

BỘ Y TẾ
VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO

CHĂM SÓC SỨC KHỎE PHỤ NỮ

TÀI LIỆU ĐÀO TẠO HỘ SINH TRUNG HỌC



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

BỘ Y TẾ
VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO

CHĂM SÓC SỨC KHỎE PHỤ NỮ

(Tài liệu đào tạo Hộ sinh trung học)

MÃ SỐ: T.30 Z.1

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2006

ĐIỀU HÀNH BIÊN SOẠN

BS. Nguyễn Phiên
BS. Nguyễn Đình Loan
PGS. TS. Nguyễn Đức Vy
DS. Đỗ Thị Dung
TS. Lưu Hữu Tự

BAN BIÊN SOẠN

BS. Nghiêm Xuân Đức
BS. Trần Nhật Hiến
BS. Hà Thị Thanh Huyền
BS. Nguyễn Hoàng Lệ
ThS. Nguyễn Bích Lưu
PGS. TS. Trần Thị Phương Mai
BS. Phó Đức Nhuận
CN. Đoàn Thị Nhuận

ThS. Dương Thị Mỹ Nhân
CN. Vũ Hồng Ngọc
CN. Đặng Thị Nghĩa
BS. Bùi Sương
PGS. TS. Cao Ngọc Thành
ThS. Lê Thanh Tùng
TS. Huỳnh Thị Thu Thủy
BS. Phan Thị Kim Thủy

BAN THƯ KÝ

DS. Đỗ Thị Dung
ThS. Đồng Ngọc Đức
BS. Phan Thị Kim Thủy

THAM GIA TỔ CHỨC BẢN THẢO

Th.S. Phí Văn Thâm

LỜI GIỚI THIỆU

Thực hiện Nghị định số 43/2000/NĐ-CP ngày 30 tháng 8 năm 2000 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn triển khai Luật Giáo dục, Bộ Y tế đã phê duyệt ban hành các chương trình khung cho giáo dục trung học chuyên nghiệp nhóm ngành sức khỏe. Để thống nhất thực hiện trong các trường Trung học y tế, Vụ Khoa học và Đào tạo - Bộ Y tế đã biên soạn Chương trình giáo dục Hộ sinh và tổ chức biên soạn bộ sách cho toàn bộ chương trình này. Tham gia biên soạn có các thầy thuốc chuyên khoa Sản - Phụ, các giáo viên trung học chuyên nghiệp và cao đẳng y tế của nhiều trường. Bộ sách được Hội đồng chuyên môn thẩm định và được Bộ Y tế ban hành để làm tài liệu dạy - học chính thức của Ngành.

Các trường đào tạo Hộ sinh trung học sử dụng tập giáo trình này kết hợp với giáo trình do nhà trường biên soạn để làm tài liệu giảng dạy và hướng dẫn học sinh phù hợp với điều kiện cụ thể của từng vùng,

Cuốn sách Chăm sóc sức khỏe phụ nữ được biên soạn theo các tiêu chí:

- Bám sát mục tiêu, nội dung giáo dục của Chương trình khung và Chương trình giáo dục Hộ sinh do Bộ Y tế ban hành.
- Những nội dung chuyên môn được biên soạn căn cứ vào Hướng dẫn chuẩn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của Bộ Y tế.
- Cập nhật những thông tin, kiến thức mới về lĩnh vực Sức khỏe sinh sản để chọn lọc đưa vào giáo trình môn học.
- Đổi mới phương pháp biên soạn, tạo các tiền đề sư phạm để giáo viên, học sinh các trường có thể áp dụng phương pháp dạy - học tích cực.

Vụ Khoa học và Đào tạo - Bộ Y tế chân thành cảm ơn Quý dân số Liên hiệp quốc, Dự án VIE/01/P10 đã hỗ trợ trong quá trình biên soạn giáo trình môn học. Cảm ơn các chuyên gia Quốc tế của Quý dân số Liên hiệp quốc đã tham gia đóng góp ý kiến với các tác giả trong quá trình biên soạn giáo trình môn học này.

Tập giáo trình môn học chắc chắn còn nhiều khiếm khuyết, Vụ Khoa học và Đào tạo - Bộ Y tế mong nhận được những ý kiến đóng góp của các đồng nghiệp, các thầy, cô giáo và học sinh các trường để tập giáo trình ngày càng hoàn thiện.

BỘ Y TẾ
VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO

MỤC LỤC

Lời giới thiệu

Bài 1. Giải phẫu sinh lý bộ phận sinh dục nữ và khung chậu	7
Bài 2. Chăm sóc sức khỏe sinh sản tuổi vị thành niên	32
Bài 3. Chăm sóc sức khỏe sinh sản ở người phụ nữ tuổi mãn kinh	45
Bài 4. Giáo dục sức khỏe phụ nữ	54
Bài 5. Rối loạn kinh nguyệt và ra máu âm đạo bất thường	60
Bài 6. Các dị tật bẩm sinh của đường sinh dục nữ	70
Bài 7. Sa sinh dục	76
Bài 8. Nhiễm khuẩn đường sinh sản và các bệnh lây truyền qua đường tình dục	83
Bài 9. Các khối u sinh dục	108
Bài 10. Rò bàng quang - âm đạo	127
Bài 11. Vô sinh	133
Bài 12. Phá thai bằng phương pháp hút thai chân không	140
Đáp án môn học	159

Bài 1

GIẢI PHẪU SINH LÝ BỘ PHẬN SINH DỤC NỮ VÀ KHUNG CHẬU

MỤC TIÊU

1. Kể tên và chỉ trên tranh hoặc mô hình đầy đủ các thành phần của bộ phận sinh dục nữ và các liên quan của nó.
2. Trình bày được cấu trúc và chức năng của tử cung.
3. Trình bày được hoạt động nội tiết có chu kỳ của buồng trứng và kinh nguyệt.
4. Kể tên và số đo các đường kính của khung chậu nữ.

I. GIẢI PHẪU BỘ PHẬN SINH DỤC NỮ

1. Âm hộ

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

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

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

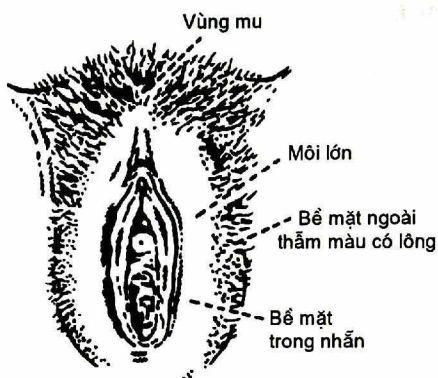
- Hai môi lớn: ở hai bên âm hộ, nối tiếp với đôi vệ nữ đến vùng tầng sinh môn. Sau tuổi dậy thì cũng có lông bao phủ.

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

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

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

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



Hình 1: Âm hộ



Hình 2: Âm vật

2. Âm đạo

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

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

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

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

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

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

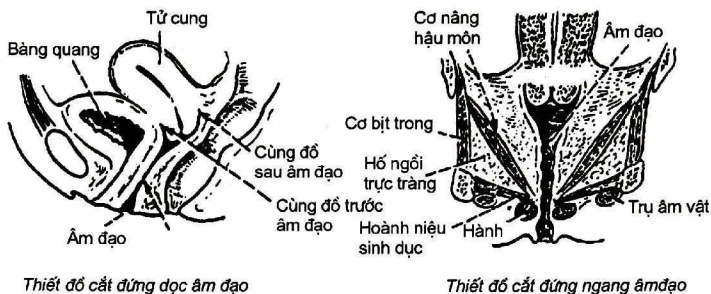
Mạch máu:

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

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

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

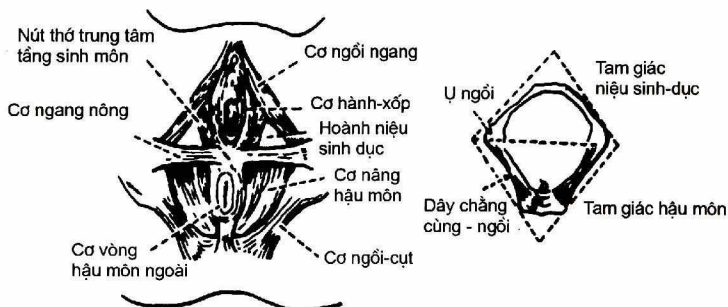
Thần kinh: bình thường âm đạo không có đầu nhánh dây thần kinh.



Hình 3: Âm đạo

3. Tầng sinh môn

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



Hình 4: Tầng sinh môn

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

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

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

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

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

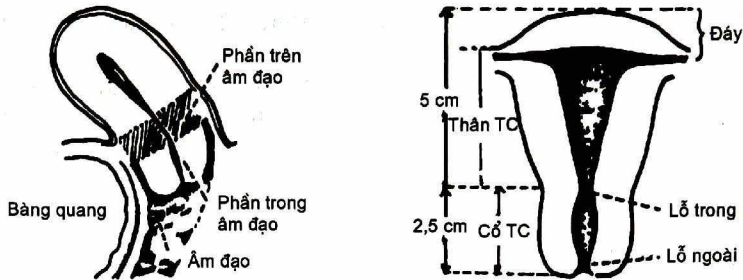
Các cơ nâng hậu môn, cơ ngang sâu, cơ ngang nông, cơ hành hang, cơ khít âm môn, cơ thắt hậu môn và cơ thắt niệu đạo đều bám vào nút thắt trung tâm đáy chậu. Đó là một nút cơ và sợi nằm giữa ống hậu môn và các cơ của tầng sinh môn trước.

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

4. Tử cung

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

4.1. Hình thể và cấu trúc



Hình 5: Tử cung

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

4.1.1. Thân tử cung

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

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

Cấu trúc thân tử cung gồm 3 phần:

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

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

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

- Cơ tử cung gồm 3 lớp:

- + Lớp ngoài gồm những sợi cơ dọc.

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

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

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

4.1.2. Eo tử cung

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

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

4.1.3. Cổ tử cung

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

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

4.2. Mạch máu và thần kinh

4.2.1. Động mạch

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

- Nhánh niệu quản.
- Nhánh bàng quang - âm đạo.
- Nhánh cổ tử cung - âm đạo có 5 - 6 nhánh nhỏ, mỗi nhánh nhỏ chia ra làm 2 ngành cho mặt trước và sau âm đạo, cổ tử cung.
- Các nhánh tử cung: đi vào đáy tử cung, phát triển nhiều khi có thai để cấp máu nuôi dưỡng thai.

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

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

4.2.2. Tĩnh mạch

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

4.2.3. Bạch mạch

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

4.2.4. Thần kinh

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

4.3. Vị trí và liên quan

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

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

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

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

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

5.2. Liên quan

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

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

5.3. Mạch máu, thần kinh

5.3.1. Động mạch có 2 nguồn:

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

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

5.3.2. Tĩnh mạch

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

5.3.3. Bạch mạch

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

5.3.4. Thần kinh

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

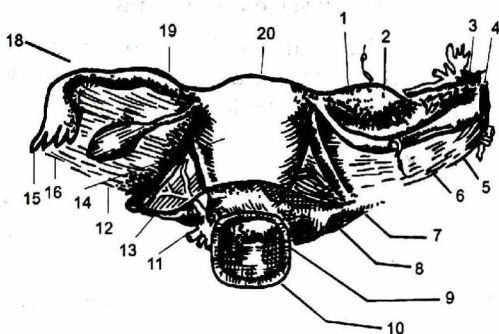
5.4. Các phương tiện giữ buồng trứng

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

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

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

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



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

Hình 9: Tử cung và các phần phụ

6. Ống dẫn trứng (Vòi trứng)

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

6.1. Hình thể và cấu trúc

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

- Ống dẫn trứng được chia làm 4 đoạn:
- + Đoạn kế nằm trong thành tử cung dài khoảng 1 cm, chạy chéo lên trên và ra ngoài.
- + Đoạn eo chạy ngang ra ngoài, dài 3 - 4 cm, đó là chỗ cao nhất của ống dẫn trứng.
- + Đoạn bóng dài khoảng 7 cm, chạy dọc theo bờ trước của buồng trứng.
- + Đoạn loa toả ra như hình phễu, có khoảng 10 - 12 tua, mỗi tua dài 1 - 1,5 cm. Tua dài nhất là tua Richard dính vào dây chằng ống dẫn trứng - buồng trứng, hứng noãn bào chạy vào ống dẫn trứng.
- Ống dẫn trứng có 4 lớp từ ngoài vào trong: lớp thanh mạc (phúc mạc), lớp liên kết (trong đó có các mạch máu và dây thần kinh), lớp cơ (với thớ dọc ở ngoài và thớ vòng ở trong) và lớp niêm mạc.

6.2. Mạch máu và thần kinh

- Động mạch: có hai nguồn động mạch là động mạch tử cung và động mạch buồng trứng. Hai nhánh của các động mạch này tiếp nối nhau trong mạc treo của ống dẫn trứng.
- Tĩnh mạch: đi kèm theo động mạch của ống dẫn trứng
- Bạch mạch: chạy vào hệ bạch mạch của buồng trứng
- Thần kinh: cùng nguồn gốc như của buồng trứng

6.3. Các dây chằng và mạc treo

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

II. SINH LÝ SINH DỤC NỮ

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

Bắt đầu từ tuổi dậy thì, buồng trứng bắt đầu hoạt động có chu kỳ và thể hiện ra ngoài bằng chu kỳ kinh nguyệt. Chính những hormon sản xuất ra trong chu kỳ hoạt động của buồng trứng đã quyết định chu kỳ kinh nguyệt, cho nên hai chu kỳ này có liên quan mật thiết với nhau.

1.1. Kinh nguyệt

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

Đặc tính của kinh nguyệt

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

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

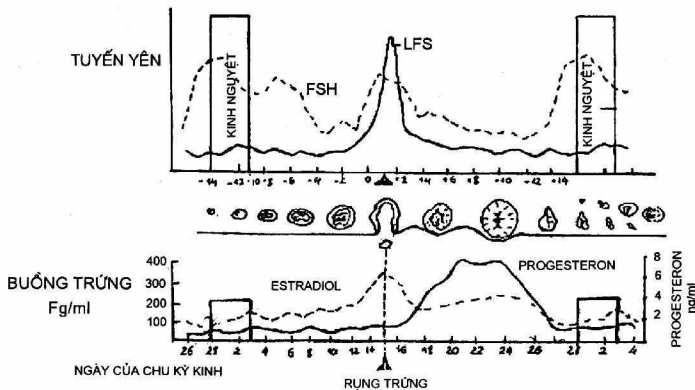
– Lượng máu kinh khoảng 40-100ml

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

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

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

1.2. Hoạt động của buồng trứng



Hình 10: Các thay đổi ở buồng trứng

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

1.2.1. Thời kỳ bong niêm mạc tử cung

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

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

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

1.2.3. Thời kỳ phóng noãn (rụng trứng)

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

1.2.4. Thời kỳ hoàng thể

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

Thường có 2 khả năng

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

- Nếu tiểu noãn không kết hợp với tinh trùng (không thụ thai), hoàng thể sẽ thoái hoá, nên gọi là hoàng thể kinh nguyệt. Đến ngày 26 của chu kỳ kinh nguyệt, nồng độ estrogen và progesteron trong máu giảm đột ngột, làm cho các mạch máu dưới niêm mạc tử cung xoắn lại, gây chảy máu,

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

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

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

2. Chức năng nội tiết của buồng trứng

2.1. Estrogen

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

Estrogen có tác dụng:

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

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

2.2. Progesteron

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

Progesteron có tác dụng:

- Phối hợp với estrogen làm cho niêm mạc tử cung tăng sinh, chế tiết chuẩn bị tốt cho trứng thụ tinh về làm tổ tại buồng tử cung, giúp trứng thụ tinh làm tổ, phát triển tốt.
- Giảm co bóp của tử cung, làm tử cung mềm ra
- Làm cho các khớp xương chậu và khung chậu giãn ra, giúp cho sự sinh đẻ được dễ dàng.
- Cùng với estrogen làm tuyến vú phát triển

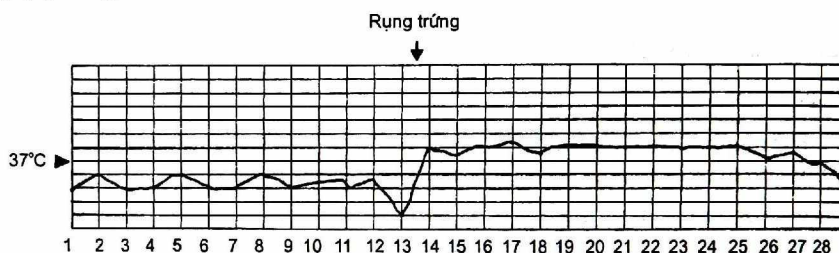
Nếu nồng độ progesteron trong máu cao, sẽ ức chế sự bài tiết LH của tuyến yên, sẽ không có sự phóng noãn.

3. Các thay đổi khác trong chu kỳ kinh nguyệt

3.1. Thân nhiệt

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

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



Hình 11: Thân nhiệt của người phụ nữ trong chu kỳ kinh nguyệt 28 ngày

3.2. Cổ tử cung

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

3.3. Âm đạo

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

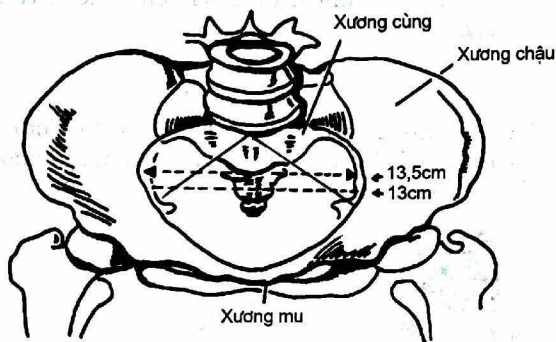
Tế bào âm đạo cũng thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt, nên người ta thể làm xét nghiệm tế bào âm đạo để đánh giá chu kỳ kinh nguyệt phóng noãn hay không.

I. KHUNG CHẬU VỀ PHƯƠNG DIỆN SẢN KHOA

Khung chậu được cấu tạo bởi 4 xương: phía trước và hai bên là hai xương chậu, phía sau có xương cùng ở trên, nối tiếp với xương cụt ở dưới.

Bốn xương này khớp với nhau bởi phía trước là khớp mu (khớp vệ), hai bên hơi lệch về phía sau là khớp cùng - chậu, phía sau là khớp cùng - cụt.

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



Hình 12: Khung chậu

1. Đại khung

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

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

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

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

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

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

- Hình trám Michaelis nối liền bốn điểm:

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

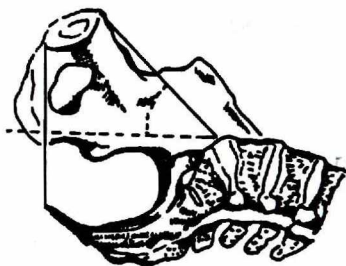
+ Đường kính ngang của hình trám là 10 cm, đường kính dọc là 14 cm. Đường kính ngang cắt và chia đường kính dọc làm hai phần: phần trên 4 cm, phần dưới 7 cm. Nếu hình trám Michaelis không cân đối nghĩa khung chậu méo, lệch.

2. Tiểu khung

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



Khung chậu đứng thẳng



Khung chậu nằm ngửa

Hình 13: Các mặt phẳng của khung chậu khi người phụ nữ đứng thẳng và khi nằm ngửa

2.1. Eo trên

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

Các đường kính

- Đường kính trước - sau có:

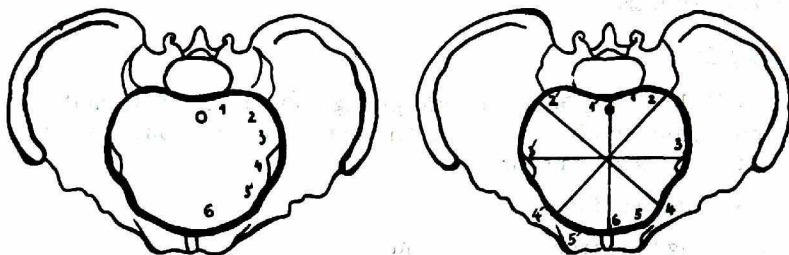
+ Mỏm nhô - Trên mu (Mỏm nhô - Thượng vệ): 11 cm.

+ Mỏm nhô - Dưới mu (Mỏm nhô - Hạ vệ): 12 cm

+ Mỏm nhô - Sau mu (Mỏm nhô - Hậu vệ): 10,5 cm.

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

Đường kính mỏ Nhô - Sau mu bằng Đường kính mỏ Nhô - Dưới mu trừ 1,5 cm.



0. Mỏ nhô

1. Cánh xương cùng

2. Khớp cùng chậu

3. Gờ chậu lược

4. Mào chậu

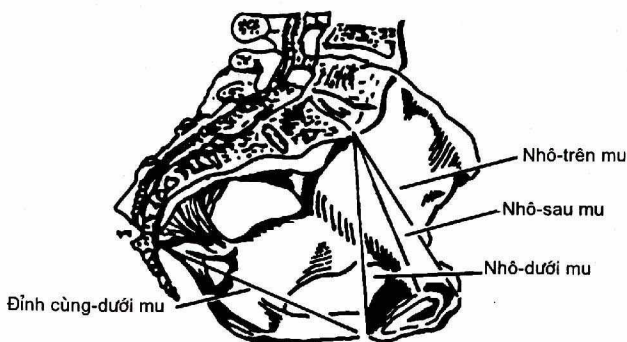
5. Mặt sau ngành ngang mu

6. Điểm sau xương mu

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

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

Hình 14: Eo trên và các đường kính



Hình 15: Các đường kính trước sau của eo trên và eo dưới

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

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

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

2.2. Eo giữa

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

- Các đường kính:

+ Đường kính trước sau: 11,5 cm.

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

2.3. Eo dưới

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

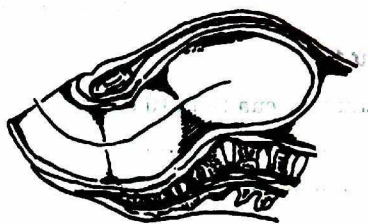
- Các đường kính

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

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

2.4. Lồng tiểu khung

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



Hình 16: Trục của khung chậu khi sổ thai

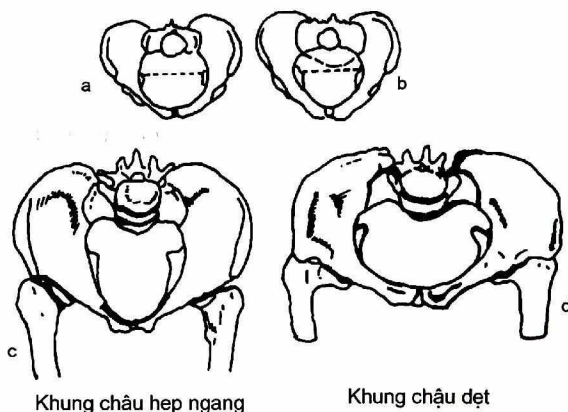
3. Xếp loại khung chậu

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

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

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

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



Hình 17: Các dạng khung chậu

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1-7

Câu 1. Mô tả 3 phần cấu trúc của thân tử cung

A:

B:

C:

Câu 2. Kể tên 3 dây chằng giữ tử cung

A:

B:

C:

Câu 3. Mô tả 2 chức năng của buồng trứng

A:

B:

Câu 4. Kể 4 tác dụng của estrogen

A:

B:

C:

D:

Câu 5. Kể 4 tác dụng của progesteron

A:

B:

C:

D:

Câu 6. Kể tên và số đo của 4 đường kính ngoài của khung chậu

A:

B:

C:

D:

Câu 7. Kể tên và số đo của 3 đường kính trước sau của eo trên

A:

B:

C:

Phân biệt Đúng - Sai câu từ 8 đến 15

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 8. Niêm mạc âm đạo chịu ảnh hưởng của estrogen		
Câu 9. Cơ tử cung có khả năng vừa co vừa giãn		
Câu 10. Khi chuyển dạ, thân tử cung giãn, tạo thành đoạn dưới tử cung		
Câu 11. Cổ tử cung không bị khô, là do niêm mạc tử cung có tiết dịch		
Câu 12. Máu kinh nguyệt không đông khi ra ngoài		
Câu 13. Dù chu kỳ kinh nguyệt dài hay ngắn, hiện tượng phóng noãn đều xảy ra trước ngày thứ 14 của chu kỳ sau.		
Câu 14. "Dấu hiệu con người" ở cổ tử cung có thể nhận thấy ở bất kỳ thời gian nào của chu kỳ kinh nguyệt		
Câu 15. pH âm đạo là 4, có thể gặp ở đầu kỳ kinh		

Lựa chọn câu trả lời đúng nhất từ câu 16 đến 20

Câu 16. Với chu kỳ kinh nguyệt 35 ngày, phóng noãn vào ngày

- A. Ngày thứ 14
- B. Ngày thứ 16
- C. Ngày thứ 18
- D. Ngày thứ 20
- E. Ngày thứ 21

Câu 17. Đường kính hữu dụng của eo trên

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

Câu 18. Khung chậu nào có đường kính ngang lớn hơn đường kính trước - sau

- A. Khung chậu dạng nữ
- B. Khung chậu hình trái tim
- C. Khung chậu dẹt
- D. Khung chậu hẹp ngang

Câu 19. Kinh nguyệt là hiện tượng chảy máu từ:

- A. Tất cả niêm mạc tử cung

- B. Lớp nông của niêm mạc tử cung
- C. Lớp đáy của niêm mạc tử cung
- D. Từ cơ tử cung

Câu 20. Tác dụng của estrogen đối với cơ thể người phụ nữ là:

- A. Làm niêm mạc tử cung chế tiết
- B. Làm phát sinh tính dục
- C. Làm tử cung giảm co bóp
- D. Làm các khớp xương chậu giãn ra
- E. Ức chế bài tiết LH của tuyến yên

Câu 21. Thành phần nào của tử cung quyết định khả năng cầm máu của tử cung

- A. Phức mạc
- B. Cơ dọc
- C. Cơ đan
- D. Cơ vòng
- E. Niêm mạc

Câu 22. Điểm thấp nhất trong ổ bụng tương ứng với túi cùng nào của âm đạo:

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

Câu 23. Cấu trúc eo tử cung khác thân tử cung là:

- A. Không có phức mạc che phủ
- B. Không có lớp niêm mạc
- C. Không có cơ đan
- D. Không có cơ vòng
- E. Không có mạch máu

Câu 24. Hoàng thể kinh nguyệt tồn tại khoảng thời gian là:

- A. 12 ngày
- B. 13 ngày

C. 14 ngày

D. 15 ngày

E. 16 ngày

Câu 25. Trong chu kỳ kinh nguyệt, thân nhiệt người phụ nữ thấp nhất:

A. Ngày thứ 12 trước ngày bắt đầu chu kỳ kinh lần sau

B. Ngày thứ 13 trước ngày bắt đầu chu kỳ kinh lần sau

C. Ngày thứ 14 trước ngày bắt đầu chu kỳ kinh lần sau

D. Ngày thứ 15 trước ngày bắt đầu chu kỳ kinh lần sau

E. Ngày thứ 16 trước ngày bắt đầu chu kỳ kinh lần sau

Bài 2

CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN TUỔI VỊ THÀNH NIÊN

MỤC TIÊU

1. Mô tả 7 vấn đề thay đổi về thể chất ở tuổi vị thành niên.
2. Phân tích được sự thay đổi sinh lý và tâm lý tuổi vị thành niên.
3. Tư vấn được nguy cơ thai nghén và bệnh lây truyền qua đường tình dục ở tuổi vị thành niên.

1. Định nghĩa tuổi vị thành niên

Tại hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển họp tại Cai-rô (Le Caire) tháng 4 năm 1994, Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa ra định nghĩa về sức khỏe sinh sản: “ Sức khỏe sinh sản (SKSS) là một trạng thái khỏe mạnh, hài hoà về thể chất, tinh thần và xã hội trong tất cả mọi khía cạnh liên quan đến hệ thống sinh sản, các chức năng và quá trình sinh sản chứ không phải chỉ là không có bệnh tật hay tổn thương hệ thống sinh sản.”

Như vậy, SKSS là sự hoàn hảo về bộ máy sinh sản, đi đôi với sự hài hoà giữa sinh học với tinh thần và xã hội.

Sức khỏe sinh sản tuổi vị thành niên là những nội dung nói chung của sức khỏe sinh sản, nhưng được ứng dụng phù hợp cho lứa tuổi vị thành niên (VTN).

Định nghĩa

Vị thành niên là thời kỳ chuyển tiếp từ trẻ con thành người lớn, được đánh dấu bằng những thay đổi xen lẫn nhau về thể chất, trí tuệ và mối quan hệ xã hội chuyển từ giản đơn sang phức tạp.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới: vị thành niên là những người trong độ tuổi từ 10 đến 19. Như vậy những người này ở trong độ tuổi thiếu nhi và trước tuổi trưởng thành.

Tuổi vị thành niên được chia làm 3 giai đoạn:

Giai đoạn đầu (Tiền vị thành niên) : 10 - 13 tuổi.

Giai đoạn giữa (Trung vị thành niên) : 14 - 16 tuổi.

Giai đoạn cuối (Hậu vị thành niên) : 17 - 19 tuổi.

Việc phân định này cần thiết để kết hợp phát triển sinh học và tâm lý xã hội từng thời kỳ.

2. Sự thay đổi thể chất ở tuổi vị thành niên

Sự thay đổi thể chất ở vị thành niên rất khác nhau ở tuổi bắt đầu thay đổi, mức độ thay đổi, cảm nhận sự thay đổi... nhưng sự thay đổi thể chất ở VTN cơ bản có 7 vấn đề.

2.1. Ở vị thành niên nữ

2.1.1. Phát triển hình thể

Sự phát triển chiều cao thường bắt đầu vào khoảng 10 - 11 tuổi, đạt đỉnh cao ở 12 - 13 tuổi, kết thúc khoảng 14 -15 tuổi. Thường sau 18 tuổi không phát triển thêm về chiều cao.

Khi bắt đầu hành kinh, cơ thể phát triển bề ngang nhiều hơn, vú nhô lên, mông nở nang hơn. Lớp mỡ dưới da dày lên làm cho cơ thể VTN nữ mềm mại, giàu nữ tính, các đường cong của cơ thể rõ nét hơn.

2.1.2. Vú phát triển

Tuyến sữa phát triển, lớp mỡ ngực dày lên làm cho vú nhô lên và ngày càng đầy đặn.

Đầu tiên là quầng vú đầy lên, sẫm lại. Sau đó núm vú nhô ra, bầu vú lớn dần, tròn trịa dần. Trong quá trình phát triển của vú, có thể vú bên này phát triển nhanh hơn vú bên kia một chút, hoặc đôi khi thấy ngứa hoặc đau tức. Điều đó có thể làm cho VTN lo lắng, băn khoăn, cần giải thích để VTN yên tâm rằng điều đó không phải là bất thường.

Tuy nhiên, cần hướng dẫn VTN cách tự khám vú, khi thấy vú có khối u ranh giới rõ, mật độ chắc, đau hoặc không đau thì cần đi khám chuyên khoa.

2.1.3. Sự phát triển của khung chậu

So với VTN nam, khung chậu của VTN nữ tròn hơn và rộng hơn, điều đó đáp ứng cho chức năng mang thai và sinh đẻ ở người phụ nữ.

2.1.4. Sự phát triển hệ thống lông

Lông mọc ở vùng mu, bẹn nhưng giới hạn trên là đường thẳng không vượt quá vòm mu, đó là điều khác với VTN nam. Nếu lông mu mọc lên phía trên rốn, cần xem kỹ có nam tính hóa không (vì còn yếu tố di truyền).

Lông nách sẽ mọc sau lông mu.

2.1.5. Sự hoạt động của tuyến bã và tuyến mồ hôi

Việc tăng androgen trong tuổi dậy thì ở cả nam và nữ dẫn đến việc tăng độ dày của da, kích thích sự phát triển của tuyến bã. Thường thì các tuyến này phát triển nhanh hơn các ống dẫn ra bề mặt của da, kết quả là các lỗ bít lại gây nên trứng cá và khi bị nhiễm khuẩn sẽ thành các mụn mủ.

Trứng cá là mối quan tâm của phần lớn các bạn trong độ tuổi vị thành niên. Trứng cá có thể xuất hiện trên mặt và cả trên cơ thể, đôi khi nhiễm khuẩn gây nên các mụn mủ trên da, ảnh hưởng đến thẩm mỹ của các bạn VTN. Vì vậy, cần giải thích để VTN hiểu rằng qua tuổi VTN, tình trạng trứng cá hầu hết sẽ khỏi và hướng dẫn các bạn thực hiện một số việc sau:

Nên rửa mặt thường xuyên, có thể rửa mặt với các loại kem (sữa rửa mặt) có độ kiềm nhẹ để tẩy rửa chất bẩn trên da.

