TRƯỜNG TRUNG CẤP QUỐC TẾ MEKONG

GIÁO TRÌNH
SỨC KHỎE SINH SẢN

Trình độ : Trung cấp

Ban hành kèm theo quyết định số : .../2021/QĐ-TCQTMK
ngày.....tháng.....năm 2021 của Trường Trung cấp Quốc tế Mekong

LƯU HÀNH NỘI BỘ

LỜI GIỚI THIỆU

Giáo trình này tập hợp các bài giảng lý thuyết về Sản và Phụ khoa dành cho học sinh hệ Trung cấp. Các bài giảng là do quý Thầy Cô giảng dạy của Khoa viết theo số tiết giảng dạy được phân công trong chương trình học của Học sinh trung cấp.

Giáo trình được biên soạn dựa trên cơ sở chương trình khung đã được phê duyệt. Giáo trình được các giáo viên lâu năm và tâm huyết với công tác đào tạo biên soạn theo phương châm: kiến thức cơ bản, hệ thống; nội dung chính xác, khoa học, cập nhật các tiến bộ khoa học, kỹ thuật hiện đại và thực tiễn Việt Nam. Sách trang bị những kiến thức cơ bản và kiến thức cho học sinh hệ trung cấp tại Trường Trung cấp quốc tế Mekong.

Trong quá trình biên soạn giáo trình này, các tác giả đã cố gắng bám sát khung chương trình đào tạo, cập nhật các kiến thức từ nhiều nguồn tài liệu, nhằm thể hiện được kiến thức cơ bản, hiện đại và thực tiễn. Trong quá trình soạn không tránh khỏi những thiếu sót, chúng tôi mông nhận được những ý kiến đóng góp quý báu của các nhà khoa học, nhà quản lý và giáo viên giảng dạy

MỤC LỤC

TÊN BÀI GIẢNG	TRANG
Bài 1: Đại cương sức khỏe sinh sản	01
Bài 2: Giải phẩu – Sinh lý sinh dục nữ	05
Bài 3: Thai nhi đủ tháng và phần phụ đủ tháng	15
Bài 4: Chẩn đoán thai – Quản lý thai nghén	24
Bài 5: Chẩn đoán ngôi – thế - kiểu thế - độ lọt của thai	32
Bài 6 : Các dấu hiệu chuyển dạ và theo dõi chăm sóc chuyển dạ	38
Bài 7 : Suy thai và hồi sức sơ sinh ngay sau đẻ	50
Bài 8 : Theo dõi chăm sóc sản phụ sau sanh	57
Bài 9 : Chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau đẻ	62
Bài 10 : Đại cương đẻ khó	66
Bài 11: Chấn thương đường sinh dục trong khi đẻ	73
Bài 12 : Sẩy thai	83
Bài 13: Thai chết lưu	90
Bài 14 : Chửa ngoài tử cung	94
Bài 15 : Nhau tiền đạo	101
Bài 16 : Nhau bong non	106
Bài 17 : Chửa trứng	111
Bài 18 : Nhiễm độc thai nghén và sản giật	116
Bài 19 : Vỡ tử cung	126
Bài 20 : Chảy máu sau sinh	131
Bài 21 : Nhiễm khuẩn hậu sản	136
Bài 22 : Uốn ván rốn sơ sinh	142
Bài 23 : U xơ tử cung	146
Bài 24 : Các bệnh phụ khoa thường gặp	149
Bài 25 : Rối loạn kinh nguyệt	155
Bài 26 : Vệ sinh kinh nguyệt	158
Bài 27 : U nang buồng trứng	160
Bài 28 : Ung thư vú	163
Bài 29 : Ung thư cổ tử cung	167

Bài 30 : Sức khỏe sinh sản vị thành niên	173
Bài 31 : Bệnh lây truyền qua đường tình dục	176
Bài 32 : Vô sinh	181
Bài 33 : Tư vấn kế hoạch hóa gia đình	185
Bài 34 : Lập kế hoạch, quản lý theo dõi việc tránh thai	189
Bài 35 : Lập kế hoạch thực hiện các mục tiêu dân số - kế hoạch hóa gia đình	193
Bài 36 : Các biện pháp tránh thai	197

Bài 1
ĐẠI CƯƠNG SỨC KHOẺ SINH SẢN

I. Mục tiêu học tập:

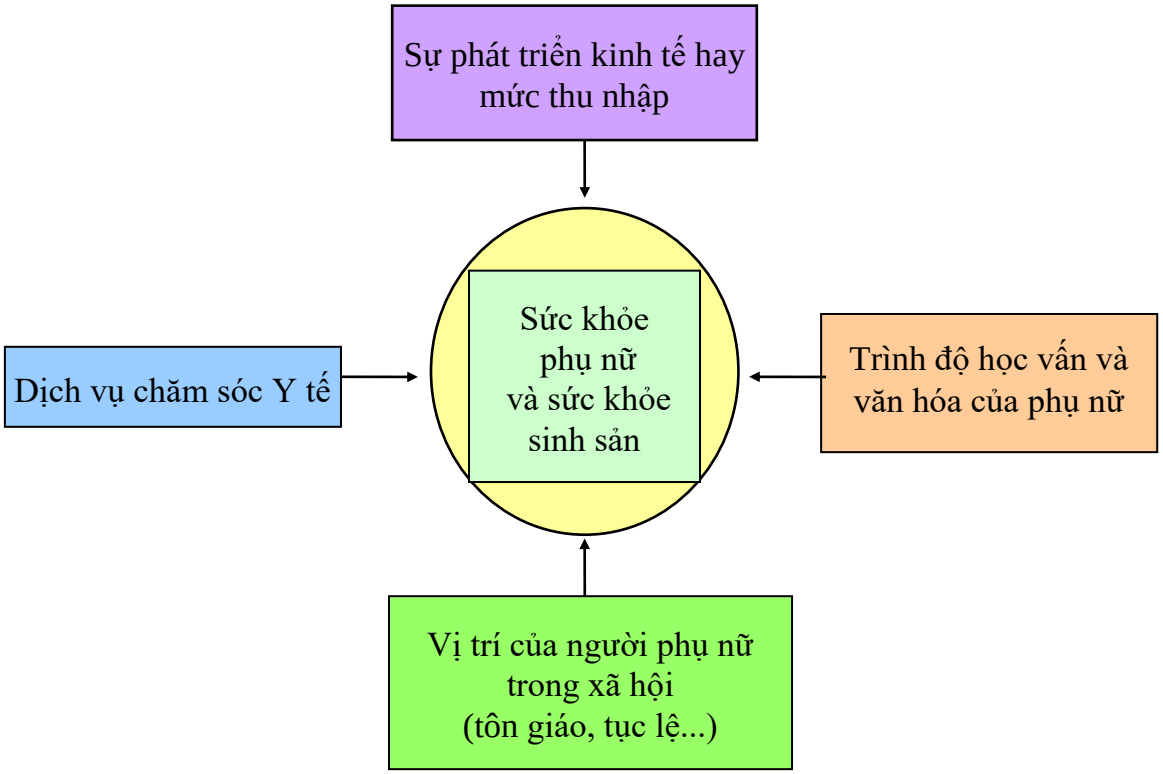
1. Trình bày được định nghĩa sức khoẻ sinh sản
2. Nêu được các nội dung chăm sóc sức khoẻ sinh sản
3. Thực hiện được các biện pháp chăm sóc sức khỏe sinh sản

1. ĐỊNH NGHĨA SỨC KHOẺ SINH SẢN

1.1. Định nghĩa

Theo Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển ở Cairo, 1994 (ICPD 1994): "Sức khoẻ sinh sản là sự thoải mái hoàn toàn về thể chất, tinh thần và xã hội, không chỉ đơn thuần là không có bệnh tật hoặc tàn phế của hệ thống sinh sản". Điều này là mọi người, kể cả nam và nữ, đều có quyền được nhận thông tin và tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, biện pháp kế hoạch hoá gia đình, bảo đảm cho phụ nữ trải qua quá trình thai nghén và sinh đẻ an toàn, tạo cho các cặp vợ chồng cơ may tốt nhất để sinh được đứa con lành mạnh.

1.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe sinh sản



1.3. Các nội dung chính của chăm sóc sức khoẻ sinh sản

1. Kế hoạch hoá gia đình
2. Làm mẹ an toàn
3. Thông tin - giáo dục truyền thông và tư vấn.
4. Nạo hút thai an toàn.
5. Phòng và điều trị vô sinh.

6. Phòng và chữa các bệnh lây truyền theo đường tình dục / nhiễm khuẩn đường sinh sản.
7. Sức khoẻ sinh sản vị thành niên.
8. Đề phòng và phát hiện sớm các ung thư sinh dục.
9. Sức khoẻ phụ nữ tiền mãn kinh và mãn kinh.

1.4. Các mục tiêu

Mục tiêu 1: Tạo được sự chuyển biến rõ rệt về nhận thức cũng như sự ủng hộ và cam kết thực hiện các mục tiêu và các nội dung của CSSKSS trong mọi tầng lớp nhân dân, trước hết trong cán bộ lãnh đạo các cấp.

Mục tiêu 2: Duy trì vững chắc xu thế giảm sinh. Bảo đảm quyền sinh con và lựa chọn các biện pháp tránh thai có chất lượng của phụ nữ và các cặp vợ chồng. Giảm có thai ngoài ý muốn và các tai biến do nạo hút thai.

Mục tiêu 3: Nâng cao tình trạng sức khoẻ của phụ nữ và các bà mẹ, giảm tỷ lệ bệnh tật, tử vong mẹ, tử vong chu sinh và tử vong trẻ em một cách đồng đều hơn giữa các vùng và các đối tượng, chú ý các vùng khó khăn và các đối tượng chính sách.

Mục tiêu 4: Dự phòng có hiệu quả để làm giảm số mắc mới và điều trị tốt các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản và các bệnh lây truyền qua đường tình dục, kể cả HIV/ AIDS và tình trạng vô sinh.

Mục tiêu 5: CSSKSS tốt hơn cho người cao tuổi, đặc biệt là phụ nữ cao tuổi, phát hiện và điều trị sớm các trường hợp ung thư vú và các ung thư khác của đường sinh sản nam và nữ.

Mục tiêu 6: Cải thiện tình hình sức khoẻ sinh sản, sức khoẻ tình dục (SKTD) của vị thành niên (VTN), thông qua việc giáo dục, tư vấn, cung cấp dịch vụ CSSKSS phù hợp với lứa tuổi.

Mục tiêu 7*:* Nâng cao sự hiểu biết của phụ nữ và nam giới về giới tính và tình dục để thực hiện đầy đủ quyền và trách nhiệm sinh sản, xây dựng quan hệ tình dục an toàn, có trách nhiệm, bình đẳng và tôn trọng lẫn nhau nhằm nâng cao sức khoẻ sinh sản và chất lượng cuộc sống.

2. CÁC GIẢI PHÁP LỚN

2.1.Tăng cường thông tin giáo dục truyền thông

Phổ biến rộng rãi thông tin về SKSS dưới hình thức đa dạng, phù hợp. Tiếp cận mọi đối tượng. Đẩy mạnh và nâng cao chất lượng TTGDTT về: KHHGĐ; Vệ sinh thai nghén, STD/RTI, khám thai; Giúp vị thành niên hiểu biết về giuới tính và tình dục. CSSKSS người cao tuổi

Đào tạo cán bộ về chuyên môn, về thông tin tư vấn. Đào tạo kỹ năng vận động và tư vấn cho cán bộ y tế và KHHGĐ.

2.2.Kiện toàn hệ thống cung cấp dịch vụ

Thực hiện đầy đủ 7 nội dung CSSKSS theo từng tuyến.

Nghiên cứu tổ chức thêm các loại hình mới để cung cấp tư vấn cùng các dịch vụ kỹ thuật về SKSS, SKVTN.

Đảm bảo có đủ NHS và cán bộ chuyên khoa tại tất cả các tuyến. Đào tạo hỗ trợ-giám sát y tế tư nhân, cung cấp dịch vụ CSSKSS có chất lượng.

Cung cấp trang thiết bị thuốc men theo danh mục quy định.

2.3.Các chính sách hỗ trợ chiến lược

Chính sách khuyến khích sử dụng các BPTT hiện đại.

Khuyến khích cán bộ đi phục vụ ở cơ sở, vùng khó khăn.

Chính sách hỗ trợ đối tượng chính sách và vùng khó khăn.

Chính sách khuyến khích cán bộ nâng cao nghiệp vụ.

Các văn bản hướng dẫn thực hiện về kỹ thuật, quản lý các hoạt động CSSKSS.

3. CÁC BIỆN PHÁP CHĂM SÓC KHỎE SINH SẢN

3.1. Kế hoạch hóa gia đình

Thực hiện đa dạng hoá các biện pháp tránh thai, cung cấp các biện pháp tránh thai mới và cung ứng đầy đủ bao cao su; để kết hợp phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục, kể cả HIV/AIDS

3.2. Bảo đảm cung cấp các dịch vụ chăm sóc các bà mẹ trước, trong và sau sinh, chăm sóc sơ sinh và trẻ em

Phát triển dịch vụ chăm sóc trước sinh, giảm tỷ lệ bà mẹ không được khám thai, tăng tỷ lệ thai phụ khám thai đủ 3 lần có chất lượng và chọn nơi sinh, tăng cường cơ sở vật chất, trang thiết bị, cán bộ chuyên môn có đủ trình độ cho các khoa sản và ngoại sản của các bệnh viện tuyến huyện, và cung cấp thuốc cấp cứu sản khoa nhằm giảm tử vong mẹ. Đẩy mạnh chăm sóc sau sinh nhằm giúp đỡ sản phụ giữ gìn sức khoẻ, phòng chống các bệnh tật-biến chứng sau sinh, hướng dẫn chăm sóc con, nuôi con bằng sữa mẹ, tư vấn KHHGĐ.

3.3. Nạo phá thai an toàn, xử lý tốt các biến chứng và chăm sóc sau nạo phá thai

Có đủ cán bộ chuyên môn vững tay nghề, điều kiện vật chất trang thiết bị thuốc men cần thiết để thực hiện nạo phá thai an toàn, điều trị tốt các tai biến do nạo phá thai và thực hiện tốt các chăm sóc và tư vấn sau nạo phá thai.

3.4. Dự phòng và điều trị các nhiễm khuẩn đường sinh sản, các bệnh lây truyền đường tình dục HIV/AIDS

Các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ KHHGĐ có điều kiện về cơ sở vật chất trang thiết bị, thuốc men để chẩn đoán, điều trị bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản và lây truyền đường tình dục.

3.5. Phát hiện và điều trị sớm các ung thư đường sinh sản

*K*hám sàng lọc và tầm soát bệnh ung thư bằng xét nghiệm hoặc nghiệm pháp đơn giản định kỳ 6 tháng, một năm một lần, có phương tiện lấy bệnh phẩm, chú ý phụ nữ 45 tuổi trở lên. Bảo đảm việc CSSKSS người cao tuổi và chẩn đoán, điều trị, chăm sóc bệnh nhân ung thư ở bệnh viện.

3.6. Dự phòng và điều trị vô sinh

Phát hiện và điều trị sớm các bệnh liên quan đến vô sinh.

3.7. CSSKSS vị thành niên

- Đối với thiếu niên: Cung cấp thông tin cho thiếu niên hiểu về giới tính, đề phòng có thai ngoài ý muốn, các bệnh lây truyền theo tình dục có nguy cơ vô sinh. Tư vấn về lây gia đình và giải thích về các vấn đề sinh sản. Tình yêu và luyến ái lành mạnh. Phổ biến kiến thức vệ sinh kinh nguyệt, bộ phận sinh dục.

- Giới tính và các mối liên quan giữa hai giới: quan hệ bình đẳng giữa nam và nữ trong lĩnh vực tình dục và sinh sản.

3.8. Phát hiện sớm các khối u phụ khoa

- Thường xuyên tự nắn vú để phát hiện sớm các khối u và điều trị sớm

- 6 tháng/ lần nên làm phiến đồ âm đạo- cổ tử cung để phát hiện những tế bào bất thường, hoặc soi cổ tử cung nếu có tổn thương và điều trị sớm.

3.9. Rối loạn tiền mãn kinh và mãn kinh

- Những dấu hiệu bất thường có thể có trong giai đoạn tiền mãn kinh: rong kinh, kinh mau, kinh thưa…

- Những dấu hiệu bất thường có thể gặp trong thời kỳ mãn kinh: bốc hỏa, hồi hộp, đánh trống ngực, lạnh đầu chi.

- Những nguy cơ có thể gặp trong thời kỳ mãn kinh: loãng xương dẫn đến gãy xương (gãy cổ xương đùi và cột sống thắt lưng), ung thư niêm mạc tử cung.

II.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. **Sức khỏe sinh sản là sự thoải mái hoàn toàn về, NGOẠI TRỪ:**
   A. Thể chất
   B. Tinh thần
   C. Sức khỏe
   D. Không bệnh tật của hệ thống sinh sản
2. **Chăm sóc SKSS có bao nhiêu nội dung chính, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 7
   B. 8
   C. 9
   D. 10
3. **Nội dung nào sau đây không nằm trong những nội dung chính của chăm sóc SKSS, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. Thông tin – giáo dục truyền thông và tư vấn
   B. Kế hoạch hoá gia đình
   C. Bạo lực gia đình
   D. Sức khoẻ phụ nữ tiền mãn kinh và mãn kinh
4. **Chăm sóc SKSS bao gồm mấy mục tiêu, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 5
   B. 6
   C. 7
   D. 8
5. **Để phát hiện sớm các tổn thương ở cổ tử cung nên làm phiến đồ âm đạo cổ tử cung khoảng, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**
   A. 3 tháng 1lần
   B. 6 tháng 1lần
   C. 9 tháng 1lần
   D. 1 năm 1lần

Bài 2

GIẢI PHẪU, SINH LÝ SINH DỤC NỮ

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Kể tên và mô tả các thành phần bộ phận sinh dục nữ
2. Phân tích chức năng sinh lý sinh dục nữ
3. Giải thích vòng kinh của phụ nữ
4. Áp dụng sinh lý sinh dục để hướng dẫn kế hoạch hóa gia đình

A. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU CỦA BỘ MÁY SINH DỤC NỮ

Hệ sinh dục nữ gồm 2 phần:

- Cơ quan sinh dục ngoài: Âm hộ, âm đạo và tầng sinh môn.
- Cơ quan sinh dục trong: Tử cung, vòi trứng và buồng trứng.

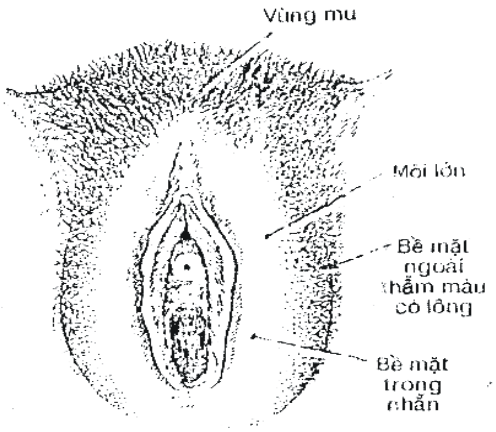
Cơ quan sinh dục đảm nhận chức năng quan trọng là chức năng sinh sản.

1. Âm hộ

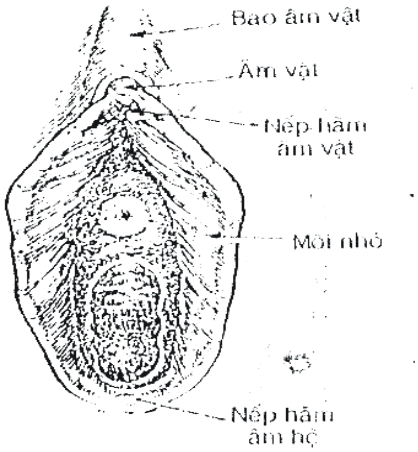
Âm hộ: Là bộ phận ngoài của bộ phận sinh dục nữ. Là tất cả những phần bên ngoài nhìn thấy được từ xương vệ đến tầng sinh môn

- Đồi vệ nữ: Là lớp tổ chức mỡ nằm trên xương vệ, có lông bao phủ bên ngoài.
- Âm vật: Dài từ 1-2cm, đường kính ngang 0,5cm. Tương đương với dương vật ở nam giới nhưng không có thể xốp và không có niệu đạo nằm trong âm vật.
- Hai môi lớn: là hai khối mô được da che phủ ở hai bên âm hộ, nối tiếp với đồi vệ nữ và tỏa vào vùng tầng sinh môn phía sau, sau tuổi dậy thì cũng có lông bao phủ.
- Hai môi bé: là hai nếp gấp của da ở phía trong hai môi lớn, phía trước hai môi bé nối tiếp nhau và bao lấy âm vật, phía sau hai môi bé hòa vào nhau thành mép sau âm hộ, đó cũng là mép của tầng sinh môn. Môi bé không có lông nhưng có nhiều tuyến và nhiều dây thần kinh cảm giác.
- Lỗ niệu đạo: Nằm trong vùng tiền đình
- Vùng tiền đình, một vùng hình tam giác giới hạn phía trước là âm vật, hai bên là hai môi bé, phía sau là mép sau âm hộ. Hai bên lỗ niệu đạo có hai tuyến sken.
- Màng trinh và lỗ âm đạo: màng trinh có nhiều dạng khác nhau, có nhiều đầu dây thần kinh cảm giác, không có sợi cơ trơn, che ống âm đạo bên trong, chỉ chừa một lỗ nhỏ để máu kinh chảy ra ngoài.

- Tuyến bartholin: nằm trong phần sau của hai môi bé. Cửa tuyến đổ ra theo một lỗ nhỏ giữa màng trinh và hai môi bé tại các vị trí 4 giờ và 8 giờ. Tuyến bartholin có nhiệm vụ tiết dịch giúp cho âm đạo không bị khô. Nếu bị viêm, tuyến này bị sưng to và có thể sờ thấy.



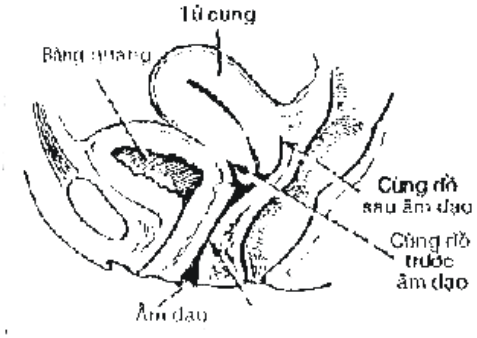
Hình : Âm hộ



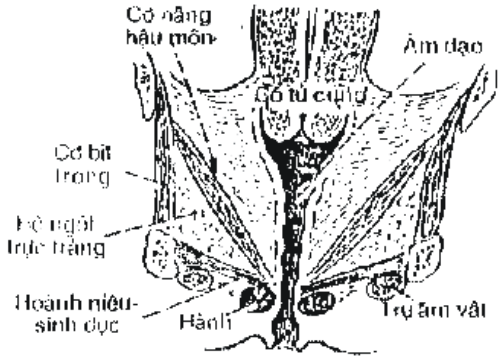
Hình : Âm vật

2. Âm đạo

Âm đạo: là một ống cơ trơn nối âm hộ tới cổ tử cung. Âm đạo là nơi nhận tinh trùng khi giao hợp và là đường thai nhi lọt qua khi chuyển dạ. Bình thường hai thành trước và sau ép vào nhau tạo thành một khe, khi cần thiết âm đạo có thể dãn rộng. Lỗ âm đạo thông ra âm hộ, có màng trinh đậy lỗ âm đạo.



Thiết đồ cắt dứng dọc âm đạo



Thiết đồ cắt dứng ngang âm đạo

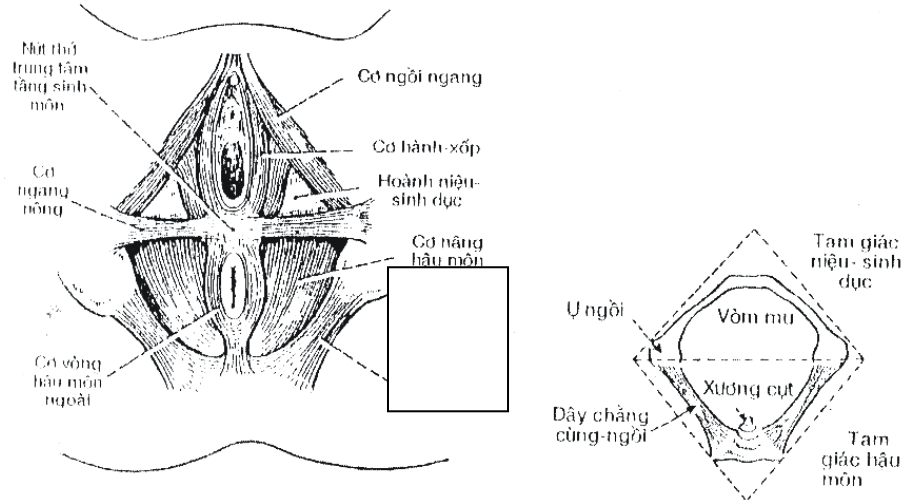
Hình : Âm đạo

3. Tầng sinh môn

Tầng sinh môn hay đáy chậu là một vùng gồm tất cả các tổ chức và các phần mềm (cân, cơ, dây chằng) bịt lỗ dưới của khung chậu. Tầng sinh môn có dạng hình

trám, giới hạn ở phía trước là bờ dưới xương vệ, hai bên là hai ụ ngồi và phía sau là đỉnh của xương cụt.

Nhìn từ ngoài, đường nối hai ụ ngồi chia tầng sinh môn ra làm hai 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 có cấu tạo khác nhau còn tầng sinh môn sau có cấu tạo giống nhau).

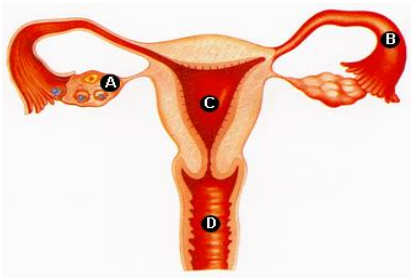


Hình 4 : Tầng sinh môn

4. Tử cung

Tử cung : là một 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. Tử cung thay đổi rất nhiều theo giai đoạn phát triển của người phụ nữ, theo chu kỳ kinh nguyệt và thai nghén.

Hình thể và cấu trúc



A: buồng trứng
B: vòi trứng
C: tử cung
D: âm đạo

Tử cung có dạng hình chóp cụt, đáy rộng ở trên và được chia ra làm 3 phần: thân tử cung, eo tử cung và cổ tử cung.

4.1.Thân tử cung

Thân tử cung có dạng hình thang, đáy rộng ở trên và gọi là đáy tử cung, đáy tử cung có hai sừng (góc) ở hai bên. Sừng tử cung là nơi vòi trứng thông với buồng tử cung, và là nơi bám của dây chằng tròn và dây chằng tử cung -buồng trứng.

Thân tử cung có chiều dài khoảng 4cm và chiều rộng khoảng 4-5cm. Ở những người đã sanh nhiều lần thì tử cung có kích thước to hơn, dài 5cm, rộng 5,5cm. Trọng lượng khoảng 50g.

4.2.Eo TC

Là nơi thắt nhỏ lại, tiếp giáp giữa thân và cổ TC, dài khoảng 0,5cm. Khi có thai vào những tháng cuối của thai kỳ eo TC sẽ dãn dài ra và trở thành đoạn dưới TC.

4.3.Cổ TC

Dài 2-3cm, rộng 2cm. Lúc chưa sanh CTC tròn đều, mật độ chắc, lỗ ngoài CTC tròn. Sanh 1 lần thì CTC dẹp lại, mật độ mềm hơn, lỗ ngoài rộng ra và không còn tròn như lúc chưa sanh. Sanh càng nhiều thì lỗ ngoài càng rộng ra theo chiều ngang.

5. Buồng trứng

Buồng trứng là một cơ quan vừa ngoại tiết (phóng noãn), vừa nội tiết (tiết estrogen và progesterone).

Buồng trứng có dạng hình hạt, dẹt, có hai mặt ngoài và trong, hai đầu trên và dưới.

Buồng trứng màu hơi hồng, dài 3 cm, rộng 2 cm, dày 1cm. Trước tuổi dậy thì buồng trứng nhẵn đều, sau tuổi dậy thì buồng trứng trở nên xù xì vì mỗi tháng có một nang De graaf vỡ ra, phóng noãn rồi trở thành sẹo. Sau mãn kinh buồng trứng trở lại nhẵn bóng.

6.Ống dẫn trứng (vòi trứng)

Vòi trứng là ống dẫn noãn từ buồng trứng tới tử cung, có một đầu hở mở vào ổ bụng để đón noãn còn đầu kia thông với buồng tử cung. Noãn thường được thụ tinh trong vòi sau đó mới di trú vào buồng tử cung. Nếu vì lý do nào đó mà trứng không vào được buồng tử cung mà phát triển tại vòi trứng sẽ gây thai ngoài tử cung tại vòi trứng.

Vòi trứng dài từ 10-12cm. Lỗ thông vào buồng tử cung có đường kính khoảng 3mm còn lỗ thông với ổ bụng thì rộng hơn khoảng 8mm. Vòi trứng được chia làm 4 đoạn:

- Đoạn kẽ nằm trong thành tử cung dài khoảng 1cm, chạy chếch lên trên và ra ngoài.
- Đoạn eo chạy ngang ra ngoài, dài 3-4cm. Đoạn eo là chỗ cao nhất của vòi trứng.
- Đoạn bóng dài khoảng 7cm, chạy dọc theo bờ trước của buồng trứng.
- Đoạn loa toả ra như hình phễu có độ 10- 12 tua, mỗi tua dài 1-1,5cm. Tua dài nhất là tua Richard dính vào dây chằng vòi trứng-buồng trứng, hứng noãn chạy vào vòi trứng.

7. Vú:

Vú là tuyến sữa ở ngực, đi từ nách tới bờ ức và từ sườn III đến sườn VII. Khi sanh nhiều vú xệ xuống. Đầu vú dài, rộng độ 1cm, có khoảng 15 hay 20 lỗ tiết sữa, nằm trên 1 vành tròn màu hồng đỏ lúc còn con gái, nâu xẩm khi đã nuôi con nhiều. Ở quanh núm vú có những tuyến bì lồi dưới da thành những củ morgagni.

Hệ thống bạch huyết ở tuyến vú đổ vào hạch nách, hạch trên đòn, hạch dưới đòn

B.SINH LÝ SINH DỤC NỮ

Chức năng chính của bộ phân sinh dục nữ là sinh sản. Tức là chức năng bảo đảm sự thụ tinh, làm tổ, và phát triển của trứng trong buồng tử cung.

Buồng trứng hoạt động có chu kỳ bắt đầu từ tuổi dậy thì, biểu hiện bằng kinh nguyệt xảy ra hàng tháng. Chính những hormon sản xuất ra trong chu kỳ hoạt động của buồng trứng đã quyết định chu kỳ kinh nguyệt, cho nên hai chu kỳ này liên quan mật thiết với nhau và chi phối toàn bộ những thay đổi của bộ phận sinh dục nữ.

Kinh nguyệt là dấu hiệu mở đầu của hoạt động tình dục, mãn kinh là dấu hiệu kết thúc của hoạt động tình dục.

1.Chu kỳ kinh nguyệt và hoạt động của buồng trứng

Nội mạc TC là cơ quan bia của estrogen và progesterone. Cấu trúc của nội mạc tử cung thay đổi theo chu kỳ của hoạt động buồng trứng và phản ánh hoạt động của buồng trứng qua chu kỳ kinh nguyệt.

Kinh nguyệt

Kinh nguyệt là sự chảy máu và niêm mạc tử cung bị phân rã có tính cách chu kỳ do sự giảm của estrogene và progesteron trong máu, nhưng vai trò của estrogene là quyết định. Đây là thời kỳ chảy máu hay giai đoạn hành kinh trong một chu kỳ kinh nguyệt.

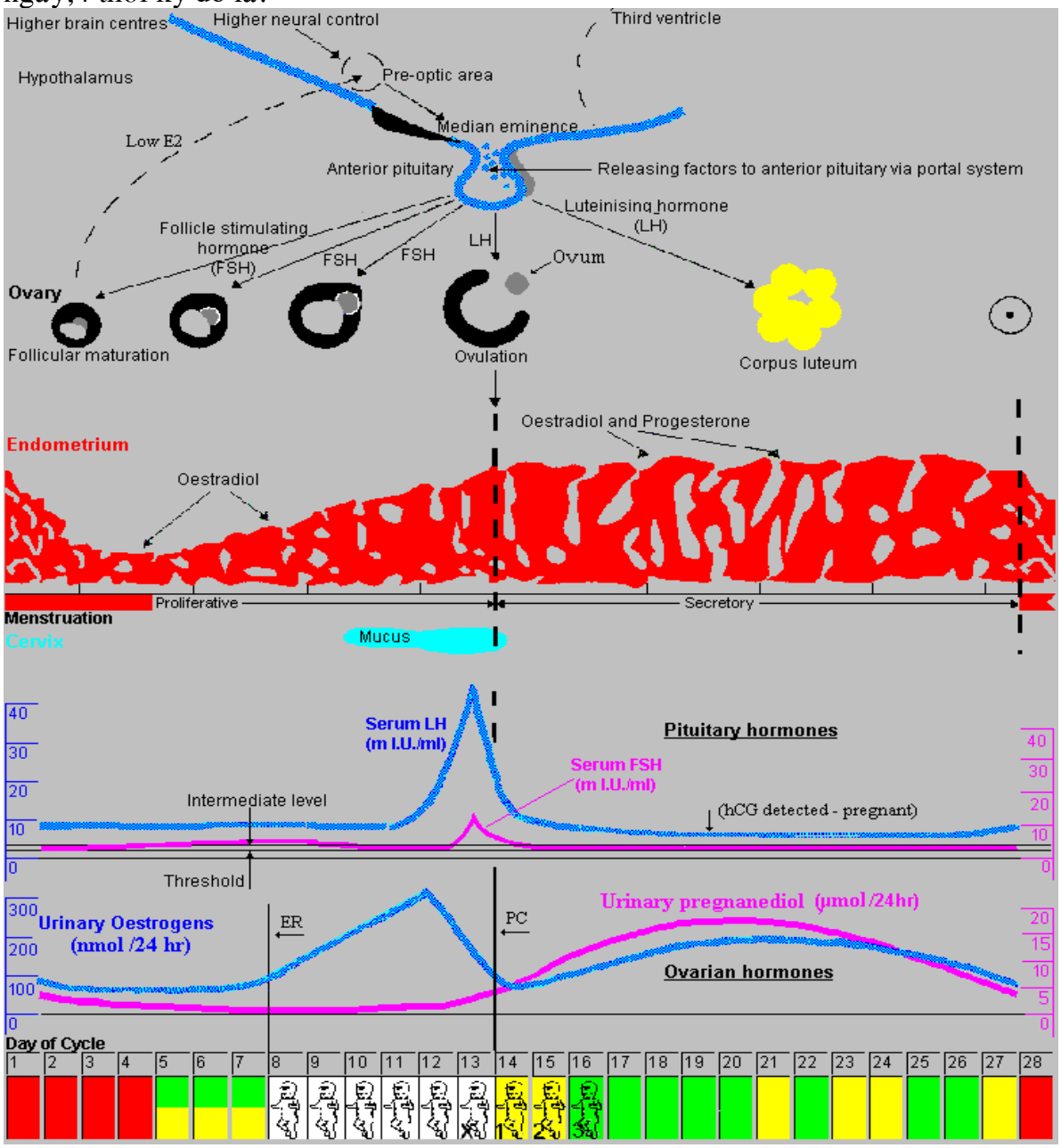
Chu kỳ kinh nguyệt là khoảng thời gian tính từ ngày bắt đầu hành kinh của kỳ kinh này tới ngày bắt đầu hành kinh của kỳ kinh sau.

Đặc điểm của kinh nguyệt:

- Máu kinh nguyệt là máu không đông, kinh nguyệt có máu đông gặp trong trường hợp băng kinh.
- Lượng máu kinh khoảng 40-100 ml. Ngày đầu và ngày cuối ra ít, những ngày giữa ra nhiều.
- Thời gian hành kinh trung bình là 3-7 ngày, nếu kéo dài trên 7 ngày là rong kinh.

- Thời gian trung bình của một chu kỳ kinh nguyệt kéo dài từ 25-32 ngày, trung bình là 28 ngày. Có thể có những chu kỳ kinh nguyệt dài hơn (35-40 ngày) hoặc ngắn hơn (20-25 ngày).

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



2. **Hoạt động sinh lý sinh dục nữ**

1.1. Thời kỳ bong niêm mạc tử cung (hành kinh):

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

1.2. Thời kỳ phát triển noãn bào thành nang De Graaf (tăng sinh):

Bắt đầu từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 14 của chu kỳ kinh nguyệt, dưới ảnh hưởng của kích dục tố FSH của thùy trước tuyến yên một noãn bào phát triển qua các giai đoạn sau: noãn nguyên thủy, noãn sơ cấp, noãn thứ cấp, noãn vượt trội, nang De graaf.

Dưới tác dụng của estrogen, nội mạc tử cung bắt đầu tái tạo và tăng sinh cho đến ngày 14 của chu kỳ. Các ống tuyến phát triển dài và thẳng với nhiều hình ảnh phân bào, lòng ống tròn và hẹp, các mạch máu xoắn ốc của nội mạc cũng phát triển nhanh chóng chuẩn bị tiếp nhận tác dụng của progesteron.

1.3. Thời kỳ phóng noãn (rụng trứng):

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

1.4. Thời kỳ hoàng thể (chế tiết)

- Từ ngày thứ 14-28, sau khi phóng noãn phần còn lại của nang De Graaf bị vỡ ra còn lại ở buồng trứng sẽ phát triển, có màu vàng nên gọi là hoàng thể. Dưới tác dụng của LH hoàng thể tiết ra estrogene và progesteron.
- Tại tử cung, dưới tác dụng đồng thời có estrogen và peogesterone, các tuyến phát triển rất nhanh, trở nên ngoằn ngoèo, với hoạt động chế tiết glycogene mô đệm cũng trở nên phù nề hơn, chấm dứt hoạt động phân bào. Các động mạch xoắn phát triển rất nhanh nên xoắn lại. Vào ngày thứ 24 của chu kỳ, nội mạc dày tối đa 10mm. Niêm mạc tử cung ở giai đoạn này gọi là niêm mạc hoài thai.
- Thường có 2 trường hợp:
    - Nếu có thụ tinh: hoàng thể tiếp tục phát triển thành hoàng thể thai nghén, tiếp tục tiết ra estrogen và progesterone.
    - Nếu không có thụ tinh: hòang thể sẽ thoái hóa nên gọi là hoàng thể kinh nguyệt. Vào ngày thứ 24 của chu kỳ sẽ có sự giảm đột ngột estrogen cùng với sự phóng thích tại chỗ của prostaglandin F2 alpha. Các tiểu động mạch xoắn co thắt, gây ra hiện tượng hoại tử nội mạc do thiếu máu. Lớp nội mạc tuyến hoạt động bị bong tróc và chảy máu, tạo nên hiện tượng hành kinh. Khi nồng độ của estrogene và progesteron giảm, theo cơ chế hồi tác, FSH của tuyến yên được giải phóng tác động lên buồng trứng kích thích noãn phát triển và một chu kỳ kinh nguyệt mới lại bắt đầu.

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

Hoạt động có tính chất chu kỳ của BT dẫn đến những thay đổi có tính chất chu kỳ của tử cung và toàn bộ bộ máy sinh dục, làm cho sự thụ tinh và thụ thai có thể thực hiện được.

Trên thực tế, người ta thường chia một chu kỳ kinh nguyệt ra làm 2 thời kỳ: trước phóng noãn là thời kỳ phát triển và sau phóng noãn là thời kỳ tăng chế tiết. Nếu chu kỳ kinh nguyệt không có sự phóng noãn là chu kỳ chỉ có một giai đoạn.

2. Chức năng nội tiết của buồng trứng

2.1.Estrogen

- Estrogen là hormone của sự tăng trưởng, nó có tác dụng lên các cơ quan đích có nguồn gốc từ ống Muller, tuyến vú và hệ xương.
- Estrogen lưu hành trong máu có 3 dạng: 17-beta estradiol, estron và estriol. Có tác dụng kích thích sự phát triển, tăng trưởng và duy trì đặc tính nữ.
- Vòi trứng: tăng trưởng vòi trứng. Tăng hoạt tính các lông tơ ở ống. Tăng bài tiết của các tế bào ống tuyến. Tăng co thắt
- Buồng trứng: Tăng kích thước buồng trứng.
- Tử cung: phát triển, to lên. Tăng sinh nội mạc tử cung trong giai doạn đầu kỳ kinh.
- Cổ tử cung: tăng phát triển cổ tử cung. Bài tiết chất nhờn trong và dai.
- Âm đạo: tăng sinh niêm mạc, âm đạo dày lên với đầy đủ các lớp tế bào, bào tương tích trữ nhiều glucogen, tạo pH acide ở âm đạo.
- Tuyến vú: tăng trưởng ống dẫn sữa và làm cho vú to ra lúc dậy thì. Làm đầu vú sậm màu nhất là trong lần có thai đầu.
- Phái tính: tạo vóc dáng nữ
- Dục tính: làm tăng dục tính.
- Hệ xương: làm đóng đầu xương và ngăn sự tiêu xương.

2.2. Progesteron

- Tử cung: ngừng tăng sinh nội mạc tử cung, phân tiết hoá nội mạc tử cung đã được chuẩn bị đầy đủ bởi estrogene trước đó. Dưới tác dụng của estrogene và progesteron các tuyến phát triển ngoằn ngoèo với hiện tượng chế tiết glycogene, mô dệm ngày càng phù nề hơn, các mạch máu trở thành xoắn ốc do phát triển quá nhanh. Giảm co bóp tử cung và vòi trứng. Tạo môi trường

thích hợp cho việc làm tổ của trứng được thụ tinh.Cổ tử cung: Ức chế tiết niêm dịch, làm chất nhầy cổ tử cung trở nên đục, đặc và bở.

- Vú: kích thích sự phát triển của các thùy và nang tuyến vú.
- Thân nhiệt: tăng thân nhiệt.
- Thai: giúp thai phát triển bằng tác dụng ức chế tính co bóp và trương lực cơ tử cung.
- Dục tính: ức chế dục tính.

3. Khả năng sinh sản của nữ:

Sau khi được phóng ra khỏi buồng trứng, trứng còn sống và có khả năng thụ tinh trong vòng 24 giờ cho nên muốn trứng thụ tinh thì tinh trùng phải có mặt sớm sau khi trứng rụng. Mặt khác một số ít tinh trùng còn khả năng sinh sản nếu ở trong các đường sinh dục nữ trên dưới 72 giờ tuy rằng đối với phần lớn thì lượng này không quá 24 giờ. Bởi vậy nếu muốn cho trứng thụ tinh thì thường phải giao hợp trước một ngày hoặc sau một ngày trứng rụng. Như vậy trong mỗi chu kỳ sinh dục khả năng sinh sản của nữ là ngắn.

II.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Lượng máu kinh trung bình của một kỳ kinh nguyệt bình thường khoảng, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Dưới 40 ml

B. 50 - 60 ml

C. 70 - 80 ml

D. Trên 90 ml

2. Nội tiết tố nào sau đây làm tăng thân nhiệt cơ sở, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Estrogen

B. Progesteron

C. Prolactine

D. HCG

3. Tác dụng của estrogen đối với âm hộ và âm đạo, CHỌN CÂU SAI:

A. Làm phát triển và làm dày biểu mô âm đạo

B. Làm phát triển các môi của âm hộ

C. Duy trì pH axit của âm đạo

D. Chứng nghiệm Schiller âm tính

4. Một chu kỳ kinh nguyệt bình thường có đặc điểm sau, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Kéo dài từ 21 đến 35 ngày

B. Thời gian hành kinh từ 2-6 ngày

C. Lượng máu mất trung bình 50-100ml

D. A và B đúng

5. Các thời kỳ hoạt động sinh dục ở phụ nữ gồm, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Thời kỳ trẻ em, dậy thì, thời kỳ hoạt động sinh dục và thời kỳ mãn kinh

B. Thời kỳ trẻ em, thời kỳ trước dậy thì, dậy thì, thời kỳ hoạt động sinh dục và thời kỳ mãn kinh

C. Thời kỳ trẻ em, dậy thì, thời kỳ hoạt động sinh dục, thời kỳ tiền mãn kinh và thời kỳ mãn kinh

D. Thời kỳ trẻ em, thời kỳ trước dậy thì, thời kỳ hoạt động sinh dục, thời kỳ tiền mãn kinh và thời kỳ mãn kinh

Bài 3
THAI NHI ĐỦ THÁNG VÀ PHẦN PHỤ ĐỦ THÁNG

I.MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Mô tả được đặc điểm chung, đặc điểm về giải phẩu của thai đủ tháng
2. Trình bày được đặc điểm sinh lý của thai nhi đủ tháng
3. Mô tả được đặc điểm của màng nhau, bánh nhau, dây rốn và nước ối

PHẦN A. THAI ĐỦ THÁNG

1.Đặc điểm chung

Thai nhi đủ tháng có trọng lượng trung bình 3000g, chiều dài trung bình 50 cm, thời gian sống trung bình trong buồng tử cung từ hết 37 tuần đến 41 tuần.

Trẻ đủ tháng khoẻ mạnh lúc đẻ ra thường có da hồng hào, khóc to, móng tay dài hơn đầu ngón tay, trên vai, cổ có ít lông tơ, tóc dài hơn 1 cm, sụn vành tai tròn đều, mầm vú có kích thước 7-10 mm. Trẻ trai tinh hoàn đã xuống bìu, trẻ gái môi lớn trùm lên môi nhỏ .

2.Đặc điểm về giải phẩu

2.1. Đầu

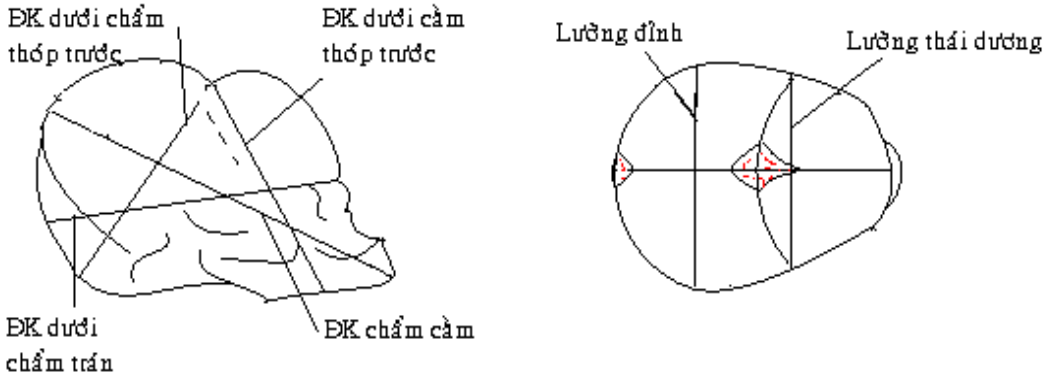
Đầu thai nhi đủ tháng là bộ phận cần chú ý trong cơ chế đẻ, vì đầu là phần to và rắn nhất. Đầu gồm hai phần: phần sọ và phần mặt. Phần mặt không có gì đặc biệt đối với sản khoa, phần sọ gồm hai vùng: vùng đáy sọ và vùng đỉnh sọ.

2.1.1. Vùng đáy sọ

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

2.1.2. Vùng đỉnh sọ

Gồm có hai xương trán, 2 xương đỉnh và xương chẩm. Giữa các xương là các khớp màng, vì vậy vùng đỉnh sọ là vùng có thể thu hẹp lại được, các xương có thể chồng lên nhau khi đầu thai qua tiểu khung người mẹ.



Các đường kính đầu thai nhi

Đường khớp dọc giữa (đường khớp trước sau)

Đường khớp dọc đi từ góc mũi tới đỉnh xương chẩm, đường khớp ngang gồm đường khớp trán đỉnh ở phía trước và đường khớp đỉnh chẩm ở phía sau. Các đường khớp ngang và dọc tạo thành các thóp, có hai thóp quan trọng là thóp trước và thóp sau. Thóp trước hình trám là chổ nối của 4 xương:2 xương trán và hai xương đỉnh, thóp sau hình tam giác đỉnh hướng về phía trước là chổ nối của đường khớp dọc giữa và đỉnh chẩm, bình thường các khớp này không giản rộng lắm, nếu giản rộng là nảo úng thuỷ.

2.1.3. Các kích thước của đầu

Đường kính trước sau

Đường kính dưới chẩm thóp trước (hạ chẩm – thóp trước): đi từ nền của vỏ xương chẩm (sát với gáy) tới giữa thóp trước dài 9,5 cm là đường kính tương đương với ngôi đầu cúi tốt, đó là ngôi chỏm.

Đường kính dưới chẩm trán (hạ chẩm trán) : hạ chẩm trán đi từ nền của vỏ xương chẩm tới điểm lồi nhất của trán dài 11 cm (đầu cúi vừa).

Đường kính chẩm- cằm : đi từ chẩm tới cằm dài 13 cm cho ngôi thóp trước.

Đường kính trên chẩm cằm (thượng chẩm – cằm) : là đường kính trước sau lớn nhất, đi từ cằm đến điểm lồi nhất của chẩm dài 13,5 cm cho ngôi trán.

Đường kính thẳng đứng

Đường kính dưới cằm thóp trước (hạ cằm- thóp trước) : đi từ vùng dưới cằm tới giữa thóp trước dài 9,5 cm là đường kính tương ứng với ngôi đầu ngửa (đó là ngôi mặt).

Đường kính ngang

Đường kính lưỡng đỉnh đi từ bướu đỉnh bên này sang bướu đỉnh bên kia dài 9,5 cm là đường kính ngang lớn nhất.

đường kính lưỡng thái dương đi từ hố thái dương bên này sang hố thái dương bên kia dài 8 cm.

Các chu vi vòng đầu

Vòng đầu lớn đo qua đường kính thượng chẩm cằm dài 38 cm.

Vòng đầu bé đo qua đường kính hạ chẩm thóp trước dài 33 cm.

2.2. Các phần khác của thai

2.2.1. Cổ

Nhờ các khớp sống cổ, đầu thai nhi có thể quay 180^0, cúi, ngửa, nghiêng một cách dể dàng.

2.2.2. Thân và chi

Có 4 đường kính cần nhớ:

- Đường kính lưỡng mỏm vai: Từ mỏm vai bên này sang mỏm vai bên kia dài 12 cm, khi lọt thu hẹp lại còn 9,5 cm.
- Đường kính cùng chầy: Dài 11 cm, khi lọt có thể thu hẹp lại còn 9 cm cho ngôi mông hoàn toàn.
- Đường kính cùng vệ dài 6 cm cho ngôi mông thiếu kiểu mông
- Đường kính lưỡng ụ đùi dài 9 cm.

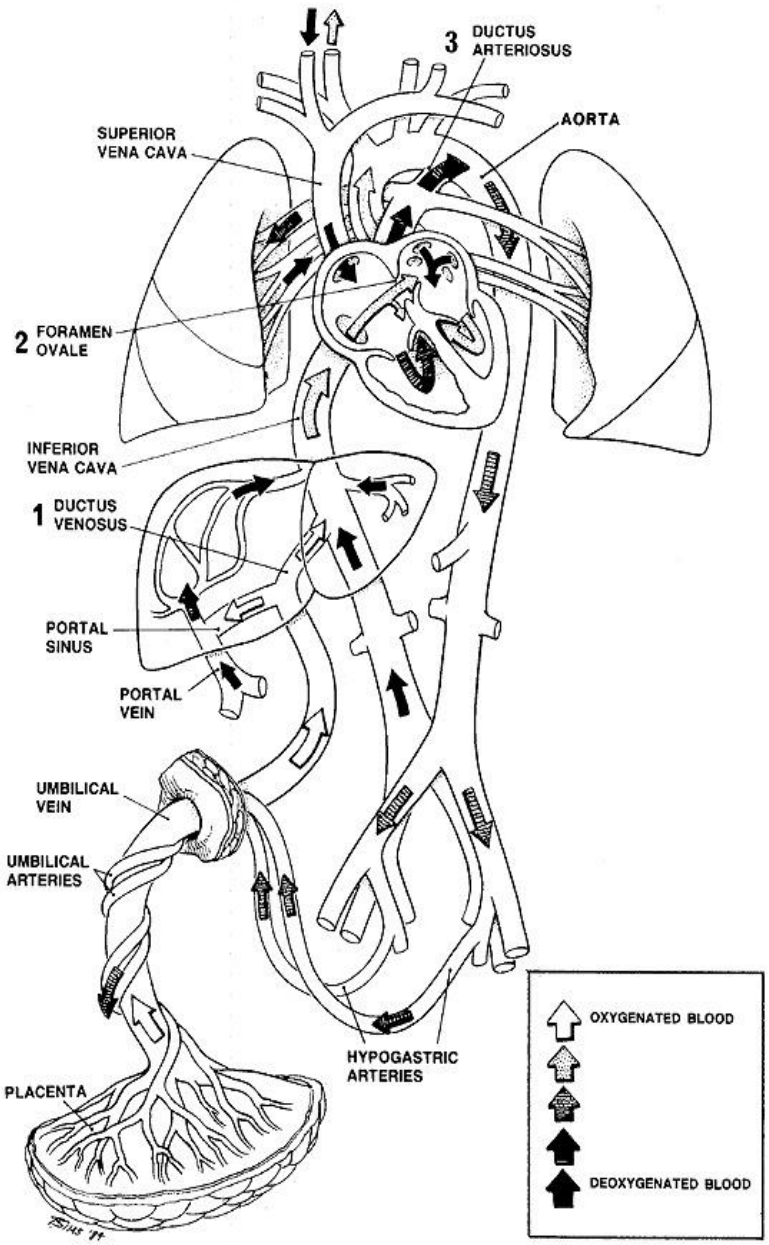
3. Đặc điểm về sinh lý

3.1.Tuần hoàn

Từ cuối tháng thứ hai trở đi, thai nhi sống bằng hệ tuần hoàn thứ hai (tức là hệ tuần hoàn rau).

Đặc điểm của hệ tuần hoàn rau là: tim có 4 buồng: 2 tâm thất và 2 tâm nhĩ nhưng đặc biệt là 2 tâm nhĩ thông với nhau bởi lỗ Botal.

- Động mạch chủ thông với động mạch phổi bởi ống động mạch.
- Động mạch chủ cho 2 động mạch chậu gốc; từ động mạch chậu trong cho 2 động mạch rốn đi đến rau, để chia ra các mạch nhỏ tới gai rau. Động mạch rốn mang máu hổn hợp (máu đen lẫn máu đỏ).
- Từ bánh rau cho tĩnh mạch rốn (mang máu đỏ) đi tới tĩnh mạch chủ dưới và vào gan.



Máu đỏ từ các mạch máu gai rau chứa các chất dinh dưỡng và oxy đi vào thai nhi bằng tĩnh mạch rốn. Khi tới tĩnh mạch chủ dưới, máu đỏ sẽ pha trộn với máu đỏ thẫm (nhiều CO_2) từ nửa dưới cơ thể để cùng đổ vào tĩnh mạch chủ, đồng thời một nhánh nữa đi vào gan và đổ về tĩnh mạch chủ trên, rồi về tâm nhĩ phải, ở tâm nhĩ phải máu đi theo hai đường : từ tâm nhĩ phải xuống tâm thất phải vào động mạch phổi, nhưng phổi chưa hoạt động nên chỉ có một ít máu lên phổi để nuôi dưỡng phổi, còn phần lớn máu theo ống động mạch để đi vào động mạch chủ và vào cơ thể thai nhi.

Một phần máu ở tâm nhĩ phải qua lỗ Botal sang tâm nhĩ trái xuống tâm thất trái vào động mạch chủ đi nuôi cơ thể, còn chất cặn bã và CO_2 theo động mạch rốn vào bánh rau để đào thải và trao đổi. Sau khi đẻ, thai ra ngoài, trẻ sơ sinh bắt đầu thở và hệ thống tuần hoàn thứ ba (hệ tuần hoàn vĩnh viễn) cũng bắt đầu từ đó, lỗ

Botal đóng lại, ống động mạch tắc, các mạch máu rốn cũng ngừng làm việc, trẻ sơ sinh bắt đầu sống với hệ tuần hoàn giống như của người lớn.

3.2. Hô hấp

Thai nhi nằm trong buồng tử cung, sử dụng oxy và chất dinh dưỡng của mẹ do máu tỉnh mạch rốn mang đến, còn chất cặn bã và CO_2 theo máu động mạch rốn trở về bánh rau và đưa về cơ thể mẹ qua máu ở hồ huyết. Phổi lúc này chưa hoạt động, thai nhi chưa thở, nên phổi là một tổ chức đặc. Khi trẻ ra đời, trẻ thở, phổi dãn nở thành một tổ chức xốp.

