**HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**

**BỘ MÔN SẢN**

🙞🙜🕮🙞🙜

**BÀI GIẢNG**

**SẢN PHỤ KHOA**

***Đối tượng Đại học***

***(Tài liệu lưu hành nội bộ)***

**HÀ NỘI – 2020**

**MỤC LỤC**

[SINH LÝ THỤ THAI - SỰ PHÁT TRIÊN CỦA TRỨNG VÀ PHẢN PHỤ CỦA TRỨNG 1](#_Toc53650696)

[CHẨN ĐOÁN THAI NGHÉN VÀ CÁCH KHÁM THAI 6](#_Toc53650697)

[CHẨN ĐOÁN NGÔI, THẾ, KIỂU THẾ CỦA THAI 13](#_Toc53650698)

[SINH LÝ SỰ CHUYÊN DẠ 18](#_Toc53650699)

[ĐẺ KHÓ CƠ GIỚI 26](#_Toc53650700)

[CƠ CHẾ ĐẺ NGÔI CHỎM KIỂU THẾ CHẨM CHẬU – TRÁI TRƯỚC 33](#_Toc53650701)

[TÍNH CHẤT THAI NHI ĐỦ THÁNG 36](#_Toc53650702)

[CHẢY MÁU SAU ĐẺ 40](#_Toc53650703)

[CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG CUỘC ĐẺ 46](#_Toc53650704)

[CHỬA NGOÀI TỬ CUNG 53](#_Toc53650705)

[RAU BONG NON 57](#_Toc53650706)

[VỠ TỬ CUNG 60](#_Toc53650707)

[BỆNH LÝ SƠ SINH HAY GẶP 65](#_Toc53650708)

[CHỬA TRỨNG 78](#_Toc53650709)

[RAU TIỀN ĐẠO 84](#_Toc53650710)

[DỌA SẢY THAI – SẢY THAI 88](#_Toc53650711)

[TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI NGHÉN 94](#_Toc53650712)

[NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN 104](#_Toc53650713)

[TƯ VẤN KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH VÀ CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI 112](#_Toc53650714)

[U NANG BUỒNG TRỨNG LÀNH TÍNH 122](#_Toc53650715)

[U XƠ TỬ CUNG 125](#_Toc53650716)

SINH LÝ THỤ THAI - SỰ PHÁT TRIÊN CỦA TRỨNG VÀ PHẢN PHỤ CỦA TRỨNG

1. MỤC TIÊU:

- Trình bày được cơ chế thụ thai

- Trình bày được sự phát triển của trứng và phần phụ của trứng

2. NỘI DUNG

2.1 Thụ tinh

 Thụ tinh là sự kết hợp giữa một tế bào đực là tinh trùng với một tế bào cái là noãn bào để thành một tế bào có khả năng phát triển rất nhanh gọi là trứng.

2.1.1. Tinh trùng

 Từ tế bào mầm của tinh hoàn tạo thành những tinh nguyên bào rồi phát triển thành những tinh bào I. Mỗi tinh bào I có 46 nhiễm sắc thể, tinh bào I phân chia gián phân giảm số thành tinh bào II có 23 nhiễm sắc thể. Tinh bào II phân chia gián phân nguyên số thành tiền tinh trùng rồi phát triển thành tinh trùng có 22 NST thường và 1 NST giới tính X hoặc Y. Tinh trùng trưởng thành gồm: đầu, khúc giữa và đuôi.

 - Đuôi: hình bầu dục dài 5µ, phía trước có cực đầu, phía sau có cực cuối, ở giữa là nhân.

 - Khúc giữa hình trụ, dài 5µ, rộng 1µ, gồm một trục giữa, quanh trục giữa có dây xoắn mẫu, hai đầu là trung thể. Bọc quanh khúc giữa là một màng mỏng nguyên sinh chất.

 - Đuôi dài 40µ là phần giúp tinh trùng chuyền động. Số lượng tinh trùng rất lớn, từ 80.000 đến 100.000 trong 1mm tinh dịch. Tinh trùng hoạt động nhanh, khỏe, ngoài số tinh trùng bình thường ta còn có thể thây tinh trùng bất thường về hình thể hoặc về cử động.

2.1.2. Noãn bào

Từ những tế bào mầm ở buồng trứng tạo thành những noãn nguyên bào, Khi mới đẻ mỗi buồng trứng có khoảng 100.000 noãn nguyên bào. Nhưng từ tuổi dậy thì đến lúc mãn kinh chỉ có 400 đến 450 là trưởng thành, còn phần lớn thoái hóa và teo đi.

 Những noãn nguyên bào phát triển thành noãn bào I. Noãn bào I có 46 nhiễm sắc thể. Noãn bào I phân chia gián phân giảm số cho 1 noãn bào II và 1 cực đầu I. Mỗi noãn bào II chỉ có 23 NST. Noãn bào II phân chia gián phân nguyên số cho 1 noãn bào chín và 1 cực đầu II. Noãn bào chín có 23 NST. Trong đó có 22 NST thường và 1 NST giới tính X. Noãn bào trưởng thành đường kính từ 100µ đến 150 µ. Noãn bào được phóng ra từ nang Graaf đem theo nhiều lớp tế bào hạt bao bọc xung quanh.

 Cấu tạo của noãn bào có vỏ bọc gọi là màng trong suốt. Ở giữa noãn bào chứa nguyên sinh chất và 1 nhân to lệch sang bên. Khi noãn bào phóng ra ngoài thì loa vòi trứng hứng lấy noãn bào và đưa về vòi trứng.

2.1.3. Trong thời kì phóng noãn

 Nếu có tinh trùng ở âm đạo, môi trường toan tính ở âm đạo khiến tinh trùng chạy nhanh về phía cổ tử cung, lên buồng tử cung và vòi trứng để gặp noãn bào và thụ tinh. Hiện tượng thụ tinh thường diễn ra ở 1/3 ngoài của vòi trứng.

2.1.4. Cơ chế thụ tinh

2.1.4.1 Tinh trùng thâm nhập vào noãn bào

 Tinh trùng đến 1/3 ngoài của vòi trứng, vây quanh noãn bào rồi màng trong suốt của noãn bào, là do sự liên quan hóa lý giữa men fertilyzin của vùng màng trong suốt và các men ở đầu tinh trùng. Tinh trùng chui qua màng trong suốt để vào lòng tế bào. Thường chỉ có một con tinh trùng thụ tinh trùng tồn tại, còn các phần khác tiêu đi.

 2.1.4.2 Biến đổi ở nhân

Đầu tinh trùng chui qua noãn bào trở thành tiền nhân đực có n nhiễm sắc thể. Lúc ấy noãn bào cũng phóng ra cực đầu II để trở thành tiền nhân cái cũng có n nhiễm sắc thể. Nếu tinh trùng thụ tinh mang nhiễm sắc thể giới Y, sẽ tạo thành một tế bào hợp nhất mang XY, sẽ là thai trai. Tinh trùng mang nhiễm sắc thể giới tính X sẽ tạo thành một tế bào hợp nhất mang XX, sẽ là thai gái.

2.2. Sự di chuyển của trứng

 Từ 1/3 ngoài của vòi trứng vào buồng tử cung, trứng di chuyển mất từ 4 đến 6 ngày. Ở phần eo trứng di chuyển chậm hơn ở phần bóng.

 Trứng di chuyển nhờ có 3 cơ chế:

 - Nhu động của vòi trứng

 - Hoạt động của nhung mao niêm mạc vòi trứng.

 - Luồng chất dịch chảy từ ngoài vào trong.

 - Nội tiết tố của buồng trứng có tác dụng điều chỉnh sự co bóp của vòi trứng.

 - Estrogen làm tăng co bóp.

 - Progesteron làm tăng giảm thúc tính cơ vòi trứng và tạo ra những làn sóng

 - Nhu động nhẹ nhàng đẩy trứng đi về buồng tử cung.

 Trên đường di chuyển trứng phân chia thành 2,4,8 tế bào mầm và đến ngày thứ 6 có 58 tế bào mầm. Trong đó có 5 tế bào ở giữa tạo thành bào thai và những tế bào khác ở xung quanh tạo thành lá nuôi. Vào đến buồng tử cung trứng bắt đầu làm tổ.

2.3. Sự làm tổ

Trứng tiếp xúc với niêm mạc tử cung ở ngày thứ 6, đến ngày thứ 8 tức là ngày thứ 22 của vòng kinh. Lúc ấy niêm mạc tử cung đã phát triển đầy đủ để chuẩn bị đón trứng.

Trứng tiết ra một chất men làm tiêu lớp liên bào của niêm mạc tử cung để tiến vào sâu lớp niêm mạc.

Từ ngày thứ 12 trở đi, trứng làm tổ xong, trung sản mạc biệt hóa thành hai lớp tế bào (hội bào và tế bào Langhans) và hình thành những gai rau đầu tiên. Trứng thường làm tổ ở vùng đáy tử cung và ở mặt sau nhiều hơn mặt trước.

2.4. Sự phát triển của trứng và phần phụ của trứng

Sau khi thụ tinh, trứng phân chia rất nhanh để cấu tạo thành thai và phần phụ của thai. Về phương diện tổ chức, quá trình phát triển của trứng phân chia làm hai phần:

- Phần trứng sau này trở thành thai nhi.

- Phần trứng sau này trở thành phần phụ của thai để giúp cho sự phát triển của thai.

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

+ Thời kỳ sắp xếp tổ chức, bắt đầu từ lúc thụ tinh tới hết tháng thứ hai.

+ Thời kỳ hoàn chỉnh tổ chức: từ tháng thứ ba đến khi đủ tháng.

2.4.1. Thời kì sắp xếp tổ chức. Sự hình thành bào thai:

 Ngay sau khi thụ tinh, trứng phân bào rất nhanh. Từ một tế bào trứng phân chia thành tế bào mầm, rồi 4 tế bào mầm, các tế bào phân chia đều nhau. Sau đó tế bào mầm phân chia không đều nhau thành 4 tế bào mầm to và 4 tế bào mầm nhỏ. Các tế bào mầm to tiếp tục phân chia và phát triển thành bào thai với hai lớp tế bào: lớp thai ngoài và lớp thai trong. Ở giữa hai lớp thai sau này sẽ phát triển thêm lớp thai giữa. Bào thai cong hình con tôm, về phía bụng của bào thai phát sinh ra nang rốn, trong có chứa các chất bổ dưỡng. Từ các cung động mạch của thai, các mạch máu được phát ra đi vào nang rốn lấy các chất bổ dưỡng về nuôi thai. Đó là hệ tuần hoàn thứ nhất hay hệ tuần hoàn rốn tràng.

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

 ***Phát triển của phần phụ***

 ***Nội sản mạc:***

Về phía lưng của bào thai, một số tế bào của lớp thai ngoài tan đi làm thành một buồng gọi là buồng ối trong chứa nước ối. Thành của buồng ối là một màng mỏng gọi là nội sản mạc.

 ***Trung sản mạc:***

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

 ***Ngoại sản mạc:***

 Trong khi trứng làm tổ, niêm mạc tử cung phát triển thành ngoại sản mạc. Người ta phân biệt ba phần: ngoại sản mạc tử cung là phần chỉ liên quan tới tử cung, ngoại sản mạc trứng là phần chỉ liên quan với trứng và ngoại sản mạc tử cung - rau là phần ngoại sản mạc xen giữa lớp cơ tử cung và trứng.

2.4.2. Thời kỳ hoàn thành tổ chức

 2.4.2.1 Sự phát triển của thai

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

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

 2.4.2.2. Phát triển của phần phụ:

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

 *Trung sản mạc*: trước làm thành nhiều chân giả bao vây quanh bào thai và buồng ối, sau đó chân giả sẽ tan đi, trung sản mạc trở thành nhẵn chỉ có khi trú phát triển ở vùng bám tử cung. Ở đây trung sản mạc phát triển thành các gai rau với hai lớp tế bào là lớp hội bào và lớp tế bào Langhans.

Trong lòng gọi rau có tổ chức liên kết và các mao mạch của các mạch máu rốn. Lớp hội bào đục thủng niêm mạc tử cung thành các hồ huyết. Trong hồ huyết có 2 loại gai rau:

- Loại lơ lửng trong hồ huyết là gai dinh dưỡng, có nhiệm vụ đem các chất dinh dưỡng và O2 trong máu mẹ về nuôi thai và trả về hồ huyết các chất bã và CO2 để người mẹ đào thải ra ngoài.

 - Loại gai bám, bám vào nóc hay vách hồ huyết, giữ cho bánh rau bám vào

niêm mạc tử cung.

 *- Ngoại sản mạc:*

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

2.3. Kết luận:

 Trứng phát triển rất nhanh qua thời kì. Thời kì thứ nhất sắp xếp về tổ chức Nếu có rối loạn về sự phát triển của thai trong thời kỳ này sẽ gây ra dị dạng thai nhi về sau. Thời kỳ thứ hai là thời kỳ hoàn chỉnh tổ chức, nếu có loạn về sự phát triển của thai trong thời kỳ này thì chỉ có thể có biến dạng thai nhi mà thôi.

 Trong suốt thời gian nằm trong tử cung, thai sống hoàn toàn ký sinh người mẹ, sức khỏe của người mẹ có ảnh hưởng trực tiếp đến sự phát triển của thai nhi.

**Tự lượng giá**

 1. Trình bày đặc điểm cấu tạo noãn và tinh trùng

 2. Trình bày cơ chế thụ tinh

 3. Trình bày sự di chuyển của trứng

 4. Sự làm tổ, phát triển của trứng và phần phụ của trứng

 5. Trình bày thời kỳ xắp xếp tổ chức và hoàn chỉnh tổ chức

CHẨN ĐOÁN THAI NGHÉN VÀ CÁCH KHÁM THAI

1. MỤC TIÊU:

 - Phát hiện được các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng có thai 3 tháng đầu

 - Trình bày được các bước khám thai

2. ĐẠI CƯƠNG

 Sự thụ thai và phát triển của trứng làm cho cơ thể người phụ nữ thay đổi rất nhiều. Tất cả những thay đổi về hình thể bên ngoài cũng như ở các tạng và thể dịch trong cơ thể, có thể gây nên các dấu hiệu mà người ta gọi là triệu chứng thai nghén.

 Về lâm sàng, người ta chia thời kỳ thai nghén làm hai giai đoạn bằng nhau. Trong giai đoạn đầu, các dấu hiệu thai nghén là kết quả của những biến đổi cơ thể do hiện tượng có thai gây nên, đó là những thay đổi sinh lý của người mẹ, không phải là những dấu hiệu trực tiếp của thai nhi gây nên. Trong giai đoạn này, nhất là trong tháng đầu, các dấu hiệu hiện được gọi là “triệu chứng nghi ngờ có thai”. Trong 4 tháng rưỡi sau của thời kỳ thai nghén, khi thai nhi bắt đầu cử động và tim thai đã nghe được rõ, những dấu hiệu đó được gọi là “triệu chứng chắc chắn có thai”.

 Khám để chẩn đoán thai nghén cần phải:

**2.1. Hỏi:** Là việc làm cần thiết đầu tiên của người thầy thuốc, việc hỏi bệnh giúp cho người thầy thuốc làm quen với thai phụ và biết được nhiều yếu tố quan trọng có liên quan đến việc chẩn đoán thai nghén.

 - Tuổi thai phụ có ý nghĩa quan trọng đối với người có thai lần đầu.

 - Các bệnh tật đã mắc phải và các yếu tố di truyền gia đình, tâm lý xã hội, cũng có ảnh hưởng nhiều đến thai nghén và sự phát triển của thai.

 - Người ta còn cần biết chức năng kinh nguyệt, tiền sử sản khoa với quá trình tiến triển của nó, sức khỏe của chồng, điều kiện sống và lao động là những yếu tố quan hệ đến tiên lượng của lần có thai này.

 **2.2. Nhìn:** là một phương pháp quan sát để tìm những dấu hiệu có giá trị đối với chẩn đoán và tiên lượng thai nghén:

 - Người lùn có biến dạng cột sống, có dị tật bẩm sinh, đều liên quan đến khung xương chậu (hẹp, méo). Sự biến đổi màu da khi có thai (sạm, vết nâu), hiện tượng phù nền hay xuất hiện sớm ở chi dưới. Một dấu hiệu nữa khi nhìn cần lưu ý là hình thái và tư thế của tử cung đối với bụng của thai phụ: hình bầu dục, hình cầu (tử cung đổ trước), tử cung bè ngang (trong ngôi ngang).

 **2. 3. Thăm dò các nội tạng**: thăm khám tim phổi và các nội tạng khác theo những phương pháp chung của y học (nhìn, sờ, gõ, nghe) đối với thai phụ là cần thiết để phát hiện kịp thời những bệnh nguy hiểm cho thai và nguy hiểm cho thai phụ nếu thai tiến triển.

 - Trong nhiều trường hợp, cần xét nghiệm máu, nước tiểu.

 - Trong nửa sau của thời kỳ thai nghén bao giờ cũng phải đo huyết áp, thử protein trong nước tiểu, cân nặng của thai phụ một cách có hệ thống, để phát hiện và điều trị sớm nhiễm độc thai nghén.

 3. Chẩn đoán trong nửa đầu của thời kỳ thai nghén:

Trong giai đoạn đầu của thai nghén chỉ có thể chắc chắn là có thai khi đã xác định được các phần của thai nhi, nghe được tiếng tim thai hay thấy thai cử động, hoặc nhìn thấy xương của thai trên hình ảnh X quang. Ngày nay, người ta ghi được điện tim thai và nghe được tiếng tim thai bằng máy siêu âm khi có tim thai. Các phương pháp thăm khám lâm sàng, các dấu hiệu chắc chắn của thai nghén chỉ phát hiện được trong nửa sau của thời kỳ thai nghén.

 3.1. Các dấu hiệu hướng tới có thai:

Đó là những thay đổi có liên quan đến tình trạng có thai mà người ta gọi là nghén.

 - Ngán ăn hoặc chỉ thích ăn những thức ăn khác (chua, ngọt, cay). Buồn nôn và hay nôn vào buổi sáng.

- Thay đổi khứu giác: sợ mùi thơm, sợ khói thuốc lá (mà bình thường thì không sợ).

 - Thay đổi về hệ thần kinh: dễ bị kích thích, kích động, buồn ngủ, ngủ nhiều, có khi mất ngủ, tính tình dễ thay đổi, mệt mỏi.

 - Đậm sắc hóa ở da: các vết nâu sạm xuất hiện ở mặt, đường giữa bụng, núm vú, quầng vú bị thâm lại.

 3.2. Các dấu hiệu tương đối chắc chắn có thai.

 - Kinh nguyệt bị thay đổi, tắt kinh ở người khỏe mạnh, kinh nguyệt đều, dấu hiệu này có liên quan đến sự xuất hiện của thai nghén, nhưng cần lưu ý là kinh nguyệt cũng bị mất trong một số bệnh và tâm thần.

 - Niêm mạc âm đạo và cổ tử cung bị tím lại so với màu hồng lúc bình thường không có thai.

 - Những thay đổi về kích thước, hình thái và mật độ của tử cung.

 - Vú to lên nhanh, quầng và đầu vú thâm lại, hạt Montgomery nổi rõ, có thể thấy xuất hiện sữa non.

 Các dấu hiệu trên phát hiện bằng cách:

 - Nhìn bộ phận sinh dục ngoài và niêm mạc âm đạo.

 - Thăm khám bằng mỏ vịt hay bằng van.

 - Thăm khám âm đạo kết hợp với nắn bụng.

 - Sờ nắn và ép vào tuyến sữa.

 Việc thăm khám có thể tiến hành trên bàn phụ khoa hay trên giường bệnh. Nếu nằm trên giường bệnh thì thai phụ phải nằm ngửa, cẳng chân gấp Y hơi dạng. Việc thăm khám phải tiến hành với đầy đủ các biện pháp vô khuẩn.

Trong những dấu hiệu thu thập được trong khi khám sản khoa thì dấu hiệu thay đổi kích thước, hình thái và mật độ ở tử cung là quan trọng nhất trong việc chuẩn đoán thai nghén trong những tháng đầu tiên.

 Thăm âm đạo kết hợp với nắn bụng, ta sẽ thấy các dấu hiệu có giá trị để chuẩn đoán thai nghén.

- Cổ tử cung không thay đổi về hình thái và kích thước, nhưng vị trí có thể thay đổi chút ít và đặc biệt là mềm ra. Thực tế trong những tháng đầu cổ tử cung mềm không rõ cho lắm, chỉ từ tháng thứ tư cổ tử cung mới mềm ra hoàn toàn.

 - Thân tử cung: những thay đổi ở thân tử cung là những dấu hiệu quan trọng nhất để chẩn đoán. Thể tích to dần theo sự phát triển của thai, chỗ rau bá có thể thấy hơi phình hơn chỗ khác. Nói chung thân tử cung phát triển đều làm cho hình thể của thân gần như một hình cầu. Để cho dễ hình dung, ta có thể coi như tháng thứ nhất tử cung không khác lắm so với lúc bình thường không có thai. Tháng thứ hai tử cung đã to bằng quả cam vừa. Tháng thứ 3 tử cung đã bằng quả bưởi nhỏ và đáy của nó đã nhô lên bụng, cao trên khớp vệ 7-8cm. Do tử cung khi có thai phát triển thành một hình tròn đều mà ta có thể chạm đến thân tử cung hình trụ nên ngón tay đặt ở túi cùng bên âm đạo. Đó là dấu hiệu Noble. Lúc không có thai tử cung hình trụ nên ngón tay đặt ở túi cùng bên âm đạo không chạm đến thân tử cung được.

 Mật độ thân tử cung mềm rõ rệt, khi khám có thể thấy tử cung co bóp, là đặc tính của tử cung có thai nên đó là một dấu hiệu có giá trị. Khi khám phải cẩn thận, không nên kích thích mạnh làm tử cung co bóp nhiều, dễ gây sẩy thai. Ở chỗ làm tổ của trứng có thể thấy tử cung hơi phình hơn một chút, làm cho tử cung mất đối xứng theo trục dọc của nó (gọi là dấu hiệu Piszkacsek). Eo tử cung mềm, cổ tử cung mềm từ lỗ ngoài vào đến eo. Khi eo tử cung đã thật mềm, khám sẽ thấy hình như thân tử cung không dính liền với nhau nữa mà là hai khối riêng biệt. Đó là dấu hiệu Hegar: hai ngón tay nắn qua thành bụng hầu như không bị eo tử cung ngăn cách.

 Tóm lại, về triệu chứng lâm sàng thai nghén trong những tháng đầu thể hiện nhiều khi rất rõ cả về cơ năng lẫn thực thể. Những dấu hiệu tắt kinh và nghén không phải luôn luôn đáng tin cậy. Các dấu hiệu ở âm đạo, tử cung, vú, là những dấu hiệu đáng tin cậy hơn. Trong việc chẩn đoán thai nghén ở những tháng đầu, người ta dùng các phương pháp lâm sàn là chính. Phương pháp cận lâm sàng cần thiết trong những tuần lễ đầu, lúc mà các triệu chứng lâm sàng chưa thật rõ và nhất là trong những trường hợp cần chẩn đoán phân biệt với những trường hợp bệnh lúc khác ở tử cung.

 3.3 Các dấu hiệu cận lâm sàng

 Dấu hiệu sinh vật học: do sự phát triển của trứng, HCG và các estrogen tăng lên rất nhiều, hàng nghìn lần trong cơ thể người phụ nữ so với khi không có thai. Dựa vào các đặc điểm này, các nhà khoa học đã tìm ra một số xét nghiệm để chẩn đoán như các phản ứng Galli - Mainini, Friedman - Brouha, Aschein – Zondek, Wide – Gemzell, v.v...

 3.4. Chẩn đoán phân biệt:

 Chẩn đoán thai nghén trong những tháng đầu nói chung không khó. Song có một số trường hợp và hoàn cảnh dễ làm ta nhầm:

 - Tắt kinh: nhiều bệnh về trạng thái tâm thần làm cho người phụ nữ tắt kinh

một thời gian mà vẫn không có thai. Người ta còn nói đến những trường hợp ngược lại, có thai mà vẫn có kinh, nhưng chúng ta ít gặp. Có người đẻ xong không bao giờ có kinh, mà nếu thấy có chảy máu là đã có thai (máu bồ câu).

 - Nghén: tưởng tượng là có thai cũng làm cho người đàn bà có tình trạng nghén thật sự (ở những người tha thiết mong mỏi có thai).

 - Tử cung to lên và mềm ra: cần phân biệt với một số trường hợp bệnh lý ở tử cung và buồng trứng như:

 + U xơ tử cung.

 + U nang buồng trứng.

 Ngoài ra còn cần phải biết ngay là đối tượng đang được theo dõi có thai nghén bình thường hay là thai nghén bệnh lý (chửa ngoài tử cung, chửa trứng, thai chết lưu).

4. Chẩn đoán thai nghén trong nửa sau của thời kỳ thai nghén:

 Trong giai đoạn này xuất hiện các dấu hiệu chứng tỏ rằng có sự hiện diện của thai nhi nằm trong tử cung, nghĩa là những dấu hiệu chắc chắn của một hiện tượng có thai.

 Các dấu hiệu chắc chắn của thai nghén như sau:

 **4.1. Nắn:** thấy các phần của thai nhi. Tử cung to lên rõ rệt. Nắn thấy các phần đầu, lưng, tay chân và mông của thai di động, bập bềnh trong nước ối.

 **4.2. Nghe:** bằng phương pháp thông thường nghe được tim thai, thai chưa đủ tháng nhịp tim hơi nhanh hơn thai đủ tháng (270-280 ngày). Nếu hỏi thai phụ sẽ biết ngay thai máy, giúp cho việc tính tuổi thai.

 **Chú ý:** một người chửa tưởng tượng cũng bảo rằng có thấy thai máy. Nghe tiếng tim thai phải chú ý phân biệt tim thai với tiếng đập của động mạch tử cung, tiếng đập của động mạch chủ.

 5. Cách khám thai

 Khám thai không phải chỉ để biết có thai hay không, mà điều cốt yếu là để dự phòng những biến cố có thể xảy ra trong nửa sau thời kỳ thai nghén và những biến cố trong lúc đẻ, nghĩa là để tiên lượng cuộc đẻ. Ngoài ra, còn phải dự đoán ngày đẻ nữa.

 Dự đoán đúng ngày đẻ có ý nghĩa quan trọng trong việc quản lý lao động và bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh. Không nên để thai phụ lao động cho đến tận ngày đẻ. Vì làm như vậy ảnh hưởng xấu đến sự phát triển của thai trong những ngày cuối. Trình tự một cuộc khám thai như sau:

 **5.1. Hỏi:** hỏi thai phụ xem thai máy từ bao giờ có thể dự vào ngày thai máy để tính tuổi thai. Thai cựa bên nào thì bên ấy là chi, và lưng cố nhiên là bên đối diện, vì thai nằm trong buồng tử cung trong một tư thế rất gọn, hai chân xếp thẳng lên bụng và ngực, hai tay ôm lấy hai chân ở phía trước.

**5.2. Nhìn:** các vùng sẫm màu ngày một rõ hơn. Đường giữa bụng thâm lại rõ rệt. Vú và tử cung to hẳn lên theo từng tháng. Nhìn hình dáng tử cung cũng giúp ích cho việc chẩn đoán.

 - Tử cung hình trứng, trục dọc của thai nằm theo trục dọc của tử cung ngôi dọc.

 - Tử cung bè ngang: ngôi ngang.

 - Tử cung hình trái tim: tử cung hai sừng, tử cung dị dạng.

 **5.3. Đo chiều cao từ cung vòng bụng:** chiều cao tử cung là độ dài tính từ bên bờ trên khớp mu đến đáy tử cung. Vòng bụng đo ở chỗ phình nhất, thường là qua rốn. Dựa vào chiều cao tử cung và vòng bụng có thể ước tính sơ bộ trọng lượng của thai và tính được tuổi thai.

 P=((CCTC+VB)\*100)/4

 P: là trọng lượng tính bằng gam.

 CCTC: chiều cao tử cung.

 VB: vòng bụng

 Công thức này chỉ cho ta một con số ước lượng. Sai số rất lớn, do người béo, gầy, lượng nước ối nhiều hay ít khác nhau. Vòng bụng trung bình: 90cm. Chiều cao tử cung trung bình 32cm.

 **5.4. Sờ nắn:** có một vị trí quan trọng trong việc chẩn đoán thai nghén và tiên lượng cuộc đẻ. Nắn theo thứ tự cực dưới, cực trên và hai bên tử cung Nắn giúp ta xác định được các phần của thai nhi, độ lớn của nó, ngôi thai, htees và độ lọt.

 - Nắn cực dưới để chẩn đoán ngôi đầu hay mông. Nếu là đầu thì sẽ " một khối rắn, tròn khi chưa đủ tháng, thường là còn cao so với khớp mu và di động dễ dàng trong buồng ối, giống như một cục nước đá trong nước. Nếu là mông sẽ thấy một khối mềm và thường là ít di động hơn và không có hình tròn rõ như ngôi đầu. Ngôi ngang thì không nắn thấy gì ở trên khớp mu.

 - Nắn cực trên có thể thấy một khối mềm, không tròn, di động ít: đó là mông, hoặc thấy một khối tròn đều như quả bóng, dễ di động, lúc lắc, đó là thai nhi.

 - Nắn hai bên sườn tử cung sẽ xác định được lưng và chân tay thai nhi. Lưng thể hiện trong lúc khám là một khối phẳng đều, mật độ hơi rắng, nối liền cực dưới và cực trên. Có thể nắn thấy một mỏm gồ lên ở gần sát đầu: đó là mỏm vai. Đối diện với lưng nắn thấy lổn nhổn những khối to nhỏ khác nhau, có thể thấy có cử động (vừa nắn thấy lại biến mất, thoáng lại thấy ngay), di động dễ, đó là chân tay. Nắn mỏm vai tìm mỏm vai có ý nghĩa trong chẩn đoán độ lọt và để nghe tim thai. Mỏm vai nắn được bằng cách nắn dần từ lưng xuống đầu thai. Hoặc từ đầu thai nhổ qua rãnh cổ là mỏm vai.

**5.5. Nghe tim thai:** Tim thai thường nghe rõ nhất ở mõm cùng vai. Mỏm này xác định được bằng cách nắn. Nghe tim thai bằng ống nghe sản khoa, ống nghe gỗ hay kim loại mà đầu dưới leo rộng. Cũng có thể nghe bằng tai, trực tiếp áp tại vào điểm đã xác định là mỏm vai, hoặc có thể dùng ống nghe thường dùng để nghe tim phổi nhưng cách này ít chính xác hơn và khó hơn. Khi nghe, ngoài tiếng tim thai còn có nghe thấy tiếng khác xuất phát từ các tạng của người mẹ. - Tiếng đập của động mạch chủ bụng. - Tiếng phổi của mạch máu lớn đi qua bên cạnh tử cung. Hai tiếng này trùng với mạch của thai phụ. Điều chính trong việc nghe là để phát hiện tim thai. Có tim thai thì chắc chắn là có thai, tiếng tim thai cũng đánh giá tình trạng của thai và có ý nghĩa quan trọng đặc biệt trong lúc chuyển dạ.

**5.6. Tính tuổi thai:** không những có tầm quan trọng trong công tác phòng bệnh và điều trị mà còn có ý nghĩa xã hội lớn trong vẫn đề quản lý lao động.

Tuổi thai có thể tính dựa theo ngày đầu của vòng kinh cuối cùng (những người có kinh thật đều).

 Ngày lẻ là ngày đầu kỳ kinh cuối cùng (những người có kinh thật đều). Ngày lẻ là ngày đầu kỳ kinh cuối cùng+280 ngày.

 Hiện nay áp dụng một phương pháp thông dụng, đơn giản hơn để tính ngày đẻ: ngày có kinh cuối cùng của tháng lùi lại 3 tháng và cộng thêm 10 ngày Ví dụ: ngày đầu tiên của kinh cuối cùng là 3/11/74 thì sẽ đẻ vào 13/8/1975 Có thể tính tuổi thai và ngày để dựa vào ngày thai máy đầu tiên, con so là 20 tuần lễ, con rạ sớm hơn hai tuần nghĩa là 18 tuần lễ thai nghén. Phương pháp này khó đạt được độ chính xác cao vì thai phụ không hay nhớ ngày thai máy và hay nhầm nhu động ruột với cử động của thai.

 Các số liệu thu được do thăm khám thực thể có một ý nghĩa quan trọng trong việc tính tuổi thai và ngày đẻ: xác định chiều cao tử cung trên khớp mu, vòng bụng, chiều dài của thai và kích thước của đầu. Cũng cần lưu ý: kích thước dài, lượng nước ối, số thai, ngôi bất thường và những đặc điểm tiến triển của thai nghén khác có thể ảnh hưởng đến sự phát triển của bề cao tử cung.

 Nếu tính theo tuần lễ, dựa vào sự phát triển của tử cung, lấy đáy tử cung làm căn cứ, thì có thể dựa vào sơ đồ. Tính tuổi thai vào chiều cao tử cung không đạt được độ chính xác cao có thể dùng công thức sau để tính tuổi thai từ tháng thứ 4 trở đi:

 T= (chiều cao tử cung /4 )+1

 (T: là tuổi thai theo tháng)

 Đo vòng bụng ít có giá trị. Thường đến lúc chuyển dạ đẻ đủ tháng, vongf bụng đo được khoảng 90 – 95 cm.

 Đo đường kính đầu cũng là một phương pháp bổ sung để tính tuổi thai. Cũng đo bằng thước đo khung chậu, đo hai chỗ phình nhất của đầu: tương ứng với chỏm và trán:

 32 tuần = 8cm.

 35 – 36 tuần = 11cm.

CHẨN ĐOÁN NGÔI, THẾ, KIỂU THẾ CỦA THAI

1. MỤC TIÊU

  *- Nêu được định nghĩa của ngôi, thế, kiểu thế của thai.*

 *- Kể tên được từng loại ngôi, thế, kiểu thế của thai và ý nghĩa của nó.*

 *- Nêu được các bước để chẩn đoán ngôi, thế, kiểu thế của thai.*

 *- Tư vấn được cách chăm sóc theo dõi và quản lý thai nghén.*

2. NỘI DUNG

2.1. Tư thế của thai nhi trong buồng tử cung.

- Thai nhi nằm trong buồng ổi theo tư thế cúi cong và gấp; đầu cúi gập vào ngực, lưng cong, chi trên gấp trước ngực, chi dưới gấp trước bụng. Khối thai nhi có hình dáng một quả trứng với hai cực đầu và mông.

- Buồng tử cung cũng có hình trứng với cực to ở trên (đáy tử cung), cực nhỏ ở dưới (eo tử cung). Bình thường tư thế thai nhi nằm phù hợp với buồng tử cung, nghĩa là trục của thai nhi trùng với trục của tử cung, đồng thời thẳng góc với eo trên của khung chậu.

 - Nhưng không phải bao giờ thai nhi cũng nằm ở tư thế đó, trong sáu tháng đầu thai nhi còn nhỏ, nằm trong buồng ối rộng, nhiều nước ối, nên thai nhi không có vị trí rõ ràng. Trong ba tháng cuối mông của thai nhi phát triển nhiều, cộng thêm với hai chi dưới sẽ thành cực to nên mong thai nhi quay lên trên về phía đáy của tử cung, đầu nhỏ hơn quay xuống dưới.

 - Sở dĩ thai nhi nằm theo tư thế đó là vì theo quy luật Pajot: “Khi một vật thể đặc nằm trong một vật thể đặc khác, nếu vật thể bên ngoài có thể co giãn được và vật thể trong cũng có những vận động riêng. Nếu các diện tiếp xúc giữa hai vật thể đều trơn và nhẵn, thì vật thể bên trong sẽ luôn luôn bình chỉnh hình thể và thể tích của nó để ăn khớp với hình thể và dung tích của vật thể bên ngoài”.

 - Chúng ta đã biết, tử cung hình trứng luôn luôn có những cơn co bóp và thời gian nghỉ. Thai nhi cũng hình trứng và cũng có những cử động riêng.

Các diện tiếp xúc giữa thai nhi và tử cung đều trơn nhờ có nước ối và chất gây của thai nhi. Vì vậy thai nhi sẽ bình chỉnh hình thể và thể tích của nó để ăn khớp với buồng tử cung, nghĩa là thai nhi sẽ khớp với cực to của mình là mông với đáy tử cung, cực nhỏ là đầu với phía dưới của tử cung. Như vậy, tư thế của thai nhi trong buồng tử cung phụ thuộc vào ba yếu tố hình thể tử cung, hình thể của thai nhi, các sự chuyển động của thai nhi và tử cung. Nếu một trong ba yếu tố trên thay đổi, thai nhi có thể nằm theo một tư thế bất thường. Thí dụ đáy tử cung có u xơ nên bị thu nhỏ lại, cực mông của thai nhi sẽ ở phía dưới, đầu thai nhi lại quay lên trên. Nếu thai nhi chết mất sự vận động tự nhiên, hoặc tử cung của người con rạ, cơ tử cung bị nhẽo sẽ không có sự bình chỉnh giữa thai nhi và tử cung.

2.2. Vị trí của thai nhi đối với khung chậu của người mẹ.

Dựa vào vị trí của thai nhi đối với khung chậu của người mẹ, chúng ta xa định được ngôi, thế và kiểu thế của thai nhi.

 2.2.1.Ngôi thai.

 *Định nghĩa:*

 Ngôi là phần của thai nhi trình diện trước eo trên khung chậu của người mẹ,

 Phân loại:

 \* Thai nhi nằm dọc: trục của khối thai ăn khớp với trục của tử cung.

 +Thai nhi nằm dọc đầu thai nhi ở dưới: tùy theo độ cúi của đầu thai nhi ta có:

- Ngôi chỏm: đầu cúi hẳn, đường kính lọt của ngôi là hạ cằm thóp trước 9,5cm có thể có đẻ đường dưới (tuy còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác).

- Ngôi trán: đầu thai nhi ở tư thế trung gian, không cúi hẳn, không ngửa hẳn. Đường kính lọt của ngôi là thượng chẩm - cằm 13,5cm vì đường kính quá to không đẻ được đường dưới.

- Ngôi mặt: đầu cúi hắn, đường kính lọt của ngôi là hạ cằm thóp trước 9,5cm, có thể đẻ đường dưới được.

- Ngôi thóp trước: thóp trước ở chính giữa tiểu khung, đầu thai nhi cúi hơn so với ngôi trán chỉ là một dạng của ngôi trán.

+ Thai nhi nằm dọc đầu ở trên là ngôi mông, đường kính lọt của ngôi là lưỡng ụ đùi 9cm có thể đẻ đường dưới được (khó khăn khi đẻ đầu hậu).

Phân loại: Ngôi mông hoàn toàn và ngôi mông không hoàn toàn:

- Ngôi mông hoàn toàn khi có cả mông và hai chân thai nhi ở eo trên của người mẹ (đường kính lọt cùng - chày 8cm).

- Ngôi mông không hoàn toàn kiểu mông: hai chân của thai nhi vắt ngược lên trên, chỉ có mông thai nhi trình diện trước eo trên của người mẹ (đường kính lọt cùng - mu 6cm).

- Ngôi mông không hoàn toàn kiểu đầu gối: thai quỳ trong tử cung, hai đầu gối của thai nhi trình diện trước eo trên của người mẹ.

- Ngôi mông không hoàn toàn kiểu chân (thai nhi đứng trong buồng tử cung) hai bàn chân của thai nhi trình diện trước eo trên của người mẹ. Trên thực tế rất hiếm gặp ngôi mông không hoàn toàn kiểu đầu gối và kiểu chân.

- Tư thế thai nhi nằm ngang: trục của khối thai nằm ngang thẳng góc của trục đối với tử cung.

- Ngôi vai: vai trình diện trước eo trên khung chậu người mẹ, mốc của ngôi là mỏm vai.

 ***Tư thế của thai.***

 *Mốc của ngôi.*

Mỗi một ngôi có một điểm làm mốc gọi là mốc của ngôi, có sờ thấy mốc mới xác định được là ngôi gì. Mốc của ngôi thường là một xương.

 - Ngôi chỏm có điểm mốc là xương chẩm, lâm sàng thường xác định bằng thóp sau.

 - Ngôi mặt: điểm mốc là mỏm cằm.

 - Ngôi trán: điểm mốc là gốc mũi.

 - Ngôi mông: điểm mốc là đỉnh xương cùng.

 - Ngôi vai: điểm mốc là mỏm vai.

