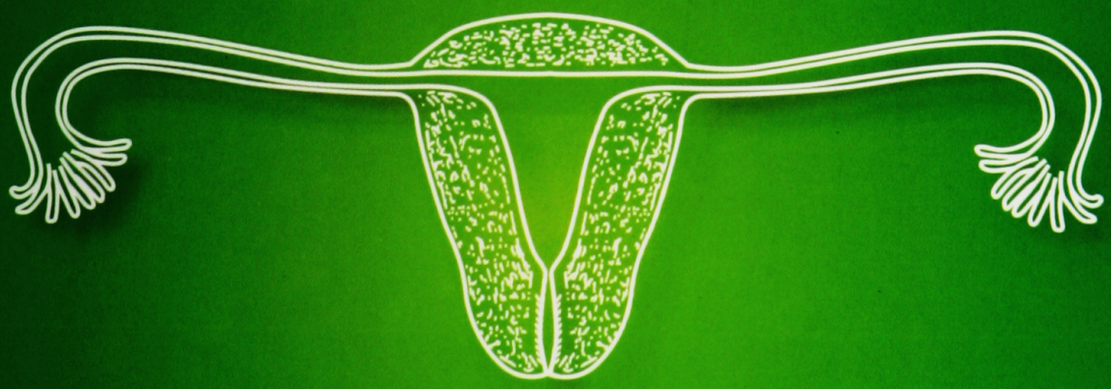
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
BỘ MÔN PHỤ SẢN

BÀI GIẢNG
SẢN PHỤ KHOA

DÙNG CHO SAU ĐẠI HỌC



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

BỘ MÔN PHỤ SẢN

BÀI GIẢNG SẢN - PHỤ KHOA

DÙNG CHO ĐÀO TẠO SAU ĐẠI HỌC

TẬP I

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

HÀ NỘI – 2006

Chủ biên

BS cao cấp PGS.TS.BSCKII. Nguyễn Đức Vy

Ban biên soạn

TS. BSCK II. Nguyễn Đức Hinh
TS. Vương Tiến Hoà
GS.TS. Nguyễn Khắc Liêu
PGS.TS. Trần Thị Phương Mai
BSCKII. Phạm Thị Thanh Mai
PGS. Đinh Thế Mỹ
ThS. Nguyễn Ngọc Minh
TS. Ngô Văn Tài
TS. Nguyễn Viết Tiến
TS. Lê Thị Thanh Vân
BS cao cấp PSG.TS.BSCK II. Nguyễn Đức Vy

LỜI MỞ ĐẦU

Thực hiện chủ trương không ngừng nâng cao trình độ và cập nhật các kiến thức khoa học nói chung của ngành y tế toàn cầu cũng như khu vực đối với sự phát triển và lớn mạnh của ngành y tế Việt Nam trong sự nghiệp bảo vệ và chăm sóc sức khoẻ cho nhân dân – Một nhiệm vụ hết sức khó khăn và nặng nề đối với công tác đào tạo và huấn luyện cho cán bộ y tế trong đó có vấn đề rất quan trọng là đào tạo liên tục, đào tạo lại và đào tạo nâng cao trình độ, nổi bật lên là vấn đề đào tạo sau đại học cho các cán bộ của ngành. Cùng với toàn ngành và hệ thống đào tạo; Bộ môn Phụ sản của Trường Đại học Y Hà Nội đã cố gắng bố trí và sắp xếp để các giáo sư, tiến sĩ và các thầy, cô giáo có kinh nghiệm của bộ môn viết và biên soạn cuốn giáo trình đào tạo sau đại học cho các đối tượng bác sĩ chuyên khoa cấp I, cấp II, thạc sĩ, cũng như bác sĩ nội trú và nghiên cứu sinh. Đây là một công việc rất khó khăn và thiếu thốn nói chung của hệ thống đào tạo trong việc biên soạn giáo trình bài giảng sau đại học. Lại càng khó đối với mỗi chuyên ngành. Tuy vậy, việc cho ra đời cuốn sách này, chắc sẽ phần nào giúp cho các giảng viên cũng như học viên và nghiên cứu viên có được cuốn tài liệu làm cơ sở cho việc biên soạn các bài giảng chuyên đề cũng như nghiên cứu, tham khảo và học tập của mình. Với một thời gian ngắn nhằm đáp ứng nhu cầu tăng rất nhanh về đào tạo sau đại học trước mắt và những năm sắp tới. Trong cuốn sách này, chúng tôi cũng cố gắng đưa vào một vài mẫu bài giảng theo phương pháp tích cực, đó là những vấn đề "nóng bỏng" trong thực hành lâm sàng và cấp cứu sản – phụ khoa hàng ngày, điều dễ gây ra những gây cấn có tính xã hội trong giai đoạn hiện nay ví dụ như vấn đề "choáng sản khoa" hoặc "chuyển dạ đình trệ" để tham khảo về soạn bài, giảng bài và kế hoạch bài giảng... chung cho các bài lý thuyết mà cuốn sách này sẽ cung cấp cho bạn đọc.

Cho ra đời cuốn sách "Bài giảng sản – phụ khoa" dùng cho đào tạo sau đại học, chắc chắn sẽ còn những khiếm khuyết, thiếu sót, nhất là trong thời đại bùng nổ khoa học và thông tin cập nhật hiện nay. Các tác giả xin được bạn đọc, các đồng nghiệp và các nhà khoa học thực sự thông cảm và đóng góp ý kiến xây dựng cho cuốn sách để lần tái bản được đầy đủ và hoàn thiện hơn.

Xin chân thành cảm ơn.

Thay mặt ban biên soạn

CHỦ BIÊN. THẦY THUỐC NHÂN DÂN-

BS CAO CẤP - PGS.TS.BSCKII NGUYỄN ĐỨC VY

CHỦ NHIỆM BỘ MÔN PHỤ SẢN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

MỤC LỤC

Đẻ khó	7
Đa ối	36
Thai chết lưu trong tử cung	43
Hậu sản thường	53
Chuyển dạ đình trệ	61
Kế hoạch bài giảng	71
Giác hút sản khoa	75
Forceps	86
Chỉ định, kỹ thuật và tai biến của mổ lấy thai	100
Choáng sản khoa	112
Kế hoạch bài giảng	118
Nhiễm khuẩn và thai nghén	123
HIV/AIDS và thai nghén	148
Chăm sóc sơ sinh	154
Một số bệnh hay gặp ở trẻ sơ sinh	160
Phòng chống nhiễm khuẩn trong sản - phụ khoa và KHHGĐ	172
Mãn kinh và các vấn đề rối loạn bệnh lý sau mãn kinh	177
Sinh lý phụ khoa	181
Vòng kinh không phóng noãn	195
Thống kinh	198
Rong kinh rong huyết	202
Vô kinh	208
Đại cương về vô sinh	219
Một số thăm dò trong phụ khoa	226
Sử dụng hormon trong phụ khoa	238
Liệu pháp bổ sung nội tiết cho phụ nữ tuổi mãn kinh	248

Dị dạng cơ quan sinh dục 253
Rò tiết niệu, trực tràng - âm đạo 261
Chửa ngoài tử cung 269
Bệnh nguyên bào nuôi 281
Các bệnh tuyến vú 300
U xơ tử cung 311
Chửa trứng 316
Những biện pháp kế hoạch hoá gia đình 323
Ung thư thân tử cung 341

ĐẺ KHÓ

TS. Lê Thị Thanh Vân

Đẻ bất thường: ngôi bất thường, cơn co bất thường, ống đẻ bất thường, phần phụ bất thường.

Đẻ thường: Tất cả các yếu tố về mẹ, thai, phần phụ của thai bình thường. Cuộc chuyển dạ tiến triển bình thường. Sản phụ đẻ đường dưới. Tình trạng mẹ và thai nhi tốt.

Đẻ khó: Nếu một trong các yếu tố bất thường, cuộc đẻ có nhiều khó khăn, phải can thiệp. Đẻ khó là một trong những quy định hay gặp nhất của mổ lấy thai.

Trên lâm sàng chia nguyên nhân đẻ khó làm 2 nhóm:

- Nguyên nhân cơ giới: đa số các nguyên nhân đẻ khó: ống đẻ bất thường, phần phụ bất thường, ngôi bất thường.
- Nguyên nhân cơ năng: đẻ khó do cơn co tử cung.

I. NGÔI BẤT THƯỜNG

Đẻ khó do ngôi thai là những trường hợp ngôi thai không có cơ chế đẻ, nghĩa là không thể đẻ đường dưới như ngôi vai, hay các ngôi phải thay đổi, đầu cúi thêm thành ngôi chỏm hay đầu ngửa quay ra trước (cằm vệ) mới có thể đẻ đường âm đạo.

Khác với ngôi chỏm là ngôi đầu cúi tốt, ngôi mặt ngôi trán và ngôi thóp trước là ngôi cúi không tốt, hay không cúi (ngôi trán và ngôi thóp trước), đầu ngửa hoàn toàn (ngôi mặt). Các ngôi này thường là hậu quả sự bình chỉnh không tốt của thai nhi trong tiểu khung do: khung chậu không bình thường, tử cung kém trương lực (đẻ nhiều lần), hay sự căng dãn quá mức của tử cung (đa ối), bất thường đầu thai nhi (đầu dài), bất thường rau, u tiền đạo.

Ngôi này không chẩn đoán trước khi chuyển dạ. Đây là các ngôi trung gian, thay đổi trong khi chuyển dạ. Không chỉ định tuyệt đối mổ lấy thai như ngôi ngang.

1. Ngôi mặt

1.1. Đại cương

Định nghĩa: Ngôi mặt là ngôi đầu ngửa hẳn, mặt trình diện trước eo trên. Mốc của ngôi là cằm. Ngôi mặt là ngôi đẻ khó hơn ngôi chỏm. Ngôi mặt kiểu thế trước đẻ dễ hơn ngôi mặt kiểu thế sau, nhưng chỉ có một kiểu sổ là cằm vệ, cằm cùng không sổ được.

Tỷ lệ: 1/50 ca đẻ.

Trong chuyển dạ có thể cúi hơn biến thành ngôi trán.

1.2. Nguyên nhân

Ngôi mặt nguyên phát rất ít. Đa số ngôi mặt thứ phát, xảy ra trong chuyển dạ khi ngôi cao, bình chỉnh kém, dễ di động.

Các yếu tố thuận lợi cho ngôi mặt:

- Về phía mẹ: khung chậu hẹp, dị dạng tử cung, tử cung 2 sừng, tư thế tử cung lệch bên hay đổ ra trước, tử cung có u xơ ở eo, tử cung nhão do đẻ nhiều lần.
- Về phía thai: thai to, đầu to, u ở cổ, cột sống bị gù, thai vô sọ.
- Về phần phụ của thai: rau tiền đạo, dây rau ngắn, cuốn cổ, đa ối.

1.3. Cơ chế đẻ trong ngôi mặt

1.3.1. Lọt: đường kính lọt hạ cằm thóp trước 9,5cm. Lọt không khó khăn. Khi lọt mặt trình diện hoàn toàn ở eo trên. Lọt đối xứng, trung tâm của ngôi cũng là trung tâm eo trên. Đường kính hạ cằm thóp trước trùng đường kính chéo (đặc biệt đường kính chéo trái 12cm), trong khi đường kính ngang lưỡng gò má (8,5 - 9cm) dễ dàng lọt theo đường kính khác. Tuy vậy đường kính lớn nhất của ngôi chưa lọt ngay, sẽ lọt sau.

1.3.2. Xuống và quay: giai đoạn quyết định có thể đẻ đường dưới được hay không mà phải xuống theo đường kính ngang lưỡng mỏm vai nhỏ 9,5cm. Tiến triển ngôi hoàn toàn phụ thuộc vào hướng quay của đầu.

- ***Hướng ra trước***: đầu phải quay 45^0 đối với kiểu thế trước, và 135^0 với kiểu thế sau. Quay phải sớm để đưa cằm về dưới khớp vệ trước khi ngôi xuống. Sự trượt của cằm dưới khớp vệ là có thể bởi chiều dài lớn nhất của cổ tương xứng với chiều dài của khớp vệ, cho phép triệt tiêu đường kính lớn nhất. Lấy cằm làm điểm tựa đầu quay xung quanh xương vệ, chẩm nằm trong hõm xương cùng, khối đầu thân không thành một khối. Ngôi theo trục trước sau của eo dưới, cho phép đầu sổ ra ngoài.
- ***Hướng ra sau***: cằm không thể sổ theo kiểu thế sau vì chiều dài xương cùng lớn hớn chiều dài cổ xương ức, gây vướng vào thành sau khung chậu, mà thành sau dài hơn khớp vệ so với kiểu thế trước. Ngôi không thể xuống được.

1.3.3. Sổ: cằm vệ sổ được, cằm cùng không sổ được vì thóp trước sẽ cố định ở dưới khớp vệ, sau đó đầu ngửa dần cho tới đường kính ức thóp trước (15cm).

Sổ cằm vệ: hạ cằm cố định dưới khớp vệ, sau đó đầu cúi dần để xuất hiện từng đường kính hạ cằm trán, hạ cằm thóp trước, hạ chẩm cằm. Sau khi sổ xong đường kính hạ chẩm cằm thì đầu sổ hoàn toàn. Tuy nhiên nguy cơ rách tầng sinh môn rộng do đường kính hạ chẩm cằm 13,5cm.

1.4. Tiên lượng

So với ngôi chỏm, tiên lượng không tốt bằng. Thời gian chuyển dạ lâu hơn, ối phồng dễ gây vỡ ối sớm gây nhiễm khuẩn ối. Đối với kiểu cằm sau thì khó khăn hơn nhiều vì ngôi có thể bị kẹt trong tiểu khung gây vỡ tử cung. Tiên lượng tốt với kiểu cằm trước nhưng khi sổ dễ bị rách âm hộ âm đạo vì đường kính sổ của thai quá to.

Tiên lượng đối với thai không tốt vì chuyển dạ lâu, nhiều khi phải can thiệp bằng forceps dễ gây sang chấn sọ não. Nếu đẻ được, thai có dấu hiệu uốn khuôn, mặt tím, phù, đầu dài, thân ưỡn cong.

1.5. Chẩn đoán

1.5.1. Trong khi có thai

- Nhìn: không có gì đặc biệt, vẫn có thể thấy biểu hiện ngôi đầu, tử cung hình trứng.
- Nắn: là phương pháp duy nhất cho biết rõ. Đầu ở phía dưới, chúc vào eo trên. Kiểu cằm trước, khó nắn thấy lưng, bướu chẩm và rãnh gáy, nắn rõ cằm hình móng ngựa, và nắn rõ các chi. Nếu là kiểu cằm sau, nắn thấy bướu chẩm to, tròn, rắn, giữa bướu chẩm và lưng có rãnh gáy, gọi là dấu hiệu nhát dìu (trừ trường hợp thai vô sọ), khó nắn thấy cằm và các chi.
- Nghe: tim thai không có gì đặc biệt, vị trí tim thai ở vùng quanh rốn.
- Thăm âm đạo không rõ vì cổ tử cung chưa xoá mở.
- Chụp phim X quang: Thấy hình ảnh cột sống uốn cong, có thể phát hiện thai dị dạng, thai vô sọ hay có u bất thường ở cổ.

1.5.2. Trong khi chuyển dạ

Nhìn nắn và nghe cũng giống như trong khi có thai nhưng khó hơn vì có cơn co tử cung. Có thể thấy dấu hiệu gợi ý đầu cúi không tốt.

Thăm âm đạo cần phải thăm khám nhẹ nhàng không gây chấn thương cho thai (ví dụ mắt). Là dấu hiệu chính phát hiện ngôi mặt. Khi ối chưa vỡ khám khó khăn vì ối phồng, ngôi cao, phải cẩn thận tránh vỡ ối, khám khi không có cơn co tử cung. Khi ối đã vỡ cổ tử cung mở luôn sờ thấy đường khớp giữa hai xương trán, sống mũi và 2 hố mắt, 2 lỗ mũi, hàm trên mồm, hàm dưới hình móng ngựa. Nhận rõ mỏm cằm là xác định ngôi. Không bao giờ sờ được thóp trước.

1.5.3. Chẩn đoán thế và kiểu thế

Mốc ngôi mặt là mỏm cằm.

Thế: nắn lưng bên nào thì thế bên đối diện vì cằm đối diện với lưng.

Kiểu thế vị trí cằm so các phần khung chậu. Có 4 kiểu thế lọt:

- Cằm chậu trái trước (CaCTT) 20%.

- Cằm chậu phải sau (CaCFS) 30%.
- Cằm chậu phải trước (CaCFT) 27%.
- Cằm chậu trái sau (CaCTS) 10%.

Chỉ có các kiểu thế trước mới dễ dàng quay ra trước trở thành cằm - vệ mới đẻ được đường dưới.

1.5.4. Chẩn đoán phân biệt

Ngôi trán: không bao giờ được nhầm với ngôi trán vì là ngôi không có cơ chế đẻ đường dưới. Trong ngôi trán không sờ được mồm và cằm.

Ngôi mông: khi nào có bướu huyết thanh to mới nhầm với ngôi mông không toàn. Dễ nhầm hai má với mông. Phân biệt bằng cách khám ngoài thấy đầu ở trên mạng sườn, thăm âm đạo phân biệt mồm với hậu môn (bằng cách cho ngón tay thăm dò nếu là mồm có phản xạ mút, nếu là hậu môn có phân xu, chú ý chỉ phân biệt được khi ối đã vỡ.

1.6. Thái độ xử trí

- Phải dựa vào tiến triển của ngôi:
- Hướng quay của đầu:
  + Nếu cằm quay ra trước (cằm vệ) thì đẻ đường dưới được. Nếu quay ra sau (cằm cùng) thì phải mổ lấy thai không chậm trễ. Chuyển dạ chậm, lọt khó, hay gây ngừng chuyển dạ. Thai luôn bị đe doạ sa dây rau, chèn ép dây rau giữa chẩm và lưng gây thiếu oxy cho thai, suy thai.
- Sổ thai: khi xuất hiện ở âm hộ cằm, mồm, mũi, trán, thóp trước và chẩm, sau đó là hạ chẩm. Sự sổ phải được kiểm tra nghiêm ngặt, tầng sinh môn theo dõi thường xuyên, những chỉ định cắt tầng sinh môn rất rộng rãi. Nếu cần thiết phải lấy thai bằng forceps, chú ý khi đưa thìa vào và kéo thai ra.
- Trong ngôi mặt phải loại trừ thai dị dạng: thai hình "ống máng" (đầu biến dạng, dài ra phía sau, môi và mi mắt phù nề). Thai vô sọ để đẻ đường dưới tự nhiên.
  + Nếu ngôi mặt kiểu cằm trước, khi chuyển dạ giữ ối đến cùng, chờ cổ tử cung mở hết, ngôi tiến triển tốt đầu ngửa hẳn và xuống, quay về cằm vệ, khi thai sổ phải cắt tầng sinh môn rộng.
  + Nếu ngôi mặt kiểu thế sau, theo dõi chuyển dạ sát sao, bảo vệ ối. Nếu ối vỡ, ngôi chưa quay về cằm trước phải mổ lấy thai.
  + Ngôi mặt nếu khung chậu không cân xứng với thai nhi, kèm theo yếu tố đẻ khó (con so lớn tuổi, tiền sử sản khoa nặng nề, ối vỡ) nên mổ lấy thai.
  + Ngôi mặt thai chết, huỷ thai bằng kẹp nát đáy sọ và lấy thai bằng đường âm đạo. Nếu có dấu hiệu vỡ tử cung phải mổ lấy thai.

2. Ngôi trán

2.1. Đại cương

2.1.1. Định nghĩa: Ngôi trán là ngôi phần trán trình diện trước eo trên. Là ngôi trung gian giữa ngôi chỏm và ngôi mặt, nghĩa là ngôi đầu cúi không tốt và ngửa không tốt.

Ngôi hiếm gặp. Tỷ lệ 1/1000. Ngôi trán chỉ xảy ra trong chuyển dạ. Nếu ngôi trán còn cao lỏng có thể tiến triển cúi thêm để biến thành ngôi chỏm hay ngửa thêm để trở thành ngôi mặt. Nếu ngôi trán đã cố định là một ngôi đẻ khó, không thể đẻ đường dưới được vì đường kính của ngôi là thượng chẩm cằm 13,5cm không thể lọt qua đường kính chéo của eo trên nếu thai nhi đủ tháng. Đẻ được đường dưới chỉ là hãn hữu khi thai rất nhỏ.

Chẩn đoán phải sớm và chính xác để mổ lấy thai tránh biến chứng cho thai và mẹ.

2.1.2. Nguyên nhân: Có những yếu tố thuận lợi gây ra ngôi trán trong khi chuyển dạ như con dạ đẻ nhiều lần, tử cung lệch so với trục của eo trên, khung chậu dẹt, thai to. Vì vậy ngôi trán gặp nhiều ở người con dạ hơn ở con so.

2.2. Cơ chế đẻ

Có hai tình huống xảy ra khác hẳn nhau:

Khi thai đủ tháng, cân nặng bình thường, chẩn đoán rõ ràng hay có dấu hiệu gợi ý ngôi trán thì phải mổ lấy thai vì thai không thể lọt được.

Khi thai non tháng, thai nhỏ (thai đôi), có thể đẻ đường dưới được nên cần phải biết cơ chế đẻ của ngôi. Nhưng không bao giờ được quên rằng cuộc đẻ rất vất vả, cần phải cố gắng lớn và theo dõi sát sao:

2.2.1. Lọt: Các đường kính lọt của ngôi có thể to hơn các đường kính của eo trên nên đầu thai nhi phải biến dạng nhiều, uốn khuôn, chồng khớp, xuất hiện bướu huyết thanh sớm, lọt không đối xứng, trán uốn dài trong hõm xương cùng còn chẩm kéo dài về phía lưng: hoặc là đầu cúi hơn để cho bướu chẩm lọt trước và khối mặt lọt sau, hoặc là đầu ngửa thêm để khối mặt lọt trước và bướu chẩm lọt sau. Đầu lọt theo đường kính ngang hay chéo. Lọt theo hình chữ "S".

2.2.2. Xuống và quay: Nếu lọt được thì xuống và quay cũng rất chậm và khó, đầu ở vị trí mũi vệ. Mặt ở sau khớp vệ, xương hàm trên cố định bờ dưới khớp vệ, chẩm ở trong hố cùng chậu. Trục đầu hướng theo đường kính trước sau eo dưới, thai dễ mắc lại dưới khớp vệ.

2.2.3. Sổ: Đầu thực hiện một loạt động tác gần giống sổ chẩm cùng, đầu cúi rồi ngửa. Hàm trên cố định bờ dưới khớp vệ, đầu cúi dần để các phần mũi, trán, thóp trước, chẩm, hạ chẩm ra dần, sau đó đầu ngửa, hạ chẩm tì vào hai ngành bên âm hộ, đầu ngửa dần để mồm và cằm sổ ra. Khi sổ chẩm tầng sinh môn phải dãn tối

đa và phải chỉ định cắt tầng sinh môn rộng rãi. Đó cũng là chỉ định của thai non tháng và thai bé.

Phần sau đẻ bình thường.

2.3. Triệu chứng

2.3.1. Trong khi có thai không chẩn đoán được ngôi trán vì ngôi này chỉ xảy ra trong chuyển dạ.

2.3.2. Khi chuyển dạ

- Khám bụng thấy các dấu hiệu của ngôi cúi không tốt. Nhìn bụng thấy tử cung hình trứng, thai nằm dọc, nắn ngoài thấy ngôi cao, cúi không tốt, không di động, ngôi cố định trong tiểu khung. Có thể sờ thấy một khối tròn nhô ra đó là chẩm, ngăn với diện lưng bởi một rãnh (dấu hiệu nhát rìu), đôi khi sờ thấy một phần nhô của cằm bên đối diện do đầu ngửa.
- Thăm âm đạo: chỉ có chẩn đoán là ngôi trán khi khám thấy ngôi đã cố định vào tiểu khung, tất cả ngôi còn cao có thể cúi thêm để trở thành ngôi chỏm.

Khi thăm âm đạo sờ thấy trán ở tiểu khung có đường khớp giữa hai xương trán, sờ thấy thóp trước hình trám 4 cạnh, 4 góc, sờ được hai hốc mắt, gốc mũi và hai lỗ mũi, có thể thấy hàm trên. Không sờ thấy thóp sau, mồm và cằm. Mốc của ngôi trán là gốc mũi, nó nổi lên hình tháp, cứng không bao giờ bị phù nề cả khi có bướu huyết thanh, hai bên sờ thấy gờ hốc mắt, phía trên là lông mày.

2.4. Chẩn đoán

2.4.1. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng như đã mô tả, kết hợp với các xét nghiệm cận lâm sàng.

Chụp X quang thai và siêu âm cho phép xác định ngôi thai khó chẩn đoán khi thấy đầu ngửa, tăng phần rỗng của tiểu khung. Ngoài ra còn loại trừ được thai dị dạng như vô sọ, não úng thuỷ tránh mổ lấy thai không cần thiết.

2.4.2. Chẩn đoán ngôi thế kiểu thế

Dựa vào mốc của ngôi là thóp trước ở vị trí nào so với khung chậu người mẹ để chẩn đoán:

- Ngôi mũi chậu trái trước và mũi chậu phải sau lọt theo đường kính chéo trái.
- Mũi chậu phải trước, mũi chậu trái sau lọt theo đường kính chéo phải.
- Mũi chậu phải ngang và mũi chậu trái ngang lọt theo đường kính ngang.

Đường kính trước sau eo trên không dùng vì nó quá bé so với đường kính lọt của ngôi.

2.4.3. Chẩn đoán phân biệt

Ngôi chỏm: không bao giờ sờ thấy thóp sau ở ngôi trán. Trong ngôi chỏm sờ thấy thóp sau ở chính giữa cổ tử cung là ngôi chỏm cúi tốt, vừa sờ thấy thóp trước, vừa thấy thóp sau là ngôi chỏm cúi không tốt, nhưng không bao giờ sờ thấy xương trán.

Ngôi mặt: không bao giờ sờ thấy cằm. Trong ngôi mặt sờ thấy đường khớp giữa hai xương trán, sống mũi với hai hố mắt, hai lỗ mũi, hàm trên, mồm, hàm dưới (hình móng ngựa), cằm là xác định được ngôi mặt, không sờ thấy thóp trước.

2.5. Tiên lượng

Tiên lượng cho mẹ và con phụ thuộc vào chẩn đoán sớm hay muộn. Nếu phát hiện sớm, phẫu thuật kịp thời, tiên lượng tốt cho cả mẹ và con. Nếu phát hiện muộn, xử trí không kịp thời, tiên lượng xấu, có thể gây vỡ tử cung đe doạ tính mạng cả mẹ và con. Nếu đẻ được đường dưới trong trường hợp thai nhỏ có thể bị rách âm đạo, tầng sinh môn, vỡ bàng quang, tổn thương trực tràng gây rò bàng quang âm đạo, rò trực tràng âm đạo. Vì vậy phải chủ động cắt nới tầng sinh môn rộng.

2.6. Thái độ xử trí

Khi ối chưa vỡ, ngôi cao lỏng, tốt nhất là chờ đợi và theo dõi, ngôi có thể tự chuyển thành ngôi chỏm hay ngôi mặt. Tuyệt đối không được làm cho đầu cúi tốt hơn vì dễ làm vỡ ối, sa dây rau.

Nếu ối đã vỡ phải chuyển mổ lấy thai ngay không được nội xoay thai.

Chú ý tất cả trường hợp chẩn đoán xác định ngôi trán đã cố định đều chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối (trừ trường hợp thai quá nhỏ). Một điểm cần lưu ý là khi ngôi trán bị mắc kẹt trong tiểu khung, việc mổ lấy thai, lấy được đầu lên cũng không phải dễ dàng. Vì vậy cần theo dõi chuyển dạ thật sát không để xảy ra biến chứng thai mắc kẹt trong tiểu khung, tử cung co cứng, tăng trương lực, bướu huyết thanh to nhiều khi lại nhầm là ngôi trán đã lọt dẫn đến vỡ tử cung, suy thai cấp và chết thai.

Nếu trong trường hợp thai chết, không có dấu hiệu doạ vỡ tử cung và vỡ tử cung, cổ tử cung đủ mở để huỷ thai đường âm đạo bằng cách chọc óc, kẹp sọ lấy thai ra. Nếu có hiện tượng doạ vỡ tử cung dù thai chết cũng phải mổ lấy thai, rồi tuỳ theo tổn thương ở tử cung quyết định bảo tồn hay cắt tử cung, chú ý kiểm tra các tạng trong bụng nhất là bàng quang có tổn thương hay không.

3. Ngôi thóp trước

3.1. Đại cương

Định nghĩa: ngôi thóp trước là ngôi đầu hơi ngửa, ngôi trung gian giữa ngôi chẩm và ngôi trán. Người ta cũng coi ngôi thóp trước là một loại ngôi trán sờ thấy thóp trước, ngôi trán hơi cúi. Tiên lượng và cách xử trí gần giống ngôi trán.

3.2. Cơ chế đẻ

Lọt chỉ có thể xảy ra khi đầu cúi thêm để chuyển thành ngôi chẩm. Nếu không lọt, xuống, quay rất khó khăn đường kính ngang của ngôi là đường kính chẩm - trán 12cm. Sự uốn khuôn, biến dạng đầu rất nhiều thành lập bướu huyết thanh sớm. Sổ cũng theo hình "S" quay xung quanh trục tạo bởi bờ dưới khớp vệ và gốc mũi. Động tác cúi cho phép sổ trán và thóp trước, chẩm và hạ chẩm tỳ vào âm hộ sau đó ngửa dần ra để sổ mũi, mồm và cằm.

3.3. Triệu chứng

Khám bụng không có gì đặc biệt như ngôi trán, có biểu hiện đầu cúi không tốt. Thăm âm đạo là chính, tìm mốc của ngôi ở trung tâm lỗ cổ tử cung (dấu hiệu chữ thập). Gốc mũi có thể sờ thấy nhưng ngoại vi, không ở trung tâm như trong ngôi trán.

Vị trí thóp trước ở đâu so với tiểu khung tạo nên thế và kiểu thế: phải, trái, trước sau (kiểu thế trước hay gặp 80%).

Tiến triển của ngôi có thể là không thuận lợi khi đầu lọt không tốt mắc thai trong tiểu khung. Thuận lợi nếu đầu cúi thêm nếu không phải mổ lấy thai nếu có dấu hiệu tiến triển không tốt: ối vỡ, doạ vỡ tử cung.

3.4. Xử trí

Như ngôi trán. Tùy theo tiến triển của ngôi, nếu đầu cúi thêm trở thành ngôi chỏm, hay ngửa thêm thành ngôi mặt có thể đẻ đường dưới. Nếu ối vỡ, kèm thêm các yếu tố đẻ khó khác thì mổ lấy thai.

4. Ngôi vai

4.1. Đại cương

Định nghĩa: ngôi vai còn gọi là ngôi ngang. Ngôi thai không nằm dọc theo trục của tử cung mà nằm ngang. Khi chuyển dạ vai sẽ trình diện trước eo trên, một cực thai nằm ở hố chậu phải hay trái, và một cực nằm ở phía dưới sườn.

Ngôi chếch là ngôi có mông nằm ở một bên hố chậu.

Mốc của ngôi vai là mỏm vai.

Là một ngôi hiếm gặp. Tỷ lệ 3/1000, là ngôi bất thường, không có cơ chế đẻ, không đẻ đường dưới được khi thai sống, đủ tháng. Chỉ có thể đẻ được khi đủ điều kiện nội xoay thai biến ngôi vai thành ngôi mông, hoặc thai nhỏ đã chết nát lâu.

4.2. Nguyên nhân

4.2.1. Thuộc về phía mẹ

- Con dạ đẻ nhiều lần làm tử cung nhão, thai ở tư thế ngang, không thể xoay sang tư thế dọc.

- Con so có tử cung dị dạng như tử cung 2 sừng, tử cung có vách ngăn giữa hay tử cung có đường kính ngang rộng hơn bình thường, tử cung có u xơ.
- Có thể do khung chậu hẹp, khối u tiền đạo.

4.2.2. Nguyên nhân thuộc về thai

- Trong sinh đôi, thai thứ nhất sổ, tử cung rộng, thai thứ hai không bình chỉnh tốt, nằm tư thế ngang.
- Thai đẻ non tháng, hoặc thai đã chết lưu trong tử cung, không có sự bình chỉnh giữa thai và tử cung.

4.2.3. Nguyên nhân thuộc về phần phụ của thai

- Đa ối, tư thế thai trong tử cung không cố định.
- Rau tiền đạo hoặc dây rau ngắn làm cho thai không ở tư thế dọc.

4.3. Chẩn đoán

4.3.1. Chẩn đoán xác định

a. Trong thời kỳ thai nghén

- Có tiền sử đẻ ngôi vai, đã phát hiện tử cung dị dạng, hai sừng hoặc khối u tiền đạo.
- Nhìn tử cung bè ngang.
- Sờ nắn: trên khớp vệ không thấy đầu hay mông, tiểu khung rỗng, ngược lại nắn hai bên hố chậu sẽ thấy cực đầu hay mông thai. Giữa hai cực đầu và mông sẽ nắn thấy diện phẳng đó là lưng (nếu lưng nằm phía trước), hay nắn thấy lổn nhổn các chi (nếu lưng nằm phía sau).
- Nghe tim thai rõ nếu lưng nằm trước. Lưng sau khó nghe hơn.
- Thăm âm đạo: ngôi rất cao, tiểu khung rỗng.

b. Khi chuyển dạ

- Nắn khó vì có cơn co tử cung, phải nắn khi không có cơn co sẽ thấy các dấu hiệu như mô tả phần trên.
- Thăm âm đạo: nếu ối chưa vỡ thấy đầu ối phồng, cẩn thận tránh làm vỡ ối, nếu ối vỡ sờ thấy mỏm vai, xương sườn thai nhi, hố nách. Có khi sờ thấy một tay thai nhi thò ra ngoài cổ tử cung, sa trong âm đạo hay ra ngoài âm hộ. Dấu hiệu ngón tay cái: đặt bàn tay thai nhi ngửa, ngón tay cái chỉ vào đùi của người mẹ, nếu chỉ vào đùi trái thì tay thai nhi là đùi trái, nếu chỉ vào đùi phải tay thai nhi là tay phải.

4.3.2. Chẩn đoán thế và kiểu thế

- Không dựa vào lưng thai nhi để chẩn đoán thế vì dù vai ở bên phải hay bên trái, lưng thai nhi có thể ở trước hay sau.

- Thường dựa vào đầu thai ở bên nào, tức là vai ở bên đó mà chẩn đoán thế.
- Theo vị trí xương mỏm vai ở vị trí nào tiểu khung có 4 kiểu thế: vai chậu trái trước, vai chậu phải sau, vai chậu phải trước, vai chậu trái sau.
- Chẩn đoán kiểu thế dựa vào 3 yếu tố:
  + Đầu ở bên trái hay bên phải.
  + Tên của mỏm vai hay tay thai nhi thò ra.
  + Lưng trước hay lưng sau.

Trên thực tế chỉ cần 2 yếu tố là đủ. Có thể chỉ dựa vào đầu và lưng hay vai và lưng để chẩn đoán.

Ví dụ: đầu trái, lưng trước thì là vai chậu trái trước. Đầu phải, lưng sau là vai chậu phải sau.

4.3.3. Chẩn đoán phân biệt

- Ngôi đầu sa chi: khi thăm âm đạo sờ thấy chi, phải tìm xem ở eo trên có đầu không. Với ngôi vai không sờ thấy đầu.
- Ngôi mông hoàn toàn: khi thăm âm đạo sờ thấy chi nhưng trong ngôi mông sờ thấy đỉnh xương cùng. Trong ngôi vai sờ thấy hố nách và xương sườn.
- Nếu trong chẩn đoán còn nghi ngờ có thể sử dụng X quang và siêu âm.

4.4. Cơ chế đẻ

Ngôi vai không có cơ chế đẻ nếu thai đủ tháng. Nhưng nếu thai quá nhỏ hoặc thai chết khi còn non tháng, khung chậu rộng, thai nhi có thể đẩy ra ngoài được bằng cách khi lọt thai thường gập đôi người lại cho vai và lưng xuống trước, rồi đến mông lọt và xuống. Sau khi mông đã sổ được thì phần còn lại của thai nhi sẽ sổ như trong ngôi mông, đầu sổ cuối cùng. Đẻ bằng cách thân thai nhi gập đôi lại, chỉ xảy ra khi thai chết nát đã lâu, các phần mềm nhũn, thân sẽ gập lại dễ dàng.

4.5. Tiến triển và tiên lượng

Nếu ngôi vai không được phát hiện và xử trí kịp thời sẽ dẫn đến hình thái lâm sàng gọi là ngôi vai buông trôi: nghĩa là ngôi vai không được theo dõi, ối vỡ, tử cung co cứng bóp chặt vào thai nhi, dẫn đến tình trạng doạ vỡ tử cung và vỡ tử cung đe doạ tính mạng cả mẹ và con.

Nếu ngôi vai được chẩn đoán và xử trí kịp thời sẽ tránh các biến chứng trên, trừ trường hợp thai non tháng, chết nát, có thể đẻ được theo cơ chế đã mô tả ở trên.

4.6. Thái độ xử trí

4.6.1. Trong thời kỳ thai nghén: Thai phụ phải được khám định kỳ, đặc biệt trong 3 tháng cuối của thời kỳ thai nghén nếu phát hiện được ngôi ngang. Thai phụ phải được quản lý thai tại cơ sở y tế có điều kiện phẫu thuật, theo dõi sát sao. Việc xoay thai ngoài không được đặt ra và không được tiến hành.

4.6.2. Trong khi chuyển dạ: Thái độ xử trí phụ thuộc 3 yếu tố:

- Tình trạng ối.
- Sự di động được của thai.
- Không có suy thai.

Hai tình huống được đặt ra:

- Mổ lấy thai ngay lập tức sau khi chẩn đoán:
  + Đối với con so khi có dấu hiệu chuyển dạ.
  + Đối với con dạ thai to.
  + Con dạ có tiền sử sản khoa nặng nề, con quý hiếm.
  + Màng ối vỡ, dễ sa dây rau, sa chi nên phải khám ngay chẩn đoán và xử trí cấp cứu.
  + Rau tiền đạo, tử cung dị dạng.
- Nếu thai chết: cắt thai qua cột sống, chỉ cắt thai khi thai nhỏ có đủ điều kiện, thai xuống thấp, sờ được cổ thai nhi, đoạn dưới tử cung chưa kéo dài, cổ tử cung mở hết để có thể đưa kéo vào buồng tử cung dễ dàng.

Đối với trường hợp cắt thai khó khăn, không đủ điều kiện, thầy thuốc chưa có kinh nghiệm tiến hành thủ thật thì phải mổ lấy thai cho dù thai đã chết.

Trường hợp nhiễm khuẩn ối nên mổ lấy thai chú ý chèn gạc tốt đề phòng viêm phúc mạc sau mổ đẻ, cho kháng sinh liều cao, nếu nhiều con nên cắt tử cung bán phần.

Nếu vỡ tử cung, phải mổ lấy thai, sau đó tuỳ điều kiện mà khâu bảo tồn tử cung hay cắt tử cung bán phần. Phải kiểm tra tổn thương bàng quang, trực tràng, tránh khâu và cắt phải niệu quản.

4.6.3. Xoay thai

Mục đích: biến ngôi ngang thành ngôi dọc với điều kiện:

- Ối chưa vỡ.
- Thai có thể xoay được.
- Khung chậu bình thường.
- Không có u tiền đạo.
- Rau bám vị trí bình thường.
- Tại cơ sở phẫu thuật để xử trí kịp thời khi có tai biến.
- Bác sĩ có kinh nghiệm.

ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN
TRUNG TÂM HỌC LIỆU

4.6.3.1. Ngoại xoay thai: Phải làm nhẹ nhàng, cẩn thận vì nguy cơ vỡ ối sa dây rau. Xoay cực đầu hay cực mông về eo trên sau đó khám và quản lý thai nghén, theo dõi chuyển dạ, cuộc đẻ tiến triển như bình thường.

Ngoại xoay thai thời điểm tốt nhất 32-35 tuần. Tuyệt đối không ngoại xoay thai trước 32 tuần vì thời điểm này thường là ngôi ngược, thai có khả năng tự bình chỉnh trong tử cung. Cũng không làm muộn quá 36 tuần bởi vì thai to, khó làm.

Khi ngoại xoay thai phải thực hiện dưới siêu âm. Làm tại cơ sở có phẫu thuật, bệnh nhân phải nằm viện theo dõi.

Tai biến ối vỡ, sa dây rau, máu tụ sau rau, gây chuyển dạ sớm.

4.6.3.2. Nội xoay thai

Mục đích: biến ngôi ngang thành ngôi mông bằng cách cho tay vào buồng tử cung nắm được chân thai nhi kéo xuống.

Thủ thuật này chỉ thực hiện trong chuyển dạ, khi cổ tử cung mở hết, tử cung không có sẹo mổ cũ. Thường sau nội xoay thai, tiến hành đại kéo thai ra luôn khi có suy thai cấp (ví dụ thai thứ 2 trong thai đôi).

II. PHẦN PHỤ BẤT THƯỜNG

Phần phụ bất thường bao gồm vị trí rau bám bất thường, dây rau bất thường, màng thai và nước ối bất thường.

1. Vị trí rau bám bất thường

Bình thường rau bám ở đáy tử cung (thân tử cung) khi rau không bám hoàn toàn vào thân tử cung, mà một phần hay toàn bộ bám vào đoạn dưới tử cung gọi là rau tiền đạo.

Rau tiền đạo gây chảy máu, làm ngôi bình chỉnh không tốt, gây ra đẻ khó. Rau tiền đạo cũng được coi là yếu tố cơ học cản trở sự lọt của ngôi. Hướng xử trí trong rau tiền đạo chủ yếu theo tình trạng chảy máu, ưu tiên mẹ.

Rau tiền đại trung tâm hoàn toàn phải mổ lấy thai ngay cả khi thai nhỏ, thai đã chết vì không có cách nào mở đường cho thai ra đường dưới.

Rau tiền đạo bán trung tâm, bám bên phải khi chuyển dạ, phải bấm ối để cầm máu, và chờ kết quả có đẻ đường dưới được hay không, nếu không cầm máu phải mổ lấy thai.

2. Dây rau bất thường

2.1. Dây rau ngắn

Bình thường dây rau dài 45-60cm. Dây rau ngắn có thể là ngắn tuyệt đối hay tương đối. Dây rau ngắn tuyệt đối khi độ dài dây rau từ chỗ bám bánh rau đến rốn thai nhi ngắn hơn 45cm, có khi chỉ dài 30-20cm, hoặc ít hơn. Có trường hợp hầu như không có dây rau, bánh rau bám gần sát vào rốn.

Dây rau ngắn tương đối khi chiều dài dây rau vẫn bình thường, có khi dài hơn bình thường, nhưng có những đoạn cuốn vào cổ thai nhi, vào bụng hay chân tay thai nhi nên phần còn lại dây rau ngắn hơn 45cm. Dây rau cuốn cổ có thể một

hay nhiều vòng, mỗi một vòng mất khoảng 20cm. Nguyên nhân vòng rau cuốn cổ có thể do nhiều ối, dây rau quá dài, thai cử động quá nhiều.

2.1.1. Chẩn đoán

Lâm sàng không thể khẳng định được dây rau ngắn, chỉ có thể nghi ngờ, hướng đến chẩn đoán khi trong mỗi cơn co tử cung sản phụ đau nhiều ở vùng đáy tử cung (có thể vùng rau bám), nếu các yếu tố chuyển dạ như cơn co tử cung, khung chậu ngôi thai, độ mở cổ tử cung đều bình thường nhưng ngôi không xuống được, hoặc ngôi xuống được, nhưng hết cơn co ngôi lại bị kéo lên cao, có thể chẩn đoán là dây rau ngắn, dây rau cuốn cổ.

Chẩn đoán chính xác sau đẻ hay mổ bằng cách đo dây rau, thấy rau cuốn cổ, thân hay các chi.

2.1.2. Hậu quả

Dây rau ngắn có thể gây ngôi bất thường, ngôi khó lọt, khó xuống, làm cho rau bong sớm, chảy máu khi chuyển dạ, thai dễ suy. Có khi thai bị vòng rau cuốn thắt chặt ở chân hay tay làm cho chi đó kém phát triển.

2.1.3. Thái độ xử trí

Vì lâm sàng không chẩn đoán được chắc chắn nên chỉ định mổ lấy thai vì suy thai, hay kết hợp với những nguyên nhân khác như chuyển dạ kéo dài, ngôi không lọt, ngôi bất thường.

Chỉ định forceps cũng có thể chỉ vì suy thai trong thời gian sổ thai. Khi đầu đã sổ ra ngoài nếu có dây rau cuốn cổ thì gỡ nhẹ ra khỏi cổ. Nếu có nhiều vòng cuốn cổ hay quấn quá chặt thì kẹp và cắt dây rau.

Trong ngôi mông nếu dây rau mắc vào giữa 2 chân, gỡ dây rau và luồn ra ngoài chân. Ngày nay nhờ có siêu âm (nhất là có Doppler màu) có thể phát hiện được dây rau cuốn cổ.

2.2. Sa dây rau

Bình thường dây rau ở trong buồng ối. Sa dây rau là khi dây rau sa xuống trước ngôi khi đầu ối chưa vỡ hoặc khi ối đã vỡ.

Vị trí sa có thể ở bên ngôi, trước ngôi. Dây rau có thể sa ít hay sa nhiều, sa cả búi. Sa dây rau có thể kèm theo sa các chi.

Thực tế sa dây rau không phải là đẻ khó, nhưng có tính chất cấp cứu đối với thai nhi khi thai còn sống. Nếu thai đã chết tính chất cấp cứu không còn nữa.

2.2.1. Nguyên nhân

Tất cả nguyên nhân làm mất sự bình chỉnh giữa đoạn dưới và ngôi thai đều thuận lợi cho sa dây rau:

- Ngôi bất thường, ngôi cao lỏng, đặc biệt ngôi ngang và ngôi ngược tỉ lệ sa dây rau cao.
- Thai quá nhỏ.
- Sinh đôi.
- Rau tiền đạo, khối u tiền đạo.
- Dư ối.
- Con dạ đẻ nhiều lần.
- Ối vỡ sớm.
- Kỹ thuật bấm ối không đúng trong trường hợp đầu cao lỏng, đa ối.

2.2.2. Hậu quả

- Suy thai, thai chết do dây rau bị chèn ép giữa khung xương và ngôi thai. Sự chèn ép đó nặng hay nhẹ tuỳ thuộc vào độ lọt của ngôi thai, tuỳ vào vị trí sa dây rau và tuỳ thuộc vào dây rau to hay nhỏ.
- Trong ngôi mông khối mông chèn ép dây rau không nặng như trong ngôi đầu.
- Dây rau sa phía trước bị chèn ép giữa đầu và xương vệ nhiều hơn là sa ở phía sau nằm trong rãnh cùng hông.
- Dây rau nhỏ bị ảnh hưởng nhiều hơn dây rau to.
- Chèn ép gây thiếu oxy một cách đột ngột hay từ từ gây chết thai, còn nếu có sống được cũng có thể để di chứng về sau.
- Trong trường hợp dây rau sa trong âm đạo hay ngoài âm hộ, dây rau dễ bị khô nhanh, vì không được tắm trong nước ối, các mạch máu trong dây rau trở nên cứng, tuần hoàn trong dây rau bị cản trở làm thai càng suy nhanh, nhanh chết hơn sa dây rau trong bọc ối.

2.2.3. Chẩn đoán

Sờ thấy dây rau qua màng ối hay sờ thấy dây rau khi ối đã vỡ. Kẹp dây rau bằng 2 ngón tay, hay bằng một ngón tay ấn vào xương chậu, ngoài cơn co tử cung kiểm tra dây rau còn đập không. Nếu dây rau còn đập chứng tỏ thai còn sống, nếu khám trong cơn co tử cung tuần hoàn rau thai giảm nên có thể nhầm là dây rau không còn đập. Cũng có trường hợp dây rau không đập nhưng tim thai vẫn còn, do tuần hoàn trong dây rau yếu chứ chưa ngừng, thai vẫn được nuôi dưỡng, những trường hợp như vậy phải mổ cấp cứu ngay để cứu thai.

Khó phát hiện trong trường hợp dây rau sa bên ngôi.

Trong trường hợp chẩn đoán chưa rõ ràng, phải hồi sức mẹ, và kiểm tra lại.

Chẩn đoán thai chết phải rất thận trọng, nghe tim thai nhiều lần, nhiều người nghe, kiểm tra bằng doppler, siêu âm, khi thật chắc chắn dây rau không còn đập, tim thai không còn mới kết luận là thai chết.

2.2.4. Thái độ xử trí

- Nếu thai đã chết, hết tính chất cấp cứu, có thể đợi cho đẻ thường hoặc chọc óc lấy thai.
- Sa dây rau trong bọc ối phải mổ lấy thai trong tất cả các ngôi. Trong khi chờ mổ phải bảo vệ đầu ối đến cùng, tránh thăm khám nhiều.
- Nếu ối đã vỡ có thể đẩy rau lên trong trường hợp sa ít, cổ tử cung mở gần hết, và sau khi đẩy dây rau lên có thể can thiệp lấy thai ra ngay.
- Dây rau sa nhiều phải mổ cấp cứu để lấy con. Trong khi chờ đợi phải cho thở oxy, nằm đầu thấp hạn chế sự chèn ép của dây rau bọc dây rau trong gạc tẩm huyết thanh ấm, bác sĩ có kinh nghiệm cho tay vào âm đạo để đẩy đầu, giúp dây rau đỡ bị chèn ép đến khi bác sĩ phẫu thuật lấy thai. Hồi sức thai tích cực, tốt nhất có bác sĩ sơ sinh phối hợp.

2.2.5. Dự phòng

- Trước khi bấm ối cần kiểm tra có sa dây rau trong bọc ối không.
- Bấm ối đúng kỹ thuật trong trường hợp đầu ối phồng, đa ối.
- Nghe lại tim thai sau khi bấm ối.
- Ối vỡ tự nhiên phải thăm âm đạo ngay phát hiện và xử trí kịp thời sa dây rau.

3. Màng ối bất thường

3.1. Màng ối dày quá: làm cổ tử cung khó mở, mở chậm, gây chuyển dạ kéo dài.

Cần bấm ối, xé rộng màng ối, cuộc đẻ sẽ tiến triển bình thường.

3.2. Ối vỡ non, ối vỡ sớm

3.2.1. Định nghĩa

Trong điều kiện sinh lý bình thường, màng ối vỡ ngẫu nhiên khi chuyển dạ, cổ tử cung mở gọi là ối vỡ đúng lúc.

Gọi là ối vỡ sớm là ối vỡ khi có chuyển dạ, nhưng cổ tử cung chưa mở hết. Gọi là ối vỡ non là ối vỡ khi chưa có chuyển dạ.

Thời điểm ối vỡ và thời gian chuyển dạ rất quan trọng. Nhiều tác giả gọi là ối vỡ non khi ối vỡ xảy ra trước thời gian chuyển dạ từ 2-24 giờ.

Trên 24 giờ gọi là ối vỡ kéo dài.

Trong ối vỡ sớm, cần quan tâm đến ối vỡ khi thai đủ tháng hay chưa.

Nếu trước 35 tuần đặt ra vấn đề thai non tháng, nhiễm khuẩn. Sau 35 tuần chỉ chú ý đến nguyên nhân đẻ khó của sản khoa: sa dây rau, ngôi bất thường, đẻ khó cơ giới.

- 70% trường hợp ối vỡ sau 37 tuần, trong trường hợp này chỉ đặt ra nguy cơ nhiễm trùng.

- 20% trường hợp ối vỡ 34 - 37 tuần.
- 10% ối vỡ trước 34 tuần, nguy cơ thai non tháng và nhiễm khuẩn, trong đó thai non tháng rất quan trọng.
- Ối vỡ sớm chiếm tỷ lệ 4-7% trường hợp đẻ thường, 0,2-4% đẻ non tháng. Tỷ lệ này giảm nếu quản lý thai nghén tốt.

3.2.2. Nguyên nhân

- Do ngôi thai: trong ngôi vai hay ngôi dọc mà sự bình chỉnh ngôi thai vào tiểu khung không tốt, làm đầu ối phồng dễ vỡ.
- Tử cung quá căng: đa ối, đa thai, áp lực buồng ối tăng làm cho màng ối dễ vỡ.
- Hở eo tử cung: đầu ối không được bảo vệ.
- Rau bám thấp: màng ối dễ bị rách khi có những cơn co đầu tiên.
- Nhiễm khuẩn niêm mạc tử cung khi có thai, viêm cổ tử cung: màng ối mất tính chất chun giãn do thâm nhiễm của bạch cầu trung tính, phá huỷ tổ chức chun giãn của nước ối và màng ối dễ vỡ. Men vi khuẩn kích thích tại chỗ tiết ra prostaglandin gây cơn co tử cung.
- Cơn co tử cung quá mạnh, đoạn dưới bị co thắt, màng ối dễ vỡ.
- Nguyên nhân do bác sĩ gây ra: thăm khám nhiều lần không đúng kỹ thuật, soi ối, chọc ối, khâu vòng cổ tử cung, sinh thiết rau, lấy máu rốn, soi thai.

3.2.3. Hậu quả

- Đôi khi có lợi như trong rau tiền đạo bám thấp, bám bên, ối vỡ hết co kéo màng rau, ngôi tì vào bánh rau nên cầm máu.
- Chủ yếu đem lại hậu quả xấu.
- Trong thai non tháng, ối vỡ non gây đẻ non.
- Cổ tử cung mở chậm, do đó chuyển dạ kéo dài vì đầu ối là yếu tố thuận lợi cho việc xoá mở cổ tử cung.
- Gây nhiễm khuẩn cho mẹ trong và sau đẻ.
- Thai: suy thai, nhiễm khuẩn đường hô hấp.

3.2.4. Chẩn đoán

- Ra nước đột ngột, nước trong. Nếu có nhiễm khuẩn ối, suy thai nước ối màu xanh bẩn.
- Thăm âm đạo không có đầu ối. Khi cổ tử cung chưa xoá mở phát hiện đầu ối khó nên phải theo dõi ra nước bằng đóng khố. Nước ối để khô thì có quầng.
- Soi ối quan sát màng ối, màu sắc nước ối.

- Xét nghiệm nước chảy ra âm đạo, nước ối có pH kiềm hơn (6,5 - 7,5), trong khi chất nhầy cổ tử cung 5,0 - 6,0, nước tiểu 4,5 - 8, máu 7,4. Nước ối có lẫn tế bào và chất gây (Vernix Caseosa) của thai nhi. Chẩn đoán phân biệt với rỉ ối (còn màng nội sản mạc).
- Những test thăm dò:
  + Test kết tinh: dịch nước ối lấy từ cổ tử cung, dàn lên phiến kính, để khô ngoài không khí hay hơ nóng, kết tinh tạo thành cấu trúc hình lá cây khi nhìn trên kính hiển vi. Test này khá đặc hiệu, chính xác 90% khi không có lẫn máu hay những dung dịch sát khuẩn. Cổ tử cung cần phải lau nhẹ nhàng với những gạc khô vô khuẩn trước khi lấy bệnh phẩm.
  + Tìm tế bào thai: Tế bào thai có hiện tượng bắt màu xanh của Nil khi bệnh phẩm khô ngoài không khí hay bắt màu piacyanol khi bệnh phẩm cố định trong dung dịch pha ether và cồn. Phương pháp này cho thấy những tế bào bong của da có chứa các lipid bắt màu da cam khi nhuộm màu xanh của Nil. Test chỉ dùng khi thai từ 32-34 tuần khi những tế bào này xuất hiện ở da. Tỷ lệ dương tính giả là 5%, âm tính giả cao hơn đến 15%.
  + Định lượng diamin - oxydase (DAO). Dung dịch làm xét nghiệm lấy trên một băng giấy Whatmann đưa vào âm đạo bởi 2 ngón tay, đặt trực tiếp vào cổ tử cung, không chạm vào thành, không sát trùng trước âm hộ, cũng như không đặt mỏ vịt để tránh bị chảy máu và không dùng các dung dịch sát khuẩn. Sau một phút lấy giấy ra và đưa đến phòng xét nghiệm để triết suất dịch thu được, tìm men diamin - oxydase được tổng hợp bởi bánh rau ngay từ tuần 20, định lượng theo phương pháp phóng xạ. Kết quả có được sau 2 giờ, với nồng độ dương tính là 40mU/ml. Độ chính xác 90%.
  + Các test khác: Ianetta hơ nóng dịch nước ối dàn trên lam kính, ngả màu nâu. Nếu không có dịch ối có màu nâu. Test không chính xác, độ tin cậy thấp phụ thuộc vào kinh nghiệm người làm.

Test ngưng kết hạt Iatex cho phép phát hiện α feto - protein trong dịch ối.

  + Siêu âm cho phép xác định lượng nước ối ít trong trường hợp đã loại trừ các nguyên nhân gây thiểu ối khác. Phương pháp đơn giản, kiểm tra được nhiều lần, không độc hại.
  + Tiêm dịch chỉ thị màu vào nước ối: kỹ thuật phức tạp, nặng nề. Sử dụng khi nghi ngờ rỉ ở cao, không nhiều, chẩn đoán khó. Dùng dung dịch màu: carmin, indigo, xanh Evan, xanh methylen, rifocin...

3.2.5. Thái độ xử trí

- Mổ lấy thai: ngôi bất thường như ngôi trán, ngôi vai, khung chậu bất thường, sẹo mổ cũ, tiền sử sản khoa nặng nề.

Truyền oxytocin: trong trường hợp ngôi chỏm, khung chậu và thai nhi không có bất tương xứng, cơn co tử cung thưa, yếu, ban đầu hướng dẫn sản phụ vê đầu vú tạo cơn co nội sinh, nếu không kết quả, ối vỡ lâu, dùng thuốc tăng co bóp tử cung như oxytocin truyền tĩnh mạch. Điều chỉnh giọt truyền theo độ nhậy cảm cơ tử cung với oxytocin. Nếu vỡ ối sớm được 6 giờ cần cho kháng sinh toàn thân phòng nhiễm khuẩn. Tiêm truyền oxytoxin thất bại phải mổ lấy thai.

Khi mổ lấy thai những trường hợp ối vỡ sớm, nhiễm khuẩn ối cần phải bảo tồn tử cung, phải chèn gạc tốt không để nước ối rơi vào trong ổ bụng. Trước, trong và sau mổ cho kháng sinh liều cao. Người con rạ, lớn tuổi đẻ nhiều lần nên cắt tử cung bán phần.

- Phát hiện trường hợp có nhiễm khuẩn ối:
  + Xét nghiệm sinh hoá: công thức bạch cầu, tốc độ lắng máu, CRF (C Reactive Protein) làm 2-3 ngày/lần nếu cao chắc chắn có nhiễm khuẩn.

Xét nghiệm vi khuẩn: bệnh phẩm cổ tử cung âm đạo, cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ. Sau đẻ có thể kiểm tra bánh rau để tiếp tục điều trị.

4. Nước ối bất thường

Lượng nước ối khi thai đủ tháng bình thường từ 500-1000g. Từ 1000-2000g gọi là dư ối. Trên 2000g là đa ối. Nước ối ít hơn 500g là thiểu ối.

4.1. Đa ối

4.1.1. Nguyên nhân: chưa rõ ràng, nhưng hay gặp trong các trường hợp sau:

- Mẹ:
  + Đái tháo đường. Đa ối do đái tháo đường thường là đa ối mãn, cả thai, bánh rau đều to. Thai có thể có dị dạng.
  + Viêm nội mạc tử cung khi có thai.
  + Bệnh giang mai gây thương tổn nội mạc tử cung, bánh rau, dây rau, và ở các phủ tạng khác của thai.
  + Bệnh thận, mẹ bị nhiễm độc thai nghén, nhiễm độc hoá chất.
- Thai:
  + Sinh đôi một noãn.
  + Quái thai, thai vô sọ, dị dạng đường tiết niệu, tiêu hoá.
- Phần phụ của thai.
  + Phù bánh rau.
  + Viêm màng thai, dịch ối.
  + Bất thường dây rau.

Ngoài ra còn có những nguyên nhân chưa rõ, chiếm tỷ lệ không nhỏ 30 - 60% đa ối.

4.1.2. Phân loại: Có hai loại đa ối cấp tính và đa ối mạn tính.

- Đa ối cấp tính: ít gặp, thường xảy ra vào tháng thứ 4, thứ 6 thời kỳ của thai. Nước ối phát triển nhanh làm tử cung bị căng to nhanh, sản phụ khó thở đột ngột, đi lại khó khăn, có thể phù 2 chân do chèn ép tĩnh mạch chủ dưới.

Khám thực thể: da bụng căng bóng, đôi khi có tuần hoàn bàng hệ. Khi nắn tử cung căng nhưng không chắc, đôi khi có cảm giác nắn thấy phần thai nhi bập bềnh "cục đá". Đo chiều cao tử cung lớn hơn tuổi thai. Tim thai nghe mờ, xa xăm. Thăm âm đạo đôi khi thấy cổ tử cung dãn.

+ Xét nghiệm: siêu âm chẩn đoán chính xác khi cảm giác thấy nhiều ối, thai không nằm sát thành tử cung, cử động nhiều, chính xác nhất khi thấy chiều dầy nước ối trong buồng tử cung trên 80mm (theo Chamberiain).

+ Cách xử trí phải chọc ối, cho thai ra.

- Đa ối mạn tính: thường xảy ra vào những tháng cuối thời kỳ có thai. Vì nước ối phát triển dần dần nên tuy tử cung có căng to nhưng thai phụ chịu đựng được. Khi có đợt cấp của đa ối mãn tính thai phụ cảm thấy bụng to nhanh hơn, khó thở, nên đến khám.

- Chẩn đoán

+ Chiều cao tử cung và vòng bụng to hơn bình thường.

+ Nắn thấy tử cung căng, khó nắn các phần của thai.

+ Nghe tim thai xa xăm, khó nghe.

+ Chẩn đoán phân biệt với thai to, đa thai, u nang buồng trứng và thai nghén.

+ Trong chẩn đoán nếu khó khăn, có thể xác định thêm bằng siêu âm hoặc X quang.

- Cách xử trí:

+ Trong khi có thai cần cho kháng sinh. Ăn hạn chế muối, dùng lợi tiểu.

+ Chọc bớt nước ối trong khi có thai để giảm khó chịu cho mẹ và đề phòng đẻ non. Thủ thuật làm dưới siêu âm, dẫn nước ối ra từ từ. Số lượng lấy ra tuỳ theo chỉ định. Khi điều trị triệu chứng lấy ra < 1000ml, khi gây chuyển dạ lấy ra > 2000ml. Thời gian dẫn lưu tuỳ chỉ định nhưng không quá 6 giờ vì bệnh nhân mệt, dễ nhiễm khuẩn.

+ Trong khi chuyển dạ cho nước ối chảy từ từ, không nên để nước ối ra đột ngột, ối vỡ tự nhiên dễ sa dây rau, ngôi bất thường. Khi đủ điều kiện phải tia ối, hướng cho ngôi lọt vào tiểu khung.

4.2. Thiểu ối

Thiểu ối là một hội chứng lâm sàng có thể xảy ra ở bất kỳ tuổi thai nào, biểu hiện lâm sàng thường thầm lặng.

Thiểu ối khi thể tích lượng nước ối giảm so với tuổi thai.

- Nguyên nhân thiểu ối chưa rõ ràng, có những yếu tố nguy cơ, thuận lợi:
  + Ối vỡ non là nguyên nhân hay gặp nhất của thiểu ối cấp.
  + Thai dị dạng lớn, hay thiếu oxy trước đẻ. Thành phần quan trọng trong dịch nước ối là nước tiểu của thai, những dị dạng tắc đường nước tiểu, rối loạn chức năng thận của thai.
  + Thai thiếu oxy mãn cũng có thể giảm thể tích nước ối vì suy tuần hoàn tử cung rau.
  + Thai đôi có hiện tượng cho và nhận máu.
- Chẩn đoán:
  + Lâm sàng: trước đây siêu âm chưa được sử dụng rộng rãi, chẩn đoán thiểu ối chủ yếu dựa vào khám lâm sàng, khi nắn tử cung thấy cảm giác ít nước ối, thấy rất rõ các phần thai. Đáy tử cung không cong tròn hình trứng. Khi ối vỡ không thấy nước ối chảy ra. Sau khi đẻ hay mổ lấy thai mới chẩn đoán chính xác thiểu ối.
  + Xét nghiệm: siêu âm được sử dụng rộng rãi, khá chính xác. Đo lượng nước ối tại các điểm nước ối đọng lại nhiều nhất.
  + Hậu quả:

Làm cho ngôi bình chỉnh không tốt có thể gây ngôi bất thường, gây đẻ khó.

Thai chậm phát triển trong tử cung. Suy thai khi chuyển dạ.

+ Xử trí:

Thai chưa đủ tháng: cải thiện tuần hoàn tử cung rau bằng nằm nghiêng trái, làm các test sinh học đánh giá tình trạng thai nhi.

Nếu thiểu ối có kèm theo dị dạng thai tuỳ khả năng thai có thể sống được hay không mà tìm khả năng, biện pháp điều trị.

Khi thai đủ tháng: làm siêu âm chẩn đoán lượng nước ối, các test đánh giá tình trạng thai nên đình chỉ thai nghén bằng mổ lấy thai.

Phòng bệnh ngăn ngừa các yếu tố nguy cơ: điều trị các bệnh mãn tính (đái đường, cao huyết áp, bệnh thận, viêm nhiễm đường sinh dục) trước khi có thai.

Cẩn thận dùng thuốc trong 3 tháng đầu thai nghén. Khi có thai xuất hiện viêm nhiễm đường tiết niệu, sinh dục cần điều trị tốt để chống rỉ ối, ối vỡ non.

Điều trị kích thích phóng noãn đúng quy tắc giảm tỷ lệ đa thai.

Khám và quản lý thai tốt để phát hiện sớm những bất thường thai nghén trong đó có thiểu ối, để điều trị kịp thời.

III. ỐNG ĐẺ BẤT THƯỜNG

1. Đại cương

Ống đẻ là một trong các yếu tố quan trọng của cuộc đẻ. Khi ống đẻ bình thường, cuộc đẻ tiến triển bình thường. Khi ống đẻ bất thường gây ra hậu quả không tốt, cuộc chuyển dạ kéo dài ngôi thai khó lọt hay không lọt, khó sổ hay không sổ được. Tóm lại không đẻ tự nhiên được.

Ống đẻ bất thường gồm khung chậu bất thường, các khối u tiền đạo, cổ tử cung, âm đạo, âm hộ, tầng sinh môn bất thường.

2. Khung chậu bất thường

Khung chậu bình thường là khung chậu có eo trên, eo giữa và eo dưới kích thước và hình dạng bình thường (xem phần ống đẻ bình thường).

Gọi là khung chậu bất thường khi một hay nhiều đường kính của khung chậu ngắn hơn bình thường. Trên lâm sàng thường gặp hai loại khung chậu bất thường:

- Khung chậu hẹp.
- Khung chậu biến dạng.

2.1. Khung chậu hẹp

Tất cả các đường kính đều giảm, tuỳ mức độ đường kính giảm ít hay nhiều có 2 loại khung chậu hẹp toàn bộ và khung chậu hẹp giới hạn.

2.1.1. Khung chậu hẹp toàn bộ: còn gọi là khung chậu phẫu thuật, tất cả các đường kính eo trên, eo dưới giảm:

- Đường kính nhô hậu vệ < 8,5cm (bình thường 10,5cm)
- Đường kính ngang giữa < 9,5cm (bình thường 13cm)
- Đường kính lưỡng gai hông < 8cm (bình thường 10,5 - 11cm)

Chỉ số Magnin - đường kính nhô hậu vệ + đường kính ngang giữa < 20cm.

Khung chậu như vậy không thể đẻ đường dưới được mà phải mổ lấy thai. Nếu không phát hiện sớm, cuộc chuyển dạ tiến triển như bình thường sẽ dẫn đến doạ vỡ tử cung hoặc vỡ tử cung.

Cách xử trí với loại khung chậu hẹp toàn bộ là phải mổ lấy thai khi thai nhi đủ tháng, kích thước, cân nặng thai nhi bình thường, khi có dấu hiệu chuyển dạ.

2.1.2. Khung chậu hẹp giới hạn

Đường kính nhô hậu vệ < 10,5cm.

Đường kính ngang giữa < 12,5cm.

Đường kính lưỡng gai < 9,5cm.

Chẩn đoán khung chậu hẹp tương đối nhiều khi rất khó. Nếu ngôi chỏm, ước lượng thai trung bình, khi chuyển dạ có thể làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm để quyết định mổ lấy thai hay đẻ đường dưới.

2.2. Khung chậu biến dạng

Khung chậu không cân đối chỉ hẹp eo trên, eo dưới hay khung chậu méo.

2.2.1. Khung chậu dẹt

Các đường kính ngang và đường kính chéo không thay đổi, chỉ có đường kính trước sau ngắn hơn bình thường.

Nếu đường kính nhô hậu vệ < 8,5cm xử trí như khung chậu hẹp toàn bộ. Nếu từ 8,5 - 9,5cm xử trí như khung chậu hẹp giới hạn.

Nếu đầu thai nhi có lọt được sẽ lọt theo đường kính ngang. Đường kính lưỡng đỉnh song song với đường kính nhô hậu vệ, thường lọt không đối xứng, từng bướu đỉnh xuống dần dần, thường bị cản trở bởi mỏm nhô và xương vệ.

2.2.2. Khung chậu có cột sống cong trước

Khung chậu biến dạng làm eo trên hẹp, eo dưới rộng. Trong trường hợp này nếu thai lọt được thì sổ dễ dàng. Chẩn đoán dựa vào đường kính eo trên, thái độ xử trí tuỳ thuộc đường kính eo trên.

2.2.3. Khung chậu có đường kính cong sau

Khung chậu biến dạng làm eo dưới hẹp.

Hay gặp ở người gù, vẹo, lao cột sống, thương tổn cột sống càng thấp thì vùng chậu hông càng bị ảnh hưởng nhiều. Eo dưới hẹp, đường kính lưỡng ụ ngồi < 9cm (khung chậu hình phễu). Thai nhi lọt dễ dàng qua eo trên nhưng khó sổ hay không sổ được qua eo dưới, thai bị mắc kẹt trong tiểu khung. Vì vậy chống chỉ định làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm, mà phải mổ lấy thai khi có dấu hiệu chuyển dạ. Nếu trường hợp thai nhỏ, tiên lượng sổ được thì khi sổ thai phải cắt rộng tầng sinh môn.

2.2.4. Khung chậu hẹp ngang

Đường kính trước sau và đường kính chéo bình thường, đường kính ngang bé, thai lọt theo đường kính trước sau hay đường kính chéo.

2.2.5. Khung chậu méo

Còn gọi là khung chậu lệch, hay khung chậu không đối xứng. Hay gặp trong trường hợp cột sống bị vẹo do còi xương, sai khớp háng bẩm sinh, bại liệt, chấn thương vỡ xương chậu.

Chẩn đoán dựa vào đo hình trám Michaelis. Hình trám tạo bởi phía trên là mỏm gai đốt sống thắt lưng V, hai bên là 2 gai chậu sau trên, dưới là đỉnh nếp

liên mông. Nếu khung chậu bình thường thì hình trám cân đối. Nếu khung chậu lệch, hai đường chéo hình trám không vuông góc, hình tam giác được tạo nên hai đường chéo không phải là các tam giác cân. Hai đường chéo eo trên dài ngắn khác nhau rõ rệt. Nếu đầu thai hướng vào đường kính chéo dài tiên lượng tốt hơn.

Ngoài việc đo hình trám, đường kính đại khung và tiểu khung, phải hỏi bệnh, khám lâm sàng kỹ càng, quan sát dáng đi của sản phụ để xem khung chậu lệch nhiều hay ít.

Thái độ xử trí dựa vào đường kính nhô hậu vệ, để quyết định có làm nghiệm pháp lọt hay không.

2.3. Chẩn đoán khung chậu bất thường

2.3.1. Hỏi bệnh

- Tiền sử từ bé có mắc bệnh còi xương, suy dinh dưỡng, bại liệt.
- Tiền sử sản khoa đẻ lần trước có khó khăn, thủ thuật, cân nặng trẻ, biến chứng.

2.3.2. Khám lâm sàng

- Toàn trạng nhỏ bé, thấp < 1m50.
- Dáng đi gù, vẹo.
- Đo đường kính ngoài khung chậu bé hơn bình thường, hình trám Michealis không đối xứng.
- Thăm âm đạo sờ được mỏm nhô.
- Đầu chờm vệ là tiên lượng xấu ở người con so, vì bất tương xứng thai và khung chậu làm đầu không chúc vào tiểu khung.

2.3.3. Xét nghiệm

- Siêu âm đo đường kính lưỡng đỉnh thai, tính trọng lượng thai.
- Chụp khung chậu (radiopelvimetrie): đo các đường kính khung chậu so sánh với đường kính lưỡng đỉnh thai nhi áp dụng biểu đồ Magnin.

2.4. Hướng xử trí

Thái độ xử trí chủ yếu dựa vào đường kính nhô hậu vệ. Ba tình huống được đặt ra:

2.4.1. Mổ lấy thai: khi khung chậu hẹp tuyệt đối, biến dạng nhiều, thai to, bất tương xứng thai nhi và khung chậu rõ. Đặc biệt khung chậu hẹp kèm theo một yếu tố đẻ khó khác (ngôi bất thường, ối vỡ sớm) thì phải mổ lấy thai.

2.4.2. Đẻ đường dưới: khi ngôi chỏm, khung chậu hẹp ít, con nhỏ. Phải khám lâm sàng và xét nghiệm cẩn thận để tiên lượng đúng, theo dõi chuyển dạ tốt, đề phòng thai nhi không lọt được hay mắc kẹt trong tiểu khung, gây vỡ tử cung.

2.4.3. Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm: Thử nghiệm xem thai có thể lọt qua eo trên được không trong trường hợp ngôi chỏm, khung chậu hẹp giới hạn, con ước lượng trung bình.

3. Các khối u tiền đạo

Khối u tiền đạo là các khối u nằm trên đường lọt và xuống của ngôi, làm cho ngôi không lọt hoặc không xuống được.

Hay gặp u xơ tử cung ở eo hay ở cổ tử cung, u nang buồng trứng nằm trong tiểu khung.

Các khối u tiền đạo ít gặp là các khối u ở âm đạo, u vòi trứng, u dây chằng rộng, u ở tiểu khung như u thận, u trực tràng u bàng quang, tử cung đôi.

Thái độ xử trí: Trong khi có thai cần phát hiện sớm u nang buồng trứng để có chỉ định cắt bỏ u nang. Thời gian mổ tốt nhất là 3 tháng giữa thời kỳ thai nghén, vì mổ sớm dễ bị sẩy thai, do cắt phải buồng trứng có hoàng thể thai nghén. Cũng có tác giả chủ trương mổ sớm rồi dùng hormon giữ thai. Cũng có tác giả chủ trương chỉ mổ u nang khi có biến chứng xoắn nang.

Nếu thai gần đủ tháng xử trí như trong chuyển dạ.

Khi chuyển dạ nếu u tiền đạo làm cho ngôi không lọt được, phải mổ lấy thai, trong mổ nếu u dễ mới cắt bỏ, nếu khó khăn, phải để lại, sẽ cắt bỏ u vào thời gian sau. Nếu u tiền đạo là u xơ tử cung ở eo hay ở cổ tử cung thái độ xử trí cũng như vậy.

4. Đẻ khó do phần mềm (Cổ tử cung, âm đạo, âm hộ, tầng sinh môn).

4.1. Cổ tử cung

Cổ tử cung phù nề là một hiện tượng có thể gặp trong chuyển dạ do bị nhiễm khuẩn vì chuyển dạ kéo dài, ối vỡ sớm, thăm khám nhiều không tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn. Đề phòng cổ tử cung phù nề bằng cách hạn chế thăm khám âm đạo, xử trí tốt trong chuyển dạ các trường hợp ối vỡ sớm, chuyển dạ lâu.

Trong sa sinh dục cổ tử cung vừa to vừa dài làm cổ tử cung mở chậm, có khi cản trở sự lọt xuống của thai. Trong trường hợp đó phải đẩy cổ tử cung vào âm đạo đắp gạc có tẩm huyết thanh mặn, ấm. Nếu cổ tử cung tiến triển tốt nghĩa là mở hết thai đẻ được đường dưới. Nếu cổ tử cung không mở phải mổ lấy thai.

Cổ tử cung bị sẹo cứng, cổ tử cung đã đốt điện, đã khoét chóp đều có thể bị chít hoặc cứng nên cho thuốc làm mềm cổ tử cung. Nếu theo dõi sau một thời gian cổ tử cung vẫn không tiến triển, phải mổ lấy thai.

Nếu là ung thư cổ tử cung kèm có thai, thái độ xử trí là bắt buộc mổ lấy thai vì nếu để đẻ đường dưới cổ tử cung xoá mở thì ung thư sẽ lan tràn. Khi mổ lấy thai, cắt tử cung hoàn toàn ngay, sau mổ điều trị tia xạ.

4.2. Âm đạo

Âm đạo hẹp bẩm sinh, có vách ngăn dày không thể cắt vách ngăn được, thường mổ lấy thai khi có chuyển dạ. Vách ngăn ngang âm đạo nếu mỏng có thể cắt khi đầu xuống và sổ.

Vách ngăn dọc âm đạo không hoàn toàn có thể cắt khi sổ thai và khâu cầm máu sau khi đẻ.

Âm đạo bị rách trong những lần đẻ trước không được khâu phục hồi tốt để lại di chứng nặng như dính các thành âm đạo với nhau hay âm đạo có sẹo mổ đóng rò bàng quang - âm đạo, rò trực tràng âm đạo, mổ sa sinh dục theo phương pháp Manchester. Phải mổ lấy thai khi có chuyển dạ.

Âm đạo có u nang thì chọc hút nước nang để ngôi có thể lọt và sổ bình thường.

Nếu là u xơ và cơ thì phải mổ lấy thai.

Âm đạo có thể có khối huyết tụ do sang chấn, nếu khối huyết tụ nhỏ có thể đẻ đường dưới, nếu khối huyết tụ lớn làm cho thai không sổ được thì phải xem xét thời gian xuất hiện khối huyết tụ. Nếu có trên vài tuần thì có thể rạch để sổ thai. Nếu khối huyết tụ mới xuất hiện tốt nhất là mổ lấy thai, không nên đụng chạm vào khối huyết tụ gây chảy máu không cầm được.

4.3. Âm hộ, tầng sinh môn

Người con so có âm hộ hẹp, tầng sinh môn dài, hoặc người lớn tuổi có tầng sinh môn rắn khó dãn nở thì cách xử trí là cắt tầng sinh môn cho thai sổ.

IV. CƠN CO BẤT THƯỜNG

1. Đại cương

Cơn co tử cung là động lực của cuộc chuyển dạ. Nếu không có cơn co tử cung, cuộc đẻ không xảy ra.

Tác dụng của cơn co:

- Về phía mẹ: xoá mở cổ tử cung, thành lập đoạn dưới, và thay đổi ở đáy chậu trong thời kỳ sổ thai.
- Đối với thai nhi: cơn co tử cung giúp thai nhi bình chỉnh tốt trong tử cung, đẩy thai nhi từ trong buồng tử cung ra ngoài qua các giai đoạn lọt, xuống, quay, sổ.
- Phần phụ của thai: thành lập đầu ối, rau thai và màng rau bong, xuống và sổ ra ngoài sau khi sổ thai.

Một cuộc chuyển dạ muốn tiến triển bình thường thì cơn co tử cung phải bình thường, nghĩa là phải nhịp nhàng, có lúc co lúc nghỉ, không mạnh quá và không yếu quá, trương lực của tử cung không cao, nhịp độ và cường độ của các cơn co ngày càng tăng, khoảng cách giữa 2 cơn co ngày càng ngắn lại.

Cơn co tử cung bất thường là cơn co quá mạnh, quá mau, hay trương lực cơ bản tăng làm cho hiệu lực cơn co giảm đi hay cơn co tử cung quá thưa và quá yếu. Cơn co tử cung bất thường còn có thể là cơn co tử cung không đều về cường độ, tần số, khoảng cách, bất thường về điểm xuất phát của cơn co làm tác dụng cơn co giảm khiến cuộc chuyển dạ bất thường.

Cơn co bất thường là một trong những nguyên nhân gây đẻ khó.

2. Các phương pháp nghiên cứu cơn co tử cung

Có nhiều phương pháp đánh giá cơn co tử cung

- Cơn đau của sản phụ: trong cơn đau tử cung co bóp manh, gây đau. Cách đánh giá này không chính xác, vì cơn co bắt đầu trước cơn đau và còn kéo dài thêm khi hết cơn đau. Hơn nữa tình trạng đau còn phụ thuộc vào tâm sinh lý của từng sản phụ.
- Bằng tay: Đặt lòng bàn tay lên bụng sản phụ và theo dõi độ dài của mỗi cơn co, khoảng cách giữa 2 cơn co. Phương pháp này cũng không chính xác, phụ thuộc vào chủ quan của người đo và không đánh giá được chính xác cường độ cơn co tử cung. Có thể áp dụng được ở mọi tuyến điều trị, bước đầu đánh giá cơn co.
- Đo cơn co tử cung bằng máy monitor sản khoa giúp ta đánh giá chính xác cường độ của mỗi cơn co, tần số, trương lực của tử cung qua từng giai đoạn của cuộc chuyển dạ và còn theo dõi được tim thai thay đổi khi có cơn co tử cung để phát hiện sớm suy thai.

Phương pháp ghi cơn co ngoài tử cung không đo được chính xác áp lực của cơn co tử cung ở từng phần và áp lực buồng ối.

Phương pháp ghi trong: đặt một catheter mềm vào trong buồng ối qua cổ tử cung, hoặc qua thành bụng người mẹ để đo áp lực trong buồng ối, trương lực cơ bản cơ tử cung, tần số cường độ cơn co tử cung. Nhược điểm phương pháp này là không xác định được áp lực riêng từng phần cơ tử cung, đặt lâu trong buồng tử cung dễ gây nhiễm trùng ối, kỹ thuật đặt phức tạp nên ít sử dụng. Chỉ sử dụng trong trường hợp tử cung có sẹo mổ cũ, ối vỡ sớm.

- Đặt các vi bóng (microballons) vào trong cơ tử cung ở các vị trí khác nhau của cơ tử cung (sừng, đáy, thân, đoạn dưới tử cung qua thành bụng để ghi áp lực cơn co ở các vùng khác nhau của tử cung, xác định được điểm xuất phát của cơn co tử cung, thay đổi áp lực cơn co và sự lan truyền của cơn co tử cung.

Trong chuyển dạ cơn co có tính chất đặc biệt:

- Cơn co xuất hiện một cách tự nhiên, ngoài ý muốn của sản phụ. Điểm xuất phát của cơn co nằm ở một trong 2 sừng của tử cung. Thông thường chỉ có một điểm xuất phát hoạt động và khống chế điểm kia. Tất cả các cơn co đều xuất phát từ một điểm. Cơn co hay xuất phát từ sừng phải tử cung.
- Cơn co có tính chất chu kỳ và đều đặn. Cơn co mau dần lên, thời gian cơn co dài dần ra, cường độ cũng tăng dần.
- Cơn co tử cung gây đau. Ngưỡng đau tuỳ thuộc từng sản phụ. Khi áp lực cơn co đạt đến 25 - 30mmHg, sản phụ cảm thấy đau. Cơn co tử cung càng mau, càng mạnh, thời gian co dài thì càng đau nhiều hơn. Khi có tình trạng lo lắng sợ sệt, cảm giác đau càng tăng.

– Cơn co tử cung có tính chất 3 giảm: áp lực cơn co giảm dần từ trên xuống dưới, cao nhất ở sừng tử cung, khi đến lỗ ngoài tử cung áp lực bằng 0 co bóp của cơ tử cung cũng giảm dần, ở thân tử cung co bóp dài hơn ở đoạn dưới và ở đoạn dưới co bóp dài hơn ở cổ tử cung. Sự lan truyền cơn co từ trên xuống dưới.

	Khi bắt đầu chuyển dạ CTC 2cm	Khi cổ tử cung mở hết
Thời gian (giây)	15-20	30-40
Cường độ (mmHg)	30-35	50-55,60-70
Tần số (cơn co/10 phút)	3	4-5-6
Hoạt độ (Montevideo)	85-120	235-250
Trương lực cơ tử cung	8mmHg	10-12mmHg

3. Bất thường cơn co

3.1. Cơn co tử cung tăng

3.1.1. Tăng cường độ cơn co tử cung

Thời gian cơn co dài hơn, biên độ cơn co mạnh hơn, khoảng cách giữa 2 cơn co ngắn hơn bình thường, nghĩa là cơn co quá dài, quá mạnh, quá mau.

– Nguyên nhân

+ Nguyên nhân thường gặp là những nguyên nhân gây đẻ khó cơ giới

Thuộc về người mẹ như khung chậu bất thường, u tiền đạo.

Thuộc về thai như thai to toàn bộ, các ngôi bất thường, thai dị dạng, đa thai.

+ Một số trường hợp do sử dụng thuốc tăng co bóp tử cung không đúng chỉ định hay quá liều.

+ Tăng co do rối loạn điểm xuất phát cơn co tử cung trong trường hợp tử cung có nhân xơ, dị dạng, tử cung kém phát triển.

+ Do thần kinh, tâm lý, sản phụ hay lo lắng, sợ sệt.

Thường tăng cường độ cơn co kèm theo tăng trương lực cơ tử cung.

– Hậu quả: có nhiều hậu quả xấu cho cả mẹ và thai. Tăng cơn co có thể làm cổ tử cung mở chậm, nguy hiểm nhất là gây doạ vỡ tử cung hoặc vỡ tử cung đe doạ đến tính mạng cả mẹ và thai. Đối với thai, giảm sút tuần hoàn tử cung rau đưa đến tình trạng suy thai, hoặc chết thai. Sau đẻ trong trường hợp tăng co dễ bị đờ tử cung.

– Thái độ xử trí:

+ Nếu là nguyên nhân cơ học, cách xử trí là mổ lấy thai, trong lúc chờ đợi mổ cần cho các thuốc giảm co, đồng thời hồi sức thai bằng cho mẹ thở oxy, truyền huyết thanh ngọt 20%.

+ Nếu dùng thuốc tăng co quá liều, phải xem xét lại một cách kỹ lưỡng về chỉ định và liều lượng của thuốc.

+ Nếu rối loạn do điểm xuất phát của cơn co thì phải dùng các thuốc giảm co, cắt cơn co, sau đó điều chỉnh lại cơn co. Nếu không điều chỉnh được, có dấu hiệu xấu cho cả mẹ và thai thì bắt buộc phải mổ lấy thai khi không đủ điều kiện lấy thai qua đường âm đạo.

3.1.2. Tăng trương lực cơ tử cung

Trong chuyển dạ cổ tử cung mở 2cm, trương lực cơ bản là 8mmHg. Khi cổ tử cung mở hết trương lực cơ bản là 10mmHg, khi rặn đẻ là 12mmHg.

Nếu trương lực cơ bản tăng sẽ khó phân biệt tử cung lúc co, lúc nghỉ, làm hiệu lực cơn co giảm. Nếu trương lực tử cung bằng cường độ cơn co thì tử cung co cứng, có thể nguy hiểm cho thai.

- Nguyên nhân
  + Chuyển dạ lâu và các hình thái rau bong non.
  + Tử cung kém phát triển, tử cung dị dạng, tử cung ở người con so lớn tuổi, hoặc sản phụ dễ bị kích thích, sợ sệt.
- Hậu quả: tử cung co cứng, cổ tử cung thắt lại, mở chậm lại làm cho cuộc chuyển dạ kéo dài. Tăng trương lực kết hợp với tăng co bóp tử cung làm giảm sút tuần hoàn tử cung rau, dẫn đến suy thai hoặc chết thai.
- Thái độ xử trí:
  + Động viện sản phụ yên tâm.
  + Giảm co để làm giảm trương lực cơ, giúp cho cổ tử cung mở nhanh, cuộc chuyển dạ sẽ tiến triển bình thường. Nếu không điều chỉnh được mà suy thai thì phải mổ lấy thai khi không đủ điều kiện lấy thai đường âm đạo.
  + Rau bong non xử trí tuỳ các thể nếu nặng thì dù thai chết vẫn phải mổ lấy thai.

3.2. Cơn co tử cung giảm

Cơn co tử cung giảm thể hiện thời gian của mỗi cơn co ngắn, khoảng cách giữa hai cơn co thưa và yếu. Giảm cơn co có thể kèm theo giảm trương lực.

3.2.1. Nguyên nhân

- Các bệnh toàn thân của mẹ như bệnh tim, thiếu máu, lao phổi, làm cho thể trạng người mẹ bị suy yếu.
- Con dạ, đẻ nhiều lần, chuyển dạ kéo dài, ối vỡ non, vỡ sớm nhiễm khuẩn ối.
- Tử cung bị quá căng trong đa ối, đa thai, tử cung có nhân xơ.

3.2.2. Hậu quả

Trong giai đoạn chuyển dạ xoá mở cổ tử cung cơn co thưa yếu làm cho cổ tử cung mở chậm, do đó cuộc chuyển dạ kéo dài. Nếu ối vỡ sớm dễ bị nhiễm khuẩn ối và suy thai.

Trong giai đoạn sổ thai, cơn co yếu làm thai không sổ được, do đó phải can thiệp bằng một số thủ thuật như forceps hay giác hút để lấy thai ra, vì thế có thể gây sang chấn cho mẹ và con.

Trong giai đoạn sổ rau, nếu cơn co thưa yếu có thể đưa đến tình trạng đờ tử cung gây chảy máu, đe doạ tính mạng mẹ vì vậy phải theo dõi sớm để xử trí kịp thời.

3.2.3. Thái độ xử trí

- Sau khi đã loại trừ các nguyên nhân đẻ khó khác, nếu ối vỡ sớm cơn co thưa yếu cho thuốc tăng co bóp tử cung: oxytocin tiêm truyền nhỏ giọt tĩnh mạch. Điều chỉnh lượng thuốc truyền theo cơn co tử cung.
- Đa ối cần tia ối cho tử cung đỡ căng làm cơn co tử cung tăng lên, nếu vẫn yếu, cho thuốc tăng co. Nếu ối vỡ trên 6 giờ phải cho kháng sinh toàn thân phòng nhiễm khuẩn.
- Trong giai đoạn sổ thai, nếu cơn co yếu, thưa nên cho tăng co, kết hợp với sức rặn yếu của sản phụ, thì có thể dùng forceps hay giác hút lấy thai ra.
- Trong giai đoạn sổ rau, nếu cơn co tử cung thưa yếu hay người con dạ đẻ nhiều lần, tử cung quá căng dãn trong đa ối, đa thai cần đề phòng đờ tử cung bằng truyền oxytocin nhỏ giọt tĩnh mạch cho đến sau khi sổ rau 2 giờ. Sau sổ rau nếu chắc chắn buồng tử cung sạch cho ergotamin tiêm bắp. Sau kiểm soát tử cung, tiêm trực tiếp oxytocin vào cơ tử cung.
- Khi sử dụng thuốc tăng co phải đúng chỉ định, đúng kỹ thuật, phải lập bảng theo dõi sát về mẹ và thai để có thái độ xử trí kịp thời khi có biến cố. Khi thai ra vẫn phải tiếp tục truyền oxytocin đến khi tử cung co tốt, tạo được khối an toàn sau đẻ.

ĐA ỐI

PGS.TS. Nguyễn Viết Tiến

1. ĐẠI CƯƠNG

Bình thường nước ối tăng dần cho đến khi tuổi thai 36 tuần, lúc này lượng nước ối vào khoảng 1000ml, nhưng sau đấy lượng nước ối sẽ giảm dần (bảng 2.1). Trong thai già tháng, đôi khi chỉ còn vài trăm mililit nước ối hoặc rất ít. Lượng nước ối giảm gọi là thiểu ối (oligohydramnios). Nếu lượng nước ối trên 2000ml được gọi là đa ối (hydramnios, polyhydramnios).

Trong một số ít trường hợp, tử cung có thể chứa được một lượng nước ối khổng lồ, có khi lên đến 15 lít.

Đại đa số trường hợp, lượng nước ối tăng lên từ từ gọi là đa ối mạn tính. Nếu lượng nước ối tăng rất nhanh, chỉ trong vài ba ngày gọi là đa ối cấp.

Bảng 2.1. Thể tích nước ối bình thường

Tuổi thai (tuần)	Trọng lượng thai (gam)	Bánh rau (gam)	Nước ối (ml)	% Nước ối
16	100	100	200	50
28	1000	200	1000	45
36	2500	400	900	24
40	3300	500	800	17

Theo Queenan (1991)

2. ĐO NƯỚC ỐI

Vào cuối những năm 70, phương pháp siêu âm đã được sử dụng để đánh giá lượng nước ối. Trước đây, để đánh giá lượng nước ối người ta chỉ lấy số đo một góc nước ối sâu nhất. Cách đo này tỏ ra thiếu chính xác. Đến năm 1987, Phelan và cộng sự đã đưa ra chỉ số ối (AFI: amnionic fluid index) áp dụng trong lâm sàng. Chỉ số ối là tổng của bốn số đo chiều sâu của bốn túi ối lớn nhất đo ở bốn góc trên thành bụng của người mẹ (đo theo phương thẳng đứng).

Khi chỉ số ối lớn hơn 24cm thì gọi là đa ối. Moore và Cayle (1990) qua nghiên cứu 791 thai phụ bình thường đã đưa ra giá trị Percentiel của chỉ số ối theo tuổi thai.

Magann và cộng sự (1992) đã sử dụng kỹ thuật nhuộm màu để đo nước ối cho 40 thai phụ có chỉ định xét nghiệm nước ối, họ thấy rằng: đo chỉ số ối bằng

phương pháp nhuộm màu cho kết quả chính xác trong trường hợp nước ối bình thường hay đa ối, nhưng không chính xác trong trường hợp thiểu ối.

Đo chỉ số ối theo tư thế nằm thẳng cho kết quả chính xác nhất. Khi chỉ số ối ở mức giới hạn bệnh lý thì cần phải đo lại nhiều lần trước khi quyết định can thiệp.

Có một vài yếu tố ảnh hưởng đến kết quả đo chỉ số ối: độ cao trên 2000m làm tăng chỉ số ối, sau khi ăn hoặc uống nước đường, chỉ số ối cũng tăng lên tạm thời, ngược lại, nếu uống ít nước thì chỉ số ối cũng có thể giảm.

Bảng 2.2. Chỉ số nước ối

Tuần	Giá trị Percentile của chỉ số ối				
	2,5	5	50	95	97,5
16	73	79	121	185	201
17	77	83	127	194	211
18	80	87	133	202	220
19	83	90	137	207	225
20	86	93	141	212	230
21	88	95	143	214	233
22	89	97	144	216	235
23	90	98	146	218	237
24	90	98	147	219	238
25	89	97	147	221	240
26	89	97	147	223	242
27	85	95	146	226	245
28	86	94	146	228	249
29	84	92	145	231	254
30	82	90	145	234	258
31	79	88	145	238	263
32	77	86	144	242	269
33	74	83	143	245	274
34	72	81	142	248	278
35	70	79	140	249	279
36	68	77	138	249	279
37	66	75	135	244	275
38	65	73	132	239	269
39	64	72	127	226	255
40	63	71	123	214	240
41	63	70	116	194	216
42	63	69	110	175	192

Theo Moore và Cayle (1990)

Đa ối thể nhẹ và vừa có lượng nước ối từ 2 đến 3 lít là hay gặp nhất, nhưng lấy toàn bộ nước ối để đo là khó khăn, vì vậy việc chẩn đoán thường dựa trên các dấu hiệu lâm sàng và chẩn đoán xác định dựa vào kết quả siêu âm. Tỷ lệ đa ối khoảng 0,9%.

3. PHÂN LOẠI ĐA ỐI

3.1. Theo thời gian

- Đa ối cấp: ít gặp, thường xuất hiện đột ngột vào 3 tháng giữa của thai kỳ.
- Thể tích nước ối tăng nhanh nhiều trong vài ba ngày, biểu hiện lâm sàng rầm rộ, thường kèm theo thai dị dạng.
- Đa ối mạn tính: thường xảy ra vào những tháng cuối của thai kỳ. Vì nước ối tăng chậm hơn so với đa ối cấp, nên biểu hiện lâm sàng kín đáo hơn.

3.2. Theo mức độ

- Đa ối thể nhẹ: Khi có một túi ối đo theo phương thẳng đứng có chiều sâu 8 đến 11cm, chiếm 80% trường hợp.
- Đa ối thể trung bình: Khi có một túi ối đo theo phương thẳng đứng có chiều sâu 12 đến 15cm, chiếm 15% trường hợp.
- Đa ối thể nặng: Khi có một túi ối đo theo phương thẳng đứng có chiều sâu trên 16cm, chiếm 5% trường hợp.

Hai phần ba trường hợp là tự phát, chỉ khoảng một phần ba trường hợp có kèm theo thai dị dạng, mẹ bị bệnh đái tháo đường, đa thai... Golan và cộng sự (1993) nghiên cứu gần 14.000 phụ nữ mang thai cũng cho kết quả tương tự.

4. NGUYÊN NHÂN CỦA ĐA ỐI

Đa ối thường kèm theo dị dạng thai, đặc biệt là dị dạng hệ thống thần kinh trung ương hay ống tiêu hoá. Có tới một nửa số trường hợp thai dị dạng phối hợp thường là thai vô sọ kết hợp với teo thực quản.

Khoảng một nửa số trường hợp đa ối thể vừa và nặng kèm theo dị dạng thai nhi. Các dị dạng thai nhi hay gặp là: dạ dày - ruột, phù thai, hệ thần kinh trung ương, lồng ngực, tim mạch, khung xương và bất thường về nhiễm sắc thể.

Đa ối thể nhẹ vào 3 tháng giữa của thai kỳ có tiên lượng tương đối khả quan.

Tỷ lệ tử vong chu sinh trong đa ối cao hơn nhiều so với thai thường.

5. SINH BỆNH HỌC

Ngay từ thời kỳ đầu thai nghén, cấu tạo nước ối rất giống dịch gian bào. Trong nửa đầu của thai kỳ, nước và các chất có trọng lượng phân tử nhỏ có thể truyền qua màng ối và da thai nhi. Trong ba tháng giữa thai nhi bắt đầu bài tiết nước tiểu, uống nước ối. Những quá trình này đóng vai trò quan trọng trong việc

điều hoà lượng nước ối. Hầu hết nước ối trong đa ối là do biểu mô màng ối chế tiết và không có sự thay đổi về thành phần hoá học.

Bình thường thai nhi uống nước ối, đó là một trong những cơ chế điều hoà thể tích nước ối. Vì vậy đa ối xảy ra khi thai nhi không uống được nước ối trong trường hợp teo thực quản.

Trong trường hợp thai vô sọ hay thoát vị cột sống sẽ làm tăng lưu lượng truyền dịch não tuỷ vào buồng ối và đó là yếu tố bệnh nguyên.

Một khả năng khác có thể là thai nhi bài tiết nước tiểu quá nhiều do kích thích trung tâm não tuỷ, hoặc thai nhi thiếu yếu tố chống bài niệu. Người ta cũng khẳng định rằng, trong những trường hợp dị dạng mà thai nhi không có khả năng bài tiết nước tiểu thường kèm theo thiểu ối.

Đa ối hay gặp ở những bà mẹ bị đái tháo đường vào 3 tháng cuối của thai kỳ, mà bệnh sinh vẫn còn chưa được giải thích một cách thoả đáng. Người ta cho rằng ở người mẹ bị đái tháo đường sẽ gây ra tình trạng tăng đường huyết của thai nhi và dẫn đến tình trạng lợi niệu thẩm thấu. Bar - Hava và cộng sự (1994) đã nghiên cứu mức độ bài tiết nước tiểu của thai nhi ở những bà mẹ đái đường và những bà mẹ khoẻ mạnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở những bà mẹ đái đường sau bữa ăn, thai nhi không tăng bài tiết nước tiểu, nhưng ở những bà mẹ bình thường thì sau bữa ăn, thai nhi bài tiết nước tiểu tăng lên.

6. TRIỆU CHỨNG

Do đa ối đã làm cho tử cung to lên nhanh chóng dẫn đến tình trạng tăng áp lực trong và ngoài tử cung gây chèn ép các cơ quan nội tạng. Nếu là đa ối cấp triệu chứng rầm rộ hơn so với đa ối mãn.

6.1. Đa ối cấp: xảy ra trong ba tháng giữa của thai kỳ, thường ở tuổi thai 16 đến 20 tuần.

- Cơ năng: Bụng to lên nhanh, đau tức đột ngột. Buồn nôn, nôn, ăn uống kém. Khó thở, tức ngực, nhiều khi không nằm được mà phải ngồi.
- Toàn thân: Tinh thần lo lắng, sợ hãi, mất ngủ, mệt mỏi, mặt mày hốc hác. Phù là hậu quả của chèn ép vào các tĩnh mạch lớn do tử cung rất to, đặc biệt là phù ở chi dưới, âm hộ và thành bụng với đặc điểm: phù trắng, mềm, ấn lõm. Cũng có thể phù toàn thân. Tim đập nhanh, mạch nhanh, huyết áp có thể bình thường, không sốt. Trong những trường hợp nặng có tình trạng thiểu niệu.
- Thực thể: Nhìn thấy da bụng căng bóng, phù nề, có các nếp rạn da. Bụng to lên rõ từng ngày.
  + Tử cung căng, tròn đều, kích thước to hơn so với tuổi thai.
  + Sờ nắn khó xác định được các phần của thai nhi, có dấu hiệu bập bệnh cục nước đá khi nắn vào các phần thai.

+ Nghe tim thai mờ, xa xăm hoặc không nghe thấy bằng ống gỗ.
+ Thăm âm đạo có thể thấy cổ tử cung dãn rộng, màng ối căng phồng, không sờ thấy các cực của thai nhi. Đa ối cấp thường chuyển dạ trước tuần 28.

– Cận lâm sàng:
+ Siêu âm: đánh giá lượng nước ối qua đo chỉ số ối, đánh giá hình thái học thai nhi, phát hiện những dị dạng thai.
+ X quang: ít có giá trị trong chẩn đoán đa ối, hiện nay hầu như không sử dụng.

Chọc nước ối để xét nghiệm tế bào học, nhiễm sắc thể.

Các xét nghiệm tìm nguyên nhân từ mẹ: urê, creatinin máu, đường máu, đường niệu...

6.2. Đa ối mạn tính: Do lượng nước ối tăng lên từ từ nên tuy tử cung căng to nhưng thai phụ không đau nhiều và không khó thở nhiều như trong đa ối cấp.

7. CHẨN ĐOÁN

7.1. Chẩn đoán xác định: Dấu hiệu lâm sàng đầu tiên của đa ối là tử cung lớn hơn so với tuổi thai, khó nắn thấy các phần thai, tim thai khó nghe hoặc nghe mờ xa xăm. Trong những trường hợp nặng, tử cung căng đến mức không thể nắn thấy bất kỳ một phần nào của thai nhi.

Chẩn đoán xác định dựa vào siêu âm.

7.2. Chẩn đoán phân biệt

7.2.1. Cổ trướng: Bụng to bè ngang, rốn lồi, có tuần hoàn bàng hệ. Có dấu hiệu sóng vỗ. Gõ đục vùng thấp. Có thể tìm thấy nguyên nhân gây cổ trướng như xơ gan, ung thư gan...

7.2.2. Thai to: Tử cung to hơn so với tuổi thai, nhưng nắn rõ các phần, các cực của thai nhi. Siêu âm giúp đánh giá trọng lượng thai và loại trừ đa ối.

7.2.3. Chửa đa thai

– Bụng to nhanh đều trong suốt cả thai kỳ.
– Nghén nhiều.
– Thai máy nhiều vị trí trên ổ bụng.
– Sờ thấy nhiều chi, nhiều cực.
– Tim thai rõ, nhiều ổ.
– Siêu âm có hình ảnh đa thai.

7.2.4. Có thai kết hợp u nang buồng trứng, hoặc u xơ tử cung hoặc khối u trong ổ bụng hay trong tiểu khung.

Siêu âm có giá trị trong chẩn đoán.

7.2.5. U nang buồng trứng xoắn ở bệnh nhân có thai.

- Đau bụng đột ngột, dữ dội, bụng có cảm giác to lên.
- Shoch chủ yếu do đau, đôi lúc do chảy máu trong nang, vỡ nang làm cho mạch nhanh, huyết áp hạ.
- Khám bụng thấy có phản ứng thành bụng, khó sờ thấy các phần thai nhi vì bệnh nhân đau.
- Thăm âm đạo có thể sờ thấy khối u, động vào khối này bệnh nhân đau chói nhất là chạm vào cuống khối u.
- Siêu âm có hình ảnh thai nhi và u nang buồng trứng.
- Nếu trước đấy đã chẩn đoán là u nang buồng trứng thì việc chẩn đoán lần này dễ dàng hơn.

7.2.6. Chửa trứng

- Gặp trong thời kỳ đầu của thai kỳ.
- Bụng to lên nhanh hơn so với tuổi thai.
- Ra máu âm đạo tự nhiên, dai dẳng, ít một, thường là máu đen.
- Định lượng β HCG huyết thanh rất cao, hoặc định lượng HCG trong nước tiểu cũng rất cao; trên 20.000 đơn vị ếch hay trên 60.000 đơn vị thỏ.
- Siêu âm trong buồng tử cung thấy hình ảnh tuyết rơi, hay hình ảnh chùm nho, hình ảnh ruột bánh mỳ; không thấy hình ảnh thai.

7.2.7. Rau bong non

- Bụng to lên nhanh chóng.
- Đau bụng dữ dội.
- Thường bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm độc thai nghén nặng, shock, ra máu âm đạo.
- Khám tử cung cứng như gỗ.
- Không nghe được tim thai.
- Siêu âm có thể phát hiện được khối máu tụ sau rau.

7.2.8. Khối u to trong ổ bụng

U thận, u mạc treo ruột, u nang buồng trứng to...

Bệnh thường diễn biến từ từ.

Siêu âm giúp ích cho chẩn đoán.

7.2.9. Bàng quang đầy nước tiểu

Trong trường hợp nghi ngờ nên thông đái, nếu bàng quang đầy nước tiểu bụng sẽ xẹp.

8. XỬ TRÍ

8.1. Thể nhẹ: Theo dõi, không cần phải điều trị.

8.2. Thể vừa: Đôi khi không cần phải can thiệp gì. Theo dõi bệnh nhân nếu có triệu chứng khó thở hoặc đau bụng thì cho nhập viện, nghỉ ngơi tại giường. Kháng sinh, thường sử dụng nhóm β lactamin như amocillin 2g/ ngày. Thuốc lợi tiểu và ăn nhạt hầu như không có hiệu quả. Gần đây indomethacin là thuốc được ưu tiên lựa chọn để điều trị triệu chứng.

Cần phải siêu âm nhiều lần để theo dõi sự tiến triển của bệnh và phát hiện những bất thường về thai nhi.

Chọc ối làm xét nghiệm sinh hoá và tế bào.

8.3. Thể nặng: Thường kèm theo thai dị dạng.

- Chọc ối: mục đích làm giảm triệu chứng cho mẹ, xét nghiệm nhiễm sắc thể, tế bào học. Mỗi lần chọc lấy ra khoảng 1500 ml nước ối. Kỹ thuật phải đảm bảo vô trùng, chọc ối dưới sự hướng dẫn của siêu âm, chọc qua thành bụng. Thường sử dụng kim chọc số 18 nối với một bộ dây truyền rút ra với tốc độ 500ml/giờ. Biến chứng của chọc nước ối có thể gặp là: vỡ ối, viêm màng ối, rau bong non.
- Liệu pháp indomethacin: năm 1994 Kramer đã kết luận indomethacin có ba tác dụng trong điều trị đa ối: giảm chế tiết và tăng hấp thu dịch phổi. Giảm bài tiết nước tiểu. Tăng tính thấm qua màng thai. Liều điều trị 1,5 - 3mg/ngày.
- Nghỉ ngơi tại giường.
- Thuốc giảm co bóp tử cung.
- An thần: có thể dùng Valium 10mg/ngày.
- Kháng sinh nhóm β lactamin nên được lựa chọn vì ít ảnh hưởng đến thai nhi.
- Theo dõi thai, phát hiện những bất thường thai nhi qua siêu âm.
- Nếu thai dị dạng thì bấm ối cho đẻ, thường sau khi bấm ối sẽ có cơn co tử cung và cuộc chuyển dạ xảy ra bình thường. Cần phải thận trọng sau khi sổ thai dễ bị đờ tử cung, sót rau, sót màng.

THAI CHẾT LƯU TRONG TỬ CUNG

TS. Nguyễn Đức Hinh

1. ĐẠI CƯƠNG

Khi sống trong tử cung, mặc dù được người mẹ bảo vệ nhưng thai vẫn có thể chết ở bất kỳ thời điểm nào vì nhiều nguyên nhân khác nhau. Năm 1987, Opitz đã phát biểu: đa số thai bị chết trước khi sinh, chỉ có 1/3 số trứng thụ tinh sống đến năm đầu sau khi sinh. Cụ thể hơn, có tác giả cho rằng: 1000 trứng thụ tinh chỉ có 387 trẻ đẻ ra sống, số còn lại bị chết trong suốt thời kỳ mang thai.

Định nghĩa về thai chết lưu không thống nhất giữa các nước khác nhau. Chúng ta quan niệm thai chết lưu là tất cả các trường hợp thai bị chết mà còn lưu lại trong tử cung trên 48 giờ. Có tác giả coi thai chết lưu là những trường hợp thai bị chết sau 20 tuần tuổi thai, có trọng lượng trên 400g.

Đặc điểm cơ bản của thai chết lưu là vô khuẩn, mặc dù thai chết và lưu lại trong tử cung nhưng được nút nhầy cổ tử cung bịt kín làm cho mầm bệnh không xâm nhập lên trên cao được. Trái lại một khi đã vỡ ối, nhiễm khuẩn xảy ra rất nhanh và rất nặng. Trong nhiều trường hợp thai chết lưu rất khó tìm thấy nguyên nhân. Khi thai bị chết lưu gây ra hai nguy cơ lớn cho người mẹ:

- Rối loạn đông máu dưới dạng chảy máu vì đông máu rải rác trong lòng mạch.
- Nhiễm khuẩn nhanh và nặng khi ối vỡ lâu.

Bên cạnh đó, còn có những ảnh hưởng ít nhiều đến tâm lý tình cảm người mẹ, đặc biệt là ở những trường hợp hiếm con. Thai bị chết trong tử cung luôn luôn là sang chấn cho người mẹ, cần có sự hỗ trợ của những người xung quanh, đặc biệt là nhân viên y tế. Thái độ xử trí thai chết lưu dựa trên:

- Xác định chẩn đoán.
- Phát hiện các biến chứng đang tiến triển (thai chết lưu vì các biến chứng này).
- Đối với thai chết lưu không nạo được, thái độ sản khoa là chọn lựa giữa chuyển dạ tự nhiên với gây chuyển dạ nhân tạo.
- Tìm nguyên nhân gây thai chết lưu.

Tỷ lệ thai chết lưu ở Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh vào khoảng 4,4% (1994 - 1995) so với tổng số trường hợp đẻ tại viện. Tỷ lệ thai chết lưu là 0,76% ở trung tâm Foch (Pháp) ở miền Tây nước Úc, tỷ lệ này là 0,7% (chỉ tính những trường hợp bị chết sau 20 tuần so với tổng số đẻ).

2. NGUYÊN NHÂN

Có rất nhiều nguyên nhân gây thai chết lưu và cũng có nhiều trường hợp thai chết lưu mà không tìm thấy được nguyên nhân. Người ta cho rằng có từ 20 đến 50% số trường hợp thai chết lưu không tìm thấy nguyên nhân.

2.1. Nguyên nhân từ phía mẹ

- Mẹ bị các bệnh lý mạn tính: viêm thận, suy gan, thiếu máu, lao phổi, bệnh tim, huyết áp cao...
- Mẹ bị các bệnh nội tiết: Basedow, thiểu năng giáp trạng, đái tháo đường, thiểu năng hay cường năng thượng thận.
- Nhiễm độc thai nghén từ thể nhẹ đến thể nặng đều có thể gây ra thai chết lưu. Tỷ lệ thai chết lưu càng cao nếu nhiễm độc thai nghén càng nặng và không được điều trị hay điều trị không đúng. Bệnh kéo dài nhiều ngày làm cho thai suy dinh dưỡng và bị chết. Tỷ lệ thai chết rất cao khi nhiễm độc thai nghén có biến chứng như tiền sản giật, sản giật, rau bong non.
- Mẹ bị các bệnh nhiễm ký sinh trùng như sốt rét (trong sốt rét ác tính, thai bị chết gần như 100%), nhiễm vi khuẩn (như giang mai), nhiễm virus (viêm gan, quai bị, cúm, sởi...). Trong các trường hợp này thai có thể bị chết vì:
  + Tác động trực tiếp của nguyên nhân gây bệnh lên thai, lên bánh rau.
  + Tình trạng sốt của người mẹ, thai rất kém chịu đựng với tình trạng sốt của người mẹ. Khả năng thải nhiệt của thai là rất kém. Hệ thống điều nhiệt của thai chưa hoạt động. Mỗi khi người mẹ bị sốt vì bất cứ nguyên nhân gì cũng làm thai dễ bị chết lưu.
- Mẹ bị ngộ độc cấp tính hay mạn tính. Mẹ dùng một số thuốc có thể làm cho thai bị chết nhất là một số thuốc chữa ung thư khi mới có thai. Mẹ bị chiếu tia xạ vì lý do điều trị bệnh hay vô tình.
- Tử cung: tử cung dị dạng cũng là một nguyên nhân gây thai chết lưu, có thể gặp ở tất cả các kiểu dị dạng của tử cung. Tử cung nhi tính, tử cung kém phát triển làm cho thai bị nuôi dưỡng kém, có thể bị chết lưu.
- Một số yếu tố thuận lợi làm cho thai chết lưu là:
  + Tuổi của mẹ: tỷ lệ thai chết lưu tăng cao ở những người mẹ trên 40 tuổi, nguy cơ thai chết lưu cao gấp 5 lần so với nhóm phụ nữ trẻ.
  + Dinh dưỡng kém, lao động vất vả, đời sống khó khăn.
  + Trong tiền sử có thai chết lưu, nguy cơ thai chết lưu trong lần có thai tiếp theo cao gấp 3 đến 4 lần.

2.2. Nguyên nhân từ phía thai

- Rối loạn thể nhiễm sắc: là nguyên nhân chủ yếu của thai dưới 3 tháng bị chết. Rối loạn nhiễm sắc thể có thể là do di truyền từ bố, mẹ; có thể là do

đột biến trong quá trình tạo noãn, tạo tinh trùng, thụ tinh và phát triển của phôi. Tỷ lệ rối loạn nhiễm sắc thể tăng lên rõ ràng theo tuổi của mẹ, đặc biệt là ở các bà mẹ trên 40 tuổi.

- Thai dị dạng: não úng thuỷ, vô sọ, phù thai rau.
- Bất đồng miễn dịch mẹ con do yếu tố Rh, thai rất dễ bị chết lưu ở các lần có thai tiếp theo.
- Thai già tháng: bánh rau bị lão hoá, không bảo đảm nuôi dưỡng thai dẫn đến thai chết lưu nếu không được xử trí kịp thời.
- Đa thai: thai có thể bị chết trong trường hợp truyền máu cho nhau, thai cho máu dễ bị chết lưu. Hơn nữa trong quá trình phát triển , một thai có thể bị chết khi còn bé, tiêu đi mà không có biểu hiện lâm sàng. Trong khi thai bên cạnh vẫn tiếp tục phát triển bình thường. Do đó khi bé, làm siêu âm phát hiện ra song thai, đến khi thai lớn chỉ còn thấy một thai trên siêu âm. Các trường hợp như thế này không phải là hiếm.
- Yếu tố giới tính: hình như thai trai có nguy cơ bị chết lưu cao hơn thai gái, có lẽ liên quan đến vấn đề di truyền qua thể nhiễm sắc giới.

2.3. Nguyên nhân từ phía phần phụ của thai

- Dây rốn: mọi bất thường ở dây rốn đều có thể làm thai chết lưu. Dây rốn thắt nút, dây rốn ngắn tuyệt đối, dây rốn quấn quanh cổ, quanh thân, quanh chi. Dây rốn bị chèn ép, đặc biệt hay gặp trong trường hợp thiểu ối, dây rốn bị xoắn quá mức.
- Bánh rau: bánh rau xơ hoá, bánh rau bị bong, u mạch máu màng đệm của bánh rau. Máu của thai chảy sang mẹ.
- Nước ối: đa ối cấp tính hay mạn tính, thiểu ối.

Người ta thấy rằng có từ 20% đến 50% số trường hợp thai chết lưu là không tìm thấy nguyên nhân, mặc dù có đầy đủ các phương tiện thăm dò hiện đại.

3. GIẢI PHẪU BỆNH

Tuỳ theo giai đoạn thai bị chết mà có các hình thái sau:

3.1. Thai bị tiêu: trong những tuần đầu, ở giai đoạn rau toàn diện, nếu thai bị chết thì có thể bị tiêu đi hoàn toàn, chỉ để lại một bọc nước.

3.2. Thai bị teo đét: thai chết vào tháng thứ 3, thứ 4 sẽ bị teo đét, khô lại. Da thai vàng xám như màu đất, nhăn nheo bọc lấy xương. Nước ối ít đi, đặc biệt sánh vẩn đục, cuối cùng sẽ khô đi để lại một lớp sáp trắng bệch bao quanh cái thai.

3.3. Thai bị úng mục: sau 5 tháng thai chết sẽ bị úng mục. Lớp ngoại bì sẽ bị bong, lột dần từ phía chân lên phía đầu thai. Lớp nội bì thấm hemoglobin nên có màu đỏ tím. Các nội tạng bị rữa nát, làm cho đầu ọp ẹp, các xương sọ chồng lên nhau, ngực xẹp, bụng ỏng. Bánh rau vàng úa, teo đét, xơ cứng lại. Màng rau vàng

úa. Nước ối ít dần đi, sánh lại, có màu hồng đỏ. Dây rốn teo nhỏ lại. Có thể dựa vào hiện tượng lột da để biết thời gian thai chết:

- Ngày thứ 3: lột da bàn chân
- Ngày thứ 4: lột da chi dưới.
- Ngày thứ 8: lột da toàn thân.

2.4. Thai bị thối rữa: Nếu ối bị vỡ lâu, thai nằm lại trong tử cung sẽ bị nhiễm khuẩn rất nhanh và rất nặng. Nhiễm khuẩn lan toả rất nhanh gây nhiễm độc cho mẹ. Có thể gặp vi khuẩn kỵ khí gây hoại thư sinh hơi ở trong tử cung. Thai có thể bịt lỗ trong của tử cung, hơi bị tích lại làm cho tử cung căng lên, chứa hơi.

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Thai dưới 20 tuần bị chết

Nhiều trường hợp thai chết lưu âm thầm, không có triệu chứng, làm cho chẩn đoán khó khăn.

- Bệnh nhân có các dấu hiệu có thai như: chậm kinh, nghén, bụng to dần, HCG trong nước tiểu dương tính, siêu âm đã thấy thai và hoạt động tim thai.
- Ra máu âm đạo tự nhiên, ít một, không đau bụng, máu đỏ xẫm hay nâu đen. Đây là dấu hiệu phổ biến của thai dưới 20 tuần bị chết lưu.
- Tử cung bé hơn tuổi thai:
  + Bệnh nhân thấy bụng bé đi hay không thấy bụng to lên mặc dù mất kinh đã lâu.
  + Khi khám thấy thể tích tử cung bé hơn so với tuổi thai, mật độ tử cung đôi khi chắc hơn so với tử cung có thai sống.
- Xét nghiệm tìm HCG trong nước tiểu chỉ âm tính sau khi thai đã chết một thời gian. Khoảng thời gian để cho HCG trở thành âm tính phụ thuộc chủ yếu vào ngưỡng phát hiện HCG của phản ứng (với phản ứng Galli - Mainini cũng chỉ âm tính sau khi thai đã chết hàng tuần).
- Siêu âm là thăm dò có giá trị, cho chẩn đoán sớm và chính xác. Trên siêu âm có thể thấy âm vang thai rõ ràng mà không thấy hoạt động của tim thai. Hoặc chỉ nhìn thấy túi ối mà không thấy âm vang thai - còn gọi là hình ảnh túi ối rỗng. Hình ảnh túi ối rỗng càng chắc chắn là thai lưu nếu kích thước lớn (đường kính trên 35mm), bờ túi ối méo mó, không đều. Trong những trường hợp nghi ngờ, chúng ta nên kiểm tra lại bằng siêu âm sau 1 tuần xem tiến triển của túi ối để có kết luận chính xác.

4.2. Thai trên 20 tuần bị chết

Triệu chứng thường rõ ràng làm bệnh nhân phải đi khám ngay. Nhờ vậy cũng dễ dàng xác định được thời gian tiềm tàng, là khoảng thời gian thai đã chết.

- Bệnh nhân có các dấu hiệu có thai, đặc biệt là đã thấy thai cử động. Người thầy thuốc đã sờ nắn thấy phần thai, nghe thấy tim thai bằng ống nghe sản khoa, đã xác định được chiều cao tử cung.
- Bệnh nhân không thấy thai cử động nữa. Đây là dấu hiệu chính buộc bệnh nhân phải chú ý, phải đi khám bệnh. Cũng nhờ đó mà chúng ta có thể dễ dàng xác định được thời gian thai chết (thời gian tiềm tàng).
- Hai vú tiết sữa non tự nhiên làm cho bệnh nhân phải chú ý đến hiện tượng này.
- Ra máu âm đạo là dấu hiệu hiếm gặp đối với thai trên 20 tuần bị chết.
- Bệnh nhân cảm thấy bụng không to lên, thậm chí bé đi nếu thai chết đã lâu ngày.
- Nếu bệnh nhân có bị một số bệnh kèm theo như nhiễm độc thai nghén, bệnh tim... thì bệnh sẽ tự thuyên giảm, bệnh nhân cảm thấy dễ chịu hơn.
- Thăm khám thấy:
  + Tử cung bé hơn so với tuổi thai, đặc biệt có giá trị nếu thấy chiều cao tử cung giảm đi qua hai lần đo ở hai thời điểm khác nhau, do cùng một người đo.
  + Khó sờ nắn thấy phần thai.
  + Không nghe thấy tiếng tim thai bằng ống nghe sản khoa.
- Siêu âm cho kết quả chính xác. Không quan sát thấy cử động của tim thai. Đầu méo mó, có thể thấy dấu hiệu hai vòng ở xương sọ thai do da đầu bị bong ra. Nước ối có thể thấy ít, thậm chí không còn. Hiện nay đây là một thăm dò chủ yếu, cho chẩn đoán chắc chắn và rất sớm.
- Các phương pháp thăm dò X quang như chụp bụng không chuẩn bị, chụp buồng ối... ngày nay ít còn được sử dụng. Các phương pháp này có thể gây hại cho mẹ, nhất là cho thai nếu thai còn sống. Do đó người ta chỉ áp dụng các phương pháp này khi đã chẩn đoán là thai lưu, hay khi thai đã gần đủ tháng.