3.3. Tiêu hoá

Các chất dinh dưỡng mà thai nhi nhận được là do người mẹ truyền đến qua bánh rau, bộ máy tiêu hoá chưa hoạt động, trong ống tiêu hoá của thai nhi có phân su đó là một chất dịch đặc, sánh màu đen, không có vi khuẩn, thành phần gồm có: các chất nhầy của niêm mạc dạ dày và ruột tiết ra, chất mật do gan tiết ra, một ít thành phần nước ối do thai nhi uống vào và tế bào của ống tiêu hoá bong ra, dung tích dạ dày 35 – 40 ml, ruột non dài 2 m, đại tràng dài 0,5 m.

3.4. Bài tiết

Da bắt đầu bài tiết từ tháng thứ 5, da tiết ra các chất nhờn và các chất bã, thận cũng bài tiết ra nước tiểu.

PHẦN B. PHẦN PHỤ ĐỦ THÁNG

1.CÁC MÀNG THAI

Gồm có 3 màng

1.1.Ngoại sản mạc

Gồm 3 phần: Ngoại sản mạc tử cung, ngoại sản mạc trứng và ngoại sản mạc tử cung-nhau. Trong thời kỳ thai đủ tháng, ngoại sản mạc trứng và ngoại sản mạc tử cung chỉ còn là màng rất mỏng, còn phần ngoại sản mạc tử cung nhau phát triển có bánh nhau bám vào, gồm lớp đáy, lớp xốp và lớp đặc.

1.2.Trung sản mạc

Trung sản mạc phát triển không đều, một phần phát triển rất mạnh thành các gai nhau, phần còn lại teo mỏng chỉ còn là một màng bao bọc bên ngoài nội sản mạc có tính chất không thấm nước nhưng rất dễ bị rách. Vì vậy nước ối thấm qua nội sản mạc bị giữ lại giữa nội và trung sản mạc, khi chuyển dạ lớp trung sản mạc này thường bị rách, phần nước ối chảy ra gọi là rỉ ối.

1.3.Nội sản mạc

Là một màng mỏng bao bọc mặt trong buồng ối, xung quanh dây rốn và bao phủ mặt trong đĩa nhau, nội sản mạc rất dai nhưng dễ thấm nước. Người ta cho rằng nội sản mạc còn có chức năng tạo ra nước ối.

2.BÁNH NHAU

2.1.Hình thể ngoài

Bánh nhau hình đĩa úp vào mặt trong tử cung, đường kính từ 15-20 cm, chỗ dày nhất ở giữa là 2-3 cm, chỗ mỏng nhất ở xung quanh là 0,5 cm. trọng lược bánh nhau đủ tháng bằng 1/6 trọng lượng thai nhi (500-600gam).

Bánh nhau có 2 mặt: mặt về phía buồng ối nhẵn được nội sản mạc bao phủ và có dây rốn bám vào (mặt con), còn mặt kia bám vào tử cung có các múi nhau hình đa giác khoảng 15-20 mút cách nhau bởi những rãnh, mặt này gọi là mặt ngoại sản mạc (mặt mẹ).

2.2.Cấu tạo của bánh nhau

Gồm 2 phần: phần thuộc về mẹ và phần thuộc về thai.

- Phần thuộc về mẹ (ngoại sản mạc tử cung-nhau). Phần này có 3 lớp: lớp sát với niêm mạc cơ tử cung còn tồn tại các tuyến niêm mạc tử cung. Lớp xốp là nơi sẽ bong nhau sau khi đẻ và lớp đặc là nơi phát triển mạch nhất được các gai nhau khoét thành hồ huyết.
- Phần thuộc về thai (trung sản mạc). Phần này bao gồm lớp đệm và các gai nhau, có 2 loại gai nhau: gai nhau bám là gai nhau bám dính vào đáy và thành hồ huyết, còn gai nhau dinh dưỡng là gai nhau bơi tự do lơ lững trong các hồ huyết của người mẹ.

2.3.Nhiệm vụ của bánh nhau

Bánh nhau có 2 nhiệm vụ chính là trao đổi chất dinh dưỡng giữa mẹ-thai và nhiệm vụ nội tiết.

2.3.1.Trao đổi chất dinh dưỡng giữa mẹ và thai

Hai hệ thống tuần hoàn giữa mẹ và thai không trực tiếp thông với nhau mà cách nhau bởi thành mao mạch mỏng và biểu mô của gai nhau, diện trao đổi chất rất lớn, trong giai đoạn đầu của thời kỳ có thai, nhau thai phát triển mạch hơn so với sự phát triển của thai để nuôi dưỡng thai. Nó chuyển hoá các chất dinh dưỡng từ máu mẹ đưa vào để trở thành chất dinh dưỡng phù hợp với thai, rồi cho qua gai nhau vào thai để đảm bào cho thai sống và phát triển.

- Trao đổi khí: máu thai nhi nhận O_2 và thải CO_2 vào máu mẹ trong hồ huyết. O_2 và CO_2 khuyếch tán qua gai nhau nhờ áp suất riêng của từng chất.
- Trao đổi chất và muối khoáng: các chất cần cho năng lượng và tạo hình thai, được đưa vào thai từ mẹ nhờ hoạt động tích cực của gai nhau.

- Nước và các chất điện giải qua gai nhau nhờ cơ chế thẩm thấu.
- Glucid và các loại vitamin B, C, D đều qua được nhau thai.
- Protein không qua được nhau thai mà nhau phân huỷ protein thành acid amin, sau đó tổng hợp lại thành protein đặc hiệu cho thai.
- Lipid không qua được nhau thai, vì vậy thai thường thiếu các loại vitamin tan trong dầu như vitamin K làm cho trẻ có tình trạng thiếu prothrombin sinh lý.
- Các loại thuốc dùng cho mẹ như rượu, các chất kích thích có thuốc phiện, thuốc mê, thạch tín... đều có thể qua nhau sang thai, riêng có chất thuỷ ngân bị giữ lại ở các gai nhau.
- Kháng nguyên và kháng thể đều qua được nhau thai, nên trẻ sơ sinh trong 6 tháng đầu không bị mắc bệnh vì có kháng thể của mẹ (riêng trường hợp bất đồng giữa máu mẹ, máu con thì kháng thể của mẹ truyền sang con sẽ gây sẩy thai).
- Một số vi khuẩn và độc tố của vi khuẩn qua nhau thai bất cứ giai đoạn nào và gây tác động xấu đối với thai vì vậy mẹ bị nhiễm các bệnh cấp tính có thể dẫn đến thai chết hoặc dị dạng.

2.3.2.Nhiệm vụ nội tiết

Đối với mẹ: những hormon của bánh nhau tràn vào cơ thể mẹ, làm cho mẹ thích hợp với tình trạng thai nghén.

- Chế tiết HCG: chất này giống như LH của tuyến yên, nó được bài tiết trong 4 tháng đầu của thai kỳ và đạt giá trị cực đại vào tuần thứ 8. bình thường có thể lên tới 20.000 đơn vị thỏ. HCG do tế bào nuôi của gai nhau tiết ra, HCG là cơ sở để làm xét nghiệm chẩn đoán thai nghén.
- Chế tiết các hormon khác: Có hai loại chính là estrogen và progesteron. Bắt đầu từ tháng thứ 3 gai nhau thay thế dần sự chế tiết của buồng trứng và tăng dần lên đến ngày đẻ. Sau đẻ các chất này giảm đi rất nhanh, chất này được chế tiết từ lớp nội bào của gai nhau.

3.DÂY RỐN

Là một dây mềm màu trắng, dài từ 45-60 cm, nhẵn và trơn. Một đầu dây rốn bám vào bánh nhau, thường bám vào giữa, có khi bám vào mép hoặc màng thai. Đầu kia của dây rốn bám vào rốn thai nhi. Cắt ngang dây rốn, từ ngoài vào trong ta thấy dây rốn được bao bọc bởi nội sản mạc, rồi đến chất thạch Wharton, giữa chất thạch có một tĩnh mạch rốn mang máu đỏ và 2 động mạch rốn mang máu đỏ thẫm.

4.NƯỚC ỐI

4.1.Tính chất của nước ối

Trong những tháng đầu nước ối là một dịch trong, khi gần đủ tháng nước ối lờ lờ trắng, khi lẫn phân su nước ối màu xanh, nếu thai chết trong tử cung nước ối màu hồng hoặc nâu đen, pH nước ối 5,6, vị hơi ngọt, mùi nồng. Lượng nước ối có tỷ lệ thay đổi từng tháng, lúc đầu lương nước ối nhiều so với tuổi thai nhi, tới 4,5 tháng nước ối bằng trọng lượng thai, nhưng sau đó nước ối phát triển chậm hơn so với sự phát triển của thai, khi đủ tháng lượng nước ối trung bình từ 500-1000 mililít.

Thành phần của nước ối: có các tế bào thượng bì thai bong ra, có lông tơ, chất bã, tế bào đường tiết niệu và các tế bào đường âm đạo của thai nhi gái, thành phần hoá học của nước ối gồm các loại muối khoáng, albumin và nước (99%).

4.2.Nguồn gốc nước ối

4.2.1.Sản sinh nước ối

Trong tử cung nước ối luôn luôn được sản xuất một phần từ máu mẹ thấm và lọc qua màng ối, môt phần chính là do nội sản mạc tiết ra, ngoài ra thai nhi cũng bài tiết nước ối qua da và nước tiểu.

4.2.2.Sự tiêu thụ nước ối

Thai nhi thường uống nước ối, nước ối thấm qua ruột rồi tới bánh nhau, trả lại phần lớn cho mẹ qua đường máu.

Màng nội sản mạc cũng tiêu thụ nước ối. Nếu vì một nguyên nhân nào đó làm tăng sản xuất nước ối (viêm màng ối) hoặc làm giảm tiêu thụ nước ối (thai dị dạng) thì lượng nước ối sẽ tăng quá mức bình thường thành đa ối.

4.3.Vai trò sinh lý của nước ối

Buồng ối có nhiệm vụ chủ yếu bảo vệ thai nhi, tránh cho thai khỏi sang chấn, giúp cho ngôi thai bình chỉnh dễ dàng, khi hình thành đầu ối sẽ giúp cho cổ tử cung xoá mở, chống nhiễm khuẩn.

II.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Chức năng của nước ối là, NGOẠI TRỪ:

A. Đảm bảo nội môi cho thai
B. Bảo vệ thai nhi tránh những va chạm, sang chấn
C. Làm trơn đường sinh dục sau khi ối vỡ giúp cuộc đẻ dễ dàng
D. Chống nhiễm khuẩn cho thai nhi

2. Sự phát triển của bào thai chia làm 2 giai đoạn : giai đoạn phôi thai và giai đoạn thai nhi. Giai đoạn phôi thai kéo dài, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 3 tuần lễ đầu sau khi thụ tinh
B. Từ tuần lễ thứ ba đến tuần lễ thứ tám sau thụ tinh
C. 3 tháng đầu sau thụ tinh
D. Cho đến khi nghe được tiếng tim thai

3. Khi nói về nước ối, CHỌN CÂU SAI :

A. Sau tuần lễ thứ 20, nước ối được tái hấp thu một phần do thai nhi nuốt
B. Nước ối cũng được tái hấp thu qua da thai nhi
C. Nước ối có một phần nguồn gốc từ khí - phế quản thai nhi
D. Nước ối do niêm mạc tử cung người mẹ sản xuất ra.

4. Xác định số lượng đường kính trước – sau của đầu thai nhi, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Một đường kính trước sau.
B. Sáu đường kính trước sau.
C. Ba đường kính trước sau.
D. Năm đường kính trước sau.

5. Xác đinh số đo của đường kính hạ chẩm – thóp trước dài, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 8,5 cm
B. 9,5 cm
C. 11 cm
D. 12 cm

Bài 4
CHẨN ĐOÁN THAI – QUẢN LÝ THAI NGHÉN

I.MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Kể được các triệu chứng để chẩn đoán thai nghén ở giai đoạn đầu và giai đoạn cuối.

2. Tính được tuổi thai và dự kiến ngày sinh

3. Kể được 4 công cụ quản lý thai, trình bày được cách sử dụng các công cụ đó

Một trong những nhiện vụ quan trọng của người hộ sinh là phải phát hiện sớm được người phụ nữ có thai và quản lý được tình trạng thai nghén của họ trong suốt thời kỳ mang thai, để hạn chế mức tối đa các tai biến có thể xảy ra trong khi có thai.

1. Chẩn đoán thai nghén

Thời gian thai nghén trung bình là khoảng 40 tuần, tính từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng. Khi có thai, người phụ nữ có nhiều dấu hiệu biểu hiện trên cơ thể, có thể dựa vào đó để xác định tình trạng thai nghén. Khi thai đã lớn, việc chẩn đoán không khó khăn, vì lúc đó bụng đã to và thai phụ đã thấy các cử động của thai nhi trong bụng; nhưng trong những tuần đầu của thai nghén, việc xác định tình trạng có thai không dễ dàng. Trước đây, khi chưa có các phương tiện hổ trợ đáng tin cậy như hiện nay (que thử thai nhanh, siêu âm) thì chỉ khi thai ngoài ba tháng mới có thể xác định một cách chắc chắn.

1.1. Chẩn đoán thai nghén trong 4 tháng rưỡi đầu

Tắt kinh: Một phụ nữ đã có sinh hoạt tình dục, đột nhiên tắt kinh thì việc đầu tiên phải nghĩ đến có thai. Tất nhiên mất kinh có thể có nhiều nguyên nhân khác nhau, nhưng với người kinh nguyệt vẫn có hàng tháng, nay mất kinh thì trên 90% là do thai nghén.

Tình trạng nghén: Trong dân gian còn gọi là "ốm nghén" biểu hiện bằng các triệu chứng:

- Người phụ nữ cảm thấy mệt mỏi, uể oải, có rối loạn về giấc ngủ: có thể lúc nào cũng buồn ngủ, có khi ban ngày ngủ gà ngủ gật, nhưng đêm lại không ngủ được. Tính tình cũng ít nhiều thay đổi: dễ bị kích thích, hay cáu gắt, buồn vui thất thường, có khi chẳng vì lý do gì cũng sụt sùi khóc lóc.

- Ăn uống trở nên thất thường, bữa chính thì ăn uể oải, nhưng lại hay ăn vặt và thèm ăn các thức ăn chua, ngọt hay cay, đắng. Có khi sợ các thức ăn trước nay vẫn thích. Có người còn ăn linh tinh các thứ rất đặc biệt như ăn đất sét nướng, ăn vôi vữa trên tường.
- Thường hay ứa nước bọt, lợm giọng buồn nôn và nôn. Hay nôn vào buổi sáng hoặc sau khi ăn; thậm chí có người nôn nặng; ăn gì nôn nấy, nôn hết thức ăn thì nôn khan, có khi nôn ra mật đắng.

Thay đổi ở vú: Từ khi tắt kinh, vú luôn luôn căng, tức nắn vào hơi đau và thấy các thuỳ tuyến vú giống như những ngày sắp hành kinh trước đây. Sau vài tuần chậm kinh, quầng vú và núm vú đổi màu thẩm dần và tại quầng vú nổi các hạt nhỏ. Trên da ngực có các tỉnh mạch nổi lên khá rõ.

Thân nhiệt thường hơi cao trong 3-4 tháng đầu do sự tồn tại của hoàng thể thai nghén.

Rối loạn tiểu tiện: hay có triệu chứng đái gắt vì bàng quang bị kích thích, nhưng không bao giờ đái buốt, đái máu hay đái mủ.

Nếu khám phụ khoa: sẽ thấy niêm mạc âm đạo và cổ tử cung có màu tím do sung huyết. Cổ tử cung mềm, phần ngoài mềm hơn phần ở giữa. Thân tử cung mềm và to ra nên ngón tay đặt ở túi cùng bên đã chạm được đến thân tử cung (dấu hiệu Noble). Trong lúc khám có thể thấy tử cung co bóp, nên đang mềm thấy chắc lại. Khi sờ nắn bụng dưới, những tuần đầu thường chưa phát hiện được gì, từ tuần thứ 8 trở đi có thể nắn thấy đáy tử cung trên xương mu và trung bình mỗi tháng đáy tử cung cao thêm lên 4 cm. khi thai được 20 tuần, đáy tử cung thường ngang với rốn.

Thai máy: cuối thời kỳ này, vào khoảng tuần 20 có thể nghe được tiếng tim thai khi khám và thai phụ có thể bắt đầu thấy thai cử động (thai máy). Chửa con rạ cảm giác thai máy sớm hơn (18-20 tuần), con so thai máy muộn hơn (20-22tuần) vì chưa có kinh nghiệm.

Xét nghiệm: hổ trợ cho thăm khám lâm sàng có thể giúp thầy thuốc và hộ sinh chẩn đoán thai nghén từ rất sớm.

- **Dùng que thử thai nhanh:** nhúng que thử vào nước tiểu, nếu trên que xuất hiện hai vạch đỏ thì phản ứng dương tính, người phụ nữ có thai. Nếu chỉ đỏ một vạch là phản ứng âm tính. Độ chính xác của xét nghiệm có thể tới 95% từ khi mới chậm kinh 5 ngày trở đi (thai tuần thứ 5).
- **Thăm dò bằng siêu âm:** trên màn hình sẽ xuất hiện túi ối trong tử cung với mầm thai và có thể thấy được cả nhịp đập của ống động mạch nguyên thuỷ của thai từ tuần thứ sáu.

Chú ý: nghiêm cấm chẩn đoán giới tính của thai nhi.

1.2. chẩn đoán thai nghén sau 4 tháng rưỡi

Ở thời kỳ này các triệu chứng có thai đã rõ ràng. Các dấu hiệu cơ năng về tình trạng thai nghén đã hết. Các dấu hiệu thực thể tại vú vẫn tồn tại và phát triển.

- Bụng thai phụ mỗi ngày một to thêm.
- Thai phụ nhận biết được cử động của thai nhi trong tử cung (thai máy).
- Trường hợp không nhớ ngày kinh cuối cũng có thể căn cứ ngày thai máy lần đầu để dự đoán tuổi thai.
- Khi khám nắn bụng có thể thấy các phần của thai nhi bập bềnh trong buồng ối, có thể đo được chiều cao tử cung, nghe được tim thai. Vào những tuần cuối của thai nghén, qua sờ nắn ngoài có thể xác định được vị trí thai nằm trong tử cung để chẩn đoán ngôi, thế của thai.

1.3. Chẩn đoán phân biệt

1.3.1.Trong giai đoạn đầu

- Các bệnh nội khoa hoặc nội tiết gây mất kinh.
- Trường hợp có thai giả (thai tưởng tượng) do quá mong muốn có thai hoặc quá sợ mang thai, người phụ nữ không thụ tinh nhưng cũng thấy mất kinh, nghén giống như người có thai thật.
- Những trường hợp thấy tử cung to và mềm, có thể là u xơ tư cung hoặc nhầm một u nang buồng trứng với tử cung.

1.3.2. Trong giai đoạn sau

Rất ít khi nhầm lẫn nhưng cũng cần phân biệt với:

- Các bệnh có khối u, tích mỡ ở bụng do béo phì hoặc cổ trướng (dịch trongổ bụng) làm bụng mỗi ngày to ra.
- Trường hợp chửa giả (chửa do tưởng tượng), người phụ nữ cũng có thể thấy bụng to dần ra, có cảm giác và khẳng định với thầy thuốc là thai máy. Nên nhớ đây là trường hợp bệnh lý về tinh thần, chứ không phải có thai vì một mưu đồ không tốt nào đó.

1.4.Cách tính tuổi thai và dự đoán ngày sinh

1.4.1 Tính tuổi thai

Tuổi thai đúng ra phải tính từ khi thụ tinh đến ngày sinh, nhưng vì không có cách nào xác định được ngày thụ tinh, nên người ta thống nhất lấy ngày đầu của ngày kinh cuối để bắt đầu tính tuổi thai, mặc dầu ngày đó khó có thể thụ tinh được. Tuổi thai trước đây được tính theo tháng. Hiện nay được tính theo tuần hoặc theo ngày.

Ví dụ: ngày đầu của kỳ kinh cuối là 20/2/2003. đến ngày 25/4 được đăng ký thai nghén. Tuổi thai của người phụ nữ này là:

Từ 20/2 đến 19/3: 28 ngày (tháng 2 chỉ có 28 hoặc 29 ngày)

Từ 20/3 đến 19/4 : 31 ngày (tháng 3 có 31 ngày)

Từ 20/4 đến 25/4: 5 ngày.

Cộng: 64 ngày hay 9 tuần 1 ngày.

Để thuận tiện khi tính tuổi thai, người hộ sinh cần có một tờ lịch của năm hoặc một quyển lịch bỏ túi.

Trường hợp thai phụ không nhớ ngày kinh hoặc không có kinh (đang cho con bú chẳng hạn) thì có thể dựa vào ngày đầu tiên có cảm giác thai máy, khi đó với thai lần đầu: tuổi thai 20-22 tuần; nếu thai con rạ; tuổi thai sẽlà 18-20 tuần.

1.4.2 Dự kiến ngày sinh

Thai được coi là đủ tháng khi tuổi thai đủ 37 tuần đến hết 41 tuần, trung bình là 40 tuần (tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối).

Trường hợp thai phụ nhớ được ngày kinh theo dương lịch, áp dụng công thức sau:

Ngày dự kiến sinh: ngày đầu kỳ kinh cuối + 7

Tháng dự kiến sinh: tháng có kỳ kinh cuối +9 (hoặc -3)

(+9 khi tháng còn kinh nhỏ hơn 4 và -3 khi tháng có kinh cuối cùng từ tháng 4 trở đi).

Tuổi thai tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối đến ngày dự tính sinh là tròn 40 tuần.

Ví dụ 1: Chị An đang có thai, ngày đầu của kỳ kinh cuối là 21/2/2003. Dự kiến ngày sinh của chị là:

Ngày dự sinh: 21+7=28

Tháng dự sinh: 2+9=11

Kết quả: Dự kiến sinh của chị An là 28/11/2003.

Ví dụ 2: Chị Lâm có thai, ngày đầu của kỳ kinh cuối là 28/8/2003. Dự kiến ngày sinh của chị là:

Ngày dự sinh: 28+7=35

Tháng dự sinh: 8-3=5

Kết quả: dự kiến ngày sinh của chị Lâm là 35/5/2004 hay 5/6/2004.

Trường hợp thai phụ nhớ ngày sinh theo âm lịch: vì các tháng âm lịch đủ chỉ có 30 ngày và tháng thiếu điều là 29 ngày, khác với dương lịch (tháng đủ 31, tháng thiếu 30; riêng tháng 2 hằng năm lại chỉ có 28 hoặc 29 ngày); vì thế công thức tính ngày dự sinh theo âm lịch như sau:

Ngày dự kiến sinh: ngày đầu kỳ kinh cuối (theo âm lịch) +15

Tháng dự kiến sinh: tháng có kỳ kinh cuối (theo âm lịch) +9 (hoặc -3)

Chú ý: Các năm nhuần âm lịch sẽ dôi ra hẳn 1 tháng chứ không như năm nhuần dương lịch chỉ dôi ra có một ngày (ngày 29/2). Vì thế khi tính ngày dự kiến sinh theo âm lịch cần chú ý xem trong năm đó hoặc năm sau có phải là năm nhuần không và nếu có thì nhuần vào tháng nào để tính được chính xác ngày tháng dự kiến.

2. Quản lý thai nghén

Quản lý thai nghén bao gồm 2 công việc là đăng ký thai nghén và theo dõi người có thai trong suốt quá trình thai nghén nhằm kịp thời phát hiện các nguy cơ có thể dẫn đến tai biến sản khoa để có biện pháp phòng ngừa và xử trí đúng đắng nhất.

2.1. Đăng ký thai nghén

Là lập danh sách toàn bộ số phụ nữ có thai tại 1 cơ sở do người hộ sinh phụ trách. Muốn làm được như vậy, phải phát hiện được người có thai và càng phát hiện sớm càng tốt. Để làm được việc phát hiện này, cần làm tốt công tác giáo dục sức khoẻ, truyền thông, tư vấn trong cộng đồng để người phụ nữ khi chậm kinh, hoặc nghi ngờ có thai là đến với cán bộ y tế. Mặt khác, phải xây dựng một mạng lưới y tế thôn bản và cộng tác viên hoạt động trong cộng đồng để giúp người hộ sinh công tác tại cơ sở nắm bắt tình hình kịp thời.

2.2. Công cụ quản lý thai nghén tại tuyến y tế cơ sở

Để quản lý được thai nghén tại cơ sở, cần có 4 công cụ để quản lý thai sau đây:

- Sổ đăng ký đồng thời là sổ khám thai.
- Phiếu khám thai hoặc phiếu theo dõi sức khoẻ bà mẹ tại nhà (nếu có).
- Ngăn kéo để lưu phiếu khám hoặc phiếu hẹn.
- Bảng theo dõi quản lý thai tại cơ sở.

2.2.1. Sổ khám thai

Là sổ đã được in sẵn do Bộ Y tế phát hành để thực hiện thống nhất trong cả nước. Sổ có 26 (hai mươi sáu) cột để ghi đăng ký và thăm khám, người hộ sinh sẽ ghi các số liệu và tình hình phát hiện được vào từng cột đó. Khi các thông tin được ghi đầy đủ, sổ khám thai sẽ giúp cán bộ y tế quản lý tốt sức khoẻ thai phụ và có thể đánh giá được chất lượng công việc mình làm.

2.2.2. Phiếu khám thai

Hiện nay, tuỳ từng địa phương, phiếu này có thể in với hình thức khác nhau, nhưng các thông tin chung trong các phiếu khám thai thường giống nhau. Phiếu dùng để ghi chép lại tình hình mỗi lần khám thai, từ tình trạng chung của thai phụ đến các số liệu nói lên sự diễn biến toàn thân, cũng như về thai nghén.

2.2.3. Ngăn kéo để lưu phiếu khám hay phiếu hẹn

Đây là một ngăn kéo có 12 ô, mỗi ô dùng để lưu phiếu khám (nếu khi khám thai được ghi trên 2 phiếu, một cho thai phụ giữ, một để lưu ở cơ sở y tế) hoặc phiếu hẹn khám của một tháng trong năm.

Trường hợp không có ngăn kéo 12 ô, có thể dùng 12 túi để đựng các phiếu theo từng tháng. Công cụ này giúp cho người hộ sinh theo dõi được sát sao tình hình khám thai định kỳ của từng thai phụ.

Giả sử đang ở tháng thứ 5, những thai phụ cần khám vào tháng 5 đều đã có phiếu trong ô hay túi tên tháng đó. Khi thai phụ tới khám, tìm phiếu lưu trong đó sẽ thấy và phiếu sẽ được ghi các thông tin sau khi đã khám. Tuỳ theo hẹn khám lần sau mà phiếu lưu này sẽ được để vào ô hay túi phù hợp.

Ví dụ có thai phụ cần khám lại sau 1 tháng, thì xếp phiếu vào ô tháng 6; nếu cần khám lại sau 3 tháng, thì xếp phiếu vào ô tháng 8 trong năm. Đến cuối tháng 5, nếu tất cả các phiếu trong ô đã được khám hết, tức là các thai phụ đã đến khám đầy đủ. Ngược lại, nếu còn sót lại một vài phiếu, có nghĩa những người đó chưa đến khám theo hẹn, cần được tìm hiểu nguyên nhân tại sao và phải vận động họ đến khám để không bỏ sót.

2.2.4. Bảng theo dõi quản lý thai tại cơ sở

Đây là một bảng lớn bằng gỗ hay bằng nhựa, kích thước khoảng 160 và 120 cm được kẻ thành 13 cột dọc, trong đó cột đầu tiên để ghi tên thôn, xóm và 12 cột sau để ghi tên tháng giêng đến tháng 12 của năm.

Các ô ngang, mỗi thôn 1 ô tuỳ theo số thôn xóm mà số ô ngang sẽ nhiều hay ít. Tại mỗi ô ngang tương ứng với thôn xóm và tháng (trong năm) sẽ được gắn vào đó các "con tôm" là một mảnh giấy nhỏ trên đó ghi tên, tuổi thai phụ của thôn xóm đó là tháng dự kiến đẻ của họ (đúng váo tháng của ô đó) cùng những chi tiết khác nếu cần thiết.

Dưới các ô ngang ghi thôn xóm là ô cộng ghi tổng số người được dự kiến sinh trong tháng.

Ô ngang cuối cùng trong bảng là ô sau đẻ, dành để dán các trường hợp đã sinh trong tháng, được bóc từ các ô phía trên đưa xuống.

"Con tôm" có thể làm bằng bìa có màu khác nhau, mỗi màu là một ký hiệu cho biết lần đẻ sắp tới của thai phụ Ví dụ thường dùng màu xanh cho người sẽ đẻ lần 1, màu vàng cho người đẻ lần 2, màu đỏ cho người đẻ lần 3 trở lên. Tốt nhất là dùng giấy thuộc loại chỉ cần bóc bỏ nền lót là có thể dán ngay lên bảng. Trường hợp bảng bằng bìa thì phải khâu đính sẵn trên các ô trong bảng, các khuyết bằng chỉ để có thể gài con tôm vào đó.

Nội dung ghi trên con tôm, tối thiểu phải có các thông tin sau; họ và tên thai phụ- tuổi- ngày đầu kinh cuối- ngày dự kiến sinh.

Lợi ích của bảng theo dõi quản lý thai là:

Biết được số sẽ sinh trong từng tháng, trên cơ sở đó đặt kế hoạch phục vụ, đặc biệt trong những tháng có thiên tai (bão, lũ lụt), đây sẽ là những đối tượng cần ưu tiên phục vụ và chăm sóc.

Có thể cho biết việc phát hiện thai nghén để đăng ký có sớm hay không.

Nếu đến hết tháng, số tôm vẫn còn lại trên bảng, thì phải xem nguyên nhân : thai phụ đã đẻ (ở nhà hoặc ở cơ sở khác); còn nếu chưa đẻ, thì có thể là thai đã quá hạn, cần được xử trí.

Tất cả 4 công cụ quản lý thai được thực hiện tốt sẽ là bằng chứng đánh giá chất lượng quản lý thai của cán bộ y tế cơ sở.

Bảng quản lý thai (trang dưới)

II.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Dấu hiệu hướng tới có thai, CHỌN CÂU SAI:

A. Trễ kinh.
B. Nôn ói.
C. Niêm mạc âm đạo sậm màu.
D. Thân tử cung to và mềm hơn.

2. Trong ba tháng đầu thai kỳ, phương pháp nào giúp chẩn đoán tuổi thai chính xác nhất, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Dựa vào kinh chót.
B. Khám âm đạo xác định độ lớn tử cung.
C. Đo BCTC.
D. Siêu âm.

3. Trong các phản ứng thử thai, phản ứng nào hiện nay được sử dụng nhiều nhất, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Phản ứng Galli-Manini
B. Phản ứng miễn dịch
C. Phản ứng miễn dịch phóng xạ
D. Phản ứng Friedman-Brouha

4. Triệu chứng cơ năng có giá trị nhất để chẩn đoán thai nghén < 20 tuần, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Người mệt mỏi
B. Mất kinh ở phụ nữ có tiền sử kinh nguyệt đều
C. Căng vú
D. Buồn nôn, nôn

5. Phương tiện nào thường được sử dụng nhất đẻ đo chiều cao tử cung, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Thước dây
B. Compa Baudelocque
C. Các khoát ngón tay
D. Tất cả các câu đều đúng

Xã ….. **BẢNG QUẢN LÝ THAI** năm…….

3.1 Cách làm bảng:

Tháng / Thôn	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A												
B												
C												
D												
Đ												
Cộng												
Phiếu hẹn	✉	✉	✉	✉	✉	✉	✉	✉	✉	✉	✉	✉
Sau đẻ												

Họ và tên: …….....
Tuổi:….PARA…..
KCC:…….....
DKS:…….....
Đã sinh ngày: ……

Phiếu hẹn
Bà:…….
Địa chỉ:……...
Ngày hẹn:……
Lý do hẹn:……..

Quản lý thai

Dán vào tháng DK sinh và sau khi đẻ bóc ra chuyển xuống ô sau đẻ

Bỏ phiếu hẹn vào bì hẹn thuộc tháng tương ứng

Ghi chú: các túi lưu phiếu hẹn thai phụ có thể gắn trên bảng quản lý thai theo từng tháng như hình minh hoạ

Bài 5
CHẨN ĐOÁN NGÔI- THẾ- KIỂU THẾ- ĐỘ LỌT CỦA THAI

I.Mục tiêu học tập:

1. Liệt kê được các loại ngôi và mốc của ngôi thai.

2. Trình bày được cách khám bốn thủ thuật.

3. Tập hợp được các triệu chứng để chẩn đoán được ngôi - thế - kiểu thế của các loại ngôi thai.

Vào thời điểm bắt đầu chuyển dạ, vị trí của thai nhi trong tử cung là yếu tố quan trọng trong tiên lượng cuộc đẻ. Gần đến ngày sinh hoặc trong khi chuyển dạ, thông thường thai nhi nằm dọc tử cung (chiều của thai), đầu xuống dưới (ngôi thai), chỏm cúi gập vào cổ (mức độ cúi của thai), chẩm nằm về phía trước trong tiểu khung (kiểu thế). Bốn thành tố: ngôi, chiều, độ cúi, thế và kiểu thế được sử dụng để mô tả tư thế của thai nhi so với người mẹ. Có khoảng 5% các trường hợp vị trí thai không theo hình thái thông thường và được gọi là ngôi thai bất thường. Ngôi thai bất thường đi kèm theo việc tăng nguy cơ cho cả mẹ và thai nhi.

1. ĐỊNH NGHĨA

1.1. Ngôi

1.1.1 Ngôi:

là phần thai nhi trình diện trước eo trên trong khi có thai hoặc khi chuyển dạ.

Có hai loại ngôi cơ bản sau:

- *Ngôi dọc*: khi trục dọc của thai nhi cùng trục với trục tử cung của người mẹ. Có hai loại ngôi dọc:

+ Ngôi đầu: đầu thai nhi trình diện trước eo trên . Ngôi đầu được chia ra thành các loại: ngôi chỏm (chẩm), ngôi trán và ngôi mặt tuỳ thuộc vào mức độ cúi của đầu thai nhi.

+ Ngôi mông (ngôi ngược): mông thai nhi trình diện trước eo trên. Ngôi mông được chia thành: ngôi mông hoàn toàn hay còn gọi là ngôi mông đủ (khớp háng và gối gấp, mông trình diện), ngôi mông không hoàn toàn, còn gọi là ngôi mông thiếu (kiểu mông, kiểu đầu gối và kiểu chân).

- *Ngôi ngang*: khi trục dọc của thai nhi vuông góc hoặc bắt chéo với trục tử cung của người mẹ.

Ngoài ra còn có thể gặp ngôi phức hợp.

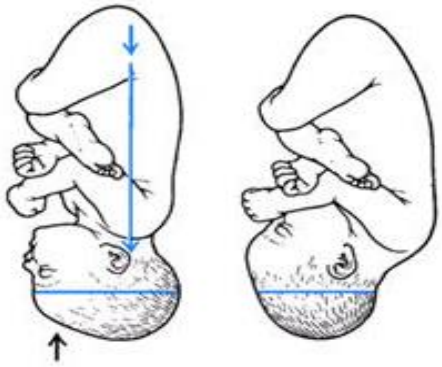
1.1.2 Mốc của ngôi: mỗi loại ngôi thai có một điểm mốc, dựa vào điểm mốc đó để phân biệt các loại ngôi thai.

+ Ngôi chỏm: mốc là xương chẩm.
+ Ngôi mặt: mốc là mõm cằm.
+ Ngôi trán: mốc là gốc mũi.
+ Ngôi ngang: mốc là mõm vai.
+ Ngôi mông: mốc là đỉnh của xương cùng.

1.2. Độ cúi

Độ cúi bình thường của ngôi chỏm trong cuộc chuyển dạ là đầu cúi hoàn toàn, cằm của thai nhi gập sát vào phần trên của ngực để cho phần chẩm được trình diện

trước. Nếu đầu không cúi hết sẽ đưa đến tình trạng ngôi trán và cổ ngửa ra sẽ đưa đến tình trạng ngôi mặt.



Hình 1. Độ cúi của đầu trong ngôi chỏm.

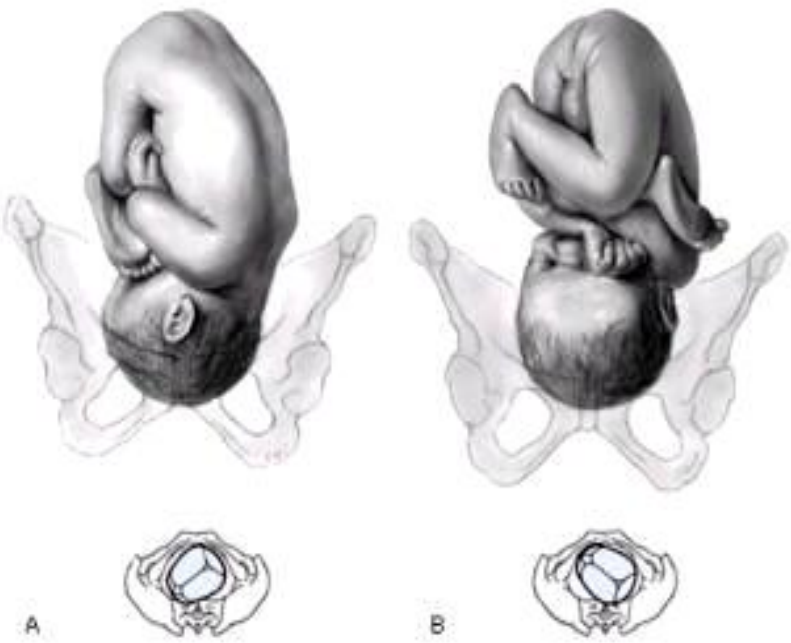
1.3. Thế

Thế là tương quan giữa điểm mốc của ngôi thai với bên phải hoặc bên trái của người mẹ hay nói rõ hơn là bên phải hoặc bên trái của khung chậu người mẹ. Vậy mỗi ngôi có hai thế: thế phải và thế trái.

1.4. Kiểu thế

Kiểu thế là mối tương quan giữa điểm mốc của ngôi thai với vị trí trước-sau của khung chậu người mẹ. Như vậy phần trình diện của thai có thể nằm ở phía Trước/Sau, bên Trái/Phải và tạo ra 6 kiểu thế lọt cho một ngôi thai.

Ví dụ ngôi chỏm, có thể có các kiểu thế lọt sau đây, tính theo chiều kim đồng hồ: chẩm trái trước, chẩm trái ngang, chẩm trái sau , chẩm phải sau, chẩm phải ngang, chẩm phải trước;



Hình 2. Ngôi đầu - A.Chẩm trái trước B.Chẩm trái sau

Khi ngôi đã xuống eo giữa và eo dưới thì tuỳ theo cơ chế đẻ và điểm mốc của ngôi so với khung chậu của người mẹ ta có 2 kiểu thế sổ sau đây:

- Ngôi chỏm có hai kiểu thế sổ đó là chẩm trước và chẩm sau tùy theo chẩm ở phía xương mu hay phía xương cùng.

- Ngôi mặt có một kiểu thế sổ đó là cằm trước và một kiểu thế không sổ được đó là cằm sau.

- Ngôi mông có hai kiểu thế sổ đó là cùng ngang trái và cùng ngang phải.

- Ngôi trán và ngôi ngang không có kiểu thế sổ vì không lọt xuống eo dưới được.

2. CHẨN ĐOÁN NGÔI, THẾ, KIỂU THẾ

Có nhiều phương pháp thăm khám để chẩn đoán ngôi, thế và kiểu thế: Sờ nắn, kết hợp nghe tim thai, khám âm đạo. Trong những trường hợp khó có thể áp dụng thêm các phương tiện cận lâm sàng như: X quang hoặc siêu âm.

2.1. Sờ nắn bụng

Để biết vị trí các phần của thai nhi, việc sờ nắn có vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán ngôi thế. Thai phụ nằm ngửa, hai chân chống để đùi tạo với mặt giường một góc 45^0, làm các cơ bụng chùng dễ nắn hơn. Áp dụng bốn thủ thuật của Léopold, người khám đứng bên phải sản phụ, nắn lần lượt từ thủ thuật 1, 2, 3; đến thủ thuật 4 thì xoay nhìn về phía chân của sản phụ.

- **Thủ thuật thứ nhất**: nắn cực trên (đáy tử cung) để biết ở đáy tử cung là đầu hay là mông của thai nhi. Nếu sờ được một khối có chỗ rắn chỗ mềm, không tròn, ít di động đó là mông. Nếu sờ được một khối rắn chắc, tròn đều, dễ di động có dạng đá cục đó là đầu của thai nhi.

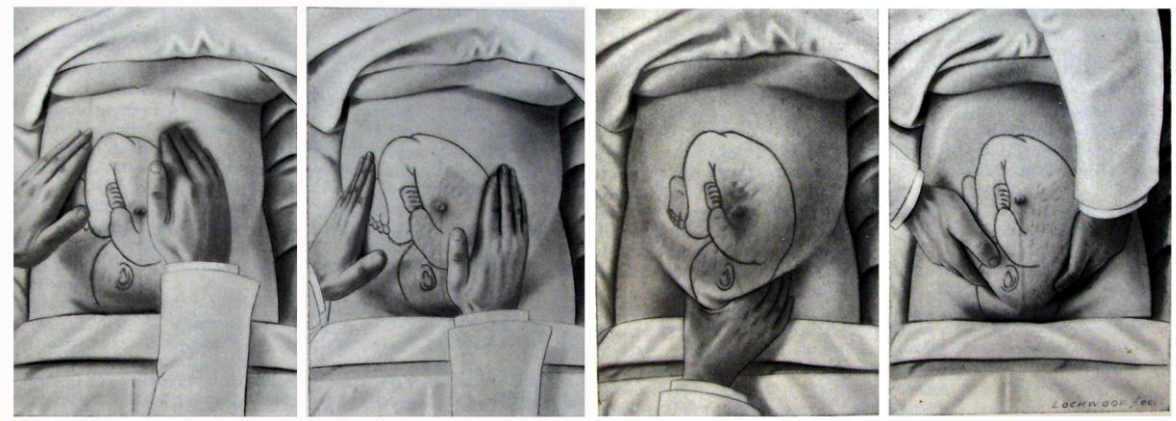
- **Thủ thuật thứ hai:** nắn nhẹ nhàng nhưng sâu hai bên bụng, để xác định bên nào là lưng, bên nào là chi của thai nhi. Nếu sờ được một diện phẳng, rắn, đều đó là lưng; đối diện với lưng nắn thấy lổn nhổn những khối to nhỏ khác nhau di động dễ, có khi nắn mạnh thấy phần thai nhi mất đi rồi hiện lại đó là tay chân của thai nhi.

- **Thủ thuật thứ ba:** Nắn cực dưới để biết có đầu hay mông, dựa vào các tính chất như nắn cực trên của tử cung. Nếu không sờ thấy gì ta nói hạ vị rỗng và xác định đó là trường hợp ngôi ngang.

- **Thủ thuật thứ bốn:** Người khám xoay mặt về phía chân của sản phụ:

+ Dùng một bàn tay ấn sâu xuống bờ trên xương vệ, khi ngôi còn cao thì bàn tay người khám ấn xuống dễ.

+ Dùng hai bàn tay ấn dọc hai bên cực dưới của tử cung. Khi đầu chưa lọt hai bàn tay có hướng hội tụ vào nhau, khi đầu đã lọt hai bàn tay hướng ra ngoài không thể chạm vào nhau được.



Thủ thuật 1 Thủ thuật 2 Thủ thuật 3 Thủ thuật 4

Hình 3. Khám 4 thủ thuật Leopold

2.2. Khám âm đạo

Trong lúc chuyển dạ, cổ tử cung đã mở một phần hoặc toàn bộ, khám âm đạo sẽ cung cấp cho ta các yếu tố hữu ích giúp ta chẩn đoán chính xác ngôi - thế - kiểu thế.

Trong ngôi chỏm phải xác định rãnh liên đỉnh và các thóp, nhất là thóp sau ở đâu so với các điểm mốc của khung chậu của người mẹ. Trong ngôi mặt cần xác định cho được vị trí của cằm, trong ngôi mông cần xác định cho được vị trí đỉnh xương cùng và hai ụ ngồi của thai nhi hoặc chân của thai nhi nếu là ngôi mông kiểu ngồi xổm.

2.3. Nghe tim thai

Tim thai được nghe rõ ở lưng của thai nhi, tự nó không giúp ta chẩn đoán được ngôi, thế, kiểu thế, nhưng giúp hỗ trợ cho những kết quả tìm thấy khi nắn bụng.

Ví dụ: Trong ngôi chỏm thì tim thai nghe rõ ở dưới rốn của bà mẹ và tim thai nghe rõ ở bên nào thì thế ở bên ấy, trong khi đó nếu là ngôi mông sẽ nghe rõ tim thai ở ngang hoặc phía trên rốn.

2.4. Siêu âm

Một biện pháp an toàn, chính xác, được sử dụng trong những trường hợp khó như sản phụ quá mập, thành bụng quá dày quá rắn chắc hoặc rau bám trước. Một đôi khi cũng phải sử dụng đến X quang để xác định vị trí, tư thế hoặc hình thể của thai nhi; song từ khi có siêu âm vai trò của X quang ngày càng ít.

BẢNG TÓM TẮT NGÔI THẾ KIỂU THẾ

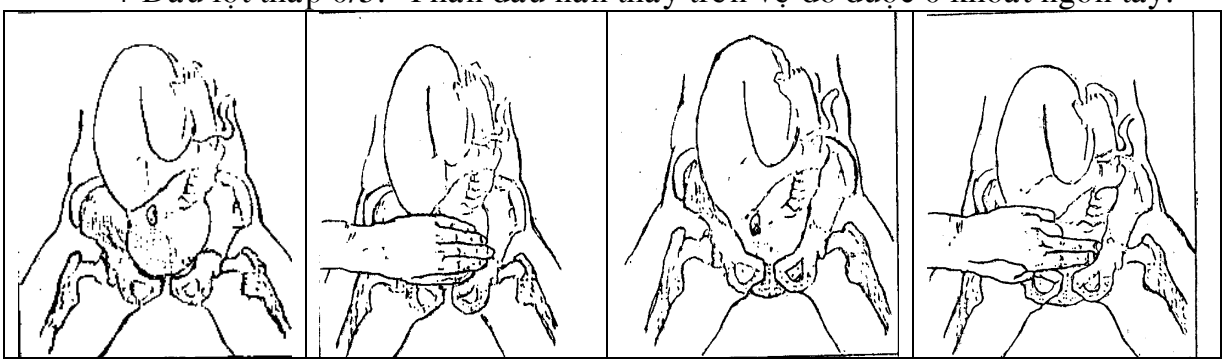
NGÔI	MỐC	THẾ	KIỂU THẾ--LỌT	KIỂU THẾ SỔ
Chỏm	Xương Chẩm	Trái Phải	Chẩm trái trước Chẩm trái ngang Chẩm trái sau Chẩm phải trước Chẩm phải ngang Chẩm phải sau	Chẩm trước Chẩm sau
Mông	Đỉnh xương cùng	Trái Phải	Cùng trái trước Cùng trái sau Cùng phải trước Cùng phải sau	Cùng ngang trái Cùng ngang phải
Mặt	Cằm	Trái Phải	Cằm trái trước Cằm trái ngang Cằm trái sau Cằm phải trước Cằm phải ngang Cằm phải sau	Cằm trước
Trán	Gốc mũi	Trái Phải	Không có	Không có kiểu thế sổ
Ngang	Mỏm vai	Trái Phải	Không có	Không có kiểu thế sổ

2.5.THEO DÕI ĐỘ LỌT

Nắn ngoài và thăm khám âm đạo bằng tay

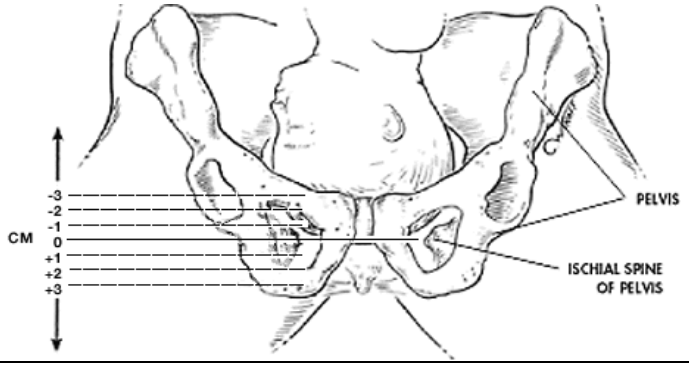
2.5.1.Sử dụng phương pháp nắn ngoài:

+ Đầu cao: 5/5: Phần đầu nắn thấy trên vệ đo được 5 khoát ngón tay.
+ Đầu chúc 4/5: Phần đầu nắn thấy trên vệ đo được 4 khoát ngón tay.
+ Đầu chặt 3/5: Phần đầu nắn thấy trên vệ đo được 3 khoát ngón tay.
+ Đầu lọt cao 2/5: Phần đầu nắn thấy trên vệ đo được 2 khoát ngón tay.
+ Đầu lọt vừa 1/5: Phần đầu nắn thấy trên vệ đo được 1 khoát ngón tay
+ Đầu lọt thấp 0/5: Phần đầu nắn thấy trên vệ đo được 0 khoát ngón tay.



Đầu cao 5/5 | Đầu chứa hết chiều ngang 5 ngón tay | Đầu lọt cao 2/5 | Đầu chứa hết chiều ngang 2 ngón tay

2.5.2.Khám trong:

Lọt là khi đường kính lọt của ngôi qua mặt phẳng eo trên. Độ lọt 0: đường kính lọt của ngôi trùng với mặt phẳng eo trên, trên lâm sàng tương ứng với điểm thấp nhất của ngôi (đỉnh đầu) trùng với mặt phẳng qua 2 gai hông.	

II.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Khi khám chuyển dạ một ngôi chỏm, xác định thóp sau ở vị trí 7 giờ thì kiểu thế của trường hợp này là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Chẩm chậu trái trước
B. Chẩm chậu phải trước
C. Chẩm chậu trái sau
D. Chẩm chậu phải sau

2. Trong bốn thủ thuật Léopold, thủ thuật thứ nhất nhằm mục đích, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Xác định cực thai nằm ở vùng đoạn dưới tử cung
B. Xác định cực thai nằm ở vùng đáy tử cung
C. Xác định thế của ngôi thai
D. Xác định lưng và các phần chi của thai

3. Sau khi khám bốn thủ thuật Léopold cho một sản phụ chuyển dạ , xác định được mông thai nhi ở đáy tử cung, đầu thai nhi ở đoạn dưới tử cung, các chi ở bên phải bụng mẹ. Ta có thể kết luận đây là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Ngôi chỏm, thế trái
B. Ngôi chỏm, thế phải
C. Ngôi đầu, thế phải
D. Ngôi đầu, thế trái

4. Khi xác định ngôi mặt, ta phải có điểm mốc của ngôi là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Thóp trước
B. Thóp sau
C. Gốc mũi
D. Cằm

5. Đường kính lọt của ngôi chỏm là đường kính hạ chẩm – thóp trước có kích thước, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 9cm
B. 11cm
C. 13cm
D. 9,5cm

Bài 6
CÁC DẤU HIỆU CHUYỂN DẠ
VÀ THEO DÕI CHĂM SÓC CHUYỂN DẠ

I.MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Định nghĩa được chuyển dạ
2. Kể được các giai đoạn của chuyển dạ
3. Nêu 3 triệu chứng và 3 triệu chứng thực thể để chẩn đoán chuyển dạ về lâm sàng
4. Mô tả 8 nội dung phải làm khi theo dõi chuyển dạ ở giai đoạn 1
5. Tư vấn cho thai phụ và gia đình về chế độ ăn uống, vệ sinh, vận động, cách thở khi chuyển dạ
6. Lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc thai phụ khi theo dõi chuyển dạ

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 nhau đã sổ ra ngoài.

Thời điểm chuyển dạ đối với con người thường xảy ra vào ngày thứ 280 kể từ ngày đầu của thời kỳ kinh cuối (có thể lên xuống 7-10 ngày). Lúc đó thai nhi đã trưởng thành và có khả năng sống độc lập ngoài tử cung.

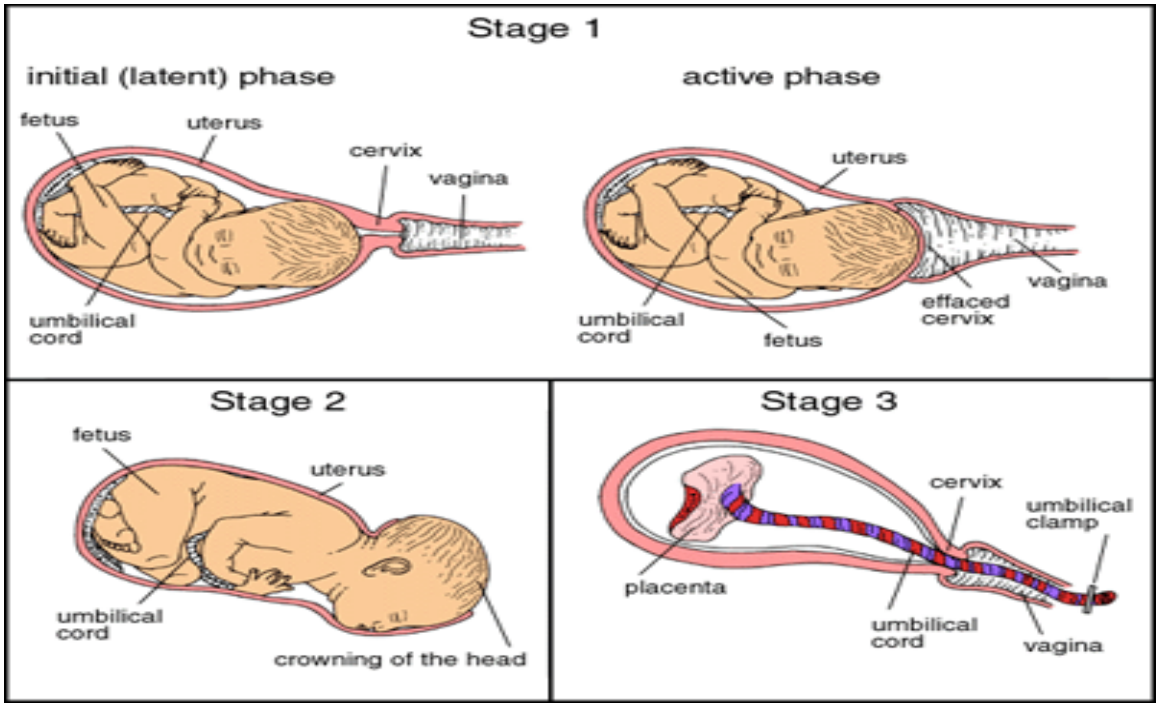
1.CÁC GIAI ĐOẠN CỦA MỘT CUỘC CHUYỂN DẠ

GĐ 1 = giai đoạn xóa mở cổ tử cung: tính từ khi có cơn co chuyển dạ cho tới khi cổ tử cung mở hết. Giai đoạn này chia làm 2 pha:

- Pha tiềm tàng: từ khi có cơn co chuyển dạ cho tới khi cổ tử cung mở <3 cm, thời gian bình thường không quá 8 giờ.
- Pha tích cực: từ khi cổ tử cung mở 3 cm cho tới khi cổ tử cung mở hết, thời gian bình thường không quá 7 giờ.

GĐ 2 = giai đoạn sổ thai: từ khi cổ tử cung mở hết cho đến lúc thai sổ, thời gian bình thường không quá 60 phút.

GĐ 3 = giai đoạn sổ nhau: từ khi thai sổ cho đến lúc nhau sổ, thời gian bình thường không quá 30 phút.



Các giai đoạn của một cuộc chuyển dạ

2.CƠN CO TỬ CUNG

Trong những tháng cuối của thai kỳ, thai phụ cảm thấy có những cơn co nhẹ đó là cơn co sinh lý Braxton-Hicks, cơn co này không đau và không đều.

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

Khi bắt đầu chuyển dạ, sự co bóp của cơn co tử cung trở thành đều đặn và làm cho sản phụ cảm thấy đau.