 ***Cách xác định thế.***

 Định nghĩa: mốc của ngôi ở bên phải hay phía bên trái của khung chậu người mẹ mà gọi thế phải hay thế trái.

 Ví dụ: xương chẩm của thai nhi nằm ở bên phải khung chậu của người mẹ là thế phải.

 Trên lâm sàng ngôi chỏm: lưng thai nhi ở bên nào của người mẹ, thế cùng tên với bên đó.

 Ngôi mặt: thế của ngôi đối diện với lưng thai nhi.

 2.2.2. Kiểu thế.

 ***Một số mốc (vị trí) giải phẫu.***

 - Dải chậu lược: ở phía gần khớp mu.

 - Khớp cùng chậu là khớp giữa xương cùng với xương chậu ở phía sau.

 - Điểm giữa gờ vô danh: chính giữa gờ vô danh.

 ***Cách xác định kiểu thế.***

 Dựa vào mốc của ngôi thai nằm tương ứng với mốc của eo trên. Tức là mốc của ngôi nằm ở phía trước, ở ngang hay ở sau tiểu khung của người mẹ

 - Kiểu thế trước: mốc của ngôi thai tương ứng với dải chậu lược. - Kiểu thế ngang: mốc của thai nhi nằm tương ứng với điểm giữa gờ vô danh.

 - Kiểu thế sau: mốc của ngôi thai nằm tương ứng với khớp cùng chậu

 **Cách gọi tên.**

- Ngôi chỏm.

 Ch CTT; Ch CFT

 Ch CTN; Ch CPN

 Ch CTS; Ch CFS

 - Ngôi mặt.

 CCTT; CCPT

 CCTS; CCPS

 - Ngồi trán.

 MCTT; MCPT

 MCTN; MCPN

 MCTS; MCPS

 - Ngôi mông.

 Cg CTT; Cg CPT

 Cg CTS; Cg CPS

 - Ngôi vai.

 V. CTT; V. CPT

 V. CTN; V. CPN

 V. CTS; V. CPS

 Ngôi chỏm đọc là: chẩm chậu trái trước viết tắt là Ch.C.TT

 Ngôi mặt đọc là: cằm chậu trái trước viết tắt CCTT

 Ngôi trán đọc là: mũi chậu trái trước viết tắt MCTT.

 Ngôi mông đọc là: cùng chậu trái trước viết tắt CgCTT

 Ngôi vai đọc là: vai chậu trai trước viết tắt VCTT

 Hoặc trên lâm sàng ta dựa vào (đối với ngôi vai)

 Vai phải lưng trước

 Vai phải lưng sau

 Vai trái lưng trước

Vai trái lưng sau

2.2.3. Kiểu số của các ngôi.

 Khi ngôi đã xuống eo dưới tùy theo cơ chế đẻ và dựa vào vị trí ngôi so với khung chậu của người mẹ ta có các kiểu số sau đây:

 ***Ngôi chỏm:*** có hai kiểu sổ là chẩm mu và chẩm cùng.

 ***Ngôi mặt:*** có một kiểu sổ là cằm vệ.

 ***Ngôi mông:*** có hai kiểu sổ là cùng ngang trái và cùng ngang phải.

2.2.4. Cách chẩn đoán.

 ***Hỏi:*** Hỏi thai phụ xem thai máy từ bao giờ, có thể dựa vào thai máy để tính tuổi thai. Thai cựa bên nào bên ấy là chi, lưng ở bên đối diện.

 ***Nhìn:*** Hình dáng tử cung cũng giúp ích cho việc chẩn đoán.

 -Tử cung hình trứng trục dọc của thai nhi trùng với trục của tử cung.

 - Tử cung bè ngang: thường là ngôi ngang (ngôi vai).

 - Tử cung hình trái tim, tử cung hai sừng, tử cung dị dạng thường có ngôi bất thường.

 ***Đo chiều cao của tử cung và vòng bụng.***

 Ước tính sơ bộ trọng lượng thai nhi và tuổi thai.

 ***Sờ nắn.***

 Nắn theo thứ tự: cực dưới, cực trên và hai bên tử cung

 + Nắn cực dưới để chẩn đoán xem ngôi đầu hay ngôi mông.

 - Nếu là đầu sẽ thấy một khối tròn, rắn, có dấu hiệu lúc lắc như một cục đá trong nước.

 - Nếu là ngôi mông: khối to, mềm, ít di động hơn.

 - Nếu là ngôi ngang sẽ thấy tiểu khung rỗng.

ngược).

 + Nắn cực trên:

 - Thấy khối to mềm, không tròn, di động ít, đó là ngôi mông.

 - Khối tròn đều như quả bóng, dễ di động, lúc lắc đó là làng đầu thai nhi (ngôi ngược).

 + Nắn hai bên sườn:

- Khối phẳng đều nối liền hai cực dưới và cực trên đó là lưng thai nhi.

 - Đối diện với lưng nắn thấy lổn nhổn các khối to nhỏ khác nhau có thể thấy có cử động, có khi vừa nắn thấy lại biến mất đó là tay và chân thai nhi.

 - Nắn mỏm vai để nghe tim thai và chẩn đoán độ lọt.

 ***Nghe tim thai.***

 Nghe rõ nhất ở mỏm vai, khi nghe tim thai phải nghe cả phút và phải phân biệt được với mạch của người mẹ bằng cách vừa nghe vừa bắt mạch quay của mẹ.

 ***Thăm âm đạo khi chuyển dạ.***

 Sờ thấy các mốc của thai nhi, mốc sẽ xác định chính xác ngôi, thế, kiểu thế của thai.

 Khám lúc chưa chuyển dạ chỉ chẩn đoán được ngôi gì và lưng trái hay lưng phải, chưa chẩn đoán chính xác được kiểu thế. Tuy nhiên khám kỹ có thể nghĩ tới kiểu thế của thai. Ví dụ: nắn được rõ diện lưng và kiểu thế trước, tim thai nghe gần đường trắng giữa.

 Kiểu thế sau sờ thấy ít lưng và nắn thấy rõ tay chân, tim thai nghe xa đường trắng giữa.

 Khi chẩn đoán còn nghi ngờ có thể chụp Xquang hay siêu âm chẩn đoán khi có điều kiện. Hướng dẫn cho thai phụ đăng ký để phù hợp.

SINH LÝ SỰ CHUYÊN DẠ

1.MỤC TIÊU:

 *- Kể được các giai đoạn của quá trình chuyển dạ.*

 *- Nói được các nguyên nhân phát sinh chuyển dạ.*

 *- Nêu được các đặc điểm của cơn co tử cung trong chuyển dạ.*

 *- Nêu được tác dụng của cơn co tử cung về phía mẹ, về phía thai và phần phụ của thai.*

2. NỘI DUNG:

2.1. Định nghĩa.

 Chuyển dạ đẻ là một quá trình sinh lý làm cho thai nhi và phần phụ của thai được đưa ra khỏi buồng tử cung qua đường âm đạo.

 Một cuộc chuyển dạ đẻ thường xảy ra sau một thời gian thai nghén từ 38 tuần (259 ngày) đến 42 tuần lễ (293 ngày), trung bình là 40 tuần lễ (280 ngày) lúc đó thai nhi đã trưởng thành và có khả năng sống độc lập ngoài buồng tử cung.

2.2. Các giai đoạn của cuộc chuyển dạ đẻ.

 Trong quá trình chuyển dạ đẻ người ta chia làm 3 giai đoạn, thời gian của mỗi giai đoạn là dài ngắn khác nhau:

 - Giai đoạn 1( hay giai đoạn xoá mở cổ tử cung): kể từ khi bắt đầu chuyển dạ cho đến khi cổ tử cung mở hết. Đây là giai đoạn dài nhất của cuộc chuyển dạ đẻ, giai đoạn này là kết quả của sự co bóp tử cung. Giai đoạn này thường kéo dài trung bình 15 giờ, bao gồm:

 Giai đoạn 1a (pha tiềm tàng): tính từ lúc cổ tử cung bắt đầu xoá đến khi cổ tử cung mở 3cm, thời gian 8 giờ.

Giai đoạn 1b (pha tích cực): tính từ lúc cổ tử cung mở 3cm đến lúc cổ tử cung mở hết (10cm), thời gian thường 8giờ.

 - Giai đoạn 2 (giai đoạn sổ thai): tính từ khi cổ tử cung mở hết đến khi thai sổ hoàn toàn ra ngoài, thời gian trung bình từ 20 đến 40 phút. Giai đoạn được thực hiện nhờ 2 yếu tố:

+ Sức mạnh của cơn co tử cung.

 + Sự co bóp của các cơ thành bụng.

 - Giai đoạn 3(giai đoạn sổ rau): bắt đầu từ sau khi thai sổ ra ngoài đến khi rau bong và sổ ra ngoài cùng với màng rau, thời gian thường 15-30 phút.

2.3. Động lực của cuộc chuyển dạ.

Động lực của cuộc chuyển dạ là cơn co tử cung. Dưới tác dụng của cơn co tử cung cuả người mẹ, thai nhi và phần phụ của thai đều có sự thay đổi.Về phía người mẹ, cơn co tử cung làm xoá mở cổ tử cung, thành lập đoạn dưới tử cung và thay đổi ở đáy chậu trong thời kỳ sổ thai. Đối với thai nhi, do áp lực của cơn co tử cung thai nhi được đẩy từ buồng tử cung ra ngoài qua các giai đoạn lọt, xuống, quay, sổ. Đối với phần phụ của thai, cơn co tử cung làm thành lập đầu ối, rau và màng rau bong và sổ ra ngoài.

2.3. Nguyên nhân phát sinh cuộc chuyển dạ.

 Cho tới ngày nay, người ta chưa biết được rõ ràng và đầy đủ những nguyên nhân phát sinh ra những cơn co chuyển dạ, người ta đã đưa ra nhiều giả thuyết để giải thích nhưng phần lớn các tác giả chưa có cơ sở khoa học chắc chắn. Có lẽ đây là một quá trình sinh lý phức tạp bao gồm nhiều yếu tố khác nhau như sự thay đổi nồng độ các kích tố, những thay đổi về thần kinh, nội tiết học cũng như những yếu tố cơ học.

 2.3.1. Nguyên nhân cơ học.

 Trước kia người ta giải thích nguyên nhân gây chuyển dạ đẻ là do sự căng quá mức của cổ tử cung, đến một thời điểm nào đó sẽ phát sinh ra chuyển dạ đẻ. Gần đây người ta gây chuyển dạ đẻ thực nghiệm bằng cách luồn ống xông vào trong buồng tử cung, hoặc đặt một quả bóng trong cổ tử cung. Các cơn co tử cung xuất hiện có thể là do bong các màng rau, hoặc giãn lỗ trong cổ tử cung là vùng đặc biệt nhạy cảm mà sự kích thích của vùng này dường như là điểm khởi đầu gây ra phản xạ co bóp cổ tử cung dẫn tới chuyển dạ đẻ.Trong lâm sàng chúng ta thấy đa ối, song thai, phá thai to theo phương pháp đặt túi nước(Kovacs cải tiến) là các ví dụ minh hoạ.

2.3.2. Các chất Prostaglandin (PG).

Người ta đã biết chất PG có vai trò cơ bản và các nghiên cứu hiện nay các cơ chế gây chuyển dạ đẻ có thể cho phép kiểm soát tốt hơn quá trình sinh đẻ. Các chất PG là những chất có thể làm biến đổi hoạt động co bóp của cổ tử cung.

 - Sự sản xuất PG F2 và PGE2 tăng dần trong quá trình thai nghén và đạt mức cao vào lúc bắt đầu chuyển dạ ở trong nước ối, trong màng rụng, và trong lớp cơ tử cung.

 - Người ta có thể gây chuyển dạ dù cho thai nhi ở tuổi thai nào bằng cách tiêm PG.

 - Các PG tham gia làm chín mùi cơ tử cung bởi tác dụng lên chất Collagene của nó.

 2.3.3. Nguyên nhân nội tiết.

- Các hormon Steroid đặc biệt là Estrogen đóng vai trò cốt yếu làm cho sợi cơ cổ tử cung phát triển và chín muồi, mà cổ tử cung là yếu tố gây chuyển dạ đẻ.

 - Người ta cũng thấy rằng, bánh rau mà hoạt động của nó đảm bảo duy trì và phát triển của thai nghén, đến khi thai đủ tháng bánh rau bị xơ và thoái hóa đi là nguyên nhân phát sinh chuyển dạ đẻ.

 - Nồng độ Progesteron tăng dần lên trong quá trình thai nghén và hạ xuống đột ngột trước khi xảy ra chuyển dạ đẻ vài ngày.

 - So với Progesteron, lượng Estrogen cao hơn làm cho thức tỉnh cơ từ có tăng lên và dễ cảm ứng với các chất gây co bóp tử cung, nhất là thuận cho sự tổng hợp các Prostaglandin.

 - Mặt khác, ở các tháng cuối của thai nghén, các nội tiết như Oxytoxin Vasopressin tăng lên và tác dụng mạnh mẽ trên cơ tử cung, đóng vai trò quan trọng trong việc gây ra chuyển dạ đẻ.

 2.3.4. Nguyên nhân thần kinh.

- Vỏ não: Cơ tử cung co bóp ngoài ý muốn của người phụ nữ, không chịu sự tác động của các trung tâm vỏ não.

- Tuỷ sống: không có ảnh hưởng tới cơn co tử cung. Quan sát ở những người phụ nữ bị bại chân hoặc những người gây tê tuỷ sống trong chuyển dạ cũng như khi phá huỷ tuỷ sống thực nghiệm ở động vật, thì sự chuyển dạ đẻ vẫn tiến hành bình thường.

- Hệ thống thần kinh tự động của tử cung: người ta cho rằng tử cung giống như tim, có thể tự điều khiển cơn co của nó. Mặc dầu các trung tâm điều khiển tự động vẫn chưa được biết đầy đủ.

- Chuyển dạ để có thể phát sinh ra do các phản xạ thần kinh, đặc biệt là các stress và tinh thần tâm lý hoặc cơ học.

 2.3.5 Các yếu tố thai nhi.

 Người ta biết rằng thai nhi vô sọ hoặc thai bị giảm sản xuất tuyến thượng thận thì thai nghén bị kéo dài. Ngược lại nếu tăng sản tuyến thượng thận thì sẽ đẻ non. Thai bài tiết ra Oxytoxin mà vai trò của nó khó được xác định trong việc gây chuyển dạ. Bệnh học gợi ra vai trò của thượng thận trong khởi phát chuyển dạ do nó bị kích thích bởi ACTH của tuyến yên.

 2.3.6 Các kích thích khác.

 Bấm ối, nhiễm khuẩn, tách ute dưới của túi ối có thể gây nên, một sự tổng hợp của PG mạnh mẽ vào thời kỳ cuối của thai nghén.

2.4 Cơn co tử cung.

- Cơn co tử cung là động lực của cuộc chuyển dạ đẻ, vì vậy trong những năm gần đây, nghiên cứu về sinh lý về bệnh lý của cơ co tử cung đã trở thành vấn đề thời sự của sản khoa hiện đại.

 - Có nhiều phương pháp mới được đưa vào nghiên cứu cơn co tử cung và các công trình nghiên cứu của các tác giả trường phái Nam mỹ, tiến hành 3 Urugoay là đáng chú ý.

2.4.1 Các phương pháp nghiên cứu cơn co tử cung.

- Trong lâm sàng cách đơn giản nhất để theo dõi cơn co tử cung là đặt tay trên thành bụng của sản phụ và theo dõi khoảng cách giữa 2 cơn co tử cung và độ dài của mỗi cơn co. Phương pháp này không chính xác và không đánh giá được chính xác cường độ cơn co tử cung.

- Để đo chính xác áp lực của cơn co và sự lan tỏa của cơn co tử cung người ta có nhiều phương pháp.

 - Phương pháp ghi ngoài: ghi áp lực của cơn co ở chỗ tiếp xúc của bộ phận dẫn truyền của máy.

 - Phương pháp ghi trong: Đặt một Catheter nhỏ vào trong buồng ối. Theo định luật Pascan mọi điểm trong buồng kín đều có áp lực như nhau, nên dù phần nào của tử cung co bóp cũng đều gây ra một áp lực nhất định ở buồng ối. Nhược điểm của phương pháp này là không xác định được áp lực riêng phần của buồng tử cung.

 - Ghi áp lực cơn co tử cung vùng khác nhau của tử cung (Sừng tử cung, đáy, thân, đoạn dưới và cổ tử cung...). Bằng cách đặt các bóng nhỏ vào trong lớp cơ tử cung hoặc đặt Catheter giữa màng ối và thành tử cung. Cũng có thể cắm các điện cực vào các vùng khác nhau của cơ tử cung để ghi: Phương pháp này ghi được điểm xuất phát của cơ tử cung, thay đổi áp lực của cơn co tử cung ở từng vùng khác nhau và sự lan toả các cơn co cung.

 2.4.2. Đặc điểm cơn co tử cung:

 Trong những tháng cuối của thời kỳ thai nghén tử cung có những cơn co nhẹ, khoảng cách giữa các cơn co dài, áp lực từ 3-15mmHg gọi là cơn Hicks. Đặc điểm của cơn co này là không gây đau.

 2.4.2.1. Một số khái niệm cơ bản của cơ tử cung.

 Bình thường ngoài cơn co, cơ tử cung vẫn ở trong trạng thái hơi co, do gọi là trương lực cơ bản, ở người trương lực cơ bản của cơ tử cung từ 8 – 12mm tuỳ theo giai đoạn của cuộc chuyển dạ ( trong khi có thai trương lực cơ bản là 2mm).

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

- Hiệu lực cơn co tử cung là hiệu số cường độ cơn co trừ đi trương lực cơ bản.

- Tần số cơn co là số cơn co trong 10 phút, tần số cơn co tăng dần trong quá trình chuyển dạ. Khi mới chuyển dạ cứ 10-20 phút mới có 1 cơn, sau đó ngắn lại và khi cổ tử cung mở hết thì cơn co tử cung tần số 3 hoặc 4.

 - Hoạt động của cơn co tử cung được tính bằng đơn vị Mentevideo(UM)=tần số x Cường độ cơn co. Bắt đầu chuyển dạ được đặc trưng bằng các cơn co tử cung có hoạt động tử cung từ 120UM và tăng dần đến 250UM vào lúc sổ thai.

 2.4.2.2. Các hình thức cơn co tử cung.

 Có nhiều loại cơn co tử cung, người ta chia ra làm 4 loại:

 - Loại 1: Cơn co tử cung hình chuông, giai đoạn tăng áp lực cân xuống với giai đoạn giảm áp lực. Giữa các cơn co là thời gian nghỉ dài hoặc ngắn, ở thời điểm này áp lực tương đương với hướng lực cơ bản.

 - Loại 2: Thường gặp hơn, đặc điểm của cơn co tử cung loại này là giai đoạn tăng áp lực thì ngắn, giai đoạn giảm áp lực kéo dài giống như hình Hyperbol. Cơn co kéo dài cho đến cơn co tiếp theo, không có giai đoạn nghỉ rõ ràng của tử cung. Trương lực cơ bản được tính ở thời điểm ngay trước khi bắt đầu cơn co mới.

 - Loại 3: Ngược lại với loại 2, thường gặp ở giai đoạn mới chuyển dạ đẻ, pha tăng áp lực thì lên từ từ còn pha giảm áp lực thì đột ngột.

- Loại 4: khá hiếm, nó thể hiện sự thay đổi đều đặn của 2 loại cơn co xen kẽ nhau, phân biệt bằng cường độ, độ dài và hình thái mỗi cơn co. Trong chuyển dạ đẻ thường có cơn co loại 1 hoặc có thể có cơn co loại 2 tăng dần về số lượng.

2.4.2.3. Đặc điểm cơn co tử cung trong chuyển dạ.

Trong quá trình chuyển dạ đẻ, cơn co tử cung tăng dần về cường độ, tần số và độ dài của mỗi cơn co.

Khi mới bắt đầu chuyển dạ cơn co tử cung thưa( 15-20 phút), sau đó thời gian nghỉ giữa hai cơn co ngắn dần lại( 2-3 phút ở giai đoạn 1), cổ tử cung càng mở rộng thì cơn co càng mau và mạnh hơn.

Áp lực của cơn co khi mới bắt đầu chuyển dạ từ 30-50 mmHg sau đó tăng dấn lên 50-55 mmHg ở giai đoạn cổ tử cung mở và ở giai đoạn 1 có thể đạt tới 60-70mmHg.

Cơn co tử cung có tính chu kỳ và đều đặn, sau một thời gian co bóp là thời gian nghỉ ngơi rồi lại tiếp tục vào chu kỳ khác. Độ dài của cơn co tử cung cũng tăng lên, khi mới chuyển dạ, cơn co chỉ dài 15-20 giây, sau đó tăng lên 30-40 giây ở giai đoạn cổ tử cung mở và khi cổ tử cung mở hết là 50-60 giây. Cơn co tử cung xuất hiện tự nhiên ngoài ý muốn của sản phụ. Điểm xuất phát của mỗi cơn co tử cung nằm ở một trong hai sừng tử cung, thường chỉ có một điểm xuất phát hoạt động và khống chế điểm kia, tất cả các cơn co chỉ xuất phát từ một điểm, ở người điểm xuất phát của cơn co tử cung thường ở sừng bên phải.

Cơn co tử cung gây đau khi áp lực cơn co tử cung đạt tới 25-30mmHg thai phụ bắt đầu thấy đau, như vậy cơn đau sẽ xuất hiện sau cơn co tử cung và mất đi trước cơn co tử cung mới, cơn đau mất đi hoàn toàn trong thời gian tử cung nghỉ co bóp. Khi có tình trạng lo lắng, sợ sệt thì cảm giác đó tăng lên. Cơn đau tăng lên trong quá trình chuyển dạ, thời gian co bóp và cường độ cơn co tử cung, nghĩa là cơn co tử cung càng mau càng mạnh thì cơn đau càng tăng lên. Thường có cảm giác đau toàn bụng ở vùng khung chậu, đôi khi ở vùng thắt lưng khi mới chuyển dạ, mặc dù áp lực trong buồng tử cung khá cao và khi gây tê dây thần kinh thẹn hoặc gây tê thần kinh đuôi ngựa hay cắt dây thần kinh trước xương cùng, sẽ làm giảm đau đi rất nhiều. Cơn co tử cung có tính chất 3 giảm đó là cơn co tử cung xuất hiện ở sừng tử cung lan toả ra đáy và thân tử cung và đi xuống đoạn dưới và cổ tử cung, thời gian co bóp của cơ tử cung cũng giảm dần từ trên xuống dưới ở thân tử cung co bóp dài hơn ở đoạn dưới, còn cuối cùng là áp lực cơn co cũng giảm từ trên xuống dưới ở thân tử cung áp lực cao nhất rồi giảm dần xuống và áp lực ở lỗ ngoài cổ tử cung bằng 0.

 2.4.2.4. Cơn co tử cung và cơn co thành bụng trong giai đoạn số thai.

Trong giai đoạn 2 của cuộc chuyển dạ đẻ cơn co thành bụng phối hợp với cơn co tử cung để đẩy thai nhi ra ngoài, ở giai đoạn này áp lực trong buồng ối rất cao lên tới 120-150 mmHg, như vậy áp lực của cơn co thành bụng cũng rất cao, mà một nửa áp lực này do cơ hoành gây ra. Do vậy việc hướng dẫn sản phụ biết cách rặn đẻ là hết sức quan trọng.

2.5. Tác dụng của cơn co tử cung.

2.5.1. Tác dụng của cơn co tử cung về phía mẹ.

 2.5.1.1. Thành lập đoàn dưới:

Đoạn dưới được thành lập do eo tử cung giãn rộng, kéo dài và to ra từ 0,5cm đến 10cm vào lúc chuyển dạ, trong mỗi cơn co đoạn thân tử cung co bóp mạnh và rút lên trên. Trong khi các dây chằng tròn và dây chằng tử cung giữ tử cung xuống dưới, đoạn thân tử cung dầy lên và ngắn lại, trong khi đó đoạn dưới tử cung dài ra.

 2.5.1.2.Xoá mở cổ tử cung:

*- Xoá:* cổ tử cung khi chưa chuyển dạ có hình trụ, xoá là hiện tượng lỗ trong giãn rộng ra làm cho cổ tử cung biến đổi từ hình trụ trở thành một phễu mỏng. Khi cổ tử cung xoá hết thì buồng cổ tử cung cùng với đoạn dưới trở thành ống cổ - đoạn dưới

- *Mở:* ngay sau khi xóa, cơn co tử cung làm cho lỗ ngoài cổ tử cung giãn rộng từ 1cm tới khi mở hết là 10cm, khi đó tử cung thông thắng với âm đạo và thành lập ống cổ - đoạn dưới - âm đạo.

- Cổ tử cung xóa mở nhanh hay chậm phụ thuộc vào:

 + Đầu ối đè vào cổ tử cung nhiều hay ít.

 + Màng ối dính nhiều hay ít (vào cổ tử cung và vào đoạn dưới).

 + Cơn co tử cung có đồng bộ và có đủ mạnh không.

Cơn co tử cung thực hiện được chức năng này nhờ hai cơ chế: áp lực gây ra do cơn co tử cung tác dụng vào đoạn dưới và cổ tử cung do phần trước của túi ối, sự co rút của các thớ cơ dọc, co kéo đoạn dưới và cổ tử cung lên trên,

- Sự xóa mở cổ tử cung và sự thành lập đoàn dưới có sự khác nhau giữa người con so và người con rạ.

- Ở người con so cổ tử cung xóa xong rồi mở và đoạn dưới có thể thành lập vào tháng thứ 9, còn ở người con rạ cổ tử cung vừa xóa vừa mở và đoạn dưới chỉ thành lập khi bắt đầu chuyển dạ.

 2.5.1.3. Thay đổi phần mềm ở đáy chậu.

+ Thai càng xuống sâu trong tiểu khung thì đoạn thân tử cung càng dày lên và ngắn lại

+ Đồng thời trục của tử cung cũng thay đổi do tử cung bị kéo ra phía trước, nên trục của nó song song với trục của eo trên. Trong cơn co tử cung ngôi thai xuống thấp, ngoài cơn co ngôi thai lại lên cao một chút, động tác gọi là động tác tiến lui. Động tác tiến lui làm cho ngôi thai bình chính thích hợp với đường sinh dục và tạo điều kiện tốt cho thai nhi quay dễ dàng hơn.

+ Khi ngôi thai xuống thấp nó đẩy mỏm xương cụt ra phía sau, như vậy đường mỏm cụt- hạ vệ 9.5cm thành 1lcm, âm đạo giãn rộng ra như chiêc đèn xếp.

+ Các cơ ở đáy chậu cũng giãn to ra, tấng sinh môn trước phồng to ra vùng hậu môn âm hộ dài ra gấp đôi , Tấng sinh môn Sau bị ngôi thai thúc vào nên dài ra. Âm hộ mở rộng thay đổi hướng và nhìn lên phía trước. Hậu môn bị xóa hết các nếp.

 2.5.2. Tác dụng về phía thai.

Thai nhi là phần chuyển động trong cuộc chuyển dạ đẻ. Dưới áp lực của cơn co tử cung thai nhi được đẩy dần dần từ trong buồng tử cung ra ngoài qua các thì lọt, xuống, quay, sổ. Trong quá trình đỡ thai nhi có một số hiện tượng uốn khuôn.

- Hiện tượng chồng khớp xương sọ: hộp sọ của thai nhi thu nhỏ bớt kích thước lại bằng cách các xương chồng lên nhau. Có thể thấy hai xương đỉnh chồng lên nhau, xương châm và xương trán có thể chồng lên nhau.

- Thành lập bướu huyết thanh: Bướu huyết thanh là do dịch thanh huyết bị dồn xuống vị trí thấp nhất của ngôi thai, nơi có áp lực thấp nhất. Mỗi ngôi thai có một vị trí riêng của bướu thanh huyết. Đối với ngôi chỏm đó là dưới vùng đỉnh-chẩm, ở mông đối với ngôi ngược và ở mà đối với ngôi mặt, ngôi trán thường thấy bướu thanh huyết ở trán. Dựa vào bướu huyết thanh người ta có thể chẩn đoán hồi cứu ngôi thai sau khi đẻ ra ngoài.

 2.5.3. Tác dụng về phía phần phụ của thai.

Cơn co tử cung làm cho màng ối bong ra, nước ối dồn xuống tạo thành túi ối hay đầu ối và sau khi sổ thai cơn co tử cung làm rau bong và sổ ra ngoài. Trên lâm sàng có 3 loại đầu ối:

 - Ối dẹt: lớp nước ối phân cách giữa màng ối và ngôi thai rất mỏng, vì vậy ngôi thai bình chỉnh tốt và có tiên lượng tốt.

 - Ối phồng: lớp nước ối giữa màng ối và ngôi thai rất mỏng. Như vậy ngôi thai bình chỉnh tốt và có tiên lượng tốt

 - Ối hình quả lê: thường gặp trong thai chết lưu, đầu ối dài trong âm đạo do thai đã chết, màng ối mất khả năng chun giãn.

 Tác dụng của đầu ối: trong khi chuyển dạ đầu ối tì vào cổ tử cung, giúp cho cổ tử cung xóa và mở bảo vệ thai nhi khỏi các sang chấn bên ngoài.

2.5.4. Một số tác dụng khác của cơn co tử cung.

 - Trong cơn co nhịp thở của người mẹ chậm lại và mạch tăng lên, hết

co thì trở lại bình thường.

 - Về mặt chuyển hóa: cơ thể người mẹ giảm trọng lượng từ 4-6kg, sau khi

đó bao gồm trọng lượng thai nhi, rau thai, nước ối, máu và các dịch tiết từ da, phôi, thận. Số lượng bạch cầu tăng lên trong quá trình chuyển dạ, khi cổ tử cung mở 4cm số bạch cầu là 11000, khi mở 8cm là 13635. Đường huyết giảm khi mới có thai, tăng dần vào các tháng cuối và hạ thấp dần trong khi chuyển dạ do tiêu thụ nhiều bởi cổ tử cung và các cơ khác.

 - Bàng quang: vị trí của bàng quang rất thay đổi trong khi chuyển dạ đẻ, cổ bàng quang có thể bị kéo lên cao trên khớp vệ. Niệu đạo bị kéo dài ra và bị chèn ép giữa ngôi thai và khớp vệ, do đó dễ bị ứ nước tiểu trong bàng quang. Khi nước tiểu bị ứ trong bàng quang sẽ ngăn cản cuộc chuyên dạ tiến triển và có thể dẫn tới hậu quả liệt bàng quang và rò tiết niệu sinh dục sau đó đặc biệt ở những trường hợp đẻ khó do khung chậu.

 - Về phía thai nhi: Tim thai thay đổi trong cơn co tử cung, khi mới đầu co bóp tim thai hơi nhanh lên, sau đó chậm lại trong cơn co, ngoài cơn co tim thai trở lại bình thường.

 - Tuổi của thai phụ có ảnh hưởng tới cuộc chuyển dạ đẻ. Những thai phụ đẻ con so lớn tuổi (trên 35 tuổi ) thì sự chuyển dạ đẻ thường khó khăn kéo dài, ở thai phụ mà tuổi dưới 30 thì chuyển dạ đẻ tốt hơn.Thời gian chuyển dạ: thai phụ đẻ con rạ thì thời gian chuyển dạ nhanh hơn đẻ con so. Ở thai phụ đẻ con so thời gian chuyển dạ trung bình 16-24 giờ, ở người con rạ 8-12 giờ. Thời gian sổ thai ở thai phụ đẻ con rạ là 20 phút, thai phụ đẻ con so là là 40-45 phút. Nếu chuyển dạ kéo dài sẽ có nguy cho mẹ và cho con như:

 + Đối với người mẹ có nguy cơ đờ tử cung, chảy máu sau đẻ và nhiễm khuẩn sau đẻ.

 + Đối với thai nhi dễ gây suy thai.

ĐẺ KHÓ CƠ GIỚI

 1. MỤC TIÊU:

 - Kể được từng nguyên nhân đẻ khó cơ giới.

 - Nêu được hướng xử trí của từng nguyên nhân.

 - Phát hiện được những yếu tố đẻ khó cơ giới trong quá trình theo dõi và quản lý thai nghén.

2. NỘI DUNG:

 Một cuộc đẻ sẽ bình thường khi tất cả các yếu tố về mẹ, về thai nhi, về phần phụ của thai đều bình thường. Nếu một trong các yếu tố bất thường thì cuộc đẻ đó có nhiều khó khăn, phải can thiệp gọi là khó đẻ.

 Đẻ khó do nguyên nhân cơ giới nghĩa là tất cả các nguyên nhân gây cản trở sự lọt, sự xuống và sự sổ của thai. Nguyên nhân có thể thuộc về người mẹ, về thai và về phần phụ của thai.

 2.1. Các nguyên nhân gây đẻ khó do mẹ.

 Nguyên nhân thuộc về người mẹ có thể do khung chậu bất thường, do các khối u tiền đạo, do cổ tử cung, âm đạo chít hẹp.

 2.1.1. Do khung chậu bất thường.

 Một khung chậu bình thường là một khung chậu có eo trên, eo giữa, eo dưới với kích thước và hình dạng bình thường. Gọi là khung chậu bất thường khi một hoặc nhiều đường kính của khung chậu ngắn hơn bình thường. Trên lâm sàng thường gặp hai loại khung chậu bất thường: khung chậu hẹp và khung chậu biến dạng.

 *Khung chậu hẹp.*

 Là loại khung chậu có tất cả các đường kính đều giảm. Chúng ta xét đến hai loại khung chậu hẹp: khung chậu hẹp toàn bộ và khung chậu giới hạn.

 - Khung chậu hẹp toàn bộ: là khung chậu có tất cả các đường kính đều giảm ở tất cả eo trên, eo giữa, eo dưới. Đặc biệt nhô – hậu vệ chỉ đo được 8,5cm trở xuống. Trong hai loại khung chậu này nếu không phát hiện sớm, để cuộc chuyển dạ tiến triển sẽ dẫn đến dọa vỡ tử cung hoặc vỡ tử cung đe dọa tính mạng cả mẹ lẫn con. Cách xử trí đối với loại khung chậu hẹp toàn bộ là phải mổ lấy thai khi thai đủ tháng, kích thước bình thường, khi có dấu hiệu chuyển dạ.

 - Khung chậu giới hạn: là khung chậu có đường kính nhô - hậu vệ từ 8,5 -9,5cm. Cách xử trí đối với loại khung chậu này là: nếu là ngôi chỏm, ước lượng thai trung bình (từ 2800g đến 3000g), khi chuyển dạ cổ tử cung mở 4cm thì bấm ối làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm. (nghiệm pháp chỉ được tiến hành ở cơ sở có điều kiện phẫu thuật). Trong quá trình theo dõi: cơn co tử cung, độ mở tử cung, tim thai, độ lọt của ngôi nếu tiến triển tốt cuộc đẻ sẽ kết thúc bằng đẻ đường âm đạo, nếu theo dõi nghiệm pháp thất bại phải mổ lấy thai. Trong trường hợp ngôi chỏm thai to hoặc là các ngôi khác đủ tháng, kích thước bình thường đều có chỉ định mổ lấy thai khi có dấu hiệu chuyển dạ.

 ***Khung chậu biến dạng.***

 - Khung chậu biến dạng có thể làm eo trên hẹp, eo dưới hẹp hoặc làm cho khung chậu méo.

 - Khung chậu biến dạng làm cho eo trên hẹp: gặp trong hai trường hợp: khung chậu dẹt và khung chậu có cột sống cong trước.

 + Khung chậu dẹt: là loại khung chậu có các đường kính ngang và đường kính chéo không thay đổi, chỉ có đường kính trước sau ngắn hơn bình thường. Chẩn đoán dựa vào đường kính nhô – hậu vệ. Nếu đường kính này từ 8,5cm - 9,5cm thì thái độ xử lý như trong khung chậu giới hạn, nếu dưới 8,5cm thì thái độ xử trí như trường hợp khung chậu hẹp toàn bộ.

 + Khung chậu có cột sống cong trước: khi cột sống cong trước làm eo trên hẹp, eo dưới rộng. Trong trường hợp này nếu thai lọt được thì sổ dễ dàng. Chuẩn đoán dựa vào đường kính nhô – hậu vệ thái độ xử trí tùy thuộc đường kính này như đã trình bày ở trên.

 + Khung chậu biến dạng làm eo dưới hẹp: là loại khung chậu có cột sống cong sau. Nguyên nhân thường gặp ở người gù, có lao cột sống, thương tổn cột sống càng ở thấp thì chậu hồng càng bị ảnh hưởng nhiều. Loại khung chậu này có eo trên rộng, eo dưới hẹp nên được gọi là khung chậu hình phễu.

 Thai lọt dễ dàng qua eo trên nhưng khó sổ hoặc không sổ được qua eo dưới, thai có thể bị mắc kẹt trong tiểu khung.

 Chẩn đoán dựa vào đo đường kính lưỡng ụ ngồi. Nếu đường kính này nhỏ dưới 9cm, thai sẽ không sổ được. Thái độ xử trí là phải tiên lượng được ngay từ khi theo dõi quản lý thai nghén hoặc khi có dấu hiệu chuyển dạ đẻ có chỉ định mổ lấy thai hay cho đẻ đường âm đạo. Chỉ cho đẻ đường âm đạo khi thai nhỏ, ngôi chỏm tiên lượng sổ được thì khi sổ thai phải cắt rộng tầng sinh môn.

 - Khung chậu méo: cũng là một loại khung chậu biến dạng, còn gọi là khung chậu lệch hay khung chậu không đối xứng. Trong trường hợp này cột sống bị vẹo vì còi xương hay sai khớp háng bẩm sinh một bên hay bị bại liệt. Chẩn đoán dựa vào đo hình trám Michaelis. Hình trám tạo nên bởi phía trên là mỏm gai đốt sống lưng V, hai bên là hai gai chậu sau trên, dưới là đỉnh nếp liên mông và nối hai gai chậu sau trên, ta sẽ được hai tam giác đều nhau. Khi khung chậu bị lệch thì hai tam giác sẽ không đều nhau.

 Ngoài việc đo trám Michaelis, chúng ta quan sát dáng đi của sản phụ để xem lệch nhiều hay ít. Trong loại khung chậu lệch, hai đường kính chéo của eo trên dài ngắn khác nhau rõ rệt. Nếu chỏm của thai nhi hướng về đường kính chéo dài thì tiên lượng tốt hơn là chỏm hướng về đường kính chéo ngắn.

 Thái độ xử trí cũng dựa vào đường kính nhô - hậu vệ. Nếu đường kính nhô - hậu vệ bình thường, thai ước lượng trung bình, chỏm hướng theo đường kính chéo của eo trên, thì có thể bấm ối làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm. Trong quá trình theo dõi nếu nghiệm pháp kết quả cho đẻ đường âm đạo, nếu nghiệm pháp thất bại thì phải mổ lấy thai.

 Nếu chỏm hướng theo đường kính chéo ngắn hoặc không phải là ngôi chỏm thì chỉ định mổ lấy thai khi có dấu hiệu chuyển dạ.

 2.1.2. Do mẹ có các khối u tiền đạo.

 Khối u tiền đạo là các khối u nằm trong tiểu khung làm cho ngôi không lọt, không xuống và không sổ được.

 Các khối u tiền đạo thường gặp là các khối u buồng trứng nằm ở túi cùng âm đạo và u xơ trử cung ở eo hay ở cổ tử cung.

 Các khối u tiền đạo ít gặp là các khối u ở âm đạo, tử cung đôi (tử cung không có thai cũng có thể trở thành u tiền đạo), u vòi trứng, u dây chằng rộng, u bàng quang.

 Thái độ xử trí: trong khi có thai cần phát hiện sớm u nang buồng trứng để có chỉ định cắt bỏ u nang, thời gian mổ tốt nhất là ba tháng giữa thời kỳ thai nghén, vì mổ sớm dễ bị sảy thai, sợ cắt phải buồng trứng có nang hoàng thể thai nghén. Nhưng ngày nay người ta chủ trương mổ sớm rồi dùng hormon giữ thai, cũng có ý kiến cho rằng chỉ mổ sớm khi có biến chứng xoắn nang. Nếu thai nhi gần đủ tháng thì xử trí như khi chuyển dạ, khi chuyển dạ nếu thấy u tiền đạo làm cho ngôi thai không lọt được, phải mổ lấy thai nhi, sau mổ thai nhi, nếu u dễ cắt mới cắt bỏ, nếu khó khăn phải để lại sẽ cắt bỏ u vào thời gian sau.