Trên phim chụp bụng không chuẩn bị có thể thấy:

  + Xương sọ bị chồng lên nhau, dấu hiệu Spalding I, xuất hiện khi thai chết độ 10 ngày.
  + Cột sống thai bị gấp khúc, dấu hiệu Spalding II.
  + Vòng sáng quanh đầu thai, dấu hiệu Devel.
  + Có thể thấy bóng hơi trong buồng tim hay mạch máu lớn, dấu hiệu Roberts.
- Định lượng fibrinogen trong máu để đánh giá ảnh hưởng của thai chết lưu lên quá trình đông máu. Nếu thai chết vẫn còn ở trong tử cung thì phải định lượng fibrinogen máu hàng tuần. Đây là xét nghiệm quan trọng không thể thiếu được trước khi can thiệp cho thai ra.

5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Đối với thai trên 20 tuần chết lưu, chẩn đoán phân biệt ít đặt ra. Đối với thai dưới 20 tuần chết lưu, có thể bị nhầm với:

- Chửa ngoài dạ con vì có máu đen ở âm đạo. Tử cung bé hơn tuổi thai. Thai chết lưu khi sắp sẩy cũng gây đau bụng.
- Chửa trứng, đặc biệt là nhầm với chửa trứng thoái triển. Nhiều khi không thể phân biệt được nếu dựa trên lâm sàng và siêu âm. Chỉ khi nạo và xét nghiệm giải phẫu bệnh lý tổ chức nạo ra mới cho chẩn đoán xác định được. Bệnh cảnh lâm sàng của thai chết lưu và chửa trứng thoái triển nhiều khi giống hệt nhau.
- Tử cung có u xơ, khám thấy tử cung to hơn bình thường kèm theo ra máu âm đạo bất thường.
- Thai còn sống, đây là vấn đề hết sức lưu ý vì lúc nào cũng có thể bị nhầm, nhất là khi vội vàng trong chẩn đoán. Tất cả các triệu chứng cơ năng hay thực thể, kể cả thăm dò siêu âm để chẩn đoán thai chết lưu đều có thể bị sai, bị nhầm. Cách tốt nhất để tránh nhầm lẫn đáng tiếc này là chúng ta không nên vội vàng hấp tấp trong chẩn đoán, trong xử trí. Nhiều khi phải thăm khám, thăm dò nhiều lần, bằng nhiều người để có chẩn đoán chính xác.

6. TIẾN TRIỂN

6.1. Ảnh hưởng đến tâm lý, tình cảm người mẹ

Thai chết lưu trong tử cung bao giờ cũng gây ra các hậu quả tâm lý, tình cảm cho người mẹ vì:

- Mất đi một đứa con đang được mong đợi. Hậu quả tâm lý này càng nặng nề ở những người hiếm con hay vô sinh.
- Tâm lý lo sợ khi mang cái thai đã bị chết.

Thầy thuốc cần giải thích cặn kẽ, làm an lòng, thông cảm với người mẹ. Tất cả các vấn đề này cần được làm cẩn thận trước khi can thiệp lấy thai ra.

6.2. Rối loạn đông máu

Rối loạn đông máu xảy ra là một biến chứng nặng của thai chết lưu. Thromboplastin có nhiều trong nước ối, trong bánh rau và màng rụng đi vào tuần hoàn người mẹ, hoạt hoá quá trình đông máu, gây ra đông máu rải rác trong lòng mạch và tiêu sợi huyết. Một yếu tố nữa can thiệp vào quá trình rối loạn đông máu là các yếu tố hoạt hoá hệ thống tiêu sợi huyết có rất nhiều trong tổ chức thai chết. Hiện tượng thromboplastin tràn ngập vào tuần hoàn người mẹ (Jimenez và Pritchard, 1968; Lerner và Cs 1967) đặc biệt hay gặp khi tử cung có cơn co, khi có can thiệp vào buồng tử cung. Đông máu rải rác trong lòng mạch này có đặc điểm là quá trình tiêu sinh sợi huyết thứ phát chiếm ưu thế, dẫn đến biểu hiện lâm

sàng là chảy máu, fibrinogen trong máu tụt thấp hay không có. Nguy cơ bị rối loạn đông máu khi fibrinogen trong máu tụt xuống dưới 1g/l, thường xuất hiện sau khi thai chết khoảng 9 tuần. Nồng độ sản phẩm phân huỷ fibrin (FDP) trong máu tăng dần lên. Số lượng tiểu cầu có xu hướng giảm xuống, nhưng không phải lúc nào cũng gặp hiện tượng này. Quá trình đông máu rải rác trong lòng mạch có thể diễn ra từ từ. Người ta thấy rằng nếu thời gian tiềm tàng trên 4 tuần và thai càng lớn thì nguy cơ rối loạn đông máu càng cao. Pritchard qua nghiên cứu hồi sức đã thấy rằng rất ít khi xảy ra rối loạn đông máu trong vòng 1 tháng sau khi thai bị chết. Bên cạnh đó, quá trình đông máu rải rác trong lòng mạch có thể diễn ra cấp tính khi các chất gây rối loạn đông máu có điều kiện ồ ạt tràn vào tuần hoàn người mẹ. Đó là khi can thiệp vào buồng tử cung hay khi tử cung có cơn co. Biểu hiện lâm sàng là chảy máu từ tử cung, máu không đông. Chảy máu xuất hiện sau khi can thiệp vài giờ. Định lượng fibrinogen trong máu rất thấp hay không có, các sản phẩm phân huỷ fibrin tăng cao, giảm plasminogen, giảm hoạt tính yếu tố anti - thrombin III, đôi khi có giảm tiểu cầu.

6.3. Nhiễm khuẩn khi ối vỡ lâu

Không sợ nhiễm khuẩn khi còn màng ối. Nhưng khi đã vỡ ối, nhiễm khuẩn sẽ rất nhanh và nặng. Ngoài các vi khuẩn hay gặp như: tụ cầu, trực khuẩn, proteus..., còn có thể gặp vi khuẩn yếm khí như Clostridium perfringens. Nhiễm khuẩn nặng, lan rộng có thể làm cho người mẹ bị choáng nội độc tố, đặc biệt là do vi trùng Gram âm.

6.4. Một số đặc điểm chuyển dạ của thai chết lưu

- Đầu ối hình quả lê, lòi qua cổ tử cung, thõng vào trong âm đạo là do màng ối không còn khả năng giãn. Đầu ối quả lê không giúp ích cho cổ tử cung mở, làm dễ chẩn đoán nhầm độ mở cổ tử cung khi khám. Tuy nhiên không bao giờ được bấm ối khi cổ tử cung chưa mở hết.
- Nước ối màu đỏ hồng, đôi khi lẫn rất nhiều phân xu nếu thai bị chết lưu vì suy thai mạn tính.
- Dù là ngôi gì thai cũng có thể đẻ đường dưới được. Nếu thai ở tư thế ngang, cột sống sẽ bị gấp lại cho phép thai lọt và sổ được. Một khi cần giúp đỡ cho thai ra thì áp dụng các thủ thuật huỷ thai như chọc óc, kẹp sọ, cắt thai...
- Sau khi sổ rau phải tiến hành kiểm soát tử cung một cách chủ động, có hệ thống vì bao giờ cũng bị sót rau.
- Chú ý cho bệnh nhân sử dụng kháng sinh để tránh nhiễm khuẩn.

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Điều chỉnh lại tình trạng rối loạn đông máu nếu có

Nếu fibrinogen bị giảm thấp, chúng ta cần điều chỉnh lại trước khi can thiệp lấy thai ra. Các thuốc có thể sử dụng được:

- Fibrinogen truyền tĩnh mạch.
- Máu tươi toàn phần.
- Các thuốc chống tiêu sinh sợi huyết như EAC, Transamine...

Các tác giả Mỹ đã sử dụng heparin để điều trị với liều từ 5000 đến 10000 đơn vị mỗi ngày. Chúng ta chưa áp dụng heparin để điều trị. Vấn đề này cần được nghiên cứu thêm để có thể áp dụng được mà không gây ra tai biến.

7.2. Nong cổ tử cung, nạo thai lưu

Nong cổ tử cung, nạo được áp dụng cho các trường hợp thai lưu mà thể tích tử cung bé hơn tử cung có thai 3 tháng, hay chiều cao tử cung dưới 8cm. Thủ thuật nạo khó khăn hơn so với nạo thai sống vì xương thai to, rắn, vì rau xơ hoá bám chặt vào tử cung. Phải giảm đau cho bệnh nhân trước khi nạo, dùng thuốc co tử cung và kháng sinh sau thủ thuật. Cần chú ý theo dõi chảy máu sau nạo. Chảy máu thường xuất hiện sau thủ thuật vài giờ. Điều trị nội khoa chảy máu (fibrinogen, máu, thuốc chống tiêu sinh sợi huyết...) có kết quả trong hầu hết các trường hợp, bảo tồn được tử cung.

Trước khi điều trị nội khoa cần bảo đảm chắc chắn là không có sót rau, không có rách ở cổ tử cung, tử cung. Không thấy hiện tượng chảy máu tái phát sau khi điều trị nội khoa.

7.3. Gây sẩy thai, gây chuyển dạ

Gây sẩy thai, gây chuyển dạ được áp dụng cho tất cả các trường hợp thai chết lưu to hơn, không thể nong nạo được. Có nhiều phương pháp để cho thai ra.

7.3.1. Phương pháp đặt túi nước không nên áp dụng vì có nguy cơ gây nhiễm khuẩn và làm vỡ ối

7.3.2. Phương pháp Stein

Stein cổ điển bao gồm cho bệnh nhân tắm nước ấm, thụt tháo, dùng estrogen và quinin trước khi cho truyền oxytocin. Hiện nay phương pháp Stein đã được cải tiến, đơn giản hoá đi nhiều. Thường người ta hay tiến hành như sau:

- Dùng estrogen, cụ thể là Benzogynestryl 10mg/ngày, trong 3 ngày liền.
- Đến ngày thứ tư truyền oxytocin tĩnh mạch gây cơn co tử cung. Liều oxytocin truyền mỗi ngày tối đa là 30 đơn vị, truyền từng đợt trong 3 ngày liền. Các đợt cách nhau 7 ngày. Thông thường là thai bị tống ra trong 1 đến 2 ngày truyền đầu tiên.

7.3.3. Truyền oxytocin tĩnh mạch đơn thuần

Bệnh nhân được truyền oxytocin tĩnh mạch ngay mà không có chuẩn bị bằng estrogen trước. Cũng với cách thức truyền oxytocin như trong phương pháp

Stein. Kết quả thành công của phương pháp này cũng như kết quả của phương pháp Stein. Ưu điểm của phương pháp này là không phải dùng estrogen, rút ngắn được thời gian nằm viện. Kết quả truyền oxytocin càng cao nếu chỉ số Bishop thuận lợi (≥6), con rạ, tuổi thai lớn. Phương pháp có hiệu quả, chắc chắn, tránh được tác dụng không mong muốn của các thuốc thuộc nhóm prostaglandin.

7.3.4. Dùng prostaglandin là phương pháp được ưa chuộng hiện nay. Người ta thích dùng các prostaglandin thuộc nhóm E2 như: Cytotec (misoprostol), Prostine, Nalador, Cervagème hơn là các thuốc thuộc nhóm F2a. Đường dùng thuốc có thể là đặt âm đạo, tiêm bắp, truyền tĩnh mạch. Phải giữ màng ối đến khi cổ tử cung mở hết. Đơn giản và kinh tế là dùng Cytotec đặt âm đạo, 100mg mỗi lần và cứ 12 giờ đặt một lần. Thời gian trung bình để thai ra là 12,6 giờ, chỉ có 8% số trường hợp thai ra sau 24 giờ (nhưng trước 48 giờ) (nghiên cứu áp dụng cho những trường hợp thai chết lưu có tuổi thai từ 18 đến 40 tuần). Tác dụng không mong muốn của thuốc là không đáng kể.

Với tất cả các phương pháp này, tỷ lệ thành công càng cao nếu tử cung càng to, tuổi thai càng lớn, xung quanh ngày dự kiến đẻ. Đứng trước các trường hợp khó khăn, người thầy thuốc không được vội vàng, hấp tấp cho thai ra. Ép buộc cho thai ra bằng mọi giá sẽ làm cho người thầy thuốc có nguy cơ gặp phải những khó khăn, biến chứng nặng nề, nguy hiểm. Chúng ta không nên quên rằng có những trường hợp thai chết lưu xuất hiện chuyển dạ tự nhiên, cuộc đẻ thường kết thúc mà không có nhiều khó khăn. Vì thế nếu không có nguy cơ rối loạn đông máu, thái độ chờ đợi hy vọng có chuyển dạ tự nhiên cũng là một cách điều trị có thể chấp nhận được. Trong những trường hợp gặp khó khăn khi gây chuyển dạ, chúng ta có thể chờ đợi một vài tuần, hy vọng có chuyển dạ tự nhiên xuất hiện với điều kiện các xét nghiệm về đông máu bình thường.

Dự phòng thai chết lưu là một vấn đề rất phức tạp. Rất nhiều trường hợp không tìm được nguyên nhân, làm cho bệnh nhân và thầy thuốc lúng túng trong những lần có thai tiếp theo. Thai chết lưu phải được xem như là một nguy cơ cho lần có thai tiếp theo. Cần thận trong trong chẩn đoán và tránh vội vàng trong xử trí cho thai ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Merger R., Levy J., Melchior J. Mort du foetus in utero (rétention foetale). Précis d'obstétrique. Masson, 1989, 231 - 237.
2. J. E. Paz, L. Otano, E.C. Gadow, E.E. Castilla. Previous miscarriage and stillbirth as risk factors for other unfavourable outcomes in the next pregnancy. British Journal of Obstettrics and Gynaecology. Oct, 1992, Vol 99, 808 - 812.

3. L.M. Alessandri, F.J. Stanley, J.B.Garner, J. Newnham, B.N.J. Walter. A case - control study of unexplained antepartum stillbirths. British Journal of Obstettrics and Gynaecology. Sept, 1992, Vol 99, 711 - 718.

4. Lansac J., Berger C., Magnin G. Histoire naturelle de la grossesse. Obstétrique pour la praticien. Simep, 2e edit, 1990.

5. Lansac J., Body G. L'accouchement d'un enfant malformé ou mort. Pratique de l'accouchement. Simep, 2e edit.

6. Antonio Bugalho, Cassimo Bique, Fernanda Machungo, Anibal Faundes. Induction of labor with intravaginal misoprostol in intrauterine fetal death. Am J Obstet Gynecol, Volume 171. N02, 1994, 538 - 541.

7. Cunningham, MacDonald, Gant, Leveno, Gilstrap - Williwma Obstetrics, 19th edition.

HẬU SẢN THƯỜNG

TS. Lê Thị Thanh Vân

1. ĐẠI CƯƠNG

Hậu sản là thời kỳ các cơ quan sinh dục dần dần trở lại trạng thái bình thường về giải phẫu và sinh lý. Thời gian trung bình là 6 tuần.

Là một giai đoạn cần theo dõi đảm bảo cuộc đẻ thường:

- Chẩn đoán và điều trị dự phòng các biến chứng sau đẻ: chảy máu, nhiễm trùng
- Giải thích và hướng dẫn cho sản phụ những thắc mắc, sinh hoạt thường hàng ngày, nuôi con bằng sữa mẹ.
- Đề phòng thai nghén sớm, tránh thai, thai nghén bệnh lý.

2. NHỮNG HIỆN TƯỢNG GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ

2.1. Thay đổi ở tử cung

2.1.1. Thân tử cung

Cuối thời kỳ thai nghén chiều cao tử cung trên khớp vệ 30-35cm cân nặng là 1500g. Trước khi có thai nó hoàn toàn trong tiểu khung với chiều cao 6cm cân nặng 60g. Sự thay đổi của tử cung diễn ra rất nhanh trong 2 tuần đầu tiên sau đẻ sau đó chậm hơn, nó trở về bình thường tối thiểu 2 tháng sau đẻ. Vì vậy không được đặt vòng trong 2-3 tháng đầu sau đẻ.

Tử cung có 3 hiện tượng xảy ra:

- Co cứng: sau sổ rau tử cung co cứng trong vòng 2-3 giờ để thực hiện tắc mạch sinh lý. Trên lâm sàng ta thấy tử cung cứng, tạo cầu an toàn. Sau đó tử cung hết co cứng chỉ có co bóp nhẹ nên nắn thấy tử cung mềm hơn.
- Co bóp: trong những ngày đầu sau đẻ thỉnh thoảng có những cơn co bóp mạnh làm sản phụ đau (bình thường cơn co bóp tử cung thời kỳ hậu sản không gây đau). Tử cung co bóp mạnh là do bị kích thích bởi sản dịch, máu cục, sự cho con bú hay mức độ căng quá mức của trực tràng, bàng quang do bị liệt cơ năng sau đẻ. Vì vậy sau mỗi cơn co bóp mạnh có ít máu cục hay thoát ra cùng sản dịch.
- Co hồi: trung bình mỗi ngày tử cung thu nhỏ lại. Sau đẻ tử cung to trên khớp mu 13cm, mỗi ngày thu lại 1cm đến ngày thứ 12-13 sau đẻ thường

không sờ thấy trên khớp mu nữa, những ngày đầu co hồi nhanh hơn những ngày sau, ta phải theo dõi hàng ngày. Sự co hồi tử cung phụ thuộc vào nhiều yếu tố: tử cung con so co hồi nhanh hơn con dạ, người cho con bú co hồi nhanh hơn vì có oxytocin, người đẻ thường co hồi nhanh hơn người mổ lấy thai, chuyển dạ lâu, con to, đa ối, nhiễm trùng ối tử cung co hồi chậm.

2.1.2. Thay đổi ở đoạn dưới và cổ tử cung

Đoạn dưới tử cung thay đổi rất nhanh từ 10cm như đàn xếp dần thu ngắn lại đến ngày thứ 4 trở thành eo tử cung.

Cổ tử cung ngắn dần và thu nhỏ lại 1,5 - 2cm sau 1 tuần.

Lỗ cổ tử cung đóng lại: lỗ trong đóng 5-8 ngày sau đẻ, lỗ ngoài đóng muộn hơn vào ngày 12 sau đẻ. Lỗ trong đóng hoàn toàn còn lỗ ngoài hé mở đặc biệt những người đẻ nhiều lần. Ống cổ tử cung không còn là hình ống mà thường là hình nón đáy ở dưới. Lỗ ngoài hé mở, niêm mạc trong ống cổ tử cung lộn ra ngoài, sau 3 tháng có khi 1 năm lộn tuyến cổ tử cung tự nhiên giảm, cần theo dõi đề phòng nhiễm trùng nhưng tuyệt đối không điều trị đốt tuyến trong thời kỳ hậu sản.

2.1.3. Phúc mạc tử cung

Ngay sau khi sổ thai và rau phúc mạc có nhiều nếp nhăn (thấy rõ trong khi mổ lấy thai), các nếp nhăn này biến đi rất nhanh chóng vì phúc mạc teo và co lại.

2.1.4. Cơ tử cung

Lớp tử cung ngay sau đẻ dày tới 3-4cm, sẽ mỏng dần đi, các sợi cơ phì đại và dài ra trong thời kỳ có thai sẽ thu nhỏ lại do tính đàn hồi của nó, ngoài ra một số sẽ thoái hoá trở thành những tế bào mỡ và tiêu đi. Các mạch máu cũng co lại do sự co hồi của lớp cơ đan.

2.1.5. Niêm mạc tử cung

Khi rau bong, bong hết lớp đặc của ngoại sản mạc còn lại lớp xốp với các đáy tuyến và sản bào, chính các đáy tuyến làm hồi phục niêm mạc tử cung ở vùng rau bám lớp cơ tử cung mỏng, khi kiểm soát tử cung thấy vùng này lõm vào, sần sùi vì khi tử cung co cứng, các hồ huyết và tĩnh mạch tắc lại các huyết cục phồng lên như những nấm nhỏ. Vùng màng bám niêm mạc nhẵn hơn do không có hiện tượng tắc mạch. Sau khi sổ thai và rau cả vùng màng và rau bám niêm mạc sẽ phát triển qua 2 giai đoạn để trở về chức năng bình thường:

- Giai đoạn thoái triển 14 ngày đầu sau đẻ các ống tuyến và các sản bào thoát ra ngoài cùng sản dịch.
- Giai đoạn phát triển các tế bào trụ trong đáy tuyến phát triển và phân bào dưới ảnh hưởng của estrogen và progesteron, từ ngày 25-45 sau đẻ niêm mạc tử cung tăng sinh dưới tác dụng của estrogen, 6 tuần sau đẻ mặt trong được phủ 1 lớp tế bào trụ và thực hiện chu kỳ kinh đầu tiên trở lại vòng kinh bình thường biểu hiện phóng noãn xung quanh ngày 40.

Khi đó niêm mạc tử cung có dạng nửa sau của vòng kinh. Thực tế rất hay gặp vòng kinh không phóng noãn và kinh nguyệt chỉ là sự trở lại bình thường của niêm mạc tử cung. Theo lý thuyết diễn ra khoảng 60 ngày sau đẻ, mốc này rất thay đổi tuỳ thuộc có cho con bú hay không, hay có điều trị ức chế prolactin, thuốc tránh thai kết hợp. Từ đó có thể suy ra rằng niêm mạc tử cung không chuẩn bị làm tổ từ ngày 25 của vòng kinh, hơn nữa chất nhầy cổ tử cung không đủ cho tinh trùng xâm nhập lên, vì vậy không dùng estrogen trước 25 ngày sau đẻ vì niêm mạc tử cung đang còn bong.

2.2. Âm hộ, âm đạo và tầng sinh môn

Âm hộ, âm đạo bị dãn căng sau đẻ, sẽ co hồi dần và 10-15 ngày sau đẻ sẽ trở về bình thường. Những tổn thương bề mặt âm đạo liền về bình thường nhanh chóng, những tổn thương sâu và rộng ở âm đạo phải chăm sóc cẩn thận vì lớp bề mặt có thể bình thường nhưng đôi khi không mềm mại, gây đau khi giao hợp.

Sa bàng quang nhẹ thường gặp những ngày đầu, nó mất đi cũng nhanh và hoàn toàn theo những tổn thương phối hợp ở dưới niêm mạc.

Sự teo niêm mạc âm đạo, giảm tiết dịch thay đổi tuỳ có cho con bú, hay dùng nội tiết. Màng trinh luôn bị xé rách khi thai đi qua chỉ còn lại di tích.

Âm hộ hé mở trong những ngày đầu tiên và co lại theo tổ chức dưới niêm mạc.

Tầng sinh môn: trương lực cơ bề mặt và cơ nâng hậu môn trở về bình thường phụ thuộc vào cuộc đẻ và cắt khâu tầng sinh môn, chỉnh hình lại tầng sinh môn do rách. Trương lực cơ tốt lên khi tập thể dục tầng sinh môn trong thời kỳ hậu sản.

2.3. Phần phụ

Các dây chằng tử cung vòi trứng, buồng trứng dần trở về bình thường về chiều dài, hướng, vị trí.

2.4. Vú

Bình thường trong thời kỳ có thai dưới ảnh hưởng nội tiết thai nghén vú phát triển và đặc biệt phát triển sau khi đẻ. Một vài ngày sau đẻ vú căng to, rắn chắc, núm vú cũng to và dài ra, các tĩnh mạch ở vú nổi lên rõ rệt, các tuyến sữa to, có khi lên tận nách, lúc đó sẽ tiết sữa. Hiện tượng tiết sữa xảy ra do có sự giảm đột ngột estrogen, prolactin được giải phóng ra tác dụng lên tuyến sữa.

2.5. Nội tiết

- Estrogen tụt ngay từ ngày đầu sau đẻ, từ ngày 25 dưới tác dụng của FSH bắt đầu chế tiết estrogen chuẩn bị vòng kinh mới.
- Progesteron cũng hạ trong khoảng 10 ngày đầu sau đẻ. Nó biến mất và trở lại chỉ sau khi có phóng noãn xảy ra sớm nhất khoảng 40 ngày sau đẻ.

- Gonadotropin hạ thấp, đến ngày 25 sau đẻ chế tiết FSH, tiếp theo xuất hiện đỉnh LH thời điểm khác nhau, khoảng 40 ngày sau đẻ.
- Prolactin tăng cao ngay sau đẻ và giảm sau ngày 15 ngay cả khi cho con bú.

2.6. Sinh hoá

Những thay đổi sinh hoá trong thời gian có thai: đường huyết, lipid, yếu tố đông máu trở về bình thường.

3. NHỮNG HIỆN TƯỢNG LÂM SÀNG CỦA HẬU SẢN THƯỜNG

3.1. Sự co hồi tử cung

Theo dõi lâm sàng co hồi tử cung bằng cách đo chiều cao tử cung hàng ngày.

Sau đẻ tử cung trên khớp vệ 13cm, mỗi ngày co lại 1cm, 12, 13 ngày sau đẻ không sờ thấy trên khớp vệ nữa.

Cơn đau tử cung do tử cung co bóp mạnh tống cục máu và sản dịch ra ngoài, mức độ đau nhiều hay ít tuỳ thuộc cảm giác từng sản phụ, nhưng thường càng đẻ nhiều lần, càng đau vì tử cung cần co bóp mạnh hơn những lần đẻ trước để đẩy máu cục và sản dịch ra ngoài. Trong những ngày sau đẻ phải theo dõi co hồi tử cung, những trường hợp táo bón, bí đái tử cung bị đẩy lên cao, co hồi chậm. Khi tử cung to, đau, sản phụ sốt, sản dịch không bình thường (nhiều, hôi) thì phải nghĩ đến nhiễm khuẩn hậu sản.

3.2. Sản dịch

Sản dịch là chất từ trong đường sinh dục, đặc biệt từ trong tử cung chảy ra gồm:

- Máu cục, máu loãng từ trong buồng tử cung chảy ra ở niêm mạc tử cung đặc biệt vùng rau bám.
- Mảnh niêm mạc tử cung thoái triển, sản bào, các tế bào cổ tử cung âm đạo bị thoái hoá và bong ra.

Tính chất: Trong 3 ngày đầu sản dịch gồm máu cục nhỏ và loãng nên có màu đỏ sẫm, 4-8 ngày sau sản dịch loãng hơn, gồm chất nhầy lẫn huyết nên có màu lờ lờ máu cá. Từ ngày thứ 8 trở đi sản dịch không có máu, chỉ là chất dịch trong vàng màu của huyết tương.

Bình thường trong sản dịch không bao giờ có mủ nhưng qua âm đạo, âm hộ mất tính chất vô khuẩn, có thể nhiễm vi khuẩn gây bệnh.

Sản dịch có mùi tanh nồng, pH kiềm, nếu nhiễm khuẩn có mủ, mùi hôi.

Số lượng thay đổi tuỳ người, trong 10 ngày đầu trung bình 1500g, ra nhiều ngày thứ 1,2. Từ ngày 15 sản dịch hết hẳn. Ngày 20 sản phụ có thể ra ít huyết đỏ tươi, loãng trong 1 đến 2 ngày đó là hiện tượng kinh non do niêm mạc tử cung phục hồi sớm.

Trên lâm sàng theo dõi số lượng sản dịch bằng cách khám, kiểm tra khố sản dịch.

Người cho con bú, con so tử cung co mạnh hơn co dạ nên sản dịch hết nhanh hơn. Sản dịch ra kéo dài hay đã hết rồi lại ra huyết đỏ, kéo dài phải theo dõi sót rau.

3.3. Sự xuống sữa

Sữa non có thể có từ khi đang có thai, nhưng một vài ngày sau đẻ, thường là 2 đến 3 ngày ở con dạ, 3 đến 4 ngày ở con so, dưới tác dụng của prolactin do thuỳ sau tuyến yên tiết ra hai vú càng phát triển và tiết sữa. Hiện tượng xuống sữa khi đó sản phụ thấy khó chịu, có thể hơi sốt (< 38^0C) mạch nhanh hơn, hai vú căng to và rắn chắc. Sau khi sữa đã tiết ra các hiện tượng đó mất. Nếu sữa đã xuống mà vẫn còn sốt phải đề phòng nhiễm khuẩn ở tử cung hay vú.

Sữa những ngày đầu tiên gọi là sữa non có màu nâu, trắng nhạt, chứa nhiều men tiêu hoá phù hợp với sự tiêu hoá của sơ sinh trong những ngày đầu, về sau sữa tiết ra đặc hơn, ngọt hơn sữa mẹ bình thường.

Khi nào cho trẻ bú mẹ: ngay sau khi đẻ để giúp cho sơ sinh bú được sữa non là sữa có giá trị dinh dưỡng cao và có vai trò sinh lý hoạt động hệ thống tiêu hoá của trẻ. Đối với mẹ tạo được tình cảm giữa mẹ và con, khuyến khích mẹ cho con bú sữa, kích thích tuyến yên tiết oxytocin tác dụng co bóp tử cung và tiết sữa.

Chống chỉ định bú mẹ rất ít, khi mẹ có bệnh tim, thận, lao đang tiến triển hay viêm gan virus.

3.4. Các hiện tượng khác

- Cơn rét run sinh lý: sau khi đẻ xong sản phụ lên cơn rét run, cần phải phân biệt với sốc chảy máu. Đặc điểm là mạch, huyết áp, nhiệt độ vẫn bình thường.
- Bí đái, bí đại tiện do bàng quang, trực tràng bị ngôi thai chèn ép giảm nhu động, liệt cơ năng.
- Hiện tượng toàn thân:
  + Mạch sau đẻ chậm lại, tồn tại 5-6 ngày sau đẻ sau đó trở về bình thường
  + Nhiệt độ bình thường.
  + Huyết áp: bình thường sau đẻ 5-6 giờ, những trường hợp nhiễm độc thai nghén huyết áp cao sau đẻ giảm ngay lập tức.
  + Nhịp thở: sẽ sâu hơn và chậm lại vì cơ hoành không bị đẩy lên cao.
  + Sau đẻ cân nặng sụt 3-5kg do sự bài tiết mồ hôi, nước tiểu, sản dịch trong 10 ngày đầu.
  + Nếu không cho con bú 45 ngày sau đẻ sẽ có kinh lại đầu tiên, kinh thường nhiều và kéo dài hơn những kỳ kinh bình thường.

4. CHĂM SÓC HẬU SẢN THƯỜNG

Chăm sóc cẩn thận đề phòng các biến chứng chảy máu, nhiễm trùng.

4.1. Chăm sóc tinh thần

Sản phụ nằm viện 4-5 ngày sau đẻ, có sự theo dõi của bác sĩ, nữ hộ sinh và gia đình chăm sóc để sản phụ yên tâm, vui vẻ, phục hồi sức khoẻ nhanh sau đẻ, cho con bú.

4.2. Vệ sinh

Buồng bệnh yên tĩnh thoáng khí, mát khi nóng, ấm khi rét. Phục vụ tốt, tránh lây lan, nhiễm khuẩn, phải có buồng cách ly cho bệnh nhân nhiễm trùng. Vệ sinh cá nhân tắm rửa bằng nước sạch, nơi thoáng khí không có gió lùa, chú ý không tắm bồn, ngâm người trong nước gây nhiễm trùng ngược dòng.

Mặc quần áo phải rộng rãi, thoáng mát, nịt vú phải nới rộng, mùa hè mặc quần áo mỏng thấm mồ hôi, mùa đông mặc ấm đề phòng rét lên cơn sản giật sau đẻ.

Chế độ ăn giàu chất dinh dưỡng, kiêng những chất kích thích.

Vệ sinh khi giao hợp. Có thể giao hợp sau khi hết sản dịch, cổ tử cung đóng, tầng sinh môn liền, nói chung 4 tuần sau đẻ. Chú ý hướng dẫn tránh thai trong thời gian hậu sản, cho con bú.

4.3. Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ 1 giờ/ 1 lần trong 6 giờ đầu sau đẻ để phát hiện chảy máu, sau đó ngày 1 lần phát hiện nhiễm khuẩn. Ghi chép cẩn thận vào bảng theo dõi.

4.4. Theo dõi co hồi tử cung và sản dịch

Nếu tử cung co chậm cho thuốc tăng co. Tử cung co bóp gây đau cho thuốc giảm đau, chườm nóng.

4.5. Chăm sóc tầng sinh môn

Làm thuốc âm hộ 2-3 lần trong ngày hay sau khi đi đại tiện, rửa bằng nước đun sôi để nguội nhẹ nhàng và cẩn thận, không thụt rửa âm đạo, sau đó lau khô, thay khố vô khuẩn. Cắt chỉ khâu tầng sinh môn sau 5 ngày. Nếu tầng sinh môn phù nề, máu tụ phải theo dõi, đắp acid acetic.

4.6. Theo dõi đại tiểu tiện

Bí đái hay gặp trong trường hợp chuyển dạ lâu, khó khăn, đẻ can thiệp. Nếu bí đái lâu, từ từ, ít đau tạo cầu bàng quang dễ nhầm với khối an toàn tử cung. Phải vận động sản phụ đi lại nhiều, xoa nắn vùng bàng quang, tránh thông đái nhiều. Sau 12 giờ không đái được, phải thông bàng quang, khi thông đái phải chú ý vô trùng tuyệt đối, sau khi thông bơm 5-10ml dung dịch glycerin Borate 5% để kích thích co bóp bàng quang, bơm kháng sinh đề phòng nhiễm khuẩn.

Có thể cho thuốc Prostigmin, châm cứu để tăng co bóp bàng quang.

Nếu táo bón dùng nhiều thức ăn xơ, xoa nắn bụng. Sau 3 ngày vẫn không đi được phải thụt tháo phân, uống dầu parafin 20g. Tránh dùng thuốc tẩy mạnh.

Trĩ: hay gặp sau đẻ do rặn đẻ, do táo bón, ứ trệ tuần hoàn ngay từ những tháng cuối thai nghén. Phải điều trị chống viêm, thuốc co mạch, vệ sinh tại chỗ, sau mỗi lần vệ sinh đẩy dần lên, chống táo bón.

4.7. Chăm sóc vú

Chăm sóc động viên sản phụ cho bú sớm, tất cả mọi người xung quanh đóng vai trò quan trọng. Bác sĩ, nữ hộ sinh phải giải thích tầm quan trọng bú sữa mẹ, giúp sản phụ giải quyết những khó khăn khi cho con bú như đầu vú tụt, nứt đầu vú, tắc tia sữa, tuyến vú phụ... gia đình động viên, giúp đỡ chia sẻ khó khăn cho sản phụ, có chế độ ăn nghỉ ngơi tốt để đủ sữa cho con bú. Thời gian cho bú là ngay từ giờ đầu sau đẻ, khi nào con muốn bú thì cho bú không phải theo giờ, tuỳ điều kiện, công tác của sản phụ có thể cho bú 1 năm đến 2 năm. Chú ý khi phải dùng thuốc điều trị bệnh trong thời gian cho con bú.

4.8. Sử dụng kháng sinh

Chỉ cần thiết trong trường hợp có nhiễm khuẩn tiềm tàng, có nguy cơ cao: kiểm soát tử cung, ối vỡ sớm, hay có bệnh tim. Dùng kháng sinh nhóm lactamin: ampixillin 2g trong 5-10 ngày.

5. BIẾN CHỨNG TRONG THỜI KỲ HẬU SẢN

5.1. Nhiễm trùng hậu sản: xem bài nhiễm trùng hậu sản.

5.2. Chảy máu

- Ngay sau đẻ, thời gian đầu liên quan với sót rau, hay màng rau, phải vào viện nạo buồng tử cung lấy hết rau và màng.
- Muộn hơn liên quan với viêm niêm mạc tử cung. Triệu chứng ra sản dịch hôi, tử cung còn to và đau và sốt sau đẻ cho phép chẩn đoán. Phải xét nghiệm sản dịch ở âm đạo cổ tử cung, hướng điều trị theo viêm viêm mạc tử cung.
- Ngoại lệ có trường hợp chảy máu do u xơ tử cung, nhưng phải điều trị theo hướng viêm niêm mạc tử cung cũng cho kết quả tốt. Nếu ra máu kéo dài, điều trị kháng sinh không kết quả nên nạo buồng tử cung, ở sản phụ mổ lấy thai phải loại trừ nhiễm trùng vết mổ. Cuối cùng phải nghĩ đến u vùng rau bám bởi ra máu muộn kéo dài, phải định lượng HCG.

5.3. Thiếu máu: hay gặp trong thời gian có thai, nặng lên do chảy máu khi bong rau hay mổ đẻ chảy máu. Phải xét nghiệm máu chẩn đoán ở bệnh nhân có nguy cơ hay có dấu hiệu lâm sàng. Điều trị nguyên nhân và triệu chứng.

5.4. Nhiễm trùng đường tiết niệu không phải là hiếm trong hậu sản. Có thể tái phát của nhiễm trùng có sẵn hay mới mắc phải trong khi đẻ do thông đái nhiễm khuẩn. Điều trị kháng sinh nhóm sulfamid nếu sản phụ cho con bú.

5.5. Cao huyết áp sau đẻ gặp ở sản phụ có nhiễm độc thai nghén nặng. Phải xét nghiệm chức nặng thận trong 3 tháng sau đẻ để điều trị theo dõi tiên lượng.

5.6. Biến chứng tâm thần hiếm gặp, xuất hiện mất ngủ, mê sảng, lo lắng sau đấy rối loạn thần kinh. Phải khám chuyên khoa tâm thần điều trị.

5.7. Biến chứng muộn

Rong huyết: sót rau, polyp rau và không được quên vùng rau bám.

Mất kinh: kinh thường có lại sau 6-8 tuần sau đẻ ở phụ nữ không cho con bú, có thể muộn hơn ở người cho con bú nhưng nói chung 5 tháng sau đẻ, nếu cho con bú kéo dài nữa mất kinh có thể tồn tại lâu hơn. Hiện tượng này có thể giải thích do protactin và gonagotropin.

Ở phụ nữ không cho con bú prolactin giảm rất nhanh trong khi người cho con bú mỗi lần cho con bú lại có đỉnh prolactin và giữa 2 lần bú nồng độ prolactin thấp nhất cũng còn cao hơn nồng độ ở phụ nữ bình thường. Prolactin ức chế phóng noãn bằng cách ngăn chặn đỉnh LH. Chế tiết bất thường prolactin kéo dài sau khi ngừng cho con bú vẫn không hành kinh, rất có thể đó là nguyên nhân gây mất kinh. Khi thấy mất kinh sau hậu sản trước khi điều trị triệu chứng phải tìm nguyên nhân xem đó là cơ năng hay thực thể.

Vô kinh do dính buồng tử cung: trong trường hợp nhiễm trùng, hay rong huyết cần phải nạo buồng tử cung. Chẩn đoán dựa vào soi buồng tử cung hay chụp phim tử cung vòi trứng.

Vô kinh do prolactin cao. Mất kinh do có thai.

CHUYỂN DẠ ĐÌNH TRỆ

PGS.TS. Nguyễn Đức Vy

1. ĐẠI CƯƠNG

Mục tiêu

Sau bài học, học viên có khả năng:

- Nêu lên được thế nào là chuyển dạ đình trệ.
- Kể ra được những nguyên nhân gây đình trệ chuyển dạ.
- Vẽ được các chỉ số theo dõi vào biểu đồ chuyển dạ.
- Nêu ra được cách xử trí đối với từng nguyên nhân.

Mở đầu

Chuyển dạ đẻ thường là một cuộc chuyển dạ tiến triển đều đặn, kết thúc chuyển dạ bằng một cuộc đẻ thường đường dưới, không phải can thiệp.

Một cuộc chuyển dạ đẻ thường chia làm 3 giai đoạn:

- Bắt đầu chuyển dạ đến khi cổ tử cung mở 4cm.
- Từ khi cổ tử cung được 4cm đến lúc mở hết.
- Giai đoạn 3 là giai đoạn sổ thai và sổ rau.

Thời gian chuyển dạ đẻ thường ở người con so khoảng 18 đến 24 giờ, ở người con dạ khoảng 12 đến 18 giờ.

Chuyển dạ đình trệ là cuộc chuyển dạ vì nguyên nhân nào đó bị ngừng lại, làm cho người thầy thuốc phải chỉ định can thiệp bằng thuốc hay thủ thuật hoặc phẫu thuật mổ lấy thai.

2. NỘI DUNG

2.1. Nguyên nhân

2.1.1. Về phía mẹ

- Khung chậu hẹp, khung chậu giới hạn, khung chậu lệch.
- Bệnh toàn thân: tim hẹp hở hai lá, viêm gan virus, nhiễm độc thai nghén...
- Khối u buồng trứng, u xơ tử cung gây ra u tiền đạo, hay u xơ tử cung làm rối loạn cơn co tử cung.
- Cổ tử cung không tiến triển.

- Cơn co cường tính, doạ vỡ tử cung.
- Mẹ rặn yếu.
- Mẹ kém chịu đựng.
- Mẹ có sẹo mổ tử cung.

2.1.2. Về phía thai

- Thai to.
- Ngôi bất thường: ngôi ngang, ngôi trán, ngôi mặt cằm sau.
- Thai suy.
  + Nhịp tim thai: Nhanh > 160 l/phút (suy sớm)
    Chậm <120 l/phút (suy chậm)
  + Nếu ở những nơi có điều kiện theo dõi monitor.
    Dip I: sâu, liên tục.
    Dip II: sâu.
- Đầu không lọt khi cổ tử cung mở hết trên một giờ, thường do ngôi bình chỉnh không tốt hoặc kiểu thế ngang, sau.

2.1.3. Về phía phần phụ của thai

- Rau tiền đạo.
- Rau bong non.
- Ối vỡ non, ối vỡ sớm.
- Ối ít, hết ối.
- Dây rau ngắn.

2.2. Biểu đồ chuyển dạ

Khi sản phụ vào viện, cần phải đánh dấu tất cả những yếu tố cần theo dõi vào biểu đồ chuyển dạ để có thái độ xử trí đúng và kịp thời khi có những dấu hiệu bất thường xảy ra trong quá trình chuyển dạ (Xem hình 5.1).

2.3. Thái độ xử trí

2.3.1. Tuyến xã

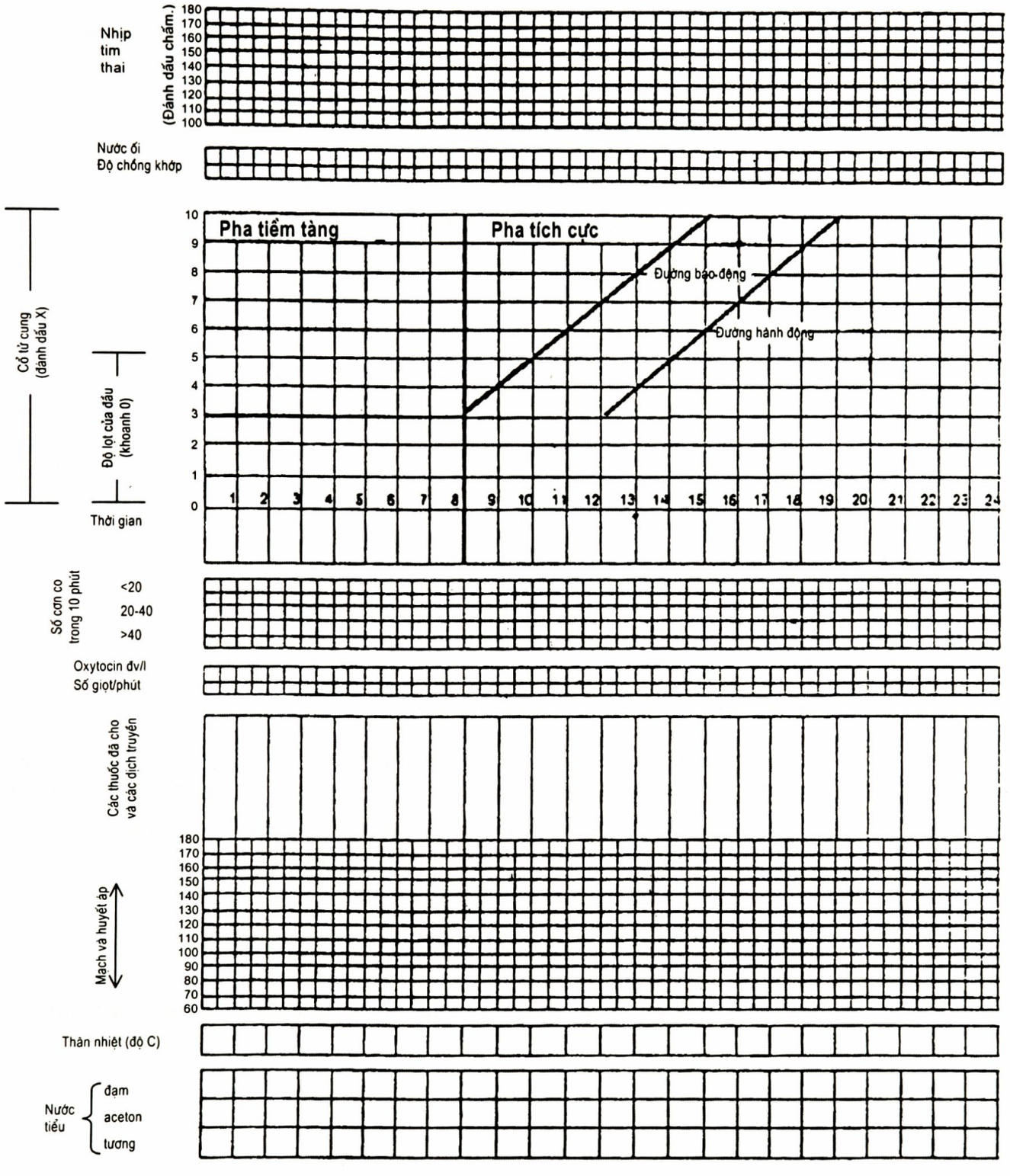
Để tránh nguy cơ và tai biến có thể xảy ra, những trường hợp thai nghén có nguy cơ cao thì chuyển sản phụ khám, theo dõi quản lý thai ở tuyến trên.

Theo dõi chuyển dạ đẻ bằng biểu đồ chuyển dạ, nếu đường vẽ chuyển sang pha tích cực thì cần phải chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.

Trong quá trình theo dõi chuyển dạ, nếu có một yếu tố bất thường xảy ra, nếu trường hợp không thể gửi sản phụ đi được thì mời tuyến trên về trợ giúp, nếu có thể chuyển được thì chuyển sản phụ đi.

Hình 5.1. BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

Họ và tên	Số lần mang thai	Số lần sinh	Số nhập viện	Người ghi biểu
Ngày nhập viện	Thời gian nhập viện	Màng ối đã vỡ		



Theo chương trình sức khoẻ bà mẹ và làm mẹ an toàn, Ban sức khoẻ gia đình-TCYTTG)

2.3.2. Tuyến huyện trở lên

Sử dụng biểu đồ chuyển dạ theo dõi, nếu đường theo dõi chuyển sang pha báo động, thì người thầy thuốc phải có thái độ khẩn trương và tích cực hơn, cần đưa ra những chỉ định xử trí thêm và tuỳ theo từng trường hợp cụ thể.

- Bất tương xứng thai nhi và khung chậu: làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm (nếu bệnh viện có phòng mổ).
- Rau tiền đạo ra máu ít, sờ thấy ối: xé ối, cho đầu tỳ vào bánh rau và cổ tử cung.
- Cơn co yếu, ối vỡ sớm: truyền oxytocin và cho kháng sinh.
- Cơn co cường tính: thuốc giảm cơ.
  + Spasfon 0,04g x 2 ống (tiêm tĩnh mạch chậm).
- Thai suy: cho bệnh nhân nằm nghiêng trái, thở oxy.
- Cổ tử cung phù nề:
  + Khi cổ tử cung mở 2-3cm: Spasfon 0,04 gam x 1 ống x 2 lần.

    Tiêm tĩnh mạch chậm cách nhau một giờ

  Khi cổ tử cung mở 5-7cm: Hyosin 0,04 gam x 2 ống, tiêm tĩnh mạch chậm.
- Ối ít, nhất là trong thai quá ngày sinh: có điều kiện thì soi ối kiểm tra màu sắc nước ối. Nếu ối trong, tim thai tốt, thử test núm vú và phải theo dõi tim thai và cơn co tử cung.

  Nếu cổ tử cung mở được 2cm, thì có thể xé ối vừa kiểm tra lại lượng nước ối, vừa kiểm tra màu sắc nước ối, nếu điều kiện cho phép thì chỉ định truyền oxytocin.
- Nếu đường theo dõi chuyển sang pha hành động: bằng bất cứ giá nào cũng phải lấy thai ra. Nếu chưa đủ điều kiện lấy thai ra đường dưới thì mổ lấy thai. Khi cổ tử cung đã mở hết, đầu lọt thấp thì chỉ định forceps để lấy thai ra (không cho sản phụ rặn phải giải thích rõ cho sản phụ hiểu).
  + Dọa vỡ tử cung:
    - Nếu cổ tử cung mở hết, đầu lọt thấp: forceps.
    - Nếu cổ tử cung chưa mở hết: cho thuốc giảm co và chỉ định mổ nếu cơn co không giảm.
  + Thai suy:
    - Đầu lọt thấp: forceps.
    - Đầu chưa lọt, điều trị suy thai không kết quả: mổ lấy thai.

+ Chỉ định mổ trong những trường hợp sau:

Ngôi bất thường.

Khung chậu hẹp.

Mẹ có bệnh toàn thân kết hợp ối vỡ non, ối vỡ sớm.

Thai to: nghiệm pháp lọt thất bại.

Rau tiền đạo trung tâm, rau tiền đạo ra máu nhiều.

Rau bong non.

Khung chậu hẹp.

Cổ tử cung mở hết trên một giờ đầu không lọt.

Kết luận

Chuyển dạ đình trệ là cuộc chuyển dạ đòi hỏi sự can thiệp của người thầy thuốc, tuy nhiên người thầy thuốc cần phải đưa ra những quyết định nhanh và đúng đắn vì nếu can thiệp quá sớm sẽ làm tỷ lệ can thiệp thủ thuật hay mổ lấy thai tăng lên. Ngược lại, nếu muộn quá thì lại là nguy cơ gây tai biến cho mẹ và cho con.

LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi kiểm tra trước học

Câu 1: Theo bạn hiểu, thế nào là chuyển dạ đẻ thường.

Câu 2: Một cuộc chuyển dạ đẻ được chia ra làm mấy giai đoạn.

Câu hỏi kiểm tra sau học

Câu 1: Hãy khoanh tròn vào những chỉ định mổ trong những trường hợp dưới đây:

A. Siêu âm chỉ số ối 45.

B. Cơn co mau mạnh, đoạn dưới kéo dài.

C. Mổ cũ, ối vỡ sớm.

D. Mẹ cao 1m55, con ước khoảng 3.500 gam.

E. Ối vỡ 6 giờ.

Câu 2: Hãy nêu 4 chỉ định cho phép bấm ối sớm:

A.

B.

C.

D.

Câu 3: Điền vào chỗ trống những từ hay cụm từ thích hợp:

Ở trạm xá xã, khi gặp trường hợp rau tiền đạo bám mép chảy máu, nữ hộ sinh cần:

(A)..... và (B)..... theo hướng.

(C).....để cầm máu trước khi chuyển sản phụ đi bệnh viện.

Câu 4: Một phụ nữ khoảng 25 tuổi, có thai 9 tháng đến khoa sản vì ra nước âm đạo.

a. Bạn cần hỏi và khám những gì?

A. Hỏi

B. Hỏi

C. Hỏi

D. Khám

E. Khám

F. Khám

b. Sau khi khám xong, thấy bệnh nhân đã chuyển dạ, ối vỡ sớm, bạn cần theo dõi những gì?

A.

B.

C.

D.

E.

c. Ối vỡ được 6 tiếng, cổ tử cung mở được 3cm, dầy, cơn co tần số 2. Bạn cần phải xử trí như thế nào?

A.

B.

C.

Câu 5: Trong các loại ngôi dưới đây, ngôi nào là ngôi có thể đẻ được đường dưới. Hãy khoanh tròn vào câu trả lời đúng:

A. Ngôi mặt cằm trước.

B. Ngôi trán

C. Ngôi mặt cằm sau.

D. Ngôi ngược.

E. Ngôi chỏm.

Câu 6: Điền vào chỗ trống những cụm từ thích hợp để hoàn chỉnh câu:

Khi cổ tử cung mở hết, đầu lọt thấp, mẹ rặn yếu:

- Chỉ định làm forceps nếu như..... (A).
- Chỉ định làm Ventoure nếu như .....(B).

Câu 7: Trong trường hợp nào dưới đây có thể giữ sản phụ lại để theo dõi tiếp chuyển dạ ở tuyến xã:

A. Cổ tử cung mở 3cm phát hiện được là ngôi mông.

B. Phát hiện thấy sa dây rau trong bọc ối.

C. Thăm âm đạo sờ thấy bàn tay ở cạnh đầu.

D. Ối vỡ tự nhiên được 3 tiếng, cổ tử cung mở 7cm.

E. Ra máu đỏ tươi lẫn máu cục.

Câu 8: Hãy sắp xếp các cặp giữa tình trạng khi chuyển dạ đúng với thái độ xử trí đối với mỗi trường hợp:

A. Cổ tử cung mở 3cm, dày, cứng.	1. Ventouse
B. Rau tiền đạo ra máu.	2. Spasfon 0,04g x 1 ống x 2 lần (tĩnh mạch)
C. Cơn co tần số 2, cổ tử cung mở 7cm.	3. forceps.
D. Đầu lọt thấp, mẹ rặn yếu.	4. Bấm ối
E. Thai to dấu hiệu suy	5. Truyền oxytocin
F. Đầu lọt thấp, bướu huyết thanh to, mẹ rặn yếu	6. Nằm nghiêng trái.

Câu 9: Khi ối vỡ tự nhiên có thể gây tai biến (A)..... vì thế, ngay sau khi vỡ ối, cần phải (B)..... và (C).....

Câu 10: Nêu 2 trường hợp bất thường về ối cần chuyển tuyến khi theo dõi chuyển dạ tại xã:

A.

B.

ĐÁP ÁN

Câu 1: B

C

Câu 2: A. Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm

B. Rau tiền đạo

C. Chuyển dạ kéo dài.

D. Thai quá ngày sinh, ối ít.

Câu 3: A. Bấm ối

B. Xé màng ối.

C. Song song với mép bánh rau.

Câu 4: a. A. Hỏi: kinh cuối cùng, tiền sử sản phụ khoa.

B. Hỏi: bệnh toàn thân, bệnh trong khi có thai

C. Hỏi: ra nước từ khi nào.

D. Khám: toàn thân.

E. Khám sản khoa.

F. Khám khung chậu.

b. A. Toàn trạng

B. Tim thai.

C. Cơn co

D. Độ mở cổ tử cung.

E. Tiến triển của ngôi thai.

c. A. Cho kháng sinh

B. Thuốc làm mềm, mỏng cổ tử cung.

C. Truyền oxytocin.

Câu 5: A.

D.

E.

Câu 6: A. Đầu có bướu huyết thanh to.

B. Đầu không có bướu huyết thanh

Câu 7: D

Câu 8: A - 2

B - 4

C - 5

D - 1

E - 6

F - 3

Câu 9: A. Sa dây rau.

B. Nghe tim thai.

C. Thăm trong.

Câu 10: A. Nước ối xanh bẩn

B. Nước ối lẫn máu.

KẾ HOẠCH BÀI GIẢNG

CHUYỂN DẠ ĐÌNH TRỆ

(Số tiết: 2)

1. Lượng giá trước học

Câu 1: Theo bạn hiểu, thế nào là chuyển dạ thường.

Câu 2: Một cuộc chuyển dạ đẻ được chia ra làm mấy giai đoạn

- Giảng viên (GV) chiếu câu hỏi lên bảng để học viên (HV) suy nghĩ.
- Mời 2-3 HV phát biểu (tự nguyện hay mời đích danh)
- GV ghi tóm tắt lên bảng những ý kiến của HV. Khi trình bày bài giảng, GV sẽ dùng những ý kiến này để giải thích và đối chiếu với bài giảng.

2. Mục tiêu học tập

- Nêu lên được thế nào là chuyển dạ đình trệ.
- Kể ra được những nguyên nhân gây đình trệ chuyển dạ.
- Vẽ được các chỉ số theo dõi vào biểu đồ chuyển dạ.
- Nêu ra được cách xử trí đối với từng nguyên nhân.

3. Tiến trình của bài học

Nội dung mấu chốt	Thời gian	Phương pháp/phương tiện dạy -học	Hoạt động của học viên	Phản hồi nhanh
1. Lượng giá trước học	10 phút	Hỏi - đáp Chiếu giấy trong Ghi ý kiến HV	Trả lời Bổ sung ý kiến	GV sẽ giải thích, liên hệ với bài học khi thuyết trình
2. Giới thiệu mục tiêu học tập	5 phút	Chiếu giấy trong Thuyết trình	Nghe - ghi	
3. Chuyển dạ đẻ thường Chuyển dạ đình trệ	5 phút	Hỏi - đáp	Nghe - ghi Bổ sung ý kiến	Đưa ra định nghĩa Nêu sự khác nhau với chuyển dạ đẻ thường.
4. Nội dung 4.1. Nguyên nhân: Về phía mẹ Về phía thai Về phía phần phụ của thai	20 phút	Hỏi - đáp Chiếu giấy trong	Nghe - ghi Bổ sung ý kiến	Nhận xét Tóm tắt ý kiến HV

4.2. Cách vẽ biểu đồ chuyển dạ 4.3. Thái độ xử trí: Tuyến xã Tuyến huyện trở lên Xử trí theo nguyên nhân	5 phút 20 phút	Chiếu giấy trong Hỏi - đáp Chiếu giấy trong	Nghe - nhìn Trả lời Ghi chép	Liên hệ các ý kiến HV trả lời và bổ sung thêm.

4. Lượng giá và thực hành (20 phút)

(Theo kế hoạch tiến hành đã viết trong tài liệu)

5. Tổng kết bài học (5 phút)

- Hỏi học viên xem còn những vấn đề gì chưa hiểu hay có những thắc mắc không?
- GV ghi lại những ý kiến của học viên, giải đáp và giải thích những câu hỏi của HV.

LÀM GIẤY TRONG: Theo luật 10

Khổ chữ: 16-18

Tên bài: Chuyển dạ đình trệ

Tờ số 1:

Lượng giá trước học

Câu 1: Theo bạn hiểu thế nào là chuyển dạ đẻ thường:

.....

.....

.....

Câu 2: Một cuộc chuyển dạ đẻ được chia ra làm mấy giai đoạn?

A.

B.

C.

Tên bài: Chuyển dạ đình trệ

Tờ số 2:

Mục tiêu học tập

- Nêu lên được thế nào là chuyển dạ đình trệ.
- Kể ra được những nguyên nhân gây đình trệ chuyển dạ.
- Vẽ được các chỉ số theo dõi vào biểu đồ chuyển dạ.
- Nêu ra được cách xử trí đối với từng nguyên nhân

Tên bài: Chuyển dạ đình trệ

Tờ số 3:

Mở đầu:

- Chuyển dạ đẻ thường
- Chuyển dạ đình trệ.

Nguyên nhân:

- Về phía mẹ:
  + Bệnh mẹ.
  + Khung chậu.

+ Khối u tiền đạo.
+ Sẹo tử cung.
+ Cơn co tử cung, độ mở cổ tử cung.
+ Sức chịu đựng của sản phụ.

Tên bài: chuyển dạ đình trệ.

Tờ số 4

Nguyên nhân:

– Về phía thai:
  + Trọng lượng.
  + Ngôi thai.
  + Thai suy.
– Phần phụ của thai:
  + Rau tiền đạo, rau bong non.
  + Ối vỡ non, ối vỡ sớm.
  + Ối ít, thai quá ngày sinh.
  + Dây rau ngắn.

Tên bài: Chuyển dạ đình trệ

Tờ số 5:

Thái độ xử trí:

Tuyến xã:

– Khám và quản lý thai.
– Theo dõi chuyển dạ bằng biểu đồ chuyển dạ.
– Chuyển tuyến trên khi có yếu tố bất thường.

Tuyến huyện trở lên

– Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm.
– Truyền oxytocin - thuốc giảm co.
– Thuốc làm mềm và giảm phù nề cổ tử cung.
– Bấm ối sớm.
– Can thiệp thủ thuật: forceps - Ventouse
– Mổ lấy thai.

GIÁC HÚT SẢN KHOA

ThS. Nguyễn Ngọc Minh

1. ĐẠI CƯƠNG

Giác hút sản khoa (GHSK) hay các nhà sản khoa của ta quen gọi là Ventouse (còn có tên khác là Vacuum extractor) được James Youge sử dụng lần đầu tiên vào năm 1705. Tuy rằng còn rất sơ khai. Năm 1857, Simpson cải tiến thành giác hút sản khoa có nắp cao su đặt vào đầu thai nhi và kéo thai nhi sổ ra ngoài khi ối đã vỡ và cổ tử cung đã mở. Do dụng cụ còn nhiều nhược điểm, điều kiện và chỉ định cũng chưa được quy định chặt chẽ nên một thời gian dài đã bị lãng quên, không được sử dụng. Phải tới năm 1954 Malmstrom (Thuỵ Điển) mới hoàn chỉnh nên GHSK được sử dụng rộng rãi và đôi lúc, đôi nơi còn bị lạm dụng, cho đến ngày nay.

Trong các khoa sản hiện nay có hai loại GHSK được sử dụng đó là:

- GHSK bơm tay.
- GHSK dùng điện.

Ở Bắc Mỹ, GHSK ít được sử dụng phổ biến vì các thầy thuốc cho rằng nó gây nhiều sang chấn cho sơ sinh.

Trái lại, ở các nước châu Âu nhất là Thuỵ Điển - quê hương của GHSK hiện đại, lại sử dụng khá phổ biến, có lúc người ta đã coi nó có thể thay thế hoàn toàn forceps và chính nó GHSK đã góp phần làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai (Malmstrom, Guzman). Thậm chí, có tác giả (Rosa Pireu - Pháp) còn cho rằng GHSK là một dụng cụ "thông minh".

Những tác giả tán thành GHSK thì cho rằng ưu điểm nổi bật của GHSK là ở chỗ: kỹ thuật sử dụng đơn giản, dễ thực hành, không cần gây mê, gây tê, ít làm thương tổn phần mềm của mẹ như forceps và cuộc đẻ xảy ra gần như theo cơ chế tự nhiên.

Trái lại, những người không tán thành lại cho rằng ngoài tác dụng kéo thai nhi sổ ra ngoài mà cũng phải kéo trong khi sản phụ còn sức rặn, GHSK không có được các tính năng ưu việt của forceps: GHSK không thực hiện được các động tác cúi, ngửa, quay và ngay cả tác dụng kéo của nó cũng không hoàn toàn đúng hướng và khoẻ như forceps, GHSK gây ra những tai biến đáng ngại cho sơ sinh. Vì vậy, họ cho rằng GHSK không thể thay thế được forceps (Lacomme).

Nhưng những người phản đối GHSK mạnh mẽ nhất là các nhà nhi khoa vì GHSK tạo thành bướu huyết thanh to ở đầu thai nhi, tồn tại lâu sau đẻ và hay có

biến chứng chảy máu (chảy máu dưới cốt mạc, chảy máu não - màng não...) thậm chí vỡ xương sọ và tử vong.

Ở Việt Nam, GHSK được sử dụng lần đầu vào năm 1961, dụng cụ này do cố Bộ trưởng Y tế Phạm Ngọc Thạch mang từ Liên Xô (cũ) về nhân một chuyến đi công tác của ông (Theo G.S. Nguyễn Thìn - Viện BVBMTSS) tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và trẻ sơ sinh (Viện BVBMTSS). Ngay lập tức GHSK được các thầy thuốc Việt Nam nồng nhiệt hoan nghênh và sử dụng rộng rãi tại Viện BVBMTSS và Khoa sản của bệnh viện Bạch Mai. Tỉ lệ sử dụng GHSK tăng vọt so với tỷ lệ sử dụng forceps: Tỷ lệ GHSK cao hơn tỷ lệ forceps chừng 2,5 lần (770 ca /302 ca - Theo Nguyễn Huy Cận và Cộng sự). Sau 15 năm sử dụng, các thầy thuốc dần dần nhận ra những hạn chế của GHSK, do vậy tỷ lệ sử dụng forceps lại cao hơn GHSK chừng 2 lần tại Viện BVBMTSS vào các năm 1970 đến 1974: 1823 ca forceps so với 1048 ca GHSK (Nguyễn Thìn và cộng sự). Trong một nghiên cứu khác tại Viện BVBMTSS, GS. Dương Thị Cương cũng cho thấy vào năm 1978 tỷ lệ sử dụng forceps cao hơn GHSK gấp 10 lần (15,4% và 1,5%). Nhưng cũng chính thời điểm này trong 3 năm (1977-1979) tại Khoa sản Bệnh viện Huế GHSK lại được sử dụng cao gấp 10 lần forceps (513/56 - Lê Viết Kiêu và CS). Tỷ lệ sử dụng forceps so với GHSK đạt tới gần 6,5 lần vào năm 1984 cũng tại Viện BVBMTSS (Dương Thị Cương và Nguyễn Đức Hinh).

Nhưng dù sao, GHSK vẫn còn quan trọng trong thực hành sản khoa vì kỹ thuật đơn giản, các thầy thuốc cần phải biết sử dụng thành thạo và đúng chỉ định nhằm giúp các bà mẹ thực hiện cuộc đẻ an toàn cao cho cả mẹ và con.

2. MÔ TẢ DỤNG CỤ

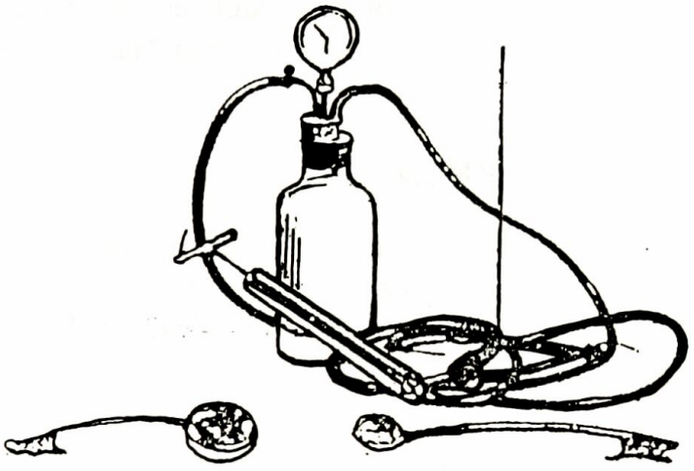
Dù là GHSK bơm tay hay dùng điện thì đều được cấu tạo trên cơ sở gồm hai bộ phận chính. Đó là:

2.1. Bộ phận tạo áp lực chân không

- Bơm ngược chiều để hút không khí ra tạo áp lực âm khiến cho nắp chuông bám được chặt vào đầu thai nhi. Nếu là GHSK bơm tay thì nó gần giống chiếc bơm xe đạp, còn GHSK dùng điện thì động cơ điện sẽ làm nhiệm vụ này.
- Một bình thuỷ tinh có thể tích từ 650ml đến 1000ml giúp tạo áp lực âm.
- Nút bình bằng cao su giúp cho bình tuyệt đối kín để dễ dàng điều khiển áp lực một cách dễ dàng.
- Áp kế âm được nối với bình thuỷ tinh giúp thủ thuật viên kiểm tra biết được áp lực mà mình đang sử dụng. Trên mặt áp kế âm có chỉ rõ các chỉ số áp lực được chia ra từ 0 rồi 0,1... cho đến 1kg/cm^2 (một kilogam lực trên một centimet vuông).
- Vít áp lực để giữ cho áp lực luôn ở mức mà máy đã nâng lên nhờ bơm ngược chiều tạo ra.

2.2. Bộ phận kéo

- Dây cao su nối bình thuỷ tinh với dây xích.
- Nắp kim loại (ngày nay có khi được thay thế bằng chất dẻo) với các cỡ khác nhau để chụp lên đầu thai nhi. Các nắp chuông này có độ sâu 15mm và có các cỡ đường kính to nhỏ khác nhau: 30mm, 40mm, 50mm và 60mm. Các nắp chuông kim loại này thủng ở giữa, qua lỗ đó nối liền với bộ phận hút bằng một ống cao su. Qua lỗ thủng đó và nằm trong ống cao su có một dây xích bằng kim loại mà một đầu của dây dính vào một đĩa kim loại mỏng nằm trong lòng nắm chuông đầu kia nối với bộ phận và người thầy thuốc sẽ cầm để kéo.
- Dây xích dài 50-60cm nằm trong lòng ống cao su.
- Tay cầm hình chữ thập, rỗng trong, trong đó có luồn một đinh xuyên qua một mắt của dây xích, để giữ cho dây xích nằm trong ống cao su không bị tuột ra ngoài khi kéo. Tay cầm được nối với bình thuỷ tinh bằng một dây cao su (Hình 6.1).



Hình 6.1. Loại giác hút sản khoa bơm tay

3. TÁC DỤNG CỦA GIÁC HÚT SẢN KHOA

GHSK có một tác dụng nổi bật là tác dụng kéo giúp cho ngôi thai sổ theo một cơ chế gần giống với tự nhiên. Nhờ áp lực chân không giúp cho nắp chuông bằng kim loại (ngày nay có thể được làm bằng chất dẻo) bám chặt vào đầu thai nhi, do đó thai được kéo sổ ra ngoài khi ngôi thai đã lọt (ngày nay là đã lọt thấp), cổ tử cung đã mở (ngày nay người ta chỉ áp dụng GHSK khi cổ tử cung đã mở hết) và ối đã vỡ theo một cơ chế gần như một cuộc sổ thai tự nhiên khi mà cuộc đẻ bị ngừng trệ do một nguyên nhân nào đó. Ta có thể tính được lực này theo công thức sau:

$$F = P \times S$$

Trong đó: F: là lực bám (được tính bằng kilogam lực kg)

P: là áp lực âm cần thiết cho nắp chuông bám chặt vào đầu thai.

S: Diện tích của nắp chuông đặt vào đầu thai nhi.

Ví dụ: ta dùng loại nắp chuông có đường kính 60mm, đưa áp lực âm đến 0,800kg/cm^2 ta sẽ có một lực như sau:

$$F\ (22{,}400kg) = P\ (0{,}800 \times S\ (28cm^2)$$

Lực này là khá lớn có thể gây sang chấn cho đầu thai nhi, nhất là những thai nhi đã bị thiếu oxy trong tình trạng suy thai.

Trước kia, khi nhiễm trùng còn là trở ngại lớn cho các cuộc phẫu thuật. Gây mê hồi sức chưa có nhiều tiến bộ như ngày nay thì GHSK còn được áp dụng để làm mở cổ tử cung. Khi cổ tử cung chưa mở hết người ta chọn một nắp chuông phù hợp để kéo ngôi thai xuống, nhờ ngôi thai nong làm mở cổ tử cung, sau đó thay bằng một nắp chuông có đường kính to hơn để kéo thai nhi sổ ra ngoài. Ngày nay, kỹ thuật này đã không còn được sử dụng và **tuyệt đối cấm** vì nó nguy hiểm dễ làm chấn thương phần mềm của mẹ: rách cổ tử cung, vỡ tử cung... và làm cho thai nhi dễ bị suy hoặc tình trạng suy thai trầm trọng thêm và sang chấn cho thai cũng tăng lên.

4. ĐIỀU KIỆN CỦA GIÁC HÚT SẢN KHOA

Phải nắm chắc và hết sức tôn trọng các điều kiện của GHSK, chỉ có như vậy mới thành công. Bất cứ một sự lạm dụng nào cũng dễ dẫn đến những sang chấn cho mẹ và cho sơ sinh. Những điều kiện đó lần lượt phải kể đến là:

4.1. Ngôi đã lọt thực sự

Nếu như trước đây GHSK còn được áp dụng rộng rãi khi ngôi mới lọt cao, thậm chí còn chưa lọt nhưng có khả năng lọt, thì ngày nay chỉ định này đã được khu trú lại hẹp và chặt chẽ là ngôi **phải lọt thấp**. Điều này cũng dễ dàng được xác định chính xác: khi ngôi thai đã ở kiểu thế chẩm - vệ hoặc chẩm - cùng.

4.2. Cổ tử cung đã mở hết

Ngày trước có tác giả chủ trương làm GHSK cả khi cổ tử cung còn chưa mở hết nhưng mềm mại có khả năng mở được. Nhưng GHSK đã gây ra tỷ lệ sang chấn cho mẹ cao (rách cổ tử cung, vỡ tử cung...) ngày nay chỉ được áp dụng GHSK khi cổ tử cung đã **mở hết hoàn toàn**.

4.3. Đầu ối đã vỡ

Thường thì ối vỡ tự nhiên trong đa số các trường hợp khi cổ tử cung mở hết, ngôi thai lọt sâu vào lòng tiểu khung. Còn nếu trong trường hợp ối chưa vỡ chúng ta sẽ chủ động bấm ối chấm dứt vai trò của đầu ối và tiến hành thủ thuật.

Trên đây là ba điều kiện then chốt, xuyên suốt phải tuyệt đối tuân thủ nghiêm túc. Ngoài ra còn cần phải nhắc đến các điều kiện sau:

4.4. Thai nhi phải còn sống

Chúng ta chỉ làm GHSK khi thai nhi còn sống. Khi thai nhi đã chết không được làm GHSK để người mẹ chịu thêm những đau đớn của cắt khâu tầng sinh môn, phải rặn đẻ và có thể chịu cả sang chấn nếu GHSK không được thực hiện tốt.

4.5. Ngôi thai phải là ngôi chỏm

Đây là điều kiện để nhắc nhở các thầy thuốc còn ít kinh nghiệm lâm sàng để không được lạm dụng GHSK làm tăng tỷ lệ tai biến của GHSK vì trước đây người ta sử dụng GHSK trong một số ngôi khác (ví dụ trong ngôi mông) còn ngày nay GHSK chỉ còn được áp dụng cho **ngôi chỏm đã lọt thấp**.

4.6. Mẹ còn sức rặn

Thực ra nếu chúng ta sử dụng một lực 20kg/cm^2 trong trường hợp ngôi thai đã lọt thấp thì đủ để kéo thai sổ ra ngoài, không cần sức rặn của mẹ. Nhưng để tránh tuột nắp chuông ra khỏi đầu thai nhi khi kéo (còn gọi là giác hút trượt) sẽ rất nguy hiểm dễ gây sang chấn cho thai. Do vậy kỹ thuật kéo giác hút là phải kéo trong khi bà mẹ rặn để hạn chế tai biến.

Trên đây là 6 điều kiện của GHSK trong đó ba điều kiện đầu là cốt tử còn những điều kiện sau chỉ nhằm nhắc nhở các thầy thuốc trẻ, mới vào nghề sản còn thiếu kinh nghiệm, còn những người đã có thâm niên và nắm những kỹ thuật GHSK thì ba điều kiện sau mặc nhiên phải chấp hành, không cần thảo luận và chẳng có ai ngớ ngẩn mà đi ngược lại nguyên tắc chung này.

5. CÁC CHỈ ĐỊNH CỦA GIÁC HÚT SẢN KHOA

5.1. Các chỉ định giác hút sản khoa thuộc về phía mẹ

Mẹ rặn lâu mà thai nhi không sổ ra ngoài hay còn được gọi là mẹ rặn yếu (các thầy thuốc lâm sàng thường dùng tập hợp từ hơi trừu tượng là "rặn lâu không chuyển"). Chỉ định này được dựa trên một mốc thời gian quy định. Trước đây số thời gian dành cho các bà mẹ là 1 giờ, còn **ngày nay là 30 phút**. Quá thời gian này các thầy thuốc chúng ta sẽ chỉ định cho đẻ hoặc bằng GHSK hoặc bằng forceps vì họ sợ để lâu thai sẽ suy và đã rặn một khoảng thời gian dài như vậy thì người mẹ đã mệt mỏi, dù có chờ đợi thêm cũng không có ích lợi gì.

Mẹ rặn yếu do nhiều yếu tố ảnh hưởng. Có thể do bà mẹ có bệnh lý trước đó hay mệt mỏi suy nhược vì một cuộc chuyển dạ quá dài, nhưng cũng thường gặp (và rất hay gặp hiện nay) là các bà mẹ đẻ con so chưa biết hoặc không biết cách rặn đẻ. Làm sao chúng ta phải hướng dẫn tốt cho các bà mẹ này để tránh sử dụng GHSK không cần thiết.

Phần mềm (tầng sinh môn, âm hộ...) rắn thường hay gặp ở người con so lớn tuổi (các bà mẹ đẻ lần đầu ở tuổi 35 trở lên). Cũng có thể gặp ở những bà mẹ nhỏ

bé, kém phát triển do dinh dưỡng hay di truyền, mặc dù đã cắt tầng sinh môn mà thai nhi cũng không sổ ra được, GHSK sẽ giúp thai sổ ra dễ dàng.

5.2. Những chỉ định giác hút sản khoa thuộc về phía thai nhi

Thai mới suy, mức độ suy thai còn nhẹ, thường trên lâm sàng thấy nhịp tim thai nhanh 160 lần/phút, đòi hỏi phải làm GHSK để giúp thai sổ ra nhanh tránh tình trạng suy thai nặng nề thêm. Ngày nay, chúng ta có các phương pháp chẩn đoán suy thai hiện đại và chính xác hơn như dựa vào monitoring sản khoa để phát hiện ra các dip của tim thai hay lấy máu da đầu để đo pH máu thai nhi theo phương pháp Saling hy vọng chẩn đoán suy thai sẽ kịp thời và chính xác hơn và sử dụng GHSK cũng được hợp lý, đúng đắn. Vì chúng ta biết rằng khi đầu thai nhi lọt sâu vào tiểu khung thì tim thai có xu hướng chậm đi (giống như trong chấn thương sọ não) nên dấu hiệu tim thai nhanh 160 lần/phút để cho thầy thuốc sử dụng GHSK có lẽ chỉ mang tính chất lý thuyết mà thôi.

Ngày trước các thầy thuốc rất ưa dung GHSK trong các kiểu thế ngang là: chẩm-chậu-trái-ngang hay chẩm-chậu-phải-ngang vì ở các kiểu thế này đặt forceps rất khó. Còn ngày nay GHSK không được áp dụng trong các kiểu thế này nữa vì khi đó ngôi thai mới lọt ở mức độ trung bình, mà GHSK chỉ còn được chỉ định trong điều kiện ngôi đã **lọt thấp**.

Một vài chỉ định nữa cũng chung số phận với chỉ định này ví dụ như: ngôi thai cúi không tốt, ngôi chỏm sa chi sau khi đã đẩy được chi lên... ngày nay không còn được làm GHSK để tránh sang chấn cho sơ sinh.

5.3. Chỉ định về phía phần phụ của thai

Ở đây không có các chỉ định đặc hiệu và riêng biệt. Người ta có thể làm GHSK trong các trường hợp:

Sa dây rau đã đẩy được lên, ngôi thai lọt nhanh. Có lẽ chỉ định này thuộc về lĩnh vực của forceps nhiều hơn vì forceps lấy thai ra nhanh, không cần chờ đợi cơn rặn của mẹ.

Dây rau ngắn làm cho thai nhi như bị treo lên trong buồng tử cung không sổ ra ngoài được. Mỗi cơn co tử cung ngôi thai được đẩy xuống, hết cơn co tử cung lại bị kéo lên trên. Người ta thường chỉ định làm GHSK với lý do suy thai nhiều hơn còn dây rau ngắn có lẽ là chỉ chẩn đoán hồi cứu khi thai đã sổ ra ngoài.

6. CÁC CHỐNG CHỈ ĐỊNH CỦA GIÁC HÚT SẢN KHOA

6.1. Về phía mẹ

- Mẹ bị các bệnh toàn thân nặng không được rặn đẻ có nguy cơ làm cho bệnh toàn thân nặng lên hoặc xảy ra những biến chứng trầm trọng như: mẹ bị bệnh tim, nhiễm độc thai nghén...
- Có sẹo mổ cũ ở tử cung nhất là sẹo mổ ở thân tử cung.

- Có dấu hiệu doạ vỡ tử cung.
- Các ca đẻ không có đủ điều kiện để làm GHSK.

6.2. Về phía thai nhi

- Các thai nhi thiếu tháng hay gặp trong các trường hợp đẻ sinh đôi, sinh ba...
- Các thai non yếu, suy dinh dưỡng.
- Các tình trạng suy thai nặng: tim thai chậm 120 lần/phút.
- Các thai nhi có bướu huyết thanh to: Nếu làm GHSK dễ trượt dễ sang chấn cho đầu thai nhi thêm.
- Các trường hợp không có đủ điều kiện khác để làm GHSK.

7. KỸ THUẬT GIÁC HÚT SẢN KHOA

7.1. Chuẩn bị

- Về phía mẹ
  + Trước hết phải giải thích cho sản phụ tỷ mỷ để sản phụ hợp tác với thầy thuốc trong khi làm thủ thuật. Điều quan trọng hơn nữa là sản phụ hiểu và thông cảm với công việc của thầy thuốc vì chúng ta nhớ rằng thủ thuật này không phải bao giờ cũng thành công tốt đẹp. Nếu sản phụ không được biết hết tất cả họ sẽ có thể thắc mắc nếu có tai biến (không thể tránh được tuyệt đối) xảy ra.
  + Khám lại toàn trạng mẹ: tim, phổi, huyết áp...
  + Vệ sinh cho sản phụ: thụt tháo, thông đái, sát trùng và trải khăn vô khuẩn cho các phần không cần thiết, trừ vùng làm thủ thuật như một cuộc mổ.
  + Hồi sức cho mẹ để bà mẹ còn có sức rặn khi chúng ta kéo GHSK.
- Về phía thai nhi:
  + Theo dõi thai nhi liên tục để xử trí kịp thời nếu có suy thai bằng monitoring là tốt nhất, nếu không phải luôn theo dõi tim thai bằng ống gỗ.
  + Nếu có tình trạng suy thai phải hồi sức thai nhi:
    . Cho mẹ thở oxy.
    . Truyền glucose cho mẹ vào tĩnh mạch.
    . Vitamin C và cả trợ tim (Nikethamid) nếu cần.

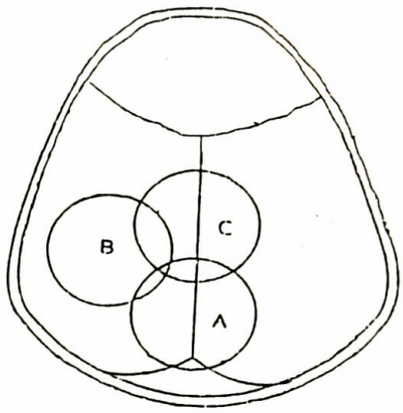
Mời thầy thuốc trực sơ sinh hoặc nữ hộ sinh và các phương tiện để chuẩn bị hồi sức sơ sinh đề phòng nếu sau làm thủ thuật, sơ sinh sổ ra bị ngạt.

- Thầy thuốc và nữ hộ sinh:

+ Phải rửa tay, đội mũ, đeo găng, đeo khẩu trang hấp tiệt trùng: Phải coi đây là một cuộc mổ để tránh nhiễm trùng hậu sản.
+ Kiểm tra lại ngôi thế, kiểu thế, độ lọt, tim thai lần cuối trước khi tiến hành thủ thuật.

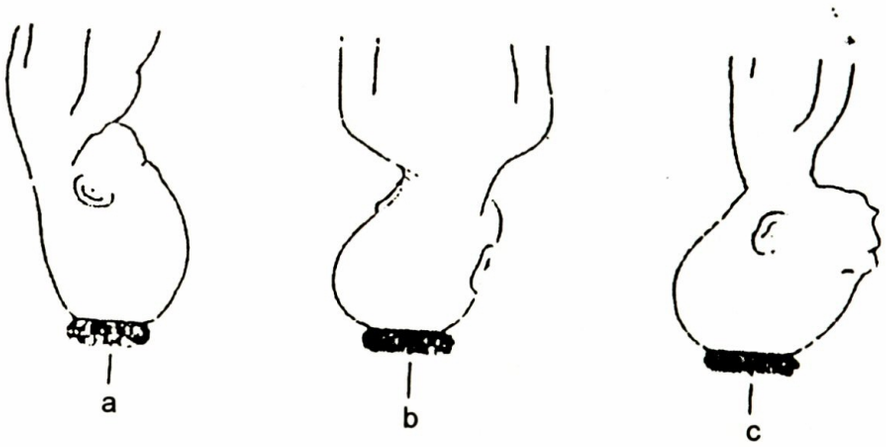
7.2. Kỹ thuật tiến hành

– Thì 1: Đặt nắp chuông lên đầu thai nhi.
+ Chọn nắp chuông có đường kính lớn nhất có thể đặt được vào ngôi thai.
+ Dùng ngón cái và ngón trỏ của bàn tay trái vạch 2 môi lớn của âm hộ để đưa nắp chuông vào âm đạo theo tư thế nghiêng.
+ Đặt nắp chuông lên đầu thai nhi tránh vào thóp, đường khớp và bướu huyết thanh.



Hình 6.2. Vị trí đặt nắp GHSK lý tưởng (A)

– Thì 2: Kiểm tra.



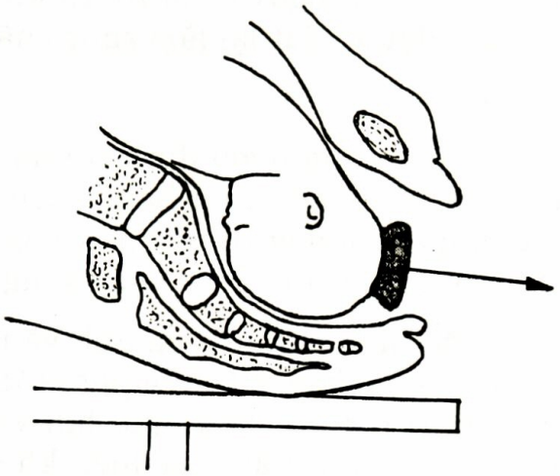
Hình 6.3. Đặt nắp GHSK tốt (a) khi đầu cúi tốt

(b) Khi đầu lọt không đối xứng

(c) Khi đầu cúi kém

+ Nhờ người phụ đưa áp lực âm lên từ từ trong vòng khoảng hai phút đến áp lực 0,2kg/cm^2.

+ Dùng ngón tay cho vào âm đạo lần lượt kiểm tra bờ nắp chuông xem phần mềm của mẹ có bị hút vào trong không, có đúng vị trí mà ta cần đặt lên ngôi thai không.

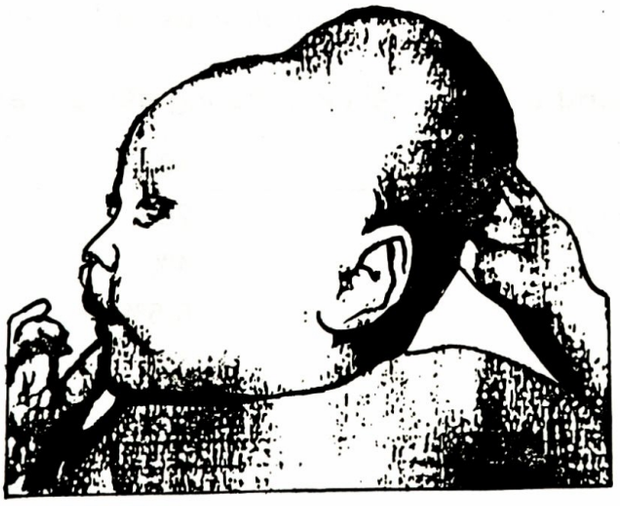


Hình 6.4. Vị trí đặt nắp GHSK khi đầu lọt thấp

+ Nếu nắp chuông đặt không lý tưởng hoặc hút vào phần mềm của mẹ phải tháo nắp chuông ra bằng cách hạ từ từ áp lực âm và đặt lại nắp chuông. Nếu nắp chuông nằm đúng vị trí lý tưởng, không hút vào phần mềm của mẹ ta sẽ chuyển sang thì 3.

– Thì 3: Bơm và kéo.

+ Đưa áp lực âm lên một cách rất từ từ đến 0,8kg/cm^2 chừng từ 8-10 phút, trung bình cứ 0,2kg/cm^2 mất chừng 2 phút (theo GS.Dương Thị Cương). Nếu thời gian ngắn quá bướu huyết thanh trên ngôi thai không kịp tạo lập khi kéo dễ tuột (trượt) hoặc tạo bướu huyết thanh nhanh quá với áp lực lớn đột ngột dễ gây sang chấn cho sơ sinh.



Hình 6.5. Hình ảnh bướu huyết thanh ở đầu thai nhi

+ Kéo: Khi áp lực đã đủ 0,8kg/cm^2 ta bắt đầu kéo. Nên luôn nhớ rằng phải kéo trong khi sản phụ rặn, nếu sản phụ thôi không rặn nữa, cũng phải dừng lại không kép tiếp và chờ đợi cơn rặn tiếp theo sau sẽ lại kéo tiếp. Luôn kéo thẳng góc với ngôi thai theo cơ chế sổ, kéo từ từ đều tay và chủ yếu bằng lực của hai cẳng tay. Có tác giả cẩn thận hơn để 1 tay trong âm đạo (tay trái) các ngón tay lên nắp chuông để dễ dàng phát hiện sớm khi nắp chuông có nguy cơ bị rơi ra khỏi ngôi thai phải dừng lại ngay để tránh tuột đặt đi, đặt lại làm sang chấn cho thai.

– Thì 4: Tháo nắp chuông.

Khi thai đã sổ (có thể lách cho từng bướu đỉnh sổ) hạ chẩm tỳ dưới khớp vệ chúng ta sẽ tháo nắp chuông ra khỏi ngôi thai bằng cách hạ áp lực xuống một cách từ từ. Khi áp lực trở về 0, nắp chuông tự rời ra, không vội vàng, hấp tấp gỡ nắp chuông ra sớm trước khi kim áp kế chỉ về 0 dễ gây sang chấn cho ngôi thai.

Tiếp tục cho thai sổ và đỡ đẻ thường (xin xem ảnh và tranh minh hoạ) trước khi khâu phục hồi tầng sinh môn - mà bao giờ cũng phải cắt khi làm thủ thuật để tránh rách tự nhiên - phải kiểm tra cổ tử cung, qua hai van âm đạo và hai kẹp hình tim. Trong một số trường hợp thủ thuật thực hiện khó khăn, nghi ngờ có vỡ tử cung phải kiểm soát tử cung trước khi kiểm tra cổ tử cung, âm đạo.

8. TAI BIẾN

8.1. Tai biến cho mẹ

– Nguyên nhân

+ Thường gặp những ca GHSK khi không đủ điều kiện và không đúng chỉ định, ví dụ: cổ tử cung chưa mở hết, theo báo cáo của G.S. Dương Thị Cương trong hội nghị toàn quốc về forceps và GHSK năm 1979 thì còn đến 10% GHSK được làm khi cổ tử cung chưa mở hết. Ngôi thai lọt cao, có khi chưa lọt mà chẩn đoán nhầm đã lọt rồi...

+ Không nắm vững kỹ thuật, sử dụng không thành thạo.

– Các tai biến thường gặp tại Việt Nam cũng giống như thế giới được thống kê trong bảng 6.1 (theo hai hội nghị forceps và GHSK năm 1974 và 1979).

Bảng 6.1. Các tai biến thường gặp ở Việt Nam

	1974	1979
Rách tầng sinh môn (không tính cắt)	26%	4,25%
Rách âm đạo	4%	0,4%
Rách cùng đồ	0,5%	0%
Vỡ tử cung	1%	0,4%
Rách cổ tử cung	0%	0,6%
Tử vong mẹ	0,5%	0%

(Theo BS Lê Viết Kiều và CS BV Huế)

8.2. Tai biến cho sơ sinh

Do bị lạm dụng chỉ định, không tôn trọng nghiên túc thống nhất các điều kiện của GHSK nên tai biến cho sơ sinh còn gặp và đôi khi rất trầm trọng. Qua hai hội nghị sản khoa 1974 và 1979 chúng ta thấy tỷ lệ sang chấn cho sơ sinh có giảm đi nhiều:

Bảng 6.2. Tỷ lệ sang chấn sơ sinh

	1974	1979
- Ngạt	25-45%	1,3%
- Xuất huyết dưới cốt mạc	1,2-5,15%	-
- Xuất huyết não - màng não	1,7%	1,7%
- Vỡ xương sọ	0,6%	0,6%
- Xây xát da đầu	45%	-
- Co giật	2%	-
- Tổn thương não gây liệt	1%	-
- Liệt đám rối thần kinh cánh tay	0,3%	-
- Tử vong	4,1-5,3%	0,9%

Ngoài ra, còn phải kể đến những di chứng lâu dài mà chưa có tác giả nào theo dõi báo cáo đầy đủ: thể lực và trí tuệ kém phát triển, học hành kém tiếp thu, ngớ ngẩn, đần độn...

9. KẾT LUẬN

GHSK cũng như forceps và mổ lấy thai đều có những điều kiện chỉ định rất riêng biệt. GHSK không thể thay thế cho forceps và mổ lấy thai. Nhưng GHSK cũng có những ưu điểm rõ ràng: kỹ thuật dễ, không cần gây tê gây mê, ít gây sang chấn cho mẹ và cho thai nếu tôn trọng triệt để các điều kiện và chỉ định. Phải biết sử dụng thành thạo và đúng đắn để GHSK giúp các bà mẹ thực hiện thành công các cuộc đẻ được an toàn cho cả mẹ và con.

FORCEPS

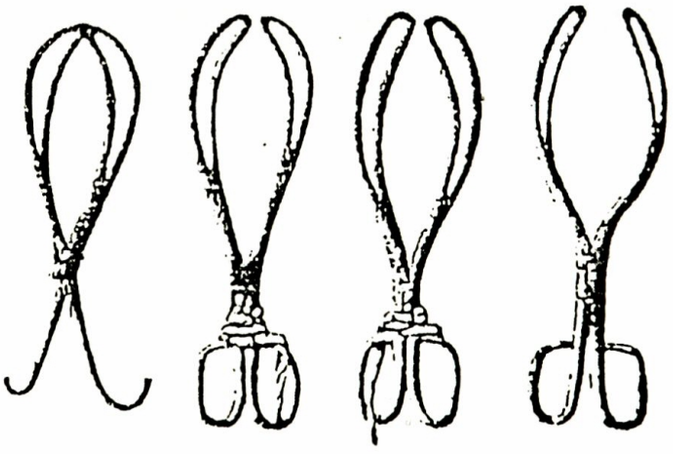
ThS. Nguyễn Ngọc Minh

1. ĐẠI CƯƠNG

Forceps là một dụng cụ sản khoa để giữ chắc lấy ngôi thai (thường là đầu thai nhi) và kéo cho thai sổ ra ngoài theo một cơ chế gần như tự nhiên, giúp cuộc chuyển dạ kết thúc nhanh chóng, bảo vệ quyền lợi của thai nhi và của người mẹ.

Trong quá trình phát triển của các kỹ thuật sản khoa, từ trước thế kỷ XVII ở các nước châu Âu người ta đã nghĩ ra một loại kìm đẻ cặp vào đầu thai nhi kéo thai sổ ra ngoài bất luận vì lý do gì mà đầu không tự sổ ra được. Lúc đầu hai cành forceps dính liền với nhau, đặt forceps phải đưa cả hai cành vào cùng một lúc, chiều cong đầu thai của hai cành forceps cũng chưa được tính đúng phù hợp với đầu thai, các điều kiện và chỉ định cũng chưa rõ ràng nên gây nhiều tai biến cho mẹ và cho con mỗi khi sử dụng forceps.

Peter Chamberlen (1560 - 1631) có lẽ là người đầu tiên phát minh ra loại forceps mà chúng ta thường sử dụng cho đến bây giờ. Dựa vào dụng cụ đã có từ trước, Chaberlen đã có sáng kiến: tính chiều cong của hai cành ăn khớp với đầu thai nhi và làm hai cành rời nhau đặt vào âm hộ một cành trước và một cành sau và sau đó nối khớp hai cành với nhau ở phía cán của hai cành. Forceps kiểu Chamberlen là dụng cụ có hai cành giống nhau hoàn toàn (như vậy không phân biệt được cành trái và cành phải), mỗi cành lại duy nhất chỉ có một chiều cong đó là chiều cong đầu thai nhi, không có chiều cong chậu. Dùng loại forceps này khi đầu đã xuống sâu trong tiểu khung, thập thò ở âm hộ chỉ còn thì sổ ra rất tốt, còn khi đầu thai còn cao trong tiểu khung (lọt trung bình hay lọt cao) thì sẽ khó khăn do bị vướng vào bờ sau âm hộ và tầng sinh môn, dễ gây tai biến cho mẹ và cho thai (xem hình 7.1)



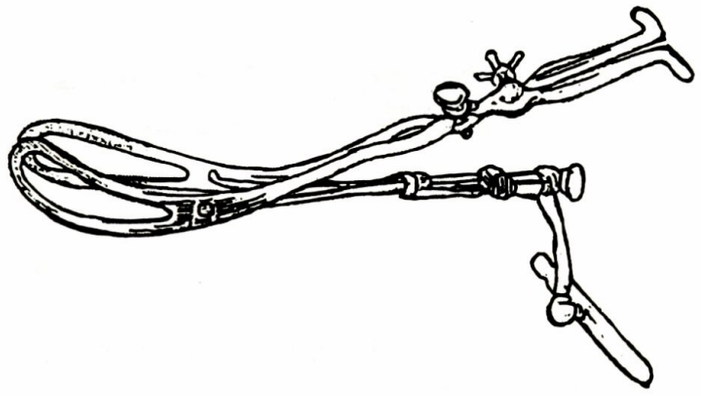
Hình 7.1. Forcepss Chamberlen

Năm 1777 Levré đã cải tiến forceps Chamberlen để có thêm chiều cong chậu, nghĩa là chiều cong của forceps ăn khớp với trục của khung chậu. Với chiều cong chậu, forceps có thể sử dụng dễ dàng với các ngôi thai còn cao trong tiểu khung. Tất cả các loại forceps từ đây trở đi đều có hai chiều cong: Chiều cong đầu thai nhi và chiều cong chậu, và cũng được phân biệt thành cành trái và cành phải. Nhưng khi sử dụng loại forceps Levré, người ta nhận thấy nó còn có nhược điểm:

- Khi cầm vào cán của các cành forceps kéo sẽ không hoàn toàn đúng trục xuống của ngôi thai khi ngôi còn cao trong tiểu khung, kết quả là sẽ đẩy ngôi sát vào mặt sau xương vệ.
- Sau khi đặt và cầm vào cán của forceps để kéo, khi ngôi thai còn cao trong tiểu khung thì ngôi thai phải theo hướng kéo của thầy thuốc mà không có động tác quay tự nhiên vốn có của nó để sổ theo hai kiểu thế là chẩm - vệ hoặc chẩm - cùng một cách dễ dàng.
- Khi nắm chặt vào cán của forceps để kéo hai thìa của hai cành forceps sẽ bóp chặt vào đầu thai nhi nhiều có thể gây tổn thương cho đầu thai.

Để giải quyết, người ta đã sáng chế ra loại forceps mới có thêm chiều cong âm hộ và tầng sinh môn (mà ở Việt Nam chúng ta hay sử dụng trước đây là loại forceps Tarnier). Với loại forceps này người ta đã:

- Tách rời bộ phận cặp gồm hai cành forceps và bộ phận kéo được bổ sung thêm vào (hình 7.2)

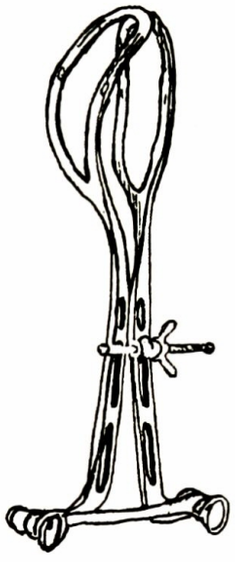


Hình 7.2. Forcepss Tarnier

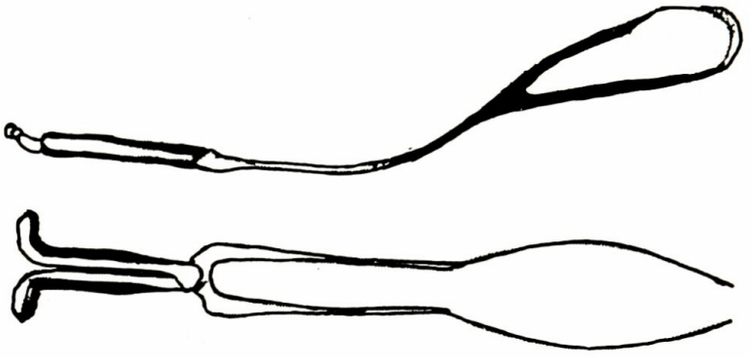
- Sửa đổi hai cành để khi khớp hai cành và bắt vít lại với nhau, hai thìa không thể thu nhỏ lại hơn một khoảng nhất định để không bóp chặt đầu thai nhi, giảm sang chấn cho đầu thai.

Loại forceps chúng ta thường dùng hiện nay là loại có hai cành khớp với nhau hình chữ X hay loại gọng kìm. Ở mỗi nước, môi trường phải theo từng thói quen và kinh nghiệm người có thể sử dụng các loại forceps khác nhau, theo một tài liệu của GS. Nguyễn Thìn thì trên thế giới có khoảng 600 loại forceps đang được sử dụng. Nhưng có thể phân ra làm 3 loại:

- Loại gọng kìm: là loại hay được dùng nhất ở các nước, mà chúng ta vẫn thường sử dụng. Ở nước ta loại này thường lưu hành các kìm forceps Simpson, Kielland hay trước đây kiểu Tarnier. Hai cành bắt chéo hình chữ X và khớp với nhau ở phía cán của các cành forceps. Nhược điểm của loại này là khi kéo đầu thai luôn có chiều hướng tuột ra khỏi hai thìa forceps và vì có khớp nối hai cành với nhau nên không thể kéo rời từng cành một để hạ một bướu đỉnh trước và một bướu đỉnh sau (xuống không đối xứng).
- Loại song song: Hai cành forceps song song với nhau. Ở nước ta một vài cơ sở sản khoa có loại forceps này đó là forceps Suzor (hình 7.3) và forceps Demelin. Một ưu điểm của loại này là khi kéo có thể kéo rời từng cành một để đầu thai nhi có thể lọt hoặc xuống không đối xứng, và có thể đặt được forceps khi đầu thai nhi còn cao trong tiểu khung, có khi chưa lọt. Trong những trường hợp này, tai biến rất nhiều và nguy hiểm.



Hình 7.3. Forceps Suzor



Hình 7.4. Forcepss Piper

- Loại hội tụ: hai cành forceps hướng vào một điểm ở phía trên ngôi thai. Với loại này khi kéo đầu thai nhi như được đẩy ra ngoài.

Ở nước ta cũng như trên thế giới loại forceps kiểu gọng kìm là hay được sử dụng nhất vì kỹ thuật đơn giản, dễ làm và kết quả tốt.

Trong một thời gian dài, trước khi phẫu thuật mổ lấy thai được áp dụng rộng rãi, forceps đã giúp đỡ nhiều cho các bà mẹ trong những cuộc đẻ khó khi mà đầu thai nhi không xuống và sổ được ra ngoài. Chỉ định forceps cũng chưa được chặt chẽ, điều kiện chưa rõ ràng nên forceps đã gây ra nhiều tai biến cho mẹ và cho thai. Nhưng kể từ khi kỹ thuật mổ đoạn dưới tử cung lấy thai ra đời, kháng sinh được phát minh và sử dụng rộng rãi, kỹ thuật gây mê hồi sức có nhiều tiến bộ và sự ra đời của giác hút sản khoa thì các chỉ định của forceps được thu hẹp lại với những điều kiện cụ thể, và chỉ định rõ ràng.

Ở Việt Nam, nhất là sau hội nghị sản phụ khoa chuyên đề về forceps, giác hút và mổ lấy thai tại thành phố Hồ Chí Minh 10/1979, đã đi đến thống nhất:

Chỉ được sử dụng forceps khi đầu đã lọt thấp, thập thò ở âm hộ. Do đó, trong các khoa sản chỉ còn tồn tại và được sử dụng thống nhất loại forceps thấp (hay forceps âm hộ): forceps à la vulve): đó là forceps Simpson và Kielland, loại forceps khi đầu còn cao trong tiểu khung (lọt trung bình) mà trước đây chúng ta còn hay sử dụng (loại Tarnier) đã bị cấm sử dụng hoàn toàn. Và ở đây, chúng tôi cũng chỉ trình bày loại forceps cho ngôi chỏm đã lọt thấp mà thôi.

2. CẤU TẠO CỦA FORCEPS

Forceps mà chúng ta đang sử dụng là loại gọng kiềm khi ngôi thai lọt thấp đó là các kiểu forceps Simpson hoặc kiểu Kielland gồm có:

Hai cành forceps tách rời nhau đó là:

- Cành trái khi đặt ta cầm bằng tay trái và đặt về phía bên trái của khung chậu người mẹ.
- Cành phải khi đặt ta cầm bằng tay phải và đặt vào bên phải của khung chậu người mẹ.

Mỗi cành forceps được chia làm hai phần là thìa forceps và cán forceps.

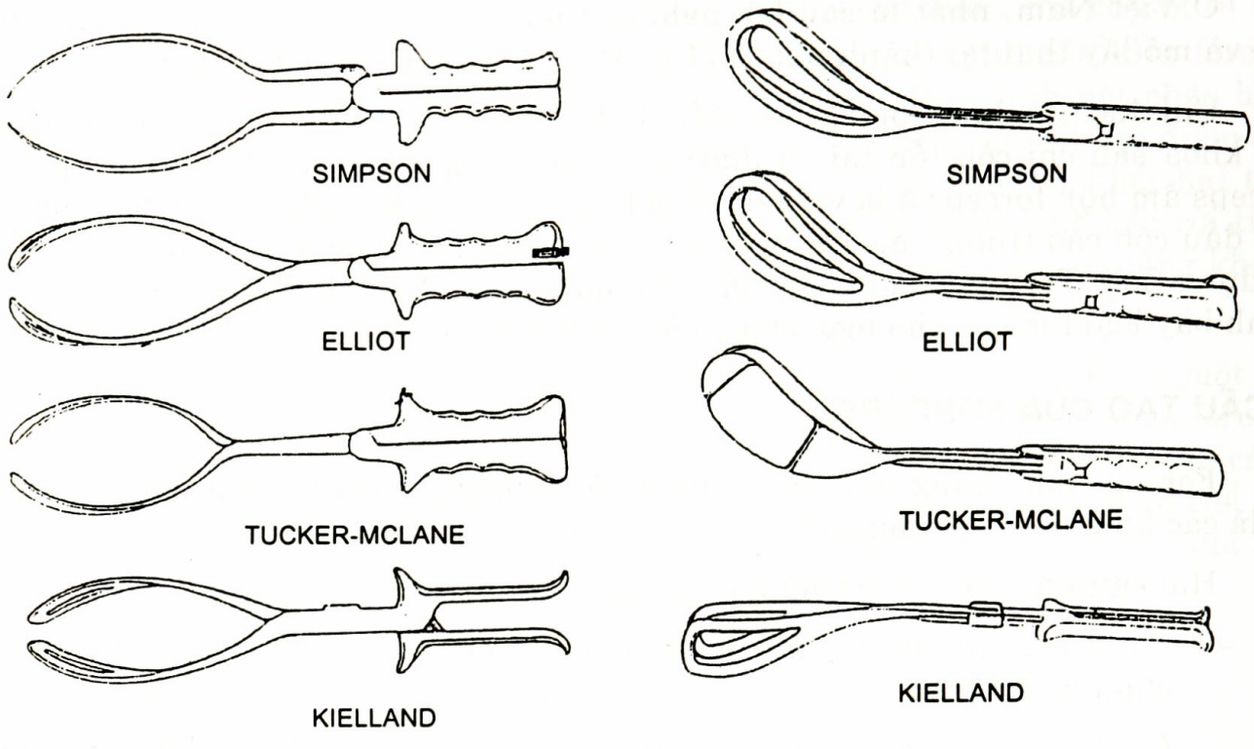
- Thìa ở phía trước của mỗi cành, hình cong và dài, ở giữa có 01 lỗ rỗng còn gọi là mắt hay cửa sổ của thìa xung quanh là bờ trên, bờ dưới, đầu và gốc thìa. Mặt ngoài thìa nhẵn và trơn và còn được bôi parafin khi đặt để giảm ma sát chống gây sang chấn phần mềm người mẹ, mặt trong của thìa hơi ráp để giữ cho chặt thêm ngôi thai.
- Cán thìa tròn cầm gọn được dễ dàng trong tay, đuôi cán hơi cong và trên cán có khớp để gắn hai cành với nhau sau khi đã đặt xong (ở những loại forceps song song hoặc forceps Tarnier khớp này được thay thế bằng một vít chắc).

Sau khi đặt và khớp hai cành xong người thầy thuốc cầm cán của forceps để kéo (hoặc bằng dây vải lắp ngay vào hai thìa trong loại forceps song song: Demelin hoặc Suzor) giúp cho thai nhi sổ ra ngoài.

Trước kia, khi forceps Tarnier còn được sử dụng thì ở forceps này còn có bộ phận kéo gắn vào hai thìa để tạo ra chiều cong âm hộ và tầng sinh môn (xin xem thêm ở trên hình 7.5).

Mỗi một cành forceps lại gồm có hai chiều cong:

- Chiều cong đầu thai nhi lõm vào phía trong ở phần thìa của forceps để ôm chắc và bảo vệ đầu thai nhi khi đặt và kéo forceps.
- Chiều cong tiểu khung hay chiều cong chậu do thìa và cán forceps tạo thành khớp với trục của tiểu khung.



Hình 7.5. Giới thiệu một số loại forcepss sử dụng khi đầu lọt thấp

3. TÁC DỤNG CỦA FORCEPS

Tác dụng chính của forceps là cặp và kéo cho thai nhi sổ ra ngoài và loại forceps thấp (Simpson và Kiellant) mà chúng ta đang sử dụng chỉ có hai tác dụng này.

3.1. Tác dụng cặp của forceps

Cặp tốt và lý tưởng nhất là khi forceps vừa phải cặp chặt ngôi thai vừa bảo vệ được ngôi thai và không gây sang chấn cho thai nhi và người mẹ.

3.1.1. Cặp trong ngôi chỏm

- Cặp đối xứng là lý tưởng nhất và nếu ngôi thai đã lọt thấp và hiện nay chúng ta chỉ sử dụng các loại forceps Simpson và Kielland cho các ngôi chỏm đã lọt thấp thì cặp bao giờ cũng đối xứng. Hai thìa forceps sẽ ôm lấy hai bướu đỉnh theo hướng chẩm - cằm một bờ của cửa sổ thìa ở trước vành tai thai nhi, còn bờ thìa kia ở sau đuôi mắt. Cửa sổ thìa tương ứng với xương đỉnh và xương gò má, gốc thìa ở chẩm đầu thìa ở phía trên cằm thai nhi một chút.
- Cặp không đối xứng:

Một thìa forceps ở trên xương trán một thìa ở xương chũm ta còn gọi là kiểu trán - chũm hoặc là kiểu không đối xứng thường nhiều nguy hiểm cho thai nhi nhất là các giác quan trên mặt thai. Với loại forceps thấp (Simpson hoặc Kieland) chúng ta không có chỉ định và không đặt được dễ dàng kiểu không đối xứng này.

3.1.2. Cặp forceps trong ngôi mặt

Trong ngôi mặt cặp đối xứng theo hướng cằm - chẩm. Nhưng ngày nay người ta ít sử dụng forceps để lấy thai trong ngôi mặt.

3.1.3. Cặp forceps trong ngôi ngược ở thì đầu hậu: cùng cặp đối xứng theo hướng cằm chẩm, và phải cẩn thận vì dễ chấn thương cho mẹ và cho thai nhi hơn.

3.1.4. Cặp forceps trong mổ lấy thai mà đầu thai nhi cao lỏng lẻo trong buồng tử cung khó lấy đầu ra.

Nhiều thầy thuốc ưa dùng forceps để lấy thai khi đầu cao lỏng lẻo trong buồng tử cung. Kỹ thuật cặp không khó, chú ý kéo nhẹ nhàng đúng hướng, tránh gây sang chấn làm rách thêm tử cung mẹ.

3.2. Kéo forceps

Kéo forceps phải đúng cơ chế đẻ của thai, ở loại forceps khi đầu đã lọt thấy thập thò ở âm hộ, đó là trục sổ. Chú ý kéo có khác hướng nhau trong hai kiểu sổ đầu kiểu chẩm - vệ và chẩm - cùng.

Kéo phải đều tay, từ từ và nhớ chỉ được sử dụng lực của hai cẳng tay để kéo và còn kịp dừng lại khi cần thiết, không gây sang chấn cho mẹ thêm (Rách rộng âm đạo, âm hộ, tầng sinh môn). Nhiều tác giả ở Viện Bảo vệ bà mẹ trẻ sơ sinh (Viện BVSKTSS) hiện nay ưa kéo forceps ở tư thế ngồi, như vậy sẽ tránh dùng lực toàn thân tác động lên đầu thai nhi và phần mềm của người mẹ gây sang chấn cho mẹ và thai.

Các tác dụng khác của forceps mà ngày xưa các thầy thuốc rất ca ngợi coi nó ưu việt hơn hẳn giác hút là: cúi, ngửa, quay, nghiêng ngôi thai, ngày nay đều bị tuyệt đối cấm vì nó gây sang chấn nhiều cho thai nhi và người mẹ.

4. ĐIỀU KIỆN LÀM FORCEPS

Muốn hạn chế các tai biến cho thai nhi và cho người mẹ đòi hỏi người thầy thuốc phải nắm thật chắc và luôn tuân thủ các điều kiện sau:

4.1. Cổ tử cung phải mở hết

Nếu cổ tử cung còn chưa mở hết không ai dám chắc rằng mình đặt cành forceps mà không cặp phải gây nên rách cổ tử cung thậm chí vỡ tử cung. Nên điều kiện này cần được tôn trọng tuyệt đối.

4.2. Ngôi thai đã lọt thấp

Ngày nay chúng ta chỉ còn sử dụng hai loại forceps là Simpson và Kielland, còn Tarnier đã bị cấm sử dụng ở Việt Nam. Nên chỉ khi ngôi thai đã lọt thấp thì mới tiến hành thủ thuật được dễ dàng và ít gây tai biến cho mẹ và cho thai.

4.3. Đầu ối đã vỡ

Đến khi cổ tử cung mở hết (hay mở hoàn toàn), ngôi thai đã lọt thấp thì thường đầu ối đã vỡ còn nếu chưa vỡ thì chúng ta phải tiến hành bấm ối trước khi làm thủ thuật.

Ba điều kiện trên là kinh điển tối cần thiết và quan trọng. Ngoài ra cũng cần phải nhắc lại thêm các điều kiện để những thầy thuốc ít thâm niên khỏi quên và phải tôn trọng.

4.4. Thai nhi phải còn sống

Nếu thai đã chết có lẽ cũng ít có ai ngớ ngẩn sử dụng forceps để người mẹ phải chịu thêm đau đớn của thủ thuật này. Lúc này người ta sẽ chọn cách là huỷ thai: chọc óc, kẹp sọ...

4.5. Ngôi thai phải là ngôi chỏm

Trước kia người ta có thể sử dụng forceps cho các loại ngôi khác hiếm gặp như: ngôi mặt, đầu hậu trong ngôi ngược. Ngày nay mổ lấy thai không còn bị đe doạ do nhiễm trùng, do gây mê hồi sức nên người ta chỉ làm forceps cho ngôi chỏm. Một khi phải làm forceps trong các ngôi khác thì đó là một sự thất bại về chẩn đoán và tiên lượng và chỉ là một hình thức huỷ thai trá hình.

Trên đây là các điều kiện mà buộc các thầy thuốc thực hành sản khoa phải ghi nhớ như những tiên đề trong toán học, không có quyền làm ngược lại, hoặc giản ước bớt đi.

5. CÁC CHỈ ĐỊNH CỦA FORCEPS

Cũng giống như các thủ thuật khác trong sản khoa, các chỉ định của forceps cũng được chia làm ba nhóm lớn: các chỉ định về phía mẹ, về phía thai và phía phần phụ của thai.

5.1. Những chỉ định thuộc về phía mẹ

Chỉ định quan trọng nhất là những bà mẹ tránh không được rặn đẻ.

- Trong các bệnh lý nội khoa:
  - + Bệnh tim các loại.
  - + Bệnh phổi các loại như: lao phổi, hen...
  - + Bệnh thận các thể nặng: viêm thận mạn tính, suy thận...
  - + Bệnh gan nặng.
  - + Nhiễm độc thai nghén
  - + Các bệnh tâm thần kinh: động kinh...
  - + Các bệnh nội tiết: Basedow, đái tháo đường...

- Tử cung có vết mổ cũ nhất là mổ ở thân tử cung như: mổ lấy thai, mổ bóc nhân xơ tử cung, mổ khâu thủng tử cung hay vỡ tử cung được bảo tồn cũ...
- Trong doạ vỡ tử cung.

Đây là chỉ định bắt buộc phải dùng forceps lấy thai khi đã đủ điều kiện đi đường dưới để tránh vỡ tử cung.

+ Chỉ định thứ hai của forceps thuộc về mẹ là khi người mẹ rặn yếu, hay còn gọi là rặn lâu không sổ, các thầy thuốc lâm sàng còn gọi là rặn lâu không chuyển. Thời gian để chờ đợi người mẹ rặn đẻ là 30 phút. Sau 30 phút thai không sổ sẽ được trợ giúp bằng forceps. Chỉ định này xem ra rất trừu tượng và dễ bị lạm dụng, phụ thuộc rất nhiều vào yếu tố chủ quan hướng dẫn, chăm sóc của nữ hộ sinh và thầy thuốc. Ngay tại Viện BVBMTSS loại chỉ định này trong năm 1994 còn chiếm 55,2%: 251 ca đẻ forceps được chỉ định vì rặn yếu trên tổng số 454 ca đẻ bằng forceps năm 1994 (Nguyễn Ngọc Minh - Y học thực hành số 2/1996). Ngoài ra còn có các chỉ định về phía mẹ do:

+ Tầng sinh môn rắn ở người con so nhất là con so lớn tuổi hay ở các bà mẹ kém phát triển.

+ Hoặc do các bà mẹ kém chịu đựng, kêu la vật vã, kích động nhiều đòi hỏi người thầy thuốc cần phải kết thúc cuộc chuyển dạ nhanh khi đã đủ điều kiện sử dụng forceps.

5.2. Những chỉ định về phía thai

- Hàng đầu phải kể đến là vì thai suy nhất là khi thai bị suy chậm nhịp tim thai đã xuống dưới 120 lần/phút, có khi còn thấp hơn, không đều.

Chỉ định này cũng phụ thuộc vào từng nơi, từng bệnh viện và từng lúc và nó vẫn còn bị lạm dụng?

Theo BS. Lê Viết Kiêu và cộng sự thì trong 3 năm (1977-1979) tại khoa sản bệnh viện Trung ương Huế tỷ lệ forceps vì thai suy là 26% (báo cáo tại Hội nghị chuyên đề forceps và giác hút, mổ lấy thai toàn quốc 10/1979 tại TP Hồ Chí Minh). Còn theo tác giả Nguyễn Ngọc Minh chỉ định này chiếm 27,3% (124/454) tại Viện BVBMTSS trong năm 1994 (nhận xét trên 454 ca đẻ bằng forceps tại Viện BVBMTSS năm 1994 Y học thực hành số 2/1996).

- Chỉ định forceps cho những thai đẻ non tháng, hay thai trong chửa đa thai (sinh đôi, sinh ba...).

Đây cũng là loại chỉ định bắt buộc phải sử dụng forceps, tuy vậy nó chiếm không nhiều 0,2% trong năm 1994 tại Viện BVBMTSS (Theo Nguyễn Ngọc Minh - Y học thực hành số 2/1996)

5.3. Chỉ định về phía phần phụ của thai

Chỉ định thuộc về phần phụ và mang tính chất tối khẩn cấp là sa dây rau khi ối đã vỡ (sa dây rau ngoài bọc ối) mà thai nhi còn sống và đã đủ điều kiện đẻ

đường dưới và đây cũng là loại chỉ định độc quyền của forceps khi quyết định cho đẻ đường dưới.

Có một chỉ định nữa thường khó theo dõi, tổng kết và thống kê chính xác được. Loại chỉ định này thường được xếp nhầm vào loại chỉ định thuộc về người mẹ: rặn lâu không sổ. Đó là: dây rau ngắn.

Nó thường chỉ được phát hiện khi thai đã sổ ra, song chắc chẳng có thầy thuốc nào cầm bút để chữa lại chỉ định ban đầu của mình: forceps vì mẹ rặn yếu.

6. KỸ THUẬT ĐẶT FORCEPS

Đặt forceps nhất là forceps thấp khi ngôi thai đã ở kiểu thế chẩm mu hoặc chẩm - cùng không khó khăn nếu tuân thủ đầy đủ các điều kiện và chỉ định.

6.1. Chuẩn bị

- Đừng bao giờ quên rằng đây là một thủ thuật sản khoa, mà bao giờ cũng có một tỷ lệ sang chấn dù rất thấp và rất nhẹ cho thai nhi và người mẹ, mặt khác chúng ta lại rất cần sự hợp tác của người mẹ, nên phải giải thích cho các bà mẹ tỷ mỷ và đầy đủ.
- Làm vệ sinh, thông đái, thụt tháo để tránh thủ thuật gây sang chấn cho bàng quang, trực tràng.
- Đặt thai phụ nằm trên bàn đẻ theo tư thế phụ khoa, khám lại toàn trạng mẹ và thai (đánh giá mức độ suy thai nếu có), ngôi, thế, kiểu thế.
- Sát trùng âm hộ, âm đạo và trải khăn vô trùng.
- Hồi sức thai (nếu có tình trạng suy thai bằng: thở oxy, truyền glucose, vitamin C, trợ tim qua đường tĩnh mạch của mẹ.
- Mời bác sĩ nhi khoa hay kỹ thuật viên hồi sức và các phương tiện hồi sức sơ sinh phải được chuẩn bị sẵn.
- Gây tê đuôi ngựa, thần kinh thẹn hay tại chỗ tầng sinh môn cho người mẹ để giảm đau.
- Thủ thuật viên và trợ thủ cũng phải rửa tay, đeo găng, mặc áo đội mũ, đeo khẩu trang vô trùng.

6.2. Tiến hành đặt forceps

Kỹ thuật đặt và kéo forceps bao gồm các bước lần lượt như sau:

- **Thì 1**: Kiểm tra lại ngôi, thế, kiểu thế của ngôi thai để xác định lại xem đã đủ điều kiện và chỉ định để tiến hành thủ thuật chưa.
- **Thì 2:** Đặt hai cành forceps.