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. Cường độ

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

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

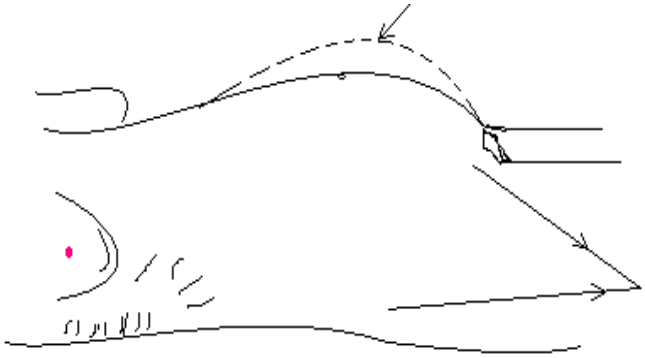
2.1.4.Nhận định cơn co tử cung trên lâm sàng

- Cơ năng: 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 trôn 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 thân 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 rút ngắn lại 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: 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 (tuỳ 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

- 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
- Cơn co thành bụng có thể điều khiển theo ý muốn (Cần hướng dẫn cách rặn) Cơn rặn tuỳ thuộc sức khoẻ, 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

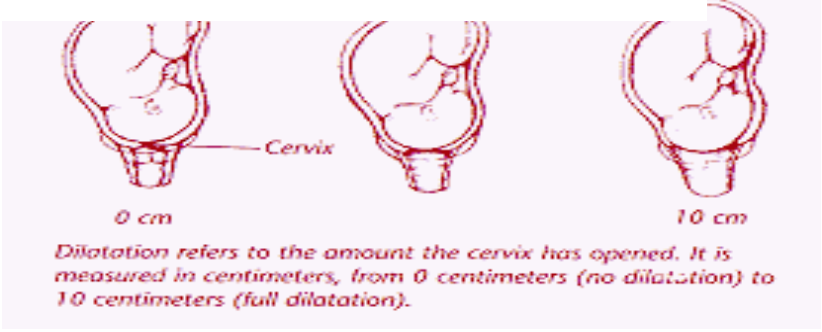
4.1.1.Thành lập, mở rộng đoạn dưới

- Những cơn co sinh lý của tháng cuối và cơn co khi chuyển dạ làm đoạn dưới tử cung (eo 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, và nếu đoạn dưới thành lập tốt sẽ giúp ngôi thai chuẩn bị lọt tốt.

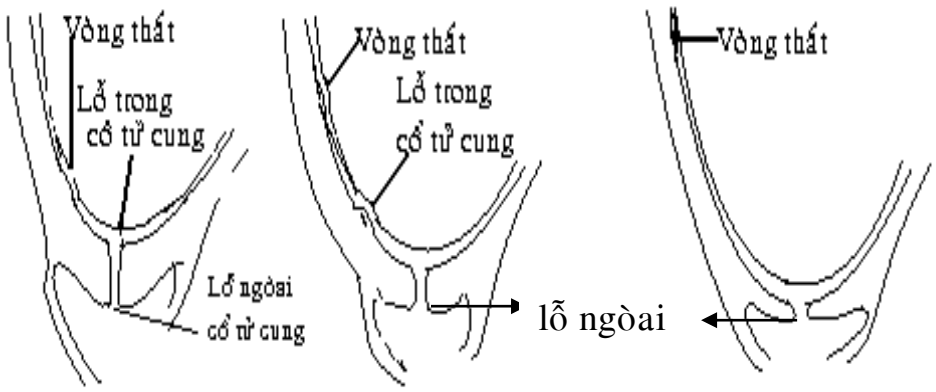
4.1.2.Xoá mở cổ tử cung

- 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 là lỗ ngoài.
- Mở: Là hiện tượng lỗ ngoài giãn dần đến lúc không còn lỗ ngoài (Mở hết = 10 cm) làm cho buồng tử cung thông thẳng với âm đạo.

Xóa cổ tử cung: tính từ 0% - 100%



Mở cổ tử cung: từ 0 cm – 10 cm



Sự xóa mở cổ tử cung

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

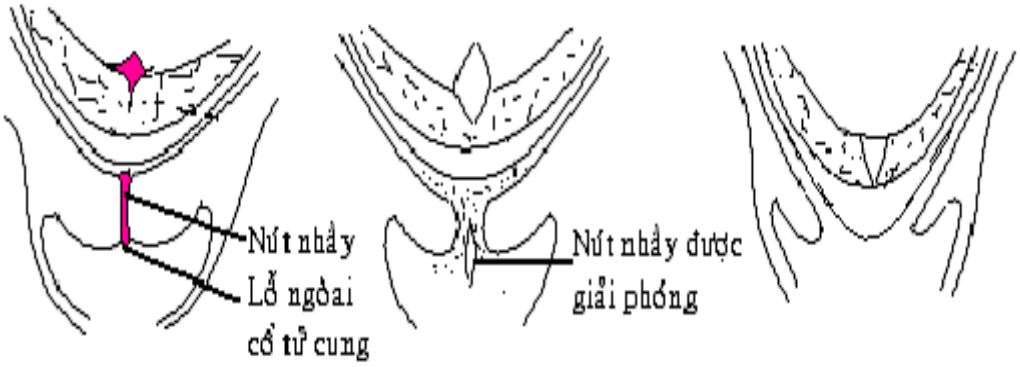
4.1.3.Thay đổi ở âm đạo, âm hộ, tầng sinh môn

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 cơn co tử cung, nước ối được cơn co đẩy dần xuống làm màng ối chỗ cổ tử cung mở phình ra, gọi là đầu ối (Túi ối).



Sự thành lập đầu ối

- Hình thể ối

+ *Det*: Màng ối sát đầu, thường gặp trong ngôi chỏm đầu bình chỉnh tốt- Khoang ối trước và khoang ối sau được ngôi ngăn cách.

+ *Phồng*: 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 đàn hồi.

- Nhiệm vụ của ối

+ Xoá mở cổ tử cung

+ Bảo vệ thai trước các cơn co tử cung

+ Chống nhiễm khuẩn

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 huyết thanh thẫm 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 huyết thanh càng lớn chứng tỏ chuyển dạ càng kéo dài.

5.CHUYỂN 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.
- 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: do đầu chèn vào các tĩnh mạch vùng chậu
- Yếu sức: làm những việc bình thường không có sức làm

5.2.Dấu hiệu chuyển dạ.

5.2.1.Về cơ năng

- Đau bụng từng cơn, tăng dần về thời gian và mức đau

- Ra chất nhầy : do nút nhầy ở cổ tử cung được đẩy ra, có thể ra vài giọt máu do cổ tử cung xoá mở.

- Ra nước : nếu vỡ ối.

5.2.2.Về thực thể.

- Cơn co tử cung

- Cổ tử cung xoá mở

- Đầu ối thành lập

5.3.Chẩn đoán chuyển dạ

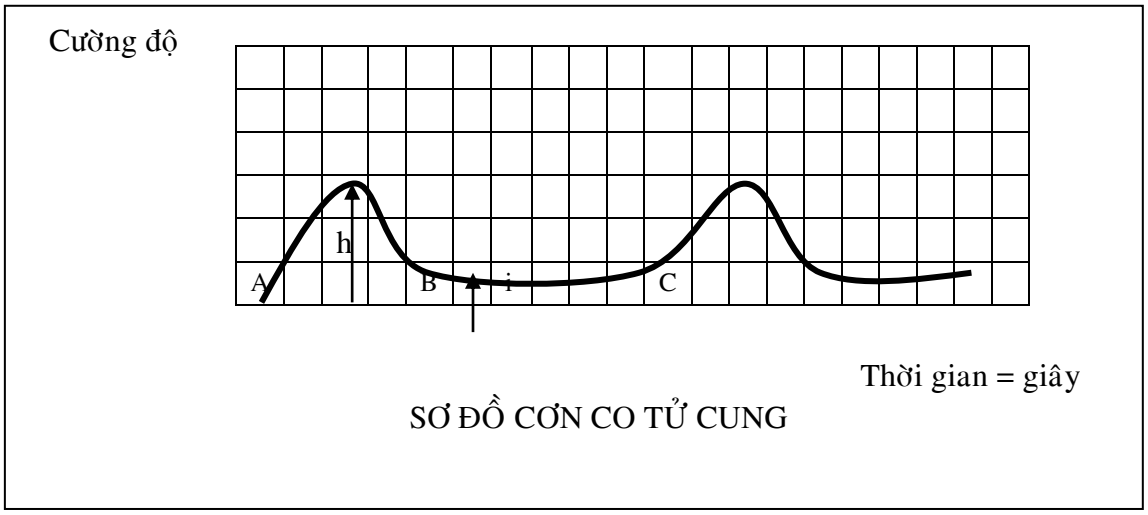
Dựa vào 3 triệu chứng cơ năng và 3 triệu chứng thực thể kể trên

Hiện nay, dấu hiệu cơn co tử cung 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

6.1.THEO DÕI CƠN CO TỬ CUNG

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



SƠ ĐỒ CƠN CO TỬ CUNG

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

- AB = Thời gian 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 = Thời gian nghỉ (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.

Thí dụ: AC = 30 giây, BC = 3 phút. AC = 3 phút 30 giây. Tần số cơn co lúc này là 10 chia cho 3.5 khoảng bằng 3

- h: là cường độ của cơn co được đo bằng mmHg. Dưới 20 mmHg là cơn co nhẹ, từ 20 – 40 mmHg là cơn co vừa, trên 40 mmHg là cơn co mạnh. Trên lâm sàng số đo này tương ứng với số giây của một 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. (10mmHg). 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 một 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.

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.

6.2.THEO DÕI TIM THAI

6.2.1.Phương tiện.

- Đồng hồ có kim giây
- Ống nghe tim thai.
- Thường động tác nghe tim thai được làm ngay sau khi theo dõi cơn co

6.2.2.Cách nghe tim thai

- Giải thích về công việc sẽ làm
- Nắn tìm mỏm 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.

6.3.THEO DÕI XOÁ MỞ CỔ TỬ CUNG

Cách nhận định và theo dõi xoá 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 50%, nếu còn 0 cm thì xoá hết.

- *Cổ tử cung mở*: Được đo bằng 2 ngón tay thăm khám âm đạo.

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

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

6.4.THEO DÕI ỐI

- Khi ối còn:

  + Nhận định hình thù: Ối dẹt hay phồng

  + Màng ối dày hay mỏng

  + Có gì khác lạ: dây rốn, bánh nhau...?

- Khi vỡ ối:

  + Cần ghi giờ và theo dõi số giờ khi 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.THEO DÕI NGÔI

Nắn ngoài và thăm khám âm đạo, cần xác định:

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

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

6.6.THEO DÕI ĐỘ LỌT

Nắn ngoài và thăm khám âm đạo bằng tay

6.6.1.Sử dụng phương pháp nắn ngoài:

+ Đầu cao: 5/5: Phần đầu nắn thấy trên vệ đo được 5 khoát ngón tay.

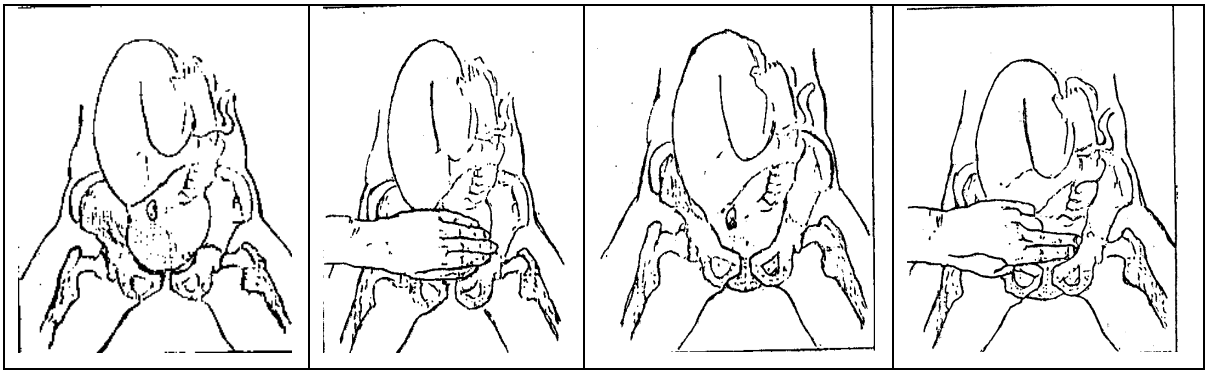
+ Đầu chúc 4/5: Phần đầu nắn thấy trên vệ đo được 4 khoát ngón tay.

+ Đầu chặt 3/5: Phần đầu nắn thấy trên vệ đo được 3 khoát ngón tay.

+ Đầu lọt cao 2/5: Phần đầu nắn thấy trên vệ đo được 2 khoát ngón tay.

+ Đầu lọt vừa 1/5: Phần đầu nắn thấy trên vệ đo được 1 khoát ngón tay

+ Đầu lọt thấp 0/5: Phần đầu nắn thấy trên vệ đo được 0 khoát ngón tay.

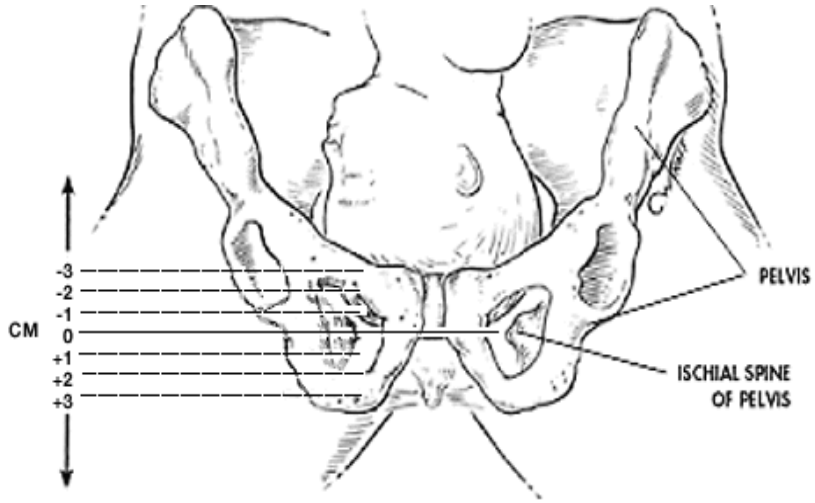


Đầu cao 5/5 | Đầu chưa hết chiều ngang 5 ngón tay | Đầu lọt cao 2/5 | Đầu chưa hết chiều ngang 2 ngón tay

6.6.2.Khám trong:

Lọt là khi đường kính lọt của ngôi qua mặt phẳng eo trên.

Độ lọt 0: đường kính lọt của ngôi trùng với mặt phẳng eo trên, trên lâm sàng tương ứng với điểm thấp nhất của ngôi (đỉnh đầu) trùng với mặt phẳng qua 2 gai hông.



6.7.THEO DÕI CÁC DẤU HIỆU SINH TỒN CỦA NGƯỜI MẸ

- Cách đo mạch, huyết áp, thân nhiệt giống như trong điều dưỡng chung.
- Trong chuyển dạ, các dấu hiệu sống của người mẹ phải ổn định ở mức bình thường

6.8.THEO DÕI GIỜ CHUYỂN DẠ. (Có 4 loại giờ)

6.8.1.Giờ chuyển dạ bắt đầu từ các dấu hiệu đau, ra chất nhầy

6.8.2.Giờ theo dõi tại cơ sở y tế, tính từ khi vào.

6.8.3.Giờ trong ngày (Ghi theo 24/24)

6.8.4.Giờ chuyển dạ thật: tính từ khi tần số cơn co là 2 và thời gian mỗi cơn co từ 20 giây. Các loại giờ thường không khác nhau mấy nhưng để tính chuyển dạ kéo dài, phải căn cứ vào giờ chuyển dạ thật để không nhầm với chuyển dạ giả (có cơn co nhưng cơn co không theo qui luật tăng dần về tần số và cường độ)

6.9.THEO DÕI GIAI ĐOẠN 2 (Sổ thai)

Xem bài "Đỡ sanh"

6.10.THEO DÕI GIAI ĐOẠN 3. (Sổ nhau)

Xem bài "Đỡ nhau và kiểm tra nhau"

Tóm tắt các yếu tố cần theo dõi trong chuyển dạ

Yếu tố	Pha tiềm tàng	Pha tích cực
Mạch	1 giờ	1 giờ
Huyết áp	1 giờ	1 giờ
Thân nhiệt	4 giờ	4 giờ
Cơn co tử cung	1 giờ	30 phút
Tim thai	1 giờ	30 phút
Xoá mở tử cung	4 giờ	1-2 giờ
Ối	4 giờ	1-2 giờ
Ngôi	4 giờ	1-2 giờ
Độ lọt	4 giờ	1-2 giờ

7.CÁC TRƯỜNG HỢP CHUYỂN DẠ KHÔNG BÌNH THƯỜNG

(Cần mời bác sỹ hoặc chuyển tuyến)

- Mạch: trên 90 lần/1 phút hoặc dưới 60 lần/ phút
- Huyết áp: + Tâm thu trên 140 mmHg hoặc dưới 90 mmHg
  + Tâm trương trên 90 mmHg hoặc dưới 60 mmHg
- Thân nhiệt: 38^0C trở lên
- Toàn trạng: mệt mỏi, khó thở
- Tim thai:
  + Tần suất trên 160 lần/1 phút hoặc dưới 120 lần/phút
  + Nhanh chậm không đều
- Nước ối có lẫn phân su hoặc máu.
- Có dấu hiệu nhiễm khuẩn ối

- Cơn co tử cung bất thường: Quá dài (trên 60 giây), quá ngắn (dưới 20 giây), quá mau (tần số trên 5)
- Cổ tử cung mở chậm: + Pha tiềm tàng: trên 8 giờ
  + Pha tích cực mở dưới 1 cm/1 giờ.
- Bất tương xứng: đầu không lọt, chồng xương
- Các bệnh toàn thân nặng
- Tiền sản giật, sản giật
- Chảy máu trong khi chuyển dạ.
- Ngôi bất thường, đa ối, đa thai.

II.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Điều nào sau đây KHÔNG ĐÚNG về dấu hiệu của chuyển dạ:

A. Cơn co tử cung đều đặn, gây đau.
B. Ngôi thai đã lọt.
C. Cổ tử cung xoá, mở
D. Thành lập đầu ối.

2. Vào giai đoạn rặn sổ, phải theo dõi tim thai, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 30 phút nghe 1 lần.
B. 15 phút nghe 1 lần
C. 5 phút nghe 1 lần
D. Nghe sau khi kết thúc mỗi cơn rặn.

3. Chọn tình huống thường xảy ra nhất :Khi tuổi thai > 38 tuần, thai phụ thấy ra chất nhầy có màu hồng, có thể nghĩ đến:

A. Dấu hiệu của rau tiền đạo bám thấp.
B. Dấu hiệu của chuyển dạ.
C. Dấu hiệu của rau bong non.
D. Dấu hiệu của thai chết lưu.

4. Đầu ối được thành lập vào thời điểm, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Từ tuần thứ 36 của thai kỳ.
B. Từ tuần thứ 38 của thai kỳ.
C. Khi tiền chuyển dạ.
D. Khi bắt đầu chuyển dạ

5. Điều nào sau đây đúng trong sự xóa mở cổ tử cung ở người con so, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Xóa xong mới mở

B. Vừa xóa vừa mở
C. Mở xong mới xóa
D. Không xóa chỉ mở

Bài 7

SUY THAI VÀ HỒI SỨC SƠ SINH NGAY SAU ĐẺ

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Kể được 4 nhóm nguyên nhân dẫn đến suy thai
2. Kể được các dấu hiệu bất thường về tiếng tim thai và nước ối để chẩn đoán suy thai
3. Chẩn đoán và phân loại được ngạt sơ sinh bằng chỉ số apgar
4. Kể được trình tự hồi sức đối với trẻ ngạt

1. SUY THAI

Là một thuật ngữ sản khoa dùng để chỉ tình trạng sự sống của thai nhi bị đe doạ, thường là do thiếu oxy.

1.1.Nguyên nhân suy thai.

Về phía thai

- Thai suy dinh dưỡng, kém phát triển.
- Già tháng.
- Dị dạng.
- Xung khắc máu mẹ và con.

Phần phụ của thai.

- Nhau tiền đạo chảy máu.
- Nhau bong non.
- Bánh nhau xơ hoá trong trường hợp thai già tháng.
- Vỡ ối non, vỡ ối sớm, nhiễm khuẩn ối.
- Sa dây rốn.

Về phía người mẹ.

- Rối loạn cơn co tử cung (tử cung bóp chặt thai)
- Những bệnh làm người mẹ thiếu Oxy: suy tim, thiếu máu, lao phổi, nhiễm khuẩn, nhiễm độc cấp tính.

Do thầy thuốc.

- Dùng thuốc tăng co không đúng chỉ định, quá liều.

1.2.Triệu chứng lâm sàng.

1.2.1. Thay đổi nhịp tim thai.

Nếu dùng ống nghe một tai và đặt đúng ổ tim thai (mỏm vai), nghe trong lúc không có cơn co ta sẽ thấy:

Dấu hiệu	Bình thường	Bất thường (suy tim)	
		Suy nhanh	Suy chậm
Nhịp tim thai	120-160 lần/phút	Trên 160 lần/phút	Dưới 120 lần/phút
Tiếng tim	Đều, rõ	Không đều, xa xăm	

Yêu cầu đặt ra là:

- Phải đếm trong cả một phút.
- Không bỏ qua một nhịp nào vì từ 161 trở lên và 119 trở xuống được coi là có suy thai.
- Nghe ngoài cơn co.
- Nếu nghi có suy thai, phải nghe đủ 3 lần (cũng ngoài cơn co) rồi mới chẩn đoán. Thay ống nghe gỗ, người hộ sinh có thể dùng máy nghe tim thai.

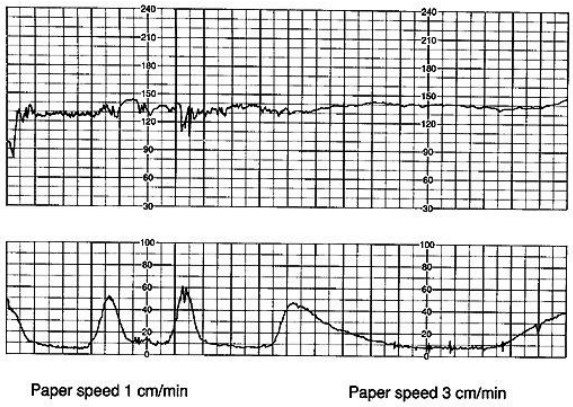
1.2.2. Thay đổi về nước ối (màu, mùi)

- Khi thai thiếu ôxy, cơ vòng hậu môn giãn, ruột tăng nhu động đẩy phân su ra ngoài làm nước ối có màu.
  - Khi mới ra phân su nước ối có màu xanh (chứng tỏ thai mới suy)
  - Sau một thời gian, nếu nguyên nhân suy thai được khắc phục thì nước ối chỉ còn màu vàng (chứng tỏ đã có lúc suy thai).
  - Nếu xung khắc máu giữa mẹ và con, do xuất hiện sắc tố mật (bilirubin) nước ối sẽ có màu hoàng kim.
  - Nếu thai chết lưu, nước ối sẽ có màu nâu.
  - Nếu có màu đỏ, ngoài các nguyên nhân chảy máu 3 tháng cuối có thể là rách mạch tiền đạo của bánh nhau.
- Khi vỡ ối sớm, buồng tử cung thông thẳng với buồng âm đạo gây ra nhiễm khuẩn ngược dòng
- Về sinh học sau vỡ ối 6 giờ có thể coi đã có nhiễm khuẩn ối nhưng về lâm sàng còn tuỳ thuộc số cơn co tử cung, số lần thăm khám và mức vô khuẩn sản khoa được thực hiện. Thân nhiệt tăng cũng là một biểu hiện của nhiễm khuẩn ối với dấu hiệu lâm sàng là nước ối hôi và suy thai.
- Khi ối còn, có thể soi ối để xem nước ối có màu hay không.

1.3.Phát hiện suy thai bằng máy ghi cơn co – tim thai

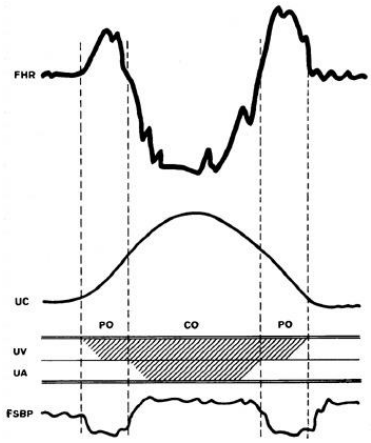
- Cách ghi này cho phép theo dõi tim thai liên tục, rất tốt cho các trường hợp có nguy cơ cao về suy thai. Phần lớn các máy được thiết kế để theo dõi ở tư thế nằm nhưng cũng có loại có đầu dẫn vô tuyến, cho phép thai phụ có thể đi lại được.

Đọc kết quả:

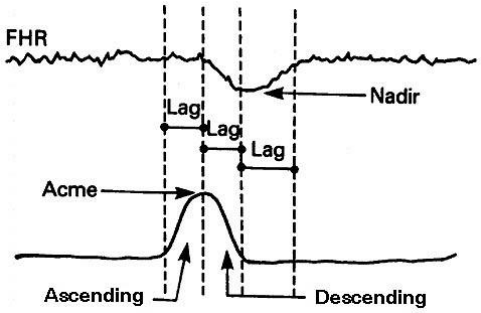


Nhịp tim thai bình thường

Giao động nhịp



Chậm sớm



Chậm muộn

- Nhịp tim thai giữa 2 cơn co:
    - Bình thường: 120-160 lần/phút.
    - Nhanh vừa: 161-180
    - Nhanh rõ rệt: >180
    - Chậm vừa: 119-100
    - Chậm rõ rệt: <100
- Giao động nhịp: thường là trên 5 nhịp, giao động giảm có thể do thai ngủ, mẹ sử dụng thuốc an thần nhưng thường không tồn tại tới 30 phút nếu lâu hơn là bất thường.

- Thay đổi nhịp theo cơn co
    - Chậm sớm: khi cơn co lên đến đỉnh cũng là lúc nhịp tim thai chậm nhất – được ví như hình trong gương của cơn co
    - Chậm muộn: đã hết cơn co, nhịp tim thai mới chậm lại. Chậm càng muộn suy thai càng nặng
    - Hình ảnh chậm bất định: có thể chậm sau hoặc ngoài cơn co thường do dây rốn quấn cổ hoặc sa dây rốn.

1.4.Xử trí suy thai

1.4.1.Xử trí nguyên nhân

- Tìm nguyên nhân gây suy thai để xử trí.

1.4.2.Xử trí triệu chứng

- Cho người mẹ nằm nghiêng trái.
- Cho thở O_2 (nếu thai suy nặng cần dùng chụp thở).
- Tiêm Glucoza ưu trương (ít nhất 60ml dung dịch 20% tiêm tĩnh mạch).
- Trợ tim.
- Cho kháng sinh (khi có nhiễm khuẩn ối).
- Tiêm nhỏ giọt tĩnh mạch mẹ dung dịch Natri bicarbonat 150ml.

1.4.3.Xử trí sản khoa

- Nếu đang đẻ chỉ huy, phải khoá dây truyền ngay.
- Có thể cho thuốc giảm co nếu cơn co quá mạnh.
- Lấy thai ra sớm.

    + Forceps nếu đầu đã lọt.

    + Mổ lấy thai nếu không có điều kiện lấy thai nhanh

2. HỒI SỨC SƠ SINH

2.1.Lượng giá trẻ ngay sau đẻ và vấn đề hồi sức sơ sinh

Cách lượng giá đơn giản và chính xác trẻ ngay sau đẻ là tính chỉ số apgar với 5 nội dung.

2.1.1. Nhịp tim: dùng ống nghe, đếm trong 30 giây. Cần đếm nhanh, có thể đếm trong 6 giây và thêm vào sau một số 0.

2.1.2. Thở: được quan sát cùng lúc đếm nhịp tim đánh giá bằng mắt nhìn hoặc ống nghe nếu thở nông

2.1.3. Trương lực cơ: mức co lại khi duỗi thẳng chi .

2.1.4. Phản xạ: đáp ứng của trẻ khi kích thích lỗ mủi hoặc gan bàn chân .

2.1.5. Màu da: hồng , tím , trắng bệch

BẢNG CHỈ SỐ APGAR

Nội dung	2	1	0
Nhịp tim	Trên 100 lần/phút	Dưới 100lần/phút	Không có
Hô hấp	Khóc to	Thở yếu, khóc yếu	Không thở
Trương lực cơ	++	+	Không
Phản xạ	++	+	Không
Màu da	Hồng toàn thân	Tím đầu chi, quanh môi	Tim tái toàn thân hoặc trắng

Tổng điểm của 5 nội dung trên được gọi là chỉ số APGAR.

- Nếu chỉ số apgar 7 – 10 điểm là trung bình: không cần hồi sức. Chỉ cần làm thông đường thở, kích thích qua xúc giác, giữ ấm và quan sát giai đoạn chuyển tiếp sát sao.
- Nếu chỉ số apgar 4 – 6 điểm là ngạt nhẹ: hồi sức thở.
- Nếu chỉ số apgar 0 – 3 điểm là ngạt nặng: hồi sức thở + hồi sức tim.

Phải đánh giá chỉ số APGAR ở phút thứ nhất, phút thứ 5.

- APGAR sau 1 phút cho biết có cần hồi sức sơ sinh không?
- APGAR sau 5 phút cho biết tiên lượng về sơ sinh và là cơ sở để gửi vào phòng dưỡng nhi hoặc cho về với mẹ.
- Trong bảng apgar tim được để lên hàng đầu. Nếu không thấy nhịp tim thì phải hồi sức ngay, không đánh giá các nội dung khác nữa.

Có thể dùng một chỉ số khác, tính nhanh hơn. Đó là chỉ số Sigtuma

Nội dung	2	1	0
Nhịp thở	Thở đều	Thở không đều	Không thở
Nhịp tim	> 100 lần/phút	< 100 lần/phút	Không nghe thấy

+ Nếu chỉ số Sigtuma là 4 điểm: bình thường.

+ Nếu chỉ số Sigtuma là 3 điểm: ngạt nhẹ.

+ Nếu chỉ số Sigtuma là 2 điểm: ngạt vừa.

+ Nếu chỉ số Sigtuma là 1 điểm: ngạt nặng.

+ Nếu chỉ số Sigtuma là 0 điểm: chết lâm sàng.

Nội dung hồi sức sơ sinh

2.1.6. APGAR từ 4-6

1. Lau khô
2. Giữ ấm: quan trọng, vì lạnh sẽ làm tăng sử dụng glucoza gây hạ đường huyết ở trẻ.
3. Hút: hút dịch ở họng trước, hút ở mũi sau. Lý do hút mũi sau vì khi trẻ thở do phản xạ sẽ không hít phải dịch trong miệng.
4. Kích thích thở bằng xoa lưng, gan bàn chân
5. Đặt chụp cho thở oxygen tự do.
6. Nếu vẫn chưa thở, bóp bóng (thở dưới áp lực với 100% O_2)
7. Tiếp tục cho thở Oxygen tự do đến khi trẻ thở tốt.

2.1.7. APGAR từ 0-3

1. Lau khô
2. Giữ ấm
3. Hút thông đường thở
4. Cho thở dưới áp lực
5. Nếu bóng và chụp thở không hiệu quả chuyển đặt nội khí quản.
6. Nếu nhịp tim dưới 60 lần/phút sau khi đã cho thở thông 30 giây, làm ấn tim đến khi nhịp tim trên 80 lần/phút, tần số ấn 120 lần/phút.

Tần số ấn tim/ hô hấp nhân tạo là 15/2.

II.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Thai thiếu oxy dẫn tới, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. pO_2 và pCO_2 giảm
B. pO_2 và pCO_2 tăng
C. pO_2 tăng
D. pCO_2 tăng

2. Biến đổi về tim thai như sau được xem là dấu hiệu chắc chắn nhất về suy thai, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. >160 nhịp trong một phút
B. < 120 nhịp trong một phút
C. 120 – 160 nhịp trong một phút
D. Nhịp tim thai rời rạc

3. Dự đoán nguy cơ gây ngạt ở trẻ sơ sinh trong chuyển dạ, CHỌN CÂU SAI:

A. Đầu ối phồng
B. Đa thai, thai to
C. Thai non tháng
D. Thai già tháng

4. Chỉ số Apgar dựa trên .... yếu tố lâm sàng, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 3
B. 4
C. 5
D. 6

5. Nguyên nhân gây suy thai là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Mẹ bị mất máu kéo dài
B. Cơn co tử cung tăng trương lực
C. Sa dây rốn
D. Tất cả đều đúng

6. Xử trí trường hợp suy thai, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Cho người mẹ nằm nghiên sang trái
B. Thở oxy
C. Truyền dịch
D. Tất cả đều đúng

Bài 8

THEO DÕI CHĂM SÓC SẢN PHỤ SAU SANH

I. MỤC TIÊU:

1. Mô tả được các hiên tượng lâm sàng thời kỳ sau sanh
2. Kể được các công việc cần theo dõi sau sanh
3. Trình bày được cách theo dõi, chăm sóc sản phụ sau sanh trong ngày đầu, tuần đầu và 6 tuần đầu

1.NHỮNG HIỆN TƯỢNG SINH LÝ SAU SANH

1.1.Thay đổi ở thân tử cung

Thân tử cung có nhiều thay đổi nhất. Trên lâm sàng ta nhận thấy 3 hiện tượng:

- **Sự co cứng**: Ngay sau khi sổ nhau, tử cung co cứng lại thành một khối gọi là khối cầu an toàn. Khối cầu an toàn tồn tại vài ba giờ đầu sau sanh. Sự cứng hoàn toàn của tử cung nhằm thực hiện sự tắc mạch sinh lý. Sau đó tử cung hết co cứng mà chỉ có những cơn co bóp nhẹ, nên nắn thấy hơi mềm.
- **Sự co bóp**: Trong những ngày đầu sau sanh thỉnh thoảng lại có những cơn co bóp tử cung mạnh (do tử cung bị kích thích bởi sản dịch, cho con bú) làm cho sản phụ đau trên lâm sàng gọi là cơn đau tử cung. Sau mỗi cơn co bóp mạnh lại có ít máu cục thoát ra ngoài cùng với sản dịch.
- **Sự co hồi**: Ngay sau sanh chiều cao tử cung trên khớp vệ khoảng 13 cm mật độ chắc và cứ mỗi ngày tử cung thu lại 1 cm, những ngày đầu co nhanh hơn những ngày sau, sau ngày thứ 12 – 13 thường không nắn thấy tử cung ở trên khớp mu nữa, sau 6 tuần thể tích trở lại bình thường.

Thường ở những người sanh con so tử cung co hồi nhanh hơn ở người con rạ, sanh thường tử cung co hồi nhanh hơn mổ sanh, người cho con bú co hồi nhanh hơn người không cho con bú. Trường hợp bí đái, táo bón, thân tử cung sẽ bị đẩy lên cao và sự co hồi tử cung sẽ bị chậm lại. Nếu thấy tử cung co hồi chậm, to và đau, sản phụ có sốt thì phải nghĩ tới nhiễm khuẩn sau sanh.

1.2.Sản dịch

Là chất dịch từ trong đường sinh dục, nhất là từ trong tử cung chảy ra ngoài trong những ngày đầu của thời kỳ sau sanh.

- Số lượng sản dịch: Thay đổi tuỳ theo từng người. Trong 10 ngày đầu trung bình sản dịch có thể ra tới 1.500 ml, ra nhiều vào ngày thứ nhất và ngày thứ

hai (ngày đầu tiên không quá 300 ml), từ ngày thứ 15 trở đi sản dịch hầu như hết hẳn, khoảng ngày thứ 18 – 20 sản phụ có thể lại ra huyết đỏ tươi, loãng, trong một hai ngày đó là hiện tượng kinh non do niêm mạc tử cung được phục hồi sớm ở người con so hoặc người cho con bú vì tử cung co hồi nhanh hơn nên sản dịch hết nhanh hơn. Nếu sản dịch kéo dài hoặc đã hết huyết đỏ sẫm rồi lại ra huyết đỏ trở lại và kéo dài, phải theo dõi sót nhau.

- Màu sắc và thời gian của sản dịch: Ba ngày đầu sản dịch màu đỏ sẫm, từ ngày thứ 4 đến ngày thứ 8 sản dịch lờ lờ màu máu cá, từ ngày thứ 8 trở đi sản dịch không có máu, chỉ là một chất dịch trong.
- Mùi sản dịch: có mùi tanh nồng của máu, PH kiềm. Nếu bị nhiễm khuẩn sản dịch sẽ có mủ và mùi hôi.

1.3.Thay đổi về vú

- Đặc biệt ở vú phát triển sau khi sanh. Một vài ngày sau sanh, vú căng to lên, rắn chắc, núm vú cũng to và dài ra, các tĩnh mạch ở vú nổi lên rõ rệt. Các tuyến sữa to có khi lên tới tận nách, có thể nắn thấy rõ. Lúc đó sẽ tiết ra sữa mà trên lâm sàng ta gọi là xuống sữa.
- Ngày đầu sản phụ có sữa non, màu trắng nhạt, có nhiều men tiêu hóa. Sau sanh 2-3 ngày có sữa thường, đặc hơn và ngọt hơn, ở người con rạ sữa xuống sớm hơn vào ngày thứ 2 –3 sau sanh, ở người con so sữa xuống chậm hơn vào ngày thứ 3-4 sau sanh. Khi xuống sữa vú căng tức và nóng, các tuyến sữa phát triển nhiều, phồng to, các tĩnh mạch dưới da vú nổi rõ, có thể có hiện tượng sốt xuống sữa với đặc điểm: sốt nhẹ, nhỏ hơn hoặc bằng 38^0C thời gian không quá nửa ngày, sau khi sữa được tiết ra các hiện tượng đó sẽ mất. Nếu sữa đã xuống rồi mà vẫn còn sốt phải đề phòng nhiễm khuẩn ở tử cung hay ở vú.

1.4.Bàng quang, trực tràng

Có thể liệt nhẹ do nhu động của ruột bị giảm do chuyển dạ kéo dài, ngôi đè vào bàng quang , nên sau sanh thai phụ có thể bí đại, tiểu tiện.

1.5.Các hiện tượng khác

- Cơn rét run sau sanh: sản phụ có cơn rét run sau sanh, đó là cơn rét run sinh lý nhưng chỉ thoáng qua, mạch, huyết áp bình thường.
- Các hiện tượng toàn thân: Sau sanh mạch thường chậm lại và tồn tại 5-6 ngày mới trở lại bình thường, nhiệt độ cơ thể vẫn bình thường, HA trở lại bình thường sau sanh 5-6 giờ. Nhịp thở sẽ sâu hơn và chậm hơn, trọng lượng cơ thể mẹ giảm sút từ 3-5 kg do sự bài tiết mồ hôi, nước tiểu, sản dịch, trong 10 ngày đầu .
- Kinh trở lại: Nếu sản phụ không cho con bú, kinh nguyệt trở lại sau 6 tuần là dấu hiệu chấm dứt thời kỳ sau sanh, và từ đó có thể có thai, kỳ kinh đầu

thường nhiều và kéo dài hơn bình thường. Nếu sản phụ cho con bú, kinh nguyệt có thể trở lại muộn hơn.

2.CHĂM SÓC THEO DÕI CHO BÀ MẸ THỜI KỲ SAU SANH

2.1.Ngày đầu sau sanh

- Cho bà mẹ nằm đầu thấp trong 2 giờ đầu sau sanh nếu không có chỉ định của bác sỹ, nằm tại phòng sanh.
- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp, co hồi tử cung, máu ra âm đạo 15-30 phút/lần trong 2 giờ đầu, 1 giờ / lần trong những giờ sau.
- Cho trẻ nằm cạnh mẹ.
- Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ cho con bú, cách chăm sóc vú.
- 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 phải thông báo ngay cho bác sỹ.
- Cho sản phụ nằm nghĩ tại phòng sanh trong 6 giờ đầu sau sanh. Sau đó đưa sản phụ về phòng sau sanh.
- Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ khi ăn uống, đảm bảo giấc ngủ, hướng dẫn vận động nhẹ sau 6 giờ.
- 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 sanh. Nếu thấy tử cung mềm, cần tự xoa nhẹ trên thành bụng để kích thích tử cung co lại.
- Hướng dẫn bà 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, khó thở mệt lã, mót rặn, bí đái.

2.2.Tuần đầu sau sanh

- Theo dõi toàn trạng, M, HA, co hồi tử cung, sản dịch 2 lần trong 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 cho bú, bú từng bên, vắt hết sữa thừa.
- Hướng dẫn 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 hằng ngày bằng nước ấm, tắm bằng dội nước, tránh ngâm mình.
- Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ thay băng vệ sinh, vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày: 3 lần / 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 5 sau sanh, nếu có nhiễm khuẩn thì phải cắt chỉ sớm.
- Hướng dẫn cách tự theo dõi sự co hồi tử cung sau sanh. Nếu thấy tử cung mềm, cần tự xoa nhẹ trên thành bụng để kích thích tử cung co lại
- Hướng dẫn bà 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 đái....
- Tư vấn các biện pháp KHHGĐ

2.3.Những tuần đầu sau sanh

- Các dấu hiệu sau sanh vẫn còn nhưng mức độ có thể thay đổi tuỳ thuộc ở mỗi người. Thông thường các dấu hiệu này sẽ giảm dần và trở về bình thường. Có thể có nhu cầu về KHHGĐ.
- Sự co hồi tử cung.
- Sự co bóp tử cung.
- Sản dịch.
- Xuống sữa và tiết sữa thật 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.

II. Câu hỏi lượng giá:

1. Đặc điểm sinh lý nào sau đây khiến cho việc giữ vệ sinh trong các ngày hành kinh là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Hệ thống miễn nhiễm của người phụ nữ bị suy giảm trong các ngày hành kinh

B. Người phụ nữ luôn cảm thấy nóng bức trong các ngày hành kinh

C. Nhu động của tử cung trong các ngày hành kinh có khuynh hướng hút các vi khuẩn trong âm đạo vào buồng tử cung

D. Máu hành kinh là môi trường nuôi cấy tốt cho vi khuẩn trong âm đạo

2. Trong giai đoạn sổ nhau, cần theo dõi sản phụ tại phòng sanh trong thời gian tối thiểu là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 1h

B. 2h

C. 4h

D. 6h

3. Thời gian hậu sản kéo dài, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 21 ngày sau sanh

B. 15 ngày sau sanh

C. 42 ngày sau sanh

D. 56 ngày sau sanh

4. Sau đây là các yếu tố nguy cơ cho mẹ và thai, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Tuổi mẹ > 35

B. Béo phì

C. Cân nặng mẹ thấp

D. Tuổi cha >60

5. Công cụ quản lý thai nghén đăng ký tại y tế cơ sở, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Sổ khám thai, phiếu khám thai

B. Ngăn kéo lưu phiếu khám

C. Bảng theo dõi quản lý thai tại cơ sở

D. Tất cả những yếu tố trên

Bài 9

CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH NGAY SAU ĐẺ

I.MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1.Kể đủ và đúng trình tự 10 bước chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ

2.Mô tả được đầy đủ quy trình cắt rốn

3.Mô tả được đầy đủ quy trình lau khô

4.Mô tả được đầy đủ quy trình làm rốn

Trình tự và nội dung chăm sóc dưới đây dành cho trẻ sơ sinh có chỉ số APGAR sau đè từ 8-10.

1. HÚT DỊCH MIỆNG (hoặc lau)

- Thời điểm: trước thì đỡ vai trước,
- Cách làm: dùng ống hút, hút nhẹ dịch trong miệng, khi đầu đã ở tư thế quay ngang,
- Nếu không hút có thể dùng gạc mềm quấn vào đầu ngón tay út, lau nhẹ trong miệng.
- Mục đích: tránh thai bắt đầu thở trẻ hít phải dịch trong miệng.

2. KẸP VÀ CẮT RỐN :

- Thời điểm ngay sau khi thai sổ hoàn toàn, không cần chờ dây rốn hết đập
- Cách làm

+ Kẹp thứ nhất cách rốn 15-20 cm

+ Kẹp thứ hai đặt sát ngoài kẹp một sau đó vuốt ra khoảng 2 cm rồi kẹp lại (Mục đích vuốt để khi cắt không bị bắn máu)

+ Cắt rốn giữa hai kẹp

Nếu có người phụ thì việc cắt rốn đơn giản. Nếu chỉ có một mình nên đặt bé nằm trước khi kẹp cắt. Khi không có chỗ đặt nằm thuận tiện có thể một tay giữ hai chân bé, tay kia lần lượt các thao tác kẹp cắt (Cần thận trọng không để tuột tay).

3. ĐẶT NẰM, LAU KHÔ, Ủ ẤM

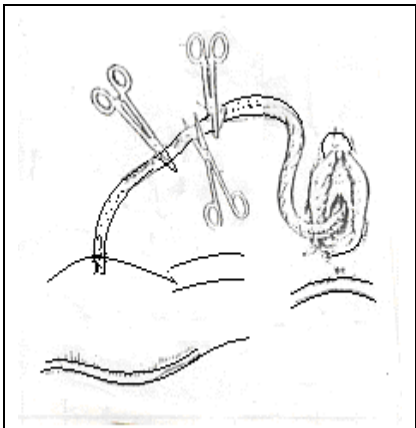
- Đặt nằm: Đặt bé nằm lên bàn chăm sóc. Trên bàn này đã sắp sẵn khăn lau khô và cạnh bàn là phương tiện ủ ấm (khi trời lạnh). Một phương tiện ủ ấm

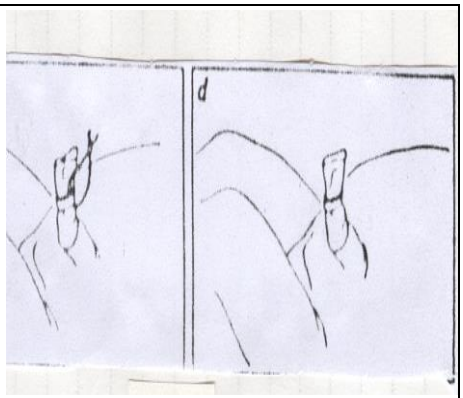
mà hầu hết các cơ sở đỡ sanh có thể làm là một bóng điện 150 w. Trên bàn cũng đã sắp sẵn mũ áo, tã lót để theo thứ tự, dùng trước đặt ở trên.

- Lau khô dùng khăn mềm sạch lần lượt lau: Mặt, đầu và gáy, ngực, bụng, lưng, tay, nách, chân, mông, bộ phận sinh dục và hậu môn.
- Ủ ấm: thay khăn ướt bằng khăn khô. Trời lạnh, có thể đội mũ và mặc áo trước khi làm rốn, áo cũng là ủ ấm.

4. LÀM RỐN (KHÔNG DÙNG LẠI DỤNG CỤ CỦA HỘP CẮT RỐN)

- Đặt một miếng gạc vô khuẩn lên bụng phía trên rốn.
- Sát khuẩn cuống rốn từ gốc ra một đoạn chừng 5 cm.
- Nếu dùng chỉ:
    - Buộc sợi 1 cách gốc rốn 2 cm. Buộc chặt, 3 lần nút (nút dẹt). Cắt chỉ cách nút 1 cm.
    - Buộc sợi 2 cách sợi một là 1 cm. Chưa cắt chỉ (đầu chỉ này còn dùng để nâng mỏm cắt rốn).
    - Dùng một kẹp thẳng kẹp rốn ngoài sợi thứ 2 khoảng 1,5 cm.
    - Cắt rốn giữa kẹp và sợi hai để lại mỏm cắt dài 1 cm.
    - Cầm đầu chỉ sợi 2 nâng mỏm cắt.
    - Thay gạc trên bụng: dùng gạc mới thay, nặn sạch máu đầu mỏm cắt (không chạm tay vào mỏm cắt, dù sau đỡ sanh đã thay găng mới để làm rốn).
    - Chấm cồn Iốt mỏm cắt, xuống chân rốn.
    - Bọc mỏm cắt bằng gạc vô khuẩn mới. Cắt chỉ (sợi 2).
    - Băng rốn: Có thể dùng băng cuộn hoặc băng thun. Nếu băng cuộn băng đầu đặt băng từ rốn vòng quanh bụng bé 3 lần và gài đầu băng ở phía bên sườn.
- Nếu dùng kẹp rốn nhựa:
    - Kẹp rốn ở vị trí cách gốc rốn 2 cm.
    - Đặt kẹp theo hướng trên dưới, không đặt ngang (trẻ khó chịu hơn).
    - Cắt rốn sát mặt ngoài kẹp.
    - Sát khuẩn mỏm cắt + Bọc gạc + Băng rốn.





5. QUAN SÁT DỊ TẬT

Quan sát nhanh từ đầu đến chân và các chi. Đặc biệt xem có lỗ hậu môn không?

6. MẶC ÁO QUẦN LÓT

7. CÂN ĐO

Cân trọng lượng sơ sinh. Thì này để sau khi mặc quần áo, thuận lợi cho giữ ấm mà không làm mất chính xác của số đo vì các thứ sẽ mặc cho bé đã được cân trước. Cần phải được chỉnh thăng bằng trước.

Đo chiều cao.

8. NHỎ MẮT

Thuốc nhỏ mắt phải để ở vị trí riêng với đúng qui chế nhãn, để không nhầm với các thuốc khác.

9. TIÊM VITAMIN K 1

Đây là qui định mới đề phòng xuất huyết não.

Nếu có vaxin viêm gan B thì tiêm luôn (VGSVB sơ sinh).

10. TRAO BÉ CHO GIA ĐÌNH

Hướng dẫn đặt nằm cạnh mẹ và cho bú sớm. Ở những nơi sơ sinh đông cần có biện pháp đánh dấu để tránh nhầm con.

II.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Chọn một câu SAI về thời kỳ hậu sản:

A. Là khoảng thời gian 6 tuần sau sinh

B. Sau thời kỳ hậu sản, tất cả các cơ quan trong cơ thể người phụ nữ sẽ trở về bình thường như trước khi có thai trừ tuyến vú (nếu người phụ nữ này cho con bú)

C. Ở người cho con bú, tử cung co hồi nhanh hơn so với người không cho con bú

D. Sau một tuần hậu sản, không còn sờ rõ được tử cung trên bụng nữa

2. Giai đoạn tái sinh lớp nội mạc tử cung sau sinh bắt đầu vào khoảng thời gian, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 5 ngày sau sinh

B. 1 tuần sau sinh

C. 2 tuần sau sinh

D. 4 tuần sau sinh

3. Trong hậu sản bình thường, ngày thứ 6 sau sinh, vị trí đáy tử cung ở, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 13 cm trên xương vệ

B. Dưới rốn 2 cm

C. Khoảng giữa rốn và xương vệ

D. 2 cm trên xương vệ

4. Hậu quả của sinh ngạt, NGOẠI TRỪ:

A. Xuất huyết não.

B. Co giật.

C. Suy hô hấp.

D. Nhồi máu cơ tim

5. Trong hồi sức cấp cứu trẻ sơ sinh bị ngạt cần làm ngay, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Dùng thuốc hồi sức thay thế thông khí trong khi chờ đợi hồi sức.

B. Hút thật sạch vùng hầu họng trẻ, giúp thông khí tốt.

C. Dùng oxy liều cao cho trẻ thiếu tháng.

D. Cho thông khí áp lực cao khi muốn làm dãn phổi.

Bài 10
ĐẠI CƯƠNG ĐẺ KHÓ

I.MỤC TIÊU

1. Kể được các nguyên nhân gây đẻ khó
2. Trình bày được cách chẩn đoán và xử trí đối với các nguyên nhân đẻ khó thường gặp

Đẻ khó là từ dùng chung chỉ tất cả những trường hợp cuộc đẻ không diễn tiến bình thường và an toàn, mà cần có sự can thiệp của thầy thuốc mới có thể sanh ngả âm đạo được hoặc phải mổ lấy thai.

1. NGUYÊN NHÂN

1.1.Nguyên nhân từ mẹ

- Khung chậu: hẹp (eo trên, eo giữa, eo dưới), méo lệch
- Bất thường tử cung: dị dạng, u xơ tử cung.
- Các khối u vùng chậu: u buồng trứng, u xơ tử cung...
- Tổn thương cổ tử cung: ung thư, sẹo cũ ở cổ tử cung.
- Âm đạo: vách ngăn, lỗ dò...
- Tầng sinh môn: dài. Dày, chắc
- Cơn co tử cung: tăng, giảm, không đồng bộ.

1.2.Nguyên nhân từ thai

- Thai to: trên 3500 gam
- Ngôi bất thường: ngôi mặt, ngôi trán, ngôi thóp trước, ngôi ngang, ngôi ngược
- Sa chi: ngôi đầu sa chi
- Dị dạng thai: não úng thủy, bụng cóc, khối u bất thường
- Đa thai, thai dính nhau

1.3.Nguyên nhân từ phần phụ của thai

- Đa ối, Thiểu ối
- Dây rốn ngắn
- Dây rốn quấn cổ
- Sa dây rốn

- Nhau tiền đạo
- Nhau bong non

2. CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ

Chẩn đoán nguyên nhân gây đẻ khó đôi khi gặp rất nhiều khó khăn. Trong thai kỳ có thể chẩn đoán được một vài nguyên nhân qua các lần khám thai kết hợp với siêu âm, một số được phát hiện khi vào chuyển dạ hoặc phát sinh khi chuyển dạ đang tiến triển, đôi khi không thể xác định được nguyên nhân gây đẻ khó.

Các trường hợp đẻ khó nên được quản lý thai và sanh tại bệnh viện.

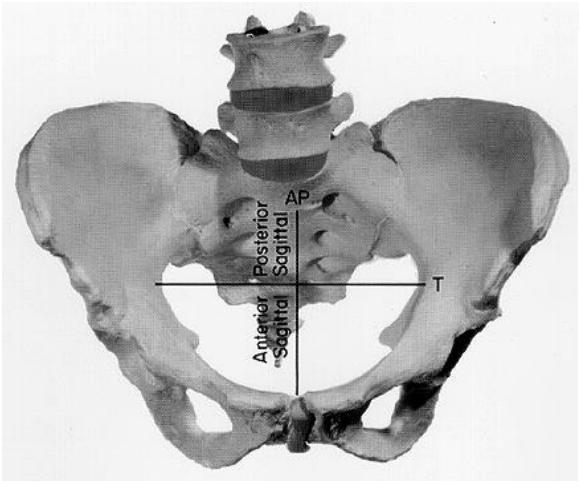
2.1.Đẻ khó do khung chậu

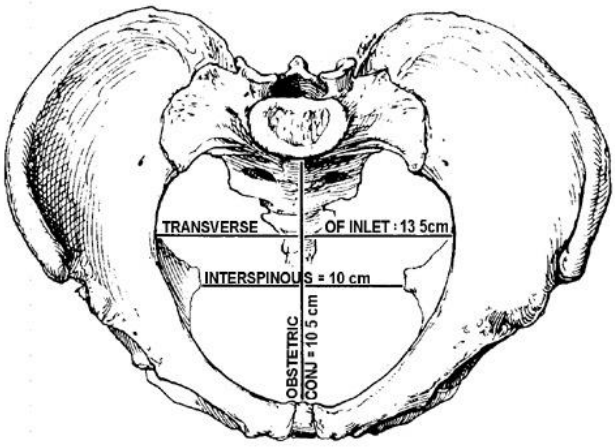
GIẢI PHẪU KHUNG CHẬU

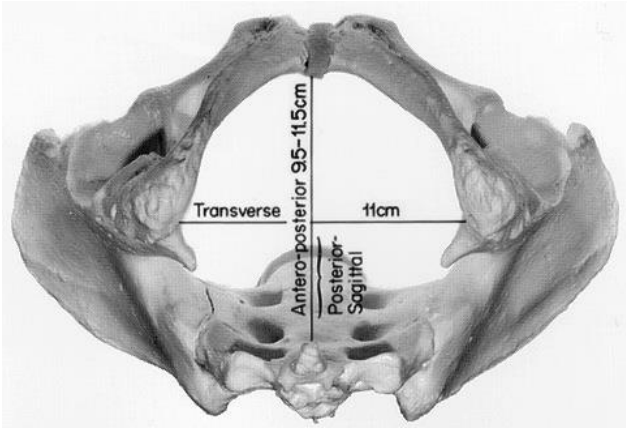
Khung chậu gồm 4 xương kết hợp lại: phía trước và 2 bên là 2 xương chậu. phía sau là xương cùng ở trên và xương cụt ở dưới. Bốn xương này khớp với nhau ở phía trước là khớp vệ, hai bên hơi lệch phía sau là khớp cùng-chậu, phía sau là khớp cùng-cụt.