Không nên nặn mụn trứng cá, để phòng nhiễm khuẩn.

Hạn chế dùng mỹ phẩm.

Chế độ ăn; tránh ăn nhiều mỡ, chất ngọt.

Nếu mụn trứng cá kéo dài hoặc nhiễm khuẩn cần khám chuyên khoa da liễu.

2.1.6. Thay đổi về giọng nói

Tiếng nói trở nên trong trẻo, dịu dàng.

2.1.7. Hoàn chỉnh sự phát triển của cơ quan sinh dục

- Âm hộ: ở trẻ em, âm hộ hướng ra trước, nay hướng từ trên xuống dưới, từ trước ra sau. Do đó, ở tư thế đứng chỉ nhìn thấy được mu và một phần phía trước. Đến thời kỳ này, các môi bé và âm vật tăng dần sắc tố. Môi bé phát triển, không bị môi lớn che như ở trẻ em. Sự phát triển này có thể làm một số VTN lo lắng, sợ hãi nên cần tư vấn, giải thích để VTN yên tâm. Tuy nhiên, cũng cần hướng dẫn để VTN biết, nếu thấy vùng sinh dục ngoài nhiều dịch, có mùi hôi hoặc ngứa cần khám chuyên khoa để loại trừ bệnh lý.

- Âm đạo phát triển rộng hơn, thành âm đạo dày hơn. Môi trường âm đạo chuyển từ kiềm sang toan.

- Thành tử cung dày hơn và hoàn thiện hơn, đặc biệt lớp cơ chéo của tử cung phát triển mạnh để chuẩn bị cho thai nghén và sinh đẻ. Tỷ lệ giữa cổ tử cung và thân tử cung thay đổi: ở trẻ em, cổ tử cung và thân tử cung bằng nhau, đến thời kỳ này thân tử cung phát triển dài hơn 2 lần cổ tử cung. Đồng thời, niêm mạc tử cung chịu sự tác động của nội tiết buồng trứng, thay đổi theo chu kỳ và qua các giai đoạn: bong ra, tái tạo, phát triển và chế tiết tạo nên hiện tượng kinh nguyệt.

- Buồng trứng: khi sinh ra, buồng trứng trẻ sơ sinh gái có khoảng 1.000.000 - 2.000.000 noãn nguyên thủy, đến tuổi vị thành niên còn khoảng 500 000 và mỗi chu kỳ kinh có nhiều nang phát triển, nhưng thường chỉ có một nang chín và được giải phóng ra khỏi buồng trứng.

2.2. Ở vị thành niên nam

2.2.1. Phát triển hình thể

Nam thường phát triển chiều cao muộn hơn nữ, thường bắt đầu từ 13-14 tuổi, nhưng tốc độ phát triển nhanh hơn (có thể tăng 8- 13 cm/ năm). Ngực và vai phát triển, các cơ vân phát triển, chắc, tạo cơ thể cường tráng.

2.2.2. Vú ít phát triển, chỉ có thay đổi quanh núm vú

2.2.3. Khung chậu

Khung chậu nam ít phát triển và hẹp hơn khung chậu của nữ.

2.2.4. Sự phát triển hệ thống lông

Lông mu và lông nách bắt đầu xuất hiện ở độ tuổi 10 - 15. Lông mu thô, sẫm màu, cong lên và mọc cao lên vùng bụng. Lông nách mọc như lông mu.

Ở nam còn có hiện tượng mọc râu. Lúc đầu mọc ở góc môi, rồi lan ra khắp môi, sau đó đến phần trên của má, vùng dưới môi và dưới cằm. Số lượng lông ở mặt nhiều hay ít còn do yếu tố di truyền.

2.2.5. Phát triển tuyến bã và tuyến mồ hôi

Giống như nữ, do tăng androgen, tạo nên mùi cơ thể và mụn trứng cá.

2.2.6. Thay đổi giọng nói

Sự thay đổi giọng nói thường diễn ra từ từ và tương đối muộn. Nó thường chia làm 2 giai đoạn: sự thay đổi sớm, trước lần xuất tinh đầu tiên là giai đoạn vỡ giọng. Sau đó giọng nói trở nên trầm hơn sau khi lông nách, lông mu và chiều cao phát triển đầy đủ.

2.2.7. Hoàn chỉnh sự phát triển cơ quan sinh dục

Thay đổi đầu tiên là sự phát triển của tinh hoàn, thường bắt đầu ở độ tuổi 10 - 13. Sự phát triển này tiếp tục trong suốt tuổi vị thành niên và được hoàn thiện trong độ tuổi 15 - 18. Trong thời gian này, tinh hoàn to lên, da bìu có màu đỏ và nhăn nheo. Những thay đổi bên trong của tinh hoàn bao gồm: sự tăng kích thước của ống sinh tinh, sự thay đổi của các tế bào trên thành ống và bắt đầu sản xuất tinh trùng.

Hình thể dương vật phát triển, bắt đầu ở độ tuổi 10 - 12, hoàn thiện ở độ tuổi 13 - 16. Trong thời gian này kích thước của dương vật tăng lên. Đây thường là lĩnh vực đáng quan tâm đối với trẻ trai, đôi khi sự phát triển chậm có thể gây nên sự lo lắng, cần giải thích để VTN yên tâm, điều đó là hoàn toàn bình thường.

3. Sự thay đổi sinh lý

3.1. Ở nữ

Buồng trứng trưởng thành, có 2 hoạt động:

- Ngoại tiết: hàng tháng nang noãn phát triển, có thể có nhiều nang noãn phát triển nhưng chỉ có 1 nang phát triển đến chín và giải phóng ra noãn bào. Phần vỏ nang phát triển thành hoàng thể.
- Nội tiết: nang trứng sản xuất ra estrogen, Hoàng thể tiết ra progesteron và estrogen.

Sự hoạt động có chu kỳ của buồng trứng dẫn đến hiện tượng kinh nguyệt. Ở VTN nữ, khi thấy có kinh nguyệt là dấu hiệu chứng tỏ hệ sinh dục bắt đầu hoạt động, có khả năng sinh sản.

Kinh nguyệt ở VTN có thể có một số sự khác nhau giữa các cá thể như:

3.1.1. Bắt đầu có kinh muộn

- Có thể do yếu tố di truyền, béo phì, rối loạn tâm thần.
- Có thể do thiếu dinh dưỡng: do cơ thể phát triển nhanh, mà cung cấp dinh dưỡng không đầy đủ. Trong trường hợp này, cần hướng dẫn VTN chế độ ăn đầy đủ chất và tăng khối lượng.
- Có thể do mắc các bệnh mạn tính: cần khám xét toàn diện, tìm ra bệnh để điều trị.
- Lao động quá nặng nhọc: cần có chế độ lao động thích hợp.

Người hộ sinh cần tư vấn để VTN biết được, nếu sau 18 tuổi mà chưa có kinh nguyệt là không bình thường, cần phải khám chuyên khoa.

3.1.2. Kinh nguyệt không đều: do sự hoạt động của buồng trứng chưa ổn định hoặc do một số chu kỳ kinh không phóng noãn. Có thể hướng dẫn VTN dùng một số thuốc đông y có sẵn trên thị trường để điều trị như: cao ích mẫu, điều kinh hoàn... Nếu trên 1 năm kinh nguyệt không đều, nên khuyến nghị thành niên đi khám chuyên khoa.

3.1.3. Đau bụng kinh: thường xuất hiện trong những chu kỳ kinh đầu, sau một thời gian khi kinh nguyệt đều sẽ hết. Đau là do co thắt tử cung hoặc do lỗ cổ tử cung quá nhỏ, tử cung phải tăng co bóp để đẩy các máu kinh ra ngoài. Nếu đau nhiều có thể chườm nóng vùng hạ vị hoặc dùng thuốc giảm đau như paracetamol hoặc papaverin.

3.2. Ở nam

Tinh hoàn trưởng thành, có 2 hoạt động:

- Ngoại tiết: tinh bào được sản xuất từ ống sinh tinh trở thành tiên tinh trùng, qua mào tinh hoàn trở thành tinh trùng trưởng thành. Tinh trùng được sản xuất ra liên tục và tập trung tại túi tinh.

Nội tiết: tiết ra testosterone

Túi tinh và tuyến tiền liệt sản xuất ra phần lớn của tinh dịch.

Biểu hiện xuất tinh: lần xuất tinh đầu tiên thường xuất hiện sau khi tinh hoàn phát triển 1 năm, ở độ tuổi 14 - 15 và thường xuất tinh vào ban đêm nên còn gọi là “giấc mộng ướt”. Hiện tượng xuất tinh cho thấy khả năng sinh sản của nam giới bắt đầu. Hiện tượng mộng tinh, dương vật cương cứng ngoài ý muốn có thể làm cho VTN lo lắng, ưu phiền. Cần giải thích để VTN an tâm vì đó là sinh lý.

4. Thay đổi về tâm lý

Do tác động của nội tiết tố sinh dục dẫn đến những thay đổi về thể chất cũng như sinh lý, đồng thời nó cũng làm thay đổi những cảm xúc giới tính và tâm lý tuổi vị thành niên. Thường có những thay đổi trong 5 lĩnh vực.

4.1. Tính độc lập

Tuổi vị thành niên có xu hướng ít phụ thuộc vào cha mẹ, chúng bắt đầu chuyển từ sinh hoạt gia đình sang bạn bè hoặc các hoạt động xã hội, tín ngưỡng để nhằm đạt được sự độc lập. Sự thay đổi này có thể mạnh mẽ, đôi khi trở thành sự chống đối lại cha mẹ. Đây là lĩnh vực mà người lớn cần quan tâm, kiên trì, mềm dẻo, linh hoạt để tránh làm tổn thương tinh thần của trẻ, đồng thời phát huy được năng lực của tuổi vị thành niên.

4.2. Nhân cách

Vị thành niên cố gắng để khẳng định chính mình và đạt tới cái mà họ mong muốn. Họ cố gắng giải đáp các câu hỏi: ta là ai? Ta có thể làm được điều gì? Quá trình này tạo ra kinh nghiệm cho mỗi cá nhân. Đồng thời nhân cách giới tính cũng được phát triển: bạn gái thích làm dáng, thích trang điểm, tính tình trở nên dịu dàng hơn. Bạn trai thích tỏ ra là “Đấng mày râu”, thể hiện tính quân tử, tính anh hùng... Vì vậy, cần hiểu được tâm lý tuổi VTN để giúp đỡ VTN phát huy những điểm mạnh, khắc phục những điểm yếu trong nhân cách của mình.

4.3. Tình cảm

Ở tuổi này, cả bạn nam và nữ đều bắt đầu học cách biểu lộ tình cảm và điều khiển cảm xúc. Trong quan hệ với bạn khác giới, phát triển khả năng yêu và được yêu. Vì vậy, đôi khi khó phân biệt đâu là tình bạn, đâu là tình yêu. Tuy nhiên, trong tình cảm thường hay mơ mộng, bông bột, khi đổ vỡ niềm tin thì dễ chán nản, có thể có những hành động tiêu cực.

4.4. Tính tích hợp

Những thông tin thu thập được từ gia đình, nhà trường, bạn bè, xã hội... là cơ sở tạo ra và phát triển giá trị của bản thân, tạo niềm tự tin và ứng xử.

- Trước hết cần tránh thái độ coi vị thành niên là “trẻ con”, mà có thái độ coi thường hoặc kiểu nói như ra lệnh “phải thế này, phải thế nọ...”.
- Nên dành thời gian nói chuyện để hỏi han về công việc, học tập, sở thích riêng tư của vị thành niên để tạo mối quan hệ thân thiện, cởi mở.
- Trong cách hỏi nên dành thời gian để cho vị thành niên nói rõ những gì mà họ mong muốn được giải đáp, nên đưa ra câu hỏi mở để họ suy nghĩ trả lời.
- Cần tôn trọng những bí mật riêng tư của vị thành niên. Ví dụ: khi nói chuyện với vị thành niên không nên có cha mẹ ở cạnh hoặc không nên có vị thành niên khi nói chuyện với cha mẹ.

8.2. Nội dung truyền thông - tư vấn

Tuỳ từng trường hợp cụ thể mà người hộ sinh trao đổi với vị thành niên về một hoặc những vấn đề sau:

Giáo dục về giới tính.

Những nguy cơ do thai sản ở tuổi VTN.

Cung cấp các thông tin về tránh thai ngoài ý muốn, phá thai (an toàn và không an toàn).

Cung cấp các thông tin và cách phòng chống các bệnh LTQĐTD.

Phổ biến vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh bộ phận sinh dục.

Phân tích những nguy cơ dẫn đến vô sinh.

Giải thích các nguy cơ nghiện hút ma túy.

Giải thích những lời đồn đại không đúng về VTN.

8.3. Điều hành, hướng dẫn các nhóm VTN thảo luận về Sức khỏe sinh sản vị thành niên và các vấn đề liên quan đến vị thành niên.

9. Chăm sóc sức khỏe sinh sản tuổi vị thành niên

Vị thành niên (VTN) là tuổi có thay đổi rất lớn cả về lượng và chất mà đôi khi trẻ không kịp đáp ứng với sự thay đổi, hoặc nếu không được giáo dục và chăm sóc đầy đủ sẽ có những thiên hướng phát triển sai lệch, có nhiều nguy cơ. Vì vậy chăm sóc trẻ tuổi VTN là vấn đề quan trọng nhưng đây không phải là công việc riêng của cán bộ Ngành Y tế mà là trách nhiệm chung của gia đình, nhà trường và xã hội. Khi VTN có nhu cầu cần sự giúp đỡ của y tế, chúng ta cần chú ý một số điểm sau:

9.1. Nhận định

- Tuổi VTN: mỗi giai đoạn, mỗi tuổi VTN có đặc tính cũng như sự phát triển khác nhau. Nhận định về tuổi giúp chúng ta xác định nhu cầu VTN

- Nhu cầu VTN: nhu cầu cần tư vấn, cần sự cung cấp kiến thức hay hỗ trợ về chuyên môn.

- Nhận định nguy cơ VTN: ở mỗi vùng, tùy theo điều kiện sinh sống, tùy từng cá nhân có nguy cơ khác nhau. Trong đó đặc biệt chú ý nguy cơ mang thai, nguy cơ bị quấy rối tình dục, nguy cơ bị xâm hại tình dục, nguy cơ bị mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở VTN

9.2. Chẩn đoán chăm sóc - những vấn đề cần chăm sóc

- Tư vấn chung cho VTN kiến thức về:
 - + Giới tính, vệ sinh kinh nguyệt, các bất thường có thể có và cách giải quyết.
 - + Chế độ ăn, ngủ, chế độ vệ sinh nói chung
 - + Cách tự bảo vệ mình khỏi xâm hại tình dục, quấy rối tình dục
 - + Cung cấp kiến thức về các biện pháp tránh thai, nguy cơ của thai nghén ngoài ý muốn và cách phòng tránh các bệnh LTQĐTD
- Tư vấn đặc hiệu cho từng trường hợp cụ thể.

9.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Chăm sóc VTN ở cộng đồng:
- Thành lập phòng tư vấn miễn phí sức khỏe sinh sản VTN.
- Nếu VTN có nhu cầu được sự giúp đỡ và chăm sóc về y tế cần tế nhị giúp đỡ và giáo dục họ, tránh thái độ thờ ơ, vô trách nhiệm và miệt thị VTN.

9.4. Thực hiện kế hoạch

Chăm sóc VTN ở cộng đồng: tổ chức các buổi nói chuyện, tư vấn, kết hợp với các tổ chức đoàn thanh niên nhà trường và cơ sở tổ chức các sinh hoạt mang tính giáo dục cao.

Tư vấn VTN

Giúp họ thực hiện kế hoạch

Giúp giải quyết những khó khăn và vướng mắc trong quá trình thực hiện kế hoạch.

9.5. Đánh giá

Các chỉ số đánh giá dựa vào tỷ lệ VTN bỏ học, nghiện hút, nạo phá thai ở cộng đồng.

Các chỉ số sức khỏe VTN

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1- 6

Câu 1: So sánh sự giống và khác nhau về thay đổi thể chất ở nam và nữ tuổi vị thành niên

	Vị thành niên nam	Vị thành niên nữ
Phát triển hình thể		
Vú		
Khung chậu		
Hệ thống lông		
Tuyến bã, tuyến mồ hôi		
Giọng nói		
Cơ quan sinh dục		

Câu 2: Kể 5 lĩnh vực thay đổi tâm lý tuổi vị thành niên

- A.
- B.
- C. Tình cảm
- D.
- E. Trí tuệ

Câu 3: Kể 3 vấn đề bất thường về kinh nguyệt có thể gặp ở phụ nữ vị thành niên:

- A.
- B.
- C.

Câu 4: Kể 4 vấn đề cần hướng dẫn vị thành niên khi bị mụn trứng cá:

- A. Nên rửa mặt thường xuyên
- B.
- C.
- D.

Câu 5: Kể 8 nội dung truyền thông tư vấn cho vị thành niên:

- A.
- B.

- C. Cung cấp các thông tin về tránh thai ngoài ý muốn, phá thai
- D.
- E.
- F. Phân tích những nguy cơ dẫn đến vô sinh
- G.
- H.

Câu 6: Kể 4 vấn đề cần chú ý khi tư vấn vị thành niên:

- A. Tránh coi vị thành niên là “trẻ con”
- B.
- C.
- D. Cần tôn trọng những bí mật riêng tư của vị thành niên

Phân biệt Đúng - Sai trong các câu từ 7 đến 12

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 7. Để tránh VTN có thai ngoài ý muốn cần cung cấp đầy đủ thông tin về sự thụ thai và các biện pháp tránh thai.		
Câu 8. Một số bạn gái thường ăn kiêng để có thân hình như ý muốn có thể dẫn đến rối loạn kinh nguyệt.		
Câu 9. Ở tuổi VTN nên hạn chế các hoạt động tập thể.		
Câu 10. Để tránh các nguy cơ cho tuổi VTN chỉ cần tư vấn cho VTN.		
Câu 11. Việc bố trí chỗ ở hợp lý cũng góp phần vào sự phát triển nhân cách của VTN.		
Câu 12. Phát triển trí tuệ tuổi VTN là mạnh nhất trong cuộc đời mỗi con người.		

Khoanh tròn chữ cái đầu câu, câu trả lời đúng nhất trong các câu từ 13 đến 15

Câu 13. Điểm giống nhau về sự phát triển thể chất giữa nam và nữ là:

- A. Chiều cao.
- B. Lông nách và lông mu.
- C. Khung chậu.
- D. Tuyến bã.
- E. Giọng nói.

Câu 14. Người mà tuổi VTN thường hay chọn để “Tâm sự” là:

- A. Cha mẹ.
- B. Anh hoặc chị.

C. Bạn bè.

D. Thầy, cô giáo.

E. Trung tâm tư vấn.

Câu 15. Trong tư vấn cho tuổi VTN điều gì cần chú ý nhất:

A. Cung cấp đầy đủ thông tin về giới tính, sức khỏe tình dục và sinh sản.

B. Cần có các phương tiện truyền thông hiện đại.

C. Cần quan tâm đến những sở thích và sự riêng tư của VTN.

D. Trong quá trình tư vấn chỉ cần nghe VTN nói là đủ.

Bài tập tình huống

1. Chị Nguyễn Thị H. 17 tuổi đến gặp hộ sinh vì lý do bạn trai của H cứ đòi hỏi quan hệ tình dục. H. băn khoăn vì H. rất yêu anh ấy. Bạn cần tư vấn cho H. những vấn đề gì?

2. Chị Hà Thị N. 16 tuổi đến gặp hộ sinh vì đã 2 tuần nay ra dịch ở âm hộ. Bạn cần hỏi và khám những gì cho N.

Bài 3

CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN Ở NGƯỜI PHỤ NỮ TUỔI MÃN KINH

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. *Mô tả 6 thay đổi về thể chất ở người phụ nữ tuổi mãn kinh.*
2. *Phân tích được những biến cố hay gặp ở người phụ nữ tuổi mãn kinh.*
3. *Kể được 5 loại bệnh ung thư thường gặp ở phụ nữ tuổi mãn kinh.*
4. *Tư vấn đầy đủ và hỗ trợ chăm sóc sức khỏe sinh sản cho người phụ nữ tuổi mãn kinh.*

1. Đặt vấn đề

Hiện nay, còn nhiều tranh luận khi phân chia các giai đoạn của người cao tuổi, vì tuổi thọ ngày càng được nâng cao. Nếu tính tuổi thọ trung bình hiện nay là gần 70, thì đa số đồng ý với sự phân chia một cách tương đối là:

- Lứa tuổi 70 - 89 là giai đoạn già.
- Lứa tuổi trên 90 được gọi là những người sống lâu.

Nhưng về phương diện sinh sản, thì phụ nữ từ 50 tuổi trở lên được coi là người có tuổi, vì ở giai đoạn này có nhiều thay đổi cả về thể chất lẫn tâm thần. Vì vậy, lứa tuổi này cần có sự quan tâm đặc biệt của gia đình và xã hội.

Đối với nam giới, quá trình già diễn ra từ từ, như biểu hiện một phần bởi giảm khả năng sinh lý, nhưng với nữ giới thì biểu hiện rõ ràng và mạnh mẽ hơn, vì vậy cần đến sự chăm sóc của gia đình và xã hội nhiều hơn.

Mãn kinh là biểu hiện đầu tiên của sự già ở phụ nữ, vì vậy người ta còn gọi độ tuổi này là “Tuổi mãn kinh”.

2. Tuổi mãn kinh

2.1. Định nghĩa

Mãn kinh là tình trạng không có kinh nguyệt vĩnh viễn, một vô kinh thứ phát do suy giảm tự nhiên hoạt động của buồng trứng (estrogen giảm) và không hồi phục.

Qua định nghĩa này, cần phân biệt với những trường hợp không có kinh nguyệt vĩnh viễn, nhưng không phải là mãn kinh như:

- Hội chứng Sheehan: vô kinh do hoại tử tuyến yên sau đẻ băng huyết.
- Sau phẫu thuật cắt 2 buồng trứng.

2.2. Sinh lý tuổi mãn kinh

Trong thời kỳ hoạt động sinh sản, người phụ nữ có kinh nguyệt đều đặn do có hoạt động nội tiết tốt của trục Dưới đồi - Tuyến yên - Buồng trứng và do buồng trứng có độ nhạy cảm tốt đối với kích thích của hormon hướng sinh dục FSH và LH.

Đến độ tuổi 45 - 50, số lượng các nang noãn trưởng thành giảm đi, vì buồng trứng ít nhạy cảm với FSH và LH. Lượng estrogen giảm và trở nên thấp, mức sản xuất FSH và LH tăng, nên kinh nguyệt trở nên không đều, lượng máu kinh giảm, cuối cùng ngừng có kinh. Tuy nhiên, có một số phụ nữ máu kinh lại ra nhiều hơn do estrogen tăng vọt sau một thời gian dài không có phóng noãn, không có kinh. Đó là thời kỳ nối tiếp giữa thời kỳ hoạt động sinh sản với thời kỳ mãn kinh, gọi là thời kỳ chuyển tiếp hay là thời kỳ "Tiền mãn kinh". Tiền mãn kinh dài hay ngắn tùy từng cá thể.

Nếu sau 12 tháng liên tục không có kinh nguyệt hoặc nếu xét nghiệm máu cho thấy mức FSH tăng cao thì gọi là "Mãn kinh".

2.3. Những thay đổi giải phẫu ở người phụ nữ tuổi mãn kinh

Ở tuổi mãn kinh, do tụt estrogen nên dẫn đến một số thay đổi về thể chất của người phụ nữ.

- Vú: thời kỳ tiền mãn kinh, vú có thể tăng kích thước do tăng lắng đọng mỡ. Đến khi hết kinh, mỡ này sẽ được hấp thụ, mô tuyến vú giảm và núm vú nhỏ lại. Thay đổi này thường chậm và ít nhận thấy.

- Buồng trứng, vòi trứng, tử cung thu nhỏ kích thước và không hoạt động. Về lâm sàng, không có biểu hiện gì rõ rệt ngoài triệu chứng mất kinh.

- Âm đạo teo xuất hiện muộn, thường sau mãn kinh khoảng 5 năm. Âm đạo trở nên mỏng hơn, nên khi giao hợp hoặc khám phụ khoa có thể gây đau. Các mô đỡ và bao quanh âm đạo, các cơ thành tiểu khung trở nên lỏng lẻo, một số mất đàn hồi, đôi khi dẫn đến sa sinh dục. Môi trường âm đạo mất toan tính, nên dễ dẫn đến viêm nhiễm.

- Âm hộ, môi nhỏ cũng thoái hóa dần, làm cho âm hộ hé mở.

- Bộ phận tiết niệu: các biểu mô lát tầng của bàng quang cũng teo đi, các cơ vòng niệu đạo, cổ bàng quang cũng bị teo nhỏ, nên gây ra són đái hoặc đái không tự chủ. Trong trường hợp sa sinh dục, thành trước âm đạo sa xuống, làm cho niệu đạo bị gẫy gập, nên sẽ dễ bị bí đái.

- Da: các mô liên kết dưới da mỏng đi, giảm tính đàn hồi, làm cho da mỏng và nhăn nheo. Tuyến mồ hôi, tuyến bã, hệ thống lông cũng bị teo, giảm hoạt động, nên da bị khô, tóc rụng thưa đi, hói đầu.

Những thay đổi này, có thể làm cho người phụ nữ lo lắng, bồn chồn. Việc cung cấp thông tin về những sự thay đổi này là rất cần thiết. Vì vậy, người hộ sinh nên lồng ghép việc cung cấp thông tin về vấn đề này, ngay từ khi người phụ nữ chưa đến tuổi mãn kinh. Ví dụ như thông tin khi khám phụ khoa cho những phụ nữ trên 40 tuổi, thông tin khi tiếp xúc với các bà mẹ đi chăm sóc con khi sinh đẻ...

2.4. Những rối loạn thường gặp ở tuổi tiền mãn kinh

Thời kỳ tiền mãn kinh bắt đầu từ khi có những rối loạn kinh nguyệt, có thể kèm theo những rối loạn về thần kinh, tâm lý.

- Kinh nguyệt thay đổi: chu kỳ kinh không đều, lượng kinh nguyệt có thể nhiều hơn hoặc ít hơn trước, hay bị rong kinh.

- Tinh thần thường không ổn định, hay cáu gắt, lo lắng, mệt mỏi, khó ngủ.

- Cơ bốc hỏa: tự nhiên người phụ nữ thấy nóng bừng, ở ngực rồi lan lên cổ và mặt. Cảm giác này tồn tại trong một vài phút, nhưng làm cho người phụ nữ khó chịu. Hiện tượng này lặp đi lặp lại nhiều lần trong ngày, số lần nhiều hay ít tùy thuộc từng người. Kèm theo có thể ra mồ hôi trộm. Cơ bốc hỏa có thể xảy ra nhiều lần ban ngày, rồi nhẹ đi vào ban đêm. Nguyên nhân là do rối loạn thần kinh thực vật, nên có thể dùng thuốc an thần để khắc phục.

- Hay có cơn choáng váng, nhức đầu, buồn nôn, chóng mặt, đánh trống ngực.

Tuy nhiên, có khoảng 10% phụ nữ không có biểu hiện của thời kỳ này, mà chuyển nhẹ nhàng từ thời kỳ hoạt động sinh sản sang hẳn thời kỳ mãn kinh, mà không có biểu hiện rối loạn gì.

Để giúp cho người phụ nữ có tuổi tránh lo lắng khi có những biểu hiện trên, cần động viên, giải thích để người có tuổi hiểu rằng: đó cũng là một hiện tượng sinh lý bình thường, nó chỉ diễn ra trong một thời gian ngắn rồi sẽ hết. Có thể dùng thuốc an thần để làm giảm các triệu chứng đó.

3. Những biến cố hay gặp ở tuổi mãn kinh

3.1. Biến cố do loãng xương

Sự cấu tạo xương thông qua 2 quá trình: tạo xương và tiêu xương. Estrogen có tác dụng bảo vệ xương, do nó giúp calci gắn kết vào mô xương, giúp niêm mạc ruột hấp thu calci và ngăn cản đào thải calci qua phân. Mặt khác, estrogen còn chống tác dụng tiêu xương của hormon tuyến cận giáp. Khi mãn kinh, estrogen giảm, gây nên:

- Xương giòn, xốp, dễ gãy.

- Xương xốp, làm lún đốt sống lưng, gây còng, mức độ còng nhiều hay ít tùy thuộc từng người.

- Khi trượt chân ngã, chống tay xuống đất, rất dễ gãy đầu dưới xương quay. Hay bị gãy cổ xương đùi, do xương to mà cổ xương đùi lại xóp. Điều này rất nguy hiểm, vì khi gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi, rất khó liền. Khi bị gãy xương, phải bất động nên nguy cơ tiêu chỏm xương đùi cao, đồng thời dễ bị viêm phổi, viêm đường tiết niệu, có thể dẫn đến tử vong.

Ngoài ra, sang chấn, sự bất động, sự hoạt động tĩnh tại, sử dụng corticoid kéo dài, các bệnh như đái tháo đường, viêm khớp, cường giáp trạng, điều trị tia xạ cũng làm tăng nhanh tình trạng loãng xương.

Để phòng bệnh, cần hướng dẫn người phụ nữ tuổi mãn kinh về chế độ ăn, luyện tập thích hợp theo điều kiện, hoàn cảnh của họ.

3.2. Biến cố tim mạch

Estrogen có tác dụng bảo vệ tim mạch do: làm giãn mạch vành, tăng lưu lượng động mạch vành. Ngăn chặn xơ vữa động mạch, ức chế tăng sinh lớp cơ trơn mạch máu, giúp cho lòng động mạch đỡ bị chít hẹp và đỡ co thắt, tưới máu cơ tim tốt hơn.

Do thiếu hụt estrogen, người phụ nữ sau mãn kinh dễ mắc các bệnh tim mạch, như tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim.

Để phòng bệnh và phát hiện sớm biến cố này, người hộ sinh cần có kế hoạch theo dõi huyết áp cho người phụ nữ tuổi mãn kinh và hướng dẫn chế độ ăn uống, luyện tập thích hợp để phòng bệnh.

3.3. Viêm âm đạo

Vì thiếu hụt estrogen, âm đạo không chứa glycogen, nên trực khuẩn sinh acid dù có cũng không thể tạo được acid lactic, nên môi trường âm đạo mất toan tính. Vì vậy, âm đạo dễ bị viêm nhiễm hơn so với thời kỳ hoạt động sinh sản. Nếu bị viêm nhiễm phải điều trị kháng sinh kết hợp với estrogen.

3.4. Són đái

Một số phụ nữ tuổi mãn kinh do giảm estrogen hoặc tuổi già phần nản về triệu chứng són đái. Cần loại trừ nguyên nhân són đái do nhiễm khuẩn đường tiết niệu, thường gặp són đái là: một lượng nước tiểu chảy ra không tự chủ được khi căng thẳng, khi hắt hơi, khi ho...

Són đái thể nhẹ luyện tập tiểu khung có thể điều trị được, tuy nhiên thể nặng có khi phải phẫu thuật.

Bài tập cho luyện tập đáy chậu thường làm: người phụ nữ được hướng dẫn ngồi hoặc đứng thoải mái. Hướng dẫn họ co cơ vòng hậu môn, như nhịn đi ỉa lỏng. Đếm nhanh 4 lần (1-2) và đếm chậm 4 lần (1-2-3-4-5) rồi thư giãn. Bài tập có thể làm bất cứ lúc nào trong ngày, tốt nhất là tập hàng giờ.

3.5. Phát hiện các ung thư về phụ khoa

3.5.1. Ung thư vú

- Đánh giá và tự đánh giá vú là rất quan trọng ở phụ nữ tuổi mãn kinh. Cần hướng dẫn họ tự đánh giá vú thường xuyên khi tắm, khi đi ngủ để có thể phát hiện những bất thường ở vú. Khi thấy ở vú có sự thay đổi như: có u cục, da lõm, núm vú thụt vào, đau vú, có dịch tiết từ núm vú, có hạch cứng ở nách, cần phải đi khám ngay.

- Khi khám: cần khám toàn diện hai bên vú, hạch nách, ở hai tư thế ngồi và nằm ngửa, xác định khối u ở vú, ranh giới có rõ không, có dính không, có hạch không. Khi nghi ngờ có khối u, cần cho người bệnh làm xét nghiệm tế bào sớm.

3.5.2. Ung thư cổ tử cung: đặc biệt chú ý ở những người có tiền sử viêm cổ tử cung kéo dài.

3.5.3. Ung thư thân tử cung: chảy máu sau khi đã mãn kinh là triệu chứng thường gặp nhất và gặp sớm trong quá trình bệnh.

3.5.4. Ung thư buồng trứng: ở người phụ nữ mãn kinh, bình thường buồng trứng thường teo nhỏ; khi có khối u buồng trứng, thì tỷ lệ ung thư rất cao.