Ở loại forceps khi đầu đã lọt thấp, chẩm đã quay về dưới khớp vệ hoặc trước xương cùng đặt forceps không khó.

Bao giờ cũng đặt cành trái trước. Cầm cành trái của forceps bằng tay trái, có thể thoa ít parafin ra mặt ngoài thìa để làm trơn giảm ma sát cho dễ đặt hơn và đặt vào bên trái khung chậu mẹ, đặt vuông góc với bờ sau âm hộ đưa vào dần trong âm hộ nhờ các ngón tay của bàn tay phải đã để sẵn trong âm hộ để hướng cho thìa forceps đi dễ dàng và đúng hướng, vừa đưa vừa hạ dần cán forceps xuống. Khi cành forceps đã ở vị trí lý tưởng, giao cho người phụ giữ nguyên vị trí, không được xê dịch cành này. Tiếp đó đặt cành phải của forceps, cành phải được cầm bằng tay phải và đưa vào bên phải của khung chậu mẹ theo hướng dẫn của các ngón tay của bàn tay trái đã đưa vào âm đạo (thường chỉ đưa được 2 ngón vì lúc này âm đạo đã trở nên chật trội).

Có ba cách cầm cán forceps:

+ Cầm như kiểu cầm cán dao găm.
+ Cầm như kiểu cầm quản bút.
+ Cầm giống như cầm ác xê vĩ cầm.

Tuỳ theo thói quen của từng người.

Sau khi đặt hai cành và khớp được vào với nhau là coi như được. Nếu không khớp được phải tháo cành phải (cành đặt sau) ra đặt lại. Tuyệt đối không thay đổi cành trái đặt đầu tiên coi như đã đặt lý tưởng. Cố gắng hết sức tránh đặt đi đặt lại nhiều lần dễ gây sang chấn cho mẹ và cho con. Và đặt lại vẫn không khớp được nên xem xét lại kỹ có phải là ngôi thai chưa lọt thấp không và nên chuyển sang mổ lấy thai.

Sau khi đặt cành thứ 2 kiểm tra lại xem đặt đã đúng kiểu thế chẩm - vệ hoặc chẩm - cùng chưa, có cặp vào phần mềm của mẹ không. Nếu tất cả đều lý tưởng đạt yêu cầu chuyển sang thì tiếp theo.

– **Thì 3**. Khớp và kéo

Khớp hai cành forceps lại với nhau mà không bị kênh là coi như được và chuyển sang thì kéo.

Chú ý là phải kéo từ từ, đều đặn, và bằng lực của hai cẳng tay theo cơ chế sổ của ngôi thai. Trong hai kiểu thế sổ chẩm - vệ và chẩm - cùng có khác nhau đôi chút.

Trong kiểu chẩm vệ

Kéo forceps hướng xuống phía bờ sau âm hộ khi hai bướu đỉnh đã thập thò âm hộ thì chúng ta chuyển sang thì tiếp là tháo cành forceps tháo từng cánh và khi tháo ta có thể lách cho từng bướu đỉnh sổ.

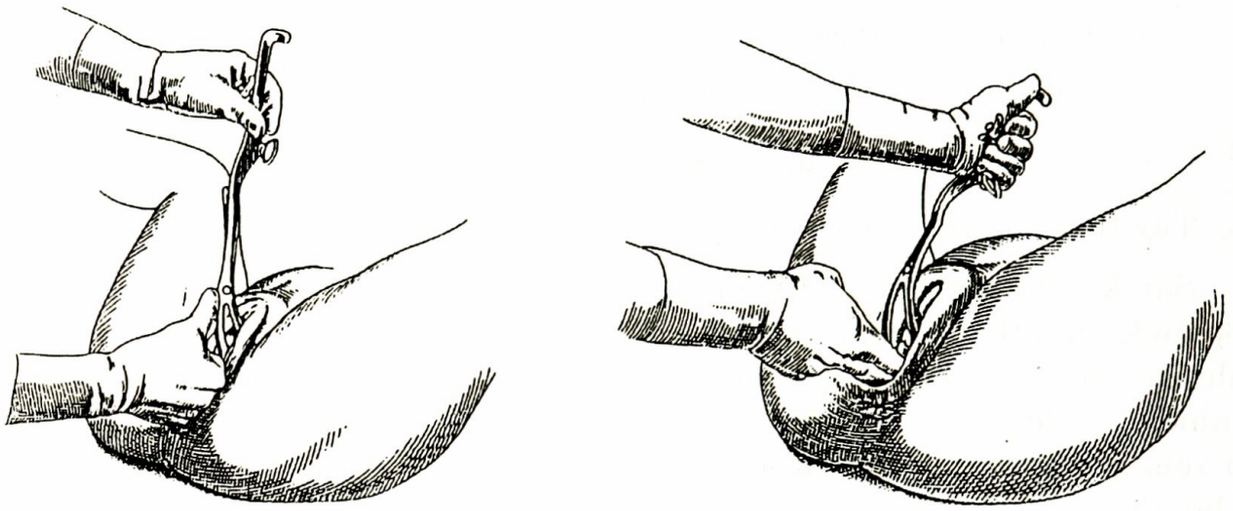
Còn trong kiểu thế chẩm cùng.

Chúng ta kéo và đồng thời cắt tầng sinh môn rộng rãi, nếu cắt một bên không đủ thì cắt hai bên. Khi kéo hướng cành forceps hơi lên trên, khi chẩm đã tỳ vào bờ sau âm hộ ta hạ từ từ forceps xuống cho ngôi sổ ra đồng thời với tháo cành

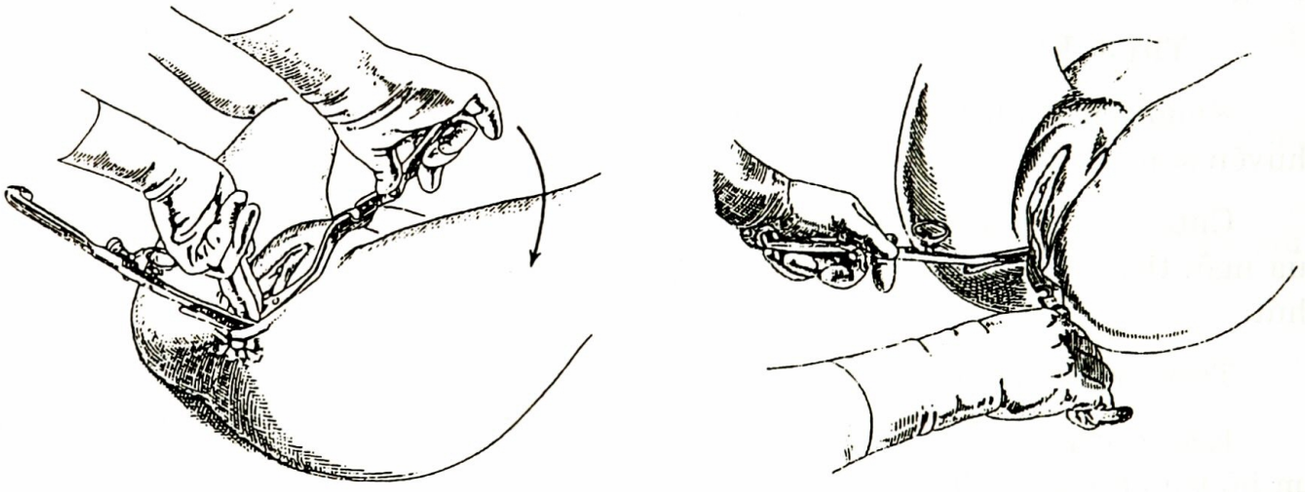
forceps. Trước kia ở kiểu thế chẩm cùng có tác giả còn sử dụng động tác quay về chẩm - vệ nhưng ngày nay không còn được sử dụng nữa vì dễ gây rách âm hộ, tầng sinh môn rộng thêm và thủ thuật thực hiện cũng rất khó khăn.

– **Thì 4.** Tháo các cành forceps

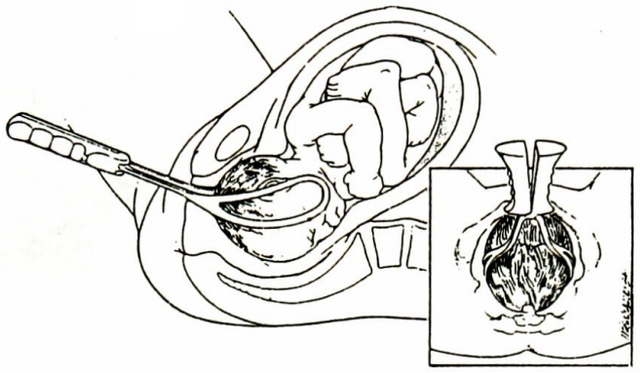
Ở đây các động tác gần như ngược lại với thì đặt: cành nào đặt sau lại tháo trước, và khi tháo ta có thể lách cho từng bướu đỉnh bên đó sổ ra. Từ phía dưới cành forceps được rút dần ra đồng thời với dựng dần lên cho vuông góc với bờ sau âm hộ (động tác ngược lại với khi đặt). Đỡ đẻ khi ngôi sổ ra như các trường hợp đẻ thường.



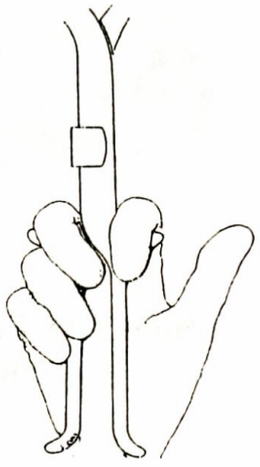
Hình 7.6. Kỹ thuật đặt cành trái của forcepss



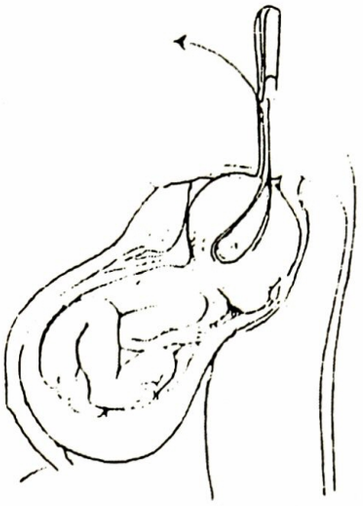
Hình 7.7. Kỹ thuật đặt cành phải và khớp hai cành forcepss với nhau



Hình 7.8. Forcepss được đặt chuẩn mực khi đầu lọt thấp



Hình 7.9. Vị trí của tay cầm vào cán forcepss để kéo

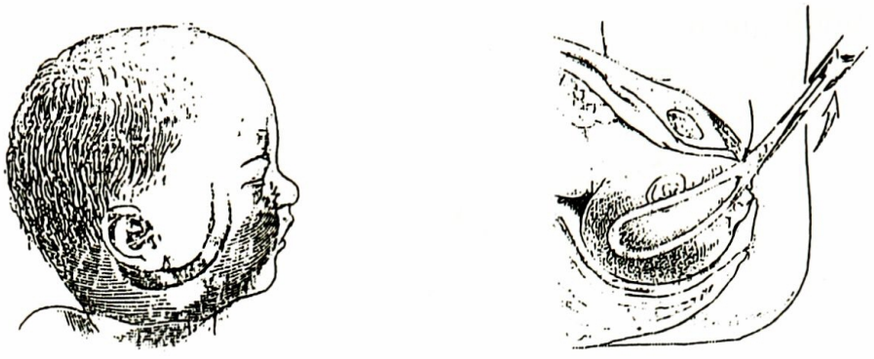


Hình 7.10. Hướng kéo forcepss

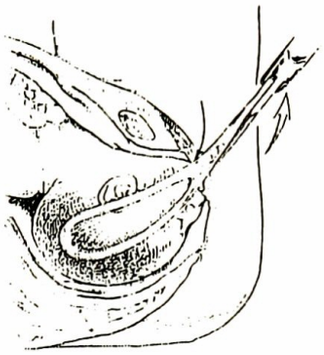




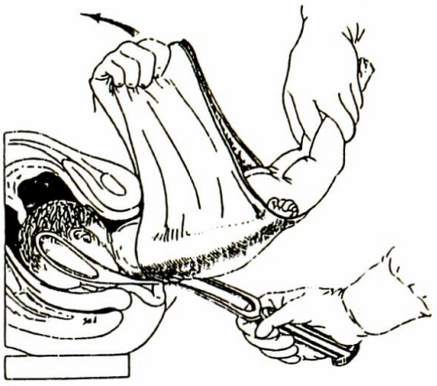
Hình 7.11. Kéo và hướng cành forcepss cho đầu sổ



Hình 7.12. Hình ảnh cành forcepss in trên má sơ sinh



Hình 7.13. Forcepss trong ngôi mặt (cằm trước)



Hình 7.14. Forceps trong ngôi ngược sổ đầu hậu

– Vấn đề cắt nới tầng sinh môn

Sau nhiều năm áp dụng và qua nhiều lần rút kinh nghiệm nhất là sau hội nghị sản phụ khoa toàn quốc họp tháng 10/1979 tại thành phố Hồ Chí Minh đi đến thống nhất cắt tầng sinh môn khi làm forceps là nguyên tắc bắt buộc. Trong các kiểu sổ chẩm - cùng có khi người ta còn phải cắt nới rộng cả hai bên tầng sinh môn. Động tác này tránh cho rách phức tạp tầng sinh môn sau làm forceps và tránh cả sang chấn cho ngôi thai.

Vấn đề nữa trở thành nguyên tắc là sau làm forceps phải tiến hành kiểm tra cổ tử cung nhờ hai kẹp hình tim và van âm đạo để tránh bỏ sót các chấn thương ở mẹ dẫn đến tử vong hay những hậu quả nặng nề: sa sinh dục, hở eo tử cung... sau này. Trong những trường hợp thủ thuật khó hay forceps làm khi có dấu hiệu doạ vỡ tử cung, tử cung có vết mổ cũ... phải tiến hành kiểm soát tử cung để tránh bỏ sót vỡ tử cung sau forceps mà không được phát hiện để xử trí kịp thời.

Đối với các ngôi khác không phải là ngôi chỏm và các kiểu thế khác không phải là hai kiểu thế chẩm - vệ và chẩm - cùng, ngày nay không còn thuộc về các chỉ định của forceps nữa. Trong các trường hợp này nên chọn phương pháp mổ lấy thai để đảm bảo an toàn cho cả mẹ và sơ sinh.

7. TAI BIẾN

Nếu các điều kiện và chỉ định không được tuân thủ: forceps có thể gây ra những tai biến, thậm chí tử vong cho mẹ và cho thai nhi.

7.1. Tai biến cho mẹ

- Các chấn thương đường sinh dục

Ngoài cắt tầng sinh môn có hệ thống trong khi làm forceps, có thể bị rách:

+ Âm hộ và tầng sinh môn rộng thêm và phức tạp.
+ Rách âm đạo
+ Rách cổ tử cung.
+ Vỡ tử cung.
+ Các chấn thương bàng quang, trực tràng với những biến chứng lâu dài, phức tạp, khó điều trị.

- Chảy máu, mất máu do các sang chấn phần mềm của mẹ.
- Giãn khớp vệ gây đau đớn kéo dài cho mẹ.
- Sốc do mất máu, do thủ thuật gây ra có thể gặp khi mẹ bị các bệnh lý nặng nhất là bệnh tim.

Ngay tại Viện BVBMTSS trong số 454 ca đẻ forceps cũng còn gặp 01 ca mẹ vỡ tử cung nhưng sau đó mổ cắt tử cung và được cứu sống.

7.2. Tai biến cho con

- Các sang chấn cho con có thể gặp là:

+ Xây xát da đầu.
+ Lõm xương sọ.
+ Tổn thương mắt.
+ Liệt mặt do liệt dây VII ngoại biên.

- Chảy máu

+ Tụ máu dưới da đầu.
+ Chảy máu dưới màng cứng.
+ Chảy máu vào màng não.

- Các di chứng:

Co giật do chấn động não, hay ngớ ngẩn, chậm phát triển trí tuệ... còn chưa được theo dõi lâu dài và thống kê đầy đủ.

- Tử vong:

Trước đây tử vong cho thai nhi do forceps còn cao: 2,4% (GS. Phan Hiếu - Sản phụ khoa - Nhà xuất bản y học 1978)

Tuy ngày nay tỷ lệ tử vong sơ sinh do forceps đã giảm nhiều song vẫn còn cao hơn trong mổ lấy thai và giác hút sản khoa (Nguyễn Thị Kiểm và cộng sự - Báo cáo tại Hội nghị Sản phụ khoa toàn quốc 10/1979)

CHỈ ĐỊNH, KỸ THUẬT VÀ TAI BIẾN CỦA MỔ LẤY THAI

TS. Nguyễn Đức Hinh

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Mổ lấy thai là trường hợp thai và phần phụ của thai được lấy ra khỏi tử cung qua đường rạch của thành tử cung và đương rạch của thành bụng. Định nghĩa này không bao hàm mở bụng lấy thai trong trường hợp chửa trong ổ bụng và vỡ tử cung thai đã nằm trong ổ bụng.

1.2. Tỷ lệ mổ lấy thai

Ở nhiều nước trên thế giới tỷ lệ mổ lấy thai tăng lên nhanh trong vòng 20 năm trở lại đây, đặc biệt là ở các nước phát triển (Notzan và cộng sự, 1987). Ở Mỹ, tỷ lệ mổ lấy thai là 4,5% năm 1665 lên đến 23% năm 1985, như vậy chỉ trong 20 năm tỷ lệ mổ lấy thai đã tăng hơn 5 lần. Đến năm 1988 tỷ lệ mổ lấy thai trung bình của cả nước Mỹ là 25%, tức là cứ 4 người đến đẻ thì có 1 người phải kết thúc cuộc đẻ bằng mổ lấy thai. Ở Pháp, trong vòng 10 năm (1972 - 1981) tỷ lệ mổ lấy thai tăng gần gấp đôi từ 6% lên đến 11%. Người ta đưa ra nhiều lý do để giải thích cho hiện tượng tỷ lệ mổ lấy thai ngày một tăng cao này:

- Người phụ nữ đẻ ít đi, tỷ lệ con so nhiều lên. Một số vấn đề liên quan đến con so như nhiễm độc thai nghén, đẻ khó... sẽ gặp nhiều hơn.
- Tuổi có thai của người phụ nữ ngày một tăng lên.
- Theo dõi chuyển dạ bằng máy monitor làm tăng khả năng phát hiện suy thai và làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai.
- Tỷ lệ mổ lấy thai trong ngôi mông ngày một cao.
- Tỷ lệ forceps giảm đi.
- Tỷ lệ mổ lấy thai trong trường hợp tử cung có sẹo mổ lấy thai cũ tăng lên đáng kể.
- Khả năng nuôi dưỡng trẻ sơ sinh nhẹ cân, thiếu tháng có nhiều tiến bộ làm cho các bác sĩ sản khoa ngày càng mạnh dạn hơn trong việc chỉ định mổ lấy thai ở những trường hợp này.
- Sự thắc mắc, kiện tụng của gia đình người bệnh cũng có ảnh hưởng đáng kể. Thầy thuốc và bệnh viện sẽ phải chịu nhiều rắc rối khi kết quả cuộc

đẻ đường dưới không hoàn hảo, đặc biệt trong trường hợp sản phụ hay người nhà sản phụ đã có ý kiến đề nghị mổ lấy thai. Số lượng sản phụ có yêu cầu thiết tha được mổ lấy thai ngày càng nhiều lên. Đây là yếu tố xã hội không thể phủ nhận được, có ảnh hưởng đến chỉ định mổ lấy thai.

Việt Nam không có thống kê cho biết tỷ lệ mổ lấy thai trên phạm vi cả nước, do vậy các con số trong từng bệnh viện không thể cho chúng ta biết được tổng thể của cả nước để so sánh với các nước khác. Ở một thời điểm, tỷ lệ mổ lấy thai khác nhiều giữa các bệnh viện. Năm 1992, tỷ lệ mổ lấy thai của Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh là 22,25%, trong khi đó ở khoa sản bệnh viện Bạch Mai là 7,00%. Tuy nhiên một điều dễ dàng nhận thấy sự tăng đáng kể tỷ lệ mổ lấy thai theo thời gian trong một bệnh viện (bảng 8). Tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng có xu hướng tăng dần lên mặc dù đã có nhiều cố gắng nhằm khống chế nhưng vẫn chưa đem lại kết quả.

Bảng 8.1. Tỷ lệ mổ lấy thai ở Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh theo một số tác giả qua một số năm

Năm	Tác giả	Tỷ lệ %
1956	Nguyễn Thìn	0,96
1960	Nguyễn Thìn	3,26
1964	Đinh Văn Thắng - Nguyễn Thìn	9,68
1970	Dương Thị Cương	13,90
1978	Đỗ Trọng Hiếu	16,67
1992	Ngô Tiến An	22,25
1993	Lê Thanh Bình	27,07
1997	Vũ Công Khanh	34,6

2. CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI

Chỉ định mổ lấy thai là một vấn đề vô cùng khó và phức tạp. Ngoài những chỉ định mổ lấy thai có tính chất tuyệt đối (ví dụ: ngôi vai ở người con so, rau tiền đạo trung tâm...), còn nhiều chỉ định mổ lấy thai mang tính chất tương đối (ví dụ: con so lớn tuổi, con quý hiếm...). Nhiều trường hợp mổ lấy thai vì một tập hợp các chỉ định tương đối, rất khó nhận biết lý do nổi trội trong tập hợp này. Xu hướng các thủ thuật đường dưới khó khăn, nguy hiểm ngày càng dành chỗ cho mổ lấy thai (cắt thai, nội xoay...).

Mổ lấy thai được chỉ định khi chuyển dạ không an toàn cho mẹ và thai, khi buộc phải lấy thai ra nhưng không gây được chuyển dạ, khi đẻ khó cơ giới hay vì đặc điểm của thai làm cho không thể đẻ đường dưới được và trong tình trạng cấp cứu buộc phải lấy thai ra nhanh mà đẻ đường dưới thì chưa đủ điều kiện. Vì tính chất phức tạp, cho nên có rất nhiều kiểu xếp loại các chỉ định mổ lấy thai. Mỗi kiểu phân loại có những ưu điểm và khuyết điểm của nó.

Theo thời điểm xuất hiện chỉ định mổ lấy thai, người ta có thể chia các chỉ định mổ lấy thai thành hai nhóm lớn:

- Chỉ định mổ lấy thai chủ động (Còn gọi là mổ lấy thai dự phòng) khi có chỉ định từ trước khi có chuyển dạ. Trường hợp mổ lấy thai chủ động, cuộc mổ có thể được tiến hành khi chưa có chuyển dạ hay bắt đầu có chuyển dạ.
- Chỉ định mổ lấy thai trong quá trình chuyển dạ.

Các chỉ định mổ lấy thai sẽ được trình bày trong từng bài cụ thể. Chúng tôi xin trình bày một số thông tin về chỉ định mổ lấy thai của viện BVBMTSS. Đây chỉ là chỉ định mổ lấy thai trong một bệnh viện, có thể khác rất xa với các cơ sở khác, đặc biệt vì chức năng là tuyến cuối cùng nhận tất cả các trường hợp đẻ khó của các cơ sở khác.

Bảng 8.2. Các loại chỉ định phẫu thuật mổ lấy thai ở viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh (1997 - Vũ Công Khanh)

Chỉ định	Tỷ lệ %
Do đường sinh dục	41,9%
Do bệnh lý của mẹ	7,1%
Do thai	41,4%
Do phần phụ thai	8,7%
Lý do xã hội	0,9%

Nhóm nguyên nhân đường sinh dục gồm có: tử cung có sẹo mổ cũ (56,1%), cổ tử cung không tiến triển (36,5%), cơn co tử cung cường tính (3,8%), nguyên nhân khác (3,6%). Đối với tử cung có sẹo mổ lấy thai cũ thì 91,9% phải mổ lại, chỉ có 8,1% đẻ đường dưới.

Nhóm nguyên nhân do thai: thai to (32,7%), suy thai (27,2%), ngôi mông (24,7%), ngôi khác (6,7%), song thai (4,7%), mở hết không lọt (4,0%). Trong ngôi mông, 75% số trường hợp phải mổ lấy thai, 25% đẻ đường dưới.

Nhóm nguyên nhân do phần phụ thai: rau tiền đạo (61,0%), ối lẫn nhiều phân xu (22,8%), hết ối (11,4%), rau bong non (2,6%), sa dây rau (2,2%).

Tỷ lệ mổ lấy thai theo số lần đẻ

Con so	32,3%
Lần 2	38,1%
Lần 3	40,0%
Lần > 3	41,3%

3. KỸ THUẬT MỔ LẤY THAI

Trong phần này chúng tôi hoàn toàn chỉ trình bày phần kỹ thuật mổ lấy thai mà không đề cập đến kỹ thuật giảm đau trong mổ lấy thai. Tựu chung lại có 3 kỹ thuật mổ lấy thai:

- Mổ ngang đoạn dưới tử cung lấy thai.
- Mổ dọc đoạn dưới tử cung lấy thai.
- Mổ dọc thân tử cung lấy thai.

Cho đến hiện nay tồn tại hai kỹ thuật mở tử cung cơ bản, đó là mở dọc đoạn dưới tử cung (Krönig, Selheim, 1912) và mở ngang đoạn dưới tử cung (Kerr, Monroe, 1926). Kỹ thuật mở ngang đoạn dưới tử cung rất phổ biến, có những ưu điểm hơn so với kỹ thuật mở dọc đoạn dưới tử cung lấy thai:

- Không phải bóc tách bàng quang nhiều.
- Đường rạch ngang ít gây thương tổn cho bàng quang.
- Đường rạch luôn nằm ở đoạn dưới tử cung, không gặp nhiều khó khăn ngay cả trong trường hợp đoạn dưới thành lập chưa tốt.
- Khâu phục hồi cơ tử cung dễ dàng hơn.

Nhược điểm của mổ ngang đoạn dưới so với mở dọc đoạn dưới là khi rách thêm sang hai bên hay gây thương tổn động mạch tử cung làm chảy máu nhiều. Chúng tôi chỉ thực hiện kỹ thuật mở ngang đoạn dưới tử cung lấy thai.

Kỹ thuật mổ dọc thân tử cung lấy thai (Max Sanger, 1882) hầu như đã bị bỏ, hãn hữu được áp dụng trong một số trường hợp sau:

- Có chỉ định cắt tử cung tiếp theo sau mổ lấy thai.
- Chỉ ít cũng phải đình sản trong một trường hợp không thể vào được đoạn dưới tử cung vì quá dính; bàng quang kéo cao bám chặt; ngôi vai thai to đoạn dưới không thành lập; có u xơ to ở ngay mặt trước đoạn dưới tử cung. Có tác giả đề nghị mổ theo kỹ thuật này trong trường hợp rau tiền đạo với điều kiện có đình sản hai vòi trứng.

Mổ lấy thai cứu con trong trường hợp mẹ bị đột tử.

- Mổ thân tử cung có nhiều nhược điểm so với mổ đoạn dưới tử cung.
- Không có phúc mạc che phủ vì phúc mạc ở đây không thể bóc tách được. Nếu có phúc mạc che phủ, sau mổ phúc mạc dính liền với nhau trong vòng 24 giờ, hoàn toàn ngăn cách ổ bụng với tử cung hạn chế viêm nhiễm lan từ tử cung vào ổ bụng gây ra biến chứng nặng sau mổ (viêm phúc mạc).
- Lớp cơ dày, chảy máu nhiều, khó khâu phục hồi, nút buộc dễ bị lỏng gây chảy máu khi tử cung co rút nhiều
- Nguy cơ vỡ tử cung ở lần có thai sau rất lớn, vỡ âm thầm, không có triệu chứng, vỡ khi chưa có chuyển dạ.

Thực tế chỉ có kỹ thuật mổ ngang đoạn dưới tử cung lấy thai là kỹ thuật phổ biến nhất, được áp dụng trong tuyệt đại đa số các trường hợp mổ lấy thai.

3.1. Tư thế người bệnh và kíp mổ

Thông thường nhất là tư thế nằm thẳng ngang trên bàn, hai chân khép lại với nhau. Đôi khi để người bệnh ở tư thế đặc biệt hơn, ví dụ nằm nghiêng trái trong trường hợp có suy thai cấp tính hy vọng cải thiện tuần hoàn rau thai tốt hơn. Trong trường hợp đầu đã lọt sâu trong tiểu khung, có tác giả đề nghị để dạng hai chân người bệnh trong lúc mổ, trợ thủ viên thứ 2 đứng giữa hai chân người bênh, đưa tay vào trong âm đạo đẩy giúp đầu thai lên cao khi phẫu thuật viên tiến hành lấy đầu thai. Luôn luôn phải đặt ống thông bàng quang trong mọi trường hợp mổ lấy thai, giúp cho bàng quang xẹp xuống, tránh gây thương tổn cho bàng quang. Phẫu thuật viên đứng bên trái thai phụ, dụng vụ viên đứng cùng bên và ở phía trái phẫu thuật viên, hai trợ thủ đứng bên đối diện. Tuy nhiên còn có cách bố trí khác, tuỳ thuộc vào thói quen và trường phái của từng nơi.

3.2. Đường rạch thành bụng

3.2.1. Đường trắng giữa dưới rốn: đi từ rốn đến bờ trên khớp vệ, thường đến gần rốn là đủ. Độ dài đường rạch vừa đủ để thai ra không khó khăn nhưng không quá dài. Khi vào đến phúc mạc, luôn chú ý để tránh gây thương tổn bàng quang, ruột, mạc nối. Đặc biệt là trường hợp đã có sẹo mổ cũ, có thể có dính bất thường, không lường trước được. Nhiều trường hợp khi có thai ở tháng cuối, bàng quang nằm cao hơn bình thường. Vì vậy nên mở phúc mạc ở đầu trên của đường rạch, phía rốn. Thì đóng bụng: khâu vắt lớp phúc mạc bằng chỉ tiêu; khâu lớp cân bằng chỉ nylon hay chỉ Vicryl, mũi khâu rời hay vắt; lớp mỡ dưới da có thể khâu hay không; lớp da có thể khâu theo nhiều kỹ thuật như khâu mũi rời, khâu luồn chỉ tiêu hay chỉ nylon hoặc dùng agraf cặp. Kỹ thuật mở và đóng bụng theo đường trắng giữa dưới rốn tương đối dễ dàng, khá nhanh, ít có tai biến máu tụ thành bụng. Tuy nhiên đường rạch này có hai nhược điểm về thẩm mỹ và thành bụng dễ bị yếu, dễ bị sa lồi sau này.

3.2.2. Đường rạch Pfannenstiel: rạch da và cân theo đường ngang trên khớp vệ, đường rạch hơi cong lên phía trên. Đường rạch nằm cao hơn bờ trên khớp mu khoảng 2 khoát ngón tay, ở giới hạn trên của vùng lông mu mọc. Giới hạn bên của hai đầu đường rạch là tuỳ theo nhu cầu sao cho đủ lớn để lấy thai ra dễ dàng. Tiến hành bóc tách cân khỏi hai cơ thẳng to về phía trên và phía dưới. Phía trên bóc càng lên cao sát rốn càng tốt vì như thế khi lấy đầu thai sẽ dễ dàng hơn. Sau đó mở phúc mạc dọc giưa hai cơ thẳng to. Nhược điểm lớn nhất của đường rạch này mất thời gian, kỹ thuật phức tạp hơn đường trắng giữa dưới rốn, phẫu trường đôi khi chật làm lấy đầu thai khó khăn, cầm máu khó khăn, có thể bị máu tụ sau mổ. Còn một nhược điểm nữa của đường rạch này là cắt đứt các mạch máu và dây thần kinh chạy ngang qua vết mổ. Hậu quả có những trường hợp bị tê bì, mất cảm giác ở vùng quanh vết mổ trong những ngày sau mổ. Đổi lại đường rạch này có tính thẩm mỹ cao, thành bụng chắc hơn vì đường rạch giữa các lớp không nằm theo một đường từ ngoài vào mà vuông góc với nhau. Một khó khăn nữa có thể gặp ở những trường hợp mổ cũ, sẹo dính quá đến mức không thể bóc tách được cân

ra khỏi cơ thẳng to thì người ta có thể cắt đứt ngang hai cơ thẳng to, ở phúc mạc cũng theo đường ngang. Lúc này buộc phải thực hiện cầm máu thật tốt trước khi cắt đứt hai cơ thẳng to. Ở thì đóng bụng, khâu phúc mạc bằng chỉ tiêu, mũi khâu vắt. Kiểm tra cầm máu thật kỹ, khâu ráp hai cơ thẳng to lại với nhau bằng vài mũi chỉ tiêu, không buộc chặt. Nhiều tác giả không khâu ráp hai cơ thẳng to. Lớp cân thường được khâu vắt bằng chỉ nylon hay Vicryl. Thận trọng có thể đặt một drain dẫn lưu ở dưới lớp cân, hút liên tục sau mổ càng tốt. Khâu lớp mỡ dưới da theo yêu cầu. Lớp da thường được khâu luồn trong da.

3.2.3. Kỹ thuật mở bụng Joel - Cohen

So với Pfannenstiel, đường rạch da cao hơn độ hai khoát ngón tay, rạch thẳng ngang chứ không cong hướng lên trên. Chỉ rạch đứt da và lớp dưới da. Theo đường rạch da đi vào cân qua lỗ mở nhỏ ở ngay đường giữa. Dùng kéo thẳng mở cân rộng sang hai phía, chỉ cắt đứt cân mà không cắt đứt lớp mỡ ở trên (cắt ngầm dưới lớp mỡ). Phẫu thuật viên và người phụ dùng các ngón tay đưa vào giữa hai cơ thẳng to rồi kéo mạnh về hai phía để mở rộng vết mổ. Làm như vậy các mạch máu và thần kinh không bị đứt. Tiếp theo dùng ngón tay xé rách phúc mạc để vào ổ bụng. Điểm khác cơ bản của đường rạch này so với đường rạch Pfannenstiel là xé các lớp thành bụng mà không cắt đứt. Ưu điểm hơn hẳn là thời gian mở bụng rất nhanh, máu chảy ít. Nhược điểm là sẹo mổ nằm cao hơn so với đường rạch Pfannenstiel, phẫu trường nhiều khi hơi hẹp làm khó lấy đầu thai.

Một số đường rạch khác như Maylard, Cherney cũng là những đường rạch da nằm ngang nhưng kèm theo có cắt đứt ngang hai cơ thẳng to.

Sau khi mở bụng, chèn hai gạc lớn vào hai rãnh thành đại tràng ở hai bên tử cung là thì quan trọng, hạn chế nước ối vào ổ bụng. Đặc biệt trong trường hợp vỡ ối lâu, có dấu hiệu nhiễm khuẩn ối, động tác này rất có giá trị, tránh nhiễm khuẩn lan vào ổ bụng. Lúc này nên dùng tay thăm dò nhanh để biết tư thế, xác định mức độ quay của tử cung bởi vì ở nhiều trường hợp tử cung bị quay sang phải, tức là dây chằng tròn bên trái nhô ra trước và gần đường giữa hơn so với dây chằng tròn bên phải.

3.3. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung và mở tử cung

Kỹ thuật mở tử cung lấy thai là một vấn đề then chốt, đã có những thay đổi quyết định dẫn đến sự lột xác thành sản khoa hiện đại. Đó là việc chuyển đổi từ kỹ thuật mổ dọc thân tử cung lấy thai sang kỹ thuật mổ đoạn dưới tử cung lấy thai.

Chúng tôi trình bày kỹ thuật mổ ngang đoạn dưới tử cung lấy thai. Rạch ngang phúc mạc đoạn dưới bằng dao hay kéo cong, đường rạch cong hướng lên trên. Đường rạch phúc mạc nên nằm giữa đáy bàng quang và đường bám chặt vào thân tử cung. Bóc tách phúc mạc ra khỏi đoạn dưới tử cung, đẩy bàng quang xuống thấp để tránh gây thương tổn bàng quang khi rạch lớp cơ tử cung và khi lấy thai. Chú ý đẩy bàng quang xuống nhưng không quá 5cm. Nên bóc tách cả

mép trên của phúc mạc tuy không nhiều như bóc tách mép dưới phúc mạc để dễ dàng, thuận lợi hơn khi khâu phục hồi phúc mạc đoạn dưới. Thì bóc tách phúc mạc đoạn dưới có thể gặp khó khăn trong trường hợp mổ cũ, dính, bàng quang bị kéo lên cao. Chú ý nhận định chính xác phúc mạc đoạn dưới, vì có thể nhầm với đáy bàng quang và rạch vào bàng quang.

Mở tử cung ở đoạn dưới, trên vị trí bàng quang được bóc tách ra khoảng độ 2cm hay ở giữa hai mép phúc mạc. Mở tử cung có thể nhiều cách tuỳ theo thói quen của từng phẫu thuật viên. Hầu hết dùng dao mở một lỗ nhỏ sau đó mở rộng sang hai bên có thể cắt bằng kéo cong hay dùng hai ngón tay xé. Độ rộng của vết mở tử cung sao cho đủ để đầu thai và thân thai đi qua mà không làm rách thêm đoạn dưới tử cung. Khi mở tử cung nguy cơ có thể rạch vào thai (đặc biệt là mặt thai trong ngôi đầu), gây thương tổn cho thai. Có thể tiến hành mở tử cung ngoài màng ối tức là chỉ rạch đúng lớp cơ tử cung để nguyên màng ối. Sau đó nhẹ nhàng gợi rách màng ối một lỗ nhỏ để hút sạch nước ối và mở rộng màng ối sang hai phía. Kỹ thuật này vừa hạn chế nước ối chảy vào ổ bụng vừa tránh được nguy cơ gây thương tổn cho thai.

Khó khăn của thì này là trường hợp đoạn dưới thành lập chưa tốt, hẹp và dày, đặc biệt là trong ngôi vai và một số trường hợp rau tiền đạo.

3.4. Lấy thai và lấy rau

Lấy thai là một thì cơ bản trong phẫu thuật mổ lấy thai. Lấy đầu thai trong trường hợp ngôi đầu. Với ngôi mông thì lấy mông hoặc chân tuỳ theo kiểu ngôi mông đủ hay ngôi mông thiếu. Khi thai ở tư thế chếch hay ngang (ngôi vai) thì lấy chân thai.

- Kỹ thuật lấy đầu: đưa tay trái vào qua vết mở tử cung, cố gắng ôm lấy đầu thai, đẩy đầu thai lên cao ngang vết mở tử cung, sau đó hướng cho đầu thai trượt ra phía trước. Trợ thủ viên thứ nhất ấn vào đáy tử cung trong khi bàn tay trái của phẫu thuật viên tạo như cái máng giúp cho đầu thai trượt ra ngoài qua vết mở tử cung và thành bụng. Lực ấn đáy tử cung qua thành bụng phải đủ lớn để đầu thai ra được. Lấy đầu thai gặp nhiều khó khăn trong trường hợp đầu đã xuống sâu trong tiểu khung hoặc trái lại đầu còn rất cao (một số trường hợp mổ chủ động khi chưa có chuyển dạ). Giải pháp lấy đầu đã xuống sâu trong tiểu khung theo một số tác giả là trợ thủ thứ hai đưa tay vào âm đạo sản phụ đẩy đầu thai lên cao, tay phẫu thuật viên đón tiếp đầu thai lấy ra ngoài. Chúng tôi thường yêu cầu nữ hộ sinh đón con đẩy đầu thai lên cao hơn giúp cho phẫu thuật viên lấy đầu thai dễ hơn. Không được lấy chân thai thay cho đầu thai trong trường hợp này vì nguy cơ gây sang chấn cho thai. Đối với đầu thai cao lỏng, một số tác giả đề nghị dùng forceps lấy đầu thai (loại forceps bắt chéo). Chúng tôi hầu như không áp dụng kỹ thuật này. Đối với ngôi mặt, kiểu cằm trước phẫu thuật viên có thể đưa ngón tay vào mồm thai để lấy đầu thai.

- Các ngôi còn lại lấy mông (ngôi mông) hay lấy chân (ngôi vai, ngôi chếch). Kỹ thuật lấy chân thường gặp nhiều khó khăn trong trường hợp ngôi vai, ối đã vỡ, tử cung bóp chặt lấy thai. Điểm quan trọng nhất trong kỹ thuật lấy chân là phải xác định đúng chân thai khi đưa tay vào trong tử cung. Nếu tóm nhầm tay của thai việc lấy thai sẽ trở nên rất khó khăn, nguy cơ gây chấn thương cho thai là rất lớn, đặc biệt là thai non tháng.
- Ngay khi vai sổ (lấy đầu thai) hay đầu đã sổ người phụ gây mê tiến hành tiêm tĩnh mạch cho sản phụ 10 đơn vị oxytocin nhằm giúp co tử cung và rau sổ nhanh hơn.
- Khi lấy thai ra nên để thai nằm sấp tạo điều kiện thoát dịch ở trong khoang miệng, đường hô hấp của thai dễ dàng. Phẫu thuật viên có thể dùng hai bàn tay ôm chung quanh lồng ngực thai bóp nhẹ nhàng vài lần, giúp đẩy tống dịch của đường hô hấp ra ngoài. Động tác này phần nào thay thế cho quá trình lồng ngực thai bị bóp lại khi đi qua đường dưới.

Lấy rau và kiểm soát tử cung. Có thể lấy rau bằng hai cách: cho tay vào buồng tử cung qua vết mở tử cung lấy rau tương tự như bóc rau nhân tạo hay ấn đáy tử cung qua thành bụng để rau tự bong. Chúng tôi thường làm theo cách thứ hai có vẻ nhẹ nhàng hơn. Chú ý kiểm tra chảy máu ở các mép tử cung nhất là ở hai góc trước khi tiến hành lấy rau. Nếu có chảy máu, dùng các kẹp dài cặp gạc để lau hoặc dùng các ngón tay có phủ gạc làm như kiểm soát tử cung trong khi bàn tay kia ôm đáy tử cung qua thành bụng. Không được để sót rau trong mổ lấy thai. Kỹ thuật đầu ngón tay có lẽ hay hơn bởi vì động tác này cho cảm giác biết tử cung bình thường hay bất thường (u xơ, dị dạng...) để có thái độ xử trí thích hợp. Trong trường hợp tử cung co không tốt, có thể tiếp tục truyền oxytocin tĩnh mạch và sử dụng ergotamin tiêm bắp. Ở thì này và thì khâu tử cung một số tác giả khuyến cáo đưa tử cung ra ngoài thành bụng giúp cho thủ thuật dễ dàng hơn. Chúng tôi thường làm động tác này khi tử cung co không tốt vì nhận thấy rằng khi đưa tử cung ra ngoài thì tử cung co tốt hơn nhiều.

3.5. Khâu phục hồi tử cung

Khâu phục hồi tử cung cơ bản có hai kỹ thuật: khâu hai lớp và khâu một lớp, nên khâu mũi rời và 2 lớp an toàn hơn. Kỹ thuật khâu một lớp đặc biệt thích hợp trong trường hợp đoạn dưới của tử cung rất mỏng. Mũi khâu ở hai góc nên khâu kiểu chữ X. Mũi khâu phải lấy hết chiều dày của lớp cơ tử cung. Với kỹ thuật khâu hai lớp có thể sử dụng mũi khâu vắt, lớp khâu sau có nhiệm vụ vùi lớp khâu đầu tiên. Khi khâu phục hồi tử cung nên chừa lớp nội mạc tử cung để tránh lạc nội mạc tử cung ở vết mổ sau này (do nội mạc bị vùi vào trong bề dày của lớp cơ). Khi khâu lớp cơ tử cung rất chú ý lấy đúng mép dưới của tử cung, vì mép dưới rất hay bị tụt xuống thấp, bị che dấu ở sau bàng quang. Sau khi khâu xong lớp cơ tử cung trước khi phủ phúc mạc, phải kiểm tra cầm máu đoạn dưới tử cung thật cẩn thận. Phủ phúc mạc đoạn dưới bằng chỉ tiêu (catgut 00), mũi khâu vắt. Có thể khâu phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung theo kiểu khâu vạt áo.

Lau ổ bụng và kiểm tra hai phần phụ, kiểm tra tử cung. Nếu không làm động tác này có thể bỏ sót các thương tổn (u nang buồng trứng, u xơ tử cung...) rất khó chẩn đoán trong thời gian hậu phẫu, có thể gây biến chứng như: xoắn u nang, đờ tử cung... Tiến hành đình sản hai vòi trứng nếu có chỉ định.

3.6. Đóng bụng

Đóng bụng dù theo kỹ thuật nào cũng nên khâu lớp phúc mạc bằng chỉ tiêu, mũi khâu vắt. Khâu lớp cân bằng chỉ perlon hay Vicryl, có thể khâu bằng mũi khâu rời hay khâu vắt. Khâu lớp da bằng kỹ thuật khâu mũi rời (chỉ lin, chỉ nylon, mũi khâu thường hay mũi Blair - Donati) hay bằng kỹ thuật khâu luồn trong da với chỉ tự tiêu hay chỉ nylon, dùng chỉ nylon thì phải rút sau 7 ngày. Với lớp mỡ dưới da, lớp cơ tuỳ theo từng trường hợp cụ thể và tuỳ theo từng phẫu thuật viên có thể khâu hay không. Khi mổ theo đường Pfannenstiel, dẫn lưu dưới lớp cân lúc đóng bụng để tránh máu tụ cũng không bắt buộc.

4. KỸ THUẬT MỔ LẤY THAI TRONG MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

4.1. Mổ dọc thân tử cung lấy thai

Rất ít khi được áp dụng, chỉ định trong trường hợp: có chỉ định cắt tử cung bán phần ngay sau khi lấy thai, không thể tiến hành mổ ngang đoạn dưới được (đoạn dưới chưa thành lập, có u xơ to ở ngay mặt trước đoạn dưới, rau tiền đạo mặt trước...). Đường mở bụng thường lên cao hơn so với mổ ngang đoạn dưới. Tiến hành rạch dọc giữa mặt trước thân tử cung, đường rạch có thể bắt đầu từ đoạn phúc mạc bóc tách được lên đến đáy tử cung. Thông thường máu chảy rất nhiều làm khó nhìn thấy đường rạch ở tử cung. Lấy thai dễ dàng hơn so với mổ ngang đoạn dưới, bao giờ cũng lấy bằng chân thai. Tiêm oxytocin, lấy rau và lau buồng tử cung không có gì khác. Khâu đóng lớp cơ tử cung luôn bằng kỹ thuật khâu hai lớp. Lớp đầu khâu nửa trong của bề dày của lớp cơ, lớp sau khâu nửa ngoài của bề dày lớp cơ. Ở đây không có phúc mạc để phủ như ở đoạn dưới.

4.2. Cắt tử cung tiếp theo mổ lấy thai

4.2.1. Chỉ định

- Nhiễm khuẩn ối nặng, đã có đủ con.
- Rau cài răng lược.
- Đờ tử cung, điều trị nội khoa thất bại (thuốc tăng co tử cung như oxytocin, ergotamin, prostaglandin, xoa bóp...)
- Chảy máu diện rau bám trong rau tiền đạo.
- U xơ tử cung, đã có đủ con.
- Sản phụ bị bệnh nội khoa mạn tính nặng, đặc biệt là bệnh tim.

- Khó khăn của cắt tử cung tiếp theo mổ lấy thai là mất máu nhiều hơn, nguy cơ gây thương tổn cho tiết niệu (bàng quang, niệu quản) cao hơn.

4.2.2. Kỹ thuật

Chỉ nên cắt tử cung bán phần. Trừ trường hợp chảy máu từ diện rau bám trong rau tiền đạo thì buộc phải cắt thật thấp, loại trừ hết diện chảy máu. Kỹ thuật cơ bản không khác gì so với cắt tử cung bán phần khi không có thai. Lấy tử cung ra ngoài thành bụng. Tiến hành cặp cắt dần các cuống mạch hai bên tử cung. Lưu ý khâu buộc thật chắc các cuống mạch vì các mạch máu tăng sinh, lưu lượng tuần hoàn tăng rất nhiều so với khi không có thai. Thông thường cắt tử cung ngang qua vết mổ tử cung để lấy thai là đủ. Khâu mỏm cắt bằng các mũi khâu rời với chỉ tự tiêu. Kiểm tra cầm máu kỹ trước khi phủ phúc mạc.

4.3. Mổ lấy thai và u xơ tử cung

Chỉ tiến hành bóc tách u xơ tử cung trong những trường hợp thật thuận lợi về mọi mặt. Vị trí của u xơ dễ lấy đi, không có dấu hiệu nhiễm khuẩn ối, điều kiện gây mê, hồi sức tốt, có máu dự trữ, phẫu thuật viên có kinh nghiệm... Nếu không hội đủ các điều kiện thuận lợi thì nên để u xơ lại. Sẽ giải quyết u xơ về sau. Vả lại có nhiều trường hợp u xơ tự thoái triển đi sau khi đẻ.

4.4. Mổ lấy thai ngoài phúc mạc

Chúng tôi không mổ theo kỹ thuật này. Mổ lấy thai ngoài phúc mạc được áp dụng cho các trường hợp bị nhiễm khuẩn ối. Mục đích của kỹ thuật này là mở tử cung ngoài phúc mạc bằng cách đi qua khoang Retzius rồi đi dọc bờ bên của bàng quang để tới đoạn dưới tử cung.

5. SĂN SÓC SAU MỔ

5.1. Sử dụng kháng sinh

Dùng kháng sinh dự phòng trong các trường hợp nguy cơ nhiễm khuẩn thấp. Tiêm kháng sinh tĩnh mạch ngay sau khi cặp rốn, có thể tiêm nhắc lại một liều nữa sau 6 giờ. Có thể sử dụng kháng sinh thuộc nhóm bêta - lactamin hay nhóm cephalosporin thế hệ I. Những trường hợp khác có nguy cơ nhiễm khuẩn dùng kháng sinh điều trị trong thời gian từ 5 đến 7 ngày.

5.2. Các săn sóc khác

- Cho bú không có chống chỉ định vì mổ lấy thai. Trái lại bên cạnh lợi ích dinh dưỡng cho con, cho bú còn giúp tử cung co hồi nhanh hơn. Có thể bắt đầu cho con bú ở ngày hôm sau mổ hoặc sớm hơn nếu người mẹ không quá mệt mỏi.
- Chế độ dinh dưỡng cho sản phụ: ăn uống trở lại bình thường khi đã có trung tiện. Trong thời gian chưa trung tiện có thể cho ăn nhẹ (thức ăn

lỏng) ít một, ăn thành nhiều bữa nhằm đảm bảo cung cấp năng lượng, tránh phải truyền tĩnh mạch nhiều ngày).

- Thông bàng quang không nên rút trước 6 giờ, nhưng cũng không nên để quá 24 giờ trong trường hợp không có biến chứng trong cuộc mổ. Thăm khám vết mổ hàng ngày. Có thể cắt chỉ vết mổ ở ngày thứ 4 hay ngày thứ 5 sau mổ. Nếu vết mổ có dấu hiệu nhiễm khuẩn nên cắt chỉ cách quãng sớm hơn nữa.

6. BIẾN CHỨNG CỦA MỔ LẤY THAI

Phẫu thuật mổ lấy thai không phải là không có biến chứng. Biến chứng xảy ra bao gồm cho cả mẹ và cho cả con.

Tỷ lệ tử vong mẹ vì mổ lấy thai dưới 1/1000. Petitti (1983) đã xem gần 40000 trường hợp mổ lấy thai ở Mỹ từ 1965 đến 1978 và thấy rằng tỷ lệ tử vong mẹ vì mổ lấy thai chung là 22/100000, nhưng nếu chỉ tìm những trường hợp tử vong vì nguyên nhân mổ lấy thai thì tỷ lệ tử vong là 5,8/100000 trường hợp mổ lấy thai. Nguyên nhân tử vong chủ yếu có liên quan đến gây mê, nhiễm khuẩn nặng, băng huyết và tắc mạch, huyết khối. Người ta thấy rằng mổ lấy thai có nguy cơ gây tử vong mẹ cao gấp 2 đến 10 lần so với đẻ đường dưới. Mổ lấy thai là nguyên nhân tử vong của 20% đến 45% số trường hợp tử vong mẹ trong đó tử vong có liên quan đến nguyên nhân gây mê chiếm đến 25% số trường hợp tử vong vì mổ lấy thai. Một số nguyên nhân gây tử vong mẹ trong mổ lấy thai có thể gặp: nhiễm khuẩn hậu sản, tắc mạch phổi, băng huyết, liên quan đến gây mê, tắc mạch ối, huyết khối mạch máu trong não, chảy máu não... và chảy máu sau mổ do nhiều nguyên nhân ngoài dự kiến của thầy thuốc...

Một loạt biến chứng có liên quan đến phẫu thuật như gây thương tổn một số tạng khác trong ổ bụng (bàng quang, niệu quản, ruột...), sót lại dị vật ngoài ý muốn của thầy thuốc... Mọi hình thức nhiễm khuẩn hậu sản đều có thể gặp trong mổ lấy thai từ viêm nội mạc tử cung đến viêm phúc mạc toàn thể. Chảy máu có thể xảy ra bất kỳ lúc nào. Trong mổ chảy máu vì rách thêm các mép của tử cung. Trong và vài giờ sau mổ là chảy máu do đờ tử cung, do rối loạn đông máu. Những ngày sau mổ có thể chảy máu vì nhiễm khuẩn vết khâu lớp cơ tử cung. Tai biến tắc mạch cũng có thể xảy ra, tắc mạch ở chi, tiểu khung, não và phổi. Yếu tố thuận lợi là nhiễm khuẩn và ít chịu vận động sớm sau khi mổ.

Tỷ lệ mắc bệnh cho trẻ được mổ lấy thai cũng cao hơn so với trẻ đẻ qua đường âm đạo. Một nghiên cứu so sánh trẻ được mổ lấy thai chủ động so với trẻ đẻ qua đường âm đạo thấy rằng ở nhóm trẻ được mổ lấy thai có tỷ lệ tử vong và tỷ lệ thương tổn thần kinh cao hơn 2 lần. Nếu đều ở trong điều kiện lý tưởng thì đẻ qua đường âm đạo có nhiều ưu điểm cho cả người mẹ và đứa con hơn so với mổ lấy thai.

7. ĐẺ ĐƯỜNG ÂM ĐẠO TRONG TRƯỜNG HỢP TỬ CUNG CÓ SẸO MỔ LẤY THAI CŨ

Đẻ đường âm đạo ở những trường hợp tử cung có sẹo mổ lấy thai cũ. Câu nói của Gragin (1916): "once cesarean section, always cesarean section" không còn

đúng nữa. Ở Mỹ 20% số trường hợp có sẹo mổ lấy thai cũ ở tử cung đẻ đường dưới ở lần có thai tiếp theo (1990). Ở Viện Bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh (IPMN) tỷ lệ đẻ đường dưới ở tử cung có sẹo mổ cũ vào khoảng 8% trong những năm gần đây. Tất cả mọi tác giả đều nhất trí rằng chỉ có một lần sẹo mổ ở ngang đoạn dưới tử cung mới cho phép đẻ đường âm đạo ở lần có thai sau. Còn nếu đã có hai lần mổ lấy thai trở lên, thì khả năng đẻ đường dưới phải được theo dõi và xử trí thận trọng, có kinh nghiệm tốt với từng trường hợp.

Dù mổ lấy thai lại hay đẻ đường âm đạo, có một tỷ lệ nhất định vỡ tử cung hay nứt sẹo mổ ở tử cung. O'Sullivan và cộng sự nghiên cứu trên 8000 trường hợp năm 1981 thấy tỷ lệ bị vỡ tử cung hay nứt sẹo ở tử cung là 1,8% ở nhóm mổ lấy thai lại và 0,5% ở nhóm đẻ đường âm đạo. Vì thế nếu đủ điều kiện đẻ đường âm đạo, bắt buộc phải làm forceps giúp lấy thai ra và tránh cho sản phụ phải rặn. Sau khi đẻ phải tiến hành kiểm soát tử cung cho mọi trường hợp có sẹo mổ cũ để đánh giá tình trạng sẹo mổ. Mọi thương tổn vỡ tử cung, nứt sẹo mà gây ra chảy máu nhiều hay phúc mạc đoạn dưới không còn nguyên vẹn buộc phải mở bụng ngay để xử trí thương tổn. Trường hợp thương tổn nhỏ, phúc mạc còn nguyên, không chảy máu thì chỉ cần theo dõi.

Ngày nay phẫu thuật mổ lấy thai đã trở thành rất phổ biến. Kỹ thuật mổ lấy thai gần tới mức hoàn hảo. Tuy nhiên chỉ định mổ lấy thai vẫn luôn luôn là đề tài tranh luận sôi nổi. Chúng ta không nên lạm dụng quá mức chỉ định mổ lấy thai.

CHOÁNG SẢN KHOA

PGS.TS. Nguyễn Đức Vy

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Mục tiêu

Sau khi học, học viên có thể:

- Kể được các nguyên nhân gây choáng sản khoa
- Nêu được các triệu chứng của choáng do mất máu, choáng do sang chấn và choáng do nhiễm khuẩn.
- Nêu được phác đồ xử trí tích cực ban đầu.
- Kể ra từng loại xử trí theo nguyên nhân.

1.2. Định nghĩa

Choáng là một trình trạng suy sụp tuần hoàn, làm giảm hoặc ngừng cung cấp máu, oxy đến nuôi các cơ quan, đặc biệt là các cơ quan quan trọng như tim, phổi, não. Đây là một tình trạng nguy hiểm đòi hỏi người thầy thuốc cần phải xử trí tích cực và kịp thời mới có khả năng cứu sống được bệnh nhân.

Choáng sản khoa là một tình trạng choáng do các nguyên nhân sản khoa gây nên mà thường gặp là do mất máu và nhiễm khuẩn hoặc chấn thương (vỡ tử cung, rách phức tạp phần mềm đường sinh dục dưới ...).

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Do mất máu

- Rau tiền đạo
- Rau cài răng lược
- Rau bong non
- Chảy máu sau đẻ: vỡ tử cung, sang chấn đường sinh dục dưới, đờ tử cung gây băng huyết.
- Chấn thương: có thai bị chấn thương làm vỡ gan, vỡ lách hay vỡ tử cung.

2.2. Do nhiễm khuẩn

- Phá thai phạm pháp
- Nhiễm khuẩn hậu sản: nhiễm khuẩn huyết, viêm phúc mạc sau mổ đẻ ...

3. BIỂU HIỆN

3.1. Choáng do mất máu và chấn thương sinh dục

- Toàn trạng: mệt mỏi, da xanh tái, vã mồ hôi, chân tay lạnh, thờ ơ.
- Nhịp thở nhanh nông.
- Mạch quay nhanh nhỏ, khó bắt.
- Huyết áp tụt, có khi không đo được.
- Thiểu niệu hoặc vô niệu
- Xét nghiệm máu biểu hiện tình trạng thiếu máu nặng.

3.2. Choáng do nhiễm khuẩn

- Mệt mỏi, lơ mơ, vật vã, vẻ mặt nhiễm trùng, nhiễm độc
- Sốt cao, có khi rét run do nội độc tố của vi khuẩn.
- Mạch quay nhanh nhỏ, khó bắt.
- Huyết áp tụt hoặc không được.
- Nhịp thở nhanh, sâu
- Da xanh, vàng, đôi khi có những đám xuất huyết dưới da.
- Thiểu niệu hoặc đôi khi vô niệu
- Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng cao
- Cấy máu khi bệnh nhân rét run có thể thấy vi khuẩn mọc.

3.3. Thái độ xử trí ban đầu

- Cần theo dõi sát 15 phút/1 lần các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Đặt bệnh nhân nằm tư thế đầu thấp, thông thoáng đường thở, hút dịch và đờm dãi nếu tiết dịch nhiều.
- Xác định sơ bộ nguyên nhân gây sốc.
- Thiết lập đường truyền dịch, có khi phải thiết lập nhiều đường truyền dịch cùng một lúc.
- Dung dịch truyền là Natri clorua 9‰, Ringer lactat hoặc dung dịch keo Gelafudin.
- Cần huy động tất cả nhân lực chống choáng cho bệnh nhân đồng thời phải mời tuyến trên xuống hỗ trợ nếu thể trạng bệnh nhân không thể chuyển đi được.
- Tư vấn cho gia đình về tình trạng bệnh nhân, đồng thời chuyển lên tuyến trên và có nhân viên y tế đi kèm.

4. XỬ TRÍ THEO NGUYÊN NHÂN

4.1. Choáng do mất máu

- Bồi phụ lượng máu đã mất, phải đánh giá lượng máu mất, xét nghiệm công thức máu và lượng huyết sắc tố.
- Trợ tim: truyền Dopamin tĩnh mạch.
- Chống rối loạn đông máu bằng tiêm Transamin 0,5g vào tĩnh mạch hoặc Fibribogen hoặc máu tươi.
- Cho kháng sinh chống nhiễm khuẩn.
- Điều trị nguyên nhân chảy máu.
  + Rau tiền đạo, rau bong non: mổ lấy thai, khâu cầm máu. Nếu không cầm máu thì cắt thắt động mạch tử cung, thắt động mạch hạ vị hay cắt tử cung bán phần.
  + Rau cài răng lược: bóc rau, nếu không được thì cắt tử cung.
  + Chấn thương vỡ gan, vỡ lách thì cắt thuỳ gan, cắt lách. Nếu thai đủ tháng thì có thể kết hợp mổ lấy thai.
  + Tổn thương đường sinh dục: khâu phục hồi những chỗ rách.

4.2. Choáng do nhiễm khuẩn

- Truyền dịch để nâng huyết áp.
- Điều tri kháng sinh: theo nguyên tắc là dùng kháng sinh hoạt phổ rộng, kháng sinh kết hợp và dựa vào kháng sinh đồ.
- Thuốc trợ tim.
- Corticoid
- Điều trị nguyên nhân nhiễm khuẩn:
  + Cắt tử cung
  + Dẫn lưu ổ bụng
  + Dẫn lưu ổ mủ (nếu có)

5. KẾT LUẬN

Choáng nhiễm khuẩn và choáng mất máu trong sản khoa là một bệnh cảnh lâm sàng nặng, đòi hỏi người thầy thuốc phải tích cực hồi sức đồng thời tìm nguyên nhân gây choáng để kết hợp xử trí kịp thời cứu sống được bệnh nhân.

LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi kiểm tra trước học

Câu 1:

Bạn hiểu thế nào là choáng sản khoa?

Câu 2:

Bạn có thể kể tên 3 loại choáng sản khoa?

Câu hỏi kiểm tra sau học

Câu 1:

Kể tên 5 nguyên nhân gây choáng sản khoa do mất máu thường gặp?

A. .....

B. .....

C. .....

D. .....

E. .....

Câu 2:

Kể tên 2 nguyên nhân gây choáng sản khoa do nhiễm khuẩn thường gặp?

A. .....

B. .....

Câu 3:

Nêu những biểu hiện của choáng do mất máu?

A. .....

B. .....

C. .....

D. .....

E. .....

F. .....

Câu 4:

Nêu những biểu hiện của choáng do nhiễm trùng?

A. .....

B. .....

C. .....

D. .....

E. .....

F. .....

G. .....

H. .....

I. .....

Câu 5:

Điền vào chỗ trống (...) những từ thích hợp

Điều trị choáng sản khoa là phải (A) ..... hồi sức tích cực với việc tìm (B) ..... để giải quyết, đó là (C) ..... khi điều trị.

Câu 6:

Nêu 7 điểm về thái độ xử trí tích cực ban đầu:

A. .....

B. .....

C. .....

D. .....

E. .....

F. .....

G. .....

Câu 7:

Kể tên 5 điểm chính khi xử trí choáng mất máu ?

A. .....

B. .....

C. .....

D. .....

E. .....

Câu 8:

Kể 5 điểm chính khi xử trí choáng nhiễm khuẩn ?

A. .....

B. .....

C. .....

D. .....

E. .....

Câu 9:

a/ Một sản phụ đẻ tại nhà đã 24 giờ, được đưa đến bệnh viện trong tình trạng rau vẫn chưa lấy ra. Bạn cần phải làm gì trước một bệnh nhân như vậy?

A. .....

B. .....

b/ Sau khi khám xong, rau đã lấy ra, nhưng bệnh nhân sốt cao, bạn cần phải làm gì tiếp theo?

A. .....

B. .....

C. .....

D. .....

c/ Bệnh nhân đã có 2 con, thái độ xử trí tốt nhất là làm gì?

.....

Câu 10

Hãy đánh dấu (+) vào các triệu chứng và điều trị nêu lên trong bảng dưới đây.

	Triệu chứng	**Choáng do mất máu**	**Choáng do nhiễm khuẩn**
1	Da xanh, vật vã, vã mồ hôi		
2	Vẻ mặt nhiễm trùng, nhiễm độc		
3	Sốt cao		
4	Mạch nhanh, nhỏ, khó bắt		
5	Nhịp thở nhanh, nông		
6	Nhịp thở nhanh, sâu		
7	Xét nghiệm: thiếu máu		
8	Xét nghiệm: bạch cầu cao		
9	Cấy máu có vi khuẩn		
10	Điều trị chủ yếu là truyền máu		
11	Điều trị chủ yếu là kháng sinh		

ĐÁP ÁN

Câu 1, 2, 3, 4: Câu trả lời có trong bài giảng.

Câu 5 A: Kết hợp

B: Nguyên nhân

C: Nguyên tắc

Câu 6, 7, 8: Có trong tài liệu

Câu 9:

a/ A: Hỏi tiền sử

B: Khám toàn thân: mạch, nhiệt độ, huyết áp

C: Khám bộ phận

D: Kiểm tra rau bong chưa

b/ A: Thiết lập đường truyền

B: Làm các xét nghiệm cơ bản

C: Cấy máu

D: Điều trị kháng sinh kết hợp

c/ Mổ cắt tử cung

Câu 10: Choáng do mất máu: 1, 4, 5, 7, 10

Choáng do nhiễm khuẩn: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 11.

KẾ HOẠCH BÀI GIẢNG

(Phần dành cho giảng viên)

CHOÁNG SẢN KHOA

(Số tiết: 02)

1. LƯỢNG GIÁ TRƯỚC HỌC

Câu 1: Bạn hiểu thế nào là choáng sản khoa?

- Giảng viên chiếu câu hỏi lên bảng để học viên suy nghĩ.
- Mời 2 - 3 học viên lên phát biểu (tự nguyện hay mời đích danh).
- Giảng viên ghi tóm tắt nội dung học viên lên trên bảng (khi trình bày bài giảng có thể sử dụng hay phát triển thêm những ý đúng).

Câu 2:

Bạn có thể kể tên 2 loại choáng sản khoa?

(Phương pháp và phương tiện dạy/học như câu 1).

2. MỤC TIÊU HỌC TẬP (MTHT)

- Kể được các nguyên nhân gây choáng sản khoa.
- Nêu được các triệu chứng của choáng do mất máu, choáng do sang chấn và choáng do nhiễm khuẩn.
- Nêu được phác đồ xử trí tích cực ban đầu.
- Kể ra từng loại xử trí theo nguyên nhân.

3. TIẾN TRÌNH CỦA BÀI HỌC

Nội dung mấu chốt	Thời gian (phút)	Phương pháp/phương tiện dạy/học	Hoạt động của học viên	Phản hồi nhanh
1. Lượng giá trước học	10	Hỏi - đáp Chiếu giấy trong Ghi ý kiến của học viên	Trả lời Bổ sung ý kiến	Sẽ giải thích và bổ sung lý thuyết khi thuyết trình.
2. Giới thiệu MTHT	5	Chiếu giấy trong Thuyết trình	Nghe và trả lời Bổ sung ý kiến	
3. Định nghĩa	5	Hỏi - đáp Chiếu giấy trong	Nghe và trả lời Bổ sung ý kiến	Giáo viên đưa ra định nghĩa và giải thích
4. Nội dung - Nguyên nhân + Do mất máu + Do nhiễm khuẩn - Biểu hiện + Choáng mất máu + Choáng nhiễm khuẩn - Thái độ xử trí tích cực ban đầu - Xử trí theo nguyên nhân + Choáng mất máu + Choáng nhiễm khuẩn	10 15 10 10	- Hỏi - đáp - Chiếu giấy trong - Ghi lại ý kiến	- Nghe và trả lời - Bổ sung ý kiến	- Giáo viên giải thích, liên hệ thực tiễn. - Nhận xét ý kiến đúng sai học viên đã đưa ra

4. LƯỢNG GIÁ VÀ THỰC HÀNH (20 phút): theo kế hoạch tiến hành đã viết trong tài liệu.

5. TỔNG KẾT BÀI HỌC (5 PHÚT)

- Hỏi học viên còn điều gì thắc mắc, chưa hiểu rõ.
- Trả lời và giải thích cho học viên.

LÀM GIẤY TRONG

(Một tờ khoảng 10 dòng, cỡ chữ 16 - 18)

Tên bài: **CHOÁNG SẢN KHOA**

Tờ 1:

Lượng giá trước học

Câu 1:

Bạn hiểu thế nào là choáng sản khoa?

Choáng là (để cách 5 dòng)

.....

.....

.....

.....

.....

Choáng sản khoa là: (để cách 3 - 4 dòng)

.....

.....

.....

.....

Câu2:

Bạn có thể kể tên 2 loại choáng sản khoa?

A: .....

B: .....

Tên bài: **CHOÁNG SẢN KHOA**

Tờ 2:

Mục tiêu học tập

- Kể được các nguyên nhân gây choáng sản khoa
- Nêu được các triệu chứng của choáng do mất máu, choáng do sang chấn và choáng do nhiễm khuẩn.
- Nêu được phác đồ xử trí tích cực ban đầu.
- Kể ra từng loại xử trí theo nguyên nhân.

Tên bài: **CHOÁNG SẢN KHOA**

Tờ 3:

Nguyên nhân

1. Do mất máu

1.1. Do mất máu:

- Rau tiền đạo
- Rau cài răng lược
- Rau bong non
- Chảy máu sau đẻ
- Chấn thương

1.2. Do nhiễm khuẩn

- Phá thai phạm pháp
- Nhiễm khuẩn hậu sản

Tên bài: **CHOÁNG SẢN KHOA**

Tờ 4:

Biểu hiện

1. Choáng do mất máu

- Toàn trạng: mệt mỏi,da xanh tái, vã mồ hôi, chân tay lạnh, thờ ơ.
- Huyết áp hạ, mạch quay nhanh nhỏ, khó bắt.
- Thở nhanh nông.
- Đái ít
- Xét nghiệm máu: hồng cầu và Hb giảm

2. Choáng do nhiễm khuẩn

- Mệt mỏi, lơ mơ, vật vã, vẻ mặt nhiễm trùng, nhiễm độc
- Sốt cao, có khi rét run
- Huyết áp hạ, mạch quay nhanh nhỏ, khó bắt.
- Vàng da, đôi khi có những đám xuất huyết
- Đái ít
- Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng cao
- Cấy máu (±)

Tờ 5: Thái độ xử trí

1. Tích cực ban đầu

- Truyền dịch, tìm nguyên nhân gây choáng
- Bệnh nhân nằm đầu thấp
- Mời tuyến trên xuống hỗ trợ hay chuyển đi
- Tư vấn cho gia đình bệnh nhân

2. Điều trị theo nguyên nhân

2.1. Do mất máu:

- Truyền dịch, trợ tim
- Kháng sinh chống nhiễm khuẩn
- Điều trị theo nguyên nhân chảy máu

2.2. Do nhiễm khuẩn

- Trợ tim, Corticoid
- Kháng sinh hoạt phổ rộng, kết hợp
- Điều trị nguyên nhân nhiễm khuẩn

NHIỄM KHUẨN VÀ THAI NGHÉN

TS. Vương Tiến Hoà

1. ĐẠI CƯƠNG

Trong thời gian mang thai, sức đề kháng của người thai phụ bị suy giảm nên họ dễ bị lây nhiễm những bệnh nhiễm khuẩn, đồng thời cũng là một trong những yếu tố thuận lợi cho các bệnh nhiễm khuẩn phát triển. Mặt khác, có một số loại kháng sinh chống chỉ định dùng cho phụ nữ trong khi có thai vì ảnh hưởng đến thai nhi, vì vậy làm cho sự điều trị khó khăn và giảm kết quả điều trị.

Những bệnh nhiễm khuẩn trong khi có thai không chỉ ảnh hưởng một mình sức khoẻ của người mẹ mà còn đe doạ tới tính mạng của thai nhi nến không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

Có nhiều bệnh nhiễm khuẩn xảy ra trong thời kỳ thai nghén, trong đó có một số bệnh thường gặp và gây hậu quả nghiêm trọng như:

- Viêm ruột thừa
- Viêm thận - bể thận
- Bệnh giang mai
- Bệnh lậu
- Bệnh viêm gan B
- Nhiễm HIV/AIDS

2. VIÊM RUỘT THỪA VÀ THAI NGHÉN

Viêm ruột thừa (VRT) cấp tính là một cấp cứu ngoại khoa tuy hiếm gặp nhưng lại là một biến chứng nặng nề trong sản khoa. Tần suất của bệnh thay đổi theo từng tác giả:

- Theo GS. Dương Thị Cương tần suất gặp từ 1/1000 đến 1/2000 thai nghén.
- Ralph.c.Benson thì tỷ lệ này là 1/1200 và hình thái vỡ nhiều gấp 2đến 3 lần so với những người không có thai.
- Arvydas Vanagunas và Marshall Sparberg đưa ra một tỉ lệ là 1/1500còn thì tỉ lệ dao động từ 1/750 đến 1/1500 (ở Mỹ).
- Có tới 70% bệnh gặp ở những thai phụ dưới 35 tuổi, phù hợp với lứa tuổi sinh đẻ.
- Tử vong cho mẹ ở hình thái chưa vỡ là 0 - 0,4%.
- Tử vong cho thai là 4%.

Nhưng nếu ruột thừa đã vỡ và đã viêm phúc mạc thì tỉ lệ tử vong cho mẹ là 36%.

Trong khi có thai do hệ thống mạch máu ở tiểu khung phát triển rất mạnh mẽ cũng như sự dẫn lưu hệ thống bạch mạch ở tiểu khung đã làm cho sự viêm nhiễm lan toả rất dễ dàng.

Sự giảm miễn dịch khi có thai cũng như sự tăng lượng hormon steroid đã làm giảm khả năng kháng viêm của cơ thể vì vậy đã làm cho sự nhiễm khuẩn phát triển làm bệnh nặng hơn, nghiêm trọng hơn và dễ vỡ hơn.

- Viêm ruột thừa thường xảy ra ở 6 tháng đầu của thai kỳ và tần suất giảm ở 3 tháng cuối cũng như trong chuyển dạ và sau đẻ.
- Tỉ lệ viêm ruột thừa vỡ ở thời kỳ thai nghén tăng từ 2 đến 3 lần so với người không có thai cho nên đã làm tăng tỉ lệ tử vong và bệnh lý chu sinh. Nếu như tử vong đột ngột bị thu nhỏ lại (khi thai ra đã bị tống khỏi buồng tử cung) ổ bụng rộng rãi, sự viêm nhiễm dễ dàng lan toả rộng khắp ổ bụng vì vậy nhanh chóng dẫn đến viêm phúc mạc toàn thể.
- Khi có thai, tử cung phát triển, to lên đã đẩy đại tràng, ruột non, mạc nối lớn lên cao, vì vậy ruột thừa bị viêm không được các tạng đến bao quanh để tạo nên đám quánh hay ổ áp xe. Mặt khác tử cung như một bức tường trơn nhẵn, ngăn cách ruột thừa với các tạng khác nên cũng khó khăn cho việc tạo thành ổ áp xe, cho nên tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình viêm nhiễm tiến triển nhanh hơn, tạo thành mủ và vỡ vào ổ bụng gây biến chứng nặng nề. Vì vậy thai lâm sàng hầu như không gặp thể đám quánh hay áp xe ruột thừa.
- Do tử cung đã thay đổi vị trí ruột thừa nên làm khó khăn cho sự chẩn đoán và điểm đau ruột thừa cũng bị thay đổi.

2.1. Viêm ruột thừa xảy ra ở 3 tháng đầu

Đặc điểm của giai đoạn này là đầu thai còn nhỏ do tử cung chưa phát triển nhiều, nên chưa làm thay đổi vị trí của ruột thừa. Nhưng do có thai, có một số rối loạn cơ năng dễ làm cho lầm tưởng là triệu chứng nghén, vì vậy bệnh thường phát hiện muộn.

Quá trình diễn biến giống như người không có thai.

2.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Sốt: sốt không cao, nhiệt độ cơ thể có thể đạt 38,5°C đến 39°C nhưng sốt liên tục.
- Mạch nhanh: là do phản ứng sốt nên mạch nhanh hơn bình thường.
- Buồn nôn hoặc nôn: dù rằng triệu chứng này là cổ điển của VRT nhưng ở người có thai 3 tháng đầu rất dễ nhầm với triệu chứng thai nghén. Tuy nhiên triệu chứng nôn do thai nghén thì thường xuất hiện vào buổi sáng và nôn khan, hay nhổ vặt do rối loạn cảm giác.

- Trong VRT, nôn thường xuất hiện muộn và khi có dấu hiệu nôn là quá trình viêm đã lan toả kích thích phúc mạc và cơ hoành mà gây nôn và như vậy là đã muộn.
- Đau bụng: thường lúc đầu đau quanh rốn sau đó khu trú lại ở vùng hố chậu phải. Đau âm ỉ và tăng dần, nhưng không khi nào có đau bụng dữ dội hay đột ngột bởi vì đau là do quá trình viêm nhiễm của ruột thừa, nếu đau dữ dội hay đột ngột thì chẩn đoán không phải VRT.
- Bệnh nhân không ra máu âm đạo.

2.1.2. Triệu chứng thực thể

- Bệnh nhân có biểu hiện một hội chứng nhiễm khuẩn nhẹ: môi khô, lưỡi hôi bẩn.
- Khám hố chậu phải có phản ứng.
- Điểm Mac Burney (+)
- Thăm trong:
  + Âm đạo, CTC không có máu.
  + Tử cung to, mềm phụ thuộc vào tuổi thai
  + Túi cùng trái bình thường.
  + Túi cùng phải không có khối nhưng ấn đau.
  + Cùng đồ sau có thể hơi đau do dịch rỉ viêm ứ đọng.
  + Nếu như ruột thừa đã vỡ gây viêm phúc mạc thì triệu chứng hoàn toàn của một viêm phúc mạc toàn thể ngoại khoa cùng đồ đầy, đau do ứ dịch.
- Bạch cầu tăng cao đặt biệt là bạch cầu đa nhân trung tính. Tuy nhiên cũng phải nhớ rằng khi có thai bạch cầu tăng cao hơn so với người không có thai.
- Siêu âm: hình ảnh thai trong tử cung.

2.2. Viêm ruột thừa ở 3 tháng giữa và 3 tháng cuối

Đặc điểm giai đoạn này là do thai to, tử cung phát triển nhiều đã làm thay đổi vị trí giải phẫu của ruột thừa. Mặt khác do tử cung to cho nên khi khám bụng sẽ gặp nhiều khó khăn hơn và những dấu hiệu của VRT sẽ không điển hình nữa. Hơn nữa thành tử cung cao và trơn nhẵn đã ngăn cản các tạng đến bao vây ruột thừa để ngăn chặn quá trình viêm nhiễm.

2.2.1. Triệu chứng cơ năng

Sốt: do viêm nhiễm ruột thừa, nhiệt độ thường là 38°5C đến 39°C.

2.2.2. Triệu chứng lâm sàng

- Dấu hiệu nhiễm khuẩn rõ biểu hiện môi khô, lưỡi bẩn.
- Đau bụng: cơn đau xuất hiện từng đợt và cường độ tăng dần. Điểmđau cũng thay đổi, có thể thấy điểm đau ở mạng sườn phải hoặc là ở hạ sườn phải có tác giả nêu có trên 90% ở thai phụ có thai thường có điểm đau cách mào chậu trên 2cm và cách 3cm đường bên của điểm Mac Burney.
- Dấu hiệu nôn: có thể có, có thể không.
- Rối loạn tiêu hoá: bụng trướng, bí trung đại tiện thường gặp nhưng cũng có những trường hợp bị tiêu chảy.
- Thường tử cung bị kích thích cho nên có những cơn co nhẹ.
- Điểm đau nằm cao trên mào chậu và bị đẩy ra phía bên sau điểm Mac burney, cho nên có thể thấy phản ứng thành bụng ở mạng sườn hay hạ sườn phải.
- Cho thai phụ nằm nghiêng sau bên trái để tử cung đổ sang trái, vùng bụng bên phải sẽ rỗng cho nên sẽ dễ dàng tìm ra được điểm đau của ruột thừa hoặc là ở hố chậu phải, mạng sườn hay hạ sườn phải.
- Khi thai phụ nằm ngửa, dùng tay đẩy tử cung từ bên trái sang bên phải, tử cung sẽ chạm vào ruột thừa đang viêm làm cho bệnh nhân đau hơn do đó có thể phát hiện được điểm đau khu trú của ruột thừa.
- Thăm âm đạo:
  + Âm đạo, cổ tử cung không có máu.
  + Cùng đồ trái bình thường.
  + Cùng đồ phải không đầy và đau ít hoặc không đau.

2.3.2. Xét nghiệm máu: thấy bạch cầu tăng cao mà chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

2.3.1. Doạ sẩy thai: gặp ở 3 tháng đầu

- Bệnh nhân đau bụng vùng hạ vị từng cơn, đau tăng dần.
- Ra máu âm đạo: máu tươi hoặc máu thẫm màu
- Có thể thấy thay đổi ở cổ tử cung
- Siêu âm có thể thấy hình ảnh bất thường của phôi thai hay túi ối hoặc rau đã bong.

2.3.2. Doạ đẻ non

- Đau bụng từng cơn dần theo tử cung.
- Khám thấy cơn co rõ và có xu hướng tăng dần.

- Thăm trong có thể thấy máu ở âm đạo hay cổ tử cung
- Thay đổi giải phẫu ở cổ tử cung.

2.3.3. Viêm phần phụ cấp tính

- Thường gặp ở 3 tháng đầu
- Thường gặp đột ngột và sốt cao, nhiễm khuẩn
- Bệnh lý khu trú ở vùng hố chậu có khi gặp cả hai bên phần phụ.
- Không hoặc ít khi có dấu hiệu rối loạn tiêu hoá.
- Mac Burney âm tính.
- Thăm trong tử cung tương ứng với tuổi thai.
- Phần phụ đầy, nề, ấn đau nhiều.

2.3.4. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu hay sỏi niệu quản phải

- Có những dấu hiệu gợi ý về tiết niệu.
- Nếu sỏi niệu quản thì cơn đau dữ dội, không sốt.
- Có thể phát hiện bằng siêu âm hay chụp X quang nếu thai trên 36 tuần.

2.3.5. Nếu ở 3 tháng giữa hay 3 tháng cuối

- Phân biệt với viêm túi mật hay viêm tuỵ cấp do ruột thừa bị đẩy lên cao và đau lan toả.
- Phân biệt bởi điểm đau Murphy hay điểm đau của tuỵ.
- Nếu viêm tuỵ cấp bệnh cảnh trầm trọng hơn bởi mức độ nghiêm trọng của bệnh.

2.4. Tiến triển và tiên lượng

2.4.1. Đối với thai phụ

- Do không được các tạng đến bao phủ nên không tạo được các đám quánh hay áp xe vì vậy viêm ruột thừa nhanh chóng dẫn đến hình thái vỡ và sẽ gây viêm phúc mạc.
  + 20% vỡ xảy ra ở 24 giờ đầu
  + 70% vỡ xảy ra sau 48 giờ nếu là viêm phúc mạc toàn thể.
- Nếu là viêm phúc mạc toàn thể thì mức độ bệnh sẽ nghiêm trọng hơn và có những hình ảnh điển hình của viêm phúc mạc toàn thể.
- Do tình trạng viêm nhiễm đã kích thích cơn co tử cung và kết quả là thai bị đẩy ra ngoài (sẩy thai hay đẻ non). Khi thai bị tống ra khỏi buồng tử cung, tử cung co nhỏ lại một cách đột ngột tạo điều kiện thuận lợi cho viêm nhiễm lan toả thành viêm phú mạc toàn thể.

- Quá trình viêm nhiễm đã lan toả và gây viêm vòi trứng (một hoặc cả hai bên) do viêm nhiễm tiểu khung sẽ dẫn đến hậu quả là vòi trứng bị hẹp hay tắc, vì thế nên dễ chửa ngoài tử cung hay vô sinh.

2.4.2. Đối với thai

Viêm ruột thừa gây sẩy thai, đẻ non hoặc thai chết lưu là hậu quả của quá trình viêm nhiễm.

2.5. Xử trí

2.5.1. Nguyên tắc

- Xử trí sớm, chấp nhận "thà nhầm còn hơn bỏ sót" vì vậy nếu nghi ngờ là viêm ruột thừa phải mổ. Nếu ruột thừa bình thường cũng phải cắt bỏ.
- Hạn chế chạm vào tử cung để tránh kích thích cơn co tử cung. Trong và sau mổ phải cho thuốc giảm cơn co hoặc làm mềm cổ tử cung.
- Dùng kháng sinh phối hợp và liều cao.

2.5.2. Xử trí trong 3 tháng đầu

- Mổ bụng theo đường Mac Burney
- Không nên lôi kéo nhiều tránh kích thích tử cung hoặc sang chấn ảnh hưởng đến vòi trứng sau này.
- Nếu khó khăn, đường mổ nên mổ rộng để phẫu thuật viên dễ thao tác, không đụng chạm đến tử cung.
- Trong 3 tháng giữa và 3 tháng cuối có tác giả khuyên nên rạch ở chỗ đau và mềm nhất. Đường rạch đủ rộng để cho phẫu thuật viên cho cả bàn tay vào thăm dò, đánh giá cụ thể tình trạng của phần phụ và thao tác mà không đụng chạm vào tử cung.
- Nếu viêm phúc mạc: phải đi đường giữa, sau cắt ruột thừa phải lau ổ bụng cho thật cẩn thận. Nếu tạo túi mủ thì phải dẫn lưu.
- Nếu may mắn đã tạo được ổ áp xe thì phải dẫn lưu mủ nhưng ống dẫn lưu nên đi qua lỗ khác mà không qua vết mổ để dẫn lưu, tránh nhiễm khuẩn vết mổ. Trong viêm phúc mạc hay áp xe ruột thừa nên để da hở.

2.5.3. Giảm co bóp tử cung: có thể sử dụng trước, trong và sau mổ còn sau khi mổ là bắt buộc.

- Papaverin 0,04g -0,08g/24 giờ sử dụng một tuần sau mổ mục đích là giảm cơn co tử cung.
- Progesteron: 25mg/24 giờ (tiêm bắp) trong 7 ngày.

Bệnh nhân phải được nằm nghỉ tuyệt đối tại giường và theo dõi diến biến cơn co tử cung.

2.5.4. Vấn đề sử dụng kháng sinh

- Người ta khuyên lấy dịch ổ bụng hay mủ làm kháng sinh đồ để chỉ định kháng sinh thích hợp.
- Kháng sinh dùng cephalosporin thế hệ 2 - 3 kéo dài cho đến khi nào nhiệt độ hạ xuống còn 37°C và phải kéo dài thêm 48 giờ nữa.
- Kháng sinh phải sử dụng liều cao và những kháng sinh không ảnh hưởng đến thai.
- Không được nạo phá thai.
- Nếu như sẩy thai hay đẻ non phải chú ý không được để sót rau và cho thuốc tăng co tử cung để phòng viêm nhiễm niêm mạc tử cung sẽ gây viêm cổ tử cung hoặc là viêm vòi trứng.

2.6. Kết luận

Dù là ít gặp nhưng lại là một biến cố nặng nề cho sản khoa bởi vì biến chứng chung khi mổ mà ruột thừa chưa vỡ là 5 - 10% còn khi ruột thừa đã vỡ thì biến chứng chiếm 30 - 50%.

Những biến chứng có thể gặp như:

- Nhiễm khuẩn vết mổ
- Áp xe
- Nhiễm khuẩn máu
- Đẻ non:
  + Nếu chưa vỡ tỉ lệ đẻ non là 4,5%
  + Nếu đã vỡ tỉ lệ đẻ non là 27%

Vì vậy phải khám thai và quản lý tốt thai nghén, cần phải chẩn đoán sớm, phát hiện điều trị kịp thời chấp nhận nhầm còn hơn bỏ sót để tránh những biến cố do viêm ruột thừa gây nên.

3. VIÊM THẬN - BỂ THẬN CẤP

Là một biến chứng nguy hiểm nhất của nhiễm khuẩn đường tiết niệu đối với thai nghén vì tác động mạnh mẽ và đe doạ đến tính mạng của cả thai phụ lẫn thai nhi.

- Tỉ lệ từ 1 - 2% trong thai nghén, đặc biệt là những thai phụ có tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu chiếm tới 20%.
- Bệnh thường xảy ra từ tháng thứ 5 cho đến khi đẻ. Bệnh lý có thể cả hai bên nhưng đa số chỉ một bên bị bệnh và thường là bên phải (chiếm hơn 50% các trường hợp).
- Vi khuẩn từ thận, bể thận xuống đường tiết niệu dưới và gây bệnh.
- Khi nuôi cấy và phân lập vi khuẩn người ta nhận thấy có tới 90% viêm thận - bể thận là do vi khuẩn E.coli có thể bờ F.

3.1. Triệu chứng cơ năng

- Bệnh xuất hiện đột ngột.
- Sốt cao đột ngột 39 - 40°C và có rét run, rùng mình
- Bệnh nhân đau nhiều ở vùng thắt lưng, cơn đau dọc theo niệu quản, có khi đau cả 2 bên.
- Có những dấu hiệu của viêm bàng quang như đái dắt, đái buốt, đái ra máu.
- Đau đầu, chóng mặt, buồn nôn.
- Thông thường là sốt cao, có khi trên 40°C và sốt liên tục. Thỉnh thoảngcó thể gặp những trường hợp hạ nhiệt độ, tiên lượng rất xấu nếu nhiệt độ xuống tới 34°C.

3.2. Triệu chứng thực thể

- Vùng sườn lưng nhậy cảm một hoặc cả 2 bên, bệnh nhân rất đau khi ấn vào vùng này.
- Ấn vào điểm bể thận hoặc niệu quản giữa bệnh nhân đau, đặc biệt là điểm niệu quản dưới chạm vào bệnh nhân rất đau.
- Đôi khi có cơn co tử cung.
- Thăm trong: âm đạo, cổ tử cung bình thường nhưng ấn vào phía vùng niệu quản đổ vào bàng quang bệnh nhân đau chói.
- Tuy nhiên cũng có nhiều trường hợp không điển hình mà chỉ có sốt cao, giao động, kéo dài và đau âm ỉ vùng sườn lưng mà chỉ được chẩn đoán là viêm thận- bể thận khi người thầy thuốc nghĩ tới.

3.3. Xét nghiệm

- Chủ yếu là xét nghiệm nước tiểu:
- Đếm số lượng bạch cầu 10.000 - 50.000Bc/ml, đặc biệt là số lượng vi khuẩn trong 1ml nước tiểu thường cao hơn 100.000. Bạch cầu thường chụm lại với nhau thành bụi.
- Nuôi cấy có thể phân lập được nhiều loại vi khuẩn
  + *Escherichia Coli*
  + *Klebsiella Pneumonil*
  + *Enterobacter, proteus.*

3.4. Chẩn đoán xác định

- Đau một hay hai bên thắt lưng
- Ấn điểm sườn lưng bệnh nhân đau

- Sốt cao dao động
- Kết quả xét nghiệm nước tiểu.

3.5. Chẩn đoán phân biệt

- Trước chuyển dạ: cần chẩn đoán với viêm ruột thừa do vị trí của ruột thừa bị tử cung đẩy lên cao nên điểm đau dễ nhầm với điểm sườn lưng. Tuy nhiên mức độ nhiễm khuẩn ít nặng nề hơn.
- Trong chuyển dạ: cần phân biệt với rau bong non, chỉ có đau bụng nhưng không có sốt.
- Trong thời kỳ hậu sản:
- Viêm niêm mạc tử cung: đau âm ỉ vùng hạ vị, khí hư hôi lẫn máu, cổ tử cung hé mở, tử cung mềm và to.
- Viêm tế bào vùng tiểu khung do nhiễm khuẩn sau đẻ.

3.6. Tiến triển và tác động đến thai nghén

3.6.1. Sốc nhiễm khuẩn

- Là tình trạng nặng nhất của viêm thận - bể thận, vi khuẩn xâm nhập vào máu gây nhiễm khuẩn máu. Thứ hai là do tổn thương tại chỗ làm huỷ hoại tổ chức thận không đào thải được chất độc mà cuối cùng dẫn đến sốc nhiễm khuẩn - nhiễm độc rất nặng dễ dẫn đến tử vong.
- Bệnh nhân cần được cấy máu để phân lập vi khuẩn và làm kháng sinh đồ để sử dụng kháng sinh thích hợp có hiệu quả hơn.
- Phải hồi sức tích cực và theo dõi sát sao, bù khối lượng điện giải, nước để chống vô niệu. Có tới 10% các trường hợp bị nhiễm khuẩn huyết. Nếu không bị sốc do nhiễm khuẩn thì có tới 25% bệnh nhân bị viêm thận - bể thận bị giảm chức năng thận, giảm sự thanh thải creatinin trong nước tiểu... Nhưng chức năng thận sẽ trở lại bình thường từ 3 - 8 tuần sau khi dừng điều trị.

3.6.2. Nguy cơ tăng huyết áp

Về căn nguyên tăng huyết áp ở thai phụ bị nhiễm khuẩn cho đến nay chưa giải thích được bởi vì huyết áp sẽ trở lại bình thường sau điều trị. Tuy nhiên nếu trở thành hình thái viêm thận mãn thì sẽ bị tăng huyết áp và suy thận mãn.

Nhiều tác giả đều cho rằng hậu quả của viêm thận, bể thận đã làm tăng huyết áp, là điều kiện thuận lợi để phát triển thành tiền sản giật hoặc sản giật.

3.6.3. Nguy cơ đối với thai và trẻ sơ sinh

- Sẩy thai hoặc đẻ non: là hậu quả của nhiễm khuẩn gây sốt cao hoặc là kết quả của sự nhiễm độc trong quá trình bệnh lý, hoặc là tử cung bị kích thích có cơn co mà đẩy thai ra ngoài.

- Thai chết trong tử cung: là kết quả của quá trình nhiễm trùng nhiễm độc, hoặc là huyết áp tăng giảm lưu lượng máu đến rau thai.
- Là một trong những nguyên nhân gây rau bong non trong chuyển dạ.
- Tăng tỉ lệ tử vong và bệnh lý cho trẻ sơ sinh trong thời kỳ chu sản.
- Tăng tỉ lệ trẻ nhẹ cân khi sinh ở những người không được điều trị do giảm chức năng thận đã ảnh hưởng đến chuyển hoá, dinh dưỡng.

3.7. Điều trị

- Bệnh nhân phải được theo dõi và điều trị trong bệnh viện
- Truyền dịch và đo lượng nước tiểu 24 giờ để đảm bảo bù khối lượng tuần hoàn và độ lọc của thận.
- Phải theo dõi creatinin huyết thanh ngay từ khi bệnh nhân mới vào viện.
- Chú ý theo dõi giảm tỉ lệ lọc của cầu thận.
- Do bị nhiễm nội độc tố nên các phế nang phổi bị huỷ hoại gây nên phù phổi: Là hội chứng suy hô hấp cấp tính ở người lớn rất nghiêm trọng và nếu không được điều trị tích cực sẽ dẫn đến tử vong, vì vậy một số trường hợp phải đặt nội khí quản và thở máy.
- Do đái ra máu nên bệnh nhân thiếu máu

Tuy nhiên sự nhiễm khuẩn nghiêm trọng này thường đáp ứng nhanh chóng khi được điều trị kháng sinh thích hợp và truyền dịch đầy đủ.

- Phải xét nghiệm nước tiểu và cấy máu trước khi điều trị kháng sinh.
- Kháng sinh được chỉ định dựa theo kháng sinh đồ, thông thường hay sử dụng cephalosporin thế hệ 3. Tuy nhiên vẫn có thể sử dụng ampicilin.
- Kháng sinh dòng aminoglycosid chỉ được chỉ định trong những trường hợp thật cần thiết hoặc là do bệnh nhân bị dị ứng với kháng sinh dùng beta lactam hoặc kháng sinh đồ mà vi khuẩn nhạy cảm cao với dòng kháng sinh đó
- Nên dùng kháng sinh liều cao và kéo dài. Nếu nhiệt độ trở về bình thường thì có thể chuyển sang đường uống.
- Thời gian dùng kháng sinh phải kéo dài ít nhất là 3 tuần
- Phải xét nghiệm lại nước tiểu sau khi bắt đầu điều trị 48 giờ để đánh giá hiệu quả điều trị và sau khi ngừng điều trị 48 giờ để kiểm tra xem vi khuẩn có còn trong nước tiểu không.
- Phải kiểm tra nước tiểu hàng tháng để nếu phát hiện nhiễm khuẩn tái phát sẽ điều trị thích hợp với loại vi khuẩn đã phát hiện được khi xét nghiệm nước tiểu.

Nên dựa vào kháng sinh đồ mà điều trị cho kết quả tốt.

4. BỆNH GIANG MAI VÀ THAI NGHÉN

4.1. Mở đầu

Giang mai là một bệnh hệ thống phức hợp có những biểu hiện lâm sàng thay đổi do xoắn khuẩn Treponema pallidum gây nên và là một bệnh lây truyền qua đường tình dục để lại những hậu quả nghiêm trọng cho thai nghén.

- Xoắn khuẩn gây bệnh cho mẹ đồng thời qua bánh rau gây tổn thương các phủ tạng cho thai nhi hoặc cho trẻ.
- Xoắn khuẩn giang mai không những gây bệnh cho người mẹ mà còn qua bánh rau, gây bệnh cho thai nhi hoặc là trẻ em.
- Do tổn thương ban đầu chỉ là một vệt chợt nhỏ, không đau ở bộ phận sinh dục nên dễ bị bỏ qua, không được phát hiện và điều trị kịp thời.
- Bệnh lý giang mai được chia làm 3 giai đoạn:
  + Giang mai giai đoạn 1: chỉ có tổn thương nhỏ ở bộ phận sinh dục: gọi là săng giang mai.
  + Giang mai giai đoạn 2: xuất hiện các ban giang mai lan toả toàn thân.
  + Giang mai giai đoạn 3: tổn thương các phủ tạng tạo thành gôm giang mai.
- Phương thức lây truyền:
  + Chủ yếu là qua đường tình dục
  + Từ mẹ sang con qua bánh rau
  + Xoắn khuẩn cũng có thể được truyền qua những vết xước, xây xát ở da...

4.2. Triệu chứng

4.2.1. Thời gian ủ bệnh

Sau khi nhiễm xoắn khuẩn (thường là do sinh hoạt tình dục không được bảo vệ) 3 tuần. Cũng có tác giả nói rằng thời gian này là 3 tháng.

4.2.2. Triệu chứng lâm sàng

- Đối với thai nghén nhấn mạnh vai trò của chăm sóc tiền sản phát hiện thai phụ có nguy cơ cao hoặc là sau khi tiếp xúc với người có nguy cơ bị bệnh giang mai để phát hiện bệnh.
- Dựa trên các dấu hiệu lâm sàng qua các giai đoạn bệnh lý của giang mai.

4.2.3. Xét nghiệm

- Sau khi nhiễm khuẩn từ 4 đến 6 tuần sẽ xuất hiện kháng thể trong máu.
- Đối với những thai phụ nghi ngờ bị bệnh hay tiền sử có nghi ngờ thì ngay lần thăm thai đầu tiên phải làm các xét nghiệm để phát hiện bệnh.

- Những xét nghiệm đang được sử dụng để phát hiện bệnh giang mai.
  + Xét nghiệm huyết thanh sàng lọc: VDRL (Veneral Disease Resesrch Laboratory) là một loại xét nghiệm phổ biến, nhanh, dựa trên nguyên lý lên bông để phát hiện kháng nguyên không đặc hiệu. Độ tin cậy không cao, nhiều dương tính giả.
  + RPR (Rapid Plasma Reagin): phát hiện kháng thể không đặc hiệu.
  + Xét nghiệm bất đồng xoắn khuẩn: dùng kháng nguyên đặc hiệu là xoắn khuẩn giang mai: độ đặc hiệu cao
  + TPHA: phản ứng ngưng kết huyết cầu.
  + Cố định xoắn khuẩn: Nelson: đắt và phức tạp

4.3. Những thương tổn do giang mai gây nên cho thai

4.3.1. Cơ chế truyền bệnh

- Ngay sau khi xoắn khuẩn xâm nhập vào cơ thể vài giờ sẽ đi đến hạch lympho hay vào máu để gây bệnh.
- Từ tuần thứ 16 của tuổi thai, xoắn khuẩn qua bánh rau vào thai do hàng rào ngăn cách giữa máu mẹ và thai ở gai rau giảm.
- Xoắn khuẩn khu trú ở các phủ tạng phá hoại các cơ quan này
- Xoắn khuẩn khu trú ở bánh rau phá huỷ bánh rau: bánh rau mất chức năng.

4.3.2. Hậu quả của bệnh giang mai đối với thai nghén

- Thai chết lưu: chiếm 25%
- Sẩy thai tự nhiên
- Giang mai bẩm sinh
- Mức độ gây tổn thương cho thai phụ thuộc vào giai đoạn bệnh của mẹ:
  + Tuổi thai
  + Mức độ nhiễm khuẩn nặng hay nhẹ của mẹ
  + Lượng xoắn khuẩn từ mẹ được truyền sang con

4.4. Giang mai bẩm sinh

Là những trường hợp trẻ sơ sinh đẻ ra bị nhiễm xoắn khuẩn giang mai từ mẹ truyền sang.

4.4.1. Biểu hiện ngay sau sinh: do mẹ nhiễm khuẩn nặng

- Trẻ non tháng hoặc nhẹ cân
- Phù thai rau (±)

- Gan, lách to (±): chiếm 50% các trường hợp
- Thiếu máu (±) do tan huyết
- Có nốt loét trên da: Pempigut giang mai
- Tử vong khoảng 50% các trường hợp mặc dù được điều trị tích cực.

4.4.2. Giang mai bẩm sinh sớm

Thường biểu hiện từ 3 đến 8 tháng sau đẻ.

4.4.2.1. Lâm sàng

- Nhiều nốt ban kiểu mụn nước: chứa dịch và nhiễm vi khuẩn.
- Có thể bong da toàn thân hoặc ở lòng bàn tay, bàn chân
- Viêm xoang mũi kéo dài làm biến dạng sống mũi: mũi tẹt
- Chảy mủ xanh ở mũi có khi lẫn máu
- Hầu, họng bị tổn thương: khóc khàn khàn
- Nổi hạch toàn thân (50%) đặc hiệu hạch ở mỏm ròng rọc
- Tóc mọc thưa
- Nổi nốt ở lưỡi hay vòm họng

4.4.2.2. Xét nghiệm

- Chụp X quang: thấy biến dạng mũi
- Xét nghiệm máu: biểu hiện thiếu máu
- Xét nghiệm dịch não tuỷ:
- Tăng bạch cầu > 100/ml
- Tăng protein
- VDRL (+)

4.4.3. Giang mai bẩm sinh muộn

Tương ứng giai đoạn 3 ở người lớn, xuất hiện sau đẻ từ 2 năm trở lên.

- Phản ứng huyết thanh dương tính
- Các dấu hiệu lâm sàng
- Bộ ba Hutchinson
  + Răng kiểu Hutchinson.
  + Viêm giác mạc
  + Điếc do tổn thương thần kinh VIII

4.5. Điều trị

4.5.1. Điều trị cho thai phụ bị giang mai

- Benzathin Penicilin G: 2,4 triệu đơn vị quốc tế: liều duy nhất tiêm 2 mông.
- Biclinocillin 1 triệu đơn vị/ngày x 15 ngày, có thể điều trị 2 đợt.
  + Đợt đầu: càng sớm càng tốt
  + Đợt hai: cuối tháng thứ 6 của thai kỳ có tác dụng diệt xoắn khuẩn nếu đã sang thai nhi
- Erythromycin 500mg: 4 viên/ngày kéo dài 15 ngày (nếu dị ứng với penicillin)

** Ghi chú:*

- Phải điều trị bạn tình hoặc chồng
- Thai phụ được xét nghiệm phản ứng huyết thanh: nếu hiệu giá gấp 4 lần so với lần trước hoặc tăng lên nhiều phải điều trị lại.

4.5.2. Điều trị giang mai bẩm sinh

- Penicillin G: 50.000 đơn vị quốc tế/kg/ngày chia làm 2 lần, kéo dài ít nhất 10 ngày (tiêm bắp)
- Procain penicillin G: 50.000 đơn vị quốc tế/kg/ngày kéo dài 10 ngày.
- Nếu sơ sinh không có triệu chứng nhưng phản ứng huyết thanh dương tính mà dịch não tuỷ bình thường: Benzathin penicillin G: 50.000 triệu đơn vị quốc tế/kg: tiêm bắp liều duy nhất.
- Trẻ được sinh ra từ thai phụ bị giang mai được điều trị bằng erythromycin dị ứng với penicillin) thì phải được điều trị như là trẻ bị giang mai bẩm sinh.

4.5.3. Phòng bệnh

- Thông tin giáo dục truyền thông về bệnh giang mai an toàn tình dục.
- Khám thai sớm, đăng ký quản lý thai nghén
- Xét nghiệm sàng lọc
- Chú ý nhóm người có nguy cơ cao
- Phát hiện sớm giang mai bẩm sinh để điều trị sớm và tích cực
- Theo dõi các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm những trẻ em có mẹ bị bệnh giang mai ít nhất là 2 năm.

5. BỆNH LẬU VÀ THAI NGHÉN

5.1. Mở đầu

Bệnh lậu là một bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD) do lậu cầu khuẩn có hình hạt cà phê, nằm với nhau từng đôi một, ở trong hoặc ngoài tế bào

và bắt màu Gram dương. Khi xâm nhập vào bộ sinh dục, vi khuẩn lậu làm tổn thương tế bào, gây viêm nhiễm đường sinh dục dưới, viêm tiểu khung, áp xe vòi trứng, hậu quả làm tắc vòi trứng sẽ gây vô sinh ... Bệnh lậu cũng có thể gây sẩy thai, đẻ non, thai chết trong tử cung, viêm màng ối dẫn đến vỡ ối non, vỡ ối sớm, viêm kết mạc cấp cho sơ sinh ngay sau khi sinh. Ngoài những tổn thương đường sinh dục, vi khuẩn lậu có thể qua hệ bạch mạch hoặc máu gây bệnh ở một số cơ quan khác như viêm khớp, viêm da, viêm cân cơ, nhiễm khuẩn máu, viêm màng não, viêm nội tâm mạc do lậu.

Là một bệnh LTQĐTD nên bệnh cảnh chủ yếu là biểu hiện bệnh lý của hệ tiết niệu, sinh dục. Nói chung bệnh thường có biểu hiện triệu chứng lâm sàng nhưng cũng có thể không có triệu chứng lâm sàng. Hình ảnh lâm sàng phụ thuộc vào vị trí và mức độ nghiêm trọng của bệnh.

Khi xâm nhập đường sinh dục nữ, vi khuẩn lậu đã gây phản ứng viêm tại chỗ và phá huỷ lớp liên bào lát tầng, những tổ chức bị phá huỷ, bạch cầu, đại thực bào, xác vi khuẩn làm thành mủ và tăng tiết dịch ở âm đạo, cổ tử cung.

Vi khuẩn cũng kích thích đường tiết niệu gây hội chứng viêm bàng quang, niệu đạo cấp tính. Sau khi phá huỷ lớp liên bào lát tầng đường sinh dục, vi khuẩn xâm nhập vào tế bào trụ, phá huỷ màng đáy, vào tổ chức liên kết, tiếp cận trực tiếp với các mạch máu nên có khả năng gây nhiễm khuẩn máu, từ đó vi khuẩn sẽ gây bệnh ở các cơ quan khác.

Vì là bệnh LTQĐTD nên tổn thương thường gặp là ở đường niệu dục, trực tràng, hậu môn và hầu họng. Nhiễm khuẩn lậu ở trực tràng có thể không có triệu chứng, nhưng thường là đại tiện ra mủ. Nguyên nhân là do giao hợp qua hậu môn. Tuy nhiên có những trường hợp không giao hợp qua hậu môn mà vẫn bị lậu là do dương vật tiếp xúc với tầng sinh môn hoặc bằng tay, bằng giấy vệ sinh. Vì vậy nhiễm khuẩn lậu trực tràng thường kèm với nhiễm khuẩn lậu đường sinh dục. Nếu bị nhiễm khuẩn trong khi có thai, vi khuẩn lậu hiếm khi gây viêm nhiễm đường sinh dục trên mà tổn thương thường khu trú ở âm đạo, cổ tử cung, màng ối mà tác động lên thai.

Nhiễm khuẩn lậu thường kèm theo nhiễm *Chlamydia trachomatis và Trichomonas vaginalis*

5.2. Dịch tễ học bệnh lậu và thai nghén

Nghiên cứu ở một số những quần thể khác nhau tại Mỹ (1978 - 1985), tỷ lệ bệnh lậu và thai nghén từ 0,6 - 2,7%, trong khi đó ở một số nước công nghiệp, tỷ lệ này chỉ dưới 1%, còn ở châu Phi, tỷ lệ rất cao, từ 3 - 22%. Năm 1981 Malaysia đưa ra một tỷ lệ là 0,54% và ở Thái Lan là 11,9%. Ở Việt Nam chưa có số liệu đáng tin cậy.

5.3. Biểu hiện nhiễm khuẩn lậu và thai nghén

Nhiễm khuẩn ở phụ nữ có nhiều hình thái khác nhau mà tỷ lệ không có triệu chứng khá cao, vì vậy bệnh thường không hoặc phát hiện muộn. Nguyên nhân này đã gây hậu quả nghiêm trọng cho thai nghén. Những triệu chứng lâm

sàng của bệnh lậu ở đường tiết niệu và đường sinh dục dưới ở phụ nữ có thai hoàn toàn giống như ở người không có thai. Nguy cơ viêm vòi trứng ở người có thai khoảng 10 - 20% và thường gặp ở ba tháng đầu của thời kỳ thai nghén thời kỳ này progesteon cao đã tạo thành một nút nhầy bịt kín cổ tử cung, ngăn cản vi khuẩn xâm nhập vào buồng tử cung. Mặt khác, khi tuổi thai trên 12 tuần, màng rau đã phát triển, che phủ toàn bộ bề mặt của buồng tử cung nên đã làm hạn chế sự lan toả của vi khuẩn. Tuy nhiên vi khuẩn vẫn có thể qua hệ bạch huyết hay máu mà gây bệnh ở nơi khác.

Nếu vi khuẩn có sẵn trong niêm mạc tử cung thì viêm vòi trứng, phần phụ vẫn có thể xảy ra trong ba tháng đầu và bệnh cảnh giống như người không có thai.

5.4. Hậu quả của bệnh lậu đối với thai nghén

5.4.1. Đẻ non: so sánh với số lượng người đẻ non của nước Mỹ thì nguyên nhân đẻ non do bệnh lậu chiếm 8%.Edward và cộng sự đã báo cáo tỷ lệ đẻ non cao nhất và tỷ lệ cao đặc biệt ở nhóm người được chăm sóc tiền sản khi làm nuôi cấy.

5.4.2. Nhẹ cân khi sinh: một số tác giả không thấy có ảnh hưởng tới trọng lượng trẻ sơ sinh.

5.4.3. Các nguy cơ khác

- Nếu nuôi cấy dịch ở cổ tử cung ba tháng cuối mà có vi khuẩn lậu thì đó là mối nguy cơ gây đẻ non, vỡ ối non, chuyển dạ kéo dài do màng ối dày, hậu quả của viêm nhiễm, dễ bị sốt sau đẻ. Có tác giả thấy tỷlệ vỡ ối non do lậu tới 13%.
- Làm tăng tỷ lệ tử vong chu sản.

5.5. Nhiễm khuẩn lậu ở trẻ sơ sinh

- Năm 1981 Hirshberg và Krause lần đầu tiên tìm thấy vi khuẩn lậu ở chất tiết từ mắt của trẻ sơ sinh có mẹ bị bệnh lậu và cho rằng vi khuẩn lậu từ những dịch tiết ở đường sinh dục đã xâm nhập vào mắt của trẻ mà gây bệnh. Vi khuẩn từ dịch đường sinh dục cũng có thể bị trẻ sơ sinh nuốt vào đường tiêu hoá rồi gây bệnh ở những cơ quan khác.
- Nhiễm khuẩn lậu ở trẻ sơ sinh cũng có thể gặp ở những trường hợp mổ lấy thai mà thời gian vỡ ối kéo dài.
- Ngoài viêm kết mạc, trẻ có thể bị bệnh ở nơi khác như âm hộ, âm đạo, lỗ tai, trực tràng, nhiễm khuẩn máu, viêm màng não, viêm khớp.
- Viêm kết mạc do lậu xảy ra sau sinh từ 2 đến 3 ngày: mắt của trẻ bị xung huyết, sưng mọng, kết mạc cương tụ, hai mắt sưng phù cả mi trên lẫn mi dưới, có nhiều mủ màu vàng hoặc trắng, hậu quả viêm kết mạc do lậu thường làm giảm thị lực và có thể dẫn đến mù loà.
- Cần phân biệt với viêm kết mạc cấp do Chlamydia trachomatis cũng có bệnh cảnh tương tự, nhưng ít trầm trọng hơn.

5.6. Điều trị

5.6.1. Đối với thai phụ

- Do tác dụng xấu đến sự phát triển của thai nhi nên không được dùng loại kháng sinh nhóm tetracyclin và nhóm Quinolon.
- Chống chỉ định dùng spectomycin tuy rằng những thông tin gần đây cho thấy có thể sử dụng được, ngoại trừ dị ứng với kháng sinh này.
- Có thể sử dụng dòng penicillin theo phác đồ cổ điển, nhưng hiệu quả không cao vì có những chủng có men kháng lại kháng sinh dòng bêta lactam.
- Cefriaxon (Rocephin) 125mg liều duy nhất, tiêm bắp.
- Cefixim 400mg uống một lần.

5.6.2. Đối với trẻ sơ sinh

- Ngay sau đẻ tra mắt bằng thuốc mỡ tetracyclin 1% hoặc thuốc mỡ erythromycin 0,5% có kết quả tốt trong phòng bệnh.
- Trước đây nhỏ mắt bằng nitrat bạc 1/150 đến 1/300 cũng có kết quả phòng bệnh tốt nhưng trẻ dễ bị viêm kết mạc cấp do hoá chất.
- Nếu trẻ có biểu hiện bằng những triệu chứng lâm sàng viêm kết mạc do lậu.
  + Rửa mắt bằng nước muối sinh lý nhiều lần trong ngày.
  + Ceftriaxon 25 - 50mg/kg tiêm bắp hay tiêm tĩnh mạch, liều duy nhất. Liều tối đa không quá 150mg.
- Nếu trẻ không có triệu chứng lâm sàng, nhưng mẹ bị bệnh lậu thì cũng dùng liều như trên.
- Nếu trẻ bị viêm khớp, nhiễm khuẩn máu, viêm màng não.
  + Ceftriaxon 25 - 50mg/kg tiêm bắp hay tiêm tĩnh mạch hàng ngày, cứ 12 giờ một lần.
  + Nếu viêm màng não thì thời gian điều trị 14 ngày, còn các loại khác chỉ cần 7 ngày là đủ.

5.7. Phòng bệnh

- Tuyên truyền, giáo dục sự nguy hiểm khi bị bệnh lậu cho người mẹ.
- Chăm sóc tốt trước sinh để phát hiện kịp thời những thai phụ bị bệnh lậu để điều trị kịp thời và tích cực.
- Vệ sinh mắt ngay sau sinh và tra mắt bằng thuốc mỡ tetracyclin 1% hoặc thuốc mỡ erythromycin 0,5%.

6. BỆNH VIÊM GAN B VÀ THAI NGHÉN

6.1. Mở đầu

Về phương diện dịch tễ học thì có thể nói viêm gan B là một bệnh của toàn cầu vì tính phổ biến của nó. Sự truyền bệnh mạnh mẽ là do tồn tại một số lớn người lành mang virus viêm B. Ở những vùng dịch tễ cao thì có từ 30 đến 50% phụ nữ mắc bệnh trong thời kỳ chu sản.

Tần suất mắc bệnh trong dân số được chia làm 3 vùng theo tính chất dịch tễ học địa phương.

- Bắc Mỹ, Tây Âu, Úc có tỉ lệ bệnh thấp nhất: 0,1 - 0,5%
- Đông Âu, Nga, Địa Trung hải, Trung Đông tần suất thay đổi từ 2 đến 7%
- Trung Quốc, Đông Nam Á và châu Phi có tần suất cao nhất từ 8 - 15%.

Tại Trung quốc trong số 18 triệu phụ nữ có thai hàng năm thì có tới 1,8 triệu người bị nhiễm virus viêm gan B, trong khi đó tỉ lệ này ở Mỹ chỉ có 16.000 trong tổng số 3,5 triệu thai nghén hàng năm.

Những người có phản ứng huyết thanh HBeAg dương tính là những người nhiễm khuẩn cao nhất, có từ 30 đến 40%người mang bệnh có HBeAg dương tính. Những bà mẹ này truyền bệnh cho 80- 90% số con của họ. Tuy nhiên những người mang bệnh mãn tính chỉ truyền cho 65 - 72% số con của họ.

Những bà mẹ mang HBsAg nhưng HBeAg lại âm tính chỉ có 5% số con của họ bị lây bệnh từ mẹ.

Tổng kết bệnh của những trẻ được sinh ratừ bà mẹ có HBeAg được ước tính khoảng 20%. Như vậy tổng số trẻ mang bệnh được sinh ra từ những bà mẹ có HBeAg dương tính hoặc âm tính là khoảng 20 - 30%.

Mặt khác nếu như đứa trẻ không bị nhiễm virus trong thời kỳ chu sản thì vẫn còn nguy cơ cao bị nhiễm khuẩn do tiếp xúc trong gia đình hoặc trong cộng đồng.

10% trẻ bị nhiễm khuẩn trong tử cung do virus truyền qua rau, 90% còn lại vẫn bị nguy cơ nhiễm khuẩn trước hoặc khi sinh.

Virus cũng có thể qua sữa mẹ để gây bệnh cho trẻ.

Trẻ em tuy mang virus trong cơ thể vẫn khoẻ mạnh khi còn bé, song sẽ phát triển viêm gan khi thành người lớn. Ví dụ ở Trung Quốc có tới 50 - 60% người lớn bị viêm gan cấp tính có thể là do nhiễm virus khi còn bé. Có khoảng 25% những người bị nhiễm virus khi còn bé bị tử vong do xơ gan, ung thư gan hay các bệnh gan mãn tính.

Viêm gan B là do một loại virus có ADN nhỏ hay còn gọi là tiểu thể Dane, có chứa 3 kháng nguyên chính:

- Kháng nguyên HBsAg (Hepatitis B surface Antigen) là kháng nguyên bề mặt, là phần vỏ của virus. HBsAg có trong huyết thanh hoặc máu của người bệnh ở dạng hình sợi và hình cầu.

- Kháng nguyên HBcAg (Hepatitis B core Antigen) ở lõi của tiểu thể Dane, là kháng nguyên lõi được bao bọc nên không có dạng tự do trong máu nên các kỹ thuật miễn dịch học thông thường không phát hiện được.
- Kháng nguyên HBeAg (Hepatitis B core Antigen) là kháng nguyên hoà tan nên còn gọi là kháng nguyên màng thường liên quan đến HBsAg phản ánh khả năng hoạt động mạnh của virus, có nghĩa là mức độ lây truyền rất lớn. Ở phụ nữ có thai, nếu có HBsAg dương tính thì phải theo dõi HBeAg. Nếu có HBeAg thì mức độ truyền bệnh rất cao.

Khi nhiễm virus, 15 ngày sau kháng nguyên HBsAg đã xuất hiện trong máu và kéo dài 4, 5 tháng, sau đó là giai đoạn cửa sổ kéo dài 1 tháng rồi kháng thể mới xuất hiện. Kháng thể là Anti - HBs xuất hiện sau sự thoái lui của HBsAg.

- Đối với kháng nguyên HBeAg thì xuất hiện 1 tháng sau khi nhiễm khuẩn và kéo dài tới 4 tháng, qua một giai đoạn cửa sổ là 15 ngày rồi mới có kháng thể trong máu. Kháng thể là Anti - HBe là kháng thể kháng lại HBeAg, còn kháng nguyên HBcAg là một kháng nguyên lõi... sau 4 tháng sẽ xuất hiện kháng thể là IgG và IgM có ở huyết thanh người mang HBsAg nhưng hiệu giá thấp vì vậy chỉ xét nghiệm HBeAg và Anti HBe ở những người có HBsAg dương tính.
- Đối với kháng nguyên HBcAg thì kháng thể kháng lại HBcAg là IgG và IgM. Kháng thể xuất hiện 2 tháng sau khi nhiễm virus và kéo dài tới 8 năm. Kháng thể IgG biểu hiện đã từng mắc virus viêm gan B còn kháng thể IgM là biểu hiện tình trạng đang nhiễm virus viêm gan B.
- Các kháng thể có thể tồn tại một thời gian sau khi kháng thể xuất hiện còn kháng thể tồn tại từ 5 đến 8 năm. Theo một số tác giả, tỉ lệ người lành mang virus viêm ganB ở Việt Nam khoảng 11 đến 24%.

Vũ Duy Lương (1992) nghiên cứu ở Thành phố Hồ Chí Minh thì phụ nữ có thai có HBsAg dương tính là 12%, nhưng Trần Văn Bé (cũng ở thành phố Hồ Chí Minh) là hơn 10%, theo Phạm Song tỉ lệ từ 12,7 đến 12,9%, Dương Nguyệt Minh (1999) có 185/1916 thai phụ đến khám thai tại viện BVMBTSS có HBsAg dương tính là 9,06%.

6.2. Đường lây truyền

- Chủ yếu là đường tình dục qua những tổn thương tại bộ phận sinh dục, virus được truyền cho người khác.
- Qua đường máu là những người nhận máu hoặc sản phẩm của máu.
- Từ mẹ sang con: virus qua rau xâm nhập vào cơ thể thai khi thai còn trong tử cung
  + Khi sinh, những thương tổn tại đường sinh dục của mẹ hoặc là các chất dịch có sẵn virus đã xâm nhập vào trẻ sơ sinh qua những tổn thương của trẻ.
  + Người ta cũng nhận thấy virus qua sữa mẹ gây bệnh cho con.