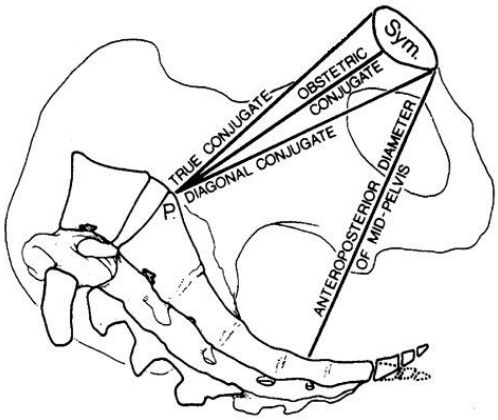
Xương chậu (xương hông) do 3 xương hợp thành là: xương cánh chậu ở trên, xương mu ở trước và xương ngồi ở sau.

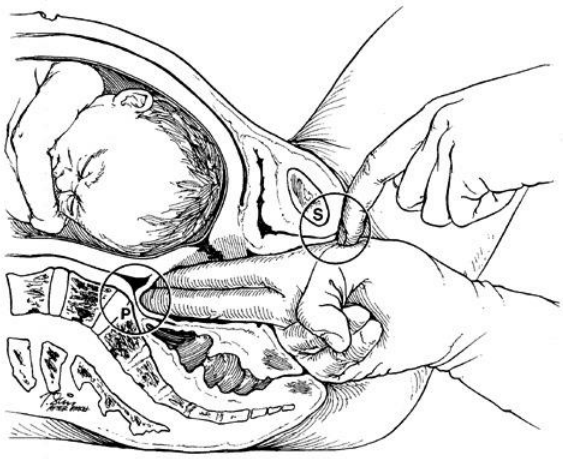
- Xương cánh chậu: Toả rộng thành 2 cánh, phía trên của mỗi cánh là mào chậu, đầu tận phía trước của mào chậu là gai chậu trước trên, đầu tận phía sau là gai chậu sau trên.
- Xương ngồi: là phần thấp nhất của xương hông, điểm thấp nhất của xương ngồi là ụ ngồi, khi ta ngồi trọng lượng cơ thể dồn lên ụ ngồi.
- Xương mu (xương háng, xương vệ): là xương ở phía trước của khung chậu , có chiều cao 4cm, toả ra 2 nhánh trên và dưới.

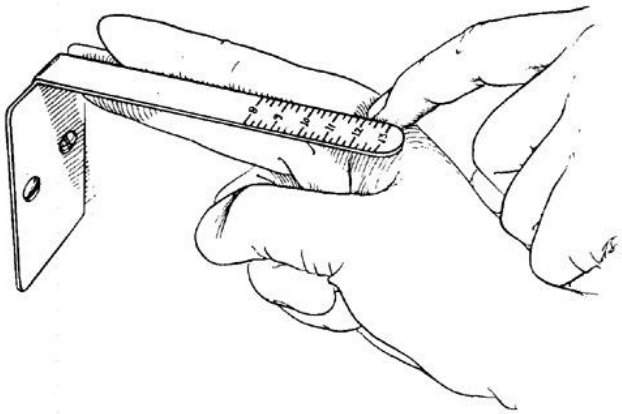


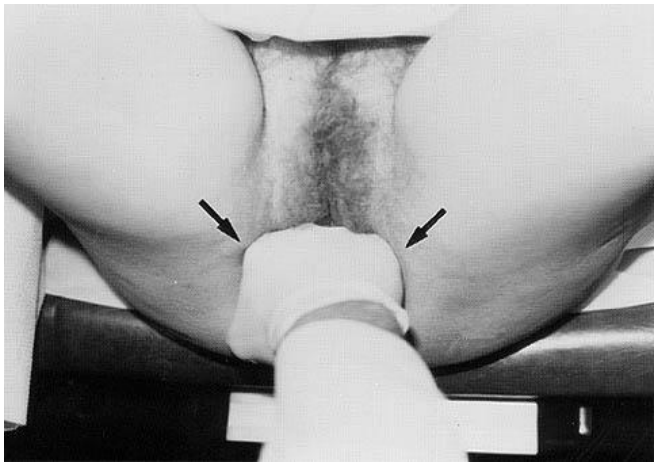












2.1.1. Hẹp eo trên

Các đường kính trước sau:

Mỏm nhô- Thượng vệ : 11cm
Mỏm nhô- Hạ vệ : 12cm
Mỏm nhô- Hậu vệ : 10,5cm

- Ngôi thai cao, có thể gặp ngôi bất thường
- Chuyển dạ kéo dài, có thể gặp cơn co cường tính.
- Đường kính mõm nhô hậu vệ <8,5 cm

Xử trí: mổ lấy thai

2.1.2.Hẹp eo giữa

ĐK ngang: 10,5cm là khoảng cách giữa 2 gai hông.

- Thường chỉ phát hiện sau khi đầu đã lọt, sau đó đầu không xuống thêm.
- Hai gai hông nhô, nhọn, vách chậu thẳng
- Quang kích chậu đường kính ngang eo giữa < 9,5 cm

XT: mổ lấy thai

2.1.3.Hẹp eo dưới

ĐK trước sau: thay đổi từ 9,5- 11,5cm

Đk ngang: 10,5cm là khoảng cách giữa 2 ụ ngồi.

- Khó khăn trong thì sổ

XT: mổ lấy thai nếu kèm với hẹp eo giữa

Bẻ xương cụt + cắt rộng tầng sinh môn cho thai sổ.

2.1.4.Khung chậu lệch

- Dị dạng bẩm sinh
- Chấn thương khung chậu
- U xương chậu
- Chấn thương cột sống, gù vẹo cột sống
- Chấn thương chi
- Tổn thương xuất hiện càng sớm càng ảnh hưởng nhiều

XT: nếu rõ ràng mổ lấy thai, nếu không rõ thử theo dõi sanh ngã âm đạo

2.2.Khối u vùng chậu

- Có thể biết trước hoặc trong khi có thai hoặc chỉ phát hiện khi vào chuyển dạ
- Tử cung có u xơ to có thể làm chuyển dạ gặp khó khăn
- Có thể sờ thấy khối u cạnh tử cung có thai.
- Trường hợp u tiền đạo (u xơ đoạn dưới, u xơ có cuống, u buồng trứng, u xương, tử cung đôi) phát hiện qua thăm khám âm đạo

XT: nếu là u tiền đạo bắt buộc mổ lấy thai, các trường hợp khác tuỳ theo diễn tiến lâm sàng.

2.3.Ung thư cổ tử cung, sẹo tử cung như đốt điện, khoét chóp: mổ lấy thai

2.4.Vách ngăn âm đạo: nếu dãn nở tốt cho sanh ngã âm đạo, nếu bị cản trở có thể phải cắt vách ngăn trước, hoặc mổ lấy thai nếu vách ngăn ngang khó khăn.

2.5.Lỗ dò âm đạo: mổ lấy thai

2.6.Cơn co tử cung tăng – tăng trương lực cơ bản

- Sản phụ đau nhiều, có khi đau liên tục
- Tử cung co liên tục, trương lực cơ bản tăng.
- Khó sờ thấy phần thai
- Nếu đến muộn có thể có dấu doạ vỡ tử cung, suy thai

XT:

- Nếu đang tăng co phải ngưng ngay
- Cho sản phụ nằm nghiêng trái
- Thở oxy
- Giảm co tử cung bằng papaverin 0.04g hoặc diazepam 0,01g hoặc pethidin 0.1g.
- Cần phát hiện nguyên nhân để xử trí tuỳ nguyên nhân.

2.7.Cơn co tử cung giảm

- Các cơ co thưa dần rồi mất hẳn
- Tử cung mềm, nắn rõ các phần thai
- Cổ tử cung thu nhỏ hoặc không mở thêm.

XT: tuỳ nguyên nhân

2.8.Thai to

- Thai trên 3500 gam
- Ước lượng trọng lượng thai bằng công thức:
- Trọng lượng thai (Kg) = (chiều cao tử cung (cm) + vòng bụng (cm))/4 x 100
- Bề cao tử cung trên 34 cm
- Khối thai to, đầu to, không lọt hoặc chồm vệ
- Nếu chuyển dạ lâu: chuyển dạ tiến triển chậm, đầu có bướu huyết thanh, chồng khớp, độ lọt không tiến triển.

- Có thể có dấu doạ vỡ tử cung
- Siêu âm: đường kính lưỡng đỉnh trên 9,5 cm

XT: mổ lấy thai hoặc làm nghiệm pháp lọt. Tỷ lệ sanh giúp cao

Nếu kẹt vai: xoay thai, hoặc hạ tay, hoặc làm gẫy xương đòn

2.9.Não úng thủy

- Đầu to, chồm vệ
- Đường khớp dãn rộng, xương ọp ẹp
- Siêu âm chẩn đoán

XT: chọc sọ cho thoát bớt nước

2.10.Bụng cóc

- Chẩn đoán nhờ siêu âm
- Sau đỡ vai thai không thể ra được

XT: chọc cho thoát nước ổ bụng

2.11.Sa chi

- Khám trong thấy tay xuống cùng với đầu

XT: nếu ối đã vỡ đẩy tay lên ngoài cơn co, giữ lại cho tới khi có cơn co mới rút tay ra.

II.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Cơn co tử cung chuyển dạ được gọi là tăng khi, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Trương lực cơ tử cung tăng.
B. Cơn co tử cung dài và mạnh, thời gian nghỉ ngắn
C. Trương lực cơ lẫn tần số cơn co đều tăng
D. Cơn co tử cung ngắn và thời gian nghỉ dài

2. Trong chuyển dạ, nếu cơn co tử cung tăng, nguyên nhân đầu tiên cần nghĩ đến là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Có cản trở cơ học trong tiến triển của ngôi thai.
B. Nhiễm trùng ối
C. Đa thai
D. Đa ối

3. CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT về một khung chậu có eo trên bình thường khi đo đường kính mỏm nhô-hạ vệ là:

A. Từ 8,5cm trở lên.

B. Từ 9,5cm trở lên.

C. Từ 10,5cm trở lên.

D. Từ 11,5cm trở lên.

4. CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT về chỉ định làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm:

A. Đường kính trước sau eo trên = 9,5-10cm.

B. Đường kính ngang eo trên = 10,5-11cm.

C. Khi ngôi thai chưa lọt.

D. Khi trọng lượng thai nhi ước lượng khoảng 3,5kg

5. Nguyên nhân thường được nghĩ đến nhiều nhất trong thai to là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Thai già tháng.

B. Mẹ bị tiểu đường.

C. Dị dạng thai nhi.

D. Bất đồng nhóm máu Rh.

Bài 11

CHẤN THƯƠNG ĐƯỜNG SINH DỤC TRONG KHI ĐẺ

I.MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Phân loại được các chấn thương đường sinh dục trong cuộc đẻ
2. Nêu được các nguyên nhân dẫn đến chấn thương đường sinh dục
3. Chẩn đoán được các chấn thương đường sinh dục
4. Nêu được các biện pháp dự phòng chấn thương đường sinh dục
5. Xử trí được chấn thương đường sinh dục

Chấn thương đường sinh dục là một tổn thương thường gặp trong thực hành sản khoa. Chấn thương gây nhiều bất lợi cho sản phụ, bao gồm:

1. Nguy cơ chảy máu.
2. Nguy cơ nhiễm trùng.
3. Để lại sẹo không tốt làm tăng nguy cơ rách cho lần đẻ sau.

Thái độ đúng đắn nhất trong khi đỡ đẻ là phải đề phòng chấn thương đường sinh dục, nếu có rách cần phát hiện và xử trí kịp thời để bảo đảm cho cuộc đẻ được an toàn.

1. PHÂN LOẠI CHẤN THƯƠNG ĐƯỜNG SINH DỤC

1.1. Rách âm hộ và tầng sinh môn

1.2. Rách âm đạo: bao gồm thành trước, thành sau và hai thành bên.

1.3. Rách cổ tử cung: từ phần trong âm đạo; rách phần trên âm đạo được xếp vào vỡ tử cung.

1.4. Vỡ tử cung

2. RÁCH TẦNG SINH MÔN

2.1.Nguyên nhân

2.1.1.về phía mẹ

- Tầng sinh môn dài, âm môn hẹp.
- Tầng sinh môn phù nề (do nhiễm độc thai nghén, chuyển dạ kéo dài).
- Tầng sinh môn có sẹo cũ, chất lượng khâu không tốt.
- Con so lớn tuổi

2.1.2.Về phía con

- Thai to, đường kính sổ lớn.
- Thai nhỏ sổ quá nhanh, tầng sinh môn chưa giãn nở kịp.
- Cách sổ chẩm cùng
- Ngôi bất thường: ngôi mặt (đường kính sổ lớn), đầu hậu ngôi mông.

2.1.3.Về phía nữ hộ sinh

- Kỹ thuật đỡ đầu không tốt, không giúp cho đầu cúi hết, không giúp cho mặt sổ từ từ.
- Kỹ thuật đỡ vai sau: không kịp giữ tầng sinh môn cho vai sau sổ từ từ.
- Không hướng dẫn tốt cách rặn, không có sự phối hợp tốt giữa sản phụ và người đỡ.

2.1.4. Do can thiệp sản khoa đường dưới

- Forceps.
- Giác hút.

2.2.Phân độ rách tầng sinh môn

2.2.1.Rách kín và rách hở

Chủ yếu là rách hở, nhưng cũng có trường hợp rách kín. Trong trường hợp rách kín, da tầng sinh môn và thành âm đạo không bị rách nhưng lớp cơ bị rách.

2.2.2.Rách từ trung tâm và rách có khởi điểm từ mép sau âm hộ

Chủ yếu là loại rách khởi điểm từ mép sau âm hộ, nhưng với kiểu sổ chẩm cùng hoặc với tư thế đẻ ngồi có thể gặp loại rách trung tâm với khởi điểm từ giữa tầng sinh môn.

Trong thực hành sản khoa chủ yếu là gặp loại rách hở với khởi điểm từ mép sau âm hộ.

Về giải phẩu có các mốc theo thứ tự từ trước ra sau:

- Mép sau âm hộ.
- Nút thớ trung tâm: giao điểm của các cơ ngang với các cơ vòng âm môn, cơ vòng hậu môn.
- Cơ vòng hậu môn.
- Thành trước trực tràng.

Dựa vào 4 mốc giải phẩu này , tùy theo sự mở rộng của đường rách người ta phân độ rách tầng sinh môn như sau:

1. Rách tầng sinh môn độ 1: rách mép sau âm hộ.
2. Rách tầng sinh môn độ 2: rách nút thớ trung tâm.
3. Rách tầng sinh môn độ 3: rách cơ vòng hậu môn.
4. Rách tầng sinh môn độ 4: rách thành trước trực tràng.

- Rách độ 1 và độ 2 còn được gọi là rách không hoàn toàn.
- Rách độ 3 và độ 4 còn được gọi là rách hoàn toàn.
- Riêng rách độ 4 còn được gọi là rách phức tạp.

2.3.Chẩn đoán rách tầng sinh môn

Rách hở: dùng đầu ngón tay banh rộng âm hộ có thể quan sát và định mức độ rách. Nếu nghi ngờ rách cơ vòng hậu môn và thành trước trực tràng thì cần khám hậu môn để nhận định.

Rách kín: thường dẫn đến máu tụ.

2.4.Xử trí rách tầng sinh môn

Mọi rách hở cần được khâu. Thời điểm khâu tốt nhất là sau khi đỡ nhau và chắc chắn không còn phải can thiệp gì bên trong.

Nếu vết rách từ độ 3 trở lên thì cần được xử trí tại bệnh viện. Nếu ở tuyến xã dùng gạc tẩm huyết thanh mặn, ấm chèn chỗ rách và chuyển tuyến trên ngay. Nếu chậm sẽ làm tăng khả năng chảy máu và nhiễm khuẩn.

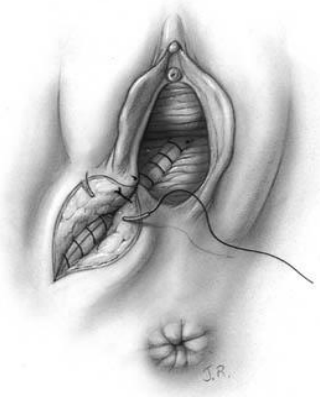
Với rách cũ (vết rách không được khâu hoặc vết khâu không lành): nếu rách không hoàn toàn thì không cần khâu lại, nếu rách hoàn toàn phải khâu lại sau đẻ 2-3 tháng.

2.4.1.kỹ thuật khâu cổ điển

Thường tiến hành khâu 2 lớp: khâu mũi rời

- Lớp trong: gồm thành âm đạo và phần cơ bị rách phía trong.
- Lớp ngoài: gồm phần cơ bị rách phía ngoài và da tầng sinh môn.

Nguyên tắc khâu:

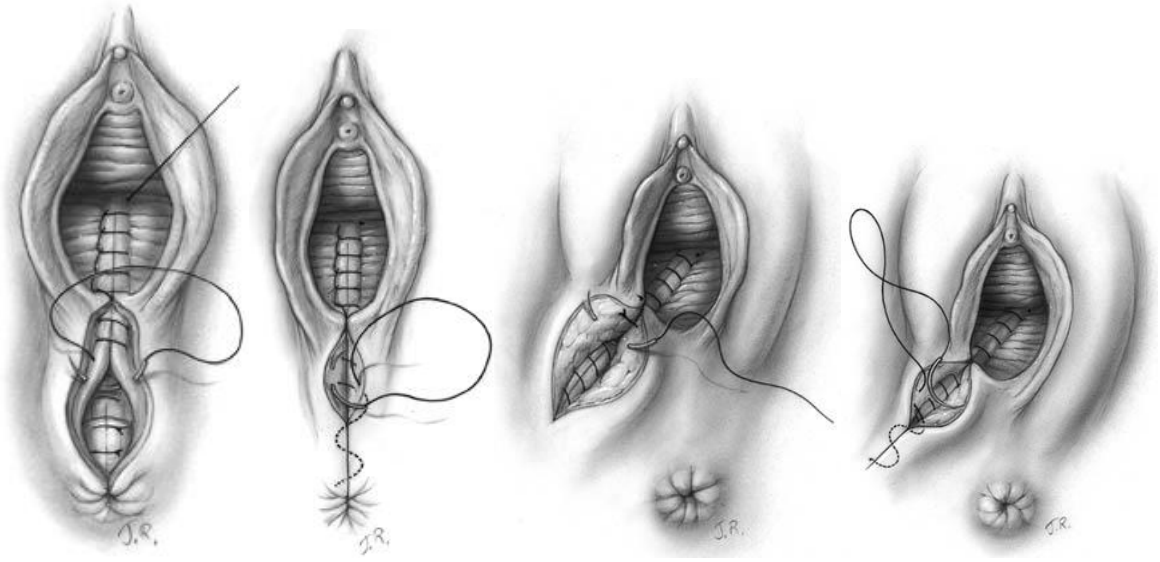


- Giảm đau tốt.
- Vô khuẩn tốt.
- Cầm máu tốt.
- Không so le.
- Không có khoảng chết.
- Không lợp mép da.

2.4.2.Khâu vắt liên tục

Kỹ thuật khâu vắt liên tục có thể tránh được nhiều nút buộc và tránh chỉ xuyên qua da nên có thể giảm nguy cơ nhiễm khuẩn.

Một sợi chỉ tan liền kim khâu từ phía trên đỉnh trong vết rách khâu vắt cả lớp cơ và thành âm đạo ra đến gốc màng trinh, tiếp tục khâu vắt lớp cơ bên ngoài ra tới đỉnh ngoài của vết rách, sau đó khâu ngược lên bằng mũi chữ U hai mép trong da qua khỏi màng trinh và cột chỉ ở trong âm đạo.



3.RÁCH ÂM HỘ

Chủ yếu là rách mép sau (rách tầng sinh môn). Ngoài ra còn có thể gặp:

3.1.Rách vùng tiền đình

Thường do bàn tay người đỡ giúp đầu cúi gây ra, vết rách không rộng nhưng chảy máu nhiều nên cần khâu ngay mà không chờ sổ nhau.

3.2.Rách thành bên

Thường do bàn tay người đỡ gây ra, hay gặp rách giữa môi lớn – môi bé.

4.RÁCH ÂM ĐẠO

Chủ yếu là rách 1/3 ngoài thành sau và rách này đã được xếp vào rách tầng sinh môn.

4.1.Rách thành trước: gặp trong hai tình huống

- Do Forceps khó kèm vói bàng quang đầy trước khi rặn.
- Do đẻ khó, chuyển dạ lâu, thành trước âm đạo bị chèn ép giữa đầu thai nhi và mặt sau xương mu, sau đó hoại tử để lại lỗ dò bàng quang âm đạo.

4.2.Rách thành bên: có thể gặp trong Forceps, giác hút.

4.3.Chẩn đoán rách âm đạo

Khi thấy chảy máu mà tử cung co tốt, đã kiểm tra đủ nhau hoặc đã kiểm sóat tử cung mà vẫn thấy có máu tươi thì phải kiểm tra xem có rách sâu, cần đặt van âm đạo và có ánh sáng tốt.

4.4.Xử trí rách âm đạo

Phải được khâu ngay khi phát hiện, khâu bằng chỉ tan, khâu từ trong ra, mũi khâu đầu tiên phải ở phía trong đỉnh mép rách để cầm máu tốt. Trường hợp rách sâu để tránh khâu vào trực tràng có thể cho 1 ngón tay vào trong hậu môn để kiểm tra.

5. RÁCH CỔ TỬ CUNG

5.1.Nguyên nhân

- Rặn non.
- Forceps cao.
- Forceps, giác hút khi cổ tử cung chưa mở hết.
- Đỡ đầu khi cổ tử cung chưa mở hết.

5.2.Vị trí rách

Thường gặp ở vị trí 3 giờ và 9 giờ, rách có thể cao hoặc thấp.

Rách có thể lên cao tới chỗ âm đạo bám vào cổ tử cung, loại này được xem là vỡ tử cung thấp.

5.3.Chẩn đoán rách cổ tử cung

Kiểm tra cổ tử cung khi:

- Những trường hợp có nguy cơ cao về rách cổ tử cung: sau Forceps, giác hút.
- Những trường hợp chảy máu sau đẻ mà tử cung vẫn co tốt hoặc đã kiểm soát tử cung, máu ra đỏ tươi.

Có 2 cách khám:

5.3.1.Khám bằng 2 ngón tay

Dùng ngón 2 và 3 của bàn tay thuận để tìm mép trước cổ tử cung, nếu khó có thể tìm thấy mép sau. Sau đó đi lần 360 độ quanh mép cổ tử cung để kiểm tra. Nếu lành thì cảm giác liên tục, nếu rách thì cảm giác bị khuyết.

5.3.2.Khám dụng cụ

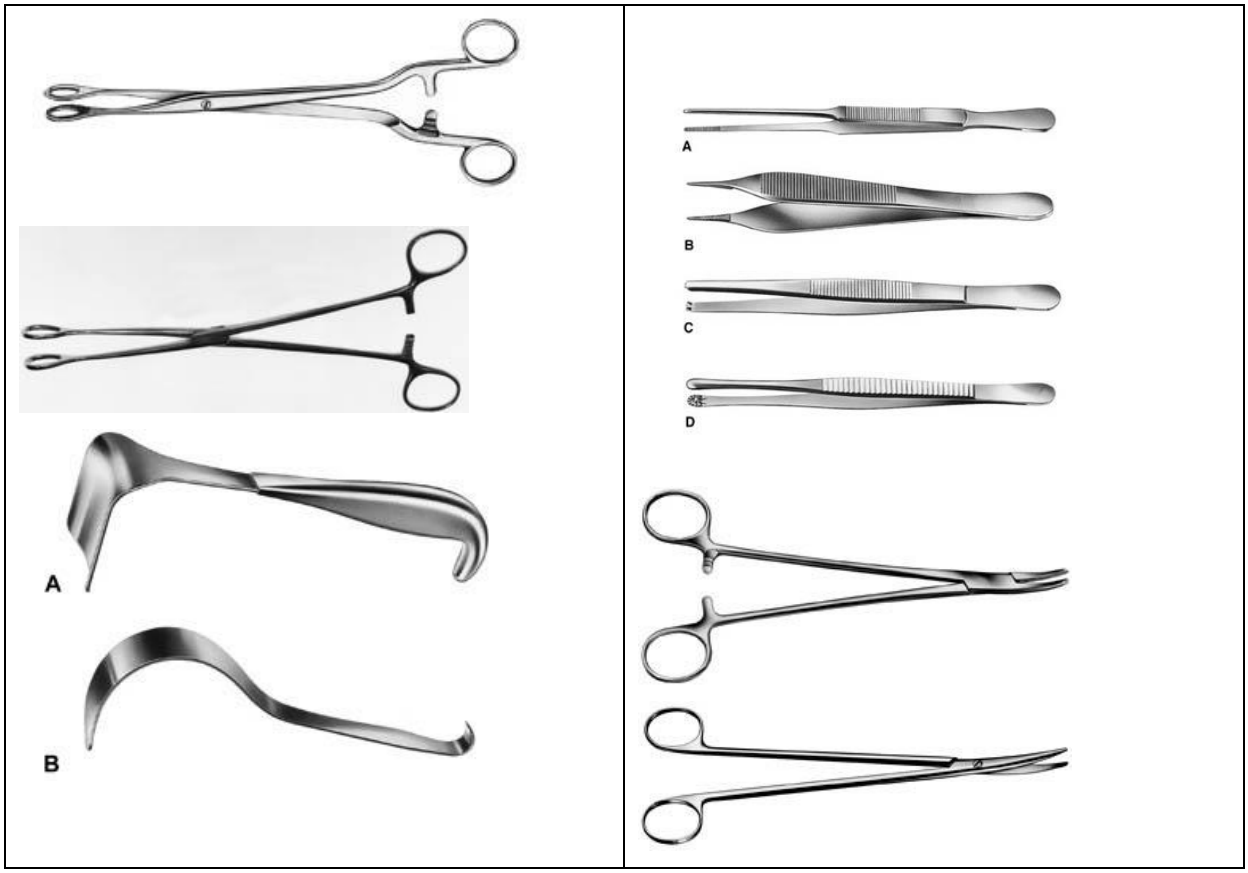
Chuẩn bị: Yêu cầu mọi nơi có đỡ đẻ phải có 1 bộ kiểm tra cổ tử cung gồm:

- Hai kẹp sát khuẩn dài: 1 dùng ngoài, 1 dùng sát khuẩn trong.
- Hai van âm đạo dài và to bản để nâng cao thành trước và thành sau âm đạo, giúp quan sát cổ tử cung.

- Hai kẹp hình tim dài 28 cm để cặp mép cổ tử cung. Ngoài dụng cụ phải có người phụ và nguồn sáng tốt.

Tiến hành:

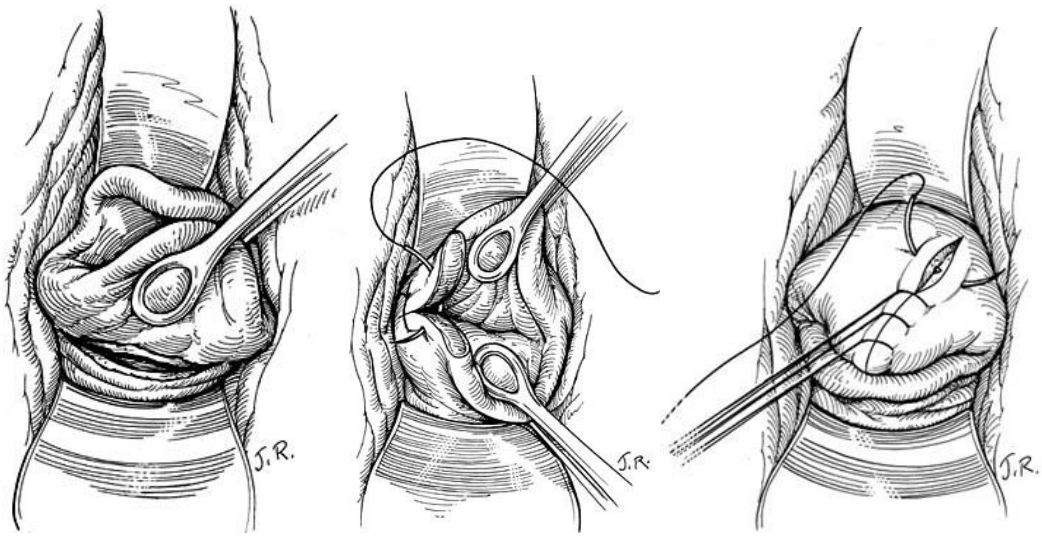
- Sát khuẩn âm hộ.
- Trải khăn: dưới mông, trên bụng và hai bên đùi.
- Đặt van sau, sau đó đặt van trước giao cho người phụ để nâng hai thành âm đạo.
- Có nguồn sáng rọi tốt vào vùng khám.
- Tìm cổ tử cung, kẹp vị trí quan sát được đầu tiên, kẹp với lực nhẹ không kẹp mạnh làm tổn thương cổ tử cung. Dùng kẹp hình tim thứ hai kẹp sát kẹp đầu và cứ thế đổi vị trí giữa hai kẹp cho tới hết vòng cổ tử cung 360 độ, chỗ nào khuyết hình chữ V ngược là có rách.



5.4.Xử trí rách cổ tử cung

Về nguyên tắc có chảy máu là phải khâu ngay, nếu không chảy máu cũng nên khâu vì đó là cách đề phòng lộ tuyến cổ tử cung và còn có ý kiến là phòng ung thư cổ tử cung.

- Nên sử dụng gây tê vùng.



- Dùng hai kẹp hình tim kẹp hai bên mép rách, khâu mũi đầu phía trong đỉnh chữ V ngược để bảo đảm cầm máu tốt. Sau đó lần lượt khâu từ trong ra, mũi cuối dừng lại ở mép cổ tử cung. Cắt chỉ và kiểm tra không chảy máu là thủ thuật khâu cổ tử cung đã hoàn thành.
- Nếu không có phương tiện khâu hoặc không đủ kỹ năng khâu thì dùng kẹp hình tim kẹp hai mép rách để cầm máu rồi chuyển tuyến. Chèn gạc không có tác dụng cầm máu trong rách cổ tử cung.

6.ĐỀ PHÒNG CHẤN THƯƠNG ĐƯỜNG SINH DỤC

6.1.Đề phòng rách tầng sinh môn

các trường hợp có nguy cơ rách tầng sinh môn từ độ 3 trở lên: Forceps cho con so, những trường hợp có tiền sử rách tầng sinh môn độ 3 trở lên cần phải cắt tầng sinh môn.

Đỡ đẻ đúng quy cách: đầu cúi hết, ngửa từ từ, chú ý thì đỡ vai sau. Phấn đấu giảm tỷ lệ rách, nếu có rách thì giảm độ rách nhưng không thay thế rách bằng cắt tầng sinh môn. Chỉ được cắt tầng sinh môn khi cần cho thai sổ nhanh, hoặc khi tầng sinh môn là cản trở của thì sổ.

6.2.Đề phòng rách âm hộ

Rách âm hộ hai bên và rách tiền đình có thể tránh nếu như bàn tay đỡ đầu không chạm vào.

6.3.Đề phòng rách âm đạo

Không đặt Forceps cao, không quay đầu bằng Forceps.

Khi đặt giác hút cần kiểm tra xem thành âm đạo có bị hút vào nắp giác hút không.

Thông tiểu trước khi làm thủ thuật.

6.4.Đề phòng rách cổ tử cung

Không đặt forceps, giác hút khi cổ tử cung chưa mở hết.

Trong đẻ thường có thể gặp mép trước cổ tử cung bị chèn ép giữa mặt sau xương mu và đầu thai nhi, có thể giải phóng mép trước cổ tử cung bằng cách đẩy lên.

- Cho tay vào vị trí mép trước cần đẩy lên.
- Chờ hết cơn co dùng hai đầu ngón 2 và 3 đẩy mép cổ tử cung vào sâu phía sau xương mu.
- Cố định mép cổ tử cung ở vị trí đã đẩy lên cho đến khi có cơn co mới rút ngón tay ra.
- Kiểm tra nếu cổ tử cung không xuống nữa là đạt kết quả.

Chú ý: ngay trong các trường hợp đẻ thường cũng có thể xảy ra chảy máu nặng, có thể tử vong do rách cổ tử cung. Cần phát hiện và xử trí kịp thời.

7.CHĂM SÓC

7.1.Nhận định

Thể trạng, tinh thần.

Mức độ chảy máu.

Các tình trạng bệnh lý phối hợp.

Vị trí và mức độ rách.

Khả năng xử trí – xử trí

7.2.Kế hoạch chăm sóc

- Thể trạng: theo dõi mạch, huyết áp, da, niêm mạc.
    - Nếu ổn định: theo dõi lại sau xử trí.
    - Nếu mạch nhanh, huyết áp tối đa < 90, da niêm nhợt cần theo dõi sát, hồi sức truyền dịch.
    - Xét nghiệm máu: đánh giá mức độ thiếu máu, truyền máu nếu cần.
- Tinh thần: trao đổi với sản phụ về tình trạng sức khoẻ, tổn thương và biện pháp xử trí.
- Mức độ chảy máu: lượng máu đã chảy, tốc độ chảy máu
- Các tình trạng bệnh lý phối hợp:
    - Đờ tử cung: kích thích co hồi tử cung, thuốc co bóp tử cung.
    - Sót nhau: kiểm tra bánh nhau, soát tử cung.

- Vị trí và mức độ rách:kiểm tra âm hộ, âm đạo cổ tử cung bằng tay (nếu có nghi ngờ cần kiểm tra bằng dụng cụ) để xác định vị trí và mức độ rách.
- Khả năng xử trí – xử trí

  Nếu vượt khả năng:

  - Báo bác sĩ.
  - Cầm máu tạm thời, hồi sức, chuyển tuyến.

  Nếu xử trí được:

  - Chuẩn bị: dụng cụ, nhân lực, sản phụ...
  - Xử trí: xử trí tổn thương từ trong ra ngoài, theo đúng nguyên tắc và kỹ thuật.
- Đánh giá lại sau khi xử trí và đề ra kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

7.3.Thực hiện kế hoạch: theo đúng các bước đã lập.

II.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Về dự phòng rách tầng sinh môn, CHỌN CÂU SAI:

A. Hướng dẫn cho sản phụ cách rặn đẻ
B. Giữ tầng sinh môn đúng phương pháp
C. Tránh chuyển dạ kéo dài
D. Đỡ đẻ đúng kỹ thuật

2. Chảy máu sau đẻ thường xảy ra, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 6 giờ đầu sau đẻ
B. 12 giờ sau đẻ
C. 24 giờ sau đẻ
D. Những ngày sau đẻ

3. Triệu chứng nào dưới đây không phải là đờ tử cung còn hồi phục, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Tử cung co hồi kém
B. Tử cung co hồi kém còn đáp ứng với các thuốc tăng co bóp tử cung
C. Tử cung co hồi kém còn đáp ứng với kích thích cơ học
D. Cơ tử cung không còn đáp ứng với mọi kích thích

4. Chỉ ra một trường hợp ít gặp trong chảy máu sau sinh, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Nhau bong non
B. Nhau tiền đạo

C. Tắc mạch nước ối

D. Nhiễm trùng trong tử cung

5. Chẩn đoán rách tầng sinh môn dựa vào các dấu hiệu sau, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Sau đẻ tử cung co hồi kém

B. Ra máu sau khi sổ thai hoặc sau sổ nhau

C. Kiểm tra âm đạo thấy vết rách

D. A, B và C đều đúng

Bài 12
SẨY THAI

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Định nghĩa được các loại sẩy thai

2. Kể được các nguyên nhân thường gặp của sẩy thai

3. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng của ba giai đoạn sẩy thai

4. Liệt kê được các dạng sẩy thai khác nhau

5. Phân biệt được sẩy thai với các trường hợp bệnh có ra máu khác

6. Trình bày được cách xử trí và chăm sóc đối với từng loại sẩy thai

1. Định nghĩa

Sẩy thai là tình trạng thai ra khỏi tử cung người mẹ khi nó chưa có khả năng tự sống được. Thời gian thai nghén của thai đến lúc bị sẩy, hiện nay quy định là dưới 21 tuần (từ tuần thứ 22 trở lên là đẻ non).

Đa số sẩy thai là loại sẩy sớm (80%) khi tuổi thai từ 12 tuần trở xuống. Thai sẩy trên 12 tuần đến 21 tuần gọi là sẩy thai muộn. Tuổi thai càng lớn thì tỷ lệ sẩy càng ít.

Thai sẩy trong những tháng đầu thường đã chết trong tử cung.

2. Nguyên nhân gây sẩy thai

Có rất nhiều và cũng rất khó xác định một cách chắc chắn, nhiều trường hợp không rõ nguyên nhân. Ơ đây nêu lên những nguyên nhân chính đã biết

2.1.Do rối loạn thể nhiễm sắc tế bào và gen

Qua nghiên cứu của nước ngoài, có thể tới trên 60% số sẩy thai có nguyên nhân về rối loạn thể nhiễm sắc hoặc rối loạn về gen của tế bào trứng đã thụ tinh, mà nguồn gốc có thể từ các tế bào sinh dục của bố, mẹ; có thể do những đột biến của tế bào phôi, trước tác động của các yếu tố bên ngoài hay bên trong.

2.2.Nguyên nhân về phía mẹ

- Tử cung bất thường: Tử cung quá bé (nhi dạng), tử cung dị dạng (tử cung đôi, có vách ngăn, tử cung một sừng, 2 sừng), tử cung bị u xơ, cổ tử cung bị hở (hở eo tử cung).
- Bệnh của mẹ: các bệnh nhiễm khuẩn toàn thân hay nhiễm khuẩn đường sinh dục, bệnh sốt rét, các bệnh chuyển hoá (tiểu đường), nội tiết (cường giáp trạng, cường năng hoặc suy thượng thận).

- Do hoàng thể thai nghén hoạt động kém hoặc teo sớm.
- Mẹ bị thiếu dinh dưỡng : không đủ ăn, kiêng không dám ăn, do rối loạn hấp thu (tiêu chảy, nôn nặng) hay do bị ăn chặn (giun sán).
- Tình trạng bị nhiễm độc: thuốc trừ sâu, rượu, thuốc lá, thuốc lào, thuốc chữa bệnh, thuốc mê, các hoá chất độc (xăng dầu, chì, thạch tín), tia phóng xạ.
- Các chấn thương khi đang mang thai: ngã, bị đánh (bạo lực gia đình hay xã hội), tai nạn, giao hợp quá thô bạo.

2.3.Nguyên nhân về phía thai

- Thai bị dị dạng nặng.
- Thai suy dinh dưỡng.
- Thai bị mắc bệnh ngay khi còn trong tử cung.

3. Lâm sàng các giai đoạn sẩy thai

Sẩy thai diễn biến qua ba giai đoạn: doạ sẩy, đang sẩy và đã sẩy.

3.1.Dọa sẩy thai

Là giai đoạn đầu của sẩy thai khi thai còn trong tử cung và bánh nhau còn ở vị trí bám trên tử cung của nó. Nếu không phải do nguyên nhân quá trầm trọng, thì dọa sẩy thai có thể điều trị khỏi, nhưng nguy cơ bị sẩy rất cao, nhất là khi nguyên nhân là do rối loạn thể nhiễm sắc hoặc gen. Khi dọa sẩy có các triệu chứng:

- Thai phụ ra máu ít (hoặc nhẹ) từ tử cung đang mang thai (gọi là ra máu ít khi khăn vệ sinh hoặc quần lót phải lâu hơn 5 phút mới bị ướt). Máu màu đỏ, thường chưa có cục máu đông.
- Có cảm giác tức nhẹ bụng dưới, mỏi lưng.
- Thăm khám trong: âm đạo có máu, nhưng cổ tử cung còn dài và còn đóng kín

3.2.Đang sẩy

Là tình trạng bánh nhau đã và đang bong khỏi tử cung, rời chỗ bám di chuyển về phía cổ tử cung. Đang sẩy có các triệu chứng sau:

- Đau bụng từng cơn, các cơn đau mỗi ngày một tăng thêm về cường độ và độ dài.
- Lượng máu ra nhiều hơn, thường có cục máu đông lượng máu được đánh giá là nhiều khi băng vệ sinh hay quần lót bị ướt (trong vòng 5 phút).
- Thăm khám bên trong: âm đạo nhiều máu đông và máu loãng, cổ tử cung hé mở, có hình con quay (do nhau đè vào làm dãn nở rộng lỗ trong cổ tử cung), có thể sờ thấy nhau hoặc một phần thai nhi thập thò ngay tại cổ tử cung.

- Về toàn thân: tuỳ theo lượng máu ra ít hay nhiều và tình trạng đau đớn. Nếu đau nhiều kèm theo mất máu nặng thì thai phụ có thể bị sốc (choáng).

3.3.Đã sẩy

Là tình trạng nhau và thai đã ra khỏi tử cung, có các triệu chứng sau:

- Thai phụ thấy bớt ra máu.
- Giảm và hết đau bụng.
- Thăm khám: tử cung nhỏ hơn, co chắc hơn, lỗ cổ tử cung thu hẹp lại hay đã đóng.

Có hai tình huống đối với giai đoạn đã sẩy:

- Sẩy hoàn toàn (sẩy hết hay sẩy trọn), khi toàn bộ thai và nhau đã ra khỏi tử cung, lòng tử cung sạch. Trường hợp này, thường ngừng chảy máu và cổ tử cung đóng kín lại sớm. Thăm dò siêu âm: buồng tử cung sạch.
- Sẩy không hoàn toàn, khi còn sót lại một phần nhau thai trong tử cung (sót nhau). Trường hợp này, máu vẫn chảy ri rỉ liên tục hay từng đợt, cổ tử cung không khép kín, rất dễ bị nhiễm khuẩn. Thăm dò bằng siêu âm, có thể phát hiện sót nhau hoặc thai bên trong tử cung.

4. Các thể lâm sàng khác nhau của sẩy thai

Sẩy thai được chia ra nhiều loại lâm sàng khác nhau:

- Sẩy thai tự nhiên: sẩy thai diễn biến ở người đang mong muốn có thai, do các nguyên nhân đã nêu trên.
- Sẩy chủ động (hay phá thai): là trường hợp gây sẩy thai nhân tạo để làm ngừng thai nghén. Phá thai có thể do bệnh lý người mẹ hay bệnh lý ở thai không thể để cho thai nhi phát triển được, gọi là phá thai điều trị. Phá thai do có đủ số con, do có thai ngoài ý muốn, gọi là phá thai kế hoạch hoá gia đình. Phá thai còn chia ra: phá thai an toàn (thực hiện ở nơi được phép làm, có đủ cán bộ chuyên môn và đủ phương tiện), và phá thai không an toàn (khi phá thai ở cơ sở không được phép hoặc do cán bộ không có đủ trình độ chuyên môn và phương tiện). Phá thai nhỏ là phá thai ở tuổi thai dưới 12 tuần; phá thai to là những trường hợp phá thai khi tuổi thai từ 13 tuần trở lên đến 21 tuần.
- Sẩy thai lưu: thai đã chết một thời gian trong tử cung, rồi mới sẩy được (thường gọi là thai chết lưu).
- Sẩy thai băng huyết: máu chảy nhiều gây sốc cho thai phụ, nặng có thể tử vong.

- Sẩy thai nhiễm khuẩn: sau sẩy bị nhiễm vi khuẩn từ dưới lên hay do sót nhau, sót thai hoặc do tai biến, nhất là khi phá thai không an toàn.
    - Trường hợp sẩy thai nhiễm khuẩn, người bệnh thường sốt cao, tại đường sinh dục tiếp tục ra máu và mủ tạo thành một loại khí hư máu đỏ nâu, hôi; tử cung to và đau, thể trạng suy sụp nhanh, hốc hác, có thể bị sốc nhiễm khuẩn, mức độ nặng hay nhẹ phụ thuộc sự phát triển và lan toả của các loại vi khuẩn gây bệnh. Sẩy thai nhiễm khuẩn nặng cũng có thể dẫn đến tử vong.
    - Ngoài ra hậu quả của sẩy thai nhiễm khuẩn có thể gây viêm tiểu khung (viêm phần phụ) dẫn đến ứ nước, ứ mủ vòi trứng, tắc vòi trứng, làm cho người phụ nữ không còn khả năng sinh đẽ nữa (vô sinh).
- Giả sẩy thai: là trường hợp thai ở ngoài tử cung, nhưng niêm mạc buồng tử cung vẫn phát triển trở thành ngoại sản mạc. Khi lớp màng này bong ra, bị đẩy ra ngoài thì hình ảnh giống như sẩy thai.
- Sẩy thai liên tiếp: khi đã sẩy thai hai lần liên tiếp trở lên. Nguyên nhân loại sẩy này thường do những dị tật bất thường ở tử cung (đặc biệt là hở cổ tử cung), do bất đồng nhóm máu giữa mẹ và thai, do rối loạn thể nhiễm sắc hoặc gen di truyền.

5. Chẩn đoán phân biệt

Sẩy thai là bệnh cảnh cần phân biệt với các tình huống ra máu do bệnh khác, khi có thai trong ba tháng đầu sau đây:

5.1. Chửa ngoài tử cung

- Ra máu với những đặc điểm riêng: chảy máu ít một, máu đen, lợn cợn.
- Đau bụng âm ỉ, có khi đau nhói, nhưng thường tập trung một bên bụng dưới (nơi có thai ngoài tử cung).
- Khám trong thấy tử cung hơi nhỏ hơn tuổi thai, bên cạnh tử cung có một khối bất thường nắn đau.

5.2. Chửa trứng

- Ra máu ít một, thất thường, lúc ra lúc không. Máu màu đen, loãng.
- Không kèm theo đau bụng.
- Thường có tình trạng nghén nặng.
- Tử cung to nhanh và rất mềm.

5.3. Ra máu do tổn thương ở cổ tử cung hay âm đạo

- Nếu cổ tử cung đã có tổn thương, âm đạo và cổ tử cung bị viêm nhiễm thì có thể thấy ra máu nhưng số lượng thường ít, lẫn với khí hư.

- Thăm khám đặt mỏ vịt quan sát sẽ dễ dàng phát hiện.

6. Xử trí

6.1. Tiếp nhận thai phụ

- Đón tiếp
- Thăm khám, chẩn đoán và chăm sóc.
- Tuỳ mức độ mà xử trí.

6.2. Xử trí và chăm sóc

6.2.1. Doạ sẩy thai

- Cho nằm nghỉ tại giường là điều quan trọng nhất. Tránh làm việc, đi lại nhiều, kiêng giao hợp.
- Có thể cho thuốc giảm co bóp tử cung như papaverin, spasmaverin.
- Nếu đau và ra máu tăng lên thì chuyển tuyến trên điều trị.

6.2.2. Đang sẩy

- Cần lấy nhau và thai ra càng sớm càng tốt.
- Ở tuyến xã nếu sờ thấy nhau và thai ở ngay cổ tử cung thì lấy ra,rồi chuyển tuyến trên.
- Ở bệnh viện, cần tiến hành hút thai hoặc nạo cấp cứu.
- Nếu thai phụ bị sốc, vừa hồi sức tích cực, vừa hút, nạo ngay khi huyết áp tối đa được 100 mmHg.

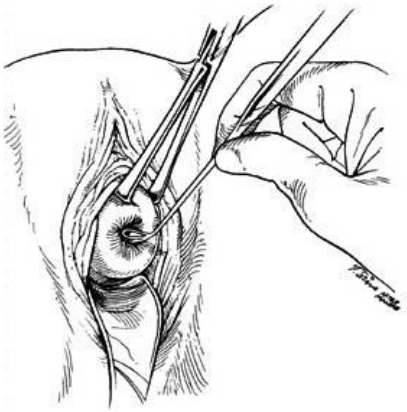
6.2.3. Đã sẩy

Nếu sẩy thai hoàn toàn:

- Về nguyên tắc không cần hút hay nạo.
- Điều trị chống nhiễm khuẩn, thiếu máu và nâng cao thể trạng.
- Ở bệnh viện có thể làm siêu âm để xác định chắc chắn nhau có còn sót hay không.

Nếu sảy thai không hoàn toàn, sót nhau:

- Tuyến xã cho kháng sinh, rồi chuyển lên bệnh viện.
- Tại bệnh viện: cho kháng sinh. Siêu âm tử cung để xác định sót nhau. Nếu sót nhau rõ thì tiến hành hút, nạo buồng tử cung, sau khi đã tiêm bắp 5 đơn vị oxytoxin. Nếu không có siêu âm: cần hút, nạo sạch buồng tử cung cho mọi trường hợp.



6.2.4. Sẩy thai nhiễm khuẩn

Ở tuyến xã: tiêm kháng sinh rồi chuyển tuyến.

Ở tuyến trên:

- Bắt đầu phải dùng kháng sinh ngay với liều cao, phối hợp, ít nhất 4 – 6 giờ sau mới hút hay nạo sót nhau.
- Trước khi hút, nạo cần cho oxytocin 5 đơn vị tiêm bắp.
- Trường hợp đến bệnh viện vẫn còn chảy máu nhiều, thì vẫn phải hút nạo ngay và vừa làm, vừa hồi sức, vừa điều trị kháng sinh và thuốc co tử cung.
- Nếu nhiễm khuẩn lại kèm theo chảy máu nặng, cần mổ cắt tử cung.

6.3. Tư vấn Phương pháp tự chăm sóc và đề phòng sảy thai lần sau.

6.4. Ghi phiếu theo dõi, chăm sóc theo quy định.

II.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Tất cả những câu sau đây về sẩy thai đều đúng, NGOẠI TRỪ:

A. Gọi là sẩy thai khi trọng lượng thai nhi tống xuất ra ngoài <500 gr.
B. Xuất độ sẩy thai sớm cao hơn so với sẩy thai muộn.
C. Giao hợp trong lúc có thai là một nguyên nhân chính gây sẩy thai.
D. Hiệu quả điều trị dọa sẩy với progesterone chưa được kiểm chứng.

2. Gọi là sẩy thai sớm khi thai bị sẩy vào thời điểm nào? CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Trước tuần lễ vô kinh thứ 10.
B. Trước tuần lễ vô kinh thứ 12.
C. Trước tuần lễ vô kinh thứ 16.
D. Trước tuần lễ vô kinh thứ 20.

3. Điều nào sau đây KHÔNG gây tăng tỉ lệ sẩy thai, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Mẹ lớn tuổi.
B. Cha lớn tuổi.
C. Mẹ có u xơ tử cung.
D. Khung chậu hẹp.

4. Sẩy thai tự nhiên nguyên nhân thường do, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Mẹ nhiễm khuẩn cấp
B. Tử cung đổ sau
C. Tử cung dị dạng
D. Tử cung nhiều nhân

5. Sẩy thai liên tiếp nguyên nhân thường do, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Mẹ bị sang chấn
B. Mẹ bị Cúm
C. Mẹ bị lao phổi.
D. Bất thường nhiễm sắc thể ở thai.

Bài 13
THAI CHẾT LƯU

I.MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Định nghĩa được thế nào là thai chết trong tử cung
2. Kể được các nguyên nhân gây thai chết trong tử cung về phía mẹ, về phía thai và phần phụ của thai
3. Mô tả được các triệu chứng thai chết trong tử cung trong hai giai đoạn sớm và muộn
4. Kể được 2 tai biến nặng nhất có thể xảy ra của thai chết trong tử cung đối với người mẹ
5. Trình bày được xử trí thai chết trong tử cung

1. Định nghĩa

Thai chết trong tử cung là những trường hợp thai chết khi tuổi thai từ 22 tuần trở lên, nằm lại trong tử cung ít nhất là 48 giờ trước khi chuyển dạ.

2. Nguyên nhân

2.1.Về phía người mẹ

Các bệnh người mẹ mắc trước hoặc trong khi mang thai đều có thể ảnh hưởng đến sự sống của thai, đặc biệt các bệnh nhiễm khuẩn toàn thân hay các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh dục. Có thể kể một số bệnh như sau:

- Tăng huyết áp.
- Tiền sản giật, sản giật.
- Bệnh tiểu đường.
- Bệnh thận.
- Các bệnh nhiễm khuẩn nặng: nhiễm khuẩn huyết, thương hàn, sốt rét, giang mai.
- Tử cung dị dạng.

2.2.Về phía thai

- Những thai có rối loạn thể nhiễm sắc hoặc rối loạn về gen.
- Thai dị dạng.
- Bất đồng nhóm máu mẹ- con.
- Thai suy dinh dưỡng nặng.

- Thai quá ngày sinh.

2.3.Về phía phần phụ của thai

- Dây rốn bị xoắn hay bị thắt nút, dây rốn quấn cổ chặt nhiều vòng làm ngưng trệ tuần hoàn nhau- thai.
- Dây rốn ngắn.
- Bánh nhau bị nhồi máu, bị xơ hoá nặng.
- Những trường hợp đa ối hay thiểu ối.

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1.Thai chết khi tuổi thai dưới 22 tuần

Tuy không xếp loại vào thai chết trong tử cung, nhưng cũng cần biết các triệu chứng để phát hiện thai đã hỏng. Tuy nhiên, chẩn đoán lâm sàng trong giai đoạn này thường khó:

- Nếu thai phụ còn đang nghén, thì khi thai chết, tình trạng nghén sẽ mất.
- Vú căng và tiết sữa.
- Tử cung không phát triển mà nhỏ dần đi, thăm khám có thể thấy tử cung không phù hợp với tuổi thai.
- Ngày nay với siêu âm có thể xác định thai đã chết khá nhanh chóng và dễ dàng khi trên màn hình không thấy tim thai đập, buồng ối thu nhỏ và méo mó.

3.2.Thai chết khi tuổi thai từ 22 tuần

Thường vào giai đoạn này, bụng đã to, thai phụ đã cảm nhận được cử động của thai (thai máy) và khi khám, hộ sinh đã có thể nghe được tim thai nên chẩn đoán lâm sàng có dễ hơn.

- Bụng nhỏ dần đi. Khám thấy tử cung nhỏ hơn, chiều cao tử cung cũng giảm so với lần khám trước.
- Vú xuống sữa.
- Thai phụ không thấy thai máy nữa.
- Nghe không thấy tim thai.
- Trên màn hình siêu âm thấy thai không cử động, tim thai không đập, xương sọ chồng khớp, da đầu bong khỏi xương sọ. Nước ối ít hoặc cạn.
- Trước đây người ta còn chụp X quang để chẩn đoán thai chết lưu, nhưng với siêu âm hiện nay cách này không mấy khi dùng đến nữa.

4. Diễn biến của thai chết trong tử cung

Thai chết trong tử cung sớm muộn thế nào cũng sẽ bị đẩy ra ngoài. Trong nữa đầu thai kỳ, diễn biến của nó là tình trạng sẩy thai; nếu thai chết ở tuổi thai từ 22 tuần trở lên thì diễn biến giống như tình trạng đẻ non; có điều diễn biến của sẩy và đẻ non các thai chết trong tử cung có thể kéo dài hơn, khó khăn hơn và có thể nhiều tai biến hơn, một phần do cơn co tử cung có thể rối loạn và đặc biệt yếu tố tinh thần và tâm lý của người mẹ trong trường hợp này cũng ảnh hưởng nhiều đến quá trình sẩy, đẻ.

Nếu thai chết trong tử cung kéo dài từ 4 tuần trở lên mà chưa sẩy, đẻ thì do tình trạng thai rữa nát trong tử cung, có thể là nguyên nhân gây nên tình trạng rối loạn đông máu, biểu hiện rõ nhất là chất sinh sợi huyết trong máu giảm nhiều; do đó khi sẩy, đẻ dễ bị băng huyết nặng.

Trường hợp thai chết trong tử cung bị vỡ ối non hay vỡ ối sớm thì nguy cơ nhiễm khuẩn sẽ rất cao. Vì thế, khi đã bị vỡ ối thì bằng mọi cách phải xử trí cho thai ra sớm để tránh tai biến này.

5. Xử trí

5.1.Theo quy định hiện hành, tất cả thai chết trong tử cung phải được xử trí tại bệnh viện huyện trở lên, không được xử trí tại tuyến xã

Ghi chép tất cả các hoạt động thăm khám, chăm sóc vào hồ sơ bệnh án theo quy định, chuẩn bị đủ hồ sơ giấy tờ để chuyển tuyến, nếu cần.

Hướng dẫn thai phụ và gia đình họ phương pháp tự theo dõi, tự chăm sóc.

Nếu thai chết trong tử cung đang ở giai đoạn sẩy hay chuyển dạ đẻ, cần theo dõi và xử trí như các trường hợp sẩy và sinh non khác. Tuy nhiên, phải chú ý phòng ngừa tai biến băng huyết và nhiễm khuẩn trong và sau đẻ (ở tuyến xã phải chuyển lên tuyến trên).

Nếu thai chết trong tử cung được phát hiện thì sau khi làm đủ các xét nghiệm và tư vấn cho thai phụ, có thể dùng các biện pháp điều trị để lấy thai ra:

Khi thai nhỏ dưới 12 tuần: dùng biện pháp hút, nạo thai như các trường hợp phá thai ngoài kế hoạch.