4. Tư vấn và chăm sóc người phụ nữ tuổi mãn kinh

Mục đích chăm sóc sức khỏe người phụ nữ tuổi mãn kinh là: giúp cho họ có được cuộc sống thoải mái, dễ chịu, hạnh phúc và có chất lượng hơn.

Diễn biến tâm lý và sự hiểu biết về chăm sóc sức khỏe của người phụ nữ tuổi mãn kinh rất khác nhau. Trong quá trình tư vấn, cần lưu ý tâm lý phụ nữ tuổi mãn kinh thường ngại nói ra những vấn đề bất thường về sức khỏe, đặc biệt là sức khỏe sinh sản; ngại làm phiền người thân, ngại đến cơ sở y tế khám bệnh. Một số người còn có mặc cảm mình là người thừa trong gia đình. Vì vậy, người hộ sinh cần gần gũi, quan tâm đến người có tuổi, tư vấn với người có tuổi và cả những người thân của họ.

4.1. Những vấn đề chung

- Có chế độ lao động, nghỉ ngơi thích hợp. Không nên lao động nặng, nhưng cũng không nên bất động, vì người phụ nữ tuổi mãn kinh nếu bất động nhiều, làm tăng nguy cơ loãng xương, bệnh tim mạch. Nên có một số công việc cụ thể phù hợp với sức khỏe và hoàn cảnh cụ thể của từng người.

- Hướng dẫn người có tuổi tập dưỡng sinh, đi bộ là hình thức thể dục thích hợp nhất.

- Chú ý nơi ở, vấn đề đi lại, nhà vệ sinh để phòng trượt chân ngã, sẽ dễ bị gãy xương.

- Các thành viên trong gia đình cần quan tâm đến đời sống tình cảm của người phụ nữ tuổi mãn kinh, tránh để họ có cảm giác cô đơn, mặc cảm họ là người thừa.

4.2. Dinh dưỡng

- Nên hạn chế chất béo để giảm nguy cơ bị bệnh xơ vữa động mạch. Cung cấp đầy đủ lượng chất đạm, nên dùng các loại đạm thực vật dễ tiêu, cung cấp các acid béo không bão hoà.

- Cung cấp lượng rau quả tươi và sữa giàu calci, để giảm nguy cơ loãng xương. Nên ăn các thức ăn cung cấp nhiều calci như tôm, cua, cá. Mỗi tuần nên có ít nhất một bữa cá kho nhừ, ăn cả xương.

4.3. Vấn đề tình dục ở người phụ nữ tuổi mãn kinh

- Cần cung cấp đầy đủ thông tin về tình dục cho người phụ nữ mãn kinh, để họ hiểu rõ và hiểu đúng nhu cầu về tình dục ở lứa tuổi này, tránh bị mặc cảm.

- Nên duy trì tình dục nếu có nhu cầu, với những hình thức khác nhau, đảm bảo được nhu cầu tình cảm, nhưng phải phù hợp với sức khỏe và cần có sự hợp tác giữa hai người. Khi có khó khăn trong sinh hoạt tình dục, do niêm mạc âm đạo khô thì dùng các loại kem có estrogen để bôi trơn. Cần chú ý: do niêm mạc âm đạo bị teo, thành âm đạo mỏng, nên dễ bị tổn thương (trợt, rách) khi sinh hoạt tình dục dễ gây chảy máu.

- Vì còn sinh hoạt tình dục, nên người phụ nữ tuổi mãn kinh vẫn có nguy cơ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục, gồm cả HIV nếu một hoặc cả hai bên không chung thủy một vợ một chồng hoặc sinh hoạt tình dục không bảo vệ.

- Nếu sa sinh dục thì không nên sinh hoạt tình dục; nếu có nhu cầu thì khi sinh hoạt phải đẩy khối sa vào trong âm đạo.

4.4. Hướng dẫn cho người phụ nữ tuổi mãn kinh biết tự phát hiện một số bất thường về sức khỏe, đặc biệt phụ nữ mãn kinh nên đi khám phụ khoa định kỳ.

5. Chăm sóc sức khỏe phụ nữ mãn kinh

Phụ nữ mãn kinh có nhiều thay đổi từ tính tình đến hình thể, chất lượng sức khỏe liên quan đến sự thay đổi nội tiết của trục dưới đồi tuyến yên buồng trứng. Trừ các trường hợp phải vào viện do bệnh lý, còn lại vấn đề chăm sóc phụ nữ mãn kinh nằm ở cộng đồng. Vì vậy khi chăm sóc phụ nữ mãn kinh cần chú ý các điểm sau:

5.1. Nhận định

- Tuổi

- Công việc: đang đi làm, đã nghỉ hưu, làm gì sau nghỉ hưu, còn lao động trực tiếp không?

- Tính tình thay đổi
- Thay đổi các chỉ số như chỉ số khối lượng cơ thể, tim, mạch, huyết áp.
- Các bệnh lý nếu có

5.2. Chẩn đoán chăm sóc/ những vấn đề cần chăm sóc

- Sự đáp ứng của cơ thể người phụ nữ với những thay đổi của tình trạng mãn kinh. Có những người ít thay đổi, có người có thể thấy bình thường. Có người có sự thay đổi nhiều, thể hiện như bệnh lý cần phải can thiệp của nhân viên y tế và sự chăm sóc của gia đình.

- Chăm sóc về tinh thần
- Sự thay đổi thể chất đáp ứng tình trạng mãn kinh, đặc biệt sự thay đổi của đường sinh dục khi không còn kinh nguyệt
- Chăm sóc đáp ứng của cơ thể phụ nữ mãn kinh với sinh hoạt tình dục.
- Nguy cơ mắc một số bệnh như loãng xương, tiểu đường, bệnh tim mạch, bệnh đường tiết niệu và các bệnh ung thư, đặc biệt là ung thư đường sinh dục.
- Sự đáp ứng với công việc thay đổi sau về hưu.

5.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Tư vấn cho phụ nữ mãn kinh biết sinh lý bình thường từ đó phát hiện những bất thường.
- Tư vấn các vấn đề dinh dưỡng và luyện tập, tự chăm sóc bản thân.
- Tổ chức khám phụ khoa định kỳ cho PNMK phát hiện viêm nhiễm đường sinh dục và các bệnh khác
- Tư vấn cho người thân cách động viên, chăm sóc PNMK

5.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Chăm sóc tinh thần: tư vấn cho PNMK chuẩn bị sẵn sàng từ khi đang trong độ tuổi sinh đẻ để họ có những bước chuẩn bị về mặt tư tưởng đón nhận sự thay đổi của lứa tuổi này

- Tư vấn cho phụ nữ tuổi mãn kinh trong chế độ ăn uống, vệ sinh, tập luyện để cơ thể khỏe mạnh, ngừa một số bệnh có thể xuất hiện trong độ tuổi này. Không lao động nặng, thận trọng tránh ngã vì dễ có nguy cơ gãy xương do loãng xương.

- Tư vấn sự thay đổi trong đường sinh dục sau mãn kinh, hướng dẫn cách vệ sinh, chăm sóc đường sinh dục tránh viêm nhiễm và cách đáp ứng với hoạt động tình dục sau mãn kinh

- Tư vấn cách theo dõi, tự khám phát hiện một số bệnh như ung thư vú. Khám phụ khoa định kỳ phát hiện sớm ung thư vú, ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung và các bệnh khác.

5.5. Đánh giá

Phụ nữ tuổi mãn kinh đáp ứng tốt với sự thay đổi: khỏe mạnh, tự tưởng vui vẻ, tham gia các hoạt động đoàn thể tại địa phương.

Đáp ứng không tốt: mệt mỏi, chán nản, bệnh tật.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1 đến 3

Câu 1. Kể 6 vấn đề thay đổi giải phẫu ở người phụ nữ tuổi mãn kinh.

- A-
- B- Buồng trứng, vòi trứng, tử cung thu nhỏ
- C-
- D-
- E- Bộ phận tiết niệu
- F-

Câu 2. Kể tên 4 bệnh ung thư hay gặp ở người phụ nữ tuổi mãn kinh.

- A-
- B- Ung thư cổ tử cung
- C-
- D- Ung thư buồng trứng

Câu 3. Kể nguyên nhân và xử trí viêm âm đạo ở người phụ nữ tuổi mãn kinh.

- A- Nguyên nhân:
- B- Xử trí:

Phân biệt Đúng - Sai các câu từ 4 đến 7

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 4. Người phụ nữ tuổi mãn kinh có thể bị tăng nguy cơ loãng xương khi điều trị viêm khớp.		
Câu 5. Người phụ nữ tuổi mãn kinh không nên hoạt động tình dục.		
Câu 6. Nên cho phụ nữ tuổi mãn kinh uống thuốc calci hàng ngày.		
Câu 7. Cần khám phụ khoa định kỳ cho phụ nữ mãn kinh.		

Khoanh tròn chữ cái đầu câu cho câu trả lời đúng nhất trong các câu từ 8-10

Câu 8. Một phụ nữ đã 13 tháng không thấy kinh nguyệt, nay thấy ra ít máu ở âm đạo, điều đầu tiên cần nghĩ đến là

- A. Có kinh nguyệt trở lại.
- B. Bệnh về máu.
- C. Ung thư tử cung.
- D. Ung thư cổ tử cung.
- E. U xơ tử cung.

Câu 9. Thức ăn mà người phụ nữ mãn kinh nên hạn chế dùng là

- A. Rau quả tươi.
- B. Tôm cá
- C. Sữa
- D. Thịt mỡ
- E. Vùng lặc

Câu 10. Biến cố nào chiếm tỷ lệ cao ở phụ nữ mãn kinh

- A. Loãng xương.
- B. Bí đại.
- C. Nhồi máu cơ tim.
- D. Viêm âm đạo.
- E. Ung thư vú.

GIÁO DỤC SỨC KHỎE PHỤ NỮ

MỤC TIÊU

1. *Phân tích 3 nội dung cần tư vấn cho người phụ nữ về sức khỏe sinh sản.*
2. *Thực hiện tư vấn đầy đủ về sức khỏe sinh sản cho từng đối tượng: vị thành niên, phụ nữ trong tuổi sinh sản, phụ nữ tuổi mãn kinh*

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

1. Giáo dục sức khỏe sinh sản cho phụ nữ nói chung

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

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

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

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

Nội dung cần tư vấn bao gồm

- Rửa bộ phận sinh dục ngoài:
 - + Dùng nước sạch: nước máy, nước giếng hoặc nước mưa.
 - + Dùng xà phòng có độ xút nhẹ để rửa (xà phòng tắm).
 - + Dùng vòi nước hoặc gáo múc nước để dội, chứ không ngồi ngâm trong chậu.
 - + Rửa từ trước ra sau, rửa âm hộ trước, hậu môn sau cùng. Chú ý trong khi rửa không cho tay vào trong âm đạo, vì có thể đưa bẩn vào trong âm đạo hoặc làm xước niêm mạc âm đạo, dễ dẫn đến viêm nhiễm.
- Thay quần áo lót sạch sẽ hàng ngày, quần áo phải rộng, thoáng, tốt nhất là bằng các loại vải bông.
- Hàng ngày, phải rửa bộ phận sinh dục ngoài, ít nhất một lần trước khi đi ngủ và sau khi đại tiện
- Các em bé gái cần phải thường xuyên mặc quần, để tránh bụi đất bám vào âm hộ, âm đạo.

1.2. Vệ sinh kinh nguyệt

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

1.2.1. Vệ sinh vùng âm hộ

- Mỗi ngày rửa âm hộ nhiều lần tùy thuộc vào lượng huyết kinh ra nhiều hay ít, nhưng ít nhất cũng phải rửa 3 lần/ ngày (sáng, trưa, tối). Mỗi lần rửa xong, phải thay băng vệ sinh mới.
- Cách rửa như vệ sinh hàng ngày.
- Dùng băng vệ sinh được sản xuất sẵn, dùng 1 lần rồi bỏ. Nếu dùng vải màn thì phải được giặt bằng nước sạch với xà phòng có độ xút cao để tẩy sạch, phơi khô ở nơi thoáng, có ánh nắng mặt trời, xa các công trình vệ sinh (là khô thì tốt hơn). Băng vệ sinh cần được bảo quản ở nơi khô ráo, tránh ẩm mốc, để phòng khi dùng lại dễ bị bệnh nấm.

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

1.2.2. Vệ sinh thân thể hàng ngày

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

1.2.3. Chế độ làm việc

- Trong những ngày hành kinh, không lao động ngâm mình trong nước, vì dễ bị nhiễm khuẩn, nếu bị lạnh kéo dài, có thể bị băng kinh.
- Tránh làm việc nặng quá sức, thời gian lao động không quá dài, quá căng thẳng, dễ làm kinh nguyệt ra nhiều và kéo dài.
- Tránh đi lại nhiều, đi xa, làm việc lâu ở tư thế đứng. Nên nghỉ giữa giờ nhiều hơn bình thường.
- Nếu ra máu nhiều hoặc đau bụng nhiều, phải nghỉ làm việc để đảm bảo sức khỏe.

1.2.4. Chế độ ăn uống, nghỉ ngơi

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

1.2.5. Sinh hoạt tình dục

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

1.3. Vệ sinh tình dục

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

- Chỉ sinh hoạt tình dục khi cả hai người có nhu cầu và thấy người khỏe mạnh.
- Cả hai phải rửa bộ phận sinh dục ngoài trước và sau giao hợp.
- Không giao hợp trong khi ốm, vừa ăn no, uống rượu say, vì có thể bị chết đột tử (phạm phòng).
- Tình dục an toàn:
 - + Không để có thai ngoài ý muốn, để lại những hậu quả không tốt về thể chất và tinh thần.
 - + Không để cho bản thân và bạn tình bị lây nhiễm các bệnh LTQĐTD.
- Tình dục có trách nhiệm:
 - + Hai người phải quan tâm thông cảm với nhau, làm cho cả hai cùng thoải mái chứ không vì để thoả mãn sự ham muốn, khoái cảm của một người, mà bắt buộc hoặc gò ép, làm cho bạn tình đau đớn, mệt mỏi.
 - + Cần tôn trọng nguyện vọng của bạn tình và thương lượng sử dụng các biện pháp tránh thai phù hợp.

2. Giáo dục sức khỏe sinh sản ở tuổi vị thành niên

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

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

Những lĩnh vực cần tư vấn bao gồm:

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

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

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

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

- Phân tích những nguy cơ dẫn đến vô sinh.

- Giải thích những nguy cơ nghiện ma túy.

- Giải thích những lời đồn đại không đúng về vị thành niên. (xem chi tiết trong bài “Sức khỏe sinh sản vị thành niên”)

3. Giáo dục sức khỏe sinh sản ở phụ nữ tuổi sinh sản

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

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

Vệ sinh hàng ngày, vệ sinh giao hợp.

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

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

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

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

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

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

4. Giáo dục sức khỏe sinh sản ở phụ nữ trong thời kỳ thai nghén (Bài: truyền thông tư vấn phụ nữ có thai - Môn học Chăm sóc bà mẹ thời kỳ thai nghén).

5. Giáo dục sức khỏe sinh sản ở người phụ nữ tuổi mãn kinh

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

Nội dung tư vấn gồm:

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

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Kể 4 vấn đề cần chú ý về chế độ lao động, khi người phụ nữ có kinh nguyệt.

- A.
- B.
- C.
- D.

Câu 2. Kể 2 nội dung của tình dục an toàn.

- A.
- B.

Thực hiện đóng vai trong các bài tập sau

Bài tập 1:

Bạn là hộ sinh làm việc tại phòng khám của khoa sản, bệnh viện đa khoa tỉnh. Khi sắp hết giờ làm việc buổi chiều, có 1 em gái khoảng 15 - 16 tuổi đến, rụt rè đề nghị bạn giúp em giải quyết một số vấn đề, mà em không biết nói cùng ai.

Bạn sẽ làm gì khi em gái đề nghị như vậy?

Nếu em gái đó đang phân vân thắc mắc về vấn đề kinh nguyệt và tình dục, bạn cần tư vấn như thế nào?

Bài tập 2:

Trong một lần đi khám ngoại viện cùng các đồng nghiệp tại cộng đồng, trạm y tế xã yêu cầu bạn trao đổi với một nhóm chị em phụ nữ trong độ tuổi 25 - 30 về sức khỏe sinh sản. Bạn thực hiện như thế nào?

Bài tập 3:

Đến thăm một người bạn cùng học phổ thông mà đã lâu chưa có dịp gặp lại, khi được giới thiệu bạn là một hộ sinh, bà của bạn học đã 65 tuổi rất vui và muốn tâm sự với bạn một số vấn đề về sức khỏe. Bạn cần trao đổi với bà những vấn đề gì và thực hiện như thế nào?

RỐI LOẠN KINH NGUYỆT VÀ RA MÁU ÂM ĐẠO BẤT THƯỜNG

MỤC TIÊU

- 1. Phân biệt được chu kỳ kinh nguyệt bình thường và bất thường.*
- 2. Trình bày được các nguyên nhân ra máu âm đạo bất thường.*
- 3. Mô tả các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của rối loạn kinh nguyệt và ra máu âm đạo bất thường.*
- 4. Trình bày được các bước cơ bản trong điều trị ra máu âm đạo bất thường.*

1. Đại cương

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

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

2. Sinh lý kinh nguyệt

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

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

Đặc trưng của chu kỳ kinh nguyệt bình thường:

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

3. Định nghĩa những bất thường chu kỳ kinh nguyệt

- Kinh thưa (Oligomenorrhea): kinh nguyệt không thường xuyên, không đều. Chu kỳ kinh thường trên 35 ngày.
- Kinh mau (Polymenorrhea): còn gọi là đa kinh. Chu kỳ kinh thường là 21 ngày hoặc ngắn hơn.
- Rong kinh (Menorrhagia): kinh có chu kỳ, lượng kinh nhiều (> 80 ml) và kéo dài trên 7 ngày.
- Băng kinh: kinh nguyệt đúng kỳ nhưng lượng máu kinh ra nhiều, có thể gây choáng.
- Rong huyết (Metrorrhagia): ra máu thất thường không theo chu kỳ.
- Kinh ít (Hypomenorhea): số ngày có kinh ngắn, lượng kinh ít.
- Vô kinh thứ phát: sau một thời gian bằng hai lần chu kỳ kinh bình thường, không có kinh.
- Chảy máu giữa chu kỳ kinh (Intermenstrual bleeding): chảy máu (thường lượng không nhiều) xảy ra giữa chu kỳ kinh bình thường.
- Bất thường khác: thống kinh là hiện tượng đau bụng khi có kinh nguyệt, thống kinh nặng có thể kèm theo nôn và tiêu chảy.

4. Nguyên nhân

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

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

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

- Tuổi dậy thì.
- Tuổi mãn kinh.
- Không phóng noãn rải rác trong tuổi sinh đẻ.

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

- U xơ tử cung: u xơ dưới niêm mạc.
- Polyp tử cung, cổ tử cung.
- Ung thư cổ tử cung.
- Ung thư thân tử cung.
- Lạc nội mạc tử cung ở cơ tử cung.

- Dị dạng tử cung.
- Lao sinh dục.
- Các khối u nội tiết của buồng trứng (Thecome grannulosome)

4.3. Các biến chứng liên quan với thai nghén

- Sảy thai.
- Bệnh tế bào nuôi.
- Chửa ngoài tử cung.
- Các biến chứng sau đẻ như sốt rau, viêm nội mạc tử cung.
- Rau tiền đạo.
- Rau bong non.
- Vỡ tử cung.

4.4. Bệnh toàn thân

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

4.5. Các yếu tố do thuốc

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

5. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Khai thác tiền sử và bệnh sử

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

5.2. Khám lâm sàng

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

5.3. Các xét nghiệm cận lâm sàng

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

6. Điều trị

6.1. Nguyên tắc điều trị

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

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

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

6.2. Điều trị nguyên nhân

6.2.1. Nguyên nhân toàn thân

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

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

6.2.3. Nguyên nhân cơ năng

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

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

- Điều trị nguyên nhân bằng thuốc nội tiết.
- + Nạo bằng hormon: tiêm progesteron hoặc uống progestagen, sau đó điều trị bằng estrogen để tái phát triển niêm mạc tử cung, cầm máu.
- + Để phòng rong kinh trong vòng kinh sau, cho tiếp vòng kinh nhân tạo, có thể cho progestagen đơn thuần hoặc cho kết hợp estrogen với progestagen như kiểu viên thuốc tránh thai.
- Kết hợp thuốc cầm máu, thuốc co hồi tử cung (oxytotoxin, Ergotamin).
- Nếu trong những trường hợp rất hãn hữu, điều trị bằng mọi biện pháp không kết quả, mới phải nạo buồng tử cung bằng dụng cụ.

b. Rong kinh, rong huyết tuổi tiền mãn kinh

- Điều trị triệu chứng tốt nhất là nạo niêm mạc tử cung, có 3 lợi ích:
- + Cầm máu nhanh (dỡ mất máu).
- + Làm giải phẫu bệnh lý (loại trừ ác tính).
- + Xác định rõ ràng tình trạng quá sản niêm mạc tử cung (điều trị hormon tiếp theo).
- Ngày nạo niêm mạc tử cung được tính là ngày đầu tiên của kỳ kinh tới. Thông thường cho Progestagen từ ngày thứ 16, mỗi ngày 10mg, uống trong 10 ngày, uống trong 3 vòng kinh liền.

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

- Cường kinh (kinh nhiều).
- + Ở người trẻ tuổi, tử cung co kém: Dùng thuốc tăng co tử cung.
- + Tử cung kém phát triển: Vòng kinh nhân tạo hoặc cho viên thuốc tránh thai nửa sau chu kỳ kinh.
- + Ở người lớn tuổi: Nếu có tổn thương thực thể (u xơ tử cung, polip cổ tử cung...) chưa có chỉ định phẫu thuật có thể dùng progestagen vài ngày trước khi hành kinh. Cũng có thể cho progestagen liều cao (mất kinh 3 - 4 tháng liền). Trên 40 tuổi điều trị thuốc không hiệu quả, nên mổ cắt tử cung.

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

- Nạo niêm mạc buồng tử cung (50% khỏi trong một thời gian dài).
- Thuốc: Progestagen 10mg/ ngày trong 10 ngày, kể từ ngày thứ 16 của vòng kinh, trong 3 tháng liền.
- Mổ cắt tử cung ở phụ nữ trên 40 tuổi.

6.2.4. Thống kinh: dùng thuốc giảm đau như: atropin, papaverin...

7. Chăm sóc bệnh nhân rối loạn kinh nguyệt và chảy máu âm đạo bất thường

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

7.1. Nếu người bệnh điều trị ngoại trú

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

- Thảo luận với người bệnh về tình trạng bệnh và phương thức điều trị.
- Hướng dẫn và hỗ trợ người bệnh dùng thuốc theo đơn của thầy thuốc. Cần chú ý là phần lớn thuốc điều trị nguyên nhân là thuốc nội tiết, mà đặc điểm của người bệnh có thể do công việc bận rộn, nên dễ quên dùng thuốc. Mặt khác, có một số trường hợp chưa hiểu rõ tác dụng của thuốc, nên khi dùng thuốc được vài ngày thấy hết triệu chứng nên không dùng tiếp nữa. Vì vậy, người hộ sinh phải giải thích và nhắc nhở người bệnh dùng thuốc đúng liều, đủ liều và đúng thời gian.
- Tư vấn cho người bệnh những biểu hiện của tác dụng phụ của thuốc và cách xử trí tác dụng phụ, để người bệnh yên tâm điều trị tiếp.
- Theo dõi người bệnh trong quá trình dùng thuốc, để phát hiện các biến chứng do dùng thuốc, chuyển tuyến trên kịp thời.
- Nhắc nhở, đôn đốc người bệnh khám lại theo hẹn của thầy thuốc, vì nhiều khi người bệnh thấy hết triệu chứng nghĩ rằng mình đã khỏi bệnh, nên không đi khám lại theo hẹn.
- Một số người bệnh trong tình trạng thiếu máu, vì vậy cần hướng dẫn người bệnh chế độ lao động thích hợp, để tránh ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe.
- Hướng dẫn chế độ ăn giàu chất dinh dưỡng, tăng cường các thức ăn nhiều sắt hoặc uống thêm viên sắt.

7.2. Nếu người bệnh điều trị tại bệnh viện

7.2.1. Nhận định

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

- Nhận định về toàn trạng của người bệnh: Các dấu hiệu sinh tồn thể trạng, tình trạng thiếu máu.
- Ra máu âm đạo: Thời gian, số lượng, màu sắc.
- Có đau bụng kèm theo không?
- Tình trạng ăn, ngủ như thế nào
- Các dấu hiệu thực thể bộ phận sinh dục và các bộ phận khác.
- Yêu cầu xét nghiệm.
- Y lệnh thuốc.

7.2.2. Chẩn đoán chăm sóc/ những vấn đề cần chăm sóc

- Yếu tố tinh thần do lo lắng với tình trạng ra máu bất thường
- Thiếu máu do chảy máu kéo dài
- Nhiễm khuẩn
- Bệnh thực thể ở đường sinh dục hoặc các bệnh toàn thân gây máu bất thường
- Chế độ ăn, uống, ngủ. Chế độ vệ sinh phòng nhiễm khuẩn

7.2.3. Lập kế hoạch

- Theo dõi toàn trạng của người bệnh, tùy theo tình trạng của người bệnh, nhưng ít nhất mỗi ngày một lần.
- Theo dõi sự ra máu âm đạo hàng ngày tùy mức độ ra máu.
- Giải thích và động viên người bệnh an tâm điều trị, cách khắc phục những tác dụng phụ của thuốc.
- Hướng dẫn chế độ ăn thích hợp, giàu dinh dưỡng, tăng các loại thức giàu sắt
- Hướng dẫn và thực hiện các xét nghiệm theo yêu cầu.
- Thực hiện y lệnh điều trị của bác sĩ

7.2.4. Thực hiện kế hoạch

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

- Theo dõi các chỉ số sinh tồn đặc biệt chú ý mạch, huyết áp.
- Theo dõi ra máu âm đạo: phải kiểm tra băng vệ sinh của người bệnh và có sự so sánh giữa các lần khám để đánh giá đúng tiến triển của bệnh.

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

– Hướng dẫn vệ sinh cá nhân sạch sẽ

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

7.2.5. Đánh giá

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

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

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

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

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1 - 4

Câu 1. Định nghĩa những hình thái bất thường của chu kỳ kinh nguyệt

A. Kinh thưa:

B. Kinh mau:

C. Rong kinh:

D. Rong huyết:

E. Kinh ít:

Câu 2. Kể tên 5 nhóm nguyên nhân gây rối loạn kinh nguyệt và ra máu âm đạo bất thường.

A.

B.

C.

D.

E.

Câu 3. Kể 3 lợi ích của nạo niêm mạc tử cung cho phụ nữ rong kinh, rong huyết tuổi tiền mãn kinh.

A.

B.

C.

Câu 4. Kể 7 vấn đề cần nhận định khi chăm sóc người bệnh rối loạn kinh nguyệt và ra máu âm đạo bất thường

A. Toàn trạng

B.

C. Tính trạng ăn, ngủ

D.

E.

F. Yêu cầu XN

G. Y lệnh thuốc

Câu 5. Liệt kê 8 tổn thương thực thể ở cơ quan sinh dục gây ra máu âm đạo bất thường:

A. U xơ tử cung

B.

C.

D. Ung thư thân tử cung

E.

F. Dị dạng tử cung

G.

H. Các khối u nội tiết của buồng trứng

Câu 6. Kể 3 nguyên nhân cơ năng gây chảy máu âm đạo bất thường

A.

B.

C.

Phân biệt Đúng - Sai trong các câu từ 7 đến 12

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 7. U xơ tử cung là một trong những nguyên nhân gây ra máu âm đạo bất thường		
Câu 8. Em gái 15 tuổi có kinh nguyệt kéo dài 10 ngày là bình thường		
Câu 9. Chu kỳ kinh không phóng noãn, có thể gây rong kinh		
Câu 10. Khi có biểu hiện chảy máu tử cung bất thường, cần điều trị Oxytocin để giảm chảy máu		
Câu 11. Tất cả các trường hợp chảy máu tử cung bất thường ở phụ nữ trên 45 tuổi, là do có khối u đường sinh dục		
Câu 12. Tất cả các trường hợp rong kinh kéo dài phải nạo niêm mạc tử cung.		

2.1.1. Các dạng bất thường ở tử cung

- Bất sản ở tử cung: sự bất sản có thể xảy ra ở hoàn toàn một bên tử cung, trên lâm sàng chúng ta có thể gặp tử cung một buồng thực sự, loại này thường hiếm, xảy ra khi một trong hai nửa của tử cung bị bất sản. Trong trường hợp này, chỉ có một nửa tử cung, một vòi trứng và một thân bình thường. Tuy nhiên, thỉnh thoảng ta cũng có thể gặp phía bên đối diện có một dải xơ nhỏ, có thể gặp phần phụ và ống dẫn trứng.

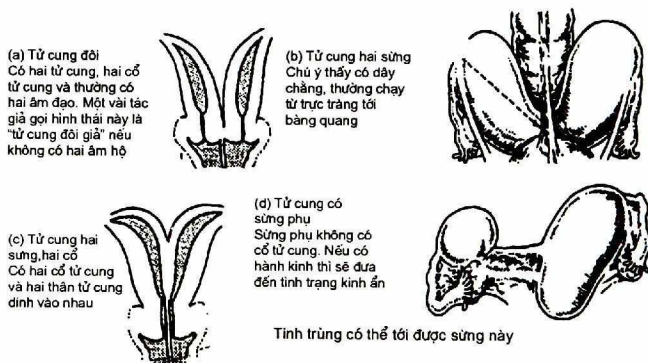
- Bất sản tử cung một bên, có thể là không hoàn toàn, đó là trường hợp tử cung hai buồng, một bên phát triển bình thường, một bên nhi tính cộng với phần phụ bình thường, bệnh nhân này có thể có thai và cũng có thể có các biến chứng của thai nghén, như vỡ tử cung...

- Tử cung hai sừng, hai cổ: trường hợp này, hai cổ, hai thân tử cung hoàn toàn độc lập nhau. Âm đạo có thể là một hay có thể có vách ngăn.

- Tử cung hai sừng, một cổ: trường hợp này, chỉ có một cổ, một eo tử cung. Hai sừng của tử cung có thể bằng nhau hoặc không bằng nhau.

- Tử cung có vách ngăn: trường hợp này bên ngoài của tử cung có vẻ bình thường, nhưng bên trong buồng của tử cung rộng ra, có một vách ngăn chia buồng tử cung làm hai phần. Vách ngăn có thể hoàn toàn (đến cổ tử cung) hoặc không hoàn toàn (chỉ đến eo tử cung). Dị dạng này, thường được phát hiện khi chụp tử cung có chuẩn bị.

- Tử cung kém phát triển: toàn bộ tử cung kém phát triển, có kích thước nhỏ hơn bình thường, ta còn gọi là tử cung nhi tính.



Hình 19: Các dị tật của tử cung

2.1.2. Các dấu hiệu lâm sàng

Dị tật bẩm sinh tử cung thường được phát hiện trong những hoàn cảnh khác nhau như sau:

- Giao hợp đau, rối loạn kinh nguyệt, đôi khi là vô sinh.
- Sảy thai liên tiếp (tuổi thai ngày càng muộn).
- Để non.
- Ngồi bất thường như ngồi mông, ngồi ngang.
- Bất thường trong khi chuyển dạ như: đẻ khó cơ học, hoặc rau mắc kẹt trong trường hợp tử cung có vách ngăn.

2.1.3. Chẩn đoán

- Chẩn đoán thường dựa vào các xét nghiệm bổ sung như:
- Chụp tử cung, ống dẫn trứng có chuẩn bị.
- Nội soi.

2.1.4. Hướng xử trí

Ngoài các biện pháp cấp cứu như ứ máu kinh, thì vấn đề xử trí bằng ngoại khoa hoặc điều trị nội tiết sẽ được đặt ra trong những trường hợp cụ thể.

2.2. Dị tật bẩm sinh ống dẫn trứng

Đối với ống dẫn trứng các dị tật có thể gặp là: không có một bên ống dẫn trứng, loa ống dẫn trứng có các lỗ phụ, các túi thừa ở ống dẫn trứng hoặc thiếu sản ống dẫn trứng.

2.3. Dị tật buồng trứng

Đó là các bất thường trong quá trình phát triển như: thiếu sản buồng trứng, buồng trứng có dạng trái chà là, hình dải xơ.

3. Chăm sóc

Dị tật bẩm sinh đường sinh dục nữ là bệnh ít gặp. Người hộ sinh cần phát hiện sớm các dị tật, chuyển tuyến có khả năng phẫu thuật. Nếu ở tuyến có phẫu thuật thì quá trình chăm sóc trước mổ và sau mổ theo quy trình chăm sóc.