 2.1.3. Do cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn người mẹ chít hẹp.

 - Do cổ tử cung: cổ tử cung bị chít hẹp cũng là nguyên nhân cơ giới ca sự tiến triển của ngôi thai. Cổ tử cung chít hẹp có thể do đốt điện trong trường hợp lộ tuyến cổ tử cung. Có thể cắt cụt cổ tử cung trong trường hợp mổ sa sinh dục theo phương pháp Manchester. Cổ tử cung chít hẹp cũng có thể do lần đẻ trước bị rách khâu phục hồi không tốt.

Cổ tử cung phù nề cũng là nguyên nhân cơ giới cản trở, cổ tử cung phù nề cũng có thể do chèn ép hoặc do thăm âm đạo quá nhiều.

Thái độ xử trí trong trường hợp cổ tử cung bị chít hẹp thì cho các thuốc | làm mềm cổ tử cung như papaverin, atropin... trong trường hợp cổ tử cung phù nề do thăm khám quá nhiều thì hạn chế thăm âm đạo, cho kháng sinh toàn thân, cho thuốc làm mềm cổ tử cung. Trong trường hợp sa sinh dục cổ tử cung sa ra ngoài âm hộ thì đẩy cổ tử cung vào âm đạo, chèn gạc tẩm huyết thanh ấm. Nếu giải quyết như trên cổ tử cung không tiến triển phải mổ lấy thai.

 - Do âm đạo: âm đạo bị hẹp bẩm sinh hoặc bị rách trong các lần đẻ trước không được khôi phục tốt hoặc sau những trường hợp mổ có liên quan đến âm đạo như mổ sa sinh dục, mổ rò bàng quang - âm đạo, mổ rò trực tràng - âm đạo... thì thái độ xử trí những trường hợp này là mổ lấy thai khi có dấu hiệu chuyển dạ. Nếu âm đạo có nang nước thì chọc hút để ngôi tiến triển. Nếu âm đạo có vách ngăn ngang dày thì cũng phải mổ lấy thai, nếu vách ngăn dọc mềm mỏng có thể đẻ đường âm đạo.

 - Tầng sinh môn: tầng sinh môn dày, rắn có thể do khâu phục hồi lần rách hoặc cắt không tốt, có thể do con so lớn tuổi (trên 35 tuổi). Thái độ xử trí là cắt rộng tầng sinh môn để thai sổ.

2.2. Đẻ khó do nguyên nhân ở thai.

2.2.1. Đẻ khó do thai to.

 Theo Châu Âu nếu trọng lượng thai trên 5000g mới gọi là thai to, nếu có thể đẻ được bằng đường âm đạo. Ở Việt Nam nếu trọng lượng thai trên 4000g mới gọi là thai to, khó có thể đẻ được bằng đường âm đạo. Trong trường hợp này, nếu khung chậu bình thường, đối với ngôi chỏm thì bấm ối làm nghiệm pháp lọt. Nếu ngôi không lọt được, chỉ định mổ lấy thai, các ngôi khác đều chỉ định mổ lấy thai khi có chuyển dạ.

2.2.2. Đẻ khó do cấu trúc bất thường của thai.

 2.2.2.1. Thai to từng phần.

- Đầu to: gặp trong trường hợp não úng thủy

Chẩn đoán não úng thuỷ dựa vào sờ nắn bụng và thăm âm đạo. Thăm âm đạo thấy các đường khớp của đầu thai giãn rộng. Chân đoạn khó khăn trong trường hợp não úng thuỷ nhỏ hoặc trường hợp không phải là ngôi đầu, có thể sử dụng Xquang và siêu âm để giúp cho chẩn đoán. Khi đã chẩn đoán là não úng thuỷ to, thái độ xử trí là huỷ thai bằng cách chọc sọ để nước não tuỷ chảy hết, làm cho đường kính nhỏ lại, rồi lấy thai ra, nếu não úng thuỷ nhỏ, hy vọng thai có thể sống được, có thể mổ lấy thai.

- Vai to: có thể gặp trong thai nhi to hoặc thai vỡ sọ, vì thiếu phần sọ nên các phần mềm không nong được rộng, đến phần sổ thai thì thai trở thành to. Trường hợp thai to, thái độ xử trí là mổ lấy thai. Trong trường hợp thai vỡ sọ thì cắt xương đòn của thai để lấy thai ra.

- Bụng to: gọi là bụng cóc do cổ trướng, thận đa nang, gan to, lách to. Tiên lượng thai không sổ được, có khi đầu sổ rồi, thấy mắc bụng mới phát hiện ra. Thái độ xử trí là phải chọc bụng, moi hết phủ tạng để thai nhi số tiếp.

2.2.2.2. Đẻ khó do các thai dính nhau trong sinh đôi.

Hay gặp trong thai sinh đôi cùng một noãn, có thể dính lưng hoặc bụng.

Trong trường hợp này có thể chẩn đoán bằng siêu âm hoặc Xquang thái độ xử trí là mổ lấy thai dù biết là quái thai.

 2.2.3. Đẻ khó do ngôi, kiểu thế.

Ngôi chỏm: ngôi chỏm là ngôi thường đẻ dễ, nhưng trong một số trường hợp ngôi chỏm có thể đẻ khó khăn, đó là ngôi chỏm có kiểu thế sau, làm cho cuộc chuyển dạ kéo dài, vì ngôi phải quay ra trước (1350) hoặc một số trường hợp ngôi quay về châm cùng (45°) làm cho sổ khó khăn, cần phải cắt rộng tầng sinh môn. Trong trường hợp ngôi chỏm cúi không tốt (vừa sờ thấy thóp sau, vừa sờ thấy thóp trước) cũng làm cho cuộc đẻ bị ngừng lại do ngôi không lọt. Thái độ xử trí là phải mổ lấy thai.

- Ngôi mặt: ngôi mặt chỉ có thể đẻ đường âm đạo khi cắm quay về khớp vệ để sổ theo kiểu cắm - vệ.

Ngôi mặt các kiểu thế sau, nếu không quay về cằm - vệ không đẻ đường âm đạo được, phải mổ lấy thai. Một điều phải cảnh giác là ngôi mặt mà thai vỡ sọ phải huỷ thai đường âm đạo.

- Ngôi trán: ngồi trán là ngôi đầu cúi không tốt và cũng không ngửa tốt, là ngôi trung gian giữa ngôi chỏm và ngôi mặt. Ngôi trán là ngôi chỉ xảy ra khi chuyển dạ. Đường kính lọt là đường kính thượng chẩm - cằm (13,5cm). Vì vậy nếu thai nhi đủ tháng thì không thể đẻ đường âm đạo được mà phải mổ lấy thai.

 -Ngôi vai: ngôi vai không để được đường âm đạo ngôi vai chỉ có thể để được khi biến thành ngôi dọc, nghĩa là phải nói xoay thai khi có đủ điều kiện bằng cách cho tay vào buồng tử cung nắm chân thai nhi biến thành ngôi ngược. Nếu trong trường hợp không đủ điều kiện để nội xoay thai, hoặc tiền sử sản khoa của người mẹ nặng nề, hoặc người thầy thuốc không có kinh nghiệm tiến hành thủ thuật nội xoay, phải mổ lấy thai.

- Khi thai chết thì cần cắt thai khi đủ điều kiện. Nếu không đủ điều kiện cắt thai hoặc thầy thuốc không có kinh nghiệm cắt thai, thì dù thai chết cũng phải mổ lấy thai để tránh vỡ tử cung.

- Ngôi ngược: khó khăn nhất trong thì sổ đầu cần tiên lượng và chuẩn bị để tránh mắc đầu hậu, thai ngạt hoặc chết. Vì vậy ngôi ngược mà thai hơi to, con so trên 3000g, con rạ 3500g, hoặc có tiền sử sản khoa nặng nề, hoặc con so lớn tuổi, hoặc kèm theo một dấu hiệu đẻ khó khác thì nên mổ lấy thai.

 2.2.4. Đẻ khó do thai mắc nhau trong đa thai.

 Thực tế hay gặp trong sinh đôi

- Hai thai cùng là ngôi đầu: một số trường hợp hai đầu cùng chuẩn bị lọt mà không lọt được, vì kênh. Trường hợp mô lấy thai nêu tiên lượng thai nuôi được.

- Ngôi thai thứ nhất là ngôi ngược, ngôi thai thứ hai là ngôi chỏm.

Đầu hậu của thai thứ nhất (ngôi ngược) có thể vướng vào đầu thai thứ hai (ngôi đầu) không sổ được. Có thể can thiệp bằng cách cho quay đầu hậu 180° của thai thứ hai ở trên.

 2.3. Đẻ khó do phần phụ của thai:

 2.3.1. Rau tiền đạo.

Trường hợp rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn phải mổ cấp cứu vì chảy máu và không có cách nào để mở đường cho thai ra đường âm đạo. Trong trường hợp rau tiền đạo khác, phải bấm ối cho đỡ chảy máu và chờ đẻ đường âm đạo. Nhưng máu vẫn tiếp tục chảy ra, phải mổ lấy thai.

 2.3.2. Dây rau

Trường hợp cuống rau ngăn tuyệt đối hay có vòng rau cuốn cổ gây ngôi bất thường, hoặc ngồi không lọt được, phải mổ lấy thai.

 2.3.3. Đa ối và thiểu ối.

Trong đa ối phần lớn thai bình chỉnh không tốt và tử cung quá căng làm cho cơn co tử cung bị rối loạn. Một số trường hợp bị vỡ ối đột ngột làm thai trở thành ngôi ngang, sa cuống rốn gây đẻ khó.

Trong trường hợp thiểu ối sẽ làm cho thai bình chỉnh không tốt nên có thể gây ngôi bất thường gây nên đẻ khó do ngôi thai.

3. Phát hiện những yếu tố đẻ khó cơn gió cơ giới trong quá trình theo dõi và quản lý thai nghén.

Trong đăng ký và quản lý thai nghén chúng taphải phát hiện được sớmnhữngyếu tố đẻ khó do nguyên nhân cơ giới để khuyến họ đến cơ sở y tế có phẫu thuật quản lý thai và đẻ tại đó. Cấn quản lý tốt các trường hợp sau:

3.1. Mẹ.

- Tiền sử mổ sa sinh dục, mổ rò bàng quang - âm đạo.

- Tiến sử đốt điện, cắt cụt cổ tử cung.

- Tiền sử sản khoa nặng nề: đẻ phải can thiệp thủ thuật, con chết, phẫu thuật...

- Tiền sử có u nang, u xơ tử cung và thai nghén.

- Âm đạo chít hẹp hoặc có vách ngăn âm đạo.

- Các loại khung chậu bất thường: khung chậu hẹp toàn bộ khung chậu giới hạn, khung chậu hẹp eo trên, hẹp eo dưới, khung chậu lệch...

- Thai phụ có chiều cao dưới 1,45m

- Mẹ con so lớn tuổi (>35 tuổi).

3.2. Thai.

- Ngôi bất thường: ngôi mặt, ngồi ngang, ngôi ngược.

- Thai to

- Song thai, đa thai.

3.3. Phần phụ của thai.

- Có thai ra máu theo dõi rau tiền đạo.

- Đa ối, thiểu ối.

4. Kết luận.

Đẻ khó do nguyên nhân cơ giới do nhiều nguyên nhân gây ra có thể do mẹ, do thai, do phần phụ của thai. Có nhiều nguyên nhân phát hiện được sớm trong khám thai, quản lý thai nghén, một số nguyên nhân phát hiện trong khi chuyển dạ. Cần có thái độ xử trí sớm và kịp thời để tránh hậu quả xấu nhất là vỡ tử cung đe doạ tính mạng của mẹ lẫn con.

CƠ CHẾ ĐẺ NGÔI CHỎM KIỂU THẾ CHẨM CHẬU – TRÁI TRƯỚC

1. MỤC TIÊU

 1. Trình bày được định nghĩa ngôi, mốc ngôi chỏm, đường kính lọt của ngôi chỏm và các đường kính của khung chậu bình thường.

 2. Nêu được đủ ba giai đoạn đẻ ba cực: cực đâu, giữa và dưới (mông):

 Mỗi giai đoạn lại qua 4 thì: lọt, xuống, quay, số.

 3. Cơ chế đẻ đầu, vai, mông trong ngôi chỏm, chẩm chậu trái trước (CCTT).

 4. Biết cách chẩn đoán và theo dõi xử trí khi gặp ngồi chom kiều thế

CCTT.

2. NỘI DUNG

2.1. Định nghĩa

Ngôi thai là phần thai nhi trình diện trước eo trên của khung chậu người mẹ.

- Mốc trong ngôi chỏm là xương chẩm (thóp sau). Đường kính lọt của ngôi là hạ chẩm – thóp trước 9,5cm.

- Khung chậu mẹ là 01 hình ông gồm có 3 eo: eo trên, eo giữa và eo dưới.

- Eo trên có một đường kính quan trọng nhất là đường kính trước sau (nhô hậu vệ), bình thường nhô – hậu vệ > 10,5cm.

- Thai nhi đi qua khung chậu mẹ từ eo trên qua eo giữa tới eo dưới ra ngoài trong cuộc đẻ theo một cơ chế nhất định gọi là cơ chế đẻ.

- Đẻ ngôi chỏm phải qua 3 giai đoạn: đẻ đâu, đẻ thân và đẻ mông.

- Mỗi giai đoạn lại gôm có 4 thì: lọt, xuống, quay, sổ.

Ngôi chỏm kiểu thể CCTT là kiểu thể hay gặp nhất và thuận lợi nhất cho

một cuộc chuyển dạ đẻ.

- Kiểu thế CCTT gặp trong 65% của các cuộc đẻ ngôi chỏm, mà ngôi

lại chiếm 95% các cuộc đẻ tự nhiên.

- Ngôi chỏm, kiểu thế CCTT gặp ở các bà mẹ có khung chậu bình thường, thành bụng còn chắc (đẻ ít), bộ phận sinh dục không có dị dạng, còn thai nhi, ối, rau cũng bình thường.

- Đẻ ngôi chỏm kiểu thế CCTT cũng qua 3 giai đoạn: đẻ đầu, đẻ vai và đẻ mông và cũng gồm 4 thì: lọt, xuống, quay, sổ cho từng giai đoạn.

2.2. Đẻ đầu: gồm 4 thì.

+ Lọt:

Chuẩn bị lọt: cúi tốt, chồng khớp, tạo bướu thanh huyết.

Lọt chính thức: ngôi đi qua đường kính chéo trái của eo trên, chẩn đoán lọt ngôi bằng dấu hiệu Farabeuf. Có hai kiểu lọt: đối xứng (ít gặp) và không đối xứng hoặc trước hoặc sau, nhưng hay gặp lọt kiểu không đối xứng sau.

+ Xuống: Ngôi thai xuống.

Trong lòng tiểu khung từ eo trên đi qua eo giữa xuống eo dưới.

+ Quay: khi ngồi chạm vào hoành chậu sẽ quay 45° ngược chiều kim đồng hồ về kiểu thế chẩm vệ để chuẩn bị sổ.

+ Sổ: cùng với sức rặn của người mẹ, ngôi thai sẽ được sổ ra ngoài dưới tác dụng của cơn co tử cung. Có 2 cách sổ: sổ kiểu chẩm vệ hoặc chẩm cùng.

2.3. Đẻ vai:

Vì vai vuông góc với đầu do đó vai sẽ lọt theo đường kính chéo phải của eo trên, cũng gồm 4 thì.

+Lọt:

Chuẩn bị lọt: vai thu nhỏ lại từ 12cm đường kính lưỡng mỏm vai xuống còn 9cm.

Lọt chính thức: đường kính lưỡng mỏm vai đi qua đường kính chéo trái của eo trên.

+ Xuống: vai xuống trong lòng tiểu khung từ eo trên qua eo giữa đế xuống eo dưới.

+ Quay: vai quay 45° theo chiều kim đồng hồ để về đường kính trước sau của eo dưới chuẩn bị cho thì sổ.

+ Sổ: vai số ra ngoài âm hộ dưới tác dụng của cơn co tử cung và sức rặn người mẹ và trong một số trường hợp có sự giúp đỡ của người đỡ đẻ.

2.4. Đẻ mông:

Nói chung cũng qua 4 thì như đẻ đầu và đẻ vai, nhưng vì mông nhỏ nên sau khi số đầu và số vai thì mông sẽ tụt ra nhanh không rõ ràng các thì.

2.5. Chẩn đoán:

Ngôi chỏm hiểu thế CCTT nói chung không khó, nếu thăm khám lâm sàng kỹ và nếu cần thiết thì cho làm siêu âm.

- Xử trí phải luôn nhớ nguyên tắc tuân theo quy luật tự nhiên, càng can thiệp nhiều bao nhiêu càng làm tăng tai biến cho mẹ và cho con bấy nhiêu, đôi khi dẫn đến chấn thương thậm chí tử vong cho thai nhi và cho mẹ.

 CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

 1. Nêu các đường kính của khung chậu bình thường

 2 Nêu đường kính lọt ngôi CCTT

 3. Nếu cơ chế để đầu

 4. Nêu cơ chế đẻ vai

 5. Nêu cơ chế đẻ mông

TÍNH CHẤT THAI NHI ĐỦ THÁNG

1. MỤC TIÊU

 *- Trình bày được đặc điểm giải phẫu thai nhi đủ tháng*

 *- Trình bày được đặc điểm sinh lý thai nhi đủ tháng*

2. NỘI DUNG

2.1. Đặc điểm giải phẫu.

Thai nhi đủ tháng có cấu tạo giải phẫu gần giống người lớn. Thai nhi nằm trong buồng ối, lưng cong, đầu cúi, cằm sát vào ngực, hai tay bắt chéo trước ngực, hai cẳng chân gập vào đùi, hai đùi gập sát vào bụng. Thai nhi đủ tháng cân nặng trung bình là 3000g. Thai trai nặng hơn thai gái chừng 50g, dài 50cm. Riêng về sinh lý, khi thai còn nằm trong buồng tử cung, bộ máy tuần hoàn và hô hấp có những điểm khác với thai nhi đã ra ngoài.

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

2.1.1. Đầu

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

Đầu có hai phần: sọ và mặt

Mặt không có gì đặc biệt. So gồm 2 vùng: vùng đỉnh sọ và vùng đáy sọ. ***Vùng đáy sọ:***

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

***Vùng đỉnh sọ:***

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

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

- Giữa 2 xương đỉnh và xương chẩm có thóp sau nhỏ hơn, hình tam giác còn gọi là thóp nhỏ. Các thóp thường được ứng dụng trong sản khoa làm mốc để định vị phía trán và phía chẩm.

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

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

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

*- Đường kính trước sau:* có 5 đường kính trước sau liên quan đến các nào

gồm:

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

 + Hạ chẩm - trán: 11cm (ngôi chỏm đầu không cúi không ngửa, ngôi đầu lưng chừng).

 + Chẩm - cằm: 13cm (ngôi thóp trước)

 + Thượng chấm - căm: 13,5cm (ngồi trán)

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

- Đường kinh ngang: Có 2 đường kính ngang.

+Lưỡng đỉnh :9,5cm

+Lưỡng thái dương 28cm

Tóm lại có 3 đường kính cần phải nhớ là :

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

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

- Lưỡng đỉnh: 9,5cm ngôi đầu.

- Có 2 vòng đầu (chu vi)

 + Vòng to qua thượng chẩm và cằm: 38cm

 +Vòng nhỏ qua hạ chẩm và thóp trước 33cm

2.1.2 Cổ và thân.

- Cổ giúp cho đầu quay 180 độ, cúi ngửa, nghiêng dễ dàng. Cổ chịu đựng sức kéo quá 50kg.

- Thân có các đường kính:

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

 + Lưỡng ụ đùi: 9cm

 + Cùng chày: 11cm thu hẹp còn 9cm

2.2. Đặc điểm sinh lý.

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

2.2.1 Tuần hoàn.

Tim có 4 buồng, nhưng đặc biệt là hai tâm nhĩ thông với nhau bởi lỗ Botal. Động mạch phổi cũng thông giữa tâm thất phải và phổi nhưng vì phổi xẹp, chưa hoạt động nên máu cũng không lưu thông bao nhiêu. Động mạch chủ và động mạch phổi thông với nhau bởi ống động mạch nên đã dẫn máu từ thất phải sang động mạch chủ một phần.

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

Máu đỏ từ các gai rau mang các chất dinh dưỡng và oxy đi vào thai nhi bằng tĩnh mạch rốn. Khi tới tĩnh mạch chủ dưới máu đó sẽ pha trộn với máu đen từ nửa dưới cơ thể, để cùng đổ vào tĩnh mạch chủ. Đến tâm nhĩ phải, máu một phần xuống tâm thất phải để vào động mạch phổi, một phần qua lỗ Botal vào tâm nhĩ trái. Vì phối chưa làm việc nên phần máu từ động mạch phổi theo ống động mạch đến động mạch chủ. Động mạch chủ nhận máu từ tâm thất trái chảy ra, rồi đem đi nuôi khắp cơ thể, chỉ một phần máu trở về rau thai qua 2 động mạch rốn. Như vậy, hầu hết máu trong thai nhi là một thứ máu pha trộn, vừa đen, vừa đỏ. Sau khi thai nhi sổ ra ngoài được gọi là trẻ sơ sinh, khi cuống rốn được cắt thì rau đình chỉ chức phận của nó. Trẻ sơ sinh bắt đầu thở, phổi bắt đầu hoạt động, tiểu tuần hoàn bắt đầu làm việc, lỗ Botal đóng lại, ống động mạch tắc, các mạch máu rốn và ống Aarntius đều thôi làm việc. Trẻ sơ sinh bắt đầu sống với hệ tuần hoàn vĩnh viễn giống như người lớn.

2.2.2 Hô hấp

Thai nhi nằm trong tử cung sử dụng oxy trong máu người mẹ nhờ rau mang tới. Phổi chưa hoạt động nên xẹp, đặc, thả xuống nước thì chìm CO2 thải từ các tế bào của thai nhi được chuyển vào các gai rau rồi thải vào các hồ huyết để về máu người mẹ. Máu từ tĩnh mạch rốn thai nhi có O2 cho nên máu đỏ, trái lại máu ở động mạch rốn thì đen vì chứa CO2. Sự trao đổi O2 và CO2 qua gai rau là do sự chênh lệch nồng độ giữa máu mẹ và máu con quyết định, khi người mẹ bị ngạt thai nhi có thể nhường O2 cho người mẹ và thai nhi có thể chết trước. Nhưng thai nhi sử dụng ít O2 nên khả năng chịu đựng ngạt của thai nhi khá cao. Máu động mạch của thai nhi thường chỉ bão hoà khoảng 75% O2. Vì vậy trong trường hợp mẹ bị chết một cách đột ngột ( do tai nạn...) thì thai nhi có thể sống thêm một thời gian và người ta có thể đặt vấn đề phẫu thuật nhanh để cứu thai nhi sau khi mẹ chết trong vòng 15 phút.

Tuy vậy, nếu thai nhi bị thiếu O2 thì có những hậu quả:

- Đầu tiên là toan khí do ứ đọng CO2 sau đó bị toan chuyển hoá do thừa acid lactic

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

2.2.3. Tiêu hoá:

Khi còn trong bụng mẹ, thai nhi nhận những chất dinh dưỡng của mẹ từ bánh rau, thẩm thấu qua thành của các gai rau. Bộ máy tiêu hoá cũng có hoạt động chút ít, trong ống tiêu hoá có phân xu là chất dịch sáng đặc, trong có chứa chất nhầy của niêm mạc dạ dày ruột, mật của gan, nước ối do thai uống vào, một ít tế bào từ đường tiêu hoá.

2.2.4 Bài tiết:

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

Thận đã hoạt động, có nước tiểu trong bàng quang. Thai đái vào trong buồng ối. Ngay sau đẻ, thai có thể đái ngay, nếu vì lý do nào trong 1 quang co bóp. Một vài trường hợp bệnh lý về thận ứ nước cũng chứng tỏ là thận hoạt động trong khi thai nhi còn nằm trong tử cung của người mẹ.

CHẢY MÁU SAU ĐẺ

1. MỤC TIÊU

- Phân tích được các nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ.

- Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của chảy máu sau đẻ.

- Trình bày được hướng xử trí chảy máu sau đẻ theo các tuyến.

2. NỘI DUNG

2.1. Định nghĩa

Chảy máu sau đẻ (theo WHO) là chảy máu từ đường sinh dục, xảy ra ngay sau sổ thai, trong khi sổ rau và sau sổ rau 24h. Lượng máu mất > 500ml.

Ở Việt Nam: do tỉ lệ thai phụ thiếu máu rất nhiều, chiếm trên 50% nên các nhà sản khoa Việt Nam coi lượng máu > 300ml gọi là chảy máu sau sinh hay còn gọi là băng huyết sau sinh.

2.2. Nguyên nhân.

- Đờ tử cung.

- Sót rau sót màng, rau cài răng lược.

- Lộn tử cung.

- Chấn thương đường sinh dục.

- Các bệnh liên quan đến yếu tố đông máu.

 2.2.1. Nguyên nhân đờ tử cung: gặp trong một số trường hợp:

- Tử cung căng quá mức vì: chửa đa thai, đa ối.

- Chất lượng cơ tử cung xấu vì xơ hoá, đẻ nhiều lần, béo bệu, dị dạng tử cung, các u niêm mạc tử cung, phong huyết tử cung rau.

- Nhiễm khuẩn ối: do ối vỡ non, ối vỡ sớm.

- Trên sản phụ có thể trạng xấu như tăng huyết áp và thai nghén.

- Các cuộc đẻ khó phải can thiệp dùng thuốc mê hoặc thuốc giảm đau.

 2.2.2. Sót rau.

 2.2.2.1. Rau dính bất thường nguyên nhân do cấu trúc niêm mạc tử cung.

- Do viêm mãn tính do vi khuẩn.

- Teo niêm mạc bẩm sinh.

- Nạo buồng tử cung quá sâu hoặc có nhiễm khuẩn nhiễm khuẩn tử cung sau nạo gây thành sẹo niêm mạc tử cung.

- Những lần đẻ trước có bóc rau nhân tạo, kiểm soát tử cung hoặc nhiễm trùng tử cung sau đẻ.

- Các sẹo phẫu thuật tại tử cung: mổ lấy thai, bóc nhân xơ, phẫu thuật tạo hình tử cung...

Hậu quả là trong thời kỳ sổ rau sẽ:

- Bong không hoàn toàn: rau cài răng lược từng phần. Trường hợp này rất nguy hiểm vì chảy máu nhiều nguy hiểm đến tính mạng người mẹ, đặc biệt là cuộc đẻ diễn ra ở tuyến cơ sở không có điều kiện cấp cứu và phẫu thuật.

- Không bong: rau cài răng lược toàn phần. Trường hợp này ít chảy máu hơn rau cài răng lược bán phần nhưng thái độ xử trí rất phức tạp, đặc biệt là người con so.

- Bong hoàn toàn nhưng sót rau.

 2.2.2.2. Các bất thường do vị trí rau bám:

- Rau bám thấp vào đoạn dưới tử cung (RTĐ)

- Rau bám góc tử cung: dễ bị kẹt.

- Rau bám vách ngăn của tử cung đôi.

- Do bất thường vị trí bám nên rau bong không sinh lý, dễ sót rau, thường chảy máu nặng sau đẻ.

 2.2.2.3. Bất thường do hình thể bánh rau:

- Bánh rau quá rộng trong sinh đôi.

Bánh rau phụ. Trong những trường hợp này, rất dễ sót bánh rau phụ hoặc sót múi rau. Vì vậy sau sổ rau phải kiểm tra kỹ bánh rau để phát hiện nguyên nhân này.

 2.2.2.4. Sót rau nguyên nhân do rau bong sớm hoặc bong không sinh lý

- Ấn đáy tử cung.

- Kích thích tử cung trong giai đoạn nghỉ ngơi sinh lý.

- Kéo dây rốn trong một số thủ thuật như đỡ đẻ ngôi ngược, dây rau ngắn, dây rau cuốn cổ.

2.2.3. Lộn tử cung

Do tử cung nhão hoặc do can thiệp thô bạo vào quá trình bong rau làm cho đáy tử cung lõm xuống. trường hợp nặng có thể lộn ngược ra ngoài. Trong trường hợp này, bệnh nhân thường choáng nặng vừa do mất máu, vừa do nhiễm trùng và hoại tử.

2.2.4. Sang chấn đường sinh dục

- Rách tầng sinh môn, âm hộ âm đạo, đặc biệt là rách 2/3 trên âm đạo đôi khi bỏ sót do kiểm tra không phát hiện ra.

- Rách cổ tử cung

- Vỡ tử cung

Các sang chấn này thường xuất hiện sau các thủ thuật khó khăn như forceps, hủy thai, nội xoay thai, các cuộc đẻ khó, nên sau khi xử trí các tình huống này có chảy máu cần kiểm tra kỹ phát hiện các tổn thương và xử trí kịp thời.

2.2.5. Do rối loạn quá trình đông máu và cầm máu.

- Bệnh về máu nguyên phát hiếm gặp vì những bệnh nhân bị bệnh máu nặng hiếm khi sống đến khi sinh đẻ.

- Rối loạn đông máu thứ phát xuất hiện sau một mất máu cấp, đây là một trường hợp thường gặp trong sản khoa. Vì vậy, trong trường hợp chảy máu sau sinh cần phát hiện sớm và xử trí kịp thời, tránh biến chứng trên.

2.3. Triệu chứng

2.3.1. Cơ năng

Khát nước, môi khô, cảm giác mệt mỏi, thấy máu ra ấm nóng ở âm đạo.

2.3.2. Toàn thân

Tùy mức độ mất máu mà có dấu hiệu khác nhau. Nếu ở giai đoạn đầu, lượng máu mất ít hầu như chưa có dấu hiệu toàn thân. Giai đoạn muộn khi mất máu nhiều sẽ có các biểu hiện: mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, da xanh tái, vã mồ hôi, chân tay lạnh...

2.3.2. Thực thể.

- Chảy máu: máu đỏ tươi ra nhiều ở âm đạo chảy thành tia hoặc thành dòng, tuy nhiên có trường hợp máu chảy ra ngoài không nhiều, chỉ nhỏ giọt vì đọng trong buồng tử cung hoặc đọng trong âm đạo. Để đánh giá chính xác lượng máu mất cần phải cân, nhưng nhớ rằng số lượng máu nhìn thấy chỉ đại diện cho 50% lượng máu mất. Vì vậy, trong khi đánh giá lượng máu mất phải hết sức thận trọng, nên có hướng dự phòng sớm, chứ không ngồi đợi lượng máu chảy ra nhiều đủ tiêu chuẩn mới xử trí.

- Khám tử cung to mềm (đờ tử cung, sót rau), khi kích thích vào tử cung, máu trào ra. Đặc biệt những trường hợp máu chảy đọng trong tử cung, tử cung to bè trên rốn, sờ không rõ ranh giới tử cung, mặc dù không thấy máy chảy ra nhiều nhưng phải xử trí ngay. Có trường hợp máu chảy đọng ở đoạn dưới và âm đạo đẩy tử cung lên cao. Khám tử cung vẫn co hồi chắc nhưng rất cao, đôi khi làm cho thầy thuốc nhầm lẫn nếu không khám toàn diện và theo dõi sát.

- Khám phát hiện các tổn thương tại âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, tử cung. Chú ý các trường hợp máu chảy ra nhiều sau các thủ thuật như forceps, đại kéo thai…phải mở rộng âm đạo bằng van, khám kiểm tra cổ tử cung, cần thì kiểm soát tử cung phát hiện thương tổn tại tử cung như vỡ tử cung.

- Tính chất rau bong, rau sổ:

* Nếu rau chưa sổ: có thể nguyên nhân do rau cài răng lược, hoặc rau bám chặt, hoặc rau bị kẹt.
* Nếu rau đã sổ cần xác định kiểu sổ rau là Baudelocque hay Duncan.
* Kiểm tra kỹ bánh rau để phát hiện sót rau, đặc biệt là bánh rau phụ.

2.3.4. Cận lâm sàng:

Các xét nghiệm cần phải làm:

* Máu chảy máu đông
* Công thức máu
* Nhóm máu
* Các xét nghiệm khác

2.4. Chẩn đoán

2.4.1. Tại tuyến cơ sở

Ngay sau sổ thai hoặc trong 24h đầu sau sổ thai, thấy máu chảy ra nhiều hơn bình thường, cần khám xác định nguyên nhân và đánh giá mức độ mất máu. Tùy từng trường hợp cụ thể mà có thái độ xử trí cho phù hợp.

2.4.2. Tại tuyến chuyên khoa.

- Chẩn đoán xác định dựa vào các dấu hiệu mô tả.

- Để chẩn đoán mức độ mất máu chủ yếu dựa vào lâm sàng, trong đó có số lượng máu chảy và các triệu chứng toàn thân. Các xét nghiệm cận lâm sàng chỉ có giá trị giúp tiên lượng và xử trí chứ không có vai trò nhiều trong chẩn đoán xác định vì nó không mang tính tức thời và phản ánh không thật trung thực lượng máu mất. Ngoài ra, tùy thời điểm chảy máu mà người ta nghĩ đến các nguyên nhân khác nhau:

- Ngay sau sổ thai (thời kỳ nghỉ ngơi sinh lý) mà máu chảy nhiều, nghĩ đến rau bong non và rau bong sớm. Hay gặp ở một số trường hợp như màng ối dày, dây rau ngắn, ấn đáy tử cung, co kéo trong đại kéo thai hoặc các thủ thuật sản khoa.

- Thời kì rau bong rau sổ: rau cài răng lược không hoàn toàn, sót rau, sang chấn, đờ tử cung.

- Ngay sau sổ rau: sót rau, đờ tử cung, sang chấn không phát hiện ra.

- Trong 24h đầu nếu có chảy máu, hay gặp nhất là đờ tử cung thứ phát hoặc do tử cung bị bàng quang chèn ép lên, có thể do sót rau nhưng ít gặp hơn.

2.5. Xử trí

Chảy máu sau đẻ là một trong năm tai biến sản khoa, là nguyên nhân chính gây tử vong mẹ, nếu khoogn tử vong thì cũng để lại những di chứng nặng nề do thiếu máu. Đây là một cấp cứu sản khoa đòi hỏi phải nhanh chính xác và phải có sự phối hợp nhịp nhàng, đồng bộ của nhiều người. Vì vậy, trong khi cấp cứu phải tuân thủ các nguyên tắc sau:

2.5.1. Nguyên tắc

- Chẩn đoán sớm, xử trí tích cực tránh mất máu nhiều cho bệnh nhân.

- Xử trí theo nguyên nhân và mức độ chảy máu

- Phối hợp vừa cầm máu theo nguyên nhân, vừa hồi sức tích cực bằng nội khoa, điều trị phẫu thuật khi cần thiết.

2.5.2. Điều trị cụ thể

2.5.2.1. Xử trí tại tuyến xã

- Trường hợp chảy máu sau sinh xảy ra tại xã, phải bình tĩnh sơ cứu tùy theo điều kiện đang có tại cơ sở trên nguyên tắc giúp cầm máu hoặc hạn chế tối đa lượng máu chảy, vừa hồi sức, vừa chuyển tuyến đến bệnh viện gần nhất hoặc gọi cứu trợ tuyến trên nếu bệnh nhân không chuyển được.

 - Những việc tại xã có thể làm được:

* Chẹn động mạch chủ bụng
* Day đáy tử cung ngoài thành bụng kích thích tử cung co bóp
* Ép tử cung bằng 2 tay, một tay ngoài thành bụng, một tay trong âm đạo.
* Cho con bú
* Lập đường truyền tĩnh mạch truyền dung dịch glucose hoặc các dung dịch đẳng trương khác
* Tiêm oxytoxin
* Tiêm các thuốc cầm máu
* Kiểm soát tử cung
* Khâu một số sang chấn đường sinh dục thông thường.

2.5.2.2. Xử trí tại bệnh viện

- Thực hiện các thao tác cấp cứu như ở tuyến cơ sở. Ngoài ra, cần xác định nguyên nhân để xử trí.

- Nếu bánh rau vẫn còn trong buồng tử cung: bóc rau nhân tạo, kiểm soát tử cung.

- Trường hợp rau cài răng lược không bóc được phải cắt tử cung.

- Bánh rau đã sổ ra ngoài:

* Kiểm tra bánh rau thiếu: chỉ định kiểm soát tử cung
* Nếu bánh rau đủ:

Khám tử cung mềm cho thuốc co hồi tử cung: oxytoxin, ergotamine. Trường hợp vẫn không kết quả mà đã loại trừ nguyên nhân gây sang chấn, kết hợp ép tử cung bằng hai tay phối hợp giữa tay trong âm đạo và tay ngoài thành bụng, hướng dẫn cho con bú. Trong trường hợp là làm tất cả các phương pháp mà máu vẫn chảy, phải phẫu thuật, tùy trường hợp mà thắt động mạch tử cung, động mạch hạ vị hay cắt tử cung.

Tử cung chắc mà máu vẫn chảy kiểm tra phát hiện sang chấn. Nếu rách âm đạo, cổ tử cung khâu cầm máu. Nếu vỡ tử cung phải mổ.

- Trường hợp chảy máu do rối loạn đông máu.

* Nếu bệnh ưa chảy máu thì bệnh nhân thì bệnh nhân có tiền sử chảy máu kéo dài, thường bệnh nặng thì không sống được.
* Rối loạn đông máu thứ phát do chảy máu nhiều: kết hợp giữa giải quyết nguyên nhân và phải truyền máu tươi, transamin, thuốc co hồi tử cung nếu cần thiết.

**Câu hỏi lượng giá:**

1. Nguyên nhân chảy máu sau đẻ
2. Triệu chứng, hướng xử trí.

CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG CUỘC ĐẺ

1. Mục tiêu

- Nêu được những yếu tố có thể tiên lượng được ngay khi chuyển dạ.

- Kể được những yếu tố ảnh hưởng đến tiến triển cuộc chuyển dạ.

- Nêu được hướng xử trí cho từng loại yếu tố.

- Phát hiện được những yếu tố gây nguy cơ cao trong quá trình theo dõi và quản lý thai nghén.

2. Nội dung

Một cuộc đẻ sẽ kết thúc bằng hai cách: đẻ đường âm đạo hoặc mổ lấy thai.

Nếu kết thúc đẻ đường âm đạo có nghĩa là các yếu tố về người mẹ, về thai, về phần phụ thai bình thường hoặc một số trường hợp có sự tác động thêm của người thầy thuốc, ví dụ như trong trường hợp vỡ ối non, vỡ ối sớm, cơn co tử cung thưa yếu, người thầy thuốc cho đẻ chỉ huy bằng cách cho truyền oxytoxin,…

Đẻ đường âm đạo đa số kết thúc bằng một cuộc đẻ thường, một số trường hợp phải can thiệp bằng một số thủ thuật sản khoa như forceps, giác hút sản khoa, nội xoay thai,…

Nếu kết thúc bằng mổ lấy thai đường bụng có nghĩa là một hoặc nhiều yếu tố bất thường về phía mẹ, phái thai, về phần phụ thai, cũng có thể có một số trường hợp do tác động của người thầy thuốc nhưng không có kết quả trong đẻ chỉ huy, nghiệm pháp lọt ngôi chỏm, bấm ối trong rau tiền đạo,…

Trong chuyển dạ có những yếu tố có thể tiên lượng được ngay và quyết định thái độ xử trí khi có dấu hiệu chuyển dạ, thậm chí trong thời kì thai nghén, có những yếu tố phải theo dõi trong quá trình chuyển dạ mới tiên lượng được. Vì vậy tiên lượng cuộc đẻ có tầm quan trọng để quyết định thái độ xử trí.

Muốn tiên lượng cuộc đẻ chúng ta xét cả 3 yếu tố:

- Yếu tố người mẹ

- Yếu tố thai nhi

- Yếu tố phần phụ thai.

1. Yếu tố người mẹ

1.1. Yếu tố có thể tiên lượng được ngay khi chuyển dạ

- Mẹ có tiền sử mổ phụ khoa.

+ Bóc nhân xơ ở tử cung, phẫu thuật Strassman (là phẫu thuật cắt vách ngăn tử cung), phải mổ lấy thai ngay, tránh nứt sẹo cũ.

+ Phẫu thuật đường âm đạo: đóng rò bàng quang – âm đạo, rò trực tràng – âm đạo, phải mổ sớm để đảm bảo khỏi rò lại.

+ Trong phẫu thuật mổ sa dinh dục theo phương pháp Manchester làm âm đạo hẹp lại cũng phải mổ lấy thai sớm để đảm bảo kết quả mổ ra sinh dục.