Nếu thai chết có tuổi thai lớn hơn, kết hợp dùng thuốc cho cổ tử cung mềm ra, dễ xoá mở, rồi truyền nhỏ giọt tĩnh mạch Oxytocin để gây chuyển dạ.

5.2.Xử trí thai chết trong tử cung, nhất thiết không được vội vàng, có khi phải vài ba ngày thai mới ra, vì thế phải làm tốt công tác tư vấn cho thai phụ và gia đình để họ khỏi lo lắng hoặc hiểu nhầm.

Trường hợp thai chết trong tử cung chưa chuyển dạ đã bị vỡ ối, thì bằng mọi cách phải cho thai ra càng sớm càng tốt.

Sau khi thai chết trong tử cung đã ra, cần kiểm soát tử cung nếu thai phụ tự đẻ theo đường dưới, sau đó phải tiêm thuốc co tử cung để hạn chế chảy máu và cho kháng sinh để chống nhiễm khuẩn.

II.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. **Nguyên nhân nào sau đây thường gây thai chết lưu? CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. Thai già tháng.
   B. Cao huyết áp trong thai kỳ.
   C. Tiểu đường.
   D. Tất cả các câu trên đều đúng.

2. **Rối loạn đông máu trong thai chết lưu chủ yếu là do, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. Giảm thromboplastine.
   B. Giảm fibrinogene.
   C. Giảm fibrinolysine.
   D. Giảm yếu tố VIII.

3. **Thai chết lưu trong tử cung là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. Thai bị chết trong quí I của thai kỳ
   B. Thai bị chết khi có cân nặng trên 2500g
   C. Thai bị chết và lưu lại trong tử cung trên 48 giờ
   D. Thai bị chết khi chuẩn bị có chuyển dạ

4. **Thai dưới 12 tuần bị chết lưu có biểu hiện, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. Ra máu đỏ ở âm đạo
   B. HCG trong nước tiểu dương tính
   C. Bệnh nhân thấy khỏe
   D. Siêu âm thấy hình ảnh túi ối rỗng

5. **Xét nghiệm HCG trong nước tiểu âm tính sau khi thai chết một thời gian khoảng, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:**

   A. 1 tuần
   B. 2 tuần
   C. 3 tuần
   D. 4 tuần

Bài 14
CHỬA NGOÀI TỬ CUNG

I.MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Định nghĩa và kể được 4 loại chửa ngoài tử cung
2. Kể 5 nguyên nhân thường dẫn đến chửa ngoài tử cung ở ống dẫn trứng
3. Mô tả thể lâm sàng của chửa ngoài tử cung, khi chưa vỡ và khi đã bị vỡ
4. Trình bày được cách xử trí khi nghi ngờ một trường hợp chửa ngoài tử cung

1. Định nghĩa

Bình thường sau khi thụ tinh ở 1/3 ngoài vòi tử cung, trứng vừa phát triển và di chuyển vào buồng tử cung để làm tổ. Chửa ngoài tử cung là khi trứng làm tổ và phát triển ở ngoài buồng tử cung.

2. Nguyên nhân

Có nhiều nguyên nhân khác nhau, nhưng thường là do biến dạng ở vòi tử cung. Biến dạng ở vòi trứng thường gặp trong các trường hợp sau:

– Viêm vòi tử cung thường do nạo hút thai nhiều lần dễ dẫn đến viêm phần phụ.

– Hẹp vòi tử cung sau phẫu thuật tạo hình vòi trứng.

– Vòi tử cung bị chèn ép do khối u tại vòi tử cung hoặc do khối u ở ngoài chèn vào.

– Vòi tử cung bị co thắt và có nhu động bất thường.

3. Vị trí thai làm tổ ngoài tử cung

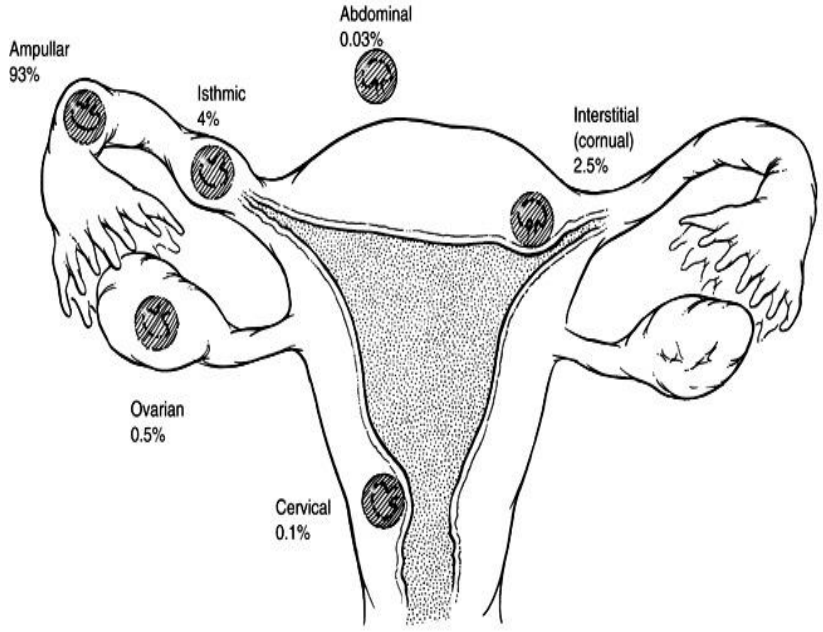
Chửa ngoài tử cung thường xảy ra ở vòi tử cung, đôi khi ở buồng trứng hoặc trong ổ bụng, hãn hữu có trường hợp chửa ở ống cổ tử cung. Nếu chửa ở vòi tử cung, có thể gặp ở những vị trí sau:

– Chửa ở loa vòi.

– Chửa ở đoạn bóng.

– Chửa ở đoạn eo.

– Chửa ở đoạn kẽ.



CÁC VỊ TRÍ THAI NGOÀI TỬ CUNG

4. Triệu chứng: Một số thể lâm sàng điển hình

4.1. Chửa ngoài tử cung chưa vỡ

Cơ năng

– Chậm kinh: có khi chỉ chậm kinh vài ngày hoặc có rối loạn kinh nguyệt. Một số trường hợp có biểu hiện như nghén (buồn nôn, nôn...).

– Ra huyết âm đạo: là triệu chứng phổ biến nhất, thường sau khi chậm kinh ít ngày đã thấy ra huyết âm đạo với tính chất: ra ít, màu nâu đen, có khi lẫn màng, số lượng và màu sắc không giống như hành kinh.

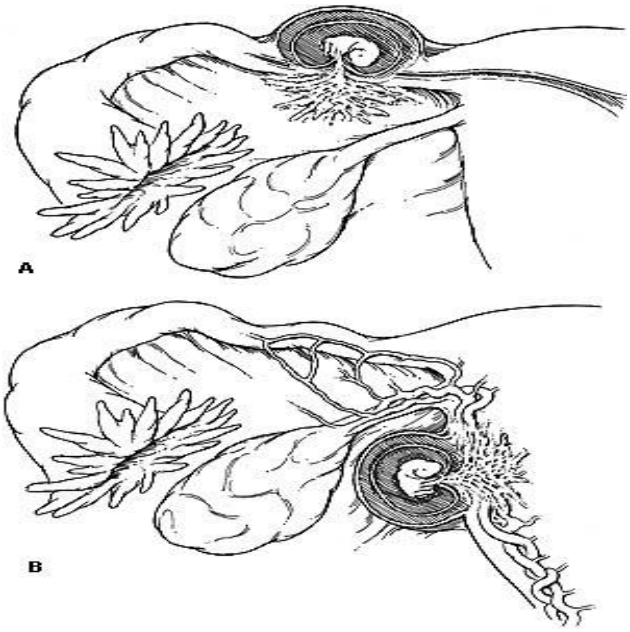
– Đau bụng: là triệu chứng hay gặp với đặc điểm: đau vùng hạ vị, đau âm ỉ, có khi đau thành cơn, sau mỗi cơn đau lại ra ít huyết âm đạo.

– Ngất là triệu chứng hiếm gặp trong chửa ngoài tử cung chưa vỡ, nhưng nếu có thì rất có giá trị. Người bệnh thấy choáng váng muốn ngất hoặc ngất đi là do bệnh nhân quá đau.

Thực thể : Thăm âm đạo kết hợp sờ nắn bụng thấy:

– Cổ tử cung và thân tử cung mềm, tử cung to hơn bình thường nhưng nhỏ hơn tuổi thai.

– Cạnh tử cung có thể sờ thấy một khối mềm, ranh giới không rõ, nắn đau. Thăm túi cùng sau âm đạo lúc đầu túi cùng sau còn mềm mại, không đau. Nếu có máu chảy vào túi cùng sau, đụng vào túi cùng sau bệnh nhân rất đau (tiếng kêu Douglas).



Hình ảnh thai ngoài tử cung

Xét nghiệm:

– Tìm β HCG.

+ HCG dương tính nếu phôi thai còn sống.

+ HCG thường gặp giảm dần, âm tính nếu phôi thai đã chết.

– Siêu âm: không thấy hình ảnh túi ối trong buồng tử cung, cạnh tử cung có thể thấy một vùng âm vang không đồng nhất, ranh giới rõ, có thể thấy túi ối ngoài tử cung. Túi cùng sau không có dịch, nếu có ít dịch là khối chửa đã rỉ máu.

– Soi ổ bụng: thấy một bên vòi trứng căng phồng, tím đen, đó là khối chửa.

4.2. Chửa ngoài tử cung vỡ

Triệu chứng cơ năng:

– Người bệnh có biểu hiện : chậm kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt, ra huyết đen dai dẳng ít một, đau âm ỉ vùng hạ vị, đột nhiên người bệnh đau nhiều.

– Khi khối chửa vỡ bệnh nhân đau bụng dữ dội, làm người bệnh choáng váng muốn ngất hoặc ngất đi.

– Tuỳ thuộc vào mức độ chảy máu trong ổ bụng mà người bệnh có biểu hiện sốc nhẹ hoặc sốc nặng. Trong trường hợp tràn ngập máu ổ bụng người bệnh có biểu hiện: da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, chân tay lạnh, khát nước, bệnh nhân hốt hoảng hoặc lịm đi. Thở nhanh và nông, mạch nhanh huyết áp hạ.

Thực thể:

– Toàn thân: bụng hơi chướng, có phản ứng thành bụng đặc biệt là vùng dưới rốn, nắn vào chỗ nào người bệnh cũng đau. Gõ đục vùng thấp.

– Thăm âm đạo: tử cung khó xác định, có cảm giác như bồng bềnh trong nước. Túi cùng sau căng phồng, nắn vào túi cùng sau và hai bên, bệnh nhân rất đau.

– Chọc dò túi cùng có máu loãng không đông, thẫm màu.

Xét nghiệm:

– Phản ứng sinh vật, phản ứng miễn dịch: HCG có thể dương tính hoặc âm tính.

– Siêu âm trong buồng tử cung không có hình ảnh túi ối, có thể thấy hình ảnh của một khối âm vang không đồng nhất nằm cạnh cổ tử cung, túi cùng sau và trong ổ bụng có dịch tự do.

4.3. Chửa ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang

Thể này được hình thành là do vòi tử cung bị rạn nứt hoặc bọc thai bong dần rồi sẩy (máu rỉ ra ít một rồi đọng lại trong hố chậu) và được các tạng (ruột, mạc nối lớn...) đến bao bọc lại thành khối máu tụ.

Cơ năng

– Người bệnh có biểu hiện chậm kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt, ra huyết đen dai dẳng ít một, đau âm ỉ vùng hạ vị, có cơn đau trội lên rồi giảm đi.

– Hiện tại: Ra huyết đen ít một, đau tức nặng vùng hạ vị kèm theo những biểu hiện chèn ép như táo bón, đái khó, đau quặn– mót rặn, ỉa ra nhầy mũi.

Người bệnh gầy sút, đôi khi có sốt nhẹ, da hơi xanh – niêm mạc kém hồng.

Thực thể

– Thăm âm đạo khám thấy một khối cạnh tử cung ranh giới không rõ, mật độ chắc, không di động, ấn vào đau tức, tử cung bị lệch về bên đối diện.

– Chọc dò túi cùng sau vào khối u có thể hút ra màu đen loãng lẫn máu cục nhỏ.

Xét nghiệm

– Phản ứng sinh vật, phản ứng miễn dịch: HCG thấp hoặc âm tính

– Siêu âm: cạnh tử cung có một vùng đậm âm, tử cung không có thai.

5. Hướng xử trí

5.1. Chửa ngoài tử cung chưa vỡ: Tuỳ từng trường hợp mà có thể điều trị:

– Mổ cắt vòi tử cung có khối chửa.

– Mổ rạch lấy khối chửa, khâu bảo tồn vòi trứng.

_ Điều trị nội khoa

5.2. Chửa ngoài tử cung vỡ

– Hồi sức tích cực bằng truyền máu và các dung dịch thay thế trước, trong và sau mổ.

– Mổ cắt đoạn vòi trứng vỡ.

– Lấy hết máu trong ổ bụng. Truyền lại nếu có thể.

6. Kế hoạch chăm sóc:Giảm lo lắng, mất ngủ cho người bệnh:

– Hỏi về tình trạng bệnh tật và sức khỏe, đặt người bệnh nằm nghỉ tuyệt đối tại giường, lau người bằng nước ấm, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, thay băng vệ sinh, váy sạch trong thời gian theo dõi và chờ đợi phẫu thuật.

– Thực hiện y lệnh.

Giảm thiếu máu và rối loạn tuần hoàn

– Chuẩn bị người bệnh để khám và siêu âm, lấy nước tiểu để thử HCG, lấy máu để làm xét nghiệm cơ bản.

– Chuyển người bệnh lên phòng mổ.

– Truyền máu cùng nhóm và các dung dịch thay thế. Tiêm thuốc chống sốc.

– Đo huyết áp, đếm mạch, quan sát màu sắc da- niêm mạc...trước trong sau, mổ

II.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1.Yếu tố nào không là nguy cơ của thai ngoài tử cung, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Các bệnh lây truyền qua đường tình dục

B. Các nhiễm trùng đường tiết niệu

C. Nạo phá thai

D. Sử dụng các biện pháp tránh thai: đặt vòng, thuốc tránh thai...

2.Vị trí giải phẫu thường gặp nhất của thai ngoài tử cung là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Đoạn eo của vòi trứng

B. Đoạn bóng của vòi trứng

C. Đoạn kẽ của vòi trứng

D. Ở buồng trứng

3.Yếu tố nào không là nguyên nhân của thai ngoài tử cung, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Vòi trứng dài bất thường

B. Túi ngách của vòi trứng

C. Các xơ dính do hậu quả phẫu thuật vùng bụng trước đó

D. Tiền sử sinh đẻ nhiều lần

4.Yếu tố nào trong những yếu tố sau đây không phải là nguy cơ của thai ngoài tử cung, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Kích thích rụng trứng

B. Tiền sử phẫu thuật vòi trứng

C. Dùng thuốc tránh thai viên phối hợp

D. Mang vòng tránh thai

5.Phụ nữ nào sau đây dễ có nguy cơ thai ngoài tử cung nhất, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Đang sử dụng viên thuốc tránh thai

B. Có tiền sử viêm vòi trứng nhiều lần

C. Có tiền sử lạc nội mạc tử cung

D. Có tiền sử nhiễm trùng đường tiết niệu nhiều lần

Bài 15
NHAU TIỀN ĐẠO

I.MỤC TIÊU HỌC TẬP

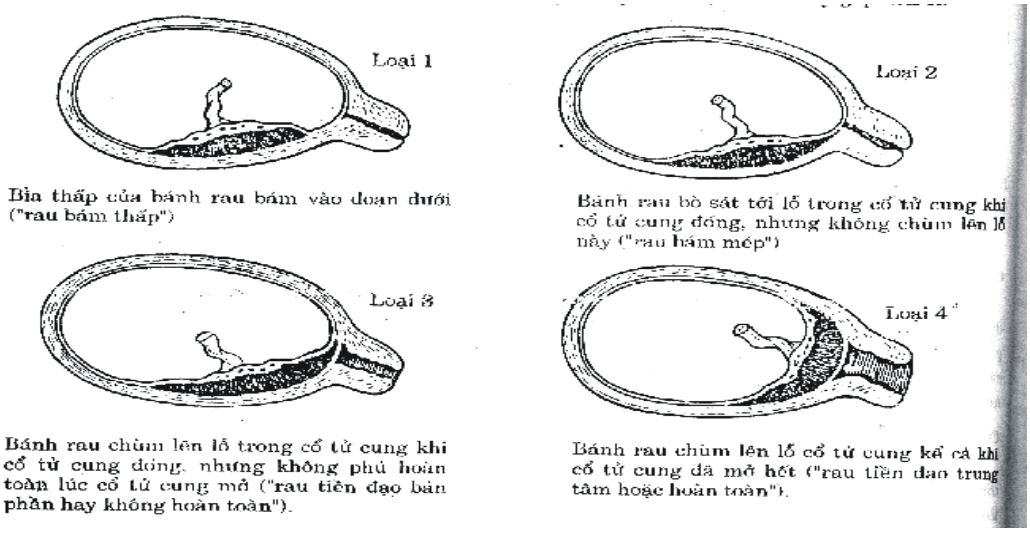
1. Mô tả được 5 loại nhau tiền đạo
2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của nhau tiền đạo
3. Chẩn đoán được nhau tiền đạo và phân biệt được với một số bệnh có chảy máu khác trong nửa cuối của thai kỳ
4. Trình bày được phương hướng xử trí đối với nhau tiền đạo ở các tuyến khác nhau

1. Định nghĩa và phân loại

Nhau tiền đạo là trường hợp bánh nhau không bám ở đáy tử cung như bình thường mà bám lan xuống đoạn dưới, có thể che lấp một phần hoặc toàn bộ lỗ trong cổ tử cung trở thành vật cản trên đường ra của thai nhi.

Tuỳ theo vị trí bám của bánh nhau trong tử cung, NTĐ được phân loại như sau:

- **Nhau bám thấp** là khi một phần bánh nhau bám lan xuống đoạn dưới tử cung. Loại này sau khi đẻ, kiểm tra màng nhau sẽ thấy lỗ đầu ối nằm lệch, một bên màng nhau dài, một bên màng nhau đo được chỉ dưới 10 cm từ bờ nhau đến lỗ đầu ối.
- **NTĐ bám thấp** khi một phần bánh nhau bám xuống thấp hơn ở đoạn dưới.
- **NTĐ bám mép** khi bánh nhau đã bám sát vào bờ lỗ trong của cổ tử cung, loại này khi kiểm tra bánh nhau sẽ thấy một phần mép bánh nhau ở sát lỗ đầu ối.
- **NTĐ bán trung tâm** (hay trung tâm không hoàn toàn) là trường hợp bánh nhau bám thấp hơn, mép bánh nhau lan ra che lỗ trong cổ tử cung.
- **NTĐ trung tâm hoàn toàn** là trường hợp một phần bánh nhau bám ở dưới phủ kín lỗ trong cổ tử cung. Khi cổ tử cung hé mở, ngón tay đưa vào thăm chỉ thấy nhau, không thấy màng ối.



2. Nguyên nhân của NTĐ

Thực sự chưa biết rõ, nhưng người ta thấy tần suất bệnh tăng lên ở những nhóm thai phụ có đặc điểm sau:

- Lần đẻ trước bị NTĐ. Gặp người mang đa thai
- Có sẹo mổ ở tử cung: do mổ lấy thai, do mổ phụ khoa (bóc nhân xơ, cắt vách ngăn, tạo hình tử cung).
- Đã sẩy thai, nạo thai nhiều lần.
- Có tiền sử viêm nhiễm niêm mạc tử cung.

3. Lâm sàng các trường hợp nhau tiền đạo

3.1.Triệu chứng lâm sàng

Ra máu ở nửa sau của thai kỳ, với những tính chất đặc biệt của nó như sau:

- Ra máu tự nhiên, đột ngột không có dấu hiệu gì báo trước. Có thai phụ ban đêm thức giấc vì thấy ướt quần, mới biết bị ra máu.
- Lượng máu ra ít, nhiều tuỳ từng trường hợp, nhưng thường có màu đỏ tươi, có thể lẫn cục máu đông. Thường máu ào ra trong một thời gian ngắn, rồi đột ngột ngừng lại, không mấy khi kéo dài nhiều ngày, dù không điều trị thuốc men gì.
- Tuy nhiên, sau một thời gian thai phụ lại có lần ra máu lại, lượng máu chảy ra nhiều hơn lần trước và thời gian ra máu cũng dài hơn. Khoảng cách giữa các lần ra máu cũng ngắn lại.
- Tình trạng ra máu nhiều đợt kèm theo nỗi lo lắng, làm thai phụ mệt mỏi, xanh xao vì thiếu máu.
- Nếu ra máu vào giai đoạn có các cơn co tử cung của chuyển dạ, thì lượng máu sẽ chảy nhiều hơn và cơn co càng mạnh, càng ra máu nặng.

- Kinh nghiệm cho thấy NTĐ loại không phủ cổ tử cung thường hay ra máu nhiều đợt trong thời gian chưa chuyển dạ, còn loại NTĐ phủ cổ tử cung thì hay ra máu khi bắt đầu chuyển dạ.
- Khám thực thể hầu như không có gì đặc biệt, cũng có thể thấy: ngôi thai bất thường (do nhau bám không đúng vị trí trong buồng tử cung); nếu thai nằm dọc thì ngôi thường cao lỏng.

3.2.Chẩn đoán xác định

- Dựa vào tình trạng ra máu với tính chất điển hình nêu trên có thể nghĩ đến NTĐ.
- Siêu âm là đã có thể xác định NTĐ một cách khá chắc chắn, khi nhìn thấy trên màn hình vị trí nhau thai bám ở đâu, có phủ lỗ trong cổ tử cung hay không.

3.3.Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt NTĐ với các chảy máu thường gặp khác diễn ra vào nửa sau thai kỳ như nhau bong non, vỡ tử cung, thai chết trong tử cung, dọa đẻ non hoặc một số bệnh lý ở cổ tử cung.

- **Nhau bong non:** thường có các triệu chứng nhiễm độc thai nghén đi kèm, ra máu thường xuyên kèm theo đau bụng, trương lực cơ tử cung tăng. Tính chất máu cũng khác hẳn: thẫm màu và không đông.
- **Vỡ tử cung**: thường diễn ra trong chuyển dạ, chảy máu trong là chính, trước khi vỡ tử cung bao giờ cũng có cơn đau vật vã, dồn dập, tử cung biến dạng, thai thường chết.
- **Thai chết trong tử cung**: máu cũng ra khi có dấu hiệu sẩy hoặc đẻ, vì thế sẽ kèm theo đau bụng. Thai không máy. tim thai mất. Bụng nhỏ dần.
- **Dọa đẻ non:** có cơn co tử cung gây chuyển dạ đi kèm, khi tuổi thai chưa đủ tháng.
- **Các tổn thương cổ tử cung**: Như ung thư, polyp, khám âm đạo bằng tay hay đặt mỏ vịt quan sát sẽ dễ dàng phát hiện.

4. Thái độ xử trí đối với NTĐ

4.1.Với NTĐ còn chưa chuyển dạ

- Không được lưu giữ theo dõi tại trạm y tế xã, cần tư vấn cho thai phụ và gia đình nguy cơ chảy máu bất ngờ không thể lường trước được để chuyển lên bệnh viện có khả năng phẫu thuật.
- Tại bệnh viện, nếu thai phụ đã cầm máu và thai còn non tháng thì được giữ lại theo dõi tại bệnh viện, cho các thuốc giảm co tử cung, viên sắt chống thiếu máu và nghỉ ngơi. Nếu đã mất máu nhiều, thai phụ bị thiếu máu nặng có thể

truyền máu. Mục đích là chờ cho thai nhi phát triển thêm trong bụng mẹ được ngày nào hay ngày đó.

- Nếu chảy máu tiếp tục và nghiêm trọng thì cần mổ lấy thai để cứu mẹ, dù tuổi của thai nhi thế nào.
- Nếu NTĐ được chẩn đoán xác định là loại phủ lỗ trong cổ tử cung thì khi thai đủ tháng (38-39 tuần) tiến hành mổ chủ động lấy thai, không cần chờ chuyển dạ.

4.2.Nếu NTĐ đang chuyển dạ

4.2.1.Tuyến xã

- Không khám âm đạo khi nhau tiền đạo đang chảy máu.
- Chuyển sản phụ lên bệnh viện gần nhất có khả năng phẫu thuật.
- Khi di chuyển phải có cán bộ y tế hộ tống.
- Nếu sản phụ bị choáng do mất máu, thì vừa hồi sức, vừa chuyển hoặc mời tuyến trên về hỗ trợ.

4.2.2.Tuyến có khả năng phẫu thuật

- Mổ lấy thai nếu nhau bám trung tâm
- Bấm ối nếu nhau không phủ lỗ trong tử cung.
- Theo dõi chuyển dạ nếu cổ tử cung thuận lợi, ngưng chảy máu.
- Mổ lấy thai nếu còn chảy máu.
- Hồi sức, truyền máu tuỳ mức độ.

Tiên lượng

- Mẹ tùy thuộc vào mức độ chảy máu và khả năng hồi sức
- Con thường non tháng, thai thiếu oxy ngay từ trong bụng mẹ nên dễ bị suy thai

II.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Triệu chứng ra máu điển hình của nhau tiền đạo là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Ra máu đỏ tươi kèm với triệu chứng đau bụng ngầm.
B. Ra máu đột ngột, máu bầm đen, không đau bụng.
C. Ra máu đỏ tươi, tự ngưng, có xu hướng tái phát nhiều lần.
D. Ra máu ít, rỉ rả kéo dài, máu bầm đen.

2. Phương pháp cận lâm sàng chính xác và an toàn nhất giúp chẩn đoán nhau tiền đạo là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Chụp X quang phần mềm.
B. Đồng vị phóng xạ.
C. Siêu âm.
D. Soi ối.

3. Chẩn đoán nhau tiền đạo sau sanh dựa vào, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Đo diện tích bánh nhau.
B. Đo chiều dầy bánh nhau.
C. Xem sự co hồi của đoạn dưới tử cung.
D. Kiểm tra và quan sát màng nhau.

4. Nhau tiền đạo là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Nhau cản trở đường ra của thai nhi.
B. Nhau gây chảy máu khi có cơn tử cung.
C. Khi nhau không bám hoàn toàn vào thân tử cung, một phần hay toàn bộ bánh nhau bám vào đoạn dưới tử cung.
D. Bánh nhau bịt kín toàn bộ cổ tử cung.

5. Trên lâm sàng, nhau tiền đạo chảy máu nhẹ là khi lượng máu của mẹ mất, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. <10% thể tích máu tuần hoàn
B. <15% thể tích máu tuần hoàn
C. <20% thể tích máu tuần hoàn
D. <25% thể tích máu tuần hoàn

Bài 16

NHAU BONG NON

I.MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Định nghĩa được nhau bong non
2. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng của nhau bong non trong ba thể bệnh khác nhau
3. Phân biệt được nhau bong non với một số bệnh cảnh khác
4. Trình bày được cách xử trí nhau bong non tại các tuyến y tế

1. Định nghĩa và phân loại

Nhau bong non (NBN) là trường hợp nhau bám đúng vị trí, nhưng đã bong một hay nhiều phần của bánh nhau khi thai còn nằm trong tử cung.

Nhau bong non có hai loại:

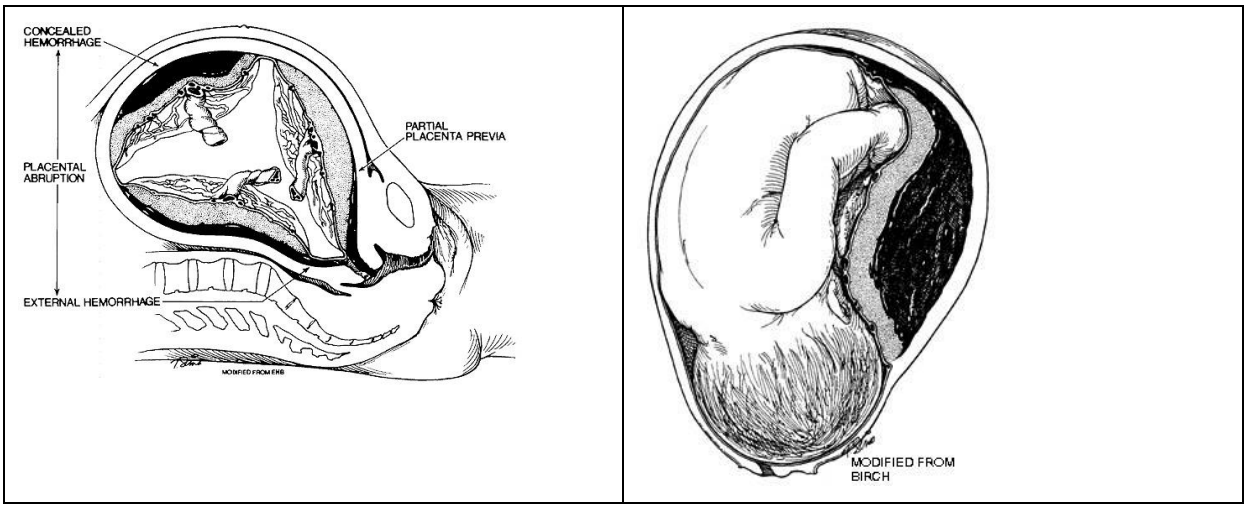
- **Nhau bong non do chấn thương**: thai phụ bị ngã, bị đánh, đá, đạp vào bụng hoặc bị tai nạn giao thông trong nửa sau của thai kỳ. Những chấn thương trực tiếp vào bụng này sẽ gây chảy máu ở bánh nhau và gây máu tụ sau nhau, gây ra bong nhau.
- **Nhau bong non bệnh lý:** thai phụ không hề bị một chấn thương nào, nhưng vẫn bị nhau bong non. Nguyên nhân còn chưa rõ, nhưng thường gặp ở những thai phụ có hội chứng tiền sản giật nặng.

Yếu tố nguy cơ

- Tiền sử bị hội chứng tiền sản giật- sản giật (nhiễm độc thai nghén)
- Bệnh toàn thân như thận, tăng huyết áp, đái tháo đường
- Tiền sử có sản khoa nặng nề: nạo thai, hút thai, thai chết lưu...
- Thiếu máu, suy dinh dưỡng, lao động nặng khi mang thai
- Mẹ nghiện thuốc lá, rượu
- Có sự co kéo bánh nhau trong chuyển dạ sanh như dây rốn ngắn, ấn đáy tử cung quá mạnh...

2. Lâm sàng

NBN là một bệnh xảy ra trong những tháng cuối của thai kỳ, có triệu chứng chảy máu đường sinh dục với những thể bệnh rất khác nhau.



2.1.Triệu chứng và các thể bệnh

Tuỳ theo mức độ nhẹ hay nặng của bệnh, NBN được chia thành 4 thể sau đây:

2.1.1.Thể không có triệu chứng (độ 0)

Người bệnh không có một triệu chứng nào trên lâm sàng, chỉ do vô tình làm siêu âm phát hiện ra hoặc sau khi đẻ, kiểm tra bánh nhau thấy bị lõm một mảng nhỏ và có cục máu tụ nhỏ sau bánh nhau mới biết.

2.1.2.NBN thể nhẹ (độ 1)

Biểu hiện bằng các triệu chứng sau:

- Thai phụ thấy đau bụng hơi nhiều hơn bình thường do cơn co tử cung mạnh hơn, đặc biệt tăng trương lực cơ bản của cơ tử cung, do đó ngoài cơn co vẫn thấy hơi tức bụng chứ không mềm hoàn toàn như sau các cơn co tử cung bình thường.
- Nghe tim thai thường vẫn rõ, chưa có biểu hiện suy thai.
- Âm đạo có thể thấy ra một chút máu đen.
- Toàn trạng thai phụ không thay đổi.
- NBN thể nhẹ cũng khó chẩn đoán, thường cũng đến lúc đẻ xong, kiểm tra nhau mới phát hiện..

2.1.3.NBN trung bình (độ 2)

- Cơn go tử cung tăng và tăng trương lực cơ bản nhiều hơn, khiến thai phụ đau nhiều, hết cơn đau vẫn có cảm giác đau âm ỉ và bụng vẫn hơi cứng.
- Thai bắt đầu suy, nhịp tim thai biến đổi (nhanh, chậm, không đều).
- Máu chảy từ âm đạo ra vừa phải, màu đen thẫm, loãng, không đông.
- Thực ra, lượng máu chảy ít hay nhiều bên ngoài không có giá trị tiên lượng vì đôi khi khối máu tụ sau nhau lại ngấm vào cơ tử cung, không lách được màng

nhau để chảy ra ngoài nên không thấy máu chảy nhiều ở âm đạo nhưng bệnh cảnh của thai phụ lại rất trầm trọng.

- Toàn thân: thai phụ thường có các dấu hiệu của tiền sản giật: tăng huyết áp, nước tiểu có protein, phù. Có thể vật vã do choáng nhẹ.

2.1.4.NBN thể nặng (độ 3), còn gọi là phong huyết tử cung – nhau:

- Sản phụ đau dữ dội vì cơn co tăng mạnh và đặc biệt trương lực cơ bản cũng tăng nhiều khiến tử cung co cứng như gỗ liên tục. Nếu đo chiều cao tử cung sẽ thấy chiều cao này tăng lên (do tử cung bị ngấm máu to ra).
- Toàn thân: ngoài hội chứng tiền sản giật nặng còn thêm tình trạng choáng: vật vã, mạch nhanh, huyết áp tụt (cần lưu ý là trước đó người bệnh có tăng huyết áp do tiền sản giật nên số đo huyết áp khi bị choáng tuy không quá thấp như mọi ca choáng khác, nhưng tình trạng choáng vẫn nặng). Tình trạng choáng còn do tình trạng nhiễm độc vì cơ tử cung bị nhồi máu, hoại tử cấp. Không xử trí kịp thời, thể này có thể dẫn đến tử vong cho sản phụ.
- Tim thai lúc này thường mất, do thai đã chết (không còn tuần hoàn mẹ- con).
- Máu ra âm đạo nếu có, vẫn là máu đen, loãng, không đông.
- Cổ tử cung cứng, ối phồng căng và nếu bấm ối thì nước ối cũng có máu.

2.2.Chẩn đoán xác định

- Dựa vào các triệu chứng lâm sàng đã mô tả trên.
- Với siêu âm hiện nay, có thể khẳng định NBN từ rất sớm. Vì thế, trên lâm sàng nếu có chút nghi ngờ, nên cho thai phụ được làm siêu âm để loại trừ.
- Các xét nghiệm về đông máu sẽ cho biết tình trạng rối loạn đông máu rất nặng trong thể phong huyết tử cung- nhau (thời gian máu đông, máu chảy kéo dài; giảm nhiều hoặc mất hết chất sinh sợi huyết...).

2.3.Chẩn đoán phân biệt

- **Với nhau tiền đạo: NTĐ** không đau bụng, nếu trong chuyển dạ thì không tăng co mạnh và không tăng trương lực cơ bản. Máu ra đỏ tươi, đông thành cục. Tim thai thường ít thay đổi (nếu mất máu không nhiều).
- **Với vỡ tử cung:** toàn thân tuy cũng có choáng, trước khi vỡ cũng có giai đoạn đau dữ dội, tim thai cũng mất, nhưng nếu được theo dõi từ trước hoặc khai thác kỹ sẽ thấy có các triệu chứng dọa vỡ. Khi khám tử cung đã vỡ thường nắn được các phần thai nhi dưới da bụng. Bệnh nhân thường không có rối loạn đông máu kèm theo.
- **Với đa ối cấp:** người bệnh cũng đau đớn, vật vã, bụng to nhanh và cứng, nhưng không chảy máu, không bị choáng, không có rối loạn đông máu. Bên

cạnh đó người bệnh thường khó thở nhiều do tử cung to nhanh chèn ép cơ hoành, hạn chế hô hấp.

- **Với thai chết trong tử cung đang chuyển dạ:** thai phụ cũng ra máu đen, máu cũng có thể không đông, tim thai mất, nhưng thường không bị choáng, tử cung không co cứng liên tục, không tăng chiều cao tử cung trong quá trình theo dõi.

3. Xử trí

3.1.Với thể không có triệu chứng và thể nhẹ

Vì ít khi phát hiện được trong thời gian chuyển dạ nên cần có thái độ cảnh giác với các trường hợp sau:

- Trong chuyển dạ có ra chút máu đen.
- Cơn co tử cung mau, mạnh không phù hợp với độ mở cổ tử cung.
- Ở nơi có điều kiện nên cho làm siêu âm để xác định hoặc loại trừ NBN.
- Nếu chỉ phát hiện sau khi sanh qua kiểm tra bánh nhau thì sản phụ đó phải được theo dõi sát tình trạng băng huyết, tiêm thuốc co tử cung đề phòng đờ tử cung do NBN sau khi sanh.

3.2.Với NBN thể trung bình

- Mổ lấy thai ngay khi chẩn đoán NBN được đặt ra.
- Vì thế người hộ sinh ở tuyến xã khi gặp NBN thể trung bình, cần tư vấn cho thai phụ và gia đình để nhanh chóng chuyển về nơi có thể mổ lấy thai. Trước khi chuyển cho tiêm các thuốc giảm co tử cung như Atropin (1/4 mg tiêm bắp 1-2 ống; Papaverin 0,04g tiêm bắp 1-2 ống) cần có cán bộ y tế đi hộ tống.

3.3.Với NBN thể nặng

- Chỉ có cách mổ để cứu người mẹ (vì con thường đã chết), nhiều trường hợp sau khi lấy thai ra phải tiếp cắt tử cung cấp cứu để phòng băng huyết sau mổ. Cùng với phẫu thuật phải hồi sức chống choáng, truyền máu tích cực mới mong cứu được người mẹ.
- Vì thế nếu gặp NBN thể nặng ở tuyến xã thì tích cực chống choáng ban đầu và nhanh chóng chuyển người bệnh về bệnh viện có khả năng phẫu thuật gần nhất hoặc mời bệnh viện tuyến trên về chi viện xử trí tại chỗ.

II.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Nhau bong non có thể là biến chứng của một tình trạng bệnh lý ở mẹ là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Thiếu máu do thiếu sắt.
B. Tiền sản giật nặng.
C. Suy tim.
D. Nhiễm trùng tiểu.

2. Triệu chứng nào sau đây KHÔNG gặp trong nhau bong non, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Protein niệu.
B. Mất tim thai.
C. Cao huyết áp.
D. Trương lực cơ tử cung không tăng

3. Trong nhau bong non thể nặng, áp lực trong buồng ối là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 0 mmHg.
B. 5-10 mmHg.
C. 15-50 mmHg.
D. > 80 mmHg.

4. Nhau bong non là nhau bong, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Sau khi sổ thai 5 phút.
B. Ngay sau khi sổ thai.
C. Trước khi sổ thai.
D. Sau khi sổ thai 30 phút.

5. Nhau bong non thường gây ra máu, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Trong 3 tháng cuối thời kỳ thai nghén
B. Máu loãng, không đông.
C. Máu tươi và máu cục.
D. Ra máu tái phát.

Bài 17
CHỬA TRỨNG

I.MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả được 4 triệu chứng cơ năng và 5 triệu chứng thực thể để chẩn đoán chửa trứng
2. Trình bày được 4 trường hợp cần chẩn đoán phân biệt với chửa trứng
3. Kể được các diễn biến của chửa trứng
4. Trình bày được xử trí chửa trứng đối với từng tình huống cụ thể và cách theo dõi chửa trứng sau điều trị

Chửa trứng (còn gọi là thai trứng) là một loại thai nghén bệnh lý ở ba tháng đầu của thời kỳ thai nghén, trong đó các gai nhau thoái hoá không phát triển được thành các gai nhau bình thường, mà biến thành các bọng nước (hay nang nước), phát triển rất nhanh, kích thước từ vài mm tới vài cm, dính với nhau như những chùm nho. hầu hết thai trứng thuộc loại hoàn toàn, nghĩa là sản phẩm thụ thai đều là các nang nước; một số rất ít là thai trứng bán phần (không hoàn toàn), loại này ngoài các nang nước do gai nhau thoái hoá, thì có một số gai nhau phát triển bình thường và có thể kèm với thai nhi.

Chửa trứng hay gặp ở phụ nữ châu Á, cứ khoảng 250 người có thai ở Philippin thì có một thai trứng, ở Indonesia còn cao hơn (1/85 người có thai). Ở nước ta thai trứng cũng hay gặp (khoảng 1/500 người có thai) trong khi ở Châu Âu, phải 2000 người có thai mới có một thai trứng. Chửa trứng hay gặp ở những phụ nữ còn quá trẻ (dưới 20 tuổi) hoặc đã nhiều tuổi (trên 40). Điều lo ngại nhất của chửa trứng là có tỷ lệ biến thành ung thư tế bào nuôi rất cao (20%).

Nguyên nhân của chửa trứng hiện nay đã được biết là kết quả của sự thụ tinh giữa tinh trùng và một noãn bất thường tạo nên.

1. Lâm sàng

Chửa trứng cũng là kết quả của một sự thụ tinh nên người bệnh cũng có các triệu chứng của thai nghén như mất kinh, tình trạng nghén, cương vú và thử thai bằng que thử nhanh cũng dương tính sớm. Tuy nhiên, cần nghĩ đến chửa trứng khi có những đặc điểm sau:

1.1.Triệu chứng cơ năng

Chậm kinh

Tình trạng nghén: với đặc điểm nặng hơn mức bình thường, biểu hiện thường là nôn mửa rất nhiều, mệt mỏi, xanh xao, gầy sút. Có khi còn xuất hiện các dấu

hiệu giống như tình trạng tiền sản giật của thai nghén những tháng cuối như tăng huyết áp, phù, nước tiểu có chất protein.

Ra máu ở âm đạo, máu thường màu đen, loãng, ra ít một dai dẳng ngày này qua ngày khác, ban đêm máu thường ra nhiều hơn.

Đau bụng: giai đoạn đầu, người bị chửa trứng không đau bụng, nhưng khi có hiện tượng sẩy thì mới đau bụng từng cơn.

1.2.Triệu chứng thực thể

- Tử cung to nhanh. Thai mới 8-12 tuần (2-3 tháng), nhưng bụng đã to như người có thai 15-20 tuần (4-5 tháng).
- Nắn tử cung bên ngoài hay thăm trong đều thấy tử cung mềm nhão.
- Đặc biệt tuy bụng to, nhưng không sờ nắn thấy các phần thai nhi.
- Nghe tim thai không thấy.
- Thăm âm đạo, nếu có kinh nghiệm có thể phát hiện thấy nang hoàng tuyến ở một hoặc cả hai bên hố chậu. Đó là hoàng thể thai nghén đã phát triển to ra thành một khối u, do chất nội tiết HCG trong chửa trứng quá cao gây nên. Khi chửa trứng được điều trị khỏi, thì nang hoàng tuyến cũng sẽ teo dần đi.

Xét nghiệm sau đây sẽ giúp chẩn đoán xác định:

- Thử HCG trong nước tiểu, lượng HCG tăng rất cao, có khi lên tới hơn 60.000 đơn vị thỏ.
- Siêu âm tử cung sẽ thấy các hình ảnh điển hình của chửa trứng (hình ảnh như bông tuyết trong tử cung, không thấy túi ối và thai nhi).

2. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt chửa trứng với các loại tai biến và bệnh lý thai nghén sau:

2.1.Doạ sẩy thai và sẩy thai

Ra máu trong doạ sẩy thai và sẩy thai có thể có nhiều hoặc ít, nhưng thường đỏ tươi, có cục máu đông, thường kèm theo các cơn đau bụng ít hay nhiều. Tử cung tuy có mềm, nhưng không mềm nhiều như trong chửa trứng. Thăm khám thấy tử cung to phù hợp với tuổi thai. Nếu thai đã trên 16 tuần thường đã thấy tiếng tim thai (trừ trường hợp thai đã chết), nắn ngoài có thể thấy dấu hiệu "bập bềnh" thai nhi. Thai phụ cũng thường không nghén nhiều như trong chửa trứng.

2.2.Chửa ngoài tử cung

- Tuy cũng ra máu đen kéo dài nhiều ngày, nhưng thường xuyên kèm theo đau bụng âm ỉ một bên hố chậu. Nếu chửa ngoài tử cung bị vỡ thì đau bụng dữ dội đột ngột.

- Tử cung không quá mềm, không to mà thường còn nhỏ hơn tuổi thai.

2.3.Tình trạng nôn khi thai nghén

Đây còn được gọi là tình trạng nhiễm độc thai nghén sớm. Sau khi chậm kinh, thai phụ xuất hiện tình trạng nghén nặng: nôn nhiều, nôn liên tục, ăn gì nôn nấy làm cơ thể gầy sút, mạch nhanh, có thể dẫn đến tình trạng toan hoá máu, nhưng thai phụ không có các triệu chứng khác của chửa trứng như ra máu, bụng to nhanh, tử cung mềm... Tuy nhiên, ở nước ta tình trạng nôn nặng do thai nghén hiếm gặp, vì thế nếu thấy thai phụ nghén nhiều hơn mức bình thường thì đầu tiên cần phải nghỉ đến chửa trứng.

2.4.Chửa nhiều thai

Chửa sinh đôi hay nhiều thai cũng có tình trạng nghén nhiều hơn trường hợp chửa một thai, tử cung cũng to nhanh hơn, nhưng vào những tháng cuối, chứ trong ba tháng đầu không to nhanh như chửa trứng.

Nắn bụng thấy nhiều phần thai nhi. Nghe được tim thai.

3. Diễn biến của chửa trứng

Chửa trứng là tình trạng thai bệnh lý, không thể tồn tại được mà chắc chắn sẽ kết thúc bằng tình trạng sẩy. Diễn biến của sẩy thai trứng cũng giống như sẩy thai thường, nhưng thai phụ bị mất máu nhiều hơn, quá trình sẩy kéo dài, chất sẩy ra không phải là thai nhi và nhau thai mà là các nang trứng. Tình trạng nặng khi sẩy thai trứng nguy hiểm nhiều hơn đến tính mạng thai phụ.

Sau khi sẩy hoặc đã được hút, nạo, khoảng 80% các trường hợp thai phụ hồi phục, dần dần trở lại bình thường và lại có thể thai nghén sinh đẻ trở lại, nhưng còn khoảng 20% bị biến chứng thành ung thư tế bào nuôi (thường gọi là ung thư nhau).

Có một số trường hợp (thường gặp ở người lớn tuổi) chửa trứng đã thành ung thư ngay khi còn chưa sẩy, gọi là "chửa trứng ác tính".

Có một số trường hợp, chửa trứng có thể biến chứng thành ung thư tế bào nuôi.

4. Xử trí

Chửa trứng sớm muộn rồi cũng sẩy, nhưng nếu phát hiện sớm để hút, nạo sớm thì ít nguy hiểm cho sức khoẻ và tính mạng bà mẹ hơn, tuy nhiên công việc này không được làm ở tuyến y tế cơ sở. Do đó, cần giải thích cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân về tình trạng bệnh, hướng xử trí.

Nếu thai phụ được chẩn đoán xác định là chửa trứng thì phải hoàn chỉnh hồ sơ giấy tờ để gửi họ lên điều trị và theo dõi ở bệnh viện tỉnh hay bệnh viện chuyên khoa phụ- sản.

Nếu chửa trứng đang có dấu hiệu sẩy thì tuyến xã phải chuyển ngay lên cơ sở y tế gần nhất (tỉnh hoặc huyện). Trong trường hợp này, tuyến huyện phải tiến hành hút, nạo cấp cứu, kết hợp với hồi sức chống sốc và phòng ngừa băng huyết. Nếu tình trạng người bệnh quá nặng phải khẩn cấp xin chi viện của tuyến trên. Sau khi xử trí cấp cứu, người bệnh cần được tư vấn chuyển lên tuyến tỉnh để được điều trị tiếp (nạo lại lần hai, mổ cắt tử cung dự phòng hay điều trị hoá chất) và có kế hoạch theo dõi nhằm phát hiện kịp thời tai biến ung thư sau chửa trứng.

Việc theo dõi sau điều trị chửa trứng chủ yếu là phải định kỳ xét nghiệm máu hay nước tiểu, để định lượng HCG (trung bình mỗi tháng 1 lần trong ba tháng đầu, sau đó tuỳ theo chỉ định của thầy thuốc). Nếu sau điều trị, lượng HCG giảm nhanh và trở nên âm tính sau chừng 1 tháng thì đó là tiên lượng tốt. Nếu lượng HCG giảm chậm, hoặc đã giảm nhiều hay đã âm tính, nhưng lần thử sau lại xuất hiện hoặc tăng lên thì có thể người bệnh đã bị ung thư tế bào nuôi. Thời gian theo dõi bằng xét nghiệm định kỳ như thế kéo dài ít nhất 1 năm và như vậy trong suốt thời gian này cần căn dặn người bệnh phải dùng biện pháp tránh thai để không có thai trở lại sớm vì khi có thai, HCG sẽ xuất hiện và tăng lên, lúc đó khó biết là do thai nghén hay do biến chứng ung thư gây nên. Tốt nhất, nên khuyên người bệnh chậm có con trong 2 năm sau điều trị chửa trứng.

Tại tuyến y tế cơ sở, lập kế hoạch theo dõi bệnh nhân sau nạo chửa trứng, tư vấn sử dụng các biện pháp tránh thai phù hợp, phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường để chuyển tuyến.

II.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán thai trứng có nguy cơ cao gồm, CHỌN CÂU SAI:

A. Tuổi mẹ lớn hơn 40.
B. Nang hoàng tuyến to > 6cm.
C. Tử cung to hơn tuổi thai.
D. Thai kỳ trước là thai lưu.

2. Bệnh nguyên bào nuôi gồm, CHỌN CÂU SAI:

A. Thai trứng toàn phần.
B. Thai trứng bán phần.
C. Ung thư nguyên bào nuôi.
D. Trứng trống

3. Trong thai trứng bán phần, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Các mô trứng chỉ chiếm một phần buồng tử cung.
B. Luôn luôn có nang hoàng tuyến.

C. Vừa có mô nhau bình thường vừa có mô trứng.

D. Cường giáp.

4. Chửa trứng bán phần là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Khi các nang trứng chỉ chiếm một phần buồng tử cung.

B. Khi bên cạnh các nang trứng còn thấy cấu trúc rau thai bình thường.

C. Một phần nang trứng chứa dịch loãng, một phần chứa máu.

D. Khi thai trứng có kèm theo một nang hoàng tuyến.

5. Dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất trong chửa trứng là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Rong huyết.

B. Tử cung lớn hơn so với tuổi thai.

C. Dấu hiệu tiền sản giật, sản giật.

D. Đau vùng tiểu khung.

Bài 18
NHIỄM ĐỘC THAI NGHÉN VÀ SẢN GIẬT

I.MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Mô tả được hội chứng tăng huyết áp, tiền sản giật và sản giật
2. Phân biệt được các hội chứng trên với các bệnh lý có thể đi kèm với thai nghén
3. Kể được các biến chứng thường gặp của các hội chứng trên
4. Nêu được nguyên tắc phòng bệnh đối với các hội chứng trên
5. Trình bày được xử trí và chăm sóc các hội chứng trên tại các tuyến điều trị khác nhau

II.ĐẠI CƯƠNG:

Khi mang thai cơ thể bà mẹ có thể xuất hiện một số hội chứng bệnh lý chỉ khi có thai mới có. Sau khi thai nghén kết thúc các hội chứng đó cũng dần dần mất đi (trừ một số nhỏ tồn tại do biến chứng). Các hội chứng này được mang nhiều tên gọi khác nhau. Ở nước ta trước đây thường dùng danh từ "Nhiễm độc thai nghén", ngày nay gọi bằng các tên tăng huyết áp, tiền sản giật và sản giật do thai nghén.

Về nguyên nhân sinh bệnh cho các hội chứng kể trên đến nay vẫn chưa biết được rõ ràng.

1. TĂNG HUYẾT ÁP DO THAI NGHÉN

Trước đây tăng huyết áp do thai nghén được coi là dấu hiệu quan trọng nhất của hội chứng nhiễm độc thai nghén muộn (trong nửa cuối thai kỳ) gồm tăng huyết áp, protein niệu và phù.

Gọi là tăng huyết áp do thai nghén là khi chưa có thai hoặc khi có thai dưới 20 tuần tuổi, huyết áp thai phụ bình thường, từ 20 tuần thai, huyết áp thai phụ từ 140/90 mmHg trở lên sẽ được coi là tăng huyết áp do thai nghén.

Bệnh sẽ càng nặng khi trị số huyết áp càng tăng, đặc biệt là huyết áp tâm trương

2. TIỀN SẢN GIẬT

Khi có thai trong những tháng cuối, nếu thai phụ bị tăng huyết áp kèm theo protein niệu và (hoặc) phù thì gọi là hội chứng tiền sản giật.

2.1.Tăng huyết áp

Tăng huyết áp có trị số huyết áp 140/90 mmHg.

2.2.Phù

Phù trong tiền sản giật là loại phù trắng, phù mềm. Có khi phù kín đáo, buổi sáng chỉ thấy hơi nặng mặt, sưng mí mắt, ấn vào mắt cá chân hay bờ trong xương chày thấy lõm. Có khi phù toàn thân rất nặng, mặt phị ra, tay chân sưng to, ngón tay tròn to nơi đeo nhẫn bị thắt ngẫng lại, các môi âm hộ cũng sưng húp. Có khi phù trong các tạng, bụng căng chướng nước, tràn dịch trong màng phổi, màng não, đáy mắt cũng phù gây nhức đầu, mờ mắt.

Tình trạng phù thường kèm theo tình trạng tăng cân nhanh, nhiều và đi tiểu ít.

Tuy nhiên cần phân biệt với một loại phù sinh lý khi có thai: do tình trạng tăng thể tích huyết tương và lượng nước trong cơ thể người có thai nên khoảng 85% số thai phụ vào những tháng cuối có hiện tượng phù hai chi dưới, thường xuất hiện vào buổi chiều và khi đứng lâu, Khi nằm nghỉ gác chân lên tăng thì hết.

2.3.Protein niệu

Bình thường khi có thai, nước tiểu không có chất protein. Trong tiền sản giật lượng protein trong nước tiểu xuất hiện càng nhiều thì bệnh càng nặng, cụ thể là tổn thương thận càng nặng. Tuy nhiên lượng protein trong nước tiểu mỗi lần lấy xét nghiệm thường cho kết quả không giống nhau, rất giao động vì thế cần định lượng nước tiểu trong 24 giờ mới có giá trị.

Phát hiện protein trong nước tiểu bằng phương pháp định tính có thể dùng cách đốt nóng hoặc dùng giấy thử bằng một số hoá chất phù hợp. Protein niệu gọi là dương tính khi có 0,3 g/l nước tiểu trong 24 giờ hoặc 0,5g/l với mẫu nước tiểu ngẫu nhiên tương đương với (+).

Ước lượng mức protein niệu trong 24 giờ:

- Vết 0,1 g/ l
- (+) 0,3 g/l
- (++) 1 g/ l
- (+++) 3 g/ l
- (++++) 10 g/ l

Tiền sản giật được phân ra hai mức độ: nhẹ và nặng.

Triệu chứng	TSG nhẹ	TSG nặng
Huyết áp tâm trương	<100 mmHg	>=100 mmHg
Protein niệu	Vết hoặc (+)	Từ (++) trở lên

Phù	Nhẹ hoặc không rõ	Có thể phù rõ rệt
Nhức đầu	Không	Có
Rối loạn thị giác	Không	Có
Đau thượng vị	Không	Có
Thiểu niệu (<400 ml/ 24 giờ)	Không	Có
Tăng men gan (tổn thương gan)	Rất ít	Tăng đáng kể
Tăng bilirubin máu	Không	Có
Giảm tiểu cầu	Không	Có
Tăng Creatinin máu (tổn thương thận)	Không	Có
Phù phổi	Không	Có
Thai chậm phát triển	Ít	Nhiều

Như vậy, tiền sản giật nặng là một bệnh cảnh nghiêm trọng, đã có biểu hiện tổn thương ở các tạng bên trong (phù não gây nhức đầu, phù đáy mắt gây rối loạn thị giác nhìn một hoá hai, mờ mắt, hoa mắt; tổn thương gan, thận, phổi, đau thượng vị do bao gan căng, chảy máu dưới bao gan).

