 năm. Nơi cấy: mặt trong cánh tay không thuận (thường là tay trái), cấy nông dưới da. Noplant cấy 6 nang hình nan quạt. Implanon cấy ở khoảng giữa mặt trong cánh tay. Tác dụng phụ chủ yếu là ra máu âm đạo thâm giọt.

2.1.6. Thuốc diệt tinh trùng

Là những loại chất có tác dụng hoá học để diệt hoặc làm mất khả năng di chuyển của tinh trùng. Ngoài ra nó có tác dụng như một dung môi tạo nên màng chắn, hoặc tạo bọt nhằm đẩy tinh trùng ra xa cổ tử cung.

Các chất thường dùng: acid lactic, nicoceptin, nonoxynol 9, Chlorure benzalkonium (Pharmatex). Thuốc phải đảm bảo diệt tinh trùng nhanh, không gây cảm giác khó chịu, không làm giảm khoái cảm. Thuốc được sản xuất dưới dạng kem, nhũ tương, viên đạn, viên sủi bọt, loại khí dung sủi bọt để đặt vào âm đạo.

Trước khi giao hợp 5 phút đặt hoặc bơm thuốc vào âm đạo, thuốc chỉ tác dụng trong vòng 1 giờ. Nhược điểm là gây nóng âm đạo, mỗi lần giao hợp phải đặt thuốc lại.

Tỷ lệ thất bại khoảng 10%. Nên kết hợp thuốc diệt tinh trùng với một trong các tránh thai khác kết quả tránh thai sẽ cao hơn.

Các phương pháp tránh thai truyền thống. Là những phương pháp tránh thai đơn giản, dễ áp dụng, có tác dụng tránh thai ngắn hạn. Đây là những phương pháp được sử dụng từ lâu và có tác dụng nhất định trong việc hạn chế phát triển dân số.

3. PHƯƠNG PHÁP KHÁC

3.1. Phương pháp Ogino-Knauss

Phương pháp Ogino-Knauss là phương pháp tránh thai cổ điển và hiện nay vẫn là một trong những phương pháp được quan tâm.

Cơ chế tác dụng:

- Phương pháp dựa vào hiện tượng phóng noãn bao giờ cũng xảy ra ở thời gian cố định từ 12 - 16 ngày trước kỳ kinh tới. Ước tính thời gian có thể thụ tinh của noãn khoảng 10 - 24 giờ, thời gian thụ tinh của tinh trùng trong đường sinh dục nữ là 48 giờ. Vì vậy muốn tránh thai thì cần tránh giao hợp trước khi dự kiến có phóng noãn 2 ngày và sau phóng noãn 1 ngày.

- Ogino-Knauss là phương pháp tránh thai tự nhiên bằng cách tránh giao hợp vào thời kỳ rụng trứng. Hiệu quả của phương pháp này tùy thuộc theo từng người và mức độ theo dõi để xác định thời kỳ rụng trứng có chính xác hay không. Ngoài ra phương pháp này có đặc điểm là khó áp dụng đối với những phụ nữ không có thói quen theo dõi kinh nguyệt một cách đều đặn, ở người đang cho con bú, vô kinh. Tỷ lệ thất bại dao động từ 2-21%.

3.2. Biện pháp cho bú vô kinh

Có thể áp dụng ở những phụ nữ cho con bú hoàn toàn, chưa có kinh trở lại và con dưới 6 tháng tuổi. Hiệu quả tránh thai có thể tới 98%.

Biện pháp dựa trên cơ sở trẻ bú mẹ tác động lên vùng dưới đồi, ảnh hưởng đến mức độ và nhịp điệu của sự tiết các hormon giải phóng, ức chế sự phóng noãn.

Đây là phương pháp tránh thai rất được khuyến khích ở các nước đang phát triển.

3.3. Mũ cổ tử cung, màng ngăn âm đạo

Dụng cụ làm bằng kim khí hoặc chất dẻo để ngăn cản không cho tinh trùng vào tử cung. Tỷ lệ thất bại của màng ngăn âm đạo, mũ cổ tử cung gần 20% cho mỗi loại. Các phương pháp này hiện nay rất ít được sử dụng.