- Mẹ có tiền sử mổ lấy thai:

+ Mổ đẻ 2 lần

+ Mổ đẻ dưới 24 tháng

+ Mổ khâu do vỡ tử cung

+ Mổ thân tử cung

+ Mổ đẻ vì khung chậu hẹp.

Tất cả các tiền sử mổ đẻ trên, nếu để cuộc chuyển dạ tiếp diễn sẽ đưa đến nứt sẹo.

- Bệnh lý toàn thân của ựe.

+ Suy tim không bù độ 2 độ 3 tiên lượng rất nặng phải mổ ngay để cứu mẹ.

+ Phong huyết tử cung rau thể nặng, dù con chết cũng phải mổ, rồi tuỳ theo thương tổn ở tử cung, tuỳ theo trình độ hồi sức ở cơ sở mà quyết định bảo tồn tử cung hay cắt tử cung bán phần.

- Mẹ có dấu hiệu doạ vỡ tử cung không đủ điều kiện lấy thai bằng forceps đường dưới cũng phải mổ ngay, nếu không mổ kịp thời dẫn tới vỡ tử cung đe doạ tính mạng của mẹ lẫn con.

- Mẹ có dấu hiệu vỡ tử cung càn phải mổ sớm vừa hồi sức vừa mổ lấy thai, sau đó tuỳ theo thương tổn ở tử cung có bị nhiễm khuẩn không? Số lần đẻ, tuổi của sản phụ mà quyết định khâu bảo tồn tử cung hay cắt tử cung bán phần.

- Mẹ bị ung thu cổ tử cung, nếu để cuộc chuyển dạ tiến triển, tổ chức ung thư sẽ lan tràn cần phải mổ ngay, sau mổ lấy thai tiếp đến cắt tử cung hoàn toàn, rồi tiếp đến là điều trị tia xạ.

- Mẹ có khung chậu hẹp toàn bộ tiên lượng không đẻ được phải mổ lấy thai.

- Mẹ có khối u tiền đạo cản trở sự lọt xuống của thai, phải mổ ngay, nếu không mổ sớm sẽ đưa đến hậu quả doạ vỡ tử cung, vỡ tử cung.

1.2. Yếu tố ảnh hưởng đến sự tiến triển của cuộc chuyển dạ

- Mẹ có tiền sử mổ phụ khoa.

+ Nếu mổ vì chửa ngoài cổ tử cung, mổ u nang buồng trứng thì sẹo mổ không ảnh hưởng đến cuộc chuyển dạ, nếu tất cả các yếu tố khác đều bình thường theo dõi cho đẻ đường âm đạo.

+ Nếu mổ vì khâu lỗ thủng tử cung do nạo thủng, cần quan tâm đến quãng thời gian từ mổ lần trươvs đến lần có thai này, nếu cuộc chuyển dạ tiến triển bình thường thì chờ cổ tử cung mở 4cm, bấm ối làm biện pháp thử thách tiến triển, theo dõi diễn biến tốt cho đẻ đường dưới bằng forceps, sau đó bắt buộc kiểm soát tử cung để đánh giá sự toàn vẹn của tử cung.

- Mẹ có tiền sử mổ ngoại khoa như mổ bóc tách van tim trong hẹp van hai lá, mổ viêm phúc mạc dính nhiều, vỡ xương chậu,… cần cân nhắc kỹ lưỡng nếu để kết hợp với yếu tố đẻ khó khác mới mổ lấy thai. Nếu diễn biến chuyển dạ tốt cho đẻ đường âm đạo.

- Bệnh lý của mẹ.

+ Mẹ bị bệnh tim chưa suy tim hoặc suy tim còn bù khi chuyển dạ nếu không có yếu tố đẻ khó khác điều trị nội khoa tích cực, về sản cần bấm ối sớm, khi đủ điều kiện lấy thai bằng forceps. Nếu kết hợp yếu tố đẻ khó khác mới mổ lấy thai.

+ Mẹ nhiễm độc thai nghén, tiền sản giật cần điều trị nội khoa tích cực, nếu chuyển dạ bấm ối sớm, đủ điều kiện lấy thai bằng forceps, kết hợp yếu tố đẻ khó khác mới mổ lấy thai.

+ Mẹ bị sản giật: điều trị nội khoa tích cực, bấm ối sớm, đủ điều kiện can thiệp forceps. Nếu cơn giật vẫn tiếp diễn phải mổ lấy thai vì tiên lwngj naẹng

+ Mẹ bị lao phổi, viêm gan siêu vi trùng cố gắng đẻ đường âm đạo, hạn chế mổ lấy thai.

+ Các hình thức nhẹ, trung bình của rau bong non cần bấm ối sớm theo dõi đẻ đường âm đạ, nếu có xu hướng chuyển thành thể nặng mới mổ lấy thai.

- Mẹ có khung chậu giới hạn, ngôi chỏm ước lượng thai trung bình, khi cổ tử cung mở 3-4 cm bấm ối làm nghiệm pháp lọt. Nếu có kết quả, cho đẻ đường âm đạo, nếu thất bại thì mổ lấy thai.

- Mẹ có khung chậu lệch, nếu ngôi chỏm thai trung bình mà chỏm hường theo đường kính chéo dài của eo trên thì cũng bấm ối làm nghiệm pháp lọt như trên.

- Mẹ có sẹo mổ lấy thai một lần, nếu thời gian lần mổ trước đến lần mổ này trên hai năm, sản phụ không đau vết mổ, ngôi chỏm thì khi chuyển dạ, cổ tử cung mở 3-4 cm bấm ối rồi theo dõi sát cuộc chuyển dạ khi đủ điều kiện lấy thai bằng forceps, sau sổ rau bắt buộc phải kiểm soát tử cung để đánh giá sự toàn vẹn của tử cung. Nếu thật bại mới mổ lấy thai.

- Cơn co tử cung mau, mạnh, nếu không phải do yếu tố cơ học cản trở thì cho thuốc giảm cơn co, nếu thất bại có dấu hiệu doạn vỡ tử cung phải mổ lấy thai.

- Cơn co tử cung thưa, yếu nếu vỡ ối sớm, hướng dẫn sản phụ vê đầu vú. Nếu ối vỡ trên 6 giờ phải cho kháng sinh toàn thân và cho đẻ hỗ trợ bằng cách cho truyền oxytoxin, nếu có kết quả cho đẻ đường âm đạo, nếu thất bại như cổ tử cung không tiến triển, suy thai,… phải mổ lấy thai.

- Cổ tử cung dày, mở chậm cho thuóc làm mềm cổ tử cung, tiến triển tốt cho đẻ đường âm đạo.

- Cổ tử cung to, phì đại trong sa sinh dục cần đẩy cổ tử cung vào âm đạo, đắp gạc ấm. Nếu tiến triển tốt để đẻ, nếu cổ tử cung vẫn không tiến triển kết hợp với một vài yếu tố đẻ khó khác thì phải mổ lấy thai.

- Yếu tố riêng biệt của mẹ như con so lớn tuổi, có tiền sử chữa vô sinh, con hiếm con quý, tiền sử sản khoa nặng nề theo dõi cuộc chuyển dạ nếu tiến triển tốt cho đẻ đường âm đạo, Quá trình theo dõi có chút khó khăn như cuộc chuyển dạ kéo dài, cổ tử cung tiến triển chậm,… thì cũng nên có chỉ định mổ lấy thai để đảm bảo an toàn cho con.

- Chảy máu sau đẻ.

Một cuộc đẻ được kết thúc 2 giờ sau sổ rau. Nếu trong thời gian này phát hiện sau khi kiểm soát tử cung thấy vỡ tử cung thì phải mổ ngay. Nếu chảy máu do đờ tử cung thì phải kiểm soát tử cung, lấy hết máu cục, tiêm thuốc tăng co bóp tử cung, xoa tử cung,… nếu không cầm được máu, tử cung vẫn nhẽo, phải mổ cắt tử cung bán phần. Nếu do sót rau thì kiểm soát tử cung lấy rau sót sau đó tiêm thuốc tăng co bóp tử cung.

Nếu do rau cài răng lược phải mổ cắt tử cung bán phần. Nếu do các bệnh về máu, rối loạn đông máu phải điều trị nội khoa tích cực bằng cách kết hợp với các thầy thuốc nội khoa.

2. Yếu tố thai nhi

2.1. Yếu tố tiên lượng được ngay khi chuyển dạ

- Ngôi trán (ngôi thóp trước là thể đặc biệt của nggoi trán hơi cúi), phải phát hiện sớm để mổ lấy thai kịp thời.

- Ngôi vai con so: phải mổ lấy thai ngay.

Nếu hai ngôi này để cuộc chuyển dạ tiến triển sẽ dẫn tới doạ vỡ tử cung và vỡ tử cung.

- Suy thai cấp trong rau bong non, rau tiền đạo, sa dây rau phải mổ cấp cứu để cứu con (trong sa dây rau lưu ý chỉ mổ khi tim thai còn đập nghĩa là dây rau còn đập).

2.2. Yếu tố ảnh hưởng đến sự tiến triển của cuộc chuyển dạ
- Ngôi chỏm:

+ Ngôi chỏm trong nghiệm pháp lọt thất bại phải mổ.

+ Ngôi chỏm: cổ tử cung mở hết trên một giờ, đầu không lọt phải mổ.

+ Ngôi mặt: tiên lượng cho ngôi mặt có nhiều khó khăn. Nếu ngôi mặt quay về cằm-vệ cho đẻ đường âm đạo.

Nếu ngôi mặt cằm sau, không quay về cằm vệ, hoặc thai to, con so, hoặc có tiền sử sản khoa nặng nề phải mổ lấy thai.

- Ngôi mông: có thể đẻ đường âm đạo nếu theo dõi cuộc chuyển dạ tiến triển tốt. Nếu ngôi mông con to hoặc kèm theo một vài yếu tố bất thường khác phải mổ lấy thai vì sợ mắc đầu hậu.

- Ngôi vai con rạ, thai nhỏ nếu đủ điều kiện nội xoay thai thì tiến hành nội xoay biến ngôi vai thành ngôi ngược để đẻ đường âm đạo.

Nếu không đủ điều kiện nội xoay thai hoặc con rạ nhưng có tiền sử sản khoa nặng nề nên mổ lấy thai tiên lượng tốt cho cả mẹ và con.

- Sinh đôi hai ngôi đầu tiên lượng nhiều khi cũng khó khăn. Nếu từng ngôi lọt thì cuộc đẻ dễ diễn ra bình thường nhưng nếu hai đầu chèn nhau làm cho không lọt được thì phải mổ lấy thai.

- Suy thai: nếu do rối loạn cơn co tử cung thì cho thuốc điều chỉnh cơn co, hồi sức thai bằng glucose 20% và oxy, nếu đủ điều kiện lấy thai bằng forceps, nếu hồi sức không kết quả và không đủ điều kiện forceps thì phải mổ lấy thai.

- Thai già tháng (trên 42 tuần) theo dõi siêu âm nước ối ít, tiên lượng con thường không tốt, theo dõi monitoring, nếu nhịp tim thai tốt cho đẻ chỉ huy, nếu thất bại mới mổ.

- Thai non tháng (dưới 36 tuần) đẻ dễ dàng nhưng tiên lượng con xấu, nhất là thai quá non yếu.

- Thai suy dinh dưỡng, tiên lượng con xấu. Cần có chế độ chăm sóc và nuôi dưỡng tốt mới có hy vọng cứu được con.

3. Yếu tố phần phụ thai

3.1. Yếu tố tiên lượng được ngay khi chuyển dạ

- Rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn tiên lượng rất xấu cho cả mẹ lẫn con, nếu thai chết cũng phải mổ để cứu mẹ. Nếu phát hiện được sớm mổ trước khi chuyển dạ sec tiên lượng tốt cho mẹ lẫn con.

- Sa dây rau:

+ Trong bọc ối dù bất cứ ngôi gì cũng phải mổ để cứu con.

+ Sa dây rau khi ối vỡ, sa nhiều không đẩy lên được phải mổ ngay để cứu con, tiên lượng xấu cho con (lưu ý phải mổ khi dây rau còn đập).

3.2. Yếu tố ảnh hưởng đến sự tiến triển của chuyển dạ

Rau tiền đại bán trung tâm, rau bám mép, bám bên khi chuyển dạ sờ thấy ối, bấm ối rồi xé dọc theo bờ bánh rau, nếu máu cầm chảy, tim thai tốt, cuộc chuyển dạ tiến triển bình thường sẽ kết thúc cuộc đẻ đường âm đạo. Nếu chảy máu nhiều, suy thai phải mổ lấy thai.

- Ối vỡ: nếu sa dây rau ít, đẩy lên được, tim thai tốt, theo dõi đẻ đường âm đạo, có dấu hiệu suy thai mới mổ lấy thai.

- Ối vỡ non, ối vỡ sớm, cơn co thưa yếu, nếu là ngôi chỏm khung chậu bình thường thì cho đẻ chỉ huy, tiến triển tốt sec kết thúc cuộc đẻ đường âm đạo. Nếu duy thai phải mổ.

- Đa ối: phải tia ối tránh ngôi trở thành ngôi vai, tránh sa chi, sa dây rau, nếu tiến triển tốt kết thúc cuộc đẻ bằng đường âm đạo, một điều lưu ý đề phòng là đờ tử cung sau đẻ.

4. Phát hiện những yếu tố gây nguy cơ cao trong thời kỳ có thai ở ba tháng cuối

Trong đăng ký và quản lý thai nghén chúng ta phải phát hiện được những yếu tố gây nguy cơ cao để hạn chế tai biến sản khoa, đồng thời giải thích cho thai phụ có ý thức được rằng họ phải đế cơ sơe có phẫu thuật để quản lý thai và để đẻ tại đó.

Cần quản lý tốt các trường hợp sau:

- Tiền sử mổ phụ khoa (bóc nhân xơ tử cung, mổ khâu thủng tử cung, mổ sa sinh dục, mổ rò bàng quang-âm đạo, mổ rò trực tràng-âm đạo,…)

- Tiền sử đẻ khó: can thiệp forceps, mổ lấy thai một lần, hai lần,…

- Tiền sử sẩy nhiều lần.

- Tiền sử con chết ngay sau đẻ.

- Tiền sử chảy máu sau đẻ.

- Tiền sử tim mạch.

- Bệnh về máu, rối loạn đông máu.

- Nhiễm độc thai nghén, tiền sử sản giật.

- Viêm gan, viêm thận, lao phổi, hen phế quản,…

- Thai phụ có chiều cao dưới 1m45.

- Thai phụ có khung chậu hẹp, lệch.

- Thai phụ là con so từ 35 tuổi trở lên.

- Thai phụ là con rạ từ 40 tuổi trở lên, lần thứ 2 cách lần thứ nhât 8 năm.

- Thai phụ chữa vô sinh.

- Thai phụ đẻ trên 4 lần.

4.1. Thai

- Ngôi thai bất thường: ngôi ngược, ngôi ngang, ngôi trán.

- Song thai, đa thai.

- Thai già tháng.

- Thai kém phát triển.

4.2. Phần phụ

- Đa ối.

- Có thai ra máu, theo dõi rau tiền đạo.

5. Kết luận

Một cuộc đẻ thường là cuộc đẻ mà vêd phía người mẹ không có tiền sử mổ phụ khoa liên quan đến yếu tố tiên lượng cuộc đẻ, tiền sử sản khoa bình thường, tuổi đẻ tốt nhất từ 23-30 tuổi, không có bệnh lý toàn thân, không có bất thường về khung chậu, cơn co tử cung diễn biến tốt trong chuyển dạ, cổ tử cung xoá mở dễ dàng, sau đẻ không có chảy máu.

Về phía thai: ngôi chỏm, trọng lượng thai trung bình, độ lọt tiến triển tốt, tim thai tốt.

Về phía phần phụ của thai: rau bám ở vị trí bình thường, không đa ối, không vỡ ối non, không vỡ ối sớm.

Nếu có một hoặc vài yếu tố bất thường về phía mẹ, phía thai và phần phụ của thai như đã trình bày thì tiên lượng cuộc đẻ sẽ phụ thuộc vào từng yếu tố.

Vấn đề trong đăng ký quản lý để phát hiện nguy cơ cao hết sức quan trọng, đóng góp nhiều trong việc hạn chế tai biến sản khoa.

CHỬA NGOÀI TỬ CUNG

1. Mục tiêu

- Trình bày định nghĩa, nguyên nhân, phân loại chửa ngoài tử cung.

- Trình bày triệu chứng, chẩn đoán và hướng xử trí các thể của chửa ngoài tử cung.

2. Nội dung

2.1. Định nghĩa

Chửa ngoài tử cung là trường hợp trứng làm tổ và phát triển ở ngoài buồng tử cung.

2.2. Nguyên nhân

- Viêm vòi trứng.

- Hẹp vòi trứng sau tạo hình vòi trứng.

- Khối u trong lòng vòi trứng hoặc ở ngoài vòi trứng đè ép làm hẹp lòng vòi trứng.

- Do vòi trứng bị co thắt và có những nhu động bất thường.

2.3 Phân loại

2.3.1 Phân loại theo vị trí

- Ở vòi trứng: (Hình ảnh)

+ Ở loa vòi hay gặp.

+ Chửa ở bóng vòi.

+ Chửa ở đoạn eo vòi trứng.

+ Chửa ở đoạn kẽ vòi trứng.

+ Chửa ở buồng trứng.

+ Chửa ở cổ tử cung.

+ Chửa ở trong ổ bụng.

2.3.2. Phân loại theo lâm sàng

- Chửa ngoài tử cung chưa vỡ.

- Chửa ngoài tử cung vỡ (thể lụt máu trong ổ bụng).

- Chữa ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang.

2.4 Triệu chứng

2.4.1 Chửa ngoài tử cung chưa vỡ

- Cơ năng

+ Tắt kinh có khi chỉ chậm kinh vài ngày hoặc có rối loạn kinh nguyệt.

+ Vú căng, buồn nôn, lợm giọng.

+ Ra huyết: ra ít, màu nâu đen hoặc màu sô-cô-la có khi lẫn màng, khối lượng và màu sắc không giống hành kinh.

+ Đau bụng: đau bụng vùng hạ vị, đau âm ỉ, có khi đau thành cơn, mỗi cơn đau lại ra ít huyết.

+ Ngất: đau quá làm bệnh nhân choáng váng, muốn ngất hoặc ngất đi.

- Thực thể: thăm âm đạo kết hợp sờ nắn trên thành bụng thấy:

+ Âm đạo có máu.

+ Cổ tử cung có thể sờ thấy một khối mềm, ranh giới không rõ ấn đau.

+ Thăm túi cùng sau: nếu có rỉ máu vào túi cùng Douglas thì khi đụng vào túi cùng sau bệnh nhân sẽ rất đau.

- Xét nghiệm thăm dò

+ Định lượng thì hCG thường thấp hơn trong chửa trứng.

+ 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, kích thước thường nhỏ, trong trường hợp rỉ máu thì siêu âm có thể thấy dịch ở vùng đồ Douglas. Một số ít trường hợp có thể nhìn thấy âm vang thai và hoạt động của tim thai nằm ngoài buồng tử cung.

+ Soi ổ bụng: trong trường hợp nghi ngờ thì soi ổ bụng sẽ nhìn thấy một bên vòi trứng căng phồng và tím đen đó là khối chửa.

- Chẩn đoán phân biệt

+ Sảy thai: tử cung to mềm tương xứng với tuổi thai, máu ra đỏ tươi có thể ra nhiều, cạnh tử cung không có khối bất thường, nếu cần nạo buồng tử cung sẽ thấy rau thai trong buồng tử.

+ Viêm phần phụ: không có triệu chứng tắt kinh hay nghén, có triệu chứng viêm nhiễm rõ, thường viêm ở cả hai bên phần phụ và phản ứng sinh vật âm tính. Khi cho kháng sinh các triệu chứng giảm rõ.

+ Viêm ruột thừa: có triệu chứng nhiễm khuẩn rõ như sốt, mạch nhanh lưỡi bẩn bạch cầu đa nhân tăng. Không có triệu chứng tắt kinh hay nghén, đau hố chậu phải, phản ứng sinh vật âm tính.

+ Khối u buồng trứng: không đau bụng, không tát kinh hay nghén, phản ưng sinh vật âm tính và siêu âm cho chẩn đoán xác định.

+ Cơn đau sỏi niệu quản: đái buốt, đái khó, đôi khi đái ra máu. Chẩn đoán bằng dựa vào siêu âm hoặc chụp hệ tiết niệu có chuẩn bị (chụp UIV)

2.4.2 Chửa ngoài tử cung vỡ

Là tai biến của chửa ngoài tử cung, nó diễn ra đột ngột và rầm rộ.

- Triệu chứng toàn thân: Shock nếu có ngập máu ổ bụng: da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, chân tay lạnh, khát nước, thở nhanh và nông. Bệnh nhân hốt hoảng hoặc lịm đi, mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ.

- Cơ năng

+ Chậm kinh hay tắt kinh.

+ Ra huyết đen dai dẳng.

+ Có những cơn đau hạ vị đột ngột dữ dội làm bệnh nhân choáng váng hoặc ngất đi.

- Thực thể

+ Bụng hơi chướng, có phản ứng phúc mạc, đặc biệt là dưới rốn. Đôi khi có cảm ứng phúc mạc, đụng vào chỗ nào cũng đau, gõ đục vùng thấp.

+ Thăm âm đạo: có huyết đen ra theo tay, túi cùng sau căng va đau. Di động tử cung rất đau, có cảm giác tử cung bồng bềnh trong nước.

- Siêu âm: không thấy hình ảnh túi ối trong buồng tử cung. Túi cùng Douglas có dịch.

- Chọc dò Douglas: có máu đen loãng không đông.

2.4.3 Khối máu tụ khu trú

- Vòi trứng bị rạn nứt dần, bọc thai bị sảy, máu chảy ít một rồi đọng lại một nơi nào đó trong hố chậu sau đó được ruột và mạc nối lớn xung quanh bao bọc lại khu trú thành một khối máu tụ.

- Có chậm kinh, sau ra máu đen dai dẳng, ít một.

- Đau hạ vị có lần trội lên rồi giảm đi.

- Có thể có triệu chứng chèn ép như táo bón, đái khó.

- Da xanh, ánh vàng do thiếu máu và tan máu. Toàn thân mệt mỏi, gày sút, sốt nhẹ.

- Thăm âm đạo có khối chiếm cả vùng hố chậu, không thấy ranh giới rõ ràng, ấn đau tức.

- Phản ứng sinh vật có thể âm tính vì thai đã chết.

- Siêu âm thấy một vùng âm vang dày đặc.

- Chọc dò Douglas: có máu cục.

2.4.4. Chửa trong ổ bụng

- Thai làm tổ ở một khoang trong ổ bụng, rau thai lan rộng bám vào ruột, mạc treo, các mạch máu lớn.

- Đau bụng âm ỉ, có thể dữ dội thành cơn.

- Có triệu chứng bán tắc ruột: buồn nôn, nôn, bí trung đại tiện.

- Thăm âm đạo: bên cạnh khối thai thấy tử cung nhỏ hơn, nằm tách biệt với khối thai.

- Siêu âm: tử cung thể tích bình thường, không có âm vang thai trong buồng tử cung, có hình ảnh túi ố, âm vang thai, hoạt động tim thai tách biệt với tử cung.

- Soi ổ bụng: thấy khối thai nằm ngoài tử cung, tử cung và hai phần phụ bình thường.

2.5. Xử trí

2.5.1. Chửa ngoài tử cung chưa vỡ

- Mổ nội soi: bảo tồn vòi trứng hoặc cắt vòi trứng khi đủ con.

- Mở bụng: cắt hoặc bảo tồn vòi trứng cho những bệnh nhân trẻ chưa có con.

2.5.2. Chửa ngoài tử cung có thể ngập máu trong ổ bụng

- Mổ ngay không trì hoãn, vừa hồi sức vừa mổ.

- Cho tay vào tìm ngay chỗ chảy máu để cầm máu.

- Cắt bỏ đoạn vòi trứng có khối chửa.

2.5.3. Chửa ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang

- Chuẩn bị tốt trước mổ.

- Lấy hết máu tụ ở trong.

- Lau sạch, khâu kín túi tránh để lại khoang rỗng.

- Có thể chèn Spongene ở chỗ chảy máu.

2.5.4. Chửa trong ổ bụng

- Nếu thai dưới 32 tuần: mổ ngay.

- Thai trên 32 tuần: có thể chờ đến khi thai đủ tháng sẽ mổ lấy thai. Cặp cuống rốn sát với bánh rau, không được cố bóc bánh rau. Nếu chảy máu nhiều có thể chèn gạc chặt rồi rút gạc vào những ngày sau mổ.

**Câu hỏi lượng giá**

1. Các thể lâm sàng chửa ngoài tử cung

2. Chẩn đoán phân biệt chửa ngoài tử cung với:...

3. Xử trí chửa ngoài tử cung

RAU BONG NON

1. Mục tiêu

- Trình bày định nghĩa và các nguyên nhân của rau bong non.

- Trình bày được triệu chứng 4 thể của rau bong non.

- Thái độ xử trí của rau bong non.

2. Nội dung

2.1. Định nghĩa

Rau bong non là rau bám đúng vị trí bình thường nhưng đã bong một phần hoặc toàn bộ trước khi thai sổ ra ngoài.

2.2. Nguyên nhân

Rau bong non thường do những nguyên nhân sau:

- Do chấn thương.

- Do nhiễm độc thai nghén.

- Thiếu sinh sợi huyết bẩm sinh.

- Hút thuốc lá khoảng 10 điếu một ngày.

- Nghiện cocain, ma túy.

- Suy dinh dưỡng: thiếu axit folic, vitamin A, canxi hay thiếu máu.

2.3. Giải phẫu bệnh

2.3.1. Đại thể (Hình ảnh)

- Bánh rau: Cục máu sau ấn lõm vào bánh rau, trên bề mặt xuất hiện ổ nhồi máu hoặc ổ chảy máu.

- Tử cung: Ổ nhồi máu hoặc tử cung bầm tím, lan sang dây chằng rộng.

- Buồng trứng hay các nơi khác: Chảy máu tại buồng trứng, chảy máu ở thận hay ở ruột.

2.3.2. Vi thể

- Hoại tử khư trú, nốt nhồi máu đỏ.

- Viêm mao động mạch thoái hóa.

- Huyết khối ở những tĩnh mạch nhỏ hơn ở vùng sâu bánh rau.

- Rau bong non thể nặng: các sợi cơ tử cung ngập trong máu và thanh huyết.

- Máu tách vào giữa hai dây chằng rộng và tiểu khung.

2.4. Lâm sàng và cận lâm sàng

2.4.1. Rau bong non thể ẩn

Các triệu chứng lâm sàng không rõ ràng, thường là không có triệu chứng và khó chẩn đoán vì vậy thường chẩn đoán hồi cứu sau khi rau bong thấy một khối máu tụ sau rau.

2.4.2. Rau bong non thể nhẹ

- Nhiễm độc thai nghén nhẹ.

- Cường độ cơn co tử cung bình thường, trương lực hơi tăng nhưng khó nhận thấy.

- Cuộc đẻ tiến triển bình thường, sau đẻ kiểm tra bánh rau thấy máu cục sau rau lõm vào bánh rau.

- Siêu âm chẩn đoán: thấy hình ảnh tụ máu sau rau.

- Làm sinh sợi huyết thấy sinh sợi huyết giảm nhẹ.

2.4.3. Rau bong non thể trung bình

- Nhiễm độc thai nghén thể trung bình.

- Đột nhiên thấy đau bụng thấy ngày càng tăng và kéo dài.

- Âm đạo ra máu không đông.

- Toàn thân có dấu hiệu mất máu: choáng, huyết áp giảm hay bình thường, mạch nhanh.

- Tử cung co cứng, tử cung cao dần lên vì vậy khó nắn thấy các phần của thai nhi.

- Tim thai có thể bị suy thai hoặc mất tim thai.

- Cổ tử cung cứng, ối phồng căng, nếu có vỡ ối nước ối hồng lẫn máu.

- Cận lâm sàng: siêu âm thầy hình ảnh máu cục sau rau, thấy dấu hiệu thai suy qua nhịp tim thai. Kiểm tra sinh sợi huyết thấy giảm.

2.4.4. Rau bong non thể nặng

- Có dấu hiệu nhiễm độc thai nghén thể nặng: huyết áp tăng cao, protein niệu nhiều, phù toàn thân.

- Toàn thân có dấu hiệu choáng mất máu.

- Âm đạo có máu không đông.

- Sản phụ đau cụng nhiều, tử cung căng cứng như gỗ.

- Thai nhi có dấu hiệu suy thai nặng, thường là mất tim thai.

- Xét nghiệm: thấy cục máu sau rau và tim thai (-), sinh sợi huyết giảm mạnh, Hematocrit giảm, Hb giảm.

2.5. Tiến triển và biến chứng

- Tiến triền: bệnh xảy ra đột ngột, tiến triển nhanh sang thể nặng, khó tiên lượng.

- Biến chứng:

+ Choáng do mất máu.

+ Rối loạn đông máu.

+ Thiếu máu ở các tạng: hai thận, thùy trước tuyến yên.

2.6. Chẩn đoán phân biệt

- Rau tiền đạo.

- Vỡ tử cung.

2.7. Xử trí

- Rau bong non thể nhẹ và thể ẩn: theo dõi đẻ đường dưới.

- Thể trung bình và thể nặng:

+ Sản khoa: mổ lấy thai, không bấm ối. Nếu đủ điều kiện đẻ đường dưới có thể bằng Foxep.

+ Nội khoa: hồi sức chống choáng, bồi phụ chất thay thế máu và truyền máu.

VỠ TỬ CUNG

1. Mục tiêu

- Trình bày được dịch tễ học của vỡ tử cung, nguyên nhân của vỡ tử cung, cách phòng bệnh.

- Trình bày triệu chứng, chẩn đoán và hướng xử trí của dọa vỡ tử cung.

- Trình bày triệu chứng chẩn đoán, hướng xử trí của vỡ tử cung trong ba tháng cuối thời kỳ thai nghén và trong chuyển dạ.

2. Nội dung

2.1. Đại cương

- Vỡ tử cung là một trong năm tai biến sản khoa đe dọa đến tính mạng cả mẹ lẫn thai nhi. Thông thường khi tử cung đã vỡ, thai nhi sẽ chết và nếu mẹ không được xử trí kịp thời thai phụ có khi cũng bị tử vong.

- Trước khi tử cung vỡ có một giai đoạn dọa vỡ tử cung, cần phát hiện sớm nguy cơ vỡ tử cung để can thiệp kịp thời.

- Vỡ tử cung thường xảy ra trong chuyển dạ nhưng cũng có thể xảy ra trong thời kỳ mang thai. Theo Hội Sản Khoa Việt Nam, năm 2000, vỡ tử cung chiếm 2,08% tổng số năm tai biến sản khoa, nhưng năm 2001 đã tăng lên 2,45%. Như vậy vỡ tử cung đang là một vấn đề cần phải quan tâm nhiều hơn nữa để hạ thấp tỷ lệ tai biến này.

- Vỡ tử cung hoàn toàn là tử cung bị vỡ, tử cung bị xé rách từ niêm mạc qua lớp cơ và cả phúc mạc làm buồng tử cung thông với ổ bụng.

- Vỡ tử cung không hoàn toàn (vỡ ử cung dưới phúc mạc): tổn thương từ niêm mạc đến rách cơ tử cung nhưng phúc mạc còn nguyên, thường gặp vỡ ở đoạn dưới.

- Vỡ tử cung phức tạp là tổn thương đến cả bàng quang hoặc đường tiêu hóa.

2.2. Nguyên nhân

2.2.1. Nguyên nhân do mẹ

- Do khung chậu: khung chậu méo, khung chậy hẹp, khung chậu bất thường.

- Tình trạng tử cung: tử cung dị dạng, tử cung kém phát triển, tử cung đôi.

- Sẹo ở tử cung: những sẹo ở tử cung do phẫu thuật về phụ khoa như bóc tách nhân xơ, khâu lỗ thủng ở tử cung, sửa chữa những dị dạng hoặc bất thường của tử cung hoặc nguyên nhân do sản khoa như mổ lấy thai cũ hoặc là những tổn thương vào lớp cơ tử cung khi bóc rau nhân tạo hay nạo phá thai gây nên.

- Cơn co tử cung quá mạnh.

- Các khối u tiền đạo của người mẹ như u nang buồng trứng, u xơ tử cung, các khối u tử cung hoặc âm đạo ngăn cản không cho thai xuống.

- Đẻ nhiều lần hoặc suy dinh dưỡng làm chất lượng cơ tử cung kém.

2.2.2. Nguyên nhân do thai

- Thai to từng phần hay toàn phần.

- Thai dị dạng dính nhau hoặc não úng thủy.

- Do các ngôi bất thường hoặc kiểu thế bất thường hay đầu cúi không tốt.

2.2.3. Nguyên nhân do thầy thuốc

- Những tổn thương do cuộc đẻ hoặc can thiệp thủ thuật đường dưới làm rách cổ tử cung kéo lên đoạn dưới.

- Làm các thủ thuật không đúng chỉ định và không đúng kỹ thuật: foxe, giác hút hoặc xoay thai.

- Làm các thủ thuật thô bạo: kiểm soát tử cung, nội xoay thai.

- Dùng thuốc tăng co tử cung không đúng chỉ định.

2.3. Hình thái lâm sàng

2.3.1. Vỡ tử cung trong thời kỳ có thai

- Vỡ tử cung trong khi có thai thường gặp ở những người có sẹo mổ cũ ở tử cung, đặc biệt đó là sẹo mổ cũ ở thân tử cung hoặc boc tách nhân xơ to, tạo hình tử cung như phẫu thuật Strassman. Tuy nhiên cũng gặp ở những người tử cung bé kém phát triển.

- Không có triệu chứng dọa vỡ tử cung hoặc vỡ tử cung điển hình.

- Đau bụng tự nhiên, đau nhiều ở vùng tử cung, đôi khi bệnh nhân thấy đau khu trú nhiều hơn ở vị trí tử cung bị can thiệp (ví dụ bóc nhân xơ hay là đau đoạn dưới ở người mổ lấy thai cũ) đau trrội lên rồi sau đó lan ta toàn ổ bụng.

- Xuất hiện dấu hiệu choáng do đau và mất máu.

- Khám lâm sàng không thấy tử cung.

- Bụng gõ đục.

- Thai nằm dưới thành bụng.

- Nghe tim thai không thấy.

- Thăm âm đạo không thấy ngôi thai, có máu đỏ tươi theo tay.

- Siêu âm thấy bụng đầy dịch, thai bị đẩy ra khỏi buồng tử cung.

- Xử trí: mổ cấp cứu.

2.3.2. Vỡ tử cung trong chuyển dạ

Trước khi vỡ tử cung bao giờ cũng có giai đoạn dọa vỡ, phải phát hiện và xử trí kịp thời để bảp vệ cả mẹ lẫn con.

2.4. Dọa vỡ tử cung

2.4.1. Triệu chứng

- Cơ năng: sản phụ dau quăng quại, cơn đau kéo dài và tăng cường độ làm cho sản phụ kêu la.

- Đoạn dưới bị kéo dài có khi lên đến rốn.

- Nếu muộn hơn tử cung bị thắt lại ở đoạn dưới chia thành hai phần giống như hình quả bầu nậm, vòng thắt lại được gọi là vòng Bandl.

- Thành đoạn dưới rất mỏng, ấn rất đau.

- Hai dây chằng tròn sờ rõ và căng gọi là dây chằng tròn căng như dây đàn, dấu hiệu này kết hợp với vòng Bandl gọi là dấu hiệu Bandl – Frommel. Nếu không được xử trí tử cung sẽ vỡ ngay.

- Đoạn dưới bị căng mỏng nên ngôi thai làm dưới phồng lên.

- Cơn co tử cung kéo dài và cường độ mạnh, khoảng cách giữa các cơn co ngắn lại.

- Thai có thể có dấu hiệu suy thai do thiếu oxy.

- Thăm âm đạo có thể thấy nguyên nhân gây đẻ khó.

2.4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng.

- Chẩn đoán phân biệt

+ Bàng quang căng nước tiểu.

+ Vai của thai nhi.

+ Đầu chờm lên khớp vệ.

+ Nhân xơ hay u nang ở đoạn dưới.

2.4.3. Xử trí

- Thuốc giảm co mạnh.

- Nếu đủ điều kiện tiến hành đặt Foxep lấy thai ra, sau thủ thuật phải tiến hành kiểm soát tử cung và kiểm tra cổ tử cung xem có vỡ tử cung dưới phúc mạc không.

- Nếu không đủ điều kiện đặt Foxep phải tiến hành mổ lấy thai.

2.5. Vỡ tử cung trong chuyển dạ

2.5.1. Triệu chứng

- Có giai đoạn dọa vỡ tử cung nhưng không được phát hiện và xử trí kịp thời.

- Các dấu hiệu dọa vỡ tử cung rõ.

- Sản phụ kêu la dữ dội, lăn lộn, vã mồ hôi vì đau đớn.

- Đoạn dưới kéo dài và căng mỏng có chỗ ấn rất đau đó là điểm sắp vỡ.

- Bệnh nhân thấy đau trội lên rồi đột ngột hết đau đồng thời cũng không thấy cơn co tử cung nữa.

- Xuất hiện các dấu hiệu choáng.

- Âm đạo ra máu đỏ tươi.

- Tử cung không còn hình ảnh quả bầu nậm nữa, không còn dấu hiệu Bandl-Fommel.

- Nếu thai nhi đã bị đẩy vào trong ổ bụng: thấy các phần của thai nhi nằm ngay dưới thành bụng Tử cung là một khối nằm bên cạnh thai nhi. Có cảm ứng phúc mạc toàn ổ bụng.

- Nếu thai nhi còn nằm trong tử cung, vẫn còn nhìn thấy hình dáng tử cung nhưng không sờ thấy phần thai nhi dưới thành bụng, sờ vào đoạn dưới thấy có một điểm đau chói đó là nơi tử cung bị vỡ.

- Nghe không thấy tiếng tim thai.

- Thăm âm đạo không thấy ngôi thai hoặc ngôi thai cao, có máu đỏ tươi theo tay.

- Thông tiểu nếu thấy ra máu đỏ và nhiều là có tổn thương đến bàng quang.

2.5.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, khong cần xét nghiệm đặc hiệu vì bệnh cảnh lâm sàng đã rõ, chỉ cần làm các xét nghiệm cần thiết cho cuộc mổ.

- Chẩn đoán phân biệt với rau tiền đạo và rau bong non.

- Chẩn đoán vỡ tử cung trong chuyển dạ ở những người có sẹo mổ cũ ở tử cung.

+ Không có triệu chứng dọa vỡ.

+ Tự nhiên đau nhói rồi tử cung bị vỡ luôn, sản phụ có dấu hiệu choáng.

+ Ra huyết đỏ âm đạo và choáng.

+ Kiểm soát tử cung thấy vỡ tử cung dưới phúc mạc hoặc vỡ tử cung hoàn toàn.

2.5.3. Điều trị

- Phải mổ cấp cứu, nếu trên lâm sàng không xác định rõ có thể mổ thăm dò, chống bỏ sót trường hợp vỡ tử cung dưới phúc mạc.

- Hồi sức, chống choáng bằng giảm đau, truyền dịch, truyền máu tươi để bù khối lượng tuần hoàn và bồi phụ điện giải nâng huyết áp tối đa của bệnh nhân lên 90 hoặc 100 mmHg mới được mổ.

- Xử trí thương tổn ở tử cung phụ thuộc vào nhu cầu sinh con, mức độ tổn thương tại tử cung, điều kiện tại chỗ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

+ Bảo tồn tử cung: nếu thai phụ còn nhu cầu có con nữa, tổn thương sạch, vết thương nhỏ, thời gian vỡ tử cung chưa lâu, có thể cắt lọc và xén gọn vết rách ở tử cung rồi khâu lại.

+ Cắt tử cung: người đã đủ con, vết thương rộng, nham nhở, thoìư gian vỡ đã lâu, cắt tử cung bán phần. Thường là cắt ngang mép noiư tử cung bị rách. Việc đẻ lại mỏm cắt cũng phụ thuộc từng bệnh nhân và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Nếu để mỏm cắt nhiều quá có thể hoại tử mỏm cắt gây viêm phúc mạc sau mổ.

+ Lau sạch ổ bụng: nếu ổ bụng sạch, mới vỡ, không cần dẫn lưu. Nếu ổ bụng bẩn, nghi ngờ nhiễm khuẩn thì nên dẫn lưu ổ bụng.