3. SẢN GIẬT: tiền sản giật kèm cơn co giật hoặc hôn mê

Sản giật xuất hiện đột ngột trên một thai phụ bị tiền sản giật, bất kể là tiền sản giật nhẹ hay nặng. Tuy nhiên, tình trạng tiền sản giật nặng thai phụ rất dễ chuyển sang giai đoạn cuối của bệnh là lên cơn sản giật.

3.1.Hoàn cảnh xuất hiện

Sản giật hay xuất hiện trong một số hoàn cảnh và điều kiện sau đây:

- Con so hay gặp hơn con rạ nhất là con so lớn tuổi (>35 tuổi) hoặc thai phụ còn quá trẻ (<18 tuổi).
- Đa thai, đa ối.
- Hay xuất hiện vào mùa lạnh hay lúc giao thời giữa mùa lạnh và nóng.
- Những người đã bị bệnh tăng huyết áp mạn tính, bệnh thận, bệnh tiểu đường, béo phì.
- Hoàn cảnh sinh sống của thai phụ khó khăn, lao động vất vả.
- Dinh dưỡng kém, thiếu các yếu tố vi lượng

3.2.Thời điểm xuất hiện cơn sản giật

Cơn sản giật thường xuất hiện vào ba tháng cuối của thai nghén: 25%, trong chuyển dạ: 50%, sau khi đẻ trong vòng từ 1-4 tuần: 25%.

3.3.Mô tả cơn sản giật

Cơn sản giật xuất hiện rất đột ngột. mỗi cơn có 4 giai đoạn sau đây

3.3.1.Giai đoạn xâm nhiễm (khoảng 30-60 giây).

Người bệnh co giật nhẹ ở các cơ đầu và mặt làm cho mí mắt nhấp nháy, nhãn cầu đưa đảo rồi lệch về một bên, nét mặt nhăn nhúm, đầu lắc lư rồi cũng vẹo sang một bên (cùng phía với mắt lệch), tiết nhiều nước dãi, nước mắt. Cơn giật lan xuống vai, cánh tay, bàn tay làm hai bàn tay chụm lại nhưng không lan xuống chân.

3.3.2.Giai đoạn co cứng (khoảng 30 giây)

Tất cả các cơ trong cơ thể co rút khiến thân mình ưỡn cong, đầu ngiêng về một bên, mắt trắng dã, trợn ngược, hai hàm răng cắn chặt có khi gãy, vỡ cả răng, miệng sùi bọt mép. Người bệnh ngạt thở, mặt phị ra, bầm tím (do các cơ hô hấp co cứng). Tay chân cứng đờ, đồng tử co nhỏ.

3.3.3.Giai đoạn giật gián cách (kéo dài 3-5 phút)

Kết thúc giai đoạn co cứng, người bệnh có cơn hít vào mạnh thành tiếng do các cơ dãn ra (nếu răng bị vỡ, gãy răng trong giai đoạn co cứng thì có thể bị tai biến dị vật chui vào đường thở). Ngay sau đó các cơn co giật tại các cơ bắt đầu: người bệnh cử động lung tung, đầu ngửa ra sau, mặt nhăn nhúm, nhãn cầu đưa đảo, lưỡi thè ra thụt vào nên dễ cắn vào lưỡi. Hai tay co giật không đều trước bụng nên giống như người đánh trống, hai chân thường duỗi thẳng. Các cơ vùng ngực co giật không đều nên nhịp thở thường rối loạn, không đều, có tiếng rít và do tiết nhiều nước bọt nên có tiếng lọc sọc và dễ dàng bị ngạt vì tắc đường thở. Mức độ co giật lúc đầu mau rồi thưa dần và ngừng hẳn rồi chuyển sang giai đoạn hôn mê.

3.3.4.Giai đoạn hôn mê (dài ngắn tuỳ trường hợp)

Nếu cơn co giật nhẹ, ngắn, thưa thì hôn mê cũng ngắn và nông, người bệnh chỉ mất tri giác nhưng vẫn còn phản xạ trong vòng 5-7 phút. Khi tỉnh lại thường thấy bàng hoàng, hoảng sợ như vừa qua cơn ác mộng nhưng không nhớ được những diễn biến vừa qua.

Trường hợp sau một cơn co giật nặng và kéo dài, hôn mê thường sâu: vừa mất tri giác, vừa mất phản xạ (phản xạ giác mạc, phản xạ đồng tử, cấu véo không biết đau) trừ phản xạ nuốt, người bệnh thường tiêu tiểu không tự chủ.

Sau cơn hôn mê người bệnh thường ngủ rất sâu có khi nhầm tưởng là hôn mê kéo dài.

Nếu sản giật nặng thì nhiều khi chưa hết hôn mê của cơn này người bệnh lại tiếp một cơn sản giật khác.

3.4.Biến chứng của cơn sản giật

3.4.1.Cho mẹ

- gãy răng, cắn phải lưỡi và tai biến dị vật đường thở.
- Xuất huyết não, màng não, đáy mắt.
- Phù phổi cấp.
- Suy thận và suy gan.
- Phong huyết tử cung nhau.
- Nếu qua khỏi được vẫn bị di chứng: mù loà, thông manh, liệt, rối loạn tâm thần, viêm thận mạn, tăng huyết áp mạn.

3.4.2.Cho con

- Thai chết trong tử cung.
- Thai suy nặng, ngạt sau sanh.

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

4.1.Với tình trạng tăng huyết áp do thai nghén:

- Bệnh tăng huyết áp đã có từ trước lúc có thai.
- Các bệnh có triệu chứng tăng huyết áp.

4.2.Với hội chứng tiền sản giật:

- Các bệnh mạn tính có từ trước khi có thai như tăng huyết áp, viêm thận, viêm gan mạn.
- Các bệnh có triệu chứng phù như bệnh tim, bệnh thận, thiếu máu, thiếu dinh dưỡng.

4.3. Với sản giật:

- Cơn động kinh: có tiền sử từ trước khi có thai, không có hội chứng tiền sản giật.
- Cơn co giật do thiếu canxi: có thể có tiền sử từ trước. Cơn co giật có hôn mê, không tăng phản xạ gân xương, bàn tay co dúm kiểu "bàn tay người đỡ đẻ".
- Cơn co giật do viêm não, màng não.

- Tình trạng co giật và liệt do tắc mạch não.

4.4.Với các bệnh có hôn mê:

- Hôn mê do tiểu đường.
- Hôn mê gan.
- Hôn mê do xuất huyết não, màng não.

TÓM TẮT CÁC CHẨN ĐOÁN TĂNG HA-TSG VÀ SG DO THAI NGHÉN

Triệu chứng	CĐ xác định	CĐ phân biệt
-HA tâm trương >= 90 mmHg trước 20 tuần tuổi thai	Tăng HA mạn tính	Bệnh tim, bệnh thận, Bệnh T. thượng thân, T. giáp
-HA tâm trương 90-110 mmHg đo 2 lần cách nhau 4 giờ, sau 20 tuần tuổi thai. -Không có protein niệu	Tăng HA do thai nghén	-Tăng HA mạn tính. -Các bệnh có triệu chứng HA tăng (như trên)
-HA tâm trương 90-110 mmHg đo 2 lần cách nhau 4 giờ, sau 20 tuần tuổi thai. -Protein niệu có thể tới (++). -Có thể có phù hay không.	Tiền sản giật nhẹ	-Các bệnh thận. -Các bệnh có T/C HA tăng.
-HA tâm trương>= 110 mmHg, sau tuần 20 tuổi thai. -protein niệu (+++) hoặc hơn. -Có thể phù hay không. -Ngoài ra có thể có: • Tăng các phản xạ. • Nhức đầu, chóng mặt. • Rối loạn thị giác. • Thiểu niệu(<400ml/ 24 giờ). • Đau thượng vị.	Tiền sản giật nặng	-Các HC não, màng não. -Các bệnh thận. -Các bệnh có TC tăng HA.

• Phù phổi.		
-có cơn giật. -Hôn mê. -Có một số dấu hiệu TSG nặng.	Sản giật	Các bệnh có co giật, hôn mê: động kinh, HC não, màng não, tắc mạch não, hôn mê do tiểu đường, do bệnh gan, bệnh thận.

5. XỬ TRÍ VÀ CHĂM SÓC

5.1.Với tăng HA do thai nghén

a. Tuyến xã:

- Hướng dẫn người bệnh nghỉ ngơi, ăn lạt hơn bình thường, uống đủ nước.
- Theo dõi HA, protein niệu hàng tuần.
- Nếu không giảm cần giải thích cho người bệnh và gia đình biết nguy cơ về tiền sản giật có thể xảy ra rồi chuyển tuyến.

b. **Tuyến huyện trở lên:**

- Hướng dẫn người bệnh nghỉ ngơi, ăn lạt hơn bình thường, uống đủ nước.
- Theo dõi HA, protein niệu hàng tuần.
- Nếu HA trở nên xấu hơn điều trị như tiền sản giật.
- Nếu HA ổn định theo dõi tiếp cho đến khi chuyển dạ.

5.2.Với tiền sản giật và sản giật

a. **Tuyến xã:** không điều trị mà giải thích và chuyển viện

- *Nếu là tiền sản giật nặng*, trước khi chuyển cho diazepam hoặc seduxen 10 mg tiêm bắp 1 lần.
- *Nếu là sản giật*: Trước khi chuyển cho seduxen 10 mg tiêm bắp, magnesium sulfat 15% 20 ml tiêm bắp (nếu có).

  . Phòng ngừa cắn phải lưỡi: Đặt 1 khăn giữa 2 hàm răng.

  . Hút đàm nhớt để tránh bị sặc, ngạt

  . Giữ cho người bệnh không bị ngã, thở oxy (nếu có), ủ ấm.

b**. Tuyến huyện trở lên**

Nguyên tắc chung cho các phương pháp xử trí là: không để tiền sản giật kéo dài, tránh nguy cơ nặng lên cho mẹ (thành sản giật) và cho con (suy dinh dưỡng, chết trong tử cung). Vì thế có thể lấy thai ra khỏi tử cung mẹ càng sớm càng tốt.

**** Với tiền sản giật nhẹ:***

-Nếu thai đủ tháng và đã chuyển dạ cho sanh: cho đẻ đường dưới bằng forceps khi đủ điều kiện hoặc mổ lấy thai. Nếu chưa chuyển dạ có thể gây chuyển dạ hoặc mổ lấy thai (nếu có chỉ định khác đi kèm).

-Nếu thai non tháng (dưới 37 tuần):

. Trường hợp sản phụ không nặng thêm hoặc thai phụ trở lại bình thường : cần theo dõi 2 lần / 1 tuần về HA, số lượng nước tiểu, protein niệu, tình trạng thai nhi cho đến khi đủ tháng.

. Giải thích cho thai phụ và gia đình về tiền sản giật nặng, các dấu hiệu nguy hiểm cần chú ý phát hiện (phù, đi tiểu ít, nhức đầu, chóng mặt, mờ mắt, đau thượng vị....). Hướng dẫn ăn lạt hơn bình thường, uống đủ nước, có thể cho uống các loại lợi tiểu đông y như lá mã đề, râu bắp, cần nghỉ ngơi.

**** Với tiền sản giật nặng và sản giật:***

-Nguyên tắc chung vẫn là lấy thai ra khỏi tử cung càng sớm càng tốt. Tuy nhiên nếu người bệnh đang trong tình trạng nặng thì nên điều trị làm giảm bớt một phần triệu chứng bằng thuốc và chế độ chăm sóc trước khi áp dụng các biện pháp lấy thai ra.

- Điều trị nội khoa:

. Thuốc chống phù não và chống co giật: chủ yếu là magnesium sulfat, diazepam.

. Thuốc hạ HA chỉ dùng khi mức độ HA tăng quá tăng (trên 160/110 mmHg) nhưng không để hạ về đến mức bình thường (nên giữ mức 140/90 mmHg) vì khi HA hạ thấp có nguy cơ suy thai và chết thai.

. Thuốc lợi tiểu chỉ dùng khi có tình trạng thiểu niệu, vô niệu, suy tim, phù phổi cấp, phải rất thận trọng.

. Ăn uống: chế độ ăn lỏng, ăn lạt.

. Nghỉ ngơi tuyệt đối , nằm nghiêng để hạn chế suy thai, giữ ấm, phòng các tai biến cắn phải lưỡi, ngã khi lên cơn co giật hoặc hôn mê. Phòng nhiễm khuẩn bằng kháng sinh nếu cần.

- Điều trị sản khoa:

. Nếu thai gần đủ tháng hay đủ tháng, đang chuyển dạ: cho đẻ thường bằng forceps (khi đủ điều kiện) hoặc mổ lấy thai. Nếu chưa chuyển dạ gây chuyển dạ hoặc mổ lấy thai tuỳ trường hợp.

. Nếu thai quá non tháng, điều trị nội khoa tích cực: nếu tiến triển tốt thì tiếp tục theo dõi đến khi thai có khả năng sống thì can thiệp lấy thai ra. Nếu điều trị nội khoa trong vòng 3 ngày, tiền sản giật không giảm hoặc có xu hướng nặng thêm lên thì phải can thiệp lấy thai ra để cứu mẹ (thường là mổ đẻ).

6. BIẾN CHỨNG CỦA TĂNG HA, TIỀN SẢN GIẬT VÀ SẢN GIẬT

6.1.Cho mẹ:

- Xuất huyết não, màng não, đáy mắt gây tử vong hoặc di chứng liệt suốt đời, mù loà, thông manh.
- Suy gan cấp, phù phổi cấp, suy thận cấp. Nếu qua khỏi cũng dễ trở thành tăng HA, viêm thận mạn tính.

6.2.Cho con:

- Thai suy dinh dưỡng (chậm phát triển) trong tử cung. Thai non tháng.
- Thai suy mạn tính có thể chết trong tử cung, khi đẻ dễ bị ngạt nặng, tỷ lệ tử vong sơ sinh, tỷ lệ trẻ chậm phát triển về trí tuệ tăng.

7. PHÒNG BỆNH

Vì chưa rõ nguyên nhân của các hội chứng tăng HA, TSG và SG nên chưa thể đặt ra chế độ phòng ngừa đầy đủ. Trong tổng số phụ nữ có thai ước tính khoảng 5-10% thai phụ bị TSG và chừng 0,2-0,5% bị sản giật.

Điều quan trọng là phải phát hiện sớm các hội chứng nói trên, như vậy phải quản lý được số phụ nữ có thai. Tất cả các phụ nữ phải được khám thai nhờ đó tình trạng bất thường của thai phụ sẽ được phát hiện và điều trị kịp thời hạn chế tử vong cho mẹ và con. Giảm tỷ lệ bệnh nặng, các tai biến và di chứng suốt đời cho thai phụ.

III.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Tuần tự các giai đoạn của một cơn sản giật điển hình là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Co giật – xâm nhiễm – co cứng – hôn mê.
B. Co cứng – co giật – xâm nhiễm – hôn mê.
C. Xâm nhiễm – co cứng – co giật – hôn mê.
D. Xâm nhiễm – co giật – co cứng – hôn mê.

2. Tăng huyết áp (THA) trong thời kỳ có thai là THA xuất hiện, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Trước khi có thai.

B. Sau khi đẻ.

C. Từ tuần thứ 20 của thai kỳ và mất đi chậm nhất là 6 tuần sau đẻ.

D. Bất kỳ giai đoạn nào của thai kỳ.

3. Gọi là THA do thai kỳ khi con số H.A đo được ở thai kỳ như sau (khi tuổi thai > 20 tuần), CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 140/90 mmHg nếu trước khi có thai bệnh nhân không biết con số huyết áp của mình

B. 130/85 mmHg nếu trước khi có thai bệnh nhân đã biết huyết áp của mình là 125/80 mmHg.

C. 135/90 mmHg nếu trước khi có thai bệnh nhân đã biết huyết áp của mình là 130/80 mmHg.

D. 140/85 mmHg nếu trước khi có thai bệnh nhân đã biết huyết áp của mình là 130/80 mmHg.

4. Đo HA được tiến hành, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Sản phụ phải được nghỉ ngơi ít nhất 15 phút, đo 2 lần, mỗi lần cách nhau 2 giờ và đo 2 lần cho mỗi lần đo.

B. Đo 2 lần cách nhau 10 phút.

C. Chỉ cần đo 1 lần ngay khi sản phụ đến khám.

D. Sản phụ chỉ cần nghỉ 5 phút, đo 1 lần.

5. TSG nhẹ gồm các triệu chứng, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. HA tâm trương 90-110 mmHg.

B. Protein niệu (+) hoặc (++).

C. Các dấu hiệu khác của mắt, hoá sinh máu, thai nhi... đều bình thường.

D. Cả 4 dấu hiệu trên cùng thể hiện triệu chứng của tiền sản giật nhẹ.

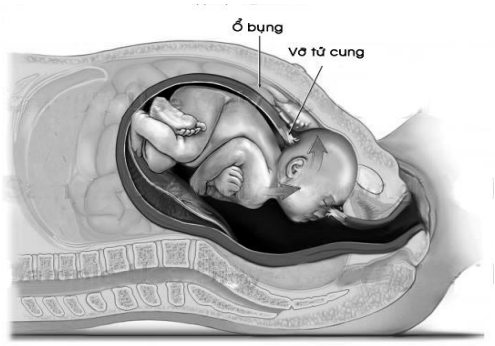
Bài 19
VỠ TỬ CUNG

I.Mục tiêu:

1. Kể các nguyên nhân vỡ tử cung trong thai kỳ và trong chuyển dạ
2. Mô tả triệu chứng của dọa vỡ tử cung
3. Mô tả triệu chứng điển hình của vỡ tử cung hoàn toàn
4. Xác định hướng xử trí và dự phòng 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.



Vỡ tử cung

2. VỠ TỬ CUNG 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
- Mổ cắt góc tử cung trong phẫu thuật điều trị thai ngoài tử cung ở sừng
- Mổ lấy thai bị nhiễm khuẩn tại vết mổ hoặc tử cung
- Phẫu thuật bóc nhân xơ 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, 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 chỏm 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. Triệu chứng

3.2.1. Doạ 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, thắt 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 thắt 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...

3.2.2. Vỡ tử cung

- Triệu chứng cơ năng:

+ Ở 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 lổn nhổn 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.

4. TIÊN 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: tuỳ 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.

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

6. DỰ PHÒNG

- 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 ...

+ Tuyến xã, tuyến 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.

+ Cấm đẩy bụng trong giai đoạn rặn sổ thai.

II. Câu hỏi lượng giá:

1. Khi nói đến các triệu chứng của vỡ tử cung hoàn toàn, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Ra máu âm đạo lẫn nước ối
B. Dấu hiệu Bandl - Frommel
C. Thăm trong thấy ngôi thai cao lỏng
D. Tử cung mất hình dáng ban đầu

2. Trong trường hợp vỡ tử cung hoàn toàn, thai nhi bị đẩy vào trong ổ bụng và thường chết nhanh chóng là do nguyên nhân, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Thai không được bảo vệ bởi ối
B. Thai bị chèn ép bởi các cơ quan trong ổ bụng
C. Vỡ tử cung gây bong rau
D. Thay đổi áp suất trong ổ bụng

3. Những sang chấn sau thường kèm với vỡ tử cung ở đoạn dưới, NGOẠI TRỪ:

A. Rách tiểu tràng
B. Rách động mạch tử cung
C. Rách trực tràng
D. Tổn thương bàng quang

4. Về nguyên nhân gây vỡ tử cung, CHỌN CÂU SAI:

A. Ngôi ngang
B. Bất xứng đầu chậu
C. Do đa ối
D. Vết mổ củ lấy thai

5. Các thủ thuật can thiệp dưới đây đều có thể gây vỡ tử cung, NGOẠI TRỪ:

A. Nội xoay thai
B. Cắt nới tầng sinh môn
C. Đại kéo thai
D. Cắt thai trong ngôi ngang buông trôi

6. Vỡ tử cung trên tử cung có sẹo mổ cũ thường không có dấu hiệu dọa vỡ?

A. Đúng B. sai

Bài 20
CHẢY MÁU SAU SINH

I.Mục tiêu học tập

1. Phân loại được các nguyên nhân chảy máu sau sinh
2. Trình bày được các xử trí ban đầu chảy máu sau sinh
3. Trình bày được các biện pháp phòng chống cho từng trường hợp.

1. ĐẠI CƯƠNG

Chảy máu sau đẻ là khi lượng máu mất trên 500ml hoặc choáng do mất máu xảy ra sau đẻ và thường xảy ra trong 24 giờ đầu. Tuy nhiên, một số trường hợp chỉ mất lượng máu ít hơn nhưng đã ảnh hưởng đến tổng trạng chung của sản phụ, tuỳ theo thể trạng và bệnh lý trước đó.

2. BỆNH LÝ THỜI KỲ SỔ NHAU

2.1. Sót nhau

Nhau sót nhiều hoặc ít trong tử cung đều gây chảy máu.

+ Tôn trọng các nguyên tắc trong thời kỳ sổ nhau.
+ Nếu xử trí tích cực giai đoạn 3 cần phải thực hiện đúng kỹ thuật
+ Kiểm tra kỹ bánh nhau, trong trường hợp sót nhau phải kiểm tra lòng tử cung.

2.2. Đờ tử cung

2.2.1. Nguyên nhân: đờ tử cung có thể xảy ra ở những trường hợp sau

- Sản phụ suy nhược, thiếu máu, tăng huyết áp, tiền sản giật...
- Nhược cơ tử cung do chuyển dạ kéo dài.
- Tử cung giãn quá mức do song thai, đa ối, thai to.
- Tử cung mất trương lực sau khi đẻ quá nhanh.
- Sót nhau, màng nhau trong buồng tử cung
- Bất thường tử cung: u xơ, tử cung dị dạng.

-Đờ tử cung do sử dụng thuốc: Sau gây mê bằng các thuốc mê họ alothane(fluothane) sử dụng Betamimetic, dùng Oxytocin không liên tục sau khi sổ thai.

2.2.2. Triệu chứng và chẩn đoán

- Chảy máu: chảy máu ngay sau sổ nhau là triệu chứng phổ biến nhất. Máu có thể chảy liên tục hoặc khi ấn vào đáy tử cung máu sẽ chảy ồ ạt ra ngoài.
- Tử cung nhão, mềm do co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối an toàn mặc dù nhau đã sổ.

2.2.3. Xử trí

Phải xử trí khẩn trương, tiến hành song song cầm máu và hồi sức.

- Dùng mọi biện pháp cơ học để cầm máu: xoa tử cung qua thành bụng, chẹn động mạch chủ bụng, ép tử cung bằng hai tay.
- Thông tiểu để làm rỗng bàng quang .
- Làm sạch lòng tử cung: Lấy hết nhau sót, lấy hết máu cục.
- Tiêm 5-10 đơn vị Oxytocin tiêm bắp hoặc tiêm vào cơ tử cung, nếu tử cung vẫn không co thì tiêm bắp Ergometrine 0,2mg
- Truyền nhỏ giọt tĩnh mạch Oxytocin 5-10 UI trong 500 ml dung dịch glucoza 5%

- Truyền dịch chống choáng

- Trong 2 giờ đầu mỗi 15 phút xoa đáy tử cung một lần, kéo dài trong 2 phút cho đến khi có cảm giác tử cung co cứng thành khối dưới tay.

Tuy nhiên nếu sau khi xoa bóp tử cung, tiêm Oxytocin hoặc Ergometrin nhưng máu tiếp tục chảy và mỗi khi ngừng xoa tử cung lại nhão, phải nghĩ đến đờ tử cung không hồi phục, lập tức chỉ định can thiệp phẫu thuật (buộc hai động mạch tử cung, cắt tử cung bán phần...).

- Tuyến xã: Nếu không cầm máu được thì mời tuyến trên hỗ trợ hoặc chuyển tuyến trên

- Tuyến huyện: Xử trí như trên, nếu không cầm máu được thì mổ cắt tử cung bán phần.

2.3. Lộn lòng tử cung

Là biến chứng hiếm gặp, do các nguyên nhân: kéo dây rốn, đẩy đáy tử cung khi sổ nhau. Triệu chứng thường gặp là đau dữ dội, chảy máu nhiều, choáng, mót rặn. Mót rặn chỉ gặp trong hai trường hợp sau đẻ, đó là khối máu tụ âm đạo, tiểu khung hoặc lộn lòng tử cung.

Khám bụng: Tuỳ theo mức độ có thể thấy lõm ở đáy tử cung, hoặc không sờ thấy tử cung trên vệ. Khám âm đạo thấy khối tử cung trong âm đạo, mềm, đau, có thể co bóp, có vòng thắt tử cung trên khối đó.

Xử trí: nếu chẩn đoán sớm có thể đẩy tử cung trở lại, sau đó tiêm Oxytocin và phải giữ tay trong lòng tử cung để kiểm soát sự co bóp của tử cung, nếu thất bại phải mổ cắt tử cung.

2.4. Nhau cài răng lược

- Có 3 mức độ cài của gai nhau:
    + Nhau bám chặt.
    + Nhau bám xuyên cơ tử cung.
    + Nhau xuyên thủng cơ tử cung, có thể bám vào các tạng lân cận.

2.4.1. Triệu chứng lâm sàng

- Nếu nhau cài răng lược toàn phần thì sau sổ thai một giờ nhau vẫn không bong, tuy không chảy máu.

- Nếu nhau cài răng lược bán phần thì sau khi thai sổ, nhau vẫn không bong hết nên không sổ được, chảy máu nhiều hay ít tùy theo diện nhau đã bong rộng hay hẹp.

- Chỉ có thể chẩn đoán chắc chắn dựa vào thử bóc nhau không kết quả hay chỉ bóc được một phần và máu chảy nhiều.

2.4.2. Xử trí

- Nếu máu chảy trong thời kỳ sổ nhau hoặc trên một giờ nhau không bong thì bóc nhau nhân tạo, kiểm soát tử cung.

- Nếu bóc nhau không được do nhau bám xuyên vào cơ tử cung, phải mổ cắt tử cung bán phần, hồi sức, truyền dịch, truyền máu trong và sau mổ.

- Trường hợp nhau tiền đạo cài răng lược phải cắt tử cung bán phần thấp hoặc cắt tử cung hoàn toàn để cầm máu.

- Tuyến xã: Nếu chảy máu khi nhau chưa bong thì bóc nhau nhân tạo, kiểm soát tử cung và dùng Oxytocin. Nếu nhau không bong và không chảy máu thì chuyển tuyến trên.

- Tuyến huyện: Bóc nhau nhân tạo, kiểm soát tử cung, nếu bóc không được thì cắt tử cung bán phần.

3. CHẤN THƯƠNG ĐƯỜNG SINH DỤC

3.1. Vỡ tử cung

3.2. Rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn

3.2.1 Nguyên nhân

- Về phía mẹ: Tầng sinh môn rắn ở người sinh con so lớn tuổi, nhiễm khuẩn, phù nề và có sẹo cũ ở tầng sinh môn
- Về phía thai: thai to, thai sổ kiểu chẩm cùng, sổ đầu hậu trong ngôi ngược
- Do thủ thuật: đẻ hỗ trợ bằng forceps, giác hút.

3.2.2.Chẩn đoán:

Sau khi sổ thai thấy máu vẫn chảy ra, có thể nhìn thấy ngay máu chảy từ vết rách hay vết cắt tầng sinh môn, cần kiểm tra kỹ chỗ rách để xác định mức độ rách tầng sinh môn:

- Độ I: Rách da và niêm mạc âm đạo
- Độ II: Rách da, niêm mạc âm đạo và một phần cơ tầng sinh môn (thường là cơ hành hang)
- Độ III: Rách cơ tầng sinh môn tới tận nút thớ trung tâm
- Độ IV: Rách qua nút thớ trung tâm tới tận phên trực tràng âm đạo, làm âm đạo thông với trực tràng

3.2.3. Xử trí

- Gây tê tại chỗ hoặc sử dụng các thuốc giảm đau
- Khâu phục hồi sau khi sổ nhau và biết chắc là tử cung không còn sót nhau

3.2.4. Dự phòng :

- Hướng dẫn cho sản phụ cách rặn đẻ
- Giữ tầng sinh môn đúng phương pháp khi sổ thai
- Đỡ đẻ đúng kỹ thuật.
- Cắt tầng sinh môn khi có chỉ định.

3.3. Rách cổ tử cung

3.3.1. Chẩn đoán:

Sau khi sổ thai hoặc nhau máu ra nhiều màu đỏ tươi, kiểm tra cổ tử cung thấy có chỗ rách nham nhở hoặc không liên tục, đang chảy máu(lưu ý vị trí 3 giờ và 9 giờ)

Rách nông: Đỉnh vết rách ở dưới chỗ bám âm đạo - cổ tử cung

Rách sâu: Đỉnh vết rách ở trên chỗ bám âm đạo -cổ tử cung, phải kiểm tra kỹ xem có vỡ tử cung, rách bàng quang hoặc tổn thương trực tràng

3.3.2. Xử trí

Đánh giá cẩn thận tổn thương, phải thấy rõ đỉnh vết rách, khâu phục hồi vết rách bằng các mũi rời. Trường hợp rách trên âm đạo, nếu ngoài phúc mạc có thể khâu đường dưới, nếu trong phúc mạc đôi khi phải phẫu thuật.

4. BỆNH LÝ RỐI LOẠN ĐÔNG CHẢY MÁU

4.1. Nguyên nhân

Chảy máu do bệnh lý rối loạn đông máu thường nặng, có thể gặp trong các bệnh lý sản khoa như nhau bong non, thai chết trong tử cung, nhiễm trùng tử cung, tắc mạch nước

ối, hoặc một số bệnh lý nội khoa khác như viêm gan siêu vi cấp, xuất huyết giảm tiểu cầu,…

4.2. Các yếu tố chẩn đoán sinh học

- Tăng thời gian Quick
- Tăng thời gian hoạt hoá cephaline
- Giảm số lượng tiểu cầu
- Giảm fibrinogen.
- Giảm tỷ lệ của các yếu tố II, V, giảm Antithrombin III, tăng các sản phẩm thoái hoá fibrin(PDF)

4.3. Điều trị

- Điều trị: bổ sung các yếu tố thiếu: truyền máu tươi, Plasma tươi, cung cấp các yếu tố đông máu. Fibrinogen cô đặc được chỉ định trong trường hợp giảm Fibrinogen nặng.
- Dự phòng tắc mạch do huyết khối bằng Calciparin trong 21 ngày.

5. ĐỀ PHÒNG CHẢY MÁU SAU SINH

- Sử dụng biểu đồ chuyển dạ để phát hiện chuyển dạ bất thường và phải xử trí thích hợp
- Sử dụng thuốc tăng và giảm co đúng chỉ định, liều lượng
- Đỡ đẻ đúng kỹ thuật
- Kiểm tra nhau và màng nhau tránh để sót nhau, sót màng
- Sau sinh phải kiểm tra ống đẻ để phát hiện các tổn thương
- Tư vấn và vận động thực hiện sinh đẻ có kế hoạch

II. Câu hỏi lượng giá:

1. Gọi là chảy máu sau đẻ khi lượng máu mất trên, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 300 ml
B. 400 ml
C. 500 ml
D. 700 ml

2. Thuốc nào không làm tăng co bóp cơ tử cung trong điều trị đờ tử cung, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Oxytocin
B. Ergometrin
C. Prostaglandin
D. Buscopan

3. Về dự phòng rách tầng sinh môn, CHỌN CÂU SAI :

A. Hướng dẫn cho sản phụ cách rặn đẻ
B. Giữ tầng sinh môn đúng phương pháp
C. Tránh chuyển dạ kéo dài
D. Đỡ đẻ đúng kỹ thuật

4. Chảy máu sau đẻ thường xảy ra, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 6 giờ đầu sau đẻ
B. 12 giờ sau đẻ
C. 24 giờ sau đẻ
D. Những ngày sau đẻ

5. Dự phòng đờ tử cung sau đẻ là không để chuyển dạ kéo dài?

A. Đúng B. Sai

6. Triệu chứng của đờ tử cung sau đẻ là máu đen loãng chảy ra từ âm đạo ?

A. Đúng B. Sai

Bài 21
NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

I.Mục tiêu học tập

1. Kể ra được các yếu tố thuận lợi và các loại vi khuẩn gây nhiễm khuẩn hậu sản.
2. Trình bày được triệu chứng của các thể lâm sàng trong nhiễm khuẩn hậu sản.
3. Lựa chọn được hướng xử trí các thể lâm sàng của nhiễm khuẩn hậu sản ở tuyến y tế cơ sở.

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm khuẩn hậu sản (NKHS) 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 khống chế nhiễm khuẩn trong lĩnh vực sức khoẻ sinh sản chưa được bảo đảm… NKHS 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	Dịch vết mổ	Dịch âm đạo
Tụ cầu	78,2%	44,1%
E.Coli	13,0%	35,2%
Aerobacter	17,0%	10,7%
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 nhau, 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 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. Tiến 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 lỵ
- 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, Aminosid, Metronidazol).
- Ngoại khoa: Dẫn lưu mủ từ túi cùng sau qua âm đạo (tốt nhất dưới hướng dẫn siêu âm).

2.5.3. Tiến 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
- Ỉa 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.

+ Cấy 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 được 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, Aminosid, 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.
- Tỉ 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 bẩn 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 kẹp.
- Hội chứng nhiễm trùng nặng: sốt cao đột ngột, có thể đến 40 - 41^{0}C, môi khô, lưỡi bẩn.
- Thần kinh: lơ mơ, vật vã, ảo giác hoặc li bì.
- Thiểu niệu
- Công thức máu bạch cầu tăng cao, men gan tăng, urê máu tăng, rối loạn nước và điện giải. Cấy 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.

II. Câu hỏi lượng giá:

1. Vi khuẩn gây bệnh nhiễm khuẩn hậu sản thường gặp là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Trực khuẩn uốn ván.
B.Xoắn khuẩn giang mai.
C.E.coli
D.Trực khuẩn lao.

2.Nhiễm khuẩn hậu sản có nguyên nhân, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A.Người đỡ đẻ không thực hiện đầy đủ chế độ vô khuẩn.
B.Dụng cụ không vô khuẩn, môi trường không sạch.
C.Sản phụ không vệ sinh cá nhân tốt.
D.Tất cả đều đúng

3.Nhiễm khuẩn vết khâu tầng sinh môn có các biểu hiện sau, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A.Tại chỗ sưng, nóng, đỏ, đau.
B.Tử cung co hồi chậm, sản phụ rét run và sốt cao dao động.
C.Bí tiểu tiện.
D.Bí trung tiện.

4. Để đề phòng nhiễm khuẩn hậu sản cần phải, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A.Kiểm soát tử cung 100% trường hợp sau đẻ
B.Dùng thuốc co hồi tử cung sau đẻ
C.Đỡ đẻ sạch, tránh sót rau, vận động sớm sau đẻ.
D.Nếu ối vỡ non, vỡ sớm phải mổ lấy thai sớm

5.Hướng điều trị viêm niêm mạc tử cung sau đẻ là mổ cắt tử cung trong tất cả mọi trường hợp.

A. Đúng B. Sai

6. Triệu chứng của viêm phúc mạc toàn bộ là: Sốt cao, mạch nhanh, khó thở, nôn.

A. Đúng B. Sai

Bài 22
UỐN VÁN RỐN SƠ SINH

I.Mục tiêu:

1.Kể được triệu chứng lâm sàng của bệnh uốn ván rốn.
2.Trình bày được hướng xử trí bệnh uốn ván rốn và cách dự phòng bệnh.

1.Đại cương

Vi khuẩn gây bệnh uốn ván là Clostridium tetani

Clostridium tetani là trực khuẩn gram dương, kích thước 4-10 x 0,4-0,6 µm, có lông quanh thân, di động tương đối trong môi trường yếm khí.

Trực khuẩn có thể tạo bào tử ở cuối thân, xuất hiện ở dạng hình dùi trống hoặc đinh ghim. Bào tử uốn ván có sức đề kháng rất cao, chịu đựng được sức nóng đun sôi 1 đến 3 giờ, tồn tại được trong dung dịch sát trùng như phenol, formalin. Trong đất khô, thiếu ánh sáng và không khí ; bào tử có thể sống đến nhiều năm. Bào tử hiện diện trong đất có nhiều phân, đôi khi cũng tìm thấy trong bụi. có nha bào bọc nên đời sống kéo dài.

Muốn diệt vi khuẩn này thể dinh dưỡng, nhiệt độ 56- 60°C trong 30phút, thể nha bào phải đạt nhiệt độ 120°C trong 30 phút, dung dịch Iod 1% và Oxy già diệt vi khuẩn trong vài giờ. Vi khuẩn thường theo các vết thương ngoài da, vết trầy xước từ đó xâm nhập vào cơ thể. Vi khuẩn tiết ra ngoại độc tố gồm 2 yếu tố:

+ Yếu tố gây co giật làm ngộ độc thần kinh, gây co thắt các cơ hàm, lưng, cổ và cơ hô hấp gây ngạt thở.

+ Yếu tố làm huỷ hoại HC, BC gây hoại tử và độc với tim.

Ở trẻ sơ sinh bị uốn ván rốn do dụng cụ cắt rốn không đảm bảo vô trùng, do tay người đỡ đẻ không vô khuẩn, băng gạc không vô trùng, vi trùng xâm nhập qua vết cắt rốn, gây bệnh. Uốn ván rốn hay gặp ở các trường hợp đẻ rơi, ở nhà hoặc dọc đường, thiếu phương tiện vô trùng để cắt rốn.

Tỷ lệ tử vong của uốn ván rốn còn rất cao : từ 70 đến 80%, do suy hô hấp, bội nhiễm, suy dinh dưỡng.

2. Giải phẫu cuống rốn:

Cuống rốn có 2 động mạch và 1 tĩnh mạch. Cuống rốn được nội sản mạc bao bọc phía ngoài, tiếp nối với hạ bì của da bụng thai nhi. Nội sản mạc bao bọc ba mạch máu rốn, có chất đệm nhờn trắng gọi là thạch Wharton, được nuôi dưỡng qua sự thẩm thấu qua thành các mạch máu rốn.

Khi cắt rốn phải chú ý sát trùng mặt cắt rốn bằng cồn Iod, vì từ đó vi khuẩn có thể dễ dàng xâm nhập vào cơ thể, đoạn rốn còn lại sẽ teo lại và rụng ngay chỗ tiếp giáp của lớp thượng bì, trên vùng thạch Wharton sẽ xuất hiện tổ chức hạt và sẽ tạo thành da bao phủ.

Vì vậy nhiễm khuẩn rốn và uốn ván rốn có thể xảy ra khi cắt rốn không vô trùng và do chăm sóc rốn không đảm bảo sạch khi rốn chưa rụng, chưa thành sẹo da.

3.Triệu chứng lâm sàng:

Thời gian ủ bệnh 4-15 ngày, trung bình 10 ngày. Thời gian ủ bệnh ngày càng ngắn bệnh càng nặng, nếu trong vòng 1 tuần thì tử vong càng cao.

Sau khi vi khuẩn uốn ván vào cơ thể trẻ sơ sinh, thường không làm phát sinh ngay các triệu chứng rõ rệt. Trong thời kỳ ủ bệnh, trẻ sơ sinh vẫn ăn ngủ bình thường, đôi khi hay quấy khóc, sốt nhẹ.

Dựa vào khoảng thời gian ủ bệnh có thể tiên lượng được một phần bệnh nặng hay nhẹ.

Dấu hiệu đầu tiên là bỏ bú hoặc bú rất khó khăn, không há miệng được.

Sau 24h triệu chứng càng nặng, cứng hàm liên tục, co cứng toàn thân, mặt, cổ, lưng, bụng, chân tay đều co cứng, 2 tay nắm chặt.

Các kích thích do tiếng động, chạm vào da trẻ làm toàn thân co cứng, miệng chúm chím, mặt nhăn nhó.

Trường hợp nặng sẽ xuất hiện cơn giật liên tục, có cơn ngừng thở, sốt cao >40°c, cũng có trường hợp nhiệt độ giảm thấp, trường hợp này càng dễ tử vong.

Kiểm tra thấy rốn bẩn, viêm tấy hoặc có mủ mùi hôi. Một số trường hợp rốn rụng sớm không còn có dấu hiệu nhiễm khuẩn sớm. Trong trường hợp này, chẩn đoán dựa vào các dấu hiệu lâm sàng: cứng hàm, cơn co giật, mặt nhăn nhó.

Cần chẩn đoán phân biệt với cơn co giật do thiếu oxy não, xuất huyết não - màng não, viêm màng não, hạ đường huyết, canxi huyết...

Ở thời kỳ toàn phát

- Trẻ sốt 38 – 39^{0}C, có khi lên 40 - 41^{0}C

-Quấy khóc, bỏ bú

-Hàm cứng càng ngày càng rõ, dần dần xuất hiện co giật và co cứng

-Mỗi khi lên cơn co giật, mặt trẻ sơ sinh nhăn lại, miệng chúm chím, sùi bọt mép, hai tay nắm chặt; nếu cơn giật nhẹ thì da của trẻ sơ sinh vẫn hồng hào, nhưng nếu co giật mạnh liên tục sẽ kèm theo những cơn ngừng thở vì cơ thanh quản co lại, làm cho trẻ tím tái, chân tay lạnh, nhiều nguy cơ đe dọa tính mạng.

Sau cơn co giật là cơn co cứng các cơ, đặc biệt là cơ bụng và cơ lưng, làm cho trẻ sơ sinh có một tư thế đặc biệt: ưỡn cong người, cổ ngã ra sau, hai cánh tay khép sát người, hai chân duỗi thẳng. Cơn co giật và cơn co cứng có thể kéo dài vài phút, nhịp độ của các cơn co có thể mau hay thưa tùy theo mức độ bệnh nặng hay nhẹ. Trẻ sơ sinh có thể bị chết ngay sau một cơn co giật và co cứng mạnh. Trong một số trường hợp bệnh nhẹ, phát hiện sớm và điều trị tích cực trẻ sẽ khỏi bệnh

4. Điều trị:

Cần phát hiện sớm khi trẻ mới bắt đầu bỏ bú

- Cho trẻ nằm yên tĩnh, tránh mọi kích thích bên ngoài, tránh thăm khám nhiều.

-Nên đặt trẻ trong lồng kính hoặc giường ấm, tránh tiếng động và ánh sáng.

- Bảo đảm nhu cầu nước, điện giải, năng lượng bằng truyền tĩnh mạch

- Cho ăn sữa mẹ hoặc sữa đặc hiệu qua ống sonde dạ dày.

- Dự phòng viêm phổi do hít chất nhầy từ hầu họng bằng cách cho ăn ít hoặc không ăn nếu còn đe dọa nôn.

- Vệ sinh rốn bằng oxy già.
- Kháng huyết thanh chống uốn ván từ 10.000- 20.000 đơn vị/ ngày
- Kháng sinh đề phòng bội nhiễm, thường dùng 10.000- 20.000đv/ngày.

Hoặc kháng sinh phổ rộng nhóm Cephalosporin 40-50mg/kg/ngày tuỳ theo tình trạng nhiễm trùng.

- Chống co giật bằng các loại thuốc an thần

Phenobarbital 15-20mg/kg/ngày.

Diazepam 0,5- 10mg/kg/ngày.Tiêm TM khi co giật.

Chlorpromazin, dilantin có thể sử dụng để chống co giật.

- Thông khí phổi viện trợ nếu có khó thở, tím tái. Trường hợp nặng phải dùng máy thở. Bị co thắt nặng có thể dùng giãn cơ Curare. Luôn kiểm tra khí trong máu.

5. Dự phòng uốn ván rốn:

- Hướng dẫn bà mẹ đi khám thai định kỳ tránh đẻ rơi.
- Đỡ đẻ an toàn, bảo đảm đầy đủ các phương tiện đỡ đẻ vô khuẩn. Khi cắt rốn phải sát khuẩn bằng cồn Iod 1-3%, tuân thủ mọi nguyên tắc vô khuẩn.
- Tiêm vaccin phòng uốn ván:

+ Tiêm 2 mũi Vaccin phòng uốn ván trong quá trình mang thai. Kháng thể uốn ván được tạo ra trong cơ thể mẹ truyền sang cho thai có khả năng phòng bệnh cho trẻ trong giai đoạn sơ sinh.

+Khoảng cách giữa 2 lần tiêm ít nhất 30 ngày, mũi thứ 2 tiêm trước đẻ ít nhất là 1 tháng

- Đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, có thể được miễn nhiễm trọn đời nếu được tiêm chủng đầy đủ như sau:

Mũi thứ 1:Tiêm ở tuổi dậy thì hoặc từ 16 tuổi

Mũi thứ 2: Tiêm cách mũi thứ nhất ít nhất 30 ngày.

Mũi thứ 3: Tiêm cách mũi 2 ít nhất 6 tháng

Mũi thứ 4: Tiêm cách mũi 3 ít nhất 1 năm hoặc khi có thai lại

Mũi thứ 5: Tiêm cách mũi 4 ít nhất 1 năm hoặc khi có thai lại

-Đối với trẻ sơ sinh, cần được tiêm chủng đầy đủ theo lịch tiêm chủng của chương trình tiêm chủng Quốc gia:

DPT : Diphtheria - Pertussis - Tetanus tức bạch hầu - ho gà - uốn ván

Td : Tetanus và giải độc tố bạch hầu đã được giảm liều dành cho trẻ từ 7 tuổi trở lên và người lớn.

Trẻ < 7 tuổi	Thời điểm	Vacxin
Lần 1	Tháng thứ 2 (tuần thứ 5 - 6)	DPT
Lần 2	4 - 8 tuần sau lần 1	DPT
Lần 3	4 - 8 tuần sau lần 2	DPT
Lần 4	1 năm sau lần 3	DPT
Nhắc lại	4 - 6 tuổi	DPT
Nhắc lại kế tiếp	Mỗi 10 năm kể từ lần cuối	Td

II. Câu hỏi lượng giá:

1. Ở trẻ sơ sinh bị uốn ván rốn do, NGOẠI TRỪ:

A.Dụng cụ cắt rốn không đảm bảo vô trùng
B.Tay người đỡ đẻ không vô khuẩn
C. Mẹ bị uốn ván rốn lây qua cho con
D.Vi trùng xâm nhập qua vết cắt rốn

2. Hệ thống mạch máu của cuống rồn gồm? CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Một tĩnh mạch, 1 động mạch
B.Hai động mạch, 1 tĩnh mạch
C. Hai tĩnh mạch, 1 động mạch
D. Hai động mạch, 2 tĩnh mạch

3. Tư thế đặc biệt của cơn co cứng các cơ trong uốn ván rốn là? CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Gập người lại
B. Cổ duỗi thẳng
C. 2 cánh tay dang ra xa
D. 2 chân duỗi thẳng

4.Tác nhân gây uốn ván rốn là trực khuẩn gram (+) Clostridium tetani ?

A. đúng B. sai

5. Bào tử của tác nhân gây uốn ván rốn hiện diện ở khắp nơi, ở tất cả môi trường xung quanh?

A. đúng B. sai

6.Vi khuẩn uốn ván rốn tiết ra nội độc tố gây hại tế bào thần kinh?

A. đúng B. sai

Bài 23
U XƠ TỬ CUNG

I.Mục tiêu học tập:

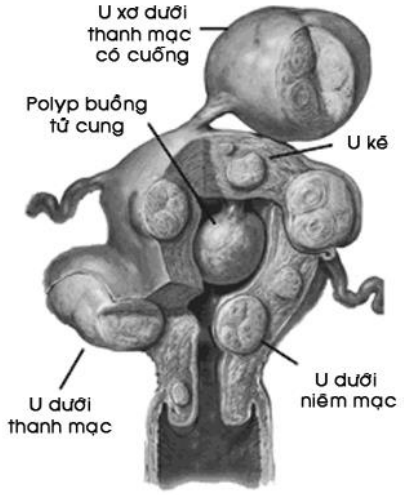
1. Kể được các vị trí của u xơ tử cung.
2. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của u xơ tử cung.

1. ĐẠI CƯƠNG

- 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. VỊ TRÍ CỦA U XƠ TỬ CUNG

Theo vị trí giải phẫu và cấu trúc của cơ tử cung thì u xơ tử cung được phân chia thành các loại sau:



U dưới phúc mạc
U kẽ
U dưới niêm mạc
Ở cổ tử cung

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Triệu chứng toàn thân:

Có thể gặp tình trạng thiếu máu, mức độ thiếu máu phụ thuộc vào tình trạng mất máu

3.2. 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 7 - 10 ngày hoặc dài hơn.
- Đau vùng hạ vị hoặc vùng hố chậu, đau có thể tăng lên trước hoặc trong khi có kinh. Đau hoặc tức bụng kéo dài có thể do khối u chèn ép vào tạng lân cận.

3.3. Triệu chứng thực thể

- Nhìn: nếu khối u lớn có thể thấy khối u gồ 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 gồ ghề) không đau. Nếu u xơ dưới thanh mạc có thể phát hiện cạnh 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.

3.4. 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.

4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

4.1. Tiến triển

U xơ tử cung 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.

4.2. Biến chứng

- 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 kín.

- Ung thư hoá: hiếm gặp

5. 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.

II. Câu hỏi lượng giá:

1. Loại u xơ cơ tử cung nào hay cho biến chứng xuất huyết âm đạo bất thường nhất?
CHỌN CÂU ĐÚNG 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.Trong các biến chứng sau đây của u xơ cơ tử cung, biến chứng nào hiếm gặp nhất? CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Hoại tử vô trùng.
B. Chèn ép niệu quản.
C. Xoắn.
D. Thoái hóa ác tính.

3.U xơ tử cung dưới phúc mạc có thể bị biến chứng xoắn u.

A. Đúng B. Sai

4.U xơ tử cung ở vùng eo tử cung có thể trở thành khối u tiền đạo khi chuyển dạ.

A. Đúng B. Sai

5.U xơ tử cung thường gặp ở phụ nữ tuổi từ 35 – 50 tuổi .

A. Đúng B. Sai

6.Trên lâm sàng, u xơ tử cung dễ nhầm với khối u buồng trứng .

A. Đúng B. Sai

Bài 24
CÁC BỆNH PHỤ KHOA THƯỜNG GẶP

I.Mục tiêu học tập:

1. Kể được các thể lâm sàng của viêm âm đạo
2. Kể được tác nhân gây viêm phần phụ
3. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của viêm phần phụ

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, sẩy thai, đẻ non, viêm kết mạc mắt trẻ sơ sinh...

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.

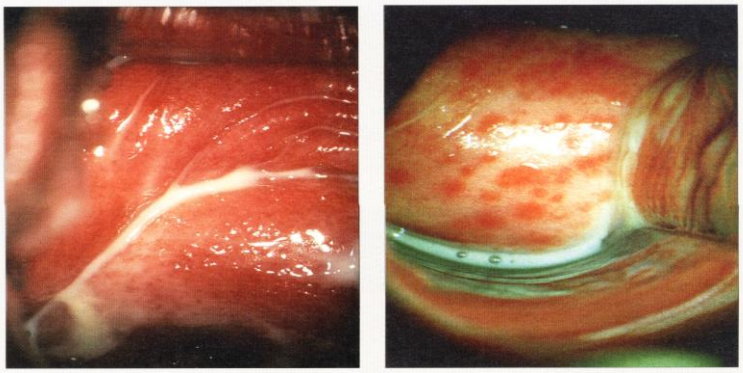
+ Khám: Viêm âm hộ, âm đạo, cổ tử cung viêm đỏ, phù nề, có nhiều khí hư màu vàng xanh loãng và có bọt ở cùng đồ.

- Xét nghiệm

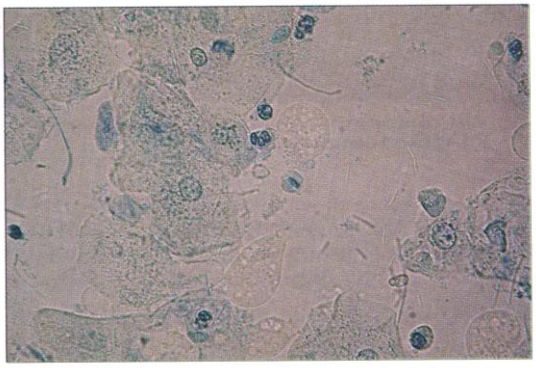
+ Lấy dịch khí hư cho vào nước muối sinh lý soi tươi thấy có trùng roi âm đạo có hình hạt chanh đang di động.

+ 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.



Triệu chứng viêm âm đạo do Trichomonas vaginalis



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).

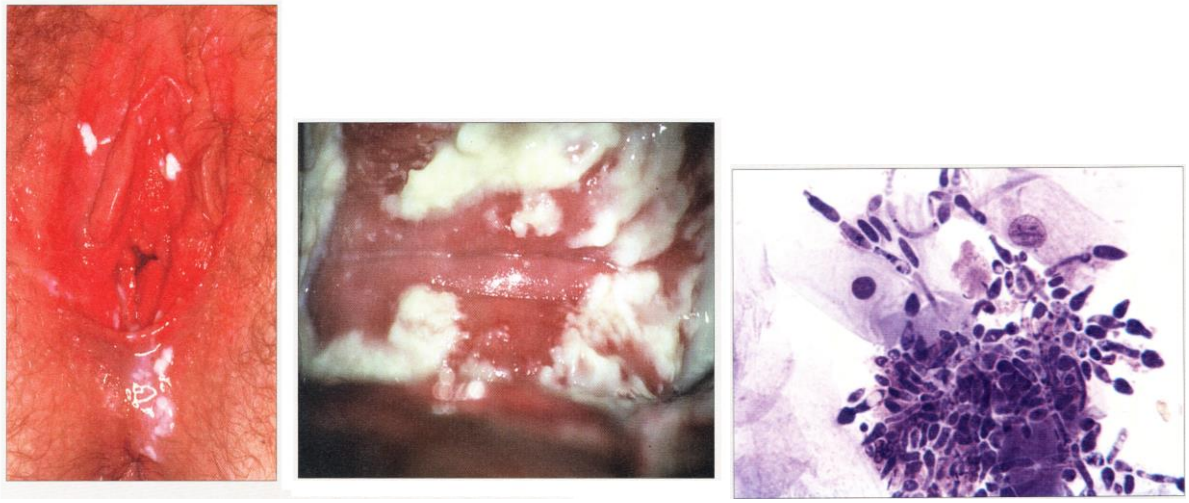
Chiếm khoảng 20% các trường hợp viêm âm đạo. Có các yếu tố thuận lợi như dùng kháng sinh nhiều ngày, đái tháo đường, có thai, bệnh tự miễn, mặc quần quá chật, hoặc thay đổi các sản phẩm dùng cho vệ sinh phụ nữ .Triệu chứng:

+ 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.



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

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.

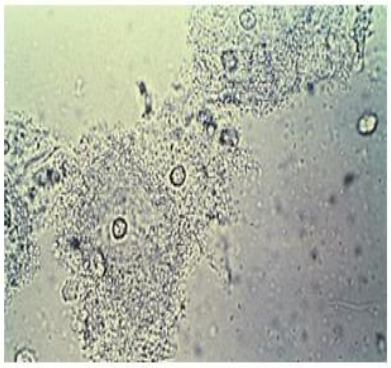
+ Khám: Khí hư mùi hôi như mùi cá ươn, màu xám trắng, đồng nhất như kem phết đều vào thành âm đạo một lớp mỏng, không có viêm âm đạo.

- 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 (+)

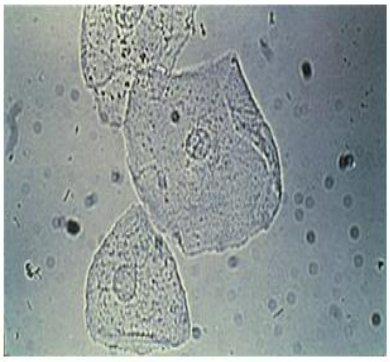
+ Soi tươi hoặc nhuộm gram có tế bào âm đạo dính các vi khuẩn, (Clue cells).

+ Test Sniff (+).

+ pH âm đạo > 4,5



A. Bình thường



B. Có Clue cell

2.4. Viêm cổ tử cung mủ nhầy do lậu và/hoặc Chlamydia trachomatis

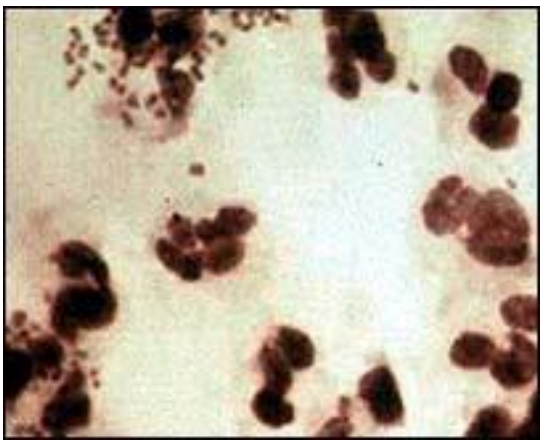
2.4.1. Bệnh lậu ở phụ nữ (viêm cổ tử cung và viêm niệu đạo do lậu cầu)

- Triệu chứng

+ Biểu hiện cấp tính: đái buốt, mủ chảy ra từ niệu đạo, từ cổ tử cung mủ màu vàng đặc hoặc vàng xanh số lượng nhiều, mùi hôi. Bệnh nhân đau khi giao hợp, đau bụng dưới.