3.4. Đình sản tự nguyện

Đình sản là biện pháp hiệu quả cao, đơn giản và có thể hồi phục bằng can thiệp phẫu thuật.

Đình sản nữ là phương pháp làm tắc vòi tử cung, ngăn cản vĩnh viễn không cho tinh trùng và trứng gặp nhau để thụ tinh.

Chỉ định và chống chỉ định: tất cả phụ nữ tự nguyện áp dụng.

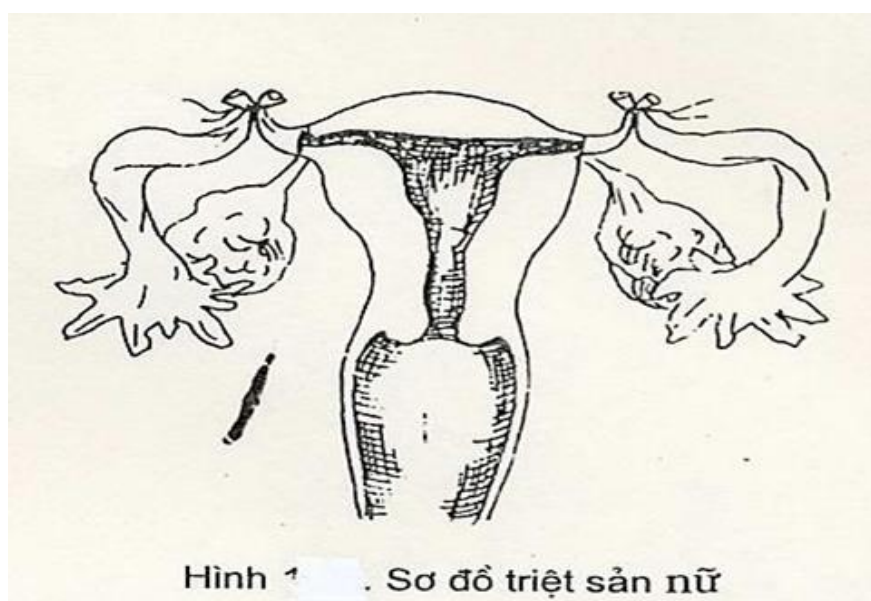
Ưu, nhược điểm của phương pháp đình sản nữ

- Hiệu quả tránh thai có thể đạt đến 100% nếu như cắt và thắt đúng phương pháp, không ảnh hưởng đến kinh nguyệt, sức khỏe, tâm sinh lý và hoạt động tình dục.

Thực hiện phương pháp đình sản nữ

Thời điểm: Sau khi đẻ: Tiến hành từ 24 đến 48 giờ là dễ thực hiện nhất, sau nạo, sau sảy thai. Kết hợp đình sản trong mổ lấy thai, phẫu thuật phụ khoa.

Kỹ thuật: Đình sản là một loại phẫu thuật nhỏ, chỉ cần rạch thành bụng khoảng 2 cm để cặp 2 vòi trứng lên thắt và cắt. Ngoài ra có thể đình sản nữ qua nội soi bằng ống soi, ống soi được đưa qua một điểm cắt nhỏ vào ổ bụng, sau đó là thủ thuật đốt điện vòi trứng. Phương pháp này đòi hỏi các trang thiết bị đắt tiền và phức tạp, đồng thời cũng không dễ thực hiện.



Hình 20.1: Triệt sản nữ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Giáo trình Dân số kế hoạch hóa gia đình, Bộ y tế, NXBY học, 2005.
2. Giáo trình Điều Dưỡng Sản Phụ Khoa, NXBY học, 2008.
3. Giáo trình Chăm Sóc Bà Mẹ Trong Thời Kỳ Thai Nghén, NXBY học 2005.
4. Giáo trình Chăm Sóc Bà Mẹ Trong Khi Đẻ, NXBY học 2005.
5. Giáo trình Dân Số Kế Hoạch Hóa Gia Đình, NXBY học 2005.