+ Khi mổ chú ý kiểm tra xem có tổn thương ruột và bàng quang không.

+ Sau mổ phải dùng kháng sinh liều cao và phối hợp, theo dõi chặt chẽ trong thời kỳ hậu phẫu để phát hiện nhiễm khuẩn sau mổ.

3. Phòng bệnh

- Đăng ký, quản lý thai nghén để phát hiện thai phụ có nguy cơ cao vỡ tử cung.

- Những người có sẹo ở tử cung ít nhất phải 3 năm sau mới được có thai.

- Tất cả những người có nguy cơ phải được quản lý và đẻ tại tuyến có khả năng phẫu thuật.

- Tuyến xã không được đỡ đẻ cho người con dạ lần thứ 4 và người có chiều cao tử cung bằng 34 cm.

- Theo dõi sát chuyển dạ, phát hiện sớm những trường hợp đẻ khó, dấu hiệu dọa vỡ tử cung để xử trí sớm và kịp thời.

- Truyền Oxytoxin phải đúng chỉ định, đúng kỹ thuật và theo dõi sát.

- Các can thiệp thủ thuật phải được chỉ định đúng, thao tác đúng, nhẹ nhàng và chỉ được tiến hành thủ thuật khi đủ điều kiện. Nếu nghi ngờ vỡ tử cung phải hội chẩn rộng rãi và có thể mổ thăm dò tránh bỏ sót vỡ tử cung có thể ảnh hưởng đến tính mạng và sức khỏe cho thai phụ.

BỆNH LÝ SƠ SINH HAY GẶP

1. Mục tiêu

- Kể tên được một số bệnh lý sơ sinh hay gặp.

- Phân biệt được các loại vàng da sơ sinh. Nguyên nhân, triệu chứng và hướng xử trí vàng da sơ sinh do tăng Bilirubin gián tiếp.

- Trình bày triệu chứng, chẩn đoán và hướng xử trí của uốn ván rốn.

- Trình bày nhiễm trùng da và niêm mạc, nhiễm khuẩn rốn ở trẻ sơ sinh.

2. Nội dung

Nói chung hệ thống miễn dịch của trẻ em đã hình thành từ tháng thứ hai của bào thai, nhưng cho đến khi ra đời ngay đối với trẻ đủ tháng thì hệ thống miễn dịch, các chức năng sinh học khác của trẻ vẫn còn chưa phát triển đầy đủ, chức năng gan còn yếu và trẻ non tháng sẽ còn kém hoàn chỉnh hơn nên trẻ dễ mắc một số bệnh như sau:

2.1. Nhiễm trùng da và niêm mạc

2.1.1. Da

Phổ biến là nhiễm khuẩn tụ cầu, là liên cầu.

- Liên cầu: tổn thương nông, chứa nước trong, dễ lan.

- Tụ cầu: tổn thương sâu, mụn có mủ đục, ít lan nhưng thường biến chứng nặng, dễ phát triển thành flegmon hoại tử.

2.1.2. Niêm mạc

- Mắt: dễ lây nhiễm lậu cầu, chlamydia từ mẹ, viêm đỏ màng tiếp hợp, có mủ. Nên điều trị bằng erythromycin 0,5% hoặc posicyclin 1%.

- Miệng: tưa dơ nấm candida thường có sẵn trong âm đạo người mẹ. Điều trị Nystatin 500.000 UI x 3-5 ngày bằng đường uống, hoặc đánh tưa tại chỗ.

2.2. Nhiễm khuẩn rốn

2.2.1. Viêm rốn

- Viêm da và tổ chức dưới da quanh rốn, rốn thường rụng muộn, chân rốn ướt, có thể có mùi, toàn trạng trẻ bình thường.

- Điều trị: tốt nhất là cắt rốn lần 2 bằng kéo vô khuẩn để khám và rửa rốn dễ dàng hơn, có điều kiện để hở, rốn sẽ nhanh và khỏi.

2.2.2. Viêm mạch máu rốn

Có thể tiên phát hoặc thứ phát sau viêm rốn, sau khi rụng rốn tại chân rốn không khô, còn rỉ nước vàng lẫn mủ, có mùi hôi. Có hai loại viêm mạch máu rốn:

- Viêm tĩnh mạch rốn: bình thường sau khi teo thành dây chằng tròn dưới gan, khi viêm ta thấy nổi rõ tuần hoàn bàng hệ trên rốn kèm theo trướng bụng, gan lách có thể to dễ đưa tới nhiễm trùng máu, viêm phúc mạc, ép xe gan.

- Viêm động mạch rốn: vùng da bụng dưới rốn tấy đỏ, vuốt từ dưới xương mu ngược lên rốn có mủ chảy ra.

Viêm các mạch máu rốn thường chung cho cả hai loại trên, nên trẻ hay có phối hợp cả hai loại triệu chứng trên, luôn phải theo dõi nhiễm trùng máu hoặc viêm phúc mạc.

Điều trị: cắt lọc, mở rộng vùng viêm tấy và sử dung kháng sinh toàn thân.

2.2.3. Hoại tử rốn

Do hai loại bi khuẩn kỵ khí phát triển gây nên:

- Tại rốn: tổ chức hoại tử thâm tím, rốn chảy máu – mủ, có mùi hôi. Toàn trạng suy sụp, nhiễm trùng, nhiễm độc, rối loạn tiêu hóa, trướng bụng.

- Điều trị: cắt lọc, mở rộng vết thương, rủă oxy già nhiều lần trong ngày, kết hợp điều trị kháng sinh như nhiễm trùng máu.

**2.3. Nhiễm khuẩn máu**

Liên quan tới nhiễm trùng quanh đẻ từ mẹ, nước ối, nhiễm trùng trước đẻ, thường gặp ở trẻ non tháng, thai kém phát triển trong tử cung, mẹ mắc các loại bệnh nhiễm khuẩn. Đa số do vi khuẩn Gram (-).

- Điều trị: khó khăn, tỷ lệ tử vong cao.

- Phòng bệnh: tránh các điều kiện thuânk lợi dẫn tới nhiễm khuẩn huyết. ĐIều trị sớm các ổ nhiễm khuẩn của mẹ trước, trong thoìư kỳ có thai và sau đẻ cũng như điều trị sớm, tích cực các ổ nhiễm khuẩn của trẻ. Nếu nhiễm khuẩn huyết biểu hiện sớm trước 3ngày sau đẻ thì tử vong thường cao hơn biểu hiện bệnh muộn.

2.4. Uốn ván rốn

Uốn ván rốn là một bệnh nhiễm độc do trực khuẩn Clostridum tetani, gram (+) gây ra, là loại bệnh hay gặp ở các nước đang phát triển, có tỷ lệ tử vong cao (34% - 50%) tùy thông báo của từng nước. Số điều trị khỏi được cũng để lại di chứng (động kinh, kém phát triển tinh thần vận động,...) không ít.

2.4.1. Nguyên nhân

- Do trực khuẩn gram (+) có tên Nicolaier (Clostridum tetani) ở dạng hoạt động hay dạng kén (nha bào) xâm nhập vào cơ thể qua vết cắt rốn nên gọi là uốn ván rốn.

- Nha bào uốn ván có nhiều trong đất, bụi, nước, phân súc vật (trâu bò). Ở dạng nha bào vi khuẩn uốn ván có thể chịu đựng được với nhiệt độ cao ở 120°C trong 15 phút, ở 90°C trong 2 giờ và điều kiện thích hợp để nha bào trở thành dạng hoạt động là nhiệt độ 35-37°C và pH 6,8-7,4.

- Trẻ bị uốn ván rốn là do cắt rốn không vô khuẩn như bằng nứa, bằng liềm, dao kéo bẩn,... thường là do đẻ tại nhà, đẻ rơi, do những người không chuyên môn đỡ đẻ.

- Vi khuẩn uốn ván tiết ra hai loại độc tố

+ Tác động lên hệ thônga vận động của thần kinh gây ra cơn co giật và co cứng, độc tố này rất mạnh, chỉ cần 1/50.000-1/90.000 của 1ml đủ gây chết chuột lang.

+ Độc tố thứ hai gây vỡ hồng cầu nhưng yếu, dễ bị phá hủy.

2.4.2. Triệu chứng lâm sàng

- Thời kỳ ủ bệnh: kể từ khi cắt rốn cho đến khi có dấu hiệu cứng hàm là thời kỳ không có gì báo trước về bệnh uốn ván, thời gian ủ bệnh từ 4-15 ngày, trung bình là 7 ngày, ủ bệnh càng ngắn bệnh càng nặng.

- Thời kỳ khởi phát: trẻ quấy khóc, bỏ bú, miệng chúm chím lại, trẻ đói nhưng không bú được nên càng khóc, lúc này nếu đè lưỡi ấn xuống thì thấy phản ứng lại đó là dấu hiệu cứng hàm, thời kỳ khởi phát này nhanh chóng chuyển sang thời kỳ toàn phát (từ vài giờ đến một ngày).

- Thời kỳ toàn phát: bệnh thể hiện rõ ràng, cứng hàm càng rõ, xuất hiện hai triệu chứng chính là cơn co giật và co cứng.

+ Cơn co giật: xảy ra một cách tự phát hay dưới một kích thích (như ánh sáng, khám, bế cho ăn), lúc đó nét mặt trẻ nhăn nhúm lại, miệng chúm chím, sùi bọt mép, hai tay nắm chặt. Cơn co giật kéo dài vài phút, cũng có khi tới 5-6 giờ liên, nếu cơn co giật mạnh liên tục, dễ kèm theo cơn ngừng thở kéo dài 2-3 phút, thậm chí đến 20-30 phút do cơ thanh quản bị co thắt. Lúc đó tiếng tim đập chậm lại, nếu kéo dài tiếng tim rời rạc, mạch khó bắt, chân tay lạnh, mỗi cơn ngừng thở là một lần có thể đe dọa đến tính mạng bệnh nhi, hoạc dễ bị bội nhiễm và toan hóa máu.

+ Cơn co cứng cơ: người trẻ uốn cong, đầu ngả ra sau, hai tay khép chặt, nó thường xuyên xuất hiện sau cơn co giật đầu tiên và kéo dài suốt thời gian điều trị bệnh.

+ Toàn thân: nhiệt độ có thể bình thường nhưng thường tăng trên 37°C đến 40-41°C là yếu tố phối hợp làm cơn co giật xảy ra. Tiêu hóa hay bị táo bón.

Rốn thường rụng sớm (100%) và nhiễm khuẩn, có thể ướt, có mủ hay thối, lấy mủ ở rốn cấy có thể thấy vi khuẩn uốn ván mọc.

Bệnh kéo dài 2-3 tuần lễ, dễ tử vong ở tuần thứ nhất và tuần thứ hai trong cơn co giật, hoặc biến chứng viêm phổi.

- Thời kỳ lui bệnh: những trẻ qua được tuần thứ hai, thứ ba thường tiến triển tốt dần, cơn co giảm dần và bệnh nhi bắt đầu mở mắt, khóc được trước nhỏ sau to dần. Trong thời gian này vẫn còn tăng trương lực. Vài hôm sau, bệnh nhi có thể bú mẹ được.

Như vậy, độ một tháng kể từ khi bệnh phát triển thì bệnh nhi có thể bú được. Nhưng phải từ 1,5-2 tháng trương lực cơ mới trở lại được bình thường.

2.4.3. Chăm sóc và điều trị

2.4.3.1. Chăm sóc

Khi nghi ngờ bị uốn ván rốn phải chuyển trẻ đi bệnh viện, trước khi chuyển đi phải làm một số công việc sau:

- Đặt trẻ nơi yên tĩnh, nằm phòng tối.

- Lau sạch cổ, bẹn, nách, vùng có nếp gấp.

- Rửa rốn hay vết thương bằng nước đun sôi để nguội hoặc nước muối sinh lý 0,9%, cồn 70°.

- Hút hoặc lau sạch chất dịch ở mũi họng.

- Vắt sữa mẹ cho thìa ăn bằng thìa nhỏ, có thể tiêm một lần penicilin 200.000 UI cho trẻ và uống Seduxen 5mg x1/2 viên trước khi chuyển đi.

2.4.3.2. Thuốc

- Trung hòa độc tố: SAT x 20.000 UI tiêm bắp 1 lần.

- Chống co giật:

+ Diazepam (Valium, Seduxen) 0,5 – 1mg/kg/24 giờ chia 3 giờ một lần, tiêm bắp hoặc uống.

+ Phenobacbital (gardinan): 10-20mg/kg/24 giờ chia 4 giờ một lần, tiêm bắp hoặc uống.

- Chống cơn ngừng thở:

+ Thở oxy qua lều với nồng độ 40%.

+ Đặt nội khí quản thở máy.

- Chống nhiễm khuẩn:

+ Ampicilin 50-100mg/kg/24 giờ, chia 4 lần tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.

+ Gentamicin 2-4mg/kg/24 giờ, chia 4 lần tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.

2.4.4. Phòng bệnh

Cơ thể con người không có miễn dịch tự nhiên với vi khuẩn này, do đó muốn có miễn dịch phải tiêm phòng. Hiện nay do công tác tiêm chủng mở rộng tốt nên bệnh uốn ván rốn giảm đi rõ rệt.

- Vô khuẩn khi cắt rốn:

+ Nữ hộ sinh phải rửa tay bằng xà phòng dưới vòi nước chảy hay nước đun sôi để nguội, sát khuẩn tay bằng cồn hay ngâm tay vào dung dịch sắt trùng.

+ Kéo cắt rốn, chỉ buộc, băng rốn phải được hấp 120° trong 20 phút, hoặc đun sôi 2 giờ/

+ Tránh chạm tay vào móm cắt rốn.

- Tiêm chủng:

+ Đối với sản phụ cần tiêm đủ 2 mũi vaccine vào 2 tháng cuối, mũi thứ 2 cách mũi thứ nhất một tháng và phải trả trước khi đẻ ít nhất là 15-30 ngày. Vì người mẹ có thể truyền cho thai nhi miễn dịch chống uốn ván cho đến tháng đầu sau đẻ, phương pháp này tỏ ra an toàn và có hiệu quả.

+ Hội nghị quốc tế về bệnh uốn ván (1987) chủ trương tiêm phòng uốn ván cho tất cả phụ nữ đang độ tuổi mang thai với 5 lần tiêm:

Lần 1: cho phụ nữ đến khám ở cơ sở y tế với bất kỳ lý do gì.

Lần 2: sau 4 tuần lễ tiêm một lần.

Lần 3: từ 6-12 tháng sau tiêm mũi 2.

Lần 4: một năm sau tiêm mũi 3 hoặc trong thời gian mang thai, bảo vệ cho mẹ và con trong thời gian 10 năm.

Lần 5: sau tiêm mũi 4 một năm và như thế sẽ bảo vệ cho mẹ và con không mắc bệnh uốn ván suốt đời.

Nếu trẻ đẻ trong điều kiện không đảm bảo vô khuẩn và người mẹ chưa được tiêm phòng uốn ván trong lúc mang thai thì tiêm phòng uốn ván với SAT 1500 đơn vị, tiêm bắp một lần sau đẻ.

2.5. Viêm ruột hoại tử sơ sinh

Hay xảy ra trên trẻ em bị ngạt sau đẻ, trẻ non tháng và trẻ kém phát triển trong tử cung ở ngày thứ năm hoặc ba tuần sau đẻ.

2.5.1. Dấu hiệu lâm sàng

- Nôn trớ, ứ đọng cặn dạ dày.

- Trướng bụng, dấu hiệu rắn bò.

- Ỉa phân đen hoặc lẫn máu đỏ.

- Tình trạng toàn thân suy sụp, da tái xám, rối loạn thân nhiệt, rối loạn vận mạch.

2.5.2. Xét nghiệm

- Máu: tiểu cầu giảm.

- Phân: có máu trong phân.

- Xquang: có hình ảnh giãn quai ruột, có thể có hình ảnh tắc ruột. Điển hình có bóng hơi tắc ruột.

- Vi trùng: cấy máu (+), cấy phân: E.Coli, Klebsiella.

- Có dấu hiêu toan chuyển hóa.

2.5.3. Điều trị

- Dẫn lưu dịch dạ dày.

- Dừng hoàn toàn thức ăn theo đường tiêu hóa.

- Nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

- Kháng sinh toàn thân: Cephalosprin thế hệ 3, Aminozit.

- Chống toan hóa nếu có.

- Truyền khối tiểu cầu nếu có chảy máu nhiều, truyền máu.

2.5.4. Tiến triển

- Tỷ lệ tử vong cao >50%.

- Biến chứng thủng ruột phải can thiệp phẫu thuật thì tử vong rất cao.

- Trong trường hợp biến chuyển tốt thì sự ăn trở lại chậm chạp và khó khăn.

- Sau khi khỏi bệnh có 25% hẹp ruột thứ phát.

2.5.5. Phòng bệnh

- Giảm đẻ non, kém phát triển trong tử cung.

- Tránh tình trạng thiếu oxy trong và sau đẻ.

- Ăn sữa mẹ sớm.

- Vệ sinh sạch sẽ, tránh nhiễm khuẩn.

2.6. Hội chứng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh

Suy hô hấp ở trẻ sơ sinh là một hội chứng có nhiều nguyên nhân gây nên, rất hay gặp ơt thơif kỳ sơ sinh, đồng thời cũng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ sơ sinh. Để đánh giá mức độ suy hô hấp, người ta dựa vào chỉ số Apgar:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Điểm | 0 | 1 | 2 |
| Nhịp tim | 0 | <100 lần/phút | >100 lần/phút |
| Nhịp thở | 0 | Chậm | Đều |
| Màu sắc da | Trắng | Tím | Hồng hào |
| Trương lực cơ | Nhẽo | Giảm nhẹ | Bình thường |
| Phản xạ | Không | Yếu | Tốt |

Apgar để đánh giá tình trạng hô hấp của trẻ vừa sinh trong phút thứ nhất, phút thứ năm và phút thứ 10.

Tổng điểm: 1-4 điểm: ngạt nặng 6-7 điểm: ngạt nhẹ

 4-5 điểm: ngạt vừa >7 điểm: bình thường

Theo các tác giả Thụy Điển có thể dựa vào chỉ số Sigtura đánh giá nhanh hơn và khá chính xác.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Điểm | 0 | 1 | 2 |
| Nhịp thở | Không thở | Chậm – không đều | Đều |
| Nhịp tim | Rồi rạc - 0 | <100 lần/phút | >100 lần/phút |
| Tổng điểm | 0: chết | 3: ngạt nhẹ |  |
|  | 1-2: ngạt nặng | 4: tốt |  |

**Bảng Sylverman**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Điểm | 0 | 1 | 2 |
| Di động lòng ngực | Cùng chiều | Kém | Ngược chiều |
| Co kéo cơ liên sườn | Không | Ít | Rõ |
| Lõm hõm ức | Không | Ít | Rõ |
| Đập cánh mũi | Không | Ít | Rõ |
| Tiếng rên | Không | Qua ống nghe | Bằng tai |
| Tổng điểm | <2 điểm: Khỏe |  |
|  | 2-3 điểm: Theo dõi |  |
|  | 4-5 điểm: Suy hô hấp nhẹ |  |
|  | >5 điểm: Suy hô hấp nặng |  |

Các nguyên nhân gây suy hô hấp có thể riêng lẻ hoặc phối hợp, tùy nguyên nhân và mức độ nặng nhẹ của triệu chứng mà có thể nhiều bệnh khác nhau. Sau đây là một số bệnh thường gặp trong giai đoạn sơ sinh.

2.6.1. Chậm tiêu dịch phổi

- Lâm sàng.

+ Hay gặp ở trẻ mổ lấy thai hoặc ở những trẻ do đình chỉ thai nghén chủ động của mẹ, không có thời gian chuyển dạ.

+ Trẻ khó thở nhanh thoáng qua 80 lần/ phút, co kéo các cơ hô hấp. Được cấp cứu kịp thời trẻ đỡ khó thở, dần dần hồng hào trở lại, nhịp thở giảm xuống bình thường trong vòng 24-48 giờ.

- Xquang lồng ngực: có hai dấu hiệu chính.

+ Phổi kém sáng.

+ Có đường Kerley, đường khe phổi và đường viền màng phổi.

- Điều trị.

+ Nên tác động để giúp trẻ tiêu dịch phổi sớm bằng cách đặt trẻ nằm sấp, ép nhẹ lồng ngực cho dịch phổi thoát ra và hút dịch họng hầu.

+ Thở oxy 0,5-1 l/p.

+ Sau 24 giờ còn khó thở thì nên cho thở áp lực dương liên tục.

2.6.2. Hút phải phân xu và nước ối

- Lâm sàng:

+ Gặp ở những trẻ có bất thường khi sinh, suy thai, cử động thở trước khi thai sổ.

+ Ngay sau khi đẻ trẻ như chết già, Apgar <4 điểm, có dấu hiệu suy hô hấp nặng. Trên da và trong miệng, mũi họng đầy nước ối lẫn phân su, phổi đầy ran ứ đọng. Nhịp tim thở nhanh không đều nếu không cấp cứu kịp thời trẻ sẽ chết.

- Xquang lồng ngực: nhu mô phổi mờ không đều, có nhiều nốt đậm bờ không rõ tập trung ở rốn phổi, có thể có vùng xẹp phổi thường ở bên phải.

- Điều trị:

+ Hút dịch khí – phế quản qua đèn soi nội khí quản ngay tại phòng đẻ.

+ Bóp bóng oxy 100% qua mặt nạ.

+ Đặt nội khí quản thở máy áp lực 20-30cm H2O.

+ Thăng bằng kiềm toan.

+ Kháng sinh.

+ Chống phù não.

+ Nuôi dưỡng.

­ 2.6.3. Bệnh màng trong

- Lâm sàng: bệnh thường gặp 30% ở trẻ non tháng vì tổ chức phổi chưa trưởng thành, chưa tổng hợp được chất surfactant làm các phế nang bị xẹp. Bệnh này chiếm khoảng 1% các bệnh lý nói chung. Ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái, trẻ non tháng, thấp cân, tỷ lệ mắc bệnh càng cao hơn và tử vong giảm dần theo thơì gian xuất hiện.

|  |  |
| --- | --- |
| Tuổi thai | % bệnh màng trong |
| <=30 tuần | >40% |
| 31-32 tuần | 35% |
| 36 tuần | 5% |
| Thời gian xuất hiện suy hô hấp | % bệnh màng trong |
| 12 giờ đầu sau đẻ | 75% |
| 24 giờ sau đẻ | 69% |
| 3 ngày sau đẻ | 50% |
| 4-5 ngày sau đẻ | 24% |
| 6-10 ngày sau đẻ | 10% |

- Tím tái.

- Khó thở, rên rỉ, nhịp thở nhanh trên 80 l/p.

- Chỉ số Silverrman cao >5.

- Rì rào phế nang kém.

Nếu không được điều trị, sau vài giờ trẻ vật vã, thở chậm dần, cơn ngừng thở kéo dài, trụy mạch và tử vong.

- Xquang lồng ngực: phổi có những hình ảnh đặc biệt thể hiện trên phim theo từng giai đoạn.

Giai đoạn 1: hình ảnh ứ khí trong các nhánh phế quản lớn.

Giai đoạn 2: hình ảnh lấm tấm các hạt mờ rải rác hai phế trường.

Giai đoạn 3: hình ảnh mạng lưới cả hai phổi do các tổ chức kẽ bị phù.

Giai đoạn 4: phổi mờ đều không phân biệt rõ bờ tim do các phế nang bị xẹp, khi không vào được phế nang.

- Điều trị:

+ Thở oxy qua lều 0,5 – 1 l/p.

+ Đặt nội khí quản thở máy với PEEP tử +1 đến +4.

+ Truyền huyết thanh tĩnh mạch: 60-100 ml/kg/ngày (tùy theo lượng ăn của trẻ).

+ Chống toan bằng dung dịch Natri Bicarbonat theo công thức: X mE q = 0,3 x BE x P. Trong đó P là trọng lượng cơ thể, BE là kiềm dư.

+ Chống nhiễm khuẩn.

+ Chống rối loạn thanh nhiệt.

- Diễn biến: trước đây tỷ lệ bệnh này tử vong 100% trong vòng 24 giờ, ngày nay nhờ có các tiến bộ khoa học như chấ Surfactant nhân tạo, máy hô hấp nhân tạo nên đã cứu sống được 70-80% trẻ bị bệnh, tiến triển tốt thì các dấu hiệu suy hô hấp giảm dần, các màng trong được thực bào phá hủy hết, các tế bào phế nang phụ hồi, trưởng thành dần và sản xuất được Surfactant, dung tích khí dự trữ cơ năng của phổi dần dần được hoàn thiện.

Muốn trẻ bình phục tốt thì phải phát hiện sớm, điều trị kịp thời ở giai đoạn 1 và 2, tránh giai đoạn 3 và 4 vì trẻ thường tử vong ở giai đoạn này.

- Phòng bệnh:

+ Hạn chế trẻ đẻ non.

+ Giảm tình trạng ngạt sau đẻ.

+ Mẹ có nguy cơ đẻ non nên cho uống hoặc tiêm bắp Dexamethason 5mg/12 giờ x 2 ngày, trước khi đẻ (theo Liggins và Howie)?

2.6.4. Nhiễm khuẩn phổi (viêm phổi)

Đến nay viêm phổi vẫn còn gặp nhiều ở sơ sinh, nguyên nhân do các vi khuẩn như Listeria, các vi khuẩn gram (-),... nhiễm khuẩn có thể từ trước, trong và sau đẻ, liên quan đến thời gian vỡ ối. Theo Mellwaine có tỷ lệ như sau:

- Vỡ ối >6 giờ: 33% trẻ bị nhiễm khuẩn phổi.

- Vỡ ối >12 giờ: 51,7% trẻ bị nhiễm khuẩn phổi.

- Vỡ ối >24 giờ: 90% trẻ bị nhiễm khuẩn phổi.

Trẻ có thể bị lây nhiễm do điều kiện môi trường hoặc do dụng cụ y tế và người chăm sóc.

- Lâm sàng: trẻ quấy khóc, bú yếu, nhịp thở nhanh, khó thở, sốt hoặc không, có rale ẩm nhỏ hạt rải rác phế trường.

- Xquang lồng ngực: có hình ảnh viêm phế quản phổi hai bên, thường tổn thương bên phải sớm và nặng hơn.

- Điều trị: sử dụng kháng sinh phổ rộng và có hiệu quả với cả hai loại gram (+), (-).

- Tiến triển: phần lớn trường hợp khỏi nếu phát hiện sớm và điều trị kịp thời, trường hợp nặng điều trị dai dẳng, suy hô hấp kéo dài và tử vong.

2.7. Hội chứng vàng da ở trẻ sơ sinh

Vàng da là một triệu chứng của nhiều nguyên nhân khác nhau, vàng da do có sự gia tăng nồng độ bilirubin trong máu, da nhìn thấy màu vàng khi lượng bilirubin trong máu trên 2 mg% ở người lớn và trên 7 mg% ở trẻ sơ sinh.

Vàng da thường gặp ở trẻ sơ sinh và nguy cơ lớn nhất là vàng da nhân.

2.7.1. Chuyển hóa của bilirubin

- Chất bilirubin được tạo ra do sự dị hóa của hồng cầu trong cơ thể, sự tan máu của trẻ sơ sinh tăng gấp đôi so với người lớn, bilirubin tự do (gián tiếp) được di chuyển đến gan hờ sự liên kết với albumin dưới sự tác dụng của men glycuronyl transferrase, bilirubin tự do (gián tiếp) được chuyển thành bilirubin kết hợp (trực tiếp) chuyển qua đường mật xuống ruột. Tại đây một phần được hấp thụ trở lại để loại trừ qua thận, một phần tiếp tục loại trừ qua phân (tạo màu vàng qua phân), thời kỳ sơ sinh có đặc điểm riêng trong chuyển hóa này.

- Tan máu nhiều so thời gian sống của các hồng cầu ngắn hơn và tỷ lệ lớn hemoglobin không tạo hồng cầu nên tạo bilirubin cao.

- Khả năng liên kết của albumin giảm (giảm albumin huyết, nhiễm toan, thuốc,…)

- Có sự hạn chế của men glycuronyl transferrase (do ngat, nhiễm toan,…) do đó làm giảm khả năng chuyển bilirubin gián tiếp thành trực tiếp.

- Sự bài tiết tại ruột bị đảo lộn do không có vi khuẩn.

- Chu trình gan ruột kém.

2.7.2. Phân loại của các loại vàng da sơ sinh

Có 2 nhóm lớn vàng da tùy theo loại bilirubin.

2.7.2.1. Vàng da tăng bilirubin trực tiếp (kết hợp)

Loại này ít gặp nhưng nặng nhất là loại vàng da với nước tiểu sẫm màu và phân bạc màu. Hai nguyên nhân lớn là hẹp teo đường mật phải điều trị phẫu thuật.

2.7.2.2. Vàng da tăng bilirubin gián tiếp (tự do)

Là loại vàng da hay gặp nhất nếu không được theo dõi phát hiện và điều trị kịp thời thì biến chứng cực kỳ nặng đó là vàng da nhân xám.

2.7.2.2.1. Nguyên nhân

- Tan máu

+ Tan máu do bất đồng nhóm máu mẹ-con: là hiện tượng tan máu do miễn dịch đồng loại. Đặc thù ở tuổi sơ sinh và là nguyên nhân chính gây nên tăng bilirubin gián tiếp trầm trọng có khả năng đe dọa tính mạng trẻ.

+ Bất đồng ABO: xảy ra tan huyết khi mẹ có kháng thể anti-A hoặc anti-B chống lại hồng cầu A hoặc B của trẻ.

Sơ đồ xảy ra sự bất đồng

**Nhóm máu mẹ Nhóm máu con**

Tan huyết Không tan huyết

 O A, B, AB O

 A B, AB O, A

 B A, AB O, B

 AB O AB

Bình thường kháng thể “tự nhiên” anti A, B trong huyết thanh mẹ nhóm máu O là những IgM không qua rau thai. Nếu vì một lý do gì đó (tổn thương bánh rau, màng đệm) hồng cầu con sang máu mẹ, trong máu mẹ xuất hiện kháng thể miễn dịch kháng hồng cầu này (A hoặc B tùy theo) các kháng thể này là các IgG qua được rau thai vào máu con và làm vỡ hồng cầu con. Theo Levine và Mayer thì bất đồng ABO chỉ xảy ra 10-20% trường hợp.

Loại bất đồng ABO có thể xảy ra ngay từ khi đứa con thứ nhất, vàng da sáng, xuất hiện sớm ngày thứ 2-3 sau đẻ, tăng nhanh, nước tiểu trong, phân vàng.

Chẩn đoán: Xét nghiệm nhóm máu mẹ-con, bilirubin (toàn phần, trực tiếp, gián tiếp). Nếu có bất đồng làm thêm hiệu giá kháng thể.

Diễn biến: Nếu được điều trị sớm bilirubin máu giảm xuống nhanh chóng, bilirubin gián tiếp chuyển dần sang trực tiếp đào thải ra ngoài, không để lại hậu quả gì. Nếu phát hiện muộn trên 5 ngày bilirubin gián tiếp đã ngấm vào tế bào não, trẻ đã có những dấu hiệu bất thường về thần kinh như tăng cường trương lực cơ, tứ chi duỗi cứng, vặn xoắn, giật thì khó điều trị (dù tích cực như thay máu) cũng không đem lại kết quả tốt, trẻ sẽ chết hoặc sống với di chứng thần kinh não.

+ Bất đồng yếu tố Rh: xảy ra tan máu khi mẹ có hồng cầu Rh(-) con có hồng cầu Rh(+). Số người có hồng cầu Rh(-) ở châu Âu cao hơn châu Á (5-15% dân số). Ở Việt Nam chưa có công bố của viện huyết học nhưng tại bệnh viện BVBM và SS gặp không nhiều. Nhưng kháng thể miễn dịch chống D của mẹ qua được rau thai vào vòng tuần hoàn con gây tan huyết rất mạnh, thường lưu lại trong máu mẹ gần như vĩnh viễn sau lần máu mẹ có tiếp xúc với kháng nguyên D. Vì vậy vàng da tan huyết do bất đồng yếu tố Rh có thể xảy ra ngay từ đứa con đầu lòng nếu lượng kháng thể cao, nhưng thường là những lần mang thai sau càng ngày càng nặng.

Chẩn đoán: nghĩ tới khi trẻ có vàng da sớm, kèm theo có tiền sử gia đình, nhưng chủ yếu vẫn phải dựa vào xét nghiệm nhóm máu Rh mẹ-con, công thức máu, Hb giảm mạnh, bilirubin gián tiếp tăng rất nahnh và cao, test Coombs trực tiếp dương tính.

Diễn biến: thường bất đồng Rh mà không được quản lý hoặc tiêm phòng thì bilirubin gián tiếp quá cao, dễ để lại di chứng vàng da nhân, thể nặng trẻ bị tan máu mạnh từ khi còn là thai nhi, sinh ra đã vàng đậm thiếu máu, gan lách to, phù toàn thân, suy tim, phù bánh rau, thường là tử vong sớm sau đẻ.

+ Bất đồng các yếu tố hiếm: thường vàng da không trầm trọng nhưng kéo dài, thể trạng trẻ hơn ban đầu không bị ảnh hưởng nhưng về lâu dài sẽ biểu hiện lách to và biến dạng xương.

- Tan máu – thiếu máu do các loại khác:

+ Thứ phát: trẻ có khối máu tụ, xuất huyết dưới da, khi tiêu huyết tăng giải phóng bilirubin, còn gặp ở trẻ non tháng, ngạt và nhiễm trùng.

+ Tiên phát: trẻ mắc các bệnh huyết tán bẩm sinh như Thalasemia,…

- Nguyên nhân khác: do thiếu máu hoặc do rối loạn các men kết hợp, thiếu men glycuronyl transferrase có thể do măc bệnh bẩm sinh như bệnh Gilbert, thiếu men G6PD,… hoặc do trẻ non tháng, ngạt, nhiễm khuẩn,… gây ức chế sản xuất các men.

2.7.2.2.2. Điều trị vàng da tăng bilirubin gián tiếp (tự do)

- Ánh sáng liệu pháp: là phương pháp điều trị rẻ tiền. Rất có tác dụng, chỉ định cho tất cả trẻ vàng da tăng bilirubin gián tiếp trên 13 mg% (22 mmol%).

+ Dùng ánh sáng xanh, trắng có bước sóng 420-480 mm, phân bố đều 5-6 Uw/cm2/nm để cách xa trẻ 50 cm. Đặt trẻ trong lồng ấp, không mặc quần áo, có băng đen bảo vệ mắt.

+ Cho ánh sáng chiếu trực tiếp da trẻ, 3 giờ thay đổi tư thế một lần, sau 5-6 giờ chiếu thì nghỉ 1 giờ, tiếp tục cho tới khi mức bilirubin gián tiếp xuống mức bình thường. Trong thời gian chiếu thêm số lượng ăn 20 ml/kg/ngày.

- Thay máu: chỉ định thay máu khi có bilirubin gián tiếp tăng 20 mg% (34 mmol%).

+ Chọn nhóm máu phụ thuộc vào nhóm máu của con và mẹ.

+ Thời điểm thay: phụ thuộc vào thoìư điểm cân nặng, ngày tuổi của trẻ.

+ Lượng máu thay: 150-200 ml/kg.

- Sử dụng an thần: Gardenan 5 mg/kg/24h x 3 ngày.

- Truyền albumin: 1-2 g/kg/3h. Trong khi truyền albumin cần ngừng chiếu đèn.

CHỬA TRỨNG

I. Mục tiêu

- Trình bày được ý nghĩa, nguyên nhân và các yếu tố thuận lợi, giải phẫu bệnh của chửa trứng.

- Triệu chứng, chẩn đoán, hướng xử trí và tiến triển của chửa trứng.

II. Nội dung

1. Định nghĩa

Chửa trứng là do sự phát triển bất thường của các gai rau, nguyên bào nuôi phát triển quá nhanh nên tổ chức liên kết bên trong gai rau cùng với các mạch máu không phát triển theo kịp, các gai rau không còn tổ chức liên kết và không còn các mạch máu, trở thành các bọc nước.

2. Nguyên nhân và các yếu tố thuận lợi

- Nguyên nhân chửa trứng hiện nay vẫn chưa rõ, nhưng theo thống kê thì ở các nước kém phát triển có tỷ lệ bệnh cao: ở châu Âu 1/1000-1/2000 trường hợp đẻ thường, trong khi đó ở Philippin 1/200, ở Đài Loan 1/82, ở Việt Nam khoảng 1/500.

- Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi trong thoìư kỳ sinh đẻ. Theo Fox, Tow, Novak các yếu tố thuận lợi cho sự phát triển chửa trứng là thiếu dinh dưỡng chủ yếu là thiếu đạm: đẻ nhiều, tuổi cao. Park-Tominaga và Page-Carr đã tìm thấy có bất thường về nhiễm sắc ở các tế bào nuôi trong chửa trứng và ung thư nguyên bào nuôi. Đa số ý kiến cho thấy tế bào nuôi trong chửa trứng thường có 4n thể nhiễm sắc, còn ung thư nguyên bào nuôi thường có 2n thể nhiễm sắc kèm với một vài bất thường trong các đôi thể nhiễm sắc.

- Người ta còn chú ý đến vấn đề miễn dịch trong chửa trứng. Ahwood-Pard và Douglas đã tìm thấy trong 40% các trường hợp chửa trứng có tế bào nuôi xâm nhập vào mạch máu và hiện tượng này thường xảy ra ở thai trên 18 tuổi. Nhờ sức đề kháng miễn dịch của cơ thể người mẹ mà các tế bào này không tồn tại và phát triển được. Trường hợp sản phụ không đủ sức đề kháng, không sinh được kháng thể để chống lại sự phát triển của các tế bào nuôi thì chửa trứng sẽ xuất hiện.

- Robinson đã ghép da của người chồng cho một phụ nữ ung thư nguyên bào nuôi thì thấy không có hiện tượng loại bỏ mảnh da ghép. Như vậy ở người bị ung thư nguyên bào nuôi bị suy giảm hệ thống miễn dịch hoặc suy giảm miễn dịch là yếu tố thuận lợi cho phát triển ung thư nguyên bào nuôi.

3. Giải phẫu bệnh

3.1. Đại thể <Hình ảnh>

- Cac gai rau thoái hóa thành các túi trứng to bằng hạt đậu hay bằng quả nho, mỗi túi có một cuống nhỏ dính vào nhau thành chùm, trong túi có chứa nước màu trắng trong. Thường chỉ có 1/3-2/3 gai rau thoái hóa, bào thai thì chết sớm và tiêu đi. Về đại thể có 3 loại chửa trứng:

+ Chửa trứng toàn phần: hầu hết các gai rau bị thoái hóa biến thành các túi trứng.

+ Chửa trứng band phần: phần lớn các gai rau biến thành túi nước còn một phần gai rau bình thường, do đó có các túi trứng và cả rau.

+ Chửa trứng kèm theo thai nhi: một phần nhỏ gai rau bị thoái hóa, còn phần lớn gai rau không bị thoái hóa vẫn đủ để nuôi dưỡng thai. Do đó trong buồng tử cung có cả thai, bánh rau và một số túi trứng.

3.2. Vi thể

Các gai rau thoái hóa thành các túi trứng, ở ngoài là các nguyên bào nuôi chia thành hai lớp: lớp ngoài là lớp hợp bào, trong là lớp đơn bào còn gọi là lớp tế Langhans. Lớp hợp bào và lớp đơn bào có thể phát triển lành tính hoặc hỗn loạn vì vậy người ta chia làm hai loại:

+ Chửa trứng lành tính: lớp hợp bào không bị phá vỡ, lớp đơn bào không ăn vào lớp niêm mạc tử cung.

+ Chửa trứng ác tính: lớp hợp bào mỏng đi và có từng vùng bị phá vỡ, lớp đơn bào ở trong xâm lấn ra ngoài, tràn vào niêm ạc tử cung và ăn sâu vào lớp cơ tử cung có khi ăn thủng lớp cơ tử cung gây chảy máu trong ổ bụng.

3.3. Nang hoàng tuyến

Khi chửa trứng, hCG tăng cao, kích thích hoàng thể thai nghén ở buồng trứng phát triển thành nang hoàng tuyến. Nang hoàng tuyến có thể có hoặc không có, nếu có thì thường có cả hai bên buồng trứng. Nang có thể to hoặc nhỏ, trong nang có chứa màu vàng chanh. Sau khi nạo hoặc sảy, nang sẽ tự mất dần nếu không có biến chứng.