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

+ 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.



Song cầu khuẩn hình hạt cà phê bắt màu Gram (-)

- 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 mủ.

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

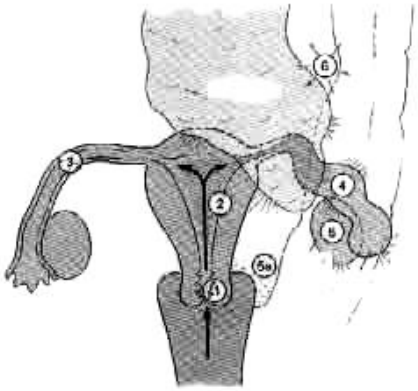
+ Có dịch tiết từ cổ tử cung: màu vàng hoặc xanh, số lượng không nhiều. Cổ tử cung đỏ, phù nề và chạm vào dễ chảy máu.

+ 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.

- Xét nghiệm: Cần lấy bệnh phẩm ở cổ tử cung, niệu đạo, hậu môn, tuyến Bartholin.

3. VIÊM PHẦN PHỤ



1. Viêm cổ tử cung; 2. Viêm nội mạc tử cung; 3. Viêm vòi tử cung ;
4. Ứ mủ vòi tử cung ; 5. Áp-xe vòi tử cung ; 6.a Áp-xe Douglas; 6.b Viêm phúc mạc tiểu khung

3.1. Vi khuẩn gây bệnh chủ yếu

- Lậu cầu (Neisseria Gonorrhea), chiếm 20 - 40% viêm nhiễm hố chậu, xét nghiệm trực tiếp sẽ phát hiện song cầu khuẩn hình hạt cà phê, gram âm.
- Chlamydia trachomatis, tỷ lệ 40 - 50% của viêm nhiễm hố chậu, khó phát hiện khi xét nghiệm trực tiếp. Miễn dịch huỳnh quang là biện pháp tốt để phát hiện
- Mycoplasmas hominis.
- Các loại vi khuẩn khác có thể gặp trong một số điều kiện như: nhóm ái khí (Colibacille, lactobacille, protéus, staphylocoque), nhóm kỵ khí (Bacteroides, fragilis, clostridium)

3.2 Lâm sàng

Tuỳ theo vi khuẩn gây bệnh,bệnh cảnh lâm sàng thường biểu hiện dưới dạng cấp tính, bán cấp tính và mãn tính. Dạng mãn tính thường phát hiện tình cờ khi bệnh nhân đi khám vô sinh.

- Viêm phần phụ cấp thường xảy ra sau đẻ, sau sẩy thai hoặc sau các can thiệp thủ thuật ở vùng tiểu khung như nạo hút, đặt vòng, tháo vòng… và sau viêm âm đạo cấp do vi khuẩn lậu.

- Triệu chứng lâm sàng nổi bật là đau vùng bụng dưới đột ngột ở phụ nữ, đau tăng khi đi lại, thường đau cả hai bên (chiếm 90%). .

- Rối loạn kinh nguyệt, xảy ra trong 50% các trường hợp, các dấu hiệu nặng nề kích thích vùng bụng dưới như mót rặn, đi lỏng, tiểu khó, tiểu không hết nước tiểu (chiếm 15 - 25 % các trường hợp).

- Sốt có thể là dấu hiệu kèm theo các triệu chứng này, nhiệt độ có khi trên 39^0C.

- Có thể nôn hoặc buồn nôn.

- Khám bụng thấy đề kháng vùng bụng dưới, nhưng không co cứng thành bụng, có dấu giảm áp- Blumberg(+).

- Đặt mỏ vịt : có nhiều khí hư, có khi là mủ, chiếm từ 39 - 65% các trường hợp, ta nên lấy dịch âm đạo để làm xét nghiệm

- Thăm khám phối hợp bằng hai tay trong âm đạo và trên bụng , ta thấy tử cung mềm, khi lay động tử cung sẽ gây đau, hai phần phụ nề, đau. Đôi khi phát hiện thấy khối cạnh tử cung, thường ở mặt sau của tử cung, dính không di động.

- Cận lâm sàng:

+ Công thức máu có bạch cầu tăng, đặc biệt bạch cầu trung tính tăng cao.

+ CRP tăng.

+ Cấy máu có thể phát hiện vi khuẩn gây bệnh. Xét nghiệm dịch cổ tử cung để phát hiện vi khuẩn lậu và Chlamydia. Trên thực tế, xét nghiệm không phải lúc nào cũng cho kết quả dương tính vì viêm phần phụ có thể xảy ra do tạp khuẩn.

+ Siêu âm để phát hiện các khối viêm nhiễm và áp-xe phần phụ.

3.3 Tiến triển

3.3.1. Thuận lợi

Khi sử dụng kháng sinh sớm, phù hợp bệnh sẽ diễn tiến tốt với biểu hiện hết sốt, đỡ đau bụng, các xét nghiệm cận lâm sàng sẽ trở lại bình thường trong một vài ngày.

3.3.2. Các diễn biến khác

- Viêm phúc mạc đáy chậu
- Áp-xe phần phụ
- Áp-xe buồng trứng
- Viêm tấy lan toả đáy chậu
- Viêm phúc mạc toàn thể

3.3.3. Di chứng : Di chứng thường gặp của viêm nhiễm hố chậu đó là:

- Vô sinh do: tắc vòi tử cung hai bên, dính tua loa vòi…
- Thai ngoài tử cung.
- Đau vùng chậu kinh niên.

II. Câu hỏi lượng giá:

1.Chẩn đoán viêm âm đạo do Trichomonas chủ yếu dựa vào, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Triệu chứng lâm sàng.
B. Nhuộm Gram huyết trắng.
C. Soi tươi huyết trắng.
D. Cấy trên môi trường thạch máu.

2. Ngoài lậu cầu, tác nhân gây viêm cổ tử cung thường gặp nhất là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Escherichia coli.
B. Staphylococcus.
C. Gardnerella.
D. Chlamydia.

3.Các tác nhân nào sau đây không gây viêm âm đạo, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Trực khuẩn Doderlein. Staphylococcus epidermidis.
B. Trichomonas
C. Chlamydia trachomatis.
D. Nấm candida albican.

4. Viêm cổ tử cung mủ nhày nguyên nhân, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Do lậu và/hoặc C.trachomatis.
B. Do lậu
C. Gardnerella vaginalis
D. Do trichomonas

5.Triệu chứng cơ năng của viêm phần phụ, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Đau vùng bụng dưới đột ngột, thường đau cả hai bên đau tăng khi đi lại
B. Khí hư vàng, hoặc có mủ
C. Sốt bao giờ cũng có, nhiệt độ có khi trên 390C
D. A, B, C đúng

6. Vô khuẩn trong thăm khám và làm thủ thuật sản phụ khoa giúp phòng viêm nhiễm sinh dục.

A. Đúng B. Sai

Bài 25
RỐI LOẠN KINH NGUYỆT

I.Mục tiêu học tập:

1. Phân biệt được rong kinh và rong huyết
2. Trình bày được chẩn đoán và xử trí một số dạng rối loạn kinh nguyệt

1. ĐẠI CƯƠNG

Rong kinh thường là cơ năng. Rong huyết thường là thực thể.

Rong kinh, rong huyết đều là triệu chứng.

Định nghĩa:

- Rong kinh là hiện tượng ra huyết kéo dài quá 7 ngày, có chu kỳ.
- Rong huyết là hiện tượng ra huyết từ đường sinh dục ra ngoài kéo dài trên 7 ngày, không có chu kỳ.

2. Rong kinh, rong huyết tuổi trẻ

*2.*1. Nguyên nhân

Do FSH và LH không đầy đủ để kích thích buồng trứng, nguyên do từ rối loạn hoạt động của vùng dưới đồi. Thường là giai đoạn hoàng thể kém, không phóng noãn, không có giai đoạn hoàng thể.

2.2.Triệu chứng

Kinh nguyệt kéo dài, thường là huyết tươi xảy ra sau một vòng kinh dài (chậm kinh).

Toàn trạng thiếu máu.

Khám thực thể nhiều khi tử cung to mềm, cổ tử cung hé mở (phân biệt sẩy thai)

2.3. Điều trị

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

Nạo bằng hormon: tiêm progesteron hoặc uống progestagen 20mg/ ngày. Thông thường 4 - 5 ngày cầm máu. Ngừng thuốc 2 - 3 ngày ra huyết trở lại làm bong triệt để niêm mạc tử cung. Thời gian và lượng máu khi ra huyết trở lại tương tự như huyết kinh của người bình thường.

Đề phòng rong kinh trong vòng kinh sau cho tiếp vòng kinh nhân tạo, có thể cho progestagen đơn thuần vào nửa sau dự kiến của vòng kinh, có thể cho kết hợp estrogen với progestagen như kiểu viên thuốc tránh thai.

Có thể cho thuốc kích thích phóng noãn như clomifen.

Kết hợp với các thuốc cầm máu

3. Rong kinh, rong huyết tiền mãn kinh

- Trong tất cả những trường hợp rối loạn kinh nguyệt tiền mãn kinh đều phải nghi ngờ có nguyên nhân ác tính
- Niêm mạc tử cung teo, niêm mạc tử cung không hoạt động.

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

+ Cầm máu nhanh (đỡ mất máu).

+ Giải phẫu bệnh lý (loại trừ ác tính).

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

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

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

4.1. Cường kinh (kinh nhiều)

So với hành kinh bình thường, lượng huyết ra nhiều. Thường kèm với rong kinh.

- Nguyên nhân

Phần lớn do tổn thương thực thể ở tử cung, u xơ tử cung, polype tử cung, lạc nội mạc tử cung tại cơ tử cung làm tử cung không co bóp được, niêm mạc tử cung khó tái tạo nên khó cầm máu. Cũng có thể do tử cung kém phát triển.

Cường kinh cơ năng ít gặp hơn.

- Điều trị

+ Trẻ tuổi: vòng kinh nhân tạo hoặc cho viên thuốc tránh thai nửa sau chu kỳ kinh.

+ Lớn tuổi:

Nếu có tổn thương thực thể nhỏ chưa có chỉ định phẫu thuật có thể chỉ định progestagen vài ngày trước khi hành kinh. Cũng có thể cho progestagen liều cao

Trên 40 tuổi điều trị thuốc không hiệu quả nên mổ cắt tử cung.

4.2. Rong kinh do chảy máu trước kinh

- Nguyên nhân: có thể do tổn thương thực thể như viêm niêm mạc tử cung, polype buồng tử cung. Nhưng có thể do giai đoạn hoàng thể ngắn vì hoàng thể teo sớm estrogen và progesteron giảm nhanh.

- Điều trị

Trên 35 tuổi: nạo niêm mạc tử cung.

Thuốc: progestagen hoặc viên thuốc tránh thai nửa sau vòng kinh.

4.3. Rong kinh do chảy máu sau kinh

- Nguyên nhân

Thực thể: viêm niêm mạc tử cung, u xơ tử cung, polype buồng tử cung, u ác tính trong buồng tử cung.

Cơ năng: Có thể do niêm mạc tử cung có những vùng bong chậm hoặc có những vùng tái tạo chậm.

- Điều trị

Trước hết phải loại trừ nguyên nhân thực thể.

Nếu do hoàng thể kéo dài thì cho progestagen hoặc estrogen kết hợp với progestagen vào các ngày 20 - 25 của vòng kinh. Sau khi ngưng thuốc vài ngày, niêm mạc tử cung sẽ bong gọn và không rong kinh. Nếu do niêm mạc tử cung tái tạo chậm có thể cho Ethinyl - estradiol 0,05mg mỗi ngày 1 - 2 viên trong các ngày 3 - 8 của vòng kinh.

4.4. Rong kinh do quá sản tuyến nang niêm mạc tử cung

Kinh chậm, ra nhiều huyết và kéo dài. Niêm mạc tử cung dày, có những nhú nhỏ dài hoặc phình dạng polype trông mượt như nhung.

- Nguyên nhân:Estrogen tác dụng kéo dài gây nên hình ảnh hang lỗ chỗ của niêm mạc tử cung.

- Điều trị

+Nạo niêm mạc buồng tử cung

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

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

II. Câu hỏi lượng giá:

1.Rong kinh, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Ra máu có chu kỳ
B. Kéo dài trên 7 ngày
C. Rong kinh là triệu chứng không phải là bệnh
D. Tất cả các câu trên đều đúng

2.Rong huyết, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

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

3. Rong kinh, rong huyết tuổi trẻ, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Thường gặp ở tuổi dậy thì
B. Nguyên nhân do cường Estrogen
C. Do nồng độ Progesterone trong máu thấp
D. Thường gặp ở chu ký kinh có phóng noãn

4.Ở tuổi tiền mãn kinh, thường có thể gặp, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Cường kinh.
B. Rong kinh.
C. Kinh không đều.
D. Tất cả đều có thể gặp.

5. Chảy máu bất thường ở tử cung do tổn thương thực thể ở cơ quan sinh dục cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh sau, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. U xơ tử cung
B. Lạc nội mạc trong cơ tử cung
C. Dị dạng tử cung
D. Tất cả các câu trên

6. Rong kinh cơ năng thông thường do nguyên nhân không phóng noãn.

A. Đúng B. Sai

Bài 26
VỆ SINH KINH NGUYỆT

I.Mục tiêu:

1.Trình bày được các dấu hiệu thay đổi chính của cơ thể người phụ nữ trong những ngày hành kinh

2.Trình bày được cách vệ sinh cho người phụ nữ trong những ngày hành kinh

1. Dấu hiệu thay đổi trong những ngày hành kinh

Niêm mạc âm đạo thường sung huyết, dễ chảy máu do tĩnh mạch vùng chậu hơi giãn nở nên ứ máu vùng chậu và cơ quan sinh dục.

Cổ tử cung hé mở, buồng tử cung và âm đạo thông thương nhau nên nguy cơ nhiễm khuẩn tử cung từ đường sinh dục cao.

Nguy cơ viêm nhiễm âm đạo, cổ tử cung cao do máu kinh là môi trường cấy thích hợp cho các loại vi khuẩn trong âm đạo phát triển nhanh.

2. Vệ sinh

Tắm rửa thường xuyên, vệ sinh thay băng vệ sinh mỗi 6 giờ.

Tránh bơm rửa sâu trong âm đạo vì có thể gây thuyên tắc khí trong động mạch hoặc xuất huyết do âm đạo- cổ tử cung đang sung huyết.

Quần lót phải được giặt kỹ, phơi ngoài trời nắng, không mặc khi quần lót ẩm ướt.

Tránh lao động nặng nhọc, tránh chơi các môn thể thao gắng sức

Không tắm lâu và ngâm mình trong nước, đặc biệt là tránh ngâm mình lâu dưới nước như đào kênh, lưới cá…

Tránh các thức ăn uống có tính kích thích cao như rượu, thuốc lá, cà phê, gia vị mạnh,…Nên ăn những loại thức ăn giàu chất sắt, cần thiết nên bổ sung thêm viên sắt uống 1viên/ ngày trong những ngày hành kinh kéo dài khoảng 1 tuần.

Không nên giao hợp trong những ngày hành kinh vì dễ gây xuất huyết do niêm mạc âm đạo phù nề, sung huyết, và nguy cơ nhiễm trùng vì cổ tử cung hé mở, vi khuẩn dễ xâm nhập vào bên trong buồng tử cung.

II. Câu hỏi lượng giá:

1. Thời gian tối đa để thay băng vệ sinh trong giai đoạn hành kinh là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 2h
B. 4h
C. 6h
D. 8h

2. Dinh dưỡng trong thời kỳ hành kinh cần chú ý các loại thức ăn? CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Chua cay
B. Càng mặn càng tốt
C. Các chất ngọt
D. Các loại thức ăn dễ tiêu

3.Không cần thiết bổ sung chất sắt trong giai đoạn hành kinh?

A. Đúng B. Sai

4. Giai đoạn hành kinh cổ tử cung thường hơi hé mở?

A. Đúng B. Sai

5. Có hiện tượng sung huyết niêm mạc âm đạo trong giai đoạn hành kinh?

A. Đúng B. Sai

6. Khi hành kinh người phụ nữ nên thường xuyên tắm gội và ngâm mình lâu trong nước?

A. Đúng B. Sai

Bài 27
U NANG BUỒNG TRỨNG

I.Mục tiêu học tập:

1. Phân biệt u nang buồng trứng cơ năng và thực thể
2. Mô tả được đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u nang thực thể
3. Liệt kê các biến chứng của u nang buồng trứng
4. Xác định được hướng xử trí của u nang buồng trứng thực thể

1. ĐỊNH NGHĨA

U nang buồng trứng là những khối u buồng trứng có vỏ mỏng, bên trong có chứa dịch đơn thuần hay phối hợp với các thành phần khác. Bệnh thường gặp ở mọi lứa tuổi, nhiều nhất từ 30- 45 tuổi. Chẩn đoán tương đối dễ nhưng triệu chứng và tiến triển phức tạp nên việc điều trị và tiên lượng còn gặp nhiều khó khăn.

2. PHÂN LOẠI

2.1. U nang cơ năng

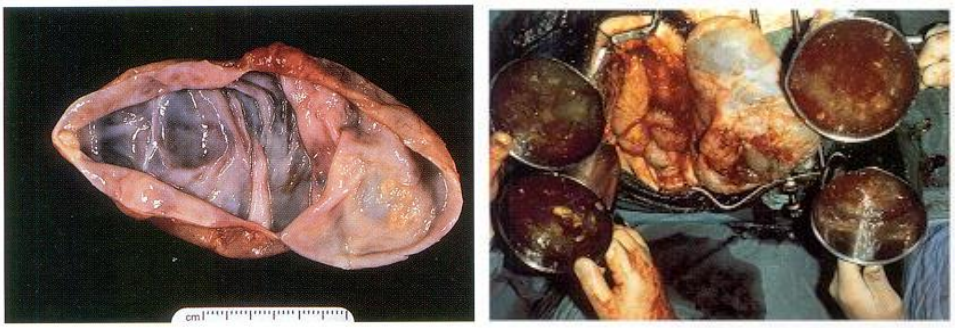
Là loại u nang không có tổn thương giải phẫu, chỉ tổn thương về chức năng buồng trứng. Đường kính thường nhỏ hơn 6cm, có loại lớn nhanh nhưng mất sớm, chỉ tồn tại sau vài chu kỳ kinh nguyệt.

Có ba loại:U nang bọc noãn, U nang hoàng tuyến,U nang hoàng thể:

2.2. U nang thực thể

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

Có 3 loại: U nang bì, U nang nước, U nang nhầy



Hình 1. Bệnh phẩm đại thể u nang nước và u nang nhầy của buồng trứng.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Triệu chứng cơ năng

- U nang nhỏ: Triệu chứng nghèo nàn, khối u tiến triển nhiều năm bệnh nhân vẫn hoạt động bình thường, được phát hiện khi khám sức khoẻ, khám phụ khoa hay siêu âm.
- Trường hợp u lớn: bệnh nhân cảm giác nặng bụng dưới, có dấu hiệu chèn ép các tạng xung quanh gây tiểu gắt, bí tiểu, bí đại tiện.

3.2. Triệu chứng thực thể

- U nang to, thấy bụng dưới to lên như mang thai, sờ thấy khối u di động, có khi đau. Khám âm đạo: Tử cung nhỏ, cạnh tử cung có khối tròn đều di động dễ dàng, ranh

giới biệt lập với tử cung.

- Trường hợp u nang dính hay u nang trong dây chằng rộng thì di động hạn chế có khi mắc kẹt trong tiểu khung. Chú ý khi khám không nên đè mạnh hay đẩy lên có thể gây vỡ nang.

3.3. Cận lâm sàng

- Phản ứng tìm HCG âm tính
- Siêu âm thấy ranh giới khối u rõ
- Soi ổ bụng chỉ làm khi khối u nhỏ, nghi ngờ với thai ngoài tử cung
- Chụp bụng không chuẩn bị nếu là u nang bì sẽ thấy cản quang.
- Chụp tử cung - vòi tử cung với thuốc cản quang thấy tử cung lệch một bên, vòi tử cung bên khối u kéo dài ôm lấy khối u.

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Xoắn u nang

Xoắn cấp tính

Xoắn bán cấp

4.2. Chảy máu trong nang

4.3. Vỡ u nang

4.4. Viêm nhiễm

4.5. Chèn ép

4.6. Ung thư hoá

4.7. U nang và thai nghén

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. U nang cơ năng

Cần theo dõi định kỳ, chỉ phẫu thuật khi biến chứng

5.2. U nang thực thể

Phẫu thuật là chủ yếu, tốt nhất nên mổ chương trình. Trong trường hợp u lành tính, u ở 2 buồng trứng, bệnh nhân trẻ nên bóc u nang để lại phần lành. Khi mổ tốt nhất nên lấy cả khối, nếu u mắc kẹt hay quá to thì hút bớt dịch nên chèn gạc tốt để hạn chế dịch chảy vào ổ bụng.

Khối u dính nên cẩn thận vì có thể gây tổn thương các tạng xung quanh

Khi phẫu thuật u nang buồng trứng xoắn phải cặp, cắt trước khi tháo xoắn.

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

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

II. Câu hỏi lượng giá:

1.Tỉ lệ ác tính hay xảy ra nhất với loại u buồng trứng nào sau đây? CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. U tiết dịch nhầy.

B. U tiết dịch trong.

C. U dạng bì.

D. U nang hoàng tuyến.

2. Tất cả những câu sau đây về u buồng trứng cơ năng đều đúng, NGOẠI TRỪ:

A. Có thể là u dạng nang hoặc dạng đặc.
B. Nghĩ 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.

3. U nang cơ năng buồng trứng có các triệu chứng sau, NGOẠI TRỪ:

A. Có tổn thương thực thể tại buồng trứng
B. Không có tổn thương thực thể tại buồng trứng
C. Có kích thước nhỏ < 5cm
D. Có thể tự khỏi

4.U nang thực thể buồng trứng có thể, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Chỉ tồn tại vào ngày phóng noãn
B. Chỉ tồn tại vài ngày trước khi hành kinh
C. Chỉ tồn tại vài ngày sau khi hành kinh
D. Tồn tại kéo dài và không tự khỏi

5. Về u nang buồng trứng sau đây, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. U tiết dịch trong, thường rất to so với các loại u nang khác
B. U nang bì dễ có biến chứng xoắn nhất
C. U đặc BT thường là ác tính
D. Trên lâm sàng, dễ dàng phân biệt được u BT và u TC

6.Các xét nghiệm thường dùng để chẩn đoán Khối u buồng trứng, NGOẠI TRỪ:

A. Siêu âm
B. Chụp X quang TC – vòi trứng có thuốc cản quang
C. Sinh thiết
D. Chụp X quang bụng không chuẩn bị

Bài 28
UNG THƯ VÚ

I.Mục tiêu:

1.Trình bày được phân loại ung thư vú theo T.N.M

2.Trình bày được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, hình thái lâm sàng của ung thư vú.

3.Kể được các phương pháp điều trị và yếu tố tiên lượng ung thư vú.

1.Đại cương

Ung thư vú là u tân sinh ác tính. Ung thư vú chiếm khoảng 30% ung thư phụ khoa, đứng hàng thứ 2 sau ung thư cổ tử cung.

Các yếu tố nguy cơ

-Tiền sử gia đình : có mẹ hoặc chị bị ung thư vú, đặc biệt là bị trước thời kỳ mãn kinh

-Chưa sanh đẻ

-Thai nghén muộn sau 30 tuổi

-Tiền sử các ung thư tuyến khác: ung thư niêm mạc tử cung, buồng trứng, ruột,…

Khối u có thể gặp bất cứ vị trí nào trên vú, thường gặp nhất là ¼ trên ngoài

2.Giải phẫu bệnh

2.1 Ung thư biểu mô tại chỗ

Thường không có biểu hiện lâm sàng

Các tế bào ác tính ở bên trong của ống hoặc thùy vú, chưa xâm lấn

2.2 Ung thư xâm lấn

2.2.1 Đại thể

Khối u chắc, không đều, giới hạn không rõ

Dính với tổ chức xung quanh, thường có màu trắng xám

2.2.2 Vi thể

Ung thư biểu mô ống xâm lấn: Phát triển từ các ống dẫn sữa, chiếm 80%

Ung thư tiểu thùy xâm lấn: Phát triển ở phần cuối của thùy vú, thường có nhiều ổ, gặp cả hai vú.

3. Tiến triển

Lan tràn trong ung thư vú chủ yếu theo đường bạch huyết, sau đó theo đường máu và lan tràn trực tiếp

Tổn thương chủ yếu là hạch nách, tiếp theo là nhóm hạch dưới cơ ngực bé, sau cơ ngực bé, nhóm thượng đòn, nhóm vú trong

Di căn thường gặp là phổi, xương, gan. Di căn rất sớm.

Ung thư vú là bệnh có đặc tính phụ thuộc hormon, trường hợp có thụ thể Estrogen và thụ thể Progesteron (+) thì 80% có đáp ứng với điều trị hormon, nếu (-) chỉ có < 10% đáp ứng với điều trị hormon.

4. Phân loại theo T.N.M (Tumor Nodule Metastase)

4.1 Kích thước khối u đo được trên lâm sàng

TX: u nguyên phát không đánh giá được
TIS: biểu mô ống hoặc biểu mô tiểu thùy tại chỗ hoặc bệnh Paget (chưa xâm lấn)
T0: Khối u không sờ được trên lâm sàng nhưng đã xâm lấn
T1: khối u có đường kính lớn nhất ≤ 2cm
T2: khối u có đường kính lớn nhất từ 2- 5cm
T3: khối u có đường kính lớn nhất > 5cm
T4: khối u với mọi kích thước lan tràn trực tiếp đến da, thành ngực

4.2 Tình trạng hạch

NX: Hạch vùng không thể đánh giá được
N0: Không có hạch di căn vùng
N1: di căn vào hạch nách cùng bên, hạch còn di động được
N2: di căn vào hạch nách cùng bên, hạch không di động hoặc tạo thành đám
N3: di căn hạch dưới đòn cùng bên hoặc di căn hạch vú trong cùng bên

4.3 Di căn được phát hiện trên lâm sàng hay Xquang

MX: không đánh giá được di căn
M0: không có di căn
M1: có di căn

5.Chẩn đoán

5.1 Lâm sàng

Triệu chứng chính là sờ thấy khối u ở vú
Dấu co kéo da, dấu hiệu da cam, vết loét trợt, mất cân xứng giữa 2 vú
Tiết dịch bất thường ở vú
Có thể sờ thấy hạch nách

5.2 Cận lâm sàng

5.21.Chụp Xquang vú: giá trị chẩn đoán 80%. Chụp cả 2 vú, với 3phim/ bên (thẳng, nghiêng, xiên nách).

Hình ảnh ác tính
+ Hình ảnh gai đá
+ Khối u không đều
+ Các điểm canci hóa nhỏ, không đều, tập trung thành đám
+ Da vùng khối u dày

5.2.2 Siêu âm: tổn thương không đồng nhất, giới hạn mờ
5.2.3 Chọc hút tế bào với kim nhỏ: chẩn đoán chính xác 90%
5.2.4 Sinh thiết
5.2.5 Phát hiện di căn: Xquang phổi, siêu âm gan, chụp xương nhấp nháy, định lượng CA 15-3

5.3 Hình thái lâm sàng

Hình thái tiềm ẩn: tổn thương < 1cm, khó phát hiện trên lâm sàng.

Hình thái tiến triển và toàn phát: giai đoạn muộn, u lớn, co rút da, xâm lấn da hoặc lan tràn đến cơ ngực lớn.

Các hình thái đặc biệt: biểu hiện bởi các dấu hiệu gián tiếp: co rút 1 bên vú, tiết dịch tại núm vú, bệnh Paget thường biểu hiện như eczema ở 1 trong 2 vú,…

6. Điều trị

6.1 Điều trị tại chỗ

Phẫu thuật: bảo tồn hoặc không bảo tồn

Xạ trị: trên vú, trên da vùng ngực, vùng hạch

6.2 Điều trị di căn

Hóa trị: giảm kích thước khối u hoặc ngăn chặn sự phát triển của khối u, tiêu diệt các di căn nhỏ ở xa

Điều trị hormon:giảm kích thước khối u hoặc di căn với ảnh hưởng xấu của estrogen.

7. Các yếu tố tiên lượng

Kích thước khối u

Mức độ biệt hóa tế bào

Sự hiện diện của thụ thể estrogen, progesteron

Vị trí di căn hạch

II. Câu hỏi lượng giá:

1.Các nhóm hạch sau đây, nhóm nào là nhóm chính dễ bị di căn trong ung thư vú? CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Nhóm dưới cơ ngực
B. Nhóm sau cơ ngực
C. Chuỗi hạch vú trong
D. Nhóm hạch nách

2.Ung thư vú thường gặp ở, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 1/4 trên ngoài của vú
B. Ở sau núm vú
C. 1/4 trong
D. Cả hai vú

3. Yếu tố nguy cơ của ung thư vú gặp ở bệnh nhân này bao gồm các điểm sau, NGOẠI TRỪ:

A. Tiền sử gia đình
B. Tuổi có kinh lần đầu
C. Cắt tử cung vì u xơ
D. Không cho con bú

4. Dấu hiệu lâm sàng nào sau đây không phải là dấu hiệu của ung thư vú, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Khối U giới hạn rõ.
B. Khối U giới hạn không rõ.
C. Khối U kèm dấu hiệu viêm da.
D. Khối U kèm dấu hiệu co rút da.

5.Yếu tố nào sau đây không phải là yếu tố của nguy cơ vú, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Tiền sử gia đình.
B. Chưa sinh đẻ.
C. Thai nghén muộn.
D. Tiền sử u xơ tuyến vú.

6. Ung thư biểu mô ống xâm lấn là ung thư phát triển từ, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Các ống dẫn sữa
B. Phát triển từ các tiểu thuỳ.
C. Phát triển từ mô liên kết.
D. Phát triển từ mô sợi.

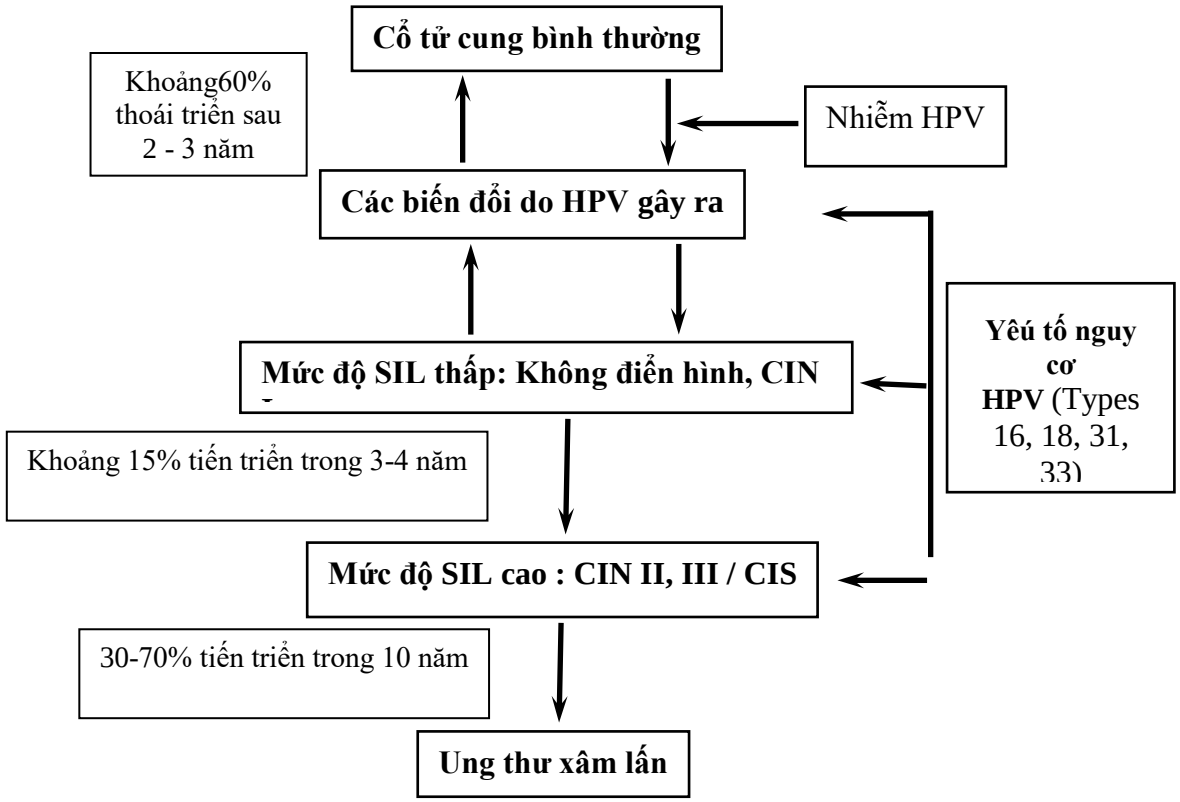
Bài 29
UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

I.Mục tiêu học tập:

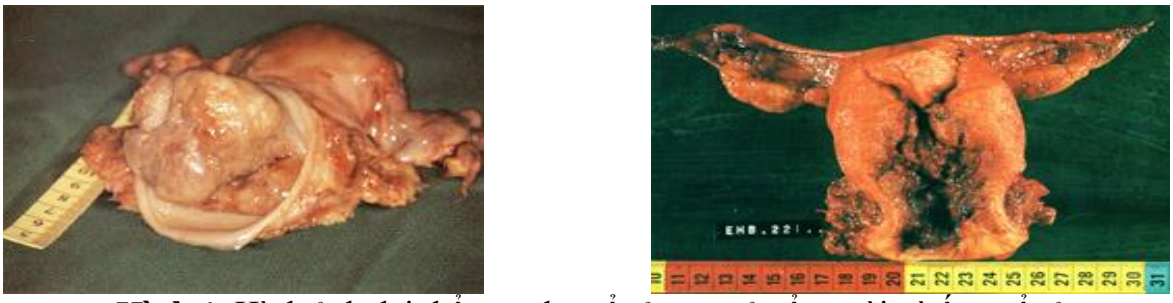
1. Liệt kê được các yếu tố nguy cơ của ung thư cổ tử cung.
2. Trình bày được triệu chứng, chẩn đoán và phân giai đoạn ung thư cổ tử cung.
3. Trình bày được các xét nghiệm sàng lọc tổn thương tiền ung thư và ung thư.

1. 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



Tiến triển của các thương tổn tiền ác tính và ung thư ở cổ tử cung



Hình 1. Hình ảnh đại thể ung thư cổ tử cung ở cổ ngoài và ống cổ tử cung

1.1. Lan tràn của ung thư cổ tử cung

1.1.1. 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.

1.1.2. 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. Rất hiếm khi thấy ung thư di căn theo đường máu.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

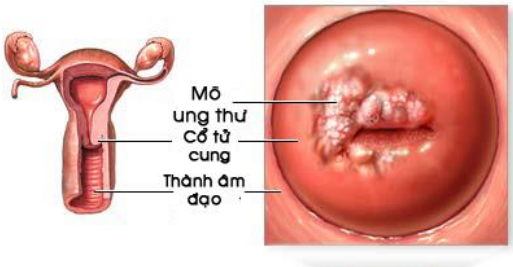
2.1. Các thương tổn tiền lâm sàng

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

2.2. 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 2. Thương tổn cổ tử cung trên lâm sàng

2.3. Cận lâm sàng

2.3.1. 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:

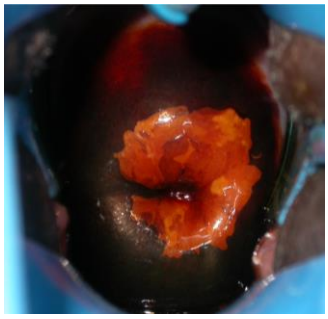
AGUS (bất điển hình tế bào tuyến có ý nghĩa không xác định)
AIS (ung thư trong liên bào biểu mô tuyến)
Ung thư.

2.3.2. 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 axít axêtic): Khi bôi acid acetic 3%, vùng tổn thương trở nên trắng đục, có thể có hình chấm đáy 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 3. Soi cổ tử cung

2.3.3. 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.

2.3.4. 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. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

3.1. Lộ tuyến, loét trợt cổ tử cung: là thương tổn thường gặp ở cổ tử cung.

3.2. Polyp cổ tử cung: Dạng polyp tuyến bị hoại tử hoặc nhiễm khuẩn.

3.3. 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.

3.4. Giang mai cổ tử cung: có thể gặp săng giang mai nguyên phát ở cổ tử cung.

3.5 Lao cổ tử cung: rất hiếm gặp, có tiền sử lao sinh dục.

4. ĐIỀU TRỊ

- Xạ trị
- Điều trị ngoại khoa
- Điều trị hoá chất

5. 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.

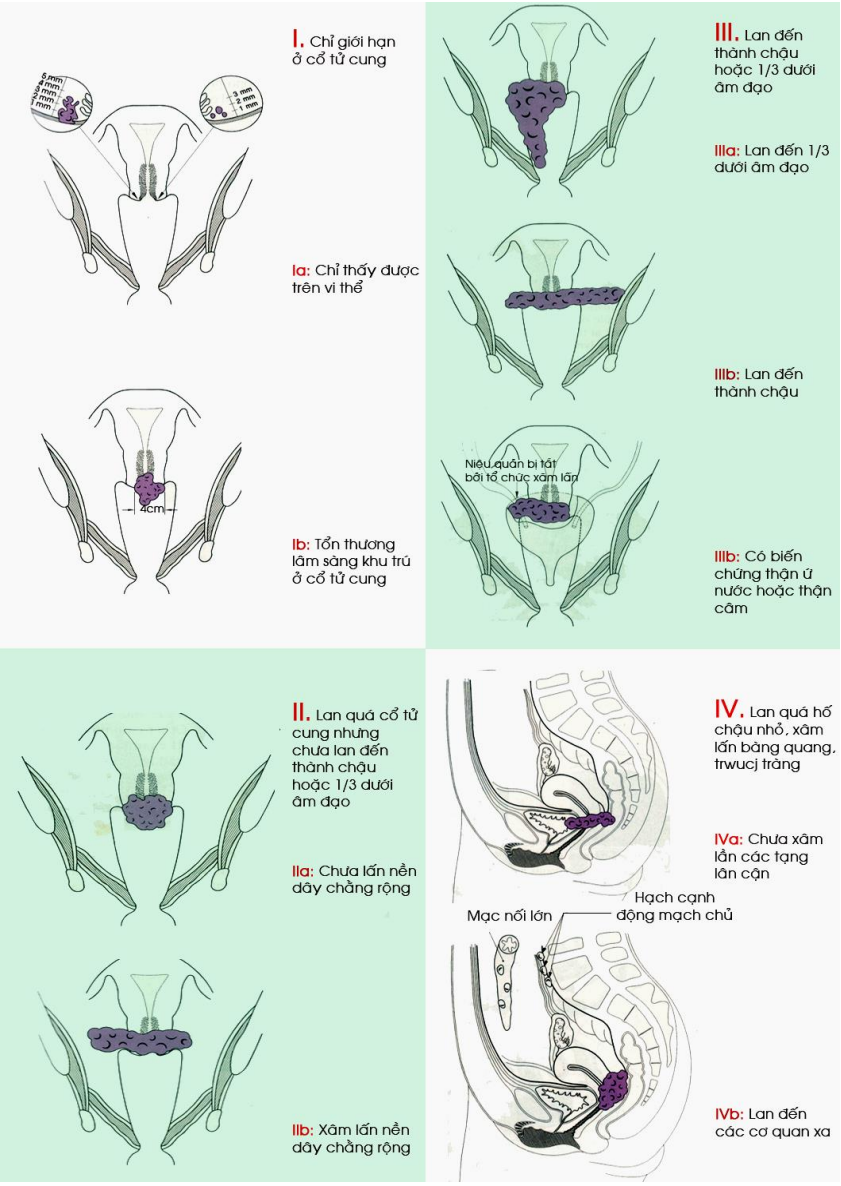
Tỷ lệ sống sau 5 năm:

+ 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%

6. DỰ PHÒNG

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.



Hình 4. Phân loại ung thư cổ tử cung theo FIGO -1994

II. Câu hỏi lượng giá:

1.Điều nào sau đây không phải là một đồng yếu tố gây ung thư cổ tử cung, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Hút thuốc lá.
B. Hoạt động tình dục sớm.
C. Có nhiều bạn tình.
D. Bắt đầu có kinh sớm.

2.Ung thư có tổn thương lâm sàng khu trú ở cổ tử cung, kích thước sang thương < 4cm thì được xếp vào giai đoạn nào? CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Ia1.
B. Ia2.
C. Ib1.
D. Ib2.

3. Trong những yếu tố sau đây, yếu tố nào được xem như có nhiều liên quan với tân sinh biểu mô cổ tử cung nhất, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Human Papilloma virus (HPV) 6, 11.
B. HPV 16, 18.
C. Herpes simplex nhóm 1.
D. Giao hợp sớm dưới 17 tuổi.

4.Các yếu tố tiên lượng trong ung thư CTC sau đây đều đúng, NGOẠI TRỪ:

A. Phụ thuộc vào tuổi người bệnh
B. Phụ thuộc vào giai đoạn theo FIGO
C. Phụ thuộc vào kích thước khối u
D. Phụ thuộc vào sự lan tràn hạch

5. Về đặc điểm của ung thư CTC giai đoạn IIa, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Khối u lan xuống AĐ hoặc dây chằng rộng nhưng chưa tới thành chậu
B. Khối u lan xuống AĐ hoặc dây chằng rộng nhưng chưa tới 1/3 dưới AĐ
C. Khối u lan chưa tới 1/3 dưới AĐ hoặc dây chằng rộng nhưng chưa tới thành chậu
D. Khối u lan xuống tới 1/3 dưới AĐ hoặc dây chằng rộng nhưng chưa tới thành chậu

6.Theo bảng lâm sàng của FIGO về ung thư cổ TC, giai đoạn 0 là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Ung thư mới xâm lấn qua màng đáy
B. Ung thư trong liên bào
C. Ung thư mới khu trú tại cổ TC
D. Ung thư xâm lấn chưa lan đến thành chậu

Bài 30
SỨC KHỎE SINH SẢN VỊ THÀNH NIÊN

I.Mục tiêu:

1. Định nghĩa và phân loại được tuổi vị thành niên
2. Trình bày được sự thay đổi về giải phẫu, sinh lý, tâm lý ở tuổi vị thành niên
3. Trình bày được nguyên lý, mục đích, và nội dung chăm sóc sức khỏe vị thành niên

1.Định nghĩa

Vị thành niên (VTN) là người trong độ tuổi 10 – 19.

VTN có đặc điểm tâm sinh lý đặc thù như thích thử nghiệm, thích khám phá năng lực bản thân, năng động, sáng tạo.

Tuổi vị thành niên là thời kỳ phát triển đặc biệt - thời kỳ xảy ra đồng thời hàng loạt những biến đổi nhanh chóng cả về cơ thể cũng như sự biến đổi tâm lý và các mối quan hệ xã hội.

Lứa tuổi VTN là từ 10 - 19 tuổi và được chia ra 3 giai đoạn:

+ VTN sớm: từ 10 - 13 tuổi.
+ VTN giữa: từ 14 - 16 tuổi.
+ VTN muộn: từ 17 - 19 tuổi.

2. Những thay đổi về giải phẫu và sinh lý trong thời kỳ VTN.

- Sự phát triển cơ thể rõ rệt và dễ nhận thấy nhất là các dấu hiệu dậy thì. Tuổi dậy thì ở các em nữ thường sớm hơn và trong khoảng từ 10 - 15 tuổi, các em nam trong khoảng từ 12 - 17 tuổi.

- Trong giai đoạn dậy thì, các nội tiết tố sinh dục (estrogen và tetosteron) tăng dần, cơ quan sinh dục phát triển và cơ thể chuẩn bị sẵn sàng cho hoạt động sinh sản. Biểu hiện rõ rệt ở các em nữ là hiện tượng kinh nguyệt và ở em nam là hiện tượng xuất tinh.

2.1 Dậy thì ở các em nữ:

- Phát triển núm vú, quầng vú.
- Mọc lông sinh dục: lông mu, lông nách
- Tử cung, âm đạo, buồng trứng phát triển to ra, xương hông nở ra.
- Phát triển chiều cao nhanh chóng
- Xuất hiện kinh nguyệt
- Các tuyến bã hoạt động mạnh, xuất hiện trứng cá

2.2 Dậy thì ở các em nam:

- Tinh hoàn và dương vật to lên, da tinh hoàn sẫm màu lại.
- Thanh quản mở rộng, vỡ tiếng, yết hầu lộ ra
- Tăng trưởng nhanh chóng về chiều cao, các xương dài phát triển, cơ bắp ở vai, ngực, cánh tay... to ra.
- Xuất hiện lông mu, ria mép.
- Có xuất tinh (thường là mộng tinh hay còn gọi là “giấc mơ ướt”)
- Các tuyến bã hoạt động mạnh, có mụn trứng cá.

3. Những biến đổi về tâm lý trong thời kỳ VTN

3.1 Thời kỳ VTN sớm:

- Bắt đầu ý thức mình không còn là trẻ con, muốn được độc lập.
- Muốn được tôn trọng, được đối xử bình đẳng như người lớn.
- Chú trọng đến các mối quan hệ bạn bè.
- Quan tâm đến hình thức bên ngoài và những thay đổi của cơ thể.
- Tò mò, thích khám phá, thử nghiệm.
- Bắt đầu phát triển tư duy trừu tượng.
- Có những hành vi mang tính thử nghiệm, bốc đồng.

3.2 Thời kỳ VTN giữa:

- Tiếp tục quan tâm nhiều hơn đến hình dáng cơ thể.
- Tỏ ra độc lập hơn, thích tự mình quyết định, có xu hướng tách ra khỏi sự kiểm soát của gia đình.
- Phát triển mạnh cá tính, sở thích cá nhân.
- Chịu ảnh hưởng nhiều của bạn bè đồng trang lứa.
- Quan tâm đến bạn khác giới, dễ ngộ nhận tình bạn khác giới với tình yêu.
- Tiếp tục phát triển tư duy trừu tượng.
- Phát triển kỹ năng phân tích, bắt đầu nhận biết hậu quả của hành vi.
- Bắt đầu thử thách các qui định, các giới hạn mà gia đình hay xã hội đặt ra.

3.3 Thời kỳ VTN muộn:

- Khẳng định sự độc lập và tạo dựng hình ảnh bản thân tương đối ổn định.
- Khả năng đánh giá và giải quyết vấn đề tốt hơn.
- Cách suy nghĩ, nhận xét và ứng xử chín chắn hơn.
- Ảnh hưởng của nhóm bạn bè giảm dần, quay lại chú trọng mối quan hệ gia đình.
- Chú trọng tới mối quan hệ riêng tư, tin cậy giữa 2 người hơn quan hệ theo nhóm.
- Định hướng cuộc sống, nghề nghiệp rõ ràng hơn.
- Biết phân biệt tình bạn và tình yêu, cách nhìn nhận tình yêu mang tính thực tế hơn.

4.Chăm sóc sức khỏe vị thành niên

4.1 Nguyên lý hành động

Cung cấp thông tin cho các thiếu niên hiểu rõ về giới tính, đề phòng có thai ngoài ý muốn, đề phòng các bệnh lây truyền theo tình dục có nguy cơ dẫn đến vô sinh. Cũng cần giáo dục cho những người trẻ tuổi rõ cần tôn trọng sự tự quyết của phụ nữ và chia sẻ với họ trách nhiệm trong những vấn đề về tình dục và sinh sản. Đẻ sớm không những có nguy cơ làm tăng nhanh dân số và còn làm tăng nguy cơ tử vong người mẹ, tăng tỉ lệ mắc bệnh và tử vong của trẻ lên nhiều. Lấy chồng sớm và đẻ sớm làm giảm khả năng học tập và lao động của các phụ nữ trẻ, làm giảm chất lượng cuộc sống của họ và con cái họ.

4.2 Mục đích

Giải quyết những vấn đề về sức khỏe tình dục và sinh sản của thiếu niên, xây dựng mối quan hệ nhân văn và có trách nhiệm bình đẳng giữa nam và nữ.

-Tránh có thai ngoài ý muốn và phá thai trong những điều kiện kém an toàn

-Tránh những bệnh lây truyền theo đường tình dục và nhiễm HIV

-Làm giảm hẳn tỉ lệ có thai ở tuổi thiếu niên.

4.3 Nội dung

Giáo dục về giới tính, sức khỏe tình dục và sinh sản ở tuổi VTN
Những nguy cơ do thai sản ở tuổi VTN
Cung cấp các thông tin về tránh thai ngoài ý muốn và phá thai không an toàn
Cung cấp các thông tin và cách phòng tránh các bệnh lây truyền qua đường tình dục
Phổ biến kiến thức về vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh bộ phận sinh dục
Giải thích các nguy cơ nghiện hút ma túy

II. Câu hỏi lượng giá:

1. Vị thành niên được chia ra bao nhiêu giai đoạn? CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 1
B. 2
C. 3
D. 4

2. Tuổi dậy thì ở nữ khoảng, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 10 - 15 tuổi
B. 12-17 tuổi
C. 10-17 tuổi
D. 12-15 tuổi

3. Tuổi dậy thì ở nam khoảng, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 10 - 15 tuổi
B. 12-17 tuổi
C. 10-17 tuổi
D. 12-15 tuổi

4.Thời kỳ vị thành niên nào, đứa trẻ sẽ quay lại chú trọng vào mối quan hệ gia đình nhiều hơn bạn bè? CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Vị thành niên sớm
B. Vị thành niên giữa
C. Vị thành niên muộn
D. Cả 3 giai đoạn

5. Nguyên lý hành động của chăm sóc sức khỏe vị thành niên là đề phòng các bệnh lây truyền theo tình dục có nguy cơ dẫn đến vô sinh ?

A. Đúng B. Sai

6. Nội dung của chăm sóc sức khỏe vị thành niên là giáo dục về giới tính, sức khỏe tình dục và sinh sản ?

A. Đúng B. Sai

Bài 31
BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

I.Mục tiêu:

1.Kể được tên các tác nhân gây bệnh lây truyền qua đường tình dục

2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của các bệnh lây truyền qua đường tình dục

3. Lựa chọn được cách điều trị cho từng loại bệnh lây truyền qua đường tình dục

1.Các hội chứng và tác nhân gây nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục

Hội chứng	NKLTQĐTD	Tác nhân	Khả năng chữa khỏi
Loét sinhdục	-Giang mai	-*Treponema pallidum*	Có
	-Hạ cam	-*Haemophilus ducreyi*	Có
	-Herpes Virus	-Herpes simplex virus(HSV-2)	Không
	-Bệnh u hạt bạch huyết hoa liễu (hay còn gọi là bệnh hột soài) (Lymphogranuloma Venereum - LGV)	-*Chlamydia trachomatis*	Có
	-U hạt bẹn(Granuloma Inguinale)	-*Klebsiella granulomatis*	Có
Tiết dịch niệu đạo và âm đạo	-Trùng roi âm đạo	-*Trichomonas vaginalis*	Có
	-Lậu	-*Neisseria gonorrhoeae*	Có
	-*Chlamydia*	-*Chlamydia trachomatis*	Có
Sùi mào gà sinh dục Virus	Sùi mào gà sinh dục	Virus gây u nhú ở người (Human Papilloma Virus - HPV)	Không

2. HỘI CHỨNG LOÉT SINH DỤC

Hội chứng loét sinh dục là tình trạng có các vết loét ở vùng sinh dục, hậu môn gây nên
bởi các tác nhân nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục.

2.1. Chẩn đoán.

2.1.1 Vết loét do giang mai

Vết trợt nông, hình tròn hoặc bầu dục, ranh giới rõ ràng, không có bờ, đáy phẳng, thâm nhiễm cứng, không ngứa, không đau

Không điều trị cũng sẽ tự khỏi sau 6 - 8 tuần, thường có một vết.

Kèm theo viêm hạch vùng lân cận, thường là hạch bẹn một bên, di động, không đau, không mưng mủ.

2.1.2 **Vết loét do hạ cam**

Thường nhiều vết loét do tự lây nhiễm (kissing ulcers).

Vết loét có đáy lởm chởm, nhiều mủ, bờ nham nhở, rất đau, hạch bẹn to một bên.

Sau một vài tuần hạch vỡ mủ, tạo thành ổ áp xe hoặc lỗ dò.

2.1.3 Vết loét do herpes

Bắt đầu bằng đám mụn nước nhỏ như hạt tấm, hạt đậu xanh, cụm lại thành đám như chùm nho, sau đó dập vỡ tạo thành các vết trợt nông, mềm, bờ có nhiều cung kèm theo cảm giác rát hoặc ngứa, vết trợt tự khỏi, nhưng rất hay tái phát.

Có thể sưng hạch một bên hoặc hai bên bẹn, đau, không làm mủ.

Hiện nay ở nhiều khu vực trên thế giới, herpes sinh dục là căn nguyên hay gặp nhất gây vết loét sinh dục. Ở những nơi có nhiều người nhiễm HIV, tỉ lệ loét sinh dục do herpes dường như ngày càng tăng lên.

Các vết loét do nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục ở những người bệnh HIV(+) có thể không điển hình và diễn biến dai dẳng.

2.2. Xét nghiệm hỗ trợ.

Phản ứng huyết thanh chẩn đoán giang mai (RPR, VDRL, TPHA)

2.3. Điều trị

2.3.1 Nguyên tắc

- Đối với mọi trường hợp loét sinh dục do các căn nguyên trên, cán bộ y tế cần xác định
và điều trị cho (các) bạn tình.
- Nếu xác định được nguyên nhân thì điều trị nguyên nhân.
- Nếu vết loét không xác định được là giang mai hay hạ cam thì điều trị đồng thời giang
mai và hạ cam.
- Điều trị loét sinh dục ở người HIV(-) và (+) như nhau.
- Hướng dẫn chăm sóc cơ bản cho tổn thương (giữ sạch và khô).
- Khuyên người bệnh khám lại sau 7 ngày nếu thương tổn không lành hẳn hoặc sớm hơn
nếu tình trạng lâm sàng trở nên xấu đi.

2.3.2 Phác đồ điều trị giang mai: Dùng một trong các thuốc sau đây:

- Benzathin penicilin G 2,4 triệu đv, tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Procain penicilin G 1,2 triệu đv, tiêm bắp 1 lần/ngày, trong 10 ngày liên tiếp
- Trường hợp dị ứng hoặc không có penicilin, có thể dùng doxycyclin 100 mg, uống 1
viên, 2 lần/ngày, trong 15 ngày.

Chú ý: không dùng doxycyclin cho phụ nữ có thai và cho con bú, trẻ dưới 7 tuổi. Thay
bằng erythromycin base 500 mg, uống 1 viên, 4 lần/ngày, trong 15 ngày.

2.3.3 Phác đồ điều trị hạ cam: Dùng một trong các thuốc sau đây:

- Ceftriaxon 250 mg, tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Spectinomycin 2 g, tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Azithromycin 1 g, uống liều duy nhất, hoặc

- Erythromycin base 500 mg, uống 1 viên, 4 lần/ngày, trong 7 ngày, hoặc

- Ciprofloxacin 500 mg, uống 1 viên, 2 lần/ngày, trong 3 ngày.

Chú ý: Không dùng ciprofloxacin cho phụ nữ có thai, cho con bú và người dưới 18 tuổi.

2.3.4 Phác đồ điều trị Herpes sinh dục: Dùng một trong các thuốc sau đây:

-Acyclovir 400 mg, uống 1 viên, 3 lần/ngày, trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày (với trường hợp tái phát).

-Acyclovir 200 mg, uống 1 viên, 5 lần/ngày, trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày (với trường hợp tái phát).

-Famcyclovir 250 mg, uống 1 viên, 3 lần/ngày, trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày (với trường hợp tái phát), hoặc

-Valacyclovir 1 g, uống 1 viên, 2 lần/ngày, trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày (với trường hợp tái phát).

Chú ý: Mặc dù không có thuốc điều trị đặc hiệu cho HSV nhưng điều trị bằng các thuốc kháng virus như acyclovir có thể rút ngắn thời gian bị bệnh, giảm các đợt tái phát và giảm nguy cơ lây truyền bệnh. Do đó cần điều trị ngay càng sớm càng tốt cho trường hợp mới mắc herpes sơ phát.