3.1. Nhận định

- Tuổi của bệnh nhân: có những dị dạng phát hiện sớm khi còn nhỏ nhưng có nhiều dị tật chỉ phát hiện ra khi trẻ đã lớn không hành kinh hoặc có những người có chồng nhưng không có âm đạo hoặc khi sinh đẻ mới phát hiện ra những dị tật bẩm sinh đường sinh dục.
- Loại dị dạng: dị dạng đơn thuần hay phối hợp, phức tạp hay đơn giản, có ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt và cuộc sống hay ít.

- Loại dị dạng có giải quyết được hay không, nếu giải quyết được thì tốt nhất ở thời điểm nào?

3.2. Chẩn đoán chăm sóc - những vấn đề cần chăm sóc

- Âm hộ hoặc tiết niệu bất thường
- Không hành kinh
- Không giao hợp được
- Không rõ giới, sinh dục phụ không phát triển
- Vô sinh
- Tâm lý người bệnh

3.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Tư vấn cho bệnh nhân cách chăm sóc bản thân, đặc biệt liên quan những bất thường
- Tư vấn thời điểm có thể phẫu thuật, giải quyết được trong những trường hợp có thể.
- Tư vấn cách chăm sóc cho những trường hợp không thể giải quyết được bằng phẫu thuật.

3.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Tư vấn cho các bà mẹ từ khi mang thai cách chăm sóc theo dõi các con mình để phát hiện sớm những bất thường. Khi đã phát hiện ra cần sớm đưa đến các cơ sở y tế để xác định phân loại dị tật và xác định thời điểm cũng như khả năng có thể điều trị được.
- Tư vấn cho cá nhân cách chăm sóc cho bản thân và chọn thời điểm thích hợp giải quyết căn nguyên theo hẹn của bác sĩ.
- Trong trường hợp đặc biệt cần thảo luận chu đáo với người bệnh

3.5. Đánh giá

- Nếu phát hiện sớm dị tật, giải quyết sớm sẽ tốt cho bệnh nhân, quyết định hôn nhân.
- Trường hợp không có khả năng giải quyết cần tư vấn cho bệnh nhân và gia đình cách chăm sóc và chấp nhận để hoà nhập cộng đồng.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1-2

Câu 1. Kể tên 3 hình thái dị tật cơ quan sinh dục cao.

- A.
- B.
- C.

Câu 2. Kể tên 5 dạng bất thường ở tử cung

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

Câu 3. Trình bày hướng xử trí một số dị tật đường sinh dục nữ

Phân biệt Đúng - Sai trong các câu từ 4 đến 8

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 4. Tất cả các vách ngăn âm đạo chỉ phát hiện được khi đẻ.		
Câu 5. Khi khám thấy lỗ niệu đạo lệch, nên nghĩ đến dị tật âm hộ.		
Câu 6. Khi em gái trên 18 tuổi không có kinh nguyệt, phải kiểm tra xem có dị tật ở bộ phận sinh dục không.		
Câu 7. Tất cả các dị tật sinh dục đều có thể gây đẻ non		
Câu 8. Dị tật tử cung có thể gây đến ngôi thai bất thường.		

SA SINH DỤC

MỤC TIÊU

1. Nói được cách sinh bệnh và nguyên nhân của sa sinh dục.
2. Chẩn đoán được sa sinh dục.
3. Trình bày được phương hướng điều trị sa sinh dục.
4. Kể được 7 biện pháp dự phòng sa sinh dục.

1. Đại cương

Sa sinh dục còn gọi là sa tử cung, nhưng gọi sa sinh dục thì đúng hơn, vì trong nhiều trường hợp không những chỉ sa tử cung, mà còn sa cả thành trước kèm theo có sa bàng quang và sa cả thành sau kèm theo sa trực tràng.

Sa sinh dục là một bệnh khá phổ biến ở phụ nữ Việt Nam, nhất là phụ nữ nông thôn, trong lứa tuổi 40 - 50 trở lên chiếm khoảng 8%.

Đây là bệnh không nguy hiểm đến tính mạng, nhưng ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt, lao động, công tác của phụ nữ.

Bệnh thường gặp ở những người chữa đẻ nhiều, đẻ quá sớm, quá dày và những lần đẻ trước không an toàn.

Người chưa đẻ lần nào, cũng có thể sa sinh dục, nhưng ít gặp hơn.

2. Cơ chế giữ tử cung không sa

Bình thường tư thế tử cung trong hố chậu là gập trước, thân tử cung gập với cổ tử cung một góc 100° - 120° , tử cung gập với trục âm đạo một góc 90° .

Các tổ chức giữ cho tử cung ở tư thế bình thường là:

- Tổ chức cơ: các cơ hoành chậu hông: cơ nâng hậu môn là quan trọng nhất.
- Các dây chằng: dây chằng tử cung - cùng, dây chằng tròn, dây chằng rộng.

- Tổ chức liên kết dưới phúc mạc và trên cơ nâng hậu môn... các tổ chức này kết hợp thành những vách ràng buộc các tạng với nhau, với thành chậu, đáy chậu.

Hệ thống dây chằng có giá trị tương đối. Quan trọng nhất để giữ tử cung là các vách âm đạo và tầng sinh môn.

Do âm đạo hợp với tử cung góc 90° , nên khi đứng dưới áp lực trong ổ bụng, tử cung không những không sa vào âm đạo, mà còn có tác dụng đóng kín hoành chậu, tầng sinh môn với các cơ, các màng cơ.

3. Nguyên nhân sa sinh dục

- Chưa đẻ nhiều lần, đẻ dày, đẻ không an toàn, rách tầng sinh môn không khâu.
- Lao động quá nặng hay quá sớm sau đẻ, làm áp lực tử cung tăng lên, khi các tổ chức chưa trở lại bình thường, còn yếu.
- Rối loạn dinh dưỡng hoặc ở người già, hệ thống dây treo và nâng đỡ yếu.
- Ngoài ra, còn do cơ địa bẩm sinh ở phụ nữ chưa đẻ lần nào.

4. Triệu chứng và chẩn đoán

Đặc điểm của bệnh là tiến triển rất chậm, có thể từ 5 đến 10 năm. Triệu chứng cơ năng, thực thể nghèo nàn.

4.1. Triệu chứng cơ năng

Tuỳ thuộc từng người sa nhiều hay sa ít, sa lâu hay mới sa, sa đơn thuần hay phối hợp.

Triệu chứng thường là khó chịu, nặng bụng dưới, đái dắt, đái són, đái không tự chủ, đại tiện khó.

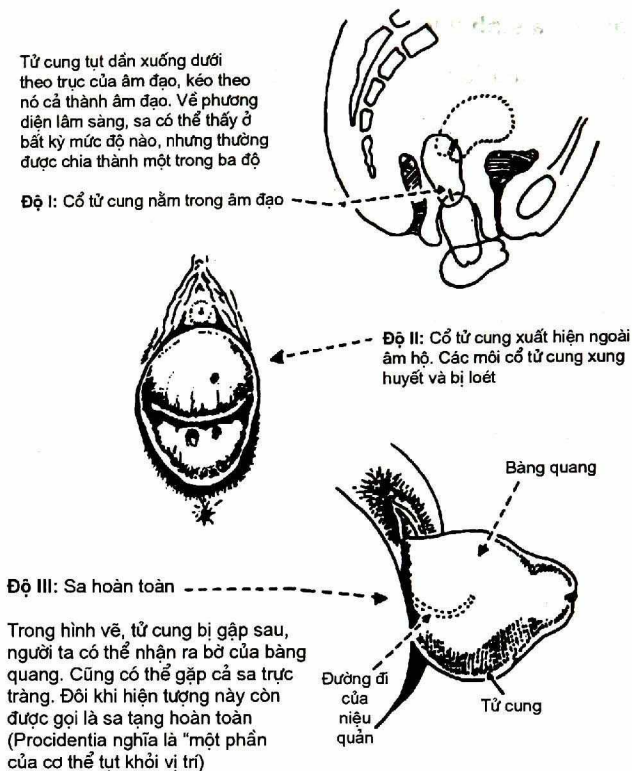
Có thể có dịch tiết âm đạo bất thường, nếu bị viêm nhiễm.

Sa sinh dục có thể mang thai bình thường, nhưng dễ sảy và đẻ non.

4.2. Triệu chứng thực thể

Có 3 độ sa sinh dục:

- Sa độ I:
 - + Sa thành trước âm đạo (kèm theo sa bàng quang).
 - + Sa thành sau âm đạo (kèm theo sa trực tràng).
 - + Cổ tử cung ở thấp, nhưng còn ở trong âm đạo, chưa nhìn thấy ở ngoài.
- Sa độ II:
 - + Sa thành trước âm đạo (kèm theo sa bàng quang)
 - + Sa thành sau (kèm theo sa trực tràng).
 - + Cổ tử cung thấp thò âm hộ.
- Sa độ III:
 - + Sa thành trước âm đạo (kèm theo sa bàng quang)
 - + Sa thành sau (kèm theo sa trực tràng).
 - + Cổ tử cung sa hẳn ra ngoài âm hộ.
- Cần chẩn đoán phân biệt:
 - + Lộn tử cung.
 - + Cổ tử cung dài, phì đại đơn thuần.



Hình 20: Phân độ sa sinh dục

5. Điều trị

Sa sinh dục điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật

Sa sinh dục độ I chưa cần điều trị

Sa sinh dục độ II, độ III có triệu chứng cơ năng mới phẫu thuật.

Phẫu thuật chủ yếu bằng đường âm đạo, hơn là bằng đường bụng. Phẫu thuật trong sa sinh dục mang tính chất thẩm mỹ. Ngoài việc cắt tử cung đơn thuần, nó còn tái tạo các thành âm đạo, nâng bàng quang.

6. Phòng bệnh

- Không nên đẻ quá nhiều, quá sớm, quá nhanh. Phải đẻ ở những nơi có điều kiện an toàn và đỡ đỡ đúng kỹ thuật.

- Không để chuyển dạ kéo dài, rặn đẻ quá lâu. Các thủ thuật làm phải đủ điều kiện, đúng chỉ định và đúng kỹ thuật.
- Tránh gây sang chấn âm đạo, tầng sinh môn.
- Phục hồi tầng sinh môn đúng kỹ thuật.
- Sau đẻ không nên lao động quá sớm và quá nặng.
- Nâng cao mức sống nhân dân.
- Điều trị tốt các bệnh kinh niên.

7. Chăm sóc người bệnh sa sinh dục

7.1. Nhận định

Người phụ nữ bị sa sinh dục phần lớn là ở độ tuổi cao, đã mãn kinh, nên thường có tâm lý dẫu bệnh, ngại đi khám bệnh. Vì vậy, khi người bệnh đến cơ sở y tế điều trị, thì sa sinh dục thường đã ở độ II hoặc độ III, nên điều trị hầu hết là phẫu thuật. Vì vậy, cần có kế hoạch điều dưỡng cụ thể cho người bệnh trước và sau mổ sa sinh dục.

7.1.1. Trước mổ

- Nhận định tuổi bệnh nhân: thường bệnh nhân sa sinh dục thường cao tuổi nên thể trạng không tốt, có thể quá béo, quá gầy, tình trạng thiếu máu, tim mạch, hoặc các bệnh tiểu đường ... Đôi khi các yếu tố này sẽ là yếu tố ảnh hưởng đến quyết định có phẫu thuật hay không.
- Mức độ sa sinh dục.
- Ảnh hưởng của sa sinh dục đến các chức năng khác: tiểu tiện, đại tiện, đi lại...
- Tình trạng âm đạo, cổ tử cung bình thường hay viêm nhiễm.
- Tình trạng tinh thần, ăn, ngủ, đi lại của người bệnh.
- Kết quả xét nghiệm có trong giới hạn bình thường không?

7.1.2. Sau mổ

- Nhận định cách thức phẫu thuật: đường bụng hay đường âm đạo?
- Thời gian phẫu thuật
- Có tai biến trong phẫu thuật không?
- Phương pháp gây mê: gây tê tuỷ sống hay gây mê nội khí quản, thời gian gây mê dài hay ngắn
- Thời gian hồi tỉnh sau phẫu thuật
- Thời gian, ngày, giờ thứ mấy sau mổ

- Các dấu hiệu sinh tồn
 - Có ra máu âm đạo hay không.
 - Tình trạng tiểu như thế nào, còn lưu ống thông bàng quang không?
- Nếu lưu ống thông tình trạng ống thông, màu sắc, số lượng nước tiểu. Nếu đã rút ống thông tiểu, tình trạng tiểu tiện của bệnh nhân?
- Tình trạng tinh thần, ăn, ngủ, vận động, vệ sinh.
 - Y lệnh.

7.2. Chẩn đoán chăm sóc - nhận định các vấn đề cần chăm sóc

7.2.1. Trước mổ

- Nếu toàn trạng bình thường không viêm nhiễm âm đạo cổ tử cung, chuẩn bị mổ như một cuộc mổ bình thường.
- Nếu có viêm nhiễm âm đạo, cổ tử cung, cần đặt thuốc, làm vệ sinh hàng ngày. Đặc biệt ở những người có tuổi, có thể bôi mỡ estrogene âm đạo nếu có chỉ định của bác sĩ.
- Chăm sóc toàn trạng, động viên bệnh nhân an tâm điều trị.

7.2.2. Sau mổ

- Tùy giờ nhận bệnh nhân sau phẫu thuật, tùy cách thức phẫu thuật và cách gây mê mà có chế độ chăm sóc khác nhau. Tuy nhiên bệnh nhân sau mổ sa sinh dục cần lưu ý một số vấn đề sau:
- Các nguy cơ chung như bệnh nhân sau phẫu thuật phụ khoa
- Bàng quang luôn xẹp trong vòng 5 - 7 ngày là yếu tố quan trọng bảo đảm sự thành công của phẫu thuật.
- Biến chứng không liền vết khâu do nhiễm trùng, hoặc ở người có tuổi thành âm đạo khó liền do thiếu dưỡng.

7.3. Lập kế hoạch

7.3.1. Trước mổ

- Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn: tùy theo tình trạng người bệnh, mà lập kế hoạch theo dõi, ít nhất mỗi ngày 1 lần.
- Theo dõi đại, tiểu tiện: ít nhất 1 ngày 1 lần, cần chú ý trong những trường hợp sa sinh dục ảnh hưởng đến đại tiểu tiện của người bệnh.
- Chế độ ăn uống đủ dinh dưỡng, hợp khẩu vị và hợp với độ tuổi của người bệnh.
- Chế độ vệ sinh, chú ý đến những trường hợp tiểu tiện không chủ động cần hướng dẫn và hỗ trợ người bệnh vệ sinh tốt, tránh bội nhiễm.

- Làm thuốc âm đạo: nếu người bệnh không bị viêm nhiễm, thì mỗi ngày 1 lần, nếu bị viêm nhiễm, thì nhiều lần hơn.
- Hoàn thiện thủ tục mổ như những trường hợp mổ khác.
- Động viên người bệnh an tâm điều trị, tránh căng thẳng, lo lắng quá mức.
- Thực hiện y lệnh.

7.3.2. Sau mổ

- Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn, đặc biệt trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật.
- Theo dõi tình trạng chảy máu, đặc biệt là chảy máu trong qua các dấu hiệu mạch, huyết áp.
- Theo dõi, chăm sóc ống thông bàng quang tránh tắc và giảm nguy cơ viêm nhiễm ngược dòng.
- Chế độ ăn sớm, vận động sớm sau mổ. Những ngày sau ăn đủ chất dinh dưỡng, chất dễ tiêu, uống đủ nước.
- Chế độ vệ sinh: tại vùng tầng sinh môn hoặc âm đạo làm thuốc cho bệnh nhân hàng ngày. Hướng dẫn và hỗ trợ người bệnh vệ sinh thân thể hàng ngày, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài 2 - 3 lần / ngày bằng nước đun sôi để nguội.
- Thực hiện y lệnh.

7.4. Thực hiện kế hoạch

Thảo luận với người bệnh về tiến triển của bệnh và các công việc cần làm trong quá trình chăm sóc

Thực hiện theo kế hoạch đã lập.

7.5. Đánh giá

7.5.1. Trước mổ

- Toàn trạng người bệnh tốt, tại khối sa sinh dục không còn viêm nhiễm nữa, người bệnh an tâm, là chuẩn bị cho cuộc phẫu thuật tốt.
- Nếu toàn trạng có vấn đề bất thường, tại khối sa sinh dục còn viêm nhiễm thì phải điều trị tiếp, chờ phẫu thuật.

7.5.2. Sau mổ

- Toàn trạng người bệnh tốt, âm đạo không ra máu, không ra dịch
- Nước tiểu bình thường, trong. Ống thông bàng quang không tắc.
- Đại tiện bình thường, là tiến triển tốt.
- Nếu người bệnh có sốt hoặc ra máu âm đạo kéo dài hoặc ra dịch âm đạo nhiều, có mùi, cần báo bác sĩ ngay.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1-4

Câu 1. Kể 4 nguyên nhân gây sa sinh dục.

Câu 2. Mô tả 3 dấu hiệu lâm sàng của sa sinh dục độ I

Câu 3. Mô tả 3 dấu hiệu lâm sàng của sa sinh dục độ II

Câu 4. Mô tả 3 dấu hiệu lâm sàng của sa sinh dục độ III

Phân biệt Đúng - Sai trong các câu từ 5 đến 10

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 5. Vị trí cổ tử cung quyết định chẩn đoán độ sa sinh dục		
Câu 6. Thành trước âm đạo sa càng nhiều, người bệnh đại tiện càng khó.		
Câu 7. Để dễ đúng lúc, đúng kỹ thuật, sẽ phòng được sa sinh dục.		
Câu 8. Để phòng sa sinh dục, sau đẻ người phụ nữ cần tránh lao động nặng trong 1 tháng đầu.		
Câu 9. Tất cả sa sinh dục đều phải phẫu thuật		
Câu 10. Sa sinh dục độ I gây rối loạn tiểu tiện.		

NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN VÀ CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày các nguyên nhân và điều kiện thuận lợi gây nhiễm khuẩn đường sinh sản và bệnh lây truyền qua đường tình dục*
- 2. Khám phụ khoa được theo đúng quy trình, để phát hiện các tình trạng nhiễm khuẩn đường sinh sản.*
- 3. Xử trí được một số bệnh phụ khoa thông thường tại tuyến y tế cơ sở.*
- 4. Làm tốt công tác dự phòng viêm nhiễm đường sinh sản và bệnh lây truyền qua đường tình dục*

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

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

1. Nguyên nhân nhiễm khuẩn đường sinh sản và các bệnh lây truyền qua đường tình dục

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

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

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

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

- Do người phụ nữ vệ sinh bộ phận sinh dục chưa tốt (vệ sinh hàng ngày, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh giao hợp...)
- Do điều kiện làm việc của một số phụ nữ không thuận lợi như: hay phải ngâm mình dưới nước, lao động ở những nơi thiếu nước...
- Do thầy thuốc: trong quá trình thăm khám và làm các thủ thuật không đảm bảo vô khuẩn như: đồ dễ không an toàn, đặt dụng cụ tử cung.
- Do quan hệ tình dục với người mắc bệnh tạo cơ hội, mà không có bảo vệ.

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

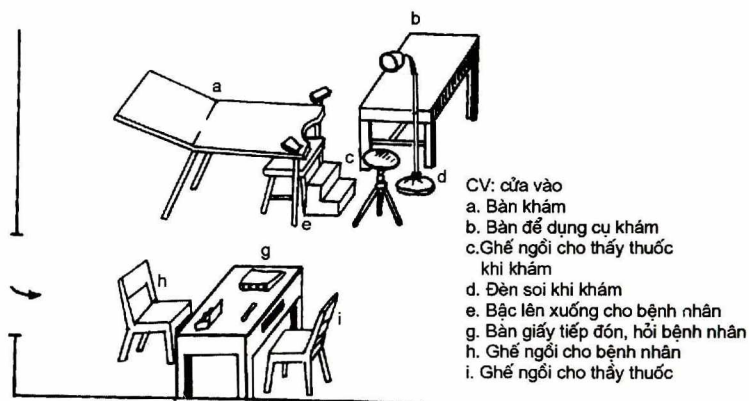
2. Khám phụ khoa

2.1. Chuẩn bị

2.1.1. Phòng khám

Phải là một phòng khám riêng, trong phòng có:

- Một bàn giấy để đón tiếp bệnh nhân.
- Một bàn khám phụ khoa có bậc lên xuống và chỗ gác chân.
- Một bàn con để dụng cụ.
- Một đèn khám để chiếu vào âm đạo và cổ tử cung.



Hình 21: Sơ đồ phòng khám phụ khoa

2.1.2. Dụng cụ

- Mỗi bộ dụng cụ khám phụ khoa gồm:
- Một kẹp dài để gấp bông vô khuẩn lau âm đạo, cổ tử cung.
- Một mỏ vịt.
- Một đôi găng cao su. (Tất cả đều phải vô khuẩn)

2.1.3. Các phương tiện khác

- Bông cầu vô khuẩn.
- Cồn iốt 1% hoặc dung dịch Bethadin để sát khuẩn khi cần thiết.
- Acid axetic 3% để phân biệt lộ tuyến cổ tử cung.
- Dung dịch Lugol 1- 3% để phát hiện tổn thương nghi ngờ ở cổ tử cung.
- Phiến kính hoặc ống nghiệm để lấy khí hư, bệnh phẩm làm xét nghiệm.

2.2. Tiếp đón người bệnh

Với phương châm ân cần, thân mật, kiên nhẫn, cảm thông, người phụ nữ đến khám phải có chỗ ngồi đàng hoàng, thoải mái, người thầy thuốc ngồi đối diện với người bệnh, nhưng đừng xa cách quá.

Mở đầu bằng những lời chào gần gũi, thân mật trước khi đi sâu vào hỏi han về vấn đề bệnh tật.

2.3. Hỏi bệnh

Nên tránh thói quen mời bệnh nhân lên bàn khám ngay, vừa khám vừa hỏi bệnh hoặc khám xong rồi mới hỏi bệnh.

2.3.1. Hỏi những nội dung liên quan đến kinh nguyệt

- Tuổi bắt đầu thấy kinh nguyệt.
- Chu kỳ kinh nguyệt, thời gian hành kinh, lượng máu kinh.
- Có đau bụng trước, trong hoặc sau khi hành kinh không?
- Hỏi ngày hành kinh cuối.

Qua phần hỏi này, có thể gợi ý đến một số tình trạng bệnh lý:

- Kinh nguyệt không đều, nghĩ đến khó phóng noãn hoặc không phóng noãn.
- Hành kinh kéo dài trên 7 ngày (rong kinh), có nguy cơ thiếu máu.
- Đau bụng khi hành kinh, có thể do tư thế bất thường của tử cung, có thể có khối u, có thể có viêm nhiễm.
- Nếu chậm kinh, nghĩ đến có thai.

2.3.2. Hỏi những vấn đề liên quan đến viêm nhiễm

- Có ra khí hư không?
- Có sốt không? Sốt có kèm theo đau bụng, ra khí hư không?
- Có ngứa ở bộ phận sinh dục không?
- Có đau bụng dưới và hai bên hố chậu không?

Các gợi ý về bệnh:

- Nếu có khí hư, nghĩ đến viêm âm đạo.
- Có khí hư nhầy, nghĩ đến lộ tuyến cổ tử cung. Đau bụng kèm theo sốt và ra khí hư nghĩ đến viêm phần phụ.

2.3.3. Hỏi những vấn đề liên quan đến sinh sản

- Đã lấy chồng chưa, từ năm bao nhiêu tuổi? Tình trạng sinh hoạt tình dục như thế nào?
- Đã có thai mấy lần, đẻ, sảy, nạo hút thai mấy lần. Năm có thai lần đầu, năm có thai lần cuối, khoảng cách giữa các lần có thai?
- Sau đẻ, sảy, nạo hút thai có sốt không, có đau bụng không, sản dịch có kéo dài không?
- Nếu đã lập gia đình, chung sống vợ chồng trên 1 năm, không áp dụng biện pháp tránh thai mà chưa có thai lần nào, thì coi là vô sinh.

2.3.4. Hỏi những vấn đề liên quan đến các khối u

- Bụng có nổi cục, có to lên không?
- Khí hư có mùi hôi, thối không?
- Có ra máu bất thường đường âm đạo không?
- Vú có nổi cục không? Khi nắn vú có thấy ra sữa hoặc dịch bất thường (ngoài thời kỳ cho con bú) không?
- Sau giao hợp hoặc sau khi đi đại tiện có thấy ra máu âm đạo không?

Các gợi ý về bệnh:

- Bụng nổi cục to: nghĩ đến u xơ tử cung, u nang buồng trứng.
- Khí hư có mùi hôi thối, ra máu sau giao hợp hoặc khí hư lẫn máu, nghĩ đến ung thư cổ tử cung.

2.4. Khám thực thể

2.4.1. Khám bụng

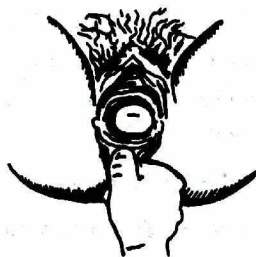
- Quan sát xem bụng có sẹo mổ cũ không?
- Sờ nắn bụng xem có đau không, có khối u không?

2.4.2. Khám bộ phận sinh dục ngoài

- Xem các môi lớn, môi nhỏ có phát triển không? Nếu khe âm hộ hở, là các môi phát triển không tốt.
- Vén các môi âm hộ xem phía trong có bị viêm đỏ hay không, có dịch bất thường không?
- Xem lỗ niệu đạo có đỏ không?



Hình 22: Khám âm hộ



Hình 23: Khám bằng mỏ vịt

2.4.3. Khám bằng mỏ vịt

- Bao giờ cũng đặt mỏ vịt trước khi khám âm đạo bằng ngón tay. Trước hết xem có dịch tiết bất thường ở âm đạo, cổ tử cung không?
- Quan sát cổ tử cung sau khi đã lau sạch dịch tiết:
- Nếu thấy cổ tử cung màu hồng, nhẵn bóng là bình thường.
- Nếu cổ tử cung đỏ, mất nhẵn bóng là bị viêm.
- Nếu cổ tử cung tím là có thai.
- Tổn thương gợn đỏ là loét hoặc lộ tuyến.
- Chấm acid axetic vào diện gợn đỏ thấy nhợt màu, trắng bệch, chất dịch phủ bên ngoài vón lại, nghỉ đến lộ tuyến cổ tử cung. Nếu diện tích gợn đỏ bị rớm máu, nghỉ đến loét cổ tử cung.
- Tiếp theo chấm Lugol: vùng viêm không bắt màu nâu.

2.4.4. Thăm âm đạo kết hợp với nắn bụng

- Bao giờ cũng khám kết hợp hai ngón tay trong âm đạo và một bàn tay ngoài thành bụng.
- Xác định thể tích, tư thế, mật độ, di động của cổ tử cung, thân tử cung.
- Xem các túi cùng có đầy không?
- Xem bệnh nhân có đau khi khám, khi di động cổ tử cung, tử cung không?

Các gợi ý về bệnh:

- Nếu thấy tử cung to: có thể có thai hoặc u xơ tử cung.
- Phần phụ có khối: u nang buồng trứng, ú nước ống dẫn trứng.
- Phần phụ nề, ấn đau hoặc tử cung di động kém: có thể viêm phần phụ, chửa ngoài tử cung.

2.4.5. Các xét nghiệm hỗ trợ

- Soi tươi để tìm trùng roi âm đạo và nấm Candida
- Nhuộm Gram tìm lậu cầu khuẩn
- Xét nghiệm nhanh Sniff (thử nghiệm mùi hôi với KOH 10%) để xác định viêm âm đạo do vi khuẩn.

3. Dịch tiết âm đạo bình thường

3.1. Vai trò của dịch tiết âm đạo bình thường

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

3.2. Đặc tính của dịch tiết sinh lý ở âm đạo

- Dịch trong loãng, không màu, hầu như không có mùi, hơi dính.
- Lượng dịch ít, thường không nhận thấy. Dịch tăng tiết ở giữa chu kỳ kinh nguyệt khi có phóng noãn (14 ngày trước khi thấy kinh nguyệt), hoặc khi kích thích tình dục, hoặc trong thời kỳ cho con bú (kích thích đầu vú làm tăng tiết nội tiết tố) hoặc sử dụng thuốc tránh thai.
- Dịch tiết âm đạo giảm trong trường hợp không sản xuất nội tiết tố sinh dục (sau khi mãn kinh, cắt bỏ cả hai buồng trứng), hoặc khi bị mất nước nặng. Khi dịch tiết giảm, khả năng nhiễm khuẩn sẽ tăng.

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

4. Thông tin và tư vấn về nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục

Giáo dục và tư vấn về hành vi tình dục an toàn cần được áp dụng với mọi trường hợp mắc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục. Các vấn đề chính cần tư vấn cho người mắc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục là:

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

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

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

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

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

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

- Địa điểm tư vấn và xét nghiệm HIV.

5. Dự phòng nhiễm khuẩn đường sinh sản và BLTQĐTD

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

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

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

- Sống chung thủy một vợ một chồng.

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

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

6. Chăm sóc bệnh nhân nhiễm khuẩn đường sinh sản và các bệnh lây truyền qua đường tình dục

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

6.1. Nhận định

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

6.2. Chẩn đoán chăm sóc/ nhận định các vấn đề cần chăm sóc

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

6.3. Lập kế hoạch

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

6.4. Thực hiện kế hoạch

- Thảo luận với người bệnh về tình trạng bệnh lý, tiến triển của bệnh và việc làm trong quá trình chăm sóc.
- Quan sát toàn trạng người bệnh, đo mạch, nhiệt độ, huyết áp ít nhất 1 lần/ngày. Tùy theo tình trạng người bệnh mà số lần thực hiện nhiều hơn, ví dụ: nếu người bệnh có sốt phải theo dõi sát mạch, nhiệt độ ...
- Theo dõi đau bụng, liên quan của đau bụng với sốt, ra khí hư hoặc ra máu âm đạo như thế nào.

- Làm thuốc âm đạo theo chỉ định của bác sĩ.
- Đảm bảo chế độ ăn đầy đủ chất, tránh táo bón.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà thực hiện vệ sinh tốt.
- Động viên người bệnh an tâm điều trị, có thể hướng dẫn người bệnh. Một số biện pháp điều trị không dùng thuốc.
- Chuẩn bị phương tiện làm các thủ thuật theo y lệnh.
- Thực hiện y lệnh.
- Ghi kết quả theo dõi vào phiếu theo dõi, có gì bất thường cần báo ngay với bác sỹ.

6.5. Đánh giá

- Tình trạng toàn thân khá lên, đau bụng giảm dần, khí hư giảm dần là tiến triển tốt.
- Nếu người bệnh vẫn sốt hoặc vẫn đau bụng, hoặc khí hư vẫn nhiều, có màu, có mùi... cần báo ngay với thầy thuốc và điều chỉnh lại kế hoạch chăm sóc cho phù hợp.

II. HỘI CHỨNG TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO

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

Nguyên nhân thường gặp:

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

1. Triệu chứng và chẩn đoán

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

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

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

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

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

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

- Xét nghiệm:

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

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

1.2. Viêm âm đạo do nấm

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

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

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

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

Xét nghiệm: Soi tươi hoặc nhuộm tìm nấm men. Test Sniff âm tính, đo pH ≤ 4,5.

1.3. Viêm âm đạo do vi khuẩn

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

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

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

- Xét nghiệm: Test sniff dương tính

1.4. Viêm cổ tử cung mũ nhầy do lậu và/ hoặc Chlamydia trachomatis

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

- Đặc điểm bệnh lậu ở phụ nữ không có triệu chứng rõ ràng mà thường kín đáo, thậm chí trên 50% không có triệu chứng nên họ không biết mình bị bệnh.
- Biểu hiện cấp tính: người bệnh có biểu hiện đái buốt, có mủ chảy ra từ niệu đạo, lỗ cổ tử cung. Mủ có màu vàng đặc hoặc vàng xanh. Đau bụng dưới. Đau khi giao hợp.
- Khám thấy cổ tử cung đỏ, phù nề, chạm vào dễ chảy máu. Mủ chảy ra từ ống cổ tử cung. Có thể thấy lỗ niệu đạo đỏ, có mủ từ trong chảy ra hoặc có khi chỉ có dịch đục.
- Xét nghiệm: lấy bệnh phẩm ở lỗ niệu đạo, ống cổ tử cung (đây là 2 vị trí quan trọng nhất), hấu môn, tuyến Skene, Bartholin cũng là nơi có thể có lậu cầu để gửi làm xét nghiệm.

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

- Có dịch nhầy, hơi đục chảy ra từ lỗ cổ tử cung, số lượng ít. Cổ tử cung đỏ, phù nề, chạm vào dễ chảy máu.
- Người bệnh có thể có biểu hiện ngứa âm đạo, đi tiểu khó.
- Ngoài ra, có thể có biểu hiện viêm tuyến Bartholin, viêm tiểu khung.