4. Triệu chứng

4.1. Triệu chứng cơ năng

- Ra máu âm đạo: là triệu chứng quan trọng đầu tiên, ra máu sớm vào tháng thứ hai đến thángt thứ tư, máu ra tự nhiên, màu đen hoặc đỏ; ra ít một và kéo dài dai dẳng, bệnh nhân xanh xao, niêm mạc nhợt nhạt thiếu máu, mệt mỏi, vẻ mặt hốc hác.

- Nghén bất thường: bệnh nhân nôn nhiều hơn các lần có thai bình thường trước.

- Dấu hiệu nhiễm độc thai nghén: phù, huyết áp cao, protein niệu. Đôi khi có dấu hiệu vàng da, nước tiểu vang (Robert).

- Tình trạng cường giáp với tuyến giáp to, nhịp tim nhanh, da bàn tay ấm, run tay,… chiếm khoảng 10% trường hợp. Thường thấy ở thể nặng khi chiều cao tử cung trên 16 cm, nồng độ hcg trong nước tiểu trên 1.000.000 UI/24h.

4.2. Triệu chứng thức thể

- Tử cung: mật độ tử cung mềm, không sờ thấy các phần của thai nhi (trừ loại có kèm thai nhi). Tử cung to hơn tuổi thai (trừ loại chửa trứng thoái hóa thì tử cung không to hơn tuổi thai).

- Nghe tim thai: không nghe thấy tim thai.

- Âm đạo mềm, có thể nhìn thấy nhân di căn âm đạo to bằng đầu ngón tay màu tím dễ chảy máu. Nhân di căn thường xuất hiện ở thành trước âm đạo.

+ Phần phụ: có thể sờ thấy nang hoàng tuyến hai bên di động dễ.

4.3. Xét nghiệm

- Phản ứng sinh vật: lượng hCG (human chorionic gonadotropin) trong có thai thường cao nhất vào cuối tháng thứ hai đầu tháng thứ ba, nhưng dưới mức 20.000 đơn vị ếch.

- ßhCG: nồng độ ßhCG tăng rất cao trong chửa trứng, thường là trên 500.000 UI trong 24h. Tuy nhiên chẩn đoán có thể nhầm lẫn nếu chỉ dựa vào một lần định lượng ßhCG duy nhất.

- Estrogen: trong nước tiểu Estrogen dưới dạng Estron, Estradiol hay Estriol đều thấp hơn so với thai thường do sự rối loạn chế tiết của rau thai và do không có sự biến đổi Estradiol thành Estriol xảy ra ở tuyến thượng thận của thai nhi. Sự khác biệt về nồng độ Estrogen này thấy rõ khi tuổi thai trên 14 tuần.

- hPL (human placental lactogen): hPL thường cao trong thai thường nhưng lại rất thấp trong chửa trứng, do nguyên bào nuôi trong chửa trứng không tổng hợp được hPL.

- Siêu âm: không thấy hình ảnh phôi thai và tim thai mà chỉ thấy hình ảnh chùm nho hoặc hình ảnh ruột bánh mì.

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định

Thường dễ đối với những trường hợp điển hình:

- Ra máu dai dẳng.

- Tử cung mềm to hơn tuổi thai tương ứng.

- Lượng hCG tăng cao?

- Siêu âm: hình ảnh của chửa trứng.

- Đôi khi khó chẩn đoán, cần phối hợp nhièu triệu chứng và nhiều xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Dọa sảy thai thường.

- Thai chết lưu.

- U tử cung.

- Nghén nặng trong thai thường, đa thai.

- Chửa ngoài tử cung.

6. Điều trị

6.1. xử trí chửa trứng

- Khi đã chẩn đoán chửa trứng thì phải xử trí càng sớm càng tốt để tránh biến chứng.

- Nếu có máy hút thì hút càng sớm càng tốt hoặc nạo thai, trong khi làm thủ thuật thì truyền nhỏ giọt tĩnh mạch 500 ml huyết thanh ngọt đắng trương cùng với 5 UI oxytoxin. Bệnh phẩm nạo xong phải được gửi giải phẫu bệnh.

- Cắt tử cung dự phòng cả khối: do tỷ lệ biến chứng thành ung thư nguyên bào nuôi cao nên với những người trên 35 tuổi và đẻ nhiều lần thì xử trí có thể catứ tử cung cả khối để dự phòng ung thư.

- Chửa trứng ác tính có nhân di căn thì cắt tử cung hoàn toàn và lấy nhân di căn đồng thời điều trị bằng hóa chất chống ung thư. Chỉ những bệnh nhân ít tuổi, có thai lần đầu, tha thiết mong muốn có con, di căn âm đạo ít chúng ta mới đặt vấn đề nạo trứng lấy nhân di căn và điều trị hóa chất giữ lại tử cung, nhưng phải theo dõi sát, nếu điều trị bảo tồn không có kết quả thì phải mổ cắt tử cung đồng thời điều trị hóa chất phối hợp.

6.2. Theo dõi sau nạo thai trứng

- Ngay sau khi nạo trứng đã phải thử xét nghiệm, giải phẫu bệnh lý để xem chửa trứng lành tính hay chửa trứng xâm nhập (ác tính).

- Đề phòng nhiễm khuẩn sau nạo bằng cách cho kháng sinh dự phòng và thuốc co tử cung.

- Theo dõi lâm sàng: sau nạo trứng từ 3 đến 4 tuần, những đặc điểm về giải phẫu, sinh lý của bộ phận sinh dục trở lại bình thường. Sau thời gian đó nếu tử cung còn to, còn ra máu, nang hoàng tuyến không mất đi thì phải nghĩ đến biến chứng thành ung thư nguyên bào nuôi. Nếu thấy xuất hiện nhân di căn thì càng chắc chắn hơn.

- Theo dõi bằng phản ứng sinh vật: sau nạo trứng phải định lượng hCG mỗi tuần một lần đến khi hCG xuống âm tính, sau khi đã xuống âm tính thì trong ba tháng đầu hai tuần một lần, sáu tháng tiếp theo cứ mỗi tháng định lượng một lần, nếu các kết quả trước đó đều âm tính thì trong năm tiếp theo hai tháng định lượng một lần.

7. Tiến triển của chửa trứng

7.1. Tiến triển tốt

Khoảng 80-90% các truờng hợp.

- Hết ra máu âm đạo.

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

- Nang hoàng tuyến nếu có sẽ thu nhỏ dần rồi biến mất.

- Nồng độ hCG giảm nhanh trong tuần đầu sau nạo thai thường 30-60 ngày sau khi được nạo hút trứng.

7.2. Tiến triển xấu

- Băng huyết: nếu không được điều trị, trứng sẽ sảy tự nhiên, khi sảy gây băng huyết nặng và dễ sót trứng và sót rau.

- Thủng tử cung: nếu là chửa trứng ác tính ăn sâu vào cơ tử cung có thể làm thủng tử cung gây chảy máu tràn ngập ổ bụng rất nguy hiểm.

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

- Ung thư nguyên bào nuôi: chửa trứng rất dễ biến chứng thành ung thư nguyên bào nuôi, tỷ lệ biến chứng là 15-17%. Vì vậy chửa trứng phải được chẩn đoán sớm, theo dõi sát để phát hiện và xử trí kịp thời biến chứng ung thư nguyên bào nuôi.

**Tự lượng giá**

Câu 1. Hãy chọn câu trả lời đúng nhất.

A. Chửa trứng là bệnh lý bất thường của gai rau, các gai rau thoái hóa thành bọng nước, phần thai nhi phát triển bình thường.

B. Chửa trứng là bệnh ung thư nguyên bào nuôi do các phần của thai nhi phát triển quá mức tạo thành các bọng nước.

C. Chửa trứng là bệnh lý bất thường của nguyên bào nuôi, các gai rau phát triển quá mức thoái hóa thành các bọng nước.

Câu 2. Triệu chứng của chửa trứng:

A. Nghén nhiều, tử cung to hơn so với tuổi thai, thai nhi phát triển bình thường.

B. Nghén nhiều, tử cung to hơn so với tuổi thai, hCG tăng rất cao.

C. Nghén nhiều, tử cung to hơn so với tuổi thai, hCG tăng cao, siêu âm thấy hình ảnh bất thường của gai rau không thấy hình ảnh của thai.

Câu 3. Chẩn đoán chửa trứng dựa vào các dấu hiệu sau:

A. Tử cung to hơn so với tuổi thai.

B. hCG tăng rất cao.

C. Siêu âm có hình ảnh ruột bánh mì, không có hình ảnh của thai nhi.

D. Tất cả các ý trên.

Câu 4. Điều trị chửa trứng bằng cách:

A. Nạo thai trứng và theo dõi lâm sàng và cận lâm sàng theo định kỳ.

B. Điều trị bằng thuốc gây sảy thai và cầm máu.

C. Điều trị bằng hóa chất làm tiêu khối chửa.

D. Theo dõi sảy thai tự nhiên sau đó dùng kháng sinh chống bội nhiễm.

Câu 5. Sau khi điều trị chửa trứng nên:

A. Nên có thai ngay để chống dính buồng trứng.

B. Sau khi nạo thai trứng nên tránh thai ít nhất trong vòng hai năm để theo dõi hCG cho dễ dàng.

C. Bạn có thể mang thai bất kỳ lúc nòa nếu như bạn muốn.

Câu 6. Chẩn đoán chửa trứng tiến triển.

A. Các triệu chứng lâm sàng như bụng to lên, thấy các khối bất thường ở âm đạo hoặc cơ quan khác.

B. hCG liên tục tăng cao.

C. Cả hai ý trên.

Câu 7. Chẩn đoán phân biệt chửa trứng với:

A. Chửa ngoài tử cung chảy máu.

B. Dọa sảy thai và sảy thai.

C. U xơ tử cung.

D. Tất cả các ý trên.

RAU TIỀN ĐẠO

1. Mục tiêu

- Trình bày được định nghĩa rau tiền đạo, những yếu tố thuận lợi, phân loại rau tiền đạo theo giải phẫu.

- Trình bày được lâm sàng và cận lâm sàng của rau tiền đảotong ba tháng cuối thời kỳ thai nghén và trong chuyển dạ.

- Nêu được hướng xử trí và cách phòng tránh rau tiền đạo.

2. Nội dung

**2.1. Định nghĩa**

Rau tiền đạo là rau không bám hoàn toàn vào thân tử cung mà một phần hay toàn bộ bánh rau bám vào đoạn dưới tử cung gây chảy máu và làm cho ngôi bình chỉnh không tốt, gây đẻ khó.

2.2. Tỷ lệ mắc bệnh và yếu tố thuận lợi

- Rau tiền đạo chiếm khoảng 0,5-1% trong tổng số (theo thống kê của viện BVBM&TSS năm 1997).

- Tỷ lệ tử vong do rau tiền đạo khoảng 1,16% tại BVBM&TSS năm 1961. Ngày nay do tiến bộ của y học, tỷ lệ này ngày càng giảm do công tác CSSKBĐ được tổ chức tốt, nhất là kỹ thuật mổ lấy thai, gây mê hồi sức và chẩn đoán sớm rau tiền đạo đã có nhiều tiến bộ.

- Người ta thấy rau tiền đạo hay gặp ở các bà mẹ đẻ nhiều lần, viêm nhiễm sinh dục, tiền sử nạo hút thai nhiều lần hoặc có tiền sử mổ lấy thai, tử cung bất thường (dị dạng, có u xơ). Tuy nhiên nhiều trường hợp rau tiền đạo xuất hiện ở cả người con so.

- Không có dự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh ở thành thị và nông thôn cũng như tuổi tác và nghề nghiệp, trình độ văn hóa của sản phụ.

- Trong cấp cứu sản khoa thì việc chẩn đoán và xử trí đúng rau tiền đạo có một tầm quan trọng đặc biệt nahừm ngăn chặn một trong năm tai biến sản khoa là tai biến chảy máu.

2.3. Phân loại rau tiền đạo theo vị trí giải phẫu của bánh rau

2.3.1. Rau bám thấp

Phần lớn bánh rau bám vào thân tử cung, chỉ một phần nhỏ bám vào đoạn dưới, không gây chảy máu, thường gây vỡ ối sớm. Đa số được chẩn đoán hồi cứu sau khi sổ rau.

2.3.2. Rau bám bên

Phần lớn bánh rau bám vào đoạn dưới nhưng bờ rau chưa tới cổ tử cung. Chảy máu nhẹ.

2.3.3. Rau bám mép

Còn gọi là bám bờ. Bờ bánh rau đã tới cổ tử cung nhưng chưa che lấp cổ tử cungm chảy máu vừa.

2.3.4. Rau tiền đạo trung tâm không hoàn toàn

Còn gọi là rau tiền đạo bán trung tâm, bánh rau che lấp một phần diện lỗ cổ tử cung, khi thăm âm đạo sẽ thấy cả múi rau và màng rau, chảy máu nhiều.

2.3.5. Rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn

Bánh rau che kín cả lỗ trong tử cung khi tử cung đã mở. Thăm âm đạo chỉ sờ thấy múi rau, không thấy màng rau, chảy máu rất nhiều.

Về phương diện giải phẫu, tỷ lệ rau tiền đạo là 25% nhưng về mặt lâm sàng, nếu chỉ kể 4 loại có chảy máu thì tỷ lệ thấp hơn nhiều (0,5-1%).

2.4. Triệu chứng

2.4.1. Trong ba tháng cuối thời kỳ thai nghén

- Cơ năng: chảy máu là triệu chứng chính với các tính chất sau: đột ngột, không có nguyên nhân, không đau bụng, máu đỏ loãng, có thể có máu cục, lượng máu có thể nhiều hoặc ít và có thể tự cầm máu mặc dù không điều trị. Ra máu từng đợt tái phát, lần sau mất máu nhiều hơn lần trước nếu thai càng gần đủ tháng.

- Toàn thân: thể trạng mất máu làm sản phụ xanh xao, nếu được điều trị kịp thời sẽ làm hạn chế nguy cơ chảy máu. Đo huyết áp và xét nghiệm hồng cầu cùng huyết sắc tố sẽ biết được thiếu máu nặng hay nhẹ/

- Thực thể:

- Nắn thấy ngôi thai bất thường: ngôi ngang, ngôi ngược, ngôi đầu cao lỏng.

+ Nghe tim thai: nếu mất máu ít thì tim thai còn tốt, nếu mất máu nhiều tim thai suy, có khi không nghe thấy tim thai.

+ Thăm âm đạo: thấy ngôi còn cao, cổ tử cung có thể bị lệch, bên bị lệch là nơi rau bám. Thăm qua túi cùng, giữa ngôi và ngón tay có cảm giác thấy một lớp đệm dày khác với ối đó là bánh rau bám vào đoạn dưới tử cung. Không nên thô bạo khi thamư khám nhất là cho ngón tay vào lỗ tử cung để tìm bánh rau sẽ gây chảy máu.

Các triệu chứng khi chưa chuyển dạ chỉ có thể nghi ngờ là rau tiền đạo, nếu cần thiết, đặt mỏ vịt để loại trừ các trường hợp không phải chảy máu từ trong buồng tử cung như Polyp cổ tử cung, ung thư cổ tử cung chảy máu.

- Cận lâm sàng: siêu âm cho ta biết vị trí của mép bánh rau bám.

- Tiến triển: khó lường trước, đa số chảy máu trong rau tiền đaok trung tâm và bán trung tâm phải can thiệp. Vì vậy gây đẻ non do các nguyên nhân vỡ ối non, sa dây rau, nhiễm khuẩn nhẹ.

2.4.2. Khi chuyển dạ

- Cơ năng: chảy máu đỏ tươi, lượng máu có thể rất nhiều hoặc ít tùy từng trường hợp. Chảy máu ồ ạt thường gặp nhiều trong rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn. Nếu tiền sử có các đợt chảy máu ít một tái phát thì hay gặp trong rau tiền đạo bán trung tâm, loại bám mép, bám thấp.

- Toàn thân: nếu chảy máu nhiều, thể trạng suy sụp nhanh, trụy mạch. Điều này còn phụ thuộc vào kết quả điều trị và chăm sóc sản phụ khi nằm viện trong ba tháng cuối.

- Thực thể: nắn thấy ngôi thai bất thường, 73,3% nggoi đầu cao lỏng, 14,3% ngôi ngang, 13,4% ngôi ngược (BVBM&TSS từ 1961-1969).

- Tim thai: có thể có dấu hiệu suy thai, sự biến đổi nhịp tim thai phụ thuộc vào lượng máu nhiều hay ít.

- Thăm âm đạo: sờ thấy các múi rau bịt kín cổ tử cung là trung tâm hoàn toàn, nếu sờ thấy cả múi rau và đầu ồi là loại bán trung tâm. Nếu sờ thấy bờ bánh rau, bánh rau không che lấp cổ tử cung là loại bám mép, nếu chỉ thấy màng ối dày cứng là loại bám bên. Việc chẩn đoán có thể khó khăn khi cổ tử cung chưa mở. Kinh nghiệm cho thấy rằng loại bám trung tâm và bám mép, bám bên hay có những đợt tái phát chảy máu. Trái lại chưa chảy máu lần nào trong ba tháng cuối, chỉ chảy máu lúc bắt đầu chuyển dạ và chảy máu ồ ạt và rất nhiều là loại rau tiền đạo trung tâm.

2.5. Thái độ xử trí

2.5.1. Trong ba tháng cuối

- Tùy thuộc vào chảy máu nhiều hay ít, thai còn non hay ước lượng trọng lượng thai trên 2000g.

- Thai chưa được tám tháng: cân nặng thường dưới 2000g, thường khó nuôi, nếu ra máu một lần rồi cầm hẳn hoặc ra máu nhiều lần nhưng số lượng ít không ảnh hưởng tới mẹ thì cho sản phụ nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường thuốc giảm co và theo dõi tới khi đủ tháng. Nếu ra huyết nhiều khó giữ thai đến đủ tháng và cần cứu mẹ thì trọc ối (trừ rau tiền đạo trung tâm) để cầm máu, gây chuyển dạ.

- Khi thai được tám tháng, ước lượng trên 2000g có khả năng sống được, nếu chảy máu tái diễn nhiều lần thì nên mổ lấy thai, không nên chờ tới khi chuyển dạ vì thường gây chảy máu rất nhiều khi chuyển dạ, khó cứu con.

2.5.2. Khi chuyển dạ

- Rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn: mổ lấy thai kể cả khi thai đã chết hoàn toàn để cứu mẹ.

- Rau tiền đạo các thể còn lại thì bấm ối, xé rộng màng ối để cầm máu. Nếu không cầm được máu thì mổ lấy thai.

- Khi mổ lấy thai cần chú ý: nếu diện rau bám chảy máu, có thể khâu cầm máu bằng các mũi chữ X hoặc chữ Y bằng chỉ catgut. Nếu vẫn không cầm máu thì tiến hành thắt động mạch tử cung mà vẫn không cầm máu thì tiến hành cắt tử cung bán phần thấp đối với con rạ hoặc thắt động mạch hạ vị đối với người con so. Nếu không có khả năng làm thủ thuật thì cắt tử cung bán phần thấp để cứu mẹ.

- Thời kỳ sổ rau nếu chảy máu phải bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung (chú ý đoạn dưới tử cung nơi rau bám) và cho thuốc tăng co tử cung. Nếu không kết quả phải tiến hành cắt tử cung bán phần thấp dưới chỗ rau bám.

- Người mẹ cần được theo dõi toàn trạng, số lượng hồng cầu và huyết sắc tố nếu thiếu máu phải tiến hành truyền máu.

- Trẻ sơ sinh thường phải chăm sóc đặc biệt vì thường non tháng.

2.6. Phòng bệnh

2.6.1. Biện pháp nhằm phát hiện sớm rau tiền đạo

- Quản lý thai nghén tốt: có mạng lưới theo dõi, quản lý thai nghén từ cơ sở cấp phường, cấp xã trong hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu cho cộng đồng.

- Tuyên truyền các biện pháp tránh thai cho phụ nữ và nam giới nhằm thực hiện kế hoạch hóa gia đình, đẻ ít, tránh có thai ngoài ý muốn tức là hạn chế các thủ thuật nạo hút thai.

- Tổ chức khám và điều trị phụ nữ nhất là phụ nữ ở tuổi sinh đẻ bị viêm nhiễm sinh dục.

2.6.2. Đề phòng các tai biến của rau tiền đạo

- Điều trị tích cực cho cá sản phụ được chẩn đoán là rau tiền đạo, nghỉ ngơi, thuốc men.

- Đào tạo đội ngũ cán bộ y tế có khả năng xử trí rau tiền đạo trong các lĩnh vực: sản khoa, gây mê hồi sức và sơ sinh nhằm hạn chế và tiến tới xóa bỏ hoàn toàn tai biến do rau tiền đạo gây ra.

DỌA SẢY THAI – SẢY THAI

I. Mục tiêu

- Trình bày định nghĩa, nguyên nhân và phân loại dọa sảy thai và sảy thai.

- Triệu chứng, chẩn đoán và hướng xử trí của từng loại sảy thai và dọa sảy thai.

II. Nội dung

1. Định nghĩa

Sảy thai là trường hợp thai và rau bị tống ra khỏi buồng tử cung trước 22 tuần kể từ ngày đầu tiên kỳ kinh cuối cùng.

Sảy thai bao gồm 2 thể: sảy thai liên tiếp và sảy thai tự nhiên. Gồm các loại sau:

- Dọa sảy thai.

- Đang sảy thai.

- Sảy thai hoàn toàn.

- Sảy thai không hoàn toàn.

- Sảy thai nhiễm khuẩn.

- Sảy thai chết lưu.

2. Nguyên nhân

2.1. Nguyên nhân gây sảy thai tự nhiên

- Sang chấn: với chấn thương một lần dù mạnh cũng rất ít gây sảy thai, ngược lại những chấn thương dù nhỏ nhưng liên tiếp cũng dễ gây sảy thai.

- Nhiễm trùng cấp tính do virus, do vi khuẩn, do ký sinh trùng,… tình trạng nhiễm trùng làm thân nhiệt tăng cao gây khởi động cơn co tử cung và gây sảy thai.

- Do nhiễm độc ở những phụ nữ làm nghề độc hại (chì, thủy ngân) hoặc nghiện rượu.

- Do trứng làm tổ bất thường (ở góc hay ở eo tử cung) dễ bị sảy, sinh đôi hay chửa trứng vi thể cũng là nguyên nhân gây sảy thai.

2.2. Nguyên nhân gây sảy thai liên tiếp

- Nguyên nhân do tử cung:

+ Tử cung kém phát triển (tử cung nhỏ, cổ tử cung nhỏ và dài).

+ Tử cung gập và đổ sau.

+ U xơ tử cung to hay nhiều hơn nhân xơ.

+ Dị dạng tử cung: tử cung đôi, tử cung hai sừng, vách ngăn tử cung, dính buồng tử cung không hoàn toàn, hở eo tử cung. Hở eo tử cung là nguyên nhân thường gặp trong sảy thai liên tiếp.

- Nguyên nhân toàn thân:

+ Bệnh tim mạch, bệnh thận, bệnh máu: các bệnh trên thường gây đẻ non hơn là gây ra sảy thai.

+ Nhiễm khuẩn đặc biệt như bệnh giang mai, toxoplasma. Giang mai thường gây sảy thai vào tháng thứ 4 và tháng thứ 5.

+ Bệnh nội tiết như đái tháo đường.

+ Bất đông yếu tố Rh giữa mẹ và thai nhi.

- Nguyên nhân nội tiết:

+ Giảm Estrogen, Progesteron, có khi giảm riêng biệt một hormone có khi giảm đồng thời cả hai hormon trên.

+ Ngoài ra hormone tuyến giáp có vai trò trong việc phát triển thai do vậy nếu cường tuyến giáp hoặc đặc biệt thiểu năng tuyến giáp dễ gây sảy thai.

2.3. Nguyên nhân chung cho sảy thai tự nhiên và sảy thai liên tiếp

- Rối loạn nhiễm sắc thể đứng hàng đầu trong các nguyên nhân gây sảy thai, nhất là sảy thai trong tuần đầu tiên.

- Do bất thường về số lượng nhiễm sắc thể thừa hay thiếu nhiễm sắc thể. Thừa nhiễm sắc thể như tam thể ở nhóm A, B, C, E, F các thai này thường sảy rất sớm, tuy nhiên với tam thể 21 hay tam thể 13, tam thể 18 thai có thể phát triển nhiều dị dạng lúc sinh,…

- Thiếu nhiễm sắc thể ở nhóm D, G hay nhiễm sắc thể giới tính XO thai có thể phát triển.

- Tam bội thể, tứ bội thể đều làm sảy thai.

- Do bất thường cấu trúc nhiễm sắc thể như chuyển đoạn nhiễm sắc thể, nhiễm sắc thể vòng.

3. Dọa sảy thai

- Cơ năng:

+ Tắt kinh.

+ Nghén: khi có thai, nồng độ hCG sẽ tăng cao làm xuất hiện triệu chứng nghén như buồn nôn hoặc nôn, sợ một số loại thức ăn hoặc thích ăn loại thức ăn mà trước đây mình sợ không ăn được, sợ mùi vị. Người mẹ có thể tăng tiết đặc biệt là tiết nước bọt.

+ Bệnh nhân xuất hiện đau bụng âm ỉ vùng hạ vị có lúc trội thành từng cơn.

+ Đau bụng kèm theo có ra máu âm đạo số lượng ít.

- Thực thể:

+ Thăm âm đạo thấy âm hộ âm đạo và cổ tử cung tím hơn binhg thường. Tử cung to tương xứng với tuổi thai.

+ Cổ tử cung còn dài đóng kín.

+ Rút tay ra thấy máu theo gang, máu có thể là máu đỏ tươi hoặc máu đen số lượng ít.

- Xét nghiệm

+ Xét nghiệm hCG bằng que thử thai cho kết quả dương tính.

+ Siêu âm thấy hình ảnh túi ối tròn đều, thấy rõ tim thai và âm vang thai, đối với thai to có thể thấy hình ảnh các phần của thai nhi. Qua siêu âm có thể thấy hình ảnh khối máu tụ.

- Xử trí:

+ Cho bệnh nhân nằm nghỉ ngơi tuyệt đối, ăn nhẹ và giàu dinh dưỡng, chế độ ăn nhiều xơ để chống táo bón.

+ Tư vấn cho người nhà và gia đình về những tiến triển và biến chứng có thể xảy ra.

+ Đối với những thai nhỏ dưới 12 tuần chúng ta tiến hành dùng nội tiết: nếu nguy cơ dọa sảy thai nhiều có thể dùng Progesteron tiêm bắp sâu, ngoài ra có thể dùng đường uống Dufaston 10mg uống 1 viên/ngày hoặc dùng Utrogestan 100mg đặt âm đạo.

+ Giảm co bằng các thuốc Papaverin 40mg tiêm 2 ống/ngày chia 2 lần, hoặc dùng Spasfon hay Spasmaverin.

+ Nếu ra máu nhiều và kéo dài, nguy cơ nhiễm khuẩn cao có thể dùng kháng sinh dự phòng chống bội nhiễm.

+ Nếu quá trình giữ thai không thành công có thể tiến hành lấy thai qua đường dưới bằng hút hoặc nạo thai.

4. Đang sảy thai

- Triệu chứng:

+ Dấu hiệu có thai như: chậm kinh, có nghén, nghén có thể nhiều hay nghén ít.

+ Đau bụng hạ vị ngày càng nhiều, đau thành cơn.

+ Máu ra âm đạo ngày càng nhiều, máu đỏ tươi.

+ Toàn thân: nếu mất máu nhiều có thể xuất hiện dấu hiệu choáng.

+ Thăm âm đạo: cổ tử cung đã xóa-mờ, có thể thấy rau thai hoặc một phần của thai. Đôi khi thấy hình ảnh tử cung hình con quay vì đoạn dưới phình to khối thai đã xuống thấp.

- Xử trí:

+ Nếu có choàng truyền dung dịch mặn đẳng trương.

+ Tiến hành nong cổ tử cung nếu cần rồi hút bọc thai ra và nạo thai.

+ Tăng co bằng Oxytoxin tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch.

+ Cho kháng sinh dự phòng.

+ Tư vấn tránh thai và làm vệ sinh.

5. Sảy thai hoàn toàn

- Triệu chứng:

+ Thường gặp khi sảy thai trong 6 tuần đầu.

+ Sau khi đau bụng ta máu thấy thai ra cả bọc sau đó ra máu ít dần.

+ Khám thấy cổ tử cung đóng, tử cung co hồi bình thường.

- Xử trí:

+ Cho uống kháng sinh dự phòng.

+ Tư vấn cho người bệnh về nghỉ ngơi, ăn uống, theo dõi nếu có các triệu chứng bất thường như đau bụng, ra máu nhiều, sốt. Khi thấy xuất hiện một trong các triệu chứng trên cần đi khám lại để được điều trị.

6. Sảy thai không hoàn toàn

- Triệu chứng:

+ Sau khi xảy thai thấy ra máu kéo dài, bụng còn đau nhiều.

+ Khám thấy cổ tử cung mở, tử cung co hồi kém, tử cung còn to.

- Xử trí:

+ Cho kháng sinh dự phòng.

+ Nếu siêu âm thấy trong buồng tử cung còn nhiều âm vang bất thường thì cần tiến hành hút hoặc nạo lại hoặc có thể cho Misoproston (cứ 2-3 giờ cho uống 400mcg) tối đa cho 3 lần. Ngày hôm sau siêu âm lại kiểm tra.

+ Nếu không có siêu âm, tiến hành hút hay nạo sạch buồng tử cung đối với tất cả các trường hợp, trước khi nạo cho Oxytoxin 5UI x 1 ống tiêm bắp.

7. Sảy thai nhiễm khuẩn

- Triệu chứng:

+ Sảy thai nhiễm khuẩn xảy ra sau một phá thai không an toàn (không đảm bảo vô khuẩn) hoặc sảy thai sót rau.

+ Khám thấy cổ tử cung mở, tử cung mềm ấn đau.

+ Ra máu kéo dài và hôi, đôi khi có mủ.

+ Toàn thân có dấu hiệu sốt cao, mệt mỏi, khó chịu, nhịp tim nhanh, hơi thở có mùi hôi.

- Xử trí:

+ Nếu chảy máu nhiều cần tiến hành hồi sức và nạo hút ngay.

+ Cho kháng sinh liều cao, có thể phối hợp kháng sinh.

+ Nếu ra máu ít, dùng kháng sinh 4-6 giờ sau đó hút hay nạo thai còn sót lại trong tử cung. Cho Oxytoxin tiêm bắp trước khi nạo. Trong trường hợp chảy máu và nhiễm khuẩn nặng phải tiến hành cắt tử cung.

+ Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình những biến chứng và tai biến nguy hiểm có thể xảy ra cho người bênh vì vậy phải tuân thủ những chỉ định điều trị của bác sỹ.

8. Sảy thai đã chết

- Sảy thai đã chết là tình trạng chết ở tuổi thai dưới 23 tuần thường lưu lại trong tử cung.

- Trong những tháng đầu các triệu chứng giống như trường hợp sảy thai.

- Triệu chứng:

+ Có triệu chứng có thai sau đó ra máu âm đạo, hết nghén, có thể vú tiết sữa non, không thấy thai máy, tim thai không có.

+ Khám âm đạo: cổ tử cung đóng kín, có máu đen, tử cung nhỏ hơn tuổi thai.

+ Xét nghiệm: định lượng hCG thấy âm tính. Siêu âm thấy túi ối méo mó không có âm vang thai và tim thai.

- Xử trí:

+ Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, máu chảy đông và sinh sợị huyết.

+ Hút thai bằng dụng cụ.

+ Cho kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn.

+ Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

9. Sảy thai liên tiếp

Về lâm sàng một số điểm sau có thể nghĩ đến sảy thai do rối loạn nhiễm sắc thể:

+ Chu kỳ kinh nguyệt không đều và chu kỳ dài.

+ Mẹ nhiều tuổi.

+ Sảy thai sớm vào tuần thứ 3 cho đến tuần thứ 10.

+ Tuy nhiên chẩn đoán xác định dựa vào nuôi cấy bào thai sảy sau đó nghiên cứu về nhiễm sắc đồ.

- Xử trí:

+ Để xác định nguyên nhân phải sử dụng các phương pháp thăm dò và xét nghiệm như định lượng hormon, xét nghiệm về giang mai, yếu tố Rh, nhiễm sắc thể đồ, chụp buồng tử cung,…

+ Điều trị theo nguyên nhân:

 Mổ bóc nhân xơ trong u xơ tử cung, mổ cắt vách ngăn tử cung,…

Khâu vòng cổ tử cung đối với ở eo tử cung.

 Điều trị những nguyên nhân toàn thân như đái tháo đường, giang mai, viêm thận.

Điều trị những nguyên nhân do rối loạn nội tiết như thiểu năng giáp trạng, bệnh thiếu hụt Estrogen, Progesteron thì nên điều trị ngay và sớm ngay từ khi mới có thai kéo dài cho đến khi vượt qua thời kỳ thai thường bị sảy.

Đối với những trường hợp do rối loạn nhiễm sắc thể, nhất là do chuyển đoạn nên tham khảo lời khuyên về di truyền.

TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI NGHÉN

I. Mục tiêu

- Trình bày được phân loại của tăng huyết áp và thai nghén.

- Nói được các triệu chứng của tiền sản giật, sản giật.

- Nêu được cách xử trí theo từng thể bệnh.

- Mô tả các biện pháp dự phòng tăng huyết áp và dự phòng tiền sản giật.

II. Nội dung

- Tăng huyết áp là một triệu chứng có thể có trước lúc mang thai hoặc xuất hiện lúc mang thai, hay đã có sẵn và nặng lên do thai nghén.

- Điều này có nghĩa là tăng huyết áp khi có thai có thể có nguyên nhân độc lập với tình trạng mang thai hoặc nguyên nhân do thai. Nhưng dù nguyên nhân gì thì tăng huyết áp trong thai nghén là dấu hiệu báo động, hoặc dấu hiệu biểu hiện của một thai kỳ đầy nguy cơ, có thể gây tử vong mẹ và thai nhi.

- Trong sản khoa, tăng huyết áp đi kèm với protein niệu và phù tạo nên một bệnh cảnh đặc biệt mà trước đây người ta thường gọi là nhiễm độc thai nghén thì ngày nay được gọi là tiền sản giật.

Phân loại tăng huyết áp và thai nghén:

|  |  |
| --- | --- |
| Triệu chứng | Chẩn đoán |
| Huyết áp tăng thu >=140mmHg hoặc huyết áp tâm trương >=90mmHg trước 20 tuổi tuần thai.  | Tăng huyết áp mạn tính. |
| - Huyết áp >=140/90mmHg hoặc huyết áp tâm trương từ 90-110mmHg đi 2 lần cách nhau 4 giờ, sau 20 tuần tuổi thai. - Không có protein niệu. | Thai nghén gây tăng huyết áp.  |
| - Huyết áp >=140/90mmHg hoặc huyết áp tâm trương từ 90-110mmHg đo 2 lần cáhc nhau 4 giờ, sau 20 tuần tuổi thai. - Protein niệu có thể có tới ++.- Không có triệu chứng khác.  | Tiền sản giật nhẹ.  |
| - Huyết áp tâm trương 110mmHg trở lên sau 20 tuần tuổi thai và protein niệu +++ hoặc hơn.- Ngoài ra có thể có các dấu hiệu sau:+ Tăng phản xạ. + Đau đầu tăng, chóng mặt.+ Nhìn mờ, hoa mắt.+ Thiểu niệu (dưới 400ml/24 giờ).+ Đau vùng thượng vị.+ Phù phổi.  | Tiền sản giật nặng. |
| - Có cơn giật. - Hôn mê.- Kèm theo một số dấu hiệu tiền sản giật nặng.  | Sản giật.  |

1. Tăng huyết áp

Nếu chưa biết huyết áp trước đó:

- Huyết áp tối đa >=140mmHg

- Huyết áp tối thiểu >=90mmHg

Nếu đã biết huyết áp trước đó:

- Huyết áp tối dda tăng >=30mmHg

- Huyết áp tối thiểu tăng >=15mmHg

so với trị số huyết áp chưa có thai.

Lưu ý: đo huyết áp 2 lần cách nhau 4 giờ. Bệnh nhân nghỉ ít nhất 15 phút trước khi đo.

2. Tiền sản giật

- Tiền sản giật là sự phát triển của tăng huyết áp và protein niệu, do thai nghén. Tiền sản giật-sản giật thường xảy ra sau tuần lễ thứ 20 của thai lỳ và chấm dứt sau tuần sau đẻ. Tuy nhiên, tiền sản giật nặng có thể phát hiện sớm trước thời điểm đó với sự hiện diện của bệnh tế bào nuôi (chửa trứng).

- Tỷ lệ: tiền sản giật xảy ra khoảng 5-10% trong thai nghén và sản giật xấp xỉ khoảng 0,2-0,5%.

- Các yếu tố thuận lợi: một số yếu tố thuận lợi có thể làm phát sinh bệnh như:

+ Con so lớn tuổi (trên 35 tuổi).

+ Mùa: bệnh có thể xảy ra quanh năm, nhưng hay gặp là lạnh ẩm (đông, xuân, hay thời tiết đang nóng chuyển sang mưa,…)

+ Đa thai, đa ối.

+ Chửa trứng, thường biểu hiện nhiễm độc sớm.

+ Thai nghén kèm theo tiểu đường, các bệnh mạn tính, tăng huyết áp mạn tính, béo phì.

2.1. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

2.1.1. Tăng huyết áp

Như trên

2.1.2. Protein niệu

- Protein niệu thường là dấu hiệu sau cùng của bộ 3 triệu chứng. Mức độ protein niệu có thể thay đổi lớn hơn trong 24 giờ, do đó mẫu xét nghiệm nước tiểu muốn chính xác phải được lấy cả 24 giờ.

- Protein niệu thường là dương tính khi lớn hơn 0,3g/lít (nước tiểu 24 giờ) hoặc trên 0,5g/lít (một mẫu nước tiểu ngẫu nhiên) (tương đương +).

|  |
| --- |
| Mức độ protein niệu (nước tiểu 24 giờ) |
| Vết | 0,1g/lít |
| + | 0,3g/lít |
| ++ | 1,0g/lít |
| +++ | 3,0g/lít |
| ++++ | 10,0g/lít |

2.1.3. Phù

- Theo cổ điển, phù được mô tả như một dấu hiệu sớm nhât của tiền sản giật đang phát triển. Tuy nhiên, phù cũng như sự tăng thể tích huyết tương là điều người ta dự kiến có trong lúc có thai. 85% người bệnh có thai bị phù trong 3 tháng cuối là phù sinh lý. Phù được coi là sinh lý khi chỉ phù nhẹ ở chân, mắt cá, sáng chưa phù chiều mới phù, nằm nghỉ ngơi kê chân cao sẽ hết. Được xem là bệnh lý, nếu như phù toàn thân: tay, chân, cả mặt khi mới thức dậy buổi sáng, có khi kèm theo dịch tràn dịch màng bụng hoặc màng phổi.

- Phù có thể ít, nhẹ, kín đáo, nhiều lúc ấn lên mắt cá chân mới phát hiện được, buổi sáng hơi nặng mặt.

- Đặc điểm của phù:

+ Phù toàn thân, nằm nghỉ cũng không hết.

+ Phù mềm, tráng, ấn lõm.

+ Tăng cân nhanh hơn bình thường. Quá trình mang thai, người mẹ có thể tăng từ 0-15kg nhưng trong một tuần không tăng quá 1kg.

2.1.4. Dấu hiện cận lâm sàng

- Chức năng thận: ngoài protein niệu có thể có hồng cầu, bạch cầu, trụ niệu phụ thuộc vào mức độ trầm trọng của tổn thương thận.

+ Creatinin tăng (bình thường 1,8mg) hay 97mol/l.

+ Acid uric tăng (bình thường 4,5mg) hay 340mol/l.

+ Urê huyết bình thường hoặc tăng cao trong trường hợp nặng ảnh hưởng đến thận.

- Xét nghiệm chức năng gan: SGOT, SGPT có thể tăng trong trường hợp nặng.

- Áp suất keo: giảm, protein áu giảm.

- Tế bào máu: số lượng hồng cầu, hematocrit, hemoglobin, tiểu cầu giảm.

- Soi đáy mắt: có dấu hiệu Gunn, phù gai thị, xuất huyết võng mạc,…

- Đánh giá trình trạng thai: qua siêu âm và monitoring (nếu có).