3. SÙI MÀO GÀ SINH DỤC

Bệnh gây nên do virus gây u nhú ở người (Human papilloma virus-HPV). Hiện nay có khoảng trên 150 típ HPV, trong đó gây bệnh sùi mào gà là típ 6, 11 không có khả năng gây ung thư. Ít nhất 13 trong tổng số típ HPV có khả năng gây ra loạn sản, ung thư cổ tử cung, hậu môn, dương vật, vòm họng, miệng…, đặc biệt các các trường hợp nhiễm HPV típ 16, 18 (khoảng 70 % - 80 %).

3.1. Triệu chứng lâm sàng.

Biểu hiện bệnh là các u nhú màu hồng tươi, mềm, có chân hoặc có cuống, không đau và dễ chảy máu khi đụng chạm vào, thường không có dấu hiệu chủ quan.

Có thể thấy tổn thương dạng phẳng, khó phát hiện.

Ở nữ, sùi mào gà hay thấy ở âm vật, môi nhỏ, quanh lỗ niệu đạo, tầng sinh môn, cũng có thể gặp sùi mào gà ở cổ tử cung, hậu môn.

Người bệnh nữ bị sùi mào gà cổ tử cung cần phải làm xét nghiệm phiến đồ cổ tử cung định kỳ hàng năm hoặc các xét nghiệm khác để phát hiện sớm loạn sản, ung thư.

Ở nam giới, sùi mào gà thường gặp ở rãnh qui đầu, qui đầu, bao da và thân dương vật, có khi thấy ở miệng sáo, hậu môn.

3.2 Điều trị.

- Sùi mào gà là bệnh hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, do vậy người bệnh có thể mang bệnh suốt đời ở tình trạng có biểu hiện triệu chứng hoặc không có triệu chứng. Các phương thức điều trị sau đây chỉ có tác dụng làm giảm triệu chứng hoặc loại trừ thương tổn mà không diệt được HPV.

- Các trường hợp sùi mào gà đều phải điều trị ở tuyến huyện trở lên.

- Đối với mọi trường hợp sùi mào gà, cán bộ y tế cần xác định và điều trị cho (các) bạn tình.

3.2.1 Sùi mào gà ở vùng sinh dục ngoài và hậu môn.

- Acid trichloracetic 80 % - 90 % chấm vào nốt sùi 1 lần/ngày, hoặc
- Podophyllin 10 % - 25 % bôi 1 lần/ngày hoặc 2 - 3 lần/tuần vào nốt sùi.
- Đốt lạnh bằng nitơ lỏng hoặc đốt điện, laser, hoặc
- Phẫu thuật cắt bỏ hoặc nạo.

3.2.2 Sùi mào gà trong âm đạo.

- Đốt lạnh bằng nitơ lỏng, đốt điện, laser, hoặc
- Podophyllin 10 % - 25 % bôi 1 lần/ngày hoặc 2 - 3 lần/tuần, hoặc
- Phẫu thuật cắt bỏ.

Chú ý: Khi bôi podophyllin vào các sùi mào gà âm đạo cần phải để thuốc khô rồi mới rút
mỏ vịt ra. Vùng niêm mạc lành xung quanh thương tổn phải bôi vaselin hoặc mỡ kháng sinh để tránh thuốc lan ra vùng không bị bệnh.

3.2.3. Sùi mào gà ở cổ tử cung.

- Đốt lạnh bằng nitơ lỏng, hoặc
- Đốt điện, laser.

3.2.4. Sùi mào gà ở miệng sáo.

- Cắt, nạo, hoặc
- Đốt lạnh, đốt nhiệt, hoặc
- Acid trichloracetic 80 % - 90 % chấm, hoặc
- Đốt điện, laser.

3.2.5. Sùi mào gà ở hậu môn.

- Đốt điện, laser, hoặc
- Đốt lạnh, đốt nhiệt, hoặc
- Phẫu thuật cắt bỏ, hoặc
- Podophyllin 10 % - 25 % bôi 1 - 2 lần/tuần vào nốt sùi. Vùng da niêm mạc lành xung quanh thương tổn phải bôi vaselin hoặc mỡ kháng sinh để tránh thuốc lan ra vùng không bị bệnh.

3.2.6. Sùi mào gà ở phụ nữ có thai.

- Phẫu thuật cắt bỏ, hoặc
- Đốt lạnh bằng nitơ lỏng
- Đốt bằng laser CO2

Chú ý: Không sử dụng podophyllin cho phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú và không bôi cổ tử cung.

II. Câu hỏi lượng giá:

1. Vết loét nhỏ, có bờ rõ kèm theo hạch bẹn không đau. Chẩn đoán nghĩ đến trước tiên là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Hạ cam mềm
B. Giang mai
C. Herpes âm hộ
D. Bệnh lậu

2. Những mụn nước nhỏ từng cụm ở vùng âm hộ, rất đau là đặc điểm của? CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Giang mai
B. Lậu
C. Mồng gà
D. Herpes

3. Tác nhân gây hội chứng tiết dịch niệu đạo và âm đạo là do các tác nhân sau, NGOẠI TRỪ:

A. Herpes Simplex virus
B. Lậu
C. Trùng roi âm đạo
D. Chlamydia

4. Tác nhân gây sùi mào gà sinh dục là do Human Papilloma Virus?

A. Đúng B. Sai

5. Tác nhân gây sùi mào gà sinh dục là do Herpes Simplex virus

A. Đúng B. Sai

6. Nguyên tắc điều trị sùi mào gà sinh dục là không sử dụng podophyllin cho phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú và không bôi cổ tử cung?

A. Đúng B. Sai

Bài 32
VÔ SINH

I.Mục tiêu học tập:

1. Định nghĩa được vô sinh
2. Xác định một số nguyên nhân vô sinh nữ, nam
3. Trình bày được các bước trong thăm khám, chẩn đoán và điều trị vô sinh.

1. ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN LOẠI VÔ SINH

1.1. Định nghĩa

Theo Tổ chức Y tế thế giới một cặp vợ chồng gọi là vô sinh khi sống cùng nhau trên một năm và không dùng biện pháp tránh thai nào mà vẫn không có con.

Khả năng sinh sản đạt đỉnh cao ở khoảng từ 20 - 25 tuổi và giảm dần sau 30 tuổi ở phụ nữ và sau 40 tuổi ở nam giới.

1.2. Phân loại vô sinh

1.2.1. Vô sinh nguyên phát (Vô sinh I)

Hai vợ chồng chưa bao giờ có thai, mặc dù đã sống với nhau trên một năm và không dùng biện pháp tránh thai nào.

1.2.2. Vô sinh thứ phát (Vô sinh II)

Hai vợ chồng trước kia đã có con hoặc đã có thai, nhưng sau đó không thể có thai lại mặc dù đang sống với nhau trên một năm và không dùng biện pháp tránh thai nào.

2. NGUYÊN NHÂN

Sự thụ thai có thể đạt được khi có các điều kiện đó là: (1) có sự phát triển nang noãn và phóng noãn; (2) có sự sản xuất tinh trùng đảm bảo chất lượng; (3) tinh trùng gặp được noãn; (4) sự thụ tinh, làm tổ và phát triển tại tử cung cho đến đủ trên 37 tuần. Khi có rối loạn bất kỳ khâu nào trong chuỗi các hoạt động sinh sản này đều dẫn đến kết cục bất lợi. Như vậy một cặp vợ chồng vô sinh có thể do chồng. hoặc do người vợ hoặc cho cả hai. Các dữ liệu thu được cho thấy khoảng 30-40 % các trường hợp vô sinh do nguyên nhân nam giới đơn thuần, 40 % do nữ giới, 10 % do kết hợp cả nam và nữ và 10% không rõ nguyên nhân.

Nói chung nguyên nhân vô sinh có thể phân như sau:

2.1. Vô sinh do nam giới

2.1.1. Bất thường tinh dịch: vô tinh do tắc nghẽn hoặc do bất sản, giảm chất lượng tinh trùng (tinh trùng ít, yếu, dị dạng).

2.1.2. Bất thường giải phẫu: giãn tĩnh mạch thừng tinh, lỗ tiểu đóng thấp, đóng cao, tinh hoàn ẩn.

2.1.3. Rối loạn chức năng: giảm ham muốn, rối loạn cương dương, rối loạn phóng tinh, chứng giao hợp đau.

2.1.4. Các nguyên nhân khác: chấn thương tinh hoàn, phẫu thuật niệu sinh dục, triệt sản nam, viêm nhiễm niệu sinh dục hay nguyên nhân di truyền.

2.2. Nguyên nhân do nữ giới

2.2.1. Bất thường phóng noãn: Vòng kinh không phóng noãn do ảnh hưởng của trục dưới đồi - tuyến yên - buồng trứng, u tuyến yên.

2.2.2. Nguyên nhân do vòi tử cung: Các bệnh lý có thể gây tổn thương vòi tử cung như viêm nhiễm đường sinh dục, bệnh lây qua đường tình dục, tiền sử phẫu thuật vùng chậu và vòi tử cung, lạc nội mạc tử cung ở vòi tử cung, bất thường bẩm sinh ở

vòi tử cung hay do triệt sản.

2.2.3. Nguyên nhân tại tử cung: U xơ tử cung, viêm dính buồng tử cung, bất thường bẩm sinh (dị dạng tử cung hai sừng, tử cung có vách ngăn, không có tử cung...)

2.2.4. Nguyên nhân do cổ tử cung: chất nhầy kém, kháng thể kháng tinh trùng, tổn thương ở cổ tử cung do can thiệp thủ thuật (khoét chóp, đốt điện...), cổ tử cung ngắn.

2.2.5 Nguyên nhân khác: Tâm lý tình dục, chứng giao hợp đau, các dị dạng bẩm sinh đường sinh dục dưới...

2.3. Vô sinh không rõ nguyên nhân

Khoảng 10% vô sinh không thể tìm nguyên nhân chính xác sau khi đã thăm khám và làm tất cả các xét nghiệm cần thiết để thăm dò và chẩn đoán.

3. CÁC BƯỚC KHÁM VÀ THĂM DÒ CHẨN ĐOÁN

3.1. Thăm khám

Nguyên tắc khám vô sinh là khám cả hai vợ chồng, đảm bảo riêng tư cá nhân, kín đáo.

3.1.1. Hỏi bệnh

Mục đích của hỏi bệnh nhằm khai thác thông tin về cả hai vợ chồng:

- Tuổi, nghề nghiệp và địa chỉ.
- Thời gian mong muốn có con và quá trình điều trị trước đây.
- Tiền sử sản khoa mang thai, sẩy, sinh đủ tháng hay nạo phá thai.
- Khả năng giao hợp, tần suất, tình trạng xuất tinh và những khó khăn gặp phải.
- Tiền sử mắc các bệnh nội ngoại khoa và các thuốc đang dùng hiện tại.

Về phía người vợ cần hỏi thêm:

- Tuổi bắt đầu hành kinh, tính chất kinh nguyệt, thời gian của mỗi kỳ kinh, lượng kinh nhiều hay ít, có đau bụng khi hành kinh không.
- Tiền sử viêm nhiễm sinh dục và cách điều trị
- Tiền sử mắc các bệnh lý phụ khoa hay các phẫu thuật vùng tiểu khung.

3.1.2. Khám lâm sàng

Về phía người vợ, cần khám:

- Quan sát về toàn thân: tầm vóc, tính chất sinh dục phụ như lông, tóc, lông mu, lông nách, mức độ phát triển của vú, âm vật, môi lớn, môi nhỏ...
- Khám phụ khoa gồm quan sát qua mỏ vịt, thăm âm đạo, kết hợp với nắn bụng nhằm phát hiện những tổn thương về đường sinh dục chủ yếu là tình trạng viêm nhiễm và các khối u phụ khoa. Chú ý tình trạng chế tiết của cổ tử cung, độ sạch và độ phát triển niêm mạc âm đạo... Ngoài ra tư thế bất thường của tử cung là một điểm cần lưu ý, tử cung gấp về một phía là một nguyên nhân gây cản trở tinh trùng thâm nhập lên đường sinh dục trên. Tử cung có nhân xơ trong buồng tử cung cũng có thể là một nguyên nhân vô sinh.

Về phía người chồng cần khám:

- Quan sát về toàn thân: tầm vóc, tính chất sinh dục phụ như lông, tóc, lông mu, lông nách, giọng nói.
- Tiền sử, bệnh sử có liên quan đến việc nhiễm sinh dục, tiền sử quai bị, lao tinh hoàn. Đối với quai bị cần lưu ý hỏi về tuổi mắc bệnh trước dậy thì hay sau tuổi dậy thì, có viêm tinh hoàn kèm theo không. Ngoài ra còn hỏi về tình trạng phẫu thuật liên quan đến sinh dục như thoát vị bẹn, tinh hoàn lạc chỗ.
- Kích thước dương vật, vị trí lỗ tiểu, biểu hiện viêm nhiễm.

- Khám bìu, sự hiện diện tinh hoàn trong bìu cũng như kích thước và mật độ, kiểm tra thừng tinh, mào tinh.

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Thăm dò ở người nữ

- Xét nghiệm nội tiết: nội tiết tố hướng sinh dục (LH,FSH), nội tiết sinh dục (estrogen, progesteron), nội tiết thai nghén (HCG)...Tiến hành các thử nghiệm nội tiết để đánh giá chức năng của vùng dưới đồi - tuyến yên hay buồng trứng qua đáp ứng của nội tiết tố.
- Thăm dò phóng noãn: Đo thân nhiệt cơ sở, chỉ số tử cung, sinh thiết nội mạc tử cung định ngày...
- Thử nghiệm sau giao hợp: Sự sống của tinh trùng trong đường sinh dục nữ phụ thuộc vào sự di chuyển nhanh chóng tinh trùng vào niêm dịch cổ tử cung.
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm phụ khoa, siêu âm theo dõi sự phát triển nang noãn, siêu âm thai sớm, chụp phim tử cung vòi tử cung, chụp tuyến yên bằng X quang thường quy hoặc cắt lớp vi tính.
- Phẫu thuật nội soi: chẩn đoán các bất thường sinh dục, nội soi gỡ dính vòi trứng, buồng trứng, bơm thông vòi trứng, đốt điểm buồng trứng...
- Xét nghiệm nhiễm sắc thể đồ phát hiện các bất thường di truyền.

3.2.2. Thăm dò ở người nam

- Xét nghiệm nội tiết: định lượng nội tiết tố hướng sinh dục (LH, FSH), nội tiết sinh dục (testosteron)...
- Xét nghiệm tinh dịch: Các thông số tinh dịch đồ bình thường:

Chỉ số	Giá trị bình thường
Thể tích	≥ 2ml
PH	7.2 đến 7.8
Mật độ tinh trùng	≥ 20 x 10^6/ml
Tổng số tinh trùng	≥ 40 x 10^6
Độ di động	> 50% di chuyển tới trước > 25% di chuyển theo đường thẳng nhanh trong vòng 60 phút sau khi lấy mẫu.
Hình thái học	> 30% có hình thái bình thường
Sống sót	> 50% tinh trùng sống.
Bạch cầu	<1 x 10^6/ml
Kẽm (tổng số)	≤ 2.4 micromol mỗi lần phóng tinh
Acid citric (tổng số)	≤ 52 micromol (10mg) mỗi lần phóng tinh
Fructose (tổng số)	≤ 13 micromol mỗi lần phóng tinh
Thử nghiệm gắn antiglobulin	< 10% tinh trùng gắn các hạt dính
Thử nghiệm hạt miễn dịch	< 10% tinh trùng gắn các hạt dính

Các thông số tinh dịch đồ (theo Tổ chức Y tế thế giới - 1999)

- Chẩn đoán hình ảnh: Khảo sát bìu, tinh hoàn, thừng tinh qua siêu âm, chụp đường dẫn tinh.
- Sinh thiết tinh hoàn, mào tinh, thừng tinh tìm sự hiện diện của tinh trùng trong

trường hợp mẫu tinh dịch vô tinh.

- Xét nghiệm nhiễm sắc thể đồ phát hiện các bất thường di truyền

4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị vô sinh là điều trị cả hai vợ chồng và điều trị toàn diện. Nói chung, việc điều trị cụ thể tuỳ vào từng cá thể với các nguyên nhân khác nhau.

II. Câu hỏi lượng giá:

1. Về phân loại vô sinh, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Có 2 loại vô sinh: bẩm sinh và mắc phải.
B. Có 2 loại vô sinh: cơ năng và thực thể.
C. Có 2 loại vô sinh: nguyên phát và thứ phát
D. Có 2 loại vô sinh: vô sinh nam và vô sinh nữ.

2.Mục hỏi bệnh nào dưới đây không thực hiện trong khám vô sinh cho người vợ, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Hỏi về tình hình kinh nguyệt.
B. Hỏi về tiền sử sản khoa.
C. Hỏi về tần suất giao hợp.
D. Hỏi về tiền sử mắc bệnh bại liệt.

3. Xét nghiệm nào dưới đây không phải xét nghiệm thăm dò trong vô sinh, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Tinh dịch đồ.
B. Soi và sinh thiết cổ tử cung.
C. Nạo sinh thiết niêm mạc tử cung.
D. Chụp tử cung – vòi trứng

4. Một cặp vợ chồng vô sinh khi người vợ không thụ thai trong hoàn cảnh chung sống và không áp dụng một phương pháp hạn chế sinh đẻ nào? CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Sau lập gia đình 6 tháng
B. Sau lập gia đình 12 tháng
C. Sau lập gia đình 18 tháng
D. Sau lập gia đình 2 năm

5. Một số yếu tố ảnh hưởng đến khả năng sinh sản ở nam, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Bất thường về sinh tinh
B. Bất thường về chức năng tình dục
C. Rối loạn nội tiết
D. Các câu trên đều đúng

6. Vô sinh nữ chiếm tỷ lệ, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 25%
B. 30%
C. 35%
D. 40%

Bài 33
TƯ VẤN KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH

I.Mục tiêu học tập:

1. Nêu được 5 mục đích của tư vấn kế hoạch hoá gia đình.
2. Kể ra được 10 quyền cơ bản của khách hàng.
3. Xác định 4 phẩm chất cần có của người làm tư vấn kế hoạch hoá gia đình.
4. Thực hành 6 bước trong quá trình tư vấn kế hoạch hoá gia đình.

Tư vấn kế hoạch hóa gia đình (KHHGĐ) là một dạng truyền thông (giao tiếp hai chiều) trực tiếp giữa người làm tư vấn với một người hay một cặp vợ chồng là khách hàng về những vấn đề riêng tư (thậm chí bí mật không thể chia sẻ với người khác) theo yêu cầu của họ trong lĩnh vực KHHGĐ.

1. MỤC ĐÍCH CỦA TƯ VẤN KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH

1.1. Giúp khách hàng chọn đúng biện pháp tránh thai (BPTT) và sử dụng đúng biện pháp đã chọn.

1.2. Giúp tăng số người sử dụng các BPTT.

1.3. Giúp tăng tỷ lệ tiếp tục sử dụng và tuân thủ các nguyên tắc sử dụng BPTT, từ đó giúp hạn chế những trường hợp có thai ngoài ý muốn.

1.4. Tăng cường sức khoẻ sinh sản cho khách hàng, và giảm chi phí chương trình KHHGĐ.

1.5. Giúp khách hàng hiểu rõ và thực hành tình dục an toàn, góp phần giảm số có thai ngoài ý muốn và các bệnh lây qua đường tình dục.

2. QUYỀN CƠ BẢN CỦA KHÁCH HÀNG

21. Quyền được thông tin

2.2 Quyền được tiếp cận dịch vụ và thông tin

2.3. Quyền được tự do lựa chọn biện pháp tránh thai và từ chối hoặc chấm dứt BPTT

2.4. Quyền được nhận dịch vụ an toàn

2.5. Quyền được đảm bảo bí mật

2.6. Quyền được hưởng sự kín đáo, tế nhị

2.7. Quyền được tôn trọng

2.8. Quyền được thoải mái khi tiếp cận dịch vụ

2.9. Quyền được tiếp tục nhận dịch vụ

2.10. Quyền được bày tỏ ý kiến

3. CÁC PHẨM CHẤT CẦN CÓ CỦA NGƯỜI TƯ VẤN KHHGĐ (4 CHỮ "T")

3.1. Tôn trọng khách hàng

- Dù họ ở bất cứ thành phần nào trong xã hội.
- Luôn luôn lắng nghe nhu cầu và ý kiến của khách hàng.

3.2. Thông cảm và thấu hiểu khách hàng

- Nhạy cảm với nhu cầu khách hàng đề xuất.
- Tìm hiểu tâm tư, mong muốn của khách hàng.
- Đảm bảo tính riêng tư, bí mật và kín đáo cho khách hàng.

3.3. Thành thật với khách hàng

- Cần nói thật về mọi BPTT bao gồm cả thuận lợi và nhược điểm, tác dụng phụ và các biến chứng.

- Không từ chối cung cấp thông tin cho khách hàng. Trường hợp người tư vấn chưa rõ về thông tin đó thì hẹn khách hàng trả lời sau, không được vì sĩ diện trả lời bừa.

3.4. Thông tin rõ ràng, có trọng tâm cho khách hàng

- Dùng câu từ ngắn gọn, đơn giản, dễ hiểu, tránh dùng từ chuyên môn khi tư vấn.

- Sử dụng nhiều phương tiện hỗ trợ: tranh ảnh, mô hình, hiện vật và khuyến khích khách hàng quan sát trực tiếp (quan sát vỉ thuốc tránh thai, sờ mó vào vòng tránh thai, xé bao cao su ra xem xét).

- Tìm hiểu phản hồi của khách hàng qua quan sát thái độ, cử chỉ, câu hỏi của khách hàng nhằm tìm hiểu xem họ có hiểu nội dung trao đổi và cảm thấy thoải mái trong quá trình tư vấn hay không.

- Tóm tắt và nhấn mạnh những điểm quan trọng cho khách hàng dễ nhớ.

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH TƯ VẤN (sáu chữ "G")

4.1. Gặp gỡ

- Thái độ tiếp xúc ban đầu cần hết sức thân mật, cởi mở để tạo niềm tin, xoá bỏ ngăn cách, e ngại giữa khách hàng và người tư vấn.

- Chào hỏi khách hàng. Mời ngồi ngang hàng (không nên ngồi đối diện qua bàn làm việc).

- Tự giới thiệu tên và chức danh của người tư vấn với khách hàng.

- Xin được hỏi tên, tuổi, địa chỉ, tình trạng hôn nhân (có hay chưa có gia đình) của khách hàng. Tuy nhiên nếu khách hàng không muốn trả lời cũng không ép buộc.

- Mở đầu: Không bao giờ đặt câu hỏi một cách sỗ sàng ("anh (chị) cần hỏi cái gì?") mà nên nhẹ nhàng hỏi: " Tôi có thể giúp anh (chị) điều gì?" hay " Nào, ta bắt đầu, xin anh (chị) cho biết chúng ta có thể trao đổi với nhau vấn đề gì?" v.v...

4.2. Gợi hỏi

- Hỏi khách hàng các thông tin liên quan đến sức khoẻ và nhu cầu tránh thai để lượng giá xem khách hàng đã hiểu biết các vấn đề đó thế nào. Nên sử dụng các câu hỏi mở, không dùng các câu để khách chỉ có thể trả lời "có", "không".

- Chăm chú lắng nghe, không bao giờ tỏ ra sốt ruột, ngắt lời khách hàng. Dùng ngôn ngữ hình thể biểu hiện sự tán đồng (mỉm cười, gật đầu), sự thông cảm (lắng nghe, chăm chú, nét mặt), khi cần chọn từ ngữ thích hợp giúp cho khách hàng diễn tả điều mà họ đang lúng túng, chưa biết nói như thế nào.

- Khi nghe có thể hỏi thêm để biết rõ nhận thức của khách hàng nhưng không nói nhiều, đặc biệt không phê phán những nhận thức chưa đúng của khách hàng đã nêu ra.

4.3. Giới thiệu

- Giới thiệu những BPTT hiện có tại cơ sở y tế.

- Cung cấp các thông tin về cả ưu điểm lẫn nhược điểm, các tác dụng phụ và biến chứng của từng BPTT. Trong quá trình trao đổi, người cung cấp dịch vụ có thể đặt các câu hỏi để tìm hiểu sự hiểu biết từ phía khách hàng. Với những điểm qua gợi hỏi đã biết khách hàng hiểu đúng thì không nói nhiều và nên nhấn mạnh " như anh (chị) đã biết rất đúng rằng...". Với những điều khách hàng chưa rõ thì giải thích kỹ. Đối với những điều

khách hàng hiểu chưa đúng nên lựa lời nói để khách hàng có nhận thức lại nhưng không bao giờ nói là họ đã nhận thức sai.

4.4. Giúp đỡ

- Giúp khách hàng tự lựa chọn một BPTT thích hợp nhất với họ. Có thể đưa ra vài ba BPTT phù hợp với chỉ định cụ thể của khách để họ tự quyết định.
- Trường hợp khách hàng lựa chọn một BPTT nhưng thấy không đúng chỉ định (ví dụ muốn dùng vòng tránh thai trong khi đang có nhiều khí hư) thì giải thích lý do chưa áp dụng được vào thời điểm đó và giúp họ chọn một BPTT khác phù hợp.
- Tuy nhiên người cung cấp dịch vụ không bao giờ nên áp đặt BPTT theo ý chủ quan của mình.

4.5. Giải thích

- Khi khách hàng đã chấp nhận một BPTT, cần giải thích đầy đủ về cách sử dụng BPTT đó.
- Chỉ dẫn rõ ràng cách thức thực hiện (bao cao su, BPTT tự nhiên, biện pháp cho bú vô kinh) và quy trình tiến hành.
- Giải thích những nguyên nhân có thể dẫn đến thất bại và cách xử trí.
- Trình bày rõ các tác dụng phụ có thể gặp và cách xử trí tại nhà và khi nào cần đi khám lại.
- Nêu cho khách biết những dấu hiệu cảnh báo của các biến chứng và cách xử trí.
- Nói rõ khả năng có thai trở lại sau khi ngừng sử dụng BPTT.
- Giải thích tại sao khách hàng cần phải đến kiểm tra định kỳ và khuyên thực hiện đầy đủ.
- Giải thích mọi thắc mắc hoặc hiểu chưa đúng của khách hàng.
- Cuối cùng, không quên đề nghị khách hàng đặt câu hỏi nếu họ có nhu cầu.

4.6. Gặp lại

- Trước khi chào tạm biệt, dặn dò khách hàng những điểm quan trọng nhất, hẹn thời điểm tái khám và nói cho khách hàng biết cơ sở y tế lúc nào cũng sẵn sàng đón tiếp họ.
- Cung cấp cho khách hàng các tư liệu truyền thông có sẵn tại cơ sở.

II. Câu hỏi lượng giá:

1. Yếu tố nào trong các yếu tố dưới đây cần phải được đưa vào mỗi buổi tư vấn, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Sự kín đáo.
B. Sự bí mật.
C. Sự thiên vị đối với một biện pháp nào đó của người cung cấp dịch vụ .
D. Sự chấp nhận và thái độ không phán xét của nhân viên y tế.

2. Câu hỏi nào dưới đây là ví dụ về các câu hỏi mở, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. "Chị đã bao giờ nghe nói về dụng cụ tránh thai chưa?".
B. "Chị có cảm nghĩ gì về việc dùng thuốc viên tránh thai không?".
C. "Chị có nhớ phải làm gì khi quên uống một viên thuốc không?".
D. "Chị có nhận thấy rằng thắt vòi trứng là một biện pháp tránh thai vĩnh viễn hay không?"

3.Câu hỏi nào dưới đây là ví dụ về các câu hỏi đóng, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. "Chị có thích dùng thuốc viên không?".
B. "Chị nghe nói gì về dụng cụ tránh thai?".
C. "Hãy nói cho tôi biết chị cần phải làm gì, nếu chị quên uống một viên thuốc tránh thai?".
D. "Chị cảm thấy như thế nào về việc sẽ không bao giờ có thêm con nữa?".

4. Mục tiêu của tư vấn về KHHGĐ, CHỌN CÂU SAI:

A. Giúp khách hàng chọn đúng một biện pháp tránh thai và sử dụng đúng biện pháp đã chọn
B. Giúp tăng tỷ lệ tiếp tục sử dụng và hạn chế bỏ cuộc
C. Góp phần tăng cường sức khỏe và giảm chi phí
D. Giúp cho khách hàng hiểu biết về cơ chế tác dụng của từng biệt pháp tránh thai

5. Điều nào sau đây không nên làm trong công tác tư vấn về KHHGĐ, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Hỏi các thông tin liên quan đến sức khỏe và nhu cầu tránh thai
B. Hỏi tên khách và gọi tên khách vài ba lần trong cuộc nói chuyện
C. Nói rõ cho khách hàng biết giới hạn thời gian của một cuộc tư vấn
D. Yêu cầu khách nhắc lại các thông tin đã cung cấp để chắc rằng khách đã hiểu

6. Khi tư vấn KHHGĐ người làm tư vấn cần, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Thông cảm và hiểu đối với khách hàng
B. Thành thật với khách hàng
C. Cung cấp cho khách hàng những thông tin về KHHGĐ
D. Tất cả các câu trên đều đúng

Bài 9
LẬP KẾ HOẠCH, QUẢN LÝ THEO DÕI VIỆC TRÁNH THAI

I.Mục tiêu:

1. Trình bày được các nguyên tắc chính của công tác tư vấn về tránh thai
2. Trình bày những lợi ích của việc tuân thủ các nguyên tắc
3. Lập được kế hoạch theo dõi việc tránh thai của khách hàng

1. Nguyên tắc chính của công tác tư vấn về tránh thai

Chọn nơi tư vấn kín đáo, một nơi yên tĩnh, nơi mà khách hàng và người cung cấp dịch vụ có thể nghe thấy dễ dàng nhưng người ngoài không nghe dược

Tính bí mật phải được đảm bảo, cả trong quá trình tư vấn lẫn việc lưu giữ hồ sơ, theo dõi, quản lý khách hàng

Bầu không khí không phán xét, chấp nhận và ân cần

Ngôn ngữ được dùng phải dễ hiểu đối với khách hàng, phù hợp với trình độ văn hóa của từng người, không dùng thuật ngữ y khoa quá chuyên sâu.

Kỹ năng giao tiếp tốt, biết cách đặt câu hỏi có hiệu quả, chăm chú lắng nghe, gật đầu đồng ý, tóm tắt, diễn giải các ý kiến đóng góp hoặc các vấn đề của khách hàng.

Việc tuân thủ các nguyên tắc chính của công tác tư vấn về tránh thai là những yếu tố quan trọng quyết định đến việc khách hàng sẽ

- Quyết định chấp nhận chọn một biện pháp tránh thai
- Sử dụng biện pháp tránh thai đúng
- Tiếp tục sử dụng biện pháp tránh thai đã lựa chọn hoặc là đã sử dụng
- Biết cách đối phó với những tác dụng phụ nhỏ như thế nào
- Sẽ quay trở lại gặp nhân viên y tế khám
- Không tin vào những điều dị đoan, những lời đồn đại và có thể phản bác chúng trong gia đình và cộng đồng.

2. Hướng dẫn khách hàng một số thông tin cần theo dõi của các phương pháp tránh thai

2.1Dụng cụ tử cung

Sau khi đặt dụng cụ tử cung nên kiêng giao hợp 1 tuần

Hẹn khách hàng tái khám

+ 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 DCTC 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.

2.2 Thuốc tránh thai

2.2.1Viên thuốc tránh thai kết hợp

Hướng dẫn cách sử dụng viên thuốc ngừa thai đúng

+ 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 sẩy thai, có thể bắt đầu sớm trong vòng 5 ngày đầu sau nạo.

Hướng dẫn một số dấu hiệu bất thường chỉ xuất hiện trong thời gian đầu dùng thuốc, cần tái khám khi triệu chứng kéo dài hoặc nặng hơn

+ Ra huyết thấm 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.

2.2.2 Viên tránh thai khẩn cấp

Nhắc nhở khách hàng không dùng quá 4 viên thuốc trong 1 tháng.

Tác dụng phụ thường gặp triệu chứng chóng mặt, buồn nôn và nôn sau khi dùng viên tránh thai khẩn cấp.

Hướng dẫn cách sử dụng viên thuốc đúng cách, đúng liều và đúng thời điểm.

2.2.3 Thuốc tiêm tránh thai

Tác dụng phụ: ra huyết thấm 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.

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.

2.2.4 Thuốc cấy tránh thai

Thuốc cấy tránh thai hiện nay có 2 loại:

- Norplant: Loại này có 6 nang mềm, tác dụng tránh thai kéo dài 5 năm.
- 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 thấm giọt.

2.3 Đình sản nữ

- Hướng dẫn thời điểm triệt sản:
  + Sau khi đẻ: Tiến hành từ 24 đến 48 giờ là dễ thực hiện nhất
  + Sau nạo, sau sẩy thai.
  + Kết hợp đình sản trong mổ lấy thai, phẫu thuật phụ khoa.

2.4 Đình sản nam

Tránh giao hợp trong 2-3 ngày và dùng bao cao su trong 20 lần xuất tinh sau khi đã cắt, thắt ống dẫn tinh.

Nếu có điều kiện trước khi giao hợp bình thường nên đến bệnh viện thử lại tinh trùng, nếu còn tinh trùng thì phải tiếp tục dùng bao cao su hoặc phương pháp khác.

3.Kế hoạch theo dõi

Sau khi đã tư vấn cho khách hàng lựa chọn và thực hiện một biện pháp tránh thai phù hợp thì đặt kế hoạch thăm khám lại và hẹn ngày gặp lại.

Hoàn chỉnh hồ sơ: ghi biện pháp đã cung cấp, toàn bộ kết quả thăm khám thực thể, xét nghiệm, những phát hiện về tiền sử, những chỉ dẫn đặc biệt và ngày gặp lại.

Khi khách hàng quay trở lại để thăm khám theo dõi, cần xác định:

- Khách hàng có còn dùng biện pháp không
- Thảo luận, xử trí mọi vấn đề, tác dụng phụ
- Kiểm tra lại xem khách hàng có sử dụng đúng biện pháp không
- Trả lời mọi câu hỏi của khách hàng và động viên khách hàng tiếp tục dùng biện pháp.
- Nếu có vấn đề gì hoặc có nhu cầu dùng một biện pháp khác thì nên tư vấn về các biện pháp còn lại và ghi chép lại.

4.Lập bảng theo dõi khách hàng theo mẫu

Họ tên khách hàng:…….

Địa chỉ:……

STT	Ngày Tái khám	Loại biện pháp tránh thai từng sử dụng	Lý do từ bỏ BPTT trước	Loại BPTT đang sử dụng	Thời điểm sử dụng	Hạn sử dụng	Kết quả tái khám	Tác dụng phụ (nếu có)	Hướng xử trí	Ghi chú

II. Câu hỏi lượng giá:

1.Mục đích của lập kế hoạch theo dõi tránh thai là giúp khách hàng, NGOẠI TRỪ:

A. Mang thai và sanh được một đứa con khỏe mạnh

B. Sử dụng biện pháp tránh thai đúng

C. Tiếp tục sử dụng biện pháp tránh thai đã lựa chọn hay đã sử dụng

D. Quyết định chấp nhận chọn 1 biện pháp tránh thai

2.Kế hoạch theo dõi tránh thai cần được lập, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Trước tư vấn

B. Sau tư vấn.

C. Trong quá trình tư vấn.

D. Lúc nào cũng được

3.Nguyên tắc chính của lập kế hoạch theo dõi việc tránh thai là phải đảm bảo tính bí mật trong tư vấn, lưu giữ hồ sơ?

A. Đúng B. Sai

4. Mục đích của tư vấn kế hoạch hóa gia đình là lựa chọn cho khách hàng một biện pháp tránh thai phù hợp?

A. Đúng B. Sai

5. Sử dụng ngôn ngữ dễ hiểu, phù hợp với trình độ văn hóa của khách hàng?

A. Đúng B. Sai

6. Thông tin cần theo dõi của các biện pháp tránh thai là tất cả những thông tin về cơ chế, tác dụng, ưu nhược điểm của các biện pháp tránh thai?

A. Đúng B. Sai

Bài 35
LẬP KẾ HOẠCH THỰC HIỆN CÁC MỤC TIÊU DÂN SỐ- KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

I.Mục tiêu:

1. Nắm được tình hình dân số của việt Nam
2. Lập được kế hoạch thực hiện các hoạt động về dân số- kế hoạch hóa gia đình

1.Tình hình dân số Việt Nam.

Trong những năm qua, đầu tư của nhà nước cho sự nghiệp bảo vệ sức khoẻ nghiên cứu và lĩnh vực DS-KHHGĐ không ngừng được tăng lên đã tạo điều kiện cho việc củng cố và phát triển mạng lưới cơ sở y tế/ KHHGĐ rộng khắp đến tận các bản làng thôn xóm trong cả nước.

- So sánh năm 1989 với năm 1999, số con trung bình của một phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đã giảm từ 3,8 con xuống còn 2,3 con và gia tăng dân số tự nhiên đã giảm từ 2,21% xuống còn 1,43%.
- Trong thời gian từ 1990 - 1999 tỷ lệ tử vong mẹ đã được hạ thấp từ 200/100.000 trẻ đẻ ra sống xuống còn 100/100.000 và số tai biến sản khoa đã giảm được 52%.
- Tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi giảm từ 45,1%o trong năm 1994 (3) xuống chỉ còn 36,7%o năm 1999.
- Tỷ suất chết trẻ dưới 5 tuổi đã giảm từ 55,5%o trong giai đoạn 1982 - 1986 còn 37,7%o trong những năm 1992-1996 và tỷ lệ suy dinh dưỡng ở cùng lứa tuổi đã giảm từ 44,9% năm 1994 xuống còn 36,7% năm 1999.
- Tỷ lệ áp dụng các biện pháp tránh thai năm 1988 là 53,7% đã tăng lên đến 75,3% vào năm 1997 và tỷ lệ sinh con được cán bộ có chuyên môn đỡ đã tăng từ 55% trong các năm 90-94 lên 71% trong các năm 95-97.

Mức sinh ở nước ta tuy đã giảm nhưng chất lượng công tác KHHGĐ còn yếu thể hiện ở tỷ lệ thất bại trong sử dụng các biện pháp tránh thai còn cao. Số con trung bình của một phụ nữ ở tuổi sinh đẻ là 2,3 nhưng ở các vùng trung du, miền núi, duyên hải miền Trung và Tây Nguyên, số này vẫn còn ở mức trên 3 hoặc 4 con.

Dân số nước ta mỗi năm vẫn tăng thêm khoảng một triệu người, như vậy dự tính vào năm 2020 dân số có thể lên tới gần 100 triệu người.

Hệ thống cung cấp các dịch vụ BVSKBMTE/KHHGĐ tuy đã được xây dựng tương đối hoàn chỉnh và có nhiều năm kinh nghiệp hoạt động, song vẫn còn nhiều nhược điểm và tồn tại. Đội ngũ cán bộ còn thiếu nghiêm trọng, đặc biệt là nữ hộ sinh, trình độ kiến thức, tay nghề chưa đáp ứng các nhu cầu, không được định kỳ cập nhật một cách cần thiết, hệ thống giám sát chất lượng các dịch vụ kém hiệu lực và ít khả năng cải thiện tình hình.

Những điều nêu trên đã làm cho các đơn vị này kém sức hấp dẫn đối với người sử dụng. Sự yếu kém đó còn nghiêm trọng hơn ở những vùng có nhiều khó khăn về địa lý, kinh tế như miền núi, vùng sâu, vùng xa và đã tạo nên sự cách biệt rõ rệt về các chỉ số sức khoẻ giữa thành thị, nông thôn và giữa các vùng.

2. Lập kế hoạch thực hiện các hoạt động về DS-KHHGĐ

2.1 Các bước thực hiện

- Quyết định thực hiện cái gì?
- Lập kế hoạch cho thực hiện
- Tiến hành thực hiện
- Diễn giải các hoạt động.

2.2 Quy trình thực hiện

- Lựa chọn các hoạt động quan trọng nhất để thực hiện
- Tập hợp danh mục cần thực hiện
- Lập danh sách các hoạt động, các chỉ số hoạt động, các mục tiêu hoạt động, các đầu ra và các kết quả cần thực hiện

2.3 Các hoạt động chính cần thực hiện

- Các can thiệp chuyển đổi hành vi
- Cung cấp dịch vụ KHHGĐ/SKSS
- Đào tạo, tập huấn nghiệp vụ quản lý, kỹ thuật chuyên sâu
- Tổ chức bộ máy DS-KHHGĐ các cấp
- Đầu tư và sử dụng các nguồn lực đầu tư (ngân sách trung ương, địa phương…)
- Cơ chế quản lý chương trình

2.4 Thiết kế thực hiện

Để thực hiện cần tuân thủ theo các bước sau:

- Xác định nhu cầu thực hiện là gì và chọn những chỉ báo thực hiện
- Thu thập những thông tin cần thiết và đo lường các kết quả đã thu thập được.
- So sánh kết đạt được với các mục tiêu đã định
- Xác định giá trị các hoạt động đã thực hiện được
- Xác định những nguyên nhân thành công và thất bại (những kinh nghiệm nhằm tăng hiệu quả; xác định được biện pháp để đạt được mục tiêu).

Tiêu chuẩn được lựa chọn để thực hiện các hoạt động và chương trình kế hoạch hóa gia đình là thông tin đầu vào, thông tin đầu ra và kết quả, vì các thông tin này là thước đo chính xác nhất.

2.5 Thực hiện

Công tác DS-KHHGĐ luôn gắn liền với chiến lược phát triển kinh tế - xã hội của địa phương. Thực hiện tốt công tác dân số để giảm mức sinh, ổn định quy mô dân số là giải pháp quan trọng để phát triển kinh tế, xóa đói, giảm nghèo, nâng cao đời sống nhân dân

2.5.1 Thực hiện nghiêm túc các Chỉ thị, Nghị quyết của Đảng về công tác DS-KHHGĐ

Tạo bước chuyển biến mạnh mẽ về nhận thức và trách nhiệm; tăng cường sự lãnh đạo, chỉ đạo của các cấp ủy Đảng, chính quyền và sự phối hợp của các tổ chức đoàn thể với công tác DS-KHHGĐ tại địa phương

2.5.2 Thường xuyên bồi dưỡng nâng cao trình độ chuyên môn

Thường xuyên bồi dưỡng, tập huấn nâng cao năng lực quản lý, trình độ chuyên môn cho đội ngũ cán bộ y, bác sĩ, cán bộ chuyên trách; có chế độ đãi ngộ phù hợp, ổn định để phát huy tính năng động, lòng nhiệt tình trong công tác, góp phần lớn vào kết quả thực hiện chiến lược dân số.

2.5.3 Truyền thông, giáo dục chuyển đổi hành vi

Giáo dục truyền thông về DS-KHHGĐ phải được quan tâm hàng đầu và mở rộng theo hướng quy mô xã hội hóa ngày càng cao nhằm huy động các ban, ngành, đoàn thể và mọi thành phần trong xã hội tích cực tham gia. Nội dung, hình thức tuyên truyền phải đa dạng, phù hợp với đặc thù của từng địa phương, gắn kết chặt chẽ với cuộc vận động "Toàn dân đoàn kết xây dựng đời sống văn hoá khu dân cư" như nói chuyện chuyên đề, tư vấn nhóm nhỏ, duy trì sinh hoạt các câu lạc bộ, treo băng rôn, khẩu hiệu, xây dựng các phóng sự, chuyên trang về DS - KHHGĐ... đã được duy trì có hiệu quả đổi mới cả về hình thức và nội dung.

2.5.4 Xây dựng cơ sở vật chất vững mạnh

Xây dựng hệ thống cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình bao gồm các bệnh viện, trung tâm y tế, trạm y tế từ tỉnh đến huyện, xã, phường, thị trấn. Đầu tư trang thiết bị. Mọi cơ sở y tế và một số cơ sở dịch vụ KHHGĐ có điều kiện về cơ sở vật chất và cán bộ cần được cung cấp các trang thiết bị, thuốc men để chẩn đoán, điều trị các bệnh thông thường về nhiễm khuẩn đường sinh sản và lây truyền đường tình dục. Đối với những vùng xa xôi, đi lại khó khăn cần tổ chức các đội dự phòng, phát hiện và điều trị lưu động các bệnh trên và có chính sách khuyến khích đi khám chữa bệnh như giảm hoặc giảm miễn phí, đặc biệt là cho các đối tượng nghèo, có hoàn cảnh khó khăn và ở những vùng có tỷ lệ mắc cao.

2.5.5 Thực hiện đa dạng hoá các biện pháp tránh thai

Cung cấp rộng rãi các biện pháp tránh thai đồng thời cung ứng đầy đủ bao cao su và các biện pháp để kết hợp phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục, kể cả HIV/AIDS. Đảm bảo cung cấp đầy đủ, kịp thời các phương tiện tránh thai theo đúng nhu cầu. Chiến dịch tăng cường truyền thông lồng ghép với cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản - KHHGĐ

2.5.6 Công tác phối hợp hoạt động.

Đẩy mạnh công tác phối hợp với các ban, ngành, đoàn thể như: Hội Nông dân, Hội LHPN, Tỉnh đoàn, Uỷ ban MTTQ tỉnh, Công an tỉnh, Bộ đội Biên phòng, Bộ Chỉ huy quân sự, Ban Dân vận, Ban Tuyên giáo Tỉnh uỷ, Hội KHHGĐ, Đảng uỷ các cơ quan Dân chính Đảng... trong việc tổ chức các hoạt động lồng ghép như tập huấn bồi dưỡng kiến thức, nói chuyện chuyên đề, xây dựng các mô hình câu lạc bộ, đội, nhóm, truyền thông về DS - KHHGĐ; vận động cán bộ, đảng viên, nhân dân, đơn vị ký cam kết thực hiện chính sách DS - KHHGĐ. Tổ chức các hoạt động kiểm tra, giám sát thực hiện chính sách DS - KHHGĐ tại các đơn vị, cơ sở và địa phương.

2.6. Đánh giá hiệu quả

Các chỉ tiêu cần được đánh giá về hiệu quả:

Tỷ lệ cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ chấp nhận các biện pháp tránh thai (còn tác dụng đến thời điểm đánh giá).

Tỷ lệ nữ có chồng đẻ con thứ 3 trở lên.

Các hoạt động thông tin giáo dục truyền thông.

Đánh giá về hiệu suất nên đưa vào: việc sử dụng nhân lực, vật lực so với khối lượng công việc đã đạt được, đối chiếu với các định mức và tiêu chuẩn đề ra.

II. Câu hỏi lượng giá:

1.Tỷ suất tử vong mẹ được tính quy ra, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Phần trăm.
B. Phần ngàn.
C. Phần chục ngàn.
D. Phần trăm ngàn

2. Dân số Việt Nam đang có xu hướng, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Trẻ hoá
B. Không thay đổi.
C. Đang già đi
D. Phát triển tự nhiên không biết được

3.Số con trung bình cho 1 phụ nữ ở tuổi sinh sản năm 1999 là 2,7

A. đúng B. sai

4. Tăng tỷ lệ áp dụng biện pháp tránh thai sẽ tăng nguy cơ vô sinh và chửa ngoài tử cung

A. đúng B. sai

5. Dân số tăng sẽ làm tăng chi phí cho y tế

A. đúng B. sai

6. Công tác Dân số - KHHGĐ ở Việt Nam chủ yếu là giảm sự gia tăng dân số

A. đúng B. sai

Bài 36
CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI

I.Mục tiêu học tập:

1. Liệt kê được các biện pháp tránh thai.
2. Xác định được chỉ định và chống chỉ định của từng phương pháp.
3. Trình bày được cách phát hiện và xử trí các tác dụng phụ và biến chứng của từng phương pháp.

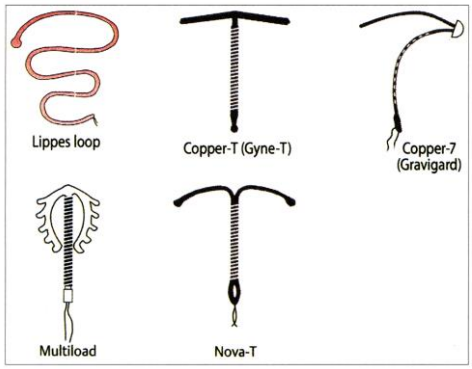
1. CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI

1.1. Dụng cụ tử cung

1.1.1. Các loại dụng cụ tử cung

DCTC được chia làm hai loại là vòng kín và vòng hở

- DCTC hở: (TCu, Multiload)
- DCTC kín: (Ota, Dana):Chứa đồng, chứa thuốc



- Có 2 loại DCTC cơ bản: loại không có đồng hoặc tẩm thuốc (trơ) và loại có đồng hoặc tẩm thuốc.

1.1.2. 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 (dụng cụ có chứa nội tiết tố).

1.1.3. Ưu điểm

- DCTC 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 DCTC.

1.1.4. 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).

1.1.5. Chống chỉ định

- Về 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.
- Về 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 DCTC chứa levonorgestrel).

1.1.6. Thời điểm đặt DCTC

- Thời điểm đặt DCTC 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 DCTC 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 DCTC sau khi hút điều hoà kinh nguyệt hay sau khi nạo thai, nhưng với điều kiện chắc chắn là không sót nhau và nhiễm khuẩn.

- Đặt DCTC (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 DCTC người phụ nữ cần kiêng giao hợp 1 tuần. Tái khám

+ 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 DCTC 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.

1.1.7. Tác dụng phụ và biến chứng

Tác dụng phụ: đau bụng, ra máu

Biến chứng: thủng tử cung, nhiễm trùng, chảy máu nhiều, đau tiểu khung, thống kinh, DCTC chui vào ổ bụng và có thể có thai.

1.2. Thuốc tránh thai

1.2.1. Các loại thuốc viên tránh thai

1.2.1.1. 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 hydroxyprogosteron hoặc 19-nortestosteron

- Cách trình bày của thuốc

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 và chống chỉ định

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 Phenyltoin, Carbamazepin, Barbiturat hoặc kháng sinh như Griseofulvin, Rifampicin.

- Tác dụng phụ

+ Ra huyết thấm 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 sẩy thai, có thể bắt đầu sớm trong vòng 5 ngày đầu sau nạo.

1.2.1.2. Viên tránh thai đơn thuần

- 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.

+ 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 Lutenyl (Nomegestrol 5mg), Luteran (Chlomadinon 5mg), Surgestone (Promegeston 0,125mg).

1.2.1.3. Viên tránh thai khẩn cấp

- 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.

1.2.2. Thuốc tiêm tránh thai

Thuốc tiêm tránh thai DMPA là loại hormon progestin có tác dụng tránh thai 1 tháng hay 3 tháng.

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.

Tác dụng phụ: ra huyết thấm giọt, rong kinh giữa kỳ, vô kinh, tăng cân nhẹ.

Chống chỉ định: dưới 6 tuần sau sinh; Nhiều yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch; Huyết áp cao không kiểm soát; đang bị viêm tắc tĩnh mạch sâu; có tiền sử hoặc đang bị bệnh tim do thiếu máu; tiền sử đột quị; 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.Tỷ lệ thất bại là 0,3%

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.

1.2.3. Thuốc cấy tránh thai

- Norplant: Loại này có 6 nang mềm, tác dụng 5 năm
- Implanon: Chỉ có một nang, tác dụng 3 năm.

1.2.4. Thuốc diệt tinh trùng

Trước khi giao hợp 5 phút đặt hoặc bơm thuốc vào âm đạo, 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 10%

2. CÁC PHƯƠNG PHÁP TRÁNH THAI TRUYỀN THỐNG

2.1. Áp dụng ở nam giới

2.1.1. Phương pháp sử dụng bao cao su

Bao cao su ngăn không cho tinh dịch vào âm đạo. Bao được làm bằng cao su latex rất mỏng có hoặc không phủ lớp diệt tinh trùng. Ngoài tác dụng tránh thai cao bao cao su còn có tác dụng phòng các bệnh lây truyền theo đường tình dục, đặc biệt là HIV/AIDS đang có nguy cơ lan tràn khắp thế giới. Tỷ lệ thất bại: 14%.

2.1.2. Phương pháp xuất tinh ra ngoài âm đạo

Xuất tinh ra ngoài âm đạo để không cho tinh trùng vào trong âm đạo để gặp trứng thụ tinh do đó còn gọi là phương pháp giao hợp ngắt quãng. Tỷ lệ thất bại khá cao, khoảng 24%.

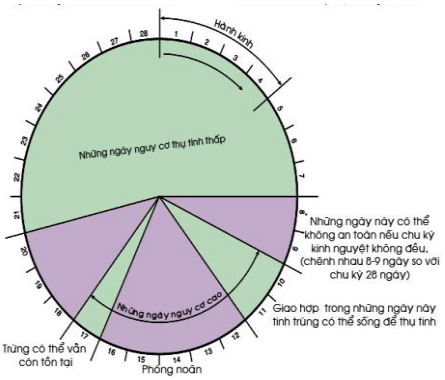
2.2. Áp dụng ở nữ giới

2.2.1. 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%.

2.2.2Phương pháp Ogino-Knauss

Ogino-Knauss là phương pháp tránh thai tự nhiên bằng cách tránh giao hợp vào thời kỳ rụng trứng. Tỷ lệ thất bại dao động từ 2-21%.



2.2.3. 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.

3. PHƯƠNG PHÁP ĐÌNH SẢN TỰ NGUYỆN

3.1. Đình sản nữ

Phương pháp làm tắc vòi tử cung, ngăn cản vĩnh viễn không cho tinh trùng và trứng gặp nhau để thụ tinh.

Tất cả phụ nữ tự nguyện áp dụng.

Hiệu quả tránh thai có thể đạt đến 100% nếu như cắt và thắt đúng phương pháp, không ảnh hưởng đến kinh nguyệt, sức khoẻ, tâm sinh lý và hoạt động tình dục.

Thời điểm: Sau khi đẻ: Tiến hành từ 24 đến 48 giờ là dễ thực hiện nhất, sau nạo, sau sẩy thai, kết hợp đình sản trong mổ lấy thai, phẫu thuật phụ khoa.

3.2. Đình sản nam

Phương pháp thắt và cắt ống dẫn tinh làm cho tinh trùng không thể di chuyển từ tinh hoàn và mào tinh đi qua ống dẫn tinh và phóng vào âm đạo khi xuất tinh để gặp trứng.

Nam giới tự nguyện áp dụng.

II. Câu hỏi lượng giá:

1.Các phương pháp tránh thai dùng cho nam giới sau đây, phương pháp nào có tác dụng ngừa thai cao nhất, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Thắt và cắt ống dẫn tinh
B. Giao hợp gián đoạn
C. Bao cao su
D. Các phương pháp có tác dụng như nhau

2.Cơ chế tránh thai của viên thuốc ngừa thai loại phối hợp là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Ức chế rụng trứng và làm đặc chất nhầy cổ tử cung
B. Gây phản ứng viêm tại nội mạc tử cung
C. Tăng nhu động của vòi trứng
D. Diệt tinh trùng và trứng

3.Chống chỉ định đặt vòng tránh thai nào sau đây sai, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Rong kinh, rong huyết chưa rõ nguyên nhân
B. Viêm cổ tử cung do Clamydia
C. Tiền sử thai ngoài tử cung
D. Bệnh béo phì

4.Phương pháp ngừa thai được dùng phổ biến ở Việt Nam, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Vòng tránh thai
B. Thuốc viên ngừa thai
C. Bao cao su tránh thai
D. Không chắc chắn phương pháp nào

5.Tác dụng chính của thuốc ngừa thai kết hợp là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Tác dụng chủ yếu đến niêm mạc tử cung
B. Tác dụng đến niêm dịch cổ tử cung
C. Tác dụng ức chế phóng noãn
D. Ngăn cản sự di chuyển của tinh trùng

6. Thuốc tiêm tránh thai DMPA 150mg có tác dụng tránh thai trong thời gian là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 1 tháng.
B. 2 tháng.
C. 3 tháng.
D. 4 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Training for mid level manager the EPI- Coverage survey 1989

2. Vụ BVSK BMTE (1999) Sức khỏe sinh sản

3. Võ văn Thắng (2002) Giáo trình Sức khỏe sinh sản, giảng dạy cho đối tượng sinh viên đa khoa hệ chính qui

4. Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, Bài giảng sản phụ khoa, Nhà Xuất bản Y học, năm 2006

5. Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y Dược Huế, Bài giảng sản phụ khoa dành cho bác sĩ đa khoa, Nhà Xuất bản Y học, năm 2007

6. Bộ Y tế, Điều dưỡng sản phụ khoa dành đào tạo cử nhân điều dưỡng, Nhà Xuất bản Y học, năm 2007

7. Bộ Y tế, Điều dưỡng sản phụ khoa, sách dùng cho đào tạo trung cấp điệu dưỡng đa khoa, Nhà Xuất bản Giáo dục, năm 2008.