2. Điều trị

Nếu xác định được nguyên nhân thì điều trị nguyên nhân, nếu không xác định được nguyên nhân thì điều trị theo hội chứng. Đối với mọi trường hợp tiết dịch âm đạo cán bộ y tế cần xác định và điều trị cho bệnh tình (trừ trường hợp viêm âm đạo do nấm hoặc vi khuẩn).

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

Dùng một trong các phác đồ sau đây:

- Metronidazole 2g hoặc Tinidazole 2g uống liều duy nhất, hoặc
- Metronidazole 500mg uống 2 lần/ ngày x 7 ngày. Khi cần phải phối hợp với kháng sinh phổ rộng.

Chú ý

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

2.2. Điều trị viêm âm đạo do nấm men Candida

Dùng một trong các phác đồ sau đây:

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

Chú ý:

- Không cần điều trị cho bạn tình.

2.3. Điều trị viêm ống cổ tử cung

Điều trị theo 1 trong 3 phác đồ sau:

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

Chú ý:

- Ở Việt Nam, lậu cầu có 1 tỷ lệ đáng kể kháng lại các kháng sinh thuộc nhóm Quinolon, Penicilin, Kanamycin.
- Có thể thay Doxycyclin bằng Tetracylin 500 mg uống ngày 4 lần, mỗi lần 1 viên trong 7 ngày
- Không dùng Doxycyclin và Tetracylin cho phụ nữ có thai và cho con bú, thay thế bằng 1 trong các phác đồ sau:
 - + Erythromyxin base 500mg uống ngày 4 lần, mỗi lần 1 viên, trong 7 ngày, hoặc
 - + Amoxilin 500mg uống ngày 3 lần, mỗi lần 1 viên, trong 7 ngày, hoặc
 - + Azthromycin 1g uống liều duy nhất
- Điều trị cho bạn tình dù họ không có triệu chứng lậu và Chlamydia với liều tương tự

- Đề phòng lậu mắt ở trẻ sơ sinh: Khi trẻ đẻ ra nhỏ dung dịch Nitrat Bạc 1%. Nếu mẹ bị bệnh lậu chưa điều trị có thể điều trị phòng ngừa cho trẻ (Chuyển tuyến).

3. Chuyển tuyến

Chuyển tuyến khi:

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

III. HỘI CHỨNG TIẾT DỊCH NIỆU ĐẠO

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

1. Triệu chứng và chẩn đoán

1.1. Viêm niệu đạo do lậu

- Thời gian ủ bệnh thường 2-4 ngày.
- Mủ chảy từ trong niệu đạo, số lượng nhiều, màu vàng đặc hoặc vàng xanh. Nếu là lậu mạn thì chỉ có dịch nhầy.
- Đái buốt, có thể kèm theo đái rất.
- Biểu hiện sốt, người mệt mỏi.
- Xét nghiệm: Lấy mủ từ lỗ niệu đạo.
- Có thể có biểu hiện của biến chứng viêm mào tinh hoàn: thường bị viêm một bên, biểu hiện sưng, nóng, đỏ, đau kèm theo sốt. Nếu viêm cả hai bên có thể gây vô sinh.

1.2. Viêm niệu đạo do *Chlamydia trachomatis*

- Nhiễm *Chlamydia* sinh dục tiết niệu còn gọi là viêm niệu đạo không đặc hiệu.
- Thời gian ủ bệnh từ 2-4 tuần.
- Dịch niệu đạo ít hoặc vừa, dịch có thể trong, nhầy, trắng đục hoặc màu vàng. Có khi dịch ít chỉ biểu hiện ướt hoặc dính ở miệng sáo hoặc không có triệu chứng gì.
- Người bệnh có biểu hiện khó đi tiểu, ngứa, dầm dứ khó chịu trong niệu đạo.
- Triệu chứng nghèo nàn, rất dễ nhầm với lậu mạn tính.
- Có thể có biểu hiện của biến chứng viêm mào tinh hoàn.

2. Điều trị

2.1. Nguyên tắc điều trị

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

2.2. Phác đồ điều trị viêm niệu đạo do lậu

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

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

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

Dùng 1 trong 3 thuốc sau:

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

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

3. Chuyển tuyến

Chuyển tuyến khi:

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

IV. HỘI CHỨNG LOÉT SINH DỤC - SÙNG HẠCH BÈN

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

1. Triệu chứng

- Có một hoặc nhiều vết loét vùng sinh dục, hậu môn hoặc một số vị trí ngoài sinh dục như môi, lưỡi, họng... có thể kèm theo đau hoặc không đau.
- Hạch bẹn to, thường là hạch to một bên, cũng có thể cả hai bên. Tùy theo tác nhân gây bệnh mà tính chất hạch khác nhau: đau hoặc không đau, có mủ hoặc không có mủ, có loét hoặc không, di động hoặc dính vào da.
- Khám vết loét để xác định:
 - + Số lượng
 - + Vị trí
 - + Hình dáng
 - + Kích thước
 - + Mật độ cứng hay mềm
 - + Đáy sạch hoặc có mủ, cứng hay gồ ghề
 - + Bờ nổi cao hay không, tròn hay nhám nhỏ
 - + Đau hay không đau
 - + Vết loét mới hay tái phát

2. Chẩn đoán

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

- Vết loét thường có hình tròn hoặc bầu dục.
- Đáy vết loét phẳng so với mặt da, không có bờ nổi gờ lên hoặc lõm xuống, không đau, không ngứa, không có mủ. Đáy thâm nhiễm cứng (còn gọi là sáng cứng) là dấu hiệu quan trọng nhất để chẩn đoán.
- Vết loét có thể tự khỏi sau 6 – 8 tuần kể cả không điều trị.
- Kèm theo vết loét có thể có biểu hiện hạch to, thường là hạch bẹn, di động, không đau, không hoã mủ.

2.2. Vết loét do hạ cam (còn gọi là sáng mềm)

- Thường nhiều vết loét do tự lây nhiễm. Đáy lõm chỏm, nhiều mủ. Bờ nhám nhỏ. Rất đau (đây là dấu hiệu quan trọng).
- Hạch bẹn to 1 bên, sau 1 vài tuần hạch có thể tạo thành ổ áp xe, vỡ mủ tạo thành lỗ rò, lâu lành.

2.3. Vết loét do Herpes

- Thường bắt đầu bằng đám mụn nước nhỏ hình chùm nho. Cảm giác rát bỏng, ngứa nhiều. Sau đó dập vỡ tạo thành các vết trợt (loét) nông, mềm, bờ có nhiều cung, có thể tự khỏi nhưng rất hay tái phát.
- Hạch nhỏ hai bên bẹn, đau, không làm mủ.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

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

3.2. Phác đồ điều trị giang mai

Dùng một trong các thuốc sau:

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

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

3.3. Phác đồ điều trị hạ cam

- Dùng một trong các thuốc dưới đây:
- Ceftriaxone 250mg tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Azithromycine 1g uống liều duy nhất, hoặc
- Erythromycine 500mg uống 4 lần/ ngày x 7 ngày, hoặc
- Spectinomycine 2g tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Ciprofloxacin 500mg uống ngày 2 lần x 3 ngày.

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

3.4. Phác đồ điều trị Herpes sinh dục

- Dùng một trong các thuốc sau đây:
- Acyclovir 400mg uống 3 lần/ ngày trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày (với trường hợp tái phát).
- Acyclovir 200mg uống 5 lần/ ngày trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu) trong 5 ngày (với trường hợp tái phát).
- Famcyclovir 250mg uống 3 lần/ ngày trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu) trong 5 ngày (với trường hợp tái phát), hoặc

- Valacyclovir 1g uống 2 lần/ ngày trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu) trong 5 ngày (với trường hợp tái phát).

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

4. Chuyển tuyến

Chuyển tuyến khi:

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

V. SÙI MÀO GÀ SINH DỤC

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

Bệnh có thể có nguy cơ gây ung thư cổ tử cung, dương vật. Đặc biệt tần suất sùi mào gà trên người nhiễm HIV rất cao. Hiện nay, sùi mào gà chưa có thuốc điều trị khỏi.

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

1. TRIỆU CHỨNG

- Phần lớn người nhiễm virus sùi mào gà thường không có biểu hiện lâm sàng, thời kỳ ủ bệnh không rõ ràng, có thể vài tuần đến 2-3 tháng.
- Ở nữ: tổn thương là u nhú màu hồng tươi, mềm, không đau, dễ chảy máu khu trú ở âm hộ, âm đạo, quanh lỗ niệu đạo, tầng sinh môn, cổ tử cung, hậu môn. Bệnh có nguy cơ gây ung thư cổ tử cung, hậu môn.

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

2. Chẩn đoán

- Tổn thương sùi mào gà rất đặc hiệu, do vậy chẩn đoán chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng.
- Phụ nữ bị sùi mào gà cổ tử cung cần phải làm xét nghiệm phẩn đồ cổ tử cung định kỳ hàng năm để phát hiện sớm ung thư cổ tử cung.

3. Điều trị

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

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

Điều trị bằng phương pháp đốt hoặc phẫu thuật.

VI. HỘI CHỨNG ĐAU BỤNG DƯỚI

1. Nguyên nhân

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

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

2. Triệu chứng lâm sàng

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

3. Chẩn đoán

3.1. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm ruột thừa

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

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

- Đau khi di chuyển cổ tử cung và khi giao hợp
- Đau cả hai bên, đau nhiều hơn ở một bên
- Tiết dịch nhiều
- Đau bụng dưới và bên cạnh tử cung
- Khối sưng dính vào tử cung
- Sốt

4. Điều trị

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

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

VII. HỘI CHỨNG SUY GIẢM MIỄN DỊCH MẮC PHẢI (HIV/AIDS)

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

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

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

- Kiểu hình 2: (ít gặp): HIV tồn tại trong cơ thể dạng tiền virus
- Kiểu hình 3: là loại nhiễm virus thâm lặn. Không tìm thấy kháng thể trong máu. Từ kiểu hình này chuyển thành nhiễm HIV hoạt động do yếu tố môi trường.

1. Đường lây bệnh

- Quan hệ tình dục (đồng giới, khác giới) với người nhiễm HIV: đường âm đạo, đường hậu môn, đường miệng.
- Qua đường máu: truyền máu, tiêm chích, xăm tai, xăm mày, nhổ răng...
- Mẹ mang virus truyền sang con, trong khi mang thai và sinh đẻ.

2. Triệu chứng

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

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

Có 2 loại dấu hiệu:

- *Các dấu hiệu chính:*

- + Sút cân 10% trọng lượng cơ thể
- + Ít chảy kéo dài trên 1 tháng.
- + Sốt kéo dài trên 1 tháng không rõ nguyên nhân.

- *Các dấu hiệu phụ:*

- + Ho khan kéo dài.
- + Viêm da toàn thân (các nốt ban phẳng, rộp, ngứa).
- + Zona kéo dài
- + Nhiễm nấm kéo dài
- + Bệnh có hạch toàn thân

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

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1 - 7

Câu 1. Kể tên 3 dụng cụ cần thiết để khám phụ khoa

A.

B.

C.

Câu 2. Kể 4 vấn đề cần hỏi bệnh nhân khi khám phụ khoa.

A.

B.

C.

D.

Câu 3. Kể 5 nguyên nhân thường gặp gây nên hội chứng tiết dịch âm đạo:

A. Nấm men

B.

C.

D.

E. Chlamydia trachomatis

Câu 4. Kể 4 triệu chứng chính của viêm âm đạo do trùng roi:

A.

B.

C.

D. Test sniff (+)

Câu 5. Kể 3 triệu chứng của viêm cổ tử cung và niệu đạo do Chlamydia:

A.

B.

C.

Câu 6. Kể 4 triệu chứng lâm sàng của viêm niệu đạo do lậu:

A. Mủ chảy từ trong niệu đạo, số lượng nhiều, màu vàng hoặc xanh

B.

C.

D. Có thể có biểu hiện của viêm mào tinh hoàn

Câu 7. Mô tả 4 triệu chứng lâm sàng của vết loét do giang mai:

A.

B. Đáy vết loét phẳng, cứng, không đau, không ngứa

C.

D.

Câu 8. Kể tên 6 vị trí thường gặp ở nữ mắc bệnh sùi mào gà

A. Âm hộ

B.

C. Quanh lỗ niệu đạo

D.

E. Hậu môn

F.

Câu 9. Kể 3 nguyên nhân gây đau bụng dưới liên quan viêm tiểu khung:

A.

B.

C.

Câu 10. Kể 4 tình trạng bệnh lý cần chẩn đoán phân biệt với viêm tiểu khung:

A.

B.

C.

D.

Phân biệt Đúng - Sai trong các câu từ 11-20

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 11. Quá trình khám phụ khoa bắt đầu bằng hỏi bệnh.		
Câu 12. Quan sát khí hư, có thể gợi ý cho việc chẩn đoán viêm âm đạo.		
Câu 13. Vào những ngày giữa chu kỳ kinh nguyệt, thấy ra dịch âm đạo nhiều, nên nghĩ đến viêm cổ tử cung.		
Câu 14. Khi bệnh nhân đến khám, vì khí hư ra nhiều, chỉ cần quan sát âm đạo là đủ.		
Câu 15. Người hộ sinh có thể điều trị ban đầu các bệnh LTQĐTD tại y tế cơ sở.		
Câu 16. Dùng bao cao su khi giao hợp, là có thể tránh lây nhiễm tất cả các bệnh LTQĐTD.		
Câu 17. Tất cả những trường hợp đau bụng dưới phải chuyển tuyến trên xử trí, không xử trí tại cơ sở		
Câu 18. Bộ phận sinh dục có vết loét nông, bờ có nhiều cung, tái phát 7 lần không điều trị tại cơ sở.		
Câu 19. Thương tổn tiên phát của Herpes là mụn nước		
Câu 20. Đặc điểm của săng Hạ cam là không đau, không ngứa		

Lựa chọn câu trả lời đúng nhất trong các câu từ 21-30

Câu 21. Dấu hiệu nào là viêm cổ tử cung:

- A. Cổ tử cung màu hồng.
- B. Cổ tử cung tím.
- C. Cổ tử cung đỏ.
- D. Cổ tử cung cứng.
- E. Cổ tử cung không di động được.

Câu 22. Dịch ra âm đạo là sinh lý khi:

- A. Có lần máu.
- B. Có mùi hôi
- C. Trong loãng
- D. Màu vàng
- E. Có bọt.

Câu 23. Khám túi cùng âm đạo trường hợp nào là bình thường:

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

Câu 24. Nguy cơ cao dẫn đến nhiễm khuẩn đường sinh dục và BLTQĐTD là:

- A. Dùng thuốc tránh thai kéo dài
- B. Đồ dễ không an toàn
- C. Nhiều bạn tình
- D. Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài không thường xuyên
- E. Cả A-B-C-D đều đúng

Câu 25. Dấu hiệu quan trọng nhất để chẩn đoán vết loét do giang mai là:

- A. Vết loét có hình bầu dục
- B. Đáy vết loét phẳng
- C. Vết loét không đau, không ngứa
- D. Đáy vết loét thâm nhiễm cứng
- E. Vết loét có thể tự khỏi sau 6 tuần.

Câu 26. Đặc điểm của khí hư trong viêm âm đạo do trùng roi

- A. Khí hư loãng, dính
- B. Khí hư có bọt, màu vàng xanh
- C. Khí hư trắng đục như váng sữa
- D. Khí hư hôi, màu trắng xám
- E. Khí hư như nhầy, có lẫn máu

Câu 27. Thuốc dung điều trị hạ cam là:

- A. Acyclovir
- B. Ceftriaxone
- C. Doxycyclin
- D. Procain penicilin
- E. Famcyclovir

Câu 28. Test sniff dương tính trong trường hợp:

- A. Viêm âm đạo do trùng roi
- B. Viêm âm đạo do nấm
- C. Viêm cổ tử cung do lậu
- D. Viêm cổ tử cung do Chlamydia
- E. Viêm niệu đạo do lậu

Câu 29. Thuốc điều trị đặc hiệu viêm âm đạo do trùng roi

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

Câu 30. Thuốc đặc hiệu điều trị nấm men là:

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

Bài tập: Chị Nguyễn Thị M. đến khám vì chị thấy ra khí hư nhiều.

1. Bạn cần hỏi những gì trước khi khám cho chị M.

2. Nếu hỏi và khám thấy:

- Chị M. đã có 1 con gái 3 tuổi.
- Chị dùng thuốc viên tránh thai kết hợp
- Chị thấy ngứa nhưng không rõ lắm
- Không đau bụng
- Mổ mổ vệt, bệnh nhân đau nhiều
- Khí hư nhiều, loãng, có bọt.
- Niêm mạc âm đạo đỏ.

Bạn chẩn đoán là gì, xử trí như thế nào?

CÁC KHỐI U SINH DỤC

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các khối u sinh dục.
2. Nói được các phương pháp điều trị các khối u sinh dục

I. BỆNH Ở VÚ

1. Bệnh xơ nang tuyến vú

1.1. Lâm sàng

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

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

- Triệu chứng thực thể

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

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

1.2. Cận lâm sàng

- X quang vú (mammographie).

- Siêu âm: cho phép xác định bản chất một vài khối u.

- Chọc hút làm tế bào: chọc hút các nang cho phép đánh giá màu sắc của dịch. Khi chọc hút dịch lẫn máu, phải nghĩ tới ung thư dạng nang.

1.3. Điều trị

- Nội khoa

+ Chống phù và tăng trương lực thành mạch

+ Progestagene

- Phẫu thuật: 2 chỉ định

+ Cắt bỏ nang nếu

- . Chọc dò dịch có lẫn máu
- . Có u nhú trong nang.
- . Tế bào nghi ngờ
- + Sinh thiết giải phẫu bệnh trong các trường hợp:
 - . Tồn tại sau điều trị nội khoa.
 - . Nghi ngờ.
 - . Có các tế bào loạn sản.

2. U xơ tuyến vú

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

2.1. Lâm sàng

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

2.2. Cận lâm sàng

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

2.3. Điều trị

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

II. UNG THƯ VÚ

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

Các yếu tố nguy cơ:

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

1. Chẩn đoán

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

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

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

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

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

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

+ Khám hạch các vùng.

Các kết quả được vẽ và chú thích rõ

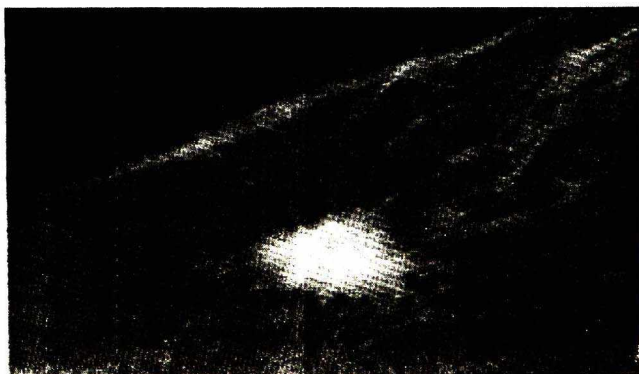
– Cận lâm sàng

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

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

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

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



Hình 24: Hình ảnh chụp X quang ung thư vú

2. Điều trị

2.1. Điều trị tại chỗ

2.1.1. Phẫu thuật: có thể bảo tồn hoặc không

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

2.1.2. Điều trị tia xạ: có nhiều phương pháp

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

2.2. Điều trị di căn xa

2.2.1. Hóa trị liệu

Các thuốc được dùng trong đa hóa trị liệu bao gồm: Endoxan, 5FU, Methotrexate và Anthracycline

2.2.2. Điều trị hormon

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

2.2.3. Tia xạ hoặc cắt bỏ hai buồng trứng

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

2.2.4. Kháng Estrogen (Tamoxifène)

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

III. U LÀNH TÍNH VÀ ÁC TÍNH Ở ÂM HỘ VÀ ÂM ĐẠO

1. Các khối u lành tính ở âm hộ

- Nang tuyến bã: rất thường gặp tại vùng da âm hộ do tắc nghẽn ống tuyến. Thường nằm ở các môi âm hộ, di động, tròn, trong nang chứa chất bã đậu màu vàng trắng.
- Nang của ống trung thận (nang Gartner) có nguồn gốc từ di tích ống trung thận, nằm ở phía bên của mỗi môi âm hộ.
- Nang tuyến tiền đình lớn (nang Bartholin) nang tròn, nằm ở phía sau của môi lớn, chứa dịch nhầy trong.
- Sùi mào gà: xem phần Bệnh lý lây qua đường tình dục.

2. Các khối u lành tính ở âm đạo

- Nang của ống trung thận (nang Gartner) có nguồn gốc từ di tích ống trung thận, nằm ở hai thành bên âm đạo.
- Sùi mào gà: xem phần Bệnh lý lây qua đường tình dục.
- U cơ trơn thành âm đạo lành tính: khối u tròn, chắc, ranh giới rõ. Cần tiến hành bóc và xét nghiệm mô học để loại trừ ung thư cơ trơn thành âm đạo.

3. Các khối u ác tính ở âm hộ

3.1. Ung thư biểu mô lát âm hộ

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

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

4. Các khối u ác tính ở âm đạo

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

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

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

IV. U NANG BUỒNG TRỨNG

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

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

1. Phân loại

1.1. U nang cơ năng

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

U nang cơ năng bao gồm:

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

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

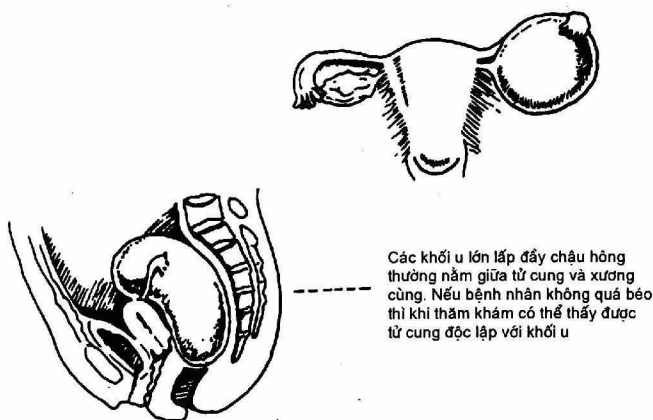
+ U nang hoàng thể: có thể gặp trong một số trường hợp dùng thuốc kích thích phóng noãn liều cao để điều trị vô sinh.

1.2. U nang thực thể

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

Có 3 loại u nang thực thể:

- + U nang bì
- + U nang nước
- + U nang nhầy



Hình 25: Một số dạng khối u buồng trứng

2. Lâm sàng và cận lâm sàng

2.1. Triệu chứng cơ năng

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

2.2. Triệu chứng thực thể

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

2.3. Cận lâm sàng

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

3. Tiến triển và biến chứng

- Người phụ nữ có u nang buồng trứng, có thể khó có thai, khi có thai có nguy cơ ngôi bất thường và dễ non.
- Xoắn u nang
- Chảy máu trong nang
- Vỡ u nang
- Viêm nhiễm
- Chèn ép các tạng lân cận, gây bán tắc ruột, đại, tiểu tiện khó.
- Ung thư hóa có thể xảy ra với 3 loại u nang thực thể, nhưng u nang nước là thường gặp nhất.
- Có thể chẩn đoán nhầm với áp xe ruột thừa, chứa ngoài tử cung.

4. Điều trị

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

4.2. U nang thực thể: phẫu thuật là chủ yếu

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

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

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

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

5. Phòng bệnh

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

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

V. U XƠ TỬ CUNG

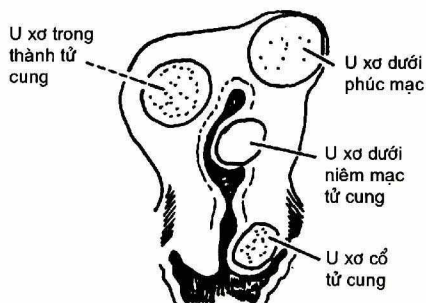
U xơ tử cung là khối u lành tính, bệnh khá phổ biến ở phụ nữ từ 30 - 45 tuổi, tỷ lệ 15 - 20%.

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

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

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

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



Hình 26: Các dạng u xơ tử cung

1. Lâm sàng và cận lâm sàng

1.1. Triệu chứng cơ năng

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

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

1.2. Triệu chứng thực thể

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

1.3. Cận lâm sàng

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

2. Tiến triển và biến chứng

- Thiếu máu do rong kinh rong huyết
- Chèn ép các tạng xung quanh, gây tiểu khó, táo bón.
- Nhiễm khuẩn, hoại tử do thiếu máu tại chỗ.
- Xoắn u nếu u dưới thanh mạc có cuống.
- Khi có thai, gây sảy thai, đẻ non, rau bám thấp, ngôi thai bất thường.
- Khi chuyển dạ: rối loạn cơn co, chuyển dạ kéo dài, u tiền đạo.
- Sau đẻ chờ tử cung, băng huyết, bế sản dịch.
- Một số ít u xơ có thể thoái hóa, biến thành ung thư, nhưng hiếm gặp.

3. Điều trị

3.1. Phẫu thuật

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

3.2. Điều trị nội khoa

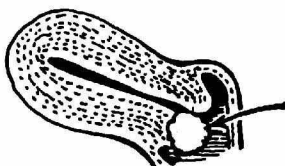
Chỉ định khối u nhỏ, tiến triển chậm, chưa có biến chứng, người bệnh còn trẻ. Điều trị bằng progesteron 10 mg/ ngày x 7 - 10 ngày trong nửa sau của chu kỳ kinh nguyệt.

VI. UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

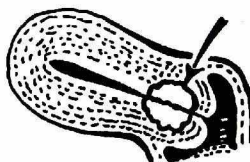
Ung thư cổ tử cung là một bệnh thường gặp ở phụ nữ, đứng hàng thứ hai sau ung thư vú. Thương tổn xuất phát từ vùng nối tiếp của hai loại biểu mô, biểu mô lát ở phía ngoài, biểu mô trụ ở phía trong ống cổ tử cung.

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

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



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



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

Hình 27: Vị trí thường gặp của ung thư cổ tử cung

1. Các yếu tố nguy cơ

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

2. Lâm sàng và cận lâm sàng

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

2.1. Các thương tổn khó thấy

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

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

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

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

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

- + Nếu màng đáy bị phá huỷ, khối u có kích thước dưới 3 cm - Đó là ung thư xâm lấn vì thế.

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

- Cổ tử cung loét, sùi, dễ chảy máu, sờ cổ tử cung thấy nền loét sùi cứng.
- Khi ung thư đã sang giai đoạn 2 - 3, sờ túi cùng bên thấy cứng, hẹp.

3. Điều trị

Sự điều trị tia xạ hoặc phẫu thuật phụ thuộc vào:

- Cơ địa: tuổi, tình trạng chung, tiền sử thai nghén...
- Giai đoạn khi khám bệnh
- Hình thái của khối u cổ tử cung
- Sự xâm lấn hạch
- Tiến triển của bệnh
- Tiên lượng vào khả năng sống sau điều trị

4. Dự phòng

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

- Để ít
- Giữ gìn vệ sinh phụ nữ, vệ sinh sau giao hợp và vệ sinh kinh nguyệt.
- Khám phụ khoa định kỳ ít nhất 1 năm/ lần, hoặc đi khám ở cơ sở chuyên khoa khi mà có dấu hiệu bất thường như: ra máu sau giao hợp, khí hư bất thường.
- Thực hiện nếp sống lành mạnh, một vợ một chồng, không quan hệ tình dục phức tạp và sớm.

VII. UNG THƯ NIÊM MẠC TỬ CUNG

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

1. Các yếu tố nguy cơ

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

2. Lâm sàng và cận lâm sàng

2.1. Lâm sàng

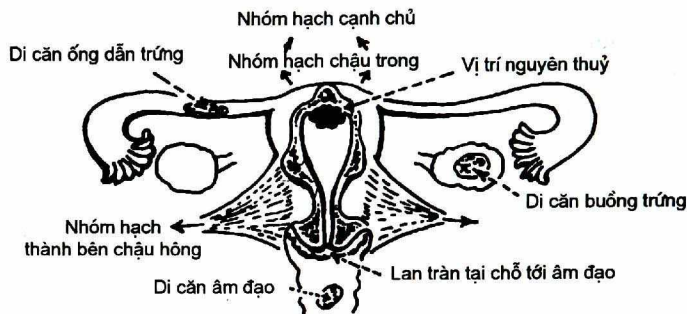
- Ra máu bất thường sau khi đã mãn kinh, có khi ra máu trong thời kỳ tiền mãn kinh, có thể nhầm với những rối loạn của thời kỳ này.
- Khí hư nhiều, nhầy, loãng, hôi, có khi là mủ. Trong trường hợp này thường kèm theo đau và cảm giác nặng nề, đau nhói vùng hạ vị.
- Thăm âm đạo bằng tay, tử cung thường có kích thước bình thường, cũng có thể hơi to và mềm.

2.2. Cận lâm sàng

- Tế bào học: dịch hút buồng tử cung hay dịch rửa buồng tử cung.
- Chụp buồng tử cung: cho ta hình ảnh khuyết, bờ không đều, khúc khuỷu.
- Soi buồng tử cung: thấy rõ hình ảnh nội mạc tử cung cũng như tổn thương một cách chính xác.
- Nạo sinh thiết toàn bộ tử cung: tốt nhất ta nên làm từ ngoài vào trong và để riêng bệnh phẩm: ống cổ tử cung rồi buồng tử cung.

Lan theo ống dẫn trứng

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



Hình 28: Di căn của ung thư niêm mạc tử cung

3. Điều trị

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

Tia xạ

Hormon liệu pháp

Hóa liệu pháp

VIII. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH KHỐI U SINH DỤC

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

1. Kế hoạch chăm sóc người bệnh điều trị nội khoa - trước phẫu thuật

1.1. Nhận định

- Toàn trạng người bệnh:
- + Thể trạng
- + Tình trạng thiếu máu
- + Cân nặng
- + Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở
- + Hệ thống bạch huyết

- Các dấu hiệu cơ năng: đau, sốt, dịch âm đạo, ra máu âm đạo...
- Tình trạng khối u: vị trí, mật độ, thể tích, sự di động...
- Tình trạng các bộ phận khác, xác định xem khối u có ảnh hưởng đến các bộ phận khác không như chèn ép gây đau, khó tiểu tiện, bán tắc ruột...
- Tình trạng dinh dưỡng: người bệnh ăn uống bình thường hay bất thường (nếu bất thường thì hiện tại người bệnh ăn bằng đường nào, chế độ ăn như thế nào, có phù hợp với tình trạng người bệnh không...)
- Vận động (khả năng tự vận động, tự chăm sóc như thế nào)
- Y lệnh về các xét nghiệm cận lâm sàng
- Y lệnh về thuốc

1.2. Chẩn đoán chăm sóc - nhận định các vấn đề cần chăm sóc

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

1.3. Lập kế hoạch

- Tuỳ theo tình trạng người bệnh, lựa chọn vấn đề ưu tiên chăm sóc:
- Trao đổi với người bệnh về những vấn đề cần làm trong quá trình chăm sóc người bệnh để người bệnh yên tâm và cảm thấy thoải mái.
- Theo dõi toàn trạng: ít nhất 1 lần/ngày
- Theo dõi các dấu hiệu cơ năng để đánh giá tiến triển của người bệnh: ít nhất 6 giờ/ lần
- Theo dõi đại, tiểu tiện
- Động viên người bệnh và người nhà để người bệnh bớt lo âu.
- Hỗ trợ người bệnh trong các vấn đề: ăn uống, vận động, vệ sinh...
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ về chế độ thuốc, thủ thuật.
- Theo dõi và phát hiện sớm những tác dụng phụ hoặc tai biến của thuốc để báo cáo với bác sĩ kịp thời.
- Giải thích và hướng dẫn người bệnh xử trí các tác dụng phụ của thuốc, đặc biệt trong những trường hợp dùng hóa chất trị liệu
- Hỗ trợ người bệnh trong quá trình thực hiện các xét nghiệm.

1.4. Thực hiện kế hoạch

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

- Phần lớn những người bệnh khối u sinh dục đã có tuổi nên thể trạng thường yếu, tâm lý dễ mặc cảm tủi thân. Vì vậy người hộ sinh sắp xếp để người bệnh nằm ở các buồng bệnh tương đối yên tĩnh và cùng những người bệnh khác cùng tuổi. Buồng bệnh phải thuận tiện cho việc phục vụ, vệ sinh
- Hướng dẫn người thân của người bệnh tránh tâm trạng lo lắng, buồn rầu khi đến thăm người bệnh, đặc biệt là người bệnh điều trị khối u ác tính.
- Chế độ dinh dưỡng đảm bảo đủ dinh dưỡng nhưng phải hợp khẩu vị, tránh tình trạng ép người bệnh ăn quá nhiều 1 lúc mà nên ăn nhiều bữa.
- Theo dõi đại tiểu tiện: nếu người bệnh có khối u chèn ép có thể ảnh hưởng đến đại, tiểu tiện. Nếu cần phải thụt tháo hoặc thông tiểu, cần chú ý tránh nhiễm khuẩn đường dòng.