2.2. Các hình thái lâm sàng

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Triệu chứng | Tiền sản giật nhẹ | Tiền sản giật nặng |
| Huyết áp tâm trương | <90-100mmHg | >=110mmHg |
| Protein niệu | Vết, + hoặc ++ | +++ hoặc nhiều hơn |
| Nhức đầu | Không | Có |
| Rối loạn thị giác: mờ mắt, nhìn đôi | Không | Có |
| Đau thượng vị | Không | Có |
| Nôn, buồn nôn | Không | Có |
| Thiểu niệu | Không | Có |
| Creatinin máu | Bình thường | Tăng |
| Giảm tiểu cầu | Không | Có |
| Tăng bilirubin máu | Không | Có |
| Tăng men gan | Tăng rất ít | Tăng đáng kể |
| Thai chậm phát triển | Không | Có |
| Phù phổi | Không | Có |

2.2.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán tiền sản giật nặng

- Lâm sàng: có 1 trong các triệu chứng:

+ Huyết áp tâm trương >=160mmHg và tối thiểu >=110mmHg.

+ Rối loạn thị giác/

+ Đau đầu mà không đáp ứng với các thuốc thông thường.

+ Đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải.

+ Phù phổi hoặc xanh tim.

+ Thiểu niệu (<400ml/24giờ).

- Cận lâm sàng:

+ Protein niệu >=3g/l trong 24 giờ hoặc +++.

+ Tiểu cầu giảm dưới 150.000/mm3.

+ Bất thường các men gan (tăng SGOT, SGPT).

2.2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Tăng huyết áp mạn tính: tiền sử đã có tăng huyết áp trước, tăng huyết áp xuất hiện trước tuần thứ 20 của thai kỳ.

- Các bệnh lý về thận: viêm thận cấp, viêm thận mạn, viêm mủ bể thận.

- Các phù do tim, phù do dinh dưỡng.

2.3. Biến chứng của tiền sản giật nặng

2.3.1. Biến chứng về phía mẹ

- Sản giật.

- Xuất huyết não

- Mù mắt.

- Hoại tử ống thận cấp, suy thận cấp.

- Chảy máu dưới bao gan, có thể vỡ gan xuất huyết vào ổ bụng.

- Suy tim cấp.

- Có thể gây rối loạn đông mãu như giảm tiểu cầu, đông máu rải rác trong lòng mạch.

2.3.2. Biến chứng về phía con

- Thai chậm phát triển trong tử cung (56%).

- Đẻ non (40%) do tiền sản giật nặng hoặc sản giật phải cho đẻ sớm.

- Tử vong chu sinh: tỷ lệ tử vong chu sinh tăng cao nếu có biến chứng rau bong non, đẻ non. Tử vong chu sinh khoảng 10%.

2.4. Dự phòng và điều trị

2.4.1. Dự phòng

Vì nguyên nhân chưa rõ nên dự phòng bệnh lý này rất khó.

- Chủ yếu nhằm phát hiện sớm và điều trị sớm để tránh các biến chứng nặng cho mẹ và con.

- Chú ý các yếu tố thuận lợi đưa đến tiền sản giật qua khai thác bệnh sử gia đình, nội khoa và bệnh sử lần này.

- Đăng ký quản lý thai nghén là khâu cơ bản nhất trong dự phòng tiền sản giật-sản giật.

2.4.2. Điều trị

Mục tiêu điều trị:

- Đối với mẹ: ngăn cản sự tiến triển của bệnh. Tránh các biến chứng có thể xảy ra. Hy vọng cải thiện tình trạng bệnh và giảm tỷ lệ tử vong mẹ.

- Đối với con: đảm bảo sự phát triển bình thường của thai trong tử cung, hạn chế những nguy cơ có thể xảy ra cho thai: kém phát triển trong tử cung, suy dinh dưỡng, thai chết lưu và giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong chu sản. Khi điều trị, người thầy thuốc cần phải nắm vững phương châm: bảo vệ mẹ là chính, có chiếu cố đến con. Thuốc điều trị triệu chứng cho mẹ đồng thời có thể tác động đến thai nhi nên cần phải cân nhắc ký trước khi dùng thuốc điều trị cho mẹ.

- Điều trị bao gồm nghỉ ngơi, điều trị nội khoa, điều trị sản và ngoại khoa.

- Tiền sản giật nhẹ:

+ Có thể điều trị ngoại trú hoặc nhập viện (nếu không có đủ điều kiện theo dõi).

+ Nghỉ ngơi và nằm nghiêng trái.

+ Có thể cho thuốc an thần, tùy theo tình trạng của người bệnh (uống diazepam).

+ Theo dõi hàng tuần có dấu hiệu nặng lên thì nhập viện và điều trị tích cực.

+ Nếu thai đã đủ tháng cho đẻ chủ động.

- Tiền sản giật nặng:

+ Phải nhập viện và điều trị tại tuyến tỉnh. Nếu người bệnh được phát hiện tại các tuyến dưới thì phải chuyển tuyến ngay.

+ Cần điều trị khẩn trương tích cực để ngăn chặn tiến triển sang sản giật.

- Chăm sóc: chăm sóc cấp 1:

+ Đặt người bệnh nằm trong phòng yên tĩnh và ấm. Khuhyên người bệnh nghỉ ngơi, nằm nghiêng trái thường xuyên.

+ Theo dõi mỗi giờ: huyết áp, mạch, nhiệt độ, nhịp thở, nước tiểu và phản xạ gân xương tại đầu gối hay khuỷu tay. Định lượng protein-niệu, hematocrit, đếm tiểu cầu mỗi ngày. Đánh giá chức năng gan, thận, rối loạn đông máu và tình trạng thai nhi bằng thử nghiệm không đả kích (Non Stress test).

- Dinh dưỡng: cho chế độ ăn bệnh hợp lý: nhiều rau, quả tươi, ít mặn, nhiều protid (chất đạm).

- ĐIều trị: bao gồm điều trị nội khoa, sản khoa và ngoại khoa như trong điều trị sản giật (xem điều trị sản giật).

3. Sản giật

- Sản giật được xác định là khi xuất hiện những cơn co giật hạơc hôn mê trên một người bệnh có hội chứng tiền sản giật nặng. Đây là một biến chứng cấp tính của tiền sản giật nặng.

- Sản giật có thể xảy ra trước khi đẻ (50%), trong đẻ (25%) và sau đẻ (25%).

3.1. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

3.1.1. Triệu chứng lâm sàng

Trên lâm sàng mỗi cơn giật điển hình thường trải qua 4 giai đoạn:

- Giai đoạn xâm nhiễm: khoảng 30 giây đến 1 phút. Có những cơn kích thích ở vùng mặt, miệng, mi, mí mắt nhấp nháy, nét mặt nhăn nhúm sau đó cơn giật lan tràn xuống 2 tay.

- Giai đoạn giật cứng: khoảng 30 giây. Toàn thân co cứng, các cơ thanh quản và hô hấp co thắt lại làm cho người bệnh dễ ngạt thở vì thiếu oxy.

- Giai đoạn giật gián cách: giai đoạn này kéo dài khoảng 1 phút. Sau cơn giật cứng các cơ toàn thân và chi trên giãn ra trong chốc lát, rồi liên tiếp những cơn co giật toàn thân, lưỡi lè ra thụt vào nên rất dễ cắn vào lưỡi, miệng sùi bọt mép.

- Giai đoạn hôn mê: các cử động co giật thưa dần rồi ngưng. Người bệnh rơi vào hôn ê. Tùy theo tình trạng nặng, nhẹ mà người bệnh có thể hôn mê nhẹ hoặc hôn mê sâu. Nếu nhẹ thì 5-7 phút người bệnh sẽ tỉnh lại, nếu hôn mê sâu có thể dài vài giờ đến vài ngày. Người bệnh mất tri giác, đồng tử giãn rộng, rối loạn cơ vòng nên đại tiểu tiện không tự chủ. Nếu nặng có thể tử vong trong tình trạng hôn mê kéo dài.

3.1.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Thận: protein niệu >5g/l, lượng protein niệu càng cao bênh càn nặng, có khi lên đến >30g/l. Cặn nước tiểu: hồng cầu, bạch cầu, trụ hạt (+). Bệnh càng nặng lượng nước tiểu càng ít, có khi vô hiệu.

- Máu: ure máu vẫn bình thường. Urê, creatinin và acid uric tăng: suy thận.

- Đáy mắt: có thể phù gai thị, xuất huyết võng mạc,…

- Gan có thể có khối máu tụ dưới bao gan, tổn thương gan làm tăng men gan và giảm tiểu cầu.

- Não: các tổn thương có thể gặp bao gồm phù, huyết khối, thiếu máu khư trú và chảy máu não.

3.2. Chẩn đoán

3.2.1. Chẩn đoán xác định

Dựa trên triệu chứng lâm sàng của cơn co giật điển hình hoặc hôn mê trên một người bệnh có hội chứng tiền sản giật.

3.2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Động kinh: có tiền sử động kinh trước khi có thai. Không có tiền sản giật.

- Cơn Tetani: có thể có hay không có tiền sử. Cơn co giật xuất hiện đột ngột hoặc có dấu hiệu báo trước như: tăng thân nhiệt, ssau bụng, cảm giác kiến bò ở chân tay. Các ngón tay duỗi thẳng và dúm lại. Phản xạ gân xương bánh chè tăng và không hôn mê.

- Cơn hysteria: sự biểu hiện của các cơn co giật không giống nhau. Tuy không tỉnh nhưng người xung quanh nói người bệnh vẫn biết. Mất tri giác nhưng không mất phản xạ.

- Các tai biến mạch máu não: xuát huyết não, tắc mạch não.

- Tổn thương não: u não, áp xe não.

- Các bệnh nhiễm khuẩn: viêm màng não, viêm não.

- Các bệnh chuyển hóa: hạ calci huyết, hôn mê tiểu đường, hôn mê do ure máu cao, hôn mê do gan.

3.3. Biến chứng

3.3.1. Về phía mẹ

- Cắn phải lưỡi khi lên cơn co giật.

- Ngạt thở.

- Phủ phổi cấp, viêm gan cấp, viêm thận cấp.

- Xuất huyết não, màng não.

- Mù, thông manh, ngớ ngẩn.

- Tăng huyết áp mạn, viêm gan, viêm thận mạn.

3.3.2. Về phía con

- Thai kém phát triển trong tử cung.

- Đẻ non.

- Thai chết trong tử cung.

3.4. Điều trị

3.4.1. Xử trí tại tuyến xã

- Ngáng miệng để không cắn phải lưỡi, ủ ấm.

- Diazepam 10mg/ống, tiêm bắp hay tiêm tĩnh mạch chậm.

- Chuyển tuyến tỉnh, cố định người bệnh trong khi chuyển.

3.4.2. Điều trị tại tuyến huyện và tuyến tỉnh

- Chăm sóc:

+ Đặt người bệnh nằm trong phòng yên tĩnh, ấm áp, tránh mọi kích thích.

+ Đặt cây ngáng miệng hay ngáng lưỡi để tránh cắn phải lưỡi khi lên cơn co giật.

+ Hút đờm rãi để tránh tắc đường hô hấp.

+ Theo dõi mỗi giờ: huyết áp, mạch, nhiệt độ, nhịp thở, nước tiểu và phản xạ gân xương.

- Định lượng protein niệu, hematocrit, đếm tiểu cầu, đánh giá chức năng gan, thận, rối loạn đông máu và trình trạng thai nhi.

- Điều trị:

\* *Điều trị nội khoa*

- Dự phòng và cắt cơn co giật: sử dụng magnesi sulfat là thuốc đầu tay.

+ Liều tấn công (nếu người bệnh chưa được tiêm magnesi sulfat ở tuyến trước) là 2-4g dung dịch magnesi sulfat 15% (12,5ml đến 25ml) tiêm tĩnh mạch thật chậm trong 3-5 phút. Liều duy trì sau đó là tiêm tĩnh mạch chậm 1g mỗi giờ (6ml dung dịch magnesi sulfat 15%) hoặc tiêm bắp 2g (12ml dung dịch magnesi sulfat 15%) 4 giờ một lần hoặc pha 6g magnesi sulfat 15% (4 ống magnesi sulfat 15%\*10ml mỗi ống) vào chai glucose 5% 500ml truyền tĩnh mạch 30 giọt một phút nếu phản xạ gân xương (+), nhịp thờ >=16 lần/phút và nước tiểu >=30ml/giờ.

+ Theo dõi: mỗi giờ phải xem lại phản xạ gân xương, nhịp thở, nước tiểu trước khi tiêm liều magnesi sulfat tiếp theo.

+ Khi tiêm thuốc magnesi sulfat, cần có sẵn trong khay thuốc calci gluconat. 10%-10ml là thuốc đối kháng với magnesi sulfat để tiêm tĩnh mạch ngay khi người bệnh có dấu hiệu thở chậm hoặc ngừng thở trong hay sau khi tiêm magnesi sulfat.

- Thuốc hạ áp (hay thuốc chống tăng huyết áp): chỉ sử dụng khi huyết áp tâm trương >=110mmHg, tránh xuất huyết não. Thuốc đầu tay được sử dụng là hydralazin.

+ Liều sử dụng: 5-10mg tiêm tĩnh mạch chậm. Nếu đáp ứng khong đủ sau 10-20 phút (huyết áp tâm trương vẫn cao hơn 100mmHg), có thể lặp lại liều 5mg cho đến khi huyết áp hạ, hoặc có thể cho hydralazin 12,5mg tiêm bắp cách 2 giờ một lần. Tổng liều là 30mg/24 giờ.

+ Nếu không có hydralazin, có thể sử dụng labetolol 10mg tiêm tĩnh mạch. Nếu đáp ứng không ddur sau 10 phút, tiêm tĩnh mạch labetolol lần 2 20mg, đến 40-80mg để đạt được kết quả điều trị.

+ Cũng có thể thay bằng nifedipin 5mg nhỏ dưới lưỡi.

+ Chú ý: chỉ sử dụng 1 trong 3 loại thuốc hạ áp trên, theo dõi huyết áp thật cẩn thận không để huyết áp dưới 140/90mmHg vì có thể có tương tác giữa thuốc hạ áp với magnesi sulfat nhưng không hiệu quả.

- Thuốc an thần thường được sử dụng là diazepam 10mg tiêm tĩnh mạch chậm trong vòng 2 phút. Chỉ định khi chuyển tuyến, khi không có magnesi sulfat và khi đã dùng magnesi sulfat nhưng không hiệu quả.

- Thuốc lợi tiểu chỉ dùng furosemid (Lasix) và/ hoặc có nước tiểu dưới 30ml/h và/ hoặc có triệu chứng dạo phù phổi cấp và chỉ sử dụng khi huyết áp tâm trương >=70mmHg (vì đây là ngưỡng thận để lọc nước tiểu). Có thể tiêm tĩnh mạch Lasix 20mg x 1 ống đầu và lặp lại mỗi giờ sau, đến 4 lần nếu vẫn chưa hết triệu chứng.

- Truyền dịch thật hạn chế mặc dù có thể có hiện tượng cô đặc máu, chỉ sử dụng glucose 5% truyền tĩnh mạch chậm để giữ một đường tĩnh mạch cho thuốc.

- Thuốc trợ tim dử dụng khi có dấu hiệu dọa phù phối cấp, dùng liều đầu tiên Digoxin 0,5mg x 1 ống hoặc Cedilanid 0,8mg x 1 ống tiêm tĩnh mạch nếu trước đó người bệnh chưa uống hay tiêm các loại thuốc trợ tim loại Digitalic này. Sau đó tùy tình trạng tim mà cho liều duy trì.

\* *Điều trị sản khoa và ngoại khoa*

- Chấm dứt thai kỳ là điều trị triệt để nhất của tiền sản giật và sản giật.

- Chỉ định chấm dứt có thai kỳ:

+ Khi điều trị tiền sản giật nặng hoặc sản giật dã ổn định được 24 giờ.

+ Khi điều trị nội khoa không thể đạt được hiệu quả, huyết áp vẫn dao động trong tiền sản giật nặng hoặc người bệnh vẫn lên cơn co giật mặc dù đã sử dụng đầy đủ các loại thuốc uống chống co giật và hạ áp.

- Phương pháp chấm dứt kỳ thai:

+ Đường âm đạo: nếu chỉ số Bishop>5, có điều kiện thuận lợi có thể khoỉư phat chuyển dạ bằng cách tách màng ối, truyền tĩnh mạch oxytoxin và bấm ối khi tử cung có cơn co tốt, cổ tử cung bắt đầu có thay đổi.

+ Mổ lấy thai: khi cổ tử cung và ngôi thai không thuận lợi cho việc khởi chuyển dạ để đẻ đuờng âm đạo.

- Vô cảm: gây mê toàn thân hoặc có thể gây tê ngoài màng cứng nếu không có rối loạn đông máu hay suy thai. Chống chỉ định dùng gây tê tủy sống vì có thể gây tụt huyết áp rất khó xử trí.

- Chú ý:

+ Sau sinh hay sau ca mổ, cần tiếp tục điều trị nội khoa như trước mổ hay trước sinh lý ít nhất 24 đến 48 giờ sau khi chấm dứt thai, tùy theo huyết áp và protein niệu.

+ Nếu huyết áp vẫn cao hơn hoặc bằng 140/90mmHg hay huyết áp tâm trương vẫn cao hơn hoặc bằng 110mmHg, cần tiếp tục cho thuốc hạ áp loại uống.

+ Tiếp tục theo dõi sát tình trạng người bệnh như trước khi chấm dứt thai kỳ vì sản giật có thể xảy ra sau sinh (khoảng 25%) và khi đã xảy ra cơn co giật sau sinh thì thường là rất nặng.

+ Nếu có băng huyết sau sinh, không đựoc sử dụng Ergometrin vì có thể làm tăng huyết áp và đưa đến xuất huyết não.

+ Cần đề phòng bội nhiễm vì thể trạng người bệnh rất yếu, phải dùng kháng sinh liều điều trị.

NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

1. Mục tiêu

- Trình bày được nguyên nhân và các yếu tố thuận lợi gây nhiễm khuẩn hậu sản.

- Trình bày được triệu chứng, chẩn đoán, điều trị được các hình thái nhiễm khuẩn hậu sản.

2. Nội dung

2.1. Đại cương

Nhiễm khuẩn hậu sản (NKHX) là nhiễm khuẩn xảy ra ở sản phhụ sau đẻ mà khởi điểm là đường sinh dục (âm đạo, cổ tử cung, tử cung vùng rau bám). Những trường hợp đường vào của vi khuẩn không phải từ bộ phận sinh dục, như sốt sau đẻ do bệnh cúm, thương hàn, lao phổi,… thì không phải là NKHS.

Đầu thế kỷ XIX, khi chưa rõ nguyên nhân là vi khuẩn, chưa có kháng sinh thì NKHS là nỗi kinh hoàng cho các bà mẹ. Tử vong rất cao 124/1000 trường hợp đẻ. Tarnier (1857, Pháp), nhất là Semmelweis (1844, Áo) dựa vào nhận xét lâm sàng và nhóm sinh viên thực tập mổ xác, sau đó chỉ rửa tay, khám sản phụ khoa và đỡ đẻ thì tử vong sản phụ cao gấp 10 lần so với nữ hộ sinh đỡ đẻ. Như vậy theo Semmelweis, NKHS có tính truyền nhiễm, từ đó người đỡ đẻ phải rửa tay bằng nước pha vôi (chlorua calci), cách ly thai phụ. Tử vong sản phụ giảm rõ rêt.

Khoảng 1865, Pasteur đã phân lập được liên cầu (streptococus), tác nhân gây NKHS. Phương pháp khử khuẩn, vô khuẩn trong ngoại khoa được đề xuất bởi Lister, Pasteur đã làm giảm tử vong NKHS rõ rêt.

Phát minh kháng sinh, sulfamid đã làm giảm rất nhiều NKHS và tử vong chỉ còn từ 68/100.000 ca đẻ. Tuy nhiên, ở hoàn cảnh nước ta, NKHS vẫn còn là một trong các tai biến về sản khoa.

2.2. Nguyên nhân

2.2.1. Vi khuẩn

Rất nhiều loại vi khuẩn gây ra NKHS: Streptococus, Staphylococus, Ecoli, Entercococus và các vi khuẩn kỵ khí hư Clortidium, Bacteroides,… Vi khuẩn từ cơ thể của sản phụ, người xung quanh, từ dụng cụ đỡ đẻ, thủ thuật mổ lấy thai, qua các sang chấn ở đường tình dục vào vàng rau bám tử cung.

- Đường lan truyền: từ âm đạo qua cổ tử cung, từ đó lên ống dẫn trứng, vào phúc mạc tiểu khung. Có thể vi khuẩn theo đường bạch huyết, tĩnh mạch (đá rối tĩnh mạch cạnh tử cung vào tổ chức dây chằng rộng).

2.2.2. Yếu tố thuận lợi cho sự phát triển của vi khuẩn trong NKHS

- Dinh dưỡng.

- Thiếu máu.

- Nhiễm độc thai nghén.

- Tại chỗ có viêm âm đạo.

- Ối vỡ non, vỡ sớm.

- Chuyển dạ kéo dài, thăm khám nhiều.

- Chấn thương đường sinh dục.

- Thủ thuật bóc rau, mổ lấy thai.

- Ứ sản dịch.

Các biện pháp phòng NKHS nhằm vào giải quyết tót các yếu tố trên.

2.3. Các hình thái nhiễm khuẩn hậu sản

Có nhiều hình thái lâm sàng, giải phẫu NKHS từ nhẹ đến nặng: nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới (âm hộ, âm đạo, tâng sinh môn), tử cung, dây chằng rộng, viêm phần phụ, viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phúc mạc toàn bộ, viêm tắc tĩnh mạch, nhiễm khuẩn huyết. Ở một số bệnh nhân có khi chỉ có một hình thái nhiễm khuẩn, có khi phối hợp haim ba hình thái.

2.3.1. Nhiễm khuẩn tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo

Đây là hình thái nhẹ nhất.

- Nguyên nhân: Vết khâu tầng sinh môn, âm đạo không đúng kỹ thuật, không được vô khuẩn tốt. Hoặc rách tầng sinh môn, rách âm đạo không khâu, quên gạc rong âm đạo.

- Triệu chứng: toàn thân có nhiệt độ không cao lắm. Tại chỗ có vết rách, vết khâu viêm tấy, đỏ, mueng mủ, đau. Tử cung co hồi bình thường, sản dịch không hôi. Hình thái này tiên lượng tốt.

- Điều trị: săn sóc tại chỗ là chính. Rửa bằng thuốc sát khuẩn hoặc phải cắt chỉ khi có mưng mủ. Đóng khăn vệ sinh, gạc vô khuẩn.

2.3.2. Viêm niêm mạc tử cung

Là một hình thái nhẹ của nhiễm khuẩn tử cung, thường gặp. Từ hình thái này nếu điều trị không tốt và kịp thời, quá trình viêm nhiễm có thể phát triển nặng hơn thành phần viêm phần phụ, viêm phúc mạc tiểu khung.

- Nguyên nhân: sót rau, sót màng, nhiễm khuẩn ối, chuyển dạ kéo dài, thủ thuật bóc rau, kiểm soát tử cung không đảm bảo vô khuẩn.

- Triệu chứng:

+ Sau đẻ vài ba ngày, bệnh nhân sốt, nhiệt độ 38-39, mạch nhanh, toàn thân mệt mỏi, khó chịu, nhức đầu.

+ Sản dịch ra nhiều, hôi, lẫn máu hoặc có mủ, nặng mùi khi bị nhiễm khuẩn kỵ khí, hoặc Ecoli. Do vi khuẩn ái khí, sản dịch ít hôi. Cổ tử cung hé mở, tử cung co hồi chậm, ấn tử cung đau. Thăm túi cùng âm đạo: không đau.

+ Cấy sản dịch xác định vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

Bế sản dịch là hình thái trung bình của viêm mạc tử cung, khám thấy tử cung gặp trước, sản dịch ra ít hoặc không, đau vùng hạ vị, ấn vào tử cung bệnh nhân đau.

Hình thái nặng hơn là viêm tử cung toàn bộ. Quá trình nhiễm khuẩn lan rộng đến lớp cơ tử cung, có khi có những ổ áp xe nhỏ. Các triệu chứng toàn thân, cơ năng, thực thể nặng hơn các hình thái trên: sản dịch thối, ra huyết vào ngày thứ 8, thứ 10, nắn tử cung rất đau, có cảm giác như có hơi. Tiến triển có thể đưa đến viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn huyết.

Còn một hình thái ít gặp, đó là viêm niêm mạc tử cung chảy máu. Thường các triệu chứng xuất hiện chậm hơn sau đẻ. Sản dịch có máu đỏ, máu cục. Trường hợp này hay lầm với chẩn đoán sót rau, đưa đến xử trí nạo rau làm cho tiên lượng nặng hơn điều trị kháng sinh thích hợp với vi khuẩn, thường sau 48 giờ tiến triển khả quan. Góp phần co hồi tử cung bằng oxytoxin hoặc methylergometrin.

Nếu có sót rau phải đợi nhiệt độ giảm, hoặc hết sốt mới can thiệp nạo, vì can thiệp sớm sẽ phá vỡ hàng rào bảo vệ quanh vùng rau, gây viêm phúc mạc hoặc nhiễm khuẩn huyết.

Trường hợp viêm tử cung toàn bộ với những ổ áp xe nhỏ, phải cắt tử cung bán phần phối hợp kháng sinh liều cao. Trước đó nên cấy máu để phát hiện sớm nhiễm khuẩn huyết.

2.3.3. Viêm phần phụ (VPP) và dây chằng rộng

Nhiễm khuẩn tử cung có thể lan sang dây chằng rộng, vòi trứng, buồng trứng.

- Viêm phần phụ xảy ra 8-10 ngày sau đẻ, chậm hơn so với viêm niêm mạc tử cung.

- Triệu chứng: bệnh nhân sốt, nắn thấy một khối mềm, đau, bờ không rõ, di động hạn chế. VPP (vòi trứng) hoặc viêm phần trên thì khối mềm sẽ ở cao. Viêm ở đáy dây chằng rộng thì chăm khám âm đạo phối hợp với nắn bụng sẽ thấy khối viêm pử thấp, ngay ở túi cùng, có khi dính với túi cùng, có khi phân biệt với đám quánh ruột thừa nếu khối viêm bên phải. Sản dịch ra nhiều, hôi, tử cung co hồi chậm, vẫn to.

- Tiến triển của viêm phần phụ tốt nếu điều trị kịp thời. Tiến triển xấu thành ổ áp xe hay viêm phúc mạc tiểu khung. Nếu khối mủ vỡ vào ổ bụng sẽ gây ra viêm phúc mạc toàn bộ. Nếu khối mủ ở thấp có thể vỡ gây rò trực tràng, âm đạo.

Phải cấy sản dịch và làm kháng sinh đồ.

- Điều trị VPP bằng cách để sản phụ nằm nghỉ, chườm đá và kháng sinh. Viêm phúc mạc tiểu khung cũng được điều trị nội khoa. Nếu túi mủ khu trú thì mở thông túi mủ ra ngoài túi cùng âm đạo. Chỉ mổ theo đường bụng khi bị viêm phúc mạc toàn bộ.

2.3.4. Viêm phúc mạc (VPM) tiểu khung

Nhiễm khuẩn từ niêm mạc tử cung, lan qua lớp cơ tử cung, vòi trứng, buồng trứng, đến phúc mạc tiểu khung. Vi khuẩn có thể theo đường bạch mạch. Nhiễm khuẩn lan đến túi cùng sau, manh tràng, đại tràng, bàng quang phía trước, trực tràng ở phía sau. Phát triển đến đâu sẽ hình thành các già mạc, phúc mạc sẽ dính với nhau. Phản ứng của phúc mạc sẽ sinh ra các túi dịch lẫn máu và mủ.

- Triệu chứng: rầm rộ hơn ở viêm tử cung. Trung bình sau đẻ 7 ngày, có khi muộn hơn sau đẻ 15 ngày từ nhiễm khuẩn tử cung.

+ Toàn thân: nhiệt độ tăng dần hoặc đột ngột đến 39040 độ, rét run, mạch nhanh không phân ly. Tình trạng toàn thân mệt mỏi, lưỡi trắng.

+ Triệu chứng cơ năng: đau vùng hạ vị, đau dữ dội. Đái rắt, táo bón. Nếu hình thành mủ và mủ đọng ở túi cùng thì sẽ có triệu chứng giả lỵ (đại tiện nhiều lần, phân ra ít, đau).

+ Triệu chứng thực thể: có phản ứng thành bụng vùng bụng dưới, bụng chướng nhẹ. Các vùng khác không có phản ứng, phần trên bụng mềm. Thăm âm đạo, tử cung còn to, kém di động, đau, cổ tử cung hé mở. Túi cùng bên rắn, đau, nề. Thăm âm đạo kết hợp nắn bụng thấy vùng hố chậy hông có khối rắn, không di động, đau.

+ Xét nghiệm máu: tốc độ lắng máu, bạch cầu, lấy khí hư xét nghiệm vi khuẩn cổ tử cung.

- Điều trị: nội khoa là chính, nằm nghỉ, chườm đá sinh tố C, kháng sinh liều cao, duy trì thêm nhiều ngày sau khi nhiệt độ giảm.

- Tiến triển của viêm phúc mạc tiểu khung: trong điều kiện điều trị không kịp thoìư và liều không đủ, viêm phúc mạc tiểu khung sẽ tiến triển thành:

+ Áp xe Douglas: triệu chứng nhiễm khuẩn vẫn tăng, đau chói ở tiểu khung. Thăm âm đạo, tử cung bị đẩy ra nước, cổ tử cung bị chẹt dưới xương vệ. Cùng đồ sau có khối đau, bờ của khối vượt quá cạnh tử cung. Thăm trực tràng thấy rõ khối áp xe. Cách điều trị là chích túi cùng sau, tháo dẫn lưu mủ phòng rò trực tràng âm đạo, phòng viêm phúc mạc toàn bộ.

+ Viêm vòi trứng có mủ: ít gặp, thăm khám có khối nề, đau ở bên cạnh và biệt lập với tử cung. Điều trị: kháng sinh và phẫu thuật cắt bỏ khối vòi trứng ứ mủ.

+ Viêm tấy (phlegmon) dây chằng rộng: khối này có thể khu trú ở cao (hạ vị) hoặc thấp hơn, khi thăm âm đạo sẽ thấy khối lan tỏa hai bên, đẩy tử cung ra trước. Điều trị: kháng sinh liều cao.

2.3.5. Viêm phúc mạc toàn bộ

Ở đây không nêu lên viêm phúc mạc toàn bộ thứ phát sau mổ lấy thai, sau nạo thai. Sau đẻ thường có thể biến chứng viêm phúc mạc toàn bộ.

Viêm phúc mạc toàn bộ có thể xảy ra sau viêm niêm mạc tử cung, viêm tử cung. Nguyên nhân của các viêm nhiễm này được nêu ở phần viêm niêm mạc tử cung. Đường lan truyền, ngoài trực tiếp còn có thể do đường bạch huyết.

Cũng có khi viêm phúc mạc toàn bộ phát triển từ viêm phúc mạc tiểu khung hay từ mủ của áp xe Douglas, của viêm vòi trứng ứ mủ.

- Triệu chứng và chẩn đoán: sau đẻ từ 7-10 ngày thì xuất hiện những dấu hiệu của viêm phúc mạc. Trước đó đã có những dấu hiệu của hình thái nhiễm khuẩn bộ phận sinh dục ở giai đoạn đã có mủ. Mủ vỡ vào ổ bụng nên có dấu hiệu viêm phúc mạc một cách đột ngột.

- Triệu chứng toàn thân: mắt trũng, môi khô, sốt cao, mạch nhanh, dấu hiệu nhiễm độc nhiễm trùng.

- Triệu chứng cơ năng: nôn, đau khắp vùng bụng, có hội chứng tắc ruột (hoặc bán tắc) có khi đại tiện phân lỏng, phân khắm.

- Triệu chứng thực thể: bụng chướng thường gặp, phản ứng hoặc co cứng thành bụng, triệu chứng này ít gặp. Thăm túi cùng âm đạo đau.

- Chụp XQ vùng bụng không chuẩn bị thấy mưc hơi và mưc nước.

- Chẩn đoán phân biệt với giả viêm phúc mạc và viêm phúc mạc tiểu khung.

Trong giả viêm phúc mạc sau đẻ thì thể trạng của thai phụ vẫn bình thường, không sốt, chỉ có bụng chướng, bí đại tiện, trung tiện khó.

Loại này chỉ điều trị nội khoa: hút dịch dạ dày, đặt ống thông hậu môn, huyết thanh mặn ưu trương, prostigmin.

Trong viêm phúc mạc tiểu khung thì đau khu trú, không chướng toàn bụng, thể trạng khá.

- Tiên lượng: chẩn đoán sớm và mổ kịp thời, tiên lượng sẽ tốt. Mổ chậm, tiên lượng xấu sẽ có tử vong, nếu có khỏi thì di chứng xa hay gây dính và tắc ruột.

- Điều trị mổ cấp cứu: cắt tử cung bán phần và phần phụ nếu có tổn thương. Lau sạch ổ bung, cho kháng sinh vào ổ bụng. Đặc biệt đặt ống dẫn lưu từ chỗ thấp nhất của ổ bụng (túi cùng sau, rãnh đại tràng – thành bụng) ra thành bụng bên.

- Để tránh viêm phúc mạc toàn bộ sau đẻ là phải chú ý vô khuẩn, khứ khuẩn khi thăm âm đạo, khi làm các thủ thuật ở tử cung, không để sót rau, điều trị tích cực các hình thái nhiễm khuẩn hậu sản.

2.3.6. Nhiễm khuẩn huyết

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) là hình thái nặng nhất của nhiễm khuẩn hậu sản. Từ khi có kháng sinh, biến chứng này đã giảm nhiều. Tiên lượng rất xấu, tử vong còn rất cao (50-70%). Là nhiễm khuẩn thứ phát sau NKHS bắt nguồn từ đường sinh dục, chủ yếu từ vùng rau bám ở tử cung. Ở đây chỉ nêu lên nhiễm khuẩn sau đẻ.

- Nguyên nhân: vi khuẩn thường gặp là liên cầu tan huyết nhóm A, faecalis nhất là tụ cầu vùng gây bệnh, Ecoli, loại kỵ khí như clostridium perfringens. Từ viêm niêm mạc tử cung, quá trình nhiễm khuẩn lan rộng ra xung quanh, hoặc và sâu lớp cơ tử cungm theo đường máu, từ trạng thái vi khuẩn vãng lai trong máu (bacteriemia) trở thành NKH (septicemia). Cũng có khi chưa diệt được ổ nhiễm khuẩn khư trú tại bộ phận sinh dục đã vội can thiệp (như nạo sót rau trong khi bệnh nhân đang sốt) phá vỡ hàng rào bảo vệ, tạo điều kiện vi khuẩn lan tràn vào mạch máu.

- Triệu chứng và chẩn đoán:

+ Triệu chứng toàn thân: sốt cao liên tục, hoặc nhiệt độ dao động, có khi sốt kèm cơn rét run hay nhiệt độ không cao nhưng kéo dài nhiều ngày. Phải lấy nhiệt độ 4 lần/ngày là tốt nhất, mạch nhanh. Toàn thân mệt mỏi, suy sụp, lờ mờ, tình trạng nặng có dấu hiệu choáng, huyết áp hạ, hôn mê, bán hôn mê, kèm thiếu niệu, nước tiểu sẫm màu, khó thở, da vàng.

+ Triệu chứng sản khoa: cổ tử cung hé mở, sản dịch rất hôi, có máu và mủ. Tử cung to, thu hồi chậm, ấn đau.

+ Triệu chứng thực thể khác: gan, lách to, bụng chướng, nghe phổi có ran ẩm. Có thể gặp nhiễm khuẩn ở khớp xương da, niêm mạc, màng não hoặc viêm nội tâm mạc.

Các dấu hiệu trên chứng tỏ có những ở di căn vi khuẩn tại các tạng trên.

+ Chẩn đoán xác định dựa vào kết quả cấy máu (lúc nhiệt độ cao), cấy sản dịch (từ buồng tử cung), cấy nước tiểu (thông bàng quang).

Các xét nghiệm khác: hồng cầu giảm, bạch cầu đa nhân trung tính tăng mạnh, hematocrit giảm.

Làm kháng sinh đồ và xác định nồng độ ức chế tối thiểu (MIC).

- Biến chứng

+ NKH đưa đến nhiều biến chứng như suy thận cơ năng, viêm thận kẽ, áp xe phổi, viêm nội tâm mạc, áp xe não, viêm màng não mủ.

+ Hình thức nặng nhất của biến chứng NKH là choáng nhiễm khuẩn, chủ yếu do vi khuẩn Gram âm và một vài loại khác như Clostridium,… Tử vong rất nhanh.

- Tiên lượng và điều trị: tiên lượng tốt hay xấu phụ thuộc vào số lượng ổ di bệnh thứ phát. Điều này phụ thuộc vào việc điều trị có kịp thời cà tích cực không.

Điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ khi chưa có kháng sinh đồ nên dùng loại kháng sinh có phổ tác dụng rộng cephalosporin (lactamin bán tổng hợp): Cefalotin, Cefotaxim, Cefoxitin,… Các loại này đều có tác dụng hiệu quả với cầu khuẩn (tụ cầu, liên cầu, phế cầu,…), lậu cầu, klebsiella. Nhóm Aminosid hiệu quả với Aerobacter, Ecoli.

Flagyl tác dụng tốt với các loại kỵ khí. Điều trị bằng đường tĩnh mạch sau đó thay thế bằng đường uống.

Nói chung nên phối hợp cefalosporin với aminosid. Phải duy trì nồng độ kháng sinh được liên tục trong máu bệnh nhân kéo dài thêm 7 ngày khi nhiệt độ trở lại bình thường.

Ngoài kháng sinh phải truyền dịch, truyền máu, trợ tim,…

Điều trị ngoại khoa khi nhiệt độ trở lại bình thường, tiến hành cắt tử cung bán phần để loại bỏ hoàn toàn ổ nhiễm khuẩn nguyên phát và gửi bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

2.3.7. Viêm tĩnh mạch

Viêm tắc tĩnh mạch sau đẻ, sau mổ vùng tiểu khung ít gặp ở nước ta hay gặp ở các nước Âu Mỹ.

- Nguyên nhân: viêm tắc tĩnh mạch tử cung, rồi quá trình lan đến tĩnh mạch quanh tử cung, tĩnh mạch chậu thường do những vi khuẩn loại liên cầu.

Các vi khuẩn khu trú trong buồng tử cung sản sinh ra men Streptokinase hủy hoại Thrombus (cục máu), rồi vi khuẩn lan theo thành mạch dọc đường đi của tĩnh mạch. Viêm tắc phát triển đến đâu những cục máu mới hình thành để hạn chế nhiễm khuẩn. Viêm tắc lan đến các tĩnh mạch dây chằng rộng, buông trứng, chậu, đùi, đôi khi lan đến tĩnh mạch chậy. Tĩnh mạch buồng trứng (thường bên trái) hay bị viêm tắc vì tĩnh mạch này dẫn lưu một nửa trên của tử cung.

Thường gặp ở con rạ, chuyển dạ kéo dài, chảy máu nhiều. Về cơ địa: lưu thông máu hệ tĩnh mạch bị cản trở, tăng sinh sợi huyết hoặc do yếu tố thần kinh giao cảm của hệ tĩnh mạch đùi, chân, bụng dưới.

- Triệu chứng: xuất hiện muộn, sau đẻ 12-15 ngày, sốt nhẹ, rét run, mạch nhanh xuất hiện sớm, nhịp tăng dần. Viêm tắc tĩnh mạch ở chân: chân phù, máu trắng, ấn đau (phlegmatia alba dolens), căng nóng từ đùi trở xuống, gót chân không nhấưc được khỏi giường.

Khi điều trị không kịp thời nhiễm khuẩn lan đến phổi gây viêm tắc động mạch phổi (khó thở, khạc ra máu, tức ngực), thận,… bệnh nhân có thể tử vong đột ngột.

- Điều trị: cần làm xét nghiệm về thời gian đông máu, tiểu cầu, thời gian Quick và tỷ lệ prothrombin.

+ Bất động chân trong khi bị bệnh và kéo dài 3 tuần sau khi hết sốt.

+ Điều trị kháng sinh, corticoid sau vài ngày điều trị kháng sinh.