- Phân tích số liệu thống kê năm 1994 của uỷ ban dân số Hà Nội trong tổng số 44.000 trẻ ra đời thì số thai phụ có HBsAg dương tính là 12,9% và ước tính có khoảng 5676 con của họ có HBsAg dương tính.
- Nhóm người có nguy cơ cao nhiễm virus viêm gan B.
  + Tiền sử có tiêm chích ma tuý
  + Tiền sử mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục.
  + Nhiều bạn tình
  + Gái bán dâm
  + Cán bộ y tế chăm sóc người bị viêm gan
  + Những người trong gia đình có người mang virus viêm gan B hay vùng đang có dịch viêm gan B.
- Khả năng lây nhiễm từ mẹ sang con ở những người mẹ có HBsAg dương tính:
  + Khi sinh: 52,70% qua ống đẻ
  + 6 tháng tuổi là 34,2% và 12 tháng tuổi là 32,19% do chăm sóc và cho con bú.

6.3. Triệu chứng lâm sàng

6.3.1. Thời kỳ ủ bệnh

Trung bình khoảng từ 2 đến 4 tuần: nhiễm virus có thể xảy ra bất kỳ ở giai đoạn nào của thai nghén. Trong thời kỳ ủ bệnh, thường không có triệu chứng. Nếu có thì chỉ là mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn hay nôn. Những triệu chứng này thường bị nhầm lẫn với các triệu chứng nghén.

6.3.2. Thời kỳ phát bệnh

Thường không có triệu chứng nên dễ bị bỏ qua vì lúc này tuy virus đã có trong máu nhưng chưa có biểu hiện lâm sàng, khi có triệu chứng thì bệnh đã nặng

- Mệt mỏi, chán ăn thậm chí bỏ ăn nên sụt can
- Đau vùng gan hoặc thượng vị
- Buồn nôn, nôn và sốt
- Nước tiểu ít dần, màu vàng sẫm
- Gan to, ấn đau
- Vàng da, niêm mạc vàng, ngứa toàn thân.

6.3.3. Xét nghiệm: hội chứng sinh học kèm không đặc hiệu

- Hiện tượng tiêu tế bào vừa phải

- Tăng globulin máu ít gặp
- Cần phải làm xét nghiệm đặc hiệu tìm HBsAg hoặc HBeAg.

6.3.4. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với các loại viêm gan do virus khác bằng các xét nghiệm xác định kháng thể đặc hiệu

- Ứ mật do thai nghén tái diễn
- Viêm gan kèm theo nhiễm khuẩn tiết niệu

6.3.5. Biến chứng

- Viêm gan tối cấp tử vong tới 80% do hoại tử tế bào gan.
- Viêm gan cấp
- Suy chức năng gan: giảm các yếu tố đông máu gây chảy máu nặng khi sinh hoặc sẩy thai
- Viêm gan mãn dẫn đến xơ gan, ung thư gan nguyên phát.
- Trẻ em: viêm gan cấp thường xẩy ra từ tháng thứ 3 sau đẻ và không có triệu chứng lâm sàng đôi khi chỉ có dấu hiệu gan to.

6.4. Tiên lượng

6.4.1. Tiên lượng cho mẹ

- Nguy cơ lớn nhất là chảy máu do hậu quả của viêm gan, khi sẩy thai hoặc khi sinh bị rối loạn đông máu dẫn đến tử vong.
- Nếu đang là đợt viêm cấp sẽ bị rối loạn chức năng gan, không đào thải được độc chất sẽ dẫn đến hôn mê gan
- Diễn biến về sau hoặc là bị xơ gan hoặc là bị ung thư gan.

6.4.2. Tiên lượng cho thai nghén: rất dè dặt

- Sẩy thai trong những tháng đầu.
- Thai chết lưu
- Hai hình thái này hay gặp do virus truyền sang thai làm cho thai nhiễm khuẩn và bị chết trong tử cung hoặc bệnh lý gây sẩy thai.
- Đẻ non cũng thường gặp

Những thai sống được đến khi sinh nhiều khi cũng bình thường, vì vậy trong những tháng đầu nguy cơ cho phôi không đáng kể, nhưng nếu phá thai thì có nguy cơ chảy máu do rối loạn đông máu rải rác cho nên người ta khuyên không nên phá thai.

6.5. Điều trị

Cho đến nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu vì vậy chỉ điều trị triệu chứng và dự phòng

- Thai phụ phải được nghỉ ngơi hoàn toàn
- Có một chế độ dinh dưỡng tốt để tránh thiếu máu, suy dinh dưỡng.
- Uống thuốc đông y lợi gan mật
- Điều trị các rối loạn đông máu nếu có
- Tránh các chấn thương vùng gan
- Tránh các phẫu thuật, thủ thuật nếu nhưng không có chỉ định cấp cứu.

6.6. Phòng bệnh

6.6.1. Các biện pháp chung

- Vì là một bệnh lây truyền chủ yếu qua đường tình dục vì vậy phải thực hiện tình dục an toàn, tăng cường sử dụng bao cao su.
- Phát hiện sớm thai phụ bị viêm gan để quản lý và tư vấn cũng như chế độ sinh hoạt theo dõi hợp lý.
- Tiêm vaccin dự phòng cho trẻ sơ sinh: theo Tổ chức Y tế Thế giới, dự phòng bệnh viêm gan B cho trẻ sơ sinh bao gồm: tiêm globulin miễn dịch viêm gan B và vaccin.

6.6.2. Sử dụng vaccin viêm gan B

Hiện nay có 2 loại vaccin viêm gan B

- Vaccin thế hệ 1: được sản xuất từ kháng nguyên HBsAg của virus có trong huyết thanh người bị bệnh, mức độ an toàn không cao nên hiện nay ít được sử dụng.
- Vaccin thế hệ 2: lấy gen từ virus cấy vào nấm men bia sẽ cho một sản phẩm mới giống virus có độ an toàn cao và hiệu quả tạo miễn dịch tốt. Loại vaccin thế hệ 2 đang được sử dụng rộng rãi.

Mục đích của sự kết hợt giữa globulin miễn dịch và vaccin cho trẻ sơ sinh là dự phòng cho trẻ sau khi bị phôi nhiễm: ngăn cản sự phát triển của virus viêm gan B.

6.6.2.1. Tiêm glubulin miễn dịch đơn thuần

- Tiêm 125 đơn vị quốc tế HBIg cho những trẻ có mẹ bị HBsAg dương tính ngay sau đẻ (lần 1)
- Tiêm nhắc lại (lần 2) ở 3 tháng tuổi liều như ở lần 1

- Tiêm nhắc lại (lần 3) ở 6 tháng tuổi cùng liều trên với cách sử dụng globulin miễn dịch như trên đã làm giảm khả năng bị bệnh viêm gan B mãn tính tới 71 - 72%. Tuy nhiên hầu hết những trẻ em được bảo vệ do tiêm HBIg như trên thì vẫn cần khoảng 10% trẻ được sinh ra từ các bà mẹ có HBeAg và 40% trẻ có mẹ HBsAg dương tính hãy còn nhậy cảm với virus. Vì vậy những trẻ này cần phải được tiêm bắp ít nhất 12 giờ sau khi sinh. Nếu trên 48 giờ mới tiêm thì sẽ bị giảm hiệu quả dự phòng.

6.6.2.2. Phối hợp giữa globulin miễn dịch và vaccin

Việc tiêm chủng vaccin viêm gan B phối hợp với HBIg cùng một lúc không làm rối loạn hiệu quả của vaccin.

- Tiêm 1 liều HBIg và 3 liều vaccin viêm gan B.
- Liều vaccin 1: tiêm lúc mới sinh hoặc 1 tuần đến 1 tháng sau khi sinh.
- Liều vaccin 2: cách liều thứ nhất 1 tháng.
- Liều vaccin 3: cách liều 2 từ 3 đến 11 tháng.

Sự kết hợp giữa vaccin viêm gan B và globulin miễn dịch làm tăng hiệu quả phòng bệnh mà lại bỏ được mũi thứ 2 và thứ 3 của HBIg, không những thế mà còn gây được miễn dịch lâu dài.

Sử dụng kết hợp giữa vaccin và globulin đã bảo vệ được 90% các trường hợp bị nhiễm bệnh.

Sử dụng globulin miễn dịch đơn độc hoặc kết hợp phải được chỉ định ngay sau khi sinh đối với trẻ có mẹ mang virus. Vì vậy thai phụ phải được xét nghiệm HBsAg ngay trong lần khám thai đầu tiên và phải được khẳng định trước khi đẻ.

Hiệu quả của vaccin viêm gan B đã được nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng để phòng ngừa cho những người bị phôi nhiễm có kết quả từ 56 - 89%. Sỡ dĩ có những sự khác nhau này là do sử dụng những liều vaccin khác nhau và những qui trình hoạt động bên trong khác nhau khi sản xuất vaccin.

Sử dụng đồng thời cả vaccin viêm gan B và globulin miễn dịch cho kết quả phòng chống cao hơn là sử dụng một mình vaccin. Tuy nhiên do giá cả cao và không có sẵn HBIg vì vậy cần phải chẩn đoán sàng lọc huyết thanh cho thai phụ và xem xét một cách hợp lý cuộc đẻ. Ở những nơi có dịch tễ học viêm gan B cao, tỉ lệ người nhiễm virus viêm gan B ở thời kỳ trẻ em cao thì người ta khuyến khích tiêm vaccin viêm gan B cho tất cả các em bé mà mẹ không được chẩn đoán sàng lọc có mang kháng nguyên HBsAg.

Tất cả những trẻ em được sinh ra từ những bà mẹ không được sàng lọc có mang kháng nguyên HBsAg thì đều phải tiêm chủng vaccin viêm gan B. Hiện nay Việt Nam đang sử dụng Hepavax - Gene là một vaccin ngừa viêm gan virus B thế hệ 2 (tái tổ hợp ADN) lọ 1ml có chứa 20µg kháng nguyên bề mặt của virus viêm gan B (theo bệnh viện Hùng Vương thành phố Hồ Chí Minh). Liều dùng cho trẻ

em dưới 10 tuổi là 10μg (0,5ml) tiêm bắp 1/3 giữa ngoài của đùi. Người ta thường kết hợp tiêm HBIg vào 1/3 đùi bên kia (theo hướng dẫn của hãng KOREA Green cross corp thì vaccin được tiêm ở cơ delta). Tác dụng không mong muốn là bứt rứt, sốt nhẹ mà phần lớn không phải xử trí đôi khi chỉ là theo dõi và thuốc hạ sốt. Kết quả điều trị đều tốt mà không để lại di chứng do tác dụng không mong muốn. Hepavax - Gene thường dùng tiêm bắp (cơ delta cánh tay). Nếu tiêm vaccin cho những người bị nhiễm virus đang trong thời kỳ ủ bệnh thì không có hiệu quả.

6.6.2.3. Chỉ định

- Vaccin phối hợp với HBIg được chỉ định cho tất cả con của các bà mẹ mang virus viêm gan B
- Ở vùng dịch tễ cao, tất cả những trẻ em được sinh ra từ các bà mẹ không được chẩn đoán sàng lọc có mang kháng nguyên HBsAg đều phải tiêm chủng vaccin viêm gan B.

6.6.2.4. Chống chỉ định

Nhạy cảm với bất cứ thành phần nào của vaccin.

6.6.2.5. Liều lượng và tác dụng không mong muốn

Hiện nay Việt Nam đang sử dụng vaccin thế hệ 2 có biệt dược là Hepavax Gene:

- Lọ 1ml có 20μg kháng nguyên bề mặt của virus viêm gan B
- Liều lượng: trẻ dưới 10 tuổi tiêm 95 ml (10μg) tiêm vào cơ delta.
- Tác dụng không mong muốn: sốt nhẹ, bứt rứt, khó chịu
- Xử trí:
  + Theo dõi hoặc hạ sốt đơn thuần
  + Nếu có hiện tượng dị ứng ngừng dùng thuốc.

6.6.3. Lồng ghép tiêm chủng vaccin viêm gan B vào chương trình tiêm chủng mở rộng

Sự thành công trong lồng ghép vaccin viêm gan B vào chương trình tiêm chủng mở rộng phụ thuộc vào sự sẵn có và hiệu quả đủ mạnh của vaccin viêm gan B, hệ thống chăm sóc sức khoẻ tốt, thời gian tiêm chủng phải phù hợp.

Tiêm chủng vaccin viêm gan B lúc sinh, một tháng và 6 tháng tuổi không ảnh hưởng đến tác dụng của các loại vaccin BCG, bại liệt, ho gà, uốn ván và bạch cầu. Khi sử dụng đồng thời hoặc đơn lẻ từng loại vaccin thì tác dụng phòng tránh virus viêm gan B suốt trong thời kỳ chu trình vẫn có hiệu quả và không thay đổi cho đến khi tiêm liều thứ 2 vaccin viêm gan B. Liều thứ 3 có thể được tiêm lúc 9 tháng tuổi nếu không có sự cản trở giữa vaccin viêm gan B với vaccin sởi.

Thời gian biểu tiêm phòng vaccin cho tiêm chủng mở rộng ở vùng có dịch như sau:

Tuổi (tháng)	Thời gian tiêm vaccin viêm gan B	Thời gian tiêm vaccin thông thường
Khi sinh	Liều 1	BCG
2 tháng tuổi	Liều 2	Bạch hầu, ho gà, uốn ván (DPT)
4 tháng tuổi		DPT bại liệt
6 tháng tuổi		DPT
9 tháng	Liều 3	DPT + Bại liệt

Vaccin tiêm dưới da tác dụng rất thấp vì vậy không được khuyến khích tiêm dưới da.

6.4. Một số biện pháp làm giảm sự truyền bệnh viêm gan B cho trẻ ở thời kỳ chu sinh

- Giáo dục cho thai phụ hiểu được nguy cơ cho con họ nếu như bản thân họ mang virus viêm gan B và nếu con họ không được tiêm vaccin phòng ngừa.
- Những vùng có phản ứng huyết thanh cao trong dân chúng (>5%) tất cả trẻ sơ sinh phải được tiêm chủng vaccin viêm gan B và thêm một liều HBIg.
- Những vùng có tỉ lệ phản ứng huyết thanh trung bình: (từ 1 đến < 5%):
  + Tiêm chủng mở rộng cho tất cả trẻ em.
  + Tiêm chủng chọn lọc cho trẻ sơ sinh nếu là con của các bà mẹ mang bệnh - tiêm chủng này phụ thuộc vào sự sẵn có của vaccin viêm gan B hoặc là xét nghiệm sàng lọc.
- Những nơi không nằm trong vùng dịch tễ học có tỉ lệ người lành mang bệnh dưới 1%. Tiêm chủng chọn lọc cho trẻ sơ sinh có mẹ mang bệnh mà đã được chẩn đoán sàng lọc về HBsAg đến khi khám thai.
- Có biện pháp bảo vệ nhân viên y tế: ở Mỹ hàng năm có tới 12.000 người bị bệnh viêm gan B mà tử vong 2.000 người và có từ 1.000 đến 12.000 người trở thành người lành mang bệnh.
- Giáo dục phổ biến cho mọi người biết các nguy cơ, khả năng lây nhiễm: tiếp xúc với bệnh nhân qua các vết xước hoặc qua dịch của cơ thể.
- Chú ý các vật nhọn gây các vết thương ở cơ thể.
- An toàn truyền máu và các chế phẩm của máu.
- Tẩy uế và xử lý tốt các dịch tiết của bệnh nhân.
- An toàn trong thủ thuật và phẫu thuật.
- Phải hạn chế các thủ thuật và phẫu thuật gây chảy máu cho bệnh nhân. Nếu bắt buộc phải tiến hành phẫu thuật, thủ thuật phải đảm bảo an toàn.

HIV/AIDS VÀ THAI NGHÉN

PGS. TS. Nguyễn Đức Vy

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm về HIV/AIDS

1.1.1. Lịch sử

Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) là một hội chứng nặng nề nhất ở nửa sau của thế kỷ XX và đầu thế kỷ XXI. AIDS (chữ ghép của 4 từ tiếng Anh là: Acquired immuno deficiency Syndrome) là giai đoạn muộn của bệnh do virus gây suy giảm miễn dịch ở người được viết tắt là HIV (Human immuno deficiency virus). Đây là loại virus gây suy giảm miễn dịch đặc hiệu là chủ yếu, đó là tế bào lympho T4 hay còn gọi là tế bào lympho TCD4 lực lượng chủ yếu trong việc điều hành hệ thống miễn dịch tế bào và miễn dịch thể dịch của cơ thể. AIDS là hội chứng suy giảm mắc phải không do bẩm sinh.

1.1.2. Về dịch tễ học

Ca bệnh đầu tiên được phát hiện bởi bác sỹ Michel Gottlieb ở trường đại học y khoa (thuộc đại học tổng hợp California ở Los Angeles 1980 - 1981) đó là những nam giới trẻ đồng tính luyến ái. Với các năm sau đó thì các trường hợp bệnh tương tự xuất hiện ở người được truyền máu nhiều lần, ở những người sinh hoạt tình dục khác giới đặc biệt ở số người nghiện chích ma tuý... họ đều bị suy giảm miễn dịch trầm trọng và tử vong... và bệnh đã trở thành đại dịch bao trùm khắp các châu lục. Theo ước tính của Tổ chức phòng chống AIDS Liên Hiệp Quốc (UNAIDS) cuối năm 2002 thế giới đã có 42 triệu người bị nhiễm HIV/AIDS cả người lớn và trẻ em (tức là sau 20 năm phát hiện được ca bệnh đầu tiên). Số người bị đông nhất ở châu Phi - cận Sahara (29,4 triệu người), tiếp đến khu vực Nam và Đông Nam Á (6 triệu người) và dịch vẫn đang tiếp tục lây lan, chưa thuyên giảm. Chỉ riêng năm 2002 toàn thế giới đã có 3,1 triệu người chế vì AIDS và mỗi ngày thêm 14 ngàn người mới nhiễm HIV.

1.1.3. Ở Việt Nam

Tháng 12 năm 1990 ca bệnh đầu tiên được phát hiện ở Thành phố Hồ Chí Minh, đến tháng 12 năm 2003 cả nước đã có 76.180 trường hợp nhiễm HIV trong đó có 11.659 người đã tiến thành AIDS và 6.550 người đã tử vong do AIDS.

Theo Uỷ ban quốc gia phòng chống AIDS ở phòng chống tệ nạn ma tuý, mại dâm tỷ lệ ước tính nhiễm HIV năm 2003 ở Việt Nam là 0,23% dân số (theo cách tính lấy số thực phát hiện nhân với hệ số 3). Có một số địa phương có tỷ lệ nhiễm rất cao tính theo 100.000 dân như Quảng Ninh 580,47/100.000 dân; Hải Phòng

338,6/100.000 dân; Thành phố Hồ Chí Minh 249,72/100.000 dân; Bà Rịa - Vũng Tàu 235/99/100.000 dân; An Giang 184/36/100.000 dân; Hà Nội 181,38/100.000 dân. Tính đến 31/12/2004 cả nước có 90.380 người nhiễm HIV; 14.428 người chuyển sang giai đoạn AIDS và 8.393 người chết vì AIDS.

- Đặc điểm gia tăng dịch ở Việt Nam là rất nguy hiểm ở 3 thời kỳ sau:
  + Thời kỳ 1990 - 1993 dịch tập trung ở một số tỉnh mới phát hiện dưới 1.500/1 năm.
  + Giai đoạn 1994 - 1998 phát hiện hàng năm 5.000 trường hợp khi dịch đã lan ra toàn quốc
  + Giai đoạn 1999 - 2002 phát hiện 10.000 trường hợp/1 năm trong đó các giám sát dịch tễ trọng điểm cho thấy dịch lây nhiễm chủ yếu do tiêm chích ma tuý (60%).
- Đối tượng có xu hướng "trẻ hoá" ngày càng rõ. Năm 1993 từ 20 - 29 tuổi là 15% đã tăng lên 62% vào năm 2002
- Số người từ 15 - 49 tuổi chiếm 95% trường hợp nhiễm HIV
- Lứa tuổi vị thành niên từ 10 - 19 tuổi chiếm 8,3% số nhiễm.
- Lây nhiễm HIV qua quan hệ tình dục tăng. Tỷ lệ gái mại dâm bị nhiễm HIV tăng hàng năm 0,6% năm 1994 lên 6% năm 2002 (tăng 10 lần trong 8 năm). Tỷ lệ nhiễm HIV tăng ở nhóm các bệnh lây truyền qua đường tình dục tăng qua các năm với 2,9% vào năm 2001.

Một số điều đáng chú ý như nhóm phụ nữ mang thai năm 2002 là 0,39% và đã tới mức báo động năm 2004 (0,4 - 0,6%). Số thanh niên tuyển nghĩa vụ quân sự là 0,93% năm 2001. Có tới 373 trẻ em dưới 5 tuổi nhiễm HIV do lây truyền từ mẹ sang con (năm 2002).

Về địa cư và đối tượng có ở các đối tượng ngoài số có nguy cơ cao nói trên còn có cả nông dân, học sinh, sinh viên, tân binh, cán bộ công chức cả 64 tỉnh và thành phố đều có nhiễm HIV/AIDS.93% số quận huyện và 49% số xã phường đã phát hiện các trường hợp nhiễm HIV, nhiều tỉnh thành phố 100% số xã phường có người nhiễm HIV/AIDS.

Thực tế mà nói vì chưa kiểm soát và xét nghiệm sàng lọc được toàn bộ - kể cả số phụ nữ mang thai với gần 2 triệu thai nghén hàng năm con số thực có lẽ phải cao gấp nhiều lần nữa.

2. LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON

2.1. Các đường lây truyền HIV

- Có 3 đường lây truyền là
  + Quan hệ tình dục
  + Qua đường máu: tiêm chích, truyền máu không an toàn.

+ Từ mẹ truyền sang con (là phần chính của bài này). Tỷ lệ lây truyền thay đổi tuỳ theo các đường lây truyền trên đây và từng trường hợp cụ thể vì HIV là một virus khá lớn về kích thước, có cấu tạo đơn giản, thời gian tồn tại ngoài cơ thể ngắn và chỉ ở một số động vật có vú phát triển cho nên HIV không bị lây truyền qua tiếp xúc, bắt tay, qua tiếp xúc bề mặt như bàn ghế, toilet... hoặc do muỗi, côn trùng đốt, cắn.

2.2. Đường lây truyền từ mẹ sang con

Ở đây nói đến giai đoạn thời còn trong tử cung và sau đó là trong chuyển dạ đẻ và sau khi sinh cho con bú. Theo nghiên cứu của De Kook K. M. et. al. JaMa 2000 - 283: 1175 - 8.

Bảng 11.1: Đường lây truyền HIV từ mẹ sang con

Giai đoạn	Cho con bú (theo thời gian)		
	Không cho bú tỷ lệ %	Có bú mẹ (6 tháng) tỷ lệ %	Có bú mẹ (18-24 tháng) tỷ lệ %
Trong lúc mang thai	5-10	5-10	5-10
Trong chuyển dạ, sinh đẻ	10-20	10-20	10-20
Sau đẻ (qua sữa mẹ)		10-15	15-35
Tổng cộng	15-30	25-35	30-45

Hầu hết các trường hợp trẻ dưới 5 tuổi nhiễm HIV là do lây truyền từ mẹ sang con (mẹ HIV (+)) đó còn gọi là lây truyền dọc - việc lây truyền này có thể xảy ra trong tử cung (khi mang thai), trong quá trình chuyển dạ, đẻ và sau đẻ là qua đường sữa mẹ (như bảng 11.1)

2.2.1. Lây truyền lúc mang thai từ mẹ sang con

Có thể xảy ra lây truyền HIV từ ngay quý đầu cho đến khi thai đủ tháng và HIV được truyền trực tiếp từ mẹ sang thai qua rau thai. Cấy máu ở cuống rốn đã phân lập được virus HIV ở sơ sinh có mẹ có phản ứng huyết thanh HIV (+). Nếu bà mẹ đã bị AIDS thì mức độ virus càng tăng và dễ phân lập hơn (xác định).

Bánh rau có màng ngăn cách với tử cung (ngoại sản mạc tử cung - rau...) các mầm bệnh thông thường rất khó đi qua màng ngăn này và còn nhiều yếu tố tham gia khác để bảo vệ thai nhi: bạch cầu đơn nhân, đại thực bào tại các gai rau ... do đó 60 - 70% con của các bà mẹ không có lây nhiễm HIV từ mẹ sang (dù bà mẹ HIV (+)).

Mặc dù vậy, HIV có thể có một số tác động làm giảm khả năng chống đỡ của màng rau ... làm cho HIV trong máu mẹ đã trực tiếp vượt qua được màng ngăn cách đó để sang thai nho hoặc do ở những tháng cuối màng thai mỏng đi làm thuận lợi cho virus HIV trực tiếp từ máu mẹ sang thai.

Một số nghiên cứu khác cũng đã tìm thấy virus HIV ở các phủ tạng của thai nhi bị sẩy thai từ 13 tuần (tại gan, não, thận của thai) khi bà mẹ có HIV (+). Đó chính là lây truyền dọc (20 - 30% trẻ bị lây kiểu này).

2.2.2. Lây truyền HIV trong khi chuyển dạ, sinh đẻ

Khi có cơn co tử cung, cổ tử cung được xoá, mở, gây tổn thương các mạch máu nhỏ, chảy máu vào đường sinh dục dưới của bà mẹ lúc đó làm tăng số lượng virus ở âm đạo, tăng nguy cơ nhiễm virus HIV khi thai đi qua âm đạo của người mẹ có HIV (+).

Khi thăm khám lúc chuyển dạ có thể xung huyết dễ bị xây xước thành âm đạo, cổ tử cung cũng gây chảy máu đường sinh dục - nguy cơ cũng tăng lên cho thai.

Nếu cuộc đẻ phải can thiệp như cắt nới tầng sinh môn, phải đặt forcepss, giác hút thai ... đều gây sang chấn, xây xước, chảy máu vào âm đạo, tầng sinh môn cũng gây tăng nguy cơ phơi nhiễm HIV cho thai.

Sau cùng khi thai đi qua đường âm đạo để sổ ra ngoài có thể sơ sinh đã nuốt dịch âm đạo, máu có nhiễm HIV vào đường tiêu hoá.

2.2.3. Lây truyền sau khi đẻ (qua sữa mẹ)

Sau đẻ, HIV từ những bạch cầu trong máu mẹ qua các mạch máu thẩm thấu vào các nang sữa rồi qua sữa mẹ đi vào đường tiêu hoá của trẻ sơ sinh. Nguy cơ này ngày càng cao khi bà mẹ lại cho bú kết hợp với sử dụng thức ăn thay thế (sữa thay thế một phần) vì có thể niêm mạc ruột trẻ sơ sinh chưa trưởng thành sẽ có phản ứng với thức ăn lạ (khác sữa mẹ) đưa đến tổn thương vi thể ở niêm mạc ruột khiến cho HIV từ sữa mẹ dễ xâm nhập vào cơ thể trẻ hơn nhất là lại cho bú mẹ kéo dài thì kháng thể HIV từ mẹ cho con lại hết (khi quá 6 tháng) cho nên nguy cơ lây nhiễm từ sữa mẹ càng cao lên (vì thực tế cho thấy nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con qua đường sữa mẹ ở những phụ nữ cho bú kết hợp với ăn thay thế sữa ngoài còn cao hơn cả ở phụ nữ nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn) vì vậy mới khuyến cáo, càng kết thúc cho con bú sớm bao nhiêu càng tốt bấy nhiêu hoặc không cho con bú từ đầu để sử dụng thức ăn thay thế sữa phù hợp với trẻ do bác sĩ chỉ định pha chế và sử dụng cho trẻ. Tất nhiên làm như vậy sẽ cắt hẳn đường lây nhiễm thứ ba cho trẻ từ sau sinh nhưng không phải dễ dàng làm được điều này với mọi bà mẹ... vì vậy công tác tư vấn và làm cho các bà mẹ có HIV (+) hiểu và thấy được vấn đề, tự giác thực hiện bằng liệu pháp thay thế sữa mẹ trong nuôi con là điều mọi bác sĩ sản phụ khoa cũng như các tuyên truyền viên, cộng tác viên phải làm được một cách có chất lượng và hiệu quả thực sự (phải học kiến thức, kỹ năng tư vấn trong một chương trình chuyên sâu riêng).

3. ẢNH HƯỞNG CỦA HIV/AIDS LÊN THAI NGHÉN

3.1. Đối với thai nhi và trẻ em

Khi mang thai nói chung sức khoẻ của bà mẹ đã bị ảnh hưởng vì phải gánh nặng ngày càng tăng theo sự phát triển của thai, trong đó đặc biệt là tình trạng miễn dịch của bà mẹ bị giảm sút, khả năng đề kháng với nhiễm khuẩn giảm, cho nên nếu bà mẹ có HIV (+) mang (HIV) chưa có các biểu hiện triệu chứng lâm sàng thì HIV ít ảnh hưởng đến thai nhi. Nhìn chung là thai nhi vẫn tiến triển bình thường. Tuy nhiên ở những bà mẹ có nghiện ma tuý (hoặc ông bố có nghiện ma tuý) thì thai chậm phát triển, đôi khi có thể có dị dạng thai nhi và bệnh lý về

tim... và nếu không được điều trị dự phòng lây truyền mẹ sang con khi thai còn ở trong tử cung từ sớm 28 tuần hoặc 34 tuần và muộn là 36 tuần cho đến khi sổ thai cho bà mẹ thì tỷ lệ lây HIV từ mẹ sang con sẽ xảy ra tới 30% hoặc 40% (cho 100 bà mẹ có HIV (+) thì 30 - 40 trẻ sơ sinh bị HIV (+)). Còn nếu được điều trị dự phòng thì tỷ lệ sơ sinh có HIV (+) chỉ còn từ 10 - 15% hoặc thấp hơn.

Vào những tháng cuối thì HIV ảnh hưởng khá rõ đối với thai nhi là gây đẻ non, thai suy dinh dưỡng, tình trạng ối vỡ sớm, ối vỡ non tăng cao do đó trẻ nhẹ cân dưới 2500gr tăng cao.

Sau sinh đẻ thì nguy cơ tử vong đối với trẻ trong 3 năm đầu là rất cao vì các bệnh nhiễm trùng, suy dinh dưỡng của trẻ. Các nghiên cứu làm ở châu Phi (Kinshasa) trong 5 năm sau đẻ có tỷ lệ trẻ có mẹ bị HIV (+) chết là 25,6% (112/437) so với trẻ có mẹ HIV (-) là 5,6% (33/585): gấp 5 lần. Sỡ dĩ như vậy vì trẻ bị ảnh hưởng về phát triển thể chất, 10% trong số trẻ có mẹ bị HIV (+) trong chu sinh đã có những bất thường về điều này khi xuất hiện một triệu chứng lâm sàng của HIV. Nói chung tỷ lệ tử vong trong 5 năm đầu của trẻ này là rất cao do tiêu chảy, nhiễm khuẩn đường hô hấp và lao cũng như các nhiễm trùng cơ hội khác.

3.2. Đối với bà mẹ nhiễm HIV lại mang thai

Khả năng đề kháng với nhiễm khuẩn giảm sút, do đó bệnh cảnh của HIV/AIDS sẽ nặng lên.

Thai nghén làm cho virus phát triển nhanh hơn do đó các triệu chứng của HIV biểu hiện rõ hơn, không chỉ đơn lẻ một triệu chứng mà có khi nhiều triệu chứng xuất hiện và nhanh chuyển sang giai đoạn AIDS (giai đoạn cuối cùng của nhiễm HIV) sớm đưa đến tử vong, có khi xảy ra ngay trước khi sinh hoặc trong khi sinh đẻ.

Về xét nghiệm: điển hình là tế bào lympho CD4 khi có thai thì các bà mẹ đều giảm đi nhưng rồi trở lại bình thường sau đó với các bà mẹ không bị nhiễm HIV. Trái lại ở các bà mẹ có HIV (+) thì vẫn tồn tại việc giảm CD4 và khi đến mức chỉ còn 200/mm^3 trong máu thì đã ở giai đoạn AIDS rồi.

Trong khi có thai cần phải theo dõi bằng xét nghiệm cứ 2 tháng 1 lần, về lâm sàng thấy như sau vì dễ bị nhiễm trùng cơ hội:

- Nếu CD4 < 350/mm^3 (bạch cầu lympho CD4) thì nguy cơ lao phổi.
- Nếu CD4 < 200/mm^3 dễ bị nguy cơ bệnh phổi do viêm Pneumocystis carini.
- Nếu CD4 < 100/mm^3 nguy cơ bị viêm não do Toxoplasma.
- Bệnh AIDS có suy giảm miễn dịch nặng khi lympho CD4 < 200/mm^3 và có tỷ lệ CD4/CD8 < 15%. Hiện tại người ta đã thấy rằng chưa có một điều trị nào có hiệu quả cao để tránh được lây nhiễm cho con.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nếu thai ở 3 tháng đầu hoặc 3 tháng giữa, người mẹ còn trẻ hoặc đã có con rồi thì nên tư vấn để thực hiện nạo hút thai sớm hoặc phá thai theo phác đồ đã qui định của ngành.

4.2. Nếu thai đã ở 3 tháng cuối: cặp vợ chồng không đồng ý phá thai dù đã tư vấn đầy đủ (dù thai 3 tháng đầu ...) thì sẽ cho sử dụng thuốc phòng lây truyền từ mẹ sang con với phác đồ đang được sử dụng ở Việt Nam hiện nay cho ngành Phụ - Sản là:

- Thuốc chống virus chép ngược (Retrovirus) bằng thuốc:
  + AZT (Zidovudine) từ tuần lễ thứ 34 hoặc 36 cho đến khi đẻ với liều 600mg/24 giờ chia 2 lần trong ngày.
- Khi chuyển dạ đẻ cho AZT 300mg/cứ 3 giờ lại cho uống 01 lần tới khi thai sổ cặp cắt dây rốn thì mới thôi uống thuốc.
- Loại thuốc thứ hai là Nevirapin (Vuramin cũng vậy) là loại thuốc cho bà mẹ khi chuyển dạ đẻ, xét nghiệm thấy có HIV (+) thì cho uống 01 liều duy nhất 2mg/kg cân nặng (muộn nhất là 72 sau đẻ).
- Nếu bà mẹ đã uống AZT thì cho trẻ uống siro AZT (Zidovudine) với liều 2mg/kg cân nặng/6 giờ một lần uống (bắt đầu cho uống từ 6 - 10 giờ đồng hồ sau đẻ) và phải kéo dài trong 6 tuần lễ. Nếu không có siro AZT thì dùng siro Nevirapin như trên.

5. PHÒNG LÂY TRUYỀN KHI ĐẺ VÀ MỔ LẤY THAI

- Khi đẻ phải chú ý với thai phụ:
- Vô khuẩn khi đỡ đẻ
- Lau âm đạo nhẹ nhàng (3 giờ 1 lần) với dung dịch sát khuẩn Chlorhexidin 0,2% (hoặc Chloruse de belzalkonium).
- Không cạo lông mu (tránh mọi xây xước da).
- Chỉ mổ lấy thai khi có chỉ định do nguyên nhân sản khoa.
- Với thai nhi không đặt bầu giác hút, điện cực lấy máu da đầu sơ sinh làm xét nghiệm pH.
- Tắm cho trẻ ngay sau đẻ.
- Không tiêm các loại vaccin sống cho sơ sinh khi tiêm chủng (BCG hay RoR)
- Chăm sóc trẻ chu đáo và đặc biệt tại khoa sơ sinh hoặc phòng sơ sinh tại bệnh viện tỉnh.

CHĂM SÓC SƠ SINH

BSCKII. Phạm Thị Thanh Mai

1. ĐẠI CƯƠNG

Sơ sinh học (Neonatology) nói chung công tác chăm sóc trẻ sơ sinh nói riêng là một khoa học y học trọng yếu vì việc chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ sơ sinh trong những ngày đầu sau đẻ là vô cùng quan trọng, nó ảnh hưởng không ít đến sự phát triển toàn diện của cháu bé trong tương lai. Ngay sau khi lọt lòng trẻ cần có sự thích nghi với đời sống ngoài tử cung cùng sự xẩy ra đồng thời các hiện tượng tuần hoàn, hô hấp trao đổi khí tại phổi ... có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến trẻ như môi trường, nhiệt độ ...

Vì những lẽ trên mọi thao tác chăm sóc đều được chú ý để trợ giúp trẻ thích nghi với cuộc sống mới cần chú ý giữ ấm, nuôi dưỡng và giữ vệ sinh cho trẻ.

2. CÁC DẤU HIỆU ĐÁNH GIÁ TUỔI THAI

2.1. Một số tiêu chuẩn lâm sàng chính phân biệt thai đủ tháng và non tháng

Bảng 12.1. Tiêu chuẩn lâm sàng phân biệt sơ sinh đủ tháng và non tháng

Sơ sinh đủ tháng	Sơ sinh non tháng
– Tuổi thai: 38 - 42 tuần	– ≤ 37 tuần
– Trọng lượng ≥ 2500g	– < 2500g
– Chiều dài cơ thể 48 - 52 cm	– ≤ 47cm
– Da hồng ít lông tơ - lớp mỡ dưới da tốt	– Da đỏ mỏng, nhiều lông tơ
– Tóc dài > 2cm	– Tóc ngắn < 2cm
– Bộ phận sinh dục	– Bộ phận sinh dục
– Trai: Tinh hoàn xuống hạ nang	– Tinh hoàn chưa xuống
– Gái: môi lớn trùm môi bé	– Môi lớn còn bé - chưa trùm môi bé
– Vòng rốn ở giữa xương mu và mỏm ức	– Vòng rốn thấp về phía xương mu
– Lúc thức trẻ bú khoẻ, vận động luôn	– Bú yếu, ít vận động
– Đầu dài bằng 1/4-1/5 chiều dài cơ thể	– Đầu dài bằng 1/3-1/4 chiều dài cơ thể

2.2. Một số tiêu chuẩn hình thái học đơn giản đánh giá tuổi thai (bảng 12.2)

Bảng 12.2. Tiêu chuẩn hình thái học đơn giản đánh giá tuổi thai

Tuổi thai	< 36 tuần	37 - 38 tuần	39 - 42 tuần
Nếp nhăn gan bàn chân	1 - 2 nếp ở 1/3 trước	Nhiều nếp tới 2/3 trước	Nhiều nếp cả gan bàn chân
Tóc	Mềm - ngắn không phủ trán	Trung gian	Dày phủ trán
Sụn vành tai	Không có	Có phần dưới	Có toàn bộ
Chu vi núm vú	2mm	4mm	7mm

3. NHỮNG HIỆN TƯỢNG SINH LÝ THƯỜNG GẶP Ở TRẺ SƠ SINH

3.1. Vàng da sinh lý

Thường gặp ở 85% sơ sinh thường xuất hiện từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 7 ở trẻ đủ tháng - kéo dài ở ngày thứ 10 ở trẻ non tháng.

Vàng da bắt đầu từ mặt rồi lan ra toàn thân và tứ chi, trạng thái chung của trẻ vẫn bình thường, mầu phân vàng nếu thấy trẻ bỏ bú, vàng da tăng nhanh sớm trước ngày thứ 3 đó là bệnh lý phải đưa trẻ đến cơ sở điều trị ngay.

3.2. Sút cân sinh lý

Khoảng 80% sơ sinh mất từ 6 - 9% cân nặng, sau 10 ngày đã trở lại, cuối tháng đầu tăng trên 600g so với cân khi đẻ. Nguyên nhân sút cân là do sự mất nước qua da, hơi thở và bài tiết phân su, nước tiểu trong khi trẻ chưa ăn được nhiều, trẻ sơ sinh dễ bị mất nước là do đặc tính dễ mất nước của tế bào do đó việc chăm sóc, nuôi dưỡng trẻ, nhiệt độ và độ ẩm trong phòng ảnh hưởng nhiều đến mức sút cân của trẻ.

3.3. Thân nhiệt không ổn định

- Giảm nhiệt sinh lý thấp nhất còn 36°C được chăm sóc đúng đắn và bú mẹ sớm thân nhiệt tăng lên sau 12 - 24 giờ và giữ ở 36°C - 37°C. Những trẻ non yếu thân nhiệt dễ bị giảm nhiều hơn.
- Có từ 5 - 17% có hiện tượng sốt tạm thời, hay xảy ra vào ngày thứ 3 - 4 tương ứng với thời gian sút cân nhiều nhất nhiệt độ có thể lên tới 39° - 40°C nhưng chỉ trong khoảng 3 giờ và không ảnh hưởng đến toàn trạng của trẻ.

3.4. Biến động sinh dục

- Tuyến vú phồng lên (cả trai và gái) ấn vào sẽ tiết một ít dịch trong như sữa non.
- Một số trẻ gái có thể có hành kinh sinh lý kéo dài vài ba ngày và không có xuất huyết nơi khác.

4. CHĂM SÓC VÀ NUÔI DƯỠNG TRẺ SƠ SINH ĐỦ THÁNG

4.1. Giữ ấm và nuôi dưỡng

Với trẻ đủ tháng - khoẻ mạnh ta chỉ cần cho bú mẹ đầy đủ càng sớm càng tốt, bú theo nhu cầu của trẻ, nếu mẹ không đủ sữa phải cho ăn thêm sữa ngoài, loại sữa và cách pha phải đúng tuổi của bé, không phải dùng thuốc gì - quần áo tã lót bằng loại sợi bông mềm, sạch sẽ, mặc đủ ấm và giữa môi trường ấm từ 28 - 30°C tránh để hạ thân nhiệt hoặc quá nóng trẻ dễ bị sốt và ngủ không ngon giấc.

4.2. Chăm sóc rốn

Phải thay băng rốn hàng ngày với băng gạc vô khuẩn và sát trùng rốn bằng cồn 70°, rốn khô và rụng sau 7 ngày, vẫn tiếp tục thay băng cho đến khi rốn khô thành sẹo.

4.3. Tắm cho trẻ

Nên tắm cho trẻ hàng ngày trong tuần đầu sau đẻ đặt biệt vào mùa hè nhưng phải tránh nước vào rốn và tai bé, nước tắm phải sạch - ấm 37°C trong phòng nhiệt độ 28 - 32°C, chỉ được dùng loại xà phòng có độ xút thấp, tránh để da cháu xây xát, tránh gió lùa, thời gian tắm không kéo dài quá 7 - 10 phút.

4.4. Chăm sóc mắt

Ngay sau đẻ cần lau sạch mắt cho trẻ và nhỏ mắt một cách hệ thống tất cả bằng Arygol 1% hoặc nitrat bạc 1% - những ngày sau nhỏ mắt sau khi tắm loại cloramphenicol 4‰ hoặc Natri clorua 9‰.

5. CHĂM SÓC VÀ NUÔI DƯỠNG TRẺ SƠ SINH THIẾU THÁNG

Trẻ đẻ thiếu tháng hoặc còn gọi là trẻ đẻ non, là trẻ ra đời trước thời hạn bình thường tử cung, có tuổi thai từ 28 - 37 tuần tính từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh cuối cùng (theo định nghĩa của WHO). Nhưng gần một thập kỷ nay tại một số nước phát triển như Mỹ, Anh, Pháp, Đức đã nuôi sống được trẻ có tuổi thai từ 24 - 25 tuần. Ngay ở Việt Nam cũng đã nuôi sống được trẻ 26 - 27 tuần, cân nặng < 1000g, nên trong bảng phân loại non tháng người ta đã chia tới loại từ 24 - 28 tuần thai là cực non. Người ta còn phân loại theo cân nặng, trẻ lớn hoặc nhỏ hơn tuổi thai (Biểu đồ Lubchenko) như vậy trong trẻ đẻ non, đủ tháng hoặc già tháng đều có những trẻ có cân nặng và tuổi thai không cân xứng những trẻ này đều có những đặc điểm riêng, ở phần này chúng tôi đề cập đến những trẻ đẻ non nói chung.

5.1. Những nguy cơ thường gặp ở trẻ non tháng

Tất cả trẻ đẻ non đều có biểu hiện ít nhiều thiếu sót về sự trưởng thành của các hệ thống trong cơ thể, mức độ phụ thuộc vào nguyên nhân đẻ non và tuổi thai mà trẻ có các nguy cơ sau:

- Hạ thân nhiệt
- Suy hô hấp
- Xuất huyết, thiếu máu.
- Miễn dịch kém - Dễ nhiễm trùng bội nhiễm
- Rối loạn chuyển hoá: Hạ đường huyết, vàng da, hạ Calci máu
- Chức năng tiêu hoá kém.

5.2. Nuôi dưỡng

5.2.1. Nguyên tắc

- Sữa mẹ càng sớm càng tốt
- Ăn sớm sau đẻ
- Nhiều lần (8 - 24 lần/ngày)
- Lượng tăng từ từ
- Trẻ không bú được phải đổ thìa hoặc bằng ống thông dạ dày.

5.2.2. Số lượng sữa

Sữa mẹ cho ăn qua đường tiêu hoá vì đẻ non một số bà mẹ chưa có sữa do đó nên tổ chức ngân hàng sữa mẹ để nuôi dưỡng những đứa trẻ này - số lượng sữa được tính cho trẻ < 1800g như sau:

Ngày 1: 20 - 30ml/kg/24 giờ

Ngày 2: 40 - 50ml/kg/24 giờ

Ngày 3: 60 - 80ml/kg/24 giờ

Ngày 4: 100ml/kg/ngày

Ngày 5: 120ml/kg/ngày

Ngày 6: 140ml/kg/ngày

Từ tuần thứ 2 trở đi tăng dần mỗi ngày 10ml tới tổng số 200ml/kg/24 giờ - thì duy trì nếu trẻ ăn không trớ.

Vì nhu cầu năng lượng của trẻ đẻ non cao hơn trẻ đủ tháng (130 - 140Kcal/kg/24 giờ, trẻ đủ tháng: 100 - 120 Kcal/kg/24 giờ) nếu khi trẻ ăn không đủ lượng thì cần truyền thêm đường glucose 10%.

5.2.3. Số lần ăn

Trẻ có cân nặng thấp, ít ngày tuổi thì càng cho ăn nhiều bữa.

Ví dụ trẻ < 1200g: ngày đầu cho ăn liên tục 24 giờ sau giảm dần còn 18, 14, 10 bữa. Thường được các nhà sơ sinh chia như sau:

- < 1500g: 1 giờ - 1 giờ 30 phút 1 bữa.
- 1500 - 2000: 1 giờ 30 - 2 giờ 1 bữa
- 2000 - 2500g: 2 giờ 30 phút 1 bữa

5.2.4. Bổ sung vitamin

- Vitamin K1: 2mg/kg 1 lần uống hoặc tiêm bắp sau đẻ
- Vitamin E: 25UI/ngày (uống)
- Vitamin B1: 0,01g/ngày (uống)
- Vitamin B6: 0,025mg/ngày (uống)
- Vitamin C: 50 - 100mg/ngày (uống)
- Vitamin A - D: 1000 ĐV/ngày (uống từ tuần thứ 2)

6. CHĂM SÓC

Tốt nhất là tổ chức một đơn vị đặc biệt nuôi trẻ đẻ non từ nhân viên đến các trang thiết bị, tã lót ... riêng biệt để phòng lây chéo.

6.1. Giữ ấm

Ngay sau khi đẻ, trẻ phải được lau khô bằng khăn hấp tiệt trùng, nằm trong phòng có nhiệt độ 28 - 35°C, sau đó cuốn tã, mặc áo ấm, có điều kiện đặt cháu vào lồng ấp thì sử dụng nhiệt độ như sau:

Cân nặng khi đẻ	Nhiệt độ lồng ấp
1000g	35 - 37°C
1500g	34 - 36°C
2000g	33 - 35°C
2500g	30 - 32°C

Nếu các cơ sở không có lồng ấp thì phương pháp ủ ấm an toàn và hiệu quả nhất là đặt trẻ vào ngực mẹ để da sát da (phương pháp Kanguru)

6.2. Chăm sóc da

Trẻ càng non càng cần giữ vệ sinh da, do đó phải tắm rửa hàng ngày bằng nước ấm và xà phòng loại của sơ sinh, tắm nhanh, cần được tắm rửa tại chỗ trong lồng ấp.

Mùa đông nên xoa một lớp mỏng dầu Paraphin hoặc Johnson ngoài da để giữ độ ẩm cho da khỏi mất nhiệt.

6.3. Chăm sóc rốn - mắt

Chăm sóc cẩn thận như trẻ đủ tháng

7. KẾT LUẬN

Sự phát triển của trẻ phụ thuộc rất nhiều vào sự chăm sóc, nuôi dưỡng và điều kiện môi trường xung quanh ngay từ phút đầu sau đẻ, trẻ sơ sinh dễ bị nhiễm khuẩn và có tỷ lệ tử vong cao nhất là trẻ đẻ non, do đó cần đảm bảo nguyên tắc vệ sinh vô khuẩn - sữa mẹ và ủ ấm từ khi trẻ mới lọt lòng đến những ngày tiếp theo là góp phần hạ thấp tỷ lệ tử vong và bệnh tật sau này cho trẻ.

MỘT SỐ BỆNH HAY GẶP Ở TRẺ SƠ SINH

BSCKII Phạm Thị Thanh Mai

1. UỐN VÁN RỐN

Uốn ván rốn là một bệnh nhiễm khuẩn nhiễm độc do trực khuẩn *Clostridium Tetani*, Gram (+) gây ra, là loại bệnh hay gặp ở các nước đang phát triển có tỷ lệ tử vong cao (34 - 50%) tuỳ từng thông báo của từng nước. Số điều trị qua được cũng có tỷ lệ di chứng (động kinh, kém phát triển tinh thần, vận động...) không ít. Hiện nay ở Việt Nam theo thống kê của Viện Nhi (1993 - 1996) có 120 trường hợp mắc uốn ván rốn rải rác ở các địa phương chuyển đến viện. Theo kế hoạch của Bộ Y tế, bệnh này sẽ được thanh toán năm 2000.

1.1. Nguyên nhân

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

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

- Trẻ bị uốn ván rốn là do cắt rốn không vô khuẩn như bằng nứa, liềm, dao kéo bẩn v.v... thường là do đẻ tại nhà, đẻ rơi, do những người không chuyên môn đỡ đẻ.
- Vi khuẩn uốn ván tiết ra 2 loại độc tố.
  + Tác dụng lên hệ thống vận động của thần kinh gây cơn co giật và co cứng, độc tố này rất mạnh chỉ cần 1/50.000 - 1/90.000 của 1ml đủ gây chết chuột lang.
  + Độc tố thứ hai gây vỡ hồng cầu nhưng yếu, dễ bị phá huỷ

1.2. Triệu chứng lâm sàng: Có 4 thời kỳ

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

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

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

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

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

1.2.3.3. Toàn thân: Nhiệt độ có thể bình thường nhưng thường tăng > 37°C đến 40 - 41°C là yếu tố phối hợp làm cơn co giật xẩy ra.

Tiêu hoá hay bị táo bón

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

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

1.2.4. Thời kỳ lui bệnh: Những trẻ qua được tuần thứ 2 - thứ 3 thường tiến triển tốt dần, cơn giật giảm dần và bệnh nhi bắt đầu mở mắt, khóc được, trước nhỏ sau to dần. Trong thời gian này vẫn còn tăng trương lực. Vài hôm sau, bệnh nhi có thể bú mẹ được. Như vậy, độ một tháng kể từ khi bệnh phát thì bệnh nhi bú được. Nhưng phải từ 1,5 - 2 tháng thì trương lực cơ mới trở lại bình thường.

1.3. Chăm sóc điều trị

1.3.1. Chăm sóc: Khi nghi ngờ bị uốn ván rốn phải chuyển trẻ đi bệnh viện, trước khi chuyển đi có thể làm một số việc như sau:

- Đặt trẻ nơi yên tĩnh, nằm phòng tối.
- Lau sạch cổ, bẹn, nách có nếp gấp
- Rửa rốn hay vết thương bằng nước đun sôi để nguội hoặc nước muối sinh lý 9‰ cồn 70°.
- Hút hoặc lau sạch chất dịch ở mũi họng.
- Vắt sữa mẹ cho trẻ ăn bằng thìa nhỏ, có thể tiêm một lần penicillin 200.000 UI với trẻ và cho uống Seduxen 5mg x 1/2 viên trước khi chuyển đi.

1.3.2. Thuốc

1.3.2.1. Trung hoà độc tố

- SAT x 20.000 ĐV (tiêm bắp 1 lần)

1.3.2.2. Chống co giật

- Diazepam (Valium, Seduxen): 0,5 - 1mg/kg/24 giờ chia 3 giờ một lần tiêm bắp, uống.
- Phenobarbital (gacdenan): 10 - 20mg/kg/24 giờ chia 4 giờ 1 lần tiêm bắp, hoặc uống.

1.3.2.3. Chống cơn ngừng thở

- Thở oxy qua lều với nồng độ oxy 40%.
- Đặt nội khí quản thở máy.

1.3.2.4. Chống nhiễm khuẩn

- Ampicilin 50 - 100mg/kg/24 giờ chia 4 lần tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.
- Gentamicin 2 - 4mg/kg/24 giờ chia 4 lần tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.

1.4. Phòng bệnh

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

1.4.1. Vô khuẩn khi cắt rốn

- Nữ hộ sinh phải rửa tay bằng xà phòng dưới vòi nước chảy hay nước sôi để nguội, sát khuẩn tay bằng cồn hay ngâm tay vào dung dịch sát trùng.
- Kéo cắt rốn, chỉ buộc, băng rốn phải được hấp 120°C trong 20 phút hoặc đun sôi trong 2 giờ.
- Tránh chạm tay vào mỏm cắt rốn.

1.4.2. Tiêm chủng

- Đối với sản phụ cần tiêm đủ 2 mũi vaccin vào 2 tháng cuối. Mũi thứ 2 sau mũi thứ nhất một tháng và phải trước khi đẻ ít nhất là 15 - 30 ngày. Vì người mẹ có thể truyền cho thai nhi miễn dịch chống uốn ván cho đến tháng đầu sau đẻ. Phương pháp này tỏ ra an toàn và có hiệu quả.
- Hội nghị Quốc tế về bệnh uốn ván (1987) chủ trương tiêm chủng phòng uốn ván cho tất cả phụ nữ đang độ tuổi mang thai với 5 lần tiêm

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

Lần thứ 2: Sau 4 tuần lễ tiêm 1 lần

Lần thứ 3: 6 - 12 tháng sau tiêm mũi 2

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

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

- Nếu trẻ đẻ trong điều kiện không đảm bảo vô khuẩn và người mẹ chưa được tiêm phòng uốn ván trong lúc mang thai thì nên tiêm phòng uốn ván với SAT 1500 ĐV tiêm bắp 1 lần ngay sau đẻ.

2. HỘI CHỨNG VÀNG DA TRẺ SƠ SINH

Vàng da là một triệu chứng của nhiều nguyên nhân khác nhau, vàng da do có sự tăng nồng độ bilirubin trong máu, da nhìn thấy mầu vàng khi lượng bilirubin > 2mg% ở người lớn và > 7mg% ở trẻ sơ sinh

Vàng da thường gặp ở sơ sinh và nguy cơ lớn nhất là vàng nhân xám.

2.1. Chuyển hoá của bilirubin

Chất bilirubin được tạo ra do sự dị hoá của hồng cầu trong cơ thể, sự tan máu của trẻ sơ sinh gấp đôi người lớn, bilirubin tự do (gián tiếp) được di chuyển đến gan nhờ sự liên kết với albumin, tại gan nhờ men glycuronyl transferase bilirubin tự do được chuyển thành bilirubin kết hợp chuyển qua đường mật xuống ruột, tại đây một phần được hấp thụ trở lại để loại trừ qua thận, một phần tiếp tục loại trừ qua phân (mầu vàng của phân) thời kỳ sơ sinh có đặc điểm riêng biệt trong chuyển hoá này.

- Tan máu nhiều do thời gian sống của hồng cầu ngắn hơn và một tỷ lệ lớn hemoglobin không tạo hồng cầu nên tạo bilirubin cao.
- Khả năng liên kết của albumin giảm (giảm albumin huyết, nhiễm toan, thuốc ...)
- Có sự hạn chế của men glycuronyl transferase (do ngạt, nhiễm toan, kém chất lượng ...) do đó làm giảm khả năng chuyển bilirubin gián tiếp thành trực tiếp.
- Sự bài tiết tại ruột bị đảo lộn do không có tạp khuẩn.
- Chu trình ruột gan kém.

2.2. Phân loại của các loại vàng da sơ sinh

Có 2 nhóm lớn vàng da tuỳ theo loại bilirubin.

2.2.1. Vàng da tăng bilirubin trực tiếp (kết hợp) loại này ít gặp nhưng nặng nhất là loại vàng da với nước tiểu thẫm mầu và phân bạc mầu. Hai nguyên nhân lớn là hẹp teo đường mật phải điều trị phẫu thuật và viêm gan.

2.2.2. Vàng da tăng bilirubin gián tiếp (tự do) là loại vàng da hay gặp nhất nếu không được theo dõi phát hiện và điều trị kịp thời thì biến chứng cực kỳ nặng đó là vàng nhân xám.

2.2.2.1. Nguyên nhân

a. Tan máu

Tan máu do bất đồng nhóm máu mẹ - con:

Là hiện tượng tan máu do miễn dịch đồng loại. Đặc thù ở tuổi sơ sinh và là nguyên nhân chính gây nên tăng bilirubin gián tiếp trầm trọng có khả năng đe doạ tính mạng trẻ.

– Bất đồng ABO

Xẩy ra tan huyết khi mẹ có kháng thể Anti A - Anti B chống lại hồng cầu A hoặc B của trẻ (Bảng 13.1)

Bảng 13.1. Sơ đồ xảy ra bất đồng

Nhóm máu mẹ	Nhóm máu con	
	Tan huyết	Không tan huyết
O	A.B.AB	O
A	B.AB	O.A
B	A.AB	O.B
AB	O	AB

Bình thường kháng thể "tự nhiên" Anti A, B trong huyết thanh mẹ nhóm "O" là những IgM không qua rau thai. Nếu vì một lý do gì đó (tổn thương bánh rau, màng đệm ...) hồng cầu con sang máu mẹ, trong máu mẹ xuất hiện kháng thể "miễn dịch" kháng hồng cầu này (A, B tuỳ theo) các kháng thể này là IgG qua được rau thai vào máu con và làm vỡ hồng cầu con theo Levine và Meyer (cli, pediatr. 1985) thì bất đồng ABO chỉ xảy ra 10 - 20% trường hợp.

Loại bất đồng ABO có thể xẩy ra ngay từ đứa con thứ nhất, vàng da sáng, xuất hiện sớm từ ngày thứ 2 - 3 sau đẻ, tăng nhanh, nước tiểu trong, phân vàng.

+ Chẩn đoán: Xét nghiệm nhóm máu Mẹ - Con, bilirubin (toàn phần, trực tiếp, gián tiếp). Nếu có bất đồng làm thêm hiệu giá kháng thể.

+ Diễn biến: Nếu được điều trị sớm bilirubin máu giảm xuống nhanh chóng, bilirubin gián tiếp chuyển dần sang trực tiếp đào thải ra ngoài, không để lại hậu quả gì. Nếu phát hiện muộn (trên 5 ngày) bilirubin gián tiếp đã ngấm vào tế bào não, trẻ đã có những dấu hiệu bất thường về thần kinh như tăng trương lực cơ, tứ chi duỗi cứng vặn xoắn, giật thì có điều trị (dù tích cực như thay máu) cũng không đem lại kết quả tốt, trẻ sẽ chết hoặc sống với di chứng thần kinh bại não.

– Bất đồng yếu tố Rh.

Xảy ra tan máu khi mẹ có hồng cầu Rh (-) con có hồng cầu Rh (+) số người có hồng cầu Rh (-) ở châu Âu cao hơn châu Á (5 - 15% dân số) ở Việt Nam chưa có công bố của Viện Huyết học, nhưng tại Viện BVBMTSS gặp không nhiều. Nhưng

kháng thể miễn dịch chống D của mẹ qua được rau thai vào vòng tuần hoàn con gây tán huyết rất mạnh, thường lưu lại trong máu mẹ gần như vĩnh viễn sau lần máu mẹ có tiếp xúc với kháng nguyên D, vì vậy vàng da tan huyết do bất đồng Rh có thể xẩy ra ngay từ đứa con đầu lòng nếu lượng kháng thể cao, nhưng thường là những lần mang thai sau càng ngày càng nặng.

+ Chẩn đoán:

Nghĩ tới khi trẻ có vàng da sớm, vàng đậm kèm theo tiền sử gia đình nhưng chủ yếu vẫn phải dựa vào xét nghiệm nhóm máu, Rh mẹ - con.

Công thức máu, Hb giảm mạnh, bilirubin gián tiếp tăng rất nhanh và cao, Test Coombs trực tiếp dương tính.

+ Diễn biến: Thường bất đồng Rh mà không được quản lý hoặc tiêm phòng thì bilirubin gián tiếp quá cao, dễ để lại di chứng vàng da nhân, thể nặng trẻ bị tan máu mạnh từ khi còn là thai nhi, sinh ra đã vàng đậm thiếu máu, gan lách to, phù toàn thân, suy tim, phù bánh rau, thường là tử vong sớm sau đẻ.

– Bất đồng các yếu tố hiếm: Thường vàng da không trầm trọng nhưng kéo dài, thể trạng trẻ ban đầu không bị ảnh hưởng nhưng về lâu dài sẽ biểu hiện lách to và biến dạng xương.

• Tan máu - thiếu máu do các loại khác:

– Thứ phát: trẻ có khối máu tụ, xuất huyết dưới da, khi tiêu huyết, tăng giải phóng bilirubin, còn gặp ở trẻ non tháng, ngạt và nhiễm trùng.

– Tiên phát: trẻ mắc các bệnh huyết tán bẩm sinh như Minkowsky Chauffard, Thalasemia ...

b. Vàng da tăng bilirubin gián tiếp do thiếu hoặc rối loạn các men kết hợp thiếu men glucuronyl transferase có thể do mắc bẩm sinh như bệnh Gilbert, thiếu men G6 PD... hoặc do trẻ non tháng, ngạt, nhiễm khuẩn... gây ức chế sản xuất các men.

2.2.2.2. Điều trị vàng da tăng bilirubin gián tiếp (tự do)

a. Ánh sáng liệu pháp:

Là phương pháp điều trị rẻ tiền, rất có tác dụng, chỉ định cho tất cả các trẻ vàng da tăng bilirubin gián tiếp trên 13mg% (22 mmol %).

Dùng ánh sáng xanh, trắng có bước sóng 420 - 480 nm, phân bố đều 5 - 6 Uw/cm^2/nm để cách xa trẻ 50cm. Đặt trẻ trong lồng ấp, không mặc quần áo, có băng đen bảo vệ mắt trẻ.

Cho ánh sáng chiếu trực tiếp lên da trẻ, 3 giờ thay đổi tư thế trẻ 1 lần, sau từ 5 - 6 giờ chiếu nghỉ 1 giờ, tiếp tục cho tới khi mức bilirubin gián tiếp xuống mức bình thường (Hình 13.1). Trong thời gian chiếu thêm số lượng ăn 20ml/kg/ngày.

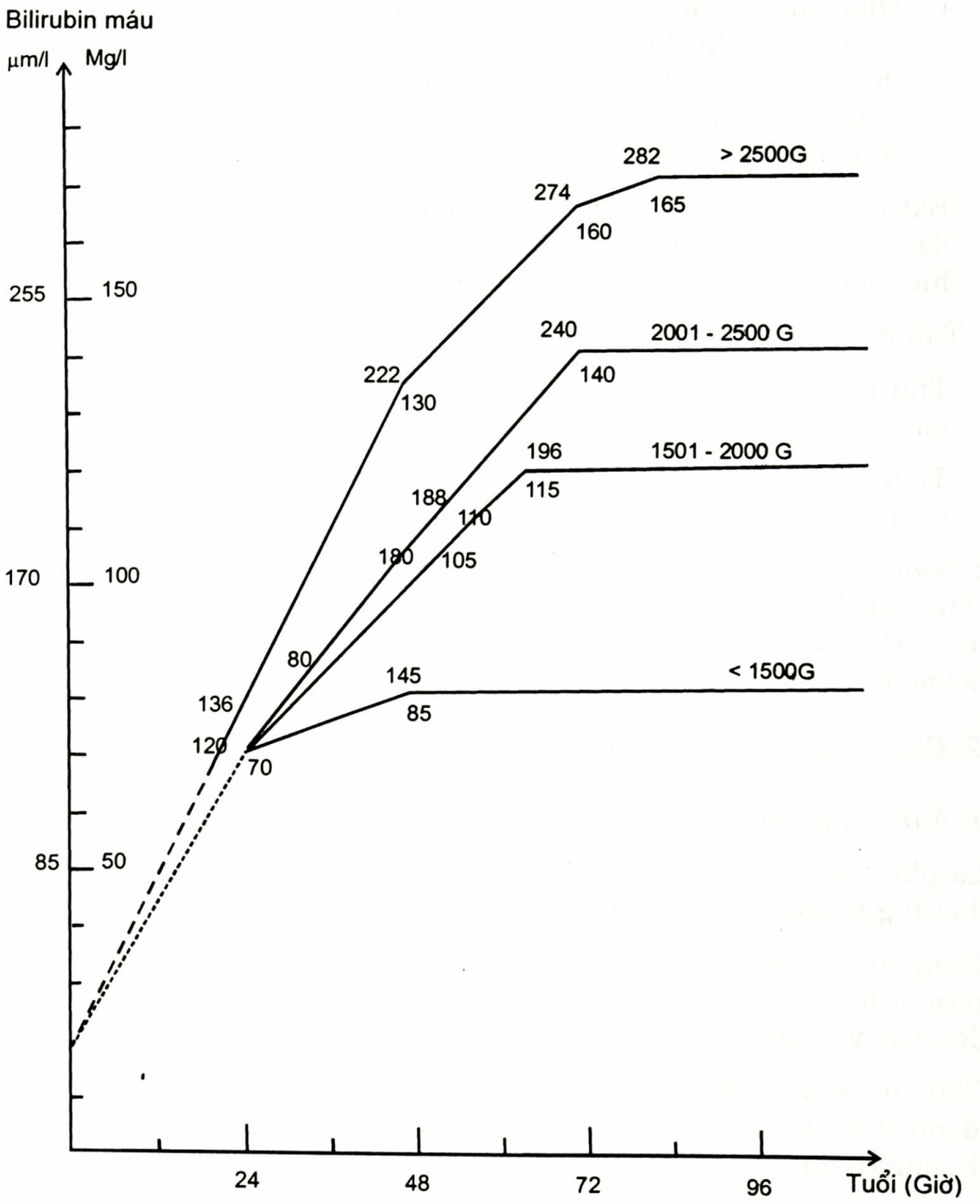
b. Thay máu:

Chỉ định thay máu khi có bilirubin gián tiếp cao trên 20mg% (34mmol%)

- Chọn nhóm máu phụ thuộc vào nhóm máu của con và mẹ (bảng 13.1).
- Thời điểm thay: Phụ thuộc vào cân nặng, ngày tuổi của trẻ (hình 13.1).
- Lượng máu: 150 - 200ml/kg.
- Kỹ thuật thay máu: có bài riêng.

c. Gacdenan: 5mg/kg/24 giờ x 3 ngày.

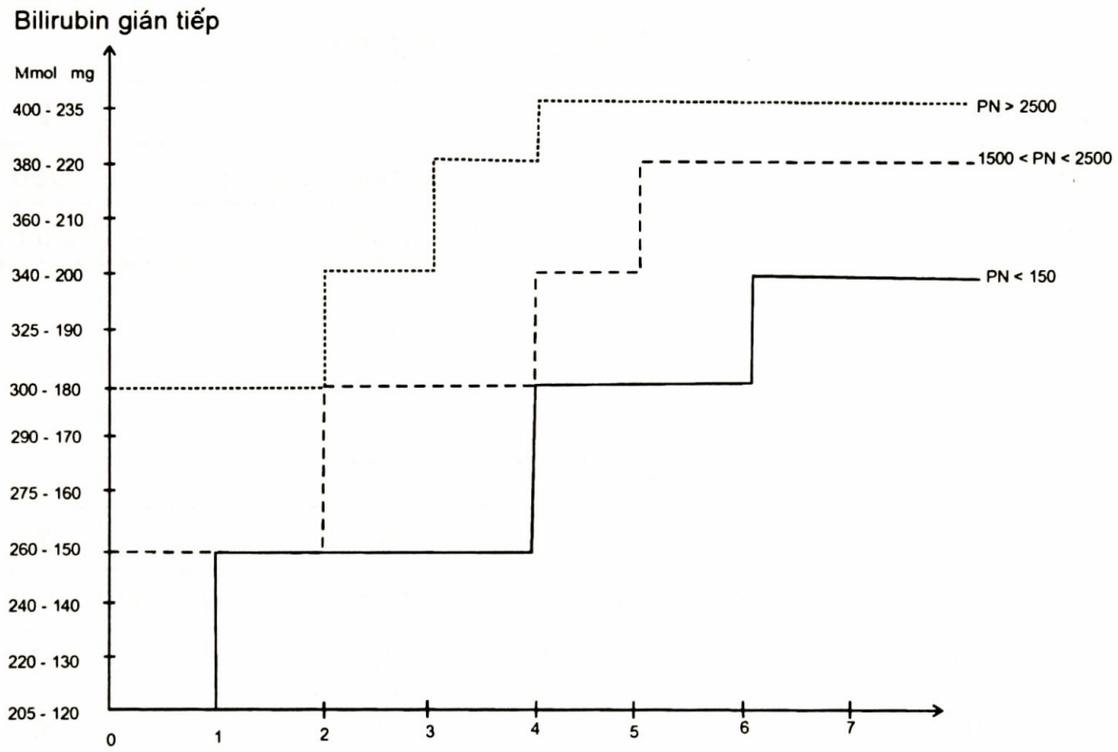
d. Truyền Albumin: 1 - 2 g/kg/3 giờ. Trong khi truyền albumin, cần tạm ngừng chiếu đèn.



Hình 13.1. Sơ đồ chỉ định chiếu đèn

Bảng 13.2. Chọn nhóm máu

Nhóm con	Nhóm mẹ	Nhóm truyền
O	O, A, B, AB	O
A	A, AB O, B	A ou O O
B	B, AB O, A	B ou O O
AB	A B AB	A ou O B ou O A, B, AB ou O
O, A, B, AB	Không biết	O



Hình 13.2. Sơ đồ chỉ định thay máu

3. HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH

Suy hô hấp là một hội chứng của nhiều nguyên nhân gây nên, rất hay gặp ở thời kỳ sơ sinh, đồng thời cũng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ sơ sinh để đánh giá mức độ suy hô hấp, từ năm 1953 người ta dựa vào chỉ số Apgar để đánh giá tình trạng trẻ mới đẻ sau 5 phút, 10 phút và 15 phút (Bảng 13.3).

Bảng 13.3. Chỉ số Apgar

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

Điểm 2 < 5: Ngạt nặng

5 - 6: Ngạt vừa

> 7: Bình thường

Theo các tác giả Thuỵ Điển có thể dựa theo chỉ số Sigtuna để đánh giá nhanh hơn và khá chính xác (Bảng 13.4)

Bảng 13.4: Chỉ số Sigtuna

Điểm	0	1	2
Nhịp thở	Không thở	Chậm - không đều	Đều
Nhịp tim	Rời rạc - 0	< 100 l/ phút	> 100 l/1 phút

Điểm 0: Chết 3: Ngạt nhẹ

1 - 2: Ngạt nặng 4: Tốt

Bảng 13.5: Chỉ số Sylverman

Điểm	0	1	2
Di động lồng ngực	Cùng chiều	Kém	Ngược chiều
Co kéo cơ liên sườn	0	Ít	rõ
Lõm hõm ức	0	Ít	rõ
Đập cánh mũi	0	Ít	rõ
Tiếng rên	0	Qua ống nghe	Bằng tai

Điểm 0: Khoẻ > 4: Suy hô hấp

2 - 4: Theo dõi 8 - 10: Suy hô hấp nặng

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

3.1. Chậm tiêu dịch phổi

3.1.1. Lâm sàng: Hay gặp ở những trẻ mổ lấy thai hoặc ở những trẻ do đình chỉ thai nghén chủ động của mẹ. Không có thời gian chuyển dạ trẻ khó thở nhanh thoáng qua 80 nhịp/1 phút, co kéo các cơ hô hấp. Được cấp cứu kịp thời, trẻ đỡ khó thở, dần hồng hào trở lại, nhịp thở giảm xuống bình thường trong vòng 24 - 48 giờ.

3.1.2. X quang lồng ngực: Có 2 dấu hiệu chính.

- Phổi kém sáng.
- Có đường Kerley, đường khe phổi và đường viền màng phổi.

3.1.3. Điều trị: nên tác động để giúp trẻ tiêu dịch phổi sớm bằng cách đặt trẻ nằm sấp ép nhẹ lồng ngực cho dịch phổi thoát ra và hút dịch họng hầu.

- Thở O_2: 0,5 - 1 lít/1 phút.
- Sau 24 giờ còn khó thở thì nên cho thở áp lực dương liên tục.

3.2. Hít phải phân su và nước ối

3.2.1. Lâm sàng: gặp ở những trẻ có bất thường khi sinh, suy thai - có cử động thở trước khi thai sổ. Ngay sau đẻ trẻ như chết giả, Apgar < 4 điểm, suy hô hấp nặng, trên da và miệng, mũi đầy nước ối lẫn phân su - phổi đầy ral ứ đọng, nhịp tim nhanh nhỏ không đều, nếu không cấp cứu kịp thời trẻ sẽ chết.

3.2.2. X quang lồng ngực

Nhu mô phổi mờ không đều, có nhiều nốt đậm bờ không rõ tập trung ở rốn phổi có thể có vùng xẹp phổi thường ở bên phải.

3.2.3. Điều trị

- Hút dịch khí - phế quản qua đèn soi nội khí quản ngay tại phòng đẻ.
- Bóp bóng O_2 100% qua mặt nạ.
- Đặt nội khí quản thở máy áp lực 20 - 30 cm H_2O
- Thăng bằng kiềm toan.
- Kháng sinh
- Chống phù não
- Nuôi dưỡng.

3.3. Bệnh màng trong

3.3.1. Lâm sàng: bệnh thường gặp 30% ở trẻ non tháng, vì tổ chức phổi chưa trưởng thành, chưa sản xuất được surfactant làm các phế nang bị xẹp và chiếm 1% cá bệnh sơ sinh nói chung. Ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái (B. SALLE). Trẻ càng non tháng, thấp cân, tỷ lệ mắc bệnh càng cao hơn và tử vong giảm dần theo thời gian xuất hiện.

Tuổi thai	% bệnh màng trong
≤ 30 tuần	> 40%
31 - 32 tuần	35%
35 - 36 tuần	5%

Thời gian xuất hiện suy hô hấp	% bệnh màng trong
12 giờ đầu sau đẻ	75
13 - 24 giờ sau đẻ	69
2 - 3 ngày sau đẻ	50
4 - 5 ngày sau đẻ	24
6 - 10 ngay sau đẻ	10

- Tím tái
- Khó thở, rên rỉ, thở nhanh > 80 lần/1 phút
- Chỉ số Silverman cao > 5
- Rì rào phế nang kém

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

3.3.2. Chụp X quang lồng ngực: phổi có những hình ảnh đặc biệt thể hiện trên phim theo từng giai đoạn

- Giai đoạn 1: Hình ảnh ứ khí trong các nhánh phế quản lớn.
- Giai đoạn 2: Hình ảnh lấm tấm các hạt mờ rải rác 2 phế trường.
- Giai đoạn 3: Hình ảnh mạng lưới cả 2 phổi do các tổ chức kẽ bị phù.
- Giai đoạn 4: Phổi mờ đều không phân biệt rõ bờ tim do các phế mang bị xẹp, khí không vào được phế nang.

3.3.3. Điều trị

- Thở O_2 qua lều: 0,5 - 1 lít/1 phút
- Đặt nội khí quản thở máy với PEEP từ +1 đến + 4.
- Truyền huyết thanh tĩnh mạch: 60 - 150ml/kg/ngày (tuỳ theo lượng ăn của trẻ).
- Chống toan: Bằng dung dịch natribicarbonat theo công thức

  XmEq = 0,3 x BE x P

  P: Kg cơ thể, BE: Kiềm dư.
- Chống nhiễm khuẩn - Chống rối loạn thân nhiệt.

3.3.4. Diễn biến: Trước đây bệnh này tử vong 100% trong vòng 24 giờ, ngày nay nhờ có các tiến bộ khoa học như surfactant nhân tạo, máy hô hấp nhân tạo nên đã cứu sống được 70 - 80% trẻ bị bệnh, tiến triển tốt thì các dấu hiệu suy hô hấp giảm dần, các màng trong được thực bào đến phá huỷ, các tế bào phế nang phục hồi, trưởng thành dần và sản xuất được surfactant, dung tích khí dự trữ cơ năng của phổi được hoàn thiện, muốn trẻ bình phục tốt thì phải phát hiện sớm, điều trị kịp thời ở giai đoạn 1 và 2 của bệnh. Tránh sang giai đoạn 3 và 4 vì trẻ thường tử vong ở hai giai đoạn này.

3.3.5. Phòng bệnh

- Hạn chế trẻ bị đẻ non.
- Giảm tình trạng ngạt sau đẻ.
- Mẹ có nguy cơ đẻ non nên cho uống hoặc tiêm bắp dexamethason 5mg/12 giờ x 2 ngày trước đẻ (theo Liggins và Howie)

3.4. Nhiễm khuẩn phổi (viêm phổi)

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

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

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

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

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

- Lâm sàng: trẻ quấy khóc, bú yếu nhịp thở nhanh - khó thở - sốt hoặc không - có ran ẩm nhỏ hạt rải rác hai phế trường.
- X quang lồng ngực: có hình ảnh viêm phế quản phổi hai bên, thường tổn thương bên phải sớm và nặng hơn.
- Điều trị: sử dụng kháng sinh phổ rộng và có hiệu quả với cả hai loại Gram (-) và (+).
- Tiến triển: Phần lớn trường hợp khỏi nếu phát hiện sớm và điều trị kịp thời, vẫn còn trường hợp nặng, điều trị dai dẳng, suy hô hấp kéo dài và tử vong.

PHÒNG CHỐNG NHIỄM KHUẨN TRONG SẢN - PHỤ KHOA VÀ KHHGĐ

PGS.TS Nguyễn Đức Vy

1. MỞ ĐẦU

Cho tới nay, nhiễm khuẩn trong Sản - Phụ khoa và KHHGĐ vẫn còn là một vấn đề tai biến đứng thứ hai sau chảy máu, cả về số lượng và nguyên nhân gây tử vong bà mẹ và sơ sinh ở các nước đang phát triển, lạc hậu. Tại các nước đang phát triển gần như không còn đến những vấn đề viêm phúc mạc sau đẻ, nhiễm khuẩn máu sau đẻ, uốn ván rốn sơ sinh ... và thậm chí sau các thủ thuật sản khoa.

Ở Việt Nam tuy đã cố gắng và đẩy mạnh các biện pháp phòng, chống nhiễm khuẩn sản khoa bằng nhiều giải pháp tuy nhiên tỷ lệ nhiễm khuẩn sản khoa giảm chậm: Năm 2001 chiếm 13,05% trong tai biến sản khoa; Năm 2002 là 7,66% và năm 2003 là 7,33% (Hội nghị Phụ - Sản toàn quốc ở Bình Dương từ ngày 14 - 15/7/2004 - Báo cáo của các Tỉnh trong cả nước) và tử vong mẹ do nhiễm khuẩn sản khoa của 03 năm trên đây là 4,53% (2001), 1,89% (2002) và 2,98% (2003) vẫn là không ổn định việc giảm nhiễm khuẩn một cách chắc chắn trong Sản - Phụ khoa và sinh đẻ có kế hoạch (do nạo, hút thai, đặt dụng cụ tử cung tránh thai không đảm bảo vô khuẩn).

2. CÁC LOẠI BỆNH CẢNH LÂM SÀNG NHIỄM KHUẨN HAY GẶP TRONG SẢN - PHỤ KHOA

1. Viêm âm hộ: môi lớn, môi bé, tuyến Bartholin
2. Viêm âm đạo
3. Viêm cổ tử cung và ống cổ tử cung.
4. Viêm phần phụ buồng trứng, vòi tử cung, dây chằng rộng.
5. Viêm niêm mạc tử cung
6. Viêm cơ tử cung.
7. Viêm phúc mạc tiểu khung hoặc toàn bộ.
8. Nhiễm khuẩn máu.

3. ĐƯỜNG THÂM NHẬP CHỦ YẾU CỦA VI KHUẨN VÀO CƠ THỂ

1. Qua đường sinh dục dưới (âm hộ - âm đạo).
2. Đường máu.
3. Đường bạch huyết (bạch mạch)

Vi khuẩn (vi sinh vật) có trong môi trường sống của chúng ta, ở dụng cụ và phương tiện y tế dùng trong các thủ thuật đỡ đẻ, nạo, hút thai, khám phụ khoa và phẫu thuật ... và đôi khi do từ bàn tay của người làm các thủ thuật Sản - Phụ khoa, đỡ đẻ không được khử trùng tốt, thậm chí không đi găng vô khuẩn gây nên... Đặc biệt là vi khuẩn có trong đường sinh dục của người phụ nữ chưa được khámvà điều trị trước.

4. CÁC YẾU TỐ THUẬN LỢI GÂY NÊN NHIỄM KHUẨN VÀ CÁC VẤN ĐỀ PHÒNG CHỐNG NHIỄM KHUẨN

4.1. Các điều kiện thuận lợi cho nhiễm khuẩn xảy ra

- Người phụ nữ khi có thai sẽ có phần suy giảm miễn dịch, vì vậy khả năng chống đỡ với các loại nhiễm vi khuẩn cũng giảm sút, do đó dễ bị nhiễm khuẩn hơn (đặc biệt nếu bà mẹ mang thai lại thiếu máu, suy dinh dưỡng, nhẹ cân, có bệnh tật thì càng là yếu tố thực sự nguy hiểm khi có nhiễm khuẩn cơ hội).
- Khi có thai, các bộ phận ở đường sinh dục dưới và kể cả ở đầu vú đều có hiện tượng tăng tiết dịch nhất là ở các chị em đang có viêm nhiễm đường sinh dục dưới chưa được điều trị chu đáo (do chưa được khám thai, khám phụ khoa phát hiện)
- Bộ phận sinh dục nữ lại là nơi thông thương giữa bên ngoài vào trong cơ thể (từ âm hộ, âm đạo, cổ tử cung lên đến vòi tử cung, vào tiểu khung ...) trong đó âm hộ, âm đạo nơi có các nếp gấp ngang, dọc và các cùng đồ, các kẽ môi lớn, môi bé, lỗ ngoài tử cung lại là nơi giúp vi khuẩn tồn tại và phát triển; mặt khác, lỗ niệu đạo ở phía trên, lỗ hậu môn ở phía dưới đều có nguy cơ gây nhiễm trùng vào âm hộ và âm đạo vì những vi khuẩn từ hai nơi này như lậu cầu, tạp khuẩn, E.Coli ... là phổ biến.
- Trong thời kỳ chuyển dạ, hiện tượng mở cổ tử cung do cơn co tử cung gây nên hiện tượng nhiễm trùng ngược dòng từ dưới lên (như một bơm hai chiều khi có cơn co và hết cơn co) hoặc khi can thiệp đỡ đẻ hoặc mổ lấy thai.
- Các thủ thuật như khám và thăm khám lúc chuyển dạ, lúc nạo, hút thai, lúc bóc rau nhân tạo đều là những điều kiện gây ra nhiễm khuẩn do người làm thủ thuật không đảm bảo đúng quy trình kỹ thuật: vô khuẩn trong sản khoa, về dụng cụ, phương tiện, môi trường làm thủ thuật không an toàn ... là điều kiện gây nhiễm khuẩn tăng lên. Do vậy chú ý tới 4 nội dung vô khuẩn trong sản khoa là điều không thể bỏ qua (theo Chuẩn quốc gia 2004)

  (1) Cơ sở hạ tầng phải đảm bảo tiêu chuẩn quy định

  (2) Các phương tiện dụng cụ vô khuẩn tốt.

  (3) Người sản phụ phải được phục vụ và tự lo chăm sóc vệ sinh trước đẻ, thủ thuật theo quy định.

(4) Người thầy thuốc phải nghiêm túc thực hiện quy trình kỹ thuật về vô khuẩn đối với chuẩn đã quy định (y phục, rửa tay... theo quy trình của Bộ Y tế đã quy định)

4.2. Các phương pháp kỹ thuật cơ bản chống nhiễm khuẩn

4.2.1. Với các dụng cụ y tế

4.2.1.1. Làm sạch: là việc sử dụng các tác động vật lý để tẩy, rửa sạch các chất bẩn bám ở bộ phận cơ thể bên ngoài hay dụng cụ phương tiện mà mắt thường có thể nhìn thấy được, thậm chí có thể khó nhìn thấy nhưng có thể ngửi thấy mùi... dịch, dị vật và các chất không màu. Thường dùng vòi nước, xà phòng, bàn chải, găng tay.

4.2.1.2. Sát khuẩn: là bước tiếp theo làm sạch hoặc làm ngay từ đầu - đó là cách tiêu diệt hoặc có khả năng chặn sự phát triển, lây lan của vi sinh vật trên da, mô hoặc các dụng cụ cấp cứu khẩn thiết và tạm thời ban đầu ví dụ: dội cồn lên tay, xoa các loại dung dịch, keo, nước sát khuẩn đã đóng sẵn trong chai, lọ, bôi dung dịch sát khuẩn như Betadine hoặc dung dịch cồn iod 1 - 1,5% hoặc cồn 90° ...

4.2.1.3. Khử khuẩn: làm cho hầu hết các vi sinh vật bị tiêu diệt trừ một số loại nha bào. Khử khuẩn có thể đạt được mức độ cao là tiêu diệt hết các loại vi sinh vật (bằng đun sôi trong 30 phút liên tục hoặc các hoá chất mạnh như Cidex, phenol (1 - 2%) ngâm trong 30 phút ... tất nhiên có những nha bào vẫn chưa bị chết do vậy đây vẫn không phải là phương pháp tiệt khuẩn (ví dụ: chỉ luộc sôi 30 phút dụng cụ cũng vậy).

4.2.1.4. Tiệt khuẩn: là quá trình tiêu diệt tất cả các loại vi sinh vật (gồm vi sinh, vi khuẩn, nấm, ký sinh trùng, cả nha bào ...) với các phương pháp phổ biến là:

Bằng nhiệt độ cao như lò sấy hoặc nồi hấp (sấy khô, hấp ướt) trong đó có các tủ sấy điện cho các dụng cụ kim loại với nhiệt độ 160^{0}C - 170^{0}C trong thời gian 1-2 giờ và với dụng cụ thuỷ tinh, đồ vải ở nhiệt độ 120^{0}C trong 2 giờ.

Khi dùng nồi hấp ướt có quy trình vận hành rõ rệt trong sự tương quan của áp suất tính theo Kg/cm^2 thì tương đương với nhiệt độ C là bao nhiêu? hoặc nhiệt độ F là bao nhiêu? Ví dụ: với áp suất là 1,05Kg/cm^2 thì sẽ đạt nhiệt độ hấp tiệt trùng là 120^{0}C và tương đương với 148^{0}F. Thời gian cho từng loại dụng cụ hấp cũng quy định rõ; ví dụ: đồ vải là 30 phút; găng tay 15 phút; các đồ dùng cứng (kim loại, thuỷ tinh là 30 phút) và dụng cụ sẽ được lấy ra khi nồi hấp đã hết nóng.

Chú ý: các loại dụng cụ đã được tiệt khuẩn như trên phải được xếp trong các hộp (theo bộ đồ của từng loại thủ thuật, phẫu thuật) đương nhiên các hộp này cũng đã được vô khuẩn tuyệt đối và đề nhãn sau 72 giờ (3 ngày) nếu chưa dùng đến lại phải tiệt trùng lại theo đúng quy tắc trên cho từng loại.

Phương pháp đốt nóng bằng cồn 90^{0}C là dùng ngọn lửa để diệt vi sinh vật bám ở dụng cụ, phương tiện hành nghề chỉ dùng khi cần thiết khẩn cấp và thiếu phương tiện tiệt khuẩn - trong thời gian ngắn tác dụng tiệt khuẩn rất cao xong chưa hẳn đã an toàn (cháy, nổ, chưa đốt hết khe kẽ dụng cụ và dễ làm giảm tuổi thọ dụng cụ...).

Tiệt khuẩn bằng hóa chất: ngâm các dụng cụ cao su, nhựa theo hướng dẫn cụ thể cho từng loại dung dịch citex, chloramin...

4.2.1.5. Vô khuẩn: Đây là một thuật ngữ có ý nghĩa chung nhằm đẩy mạnh công tác và ý thức trách nhiệm của cả cộng đồng trong việc kết hợp các phương pháp hoặc sử dụng phương pháp thích hợp hiện có ở cơ sở y tế hoặc gia đình nhằm phòng, chống nhiễm khuẩn nói chung và đặc biệt là trong công tác chăm sóc sức khoẻ sinh sản mà hàng đầu là sản phụ khoa và sinh đẻ có kế hoạch.

4.2.2. Với người cung cấp, thực hiện các kỹ thuật, dịch vụ chuyên môn cụ thể là:

Khi vào phòng thủ thuật (khi tiến hành các thủ thuật sản, phụ khoa, kế hoạch hoá gia đình và phẫu thuật) cần phải:

4.2.2.1. Bỏ giầy, dép, guốc đang đi ở ngoài thay bằng dép, guốc của phòng thủ thuật, phòng mổ đã chuẩn bị sẵn và quy định riêng (với các kỹ thuật cao như mổ nội soi còn phải đi thêm tất vô khuẩn (bốt) bọc hết tất cả giầy, dép, guốc nữa).

Các thành viên tham gia kíp mổ đều phải mặc quần, áo vô khuẩn, đội mũ, đeo khẩu trang vô khuẩn, tóc phải ở trong mũ (nam cũng như nữ), khẩu trang phải che kín mũi (nếu đang bị bệnh lây như cúm, viêm họng, ho, sốt hoặc có ghẻ, lở, vết thương ở tay, chân... thì không được tham gia làm việc trong phòng này).

4.2.2.2. Kíp thủ thuật, phẫu thuật (kể cả trợ thủ viên, dụng cụ viên) đều phải cắt ngắn móng tay, rửa tay theo bản quy trình hướng dẫn của phòng kỹ thuật: với bàn chải, xà phòng vô khuẩn theo quy trình rửa tay hoặc nếu có điều kiện thì rửa bằng dung dịch Chlohexidin gluconaat (còn có tên Microshield 2-4%). Sau đó lau khô tay bằng khăn đã vô khuẩn; ngâm tay vào dung dịch sát khuẩn như chloramin pha loãng hoặc cồn 70^0 hoặc cồn pha iod của phòng mổ mới pha sẵn ở chậu vô khuẩn sau đó mới đi găng tay.

Cần chú ý rằng: đây là một quy trình quan trọng nhất trong phòng, chống nhiễm khuẩn trong các dịch vụ kỹ thuật sản phụ khoa và kế hoạch hoá gia đình.

4.2.2.3. Sau mỗi ca thủ thuật hoặc mổ đều phải thay găng mới vô khuẩn. Nếu găng bị rách, thủng thì cần phải rửa tay lại như trên đã nêu.

- Riêng với phẫu thuật thì phải thay cả găng và quần áo mổ mới cho mỗi ca mổ.
- Với kỹ thuật mổ triệt sản nam hoặc nữ thì tùy theo điều kiện cụ thể mà có thể chỉ thay găng cho mỗi ca mổ và sau 3 ca mổ thì phải thay cả áo mổ mới rồi mới tiếp tục làm các ca mổ tiếp theo.

4.2.2.4. Các dụng cụ phương tiện sử dụng trong thủ thuật, phẫu thuật bao gồm:

- Các thiết bị: bàn mổ, bàn đẻ, bàn khám phụ khoa và làm kế hoạch hoá gia đình phải được làm sạch và tẩy uế hàng ngày.
- Các dụng cụ: kim loại, cao su, nhựa, vải, thuỷ tinh... phải được bảo quản trong hộp hoặc túi đóng sẵn của nơi sản xuất còn thời gian an toàn mới sử dụng (còn niêm phong đóng gói).

- Các phương tiện: nội soi, thăm dò, dụng cụ tránh thai (vòng tránh thai), các que cấy tránh thai (Implanon...) đã đóng gói sẵn vô khuẩn của nhà sản xuất thì chỉ sử dụng khi bao bì không thủng, rách, còn thời hạn an toàn.

KẾT LUẬN

Thực hiện đúng và nghiêm chỉnh các quy trình kỹ thuật vô khuẩn trong các dịch vụ về sức khoẻ sinh sản mà chủ yếu là Sản - Phụ khoa và KHHGĐ nhằm vào 4 "đối tượng cần đảm bảo vô khuẩn" đó là:

- Cơ sở hạ tầng của nơi làm kỹ thuật.
- Các phương tiện, dụng cụ để làm kỹ thuật và sử dụng.
- Người dân đến sử dụng dịch vụ kỹ thuật (khách).
- Cán bộ làm dịch vụ (cán bộ y tế trong các kíp dịch vụ kỹ thuật).

Làm được đầy đủ các yêu cầu trong quy trình kỹ thuật phòng - chống nhiễm khuẩn (theo Chuẩn quốc gia 2004) với từng cơ sở y tế từ xã, phường trở lên tới tuyến cao nhất sẽ đem lại hiệu quả cơ bản và chắc chắn giúp cho việc giảm các tai biến và tử vong chung trong chương trình thực hiện Chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khoẻ sinh sản cho nhân dân.

MÃN KINH VÀ CÁC VẤN ĐỀ RỐI LOẠN BỆNH LÝ SAU MÃN KINH

PGS.TS. Nguyễn Đức Vy

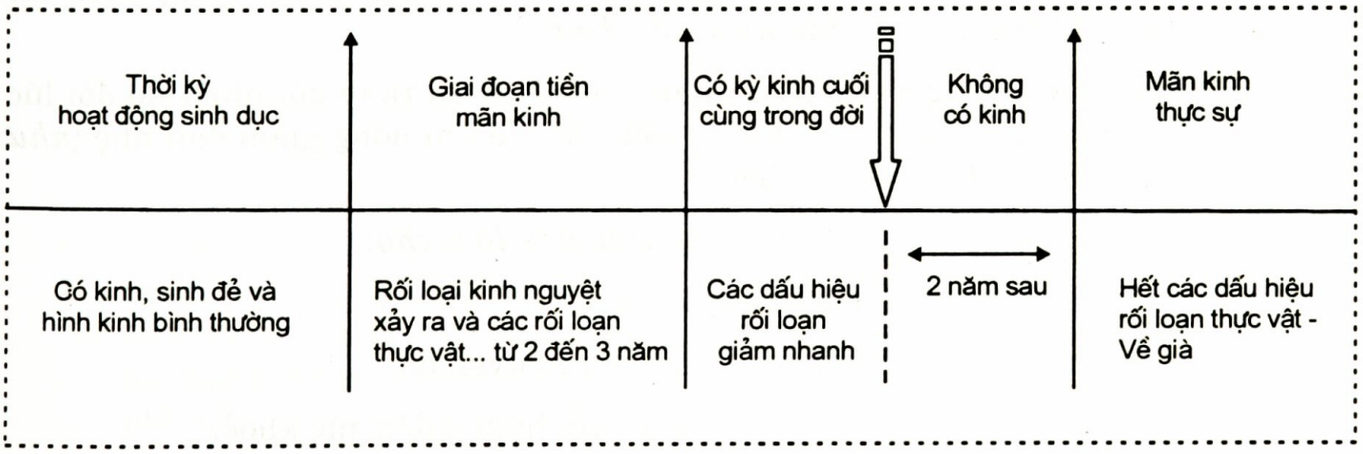
1. ĐỊNH NGHĨA

Mãn kinh là tình trạng không còn hành kinh ở người phụ nữ vì 2 buồng trứng thôi hoạt động cơ bản về nội tiết, không còn đáp ứng nhạy cảm đối với các kích thích của những hormon hướng sinh dục và không chế tiết các hormon sinh dục estrogen và progesteron do đó không còn kinh nguyệt nữa.

2. VỀ DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG

Tuổi mãn kinh của phụ nữ Việt Nam theo điều tra dân số là 48,7 tuổi và trung bình là từ 45 đến 50 tuổi.

- Mãn kinh không xảy ra đột ngột đối với phụ nữ bình thường *(đã sinh đẻ, không phải can thiệp một bệnh lý nào về nội, ngoại khoa, sản phụ khoa liên quan đến tử cung, cắt bỏ buồng trứng...)* thì sẽ diễn ra từ từ với các dấu hiệu trước mãn kinh (tiền mãn kinh) rồi đến mãn kinh hẳn 02 năm liền và sau đó là về già.
- Đó là các giai đoạn chuyển tiếp: Lúc đầu gọi là tiền mãn kinh với các thay đổi đặc biệt như kinh nguyệt không đều, có thay đổi về chu kỳ dài ra hoặc ngắn lại, thay đổi về lượng máu kinh ít đi hoặc nhiều lên và gây khó chịu cho người phụ nữ nếu kinh nhiều, kéo dài làm mệt mỏi và ảnh hưởng đến sinh hoạt. Kèm theo đó là các rối loạn về thần kinh thực vật như cơn nóng mặt *(bốc hoả),* hồi hộp, trống ngực, vã mồ hôi, cáu gắt, các vòng kinh trong giai đoạn này thường không có phóng noãn; Khả năng sinh đẻ của phụ nữ giảm hẳn. Giai đoạn này thường từ 2 đến 3 năm.
- Tiếp đó là không có kinh nữa (*mãn kinh*) nếu kể từ lần có kinh cuối cùng kéo dài suốt 2 năm sau thì đó là đã mãn kinh.



Kết thúc cuộc đời sinh sản của người phụ nữ có thể biểu thị tóm tắt từ hoạt động sinh đẻ đến mãn kinh là như sau:

3. CÁC BIỂU HIỆN RỐI LOẠN XUNG QUANH THỜI KỲ MÃN KINH

Có thể nói đa số chị em phụ nữ đi vào giai đoạn tiền mãn kinh đều có một số các biểu hiện sau đây tuỳ theo từng người mà xuất hiện nhiều, ít, dài, ngắn *(yếu tố cơ địa)* nhưng nhìn chung đều có:

- *Các rối loạn vận mạch:* cơn bốc hoả (mặt nóng, đỏ bừng) vã mồ hôi, hồi hộp, đánh trống ngực, chóng mặt.
- *Các thay đổi về tâm-sinh lý:* dễ bị kích động (cáu gắt, bực mình, khó tính hơn trước), lo lắng, nhức đầu, mất ngủ, có người phiền muộn khó tập trung, hay quên, đôi khi tính tình bất thường.
- *Có những thay đổi hoặc rối loạn về sinh hoạt tình dục như:* giao hợp đau do không tiết nhờn của các tuyến kẽ tại cơ quan sinh dục, khó khăn khi giao hợp, sợ và đi đến không thích giao hợp... điều này còn phụ thuộc vào từng châu lục, nơi sinh sống... *ví dụ*: Phụ nữ châu Á thì tỷ lệ bị rối loạn xung quanh thời kỳ mãn kinh ít hơn nhiều so với châu Âu - Ở Việt Nam có thể thấy gần 1/3 chị em phụ nữ bước vào thời kỳ mãn kinh mà không có vấn đề gì phải than phiền.

3.1. Các rối loạn vận mạch

1. *Cơn bốc hoả:* mọi phụ nữ đến tuổi này đều thấy các triệu chứng này ở những mức độ khác nhau: Nguyên nhân là do có sự giãn mạch tạm thời đưa đến cơn bốc hoả ở mặt, cổ, đầu, ngực trong vài 3 phút, tần số có thể xảy ra 20 đến 30 lần trong 24 giờ (*cả ngày và đêm*) thường xuất hiện cơn bốc hoả khi bị những tác động về tình cảm tâm lý (*lo lắng, các stress*) và tự nhiên lại mất đi.
2. *Vã mồ hôi:* sau bốc hoả là mồ hôi toát ra ướt át, đầm đìa, gây rùng mình do lạnh và có hiện tượng co mạch trở lại *(điều này hay xảy ra vào ban đêm)*.
3. *Hồi hộp:* thổn thức, đánh trống ngực.
4. *Chóng mặt:* khó chịu, cảm giác như mất thăng bằng trong chốc lát (*nhưng không phải là dấu hiệu tiền đình*).
5. *Nhức đầu:* không rõ nguyên nhân (có thể do sự thay đổi nhiệt độ đôi lúc và co giãn mạch gây nên) không kéo dài. Có khi uống giảm đau nhẹ (*như paracetamon, Panadol*) là hết.
6. *Về tâm lý chung là từ các rối loạn trên đây làm cho*:

- Dễ nóng tính, cáu gắt ở giai đoạn này.
- Hay lo lắng về sức khoẻ hoặc chưa hiểu nguyên do.
- Mất ngủ, ngủ ít hoặc ngủ không sâu ảnh hưởng đến sức khoẻ.

- Một số rất ít còn có thể bị trầm cảm hay xảy ra ở những phụ nữ có tiền sử tâm lý không ổn định từ trước thời kỳ mãn kinh.

3.2. Các dấu hiệu ở ngoài da

- Da mỏng đi và lớp mỡ dưới da giảm, khô, có nếp nhăn và có thể bị chảy xệ xuống. Dễ bị xây xát, tổn thương, nguyên nhân vì suy giảm estrogen và androgen. Việc giảm thụ thể androgen ở da sẽ làm rụng và thưa lông mu, tuyến nhờn dưới da nhỏ đi, ít chế tiết và estrogen giảm gây nên giảm thiểu lưu lượng máu tươi nuôi da, gây giảm sinh tế bào vì vậy da bị mỏng dần đi.

3.3. Các triệu chứng về tiết niệu

Do các cơ quan niệu đạo bị teo đét dần (*tuy xuất hiện muộn hơn*) nhưng sẽ gây ra:

- Són đái do lỗ đái bị mở rộng trong khi niệu đạo nữ chỉ dài 4 - 5cm là vào cổ bàng quang. Nhất là khi ho, gắng sức càng dễ bị són đái (*nước tiểu ra không tự chủ*).
- Thường phải hay đi đái gấp, đái nhiều lần.
- Có thể xuất hiện đái buốt, dắt và có nhiễm trùng tiết niệu ngược dòng hoặc do việc tưới máu vùng sinh dục - niệu bị suy giảm.

3.4. Những thay đổi ở đường sinh dục và tình dục

- Do tổ chức liên kết vùng sinh dục - niệu mỏng đi, tưới máu giảm làm cho âm hộ xơ và teo nhỏ dần; âm đạo niêm mạc teo, mỏng dần và khô nhẵn hơn dễ bị viêm trợt và sang chấn.
- Tử cung nhỏ dần, nội mạc tử cung mỏng đi và teo đét.
- Các hệ thống treo cơ quan sinh dục: cân, dây chằng bị nhão ra và có thể dẫn đến sa sinh dục.
- Từ đó gây cho người phụ nữ ngại sinh hoạt tình dục vì: giao hợp khô gây đau, rát, xây xát... về tâm lý tự cho là mình đã già ngại sinh hoạt.

3.5. Hội chứng loãng xương do mật độ xương thay đổi

- Từ 30 tuổi trở đi cả nam và nữ hàng năm sẽ mất đi 1% khối lượng xương. ở tuổi mãn kinh phụ nữ có thể mất tới 6% khối lượng xương trở lên có khi trên 10% một năm - Chủ yếu là mất thành phần calci trong xương vì hấp thu calci giảm nhiều (*cũng vì giảm estrogen và androgen gây nên...*).
- Nguy cơ gãy xương dài, xương chậu, cổ xương đùi tăng lên và một số người bị thoái hoá đốt sống lưng gây nên gù lưng, còng lưng do các xương này đã bị xốp (*Ostéoporose*) và giảm độ dày và mật độ xương - cần chú ý là sự loãng xương này diễn biến từ từ, âm thầm, nặng dần lên cho đến khi chỉ một chấn thương nhỏ đã gây sang chấn gãy xương.

3.6. Những vấn đề ở hệ thống tim mạch

- Xuất hiện tình trạng béo phì do giảm estrogen, các mô cơ nhão.
- Do giảm estrogen cho nên không còn yếu tố chống xơ vữa động mạch nhất là mạch vành của tim, não vì những điều này làm cho mạch bị co thắt lại hẹp lại (*bởi cholesterol và triglycerid trong máu tăng*) đưa đến nguy cơ tăng huyết áp, huyết khối ở động mạch vành - gây những cơn đau vùng trước tim và tai biến tim mạch xảy ra.
- Tỷ lệ bệnh tim mạch ở phụ nữ mãn kinh tăng từ 2 - 4 lần khi còn ở tuổi sinh đẻ và chưa mãn kinh (*hầu hết các nghiên cứu đều thấy rõ điều này*). Chứng tỏ vai trò của estrogen trong việc tác dụng lên thành mạch máu là quan trọng như thế nào trong việc chống xơ vữa thành mạch.

4. CÁC BỆNH DỄ MẮC PHẢI CỦA TUỔI SAU MÃN KINH (GIÀ)

4.1. Ung thư sinh dục

Từ vú, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung và ung thư niêm mạc tử cung; ung thư buồng trứng (ít hơn).

4.2. Bệnh rối loạn về tri thức (Alzheimer)

Đó là do các tế bào thần kinh bị thoái hoá, lúc đầu là quên, giảm trí nhớ, rồi mất dần các phản xạ về tri thức, dẫn tới cuộc sống phải lệ thuộc vào người khác giúp đỡ.

5. KẾT LUẬN

Hội chứng rối loạn về tâm sinh lý xảy ra do sự thiếu hụt dần estrogen của buồng trứng rồi đi đến mất hẳn estrogen đã gây ra thời kỳ rối loạn tiền mãn kinh, mãn kinh và về già có rối loạn giảm dần rồi mất đi, có rối loạn tiếp tục tồn tại và gây biến chứng nặng lên do đó nếu cần vẫn phải can thiệp điều trị với liệu pháp hormon thay thế (*có bài riêng*).

SINH LÝ PHỤ KHOA

GS. Nguyễn Khắc Liêu

1. ĐẠI CƯƠNG

Sinh lý phụ khoa nghiên cứu tất cả những vấn đề có liên quan đến những thay đổi về tính chất sinh dục và hoạt động sinh dục của người phụ nữ, chủ yếu là những hoạt động của bộ phận sinh dục nữ.

Đây là một phần rất quan trọng trong phụ khoa, góp phần hiểu biết những cơ sở của sự sinh sản và những nguyên nhân của nhiều rối loạn cũng như bệnh tật về phụ khoa.

Có thể tóm tắt những nét sau đây:

- Chức năng của bộ phận sinh dục nữ là chức năng sinh sản, tức là chức năng đảm bảo sự thụ tinh, sự làm tổ và sự phát triển của trứng trong tử cung.
- Toàn bộ những thay đổi của bộ phận sinh dục đều chịu ảnh hưởng nội tiết của trục vùng dưới đồi-tuyến yên-buồng trứng. Trục này hoạt động có chu kỳ, biểu hiện bằng kinh nguyệt xảy ra hàng tháng, là dấu hiệu lâm sàng rõ nét nhất.
- Những mối liên quan hoạt động giữa các phần của bộ phận sinh dục nữ thường được nghiên cứu đối chiếu với kinh nguyệt và cuộc đời hoạt động của người phụ nữ về sinh dục cũng được sắp xếp theo các thời kỳ: trước dậy thì, dậy thì (khi hành kinh lần đầu tiên), thời kỳ hoạt động sinh dục (thời kỳ hành kinh đều đặn) và thời kỳ mãn kinh (thôi không hành kinh) là dựa vào sự hành kinh.
- Hoạt động của vùng dưới đồi kích thích hoạt động của tuyến yên. Hoạt động của tuyến yên kích thích hoạt động của buồng trứng. Ngược trở lại, hoạt động mạnh của buồng trứng sẽ ức chế hoạt động của vùng dưới đồi theo cơ chế hồi tác (feed-back).

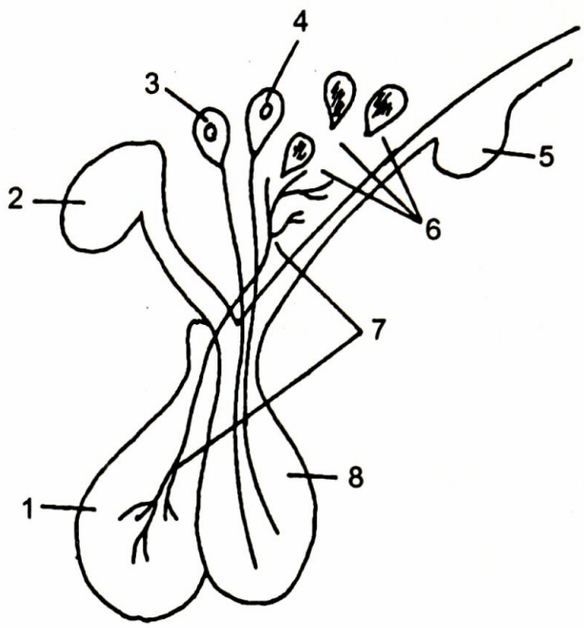
2. VÙNG DƯỚI ĐỒI

Trung khu sinh dục của vùng dưới đồi nằm trong nền của trung não, phía trên giao thoa thị giác, gồm một nhóm các nhân thần kinh giàu mạch máu, có khả năng tiết hormon. Nhân trên thị chế tiết vasopressin, nhân bên thất chế tiết oxytocin, các chất này được các sợi thần kinh dẫn xuống thuỳ sau của tuyến yên.

Củ xám, nhân bụng giữa, nhân lưng giữa và nhân cung tiết ra các hormon giải phóng. Các hormon này được chuyển xuống thuỳ trước tuyến yên (còn gọi là tuyến yên tuyến) theo một hệ tĩnh mạch gọi là hệ tĩnh mạch gánh của Popa và

Fielding. Trong số các hormon giải phóng nói trên có các hormon giải phóng sinh dục, gọi tắt là Gn-RH (Gonadotropin Releasing Hormone).

Năm 1971, Shally đã tổng hợp được LH-RH (LH-Releasing Hormone). Đó là một decapeptid có tác dụng kích thích tuyến yên chế tiết LH. Nhưng từ đó đến nay, người ta vẫn chưa tìm được một hormon giải phóng thứ hai, FSH-RH như trong giả thiết đã nêu. Đồng thời, LH-RH cũng lại có tác dụng kích thích tuyến yên chế tiết FSH. Vì thế, trong những năm gần đây, nhiều tác giả đã gọi LH-RH là Gn-RH. Nhưng cũng có những tác giả khác vẫn giữ tên cũ LH-RH, mặc dầu chất này có cả khả năng kích thích tuyến yên sản sinh ra FSH như đã nói ở trên.



Hình 16.1. Mối liên quan giữa vùng dưới đồi và tuyến yên về giải phẫu

1. Thuỳ trước tuyến yên
2. Chiasma opticum
3. Nhân trên thị (chế tiết vasopressin)
4. Nhân bên thất (chế tiết oxytocin)
5. Thể vú
6. Các nhân chế tiết hormon giải phóng
7. Hệ mạch gánh
8. Thuỳ sau tuyến yên

3. TUYẾN YÊN

Tuyến yên nằm trong hố yên, nặng khoảng 0,5g, có hai thuỳ. Thuỳ trước là một tuyến nội tiết nên còn được gọi là tuyến yên tuyến (adenohypophysis). Thuỳ sau là một mô giống thần kinh, còn được gọi là tuyến yên thần kinh (neurohypophysis), không phải là tuyến nội tiết.

Đứng về phương diện hoạt động sinh dục mà nói, thuỳ trước tuyến yên chế tiết các hormon hướng sinh dục kích thích các tuyến sinh dục, đồng thời chế tiết prolactin kích thích tuyến vú.

Có hai hormon hướng sinh dục, FSH và LH. Cả hai đều là glycoprotein.

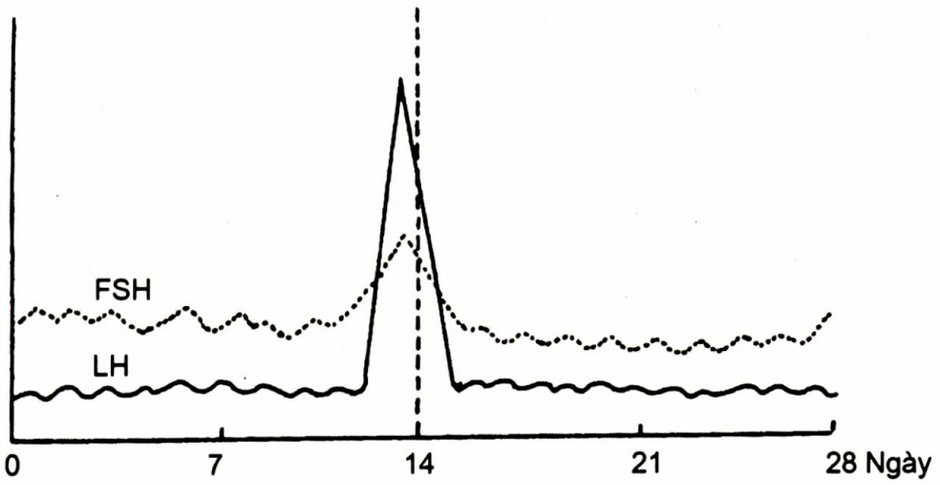
FSH (Follicle stimulating hormone) kích thích nang noãn của buồng trứng phát triển và trưởng thành (chín).

LH (Luteinzing hormone) kích thích nang noãn trưởng thành phóng noãn, kích thích hình thành hoàng thể và kích thích hoàng thể chế tiết. Như vậy LH của loài người làm cả nhiệm vụ của LTH (Luteotrophic hormone) của một số loại gậm nhấm.

Prolactin là một hormon protein kích thích tuyến vú tiết sữa.

FSH và LH có các đường cong chế tiết trong chu kỳ kinh gần như song song với nhau và có đỉnh cao vào trước phóng noãn một ngày. Tuy nhiên, đỉnh FSH không cao đột ngột như đỉnh LH, cũng không tăng nhiều như đỉnh LH. Vào trước ngày phóng noãn, đỉnh LH có khi đạt trị số gấp tới 5 - 10 lần so với trước đó. Vào nửa sau của vòng kinh, trị số của FSH hơi thấp hơn so với vào nửa đầu của vòng kinh.

LH như đã nói, vài ngày trước phóng noãn có thể tăng nhanh đột ngột, đạt đỉnh cao trước phóng noãn 1 ngày, sau đó lại giảm nhanh, xuống mức như trước khi phóng noãn.



Hình 16.2. Lượng FSH và LH huyết thanh trong vòng kinh

4. BUỒNG TRỨNG

Là tuyến sinh dục nữ, thường có 2 buồng trứng, nặng 8 - 15g. Có hai chức năng: chức năng ngoại tiết tạo noãn chín và chức năng nội tiết tạo các hormon sinh dục.

Buồng trứng có rất nhiều nang noãn. Số lượng các nang noãn này giảm rất nhanh theo thời gian. Khi còn là thai nhi với tuổi 20 tuần, hai bên buồng trứng có 1,5 - 2 triệu nang noãn nguyên thuỷ. Nhưng khi em bé gái ra đời, số lượng các nang noãn này đã giảm xuống rất nhiều, chỉ còn chừng 200.000 - 300.000, nghĩa là giảm đi khoảng 10 lần trong thời gian 20 tuần. Vào tuổi dậy thì, số lượng nang noãn chỉ còn 20.000 - 30.000. Tuy tốc độ giảm có chậm hơn, nhưng cũng là một vấn đề đáng suy nghĩ về số phận và khả năng của những nang noãn còn lại. Sự giảm số lượng các nang noãn là do các nang noãn bị thoái triển teo đi. Nhưng các nang còn lại cũng trên đà thoái triển, mặc dầu chậm chạp, từ từ hơn. Nếu những noãn nằm trong các nang này được thụ tinh muộn thì các phôi được hình thành có thể có khả năng bị đe doạ về phát triển.

Buồng trứng không có khả năng sản sinh những nang noãn mới, khác với tinh hoàn có khả năng sản sinh tinh trùng mới và tinh trùng luôn luôn trẻ.

4.1. Hoạt động sinh sản

Nang noãn nguyên thuỷ có đường kính 0,05mm. Dưới tác dụng của FSH, nang noãn lớn lên, chín. Nang noãn chín còn gọi là nang Graaf, có đường kính 1,5-2cm. Noãn chứa trong nang này cũng chín và chịu tác dụng phân bào. Noãn chín có đường kính 0,1mm (100 mieromet).

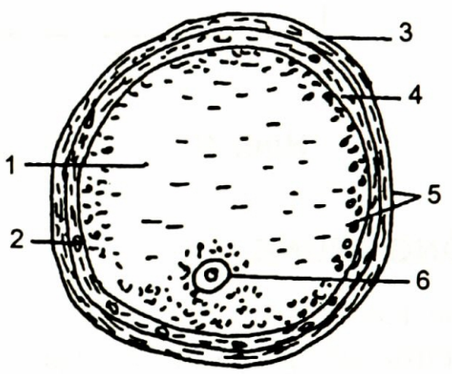
Trong mỗi vòng kinh thường chỉ có một nang noãn phát triển để trở thành nang Graaf. Đó là nang nhạy nhất trong vòng kinh ấy. Nang này phát triển từ một nang đã đang phát triển dở dang từ cuối vòng kinh trước, chứ không phải từ một nang nguyên thuỷ như những lý thuyết cũ đã nêu.

Nang noãn chín là một nang có hốc (nang rỗng) có các thành phần:

- Vỏ nang ngoài làm bởi các sợi liên kết, thực sự chỉ có tác dụng bọc lấy nang.
- Vỏ nang trong có nhiều mạch máu, là một tuyến nội tiết, có khả năng chế tiết estrogen.
- Màng tế bào hạt có tới 10 - 15 lớp tế bào hạt.
- Noãn trưởng thành đã phân bào giảm số và có 22 nhiễm sắc thể thân và một nhiễm sắc thể giới X.
- Hốc nang chứa dịch nang (liquor folliculi) trong có estron

Dưới tác dụng của LH, nang noãn càng chín nhanh, lồi ra phần ngoại vi của buồng trứng rồi vỡ, phóng noãn ra ngoài. Đó là hiện tượng phóng noãn.

Cũng dưới tác dụng của LH, phần còn lại của nang noãn tại buồng trứng dần dần biến thành hoàng thể. Vào cuối vòng kinh, khi LH tụt xuống trong máu, hoàng thể teo đi, để lại sẹo trắng, gọi là vật trắng hay bạch thể.



Hình 16.3. Nang noãn chín (nang Graaf)

1. Dịch nang;
2. Mạch máu;
3. Vỏ nang ngoài;
4. Vỏ nang trong;
5. Tế bào hạt;
6 Noãn

4.2. Hoạt động nội tiết

Các tế bào hạt và những tế bào của vỏ nang trong chế tiết ra 3 hormon chính: estrogen, progesteron và androgen. Các hormon này là hormon sinh dục, có nhân steran nên còn được gọi là steroid sinh dục.

- Vỏ nang trong chế tiết estrogen.
- Các tế bào hạt của hoàng thể chế tiết progesteron.
- Các tế bào của rốn buồng trứng chế tiết androgen (hormon nam).

Nang noãn có thể coi là một đơn vị hoạt động của buồng trứng cả về phương diện sinh sản, cả về phương diện nội tiết. Thật vậy, nang noãn chín có khả năng phóng ra một noãn chín để thụ tinh được. Các hormon của nang noãn và của hoàng thể đủ để làm thay đổi niêm mạc tử cung giúp cho trứng làm tổ, và nếu như người phụ nữ không thụ thai thì cũng đủ gây được kinh nguyệt.

5. TÁC DỤNG CỦA CÁC HORMON SINH DỤC NỮ

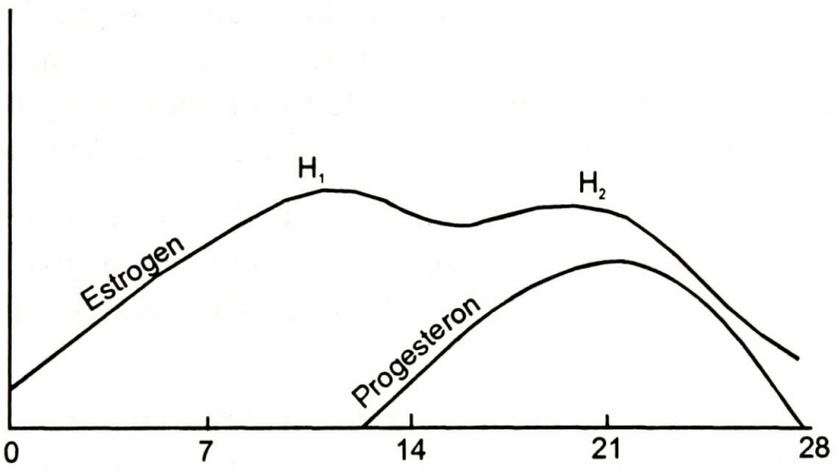
5.1. Estrogen

Gọi là estrogen vì đây là những chất gây động dục (estrus) cho chuột cái đã bị cắt bỏ hai buồng trứng. Buồng trứng chế tiết estrogen dưới sự kích thích của LH kết hợp với FSH. Cũng vì lượng FSH và LH thay đổi có chu kỳ nên lượng estrogen cũng thay đổi có chu kỳ.

Có 3 loại estrogen chính của buồng trứng là estradiol, estron và estriol. Đối với niêm mạc tử cung, estradiol có tác dụng mạnh gấp 8 - 10 lần so với estron. Estriol rất ít có tác dụng lên niêm mạc tử cung.

Trong vòng kinh, estrogen có hai đỉnh cao, một ở vào trước ngày phóng noãn do sự tăng chế tiết cực đại của nang noãn chín. Người ta thấy rằng sự tăng cao này của estrogen đã dẫn đến đỉnh cao của LH vào trước phóng noãn 1 ngày. Đó là do estrogen đã làm tăng nhạy cảm của tuyến yên đối với LH-RH của vùng dưới đồi nên tuyến yên đã tăng tiết LH nhanh chóng.

Đỉnh cao thứ hai của estrogen xảy ra sau ngày phóng noãn khoảng một tuần, vào thời điểm hoạt động mạnh nhất của hoàng thể.



Hình 16.4. Thay đổi hàm lượng estrogen và progesteron vòng kinh

Tác dụng cụ thể của estrogen được trình bày dưới đây.

5.1.1. Đối với cơ tử cung

- Làm phát triển các sợi cơ tử cung, làm tăng độ lớn, độ dài và số lượng các sợi cơ. Từ đó làm tử cung to ra.

- Làm tăng nhạy cảm của cơ tử cung đối với oxytocin. Vì thế estrogen được coi là nhân tố dễ gây sẩy thai.

5.1.2. Đối với niêm mạc tử cung

- Kích thích phân bào, tăng sinh niêm mạc tử cung, được coi là một hormon sinh ung thư niêm mạc tử cung, gây ung thư rõ rệt nhất trong tất cả các loại hormon hiện biết.
- Vì nồng độ estrogen trong máu dao động có chu kỳ nên sự phát triển của niêm mạc tử cung cũng thay đổi theo trong vòng kinh, dẫn đến quá trình phát triển, bong rụng và chảy máu kinh nguyệt có chu kỳ. Nếu có thêm vai trò cộng đồng của progesteron, sự diễn biến bằng kinh nguyệt lại càng rõ nét.