1.5. Đánh giá

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

- Nếu tinh thần bệnh nhân ổn định, thoải mái, yên tâm điều trị, tin tưởng vào kết quả điều trị là tiến triển tốt.
- Nếu toàn trạng không khá lên, tinh thần bệnh nhân không ổn định, không cho phép phẫu thuật cần báo bác sĩ để điều chỉnh chế độ điều trị và chăm sóc bệnh nhân cho phù hợp.

2. Kế hoạch chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật

2.1. Nhận định

- Nhận định loại phẫu thuật: đại phẫu hay tiểu phẫu, đơn giản hay phức tạp, có biến chứng hay không có biến chứng, ví dụ: mổ cắt khối u, cắt tử cung bán phần hoặc cắt tử cung hoàn toàn...mổ nội soi hay mổ bụng?
- Thời gian phẫu thuật kéo dài bao lâu
- Cách thức gây mê hay gây tê?
- Thời gian nhận bệnh nhân giờ thứ mấy hoặc ngày thứ mấy sau phẫu thuật

- Toàn trạng của người bệnh:
- + Tỉnh hoàn toàn hay còn ảnh hưởng của thuốc mê
- + Da niêm mạc
- + Mạch, huyết áp, nhiệt độ
- + Hô hấp: tự thở hay còn phải hỗ trợ hô hấp
- Tình thần của người bệnh sau phẫu thuật
- Tình trạng vết mổ: khô hay có dịch, có máu...
- Khám bụng (nếu mổ khối u tử cung, buồng trứng): bụng mềm hay trướng, có phản ứng, có điểm đau...
- Ra máu âm đạo: nếu có cần xác định vị trí, số lượng, màu sắc...
- Khả năng vận động: tùy theo thời gian sau mổ, toàn trạng người bệnh để đánh giá vận động phù hợp hay chưa
- Chế độ dinh dưỡng của người bệnh phù hợp với phẫu thuật và thời gian sau phẫu thuật.
- Đại tiểu tiện
- Các xét nghiệm cần làm
- Y lệnh của bác sĩ

2.2. Chẩn đoán chăm sóc - nhận định các vấn đề cần chăm sóc

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

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

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

- Theo dõi:
- + Mạch, nhiệt độ, huyết áp
- + Hô hấp: nhịp thở, kiểu thở

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

2.4. Thực hiện kế hoạch

- Trao đổi với người bệnh về công việc của người hộ sinh trong quá trình chăm sóc người bệnh, những việc cần sự phối hợp của người bệnh hoặc người thân của họ.
- Bảo đảm thông đường thở tốt, hút đờm rãi nếu có.
- Dây truyền đúng tốc độ, mùa lạnh cho dây qua ca nước ấm.
- Có thể cho uống khi bệnh nhân tỉnh hoàn toàn, cho uống ít một, uống nước lọc hoặc nước có điện giải. Không cho dùng nước đường, nước hoa quả, uống sữa khi chưa trung tiện. Theo dõi tình trạng trướng bụng, buồn nôn, nôn, trung tiện, đại tiện.
- Vận động ngay khi tỉnh bằng cách thay đổi tư thế, co chân duỗi tay. Chú ý hướng dẫn tránh chệch dây truyền. Ngồi dậy, đi lại tùy thuộc từng bệnh nhân hoặc từng phẫu thuật theo chỉ định của bác sĩ.
- Chăm sóc tiết niệu: có tắc ống thông không, nước tiểu số lượng màu sắc. Nếu không có ống thông tiểu theo dõi tình trạng tiểu tiện, số lần đi tiểu, số lượng, màu sắc...

2.5. Đánh giá

- Tình trạng người bệnh tốt dần lên, ăn uống tốt, tinh thần thoải mái, đi lại tốt, tình trạng vết mổ tốt, không có biểu hiện chảy máu hoặc nhiễm khuẩn là tiến triển tốt.
- Người bệnh có biểu hiện liệt ruột kéo dài, bí tiểu, chảy máu hoặc sốt hoặc có bất kỳ bất thường nào cần báo cáo ngay bác sĩ có chế độ điều chỉnh phù hợp

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1 đến 5

Câu 1. Kể tên 3 loại u nang cơ năng của buồng trứng

Câu 2. Mô tả 4 triệu chứng cơ năng của u xơ tử cung

Câu 3. Kể 6 yếu tố nguy cơ của ung thư cổ tử cung.

Câu 4. Mô tả 3 triệu chứng lâm sàng của ung thư niêm mạc tử cung

Câu 5. Kể 5 yếu tố nguy cơ của ung thư niêm mạc tử cung.

Phân biệt Đúng - Sai trong các câu từ 6 đến 15

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 6. Các khối u sinh dục hay gặp ở độ tuổi trên 35		
Câu 7. Tất cả các khối u vú phải phẫu thuật		
Câu 8. U nang buồng trứng cơ năng có thể tự mất đi		
Câu 9. U nang buồng trứng khi có biểu hiện đau, nên nghĩ đến xoắn nang		
Câu 10. Cường kinh, rong kinh trên một phụ nữ từ trước đến nay kinh nguyệt bình thường, có thể là biểu hiện của u xơ tử cung.		
Câu 11. U xơ tử cung có nguy cơ ung thư hóa cao		
Câu 12. Khi phát hiện ra u xơ tử cung, cần phân biệt với u nang buồng trứng		
Câu 13. Người phụ nữ có biểu hiện ra máu sau giao hợp, cần loại trừ ung thư cổ tử cung trước khi chẩn đoán các bệnh khác.		
Câu 14. Tất cả các hình thái viêm cổ tử cung đều có nguy cơ ung thư hóa.		
Câu 15. Người phụ nữ đã hết kinh 2 năm, nay thấy ra máu âm đạo, phải nghĩ đến ung thư niêm mạc tử cung		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong các câu từ 16 đến 20

Câu 16. Triệu chứng sớm của ung thư cổ tử cung là:

- A. Rong kinh
- B. Khí hư nhiều
- C. Ra máu âm đạo sau giao hợp
- D. Chu kỳ kinh nguyệt ngắn hơn trước
- E. Túi cùng bên hẹp, cứng

Câu 17. Dấu hiệu nghĩ đến u xơ tuyến vú

- A. Đau vú trước khi hành kinh và mất đi sau khi sạch kinh.

- B. Khám vú thấy những mảng cứng
- C. Khám thấy khối u chắc đều, hình tròn hoặc hình trứng, không đau
- D. Khối u di động hạn chế

Câu 18. Khối u sinh dục nào không phải phẫu thuật

- A. U xơ tử cung
- B. U nang nước
- C. U nang hoàng thể
- D. U nang nhầy
- E. U nang bì

Câu 19. Trường hợp nào điều trị bằng progestagen có hiệu quả

- A. Xơ nang tuyến vú
- B. U nang nhầy
- C. Ung thư cổ tử cung
- D. Ung thư niêm mạc tử cung
- E. U xơ tử cung dưới phúc mạc

Câu 20. Khối u sinh dục nào gây thiếu máu nhiều

- A. U xơ tuyến vú
- B. U nang buồng trứng
- C. Ung thư cổ tử cung
- D. Ung thư niêm mạc tử cung
- E. U xơ tử cung

RÒ BÀNG QUANG - ÂM ĐẠO

MỤC TIÊU

1. Nói được 5 nguyên nhân gây rò bàng quang - âm đạo.
2. Kể được các triệu chứng rò bàng quang - âm đạo.
3. Trình bày được phương pháp điều trị rò bàng quang - âm đạo.

Rò tiết niệu là sự nối thông giữa đường tiết niệu với một cơ quan lân cận, qua đó nước tiểu có thể thoát ra ngoài. Thường gặp nhất, đó là rò bàng quang - âm đạo.

1. Nguyên nhân

Có thể mắc phải hoặc bẩm sinh. Tuy nhiên, nguyên nhân mắc phải, chiếm tỷ lệ cao. Các nguyên nhân hay gặp là:

- Thành âm đạo và bàng quang bị rách trong phẫu thuật sản khoa, như khi đẩy bàng quang để mổ ngang đoạn dưới lấy thai, nhất là trong trường hợp có vết mổ cũ.
- Thành bàng quang bị hoại tử do đầu thai nhi chèn ép vào xương mu, khi chuyển dạ kéo dài và khó khăn.
- Forceps cao, bàng quang chưa thông tiểu.
- Vùng thành bàng quang bộc lộ bị rách hoặc bị xuyên thủng, khi mổ cắt tử cung.
- Bỏng do bức xạ khi điều trị ung thư cổ tử cung. Loại rò này thường xảy ra sau khi điều trị nhiều năm.
- Có thể bẩm sinh: bàng quang hay niệu quản phụ lạc chỗ, có thể đổ vào âm đạo. Bệnh cảnh này thường được phát hiện ra trong thời kỳ còn thơ ấu.

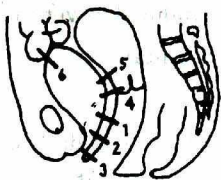
2. Bệnh học

- Nếu nguyên nhân do rách khi phẫu thuật, sẽ thấy ngay, vì nước tiểu sẽ theo đường rách chảy ra ngoài.
- Nếu nguyên nhân là hoại tử do chèn ép, vùng bị thương sẽ bị hoại tử và nước tiểu sẽ chảy ra sau vài ngày.

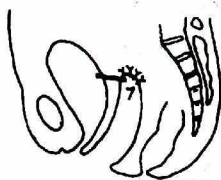
Các lỗ rò bàng quang - âm đạo có xu hướng tự liền, nhờ tổ chức hạt phát triển, do xơ hóa và do co rút lại. Song một đôi khi tồn tại lâu, ảnh hưởng đến hạnh phúc, sức khỏe của người bệnh. Các yếu tố cản trở sự liền sẹo đó là: nước tiểu chảy ra liên tục, nhiễm khuẩn, hoặc tồn tại các yếu tố gây bệnh, như ung thư hoặc hoại tử do bức xạ chẳng hạn.

3. Triệu chứng và chẩn đoán lỗ rò

- Bất thường về tiểu tiện
- + Chẩn đoán thường dễ, sau một số yếu tố nguy cơ, người bệnh thấy nước chảy ra ở cơ quan sinh dục ngoài, có mùi khai.
- + Trong một số trường hợp, người bệnh vẫn có thể đi tiểu được và vẫn có nước bất thường chảy ra, làm bẩn ướt cơ quan sinh dục ngoài, khiến người bệnh phải đến khám.
- + Són tiểu cũng là một triệu chứng thường gặp, có thể xuất hiện ngay sau khi bị chấn thương, nhưng thường đái khó, đái ra máu nhiều ngày với các triệu chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu, trước khi có dấu hiệu nước tiểu thường xuyên chảy ra ngoài âm hộ.
- Dịch âm đạo bất thường
- Đau rát da vùng âm hộ và tầng sinh môn.
- Da vùng tầng sinh môn có thể bị bỏng, viêm đỏ, có thể bị loét. Ấn vào rất đau.
- Khám bằng mỏ vịt: khi đặt mỏ vịt có thể làm cho người bệnh đau, quan sát thấy vùng thành trước âm đạo, hoặc ở cùng đồ trước của âm đạo có một lỗ rò nước tiểu đang chảy, bờ của lỗ rò có thể xơ chai, nếu bệnh để lâu. Kích thước của lỗ rò có thể không thấy cho đến rộng 2cm. Có nhiều lỗ rò nhỏ có thể tự liền sau một thời gian (từ 3 - 5 tháng).
- Trường hợp lỗ rò khó thấy, ta có thể tiến hành thăm dò với việc bơm xanh methylen vào bàng quang và quan sát chất màu chảy ra ở âm đạo. Có thể chụp phim với chất cản quang, để thấy đường rò trong trường hợp phức tạp.



1. Rò bàng quang - âm đạo: loại hay gặp nhất



7. Rò vòm âm đạo sau phẫu thuật cắt tử cung

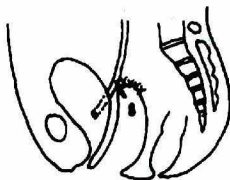
2. Rò niệu đạo - bàng quang - âm đạo: són nước tiểu do stress thường xảy ra sau khi đóng lỗ rò

3. Rò niệu đạo - âm đạo: đây là loại lỗ rò duy nhất không gây ra hiện tượng són nước tiểu

4. Rò quang quang - cổ tử cung - âm đạo: do rách tử cung khi đẻ

5. Rò tử cung - bàng quang - âm đạo: do rách đoạn dưới và bàng quang.

6. Rò bàng quang - ruột: có thể xuất hiện do nhiễm khuẩn sau phẫu thuật lớn hoặc do lao



8. Rò niệu quản - âm đạo: xảy ra sau khi niệu quản bị tổn thương trong phẫu thuật cắt tử cung

Hình 29: Vị trí các lỗ rò bàng quang - âm đạo

4. Chăm sóc và Điều trị

Thường rò bàng quang - âm đạo là phải mổ. Đây là một phẫu thuật tạo hình đòi hỏi kỹ năng cao, nhưng việc chăm sóc cũng không kém phần quan trọng.

- Nếu phát hiện ngay sau đẻ, có thể khâu ngay.
- Nếu phát hiện muộn, phải chờ 2 tháng cho bờ lỗ rò trở thành sẹo và hết viêm nhiễm, rồi mới mổ (trên thực tế lâm sàng thường sau đẻ 4 - 6 tháng sẽ mổ).

- + Trước mổ: cần điều trị kháng sinh chống nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
- + Sau mổ: vai trò của người hộ sinh rất quan trọng, vì việc chăm sóc là quan trọng hàng đầu.

Phải giữ ống dẫn lưu bàng quang liên tục trong 10 - 14 ngày.

Hàng ngày phải bơm rửa bàng quang bằng xanh methylen 2 lần, để ống dẫn lưu không tắc, đồng thời để chống viêm bàng quang. Mỗi lần rửa, bơm không quá 10ml, cho thoát hết, rồi mới bơm tiếp.

Tránh làm căng bàng quang, vì sẽ ảnh hưởng đến vết mổ đóng rò.
Dùng kháng sinh phối hợp chống nhiễm khuẩn.

5. Dự phòng

Theo dõi chuyển dạ, xử trí kịp thời, tránh chuyển dạ kéo dài.
Tiến hành thủ thuật đúng chỉ định, đúng kỹ thuật.

6. Chăm sóc

Tùy từng trường hợp mà có chỉ định chăm sóc và điều trị khác nhau. Nhìn chung nếu rò mới phát hiện ra có chỉ định vá rò luôn. Trường hợp nếu không phát hiện sớm, thường chăm sóc và phẫu thuật vá rò sau 2 tháng. Vì vậy trong quá trình chăm sóc chia 2 giai đoạn: giai đoạn trước và sau phẫu thuật. Kết quả của cuộc vá rò ngoài vấn đề kỹ thuật thì chăm sóc có vai trò rất quan trọng bảo đảm sự thành công của kỹ thuật này.

6.1. Chăm sóc trước phẫu thuật

6.1.1. Nhận định

- Toàn trạng người bệnh
- Vị trí rò, trường hợp khó khăn phải bơm xanh methylen
- Nguyên nhân rò
- Thời gian rò
- Tình trạng vết rò: đơn giản hay phức tạp; to hay nhỏ; có viêm nhiễm, loét kèm theo không?...

6.1.2. Chẩn đoán chăm sóc - những vấn đề cần chăm sóc

Tùy thời gian rò mà có chỉ định khác nhau.

- + Nếu rò mới, có chỉ định đóng rò ngay.
- + Nếu phát hiện ra muộn, cần có kế hoạch chăm sóc tùy cụ thể từng người bệnh.

Cụ thể là:

- Chăm sóc toàn thân như các phẫu thuật phụ khoa khác.
- Tinh thần lo lắng, mệt mỏi, luôn căng thẳng
- Chăm sóc tại chỗ: thường người bệnh rò lâu có biểu hiện viêm loét tại chỗ do có nước tiểu và người bệnh phải dùng băng vệ sinh kéo dài

6.1.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Chăm sóc tinh thần
- Chú ý chế độ dinh dưỡng đủ chất để giúp liền lỗ rò nếu nhỏ
- Chế độ vệ sinh toàn thân và đặc biệt là vệ sinh tại chỗ tránh viêm loét

6.1.4. Thực hiện kế hoạch

- Động viên gần gũi người bệnh, thông cảm và chia sẻ với họ. Đặc biệt là những trường hợp rò do tai biến của phẫu thuật, thủ thuật, bệnh nhân luôn có xu hướng cho rằng đó là lỗi của nhân viên y tế.
- Ăn uống đủ về số lượng và chất lượng. Tăng cường đạm như thịt, cá, trứng, sữa.
- Rửa, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, thay băng vệ sinh nhiều lần trong ngày. Chú ý dùng băng vệ sinh mềm, sạch sẽ.

6.1.5. Nhận định kết quả

- Nếu trong quá trình chăm sóc, vết rò nhỏ có thể tự liền.
- Nếu lỗ rò lớn không liền, thể trạng tốt, tại chỗ không viêm nhiễm chỗ vá rò

6.2. Chăm sóc sau phẫu thuật

6.2.1. Nhận định

- Nhận định chung: như một phẫu thuật phụ khoa
- Vấn đề quyết định cho sự thành công của phẫu thuật là bàng quang phải luôn xẹp. Vì vậy theo dõi ống thông niệu đạo là cần thiết (lượng nước tiểu lưu thông)

6.2.2. Chẩn đoán chăm sóc và những vấn đề cần chăm sóc

- Nguy cơ do gây mê giống như một phẫu thuật phụ khoa.
- Nguy cơ không thành công do tắc ống thông niệu đạo hoặc do thiếu dưỡng.
- Nguy cơ nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc nhiễm khuẩn ngược dòng.
- Tư vấn cho bệnh nhân cách để bảo vệ kết quả điều trị của lần này.

6.2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Như một phẫu thuật phụ khoa thông thường: chú ý chế độ ăn uống và vận động.
- Vệ sinh toàn thân và tại chỗ.
- Chăm sóc ống thông niệu đạo
- Chế độ thuốc theo y lệnh bác sĩ
- Tư vấn chăm sóc sau ra viện và cách bảo vệ nếu còn sinh đẻ lần sau.

6.2.4. Thực hiện kế hoạch

Chăm sóc chung như sau một phẫu thuật phụ khoa thông thường. Ăn đủ chất cho vết rò nhanh liền. Uống đủ nước. Hướng dẫn bệnh nhân vận động thích hợp vì bệnh nhân có ống thông bàng quang nên hạn chế vận động hơn các phẫu thuật khác.

- Vệ sinh toàn thân và tại chỗ
- Chăm sóc thông tiểu: lưu ống thông bàng quang liên tục 10-14 ngày. Hàng ngày theo dõi số lượng, màu sắc nước tiểu. Vệ sinh bơm rửa bàng quang bằng xanh methylen. Mỗi lần 10 ml sau đó tháo sạch không để bàng quang căng.
- Dùng kháng sinh toàn thân chống nhiễm khuẩn.
- Tư vấn chăm sóc sau ra viện: nếu lần sau có thai phải được chăm sóc ở tuyến có cơ sở phẫu thuật, không để chuyển dạ kéo dài, nếu cần phẫu thuật lấy thai để bảo vệ kết quả phẫu thuật lần trước.

6.2.5. Nhận định

- Nếu toàn trạng khá lên, bệnh nhân ăn uống bình thường, nước tiểu trong, số lượng bình thường, không sốt là diễn biến tốt.
- Nếu có biểu hiện nhiễm khuẩn, ống thông tiểu tắc không xử trí kịp thời, khi rút ống thông niệu đạo vẫn rò nước tiểu ... diễn biến xấu. Cần phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường để có kế hoạch chăm sóc và điều trị kịp thời.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1- 3

Câu 1. Kể 5 nguyên nhân gây rò bàng quang - âm đạo

Câu 2. Mô tả 3 biểu hiện bất thường về tiểu tiện trong rò bàng quang - âm đạo.

Câu 3. Mô tả 4 việc phải làm trong chăm sóc sau mổ rò bàng quang - âm đạo.

Phân biệt Đúng - Sai trong các câu từ 4 - 10

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 4. Chuyển dạ kéo dài có nguy cơ cao gây rò bàng quang - âm đạo		
Câu 5. Sau đẻ sản phụ có biểu hiện són tiểu, cần kiểm tra xem có rò bàng quang âm đạo không		
Câu 6. Tất cả các lỗ rò bàng quang - âm đạo nhỏ sau đẻ có thể tự liền được.		
Câu 7. Tất cả các lỗ rò bàng quang - âm đạo đều phải mổ sau 2 tháng		
Câu 8. Trước mổ đóng lỗ rò bàng quang - âm đạo bao giờ cũng phải điều trị khỏi nhiễm khuẩn đường tiết niệu		
Câu 9. Mọi trường hợp điều trị ung thư bằng tia xạ đều có thể gây rò bàng quang - âm đạo		
Câu 10. Bơm xanh methylen vào bàng quang, vừa có giá trị chẩn đoán, vừa có tác dụng điều trị.		

VÔ SINH

MỤC TIÊU

1. Định nghĩa được vô sinh nguyên phát và vô sinh thứ phát.
2. Kể được các bước thăm dò chẩn đoán một cặp vợ chồng vô sinh.

1. Mở đầu

Giải quyết vấn đề vô sinh là một nhiệm vụ trong chương trình điều hoà sinh sản. Điều trị vô sinh là một nhu cầu cấp thiết cho những cặp vợ chồng hiếm con, nhằm đảm bảo hạnh phúc gia đình và phát triển hài hoà với xã hội. Theo thống kê cho thấy, có khoảng 8% - 12% cặp vợ chồng bị hiếm muộn và vô sinh, tỷ lệ này thay đổi theo từng vùng trên thế giới. Hàng năm có vào khoảng 2 triệu cặp vô sinh mới và con số này ngày càng gia tăng.

2. Định nghĩa về vô sinh

2.1. Định nghĩa

Một cặp vợ chồng là vô sinh khi người vợ không thụ thai, sau một thời gian lập gia đình được 12 tháng, trong hoàn cảnh chung sống và không áp dụng một phương pháp hạn chế sinh đẻ nào.

2.2. Sự khác biệt giữa vô sinh nguyên phát và vô sinh thứ phát

- Vô sinh nguyên phát: hai vợ chồng chưa bao giờ có thai, mặc dù chung sống với nhau, đang ở trong một tình thế có khả năng thụ thai và mong muốn có thai, ít nhất đã 12 tháng.

- Vô sinh thứ phát: hai vợ chồng trước kia đã có con hoặc đã có thai, nhưng sau đó không thể có thai lại, mặc dù đang sống với nhau, đang ở trong một tình thế có khả năng thụ thai và mong muốn có thai, ít nhất đã 12 tháng.

3. Nguyên nhân vô sinh

Cả phụ nữ lẫn nam giới hoặc là cả 2 đều có thể bị vô sinh. Khoảng 40% trường hợp vô sinh thuộc về nữ, 30% thuộc về nam, 20% thuộc về cả 2 và 10% không rõ lý do.

- Có những yếu tố khác nhau có thể dẫn tới vô sinh nữ. Những bất thường về cấu tạo của cơ quan sinh dục, có thể ngăn cản không cho tinh

trùng đến gặp trứng, hoặc gây cản trở không cho trứng đã thụ tinh làm tổ trong buồng tử cung. Những bất thường về nội tiết, cũng có thể gây nên rối loạn về rụng trứng và gây nên khó khăn cho việc thụ thai. Những yếu tố ngoài bộ phận sinh dục như: sử dụng thuốc, thụt rửa âm đạo sau giao hợp hoặc giao hợp không thường xuyên, cũng có thể làm giảm khả năng sinh sản.

- Những vấn đề về khả năng sinh sản của nam giới có thể là do bất thường về sinh tinh, bất thường về cấu trúc, bất thường về chức năng tinh dục.

- Các yếu tố phối hợp của cả vợ và chồng có thể ảnh hưởng tới sinh sản như nội tiết tố nam và nữ, bất thường về cấu trúc, stress, hoặc thông tin sai lệch về tình dục.

4. Khám và chẩn đoán vô sinh

Có rất nhiều nguyên nhân vô sinh, tỷ lệ xuất hiện chia đều ở nam và nữ. Do đó, khi khám và chẩn đoán vô sinh phải cần thăm khám cả vợ lẫn chồng để tìm hiểu nguyên nhân và từ đó điều trị mới có kết quả.

Cần nhớ: hiếm muộn và vô sinh là vấn đề của một cặp vợ chồng, chứ không phải của một cá nhân

4.1. Hỏi bệnh sử và thăm khám

Bệnh nhân sẽ được hỏi về tình trạng bệnh, khám phụ khoa tổng quát, trên cơ sở đó sẽ quyết định nên làm những xét nghiệm gì thêm.

Các xét nghiệm để chẩn đoán vô sinh, thường đòi hỏi người bệnh phải mất nhiều thời gian và đi lại nhiều lần. Do đó, cả người bệnh và thầy thuốc phải kiên nhẫn và cùng hợp tác để có chẩn đoán đúng và quyết định cách điều trị thích hợp.

4.2. Các xét nghiệm thăm dò cho một cặp vợ chồng vô sinh

Để có thai cần 4 điều kiện:

Có phóng noãn và noãn tốt

Tinh dịch và tinh trùng tốt

Tinh trùng và noãn có gặp nhau và kết hợp tốt

Trứng làm tổ phát triển tốt

Các xét nghiệm thăm dò sau đây giúp tìm ra nguyên nhân vô sinh

4.2.1. Thăm dò phóng noãn

Những phụ nữ có chu kỳ kinh nguyệt tự nhiên đều đặn hàng tháng thì thường có phóng noãn, nhưng điều đó không phải luôn luôn đúng.

Những phụ nữ có rối loạn phóng noãn hay không phóng noãn, thường có kinh không đều hay không có kinh. Do đó, để biết phụ nữ có phóng noãn hay không cần thực hiện một số thăm dò sau:

- Đo biểu đồ thân nhiệt cơ sở: đo thân nhiệt mỗi buổi sáng trước khi thức dậy, ghi vào bảng thân nhiệt. Nếu nửa sau của chu kỳ kinh mà nhiệt độ tăng lên $0,5^{\circ}\text{C}$ thì có thể có phóng noãn
- Chỉ số cổ tử cung
- Định lượng Progesteron ngày thứ 21 vòng kinh
- Định lượng FSH, LH, estrogen trong máu

4.2.2. Chất lượng tinh trùng

Tinh dịch đồ là một trong những xét nghiệm cơ bản nhất. Thông qua tích dịch đồ, chúng ta có thể đánh giá sơ bộ khả năng sinh sản của người chồng.

Một số giá trị bình thường của tinh dịch đồ (theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới 1999)

- Thể tích tinh dịch: $\geq 2\text{ml}$
- Mật độ tinh trùng: ≥ 20 triệu tinh trùng/ml
- Tinh trùng di động nhanh: $\geq 25\%$, hay tổng tinh trùng di động $\geq 50\%$
- Hình dạng bình thường: $\geq 30\%$
- Tỷ lệ tinh trùng sống: $\geq 75\%$
- Số lượng bạch cầu: <1 triệu/ml

Người chồng lấy tinh dịch bằng cách thủ dâm, với thời gian kiêng giao hợp từ 3 - 5 ngày. Dựa vào kết quả tinh dịch đồ, nếu bất thường, người chồng sẽ được thăm khám và làm các xét nghiệm khác.

4.2.3. Tinh trùng và trứng có thể gặp nhau được không

Chụp X quang buồng tử cung - ống dẫn trứng: giúp phát hiện những dị dạng tử cung, tắc nghẽn ống dẫn trứng, có khả năng ngăn cản trứng và tinh trùng gặp nhau.

4.2.4. Tử cung có đủ điều kiện để phôi làm tổ và phát triển được không

- Định lượng progesteron: khảo sát chức năng hoàng thể
- Sinh thiết niêm mạc tử cung

Thời điểm làm các xét nghiệm thăm dò:

- Biểu đồ thân nhiệt ghi từ ngày có kinh thứ 3
- Định lượng FSH, LH từ ngày thứ 2 - 4 vòng kinh

- Định lượng progesteron vào ngày thứ 21 vòng kinh
- Chụp buồng tử cung - ống dẫn trứng: sau sạch kinh (khoảng ngày thứ 6 - 11 của vòng kinh)

- Sinh thiết niêm mạc tử cung trước có kinh 2 - 3 ngày (kiêng giao hợp)

Thường khuyên bệnh nhân đến khám vô sinh ngay sau sạch kinh, để có điều kiện thuận lợi làm tuần tự nhiều xét nghiệm và có thể hoàn tất các xét nghiệm thăm dò trong một vòng kinh.

5. Điều trị vô sinh

5.1. Về phía người vợ

- Điều trị viêm nhiễm đường sinh dục, nếu có trước khi thăm dò nguyên nhân vô sinh. Có khoảng 5% bệnh nhân vô sinh, đã có thể có thai sau khi điều trị viêm nhiễm.

- Điều trị vô sinh do tắc ống dẫn trứng: phẫu thuật mổ thông ống dẫn trứng qua đường bụng hoặc qua nội soi.

- Kích thích sự phóng noãn bằng các thuốc nội tiết

5.2. Về phía người chồng

- Đối với những trường hợp liệt dương, cần thăm khám và hội chẩn cẩn thận để xác định nguyên nhân do nội tiết, viêm nhiễm hay thần kinh.

- Đối với những trường hợp không có tinh trùng, cần xác định xem đây là do tinh hoàn không sinh sản hay là do tắc ống dẫn tinh.

- Đối với những trường hợp tinh trùng ít, cần xem xét về khả năng chế tiết ở các tinh hoàn cụ thể của các ống sinh tinh, nhưng cũng có thể khả năng sinh tinh của tinh hoàn vẫn bình thường hoặc chỉ suy giảm ít trong khi đó lại có kèm theo tắc bán phần các ống dẫn tinh.

- Tinh trùng yếu và tinh trùng chết tỷ lệ cao, có thể do giãn tĩnh mạch tinh, gây ú trệ tuần hoàn và thiếu dưỡng khí. Phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh có thể giải quyết được một số đáng kể các trường hợp trên.

5.3. Phương pháp hỗ trợ sinh sản

Thụ tinh trong ống nghiệm: một số vô sinh không có khả năng điều trị thì phải tìm biện pháp thụ tinh trong ống nghiệm, rồi chuyển phôi vào tử cung.

- Vô sinh do ống dẫn trứng không có khả năng phẫu thuật.
- Suy sớm buồng trứng, cần noãn của người cho.
- Vô sinh không rõ nguyên nhân.

6. Vai trò của người hộ sinh trong điều trị vô sinh

6.1. Tư vấn

- Tư vấn đối với những cặp vợ chồng sau khi lập gia đình trên 12 tháng, sống gần nhau, không áp dụng biện pháp tránh thai nào, mà chưa có thai nên đi khám và điều trị.

- Qua thăm khám, cung cấp thông tin cho bệnh nhân với sự hỗ trợ và thông hiểu: vô sinh là một vấn đề về tinh thần, xã hội và y học.

- Đảm bảo cặp vợ chồng hiểu được giải phẫu, sinh lý bình thường và các yêu cầu để có thai.

- Cần khám sớm và khám đúng chỗ. Tuân thủ chế độ điều trị và có sự hợp tác cả vợ và chồng

- Khi có thai cần theo dõi thai định kỳ tại cơ sở mình khám chữa vô sinh

6.2. Hỗ trợ điều trị vô sinh

- Hướng dẫn, động viên và giám sát người bệnh trong quá trình điều trị: cách sử dụng thuốc, phát hiện và xử trí các tác dụng phụ của thuốc, phát hiện những bất thường, trong quá trình điều trị...

- Đôn đốc, nhắc nhở các cặp vợ chồng khám lại theo đúng hẹn.

6.3. Khi người phụ nữ điều trị vô sinh có kết quả, người hộ sinh cần chú ý một số vấn đề khi chăm sóc thai nghén:

- Hướng dẫn và giám sát thai phụ thực hiện tốt vệ sinh thai nghén

- Giám sát sử dụng thuốc theo y lệnh của bác sĩ (nếu có).

- Hướng dẫn và hỗ trợ thai phụ khám thai theo hẹn của thầy thuốc

- Hướng dẫn thai phụ tự phát hiện và phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường về thai nghén, cũng như về sức khỏe của thai phụ, chuyển ngay thai phụ lên tuyến trên.

- Hướng dẫn thai phụ chờ đẻ tại các cơ sở y tế có điều kiện phẫu thuật.

7. Dự phòng vô sinh

- Đề phòng các bệnh lây qua đường tình dục và phải phát triển một phương pháp chuẩn để xác định và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

- Cần tham vấn tốt, chẩn đoán và điều trị sớm các trường hợp vô sinh.