+ Thuốc chống đông máu: Heparin 25.000 UI/kg thể trọng/24 giờ, tiêm tĩnh mạch cách 2 giờ 1 lần hoặc truyền nhỏ giọt tĩnh mạch, lưu lượng cố định vì Heparin thải trừ nhanh.

Hoặc Dicoumarol (Coumadine) laọi uống 2-10mg, đây là loại kháng vitamin K, tác dụng chậm, liều 2-10mg/24 giờ. Theo dõi kết quả điều trị bằng xét nghiệm thời gian Howell Quick.

Đang sử dụng Heparin nếu thay thế bằng Dicoumarol thì phải tiếp tục Heparin cho đến khi có tác dụng Dicoumarol duy trì thời gian Quick là 20-35%.

3. Phòng bệnh

Để phòng nhiễm khuẩn hậu sản cần áp dụng các biện pháp sau:

- Trong khi có thai: điều trị các ổ nhiễm của sane phụ (ở da, họng,…), viêm đường sinh dục, tiết niệu.

- Trong chuyển dạ: hạn chế thăm khám âm đạo, không để chuyển dạ kéo dài, đề phòng nhiễm khuẩn ối.

- Trong đẻ: không để sót rau, chỉ định đúng kiểm soát tử cung, boác rau nhân tạo. Đảm bảo khử khuẩn tốt các dụng cụ.

- Sau đẻ: tránh ứ sản dịch, bệnh phòng sạch sẽ, định lỳ phải được chạy tia cực tím tăng cường đề kháng sản phụ.

TƯ VẤN KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH VÀ CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI

1. Mục tiêu

- Thực hiện được các bước cần thiết trong tư vấn kế hoạch hóa gia đình.

- Trình bày được các biện pháp tránh thai dành cho nữ giới và nam giới.

- Liệt kê được các ưu điểm, nhược điểm khi dùng các phương pháp tránh thai.

2. Nội dung

2.1. Tư vấn kế hoạch hóa gia đình

2.1.1. Khái niệm

Tư vấn kế hoạch hóa gia đình là giúp khách hàng tự lựa chọn một biện pháp tránh thai thích hợp trong một giai đoạn sinh sản nhât định. Mục đích của tư vấn không xuất phát từ nhu cầu của người làm tư vấn mà xuất phát từ nhu cầu của khách hàng.

2.1.2. Vai trò của tư vấn kế hoạch hóa gia đình

- Giúp khách hàng chọn đúng một biện pháp tránh thai và sử dụng đúng biện pháp đã chọn.

- Giúp gia tăng tỷ lệ tiếp tục sử dụng và hạn chế bỏ cuộc.

- Góp phần tăng cường sức khỏe và giảm chi phí chương trình kế hoạch hóa gia đình.

- Hiểu rõ và thực hành tình dục an toàn sẽ góp phần làm giảm nguy cơ thai ngoài ý muốn và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

2.1.3. Các bước tư vấn kế hoạch hóa gia đình

2.1.3.1. Gặp gỡ

- Lịch sự chào hỏi, mời ngồi, tỏ thái độ thân mật và bình đẳng, tạo lòng tin cho khách hàng.

- Tự giới thiệu về bản thân.

2.1.3.2. Gợi hỏi

- Hỏi các thông tin liên quan đến sức khỏe và nhu cầu tránh thai, giúp đỡ khach hàng về những điều họ muốn.

- Chú ý lắng nghe, không sốt ruột, tránh nói nhiều.

- Phát hiện những nhận thức sai lệch của khách hàng.

2.1.3.3. Giới thiệu

- Giới thiệu các biện pháp tránh thai hiện có ở cơ sở và thị trường.

- Cung cấp đầy đủ thông tin về cả ưu điểm và nhược điểm, các tác dụng phụ và tai biến có thể gặp của biện pháp tránh thai.

- Tập trung vào vấn đề khách hàng quan tâm, hỏi xem khách hàng quan tâm đến biện pháp nào, giải thích khi khách hàng hiểu sai.

2.1.3.4. Giúp đỡ

- Giúp cho khách hàng lựa chọn biện pháp tránh thai phù hợp nhất.

- Không áp đặt theo ý kiến chủ quan của mình.

- Nếu khách hàng chọn biện pháp tránh thai không phù hợp vì chống chỉ định thì giải thích rõ ràng cho họ hiểu và giúp họ tìm biện pháp tránh thai khác.

2.1.3.5. Giải thích

- Khi khách hàng đã chấp nhận một biện pháp tránh thai, giải thích đầy đủ hơn về cách dử dụng biện pháp tránh thai đó.

- Chỉ dẫn cho khách hàng quá trình thực hiện và các thủ tục để tiến hành (với các biện pháp tránh thai lâm sàng như dụng cụ tử cung, triệt sản).

- Giải thích các nguyên nhân có thể đưa đến thất bại và cách phòng tránh.

- Nói rõ những dấu hiệu của tác dụng phụ và hướng dẫn cách xử trí tại nhà.

- Nêu cho khách hàng biết những dấu hiệu cảnh báo và cách xử trí.

- Nói rõ mức độ phục hồi của biện pháp tránh thai.

- Giải thích tại sao cần có kiểm tra định kỳ và khuyên được thực hiện đầy đủ.

- Giải thích một cách thỏa đáng những hiểu biết sai lệch của khách hàng.

- Sau khi giải thích, hỏi lại khách hàng để có phản hồi.

2.1.3.6. Gặp lại

- Trước khi chào tạm biệt, dặn dò khách hàng, hẹn khám kiểm tra định kỳ và khi có các dấu hiệu bất thường có thể quay trở lại bất kỳ lúc nào.

- Cung cấp các tài liệu truyền thông về kế hoạch hóa gia đình.

2.2. Các biện pháp tránh thai dành cho nữ giới

2.2.1. Tránh thai tạm thời

2.2.1.1. Thuốc nội tiết tránh thai

2.2.1.1.1. Các loại thuốc

- Viên thuốc kết hợp: có 2 thành phần là Estrogen và Progestogen, là dạng thuốc cổ điể được dùng đầu tiên. Vỉi thuốc có 21 viên hoặc vỉ 28 viên mà 7 viên cuối cùng là những viên placebo (giả dược) chứa đường, sắt để uống trong những ngày có kinh, thuốc bắt đầu được uống từ ngày thứ nhất của ngày kinh, liên tục mỗi ngày một viên.

- Progestogen đơn thuần liều thấp uống liên tục: laọi này thường dùng cho những phụ nữ đang cho con bú bằng sữa mẹ, người có tiền sử bệnh đông máu hoặc bệnh tiểu đường phụ thuộc insulin.

- Thuốc tránh thai khẩn cấp: thuốc uống trong vòng 72 giờ sau khi quan hệ, phải uống 2 viên cách nhau 12 giờ. Thuốc chứa các hormon giống như thuốc tránh thai thông thường, nhưng ở liều cao. Có 2 loại, một chỉ chứa Progestogen, một loại chứa cả Progestogen và Estrogen. Thuốc này đựoc sử dụng để ngừa thai ở những phụ nữ quan hệ không dự tính, hoặc trong trường hợp tránh thai thất bại rách bao cao su hay tuột màng chắn. Thuốc ngừa thai khẩn cấp có tác dụng tốt nhât khi uống sau quan hệ.

- Các loại thuốc nội tiết tránh thai không sử dụng đường uống:

+ Cấy hormon: gồm 6 que cỡ như que diêm chứa Progestogen được cấy dưới da cánh tay để tiết ra một liều hormon liên tục ngừa rụng trứng. Cấy hormon có hiệu quả cao và thuận tiện.

+ Tiêm hormon: Estrogen và Progestogen được tiêm vào cơ cánh tay hoặc mông của phụ nữ. Các hormon này ngừa thụ thai giống như thuốc tránh thai. Tiêm hiệu quả và thuận tiện hơn là phải uống một viên thuốc tránh thai hàng ngày.

+ Thuốc đặt âm đạo: mỗi tháng đặt một lần, đặt sau khi sạch kinh.

+ Thuốc dán da: phương pháp này áp dụng bằng cách dán một miếng băng mỏng vuông dán lên da mông, bụng dưới hoặc nửa thân trên. Băng sand liên tục chuyển Estrogen và Progestogen vào máu. Băng dán phải thay đổi mỗi tuần một lần, dán liên tục trong 3 tuần nghỉ 1 tuần.

2.2.1.1.2. Ảnh hưởng của thuốc tới cơ thể

Rối loạn thông thương do thuốc gây ra:

- Một số tác dụng có ích:

+ Làm giảm đau bụng kinh và giảm phù trước khi có kinh 60-90%.

+ Lượng máu kinh giảm 30-50%, mất kinh khoảng dưới 40%.

+ Giảm mụn trứng cá và các dấu hiệu nam tính khác (lông, râu).

+ Nói chung có tăng hoạt động tình dục. Dùng loại thuốc phối hợp có thể giảm tình dục.

- Một số rối loạn nhẹ:

+ Tăng cân do ứ nước, tăng chuyển hóa đường đạm.

+ Đau vú do tác dụng của Ethinyl Estradiol.

+ Nhức đầu, buồn nôn. Có thể rụng tóc, xạm da, đau nhức, mệt mỏi, giảm thị lực.

- Biến chứng khi dùng thuốc tránh thai:

+ Thay đổi về đông máu: tắc nghẽn mạch do huyết khối có thể thấy khi dùng thuốc tránh thai. Vì vậy không nên dùng thuốc cho các đối tượng sau: người có tiền sử mắc bệnh tim và rối loạn đông máu.

+ Ung thư: trên thực nghiệm người ta nghi ngờ Ethinyl Estradiol có khả năng gây ung thư. Nhưng qua thực tế hầu như không gặp. Tuy vậy khi dùng thuốc tránh thai lâu dài nên khám phụ khoa định kỳ.

+ Gây quái thai: không thấy ảnh hưởng sinh quái thai, tuy nhiên cần ngưng sử dụng 3 tháng trước khi có ý định có thai, không dùng thuốc trong khi có thai, cẩn thẩn với thuôc tiêm có tác dụng lâu dài vì có thể mang thai khi thuốc còn tác dụng.

+ Ảnh hưởng tới khả năng sinh sản sau dùng thuốc: sự có thai trở lại sau ngưng dùng thuốc sớm hơn hoặc muộn hơn tùy thuộc vào thời gian và loại thuốc sử dụng.

+ Ảnh hưởng của thuốc tới sữa mẹ: nói chung thuốc tránh thai không ảnh hưởng tới sụe tiết sữa.

+ Tăng huyết áp: người ta cho rằng Steroid có làm tăng sản xuất Aldosteron. Ethinyl Estradiol có tác dụng giữ nước và nảti, Progestogen làm tăng sự đồng hóa. Vì vậy thận trọng ở những người cao huyết áp nên tránh dùng thuốc tránh thai.

2.2.1.1.3. Chỉ định dùng thuốc tránh thai

- Tất cả các phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ (trù một số có chống chỉ định) đều có thể dùng thuốc tránh thai

- Đặc biệt nên dùng thuốc tránh thai cho những phụ nữ có các hội chứng phụ khoa như thống kinh, rong kinh, kinh nhiều, chu kỳ kinh không đều.

2.2.1.1.4. Chống chỉ định

- Những người quá trẻ, chưa có con, kinh muộn hoặc kinh thưa.

- Khối u lành tính ở vú hoặc tử cung.

- Các trường hợp ung thư đặc biệt là ung thư vú, ung thử cổ tử cung.

- Các bệnh về máu, rối loạn đông máu.

- Có tiền sử tắc nghẽn mạch, phồng tĩnh mạch, viêm tĩnh mạch.

- Các bệnh tim mạch.

- Các bệnh nội tiết như Basedow, u tuyến thượng thận.

- Các rối loạn chuyển hóa như tiểu đường, Cholesterol hay Lipid tăng.

2.2.1.1.5. Cách dùng thuốc tránh thai

- Đối với thuốc viên:

+ Bắt đầu uống vào ngày thứ nhất của vòng kinh.

+ Mỗi ngày uống một viên, vào một giờ nhất định.

+ Uống liên tục 21 ngày hoặc 28 ngày (nếu vỉ thuốc có 7 viên placebo).

+ Nếu quên uống một viên thì ngày hôm sau uống nay viên thuốc bị quên khi nhớ ra, rồi đến giờ dùng thuốc hàng ngày uống 1 viên như thường lệ.

+ Nếu quên uống 2 viên: uống ngay 2 viên khi nhớ ra, ngày hôm sau tới giờ uống thuốc hàng ngày uống 2 viên, rồi tiếp tục như thương lệ. Dùng biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 7 ngày.

- Đối với thuốc tiêm: tiêm 1 lần có tác dụng trong 3 tháng, tiêm vào ngày thứ 5 của vòng kinh hoặc tiêm sau nạo, hoặc tiêm 6 tuần sau sinh.

2.2.1.1.6. Theo dõi sau khi dùng thuốc

- Các rối loạn phụ khoa.

- Tính chất kinh nguyệt.

- Khám vú và phụ khoa định kỳ.

2.2.1.2. Dụng cụ tử cung tránh thai

Dụng cụ tử cung tránh thai là một phương pháp tránh thai quan trọng được áp dụng rộng rãi. Đó là phương pháp đơn giản, có hiệu quả cao, rẻ tiền nhất, và dễ có thai lại khi lấy dụng cụ tử cung ra. Hiện nay dụng cụ tử cung thông dụng nhất là dụng cụ tử cung có đồng (T cu-200, T cu 380A,…)

2.2.1.2.1. Những điểm thuận lợi và không thuận lợi của dụng cụ tử cung

- Thuận lợi:

+ Đặt dụng cụ tử cung là phương pháp tránh thai có thể phục hồi, nghĩa là một khi lấy dụng cụ tử cung đó ra có thể có thai lại một cách dễ dàng.

+ Dụng cụ tử cung không ảnh hưởng đến cơ chế đông máu, huyết áp, chuyển hóa, hoặc gây những u nội mạc tử cung như những thuốc nội tiết tránh thai Dụng cụ tử cung thích hợp với những người có chống chỉ định dùng nội tiết để tránh thai.

+ Dụng cụ tử cung là phương pháp rẻ tiền, đặt một lần có thể tránh thai được nhiều năm.

+ Tỷ lệ tránh thai cao (95-97%). Nếu dụng cụ tử cung có thêm Cu hoặc Progestogen thì tỷ lệ tránh thai càng cao.

- Không thuận lợi và biến chứng khi đặt dụng cụ tử cung:

+ Tơi dụng cụ tử cung: thường xảy ra 3 tháng đầu sau khi đặt.

+ Nặng tức vùng hạ vị, đau thắt cơn co tử cung, đau lưng.

+ Sau khi đặt dụng cụ tử cung thường ra máu ít hoặc rong kinh ở vài kỳ kinh đầu.

+ Nhiễm khuẩn.

+ Thủng tử cung.

+ Có thai trong khi mang dụng cụ tử cung.

+ Dụng cụ tử cung chỉ được đặt ở các cơ sở y tế chuyên môn, chứ không tự đặt được.

+ Dụng cụ tử cung có thời hạn quy định cho từng loại. Nếu muốn tránh thai tiếp cần đến cở sở y tế để được thay theo thời hạn quy định.

2.2.1.2.2. Chỉ định và chống chỉ định

- Chỉ định: các phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ không có viêm nhiễm đường sinh dục muốn tránh thai.

- Chống chỉ định:

+ Chưa sinh đẻ.

+ Viêm nhiễm đường sinh dục chưa điều trị khỏi, các bệnh lây do đường sinh dục.

+ Người có tiền sử thai ngoài tử cung.

+ Rong kinh, rong huyết chưa rõ nguyên nhân.

+ Nghi ngờ có bệnh lý ác tính đường sinh dục.

+ Có thai hoặc nghi ngờ có thai.

+ Tử cung dị dạng.

+ Bệnh van tim hậu thấp vì nguy cơ bị Osler.

+ Sa sinh dục độ II và độ III.

+ Những người dị ứng với đồng, bệnh Wilson, bất thường trong hấp thu chuyển hóa đồng.

2.2.1.3. Tránh ngày phóng noãn

Là phương pháp sinh lý thụ thai cụ thể tránh giao hợp vào những ngày có nhiều khả năng thụ thai nhất trong vòng kinh.

Người ta biết rằng noãn chỉ có thể có khả năng thụ tinh trong vòng 10-24 giờ sau khi phóng noãn. Tinh trùng có khả năng hoạt động tối đa 48-72 giờ sau khi được phóng vào âm đạo. Như vậy muốn tránh thai có kết quả bằng phương pháp này thì phải kiêng giao hợp ít nhất là 3 ngày trước và 1 ngày sau khi phóng noãn.

Cách tính lịch phóng noãn theo Ogino-Knauss: năm 1929-1930 Ogino Knauss tìm ra quy luật sau:

- Hiện tượng phóng noãn bao giờ cũng xảy ra ở một thời gian cố định, liên quan không phải với thời điểm hành kinh của kỳ kinh trước mà là thời điểm hành kinh của kỳ kinh tới.

- Hiện tượng phóng noãn bao giờ cũng xảy ra từ 12-16 ngày trước kỳ kinh sắp tới.

Trên cơ sở này, dựa vào khả năng thụ tinh của noãn và khả năng hoạt động của tinh trùng, Ogino Knauss khuyên nên tránh giao hợp từ 19-12 ngày trước kỳ kinh tới.

Đối với người có vòng kinh ổn định 28 ngày, thì sẽ tránh giao hợp vào ngày thứ 10-17 tính từ ngày đầu của kỳ kinh trước tương ứng với ngày thứ 19-10 trước kỳ kinh tới. Đối với những người có vòng kinh không ổn định có thể sử dụng công thức của Chartier (1970):

 Ngày đầu có thể thụ tinh: 10 + vòng kinh ngắn nhất – 28

 Ngày cuối có thể thụ tinh: 17 + vòng kinh dài nhất – 28

2.2.1.4. Ngăn tinh trùng qua cổ tử cung

- Mũ cổ tử cung: là phương pháp tránh thai thuận lợi, có hiệu quả tốt. Kết quả tránh thai hiệu quả khá cao 93-98% nếu được dùng kèm với thuốc diệt tinh trùng. Tuy nhiên phương pháp hơi phức tạp, làm giảm khoái cảm tình dục, cần kiểm tra viêm loét ở cổ tử cung, thường do thiếu vệ sinh khi làm thủ thuật.

- Màng ngăn âm đạo: là phương pháp tránh thai khá phổ biến, dễ dàng áp dụng, kết quả tránh thai 90-96% nếu dùng kèm với thuốc diệt tinh trùng. Tuy nhiên cũng có những thống kê cho tỷ lệ thất bại 13-33%.

- Thuôc hóa học diệt tinh trùng: là phương pháp tránh thai đơn giản, tính hiệu quả tùy thuộc vào người phụ nữ dùng biện pháp này có đúng không. Để có hiệu quả cao thuốc diệt tinh trùng phải được đặt sâu vào âm đạo 1 giờ trước khi giao hợp. Ngoài ra loại viên nén hay viên đạn phải đặt ít nhất là 10 phút trước khi giao hợp. Nói chung kết quả thấp so với các phương pháp khác. Kết quả cao hơn nếu dùng phối hợp với bao cao su, màng ngăn âm đạo hay mũ cổ tử cung.

2.2.1.5. Phương pháp cho bú vô kinh

- Cơ chế tác dụng: ức chế phòng noãn, vì cho bú sẽ làm mẹ thay đổi nội tiết từ truyến yên trong cơ thể.

- Chỉ định: mọi phụ nữ sau sinh đều có thể nuôi con bằng sữa mẹ.

- Chống chỉ định: biện pháp cho bú vô kinh không áp dụng cho phụ nữ không được cho con bú. Lý do: suy tim nặng ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ, lao phổi đang tiến triển nguy hiểm cho mẹ và con, mẹ bị nhiễm AIDS có thể lây sang con.

- Hiệu quả có thể đạt được 98% và có thể hơn nữa nếu áp dụng đúng.

- Thuận lợi của phương pháp cho bú vô kinh:

+ Tránh thai hiệu quả trong 6 tháng và có thể lâu hơn, nếu người phụ nữ cho con bú ngày và đêm.

+ Có thể áp dụng ngay sau khi sinh.

+ Khuyến khích hình thành tập quán cho con bú bằng sữa mẹ.

+ Không cần cung cấp thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ.

+ Không có tác dụng phụ.

+ Không tốn kém.

+ Lợi ích khác ngoài ngừa thai: cung cấp thức ăn tốt cho trẻ, bảo vệ trẻ chống tiêu chảy và các bệnh khác như sởi, viêm phổi nhờ kháng thể truyền từ sữa mẹ.

+ Giúp phát triển mối quan hệ giữa mẹ và con.

- Không thuận lợi:

+ Sau 6 tháng hiệu quả tránh thai giảm.

+ Một số người gặp khó khăn khi cho con bú vì công việc.

+ Không ngăn ngừa được bệnh lây qua đường tình dục và HIV/AIDS.

+ Nếu mẹ bị nhiễm HIV con có thể bị nhiễm với tỷ lệ thấp.

- Cách áp dụng:

+ Cho bú thường xuyên: nên cho con bú ít nhất 8-10 lần/ngày và ít nhất 1 lần trong đêm.

+ Ban ngày giữa 2 lần bú cách nhau không quá 4 giờ, ban đêm cách nhau không quá 6 giờ.

+ Bú đúng: tư vấn cho bà mẹ biết cách cho bú đíng và chế độ ăn uống.

2.2.2. Phương pháp tránh thai vĩnh viễn – thắt vòi tử cung

Đình sản cho nữ là phương pháp làm tắc nghẽn vòi tử cung để ngăn không cho tinh trùng gặp trứng. Có nhiều cách để làm nghẽn vòi tử cung: buộc, đốt, cặp bằng kẹp.

Đây là phương pháp ngừa thai vĩnh viễn và an toàn.

2.2.2.1. Chỉ định

Tất cả các phụ nữ sau khi được tham vấn suy xét, lựa chọn và nhất là có chỉ định y khoa do các bệnh ảnh hưởng hay các bệnh có liên quan đến thai kỳ.

2.2.2.2. Chống chỉ định

- Có các khối u phụ khoa hoặc các bệnh lý phụ khoa cần phải phẫu thuật lớn trong tương lai gần.

- Chống chỉ định tạm thời như có thai hay nghỉ có thai, nhiễm khẩn cấp cơ quan sinh dục hay toàn thân, nhiễm trùng vùng mổ.

2.3. Các biện pháp tránh thai dành cho nam giới

2.3.1. Tránh thai tạm thời

2.3.1.1. Xuất tinh ngoài âm đạo

- Là phương pháp cổ điển, đơn giản, không tốn kém, cho đến nay được áp dụng rộng rãi. Tuy nhiên tỷ lệ thất bại cao.

- Cơ chế tránh thai của biện pháp xuất tinh ngoài âm đạo là tinh trùng không vào được đường sinh dục nữ nên không xảy ra thụ tinh.

- Hướng dẫn cách thực hiện:

+ Khi giao hợp, lức đầu hai vợ chồng vẫn hoạt động bình thường.

+ Đến khi người chồng sắp sửa thấy xuất tinh thì rút nhanh dương vật ra để xuất tinh bên ngoài, xa hẳn bộ phận sinh dục của người vợ.

+ Không được để một giọt tinh dịch nào rỉ ra trong lúc dương vật trong âm đạo.

2.3.1.2. Bao cao su

Được sử dụng rộng rãi từ thế kỷ 17, ngày nay bao cao su làm bằng latex có bôi dầu nên rất tiện lợi. Điều chủ yếu là chất lượng của bao tốt, mỏng, chắc và kín. Kết quả tránh thai cao. Tỷ lệ vỡ kế hoạch thay đổi theo từng tác giả khoảng 5-20% do thực hiện không nghiêm túc. Tỷ lệ vỡ kế hoạch do vỡ bao cao su là 13%.

2.3.2. Tránh thai vĩnh viễn thắt ống dẫn tinh

Là phương pháp không cho tinh trùng được sản xuất từ tinh hoàn di chuyển và tính lại trong túi tinh. Mỗi lần giao hợp tinh dịch không chứa tinh trùng.

2.3.2.1. Chỉ định

Thắt ống dẫn tinh được thực hiện cho bất kỳ ai có nguyện vọng lựa chọn phương pháp thắt ống dẫn tinh để ngừa thai.

2.3.2.2. Chống chỉ định

- Suy nhược cơ thể, biến loạn tình dục.

- Có rối loạn đông máu.

- Có các bất thường ở bửu như: thoát vị bẹn, doãn tĩnh mạch, ứ nước màng tinh hoàn, viêm nhiễm mãn tính và di tinh ở thừng tinh.

**Tự lượng giá**

1. Kể tên 2 biện pháp tránh thai tạm thời dành cho nam giới.

2. Vai trò của tư vấn KHHGĐ gồm?

- Giúp người được tư vấn dùng một biện pháp tránh thai và sử dụng đúng biện pháp tránh thai đã lựa chọn.

- Giúp gia tăng tỷ lệ tiếp tục sử dụng và hạn chế bỏ cuộc.

- Góp phần tăng cường sức khỏe, giảm chi phí chương trình kế hoạch hóa gia đình.

- Hiểu rõ và thực hành tình dục an toàn sẽ góp phần làm giảm nguy cơ thai ngoài ý muốn và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

- Tránh thai tạm thời ở nam giới bao gồm thuốc diệt tinh trùng và sử dụng bao cao su.

3. Chống chỉ định dùng thuốc tránh thai trong những trường hợp sau ngoại trừ:

- Ung thư vú, ung thư cổ tử cung.

- Có tiền sử tắc nghẽn mạch.

- Có bệnh tim mạch.

- Các rối loạn tiêu hóa.

- Thống kinh.

4. Theo dõi sau khi dùng thuốc tránh thai gồm:

- Tính chất kinh nguyệt.

- Các rối loạn phụ.

- Khám vú và phụ khoa định kỳ.

- Tính chất khí hư.

U NANG BUỒNG TRỨNG LÀNH TÍNH

1. Mục tiêu

- Phân biệt được u nang cơ năng và u nang thực thể.

- Trình bày được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, hướng điều trị của u nang buồng trứng.

- Nêu được tiến triển và biến chứng u nang buồng trứng.

2. Nội dung

U nang buồng trứng chia làm hai loại:

- U nang cơ năng: là những u nang nhỏ, ở một hoặc hai bên buồng trứng. Do rối loạn chức phận của buồng trứng sinh ra, không có tổn thương giải phẫu ở buồng trứng.

- U nang thực thể: do tổn thương thực thể của buồng trứng.

2.1. U nang cơ năng

Đây là những nang nhỏ, có vỏ mỏng, căng mọng, chứa nhiều nước, tiến triển nhanh, trong vòng một vài chu kỳ thì tự nhiên mất đi.

2.1.1. Nang bọc noãn

Là một trường hợp bọc Graaf không bị vỡ vào ngày quy định nên không thành lập hoàng thể, bọc này tiếp tục lớn (có thể từ 3-10cm đường kính) và tiếp tục chế tiết nhiều Estrogen. Do đó bệnh nhân sẽ chậm kinh, rồi khi bọc này vỡ sẽ có triệu chứng rong kinh, giống như triệu chứng chửa ngoài tử cung.

2.1.2. Nang hoàng thể

Chỉ gặp trong thời kỳ có thai, đặc biệt ở những thai phụ có nhiễm độc thai nghén hay sinh đôi.

2.1.3. Nang hoàng tuyến

Lớn hơn nang bọc noãn, gặp ở một hay hai bên buồng trứng, vỏ nang mỏng, trong nang chứa nhiều dịch Lutein, do sự tăng cao lượng B-hCG. Có thể gặp ở bệnh nhân chửa trứng, chorio hay bệnh nhân dùng thuốc kích thích phóng noãn.

2.2. Nang thực thể

Có thể mọc ở một bên hay hai bên buồng trứng, các u nang thực thể thường là những u lành tính của buồng trứng, tuy nhiên vẫn có khả năng trở thành ác tính.

Phân loại:

- U nang nước.

- U nang nhày.

- U nang bì.

2.2.1. U nang nước

Thường chỉ có một túi, thành nang mỏng, vì chỉ có một lớp tế bào lát đơn. Trong nang chứa một chất dịch trong, nang nước thường dài, và ít khi dính vào bộ phận xung quanh, đôi khi có thể có những nhú nhỏ ở mặt trong hoặc ở mặt ngoài vỏ nang.

2.2.2. U nang nhày

 Là loại nang thương hay gặp ở một bên buồng trứng. nang có thể nhiều thùy nên có thể rất to, thành nang dày có 2 lớp, ở ngoài là một tổ chức xơ, ở trong là một lớp thượng big trụ đơn. Trong nang chứa một chất nước đặc, lầy nhầy, màu vàng nhạt. Nang nhầy có thể dính vào các tạng xung quanh vì những sợi xơ dính ở mặt ngoài nang.

2.2.3. U nang bì

Là những nang khá nặng tuy không to lắm, thường có ở hai bên buồng trứng. Thành nang có kiến trúc giống như da, gồm một lớp thượng bì kép dẹt với các tổ chức thường thấy ở da như lớp sừng, tuyến mỡ, tuyến mồ hôi, lông,… trong nang chứa một chất dịch ngày đặc như bã đậu, lẫn với tóc, răng, xương, sụn, lông, mỡ,…

Người ta cho rằng nang bì có nguồn gốc từ bào thai dưới hình thành u quái (teratoma) có chứa chất dịch.

Triệu chứng:

- Đa số các u nang buồng trứng khi còn nhỏ thường không gây ra một triệu chứng cơ năng nào. Bệnh nhân vẫn có kinh và vẫn có thể sinh đẻ bình thường, các u nang tiến triển âm thầm, và khi to lên thì bệnh nhân sờ thấy một khối ở trên khớp mu.

Có thể bệnh nhân đến khám phụ khoa vì có cảm giác nặng bụng ở dưới, vì đau hố chậu, vì rối loạn kinh nguyệt, đái dắt, đái khó, hay vì vô sinh.

- Thăm khám:

+ Có một khối trong hố chậu, hay một khối to trong ổ bụng. Khối này đều đặn, căng, ấn không đau và di động biệt lập với tử cung.

+ Nếu không có tổn thương kèm theo thì tử cung, cổ tử cung bình thường.

- U nang còn nhỏ thì chẩn đoán phân biệt với:

+ Chửa ở vòi trứng.

+ Ứ nước vòi trứng.

+ Có thai trong tử cung.

**Tiến triển và biến chứng**

- Biến chứng hay gặp nhất là xoắn nang (cấp hoặc bán cấp): biến chứng thường xảy ra với những nang nước có cuống dài đôi khi với những nang bì có trọng lượng hơi nặng. Nếu xoắn cấp tính bệnh nhân sẽ đau bụng đột ngột dữ dội, sốc, buồn nôn hay nôn, cần mổ ngay, khi mổ sẽ thấy nang tím bầm, chứa nhiều máu, có thể xoắn nhiều vòng.

- Biến chứng đáng sợ nhất là biến chứng thành ung thư: biến chứng ung thư hóa có thể xảy ra cho cả ba loại nang, nhưng hay xảy ra đối với nang nước hơn. Cần phải nghĩ đến biến chứng ung thư hóa nếu thấy nang tự nhiên to lên bất thường, dính vào các tạng xung quanh, xuất hiện dịch cổ trướng, trong nước cổ trướng có những tế bào ung thư, bệnh nhân gầy đi nhanh chóng.

- Các biên chứng khác hiếm gặp:

+ Vỡ nang.

+ Chảy máu trong nang.

+ Nhiễm khuẩn nang.

+ Nang chèn ép các tạng trong tiểu khung: chèn ép trực tràng, chèn ép bang quang, niệu quản.

+ Có thể gặp ở người già những u nang buồng trứng rất to, tiến triển trong nhiều năm, chiếm khắp ổ bụng, chèn ép hệ thống tĩnh mạch chủ dưới gây phù, tuần hoàn bàng hệ, cổ trướng, làm bệnh nhân gầy mòn dần.

- Trong khi có thai:

+ U nang buồng trứng có thể gây biến chứng sảy thai, đẻ non, xoanứ nang, nhiễm khuẩn.

+ U nang trở thành khối u tiền đạo, ngăn cản đường xuống của thai.

+ Nếu có chỉ định mổ catứ bỏ u nang trong khi có thai nên chờ đến tháng thứ tư để tránh cắt phải hoàng thể gây sảy thai, nhưng nếu nang xoắn thì phải mổ ngay bất kỳ ở tháng nào.

**Điều trị**

Một khi đã chẩn đoán chăc chắn là u nang thực thể thì dù to hay nhỏ cũng nên mổ để cắt bỏ khối u.

- Bóc tách khối u.

- Cắt buồng trứng.

Sau khi mổ lấy tổ chức khối u làm giải phẫu bệnh.

U XƠ TỬ CUNG

1. Mục tiêu

- Trình bày được định nghĩa, phân loại u xơ tử cung.

- Nêu đựoc triệu chứng lâm sàng, và cận lâm sàng, phương pháp điều trị của bệnh u xơ tử cung.

- Trình bày được tiến triển và biến chứng của u xơ tử cung.

2. Nội dung

2.1. Định nghĩa

U xơ tử cung là khối u lành tính phát triển từ cơ tử cung.

2.2. Tần số

- Đây là bệnh rất hay gặp, bệnh này tiến triển trong thời gian hoạt động sinh dục của người phụ nữ.

- Phụ nữ >3 tuổi: tỷ lệ mắc bệnh là 20%, tuổi thường gặp xung quanh tuổi 40.

2.3. Bệnh căn

Bệnh chưa tìm ra nguyên nhân rõ ràng.

Giải thiết: Cường Estrogen.

- Không gặp bệnh nhân u xơ tử cung trước tuổi dậy thì.

- U xơ tử cung ổn định hay teo đi sau khi mãn kinh, hoặc cắt hai buồng trứng.

- U xơ tử cung to lên khi có thai.

- Niêm mạc của người u xơ tử cung có biểu hiện của cường Estrogen, thông thường quá sản gây rong kinh, rong huyết.

2.4. Giải phẫu bệnh lý

2.4.1. Đại thể

U xơ tử cung là một khối u lành tính của cơ trơn, tròn, chắc, giới hạn rõ, bóc tách dễ dàng ra khỏi cơ tử cung.

Có thể có một hoặc nhiều khối u.

Thể tích của khối u thay đổi: có thể bé bằng hạt thóc cho đến rất to (vài chục cm đường kính)

Phân loại u xơ tử cung:

- So với chiều dày của tử cung người ta chia ra ba loại:

+ U kẽ: phát sinh tử lớp cơ, mật độ mềm phát triển tương đối nhanh.

+ U dưới phúc mạc: phát sinh từ bề mặt, phát triển chậm mọc về phía phúc mạc, có thể thành một khối u có cuống dễ bị xoắn và hoại tử.

+ U dưới niêm mạc: phát triển về phía buồng tử cung, đội niệm mạc lên làm niêm mạc mỏng ra, làm thay đổi hình dạng tử cung và làm chảy máu nhiều (polyp).

- So với từng phần của tử cung:

+ U ở thân: 96%.

+ U ở eo tử cung: 1%.

+ U ở cổ tử cung: 3%.

2.4.2. Vi thể

Trong nhân xơ thấy có các sợi và tổ chức liên kết đan lẫn nhau, xếp theo hình xoáy ốc.

2.5. Trrieu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

2.5.1. Triệu chứng lâm sàng

**-** Đa số không có triệu chứng lâm sàng, mà phát hiện tình cờ qua siêu âm.

- Triệu chứng thường gặp: rong kinh, rong huyết, thường thì rong kinh kết hợp với kinh mau, vòng kinh ngắn dần lại.

- Ra khí hư nhiều trước khi hành kinh.

- Đau: có thể đau bụng âm ỉ, cảm giác nặng bụng hoặc đau bụng cấp tính theo kiểu xoắn hoặc kiểu co thắt.

- Rối loạn đại tiểu tiệnL tử cung to chèn vào các cơ quan lân cận.

- Chèn vào bàng quang: đái dắt, bí đái.

- Sảy thai liên tiếp.

- Vô sinh.

2.5.2. Triệu chứng thực thể

- Sờ nắn bụng có thể thấy khối cứng trên vệ, nếu u to hay thành bụng mỏng.

- Thăm khám qua âm đạo có thể thấy tử cung to, ranứ, lồi lõm không đều do các nhân xở gồ lên trên bề mặt tử cung, không đau, di động cùng tử cung khi làm động tác di chuyển khối u.

- U dưới niêm ạc (Polyp)L tử cung không to, một số trường hợp đặt mỏ vịt thấy cuống thò ra lỗ cổ tử cung.

2.5.3. Triệu chứng cận lâm sàng

- Siêu âm:

+ Đơn giản, rẻ tiền.

+ Siêu âm đường bụng – siêu âm đầu dò âm đạo.

+ Nhân xơ tử cung là khối âm vang thưa, trong khi đó lớp cơ tử cung có âm vang đồng nhất lớn hơn.

+ Đo kích thước, theo dõi dự tiến triển và hoại tử vô trùng của nó.

- Chụp tử cung-vòi trứng: từ khi có siêu âm thì chỉ định chụp tử cung-vòi trứng trong u xơ tử cung giảm đi nhiều, chỉ cần htiết khi chẩn đoán u xơ tử cung dưới niêm mạc.

- Soi buồng tử cung: chỉ để xác định Polyp hay nhân xơ nhỏ dưới niêm mạc, có thể cắt bỏ qua soi.

2.6. Điều trị

2.6.1. Theo dõi

Với các khối u không có triệu chứng lâm sàng, có kích thước dưới 8cm.

2.6.2. Điều trị nội khoa

Người ta cho rằng u xơ có nguồn gốc của sự cường Estrogen, do đó sử dụng các thuốc kháng Estrogen đẻ làm giảm sự phát triển của khối u: Progestin.

Các chất tương tự LH-RH như Synarel, Zoladex có tác dụng ức chế sự tiết LH của tuyến yên qua đó làm giảm nồng độ Estradiol ở nữ giới, có thể giảm 50% kích thước khối u song không thay thế được phẫu thuật vì chỉ tác dụng tạm thời và không ổn định. Ngưng điều trị 6 tháng u xơ có thể to lại như cũ, điều trị trên 6 tháng bệnh nhân sẽ có dấu hiệu như mãn kinh: bốc hỏa, khô âm đạo, loãng xương.

Điều trị nội khoa là điều trị triệu chứng với chảy máu, chỉ nên sử dụng khi: rong huyết; u xơ nhỏ hay trung bình, không có biến chứng hoại tử.

**Điều trị cụ thể:**

Duphaston 10mg, ngày 2 viên, uống từ nửa sau của chu kỳ kinh.

**YHCT**: điều trị u xơ tử cung bằng cây trinh nữ hoàng cung, có thể dùng đơn thuần, dùng tươi hoặc phơi khô sắc uống. Có thể dùng kết hợp với tam thất.

Điều trị cụ thểL Nga Phụ Khang ngày uống 6 viên chia 2 lần.

2.6.3. Điều trị ngoại khoa

- Chỉ định khi:

+ U xơ phức tạpL chảy máu điều trị nội khoa không kết quả, chèn ép, hoại tử hay xoắn hoặc có kèm vô sinh.

+ U xơ có kèm bệnh khác: sa sinh dục, u nang, viêm phần phụ.

+ U xơ có kích thước >8cm.

+ U xơ làm biến dạng buồng tử cung: u xơ dưới niêm mạc.

- Phương pháp phẫu thuật: phẫu thuật bảo tồn hoặc cắt tử cung bán phần, cắt tử cung toàn phần.

2.6.4. Phương pháp làm tắc mạch

Áp dụng với những khối u không to (đường kính 2-3cm) và không có nhiều nhân (1-2 nhân), người bệnh muốn bảo tồn tử cung và không muốn phẫu thuật người ta có thể gây tắc mạch chọn lọc làm giảm lưu lượng máu tới nuôi khối u làm khối u thoái hóa.

2.7. Tiến triển và biến chứng

- 1/3 các khối u không to, không có biến chứng gì và yên ổn cho đến khi mãn kinh.

- Số còn lại có thể có tiến triển bất thường, cần phải can thiệp phẫu thuật:

+ Chảy máu nhiều làm bệnh nhân thiếu máu mạn tính.

+ U to lên nhiều chèn ép vào các cơ quan trong tiểu khung: bàng quang, trực tràng.

- Thay đổi cấu trúc khối u:

+ Hoại tử vô trùng.

+ Vôi hóa.

+ Nhiễm khuẩn.

+ Xoắn.

+ Trở thành ác tính: saccom.