5.1.3. Đối với cổ tử cung

- Kích thích chế tiết chất nhầy cổ tử cung, làm chất nhầy tăng nhiều, trong và loãng, tạo điều kiện thuận lợi cho tinh trùng thâm nhập lên đường sinh dục trên của người phụ nữ.
- Song song với việc tăng tiết chất nhầy, lỗ cổ tử cung mở rộng, tạo điều kiện cho tinh trùng thâm nhập.

5.1.4. Đối với âm đạo

- Làm phát triển biểu mô âm đạo, làm dầy thành âm đạo thông qua tác dụng duy trì, làm chậm bong các tế bào của biểu mô âm đạo. Ở những người kém hoạt động của buồng trứng như ở người mãn kinh lâu năm, người đã bị cắt bỏ hai buồng trứng, do thiếu trầm trọng estrogen, âm đạo sẽ bị teo mỏng, âm đạo sẽ bị teo mỏng, dễ chảy máu khi va chạm.
- Làm biểu mô âm đạo chứa glycogen. Vì thế khi bôi Lugol vào âm đạo sẽ có màu nâu thẫm do iod của Lugol đã tác dụng lên glycogen. Nếu thiếu estrogen, âm đạo sẽ không bắt màu nâu thẫm mà chỉ nhuộm mầu vàng nhạt của Lugol.
- Làm môi trường âm đạo toan tính do glycogen của biểu mô đã được trực khuẩn Doderlein vốn có trong âm đạo biến thành acid lactic, khiến pH của âm đạo chỉ còn 4,5 - 5,5. Đây là khả năng tự bảo vệ tích cực của âm đạo chống lại sự phát triển của vi khuẩn gây bệnh. Ở những người có hoạt động kém của buồng trứng, khả năng chống viêm của âm đạo cũng kém.

5.1.5. Đối với âm hộ

- Làm phát triển môi lớn và môi nhỏ của âm hộ. Người thiếu estrogen, các môi lớn, môi nhỏ sẽ kém phát triển và âm hộ sẽ bị hé mở. Đây là trường hợp của các em bé gái còn nhỏ tuổi và của các cụ bà mãn kinh đã lâu năm.

– Làm phát triển các tuyến của âm hộ như tuyến Bartholin, tuyến Skene, kích thích các tuyến này chế tiết chất nhờn.

5.1.6. Đối với vú

Làm phát triển các tuyến sữa của vú và mô đệm của vú, khiến vú nở nang. Kết hợp với tác dụng của progesteron, sự phát triển của vú càng đầy đủ.

5.1.7. Các tác dụng khác

– Giữ nước, giữ natri, gây phù.

– Kích thích đòi hỏi tình dục.

– Làm căng các dây thanh âm khiến tiếng nói có âm âm sắc cao

– Giúp giữ calci ở xương, góp phần cấu tạo xương được tốt. Những người thiếu estrogen trầm trọng, mãn kinh lâu năm dễ bị loãng xương.

5.2. Progesteron

Progesteron được hoàng thể chế tiết trong nửa sau vủa vòng kinh. Tuy vậy, đường cong của progesteron trong máu bắt đầu từ 1 ngày trước phóng noãn do có sự hoàng thể hoá sớm của nang noãn chín, dưới tác dụng của nồng độ cao LH.

5.2.1. Đối với cơ tử cung

– Làm mềm cơ tử cung. Làm giảm nhạy cảm của cơ tử cung đối với oxytocin. Từ đó có tác dụng giữ thai và còn được gọi là hormon trợ thai.

– Cộng đồng với estrogen làm tăng phát triển cơ tử cung về cả số lượng các sợi cơ, độ dài, độ lớn của các sợi cơ. Vì thế, khi có thai, dưới tác dụng của nồng độ estrogen và progesteron cao trong máu, cơ tử cung phát triển mạnh mẽ, có khả năng chứa được thai phát triển nhanh trong tử cung.

5.2.2. Đối với niêm mạc tử cung

– Làm teo niêm mạc tử cung. Làm một hormon duy nhất cho tới nay có khả năng điều trị ung thư niêm mạc tử cung. Tuy nhiên, trên thực tế người ta chỉ sử dụng progestin (tất cả các chất có tác dụng giống progesteron) để điều trị di căn của các loại ung thư này ở những nơi của cơ thể mà các phương pháp điều trị bằng phẫu thuật và tia xạ không giải quyết được hoặc dùng để điều trị triệu chứng dành cho các bệnh nhân ung thư niêm mạc tử cung không có chỉ định mổ.

– Cộng đồng với estrogen và nhất là sau khi đã được chuẩn bị trước bằng estrogen, làm niêm mạc tử cung chế tiết. Sự chế tiết này liên quan chặt chẽ với khả năng làm tổ của niêm mạc tử cung.

5.2.3. Đối với cổ tử cung

– Đối kháng với estrogen, ức chế chế tiết chất nhầy của các tuyến trong ống cổ tử cung, khiến lượng chất nhầy ít đi, chất nhầy trở thành đục và đặc, cổ

tử cung đóng lại, ngăn cản sự thâm nhập của tinh trùng lên đường sinh dục trên của người phụ nữ. Vì thế có thể sử dụng làm thuốc tránh thai.

5.2.4. Đối với âm đạo

- Đối kháng với estrogen, làm bong sớm các tế bào biểu mô âm đạo, nguyên nhân gián tiếp gây teo niêm mạc tử cung, làm giảm khả năng tự bảo vệ chống viêm của âm đạo. Người sử dụng progestin kéo dài liều cao, người có thai dễ bị viêm âm đạo hơn người bình thường.

5.2.5. Đối với vú

- Làm phát triển các ống dẫn sữa.
- Hình như có khả năng làm giảm phát triển các mô liên kết của vú và có khả năng điều trị những u xơ tuyến vú ở giai đoạn sớm.
- Cộng đồng tác dụng estrogen làm vú phát triển toàn diện.
- Progesteron liều cao làm giảm phát triển tuyến vú.

5.2.6. Các tác dụng khác

- Có tác dụng lợi niệu, giảm phù.
- Chất chuyển hoá pregnandiol của progesteron làm tăng nhiệt độ cơ thể từ 0,3^{o}C đến 0,5^{o}C, trung bình là 0,4^{o}C. Được áp dụng trong chẩn đoán phóng noãn dựa vào sự có mặt của giai đoạn nhiệt độ tăng.

6. CHU KỲ SINH DỤC Ở PHỤ NỮ

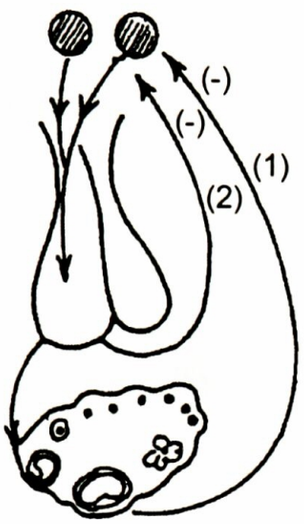
Trên súc vật gậm nhấm thí nghiệm, người ta thấy trung khu sinh dục tại vùng dưới đồi có hai khu vực: khu vực trước hoạt động có chu kỳ và khu vực sau hoạt động không có chu kỳ. Ở động vật cái, khu vực trước hoạt động và khu vực sau không hoạt động. Do đó ở động vật cái, hoạt động sinh dục có chu kỳ. Ở động vật đực, khu vực trước không hoạt động và khu vực sau có hoạt động, nên hoạt động sinh dục đã không có chu kỳ.

Ở người phụ nữ hoạt động sinh dục cũng có chu kỳ, nhưng nhiều tác giả trong đó có chúng tôi, nghĩ rằng nguyên nhân hoạt động có chu kỳ của người phụ nữ là do có cơ chế hồi tác (feed-back).

Chu kỳ sinh dục của người phụ nữ có độ dài trung bình là 28 ngày, dao động từ 22 đến 35 ngày cũng được coi là bình thường. Mỗi chu kỳ được mở đầu bằng ngày bắt đầu hành kinh và kết thúc bằng ngày bắt đầu của kỳ hành kinh sau. Vì thế chu kỳ sinh dục còn được gọi là chu kỳ kinh hay vòng kinh.

Mở đầu của mỗi chu kỳ, Gn-RH của vùng dưới đồi kích thích tuyến yên chế tiết các hormon hướng sinh dục. FSH của tuyến yên kích thích nang noãn của buồng trứng phát triển. Cộng với tác dụng của LH, nang noãn này chế tiết

estrogen. Khi estrogen đạt tới một mức độ nhất định sẽ tác động ngược lên vùng dưới đồi và tuyến yên làm tăng tiết LH, dẫn đến phóng noãn và hình thành hoàng thể.



Hình 16.5. Cơ chế hồi tác dài giữa vùng dưới đồi, tuyến yên và buồng trứng

1. Đường hồi tác dài giữa steroid sinh dục và vùng dưới đồi
2. Đường hồi tác ngắn giữa hormon hướng sinh duc và vùng dưới đồi

Khi estrogen và progesteron của hoàng thể đạt đủ cao sẽ ức chế vùng dưới đồi. Hormon giải phóng Gn-RH giảm xuống. Tuyến yên ngừng tiết các hormon hướng sinh dục. Hoàng thể teo đi, các hormon của hoàng thể giảm xuống làm bong niêm mạc tử cung dẫn đến kinh nguyệt.

Khi các hormon sinh dục estrogen và progesteron giảm thì vùng dưới đồi không bị ức chế nữa và bắt đầu chế tiết lại Gn-RH, mở đầu một chu kỳ mới, một vòng kinh mới. Đây là đường hồi tác dài. Theo chúng tôi, đường hồi tác ngắn không có, giữa tuyến yên và vùng dưới đồi.

Sự hành kinh đều đặn là điều chứng tỏ cơ chế hồi tác đã được thực hiện tốt do các tuyến nội tiết như tuyến yên, buồng trứng đều hoạt động, chế tiết tốt, đủ nồng độ hormon ức chế vùng dưới đồi và vùng dưới đồi cũng đã hoạt động tốt một khi không bị ức chế ngược. Nói một cách khác, một người phụ nữ có kinh nguyệt đều là một người phụ nữ có nhiều khả năng có hoạt động bình thường của trục vùng dưới đồi-tuyến yên-buồng trứng, nghĩa là có phóng noãn, có khả năng sinh sản.

7. KINH NGUYỆT

7.1. Cơ chế của kinh nguyệt

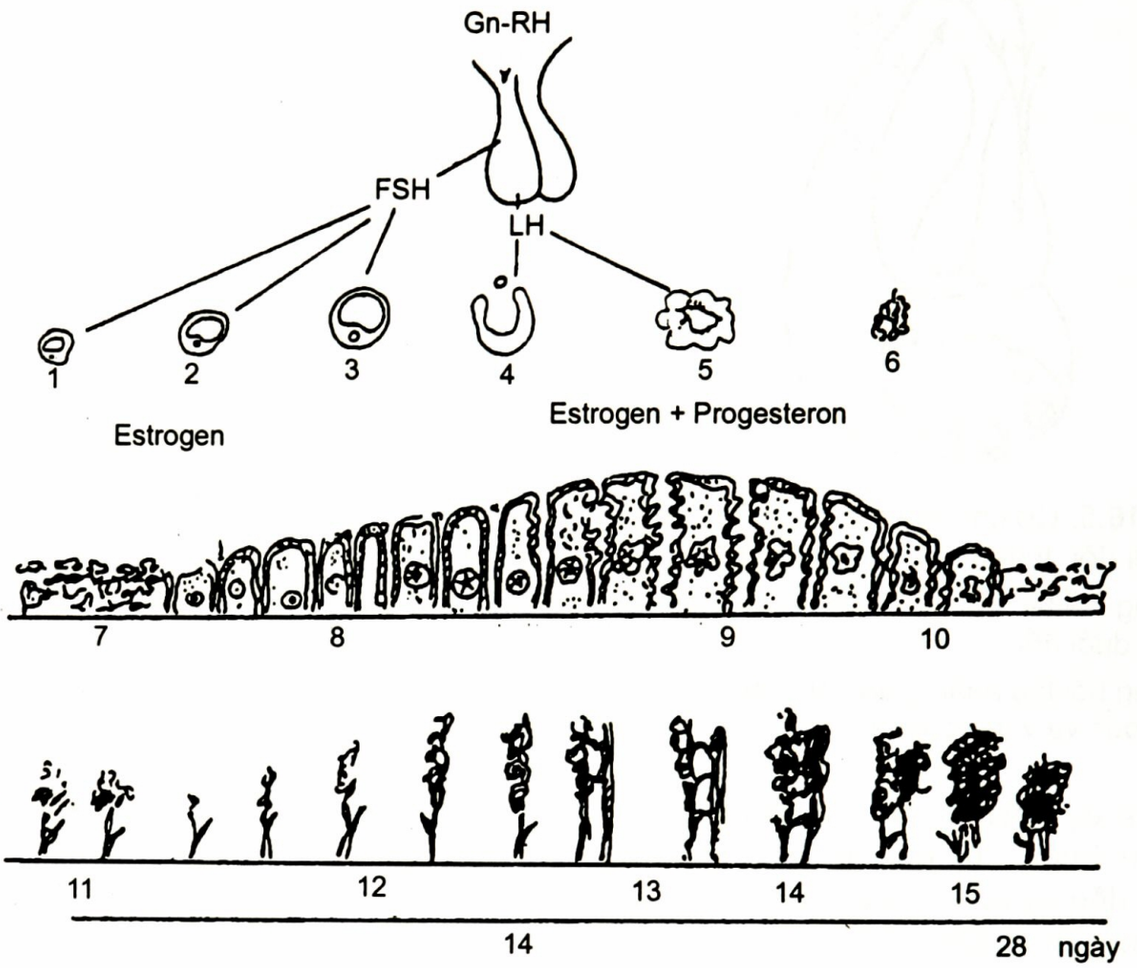
Kinh nguyệt là hiện tượng chảy máu có tính chất chu kỳ hàng tháng từ tử cung ra ngoài do bong niêm mạc tử cung dưới ảnh hưởng của sự tụt đột ngột estrogen và progesteron trong cơ thể.

Nếu là vòng kinh không phóng noãn, chỉ có estrogen thì sự tụt đột đột của estrogen cũng đủ gây kinh nguyệt.

Nếu là vòng kinh có phóng noãn, có hoàng thể, thì sự thụt đột ngột của cả estrogen và progesteron là cần thiết để dẫn đến kinh nguyệt.

Về cơ chế kinh nguyệt, giả thuyết tụt đơn thuần progesteron đã bị bác bỏ vì một mình progesteron không làm phát triển niêm mạc tử cung và khi tụt cũng không làm bong niêm mạc tử cung.

Theo công trình nghiên cứu của Markee tiến hành năm 1939 bằng cách ghép mảnh niêm mạc tử cung vào tiền phòng mắt khỉ cái, rút ra kết luận: estrogen làm phát triển các tiểu động mạch xoắn ốc của lớp nông niêm mạc tử cung. Khi estrogen tụt thì các tiểu động mạch này co giãn và kết thúc bằng giãn cực độ, dẫn tới vỡ thành mạch và chảy máu kinh nguyệt.



Hình 16.6. Hoạt động nội tiết của trục vùng dưới đồi-tuyến yên-buồng trứng và các cơ chế kinh nguyệt

1. Nang noãn phát triển dở dang từ cuối vòng kinh trước; 2. Nang noãn tiếp tục phát triển; 3. Nang noãn chín; 4. Nang noãn vỡ (phóng noãn); 5. Hoàng thể 6. Hoàng thể teo (vật trắng); 7. Niêm mạc tử cung hoại tử bong (kinh nguyệt); 8. Niêm mạc tử cung phát triển dần, các tuyến thẳng; 9. Niêm mạc tử cung chế tiết, các tuyến hình đăng-ten; 10. Niêm mạc tử cung thoái triển bắt đầu bằng bong; 11. Các mạch máu đứt vỡ (kinh nguyệt); 12. Các tiểu động mạch phát triển dần, xoắn ốc; 13. Hình thành các tiếp nối (shunt) động-tĩnh mạch; 14. Máu từ các tiểu động mạch dồn vào xoang tĩnh mạch làm phồng các xoang này; 15. Vỡ các xoang tĩnh mạch (kinh nguyệt).

Theo công trình nghiên cứu của Shlegel, vào cuối vòng kinh, dưới tác dụng của progesteron kết hợp với estrogen, xuất hiện những xoang tiếp nối (shunt) động-tĩnh mạch. Khi estrogen và progesteron tụt thì máu dồn mạnh từ tiểu động mạch vào tiểu tĩnh mạch làm vỡ xoang tĩnh mạch và gây chảy máu kinh.

Nhiều tác giả nêu nguyên nhân hoại tử và bong niêm mạc tử cung là do các mạch máu bị co thắt gây thiếu máu.

Tất cả các giả thuyết nêu trên đều có giá trị và các hiện tượng xảy ra ở phạm vi niêm mạc tử cung là hỗn hợp, đa dạng và ở các mức độ khác nhau. Chỉ có một điều người ta còn băn khoăn về cơ chế của chảy máu kinh nguyệt cho là do hậu quả của sự tụt các hormon sinh dục nữ. Đó là trong thực hành điều trị dùng estrogen, đôi khi cũng xảy ra chảy máu. Trong trường hợp này, estrogen không tụt mà lại tăng lên.

7.2. Tính chất của kinh nguyệt

Mặc dù là do cơ chế nào, cho tới nay, chúng ta có thể có những nhận xét tóm tắt như sau:

- Niêm mạc tử cung bong không đều tại các vùng khác nhau trong tử cung. Có nơi bong rồi, có nơi đang bong và có nơi chưa bong, chứ không phải bong cùng một lúc. Chính vì thế cuộc hành kinh mới kéo dài 3-5 ngày. Nếu niêm mạc tử cung bong nhanh, bong gọn như trong trường hợp niêm mạc tử cung bằng dụng cụ thì việc hành kinh có lẽ chỉ xảy ra trong vài giờ.
- Từ lâu người ta đã có nhận xét thấy niêm mạc tử cung bong đến đâu thì tái tạo ngay đến đấy. Người ta chưa giải thích cơ chế của hiện tượng tái tạo này là do đâu, trong khi các hormon sinh dục chưa tăng. Theo giải thiết của chúng tôi, khi niêm mạc tử cung bong thì ngưỡng mới về hormon gây chảy máu cũng hạ xuống thấp theo, khiến cho đường cong hormon sinh dục hiện tại đã cao hơn ngưỡng chảy máu mới và niêm mạc tử cung tái tạo lại được.
- Trong những vòng kinh không phóng noãn, niêm mạc tử cung chỉ chịu tác dụng của estrogen, sẽ không có các xoang tiếp nối động-tĩnh mạch mà chỉ vỡ các tiểu động mạch xoắn ốc theo cơ chế của Markee, nên máu kinh là máu động mạch đã đỏ tươi.
- Trong những vòng kinh có phóng noãn, máu kinh thường thẫm màu, ngả về nâu. Phải chăng đây là máu chảy từ các xoang tĩnh mạch vỡ của các tiếp nối động-tĩnh mạch đã được hình thành dưới tác dụng của estrogen phối hợp với progesteron theo cơ chế của Schlegel ?
- Tuy gọi là máu kinh nhưng không phải chỉ là máu đơn thuần mà là một hỗn dịch máu không đông trong chứa cả chất nhầy của tử cung, của cổ tử cung, của vòi trứng, những mảnh niêm mạc tử cung, những tế bào bong của âm đạo.
- Máu kinh chứa những lượng quan trọng các chất protein, các chất men và các progstaglandin. Thông thường những cục máu trong âm đạo không chứa sợi huyết mà chỉ là những tích tụ hồng cầu trong chất nhầy. Có hiện tượng tiêu sợi huyết mạnh và tiêu protein mạnh xảy ra trong buồng tử cung và ở chất nhầy cổ tử cung. Những sản phẩm giáng hoá của sinh sợi huyết và của sợi huyết cũng là những nhân tố chống đông máu rất có hiệu quả.
- Theo nhiều tác giả, cục huyết một khi hình thành trong buồng tử cung, lập tức sợi huyết bị tiêu ngay. Prostacyclin chứa nhiều trong máu kinh

cũng có tác dụng lên mạch máu và tác dụng kháng tiểu cầu. Vì thế trong khi hành kinh, tác dụng tiêu sợi huyết và tiêu protein liên tục có mặt làm cho những chất liệu thải qua máu kinh đã bị hoá lỏng và máu kinh cũng không đông trong suốt thời gian hành kinh.

- Máu kinh có mùi hơi nồng, không tanh như máu chảy do các nguyên nhân khác.
- Chu kỳ kinh có thể thay đổi giữa người này với người khác nhưng ít thay đổi ở cùng một người ở trong tuổi hoạt động sinh dục.
- Lượng máu mất trong mỗi kỳ kinh thay đổi theo tuổi. Ở lứa 50 tuổi lượng máu kinh nhiều hơn so với lứa tuổi 15. Nói chung, người ta coi lượng máu kinh bình thường vào quãng 60 -80ml. Lượng máu kinh thường nhiều vào những ngày giữa của kỳ kinh. Không có mối liên quan giữa độ dài của kỳ kinh và lượng máu kinh. Lượng máu kinh có thể khác nhau nhiều, gấp nhau tới 4 lần giữa người này và người khác, nhưng không khác nhau bao nhiêu giữa các kỳ kinh của mỗi người.

7.3. Nhìn chung về đặc điểm của kinh nguyệt

Về chu kỳ kinh, thời gian hành kinh (kỳ kinh), lượng máu kinh, ngoài ảnh hưởng của thay đổi nội tiết sinh dục còn phụ thuộc vào tình trạng và sự trả lời của niêm mạc tử cung. Nếu niêm mạc tử cung có tổn thương như viêm, u xơ tử cung khiến các vùng không trả lời đồng đều với các hormon sinh dục, sẽ xảy ra hiện tượng phát triển không đều và bong không đều của niêm mạc, dẫn tới kinh kéo dài và kinh ra nhiều máu.

Nói chung, kinh nguyệt là tấm gương phản ảnh tình hình hoạt động nội tiết của trục vùng dưới đồi-tuyến yên-buồng trứng và tình trạng của niêm mạc tử cung, đồng thời cũng là thước đo quá trình diễn biến hoạt động sinh dục của người phụ nữ.

8. CÁC THỜI KỲ HOẠT ĐỘNG SINH DỤC Ở PHỤ NỮ

Đứng về hoạt động sinh dục, cuộc đời người phụ nữ có thể chia làm ba thời kỳ dựa vào sự diễn biến của kinh nguyệt.

8.1. Thời kỳ trẻ em (trước dậy thì)

- Vùng dưới đồi chế tiết ít Gn-RH, Tuyến yên cũng chế tiết ít hormon hướng sinh dục, nhưng cả hormon giải phóng, cả hormon hướng sinh dục được dần dần tăng tiết khiến buồng trứng cũng dần dần tăng tiết estrogen. Progesteron hầu như không được chế tiết vì các nang noãn của buồng trứng chưa chín, chưa có phóng noãn, chưa có hoàng thể.
- Dần dần xuất hiện các dấu hiệu sinh dục phụ của phụ nữ như vú hơi nhô ra, lông mu bắt đầu mọc lưa thưa khi gần sát vào tuổi dậy thì.

- Cơ thể cũng phát triển dưới tác dụng song song của các hormon tăng trưởng và các hormon sinh dục.
- Tuy nhiên, vì hoạt động nội tiết của buồng trứng còn chưa đủ để làm thay đổi đáng kể niêm mạc tử cung nên chưa đủ dẫn đến kinh nguyệt. Người thiếu nữ chưa hành kinh.

8.2. Dậy thì

- Khi vùng dưới đồi chín muồi, chế tiết đầy đủ hormon giải phóng Gn-RH để kích thích đầy đủ tuyến yên chế tiết các hormon hướng sinh dục và cuối cùng buồng trứng cũng chế tiết đầy đủ các hormon sinh dục nữ làm thay đổi rõ rệt niêm mạc tử cung dẫn đến kinh nguyệt, người thiếu nữ hành kinh lần đầu tiên và bước vào tuổi dậy thì.
- Nói một cách khác, tuổi dậy thì về sinh dục được đánh dấu bằng kỳ hành kinh đầu tiên. Song song với sự dậy thì về sinh dục, có sự dậy thì chung của toàn cơ thể.
- Tuổi dậy thì trung bình vào khoảng 13 - 16 tuổi. Ở một số nước, tuổi dậy thì có xu hướng sớm hơn, 11 - 12 tuổi.
- Các dấu hiệu sinh dục phụ của người phụ nữ xuất hiện rõ nét như vú nở nang (hình 16.6), lông mu phát triển, lông nách bắt đầu mọc, tiếng nói thanh do dây thanh âm căng hơn. Lông nách xuất hiện sau lông mu khoảng hai năm.

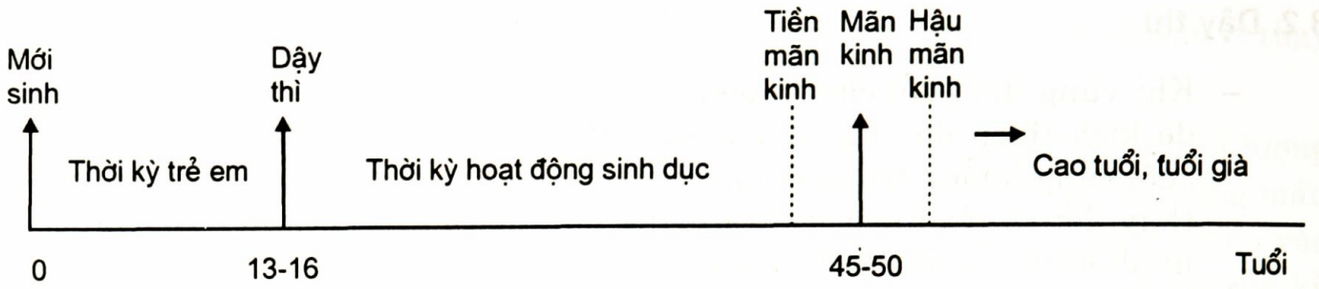
8.3. Thời kỳ hoạt động sinh dục

- Tiếp theo tuổi dậy thì là thời kỳ hoạt động sinh dục, kéo dài đến khi mãn kinh (hình 16.7). Trong thời kỳ này, người phụ nữ thường hành kinh đều đặn, tỉ lệ vòng kinh có phóng noãn tăng lên do hoạt động nội tiết của trục dưới đồi-tuyến yên-buồng trứng đã được hoàn chỉnh. Người phụ nữ có thể thụ thai được.
- Trong thời kỳ này, các tính chất sinh dục phụ cũng như toàn cơ thể của người phụ nữ vẫn tiếp tục phát triển đến mức tối đa. Thời kỳ hoạt động sinh dục kéo dài 30 - 35 năm.

8.4. Thời kỳ mãn kinh

- Mãn kinh là tình trạng thôi không hành kinh của người phụ nữ. Nếu nói một thiếu nữ chưa hành kinh là do vùng dưới đồi hoạt động chưa chín muồi, thì một người phụ nữ thôi không hành kinh ở tuổi mãn kinh là do buồng trứng đã suy kiệt, đã quá giảm nhạy cảm trước sự kích thích của các hormon hướng sinh dục, nên không còn chế tiết đủ hormon sinh dục.
- Tuổi mãn kinh trung bình là 45 - 50 tuổi. Theo một số điều tra cơ bản, tuổi mãn kinh trung bình của người Việt Nam là 47 + 3 tuổi.
- Kể từ khi mãn kinh, người phụ nữ không còn khả năng có thai nữa.

– Người ta còn phân ra các giai đoạn trước mãn kinh (tiền mãn kinh) và sau mãn kinh (hậu mãn kinh). các giai đoạn này thường kéo dài một hai năm. Nhưng có khí rất dài, tới mười năm đối với giai đoạn tiền mãn kinh và cũng có khi rất ngắn, chỉ một vài tháng, thậm chí không có biểu hiện lâm sàng của tiền mãn kinh mà chuyển ngay sang thời kỳ mãn kinh (hình 16.7).



Hình 16.7. Phân chia các thời kỳ về sinh dục ở phụ nữ

– Trong giai đoạn tiền mãn kinh, người phụ nữ hành kinh dễ có những biểu hiện bất thường. Vòng kinh có thể dài, cũng có thể ngắn. Lượng máu kinh có thể nhiều lên, cũng có thể ít đi. Nếu vòng kinh ngắn và lượng kinh nhiều thì tiên lượng có thể giai đoạn này sẽ kéo dài. Nếu vòng kinh dài (kinh thưa) và lượng kinh ít thì hy vọng sắp mãn kinh thực sự. Những vòng kinh trong giai đoạn tiền mãn kinh thường không phóng noãn và khả năng sinh sản của người phụ nữ giảm hẳn.

– Giai đoạn hậu mãn kinh thường được tính là hai năm. Trong giai đoạn này, nếu người phụ nữ không hành kinh lần nào nữa thì có thể coi là đã mãn kinh hẳn và người phụ nữ bước vào thời kỳ cao tuổi, tuổi già, chấm dứt hẳn cuộc đời hoạt động sinh dục (đẻ, nuôi con), nói cho đúng hơn, chấm dứt cuộc đời hoạt động sinh sản.

VÒNG KINH KHÔNG PHÓNG NOÃN

GS. Nguyễn Khắc Liêu

1. ĐẠI CƯƠNG

Vòng kinh không phóng noãn còn có tên gọi là vòng kinh một giai đoạn. Khi hành kinh, trước kia người ta gọi là kinh nguyệt giả (pseudomen struation) vì theo quan niệm cũ, hành kinh phải là do bong một niêm mạc tử cung có chế tiết, nghĩa là có tác dụng của progesteron của giai đoạn hoàng thể sau phóng noãn. Nhưng ngày nay người ta quan niệm rộng rãi hơn: Bất cứ hiện tượng ra huyết nào từ tử cung do bong niêm mạc tử cung dưới ảnh hưởng của tụt hormon sinh dục nữ đều được coi là hành kinh.

Độ dài của vòng kinh không phóng noãn có thể vẫn bình thường, nhưng thông thường ngắn hơn, 23 - 25 ngày. Không những vòng kinh không phóng noãn mà ngay những vòng kinh có hoàng thể kém cũng dễ ngắn hơn bình thường. Đó là do hormon của buồng trứng vì không có hoạt động tốt của hoàng thể nên chóng tụt hơn bình thường.

Vòng kinh không phóng noãn hay gặp vào tuổi dậy thì và tuổi tiền mãn kinh. Vào tuổi dậy thì, vùng dưới đồi chưa chế tiết đầy đủ Gn-RH nên tuyến yên chế tiết không đầy đủ FSH làm nang noãn không chín, không đầy đủ LH làm nang noãn (dù chín) không phóng noãn. Còn vào tuổi tiền mãn kinh, buồng trứng không còn đủ nhạy cảm để trả lời thích đáng hormon của tuyến yên nên nang noãng không chín và không phóng noãn, mặc dầu LH có thể vẫn cao. Sau sẩy thai, sau đẻ, những vòng kinh đầu tiên có thể không phóng noãn.

Hiện tượng không phóng noãn có thể là cơ năng nhưng có thể trong một số ít trường hợp có tổn thương thực thể như u tuyến yên, hội chứng Stein - Leventhal (buồng trứng đa nang).

2. CHẨN ĐOÁN HIỆN TƯỢNG KHÔNG PHÓNG NOÃN

Chủ yếu dựa vào các xét nghiệm thăm dò. Về lâm sàng không có gì đặc trưng để phân biệt phóng noãn và không phóng noãn, mặc dầu người ta nhận xét thấy từ lâu rằng những vòng kinh không phóng noãn kết thúc bằng kỳ hành kinh không đau bụng, vì cũng có nhiều vòng kinh có phóng noãn mà cũng không đau bụng. Ngược lại, những xét nghiệm, thăm dò có ý nghĩa quan trọng, có tính chất quyết định trong chẩn đoán.

2.1. Xét nghiệm cổ tử cung

Về các mật độ mở cổ tử cung, lượng chất nhầy, độ trong, độ loãng, độ kéo sợi, độ kết tinh hình lá dương sỉ. Theo dõi nếu thấy sau khi tăng lên tới cực đại rồi tụt xuống nhanh chóng sau vài ngày là có phóng noãn vào ngày cực đại. Nếu xuống chậm và tính từ ngày có cực đại đến ngày hành kinh không được 10 ngày thì là không có phóng noãn, hoặc có phóng noãn nhưng hoàng thể yếu.

Làm tế bào học âm đạo nội tiết

Theo dõi chỉ số ái toan và chỉ số nhân đông thấy không có đỉnh cực đại thì là không có phóng noãn.

2.3. Đo thân nhiệt cơ sở

Vào các sáng sớm trước khi xuống giường đúng giờ. Lấy nhiệt độ ở hậu môn hay ở miệng, không lấy ở nách. Nếu thấy nhiệt độ thấp dưới $37^{o}C$, không có biểu hiện hai thì là không có phóng noãn vì không có mặt của pregnandiol, chất chuyển hoá của progesteron gây tăng thân nhiệt.

2.4. Định lượng LH

Vào giữa vòng kinh không thấy có đỉnh cao. Định lượng progesteron trong huyết tương vào tuần lễ thứ 3 của vòng kinh (trước khi hành kinh 1 tuần) không thấy tăng là không có phóng noãn. Có thể định lượng pregnandiol trong nước tiểu 24 giờ, cũng không thấy tăng.

2.5. Soi ổ bụng

Vào nửa sau của vòng kinh không thấy hoàng thể hoặc sẹo của hoàng thể.

Theo dõi bằng siêu âm nếu thấy nang noãn ngày càng lớn lên rồi méo mó, nhỏ đi là có phóng noãn. Nếu không, là không có phóng noãn.

2.6. Sinh thiết niêm mạc tử cung

Vào cuối tuần lễ thứ 3 của vòng kinh (trước khi hành kinh dự kiến 1 tuần) nếu không thấy niêm mạc tử cung có hình ảnh chế tiết là không có phóng noãn.

Nói chung, tất cả các phương pháp thăm dò nói trên đều chỉ có tính chất hồi cứu, nghĩa là chỉ phát hiện được sau khi phóng noãn, đã có mặt của hoàng thể và hormon của hoàng thể. Riêng xét nghiệm cổ tử cung còn có chút tính chất phỏng đoán và có ích thực tế trong điều trị vô sinh. Thật vậy, khi các dấu hiệu của cổ tử cung phát triển ở mức cao, tức là có biểu hiện của nang noãn chín, sắp phóng noãn, có thể tiến hành chỉ định những bước cụ thể như khuyên giao hợp, thụ tinh nhân tạo...

3. ĐIỀU TRỊ

Vòng kinh không phóng noãn trên thực tế chỉ có mục đích điều trị vô sinh. Đôi khi có mục đích điều trị rong kinh với ý nghĩa cho rằng rong kinh là do không có progesteron, kết quả của hiện tượng không phóng noãn. Đối với những vòng kinh không đều, không có phóng noãn có thể cho thuốc tránh thai uống trong 3 - 6 tháng. Sau khi ngừng thuốc sẽ có thể có hiệu ứng nhảy vọt, vùng dưới đồi tăng tiết Gn - RH và phóng noãn có thể xảy ra.

Dựa trên cơ chế tranh chấp vị trí vùng dưới đối với estrogen, người ta có thể dùng clomifen citrat, một hoá chất có tác dụng kháng estrogen nhẹ, nhằm tạo nên hồi tác dương (feed - back positif), kích thích vùng dưới đồi tăng tiết Gn - RH, dẫn tới phóng noãn. Cho uống clomifen citrat 50mg x 1-2 viên/ngày, trong 5 - 10 ngày, bắt đầu từ ngày thứ 3 hay thứ 5 của vòng kinh. Trước kia người ta hay chỉ định từ ngày thứ 5 của vòng kinh, mỗi ngày 2 viên, trong 5 ngày. Hiện nay người ta có xu hướng cho uống thuốc từ ngày thứ 3 của vòng kinh.

Phóng noãn thường xảy ra vào ngày thứ 14 của vòng kinh. Nhưng cũng có khi muộn hơn.

Nếu sau khi theo dõi thấy nang noãn phát triển (qua siêu âm thấy nang noãn có đường kính trên 18mm chẳng hạn), có thể cho hCG tiêm 6000 đến 10.000 đơn vị vào bắp thịt. Sẽ có phóng noãn trong vòng 12 - 24 giờ sau tiêm, trên thực tế, ít khi chỉ thiếu LH mà không thiếu FSH, nên kích thích phóng noãn đơn thuần bằng hCG (tương đương tác dụng với LH) ít đem lại kết quả. Nhiều khi người ta phải kích thích nang noãn phát triển trước bằng FSH (biệt dược của hCG có choriogonin, Pregnyl...). Có thể kết hợp cho clomifen citrat và hCG. Cho clomifen citrat trước như thường lệ. Đến gần ngày dự kiến phóng noãn, cho thêm hCG, liều lượng như đã nói trên.

Có thể kết hợp dùng những biện pháp bồi phụ. Đó là những biện pháp không tác dụng trực tiếp đối với phóng noãn mà chỉ giúp đỡ thêm. Thí dụ giảm căng thẳng trong đời sống, thay đổi hoàn cảnh sống, hoàn cảnh công tác, nơi ở, tắm nước nóng, nước suối nóng, chạy sóng ngắn, cho vitamin A, E, C v.v...

THỐNG KINH

GS. Nguyễn Khắc Liêu

1. THỐNG KINH

Ít phụ nữ khi hành kinh không có dấu hiệu gì. Nhưng thông thường những dấu hiệu khó chịu của hành kinh không nặng nề và người phụ nữ có thể chịu đựng được. Thí dụ hơi mỏi lưng, hơi cuộn bụng trước hoặc trong khi hành kinh và nhiều trường hợp hết cảm giác khó chịu ngay sau khi huyết kinh chảy ra.

Thống kinh là hành kinh có đau bụng, đau xuyên ra cột sống, lan xuống hai đùi, lan ra toàn bộ bụng, kèm theo, có thể đau đầu, căng vú, buồn nôn, thần kinh bất ổn định.

Đã từ nhiều năm nay, người ta phân thống kinh làm hai loạn, thống kinh nguyên phát và thống kinh thứ phát. Thống kinh nguyên phát xảy ra sau tuổi dậy thì, hay nói đúng hơn là ngay vòng kinh đầu tiên có phóng noãn. Thường cơ năng, nghĩa là không có tổn thương thực thể. Thống kinh thứ phát xảy ra sau nhiều năm hành kinh không đau, nay mới đau, còn gọi là thống kinh muộn, thống kinh mắc phải. Thống kinh thứ phát thường do những nguyên nhân thực thể như tử cung đổ sau, chít lỗ cổ tử cung, u xơ tử cung ở eo tử cung làm cho máu kinh khó thoát ra. Lạc nội mạc tử cung (endometriosis) là nguyên nhân thực thể rõ nét nhất gây thống kinh, do máu kinh bị ứ ở những ổ có niêm mạc tử cung lạc chỗ.

Tại Mỹ, người ta thấy hàng năm có tới 140 triệu giờ lao động bị mất do thống kinh nguyên phát và đây cũng là bệnh chứng xã hội đáng quan tâm.

1.1. Nghiên cứu sinh lý bệnh học

Về những hiện tượng xảy ra ở tử cung, cụ thể ở cổ tử cung, ở eo tử cung, những hiện tượng liên quan với nội tiết, thần kinh vận mạch và các quá trình sinh hoá người ta cũng thấy có những nét đáng lưu ý. Cơ tử cung và eo tử cung thay đổi có chu kỳ. Trong giai đoạn estrogen, cơ tử cung có những cơn co mau và nhẹ. Trong giai đoạn progesteron, các cơn co thưa hơn nhưng mạnh hơn. Sự tăng cường độ co bóp tử cung không có tính chất quyết định gây đau bằng trương lực cơ bản của cơ tử cung. Mặc dầu tăng trương lực và tăng co bóp tử cung thường bao giờ cũng gặp trong những trường hợp thống kinh cơ năng, nhưng ngược lại có nhiều trường hợp tăng trương lực và tăng cơn co tử cung mà không có thống kinh. Đối với eo tử cung, người ta cũng thấy estrogen có tác dụng làm mềm và đàn hồi. Dưới tác dụng của progesteron, eo tử cung tăng trương lực, đóng kín và rắn. Dưới tác dụng của progesteron, niêm mạc tử cung chế tiết prostaglandin F2α. Định lượng trong máu (huyết tương) và trong huyết kinh của những người thống kinh cũng thấy prostaglandin F2α tăng so với những người không thống kinh. Tất cả những sự kiện kể trên đều gợi ý vai trò của progesteron trong cơ chế phát sinh

thống kinh. Kinh nghiệm lâm sàng qua nhiều năm, người ta đã xác định những vòng kinh có phóng noãn (có hoàng thể, có progesteron) mới có thống kinh (trừ những trường hợp có tổn thương thực thể).

Vai trò của thần kinh vận mạch và thần kinh thực vật cũng đã được nêu ra. Trong giai đoạn estrogen, thần kinh giao cảm tăng nhạy, adrenalin tác dụng làm giảm đau. Trong giai đoạn progesteron, hoặc trong trường hợp dùng progesteron, acetylcholin tăng nhạy cảm và gây đau.

Sự thiếu máu dẫn tới hiện tượng co thắt và co thắt dẫn đến đau. Người ta đã từng ví sự thiếu máu gây co thắt và đau này giống như cơn đau thắt ngực (angopectoris). Tuy nhiên, nguyên nhân thống kinh rất phức tạp và đôi khi mâu thuẫn. Có những trường hợp tưởng như nguyên nhân là rõ ràng nhưng khi điều trị giải quyết nguyên nhân, đã hết nguyên nhân mà vẫn không hết thống kinh. Ngược lại có những trường hợp có nguyên nhân rõ ràng đáng lẽ phải có thống kinh mà lại không có thống kinh.

Cổ điển, người ta hay phân chia các thống kinh cơ năng ra làm các loại thống kinh co thắt, thống kinh xuất tiết, thống kinh thiếu máu, thống kinh xung huyết và thống kinh tâm lý. Nhưng sự phân chia này có vẻ như chỉ là nhân tạo, do con người nghĩ ra chứ thực chất chỉ là những giai đoạn khác nhau của một quá trình trong cơ chế chung. Đối với từng trường hợp, biểu hiện của giai đoạn này nổi bật hơn giai đoạn khác hay ngược lại, nên đã tưởng nhầm là có những thể khác nhau.

1.2. Nghiên cứu lâm sàng

Khó xác định tỷ lệ gặp thống kinh vì còn tuỳ thuộc vào yếu tố con người, yếu tố cá thể đối với nhạy cảm đau đớn. Tất cả các mức độ nặng nhẹ khác nhau đều có thể gặp, từ mức hơi khó chịu, cảm giác nặng ở tiểu khung khi hành kinh đến mức đau đớn dữ dội phải nằm liệt giường trong 24 - 48 giờ liền, không làm được việc gì. Không có những con số thống kê cụ thể nhưng người ta ước khoảng 1 trên 10 phụ nữ xếp vào loại thống kinh. Thống kinh nguyên phát trong vòng 5 năm sau tuổi dậy thì chiếm tới 20 - 25% thiếu nữ bị thống kinh. Đa số là cơ năng, nguyên nhân thực thể rất ít gặp. Có thể do:

- Các mạch máu tử cung có thắt và gây thiếu máu.
- Tử cung co bóp quá mạnh.
- Ống cổ tử cung hẹp làm máu kinh khó thoát ra,
- Tử cung kém phát triển,
- Ngưỡng kích thích đau giảm thấp (dễ kích thích),
- Tình trạng dễ xúc động.

1.3. Thống kinh muộn (thứ phát)

Xảy ra nhiều năm sau tuổi dậy thì, sau nhiều năm hành kinh bình thường, vào 30 - 40 tuổi, ảnh hưởng của thai nghén hầu như rõ nét. Thống kinh có thể xảy ra đối với những người sinh đẻ nhiều lần nhưng cũng có thể xảy ra đối với những

người chưa có thai lần nào. Có những người bị thống kinh trước thời gian có thai, đến khi có thai, sinh đẻ song có kinh trở lại, lại thống kinh như trước. Tuy nhiên, thống kinh thứ phát ít gặp hơn thống kinh nguyên phát, chỉ chiếm 20 - 30% những trường hợp bị thống kinh.

Nguyên nhân có thể cơ năng, có thể thực thể, nhưng phần lớn do nguyên nhân thực thể như:

- Lạc nội mạc tử cung ở trong lớp cơ tử cung hoặc ở ngoài tử cung.
- U xơ tử cung
- Tư thế bất thường của tử cung (tử cung đổ sau).
- Viêm dính tử cung.
- Sẹo chít hẹp lỗ cổ tử cung do có phẫu thuật thủ thuật trước kia.
- Polip cổ tử cung hay u đế ở lỗ cổ tử cung (ngăn cản huyết kinh chảy ra).

Có một thể gọi là **thống kinh màng** (dysmenorrhoea mambranacea) là một thể đặc biệt, nguyên nhân chưa rõ. Bệnh nhân đau bụng từng cơn như kiểu đau doạ sẩy thai do tử cung co bóp mạnh. Đến khi tống ra được những mảnh màng to, có khi in hình tam giác của buồng tử cung, hiện tượng đau mới giảm và giảm nhanh. Màng đó là màng rụng, niêm mạc tử cung chịu tác dụng kéo dài của progesteron. Còn nguyên nhân tác dụng kéo dài hoạt động của hoàng thể thì chưa được xác định.

Lạc nội mạc tử cung có triệu chứng của thống kinh là đau kéo dài, có thể xuất hiện sớm trước hoặc khi bắt đầu hành kinh, nhưng kéo dài đến cả sau khi hành kinh đã sạch huyết. Có trường hợp kéo dài tới mức khi giảm được đau hoặc hết đau được vài ngày thì đã chuyển sang kỳ hành kinh mới.

2. ĐIỀU TRỊ

Thống kinh đôi khi có thể giải quyết được triệt để nếu phát hiện được rõ ràng nguyên nhân gây bệnh. Đó là những trường hợp thống kinh do tổn thương thực thể như do chít hẹp cơ học, lạc nội mạc tử cung, viêm nhiễm cổ tử cung...

Trong đa số các trường hợp, nếu không phải là điều trị triệu chứng thì thường là điều trị phỏng chừng dựa vào những yếu tố sinh lý bệnh học của thống kinh cơ năng. Đối với lạc nội mạc tử cung, chủ yếu điều trị bằng các phương pháp nội khoa, đôi khi bằng ngoại khoa.

Đối với phụ nữ trẻ, điều trị càng bảo tồn được nhiều càng tốt bấy nhiêu. Điều trị nội khoa, dùng các progestin tổng hợp, trong đó có norethisteron là một chất gây teo niêm mạc tử cung tốt nhất và kháng estrogen mạnh nhất. Có thể dùng thuốc tránh thai, những viên thuốc có chứa trội progestin và ít estrogen. Cuộc điều trị kéo dài từ 6 tháng đến 1 năm. Can thiệp bằng phẫu thuật gồm nạo vét, bóc tách hoặc cắt bỏ những lạc nội mạc tử cung tuỳ từng hoàn cảnh chung cho phép.

Các tổn thương thực thể khác cũng đều phải can thiệp. Thí dụ chít lỗ cổ tử cung thì phải nong nhiều lần, polip xơ phải cắt, tử cung đổ sau nhiều quá có khi phải treo ra phía trước v.v...

2.1. Điều trị thống kinh cơ năng

Điều trị thống kinh rất rộng rãi và phong phú do tính chất đa dạng của nguyên nhân bệnh, đi từ các thuốc giảm đau đến phẫu thuật. Những thuốc giảm đau ở đây có thể chia làm hai nhóm: Nhóm gây mơ màng, gây ngủ như dạng morphin, codein, pethidin, palfium) và nhóm giảm đau hạ nhiệt như pyrazolon và các thế phẩm (acetanilin, phenacetin), acidsalicylic và các thế phẩm, quinolein và các thế phẩm. Cơ chế tác dụng là lên ngoại vi nếu là các thuốc không gây ngủ, còn các thuốc gây ngủ thì tác dụng lên trung ương. Phương pháp điều trị giảm đau nhằm hướng vào tâm lý. Ngoài ra tâm lý liệu pháp bao giờ cũng là cần thiết và thường đem lại kết quả tốt.

2.2. Điều trị hormon

Đối với thống kinh cơ năng trong đa số trường hợp đem lại kết quả mỹ mãn, kể cả thống kinh nặng. Cơ sở lý thuyết dựa trên những sự kiện sinh lý bệnh học đã biết, không có thống kinh trong những vòng kinh không phóng noãn, mặc dầu cơ chế sinh bệnh trên thực tế còn mang nhiều mâu thuẫn và có những điểm chưa biết rõ, chưa giải thích được. Dùng progestin như trong điều trị lạc nội mạc tử cung nhằm ức chế phóng noãn, đem lại kết quả rất tốt. Tác dụng giảm đau hoặc hết đau của thuốc cũng tác động lên tâm lý người bệnh và củng cố kết quả điều trị.

Trong những trường hợp thống kinh quá nặng nề, dùng các thứ thuốc kết hợp không có hiệu quả thì có thể chỉ định phẫu thuật Cotte, cắt đám rối thần kinh trước xương cùng. Tuy nhiên phương pháp này không phải bao giờ cũng đem lại kết quả thoả mãn.

Tóm lại, nếu như điều trị thống kinh thứ phát do nguyên nhân cơ giới có những đường hướng rõ rệt bao nhiêu thì điều trị thống kinh cơ năng phức tạp, mơ hồ bấy nhiêu. Tuy nhiên, có thể có một phác đồ điều trị chấp nhận được trong đa số trường hợp. Đó là điều trị hormon kết hợp với các thuốc giảm đau tác dụng trung ương hay ngoại vi, các thuốc liệt thần kinh, các thuốc thần kinh thực vật. Tâm lý liệu pháp bao giờ cũng có ích như đối với tất cả những bệnh phụ khoa cơ năng khác. Chỉ định điều trị phụ khoa tại chỗ nhưng nong cổ tử cung, phẫu thuật, ngày nay đã bị hạn chế đi rất nhiều.

RONG KINH RONG HUYẾT

GS. Nguyễn Khắc Liêu

1. RONG KINH

Là hiện tượng ra huyết từ tử cung có chu kỳ, kéo dài trên 7 ngày. Rong huyết là hiện tượng ra huyết không có tính chất chu kỳ, kéo dài cũng trên 7 ngày. Đó là quan niệm kinh điển, coi hiện tượng ra huyết có chu kỳ từ tử cung ra ngoài là kinh nguyệt. Cho đến nay quan niệm đó vẫn được giữ, mặc dầu có nhiều trường hợp ra huyết không có chu kỳ vẫn mang tính chất chảy máu, cơ chế chảy máu như chảy máu kinh nguyệt, nghĩa là do bong niêm mạc tử cung dưới ảnh hưởng của sự tụt các hormon sinh dục nữ, estrogen hoặc cả estrogen và progesteron. Hiện tượng kinh nguyệt không đều này hay gặp ở những phụ nữ quanh tuổi tiền mãn kinh. Người ta hay phân biệt rong kinh rong huyết ở tuổi trẻ, ở tuổi hoạt động sinh dục và ở tuổi tiền mãn kinh, lý do là mỗi thời kỳ này có những đặc thù riêng.

Rong kinh rong huyết tuổi trẻ (metropathia juvenilis). Thường quen gọi là rong kinh dậy thì vì thông thường hay gặp vào tuổi dậy thì, cơ chế chảy máu của kinh nguyệt, ra máu kéo dài, máu nhiều và tươi, hay bị đi bị lại. Nhưng để tôn trọng quy định chung, chúng ta nên gọi là rong kinh rong huyết tuổi trẻ.

2. NGUYÊN NHÂN

Trước kia người ta cho rằng cường estrogen do tồn tại nang noãn (nang noãn hoạt động kéo dài, không vỡ, không phóng noãn) làm cho niêm mạc tử cung quá sản tuyến nang. Ngày nay, người ta thấy estrogen có thể bình thường, mặc dầu cũng có thể cao. Cơ bản là do FSH và LH không đầy đủ để kích thích buồng trứng, nguyên nhân từ rối loạn hoạt động của vùng dưới đồi, hoạt động chưa thuần thục, chế tiết chưa đầy đủ Gn - RH. Thường là giai đoạn hoàng thể kém hoặc không phóng noãn, không có giai đoạn hoàng thể. Progesteron bảo vệ hệ thống vùng dưới đồi - tuyến yên hoạt động không hoàn chỉnh. Đương nhiên còn nhiều sự kiện khác có ảnh hưởng tới như bản thân cấu trúc của vùng này, ảnh hưởng của các bệnh cấp tính, mạn tính, thay đổi huyết học, thần kinh căng thẳng v.v...

3. TRIỆU CHỨNG

Kinh nguyệt kéo dài, thường là huyết đỏ tươi, xảy ra sau một vòng kinh dài (chậm kinh), nhiều khi dẫn tới thiếu máu. Khám thực thể đôi khi đem lại những dấu hiệu không chính xác như tử cung to và mềm, cổ tử cung hé mở, khiến người thầy thuốc liên tưởng đến doạ sẩy thai, nhất là sau một vòng kinh dài xem như chậm kinh.

4. ĐIỀU TRỊ

Bước đầu tiên là phải loại trừ những nguyên nhân ác tính sau đó mới đặt vấn đề điều trị cầm máu, bằng các cách trình bày dưới đây.

4.1. Nạo bằng hormon

Tiêm 6 - 7 ngày, mỗi ngày 20 - 25mg progesteron, hoặc uống progestin liều tương đương. Có thể cho thêm estrogen như Mikrofollin, Lynoral, mỗi ngày 0,05mg. Huyết sẽ cầm ngừng thuốc 2 - 3 ngày sẽ ra huyết trở lại, niêm mạc tử cung bong triệt để. Vì thế có tên gọi là nạo bằng thuốc, nạo bằng hormon. Thời gian và lượng máu khi ra huyết trở lại tương tự như kinh nguyệt của người bình thường.

4.2. Đề phòng rong kinh trong vòng kinh sau

Cho tiếp vòng kinh nhân tạo, có thể cho estrogen cùng với progestin như kiểu viên thuốc tránh thai kết hợp. Cũng có thể cho progestin đơn thuần vào nửa sau của vòng kinh nhưng phương pháp này không đảm bảo chắc chắn có kết quả vì khó có thể tiên lượng được vòng kinh tới sẽ dài bao nhiêu ngày để ước đoán ngày bắt đầu của nửa sau để cho thuốc.

Có thể cho thuốc kích thích phóng noãn như clomifen citrat 5 ngày liền, từ ngày thứ 3 của vòng kinh, mỗi ngày 1-2 viên. Cách điều trị này nhằm tạo cho vòng kinh có phóng noãn, có hoàng thể, có progesteron nội sinh và niêm mạc tử cung sẽ bong ngắn gọn hơn trong những ngày hành kinh. Kết quả có thể đạt tới 50% các trường hợp.

Với cách điều trị như trên, kết hợp với các thuốc cầm máu, thường không phải nạo tử cung bằng dụng cụ. Trong một số trường hợp rất hãn hữu, điều trị bằng mọi biện pháp nội khoa không có kết quả mới phải nạo bằng dụng cụ.

Để cầm máu nhanh trong những trường hợp ra máu cấp, người ta có thể dùng loại estrogen phức hợp sulfat (biệt dược Permarin) tan trong nước, có khi chỉ sau 15 phút là cầm máu. Nhưng sau khi cầm máu vẫn phải tiếp tục điều trị duy trì bằng hormon để tránh ra huyết ồ ạt trở lại khi ngừng thuốc.

Dùng thuốc tránh thai để đề phòng rong kinh tuổi trẻ trong những vòng kinh sau nên cho uống 3 tháng liền. Sau đó ngừng thuốc để chờ trả lời của hiệu ứng nhảy vọt (rebund effect). Nếu trong thời gian không dùng thuốc, kinh nguyệt trở lại bình thường thì thôi không phải dùng tiếp. Nếu kinh nguyệt lại hỗn loạn, rong kinh vẫn xảy ra, lại tiếp tục điều trị như trên 3 tháng nữa. Chú ý mỗi tháng uống thuốc 3 tuần, có thể chỉ dùng thuốc trong 10 ngày cuối của mỗi vòng kinh, mỗi ngày 1 - 2 viên thuốc tránh thai.

Phương pháp này tỏ ra rất thuận lợi và đem lại kết quả tốt. Trước hết, vùng dưới đồi không bị ức chế trong nửa đầu vòng kinh, có thể tập dượt hoạt động, chứ không bị ức chế hoàn toàn như trong phương pháp dùng cả tháng. Hơn nữa, người bệnh có thể đến với thầy thuốc chậm hơn, sau khi kinh nguyệt đã sạch, người thầy thuốc có điều kiện để nắm tình hình mà điều chỉnh phương pháp điều trị.

5. TIÊN LƯỢNG

Những em bé bị rong kinh rong huyết trong tuổi trẻ có tỷ lệ bị vô kinh thứ phát cao hơn thường, vòng kinh không phóng noãn, vô sinh khi đã lớn tuổi. Vì thế cần theo dõi cẩn thận trong một thời gian dài, mặc dầu có thể không có biểu hiện lâm sàng gì bất thường. Đặc biệt, cần điều trị rất sớm rong kinh rong huyết, tránh để mất máu kéo dài, dẫn tới suy tổn vùng dưới đồi - tuyến yên không hồi phục trong hoàn cảnh vốn đã kém hoạt động.

6. RONG KINH RONG HUYẾT TIỀN MÃN KINH

Nhiều khi gọi tắt là rong kinh tiền mãn kinh. Thực ra, có thể ban đầu là rong kinh, về sau huyết ra kéo dài, chảy máu không còn theo cơ chế kinh nguyệt nữa mà do thương tổn (viêm) ở niêm mạc tử cung và là rong huyết.

Khá phổ biến. Rối loạn về lượng kinh như thiểu kinh, cường kinh, rối loạn về chu kỳ kinh như kinh mau, kinh thưa đều có thể gặp.

Tất cả những trường hợp rối loạn kinh nguyệt tiền mãn kinh đều phải nghi ngờ có nguyên nhân ác tính. Phải khám phụ khoa chu đáo (soi cổ tử cung, làm phiến đồ khối u, nạo sinh thiết niêm mạc tử cung, sinh thiết cổ tử cung...) là điều không thể bỏ qua. Ung thư có thể xuất phát từ cổ tử cung, từ niêm mạc tử cung, từ buồng trứng, từ âm đạo. Chỉ sau khi đã loại trừ nguyên nhân ác tính mới được điều trị triệu chứng.

Trong rong kinh tiền mãn kinh, sinh thiết niêm mạc tử cung phần lớn (có tới 90%) cho hình ảnh phát triển, chỉ chừng 10% có hình ảnh chế tiết. Hình ảnh quá sản tuyến nang của niêm mạc tử cung gặp nhiều gấp 10 lần so với lứa tuổi 20 - 45 tuổi.

Trong giai đoạn sau mãn kinh, hay gặp hình ảnh niêm mạc tử cung teo, niêm mạc tử cung không hoạt động.

Những khối u lành tính và ác tính gây rối loạn ra huyết có tỷ lệ khác nhau tuỳ theo lứa tuổi. Trong tiền mãn kinh, tỷ lệ u xơ tử cung, polip cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung 1-2%. Các khối u lành tính ngày càng ít gặp sau khi đã mãn kinh và chuyển sang các khối u ác tính ngày càng tăng.

Điều trị triệu chứng rong kinh rong huyết tiền mãn kinh tốt nhất là nạo niêm mạc tử cung. Có 3 lợi ích rõ rệt: cầm máu nhanh, đỡ để mất máu kéo dài, có được mảnh niêm mạc tử cung để thử giải phẫu bệnh lý, xác định rõ ràng tình trạng quá sản niêm mạc tử cung để định hướng sử dụng hormon tiếp theo. Ngày nạo niêm mạc tử cung được coi là ngày đầu của vòng kinh tới. Nếu có sử dụng hormon thì lấy ngày đó làm mốc. Thông thường nên cho progestin từ ngày thứ 16, mỗi ngày 10mg (Duphaston, Noreolut, Turinal...), uống trong 10 ngày. Uống trong 3 vòng kinh liền như thế, kết quả bao giờ cũng tốt, nếu như không có tổn thương thực thể kèm theo. Sau khi ngừng thuốc 2 - 3 ngày, người bệnh sẽ hành kinh trong 3 - 4 ngày, lượng kinh không nhiều.

Chú ý không bao giờ nên cho progestin ngay sau nạo như một số thầy thuốc thường làm với ý đồ và hy vọng làm teo niêm mạc tử cung ngay sau nạo, vì rất

hay có nguy cơ gây băng huyết. Nếu chẳng may chót gây băng huyết bằng progestin sau nạo thì nên cho tiếp ngay estrogen như 1 - 2 viêm Mikrofollin hoặc estradiol tiêm, sẽ cầm máu nhanh.

Có một số tác giả đưa ra kết quả khả quan sau khi dùng testosteron điều trị rong kinh tiền mãn kinh, giúp chóng mãn kinh hoàn toàn. Theo kinh nghiệm, chúng tôi thấy ở Việt Nam, việc chỉ định sử dụng hormon nam cho phụ nữ tiền mãn kinh không đáng ngại như ở châu Âu, không sợ xuất hiện những dấu hiệu sinh dục phụ của nam giới. Ngoài ra, testosteron cũng giúp cho chuyển hoá tốt, góp phần nâng cao thể trạng người bệnh.

Bên cạnh những thuốc và biện pháp nói trên, thuốc co tử cung như oxytocin, ergotamin cần được lưu ý dùng sớm và thường chỉ có lợi. Các thuốc giúp cầm máu như EAC, vitamin K, calci cũng góp phần cầm máu, như sắt, vitamin A, B cũng có ích.

7. RONG KINH RONG HUYẾT TRONG TUỔI SINH ĐẺ (18-45 TUỔI)

7.1. Cường kinh

Kinh nhiều so với kinh nguyệt bình thường, hay kèm theo với rong kinh. Nếu huyết ra nhiều quá, trên 200ml/ngày, ảnh hưởng tới toàn trạng, mạch nhanh, huyết áp tụt thì gọi là băng kinh.

Nguyên nhân phần lớn do có tổn thương thực thể ở tử cung như u xơ tử cung, polip buồng tử cung, lạc nội mạc tử cung tại cơ tử cung làm tử cung không co bóp được, làm niêm mạc tử cung khó tái tạo nên khó cầm máu. Cũng có thể do tử cung kém phát triển, tử cung đổ sau gây ứ máu tĩnh mạch và chảy máu nhiều. Bệnh nội khoa cũng có thể gây cường kinh như cao huyết áp, rối loạn đông máu, bệnh thận. Cường kinh cơ năng ít gặp hơn. Có thể do tan cục huyết, tan sợi huyết tại chỗ.

7.2. Điều trị

Ở người trẻ tuổi, nếu cường kinh do tử cung co bóp kém, có thể cho dùng thuốc co tử cung như ergotamin, prostaglandin ngậm dưới lưỡi. Nếu cường kinh do kém phát triển tử cung thì sau đẻ sẽ trở lại bình thường. Nếu như không có thai, có thể cho estrogen kết hợp với progestagen như kiểu viên thuốc tránh thai. Nếu sợ thuốc tránh thai sẽ gây vô sinh nhân tạo cho người bệnh sau điều trị lâu dài thì có thể cho thuốc tránh thai vào nửa sau của chu kỳ kinh; theo kinh nghiệm của chúng tôi, không những không có tác dụng tránh thai mà còn tạo điều kiện cho tử cung phát triển, chống loại cường kinh.

Ở người đứng tuổi, nếu có tổn thương thực thể nhỏ, chưa đáng chỉ định phẫu thuật (u xơ tử cung nhỏ, lạc nội mạc tử cung nhỏ), có thể dùng progestin liều cao để gây mất kinh trong 3 - 4 tháng liền.

Đối với người trên 40 tuổi, nếu điều trị bằng thuốc không có kết quả, có thể đặt vấn đề mổ cắt bỏ tử cung.

8. RONG KINH DO CHẢY MÁU TRƯỚC KINH

Trước khi hành kinh chính thức, người phụ nữ có ra huyết một số ngày, lượng huyết ít hơn, khiến kỳ kinh dài ra. Như vậy vòng kinh như ngắn lại.

Nguyên nhân có thể do có tổn thương thực thể như viêm niêm mạc tử cung, polip buồng tử cung. Nhưng cũng có thể do giai đoạn hoàng thể teo sớm, progesteron giảm nhanh. Phát hiện bằng cách lấy thân nhiệt cơ sở vào các sáng sớm, thấy thân nhiệt giảm sớm.

Điều trị: Đối với người trên 35 tuổi, nên nạo tử cung vì riêng nạo tử cung bản thân nó cũng có thể điều trị khỏi người bệnh, như trong trường hợp viêm niêm mạc tử cung chẳng hạn, đồng thời lại có được mảnh niêm mạc tử cung để thử giải phẫu bệnh lý, đánh giá được tổn thương thực thể nếu có và kiểm tra được ác tính.

Điều trị bằng thuốc, dùng progestin từ ngày thứ 20 - 26 của vòng kinh, mỗi ngày 10mg Duphaston. Cũng có thể dùng kết hợp estrogen và progestin như viên thuốc tránh thai kết hợp Ovidon, Eugynon, Rigevidon, Choice, marodon vì trong nửa sau của những vòng kinh này không những thiếu progesteron mà còn thiếu cả estrogen, kết quả cũng tương tự.

9. RONG KINH DO CHẢY MÁU SAU KINH

Sau khi sạch kinh được 1 - 2 ngày, người phụ nữ lại ra huyết một vài ngày, huyết ít. Nguyên nhân thực thể không hiếm (có thể do viêm niêm mạc tử cung, u xơ tử cung, polip buồng tử cung, u ác tính trong buồng tử cung...).

Nguyên nhân cơ năng có thể do niêm mạc tử cung có những vùng bong chậm hoặc có những vùng tái tạo chậm. Bong chậm là do hoàng thể thoái triển chậm nên estrogen và progesteron xuống chậm. Tái tạo chậm là do hoàng thể thoái triển chậm nên estrogen và progesteron xuống chậm. Tái tạo chậm là do nang noãng chưa kịp chế tiết đủ estrogen. Phân biệt bằng cách lấy thân nhiệt sáng sớm. Nếu thấy đường cong thân nhiệt cao kéo dài là progesteron xuống chậm. Nếu thấy trong khi máu ra lại, nhiệt độ đã xuống thấp là do estrogen thiếu.

Điều trị: Trước hết phải loại trừ nguyên nhân thực thể. Nếu có nguyên nhân thực thể thì giải quyết nguyên nhân thực thể. Nếu do hoàng thể kéo dài thì cho progestin hoặc estrogen kết hợp progestin vào các ngày 20 - 25 của vòng kinh. Sau khi ngừng thuốc được vài ngày, niêm mạc tử cung sẽ bong gọn và không rong kinh. Nếu do niêm mạc tử cung tái tạo chậm, có thể cho Mikrofollin 0,05mg, mỗi ngày 1-2 viên trong các ngày 3-8 của vòng kinh.

10. RONG KINH DO QUÁ SẢN TUYẾN NANG NIÊM MẠC TỬ CUNG

Kinh chậm ra nhiều huyết và kéo dài. Niêm mạc tử cung dày có khi tới 3 - 5mm, có những nhú nhỏ dài hoặc phình dạng polip, trong mượt như nhung. Qua kính hiển vi không thấy hình ảnh chế tiết của niêm mạc tử cung, thiếu lớp xốp (pars spongiosa) của niêm mạc. Các tuyến hình thẳng, đôi chỗ phình to trông như miếng phomat cắt ngang (có những lỗ hổng). Trong mô liên kết có các sợi to.

Trong các tuyến không có glycogen. Các mạch máu chỉ có một lớp nội bì, chính là tĩnh mạch giãn to thành xoang, chèn ép vào các ống tuyến làm cho các ống này phình to. Các tiểu động mạch xoắn ốc cũng tăng phát triển. Vì các hệ tĩnh mạch phình nên tạo cho niêm mạc tử cung một hình dạng hang lỗ chỗ.

10.1. Nguyên nhân

Người ta thấy tình trạng estrogen tác dụng kéo dài dẫn đến hiện tượng có hình ảnh hang lỗ chỗ của niêm mạc tử cung. Khi nồng độ estrogen dao động hoặc độ nhạy cảm với estrogen không còn đủ đảm bảo duy trì niêm mạc tử cung khiến niêm mạc tử cung bong từng chỗ gây chảy máu, bong lâu hết, gây rong kinh. Vì niêm mạc tử cung có nhiều xoang mạch nên chảy máu nhiều.

Kiểm tra buồng trứng người ta không thấy có hoàng thể. Tình trạng estrogen tác dụng kéo dài được quy cho là có tồn tại nang noãn (folliculus persistens).

10.2. Điều trị

Chắc chắn nhất là nạo niêm mạc tử cung. Có tới 50% khỏi được một thời gian dài. Số còn lại phải tiếp tục điều trị bằng thuốc.

Đối với người trên 40 tuổi có thể dùng testosteron tiêm 25mg/ngày trong 8-10 ngày, có thể làm teo niêm mạc tử cung (hoạn bằng hormon).

Phương pháp chạy tia X nhằm làm teo buồng trứng ngày nay không còn dùng nữa. Trong mọi trường hợp, nên điều trị thử bằng progestin trong nửa sau của vòng kinh; từ ngày thứ 16 của vòng kinh (có thể từ ngày thứ 14 -15), từng đợt 3 tháng. Nghỉ thuốc, theo dõi vài tháng. Nếu thấy kinh nguyệt bình thường thì thôi dùng thuốc. Nếu không kết quả, lại dùng tiếp. Tuy nhiên, không nên điều trị bằng thuốc kéo dài đối với những người trên 40 tuổi mà nên có chỉ định mổ cắt tử cung, nếu sau hai năm điều trị bảo tồn không có kết quả.

VÔ KINH

GS. Nguyễn Khắc Liêu

Theo định nghĩa, vô kinh là hiện tượng không hành kinh qua một thời gian quy định. Thời gian ấy là 18 tuổi đối với vô kinh nguyên phát, là 3 tháng nếu đã từng hành kinh đều, hoặc 6 tháng nếu đã từng hành kinh không đều trong tiền sử, đối với vô kinh thứ phát. Người ta còn phân biệt "vô kinh sinh lý" và "vô kinh bệnh lý". Vô kinh sinh lý xảy ra trong khi có thai, trong thời gian cho con bú. Có tác giả còn xếp hiện tượng không hành kinh trước tuổi dậy thì và sau tuổi mãn kinh vào vô kinh sinh lý. Tất cả những trường hợp vô kinh còn lại đều là vô kinh bệnh. Trong vô kinh bệnh lý còn có cả *vô kinh giả* (pseudoamenorrhoea), thực chất là có chảy máu kinh nhưng máu kinh đó không thoát được ra ngoài do cổ tử cung bị chít, màng trinh không thủng hoặc không có âm đạo. Vì thế vô kinh giả còn có tên gọi là *bế kinh*.

Vô kinh chiếm một trong những chương lớn nhất trong phụ khoa, vì những đặc điểm quan trọng của nó không những trong lĩnh vực sinh sản mà còn trong lĩnh vực sức khoẻ, tính mạng của người bệnh.

Có thể phân ra các loại vô kinh do các nguyên nhân riêng rẽ như do vùng dưới đồi, do tuyến yên, do buồng trứng, do tử cung. Ngoài ra, có thể có những nguyên nhân khác, thậm chí phức tạp hơn, như do tuyến thượng thận (bệnh Addison, bệnh Cushing...), do giáp trạng (bệnh phù niêm mạc, bệnh Basedow...), do bệnh tâm thần, do suy dinh dưỡng..., thậm chí do nhiều nguyên nhân kết hợp. Thí dụ trong chiến tranh thế giới lần thứ 2, người ta thấy tại châu Âu có tới 50% phụ nữ bị vô kinh do sợ hãi kết hợp với đói kém.

Về nội tiết, người ta có thể định lượng các hormon sinh dục và các hormon hướng sinh dục để chẩn đoán phân biệt nguyên nhân tại buồng trứng (vùng dưới đồi, tuyến yên...). Chính xác nhất và nhanh nhất là định lượng trong máu bằng phương pháp miễn dịch phóng xạ (RIA, radio-immuno-assay), hoặc bằng phương pháp miễn dịch men EIA, enzym inmuno, assay). Nếu thấy hormon sinh dục thấp thì nguyên nhân là tại buồng trứng. Vì do thiếu hormon buồng trứng nên vùng dưới đồi không bị ức chế và tuyến yên được tăng kích thích.

Để phân biệt những nguyên nhân giữa vùng dưới đồi và tuyến yên, phải định lượng hormon giải phóng, một phương pháp chưa được áp dụng rộng rãi trong lâm sàng điều trị vì tốn kém và phức tạp. Tuy nhiên, có thể điều trị thử bằng hormon giải phóng của vùng dưới đồi sau đó định lượng lại hormon hướng sinh dục. Nếu thấy hormon này tăng thì nguyên nhân là tại vùng dưới đồi. Nếu thấy hormon hướng sinh dục không tăng thì nguyên nhân là tại tuyến yên. Nhưng phương pháp điều trị thử này cũng chưa áp dụng được rộng rãi ở Việt Nam vì giá thành của phương pháp cũng cao.

Để phân biệt nguyên nhân giữa buồng trứng và tuyến thượng thận, ngoài những xét nghiệm định lượng các hormon đặc hiệu của buồng trứng, của vỏ thượng thận, có khi phải làm cả những xét nghiệm thăm dò chức năng buồng trứng và chức năng vỏ thượng thận qua phương pháp kích thích và ức chế. Thí dụ đồng thời kích thích buồng trứng bằng hCG, FSH ức chế vỏ thượng thận bằng dexamethazon. So sánh kết quả trước và sau khi kích thích - ức chế, rút ra kết luận.

1. VÔ KINH NGUYÊN PHÁT (VKI)

Sở dĩ người ta phân biệt vô kinh làm hai loại, nguyên phát và thứ phát là vì ý nghĩa chẩn đoán nguyên nhân bệnh. Trong vô kinh nguyên phát, cần phải quan tâm tất cả các loại nguyên nhân gồm những bất thường về *hoạt động nội tiết* của trục vùng dưới đồi - tuyến yên - buồng trứng, những bất thường về *cấu tạo giải phẫu* của bộ phận sinh dục. Trong khi đó, đối với vô kinh thứ phát có thể bỏ qua việc thăm dò những bất thường bẩm sinh của bộ phận sinh dục. Thí dụ, không có tử cung, không có âm đạo, màng trinh không thủng, không có buồng trứng hoặc buồng trứng teo bẩm sinh v.v... vì trong tiền sử người bệnh đã từng hành kinh.

Chẩn đoán vô kinh nguyên phát tiến hành từng bước.

Hỏi bệnh: Quan tâm đến tính di truyền vì có tới 0,1 - 0,2 phần trăm thiếu nữ hành kinh muộn sau tuổi 18.

Khám bệnh: Xem các tính sinh dục phụ như phát triển vú, lông mu, lông nách. Thăm trực tràng hay thăm âm đạo bằng một ngón tay, đặt mỏ vịt nhỏ dành cho những thiếu nữ còn trinh, xem có gì bất thường hoặc thiếu một phần nào của bộ phậm sinh dục không. Đặc biệt xem có tử cung không. Đối với buồng trứng, người ta không hy vọng lắm về việc tìm nắn xem có hay không mà chủ yếu xem có khối u buồng trứng, nhất là có khối u nam tính hoá của buồng trứng không.

Xem cấu trúc cơ thể có gì bất thường không. Người lùn cổ ngắn và bạnh, tóc mọc xuống thấp đặc trưng của hội chứng Turner v.v... Làm các xét nghiệm thăm dò như định lượng các hormon hướng sinh dục, estrogen, progesteron, tế bào học âm đạo nội tiết, chỉ số tử cung để xác định nơi có rối loạn nội tiết. Bổ sung, có thể thăm dò qua phương pháp kích thích - ức chế.

Chứng nghiệm hormon còn gọi là điều trị thử:có thể có những loại dưới đây:

- ***Chứng nghiệm progesteron.*** Cho progesteron mỗi ngày 10mg tiêm bắp thịt, trong 8 ngày liền. Nếu sau ngừng thuốc từ 2 đến 5 ngày, ra huyết thì là biểu hiện kém hoạt động nhẹ của hệ thống vùng dưới đồi - tuyến yên - buồng trứng. Nếu không ra huyết là kém hoạt động nặng.
- ***Chứng nghiệm estrogen.*** Dùng chứng nghiệm này khi chứng nghiệm progesteron âm tính. Cho Mikrofollin mỗi ngày 0,10mg hay Akrofollin hoặc Benzogynoestryl mỗi ngày 5mg tiêm bắp, tổng cộng 10 ngày. Nếu sau ngừng thuốc từ 5 đến 8 ngày, ra huyết thì là suy nặng vùng dưới đồi hoặc tuyến yên, hoặc buồng trứng. Nếu không ra huyết, nghĩ tới không có tử cung hoặc dính buồng tử cung.

- ***Chứng nghiệm hormon hướng sinh dục***: Nạo niêm mạc tử cung, thử tế bào học âm đạo nội tiết, định lượng estrogen, progesteron trước và sau khi tiêm hormon hướng sinh dục. Nếu sau khi tiêm thấy các kết quả đều tăng lên: suy vùng dưới đồi hoặc tuyến yên. Nếu không tăng, suy buồng trứng hoặc buồng trứng teo.
- ***Chứng nghiệm clomifen.*** Cho uống 5 ngày liền, mỗi ngày 100mg clomifen citrat nhằm ức chế các thụ cảm của vùng dưới đồi và làm tăng tiết các hormon giải phóng. Định lượng lại FSH, LH. Nếu so với trước khi tiêm có thấy tăng lên: vùng dưới đồi kém hoạt động. Nếu không tăng: tuyến yên kém hoạt động, cũng có thể là vùng dưới đồi không hoạt động.

Áp dụng thực tế

- Trên thực tế, vô kinh nguyên phát chỉ có 2 loại nguyên nhân, rối loạn nội tiết của trục vùng dưới đồi - tuyến yên - buồng trứng hoặc dị dạng sinh dục, cụ thể là không có tử cung.
- Về lâm sàng nếu thấy các tính chất sinh dục phụ bình thường như vú phát triển tốt, lông mu bình thường, không có biểu hiện đau bụng của bế kinh thì chẩn đoán là không có tử cung hầu như bao giờ cũng đúng.
- Nếu có các tính chất sinh dục phụ bình thường, đồng thời đau bụng có chu kỳ, khám thấy có khối u ở tiểu khung, có thể chẩn đoán là bế kinh do không có âm đạo hay màng trinh không thủng, tất nhiên phải khám thực thể, không thấy cổ tử cung, không thấy âm đạo hoặc màng trinh không thủng.
- Nếu các tính chất sinh dục phụ không phát triển, tức là thiếu các hormon của buồng trứng hoặc nguyên phát, hoặc thứ phát. Nguyên phát là buồng trứng teo bẩm sinh, thứ phát là suy vùng dưới đồi hay suy tuyến yên dẫn tới suy buồng trứng.
- Trong vô kinh nguyên phát, các nguyên nhân chiếm tỷ lệ như sau:

Buồng trứng bất thường do rối loạn thể nhiễm sắc:	30%
Rối loạn phát triển cơ thể:	19%
Nguyên nhân vùng dưới đồi - tuyến yên:	20%
Tổn thương buồng trứng:	17%
Hội chứng thượng thận - sinh dục:	7%
Tinh hoàn nữ tính hoá:	7%

1.1. Tinh hoàn nữ tính hoá (hội chứng Morris)

Morris mô tả lâm sàng năm 1953. Hiếm gặp, tỷ lệ 1/20.000. Nhiễm sắc đồ nam giới (XY). Hình dáng bên ngoài là nữ giới. Vú phát triển, đôi khi phát triển hơn thường. Người thon thả, xinh gái, nhiều người đẹp mẫu, tâm tính nữ. Không có lông mu và lông nách. Tinh hoàn chế tiết estrogen nhưng vô kinh vì không có tử cung. Phải mổ cắt bỏ tình hoàn đề phòng ung thư hoá. Nhưng nên đợi vú phát

triển đầy đủ rồi hãy cắt. Sau mổ dùng estrogen thay thế để tiếp tục duy trì tính nữ cho phù hợp với cuộc sống xã hội đã quen của người bệnh.

1.2. Hội chứng thượng thận - sinh dục

Vỏ thượng thận tăng tiết androgen (hormon nam). Có buồng trứng nhưng mang tính sinh dục phụ nam. Là bệnh mang tính chất di truyền. Thiếu men hydroxylase của vỏ thượng thận, trước hết là hydroxylase 21 nên cortisol thấp, ACTH tăng tiết dẫn tới quá sản vỏ thượng thận và tăng tiết androgen. Với nồng độ cao, androgen ức chế tuyến yên sản sinh hormon hướng sinh dục.

Bệnh nhân sớm mọc lông mu, lông lách và râu. Người lùn thấp vì androgen cao làm chóng đóng các đầu xương dài. Âm vật to. Vô kinh. Điều trị bằng corticoid (prednisolon, dexamethason) vừa thay thế thiếu hụt vừa ức chế chế tiết ACTH. Có thể có thai được. Âm vật không thoái triển, phải cắt vì mỹ quan.

1.3. Hội chứng Turner

Bệnh cảnh do Turrner mô tả năm 1938: hình hài nhi tính, cẳng tay choãi ra ngoài, cổ có da bạnh. Rối loạn phát triển nặng nền tuyến sinh dục do thiếu một thể nhiễm sắc X. Do đó còn gọi là "buồng trứng teo", "buồng trứng không phát triển". Nhiễm sắc đồ 45, XO. Có khi có hình khảm, có khi có bất thường nhiễm sắc thể cấu trúc.

Bộ phận sinh dục nhi tính: Vú không phát triển, lông mu, lông nách thưa thớt. Tất cả các phần của bộ phận sinh dục đều nhỏ: môi lớn không có đệm mỡ, môi nhỏ teo, âm vật nhỏ, âm đạo ngắn, hẹp, tử cung bằng đầu ngón tay út, vòi trứng mảnh và dài tương đối, buồng trứng không có hoặc chỉ là một dải nhỏ.

Mặc dù hormon tăng trưởng tăng, người vẫn lùn, ít khi đạt 1,50m. Có nhiều dạng triệu chứng khác nhau, có tới 60 loại, có khi có cả loạn nhìn mầu, đục nhân mắt, teo tắc động mạch chủ, loãng xương (do thiếu estrogen)...

Chậm phát triển trí tuệ, kém thông minh, không tình dục, vô kinh: Tuy nhiên, mặc dầu rất hãn hữu, có thể có kinh, kinh rối loạn.

Điều trị: duy nhất chỉ có cách thay thế nội tiết, cho estrogen, cho vòng kinh nhân tạo giúp hành kinh, phát triển tính sinh dục nữ, giải quyết tâm lý đồng thời đỡ loãng xương.

1.4. Vô kinh do bất thường đường sinh dục

1.4.1. Hội chứng Mayer - Rokitansky - Kuster

Teo âm đạo, tử cung teo, có hai dải nhỏ. Buồng trứng bình thường, nội tiết bình thường nhưng vẫn vô kinh. cũng cần phân biệt với:

1.4.2. Dính buồng tử cung do lao, mắc từ hồi nhỏ tuổi

Khám thấy có tử cung, âm đạo

Hội chứng Mayer - Rokitansky - Kuster (gọi tắt là hội chứng Rokitansky) và dính buồng tử cung do lao trên thực tế tới nay vẫn chưa điều trị được.

1.4.3. Không có âm đạo, màng trinh không thủng gây bế kinh

Điều trị bằng chọc cùng đồ Douglas để dẫn thoát máu kinh. Có khi phải cắt tử cung.

Tiên lượng chung của vô kinh nguyên phát

- Tuỳ thuộc vào nguyên nhân sinh bệnh, nhưng nói chung tiên lượng không tốt.
- Điều trị đối với hệ thống nội tiết chủ yếu là dùng hormon thay thế.
- Đối với những bất thường về giải phẫu, nếu được, có thể giải quyết bằng phẫu thuật (cắt bỏ âm vật to, chích chọc màng trinh dẫn thoát máu kinh ứ đọng, cắt bỏ tinh hoàn nữ tính hoá v.v...). Nhưng phần lớn cũng chỉ là điều trị triệu chứng, giải quyết không triệt để.

2. VÔ KINH THỨ PHÁT (VKII)

Những nguyên nhân của vô kinh thứ phát

Tất cả những nguyên nhân gây vô kinh nguyên phát đều có thể là những nguyên nhân gây vô kinh thứ phát, trừ những bất thường bẩm sinh về giải phẫu ở bộ phận sinh dục và những bất thường bẩm sinh khác. Thí dụ hội chứng thượng thận - sinh dục, hội chứng Rokitansky tuyệt đại đa số gây vô kinh nguyên phát. Những nguyên nhân phổ biến nhất của VKI là thuộc về vùng dưới đồi (78%), tuyến yên (2%), buồng trứng (8%), ở ngoài bộ phận sinh dục (7%) theo tài liệu châu Âu. Nhưng ở Việt Nam chủ yếu là do suy sớm buồng trứng.

2.1. Vô kinh thứ phát nguyên nhân vùng dưới đồi

Có 2 nhóm, nhóm do các yếu tố tâm thần và nhóm do các tổn thương thực thể. Thật ra cả hai đều phần lớn là do từ vỏ não tác động xuống vùng dưới đồi chứ không phải xuất phát từ vùng dưới đồi.

Những yếu tố tâm thần, tâm lý có thể là sang chấn tinh thần trong gia đình như ly dị, tang tóc, thay đổi hoàn cảnh sống, hành trình đường dài, lo sợ v.v... có khi tưởng tượng có thai cũng gây ra vô kinh.

Những thay đổi giải phẫu (thương tổn thực thể) như viêm não, sang chấn sọ não làm ảnh hưởng đến chức năng vùng dưới đồi hay các nhóm nhân ở trên vùng dưới đồi như hệ thống viền, cấu tạo lưới.

Không hiếm những trường hợp xảy ra trong thời kỳ thai nghén của người mẹ dẫn tới tổn hại cho đứa con như nhiễm khuẩn, nhiễm độc thai nghén, tia xạ, thuốc. Trong các thuốc, người ta lưu ý fenetiasin, reserpin, các thuốc bế hạch thần kinh có tác động lên vùng dưới đồi. Nhiều trường hợp vô sinh sau đẻ kèm béo bệu được coi là trong khi có thai và sau thời gian ngừng cho bú, những trung tâm của vùng dưới đồi không được dinh dưỡng đầy đủ. Thật khó phân biệt vô kinh nguyên

nhân vùng dưới đồi với vô kinh nguyên nhân tuyến yên vì mặc dù nguyên nhân là từ vùng dưới đồi nhưng cuối cùng vẫn dẫn đến kém hoạt động của tuyến yên.

2.2. Vô kinh nguyên nhân tuyến yên

Vì tiềm năng hoạt động cao của tuyến yên nên ít khi có vô kinh do nguyên nhân suy tuyến yên. Hay gặp nhất là suy tuyến yên sau sinh và u tuyến yên gây ra vô kinh.

Trong các khối u cần phân biệt những khối u không hoạt động nội tiết như khối u kỵ sắc, u họng vòm sọ và những khối u nội tiết như u tế bào ái toàn gây chứng khổng lồ, bệnh lớn cực, u tế bào ái kiềm gây bệnh Cushing, u tuyến sinh prolactin (adénnome à prolactine) gây chứng vô kinh - tiết sữa. Những khối u tế bào kỵ sắc của tuyến yên tuy khống chế hormon, không gây các triệu chứng nội tiết nhưng cũng gây được vô kinh do thuỳ trước tuyến yên bị huỷ hoại.

Suy tuyến yên rõ nét gặp trong hội chứng Sheechan và bệnh Simmomds cũng do thuỳ trước tuyến bị hoại tử, huỷ hoại.

2.2.1. Hội chứng Sheehan

Trong khi có thai, thể tích của tuyến yên tăng lên khoảng 1,5 lần. Sau khi đẻ, tuyến yên giảm nhanh thể tích song song với việc giảm tuần hoàn chung của sản phụ. Nếu xảy ra mất máu nhiều trong khi đẻ hoặc sau khi đẻ thì lượng máu cung cấp cho tuyến yên càng giảm nhanh và thuỳ trước tuyến yên bị hoại tử. Có tới 15% những trường hợp choáng mất máu do đẻ dẫn tới giảm tiết hormon hướng sinh dục. Nếu bị hoại tử 90% mô tuyến yên, sẽ tiến đến mất hẳn chế tiết các hướng hormon. Tỷ lệ gặp là một trường hợp trên 5 - 10000 cuộc đẻ.

Triệu chứng: Sớm nhất là triệu chứng mất sữa. Sau đó vú teo dần. Rụng lông nách và lông mu. Bộ phận sinh dục teo dần. Nếu nặng hơn, suy chức năng tuyến giáp và tuyến vỏ thượng thận sẽ nổi bật lên. Mất kinh, người bệnh mệt mỏi, gầy mòn. Âm đạo khô, các tuyến bã và tuyến nhờn giảm hoạt động. Mất dục tình. Trong những thể nhẹ, có thể vẫn còn kinh nguyệt, nhưng ít, đồng thời không có dấu hiệu suy tuyến vỏ thượng thận, suy tuyến giáp vì các tế bào chế tiết ACTH và các tế bào chế tiết TSH của tuyến yên không dễ bị tổn hại như những tế bào chế tiết hormon hướng sinh dục.

Một trong những vấn đề quan trọng cần lưu ý là mặc dầu có suy tuyến vỏ thượng thận, bệnh nhân vẫn không có dấu hiệu xạm da, tuy rằng những dấu hiệu khác của suy tuyến vỏ thượng thận vẫn có như giảm huyết áp, mệt mỏi. Đó là do tuyến yên bị suy, không chế tiết được ACTH mà ACTH lại gây xạm da.

Các xét nghiệm bổ sung như định lượng thấy các hormon tuyến yên bị giảm thấp đường huyết giảm thấp cũng có giá trị tốt giúp chẩn đoán bệnh.

Điều trị: Trước hết phải bồi phụ sự thiếu hụt của hormon giáp trạng. Nhưng cũng phải cho cortisol (ngày 10 - 20mg) để giải quyết thiếu hormon vỏ thượng thận. Chế độ ăn nhiều đạm, nhiều hydrat carbon và nhiều NaCl hơn thường. Cho estrogen bồi phụ vì có kém hoạt động buồng trứng. Đối với những thể nhẹ, có thể có thai, đẻ còn khoẻ mạnh bình thường. Đối với những thể nặng, nhưng không suy giáp trạng và thượng thận nhiều tới mức phải điều trị bằng hormon liều cao, có thể điều trị vô sinh, kích thích phóng noãn bằng các hormon hướng sinh dục thay thế.

2.2.2. Bệnh Simmonds

Do nguyên nhân teo hay hoại tử tuyến yên không liên quan đến thai nghén, sẩy đẻ. Bệnh cảnh và bệnh sinh rất giống hội chứng Sheehan.

2.2.3. Hội chứng vô kinh tiết sữa

Có ba hội chứng được lưu ý trong chẩn đoán. Hội chứng Chiari - Frommel xảy ra sau đẻ. Nhiều năm kéo dài vô kinh và tiết sữa. Tử cung teo trầm trọng, niêm mạc tử cung teo. Béo bệu có rối loạn hoạt động của hệ thống vùng dưới đồi - tuyến yên dẫn đến tăng tiết prolactin, tiết sữa và vô kinh. Hội chứng Argonzdel Castillo xảy ra trong trường hợp chưa đẻ lần nào. Hội chứng Forbes - Albright có khối u tuyến yên.

Có tới 50% những trường hợp tiết sữa không rõ nguyên nhân. Nhưng một số nguyên nhân đã được biết là có thể gây tiết sữa như dùng estrogen, dùng thuốc chữa bệnh tâm thần (aminazin chẳng hạn), những kích thích ở ngực, ở vú (sẹo mổ, bỏng, sang chấn...), những bệnh nội tiết (thiểu năng giáp trạng, tăng tiết TRH) v.v... làm tăng tiết prolactin.

Chẩn đoán: Dựa thêm vào chụp hố yên, khám mắt xem có dấu hiệu to tuyến yên không. Định lượng prolactin xem có cao không (bình thường 5 - 25ng/ml).

Điều trị: Nếu không thấy có nguyên nhân thực thể, có thể dùng bromocriptin (2 - brom - alpha - ergocriptin), biệt dược Partodel, dùng kéo dài qua nhiều tháng, mỗi ngày 1 - 2 viên có thể tới 4 viên (viên 2,5mg). Trong khi dùng, có thể có thai. Nếu nghi ngờ có khối u sinh prolactin của tuyến yên thì không nên để có thai vì nội tiết thai nghén có thể kích thích phát triển nhanh khối u tuyến yên dẫn đến những tai biến nguy hiểm như chèn ép vào giao thoa thị giác gây mù loà hoặc chảy máu khối u gây chèn ép não như kiểu xuất huyết não. Tránh thai bằng những phương pháp thông thường trừ thuốc tránh thai hormon, như đặt vòng, túi cao su v. v... Sau 1 - 2 năm điều trị, nếu biết chắc không có khối u tuyến yên, có thể cho phép có thai. Trước khi quyết định cho phép có thai có thể cho một số vòng kinh nhân tạo để thăm dò phản ứng của tuyến yên qua sức chịu đựng và các dấu hiệu cơ năng như nhức đầu, mờ mắt của người bệnh. Ngoài Parlodel, với mục đích kích thích phóng noãn có thể dùng clomifen citrat, hormon hướng sinh dục. Clomifen thường cho kết quả kém hơn so với Parlodel.

2.3. Vô kinh thứ phát nguyên nhân buồng trứng

Có thể có những nguyên nhân cụ thể như buồng trứng suy tàn sớm, khối u nam tính hoá buồng trứng, hội chứng Stein - Leventhal, buồng trứng giảm chế tiết estrogen, tăng chế tiết androgen.

Buồng trứng suy là do teo sớm các nang noãn nguyên thuỷ. Nguyên nhân có thể do di truyền, có thể do khi còn là bào thai, là thai nhi, hệ thống vùng dưới đồi - tuyến yên đã kích quá mạnh làm teo nhanh các nang noãn nguyên thuỷ, cũng có thể do người bệnh bị chạy tia xạ, bị bệnh quai bị, bị bệnh lao, bệnh viris, tự miễn dịch ở buồng trứng v.v...

Buồng trứng có khối u nam tính hoá (arrhenoblastoma) chế tiết nhiều androgen, đối kháng với tác dụng của estrogen. Mặt khác, androgen này cũng ức chế sự chế tiết các hormon giải phóng của vùng dưới đồi, cuối cùng buồng trứng lành bên kia cũng hoạt động. Từ những sự kiện trên, xảy ra vô kinh.

Đặc điểm lâm sàng:

- Trong trường hợp buồng trứng suy tàn sớn, người phụ nữ sẽ có bệnh cảnh như của người mãn kinh vì thực chất đây là một tình trạng mãn kinh sớm. Bốc hoả, hồi hộp, hay ra mồ hôi, lạnh đầu chi, buồn ngủ ban ngày v.v... đều là những triệu chứng có thể gặp. Không điều trị được nguyên nhân. Có thể dùng estrogen để giảm bớt những triệu chứng khó chịu và cho hành kinh để người bệnh an tâm.
- Trong trường hợp có khối u nam tính hoá, người bệnh sẽ có tính chất sinh dục phụ kiểu nam giới như lông chân, lông bụng, râu, ria mép, âm vật to. Vô kinh là dấu hiệu sớm khiến người phụ nữ đi khám bệnh. Điều trị duy nhất bằng cách cắt bỏ khối u. Buồng trứng lành còn lại sẽ hoạt động bình thường. Người phụ nữ sẽ lại hành kinh bình thường, có thể có thai được. Duy các tính sinh dục phụ thì chậm thoái triển hơn và có khi không trở lại bình thường. Thí dụ âm vật to có thể phải được cắt bỏ vì lý do thẩm mỹ, nếu sau một vài năm theo dõi không nhỏ đi đáng kể.
- Trong trường hợp hội chứng Stein - Leventhal, bên cạnh những dấu hiệu kinh ít, kinh thưa, vô kinh như cổ điển, người phụ nữ có thể có những dấu hiệu sinh dục phụ kiểu nam giới nhưng thường không nhiều lắm nhưng trong trường hợp khối u nam tính hoá. Bệnh cảnh mô tả trên đây hay gặp ở châu Âu. Ở Việt Nam, thay vào kinh ít, vô kinh có thể là rong kinh, kinh nhiều. Những dấu hiệu nam tính hoá cũng nhẹ nhàng hơn nhiều, thậm chí không có. Nhận xét này gợi ý cho ta thấy người Việt Nam ít nhạy cảm với androgen hơn người châu Âu. Còn tính chất giải phẫu bệnh lý của buồng trứng cũng giống như của hội chứng Stein - Leventhal ở châu Âu, nghĩa là cả hai buồng trứng đều đa nang , có vỏ dầy trắng như sứ, ánh như xà cừ, ở phía dưới ẩn nhiều nang noãn đang phát triển. Điều

trị bằng cách cắt góc buồng trứng đem lại kết quả cao, đều kinh, có phóng noãn, có thể thụ thai được, tỷ lệ tới 70 - 90%. Hội chứng được Stein và Leventhal viết lên lần đầu tiên năm 1935. Nguyên nhân chưa thật rõ nét nhưng trên thực nghiệm có thể gây được hội chứng này bằng cách tiêm testosteron cho chuột chưa trưởng thành, hoặc bằng cách gây trở ngại giải phóng Gn-RH của vùng dưới đồi xuống tuyến yên (Flerkó). Chúng tôi cũng đã gây được buồng trứng đa nang cho chuột cống cái đã trưởng thành bằng cách tiêm testosteron và bằng cách ghép buồng trứng vào thành bụng trên chuột cống (buồng trứng còn lại trong ổ bụng cũng bị đa nang hoá).

2.4. Vô kinh thứ phát nguyên nhân tử cung

Nguyên nhân chủ yếu là dính buồng tử cung, mất niêm mạc tử cung do nạo tử cung quá sâu hoặc do nạo niêm mạc tử cung, cuối cùng dẫn đến dính toàn bộ buồng tử cung và vô kinh, vô sinh. Dính buồng tử cung do lao còn có tên gọi là hội chứng Asherman. Triệu chứng chung của hai loại dính toàn bộ buồng tử cung này là vô kinh sau một thời gian kinh ít dần trong khi chu kỳ kinh vẫn đều đặn bình thường. Tuy mất kinh nhưng những tính chất sinh dục phụ và dục tình vẫn bình thường. Dính buồng tử cung do lao được coi là một giai đoạn ổn định của bệnh, nhưng không thể chữa cho có được một buồng tử cung bình thường trở lại, dù bằng thuốc chống lao, dù bằng cách nong tử cung. Dính buồng tử cung do nạo có thể điều trị được bằng cách nong tử cung. Nong thường dễ vì ranh giới giữa các thành tử cung vẫn còn giữ nguyên. Sau khi nong được thoáng buồng tử cung rồi nên đặt một dụng cụ tránh thai vào trong buồng tử cung để ngăn cách hai thành tử cung, tránh dính trở lại, đồng thời cho estrogen giúp niêm mạc tử cung chống tái tạo.

Đề phòng dính buồng tử cung, phải chữa sớm và chữa triệt để lao sinh dục, tránh nạo thai quá sâu niêm mạc tử cung, đặc biệt rất thận trọng trong nạo sót rau sau đẻ, rất hay gây dính buồng tử cung. Sau nạo, bao giờ cũng nên cho estrogen để niêm mạc tử cung tái tạo tốt, vì sau đẻ, buồng trứng chưa hoạt động trở lại, chưa chế tiết estrogen. Tối thiểu là liều Mikrofollin 0,05mg/ngày, trong 7 ngày liền. Tốt nhất là cho vòng kinh nhân tạo, 14 ngày đầu với estrogen, 12 ngày sau kết hợp estrogen với progesteron, hoặc với progestin nói chung (tiện nhất là dùng viên thuốc tránh thai loại kết hợp).

Chẩn đoán dính buồng tử cung tương đối dễ, dựa vào đo buồng tử cung nhưng dựa vào chụp buồng tử cung là chắc chắn nhất. Sẽ không thấy buồng tử cung mà chỉ thấy hình ống cổ tử cung vì ống cổ tử cung không bao giờ bị dính. Những xét nghiệm nội tiết như tế bào học âm đạo nội tiết cũng góp phần hướng vào chẩn đoán bệnh. Thí dụ, nếu thấy có biểu hiện hoạt động nội tiết bình thường của buồng trứng mà vẫn vô kinh thì chỉ có thể là không có niêm mạc tử cung và dính buồng tử cung. Tuy nhiên, những kết luận này không hoàn toàn đầy đủ tính

thuyết phục, nên thử thêm bằng vòng kinh nhân tạo với liều cao hơn bình thường một chút. Nếu sau khi ngừng thuốc, vẫn không thấy hành kinh thì có thể yên tâm chẩn đoán là dính buồng tử cung.

2.5. Vô kinh thứ phát do những rối loạn hoạt động nội tiết khác

Những bệnh nội tiết nặng có thể gây ra vô kinh. Hội chứng thượng thận - sinh dục, hội chứng Cushing, bệnh Addison, bệnh Basedow, bệnh đái tháo đường nặng đều có thể dẫn đến vô kinh.

2.6. Vô kinh thứ phát do các thuốc hormon tránh thai

Dùng hormon tránh thai kéo dài có thể bị vô kinh vì vùng dưới đồi và tuyến yên bị ức chế lâu ngày, prolactin tăng tiết, niêm mạc tử cung teo. Điều trị bằng cách cho hormon buồng trứng thay thế cho vòng kinh nhân tạo để niêm mạc tử cung tái tạo lại tốt.

2.7. Chẩn đoán phân biệt nguyên nhân vô kinh thứ phát

Những phương pháp hỏi bệnh, khám thực thể và thăm dò cũng đều giống như đối với vô kinh nguyên phát. Ngoài ra, quan tâm đến những hoàn cảnh sinh bệnh như choáng mất máu nhiều sau đẻ, sau sẩy, nạo tử cung, rối loạn tâm thần, viêm nhiễm v.v...

Những nét chung trong điều trị vô kinh thứ phát

Trong từng nguyên nhân của vô kinh thứ phát, đã nêu những phương hướng giải quyết cụ thể. Nói chung, trước hết phải loại trừ vô kinh sinh lý như thai nghén, cho bú và vô kinh giả (bế kinh) rồi mới được phép dùng hormon sinh dục nữ để gây kinh nhân tạo.

Vòng kinh nhân tạo là phương pháp dùng estrogen và progesteron theo trình tự trong giai đoạn đầu chỉ có estrogen và giai đoạn sau có cả estrogen và progesteron giống như vòng kinh tự nhiên. Sau khi ngừng thuốc, kinh nguyệt sẽ xảy ra. Mục đích của dùng vòng kinh nhân tạo nhằm thay thế hormon sinh dục nữ đang bị thiếu hụt, giúp cho niêm mạc tử cung phát triển giống như sinh lý bình thường, có thể chuẩn bị cho trứng làm tổ trong những vòng kinh sau. Cũng còn có mục đích gây chảy huyết kinh để kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung, nhất là của buồng tử cung.

Chúng tôi thường cho 14 ngày đầu, mỗi ngày 1 viên ethinyl-estradiol 0,05mg (Mikrofollin hoặc Lynoral), tiếp theo 12 ngày sau, mỗi ngày 1 viên thuốc tránh thai Ovidon hoặc Eugynon trong chứa 0,05mg ethinyl estradiol và 0,25mg norgestrel (progestin). Sau ngừng thuốc được 2 ngày người bệnh sẽ hành kinh. Vòng kinh như vậy sẽ là 28 ngày. Nếu cần cho vòng kinh nhân tạo thứ hai thì chúng tôi chờ bệnh nhân sạch kinh mới bắt đầu cho thuốc lại. Nếu người bệnh hành kinh 3 ngày mới sạch mà tạo vòng kinh như trên thì vòng kinh thứ hai sẽ

dài 28 + 3 = 31 ngày. Sự thay đổi chu kỳ từ 28 đến 31 ngày không có gì đáng quản ngại, mà ngược lại, còn có lợi là chờ cho niêm mạc tử cung mọc chồng lên nhau, gây nên quá sản niêm mạc tử cung nếu phải điều trị lâu dài.

Có thầy thuốc cho vòng kinh nhân tạo theo hai giai đoạn nối tiếp nhau, giai đoạn đầu dùng estrogen đơn thuần, giai đoạn sau dùng progestin đơn thuần. Thí dụ trong giai đoạn đầu 14 ngày, mỗi ngày 1 viên Mikrofollin, giai đoạn sau 12 ngày, mỗi ngày 1 viên Duphaston 10mg. Thật ra cách dùng thuốc này không được phù hợp với tự nhiên và có trường hợp ra huyết sớm trước khi ngừng thuốc, nhất là trong trường hợp cho progestin liều thấp hơn (Duphaston hoặc progesteron 5mg mỗi ngày).

Gây kinh nhân tạo là phương pháp cho estrogen và progesteron trong một thời gian tương đối ngắn, chỉ cần đủ để gây thay đổi niêm mạc tử cung tạo ra kinh nguyệt, nhằm mục đích kiểm tra chẩn đoán, không có ý định điều trị. Có thể cho Mikrofoliin 0,05mg 1 viên, hoặc chắc chắn hơn, 2 viên mỗi ngày kết hợp với Duphaston 10mg mỗi ngày, trong tất cả 7 ngày. Sau khi ngừng thuốc được 2 - 7 ngày, bệnh nhân hành kinh.

Điều trị nguyên nhân là chủ yếu. Nhưng nhiều khi không điều trị được nguyên nhân vì khả năng của y học có hạn cả về việc phát hiện nguyên nhân cả về việc giải quyết nguyên nhân thì việc điều trị triệu chứng lại là cần thiết. Tuy nhiên, điều trị triệu chứng trong một thời gian, có khi kết quả lại trở thành khỏi nguyên nhân. Thí dụ trong trường hợp vô kinh thứ phát do sang chấn tâm thần, cho vòng kinh nhân tạo 3 - 6 tháng, có khi người bệnh hành kinh trở lại bình thường.

ĐẠI CƯƠNG VỀ VÔ SINH

GS. Nguyễn Khắc Liêu

1. ĐẠI CƯƠNG VÀ ĐỊNH NGHĨA

Vô sinh là tình trạng không có thai sau một thời gian nhất định chung sống vợ chồng mà không áp dụng một biện pháp tránh thai nào. Cổ điển quy định thời gian đó là hai năm. Hiện nay Tổ chức Y tế Thế giới quy định là một năm.

Người ta chia làm vô sinh nguyên pháp (VSI) và vô sinh thứ phát (VSII). Vô sinh nguyên phát là chưa hề có thai lần nào sau 1 năm xây dựng gia đình. Vô sinh thứ phát là chưa có thai lại sau lần có thai trước được 1 năm. Với phụ nữ trên 35 tuổi, chỉ cần tính 6 tháng.

Ngoài ra, những trường hợp có nguyên nhân hiển nhiên thì không cần tính mốc thời gian. Thí dụ: vợ bị vô kinh, chồng bị liệt dương v.v... thì cần điều trị vô sinh ngay.

Muốn thụ thai được, cần có sự kết hợp giữa noãn và tinh trùng để thành trứng và sau đó là sự làm tổ của trứng (trong buồng tử cung). Nếu thiếu một trong các yếu tố nói trên thì xảy ra vô sinh. Thí dụ, không phóng noãn, không có tinh trùng, tắc vòi tử cung ("vòi trứng") hoặc tắc ống dẫn tinh; dính buồng tử cung, nữ đều là những nguyên nhân quan trọng gây vô sinh.

2. NGUYÊN NHÂN CỦA VÔ SINH

Về nguyên nhân, người ta chia ra làm vô sinh nam và vô sinh nữ. Vô sinh nam là trường hợp nguyên nhân vô sinh hoàn toàn do người chồng, người vợ hoàn toàn bình thường. Vô sinh nữ là nguyên nhân vô sinh hoàn toàn do người vợ và người chồng hoàn toàn bình thường. Vô sinh không rõ nguyên nhân là trường hợp làm các xét nghiệm thăm dò hiện có, không tìm thấy nguyên nhân nào.

Từ xưa và ở nhiều nước, kể cả những nước phát triển, người ta thường cho rằng nguyên nhân gây vô sinh là do người vợ. Có lẽ đó là do cảm tính, thấy rằng người phụ nữ đóng vai trò chính trong suốt thời gian từ đầu của sự thụ thai đến khi sinh con xong. Nhưng cũng có lẽ do ngộ nhận, người vợ thấy rằng chồng mình quan hệ tình dục với mình bình thường thì không có lý gì nguyên nhân vô sinh lại do chồng mình. Thật ra, khả năng thực hiện tình dục và khả năng sản sinh ra tinh trùng có khác biệt nhau. Nhiều người đàn ông liệt dương mà tinh trùng lại rất nhiều và rất khoẻ. Ngược lại, có người về tình dục rất bình thường mà lại không có một con tinh trùng nào. Tỷ lệ vô sinh nam trên thế giới vào quãng 10 - 18%. Ở Việt Nam theo kết quả điều tra dân số năm 1982, tỷ lệ vô sinh chiếm 13%. ở nhiều nước vô sinh nam giới và vô sinh nữ giới có tỷ lệ ngang nhau là 40% và nguyên nhân chung do cả hai vợ chồng chiếm 20%. Theo nghiên cứu mới đây của chúng tôi trên 1000 trường hợp điều trị vô sinh tại Bệnh viện Bảo vệ Bà mẹ và

Trẻ sơ sinh từ 1993 - 1997 có đầy đủ các xét nghiệm thăm dò, vô sinh nữ chiếm 54,5%, vô sinh nam chiếm 35,6%, ngoài ra, vô sinh không rõ nguyên nhân chiếm 9,9%. Tỷ lệ vô sinh không rõ nguyên nhân ở nước ta thấp chỉ bằng một nửa so với nhiều nước trên thế giới (quãng 20%). Có lẽ do bệnh nhân của ta đến khám muộn nên các nguyên nhân đã bộc lộ rõ nét và xét nghiệm thăm dò thấy được nhiều nguyên nhân hơn. Nguyên nhân do nữ giới hay gặp nhất thường là không phóng noãn. Đối với vô sinh nguyên phát (33,6%) và tắc vòi trứng đối với vô sinh thứ phát (75.4%). Tuy nhiên, trong vô sinh nguyên phát cũng có tắc vòi trứng (28,8%) và trong vô sinh thứ phát cũng có rối loạn phóng noãn (22,9%). Vô sinh nữ giới do viêm nhiễm đường sinh dục dưới cũng chiếm tới 5%. Nguyên nhân do nam giới hay gặp nhất là không có tinh trùng. Trong vô sinh thứ phát, nguyên nhân vô sinh nam do không có tinh trùng cũng chiếm tới 7,1%.

3. CÁCH THĂM KHÁM MỘT CẶP VỢ CHỒNG VÔ SINH

Nguyên tắc khám: bao giờ cũng phải song song khám và làm xét nghiệm thăm dò cho cả hai vợ chồng.

3.1. Thăm khám người vợ

Hỏi:

Hỏi về tình hình kinh nguyệt: tuổi bắt đầu hành kinh, chu kỳ kinh, số ngày kinh, lượng máu kinh, hành kinh có đau bụng không...

Hỏi về tiền sử sẩy đẻ theo thứ tự thời gian, có biến chứng sốt và băng huyết sau sẩy, sau đẻ không.

Hỏi về tình trạng viêm nhiễm: khí hư, đau bụng, sốt.

Tần suất giao hợp: bao nhiêu lâu một lần. Cổ điển coi rằng nếu giao hợp mỗi tuần 3 lần trở lên thì ít khi xảy ra vô sinh vì tinh trùng có thể sống được 2 ngày và trứng có thể sống được 1 ngày. Noãn và tinh trùng có thể đợi nhau ở đường sinh dục của người phụ nữ.

Khám:

Phát hiện các tính sinh dục phụ: vú, lông mu, lông chân, âm vật.

Phát hiện viêm, trước hết là viêm đường sinh dục dưới, sau đó là viêm phần phụ.

Phát hiện các khối u ở cổ tử cung, ở tử cung và ở phần phụ (u buồng trứng hoặc ứ nước vòi trứng, ứ mủ vòi trứng).

3.2. Thăm khám người chồng

Hỏi:

Thường người thầy thuốc phụ khoa chỉ tiếp xúc với người chồng khi người chồng có gì bất thường như liệt dương, tinh trùng ít hoặc không có tinh trùng. Cũng có khi, người thầy thuốc chỉ ghi xét nghiệm, ghi đơn rồi nhờ người vợ cầm chuyển cho người chồng. Nếu kết quả tinh dịch đồ hoàn toàn bình thường thì có khi người thầy thuốc phụ khoa không bao giờ gặp người chồng.

Hỏi về tiền sử quai bị, tiền sử viêm tinh hoàn, viêm mào tinh hoàn.

Tình hình sinh hoạt vợ chồng: tần suất giao hợp, có xuất tinh không, có liệt dương không.

Khám:

Xem tinh hoàn có teo nhỏ, nhẽo và nhẹ không, mào tinh có to, rắn và đau không, tĩnh mạch tinh có giãn không.

4. XÉT NGHIỆM VÀ THĂM DÒ

4.1. Thăm dò đối với người vợ

Kiểm tra mầm bệnh gây viêm nhiễm đường sinh dục dưới.

Kiểm tra độ thông của vòi trứng bằng bơm hơi vòi trứng và nhất là chụp tử cung vòi trứng. Thăm dò độ thâm nhập của tinh trùng vào chất nhầy cổ tử cung trên kính hoặc qua chứng nghiệm Huhner (chứng nghiệm sau giao hợp, tìm tinh trùng trong chất nhầy cổ tử cung của người vợ).

Kiểm tra sự phóng noãn: đường cong thân nhiệt cơ sở, chỉ số cổ tử cung, sinh thiết niêm mạc tử cung vào nửa sau của vòng kinh hoặc vào đầu của vòng kinh sau, định lượng progesteron vào nửa sau của vòng kinh. Khác với nhận xét trước kia, hiện nay tế bào học âm đạo nội tiết không còn được coi là xét nghiệm chính xác để chẩn đoán phóng noãn nữa.

Kiểm tra khả năng làm tổ của niêm mạc tử cung bằng sinh thiết niêm mạc tử cung vào nửa sau của vòng kinh hoặc vào đầu vòng kinh sau, xem có hình ảnh chế tiết của các tuyến không. Sinh thiết niêm mạc tử cung như vậy có hai tác dụng: xem khả năng phóng noãn và xem khả năng làm tổ.

4.2. Xét nghiệm thăm dò người chồng

Tinh dịch đồ

Mỗi nước quy định số ngày kiêng giao hợp khác nhau trước khi làm xét nghiệm. Trường phái Pháp buộc kiêng 3 ngày, Hungari 5 ngày, Việt Nam 7ngày.

Theo giáo sư Đinh Văn Thắng, không cần bắt kiêng giao hợp. Chúng tôi nghĩ thời gian kiêng nên tuỳ thuộc tần suất giao hợp của từng người. Thí dụ: nếu cứ 4 ngày giao hợp 1 lần thì kiêng giao hợp 3 ngày, nếu cứ 7 ngày 1 lần thì kiêng 6 ngày v.v... Như thế sẽ thấy được lượng tinh trùng khá nhất trong trường hợp sinh hoạt vợ chồng tự nhiên của người bệnh.

Trong tinh dịch đồ, nên để ý đến lượng tinh dịch được xuất, số lượng tinh trùng trong $1mm^3$ (bình thường 60.000 - 120.000/mm^3), tỷ lệ tinh trùng khoẻ (từ 50% trở lên), tỷ lệ tinh trùng dị dạng (dưới 10%). Hiện nay theo Tổ chức Y tế Thế giới, nếu lượng tinh trùng ≥ 20.000/mm^3 thì được coi là bình thường. Chúng tôi cảm thấy tiêu chuẩn này thấp quá, mặc dầu trong y văn có trường hợp tinh trùng

ít như vậy cũng gây được có thai. Trong những năm hành nghề của chúng tôi chưa gặp được trường hợp nào đạt kết quả khả quan như vậy. Chúng tôi thấy, nếu lượng tinh trùng < 40.000/mm^3 thì đều nên coi là ít và cần sớm điều trị cho người chồng.

Có thể làm chứng nghiệm Huhner (sau giao hợp một thời gian, lấy chất nhầy cổ tử cung trong ống cổ tử cung để xem số lượng tinh trùng sống). Nếu sau giao hợp 1 giờ thấy 10 - 20 tinh trùng di động trên một kính trường thì coi là bình thường. Hiện nay trên thế giới người ta hay chỉ định chứng nghiệm này. Nhưng cũng có khá nhiều tác giả lên tiếng phê phán, coi rằng những tinh trùng khoẻ cần xem thì đã di chuyển lên cạo rồi, còn lại trong ống cổ tử cung là những tinh trùng yếu và bất thường, nhất là trong trường hợp đọc chất nhầy muộn, sau giao hợp nhiều giờ.

5. ĐIỀU TRỊ VÔ SINH CHO MỘT CẶP VỢ CHỒNG VÔ SINH

5.1. Nguyên tắc chung

Phải song song điều trị cho cả người vợ và người chồng nếu cả hai đều có nguyên nhân. Tối thiểu cũng phải làm xét nghiệm cho người chồng và hỏi bệnh án về người chồng để xem có nguyên nhân gì gây vô sinh không. Nếu không có nguyên nhân gì, mới tiến hành điều trị riêng cho người vợ.

5.2. Điều trị cho người vợ

Điều trị chống viêm nhiễm là bước đầu tiên. Đặc biệt chống viêm nhiễm ở đường sinh dục dưới như viêm âm đạo và cổ tử cung có hai ý nghĩa, một là có thể dẫn tới khỏi vô sinh, hai là để chuẩn bị làm các thăm dò ở đường sinh dục trên. Theo tổng kết của chúng tôi năm 1962 có tới 17,3% những trường hợp vô sinh được đốt điện lộ tuyến cổ tử cung đã khỏi vô sinh. Ngoài ra cũng có 5% các trường hợp vô sinh, đơn thuần điều trị viêm nhiễm đường sinh dục dưới cũng đã khỏi vô sinh. Có những trường hợp vô sinh năm, mười năm, sau khi đốt điện cổ tử cung 3 - 4 tháng, vừa khỏi lộ tuyến thì có thai ngay. Viêm âm đạo và lộ tuyến viêm ở cổ tử cung sẽ làm cho chất nhầy cổ tử cung lẫn mủ, chất nhầy đặc lại, tinh trùng không thể thâm nhập được lên đường sinh dục trên của người phụ nữ.

Sau khi đã khỏi viêm âm đạo và cổ tử cung rồi, mới có thể tiến hành bơm hơi vòi trứng, chụp tử cung vòi trứng, sinh thiết niêm mạc tử cung v.v...

Kích thích phóng noãn bằng clomifen citrat hay clomifen citrat bổ sung bằng hCG. Clomifen citrat dùng từ liều thấp đến cao, mỗi ngày từ 50mg đến 150mg, uống trong 5 ngày, từ ngày thứ 3 hoặc thứ 5 của vòng kinh. hCG nếu bổi phụ thì chờ khi thăm dò bằng siêu âm thấy nang noãn đã chín, đạt kích thước từ 18mm trở lên. Liều hCG là 6000 - 9000 đơn vị quốc tế tiêm bắp thịt làm một lần; thường 36 giờ sau khi tiêm sẽ xảy ra phóng noãn. Nếu bệnh nhân bị vô kinh do suy yếu tuyến yên hoặc do vùng dưới đồi - tuyến yên thì phải điều trị kích thích

nang noãn chín bằng hMG (trong chứa FSH hoặc FSH kèm LH), sau đó mới kích thích phóng noãn bằng hCG.

Giúp đỡ trứng làm tổ bằng cách cho progestin, chủ yếu là progestin, mỗi ngày 5 - 10mg trong 10 ngày, từ ngày thứ 15 - 16 của vòng kinh.

Điều trị tắc vòi trứng: trong trường hợp chỉ hơi dính tắc một chút ở loa vòi trứng thì có thể cho bơm thuốc tử cung vòi trứng nhiều đợt, mỗi đợt 4 - 6 ngày, từ ngày thứ 6 của vòng kinh. Các dung dịch thuốc phối hợp gồm kháng sinh, hyaluronidase, alpha - chymotrypsin, hydrocortison, tổng lượng 5 - 10ml trong mỗi lần bơm. Trên thực tế, bơm thuốc vào tử cung vòi trứng rất ít đem lại kết quả khỏi vô sinh. Những trường hợp nào dính ít khi chụp tử cung vòi trứng đã thông lại được và khỏi vô sinh. Những trường hợp tắc nhiều, chụp tử cung vòi trứng không làm thông được thì bơm thuốc tử cung vòi trứng cũng chẳng đem lại kết quả hơn là bao nhiêu, thậm chí còn gây tổn thương nặng lên. Ngày nay nhiều tác giả chống chỉ định bơm thuốc tử cung, vòi trứng.

Nên soi ổ bụng trong những trường hợp chụp tử cung vòi trứng thấy tắc. Nếu soi thấy vòi trứng tắc do bị gãy gấp vì dính ở bên ngoài, tiến hành gỡ dính sẽ đem lại kết quả rất cao.

Nếu tắc từ trong lòng vòi trứng thì điều trị rất khó khăn. Các phẫu thuật, kể cả vi phẫu thuật cắt nối vòi trứng đều đem lại kết quả hạn chế. Ngày nay có những tiến bộ mới nên tỷ lệ vi phẫu thành công có thể đạt từ 50 đến 80% tuỳ theo tổn thương tắc, dính vòi tử cung (vòi trứng).

Trong những trường hợp vòi trứng tắc nhiều, không thể hy vọng giải quyết gì được bằng phẫu thuật, người ta chỉ định làm thụ tinh trong ống nghiệm (Invitro Fertilization embryo transfer - IVF/ET). Đó là phương pháp lấy noãn của người vợ để chung với tinh trùng của người chồng vào trong môi trường nuôi cấy cho thụ tinh và phát triển thành phôi non ở giai đoạn 2- 8 tế bào rồi đưa vào buồng tử cung cho làm tổ ở đó. Đây là một biện pháp công phu, đắt tiền và tỷ lệ đạt cũng chỉ được 27% trong các trường hợp, là cao nhất. Hiện nay, tại bệnh viện Từ Dũ, đạt kết quả điều trị bằng thụ tinh trong ống nghiệm có thai là 10% - 15% (1998). Tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh đạt kết quả 25 - 26% (2000).