Tư vấn đối với những cặp vợ chồng, sau khi lập gia đình trên 12 tháng, sống gần nhau, không áp dụng biện pháp tránh thai nào mà chưa có thai, nên đi khám và điều trị.

8. Chăm sóc

Vai trò của người hộ sinh với vấn đề vô sinh rất quan trọng. Từ xưa đến nay, những bệnh nhân vô sinh thường đến cơ sở y tế rất muộn. Phần vì họ ngại, phần vì thăm dò vô sinh rất nhiều công đoạn đòi hỏi bệnh nhân phải kiên trì. Việc phát hiện sớm, tư vấn cho bệnh nhân đến cơ sở y tế khám và điều trị, cũng như theo dõi, hướng dẫn bệnh nhân thực hiện đơn thuốc của bác sĩ là nhiệm vụ rất quan trọng của người hộ sinh.

8.1. Nhận định

- Thời gian vô sinh là bao nhiêu năm
- Tuổi của hai vợ chồng.?
- Vô sinh nguyên hay thứ phát.
- Vô sinh do vợ hay chồng hay do cả 2 vợ chồng
- Có phát hiện được nguyên nhân không?
- Thể trạng của bệnh nhân thế nào
- Đáp ứng với phương pháp thăm dò và điều trị thế nào?

8.2. Chẩn đoán chăm sóc - những vấn đề cần chăm sóc

- Tinh thần?
- Dùng thuốc không đúng giờ, không đủ liều?
- Bỏ thuốc, bỏ điều trị?
- Tác dụng phụ của thuốc?
- Biến chứng khi dùng thuốc, đặc biệt như dùng thuốc kích thích phóng noãn.
- Khi có kết quả điều trị bệnh nhân có thai vấn đề chăm sóc thai phụ trong quá trình mang thai

8.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Chăm sóc về mặt tâm tinh thần
- Giám sát trong quá trình theo dõi điều trị
- Đôn đốc, nhắc nhở bệnh nhân đến khám theo đúng hẹn của bác sĩ.
- Tư vấn tự theo dõi biến chứng, tác dụng phụ của thuốc.
- Tư vấn chăm sóc vệ sinh, ăn uống
- Nếu có thai, tư vấn quá trình chăm sóc, theo dõi thai.

8.4. Thực hiện quá trình chăm sóc

- Động viên, an ủi bệnh nhân kiên trì, tin tưởng trong quá trình điều trị.

- Nhắc nhở, giám sát bệnh nhân uống thuốc đúng giờ, đủ liều, không bỏ thuốc, kiên trì điều trị theo đúng phác đồ.
- Nhắc nhở bệnh nhân đến khám đúng hẹn của bác sỹ vì trong điều trị vô sinh nếu sai lệch chỉ cần vài giờ là đã lỡ cơ hội trong điều trị.
- Nếu bệnh nhân dùng thuốc có thể có biến chứng hoặc tác dụng phụ. Hướng dẫn cho bệnh nhân biết cách phòng, xử trí nếu có.
- Hướng dẫn cho bệnh nhân chế độ vệ sinh, ăn uống vì trong một số trường hợp vô sinh, chế độ ăn có tác dụng hỗ trợ quá trình điều trị.
- Nếu bệnh nhân có thai, hướng dẫn tỷ mỉ chế độ vệ sinh thai nghén, chế độ ăn, nghỉ, lao động phù hợp.

8.5. Đánh giá

- Nếu trong quá trình điều trị diễn biến bệnh nhân tốt, đáp ứng điều trị tiên lượng tốt.
- Nếu không đáp ứng điều trị, uống thuốc không tuân thủ chỉ định và hướng dẫn của thầy thuốc hoặc có tai biến, tác dụng phụ, cần thảo luận lại với bệnh nhân và bác sỹ để thay đổi kế hoạch chăm sóc và điều trị.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1 đến 4

Câu 1. Định nghĩa vô sinh

Câu 2. Kể 3 vấn đề cần hỏi bệnh về phía người vợ

Câu 3. Kể 3 vấn đề cần hỏi bệnh về phía người chồng.

Câu 4. Kể 2 vấn đề cần tư vấn cho cộng đồng để dự phòng vô sinh.

Phân biệt Đúng - Sai trong các câu từ 5 đến 10

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 5. Viêm âm đạo cổ tử cung cũng có thể là một nguyên nhân gây vô sinh		
Câu 6. Hỏi người bệnh về tính chất kinh là một việc không thể thiếu trong khám người bệnh vô sinh		
Câu 7. Muốn biết có phóng noãn hay không, chỉ cần đo thân nhiệt là đủ.		
Câu 8. Một trẻ trai mắc quai bị khi được 10 tuổi, nguy cơ biến chứng teo tinh hoàn rất cao.		
Câu 9. Khi khám vô sinh nguyên phát, tìm thấy nguyên nhân do người vợ thì không cần khám cho chồng nữa		
Câu 10. Giãn tĩnh mạch tinh là một trong những nguyên nhân gây vô sinh nam		

PHÁ THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT THAI CHÂN KHÔNG

MỤC TIÊU

1. Chuẩn bị dụng cụ hút thai chân không đầy đủ và vô khuẩn.
2. Tiến hành thao tác đúng quy trình kỹ thuật.
3. Tư vấn đầy đủ, tận tình cho khách hàng trước và sau hút thai.

Phá thai bằng phương pháp hút thai chân không là một phương pháp chấm dứt thai nghén sớm an toàn. Đó là phương pháp sử dụng bơm hút chân không, để hút thai từ 6 tuần đến hết tuần thứ 12, kể từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối.

Theo quy định, phương pháp này có thể áp dụng rộng rãi ở các tuyến y tế: tuyến xã chỉ phá thai đến hết tuần thứ 6 (36 - 42 ngày), còn tuổi thai lớn hơn phải được thực hiện ở các tuyến cao hơn. Người hộ sinh trung học cũng có thể được thực hiện thủ thuật này, với điều kiện đã được đào tạo về hút thai chân không và tuổi thai dưới 6 tuần.

Tuy nhiên, trong một số trường hợp, người hộ sinh không được phép làm thủ thuật này mà chỉ thực hiện ở tuyến có phương tiện phẫu thuật và cấp cứu, khi dự định áp dụng biện pháp phá thai này như:

- Khách hàng có bệnh mạn tính: bệnh tim, viêm gan, rối loạn đông máu.
- Đường sinh dục đang có biểu hiện viêm nhiễm cấp tính: viêm cổ tử cung, viêm tiểu khung.
- Dị dạng đường sinh dục
- Rối loạn về chảy máu
- Thiếu máu nặng
- U xơ tử cung
- Vết mổ cũ ở tử cung
- Phụ nữ trong 6 tháng đầu sau đẻ
- Thai phụ ở tuổi vị thành niên

1. Tư vấn cho khách hàng trước khi hút thai

Thực tế hiện nay, khách hàng đến phá thai đặc biệt là phá thai bằng phương pháp hút chân không thường là tự nguyện, họ có hiểu biết rất khác nhau về tình trạng thai nghén, về phương pháp phá thai này. Vì vậy, chúng ta phải rất chú trọng vấn đề tư vấn cho khách hàng, trước khi làm thủ thuật. Tư vấn trước khi làm thủ thuật bao gồm:

- Giải thích để khách hàng nhận thức được phá thai phải là một quyết định tự nguyện, trên cơ sở đã được nhận thông tin đầy đủ.

- Khách hàng phải được biết về các biện pháp phá thai khác nhau để lựa chọn khi đã có thông tin.

- Tư vấn hiệu quả là phải quan tâm tới mối quan hệ qua lại giữa cán bộ tư vấn - khách hàng, cán bộ tư vấn phải có kỹ năng tốt và kiến thức đầy đủ, giúp khách hàng tự giải quyết được vấn đề của mình.

- Tư vấn cần phải nhấn mạnh phá thai chỉ là một giải pháp thụ động để giải quyết thai ngoài ý muốn chứ không phải là một biện pháp kế hoạch hóa gia đình.

- Tư vấn về phá thai cần quan tâm tới biện pháp tránh thai đã sử dụng và giúp khách hàng quyết định áp dụng một biện pháp tránh thai phù hợp sau phá thai.

1.1. Những yêu cầu cần thiết đối với cán bộ và cơ sở y tế

1.1.1. Những yêu cầu về kiến thức cho cán bộ tư vấn

- Hiểu nhu cầu của khách hàng: tìm hiểu lý do phá thai, đánh giá và thảo luận với khách hàng về nhu cầu tìm dịch vụ để có quyết định phù hợp.

- Hiểu biết về các chính sách, pháp luật quy định của nhà nước về chăm sóc sức khỏe sinh sản để có thể cùng thảo luận, giúp đỡ khách hàng có các quyết định phù hợp.

- Nắm vững các kiến thức chung về các phương pháp phá thai hiện có để tư vấn cho khách hàng.

- Có các kiến thức về các biện pháp tránh thai.

- Thực hiện việc chuyển tuyến hợp lý và đúng quy định.

1.1.2. Các kỹ năng khi tư vấn cho các đối tượng phá thai.

(Xem phần tư vấn chung)

1.1.3. Địa điểm tư vấn: nên có phòng tư vấn riêng để đảm bảo:

- Kín đáo.

- Thoải mái.
- Yên tĩnh, không bị gián đoạn hoặc bị ồn bởi các cuộc nói chuyện khác.
- Có đủ các phương tiện minh họa và truyền thông cần thiết (tờ rơi, tranh lật, các phương tiện tránh thai).

1.2. Các nội dung cần tư vấn cho người phá thai

- Thủ tục ban đầu:
 - + Trao đổi với khách hàng về khả năng chắc chắn có thai của họ.
 - + Trao đổi với khách hàng về tình trạng hôn nhân, con cái. Thảo luận với khách hàng về quyết định chấm dứt thai nghén: quan điểm của bản thân khách hàng, của người chồng, cha mẹ, người thân ...
 - + Giải thích về quá trình và mục đích thăm khám.
 - + Các xét nghiệm cần làm, các thủ tục hành chính.
- Tư vấn về quyết định phá thai, hoặc giữ thai: nếu khách hàng quyết định giữ thai, tư vấn về chăm sóc thai nghén. Nếu khách hàng quyết định phá thai, tư vấn về các biện pháp phá thai sẵn có tại cơ sở và giúp khách hàng tự lựa chọn biện pháp thích hợp trên cơ sở nắm được các thông tin về các phương pháp phá thai, quy trình phá thai, các tai biến, nguy cơ có thể gặp, cách tự chăm sóc sau thủ thuật và các biện pháp tránh thai phù hợp áp dụng ngay sau thủ thuật phá thai và thực hiện các thủ tục hành chính cần thiết.
 - Giải thích về quá trình thủ thuật:
 - + Thời gian cần thiết.
 - + Phương pháp giảm đau.
 - + Giới thiệu người thực hiện thủ thuật.
 - + Các bước của thủ thuật.
 - + Thông tin về tác dụng phụ và tai biến, biến chứng có thể gặp khi làm thủ thuật.

Việc tư vấn trước khi làm thủ thuật rất quan trọng, vì nó giúp cho khách hàng hiểu cặn kẽ hơn về thủ thuật, để có tâm lý thoải mái trước khi làm thủ thuật, tránh căng thẳng, lo lắng, sợ hãi... đồng thời cũng tránh tâm lý cho rằng đây là một thủ thuật quá đơn giản. Cả 2 trạng thái tâm lý đó đều không tốt đối với cả thầy thuốc và khách hàng trong khi làm thủ thuật.

1.3. Các vấn đề cần lưu ý khi tư vấn cho các nhóm đối tượng đặc biệt

1.3.1. Vị thành niên

- Dành đủ thời gian cho vị thành niên hỏi và đưa ra quyết định, tránh gây mặc cảm cho vị thành niên.

- Đảm bảo tính bí mật, riêng tư.
- Tư vấn về bao cao su để vừa tránh thai vừa phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

- Tư vấn về các biện pháp tránh thai.

Xem thêm nội dung: "Tư vấn sức khỏe sinh sản cho vị thành niên" trong bài "Giáo dục sức khỏe phụ nữ"

1.3.2. Những phụ nữ bị bạo hành

- Quan tâm phát hiện và chăm sóc các tổn thương do bạo lực.
- Thể hiện sự đồng cảm trong tư vấn.
- Tạo mối quan hệ tốt và tin cậy với khách hàng.
- Giới thiệu khách hàng tới những dịch vụ xã hội để giúp khách hàng vượt qua hoàn cảnh của mình.
- Cung cấp dịch vụ tránh thai sau phá thai mà chính bản thân khách hàng có thể chủ động được.
- Chú ý nguy cơ nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục.

2. Chuẩn bị

2.1. Phòng thủ thuật phải đảm bảo tiêu chuẩn quy định

- Xa công trình vệ sinh, xa nơi gây ô nhiễm.
- Diện tích từ 10 - 16 m².
- Cửa sổ có cửa kính mờ, cửa chớp chống bụi, có lưới chắn côn trùng.
- Tường ốp gạch men cao tối thiểu 1,6 m.
- Trần quét vôi hoặc sơn trắng.
- Nền không thấm nước, có độ dốc và lỗ thoát nước.
- Không treo quạt trần, nên có quạt thông gió.
- Có hệ thống ánh sáng thích hợp.
- Nơi rửa tay có nước sạch và nước chín, thuận lợi cho cán bộ kỹ thuật đứng rửa tay.

2.2. Phương tiện

- Bàn làm thủ thuật sạch, không han gỉ, có đệm.
- Bàn dụng cụ không han gỉ, có bánh xe.

- Đèn khám.
- Ghế ngồi.
- Các phương tiện vô khuẩn dụng cụ.
- Các phương tiện xử lý dụng cụ và các chất thải.
- Thuốc: gây tê, hộp chống sốc, thuốc tăng co tử cung.

2.3. Dụng cụ

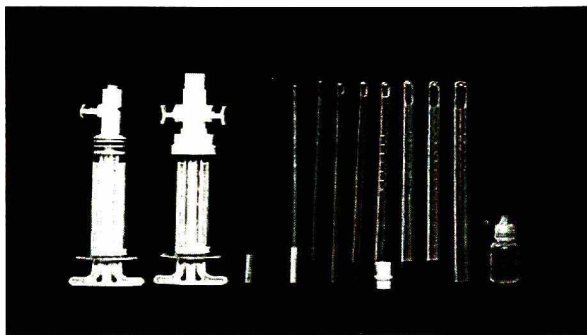
- Kẹp sát khuẩn dài 25 cm x 2 chiếc (1 để sát khuẩn âm hộ, 1 để sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung).
- Van âm đạo x 2 chiếc (có thể thay thế bằng 1 chiếc mở vệt)
- Kẹp cổ tử cung x 1 chiếc.
- Bơm hút chân không x 1 chiếc.
- Ống hút các cỡ
- Găng tay vô khuẩn x 2 đôi.
- Khăn (săng) hấp x 2 chiếc.
- Bông cầu vô khuẩn.
- Dung dịch Bethadin 10%
- Thuốc gây tê: Lidocain 1%
- Bơm, kim tiêm 10ml để gây tê quanh cổ tử cung.
- Rổ lọc mô hút
- Đèn soi mô. (Trong trường hợp không có đèn soi mổ, có thể tự tạo đèn bằng cách: sử dụng một hộp kim loại sáng hoặc mặt trong của hộp lót giấy bạc có một lỗ hở đủ để đặt bát đựng mô soi, cho bóng đèn điện vào trong hộp).
- Bát đựng mô soi: bát nhựa trắng trong hoặc bát thủy tinh.

2.4. Dụng cụ bơm hút chân không bằng tay

- Bơm hút chân không 1 van sử dụng cho thai đến hết 7 tuần, bơm hút chân không 2 van sử dụng cho thai đến hết 12 tuần. (Hiện nay, ngoài bơm hút chân không 1 van và 2 van, trên thế giới còn sử dụng loại bơm MVA Plus để hút thai đến hết 12 tuần). Bơm vừa có tác dụng tạo áp lực âm vừa có tác dụng chứa chất hút từ buồng tử cung. Do đó, khi bơm đầy phải tháo bơm, phụt các tổ chức trong bơm ra khay và tạo lại áp lực âm.

- Ống hút các cỡ để khi tiến hành thủ thuật phải chọn cỡ ống hút phù hợp với tuổi thai. Nếu ống hút quá lớn so với tuổi thai sẽ làm tăng nguy cơ tổn thương cổ tử cung, nếu chọn ống hút quá nhỏ so với tuổi thai sẽ kéo dài thời gian hút, tăng nguy cơ chảy máu và sốt mô. Nên chọn cỡ ống hút bằng số tuần tuổi thai hoặc nhỏ hơn 1 (ví dụ: *thai 7 tuần thì chọn ống hút số 7 hoặc 6*).

- Ống nối (nếu sử dụng bơm hút chân không 2 van)
- Dung dịch bôi trơn: silicon hoặc dầu thực vật



Hình 30: Bơm hút và ống hút

2.4. Chuẩn bị khách hàng (Xem phần “Tư vấn cho khách hàng trước khi hút thai”)

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản khoa. Nếu có bệnh nội khoa (tim mạch, rối loạn đông máu...) dị dạng đường sinh dục, chỉ thực hiện ở tuyến có phương tiện gây mê hồi sức.

- Khám toàn thân.

- Khám phụ khoa xác định có thai và loại trừ chống chỉ định: viêm âm đạo, cổ tử cung hoặc viêm tiểu khung cấp, các bệnh lây truyền qua đường tình dục. *(Trong trường hợp này, tuyến xã chuyển lên tuyến trên và tuyến trên chỉ thực hiện phá thai khi đã điều trị ổn định)*

- Tính tuổi thai dựa vào ngày đầu của kỳ kinh cuối.

- Làm test thử thai.

- Siêu âm (nếu cần).

- Ký cam kết tự nguyện phá thai.

- Cho khách hàng uống thuốc giảm đau trước khi làm thủ thuật 30 phút

- Thử phản ứng Lidocain. Khi sử dụng lidocain cần lưu ý liều tối đa không dùng quá 3mg/kg cân nặng.

- Yêu cầu khách hàng đi tiểu
- Giúp khách hàng lên bàn làm thủ thuật

2.5. Người thực hiện thủ thuật

- Trang phục y tế: áo choàng, quần, mũ, khẩu trang, kính bảo hộ.
- Rửa tay xà phòng dưới vòi nước chảy.

3. Quy trình thực hiện thủ thuật

- Luôn luôn tôn trọng nguyên tắc không chạm
- Thực hiện theo quy trình trong bảng kiểm

BẢNG KIỂM

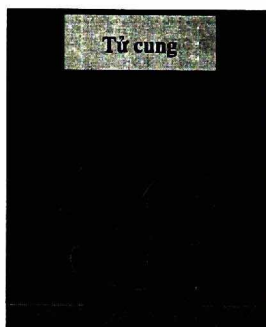
Quy trình kỹ thuật phá thai bằng phương pháp hút chân không

Các bước tiến hành	Có	Không
1. Rửa tay bằng xà phòng dưới vòi nước chảy.		
2. Đi găng, khám lại để xác định lại kích thước và tư thế tử cung. Thay găng vô khuẩn.		
3. Sát khuẩn âm hộ theo trình tự từ trong ra ngoài, từ trên xuống dưới, sát khuẩn hậu môn sau cùng.		
4. Trải khăn sạch dưới mông: hướng dẫn khách hàng nâng cao mông, người làm thủ thuật đặt khăn dưới mông khách hàng, sao cho tay mình không chạm vào bàn và cũng không chạm vào chân, mông của khách hàng. Trải khăn sạch trên bụng.		
5. Đặt van bọc lộ cổ tử cung: nhẹ nhàng đặt van ở phía xương cùng. (Trong trường hợp đặt 1 van mà không bọc lộ được cổ tử cung thì đặt van thứ 2 ở phía xương mu).		
6. Sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo: sát khuẩn theo thứ tự lỗ cổ tử cung - cổ tử cung - các túi cùng - âm đạo.		
7. Kẹp cổ tử cung: kẹp ở vị trí 12 giờ hoặc 6 giờ, tùy theo tư thế tử cung để thuận lợi khi kéo thẳng trục cổ tử cung. Kẹp cách mép cổ tử cung khoảng 1 cm.		
8. Gây tê quanh cổ tử cung bằng Lidocain 1%: dùng kim tiêm cỡ 21/22 và bơm tiêm 10ml, tiêm Lidocain vào 2 vị trí 4 giờ và 8 giờ ngay chỗ tiếp giáp giữa niêm mạc âm đạo và cổ tử cung. Mỗi vị trí tiêm từ 3-4 ml (Trước khi bơm thuốc bao giờ cũng rút thử pit tông để khẳng định đầu kim không chọc vào mạch máu). Chờ 2-3 phút cho thuốc tê có tác dụng.		

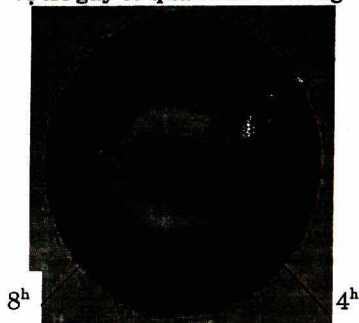
9. Thử áp lực chân không của bơm hút trong thời gian chờ thuốc tê có tác dụng.		
10. Đo buồng tử cung bằng ống hút: đưa ống hút qua lỗ cổ tử cung từ từ (sao cho ống hút không chạm vào âm hộ, thành âm đạo), đến khi cảm giác đầu ống hút chạm đáy tử cung thì dừng lại, nhìn dấu chấm xanh trên ống hút ở lỗ ngoài cổ tử cung.		
11. Nong cổ tử cung bằng ống hút (nếu cần): nong từ số nhỏ đến số lớn tương ứng với tuổi thai nhằm đảm bảo làm thủ thuật dễ dàng.		
12. Nhẹ nhàng đưa ống hút vào buồng tử cung, không để ống hút chạm thành âm đạo. Trong khi đưa ống hút vào buồng tử cung nên kéo nhẹ cổ tử cung, xoay nhẹ ống hút và đẩy ống hút qua lỗ cổ tử cung.		
13. Tạo áp lực âm ở bơm hút Karmann: khóa van hút, kéo cần pitton, sao cho 2 cánh cửa cần giữ chắc ở 2 bên bơm hút		
14. Lắp ống hút vào bơm hút (chú ý nếu ống hút nhỏ thì cần ống nối để sao cho không có khoảng trống giữa bơm hút và ống hút). Mở van bơm hút		
15. Hút thai: nhẹ nhàng kéo ống hút và bơm hút ra, sao cho ống hút chỉ ra đến eo tử cung, sau đó đẩy ống hút vào chạm đáy tử cung. Vừa đưa ống hút, vừa nhẹ nhàng xoay ống hút, để cho cửa sổ của ống hút đi khắp bề mặt của buồng tử cung. Chất hút sẽ được kéo vào lòng bơm hút.		
16. Khi bơm hút đẩy hoặc khi hút đã sạch (tay có cảm giác gọn khi ống hút di chuyển trong buồng tử cung, có cảm giác tử cung co bóp siết quanh ống hút và không thấy mô chảy vào trong bơm hút, dịch trong ống hút có bọt hồng) thì dừng lại. Khóa van hút, tháo bơm hút và ống hút ra khỏi buồng tử cung.		
17. Mở van bơm và bơm mô hút vào khay để kiểm tra. Nếu thai lớn, mô thai có những mảnh to có thể làm tắc đầu ống hút, nên tháo cả đầu ống nối trước khi đẩy mô thai ra ngoài.		
18. Nếu xác định hút chưa sạch thì lắp lại thao tác hút		
19. Tháo kẹp cổ tử cung, kiểm tra cổ tử cung để đảm bảo cổ tử cung không bị rách trước khi khách hàng rời bàn thủ thuật		
20. Sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.		
21. Tháo van âm đạo. Lót băng vệ sinh và mặc quần cho khách hàng		
22. Kiểm tra tổ chức hút để xác định thai thật sự trong buồng tử cung và loại trừ thai ngoài tử cung trước khi khách hàng rời khỏi bàn thủ thuật. Cho chất hút vào rổ lọc, rửa sạch chất hút dưới vòi nước chảy. Cho chất hút sau khi rửa nổi trong nước sạch, tiến hành quan sát tìm lông rau dưới ánh sáng của đèn soi mô. Kiểm tra chất hút nhằm đánh giá: màng ối, mô thai, mô hút có tương xứng với tuổi thai không. Nếu: Không thấy gai rau và mô thai: có thể là thai ngoài tử cung, xảy thai tự nhiên trước thủ thuật, chưa hút được thai Chất hút là mô trứng, cần chuyển khách hàng lên tuyến trên hoặc mời bác sĩ điều trị		
23. Xử lý dụng cụ và chất thải theo đúng quy trình		
24. Ghi sổ/ phiếu theo dõi		

Chú ý: trong quá trình hút thai (Bước 15), có thể mất áp lực trong bơm hút, do các nguyên nhân sau:

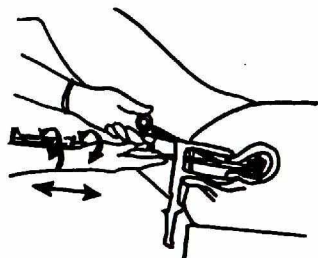
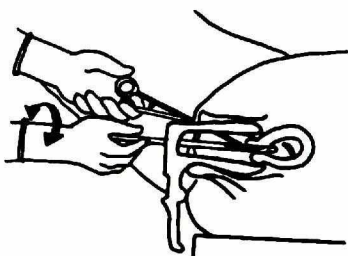
- Tổ chức hút bị tắc của sổ: khoá van hút, rút ống hút lấy tổ chức hút ra và làm lại thao tác.
- Bơm hút đầy: khoá van, đẩy tổ chức hút ra ngoài và lặp lại thao tác hút.
- Ống hút lắp vào bơm hút chưa khít: tháo bơm hút, tạo lại áp lực trong bơm hút, lắp ống hút cho khít. Nếu ống hút nhỏ hơn đầu canun của bơm, thì phải thay ống hút cho vừa.
- Cổ tử cung rộng hơn so với ống hút: thay ống hút cỡ lớn hơn cho vừa với cổ tử cung.



Vị trí gây tê quanh cổ tử cung



Hình 31: Gây tê quanh cổ tử cung



Hình 32: Hút thai



Hình 33: Kiểm tra mô sau khi hút

4. Theo dõi, chăm sóc sau hút thai

4.1. Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật, 15 phút kiểm tra 1 lần.

4.2. Phát thuốc hoặc kê đơn thuốc kháng sinh (5 - 7 ngày)

4.3. Tư vấn cho khách hàng sau hút thai

- Hướng dẫn khách hàng nghỉ ngơi ít nhất 24 giờ sau hút.
- Ăn uống bình thường.
- Dùng thuốc theo hướng dẫn của cán bộ y tế.
- Tránh sinh hoạt vợ chồng đến khi hết ra máu âm đạo (thông thường sau 1 tuần).
- Nếu có các vấn đề bất thường, cần đến khám lại ngay: sốt, ra máu âm đạo kéo dài trên 1 tuần, ra dịch âm đạo hôi, đau bụng dữ dội hoặc đau bụng kéo dài.
- Nếu không có gì bất thường, hẹn khám lại sau 2 tuần.
- Tư vấn về các biện pháp tránh thai, hướng dẫn khách hàng lựa chọn biện pháp tránh thai thích hợp ngay sau hút thai, cung cấp biện pháp tránh thai thích hợp mà khách hàng lựa chọn. Nếu không có phương pháp tránh thai đáp ứng khách hàng, cần giới thiệu cho khách hàng địa điểm có thể đáp ứng nhu cầu của khách hàng để tránh có thai lại ngay sau khi hút thai.

5. Tai biến và xử trí

Hút thai chân không là phương pháp an toàn. Tuy nhiên, phương pháp này cũng có những tai biến và biến chứng nhất định. Tỷ lệ tai biến và biến chứng tùy thuộc vào tình trạng sức khỏe người mang thai, tuổi thai ở thời điểm chấm dứt thai nghén, phá thai hợp pháp hay bất hợp pháp,

phương pháp vô cảm, kinh nghiệm và kỹ năng của người làm thủ thuật. Khi phát hiện có tai biến hoặc biến chứng cần bình tĩnh xử trí ban đầu và báo bác sĩ hoặc chuyển khách hàng đến tuyến điều trị thích hợp.

5.1. Tai biến

- Các tai biến xảy ra trong lúc làm thủ thuật, ngay sau thủ thuật hoặc trong ngày làm thủ thuật bao gồm:

- Choáng do đau, chảy máu

- Chảy máu:

+ Có thể do thai to, tử cung co hồi kém: chảy máu nhiều, màu đỏ tươi, không có cảm giác rập rập trong khi hút. Xử trí: dùng thuốc tăng co oxytocin 5 đơn vị tiêm bắp hoặc tiêm cổ tử cung kết hợp xoa đáy tử cung và tiếp tục hút để lấy hết tổ chức hút ra, máu sẽ giảm chảy.

+ Có thể chảy máu do rách cổ tử cung: khâu phục hồi cổ tử cung.

+ Có thể chảy máu do thủng tử cung: dừng thủ thuật, tiêm oxytocin và chuyển tuyến phẫu thuật.

5.2. Biến chứng

Xảy ra sau 24 giờ làm thủ thuật:

- Sốt rau, sốt thai: ra máu âm đạo kéo dài, có thể có mùi hôi

- Nhiễm khuẩn: khách hàng có biểu hiện sốt, dịch âm đạo hôi.

Xử trí: dùng kháng sinh cho đến khi hết sốt, kiểm tra buồng tử cung bằng dụng cụ, sau đó tiếp tục dùng kháng sinh ít nhất 7 ngày. Tại tuyến cơ sở dùng kháng sinh liều ban đầu và chuyển tuyến trên ngay.

- Viêm dính buồng tử cung.

PHẦN ĐỌC THÊM

Các phương pháp xử lý dụng cụ hút thai chân không

Các bảng dưới đây cho thấy các phương pháp xử lý dụng cụ cho các dụng cụ hút thai

Lưu ý: áp dụng các phương pháp xử lý dụng cụ không thích hợp sẽ không đảm bảo về khống chế nhiễm khuẩn hoặc làm hỏng dụng cụ và không sử dụng lại được.

Tóm tắt các phương pháp xử lý dụng cụ hút thai chân không bằng tay									
Dụng cụ	Tình trạng khi cung cấp	Mức độ xử lý tối thiểu cần thiết để sử dụng được	Xử lý						
			Làm sạch	Tiệt khuẩn			Khử khuẩn ở mức độ cao		
				Hấp ướt	Glutaraldehyde	Oxít Ethylene	Luộc	Glutaraldehyde	Chlorine
Bơm hút MVA Plus™	Làm sạch	Làm sạch	Tất cả dụng cụ hút thai cần được ngâm trong dung dịch khử nhiễm, như chlorine 0,5% cho đến khi mang ra rửa sạch. Lưu ý: Để bơm hút khô có thể gặp khó khăn trong việc loại bỏ các chất bám. Để rửa thật sạch dụng cụ, hãy dùng nước ấm và xà phòng bột. Dùng xà phòng bột tốt hơn xà phòng bánh vì nó không để lại cặn trên dụng cụ.	Có	Có	Không	Có	Có	Có
Bơm hút hai van	Làm sạch	Làm sạch		Không	Có	Không	Không	Có	Có
Bơm hút một van	Làm sạch	Làm sạch		Không	Có	Không	Không	Có	Có
ống hút EasyGrip®	Tiệt khuẩn (Oxít Ethylene)	Tiệt khuẩn hoặc khử khuẩn ở mức độ cao		Có	Có	Có	Có	Có	Có
ống hút Karman	Tiệt khuẩn (Oxít Ethylene)	Tiệt khuẩn hoặc khử khuẩn ở mức độ cao		Không	Có	Có	Có	Có	Có

Xử lý ống hút EasyGrip® và ống hút Karman			
Phương pháp	Hóa chất	Thời gian	Thận trọng
Tiệt khuẩn	Nồi hấp ướn* (chỉ dùng cho ống hút EasyGrip®)	Đạt mức độ tiệt khuẩn ở nhiệt độ là 121°C trong 30 phút với áp suất 106 kPa (15 pounds/inches) Không dùng các chế độ hấp ướn khác. Cụ thể là không được dùng chế độ hấp ướn với công suất cao hơn trong thời gian ngắn hơn.	Hơi nước phải được lan toả khắp các bề mặt của dụng cụ. Các bộ phận không được xếp dính vào nhau và phải được sắp xếp sao cho các lỗ mở không bị nghẽn và phải thoát nước tốt. Ống hút EasyGrip®, đặc biệt là cỡ nhỏ có thể bị cong trong quá trình hấp ướn. Để giảm thiểu tác động này, hãy gói ống hút trong giấy hoặc sẵng.
	Glutaraldehyde (Cidex) 2% Tuần thủ theo hướng dẫn của nhà sản xuất để pha chế.	10 tiếng	Dụng cụ phải ngập hoàn toàn trong dung dịch. Thay dung dịch sau 14 ngày tính từ khi pha hoặc khi dung dịch bị vẩn đục. Không sử dụng dưới nhiệt độ 25°C
	Glutaraldehyde (các dung dịch khác) Tuần thủ theo hướng dẫn của nhà sản xuất để pha chế.	Theo chỉ dẫn của sản phẩm	Dụng cụ phải ngập hoàn toàn trong dung dịch. Thay dung dịch sau 14 ngày tính từ khi pha hoặc khi dung dịch bị vẩn đục.
	Ôxít Ethylene Tuần thủ theo hướng dẫn của nhà sản xuất để pha chế.	Theo chỉ dẫn của sản phẩm	Chỉ sử dụng ở nơi thoáng gió; cần thiết phải bảo hộ đường hô hấp
Khử khuẩn ở mức độ cao	Luộc	20 phút	Không cần ngâm ngập hoàn toàn các dụng cụ. ống hút có thể bị biến màu nhưng không ảnh hưởng đến chất lượng. Gấp ống hút khi còn nóng có thể làm bẹp ống. Hãy để nước tự nguội trước khi lấy ống hút ra, gấp vào phía góc ống hút.
	Glutaraldehyde (Cidex) 2% Tuần thủ theo hướng dẫn của nhà sản xuất để pha chế.	20 phút	Dụng cụ phải ngập hoàn toàn trong dung dịch. Thay dung dịch sau 14 ngày tính từ khi pha hoặc khi dung dịch bị vẩn đục. Không sử dụng dưới nhiệt độ 25°C
	Glutaraldehyde (các dung dịch khác) Tuần thủ theo hướng dẫn của nhà sản xuất để pha chế.	20 phút	Dụng cụ phải ngập hoàn toàn trong dung dịch. Thay dung dịch sau 14 ngày tính từ khi pha hoặc khi dung dịch bị vẩn đục.
	Chlorine Pha ở nồng độ 0,5%	20 phút	Dụng cụ phải ngập hoàn toàn trong dung dịch. Thay dung dịch hàng ngày hoặc sớm hơn nếu dung dịch bị vẩn đục.

Xử lý bơm hút chân không			
Phương pháp	Hóa chất	Thời gian	Thận trọng
Tiệt khuẩn	Nồi hấp ướt* (chỉ dùng cho Bơm hút MVA PLus™)	Đạt mức độ tiệt khuẩn ở nhiệt độ là 121°C trong 30 phút với áp suất 106 kPa (15 pounds/inches) Không dùng các chế độ hấp ướt khác. Cụ thể là không được dùng chế độ hấp ướt công suất cao hơn trong thời gian ngắn hơn.	Hơi nước phải được lan tỏa khắp các bề mặt của dụng cụ. Các bộ phận không được xếp dính vào nhau và phải được sắp xếp sao cho các lỗ mở không bị nghẽn và phải thoát nước tốt. Với bơm hút MVA PLus™, cần tháo rời khóa cổ (không để gần ở móc trên thân bơm tiêm) Để nguội bằng nhiệt độ thường trước khi dùng.
	Glutaraldehyde (Cidex) 2% Tuân thủ theo hướng dẫn của nhà sản xuất để pha chế.	10 tiếng	Thay dung dịch sau 14 ngày tính từ khi pha hoặc khi dung dịch bị vẩn đục. Không sử dụng dưới nhiệt độ 25°C
	Glutaraldehyde (các dung dịch khác) Tuân thủ theo hướng dẫn của nhà sản xuất để pha chế.	Theo chỉ dẫn của sản phẩm	Thay dung dịch sau 14 ngày tính từ khi pha hoặc khi dung dịch bị vẩn đục.
Khử khuẩn ở mức độ cao	Luộc (chỉ dùng cho Bơm hút MVA PLus™)	20 phút	Không cần ngâm ngập hoàn toàn các dụng cụ. Để nguội tự nhiên bằng nhiệt độ thường trước khi sử dụng.
	Glutaraldehyde (Cidex) 2% Tuân thủ theo hướng dẫn của nhà sản xuất để pha chế.	20 phút	Thay dung dịch sau 14 ngày tính từ khi pha hoặc khi dung dịch bị vẩn đục. Không sử dụng dưới nhiệt độ 25°C
	Glutaraldehyde (các dung dịch khác) Tuân thủ theo hướng dẫn của nhà sản xuất để pha chế.	20 phút	Thay dung dịch sau 14 ngày tính từ khi pha hoặc khi dung dịch bị vẩn đục.
	Chlorine Pha ở nồng độ 0,5%	20 phút	Thay dung dịch hàng ngày hoặc sớm hơn nếu dung dịch bị vẩn đục.
* Lưu ý: Không bao giờ luộc hay hấp ướt bơm hút hai van hoặc bơm hút một van			

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1-6

Câu 1. Kể 5 yêu cầu về kiến thức cho cán bộ tư vấn để tư vấn cho khách hàng trước khi hút thai.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

Câu 2. Kể 7 vấn đề cần tư vấn cho khách hàng sau khi hút thai.

- A.
- B.
- C.
- D. Tránh sinh hoạt vợ chồng đến khi hết ra máu âm đạo (thông thường sau 1 tuần).
- E. Nếu có các vấn đề bất thường, cần đến khám lại ngay: sốt, ra máu âm đạo kéo dài trên 1 tuần, dịch âm đạo hôi, đau bụng dữ dội hoặc đau bụng kéo dài.
- F.
- G. Truyền thông tư vấn về các biện pháp tránh thai, hướng dẫn khách hàng lựa chọn biện pháp tránh thai thích hợp ngay sau hút thai, cung cấp biện pháp tránh thai thích hợp mà khách hàng lựa chọn. Nếu không có phương pháp tránh thai đáp ứng khách hàng, cần giới thiệu cho khách hàng địa điểm có thể đáp ứng nhu cầu của khách hàng để tránh có thai lại ngay sau khi hút thai.

Câu 3. Kể 4 vấn đề cần lưu ý khi tư vấn về phá thai cho khách hàng tuổi vị thành niên:

- A.
- B.
- C.
- D.

Câu 4. Kể 4 yêu cầu của phòng tư vấn:

- A.
- B.
- C.
- D.

Câu 5. Kể 4 nguyên nhân có thể làm mất áp lực trong bơm hút

- A.
- B.
- C.
- D.

Câu 6. Kể tên 3 nguyên nhân gây chảy máu trong khi hút thai:

- A.
- B.
- C.

Phân biệt Đúng - Sai các câu từ 7- 12 bằng cách đánh dấu ✓ vào cột phù hợp:

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 7. Khi tư vấn cho khách hàng phá thai phải đảm bảo tính bí mật		
Câu 8. Khi tư vấn cho khách hàng phá thai không cần phải giải thích về mục đích		
Câu 9. Quyết định sử dụng 1 biện pháp tránh thai sau phá thai của khách hàng là quyết định tự nguyện sau khi được thông tin đầy đủ		
Câu 10. Tai biến chảy máu có thể xảy ra trong khi hút thai do kéo mạnh kẹp cổ tử cung		
Câu 11. Khi đang hút thai có cảm giác mất áp lực của bơm hút, cần dừng lại và kiểm tra ống hút có bị tắc không		
Câu 12. Phá thai bằng phương pháp hút chân không không làm tăng nguy cơ vô sinh		

Khoanh tròn chữ cái đầu câu trả lời đúng nhất các câu từ 13 - 15

Câu 13. Y tế cơ sở được phép phá thai khi tuổi thai là:

- A. 6 tuần
- B. 7 tuần
- C. 8 tuần
- D. 10 tuần
- E. 12 tuần

Câu 14. Trường hợp nào là chống chỉ định của phá thai bằng phương pháp hút chân không:

- A. Thai 11 tuần

- B. Khách hàng đã có 6 con
- C. Viêm tiểu khung đã điều trị hơn 3 tháng
- D. Khách hàng đang điều trị loét dạ dày
- E. Khám âm đạo thấy khí hư loãng, có bọt, âm đạo đỏ

Câu 15. Thời điểm tư vấn khách hàng áp dụng biện pháp tránh thai sau phá thai:

- A. Ngay sau khi phá thai
- B. Sau khi phá thai 1 tuần
- C. Chờ khách hàng có kinh nguyệt trở lại
- D. Sau phá thai 1 tháng
- E. Thời điểm khách hàng tự chọn

Bài tập tư vấn

Tình huống 1: Chị Lan 30 tuổi, đã có 2 con, con thứ 2 được 12 tháng tuổi đang còn bú mẹ. Chị chậm kinh 12 ngày, tự thử hCG (+), đến xin phá thai. Anh/ chị hãy tư vấn cho chị Lan trước và sau khi thực hiện thủ thuật.

Gợi ý đóng vai:

- Giúp khách hàng chọn biện pháp phá thai
- Giải thích các tác dụng phụ và tai biến có thể gặp
- Giải thích các bước của thủ thuật
- Hướng dẫn khách hàng tự theo dõi và hẹn khám lại
- Thảo luận các dấu hiệu bất thường cần quay lại khám ngay
- Giới thiệu và giúp khách hàng lựa chọn biện pháp tránh thai phù hợp.

Tình huống 2: Bạn Hằng 18 tuổi, chưa có gia đình, chậm kinh 2 tuần đến khám tại phòng Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Bạn đến trong tình trạng: toàn trạng mệt mỏi, hay buồn nôn nhưng không nôn. Anh/ Chị hãy tư vấn cho bạn Hằng.

Gợi ý đóng vai:

- Giới thiệu quy trình khám và làm các xét nghiệm cần thiết để xác định có thai và tuổi thai (chú ý thực hiện đúng các bước tư vấn và thăm khám cho vị thành niên)
- Thảo luận với khách hàng về quyết định giữ thai hoặc phá thai
- Nếu khách hàng quyết định phá thai, làm tiếp như tình huống 1

– Nếu khách hàng quyết định giữ thai, hướng dẫn về chăm sóc thai nghén, giới thiệu cơ sở quản lý thai nghén

Tình huống 3: Chị An 24 tuổi, có 1 con 2 tuổi. Chị đã có ý định đặt vòng tránh thai nhưng bị viêm âm đạo. Hiện tại chị đang điều trị nhưng thấy chậm kinh 1 tuần, khi thử hCG kết quả (+). Anh/ Chị hãy tư vấn cho chị An.

Gợi ý đóng vai:

– Giới thiệu quy trình khám và làm các xét nghiệm cần thiết để xác định có thai và tuổi thai

– Thảo luận quyết định giữ thai hoặc phá thai

– Giải thích cho khách hàng tầm quan trọng của việc tiếp tục điều trị viêm âm đạo

– Nếu khách hàng quyết định phá thai, giải thích để khách hàng chấp nhận phá thai sau khi điều trị viêm âm đạo ổn định

Tình huống 4: Một phụ nữ bị bạo hành tình dục, chưa có gia đình, chậm kinh 6 tuần, thử hCG (+). Anh/ Chị hãy tư vấn cho khách hàng.

Gợi ý đóng vai:

– Giúp khách hàng chọn biện pháp phá thai

– Giải thích tác dụng phụ và tai biến có thể gặp

– Hướng dẫn các việc cần làm, các bước của thủ thuật (kể cả khám sàng lọc phát hiện tổn thương khác, HIV, siêu âm)

– Hướng dẫn tự theo dõi, hẹn khám lại, giới thiệu hỗ trợ xã hội.

BẢNG KIỂM TƯ VẤN PHÁ THAI

TT	Nội dung	Có	Không
1	Tiếp đón, chào hỏi khách hàng niềm nở, gây thiện cảm để họ an tâm ngay từ khi tiếp xúc. Mời khách hàng ngồi ngang hàng với người tư vấn.		
2	Tự giới thiệu: tên, chức vụ, nhiệm vụ chính tại cơ sở y tế của người tư vấn.		
3	Hỏi tên tuổi, địa chỉ của khách hàng và lý do khách hàng đến khám.		
4	Hỏi khách hàng về hoàn cảnh sinh sống, về gia đình, những thuận lợi và khó khăn chính trong cuộc sống của khách hàng (nếu có).		
5	Gợi hỏi thêm các chi tiết cần thiết để hiểu rõ nhu cầu của khách hàng; biết được nhận thức, quan niệm, kể cả nỗi lo lắng của khách hàng.		
6	Sử dụng hầu hết các câu hỏi mở với ngôn ngữ rõ ràng và dễ hiểu.		
7	Thái độ thân mật, gần gũi, lắng nghe, quan tâm, đồng cảm với khách hàng trong những vấn đề họ biểu lộ.		
8	Giới thiệu về quá trình và mục đích thăm khám, thủ thuật phá thai, các xét nghiệm cần làm. Dùng các phương tiện sẵn có để giới thiệu.		
9	Tư vấn và giúp đỡ về quyết định phá thai hay giữ thai, không áp đặt, không chọn họ.		
10	Nếu khách hàng quyết định phá thai, giới thiệu về các biện pháp phá thai sẵn có tại cơ sở và giúp khách hàng tự lựa chọn biện pháp thích hợp.		
11	Giới thiệu và thực hiện các thủ tục hành chính cần thiết.		
12	Giới thiệu người thực hiện thủ thuật.		
13	Giải thích quy trình thủ thuật, thời gian thủ thuật, phương pháp giảm đau		
14	Giải thích về tác dụng không mong muốn, tai biến và biến chứng có thể gặp trong và sau thủ thuật.		
15	Giải thích và tư vấn về các biện pháp tránh thai sau thủ thuật. Đồng thời nhấn mạnh phá thai không phải là một biện pháp kế hoạch hóa gia đình.		
16	Giải thích và tư vấn về chăm sóc và theo dõi sau thủ thuật.		
17	Giải thích các dấu hiệu bất thường buộc khách hàng phải quay lại ngay cơ sở y tế.		
18	Cung cấp một biện pháp tránh thai mà khách hàng lựa chọn hoặc giới thiệu địa điểm có thể đáp ứng nhu cầu của khách hàng.		
19	Hẹn khám lại sau thủ thuật.		

Ghi chú: đối với nhóm đối tượng đặc biệt (vị thành niên hay phụ nữ bị bạo hành) cần có thêm tư vấn đặc thù.

ĐÁP ÁN MÔN HỌC

Bài 1

GIẢI PHẪU SINH LÝ BỘ PHẬN SINH DỤC NỮ VÀ KHUNG CHẬU

Câu 1:

- A. Phủ ngoài tử cung là phúc mạc
- B. Cơ tử cung gồm 3 lớp: lớp ngoài gồm những sợi cơ dọc. Lớp giữa dày nhất, gồm những sợi cơ đan chéo bao quanh các mạch máu. Lớp trong là cơ vòng.
- C. Trong cùng là niêm mạc tử cung

Câu 2:

- A. Dây chằng rộng
- B. Dây chằng tròn
- C. Dây chằng tử cung - cùng

Câu 3:

- A. Ngoại tiết: giải phóng ra noãn bào
- B. Nội tiết: tiết ra estrogen và progesteron

Câu 4:

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

Câu 5:

- A. Phối hợp với estrogen làm cho niêm mạc tử cung tăng sinh, chế tiết chuẩn bị tốt cho trứng thụ tinh về làm tổ tại buồng tử cung, giúp trứng thụ tinh làm tổ, phát triển tốt.
- B. Giảm co bóp của tử cung, làm tử cung mềm ra
- C. Làm cho các khớp xương chậu và khung chậu giãn ra, giúp cho sự sinh đẻ được dễ dàng.
- D. Cùng với estrogen làm tuyến vú phát triển

Câu 6:

- A. Đường kính trước-sau: trung bình là 17,5cm
- B. Đường kính lưỡng gai: trung bình là 22,5cm
- C. Đường kính lưỡng mào: trung bình là 25,5cm
- D. Đường kính lưỡng mấu: trung bình là 27,5cm

Câu 7:

- A. Mỏm nhô - thượng vệ (mỏm nhô - trên mu): 11cm
- B. Mỏm nhô - hạ vệ (mỏm nhô - dưới mu): 12cm
- C. Mỏm nhô - hậu vệ (mỏm nhô - sau mu): 10,5cm

Câu 8; 9; 12; 13: Đúng

Câu 10; 11; 14; 15: Sai

Câu 16: E; câu 17: C; câu 18: C; câu 19: B; câu 20: B

Câu 21: C; câu 22: b; câu 23: D; câu 24: C; câu 25: D

Bài 2

CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN TUỔI VỊ THÀNH NIÊN

Câu 1

	Vị thành niên nữ	Vị thành niên nam
Phát triển hình thể	- Chiều cao phát triển sớm (10-11 tuổi) - Lớp mỡ dưới da phát triển	- Chiều cao phát triển muộn (13-14 tuổi) - Phát triển cơ bắp.
Vú	Phát triển	ít phát triển
Khung chậu	Tròn, rộng	ít phát triển, hẹp
Hệ thống lông	Lông mu, lông nách phát triển, giới hạn lông mu không quá vòm mu	Lông mu, nách, râu Lông mu phát triển cao lên bụng
Tuyến bã, tuyến mồ hôi	Giống nhau, có thể có trứng cá	
Giọng nói	Thanh	Trầm, qua giai đoạn vỡ giọng
Cơ quan sinh dục	Hoàn chỉnh, có phóng noãn	Hoàn chỉnh, có xuất tinh

Câu 2.

- A. Tính độc lập
- B. Nhân cách
- D. Tính tích hợp

Câu 3.

- A. Bắt đầu có kinh nguyệt muộn
- B. Kinh nguyệt không đều
- C. Đau bụng kinh

Câu 4.

- B. Không nên nặn mụn trứng cá
- C. Hạn chế dùng mỹ phẩm
- D. Chế độ ăn: tránh nhiều mỡ, chất ngọt

Câu 5. Kể 8 nội dung truyền thông tư vấn cho vị thành niên:

- A. Giáo dục về giới tính
- B. Những nguy cơ do thai sản
- D. Cung cấp thông tin và cách phòng chống các bệnh LTQĐTD
- E. Phổ biến vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh bộ phận sinh dục
- G. Giải thích các nguy cơ nghiện hút ma túy
- H. Giải thích những lời đồn đại không đúng về vị thành niên

Câu 6. Kể 4 vấn đề cần chú ý khi tư vấn vị thành niên

- B. Nên dành thời gian hỏi han về công việc, học tập, sở thích riêng tư của vị thành niên để tạo mối quan hệ thân thiện, cởi mở.
- C. Nên dành thời gian cho vị thành niên nói rõ những gì mà họ mong muốn

Câu 7: Đ; **câu 8:** Đ; **câu 9:** S; **câu 10:** S; **câu 11:** Đ; **câu 12:** Đ; **câu 13:** Đ; **câu 14:** C; **câu 15:** C

Bài tập số 16: Cần tư vấn để VTN có hiểu biết về những nội dung sau:

- Những nguy cơ thai sản ở tuổi VTN
- Cung cấp các thông tin về tránh thai ngoài ý muốn\
- Cung cấp các thông tin về nguy cơ mắc các bệnh LTQĐTD

Bài tập số 17:

- Hỏi
- + Tình trạng kinh nguyệt
- + Quan hệ tình dục
- + Các triệu chứng khác kèm theo dịch âm đạo

- Khám
- + Vú
- + Lòng mu, lông nách
- + Âm hộ, dịch ra ở âm hộ

Bài 3

CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN Ở NGƯỜI PHỤ NỮ TUỔI MÃN KINH

Trả lời ngắn các câu từ 1-3:

Câu 1. Kể 6 vấn đề thay đổi giải phẫu ở người phụ nữ tuổi mãn kinh

- A. Vú
- C. Âm đạo teo mỏng
- D. Âm hộ hé mở
- F. Da khô, tóc rụng

Câu 2. Kể tên 4 bệnh ung thư hay gặp ở người phụ nữ tuổi mãn kinh

- A. Ung thư vú
- C. Ung thư thân tử cung

Câu 3. Phân tích nguyên nhân và xử trí viêm âm đạo ở người phụ nữ tuổi mãn kinh

- A. Nguyên nhân: Do thiếu hụt estrogen, trực khuẩn Doderlein không tạo được acid lactic làm cho âm đạo mất tính toan.
- B. Xử trí: điều trị kháng sinh kết hợp estrogen

Câu 4: Đ; câu 5: S; câu 6: S; câu 7: Đ; câu 8: C; câu 9: D; câu 10: A

Bài 4

GIÁO DỤC SỨC KHỎE CHO PHỤ NỮ

Câu 1:

- A. Trong những ngày hành kinh, không ngâm mình trong nước vì dễ bị nhiễm khuẩn, nếu bị lạnh kéo dài có thể bị băng kinh
- B. Tránh làm việc nặng quá sức, thời gian lao động không quá dài, quá căng thẳng để làm kinh nguyệt ra nhiều và kéo dài.
- C. Tránh đi lại nhiều, đi xa, làm việc lâu ở tư thế đứng. Nên nghỉ giữa giờ nhiều hơn bình thường.
- D. Nếu ra máu nhiều hoặc đau bụng nhiều phải nghỉ làm việc, để đảm bảo sức khỏe.

Câu 2:

- A. Không để có thai ngoài ý muốn, để lại những hậu quả không tốt về thể chất và tinh thần.
- B. Không để cho bản thân mình và bạn tình bị lây nhiễm các bệnh LTQĐTD.

Bài 5

RỐI LOẠN KINH NGUYỆT VÀ CHẢY MÁU ÂM ĐẠO BẤT THƯỜNG

Câu 1.

- A. Kinh thưa: chu kỳ kinh trên 35 ngày
- B. Kinh mau: chu kỳ thường là 21 ngày hoặc ngắn hơn
- C. Rong kinh: kinh nguyệt có chu kỳ, lượng kinh nhiều và kéo dài trên 7 ngày
- D. Rong huyết: ra máu bất thường không theo chu kỳ
- E. Kinh ít: số ngày kinh ngắn, lượng kinh ít

Câu 2.

- A. Rong kinh, rong huyết, kinh ít, kinh nhiều, băng kinh ... cơ năng
- B. Các tổn thương thực thể ở cơ quan sinh dục
- C. Các biến chứng liên quan với thai nghén
- D. Bệnh toàn thân
- E. Các yếu tố do thuốc

Câu 3.

- A. Cầm máu nhanh (dỡ mất máu)
- B. Làm giải phẫu bệnh (loại trừ ác tính)
- C. Xác định rõ ràng tình trạng quá sản niêm mạc tử cung (điều trị hormon tiếp theo)

Câu 4.

- B. Ra máu âm đạo: thời gian, số lượng, màu sắc
- D. Có đau bụng kèm theo không
- E. Các dấu hiệu thực thể bộ phận sinh dục và các bộ phận khác

Câu 5.

- B. Polip tử cung, cổ tử cung

- C. Ung thư cổ tử cung
- E. Lạc nội mạc tử cung ở cơ tử cung
- G. Lao sinh dục

Câu 6.

- A. Tuổi dậy thì
- B. Tuổi mãn kinh
- C. Không phóng noãn rải rác trong tuổi sinh đẻ

Câu 7: Đ; 8:S; 9:Đ; 10:S; 11:S; 12:S

Bài 6

CÁC DỊ TẬT BẨM SINH CỦA ĐƯỜNG SINH DỤC NỮ

Câu 1.

- A. Dị tật tử cung
- B. Dị tật ống dẫn trứng
- C. Dị tật buồng trứng

Câu 2.

- A. Bất sản ở tử cung
- B. Tử cung 2 sừng, 2 cổ
- C. Tử cung 2 sừng, 1 cổ
- D. Tử cung có vách ngăn
- E. Tử cung kém phát triển

Câu 3. Xử trí biến chứng cấp cứu như ứ máu kinh, chủ yếu xử trí bằng ngoại khoa

Câu 4: S; **câu 5:** Đ; **câu 6:** Đ; **câu 7:** S; **câu 8:** Đ

Bài 7

SA SINH DỤC

Câu 1.

- A. Để nhiều, để dày, rách tầng sinh môn không khâu
- B. Lao động quá nặng, quá sớm sau đẻ
- C. Rối loạn dinh dưỡng, người già
- D. Bẩm sinh

Câu 2.

- A. Sa thành trước âm đạo
- B. Sa thành sau âm đạo
- C. Cổ tử cung ở thấp, còn trong âm đạo

Câu 3.

- A. Sa thành trước âm đạo
- B. Sa thành sau
- C. Cổ tử cung thấp thò âm hộ

Câu 4.

- A. Sa thành trước âm đạo
- B. Sa thành sau
- C. Cổ tử cung sa hẳn ra ngoài âm hộ

Câu 5: Đ; câu 6: S; câu 7: Đ; câu 8: Đ; câu 9: S; câu 10: S

Bài 8

NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN VÀ CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

Câu 1.

- A. Một kẹp dài
- B. Một mỏ vịt
- C. Một đôi găng cao su

Câu 2.

- A. Tuổi bắt đầu thấy kinh
- B. Chu kỳ kinh nguyệt, thời gian thấy kinh
- C. Có đau bụng trước, trong và sau khi thấy kinh không
- D. Ngày kinh cuối

Câu 3.

- B. Trùng roi
- C. Vi khuẩn kỵ khí
- D. Lậu

Câu 4.

- A. Khí hư loãng, có bọt, màu vàng xanh
- B. Ngứa, đi tiểu khó, đau khi giao hợp
- C. Âm hộ, âm đạo, cổ tử cung đỏ, phù nề

Câu 5.

- A. Có dịch nhầy, hơi đục chảy ra từ lỗ tổ tử cung
- B. Cổ tử cung đỏ, phù nề, chạm vào dễ chảy máu
- C. Có thể có ngứa âm đạo, đi tiểu khó

Câu 6.

- B. Đái buốt, có thể kèm theo đái rắt
- C. Biểu hiện sốt, người mệt mỏi

Câu 7.

- A. Vết loét hình tròn hoặc hình bầu dục
- C. Vết loét có thể tự khỏi sau 6-8 tuần kể cả không điều trị
- D. Kèm theo vết loét có biểu hiện hạch to

Câu 8.

- B. Âm đạo
- D. Tầng sinh môn
- F. Hậu môn

Câu 9.

- A. Lậu
- B. Chlamydia trachomatis
- C. Vi khuẩn kỵ khí

Câu 10. Kể 4 tình trạng bệnh lý cần chẩn đoán phân biệt với viêm tiểu khung:

- A. Viêm ruột thừa
- B. Tắc ruột
- C. U buồng trứng xoắn
- D. Chửa ngoài tử cung

Phân biệt Đúng – Sai trong các câu từ 11-20

Câu 11: Đ; câu 12: Đ; câu 13: S; câu 14: S; câu 15: Đ; câu 16: Đ; câu 17: Đ; câu 18: Đ; câu 19: Đ; câu 20: S.

Lựa chọn câu trả lời đúng nhất trong các câu từ 21-30

Câu 21: C

Câu 22: C

Câu 23: D

Câu 24: C

Câu 25: D

Câu 26: B

Câu 27: B

Câu 28: A

Câu 29: A

Câu 30: B

Bài 9

CÁC KHỐI U SINH DỤC

Câu 1.

A: U nang bọc noãn

B: U nang hoàng tuyến

C: U nang hoàng thể

Câu 2.

A: Rối loạn kinh nguyệt

B: Đau

C: Chèn ép

D: Dịch âm đạo nhiều, loãng

Câu 3.

A: Tuổi: 35-50

B: Để nhiều

C: Hoạt động tình dục sớm

D: Có nhiều bạn tình

E: Tiền sử có viêm sinh dục do virus Papilloma hay Herpes

F: Vệ sinh cá nhân kém

Câu 4.

- A: Ra máu âm đạo bất thường sau khi đã mãn kinh
- B: Khí hư nhiều, nhầy, loãng, hôi, có khi là mủ
- C: Tử cung thường có kích thước bình thường, cũng có thể hơi to và mềm

Câu 5.

- A: Tuổi: 50-70
- B: Quá mập
- C: Đái đường
- D: Bệnh lý ở tử cung
- E: Mãn kinh muộn

Câu 6: Đ; câu 7: S; câu 8: Đ; câu 9: Đ; câu 10: Đ; câu 11: S; câu 12: Đ; câu 13: Đ; câu 14: S; câu 15: Đ; câu 16: C; câu 17: C; câu 18: C; câu 19: A; câu 20: E.

Bài 10

RÒ BÀNG QUANG - ÂM ĐẠO

Câu 1.

- A. Thành âm đạo và bàng quang bị rách trong phẫu thuật
- B. Thành bàng quang bị hoại tử trong chuyển dạ kéo dài
- C. Forceps cao, bàng quang chưa thông tiểu
- D. Thành bàng quang bị rách hoặc thủng khi mổ
- E. Bỏng do bức xạ khi điều trị cổ tử cung
- F. Có thể bấm sinh

Câu 2.

- A. Nước tiểu chảy ra ở cơ quan sinh dục ngoài, có mùi khai
- B. Người bệnh có thể vẫn đi tiểu được và vẫn có nước tiểu chảy ra
- C. Són tiểu

Câu 3.

- A. Giữ ống dẫn lưu bàng quang liên tục trong 10-14 ngày
- B. Hàng ngày phải bơm rửa bàng quang bằng xanh Methylen
- C. Tránh làm căng bàng quang

Câu 4: Đ; câu 5: Đ; câu 6: S; câu 7: S; câu 8: Đ; câu 9: S; câu 10: Đ

Bài 11

VÔ SINH

Câu 1. Một cặp vợ chồng là vô sinh khi người vợ không thụ thai sau thời gian lập gia đình được 12 tháng, trong hoàn cảnh chung sống và không áp dụng 1 phương pháp hạn chế sinh đẻ nào.

Câu 2.

- A. Chu kỳ kinh nguyệt
- B. Thời gian thấy kinh
- C. Đã có thai lần nào chưa (đẻ, sảy, phá thai)

Câu 3.

- A. Có mắc bệnh quai bị không
- B. Có xuất tinh sớm không
- C. Dương vật có cương khi giao hợp không

Câu 4.

- A. Đề phòng bệnh lây truyền qua đường tình dục
- B. Tư vấn các cặp vợ chồng, sau lập gia đình trên 12 tháng, sống gần nhau, không áp dụng biện pháp tránh thai mà chưa có thai nên khám và điều trị.

Câu 5: Đ; **câu 6:** Đ; **câu 7:** S; **câu 8:** S; **câu 9:** S; **câu 10:** Đ

Bài 12

PHÁ THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT THAI CHÂN KHÔNG

Câu 1.

- A. Hiểu nhu cầu của khách hàng
- B. Hiểu biết về chính sách, pháp luật qui định của nhà nước về chăm sóc sức khỏe sinh sản.
- C. Nắm vững các kiến thức chung về phương pháp phá thai hiện có
- D. Có kiến thức về các biện pháp phá thai
- E. Chuyển tuyến hợp lý và đúng qui định

Câu 2.

- A. Hướng dẫn khách hàng nghỉ ngơi ít nhất 24 giờ sau hút
- B. Ăn uống bình thường

- C. Dùng thuốc theo hướng dẫn của cán bộ Y tế
- D. Nếu không có gì bất thường, hẹn khám lại sau 2 tuần

Câu 3.

- A. Dành đủ thời gian cho vị thành niên hỏi và đưa ra quyết định, tránh gây mặc cảm cho vị thành niên
- B. Đảm bảo tính bí mật, riêng tư
- C. Tư vấn về các biện pháp tránh thai

Câu 4.

- A. Kín đáo
- B. Thoải mái
- C. Yên tĩnh, không bị gián đoạn hoặc bị ồn bởi các cuộc nói chuyện khác.
- D. Có đủ các phương tiện minh họa và truyền thông cần thiết (tờ rơi, tranh lật, các phương tiện tránh thai)

Câu 5.

- A. Tổ chức hút bít tắc cửa sổ
- B. Bơm hút đẩy
- C. Ống hút lắp vào bơm hút chưa khít
- D. Cổ tử cung rộng hơn so với ống hút

Câu 6.

- A. Có thể do thai to, tử cung co hồi kém
- B. Có thể chảy máu do rách cổ tử cung
- C. Có thể chảy máu do thủng tử cung

Câu 7: Đ

Câu 8: S

Câu 9: Đ

Câu 10: Đ

Câu 11: Đ

Câu 12: S

Câu 13: A

Câu 14: E

Câu 15: A

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

CHĂM SÓC SỨC KHOẺ PHỤ NỮ

Chịu trách nhiệm xuất bản
HOÀNG TRỌNG QUANG

<i>Biên tập viên:</i>	BS. VŨ THỊ BÌNH
<i>Sửa bản in:</i>	BS. VŨ THỊ BÌNH
<i>Trình bày bìa:</i>	CHU HÙNG
<i>Kỹ thuật vi tính:</i>	TRẦN THANH TÚ