Ngoài ra, còn có *phương pháp chuyển giao tử và vòi trứng* (gamete intrafallopian tube transfer - GIFT) dành cho những trường hợp nghi ngờ rằng loa vòi trứng không lượm được noãn để đưa vào vòi trứng và dẫn vào buồng tử cung. Người ta hút lấy noãn từ buồng trứng. Lấy tinh trùng của người chồng, cho xử lý rồi trộn với noãn bơm ngay vào vòi trứng qua phương pháp soi ổ bụng.

Đối với những trường hợp tinh trùng của người chồng rất ít hoặc chết rất nhiều, người ta đã dùng phương pháp *bơm tinh trùng vào nguyên sinh chất của noãn.* Chỉ định cho phương pháp này cũng dành cho những trường hợp mà tinh trùng không có khả năng tự đâm xuyên vào noãn để gây thụ tinh, xác định bằng

cách trộn noãn với tinh trùng, không thấy có thụ tinh, hoặc chỉ định trong trường hợp rất ít tinh trùng, chỉ lác đác có vài tinh trùng khi làm tinh dịch đồ, hoặc không có tình trùng trong tinh dịch, phải lấy tinh trùng ở tinh hoàn hay mào tinh hoàn.

5.3. Điều trị cho người chồng

- Đối với những trường hợp tinh trùng ít hoặc tinh trùng yếu, có thể cho testosteron 250 - 300mg mỗi tháng, tiêm bắp, trong 3 tháng liền để ức chế vùng dưới đồi - tuyến yên, sau đó ngừng tiêm để chờ hiệu ứng nhảy vọt, tăng tiết Gn-RH của vùng dưới đồi, FSH, LH của tuyến yên và kích thích tốt tinh hoàn sản sinh ra tinh trùng.
- Có thể cho vitamin E 400mg 1- 2 viên mỗi ngày trong 20 ngày, nghỉ 10 ngày trong mỗi tháng. Dùng 3 tháng liền. Vitamin C, vitamin A cũng có ích.
- Nhưng hiệu quả nhất là hMG và hCG phối hợp. hMG 75 đơn vị mỗi ngày, trong 10 ngày, hCG tổng liều 6000 - 9000 đơn vị quốc tế mỗi đợt. Tổng cộng 3 đợt.
- Muốn thử tinh trùng lại, cũng phải 3 - 4 tháng sau vì dùng có tác dụng chăng nữa, tinh trùng cũng phải mất một thời gian là 3 tháng để di chuyển từ tinh hoàn ra ngoài.
- Nếu tinh trùng yếu nhiều hoặc chết nhiều mà có phình giãn các tĩnh mạch tinh thì có thể cải thiện được bằng phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh.
- Nếu tinh dịch đồ cho thấy số lượng tinh trùng dưới 20.000/mm^3 thì nên tiến hành làm thụ tinh nhân tạo bằng tinh trùng của người chồng. Bơm một lượng tinh dịch chừng 0,5ml vào sau 1cm trong ống cổ tử cung. Tinh trùng sẽ tự bơi lên đường sinh dục trên của người phụ nữ. Ngày nay, người ta hay làm thụ tinh nhân tạo bằng cách bơm tinh trùng vào buồng tử cung. Phương pháp này đặc biệt có chỉ định khi có hiện tượng miễn dịch tinh trùng trong chất nhầy cổ tử cung, nên không thể bơm tinh trùng vào chất nhầy đó được, tinh trùng sẽ bị ngưng kết. Nhưng chỉ định phổ biến nhất là trong những trường hợp lỗ cổ tử cung mở quá hẹp, chất nhầy cổ tử cung quá đặc. Nếu bơm tinh trùng vào buồng tử cung thì trước hết phải xử lý tinh trùng cho sạch hết prostaglandin, sạch vi khuẩn và làm tinh trùng khoẻ lên.
- Nếu không có tinh trùng, hoặc do tắc đường dẫn tinh hoặc do tinh hoàn không sản sinh được tinh trùng thì tiên lượng sẽ rất gay go. Thăm dò chỗ tắc của ống dẫn tinh đã khó, phẫu thuật làm thông ống dẫn tinh bằng cách bỏ đoạn tắc, nối các đoạn thông, hoặc bằng thông các đoạn tắc đều ít đem lại kết quả. Khi ấy chỉ còn cách lấy tinh trùng của người cho bơm vào đường sinh dục của người phụ nữ gọi là thụ tinh nhân tạo bằng tinh trùng của người cho.

6. ĐỀ PHÒNG VÔ SINH

Qua những nguyên nhân về vô sinh nói trên, có thể nếu những phương hướng đề phòng vô sinh như sau:

- Đối với nam giới: tránh bị lây nhiễm bệnh quai bị để khỏi bị biến chứng vào tinh hoàn, nhất là đối với nam thanh niên đã qua tuổi dậy thì.
- Đối với nữ giới: cần tuyệt đối giữ vệ sinh ở bộ phận sinh dục khi hành kinh, khi giao hợp, để đề phòng viêm tắc ở đường sinh dục, nhất là ở vòi trứng.
- Cần điều trị thật sớm đối với các biểu hiện của rối loạn kinh nguyệt, đặc biệt tìm mọi cách khắc phục tình trạng rong kinh kéo dài có thể dẫn đến hiện tượng rối loạn phóng noãn sau này.

7. KẾT LUẬN CHUNG

Vô sinh có nguyên nhân do cả nam và do cả nữ, tỷ lệ ngang nhau nên phải song song khám và chữa cho cả hai vợ chồng. Nguyên nhân của vô sinh thứ phát thường hay gặp không phóng noãn và bất thường về tinh trùng. Nguyên nhân của vô sinh thứ phát thường hay gặp tắc vòi trứng do viêm nhiễm đường sinh dục sau đẻ. Tuy nhiên, bao giờ cũng phải thăm dò đầy đủ để phát hiện sớm các nguyên nhân của cả hai phía, người vợ và người chồng nhằm tiến hành điều trị được chính xác và toàn diện.

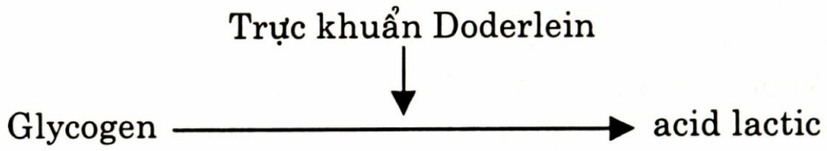
MỘT SỐ THĂM DÒ TRONG PHỤ KHOA

TS. Ngô Văn Tài

1. ĐO pH ÂM ĐẠO

1.1. Nguyên lý của phương pháp

Môi trường âm đạo có pH acid, chủ yếu do acid lactic trong dịch âm đạo tạo nên. Acid lactic do trực khuẩn *Doderlein* tạo ra từ sự chuyển glucogen của các tế bào âm đạo bị bong, lượng estrogen càng cao thì âm đạo càng nhiều glycogen. Vì vậy, nghiên cứu pH âm đạo có thể biết được sơ bộ nồng độ estrogen cửa cơ thể, biết được môi trường âm đạo có đủ độ acid cần thiết để bảo vệ cơ thể chống nhiễm khuẩn ở âm đạo hay không.



1.2. Kỹ thuật, kết quả

Thường dùng phương pháp giấy màu, lấy dịch âm đạo phết lên giấy và đọc kết quả trên bảng mẫu.

Bình thường pH âm đạo xung quang ngày phóng noãn là 4,2; pH âm đạo trước và sau hành kinh từ 4,8 đến 5,2; trong những ngày hành kinh, âm đạo có pH là 5,4. Ở những phụ nữ có kinh nguyệt bình thường, nếu pH trên 5,5 phải nghĩ tới viêm âm đạo có thể do *Trichomonas*. Riêng nấm âm đạo, có thể sống trong môi trường bình thường hoặc acid.

2. XÉT NGHIỆM ĐỘ SẠCH ÂM ĐẠO

2.1. Nguyên lý của xét nghiệm

Bình thường dịch âm đạo là một chất dịch trắng sệt như bột. Trong dịch âm đạo có các tế bào biểu mô của âm đạo đã bong, có trực khuẩn Doderlein giúp cho sự chuyển glycogen thành acid lactic có tác dụng bảo vệ âm đạo. Trong dịch âm đạo còn có cả một số tạp khuẩn và bạch cầu. Việc xét nghiệm âm đạo giúp ta tìm nguyên nhân của viêm âm đạo và góp phần điều trị viêm âm đạo do phát hiện ra tác nhân gây bệnh. Đây cũng là xét nghiệm bắt buộc khi tiến hành thủ thuật khâu vòng cổ tử cung cho các sản phụ bị sẩy thai liên tiếp khi có chỉ định thủ thuật này.

Như vậy, xét nghiệm này sẽ tìm những gì trong dịch âm đạo ? Xét nghiệm nhằm mục đích tìm:

- Trực khuẩn Doderlein
- Tế bào biểu mô âm đạo
- Các vi khuẩn khác
- Bạch cầu.

2.2. Kỹ thuật, kết quả

- Không thụt rửa âm đạo; không khám phụ khoa trước khi lấy phiến đồ âm đạo. Lấy dịch ở túi cùng sau âm đạo, phết lên phiến kính, cố định vào dung dịch cồn 90^{o} + ête (tỷ lệ cồn và ête ngang nhau).
- Kết quả: Người ta chia độ sạch âm đạo thành 4 độ như sau:

*Độ 1:

- Trực khuẩn *Doderlein:* nhiều
- Tế bào biểu mô âm đạo: nhiều
- Các vi khuẩn khác: không có, không có nấm và *Trichomonas*.
- Bạch cầu: không có.

*Độ 2:

- Trực khuẩn *Doderlein*: nhiều.
- Tế bào biểu mô âm đạo: nhiều
- Vi khuẩn khác: có ít, không có nấm, không có Trichomonas
- Bạch cầu: có ít (+).

*Độ 3:

- Trực khuẩn *Doderlein*: giảm.
- Tế bào biểu mô âm đạo: rất ít.
- Vi khuẩn: rất nhiều; có nấm hoặc Trichomonas.
- Bạch cầu: rất nhiều hay (+++).

*Độ 4:

- Trực khuẩn *Doderlein*: không còn
- Tế bào biểu mô âm đạo: rất ít
- Vi khuẩn: rất nhiều; có nấm hoặc Trichomonas.
- Bạch cầu: rất nhiều hay (+++).

Như vậy: Độ 3 và độ 4 cho biết âm đạo có viêm và thiểu năng estrogen vừa hay nặng, tuỳ thuộc vào trực khuẩn *Doderlein* bị mất nhiều hay ít. Trong thực hành khâu vòng cổ tử cung, nếu xét nghiệm cho kết quả là độ 3 hoặc độ 4 thì phải điều trị trước khi tiến hành thủ thuật.

3. PHIẾN ĐỒ ÂM ĐẠO NỘI TIẾT

3.1. Nguyên lý

Buồng trứng tiết ra estrogen và dưới tác động của nó, lớp biểu mô âm đạo bị bong ra, thay đổi theo chu kỳ kinh. Nghiên cứu các tế bào bong của biểu mô âm đạo, ta có thể gián tiếp biết được hoạt động của buồng trứng. Như vậy, việc xem xét, đánh giá lượng estrogen là chính và việc đánh giá progesteron chỉ là gián tiếp. Đương nhiên là bệnh nhân phải được ngừng dùng thuốc nội tiết một tuần khi xét nghiệm.

3.2. Tiến hành, kết quả

- Bệnh phẩm được lấy ở 1/3 trên âm đạo hoặc ở túi cùng sau và cố định như làm sạch độ âm đạo. Sau đó nhuộm và đọc kết quả.
- Bình thường biểu mô lát âm đạo gồm 4 lớp tế bao:
  + Lớp đáy sâu: Tế bào nhỏ, bầu dục hay tròn, nguyên sinh chất bắt màu kiềm; nhân to. Hay gặp loại tế bào này ở người đã mãn kinh.
  + Lớp đáy nông: Tế bào to hơn lớp đáy sâu, hình tròn hay bầu dục; nhân to; nguyên sinh chất bắt màu kiềm. Hay gặp tế bào đáy nông ở các em bé chưa dậy thì, người vô kinh do thiếu estrogen hoặc ở người đã mãn kinh.
  + Lớp giữa: Gồm các tế bào hình thoi, bán nguyệt hoặc hình dài, to gấp 2, 3 lần tế bào đáy, nhân to. Khi có thai, các tế bào này có hình thoi, bờ gấp.
  + Lớp tế bào bề mặt: Các tế bào đa giác, khá to. Nó thay đổi theo chu kỳ kinh. Có các loại: loại ái kiềm nhân to và loại ái toan nhân nhỏ, ái toan và ái kiềm nhân đông (nhân nhỏ, đường kính dưới 6mm).

Khi nhận định một phần phiến đồ âm đạo, người ta chú ý các điểm sau đây:

*Phân biệt các loại tế bào bong trên phiến đồ.

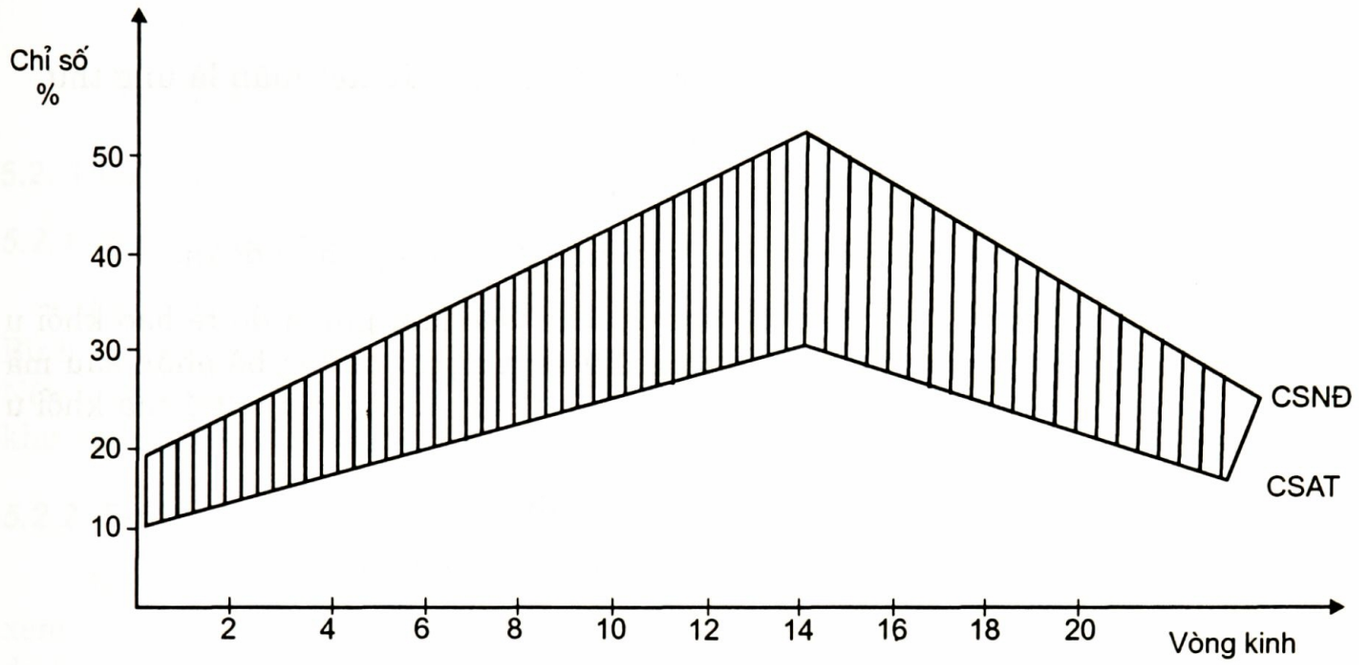
$$\text{*Tính chỉ số ái toan (CSAT)} = \frac{\text{Số tế bào ái toan của lớp bề mặt} \times 100}{\text{200 tế bào âm đạo được đọc}}$$

$$\text{*Tính chỉ số nhân đông (CSNĐ)} = \frac{\text{Số tế bào có nhân đông của lớp tế bào bề mặt} \times 100}{\text{200 tế bào âm đạo được đọc.}}$$

Cả hai chỉ số này đều tính theo phần trăm (%) và vào ngày phóng noãn, hai chỉ số này là cao nhất (ái toan khoảng 50% - 60%; nhân đông khoảng 60% - 80%). Cả hai chỉ số này đều biểu hiện nồng độ estrogen của cơ thể. Theo Pundel nếu chỉ số ái toan trên 75% thì được coi như cường estrogen, nếu chỉ số này đảo ngược thì

có viêm âm đạo. Cũng theo Pundel thì có thể chắc chắn có tác dụng của progesteron nếu trên phiến đồ có các tế bào rụng thành từng đám và gấp cạnh.

*Để đánh giá sự phóng noãn: Ta tiến hành làm phiến đồ âm đạo như trên nhưng cứ 3 ngày làm một lần và làm 6 - 7 lần trong một vòng kinh. Nếu trên phiến đồ, thấy chỉ số ái toan tăng vọt cùng với chỉ số nhân đông trong 2 - 3 ngày, rất ít bạch cầu trên phiến đồ, đó là hiện tượng phóng noãn. (hình 22.1)



Hình 22.1. Biến đổi của phiến đồ âm đạo theo vòng kinh

*Đánh giá sự phát triển của thai nghén:

Khi có thai, dưới tác dụng của estrogen và progesteron, phiến đồ âm đạo thay đổi khi có thai được 4 tuần. Chỉ số ái toan giảm dần xuống dưới 10%, xuất hiện nhiều tế bào lớp giữa, các tế bào này có hình thoi, rụng thành từng mảng và gấp cạnh. Chỉ số ái toan và nhân đông giảm xuống có khi còn 0%. Thông thường khi có thai 3 tháng, chỉ số ái toan là dưới 10% và chỉ số nhân đông dưới 15% và được coi là thai phát triển bình thường. Nếu chỉ số ái toan và chỉ số nhân đông tăng dần lên, tế bào hình thoi giảm, mất hiện tượng tiêu bào nếu trước vẫn có tiêu bào là dấu hiệu doạ sẩy do rối loạn nội tiết, cần điều trị.

4. PHIẾN ĐỒ ÂM ĐẠO TRÊN UNG THƯ

4.1. Nguyên lý

Ung thư cổ tử cung hoặc ung thư đường sinh dục có thể phát hiện nhờ xét nghiệm phiến đồ âm đạo do các tế bào ung thư bị bong ra từ tổ chức ung thư.

4.2. Cách làm và kết quả

- Lấy phiến đồ như làm phiến đồ âm đạo nội tiết. Ngoài lấy phiến đồ ở túi cùng sau, nên lấy phiến đồ ở vùng cổ tử cung có thương tổn nghi ngờ, cố định bằng cồn 90^{o} + ête rồi nhuộm.

- Khi đọc phiến đồ, chủ yếu là tìm những thay đổi của các tế bào bị bong, như tỷ lệ nhân/nguyên sinh chất, nhân quái, nhân chia, thay đổi ở nguyên sinh chất, thay đổi ở hình dáng tế bào; phiến đồ có hồng cầu, bạch cầu.

Theo Papanicolaou, phiến đồ ung thư được xếp theo 5 loại:

+ Loại 1 (p1): Không có các tế bào bất thường.
+ Loại 2 (p2): Nhân tế bào còn đều, có thay đổi đôi chút nhưng không nghi ngờ là ung thư.
+ Loại 3 (p3): Có tế bào bất thường nhưng chưa đủ kết luận là ung thư.
+ Loại 4 (p4): Có ít tế bào ung thư.
+ Loại 5 (p5): Có nhiều tế bào ung thư.

Như vậy loại 3 (p3) là loại cần làm lại phiến đồ để giúp chẩn đoán.

- Ứng dụng trong lâm sàng: Về nguyên tắc việc làm phiến đồ tế bào khối u được áp dụng trong chẩn đoán ung thư sinh dục ở những bộ phận sau mà kỹ thuật lấy bệnh phẩm có thay đổi chút ít tuỳ thuộc vào vị trí của khối u như sau:
  + Ung thư cổ tử cung (làm phiến đồ âm đạo).
  + Ung thư niêm mạc tử cung (làm phiến đồ âm đạo).
  + Ung thư âm hộ.
  + Ung thư vú (chọc hút dịch ở khối u vú).
  + Ung thư buồng trứng: qua nước cổ trướng hoặc chọc qua cùng đồ Douglas lấy dịch và xét nghiệm tế bào.

Sự phân loại cũng được chia làm 5 mức độ như trình bày ở trên.

5. THĂM DÒ CHẤT NHÀY CỔ TỬ CUNG

5.1. Nguyên lý

Bình thường xung quanh ngày phóng noãn, lỗ cổ tử cung hé mở rồi mở cực đại vào ngày phóng noãn, chất nhày cổ tử cung trong, loãng và có thể kéo thành sợi dài trên 8cm. Có hiện tượng trên là do nang noãn phát triển, làm tăng lượng estradion và làm biểu mô tuyến ở cổ tử cung phát triển và tăng tiết. Khi hoàng thể được thành lập, nếu tỷ lệ progesteron/estradion = 2/1 thì biểu mô tuyến cổ tử cung giảm tiết chất nhày. Dựa vào đó, ta biết được có phóng noãn hay không (?). Cũng cần biết trong một vòng kinh có sự biến đổi sau:

- Sau khi sạch kinh cho đến ngày thứ 10 thì:
  + Cổ tử cung đóng kín.
  + Ít chất nhày, chất nhày trắng, quánh.
- Từ ngày thứ 11 đến ngày thứ 16:
  + Cổ tử cung ngày càng hé mở rồi mở cực đại vào ngày phóng noãn (tức là từ 1mm đến 4mm).

+ Chất nhày ngày càng nhiều, trong, loãng, dai, có thể kéo dài tới > 8 cm.

– Từ ngày 17 đến ngày 22 của vòng kinh:

+ Cổ tử cung khép dần.

+ Chất nhày đục vì có bạch cầu.

– Từ ngày 23 đến trước kinh:

+ Cổ tử cung đóng

+ Chất nhầy đặc, đục.

5.2. Tiến hành và kết quả

5.2.1. Đo pH chất nhày

Lấy chất nhày ở cổ tử cung phết lên giấy màu và so sánh với bảng màu. Bình thường có pH = 8 ở ống trong cổ tử cung, pH 6 - 7 ở xung quanh cổ tử cung. Nếu chất nhày bị toan hoá thì sự xâm nhập của tinh trùng vào ống cổ tử cung sẽ khó khăn và sự di chuyển của tinh trùng vào đường sinh dục trên cũng kém.

5.2.2. Sự kết tinh của chất nhày cổ tử cung

Khi chất nhày cổ tử cung được phết lên kính, hơ khô và đặt lên kính hiển vi xem sẽ thấy chất nhày kết tinh thành hình lá dương xỉ (chứng nghiệm dương xỉ dương tính), hiện tượng này điển hình vào xung quang ngày phóng noãn.

5.2.3. Ứng dụng

Trong thực tế lâm sàng, chúng ta theo dõi "chỉ số cổ tử cung" tức là theo dõi sự mở cổ tử cung và chất nhày cổ tử cung vào mục đích điều trị vô sinh.

Thường được bắt đầu vào ngày thứ 11 (cho vòng kinh 28 - 30 ngày) của vòng kinh. Bao gồm các thông số:

– Sự mở cổ tử cung.

– Chất nhày cổ tử cung (lượng, trong, loãng).

Để từ đó dự đoán ngày phóng noãn cho bệnh nhân.

6. BIỂU ĐỒ NHIỆT ĐỘ TRONG VÒNG KINH

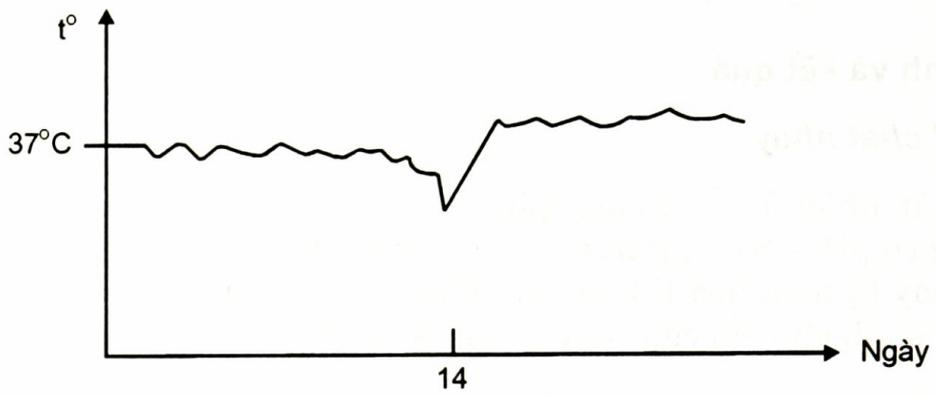
6.1. Nguyên lý

Estrogen làm thân nhiệt dưới 37^{o}C (khoảng 36^{o}4C đến 36^{o}6C) và progesteron làm tăng thân nhiệt (khoảng 37^{o}2C). Dựa vào đó chúng ta có thể theo dõi thân nhiệt của người phụ nữ để dự đoán ngày phóng noãn.

6.2. Phương pháp tiến hành và kết quả

Phải tuân theo các quy định sau đây:

- Sử dụng cùng một nhiệt kế.
- Đo nhiệt độ vào lúc sáng sớm, chưa đặt chân xuống đất và cùng một thời gian cố định (ví dụ lúc 06 giờ sáng hàng ngày).
- Khi có sự chênh lệch 0,6°C mới có giá trị chẩn đoán.
- Cặp nhiệt độ ở cùng một vị trí (ví dụ nên cặp nhiệt kế bằng cách cho vào miệng).
- Sự phóng noãn sẽ xảy ra 6 giờ sau khi thân nhiệt tụt xuống thấp nhất.



Hình 22.2. Sự phóng noãn xảy ra 6 giờ sau khi thân nhiệt xuống thấp nhất

Ứng dụng: Theo dõi thân nhiệt đòi hỏi phải nghiêm túc, tự giác cho các phụ nữ có vòng kinh tương đối đều. Thực tế cho kết quả tốt khi người phụ nữ áp dụng đúng qui định trên. Được áp dụng trong điều trị vô sinh và kế hoạch hoá gia đình, để phòng ngừa có thai thì từ khi thân nhiệt hạ thấp, phải tránh giao hợp thêm 3 ngày nữa mới chắc chắn không có thai.

7. SINH THIẾT NỘI MẠC TỬ CUNG

7.1. Mục đích

- Đánh giá sự tiếp nhận và ảnh hưởng của estrogen và progesteron lên niêm mạc tử cung: có phóng noãn, khả năng làm tổ...
- Thăm dò tổn thương thực thể của niêm mạc tử cung.

7.2. Chống chỉ định

- Nghỉ có thai.
- Đang ra huyết.
- Viêm sinh dục

7.3. Tiến hành và nhận định kết quả

- Nong cổ tử cung rồi dùng thìa nhỏ nạo hoặc dùng bơm hút Novak để hút. Bệnh phẩm được cố định bằng dung dịch Bouin và gửi để xét nghiệm. Nếu mục đích của sinh thiết là thăm dò tình trạng nội tiết của buồng

trứng thì người ta tiến hành nạo 3 - 4 ngày trước dự kiến có kinh, đó là thời kỳ hoài thai, thời kỳ mà niêm mạc tử cung chịu tác dụng đầy đủ của hoàng thể.

- Những hình ảnh điển hình mà ta có thể có được:
  + Niêm mạc tử cung thời kỳ tăng sinh: có hình ảnh nhân chia, không thấy chế tiết.
  + Thời kỳ chế tiết: có hiện tượng chế tiết mạnh (có glycogen và chất nhày), lớp đệm có mạch máu cong queo, gai liên kết, chuyển thành sản bào.
- Những hình ảnh không điển hình: hình ảnh niêm mạc tử cung không thấy ở một chu kỳ bình thường:
  + Thiểu năng niêm mạc tử cung: ống tuyến ít phát triển, gần như thẳng, tế bào phân chia ít.
  + Cường phát niêm mạc tử cung: các tuyến giãn to, gần như nang hoá. Nhiều hình ảnh nhân chia, lớp đệm phù nề, xung huyết.

Như thế, việc sinh thiết niêm mạc tử cung, ngoài việc giúp chúng ta biết được các thương tổn thực thể như ung thư niêm mạc tử cung hoặc phát hiện tổn thương lao âm thầm... Nó còn có tác dụng biết được hiện tượng phóng noãn có xảy ra hay không và đánh giá tình trạng nội tiết của buồng trứng.

8. BƠM HƠI TỬ CUNG - VÒI TRỨNG

8.1. Nguyên lý

Là bơm một loại hơi vào buồng tử cung (thường dùng CO_2) để xem hơi có thoát ra vòi trứng vào ổ bụng hay không.

8.2. Chỉ định

- Kiểm tra vòi trứng có thông hay không trong điều trị vô sinh.
- Bơm hơi dưới áp lực để điều trị tắc vòi trứng. Người ta cũng bơm hơi dưới áp lực để điều trị sau phẫu thuật phục hồi vòi trứng (bơm vào ngày thứ 3, 15 và một tháng sau mổ).

8.3. Chống chỉ định

- Nhiễm khuẩn đường sinh dục.
- Ra huyết âm đạo.
- Nghi có thai.

8.4. Kỹ thuật

Dùng thuốc chống co thắt trước khi bơm (atropin thường được dùng). Bệnh nhân nằm tư thế phụ khoa. Sát khuẩn, đặt mỏ vịt, sát khuẩn kỹ âm đạo, cho vòi

bơm vào ống cổ tử cung rồi bơm hơi không quá áp lực 200mhHg. Nếu bệnh nhân có phản ứng: ho, buồn nôn hoặc đau phải dừng bơm ngay. Khí được dùng là CO_2 (ít gây kích thích và dễ dung nạp). Bơm trong 3 phút với tốc độ 30ml/phút và tổng số khí CO_2 bơm vào là 100ml.

8.5. Nhận định kết quả

- Trên biểu đồ: biểu hiện hình răng cưa khi hơi qua vòi trứng, áp suất hơi khi đó dưới 100mgHg.
- Nghe tiếng động trong ổ bụng: dùng ống nghe có hai loa và nghe trước và sau khi bơm. Khi hơi bắt đầu xuống là nghe thấy tiếng động, giống như tiếng thổi và biết được vòi bên nào thông.
- Cảm giác của bệnh nhân: sau khi bơm, cho bệnh nhân ngồi dậy, nếu vòi thông, họ có cảm giác đau ở hố thượng đòn một hay hai bên. Đau sẽ mất đi sau một ngày.
- Tìm liềm hơi: nếu soi X quang, có thể thấy liềm hơi giữa gan và cơ hoành. Tuy nhiên việc đánh giá dựa vào biểu đổ, nghe tiếng động hoặc cảm giác của bệnh nhân chỉ biết được tình trạng của vòi trứng. Tỷ lệ vòi thông giả là 10%.

8.6. Tai biến

- Vỡ vòi trứng bị tắc - nếu bơm ở áp lực cao: bệnh nhân đau dữ dội nhưng không chảy máu, chỗ vỡ thường tự liền.
- Tắc mạch do hơi là biến chứng nguy hiểm có thể gây tử vong. Thường xảy ra do kỹ thuật bơm hơi không đúng khi đưa vòi bơm vào tử cung gây sây sát hoặc bơm hơi ngay khi mới sạch kinh hoặc niêm mạc tử cung bị rạn nứt bất thường (niêm mạc teo, dính tử cung hay lao tử cung). Dấu hiệu lâm sàng là ho khan. Nếu thấy như vậy phải ngừng bơm ngay, bất động bệnh nhân ở tư thế nằm thẳng trong 15 phút nếu không hơi có thể vào buồng tim hoặc vào tuần hoàn não gây liệt nửa người.
- Nhiễm khuẩn ngược dòng: viêm vòi trứng, viêm niêm mạc tử cung. Vì vậy phải khám phụ khoa trước khi bơm hơi và sau khi bơm hơi, phải cho kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn.

9. CHỤP TỬ CUNG - VÒI TRỨNG VỚI NGHIỆM PHÁP COTTE

9.1. Nguyên lý

Là chụp buồng tử cung và hai vòi trứng bằng cách bơm thuốc cản quang có độ cản quang mạnh, có độ nhớt nhất định, không gây phản ứng vào buồng tử cung. Thuốc được dùng là thuốc cản quang có iod. Có loại tan trong dầu (Lipiodol), có loại tan trong nước (Visotrate). Loại tan trong dầu cho hình ảnh đẹp hơn nhưng có thể gây tắc mạch nếu thuốc vào mạch máu. Loại tan trong nước ít nguy hiểm hơn nhưng hình ảnh không rõ và không đẹp do thuốc thoát nhanh qua vòi trứng.

9.2. Chỉ định

- Vô sinh chưa rõ nguyên nhân.
- Rong huyết, rối loạn kinh nguyệt.
- Vô kinh.
- Nghi có khối u sinh dục.
- Nghi có dị dạng sinh dục.

9.3. Chống chỉ định

- Viêm đường sinh dục.
- Nghi ứ nước vòi trứng.
- Nghi có thai.

9.4. Kỹ thuật

- Bệnh nhân nằm tư thế phụ khoa, sát khuẩn như bơm hơi tử cung - vòi trứng. Đưa ống bơm vào cổ tử cung và bơm chậm từng 1/2ml thuốc một. Vừa bơm vừa kiểm tra áp lực kế. Khi bơm được 2ml thuốc thì soi trên X quang để xem thuốc vào tử cung và ra vòi trứng thế nào. Bình thường chỉ cần bơm 5ml thuốc và với áp lực 150mmHg là thuốc đã ngấm vào hai vòi trứng. Sau đó chụp phim.
- Nếu cần xem thuốc lan toả vào ổ phúc mạc như thế nào thì chụp thêm phim kiểm tra - gọi là nghiệm pháp Cotte. Nếu dùng thuốc dầu thì chụp sau 24 giờ. Nếu dùng thuốc có iod tan trong nước thì chụp sau 1 giờ.

9.5. Biến chứng

- Vỡ vòi trứng: do bơm với áp lực cao quá 150mmHg, bệnh nhân đau dữ dội, phải ngừng bơm ngay và nằm bất động.
- Thuốc ngấm vào mạch máu (loại iod tan trong dầu). Soi trên X quang sẽ rõ. Phải ngừng thủ thuật ngay và bất động bệnh nhân, nếu không sẽ tắc mạch phổi.
- Bưới niêm mạc tử cung ở vòi trứng hay trong ổ phúc mạc do những mảnh niêm mạc tử cung bị di chuyển khi bơm thuốc.
- Nhiễm khuẩn vòi trứng, đặc biệt nếu vòi trứng ứ nước có thể trở thành ứ mủ vòi trứng. Vì vậy phải dùng kháng sinh sau thủ thuật.

9.6. Nhận định kết quả

Chụp tử cung - vòi trứng với nghiệm pháp Cotte, cho ta biết hình ảnh buồng tử cung và hai vòi trứng và vị trí của các thương tổn nếu có.

10. SOI Ổ BỤNG - SOI TIỂU KHUNG

10.1. Nguyên lý

Là phương pháp soi ổ bụng được khư trú ở tiểu khung sau khi đã bơm hơi làm căng ổ bụng. Có hai đường soi: qua thành bụng và qua đường âm đạo.

10.2. Chỉ định

- Vô sinh: để biết tình trạng của hai buồng trứng, hai vòi trứng và các xơ dính.
- Nghi ngờ chửa ngoài dạ con.
- Vô kinh.
- Các khối u nhỏ ở tiểu khung.

10.3. Chống chỉ định

- Sẹo mổ cũ (tương đối).
- Tiền sử viêm phúc mạc.

10.4. Kỹ thuật

- Chuẩn bị bệnh nhân như mổ phiên: thụt, vệ sinh...
- Gây mê hoặc bằng đường tĩnh mạch hoặc gây mê toàn thân.
- Bơm hơi phúc mạc (dùng khí CO_2). Bơm 4 lít hơi CO_2.
- Chọc ống soi.
- Nên đặt một thước đo vào buồng tử cung để di động tử cung cho dễ nhìn. Phải nhìn được tử cung, hai vòi trứng và hai buồng trứng.
- Sau khi soi xong cho bệnh nhân bất động 24 giờ để hơi không gây kích thích cơ hoành.

10.5. Biến chứng

- Chọc vào ruột: khi chọc ống qua thành bụng hoặc qua túi cùng sau (soi qua đường âm đạo).
- Tràn khí dưới da: Khi chọc kim để bơm khí CO_2 vào ổ bụng, kim chưa vào hẳn trong ổ bụng đã bơm khí vào, vì vậy gây tràn khí dưới da bụng, nhiều khi lên trên ngực, vai.
- Nhiễm khuẩn: phải cho kháng sinh sau thủ thuật.

10.6. Áp dụng lâm sàng

- Người ta có thể lợi dụng việc soi tiểu khung để kiểm tra xem hai vòi trứng có thông hay không bằng cách bơm 5ml nước muối 9% pha với xanh mêthylen qua lỗ cổ tử cung. Nếu vòi trứng thông sẽ thấy dịch màu xanh thoát ra từ hai loa vòi trứng.

- Ngày nay, do kỹ thuật nội soi được sử dụng rộng rãi, quan soi tiểu khung, chúng ta có thể cho một dao điện để triệt sản, cắt tổ chức xơ dính, sinh thiết buồng trứng...

11. SIÊU ÂM TRONG PHỤ KHOA (SIÊU ÂM HÌNH ẢNH)

11.1. Nguyên lý

Siêu âm hình ảnh dùng năng lượng tần số cao (từ 2 - 7 triệu chu kỳ): nó tạo âm vang trở lại khi gặp cấu trúc các mô từ mô đặc đến lỏng rồi chuyển thành hình ảnh âm vang khác nhau. Đây là phương pháp thăm dò phụ - sản khoa hiện đại vì chẩn đoán nhanh, chính xác, thực hiện ở mọi nơi.

11.2. Áp dụng

Chẩn đoán siêu âm hình ảnh được áp dụng trong phụ khoa để chẩn đoán:

- Kích thước tử cung và các khối u tử cung.
- Dị dạng tử cung.
- Buồng và thân tử cung.
- Ứ nước vòi trứng.
- Các khối u buồng trứng.
- Chửa ngoài dạ con.
- Sự trưởng thành của các nang noãn.

SỬ DỤNG HORMON TRONG PHỤ KHOA

GS. Nguyễn Khắc Liêu

1. ĐẠI CƯƠNG

Sử dụng hormon trong phụ khoa cũng như sử dụng hormon trong các chuyên ngành khác, nhằm thay thế các hormon đang bị thiếu, kích thích các tuyến nội tiết khi cần chúng hoạt động tốt hơn hoặc ức chế các tuyến nội tiết khi cần làm giảm hoặc ngừng hoạt động của chúng. Thí dụ, dùng hormon hướng sinh dục để kích thích phóng noãn là nhằm thay thế tuyến yên đồng thời kích thích buồng trứng. Dùng vong kinh nhân tạo là thay thế buồng trứng đồng thời kích thích tử cung và niêm mạc tử cung. Dùng progesteron trong điều trị rong kinh do quá sản niêm mạc tử cung vừa nhằm kích thích vừa nhằm ức chế niêm mạc tử cung, phát triển tuỳ từng trường hợp.

Trong phạm vi bài này, chúng tôi sẽ lần lượt trình bày về việc sử dụng estrogen, progestin, testosteron, các hormon steroid khác liên quan đến sinh dục và hormon giải phóng trong phụ khoa.

2. SỬ DỤNG ESTROGEN TRONG PHỤ KHOA

Estrogen có tác dụng:

- Làm phát triển cơ tử cung bằng cách làm tăng phát triển số lượng, độ dài và độ lớn của các sợi cơ. Sử dụng điều trị trong tử cung kém phát triển.
- Làm cơ tử cung tăng nhạy cảm với oxytocin khiến tử cung dễ co bóp, ứng dụng điều trị trong kích thích cơn co tử cung gây sẩy thai chết lưu.
- Làm phát triển niêm mạc tử cung qua việc làm tăng phân bào niêm mạc tử cung, áp dụng điều trị trong việc gây vòng kinh nhân tạo hoặc gây tái tạo nhanh niêm mạc tử cung.
- Kích thích các tuyến cổ tử cung chế tiết nhiều chất nhầy, làm cho chất nhầy trong vào loãng, áp dụng trong điều trị vô sinh, giúp tinh trùng dễ thâm nhập lên đường sinh dục trên của người phụ nữ.
- Làm phát triển biểu mô âm đạo, giúp các tế bào biểu mô âm đạo chứa glycogen và tạo điều kiện để các trực khuẩn Dolerlein biến glycogen này thành acid lactic. Sử dụng điều trị trong các trường hợp teo âm đạo hoặc viêm âm đạo do thiếu estrogen.
- Làm phát triển các môi lớn và môi nhỏ của âm hộ, ứng dụng điều trị trong các trường hợp viêm teo ngứa âm hộ do thiếu estrogen ở người già hay người đã cắt bỏ hai buồng trứng.

- Làm phát triển các tuyến sữa của vú. Sử dụng điều trị đối với những trường hợp vú kém phát triển do thiếu estrogen bẩm sinh (thí dụ hội chứng Turner).
- Làm tăng giữ nước và Na ở tế bào, gây phù.
- Giúp giữ calci ở xương trong quá trình tạo xương, chống loãn xương. Sử dụng trong để phòng và điều trị loãng xương ở người già và người đã được cắt bỏ hai buồng trứng.
- Cùng với androgen tạo nên dục tình (libido)

Trong thị trường được có thể gặp các estrogen tự nhiên như estradiol thường dưới dạng estradiol benzoat như Benzogynoestryl, estron, estriol tan trong dầu, hoặc estrogen phức hợp như Premarin, tan trong nước. Nhiều khi người ta sử dụng estrogen bán tổng hợp như ethinylestradiol mà biệt dược hay gặp ở Việt Nam là Mikrofollin. Loại estrogen có nhân stilben như diethylstiboestrol mà biệt dược quen biết là Oestrasid hiện không còn được ưa dùng trong phụ khoa nữa.

2.1. Đối với âm hộ, âm đạo

- Estrogen điều trị viêm ngứa âm hộ, âm đạo do thiểu dưỡng ở người già hay người đã bị cắt bỏ 2 buồng trứng. Người già nên uống Ovestin (trong chứa estriol) 0,25mg mỗi ngày 2-4 viên trong 15 ngày hoặc dùng thuốc mỡ Trophierème trong chứa estriol với hàm lượng 100mg trong 30g chất mỡ bôi âm hộ mỗi ngày 1 lần, sau khi các triệu chứng đã giảm đi thì cách ngày bôi một lần. Có thể dùng thuốc mỡ Colpotrophine trong chứa promestriene với tỷ lệ 1%, cách bôi cũng như trên vào âm hộ và bơm vào âm đạo mỗi ngày 1g thuốc mỡ.
- Estriol không có tác dụng lên niêm mạc tử cung nên không sợ gây ung thư niêm mạc tử cung. Promestriene chỉ có tác dụng estrogen tại chỗ, không có tác dụng xa, không gây ảnh hưởng lên niêm mạc tử cung, vú và tuyến yên. Cả hai thứ này đều sử dụng an toàn đối với người có tuổi.
- Đối với những phụ nữ trẻ tuổi bị cắt bỏ hai buồng trứng nếu không có nhu cầu hành kinh thì có thể điều trị theo phương án như người cao tuổi. Nếu có nhu cầu hành kinh thì có thể dùng vòng kinh nhân tạo, cũng có tác dụng điều trị tại chỗ đối với âm hộ. Nhưng phải thường xuyên theo dõi ảnh hưởng xấu đối với vú và niêm mạc tử cung.
- Đối với tất cả các lứa tuổi có thể kết hợp điều trị viêm âm đạo và viêm âm hộ do thiếu estrogen bằng cách đặt thuốc âm đạo và bôi thuốc âm hộ. Thuốc đặt âm đạo có thể là các viên trứng Trophigil với hàm lượng estriol 0,2mg trong mỗi viên, mỗi ngày đặt hai lần, sáng và tối, mỗi lần 1 viên, kéo dài 2 - 3 tuần. Có thể dùng viên trứng Physiogine trong chứa 0,5mg estriol hoặc viên Colpotrophine trong chứa promestriene 10mg.

Cách sử dụng và thời gian đặt đều giống nhau.

2.2. Đối với cổ tử cung

Estrogen làm tăng tiết chất nhầy ở cổ tử cung, có thể sử dụng trong điều trị vô sinh nữ, đặc biệt trong trường hợp dùng clomifen citrat bị giảm tiết chất nhầy. Có thể dùng Mikrofollin (ethinyl-estradiol) 0,05mg 1 - 2 viên/ngày trong 4 - 5 ngày, bắt đầu từ ngày thứ 10 - 11 của vòng kinh. Không nên dùng sớm hơn, sợ ức chế phóng noãn. Cũng không nên kéo dài hơn, sợ ảnh hưởng đến sự làm tổ của trứng. Có thể dùng Premarin (estrogen phức hợp) 1,25mg, mỗi ngày 1 - 2 viên từ ngày thứ 6 đến ngày thứ 14 của vòng kinh. Có thể dùng Ovestin 1-2mg/ngày cũng trong thời gian như trên. Nhưng người ta thấy có trường hợp chỉ cần đến 0,25mg Ovestin mỗi ngày và ngược lại cũng có trường hợp cần đến 8mg mỗi ngày. Do đó cần phải thăm dò liều thích hợp từ thấp đến cao trong từng trường hợp.

2.3. Đối với thân tử cung

- Làm phát triển cơ tử cung trong trường hợp tử cung kém phát triển. Vì phải dùng trong nhiều tháng nên tốt nhất là dùng theo kiểu vòng kinh nhân tạo, nghĩa là trong nửa đầu với estrogen và nửa sau kết hợp estrogen với progestin (xem vòng kinh nhân tạo).
- Làm phát triển niêm mạc tử cung trong trường hợp vô kinh lâu năm do thiểu năng nội tiết, giúp cho trứng làm tổ tốt khi điều trị vô sinh sau này. Tốt nhất, cũng là vòng kinh nhân tạo.
- Có nhiều cách gây vòng kinh nhân tạo, chúng tôi quen dùng phác đồ sau: Mikrofollin 0,05mg x 1 viên x 14 ngày, tiếp sau đó: Rigevidon 1 viên x 12 ngày. Như vậy, tổng cộng là 26 ngày. Ngừng dùng thuốc trong khoảng 2 ngày, người bệnh sẽ hành kinh, ta được một vòng kinh 28 ngày, các thứ thuốc trên đều dễ có trong thị trường Việt Nam hiện nay.

Có tác giả dùng các hormon tự nhiên như Benzo-Gynoestryl 5mg mỗi tuần tiêm 1 ống vào bắp thịt, tiêm trong 4 tuần. Từ tuần thứ 3 tiêm kết hợp mỗi ngày 1 ống progesteron 10mg vào bắp thịt cho đến khi ngừng tiêm Benzo-Gynoestryl. Phương pháp này có hiệu quả trong việc chuẩn bị niêm mạc tử cung điều trị vô sinh hơn phương pháp uống ở trên nhưng phức tạp hơn, nhất là lại phải tiêm.

- Giúp niêm mạc tử cung phát triển nhanh sau nạo tử cung, đặc biệt trong những trường hợp nạo tử cung sau đẻ, để tránh dính buồng tử cung. Có thể cho uống Mikrofollin mỗi ngày 1 viên 0,05mg trong 10 ngày hoặc tiêm Benzo-Gynoestryl 5mg hai lần, cách nhau 5 ngày.

2.4. Giúp chuyển hoá calci

Estrogen giúp giữ calci, tăng tác dụng của calcitonin, giảm quá trình tiêu xương, để phòng loãng xương sau mãn kinh hoặc sau cắt bỏ buồng trứng. Có thể dùng Benzo-Gynoestryl 5mg hàng tuần tiêm bắp thịt. Nhưng tiện nhất có lẽ là dùng Mikrofollin 0,05mg mỗi ngày trong 20 - 25 ngày mỗi tháng. Sau đó có thể giảm liều xuống một nửa, cứ 2 ngày uống 1 viên. Nên vào 10 ngày cuối của mỗi chu kỳ cho thêm progestin, mỗi ngày 10mg.

2.5. Chống bốc hoả và rối loạn thần kinh thực vật

Đối với những người mãn kinh hoặc cắt hai buồng trứng có thể bị bốc hoả và có những rối loạn thần kinh thực vật hồi hộp, tim đập nhanh, hay ra mồ hôi, lạnh đầu chi, có thể áp dụng phương án như đối với đề phòng loãng xương như đã nêu ở trên. Ngoài ra, có thể dùng estriol 4 - 8mg mỗi ngày trong vài tuần sau đó giảm liều dần. Ngừng dùng khi có dấu hiệu cương vú.

2.6. Các chống chỉ định sử dụng estrogen

Không được dùng estrogen trong các trường hợp ung thư vú, ung thư niêm mạc tử cung, bệnh tim mạch, bệnh tăng huyết áp, bệnh thận gây phù, bệnh mạch vành, các chứng tắc mạch, đang có thai, đang cho con bú.

3. SỬ DỤNG PROGESTIN TRONG PHỤ KHOA VÀ SẢN KHOA

Các progestin (trong đó có progesteron) có tác dụng:

- Hạn chế phát triển của cơ tử cung, nhất là của tổ chức xơ của tử cung nên có thể sử dụng để điều trị hoặc làm chậm phát triển u xơ tử cung trong những trường hợp u xơ nhỏ.
- Làm giảm nhạy cảm cơ tử cung đối với các nhân tố gây co, do đó có thể dùng trong giữ thai.
- Làm teo niêm mạc tử cung và có thể dùng để điều trị ung thư niêm mạc tử cung hoặc những di căn ung thư niêm mạc tử cung mà phẫu thuật không thể với tới được.
- Kết hợp với estrogen trong trường hợp đã được chuẩn bị trước bằng estrogen làm niêm mạc tử cung chế tiết nên có thể sử dụng để điều trị vô sinh, giúp niêm mạc tử cung chuẩn bị làm tổ cho trứng. Đồng thời có thể dùng trong vòng kinh nhân tạo ở nửa sau của vòng kinh nhân tạo.
- Ức chế chế tiết chất nhầy của cổ tử cung, có thể áp dụng trong tránh thai.
- Làm teo tuyến vú, có thể áp dụng trong điều trị u xơ tuyến vú hoặc phì đại tuyến vú.
- Có tính chất lợi niệu, giảm phù, áp dụng được trong điều trị phù căng trước kinh.

Để giúp phát triển và tăng hoạt động sinh lý của tử cung cũng như của niêm mạc tử cung, người ta hay dùng các prgestin tự nhiên như progesteron, hoặc gần giống tự nhiên như 17-hydroxyprgesteron. Còn muốn dùng với tính chất ức chế, người ta hay dùng những chất prgestin bán tổng hợp có nguồn gốc 19-nortestosteron. Những chất có nguồn gốc prgesteron gồm prgesteron (Lutogyl, Utrogestan, prgesteron retard), Chlormadinon acetat (Luteran), dydrogesteron (Duphaston), medroxyprogesteron acetat (Depo-provera hay được dùng gồm lynestrenol (Orgametril), norgestrel (Postinor), allylestrenol (turinal), etynodiol diacetat (Lutometrodiol).

3.1. Góp phần gây vòng kinh nhân tạo

- Sau khi cho estrogen trong nửa đầu của vòng kinh dự kiến, dùng progestin tiếp trong nửa sau cùng với estrogen.
- Có thể cho estrogen từ ngày 1-24, rồi từ ngày 13 - 24 cho thêm một trong các progestin sau đây:
  + Duphaston 10mg mỗi ngày 1 viên
  + Lutometrodriol 2mg mỗi ngày 2 viên.
  + Orgametril 5mg mỗi ngày 2 viên
  + Lutenyl 5mg mỗi ngày uống 1 viên

3.2. Giúp niêm mạc tử cung chế tiết, điều trị vô sinh

- Có thể tiến hành theo cách cho vòng kinh nhân tạo trong trường hợp vô kinh
- Nếu vẫn có vòng kinh bình thường, chỉ có tình trạng thiểu năng hoàng thể:
  + Progesteron-Retard 250mg tiêm bắp thịt 1 ống vào ngày thứ 16 của vòng kinh.
  + Duphaston 10mg uống 1 - 2 viên mỗi ngày từ ngày thứ 16 - 25 của vòng kinh.
  + Utrogestan 100mg x 2-3 viên mỗi ngày đặt âm đạo trong 10 ngày từ ngày thứ 16 của vòng kinh.

3.3. Điều trị quá sản niêm mạc tử cung

- Lutenyl 5mg mỗi ngày 1 viên trong 10 ngày, từ ngày thứ 16 của vòng kinh.

3.4. Điều trị chứng căng năng trước kinh

- Utrogestan 100mg mỗi ngày uống 2 - 3 viên trong 10 ngày, từ ngày thứ 17 của vòng kinh.

3.5. Điều trị thống kinh cơ năng

Từ ngày thứ 16 của vòng kinh, dùng một trong những thuốc sau đây:

- Lutenyl 5mg mỗi ngày uống 1 viên
- Duphaston 10mg mỗi ngày uống 1 viên

3.6. Điều trị đau vú

Từ ngày 16 - 25 của vòng kinh dùng một trong các phương án sau:

- Lutenyl 5mg mỗi ngày uống 1 viên
- Orgametril 5mg mỗi ngày uống 1 - 2 viên

3.7. Điều trị lạc nội mạc tử cung

Uống liên tục hàng ngày trong 6 - 12 vòng kinh theo 1 trong những phương án:

- Duphaston 10mg mỗi ngày 2 - 3 viên
- Luteran 2mg mỗi ngày 1 - 5 viên
- Lutometrodiol 2mg mỗi ngày 2 viên.

3.8. Điều trị rong kinh rong huyết

Khi đang rong kinh, có thể dùng một trong các cách:

- Progesteron 25mg mỗi ngày tiêm bắp thịt 1 ống cho đến khi cầm máu
- Duphaston 10mg mỗi ngày uống 2 - 3 viên cho đến khi cầm máu

Nếu quá 6 ngày dùng như trên mà không cầm máu thì phải đổi phương pháp khác, dùng estrogen hoặc estrogen kết hợp với progestin.

Đề phòng rong kinh trong vòng kinh sau, dùng từ ngày 16 - 25 của vòng kinh một trong các cách:

- Lutenyl 5mg mỗi ngày 1 viên
- Luteran 2mg mỗi ngày 2 - 5 viên
- Lutometrodiol 2mg mỗi ngày 2 - 4 viên
- Cũng có thể dùng thuốc uống tránh thai viên kết hợp.

3.9. Sử dụng tránh thai

- Depo-provera 150mg tiêm sâu bắp thịt tác dụng tránh thai 3 tháng
- Noristerat 200mg tiêm bắp thịt có tác dụng tránh thai 2 tháng.
- Lynestrenol (Exluton là biệt dược hiện có ở Việt Nam) 0,5mg uống hàng ngày liên tục kể cả khi hành kinh.

3.10. Điều trị doạ sẩy thai, doạ đẻ non

Có thể dùng một trong các phương áp sau đây:

- Progesteron liều tối thiểu 25mg/ ngày tiêm bắp thịt. Theo dõi lâm sàng và tế bào âm đạo nội tiết, chừng nào còn chưa ổn định còn chưa ngừng tiêm.
- Progesteron-Retard (hydroxyprogesteron) 250 - 500mg mỗi ngày tiêm bắp thịt 1 ống cho đến khi hết đe doạ, giảm liều xuống mỗi tuần tiêm 1 hoặc 2 lần.
- Utrogestan 100mg mỗi ngày 2 - 4 viên, uống rải đều trong ngày
- Duphaston 10mg mỗi ngày uống 3 viên chia đều trong ngày
- Turinal 5mg uống mỗi ngày 1 - 3 viên cho đến khi hết triệu chứng.

3.11. Điều trị sẩy thai liên tiếp

- Progesteron-Retard 500mg mỗi tuần tiêm bắp thịt ngay từ khi phát hiện có thai

3.12. Điều trị ung thư niêm mạc tử cung

Sử dụng progestin trong điều trị những ung thư niêm mạc tử cung không có khả năng phẫu thuật:

- Depo-provera 150mg mỗi tuần tiêm một ống vào bắp thịt.

3.13. Chống chỉ định progestin

Không được sử dụng progestin trong những trường hợp:

- Bệnh tắc mạch (viêm tắc tĩnh mạch, viêm tắc động mạch)
- Bệnh tim mạch (bệnh van tim, bệnh tăng huyết áp, bệnh mạch vành...)
- Tai biến mạch máu não
- Ung thư vú và ung thư tử cung.
- U tuyến yên

4. SỬ DỤNG CÁC HORMON STEROID KHÁC LIÊN QUAN ĐẾN SINH DỤC

4.1. Sử dụng androgen

Cần thận trọng khi sử dụng androgen cho phụ nữ vì sẽ có nguy cơ phát sinh các triệu chứng nam tính hoá như mọc râu, ria, lông chân theo kiểu nam giới, âm vật to và nhiều khi không hồi phục. Tuy nhiên có thể sử dụng để điều trị một số trường hợp cần thiết.

** Điều trị rong kinh rong huyết trong u xơ tử cung bằng testosteron:*

Theo kinh nghiệm của chúng tôi: Trong trường hợp u xơ tử cung chưa muốn chỉ định mổ vì nhu cầu sinh sản, có thể dùng testosteron propionat 25mg tiêm bắp thịt mỗi tuần. Kinh nguyệt có thể trở lại bình thường và khả năng sinh sản vẫn được duy trì. Nhưng khi có thai thì phải ngừng điều trị testosteron. Phương thức điều trị này nhằm dựa vào tác dụng cộng đồng của testosteron với hormon sinh dục của buồng trứng để ức chế bớt hoạt động của vùng dưới đồi và tuyến yên, từ đó estrogen của buồng trứng cũng được giảm chế tiết.

4.2. Sử dụng chất kháng androgen

** Điều trị chứng rậm lông bằng cyproteron acetat (biệt dược Androcur)*

Trong chứng rậm lông (hirsutismus) có thể dùng Androcur 50mg điều trị mỗi ngày uống 1 - 2 viên kết hợp với ethinylestradiol mỗi ngày 0,035mg từ ngày 1 - 21 của vòng kinh.

Cũng có thể dùng Androcur 50mg mỗi ngày 1 - 2 viên từ ngày 1 - 10 của vòng kinh kết hợp với ethinylestradiol 50mcg từ ngày 1 - 21 của vòng kinh.

Ức chế mạnh hormon hướng sinh dục dẫn tới ức chế phóng noãn và tránh được có thai.

4.3. Sử dụng chất khoáng estrogen

** Điều trị ung thư vú bằng tamoxifen (biệt dược Tamofen)*

Đề phòng di căn, đề phòng tái phát ung thư vú sau khi mổ. Càng có hiệu lực khi ung thư vú là trường hợp có các thụ thể estrogen nên có thể làm tăng tiết hormon hướng sinh dục, từ đó làm tăng hoạt động của buồng trứng và dễ có nguy cơ gây ung thư niêm mạc tử cung. Do đó cần theo dõi quá sản niêm mạc tử cung, polip, ung thư niêm mạc tử cung. Ngoài ra còn phải theo dõi chức năng gan, biến chứng tắc mạch.

4.4. Sử dụng corticoid

** Điều trị hội chứng thượng thận - sinh dục*

Trong hội chứng thượng thận - sinh dục, vỏ thượng thận thiếu men 21-hydroylase nên không tổng hợp được cortisol. Vì thế không ức chế được tuyến yên và ACTH được tăng tiết. Cuối cùng androgen được tăng tiết. Androgen của vỏ thượng thận tăng tiết khiến người phụ nữ có những dấu hiệu nam tính hoá, mọc râu, trứng cá, rậm lông và vô kinh. Vô kinh còn do androgen đã ức chế các hormon hướng sinh dục khiến buồng trứng không hoạt động.

Điều trị dùng corticoid để thay thế sự thiếu hụt corticoid, đồng thời ức chế ACTH của tuyến yên, giúp cho vỏ thượng thận giảm tiết androgen và tiết trở lại các hormon hướng sinh dục, kích thích buồng trứng hoạt động.

Có thể dùng dexamethason, prednisolon vào mục đích trên: Prednisolon 5mg mỗi ngày uống 1 - 2 viên trong 20 ngày. Sau đó có thể giảm liều xuống còn 1 viên mỗi ngày. Người phụ nữ có thể hành kinh trở lại và có thai được.

5. SỬ DỤNG CÁC HORMON HƯỚNG SINH DỤC

5.1. Sử dụng FSH, LH, hCG trong điều trị vô sinh

** Kích thích nang noãn phát triển và phóng noãn*

Có thể dùng Humegon, Neo-Pergonal, Metrodin, Puregon là những biệt dược chứa FSH hoặc cả FSH và LH nhằm kích thích nang noãn phát triển.

Có thể dùng Pregnyl, Profasi là những biệt dược chứa hCG để kích thích phóng noãn và hình thành hoàng thể.

** Nguyên tắc dùng như sau:*

- Humegon, Inductor hoặc Neo-pergonal (chứa 75 đv FSH và 75 đv LH trong mỗi ống), mỗi ngày tiêm 1 - 4 ống vào bắp thịt, bắt đầu trong tuần đầu của vòng kinh, liều tăng dần tuỳ theo sự trả lời của buồng trứng theo

dõi qua siêu âm, chỉ số tử cung, định lượng estradiol trong máu. Liều tối đa không quá 4 ống mỗi ngày nếu nhu cầu chỉ cần 1 nang noãn chín.

- Có thể dùng Metrodin, nhưng Metrodin chỉ chứa FSH với 75 đv không chứa LH nên kém kích thích các nang noãn chế tiết. Do đó khó có thể theo dõi được bằng chỉ số cổ tử cung và định lượng estrogen. Chỉ có thể theo dõi sự phát triển của nang noãn qua siêu âm.
- Vì những lý do trên, người ta hay dùng Humegon và Neo-pergonal trong điều trị phụ khoa cho dễ theo dõi. Metrodin hay được dùng để nghiên cứu và một số tác giả dùng trong kích thích nhiều nang noãn cùng một lúc, phục vụ phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm.
- Sau khi qua các xét nghiệm thăm dò thấy có biểu hiện nang noãn chín được 48 giờ, người ta tiêm hCG một liều duy nhất 5000 - 10.000đv vào bắp thịt. Có tác giả khuyên tiêm tiếp thêm một đợt nữa vào 2 ngày sau. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, liều 9000đv đạt kết quả nhất, không cần và không nên tiêm thêm mũi thứ hai vì hay gây quá kích ứng, biểu thị bằng đa thai và nang hoàng tuyến xuất hiện nhanh, nguy hiểm.
- Trong trường hợp kích thích phóng noãn điều trị vô sinh thông thường, nếu thăm dò thấy có biểu hiện của nhiều nang noãn cùng chín, để tránh quá kích ứng, người ta ngừng điều trị đợt đó, không tiêm hCG vì hCG là nguyên nhân chủ yếu gây quá kích ứng trong trường hợp này.
- hCG hay được bán ở Việt Nam hiện nay là Pregnyl và Profasi thường đóng ống 1500đv. Mỗi ống thuốc bột đông khô được bán kèm với một ống 1ml nước muối sinh lý làm dung môi. Tuy nhiên có thể pha 2 - 3 ống bột vào 1ml dung môi cũng được, để tránh phải tiêm lượng lớn dịch vào bắp thịt.

6. SỬ DỤNG HORMON ĐỒNG VẬN Gn - RH

Hormon đồng vận Gn - RH gồm những chất tổng hợp trong chứa các acid amin, có tác dụng giống Gn-RH. Nhưng được sử dụng với hai mục đích khác nhau, hoặc kích thích tuyến yên, hoặc ức chế tuyến yên, tuỳ theo liều lượng và cách dùng.

Để kích thích tuyến yên trong điều trị vô sinh, thường được kết hợp với FSH, LH, hCG như đã nói trong mục 5.1 ức chế tuyến yên hay được áp dụng trong điều trị lạc nội mạc tử cung, trước khi dùng FSH liều cao để kích thích nhiều nang noãn chín, làm thụ tinh trong ống nghiệm.

6.1. Kích thích tuyến yên

Dùng triptorelin (biệt dược Decapeptyl) 0,1mg tiêm dưới da mỗi ngày 1 ống bắt đầu từ ngày thứ 2 của vòng kinh cho tới trước khi định dùng hMG 1 ngày.

Trung bình tiêm trong 10 - 12 ngày. Phương án này áp dụng trong điều trị vô sinh do không phóng noãn.

6.2. Ức chế tuyến yên

** Điều trị vô sinh.*

Decapeptyl 3,75 mg tiêm dưới da vào ngày thứ 2 của vòng kinh để ức chế tuyến yên cho tới khi lượng estradiol của buồng trứng giảm xuống dưới 50pg/ml, thường là 15 ngày sau. Khi ấy sẽ bắt đầu cho HMG như đã ghi trong mục 5.1. Trong trường hợp này, kích thích buồng trứng hoàn toàn dựa vào hormon hướng sinh dục ngoại lai vì hormon hướng sinh dục nội sinh đã bị loại trừ do tuyến yên đã bị ức chế.

** Điều trị lạc nội mạc tử cung.*

Decapeptyl 3,75mg tiêm bắp thịt khởi đầu cuộc điều trị trong vòng 5 ngày đầu của vòng kinh, sau đó cứ 4 tuần tiêm 1 lần. Tổng thời gian tiêm 4 - 6 tháng.

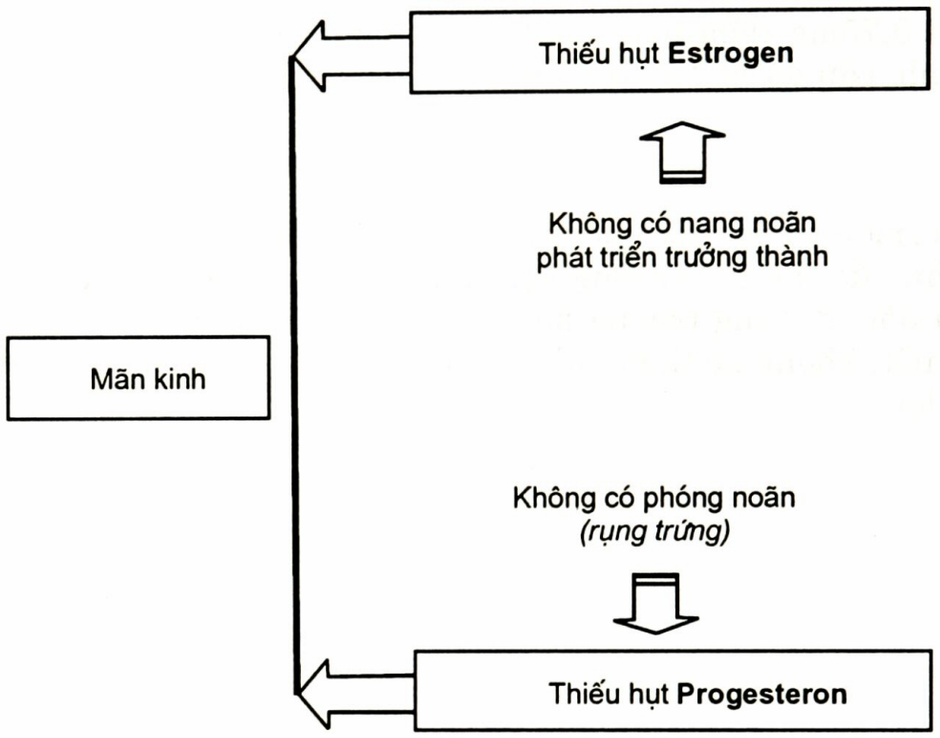
7. KẾT LUẬN

Sử dụng hormon trong phụ khoa tuỳ thuộc vào mục tiêu điều trị, nhằm thay thế, kích thích hay ức chế tuỳ trường hợp. Liều dùng cần được thăm dò cho thích hợp, cho vừa đủ đối với từng trường hợp. Thời gian sử dụng thuốc cũng nên hạn chế ở mức cần thiết, không để thiếu, nhưng cũng không để thừa, không kéo dài, sẽ có hại hơn là có lợi.

LIỆU PHÁP BỔ SUNG NỘI TIẾT CHO PHỤ NỮ TUỔI MÃN KINH

PGS.TS. Nguyễn Đức Vy

(Điều trị hormon thay thế: HRT (Hormone Replacement therapy)



1. MÃN KINH

Được coi như là một tình trạng thiếu hụt estrogen của buồng trứng. Đây là đầu mối của mọi rối loạn về nội tiết ở người phụ nữ xung quanh thời kỳ mãn kinh và về già.

Sau mãn kinh người phụ nữ còn sống khoảng gần 1/3 đời người nữa (nếu lấy tuổi thọ trung bình là 70 tuổi) thì ít ra cũng còn 25 đến 30 năm nữa. Vì vậy để có cuộc sống với chất lượng tốt không có những rối loạn trong sinh hoạt và những biến cố nặng nề như gù, gãy xương và Alzheimer.v.v... như đã nói ở bài mãn kinh đặc biệt là các bệnh tim mạch thì phải có một liệu pháp điều trị thích hợp thay thế cho sự thiếu hụt estrogen là liệu pháp hormon thay thế (HRT). Như vậy phải làm sao cho biện pháp hormon đó chỉ có lợi nếu giữ được nồng độ estrogen trong máu có hoạt tính sinh học (estradiol) ít ra cũng phải tương đương với nồng độ estrogen ở phụ nữ lúc tiền mãn kinh (nghĩa là không gây ra các tác dụng có hại cho người dùng thuốc thay thế). Đây là vấn đề cần lưu tâm đối với mọi thầy thuốc sản - phụ khoa.

Liệu pháp hormon thay thế là việc sử dụng estrogen kết hợp với prgesteron hoặc không kết hợp để bù vào việc thiếu hụt estrogen nội sinh. Các nghiên cứu sử dụng từ thập kỷ 60 của thế kỷ XX trở lại đây đã đưa ra nhiều phác đồ sử dụng. Tuy nhiên sự lựa chọn và sử dụng liệu pháp như thế nào vẫn còn là bàn cãi, chưa thống nhất. Vì có thể nói cái lợi và cái không lợi có tỷ lệ xấp xỉ nhau 1/1 do đó khi nào thì dùng và dùng bao lâu, theo dõi thế nào đều tuỳ thuộc vào từng cá thể của người phụ nữ đó và người thầy thuốc chăm sóc, theo dõi sức khoẻ cho họ.

2. THẾ NÀO LÀ THIẾU HỤT ESTROGEN VÀ PRGESTERON

2.1. Thiếu hụt estrogen (E)

Là nội tiết của buồng trứng tiết ra có tính chu kỳ hàng tháng (4 tuần) đây là một steroid có tên gọi là 17β estradiol và nồng độ của nó trong huyết tương như sau theo từng tuần lễ của chu kỳ là:

- Từ 40 đến 80pg/ml trong tuần thứ nhất, đó là giai đoạn nang sớm
- Từ 80 đến 300pg/ml trong tuần thứ hai, là giai đoạn nang giữa và muộn quanh thời kỳ phóng noãn "rụng trứng".
- Tuần thứ 3 và thứ 4 estradiol dao động từ 100 đến 150pg/ml (chính là giai đoạn hoàng thể giữa và sớm).
- Ở mức 40pg/ml ở 1 vài ngày trước hành kinh (giai đoạn hoàng thể muộn)/ Như vậy có thể thấy nồng độ estradiol trung bình ở 1 chu kỳ 28 ngày là khoảng 80pg/ml, các nghiên cứu còn cho thấy nồng độ của chất chuyển hoá estradiol/ostron duy trì gần bằng 1 (như trên đã nói). Điều này có nghĩa là nồng độ estradiol như nhau trong mạch máu cánh tay, tử cung, gan; nhưng sẽ là cao hơn 5 đến 10 lần ở các mạch máu cận buồng trứng và các tĩnh mạch buồng trứng khi ly tâm (Brunode Lignieres). Điều đó có nghĩa là khi thiếu hụt estrogen/estradiol ở mãn kinh chỉ còn 40pg/ml (mức thấp quá) cho nên cần có sự bổ sung estradiol để nhằm có được mức 17β estradiol huyết tương lên khoảng 80pg/ml trong cả tháng là điều phải xem xét và xử lý sao cho có lợi nhất và ít hại do tác dụng phụ của estrogen.

2.2. Sự thiếu hụt prgesteron (P)

Về sinh lý nội tiết thì progesteron sẽ tăng dần sau khi có phóng noãn để có nồng độ trong huyết tương đạt 3ng/ml đến 10ng/ml trong giai đoạn hoàng thể, đó là cần thiết của niêm mạc tử cung chuẩn bị đón phôi vào làm tổ và mang thai. Mặt khác, tuy nồng độ progesteron thấp 3ng/ml ở giai đoạn sớm của hoàng thể cũng đã đủ để loại bỏ các thụ thể của estradiol lên tuyến niêm mạc tử cung làm ngưng sự gián phân tế bào trong việc tăng sinh nội mạc tử cung. Do đó việc bổ sung progesteron tối ưu là nhằm kiểm soát có hiệu quả việc phát triển niêm mạc tử cung (không tăng sinh nữa) do đó không có tái tạo mạch trong nội mạc tử cung vì vậy không có chảy máu kinh trở lại nữa. Điều này cũng có thể sẽ cùng với việc làm giảm nguy cơ ung thư nội mạc tử cung.

3. CÁC NGUYÊN TẮC CẦN THỰC HIỆN KHI SỬ DỤNG NỘI TIẾT THAY THẾ

1. Dùng estrogen liên tục, liều thấp với thời gian ngắn (2 - 3 năm) nhằm cải thiện cuộc sống (không vì mục đích trẻ hoá, tình dục) nếu đã cắt tử cung.
2. Ở người phụ nữ còn tử cung thì phải dùng kết hợp cả estrogen và prgesteron tự nhiên.
3. Dù là phác đồ nào với hormon thay thế cũng cần phải dùng prgesteron từ 10 đến 14 ngày kết hợp (ít nhất 10 ngày).
4. Nên bắt đầu sử dụng liệu pháp ngay khi mãn kinh hoặc tiền mãn kinh nhưng đã được đánh giá đầy đủ về chỉ định cho người phụ nữ đó (không có chống chỉ định).
5. Liều estrogen và prgesteron càng thấp càng có lợi hơn (nếu người phụ nữ thấy ổn định, có cải thiện...) và được kiểm tra nội mạc tử cung với siêu âm (≤ 5mm).
6. Nếu chỉ vì mục đích làm giảm hoặc chữa các rối loạn ở hệ sinh dục - niệu thì nên dùng estrogen đặt âm đạo.
7. Khám sức khoẻ theo quy định của bác sĩ: đo huyết áp, sinh hoá máu, chức năng gan, tế bào âm đạo cổ tử cung, siêu âm hoặc chụp vú hàng năm.

4. CÁC CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH DÙNG LIỆU PHÁP HORMON THAY THẾ

4.1. Chỉ định

- Điều trị các triệu chứng liên quan đến thiếu hụt estrogen
- Dự phòng, điều trị hội chứng loãng xương
- Dự phòng và điều trị hội chứng Alhzeimer

4.2. Chống chỉ định

- Chảy máu âm đạo chưa rõ nguyên nhân
- Ung thư vú (tiền sử, mới phát hiện)
- Ung thư nội mạc tử cung chưa điều trị
- Tiền sử, hoặc đang có viêm tắc tĩnh mạch
- TG > 750mg/dl (tuyệt đối không dùng)
- TG > 300mg/dl (tương đối)
- Hội chứng về gan, thận nếu đã có dấu hiệu suy gan, thận không dùng
- Adánome vú, u xơ tử cung: cần xem xét tiền sử gia đình và cân nhắc thận trong các triệu chứng của thiếu hụt estrogen có đến mức cần dùng HRT không?

5. VẤN ĐỀ LỢI ÍCH VÀ KHÔNG LỢI ÍCH CỦA LIỆU PHÁP HORMON THAY THẾ

5.1. Điều có lợi

- Giảm thiểu các triệu chứng vận mạch
- Giảm các dấu hiệu ngoài da, rụng lông, tóc...
- Giảm viêm teo đét cơ hệ niệu - sinh dục dưới
- Giảm loãng xương do có tăng bài tiết calcitonin huyết tương do đó tai nạn gẫy xương đùi, cột sống, cổ tay, xương chậu giảm từ 30 đến 70% ở những phụ nữ có dùng HRT.
- Giảm nguy cơ bệnh tim mạch (tới 50% ở người có nguy cơ tim mạch cao). Vì estrogen làm giảm lượng cholsterol trong máu, giảm yếu tố gây co mạch (endothelin) tăng yếu tố giãn mạch (oxide: NO) do đó giảm xơ mỡ động mạch; làm cho thành mạch hoạt động bình thường.
- Một số lợi ích khác nữa như: estrogen làm giảm nguy cơ mắc bệnh Alzheimer do bị thoái hoá tế bào thần kinh, nhất là các hormon thần kinh đưa đến tình trạng quên rồi mất khả năng ghi nhớ (tỷ lệ mỡ gấp vài ba lần so với nam ở tuổi 70). Điều này có nghĩa là estrogen giúp tăng sự máu cho tế bào thần kinh và hormon. Estrogen còn có tác dụng giảm nguy cơ ung thư đại tràng. Một số tác dụng có lợi nữa sống lâu hơn, giảm nguy cơ về chảy máu (yếu tố VII).v.v... còn đang được nghiên cứu tiếp cũng như vấn đề tác dụng vận mạch.

5.2. Các nguy cơ gây ra do liệu pháp hormon thay thế (HRT)

- Nguy cơ cao gây ung thư nội mạc tử cung (nếu dùng estrogen không đối kháng - không dùng kết hợp prgesteron ít nhất 10 ngày 1 tháng) tất nhiên vẫn là điều phải cảnh giác và theo dõi chu đáo khi dùng (HRT) vì tỷ lệ so sánh dùng estrogen đơn độc hay có kết hợp estrogen và progestin ở phụ nữ không cắt tử cung thì nguy cơ bệnh lý về nội mạc tử cung và ung thư cũng không khác nhau là bao - nghĩa là progestin (nhân tạo) vẫn chưa được chấp nhận và cần phải có được những hợp chất mới an toàn như progesteron (43. Theo Grady D, Ernster V.L 1997, 89)
- Nguy cơ cho vú: đau, cương vú do dùng estrogen dài ngày.
- U vú và ung thư vú nếu bệnh nhân đã dùng hàng chục năm với estrogen cho nên cần kết hợp progestin
- Gây nguy cơ sỏi mật, tiết niệu
- Cao huyết áp do tăng renin máu, tăng aldosteron
- Huyết khối do tăng tính đông máu của estrogen

Tóm lại: Nguy cơ của liệu pháp hormon thay thế luôn nhắc thầy thuốc phải chỉ định và theo dõi, hướng dẫn cho từng cá thể phụ nữ mãn kinh. Không ai giống ai trong liệu pháp này - chính vì là con dao hai lưỡi nội tiết.

6. MỘT SỐ CÁCH SỬ DỤNG LIỆU PHÁP HORMON THAY THẾ

Nêu ra điều này nhằm giúp cho thầy thuốc chọn cách dùng (HRT) cho từng cá thể phụ nữ cụ thể mà cho cách dùng trong đó phải lưu ý cho phụ nữ sau mãn kinh.

6.1. Đối tượng

a) Loại đối tượng đã cắt bỏ tử cung (estrogen thay thế hoặc estrogen cùng với progestin)

b) Loại đối tượng còn tử cung có thể dùng kết hợp hoặc liệu pháp đặc hiệu trên mô (loại tibolone (E + A + P)

6.2. Các đường dùng

- Hít qua mũi (niêm mạc)
- Đặt âm đạo (niêm mạc) (ít các tác dụng toàn thân - tốt)
- Ngậm dưới lưỡi (niêm mạc + tiêu hoá)
- Dán: qua da thẩm thấu
- Kem bôi da

} có tác dụng tốt dù chỉ liều nhỏ

- Uống (điều hoà: qua gan do đó vào máu nồng độ chỉ còn 1/5 - 1/6 hàm lượng thuốc)
- Tiêm bắp thịt

6.3. Kết luận: Liệu pháp HRT thực hiện phối hợp estrogen và progestin (1 tháng phải có 10 đến 14 ngày có progestin kết hợp). Liều lượng estrogen thay đổi tuỳ cá thể của chị phụ nữ đó và tuỳ loại estrogen.

- Khi đã có căng vú, tăng cân, lợm giọng, buồn nôn là đã quá liều.
- Nhớ rằng: liều hợp lý khi estrogen (otradiol huyết tương ở mức 80pg/ml (hay 300 - 400pmol/lít).
- Việc tư vấn cho phụ nữ sử dụng HRT phải được làm đầu tiên và là người có điều kiện được theo dõi y tế thường xuyên theo hẹn.

6.4. Liệu pháp tốt có lẽ là khuyên mọi phụ nữ sau mãn kinh cần phải

- Có một chế độ dinh dưỡng hợp lý (Vitamin C, B (rau quả tươi), ít uống rượu, bia, bỏ thuốc lá...)
- Tập thể dục đều đặn, đi bộ hàng ngày (1000m đến 2000m)
- Dùng thêm calci, vitamin D
- Làm việc thích hợp với tuổi mình
- Có cuộc sống gia đình thoải mái cũng như với cộng đồng.

DỊ DẠNG CƠ QUAN SINH DỤC

TS. Ngô Văn Tài

1. MỘT VÀI NÉT ĐẠI CƯƠNG

Người phụ nữ đi khám vì:

- Rối loạn kinh nguyệt
- Đau tiểu khung
- Vô sinh nguyên phát hay thứ phát
- Bất thường ở bộ máy tiết niệu

Thầy thuốc phải nghĩ đến dị dạng.

2. NHẮC LẠI BÀO THAI HỌC

Nhắc lại ngắn gọn tế bào thai học là cần thiết để hiểu dị dạng.

2.1. Buồng trứng

Buồng trứng phát triển hoàn toàn độc lập với đường sinh dục về mặt bào thai học. Tế bào mầm sinh dục nguyên thuỷ xuất hiện ở thành túi noãn hoàng rồi tràn vào trong phôi dọc theo mạc treo sống và tạo thành mào sinh dục ở trước trung thận. Ở tuần hoàn thứ 8, hình thành thừng sinh dục nguyên thuỷ, thừng này bị thoái hoá và được thay bằng tổ chức xơ tạo thành phần tuỷ buồng trứng. Đợt tăng sinh mới của biểu mô khoang cơ thể sinh ra thừng sinh dục mới có chứa các tế bào mầm sinh dục biến đổi thành noãn nguyên bào nhân lên mạnh mẽ. Từ tháng thứ 3, buồng trứng và vòi trứng có hoạt động di chuyển vào trong tiểu khung.

2.2. Đường sinh dục trong

Phát triển từ hai ống Muller thành 3 giai đoạn:

2.2.1. Giai đoạn vòi (tuần thứ 7)

Vòi trứng có nguồn gốc từ phần đầu của ống Muller mà cực trên xoè ra như cái loa tạo thành loa vòi. Loa vòi ban đầu nằm dọc sau xoay ngang theo buồng trứng trong quá trình di chuyển.

2.2.2. Tạo thành sừng tử cung (tuần thứ 8)

Ống Müler thay đổi hướng, bắt chéo dây chằng bẹn. Từ chỗ bắt chéo sinh ra sừng tử cung. Phần trước ngoài của dây chằng bẹn sinh ra dây chằng tròn.

Phần sau trong tạo ra dây chằng tử cung - buồng trứng.

2.2.3. Giai đoạn tử cung âm đạo

Khi hai ống Muller đi tới đường giữa, đã đổi hướng, cùng đi song song để đến xoang niệu dục ở đầu tuần thứ 9.

- Ở đầu tuần thứ 10 hai ống dính vào nhau.
- Tổ chức trung mô ở khoang tam giác tách ra thành hai sừng.
- Vách dính của hai ống bắt đầu ở eo và hướng xuống thấp để tạo thành cổ tử cung (tuần thứ 11 đến 13).
- Buồng tử cung vĩnh viễn được tạo thành do tiêu vách bắt đầu từ eo.

2.2.4. Xoang niệu dục

Xoang tạo ra phần bàng quang, niệu đạo và phần sinh dục. Phần sinh dục sẽ tạo ra phần tiền đình âm hộ, toàn bộ hay một phần âm đạo.

3. CƠ QUAN SINH DỤC NGOÀI

Cơ quan sinh dục ngoài phát sinh từ củ sinh dục, tạo thành âm vật, các nếp sinh dục, môi bé và môi lớn.

Qua phần nhắc lại phôi thai học này người ta hiểu:

* Buồng trứng có nguồn gốc phôi thai khác với tử cung, vòi trứng, âm đạo.

* Hai ống Muller sẽ tạo thành:

- Vòi trứng, tử cung và 2/3 trên âm đạo. Bất thường về phát triển của ống này dẫn đến thiếu, dính bất thường không tiêu vách chung. Các dị dạng này có thể đối xứng hay không đối xứng.
- 1/3 dưới âm đạo và tiền đình phát triển từ xoang niệu dục.

* Các bất thường ở phần này thường kết hợp với bất thường bàng quang, niệu đạo

* Cuối cùng, môi bé và môi lớn có nguồn gốc khác với 1/3 dưới âm đạo.

4. CÁC KIỂU DỊ DẠNG KHÁC NHAU CỦA CƠ QUAN SINH DỤC

4.1. Các dị dạng của cơ quan sinh dục ngoài

Hiếm gặp, thường phát hiện khi đẻ ra. Các bác sĩ nhi khoa biết rõ hơn các bác sĩ phụ khoa.

4.1.1. Dính môi bé

Cần phát hiện có hệ thống khi đẻ ra. Nếu có thì điều trị ngay, dùng dụng cụ tách ra. Khi phát hiện ở tuổi lớn phải tiến hành phẫu thuật tách ra.

4.1.2. Màng trinh không thủng (hình 25.1)

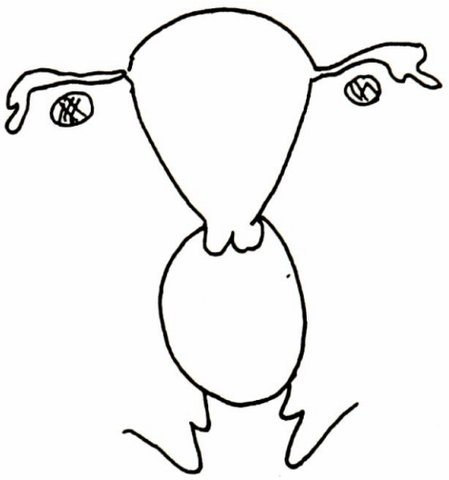
Cần được phát hiện lúc đẻ ra như là phát hiện các dị tật hậu môn. Ở trẻ sơ sinh có thể gây ra khối đau, ở tiểu khung, phát hiện thấy ở kỳ kinh nguyệt sớm của trẻ sơ sinh và màng trinh phồng căng. Siêu âm cho phép chẩn đoán ứ dịch tử cung, âm đạo. Cần phải rạch màng trinh sau tuổi dậy thì, màng trinh không thủng biểu hiện bằng vô kinh, đau, các đặc điểm sinh dục phụ bình thường. Khám âm hộ cho phép chẩn đoán.

4.1.3. Vị trí hậu môn, lỗ sáo bất thường

Trong lỗ sáo bất thường, tránh nhầm với són tiểu.

4.1.4. Bất thường lớn hay á nam á nữ

- Á nam á nữ giả nữ: Các đặc điểm sinh dục ít nhiều giống nam trong khi người bệnh có buồng trứng.
- Á nam á nữ giả nam: Người bệnh có tinh hoàn nhưng đặc điểm sinh dục ít nhiều giống nữ.



Hình 25.1. Màng trinh không thủng gây ứ máu kinh

4.2. Bất thường ở âm đạo

4.2.1. Không có âm đạo bẩm sinh (1/5000 trẻ)

Dị tật là do không phát triển âm đạo của ống Muller.

- Âm hộ bình thường.
- Tiền đình hơi lõm xuống.
- Không có âm đạo.
- Tử cung hầu hết cũng không có (hội chứng Rokitansky) nhưng có thể bình thường, thậm chí vẫn hoạt động gây ứ máu kinh ở tử cung.
- Buồng trứng bình thường.
- Bất thường ở tiết niệu (không có thận, thận lạc chỗ) có thể gặp, kể cả bất thường ở cột sống.

Phát hiện ra bất thường này là do vô kinh nguyên phát, không đau với đặc điểm sinh dục phụ bình thường. Khám thấy không có âm đạo. Thăm trực tràng và siêu âm khẳng định không có tử cung và âm đạo...

Điều trị có thể bằng cách nong giãn, làm cho tiền đình sâu thêm và cho phép giao hợp (phương pháp Franck), hay bằng phẫu thuật tạo hình (bóc tách, can thiệp bằng cả đường dưới và đường trên), tiếp theo là nong giãn liên tục. Các cuộc nong giãn này chỉ bắt đầu khi người bệnh bắt đầu cuộc sống tình dục, trừ trường hợp phối hợp với tử cung có hoạt động chức năng.

4.2.2. Vách ngăn ngang âm đạo (1/15000 trẻ)

Vách ngăn thường nằm 1/3 trên hay giữa âm đạo, vách ngăn có thể là:

- Thủng: Bình thường không có triệu chứng hoặc không gây đau khi giao hợp, chỉ khi đẻ mới có vấn đề.
- Không thủng: Gây ra vô kinh nguyên phát, đau với ứ máu kinh âm đạo.

Điều trị là phẫu thuật tạo hình (cắt vách ngăn ngang).

4.2.3. Vách ngăn dọc âm đạo

Vách ngăn có thể là toàn phần hay một phần, thường phối hợp với bất thường ở tử cung (1/6 trường hợp bất thường ở tử cung), hay ở tiết niệu.

Vách ngăn có thể không có triệu chứng, tình cờ phát hiện khi khám phụ khoa thông thường, hoặc gây đau khi giao hợp, có vấn đề về sản khoa, ứ mủ trong trường hợp âm đạo chột. Điều trị bằng phẫu thuật cắt vách ngăn dọc.

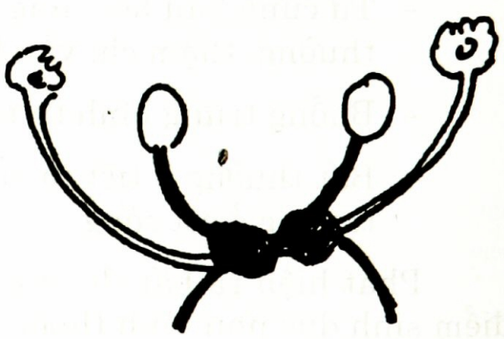
4.3. Bất thường ở tử cung

Các bất thường ở tử cung đã biết rõ và thường gặp (1 đến 2% phụ nữ)

4.3.1. Nhóm không có tử cung

Nhóm này chiếm 1/3 số trường hợp, là hậu quả không phát triển một hay hai ống Muller.

- Không có hoàn toàn hai bên: Thường không sống được vì kèm theo không thận.
- Không có hai bên không hoàn toàn: gây ra hội chứng Rokitansky Kuster-Hauser. Các sừng tử cung chỉ là hai nhân đặc, nối với nhau bằng nếp phúc mạc (hình 25.2).
- Không có hoàn toàn một bên: hầu hết không có triệu chứng, gây ra tử cung một sừng thật. Siêu âm ngoài bất thường ở thận cho thấy tử cung lệch sang một bên với eo cũng lệch đi. Chẩn đoán không phải lúc nào cũng rõ ràng, thường phải chụp tử cung và soi ổ bụng.
- Không có một bên không hoàn toàn: gây ra tử cung một sừng giả, tử cung teo có thể hoạt động chức năng hay không tuỳ trường hợp.



Hình 25.2. Hội chứng Rokitansky; Không có tử cung.
Hai sừng tử cung được thay thế bằng hai nhân đặc.
Vòi tử cung và buồng trứng bình thường

Nếu không thông với tử cung hoạt động, có thể gây ứ máu ở tử cung teo. Nếu không có thể gây chửa ngoài tử cung ở trong sừng sơ phát.

4.3.2. Nhóm nửa tử cung

Nhóm này chiếm 1/5 số bất thường ở tử cung, do sai sót trong quá trình hai ống Muller dính với nhau.

– Tử cung hai cổ, hai sừng có ứ máu kinh ở một bên

Do teo một cổ tử cung hay hầu hết là do cổ tử cung mở vào âm đạo chột.

Bệnh cảnh là thống kinh nguyên phát ở cô gái trẻ, đau nhanh chóng trở thành liên tục, có chu kỳ tăng lên, vùng hạ vị có khối theo chu kỳ.

Siêu âm cho thấy bản chất chứa dịch, không đồng nhất. Nói chung không có thận ở cùng bên. UIV cho phép khẳng định điều này.

Cần phải điều trị phẫu thuật hoặc bảo tồn (âm đạo chột) hoặc tận gốc (cắt nửa tử cung ứ máu).

Tử cung hai sừng, hai cổ.

Thông thường âm đạo có vách ngăn dọc. Không có triệu chứng, siêu âm cho phép chẩn đoán khi thấy hai khối tử cung tách biệt nhau bởi một rãnh đặc biệt rõ nét khi bàng quang căng. Soi ổ bụng cho phép khẳng định chẩn đoán.

– Tử cung một cổ.

Dị dạng gặp nhiều nhất trong nhóm nửa tử cung. Dị dạng có thể là hoàn toàn, đơn giản, không đối xứng. Trong 25% số trường hợp không có thận và niệu quản một bên.

4.3.3. Nhóm tử cung có vách ngăn

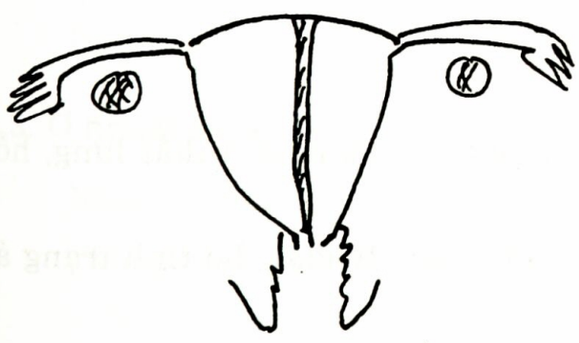
Là dị dạng phổ biến nhất, chiếm 2/5 số dị dạng tử cung.

Do sai sót khi tiêu vách ngăn chung của hai ống Muller, có thể là:

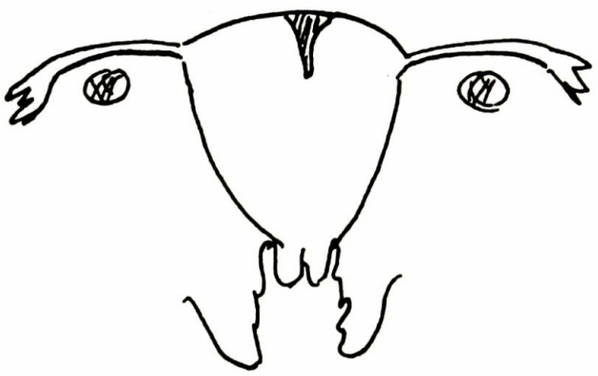
– Toàn phần (hình 25.3).

– Một phần (hình 25.4).

– Ở thân hay cổ (hình 25.5).

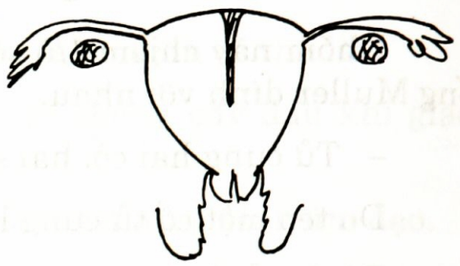


Hình 25.3. Tử cung có vách ngăn hoàn toàn ở thân



Hình 25.4. Tử cung có vách ngăn một phần

Siêu âm thận bình thường. Chỉ có một khối tử cung. Nhìn thấy vách ngăn dưới dạng giảm âm vang, ngăn cách hai nửa tử cung có âm vang tăng. Người ta có thể đo chiều dày và chiều dài vách ngăn.



Hình 25.5. Tử cung có vách ngăn ở thân

Có cần phải mổ không? Cổ điển chỉ mổ nếu có sẩy thai liên tiếp./ Rudigoz đã chứng minh thai nghén tự nhiên không cải thiện tốt hơn và đề nghị mổ tuyệt đối để tránh đẻ non, ngôi bất thường. Phẫu thuật qua soi buồng tử cung theo hướng dẫn siêu âm ngày càng phổi biến thay thế cho phẫu thuật qua đường bụng.

4.3.4. Nhóm tử cung thông nhau

Rất hiếm gặp, xuất hiện:

- Trên một tử cung vách ngăn hoàn toàn.
- Trên tử cung hai sừng, hai cổ với âm đạo chột.
- Trên tử cung hai cổ, vách ngăn thân.

4.3.5. Tử cung thiểu sản

Đó là tử cung rất bé ở người phụ nữ trong độ tuổi hoạt động sinh dục, chẩn đoán được khi thăm dò vì vô sinh hay vì sẩy thai liên tiếp.

Khi chụp tử cung, người ta lưu ý bề rộng của đáy tử cung dưới 40mm, đảo ngược tỷ số của tử cung/ thân tử cung. Eo tử cung có thể hở hay bị chít hẹp.

4.4. Bất thường ở buồng trứng

Hầu hết là các bất thường về phát triển buồng trứng.

- Không có buồng trứng hoàn toàn hay gần hoàn toàn, bệnh cảnh của hội chứng Turner. Nói chung gây ra vô kinh nguyên phát.
- Không có một bên buồng trứng kết hợp với không có vòi trứng và thận đối bên.
- Buồng trứng thừa.
- Vị trí buồng trứng bất thường, cần phải biết, có thể nằm ở thắt lưng, hố chậu hay bẹn.
- Cấu trúc bất thường kiểu buồng trứng tinh hoàn, lý giải cho tình trạng á nam á nữ.

4.5. Bất thường vòi trứng

- Không có toàn bộ hai vòi trứng.

- Không có một vòi trứng cùng với không có nửa tử cung hoặc không có buồng trứng cùng bên.
- Thừa vòi trứng: Thừa loa vòi, thừa vòi.

5. HOÀN CẢNH CHẨN ĐOÁN DỊ DẠNG SINH DỤC

Cần phải biết tìm dị dạng sinh dục trong một số hoàn cảnh.

5.1. Khi đẻ ra

Nguyên tắc là phải tìm bất thường của âm hộ, âm đạo. Có thể là á nam, á nữ, không có môi bé, màng trinh không thủng hay không có âm đạo. Cần dùng ống thông thăm dò âm đạo cũng như thăm dò hậu môn.

Hoà dính môi bé sẽ được điều trị. Đối với dị dạng âm đạo, sẽ tiếp tục được khám và điều trị khi dậy thì.

5.2. Khi dậy thì

Phải nghĩ đến dị dạng sinh dục ở bé gái có đặc điểm sinh dục phụ bình thường và bị vô kinh nguyên phát.

Nếu vô kinh kèm theo có đau chu kỳ, phải nghĩ đến ứ máu kinh do:

- Màng trinh không thủng (màng trinh phồng lên, xanh tím, khối ở tiểu khung sờ thấy khi thăm trực tràng).
- Vách ngăn ngang âm đạo: Bệnh cảnh như màng trinh không thủng.
- Không có âm đạo với tử cung có hoạt động chức năng. Khối đau phát triển ở bụng, thăm trực tràng có thể sờ thấy cục dưới khối u, cách xa tiền đình. Siêu âm thấy tử cung ứ máu, thấy buồng trứng và thận.

Nếu vô kinh nguyên phát không đau người ta sẽ nghĩ đến:

- Không có âm đạo, không có tử cung (hội chứng Rokitansky).
- Không có âm đạo, không có cổ tử cung, tử cung không hoạt động.
- Buồng trứng bất thường (hội chứng Terner).

Cần thiết phải thăm dò nội tiết (FSH, LH), siêu âm, thậm chí soi ổ bụng.

5.3. Ở người có kinh nguyệt đều

Người ta nghĩ đến dị dạng sinh dục nếu:

Thống kinh nặng lên và có khối u ở hạ vị do ứ máu kinh.

- Nửa tử cung mở vào âm đạo chột hay cổ tử cung bị teo.
- Nửa tử cung có hoạt động một phần, không thông.

Siêu âm và UIV giúp cho chẩn đoán khi thấy không có thận và niệu quản bên có khối u.

Khí hư có mủ tái phát kết hợp với khối hạ vị, tử cung hai cổ, hai sừng thông nhau và một nửa âm đạo bị chột. Ấn vào khối u này làm chảy mủ ở cổ tử cung. Siêu âm và ngăn ngang hay dọc của âm đạo. Để thấy vách ngăn dọc, khi thăm âm đạo phải để ngang hai ngón tay, mỗi ngón cho vào một bên của vách ngăn. Khi đặt mỏ vịt cũng đặt ngang, hai mảnh ở hai phía vách ngăn.

Sẩy thai liên tiếp phải nghĩ đến chẩn đoán:

- Tử cung thiểu sản
- Hai tử cung
- Hở eo- cổ tử cung

Chụp tử cung, siêu âm, soi ổ bụng phối hợp với nhau cho phép chẩn đoán.

Bất thường ở cơ quan tiết niệu. Buộc phải đi tìm bất thường của cơ quan sinh dục nếu:

- Có dị dạng ở cơ quan sinh dục do bác sĩ tiết niệu phát hiện ra.
- Rò nước tiểu, do niệu quản cắm lạc chỗ.

Cuối cùng có thể phát hiện dị dạng sinh dục khi thăm khám hệ thống. Cần phải biết các thăm dò để hiểu được bản chất của dị dạng, giải thích rõ cho người bệnh.

5.4. Trong lúc có thai

Cần biết chẩn đoán dị dạng. Siêu âm là thăm dò duy nhất không có hại.

Ở quí I

Thường phát hiện ra vách dọc hay ngang của âm đạo. Siêu âm có thể cho phép nhìn thấy hai thân, nhìn thấy vách ngăn.

Chửa ngoài tử cung buộc phải đi tìm bất thường ở vòi trứng hay nửa tử cung sơ phát có thông.

Ở quí III

Phải nghĩ đến dị dạng tử cung trước trường hợp ngôi bất thường.

Siêu âm cho phép phát hiện vách ngăn, xác định buồng tử cung có thai.

Khi sổ rau: Phải tìm xem có vách ngăn.

Khi mổ lấy thai: Phải tìm vách ngăn, thăm dò kĩ giải phẫu của dị dạng và không quên sờ hai thận.

RÒ TIẾT NIỆU, TRỰC TRÀNG - ÂM ĐẠO

TS. Vương Tiến Hoà

1. MỞ ĐẦU

Rò tiết niệu, trực tràng - âm đạo là một tai biến của Sản phụ khoa, gây nhiều phiền hà cho sinh hoạt hàng ngày, dù rằng nguy cơ tử vong thấp. Hiện nay tỉ lệ rò tiết niệu, trực tràng - âm đạo tuy có giảm do những tiến bộ của y học, nhưng vẫn còn gặp nhiều ở những nước chưa hoặc đang phát triển. Dù rằng việc điều trị đã có nhiều tiến bộ, nhưng vẫn còn rất nhiều khó khăn, dù lỗ rò đơn giản hay phức tạp thì đòi hỏi của người bệnh bao giờ cũng yêu cầu phải khỏi bệnh. Việc điều trị ngoại khoa không những khó khăn mà việc chăm sóc sau mổ cũng rất phức tạp, vì vậy sự thành công không chỉ đơn thuần là mổ tốt mà còn đòi hỏi sự chăm sóc hậu phẫu, tỉ mỉ và chu đáo.

Ở Việt Nam, trong những năm gần đây do việc chăm sóc thai nghén tốt hơn, mặt khác đã có nhiều tiến bộ về phẫu thuật, vì tỉ lệ bệnh đã giảm nhiều, tuy nhiên rò tiết niệu, trực tràng - âm đạo vẫn còn là một vấn đề phải quan tâm của chuyên ngành Sản phụ khoa.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Do sản khoa

- Do chuyển dạ kéo dài: thường là một biến chứng do một cuộc đẻ khó và thời gian chuyển dạ kéo dài, bàng quang bị chèn ép giữa đầu thai nhi và xương vệ đã thiểu dưỡng tại chỗ, dẫn đến hoại tử bàng quang gây rò bàng quang - âm đạo.
- Do can thiệp các thủ thuật sản khoa như Forceps, giác hút, huỷ thai, nội xoay thai, các thủ thuật trong ngôi ngược mà không đúng kỹ thuật thay thực hiện một cách thô bạo làm rách cổ tử cung và tổn thương lan lên tận bàng quang.
- Khi mổ lấy thai:
  + Do ngôi thai xuống thấp, hoặc bướu huyết thanh to (hay gặp trong ngôi đầu), lấy ngôi thai khó khăn làm tổn thương bàng quang.
  + Trong những trường hợp mổ cũ, dính nhiều vì vậy khi bóc tách phúc mạc đoạn dưới, đã chạm vào bàng quang hoặc là khi khâu, đã khâu cả bàng quang vào tử cung mà gây rò tử cung - bàng quang.
  + Làm rách hai mép của đường rạch cơ tử cung đã làm rách cả bàng quang, hoặc khâu vào bàng quang.
- Vỡ tử cung phức tạp làm tổn thương lan đến tử cung.

- Sẹo mổ cũ ở tử cung bị nứt đã xé rách lớp cơ tử cung đồng thời xé rách cả thành bàng quang, khi khâu phục hồi thường bị bỏ sót, hoặc khâu vào bàng quang.

2.2. Do phẫu thuật phụ khoa, ngoại khoa

- Thường gặp là trong những trường hợp mổ cắt tử cung hoàn toàn, khi đẩy bàng quang khỏi tử cung, hoặc cặp động mạch cổ tử cung - âm đạo đã cặp vào một phần của niệu quản hoặc cắt vào bàng quang.
- Khi khâu mỏm âm đạo hay cuống mạch cổ tử cung - âm đạo, đặc biệt là khi khâu do chảy máu ở hai mép của mỏm cắt rất dễ khâu niệu quản vào âm đạo gây rò niệu quản - âm đạo.
- Bóc tách những khối u buồng trứng dính, hoặc u trong dây chằng rộng, hoặc là u xơ tử cung trong dây chằng rộng đã làm tổn thương đến bàng quang hay niệu quản.
- Phẫu thuật các khối u vùng tiểu khung xâm lấn vào trực tràng hoặc bàng quang. Phẫu thuật Wertheim, cắt bỏ một phần âm đạo, vét hạch đã chạm vào bàng quang hoặc khâu một phần vào niệu quản.

2.3. Do tia xạ

- Trong những trường hợp điều trị ung thư cổ tử cung, thân tử cung hoặc là chorio, dùng tia xạ kéo dài, và liều cao, sẽ gây tổn thương tại chỗ tạo thành lỗ rò.

2.4. Do chấn thương

- Thường gặp là do chấn thương như tai nạn vỡ xương chậu, vỡ bàng quang, các thương tổn từ âm đạo như thủng trực tràng - âm đạo do giao hợp, tổn thương bàng quang, trực tràng do nạo phá thai không an toàn. Những tổn thương do chấn thương thường là phức tạp, rất khó khăn cho việc điều trị và để lại rất nhiều di chứng ảnh hưởng lớn đến sức khoẻ và các chức năng niệu dục.

3. GIẢI PHẪU BỆNH VÀ CÁC LOẠI RÒ TIẾT NIỆU - ÂM ĐẠO

3.1. Giải phẫu bệnh

- Sự hình thành lỗ rò là do niêm mạc của thành bàng quang phát triển lan ra ngoài, rồi xâm nhập vào thành của âm đạo tạo thành một đường hầm thông từ âm đạo vào trong bàng quang, trong lòng của lỗ rò là niêm mạc của bàng quang nên có màu hồng vì vậy lỗ rò không bao giờ tự liền được.
- Kích thước lỗ rò có khi từ 2 - 3mm, nước tiểu còn đọng lại trong bàng quang nên bệnh nhân vẫn tiểu tiện được. Nhưng cũng có khi rộng tới 30 - 40mm, nước tiểu đổ thẳng xuống âm đạo, không còn bị giữ lại trong bàng quang nữa, nên bàng quang bé lại.
- Bờ của lỗ rò bị xơ chai

- Thành của đường hầm dày lên do tổ chức xơ phát triển. Mức độ dày nhiều hay ít phụ thuộc từng người, vị trí cũng như kích thước, hoặc là tuổi sinh đẻ
- Thành của âm đạo dày, sừng hoá, mất sự mềm mại do quá trình viêm nhiễm kéo dài.
- Bàng quang bị viêm mạn tính nên niêm mạc dầy và phù nề.
- Thể tích bàng quang nhỏ
- Biểu hiện nhiễm khuẩn mạn tính đường tiết niệu
- Vị trí của lỗ rò thường ở vùng tam giác Lieuto, giữa hai lỗ niệu quản nhưng ít khi bít kín lỗ niệu quản.

3.2. Các loại rò tiết niệu - sinh dục

3.2.1. Rò bàng quang - âm đạo: Là loại rò có tần suất cao nhất.

- Lỗ rò thường được chia làm ba mức độ tuỳ thuộc vị trí của nơi tổn thương.
- Lỗ rò cao: tổn thương ở túi cùng trước của âm đạo, thường gặp trong các trường hợp đã cắt tử cung chiếm khoảng 25 đến 30%.
- Lỗ rò trung bình: tổn thương ở vùng trước âm đạo, tương ứng với vùng tam giác Lieuto, chiếm khoảng 60 đến 65%.
- Lỗ rò thấp: ở thành trước âm đạo, sát cổ bàng quang, thường gây chít hẹp niệu đạo, chiếm khoảng 5 đến 10%

3.2.2. Rò niệu quản-âm đạo

Là hậu quả hay gặp trong phẫu thuật phụ khoa do cắt hoặc khâu vào niệu quản. Loại rò này khó chẩn đoán và phụ thuộc vào mức độ thương tổn của niệu quản. Nếu là do khâu vào một phần của niệu quản thì lỗ rò thường bé, nước tiểu chảy vào âm đạo ít, nhưng do niệu quản bị hẹp, sẽ ảnh hưởng đến chức năng của thận rất nhiều. Nếu lỗ rò to, nước tiểu chảy xuống âm đạo nhiều, nguy cơ đến thận ít hơn.

3.2.3. Rò bàng quang-tử cung

Loại rò này ít gặp. Nếu lỗ rò bé khó phát hiện vì bệnh nhân vẫn đi tiểu bình thường, nhưng khi bàng quang căng nước tiểu tràn vào tử cung và chảy ra âm đạo. Khi hành kinh, do tử cung co bóp, máu kinh từ tử cung chảy vào bàng quang, vì vậy bệnh nhân đi tiểu ra máu. Sau khi sạch kinh, nước tiểu trở lại bình thường.

3.2.4. Rò niệu đạo - âm đạo

Thường là hậu quả do thủ thuật sản khoa đường dưới hoặc tia xạ để điều trị ung thư gây nên. Tổn thương chỉ khu trú tại niệu đạo, bàng quang và cơ thắt cổ bàng quang vẫn bình thường, vì vậy bệnh nhân vẫn tiểu tiện chủ động được, nhưng mỗi khi tiểu tiện, nước tiểu lại tràn vào âm đạo. Mức độ nước tiểu ra nhiều hay ít ở âm đạo phụ thuộc vào mức độ tổn thương tại niệu đạo.

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Triệu chứng cơ năng

- Nước tiểu liên tục ở âm đạo. Thời điểm xuất hiện các triệu chứng cũng như mức độ nước tiểu ra nhiều hay ít phụ thuộc vào mức độ tổn thương và nguyên nhân gây nên lỗ rò.
- Nếu nguyên nhân do phẫu thuật, bệnh cảnh sẽ xuất hiện vào những ngày tiêu chỉ: mới đầu nước tiểu ra ít, sau đó ra nhiều hơn.
- Nếu do chèn ép, tụ máu, nhiễm khuẩn, triệu chứng sẽ xuất hiện muộn hơn, vào khoảng ngày thứ bảy cho đến ngày thứ 10, khi tổ chức hoại tử bị bong ra và tạo thành lỗ rò.
- Bệnh nhân hoặc là không đi tiểu được (vì không còn nước tiểu trong bàng quang), hoặc là vẫn đi tiểu được, nhưng mỗi lần đi tiểu thì nước tiểu chảy ra ở âm đạo nhiều hơn.
- Vì nước tiểu ra liên tục nên bệnh nhân rất khó chịu do mùi hôi và viêm nhiễm vùng tiết niệu - sinh dục, như âm hộ, tầng sinh môn.

4.2. Triệu chứng thực thể

- Khám âm đạo bằng van hay mỏ vịt có thể thấy vị trí của lỗ rò: thành âm đạo dày lên, niêm mạc miệng lỗ rò màu hồng hơn xung quanh, qua lỗ thấy nước tiểu chảy ra.
- Nếu lỗ rò nhỏ có thể xác định được kích thước bằng que thăm dò. Nếu lỗ rò to có thể dùng ngón tay cho qua miệng lỗ rò vào tận trong lòng bàng quang.
- Bơm xanh methylen vào bàng quang thấy nước có màu xanh chảy ra ở vị trí của lỗ rò.
- Nghiệm pháp Moir: trong những trường hợp khám lâm sàng không rõ, lau sạch âm đạo, đặt ba miếng bông quanh lỗ cổ tử cung và bơm xanh methylen vào bàng quang, chờ vài phút, sau đó lấy những miếng bông ra.
  + Nếu miếng bông nào có màu xanh tức là vị trí rò ở chỗ đặt miếng bông đó, nghĩa là có rò bàng quang - âm đạo.
  + Nếu miếng bông ướt nhưng không có màu xanh, tức là rò niệu quản - âm đạo
- Trong những trường hợp rò bàng quang - tử cung, khi bơm xanh methylen vào bàng quang thấy nước có màu xanh chảy ra ở cổ tử cung.

4.3. Triệu chứng xét nghiệm

Một xét nghiệm rất quan trọng là chụp hệ tiết niệu có chuẩn bị để phát hiện vị trí lỗ rò.

- Chụp bàng quang: bơm 50ml chất cản quang vào bàng quang rồi chụp theo tư thế đứng thẳng và nghiêng để biết tình trạng của lỗ rò bàng quang - âm đạo hay bàng quang - tử cung.
- Chụp niệu đạo - âm đạo: bơm 5ml chất cản quang vào niệu đạo rồi chụp ngay để biết được vị trí lỗ rò niệu đạo - âm đạo.
- Chụp tử cung có bơm thuốc cản quang thấy thuốc cản quang vào bàng quang.
- Chụp thận bàng quang tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch, không những cho biết về vị trí, tình trạng lỗ rò niệu quản - âm đạo mà còn có thể biết được tình trạng, chức năng của thận, niệu quản, liên quan đến lỗ rò bàng quang - âm đạo với sự chít hẹp niệu quản.
- Siêu âm để phát hiện thận hoặc niệu quản có bị dãn do chít hẹp.
- Soi bàng quang để xác định vị trí lỗ rò đánh giá tình trạng của hai lỗ niệu quản.

5. TIẾN TRIỂN

- Những lỗ rò rất bé do những mũi chỉ khâu vào bàng quang có thể tự liền
- Những lỗ rò lớn, bờ bị xơ chai không bao giờ tự liền được, không những thế khi mổ còn nhiều khó khăn, khả năng thành công bị hạn chế.
- Mất chức năng giữ nước tiểu nên bàng quang bị bé lại
- Nhiễm khuẩn tại chỗ mãn tính dẫn đến nhiễm khuẩn đường tiết niệu ngược dòng, lâu dài có thể gây suy thận.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Chuẩn bị trước mổ

- Thời gian điều trị ngoại khoa sớm nhất là sau 12 tuần sau khi phát hiện có
- Có thể dùng corticoid và kháng sinh để chống viêm, làm cho tổ chức mềm mại, kết quả phẫu thuật sẽ cao hơn
- Có thể dùng kem estrogen bôi vào âm đạo để niêm mạc âm đạo phát triển tốt, mềm mại hơn sẽ làm tăng tỉ lệ thành công trong điều trị.
- Bệnh nhân phải được chẩn đoán chính xác vị trí, kích thước, tình trạng lỗ rò
- Các xét nghiệm, thăm dò các chức năng phải đầy đủ.
- Soi bàng quang để đánh giá toàn bộ tình trạng của bàng quang và thấy được vị trí lỗ rò.
- Chọn đường mổ thích hợp: phụ thuộc vào lỗ rò và thói quen của phẫu thuật viên:
  + Đường mổ qua âm đạo thường hẹp dùng để đóng rò bàng quang - âm đạo

+ Đường mổ qua ổ bụng dùng cho những lỗ rò ở vị trí cao hoặc lỗ rò to, hoặc rò niệu quản - âm đạo, rò tử cung - bàng quang nhưng nhiều khó khăn do bệnh nhân đã mổ nhiều lần, sẹo xơ dính nhiều nên phải mở rộng bàng quang qua phúc mạc vì vậy hậu phẫu sẽ phức tạp và cũng nhiều biến chứng hơn.

6.2. Những nguyên tắc phẫu thuật đóng rò bàng quang - âm đạo

- Bộc lộ rõ lỗ rò

Tách riêng lớp thành âm đạo, thành bàng quang, cắt bỏ mô bị xơ quanh mép lỗ rò, cầm máu kĩ các lớp âm đạo, bàng quang.

- Chú ý các lỗ niệu quản, cổ bàng quang, để tránh gây tổn thương hoặc khâu bịt các lỗ này. Nếu cần có thể đặt trước các ống thông để đánh dấu hai lỗ niệu quản.
- Đóng thành bàng quang riêng bằng chỉ tiêu chậm Vicryl Ercedex ba số không (3/0)
- Đóng thành âm đạo riêng bằng chỉ không tiêu Ethilon xanh/đen 01, ép chặt làm mất khoảng trống giữa thành âm đạo, bàng quang.
- Đặt ống thông niệu đạo - bàng quang và luôn làm cho bàng quang xẹp, không bị căng nước tiểu.
- Những trường hợp khó khăn có khi phải cắt tử cung để phẫu trường rộng rãi, dễ dàng cho cuộc mổ.

6.3. Các phương pháp phẫu thuật

- Phương pháp J.Chass - Moir: là phương pháp kinh điển để đóng rò bàng quang - âm đạo đường dưới. Bệnh nhân nằm ngửa theo tư thế sản khoa rất thuận lợi cho lỗ rò thấp và trung bình, lỗ rò nhỏ và còn mềm mại.
- Phương pháp nằm sấp thuận lợi cho những lỗ rò ở cao và phức tạp.
- Phương pháp đóng rò qua đường trên:
  + Mở bàng quang ngoài hoặc qua phúc mạc áp dụng cho những lỗ rò ở cao, rộng, âm đạo bị xơ, hẹp.
  + Mở bụng theo đường giữa hay đường trắng bên để đóng rò niệu quản - âm đạo, hoặc là cắm niệu quản vào bàng quang.
  + Mở bụng để đóng rò bàng quang - tử cung bằng cắt tử cung hay tách tử cung ra khỏi bàng quang rồi đóng lỗ rò tử cung bằng catgut crom số 2.

6.4. Chăm sóc sau mổ

- Phải luôn để cho bàng quang xẹp, không bị căng nước tiểu, ống thông không được tắc. Có thể rửa bàng quang bằng dung dịch Betadin loãng
- Kháng sinh phối hợp chống nhiễm khuẩn

- Chế độ dinh dưỡng tốt để chóng liền vết mổ
- Rút ống thông dẫn lưu bàng quang sau 12 đến 14 ngày

7. RÒ TRỰC TRÀNG - ÂM ĐẠO

Là khi thành âm đạo - trực tràng bị thủng làm cho khoang trực tràng thông với khoang âm đạo. Vị trí lỗ rò có thể từ túi cùng sau âm đạo tới tận sát cơ thắt hậu môn.

7.1. Nguyên nhân

- Ung thư trực tràng, lao trực tràng.
- Hậu quả do tia xạ điều trị các khối u vùng tiểu khung hoặc di căn của chorio ở thành sau âm đạo.
- Thông thường là do tai biến khi can thiệp sản khoa.
- Cũng có trường hợp do sinh hoạt tình dục thô bạo mà gây rách phên trực tràng - âm đạo.
- Do phẫu thuật phụ khoa đường dưới như mổ sa sinh dục, bóc tách khối u

7.2. Triệu chứng

- Thấy hơi phì ra đường âm đạo khi trung tiện
- Phân từ trực tràng bài tiết vào âm đạo tự chảy ra ngoài hoặc khi làm vệ sinh vùng sinh dục ngoài.
- Mỗi khi đại tiện, thấy phân chảy từ âm đạo ra ngoài.
- Đặt van hoặc mỏ vịt mở âm đạo, thấy được vị trí của lỗ rò: niêm mạc âm đạo nơi có lỗ rò đỏ hơn và nổi rõ. Tuy nhiên nếu lỗ rò bé thì khó phát hiện hơn.
- Khám trực tràng có thể phát hiện được vị trí và kích thước của lỗ rò
- Chụp X quang có bơm thuốc cản quang vào trực tràng, thuốc cản quang qua lỗ rò vào âm đạo.

7.3. Điều trị

Phương pháp duy nhất là phải mổ đóng lỗ rò

- Chuẩn bị trước mổ: phải chuẩn bị đường ruột thật tốt trước khi mổ bằng chế độ ăn nhẹ, ít xơ, nhuận tràng, đồng thời sử dụng kháng sinh đường ruột một tuần trước khi mổ.
- Đóng lỗ rò:
  + Phải bóc tách hai lớp thành của trực tràng và thành của âm đạo riêng biệt
  + Xén cho gọn mép lỗ rò cả về phía trực tràng cũng như phía âm đạo

+ Khâu thành của trực tràng bằng chỉ cat gut tiêu chậm, mũi rời, nút chỉ buộc lộn vào khoang trực tràng.

+ Thay găng tay, tiếp tục khâu thành âm đạo bằng cat gut mũi rời như bình thường.

– Chăm sóc sau mổ:

+ Cho bệnh nhân ăn nhẹ, dễ tiêu

+ Chống táo bón

+ Kháng sinh liều cao

+ Không sinh hoạt tình dục 6 tháng sau mổ

+ Những lần có thai sau, phải mổ lấy thai, không được để bệnh nhân đẻ dường dưới vì nếu đẻ dường dưới, sẹo mổ không tốt, sẽ làm nứt và rò tái phát.

8. PHÒNG BỆNH

– Đăng kí, quản lý thai nghén tốt, phát hiện thai nghén có nguy cơ cao.

– Theo dõi sát chuyển dạ.

– Chỉ định đúng và thực hiện đúng các thủ thuật can thiệp sản khoa đường dưới.

– Cần tôn trọng các nguyên tắc trong phẫu thuật, các mốc giải phẫu để tránh tổn thương niệu quản và bàng quang.

CHỬA NGOÀI TỬ CUNG

TS. Nguyễn Đức Hinh

Chửa ngoài tử cung có xu hướng tăng lên trong những thập niên gần đây. Người ta quan sát thấy hiện tượng này ở hầu hết mọi nước. Hiện nay người ta ước tính tỷ lệ chửa ngoài tử cung chiếm khoảng 1,3% số thai nghén (trước đây là 0,58%). Tỷ lệ chửa ngoài tử cung tăng lên hình như có liên quan đến:

- Tỷ lệ viêm vòi trứng tăng lên do các bệnh có thể lây truyền qua đường tình dục ngày càng nhiều...
- Dụng cụ tử cung ngày càng được sử dụng rộng rãi.
- Điều trị vô sinh bằng các phương pháp hỗ trợ sinh sản như kích thích phóng noãn, thụ tinh trong ống nghiệm, phẫu thuật vòi trứng...

Nguy cơ tử vong mẹ vì chửa ngoài tử cung cao gấp 10 lần so với đẻ thường, cao gấp 50 lần so với nạo hút thai. Chẩn đoán sớm chửa ngoài tử cung có ý nghĩa rất lớn không chỉ đối với tính mạng người mẹ mà còn có khả năng bảo tồn vòi trứng, giữ gìn khả năng sinh đẻ của người phụ nữ.

Chửa ngoài tử cung là dấu hiệu báo hiệu tương lai sinh sản khó khăn của người phụ nữ. Thực vậy 1/3 số trường hợp chửa ngoài tử cung gặp ở người chưa đẻ và 50% số trường hợp này sẽ bị vô sinh.

Định nghĩa: chửa ngoài tử cung là trường hợp thai không làm tổ ở trong buồng tử cung. Như vậy chửa ngoài tử cung có thể gặp ở nhiều vị trí khác nhau, tuy nhiên có tới hơn 95% số trường hợp chửa ngoài tử cung xảy ra ở vòi trứng. Ngoài ra có thể gặp chửa trong ổ bụng, chửa ở ống cổ tử cung.

1. NGUYÊN NHÂN

1.1. Các yếu tố cơ học làm trứng di chuyển chậm lại

- Viêm vòi trứng đặc biệt là viêm lòng vòi làm cho niêm mạc bị dầy, dính, lòng vòi bị hẹp lại. Hoạt động của biểu mô lông chuyển giảm đi, các nếp vòi trứng bị thay đổi có thể góp phần gây ra chửa ngoài tử cung.
- Dính xung quanh vòi trứng là hậu quả của viêm nhiễm tiểu khung, lạc nội mạc tử cung.
- Bất thường về giải phẫu vòi trứng như có túi thừa, thiểu sản...
- Bị chửa ngoài tử cung trước đó, lần có thai sau khả năng bị chửa ngoài tử cung là từ 7 đến 15%.
- Tiền sử phẫu thuật vòi trứng: nối lại vòi trứng sau đình sản, vi phẫu vòi trứng.

- Nạo hút thai nhiều lần làm tăng nguy cơ chửa ngoài tử cung. Nạo hút một lần không làm tăng nguy cơ, nhưng từ lần nạo hút thứ hai trở đi làm nguy cơ bị chửa ngoài tử cung tăng gấp đôi.
- Khối u (u xơ tử cung, khối u phần phụ) làm rối loạn chức năng vòi trứng.
- Dụng cụ tử cung cũng làm tăng nguy cơ bị chửa ngoài tử cung. Người mang DCTC có nguy cơ bị chửa ngoài tử cung cao gấp khoảng 2 lần so với người không mang DCTC. Điều đó cho thấy DCTC có tác dụng không cho thai làm tổ trong buồng tử cung nhưng không ngăn được thai làm làm tổ ở ngoài buồng tử cung. Tuy nhiên không có một nghiên cứu nào thật chắc chắn khẳng định DCTC gây ra chửa ngoài tử cung.

Bảng 27.1. Một số yếu tố nguy cơ của chửa ngoài tử cung
(theo tác giả Fernandez - Pháp)

Tiền sử	Độ hiểm tương đối
Phẫu thuật bảo tồn vòi trứng trong chửa ngoài tử cung	3,9
Phẫu thuật tạo hình vòi trứng	2,42
Nghiện thuốc lá	1,26 - 2,42
Kích thích phóng noãn	1,66
Nhiễm Chlamydia	1,50
Dụng cụ tử cung	1,34
Cắt ruột thừa	1,25

1.2. Các yếu tố chức năng làm trứng chậm di chuyển về buồng tử cung

- Rối loạn chức năng nhu động của vòi trứng do ảnh hưởng bởi các hormon estrogen và progesteron. Có tác giả còn phát hiện thấy sự thay đổi số lượng và mức độ ái tính của các thụ thể quan hệ adrenergic ở tử cung và cơ vòi trứng cũng gây ra chửa ngoài tử cung. Thực tế hình như chửa ngoài tử cung bị tăng lên khi sử dụng viên thuốc tránh thai loại progestatif đơn thuần.
- Trào ngược dòng máu trong vòi trứng, trường hợp thụ tinh muộn hơn bình thường kết hợp với chảy máu bất thường, không đúng lúc làm ảnh hưởng đến sự di chuyển của trứng về buồng tử cung.
- Thời gian di chuyển của noãn kéo dài hơn bình thường, ví dụ noãn được phóng ra ở buồng trứng bên này nhưng lại đi sang vòi trứng bên kia để thụ tinh. Hình như đây không phải là yếu tố quan trọng để gây ra chửa ngoài tử cung.

1.3. Độ kết dính của niêm dịch vòi trứng tăng lên ảnh hưởng đến sự di chuyển của trứng trong lòng vòi

2. GIẢI PHẪU BỆNH

2.1. Phân loại theo vị trí giải phẫu

- Chửa ở vòi trứng hay gặp nhất, có thể gặp ở các đoạn:
  + Chửa ở loa vòi trứng chiếm khoảng 5%
  + Chửa ở đoạn bóng vòi trứng gặp nhiều nhất với tỷ lệ khoảng 80%
  + Chửa ở đoạn eo vòi trứng gặp khoảng 10%
  + Chửa ở đoạn kẽ vòi trứng (trứng làm tổ ở đoạn vòi trứng nằm trong bề dày lớp cơ tử cung) ít gặp hơn nhưng hay bị vỡ sớm, xử trí bằng phẫu thuật nhiều khi gặp khó khăn (khoảng 2%)
- Chửa ở buồng trứng ít gặp, khoảng 1% số trường hợp.
- Chửa trong ổ bụng rất hiếm gặp, chiếm khoảng 1%. Spiegelberg đã đưa ra các tiêu chuẩn cho phép chẩn đoán chửa ở buồng trứng:
  + Vòi trứng, loa vòi bình thường;
  + Túi thai nằm ở buồng trứng;
  + Buồng trứng và túi thai liên quan với tử cung qua dây chằng tử cung - buồng trứng;
  + Có tổ chức buồng trứng trong thành túi thai
  + Chửa ở ống cổ tử cung rất hiếm gặp, chiếm khoảng 1%

2.2. Trứng có thể phát triển ở bất kỳ phần nào của vòi trứng

Gây ra chửa ngoài tử cung ở đoạn bóng, đoạn eo và đoạn kẽ của vòi trứng. Các vị trí khác của chửa ngoài tử cung hiếm gặp hơn, như: loa vòi trứng, buồng trứng, dây chằng rộng và chửa trong ổ bụng. Chửa ngoài tử cung ở đoạn kẽ vòi trứng (đoạn vòi trứng nằm trong bề dày của lớp cơ tử cung) chỉ chiếm khoảng 3% số trường hợp chửa ngoài tử cung, tiên lượng thường nặng vì khó chẩn đoán, xử trí cũng hay gặp phải khó khăn. Trứng luôn có xu hướng đào sâu xuống để làm tổ. Vòi trứng không có lớp dưới niêm mạc. Lớp nguyên bào nuôi của trứng chế tiết men ăn mòn tổ chức xung quanh, xâm nhập và phá huỷ lớp cơ của vòi trứng. Quá trình này kèm theo ăn thủng các mạch máu của mẹ dẫn đến làm chảy máu ở các mức độ và các hình thái khác nhau. Với cấu tạo của mình vòi trứng không thể giãn ra kịp theo sự phát triển nhanh chóng của trứng. Hậu quả làm cho vòi trứng bị vỡ, gây chảy máu trong ổ bụng, thai thường bị chết hay không thể phát triển được.

2.3. Các thay đổi ở tử cung

Do các biến đổi nội tiết khi có thai làm cho tử cung biến đổi như một trường hợp thai nghén sớm. Cổ tử cung mềm, tím, eo tử cung mềm. Kích thước tử cung to lên chút ít, tất nhiên là không tương xứng với tuổi thai. Nội mạc tử cung chịu các thay đổi như khi có thai nhưng không có các nguyên bào nuôi, không có lông rau là dấu hiệu đã được Arias-Stella mô tả (năm 1954) giúp cho chẩn đoán chửa ngoài

tử cung. Hiện tượng thay đổi tế bào của nội mạc tử cung là không đặc hiệu cho chửa ngoài tử cung, có thể gặp cả chửa trong tử cung cũng như chửa ngoài tử cung. Ra máu âm đạo một phần do thoái hoá màng rụng (thai chết, nội tiết giảm đi làm thoái hoá màng rụng), một phần có thể do máu chảy từ thương tổn của vòi trứng. Người ta đã thấy rằng không tìm thấy màng rụng cũng không thể loại trừ được chửa ngoài tử cung. Romney (1950) tìm thấy 40% chửa ngoài tử cung có nội mạc tử cung ở pha chế tiết, 30% ở pha phát triển, 6% ở giai đoạn đang hành kinh và chỉ có 20% thấy có màng rụng.

2.4. Diễn biến tự nhiên của chửa ngoài tử cung

- Vỡ vòi trứng có thể gặp ở bất kỳ đoạn nào của vòi trứng. Tuỳ vị trí trứng làm tổ, thời điểm vòi trứng bị vỡ có thể xảy ra sớm hay muộn. Thông thường những nơi vòi trứng hẹp sẽ bị vỡ sớm hơn. Vòi trứng vỡ gây lụt máu ổ bụng, người bệnh nhanh chóng lâm vào tình trạng choáng nặng đe doạ tính mạng. Tình trạng khẩn cấp bắt buộc phải xử trí phẫu thuật mở bụng ngay để cầm máu và hồi sức bồi phụ lại thể tích tuần hoàn.
- Sẩy qua loa vòi trứng: trứng bong ra khỏi chỗ cắm ở vòi trứng, bị đẩy qua loa vòi vào ổ bụng. Sẩy qua loa vòi trứng là hình thái hay gặp của chửa ngoài tử cung ở đoạn loa hay đoạn bóng vòi trứng. Hậu quả của sẩy qua loa vòi là chảy máu trong ổ bụng. Máu chảy từ chỗ trứng bị bong ra, mạch máu của thành vòi trứng bị hở. Có thể gặp trường hợp trứng bị sẩy hoàn toàn, máu chảy không nhiều lắm rồi tự ngừng, các triệu chứng mất đi.
- Thể huyết tụ: từ chỗ trứng bị bong, máu có thể chảy rỉ rả, ít một qua loa vòi, tích tụ lại hình thành nên những khối huyết tụ. Khối huyết tụ này đôi khi rất to, được mạc nối, các quai ruột bao vây lại tạo thành khối huyết tụ thành nang. Trường hợp loa vòi bị tắc nghẽn, máu không chảy vào ổ bụng, ứ đọng ngay tại vòi trứng làm cho vòi trứng giãn to và chứa đầy máu tạo thành ứ máu vòi trứng. Người ta đã mô tả những mảnh rau của trứng còn sót, dính vào thành vòi trứng, tỏ huyết bao xung quanh, tiếp tục phát triển tạo thành polyp rau giống như polyp rau ở tử cung.
- Chửa trong ổ bụng có thể tiên phát hay thứ phát sau sẩy qua loa vòi trứng.
- Chửa trong ổ bụng rất hiếm gặp (không đến 1% số trường hợp chửa ngoài tử cung). Thai bị chết giữa chừng ở đa số các trường hợp chửa trong ổ bụng, đôi khi có trường hợp thai sống và phát triển đến đủ tháng.
- Một số tình huống hiếm gặp như chửa trong dây chằng rộng (vòi trứng bị vỡ vào giữa hai lá của dây chằng rộng, có thể tạo thành khối máu tụ trong dây chằng rộng), chửa ngoài tử cung kết hợp với chửa trong tử cung, chửa đa thai ngoài tử cung...

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1. Chậm kinh

Khoảng 1/3 số người bệnh không có hay không rõ dấu hiệu chậm kinh. Nhiều khi rất khó phân biệt giữa ra máu âm đạo vì chửa ngoài tử cung với kinh

nguyệt. Luôn luôn lưu ý hỏi kỹ lần hành kinh cuối: thời điểm thấy kinh, số ngày, lượng máu kinh, tính chất máu kinh... hy vọng phân biệt được ra máu âm đạo với kinh nguyệt.

3.2. Ra máu âm đạo

Vì bong nội mạc tử cung do chức năng nội tiết của rau không hoàn chỉnh hoặc do trứng bị bong khỏi vòi trứng. Ra máu ít một, xẫm màu, liên tục hay không. Đặc điểm ra máu ít một là quan trọng bởi vì nếu ra máu âm đạo nhiều thường là do sẩy thai.

3.3. Đau bụng

Là triệu chứng luôn có trong chửa ngoài tử cung. Mức độ đau bụng có thể rất khác nhau, vị trí đau có thể là một hay hai bên, bụng dưới hay đau toàn bộ ổ bụng. Đau bụng vì vòi trứng bị căng giãn và nứt vỡ hoặc vì có máu trong ổ bụng kích thích phúc mạc. Đôi khi đau bụng kèm theo mót rặn vì trực tràng bị kích thích, dấu hiệu tương đối có giá trị giúp cho chẩn đoán.

3.4. Dấu hiệu toàn thân

Là biểu hiện của choáng giảm thể tích máu khi vỡ chửa ngoài tử cung, điển hình nhất là thể lụt máu trong ổ bụng. Biểu hiện sớm của choáng trước khi huyết áp tụt là mạch tăng nhanh. Nghiệm pháp đo mạch và huyết áp ở hai tư thế nằm ngửa và ngồi có thể giúp chẩn đoán tình trạng giảm thể tích tuần hoàn trước khi có biểu hiện lâm sàng của choáng. Khi chuyển từ tư thế nằm ngửa sang tư thế ngồi, huyết áp giảm đi và mạch tăng nhanh lên rõ rệt chứng tỏ có hiện tượng giảm thể tích tuần hoàn. Đôi khi người bệnh có thể bị ngất, một dấu hiệu hiếm gặp nhưng có giá trị. Ngất vì quá đau do vòi trứng bị nứt vỡ, vì bị mất máu.

3.5. Dấu hiệu thực thể

- Khám âm đạo qua mỏ vịt có thể thấy các dấu hiệu chứng tỏ có thai như cổ tử cung tím, đóng kín, chất nhầy ít và và đặc quánh. Đây là các dấu hiệu không hằng định.
- Thăm âm đạo: tử cung to hơn bình thường nhưng không to tương xứng với tuổi thai. Do ảnh hưởng bởi nội tiết thai nghén, mật độ tử cung mềm. Sờ nắn thấy khối cạnh tử cung (khoảng 20% số người bệnh), khối này thường mềm, ranh giới không rõ, kích thước có thể khác nhau nhiều. Sờ nắn khối này làm người bệnh đau là một dấu hiệu quan trọng giúp chẩn đoán. Các túi cùng đặc biệt là túi cùng sau đầy và vô cùng đau khi có chảy trong. Mỗi khi chạm vào túi cùng sau, người bệnh đau giật nảy người, hất tay người thầy thuốc ra ngay. Triệu chứng này được gọi là tiếng kêu Douglas. ở những trường hợp kín đáo hơn, di động tử cung làm cho người bệnh cảm thấy đau.

Bảng 27.2. Tần số xuất hiện các dấu hiệu lâm sàng của chửa ngoài tử cung (theo Esposito)

Đau tiểu khung	96%
Ra máu âm đạo	83%
Mất kinh	63%
Khối cạnh tử cung	49%
Đau khi di động cổ tử cung	87%

4. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

4.1. Phản ứng chẩn đoán có thai

Không thể chẩn đoán chửa ngoài tử cung chỉ bằng phản ứng có thai dương tính. Các phản ứng tìm hCG trong nước tiểu phụ thuộc vào ngưỡng phát hiện của phản ứng. Người ta thấy rằng phản ứng có ngưỡng từ 500 đến 800 mUI/ml dương tính ở 50 - 60% số người bệnh, phản ứng có ngưỡng 150 - 250 mUI/ml dương tính ở 80 - 85% số người bệnh bị chửa ngoài tử cung. Xác định βhCG trong máu chính xác hơn nhiều. Trong thực tế không nghĩ đến có thai khi phản ứng này âm tính với ngưỡng phát hiện từ 5 đến 10 mUI/ml. Trong ba tháng đầu, trung bình lượng βhCG tăng gấp đôi sau 48 giờ. Trong chửa ngoài tử cung, mức độ tăng hCG có vẻ chậm hơn, kết hợp với siêu âm có thể giúp ích cho chẩn đoán.

Bảng 27.3. Giới hạn dưới của mức độ tăng hCG trong thai nghén bình thường ở quí I

Quãng thời gian (ngày)	Tăng hCG (%)
1	29
2	66
3	114
4	175
5	255

4.2. Siêu âm

Góp phần to lớn trong chẩn đoán chửa ngoài tử cung. Thực tế tìm túi ối ở ngoài tử cung sẽ khó hơn rất nhiều so với không thấy túi ối trong tử cung là bằng chứng nghĩ đến chửa ngoài tử cung (hCG dương tính). Hình ảnh siêu âm thường thấy là không có túi ối trong buồng tử cung, có khối cạnh tử cung và có thể có dịch ở túi cùng Douglas. Máu và màng rụng đọng lại trong buồng tử cung nhiều khi rất giống hình ảnh túi ối hay thai chết lưu (hình ảnh túi ối giả). Thời điểm để siêu âm đường bụng nhìn thấy túi ối trong tử cung là khoảng 6 tuần (chậm kinh 2 tuần), siêu âm đường âm đạo có thể nhìn thấy túi ối sớm hơn khoảng 5 ngày. Liên quan với nồng độ hCG, người ta thấy rằng nhìn thấy túi ối trong tử cung qua siêu

âm đường bụng khi βhCG đạt 3000 - 3500 mUI/ml, qua siêu âm đường âm đạo khi βhCG đạt 1000 - 2000 mUI/ml. Khi chưa đến các thời điểm này hay ở dưới các giới hạn này, không quan sát thấy túi ối trong buồng tử cung là bình thường. Đó là quãng thời gian siêu âm không giúp ích gì cho chẩn đoán. Siêu âm có thể bị nhầm với trường hợp sẩy thai bởi vì không nhìn thấy túi ối trong buồng tử cung trong khi hCG dương tính.

4.3. Một số thăm dò khác

- Nạo sinh thiết nội mạc tử cung tìm phản ứng Arias-Stella. Không thể chẩn đoán chửa ngoài tử cung chỉ bằng phản ứng Arias-Stella bởi vì có thể là thai trong tử cung mà không tìm thấy lông rau, nội mạc tử cung có những biến đổi do nội tiết thai nghén gây ra.
- Chọc dò túi cùng sau âm đạo (có thể chọc dò ổ bụng qua thành bụng) hút ra máu không đông chứng tỏ có chảy máu trong ổ bụng. Lưu ý có những trường hợp âm tính hay dương tính giả làm cho thầy thuốc rơi vào tình thế phân vân, khó chẩn đoán.
- Soi ổ bụng là một phương pháp cho phép chẩn đoán sớm ở những trường hợp gặp khó khăn, lâm sàng các xét nghiệm khác không rõ ràng. Hơn thế nữa soi ổ bụng còn cho phép điều trị chửa ngoài tử cung với nhiều ưu thế nổi trội. Tuy vậy soi ổ bụng vẫn có một tỷ lệ âm tính và dương tính giả. Samuellson và Sjvall (1972) báo cáo soi 166 trường hợp chửa ngoài tử cung không chẩn đoán được 4 trường hợp và trong 120 trường hợp thai trong tử cung có 6 trường hợp bị chẩn đoán nhầm thành chửa ngoài tử cung.

5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Chửa ngoài tử cung rất dễ bị nhầm với nhiều bệnh lý khác. Nhiều trường hợp khó, phải thăm khám nhiều lần, theo dõi và phải nhờ vào các thăm dò hiện đại mới cho phép chẩn đoán xác định được.

5.1. Sẩy thai, doạ sẩy thai

Đều có các dấu hiệu có thai (chậm kinh, tử cung to hơn bình thường, phản ứng chẩn đoán thai dương tính...), đau bụng, ra máu... Trong sẩy thai, đau bụng thường ít hơn, theo kiểu cơn co, ra máu nhiều hơn, máu đỏ tươi. Tình trạng choáng nếu có trong sẩy thai tỷ lệ với mức độ ra máu âm đạo, trái lại trong chửa ngoài tử cung tình trạng choáng rất hay gặp đặc biệt là trong các trường hợp vỡ chửa ngoài tử cung. Trước đó nếu làm siêu âm, đã quan sát thấy hình ảnh túi ối trong buồng tử cung đối với trường hợp sẩy thai, doạ sẩy thai.

5.2. Viêm phần phụ

Rất dễ bị nhầm với chửa ngoài tử cung. Người bệnh bị ra máu âm đạo bất thường, đau bụng vùng hạ vị. Bụng có phản ứng, đau nhiều khi thăm trong, khi

di động tử cung. Một số dấu hiệu chứng tỏ tình trạng nhiễm khuẩn: sốt, bạch cầu tăng cao... giúp chẩn đoán phân biệt. Các phản ứng tìm hCG trong nước tiểu âm tính không cho phép loại trừ chửa ngoài tử cung. Chỉ có định lượng βhCG mới cho phép loại trừ chẩn đoán. Có thể sử dụng soi ổ bụng như một phương pháp chẩn đoán và điều trị kể cả trường hợp viêm phần phụ cấp tính (xác định chẩn đoán, đánh giá mức độ thương tổn, tìm nguyên nhân gây bệnh và rửa ổ bụng).

5.3. Vỡ hoàng thể thay nang noãn

Có thể gây chảy máu trong ổ bụng ở một số trường hợp. Đôi khi chảy máu khá nhiều làm cho người bệnh rơi vào tình trạng choáng rõ rệt. Những trường hợp này buộc phải phẫu thuật để cầm máu và rửa ổ bụng, hầu hết cũng chỉ chẩn đoán được sau khi đã mở bụng.

5.4. Khối u buồng trứng

Đặc biệt là khi có biến chứng (xoắn, chảy máu trong nang, vỡ nang...): người bệnh không có dấu hiệu chậm kinh, phản ứng thai nghén âm tính, thăm trong thấy khối cạnh tử cung. Siêu âm có thể giúp chẩn đoán xác định.

5.5. Viêm ruột thừa

Đau ở hố chậu phải, đau liên tục, không nhiều, có sốt, đôi khi có rối loạn tiêu hoá. Phản ứng thai nghén âm tính, bạch cầu trong máu tăng cao.

6. CÁC THỂ LÂM SÀNG

6.1. Thể chửa ngoài tử cung chưa vỡ

Người bệnh có chậm kinh, ra máu âm đạo, phản ứng có thai dương tính. Dấu hiệu đau bụng không nổi bật, không thật rõ ràng. Toàn thân hoàn toàn bình thường. Khi thăm trong có thể nắn thấy khối cạnh tử cung kèm theo đau rất nhạy cảm và khu trú rõ ràng. Các túi cùng thường không đau. Một hình thái chửa ngoài tử cung chưa vỡ khác cũng hay gặp, đó là chửa ngoài tử cung ở những người bệnh đã được "hút gió" hay "nạo gió". Người bệnh chậm kinh (thai ngoài ý muốn) đi hút hay nạo thai. Trước, trong và sau hút hay nạo không chẩn đoán được chửa ngoài tử cung. Sau thủ thuật, người bệnh bị ra máu âm đạo kéo dài, đau bụng, nghén... Mọi điều trị nội khoa không có kết quả. Soi ổ bụng là biện pháp tốt nhất để chẩn đoán và điều trị chửa ngoài tử cung chưa vỡ. Chẩn đoán chửa ngoài tử cung chưa vỡ là một chẩn đoán sớm, cho phép thực hiện các biện pháp điều trị tối ưu, bảo tồn tối đa khả năng sinh đẻ và an toàn tính mạng của người bệnh.

6.2. Thể lụt máu ổ bụng

Bệnh cảnh nổi bật là choáng nặng do chảy máu trong, triệu chứng xuất hiện đột ngột, nhanh chóng. Bụng trướng, ấn đau khắp bụng. Tình trạng này đòi hỏi khẩn trương tiến hành hồi sức, nhanh chóng bồi phụ thể tích tuần hoàn đã mất

và mở bụng cầm máu. Có những trường hợp lụt máu trong ổ bụng, quá trình chảy máu diễn ra từ từ, người bệnh phần nào thích ứng được nên các dấu hiệu choáng tụt huyết áp không nổi rõ.

6.3. Thể giả sẩy của chửa ngoài tử cung

Nội mạc tử cung chịu ảnh hưởng của nội tiết thai nghén, màng rụng hoá, dày lên. Khi có những biến đổi nội tiết, toàn bộ nội mạc tử cung bong ra và bị tống ra ngoài làm cho rất dễ nhầm với sẩy thai, bỏ sót chửa ngoài tử cung. Mảnh nội mạc tử cung dày và to khi đi qua cổ tử cung làm cho cổ tử cung hé mở. Tử cung phải có các cơn co để tống mảnh tổ chức ra ngoài làm người bệnh bị đau bụng từng cơn, hết đau khi mảnh tổ chức bị tống ra. Xét nghiệm giải phẫu bệnh tổ chức rơi ra hay nạo ra thấy hình ảnh màng rụng, không thấy lông rau, có hình ảnh Arias Stella.

6.4. Thể huyết tụ thành nang

Máu chảy ri rỉ, ít một và đọng lại. Sau đó ruột, các tạng khác và mạc nối phản ứng bao bọc lại tạo thành khối huyết tụ. Chẩn đoán thường khó vì triệu chứng không điển hình, rong huyết, sốt nhẹ, thiếu máu, vàng da nhẹ do tan máu ở khối huyết tụ. Xuất hiện các triệu chứng của đường tiêu hoá (bán tắc ruột, kích thích trực tràng hay táo bón...), của đường tiết niệu (viêm bàng quang do kích thích...). Trước đó người bệnh có giai đoạn chậm kinh, rong huyết, đau bụng. Thăm khám thấy một khối không rõ ranh giới, ấn đau, ít di động, dính vào tử cung làm khó phân biệt tử cung. Phản ứng thai nghén có thể âm tính. Siêu âm thấy hình ảnh khối u tiểu khung với một vùng âm vang tăng nhẹ, không đều, giới hạn không rõ. Chọc dò có hút ra máu đen lẫn cặn.

6.5. Chửa ở buồng trứng

Thường chỉ chẩn đoán được sau khi đã mở bụng hay nội soi. Năm 1878, Spiegelberg đã đưa ra các tiêu chuẩn để chẩn đoán chửa ở buồng trứng: vòi trứng bên đó không có thương tổn, túi thai nằm ở buồng trứng, buồng trứng liên quan với tử cung qua dây chằng tử cung-buồng trứng, tìm thấy tổ chức buồng trứng ở thành túi thai.

6.6. Chửa trong ổ bụng

Có thể là nguyên phát hay thứ phát, thai có thể phát triển đến đủ tháng. Theo một nghiên cứu ở Mỹ, tỷ lệ chửa trong ổ bụng là khoảng 10/100.000 trường hợp đẻ. Tiền sử vô sinh rất đáng chú ý, chiếm gần 50% số trường hợp chửa trong ổ bụng. 3/4 số trường hợp có dấu hiệu đau bụng không rõ nguyên nhân, không giảm đi khi điều trị bằng các thuốc giảm co hay nằm nghỉ. Ra máu âm đạo (khoảng 1/3 số trường hợp), tắc ruột, bán tắc ruột không thường xuyên. Sờ nắn có thể thấy thai ở ngay dưới da bụng, đặc biệt không bao giờ thấy có cơn co tử cung. Tuyệt đại đa số là ngôi thai bất thường, rất hay gặp thai ở tư thế ngang. Siêu âm có thể thấy khối thai, khối rau ở bên cạnh khối tử cung nhỏ. Có tới 1/2 số trường hợp không chẩn đoán được trước khi mổ.

6.7. Chửa ống cổ tử cung

Hiếm gặp, thai làm tổ ở phía dưới lỗ trong cổ tử cung. Theo nhận xét của chúng tôi chửa ống cổ tử cung có phần gặp nhiều hơn so với chửa trong ổ bụng. Hậu quả không thể tránh được là thai bị chết, rau cài răng lược, ăn sâu vào lớp cơ ở cổ tử cung, khi rau bong dở dang làm cho máu chảy không thể tự cầm được, máu chảy dữ dội thường buộc phải cắt tử cung để cầm máu. Thai nghén thường kết thúc trước 20 tuần. Triệu chứng nghèo nàn, không đặc hiệu, hầu hết được chẩn đoán là thai chết lưu hoặc sẩy thai. Thăm khám có thể thấy dấu hiệu cổ tử cung bị phình ra một cách bất thường, rất dễ bị nhầm với cổ tử cung đang xoá (cổ tử cung hình con quay) trong dọa sẩy thai. Nạo không cầm được máu, thường phải tiến hành cắt tử cung.

6.8. Phối hợp chửa trong tử cung với chửa ngoài tử cung

Cổ điển sự phối hợp này vô cùng hiếm gặp (1/30000 trường hợp có thai). Ngày nay hình như nhiều hơn gặp trong các trường hợp kích thích gây phóng noãn, thụ tinh trong ống nghiệm (IVF). Trên siêu âm thấy có túi ối trong buồng tử cung làm cho chúng ta "yên tâm một cách sai lầm".

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Chửa ngoài tử cung thể lụt máu trong ổ bụng

Buộc phải tiến hành đồng thời việc hồi sức tích cực, nhanh chóng bồi phụ thể tích tuần hoàn đã bị mất cùng với việc mở bụng để cầm máu. Không bắt buộc phải chờ đợi khi huyết áp lên mới mở bụng. Cần có các đường truyền an toàn, chắc chắn để đưa máu và dịch thay thế máu vào. Khi mở bụng nhanh chóng tìm chỗ chảy máu để cầm máu. Trong hoàn cảnh này, mục đích trên hết là cứu sống người bệnh, vì vậy không đặt ra vấn đề điều trị bảo tồn vòi trứng đã vỡ. Cách xử trí là cắt vòi trứng cầm máu. Hồi sức trong chửa ngoài tử cung thể lụt máu thường cho kết quả rất tốt, rối loạn đông máu có thể xảy ra nhưng không nặng nề lắm. Luôn luôn lưu ý đình sản vòi trứng còn lại nếu có chỉ định (đủ con, lớn tuổi, có thương tổn...) bởi vì khả năng bị chửa ngoài tử cung ở vòi trứng còn lại là cao.

7.2. Chửa ngoài tử cung chưa vỡ hay rỉ máu

Cách xử trí có thể là điều trị bảo tồn vòi trứng hay cắt vòi trứng tuỳ từng trường hợp. Chỉ định bảo tồn hay cắt vòi trứng phụ thuộc vào các yếu tố như: nhu cầu sinh con, thương tổn tại chỗ và thương tổn của vòi trứng bên đối diện, khả năng phẫu thuật viên, trang thiết bị... Phẫu thuật có thể là mở bụng như cổ điển hay phẫu thuật nội soi. Trong khi mở bụng người ta có thể tiến hành cắt vòi trứng, bảo tồn vòi trứng bằng cách rạch dọc bờ tự do vòi trứng để lấy khối thai sau đó cầm máu và không khâu lại vết rạch vòi trứng (salpingostomy) hay có khâu lại vết rạch vòi trứng (salpingotomy). Có thể tiến hành cắt đoạn vòi trứng và nối tận tận khi phẫu thuật viên có đầy đủ kinh nghiệm, có trang thiết bị và phần vòi

trứng còn lại phải có độ dài trên 4cm. Trong kỹ thuật khâu, hầu hết các tác giả khuyến cáo khâu một lớp, mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryl 7 - 0 hay 8 - 0). Nội soi có vị trí rất quan trọng trong các trường hợp này vì đây là những chỉ định gần như lý tưởng của nội soi và vì tính ưu việt của nội soi. Bên cạnh điều trị, nội soi còn vai trò chẩn đoán xác định trong những trường hợp khó, không rõ ràng. Trong nội soi có thể tiến hành kỹ thuật cắt vòi trứng có khối chửa hay bảo tồn vòi trứng. Bảo tồn vòi trứng là rạch dọc bờ tự do của vòi trứng hay lấy khối thai, tiến hành cầm máu, không cần thiết phải khâu lại vòi trứng. Phẫu thuật nội soi bị chống chỉ định trong các trường hợp sau:

– *Chống chỉ định điều trị bảo tồn vòi trứng qua nội soi:*

+ Tuyệt đối:
  - chống chỉ định chung của gây mê hồi sức trong nội soi
  - tình trạng choáng
  - kích thước khối chửa trên 6cm
  - lượng hCG ban đầu lớn hơn 20000 IU/l

+ Tương đối:
  - có dấu hiệu chảy máu cấp
  - béo bệu
  - dính nhiều ở tiểu khung
  - kích thước khối chửa trên 4cm
  - chửa ở đoạn kẽ vòi trứng

– *Chống chỉ định điều trị triệt để cắt vòi trứng qua nội soi:*

+ Tuyệt đối:
  - chống chỉ định chung của gây mê hồi sức
  - tình trạng choáng
  - chửa ở đoạn kẽ vòi trứng

+ Tương đối:
  - béo bệu
  - dính nhiều ở tiểu khung
  - huyết tụ thành nang

Tuy nhiên việc lựa chọn phương pháp bảo tồn hay cắt vòi trứng còn phụ thuộc vào kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên.

7.3. Chửa ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang

Có chỉ định mổ để tránh vỡ thứ phát hay bị nhiễm khuẩn. Khi vào ổ bụng thường rất dính, tìm cách đi vào ổ máu tụ để lấy hết máu tụ, lau rửa sạch khoang chứa máu và khâu ép các thành của khoang lại với nhau. Dẫn lưu khi cần thiết.

7.4. Các thể chửa ngoài tử cung hiếm gặp

– Chửa trong ổ bụng: nên mổ khi thai nhỏ dưới 32 tuần dù là thai sống vì nếu để thêm sẽ khó tiên lượng diễn biến của bệnh. Tuổi thai trên 32 tuần

có thể theo dõi thêm trong trường hợp thai sống. Một khi thai đã bị chết lưu cũng phải mổ lấy thai nhưng không nên vội vàng, bởi vì thai chết bánh rau cũng sẽ bị chết, cung lượng tuần hoàn nuôi dưỡng bánh rau giảm đi, các mạch máu bị tắc nghẽn lại, giảm bớt khó khăn trong lúc phẫu thuật. Khó khăn khi phẫu thuật chửa trong ổ bụng là thái độ xử trí bánh rau. Các tác giả đều nhất trí nên để bánh rau lại tại chỗ. Sau này bánh rau sẽ tiêu dần đi, thời gian tiêu mất vài tháng. Có tác giả đề nghị dùng methotrexat tác dụng lên nguyên bào nuôi để làm cho bánh rau tiêu nhanh hơn. Đôi khi lấy thai ra làm cho bánh rau bị bong ngay gây chảy máu rất khó cầm. Giải pháp tình thế lúc này là chèn gạc thật chặt để cầm máu tạm thời. Rút dần các gạc này trong những ngày sau mổ. Chửa trong ổ bụng vẫn còn là một biến chứng khủng khiếp của sản khoa. Chẩn đoán sớm và điều trị triệt để chửa ngoài tử cung trong 3 tháng đầu là phương pháp tốt nhất để tránh bệnh lý này.

- Chửa ở ống cổ tử cung khi đã chảy máu do nạo (không chẩn đoán được trước khi nạo), do sẩy thai đều buộc phải mở bụng để cắt tử cung cầm máu. Kỹ thuật cắt tử cung hay gặp khó khăn vì cổ tử cung phình to, máu chảy từ cổ tử cung nên nhiều khi phải cắt cả cổ tử cung mới cầm được máu. Hai niệu quản bắt chéo động mạch tử cung ở ngay khu vực này. Trong lúc phẫu thuật cấp cứu rất dễ gây ra thương tổn cho niệu quản. Nếu chẩn đoán được người ta đề nghị áp dụng kỹ thuật như khâu vòng cổ tử cung (kỹ thuật McDonald) để cầm máu rồi mới lấy thai và rau.

7.5. Một số kỹ thuật khác điều trị chửa ngoài tử cung

- Điều trị nội khoa: chỉ định trong trường hợp khối chửa có kích thước dưới 3,5cm, không có hoạt động của tim thai.
  + Dùng methotrexat toàn thân: thuốc chống phân bào này có tác dụng ức chế nguyên bào nuôi phát triển làm cho nguyên bào nuôi bị tiêu đi. Tiêm bắp 20 đến 40 mg methotrexat, tiêm hai lần cách nhau 48 giờ. Theo dõi βhCG thấu nồng độ cứ 48 giờ tụt đi một nửa chứng tỏ khỏi bệnh. Ngừng theo dõi khi nồng độ βhCG dưới 10 mIU/ml.
  + Điều trị tại chỗ bằng cách tiêm vào phôi các chất phá huỷ phôi. Người ta có thể dùng methotrexat, KCl... tiêm vào phôi dưới hướng dẫn của siêu âm đường âm đạo. Điều kiện của cách điều trị này là phải chẩn đoán thật chắc chắn, nhìn thấy túi phôi qua siêu âm, không có chảy máu trong ổ phúc mạc và nồng độ βhCG không cao.

Sau điều trị phải theo dõi sát nồng độ βhCG vì có 5% đến 20% số trường hợp bị thất bại với kỹ thuật này buộc phải phẫu thuật.

- Theo dõi không can thiệp gì nếu lượng βhCG rất thấp và giảm đi sau mỗi lần xét nghiệm theo dõi.

Bảng 27.4. Chỉ số Fernandez

Điểm	1	2	3
Số ngày chậm kinh	49	42-49	< 42
βhCG (mIU/ml)	< 1000	1000 - 5000	> 5000
Progesteron (ng/ml)	< 5	5 - 10	> 10
Đau	không	khi kích thích	tự nhiên
Khối vòi trứng (cm)	< 1	1 - 3	> 3
Chảy máu trong phúc mạc (ml)	< 10	10 - 100	> 100

Có thể dựa vào bảng điểm của Fernandez để chỉ định điều trị nội khoa. Chỉ số này dưới 13 điểm có thể tiến hành điều trị nội khoa. Trong trường hợp chỉ số trên 13 điểm buộc phải chỉ định điều trị ngoại khoa.

Chửa ngoài tử cung vẫn còn là nguyên nhân gây tử vong mẹ. Tương lai sinh đẻ của những phụ nữ đã bị mổ chửa ngoài tử cung là rất khó khăn: 50% bị vô sinh và 15% bị tái phát chửa ngoài tử cung. Phẫu thuật bảo tồn vòi trứng dù tỷ lệ thành công còn thấp đã mở ra một hướng thoát cho người bệnh.

BỆNH NGUYÊN BÀO NUÔI

PGS. Đinh Thế Mỹ

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh nguyên bào nuôi (BNBN) là một tập hợp các hình thái bệnh lý của nguyên bào nuôi (NBN), trong đó nhẹ nhất là chửa trứng (CT) và nặng nhất là ung thư nguyên bào nuôi (UTNBN). Các hình thái bệnh lý do là các tổn thương tân sản của thành phần nguyên bào nuôi của túi phôi, còn giữ một số đặc tính của nguyên bào nuôi là xu hướng xâm nhập vào mô của người mẹ và sản sinh ra hCG. Các hình thái bệnh lý này của nguyên bào nuôi đều là thứ phát sau thai nghén, khác với các UTNBN nguyên phát của buồng trứng, không có tiền sử thai nghén.

2. PHÂN LOẠI

Theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG) năm 1983, cách hình thái bệnh lý của NBN được phân ra như sau:

(1) Chửa trứng:

- Chửa trứng hoàn toàn (CTHT)
- Chửa trứng bán phần (CTBP)

(2) Chửa trứng xâm nhập (CTXN)

(3) Ung thư nguyên bào nuôi (UTNBN)

(4) U nguyên bào nuôi vùng rau bám (UNBNVRB)

Theo sự phân loại trên, người ta coi chửa trứng chỉ là một tình trạng bệnh lý của nguyên bào nuôi, song có xu hướng trở thành khối u, còn các hình thái khác là khối u thực sự, riêng UTNBN mới được coi là ung thư thật sự.

3. CÁC HÌNH THÁI BỆNH LÝ CỦA NGUYÊN BÀO NUÔI

3.1. Chửa trứng

Là hình thái phổ biến nhất của bệnh lý nguyên bào nuôi. Tổn thương chính của nó là các gai rau bị ứ dịch, phù nề, thoái hoá mạch máu trung tâm, tạo thành các nang nhỏ gọi là nang trứng. Trên bề mặt các nang trứng đó có sự quá sản của các nguyên bào nuôi. Nếu toàn bộ các gai rau trở thành nang trứng, lúc đó không còn có mô thai và rau bình thường nữa, và gọi là chửa trứng hoàn toàn. Nếu chỉ có một phần các gai rau trở thành nang trứng, phần khác vẫn có cấu trúc bình thường, lúc đó gọi là chửa trứng ban đầu. Trong trường hợp này có thể có hay không có bào thai, hầu hết các bào thai này bị dị dạng hay đã chết.

Vị trí thường gặp của chửa trứng là ở tử cung, song cũng có khi gặp ở vòi trứng, buồng trứng hay trong ổ bụng.

3.1.1. Tỷ lệ mắc bệnh

Tỷ lệ mắc bệnh thay đổi theo từng vùng địa dư, từng nước, từng dân tộc và cả thời gian nữa. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ bị chửa trứng trên Thế giới vào khoảng 1/1000 người có thai, ở các nước châu Á khoảng 2/1000 người có thai. Song theo các tác giả Nhật Bản và Hàn Quốc, do đời sống kinh tế cũng như sự chăm sóc y tế tốt hơn, nên tỷ lệ chửa trứng giảm dần trong các thập kỷ qua:

- Tại Hàn Quốc, từ 1971 - 1975 tỷ lệ bị chửa trứng là 4,2/1000, đến 1991 - 1995 giảm còn 2,36/1000 ca đẻ.
- Tại Nhật Bản, những năm 70 của thế kỷ này tỷ lệ chửa trứng là 2,7/1000 ca đẻ, đến thập kỷ 90 giảm còn 1,86/1000 ca đẻ.

Tỷ lệ bị chửa trứng bán phần so với chửa trứng hoàn toàn, cũng thay đổi theo số liệu nghiên cứu của các tác giả: theo Berkowitz là 3%, Fisher là 25% Hando là 50%.

3.1.2. Các yếu tố thuận lợi

- *Tuổi tác.*

Tỷ lệ bị chửa trứng cao ở phụ nữ có thai trên 40 tuổi và dưới 18 tuổi. Douglas thấy 13,5 số phụ nữ ở New York bị chửa trứng ở tuổi 40 trở lên. Bagshawe và CS thấy phụ nữ trên 50 tuổi khi có thai, nguy cơ bị chửa trứng gấp 200 lần, so với phụ nữ ở lứa tuổi sinh đẻ; ở lứa tuổi dưới 15 cũng có nguy cơ gấp 20 lần.

- *Chủng tộc.*

Tỷ lệ bị chửa trứng thay đổi theo chủng tộc. Ở Mỹ từ 1970 - 1977, tỷ lệ bị chửa trứng ở phụ nữ da đen gấp đôi phụ nữ da trắng. Ở Singapore từ 1963 - 1965, tỷ lệ bị chửa trứng ở phụ nữ lai Á-Âu chỉ bằng 1/2 tỷ lệ bị bệnh của phụ nữ gốc Trung Quốc, Ấn Độ và Malaysia. Ở Israel từ 1955 - 1965, số phụ nữ đẻ ở châu Âu có tỷ lệ bị chửa trứng cao hơn số phụ nữ cùng lứa tuổi đẻ ở châu Á, Phi, hay bản địa.

Theo Jacob và CS, điều tra ở Hawai, số phụ nữ Philippin có tỷ lệ bị chửa trứng như ở trong nước, trong khi số phụ nữ Nhật Bản hay Đông Á thì tỷ lệ này giảm so với số sống ở trong nước họ. Điều đó nói lên môi trường sống thay đổi đã ảnh hưởng đến yếu tố gây bệnh.

- *Chế độ ăn.*

Người ta thấy ở Đài Loan, Mehico, Philippin có tỷ lệ chửa trứng cao ở tầng lớp nghèo, có sinh hoạt vật chất thấp, thiếu đạm động vật trong khẩu phần ăn, trong khi Natoli lại không thấy như vậy ở Hawai. Martin nghiên cứu ở Alaska lại thấy tỷ lệ bị chửa trứng cao ở nhóm ăn thịt thú rừng và cá.

Một số tác giả cho rằng chế độ ăn thiếu bêta caroten cũng là yếu tố nguy cơ bị chửa trứng (trên thực nghiệm, chế độ ăn thiếu bêta caroten làm thai bị teo).

- *Tiền sử sản khoa*

Đẻ nhiều lần không phải là nguy cơ của chửa trứng, trừ khi có kết hợp với lứa tuổi trên 40. Song người ta nhận thấy ở người có tiền sử sẩy thai, thai chết lưu có nguy cơ bị chửa trứng cao hơn. Tuổi có kinh muộn, có rối loạn kinh và tiền sử vô sinh cũng hay gặp ở người chửa trứng. Một số trường hợp thụ tinh nhân tạo với tinh trùng đã giữ đông lạnh cũng bị chửa trứng, song điều này chưa có kiểm chứng về độ nguy cơ. Có tác giả nêu trường hợp có thai không biết vẫn dùng thuốc viên tránh thai đã bị chửa trứng, song mới chỉ có một trường hợp nên chưa loại trừ có yếu tố kết hợp.

- *Yếu tố gen*

Kaj I và Lawler cho thấy tỷ lệ bị chửa trứng ở phụ nữ bị chuyển đoạn thể nhiễm sắc là 4,6% (người thường là 0,6%). Có thể ở số phụ nữ bị chuyển đoạn này có quá trình phân bào bị rối loạn, làm cho nang noãn trưởng thành không có nhiễm sắc thể (empty egg) nhiều hơn người bình thường chăng. Về nhóm máu ABO, giữa người bình thường và người chửa trứng không khác nhau, song ở Nhật Bản người ta lại thấy phụ nữ bị Rh (-) có tỷ lệ bị chửa trứng thấp hơn.

Ở Việt Nam, người ta thấy hoá chất có gây tổn thương đến gen như 2,4,5, tetrachlorodibenzo-p-dioxin làm tăng tỷ lệ bị chửa trứng ở những vùng của miền Nam Việt Nam, bị Mỹ rải chất dioxin làm trụi lá cây trong chiến tranh. Những người phụ nữ miền Bắc có chồng chiến đấu ở miền Nam trong giai đoạn đó, cũng có tỷ lệ bị chửa trứng cao hơn (0,87/1000 so với 0,57/1000 ở lô chứng).

Ở Nhật Bản, tỷ lệ bị chửa trứng trong những thập niêm qua cao được coi là do tác động của tăng ion hoá.

- *Tiền sử chửa trứng*

Yen và Matalon thấy nguy cơ bị chửa trứng cao hơn ở những người có tiền sử chửa trứng Bagshawe cho rằng nguy cơ này gấp 20 - 40 lần so với cộng đồng. Ở Anh trên 2977 phụ nữ có tiền sử chửa trứng, có 1125 có thai lại thì 2,2% bị chửa trứng.

3.1.3. Cơ chế sinh bệnh

Tuy chửa trứng được biết từ thời Hippoctate song, nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh còn chưa được biết rõ.

Theo Hertig và Edmund (1940), do thai chết sớm sau khi thụ tinh nhưng các gai rau vẫn còn sống và hoạt động, làm cho sự hấp thu dịch từ người mẹ tới gai rau vẫn tiếp tục, làm gai rau bị ứ phù, mất mạch máu trung tâm, trở thành nang trứng. Sự quá sản nguyên bào nuôi chỉ là hậu quả của sự căng dãn quá mức của các nang trứng.

Nhưng theo Park (1971), vì có sự quá sản các nguyên bào nuôi nên chúng không kiểm soát được sự hấp thu dịch vào gai rau một cách quá mức gây nên ứ phù, mất mạch máu bị tiêu huỷ trở thành nang trứng, hậu quả là thai bị chết và tiêu đi.

Czulman (1978) đã phát hiện ra số nhiễm sắc thể lưỡng bội của chửa trứng hoàn toàn đều có nguồn gốc của tinh trùng, và số nhiễm sắc thể tam bội của chửa trứng bán phần có 2/3 nguồn gốc của tinh trùng và 1/3 của noãn, do đó đưa ra lý thuyết sau:

- Chửa trứng hoàn toàn là do 1 tinh trùng (23X) thụ tinh cho 1 noãn không có nhiễm sắc thể (empty egg), sau đó tự nhân đôi số nhiễm sắc thể.
- Chửa trứng bán phần là do 2 tinh trùng (23X) thụ tinh cho 1 noãn thường (23X).

Vì có sai lạc về nhiễm sắc thể như vậy nên trứng thụ tinh không thể phát triển thành một thai bình thường được.

3.1.4. Các hình thái chửa trứng

3.1.4.1. Chửa trứng hoàn toàn

- *Triệu chứng lâm sàng*

Nghén nhiều hơn người có thai thường, khoảng 26% cần dùng thuốc chống nôn. Nguyên nhân chưa rõ, không có mối tương quan giữa lượng hCG và 17 hydroxyprogesteron và tần suất nghén (Soules 1980).

Ra máu âm đạo gặp ở 97% số chửa trứng hoàn toàn. Nguyên nhân do các nang trứng bị bong khỏi lớp màng rụng, làm rách mạch máu nhỏ ở lớp niêm mạc tử cung. Máu cục có thể đọng ở trong tử cung và máu đen loãng chảy ra ngoài.

Thiếu máu chiếm đến 50% số chửa trứng hoàn toàn do chảy máu nhiều và kéo dài, biểu hiện bằng da xanh, niêm mạc nhợt.

Tử cung to hơn tuổi thai chiếm khoảng 51% các trường hợp chửa trứng hoàn toàn, nguyên nhân một phần do sự phát triển của các nang trứng, một phần do máu đọng trong buồng tử cung.

Không sờ thấy phần thai và không nghe thấy tiếng tim thai, dù đáy tử cung cao trên rốn.

Nang hoàng tuyến (NHT) to (> 6cm) chiếm khoảng 50% số chửa trứng hoàn toàn. Phần lớn nang hoàng thể xuất hiện sớm, song đôi khi chúng phát triển to lên sau nạo. Các nang hoàng thể này thường xuất hiện ở những ca có lượng hCG cao, nhưng khi chưa nạo thường khó sờ thấy được vì tử cung to, đẩy chúng lên cao, sát bờ sườn. Các nang hoàng thể sẽ thoái triển sau nạo trứng từ 2 - 3 tháng. Nếu NHT quá to, có thể chọc hút nước nang qua siêu âm.

Tiền sản giật chiếm 27% số chửa trứng hoàn toàn, khi lượng hCG quá cao, tử cung quá to. Khi có dấu hiệu tiền sản giật ở người có thai ba tháng đầu, phải nghĩ đến chửa trứng.

Cường giáp trạng chiếm khoảng 7% các trường hợp chửa trứng hoàn toàn. Khi đó trước khi gây mê hay nạo trứng, nếu không có thể có tai biến do cường giáp trạng như: sốt cao, co giật, lơ mơ, rung nhĩ và truỵ tim mạch.

Tắc mạch phổi do mô trứng có thể gặp khoảng 2% các trường hợp chửa trứng hoàn toàn, nhất là khi tử cung rất to và hCG cao. Khi nạo trứng, mô trứng đi vào xoang tĩnh mạch lên động mạch phổi. Biểu hiện bằng suy hô hấp nặng, đau ngực, khó thở nhanh, tim nhanh. Nghe phổi có ran rải rác. X quang phổi có mờ rải rác. Điều trị tích cực bằng thông khí hỗ trợ với oxy, đặt catheter vào động mạch phổi để theo dõi. Tình trạng suy hô hấp sẽ giảm sau 7 - 8 giờ.

- *Triệu chứng cận lâm sàng*

Siêu âm cho hình ảnh chửa trứng hoàn toàn rất điển hình, với âm vang của các nang trứng rải rác khắp buồng tử cung như hình ảnh bông tuyết rơi. Nếu chửa trứng được phát hiện sớm khi các nang trứng còn nhỏ thì hình ảnh siêu âm không điển hình.

Định lượng hCG từ 100.000 IU/l trở lên đến hàng triệu đơn vị giải phẫu bệnh lý cho thấy các gai rau phù nề, mất các mạch máu trung tâm, phình to, ứ dịch, nguyên bào nuôi quá sản vừa phải, có sự cân đối giữa đơn và hợp bào nuôi, không xâm nhập sâu vào mô cơ, có phản ứng sản bào ở lớp đệm.

- *Chẩn đoán*

Xác định: dựa vào triệu chứng lâm sàng, hình ảnh siêu âm, định lượng hCG

Phân biệt: với thai to, đa thai, đa ối, thai chết lưu, sẩy thai.

- *Tiên lượng*

Vì có từ 15% đến 25% số chửa trứng hoàn toàn có thể trở thành bệnh nguyên bào nuôi tồn tại (BNBNTT), nên cần tiên lượng để theo dõi và phát hiện bệnh được sớm. Berkowitz (1987) có nêu lên bảng điểm, nhằm tiên lượng bệnh được sớm. (Bảng 28.1).

Bảng 28.1. Bảng điểm dùng cho chửa trứng

	Không điểm	**1 điểm**	**2 điểm**	**3 điểm**
Loại chửa trứng	Bán phần	Hoàn toàn	Tái phát	
Kích thước tử cung	< hay =	> 1	> 2	> 3
Lượng hCG	> 50.000 IU	50.000 IU 100.000 IU	> 100.000 1.000.000 IU	Trên 100.000 IU
Kích thước nang hoàng thể		< 6cm	> 6cm	> 10cm
Tuổi bệnh nhân		< 20t	> 40t	> 50t
Yếu tố phối hợp	Không	Có 1	Có 2	

- Yếu tố phối hợp: nôn nặng, tiền sản giật, cường giáp trạng
- Nguy cơ: thấp < 4 điểm; cao > 4 điểm

Theo Berkowitz, trên 858 chửa trứng hoàn toàn được theo dõi ở Trung tâm nghiên cứu bệnh nguyên bào nuôi ở New England, nhóm có nguy cơ cao có tỷ lệ biến chứng thành UNBN ở tử cung là 31% và tỷ lệ di căn là 8,8%, trong khi đó tỷ lệ tương ứng ở nhóm nguy cơ thấp chỉ là 3,4% và 0,6%.

- *Xử trí*

Ngay sau khi đã có chẩn đoán bệnh, cần xử trí ngay các trường hợp chửa trứng hoàn toàn để tránh bị sẩy trứng, gây mất máu nhiều cho người bệnh.

Sau khi đã tiền mê hay gây tê, chuẩn bị hồi sức, nong cổ tử cung đến số 8 - 12, hút sạch mô trứng bằng máy hút, rồi kiểm tra lại bằng thìa cùn và lấy bệnh phẩm để làm xét nghiệm về mô học. Trước khi nạo nên tiêm oxytocin vào cổ tử cung hay truyền tĩnh mạch khi hồi sức. Cho kháng sinh và thuốc co hồi tử cung, ba ngày sau nạo lại lần thứ hai rồi cho ra viện theo dõi ngoại trú.

Với những bệnh nhân trên 40 tuổi, đã đủ con, nên thực hiện cắt tử cung hoàn toàn sau lần nạo đầu tiên, hay cắt tử cung cả khối (nếu chiều cao tử cung không quá 16cm), vì ở lứa tuổi này trở nên, tỷ lệ bị biến chứng thành u nguyên bào nuôi rất cao (từ 40% trở lên).

- *Theo dõi*

Nên theo dõi bệnh nhân sau nạo trứng 2 tuần một lần cho đến khi hCG âm tính, rồi 4 tuần một lần cho đến 12 tháng, rồi 8 tuần một lần cho đến 24 tháng. Khi theo dõi cần chú ý đến sự co hồi tử cung và nang hoàng tuyến, có kinh trở lại, có xuất hiện di căn âm đạo, tiểu khung hay không. Mỗi lần khám đều phải định lượng hCG. Bệnh nhân cần tránh thai ít nhất một năm trong thời gian theo dõi; nếu chẳng may có thai trong thời gian đó cần đình chỉ thai nghén ngay.

3.1.4.2. Chửa trứng bán phần

- *Triệu chứng lâm sàng*

Nghén thường không nhiều vì tử cung thường ít khi to hơn tuổi thai và lượng hCG không cao lắm.

Tử cung thường chỉ to hơn tuổi thai từ 4 - 11% ở các trường hợp chửa trứng bán phần (Czulman 1987).

Ra máu âm đạo thường ít và có màu đen, nên dễ lẫn với thai chết lưu hay doạ sẩy thai

Thai và buồng ối có thể thấy nếu số gai rau trở thành nang trứng ít. Thai nhi thường bị kém phát triển, dị dạng (ở não, mặt, mắt, tim...) và các tạng như phổi, buồng trứng, thượng thận kém phát triển. Đôi khi thai sống quá 8 - 10 tuần và có thể tồn tại đến quý 2. Hiếm gặp trường hợp thai sống đến đủ tháng (trường hợp đó nhiễm sắc đồ thường hình khảm 69XXX/46XX). Khi chửa trứng bán phần có cả thai nhi cần phân biệt với một trường hợp sinh đôi: 1 thai thường và 1 chửa trứng.

Lúc đó cần làm nhiễm sắc đồ thai, rau, và mô trứng để xác định.

Nang hoàng tuyến có thể gặp trong chửa trứng bán phần song tỷ lệ thấp và kích thước không to.

- *Triệu chứng cận lâm sàng*

Siêu âm thường khó chẩn đoán vì hình ảnh nang trứng ít và không điển hình hCG thường thấp, từ 50.000 IU - 100.000 IU/lít giải phẫu bệnh lý cho thấy ở vùng có nang trứng thì hình ảnh mô học như của chửa trứng hoàn toàn, ở các vùng khác gai rau có cấu trúc bình thường và có thể có xơ hoá lớp đệm. Sự quá sản của nguyên bào nuôi chỉ có ở từng vùng (nhất là ở vùng có gai rau phù nề), và ở mức độ ít.

- *Chẩn đoán*

Goldstein tổng kết trên 81 ca chửa trứng bán phần mà tác giả đã theo dõi, 74 ca (91%) bị chẩn đoán nhầm là thai chết lưu hay doạ sẩy thai, chỉ có 5 ca (6%) được chẩn đoán là chửa trứng bán phần từ đầu.

- *Tiên lượng*

Thường tiên lượng tốt hơn chửa trứng hoàn toàn, đa số có lượng hCG giảm nhanh rồi âm tính, chỉ có 4 - 5% thành bệnh nguyên bào nuôi tồn tại.

- *Xử trí*

Cũng sử dụng phương pháp hút nạo như chửa trứng hoàn toàn, song nếu mô trứng ít, các gai rau xơ hoá và chắc, thì phải dùng kìm hình tim để gắp sạch, sau đó nạo lại bằng thìa cùn. Nếu có kèm theo bào thai có kích thước to hơn thai 3 tháng, cần gây sẩy trước đó bằng prostaglandin, cho cổ tử cung mềm và mở rộng do dễ gắp thai và rau.

- *Theo dõi*

Dù tỷ lệ biến chứng thành bệnh nguyên bào nuôi tồn tại thấp nhưng vẫn cần phải theo dõi và tránh thai với phương cách và thời gian như một ca chửa trứng hoàn toàn.

3.1.4.3. Bệnh nguyên bào nuôi tồn tại (BNBNTT)

Sau nạo chửa trứng, số nguyên bào nuôi còn lại ở cơ thể mẹ thường bị thoái triển và bị cơ thể mẹ loại trừ bằng cơ chế miễn dịch, lượng hCG sẽ giảm dần và trở thành âm tính. Nếu nguyên bào nuôi không bị tiêu diệt mà vẫn còn tồn tại trong cơ thể người bệnh, biểu hiện bằng lượng hCG còn tồn tại một cách bất thường, thi được gọi là bệnh nguyên bào nuôi tiến triển . Chẩn đoán sớm ở giai đoạn này thì việc điều trị sẽ đơn giản và hiệu quả hơn là để đến giai đoạn muộn hơn khi các nguyên bào nuôi còn tồn tại bất thường ấy đã tiến triển thành u nguyên bào nuôi (chửa trứng xâm nhập hay u nguyên bào nuôi).

Theo Golstein và Berkowitz (1994), nếu lượng bêta hCG sau nạo trứng 1 tháng còn trên 20.000 mIU/ml hoặc lượng bêta hCG không giảm trong 3 tuần liền thì được gọi là bệnh nguyên bào nuôi tiến triển. Khi đó cần làm các xét nghiệm để phát hiện u nguyên bào nuôi tại tử cung hay các tạng khác.

Với chửa trứng hoàn toàn cần phải theo dõi sự thoái triển hCG sít sao hơn vì nó có tỷ lệ bị u nguyên bào nuôi cao hơn:

- Với chửa trứng hoàn toàn có nguy cơ cao: 40 - 45% có thể trở thành bệnh nguyên bào nuôi tồn tại
- Với chửa trứng hoàn toàn có nguy cơ thấp: 4 - 7% có thể trở thành bệnh nguyên bào nuôi tồn tại
- Với chửa trứng hoàn toàn ở người trên 40 tuổi, khoảng 37% có thể trở thành bệnh nguyên bào nuôi tiến triển.
- Với chửa trứng hoàn toàn không lưỡng bội (aneuploide), tỷ lệ có thể trở thành bệnh nguyên bào nuôi tiến triển (theo Martin - 1989).

Theo Genest, trên 153 ca chửa trứng hoàn toàn được theo dõi từ 1980 - 1990, không thấy có mối tương quan giữa mức độ biệt hoá của nguyên bào nuôi và tỷ lệ trở thành bệnh nguyên bào nuôi tiến triển. Goldstein cũng không thấy mối tương quan giữa lượng bêta hCG tự do và tỷ lệ bị bệnh nguyên bào nuôi tiến triển ở lô chửa trứng hoàn toàn mà mình theo dõi.

Với 1125 trường hợp chửa trứng bán phần là số liệu thống kê của nhiều tác giả đã công bố trên y văn tiếng Anh, từ 1976 - 1991 có 39 ca, tức là 3,5% trở thành bệnh nguyên bào nuôi tiến triển, trong đó 7 ca, tức là 0,6% có di căn. Berkowitz trên 240 ca chửa trứng bán phần được theo dõi ở Trung tâm nghiên cứu bệnh nguyên bào nuôi ở New England có 16 ca, tức là 6,6% thành bệnh nguyên bào nuôi tiến triển, nhưng không ca nào có di căn, và 15 ca, tức là 94% khỏi sau 2 đợt điều trị HLP. Tất cả những trường hợp trở thành bệnh nguyên bào nuôi tiến triển đã không có biểu hiện lâm sàng và mô bệnh học (khi còn là chửa trứng bán phần) khác với các ca khác. Do đó tác giả khuyên, dù tỷ lệ biến chứng thành bệnh nguyên bào tiến triển của chửa trứng bán phần thấp, thì tất cả mọi trường hợp chửa trứng bán phần đều phải được theo dõi đầy đủ trong 1 năm như các trường hợp chửa trứng hoàn toàn. Dobkin và CS khuyên, khi có biến chứng bệnh nguyên bào nuôi tiến triển, cần phối hợp siêu âm và Doppler để phát hiện sớm các u nguyên bào nuôi nhỏ ở tử cung.

3.2. Chửa trứng xâm nhập

Aschoff và Neumann (1986) là những người đầu tiên mô tả hình thái bệnh lý này. Ewing (1910) coi đó là tổn thương của biểu mô tuyến lành tính, nên gọi là chorioadenoma. Sau đó Novak và Seah (1954) đặt tên cho hình thái bệnh lý đó là invasive mole với tiêu chuẩn chẩn đoán về mô bệnh học như sau "tổn thương bao gồm các nguyên bào nuôi ác tính, bao quanh một mô liên kết thưa như kiểu một nang trứng, thâm nhập vào lớp cơ tử cung, gây hoại tử và chảy máu".

Tỷ lệ chửa trứng xâm nhập trên ung thư nguyên bào nuôi thay đổi theo các tác giả: theo Wei và Ouyang là 1/1, Ishizuka là 1,7/1, Taylor và Drogenmuller là 1/2, theo Đinh Thế Mỹ là 1,12/1.

3.2.1. Chẩn đoán

Sau nạo trứng, bệnh nhân thấy bình thường một số tuần hay một số tháng, sau đó thấy rong huyết dai dẳng, đôi khi ra máu nhiều, máu loãng kèm máu cục. Bệnh nhân có cảm giác nặng hay đau ở vùng hạ vị, do tử cung to hay nang hoàng tuyến chèn ép. Khám thấy tử cung to và mềm, có khi có nang hoàng tuyến. Nếu tổn thương lan ra dây chằng rộng bệnh nhân thấy đau ở bên đó. Lúc đó tử cung không di động, cạnh tử cung có một khối mật độ không đều, ranh giới tương đối rõ, nắn đau.

Lượng hCG thường cao, khoảng 20.000 - 30.000 IU/l

Về tổn thương giải phẫu bệnh lý:

- Đại thể: thấy những nang trứng ăn sâu vào lớp cơ, làm cho lớp cơ vùng đó mỏng đi, có khi làm thủng tử cung gây xuất huyết nội.
- Vi thể: khoảng 20% các gai rau bị tiêu mất lớp đệm, phù nề, ăn sâu vào các mạch máu; đơn bào nuôi quá sản mạnh hơn hợp bào nuôi và có sự xâm nhập lympho và các tế bào bạch cầu khác.

3.2.2. Tiến triển

Chửa trứng xâm nhập thường phát triển tại chỗ, có thể ăn thủng tử cung, xuống cổ tử cung, lan vào nền di căn rộng, cùng đồ âm đạo hay di căn âm đạo. Tuy vậy có trường hợp có di căn xa. Bardawil (1957), Spielman (1958) đã gặp các ca chửa trứng xâm nhập có di căn phổi, Đinh Văn Thắng (1969) đã gặp một ca chửa trứng xâm nhập có di căn nhiều bộ phận: phổi, gan, lách, tuỵ...

3.2.3. Xử trí

Chửa trứng xâm nhập tuy không được xếp là ung thư song là một u nguyên bào nuôi có tính chất như một ung thư: phát triển nhanh, ăn vào các mạch máu gây chảy máu và hoại tử mô và có thể có di căn. Vì vậy phương thức điều trị bệnh nhân như là bệnh ung thư thực thụ:

- Bệnh nhân còn trẻ, chưa con: điều trị bảo tồn khả năng sinh sản bằng hóa liệu pháp
- Bệnh nhân đã đủ con hay đã có tuổi: điều trị bằng phẫu thuật
- Bệnh nhân có di căn: kết hợp phẫu thuật và hóa liệu pháp

3.2.4. Theo dõi

Phải theo dõi 5 năm sau khi ra viện như với ung thư nguyên bào nuôi, cần tránh thai 2 năm, nếu chẳng may có thai trong thời gian đó phải phá thai ngay, để tránh bệnh bị tái phát do giảm miễn dịch khi có thai.

3.3. U nguyên bào nuôi vùng rau bám

Kurman (1976) đã mô tả hình ảnh mô bệnh học lạ của NBN trên 12 bệnh nhân và đặt tên những tổn thương đó là "tổn thương giả khối u của NBN". Twiggs

và CS (1981) nêu lên một ca tổn thương loại đó song có di căn và bị tử vong. Scully và Young (1982) đã nghiên cứu các tổn thương loại đó và đề nghị gọi là u nguyên bào nuôi vùng rau bám

Loại tổn thương này không nhiều, cho đến 1966 mới có 84 ca được công bố trên y văn tiếng Anh.

3.3.1. Chẩn đoán

Ở những thai nghén thường, vùng rau bám cũng có những sự thâm nhập của NBN vào lớp đệm, và có khi cũng có phản ứng viêm tại chỗ ở vùng đó. Sau khi đẻ, quá trình đó sẽ thoái triển nhanh, do đó vấn đề cơ bản là cần phân biệt quá trình xâm nhập sinh lý và bệnh lý của nguyên bào nuôi.

U nguyên bào nuôi vùng rau bám là do các nguyên bào nuôi loại trung gian gây nên. Các nguyên bào nuôi trung gian có thể sản xuất ra các loại protein của rau, trong đó nhiều nhất là HPL (human placental lactogen). Trong u nguyên bào nuôi vùng rau bám, hình ảnh tổn thương chủ yếu là do các đơn bào nuôi xâm nhập vào lớp đệm (song ít xâm nhập các mạch máu), ít khi có hợp bào nuôi. Vì vậy ở tổn thương vi thể thường thấy hoại tử hơn là chảy máu. Nhuộm hoá mô học, thường thấy có HPL hơn là hCG. Vì nguyên bào nuôi ít ăn vào các mạch máu nên trong u nguyên bào nuôi vùng rau bám có tỷ lệ di căn thấp và thường di căn theo đường bạch mạch nhiều hơn.

U nguyên bào nuôi vùng rau bám thường gặp sau đẻ, song có thể gặp sau sẩy thường hay chửa trứng (ít hơn), nên thường gặp trong lứa tuổi sinh đẻ. Thời gian từ lúc sẩy đẻ đến khi phát bệnh có thể từ 1 tuần đến 14 năm. Triệu chứng ban đầu là ra máu dai dẳng, lượng hCG phát hiện được thường thấp hơn các loại u nguyên bào nuôi khác. Trên 12 ca u nguyên bào nuôi vùng rau bám mà Finkler (1991) theo dõi lượng hCG thấp nhất là 16, cao nhất là 400 IU/l.

3.3.2. Tiến triển

U nguyên bào nuôi vùng rau bám phát triển chủ yếu ở tử cung, nếu có di căn thì ở phổi là chính. Vì khối u di căn theo đường bạch mạch, nên Young (1983) đã thấy có những ca di căn vào hạch bạch huyết, não, gan, thận, dạ dày, và lách. Song không thể dựa vào lượng hCG hay HPL để tiên lượng nguy cơ bị di căn. Người ta cũng đã thử đếm số nhân chia trên vi trường để tiên lượng khả năng đó, song không đáng tin cậy. Newlands (1998) nêu lên thời gian từ lúc kết thúc tình trạng thai nghén đến khi phát hiện bệnh, nếu dưới 2 năm thì tiên lượng tốt, nếu trên 2 năm thì tiên lượng xấu, đồng thời nếu không có di căn thì tiên lượng tốt, có thì tiên lượng xấu.

3.3.3. Xử trí

Phương pháp điều trị chủ yếu với u nguyên bào nuôi vùng rau bám là cắt tử cung hoàn toàn, nếu có di căn phải điều trị phối hợp HLP chống ung thư. Vì HLP có tác dụng hạn chế với u nguyên bào nuôi vùng rau bám, nên thường phải dùng công thức phối hợp trong điều trị, ví dụ EMA-Co. Song nếu công thức EMA-Co bị

kháng, Newlands (1998) đề nghị thay bằng công thức EP/EMA. Khi có di căn tiểu khung, thường dùng tia xạ để điều trị.

Theo Newlands, trên 17 ca mà tác giả điều trị, trừ một ca không mổ, 16 ca được cắt tử cung, 11 ca có điều trị HLP phối hợp, 3 ca có tia xạ phối hợp, tỷ lệ khỏi 5 năm là 80%, 10 năm là 69%.

3.4. Ung thư nguyên bào nuôi

Là hình thái bệnh lý nặng nhất của các u nguyên bào nuôi. Tỷ lệ mắc bệnh khó có thể xác định một cách chính xác vì một số lý do sau:

Thống kê về y tế ở một số lớn các nước đang phát triển chưa chính xác về số có thai, số chửa trứng (nhất là chửa trứng bán phần).

Khó phân biệt giữa ung thư nguyên bào nuôi và chửa trứng xâm nhập nếu không có xét nghiệm mô bệnh học.

Theo một nghiên cứu tiến hành ở một số nước trong thập niên 80, dưới sự bảo trợ của Tổ chức Y tế Thế giới, thì thấy tỷ lệ bị ung thư nguyên bào nuôi ở Singapore là 0,23/1000 đẻ sống, ở Philippin là 0,17/1000 đẻ sống, ở Nhật Bản là 0,08/1000 đẻ sống, ở Mỹ là 0,05/1000 đẻ sống. Tỷ lệ này ở mỗi nước lại thay đổi theo từng dân tộc ví dụ ở Mỹ thì người da đen có tỷ lệ cao hơn người da trắng, ở Singapore thì người Malaysia có tỷ lệ cao hơn cả. Tại một số nước, tỷ lệ này sẽ giảm khi điều kiện sinh hoạt vật chất và sự chăm sóc y tế tốt hơn:

- Ở Nhật Bản, tỷ lệ bị ung thư nguyên bào nuôi trong thập niên 80 đã giảm 50% so với thập niên 70.
- Ở Hàn Quốc, từ 1971 - 1995, tỷ lệ bị ung thư nguyên bào nuôi giảm theo mỗi chu kỳ 5 năm là 5, 8-2, 8-1, 6-1,2 và 0,7/1000 trẻ, đẻ sống. Theo Đinh Văn Thắng (1964) tỷ lệ bị ung thư nguyên bào nuôi ở Hà Nội 1/1500 có thai.

3.4.1. Các yếu tố thuận lợi

Khi nghiên cứu các ca bệnh, người ta thấy nổi lên một số yếu tố nguy cơ sau: tuổi mẹ, số lần có thai, nhóm máu.v.v...

Theo Palmer (1994), người có tiền sử chửa trứng có nguy cơ bị ung thư nguyên bào nuôi gấp 1000 lần người có thai thường. Theo Matalon (1972), tỷ lệ bị ung thư nguyên bào nuôi sau chửa trứng từ 2% đến 19%, ở châu Âu, theo Dawood, Matalon, Bagshwe tỷ lệ số ung thư nguyên bào nuôi có tiền sử chửa trứng chiếm khoảng 40 - 60%.

Theo Đinh Văn Thắng, tỷ lệ ung thư nguyên bào nuôi sau chửa trứng ở Việt Nam là 93%.

Nhiều tác giả nhận thấy, nguy cơ bị ung thư nguyên bào nuôi sau chửa trứng ở phụ nữ trên 35 tuổi tăng lên nhiều. Tood Brinton, Đinh Văn Thắng đều nhận thấy từ 40 tuổi trở lên, nguy cơ bị ung thư nguyên bào nuôi tăng hơn lứa tuổi trẻ từ 5 - 15 lần, và ở phụ nữ trẻ, dưới 18 tuổi nguy cơ cũng tăng hơn so với lứa tuổi sinh đẻ.

Theo các số liệu nghiên cứu ở Mỹ, Anh, Singapore số ung thư nguyên bào nuôi tăng ở nhóm máu A, và thấp ở nhóm O. Theo Bagshawe (1971), nhóm máu của chồng cũng có thể ảnh hưởng đến sự hình thành ung thư nguyên bào nuôi ở người vợ, nhất là những ca sau chửa trứng. Khi hai vợ chồng không cùng nhóm máu thì nguy cơ bị ung thư nguyên bào nuôi cao hơn, song người ta chưa rõ, đó là do sự bất đồng về miễn dịch giữa mẹ và mô bào thai hay do gen. Về nhóm bạch cầu (HLA), nếu người phụ nữ có phù hợp với chồng về kháng nguyên ở Locus B thì có nguy cơ bị bệnh cao hơn. Lewis và Terasaki (1978) nhận thấy bào thai có phù hợp kháng nguyên HLA với mẹ thì người mẹ có nguy cơ bị ung thư nguyên bào nuôi cao hơn; song một số tác giả khác cho rằng yếu tố này chưa rõ.

Về tiền sử sản khoa, Baltazar, Walden nhận thấy ở phụ nữ sẩy thai hoặc bị thai chết lưu nhiều lần thì có nguy cơ cao hơn.

Backlug cho rằng có estrogen ở mức thấp có thể làm tăng nguy cơ bị ung thư nguyên bào nuôi, vì người ta thấy những người như: người nhỏ thấp, có kinh muộn, vô sinh. Ngoài ra người ta còn nhận thấy những người có thai ở lứa tuổi < 18 tuổi hay > 40 tuổi (hay gặp ở châu Á), mà ở lứa tuổi này hay có sự rối loạn rụng trứng, hoặc không rụng, hoặc rụng trứng với nang noãn không bình thường, dễ đưa đến chửa trứng hay u nguyên bào nuôi.

3.4.2. Đặc điểm

Ung thư nguyên bào nuôi là một loại ung thư có những đặc điểm như sau:

- Là một khối u ghép, vì phát triển từ nguyên bào nuôi của mô bào thai, nên có nguồn gốc gen của cả tinh trùng và noãn, nên đứng về phương diện miễn dịch, nó có tính kháng nguyên khác với người bệnh. Tuy là một mô ghép, song nó không bị cơ thể thải loại như các mô ghép khác mà trái lại nó phát triển mạnh trên cơ thể người bệnh, có thể làm chết họ. Để thực hiện được điều đó, khối u có một lớp vỏ tế bào loại mucopolysaccarid nhằm che dấu tính kháng nguyên đặc hiệu của mình.
- Tế bào u tiết ra một chất đánh dấu đặc hiệu là hCG - human chorionic gonadotrophin. Dựa vào chất này, người ta có thể chẩn đoán xác định bệnh, theo dõi tiến triển, kết quả điều trị cũng như theo dõi tái phát bệnh.
- Ung thư nguyên bào nuôi tiến triển nhanh, di căn theo đường máu với tỷ lệ cao tới nhiều bộ phận trong cơ thể người bệnh.
- Ung thư nguyên bào nuôi có thể được điều trị khỏi bằng hóa liệu pháp chống ung thư đơn thuần, không cần kết hợp với các phương pháp điều trị ung thư cổ điển như phẫu thuật và tia xạ.

3.4.3. Chẩn đoán

Vì ung thư nguyên bào nuôi là loại thứ phát sau sẩy đẻ, nên trong chẩn đoán không nên quên tiền sử thai nghén. Cũng có một số trường hợp tiền sử này không rõ, theo Acosta-Sison là do bệnh nhân có thai và tế bào mầm trở nên ác tính ngay nên tiền sử sẩy đẻ không rõ, nên được gọi là ab initio.

3.4.3.1. Triệu chứng cơ năng

Sớm nhất là ra máu, trừ khi khối u còn nhỏ, nằm sâu giữa lớp cơ tử cung. Máu chảy ra ngoài âm đạo thường có màu sẫm hay đỏ tươi, ra từng đợt, không kèm theo đau bụng. Máu thường loãng, song có khi kèm theo máu cục và mô hoại tử. Nếu nhân ung thư nằm ở nông, ngay dưới lớp phúc mạc che phủ tử cung, thì máu sẽ chảy vào trong ổ phúc mạc gây xuất huyết nội.

Đau vùng hạ vị có thể gặp do tử cung to hay nang hoàng tuyến to chèn ép vào các tạng khác. Đau một bên hố chậu có thể gặp khi có di căn vào dây chằng rộng bên đó.

3.4.3.2. Triệu chứng thực thể

Tử cung thường to mềm trong các trường hợp có ung thư nguyên bào nuôi. Đôi khi trên một tử cung mềm đó có thể sờ thấy các khối cứng hơn, đó là các nhân ung thư. Nếu tổn thương lan vào phần phụ, có thể nắn thấy khối đó ở một bên phần phụ. Khối này không di động và nắn đau. Nang hoàng tuyến có thể gặp ở 20 - 30% các trường hợp. Có thể thấy di căn ở âm hộ, âm đạo. Đó là những khối tròn, có màu tím sẫm như quả bồ quân. Cũng có khi không có tổn thương ban đầu ở tử cung, mà lại ở phổi, gan, ruột, thận.v.v... Hunter (1955) tính ra có đến 10 - 33% tử vong của ung thư nguyên bào nuôi không có tổn thương ban đầu ở tử cung.

3.4.3.3. Triệu chứng toàn thân

Có thể có dấu hiệu thiếu máu nếu bệnh được phát hiện muộn. Bệnh nhân đã bị chảy máu lâu ngày hoặc nhiều.

3.4.3.4. Cận lâm sàng

Khi nghĩ đến ung thư nguyên bào nuôi, xét nghiệm đầu tiên cần làm là định lượng hCG. Lượng hCG thay đổi tuỳ theo bệnh nặng hay nhẹ, bệnh được phát hiện sớm hay muộn. Khi không có bệnh lượng bêta hCG bằng không. Trong quá trình điều trị, người ta phải theo dõi lượng hCG hàng tuần hay sau mỗi đợt điều trị. Sau khi khỏi bệnh, cũng cần định lượng hCG mỗi khi theo dõi định kỳ.

Siêu âm (SA) đã được thay thế cho chụp buồng tử cung hay chụp động mạch tử cung trong chẩn đoán ung thư nguyên bào nuôi. Qua siêu âm người ta có thể phát hiện các nhân ung thư ở tử cung, ở dây chằng rộng, ở tiểu khung, cũng như ở các tạng khác (gan, thận..v.v.)

Chụp X quang để tìm các di căn phổi. Với các nhân ung thư nhỏ ở phổi hay não, có thể dùng chụp cắt lớp vi tính (CT scanner) hay cộng hưởng từ (magnetic resonance).

Nạo sinh thiết niêm mạc buồng tử cung trong ung thư nguyên bào nuôi hiện nay ít được sử dụng vì sợ gây băng huyết hay di căn. Nó chỉ được sử dụng trong những trường hợp thật cần thiết, khi các phương pháp khác không giúp ích nhiều

cho chẩn đoán. Song đó là một biện pháp không thể thay thế được trong xác định chính xác đó là một ung thư nguyên bào nuôi hay là chửa trứng xâm lấn hoặc u nguyên bào nuôi chỗ rau bám. Trong ung thư nguyên bào nuôi ta sẽ thấy không còn thấy hình ảnh các trục liên kết của gai rau, chỉ có các đám đơn và hợp bào nuôi với đầy đủ tính chất ác tính (kích thước và hình dạng bất thường, nhân to nhiều chất màu, nhiều hình nhân quái, nhân chia bất thường..v.v.), ăn sâu vào lớp cơ và phá huỷ các mạch máu, gây chảy máu và hoại tử.

3.4.4. Chẩn đoán phân biệt

Với những trường hợp không chảy máu, cần phân biệt với có thai lại trong tử cung (thể trạng tốt, nghén, siêu âm có túi ối trong buồng tử cung, có âm vang thai...).

Với những trường hợp có chảy máu, cần phân biệt với.

- Chửa trứng nạo còn sót: tử cung to mềm, cổ tử cung hé mở, máu từ tử cung ra mầu nâu đen, bẩn, cần siêu âm để xác định rồi nạo lại, vừa để xác định, vừa để điều trị luôn.
- U xơ tử cung: tử cung to, cứng, có thể sờ thấy nhân xơ và có tiền sử rối loạn kinh nguyệt.

3.4.5. Phân giai đoạn

FIGO đã phân chia giai đoạn cho ung thư nguyên bào nuôi như sau:

Giai đoạn I: khối u khu trú ở tử cung

Giai đoạn II: khối u lan ra khỏi tử cung, song còn khu trú ở bộ máy sinh dục.

Giai đoạn III: khối u di căn đến phổi

Giai đoạn IV: khối u di căn đến các bộ phận khác

Ngoài ra, còn phân các giai đoạn phụ, dựa vào yếu tố nguy cơ, như:

a: không có nguy cơ

b: có 1 nguy cơ

c: có 2 nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ được quy định như sau:

- hCG > 100.000 mIU/ml
- Thời gian từ khi sẩy đẻ đến khi phát hiện bệnh > 6 tháng

Song khác với các loại ung thư sinh dục khác, bảng phân giai đoạn của ung thư nguyên bào nuôi không giúp cho việc tiên lượng bệnh, để từ đó có thể đề ra cách điều trị thích hợp. Vì vậy Tổ chức Y tế Thế giới (1981) đã đề ra một bảng phân điểm cho ung thư nguyên bào nuôi, dựa trên cơ sở bảng điểm của Bagshaww cải tiến. (Bảng 28.2)

Bảng 28.2. Bảng điểm của Tổ chức Y tế Thế giới cho ung thư nguyên bào nuôi

Điểm / Yếu tố	0	1	2	4
Tuổi bệnh nhân	< 39 tuổi	> 39 tuổi		
Tiền sử	Chửa trứng	Sẩy thai	Đẻ thường	
Thời gian ủ bệnh	< 4 tháng	4-6 tháng	7 - 12 tháng	> 12 tháng
Lượng hCG/lít	< 10 IU/lít	10-10 IU/lít	10 - 10 IU/lít	> 10 IU/lít
Nhóm máu		O.A - A.O	B.(x) - AB.(x)	
Đường kính khối u	< 3cm	3-5cm	> 5cm	
Số di căn		1-4	4-8	> 8
Vị trí di căn	Phổi-Âm đạo	Lách - Thận	Ruột - Gan	Não
Hoá chất đã dùng		1 loại	1 loại	2 loại

Ghi chú: Nguy cơ ít = dưới 4 điểm

Nguy cơ trung bình = 4 - 7 điểm

Nguy cơ cao = trên 8 điểm

3.4.6. Xử trí

Khác với các ung thư thể đặc khác, phẫu thuật và quang tuyến liệu pháp là những cách điều trị chính, hoá chất chống ung thư chỉ là phối hợp, ung thư nguyên bào nuôi có thể điều trị khỏi đơn thuần bằng HLP, để bảo tồn khả năng sinh sản cho người bênh, nhất là khi họ chưa có con. Song để có thể điều trị đạt kết quả tốt, người ta thường dựa vào bảng điểm nêu trên để chọn cách điều trị thích hợp.

3.4.6.1. Ung thư nguyên bào nuôi không có di căn

Với nhóm này, có thể điều trị bảo tồn bằng HLP với một loại hoá chất chống ung thư đặc hiệu (methotrexat, actinomycin D hoặc cắt tử cung hoàn toàn (nếu người bệnh đã có tuổi hay đủ con).

Methotrexat (MTX) có thể dùng đường uống hay tiêm bắp với liều 0,3-0,4mg/kg thể trọng/ngày trong 5 ngày liền. Nghỉ giữa các đợt từ 7 - 10 ngày. Ngoài ra MTX có thể cho tiêm bắp với liều 50mg tiêm bắp cách nhật, ngày một lần và tiêm folinat ca 6mg, 24-30 giờ sau mỗi mũi tiêm MTX. Một đợt điều trị từ 4-6 lần tiêm.

Actinomycin D (Act.D) được tiêm hay truyền tĩnh mạch với liều 0,5 mg pha với 50 ml natri clorua 0,9%, trong 5 ngày liền.

Nghỉ giữa các đợt từ 7 - 10 ngày

Trước khi dùng hoá chất chống ung thư, cần làm các xét nghiệm sau:

Máu: hồng cầu phải > 3.000.000/ml, bạch cầu phải > 4000/ml, tiểu cầu phải > 100.000 ml mới được điều trị HLP Gan, Thận: phải có các xét nghiệm chức năng bình thường. Không có những ổ nhiễm khuẩn tiềm tàng.

Trong quá trình điều trị, nếu có dấu hiệu nghi ngờ nhiễm độc phải ngừng thuốc ngay (BC < 3000/ml, TC < 100.000/ml, loét miệng, rụng tóc nhiều, ỉa chảy, viêm da, vàng da.v.v...). Trong vài đợt điều trị đầu tiên, cần đánh giá xem có kháng thuốc hay hiệu quả kém để thay thuốc hay tăng liều. Chỉ ngừng điều trị sau khi đã khỏi bệnh (hCG âm tính, TC trở lại bình thường, nang hoàng tuyến nhỏ lại, siêu âm không còn tổn thương).

3.4.6.2. Ung thư nguyên bào nuôi có di căn

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, các ung thư nguyên bào nuôi có di căn được chia ra làm 3 loại: nguy cơ ít, nguy cơ trung bình và nguy cơ cao. Cách thức điều trị được thực hiện theo sự phân loại đó.

a. Nhóm nguy cơ ít (< 4 điểm).

Điều trị một loại hoá chất, thường dùng MTX hay Act.D. Liều dùng hàng ngày tương tự như khi dùng cho ung thư nguyên bào nuôi không di căn, song tổng liều thường cao hơn. Nếu kháng thuốc hay tác dụng kém thì cần tăng liều, thay thuốc, hay phối hợp cả hai loại thuốc trên. Chỉ ngừng điều trị khi hết các dấu hiệu lâm sàng của bệnh, không còn hình ảnh di căn, hCG âm tính. Nên cắt bỏ tử cung nếu bệnh nhân đã có con, và cắt di căn nếu có chỉ định.

b. Nhóm nguy cơ trung bình (4-7 điểm).

Thường phối hợp hai loại hoá chất (MTX + Act.D). Cách dùng tương tự như với loại trên. Cắt tử cung hoàn toàn phải được phối hợp với HLP vào thời điểm thích hợp. Các di căn sẽ được cắt bỏ nếu có chỉ định. Riêng với di căn gan và não, trước khi mổ cần tia xạ (với liều 2000r vào ổ di căn) để khối u khỏi chảy máu. Nếu kháng thuốc, phối hợp thêm một loại hoá chất nữa, như công thức MAC.

Ngày 1: MTX 1mg/kg thể trọng (t/m)

Act.D 9 mcg/kg thể trọng (t/m)

Cyclophosphamid 3mg/kg thể trọng (t/m)

Ngày 2: Calcium folinat 0,1 mg/kg thể trọng

Act.D 9 mcg/kg thể trọng (t/m)

Cyclophosphamid 3mg/kg thể trọng (t/b)

Ngày 3: như ngày 1

Ngày 4: như ngày 2

Ngày 5: như ngày 1

Ngày 6: Calcium folinat 0,1mg/kg thể trọng (t/b)

Ngày 7: MTX 1 mg/kg thể trọng (t/b)

Ngày 8: Calcium folinat 0,1 mg/kg thể trọng (t/b)

Nghỉ 14-17 ngày, sau đó lại điều trị tiếp đợt sau, cho đến khi khỏi bệnh

c. Nhóm nguy cơ cao (> 8 điểm)

Đây là những trường hợp nặng, phát hiện muộn, hoặc do điều trị ban đầu không đúng và bệnh trở thành nặng, cần điều trị nhiều loại hoá chất phối hợp. Có nhiều công thức hoá chất phối hợp đã được nêu lên song có lẽ EMA-Co là công thức có hiệu quả và ít độc hơn cả. Sau đây là công thức của EMA-Co:

Ngày 1 - Etoposide 100mg/m^2, pha với 200 ml natri clorid 0,9% nhỏ giọt tĩnh mạch trong 30 phút Act.D 0,5mg (t/m) MTX 100 mg/m^2 nhỏ giọt tĩnh mạch trong 12 giờ.

Ngày 2 Etoposide 100mg /m^2 pha vào 200 ml natri clorid 0,9 nhỏ giọt tĩnh mạch trong 30 phút Act.D 0,5mg (t/m) calcium folinat 15mg (t/b hay uống), chia làm 4 liều, cách nhau 12g, mũi đầu tiên sau liều MTX 24g.

Ngày 8 Vicristine 1,0 mg/m^2 (t/m) cyclophosphamid 600mg/m^2 pha loãng vào dung dịch natri clorid.

Nghỉ 7 ngày, sau đó điều trị đợt 2, cũng như trình tự trên.

Với phương pháp điều trị hoá chất, nhất là phối hợp nhiều loại hoá chất, cần có những biện pháp dự phòng suy tuỷ xương. Nuôi cấy tuỷ xương của người bệnh trước khi tiến hành điều trị là một biện pháp dự phòng hữu hiệu.

Với những bệnh nhân giảm BC nhiều trong khi điều trị, cần cho nằm tại một phòng vô khuẩn tuyệt đối, ngoài không khí thì tất cả các vật dụng dùng hàng ngày, thức ăn, nước uống cũng phải được tiệt khuẩn trước khi đưa vào cho buồng trứng sử dụng, để tránh cho bệnh nhân bị bội nhiễm sau khi sức đề kháng đã bị giảm nghiêm trọng.

Cắt tử cung hoàn toàn cần phải được thực hiện cho các bệnh nhân ở nhóm nguy cơ cao này. Cắt các di căn có chỉ định cắt bỏ (ở gan, thận, ruột phổi, não.v.v.) là cần thiết để bảo đảm kết quả điều trị. Với phương pháp điều trị tích cực đó, 76% bệnh nhân ở nhóm này đã được điều trị khỏi. Những trường hợp điều trị không kết quả, 40% chết do chảy máu, 30% do suy hô hấp (mất dung lượng phổi do di căn hay do nhiễm độc thuốc), 10% do suy tuỷ, 10% do các tai biến khác (nhiễm khuẩn, urê huyết cao, suy thận.v..v) 10% không rõ nguyên nhân.

Sau khi được coi là khỏi, bệnh nhân còn cần được điều trị thêm 2 - 3 đợt hóa chất nữa trước khi ra viện để tránh tái phát bệnh. Sau đó bệnh nhân được theo dõi ngoại trú tối thiểu 5 năm liền:

- 6 tháng đầu: 1 tháng 1 lần
- 6 tháng sau: 2 tháng 1 lần
- Từ năm thứ 2 - năm thứ 3: 1 quý 1 lần
- Từ năm thứ 4: 6 tháng 1 lần

Với những bệnh nhân còn tử cung, cần tránh thai trong 2 năm đầu, tốt nhất bằng bao cao su, nếu không cũng có thể dùng thuốc tránh thai. Nếu chẳng may có thai trong thời gian đó, nhất thiết phải phá thai để tránh bị tái phát do giảm miễn dịch khi có thai.

4. KẾT LUẬN

Bệnh nguyên bào nuôi là một tập hợp một số hình thái bệnh lý của nguyên bào nuôi, trong đó các ung thư nguyên bào nuôi là loại khối u thể đặc đầu tiên trên người được điều trị khỏi bằng hoá liệu pháp. Cách đây 50 năm ung thư nguyên bào nuôi còn là một cơn ác mộng cho các thày thuốc ung thư phụ khoa, thì nay đó là một niềm tự hào của họ. Song ở Việt Nam ung thư nguyên bào nuôi còn là một gánh nặng cho thầy thuốc phụ khoa vì nhiều lý do:

- Số lượng bệnh nhân hàng năm không giảm được như ở các nước giàu có trong vùng (Nhật Bản, Hàn quốc...).
- Còn nhiều bệnh nhân được phát hiện bệnh muộn hay được xử trí ban đầu chưa đúng cách
- Thể trạng bệnh nhân thường nhẹ cân, yếu, sức đề kháng kém trong khi bệnh lại ở tình trạng nặng.

Muốn đạt được kết quả điều trị tốt các KUNBN cần chú ý phát hiện các trường hợp chửa trứng, xử trí kịp thời và đúng, theo dõi tốt các trường hợp sau nạo trứng để phát hiện kịp thời các trường hợp bệnh nguyên bào nuôi tiến triển để điều trị được sớm các trường hợp có biến chứng đó, có như vậy mới có thể đạt được kết quả điều trị cao.

CÁC BỆNH TUYẾN VÚ

PGS.TS. Trần Phương Mai

1. ĐẠI CƯƠNG

Các bệnh về vú thường gặp trong phụ khoa phát hiện và khám chữa bệnh thường muộn. Nếu người phụ nữ tự phát hiện được và điều trị sớm thì kết quả tốt. Với những khối u nhỏ đường kính < 2cm có thể tự phát hiện được. Người ta phân chia 2 loại bệnh của vú: các bệnh lành tính của vú và ung thư vú.

2. GIẢI PHẪU ĐẠI THỂ

2.1. Vú

Khoảng 200 - 300 cm^3 nằm ở phía trước lồng ngực từ xương sườn 2 đến xương sườn 6, từ bờ xương ức đến đường nách trước bao gồm từ ngoài vào trong:

- Da: Phía chính giữa có 1 núm nhỏ, bao quanh núm vú có quầng thẫm màu là quầng vú, vú có hình nón bao gồm một sườn liên kết đặc, một hệ thống sợi cơ chun và cơ trơn sắp xếp theo hình xoắn ốc, có nhiều tiểu thể xúc giác và tuyến bã đậu. Trên mặt núm vú có từ 10 - 20 lỗ thông thương với các ống dẫn.
- Lớp mỡ: nằm sau lớp da, lấp đầy các hố liên sườn, liên kết tạo thành các hố mỡ Duret.
- Tổ chức liên kết: gồm 2 phần:
  + Phần bài tiết: Các túi tạo nên bởi các tế bào biểu mô khối, chế tiết, bao bọc bởi các tế bào hình sao còn gọi là cơ biểu mô rất dễ co bóp, mỗi túi có một màng đáy, một hệ thống mao mạch và nối liền với một nhánh nhỏ của ống dẫn sữa.
  + Phần dẫn sữa: Các ống dẫn sữa có các nhánh nhỏ từ các túi đổ vào một nhánh chính tạo ra ống dẫn sữa, ống dẫn sữa tận cùng bằng những lỗ nhỏ trên mặt của núm vú, xung quanh các nhánh và ống dẫn sữa cũng có cơ biểu mô và cơ trơn bao bọc. Bình thường mỗi vú có từ 10 - 20 thuỳ chia ra các tiểu thuỳ chứa đựng các túi.

2.2. Mạch máu - Thần kinh - Bạch mạch

Các động mạch nuôi dưỡng vú bao gồm:

- Các nhánh động mạch dưới da.

- Các nhánh động mạch trước tuyến.
- Các nhánh động mạch sau tuyến.

Các nhánh động mạch vú có đặc điểm là có những mạng nối chằng chịt phân chia theo từng lớp giữa động mạch vú trong và động mạch vú ngoài.

Hệ thống tĩnh mạch xuất hiện tương tự hệ thống động mạch. Khi có thai hệ thống động mạch vú nổi rõ dưới da, xung quang quầng vú tạo thành vòng tĩnh mạch Haller.

- Bạch mạch: các bạch mạch mặt ngoài của vú đổ vào các hạch hố nách, các bạch mạch phía trong của vú đổ vào hạch vú trong.
- Hạch hố nách: phần hạch quan trọng nhất gồm 5 chuỗi:
  + Chuỗi hạch của tĩnh mạch nách chạy dọc theo các huyết quản.
  + Chuỗi hạch vú ngoài, nằm trên thành ngực.
  + Chuỗi hạch vai chạy dọc theo các mạch máu của vai dưới.
  + Chuỗi trung tâm nằm trên đường của nhánh thần kinh liên sườn 2.
  + Chuỗi dưới đòn: vô cùng quan trọng trong xử trí ung thư vú.
- Thần kinh:
  + Nhóm phía trước vú: gồm các nhánh da trước của dây thần kinh liên sườn 2, 3, 4, 5.
  + Nhóm cạnh vú: của thần kinh liên sườn 4, 5.
  + Nhánh trên vú đi từ các nhánh xuống của đám rối thần kinh cổ nông.

3. CÁC BỆNH LÀNH TÍNH CỦA VÚ

Các bệnh lành tính của vú được phân chia theo các nhóm dưới đây: đau vú, u xơ tuyến vú, u nang tuyến vú, tiết dịch vú, abcès vú và rối loạn tiết sữa, u vú lành tính.

3.1. Đau vú

Thường gặp ở phụ nữ có trạng thái thần kinh không ổn định.

Có thể đau theo chu kỳ hoặc không theo chu kỳ, bệnh nhân thường có cảm giác nặng và đầy ở vú trong tuần trước khi hành kinh và mất đi sau khi thấy kinh, được coi là đau vú có chu kỳ. Đau vú không theo chu kỳ có thể kết hợp với giãn ống tuyến có thể phát hiện qua chụp vú.

3.2. Hoại tử tổ chức mỡ

Thường gặp sau chấn thương, hoặc tổn thương do sinh thiết có thể gây khối cứng và thường đi kèm với co kéo núm vú. Phải sinh thiết loại trừ ung thư vú. Điều trị phải trích lấy khối.

Điều trị đau núm vú: vì nguyên nhân không rõ và liên quan đến nội tiết nên hướng điều trị là: giảm đau và các thuốc nội tiết như: Danasol, Tamoxifen 100 mg x 2v/ngày, progesteron 10 mg (TB) từ ngày 12 của kỳ kinh.

Mỡ progestagen bôi vú từ ngày 12 - 25 kỳ kinh.

3.3. Bệnh xơ nang tuyến vú (Fibroadenosis)

Là khối u khu trú hoặc khuyếch tán, mật độ mềm, gặp ở phụ nữ trong nhóm tuổi sinh đẻ hoặc tiền mãn kinh.

- Nguyên nhân: do mất cân bằng nội tiết estrogen, progesteron, prolactin. Về tổ chức học gồm xơ hoá tuyến và quá sản biểu mô tuyến vú hình thành nang.
- Chẩn đoán: dựa vào sờ thấy các khối mềm xuất hiện vào nửa sau của kỳ kinh, gặp ở nửa ngoài vú và có thể cả hai bên vú. Chọc hút tìm tế bào ung thư, sinh thiết, chụp vú để loại trừ tổn thương ác tính.
- Điều trị:

Căn cứ vào lý thuyết thì methylxanthin kích thích giải phóng cathecholamin, nó kích thích hệ thống adeno monophosphat vòng (AMP) ở vú. Mono thấy rằng nếu kiêng hoàn toàn methylxanthin (cà phê, chè, sô cô la) thì bệnh giảm đi nhiều so với nhóm chứng.

Vitamin E 600 UI/ngày

Cơ chế tác dụng là điều chỉnh tỷ lệ estradiol/progesteron.

3.4. Bệnh nang vú (Cystic disease)

Thường gặp ở lứa tuổi 30 - 50 có liên quan đến nội tiết. Nang thường là những khối riêng rẽ di động, mật độ căng. Chọc hút dịch nang sẽ thấy có màu vàng xanh hoặc nâu. Nếu dịch hút ra là máu thì phải sinh thiết sau hút dịch. Nếu nang tái phát sau hút thì phải hút lại và nếu khối u vẫn tồn tại thì sinh thiết điều trị: chọc hút dịch nang và dùng nội tiết như Danazol.

3.5. Tiết dịch núm vú (Nipple discharge)

Tiết dịch ở vú thời kỳ không nuôi con có thể gặp những nguyên nhân sau: ung thư vú, papilloma ống tuyến, dãn hoặc xơ nang ống tuyến hoặc dùng thuốc tránh thai, tăng tiết sữa thường kết hợp với hội chứng vô kinh, vô sinh không phóng noãn thường do prolactin tăng cao.

- Khám lâm sàng cần phải lưu ý những điểm sau:
  + Dịch tiết: trong, lẫn máu, hoặc có màu khác.
  + Tiết dịch có kèm theo khối u không ?
  + Có một tia hay nhiều tia.

+ Dịch ra liên tục hay từng đợt, ra tự nhiên phải vắt.

+ Dịch tiết có liên quan với kỳ kinh không ?

+ Tiết dịch trước mãn kinh hay sau mãn kinh ?

+ Có uống thuốc tránh thai hay uống estrogen không ?

– Chẩn đoán phân biệt:

Dịch tiết ra từ một ống tuyến trong hay lẫn máu thường là do papilloma hoặc ít gặp hơn là ung thư vú, do đó phải làm tế bào để phát hiện ung thư. Nếu tiết dịch kèm theo khối u thì phải sinh thiết.

Phân biệt với đa tiết sữa do tăng prolactin của tuyến yên hoặc uống thuốc tránh thai, dịch tiết là mủ gặp trong áp xe quanh quầng vú.

- Điều trị: nếu tiết dịch không kèm theo u thì theo dõi hàng tháng, chụp vú để xác định tổn thương.

3.6. Áp xe vú

Gặp ở thời kỳ nuôi con hoặc ngoài thời kỳ nuôi con.

Vi khuẩn vào vú khi nuôn con qua nhưng khe hở đầu vú, ở giai đoạn sớm biểu hiện sưng, nóng đỏ, đau, có thể dùng kháng sinh hoặc chạy hồng ngoại, nếu khối viêm khu trú có mủ phải trích dẫn lưu.

3.7. Vú bất thường

Có thể gặp những trường hợp vú teo, kém phát triển hoặc phì đại tuyến vú. Cần phẫu thuật tạo hình.

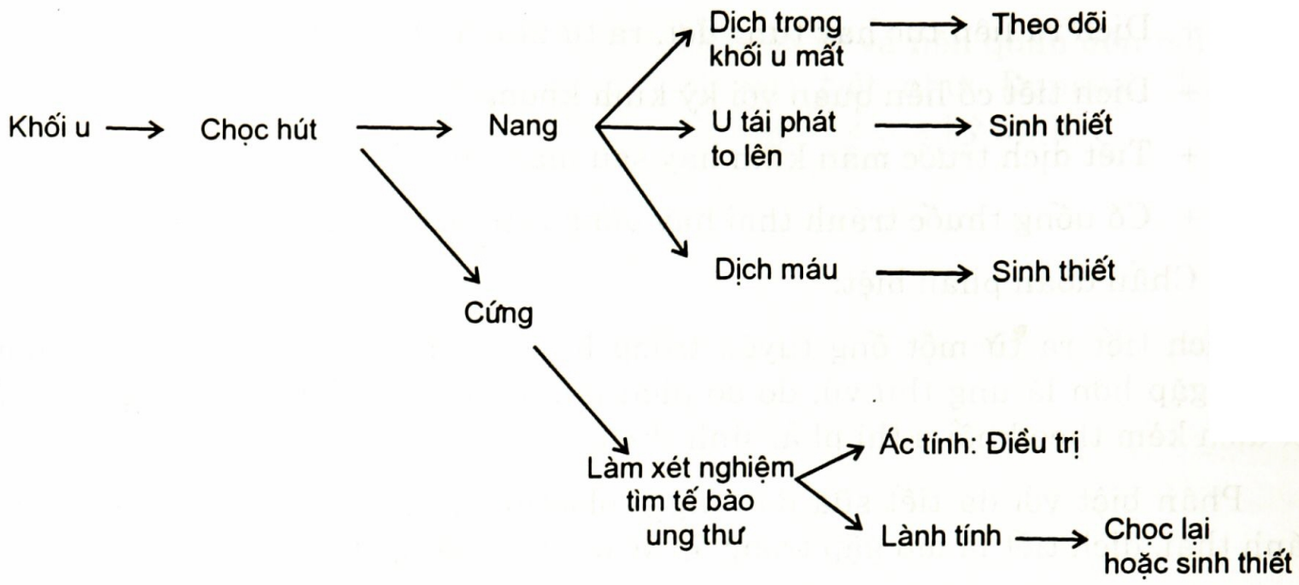
3.8. U tuyến xơ (Fibroadenoma)

Là khối u có vỏ bọc, thường gặp trong lứa tuổi sinh đẻ từ 15 - 25 tuổi. Có thể mọc lên từ một bên vú hoặc hai bên. Đặc tính của nhân là cứng, di động và có kích thước to, nhỏ khác nhau.

Bệnh sinh: có hai loại fibroadenoma quanh tiểu ống hoặc trong tiểu ống. Nếu nhân phát triển từ trong tiểu ống thì kích thước to, căng. Khi có thai nhân xơ thường to ra do ảnh hưởng nội tiết.

U phyloid: là loại u tuyến xơ với lớp đệm phát triển nhanh, dễ tái phát nếu xử trí không triệt để. U phyloid ít khi ác tính.

Điều trị: cắt bỏ khối u, nhưng vì khối u to, tránh tái phát nên cắt bỏ vú (xem hình 29.1).



Hình 29.1. Phác đồ xử trí đối với khối u lành tính

4. UNG THƯ VÚ (Breast cancer)

Ung thư vú là bệnh liên quan chặt chẽ với tuyến nội tiết, nên được gọi là bệnh phụ thuộc vào nội tiết, bệnh thường gặp thứ hai sau ung thư cổ tử cung. Theo thống kê của hội ung thư Mỹ, trong năm 1993 có 182.000 trường hợp ung thư mới và có 46.000 trường hợp chết vì ung thư vú.

Ung thư vú dễ phát hiện, nếu điều trị ở giai đoạn sớm sẽ đem lại kết quả tốt. Tuy nhiên nhiều trường hợp không dự kiến được tiên lượng.

4.1. Nguyên nhân

Có ba yếu tố chính là: rối loạn hormon nữ, ảnh hưởng tia xạ và chế độ ăn uống.

Số lần sinh đẻ cũng là yếu tố thuận lợi: chưa sinh đẻ lần nào dễ mắc bệnh hơn người đã có con, có thai lần đầu sau tuổi 35, hoặc thấy kinh trước năm 12 tuổi, mãn kinh sau 55 tuổi.

Đặc biệt ung thư vú liên quan chặt chẽ với tiền sử gia đình: nguy cơ mắc bệnh ở những phụ nữ có mẹ bị ung thư vú trước thời kỳ mãn kinh cao hơn 9 lần so với người thường. 50% trong số họ có thể bị mắc bệnh. Người ta cho rằng những gia đình này mang sự thiếu sót thuộc về gen. Chính gen này làm tăng sự cảm thụ đối với những ung thư đặc biệt. Những sự đột biến của dòng tế bào mầm p53 và tiền ung thư e2bB - 2 đã được đề cập đến trong nguyên nhân gây ung thư vú (Freboug 1991; Loffs 1992) và khoảng 20% bệnh nhân ung thư vú có yếu tố tiền K e2bB - 2 và 7 1921 hoạt động. Yếu tố gen C - Myc đóng vai trò quan trọng trong ung thư vú tiến triển (Shui 1993). Ung thư vú có tính chất gia đình là do sự rối loạn nhiễm sắc thể trội ở phụ nữ, đặc biệt là nhánh nhiễm sắc thể dài 17.

- Nếu bị ung thư vú một bên thì dễ bị ung thư vú bên đối diện.
- Ngoài ra uống estrogen trong khi có thai tăng nguy cơ ung thư vú, dùng thuốc tránh thai, ung thư niêm mạc tử cung, tăng nguy cơ ung thư vú.
- Thiếu ánh sáng mặt trời cũng là nguyên nhân đáng kể, ánh sáng mặt trời và vitamin D có khả năng ngăn cản sự phát triển tế bào ung thư vú.

4.2. Phân loại tổ chức học

Dựa vào tổ chức học và vị trí phát triển của khối u để tiêu chuẩn hoá phân loại. Thường gặp nhất là ung thư ống tuyến chiếm tỷ lệ 53%, ung thư ống tuyến hỗn hợp là 28%, ung thư nội tuỷ 6% và ung thư thuỳ là 5%. Ung thư ống tuyến tiên lượng xấu nhất. Bệnh Paget là loại được kết hợp với ung thư trong biểu mô hoặc ung thư xâm lấn.

4.3. Triệu chứng và tiến triển

Thường bệnh nhân tự sờ thấy một khối u ở vú, cứng, đường kính có thể từ 1cm - 3 cm (nếu sớm), thường khối u không đau, bờ không rõ rệt, nằm ở 1/4 trên ngoài, hay 1/4 trên trong của vú. Từ 4 - 6 tháng u có thể to gấp 2 lần và xâm lấn vào da phía trên tạo thành hình ảnh da cam ở trên mặt khối u. Lan xuống dưới vào cơ ngực làm cho toàn bộ tuyến vú kém di động. Sau một thời gian da có thể loét hoặc hoại tử 70%. Bệnh nhân có khối u ở vú không đau, 90% có khối u ở vú do bệnh nhân tự phát hiện được.

Hạch nách là hạch đầu tiên bị xâm lấn theo từng bậc thang qua cơ ngực vào các hạch như hạch Roter, rồi lan lên hạch thượng đòn và hạch vú trong có thể di căn vào hạch đối bên, di căn xa, phổi, màng phổi.

Về mặt tổ chức học 30% có di căn hạch dạng vi thể, mặc dù trên lâm sàng không sờ được hạch. Nếu phát hiện hạch nách trên lâm sàng thì 85% chính xác về mặt tổ chức học. Hạch nách dương tính tăng theo kích thước khối u ban đầu và sự xâm lấn của khối u tại chỗ. Nếu sờ thấy hạch thượng đòn sinh thiết dương tính thì thể hiện bệnh ở giai đoạn IV. Phù cánh tay cùng bên thường do hạch bị xâm lấn.

Tiến triển: rất đa dạng phụ thuộc phần lớn vào loại ung thư. Loại biểu mô ống xâm lấn tiến triển thất thường có khi to nhanh trong vài ba tuần rồi dừng lại, có khi đến 5 năm. Loại Paget ít gặp, thường xảy ra ở phụ nữ trên 40 tuổi, kéo dài khoảng 3 năm, đôi khi cả hai bên vú. Loại nội ống tiến triển chậm, hiếm kèm theo có tiết dịch ở đầu vú, hạch nách ít khi bị xâm lấn. Loại nang nhú thường xảy ra ở phụ nữ 40 - 60 tuổi. Có thể phát triển thành khối lớn nhưng ít khi dính vào cơ hay hạch nách.

4.4. Chẩn đoán

4.4.1. Về lâm sàng

Kích thước khối u, tiến triển của khối u, xem núm vú, dịch vú mức độ di động và dính, tìm hạch nách hạch thượng đòn (số lượng, độ rắn mức độ di động, độ dính).

4.4.2. Chụp vú (Mammography)

Là phương pháp chẩn đoán có giá trị ngay cả khi chưa sờ thấy khối u trên lâm sàng. Chụp vú có thể giúp ta chẩn đoán được ung thư vú trước 2 năm khi trên lâm sàng có thể phát hiện được.

- Chỉ định chụp vú: Mảng rắn ở vú nhưng không rõ nguyên nhân, vú có nhiều khối lổn nhổn, tiết dịch vú, kiểm tra vú bên đối diện khi vú bên kia bị ung thư, khi sờ thấy hạch nách và phát triển sàng lọc.
- Tiêu chuẩn để chẩn đoán là ung thư vú trên phim chụp vú:
  + Khối u trội không cân đối
  + Hình ảnh calci hoá
  + Kiểu hình sao của mật độ tổ chức
  + Sự kéo dài của những sợi tổ chức trong tổ chức mỡ dưới da
  + Dạ dày.

4.4.3. Chọc hút dịch làm tế bào

Vừa để chẩn đoán vừa để điều trị.

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ với áp lực âm lớn có thể dùng lấy tế bào từ một khối u vú đặc. Nó giúp cho ta biết được khối u lành tính hay ác tính, tăng khả năng chẩn đoán chính xác và quyết định thời gian sinh thiết.

Tỷ lệ âm tính giả trong chọc tế bào bằng khoảng 6 - 26,5%. Dương tính giả nằm trong khoảng 0,4%. Do đó nếu có sự kết hợp chặt chẽ giữa nhà lâm sàng học và tế bào học có kinh nghiệm thì đem lại kết quả tốt. Tuy vậy phương pháp chọc hút tế bào cũng có những hạn chế vì kim nhỏ dịch hút ra không đủ để đánh giá, hơn nữa những tổn thương in-situ không thể phân biệt được từ ung thư xâm lấn.

4.4.4. Sinh thiết vú (Breast biopsy)

Quyết định sinh thiết vú sau khi đã làm đầy đủ các yếu tố như khám lâm sàng, chụp vú, tế bào ung thư.

Những chỉ định sinh thiết:

- Khối u có 3 chiều và tồn tại lâu.
- Chảy máu đầu núm vú không giải thích được dù có hay không có khối u.
- Khi đã chẩn đoán ung thư vú thì sinh thiết vú bên đối diện nên làm, đặc biệt nếu nó là khối u thuỳ (lobular neoplasm) hoặc chụp vú khả nghi ở vú bên đối diện.

Kỹ thuật: gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

Đường rạch xung quanh quầng vú, rạch theo hình nan hoa.

Đường rạch của Langer ngang qua u để lấy những tổn thương không nắn nổi mà chỉ thấy trên phim chụp vú. Dùng kỹ thuật định khu trước mổ bằng kim hay tiêm chất màu để nổi rõ.

Lấy toàn bộ khối u cắt lạnh một phần nếu lành tính khâu cầm máu, nếu ác tính cắt bỏ vú.

Siêu âm vú: giúp lâm sàng khẳng định chẩn đoán u vú. Tổn thương là nang thì không cần thiết phải phẫu thuật mà chỉ cần hút dịch là đủ. Siêu âm giúp chẩn đoán phân biệt u lành hay ung thư vú.

4.4.5. Chẩn đoán phân biệt

Trước hết cần loại trừ các bệnh viêm và các u lành: viêm vú không đặc hiệu, viêm cấp hay mạn, abcès ở người cho con bú.

- U tuyến vú: có thể to lên trước khi hành kinh và nhỏ lại sau khi hết kinh
- Fibroadenoma, hoặc Papilloma nội ống.
- Chàm ở núm vú giống hệt bệnh Paget.

4.5. Sắp xếp các giai đoạn lâm sàng theo hệ thống TNM của Hội chống ung thư quốc tế

T: Khối u

Tx: Không phát hiện được u

To: Không có dấu hiệu u

Tis: Ung thư trong biểu mô (intraductal carcinoma; lobular carcinoma in-situ, Paget's disease of the nipple with no tumour)

T1: Khối u ≤ 2cm

T1a: d < 0,5cm

T1b: d > 0,5 cm < 1cm

T1c: d > 1 cm < 2cm

T2: d > 2 cm < 5cm

T3: d > 5cm - 10 cm

T4: Khối u ở bất kỳ kích thước nào với khối u phát triển tới thành ngực và da.

T4a: U tới thành ngực

T4b: Phù da, loét, nốt thâm nhiễm da chung quanh

T4c: T4a + T4b

T4d: Ung thư biểu mô viêm tấy

N: Hạch

Nx: Hạch vùng không đánh giá được

No: Không thấy hạch

N1: Hạch nách di động

N2: Hạch nách dính

N3: Di căn tới hạch thượng đòn, hạ đòn, phù nề cánh tay

M: Di căn

Mo: Di căn gần

M1: Di căn xa tới hạch thượng đòn cùng bên

Xếp theo giai đoạn:

Giai đoạn:

O: T1, No, Mo

I: T1, No, Mo

To, N1, Mo

IIa: T1, N1, Mo

IIb: T2, No, Mo

IIIa: To, N2, Mo

T1, N2, Mo

T2, N2, Mo

T3, N1, N2, Mo

IIIb: T4 bất kỳ N, Mo

Bất kỳ T, N2, Mo

IV: Bất kỳ T, bất kỳ N, M1

Các tác giả đánh giá theo giai đoạn tiến triển ký hiệu PEV (poussée evolutive).

PEVo = khối u ổn định

PEV1 = Khối u phát triển to gấp 2 lần trong 6 tháng

PEV2 = Có dấu hiệu viêm da trên vùng khối hay một phần vú

PEV3 = Dấu hiệu viêm da trên toàn bộ vú

4.6. Hình thái lâm sàng của ung thư vú

4.6.1. Bệnh carcinoma Paget

Tổn thương thường thâm nhiễm nội ống, là loại ung thư rất biệt hoá, biểu mô núm vú bị thâm nhiễm nhưng ít khi thay đổi núm vú, khối u không sờ thấy.

Triệu chứng ban đầu thường ngứa, tấy đỏ đầu vú, có thể có vết trợt hoặc loét ở da; để chẩn đoán: bấm sinh thiết.

Tỷ lệ 1% của các loại ung thư vú nhưng vô cùng quan trọng vì dễ nhầm với viêm da nên được điều trị như viêm da do vi trùng do đó dẫn đến phát hiện muộn. Khi tổn thương làm núm vú thay đổi thì tỷ lệ di căn hạch nách là 5%.

4.6.2. Ung thư vú viêm

Đây là hình thái ác tính nhất của ung thư vú. Tỷ lệ gặp là 3%.

Lâm sàng: vú đau, to, sưng đỏ, không sờ rõ khối u vì tổn thương thâm nhiễm và lan rộng.

Chẩn đoán: bấm sinh thiết thấy ung thư xâm nhiễm vào bạch mạch dưới da.

Nếu nghi ngờ ung thư thì phải cho kháng sinh khoảng 2 tuần và sinh thiết để chẩn đoán, di căn thường sớm và rộng.

4.7. Các phương pháp điều trị

Tuỳ thuộc vào giai đoạn của bệnh. Kết hợp thay đổi giữa phẫu thuật, tia xạ, hoá chất.

4.7.1. Phẫu thuật: chỉ định ở giai đoạn I và II

- *Phẫu thuật Hansted*: cắt bỏ toàn bộ vú, các cơ ngực và nạo vét hạch nách, phương pháp này hiện không được sử dụng rộng rãi vì không đem lại kết quả gì hơn so với cắt vú hoàn toàn.
- *Phương pháp Patey*: cắt toàn bộ vú cùng một phần cơ ngực lớn, nạo vét hạch nách là phương pháp được nhiều người ủng hộ.
- *Cắt vú được triệt để cải tiến*: cắt toàn bộ vú, cho đến sát cân cơ ngực lớn, vét hạch nách, đây là phương pháp hiện nay được áp dụng rộng rãi vì giữ lại cơ ngực sẽ thích hợp cho tạo hình vú sau mổ.
- *Cắt vú đơn giản:* chỉ cắt bỏ vú, không lấy hạch. Phương pháp này áp dụng cho giai đoạn I và kết hợp tia xạ sau mổ.

Kết quả tốt nhất trong điều trị ung thư vú là mổ cắt vú triển để cải tiến và kết hợp tia xạ sau mổ.

4.7.2. Liệu pháp tia xạ

Có thể tia xạ kết hợp sau phẫu thuật hoặc tia xạ trước mổ ở giai đoạn III.

Liều tia xạ trước mổ: - 3000 Rad

- Liều cao 2 - 3 ngày

Tổng liều 2000 - 3000 Rad

Sau mổ: 4500 Rad/5 tuần

4.7.3. Hoá liệu pháp

Là phương pháp hỗ trợ trong điều trị ung thư vú đem lại kết quả tốt.

Phác đồ điều trị có kết quả cao là: CMF (Cyclophophamid; Methotrexat và 5 Fluouracil). Đây là phác đồ của Bonadona 1987.

Cyclophophamid 600mg
HTN 5% 200ml } Truyền tĩnh mạch / 60 giọt / ngày đầu

5 FU: 250 mg x 2 ống (tiêm tĩnh mạch chậm / ngày 1)

MTX 15mg (TB) / ngày đầu đến ngày thứ 5

Tiêm 6 - 12 đợt trong vòng 6 - 12 tháng.

Hoặc có thể dùng công thức:

FAC: 5 FU - Adriamyxin – Cyclophophamid, cụ thể là:

5 FU: 250mg x 2 ống (TM chậm)

Adriamyxin 100mg
HTN 5% 200ml
} Truyền TM 60 giọt/ 1 phút

Cyclophophamid 600mg
HTN 5% 200 ml
} Truyền TM 60 giọt/ 1 phút

Nghỉ 4 tuần truyền đợt tiếp.

4.7.4. Hormin liệu pháp

Dựa vào sự cảm thụ của vú đối với estrogen và progesteron, những bệnh nhân có cảm thụ thì điều trị mới có kết quả.

Tamoxifen: là thuốc kháng estrogen.

Cơ chế tác dụng: ngăn căn estrogen kích thíc tế bào tăng sản bằng cách phong toả yếu tố estrogen trong tế bào ung thư vú.

4.7.5. Chỉ định điều trị theo giai đoạn

Giai đoạn I, II: mổ cắt vú triệt để + tia xạ

Nếu hạch (+) kết hợp hoá chất dự phòng.

Một số tác giả cho rằng nếu hạch (-) vẫn có thể cho một tỷ lệ kết quả xấu (15 - 20%), do đó nên dùng hoá chất củng cố.

Giai đoạn muộn: II, IV

Tia xạ + Mổ + Tia xạ

Nên dùng hoá chất trước mổ và tia xạ là cần thiết.

4.8. Tiên lượng và theo dõi

- Sau điều trị ung thư vú, bệnh nhân phải được theo dõi để phát hiện bệnh tái phát hay là ung thư thứ phát ở vú bên đối diện. Di căn thường xẩy ra trong vòng 3 năm đầu, thời gian này 3 tháng 1 lần đến khám định kỳ. Sau đó 6 tháng cho đến 5 năm.
- Tiên lượng: liên quan đến giai đoạn ung thư vú. Nếu phát hiện ở giai đoạn sớm tiên lượng tốt.
- Ngoài ra sự cảm thụ của khối u đối với progesteron và estrogen cũng đóng vai trò quan trọng. Bệnh nhân có cảm thụ estrogen ung thư di căn hạch tỷ lệ tái phát thấp hơn khối u không cảm thụ với estrogen.

Nếu bệnh nhân ung thư vú có cảm thụ estrogen và progesteron tỷ lệ sống 5 năm là 90%. Nếu có di căn hạch nách tỷ lệ giảm xuống còn 40 - 50% sống 5 năm.

U XƠ TỬ CUNG

GS. TS. Trần Thị Phương Mai

1. ĐẠI CƯƠNG

U xơ tử cung là khối u lành tính của tử cung, do tổ chức cơ trơn tạo nên, tỷ lệ gặp 20 - 30% ở phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ. Nguyên nhân gây u xơ chưa được xác định. Tỷ lệ gặp ở phụ nữ da đen cao gấp 3 - 9 lần so với ở phụ nữ da trắng. U xơ tử cung không thể phát hiện được ở tuổi trước dậy thì, chỉ phát hiện được trong lứa tuổi sinh đẻ. Khối u thường có kích thước nhỏ hơn 15cm nhưng trọng lượng có thể nặng đến hàng chục kg.

U xơ tử cung gây băng huyết, đau và có thể dẫn đến vô sinh. Thông thường nhất là gây chảy máu và đó là triệu chứng chính để chỉ định cắt tử cung.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân gây u xơ tử cung chưa được biết. Không có dấu hiệu chứng tỏ estrogen gây u xơ tử cung, song trong u xơ tử cung chứa yếu tố thụ cảm estrogen. Yếu tố này có mật độ cao ở xung quanh cổ tử cung hơn là ở niêm mạc. Số lượng thụ cảm progesteron trong u xơ tử cung là không hằng định. U xơ tử cung tăng kích thước khi điều trị với estrogen và trong khi mang thai; giảm kích thước hay biến mất ở thời kỳ mãn kinh. Giả thiết hormon tăng trưởng có liên quan tới sự phát triển của u xơ tử cung đã bị bác bỏ bởi những nghiên cứu miễn dịch phóng xạ của HGH (Human growth Hormon) ở phụ nữ mang thai, và ở bệnh nhân có uống estrogen. Nhưng người ta suy đoán rằng u xơ tử cung phát triển ở phụ nữ mang thai có liên quan tới những hoạt động đồng vận của estrogen và Human Placental Lactogene (HPL).

3. PHÂN LOẠI

3.1. U xơ dưới niêm mạc

Thường gây chảy máu, có thể có cuống dài ở trong khoang buồng tử cung, đôi khi có thể thò ra ngoài cổ tử cung.

3.2. U xơ cổ tử cung: u phát triển trong thành tử cung

3.3. U xơ dưới phúc mạc: là loại u mọc lên từ thành cổ tử cung và được phúc mạc bao phủ. Thường dễ nhầm với u nang buồng trứng.

4. CÁC BIẾN CHỨNG

4.1. Thoái hoá lành tính

Các u xơ có xu hướng phát triển vượt quá khả năng cung cấp máu nuôi dưỡng chúng nên dễ bị thoái hoá dưới nhiều dạng khác nhau.

4.2. Thoái hoá kính, thoái hoá nhầy, thoái hoá nang

Những hình thức thoái hoá này tạo nên những u xơ mềm hoặc cứng, khiến cho việc chẩn đoán bị sai lạc.

4.3. Sinh hoại tử (thoái hoá đỏ)

Xảy ra trong khi mang thai và là nguyên nhân gây đau.

4.4. Xoắn cuống

Hiện tượng này xảy ra trong trường hợp một u xơ dưới phúc mạc hay u xơ dưới niêm mạc, thường gây triệu chứng cấp tính.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Có triệu chứng khoảng 35 - 50% ở bệnh nhân u xơ tử cung. Hầu hết u xơ tử cung không gây triệu chứng, thậm chí khi khối u to nhưng không phát hiện được, đặc biệt ở bệnh nhân béo phì.

Triệu chứng của u xơ tử cung phụ thuộc vào vị trí khối u, kích thước khối u, hay trạng thái tồn tại, có hoặc không có thai.

5.1. Chảy máu tử cung bất thường

Xuất hiện khoảng 30% ở bệnh nhân u xơ, là dấu hiệu thường gặp và cũng là dấu hiệu quan trọng vì chảy máu dẫn đến thiếu máu. Chảy máu ở u xơ dưới niêm mạc thường do vỡ mạch máu cung cấp cho niêm mạc tử cung xoắn hoặc tắc nghẽn mạch máu ở xung quanh, đặc biệt hệ tĩnh mạch, hoặc loét niêm mạc bề mặt thường gặp triệu chứng là rong kinh, băng huyết hoặc ra máu giữa kỳ kinh.

5.2. Đau

U xơ tử cung ít gây đau. Chỉ đau khi có sự thoái hoá, nhiễm trùng, xoắn cuống u, hoặc tử cung co bóp để tống u xơ ra ngoài. Đau thường kết hợp với nhồi máu do xoắn hoặc hoại tử, gây bệnh cảnh lâm sàng là đau bụng cấp tính.

5.3. Chèn ép

Ít gặp, đôi khi u xơ tử cung có thể gây chèn ép làm tắc ruột, ứ nước niệu quản... Ngoài ra u xơ tử cung gây ra khí hư, chảy máu âm đạo và u xơ tử cung to có thể chèn ép vào niệu quản, bàng quang, trực tràng.

5.4. Vô sinh

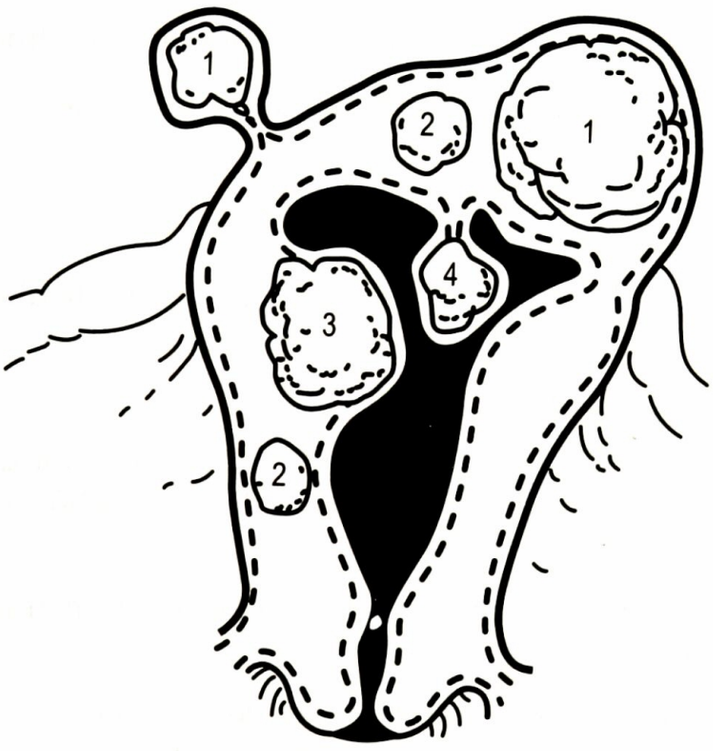
Vô sinh thứ phát thường gặp và đó là triệu chứng mà bệnh nhân phàn nàn. U xơ tử cung gây vô sinh khoảng 2 - 10%. Sự kết hợp giữa u xơ tử cung và vô sinh hay gặp ở loại u xơ dưới niêm mạc, hoặc loại u xơ gây chảy máu nhiều, hoặc cản trở sự di chuyển của tinh trùng.

5.5. Sẩy thai

Thường gặp ở người có u xơ tử cung nhiều gấp 2 lần so với phụ nữ mang thai bình thường.



Hình 30.1. Hình ảnh u xơ tử cung



Hình 30.2. Hình ảnh nhân xơ tử cung

6. KHÁM

Khám bằng tay qua đường âm đạo dễ phát hiện hoặc đôi khi sờ ở bụng dưới có thể thấy khối u, đôi khi tử cung đổ trước hoặc đổ sau có thể làm cho việc khám thực thể khó khăn đối với những khối u có kích thước nhỏ và vừa, chẩn đoán rõ khi khối u cứng. Siêu âm thường giúp chẩn đoán xác định, loại trừ có thai.

6.1. Phi lâm sàng

- Xét nghiệm máu: công thức máu giảm do mất máu.
- Siêu âm: có giá trị chẩn đoán xác định song siêu âm không thể thay thế cho khám lâm sàng kỹ lưỡng, siêu âm giúp chẩn đoán phân biệt có thai trong tử cung hay không và siêu âm đầu dò có giá trị chẩn đoán trong những trường hợp bệnh nhân béo.
- Cộng hưởng từ giúp chẩn đoán chính xác miêu tả về kích thước, số lượng, vị trí.

6.2. Chẩn đoán phân biệt

- U nang buồng trứng
- Viêm vòi trứng
- Có thai
- Lạc nội mạc tử cung
- Ung thư niêm mạc tử cung
- Dùng thuốc estrogen hoặc steroid gây chảy máu bất thường ở tử cung.

Chẩn đoán xác định đôi lúc cần phải nạo sinh thiết buồng tử cung trước khi quyết định điều trị

6.3. Biến chứng

- U xơ tử cung gây biến chứng đối với thai: bóc tách nhân xơ đã giúp cho phụ nữ có thai khoảng 40%.

Trong những tháng đầu u xơ gây sẩy thai.

Trong khi có thai ở thời kỳ 3 tháng giữa và 3 tháng cuối u xơ tử cung có thể tăng kích thước nhanh, các mạch máu bị đứt và làm cho khối u bị thoái hoá, trên lâm sàng thường thấy đau khối u mềm.

Điều trị trong trường hợp này thường cho bệnh nhân nằm nghỉ, cho thuốc giảm đau và cho giảm co.

- Trong khi đẻ, u xơ tử cung có thể gây cơn co yếu, ngôi bất thường hoặc cuộc đẻ bị đình trệ khi sổ thai gây băng huyết.
- Trong khi không có thai, u xơ gây chảy máu dẫn đến thiếu máu, đôi khi trở thành ung thư nhưng rất hiếm gặp, gây tổn thương niệu quản trong quá trình phẫu thuật.

6.4. Đề phòng

Dùng estrogen cho phụ nữ mãn kinh có u xơ phải cẩn thận, dùng liều thấp nhất, để khống chế triệu chứng.

6.5. Điều trị

Chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào tuổi, tình trạng thai nghén, sự mong muốn có thai trong tương lai, sức khoẻ, triệu chứng, kích thước và vị trí khối u.

U xơ tử cung thường không điều trị trong trường hợp không có triệu chứng hay ở phụ nữ đã mãn kinh.

6.5.1. Chỉ định điều trị nội khoa

- Trong trường hợp điều trị triệu chứng ra máu
- U có kích thước nhỏ hay vừa
- Chưa có biến chứng
- Có thể làm u không to lên, thậm chí u nhỏ đi

- Cách thức điều trị:

Progestatif 2 viên/ngày từ ngày thứ 15 của chu kỳ kinh trong 7 - 10 ngày.

Nêu ra máu giữa kỳ kinh hay vòng kinh dưới 20 ngày tăng thời gian dùng thuốc từ ngày thứ 10 đến ngày 25 của chu kỳ kinh.

Theo dõi điều trị: thăm khám lâm sàng 3 tháng 1 lần để đánh giá hiệu quả điều trị.

Ngừng điều trị: nếu ở giai đoạn tiền mãn kinh và thấy mất kinh khi điều trị thì dừng điều trị từ sau khi mất kinh từ 4 - 6 tháng

Nếu vẫn thấy hành kinh đều thì điều trị kéo dài từ 3 - 5 năm cho đến khi mãn kinh.

6.5.2. Điều trị phẫu thuật

- Chỉ định:
  - U xơ có biến chứng
  - Điều trị nội khoa thất bại
  - Tổn thương nghi ngờ cổ tử cung, kèm u xơ tử cung
  - U xơ tử cung kèm u nang buồng trứng
- Bóc tách nhân xơ: ở bệnh nhân trẻ, chưa có con cần phải bảo tồn tử cung.
- Cắt tử cung: việc cắt tử cung bán phần hay toàn phần phụ thuộc vào cổ tử cung, nên cắt tử cung toàn phần hơn là bán phần.

CHỬA TRỨNG

TS. Nguyễn Viết Tiến

1. ĐỊNH NGHĨA

Chửa trứng là do sự phát triển bất thường của các gai rau, nguyên bào nuôi phát triển quá nhanh nên tổ chức liên kết bên trong gai rau cùng với các mạch máu không phát triển theo kịp, các gai rau không còn tổ chức liên kết và không còn các mạch máu, trở thành các bọc nước.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ THUẬN LỢI

Nguyên nhân chửa trứng hiện nay vẫn chưa được biết rõ, nhưng theo thống kê thì ở các nước kém phát triển có tỉ lệ bệnh cao. Ở châu Âu 1/1.000 - 2.000 trường hợp đẻ thường, trong khi đó ở Philippine 1/200; ở Đài Loan 1/82; ở Việt Nam vào khoảng 1/500.

Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Theo Fox, Tow, Novak các yếu tố thuận lợi cho sự phát triển chửa trứng là thiếu dinh dưỡng chủ yếu là thiếu đạm; đẻ nhiều; tuổi cao. Park - Tominaga và Page - Carr đã tìm thấy có bất thường về nhiễm sắc thể ở các tế bào nuôi trong chửa trứng và ung thư nguyên bào nuôi. Đa số ý kiến cho rằng tế bào nuôi trong chửa trứng thường có 4n nhiễm sắc thể, còn ung thư nguyên bào nuôi thường có 2n nhiễm sắc thể kèm với một vài bất thường trong các đôi nhiễm sắc thể.

Người ta còn chú ý đến vấn đề miễn dịch trong chửa trứng. Ahwood - Park và Douglas đã tìm thấy trong 40% các trường hợp chửa trứng có tế bào nuôi xâm nhập vào mạch máu và hiện tượng này thường xảy ra ở thai trên 18 tuần. Nhờ sức đề kháng miễn dịch của cơ thể người mẹ mà các tế bào này không tồn tại và phát triển được. Trường hợp thai phụ không đủ sức đề kháng không sinh được kháng thể để chống lại sự phát triển của các tế bào nuôi thì chửa trứng sẽ xuất hiện.

Robinson đã ghép da của người chồng cho một phụ nữ bị ung thư nguyên bào nuôi thì thấy không có hiện tượng loại bỏ mảnh da ghép. Như vậy ở người bị ung thư nguyên bào nuôi bị suy giảm hệ thống miễn dịch hoặc suy giảm miễn dịch là yếu tố thuận lợi cho phát triển ung thư nguyên bào nuôi.

3. GIẢI PHẪU BỆNH

3.1. Đại thể

Các gai rau thoái hoá thành các túi trứng to bằng hạt đậu hay bằng quả nho, mỗi túi có một cuống nhỏ dính với nhau thành chùm, trong túi có chứa nước màu trắng trong. Thường chỉ có 1/3 - 2/3 gai rau thoái hoá, bào thai thì chết sớm và tiêu đi. Về đại thể có ba loại chửa trứng:

- Chửa trứng toàn phần: hầu hết các gai rau bị thoái hoá, biến thành các túi trứng.
- Chửa trứng bán phần: phần lớn các gai rau biến thành túi nước, còn một phần gai rau bình thường, do đó có các túi trứng và rau thai.
- Chửa trứng kèm theo thai nhi: một phần nhỏ gai rau bị thoái hoá, còn phần lớn gai rau không bị thoái hoá, vẫn đủ để nuôi dưỡng thai. Do đó trong buồng tử cung có cả thai, bánh rau và một số túi trứng.

3.2. Vi thể

Các gai rau thoái hoá thành các túi trứng, ở ngoài là các nguyên bào nuôi (trophoblast) chia làm hai lớp: ngoài là lớp hợp bào (cytotrophoblast) còn gọi là lớp tế bào Langhans.

Lớp hợp bào và lớp đơn bào có thể phát triển lành tính hoặc hỗn loạn. Vì vậy người ta chia làm hai loại:

- Chửa trứng lành tính: lớp hợp bào không bị phá vỡ, lớp đơn bào không ăn vào lớp niêm mạc tử cung.
- Chửa trứng ác tính: lớp hợp bào mỏng đi và có từng vùng bị phá vỡ, lớp đơn bào ở trong xâm lấn ra ngoài, tràn vào niêm mạc tử cung và ăn sâu vào lớp cơ tử cung, có khi ăn thủng lớp cơ tử cung gây chảy máu trong ổ bụng.

3.3. Nang hoàng tuyến

Khi chửa trứng thì lượng hCG tăng cao, kích thích hoàng thể thai nghén ở buồng trứng phát triển thành nang hoàng tuyến, nang hoàng tuyến có thể có hoặc không có, nếu có thì thường có cả hai bên buồng trứng. Nang có thể to hoặc nhỏ, trong nang có chứa nước màu vàng chanh. Sau khi nạo hoặc sẩy, nang sẽ tự mất dần nếu không có biến chứng.

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Triệu chứng cơ năng

- Ra máu: là triệu chứng quan trọng đầu tiên. Ra máu sớm vào tháng thứ hai đến tháng thứ tư, máu ra tự nhiên, máu đen hoặc đỏ, nhạt, thiếu máu mệt mỏi vẻ mặt hốc hác.
- Nghén bất thường: bệnh nhân nôn nhiều hơn các lần có thai bình thường trước.
- Dấu hiệu nhiễm độc thai nghén: phù, huyết áp cao, có protein niệu. Đôi khi có thể có vàng da, nước tiểu cũng vàng (Robert).
- Tình trạng cường giáp với tuyến giáp to, nhịp tim nhanh, da bàn tay ấm, run tay... chiếm khoảng 10% trường hợp. Thường thấy ở thể nặng khi chiều cao tử cung trên 16cm, nồng độ hCG trong nước tiểu từ 1.000.000 đơn vị quốc tế/24 giờ trở lên.

4.2. Triệu chứng thực thể

- Tử cung: mật độ tử cung mềm, không sờ thấy phần thai nhi (trừ loại có kèm theo thai nhi). Tử cung to hơn tuổi thai (trừ loại chửa trứng thoái hoá thì tử cung không to hơn tuổi thai)
- Nghe tim thai: không nghe thấy tim thai.
- Âm đạo mềm, có thể có nhân di căn ở âm đạo to bằng đầu ngón tay, màu tím dễ chảy máu. Nhân di căn thường xuất hiện ở thành trước âm đạo.
- Phần phụ có thể thấy hai nang hoàng tuyến hai bên, di động dễ.

4.3. Xét nghiệm

- Phản ứng sinh vật: lượng hCG (human chorionic gonadotropin) trong có thai thường cao nhất vào cuối tháng thứ hai đầu tháng thứ ba, nhưng dưới mức 20.000 đơn vị ếch hoặc 60.000 đơn vị thỏ; có khi còn cao hơn nữa.
- βhCG: nồng độ βhCG tăng rất cao trong chửa trứng, thường là trên 500.000 đơn vị quốc tế trong 24 giờ. Tuy nhiên chẩn đoán có thể nhầm lẫn nếu chỉ dựa vào một lần định lượng βhCG duy nhất vì những lý do sau:
  + Trong một số trường hợp thai thường ở khoảng 10 tuần tuổi thai hay một số trường hợp đa thai, lượng βhCG cũng có thể trên 500.000 đơn vị quốc tế/ 24 giờ.
  + Ngược lại, đôi khi chửa trứng cũng có thể có nồng độ βhCG trong máu không cao.
- Estrogen: trong nước tiểu estrogen dưới các dạng estrone, estradiol hay estriol đều thấp hơn so với thai thường do sự rối loạn chế tiết của rau thai và do không có sự biến đổi estradiol thành estriol xảy ra ở tuyến thượng thận của thai nhi. Sự khác biệt về nồng độ estrogen này thấy rõ khi tuổi thai trên 14 tuần.
- hPL (humal placental lactogen): hPL thường cao trong thai thường nhưng lại rất thấp trong chửa trứng, do nguyên bào nuôi trong chửa trứng không tổng hợp được hPL một cách bình thường. Nếu hPL thấp mà βhCG cao thì có thể chẩn đoán chính xác chửa trứng. Trong thai thường từ khoảng tuần 25 trở đi, nồng độ hPL trong huyết thanh vào khoảng > 10 mcg/ml.

4.4. Siêu âm

Doppler không nghe thấy tim thai.

Siêu âm không thấy hình ảnh phôi thai mà chỉ thấy lốm đốm được ví như hình ảnh tuyết rơi, hình ảnh chùm nho.

4.5. X quang

- Chụp tử cung không chuẩn bị đối với những bệnh nhân có chiều cao tử cung trên 14cm, nếu không thấy hình ảnh tim thai thì rất nghi ngờ chửa trứng.
- Chụp buồng ối sau khi bơm chất cản quang vào buồng tử cung 5 phút (loại tan trong nước) sẽ thấy hình ảnh giống tổ ong dấu hiệu tương đối chắc chắn của chửa trứng. Theo Kistener kết quả chẩn đoán đúng của phương pháp này là 100%. Hiện nay chụp buồng ối không còn được sử dụng để chẩn đoán chửa trứng do tính hiệu quả cũng như sự vô hại của chẩn đoán bằng siêu âm.

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Chẩn đoán xác định: *thường dễ ở những trường hợp điển hình*

- Ra máu dai dẳng
- Tử cung to hơn tuổi thai.
- Đôi khi khó chẩn đoán, cần phối hợp nhiều triệu chứng và nhiều xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán.

5.2. Chẩn đoán phân biệt: chửa trứng có thể nhầm với:

5.2.1. Doạ sẩy thai thường: tử cung không to hơn tuổi thai, lượng hCG dưới 20.000 đơn vị ếch.

5.2.2. Thai chết lưu: dễ nhầm trong trường hợp chửa trứng bán phần. Thai chết lưu thường tử cung nhỏ hơn tuổi thai, vú căng, có sữa non, phản ứng sinh vật âm tính.

5.2.3. U xơ tử cung: có thể có triệu chứng rong huyết, không có triệu chứng thai nghén, phản ứng sinh vật âm tính.

5.2.4. Nghén nặng trong thai thường: tử cung không to hơn tuổi thai, lượng hCG dưới 20.000 đơn vị ếch, siêu âm thấy âm vang thai; hoạt động tim thai.

5.2.5. Chửa ngoài tử cung: có tiền sử thai nghén, lượng hCG thấp, tử cung nhỏ hơn nhiều so với tuổi thai. Cần kết hợp với siêu âm để chẩn đoán. Ở những cơ sở có điều kiện có thể áp dụng soi ổ bụng để chẩn đoán sớm chửa ngoài tử cung.

6. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Chửa trứng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, thường sẩy tự nhiên gây chảy máu rất nhiều.

6.1. Tiến triển tốt: sau nạo trứng khoảng 80 -90% các trường hợp:

- Hết ra máu âm đạo
- Tử cung co hồi nhanh trong vòng 5 - 6 ngày

- Nang hoàng tuyến nếu có sẽ thu nhỏ dần rồi biến mất
- Nồng độ βhCG giảm nhanh trong tuần đầu sau nạo. Theo Kistner, 80% bệnh nhân có lượng βhCG trở về mức bình thường trong vòng 30 - 60 ngày sau khi được nạo hút trứng.

6.2. Tiến triển xấu

- Băng huyết: nếu không được điều trị, trứng sẽ sẩy tự nhiên. Khi sẩy gây băng huyết nặng và dễ sót trứng, sót rau.
- Thủng tử cung: nếu là chửa trứng ác tính ăn sâu vào lớp cơ tử cung, có thể làm thủng tử cung gây chảy máu tràn ngập ổ bụng rất nguy hiểm.
- Nhiễm khuẩn: viêm niêm mạc tử cung gây rong huyết.
- Ung thư nguyên bào nuôi: chửa trứng rất dễ biến chứng thành ung thư nguyên bào nuôi, tỷ lệ biến chứng 15 - 17%. Vì vậy chửa trứng cần được chẩn đoán sớm, theo dõi sát để phát hiện và xử trí kịp thời biến chứng ung thư nguyên bào nuôi.

7. XỬ TRÍ

7.1. Trong lúc chửa trứng

Khi đã chẩn đoán xác định là chửa trứng thì phải xử trí sớm để tránh biến chứng.

- Nếu có máy hút: hút nạo cho mọi trường hợp.
  + Trong khi nạo, tiêm truyền nhỏ giọt 500ml huyết thanh ngọt đẳng trường cùng với 5 đơn vị oxytocin.
  + Nong cổ tử cung đến số 12, thường nong dễ vì cổ tử cung mềm.
  + Dùng máy hút để hút trứng ra cho tới khi tử cung co nhỏ lại hoặc dùng kìm hình tim hướng theo chiều của tử cung gắp dần các túi trứng ra.
  + Dùng thìa to và cùn nạo lại buồng tử cung.
  + Sau 2 - 3 ngày nạo lại lần thứ hai. Sau nạo phải cho bệnh nhân kháng sinh để đề phòng nhiễm khuẩn.
- Cắt tử cung dự phòng cả khối: do tỉ lệ biến chứng thành ung thư nguyên bào nuôi cao nên với những người trên 35 tuổi và đẻ nhiều lần thì nên nạo trứng rồi cắt tử cung dự phòng, hoặc không nạo mà cắt tử cung cả khối.

  Trong lần nạo đầu tiên phải rất thận trọng, tránh làm thủng tử cung. Tổ chức hút nạo phải được gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý bao gồm các túi trứng, rau thai và thai (nếu có), tổ chức nạo sát với niêm mạc tử cung, mỗi loại để riêng trong từng lọ formalin 10%.
- Chửa trứng ác tính có nhân di căn: nguyên tắc xử trí là cắt tử cung, lấy nhân di căn (nếu vị trí di căn có thể phẫu thuật được), đồng thời điều trị bằng hoá chất chống ung thư. Chỉ trong trường hợp bệnh nhân ít tuổi, có

thai lần đầu, tha thiết muốn có con, di căn âm đạo ít, chúng ta mới đặt vấn đề nạo trứng, lấy nhân di căn và điều trị hoá chất giữ lại tử cung. Nhưng phải theo dõi sát, nếu điều trị bảo tồn không có kết quả thì phải mổ cắt tử cung đồng thời điều trị hoá chất phối hợp.

7.2. Theo dõi sau nạo trứng

- Ngay sau khi nạo trứng đã phải xét nghiệm giải phẫu bệnh lý để xem chửa trứng lành tính hay ác tính.
- Đề phòng nhiễm khuẩn bằng cách cho kháng sinh dự phòng và thuốc co hồi tử cung.
- Theo dõi lâm sàng: sau nạo trứng từ 3 đến 4 tuần, những đặc điểm về giải phẫu, sinh lý của bộ phận sinh dục trở lại bình thường. Sau thời gian đó nếu tử cung còn to, còn ra máu, nang hoàng tuyến không mất đi, thì phải nghĩ đến biến chứng thành ung thư nguyên bào nuôi. Nếu thấy xuất hiện nhân di căn thì càng chắc chắn hơn.
- Theo dõi bằng định lượng hCG: sau nạo trứng phải định lượng hCG mỗi tuần một lần cho đến khi hCG xuống âm tính. Sau khi hCG âm tính thì trong 3 tháng đầu cứ hai tuần định lượng hCG một lần. 6 tháng tiếp theo, cứ mỗi tháng định hCG một lần; nếu các kết quả trước đó đều âm tính. Trong năm tiếp theo, hai tháng định lượng hCG một lần.
- Nếu nồng độ hCG còn cao bất thường thì phải chup phổi tìm nhân di căn.
- Khuyên bệnh nhân phải sau hai năm mới có thai lại, vì nếu bệnh nhân có thai lại sớm thì khả năng bị chửa trứng cũng như nguy cơ ung thư nguyên bào nuôi rất cao, mặt khác làm khó khăn cho việc theo dõi bệnh. Phương pháp tránh thai nên dùng là túi cao su hay xuất tinh ngoài âm đạo. Không dùng thuốc tránh thai hay dụng cụ tử cung trong thời gian theo dõi sau nạo trứng.

8. PHÒNG BỆNH

Vì nguyên nhân của chửa trứng còn chưa được biết rõ nên phòng bệnh tốt nhất là nâng cao mức sống, sinh đẻ có kế hoạch, không nên có thai ở tuổi quá trẻ hay nhiều tuổi, chẩn đoán bệnh sớm để xử trí kịp thời, theo dõi sót rau; sót trứng. Sau khi nạo đề phòng biến chứng thành ung thư nguyên bào nuôi.

NHỮNG BIỆN PHÁP KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH

TS. Nguyễn Đức Hinh

1. ĐẠI CƯƠNG

Kế hoạch hoá gia đình (family planning) là nỗ lực có ý thức của các cặp vợ chồng để điều chỉnh số con và khoảng cách sinh con. Kế hoạch hoá gia đình thường bao hàm việc sử dụng các biện pháp nhằm kiểm soát cặp vợ chồng khó sinh đẻ. Vì thế người ta chia kế hoạch hoá gia đình ra làm hai hướng: kế hoạch hoá gia đình dương tính nhằm làm tăng phát triển dân số và kế hoạch hoá gia đình âm tính nhằm làm giảm phát triển dân số. Tình hình phát triển dân số của nước ta buộc phải tiến hành kế hoạch hoá gia đình âm tính tức là nhấn mạnh đến các biện pháp tránh thai. Theo tính chất tác dụng, người ta chia các biện pháp tránh thai ra hai loại: tránh thai tạm thời và tránh thai vĩnh viễn.

- Tránh thai tạm thời:
  - Cho nữ giới:
    + Màng ngăn âm đạo, mũ cổ tử cung, bao cao su nữ
    + Thuốc diệt tinh trùng, bọt đặt âm đạo
    + Vô kinh cho bú
    + Dụng cụ tử cung tránh thai
    + Thuốc nội tiết tránh thai
  - Cho nam giới:
    + Xuất tinh ra ngoài
    + Bao cao su nam
  - Cho cả nam và nữ:
    + Kiêng giao hợp định kỳ
- Tránh thai vĩnh viễn: thôi sản nữ và thôi sản nam (còn gọi là đình sản)

2. CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI TRUYỀN THỐNG

2.1. Xuất tinh ngoài âm đạo (giao hợp ngắt quãng)

Phương pháp xuất tinh ngoài âm đạo đòi hỏi sự chủ động của người nam giới trong lúc giao hợp. Dương vật được rút nhanh chóng ra khỏi âm đạo trước lúc có phóng tinh. Phương pháp này được sử dụng rất rộng rãi ở một số nước phát triển và đang phát triển.

Cơ chế tác dụng: không cho phép tinh trùng gặp được noãn, ngăn cản hiện tượng thụ tinh.

Tỷ lệ thất bại: trong năm sử dụng đầu tiên tỷ lệ thất bại khoảng 5 đến 25 thai nghén cho 100 người sử dụng phương pháp này.

- *Lợi ích:*
  + Không có ảnh hưởng dài hạn hay toàn thân
  + Phương pháp này luôn sẵn sàng, không cần chi phí, không đòi hỏi phải huấn luyện.
- *Các bất lợi:*
  + Tỷ lệ thất bại khá cao, đòi hỏi phải tuân thủ rất chặt chẽ tất cả các hành động trong lúc giao hợp. Đặc biệt đòi hỏi sự quyết tâm, dứt khoát của người nam giới, yếu tố tiên quyết cho sự thành công của phương pháp.
  + Phương pháp này hoàn toàn không phù hợp với những người bị xuất tinh sớm.

Sử dụng phương pháp xuất tinh ngoài âm đạo có hiệu quả hơn trong tránh thai so với không áp dụng một phương pháp tránh thai hiện đại nào. Hiệu quả còn được tăng cao nếu có kết hợp với phương pháp kiêng giao hợp định kỳ trong thời kỳ có khả năng thụ thai của người phụ nữ.

2.2. Kiêng giao hợp định kỳ

Là chọn thời điểm giao hợp cách xa những ngày phóng noãn, nhằm mục đích tinh trùng sống không gặp được noãn sống. Phương pháp này đôi khi được sử dụng kết hợp cùng với một số phương pháp khác như: xuất tinh ngoài âm đạo, vách ngăn... Trong trường hợp này hiệu quả tránh thai sẽ tăng lên.

- Phương pháp tính theo nhịp lịch có tỷ lệ thất bại khá cao (5 đến 40 thai nghén cho 100 phụ nữ/năm) (1981). Phương pháp này ít có hiệu quả, đôi khi gây khó khăn cho cặp vợ chồng vì phải kiêng giao hợp khá lâu. Vì thế năm 1982 IPPF (International Planned Parenthood Federation) đã kết luận rằng: phương pháp này không được xem là một phương pháp kế hoạch hoá gia đình có hiệu quả.
- Phương pháp Ogino (1928)-Knaus (1930): kiêng giao hợp từ ngày thứ 9 đến ngày thứ 19 của vòng kinh 28 ngày. Cần phải theo dõi liên tiếp hai vòng kinh trước đó để đánh giá mức độ đều của vòng kinh. Phương pháp này không có hiệu quả, không thực hiện được những người có vòng kinh không đều.
- Phương pháp ghi thân nhiệt do Ferin đề xuất năm 1947 dựa trên cơ sở phát hiện ra đường cong thân nhiệt hai thì trong chu kỳ kinh nguyệt có phóng noãn của Van de Velde (1904). Theo phương pháp này, chỉ được giao hợp sau khi tăng thân nhiệt 2 ngày, giới hạn của phương pháp này chỉ cho biết giai đoạn sau phóng noãn.

- Phương pháp chất nhầy cổ tử cung (phương pháp Billings): không giao hợp khi người phụ nữ có chất nhầy trong âm đạo (đưa hai ngón tay vào âm đạo thấy có chất nhầy ở giữa hai ngón tay) cho đến 4 ngày sau khi hết chất nhầy ẩm ướt.

Tỷ lệ thất bại: nếu sử dụng thường xuyên thất bại vào khoảng 10 đến 30 thai nghén cho 100 phụ nữ dùng trong một năm. Phương pháp tính theo nhịp lịch có tỷ lệ thất bại cao hơn một chút. Hiệu quả tránh thai còn phụ thuộc vào sự quyết tâm và sự cam kết của hai vợ chồng.

- *Lợi ích:*
  + Hiệu quả khá cao, một khi thực hiện tốt đúng theo yêu cầu, hiệu quả đạt trên 90%
  + Không tốn kém
  + Không có ảnh hưởng dài hạn hay toàn thân
  + Không đòi hỏi phải sử dụng thuốc hay dụng cụ
  + Nâng cao hiểu biết về chu kỳ sinh sản, có thể sử dụng để làm tăng khả năng thụ thai khi cần thiết.
- *Bất lợi:*
  + Đòi hỏi phải kiêng giao hợp nhiều ngày trong một chu kỳ kinh nguyệt, rất khó áp dụng trong trường hợp kinh nguyệt không đều.
  + Cần phải theo dõi chu kỳ kinh nguyệt vài tháng trước khi quyết định áp dụng phương pháp.
  + Không phù hợp với cặp vợ chồng sống xa nhau, không giao hợp thường xuyên.
  + Tỷ lệ thất bại khá cao
  + Cần phải hướng dẫn, huấn luyện để sử dụng có hiệu quả phương pháp này. Người phụ nữ có khả năng xác định được thời kỳ có khả năng sinh sản của mình.

2.3. Phương pháp tránh thai vô kinh cho bú *(LAM-lactational amenorrhea method)*

Cho con bú sữa mẹ là cách dinh dưỡng lý tưởng nhất cho con đồng thời cũng giúp người phụ nữ đẻ thưa ra. Phương pháp cho bú vô kinh chỉ có hiệu quả khi có đủ các điều kiện sau:

- Chưa có kinh nguyệt trở lại.
- Người phụ nữ phải nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn.
- Đứa trẻ dưới 6 tháng tuổi.

Nếu một trong 3 điều kiện trên không bảo đảm thì phải áp dụng ngay một phương pháp tránh thai bổ trợ khác. Một khi tuân thủ đầy đủ các yêu cầu trên, phương pháp tránh thai này đạt hiệu quả tới 98%. Đây là phương pháp tránh thai

rất đáng được khuyến khích ở các nước đang phát triển, kinh tế còn nhiều khó khăn bởi vì:

- Sữa mẹ có vai trò dinh dưỡng tốt nhất cho con
- Bú mẹ có tác dụng tránh thai hơn tất cả các phương pháp tránh thai khác cộng lại.
- Là một phương pháp tránh thai quan trọng trong 6 tháng đầu, với hiệu quả cao.

3. CÁC PHƯƠNG PHÁP TRÁNH THAI VÁCH NGĂN

3.1. Bao cao su nam *(condom) là phương pháp tránh thai áp dụng cho nam giới, ngày càng được khuyến cáo sử dụng rộng rãi nhằm mục đích tránh thai và đề phòng các bệnh có thể lây truyền qua đường tình dục. Bao cao su nam được sử dụng rất rộng rãi ở các nước phát triển. Phương pháp tránh thai hoàn toàn có hồi phục, tác dụng tránh thai chỉ có mỗi khi sử dụng bao cao su. Bao cao su nam là một phương pháp tránh thai có hiệu quả.*

Bao cao su có chiều dài thay đổi từ 16 đến 22 cm tuỳ loại, đường kính trung bình là 3,5cm, chiều dày của bao thay đổi từ 0,03 đến 0,09mm. Bao cao su hiện nay có cấu tạo bằng latex. Nhật Bản, Anh và Mỹ là 3 quốc gia sản xuất nhiều bao cao su nhất.

Bao cao su được lắp vào dương vật khi đã cương cứng, trước lúc đưa vào âm đạo. Động tác khi lắp nhẹ nhàng tránh gây rách bao. Sau khi đã phóng tinh phải rút dương vật và bao cao su ra với việc giữ cho bao cao su không tụt lại trong âm đạo. Ở những cặp vợ chồng có kinh nghiệm sử dụng và thực sự muốn sử dụng thì tỷ lệ thất bại vào khoảng 3 có thai nghén cho 100 phụ nữ sử dụng trong một năm. Tỷ lệ thất bại có thể cao hơn trong năm đầu. Nguyên nhân thất bại là do sử dụng không đều đặn hay không đúng qui cách, bao cao su đã bị hư hỏng do điều kiện bảo quản kém. Ngày nay tỷ lệ thất bại có giảm đi nhiều vì người ta đã sử dụng thêm chất diệt tinh trùng đồng thời là chất bôi trơn. Dùng bao cao su nam có tác dụng rất lớn đề phòng các bệnh có thể lây truyền qua đường tình dục (lậu, giang mai, Trichomonas, Chlamydia, Herpes và nhất là HIV). Tuy nhiên khả năng bảo vệ không phải là tuyệt đối. Người ta còn thấy rằng bao cao su có tác dụng đề phòng và cải thiện tình trạng tổn thương nghi ngờ ở cổ tử cung.

- *Lợi ích:*
  + Không có ảnh hưởng toàn thân hay dài hạn
  + Hiệu quả tránh thai cao khi sử dụng đúng cách
  + Người sử dụng dễ dàng tiếp cận (bán rộng rãi trên thị trường), có thể kiểm tra được chất lượng.
  + Là một phương pháp tốt phòng tránh các bệnh có thể lây truyền qua đường tình dục kể cả HIV/AIDS.

– *Bất lợi:*

+ Cần phải bảo quản đúng cách, ở những nơi quá nóng, ẩm, có ánh sáng mặt trời, thời gian bảo quản trên 3 năm làm giảm chất lượng bao cao su, có nguy cơ dễ bị rách khi sử dụng.
+ Chỉ dùng được một lần, sau khi giao hợp cần tìm chỗ vứt bỏ
+ Có thể ảnh hưởng đến khoái cảm trong lúc giao hợp
+ Cần phải có nguồn cung cấp đều đặn

3.2. Tránh thai trong âm đạo

Có nhiều phương pháp như màng ngăn âm đạo, bao cao su nữ, viên sủi, kem, miếng xốp, viên đặt... Cơ chế tác dụng có thể là màng ngăn cơ học, màng ngăn lý học, nhưng bao giờ cũng có kèm theo chất diệt tinh trùng được bổ sung vào. Tất cả các biện pháp này đều có tác dụng tránh thai nhất thời, dễ dàng phục hồi sau khi ngừng sử dụng.

3.2.1. Màng ngăn âm đạo và mũ cổ tử cung

Đặt ngay dưới cổ tử cung nhằm ngăn cản sự xâm nhập của tinh trùng vào cổ tử cung. Màng ngăn được làm bằng latex, có nhiều cỡ khác nhau, đường kính thay đổi từ 50 đến 90 mm. Người phụ nữ phải đi khám thầy thuốc để chọn cỡ phù hợp và được hướng dẫn cách đặt. Hai mặt của màng ngăn được bôi kem diệt tinh trùng trước mỗi lần sử dụng. Có thể đặt màng ngăn âm đạo sớm trước khi giao hợp, nhưng chỉ tháo sau giao hợp ít nhất là 6 giờ. Để màng ngăn quá lâu trong âm đạo có nguy cơ gây ra hội chứng choáng nhiễm độc. Cần phải lựa chọn cỡ màng ngăn thích hợp mới bảo đảm có kết quản tránh thai tốt. Tỷ lệ thất bại của màng ngăn âm đạo là 2,4 thai nghén cho 100 phụ nữ/năm.

3.2.2. Bao cao su nữ

Xuất hiện đầu những năm 90, do hãng Chatrtex International ở Chicago (Mỹ) sản xuất với một số tên gọi như: Reality- Femidon, Femy-Femshield... Bao cao su nữ là một bao dai, mềm, trong suốt bọc lấy âm đạo, tạo thành một màng ngăn cản tinh trùng và các vi sinh vật gây bệnh (các bệnh có thể lây truyền qua đường tình dục, kể cả HIV). Bao được làm bằng chất polyurethan, dài 17cm, dày 0,42 đến 0,53mm, đường kính ở chỗ rộng nhất là 7,8cm, có hai vòng uốn được ở hai đầu. Vòng trong ở cuối bao có thể tháo ra, dùng để đặt bao vào cho dễ và giúp cho bao bám được vào đầu trên của âm đạo. Vòng ngoài rộng hơn, mỏng hơn và nằm bên ngoài âm hộ, có tác dụng giữ chặt bao cao su để cho bao phủ lên âm hộ và ôm chặt lấy dương vật khi giao hợp. Bao cao su được bôi trơn từ trước bằng một dung dịch không tiệt trùng, nhằm mục đích để lắp bao vào dễ dàng và giao hợp thoải mái. Mỗi bao cao su chỉ nên dùng một lần. Cần phải huấn luyện cách sử dụng, rất phù hợp cho những người giao hợp không thường xuyên, ít có cơ hội gặp nhau. Qua thực tế người ta thấy rằng bao cao su nữ an toàn, ít bị thủng, bị tuột hơn so với bao cao su nam. Tỷ lệ có thai vào khoảng 4,3 trên 100 phụ nữ/năm nếu dùng đúng qui cách. Bao cao su nữ có hiệu quả cao trong phòng tránh các bệnh có thể lây truyền qua đường tình dục. Tuy nhiên giá thành còn cao.

3.2.3. Thuốc diệt tinh trùng

Là những hoá chất mà hoạt chất có thể là một trong các chất sau: clorua benzalkoium (BZK), hexyl-resorcinol, 9-nonoxynol (N9). Các thuốc có thể có nhiều dạng như: kem, bọt, giấy, viên đạn, viên sủi bọt được đặt vào âm đạo. Cơ chế tác dụng: làm bất hoạt tinh trùng và về mặt vật lý chặn không cho tinh trùng vào cổ tử cung. Thuốc còn tác dụng diệt vi khuẩn. Muốn tăng tác dụng tránh thai đối với các thuốc diệt tinh trùng, nên đặt trước khi giao hợp khoảng 10 phút, đặt sâu vào trong âm đạo, tiếp xúc với cổ tử cung. Bảo vệ tránh thai bắt đầu 10 - 15 phút sau khi đặt và thường có hiệu quả trong 1 giờ. Để có kết quả tối đa nên dùng thuốc phối hợp với một màng ngăn. Tránh tắm rửa trong vòng 6 giờ sau khi giao hợp. Người ta cũng thấy rằng các chất diệt tinh trùng có một phần tác dụng bảo vệ chống lại các bệnh có thể lây truyền qua đường tình dục. Thuốc diệt tinh trùng hầu như vô hại, dưới 2% số người sử dụng có cảm giác ngứa, bỏng rát... Trong trường hợp sử dụng đúng cách, tỷ lệ thất bại không vượt quá 5 thai nghén cho 100 phụ nữ/năm (1984).

- *Lợi ích:*
  - + Không có ảnh hưởng dài hạn hay toàn thân
  - + Thích hợp cho những cặp vợ chồng không thường xuyên giao hợp, sống xa nhau.
  - + Có thể hạn chế một số bệnh lây truyền qua đường tình dục
- *Bất lợi:*
  - + Cần có nguồn cung cấp tin cậy, giá thành tương đối đắt
  - + Tỷ lệ thất bại còn khá cao
  - + Có thể gây một số phản ứng phụ tại chỗ (ngứa, kích thích, bỏng rát...), ngoại lệ có thể gặp hội chứng choáng nhiễm độc.

4. THUỐC VIÊN TRÁNH THAI

Thuốc viên nội tiết tránh thai là một phương pháp tránh thai có hồi phục.

Tuỳ theo thành phần của viên thuốc người ta có thể chia ra các loại sau:

- Viên kết hợp: trong thành phần có estrogen và progestin
- Viên progestin: trong thành phần chỉ có progestin

4.1. Viên kết hợp tránh thai

4.1.1. Các dạng thuốc

Nếu dựa vào hàm lượng estrogen chứa trong viên thuốc, người ta có thể chia ra các loại sau:

- Viên tránh thai liều lớn: hàm lượng ethinyl-estradiol (EE) có trong mỗi viên thuốc là 50 µg. Viên estro-progestatif cổ điển chứa 50 µg ethinyl-

estradiol (EE), có dạng kết hợp hay dạng kế tiếp (viên chứa 50 µg ethinyl-estradiol đầu tiên xuất hiện năm 1964). Progestin là thành phần tránh thai chủ yếu, estrogen bổ sung nhằm tránh tác dụng gây ra máu thấm giọt của progestin.

Viên tránh thai liều nhỏ: hàm lượng ethinyl-estradiol (EE) chứa trong mỗi viên thuốc là từ 20 đến 40 µg (viên chứa 30 µg ethinyl-estradiol xuất hiện đầu tiên năm 1974). Chính vì estrogen trong viên thuốc đã gây ra các tác dụng không mong muốn, do đó người ta ngày càng cố gắng hạ thấp liều lượng estrogen trong mỗi viên thuốc.

Tên thuốc	Thành phần
Marvelon	21 viên, mỗi viên chứa: ethinylestradiol = 30 mcg và desogestrel = 150 mcg
Ideal	28 viên giả dược, mỗi viên chứa 75 mg sắt fumarat), mỗi viên chứa: ethinylestradiol = 30 mcg và levonorgestrel = 125 mcg
Microgy-non và Rigevidon	28 viên (7 viên giả dược), mỗi viên chứa: ethinylestradiol = 30mcg và levonorgestrel = 150 mcg
Loette	21 viên, mỗi viên chứa: ethinylestradiol = 20 mcg và levonorgestrel = 100 mcg
Triquilar	21 viên, gồm: 6 viên: ethinylestradiol = 30 mcg và levonorgestrel = 30 mcg 5 viên: ethinylestradiol = 40 mcg và levonorgestrel = 75 mcg 10 viên: ethinylestradiol = 30 mcg và levonorgestrel = 125 mcg

Nếu dựa vào cách phối hợp giữa hai loại nội tiết estrogen và progestin, người ta có thể chia ra các loại sau:

- Viên kết hợp: hàm lượng ethnyl-estradiol và progestatif giống nhau trong mọi viên thuốc của vỉ thuốc (Eugynon, Ovidon, Microgynon, Rigevidon, Marvelon...).
- Dạng kế tiếp: phần đầu của vỉ thuốc là các viên chỉ chứa estrogen, phần sau của vỉ thuốc là các viên chứa cả estrogen và progestatif.
- Hai pha: hàm lượng ethnyl-estradiol và progestatif thay đổi một lần trong vỉ thuốc.
- Ba pha: hàm lượng ethnyl-estradiol và progestatif thay đổi hai lần trong vỉ thuốc

4.1.2. Cơ chế tác dụng

Tác dụng tránh thai là do nhiều cơ chế phối hợp, bổ sung lẫn nhau. Tác dụng quan trọng nhất là ức chế phóng noãn do ức chế cả trục dưới đồi - tuyến yên, dẫn đến ức chế chế tiết FSH, làm mất đỉnh LH. Các hormon chứa trong viên thuốc làm thay đổi cấu trúc của nội mạc tử cung thường gây teo nội mạc do tác

dụng của progestin, không thích hợp cho trứng làm tổ. Viên thuốc tránh thai thường kèm chất nhầy cổ tử cung đặc quánh lại ngăn cản tinh trùng xâm nhập vào buồng tử cung. Vai trò nổi trội của từng cơ chế khác nhau tuỳ theo loại thuốc. Nói tóm lại viên thuốc tránh thai tác động lên ba nơi, một ở trung tâm dưới đồi - tuyến yên, hai ở nội mạc tử cung, ba là chất nhầy cổ tử cung.

4.1.3. Hiệu quả tránh thai của viên thuốc tránh thai phải nói là tuyệt vời, với điều kiện uống đều đặn, không được quên. Nói chung tỷ lệ thất bại nhỏ hơn 1 thai nghén cho 100 phụ nữ/năm, cụ thể:

+ Viên cổ điển: 0,15 đến 0,45 thai nghén cho 100 phụ nữ/năm
+ Viên liều nhỏ 0,4 đến 0,7 thai nghén cho 100 phụ nữ/năm

– *Lợi ích:*

+ Kinh nguyệt đều, giảm lượng máu kinh, giảm hiện tượng thống kinh, giảm nang buồng trứng cơ năng (giảm 270 lần) và viêm vòi trứng, giảm hội chứng trước kinh, giảm ung thư buồng trứng và nội mạc tử cung (loại viên kết hợp) (giảm 2 lần), giảm các bệnh vú lành tính (giảm 4 lần) và có thể cả ung thư vú, giảm viêm khớp dạng thấp. Người ta đã quan sát thấy tỷ lệ chửa ngoài tử cung giảm đi khi dùng viên thuốc tránh thai (giảm 90%). Không có nguy cơ tăng bệnh lý tim mạch, bệnh lý gan với điều kiện không hút thuốc lá.
+ Hiệu quả tránh thai cao, phương pháp tránh thai có hồi phục, dễ sử dụng
+ Hoàn toàn không có liên quan đến giao hợp

– *Bất lợi:*

+ Cần cung cấp đều đặc viên thuốc
+ Làm giảm lượng sữa mẹ, nên không dùng được khi đang cho con bú
+ Đôi khi gây cảm giác như nghén
+ Rối loạn điều hoà chuyển hoá đường gây tăng insulin, dung nạp đường giảm đi có xu hướng tăng đường máu. Estrogen và cả progesteron có thể là nguyên nhân.
+ Tăng triglycerid và cholesterol do tác dụng của ethinyl-estradiol lên gan. Mức độ tác dụng phụ thuộc vào nồng độ estrogen. Estrogen gây giảm LDL cholesterol (low-density lipoprotein) và gây tăng HDL cholesterol (high-density lipoprotein), hậu quả làm tăng bệnh lý tim mạch. Người ta thấy tỷ lệ cao viêm tắc tĩnh mạch sâu và huyết khối động mạch phổi ở những người dùng viên thuốc tránh thai (cao gấp 3 đến 11 lần so với người không dùng).
+ Tăng đông máu mà chưa biết chính xác cơ chế, làm tăng độ kết dính tiểu cầu, làm tăng tổng hợp một số yếu tố đông máu. Cuối cùng viên thuốc tránh thai loại này làm tăng nguy cơ bị tắc mạch huyết khối.

+ Gây ú mật, vàng da do ứ mật, làm tăng sỏi túi mật. Chống chỉ định dùng viên thuốc tránh thai khi trong tiền sử có những dấu hiệu này.

+ Riêng đối với viên thuốc tránh thai loại kế tiếp vì phần đầu không có progestatif hình như làm tăng tỷ lệ mắc ung thư nội mạc tử cung sau này. Chính vì lý do này mà không sử dụng loại viên này kéo dài trong nhiều năm.

4.1.4. Chống chỉ định dùng viên thuốc tránh thai

- Chống chỉ định tuyệt đối:
  + Tiền sử huyết khối động mạch hay tĩnh mạch
  + Bệnh lý có nguy cơ bị huyết khối: bệnh tim mạch, phải nằm lâu tại chỗ
  + Tăng huyết áp
  + Tăng lipid máu
  + Đái tháo đường lệ thuộc insulin
  + Bệnh lý gan tiến triển, tiền sử vàng da ứ mật khi có thai, tiền sử ngứa khi có thai
  + Các bệnh ung thư lệ thuộc nội tiết: ung thư nội mạc tử cung, ung thư vú
  + Nghiện thuốc lá ở người trên 35 tuổi
- Chống chỉ định tương đối:
  + Béo phì
  + Tiền sử gia đình có tăng lipid máu, đái tháo đường, tai biến mạch máu não
  + Trong khi có thai tăng cân quá mức hay bị huyết áp cao
  + Cường tuyến giáp trạng
  + U xơ tử cung
  + Đái tháo đường không lệ thuộc insulin

4.1.5. Một số tình huống khi dùng viên thuốc tránh thai

- Quên uống thuốc: nếu quên một viên vào buổi tối thì uống bù viên quên vào sáng ngày hôm sau, tối hôm sau vẫn uống như thường lệ. Nếu quên uống từ 2 viên trở lên thì tốt nhất là ngừng thuốc, vứt vỉ thuốc dở đi, đợi ra máu do tụt nội tiết rồi bắt đầu dùng vỉ thuốc mới.
- Có cần ngừng tạm thời định kỳ viên thuốc tránh thai không ? Không cần thiết nếu mọi theo dõi vẫn bình thường. Cho đến nay không có lý lẽ khoa học nào buộc phải ngừng tạm thời có định kỳ viên thuốc tránh thai. Chỉ ngừng dùng thuốc khi muốn có con, phải phẫu thuật (ngừng trước khi mổ 4 tuần) và khi có dấu hiệu bất thường (nhức đầu, đau vú, huyết áp cao...). Người ta khuyên nên ngừng thuốc trước khi có thai ít nhất là 3 tháng để nội mạc tử cung trở về bình thường, hạn chế tỷ lệ đa thai do hiệu ứng

nhảy vọt. Có thai khi đang dùng thuốc (vì quên thuốc), diễn biến của thai nghén hoàn toàn bình thường, không có chỉ định phá thai.

- Sau nạo, hút thai nên chỉ định dùng loại viên kế tiếp để giúp cho nội mạc tử cung tái tạo tốt, hạn chế dính buồng tử cung.

4.2. Viên tránh thai chỉ có progestin

Biệt dược	Hoạt chất	Hàm lượng
Exluton	Lynestrenol	0,5 mg
Microlut	Levonorgestrel	30mcg

- Các dạng thuốc:
  + Liều nhỏ, dùng liên tục
  + Liều lớn: các progestatif đơn thuần liều lớn có thể dùng để tránh thai. Chính Pincus, Chang và Rock đã đề xuất phương pháp tránh thai bằng progestatif đơn thuần, liều lớn vào năm 1954. Các progestatif như Lutenyl (nomegestrol), Surgestone (promegeston), Androcur (cyproteron), Luteran (chlormadion) dùng từ ngày thứ 5 đến ngày thứ 25 của vòng kinh cho phép tránh thai an toàn như viên estro-progestatif. Tuy nhiên sử dụng các progestatif ở dạng này nhằm mục đích điều trị là chủ yếu, tác dụng tránh thai mặc nhiên có.

Cơ chế tác dụng: làm quánh đặc chất nhầy cổ tử cung, ngăn cản tinh trùng xâm nhập lên buồng tử cung, làm teo nội mạc tử cung không thích hợp cho trứng làm tổ. Viên progestatif đơn thuần liều nhỏ có rất ít tác dụng không mong muốn. Vì thuốc ức chế không hoàn toàn trục dưới đồi-tuyến yên, vẫn có chế tiết estrogen nội sinh nên chống chỉ định trong trường hợp có bệnh vú. Khi mới dùng loại thuốc này có thể có rối loạn kinh nguyệt: kinh không đều, vô kinh, ra máu giữa kỳ kinh... Có thể sử dụng viên thuốc này khi đang cho con bú mà không có ảnh hưởng đến tiết sữa.

- Tỷ lệ thất bại:
  + Progestin liều nhỏ, dùng liên tục: 1 đến 1,6 thai nghén cho 100 phụ nữ sử dụng năm.
  + Progestin liều lớn: 0,5 thai nghén cho 100 phụ nữ sử dụng năm.
- *Lợi ích:*
  + Hiệu quả tránh thai cao, phương pháp có hồi phục, không ảnh hưởng đến khả năng sinh sản sau này.
  + Không làm giảm lượng sữa mẹ, hoàn toàn có thể dùng được trong giai đoạn đang cho con bú.
  + Phù hợp với những phụ nữ có chống chỉ định dùng estrogen (đái đường, tăng huyết áp, bệnh tim mạch...).

– *Bất lợi:*

+ Cần phải cung cấp đều đặn viên thuốc

+ Hiệu quả không cao bằng viên tránh thai kết hợp

+ Đôi khi gây chảy máu thấm giọt

Ngoài ra còn viên thuốc tránh thai khẩn cấp nên dùng cho những người giao hợp không thường xuyên. Thuật ngữ viên tránh thai khẩn cấp bao gồm một số biện pháp được người phụ nữ sử dụng trong vòng một vài giờ hay một vài ngày sau cuộc giao hợp không được bảo vệ để tránh thai. Phương pháp tránh thai khẩn cấp phổ biến nhất đã được sử dụng ở nhiều quốc gia trong vòng 20 năm qua là uống tăng liều viên thuốc tránh thai kết hợp. Cụ thể có thể dùng các loại như: Rigevidon, Ideal, Microgynon... với liều như sau:

– Uống 4 viên trong vòng 72 giờ sau cuộc giao hợp không được bảo vệ (liều khởi đầu này uống càng sớm càng tốt, nên uống trong vòng 8 giờ sau giao hợp).

– Uống 4 viên nữa sau liều thứ nhất 12 giờ đồng hồ.

Nếu là viên cổ điển chứa 50 mcg, thì dùng 2 lần cách nhau 12 giờ, mỗi lần 2 viên.

Một phương pháp khác là dùng viên Postinor chứa 750 mcg Levonorgestrel: uống 1 viên trong vòng 72 giờ sau cuộc giao hợp không được bảo vệ, uống thêm 1 viên sau liều thứ nhất 12 giờ đồng hồ.

Phương pháp tránh thai khẩn cấp ngăn ngừa hầu hết các trường hợp thụ thai nhưng không có hiệu quả hoàn toàn 100%. Nó chỉ ngăn ngừa được 3/4 số trường hợp mang thai lẽ ra phải xảy ra. Hiệu quả tránh thai của phương pháp này không cao bằng viên thuốc tránh thai thông thường. Đó là lý do mà phương pháp tránh thai khẩn cấp chỉ nên dùng cho người có giao hợp không thường xuyên.

Viên tránh thai là một phương pháp tránh thai có hiệu quả rất cao, sử dụng đơn giản. Tuy nhiên cần tôn trọng chống chỉ định và một hệ thống cung cấp thuốc thường xuyên cho khách hàng.

4.3. Thuốc tiêm tránh thai

Depo-provera (DMPA-medroxyprogesteron acetat) 150 mg tiêm bắp một mũi có tác dụng tránh thai trong 3 tháng.

Noristerat (norethisteron enantat) 200 mg tiêm bắp, ba mũi đầu tiên cách nhau 8 tuần, các mũi tiếp theo tiêm cách nhau 12 tuần hoàn toàn bảo đảm tác dụng tránh thai. Cả hai loại thuốc này đều có bản chất là progestatif, tác dụng tránh thai là nhờ làm teo nội mạc tử cung, làm quánh đặc chất nhầy cổ tử cung và ức chế phóng noãn. Tỷ lệ thất bại vào khoảng 1 thai nghén cho 100 phụ nữ năm. Tác dụng không mong muốn là gây ra máu thấm giọt hoặc gây vô kinh. Có trường hợp nội mạc tử cung bị teo dẫn đến băng kinh nhất là khi sử dụng kéo dài nhiều năm, lúc đó cần được bổ sung estrogen kịp thời để điều trị. Không nên chỉ định dùng phương pháp tránh thai này cho một người đang có bất thường về kinh nguyệt.

Norigynon gồm có 5 mg estradiol valerat và 50 mg norethisteron enanthat, tiêm một mũi có tác dụng tránh thai trong một tháng.

4.4. Mảnh ghép tránh thai

Mảnh ghép tránh thai là phương pháp tránh thai có hồi phục, được dùng phổ biến ở các nước đang phát triển, đặc biệt là ở Indonesia. Mảnh ghép gồm có 6 thanh, mỗi thanh chứa 6 mg levonorgestrel, vỏ bằng silastic. Progestatif nhả ra với tốc độ chậm. Khi mới cấy, lượng progestin được giải phóng mỗi ngày khoảng 80 µg. Sau một số năm lượng progestin giải phóng hàng ngày chỉ còn khoảng 25µg. Vì thế tác dụng tránh thai giảm dần đi theo thời gian. Progestin làm ức chế phóng noãn, làm đặc chất nhầy cổ tử cung ngăn cản tinh trùng xâm nhập lên cao và làm teo nội mạc tử cung không thuận lợi cho trứng làm tổ. Sáu thanh này được đặt vào dưới da ở mặt trước trong cánh tay, cần gây tê tại chỗ khi đặt. Thời gian tác dụng trong 5 năm.

Tỷ lệ thất bại thấp, 0,2 thai nghén cho 100 người sử dụng trong năm đầu. Hiệu quả sau này có giảm đi đôi chút đối với phụ nữ nặng trên 70kg. Nhược điểm chính của phương pháp này là kinh ít, vô kinh hay gây ra máu giữa kỳ kinh. Ngoài ra có thể gặp nhức đầu, chóng mặt, tăng cân và nang buồng trứng lành tính. Mảnh ghép dùng được cả khi đang cho con bú. Gần đây xuất hiện Implanon chỉ có một thanh dài 4cm, đường kính 2mm chứa 68 mg etonogestrel mà chất chuyển hoá có hoạt tính sinh học là desogestrel. Vỏ bằng acetat ethylen vinyl. Hiệu quả tránh thai trong thời gian 3 năm. Hàm lượng hormon giải phóng ra khỏi thanh trong thời gian đầu là 60 µg/ngày, ở cuối năm thứ 2 giảm còn 30 µg/ngày. Hiệu quả tránh thai rất cao, người ta đã theo dõi 53530 vòng kinh không xảy ra trường hợp thất bại nào.

5. DỤNG CỤ TỬ CUNG

5.1. Mở đầu

Từ những năm 1960, DCTC đã được sử dụng rộng rãi trên thế giới như một phương pháp tránh thai mà cơ chế tác dụng của nó người ta đã biết từ rất lâu.

Dụng cụ tử cung (DCTC) còn gọi là vòng tránh thai được sử dụng rộng rãi nhất ở nước ta. DCTC làm bằng chất dẻo, có chứa muối barium, vì vậy cản quang với tia X. Hiện nay để làm tăng khả năng tránh thai, người ta thêm vào DCTC đồng (năm 1969), bạc, hormon (progestatif năm 1977)...

5.2. Phân loại dụng cụ tử cung

- Phân loại theo hình dạng
  - + DCTC kín: vòng Ota, vòng Dana...
  - + DCTC hở: TCu, Multiload...
- Phân loại theo cấu trúc
  - + DCTC không có hoạt chất: thế hệ đầu tiên của DCTC, có cấu tạo bằng polyethylen (Dana, Lippes...)

+ DCTC có đồng (vòng TCu) xuất hiện vào giữa những năm 70, có nhiều dạng khác nhau. Đồng có hoạt tính sinh học, giúp cho DCTC vẫn giữ được hoạt tính trong khi kích thước nhỏ đi. Đặt DCTC này ít gây đau hơn, ít gây khó chịu hơn nhưng tỷ lệ rơi DCTC cao hơn so với loại DCTC không có hoạt chất. DCTC loại TCu 380A (đưa vào sử dụng năm 1988, đồng có tiết diện 380 mm^2) có thời gian tác dụng kéo dài 10 năm. Vòng Nova T với sợi dây kim loại là hỗn hợp của đồng và bạc có thời gian tác dụng trong 5 năm.

+ DCTC có chứa progestatif. Vòng Progestasert có hình chữ T, thân chữ T là nơi chứa progesteron, hormon này giải phóng từ từ phát huy tác dụng tránh thai. Vòng này có tác dụng trong 5 năm. DCTC loại này làm cho lượng máu kinh ít đi, đôi khi gây ra máu giữa kỳ kinh. Gần đây xuất hiện vòng Mirena chứa levonorgesttrel có tác dụng trong 5 năm.

Hiện nay chúng ta sử dụng phổ biến các loại DCTC là: TCu 380A, Multiload 375 và Multiload 250.

DCTC TCu 380A: có dây, chỉ có một cỡ, thời gian sử dụng là 10 năm, gồm có 380 mm^2 đồng được phân bố như sau: thanh dọc có 314 mm^2, tay ngang mỗi bên có 33 mm^2.

DCTC Multiload 375 có 375 mm^2 đồng, có 3 kích cỡ khác nhau, thời gian sử dụng là 5 năm.

DCTC Multiload 250 mm^2 đồng, cũng có 3 kích cỡ khác nhau, thời gian sử dụng là 3 năm.

5.3. Cơ chế tác dụng của dụng cụ tử cung

Cơ chế tác dụng của DCTC nhất là loại DCTC không có hoạt chất chưa hoàn toàn sáng tỏ. DCTC gây phản ứng viêm tại chỗ, làm thay đổi chức năng của nội mạc tử cung, dẫn đến phản ứng của lysosom lên phôi nang, có thể có hiện tượng thực bào lên tinh trùng. Thực tế lâm sàng người ta đã quan sát thấy tỷ lệ có thai tăng lên khi dùng DCTC phối hợp các thuốc chống viêm. Đây là cơ chế tác dụng tránh thai đầu tiên của DCTC. Người ta còn kể ra vai trò của DCTC làm thay đổi hoạt động nhu động của vòi trứng, trứng về buồng tử cung sớm hơn bình thường không phù hợp giai đoạn của niêm mạc tử cung chờ đón trứng làm tổ. Nhưng cũng có nhiều tác giả phản đối cơ chế này.

Đối với DCTC có hoạt chất, đồng có tác dụng gây độc cho giao tử (cụ thể là gây độc cho tinh trùng), gây biến đổi mạnh niêm mạc tử cung cản trở trứng làm tổ ở buồng tử cung, làm thay đổi thành phần chất nhầy cổ tử cung, cản trở tinh trùng xâm nhập lên buồng tử cung. DCTC chứa progestatif có ảnh hưởng đến nhu động của vòi trứng, chất nhầy cổ tử cung, thay đổi tính chất của nội mạc tử cung. Hậu quả là các yếu tố này trở lên bất lợi cho quá trình thụ tinh và làm tổ của trứng.

5.4. Đặt, tháo, thay dụng cụ tử cung

– Đặt, tháo DCTC vào lúc mới sạch kinh là thời điểm tốt nhất vì cổ tử cung hé, thao tác dễ dàng và quan trọng hơn cả là chưa có hiện tượng thụ thai.

Không nên đặt DCTC ngay sau đẻ vì tỷ lệ tụt DCTC rất cao. Người ta khuyến cáo nên đặt DCTC ít nhất là sau đẻ 8 tuần (giảm tỷ lệ tụt DCTC và giảm tỷ lệ thủng tử cung). Sau nạo thai, hút thai cũng nên đợi hành kinh trở lại một lần rồi mới đặt DCTC.

- Thay DCTC: đối với DCTC không có hoạt tính có thể để rất lâu trong tử cung. DCTC loại TCu 380A có tác dụng trong vòng 10 năm. Các loại DCTC chứa progestatif nên thay hàng năm.

5.5. Chỉ định dùng dụng cụ tử cung

Lý tưởng là dùng cho phụ nữ đã có con, bộ máy sinh dục bình thường, có nguyện vọng muốn tránh thai. Tử cung có sẹo mổ lấy thai vẫn đặt được DCTC.

5.6. Chống chỉ định

- Chống chỉ định tuyệt đối
  + Có thai
  + Nhiễm khuẩn đường sinh dục
  + Rối loạn đông máu
  + Bệnh lý tim mạch
  + Ung thư cơ quan sinh dục
- Chống chỉ định tương đối
  + Buồng tử cung bất thường (u xơ, dị dạng...)
  + Đang được điều trị bằng thuốc chống đông máu
  + Tiền sử nhiễm khuẩn đường sinh dục trên
  + Tiền sử chửa ngoài tử cung
  + Chưa có con

5.7. Biến chứng của dụng cụ tử cung

- Đau tiểu khung hay gặp do tử cung có cơn co, dùng thuốc giảm đau không đặc hiệu cho kết quả tốt. Đôi khi do DCTC quá to, tử cung co bóp có xu hướng tống DCTC ra ngoài.
- Thống kinh có thể gặp đối với DCTC bất hoạt hay có đồng vì nồng độ prostaglandin cao. Gặp trường hợp này có thể đổi loại DCTC nhiều khi có kết quả.
- Rối loạn kinh nguyệt là nhược điểm hay gặp nhất, chiếm 10 đến 15% số trường hợp buộc phải tháo DCTC trong năm đầu sau khi đặt. Điều trị bằng thuốc chống tiêu sợi huyết, thuốc bảo vệ thành mạch và thuốc kháng prostagladin. Thông thường nhất là tháo DCTC để thay bằng loại DCTC khác hay dùng biện pháp tránh thai khác.

- Tụt DCTC từ 5 đến 20% trong năm đầu sử dụng. Các yếu tố có ảnh hưởng đến tỷ lệ tụt DCTC là: tuổi, số lần đẻ, loại DCTC, kinh nghiệm của người đặt, thời điểm đặt DCTC... Hầu hết hay gặp tụt DCTC trong vòng 3 tháng đầu sau khi đặt. Có đến 20% số trường hợp tụt DCTC mà không biết.
- Thủng tử cung rất ít gặp (khoảng 1,2/1000 lần đặt). Phát hiện ngay lúc đặt thì lấy DCTC và điều trị bảo tồn tử cung.
- DCTC chui vào ổ bụng có thể là vào ổ bụng ngay lúc đặt (thủng tử cung DCTC vào ổ bụng mà không phát hiện ra) hay chui dần dần vào trong thời gian sau này. Chẩn đoán được là vì không thấy DCTC trong tử cung (siêu âm không thấy, lấy DCTC không được), chụp tử cung có bơm thuốc cản quang lấy DCTC ở ngoài tử cung. Cách xử trí là lấy DCTC đặc biệt là loại DCTC kín hay có đồng. Có thể mở bụng hay dùng nội soi để lấy DCTC trong ổ bụng.
- Nhiễm khuẩn sinh dục là một biến chứng nặng có thể gây vô sinh. Tỷ lệ mắc thay đổi tuỳ theo thống kê từ 3 đến 9%. Nguy cơ nhiễm khuẩn ở người mang DCTC cao hơn so với người dùng viên thuốc tránh thai hay những người không dùng biện pháp tránh thai. Bệnh sinh của nhiễm khuẩn là do vai trò của vi chấn thương, thay đổi viêm ở nội mạc tử cung, dây của DCTC đã phá vỡ hàng rào ngăn cách ở cổ tử cung, đôi khi còn là yếu tố dẫn truyền nhiễm khuẩn. Khởi đầu thường kín đáo (đau tiểu khung, sốt nhẹ, rong huyết, chất nhầy cổ tử cung đục, bẩn...), điều trị bằng kháng sinh phối hợp cho kết quả tốt, chưa cần phải tháo DCTC. Nếu điều trị không tốt có thể dẫn đến viêm vòi trứng, áp xe buồng trứng, viêm phúc mạc tiểu khung.
- Có thai cùng với DCTC gặp với tỷ lệ từ 0,5 đến 5 phụ nữ cho 100 người sử dụng trong 1 năm. Tỷ lệ sẩy thai với nguy cơ bị nhiễm khuẩn là rất cao. Không bắt buộc phải tháo DCTC trong trường hợp muốn giữ thai. Cuộc chuyển dạ không có gì đặc biệt.
- DCTC và chửa ngoài tử cung: người mang DCTC có nguy cơ bị chửa ngoài tử cung cao gấp 4 đến 5 lần so với người không mang DCTC. Điều đó cho thấy DCTC có tác dụng không cho thai làm tổ trong buồng tử cung nhưng không ngăn được thai làm tổ ở ngoài buồng tử cung. Tuy nhiên không có một nghiên cứu nào thật chắc chắn khẳng định DCTC gây ra chửa ngoài tử cung.

5.8. Có thai lại sau tháo DCTC

Một khi muốn có thai thì tháo DCTC. Nói chung thủ thuật tháo DCTC rất đơn giản. Tỷ lệ có thai lại sau khi tháo DCTC:

30% sau 1 tháng

50% sau 3 tháng

70% sau 1 năm

90% sau 2 năm

10% bị vô sinh thứ phát có thể do nhiễm khuẩn vòi tử cung.

5.9. Hiệu quả tránh thai

Đối với loại DCTC không có hoạt chất, hiệu quả tránh thai đạt 95 - 96% phụ nữ/ năm (chỉ số Pearl). Hiệu quả tránh thai còn cao hơn nữa khi sử dụng DCTC có hoạt chất (kim loại hay nội tiết) đạt tới 99% phụ nữ/năm. Ở nước ta hiện nay, DCTC là phương pháp tránh thai được sử dụng phổ biến nhất, hiệu quả tránh thai cao, ý nghĩa lớn về kinh tế.

6. TRIỆT SẢN NAM, TRIỆT SẢN NỮ

Phương pháp tránh thai bằng phẫu thuật có thể áp dụng cho nữ giới hoặc cho nam giới. Cho đến hiện nay nói chung triệt sản vẫn được coi là phương pháp tránh thai vĩnh viễn, khó hồi phục. Cần phải nắm vững vấn đề này và tiến hành tư vấn đầy đủ cho cặp vợ chồng khi có yêu cầu triệt sản. Họ biết chắc chắn rằng không thể có khả năng sinh đẻ sau khi đã triệt sản, nếu không có sự can thiệp nối lại vòi tử cung bằng vi phẫu (tỷ lệ thành công từ 40 đến 85% có thai lại).

6.1. Triệt sản nữ

Nguyên tắc của triệt sản nữ là làm gián đoạn hai vòi tử cung dẫn đến noãn không gặp được tinh trùng, hiện tượng thụ tinh không xảy ra.

6.1.1. Thời điểm triệt sản

- Trong lúc mổ lấy thai, thôi sản tự nguyện hay triệt sản vì lý do y học (bệnh mạn tính nặng, thương tổn đường sinh dục...).
- Sau đẻ đường âm đạo, đáy tử cung còn ở cao gần rốn, kỹ thuật triệt sản dễ dàng, không làm kéo dài thời gian nằm viện. Nên tiến hành triệt sản trong vòng 72 giờ sau khi đẻ nhằm hạn chế nhiễm khuẩn ngược dòng ở vòi trứng. Triệt sản sau đẻ có một số hạn chế như: có thể bị chảy máu sau đẻ, tình trạng sức khoẻ của đứa trẻ chưa thật chắc chắn...
- Triệt sản sau nạo thai, hút thai. Chỉ nên tiến hành triệt sản khi bảo đảm chắc chắn không có sót thai, sót rau.
- Triệt sản trong một vòng kinh bình thường, tốt nhất nên tiến hành thủ thuật ở nửa đầu của vòng kinh, nhằm bảo đảm khách hàng chưa có thai.

6.1.2. Đường thực hiện triệt sản

- Mở bụng thông thường (triệt sản trong khi tiến hành mổ lấy thai, mổ chửa ngoài tử cung, mổ khối u buồng trứng...).
- Mở bụng nhỏ (minilap) được áp dụng trong trường hợp chỉ làm triệt sản hai vòi tử cung, đường rạch bụng dài khoảng 3 hay 4 cm. Phương pháp này hay được thực hiện khi người ta tiến hành chiến dịch triệt sản cho một số đông khách hàng ở một địa điểm tại chỗ nào đó.

- Đường âm đạo: đi qua cùng đồ sau của âm đạo để tới hai vòi tử cung. Không có nhiều phẫu thuật viên quen với phương pháp này. Không khuyến cáo thực hiện phương pháp này khi triệt sản cho số đông khách hàng.
- Qua nội soi ổ bụng: nhược điểm của phương pháp là cần có trang bị dàn máy nội soi, kíp phẫu thuật viên được huấn luyện thành thạo với phẫu thuật nội soi. Phương pháp này cũng không thể thực hiện cho số đông khách hàng trong một chiến dịch được.
- Qua soi buồng tử cung, có nhiều cách thức triệt sản như bơm silastic vào hai vòi tử cung gây tắc vòi, đặt dụng cụ vào vòi tử cung (J. Hamou), dùng laser YAG phá huỷ phần kẽ vòi tử cung (phương pháp này có tỷ lệ thất bại khá cao, khoảng 10 đến 30%).

6.1.3. Các kỹ thuật triệt sản hai vòi tử cung

Các kỹ thuật thắt, cắt hai vòi tử cung thường được làm ở đoạn eo của vòi trứng, cách sừng tử cung khoảng độ 3 cm, ở khoảng vô mạch của mạc treo vòi trứng.

- Phương pháp Irving: tỷ lệ thất bại là thấp nhất, tuy nhiên kỹ thuật phức tạp hơn, tai biến chảy máu cũng nhiều hơn. Tiến hành cắt một đoạn vòi tử cung, đầu gần của sừng tử cung được vùi vào lớp cơ tử cung ở mặt sau, đầu xa được vùi vào giữa hai lá của mạc treo vòi tử cung.
- Phương pháp Pomeroy đơn giản, được áp dụng phổ biến nhất. Nhấc một đoạn eo vòi tử cung lên, buộc lại với nhau và cắt phần vòi tử cung vừa mới nhất lên. Sau khi cắt xong, hai đầu vòi tử cung còn lại nằm cạnh như khẩu súng hai nòng. Một điểm hết sức quan trọng là dùng chỉ tiêu (catgut) để buộc vòi trứng. Sau này khi chỉ tiêu đi, hai đầu của vòi trứng nằm cách xa nhau.
- Phương pháp Parkland khắc phục hai đầu vòi tử cung nằm sát cạnh nhau, có thể bị dính lại như trong phương pháp Pomeroy. Dùng chỉ tiêu catgut buộc hai nơi trên vòi tử cung, cách nhau độ 2 cm, sau đó dùng kéo cắt bỏ đoạn vòi tử cung ở giữa hai nút buộc. Cầm máu bờ mạc treo vòi tử cung nếu cần. Tỷ lệ thất bại vào khoảng 1/400 trường hợp thôi sản.
- Phương pháp Madlener: kỹ thuật tiến hành tương tự như phương pháp Pomeroy. Điểm khác là trước khi buộc chỉ dùng kìm cặp nát vòi trứng nơi định buộc. Người ta không khuyến cáo sử dụng phương pháp này, tỷ lệ thất bại có thể lên tới 7%.
- Phương pháp Kroener là phương pháp cắt toàn bộ các tua loa vòi tử cung, do Kroener đề xuất năm 1969. Dùng chỉ lanh buộc hai lần ở gần tua loa vòi rồi cắt bỏ toàn bộ loa vòi tử cung. Tỷ lệ thất bại khá cao, Taylor (1972) thấy 6 người có thai trong 200 phụ nữ, Metz (1977) thấy 7 thất bại trong 388 phụ nữ được thực hiện phương pháp thôi sản này (và khó hồi phục với việc đã cắt bỏ hết loa nên tạo hình loa ít kết quả khi cần).
- Triệt sản qua soi ổ bụng bằng cách dùng vòng Yoon bằng silicon (1973), kẹp Bleier (1977), kẹp Hulka-Clemens (Hulka-1973), kẹp Filshie hoặc đốt

cắt vòi tử cung bằng nhiệt (120°C đến 140°C trong 20 giây), dao điện lưỡng cực hay đơn cực (nên dùng dao điện lưỡng cực có nhiều ưu điểm hơn so với dao điện đơn cực). Ưu điểm lớn của các phương pháp dùng kẹp là khả năng phục lại độ thông vòi tử cung khá dễ dàng và cho kết quả cao.

6.1.4. Tỷ lệ thất bại của một số phương pháp triệt sản qua nội soi

Đốt bằng dao đơn cực	3,5/1000
Đốt bằng dao lưỡng cực	1,1/1000
Đốt nhiệt	0,21/1000
Vòng Yoon	1 - 16/1000
Kẹp Hulka	< 5/1000
Kẹp Filshie	0,9 - 4,9/1000

Mặc dù trong những năm gần đây có thể tiến hành nối lại vòi tử cung sau triệt sản bằng vi phẫu thuật, nhưng luôn luôn phải coi rằng triệt sản nữ có lúc coi là phương pháp tránh thai vĩnh viễn; tránh thai có hồi phục. Khi có nhu cầu nối lại vòi tử cung. Cần chú ý tư vấn để khách hành hiểu được vấn đề này trước khi quyết định sử dụng dịch vụ này. Kết quả nối lại vòi tử cung phụ thuộc vào mức độ vòi tử cung đã bị phá huỷ, nói chung tỷ lệ thành công khoảng độ 50% đến 85% số trường hợp được nối lại vòi tử cung.

- Có nối thành công tới 80% ở một số nước phát triển
- Đặc biệt là kỹ thuật triệt sản đúng Pomeroy, kẹp kim loại ở đoạn bóng vòi thì tỷ lệ thành công rất cao.

6.2. Triệt sản nam

Nguyên tắc của triệt sản nam là cắt hai ống dẫn tinh là đường dẫn tinh trùng từ túi tinh đến ống phóng tinh. sau khi thắt ống dẫn tinh, khi có xuất tinh thì tinh dịch không còn chứa tinh trùng ở trong đó.

Triệt sản nam bằng cách thắt hai ống dẫn tinh. Phương pháp phổ biến hiện nay là phương pháp không dùng dao mổ do tác giả Li Shun-Quiang ở Trung Quốc đề xuất (1974). Thủ thuật nhanh chóng, người bệnh có thể về nhà ngay. So với triệt sản nữ, triệt sản nam ít nguy hiểm hơn, ít tai biến hơn, giá thành rẻ hơn. Chi phí cho triệt sản nam chỉ bằng 1/4 so với chi phí cho triệt sản nữ. Nhược điểm của triệt sản nam là tác dụng của triệt sản không xuất hiện ngay. Sau thủ thuật thắt ống dẫn tinh phải chờ 12 tuần hoặc phải xuất tinh 15 đến 20 lần cho tinh trùng ở phần cuối của ống dẫn tinh thoát ra hết mới có tác dụng tránh thai. Vì thế trong khoảng thời gian này phải dùng một biện pháp tạm thời khác, (tốt nhất là bao cao su).

Tỷ lệ thất bại của triệt sản nam vào khoảng 1% (1975). Khả năng nối lại ống dẫn tinh cho kết quả vào khoảng (50%. Ba yếu tố có ảnh hưởng đến khả năng

phục hồi sinh đẻ: kỹ thuật vi phẫu nối lại ống dẫn tinh, khoảng thời gian ống dẫn tinh bị thắt (thắt gây tắc ống dẫn tinh sẽ làm xuất hiện kháng thể kháng tinh trùng trong máu có ảnh hưởng đến quá trình sinh tinh), có hay không có u hạt tinh trùng. Còn một khả năng khác đó là tiến hành bảo quản đông lạnh tinh dịch ở nhiệt độ -196^{o} trong ngân hàng tinh trùng trước khi thực hiện thắt ống dẫn tinh, dự phòng khả năng phải sử dụng đến sau này. Tuy nhiên giải pháp này có giá thành cao, khả năng và phương tiện lại giới hạn, kết quả không chắc chắn. Ngày nay ở một số nơi, phương pháp bảo quan tinh trùng đông lạnh được áp dụng có hệ thống trước khi tiến hành thắt ống dẫn tinh, điều trị hoá chất, tia xạ vùng bìu...

6.3. Ưu nhược điểm của triệt sản

6.3.1. Ưu điểm

- Một phương pháp tránh thai có hiệu quả rất cao, khách hàng an tâm, không còn phải băn khoăn gì về việc sử dụng biện pháp tránh thai.
- Hiệu quả kinh tế của phương pháp này rất cao, một phương pháp tránh thai "không hồi phục", một phương pháp tránh thai vĩnh viễn.
- Không có nguy cơ gây ra các tác dụng phụ, không mong muốn.
- Hoàn toàn không có ảnh hưởng đến giao hợp, không ảnh hưởng đến ham muốn tình dục, khoái cảm. Thậm chí còn làm tăng nhu cầu tình dục vì không còn phải lo lắng bị có thai ngoài ý muốn.

6.3.2. Nhược điểm

- Là một can thiệp phẫu thuật dù là không lớn, cho nên có nguy cơ của phẫu thuật: nhiễm khuẩn, nguy cơ gây mê và giảm đau...
- Cần phải có một kíp cán bộ y tế được huấn luyện chu đáo, cần phải có trang thiết bị nhất định.
- Luôn được coi như một phương pháp tránh thai ít khả năng hồi phục nhất là nam. (Vì chủ yếu các kỹ thuật triệt sản giành cho những cặp vợ chồng đó có đủ số con khoẻ mạnh theo kế hoạch và nhu cầu là tình nguyện triệt sản).

Ngày nay triệt sản nữ là một phương pháp ngừng đẻ chắc chắn nếu làm đúng kỹ thuật chuẩn và lại là phương pháp có hồi phục, nghĩa là sẽ được nối lại với tử cung khi có nhu cầu hợp lý cho những phụ nữ còn ở tuổi sinh đẻ - đó là kỹ thuật vi phẫu nối lại 2 vòi tử cung, tỷ lệ thành công là rất cao từ 40% đến 85% trong các trường hợp được nối lại. (Có con trở lại).

Tỷ lệ hồi phục, nối lại ống dẫn tinh có kết quả hạn chế hơn; tuy nhiên (cũng chỉ nối lại khi có tai nạn rủi ro về con cái; dị dạng, tử vong v.v.... hoặc những thay đổi về hôn nhân của mỗi cá thể).

UNG THƯ THÂN TỬ CUNG

PGS. Đinh Thế Mỹ

Ung thư thân tử cung bao gồm các ung thư của nội mạc tử cung (carcinoma) và các ung thư của các mô liên kết và cơ tử cung (sarcoma)

1. UNG THƯ NIÊM MẠC TỬ CUNG

Ung thư niêm mạc tử cung (NMTC) là loại hay gặp và tỷ lệ mắc bệnh tăng dần lên qua các năm. Ở những nước có tỷ lệ mắc bệnh thấp, từ 10,2 - 17,9/100.000 nữ và nước có tỷ lệ mắc bệnh cao từ 24,5 - 40,3/100.000 nữ. Ở các nước phát triển, tỷ lệ ung thư thân trên ung thư cổ tử cung tăng dần: 1/10 lên 1/3. Nguyên nhân của sự thay đổi này là: ung thư cổ tử cung được phát hiện và xử trí sớm nên ít đi, ung thư niêm mạc tử cung tăng vì tuổi thọ người dân tăng, sự phát hiện bệnh tốt hơn và liệu pháp estrogen sau mãn kinh để thay thế estrogen tự nhiên của buồng trứng đã được sử dụng rộng rãi hơn. Ung thư niêm mạc tử cung thường gặp 70% sau mãn kinh, 25% tiền mãn kinh và 5% trong lứa tuổi sinh đẻ.

1.1. Dịch tễ học

Niêm mạc tử cung là một mô chịu ảnh hưởng nội tiết tố buồng trứng (estrogen và progesteron). Sự phát triển của tế bào niêm mạc tử cung cũng như các tuyến của nó ở lớp đệm do estrogen được cân bằng lại một cách có chu kỳ bởi progesteron. Khi không có sự cân bằng đó, niêm mạc tử cung sẽ bị quá sản và đó là một nguy cơ của ung thư niêm mạc tử cung, biểu hiện bởi tăng số lượng tuyến và tế bào bất thường (song chỉ 1/3 số đó có thể thành ung thư).

Những nguy cơ gây bệnh là: sử dụng estrogen kéo dài không kèm progestin, có các u nội tiết của buồng trứng, ít hay không đẻ, vô sinh do không rụng trứng, có kinh sớm, mãn kinh muộn. Những người béo bệu, đái tháo đường, huyết áp cao, phụ nữ ở những nước có điều kiện sinh hoạt vật chất cao cũng dễ bị ung thư niêm mạc tử cung hơn.

Sử dụng Tamoxifen lâu dài để điều trị ung thư vú đã làm xuất hiện một số ung thư niêm mạc tử cung ở các bệnh nhân đó.

1.2. Diễn biến bệnh lý

Là loại ung thư ở tuổi mãn kinh. Tuổi mắc bệnh trung bình là 60 tuổi. Phụ nữ có ung thư với nguy cơ cao (ung thư tuyến, biệt hoá độ 3 - ung thư túi tuyến thanh dịch, ung thư tế bào sáng) thường gặp ở lứa tuổi cao hơn.

Tổn thương ban đầu bao giờ cũng ở phần tuyến ở buồng tử cung, và thường tạo thành các dạng polyp làm kích thước tử cung to lên. Khối u thường dễ nát và hoại tử ở nông. Dấu hiệu ban đầu của bệnh thường là chảy máu sau mãn kinh.

Sau khi lan toả khắp buồng tử cung, u sẽ lan xuống đoạn dưới tử cung và cổ tử cung, đồng thời lan xuống lớp cơ. Vì lớp cơ có nhiều bạch mạch nên sẽ lan tới các hạch cạnh động mạch chủ và vùng thượng vị, tới đây chằng rộng và các hạch ở tiểu khung. Một số theo bạch mạch của dây chằng tròn tới hạch bẹn nông. Tế bào ung thư cũng tới lớp phúc mạc thành bao phủ tử cung và lan tới bàng quang, ruột, phần phụ cũng như tạo các nhân ung thư trong ổ phúc mạc (cũng có thể qua loa vòi tới ổ phúc mạc). Nó có thể di căn xa đến phổi, gan, xương và não.

1.3. Chẩn đoán và đánh giá trước điều trị

Cần phải nghĩ tới ung thư niêm mạc tử cung với người mãn kinh ra máu, tiền mãn kinh có ra máu nhiều và kéo dài, và trong tuổi sinh đẻ bị ra máu bất thường và có rối loạn về rụng trứng. Lúc đó cần nạo sinh thiết để xác định bệnh. Với những người không ra máu, thường dùng tế bào học để chẩn đoán; song phương pháp này chỉ đạt kết quả 50% các trường hợp phát hiện ung thư niêm mạc tử cung.

Vì ung thư niêm mạc tử cung là loại cần phân giai đoạn và điều trị bằng phẫu thuật, nên sự đánh giá trước mổ chỉ là phát hiện ung thư. Ở giai đoạn muộn, cần xác định các nguy cơ khi mổ. Nếu u còn khu trú ở tử cung, cần làm các xét nghiệm thường quy về máu, chức năng gan thận, X quang phổi, điện tâm đồ. Nếu u thuộc loại nguy cơ cao, cần định lượng CA. 125 để dự phòng có khối u ở buồng trứng và sử dụng như là một chất đánh dấu. Khi cần có thể làm thêm siêu âm, chụp cắt lớp vi tính trong quá trình thăm dò. Nếu bệnh được phát hiện muộn sợ dễ có tai biến khi mổ do sự lan toả của bệnh. Một số bệnh nhân già, béo bệu, đái đường, cao huyết áp, cần có thăm khám về nội khoa và các xét nghiệm bổ sung.

1.3.1. Các yếu tố nguy cơ

Về phương diện mô bệnh học, người ta đánh giá các yếu tố nguy cơ của khối u từ hai phía: từ tử cung và ngoài tử cung.

Các yếu tố tiên lượng chính về ung thư niêm mạc tử cung phối hợp với tử cung là: độ ác tính, loại tế bào, mức độ ăn sâu vào cơ tử cung, mức độ lan toả xuống cổ tử cung. Các yếu tố ít quan trọng hơn trong lượng giá là: lan toả diện rộng, lan vào bạch mạch và vận mạch của khối u. Khi ung thư lan khỏi tử cung là tiên lượng xấu. Các yếu tố nguy cơ chính khi đó là: di căn vào phần phụ, lan vào hạch tiểu khung hay cạnh động mạch chủ, có tế bào ác tính trong dịch ở ổ phúc mạc, di căn vào ổ phúc mạc và di căn xa.

Theo số liệu nghiên cứu trên 1000 ca ung thư niêm mạc tử cung của nhóm nghiên cứu ung thư sinh dục của Mỹ cho thấy nguy cơ tái phát bệnh gặp nhiều ở nhóm có di căn hạch tiểu khung và cạnh động mạch chủ, di căn lớn trong ổ phúc mạc hoặc có lan vào hệ bạch mạch. Dựa vào đó FIGO đã sửa đổi bảng phân giai đoạn ung thư niêm mạc tử cung (năm 1988).

Các nghiên cứu về sinh học phân tử gần đây gợi ý có yếu tố tiên lượng đối với: lượng ADN bất thường, pha S ngắn đi, u có gen ức chế đối với gen kìm hãm ung thư phát triển (của vật chủ), đánh giá hình thái học của nhân tế bào ung thư v.v...

Ngoài ra còn có yếu tố gia đình đã được Lynch và cộng sự nêu lên. Một số bệnh nhân có ung thư các bộ phận khác như vú, đại tràng, buồng trứng cũng có nguy cơ bị ung thư niêm mạc tử cung cao hơn. Đôi khi khoảng cách giữa 2 loại ung thư đó được phát hiện khá dài (10 năm).

1.3.2. Phân giai đoạn

Trước năm 1988, kích thước buồng tử cung được FIGO sử dụng để phân giai đoạn lâm sàng của ung thư niêm mạc tử cung (bảng phân loại của FIGO 1971). Sau đó năm 1988, FIGO mới dựa trên các kết quả nghiên cứu mới nhất cho thấy vai trò của phân giai đoạn của phẫu thuật. Từ đó bảng phân giai đoạn mới của FIGO cho ung thư niêm mạc tử cung dựa trên phẫu thuật.

- *Giai đoạn I:* khối u khu trú ở đáy tử cung

  I_A: khối u khu trú ở niêm mạc tử cung

  I_B: khối u lan < 1/2 độ dày cơ tử cung

  I_C: khối u lan > 1/2 độ dày cơ tử cung
- *Giai đoạn II:* khối u lan đến cổ tử cung

  II_A: khối u lan đến cổ tử cung nhưng chỉ ở tuyến cổ tử cung

  II_B: khối u lan đến lớp đệm cơ tử cung
- *Giai đoạn III*: khối u lan đến vùng tiểu khung.

  III_A: khối u lân đến thanh mạc tử cung, phần phụ, hay dịch ổ phúc mạc có tế bào ung thư.

  III_B: di căn âm đạo.

  III_C: u lan đến hạch tiểu khung hay hạch cạnh động mạch chủ.
- *Giai đoạn IV*: có khối di căn to ở tiểu khung hay di căn xa.

  IV_A: lan vào niêm mạc bàng quang, hay trực tràng, đại tràng chậu hông.

  IV_B: di căn xa

1.4. Điều trị khối u nguyên phát

1.4.1. Phẫu thuật

Thông thường chỉ cần cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ là đủ. Nên cắt 2 phần phụ vì buồng trứng hay bị di căn tới và bệnh nhân đã mãn kinh, vai trò nội tiết tố của buồng trứng không còn nữa. Hiện nay đã có thể làm phẫu thuật nội soi cho ung thư niêm mạc tử cung. Với những khối u lan vào cổ tử cung, có khối lượng

lớn thì nên cắt tử cung hoàn toàn rộng. Sự phối hợp tia xạ và phẫu thuật hay sử dụng trong các ca đó.

Vấn đề phân giai đoạn qua phẫu thuật có thể làm tăng nguy cơ gây tai biến cho người bệnh như: chảy máu, chạm phải ruột, đường tiết niệu. Vì vậy nên khu trú việc phân giai đoạn qua phẫu thuật cho một số bệnh nhân có nguy cơ cao: độ biệt hoá loại 2 và 3, ung thư biểu mô tuyến. Với độ biệt hoá 1 thì qua thăm dò khi mổ, nếu ung thư lan quá 50% lớp cơ, nên đánh giá giai đoạn qua phẫu thuật. Những trường hợp sinh thiết cho thấy ung thư niêm mạc tử cung thuộc loại không điển hình cũng nên đánh giá giai đoạn qua phẫu thuật. Cần quan sát và sờ nắn các phần trong ổ phúc mạc để đánh giá sự lan toả; khi nghi ngờ, cần làm sinh thiết. Lấy dịch trong ổ phúc mạc để làm xét nghiệm tế bào học là cần thiết.

Thăm dò sự lan toả ra hạch bạch huyết của ung thư niêm mạc tử cung bằng tay, sinh thiết hạch hay lấy hạch hàng loạt, tuỳ từng tác giả và từng trường hợp cụ thể.

1.4.2. Điều trị bằng tia xạ

Radium được dùng để điều trị ung thư niêm mạc tử cung, ít năm sau khi Marie Curie tìm ra nó (1895). Năm 1935, Heyman với "phương pháp xếp chặt" (packing method) đã điều trị khỏi 5 năm đạt 60% cho ung thư niêm mạc tử cung. Người ta thấy điều trị tia xạ phối hợp, làm giảm tỷ lệ tái phát sau mổ. Song với chẩn đoán sớm thì 80 - 90% khỏi hoàn toàn sau phẫu thuật, do đó cần lựa chọn bệnh nhân cần tia xạ phối hợp cho đúng.

– *Tia xạ tiền phẫu*

Mục đích của tia xạ tiền phẫu với nguồn xạ đặt trong buồng tử cung là nhằm tránh tái phát tại âm đạo. Cesium hay Radium với phương pháp đặt nguồn sau (after loading) vào tử cung và âm đạo trong 3 ngày, đạt 60 - 70 Gy vào âm đạo và 25 - 30mg Ra.Eq.h vào tử cung. Trước đây thường đợi từ 4-6 tuần sau tia xạ mới tiến hành phẫu thuật, song hiện nay với phương pháp tia xạ gần, người ta chỉ cần đợi 3 ngày.

Người tha thường chỉ tia xạ tiền phẫu với ung thư niêm mạc tử cung độ biệt hoá 2-3, vì với độ biệt hoá 1, ung thư thường không lan sâu, xuống lớp cơ. Khi tia xạ tiền phẫu, sẽ làm giảm tái phát ở âm đạo từ 10 - 15% xuống còn 5% với bệnh nhân có nguy cơ cao; với giai đoạn I, tia tiền phẫu giảm tỷ lệ tái phát âm đạo xuống còn từ 0% - 5%.

– *Tia xạ hậu phẫu*

Tia xạ hậu phẫu thường dùng với liều 60 Gy (ngay vào âm đạo) và 40 Gy (vào tiểu khung). Tia xạ hậu phẫu sẽ làm giảm tỷ lệ tái phát ở tiểu khung, song chưa chắc đã nâng tỷ lệ sống lên cao hơn.

Tuy tia xạ hậu phẫu vào tiểu khung sẽ làm giảm tái phát tại chỗ ở những ca ung thư ăn sâu vào lớp cơ, song di căn xa lại hay gặp ở những ca tổn thương ở lớp niêm mạc, không ăn sâu vào lớp cơ.

Tia xạ hậu phẫu nên chỉ định cho các ca ung thư dạng nội mạc hay nhày, có nguy cơ cao bị di căn tiểu khung. Song tia xạ cũng có nguy cơ bị tai biến khi bệnh nhân có tiền sử viêm nhiễm tiểu khung, đái đường, tiền sử bị mổ nhiều lần.

Một số bệnh nhân ung thư độ biệt hoá 2 xâm nhiễm ít và biệt hoá 3 không xâm nhập, có nguy cơ tái phát tại mỏm âm đạo, và đó là bước đầu của tái phát bệnh. Tia xạ hậu phẫu vào mỏm âm đạo là một biện pháp đề phòng tái phát âm đạo.

– *Tia xạ đơn thuần*

Dù phẫu thuật là phương pháp điều trị chính của ung thư niêm mạc tử cung, thì tia xạ vẫn là chỉ định điều trị thích hợp nhất khi vì lý do nội khoa hay lý do nào đó không thể áp dụng phương pháp phẫu thuật để điều trị. Kết quả điều trị tia xạ đơn thuần với ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn I và II là 85% và 75% và tỷ lệ tái phát là 10% và 20%. Các tác giả cho rằng giai đoạn bệnh và hình thái mô bệnh học có vai trò tiên lượng. Kypelian (1993) cho thấy tỷ lệ sống với hình thái u nhú thanh dịch thấp hơn các hình thái bệnh lý khác. Một số tác giả khuyên nên phối hợp tia xạ nguồn gần và xa, song một số tác giả cho rằng chỉ cần với tia xạ nguồn gần là đủ kiểm soát sự tái phát tại tiểu khung và đạt tỷ lệ sống. Nếu ung thư lan toả trong buồng tử cung và không ăn sâu xuống lớp cơ thì tia xạ nguồn gần là đủ. Nếu tử cung to và u lan xuống cổ tử cung thì nên tia xạ nguồn xa trước sau đó mới đặt nguồn xạ vào buồng tử cung.

1.4.3. Điều trị bổ sung

– *Hormon liệu pháp*

Từ năm 1965 Icelley và Baker đã nêu lên tác dụng của Medroxy progesterone acétate (MPA) với các trường hợp ung thư niêm mạc tử cung tái phát sau phẫu thuật. Hiện nay người ta đang nghiên cứu điều trị bổ sung progestin với các ung thư có nguy cơ cao ở giai đoạn I và II.

Song các nghiên cứu điều trị MPA bổ sung so sánh với tia xạ tại chỗ không thấy kết quả khác nhau giữa 2 lô. Khi điều trị với các nhóm nguy cơ thấp hình như ít đáp ứng với progestin. Người ta cũng thấy kết quả sống ở nhóm có ít thụ cảm với progesteron thấp hơn nhóm có nhiều thụ cảm khi điều trị với MPA.

1.4.3.2. Hoá liệu pháp

Phối hợp hoá liệu pháp bổ sung được đề ra khi có nguy cơ tái phát di căn xa vượt quá 20%. Nó bao gồm các trường hợp:

– Ung thư giai đoạn II.

– Loại tế bào sáng hay loại nhú thanh dịch

– Không có thụ cảm với hormon

– Trước mổ có CA-125 cao

– Giai đoạn I song ăn sâu vào cơ tử cung.

Theo Anderson (1994), cisplatin, doxorubicin và cyclophosphamid có tác dụng tốt.

1.5. Điều trị khối u tái phát

Ở những ung thư niêm mạc tử cung có nguy cơ thấp thì tái phát bệnh là hiếm gặp. Thường tái phát hay xẩy ra trong 3 năm đầu sau điều trị với các trường hợp bệnh phát hiện muộn hay ở nhóm có nguy cơ cao. Một nửa số trường hợp tái phát có triệu chứng lâm sàng, số còn lại chỉ phát hiện qua theo dõi hàng loạt. Đa số trường phát hiện qua thăm khám lâm sàng, một số phải làm phiến đồ âm đạo, định lượng CA.125 và X quang phổi.

1.5.1. Điều trị bằng nội tiết tố

Trong thập niên 80, người ta đã nghiên cứu sử dụng liều cao của progestin để điều trị các trường hợp ung thư niêm mạc tử cung tái phát và di căn, song chỉ khoảng 20% bệnh nhân có đáp ứng với điều trị. Ngoài progestin, người ta còn dùng cả chất chống estrogen (Tamoxifen) song kết quả đạt được không cao. Với nhóm có đáp ứng, thời gian sống sót cao nhất là 20 tháng, trung bình là 8 -10 tháng. Tác dụng của Tamoxifen còn kém hơn các chất progestin. Hiện nay, người ta còn đang thử nghiệm các nội tiết tố khác (hoặc các chất tương đồng) như: danazol clomiphen citrat, RU. 486.v. v.. song kết quả chưa rõ. Người ta thường thấy các ung thư biệt hoá thì có nhiều thụ cảm với estrogen hay progestogen (ER và PgR). Sử dụng progestin (MPA) với Tamoxifen nhằm mục đích làm tăng thụ cảm của khối u với progestin.

1.5.2. Điều trị bằng hoá chất

Người ta đã sử dụng doxorubicin và cisplatin đơn thuần, theo nhịp sinh học và phối hợp cả 2 trong điều trị ung thư niêm mạc tử cung, song tác dụng của phối hợp lại không tốt hơn dùng doxorubicin đơn thuần. Thời gian sống 5 năm chỉ đạt 3,2 - 6,7 tháng cho giai đoạn III, với doxorubicin; từ 3,9 - 7,3 tháng với doxorubicin phối hợp với cyclophosphamid; từ 5,4 tháng với doxorubicin phối hợp với cisplatin.

1.5.3. Điều trị bằng tia xạ

Nếu không có di căn xa, tái phát tại chỗ có thể điều trị khỏi bằng tia xạ đơn thuần với sự phối hợp nguồn tại chỗ và nguồn xạ. Kết quả khỏi 5 năm trong những trường hợp này (trước đó phẫu thuật đơn thuần) là 40 - 60%. Sears 1994 thấy kết quả khỏi 5 năm với khối u tái phát đường kính 2cm và trên 2cm là 74% và 30%. Tiên lượng xấu hơn nếu tái phát trong tiểu khung. Kết quả điều trị còn tuỳ thuộc độ biệt hoá, độ lan toả, thời gian tiềm tàng v.v...

1.5.4. Điều trị bằng phẫu thuật

Phẫu thuật chỉ đóng vai trò hạn chế trong điều trị ung thư niêm mạc tử cung tái phát. Dù rằng phẫu thuật cắt bỏ một phần khối u trong ung thư ban đầu phát

hiện muộn, nhưng lại phẫu thuật thứ phát sau điều trị ban đầu không kết quả thì không thực tế. Thông thường có 2 chỉ định khi cắt bỏ u tái phát ở tiểu khung:

Điều trị tạm để giảm thể tích khối u.

Điều trị thật sự nhằm cắt bỏ cả các tạng trong tiểu khung (pelvic exenteration).

Với phương pháp sau, kết quả khỏi từ 40% - 60% song thương được chỉ định rất hạn chế, trên các trường hợp không có di căn xa (vì ung thư niêm mạc tử cung thường hay di căn xa)

Phẫu thuật tạm, thường được chỉ định khi có di căn giới hạn trong ổ bụng gây tắc ruột hay đau nhiều. Lúc đó phẫu thuật chỉ nên làm tối thiểu và không gây nguy cơ cho người bệnh.

1.6. Kết quả

Kết quả điều trị lâu dài ung thư niêm mạc tử cung tuỳ thuộc giai đoạn bệnh.

Kết quả khỏi 5 năm là:

- Giai đoạn I: đạt 90%
- Giai đoạn II: đạt 60%
- Giai đoạn III: đạt 40%
- Giai đoạn IV: đạt 5%

Vì đa số bệnh nhân ở giai đoạn I, nên cần tìm các yếu tố nguy cơ khác để quyết định điều trị phối hợp nhằm nâng cao tỷ lệ sống 5 năm. Các bệnh nhân ở giai đoạn muộn cần được phân giai đoạn phẫu thuật để quyết định các cách điều trị thích hợp. Những bệnh nhân có di căn lan toả nên chỉ định điều trị hoá chất chống ung thư, song kết quả thường hạn chế. Việc theo dõi định kỳ sau điều trị cơ bản là cần thiết để phát hiện sớm các trường hợp tái phát.

2. SARCOMA TỬ CUNG

Sarcoma tử cung là ung thư từ mô liên kết hay cơ tử cung ít gặp hơn ung thư nội mạc tử cung, tỷ lệ mắc bệnh khó có thể xác định một cách chính xác, vì cho đến nay tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh không thống nhất. Kolstad (1983) nêu tỷ lệ 0,5/100.000 nữ. Theo số liệu của Viện Roswell Park Memorial thì sarcoma tử cung chiếm tỷ lệ 6,7% của mọi ung thư ở tử cung. Ở Việt Nam chưa có một nghiên cứu nào về sarcoma tử cung.

2.1. Biểu hiện lâm sàng

Tử cung to lên và ra máu bất thường từ tử cung là những triệu chứng thường gặp của bệnh. Theo Salazar (1978), thì 86% của lô nghiên cứu có dấu hiệu chảy máu từ tử cung, 19% đau bụng, 15% sờ thấy u ở bụng, 7% sút cân và 4% có khí hư

Sarcoma tử cung có thể phối hợp với u xơ tử cung. Montague (1965) thấy 38 ca sarcoma tử cung xuất hiện trên bệnh nhân có u xơ tử cung chiếm tỷ lệ 0,29% (38/13.000), trong thời gian 20 năm theo dõi tại BV. John Hopkins. Vì vậy khi có chỉ định cắt tử cung vì u xơ ở người có tuổi và rong huyết, nên nạo sinh thiết buồng tử cung trước để loại trừ sarcoma tử cung hay ung thư nội mạc tử cung.

Sarcoma còn xuất hiện ở tử cung dưới hình thái polyp buồng tử cung tụt ra âm đạo, có nhiễm khuẩn, hoại tử và chảy máu. Hình thái này hay gặp trong u hỗn hợp của ống Muller (chiếm 15% các polype đó).

Tuổi thường gặp của sarcoma tử cung là 58 tuổi, song với u hỗn hợp của ống Muller thì thường trẻ hơn. Bệnh nhân thường có béo bệu, huyết áp cao và đái tháo đường. Aaro và CS (1968) thấy 7%, Shaw (1983) thấy 17,8% số sarcoma tử cung trong diện nghiên cứu của họ có tiền sử bị tia xạ vào vùng tiểu khung. Thời gian từ lúc tia xạ đến khi phát hiện bệnh từ 15 - 25 năm.

2.2. Phân loại về mô bệnh học

Tuy đã có nhiều bảng phân loại về mô bệnh học được nêu lên song chỉ có bảng phân loại của Kempson (1970) là được đa số chấp nhận.

Bảng 33.1. Bảng phân loại mô bệnh học của Kemson

I. Sarcoma tử cung đơn thuần
A. Đơn thuần đồng loại
1. Sarcoma cơ trơn
2. Sarcoma mô đệm
3. Sarcoma mạch máu
4. Sarcoma mô sơ
B. Đơn thuần dị loại
1. Sarcoma cơ vân
2. Sarcoma mô sụn
3. Sarcoma mô xương
4. Sarcoma mô mỡ
II. Sarcoma phối hợp
A. Phối hợp đồng loại
B. Phối hợp dị loại
C. Phối hợp cả đồng và dị loại
III. U ác tính loại hỗn hợp của ống Muller
A. Hỗn hợp đồng loại
B. Hỗn hợp dị loại
IV. Sarcoma không phân loại được
V. Sarcoma loại lympho

Các khối u được gọi là đồng loại, khi bao gồm các mô vốn có ở tử cung (liên kết, cơ trơn, mạch máu. v.v...), và được gọi là dị loại khi bao gồm các mô có nguồn gốc ngoài tử cung (xương, sụn, cơ vân.v.v...). Khi khối u có thêm thành phần biểu mô của tử cung như: adenocarcinoma, carcinoma không biệt hoá, carcinoma của biểu mô vẩy, thì được gọi là u hỗn hợp của ống Muller.

2.3. Đặc điểm về hình thái mô bệnh học

2.3.1. Sarcoma cơ trơn

Loại này thường kết hợp với u xơ lành tính, và chỉ được chẩn đoán qua xét nghiệm mô bệnh học. Khối u có mật độ mềm, có hoại tử ở trung tâm hoặc dưới dạng nhân sơ không có ranh giới rõ rệt, bóc khó làm nghi ngờ là u ác tính. Trên vi thể, mật độ tế bào tăng nhiều, tế bào to, không điển hình, ăn sâu vào lớp đệm hay mạch máu.

2.3.2. Sarcoma mô đệm

Hiếm gặp, khối u thường xuất hiện từ mô đệm của nội mạc tử cung, hay gây chảy máu, đau bụng dưới hoặc đau bụng kinh, ít khi sờ thấy khối u ở tiểu khung. Tiên lượng tốt, thời gian sống lâu sau điều trị, khối u chịu tác dụng của progestin.

2.3.3. Sarcoma mạch máu

Tạo thành khối u ở TK song ít khi có triệu chứng cơ năng. U có thể nằm trong dây chằng rộng hay sau phúc mạc.

2.3.4. U ác tính hỗn hợp của ống Muller

Đây là loại sarcoma có độ ác tính cao, có thành phần hỗn hợp cả carcinoma và sarcoma. Theo Salazar (1978), có đến 60% sarcoma thuộc loại này. Người ta cho rằng các carcino-sarcoma dị loại của nhóm này có thể do quá trình dị sản của các tế bào bình thường vốn có của tử cung dễ trở thành các mô sụn, xương, cơ vân.v.v...

Biểu hiện lâm sàng chính của carcino-sarcoma là ra máu sau mãn kinh, tử cung to một cách đối xứng, hoặc ở dạng polyp tụt ra ngoài tử cung nằm trong âm đạo. Di căn thường theo cả đường máu và bạch mạch.

2.4. Đánh giá

Nếu khối u hạ vị to lên ở phụ nữ sau mãn kinh, hay polyp tụt qua cổ tử cung xuống âm đạo thì phải nghĩ đến sarcoma tử cung, và phải nạo hay cắt sinh thiết. Sau khi đã xác định chẩn đoán, cần đánh giá người bệnh trước điều trị: hỏi tiền sử, khám toàn thân, X quang phổi, xét nghiệm cơ bản. CA. 125 có thể cao trong u hỗn hợp của ống Muller. Nếu u đã lan ra ngoài tử cung, cần chụp cắt lớp vi tính

để đánh giá sự lan toả của tổn thương. Soi bàng quang, trực tràng và đại tràng chậu hông là cần thiết với u phát hiện ở giai đoạn muộn. Nếu nghi ngờ có di căn xa, cần chụp cắt lớp não, gan, xương.v.v...

2.5. Điều trị

2.5.1. Điều trị phẫu thuật

Để giúp cho vấn đề tiên lượng và lựa chọn phương thức điều trị thích hợp, người ta thường phân giai đoạn sarcoma tử cung theo bảng phân giai đoạn ung thư nội mạc năm 1988 của FIGO

Thông thường sau cắt tử cung do u xơ tử cung, bổ dọc tử cung ra thấy vùng giữa bị chảy máu hoặc hoại tử, hay khi bóc nhân xơ thấy không có diện bóc tách rõ ràng làm chảy máu nhiều, phải nghĩ đến sarcoma hơn là u xơ lành tính. Lúc đó cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ là cần thiết.

Với những sarcoma phát hiện muộn, quá to và quá dính, chỉ định cắt bớt khối u càng nhiều càng tốt, nhằm giảm tối đa thể tích khối u để điều trị phối hợp hoá liệu pháp sau mổ có hiệu quả hơn; tuy vậy đôi khi nó tạo ra nguy cơ lớn cho người bệnh do tai biến trong và sau mổ.

Tiên lượng cũng còn tuỳ theo hình thái mô bệnh học của khối u: nếu là u hỗn hợp của ống Muller thì tiên lượng xấu vì dễ lan toả. Nếu là sarcoma cơ trơn thì thường khu trú ở tử cung hơn. Do đó thời gian tái phát với sarcoma cơ trơn trung bình là 53 tháng, trong khi đó với u hỗn hợp của ống Muller chỉ là 5,4 tháng và sarcoma mô đệm của niêm mạc tử cung chỉ là 4,2 tháng. Có đến 85% số tái phát có di căn xa, song số tái phát tại chỗ cũng chiếm từ 65 - 75%.

2.5.2. Xạ trị

Tia xạ đơn thuần trong điều trị sarcoma hầu như không còn chỉ định, song tia xạ tiền hay hậu phẫu vẫn còn được áp dụng. Badib (1969) cho thấy tỷ lệ khỏi 5 năm là 57% với sarcoma được điều trị phẫu thuật và 74% khi có phối hợp tia xạ. Một số tác giả khác như Disaia (1973) hay Perez (1979) đã nêu kết quả điều trị tốt hơn khi phối hợp phẫu thuật và tia xạ trong điều trị u ác tính hỗn hợp ống Muller, song số liệu nghiên cứu còn ít. Salazar (1978), thống kê các số liệu nghiên cứu trên y văn, thì thấy tia xạ không giúp kéo dài đời sống nhưng làm giảm tái phát ở tiểu khung. Liều tia xạ toàn tiểu khung thường là 4500-5000 rads (một số có kết hợp với cesium đặt âm đạo). Theo Salazar riêng với giai đoạn I, kết hợp tia xạ và phẫu thuật sẽ làm tăng tỷ lệ sống 5 năm từ 53% lên 62%.

2.5.3. Hoá liệu pháp

Hoá liệu pháp được dùng cho bệnh nhân có di căn hoặc phối hợp với phẫu thuật khi có tiên lượng xấu. Sự phối hợp doxorubicin, cisplatin hoặc vincristin, actinomycin D, cyclophosphamid (VAC) được coi là có tác dụng điều trị với sarcoma tử cung. Hannigan (1983) thấy trên 74 ca sarcoma giai đoạn muộn, được điều trị bằng công thức VAC từ 1971 - 1979, có 13,3% đạt kết quả tốt và 15,6% đạt kết quả một phần, với thời gian là 16 tháng với lô đáp ứng tốt và 5,5 tháng với lô đáp ứng kém; với người già thường có nhiễm độc thuốc. Seltzer (1983) thấy trên 10 bệnh nhân bị sarcoma thì 3 đáp ứng hoàn toàn trong 10 tháng với doxorubicin và cisplatin. Dù khối sarcoma nhỏ ở tử cung song vẫn có thể di căn xa nhanh chóng, nên hoá liệu pháp hay được dùng phối hợp với phẫu thuật. Buchsbaum (1979) dùng công thức VAC cho 17 bệnh nhân bị sarcoma ở giai đoạn I và II đã được cắt tử cung, có 12 ca còn sống sau 3 năm. Vì kết quả điều trị còn thấp, cần phải tìm thêm các loại thuốc chống ung thư mới để tăng tác dụng điều trị. Nói tóm lại, giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng chính của sarcoma tử cung.

Nếu còn khu trú ở tử cung, khỏi 5 năm có thể đạt 60 - 70%, song đã lan toả thường xấu. Tia xạ đặt biệt có lợi khi sarcoma tử cung đã lan đến cổ tử cung.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

BÀI GIẢNG SẢN PHỤ KHOA

TẬP I

Chịu trách nhiệm xuất bản
HOÀNG TRỌNG QUANG

Biên tập:	BS. NGUYỄN THỊ TỐT
Sửa bản in:	NGUYỄN THỊ TỐT
Trình bày bìa:	CHU HÙNG
Kt vi tính:	BÙI THỊ THƯƠNG - HẢI YẾN

In 1000 cuốn, khổ 19 x 27cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.
Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 23 - 2006/CXB/31 - 271/YH
In xong và nộp lưu chiểu quý II năm 2006.

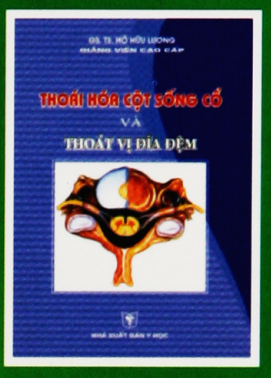
GT.0000007274

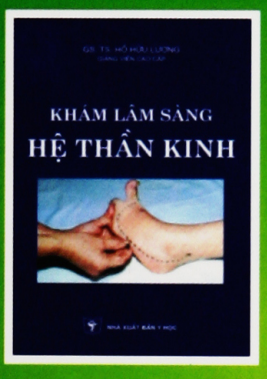
BÀI GIẢNG
SẢN PHỤ KHOA

DÙNG CHO SAU ĐẠI HỌC





















NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
Địa chỉ: 352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội
Điện thoại: 04.7 625 922 - 7 625 934 * Fax: 04.7 625 923
Website: www.cimsi.org.vn/nhaxuatbanyhoc
Email: xuatbanyhoc@fpt.vn
Chi nhánh: 699 Trần Hưng Đạo - Quận 5 - TP. Hồ Chí Minh
Điện thoại: 08.9 235 648 * Fax: 08.9 230 562

ĐẠI H
TRU

2001234500265
GIÁ: 55.000Đ